

## עקרון מספר 5 ללידה בריאה: להימנע מללדת בשכיבה על הגב, ולהקשיב לדחף של גופך ללחוץ

ג'ויס ת. דיפרנקו, אחות מוסמכת, בעלת תואר ראשון בסייעוד, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות להכנה ללידה מוסמכות (FACCE)

מרילין קרל, אחות מוסמכת רשומה (RNC), אחות מיילדת מוסמכת (CNM), מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות להכנה ללידה מוסמכות (FACCE)

### תקציר

נשים בארה"ב עדיין יולדות בתנוחת שכיבה על הגב, מגבילים את משך הזמן שהן יכולות ללחוץ, והצוות המטפל בהן מעודד אותן לדחוף בעוצמה. המחקר אינו תומך בפעולות אלה. מתקיים דיון אודות מחקר עכשווי והצעות כיצד לשפר את איכות חוויית הלידה. מאמר זה הינו סקירה מעודכנת, מבוססת-ראיות, של: "עקרונות טיפול של למאז הבינלאומית המקדמים לידה נורמלית, עקרון טיפול מספר 5: לחיצות ספונטניות בתנוחות זקופות או בתנוחות נייטרליות יחסית לכוח המשיכה" שפורסם בכתב העת *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 2007.

*The Journal of Perinatal Education*, 23(4)

**מילות מפתח:** השלב השני של הלידה, ביטחון עצמי, תמיכה בלידה, תנוחה, לחיצות במיתרי קול (סדק קול) פתוחים, לחיצות במיתרי קול סגורים, לחיצות ספונטניות, הדחף ללחוץ, אורך השלב השני, המלצות עכשוויות של הקונגרס האמריקני של רופאים מיילדים וגינקולוגים (ACOG), לידה אופטימלית

לנשים היום יש נסיון מצומצם בלידה פיזיולוגית, במידה רבה בגלל הגישה הטכנולוגית שבתי החולים מעדיפים. גישה זו הותירה דור של נשים עם זיכרונות לידה שהושפעו מן השימוש הנרחב בהרדמה כללית, שבסופו של דבר נזנחה לטובת ההרדמה האזורית המצויה בשימוש נרחב היום. היום נשים כבר אינן מחוסרות הכרה במהלך השלב האחרון של הלידה, אך לעיתים קרובות הן מאבדות את התחושות שמסייעות למאמצי הלחיצה הדרושים כדי להעביר את העובר דרך תעלת הלידה לתוך זרועותיהן הממתנות.

סוגיות עכשוויות סביב השלב השני של הלידה הינן מורכבות ומרובות פנים. אסופה גדלה והולכת של מחקרים מאשרת שהבנה של תהליך הלידה הנורמלי חיונית לניהול השלב השני של הלידה. בעבר, נשים זיהו וניצלו באופן אינסטינקטיבי את החוקים הטבעיים של כוח המשיכה ושל תנוחות נבחרות, ללא האילוצים הנלווים לעיתים קרובות למודל הרפואי של הלידה. המחקר היום מצביע על כך שמרבית הנשים יולדות בתנוחת שכיבה על הגב תוך שימוש בסגנון מונחה של לחיצות, למרות גוף ידע הולך וגדל המאשר שיש לכך חסרונות הן עבור האם והן עבור התינוק. בנוסף, נראה שהשימוש בהרדמה אפידורלית שינה את הנורמות המצופות מהשלב השני של הלידה באופנים שאינם לגמרי מובנים. בבתי חולים רבים קיימת מדיניות המכתיבה כמה זמן מאפשרים לשלב השני של הלידה להימשך בטרם יוחלט על התערבות כירורגית, אפילו כשלא זוהו סיכונים כלשהם לאם או לתינוק. רכישת מידע שהוא נטול פניות וגם אמין היא אתגר הן עבור נשים המעוניינות לחוות לידה בטוחה ובריאה, והן עבור הצוות המטפל התומך בהן.

