Normaler Geburtsverlauf : Rhythmus statt Fortschritt

Autor(en): **Michel, Gerlinde**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **105 (2007)**

Heft 6

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-950000

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Das Bedürfnis alles planbar zu machen und unter Kontrolle zu halten ist ein wachsendes Bedürfnis unserer Gesellschaft. Dieser Trend hat sich im letzten Jahrhundert auch in der Geburtshilfe klar durchgesetzt. Es sind Geburtszentren entstanden, wo alles effizient und kosteneffektiv laufen muss. In den 60er Jahren entstand so das inzwischen weltweit angewendete aktive Management der Geburt, entwickelt im Dubliner Frauenspital vom Arzt O'Driscoll. Ihn hatte es gereizt, den Frauen kürzere Geburten «anzubieten» und dem Spital die Kosten der langen Geburtsbegleitung durch Hebammen zu ersparen. So quasi: kürzer ist für alle besser. Ähnlich haben auch die MANA- und die Friedman-Kurve Fuss gefasst in spitalinternen Arbeitsabläufen und in den Köpfen von Ärzten und Hebammen.

Die WHO tat bereits 1985 ihre Kritik an der medikalisierten Geburtshilfe, vor allem am Eingreifen und somit Verändern der physiologischen Geburt, schriftlich kund und bemängelte, dass die meisten Berufsleute im Gesundheitswesen nicht mehr wissen, was eine nicht medikalisierte Geburt ist. Zur Konfusion, was eigentlich «normal» ist, führt die Vorstellung von der Geburt als etwas, das den Frauen geschieht, und nicht als etwas, was Frauen tun. Somit wird Geburtsbetreuung gleichgesetzt mit: ins Geschehen eingreifen müssen, anstatt: die Frau in ihrem Tun unterstützen (Marsden Wagner).

Eine Frau in ihrer Geburtsarbeit begleiten heisst, ihre Persönlichkeit, ihre «Geschichte» wahrnehmen, ihre Art mit Wehen umzugehen unterstützen und empathisch bei ihr und ihren Begleitpersonen sein. Erkennen, wo sie an innere Grenzen stösst und sie ermutigen, diese in ihrer Zeit zu überwinden, um in der Geburtsarbeit weiterzugehen. Wissen, dass Gebären umso besser funktioniert, je weniger es gestört wird. So entstehen natürlicherweise individuelle «Kurven», in denen Gefühlsschwankungen, Schwächen, Stärken, Prägungen des Lebens und Ressourcen Platz haben.

Die Geschichte der Frauen und der Geburtshilfe wurde lange von Männern und männlich geprägten Systemen bestimmt. Es ist wohl an der Zeit, dass wir, Frauen, Mädchen, Mütter, Hebammen, unserer Geschichte eine weibliche Prägung geben. Mit einem Lächeln,

Zuzka Hofstetter, Hebamme

Normaler Geburtsverlauf

Rhythmus statt

Seit den Siebzigerjahren dominiert eine starre Definition des normalen Geburtsverlaufs die westlichen Gebärkliniken. Der britische Hebammenwissenschaftler Denis Walsh untersucht in einem Kapitel seines neuen Buches*), woher diese rigide Haltung stammt und welche Auswirkungen sie auf Hebammen und Frauen hat. Aus der kritischen Analyse heraus entwickelt Walsh ein neues Paradigma für die Geburtsbegleitung.

Gerlinde Michel

IN den Siebzigerjahren rückte die Beschäftigung mit dem pathologischen Geburtsverlauf und insbesondere mit dem Verlauf der Eröffnungsphase ins Zentrum der Geburtsmedizin, wo sie seither beharrlich ihren Platz behauptet. In der Regel wird bei einer Spitalgeburt der Geburtsfortschritt mit einer vaginalen Untersuchung festgestellt. Dieser Vorgang ist so stark zur Norm geworden, dass nur wenige Hebammen Gelegenheit haben, einen Geburtsverlauf ohne Vaginaluntersuchung zu beobachten. Pointiert formuliert: es macht den Anschein, als ob Frauen gar nicht mehr ohne regelmässige vaginale Untersuchung gebären könnten. Dabei geht vergessen, dass die Frauen seit Jahrmillionen Kinder geboren haben, ohne dass jemand auf die Geburtsdauer fixiert war. Interessanterweise hat die amerikanische Hebamme Ina May Gaskin (2003) in einem portugiesischen Hebammenlehrbuch aus dem 19. Jahrhundert das Wort «pasmo» gefunden: pasmo hiess, dass der Geburtsvorgang anhielt und alle nach Hause gingen, bis er wieder einsetzte.

