



6 zasad wspierających przebieg normalnego porodu

Zasada Pierwsza – Pozwól, aby poród sam się rozpoczął

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

Przyszła mama na zajęciach Szkoły Rodzenia prowadzonych metodą Lamaze pyta osobę prowadzącą i współuczestników: „Mój lekarz twierdzi, że dziecko jest duże. Sąsiadka miała wywoływany poród, gdy uznano, że dziecko jest „za duże”. Czy sądzicie, że powinnam nalegać na wywołanie porodu?”

W Stanach Zjednoczonych i wielu innych krajach kobiety w ciąży słyszą podobne opinie w Szkołach Rodzenia. Indukcja porodu – jego sztuczne rozpoczęcie – jest współcześnie jednym z najbardziej kontrowersyjnych zagadnień opieki prenatalnej. W wielu szpitalach porody są wywoływane jedynie ze względów medycznych, zgodnie z ustalonymi wcześniej precyzyjnymi wytycznymi. Istnieją jednak placówki, w których porody są wywoływane na życzenie – ze względu na wygodę kobiet i personelu, a nie z powodów medycznych. Wiele kobiet nie wie, kiedy wywołanie porodu naprawdę jest konieczne. Czy sztuczne indukowanie porodu może wiązać się z zagrożeniami? Jakie są zalety samoistnego rozpoczęcia się akcji porodowej? Kiedy sztuczne przyspieszanie porodu ma sens, a kiedy warto poczekać? Co jest najbezpieczniejsze dla kobiety i dla dziecka?

Czytając to opracowanie pamiętaj, że system Lamaze¹ pomoże Ci skutecznie współpracować z opiekującymi się Tobą lekarzami i położnymi, tak, by wspólnie podejmować decyzje, które Ci odpowiadają i które pomogą zapewnić Ci bezpieczny, zdrowy i satysfakcjonujący poród.

Jak Natura zaplanowała poród

Chociaż poród może wydać się przytłaczający, naturalne podejście systemu Lamaze nieco go „odczarowuje”. Twoje ciało jest doskonale przystosowane do tego, żebyś mogła urodzić dziecko. Podczas ostatnich tygodni ciąży zarówno Twój organizm, jak i dziecko przygotowują się do porodu. W przypadku kobiet będących w ciąży po raz pierwszy, dziecko często obniża się i wpasowuje w miednicę już kilka tygodni przed porodem. Szyjka macicy przesuwa się do przodu i stopniowo staje się coraz bardziej miękka. U niektórych kobiet na kilka dni, u innych – na parę tygodni przed porodem, pojawiają się nieregularne skurcze (które mogą być nieodczuwalne), pozwalające na stopniowe skracanie szyjki macicy lub wręcz jej kilkucentymetrowe rozwarcie.

Podczas ostatniego okresu ciąży, płuca dziecka dojrzewają, a samo dziecko pokrywa się ochronną warstwą tłuszczu, która nadaje mu typową noworodkową puchawość.

¹ Lamaze jest to sposób pracy z przyszłymi rodzicami w szkole rodzenia, promowany przez organizację Lamaze International. Metoda ta kładzie nacisk na świadomą i aktywną postawę rodzącej, wspiera ją w dokonywaniu świadomych wyborów podczas porodu, w korzystaniu z wiedzy opartej na dowodach naukowych. Przygotowując do porodu, Lamaze zachęca kobiety, aby zaufały swojemu instynktowi i mądrości ciała, które zostało przez naturę wyposażone w zdolność rodzenia.

Krytyczny dla rozwoju mózgu okres trwa do 41 tygodnia rozwoju w łonie matki. Naukowcy szacują, że między 35. a 41. tygodniem życia płodowego następuje pięciokrotny przyrost objętości substancji białej. Badacze wciąż starają się dociec, jak rośnie mózg dziecka po narodzinach w porównaniu do wzrostu mózgu dziecka, które nadal przebywa w łonie matki (Kinney, 2006).

