

## עבודת מוסמך

סוג העבודה :

סקירת ספרות ודיון בבעיה של בריאות הציבור

נושא העבודה :

## מיסוד לידות בית

## במסגרת שירותי הבריאות בישראל

מגישה : ענת תל-אורן

ת.ז. 55694053

תאריך : דצמבר 2001

מנחה : ד"ר רוני שטרקשל

בית הספר על שם בראון לבריאות הציבור ורפואה קהילתית של האוניברסיטה העברית והדסה

**תוכן ענינים**

**3** ..... **מבוא**

**4** ..... **פרק א' - הצגת הבעיה מבחינת בריאות הציבור**

4 ..... תופעת לידות הבית כבעיה בבריאות הציבור

6 ..... ההיבט החוקי של לידות בית

7 ..... מדיניות משרד הבריאות

**8** ..... **פרק ב' - סקירה ספרותית בנושא לידות בית**

8 ..... התפתחויות במקצוע המיילדות מימי הביניים ועד היום

9 ..... לידת בית כאפשרות בחירה של היולדת

10 ..... התייחסות הממסד בישראל

11 ..... סקירה ספרותית של מחקרים ומאמרים בנושא לידות הבית בעולם

11 ..... בטיחות - סיכוני לידת בית ותוצאות מיילדותיות

20 ..... אפשרות הבחירה וההעדפה של יולדות

22 ..... מיסוד וארגון לידות בית במסגרת שירותי הבריאות

**24** ..... **פרק ג' - דיון: השוואת פרמטרי בריאות ובחינת הצורך במיסוד**

25 ..... האם למיסוד לידות בית במסגרת ארגונית או בשירותי הבריאות יש השפעה על תוצאות מיילדותיות?

25 ..... מהן ההשלכות לגבי מיסוד לידות בית בישראל?

27 ..... נספח א' לפרק ג' - מצב חוקי של מיילדות בית במדינות ארה"ב

28 ..... נספח ב' לפרק ג' - שיעורי תמותת תינוקות בעולם 1996

29 ..... נספח ג' לפרק ג' - שיעורי תמותת תינוקות בארה"ב

**30** ..... **פרק ד' - המלצות לביצוע במערכת הבריאות בישראל**

30 ..... פירוט ההמלצות

30 ..... א. הקמת ארגון מיילדות בית

30 ..... ב. מערך שירות מוסדר ללידות בית

31 ..... ג. מסלול הכשרה מקיף עבור מיילדות

31 ..... ד. פרסום תקנות ומידע ע"י משרד הבריאות

31 ..... תכנית פעולה ומחקרים נוספים

32 ..... מחקרים וסקרים

33 ..... נספח א' לפרק ד' - מודל קולורדו למיסוד לידות בית

33 ..... רישום מיילדות והסדרה חוקית של לידות בית

33 ..... קונטראינדיקציות לקבלת יולדת ללידת בית

34 ..... מעקב טרום הריוני

34 ..... תכולת ביקור פרינטלי

34 ..... **INTRAPARTUM CARE**

35 ..... העברה לבית חולים

35 ..... **POST PARTUM CARE**

36 ..... טיפול בילוד

36 ..... העברת ילוד לבית חולים

36 ..... רישום ודיווח

37 ..... תוכנית חירום

38 ..... נספח ב' לפרק ד' - פרוטוקול קבלת נשים לאחר לידת בית לבית החולים

39 ..... נספח ג' לפרק ד' - חוזר משרד הבריאות

**40** ..... **סיכום**

**41** ..... **ביבליוגרפיה**

## מבוא

עבודת מוסמך זו עוסקת בבעייה של בריאות הציבור בישראל – לידות בית.

לידת בית היא לידה המנוהלת באופן טבעי, בדרך כלל ללא התערבויות רפואיות, בביתה של היולדת, בסיוע מיילדת המוסמכת לנהל לידת בית.

למרות שמאות לידות בית מתרחשות בישראל בכל שנה, התופעה אינה מוכרת באופן רשמי ע"י מערכת הבריאות בארץ. עבודה זו מציגה את הנושא כבעייה בבריאות הציבור, דנה בלידות בית בארץ ובעולם, בדרכים השונות בהן נוקטות מדינות שונות לגבי הנושא ומציגה כיווני התמודדות אפשריים עם שאלה זו.

העבודה מתחלקת לארבעה חלקים:

א. פרק א' - הצגת הבעייה מבחינת בריאות הציבור בהיבטים שונים כגון: היקף התופעה, ראייתה כאפשרות בחירה נוספת עבור היולדות, הצורך בנהלים ובקרה והצורך במידע סטטיסטי לגבי התופעה.

ב. פרק ב' - סקירת ספרות בנושא לידות הבית - State of The Art, בהיבטים ההיסטוריים, הבטיחותיים ותוצאות מיילדותיות, בהיבטי חופש הבחירה וההעדפה של יולדות, ובהיבטי המיסוד הארגוני של לידות הבית במדינות שונות.

ג. פרק ג' - דיון מקיף על המחקרים והספרות סביב נושא לידות בית ומסקנות לגבי פרמטרים שונים של בריאות ובחינת הצורך במיסוד התופעה בישראל. לפרק זה נספחים המציגים נתונים מספריים הקשורים לדיון.

ד. פרק ד' - סיכום והמלצות לנושאים הדורשים פתרון במערכת הבריאות, דרכי פתרון והצעות לכיווני מחקר נוספים. לפרק זה נספחים המציגים דוגמאות הקשורות לדרך הפתרון מתוך נהלי עבודה קיימים במקומות שונים בעולם.

במסגרת העבודה נאסף מידע ממקורות שונים:

א. מאמרים ומחקרים פורמליים כפי שמקובל בעבודות מסוג זה.

ב. מידע שמקורו בחיפוש באינטרנט באתרים ציבוריים מוכרים כגון ארגון הבריאות העולמי (W.H.O), ארגוני מיילדות בעולם וכו'.

ג. מידע א-פורמלי המצוי בידי כמי שעוסקת בתחום המיילדות שנים רבות ובאופן ספציפי מעורבת בתחום לידות הבית בישראל ומכירה אישית את הגורמים העוסקים בנושא. מידע מסוג זה יצויין כמידע אישי במסגרת העבודה.

## פרק א' - הצגת הבעיה מבחינת בריאות הציבור

בכל שנה מתקיימות בישראל כ- 130,000 לידות. מרבית הלידות מתקיימות בבתי החולים השונים בארץ, ומתנהלות תחת מדיניות מוגדרת ורשמית של משרד הבריאות ונוהלי עבודה ספציפיים של בית החולים, כולל מנגנוני בקרה ופיקוח של המוסד.

ידוע כי קיימת בישראל אוכלוסיית יולדות, הבוחרות באופצית לידה שונה מהמקובל ומתכננות לידת-בית. מאחר ואין בישראל ארגון מסודר של לידות בית ובעצם אין פיקוח ובקרה על סוגיה זו, אין גם גוף רשמי המרכז את המידע ומבצע סטטיסטיקה. גורמים העוסקים בתחום מעריכים כי כ- 500 נשים יולדות בכל שנה בלידת בית מתוכננת במסגרת ביתית בסיוע של מיילדת מוסמכת.

### תופעת לידות הבית כבעיה בבריאות הציבור

במדינת ישראל מוכר מספר קטן של מיילדות מוסמכות אשר קבלו את הכשרתן בארץ, מחזיקות ברישיון מיילדות מוכר ע"י משרד הבריאות ועוסקות בלידות בית. לא ידוע מספר היולדות בבית, אשר מסתייעות במיילדות שאינן מוסמכות, בסייעות לידה (דולות) או בבני משפחה. בעבר ארעו מקרים בהם נזק רפואי כתוצאה מכך שלא קיימים קריטריונים ופיקוח על לידות בית. בוועדת הכנסת שדנה בנושא לידות בית, הציג פרופ' סמואלוב מקרה חמור המדגים זאת שאירע בשנת 1998 בירושלים, בו פנתה אישה עם הריון של תאומים, כאשר התאום הראשון במצג עכוז, לכל המיילדות העוסקות בלידת בית אך נדחתה עקב הסיכון. למרות שהובהר לה כי מדובר בלידה בסיכון גבוה שצריכה להיערך בבית חולים, הצליחה האישה להשיג מיילדת מארה"ב אשר הגיעה במיוחד ללידה. הלידה הסתיימה, למרבה הצער, בפגיעה פרמננטית לתאומים ובזק רפואי ליולדת שדרש התערבות כירורגית מקיפה (קורן, 2000).

שיעור לידות הבית קטן יחסית, אך זו תופעה ההולכת ומתרחבת ואף יותר בימים אלו לנוכח סגירת בית החולים "משגב לדך" בירושלים, אשר היה יחודי בגישתו ואיפשר מסגרת של לידה פרטית בסיוע של מיילדת. בלידה פרטית, היולדת רשאית לבחור בלידה טבעית המנוהלת ללא התערבויות רפואיות כמו השראת לידה, זירוז לידה, פקיעת מי שפיר, שימוש במשככי כאבים וכו'. היולדת חופשיה להיות ניידת במהלך הלידה, אינה חייבת להיות מחוברת למוניטור באופן רציף אלא ניטור לסירוגין, בוחרת בתנוחת הלידה המתאימה לה ויכולה לעשות שימוש בדרכים אלטרנטיביות. כיום יש נסיונות של מספר בתי חולים בארץ לאפשר לידות מסוג זה, אך הנושא עדין בחיתוליו.

למרות השיעור הנמוך יחסית של לידות בית בישראל, מדובר בבריאותם ובטיחותם הן של האם והן של היילוד ורווחת המשפחה. תופעה זו מהווה סוגיה חשובה בבריאות הציבור בארץ מהסיבות הבאות:

#### א. היקף התופעה

מתוך היכרותי הקרובה כמיילדת העוסקת בתחום וקשורה עם מיילדות נוספות העוסקות בלידות בית, מתברר כי קיימת דרישה יציבה ללידות בית למרות ההיקף הקטן, וקיימת מגמה עולה במיוחד

בשנים האחרונות. לדברי רונית קופליס, מיילדת העוסקת בלידות בית שנים רבות, "בשנה שעברה יילדתי בבית 2 נשים לחודש, והשנה עלה הממוצע החודשי ל- 2.7 נשים לחודש" (קורן, 2000).

### ב. היעדר נהלים ובקרה

כיום לא מוגדרים נהלים המסדירים נושאים קריטיים כגון התאמת היולדות המועמדות ללידת בית או נהלי פינוי לבית חולים במצבי חירום. נוצר מצב שבו כל מיילדת בית קובעת את התאמת היולדת על פי שיקול דעתה בלבד. כמו כן לא קים פיקוח על קיום לידות בית בעזרת סיוע בלתי מקצועי או לא מוסמך כגון "דולות", מיילדות בעלות הסמכה כלשהיא ממדינות זרות או קרובי משפחה. סינון לא מקצועי של יולדות שאינן כשירות ללידת בית עלול לסכן את בריאותן ואף את חייהן. לא מוגדרים קריטריונים אחידים למצבים בהם יש לפנות את היולדת והדבר נתון שוב לשיקול דעתה של המיילדת. עד לתקופה האחרונה הווה בית החולים "משגב לדך" אתר גיבוי לפינוי יולדות במידת הצורך, וכן כתובת לפניה של יולדות לאחר לידת הבית לצורך בדיקת היילוד ומצב האם בנוהל מקוצר וללא צורך באישפוז, וכן לצורך קבלת מענק הלידה. (החוק כיום בישראל אינו מאפשר ליולדת שילדה בביתה לקבל את מענק הלידה, אם אינה פונה לבית החולים להסדרת הרישום). מרבית בתי החולים כיום אינם ערוכים לקליטת יולדות אלו ולא קיים נוהל לקליטתן.

יש מקום לציין משיחותי עם מיילדות הבית, כי במצבים בהן היה צורך בפינוי חירום של יולדת, במקרים רבים הן המיילדות והן היולדות נתקלו ביחס עויין, שיפוטי וביקורתי מהצוות הרפואי והסיעודי שקיבל אותן. כמו כן, מבדיקה מקיפה שערכתי עולה כי כיום "אסף הרופא" הוא בית החולים היחיד שכתב נוהל לקבלת יולדת במהלך לידת בית או לאחריה (מצורף כנספח בפרק ד') וההליך מבוצע באופן שגרתי.

סיבה נוספת להקמת מערכת אירגונית היא הצורך במידע סטטיסטי על שיעורי הימצאות והיארעות לצורך תכנון ומתן שירותים רפואיים. איסוף מידע סטטיסטי על לידות בית לא מבוצע כיום כלל ולא ניתן לעמוד על היקף הצרכים והבעיות.

### ג. חופש הבחירה וההחלטה לגבי מקום הלידה

חופש הבחירה לגבי מקום הלידה הינו בגדר זכות יסודית של היולדת. זכות זו מתוארת בבהירות בדברי השופט ברק: "לכל אדם זכות יסודית לאוטונומיה. זכות זו הוגדרה כזכותו של כל פרט להחליט על מעשיו ומאווייו בהתאם לבחירותיו, ולפעול בהתאם לבחירות אלה. ההכרה בזכותו של אדם לאוטונומיה היא רכיב בסיסי בשיטת המשפט שלנו, כשיטת משפט של מדינה דמוקרטית. היא מהווה את אחד הביטויים המרכזיים לזכותו של כל אדם בישראל לכבוד, המעוגנת בחוק יסוד: כבוד האדם וחירותו". ברק מוסיף ומדגיש כי אחד מן הביטויים של הזכות לכבוד הוא "חופש הבחירה של כל אדם כיצור חופשי", וכי בכך משתקפת התפיסה לפיה "כל אדם הוא עולם בפני עצמו ומטרה בפני עצמה" (שרים, 2000).

הויכוח לגבי חופש הבחירה של ההורים במקום הלידה מתייחס לנושא של הזכות לפרטיות: האם יש זכות חוקתית לפרטיות באשר לבחירה של מקום הלידה ואופן הטיפול? האם למדינה יש היכולת לאלץ הורים להמנע מקיום לידה בבית ע"י מיילדת מתוך חובתה לשמור על בריאות הציבור ולהגן עליו?

האם חובת המדינה להגן על בריאות נשים ועובריהן אינה כוללת הגנה מלאה גם על נשים היולדות בביתן? (Hafner-Eaton, 1994).

המערכת המיילדותית בארץ עוברת שינויים גדולים במקביל לשינויים כלל עולמיים ותפיסה שונה של מעבר מיחסי רופא-חולה ליחסי רופא-לקוח, כאשר חוק זכויות החולה משמש מטריה גדולה לתהליך כולו. הציבור זכאי כיום במסגרת שירותי הבריאות למגוון גדל והולך של אפשרויות בחירה בסוגי טיפול שונים המוכרים על ידי מערכת הבריאות. מערכת הבריאות מציעה כיום מגוון רחב של שירותים לבחירת הקליינט (הפציינט), כמו למשל הכנסת רפואה משלימה לבתי חולים תוך הכרה של קופות החולים בנושא. האם שירות מסוג לידות בית אינו יכול להוות אלטרנטיבה נוספת לנשים המעונינות בכך?

חלק מציבור היולדות מודע היטב לנושא ועומד על זכויותיו. יותר ויותר נשים מתכננות את לידתן במסגרת בית החולים ומגיעות לחדר לידה עם תוכנית לידה כתובה המפרטת את העדפות היולדת לגבי ניהול הלידה ובקשות כגון המנעות ממזרזים ומשככי כאבים, פקיעת מים יזומה וחתך חיץ, ומעונינות להיות שותפות פעילות בניהול הלידה. המיילדות המודרנית מעודדת שותפות זו ומאפשרת אלטרנטיבות המתאימות לצרכי היולדות (Patient Advocate). דוגמא בולטת לאפשרות בחירה היא ההסכמה לבצע ניתוח קיסרי יזום לפי בקשת היולדת למרות שאין אינדיקציה רפואית, נושא השנוי במחלוקת בקרב רופאים מיילדים (Linder, 2000).

