

עקרון מספר 1 ללידה בריאה: לתת ללידה להתחיל מעצמה

דבי אמיס, אחות מוסמכת, בעלת תואר ראשון בסייעוד, דולה מוסמכת מטעם ארגון DONA הבינלאומי, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE).

תקציר

על רקע העלייה בשיעור הלידות הקיסריות לכדי כמעט שליש מכלל הלידות בארה"ב, מחקרים עדכניים וארגונים מקצועיים זיהו את מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה, כאחת האסטרטגיות החשובות ביותר להפחתת שיעור הניתוחים הקיסריים (הראשוניים). חשוב לא פחות מכך, כאשר מאפשרים ללידה להתחיל מעצמה תומכים בפיזיולוגיה הנורמלית, מונעים פגות איטרורגנית (הנגרמת מחמת טיפול), ומונעים את מפל ההתערבויות הנגרם ע"י השראת לידה. מאמר זה הינו סקירה מעודכנת, מבוססת-ראיות, של המאמר של למאז הבינלאומית: "עקרונות טיפול המקדמים לידה נורמלית, עקרון טיפול מספר 1, מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה", אשר פורסם בכתב העת *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 2007.

The Journal of Perinatal Education, 23(4)

מילות מפתח: מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה, השראת לידה, הכנה הנורמלית ללידה

ניתן לטעון שהדרך המשמעותית ביותר בה אנו יכולים לתמוך בפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה, היא לתת ללידה להתחיל מעצמה. למעשה, כל הגדרה והצהרת קונצנזוס על לידה נורמלית, מתחילות במילים "התחלה ספונטנית של תהליך הלידה" (ראו טבלה מספר 1).

אולם, בסקר שנערך לאחרונה בקרב נשים אמריקניות שילדו במהלך השנה שבין יולי 2011 לבין יוני 2012, פחות ממחצית מן הנשים אפשרו ללידה להתחיל מעצמה (Declercq, Sakala, Corry, Applebaum, & Herrlich, 2013). שיעור הניתוחים הקיסריים עלה בארה"ב מכ-23% ב-1990 עד כמעט 33% ב-2013 (Hamilton, Martin, Osterman, & Curtin, 2014). עם שיעור לידות ואגינליות לאחר קיסרי (VBAC) שעומד על כ-10% בלבד (Osterman & Martin, 2014), רוב הנשים שעברו ניתוח קיסרי קודם, עוברות לידות קיסריות מתוכננות חוזרות בהריונות הבאים שלהן. המרכז האמריקני לבקרת מחלות (CDC) גם מדווח ששיעור השראות הלידה יותר מהכפיל את עצמו, מפחות מ-10% ב-1990 עד כמעט 23% ב-2012 (Martin, Hamilton, Osterman, Curtin, & Mathews, 2013). עובדה מדאיגה עבור מורות להכנה ללידה ובעלי מקצועות אחרים בתחום הלידה היא, שהסקר חשף גם שאין לנשים אמריקניות מידע מדויק שעל פיו יוכלו לקבל החלטות מושכלות. כמעט 60% מן המשתתפות בסקר האמינו, למרות שזו שגיאה, שמקרוזומיה (עובר גדול יחסית) היא אינדיקציה מתאימה להשראת לידה, וכמעט 30% מן הנשים האמינו, למרות שזו שגיאה, שהשראת לידה מפחיתה את הסיכון לניתוח קיסרי.

מאמר זה יסקור את החשיבות של מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה לטובת לידה בטוחה ובריאה ואת הסיכונים הקשורים להשראת לידה.

תמיכה בפיזיולוגיה הנורמלית

הסיבה המשכנעת ביותר למתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה יכולה להיות - לתת להורמוני הלידה לווסת את תהליך הלידה, את ההנקה ואת ההיקשרות בין האם לבין התינוק, כפי שהתכוון הטבע. רוב המורות להכנה ללידה ובעלי המקצועות האחרים בתחום הלידה, מכירים את התפקידים החשובים שממלאים ארבעת הורמוני הלידה העיקריים - אוקסיטוצין, אנדורפינים, קטכולאמינים ופרולקטין - בוויסות תהליך הלידה, ההנקה וההיקשרות. אך דוח חדש וחשוב מאת ד"ר שרה באקלי (בדפוס) מפרט את התפקידים החיוניים של ארבעת ההורמונים האלו גם בהכנת האם והילוד ללידה.

טבלה 1

הגדרות ללידה נורמלית

לידה פיזיולוגית נורמלית מאופיינת בהתחלה ובהתקדמות ספונטניים של הלידה.	מיילדות אמריקניות (Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth, A Joint Consensus Statement By ACNM, MANA, & NACPM, 2012)
לידה רגילה מתאפיינת בהתחלה ספונטנית.	רופאים מיילדים, אחיות, מיילדות, רופאי משפחה ורופאי-פריפריה בקנדה (Joint Policy Statement on Normal Childbirth,

	2008)
קבוצת ה"לידה הרגילה" כוללת נשים שתהליך הלידה שלהן מתחיל באופן ספונטני.	רופאי נשים, מיילדות, ומורות להכנה ללידה אנגליים (<i>Making Normal Birth a Reality</i> , 2007)
אנו מגדירים לידה נורמלית כ:מתחילה ספונטנית.	ארגון הבריאות העולמי (<i>Care in Normal Birth – A Practical Guide</i> , 1996)

אוקסיטוצין

הן רמות האוקסיטוצין בדם והן מספר קולטני האוקסיטוצין בכל גופה של האם עולים עם התקדמות ההיריון. אולם, ייתכן שהתפרצויות אחרונות של אוקסיטוצין וקולטני אוקסיטוצין לא יתרחשו עד לימים האחרונים לפני תחילתה הספונטנית של הלידה (Buckley, in press). כאשר מאפשרים ללידה להתחיל מעצמה, עם המספר האופטימלי של קולטני אוקסיטוצין והרמות האופטימליות של אוקסיטוצין טבעי – גוברים הסיכויים שהלידה תתקדם בהצלחה וההנקה וההיקשרות יקבלו את ההתחלה המיטבית האפשרית.

במחקרים בחיות, מתרחש זינוק ברמות האוקסיטוצין האימהי ב-24 השעות סביב מועד הלידה הספונטנית (Ceanga, Spataru, & Zagrean, 2010). גל אוקסיטוצין זה נתפס כמועבר למוחו של העובר באמצעות השיליה ומחסום הדם-מוח הבלתי-בשל של העובר. האוקסיטוצין מפחית את דרישות החמצן במוח העובר, ובכך הוא מספק אפקט נירו-מגן למוח העובר במהלך הלידה. מחקרים בחיות אף מצביעים על כך שמתן רמות גבוהות של אוקסיטוצין סינתטי מפחית אפקט נירו-מגן זה, ועלול להגביר את פגיעותו של העובר בפני רמות חמצן נמוכות. הסיכון המוגבר לרמות נמוכות של חמצן בעקבות מתן אוקסיטוצין סינתטי, עשוי להוות חלק אחד בפאזל המסביר את הקשר בין השראת לידה ועליה במספר המקרים של שיתוק מוחין המדווחים בנורבגיה (Elkamil, et al., 2011), ואת הקשר בין השראת לידה לבין אוטיזם המדווח בצפון קרוליינה, ארה"ב (Gregory, Anthopolos, Osgood, Grotegut, & Miranda, 2013).