Naukowcy są przekonani, że kiedy organy wewnętrzne dziecka w pełni dojrzeją i uzyska ono gotowość do życia poza łonem matki, ciało dziecko zaczyna wydzielać małą ilość substancji, sygnalizującej systemowi hormonalnemu matki, że czas zacząć poród (Condon, Pancharatnam, Faust i Mendelson, 2004). Gwałtowny wzrost ilości wydzielanych przez organizm kobiety hormonów towarzyszący donoszeniu ciąży i samoistny poród drogami natury pomaga dziecku w przygotowaniu do łagodnego przejścia z życia wewnątrzmacicznego do samodzielnego funkcjonowania w świecie zewnętrznym, szczególnie, jeśli chodzi o pierwszy oddech za pomocą płuc (Jain i Eaton, 2006). Zatem nawet, jeśli z góry wiesz, że urodzisz poprzez cesarskie cięcie, najlepszym sposobem na określenie, czy dziecko jest już dostatecznie dojrzałe, aby się urodzić, jest pozwolenie na samoistne rozpoczęcie się porodu.

Medyczne wskazania do wywoływania porodu

Zdarza się, że za indukcją porodu przemawiają względy medyczne. Może zaistnieć konieczność wywołania porodu, jeśli dla dziecka pozostanie w Twoim łonie jest bardziej ryzykowne od urodzenia się. Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Stowarzyszenia Położników i Ginekologów (*American College of Obstetricians and Gynecologists*; ACOG, 2005), indukcja porodu jest uzasadniona w następujących sytuacjach:

- jeśli odeszły wody płodowe, ale nie zaczęła się akcja porodowa,
- ciąża jest przenoszona (trwa ponad 42 tygodnie),
- cierpisz na nadciśnienie indukowane ciążą,
- masz problemy zdrowotne (np cukrzyce), które mogą negatywnie wpłynąć na dziecko,
- masz infekcję wewnątrzmaciczną,
- dziecko rośnie zbyt wolno.

Należy pamiętać, że „ciąża przenoszona”, to ciąża, która trwa ponad 42 tygodnie. Amerykańskie Stowarzyszenia Położników i Ginekologów oraz inne międzynarodowe stowarzyszenia położnicze definiują zdrową ciążę, jako trwającą od 38 do 42 tygodni. Gdy przewidywany termin porodu minął, lekarze nie są w pełni zgodni, czy dla dziecka lepiej jest urodzić się po 41 czy 42 pełnych tygodniach ciąży. Niezależnie od tego, zgodnie ze współczesną wiedzą medyczną, nie ma istotnej różnicy w odsetku śmiertelności okołoporodowej (liczbie dzieci, które umierają) między porodami wywołwanymi w 41. tygodniu, a dalszym oczekiwaniem na samoistne rozpoczęcie się porodu (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, i Bergh, 2009).

Autorytety wśród lekarzy położników, autorzy czołowego podręcznika położnictwa *Williams Obstetrics* (Cunningham i in., 2005), także dochodzą do tego wniosku. Przyjmują zasadę monitorowania stanu zdrowia kobiet, których ciąża trwa już 41 tygodnie, ale nie zalecają indukcji porodu do momentu zakończenia pełnych 42 tygodni ciąży, o ile nie ma innego medycznego uzasadnienia dla takiego postępowania. Autorzy ci szacują, że przyjęcie, jako zasady, wywoływania porodu w 41 (a nie w 42) tygodniu ciąży oznacza o 500000 więcej (w

USA) interwencji medycznych, których konieczność i bezpieczeństwo nie zostało z całą pewnością uzasadnione (Cunningham i in., 2005).