### תנוחות לידה: פרספקטיבה היסטורית

לאורך ההיסטוריה תארו תמונות נשים בלידה פעילה, בתנוחות שהשתמשו בכוח המשיכה כדי לסייע לתנועה כלפי מטה של התינוק העומד להיוולד, אסטרטגיה שמשפרת יעילות ומפחיתה תשישות של האם. עד שרופאים התחילו להשתמש במלקחיים במאה ה-17, הוצגו נשים יולדות בעמידה, בישיבה ובכריעה (Gupta, 2012). בתמיכת בני

משפחה ומיילדות קהילתיות, היו הנשים היולדות יצירתיות במציאת פתרונות ותוארו כשהן עושות שימוש בעמודים, ערסלים תלויים, שרפרפי לידה וחבלים כדי להתמך במהלך שלב אחרון זה של הלידה.

מידע רציף שנאסף ע"י סקרי "מקשיבים לאימהות" (1,2,3) מצביע על כך שכיום מעט מאוד נשים עושות שימוש בתנוחות חלופיות בארה"ב, כאשר הרוב המכריע (68%) מדווחות שהלידה התרחשה בתנוחת שכיבה על הגב או בתנוחת שכיבה על הגב עם הרגליים מורמות ברגליות, כאשר חצי-שכיבה דווחה כתנוחה הזקופה הנפוצה ביותר (23%) (Declercq, 2013). פחות מ-10% דיווחו שילדו בתנוחות המסורתיות יותר של כריעה, עמידה או שכיבה על הצד. למעלה משלושה עשורים של מחקר מאשרים שללידה בתנוחת שכיבה על הגב יש חסרונות מובהקים מבלי שהודגמו כל יתרונות לא לאם ולא לעובר. מהשוואת הנתונים מן הסקרים המוקדמים יותר לגרסה העדכנית ביותר (Declercq, 2013), נראה שמספר הנשים היולדות בכל תנוחה חוץ משכיבה על הגב הולך ופוחת.

### תנוחות זקופות

עמידה, עמידת-ברכיים וכריעה מנצלות את כוח המשיכה כדי לעזור לתינוק לרדת לתוך האגן. בנוסף, הכריעה מגדילה את מימדי האגן (Johnson, 1991; Ancheta, 2011) ובכך מספקת יותר מקום לתמרון ולירידה של התינוק. הכריעה, עם יתרונותיה המוכרים, היא התנוחה המתישה ביותר, והיא משולבת לעיתים קרובות עם שכיבה על הצד, חצי-ישיבה ועמידת-ברכיים, כאשר מעודדים מאוד מנחה בין הצירים.

פני סימקין, הפיזיותרפיסטית ומומחית הלידה הידועה, מציעה שיכול לעזור כשאחרים תומכים באישה מתחת לזרועותיה, כך שמשקל מינימלי מועמס על רגליה. אסטרטגיה כזו מסייעת לשמור על הכוחות של האם, ויוצרת מקום רב יותר לעובר על ידי הארכת הגב (Ancheta, 2011).

למרות שתנוחות כגון שכיבה על הצד, עמידת-שש וחצי-שכיבה מאבדות את היתרונות המיוחסים לניצול כוח המשיכה, ישנם יתרונות אחרים כולל הגברת הרגיעה והזדמנות לנוח בעילות רבה יותר בין הצירים. הוכח שלידה בתנוחת שכיבה על הצד מפחיתה קרעים בפירנאום ע"י כך שהיא מאפשרת לאיבר המתקדם של העובר לרדת לאט יותר (Shorten, 2002). כמו בתנוחת הכריעה והעמידה, ניתן להגדיל את מימדי האגן למקסימום על ידי עמידת-שש, שלעיתים קרובות משמשת להקל על כאבי הגב שעלולים להתרחש כשהעובר נשאר במצב עורף לאחור מתמיד (Stremmler, 2005).

