



מאי 2015

לידה טבעית: טיפול ותמיכה - נייר עמדה

מבוא

ארגון המיילדות תומך בזכותה של כל אישה לבחור את האופן בו היא רוצה ללדת. זאת, מתוך השקפה לפיה הלידה איננה, ביסודה, אירוע רפואי או מחלה, אלא אירוע אישי מכונן עבור זהותה של היולדת כאישה וכאם.

לפיכך, יש לכבד את זכותה של כל אישה לבחור את האופן בו היא תלד, ולספק לה את האמצעים הדרושים למימוש בחירתה זו - לרבות בכל הנוגע לבחירה ללדת בלידה טבעית.

במדינות רבות בעולם המערבי, מתוך הכרה בזכותן זו של יולדות לבחור את האופן בו יילדו, מספקת מערכת הבריאות הציבורית מזה שנים את האמצעים הדרושים למימוש בחירתן, וזאת, בין היתר, באמצעות הבטחת טיפול רציף על ידי מיילדות לנשים הבוחרות ללדת בלידה טבעית.

בישראל, לעומת זאת, מצב הדברים הוא שונה. נשים היולדות בבית חולים ציבורי, ונמצאות בתהליך לידה פעילה, מטופלות על ידי מיילדת המחלקת את זמנה בין 2-3 יולדות בו זמנית. מצב זה אינו מאפשר לאישה המעוניינת בלידה טבעית לקבל את הטיפול והתמיכה הנאותים לצורך מימוש רצונה זה. זאת, משום שאחד התנאים המרכזיים אשר הוכחו כחיוניים להשלמתה של לידה טבעית, הינו טיפול מקצועי וצמוד לכל משך הלידה, על ידי מיילדת בעלת ניסיון ובקיאיות בטיפול בלידות טבעיות.

בעשור האחרון, חלה עליה במודעות ללידות טבעיות בישראל, כמו גם בדרישה ללדת כך. בעקבות כך קמו בישראל מספר מרכזי לידה הסמוכים לחדרי לידה בבתי יולדות ציבוריים (In /Alongside Hospital Birth centers).

מרכזי לידה אלה נתנו מענה לנשים המעוניינות ללדת בלידה טבעית, באווירה ביתית ובטוחה, וללא התערבות רפואית שלא לצורך. הטיפול והתמיכה ביולדות במרכזים אלה היו רציפים וסופקו על ידי מיילדות בלבד, אשר שכרן מומן באמצעות התשלום שנגבה מהיולדות המבקשות ללדת במרכז. מעצם קרבתם של מרכזי הלידה לחדרי הלידה ה"רגילים", ניתן היה לספק טיפול או התערבות רפואית מיידית כאשר הדבר נדרש. במרכזי הלידה, עבדו מיילדות בכירות אשר התמחו במתן טיפול ותמיכה באישה בלידה טבעית, ובעיקר, נמצאו לצד היולדת במהלך הלידה מרגע תחילתו של השלב הפעיל ועד לאחר הלידה.

בחודש ינואר 2014, בעקבות החלטות שניתנו על ידי שרת הבריאות ומנכ"ל המשרד בכל הנוגע לאיסור לממן את פעילותם של מרכזי הלידה באמצעות גביית תשלום מנשים המבקשות ללדת בהם, נסגרו מרכזי הלידה. מאז, נשים המעוניינות בלידה טבעית נותרו ללא מענה מתאים בבואן ללדת במערכת הציבורית.



בהקשר זה, יש להעיר כי ניסיונות עבר לתת מענה לרצונן של יולדות ללדת בלידה טבעית באמצעות הפעלת מרכזי לידה טבעית ללא גביית תשלום מחד גיסא וללא תקצוב ממשלתי ייעודי מאידך גיסא, לא צלחו. זאת, משום שכפי שיפורט בנייר עמדה זה, תנאי הכרחי למימושה של לידה טבעית, הינו טיפול רציף של מיילדת – טיפול שאינו מתאפשר בתנאים הקיימים בבתי חולים ציבוריים היום, ללא הקצאת משאבים נוספת.