Należy też uświadomić sobie, że przypuszczalna duża waga dziecka nie jest medycznym argumentem na rzecz indukcji porodu. Badania wskazują, że wywoływanie porodu z powodu makrosomii (sytuacji, gdy dziecko wydaje się być bardzo duże) prawie dwukrotnie zwiększa ryzyko zakończenia porodu cesarskim cięciem, przy braku uzasadnionych korzyści dla dziecka (Horrigan, 2001; Leaphart, Meyer i Capeless, 1997; Sadeh-Mestechkin i in., 2008; Sanchez-Ramos, Bernstein i Kaunitz, 2002). Co więcej, bardzo trudno jest precyzyjnie określić masę dziecka przed urodzeniem. Badanie ultrasonograficzne nie jest trafne w przewidywaniu, czy dziecko urodzi się makrosomiczne (bardzo duże) czy też nie. Zdaniem ACOG (2009), przewidywania masy ciała dziecka w oparciu o wyniki badań ultrasonograficznych są nieprecyzyjne, zakres zmienności wynosi od 16 do 20 procent.

Wywoływanie porodu „na życzenie”

Zdarza się, że indukcja porodu jest uznawana za wygodną dla osób zaangażowanych w poród. Personel szpitalny może dzięki temu zaplanować lepiej pracę, zatrudniając więcej pielęgniarek i położnych na tych zmianach, podczas który indukuje się porody, lekarze mogą ustalać odpowiadające im terminy, zaś przyszli rodzice mogą tak zorganizować sobie życie rodzinne i zawodowe, żeby jak najmniej kolidowało z ustalonym terminem porodu.

Z drugiej strony, indukcja porodu „na życzenie” przestaje być wygodna, jeśli w wyniku opóźnień w szpitalu odbywa się w terminie innym niż ustalony. Okazuje się być też niezbyt wygodna, jeśli próba wywołania porodu się nie powiedzie i kobieta jest odsyłana do domu, żeby spróbować kolejnego dnia. I jest zdecydowanie niewygodna, jeśli prowadzi do cesarskiego cięcia. Po cesarskim cięciu, świeżo upieczona mama musi dojść do siebie po poważnej operacji brzusznej, będąc w grupie podwyższonego ryzyka z powodu takich komplikacji jak infekcje i zakrzepica (Liu i in., 2007; Villar i in., 2007). W porównaniu z porodem siłami natury, poród przez cięcie cesarskie nasila ryzyko wystąpienia problemów z oddychaniem u noworodka (Hansen, Wisborg, Uldbjerg, i Henriksen, 2008), co z kolei zwiększa prawdopodobieństwo konieczności przyjęcia go na neonatologiczny oddział intensywnej opieki medycznej (Villar i in., 2007). Rozdzielenie mamy i dziecka może negatywnie wpłynąć na nawiązanie więzi między nimi i na karmienie piersią. Przed podjęciem decyzji o wywołaniu porodu z przyczyn pozamedycznych należy więc rozważyć możliwe związane z tym zagrożenia zarówno dla Ciebie, jak i dla Twojego dziecka.

Jak wygląda wywoływanie porodu?

Najczęściej poród jest wywoływany w szpitalu poprzez podanie przyszłej mamie sztucznej oksytocyny we wlewie dożylnym. W 2007 roku Instytut Bezpiecznych Praktyk Medycznych (Institute of Safe Medication Practices) dodał oksytocynę do listy leków „wysokiego ryzyka”. Jak wskazuje nazwa, leki „wysokiego ryzyka” zwiększają ryzyko wystąpienia u pacjenta poważnych problemów, jeśli zostaną niewłaściwie zastosowane. Jeśli z powodów medycznych konieczne jest podanie oksytocyny w czasie porodu, Twój stan i stan Twojego dziecka będą ściśle monitorowane. Czasem przed wywołaniem porodu używa się środków przyspieszających dojrzewanie szyjki macicy – ma to na celu zmiękczenie szyjki macicy i przygotowanie jej do porodu. Zarówno sztuczna oksytocyna, jak i leki z grupy prostaglandyn E2 zostały zaaprobowane przez amerykańską Administrację Żywności i Leków (*Food and Drug Administration, FDA*).

