

תוצאות של לידות בית מתוכננות בישראל בין השנים 2003-2007

תקציר:

המטרה בעבודה זו הייתה לדווח על התוצאות המיילדותיות של לידות הבית המתוכננות (לב"מ) בישראל בשנים 2003-2007.

שיטות: נערך מחקר רטרוספקטיבי של לב"מ בישראל, שנבדקו בו מיקום הלידה, צורך בהתערבות רפואית, צורת הלידה, תחלואה חריגה, וכן תמותה של ילודים ואמהות.

תוצאות: בשנים 2003-2007 התקיימו בישראל 1,749 לב"מ המהווים כ-2.5 פרומיל מסך הלידות בישראל. מתוכן, 1,594 לידות (91.1%) הסתיימו בהצלחה בבית, ו-155 יולדות (8.9%) הועברו להמשך הלידה לבית חולים. בנוסף הועברו 39 יולדות (2.2%) ו-22 ילודים (1.2%) לבית חולים לאחר הלידה.

מתוך היולדות שהגיעו לפני הלידה לבית חולים, 59 (3.3%) יולדות עברו ניתוח לחיתוך הדופן ("ניתוח קיסרי") ו-19 (1.0%) עברו לידה מכשירנית. לא היתה תמותה אמהית, אך ילוד אחד נפטר לאחר 30 שעות עקב תסמונת מוות בעריסה.

מסקנות: על פי מחקר חלוץ זה, נראה כי בחירה נכונה של יולדות בסיכון נמוך מאפשרת לידות בית ברמת בטיחות טובה. עם זאת, יש להקפיד על אפשרות פינוי מהירה לבית חולים. מחקרים נוספים דרושים על מנת להוביל להנחיות בהירות לגבי המלצות ללידות בית מתוכננות בישראל.

אבנר שיפטן¹
ענת תל אורן²
אייל שינר³
אמנון הזר³

¹מחלקת נשים ויולדות, המרכז הרפואי על שם ברוך פדה, פוריה,
²אמה"י - ארגון מיילדות הבית בישראל,
³החטיבה למיילדות וגינקולוגיה, מרכז רפואי אוניברסיטאי סורוקה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע

לב"מ - לידות בית מתוכננות

לידות בית מתוכננות; תוצאות סביליות; תוצאות מיילדותיות.
Planned home births; Perinatal outcome; Obstetric outcome

מילות מפתח:
KEY WORDS

הקדמה

מסקנתם הייתה, כי ניתן למנוע תחלואה זו על ידי התערבויות רפואיות שגרתיות, אשר זמינות בבתי החולים. במאמר שפורסם על ידי שינר וחב' [3] נמצא, כי לידות מקריות (בלתי מתוכננות) מחוץ לבית החולים מהוות גורם סיכון בלתי תלוי לתמותה סבילית. קיימות עבודות המראות, כי שיעור התמותה של ילודים בלידות מקריות מחוץ לבית החולים גבוה עד פי עשרה לעומת שיעור התמותה של ילודים בלידות המתרחשות בין כותלי בית החולים [6].

את לידות הבית מחוץ לבית החולים בישראל ניתן לסווג לשלוש קבוצות, בדומה למדוח במדינת המערב:

לידות בית מתוכננות בעזרת מיילדת (או רופא מיילד) - בישראל מתבצעות מאות לידות בית מתוכננות בשנה. חלק מהיולדות מגיעות מספר שעות לאחר הלידה לבית החולים ומתאשפזות לכאורה למספר שעות, על מנת לקבל את מענק הלידה. בלידות אלו התוצאות המיילדותיות טובות, כפי שיפורט בהמשך.

לידות מקריות מחוץ לבית החולים (Accidental out of hospital deliveries) - חלקן מתרחשות בבית וחלקן בדרך לבית החולים. בלידות אלה התוצאות המיילדותיות גרועות בהרבה מאשר התוצאות המיילדותיות בלידות בבית חולים. בישראל מתבצעות אלפי לידות מסוג זה מדי שנה. כל היולדות מגיעות לבית החולים ומקבלות טיפול במידת הצורך (הוצאת השיליה, תפירת קרעים וכדו').