הרמה המופחתת של אוקסיטוצין טבעי והמספר המופחת של קולטני אוקסיטוצין בנשים שאינן מאפשרות להיריון להמשיך עד שהלידה מתחילה מעצמה, בנוסף למצב של העמסת היתר של קולטני אוקסיטוצין הנגרם ע"י מתן אוקסיטוצין סינתטי, יכולים לסייע להסביר את העלייה בשכיחות המקרים של דםם לאחר לידה (postpartum hemorrhage) אצל נשים שעברו השראת לידה או זירוז באמצעות אוקסיטוצין סינתטי (Belghiti, et al., 2011; Grotegut, et al., 2011; Rooks, 2009).

אנדורפינים

בדומה לאוקסיטוצין ולקולטני האוקסיטוצין, גם רמות האנדורפינים ומספר קולטני האנדורפינים עולים בהדרגה במהלך ההיריון. המחקר מראה שלנשים המתעמלות באופן סדיר יש רמות גבוהות יותר של אנדורפינים כשהן יולדות, והן מדווחות על פחות כאב בלידה מנשים שאינן מתעמלות באופן סדיר (Varrassi, Bazzano, & Edwards, 1989). שילוב של מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה עם התעמלות סדירה במשך ההיריון, יאפשר לנשים להתחיל את הלידה עם רמות אופטימליות של אנדורפינים.

קטכולאמינים

קטכולאמינים עוברים עולים גם הם מספר ימים לפני תחילתה הספונטנית של הלידה. קטכולאמינים ממלאים תפקיד חיוני בהכנת ריאות העובר לנשימה מיד אחרי הלידה, ע"י הפחתת כמות הנוזלים בריאות (Jain, 2006; Jain & Eaton, 2006). ילודים שאינם להם את היתרון הזה, בגלל ניתוח קיסרי מתוכנן או השראת לידה, נמצאים בסיכון גבוה יותר לבעיות נשימה בזמן הלידה, ולאשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ילודים (Buckley, in press).

פרולקטין

בדוח שכותרתו "הפיזיולוגיה ההורמונאלית של הלידה: ממצאים והשלכות לנשים, לתינוקות ולטיפול מיילדותי" (בדפוס), מתארת ד"ר באקלי מחקרים המראים שרמות הפרולקטין, כמו האוקסיטוצין והאנדורפינים, עולות במהלך ההיריון, עם עליה חדה במועד. במחקרים בחיות, יש עליה משמעותית בקולטני פרולקטין ביום שלפני התחלת לידה ספונטנית. לא רק שהפרולקטין חיוני לביסוס ההנקה, חושבים גם שלפרולקטין של סוף ההיריון יש תפקיד בסיוע להבשלת ריאות העובר, ובסיוע לילוד בוויסות חום הגוף לאחר הלידה.

סיכום החשיבות של מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה לפיזיולוגיה של הלידה

עם רמות אנדורפינים שעולות בהדרגה במהלך ההיריון, ורמות אוקסיטוצין, קטכולאמינים ופרולקטין שעולות בחדות סביב תחילת הלידה הספונטנית, מובן שמתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה יגרום לכך שלאם ולעובר יהיו רמות אידיאליות של הורמוני לידה חיוניים אלה. כשהרמות של הורמוני הלידה אופטימליות - התינוק מוכן פיזיולוגית לחיים שמחוץ לרחם, סביר יותר שהלידה תתקדם היטב, ההנקה קלה ומוצלחת יותר וההיקשרות מועצמת.

מהם הסיכונים או הנזקים של אי-מתן אפשרות ללידה להתחיל מעצמה?

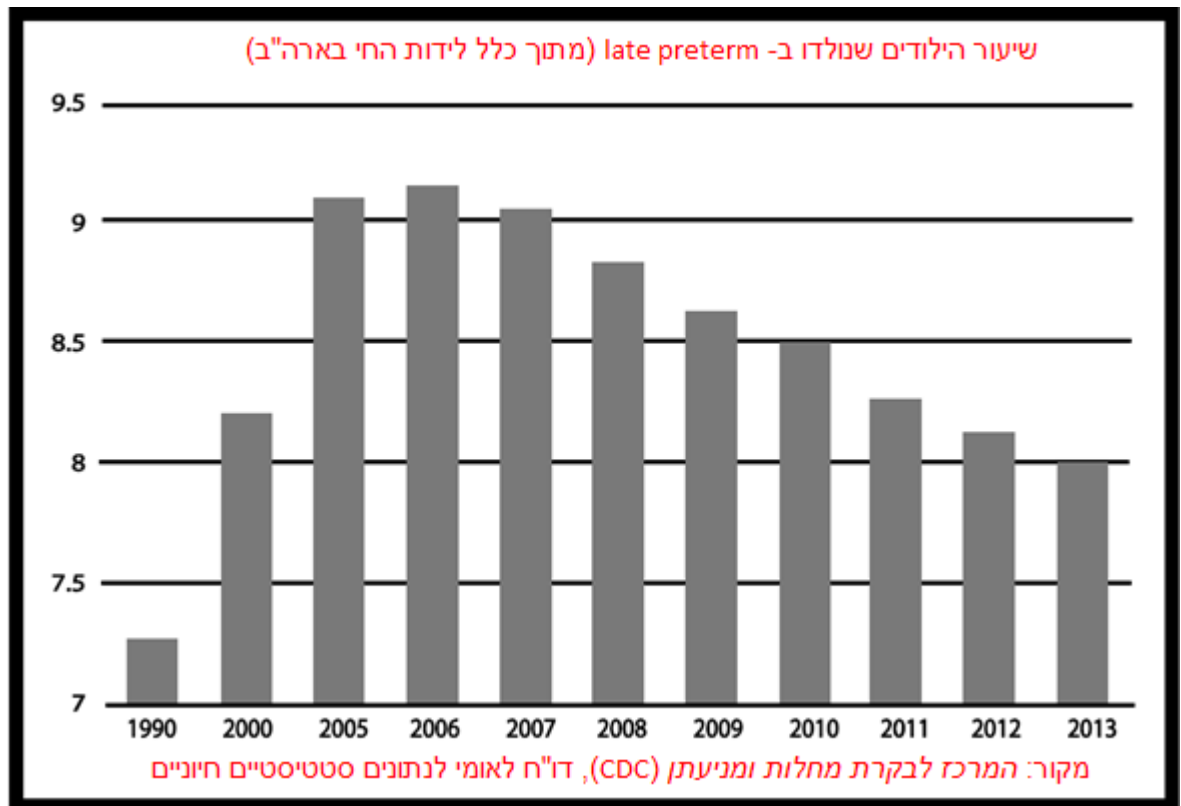
שלושת הסיכונים המשמעותיים ביותר הנובעים מאי-מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה הם: הפרעה להורמונים המווסתים את ההיריון, הלידה, ההנקה וההיקשרות (שנדונו לעיל); לידה מוקדמת איטרורגנית (הנגרמת מחמת טיפול) והתחלת מפל התערבויות.