Czasami do wywołania porodu używa się środka o nazwie „misoprostol” (Cytotec). Lek ten został zaaprobowany przez FDA jako środek przeciwko wrzodom żołądka, a nie środek do indukcji porodu. FDA (2005) ostrzega, że *misoprostol* użyty do wywołania porodu może – stosunkowo rzadko – prowadzić do wystąpienia poważnych skutków ubocznych, włączając w to pęknięcie macicy. Pęknięcie macicy może prowadzić do poważnego krwawienia i w konsekwencji do konieczności jej usunięcia (histerektomii) lub nawet do śmierci matki i dziecka. Pojawienie się skutków ubocznych po zastosowaniu *misoprostolu* jest bardziej prawdopodobne u kobiet, które w przeszłości przechodziły operacje macicy, miały wcześniejsze cesarskie cięcia lub urodziły już wiele dzieci (FDA, 2005).

Co mówią badania naukowe

Rośnie liczba doniesień wskazujących, że wywoływanie porodu nie jest pozbawione ryzyka. W 2007 roku Goer, Leslie i Romano dokonali przeglądu literatury poświęconej ryzyku związanemu z wywoływaniem porodu u zdrowych kobiet w normalnej ciąży. Dowiodły, że kiedy poród jest wywoływany, zwiększa się ryzyko:

- użycia próżniągu (*vacuum*) lub kleszczy,
- cesarskiego cięcia,
- problemów w czasie porodu takich jak gorączka, zmiany w rytmie pracy serca dziecka, dystocji (uwięźnięcia ramionek dziecka w kanale rodny),
- zastosowania znieczulenia zewnątrzoponowego lub innych leków przeciwbólowych,
- niskiej wagi urodzeniowej dziecka,
- konieczności przyjęcia dziecka na neonatologiczny oddział intensywnej opieki medycznej,
- żółtaczki u dziecka (zażółcenia skóry wywołanego rozpadem czerwonych ciałek krwi) wymagającej leczenia,
- wydłużonego pobytu w szpitalu ze względu na stan matki lub dziecka.

Wcześniactwo

Jednym z powodów, dla których dzieci urodzone po indukcji porodu „na życzenie” mogą być w złym stanie – mają niską wagę urodzeniową, problemy z oddychaniem czy żółtaczkę – jest to, że poród bywa przypadkowo wywoływany przed terminem (przed ukończeniem 37. tygodnia ciąży). Wynika to z braku precyzji przy wyznaczaniu terminu porodu. Engle (2006) dowiódł, że metody oceny wieku ciąży mają 2-tygodniowy margines błędu. Zdaniem ACOG (2004) badanie ultrasonograficzne wykonane w ciągu pierwszych 20 tygodni ciąży pozwala ustalić przewidywany termin porodu z dokładnością do 7 dni. USG wykonane między 20 a 30 tygodniem ciąży pozwala przewidzieć termin porodu z dokładnością do 14 dni, zaś USG wykonane w czasie ostatnich 10 tygodni ciąży – z dokładnością do 21 dni (ACOG, 2004). Jeśli termin porodu jest określony z dokładnością do 2 tygodni, to kobieta, u której wywołano poród w 38. tygodniu ciąży, mogła być w rzeczywistości w 36. tygodniu.

Dzieci urodzone między skończonym 34. a 36. tygodniem ciąży uznaje się za późne wcześniaki. W badaniu poświęconym śmiertelności okołoporodowej dzieci urodzonych w USA w latach 1995-2002 dowiedziano, że późne wcześniaki są trzykrotnie bardziej narażone na śmierć w pierwszym roku życia, niż dzieci urodzone o czasie (Tomashek, Shapiro - Mendoza, Davidoff, i Petrini, 2007). W badaniu uwzględniono takie przyczyny śmierci jak urazy okołoporodowe, zespół nagłej śmierci łóżeczkowej, wypadki, choroby układu krążenia, brak dopływu tlenu w macicy, brak dopływu tlenu w czasie porodu. Przeanalizowano rozwój