## ההיבט החוקי של לידות בית

על פי פקודת המיילדות (1929), פקודה המסדירה את מקצוע היילוד: "לא יעסקו ביילוד אלא נשים מוסמכות בעלות רישיון ישראלי, המיילדת צריכה להיות אזרחית ישראלית או שקבלה אישור להשתקע בארץ, העוסקת במקצוע היילוד רשאית לבדוק אישה בקשר עם לידה, לקבוע לה דיאגנוזה, לרשום לה רפואות, לטפל בה או לילדה. המיילדת אינה רשאית לקבל על עצמה את הטיפול במקרים בלתי רגילים או ביולדות חולות" [ציטוט]. ציינתי נקודות אלו הכתובות בפקודת המיילדות על מנת להבהיר שקבלת לידה ע"י מיילדת בביתה של היולדת היא פעילות חוקית ואפתח נושא זה בהמשך העבודה בהקשר של צורך בהקמת ארגון לידות בית ומיסוד הנושא.

"אסור למיילדת לפרסם מודעות על מקצועה בין ישירות ובין בעקיפין לשם איזו מטרה שהיא. ואולם רשאית היא לסמן בשלט שעל גבי דירתה את שמה, הכשרתה ושעות הביקורים שלה". ביקורת על איסור הפרסום משתמעת מדברי ד"ר דוד א' פרנקל מהפקולטה למדעי הבריאות באוניברסיטת בן-גוריון בנגב: "בהסטוריה האתית ניסו להכניס לחוק את כללי האתיקה. ובעצם כללי האתיקה הפכו להיות כללי משפט, ולכן צריך אישור מחוקק לכל שינוי בכללי האתיקה. הדוגמה הטובה לנושא זה היא איסור פרסום של מקצועות רפואיים. אנשי רפואה הגיעו למסקנה שזה לא נכון ולא מקובל בכל העולם, אך יש קושי רב לשנות זאת, כי זה מעוגן בחוק" (ציטוט מהרצאה במסגרת קורס בהיבטים משפטיים, 2001).

לאור כל האמור לעיל, למרות שלידות בית הן חוקיות, נשים הבוחרות בלידת בית נדרשות כיום לאתר בכוחות עצמן מפה לאוזן מיילדת העוסקת בכך, בהתאם להמלצות מכרים או יולדות שהתנסו בלידת בית בעבר. ציבור הנשים הבוחרות בלידת בית לא תמיד מודע לחשיבות העצומה בבחירת מיילדת מוסמכת שתבצע את הסינון הנכון מבחינת התאמת היולדת ללידת בית, כלומר קבלת אנמנזה מדויקת הכוללת הסטוריה רפואית, מיילדותית, התוויית נגד רפואיות, מצבים הדורשים טיפול של בית חולים, הערכה רגשית ויכולת התמודדות עם כאב, קרבה לבית חולים כאשר יש צורך בפניו היולדת, וכל הנושא של "הסכמה מדעת" שידון בהמשך העבודה בהרחבה.

## **מדיניות משרד הבריאות**

היות ולא קיים גוף רשמי המרכז את הנושא בארץ, מעולם לא הוקם אירגון של מיילדות בית, כפי שנעשה במקומות רבים בעולם. אין תקנות כתובות ומדיניות מוגדרת באשר ללידות המתבצעות בבית. משרד הבריאות, המודע לתופעה, לא קבע מדיניות בנושא, אך במקרים רבים הביע תפיסה המתנגדת ללידות בית מסיבות בטיחותיות, תוך עידוד לידות בבתי חולים מורשים. לא נוצר קשר בין גורמים ממשרד הבריאות לבין המיילדות העוסקות בלידות בית, וכמו כן לא נוצר קשר בין המיילדות עצמן להקמת ארגון מסודר עם מדיניות ברורה.

בעקבות מספר מקרים שארעו בארץ בהם לידות בית הסתיימו בתוצאות עגומות ביותר לאחר שבוצעו בידי מיילדות שהכשרתן אינה ברורה, אינן ידועות למערכת הבריאות בישראל וחלקן אף אינן אזרחיות ישראליות, הוציא משרד הבריאות חוזר המגנה את התופעה ומדגיש שהמקום ללידה בטוחה הוא בבית חולים (ראה נספח ג' לפרק ד'). מערכת הבריאות אינה ערוכה ואינה מטפלת בסוגיית לידות הבית בישראל, ונושא זה אינו ממוסד ואינו מוכר ע"י אף גורם רשמי. כיום לידת בית היא התקשרות פרטית בין יולדת למיילדת העוסקת בכך ללא אירגון ומדיניות כוללת מטעם גוף האחראי לנושא.

מדובר בבעיה הקשורה לבריאות הציבור אך אינה מוכרת באופן רשמי על ידי מערכת הבריאות. ניתן לראות אנאלוגיה בין לידות בית לבין טיפולים רבים הניתנים כיום במסגרת של "היחידה להמשך טיפול", המבוססים על תפיסה של Home Care, ביניהם טיפולים כימותרפיים לחולים אונקולוגיים הניתנים ע"י אחיות בבית החולה. בהתאם לתפיסה זו, המוכרת על ידי מערכת הבריאות, גם תהליך הלידה בבית יכול להיכלל במסגרת Home Care דומה.

## פרק ב' - סקירה ספרותית בנושא לידות בית

פרק זה מציג סקירת ספרות בנושא לידות הבית - State of The Art, בהיבטים בטיחותיים ותוצאות מיילדותיות, בהיבטי חופש הבחירה של הילודות, ובהיבטי התיחסות הממסד הרפואי ומיסוד התופעה במדינות שונות.

### התפתחויות במקצוע המיילדות מימי הביניים ועד היום

מיילדות הוא אחד המקצועות העתיקים בעולם. לכל עם, אזור ותרבות יש הדרך שלו כיצד לסייע לילודת. בעולם המערבי עד המאות ה-16-17 כל הלידות התרחשו בבתים בעזרת נשים והגברים לא הורשו להיות נוכחים (Rooks, 1999). נשים מקצועיות - בדרך כלל הזקנות חכמות הכפר - היו המיילדות. את תורתן היו מעבירות בעל פה. הן ידעו לרקוח משחות, תערובות עשבי מרפא ועיסויים למיניהם. זה היה מקצוע שכמרבית המקצועות התבסס על ניסיון אישי מצטבר ומעט מאד על ידע קולקטיבי ועל ניסוי שיטתי. במאה ה-17 החל מקצוע המיילדות לעבור בהדרגה לרופאים. בניו יורק החלו לדרוש רישוי לעסוק במיילדות, הנשים המיילדות נדחקו חלקן אל מחוץ לחוק ובחלק מהמקרים באירופה אף העלו אותם על מוקד בעוון כישוף. בתחילת המאה ה-19, תחילת תקופת "המיילדות החדשה" תחת דומיננטיות רפואית, משפחות מבוססות העדיפו לפנות לרופא בעל השכלה מתוך אמונה כי הדבר ישפר את סיכויי ההצלחה בלידה. לרוב המיילדות חסרה הכשרה פורמלית, וההנחה הרווחת בציבור היתה כי נשים אינן כשירות מבחינה אמוציונלית ורגשית ללמוד ולהפעיל שיטות מיילדותיות מתקדמות (שם).

בתחילת המאה העשרים, פחות מ-5% מהלידות נערכו בבית חולים (Wertz, 1989). עם ההתקדמות המהירה של התעשייה, החברה הקפיטליסטית והמעבר לרפואה הלופטית, תפסו הרופאים האובסטרטריים את מקומן של המיילדות כמטפלים העיקריים במהלך ההריון והלידה, ובשלב זה שיעורי תמותת אימהות ותינוקות לא פחתו למרות השינוי. למעשה הכנסת הלידות לבית חולים בפיקוח של רופאים היתה מלווה בעלייה דרמטית בשיעורי חום אימהי במהלך הלידה ואחריה, וכן בתמותה אימהית, עד שהחל השימוש בתרופות אנטיספטיות (Hafner-Eaton, 1994). אחרי מלחמת העולם הראשונה, הארגון הרפואי הלאומי הבריטי ובעקבותיו מדינות רבות באירופה ובקנדה קבעו שוויון זכויות בין התושבים ולכולם ניתן ביטוח רפואי ממשלתי. בעקבות זאת נחקקו חוקים ממשלתיים לגבי מדיניות הטיפול בלידה והיכן היא צריכה להתבצע וכיום למעלה מ-98% מהלידות בארה"ב נערכות בבתי חולים ורק 25,000 לידות בשנה מתבצעות בבית Murphy and Fulerton, (1998).

לידת בית כאפשרות בחירה של היולדת

ההתפתחות הטכנולוגית והרפואית במדינות המפותחות יצרה תפיסה פטרנליסטית של הממסד הרפואי. לפי מאמר של Aakster בנושא רפואה אלטרנטיבית, הפציינט האידיאלי של הרפואה הקונבנציונלית מתואר ע"י הסוציולוג הנודע Talcot Parsons כאותו פציינט שאינו שואל שאלות ומבצע הוראות. זו גישה פטרנליסטית של רופאים רבים ואנשים העוסקים בסוציולוגיה של הרפואה המגדירים את המונח "היענות של הפציינט". הגישה הפטרנליסטית של בעלי הסמכות - הרופאים במערכת שירותי הבריאות - נגזרת ממבנה חברתי פטריארכלי. הביקורת הפמיניסטית, לפי אותו מאמר, טוענת שכל מפגש בין מטפל למטופל, משני המינים, מאופיין בחוסר שוויון, כשבידי המטפל השליטה בידע ובטכנולוגיה ואילו למטופל חסרים בדרך כלל גם הכלים לשפוט את איכות השימוש שעושה המטפל במשאבים העומדים לרשותו. במפגש בין הרופא למטופלת, יש בכוח הרופא לבחור את הטיפול הנראה לו מבלי להעמיד בפניה אפשרויות חלופיות. המאמר מציין כי ברפואה אלטרנטיבית, לעומת זאת, התפיסה של הפציינט היא אכן שונה. בסין המסורתית, למשל, הרופא שירת את הפציינט ולא ההיפך: הפציינט יטפל בעצמו והרופא יהיה היועץ שלו. הפציינט הוא שותף אקטיבי בדרך להשגת בריאות (Aakster, 1986).

הדומיננטיות הרפואית מוצגת במחקר אחר של Ivankovski בו נבחנה העדפת היולדת מול החלטת הרופא. המחקר מציג לדוגמא כי 87% מהיולדות ילדו בשכיבת פרקדן אף כי רק מחציתן העדיפו תנוחה זו, ול-78% חובר מוניטור אף כי רובן הגדול התנגד לכך (שובל, 2000).

אם נבחן לאור המאמרים לעיל את תפיסת הפציינט ברפואה האלטרנטיבית כאשר מדובר בלידה, הרי שלפי תפיסה זו מוכרת היולדת כמקבלת ההחלטות העיקרית ולכן קיימת חובה להעביר לידיעתה את כלל המידע הנדרש בהקשר לבטיחות, מידת התועלת והסיכונים של אפשרויות הטיפול ולתמוך בקבלת ההחלטות של האישה כולל בחירת מקום הלידה. הבחירה בלידת בית קשורה לנחישות עצמית ושליטה. נשים הבוחרות באפשרות זו מכירות היטב את המערכת הרפואית, לחלקן יש אי אמון בולט וביקורת נוקבת על דרך ניהול הלידות בבתי חולים. הן בקיאות בספרות ובחומר רפואי, מתכננות את הלידה שלהן ואת סוגי הטיפול המועדפים מבחינתן, לוקחות אחריות על טיפול עצמי ומאמינות ביכולת של גופן לעמוד בלידה ולהתמודד עם כאב. נשים הבוחרות בלידת בית הן קבוצה שהיא לא קונפורמיסטית, המנסה לשנות את מערכת היחסים מטפל – מטופל (Hafner-Eaton and Pearce, 1994).

מתוך שיחות שניהלתי עם נשים שבחרו ללדת בבית והחוויה שחוויתי איתן, צוינו מספר סיבות לבחירתן בלידת בית. להלן מבחר ציטוטים משיחות אלו:

- "הפחד מבית החולים".

- "טראומות מלידות קודמות"

- "הרצון ללדת באוירה ביתית רגועה ושלווה".

- "הרצון להיות ולהרגיש חופשיה במהלך הלידה".
- "הבחירה לעשות כל שעולה בדעתי, ללדת בתנוחה הנוחה לי, להשמיע קולות ורעשים בלי לפחד מביקורת של הצוות".
- "הרצון לחוות לידה חופשיה מהתערבויות רפואיות כמו בדיקות למיניהן, עירווי נוזלים, מוניטור קבוע, בדיקות פנימיות רבות, זירוז לידה, פקיעת מים, אפיזיוטומי וכו'".
- "הרצון להתחבר לגופי ולנשיותי, ולהתגבר על הכאב".
- "היכולת שלי לבחור את המיילדת ולעבור תהליך קבלת החלטות משותף עם בן הזוג ועם המיילדת".
- "הרצון לשמור על המשפחה ביחד ולא להתנתק מבן הזוג ומהתינוק עקב נוהלים של בית חולים".

### התיחסות הממסד בישראל

ההסטוריה הכתיבה במידה רבה את מעמדה המקצועי של המיילדת כפי שהוא נתפס היום בישראל. למעשה מיילדות העובדות במסגרת בית החולים כפופות ומבצעות את הוראות הרופאים בכל הנוגע לטיפול במהלך הלידה, גם אם הוראות אלו נוגדות את ה"אני מאמין" המקצועי שלהן לגבי דרך ניהול הלידה.

מעט מאוד מיילדות תעזנה לבקר הוראה של רופא או להתעמת איתו. למעשה המיילדות וויתרו על עצמאותן המקצועית, כפי שמציינת פרופ' שובל בספרה "העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל": "האחיות ובתוכן המיילדות לא פעלו לתרגם את מספרן הגדול וחיוניותן במערכת לכוח, יוקרה והשפעה, אלא מיקדו את מאמציהם להשגים בתחום שיפור בתנאי עבודתן ובשכרן" (שובל, 2000).

יתכן שחלק מהמיילדות אינן מודעות לכך שבשונה משאר מקצועות הסיעוד, מיילדת היא בעלת מקצוע רפואי היות ולפי פקודת המיילדות היא "משגיחה על נשים בזיקה להריון ולידה ויש לה רישיון לעסוק ביילוד". סעיף נוסף בפקודה זו דן באחזקת סמים – "כל שיש בידה רישיון לעסוק ביילוד על פי פקודה זו, רשאית להחזיק ברשותה סמים בכמויות שיקבעו ולהשתמש בהם ככל אשר יקבע" (פקודת המיילדות, 1929). למרות זאת מיילדות בבית חולים צריכות היום הוראה של רופא כדי לתת משככי כאבים לילדת.

נראה שפריצת דרך במעמדה של המיילדת נעשית כיום רק במסגרת לידות הבית המנוהלות ע"י מיילדות בלבד, ובודאי זו אחת הסיבות להתנגדות הרבה של המערכת הרפואית ללידות בית. במידה והאחריות המקצועית המלאה היא בידי המיילדת, יש לבחון את ההיבטים הרפואיים הקשורים בסיבוכים אפשריים במהלך הלידה, ושיתוף הפעולה בין מיילדות ורופאים. מסקנת מחקר שנערך בארה"ב על תוצאות של 1221 נשים שילדו בבית היא כי ללידות בית יכולות להיות תוצאות טובות כאשר יש מערכת מובנית המאפשרת שיתוף פעולה טוב בין רופאים ומיילדות ופינוי לבית החולים בעת

הצורך (Murphy and Fulerton, 1998). שיתוף פעולה זה מתבטא גם ע"י גיבוי של בית חולים, כפי שמציין מחקר בנושא: "לידת בית בסיוע מיילדת מוסמכת מהווה אופציה בטוחה ל- 90% מהאמהות בתנאי שהן בריאות, נושאות הריון תקין בסיכון נמוך (Low Risk), וניתן גיבוי רפואי של בית חולים קרוב" (Jones, 1991).

### **סקירה ספרותית של מחקרים ומאמרים בנושא לידות הבית בעולם**

בסעיף זה מוצגת סקירת ספרות מאמרית ומחקרית בנושא לידות בית בעולם המודרני. היות והעבודה עוסקת במיסוד לידות בית בישראל, נכללות בסקירה רק מדינות מפותחות שניתן לבצע השוואה בינן לבין מערכת הבריאות בישראל.