במהלך הלידה כולה, כולל בשלב השני, שינויי תנוחה תכופים טומנים בחובם יתרונות עבור הנשים, ובאופן אידיאלי נשים צריכות להיות חופשיות לבחור בהם או לדחות אותם כרצונן. השימוש בהרדמה אזורית, מגביל לעיתים קרובות את יכולתה של היולדת לשנות תנוחה ללא עזרה, ובכך מגביר את תלותה בהתערבות של הצוות המטפל ובני משפחה. בבתי חולים רבים קיימת מדיניות לפיה על האישה להישאר במיטה לאחר החדרת ההרדמה כדי למנוע פגיעה כתוצאה מפילולות בלתי מכוונות. חלוקה שווה של השפעת התרופה לשיכוך כאבים שניתנת באמצעות קתטר אפידורלי ניתן להשיג בצורה הכי טובה כשהאישה נשארת שכובה על הגב או כשהיא בחצי-שכיבה, תנוחות שלפעמים קשורות להפחתה בזרימת הדם לתינוק עקב הפעלת לחץ על כלי דם ראשיים הממוקמים מאחורי הרחם (Hanson, 2007). תנועת האם מסתרבלת גם בגלל הצורך במתן נוזלים דרך הוריד, ניטור רציף של דופק לב העובר והשימוש בקתטרים פנימיים לשתן למניעת התרחבות השלפוחית. נהלים נפוצים אלה אינם מונעים מנשים להשתמש במגוון רחב של תנוחות במהלך הלידה, אך ייתכן שלא ניתן יהיה להגיע אליהן ללא עזרה מרובה.

### הגעה לתוצאות אופטימליות

לפני למעלה מ-30 שנה, החלו חוקרים להטיל ספק בנוהל של לחיצות מונחות, אותן מתחילים כשצוואר הרחם מגיע לפתיחה מלאה מבלי לקחת בחשבון הבדלים אינדיבידואליים ומשוב מן האם (Caldeyro-Barcia, 1979). מאז, מחקרים רבים אישרו את היעילות של לחיצות המכוונות ע"י המטופלת עצמה (Hanson, 2007; Albers, 2006; Prins, 2011) כאשר מעריכים תוצאות הן עבור האם והן עבור העובר. למרות ממצאים אלה, לחיצות מונחות

הן עדיין הנורמה על פי הגירסה השנייה של הסקר "מקשיבים לאימהות" (Declercq, 2006), כאשר 79% מן המשתתפות דיווחו שהאחיות והצוות המטפל הנחו את מאמצי הלחיצה שלהן.

באופן עקבי, נשים שמעודדים אותן ללחוץ בהתאם לתפיסה עצמית של הדחף, מגבילות את המאמצים לפרצים קצרים של 5-7 שניות ולעיתים קרובות הן נוהמות, נאנחות או נאנקות, משחררות אויר דרך מיתרי קול (סדק קול) פתוחים. התנהגות זו משפרת את החמצון ע"י מאמצים מסונכרנים בין מערכות הרחם והנשימה (Osborne, 2014). המחקר אינו תומך בשימוש הנפוץ בלחיצות מונחות, שהוכח שהן מעמיסות על המערכת הקרדיווסקולרית (הלב וכלי-הדם) של האם, מפחיתות את רמת חמצון הדם וגורמות לשינויים בדופק לב העובר. גואר ורומנו (Goer and Romano, 2012) מצאו ראיות המדגימות כי יש ללחיצות מונחות חזקות פוטנציאל להגביר לחץ על התינוק ועל חבל הטבור, ועל הרקמות של הפריניאום, מה שמוביל ליותר קרעים ולשרירי רצפת אגן חלשים יותר, שעלולים להוביל לאי שליטה במתן שתן.

מחקר אחד (Bloom, 2006) הראה שלחיצות מונחות קיצרו את השלב השני של הלידה ב-13 דקות בממוצע, הבדל שאינו נחשב משמעותי. בהתחשב בפוטנציאל לתוצאות הלא רצויות הקשורות ללחיצות מונחות, נוהל זה צריך להשקל בזהירות ע"י מטפלים המאמינים ששלב שני מקוצר הוא מטרה מועילה.