Friedmans langer Schatten

Niemand kommt um den amerikanischen Arzt Emanuel Friedman herum, der 1954 seine berühmt gewordene Kurve publizierte. Seither ist sie fester Bestandteil von Hebammen- und geburtshilflichen Lehrbüchern. Friedman war der erste, der die durchschnittliche Geschwindigkeit der Muttermundseröffnung bei einer Gruppe von Frauen mass und grafisch festhielt. Nachfolger erweiterten die Kurve mit dem Partogramm sowie Anweisungen, was zu tun war, wenn die Eröffnung nicht wunschgemäss voranschritt. Daraus entwickelte sich in den Achtzigerjahren das rigide Konzept des «aktiven Geburtsmanagements» mit der «1cm/Stunde, sonst Amniotomie und Oxytocin»-Faustregel, das bis heute verbreitet ist. Studien aus dem UK zeigen, dass bis zu 57 Prozent der Erstgebärenden mit tiefem Risiko Oxytocin bekommen (Mead 2004).

Gebären auf dem Fliessband

Möglicherweise hat die Zentralisierung der Geburtshilfe in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts diese Entwicklung beschleunigt und undurchlässiger gemacht. Mit der zunehmenden Verlagerung der Geburt vom Heim in die Klinik wuchsen auch die Spitäler und damit der organisatorische Druck auf ihre Infrastruktur. Wie konnten die Frauen am effizientesten durch Gebär- und Wochenbettstationen geschleust werden? Begriffe wie «Gebären ab Fliessband» tauchten bereits in den Achtzigerjahren auf. Aber erst vor kurzem wies Perkins (2004) explizit nach, dass die Mutterschaftsbetreuung in den USA gemäss einem der Geschäftswelt und der Industrie entlehnten Modell funktioniert.

In einer früheren Studie verglich Walsh die Geburt in einem Geburtshaus («free standing birth centre») mit der Geburt im Spital (Walsh, 2006). Am meisten fielen ihm die Unterschiede des Zeitmanagements in die Augen. Im Geburtshaus war die Geburtsdauer kein Thema, ebenso wenig wie der Druck, das Gebärzimmer für die nächste Frau frei zu machen. Deshalb überrascht es kaum, dass aktives Geburtsmanagement heute noch immer von Spitälern betrieben wird, die zu den grössten in Europa gehören, mit mehr als 8000 Geburten jährlich (Murphy-Lawless, 1998). Der Druck, der zu solchen Zuständen führt, lässt sich nicht dadurch abbau-

*) Denis Walsh, Evidence-Based Care for Normal Labour and Birth: A Guide for Midwives. Routledge London, April 2007.

Fortschritt

en, dass an den klinischen Parametern der Geburtsdauer geschräubelt wird. Dies mag wichtig sein, bringt aber nichts, ohne dass man gleichzeitig die Zentralisierungstendenz in der Geburtshilfe herausfordert.