לידות בית מתוכננות, ללא עזרת מיילדת - חלקן נועדו להסתיר את דבר ההריון והלידה, וחלקן עקב תפישת עולם. זוהי קבוצה קטנה מאוד - לידות ספורות בלבד בשנה - שתוצאותיהן המיילדותיות קשות ביותר.

ההתמקדות במאמר הנוכחי היא בקבוצה הראשונה, דהיינו לידות בית מתוכננות בעזרת איש צוות רפואי מוסמך.

הרפואה המודרנית במדינות המערב הגיעה במהלך המאה העשרים להישגים מרשימים בתחום המיילדות. עם זאת, נשמעים היום קולות הקוראים לשנות את האופי הטכנולוגי של המיילדות ולהעצים את מקומה של היולדת במהלך הלידה [1]. אחד התחומים שבהם קיימת קריאה לפתיחות ושינוי, הוא העברת חלק מהלידות מבתי החולים למרכזי לידה ולבתי היולדות. בשנת 2005 פורסם מחקר הגדול של ג'ונסון ודייוויס [2] על התוצאות המיילדותיות של לידות הבית המתוכננות בצפון אמריקה, וגרר אחריו הדים רבים - לחיוב ולשלילה. כפי שעולה מהמחקר של ג'ונסון ודייוויס וממחקרנו הנוכחי, התוצאות המיילדותיות של לידות הבית המתוכננות אינן נופלות מהתוצאות המיילדותיות של לידות בבתי חולים, ואף עולות עליהן במספר תחומים, כפי שיוצג בהמשך.

בישראל לא פורסם עד כה כל מחקר בנושא לידות הבית המתוכננות. כיום אין בידי הרשויות השונות במדינת ישראל (משרד הבריאות, משרד הפנים, ביטוח לאומי) נתונים לגבי מספר לידות הבית המתוכננות, התוצאות המיילדותיות, מאפיינים דמוגרפיים וכדו'. המחקר הנוכחי הוא הראשון בישראל העוסק בלידות בית מתוכננות, בשונה ממחקרים אחרים שעסקו בכלל הלידות מחוץ לבית החולים [3].

בשונה מלידות בית מתוכננות, לידות לא מתוכננות מחוץ לכותלי בית החולים המתנהלות ללא השגחת צוות רפואי, מהוות 0.3% מסך כל הלידות במהלך שנה אחת בארצות הברית [4]. במחקר שנערך על ידי בטמן וחב' [5], נמצאה עלייה משמעותית בתחלואות ילודים בלידות מחוץ לבית החולים המתנהלות ללא השגחת צוות רפואי.

שיטות מחקר

טבלה 1:

סיכום נתוני לידות בית מתוכננות, העברות וצורת הלידה בשנים 2007-2003

100%	1,749	סה"כ לידות בית
8.8%	155	העברות יולדות לפני הלידה
2.2%	39	העברות יולדות לאחר הלידה
1.2%	22	העברות יולדים לאחר הלידה
12.3%	216	סה"כ העברות
3.4%	59	ניתוח לחיתוך הדופן
1.1%	19	לידות מכשירנית
95.5%	1,671	לידות לדנית תקינות

טבלה 2:

סיבות להעברת היולדות לבית החולים טרום הלידה וצורת הילוד שלהן

הסיבה	מס' היולדות	סוג הלידה
חוסר התקדמות הלידה	94 יולדות	49 ניתוח לחיתוך הדופן 14 לידה מכשירנית 31 לידה לדנית
מי שפיר סמיכים	16 יולדות	3 לידה מכשירנית 13 לידה לדנית
האטות בדופק העובר	11 יולדות	5 ניתוח לחיתוך הדופן 2 לידה מכשירנית 4 לידה לדנית
דימום מוגבר טרום הלידה	5 יולדות	1 ניתוח לחיתוך הדופן 4 לידה לדנית
ירידת מים ממושכת	8 יולדות	2 ניתוח לחיתוך הדופן 6 לידה לדנית
חום אימהי	1 יולדת	1 ניתוח לחיתוך הדופן
רצון האישה	15 יולדות	15 לידה לדנית
מדדי לחץ דם גבוהים	2 יולדות	2 לידה לדנית
מנח/ מצג לא תקין (Abnormal)	3 יולדות	1 ניתוח לחיתוך הדופן 2 לידה לדנית
סה"כ הועברו לפני הלידה	155 יולדות	59 ניתוח לחיתוך הדופן 19 לידת שולפן ריק 77 לידה לדנית

