

עקרון מספר 4 ללידה בריאה: להמנע מהתערבויות אלא אם הן נחוצות רפואית

ג'ודית א. לות'יאן, בעלת דוקטורט PhD, אחות מוסמכת, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE)

תקציר

הטיפול המיילדותי בארה"ב הינו עשיר בהתערבויות. השימוש השגרתי בעירוי נוזלים דרך הוריד, הגבלות על אכילה ושתייה, ניטור אלקטרוני רציף לעובר, הרדמה אפידורלית וזירוז לידה מאפיין את מרבית הלידות בארצות הברית. השימוש באפיזוטומיה (חתך חיץ) מלהיות מצומצם בהיקפו. התערבויות אלה מפריעות לפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה, ומגבילות את יכולתן של הנשים להתמודד עם הלידה. התוצאה היא מפל התערבויות המגבירות סיכונים לאימהות ולתינוקות שלהן, לרבות הסיכון לניתוח קיסרי. מאמר זה הינו סקירה מעודכנת, מבוססת-ראיות, של "עקרונות טיפול של למאז הבנילאומית המקדמים לידה נורמלית, עקרון טיפול מספר 4: בלי התערבויות שגרתיים" שפורסם בכתב העת *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 2007.

The Journal of Perinatal Education, 23(4)

מילות מפתח: עירוי נוזלים דרך הוריד בלידה, הגבלות על אכילה ושתייה בלידה, ניטור עוברי אלקטרוני, זירוז הלידה, הרדמה אפידורלית, אפיזוטומיה (חתך חיץ), מפל התערבויות, ניתוח קיסרי, טיפול אופטימלי.

הטיפול המיילדותי בארה"ב הינו עשיר בהתערבויות. "מקשיבים לאימהות 3" (Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., et al., 2013), הסקר הלאומי העדכני ביותר לגבי חוויית ההריון, הלידה והפוסט פארטום של נשים אמריקניות, מדווח שעבור נשים שילדו מיוני 2011 עד יוני 2012, 89% חוו ניטור עוברי אלקטרוני (66% חוו ניטור רציף), 62% קיבלו עירוי נוזלים דרך הוריד, 79% חוו הגבלות על אכילה ו-60% חוו הגבלות על שתייה במהלך לידותיהן. 67% מן הנשים שילדו בלידה ואגינלית קיבלו הרדמה אפידורלית ו-31% קיבלו פיטוצין כדי לזרז את לידותיהן. עבור 20% מן הנשים בוצעה פקיעת שק מי השפיר באופן מלאכותי. 17% מן הנשים עברו אפיזוטומיה (חתך חיץ) ו-31% עברו ניתוח קיסרי. השיעור הגבוה של השימוש בהתערבויות אלה משקף פילוסופיה מיילדותית מערכתית הצופה בעיות. ישנה אסופת מחקרים הולכת וגדלה המציעה שהשימוש השגרתי בהתערבויות אלה - במקום שיפחית את הסיכון לבעיות במהלך הלידה, למעשה מגביר את הסיכונים הן עבור אימהות והן עבור התינוקות שלהן.

מטרת מאמר זה לסקור את הספרות הנוגעת לבסיס העובדתי ולתוצאות המיוחסות להתערבויות הנמצאות בשימוש שגרתי במהלך לידות בארצות הברית. הממצאים בונים את הטיעון בעד הערך שבטיפול מיילדותי הנמנע משימוש בהתערבויות שגרתיים.

פיזיולוגיה נורמלית של לידה

התהליך הפיזיולוגי של הלידה מובל במידה רבה על ידי הורמונים, והתיזמור ההורמונלי של התהליך מופר בקלות רבה. באקלי (Buckley, 2014) מציעה סקירה שיטתית חשובה של ההשפעה ההדדית המורכבת של ההורמונים המכינים את הגוף ללידה, והמנצחים לאחר מכן על תהליך הלידה. במהלך השבועות האחרונים של ההריון, צוואר הרחם, המצוי תחת השפעת כמיות הולכות וגדלות של אוקסיטוצין ופרולקטין, מתרכך ועשוי להתחיל להימחק ולהיפתח. הרחם הולך ונעשה רגיש לאוקסיטוצין. הכנה זו הינה חיונית להתקדמות אופטימלית של הלידה.

במהלך הלידה, כמויות הולכות וגדלות של אוקסיטוצין מגבירות הן את עוצמתם והן את יעילותם של הצירים. הצירים ההולכים ומתחזקים גורמים לרמות כאב הולכות וגוברות. כשהנשים מתמודדות עם הצירים המכאיבים יותר ויותר, משתחררות כמויות אוקסיטוצין הולכות וגדלות. אם מעלימים את הכאב (לדוגמא, באמצעות אפידורל), רמת האוקסיטוצין פוחתת והצירים נעשים פחות תכופים ופחות יעילים. לאחר מכן יידרש לרוב זירוז באמצעות אוקסיטוצין כדי שהלידה תמשיך להתקדם. אם, לעומת זאת, היולדת מסוגלת להסתדר עם הצירים שהולכים ונעשים כואבים יותר, הפכים צירים אלה תכופים ויעילים יותר. בשלב מסוים, כשרמת האוקסיטוצין גבוהה, משתחררים האנדורפינים. האנדורפינים גורמים למצב אינטואיטיבי-חלומי ותפיסת הכאב פוחתת. כך הופכת ההתמודדות עם הצירים לקלה יותר. האנדורפינים בלידה מכונים לעיתים "הנרקוטיקה של הטבע". אם האישה זקוקה להרדמה אפידורלית וזירוז באמצעות אוקסיטוצין, היא לא חווה שחרור אנדורפינים זה, מכיוון שהאוקסיטוצין ממקור חיצוני (פיטוצין) אינו חוצה את מחסום הדם-מוח.

קטכולאמינים, הורמוני הדחק (סטרוס), משתחררים אם האם חרדה או אם היא איננה חשה בטוחה ומוגנת. בשלב מוקדם בלידה, רמות גבוהות של קטכולאמינים עלולות להאט או אפילו לעצור את הלידה. לעומת זאת, בסוף הלידה, ישנה התפרצות טבעית של קטכולאמינים המסייעת ללידה זריזה של התינוק, אפילו אצל אמא עייפה. אם לא הופרע התהליך הפיזיולוגי הטבעי של הלידה, כמויות גדולות של אוקסיטוצין וקטכולאמינים נעים במחזור הדם הן של האם והן של התינוק בלידה. האפקט הוא אם ותינוק עירניים וכמהים, המוכנים לקבל זה את פניו של זה בשלווה ולהתחיל בהנקה.