Zunehmende Kritik

Erste Anzeichen von Kritik am rigiden Zeitmanagement der Kliniken tauchten Ende der Neunzigerjahre auf. In einer Studie stellte Albers (1999) fest, dass die Eröffnungsphase in einer Studiengruppe von Frauen mit tiefem Risiko bis zu doppelt so lange dauerte als die Zeitspanne, die Friedman gemessen hatte (17,5 Std. versus 8,5 Std bei Erstgebärenden, 13,8 Std. versus 7 Std. bei Mehrgebärenden), ohne erhöhte Morbidität. Cesario (2004) errechnete eine vergleichbare Durchschnittsdauer der Eröffnung wie Friedman, aber er musste den Normalverlauf weiter fassen: Einige Primiparae eröffneten 26, einige Multiparae 23 Stunden lang, ohne nachteiliges Outcome. Eine weitere Studie (Zhang et al., 2002) untersuchte die Eröffnungsmuster von 1329 erstgebärenden Frauen. Vor allem in der Phase <7cm ging die Eröffnung langsamer vor sich als bei Friedman; die langsamste Gruppe eröffnete um weniger als 1cm/Std. Die Schlussfolgerung der Autoren erstaunt nicht: die gegenwärtigen diagnostischen Kriterien für eine protrahierte Geburt oder für einen Geburtsstillstand sind zu eng gefasst. Im Gegensatz zu Friedmans Epoche erlaubt es der medizinische Fortschritt, lange Geburten besser zu überwachen. Und der Gesundheitszustand der Frauen ist heute besser als vor 50 Jahren; sie sind fitter, um eine lange Geburt durchzustehen.

Diese und weitere Studien sind Evidenz für eine unerwartet grosse physiologische Vielfalt. Hebammen haben schon immer gewusst, dass sich viele Frauen nicht in die Durchschnittsnorm von 1cm/Std. pressen lassen, oder dass nicht alle über einen durchschnittlichen Normmuttermund verfügen. Es gibt Frauen, die sind bei 9cm und andere, die sind bei 11 cm voll eröffnet. Schliesslich sehen Frauen auch nicht alle gleich aus und zeugen von grossen psychosozialen Unterschieden.

Hebammen haben schon immer gewusst, dass sich der Eröffnungsrhythmus einer Frau in kein Normschema pressen lässt.

Fotos: Judith Fahner-Furer

Tanz der Geburtshormone

Durch die Arbeiten von Odent (2001) und Buckley (2004) hat in den letzten Jahren das Verständnis über die hormonelle Steuerung des Geburtsgeschehens und seine komplexe Variationsbreite zugenommen. Walsh vergleicht die delikaten Interaktionen der Geburtshormone mit dem Rhythmus, der Schönheit und der Harmonie von Tänzern. Wie empfindlich das Hormonzusammenspiel auf Störungen reagiert, erläutert er mit zwei Beispielen. Die Wehen einer Frau, die zu Hause stark und regelmässig waren, vergehen auf dem Transport ins Spital. Der

Umgebung und Betreuung wirken sich auf das Zusammenspiel der Geburtshormone aus.

mit dem Transport verbundene Stress hat eine erhöhte Ausschüttung von Adrenalin und Noradrenalin bewirkt, was wiederum die Oxytocinausschüttung hemmt – ein reflexartiges Geschehen mit dem Zweck, die Frau in einem potenziell gefährlichen Umfeld zu schützen. Eine andere Frau bekommt nach einer langen Wehenphase eine PDA. Die einsetzende totale Schmerzfreiheit signalisiert den Stresshormonen das Ende des Geburtsvorgangs, diese brechen die Stimulierung des körpereigenen Oxytocins ab, sein Fluss wird schwächer.

Odent verdanken wir die Erkenntnis, wie entscheidend sich Umgebung und Betreuung auf das magische Zusammenspiel der Geburtshormone auswirken. Die Tatsache, dass die Diagnose der protrahierten Geburt oder der Wehenprobleme weltweit so stark zugenommen hat, wirft auch ein schlechtes Licht auf das heute übliche Gebärumfeld: es wirkt sich auf den normalen Geburtsverlauf höchst ungünstig aus. Dem gegenüber stellt Odent die Rückkehr zu den Wurzeln des Gebärens, zum heilen und geschützten Ort, zur liebevollen Betreuung durch weibliche Begleiterinnen.