דיון

הבחירה הגוברת והולכת בלידת בית באה עקב שלושה גורמים שאינם קיימים בלידה בבית חולים: שליטת היולדת על הלידה, המשכיות של חיי הבית והיכרות מוקדמת עם המיילדת. הממצא העיקרי בעבודה זו היה, כי כאשר היולדות נבחרות בקפידה והריון מוגדר כהריון בסיכון נמוך, התוצאות המיילדותיות תקינות ודומות לתוצאות המיילדותיות של לידות הבית המתוכננות במדינות המערב [2].

בחוזר של מנכ"ל משרד הבריאות מנובמבר 2000, קיימת הנחיה לרופאים להעדיף ביצוע לידות בחדרי לידה בבתי חולים מוכרים ומורשים, זאת עקב דיווחים על נזקים שנגרמו לילודות וליולדים בלידות בית. אולם בחוזר המנכ"ל אין אזכור האם אלו לידות בית מתוכננות או שאינן מתוכננות, והאם אותן נשים שילדו בבית הגיעו לאחר מכן לבית חולים.

בשנת 2005 התפרסם מחקרם הפרוספקטיבי הגדול של ג'ונסון

במהלך השנים 2007-2003 נאסף מידע על לידות הבית המתוכננות בישראל, מ-18 מיילדות ו-2 רופאים מיילדים, אשר עוסקים בלידות בית. צורת האיסוף הייתה שליחת שאלון אחיד לכל מיילדת או רופא מיילד בסוף כל שנה. כל המיילדות ענו על השאלון שבו נאספו מספרי הלידות של כל מיילדת, מאפייני הלידות, ובעיקר מאפייני היולדות והילודים שהופנו לבית החולים. הקריטריונים להיכלל במחקר היו:

- א' פנייה לפני הלידה למיילדת או לרופא מיילד ותכנון ללדת בבית.
 - ב' הישארות בבית בתחילת הלידה (רובן השלימו את לידתן בבית, מיעוטן הועברו במהלך הלידה לבית חולים).
- לא נכללו במחקר נשים שילדו בביתן ללא תכנון, או שהיו ללא ליווי של מיילדת או רופא מיילד. בהקשר זה יש לציין שבקרב קהילת "בני ישראל" בדימונה נהוג ללדת בבית, אך ללא ליווי של מיילדת, וקבוצה זו - הכוללת כ-50 לידות בשנה - לא נכללה במחקר. פרט לקבוצת היולדות של קהילת "בני ישראל", שלא נכללה במחקר, ידוע על מספר לידות ספורות בלבד מסוג זה שנערכו במהלך השנים 2007-2003 (על ידי מיילדות שעובדות בדרך כלל בבתי חולים). הלידות הללו עומדות בשני הקריטריונים שצוינו לעיל, אך לא הגיעו לידיעת מחברי מאמר זה ולא נכללו במחקר.

תוצאות

במהלך השנים 2007-2003 התקיימו בישראל 1,749 לידות בית מתוכננות, המהוות כ-3 פרומיל מסך הלידות בישראל. מתוך 1,749 לידות בית מתוכננות, 1,594 (91.1%) הסתיימו בהצלחה בבית. בנוסף, הועברו 155 (8.9%) יולדות להמשך הלידה לבית חולים. מתוך 155 היולדות שהגיעו לפני הלידה לבית חולים, בקרב 59 (3.3%) יולדות הסתיים ההריון בחיתוך הדופן ובקרב 19 (1.1%) יולדות הסתיים ההריון בלידה מכשירנית. בקרב 77 (4.4%) היולדות הנותרות הסתיים ההריון בלידה רגילה בבית חולים. יולדת אחת (0.19%), שעברה ניתוח לחיתוך הדופן, אושפזה מעבר לימי האשפוז המקובלים. אי התקדמות הלידה היא הסיבה העיקרית להעברה לבית חולים לפני הלידה (60%) ולניתוח לחיתוך הדופן (83%) (טבלאות 1 ו-2).