טיפול אופטימלי בלידה הוא טיפול התומך בפיזיולוגיה הנורמלית ומסייע לה ולא כזה שמפריע לה. ישנו בסיס מחקרי עובדתי משמעותי התומך בחמשת עקרונות הלידה המאפשרים את התהליך הפיזיולוגי: לתת ללידה להתחיל מעצמה (כדי שהאם והתינוק יהיו מוכנים ללידה), חופש תנועה (לסייע לנשים להתמודד עם הכאב, ולהגן על תעלת הלידה ועל התינוק במהלך הסיבוב והירידה של התינוק), קבלת תמיכה בלידה (להפחתת חרדה, להגברת רגיעה רגשית ופיזית ולאפשר פרטיות), לחיצות ספונטניות ולידה בתנחות זקופות (לאפשר את סיבוב התינוק וירידתו) ושמירת האם והתינוק יחד (לסייע במעבר של התינוק לחיים שמחוץ לרחם, בהנקה וביציאת השיליה (Cochrane Database of Systematic Reviews; Goer & Romano, 2012). ממצאים אלה מסוכמים במאמרים 'עקרונות ללידה בריאה' מאת אמיס (בדפוס), אונדק (בדפוס), גרין והוטלינג (בדפוס), דיפרנקו וקרל (בדפוס) וקרנשאו (בדפוס).

בהתערבויות שגרתיות טמון פוטנציאל להפריע לתהליכים בכל נקודה במהלך הלידה, דבר המוביל למפל התערבויות אחרות, ובסופו של דבר מגביר את הסיכון לאימהות ולתינוקות. מסיבה זו, טיפול אופטימלי כולל המנעות מהתערבויות שגרתיות אלא אם קיימת סיבה רפואית ברורה, 'עקרון מספר 4 ללידה בריאה'.

התערבויות שגרתיות

מגבלות על אכילה ושתייה

דוח "מקשיבים לאימהות 3" דווח כי מנעו מ-79% מן הנשים לאכול ומ-60% מהן לשתות בלידה. מניעת אכילה ושתייה בלידה התבססה על תצפיותיו של מנדלסון בשנות ה-40'. מנדלסון התרשם שבמהלך הרדמה כללית קיים סיכון מוגבר להקאה ולשאיפת תכולת קיבה לריאות, הגורמת למחלת ריאות קשה או למוות.

הרדמה מיילדותית השתנתה בצורה דרמטיות מאז שנות ה-40'. בהרדמה כללית נעשה שימוש רק לעיתים נדירות, קיים שימוש נרחב יותר בהרדמה אזורית, ובשונה מתקופתו של מנדלסון, דרכי הנשימה מוגנות במהלך הרדמה כללית, תוך צמצום כל סיכון לשאיפת תכולת קיבה. חשוב לדעת גם שהקיבה איננה ריקה לגמרי לעולם ושהצום איננו מבטיח פחות תכולת קיבה חומצית, כך שהגבלת אכילה או שתיה אינה משיגה את המטרה המוצהרת של קיבה ריקה. בהינתן התקדמות זו, נראה זה הגיוני שכבר אין צורך להגביל אכילה ושתייה בלידה. יתר על כן, צום בלידה הוא בלתי נעים, מקשה על הנשים לעמוד בדרישות הלידה ועלול לגרום ללידה ארוכה וכואבת יותר (Singat, Tranme & Gyte, 2013).

סינגטה, טראנמה וגייט (Singata, Tranme, and Gyte, 2013) ניהלו את סקירת המחקרים של קוקריין אודות אכילה ושתיה בלידה. הסקירה בדקה מחקרים אודות מגבלות כלשהן של נוזלים ומזון בלידה לעומת יכולת לאכול ולשתות. נסקרו חמישה מחקרים, שהקיפו 3,130 נשים. רוב המחקרים בדקו המלצות לגבי מאכלים מסוימים, ואילו מחקר אחד אפשר לנשים לבחור מה ברצונן לאכול ולשתות. לא היו יתרונות ולא נזקים הקשורים להגבלת אכילה ושתיה בלידה, עבור נשים בסיכון נמוך להזדקק להרדמה. לא זוהו מחקרים שבדקו נשים בסיכון גבוה להזדקק להרדמה. בהתבסס על ממצאים אלה, המלצת קוקריין היא שיש לאפשר לנשים לאכול ולשתות בחופשיות מה שהן רוצות בלידה. סקירת הספרות המחקרית של גואר ורומנו הסיקה אותה מסקנה (2012).

ארגון הבריאות העולמי (WHO, 1996) והקולג' האמריקני של אחיות מיילדות (ACNM) ממליצים שנשים יאכלו וישתו במהלך הלידה. אך למרות הראיות, החברה האמריקנית לרופאים מרדימים (2007) והקונגרס האמריקני של רופאים מיילדים וגינקולוגים ממשיכים להמליץ שנשים בסיכון נמוך יצרכו דרך הפה אך ורק נוזלים צלולים.

עירוי נוזלים

דאווד, דאוטוויל וקוונבי (Dawood, Dowswell, and Quenby, 2013) ניהלו סקירת מחקרים של קוקריין אודות השפעת עירוי נוזלים על אורך הלידה. הם מציינים כרקע שכמעט שלא קיים סיכון לשאיפת תכולת קיבה כאשר מבצעים הרדמה כללית כיום, ומכיוון שאין כל ראיות ברורות לכך שמיוחס נזק לצריכה דרך הפה בלידה - יש לזנוח נוהל זה, ובמקום מתן עירוי נוזלים כשגרה יש לתת אותם רק מסיבות קליניות או אם נשים מתייבשות. הם מציינים גם את התחלואה הפוטנציאלית לאם וליילוד שעלולה לנבוע מעירוי נוזלים שאיננו נחוץ, לרבות איבוד משקל רב בקרב ילודים שאימהותיהם קיבלו עירוי נוזלים בלידה (Chantry, Nonnesen-Rivers, Peerson, et al., 2011). ממצאי הסקירה השיטתית לא סיפקו ראיות לכך שעירוי נוזלים השפיע על אורך הלידה וגם לא סיפקו ראיות להמלצה לתת עירוי נוזלים בצורה שגרתית בלידה.