Geburtsbeginn, frühe Phase

Die Einteilung der frühen Eröffnungsphase in eine latente und eine aktive Phase nennt Walsh eine Sackgasse, welche an der Frau und an Jahrhunderte alten Geburtserfahrungen vorbeiführt. Weil der Blick auf die letzten 24 Stunden eingeengt ist, validiert bei der Anamnese niemand, dass die Frau Wehenmuster beschreibt, die sie während den vergangenen sieben Tagen erfahren hat. Gross et al. (2003, 2006) haben eindrücklich aufgezeigt, wie vielfältig sich der Geburtsbeginn manifestiert und wie unterschiedlich er von den Frauen wahrgenommen und diagnostiziert wird. Weniger als 60 Prozent der Frauen haben Wehen als Startpunkt ihrer Geburt erlebt. Für andere war es der Blasensprung (28%), andauernder Schmerz (24%), Abgang von Blut (16%), gastrointestinale Symptome (6%), Gefühlsunruhe (6%) und veränderte Schlafmuster (4%). Deshalb empfiehlt Gross, nicht nach Wehenmustern zu fragen, sondern sich danach zu erkundigen, wie die Frau den Geburtsbeginn erkannt habe.

Die Empfehlung von Flint (1987) hat noch immer ihre Gültigkeit behalten: Am besten erlebt die Frau den Geburtsbeginn zu Hause, mit Zugang zu einer Hebamme. Wie die Forschung mehrfach gezeigt hat, ist dies das beste Rezept gegen häufigere Interventionen (Hemminki & Simukka 1986, Rahnama et al 2006). Denn hektische Geburtsabteilungen mit organisatorischen Zwängen vertragen «trödelnde» Frauen schlecht. Wo ein überwachter Geburtsbeginn zuhause nicht möglich ist, bewähren sich Triageabteilungen oder spezielle Überwachungsabteilungen mit weniger Interventionen (Lauzon & Hodnett 2004), oder die Optionen Geburtshaus (Jackson et al 2003) und Hebamme statt ärztlichem Geburtshelfer (Turnbull et al 1996).

Mittlere Phase

Walsh entkoppelt die verlangsamte Wehentätigkeit oder den Wehenstopp von der automatischen Schlussfolgerung, dies sei ein pathologischer Vorgang. Neben vielen anekdotischen Berichten haben erst Davis et al (2002) mit der MANA-Kurve statistisch erhärtet, dass viele Frauen vorübergehende «Plateaus» erleben. Davies' retrospektive Untersuchung von Tausenden von Hausgeburten zeigte, dass die Muttermundseröffnung nach einigem Stillstand auch ohne Intervention weiterging; dabei erlebten manche Frauen sogar zwei «Plateaus». Auch Gaskins weiter oben beschriebener «pasmo» weist auf das Phänomen. Zieht man dazu die individuelle Geburtserfahrung, das subtile Zusammenwirken der Hormone, den Einfluss von Umgebung und Betreuung auf jede einzelne Frau in Betracht, so erscheint es schlüssig, vom Gebärvorgang als einer «einzigartigen Normalität» zu sprechen, die von Frau zu Frau variiert (Downe & McCourt 2004).

Studien haben gezeigt: wird eine langsamere Eröffnung als 1cm/Std. toleriert, so führt dies nicht zu einer höheren Sectiorate (Lavender et al. 1998). Einzelne Kliniken und Lehrbücher tragen dem bereits Rechnung (Enkin et al 2000, Thornton 2006).

Vaginale Untersuchung

Die vaginale Untersuchung hängt eng mit dem Paradigma des Geburtsforschritts zusammen, und Walsh stellt auch diese Praktik zur Diskussion. Die systematische Literaturdurchsicht von Devane (1996) konnte keinerlei wissenschaftliche Basis

Alternativen zur vaginalen Untersuchung

Wenig Wissenschaftliches und viel Anekdotisches prägt die Liste:

- Art der Kontraktionen und die Reaktion der Frau darauf
- Abdominale Palpation (Stuart 2000)
- Violette Linie zwischen den Gesässbacken (Hobbs 1998)
- Kalte Unterschenkel (Frye 2004)
- Tastbarer Wulst von der Nasenwurzel zum Haaransatz
- Defäkationsbedürfnis der Betreuerin bei voller Dilatation
- Beobachtung von Ebbe und Flut, da die Frauen meistens bei Flut gebären (Nordaustralien)
- Beobachtung der Hauskatze: Die Katze verlässt den Raum, wenn der Muttermund ganz offen ist (Niederlande)
- Laute der Gebärenden und ihre Veränderungen (Baker & Kenner 1993)

dafür identifizieren. Der Beweis bloss minimaler unerwünschter Nebenwirkungen ist ebenfalls ausgeblieben, insbesondere im Zusammenhang mit sexuell missbrauchten Frauen und solchen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Für sie, aber auch für andere Frauen können die Untersuchungen sehr problematisch sein, wie Bergstrom (1992) in ihrer qualitativen Untersuchung nachgewiesen hat. Warren (1999) erinnert an die zwei Fragen, die vor jeder vaginalen Untersuchung gestellt werden sollten: Warum brauche ich diese Information gerade jetzt? Kann ich sie auch auf andere Weise bekommen?

Manche auf Hebammenintuition beruhende Beobachtungen existieren leider nur in mündlicher Form und laufen deshalb Gefahr, verloren zu gehen. Dass sie nicht empirisch verifiziert sind, macht sie in manchen Augen unglaubwürdig.

Protrahierte Geburt

Hat man sich erst vom Zwang befreit, jeden verlangsamten Geburtsverlauf sogleich als pathologisch erklären und mit Oxytocin behandeln zu müssen, kann man ihn als physiologische Variation anschauen und in seinem verlangsamten Rhythmus begleiten.

Gemäss Walsh finden sich in Simkin und Ancheta's «The Labour Progress Handbook» (2005) andere, ganzheitlichere Handlungsoptionen als Amniotomie und Oxytocin, z.B. Positionsveränderungen, welche den Geburtsfortgang stimulieren können, oder die Anwendung von heissen Wickeln, Methoden, welche die Forschung stützt (Fenwick & Simkin, 1987). Anderson (2004) ergänzt die Diskussion um die protrahierte Geburt mit den Auswirkungen organisatorischer «Dystokien» auf die gebärende Frau, z.B.

- Fehlende kontinuierliche Betreuung und Unterstützung
- Unerfahrene Ärzte
- Fehlendes Fachwissen während Wochenenden, Ferien und Feiertagen
- Meinungsverschiedenheiten zwischen Hebammen und Ärzten
- Mangelhafte Übergabe bei Schichtwechsel

Cluett et al. (2004) weisen auf die Überlegenheit der Eröffnung im Wasser über die Oxytocintherapie hin. Frauen, die in der Badewanne eröffneten, brauchten letztlich weniger Wehenunterstützung (71 % versus 96 %) und weniger PDAs (47 % versus 66 %) als Frauen unter Oxytocinmanagement.

Für die wenigen erstgebärenden Frauen mit pathologisch protrahierter Geburt empfiehlt Walsh die Amniotomie, gestützt auf Fraser et al. (2006). Für die noch selteneren Fälle, bei denen eine Amniotomie nichts bringt, könne Oxytocinunterstützung zu einer Spontangeburt führen, allerdings laut Bugg et al. (2006) mit einer Erfolgsrate von bloss 51 %. Eine kleine Restgruppe von Frauen benötige wegen signifikantem Schädel-Becken-Missverhältnis eine Sectio.

Da-Sein statt Tun

Die Bemühungen, von der Fliessband-Geburtshilfe wegzukommen, erfordern ein radikales Umdenken, eine neue Sicht auf die Begleitung der Normalgeburt. In vielen Forschungsarbeiten von Hebammen finden sich scheinbar paradoxe Erkenntnisse wie «je weniger wir tun, umso mehr geben wir» (Leap 2000), «mit der Frau sein statt an ihr etwas machen» (Fahy 1998). Es geht um «gekonnte Inaktivität» (RCM, 2006) und «sich wohl fühlen, auch wenn es nichts zu tun gibt» (Geburtshaushebamme). Solche Gedanken repräsentieren eine neue Kultur in einer Umgebung, welche vom Ethos des Tuns und Machens und vom medizinischen Modell des Zwangs zum Handeln geprägt ist. Ein Gesundheitssystem, das von knappen Ressourcen, Sparbemühungen und immer kürzeren Klinikaufenthalten geprägt ist, kann diese Erkenntnisse als Provokation empfinden. Doch die Weisheit «Was wirklich zählt, kann nicht gezählt werden» trifft in Walshs Augen haargenau auf unterstützende Geburtsbegleitung zu.

