

Argumentationshilfe für die von Hebammen geleitete Geburtshilfe (in Kliniken)

Das Royal College of Midwives (RCM) erstellt regelmäßig sehr gute Arbeitshilfen für seine Mitgliedshebammen. So auch dieses Heft: „RCM Evidence based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour“ (Evidenzbasierte Richtlinien des Royal College of Midwives für die von Hebammen geleitete Betreuung unter der Geburt). Ein Heft, das - im Original - in jede Kitteltasche passt, abwaschbar und in DIN A6 Format.

Die britischen Kolleginnen haben uns angeboten, das Heft übersetzen zu lassen und diese Möglichkeit haben wir dankend angenommen. Alle Betreuungen/Maßnahmen von Hebammen sind hier Evidenz-basiert aufgeführt und die Quellen dafür im Anhang zu finden. Ursprünglich wollten wir dieses Heft genauso (als Kitteltaschenheft) für Sie herstellen lassen. Nach der kompletten Übersetzung ist allerdings aufgefallen, dass es einige Praktiken in Deutschland so gar nicht gibt (Einsatz von Lachgas) oder Medikamente Erwähnung finden, die bei uns nicht verabreicht werden.

Trotzdem wollen wir Ihnen die Übersetzung hier zur Verfügung stellen, damit sie auf die Quellen zurückgreifen können, als Argumentations- oder Diskussionsgrundlage. Lesen Sie doch in Ruhe mal das ganze Heft durch. Erleuchtend war für mich, die schon lange vermutete Latenzphase zu entdecken und spannend z. B. auch, wie die Britinnen den Beginn der Austreibungsphase definieren, nämlich wenn der Kopf zu sehen ist.

Das ungewöhnliche Format und die Seiteneinteilung sind dadurch entstanden, das wir uns an die Vorlage der Kolleginnen halten mussten. Außerdem erleichtert die formatgetreue Übernahme das Auffinden einzelner Passagen im englischen Originaltext.

Zurzeit wird in dem Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit Hebammen und der FH Osnabrück gemeinsam an einem Standard „normale Geburt“ gearbeitet. Im nächsten Jahr findet dazu eine Konsensuskonferenz in Osnabrück statt. Die endgültigen Ergebnisse werden in ca. drei Jahren zur Verfügung stehen, bis dahin gucken Sie doch in diesem Heft nach.

Bitte beachten Sie, dass wir für Übersetzungsfehler keine Verantwortung übernehmen. Zur Kontrolle oder für Interessierte stellen wir ebenfalls die Originalausgabe zur Verfügung.

Im Januar 2013



Susanne Steppat
Beirätin für den Angestelltenbereich

Unter Mitarbeit von Ute Wronn und Jennifer Jaque-Rodney; dafür herzlichen Dank!

**Evidenzbasierte Richtlinien
des Royal College of Midwives
für die von Hebammen
geleitete Betreuung
unter der Geburt**

Praktische Empfehlungen

4. Auflage

Erarbeitet vom Learning, Research, Practice Development and International Office,
Royal College of Midwives.

Diese Zusammenfassung basiert auf „Royal College of Midwives (RCM): Evidence
based guidelines for midwifery-led care in labour: 4th edition.“

Herausgeber: Mervi Jokinen, Practice and Standards Development Adviser Royal
College of Midwives Trust, Jane Munro, Research Midwife

© Veröffentlicht durch den Royal College of Midwives Trust im Mai 2008

ISBN 1- 870822- 19- 6 ISBN 978-1-870822-19-0

Alle Richtlinien sind über die RCM website www.rcm.org.uk verfügbar und dürfen
nach Bedarf heruntergeladen und photokopiert werden.

INHALT

| | |
|--|----|
| Einleitung..... | 1 |
| Geburtsumfeld..... | 3 |
| Latenzphase..... | 4 |
| Unterstützung für Frauen unter der Geburt..... | 5 |
| Geburtsbegleiter unterstützen und mit einbeziehen..... | 6 |
| Die Verwendung von Wasser während der Wehen und unter der Geburt..... | 7 |
| Pharmakologische Schmerzbehandlung..... | 9 |
| Überwachung der fetalen Herzfrequenz..... | 10 |
| Einschätzung des Geburtsfortschrittes..... | 11 |
| Amniotomie..... | 12 |
| Körperhaltungen während der Wehen und unter der Geburt..... | 13 |
| Persistierende Scheitelbeineinstellungen und posteriore Kindslagen bei Geburtsbeginn..... | 14 |
| Ernährung unter der Geburt..... | 15 |
| Übergangs- und Pressphase..... | 16 |
| Der Dammschutz..... | 18 |
| Nachgeburtsphase..... | 19 |
| Dammnaht..... | 20 |
| Erstversorgung des Neugeborenen..... | 22 |
| Frühes Stillen..... | 23 |
| Referenzen und Literaturverzeichnis..... | 24 |

EINLEITUNG

Das Royal College of Midwives (RCM) spielt eine zentrale Rolle bei der Entwicklung des Hebammenberufs und in der Unterstützung des Hebammenwesens. Zu diesem Zweck hat das RCM einen dynamischen Prozess für die Entwicklung von Richtlinien entwickelt und erstellt evidenzbasierte Richtlinien und dazugehöriges Material zur landesweiten Verbreitung und Benutzung.

Das überarbeitete Werk „Evidenzbasierte Richtlinien des Royal College of Midwives für die von Hebammen geleitete Betreuung unter der Geburt; ein umfangreiches Dokument mit ausführlichem Text ist abrufbar über die RCM-Website www.rcm.org.uk. Das Material in diesem Heft ist eine Zusammenstellung aus guten Praxisbeispielen, die aus diesen Richtlinien entnommen wurde, und seine kleinere Größe soll die Benutzerfreundlichkeit für Hebammen erhöhen, wo immer sie ihren Beruf ausüben.

Zeitgemäße Hebammenarbeit verlangt nach der Anwendung von aussagekräftigen Erkenntnissen; in diesem Zusammenhang sollen die guten Verfahrensweisen (good practice points), die hier aufgezeigt werden, Hebammen einen großen Bereich von Forschung zugänglich machen, damit sich diese in ihrer Berufspraxis darauf stützen können. Außerdem würdigen sie, dass die Philosophie des Hebammenwesens Wehen und Geburt als normalen physiologischen Vorgang sieht, der, bei unauffälligem Schwangerschaftsverlauf, durch einen spontanen Geburtsbeginn zwischen der 37. und 42. Schwangerschaftswoche gekennzeichnet ist. Gleichzeitig erkennen sie an, dass für die eine Frau die Geburt nicht „einfach normal“, sondern in ihrer Situation tatsächlich außergewöhnlich ist: als eine „gute“ oder „schlechte“ Erfahrung hat sie Auswirkungen auf ihr körperliches und seelisches Wohlbefinden (Wiklund et al. 2008; Waldenstrom et al. 2004; Simkin1991) und auf ihre Beziehung zu ihrer Familie.

Methodik

Der Literaturreview erfolgte in den folgenden Quellen:

- Suche in elektronischen Datenbanken: Cochrane Bibliothek, MEDLINE, CINAHL, MIDIRS;
- in geringerem Umfang (aufgrund der zeitlichen Beschränkung): Suche in einschlägigen Fachzeitschriften und in vielzitierte Literatur
- Literatur, die die folgenden Sichtweisen umfasste, wurde gesichtet und reviewt:
 - solche von prospektiven und veröffentlichten randomisierten Studien;
 - Hebammenforschung und -reviews
 - solche, die die Sichtweise von Frauen untersucht
 - Berichte von Berufsgremien; Regierungsrichtlinien
 - Expertenmeinungen

In Übereinstimmung mit der Philosophie der hebammengeleiteten Betreuung wurde besonderer Wert darauf gelegt, die Sichtweise von Frauen und die Meinung von Hebammen als Expertinnen herauszufinden und mit einzubeziehen.

Das National Institute for Clinical Excellence (NICE) und das Scottish Intercollegiate Guidelines Network wurden nach bereits existierenden Richtlinien zu diesem Themengebiet durchsucht.

Die Suche war auf englischsprachige Dokumente (Papiere oder Abstracts) beschränkt; Forschung wurde in Bereichen und Kontexten durchgeführt, die relevant für die hebammengeleitete Betreuung in Großbritannien waren; dort wo es Unsicherheiten darüber gab, ob es angemessen ist, ein Dokument einzubeziehen, haben die beiden Autorinnen dies diskutiert.

Die überarbeiteten „Evidenzbasierte Richtlinien des Royal College of Midwives für die von Hebammen geleitete Betreuung unter der Geburt“ wurden von Jane Munro, einer Hebammenforscherin, und Mervi Jokinen, Beirätin für Standards und Entwicklung im RCM, erstellt. Beiträge zu bestimmten Richtlinien erarbeitete Dr. Mary Steen, Gemeindehebammenwesen im Leeds Hospital NHS¹ Trust.

Die Entwicklung und Ratifizierung der Richtlinien fand unter der Leitung des Professional Policy Committee des RCM-Councils statt, das für die endgültige Version verantwortlich ist.

Datum des Reviews: 30.05.2011

Literaturverzeichnis:

Lemola S, Stadlmayer W, Grob A (2007) Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* **25** (3): 190-202.