סקירתן של גואר ורומנו כוללת מחקרים המציעים שעירוי נוזלים בלידה עלול לגרום לעודף נוזלים סימפטומטי, שעלול להפחית את יכולת ההתכווצות של הרחם. יש גם ראיות לכך שעירוי נוזלים המכיל גלוקוז, אם לא ניתן לאט, עלול לגרום להיפרגליקמיה באם ובעובר ולהיפוגליקמיה בילוד (Goer & Romano, 2012). יש גם ראיות מסוימות לכך שגודש בשד הנגרם מעודף נוזלים בלידה עלול להשפיע על ההנקה.

אין בסיס עובדתי לשימוש השגרתי בעירוי נוזלים בלידה ונראה שיש מידה מסוימת של סיכון הכרוך בנוהל זה. למרות הראיות, "מקשיבים לאימהות 3" (Declercq, et al, 2013) מדווח ש-62% מן הנשים קיבלו עירוי נוזלים בלידה.

ניטור עוברי אלקטרוני

הניטור העוברי האלקטרוני (EFM) הוכנס לשימוש בשנות ה-70' ושווק כאמצעי להפחתת שיתוק מוחין ותמותה סב-לידתית. למרות שלא היו קיימים מחקרים שיתמכו בערכו, הוא הפך במהרה לנוהל סטנדרטי. לפני כן הוערך דופק לב העובר באמצעות האזנה לסירוגין בסטטוסקופ. היום מבוצעת בדרך כלל האזנה לסירוגין לדופק העוברי באמצעות אולטראסאונד דופלר. "מקשיבים לאימהות 3" דיווח ש-89% מן הנשים עברו הערכת דופק לב עוברי באמצעות ניטור עוברי אלקטרוני ו-66% מן הנשים באמצעות EFM (ניטור עוברי אלקטרוני) רציף. רק אצל 11% מן הנשים ניטרו את דופק הלב העוברי באמצעות האזנה לסירוגין (Declercq, Sakala, Corry, et al., 2013).

מחקרים רנדומליים מבוקרים המתועדים החל משנות ה-70' המאוחרות, מצאו בעקביות שאין הבדלים בתוצאות ביילודים אך יש יותר תחלואה באימהות, הקשורה לעליה בשיעור הניתוחים הקיסריים בקבוצת הניטור העוברי האלקטרוני בהשוואה לקבוצת האזנה לסירוגין. לאחרונה ניהלו אלפירביק, דוואן וגייט (Alfirevic, Devane, and Gyte, 2013) סקירה שיטתית של 13 מחקרים רנדומליים מבוקרים המשווים תוצאות ביילודים ובאימהות בנשים שעברו EFM רציף או האזנה לסירוגין במהלך הלידה. המחקרים הקיפו 37,715 נשים. לא נמצא הבדל בתמותה הסב-לידתית או בשיעורי שיתוק המוחין, אך נשים שעברו EFM רציף היו צפויות יותר לעבור ניתוח קיסרי או לידה

ואגינלית מכשירנית. נרשמו פחות פרכוסים בקרב היילודים שנחשפו לרמות גבוהות של אוקסיטוצין בקבוצות ה-EFM, לעומת היילודים שנחשפו לרמות גבוהות של אוקסיטוצין בקבוצות ההאזנה לסירוגין.

בסקירתן, גם גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) מזהות את הסבירות המוגברת לניתוח קיסרי וללידה ואגינלית מכשירנית עם השימוש ב-EFM רציף, ואת כישלון בהפחתת מקרי שיתוק מוחין. בנוסף, הסקירה זיהתה שבדיקת המוניטור השגרתית (NST) בעת הקבלה לחדר לידה (שימוש שגרתית ב-EFM רציף לפרק זמן מוגבל) מגבירה התערבויות מבלי לשפר תוצאות בילוד.

ניטור עוברי אלקטרוני מפריע לפיזיולוגיה הרגילה של הלידה על ידי הגבלת תנועה, וקיים בו פוטנציאל להפריע לילודת לקבל תמיכה ראויה בלידה משום שהמטפלים ובני המשפחה עוסקים בתצפית במוניטור. הוא בהחלט מגביל את גישתן של נשים לאמצעי נוחות כמו מקלחות, אמבטיות וכדורי לידה וזה בסופו של דבר עלול להגדיל את הסיכוי שהאישה תזדקק לאפידורל, ולמפל התערבויות נוסף.

השיעור המוגבר של הניתוחים הקיסריים קשור ככל הנראה, בחלקו, לבעיות בפיענוח. ACOG והחברה לרפואת האם והעובר (SMFM) (2014) במאמרם "מניעה בטוחה של שיעורי הניתוח הקיסרי הראשוני" מציינים שנראה שהאטות משתנות חוזרות בדופק העוברי הינן תגובה פיזיולוגית ללחיצות החוזרות על חבל הטבור, ואינן פתולוגיות. זה שינוי ניכר בחשיבה הרפואית. המסמך שוטח דיון מעמיק אודות דפוסי דופק לב עוברי והתערבויות שונות מניתוח קיסרי, על מנת להתמודד עם נושא זה מבחינה קלינית. מה שהם אינם מצליחים לעשות הוא לזהות את השימוש בהאזנה לסירוגין במקום EFM עבור נשים בסיכון נמוך, כטיפול הסטנדרטי המועדף.

בינתיים יש דיון מתמשך בספרות, המבטא דאגה למול חוסר יכולתם של הרופאים המיילדים לזנוח את השימוש השגרתית בניטור העוברי האלקטרוני. סארטוול (Sartwelle, 2012) בכתב העת לרפואה משפטית' אומר את הדברים הבאים אודות ניטור עוברי אלקטרוני:

חרף שכיחותו וחרף היותו מקובל בפרקטיקה הקלינית המיילדותית היומיומית, ישנם ותמיד היו כמה סודות חשובים, הידועים רק למעטים, אודות ניטור עוברי אלקטרוני: הבסיס המדעי שלו רעוע; המהימנות שלו בין-בודקים ובתצפיות שונות של אותו בודק – ירודה; שיעור הניבוי-החיובי-הכוזב שלו (false-positive) אודות מצוקה עוברית גבוהה מ-99%; הוא הגביר מאוד את שיעור הניתוחים הקיסריים, עם התחלואה והתמותה הנלווים לכך; והוא נכשל לחלוטין בהבטחה המקורית המוצהרת שלו: להפחית ב-50% את המקרים של שיתוק מוחין (CP), לקות שכלית (MR) ותמותה סב-לידתית. כל הליך רפואי אחר בעל היסטוריה אומללה כל כך היה נעלם ממש כמו הקזות הדם של הספרים בימי הביניים (Sartwelle, 2012, p. 313).