Individuellen Gebärrhythmus schützen

Die Geburtsbegleitung bei der Normalgeburt sollte deshalb dringend dem neuen Paradigma des «Geburtsrhythmus» anstelle des «Geburtsfortschritts» folgen. Dies erfordert grössere Flexibilität, denn jede

Bei der neuen Betreuungskultur geht es auch um «gekonnte Inaktivität».

Das Modell «Gebärfliessband» hat ausgedient.

Frau gebärt anders. Dies erfordert auch, dass Umgebung und Rolle der Begleitpersonen optimiert werden, so dass nichts den Fluss der Geburtshormone stört. Aufgabe der Hebamme ist es, zusammen mit der Frau deren individuellen Gebärrhythmus zu entdecken und zu schützen. Das Gebärfliessband hat im neuen Paradigma ausgedient; es diente ja nicht klinischen sondern in erster Linie organisatorischen Zwecken.

Empfehlungen für die Praxis

- Eine geeignete, stimmige Umgebung zu schaffen sollte in Geburtskliniken Priorität bekommen
- Geburtseinrichtungen sollten es Frauen ermöglichen, in der Latenzphase zu Hause zu bleiben oder ein Geburtshaus bzw. eine Triageabteilung aufzusuchen (Gebärsäle wenn immer möglich vermeiden)
- Zeitliche Variationen unter der Geburt sollten als unterschiedliche Geburtsrhythmen bei unterschiedlichen Frauen verstanden werden, nicht als potenzielle Pathologie
- Hebammen sollten die Bedürfnisse der Frauen unterstützen und ihre Wahl respektieren
- Hebammen sollten die Gelegenheit bekommen, das Erkennen von Geburtsrhythmen zu erlernen und ihre Intuition zu schärfen
- Falls Partogramme gebraucht werden: die 4-Stunden-Frist und eine Muttermundseröffnung von weniger als 0,5cm/Std. sind brauchbare Hinweise auf einen protrahierten Geburtsverlauf
- Bei der Begleitung der verlangsamten Geburt sollten physiologische/psychologische/soziale Unterstützung Vorrang vor medizinischen Interventionen haben
- Geburtskliniken sollten im Licht dieser Empfehlungen überdenken, wann und wie häufig sie vaginale Untersuchungen durchführen. ◀

Literatur

Albers L. (1999): The duration of labour in healthy women. Journal of Perinatology 19(2): 114–9.

Anderson T. (2004): Conference presentation. The impact of the age of risk for antenatal education. NCT conference, Coventry 13th March 2004.

Baker A. & Kenner A. (1993): Communication of pain: vocalisation as an indicator of the stage of labour. Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology 33(4): 384–5.

Bergstrom L., Roberts J., Skillman L., Seidel J. (1992): «You» ll feel me touching you «sweetie». Vaginal Examinations during the Second Stage of Labour. Birth 19(l): 10–18.

Buckley S. (2004): Undisturbed birth – nature's hormonal blueprint for safety, ease and ecstasy. Midirs 14(2): 203–209.

Bugg G., Stanley E., Baker P., Taggart M., Johnston T. (2006): Outcomes of labour augmented with oxytocin. European Journal of Obstetrics & Gynaecology, 124: 37–41.

Cesario S. (2004): Re-evaluation of Freidman's labour curve: a pilot study. Journal of Obstetrics, Gynaecology and Neonatal Nursing 33: 713–722

Cluett E., Pickering R., Getliffe K. et al (2004): Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. BMJ, 328: 314

Davis, B., Johnson, K., Gaskin, I., 2002: The MANA Curve – Describing plateaus in labour using the MANA database. Abstract No 30, 26th Triennial Congress, ICM, Vienna.

Devane D. (1996): Sexuality and midwifery. British Journal of Midwifery 4(8): 413–20.