הסקירה כוללת מאמרים ומחקרים מארגון הבריאות העולמי, וממדינות כגון הולנד, אנגליה, ארה"ב, אוסטרליה, שווייץ ופינלנד.

הסקירה מחולקת לשלוש קטגוריות נושאיות:

א. בטיחות - סיכוני לידת בית ותוצאות מיילדותיות.

ב. אפשרות הבחירה וההעדפה של יולדות.

ג. מיסוד וארגון לידות בית במסגרת שירותי הבריאות.

דיון במסקנות והשלכות לגבי שירותי הבריאות ישראל יבואו בפרק הבא.

### **בטיחות - סיכוני לידת בית ותוצאות מיילדותיות**

פרק זה כולל התייחסויות לסיכונים הקשורים בלידת בית וסקירת מחקרים בנושא.

ארגון הבריאות העולמי (W.H.O) מכיר באפשרות האישה לקיים לידה בבית ואינו רואה בלידת בית כשלעצמה סיכון בריאותי. דו"ח של W.H.O משנת 1986 קובע כי "הבית הינו סביבה מתאימה ללידת ילדים. יש לספק הן ליולדת והן למיילדת הבחורות באפשרות זו את כל כלי האבחון, הייעוץ והחירום כנדרש ללא קשר למקום הלידה" (Crowly, 1999).

באנגליה ב- 1992 קבעה ועדת בית הנבחרים לשירותי בריאות האישה, בדו"ח Winterton, כי "המדיניות המעודדת כל אישה ללדת בבית חולים אינה ניתנת להצדקה מסיבות בטיחותיות", וכן כי "אין הוכחה ברורה לכך כי בית חולים הוא בהכרח סביבה בטיחותית למרבית האמהות והיילודים ואפשר, אם כי לא הוכח, כי ההיפך הוא הנכון" (Crowly, 1999).

י. קלוסטרמן, פרופסור לתורת המיילדות באוניברסיטת אמסטרדם, סיכם את הפילוסופיה שעליה התבססה המיילדות בהולנד מאז תחילת המאה: "הלידה, כשלעצמה, היא תופעה טבעית, ובמרבית המקרים אין היא זקוקה להתערבות כל שהיא - מלבד צפייה קפדנית, תמיכה מוסרית והגנה בפני התערבות האדם. אשה בריאה היולדת באורח טבעי מבצעת מלאכה שלא ניתן לעשותה טוב ממנה.

המלאכה יכולה להיעשות על הצד הטוב יותר כאשר האשה בטוחה בעצמה ונשארת בסביבה שהיא מהווה בה את הדמות המרכזית האמיתית כגון בביתה. באמצעות טיפול טרום לידתי קפדני, אפשר לחלק בתקופת ההריון את הנשים ההרות לשתי קבוצות: קבוצה גדולה שאינה מראה תסמינים פתולוגיים גלויים לעין (המכונה קבוצת הסיכון הנמוך) וקבוצה קטנה בהרבה המגלה סימנים קלים, או אף קשים של חריגות. רק קבוצת הסיכון הגבוהה זקוקה לבית חולים ולטיפול של מומחים, הקבוצה השנייה תהיה במצב טוב יותר תחת השגחה של מומחים לפיסיולוגיה של הלידה, מיילדת או רופא כללי בעל הכשרה מיוחדת במיילדות" (Macfarlane, 1977, 36).

נתון מעניין נוסף לגבי תמותת תינוקות נחקר בהולנד: בשנת 1973 נולדו בהולנד 196,974 תינוקות, מתוכם 99,000 בלידת בית, שהתבצעה בנוכחות סייעת בית, מיילדת או רופא. שיעור התמותה של תינוקות שנולדו בבית היה פחות משליש משיעור התמותה הכללי בכל הולנד – 4.5 לכל 1000 לידות לעומת 16.3 לכל 1000 לידות (Macfarlane, 1977). כמובן ששיעורי תמותת תינוקות ירדו מאד מאז 1973, וכן יש לקחת בחשבון כי לידות בבית הן מראש Low Risk ולכן הנתונים אינם לגמרי בני השוואה.

באנגליה נעשה סקר על לידות בית ב-1994 ע"י The National Birthday Trust. הסקר נעשה באופן חסוי, כאשר היה שיעור היענות טוב מהמיילדות. גויסו שתי קבוצות של נשים באופן פרוספקטיבי, כאלה שתכננו והתקבלו כמתאימות ללידת בית בשבוע 37 וקבוצה תואמת (Matched Group) של נשים, שנרשמו ללידה בבית חולים בשבוע 37. 16% מהנשים שבחרו בלידת בית הועברו לבית חולים בשבועות מתקדמים יותר ובמהלך הלידה. 40% מהנשים שהועברו היו בלידה ראשונה. הדו"ח של הסקר מציג אנליזה של 4,500 לידות בית וקבוצת ביקורת של 3,300 לידות בית חולים. התוצאות התקבלו מהנשים בדיווח עצמי, וכן מתוך רשומות רפואיות כלומר מה שקרה באמת באופן אובייקטיבי. המסקנות היו שאשה שעברה סינון נכון והתאימה ללידת בית - היא ותינוקה אינם נמצאים בסיכון יתר לעומת נשים עם פרופיל דומה שיוולדות בבית חולים. הסקר טוען גם כי שיעור לידות הבית יגדל ב-4-5% באנגליה בעשור הבא ויש צורך בתכנון שירותים (Chamberlain, 2000).

בשוויץ נערך מחקר FOLLOW UP פרוספקטיבי, שבדק התערבויות רפואיות ותוצאות בלידות בית מול לידות בית חולים לאחר זיווג של נשים. המטרה היתה להעריך הליכים רפואיים ותוצאות בין נשים שבחרו את מקום הלידה. המעקב נעשה בקליניקות אנטנטליות ובתי חולים נבחרים בציריך בין 1989-1992. 489 נשים שתכננו לידת בית ו-385 שתכננו לידת בית חולים. התוצאות העיקריות התייחסו ל: צורך במתן תרופות, היארעות של התערבויות בלידה (כמו: ניתוח קיסרי, וואקום, מלקחיים, חתך חייץ), משך הלידה, היארעות של קרעים פריניאליים חמורים, אובדן דם אמהי ותחלואה ותמותה פרינטלית. כל הנשים היו במעקב מהביקור האנטנטלי הראשון עד 3 חודשים לאחר הלידה. נרשמו 37 הפניות לבית חולים במהלך ההריון, 70 הפניות במהלך הלידה, 15 שינו את החלטתן מלידת בית ללידת בית חולים, 8 שינו את החלטתן מלידת בית חולים ללידת בית ו-17 הפלות. מכלל הנשים שהחלו את המעקב 369 לידות נעשו בבית, ו-486 בבית החולים. במהלך הלידה קבוצת הנשים שילדו בבית היו זקוקות באופן משמעותי לפחות תרופות ופחות התערבויות, כאשר לא נמצאו הבדלים במשך הלידה, היארעות של קרעים פריניאליים חמורים ואובדן דם אמהי. תמותה פרינטלית אחת נרשמה בלידה מתוכננת של בית חולים ואחת בלידה מתוכננת בבית. (כאשר התמותה

הפרינטלית הכללית היתה 2.3 ל 1000). לא היה הבדל בין לידות בית ללידות בית חולים במשקל היילודים, בגיל ההריון, או במצב הקליני. ציוני אפגר היו מעט יותר גבוהים ו-PH (בדיקה המעידה על המצב החומצי –בסיסי של היילוד) הנלקח מחבל הטבור לאחר הלידה נמוך יותר בלידות בית, אבל הבדלים אלו יתכן וקשורים לזמן של ניתוק חבל הטבור (Ackermann, 1996).

הדבר לא צוין במאמר אך לדעתי, מאחר והגישה בלידות בית היא טבעית יותר, לא נוהגים לנתק את חבל הטבור מוקדם כדי לאפשר ליילוד להסתגל בהדרגה לחיים החוץ רחמיים. ישנן מיילדות המחכות עד שהפעילות פוסקות ורק אחר כך מנתקות. ברור שככל שמחכים יותר ה-PH יהיה יותר נמוך כי זרם הדם מהשליה פוחת בהדרגה לאחר הלידה. מאידך יתכן וזה דורש מחקר נוסף בשאלה האם ציוני האפגר גבוהים יותר בלידות בית עקב השהיית הניתוק של חבל הטבור והמשך תמיכה נשימתית לעובר עד שמתחיל לנשום בכוחות עצמו. בדרך כלל נוהלי בית החולים מחיבים לנתק את חבל הטבור בטווח קצר של מספר שניות לאחר הלידה, עקב חשש ממעבר יתר של דם ליילוד ומפוליצטימיה עוברית וגם תופעה זו צריכה להיבדק ע"י מחקרים נוספים.

מסקנות המחקר: נשים בריאות עם הריון בסיכון נמוך המקיימות לידה בבית, אינן חשופות לסיכון גדול יותר מאשר לידה בבית חולים. עובדה זו נכונה, לפי המחקר, גם לגבי העוברים.

מחקר שהתקיים בארה"ב בדק תוצאות של מצב הפרינאום בלידות בית: קרעים פריניאליים הם מקור לאי נוחות קשה להרבה מאוד נשים לאחר הלידה. המחקר התיאורי הזה בדק תוצאות של מצב הפרינאום בלידות בית וכן נתן תיאור מקדים של פקטורים הקשורים לקרעים וביצוע אפיזיוטומי (חתך-חיץ). הנתונים נלקחו ממחקר קוהורט פרוספקטיבי של 1404 לידות בית מתוכננות בסיוע של מיילדות מוסמכות. האנליזה התמקדה בתת-קבוצה של 1068 נשים שטופלו ע"י 28 מיילדות וילדו בבית. טראומה לפרינאום כללה: קרעים ואפיזיוטומי. קרעים שטחיים ושפשופים קלים שלא היה צורך לתפור אותם נכללו בקבוצה של פרינאום שמור. קשרים בין טראומה לפרינאום והמשתנים במחקר נבדקו למבכירות וולדניות בנפרד.

מבחינת תוצאות המחקר: במדגם הנ"ל 69.6% מהנשים היו עם פרינאום שמור. ל-1.4% היה אפיזיוטומי, ל-28.9% היה קרע מדרגה 1 או 2 ול-0.7% היה קרע דרגה 3 או 4. רגרסיה לוגיסטית הראתה שהיה קשר בין וולדניות במצב סוציו-אקונומי נמוך ווולדנות גבוהה, לפרינאום שמור. והיה קשר בין נשים מבוגרות בנות 40 ויותר עם אפיזיוטומי קודם, משקל יתר, שלב שני מוארך של הלידה ושימוש בשמנים לטראומה לפרינאום.

נמצא קשר בין מבכירות עם סטטוס סוציו-אקונומי נמוך, תנוחת לידה בעמידה על 6 ( Hands and Knees Position) ותמיכה מנואלית בפרינאום, לבין פרינאום שמור. כמו כן, מסג' לפרינאום בזמן הלידה היה קשור לטראומה לפרינאום. מסקנת המחקר היתה שיש אפשרות למיילדות להשיג שיעורים גבוהים של פרינאום שמור ושיעורים נמוכים של אפיזיוטומי במסגרת נבחרת עם אוכלוסיה נבחרת. (Aikins - Murphy, 1998).

הבקורת שלי על המחקר קשורה לכך שלא היתה התייחסות כלל למשתנה בעל חשיבות רבה הקשור למיומנות של המיילדת בשמירה על הפרינאום, לנסיון המקצועי שלה ולעמדות והאמונות שלה בצורך

לבצע אפיזיוטומי במצבים של האטות בדופק העובר בשלב השני של הלידה המחייבות חילוץ מהיר. כמו כן לא היתה התיחסות למשקל היילודים, המהווה משתנה חשוב במצב של מקרוזומיה עוברית והצורך בביצוע של אפיזיוטומי.

מחקר נוסף נערך כ-META-ANALYSIS והתיחס לבטיחות של לידות בית. נושא הבטיחות של לידות בית מתוכננות שנוי במחלוקת, והוא נחקר בשיטה זו היות ומסקנות ממחקרים בודדים אינם מאפשרים להסיק מסקנות מובהקות מבחינה סטטיסטית.

המחקר בדק את הבטיחות של לידות בית מתוכננות המקבלות גיבוי רפואי מבית חולים מודרני בהשוואה ללידות בבית חולים בעולם המערבי. נעשתה META-ANALYSIS של 6 מחקרים תצפיתיים מבוקרים והתוצאות הפרינטליות של 24,092 נשים הרות בסיכון נמוך, כדי להעריך תחלואה ותמותה, ציוני אפגר, קרעים ווגינליים ושיעורי התערבויות בלידה. בלבול נטרל ע"י Matching Restriction ובאנליזה הסטטיסטית. התוצאות היו שתמותה פרינטלית לא היתה שונה באופן מובהק בשתי הקבוצות  $OR=0.87$ , 95% CI 0.54-1.41. השוני העיקרי בתוצאות היה תדירות פחותה של ציוני אפגר נמוכים וקרעים חמורים בקבוצה של לידות הבית. כמו כן פחות התערבויות רפואיות נעשו בקבוצה זו כמו: השראת לידה, זירוז לידה, אפיזיוטומי וניתוחים קיסריים. לא היתה תמותה אימהית במחקר.

המסקנה מהמחקר היתה שלידת בית היא אלטרנטיבה בטוחה לקבוצה סלקטיבית של יולדות עם סיכון נמוך (שלמעשה כוללת את מרבית היולדות), אשר מובילה להפחתה בהתערבויות רפואיות שאינן נחוצות (Olsen, 1997).

ביקורת מתודולוגית: יתכן וחלק מההבדלים קשורים להטיות: הממצאים הקשורים לתחלואה נתמכים ע"י ניסויים קליניים אקראיים של טיפולים רלוונטים ללידות בית והממצאים הקשורים לתמותה נתמכים ע"י מחקרים המשווים בתי חולים ורמות שונות של טיפול.

בארה"ב נערך מחקר תאורי שבדק תוצאות של לידות בית בסיוע של מיילדות מוסמכות. אתאר מחקר זה לפרטי פרטים, כי הוא מחקר יחודי באופי הפרוספקטיבי שלו הדן בלידות בית. כמו כן היתה כאן התיחסות מעמיקה וכוללנית של כל הפרמטרים הקשורים ללידות בית ואתאר אותם בהמשך. המחקר מסתמך על מחקר רטרוספקטיבי קודם בו נבחנו תוצאות של לידות בית מתוכננות בארה"ב. לפי מחקר זה, מיילדות מוסמכות טיפלו בכ-3000 לידות בית לשנה מ-1994-1989 וב-1995 דווח על תוצאות של 11,788 לידות בית מתוכננות, עם תמותה נאוטלית בתחילת הלידה של 2 ל-1000. למרות גודל המדגם הממצאים מוגבלים עקב האופי הרטרוספקטיבי של המחקר ולכן נעשתה הערכה פרוספקטיבית ע"י אותה חוקרת. ב-1994 זוהתה לצורך המחקר רשת של 45 מיילדות מוסמכות שעבדו בקהילה ומתוכן 64% הסכימו לשתף פעולה במחקר. חלקן מאזורים כפריים וחלקן מאזורים עירוניים במדינות שונות בארה"ב. המדגם כלל נשים הרות מגיל 18 ויותר שתכננו לידת בית מ-1994-1995. תוכנן פורמט אחיד לאיסוף מידע לכל הפרקטיקות שכלל מידע דמוגרפי, התנהגות סיכונית, הסטוריה מיילדותית וכו'. מהימנות נבדקה ע"י השוואה של תיעוד שהתקבל מכל פרקטיקה. הסכמה לתוצאות של משתנים עקריים כמו: מקום הלידה, תמותה פרינטלית, ותוצאות מיילדותיות ראשוניות היתה 100%. הדיוק של המידע לגבי העברה לבית החולים השווה לרשומות בתי החולים.