רופאים מיילדים ממשיכים לחשוש מפני תביעות אם אינם משתמשים בניטור עוברי אלקטרוני, אך לנט (Lent, 1999) בכתב העת "הסקירה המשפטית של סטנפורד" מדגימה שיותר מאשר הוא מעניק הגנה לרופאים מיילדים מפני תביעות, עלול קיומו של הרישום לצמיתות של ניטור עוברי אלקטרוני להגדיל את הסיכונים בגלל בעיות פיענוח. היא מוסיפה ומציינת כי אסופת הספרות הנכבדה התומכת בשימוש בהאזנה לסירוגין במקום בניטור עוברי רציף אמורה להביא את בתי המשפט להתייחס להאזנה לסירוגין כמקובלת במידה שווה, לכל הפחות.

התדריך האחרון (2009) של ACOG אודות ניטור עוברי מציינ שבהתייחס לעובדה שהמידע הזמין אינו מראה כל יתרון לניטור העוברי האלקטרוני על פני ההאזנה לסירוגין, כל אחת מבין שתי אפשרויות אלה מקובלת במטופלות ללא סיבוכים. "האיגוד לאחיות בריאות האישה, מיילדות ויילודים" (The Association of Women's Health, Obstetrics, and Neonatal Nursing, 2000) ממליץ על האזנה לסירוגין במקום ניטור עוברי אלקטרוני עבור נשים בריאות ללא סיבוכים. למרות המלצות אלה, ולמרות הראיות הברורות והמשכנעות לפיהן אין לניטור העוברי האלקטרוני יתרונות ברורים והוא מגביר סיכון עבור נשים, הניטור העוברי האלקטרוני נשאר הטיפול הסטנדרטי.

טיפול אופטימלי צריך לכלול האזנה לסירוגין עבור נשים בסיכון נמוך. אין לעשות צמידה בדיקת מוניטור שגרתית (NST) בעת הקבלה לחדר לידה. אם קיימת אינדיקציה רפואית לניטור עוברי אלקטרוני, יש להשתמש בניטור אלחוטי על מנת לאפשר ניידות.

הרדמה אפידורלית

הרדמה אפידורלית מספקת הקלה מצוינת מכאב אך היא מפריעה לפיזיולוגיה של הלידה במספר אופנים. ללא כאב, רמת האוקסיטוצין נופלת דרמטית ואז נזקקות נשים לאוקסיטוצין תוך-וריד (פיטוצין). הפיטוצין אינו חודר את מחסום הדם-מוח, ולכן נשים שקיבלו הרדמה אפידורלית אינן מקבלות שחרור אנדורפינים. הרפיית שרירי האגן מקשה על סיבוב התינוק וירידתו. כתוצאה מכך, קיים סיכון מוגבר למספר סיבוכים כתוצרי לוואי.

אני-סומואה, סמיית' וג'ונס (Anim-Somuah, Smyth, and Jones, 2011) סקרו 38 מחקרים רנדומליים מבוקרים שהקיפו 9,658 נשים. 33 מן המחקרים השוו אלחוש אפידורלי לעומת אופיואידים וחמשת המחקרים הנותרים השוו אלחוש אפידורלי לעומת היעדר אלחוש. אלחוש אפידורלי הקל את כאבי הלידה טוב יותר מאשר סוגים אחרים של תרופות משככות כאבים, אך הוביל לשימוש רב יותר במכשירים לסיוע בלידה. באופן כללי לא נרשם שוני בשיעורי הניתוחים הקיסריים בין הקבוצות, אך בוצעו ניתוחים קיסריים רבים יותר בגלל מצוקה עוברית בקבוצת ההרדמה האפידורלית. לא היו השפעות של האפידורל על הילוד זמן קצר אחרי הלידה. נשים שעשו שימוש באפידורל היו צפויות יותר לעבור לידה ארוכה יותר (שלב שני של הלידה), היו זקוקות לכך שהצירים שלהן יומרצו באמצעות אוקסיטוצין, חוו לחץ דם נמוך מאוד, לא יכלו לנוע למשך פרק זמן לאחר הלידה (חסימה מוטורית), התמודדו עם בעיות של אגירת נוזלים וחוו חום במהלך הלידה.

גם סקירת המחקרים השיטתית של גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) מצאה שהרדמה אפידורלית הפחיתה את הסבירות ללידה ואגינלית ספונטנית. כמו כן, הם מצאו שמתן אפידורל בשלב מוקדם ככל הנראה מגביר את הסיכון להתמדת מצב בעייתי של התינוק וזה עלול להגביר לידות קיסריות ולידות ואגינליות מכשירניות. אפידורלים גם הגבירו את הסיכון לחום אצל האם, שיש לו השלכות ישירות ועקיפות, לרבות הפרדת האם מהתינוק וקבלת התינוק לטיפול נמרץ יילודים להערכה. אפידורלים גם מגבירים את הסיכון לבעיות בהנקה המוקדמת, "נראה שפנטניל הוא האשם" (Goer & Romano, 2012, p. 286). נראה שדחיית הלחיצות (delayed pushing) מפחיתה את שיעורי הלידות הואגינליות המכשירניות, למרות ששיעור זה נותר גבוה, ונראה שאין לדחיית הלחיצות כל השפעה על שיעור הניתוחים הקיסריים. תנוחה זקופה בשלב השני עשויה להפחית הן לידות מכשירניות והן ניתוחים קיסריים.