כך למשל, בין השנים 2003 עד 2005 הופעלה בבית החולים "ליס" ליולדות, תכנית שאיפשרה לנשים ללדת בלידה טבעית, באמצעות ליווי וטיפול רציף של מיילדת. המיילדת שהופקדה לטפל ביולדת בלידה הטבעית הוקצתה ממצבת כוח האדם של צוות המיילדות באותה משמרת, דבר שגרע מאיכות הטיפול ביולדות האחרות והגביר את העומס על המיילדות הנותרות. במהלך השנתיים הללו נעשו ניסיונות שונים להמשיך ולאפשר את השרות - אך בסופו של דבר המסקנה היתה שלא ניתן לממש את השרות מתוך המשאבים הקיימים והתכנית נסגרה.

כעבור מספר שנים, בעקבות דרישתן של נשים ללדת בלידה טבעית על כל המשתמע מכך - נפתחו כאמור מספר מרכזי לידה בצמוד לחדרי הלידה הרגילים בבתי החולים הציבוריים. מרכזים אלה הופעלו על ידי מיילדות שלא הוקצו ממצבת כוח האדם של צוות המיילדות באותה משמרת, ואשר שכרן מומן לפיכך באמצעות גביית תשלום מהיולדות, וזאת על מנת שהשירות הניתן להן לא יפגע באיכות הטיפול הניתן לכלל היולדות. כאמור, אפשרות זו נשללת מהנשים מאז חודש ינואר 2014.

כעת, עם עלייתה של סוגיית הלידות הטבעיות לסדר היום הציבורי, ובעקבות פנייתו של משרד הבריאות למועצה הלאומית למיילדות, גניקולוגיה נאונטולוגיה וגנטיקה, ניתנה לנו הזדמנות פז - לאחר שנים ארוכות שבהן סוגיה זו לא קיבלה את תשומת הלב הראויה - לתת מענה לצרכיהן ולרצונן של נשים המבקשות ללדת בלידה טבעית - ובכך להצטרף למדינות הרבות אשר מאפשרות לנשים לבחור את האופן בו יילדו ולממש את בחירתן זו.

המלצתו של ארגון המיילדות בישראל בעניין זה, כמפורט בהמשך, היא כי יולדת המעוניינת בלידה טבעית (וכאשר מצבה הרפואי מאפשר זאת) תהיה זכאית לקבל בכל בית חולים ציבורי את התנאים הדרושים למימוש רצונה זה, ובכלל זה טיפול רציף של מיילדת החל מהשלב הפעיל של הלידה.

הגדרות:

- לידה נורמלית: לידה שמתחילה באופן עצמוני, אשר מוגדרת בסיכון נמוך מתחילתה ועד סופה. הילוד נולד באופן עצמוני בין השבועות 37-42, במצג ראש. לאחר הלידה האם והתינוק במצב טוב.... בלידה נורמלית חייבת להיות סיבה מוצדקת להתערבות בלידה (WHO, 1996)

- לידה טבעית:

הינה לידה פיזיולוגית (נורמלית- ראה לעיל), אקטיבית, בה האישה בוחרת להתמודד עם צירי לידה באמצעות טיפול ותמיכה רציפים של מיילדת, תוך שימוש בשיטות לא תרופתיות הכוללות תנועתיות, עיסוי, טכניקות נשימה והרפיה, שימוש במים, דמיון מודרך וכד' (WHO 1996).



- טיפול מיילדותי "אחת לאחת" (one-to-one care) טיפול רציף על ידי מיילדת מרגע כניסתה של היולדת לשלב פעיל של הלידה. הטיפול ניתן ע"י מיילדת הבקאה בשיטות לא תרופתיות לטיפול בכאב. (Cochrane 2013 Hodnett et al)
- מיילדת: מיילדת הרשומה בפנקס המיילדות בישראל, העובדת בחדר לידה מוכר בישראל.