החלו את המעקב 1404 נשים, שבחרו בלידת בית מ-11 פרקטיקות של מיילדות מוסמכות. 11 נשים מתוכן שהשתיכו לקהילת ה"אמיש" סירבו להשתתף מטעמים תרבותיים. סטטוס סוציו-אקונומי נקבע על פי מספר פרמטרים כמו: עיסוק של האישה ובן הזוג, הכנסה, גודל משפחה, ונסיבות מיוחדות. 32% מהנשים השתיכו לקהילת האמיש ועובדה זו השפיעה על הפרופיל הסוציו-אקונומי ורמת ההשכלה של המדגם. כמעט שלא היתה הוכחה בקרב נשות המדגם להתנהגות סיכונית במהלך ההריון כמו: שתית אלכוהול, עישון סיגריות ועישון סמים. לכל הנשים למעט 2% היו 5 ביקורים פרינטליים, כמו כן לא היתה הוכחה לסיכון רפואי או מיילדותי. בין הנשים הוולדניות ל 60% היתה בעבר לידת בית ו-14% ילדו במרכז לידה. באופן כללי ל-68.8% היתה התנסות של לידה מחוץ לבית החולים. ל-22% מהנשים הוולדניות במדגם היתה הסטוריה של אחד או שני פקטורים, שדרשו התערבות מיילדותית כמו:

5.1% פתחו בעבר . PIH -Pregnancy induced Hypertension

7.2% עברו לידה מכשירנית (וואקום או מלקחיים)

3.1% היה מוות של עובר ברחם (IUFD).

2.1% היה משקל לידה נמוך מתחת ל 2500 ק"ג.

9.3% היה דימום אחרי לידה (PPH)

שאלה ספציפית על קושי בחילוץ העובר Shoulder Dystocia ומידע על נושא זה היה זמין רק לגבי 212 נשים וולדניות.

2.4% היתה הסטוריה של Shoulder Dystocia

מתוך 71 הנשים שהיה להן ניתוח קיסרי בעברן 93% ילדו בלידה ווגינלית מוצלחת לאחר הניתוח.

183 עזבו את המעקב, או הופנו לבית החולים.

6.1% עברו הפלה, הפסקת הריון, שינו מקום מגורים, או שינו את דעתן ובחרו בלידת בית חולים.

רק 7 מתוך ה 183 דווחו על בעיות כלכליות או חוסר כיסוי ביטוחי כסיבה להחליט נגד לידת בית.

מתוך 1318 נשים שנותרו 7.4% הופנו לבית חולים לפני הלידה עקב לידה מוקדמת, ירידת מים מוקדמת, שהתרחשו לפני שבוע 37.

נשים ששינו את דעתן לגבי לידת בית היו מאופיינות ע"י מספר פרמטרים בהשוואה לאלה שנשארו והתוצאות תמיד היו מובהקות ( $P < .05$ ): נשים לא נשואות, לא לבנות, נשים בלידה ראשונה, נשים שיש להן Medicaid. נשים מקהילת האמיש באופן מובהק לא שינו את דעתן.

הטבלה להלן מציגה סיבות להפניות לבית חולים לאחר שבוע 26 :

סיבות	שיעור	תוצאות עובריות
לידה מוקדמת, ירידת מים מוקדמת לפני שבוע 37	1.7%	2 מקרים של תמותה נאונטלית הכוללים עובר עם אנומליות.
הריון רב- עוברים	<1.0%	טובות
אנומליות קונגיניטליות	0.5%	2 מקרים של תמותת עובר ברחם, 2 מקרים של תמותה נאונטלית.
תמותת עובר ברחם	0.6%	
מצגים פתולוגיים	1.0%	טובות
דימום וגינלי/שליית פתח	0.5%	טובות
חשד למקרוזומיה	0.2%	טובות
חשד לפיגור בגדילה תוך רחמית IUGR	0.2%	טובות
חשד למצוקה עוברית FETAL COMPROMISE	0.3%	טובות
בעיות רפואיות	1.2%	טובות
ירידת מים במועד	<1.0%	טובות

1221 נשים נשארו במעקב והחלו לידת בית, מתוכם 8.3% הופנו לבית החולים במהלך הלידה ו-1119 ילדו בבית. 10 נשים ו-14 ילודים הועברו לבית החולים לאחר הלידה.

3.3% מהנשים ילדו לפני שהמיילדת הגיעה, וכל היילודים והאמהות בלידות הללו ללא סיוע היו במצב תקין וטוב.

משקל ממוצע לילודים שנולדו בבית 3704 ק"ג, רק 0.3% מהילודים שקלו פחות מ-2.500 ק"ג.

25% מהיילודים שקלו יותר מ-4.000 ק"ג. 5.5% שקלו יותר מ-4.500 ק"ג.

באף לידה בבית לא נעשה שימוש בוואקום או במלקחיים.

4 ילודים נולדו במצג עכוז.

על 3.8% מהילודים דווח שלא נשמו באופן ספונטני ומתוכם 3.2% קבלו סיוע של אמבו עם חמצן, עיסוי לב, אינטובציה.

ל 2.7% מהילודים היה אפגר בדקה ראשונה של פחות מ 7.

ל 1.2% מהילודים היה אפגר ב 5 דקות של פחות מ 7.

27% מהמבכירות הועברו לבית החולים במהלך הלידה ו 5.7% מהוולדניות הועברו לבית החולים במהלך הלידה. ( $P < 0.5$ )

מעבר לבית החולים במהלך הלידה לא היה קשור לסיכון מיילדותי ידוע קודם לכן, אלא קשור לבעיות פוטנציאליות כמתואר בטבלה:

RR CI 95%	N	%	סיבות להעברה לבית החולים
2.7 (1.4-5.2)	45	3.7%	חוסר יכולת של האם להתמודד עם כאבים בלידה וצורך באנלגזיה
8.7 (4.8-15.4)	29	2.4%	פעילות לב עובר אבנורמליות בשלב הראשון של הלידה
5.0 (3.0-8.4)	56	4.7%	פעילות לב עובר אבנורמליות בשלב השני של הלידה
3.5 (2.5-4.8)	137	11.3%	שלב לטנטי מוארך
6.5 (4.9-8.6)	133	11.0%	חוסר התקדמות בשלב הראשון של הלידה
23 (10.3-51.4)	27	2.2%	חוסר התקדמות בשלב השני של הלידה
4.2 (2.7-6.6)	76	6.3%	ירידת מים ממושכת
2.2 (1.6-2.9)	202	16.8%	כל סוג של מיקוניום
3.7 (2.1-6.3)	57	4.7%	מיקוניום סמיך מאוד ובינוני
0.8 (0.3-2.7)	38	3.2%	קושי בחילוץ הכתפיים Shoulder Dystocia
1.2 (0.7-2.1)	123	10.2%	דימום לאחר לידה

מכל הבעיות שהתעוררו במהלך הלידה הריון עודף של 42 שבועות ויותר ונוכחות מיקוניום היו פקטורים שהגדילו את הסיכוי להעברה לבית החולים ואת הסיכוי לתמותה עוברית.

17% מהנשים בשבוע 42 הועברו לבית החולים בהשוואה ל 7.5% מתחת לשבוע 42.

2 המקרים של תמותת עוברים ארעו בהריונות עודפים של שבוע 42 ויותר עם נוכחות מיקוניום.

32% מכלל העברות לבית החולים הסתיימו בניתוח קיסרי ו16% מכלל העברות בלידה מכשירנית.

בין אלו שעברו ניתוח קיסרי בעברן והחלו בלידת בית 14% הועברו לבית החולים במהלך הלידה. שיעור הניתוחים הקיסריים היה 5.3% באלה שהיה להן בעברן ניתוח קיסרי.

באופן כללי 2.3% מאלה שהחלו את הלידה בבית, נאלצו לעבור ניתוח קיסרי.

מבין 1221 הנשים שהחלו את הלידה בבית היו 5 מקרי תמותה פרינטלית, ובאופן כללי 4.1 ל 1000 לידות.

היו 3 מקרי תמותה עוברית בין הנשים שחלק מהלידה נוהל בבית או כל הלידה נוהלה בבית, ולכן השיעור ללידות בית מתוכננות היה 2.5 ל-1000 לידות. 2 מקרי התמותה העוברית היו בהריונות של 42 שבועות עם נוכחות מיקוניום (Murphy, 1995).

קיימות מספר הגבלות בקשר לתוצאות המחקר:

א. התוצאות משקפות מדגם של מיילדות שהסכימו להשתתף במחקר ולא ניתן להשוות לקבוצה שלא הסכימה להשתתף, או ללידות בית שנערכות ע"י רופא.

ב. המחקר מציג תוצאות ואינו מצין דבר על תהליך הטיפול בנשים. סביר להניח שלכל פרקטיקה יש פרוטוקול טיפולי שונה לגבי לידות בית.

ג. שונות במיומנות והניסיון המקצועי של המיילדות הם גורמים היכולים להשפיע על התוצאות ואספקטים אלה לא הוערכו כלל.

ד. לא היתה במחקר קבוצת ביקורת להשוואה של לידות בבית חולים.

ה. הטיות הקשורות לאופן סינון שונה של כל מיילדת תשארנה למרות נסיון ל-Matching של הסיכון. למעשה רק Randomized Clinical Trial ישנה את הבעיה של הטיית בחירה ואת זה קשה מאוד לבצע, כי הגבלה של אפשרות בחירה כפי שצריך להיעשות בניסוי קליני יתכן ויש לזה השפעה שלילית על מהלך הלידה ותוצאותיה.

שאלות לגבי הבטיחות היחסית של מקום הלידה הרבה פעמים נענות במונחים אידיאולוגיים ולא ע"י מחקר סיסטמטי. הנסיבות הן יותר לידות מתוכננות בבית החולים המשוות ללידות בית עם מערכת המאפשרת העברה בעת הצורך.

הנושא של סינון נכון של הריונות בסיכון וניבוי של בעיות פרינטליות הוא חשוב ביותר כשמדובר בלידות בית. שני הפקטורים הקשורים באופן חזק לתמותה פרינטלית ותחלואה הם אנומליות

קונגניטליות ומשקל לידה נמוך, למעשה אף אחד מהפקטורים האלה לא ניתן למניעה ע"י בחירה של מקום הלידה, למרות שניתן למנוע התדרדרות קשה ע"י זמינות של טיפול חירום רפואי.

חיבים להיות מודעים לכך שהערכה של מידת הסיכון תמיד תהיה מדע לא מושלם ויש דברים שלא ניתן לצפותם כלל.

לסיכום, המאמר טוען כי בטיחות בלידות בית היא נושא השנוי במחלוקת. הוויכוחים לגבי בטיחות של לידות בית מתמקדים בסיכון של תחלואה ותמותה פרינטלית הניתנים למניעה ובנושאים רחבים יותר של סינון מתאים והפניה בהתאם.

שאלות נוספות עולות בהקשר של היכולת לנבא איזו אישה תוכל ללדת בלידת בית בבטיחות, ומהו הסיכון של סיבוכים שלא ניתן לצפותם מראש והם דורשים העברת חירום לבית החולים. מחקרים המפורסמים על לידות בית מתוכננות מראים שיעורי תחלואה ותמותה פרינטלית נמוכים, אך מדגישים את הצורך בתכנון של "הערכת סיכון" ומיילדות מוכשרות ומיומנות.

למעשה, מחקרים בין-לאומיים מדווחים על מידע מארצות שונות בהן מערכת הטיפול הרפואית והמיילדותית שונה מהמערכת בארה"ב, וכמו כן הקריטריונים לדיווח לגבי תמותה פרינטלית ונאוונטלית שונים בין ארצות שונות ולכן קשה לפענח ולהסיק מסקנות ממידע בין לאומי.

חלק מהמחקרים הנעשים בארה"ב על לידות בית מוגבלים עקב גודלם הקטן. אחרים מייצגים אזורים גיאוגרפים מוגבלים או אוכלוסיות הומוגניות ולחלקם יש בעיות מתודולוגיות. למשל, מחקרים המשתמשים במידע מתעודות לידה אינם יכולים לזהות תמותה פרינטלית, אשר מיוחסת ללידת בית מתוכננת אך אירעה אחרי העברה לבית החולים.

באופן כללי המסקנות של כותבת המאמר הן שלידות בית יכולות להיות בעלות תוצאות טובות כאשר יש מערכת מובנית המאפשרת שיתוף פעולה טוב בין רופאים ומיילדות ואפשרות פינוי לבית החולים בעת הצורך. כמובן שלידת בית אינה פתרון הולם לכל היולדות והדרישה ללידות בית היא כביכול מינימלית במערכת הבריאות האמריקאית, אך זו דרישה יציבה של 25,000 לידות בית בשנה לכן מדובר בנושא השייך לבריאות הציבור למרות ההיקף הקטן.

בניו זילנד נעשה מחקר לאומי על לידות בית והיארעות של תמותה בתקופה שבין 1993 - 1973. לידת בית הוגדרה במחקר כלידה המתוכננת בבית שהחלה את השלב הראשון של הלידה בבית. המטרה היתה להעריך את שיעורי התמותה האמהית והפרינטלית וליצור קטגוריות לסיבות המובילות לתמותה פרינטלית. מידע על 9776 לידות בית מתוכננות עבר אנליזה. המידע נאסף ע"י The Home Birth Associations of New Zealand /Aotearoa. מידע פרינטלי נאסף ממאגר הנתונים הלאומי ומידע מבית החולים הלאומי לנשים באוקלנד שימשו כבסיס להשוואה.

התוצאות היו שלידות בית מתוכננות הו 2% מכלל הלידות ב 1993 וזו היתה עליה ב- 0.04% מ- 1973. לתקופה הזו שיעור התמותה הפרינטלית ללידות בית היה 2.97 ל- 1000 לידות ללא שינוי במשך הזמן, וזה לא היה שונה באופן משמעותי עם מובהקות סטטיסטית מהשיעור של קבוצה נבחרת של לידות בסיכון נמוך שהתרחשו בבית החולים הלאומי לנשים. אנומליות לטליות גרמו ל 31% מהתמותה הפרינטלית. היתה תמותה אימהית אחת כאשר שיעור התמותה האימהית היה 1.02 ל- 10,000 לידות.

היו שינויים משמעותיים בשיעור לידות הבית באזורים שונים של המדינה. המסקנה היתה כי לידת בית היא אופציה בטוחה ופופולרית לנשות ניו-זילנד הנמצאת בעליה למרות ההיקף הקטן בשנים 1973-1993. (Gulbransen, Hilton and McKay, 1997).

### אפשרות הבחירה וההעדפה של יולדות

בסעיף זה מוצגות תוצאות של מספר מחקרים העוסקים בזכות הבחירה מדעת של היולדת המבקשת לקיים לידה בבית. העמדה של ארגון הבריאות העולמי W.H.O נגזרת מתפיסה כללית יותר המתארת את הבריאות כ- "רב מימדית": "החלטות הקשורות לבריאות האישית מבוססות על גורמים רבים כולל פיזיים, רגשיים, חברתיים, רוחניים, ושיקולים תרבותיים. נשים זכאיות לחופש הבחירה וההחלטה הקשורות באופן הלידה. בהתבסס על כל הגורמים הללו, לידה היא יותר מאירוע רפואי או פיזי" (Hafner-Eaton and Pearce, 1994).

מחקר שנערך באנגליה בשנים 1995-1997 בדק את השקפת הנשים על מקום הלידה. הרקע למחקר היה ירידה בפרופרציה הלידות המתרחשות בבית לפחות מ-1% מכלל הלידות, למרות שאין הוכחה ליתרונות ההוספיטליזציה (Fordham, 1997). המטרה היתה לבדוק את העמדות והאמונות של נשים בגיל הפוריות ביחס ליתרונות וחסרונות של לידת בית לעומת לידה בבית חולים, אפשרויות הבחירה העומדות בפניהן והאינפורמציה הנחוצה לאפשר בחירה מדעת. שאלונים למילוי עצמי נשלחו ל 340 נשים בגילאים 20-40. המחקר נערך ע"י רופא (G.P) בעל עמדה תומכת בלידות בית. ההיענות למילוי השאלונים היתה 68%. הוולדנות של מחזירות השאלונים נעה מ 0-5, ל 76% מהמשיבות היו כבר ילדים. ל 97% מהוולדניות שהשיבו לשאלון היה ניסיון קודם של לידה בבית חולים. 86% מהמשיבות הביעו העדפה ללידה בבית חולים לגבי ילדים עתידיים. 3.5% העדיפו לידת בית ו 10.5% עדין לא החליטו. העדפה של לידת בית היתה קשורה לוולדנות ואלו שעדין לא החליטו היו מבכירות. רוב הנשים האמינו שללדת בבית חולים בטוח יותר מאשר בבית, לרוב הנשים היה ידע מועט לגבי יתרונות וחסרונות של לידת בית ולידות בבית חולים והיה צורך רב באינפורמציה נוספת. חלק קטן מהמשיבות הביע באופן ספונטני עוינות כלפי ההחלטה ללדת בבית.