בבתי חולים רבים, הרדמה אפידורלית הינה האפשרות היחידה להקלה על כאב העומדת לרשותן של נשים. לאחר שמתחילים במתן אפידורל, ישנו מפל של התערבויות נוספות: עירוי נוזלים דרך הוריד, ניטור עוברי אלקטרוני רציף, ומגבלות על התנועה. כאשר מספקים מגוון רחב של אמצעי התמודדות עם כאב ואמצעי נוחות, לרבות אמבטיות, מקלחות, תנועה בלתי מוגבלת וקבלת תמיכה בלידה, יש בכך כדי לסייע לנשים לנהל את הלידה מבלי להזדקק לאפידורל. הזמינות והשימוש באמצעי נוחות בלתי-תרופתיים מאפשרים לדחות את קבלת האפידורל עד שתהליך הלידה מבוסס היטב. דחיית מתן האפידורל עד לשלב הפעיל של הלידה (6 ס"מ) מפחיתה את הסיכון הן למצב עורף לאחור (פוסטריר) והן לחום הנובע מן האפידורל. בהתבסס על הראיות הקיימות, אם מבוקשת הרדמה אפידורלית, מומלץ לתת אפידורל במינון נמוך, עם אלחוש בלבד. שכיבה צדית ותנוחות זקופות צפויות להפחית את הסיכון ללידה מכשירנית.

זירוז

לידה עשויה להימשך זמן רב. נשים, בפרט נשים המתקבלות לבתי חולים בשלב מוקדם של הלידה, צפויות לחוות לחץ לעבור את תהליך הלידה בזריזות. עד לאחרונה, ההגדרה של חוסר התקדמות בלידה (דיסטוכיה) לא שיקפה הבנה עד כמה לידה ספונטנית אמנם עשויה להימשך. השיעור המבהיל ברמתו של ניתוחים קיסריים בארה"ב שימש זרז לקונגרס האמריקני של הרופאים המיילדים והגינקולוגים (ACOG) והחברה לרפואת האם והעובר (SMFM) לבצע סקירת מחקרים שיטתית, במאמץ לפתח אסטרטגיות העשויות להפחית את שיעור הניתוחים הקיסריים הראשוניים (2014). בסקירת המחקרים שלהם ובהמלצותיהם המבוססות על הממצאים, קיים פוטנציאל להפחית את מקרי זירוז הלידה (והשראת הלידה) ובאותו הזמן להפחית את שיעור הניתוחים הקיסריים.

ההמלצות החשובות ביותר נוגעות לעקומת הלידה. ההצהרה המשותפת ממליצה שניהול הלידה יתבסס על 'נתוני הקונסורציום ללידה בטוחה' ולא על הסטנדרטים של פרידמן. שלב לידה ראשון שהוא איטי אך מתקדם לא צריך להוות אינדיקציה לניתוח קיסרי או לזירוז רפואי. למעט מספר יוצאים מן הכלל, שלב לטנטי ממושך (למעלה מ-20 שעות באם שזו לידתה הראשונה ולמעלה מ-14 שעות בנשים שילדו בעבר) לא צריך להוות אינדיקציה לניתוח קיסרי. כל עוד האם והתינוק מרגישים טוב, פתיחת צוואר רחם של 6 ס"מ צריכה להוות סף הכניסה לשלב הפעיל של הלידה. עצירה בשלב הפעיל מוגדרת כמקרה שבו לידתה של אישה המצויה בפתיחה של 6 ס"מ או יותר, לאחר פקיעת שק מי השפיר, איננה מתקדמת לאחר 4 שעות של צירים סדירים, או לפחות 6 שעות של מתן אוקסיטוצין עם צירים לא סדירים וללא שינוי בצוואר הרחם.

הדוח מזהה גם את חשיבות קבלת התמיכה בלידה ומזכיר מפורשות את השפעת הדולה על תוצאות הלידה, לרבות על שיעור הניתוחים הקיסריים. תמיכה רציפה בלידה, לרבות תמיכה המוענקת על ידי דולות, היא אחת הדרכים היעילות ביותר להפחית שיעור הניתוחים הקיסריים. עורכי הסקירה מציינים שככל הנראה משאב זה אינו מנוצל דיו.

אנו צפויים לחזות בצניחה בהיקף זירוז הלידות בהתבסס על הנחיות אלה, אך סביר גם שהשינוי יארך זמן מה.

ההתערבויות הרפואיות המשמשות לזירוז לידה איטית כוללות פקיעה מלאכותית של שק מי השפיר (אמניוטומיה), פיטוצין, או שניהם. קיימות מספר סקירות שיטתיות אודות שתי שיטות התערבות אלה.

פקיעת שק מי השפיר מבוצעת כנוהל סטנדרטי ובחלק מבתי החולים אף מבוצעת כשגרה בכל הנשים. בארה"ב, 20% מן הנשים מדווחות שפקעו להן את שק מי השפיר (Declercq, Sakala, Corry, et al., 2013) אך ייתכן שזו הערכה נמוכה מדי מכיוון שלעיתים קרובות הנשים כלל אינן מודעות לכך שהפקיעה בוצעה. ישנם מספר סיכונים חמורים אך נדירים הקשורים לפקיעה יזומה של שק מי השפיר, לרבות בעיות עם חבל הטבור ודופק לב העובר. כמו כן, משפקע שק מי השפיר, קיים סיכון מוגבר לזיהום. פקיעה יזומה של שק מי השפיר מגבירה גם את הסיכון להתמדת מצגי עורף לאחור (פוסטרור) של העובר (Goer & Romano, 2012).

סקירת מחקרים של קוקריין (Smyth, Markham, & Dowswell, 2013) העריכה את השימוש בפקיעת שק מי השפיר בכל הלידות שהתחילו באופן ספונטני. זוהו 15 מחקרים שהקיפו 5,583 נשים. הראיות לא הראו כל קיצור של אורך השלב הראשון של הלידה וייתכן שהייתה קיימת עלייה בניתוחים הקיסריים. ייתכן שהשלב השני קצר יותר באימהות בלידה ראשונה. החוקרים הסיקו שפקיעה שגרתית אינה מומלצת כחלק מניהול הלידה. הראיות אינן תומכות בפקיעת שק מי השפיר עבור נשים בלידות ספונטניות המתקדמות בקצב נורמלי או אפילו כשהלידות ממושכות. בסקירת המחקרים שלהן מסיקות גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) אף הן שפקיעת שק מי השפיר בשלב מוקדם כשגרה ככל הנראה מגבירה את הסבירות לניתוח קיסרי ואין לעשות זאת באופן שגרת.