mózgu późnych wcześniaków, co doprowadziło do wniosku, że u tych dzieci trzykrotnie częściej diagnozuje się porażenie mózgowie niż u dzieci z donoszonych ciąż (Petrini i in., 2009). Inne badania wykazały, że wcześniaki urodzone między 35. a 36. tygodniem ciąży są w grupie ryzyka związanej z wystąpieniem takich komplikacji jak problemy z oddychaniem, żółtaczka, trudności z karmieniem i problemy z termoregulacją (Shapiro-Mendoza i in., 2008; Wang, Dorer, Fleming i Catlin, 2004). We wstępie odredakcyjnym *The Journal of Pediatrics*, doktor Michael S. Kramer (2009) podkreślił, że postęp wiedzy neonatologicznej „mógł doprowadzić wielu położników i neonatologów do wniosku, że bycie dzieckiem urodzonym jako późny wcześniak jest zupełnie pozbawione ryzyka (strona 159)”. Dodał także, że „należy postawić sobie pytanie, czy coraz powszechniejsze indukcje porodów nie czynią przypadkiem więcej złego niż dobrego (strona 160)”.

Organizacja dobroczynna *the March of Dimes* (2006) przeprowadziła kampanię informacyjną, której celem było zwrócenie uwagi opinii publicznej na zwiększone ryzyko wiążące się z porodem między 34. a 36. tygodniem ciąży. Poprzez prowadzone przez tę organizację centra edukacji (*Pregnancy & Newborn Health Education Centers*) *the March of Dimes* zachęca kobiety w ciąży, aby nie prosiły i nie zgadzały się na indukowanie porodu, o ile nie ma ku temu powodów medycznych (March of Dimes, 2008a, 2008b, 2008c). Wspólnie z Instytutem Pediatricznym *Johnson & Johnson* oraz Departamentem Zdrowia Publicznego stanu Kentucky, *the March of Dimes* stworzyła stronę internetową, *Warto czekać na zdrowe dzieci* (*Healthy Babies Are Worth the Wait* - www.prematurityprevention.org). Na stronie znajdują się materiały poświęcone problemom późnych wcześniaków, indukcji porodu oraz porodu przedwczesnego (*Healthy Babies Are Worth the Wait*, 2008a, 2008b).

Komplikacje i cesarskie cięcie

Badania konsekwentnie dowodzą, że indukcja porodu niemal dwukrotnie zwiększa prawdopodobieństwo cesarskiego cięcia (Glantz, 2005; Goer i in., 2007). Dodatkowo w szpitalach, w których występuje duży odsetek indukcji porodów, kobiety z grupy niskiego ryzyka rodzące pierwsze dziecko mają dużą szansę, że poród skończy się cesarskim cięciem (Main i in., 2006). Zastosowanie środków przyspieszających dojrzewanie szyjki macicy wcale tego ryzyka nie zmniejsza. W rzeczywistości podanie ich przed podaniem oksytocyny wręcz zwiększa ryzyko konieczności przeprowadzenia cesarskiego cięcia (Ben-Haroush i in., 2004; Hoffman, 2003; Vahratian, Zhang, Troendle, Sciscione i Hoffman, 2005; Vrouenraets i in., 2005). Dodatkowo ryzyko rzadkiej, ale zagrażającej życiu komplikacji zwanej „zatorom płynem owodniowym” (ang. „amniotic-fluid embolism”) jest dwa razy wyższe w przypadku kobiet, których porody były wywoływane (Kramer, Rouleau, Baskett i Joseph, 2006).

Inne kwestie do rozważenia

Zwiększająca się konieczność zastosowania kolejnych interwencji medycznych

Oprócz zwiększonego ryzyka łagodnego wcześniactwa i operacji cesarskiego cięcia, wywoływanie porodu często stwarza potrzebę zwiększonej liczby interwencji medycznych. W większości przypadków potrzebne jest założenie kroplówki oraz stałe monitorowanie rytmu pracy serca dziecka. W wielu przypadkach będziesz musiała pozostać w łóżku lub w jego pobliżu. W konsekwencji istnieje prawdopodobieństwo, że nie będziesz mogła spacerować w czasie porodu, ani zmieniać swobodnie pozycji w odpowiedzi na skurcze porodowe, co może spowalniać postęp porodu. Możesz tym samym stracić szansę na skorzystanie z łagodzącej ból kąpieli w wannie czy ciepłego prysznica. Sztucznie wywołane

skurcze często szybciej osiągają szczyt i pozostają bardziej intensywne przez dłuższy czas niż skurcze naturalne, co zwiększa Twoje zapotrzebowanie na farmakologiczne środki łagodzące ból. Indukcja porodu prowadzi do tzw. kaskady interwencji medycznych, które często kończą się cesarskim cięciem.