מהותה של הלידה הטבעית: טיפול ותמיכה רציפים של מיילדת

הואיל ולידה טבעית מתאפיינת באקטיביות של היולדת, כמו גם באי-שימוש בטיפול תרופתי לשיכוך הכאב, קיימים מספר תנאים יסודיים אשר רק בהתקיימם ניתן לקיים ולהשלים לידה טבעית באופן בטוח לילודת וליילוד, ובאופן שתואם את ציפיותיה של היולדת ללידה טבעית פיזיולוגית ללא התערבות רפואית.

כל התנאים הללו, כמפורט להלן, יכולים להתקיים רק בהינתן ליווי וטיפול רציפים על ידי מיילדת מיומנת, בעלת הכשרה מתאימה המאפשרת לה, בין היתר, לזהות חריגה מהמצב הפיזיולוגי התקין ו/או מצוקה של היולדת והעובר/יילוד.

התנאי הראשון הדרוש להשלמתה של לידה טבעית הוא יכולתה של היולדת להיות בתנועה, ויכולתה לבחור את התנוחות והתנועות המתאימות לה (ברוב המקרים יהיו אלו תנוחות אנכיות ומחוץ למיטה). מכאן נגזר תנאי נוסף, והוא ניטור לסירוגין של דופק העובר כך, שחופש התנועה של האישה יישמר יחד עם שמירה על בטיחות העובר.

כך, הואיל וסוג הניטור המומלץ בלידה טבעית הינו ניטור לסירוגין המבוצע מדי 15 דקות לפי המלצות ה- WHO (2009) ACOG (1996) נוכחותה הרציפה של מיילדת מקצועית נדרשת, בין היתר, על מנת להבטיח שהיולדת תחובר ותנותק מהמוניטור בתכיפות הנדרשת. בנוסף, היות והיולדת אינה מחוברת כאמור למוניטור באופן רציף, רק טיפול רציף של מיילדת – הכרוך בנוכחות תמידית לצדה של היולדת - יכול להבטיח מעקב של גורם מקצועי אחר מצבם של היולדת והעובר, זיהוי סיכונים וכניסה למצב מצוקה, ומתן טיפול מתאים.

תנאי הכרחי נוסף להשלמתה של לידה טבעית, הינו הענקת כלים אשר יאפשרו ליולדת להתמודד לאורך זמן עם כאבי הלידה ללא טיפול תרופתי, וכן הדרכה מקצועית בדבר האופן בו היולדת עצמה יכולה לקדם את תהליך הלידה באופן אקטיבי.

המיילדת, כאשר היא נוכחת לצדה של היולדת ומלווה אותה באופן רציף, היא שמעניקה ליולדת את ההדרכה הדרושה ומקנה לה את הכלים החיוניים להתמודדות עם צירי הלידה. הטכניקות הנפוצות בהן עושה שימוש המיילדת למטרות אלה כוללות תנועות, עיסוי, טכניקות נשימות והרפיה, שימוש במים, וכד' – כאשר יישומן היעיל של טכניקות אלה אפשרי רק במסגרת נוכחות וטיפול רציפים של המיילדת לאורך הלידה (Enkin et al. 2000).



לסיכום חלק זה, ליווי וטיפול רציפים על ידי מיילדת הינם תנאים הכרחיים לקיומה ולהשלמתה של לידה טבעית. זאת, משום שללא הכלים המקצועיים אותם מקנה המיילדת, סיכוייה של יולדת אשר בחרה בלידה טבעית להשלימה ככזו - היינו, להשלימה מבלי להזדקק לטיפול תרופתי או התערבות רפואית אחרת - קטנים בהרבה.

לפיכך, חשוב שלא להשקיף על טיפול רציף של מיילדת בלידה טבעית כעל "שדרוג" ביחס לטיפול אותו מקבלת אישה שלא בחרה בלידה טבעית. בהקשר זה, יש להבין שלידה טבעית איננה מוגדרת על דרך השלילה, ולא כל לידה שמתקיימת ללא שימוש במשככי כאבים היא לידה טבעית: לידה טבעית היא **שיטת** לידה, בדומה לשיטות אחרות, כגון לידה תוך שימוש באפידורל או לידה קיסרית – וכמו כל שיטת לידה, שיטת הלידה הטבעית מצריכה אמצעים מסוימים לשם השלמתה. כפי שלידה קיסרית מחייבת מנתח, רופא מרדים, צוות אחיות ועוד; וכפי שלידה תוך שימוש באפידורל מחייבת רופא מרדים; כך לידה טבעית מחייבת טיפול רציף של מיילדת, בגדר האמצעי הדרוש למימושה.