30% מן הנשים בארה"ב עוברות זירוז של הלידות הספונטניות שלהן באמצעות מתן אוקסיטוצין (פיטוצין) (Declercq, Sakala, Corry, et al., 2013). זירוז באמצעות אוקסיטוצין אינו נעדר סיכונים. פיטוצין מפריע לפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה. מכיוון שהפיטוצין אינו חודר את מחסום הדם-מוח, אין שחרור של אנדורפינים. קשה לאם להתמודד עם הצירים העוצמתיים והחזקים יותר, והם מעמיסים מתח נוסף על שריר הרחם. על מנת להתמודד עם הצירים החזקים מאוד, ניתנת במקרים רבים הרדמה אפידורלית מיד לאחר שהוחל במתן פיטוצין. הרדמה אפידורלית מפריעה לפיזיולוגיה של הלידה בדרכים משלה ומוסיפה סיכונים נוספים לאם ולתינוק.

ניהול פעיל (active management) של הלידה כולל פקיעה של שק מי השפיר ולאחר מכן מתן פיטוצין לזירוז הלידה. בסקירתם השיטתית שהעריכה את יעילות הניהול הפעיל לצמצום ניתוחים קיסריים בנשים בסיכון נמוך, מצאו בראון, פאראנג'ות', דאוזול ואחרים (Brown, Paranjothy, Dowswell, et al, 2008) הפחתה קלה בשיעור הניתוחים הקיסריים בקרב הנשים שפקעו אצלן את שק מי השפיר וקיבלו אוקסיטוצין אם הלידות שלהן התעכבו. סקירת מחקרים עדכנית יותר של קוקריין (Wei, Wo, Qi, Xu, et al, 2013) אודות ניהול פעיל של הלידה הקיפה 14 מחקרים ו-8,033 נשים, ושוב, סקירה זו הראתה הפחתה קלה בשיעור הניתוחים הקיסריים בהשוואה לניהול בשיטת המתנה ומעקב. החוקרים כן מציינים שהמחקרים לא סיפקו די ראיות בנוגע לתחלואה אצל האם (לדוגמא: גירוי יתר של הרחם) או הילוד (לדוגמא: בעיות בדופק לב עוברי) או לשביעות הרצון של הנשים מן החוויה. הם מציינים גם שתמיכה מקצועית רצופה ותנועה ותנוחות במהלך הלידה - שתיהן פרקטיקות טיפוליות שיכולות לזרז לידה שמתקדמת לאיטה – היו מצומצמות הן בקבוצות ההתערבות והן בקבוצות הבקרה.

גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) מזהות שקבלה מוקדמת בשלב לידה לטנטי מגבירה את הסיכון לכל ההתערבויות, ובסופו של דבר מגבירה את הסיכון לניתוח קיסרי. הן מציעות שעל הטיפול האופטימלי לכלול עידוד של הנשים לדחות את הקבלה לבית החולים עד שהן בלידה פעילה (כשהקריטריון לכך היום הינו פתיחה של 6 ס"מ). סביבה תומכת תורמת רבות לקידום לידה איטית. התערבויות בלתי-רפואיות כגון תמיכה, ניידות, מנוחה וצריכת מזון או משקה דרך הפה יכולות גם הן לקדם לידה איטית. קיימות ראיות מסוימות לפיהן גירוי פטמות, המזרז שחרור אוקסיטוצין, כמו גם ניידות עשויים לפתור התקדמות איטית (Goer & Romano, 2012). יש היגיון בשימוש בהתערבויות פשוטות אלה לפני שמתחילים בהתערבויות רפואיות שיש בהן סיכונים רבים יותר.

אפיזיוטומיה (חתך חיץ)

17% מן הנשים במחקר "מקשיבים לאימהות 3" דיווחו שעברו אפיזיוטומיה. בעוד מספר זה מהווה הפחתה ניכרת לעומת שיעור של 35% במחקר "מקשיבים לאימהות 1" (2002) וצניחה דרמטית ביחס לשיעורי האפיזיוטומיה של כמעט 100% לפני 50 שנה, השיעור עדיין גבוה יותר ממה שהוא צריך להיות. סקירה שיטתית של אפיזיוטומיה בשנת 2005 מציעה ששיעור האפיזיוטומיה יכולה להיות 10% (Hartmann, Viswanathan, Palmieri, et al., 2005), וזהו שיעור היעד שקבע ארגון הבריאות העולמי בשנת 1996.

סקירת המחקרים של קוקריין בנושא אפיזיוטומיה (Carroli & Mignini, L., 2009) שמה לה למטרה לקבוע האם יש להשתמש באפיזיוטומיה באופן שגרתי, אם לאו. החוקרים מצאו ששימוש **מוגבל** באפיזיוטומיה הראה סיכון נמוך יותר לתחלואה לרבות טראומה חמורה לפריניאום, טראומה פריניאלית אחורית, צורך בתפירה לאיחוי טראומה פריניאלית, וסיבוכי החלמה לאחר 7 ימים. לא דווחו הבדלים בשכיחות של תוצאות חמורות כגון טראומה ואגינלית ופריניאלית חמורה, ולא ברמות הכאב, כאב בעת קיום יחסי מין, או אי שליטה במתן שתן. החיסרון היחיד שהודגם בשימוש המוגבל באפיזיוטומיה הוא סיכון מוגבר לטראומה פריניאלית קדמית. הם מסכמים שקיימות ראיות לתמיכה בשימוש מוגבל באפיזיוטומיה בהשוואה לשימוש שגרתי בה.

עם זאת, גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) בסקירתן השיטתית אודות אפיזיוטומיה, מצאו שאפיזיוטומיה גורמת לכאב רב יותר מאשר קרעים ספונטניים, גורמת לסיבוכי החלמה רבים יותר מאשר קרעים ספונטניים ולאפיזיוטומיה אין כל השפעה על תוצאות בילוד. חשוב ביותר, האפיזיוטומיה אינה משמרת תפקוד של רצפת האגן ואמנם עשויה לתרום לדליפת שתן וצואה.

גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) מציעות אסטרטגיות לטיפול אופטימלי הכוללות הפעלת עקרונות טיפול ומדיניות המקדמים פריניאום בריא ושלם, כמו גם הגבלת השימוש באפיזיוטומיה לנסיבות יוצאות מגדר הרגיל בלבד. טיפול אופטימלי בשלב השני כולל עידוד תנוחות שאינן שכיבה על הגב, שינוי תנוחות, לחיצות ספונטניות כלפי מטה בתגובה לדחף ללחץ, לא לעודד עצירת נשימה ממושכת, ולהמתין לדחף ספונטני ללחוץ אצל נשים עם אפידורל לפני שהן מתחילות ללחוץ באופן אקטיבי (DiFranco & Curl, 2014).

סיכום

קיימות שלל ראיות לכך שהשימוש השגרתי בהתערבויות המתוארות לעיל הינו בעל פוטנציאל להפריע לפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה ואמנם מפריע לכך לעיתים קרובות, וכתוצאה מכך מגביר את הסיכון לסיבוכים. כדי לשמור את הלידה בטוחה ובריאה ככל האפשר, נשים צריכות לאכול ולשתות, יש להעריך את דופק לב העובר באמצעות האזנה לסירוגין, צריך שתהיה גישה למגוון רחב של דרכים להקלת כאב על מנת להימנע משימוש שגרתי בהרדמה אפידורלית, וללדת בסביבה בה מתייחסים בהערכה לזמן שהלידה אורכת.

התמקדות בעקרונות הטיפול המקדמים את התהליך הפיזיולוגי הרגיל (לתת ללידה להתחיל מעצמה, תנועה ותנוחות, תמיכה בלידה, לחיצות ספונטניות בתנוחות שאינן שכיבה על הגב, ושמירה על האם והתינוק יחד), ושמירת התערבויות רק לאותם מקרים בהם הן נחוצות מבחינה רפואית – הינן בעלות פוטנציאל לשפר תוצאות ולהפוך את הלידה לבטוחה יותר ולבריאה יותר עבור האימהות והתינוקות.

השלכות

חינוך ללידה

ברור כי השימוש השגרתי בהתערבויות אלה מפריע לתהליך הפיזיולוגי הנורמלי של הלידה. ברור גם כי מספר ההתערבויות גובר עם הקבלה המוקדמת לבית החולים. הנה הדברים שחשוב שנשים תדענה:

- האכילה והשתייה בלידה אינן מסוכנות ואם היולדת חפצה בהן – אף יש בהן יתרונות. בדרך כלל אין צורך בהכנסת עירוי.
- ניטור עוברי אלקטרוני אינו הופך את הלידה לבטוחה יותר עבור התינוק ומגביר את הסיכון שהאם תעבור ניתוח קיסרי לא נחוץ.
- הרדמה אפידורלית מספקת הקלה מצוינת של הכאב אך להקלה זו יש מחיר. ניתן להפחית חלק מן הסיכונים של ההרדמה האפידורלית על ידי דחיית מתן האפידורל.
- זירוז לידה נחוץ במקרים נדירים בלבד. הלידה יכולה לארוך זמן רב ובדרך כלל אכן כך הדבר. סבלנות, תנועה ושינויי תנוחות, קבלת תמיכה מעולה בלידה ואכילה ושתייה הם כל מה שנחוץ לרוב הנשים כדי שהלידה שלהן תמשיך להתקדם. עוזר גם להישאר בבית עד השלב הפעיל של הלידה (6 ש"מ).
- האפיזיטומיה מזיקה ויש להגביל את השימוש בה.

הבנה מעמיקה של תהליך הלידה הפיזיולוגי הנורמלי וביטחון בתהליך זה, כמו גם ביטחון ביכולתה ללדת, מקלים על האישה להשתחרר מן התפיסה לפיה טכנולוגיה והתערבויות שגרתיות הופכות את הלידה לבטוחה יותר עבור האימהות והתינוקות. בדרך כלל, אין די במתן "העובדות" לנשים, לרבות המחקר, כדי לשנות ערכים ותפיסות. סיפורים הינם כלי עוצמתי להביא לשינוי זה. חשוב לא פחות, על המורה להכנה ללידה, האחות, המיילדת והרופא/ה לשלוח מסר ברור ועקבי לנשים. איננו יכולים לומר לנשים שיש להן את כל מה שנחוץ כדי ללדת בפשטות ללא סיבוכים ואז לומר להן שהתערבויות שגרתיות "רק ליתר בטחון" הופכות את הלידה לבטוחה יותר.

בחירת הצוות המטפל ומקום הלידה

על הנשים לבחון בקפידה את האפשרויות בבחירת צוות מטפל ומקום לידה. ישנן השלכות אתיות אם אנו מונעים מידע או גורמים לנשים לחשוב שיכולה להיות להן לידה בריאה ובטוחה במקומות ועם צוות שמתערבים באופן שגרתי בתהליך הפיזיולוגי הנורמלי של הלידה. שיעור גבוה של סיבוכים ושיעור גבוה של ניתוחים קיסריים צריכים להוות נורת אזהרה אדומה לכולנו שמשמעותה שאין מקדמים את הלידה הפיזיולוגית, אין תומכים בה ואין מגנים עליה.

מיילדות הן נשות המקצוע הצפויות ביותר להעניק טיפול אופטימלי הכולל את כל ששת עקרונות הלידה הבריאה, לרבות הימנעות מהתערבויות אלא אם הן נחוצות מבחינה רפואית. מקומות לידה מחוץ לבית החולים הם הצפויים ביותר להעניק טיפול אופטימלי שאיננו עשיר בהתערבויות (Goer & Romano, 2012).

מדיניות בית חולים מבוססת-ראיות

בלידה של הטיפול המיילדותי האופטימלי מצויים כמה עקרונות פשוטים, לרבות הימנעות מהתערבויות שגרתיות. על מדיניות בתי החולים לשקף את הראיות המזוהות עקרונות ליבה אלה. אם זה לא יוכל לקרות – הלידה תיאלץ לצאת אל מחוץ לבית החולים.

השינוי יצריך חינוך מחדש של הרבה אחיות, רופאים ואנשי מינהל. בלב ליבו של החינוך הזה, למעשה, מה שעשוי לשנות את המגמה הוא ידע של התהליכים הפיזיולוגיים הנורמליים וידע של העקרונות המקדמים תהליך זה, לרבות הימנעות משימוש שגרתי בהתערבויות.