בנוסף הועברו 39 (2.2%) יולדות ו-22 (1.2%) יולדים לבית חולים לאחר הלידה. הסיבות העיקריות להעברת יולדות לאחר הלידה היו לצורך הוצאת שיליה שלא יצאה בשלמותה (43%) או לתפירת קרע בדרגה II (33%) (טבלה 3). סך הכל, 216 (12.3%) יולדות וילודים הגיעו לבית חולים במהלך הלידה ואחריה.

חמישה (0.3%) יולדים אושפזו מעבר לימי האשפוז המקובלים. שני יולדים הועברו במצב קשה לבית חולים לאחר שנולדו עם מי שפיר סמיכים ועברו החייאה במהלך העברתם לבית חולים. שניהם לקו בעיכוב התפתחותי מוטורי וקוגניטיבי. שני יולדים נוספים, שנולדו בבית חולים לאחר שאימותיהם הועברו במהלך הלידה, נזקקו לאשפוז ארוך מהרגיל, ללא נזק ארוך טווח. ילוד אחד שנולד בלידה תקינה (לאחר שאימו עברה מעקב הריון תקין), נמצא ביום החמישי לאחר הלידה במצב קשה, הועבר לטיפול נמרץ ואובחן עם נהור בין העורק הכלילי לעורק הריאה; הילוד עבר צנתור של העורקים הכליליים ללא נזק ארוך טווח.

ילוד אחד נפטר כ-30 שעות לאחר לידה תקינה, לאחר שנבדק בביתו על ידי רופא ילדים. סיבת המוות נקבעה כמוות בעריסה (0.57 פטירות ל-1,000 לידות).

טבלה 3:

סיבות להעברת היולדות והילודים לבית החולים לאחר הלידה

הסיבה	מס' היולדות	הטיפול שניתן
תפירת קרע דרגה 2#	13 יולדות	תפירת קרע
שיליה שלא יצאה בשלמותה	17 יולדות	ביקורת חלל הרחם / הוצאת שיליה ידנית
חום אימהי לאחר הלידה	1 יולדת	טיפול אנטיביוטי במתן ורידי
דימום מוגבר בתר הלידה	7 יולדות	מעקב רמת המוגלובין, 2 יולדות קיבלו מנת דם
התייבשות	1 יולדת	עירוי נוזלים
סה"כ	39 יולדות	
בדיקת ילוד בתר לידה טרום המועד	3 ילודים	36w, 35w בדיקה ללא ממצא חריג, לא אושפזו
דחק נשימתי של הילוד	12 ילודים	11 ילודים אושפזו כיממה - ללא ממצא חריג / ילוד אחד אושפזו 3 ימים - מתן אנטיביוטיקה
חום גבוה	1 ילוד	בדיקה ללא ממצא חריג
קושי ביניקה	1 ילוד	
ציון אפגר נמוך	2 ילודים	הנשמה, אושפזו למשך 10 ימים / הנשמה, אושפזו למשך 14 ימים.
טיפול אנטיביוטי לילוד	2 ילודים	מתן אנטיביוטיקה לילודים שאימותיהם נשאיות GBS לפי תרבית לדנית ועקב לידה מהירה האם לא הספיקה לקבל אנטיביוטיקה במהלך הלידה.
ילוד קטן לגיל ההריון (SGA)	2 ילודים	אושפזו להשגחה במשך יממה.
צהבת	1 ילוד	פוטותרפיה
סה"כ	22 ילודים*	

* במספר מקרים קיימת יותר מהוריה אחת להעברת ילוד לבית חולים, ולכן סיכום המקרים עולה על 22.

התומכים בהן. לידות אלה מהוות אפשרות בטוחה עבור נשים הרות בקבוצת סיכון נמוך [10,11]. הדעות מקוטבות במיוחד בארה"ב, בעת שבה התערבויות רפואיות ועלויות של לידות בבתי החולים גוברות והולכות. למרות שמספר חברות רפואיות קנדיות [12] וארגון בריאות הציבור האמריקאי [13] אימצו מדיניות התומכת ומכירה בלידות הבית, ה-ACOG [14] ממשיך להתנגד להן.