Simkin P (1991) Just another day in a woman's life? Part 1 Women's long-term perceptions of their first birth experience. *Birth* **18**(4): 203-10.

Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I (2004) A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* **31**(1):17-27.

Wiklund I, Edman G, Ryding D, et al. (2008) Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **115**(3): 324-331.

¹ NHS: National Health Service: Gesundheitswesen, steuerfinanziert, Arbeitgeber für Gesundheitsberufe (auch Hausgeburtshebammen und Gemeindehebammen sind fast ausschließlich beim NHS angestellt), Anm. d. Ü.

Geburtsumfeld - Praktische Empfehlungen

- „Schwangere Frauen müssen während der gesamten Schwangerschaft Betreuung von hoher Qualität erhalten. Sie sollen möglichst normal gebären. Sie müssen an Entscheidungen darüber, was für sie und ihre Neugeborenen das Beste ist, beteiligt werden. Und sie müssen wählen können, wie und wo sie gebären.“ (DH 2004)
- Wenn ihre Schwangerschaft komplikationsfrei verlaufen ist, können Frauen zu Hause oder in einem vom Hausarzt oder von Hebammen geleiteten Kreißsaal gebären. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, ihnen davon abzuraten (MIDIRS 2005a).
- Die meisten Frauen fühlen sich im Krankenhaus verunsichert. Institutionalisierte Abläufe und fehlende Privatsphäre können dazu führen, dass sich die Frauen machtlos und fremdbestimmt fühlen (Lock und Gibb 2003; Steele 1995). Wenn Frauen dagegen die Kontrolle behalten, erleben sie die Geburt positiv und fühlen sich danach gut. Das haben Studien von Green et al. (1990) und Simkin (1992) ergeben.
- Frauen genießen Vorteile, wenn sie nicht in einem traditionellen Kreißsaal entbinden, sondern in risikoarmer, hebammengeleiteter Umgebung. Das haben Experimente gezeigt (Byrne 2000; Waldenstrom 1997; Hundley et al. 1994; McVicar et al. 1993).
- In einem gemütlichen Geburtsumfeld kommen weniger Schmerzmittel und wehenfördernde Mittel zum Einsatz. Zudem wird seltener operativ entbunden, und die Frauen sind zufriedener mit der Betreuung (Hodnett et al. 2005).
- Früh unter der Geburt können Frauen außerhalb des Kreißsaals besser eingeschätzt werden. Wird dies beachtet, muss während der aktiven Geburtsphase weniger häufig interveniert werden (McNiven et al. 1998).
- Für die Betreuung einer schwangeren oder gebärenden Frau ist es wesentlich, dass ihre Wünsche geachtet werden und sie an Entscheidungen beteiligt wird (NICE 2007, DH 2004). Der Geburtsplan sollte in vollem Umfang mit der Hebamme besprochen werden.

Latenzphase - Praktische Empfehlungen

- Frauen und den von ihnen gewählten Geburtsbegleitern sollte vor der Geburt umfangreiche Aufklärung über die Latenzphase angeboten werden.
- Die Dauer dieser Phase ist besonders schwer zu messen, da Frauen den Beginn der Wehen auf unterschiedliche Art und Weise wahrnehmen (Gross et al. 2006; Albers 2001; Enkin et al. 2000).
- NICE (2007) empfiehlt folgende Definitionen der Geburtsphasen:

Latenzphase:

- ein nicht zwingend zusammenhängender Zeitraum mit schmerzhaften Wehen,
- während dem sich der Gebärmutterhals verkürzt und sich der Muttermund auf bis zu 4 cm öffnet.

Aktive Phase:

- ein Zeitraum mit regelmäßigen und schmerzhaften Kontraktionen,
 - während dem sich der Muttermund von 4 cm an fortschreitend öffnet.
- Die aktive Geburtsphase zeitlich einzuschätzen ist sowohl für die Betreuer als auch für die Frauen selbst schwierig (Lauzon und Hodnett 2004). Falsch Diagnosen können dazu führen, dass irrtümlich ein Geburtsstillstand diagnostiziert und daraufhin eine Kette von Eingriffen unternommen wird.
 - Eine lange Latenzphase kann Frauen anstrengen und entmutigen (Simkin und Ancheta 2000). Sie benötigen gute und beständige psychologische Unterstützung.
 - Es ist unverzichtbar, mit einer Frau zu sprechen, sie zu beruhigen und aufzuklären, um ihr ihre Ängste zu nehmen. Erst dann kann sie sich mit Hilfe anderer Techniken wirksam entspannen (Austin und Calderon 1999).
 - Frauen sollten ermutigt werden, normale alltägliche Aktivitäten aufrechtzuerhalten.
 - Ein Wannenbad während der frühen Geburtsphase kann die Wehen vorübergehend unterbrechen, so dass sich die Frau erholen kann. Eine Wehenpause kann jedoch Nachteile mit sich bringen. Daher wurde vorgeschlagen, alternativ warm zu duschen (Austin und Calderon 1999).
 - Kreißsäle könnten für Frauen in der Latenzphase kein geeignetes Umfeld sein (Bailit et al. 2005; Klein et al. 2004; Holmes et al. 2001; McNiven et al. 1998).

Unterstützung für Frauen unter der Geburt - Praktische Empfehlungen

- Deskriptive Studien haben vier Formen der Unterstützung ermittelt, die sich Frauen unter der Geburt wünschen: Emotionale Unterstützung, informative Unterstützung, körperliche Unterstützung und Fürsprache (MIDIRS 2005b).
- Kontinuierliche Unterstützung einer Frau unter der Geburt führt zu geringerem Verbrauch von medikamentösen Schmerzmitteln, weniger operative Geburten und größerer Zufriedenheit mit der Geburt (Hodnett et al. 2007).
- Eine Frau unter der Geburt sollte unterstützende Eins-zu-Eins-Betreuung erhalten und in der Regel - außer auf ihren ausdrücklichen Wunsch - nicht alleine gelassen werden (NICE 2007).
- Unterstützung seitens der Hebamme kann auch beinhalten, dass sie die Frau unter der Geburt in ihrem Bestreben unterstützt, auf schmerzerleichternde Medikamente zu verzichten, oder bei der Wahl zwischen medikamentösen und nicht-medikamentösen Methoden der Schmerzerleichterung berät (Enkin et al. 1995).
- Wahrgenommene und angenommene Unterstützung während der Geburt geht einher mit Zufriedenheit mit der Geburt (Hodnett et al. 2007).
- Hebammen sollten Frauen unter Anwendung von Bewältigungsstrategien in der Geburtsphase (Atmung, Entspannung und Positionen) unterstützen (Spiby et al. 1999); dies kommt der Frau hinsichtlich ihrer Schmerz- und emotionalen Erfahrung unter Geburt nachweislich zugute (Spiby et al. 2003).
- Frauen die unzureichende Unterstützung von Partnern und Betreuerinnen unter der Geburt erfahren haben, erleben eher eine post-traumatische Belastungsstörung (Lemola et al. 2007; Czarnocka und Slade 2000).
- Hebammen sollten sich regelmäßig über den neuesten Stand der nicht-medikamentösen Methoden der Schmerzerleichterung (Wasser, Positionen und Bewegung, Massage, TENS, Bewältigungsstrategien und alternative Therapien) informieren (Simkin und Bolding 2004; Mander 1998).

Geburtsbegleiter unterstützen und mit einbeziehen - Praktische Empfehlungen

- Für viele Frauen ist die Person die sie zur Geburt mitbringen, die einzige Person ihres Vertrauens, die ihr zur Verfügung steht (Odent 1999).
- Frauen sollten ermutigt werden, sich von Begleitpersonen ihrer Wahl unter der Geburt unterstützen zu lassen (NICE 2007).
- Die Mehrzahl der Frauen in dem Vereinigten Königreich wird von ihren Partnern zur Geburt begleitet (Singh und Newburn 2000, Somers-Smith 1999); allerdings sollte dies nicht vorausgesetzt werden. Die Betreuung sollte nicht von Unterstellungen auf Grund von ethnischer Zugehörigkeit oder Religion geleitet sein, sondern einem ganzheitlichen Ansatz folgen und sich auf die Frau als Individuum konzentrieren (MIDIRS 2005b).
- Begleitpersonen sollen aktiv in den Geburtsprozess mit eingebunden werden. Dies kann Diskussionen über Geburtsoptionen, Zuteilung praktischer unterstützender Aufgaben sowie ein Austausch über die eigenen Erwartungen hinsichtlich der Geburt beinhalten (Wöckel et al. 2007; Bernshaw 2001).
- Individuelle Anleitung und Aufklärung kann Partnern helfen, mehr Sicherheit in ihrer Rolle zu bekommen, so dass sie Ihre Frau unter der Geburt besser unterstützen können (Wöckel et al. 2007).
- Partner wollen häufig informiert werden über Bewältigungsstrategien für Frauen unter der Geburt, alternative Schmerzerleichterungsmethoden, Möglichkeiten der körperlichen Bewegung während der Geburt sowie darüber, was bei der Geburt zu erwarten ist (Singh und Newburn 2000).
- Partner brauchen Unterstützung für ihre Rolle als Unterstützer, besonders wenn ihre Frauen unter der Geburt starke Schmerzen zu erleiden haben (Chandler und Field 1997).
- Begleitpersonen brauchen Anerkennung und Förderung in ihrer Rolle als Unterstützer (Spiby et al. 1999).
- Selbst wenn eine Frau von ihrem Partner zur Geburt begleitet wird, kann ihr die Anwesenheit einer zweiten Begleitperson ihrer Wahl zugutekommen (MIDIRS 2005b).