אחיות ומורות להכנה ללידה צריכות לתמוך במטופלות ולהעצים את הנשים שבטיפולן, וללמדן לסרב לקבל התערבויות שגרתיות. במודל של קבלת החלטות משותפת, הנשים מקבלות את המידע, כולל קיום דיון מקיף אודות הפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה, ולאחר מכן נמנים היתרונות והחסרונות של התערבויות אינדיבידואליות, בהתבסס על ראיות עדכניות. מתקיים דיון תחילה אודות מה חשוב לאישה האינדיבידואלית ולאחר מכן דיון אודות האפשרויות, החלופות והאתגרים. הנשים מקבלות החלטה מושכלת שנתמכת לאחר מכן על ידי הצוות המטפל ובית החולים. דיון מקיף, פתוח וכן הינו מפתח להצלחת מודל פעולה זה (Hersh, Megregian, and Emeis, 2014). שיעורי הכנה ללידה מספקים הזדמנות לדיון כן ופתוח. מעודדים בהם את הנשים לבדוק את תחושותיהן ולתכנן תכניות לידה המשקפות את העדפותיהן. תהליך דומה של שיחות מקיפות וכנות על העניינים כולם צריך להתקיים עם הצוות המטפל לפני הלידה. אם לא קיימת הסכמה ביניהם, על האישה לשקול את האפשרות להחליף את הצוות המטפל. כשהאחות פוגשת את האישה בלידה, עליה להיות מוכנה גם היא לקיים את הדיון ולתמוך בבחירותיה של האישה אפילו אם הן מנוגדות לטיפול הרגיל באותו מוסד או אם אין בחירותיה של האישה הבחירות שהיא עצמה הייתה בוחרת. זוהי הזדמנות לאחיות לתמוך בנשים ועל ידי כך שיעשו זאת – הן יתחילו לטלטל את המערכת.

מסקנה

טיפול אופטימלי הוא טיפול המקדם את התהליך הפיזיולוגי הנורמלי של הלידה, תומך בו ומגן עליו. לידה בטוחה ובריאה מתאפשרת על ידי הימנעות מהתערבויות אלא אם כן קיימת אינדיקציה רפואית ברורה לביצוען.

רשימת מקורות

- Alfirevic, Z., Devane, G. & Gyte, D. (2013). Continuous cardiocartography (CTG) as a form of continuous electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. CD006066. doi:10.1002/14651858.CD006066, pub2.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) & Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). (2014). *Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery*.
<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Committee Opinion No. 441: Oral intake during labor. *Obstetrics and Gynecology*. 114 (3), 714.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). Practice Bulletin #106, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. *Obstetrics & Gynecology*, 114, 192-203.
- American Society for Anesthesiologists. (1999). Practice guidelines for obstetrical anesthesia: A report for the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology*, 90 (2), 600-11.
- Amis, D. (in press). Healthy birth practice #4: Let labor start on its own. *Journal of Perinatal Education*.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R.M.D., & Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 12. Art. No.: CD000331. DOI: 10.1002/14651858.CD000331.pub3
- Association of Women's Health, Obstetrics and Neonatal Nursing. (2008). *Fetal Heart Monitoring*. Washington, DC: AWHONN.
- Brown, H., Paranjothy, S., Dowswell, T., et al. (2008). Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.4: CD004907.
- Buckley, S. (2014). *The Hormonal Physiology of Childbearing*. New York: Childbirth Connection.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>
- Chantry, C., Nommsen-Rivers, L., Peerson, J., et al. (2011). Excess weight loss in first-born breastfed newborns relates to maternal intraprtum fluid balance. *Pediatrics*, 127 (1), 171-179.
- Crenshaw, J. (in press). Healthy birth practice #6: Keep mothers and babies together: It's best for mothers, babies and breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*.
- Dawood, F., Dowswell, T., & Quenby, S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD007715.pub2.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007715.pub2/full> Accessed on July 4, 2014.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to Mothers I: Report of the First US Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York: Maternity Center Association.

- Declercq, E., Sakala, C., Corry, M., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III: Pregnancy and Childbirth*. New York: Childbirth Connection.
- DiFranco, J., & Curl, M. (in press). Healthy birth practice #5: Birth in uprights positions, push as the body dictates. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal Care in Childbirth: The Case for a Physiologic Approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Green, J., & Hotelling, B. (in press). Healthy birth practice #3: Bring a loved one, friend or doula for continuous support. *Journal of Perinatal Education*, 23(4).
- Hartmann, K.I., Viswanathan, M., Palmieri, R., et al. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 293 (17), 2141-8.
- Hersh, S., Megregian, M., & Emeis, C. (2014). Intermittent auscultation of the fetal heart rated during labor: An opportunity for shared decision making. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 59 (3), 344-49.
- Lent, M. (1999). The medical and legal risks of the electronic fetal monitor. *Stanford Law Review*. 51, 807-837.
- Ondeck, M. (in press). Healthy birth practice #2: Move, walk and change positions throughout labor. *Journal of Perinatal Education*, 23 (4).
- Sartwelle, T. (2012). Electronic fetal monitoring: A bridge too far. *Journal of Legal Medicine*. 33:313–379.
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013, Issue 1. [DOI: DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub3] <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub3/full>
- Smyth, R., Markham, C. & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006167.pub4 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006167.pub4/full>.
- Wei, S., Wo, B., Qi, H., Xu, H., Luo, Z., Roy, C., & Fraser, W. (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://summaries.cochrane.org/CD006794/early-amniotomy-and-early-oxytocin-for-delay-in-first-stage-spontaneous-labour-compared-with-routine-care>.
- World Health Organization. (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. Geneva: Author. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf Accessed on July 5, 2014.

ביוגרפיה של כותבת המאמר

ג'ודית' לות'יאן הינה אחות אם ויילוד ומורה להכנה ללידה. היא מכהנת כיושבת ראש ועדת ההסמכה למדריכות הכנה ללידה של למאז ועורכת משנה של כתב העת לחינוך סב-לידתי. היא גם מכהנת כפרופ' חבר בקולג' לסייעוד באוניברסיטת סטון הול.

תכתובת הנוגעת למאמר זה יש להפנות אל ג'ודית' א. לות'יאן, בעלת דוקטורט PhD, אחות מוסמכת, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE) לכתובת 650 .76St. Brooklyn, NY 11209. דוא"ל: jalothian@aol.com.