פגות איטרורגנית

בניתוח הגורמים לעלייה הדרמטית באחוזי לידות ה- late preterm בין השנים 1990-2006 בארה"ב, הצהירו אפידימיולוגים מטעם המרכז הלאומי לנתונים סטטיסטיים בתחום הבריאות כי, "מחקרים מצביעים על כך שהשימוש הגובר בהשראת הלידה ובניתוחים קיסריים בשבועות 34-36, השפיע על העלייה בשיעור לידות ה- late preterm" (Martin, Kirmeyer, Osterman, & Shepherd, 2009, pgs. 5-6). כשגברו הממצאים המצביעים על סיכונים מוגברים לתינוקות הנולדים ב- late preterm (Tomashek, Shapiro- Mendozza, Davidoff, & Petrini, 2007), הועדה המשותפת בשנת 2010 ביקשה מבתי החולים למסור דיווח-מרצון של מספר הלידות האלקטיביות לפני 39 שבועות, כאחד ממדדי איכות הטיפול הסב-לידתי. החדשות הטובות הן, שמאז שנת 2006, אחוז הלידות ב- late preterm ירד באיטיות מדי שנה (ראו תרשים 1). ב- 2013 השיעור היה 8%, טוב יותר מ- 9.15% ב- 2006, אך עדיין גבוה מאוד יחסית לשיעור של 7.3% ב- 1990. נכון ל-1 בינואר 2014, מדד איכות הטיפול הסב-לידתי של הועדה המשותפת לדיווח על לידות אלקטיביות לפני 39 שבועות, מחייב את כל בתי החולים בהם מתרחשות לפחות 1,100 לידות מדי שנה. בתי חולים רבים אסרו על לידות אלקטיביות לפני 39 שבועות.

ישנן שתי סיבות מדוע יילודים שהלידות שלהם מתוכננות מראש עלולים להיוולד מוקדם מדי. סיבה אחת היא שתאריכי לידה משוערים אינם מדויקים. Engle (2006) מצא שלשיטות להערכת גיל ההיריון לפני הלידה יש טווח טעות של +/- שבועיים. הנחיות עדכניות מדווחות על טווח טעות עקבי של 8% בקביעת גיל הריון על פי אולטראסאונד. החישוב מתבצע מול מספר ימי ההיריון, כך שב- 8 שבועות טווח הטעות הוא +/- 5 ימים; ב- 18 שבועות טווח הטעות הוא 10 ימים; וב- 28 שבועות טווח הטעות גדל לכמעט 16 ימים (Hunter, 2009). אם תאריך הלידה המשוער מוערך באופן שגוי, והלידה מתוכננת מראש, יש אפשרות שהתינוק ייוולד ב- late preterm או ב- early term.

יולדות רבות בארה"ב לא מבינות כמה חשוב שהילוד שלהן ייוולד ב- full term. בסקר "מקשיבים לאימהות 3", התבקשו אימהות להגדיר את השבוע המוקדם ביותר שבו בטוח לתינוק להיוולד, בתנאי שאין סיבוכים המחייבים לידה מוקדמת. רק 21% מהאימהות בחרו בתשובה הנכונה – 39 שבועות או מאוחר יותר. 35% מהנשים בחרו 37-38 שבועות, ו-44% בחרו 34-36 שבועות או פחות.



סיכונים לילודים הנולדים ב- Late Preterm

בסקירת ספרות מקצועית משנת 2010, מצאו חוקרים שילודים הנולדים ב- Late Preterm (בשבועות 34-37) נמצאים בסיכון גבוה יותר למצוקות נשימתיות, הפסקת נשימה (אפניאה), חום גוף לא יציב, היפוגליקמיה (רמת סוכר נמוכה בדם), צהבת וקשיי האכלה (Loftin, et al., 2010). יילוד הנולד ב- Late Preterm נמצא בסיכון גבוה פי שלושה למות במהלך שנת החיים הראשונה לעומת יילוד שנולד ב- full term (Mathews & MacDorman, 2013). מלבד הסיכון המוגבר לתחלואה ולתמותה, עובדות מצביעות על כך שיילודים הנולדים ב- Late Preterm נמצאים בסיכון גבוה יותר לעיכובים התפתחותיים ולבעיות בביה"ס. חוקרים בפלורידה בחנו השפעות ארוכות טווח של לידה ב- Late Preterm ומצאו שאפילו תינוקות בריאים שנולדו ב- Late Preterm, נמצאים בסיכון גבוה יותר לעיכובים התפתחותיים ולבעיות הקשורות לביה"ס במהלך 5 שנות החיים הראשונות, בהשוואה לתינוקות בריאים שנולדו במועד (Morse, Zheng, Tang, & Roth, 2009).

סיכונים לילודים הנולדים ב- Early Term

אפילו תינוקות שנולדים רק שבועות אחדים מוקדם מדי נמצאים בסיכון גבוה יותר לתחלואה ולתמותה. חוקרים של CDC מצאו, שלתינוקות הנולדים ב- early term (שבועות 37-38) רמות תמותה גבוהות בשני שלישי מאלה שנולדו בשבועות 39-41 להיריון (Mathews & MacDorman, 2013). עפ"י ACOG, הקונגרס האמריקני של רופאים מיילדים וגניקולוגים, תינוקות הנולדים בשבועות 37-38 להיריון נמצאים בסיכון גבוה יותר לתסמונת מצוקה נשימתית, טכיפניה (נשימת יתר) זמנית, צורך במכונת הנשמה, דלקת ריאות, כשל נשימתי, אשפוז בטיפול נמרץ ילודים, היפוגליקמיה, ציון אפגאר לאחר חמש דקות של פחות מ-7 ותמותת ילוד (ACOG, 2013c).