Die Verwendung von Wasser während der Wehen und unter der Geburt - Praktische Empfehlungen

- Qualitätssichernde Maßnahmen sind wichtig. Zu ihnen gehört auch, die Qualität des Wassers in der Wanne zu überprüfen, Protokolle über die Reinigung der Wanne zu führen und Maßnahmen zur Infektionskontrolle durchzuführen (NICE 2007; Kingsley et al. 1999; Hawkins 1995).
- Die Körpertemperatur der Frau und die Wassertemperatur sollten stündlich überwacht werden, damit es der Frau gut geht und sie kein Fieber bekommt. Die Wassertemperatur sollte nicht auf mehr als 37,5 Grad steigen (NICE 2007).
- Mit Wasser während der Wehen und unter der Geburt haben Frauen die Erfahrung gemacht, dass sie sich entspannen können, in Entscheidungen eingebunden werden und die Kontrolle behalten (Richmond 2003; Hall und Holloway 1998).
- Wasser verändert das Schmerzempfinden der Frau und reduziert die Verwendung von Schmerzmitteln. Frauen berichteten von weniger Schmerzen, und Epidural- oder Spinalanästhesien wurden seltener gelegt (Cluett et al. 2004a).
- Wannenkübel während der Wehen beeinflussen weder die Geburtsdauer noch den Geburtsmodus. Sie spielen zudem keine Rolle für den Fünf-Minuten-Apgar-Wert. Sie erhöhen auch nicht das Risiko einer neonatalen Infektion oder der Einweisung auf eine Neugeborenenstation (Cluett et al. 2004a).
- Bei Frauen mit gestörtem Geburtsverlauf erhöht ein Wasserbad die Chance, ohne Epiduralanästhesie, wehenfördernde Mittel oder intravenöse Infusion auszukommen (Cluett et al. 2004b).
- Ein Experiment hat hingegen die Vermutung nahegelegt, dass ein frühes, also vor einer Muttermundseröffnung von 5 cm genommenes Wasserbad die Geburt verlängert. Zudem erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass eine Epiduralanästhesie und die Verabreichung von Syntocinon notwendig werden (Eriksson et al. 1997).
- Wenn Frauen, deren spontaner Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt gewesen war, unter der Geburt baden, steigt das Risiko, dass ihre Neugeborenen Fünf-Minuten-Apgar-Punkte von weniger als 8 aufweisen (Waldenstrom und Nilsson 1992).
- Zwei nationalen Studien zufolge gibt es keinen Beweis dafür, dass zwischen neonataler Morbidität sowie Mortalität und der Anwendung von Wasser unter der Geburt ein Zusammenhang besteht (Gilbert und Tookey 1999; Alderdice et al. 1995).

- Hebammen sollten darauf achten, dass bei einer Wassergeburt die Nabelschnur reißen kann (Crow und Preston 2002).
- Hebammen sollten die Möglichkeit haben, Schulungen zum Einsatz von Wasser während der Wehen sowie unter der Geburt zu besuchen. Zudem sollten Leitfäden bereitgehalten werden, auf die in der Praxis zurückgegriffen werden kann (RCM/RCOG 2006).
- Frauen sollten darüber informiert werden, dass es bislang nicht genügend Beweise gibt, um Wassergeburten entweder zu unterstützen oder von ihnen abzuraten (NICE 2007).

Pharmakologische Schmerzbehandlung - Praktische Empfehlungen

- Hebammen müssen sich bewusst sein, dass die Geburtsschmerzen von Frauen unterschätzt werden können beziehungsweise die Wirksamkeit von Schmerzmitteln überschätzt werden kann (Baker et al. 2001; Niven 1994; Rajan 1993).
- Pethidine, Diamorphine und andere Opiate sollten in jeder Geburtsumgebung verfügbar sein. Frauen sollten darüber informiert werden, dass diese den Schmerz während der Wehen nur begrenzt lindern, und dass sie bedeutsame Nebenwirkungen haben, sowohl für die Frau (Benommenheit, Übelkeit und Erbrechen) als auch für ihr Baby (kurzzeitige Atemdepression und Benommenheit) (NICE 2007).
- Lachgas scheint den Schmerz etwas zu mildern, kann aber bei Frauen zu Übelkeit und Benommenheit führen. Es gibt keinen Beweis dafür, dass Lachgas dem Baby schadet (NICE 2007).
- Die Epiduralanästhesie ist im Vereinigten Königreich ein weit verbreitetes Mittel der Schmerzlinderung unter der Geburt. Vielen Frauen bietet sie die wirksamste Schmerzbekämpfung, auch wenn bei manchen keine vollständige Schmerzfreiheit erreicht wird (MIDIRS 2005c). Es gibt jedoch eine Anzahl möglicher ungewollter Konsequenzen und Nebenwirkungen (Tracy et al. 2007; NICE 2007; Anim-Somuah et al. 2005; Lieberman und O`Donoghue 2002; Leighton und Halpern 2002; Thorp und Breedlove 1996). Frauen sollten über diesen Risiken vor Geburtsbeginn aufgeklärt werden.
- Die Epiduralanästhesie verlängert die Übergangs- und die Pressphase. Fetale Fehllagen treten häufiger auf. Außerdem muss häufiger Oxytocin gegeben werden, und es kommt öfter zu Zangengeburt (Tracy et al. 2007; Lieberman et al. 2005; Anim-Somuah et al. 2005; MIDIRS 2005c). Weitere mit einer Epiduralanästhesie verbundene Risiken sind intrapartales Fieber und Harnverhaltung (Anim-Somuah et al. 2005; Lieberman et al. 2000).

Überwachung der fetalen Herzfrequenz - Praktische Empfehlungen

- Die Frau und ihre Hebamme sollten sich vor der Geburt mit der fetalen Überwachung auseinandersetzen (Thacker et al. 2004). Falls dieses Gespräch noch nicht stattgefunden haben sollte, wenn die Wehen einsetzen, sollte es Teil der anfänglichen Geburtsplanung sein.
- Bei gesunden Frauen mit unkomplizierter Schwangerschaft wird intermittierendes Abhören mit einem manuell gehaltenen Instrument empfohlen (NICE 2007).
- Gibt die abgehörte fetale Herzfrequenz Anlass zur Sorge oder treten intrapartale Risiken auf, sollten die Herztöne des Kindes kontinuierlich durch Cardiotokografie (CTG) aufgezeichnet werden.
- Ist die fetale Herzfrequenz auffällig, sollte der mütterliche Puls gemessen werden, um beide Herzfrequenzen voneinander unterscheiden zu können (NICE 2007).
- Bei normalen Geburtswehen sollte den Frauen keine elektronische Fetalüberwachung (CTG) angeboten werden, da diese zu einem Anstieg operativer Entbindungen führt, aber nicht zu besseren Ergebnissen (NICE 2007; MIDIRS 2005d).
- Elektronische Fetalüberwachung (CTG) sollte niemals die kontinuierliche Betreuung und Unterstützung unter der Geburt ersetzen oder diese beeinträchtigen (MIDIRS 2005d).
- Aktuelle Belege sprechen gegen ein Aufnahme-CTG bei Schwangerschaften mit niedrigem Risiko (NICE 2007; Blix et al. 2003; Impey et al. 2003; Mires et al. 2001). Es sollte nicht routinemäßig eingesetzt werden, bis zuverlässige Forschung seinen Nutzen bewiesen hat (MIDIRS 2005d).

Einschätzung des Geburtsfortschrittes - Praktische Empfehlungen

- Bei der vaginalen Untersuchung gibt es sechs Anhaltspunkte, um den Geburtsfortschritt zu beurteilen: (1) Der Muttermund kommt von hinten nach vorne; (2) der Muttermund reift oder wird weich; (3) der Muttermundhals verstreicht; (4) der Muttermund öffnet sich; (5) der kindliche Kopf dreht sich, biegt sich und passt sich an; (6) der Fetus tritt tiefer (Simkin und Ancheta 2000).
- Die Beobachtung des Geburtsfortschrittes sollte nicht nur auf der Beurteilung von Änderungen am Muttermund und Tiefertreten des Fetus beruhen (Enkin et al. 2000). Hebammen sollten alle ihre Fähigkeiten und Kenntnisse bei der Beurteilung des Geburtsfortschrittes miteinbeziehen wie z. B. die Leopold-Handgriffe, und ihr Wissen um Verhaltensveränderungen von Gebärenden (Gross et al. 2003; Burvill 2002; Stuart 2000; Baker und Kennet 1993; McKay und Roberts 1990).
- Die vaginale Untersuchung ist die vorherrschende Methode zur Beurteilung des Geburtsfortschrittes (Enkin et al. 2000). Allerdings sollte die Untersuchung nur in Abstimmung mit der Frau durchgeführt werden, und nur dann wenn dadurch wichtige Informationen für den weiteren Entscheidungsprozess gewonnen werden können (NICE 2007).
- Die vaginale Untersuchung ist ein unzuverlässiges Maß für die Beurteilung des Geburtsfortschrittes, wenn sie von verschiedenen Personen durchgeführt wird (Clement 1994; Robson 1991). Aus diesem Grund soll die vaginale Untersuchung möglichst immer von der gleichen Hebamme durchgeführt werden.
- In einem Geburtsprozess stehen die Geschlechtsorgane einer Frau im Mittelpunkt der meisten Untersuchungen. Die Frau muss sich Fremden gegenüber entblößen. Viele Frauen finden vaginale Untersuchungen schmerzhaft und qualvoll (Lewin et al. 2005; Menage 1996). Hebammen müssen deshalb die emotionalen und psychosexuellen Aspekte der Untersuchungen beachten (Devane 1996).
- Laut NICE (2007) sollte die Beurteilung des Geburtsfortschrittes in der Eröffnungsphase folgende Aspekte beinhalten:
 - Muttermunds Eröffnung von 2 cm in 4 Stunden
 - Tiefertreten und Drehung des kindlichen Kopfes
 - Veränderungen der Wehen in Stärke, Länge und Häufigkeit