Negatywne skutki psychologiczne

Indukcja porodu, zwłaszcza, jeśli nie jest medycznie niezbędna, może być odebrana jako poważny sygnał, że Twoje ciało nie pracuje prawidłowo – skoro musiano Ci pomóc w rozpoczęciu porodu. Pozwolenie na samoistne rozpoczęcie porodu może zwiększyć Twoją wiarę w zdolność do urodzenia dziecka i sprawnego zajmowania się nim, jak już pojawi się na świecie.

Zalecenia Lamaze International

Lamaze International odradza indukcję porodu „na życzenie” oraz wyrażanie zgody na indukcję z powodów pozamedycznych. „Duże” czy nawet „bardzo duże” dziecko nie jest prawdziwym powodem medycznym dla zastosowania indukcji. Pozwolenie Twojemu ciału, żeby samo zdecydowało o początku porodu jest prawie zawsze najlepszym sprawdzianem tego, czy dziecko jest już gotowe, żeby się urodzić. Spontaniczny poród zwiększa także szanse na to, że doświadczysz innych elementów zdrowego porodu określonych przez *Lamaze International*, które prowadzą do bezpiecznego i zdrowego urodzenia dziecka – chodzi tu zwłaszcza o swobodę wyboru pozycji i brak zbędnych, rutynowych interwencji medycznych.

Doświadczenie naturalnych skurczów porodowych, wywoływanych przez oksytocynę produkowaną przez Twój organizm, zwiększa swobodę ruchów i zmiany pozycji w odpowiedzi na skurcze, a także umożliwia skorzystanie z kąpieli w wannie lub wzięcie prysznica. Zaburzenie naturalnej gry hormonów odpowiedzialnych za przebieg porodu, karmienie piersią i nawiązanie więzi z dzieckiem może mieć negatywne konsekwencje, których współczesna medycyna jeszcze dobrze nie poznała. Unikanie zbędnych interwencji medycznych zmniejsza ryzyko pojawienia się komplikacji zarówno dla Ciebie, jak i Twojego dziecka i zwiększa szanse na zdrowy i bezpieczny poród, oraz na to, że Twoje doświadczenie porodowe stanie się jednym z najpiękniejszych wspomnień w życiu.

Jeśli znasz język angielski i chcesz dowiedzieć się więcej o bezpiecznym, zdrowym porodzie, warto przeczytać *The Official Lamaze Guide: Giving Birth with Confidence* (Lothian i DeVries, 2005). Możesz też zapisać się na cotygodniową subskrypcję mailową *Lamaze...Building Confidence Week by Week*.

Ostatnia aktualizacja: Lipiec 2009

Bibliografia

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., Yogeve, 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

Horrigan, 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.

Interesujące angielskojęzyczne publikacje dla kobiet w ciąży

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

Podziękowania

Ta część opracowania została przygotowana przez Debby Amis, RN, BSN, CD(DONA), LCCE, FACCE. Amis była też główną autorką wcześniejszych wersji tego opracowania, publikowanych w latach 2003 i 2007.

Sześć zasad wspierających poród normalny było po raz pierwszy opublikowanych w 2003 roku przez *Lamaze International* jako *the 6 Care Practice Papers*.

Tekst przetłumaczony i opracowany za zgodą Lamaze International, 2009, www.lamaze.org

Tłumaczenie: Ewa Witkowska, korekta: Monika Olasek, redakcja: Fundacja Rodzić po Ludzku