נוסף להערכה שגויה של תאריך הלידה המשוער, הסיבה השנייה לכך שתכנון מועד הלידה מראש עלול לגרום לכך שתינוק ייוולד "מוקדם מדי", היא שנראה שיש טווח רחב של אורכים להיריון האנושי. במחקר פרוספקטיבי שפורסם בכתב העת Human Reproduction בשנת 2013, עקבו חוקרים אחר 221 נשים בריאות שלא הייתה ידועה אצלן כל בעיית פוריות, שהפסיקו להשתמש באמצעי מניעה במטרה להרות (Jukic, Baird, Weinberg, McConnaughey, & Wilcox, 2013). הנשים ערכו רישום ביומנים ואספו דגימת שתן ראשונה בבוקר מדי יום במשך 6 חודשים, או עד תום השבוע השמיני שלאחר הוסת האחרונה שלהן, אם הן הרו. החוקרים מדדו רמות הורמונים בדגימות השתן, על מנת לקבוע את מועד הביוץ המדויק. במהלך המחקר התרחשו 130 הפריות שהסתיימו בלידת תינוק חי יחיד. אחרי סינון התוצאות, כולל לידות מוקדמות, מצאו החוקרים שגיל היריון המבוסס על מועד הביוץ נע בין 247 לבין 284 יום, טווח של 37 יום או למעלה מ-5 שבועות. בשימוש בשיטה המסורתית של תיארוך הריונות לפי וסת אחרון, נמשכו ההריונות מקצת יותר מ-37 שבועות עד קצת יותר מ-42 וחצי שבועות. החוקרים אמנם הזהירו שלא להסיק מנתונים אלה לגבי אוכלוסיות יותר מגוונות, אולם הם המליצו שאישה הרה תקבל טווח של תאריכים משוערים במקום יום ספציפי.

מדענים רבים מאמינים כיום שהתינוק הוא זה שמתחיל את תהליך הלידה. כשכל האיברים של התינוק בשלים לגמרי והוא מוכן לחיים מחוץ לרחם, התינוק משחרר כמות קטנה של חלבון שמתחיל את תהליך הלידה באם (Condon, Pancharatnam, Faust, & Mendelson, 2004). הדבר קורה רק אחרי שבמוח ובריאות של התינוק מתרחשות גדילה והבשלה חיוניות במהלך השבועות והימים האחרונים של ההיריון.

מכאן שבמרבית המקרים הדרך הטובה ביותר לדעת שהתינוק בשל לגמרי, היא לחכות שהוא יתחיל את תהליך הלידה. כאשר קיים טווח טבעי של 5 שבועות באורך של היריון נורמלי, חלק מן התינוקות יהיו בשלים ומוכנים לחיים שמחוץ לרחם ב- 38 שבועות, ואחרים יזדקקו לכמה שבועות נוספים כדי להיות בשלים לגמרי בשבוע 40 או אפילו 42.

התחלת מפל התערבויות

ישנם סיכונים הקשורים לרוב השיטות להשראת לידה, והשראת לידה מצריכה באופן שיגרתי התערבויות רפואיות נוספות.

לאחרונה השוו חוקרים שוויצריים תוצאות עבור היולדות והילודים של לידות שהתחילו בהשראת לידה אלקטיבית ורפואית, במועד בתוצאות בין קבוצות השראת הלידה מסיבות רפואיות להשראת לידה אלקטיבית. בהשוואה לנשים שהלידה שלהן התחילה מעצמה, נשים שעברו השראת לידה במועד היו בסיכון גבוה יותר לניתוח קיסרי, לידה מכשירנית, דימום לאחר לידה של יותר מ- 500 מ"ל ואשפוז ממושך של האם (למשך יותר מ- 6 ימים). היולדות של האימהות שעברו השראת לידה, נמצאו בסיכון גבוה יותר לרמת חומציות (PH) של עורקי הטבור של פחות מ- 7.1, אשפוז בטיפול נמרץ ילודים ואשפוז ממושך בטיפול נמרץ ילודים (למשך יותר מ- 7 ימים).

השראת לידה מבוצעת לעיתים קרובות ע"י מתן אוקסיטוצין סינתטי (הידוע כפיטוצין) תוך ורידי. פיטוצין תוך-ורידית הינו אחד מביני 10 תרופות ספציפיות המופיעות ברשימת "רמת התראה גבוהה" של המכון לנהלי תרופה בטוחים (Institute for Safe Medication Practices [ISMP], 2012). עפ"י ה-ISMP, תרופות "רמת התראה גבוהה" הן תרופות שיש סיכון מוגבר שיגרם נזק משמעותי למטופלים כשנעשה בהן שימוש שגוי. ואמנם, במחצית מתביעות הרשלנות הרפואית בתחום המיילדות ששולם בהן פיצוי, מעורבות תביעות של שימוש שגוי באוקסיטוצין (Rooks, 2009).

ב"וועידה הקלינית השנתית" של שנת 2013 של ACOG, הציג ד"ר מיכאל צימיס ניתוח רטרוספקטיבי של לידות שהיו בהן השראת לידה או זרוז באמצעות פיטוצין. המחקר הקיף למעלה מ- 3000 נשים שילדו תינוקות ב- full term, בין השנים 2009 ל- 2011, בבית החולים בית ישראל בניו יורק. החוקרים מצאו שהשראת לידה וזרוז באמצעות פיטוצין היו גורם סיכון עצמאי, אצל תינוקות שנולדו ב- full term, לאשפוז בלתי צפוי בטיפול נמרץ ילודים למשך למעלה מ- 24 שעות. זרוז באמצעות פיטוצין נמצא גם כקשור לציון אפגאר של פחות מ- 7 לאחר 5 דקות. הודעה לעיתונות של ACOG (2013d) מציינת: "מניתוח הנתונים עולה, שיתכן שהשימוש באוקסיטוצין אינו בטוח כפי שנחשב בעבר, ושיש לתעד אינדיקציות ראויות לשימוש בו למחקר נוסף".

כשמשרים לידה באמצעות פיטוצין תוך-ורידית דרושים נזלים באינפוזיה. מכיוון שיש סיכון מוגבר לפעילות יתר של הרחם ולתחלואה של הילוד כשנתנים פיטוצין, דרוש גם ניטור עוברי רציף. השילוב של נזלים באינפוזיה וניטור עוברי רציף מגביל את יכולתה של היולדת לנוע ולשנות תנוחות, ולבחור אמצעי נוחות המתאימים לה. צירים הנגרמים ע"י פיטוצין עלולים להגיע לשיא מהר יותר ולהימשך יותר זמן מצירים טבעיים, ולכן מגבירים את הסיכוי שהיולדת תבקש הרדמה אפידורלית להקלת כאב. עם אפידורל יש סיכון מוגבר לצורך בקטטר לשתן ולידה מכשירנית. אפידורל קשור גם להתפתחות חום אמהי במהלך הלידה, שעלולה להוביל להפרדה בין האם לבין הילוד לאחר הלידה, ולבדיקות ומתן אנטיביוטיקה לילוד (Greenwall, et al., 2012; Leighton & Halpern, 2002; Lieberman & O'Donoghue, 2002; Wassen, et al., 2014; Wilson, MacArthur, & Shennan, 2009).