מסקנות המחקר היו שנשים מראות ספקטרום רחב של דעות בנושא. אינפורמציה נוספת דרושה לנשים כדי לאפשר בחירה מדעת חופשית של מקום הלידה. חשוב לספק מידע זה באופן מקובל לציבור הרחב וחשוב שהוא יהיה מסופק ע"י אנשי בריאות שרכשו ידע נרחב בנושא [שם].

מחקר אחר נעשה בהולנד שמטרתו לבדוק את הסיבות לתהליכי השינוי בשיעור לידות הבית. שיטת המחקר Multi Level Analysis של הקליינטית, המיילדת, מקרים ספציפיים וגורמים מבניים ביחס ללידות בית מתוכננות או לידות בית חולים ב-42 קליניקות של מיילדות (Wieger, 2001). הממצאים היו שבחירת האישה במקום הלידה והיארעות של סיבוכים, שהובילו להפניה לרופא מומחה לפני או במהלך הלידה, נמצאו כדטרמיננטים העיקריים הקובעים את שיעור לידות הבית. עדין 64% מהשינוי בפרקטיקה של המיילדות מוסבר ע"י מאפיינים מקצועיים של המיילדות עצמן. שיעורי לידות בית גבוהים היו קשורים לגישה חיובית כלפי לידות בית וגישה ביקורתית ללידות בבית חולים ללא קשר לסיבות רפואיות, וכן שיתוף פעולה מקצועי טוב בין מיילדות לרופאים בבית חולים. המסקנות היו שהפרופרציה של לידות מתוכננות בבית חולים והפניה לרופא הם הפרדיקטורים הכי חשובים לשיעור

הלידות בבית חולים, של נשים שקבלו מעקב וטיפול ע"י מיילדת. הדברים יכולים להיות מושפעים ע"י המיילדות ובאיזה מידה הן מראות גישה חיובית ללידות בית (שם).

מחקר נוסף נעשה בהולנד לגבי "מהי ההשפעה של העברה לבית חולים מלידת בית על חווית הלידה". כפי שכבר צוין בהולנד נשים עם הריון בסיכון נמוך חופשיות לבחור היכן ללדת בבית או בבית חולים ולהיות מטופלת ע"י מיילדת עצמאית או רופא כללי (Wieger, 1998). בממוצע 1 מתוך 5 נשים שנשארו תחת טיפול של מיילדת בתחילת הלידה הופנו לרופא מומחה במהלך הלידה או זמן קצר לאחריה והיו זקוקות לפינוי לבית החולים. נשלחו שאלונים ל-2301 נשים הרות לפני ואחרי הלידה, כדי למדוד ולהעריך את חווית הלידה, האם הבחירה במקום הלידה היתה נכונה, שביעות רצון מהלידה, שביעות רצון מטיפול המיילדת, וימים ראשונים של משכב לידה בנשים שתכננו ללדת בבית חולים או בבית. אחוז ההיענות לשאלונים לפני ואחרי היה 89.3%. נתקבלו תוצאות של 745 נשים מבכירות ו-895 וולדניות. מהנשים המבכירות 39.3% חוו העברה לבית החולים במהלך הלידה. מהנשים הוולדניות 10.3% חוו העברה לבית החולים במהלך הלידה. התוצאות היו שלנשים שחוו העברה לבית החולים למרות שתכננו לידת בית היו תחושות חיוביות כלפי הלידה והמטפלים, כפי שהיו לנשים שתכננו לידה בבית החולים. המסקנות, בניגוד לציפיות, היו שהעברה בלתי מתוכננת מלידת בית לבית החולים יש לה השפעה קטנה על חווית הלידה (שם). ניתן להסיק ממחקר זה כי פינוי לבית החולים אינו פוגע בשביעות הרצון של היולדת במידה וניתן מראש חופש הבחירה לגבי מקום הלידה.

מחקר שנערך בפינלנד מניח כי לכל חברה יש הבנה והסכמה כללית לגבי לידה והדיטרמיננטים הקשורים אליה: מטפלים מקצועיים, מיקום, מלווים ודרך קבלת החלטות משלה (Viisainen, 2001). בעולם המערבי החלטות אלו מבוססות על ידע ביומדיקלי. קיימים שני מודלים תרבותיים המתחרים ביניהם הקשורים למושג "לידה":

- המודל הביומדיקלי/טכנוקרטי.

- המודל הטבעי/הוליסטי.

המודלים הללו מנווטים את בחירת הנשים והעדפותיהם לגבי המקום והמטפל בלידה.

המאמר חוקר את הדרך שבה המודלים התרבותיים הנ"ל של לידה והאפשרויות הפרקטיות הקימות לבחירה, מעצבים את ההבנה של גברים ונשים לגבי לידת בית. המחקר מבוסס על ראיון עם 21 נשים מפינלנד ו-12 גברים. הסיבות לתכנון של לידת בית נבדקו ע"י אנליזה של תיאור מסודר. האנליזה התמקדה בעיקר בהגדרת הנשים "מה זה טבעי?" והיחסים שלהם עם שירותי הבריאות, בהם המודל הביו-מדיקלי שולט. האנליזה מראה שהרעיון של "לידה טבעית" קשור לוריאציה רחבה של משמעויות אצל האישה הפינית, לדוגמא: נחישות עצמית, שליטה ואמונה באינטואיציה. נראה, שהניהול הביו-מדיקלי של הלידה מראה שונות תרבותית רבה וכך גם ההתנגדות להגמוניה הביו-מדיקלית קשורה באופן חזק לסטטוס הסוציו-תרבותי. (שם)

### מיסוד וארגון לידות בית במסגרת שירותי הבריאות

סעיף זה כולל סקירת מאמרים בנושא מיסוד לידות בית במקומות שונים בעולם.

באירלנד, נוסד ארגון ה- Home Birth Association – H.B.A., קבוצה התנדבותית שהוקמה ב-1982 במטרה לספק מידע ותמיכה למעוניינים בלידות בית. הארגון מסייע להורים לבצע בחירה מדעת ע"י פרסומים, מענה טלפוני לשאלות, ריכוז רשימת מיילדות מוסמכות, קיום מפגשים פתוחים חדשיים וארגון סדנאות וכנסים. ה- H.B.A מפעיל "לובי" מול מערכת הבריאות בכדי לקדם את הנושא ברמה הלאומית כשירות רפואי מוסדר לציבור.

בהולנד, בה לפי דו"ח ה- National Center for Health Statistics שיעור תמותת היילודים הוא מהנמוכים בעולם – 5.7 מ-1000 (ראה טבלת שיעורי תמותה בנספח ב' לפרק ג') כ-35% מכלל הלידות מתרחשות בבית. מתקיימת שם מערכת אינטגרטיבית של שירותי לידות בית הכוללת מיילדות מיומנות ובעלות הכשרה מתאימה אשר נושאות ציוד חירום על פי תקנות מוכרות, מערכת מבוססת של פינוי חירום לשעת הצורך ומערכת נהלי קליטה בבתי החולים (Weiger, 1998).

בהולנד שלאורך שנים רבות היתה מודל ללידות בית ולשירותי בריאות מוסדרים המאפשרים ומעודדים לידות בית, חל שינוי בשיעור לידות הבית. ב-1965 2/3 מכלל הלידות בהולנד התרחשו במסגרת ביתית. במהלך 25 השנים מאז המצב התהפך ורק 1/3 מהלידות מתרחשות בבית. מספר פקטורים השפיעו על השינוי הזה, כולל הכנסת אישפוז מקוצר ללידות בבית חולים, הכנסת מיילדות עצמאיות למסגרת של בית חולים, שיעור הפניות גדל מטיפול ראשוני במסגרת הקהילה לטיפול משני, שינויים בחלוקת המקצועות השונים העוסקים בטיפול בנשים הרות ואמהות, טכנולוגיה רפואית ושינויים דמוגרפים. אחרי ירידה בשיעור לידות הבית עד 1978 ותקופה של יציבות יחסית בין 1978-1988, שיעור לידות הבית החל לרדת יותר למידה שבה הוא יכול לערער את היציבות של כל המערכת ההולנדית הקשורה ל- MATERNITY CARE ותפקיד המיילדות בתוכה. מערכת הטיפול בנשים הרות ואימהות בהולנד נשענת בעיקר על נותני שירותים ראשוניים בקהילה: מיילדות ורופאים כלליים (G.P.), אשר אחראיים על מעקב וטיפול להריונות המוגדרים כ- Low Risk, ושירות משני הניתן ע"י רופאים מומחים לגינקולוגיה ומיילדות המספקים מעקב וטיפול להריונות בסיכון (High Risk). שימור המערכת דורש שיתוף פעולה ברמה גבוהה בין כל נותני השירות וכן מערכת סינון פונקציונלית כדי להבטיח שכל הנשים תקבלנה את הטיפול הנחוץ להן. כדי לשמר את אופצית לידות הבית בהולנד יש צורך בהמשך טיפוח של מיילדות המקבלות הכשרה ברמה גבוהה, וכן לתת לנשים הרות שהן בסיכון נמוך בטחון מספיק בעצמן ובמערכת הטיפול המיילדותית, כדי שתוכלנה לבחור בלידת בית (Wiegers, 1998).

בארה"ב מ-1960 רוב הלידות מתבצעות בבתי חולים תחת טיפול רפואי, אך עדין יותר מ-40,000 לידות נערכות מחוץ לבית החולים כל שנה, חלקן במרכזי לידה, קליניקות ובמסגרת ביתית. במשך השנים שיעורי לידות הבית נשארו יציבים והם כ-0.6% מכלל הלידות.

לידות בית מוצגות כבעלות יתרון בהיבט הכלכלי, ועל פי מחקר בנושא יחס עלות-תועלת של לידות בית מול לידות בבית חולים, עולה כי לידת בית ואגינלית ממוצעת, ללא סיבוכים, עולה 68% פחות מאותה לידה בבית החולים (Anderson, 1990).

במדינת קולורדו, משרד הבריאות הסדיר את הנושא באופן חוקי כולל רישום המיילדות, התאמת היולדות, התוויות נגד, מצבים הדורשים פינוי לבית חולים, סטנדרטים של טיפול וכו'. בהמשך אציג את המודל של מדינת קולורדו כמודל התיחסות (עם התאמות נוספות), שיכול לעזור למשרד הבריאות בארץ להסדיר את הנושא של לידות הבית.

באוסטרליה, ארגון ה- Doctors Reform Society of Australia – D.R.S., מכיר בזכות הנשים לבחור בלידת בית כאשר אין קונטראינדיקציות. כמו כן הם ממליצים כי מערכת הבריאות תנקוט צעדים מתאימים בכדי שלידת-בית בסיוע מיילדת או רופא תהיה ניתנת להשגה, יחד עם אספקת שירותי גיבוי אפקטיביים של אמבולנס ובית חולים כאשר מתעורר צורך בפינוי היולדת.

## פרק ג' - דיון: השוואת פרמטרי בריאות ובחינת הצורך במיסוד

בפרקים הקודמים הוצגה בעיית לידות הבית בישראל כבעייה בבריאות הציבור, וכן ראינו כי במדינות שונות בעולם קיימות התיחסויות מגוונות לבעייה זו. בפרק זה אדון בשלשת הסוגיות המרכזיות בשיקולי מערכת הבריאות לגבי מיסוד הנושא במסגרת שירותי הבריאות הקיימים בישראל: בטיחות וסיכונים, חופש הבחירה של היולדת ואופן המיסוד הרצוי.

סקירת המאמרים הרבים בתחום זה מביאה למסקנה ברורה כי לידות בית הן אלטרנטיבה בטוחה עבור קבוצה סלקטיבית של יולדות שהן בגדר "Low Risk". רפואה לפי עקרונות של "Evidence based medicine" מבהירה כי מצב שבו רופאים המומחים לגניקולוגיה ומיילדות מטפלים בנשים בריאות עם הריון תקין, מעלה את שיעור ההתערבויות הרפואיות המיותרות ואת העלויות מבלי לשפר את התוצאות האימהיות והפרינטליות (Mullens, 1995). כמו כן, לידת בית נמצאה כבטוחה אם היא מבוצעת על ידי מיילדת מוסמכת שעברה הכשרה מתאימה, והיא נתמכת על ידי מערכת גיבוי המאפשרת העברה לבית החולים בהתאם לצורך. לגבי ההכשרה אוכל להעיד מנסיוני, כי במסגרת הכשרתי האישית לקבלת לידות בית השתתפתי מיוזמתי בסדנת מיילדות בית מתקדמת של ארגון ה-FARM במדינת Tennessee בארה"ב, שבה נלמדו מיומנויות ספציפיות כגון תפירה, החייאת יילוד ועוד.

ראינו כי בהולנד, בה קיימת מערכת מוסדרת של לידות בית המנוהלת ע"י רופאים כלליים ומיילדות, כולל מערך פינוי מוסדר, מושגות תוצאות טובות ביחס למדינות אחרות הן בנושא תמותת תינוקות והן במצב אימהי. לפי ד"ר Marsden Wagner מאירגון הבריאות העולמי המדינות בהן שיעורי תמותת תינוקות נמוכים מעסיקות מיילדות כמטפלות העיקריות ב-70% מכלל הלידות (Wagner, 1991).

הרפואה המודרנית מאפשרת חופש בחירה גדל והולך במגוון שירותי בריאות המוצעים לציבור. גם בתחום המיילדות מוצעים היום שירותים רבים ובכללם ניתוח קיסרי לפי בחירה, תכניות לידה שונות ועוד. מסקירת המחקרים בנושא חופש הבחירה עולה כי לידה בבית היא אחת האפשרויות המועדפות על חלק מהיולדות ואלה שהתנסו בה מדווחות על שביעות רצון גבוהה יותר מיולדות שהתנסו בלידה בבית חולים. ראינו כי אינפורמציה נוספת דרושה לנשים כדי לאפשר בחירה מדעת חופשית של מקום הלידה. מידע זה אינו מסופק כיום לציבור הרחב באופן מקובל בחלק מהמדינות ובישראל בפרט, וחשוב שהוא יהיה מסופק ע"י אנשי בריאות שרכשו ידע נרחב בנושא.

מצב מיסוד נושא לידות בית במדינות שונות בעולם הוא מעורב: קיימות מדינות בהן לידות בית הן בניגוד לחוק וברובן מתקיים מאבק של ארגוני נשים ומיילדות לשינוי חקיקה בנושא, ובמדינות אחרות קיימת חקיקה מלאה וממוסדת הכוללת מדיניות ברורה ונוהלי הסמכה עם שירות מוסדר ומבוקר. נספח א' בפרק זה מתאר מצב חוקי של מיילדות בית במדינות ארה"ב, וניתן לראות את השונות הרבה בין מדינות אלו בתחום הסטטוס התחוקתי. נספחים ב' וג' בפרק זה מציגים באופן טבלאי שיעורי תמותת תינוקות בעולם ובארה"ב לצורך הדיון בהמשך.

## **האם למיסוד לידות בית במסגרת ארגונית או בשירותי הבריאות יש השפעה על תוצאות מיילדותיות?**

חסרים נתונים ומידע סטטיסטי לגבי הקשר בין שיעורי תמותת תינוקות לבין שיעורי לידות בית, בהתייחס למיסוד ותקנות הקיימות באותה מדינה לגבי לידות בית. עם זאת, לפי טבלאות תמותת תינוקות בעולם, המדינות המובילות את הרשימה בשיעורי תמותה נמוכים כגון מדינות סקנדינביה, הולנד, אירלנד ואוסטרליה, הן מדינות בהן יש הכרה בזכות הבחירה של האישה לגבי מקום ואופן הלידה, בחלקן קיימים ארגונים של לידות בית ובחלקן קיימות תקנות ומיסוד ברמה ממלכתית. במדינות בהן המיילדות מתפקדות באופן עצמאי, קטן שיעור ההתערבויות הרפואיות.