המחקרים שנערכו בעבר, שנבדקו בהם התוצאות המיילדותיות של לידות בית, לקו מבחינה מתודולוגית, כגון: מיעוט נכללים שהקשה להעריך באופן מדויק תמותה סב-לידתית; חוסר הבדלה בין לידות בית מתוכננות ללא מתוכננות; או מחקרים שהיו בעלי אופי רטרוספקטיבי. מחקר קליני אקראי הוא הדרך הטובה ביותר למנוע הטיות בחירה של אמהות שתכננו לידת בית. אולם מחקר קליני אקראי אינו בר-ביצוע, בהתחשב בעובדה שאפילו באנגליה – מדינה שבה לידות בית מהוות חלק ממערכת הבריאות ושיתוף הפעולה זמין יותר – נכשל סקר קדם-מחקרי [15].

נשים הבוחרות בלידת בית (או שתהיינה מוכנות להיכלל במחקר אקראי לגבי מקום הלידה) שונות מנשים הבוחרות בלידה בבית החולים. לדוגמה, נשים הבוחרות בלידת בית נוטות להאמין ביכולתן ללדת בצורה בטוחה ללא התערבויות רפואיות. לעומת זאת, נשים הבוחרות בלידה בבית החולים אינן צריכות להתמודד עם לחץ חברתי ופחדים שיפעילו עליהן רופאים, קרובי משפחה וחברים לגבי בחירה במקום הלידה. לפיכך, מחקר פרוספקטיבי נותר הכלי היחיד המצוי המאפשר לבדוק תוצאות של לידות בית. השוואת תוצאות המחקר הנוכחי ומחקרם של ג'ונסון ודייוויס [2] לתוצאות מיילדותיות ושל ילודים (Neonatal) הן עקביות. מחקרם של ג'ונסון ודייוויס הוא אחד מהמחקרים הפרוספקטיביים הגדולים היחידים על לידות בית. מחקר זה איפשר הערכה של הסיכון למוות סב-לידתי, וזוהו באופן מדויק

וידיוויס [2] על לידות בית מתוכננות בצפון אמריקה. במחקר הוכללו 5,418 לידות בית, ותוצאותיהן של לידות אלו הושוּלו ל-3,360,838 לידות בסיכון נמוך (עובר יחיד, מצג ראש, במועד) בבתי חולים. במחקר נכללו 5,418 יולדות שהחלו את לידתן בבית, מתוכן ילדו 4,872 (90%) בביתן, ואילו 546 (10%) יולדות הועברו לבית חולים במהלך הלידה. לאחר הלידה הועברו 72 (1.3%) יולדות (0.7%) לילודים לבית החולים. סך הכל הועברו 655 (12%) יולדות וילודים לבית חולים במהלך הלידה ולאחריה. מתוך 546 (10%) יולדות שהגיעו לבית חולים לפני הלידה, 200 (3.7%) עברו ניתוח לחיתוך הדופן, 89 (1.6%) עברו ילוד מכשירני, ואילו 257 (4.7%) ילדו בלידה לדנית בבית חולים. לעומתן, 19% מהנשים שילדו בבית חולים והיו בסיכון נמוך עברו ניתוח לחיתוך הדופן, וב-7.4% מהן הסתיים ההריון בלידה מכשירנית. הסיבה העיקרית להעברה לבית חולים במהלך הלידה הייתה חוסר התקדמות בתהליך הלידה (51.2% מכלל המועברות). רוב היולדות והילודים (87%) לא נזדקקו לטיפול בבית חולים. במחקר זה לא הייתה תמותה אימהית. התמותה הסב-לידתית של הילוד הייתה 1.7 ל-1,000 בקרב יולדות בסיכון נמוך אשר תכננו לידת בית. תוצאות מחקר זה דומות מאוד לנתונים המוצגים בעבודתינו ונותנות משנה תוקף לתוצאות מחקרנו (טבלה 4). תוצאות תמותה סב-לידתית של ילודים דומות לתוצאות מחקרים נוספים שנערכו בארה"ב ללידות מחוץ לאשפוז [7,8] וללידות בסיכון נמוך בבית החולים [9]. שביעות רצון היולדות מהטיפול הייתה גבוהה. תשעים ושבעה אחוזים (97%) מהיולדות דיווחו שהיו שבעות רצון למדי; 89.6% מהיולדות ציינו שבלידה הבאה יבחרו ללדת בבית ובטיפול של אותה מיילדת; 9.1% דיווחו שבלידה הבאה יעדיפו ללדת בבית, אך בטיפול מיילדת אחרת; ורק 1.7% דיווחו שיעדיפו לידה במסגרת בית החולים [2].