בהתאם לכך, כפי שטיפולו של רופא מרדים בלידה המתבצעת תוך שימוש באפידורל איננה מפלה לרעה יולדות בלידה טבעית - אף שיוולדות אלה אינן נהנות מטיפולו של הרופא המרדים - כך טיפול רציף של מיילדת בלידה טבעית אינו מפלה לרעה יולדות אשר בחרו ללדת בשיטה אחרת.

במצב הדברים בישראל כיום, כאשר בתי החולים הציבוריים אינם מספקים ליולדות את התנאים ההכרחיים להשלמת לידה טבעית, נוצרת למעשה תוצאה בעייתית, בה אישה המבקשת טיפול תרופתי לכאב - מקבלת מענה לבקשתה, בעוד אישה המבקשת לקבל סיוע בהתמודדות לא תרופתית עם כאב במסגרת לידה טבעית, אינה מקבלת את הסיוע הדרוש.

ואכן, הספרות המקצועית מצביעה על הקשר ההדוק בין טיפול רציף של מיילדת לבין השלמתן של לידות טבעיות.

כך, מחקרים הצביעו על העובדה שטיפול מיילדתי רציף מביא לשימוש מופחת בתרופות נגד כאבים, פחות לידות מכשירניות וניתוחים קיסריים. (Birth Place 2012, Blix et al, 2012, Scott et.al.1999; Zhang et al. 1996).

במילים אחרות – טיפול מיילדתי רציף מגביר את הסיכוי להשלמתה של לידה טבעית ככזו.

ממצאים אלו נתמכים גם ע"י מטא-אנליזה שבוצעה ע"י ה-Cochrane (Hodnett 2011), אשר סקרה 21 מחקרים אקראיים בהיקף של 15,000 לידות. ממצאיו של מחקר זה מצביעים אף הם על שורת מסקנות חד-משמעיות, לפיהן טיפול רציף על ידי מיילדת במהלך הלידה מעלה את שיעור הלידות הנורמליות ומפחיתה את שיעור הלידות המכשירניות ואלה המחייבות ניתוח קיסרי.

בנוסף, המחקר הצביע על כך שלידות בטיפול מיילדתי רציף הן קצרות יותר בהשוואה ללידות בהן ניתן טיפול מיילדתי לא רציף (עניין שנודעת לו חשיבות מיוחדת בכל הנוגע ללידות טבעיות, משום שקיצור משך הלידה מקצר מטבע הדברים גם את משך ההתמודדות עם כאבי הלידה).



מחקר פרוספקטיבי רחב ממדים אשר נערך באנגליה - The Birthplace Research - בו נאספו נתונים מ 64,538 לידות בסיכון נמוך, הניב אף הוא ממצאים המצביעים על יתרונות הטיפול המיילדותי הרציף, "אחת לאחת" המוזכרים לעיל. (Birthplace in England Collaborative Group. (2011)

נוכח נתונים אלה, מדינות רבות בעולם מכירות מזה שנים בקשר שבין טיפול רציף על ידי מיילדת לבין השלמת לידות טבעיות - הכרה אשר באה לידי ביטוי במדיניותן לגבי סוגי הטיפול והשירות הניתנים לילדות וחופש הבחירה הנתון להן.

באנגליה, למשל, סטנדרט הטיפול המיילדותי לכלל הנשים בלידה פעילה הוא "אחת לאחת", קל וחומר לנשים הבוחרות לידה טבעית (2010) (2007, Midwifery 2020 (2010) Commission for Healthcare Audit and Inspection).