למרות שקיימת מחלוקת מסויימת לגבי הקשר בין השראת לידה לסיכון לניתוח קיסרי, מחקרים רבים הראו שהשראת לידה מגבירה את הסיכון לניתוח קיסרי לאימהות בלידה ראשונה (Burgos, et al., 2012; Dunne, Da Silva, Schmidt, & Natale, 2009; & Rattigan, Atkinson, & Baum, 2013) בתדריך משנת 2009, מייצע ACOG לרופאים מיילדים ש"יש לתת ייעוץ לנשים בלידה ראשונה, שעוברות השראת לידה עם צוואר רחם לא בשל, אודות סיכון גבוה פי שתיים ללידה בניתוח קיסרי." (עמ' 389).

הנחיות מארגונים מקצועיים

הוועדה המשותפת, שמעניקה הסמכה לבתי חולים בארה"ב, דורשת כיום מכל בתי החולים שיש בהם יותר מ- 1,100 לידות בשנה לדווח על מספר הלידות האלקטיביות לפני שבוע 39, במטרה לבטל לידות כאלה.

כמעט כל הארגונים המקצועיים של נותני שירותים רפואיים, בארה"ב ובעולם, ממליצים כיום על השראת לידה רק מסיבות רפואיות. בפברואר 2014, ACOG והחברה לרפואת האם והעובר (SMFM) הוציאו הצהרת קונצנזוס שאומרת שבאופן כללי, לפני שבוע 41, יש לבצע זרוזים רק על פי אינדיקציות רפואיות.

מתי יש להשרות לידה?

על פי ACOG, אלו הן דוגמאות של אינדיקציות רפואיות ללידות early-term או late preterm:

- רעלת היריון, התכווצויות הנובעות מרעלת היריון (eclampsia), יתר לחץ דם הריוני, יתר לחץ דם כרוני עם סיבוכים
- מיעוט מי שפיר
- ניתוח קיסרי קלאסי קודם (צלקת אנכית) או הסרת שרירנים (מיומות) מהרחם
- שליית פתח או שלייה נעוצה
- הריון מרובה עוברים
- עיכוב בגדילה תוך רחמית
- סכרת טרום-הריונית עם פגיעה בכלי דם
- סכרת טרום-הריונית או הריונית לא מאוזנת
- היפרדות שליה
- כוריאמיניוטיס (דלקת של הקרומים ושק מי השפיר)
- פגיעה מוקדמת של מי השפיר
- עימרון מרה תוך כבדי (כולסטזיס) בהריון
- אלואימוניזציה של ההריון (ריגוש לאנטיגן RH) עם חשד או פגיעה ידועה בעובר
- מומים מולדים בעובר

באותו מסמך בו פרסם ACOG את הרשימה הנ"ל (2013b), הוא גם הצהיר, "בניגוד לכך, חשד לעובר גדול יחסית (מקרוזומיה), סכרת היריון מאוזנת היטב, ובשלות ריאות מתועדת ללא כל אינדיקציה נוספת, הם דוגמאות למצבים **שאינם מהווים** אינדיקציות ללידה ב-early term". ובכל זאת, כמעט 60% מהנשים בסקר "מקשיבים לאימהות 3" האמינו שמקרוזומיה היא סיבה ראויה להשראת לידה. מורות להכנה ללידה שומעות כמעט כל יום על מקרים של נשים המתאמות מועד להשראת לידה כי נראה שהתינוק "גדול מדי".

קיימת מחלוקת האם מיעוט מי שפיר לבדו, ללא סימפטומים אחרים של פגיעה בעובר, הוא אינדיקציה ראויה להשראת לידה. אין הסכמה בין המומחים מהי השיטה הטובה ביותר למדידת כמות מי השפיר. אין ביניהם גם הסכמה בשאלה מהי כמות מי שפיר מועטה מדי. עפ"י ד"ר מרי מון (Mary Munn, 2011) שסקרה את הספרות על מיעוט מי שפיר ב'דיונים על מיילדות וגניקולוגיה בצפון אמריקה', "לא ברור עד כמה מיעוט מי שפיר משמעותי באוכלוסיות בסיכון גבוה ובאוכלוסיות בסיכון נמוך במיוחד, מה שעלול להוביל להתערבויות שמגבירות תחלואה ותמותה, במיוחד בָּאָם." (עמ' 391).

מתי לבצע השראת לידה בהריונות עודפים?

אף על פי שחלק מנותני השירות הרפואי ממליצים על השראת לידה כשגרה בהריון עודף ב-41 שבועות, עיקר הממצאים והקונצנזוס המקצועי תומכים בהשראת לידה כשגרה בהריון עודף ב-42 שבועות.

בתדריך משנת 2014 סקר ACOG את הספרות, ונתן את ההמלצות הבאות:

השראת לידה לאחר 42 0/7 שבועות ועד 42 6/7 שבועות של הריון מומלץ, ישנם ממצאים המצביעים על עליה בתחלואה ובתמותה סב-לידתית. (מבוסס על ממצאים מדעיים טובים ועקביים – רמה א'), וכן

ניתן לשקול השראת לידה בין 41 0/7 שבועות לבין 42 0/7 שבועות של הריון (מבוסס על ממצאים מדעיים מוגבלים או בלתי עקביים – רמה ב').

למרות שהחוקרים שכתבו את סקירת קוקרין בשנת 2012 על השראת לידה בהריון עודף (Gulmezoglu, Crowther, Middleton, & Heatley, 2012), טוענים שהשראת לידה כשגרה ב-41 שבועות קשורה להפחתה בתמותה סב-לידתית לעומת גישה של המתנה ומעקב, הם מכירים בכך שהסיכון המוחלט לתמותה הוא קטן, ומעודדים ספקי שירות רפואי לאפשר לנשים לקבל החלטות מושכלות.

מדיניות של השראת לידה (באופן כללי ב-41 שבועות מלאים) בהשוואה לגישה של המתנה ומעקב קשורה לפחות תמותה סב-לידתית ופחות ניתוחים קיסריים... עם זאת, הסיכון המוחלט לתמותה סב-לידתית קטן. יש ליעץ לנשים כראוי, כדי שיוכלו לקבל החלטה מושכלת בין השראת לידה מתוכננת בהריון עודף, לבין ניטור ללא השראת לידה (או דחיית השראת הלידה). (עמ' 2).