Amniotomie - Praktische Empfehlungen

- Die Amniotomie ist nicht Bestandteil einer normalen physiologischen Geburt (Andrees und Rankin 2007; RCM 1997). Sie soll nur bei Frauen mit abweichendem Geburtsfortschritt zur Anwendung kommen.
- Die Amniotomie kann eine Schmerzsteigerung verursachen, die zur Unerträglichkeit der Wehentätigkeit führen kann (Fraser 1993; NCT 1989; Inch 1985). Jede Intervention, die die Fähigkeit einer Frau selbstbestimmt zu gebären stört, kann langfristige Auswirkungen auf ihr eigenes Wohlbefinden und ihre Beziehung zu ihrem Baby haben (Robson und Kumar 1980; Oakley 1979).
- Smyth et al. (2007) kommen zu dem Schluss, dass die Amniotomie keine effektive Methode zur Verkürzung der spontanen Wehentätigkeit ist und dass die Amniotomie das Risiko eines Kaiserschnittes erhöht und zur Abweichungen des fetalen Herzfrequenz führen kann.
- wenn die Wehentätigkeit nachzulassen scheint, können sanfte, Wehen verstärkende Maßnahmen wie Positionswechsel und Bewegung die Notwendigkeit des Einsatzes anderer, invasiverer Maßnahmen vorbeugen (Simkin und Ancheta 2000).
- Die Entscheidung, die Fruchtblase zu öffnen soll nur in direkter Abstimmung mit der Frau gefällt werden. Hierbei soll die Notwendigkeit der Intervention zweifelsfrei belegt sein. Diese Abstimmung sollte ein Teil des Geburtsplanes sein und nicht direkt vor oder während einer vaginalen Untersuchung vorgenommen werden.

Körperhaltungen während der Wehen und unter der Geburt - Praktische Empfehlungen

- Eine aufrechte Haltung während der Wehen und unter der Geburt bietet erhebliche Vorteile (MIDIRS 2005e). Dennoch herrscht nach wie vor die liegende Position vor.
- Frauen „wählen“ oft das, was von Ihnen erwartet wird, und das übliche Bild einer gebärenden Frau ist das „auf dem Bett“. Hebammen müssen daher in Eigeninitiative verschiedene Geburtshaltungen demonstrieren und zu ihnen ermutigen.
- Das Umhergehen unter der Geburt hat keine schädlichen Auswirkungen. Frauen sollten dazu ermutigt werden, wenn sie herumgehen möchten (Bloom et al. 1998).
- Die Ausstattung ist der Schlüssel zu wirklicher Bewegungsfreiheit. Im Raum sollten verschiedene Möbelstücke und Requisiten verfügbar sein, welche die Frau animieren, verschiedene Positionen auszuprobieren (Albers 2007).
- Elektronische Fetalüberwachung, intravenöse Infusionen und ebenso verschiedene Methoden der Schmerzlinderung können die Mobilität der Frau und ihre Möglichkeit, die Geburtsposition zu verändern, beeinträchtigen (Spiby et al. 2003). Frauen müssen sich dessen bewusst sein, damit sie sachkundig über deren Anwendung entscheiden können (MIDIRS 2005e).
- Zu Strategien, die Wehen während der Eröffnungsphase mit Hilfe von bestimmten Körperhaltungen zu verarbeiten, gehört, der Frau Schmerzlinderung anzubieten und ihr dabei zu helfen, den Schmerz zu bewältigen (Simkin und Bolding 2004; Spiby et al. 2003).
- Eine aufrechte Haltung während der Übergangs- und Pressphase bietet mehrere Vorteile: Die Übergangs- und Pressphase ist kürzer und es kommt seltener zu Zangengeburt sowie Dammschnitten. Allerdings ist der geschätzte Blutverlust größer (De Jonge et al. 2004; Gupta und Hofmeyr 2004).
- Eine Geburt in Seitenlage scheint den Damm zu schonen (Shorten et al. 2002). Dahingegen wurde das Hocken auf einem Geburtshocker als prädisponierender Faktor für Dammrisse III. und IV. Grades gemeldet (Janders und Lyrenas 2001).
- Frauen sollten dazu ermutigt und dabei unterstützt werden, sich zu bewegen und diejenige Geburtsposition einzunehmen, die sie am bequemsten finden (NICE 2007).

Persistierende Scheitelbeineinstellungen und posteriore Kindslagen bei Geburtsbeginn - Praktische Empfehlungen

- Es gibt keinen aktuellen Beweis dafür, dass Frauen mit Hilfe des Vierfüßlerstandes das Baby am Ende der Schwangerschaft oder unter der Geburt in einer posteriore Lage drehen können (Hunter et al. 2007).
- Der Vierfüßlerstand reduziert anhaltende Rückenschmerzen (Stremmer et al 2005). Frauen sollten dazu ermutigt werden, diese Position einzunehmen, damit sie es bequemer haben.
- Hebammen sollten profundes Wissen über den Geburtsmechanismus inklusive möglicher Fehllagen haben.
- Die Hebamme sollte die Frau unterstützen und sie ermutigen. Sie sollte die Komplikationen einer verlängerten Geburt vermeiden und Kontinuität bieten, wo es möglich ist.
- Hebammen sollten Frauen dazu ermutigen, eine bequeme Haltung einzunehmen, um beweglich zu bleiben, falls sie es möchten. Sie sollten sie außerdem darin unterstützen, die Wehen auf verschiedene Weise zu bewältigen, um mit ihrem Geburtsverlauf zurechtzukommen.
- Es kann verängstigen, wenn in den Geburtsverlauf eingegriffen wird, das Kind sich aber dennoch nicht dreht. Darauf sollten Hebammen achten (Walmsley 2000).

Ernährung unter der Geburt - Praktische Empfehlungen

- Es gibt keine hinreichenden Beweise dafür, dass das Risiko der Aspiration von Magensäure sinken würde, wenn Frauen unter der Geburt hungern (NICE 2007; Baker 1996; Johnson et al. 1989).
- Fasten kann zu Dehydration und Azidose führen. In Kombination mit Hunger und Müdigkeit erhöht dies das Risiko, dass eine Zangengeburt oder andere Eingriffe notwendig werden (Broach und Newton 1988; Foulkes und Dumoulin 1985).
- Essen und Trinken erlauben der Frau, sich normal und gesund zu fühlen (Frye 1994). Wenn ihnen das Essen vorenthalten wird, können Frauen dies als autoritär und einschüchternd empfinden. Zudem kann es Sorgen verstärken (Simkin 1986).
- Die Mehrheit der Quellen stimmt darin überein, dass eine leichte mütterliche Ketose unter der Geburt physiologisch ist und sogar von Vorteil sein kann (Sommer et al. 2000; Anderson 1998; Keppler 1988).
- Narkosemittel sind vermutlich einer der Hauptgründe dafür, dass sich der Magen verzögert entleert (Holdsworth 1978; Nimmo et al. 1975). Unter Narkose sollten Frauen nichts essen und nur schlückchenweise trinken.
- Wenn kein Risikofaktor für eine Vollnarkose spricht, sollte den Frauen leichte, nährhafte und leicht aufzunehmende Kost angeboten werden, wenn sie unter der Geburt essen und trinken wollen (NICE 2007; Grant 1990).
- Das Bedürfnis, etwas zu essen, scheint jedoch hauptsächlich früh unter der Geburt aufzutreten. Gewöhnlich wollen Frauen in der aktiven Geburtsphase nicht essen. Es ist unangebracht, sie gegen ihre natürlichen Instinkte dazu zu ermutigen (Odent 1994).

Übergangs- und Pressphase - Praktische Empfehlungen

- NICE (2007) schlägt folgende Definitionen der Übergangs- und Pressphase vor:

Übergangsphase:

- Der Muttermund ist vollständig. Unwillkürliche, austreibende Kontraktionen haben noch nicht eingesetzt.

Einsetzen der Pressphase:

- Das Baby ist sichtbar.
- Presswehen haben begonnen, der Muttermund ist vollständig eröffnet.