לידות הבית המתוכננות שנויות במחלוקת למרות המחקרים

טבלה 4:

השוואה בין לידות הבית המתוכננות בצפון אמריקה (2) ובישראל

לידות בבתי חולים ארצה"ב 2000	לב"מ צפון אמריקה 2000	לב"מ ישראל 2003-2007	לידות בבתי חולים ישראל 2005	
66.0%	94.6%	95.5%	75.8%	לידה לדנית
24.0%	3.7%	3.4%	19.1%	ניתוח לחיתוך הדופן
10.0%	1.6%	1.1%	5.1%	לידה מכשירנית
	10%	8.8%		העברות יולדות לפני הלידה
	1.3%	2.2%		העברות יולדות לאחר הלידה
	0.7%	1.2%		העברת ילודים
	12.0%	12.3%		סה"כ העברות לבית חולים

גופנית ונפשית, שאינה מעשנת, בעלת מחויבות להנקה (על מנת להגביר הפרשת אוקסיטוצין לאחר הלידה, למניעת דמם בטר לידת), עם מערכת תמיכה ביתית. מומלץ להכין את הבית ובני הבית ללידה בבית, אך בנוסף לכך להתכונן לאפשרות של מעבר לבית חולים במקרה הצורך. חוקרים מדגישים את חשיבות מערכת היחסים עם המיילדת, על מנת להצליח בלידת הבית. חוקרים מציינים, כי האפשרות של לידת בית מגדילה את חופש הבחירה של האישה על מקום לידתה. כמרכן מצוין במחקרים, כי לידת בית זולה יותר ומהווה חלופה בטוחה ללידה בבית חולים. בנייתו כלכלי נמצא, כי מחיר לידה לדנית ללא סיבוכים בבית החולים בארצה"ב גבוה פי 3 מלידת בית בליווי מיילדת [20]. המחקר של ג'ונסון ודייוויס [2] העלה, כי מיילדות הבית השיגו תוצאות טובות בקרב יולדות בסיכון נמוך ללא צורך שגרתי בטיפולים שעלותם גבוהה. ממצאים אלו תומכים בהמלצות של משרד הבריאות האמריקאי [13] להגביר את הנגישות ללידות בית מתוכננות על ידי מיילדות בארצה"ב.

לסיכום

לידת בית מתוכננת בקרב אוכלוסייה מתאימה ובסיכון נמוך, בליווי צוות רפואי הולם (של מיילדת או רופא מיילדת), מניבה תוצאות מילדותיות טובות.

בחירה נכונה של יולדות בריאות, הנושאות ברחמן עוברים בריאים, הכשרת מיילדות לעבודה מחוץ למרכז רפואי, ואפשרות של פינוי מהיר ויעיל לבית חולים בשעת הצורך – כל אלה יאפשרו לאותן נשים הרוצות בכך (ולבני זוגן) לקבוע את המקום שבו יבחרו לעבור את לידתן, שהיא אחת החוויות הגדולות בחייהן, אם לא הגדולה מכולן.

מאחר שסיבוכים בילודים ובייחוד באמהות הם נדירים, הנתונים הנאספים אינם מספיקים, ונדרש מספר נכחות גדול מאותן 1,749 לידות בית מדווחות. זוהי ראשית הדרך, והתוצאות הראשוניות מעודדות. אולם נדרשים מחקרים נוספים, על מנת לחזק את התוצאות שעלו במחקר זה ולהוביל להנחיות בהירות לגבי המלצות ללידות הבית המתוכננות בישראל. ●