זאת ועוד: בעקבות פרסום ממצאי The Birthplace Research הנוכחים לעיל, התפרסם באנגליה בשנת 2014 דו"ח של ה-National Institute of Clinical Excellence, הממליץ על טיפול מיילדותי בנשים בריאות בהריון בסיכון נמוך במסגרת מרכזי לידה המופעלים על ידי מיילדות, בתוך בתי החולים ומחוצה להם. במרכזים אלו הסטנדרט הטיפולי לנשים בלידה טבעית כולל טיפול רציף על ידי מיילדת (NICE 2014).

סיכום

על סמך הנתונים המפורטים בנייר עמדה זה, בהתייחס בין היתר לעמדתה של הספרות המקצועית בכל הנוגע לקשר בין טיפול רציף על ידי מיילדת לבין השלמה של לידות טבעיות ולאימוצה של עמדה זו על ידי מערכות בריאות ברחבי העולם המערבי, ארגון המיילדות בישראל ממליץ כי: יולדת המעוניינת בלידה טבעית, כאשר היא ועובריה נמצאו בריאים, תהיה זכאית לקבל את הטיפול כפי שצוין מעלה: טיפול, תמיכה והדרכה רציפים על ידי מיילדת, ניטור עוברי לסירוגין, חופש להתנועע בחדר לידה ולבחור את תנוחתה המתאימה, כולל שימוש במים ובטכניקות לא-תרופתיות אחרות להתמודדות עם כאב.

עמדתו של ארגון המיילדות בישראל, היא שרק הבטחתו של טיפול זה בכל חדרי הלידה בישראל, תאפשר הכרה מספקת בזכות הבחירה של נשים בלידה טבעית, כמו גם דרך טיפול בטוחה, מקצועית ומכבדת.

ביבליוגרפיה:

1. ACOG(2009) ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. http://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2009/07000/ACOG_Practice_Bulletin_No_106_Intrapartum_Fetal



2. Birthplace in England Collaborative Group. (2011). The Birthplace in England national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth in “low risk” women. *BMJ*;343:7400.
3. Commission for Healthcare Audit and Inspection (2007) Women’s experiences of maternity care in the NHS in England. Key findings from a survey of NHS trusts carried out in 2007, London: Commission for Healthcare Audit and Inspection
4. Creedy, D, Shochet, I ,Horsfall, J. (2000) Childbirth and the development of acute trauma symptoms; incidence and contributing factors. *Birth* **27**(2): 104-111
5. Czarnocka J, Slade P (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth *British Journal of Clinical Psychology* **39**(1): 35-51
6. Department of Health (2007) Maternity matters: choice, access and continuity of care in a safe service., London: DH
7. Department of Health (2010) Midwifery 2020: Delivering Expectations, London: DH
8. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, et al. (2000) A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press
9. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. (2011) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 2. Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
10. International Confederation of Midwives (2005) Definition of the midwife. ICM, FIGO, WHO www.internationalmidwives.org
11. 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
12. MIDIRS (2008) Support in labour Informed choice for professionals leaflet. Bristol: MIDIRS
13. Midwifery 2020 (2010) Midwifery 2020: *Delivering Expectations*. Edinburgh: Midwifery 2020 UK Programme

14. National Institute of Clinical Excellence (NICE) (2007) Intrapartum Care: care of healthy women and their babies. London: NICE
15. National Institute of Excellence (NICE) (2014) Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Clinical Guideline 190, London, NICE.
16. Nursing and Midwifery Council (2004) Midwives Rules and Standards. London: NMC
17. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2007) Safer Childbirth. Minimum standards for the organisation and delivery of care in labour. London: RCOG
18. Scott K, Berkowitz G, Klaus M (1999) A comparison of intermittent and continuous support during labor: a meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **180**(5): 1054
19. Spiby H, Henderson B, Slade P et al. (2009) Strategies for coping with labour: does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing* **29**(2): 388-94
20. Spiby H, Slade P, Escott D, et al. (2003) Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experience. *Birth* **30**(3): 189-94
21. World Health Organization (1996) Care in normal birth. Geneva: WHO
22. Zhang J, Bernasko J, Leybovich, E et al. (1996). Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: A meta-analysis. *Obstetrics Gynecology* **88**: 739-744