ביפן, מהמובילות בעולם בשיעורי תמותת תינוקות נמוכים, לידות הבית אינן שכיחות, אך במסגרת בתי החולים ניהול הלידות נעשה על ידי מיילדות, עם השגחה רפואית מינימלית, ותפיסת הטיפול היא של מינימום התערבויות. יש המסיקים מכך כי ניהול לידה בידי מיילדות מפחית התערבויות וסיכונים הכרוכים בהתערבויות אלו, ולכן גם בלידות בית עבור יולדות בסיכון נמוך המצב דומה.

לגבי אותה השערה עבור ארה"ב, ניתן לראות כי המדינות בהן מיילדות בית היא חוקית וברמת מיסוד כלשהיא או בארגון קיים, שיעורי תמותת תינוקות נמוכים יותר מאשר במדינות בהן מיילדות בית אינה חוקית. עם זאת יש לזכור כי קיימים משתנים רבים אחרים כגון מוצא, רמת שירותי בריאות, מצב סוציאקונומי וכו' המשפיעים, ולא ניתן להסיק מכך כי דווקא לידות הבית הן הגורם המשפיע ללא מחקרים יעודיים בתחום זה. השערתנו היא כי ככל שרמת שירותי הבריאות גבוהה יותר ניתן חופש בחירה רב יותר לידות, ולכן מגוון שירותי הבריאות רחב יותר באופן כללי, ולידות בית מתאפשרות במסגרת הרחבת מגוון זה של אפשרויות הטיפול.

## **מהן ההשלכות לגבי מיסוד לידות בית בישראל?**

בישראל, למרות שהנושא הועלה לדיון ציבורי במספר הזדמנויות כולל בוועדת הכנסת (קורן, 2000), לא עלה לדיון מסודר מיסוד התופעה אלא נידונה סוגיית מענק הלידה וקבלתו ללא תנאים מגבילים, נושא שהוא בפירוש אינו הבעייה המרכזית בסוגיית לידות הבית. עם זאת, אין סיבה שלא ליצור קשר בין מענק הלידה לבין תהליך המיסוד, באופן שיעודד את הקשר ואת שיתוף הפעולה בין לידות הבית לבין בתי החולים גם בהקשר של פינוי בעת הצורך וגם כדי לאפשר בדיקה רפואית של האם והיילוד.

יצירת מסגרת ארגונית של מיילדות מוסמכות העוסקות בלידות בית, מאפשרת תהליך של קביעת מדיניות אחידה, קריטריונים וכללי עבודה מוסכמים. גוף כזה יספק את השירות לידות תחת מדיניות ובקרה של משרד הבריאות, ויהיה אחראי על התקשרות עם מערך רפואי כגיבוי כגון אמצעי פינוי, צורך בהתערבות רפואית וכו'. התקשרויות אלו יבוצעו בחסות משרד הבריאות תוך קביעת נהלים ותקציבים. לאחר הסדרת התקשרויות אלו תוכל כל מיילדת להזמין את השירות על פי הצורך.

השלמת ההכשרה של מיילדות לתחום לידות הבית צריכה להתבצע במסגרת קורס תחת מוסד רפואי מוכר, במימון עצמי של מיילדות המעוניינות בכך. הארגון המוצע בחלופה זו יהיה הגורם המתאם והקובע את תכנית ההכשרות באופן מרוכז ובחסות משרד הבריאות.

נדרשת הסברה למניעת לידות בית על ידי מטפלים לא מוסמכים, והגוף המוצע יהיה אחראי על הדאגה לשלום הציבור בנושא. כמו כן יוגדרו דרכי הפיקוח על קיום לידות בית באמצעות דיווח של בית החולים המקבל את היולדת לאחר הלידה.

בישראל, כיום, לא מסופק מידע בריאותי לגבי אפשרות הבחירה בלידת בית על ידי מיילדות, ונשים הרות פוגשות מיילדות במסגרת בית החולים בלבד, כשהן נמצאות כבר בלידה פעילה, או במסגרות של קורסי הכנה ללידה בקהילה שלא כולם נערכים ע"י מיילדות. ההחלטה על מקום הלידה אינה מבוססת על מידע המסופק כשירות לציבור. הגוף המוצע יקבל אחריות לריכוז מידע לציבור בנושא לידות הבית, ויספק לפי הצורך רשימת מיילדות מוסמכות העוסקות בתחום, בדומה לכלל מגזר מקצועי רפואי אחר, וכן מידע אינפורמטיבי משלים בנושא.

#### מבחני ישימות

כפי שנהוג בבתי החולים המספקים שר"פ, יקבעו ע"י המסגרת הארגונית המוצעת כללי תשלום בהתקשרות בין יולדת למיילדת. כל מערך הפינוי והגיבוי הרפואי צריך להיות מסופק כשירות משלים בתוך סל הבריאות. יש להדגיש כי קיום לידה בבית מוזיל את עלויות הלידה באופן משמעותי, וכן כי חלק מכספי ביטוח לאומי המיועדים לבית החולים (למעט מענק לידה המיועד ליולדת) יכולים לשמש כמקור תקציבי למערך הרפואי הנדרש.

מבחינה פוליטית, תתכן בעייה בהכרת הקהילה הרפואית בנושא לידות בית ממוסדות, בגלל תחושה של אובדן שליטה בניהול הלידה כפי שנעשה במרכזים רפואיים. למרות שתהליך הלידה הוא טבעי ולא פתולוגי, קיימת תפיסה רפואית שונה המדגישה את הסיכון והצורך בניהול הלידה ע"י רופא.

מבחינה מנהלית, יתכן כי חלק ממיילדות הבית תתקשנה לוותר על העצמאות וחופש ההחלטה הקיים כיום, ולהתאים עצמן למסגרת ארגונית, נהלים ופיקוח.

על אף הקשיים הכרוכים בכך, נראה כי מיסוד לידות הבית בישראל מחוייב המציאות ולו בגלל הרמה המתקדמת של חופש הבחירה עבור המעוניינות ומתאימות לכך, וניתן לביצוע בדומה לנעשה במקומות אחרים בעולם.

**נספח א' לפרק ג' - מצב חוקי של מיילדות בית במדינות ארה"ב**

State	Legal By:			Legal By:	Prohibited By:	CPM	MEAC Accredited Programs	Medicaid Reimbursement
	Licensure(L) Certification(C) Registration(R) Documentation(D)	Judicial Interpretation or Statutory Inference	Not Legally Defined, but not prohibited	Statute, but Licensure Unavailable	Statute, Case Law, or Stricture of safe practices			
AK	L					CPM		X
AL				X				
AR	L					CPM		
AZ	L					CPM		X
CA	L					E	1	
CO	R					CPM		
CT			X			AE		
DE				X				
DC					X			
FL	L					E	2	X
GA				X				
HI				X				
ID		X				AE		
IL		X						
IN					X			
IA					X			
KS		X						
KY					X			
LA	L					CPM		
ME		X				AE	1	
MD					X			
MA		X						
MI		X				AE		
MN	L					CPM		
MS		X						
MO					X			
MT	L					E		
NE			X					
NV		X						
NH	L					CPM		
NJ				X				
NM	L					CPM		X
NY				X				
NC					X			
ND		X						
OH			X					
OK		X						
OR	Voluntary-L					CPM	3	X
PA		X						
RI				X				
SC	L					CPM		X
SD			X					
TN	L					CPM		
TX	D					CPM	1	
UT		X				AE	1	
VT	L					CPM		X
VA					X			
WA	L					E	1	X
WV			X			AE		
WI			X			AE		
WY					X			

LEGEND	
<b>E</b>	State uses NARM Exam as part of licensure process.
<b>AE</b>	State midwifery association uses NARM exam for certification.
<b>CPM</b>	Reciprocity of CPM credential or CPM plus state specific requirements accepted for licensure, certification, documentation or registration

Information for this chart was provided by the Midwives Alliance of North America (MANA), the Midwifery Education and Accreditation Council (MEAC), and the North American Registry of Midwives (NARM).

<http://www.cfmidwifery.org/statelaw.html>

## נספח ב' לפרק ג' – שיעורי תמותת תינוקות בעולם 1996

### International Comparisons of Infant Mortality Rates, 1996

The United States infant mortality rate ranked 26th among selected countries<sup>1</sup> in 1996. The 1996 US infant mortality rate of 7.3 per 1,000 live births was more than twice as high as the number 1 ranked country Singapore, with a rate of 3.8. The 1998 preliminary US infant mortality rate was 7.2 per 1,000 live births

Rank	Country	Rate	Rank	Country	Rate
1	Singapore	3.8	20	England and Wales	6.1
2	Japan	3.8	21	Canada <sup>2</sup>	6.1
3	Sweden	4.0	22	Scotland	6.2
4	Finland	4.0	<b>23</b>	<b>ISRAEL *</b>	<b>6.3</b>
5	Norway	4.0	24	New Zealand <sup>2</sup>	6.7
6	Hong Kong	4.1	25	Portugal	6.9
7	Spain	4.7	<b>26</b>	<b>UNITED STATES</b>	<b>7.3</b>
8	Switzerland	4.7	27	Cuba	8.0
9	France	4.9	28	Greece	8.1
10	Germany	5.0	29	Slovakia	9.9
11	Austria	5.1	30	Puerto Rico	10.4
12	Ireland	5.5	31	Hungary	10.9
13	Belgium	5.6	32	Kuwait	11.5
14	Netherlands	5.7	33	Chile	11.7
15	Denmark	5.7	34	Costa Rica	11.8
16	Australia	5.8	35	Poland	12.2
17	Northern Ireland	5.8	36	Bulgaria <sup>2</sup>	14.8
18	Italy	6.0	37	Russia <sup>2</sup>	18.2
19	Czech Republic	6.0	38	Romania	22.3

1 Includes countries that reported infant mortality rates to the World Health Organization

2 Rates are for 1995 data

Notes: Rates are per 1,000 live births

Rankings are based on more than one decimal place.

Source: National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2000 with Adolescent Health Chartbook*. Hyattsville, Maryland: 2000.

Prepared by March of Dimes Perinatal Data Center, August 2000  
<http://www.modimes.org/HealthLibrary2/InfantHealthStatistics/mortal.htm>

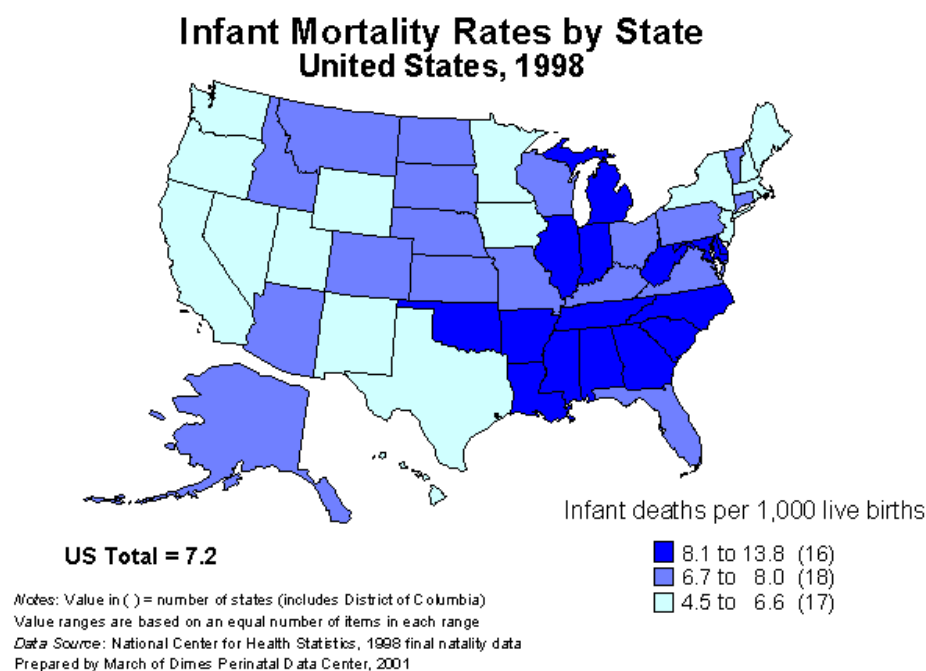
\*ההדגשה של ישראל היא שלי, היות והעבודה מתייחסת לשירותי הבריאות בישראל.

## נספח ג' לפרק ג' – שיעורי תמותת תינוקות בארה"ב

Table 1. Infant mortality rates: United States and each State, Puerto Rico, the Virgin Islands, and Guam, [By place of residence] 1996-98 linked files

New Hampshire	4.5	North Dakota	6.8	West Virginia	8.3
Massachusetts	5.1	Alaska	6.9	Delaware	8.4
Maine	5.3	Idaho	7.0	Tennessee	8.4
Oregon	5.5	Wisconsin	7.0	Illinois	8.5
Washington	5.7	Montana	7.1	Maryland	8.6
California	5.9	US	7.2	Georgia	8.7
Minnesota	5.9	Florida	7.3	Arkansas	9.0
Utah	5.9	Kentucky	7.3	Louisiana	9.2
Texas	6.3	Arizona	7.4	North Carolina	9.2
Hawaii	6.5	South Dakota	7.4	South Carolina	9.2
Iowa	6.5	Pennsylvania	7.5	Alabama	10.0
New Jersey	6.5	Kansas	7.6	Mississippi	10.5
Rhode Island	6.5	Missouri	7.6	Puerto Rico	10.7
Nevada	6.6	Virginia	7.7	Virgin Islands	10.8
New Mexico	6.6	Nebraska	7.8	DC	13.8
New York	6.6	Ohio	7.8		
Wyoming	6.6	Indiana	8.1		
Vermont	6.7	Oklahoma	8.1		
Colorado	6.8	Guam	8.1		
Connecticut	6.8	Michigan	8.2		

From the CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION  
National Center for Health Statistics  
National Vital Statistics System NVSS Volume 48, Number 12 July 20, 2000



## פרק ד' - המלצות לביצוע במערכת הבריאות בישראל

כפי שראינו בפרק הראשון בעבודה זו, לידות בית בישראל יוצרות סוגייה חשובה בבריאות הציבור אשר כיום חסרה הכרה וטיפול ממסדי. תופעת לידות בית מתוכננות בישראל היא מציאות קיימת, והמלצתי למערכת הבריאות בישראל היא להכיר בקיום התופעה, ובהתאם לעקרונות חופש הבחירה בטיפול רפואי ואוטונומיה של המטופל על פי חוק זכויות החולה, לדאוג למיסוד הנושא כשירות לציבור המעוניין בכך בדומה למספר מדינות מפותחות בעולם.

שירות זה, בחסות משרד הבריאות, יאפשר הגדרת קריטריונים אחידים, מנגנוני ניהול ובקרה למניעת סיכונים והכשרה משלימה הולמת למיילדות המעונינות ומתאימות לעסוק בלידת בית. כמו כן יאפשר השירות מענה לצרכי הקהילה המשתנים, תוך אימוץ שיטות מקובלות המוכרות בעולם.

### פירוט ההמלצות

#### א. הקמת ארגון מיילדות בית

התארגנות מיילדות הבית המוסמכות להקמת גוף שיוכר ע"י משרד הבריאות בדומה לקיים בעולם, כדי לספק שירות מקצועי ובטוח תחת מנגנון הכשרה, בקרה ופיקוח מאושר.

ארגון מיילדות בית כגוף מורשה בחסות משרד הבריאות יעסוק בקביעת קריטריונים, נהלים ומנגוני פיקוח ובקרת איכות בנושא. גוף זה ירכז ויעביר למשרד הבריאות או ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה מידע סטטיסטי העוסק ברישום לידות הבית, היבטים של תוצאות בריאותיות מבחינת האם, היילוד והמשפחה, פרטי המיילדות והסמכתה, ומשתנים נוספים כגון מקרי העברה לבית חולים, ושיתוף הפעולה עם בית החולים.