### מחלוקות קליניות סביב ניהול השלב השני של הלידה

משך הזמן האופטימלי של השלב השני של הלידה נשאר גורם לא ידוע, אך אסופה הולכת וגדלה של מחקרים תומכת בהערכה מחודשת של אמונות שהיו מקובלות במשך זמן רב. מבחינה פיזיולוגית, לעיתים קרובות קיים פרק זמן לאחר ההגעה לפתיחה מלאה שבו הצירים מאטים, ובכך מאפשרים לאישה זמן של מנוחה בזמן שהעובר ממשיך לרדת בצורה פסיבית. במשך זמן זה, עשויה האישה לדווח שאין לה כל דחף או שיש לה דחף מועט בלבד לסייע במאמצי לחיצה ספונטניים. בעבר, בשנת 1954, המליץ הקונגרס האמריקני של הרופאים המיילדים והגינקולוגים (ACOG) ששעתיים יחשבו משך הזמן הנורמלי מפתיחה מלאה עד ללידה למבכירה, ושעה אחת לוולדנית. מחקר עדכני של צ'אנג (Cheng, 2014) מציע שיכול לקחת לאישה בלידה ראשונה גם 5 שעות להשלים את השלב השני של הלידה כאשר נעשה שימוש בהרדמה אפידורלית. בפברואר 2014, פרסם ACOG הצהרה משותפת יחד עם החברה לרפואת האם והעובר (SMFM) המתייחסת למחקר עדכני. הם סיכמו ב"מניעה בטוחה של שיעורי הניתוח הקיסרי הראשוני" שהסיכונים של הארכת משך הזמן המצופה מהשלב השני הם "נמוכים והדרגתיים". לא הזכרה האפשרות של שימוש בתנחות לסיבוב העובר ולירידתו, ולא הייתה הכרה בכך שלחיצות ספונטניות עשויות להיות עדיפות על פני לחיצות מונחות ממושכות. הדוח כן הכיר בכך שהנוכחות הרצופה של צוות תמיכה, "כגון דולה", עשויה להיות אחד הכלים הזמינים האפקטיביים ביותר לשיפור תוצאות הלידה.

### סגירת הפער בין המחקר לבין הפרקטיקה

אמונות סותרות והתנגדות להטמעת ממצאי המחקר בעולם הקליני, ממשיכות להשפיע על ניהול השלב השני של הלידה. למרות ראיות שלא ניתן להפריך, לפיהן הערך של לחיצות מונחות ממושכות הוא מוגבל בלבד, ולמעשה יש להן תוצאות שליליות הן עבור האימהות והן עבור התינוקות, הן נותרו הטיפול הסטנדרטי בבתי חולים רבים. באופן כללי, מיילדות נטו להיות בעלות פתיחות רבה יותר לשינויים המומלצים לעומת רופאים ואחיות אשר לעיתים קרובות בוחרים להמשיך לעשות את מה שתמיד נהגו לעשות.

מורות להכנה ללידה צריכות להמשיך ללמד משפחות על היתרונות של גישה פיזיולוגית ללידה, ולעזור להן להבין כיצד התהליך משתפר על ידי גישה מבוססת-ראיות הכוללת:

- קביעה-עצמית של תנחות במשך כל השלב השני של הלידה
- הכרה בעובדה שאורך השלב השני משתנה, ויכול להימשך זמן רב מבלי שיהיו לכך השלכות מזיקות
- נכונות לדחות את מאמצי הלחיצה האקטיביים עד שמזוהה הדחף הטבעי של הגוף ללחוץ

• תמיכת לידה רצופה מצד בני משפחה וצוות תמיכה מקצועי

לפני כמעט עשור, המליץ ארגון למאז הבינלאומי שנשים יבחרו בתנחות זקופות ובלחיצות ספונטניות, ולא בלחיצות מונחות. בשנים שחלפו מאז, אף לא מחקר אחד הפריך גישה זו לניהול השלב השני. שינוי תרבות הלידה לא יהיה קל, אך נראה שיהיה בלתי נמנע ככל שטיפול מבוסס-ראיות הופך לנורמה המקובלת שמצפים לה בכל מערכת הבריאות. עקרונות הטיפול ימשיכו לספק מסגרת בסיסית ללידה בטוחה ובריאה.