- Die Frau kann viele verschiedene Signale aussenden, die den Übergang in die Pressphase anzeigen: Veränderungen im Gesichtsausdruck, verbale Äußerungen und Handlungen (Enkin et al. 2000; McKay et al. 1990; Bergstrom et al. 1992). Dennoch sollte eine vaginale Untersuchung vorgenommen werden, wenn der Geburtsfortschritt Grund zu der Annahme gibt, dass der Muttermund nicht vollständig ist (Enkin et al. 2000).
- Unzureichende Belege machen es schwierig, die Bedeutung einer verlängerten Übergangs- und Pressphase zu beurteilen (NICE 2007; Altman und Lydon-Rochelle 2006). Wenn die Verfassung von Mutter und Kind zufriedenstellend ist und das vorangehende Teil des Kindes deutlich tiefertritt, gibt es kaum einen Grund, einzugreifen (Janni et al. 2002; Menticoglou et al. 1995; Watson 1994; Paterson et al. 1992). Dennoch gibt es einen Zusammenhang zwischen einer Übergangs- und Pressphase, die länger als zwei Stunden dauert, und mütterlicher Morbidität (Cheng et al. 2004; Myles und Santolaya 2003; Janni et al. 2002; Saunders et al. 1992).
- Es gibt keinen Beweis dafür, dass Frauen belehrt werden müssen, wann und wie sie pressen sollen (NICE 2007; Bloom et al. 2005; Sleep 1990). Die Praxis, bei angeleitetem Pressen die Luft anzuhalten, kann schädlich sein (Roberts 2002; Thomson 1993). Deswegen sollte Frauen das Selbstvertrauen vermittelt werden, ihrem eigenen Pressdrang nachzugeben.
- Die „Keinen Ton machen“-Regel, die in Krankenhäusern manchmal geltend gemacht wird, ist nicht hilfreich, weder für die wehende Frau noch für die Betreuer: „Die Laute der Frau unter der Geburt sollten erwartet, unterstützt und erklärt werden“ (McKay und Roberts 1990).

- In liegender Position dauert die Geburtsarbeit tendenziell länger. Zudem gebären Frauen seltener spontan, und es treten häufiger abnormale kindliche Herzfrequenzmuster auf (Enkin et al. 2000). Frauen sollten dazu ermutigt werden, in aufrechter Gebärhaltung spontan zu pressen.

Der Dammschutz - praktische Empfehlungen

- Eine Damm-Massage vor der Geburt erhöht effektiv die Chance, mit intaktem Damm zu gebären (Labrecque et al. 1999; Shipman et al. 1997) und Zangengeburt zu vermeiden (Shipman et al. 1997).
- Es gibt keinen Beleg, der das „Ausbügeln“ oder des Massieren des Damms unter der Geburt schützen würde (Enkin et al. 2000). Traditionelle Techniken wie das Beugen und Dehnen des Kopfes wurden in Frage gestellt (Myrfield et al. 1997).
- Zwei verschiedene Methoden, den Damm zu handhaben, wurden miteinander verglichen: Aktiver und passiver Dammschutz (McCandlish et al. 1998). Der einzige signifikante Unterschied im Ergebnis war, dass die Gruppe mit passivem Dammschutz am zehnten Tag nach der Geburt häufiger leichte Schmerzen verspürte. Mayerhofer et al. (2002) bestätigten das Ergebnis von McCandlish et al. (1998), dass es statistisch keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gibt, was das grundsätzliche Auftreten von Dammverletzungen betrifft. Mayerhofer et al. meldeten jedoch in der Gruppe mit aktivem Dammschutz eine erhöhte Rate an Dammschnitten und Dammschnitten III. Grades. Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass passiver Dammschutz den Damm effektiv schonen kann. Die Anwendung einer der beiden Methoden sollte sich daher danach richten, über welche Fertigkeit die Hebamme verfügt, und danach, was die Frau möchte, nachdem sie über die Unterschiede aufgeklärt worden ist.
- Es gibt keinen Beleg dafür, dass der großzügige Einsatz von Episiotomien einen kurzfristigen oder langfristigen Nutzen für die Frauen hätte (Carroli und Belizan 2004). Wie jede chirurgische Maßnahme birgt der Dammschnitt eine Reihe von Risiken (Enkin et al. 2000). Frauen berichten über verstärkte Schmerzen und Beschwerden nach einer Episiotomie, die störend auf die frühe Mutterschaft einwirken (Kitzinger und Walters 1981). Deswegen sollte der Eingriff hauptsächlich auf fetale Indikationen begrenzt werden (Sleep 1990).
- Die Episiotomie steht in enger Verbindung mit einer Häufung ernstzunehmender Verletzungen (Risswunden III. und IV. Grades) (Eason et al. 2000; Renfrew et al. 1998; Albers et al. 1999).

Nachgeburtphase - Praktische Empfehlungen

- Hebammen sollten in beidem: aktivem und physiologischem Management fachkundig sein.
- Hebammen sollten sich über die Komponenten des physiologischen Managements im Klaren sein, um eine sichere Praxis zu gewährleisten (Featherstone 1999).
- Physiologisches Management bedeutet, dass Oxytocin nicht prophylaktisch gegeben wird, dass die Nabelschnur nicht vor der Geburt der Plazenta abgeklemmt wird, und dass keine Cord Traction durchgeführt wird (Gyte 1994).
- Aktives Management schließt ein, dass prophylaktisch Oxytocin gegeben wird, die Nabelschnur früh abgeklemmt und abgeschnitten wird und eine kontrollierte Cord Traction durchgeführt wird (Gyte 1994).
- Frauen mit geringem Risiko einer postpartalen Blutung, die ein physiologisches Management der Nachgeburtperiode verlangen, sollten in Ihrer Wahl unterstützt werden (NICE 2007). Wenn das physiologische Management als vernünftige Alternative angeboten wird, wird es von vielen Frauen gewählt (Rogers und Wood 1999). Physiologisches Management kann als logisches Ende einer physiologischen Geburt gesehen werden (RCM 1997).
- Falls ein physiologisches Management versucht wurde, aber eine Intervention notwendig war, muss das weitere Management aktiv fortgeführt werden. Ist die Plazenta nach einer Stunde noch nicht geboren, sollte aktives Management erwogen werden (NICE 2007, Prendeville et al. 1988).
- Im Hinblick auf Blutverlust ist aktives Management besser als physiologisches (Prendeville et al. 2004; Rogers et al. 1998). Die möglichen negativen Auswirkungen des aktiven Management sind Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und Bluthochdruck (Prendeville et al. 2004).

Dammaht - Praktische Empfehlungen

- Eine große prospektive Studie über Geburtserfahrungen von Frauen hat ergeben, dass das Nähen ein bedeutendes und manchmal traumatisches Ereignis für Frauen ist. 12 Prozent der Frauen bezeichneten es als das Schlimmste am Gebären überhaupt (Green et al. 1998).
- Bei Frauen, die keine Lokalanästhesie erhalten haben, ist der Schmerz während der Dammaht beträchtlich (Sanders et al. 2002).
- Der Schweregrad der Verletzung, die Fertigkeiten des Operateurs, die Nahttechnik und die verwendete Art des Nähens können alle zum Ausmaß des Schmerzes beitragen (Kettle und O'Brian 2004).
- Es ist wichtig, dass nach der Geburt ohne unangebrachte Verzögerung und mit angemessener Schmerzbehandlung genäht wird (Green et al. 1998).
- Es gibt Belege dafür, dass Frauen lieber von Hebammen genäht werden wollen. Dies kann eine geringere Wartezeit bedeuten (Ho 1995) und ebenso eine mitfühlendere Herangehensweise (Hulme und Greenshields 1993).
- Die fortlaufende Nahttechnik für den Damm bedeutet weniger kurzfristige Schmerzen, verglichen mit Einzelknopfnähten (Kettle 2007).
- Absorbierbares Nahtmaterial scheint für Frauen besser geeignet zu sein als nicht absorbierbares Material wie Catgut (Kettle und Johanson 2004).
- Vergleiche zwischen zwei Formen von Polyglactin² zeigen bessere Ergebnisse für die Frauen, wenn rasch absorbierbares Material verwendet wird (Kettle et al. 2002).
- Die Ipswich-Geburtsstudie verglich zwei- mit dreistufigen Dammreparaturen (Gordon et al. 1998). Frauen in der Gruppe mit zweistufiger Reparatur (die Haut wurde nicht genäht) hatten drei Monate post partum weniger Schmerzen und Funktionsstörungen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunien); es gab keine ersichtlichen Nachteile. Die Vorteile blieben ein Jahr nach der Geburt bestehen (Grant et al. 2001).

² Anmerkung der Übersetzerin: Entspricht Vicryl™

- Studien über den Verzicht auf die Damмнаht erbrachten widersprüchliche Ergebnisse hinsichtlich der Heilung des Dammes (Lundquist et al. 2000; Fleming et al. 2003). Weitere Studien sind erforderlich. Die kleine Nachfolgestudie von Clement und Reed (1999) über ungenähte Risse bietet eine psychologische, eine soziale sowie eine körperliche Perspektive. Das könnte nützlich sein, um Frauen dabei zu helfen, eine informierte Entscheidung zu treffen.
- Werden nicht-steroidale Entzündungshemmer (NSAID) in Zäpfchenform verabreicht, senken sie die Schmerzen einer Dammverletzung und einer Damмнаht, verglichen mit Placebos (Hedayati et al. 2004).
- Frauen sagten, sie würden lieber speziell designte kühlende Gelpads verwenden als Eisbeutel oder gar nichts (Stehen und Marchant 2007). Verglichen mit dem Verzicht auf eine Behandlung helfen Eisbeutel 24 bis 72 Stunden nach der Geburt gegen Schmerzen. Es wurden jedoch keine Unterschiede im Ausmaß der Schmerzen zwischen kühlender und nicht-kühlender Behandlung festgestellt. Wurde lokal gekühlt, wurden keine negativen Folgen für die Wundheilung beobachtet (Ears et al. 2007).
- Jede Veränderung in der Praxis der Dampfpflege sollte von geeigneten Schulungen für Hebammen begleitet werden.