למרות שהסקירה הנוכחית של קוקריין אודות השראת לידה במועד או לאחריו פורסמה בשנת 2012, הסוקרים לא השתמשו
בניתוחיהם במחקר כלשהו שפורסם לאחר שנת 2007. בשנת 2009, חוקרים שבדיים פרסמו גם הם סקירה שיטתית, הבוחנת
השראת לידה לעומת המתנה ומעקב בהריונות עודפים (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, & Bergh, 2009, pp. 12, 15).
13 מן המחקרים שנכללו בסקירה של קוקריין נכללו גם בסקירה השבדית. אך החוקרים השבדיים השמיטו אצלם חלק מן המחקרים
הנוספים שנכללו אצל קוקריין בגלל סיבות שנקבעו מראש. החוקרים השבדיים הגיעו למסקנה שונה. הם טענו:

התוצאות שלנו שונות מאלה שבסקירה (של קוקריין) בגלל קריטריוני בחירה שונים למחקרים שנכללו... השמטות
אלה תאמו את קריטריוני ההשמטה שלנו שנקבעו מראש עבור סקירה שיטתית זו.

לסיכום, המטא-אנליזה הנוכחית לא הראתה שיש הבדל משמעותי בתמותה סב-לידתית בהשוואה בין אסטרטגיה
של השראת לידה אלקטיבית להמתנה ומעקב. (עמ' 12, 15).

מחברי ספר הלימוד הרפואי היוקרתי Williams Obstetrics מסכימים עם הסקירה השיטתית השבדית ולא עם הסקירת הנוכחית של
קוקריין. הם טוענים ש:

אנו רואים בהריונות של 41 שבועות ללא סיבוכים נוספים - נורמליים. לכן לא מבצעים התערבויות על בסיס גיל
עוברי בלבד עד 42 שבועות מלאים (עמ' 839-840).

הארגון העולמי לרפואה סב-לידתית מסכים גם הוא עם הסקירה השבדית השיטתית (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, &
Bergh, 2009) בהנחיותיו לניהול היריון עודף (Mandrizzato, et al., 2010, p. 111):

אין ממצאים חד משמעיים שמדיניות זו (השראת לידה כשגרה לפני 42 שבועות) משפרת תוצאות לעובר, לאם
ולילוד בהשוואה להמתנה ומעקב... נראה שראוי לאפשר לנשים לקבל החלטות מושכלות בנוגע לאופן הניהול
המועדף עליהן (Mandrizzato, et al., 2010, p. 111).

גם גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012), בניתוח המצוין שלהן אודות הטיפול המיילדותי מבוסס-הראיות, ששמו 'טיפול אופטימלי
בלידה', אומרות, "יש להימנע מהשראת לידה אלקטיבית לפני תום 42 שבועות מלאים" (עמ' 157).

מה אם האישה צריכה לתכנן את מועד הלידה מטעמים רפואיים?

יש מקרים בהם עדיף לתינוק להיוולד מאשר להישאר ברחם. במקרים כאלה, מתן האפשרות להיריון להימשך זמן רב ככל הניתן,
יסייע להגביר את הרמות של הורמוני הלידה ואת מספר הקולטנים. אם יש צורך בנזלים לווריד ובניטור עוברי רציף במהלך הלידה,
השאלה: "האם אפשר לשבת או לעמוד לצד המיטה?" תתן לילודת מגוון רחב יותר של תנחות לעבוד איתן. אם יש אפשרות
למוניטור אלחוטי היולדת יכולה ללכת ולשנות תנחות, כשהיא לוקחת את עמוד האינפוזיה איתה. נוכחות של דולה לתמיכה ועידוד,
הן לילודת והן לשותף שלה, תשפר את התקדמות התהליך ואת הנחות. לבסוף, הנחת התינוק על חזה האם עור-אל-עור מיד לאחר
הלידה, והשארתו שם עד לסיום ההאכלה הראשונה, **אפילו במקרה של קיסרי**, תגביר באופן משמעותי את רמות האוקסיטוצין,
האנדורפינים והפרולקטין. שמירת האם והילוד יחד לאחר הלידה במגע של עור-אל-עור והנקה תכופה, יסייעו לפצות על ההפרעה
שנגרמה ע"י האוקסיטוצין הסינתטי והתערבויות רפואיות אחרות, ויגבירו את רמות הורמוני הלידה, החיוניים לקידום הנקה
והיקשרות מוצלחים.

כיצד יכול חינוך ללידה לעודד נשים לתת ללידה להתחיל מעצמה?

לפני שנים אחדות, התווכחו רופאים ומורות להכנה ללידה בבית חולים גדול בארה"ב סביב השאלה: מי אחראי לעליה במספר
השראות הלידה בזמן האחרון. הרופאים אמרו: "המטופלות שלנו דורשות השראת לידה. אנחנו רק נותנים להן את מה שהן רוצות".
המורות להכנה ללידה השיבו: "התלמידות בשיעורים שלנו מספרות לנו שאלה הרופאים המציעים השראות לידה" (משיחות
אישיות). על מנת לפתור את חילוקי הדעות, סייעו הרופאים במימון מחקר רנדומלי מבוקר, כדי לבדוק האם החינוך ללידה יכול
להפחית את מספר השראות הלידה. תחילה, בדקו החוקרים את אחוז השראות הלידה בקרב נשים שהשתתפו בקורסי הכנה ללידה
בבתי חולים, לעומת נשים שלא השתתפו בשיעורים. אחוז השראות הלידה היה זהה בשתי הקבוצות. לאחר מכן יצרו החוקרים
מצגת מיוחדת בת 45 דקות אודות הסיכונים שבהשראת לידה, שכותרתה: "האם השראת לידה נכונה עבורך?". לאחר מספר
חודשים בהם הציעו שיעורי הכנה ללידה בתוספת המצגת, השוו החוקרים שוב את אחוז השראות הלידה בין אלו שהשתתפו
בשיעורים לבין אלו שלא. בפעם הזו, אלו שהשתתפו בשיעורים היו פחות צפויים באופן משמעותי לקבל השראת לידה (Simpson,
Newman, & Chirino, 2010a, 2010b).

מורות להכנה ללידה ודולות שנפגשות עם היולדות שלהן לפני הלידה, יכולות לעודד אותן לחשוב על תאריך הלידה המשוער שלהן
כטווח של ימים, ולא כיום מסוים. הן יכולות לתת להן לעיין בחוברת המידע לצרכנים של הדוח של ד"ר באקלי (Buckley, 2014),
'הפיזיולוגיה ההורמונאלית של הלידה: ממצאים והשלכות לנשים, לתינוקות ולטיפול מיילדותי' (בדפוס), כדי שמשפחות יולדות יוכלו
להבין את החשיבות של "הצטיידות" ברמות אופטימליות של הורמוני לידה, להנקה ולהיקשרות. הן יכולות ללמד על הצמיחה
וההתפתחות החשובות המתרחשות במוח ובריאות של התינוק בשבועות ובימים האחרונים של ההיריון. (הפוסטר או הכרטיס של
ארגון The March of Dimes הממחיש את צמיחת המוח בשבועות האחרונים של ההיריון, הוא מקור טוב). הן יכולות להציג מידע על

הסיכונים שבאי מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה, תוך ציטוט המלצות מארגונים מקצועיים כמו ACOG נגד השראת לידה אלקטיבית. חשוב מכל, הן יכולות לשתף בתמונות וסיפורים חיוביים של הריון, לידה והנקה, כדי שנשים הרות יסמכו על כך שהגוף שלהן יודע מה תאריך הלידה המושלם לתינוק שלהן, ויקבלו ביטחון בכך שמוטבעת בגופן היכולת ללדת.