Downe S., McCourt C. (2004): From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In S. Downe (ed.) Normal Childbirth; Evidence & Debate. London: Churchill Livingstone.

Enkin M., Kierse M., Neilson J. et al (2000): A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth. Oxford University Press, Oxford.

Fahy K. (1998): Being a Midwife or Doing Midwifery. Australian Midwives College Journal, 11(2), 11–16.

Fenwick F. & Simkin P. (1987): Maternal positioning to prevent or alleviate dystocia. Clinical Obstetrics & Gynaecology, 30(1): 83–9.

Flint C. (1986): Sensitive Midwifery. London, Heinemann.

Fraser W.D., Turcot L., Krauss I., Brisson-Carrol G.: Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Friedman E. (1954): The graphic analysis of labour. American Journal of Obstetrics & Gynaecology 68: 1568–1575.

Frye A. (2004): Holistic Midwifery Volume 11: Care of the mother and baby from onset of labour through the first hours after birth. Portland: Labry's Press.

Gaskin I. M. (2003): Going backwards: the concept of «pasmo». The Practising Midwife 6(8): 34–36.

Gross M, Haunschild T, Stoexen T Methner V, Guenter H (2003) Women's recognition of the Spontaneous Onset of Labour. Birth 30(4): 267–271

Gross M., Hecker H., Matterne A., Guenter H., Kierse M. (2006): Does the way that women experience the onset of labour influence the duration of labour? British Journal of Obstetrics & Gynaecology, 113: 289–294.

Hemminki E. & Simukka R. (1986): The timing of hospital admission and progress of labour. European Journal of Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Biology 22: 85–94.

Hobbs L. (1998): Assessing cervical dilatation without VEs. The Practising Midwife 1(11): 34–5.

Jackson D., Lang J., Ecker J., Swartz W., Heeren T. (2003): Impact of Collaborative Management and Early Labour Admission in Labour on Method of Delivery. Journal of Obstetrics, Gynaecology and neonatal Nursing. 32(2): 147157.

Lauzon L. & Hodnett E.: Labour assessment programs to delay admission to labour wards (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1,2006. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Lavender T., Alfirevic Z., Walkinshaw S. (1998): Partogram action line study: a randomised controlled trial. British Journal of Obstetrics & Gynaecology 105: 976–980.

Leap, N., (2000): The less we do, the more we give. In: M Kirkham ed. The midwife-mother relationship. London: MacMillan, 1–18.

Mead M. (2004): Midwives' perspectives in a 11 UK maternity units. In S Downe (ed.) Normal childbirth: evidence and debate. London: Churchill Livingstone.

Murphy-Lawless, J., 1998: Reading Birth and Death: A history of obstetric thinking. Cork: Cork University Press.

Odent M. (2001): New reasons and new ways to study birth physiology. International Journal of Gynaecology & Obstetrics 75: S39–S45.

Perkins B. (2004): The Medical Delivery Business: Health Reform, Childbirth and the Economic Order. London: Rutgers University Press.

Rahnama P., Ziaei S., Faghihzadeh S. (2006): Impact of early admission in labour on method of delivery. International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 92(3): 217–20.

Royal College of Midwives (2006): Campaign for Normal Birth http://www.rcmnormalbirth.org.uk/default.asp?sID=1099658666156.

Simkin P. & Ancheta R. (2005): The Labour Progress Handbook Oxford, Blackwell Science.

Stuart C. (2000): Invasive actions in labour: where have all the old trick gone? The Practising Midwife 3(8): 30–33.

Thorton J. (2006): Natural Labour Guidelines, Nottingham City Hospital. Personal Communication.

Turnbull D., Holmes S., Cheyne H. et al (1996): Randomised controlled trial of efficacy of midwifery-managed care. Lancet 348: 213–218.

Walsh D. (2006): Subverting assembly-line birth: Childbirth in a free-standing birth centre. Social Science & Medicine, 62(6): 1330–1340.

Warren C. (1999a): Invaders of privacy. Midwifery Matters 81:8–9.

Zhang J., Troendle J., Yancey M. (2002): Reassessing the labour curve. American Journal Of Obstetrics & Gynaecology. 187: 824–8.