Erstversorgung des Neugeborenen - praktische Empfehlungen

- Freundlichkeit und Respekt gegenüber dem Neugeborenen sollten auch bedeuten, mit ihm sanft umzugehen und laute Geräusche zu vermeiden (Tyson 1992). Es gibt keinen Beweis dafür, dass Geburten nach dem Leboyer-Stil mit gedämpftem Licht, ruhigen Stimmen, sanftem Umgang und wenig Aktivität negative Auswirkungen haben (Leboyer 1975).
- Babys können nach der Geburt recht dramatisch auskühlen (Resuscitation Council 2006, Enkin et al. 2000). Sie sollten in Hautkontakt mit der Mutter gebracht und mit vorgewärmten Tüchern abgetrocknet werden (Moore et al. 2007, Fardig 1980, Christensson et al. 1992).
- Früher Mutter-Kind-Kontakt sollte gefördert werden, sobald die Mutter es möchte (Moore et al. 2007, Enkin et al. 2000).
- Früher enger Kontakt hat positive Auswirkungen auf den Beginn und die Dauer des Stillens (Colson et al. 2008, Moore et al. 2007, Anderson et al. 2004; Perez-Escamilla et al. 1994).
- Routinemäßige Abläufe im Kreißsaal sollten nicht in die Interaktion zwischen Mutter und Neugeborenem und in den Beginn des Stillens eingreifen (Demott et al. 2006).
- Jede Beurteilung oder Untersuchung während der Geburt oder später sollte als Möglichkeit dafür gesehen werden, die Eltern zu schulen oder die Gesundheit zu fördern (Demott et al. 2006, NHS Quality Improvement Scotland 2004).
- Für die Gabe von Vitamin K muss die Frau informiert werden und ihr Einverständnis erteilen. Zudem sind Erklärungen und Aufklärung über Vitamin-K-Mangelblutungen und ihre Symptome notwendig (Demott et al. 2006, MIDIRS 2005e). Demott et al. (2006) empfehlen die intramuskuläre Gabe von Vitamin K.

Frühes Stillen - Praktische Empfehlungen

- Der Beginn des Stillens fällt leichter, wenn die Frau vor der Geburt an Diskussionsgruppen teilgenommen hat, wenn sie durch Frauen in derselben Lage unterstützt wird und es Kreißaal-Routinen gibt, die Mutter und Neugeborene zusammenhalten (Dyson et al. 2006; Fairbank et al. 2000).
- Es gibt keinen bestimmten Zeitpunkt, zu dem das erste Mal gestillt werden muss, so lange Mütter und Neugeborene uneingeschränkten Kontakt in entspannter Atmosphäre genießen. Geschwindigkeit und Zeitpunkt des ersten Stillens sollte ihnen selbst überlassen werden (Colson 2008 et al.; Britton et al. 2007; Colson 2007; Moore et al. 2007, Dyson et al. 2006; Enkin et al. 2000).
- Hautkontakt hat positive Auswirkungen auf das erste Stillen, auf die mütterliche und die kindliche Physiologie und auf ihr Verhalten. Es gibt keinen Beweis für einen Schaden (Moore et al. 2007). Müttern sollte die Möglichkeit zu frühem Hautkontakt zugesichert werden.
- Kreißaal-Routinen sollten das Zusammensein von Mutter und Kind nicht stören (Britton et al. 2007; Demott et al. 2006; Olsen 2000).
- Für das erste Stillen ihres Neugeborenen sollten Mütter Unterstützung erhalten (Dyson et al. 2006; Renfrew et al. 2000).
- Müttern sollte dabei geholfen werden, eine bequeme Position einzunehmen und das Baby so anzulegen, dass das Stillen nicht schmerzt (RCM 2002).
- Wenn während der Geburt Medikamente gegen Schmerzen gegeben werden, sollten die möglichen Auswirkungen auf das Baby und das Stillen sorgfältig erwogen werden (Jordan et al. 2006; Radzyminki 2005; Renfrew et al. 2000).

Referenzen und Literaturverzeichnis

Albers L (2007) The Evidence for Physiologic Management of the Active Phase of the First Stage of Labour *Journal of Midwifery & Women's Health* **52**: 207-215

Albers L (2001) Rethinking dystocia: patience please *MIDIRS Midwifery Digest* **11**: 351-353

Albers L, Garcia J, Renfrew M, et al. (1999) Distribution of Genital Tract Trauma in Childbirth and Related Postnatal Pain. *Birth* **26**(1): 11-17

Alderdice F, Renfrew M, Marchant S, et al. (1995) Labour and Birth in water in England and Wales. *British Medical Journal* **310**(6983): 837

Altman M, Lydon-Rochelle M (2006) Prolonged second stage of labor and the risk of adverse maternal and perinatal outcomes: A systematic review *Birth* **33**(4): 315-322

Andrees M, Rankin J (2007) Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term *British Journal of Midwifery* **15**(10): 612-616.

Anim Somuah M, Smyth M, Howell C (2005) Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain relief in labour (Cochrane Review) In: *Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, et al. (2004) Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 1

Anderson T (1998) Is ketosis in labour pathological? *Practising Midwife* **1**(9): 22-26

Austin D, Calderon L (1999) Triaging patients in the latent phase of labor. *Journal of Nurse Midwifery* **44**(6): 585-591

Bailit JL, Dierker L, Blanchard et al.(2005) Outcomes of women presenting in active versus latent phases of spontaneous labour. *Obstetrics and Gynaecology* **105**(1): 77-79

Baker A, Ferguson S, Roach G, et al. (2001) Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing* **35**(2): 171-179

Baker C (1996) Nutrition and hydration in labour. *British Journal of Midwifery* **4**(11): 568-572

- Baker A, Kenner AN (1993) Communication of pain: vocalization as an indicator of the stage of labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* **33**(4): 384
- Beardshaw T (2001) Supporting the role of fathers around the time of birth. *MIDIRS Midwifery Digest* **11**(4): 476- 479
- Bergstrom L, Roberts J, Skillman L, et al. (1992) "You'll Feel Me Touching You, Sweetie": Vaginal Examinations During the Second Stage of Labour. *Birth* **19**: 10-18
- Blix E, Sviggum O, Koss K, et al. (2003) Inter-observer variation in assessment of 845 labour admission tests: comparisons between midwives and obstetricians in the clinical setting and two experts. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **110**(1): 1-5
- Bloom SL, Casey B, Schaffer J, et al. (2005) A randomised trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **194**(1): 10-13
- Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA et al. (1998) Lack of effect of walking on labor and delivery. *New England Journal of Medicine* **339**: 76-79
- Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. (2007) Support for breastfeeding mothers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1.
- Broach J, Newton N (1988) Food and beverages in labour. Part II: the effects of cessation of oral intake during labour. *Birth* **15**(2): 88-92
- Burvill S (2002) Midwifery diagnosis of labour onset. *British Journal of Midwifery* **10**(10): 600-605
- Byrne J, Crowther C, Moss J (2000) A randomised controlled trial comparing birthing centre care with delivery suite care in Adelaide. *Australia Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* **40**: 268-74
- Caroli G, Belizan J (2004) Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review): In: *The Cochrane Library*, Issue 1 Chichester UK: John Wiley and Sons, Ltd.
- Chandler S, Field P (1997) Becoming a father: first time fathers' experience of labor and delivery. *Journal of Nurse Midwifery* **42**: 17-24
- Cheng Y, Hopkins L, Caughey A (2004) How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **191**: 933-998

Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatrica Scandinavica* **81**(6-7): 488-493

Clement S, Reed B (1999) To stitch or not to stitch? A long-term follow-up study of women with unsutured perineal tears. *Practising Midwife* **2**: 20-28

Clement S (1994) Unwanted vaginal examinations. *British Journal of Midwifery* **2**: 368-370

Cluett ER, Nikodem VC, McCanbdlis RE, et al. (2004a) Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

Cluett ER, Pickering R, Getliffe K, et al. (2004b) Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *British Medical Journal* **328**: 314-317

Colson S (2007) The physiology of lactation revisited. *The Practising Midwife* **10**(10): 14-18

Colson SD, Meek J, Hawdon JM (2008) Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development*. Doi10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003

Crow S, Preston J (2000) Cord snapping at waterbirth delivery. *British Journal of Midwifery* **10**: 494-497

Czarnocka J, Slade P (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* **39**: 35-51

De Jonge A, Teunissen T, Lagro-Janssen A (2004) Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* **25**: 35-42

Demott K, Bick D, Norman R et al. (2006) *Clinical guidance and evidence review for post natal care: Routine Postnatal care or recently delivered women and their babies*. London: National Collaborating Centre for primary care and Royal College of General Practitioners

Department of Health (DH) *National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services*. London: DH

Devane D (1996) Sexuality and Midwifery. *British Journal of Midwifery* **4**: 413-416

Dyson L, Renfrew M, McFadden A, et al. (2006) *Promotion of breastfeeding initiation and duration: Evidence into practice briefing*. London: NICE

Eason E, Labrecque M, Wells G, et al. (2000) Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics and Gynecology* **95**: 464-471

East CE, Begg L, Henshall NE, et al. (2007) Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 Art. No.: CD006304. DOI: 10.1002/14651858.CD006304.pub2.