#### ב. מערך שירות מוסדר ללידות בית

הקמת מערך שירות מוסדר ללידות בית הכולל:

- (1) הכנת אמבולנס לפינוי במידת הצורך.
- (2) הכנת בתי חולים לקליטת היולדת במידה ומתעורר צורך במהלך לידה וכן קליטתה לאחר לידת בית לשם בדיקה רפואית של האם והיילוד, וקבלת מענק לידה.
- (3) גיבוי רפואי.

### **ג. מסלול הכשרה מקיף עבור מיילדות**

הקמת מסלול הכשרה מקיף עבור מיילדות המתמחות בלידות בית הכולל:

- (1) עקרונות סינון יולדות מתאימות על פי קריטריונים מקובלים.
- (2) הגדרת ציוד רפואי מתאים והרחבת ידע בנושאים כגון החייאה, תפירה, טכניקות רפואה משלימה ולידות מים.
- (3) הסדרת פעולות חריגות.
- (4) נהלי רישום ודיווח.
- (5) נהלי מעקב טרום לידה ובתקופת משכב הלידה, כולל הדרכה להנקה.
- (6) ביטוח מקצועי וניהול סיכונים

### **ד. פרסום תקנות ומידע ע"י משרד הבריאות**

- (1) מומלץ לפרסם תקנות הקובעות כי ביצוע כלל לידות הבית בישראל רק על ידי מיילדות מוסמכות בעלות רישיון מוכר ע"י משרד הבריאות והכשרה מתאימה ללידות בית.
- (2) אספקת מידע לציבור בנוגע לשירות כולו ולרשימת מיילדות מורשות.

## **תכנית פעולה ומחקרים נוספים**

מומלץ להגדיר תכנית פעולה הכוללת את השלבים הבאים:

1. כינוס המיילדות המוסמכות העוסקות בתחום והגדרת מסגרת ארגונית מתאימה.
2. הקמת צוות לכתבת פרוטוקול ונהלים בנושאים הקריטיים הבאים:
  - קריטריונים להתאמת יולדת ללידת בית (Low Risk)
  - קריטריונים לפינוי יולדת לבית החולים במידת הצורך
  - בניית תכנית הכשרה למיילדות בית
3. העברת הפרוטוקול לאישור משרד הבריאות.
4. השגת הסכמה של רופאים מיילדים לשמש כגיבוי רפואי במידת הצורך.

5. השגת הסכמה של מערך פינוי כגון מד"א לשמש כמערך פינוי יולדות במידת הצורך.
6. יצירת קשר עם בתי החולים והשגת הסכמתם לקליטת יולדות במהלך או לאחר לידה כולל הסדרי ביטוח לאומי.
7. הקמת צוות הון בהסדרים הכספיים: עלות לידת בית, עלויות מערך התמיכה, מקורות לכיסוי העלויות.
8. תכנון סדרת ימי עיון וסדנאות בהשתתפות אנשי מקצוע
9. הקמת צוות יחסי ציבור להגדרת שיטות פרסום והעלאת מודעות בציבור למיסוד הנושא.
10. יצירת קשר עם מערך התחנות לבריאות המשפחה ליצירת קשר עם היולדות הפוטנציאליות המביעות רצון לבצע לידת בית.
11. יצירת קשר עם ארגונים דומים בעולם להקמת מנגנוני שיתוף פעולה, עדכון הדדי והעברת מידע.
12. סיוע למשרד הבריאות בהקמת מערך פיקוח ובקרה בהשתתפות בתי החולים ויתר גורמי מערכת הבריאות.

## מחקרים וסקרים

1. ביצוע סקר שוק לניתוח היקף התופעה בציבור כצעד ראשוני מחקר מסוג CrossSectional המשמש כחלון הזדמנויות המציף לאוכלוסיה ומתאים כדי לאסוף מידע לגבי היארעות והימצאות של לידות בית בישראל. מידע זה ישמש כבסיס ראשוני המאפשר לקבוע מדיניות והערכת להיקף השירות הנדרש ללידות בית.
2. ביצוע שילוב של מחקר איכותני וכמותי להערכת הנושא של לידות בית. מחקר איכותני במהותו בודק תופעות בהקשרן הטבעי, עוסק בתהליכים ובונה את התיאוריה בהתאם למציאות בשטח. Multiple Case Study עם התכנסות של המקורות השונים לגבי ממצאים ומסקנות, יתמוך בתוקף חיצוני וייתן אפשרות ליחס את הממצאים לאוכלוסיות נבחרות. מחקר כמותי בהמשך יעזור להעריך פרמטרים של בריאות ומדדים הקשורים לתוצאות אימהיות כגון שיעור העברות לבית חולים או שיעור קרעים בלידות בית, ותוצאות עובריות כגון ציוני אפגר. בנוסף, לניהול של מחקרי השוואה בין לידות בית ללידות בית חולים לאחר Matching של היולדות, יש פוטנציאל להגיע למסקנות על האיכות של ההישגים והתהליכים הנדרשים לפרויקט מסוג זה בקהילה.

## נספח א' לפרק ד' - מודל קולורדו למיסוד לידות בית

מודל זה מבוסס על קובץ תקנות בנושא של מדינת קולורדו בארה"ב. מומלץ לבחון מודל זה כבסיס להתייחסות ולבצע התאמות נדרשות לצורכי מערכת הבריאות בארץ, על ידי פאנל מקצועי של אנשי מקצוע – מיילדות, רופאים, אנשי ביטוח רפואי ונציגי משרד הבריאות, בשילוב עם ארגוני הנשים ונציגות ציבור.

### רישום מיילדות והסדרה חוקית של לידות בית

רישום המיילדות מסדיר את הנושא של טיפול בנשים וילודים במהלך הריון ולידה המוגדרים כ LOW RISK במסגרת ביתית. לידת בית מנוהלת ע"י מיילדת מוסמכת כלידה טבעית ללא התערבות במהלך הטבעי של הלידה. המיילדת צריכה לעבור הכשרה מתאימה על מנת לעבור את מבחן הרישוי של North American Registry of Midwives (NARM).

### קונטראינדיקציות לקבלת יולדת ללידת בית

1. סכרת נעורים ידועה, סכרת מבוגרים ידועה וסכרת הריונית התלויה באינסולין.
2. מחלה היפרטנסיבית לחץ דם במנוחה גדול מ 140/90 . או עליה ממצב בסיסי של יותר מ 30 מי"מ כספית בציסטולי ויותר מ 15 מי"מ כספית בדיאסטולי. סימנים וסימפטומים של פראקלמפסיה הכוללים ואינם מוגבלים רק ל: בצקת, עליה בלחץ דם, פרוטואינווריה, רפלקסים ערים, כאבי ראש מתמשכים, כאבים אפיגסטריים או הפרעות בראיה.
3. מחלה פולמונרית או לבבית הגורמת להגבלה בתפקוד היום יומי.
4. הסטוריה של טרומבופלביטיס או תסחיף פולמונרי.
5. אנמיה אמהית משמעותית לדוגמא: Sickle Cell Anemia, או אנמיה שאינה מגיבה לטיפול O.T.C של ברזל כלומר המוגלובין מתחת ל 11 , או המטוקריט מתחת ל 34% במועד.
6. הסטוריה של התכווצויות המטופלת ע"י תרופות במהלך השנה האחרונה.
7. הפטיטיס B חיובי, HIV חיובי או Aids.
8. שימוש בתרופות פסיכיאטריות.
9. התנהגות המאופינת ע"י התמכרות לאלכוהול או סמים.
10. ריגוש של RH כלומר טיטר נוגדנים חיובי.
11. אי ספיקה של צוואר הרחם.
12. הסטוריה של דימום בלידה הקודמת PPH שהיה קשה לטיפול.
13. המיילדת העוסקת בלידות בית לא תספק טיפול רפואי לילדת, שעברה ניתוח קיסרי בלידות קודמות, אם אין באפשרותה לפנות את היולדת תוך 30 דקות לבית החולים.
14. הסטוריה של לידות מוקדמות.
15. לידה של IUFD או תמותה ניאונטלית עקב מומים.
16. המיילדת לא תבצע כל סוג של הליך כירורגי בלידת בית.
17. המיילדת לא תשתמש בעזרים מכאניים ללידה דהיינו לא תבוצע לידה מכשירנית בבית.
18. המיילדת לא תבצע היפוך של הילוד.
19. המיילדת לא תספק טיפול לידות במסגרת של לידת בית אם מדובר בהריון רב – עוברים או מצג שאינו ראש.
20. המיילדת תפנה את היולדת המעוניינת בלידת בית לרופא מומחה לגינקולוגיה ומיילדות כדי לוודא שהיולדת היא אכן בסיכון נמוך, ואינה מציגה שום סימנים או סימפטומים, של גורמי סיכון רפואיים העלולים להשפיע על הלידה או על הילוד ב-6 השבועות הראשונים לחיו.
21. גלוקוז בשתן של +2 בשני ביקורים או סימנים נוספים של סכרת הריונית.
22. היפראמזיס הנמשך מעבר לשבוע 24.
23. דימום וגינלי אחרי שבוע 20.
24. סימנים וסימפטומים של UTI, STD.

25. חום P.O של יותר מ 38.3 מעלות הנמשך יותר מ 24 שעות ומלווה בסימנים נוספים של זיהום משמעותי.
26. תוצאות מעבדה המעידות על צורך בטיפול רפואי כמו : תרבית חיובית.
27. סימנים וסימפטומים של ריבוי מי שפיר או מיעוט מי שפיר.
28. חשד ל- I.U.F.D
29. הפחתה בתנועות עובר.
30. הריון עודף מעבר ל-42 שבועות.
31. ירידת מים של יותר מ 12 שעות ללא דינמיקה צווארית וסימנים המעידים על כניסה ללידה.
32. לידה מוקדמת מתחת ל 37 שבועות.
33. חשד ל- I.U.G.R
34. חשד לאבנורמליות של האגן.
35. המיילדת תבצע Pervimetry בשבוע 36 להריון.

### מעקב טרום הריוני

1. המיילדת תבקר את היולדת פעם בחודש עד 28 שבועות, משבוע 28 עד שבוע 35 – ביקור כל שבועיים, משבוע 36 עד הלידה ביקור כל שבוע.
2. במעקב הטרם הריוני על המיילדת לערוך אנמנזה רפואית, הסטוריה מיילדותית, משפחתית ותזונתית.
3. בכל ביקור המיילדת תבצע דופלר ובדיקה פיסיקלית, בדיקות דם הכוללות סוג דם ו- Coombs test RH לכל היולדות שהן RH שלילית, ספירת דם עם דיפרנציאל, טיטר נוגדנים לאדמת, סרולוגיה לסיפיליס והפטיטיס B. שתן לחלבון וגלוקוז. לפי ההתנהגות החברתית להחליט על בדיקות נוספות כמו קלמידיה HIV וכו'.
4. המיילדת תשוחח עם היולדת על לידות בית והאפשרויות הקימות, תבצע הערכת סיכון ותספק ליולדת הסכמה מדעת.

### תכולת ביקור פרינטלי

1. סימנים חיוניים ומשקל.
2. בדיקת שתן לפרוטאין וסוכר.
3. הערכה של בצקת, כאבי ראש, הפרעות בראיה, סחרחורות, או כאבים חדים ברגלים, בבטן, בחזה ובראש. במידת הצורך בדיקת רפלקסים.
4. הערכה של הסטטוס הפסיכולוגי רגשי של היולדת.
5. הערכה של סטטוס תזונתי.
6. גובה הפונדוס והערכה של משקל הילוד בהתאם לגיל ההריון. מצג מצב וחיוניות העובר ע"י דופלר כאשר ניתן וספירת תנועות.
7. רישום כל הממצאים וההתערבויות שבוצעו ע"י המיילדת.
8. המיילדת תספק הדרכה, לימוד והפניה למקורות כתובים.
9. המיילדת תצין מצבי חירום המחייבים העברה לבית החולים.
10. בדיקות מעבדה כולל: Coombs בשבוע 28 ובשבוע 36 אם היולדת היא RH שלילי. המוגלובין והמטוקריט בשבוע 28 ובשבוע 36. OGT עם 50 גרי גלוקוז בשבוע 26-28.
11. לפחות ביקור אחד בבית היולדת בטרמסטר שלישי לוודא שהתנאים הסביבתיים מתאימים ללידה, שנרכשו המוצרים הדרושים ושנעשתה הכנה מתאימה למלוים.

### INTRAPARTUM CARE

1. באחריותה של המיילדת להגיע לבית היולדת ולהישאר עימה, כאשר החלה הלידה לפי סימנים מברשי לידה: צירים כל 5 דקות, פתיחה של הצוואר ל-5 ס"מ או יותר.
2. כאשר יש ירידת מים המיילדת תבצע בדיקה ווגינלית עם כפפות סטריליות לוודא שאין שמת של חבל הטבור ותקשיב לפעימות לב העובר. במצבים בהם יש ירידת מים ללא התפתחות של לידה לא תבוצענה בדיקות ווגינליות נוספות.

3. המיילדת תקפיד על טכניקות אספטיות ואמצעי זהירות אוניברסליים.
4. במהלך הלידה המיילדת אחראית :
  - לנטר את הסימנים החיוניים של היולדת וה Wellbeing הפיסיקלי שלה. ניטור של חום האם , דופק, נשימות כל 4 שעות. מדידה של לחץ דם כל 4 שעות בתחילת הלידה וכל שעה בשלב האקטיבי.
  - לבדוק את שלפוחית השתן ומתן שתן תקין, סימנים לתשישות אמהית, ומצב ההידרציה.
  - לבדוק את ה Wellbeing של העובר והסימנים החיוניים שלו, פעימות לב העובר במקביל לצירים וכאשר הרחם במנוחה. דהיינו דופלר יעשה כל שעה בשלב הלטנטי, כל חצי שעה בשלב האקטיבי וכל 5-10 דקות בשלב השני של הלידה.
  - המיילדת תבצע הערכה של מנח העובר, מצג ומצב.
  - הערכה של התקדמות הלידה הכוללת מחיקה ופתיחה של צוואר הרחם, גובה הראש והמצב-Position
  - לדאוג למשפחה כולה ול Bonding במהלך הלידה.
  - לקחת דגימת דם מחבל הטבור למקרה שיש צורך בהעברה.
  - בדיקה של השליה וכלי הדם.
  - הערכה של אובדן דם בלידה ולאחריה.
  - בדיקה של הפרינאום לאיתור קרעים ובדיקה של צוואר הרחם.

### העברה לבית חולים

המיילדת צריכה להיות ערוכה להתייעצות עם רופא והעברה לבי"ח במצבים הבאים :

1. דימום במהלך הלידה השונה מ-Show.
2. סימנים של היפרדות שליה הכוללים כאב מתמשך בבטן תחתונה ורגישות.
3. שטט של חבל הטבור.
4. כל סוג של מים מיקוניאליים המלווים בפעימות לב בלתי מספקות Non Reassuring FHR.
5. מים מיקוניאליים סמיכים ללא קשר ל-FHR.
6. שינויים משמעותיים בסימנים החיוניים של היולדת: חום מעל 38.3, דופק מעל 100 עם ירידה בלחץ דם, עליה בלחץ דם של 140/90 או יותר, או עליה של 30 בציסטולי ו/או 15 בדיאסטולי.
7. חוסר התקדמות בלידה.
8. מחסור בהתקדמות עקבית של פתיחה וירידת הראש לאחר 24 שעות במבכירה ו18 שעות בוולדנית.
9. שלב שני של הלידה ללא התקדמות עקבית של ירידת הראש לכוון ה-outlet של יותר משעתיים במבכירה ויותר משעה בוולדנית.
10. FHR מתחת ל 120 או יותר מ-160 בין הצירים.
11. חלבון או גלוקוז בשתן.
12. התכווציות.
13. אטוניה של הרחם.
14. השארות של חלקי שליה.
15. קרעים ווגינאליים או צואריים הדורשים תיקון.
16. בקשת היולדת לעבור לבית החולים.