כיצד יכולים בעלי מקצועות לידה אחרים לעודד נשים לתת ללידה להתחיל מעצמה?

נותני שירותים רפואיים יכולים לציית להנחיות מקצועיות עכשוויות ע"י כך שלא יציעו השראת לידה אלא אם יש אינדיקציה רפואית. במחקר הרנדומלי המבוקר שצוטט קודם (Simpson et al., 2010a, 2010b), 75% מן הנשים שהשלימו את הסקר ועברו השראת לידה אלקטיבית, אמרו שהרופא הציע את האופציה הזו, בהשוואה ל- 25% בלבד שאמרו שהן ביקשו מן הרופא לבצע השראת לידה אלקטיבית.

מיילדות יכולות להשתתף בוועדות הקובעות הנחיות להשראת לידה כראוי. באותן נשים הרות שצריכות השראת לידה מטעמים רפואיים, יכולות המיילדות לתמוך ולקדם אמצעי נוחות המקדמים את תהליך הלידה ואת זרימת הורמוני הלידה, כמו מגע עור-אל-עור מיידי ורציף לאם ולילוד הבריאים, עד לאחר ההאכלה הראשונה המוצלחת.

מה יכולות משפחות יולדות לעשות?

האישה ההרה יכולה לבחור מטפל ומקום לידה התומכים ומקדמים את מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה. היא וצוות התמיכה שלה יכולים לבנות תכנית לידה המבוססת על ששת עקרונות הלידה הבריאה של ארגון למאז הבינלאומי.

סיכום

ראיות עכשוויות תומכות באופן גורף בחוכמה שבמתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה, לשמירה על בריאותן של הנשים והתינוקות שלהן. כשארגונים מקצועיים כמו ACOG מקדמים באופן פעיל את הלידה הואגינלית ומנסים למנוע השראת לידה אלקטיבית, יש למורות להכנה ללידה ולאחרים בקהיליית הלידה מקור תמיכה חדש לסייע לנשים לרצות, לתכנן ולהשיג את מתן האפשרות ללידה להתחיל מעצמה.

רשימת מקורות

- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM*. Retrieved 4/1/14 from <http://mana.org/pdfs/Physiological-Birth-Consensus-Statement.pdf>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG practice bulletin #107: Induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 114(2, part 1), 386-397.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013a). *ACOG committee opinion # 579: Definition of term pregnancy*. Retrieved March 31, 2014 from www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Definition_of_Term_Pregnancy
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013b). *ACOG committee opinion # 561: Nonmedically indicated early-term deliveries*. Retrieved March 1, 2014 from www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Nonmedically_Indicated_Early-Term_Deliveries.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013c, May 7). News release. *Study finds adverse effects of pitocin in newborns*. Retrieved April 2, 2014, from www.acog.org/About_ACOG/News_Room/News_Releases/2013/Study_Finds_Adverse_Effects_of_Pitocin_in_Newborns.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin #146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstetrics and Gynecology*, 124(2, part 1), 390-396.
- American College of Obstetricians and Gynecologists and the Society for Maternal-Fetal Medicine. (2014). *Obstetric care consensus: Safe prevention of the primary cesarean delivery*. Retrieved from www.acog.org/Resources_And_Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Obstetric_Care_Consensus_Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery

- Publications/Obstetric_Care_Consensus_Series/Safe_Prevention_of_the_Primary_Cesarean_Delivery
- Baud, D., Rouiller, S., Hohlfeld, P., Tolsa, J.F., & Vial, Y. (2013). Adverse obstetrical and neonatal outcomes in elective and medically indicated inductions of labor at term. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*, 26(16), 1595-1601.
- Belghiti, J., Kayem, G., Dupont, C., Rudigoz, R-C., Bouvier-Colle, M-H., & Deneux-Tharoux, C. (2011). Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open* 2011;1:e000514. doi:10.1136/bmjopen-2011-000514.
- Buckley, S. (in press). *Hormonal physiology of childbearing: Evidence and implications for women, babies, and maternity care*. New York, NY: Childbirth Connection.
- Burgos, J., et al. (2012). Induction at 41 weeks increases the risk of caesarean section in a hospital with a low rate of caesarean sections. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*, 25(9), 1716-18.
- Ceanga, M., Spataru, A. & Zagrean, A.M. (2010). Oxytocin is neuroprotective against oxygen–glucose deprivation and reoxygenation in immature hippocampal cultures. *Neuroscience Letters*, 477(1), 15-8.
- Condon, J. C., Pancharatnam, J., Faust, J. M., & Mendelson, C. R. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 101(14), 4978–4983.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J. & Spong, C.Y. (2010). *William’s obstetrics*. New York, NY: McGraw Medical.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to mothers III: pregnancy and childbirth*. New York, NY: Childbirth Connection.
- Dunne, C., Da Silva, O., Schmidt, G. and Natale, R. (2009). Outcomes of elective labour induction and elective caesarean section in low-risk pregnancies between 37 and 41 weeks’ gestation. *Journal of Obstetrics & Gynaecology Canada*, 31(12), 1124-30.
- Ehrenthal, B.B., Jiang, X., & Strobino, D.M. (2010). Labor induction and the risk of a cesarean delivery among nulliparous women at term. *Obstetrics & Gynecology*, 116(1), 35-42.
- Elkamil, A. I., Anderson, G.L., Salvesen, K.A., Skranes, J., Irgens, L.M. & Vik, T. (2011). Induction of labor and cerebral palsy: a population-based study in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 90(1), 83-91.
- Engle, W.A. (2006). A recommendation for the definition of “late-preterm” (near-term) and the birth weight gestational age classification system. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 2-7.
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal care in childbirth: The case of a physiologic approach*. Seattle, WA: Classic Day.
- Greenwell, E.A., Wyshak, G., Ringer, S.A., Johnson, L.C., Rivkin, M.J. & Lieberman, E. (2012). Intrapartum temperature elevation, epidural use, and adverse outcome in term infants. *Pediatrics*, 129(2): e477-54.
- Gregory, S.G., Anthopolos, R., Osgood, C.E., Grotegut, C.A. & Miranda, M.L. (2013). Association of Autism with induced or augmented childbirth in North Carolina birth record (1990-1998) and education research (1997-2007) databases. *JAMA Pediatrics*, 167(10), 959-66.
- Grotegut, C.A., Paglia, M.J., Johnson, L.N.C., Thames, B. & James, A.H. (2011). Oxytocin exposure during labor among women with postpartum hemorrhage secondary to uterine atony. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 204(1), 56 e1-6.
- Gulmezoglu, A.M., Crowther, C.A., Middleton, P. & Heatley, E. (2012). Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, issue 6.
- Hamilton, B.E., Martin, J.A., Osterman, M.J.K., & Curtin, S.C. (2014). Births: Preliminary data for 2013. *National Vital Statistics Reports*, 63(2).
- Hunter, L.A. (2009). Issues in pregnancy dating: Revisiting the evidence. *Journal of Midwifery and Women’s Health*, 54(3), 184-190.
- Institute for Safe Medication Practices. (2012). *ASMP’s list of High Alert Medications*. Retrieved 4/2/14 from www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf.
- Jain, L. (2006). Implications of labor on neonatal outcomes. In *NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean delivery on maternal request*. Retrieved March 31, 2014 from <http://consensus.nih.gov/2006/cesareanabstracts.pdf>.