Enkin M, Keirse M, Neilson J et al. (2000) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* 3rd ed. Oxford: Oxford University Press

Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew M, et al. (1995) *A guide to effective care in pregnancy and childbirth* Oxford: Oxford University Press.

Eriksson M, Mattson L-A, Ladfors L (1997) Early or late bath during the first stage of labour: a randomised study of 200 women. *Midwifery* **13**: 146-148

Fardig JA (1980) A comparison of skin-to-skin contact and radiant heaters in promoting neonatal thermoregulation. *Journal of Nurse Midwifery* **25**: 19-28

Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, et al. (2000) A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* **4**(25)

Featherstone IE (1999) Physiological third stage of labour. *British Journal of Midwifery* **7**: 216-221

Fleming VEM, Hagen S, Niven C (2003) Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **110**: 684-689

Foulkes J, Dumoulin J (1985) The effects of ketonuria in labour. *British Journal of Clinical Practice* **39**: 59-62

Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, et al. (1993) The Canadian Early Amniotomy Group. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. *New England Journal of Medicine* **328**: 1145-9

Frye A (1994) Nourishing the mother. *Midwifery Today* **31** (Autumn): 25-26

Garite T (1985) Premature rupture of the membranes: the enigma of the obstetrician. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **151**: 1001-1005

Gilbert RE, Tookey PA (1999) Perinatal mortality and morbidity among babies delivered in water: surveillance study and postal survey. *British Medical Journal* **319**: 183-187

Gordon B, Mackrodt C, Fern E, et al. (1998) The Ipswich Childbirth Study: 1. A randomised evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **105**: 435-440

Grant A, Gordon B, Mackrodt C, et al. (2001) The Ipswich childbirth study: one year follow up of alternative methods used in perineal repair. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **108**: 34-40

Grant J (1990) Nutrition and hydration in labour In: Alexander J, Levy V, and Roch S (eds) *Midwifery Practice Intrapartum Care: A research-based approach* London: Macmillan Education: 58-69

Green J, Coupland V, Kitzinger J (1998) *Great Expectations A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. Cheshire: Books for Midwives Press

Green JM, Coupland VA, Kitzinger J (1990) Expectations, experiences and psychological outcomes of childbirth: a prospective study of 825 women. *Birth* **17**: 15-24

Gross M, Hecker H, Matteredne S et al. (2006) Does the way women experience the onset of labour influence the duration of labour? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **113**: 289-294

Gross M, Haunschild T, Stoexen T et al. (2003) Women's recognition of the Spontaneous Onset of Labour *Birth* **30**: 267-271

Gupta JK, Hofmeyr GJ (2004) Position for women during second stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons, Ltd.

Gyte G (1994) Evaluation of the meta-analyses on the effects on both mother and baby, of the various components of 'active' management of the third stage of labour. *Midwifery* **10**: 183-199

Hall SM, Holloway IM (1998) Staying in control: women's experience of labour in water. *Midwifery* **14**: 30-36

Hawkins S (1995) Water vs conventional births: infection rates compared. *Nursing Times* **91**: 38-40

Hedayati H, Parsons J, Crowther CA (2004) Rectal analgesia for pain from perineal trauma following childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, Chichester, UK: John Wiley and Sons

Ho E (1985) Should midwives be repairing episiotomies? *Midwives Chronicle and Nursing Notes* **98**: 296

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ et al. (2007) Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

Hodnett E, Downe S, Edwards N, et al. (2005) Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 1. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

Holdsworth J (1978) Relationship between stomach contents and analgesia in labour. *British Journal of Anaesthesia* **50**: 1145-8

Holmes P, Oppenheimer L, Wen S (2001) The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **108**: 1120-1124

Hulme H, Greenshields W (1993) *The Perineum in childbirth: a survey conducted by the National Childbirth Trust*. London: National Childbirth Trust

Hundley V, Cruikshank F, Lang G, et al. (1994) Midwife managed delivery unit: a randomised controlled comparison with consultant led care. *British Medical Journal* **309**: 1400-1404

Hunter S, Hofmeyer G, Kulier R (2007) Hands/knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd.

Impey L, Reynolds M, Macquillan K, et al. (2003) Admission cardiotocography: a randomised controlled trial. *The Lancet* **361**: 465-470

Inch S (1985) *Birth rights*. London: Hutchinson

Jander C, Lyrenas S (2001) Third and fourth degree perineal tears. Predictor factors in a referral hospital. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* **80**: 229-234

Janni W, Schiessl B, Peschers U, et al. (2002) The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica* **81**: 214-221

Johnson C, Keirse M, Enkin MJN, et al. (1989) Nutrition and hydration in labour In: Chalmers I, Enkin M and Keirse MJN (eds). *Effective care in pregnancy and childbirth. Vol 2*. Oxford: Oxford University Press: 827-832

Keppler A (1988) The use of intravenous fluids during labour *Birth* **15**: 75-79

Kettle C, Hills RK, Ismail KMK (2007) Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 4. Art No. CD000947. DOI: 10.1002/14651858.CD000947.pub2.

Kettle C, Johanson RB (2004) Continuous versus interrupted sutures for perineal repair (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons

Kettle C, O'Brien (2004) *RCOG Green top guideline, No 23: Methods and material used in perineal repair*. London: RCOG

Kettle C, Hills RK, Jones P et al. (2002) Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. *The Lancet* **359**: 2217-2223

Kingsley A, Hutter S, Green N, et al. (1999) Waterbirths: regional audit of infection control practices. *Journal of Hospital Infection* **41**: 155-157

- Kitzinger S, Walters R (1981) *Some Women's Experience of Episiotomy*. London: National Childbirth Trust
- Klein M, Kelly A, Koczorowski J, et al. (2004) The effect of family physician timing of maternal admission on procedures in labour and maternal and infant morbidity. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* **26**: 641-645
- Labrecque M, Eason E, Marcoux S, et al. (1999) Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. **180** (3 pt 1): 593-600
- Lauzon L, Hodnett E (2004) Antenatal education for self-diagnosis of the onset of active labour at term (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library Issue 1* Chichester, UK: John Wiley and Sons
- Leboyer F (1975) *Birth Without Violence*. New York: Alfred A Knopf
- Leighton B, Halpern S (2002) The effects of epidural on labor, maternal and neonatal outcomes: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **186**(5): S69-S77
- Lemola S, Stadlmayr W, Grob A (2007) Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* **25**(3): 190-202
- Lewin D, Fearon B, Hemmings V, Johnson G (2005) Women's experiences of vaginal examinations in labour. *Midwifery* **21**: 267-277
- Lieberman E, Lang J, Richardson D, et al. (2000) Intrapartum Maternal Fever and Neonatal Outcome. *Pediatrics* **105**(1 pt 1): 8-13
- Lock L, Gibb H (2003) The Power of Place. *Midwifery* **19**: 132-139
- Lundquist M, Olsson A, Nissen E, Norman M (2000) Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? *Birth* **27**: 79-85
- Mander R (1998) *Pain in Childbearing and its Control*. Oxford: Blackwell Science

Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K et al. (2002) Traditional Care of the Perineum During Birth. A prospective, Randomised Multicentre Study of 1,076 women. *The Journal of Reproductive Medicine* **47**: 477-82

McCandlish R, Bowler U, van Asten H, et al. (1998) A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **105**: 1262-1272

McKay S, Barrows T, Roberts J (1990) Women's views of second stage labor as assessed by interviews and videotapes. *Birth* **17**: 192-198

McKay S, Roberts J (1990) Obstetrics by Ear: Maternal and Caregivers Perceptions of the Meaning of Maternal Sounds During Second Stage of Labour. *Journal of Nurse Midwifery* **35**: 266-273

McNiven P, Williams J, Hodnett E, et al. (1998) An Early Assessment Programme: A Randomised, Controlled Trial. *Birth* **25**: 5-10

McVicar J, Dobbie G, Owen-Johnston L, et al. (1993) Simulated home delivery: a randomised control trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **100**: 316-33

Menage J (1996) Post-traumatic stress disorder following obstetric/gynaecological procedures. *British Journal of Midwifery* **4**: 532-533

Menticoglou SM, Manning F, Harman C, et al. (1995) Perinatal outcome in relation to second-stage duration. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **173**(3 pt 1): 906-912

MIDIRS (2005a) *Informed choice for professionals; Place of Birth, no 10*. MIDIRS: Bristol.

MIDIRS (2005b) *Informed choice for professionals; Support in labour, no 1*. MIDIRS: Bristol.

MIDIRS (2005c) *Informed choice for professionals leaflet; The use of epidural analgesia for woman in labour, no 6*. MIDIRS: Bristol.

MIDIRS (2005d) *Informed choice for professionals; Fetal Heart Rate Monitoring in Labour, no 2*. MIDIRS: Bristol.

MIDIRS (2005e) *Informed choice for professionals; Positions in Labour and Delivery, no 5*. MIDIRS: Bristol.

MIDIRS (2005f) *Informed choice for professionals; Vitamin K _ the debate and the evidence, no 18*. MIDIRS: Bristol.