### POST PARTUM CARE

1. המיילדת תישאר עם היולדת מינימום שעתיים לאחר הלידה או עד שהאם והילוד יציבים.
2. ביקור נוסף יעשה ע"י המיילדת במהלך 72 שעות לאחר הלידה : הערכה של גובה הפונדוס, דימום, מצב הפרינאום, שדים, הנקה, הידרציה, שלפוחית השתן, הסתגלות רגשית וBonding.
3. הדרכה של היולדת ומשפחתה לטיפול עצמי עד לביקור הבא.
4. המיילדת תפנה את היולדות שהן RH שלילי לאחר הלידה תוך 72 שעות לבדיקה.
5. מצבים הדורשים העברה לבית החולים :
- איבוד דם אמהי של יותר מ 500 cc

- חום אמהי של יותר מ-38.3 בעשרת הימים הראשונים של משכב הלידה.
- היולדת אינה יכולה לתת שתן במשך 6 שעות אחרי הלידה.
- הלוכיה רבה מהמצופה עם ריח דוחה.
- סימנים של דיכאון קליני משמעותי ולא רק Baby blues

### טיפול בילוד

1. ציון אפגר בדקה ראשונה וחמש דקות לאחר הלידה. הערכה של אפגר עשר דקות לאחר הלידה אם הציון בחמש דקות הוא מתחת לשבע.
2. הערכה פיסיקלית הכוללת נוכחות של דופק פמורלי גפים עליונות ותחתונות.
3. טיפות עינים באופן מניעתי שעה לאחר הלידה.
4. לשקול את הילוד, למדוד אורך והיקף ראש, לבדוק נוכחות רפלקסים.
5. בדיקות מעבדה לילוד לאם שהיא RH שלילי.
6. מתן ויטמין K.

### העברת ילוד לבית חולים

המייילדת צריכה להיות ערוכה להתיעצות עם רופא והעברה לבי"ח במצבים הבאים :

1. אפגר של שבע או פחות בעשר דקות.
2. דיסטנס נשימתי הבא לידי ביטוי באנחות וקצב נשימה מעבר לשישים נשימות בדקה, רטרקציות, כנפות אף, בשעה הראשונה לאחר הלידה, סימנים שאינם מראים שיפור קונסיסטנטי.
3. חוסר יכולת של הילוד לשמור על טמפרטורת גוף.
4. אנומליה משמעותית.
5. התכווציות.
6. פונטנלה מלאה ובולטת.
7. חשד לנזקי לידה.
8. אי סדירות לבבית.
9. חוורון, ציאנוזיס, אפרוריות, היפוטוניה, ישנוניות.
10. סימנים של היפוגליקמיה הכוללים: רעד ועצבנות.
11. בכי אבנורמלי.
12. אי מתן שתן במשך 12 שעות או מיקוניום ב 24 שעות.
13. הקאה בקשת.
14. חוסר יכולת למצוץ ולינוק.
15. דופק גבוה מ 180 או פחות מ 80 במנוחה.
16. Coombs test חיובי.
17. 5 ביקורים כדי להעריך את הילוד מבחינת: חבל טבור, חום, דופק, נשימות, משקל, צבע העור, מצב ההידרציה, האכלה, הפרשות, דפוסי שינה/יקיצה, Bonding

### רישום ודיווח

- דיווח מדויק שוטף ובהיר הנותן אינפורמציה על מצבים שונים והטיפול שניתן.
- לספק רישום של כל הבעיות שקרו והפעולות שנקטו בתגובה.
- לספק הוכחות של הטיפול הנדרש, התערבויות של מטפלים מקצועיים ותגובות הפצינט.
- רישום של כל הגורמים: פסיכולוגיים, פיסיקליים, סוציאליים, המשפיעים על היולדת.
- לתעד את הכרונולוגיה של האירועים והנימוקים מאחורי החלטות שנלקחו.
- לספק נתוני בסיס המאפשרים לשפוט מולם שיפורים או התדרדרות במצב.
- חתימה ותאריך לכל רישום.
- כל הרשומות תהינה נגישות לצוות הרפואי במקרה של העברה של האם או הילוד לבית החולים.

- רשומות הפציינט יכללו הערכת סיכונים, טופס ויתור על סודיות רפואית, טופס הסכמה מדעת ותוכנית חירום.
- הערכות התערביות והמלצות לכל ביקור במעקב הטרומ הריוני.
- תיעוד של התקדמות הלידה והערכה של האם והעובר במהלך הלידה.
- תוצאות אפגר ובדיקת הילוד.
- מתן של אנטביביוטיקה מניעתית לעיני הילוד.
- סירוב היולדת לקבלת טיפול.
- מילוי תעודת לידה כנדרש ע"י משרד הפנים.
- Follow up של ביקורי משכב לידה.
- הצהרת אימות, עותק אחד של הרשומות יסופק לחולדת או לרופא המטפל.
- רישום נתוני בסיס של לחץ דם שנלקח בטרמסטר השני, או בביקור הראשון.

### **תוכנית חירום**

הזמן הנדרש להעברה לבית החולים לא יעלה על 30 דקות, אלא אם תוכנית החירום, שהוכנה ע"י המיילדת והיולדת מכילה הערכת זמן שונה בהקשר של העברה עבור התנאים שנקבעו והוסכמו ע"י שני הצדדים. עותק של תוכנית החירום תינתן ליולדת.

## נספח ב' לפרק ד' – פרוטוקול קבלת נשים לאחר לידת בית לבית החולים

מרכז רפואי "אסף הרופא" – לשכת מנהל הסיעוד 06 מאי 2001

משרד הבריאות והביטוח הלאומי מעודדים ומעוניינים שנשים לאחר לידת בית תגענה לבית החולים לשם רישום ובדיקת אם-יילוד. קיום תהליך זה יאפשר לאם לקבל דמי ביטוח לאומי.

הנוהל מחייב את האם והיילוד להגיע תוך 24 שעות מהלידה ולהתאשפז. האשפוז הוא בהתאם לשיקול הדעת של הרופא הבודק עפ"י נוהלי המוסד. במידה והיולדת תסרב לאשפוז ימולא טופס סירוב אשפוז ולפי בקשת האישה יש לשחררה.

המחלקות המעורבות – משרד קבלה, חדר לידה, מחלקת יילודים, חדר מחשב.

לאחר לידת הבית תפנה האישה למשרד הקבלה ותירשם כיולדת תוך הצגת תעודת זהות. היולדת תפנה לחדר לידה ותוכנס עם היילוד ובעלה או מלווה משמעותי אחר לחדר לידה. בחדר לידה תאושפו היולדת עם היילוד כמקובל בכל לידה, כאשר פרטי הלידה יירשמו ע"ס טופס הלידה הנשלח מהמיילדת הפרטית, אשר יצורף לגיליון הלידה. יוזמן רופא נשים כדי לשחרר את האם. יש להזמין רופא ילדים לבדיקה רפואית של היילוד, או להפנות למחלקת יילודים על מנת לקבל את הטיפול הנדרש: חיסונים, ויטמין K, טיפות עיניים ותרופות, הכל באישור היולדת. במידה והיולדת מסרבת יש למלא טופס סירוב טיפול. טופס שחרור היילוד יכלול פנקס חיסונים וכרטיס פניל-קטנוריה, ויתועד ברשומה. בדיקת הפניל-קטנוריה תיעשה ע"י המיילדת הפרטית יומיים לאחר הלידה.

נדרש מהיולדת להציג מסמך מעבדתי לגבי סוג הדם. במידה וסוג הדם –RH-, יש לקחת סוג דם ו-RH לאם וליילוד.

היולדת הנשארת לאישפוז – יש להצמיד ידוני זיהוי לה וליילוד עפ"י נוהל, והמשך מעקב בקהילה.

בברכה,

ענת קאן

מרכזת תחום אגף אמהות וילדים

## נספח ג' בפרק ד' – חוזר משרד הבריאות

מדינת ישראל – משרד הבריאות

## חוזר המנהל הכללי

מס': 14/2000 תאריך: ט"ו חשוון תשס"א (13.11.2000)נושא: "לידות בית"

לאחרונה התרבו הפרסומים על ביצוע לידות בבית במקומות שונים בארץ. במקרים מסויימים נמסר למשרדנו על נזקים שנגרמו ליולדות וליילודים עקב לידות אלה. הננו להודיעכם בזאת כי עמדת משרד הבריאות היא כי מבחינה רפואית יש להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי חולים מוכרים ומורשים. רק לידה בבית חולים יכולה להבטיח השגחה וטיפול רפואי וסיעודי מיטבי ליולדת וליילוד.

יש להביא תוכן חוזר זה לכל הגורמים המקצועיים במוסדכם, וכן לכל הנשים ההרות.

בכבוד רב,

ד"ר בועז לב

העתק: רוני מילוא, שר הבריאות

מז/13747 – 02 - 2000

## סיכום

עבודה זו מציגה סקירה ספרותית ודיון בנושא שאינו מטופל בדרך כלל במערכות שירותי הבריאות בישראל. הן מלקט המאמרים והמחקרים שנסקרו והן מתוך עבודתי כמיילדת בבית חולים מוכר ומהשתתפותי בלידות בית, עולה כי אי מיסוד לידות הבית בישראל מהווה בעייה בבריאות הציבור שניתן לפתור אותה בדרכים שחלקן מוצעות בפרק ההמלצות. ברור כי היקף עבודה זו אינו די בכדי לבחון את כלל ההיבטים של הבעייה, ולכן נדרשים מחקרים ופעילויות נוספות אשר חלק מהם מוצג כאן.

לסיכום הנושא, להלן מספר ציטוטים הדנים בשאלות העיקריות שיש לבחון בהקשר לבעיית לידות הבית בישראל: "לכל מדינה יש הכוח הספציפי בו היא צריכה לעשות שימוש כדי לאמץ רגולציה סבירה באמצעים חוקתיים להגנת בריאות הציבור ובטיחותו.... אנשי בריאות הציבור, קובעי מדיניות וצרכנים מסתכלים על 'לידה' מפרספקטיבות של בטיחות, חופש הבחירה, איכות הטיפול, עלותו וחוקיותו. השאלה העקרונית הנשאלת היא: האם יש בסיס חוקי לאפשר מדיניות בריאות אלטרנטיבית המבוססת על בחירה בנושא כה חשוב אך עדיין אישי ומשפחתי כמו נושא הלידה? .... ברור שיש צורך באיזון עדין בין המדיניות המדיקלית החוקית המגינה על בריאות הציבור לבין הזכות של האינדיבידואל לפרטיות ולאפשרויות בחירה. שתי שאלות חוקיות עיקריות עולות מהמשבר הדין בבחירה של מקום הלידה, התהליך והמטפלים העיקריים:

1. האם יש להכיר באופן חוקי במיילדות מוסמכות כמטפלות החוקיות והמתאימות לקבלת לידות בית?

2. האם להורים יש זכות חוקתית לבחור במקום הלידה, בתהליך ובמטפל שילווה אותם במעקב ובקבלת הלידה מחוץ לבתי החולים ולעולם הביו-מדיקלי?

בקונטקסט ליגאלי שני הנושאים הללו מהווים אתגר בפני כוחה של מדינה להגן על בריאות הציבור ובטיחותו בהגנה על היולדות והחיים הפוטנציאליים של ההריון. " (Hafner-Eaton, 1994) ברצוני לסיים בציטוטים מדברי ד"ר מרסדן ואגנר, מומחה עולמי במיילדות ובטיפול בילודים, אשר במקרה מגיע לביקור בארץ סמוך לסיום עבודה זו כאורח של תנועת "נשים קוראות ללדת למען חופש בחירה בלידה". לדבריו "יולדות ישראליות ותינוקותיהן, סובלות לא פעם מ"הקלות הבלתי נסבלת" של התערבויות על פי הגישה הרפואית". הוא מתייחס לנתונים מבתי חולים בארץ על שימוש מופרז בחתך חיץ, לידות מכשירניות וניתוחים קיסריים. נתונים אלו מעידים על ניהול מיילדותי לפי פרוטוקולים שמשרתים את בית החולים ולא בהכרח את טובת היולדת והילוד.

כיצד ניתן לשפר את המצב? "על ידי מיילדות שאינן נשלטות על ידי רופאים אלא חופשיות למקם את היולדת במרכז, ולכבד את יכולתו של הגוף האנושי ללדת ללא צורך בהתערבות רפואית כלשהיא. על ידי מתן האפשרות למשפחות לבחור את מקום הלידה הרצוי להן – לא רק בבית חולים אלא גם במרכז לידה שבו עובדות מיילדות, או בביתן עם מיילדת פרטית. אפשרויות אלו מוכחות מדעית כבטוחות יותר מאשר בית החולים ברוב המכריע של הלידות." (Mullens, 1995).

## ביבליוגרפיה

- קורן, ל. (2000). "מי לא רוצה שנלד בבית?". הורים. [www.horim.co.il/news21-9/news1.htm](http://www.horim.co.il/news21-9/news1.htm)
- שובל, י.ט. וע. אנסון. (2000). "ברוך שלא עשני אישה: נשים ובריאות בישראל" פרק 11 מתוך העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. ירושלים: מגנס.
- שרים, ד. (2000). מקראה "ניהול סיכונים במערכת הבריאות". פרק ד' עמ' 169. HRMI Ltd.
- Aakster, C.W. 1986. "Concepts in Alternative Medicine." *Social Science and Medicine* 22:265-73.1.
- Aikins-Murphy, P., Feinland, J.B. 1998. "Perineal outcomes in a home birth setting". *Birth*. 25(4):226-34.
- Ackerman-Librich, U., Voegeli, T., Gunter-Witt, K., Kunz, I, Zullig, M., Schindler, C., Maurer, M. 1996. "Home versus hospital deliveries: follow up study of matched pairs for procedures and outcomes. Zurich study team". *British Medical Journal*. 313(7068)1313-8.
- Chambelain, G, Wraight, A., Crowley, P. 1999. "Birth at home". *Pract-Midwife*. 2(7):35-9.
- Colorado Dept. of Regulatory Agencies (DORA). 2001. Division of Registrations - Midwives Registration – Rules and Regulations. Section 12-37-105.
- Fordham, S. 1997. "Women's view on the place of confinement". *The British Journal of General Practice*, 47(415):77-80.
- Gulbransen, G., Hilton, J., McKay, L., Cox, A. 1997. "Home birth in New Zealand: incidence and mortality". *The New Zealand medical journal*. 110(1040):87-9.
- Hafner-Eaton, C. Pearce, LK. 1994. "Birth choices, the law and medicine: balancing individual freedoms and protection of the public's health". *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 19(4), 813-35. Duke University Press
- Jones, C. 1991. "Alternative Birth: The Complete Guide". Los Angeles: Jeremy Tarcher Inc.
- Linder, M. 2000. "Caesrian, If You Please". [www.futureframe.com](http://www.futureframe.com), Hamburg, Germany.
- MacFarlane, A. 1977. "The psychology of childbirth". *Reshafim*. 36-39.
- Mullens, J.E. 1995. "Midwifery in Obstetrics". *Lancet* 2:346(8988):1493.
- Murphy, P.A., Fullerton, J. 1998. "Outcomes of intended homebirth in nurse-midwifery practice: a prospective-discriptive study." *Obstetrics and Gynecology*. 92(3):461-70.
- Olsen, O. 1997. "Meta analysis of the safety of home birth". *Birth*. 24(1):4-13.
- Rookes, J. 1999. "Midwifery and childbirth in America". Temple University Press.
- Viisainen, K. 2001. "Negotiating control and meaning: home birth as a self constructed choice in Finland." *Social Science and Medicine*, 52(7):1109-21.
- Wagner, M. 1991. "Midwife Means With Woman", p.12
- Wertz, R.1989. "Lying-In:A History of Childbirth in America". Yale University Press.
- Wiegiers, T.A., Keirse, M.J., Van-der-Zee, J. and Berhs, G.A. 1996. "Outcome of planned home and planned hospital births in low-risk pregnancies: prospective study in midwifery practice in the Netherlands". *British Medical Journal*. 313(7068):1309-13.
- Wiegiers, T.A. , Van-der-Zee, J., Keirse, M.J. 1998. "Transfer from home to hospital: What is its effect on the experience of childbirth?". *Birth*. 25 (1):19-24.
- Wiegiers, T.A., Van-der-Zee, J. and Keirse, M.J. 1998. "Maternity care in the Netherlands: the changing homebirth rate". *Birth*. 25 (3):190-7.