### רשימת מקורות

- Aasheim, V., Nilsen, A.B., Lukasse, M., & Reinar, I.M. (2011). *Cochrane Database System Review*. Dec7;(12):CD006672. Doi: 10:100w/14651858. CD006672.pub2.
- Albers L.A., Sedler K. D., Bedrick E.J., Teaf D. & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33(2), 94-100.
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D., & Peralta, P. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *Journal of Midwifery Womens Health*, 50(5), 365-372.
- Bloom, S., Casey, B., Schaffer, J., McIntire, D., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(1), 10-13.
- Buckley, S. J. (2002). Ecstatic birth the hormonal blueprint of labor. *Mothering Magazine*, March-April, 1-10.
- Caldeyro-Barcia, R. (1979). The influence of maternal bearing down efforts during second-stage on fetal well-being. *Birth*, 6, 17-21.
- Cheng, Y.W., Shaffer, B.L., Nicholson, J. M., & Caughey A. B. (2014). Second stage of labor and epidural use: a larger effect than previously suggested. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3):527-35.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S. ,& Herrlich, A. (2013). *Listening to Mothers III Pregnancy and Birth: Report of the third national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Goer, H., & Romano, A. (2012). *Optimal care in childbirth the case of a physiologic approach*, Section VI. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Gupta, J.K., Hofmeyr, G. J., & Shehmar, M. (2012). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.:* CD002006.DOI:

10.1002/14651858.CD002006.pub3

- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue7, Art. No. CD003766.
- Jain, L., & Eaton, D.C. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect on labor. *Seminars in Perinatology*, 30(1):34-43.
- Janni W., Schiessl, B., Peschers, U., Huber, S., Stobl, B., Hantschmann, P., et al. (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 81(3), 214-221.
- Johnson, N., Johnson, V., & Gupta, J. (1991). Maternal positions during labor. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 46(7), 428-434.
- Mayberry, L.J., Wood, S.H., Strange, L.B., Lee, L., Heisler, D.R., & Nielsen-Smith, K. (2000). *Second-stage management: promotion of evidence-based practice and a collaborative approach to patient care*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN).
- Osborne, K. &. (2014). Labor Down or Bear Down: a strategy to translate second-stage labor evidence to perinatal practice. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 28(2), 117-126.
- Prins, M., Boem, J., Lucas, C., Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labor on mother and fetus: a systematic review of randomized trials. *British Journal of Obstetrics & Gynecology*, 118(6), 662-70. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x. Epub 2011 Mar.10.
- Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(3), 238-245.
- Safe prevention of the primary cesarean delivery. (2014). Obstetric Care Consensus No. 1. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol*, 123, 693-711.
- Schaffer, J., Bloom, S., Casey, B., McIntire, D., Nihira, M., & Leveno, K. (2006). A randomized trial of the effects of coached vs. un-coached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192(5), 1692-1696.
- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002) Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, 29(1), 18-27.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Stremmler, R., Hodnett E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A.R. (2005). Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, 32(4), 243-251.
- Tuuli, M.G., Frey, H.S., Odibo, A.O., Marrcones, G.A., & Cahill, A.G. (2012). Immediate compared with delayed pushing in second stage labor: A systematic review and meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* Sept. 120(3), 660-668.

## ביוגרפיה של המחברות

ג'ויס ת. דיפרנקו כיהנה כמורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז במשך 30 שנה, וכמכשירת מורות במשך 25 שנה. כעת היא בגמלאות.

מרילין קרל חברה בלמאז משנת 1979. היא כיהנה בעבר כנשיאה וחברה בוועדת ההסמכה ויו"ר ה-Accreditation. כיום היא עובדת כאחות מנהלת זמנית בבית חולים כפרי בחלק המזרחי של מדינת וושינגטון. התכתבות אודות מאמר זה יש להפנות אל ג'ויס תומאס די פרנקו, אחות מוסמכת, בעלת תואר ראשון בסיעוד, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE), לכתובת: 6926 Maycroft Dr., Rancho Palos Verdes, CA 90275 או לדוא"ל: [LittlePeg@aol.com](mailto:LittlePeg@aol.com)