Mires G, Williams F, Howie P (2001) Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of the fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. *British Medical Journal* **322**: 1457-1462

Moore ER, Anderson GC, Bergman N (2007) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD003519. DOU: 10.1002/14651858.CD003519.pub2.

Myles T, Santolaya J (2003) Maternal and Neonatal Outcomes in Patients with a Prolonged Second Stage of Labour. *Obstetrics and Gynecology* **102**: 52-58

Myrfield K, Brook C, Creedy D (1997) Reducing perineal trauma: implications of flexion and extension of the fetal head during birth. *Midwifery* **13**: 197-201

National Childbirth Trust (1989) *Rupture of the Membranes in Labour*. London: National Childbirth Trust

NHS Quality Improvement Scotland (NHS QIS) (2004) Best Practice Statement for Routine Examination of the Newborn. Edinburgh: NHS QIS

NICE (2007) Intrapartum Care; care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG

Nimmo W, Wilson J, Prescott LF (1975) Narcotic analgesics and delayed gastric emptying during labour. *The Lancet* **1**: 890-893

Niven C (1994) Coping with labour pain: the midwife's role In: Robinson S and Thomson A M (eds) *Midwives, Research and Childbirth* Vol 3. London: Chapman and Hall

Oakley A (1979) From here to maternity: becoming mother. London: Penguin Books

Odent M (1999) Is the participation of the father at birth dangerous? *Midwifery Today* **51**: 23-24

Odent M (1994) Labouring women are not marathon runners. *Midwifery Today* **31** (Autumn): 23-51

Olsen K (2000) Stop taking the baby! *Practising Midwife* **3**: 12-13

Paterson C, Saunders N, Wadsworth J (1992) The characteristics of the second stage of labour in 25 069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **99**: 377-380

Perez-Escamila R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. (1994) Infant feeding policies on maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American Journal of Public Health* **84**(1): 89-97

Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. (2004) Active versus expectant management in the third stage of labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Chichester, UK: John Wiley and Sons

Prendiville WJ, Harding JE, Elbourne et al. (1988) The Bristol third stage trial: active versus physiological management of third stage labour. *British Medical Journal* **297**: 1295-1300

Radzimirski S (2005) Neurobehavioral functioning and breastfeeding behavior in the newborn. *JOGNN* **34**(3): 335-341

Rajan L (1993) Perceptions of pain and pain relief in labour: the gulf between experience and observation. *Midwifery* **9**: 136-145

Renfrew MJ, Woolridge MW, Ross McGill H (2000) *Enabling women to breastfeed*. London: The Stationary Office

Renfrew MJ, Hannah W, Albers L, et al. (1998) Practices that Minimize Trauma to the Genital Tract in Childbirth: A Systematic Review of the Literature. *Birth* **25**: 143-160

Resuscitation Council (UK) (2006), *Newborn life support: Resuscitation at birth. 2nd Edition*.

Richmond H (2003) Women's experience of waterbirth. *Practising Midwife* **6**: 26-31

Roberts J (2002) The „push“ for evidence: the management of the second stage. *Journal of Midwifery and Women's Health* **47**: 2-15

Robson S (1991) Variation of cervical dilatation estimation by midwives, doctors, student midwives and medical students in 1985 - a small study using cervical simulation models. *Research and the Midwife Conference Proceedings* Manchester: University of Manchester

Robson KM, Kumar R (1980) Delayed onset of maternal affection after childbirth. *British Journal of Psychiatry* **136**: 247-353

Rogers J, Wood J, McCandlish R, et al. (1998) Active versus expectant management of third stage of labour: the Hinchingsbrooke randomised controlled trial. *The Lancet* **351**: 693-699

Royal College of Midwives (RCM), RCOG (2007) *Inter-Colligiate Position Paper 1: Immersion in water during labour and birth*. accessed 25/04/08

Royal College of Midwives (2002) „*Successful Breastfeeding. 3rd Edition*“. London RCM

Royal College of Midwives (1997) *Debating Midwifery: Normality in Midwifery* London: Royal College of Midwives

Sanders J, Campbell R, Peters TJ (2002) Effectiveness of pain relief during perineal suturing. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **99**: 381-385

Shipman M, Boniface D, Tefft M, et al. (1997) Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomised controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **104**: 787-791

Shorten A, Donsante J, Shorten B (2002) Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth* **29**: 18-27

Simkin P, Ancheta R (2000) *The Labour Progress Handbook*. Blackwell Science: Oxford

Simkin P (1986) Stress, pain and catecholamines in labour. Part 2. Stress associated with childbirth events: a pilot survey of new mothers. *Birth* **13**: 234-240

Simkin P (1992) Just another day in a woman's life? Part 2 Nature and consistency of women's long-term memories of their first birth experiences. *Birth* **19**: 64-81.

Simkin P, Bolding A (2004) Update on non-pharmacologic approaches to relieve labour pain and prevent suffering *Journal of Midwifery and Women's Health* **49**(6): 489-504

Singh D, Newburn M (2000) *Becoming a father: men's access to information and support about pregnancy, birth, and life with a new baby* London: National Childbirth Trust

Sleep J (1990) Spontaneous delivery in Alexander J, Levy V, Roch S (eds) *Intrapartum Care: A research-based approach*. London: Macmillan Education

Smyth R, Aldred S, Markham C (2007) Amniotomy for shortening spontaneous labour In: *Cochrane Library*, Issue 4 Chichester, UK: John Wiley and Sons Ltd

Somers-Smith M M (1999) A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth *Midwifery* **15**: 101-108

Sommer P, Norr K, Roberts J (2000) Clinical decision making regarding intravenous hydration in normal labor in a birth centre setting. *Journal of Midwifery and Women's Health* **35**: 505-13

Spiby H, Slade P, Escott D, et al. (2003) Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experience *Birth* **30**: 189-194

Spiby H, Henderson B, Slade P, et al. (1999) Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing* **29**: 388-94

Steele R. (1995) Midwifery Care in the First Stage of Labour In: Alexander J, Levy V, Roch S (eds) *Aspects of Midwifery Practice: a research based approach*. Macmillan: Basingstoke

Steen M, Marchant P (2007) Ice packs and cooling gel pads versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised controlled trial. *Evidence-Based Midwifery* **5**: 1 16-22

Stremler R, Hodnett E, Petryshen P, et al. (2005) Randomised controlled trial of hands-and-knees positioning for women labouring with a fetus in the occipitoposterior position in labor *Birth* **32**(4): 243-251

Stuart C (2000) Invasive actions in labour. *Practising Midwife* **3**: 30-33

Thacker S, Stroup D, Chang M (2004) Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labour (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library* Issue 1, Chichester, UK: John Wiley and Sons

Thomson AM (1993) Pushing techniques in the second stage of labour. *Journal of Advanced Nursing* **18**: 171-177

- Thorp J, Breedlove G (1996) Epidural Analgesia in Labor: An Evaluation of Risks and Benefits. *Birth* **23**: 63-83
- Tracy S, Sullivan E, Wang Y, Black D, et al. (2007) Birth outcomes associated with interventions in labour amongst low risk women: A population-based study *Women and Birth* **20**: 41-48
- Tyson JE (1992) Immediate Care of the Newborn Infant In: Sinclair JC and Bracken MB (eds) *Effective Care of the Newborn Infant*. Oxford: Oxford University Press: 21-39
- Waldenstrom U, Nilsson C, Winbladh B. (1997) The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* **104**: 408-10
- Waldenstrom U, Nilsson C-A (1992) Warm tub bath after spontaneous rupture of the membranes. *Birth* **19**: 57-63
- Walmsley K (2000) Managing the OP labour. *MIDIRS Midwifery Digest* **10**: 61-62
- Watson V (1994) The duration of the second stage of labour. *Modern Midwife* **4**: 21-24
- Wilklund I, Edman G, Ryding D, et al. (2008) Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. **115**: 324-331
- Wöckel A, Schäfer E, Beggel A et al. (2007) Getting ready for birth; impending fatherhood. *British Journal of Midwifery* **15**(6): 344-348

Diese Zusammenfassung basiert auf 'RCM Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour. 4th edition'. Veröffentlicht Mai 2008. Diese Richtlinien wurden von Jane Munro, Research Midwife und Mervi Jokinen, Practice Standards Development Advisor (RCM) entwickelt unter Mitwirkung spezieller Richtlinien von Dr Mary Stehen, Community Midwifery Leeds Hospital Trust

Wir möchten folgenden Fachgutachtern für Ihre Mitwirkung danken:

Belinda Ackerman, Consultant Midwife Guy's & St. Thomas' NHS Foundation Trust

Tracy Cooper, Consultant Midwife Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust

Dr. Marianne Mead, Reader in Midwifery und Associate Research Leader Health und Human Science Research Institute, University of Hertfordshire

© RCM Trust 2008

The Royal College of Midwives

RCM Bookshop
17 Britton Street
London
EC1M 5TP
Tel.: 0044 (0)20 7880 6220
E-Mail: rcmbookshop@redactive.co.uk
Internet: www.rcm.org.uk/bookshop

The Royal College of Midwives Trust
15 Mansfield Street
London
W1G 9NH
Tel.: 0044 (0)20 7312 3535
Fax: 0044 (0)20 7312 3536
E-Mail: info@rcm.org.uk
Internet: www.rcm.org.uk