- Jain, L. & Eaton, D.C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1), 34-43.
- Jukic, A.M., Baird, D.D., Weinberg, C.R., McConaughy, D.R., & Wilcox, A.J. (2013). Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Human Reproduction*, 28(10), 2848-55.
- Leighton, B.L. & Halpern, S. H. (2002). The effects of epidural analgesia on labor, maternal, and neonatal outcomes: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, supplement), S69-S77.
- Levine, L.D., Hirshberg, A., & Srinivas, S.K. (2013, Dec 9). Term induction of labor and risk of cesarean delivery by parity. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine*. [Epub ahead of print].
- Lieberman E. & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186(5, supplement), S31-S68.
- Loftin, R.W., Habli, M., Snyder, C.C., Cormier, C.M., Lewis, D. F., & DeFranco, E.A. (2010). Late preterm birth. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 39(1) 10-19.
- Mandrzzato, G., Alfirevic, Z., Chervenak, F., Gruenebaum, A., Heimstad, R., . . . Thilaganathan, B. (2010). Guidelines for the management of postterm pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*, 38(2), 111-119.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J.K., Curtin, S.C. & Mathews, T.J. (2013). Births: Final data for 2012. *National Vital Statistics Reports*, 62 (9).
- Martin, J.A., Kirmeyer, S., Osterman, M. & Shepherd, R.A. (2009). *NCHS data brief #24: Born a bit too early: Recent trends in late preterm births*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.
- Mathews, T.J. & MacDorman, M.F. (2013). *Infant mortality statistics from the 2010 period linked birth/infant death data set*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System. Retrieved 3/31/14 from www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr62/nvsr62_08.pdf.
- Morse, S.B., Zheng, H., Tang, Y. & Roth, J. (2009). Early school-age outcomes of later preterm infants. *Pediatrics*, 123(4), e622-9.
- Munn, M.B. (2011). Management of oligohydramnios in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 38(2), 387-395.
- National Childbirth Trust (NCT), Royal College of Midwives (RCM), and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2007). Making normal birth a reality – Consensus statement from the Maternity Care Working Party. Retrieved 4/1/14 from www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/uploaded-files/JointStatementNormalBirth2007.pdf.
- Osterman, M.J.K. & Martin, J.A. (2014). Primary cesarean delivery rates, by state: Results from the revised birth certificate, 2006-2012. *National Vital Statistics Reports*, 63 (1).
- Rattigan, M.I., Atkinson, A.L., & Baum, J.D. (2013). Delivery route following elective induction of labor at term: analysis of 807 patients. *Journal of Clinical Medical Research*, 5(4), 305-8.
- Rooks, J. (2009). Oxytocin as a “High Alert Medication”: A multilayered challenge to the status quo. *Birth*, 36(4), 345-358.
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O.R. (2010a). Patient education to reduce elective inductions. *The American Journal of Maternal/Child Nursing (MCN)*, 35(4), 188-194.
- Simpson, K. R., Newman, G., & Chirino, O.R. (2010b). Patients’ perspectives on the role of prepared childbirth education in decision making regarding elective labor induction. *Journal of Perinatal Education*, 19(30), 21-32.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, the association of Women’s Health, Obstetric and neonatal Nurses of Canada, the Canadian Association of Midwives, the College of Family Physicians of Canada, and the Society of Rural Physicians of Canada. (2008). *Joint policy statement on normal childbirth*. Retrieved April 1, 2014 from www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Health_Professionals/JointPolicyStatementonNormalChildbirth.pdf.
- Tomashek, K.M., Shapiro-Mendoza, C.K., Davidoff, M.J., & Petrini, J.R. (2007). Differences in mortality between late-preterm and term singleton infants in the United States, 1995-2002. *The Journal of Pediatrics*, 151(5), 450-56.
- Varrassi, G., Bazzano, C., & Edwards, W.T. (1989). Effects of physical activity on maternal beta-endorphin levels and

- perception of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160(3), 707-12.
- Wassen, M.M., Winkens, B., Dorsers, E.M, Marcus, M.A., Moonen, R.M. & Roumen, F.J. (2014) Neonatal sepsis is mediated by maternal fever in labour epidural analgesia. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014 June 17; 1-5. [Epub head of print]
- Wennerholm, U-B., Hagberg, H., Brorsson, B. & Bergh, C. (2009). Induction of labor versus expectant management for post-date pregnancy: Is there sufficient evidence for a change in clinical practice? *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88(1), 6-17.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth – A practical guide*. Retrieved 4/1/14 from www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/.

ביוגרפיה של כותבת המאמר

דבי אמיס היא אחת המחברות של 'מוכנים ללידה – הדרך המשפחתית', 'מוכנים ללידה – המדריך למורה' ו'ארגז הכלים של למאז'. היא גם מכהנת כמנהלת-משותפת של "הדרך המשפחתית - תכנית מוכרת מטעם למאז למורות להכנה ללידה". היא ובעלה גרים סמוך לנכדיהם ביוסטון, טקסס, ארה"ב.

תכתובת בנוגע למאמר זה יש להפנות אל דבי אמיס, אחות מוסמכת, בעלת תואר ראשון בסיעוד, דולה מוסמכת מטעם ארגון DONA הבינלאומי, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), וחברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE). דוא"ל: amis@thefamilyway.com

Lamaze International
2025 M Street, NW, Suite 800 • Washington, DC 20036
www.lamazeinternational.org • info@lamaze.org