מחבר מכותב: אבנר שיפטן

מחלקת נשים ויולדות

בית החולים הממשלתי על שם פדה, פוריה

טלפון: 04-6938333

פקס: 04-6652487

דוא"ל: avshiftan@walla.com

לידות מתוכננות בבית מתחילת המעקב. למרות המתודולוגיה, תמיד יהיו גורמים מערפלים אפשריים בהשוואה בין לידות בית ללידות בבית החולים. בעזרת קבלה מוקדמת של טופס המידע, אספו ג'ונסון ודייוויס משנת 1993 עד 1999 מידע רטרוספקטיבי רב, בעיקר ממיילדות מסורתיות העוסקות בלידות בית, באמצעות ועדת המחקר והסטטיסטיקה של MANA ואיגוד הסטטיסטיקה של המיילדות הקנדיות. במידע, שטרם פורסם, בקשר ל-11,000 לידות בית מתוכננות – מודגמים נתוני דמוגרפיה, שיעורי התערבות, העברות לבית חולים ותוצאות אחרות, הדומים למחקר משנת 2000.

Olsen [10] פרסם מטה-אנליזה על 6 מחקרים בנושא בטיחות של לידות בית שהתפרסמו במדינות המערב וכללו 24,000 לידות בית. מנתוני המטה-אנליזה עולה, כי לידת בית מתוכננת היא בטוחה, ומתרחשים במהלכה פחות קרעים בלדן (Vagina), שיעור נמוך יותר של ציוני אפגר נמוכים, פחות צורך בהגברת צירי הלידה, פחות לידות מכשירניות ופחות ניתוחים לחיתוך הדופן ("ניתוחים קיסריים"). בנוסף לכך, תוצאות המחקרים האחרונים שנערכו באנגליה [11] ובהולנד [16] (שבה כשליש מהנשים יולדות בבית) חיזקו את התמיכה בלידות הבית. אומנם חוקרים דיווחו על תמותת ילודים גבוהה במחקר על לידות בית באוסטרליה [17]. אולם בהמשך המאמר הדגישו אותם חוקרים, כי ללידות בית בסיכון נמוך באוסטרליה היו תוצאות טובות לעומת לידות בית בסיכון גבוה, אשר העלו את שיעור התמותה הסב לידתית, שניתן היה כנראה למנוע אם היו נערכות במסגרת בית החולים.

המחקרים שצוינו לעיל, כולל מחקרם של ג'ונסון ודייוויס [2], שונים מתוצאות המחקרים בווינגטון [18] או במיזורי [19]. האחרונים הצביעו על סיכון מוגבר בלידת בית, אך לא הבחינו בין לידות בית מתוכננות ללידות בית לא מתוכננות, וכללו בתוצאותיהם לידות בסיכון גבוה לא מתוכננות וללא טיפול מקצועי של מיילדות מוסמכות [9]. לא ניתן להסיק מסקנות ממחקר המערב לידות בית מתוכננות ולידות בית לא מתוכננות. כך לדוגמה נמצא [19], כי שיעור התמותה של ילודים בלידות בית לא מתוכננות הוא 120/1,000, לעומת תמותת ילודים שנולדו בלידות בית מתוכננות עם מיילדת מוסמכת, אשר בהן היה שיעור תמותה של 3/1,000 – הבדל הגבוה פי 40.

תוספת חשובה למחקר אודות לידות הבית המתוכננות היווה מחקרם של Schlenzka [8] בקליפורניה. החוקר השווה 3,385 לידות בית מתוכננות עם 402,806 לידות בית חולים בסיכון נמוך, ומצא באופן עקבי, אך לא מובהק סטטיסטית, שיעורי תמותה סב-לידתית נמוכים בקבוצה של לידות הבית.

בדיונים על קריטריונים ללידת בית, מומלץ לבחור אישה בריאה

ביבליוגרפיה

1. *Wagner M, Fish can't see water: the need to humanize birth.* : Int J Gynaecol Obstet, 2001;75:25-37.
2. *Johnson KC & Daviss BA, Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America.* BMJ, 2005;18;330:1416.
3. *Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A & al, Accidental out of hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality.* J Reprod Med, 2002; 47:625-30.
4. *National Center for Health Statistics: Prevention Profile, Health, United States, 1989.* Hyattsville, Maryland, US, Public Health Service, 1990, p 35.
5. *Bateman DA, O'Bryan L, Nicholas SW & al, Outcome of unattended out-of-hospital births in Harlem.* Arch Pediatr Adolesc Med, 1994;148:147-52.
6. *Hinds MW, Bergeisen GH & Allen DT, Neonatal outcome in planned v unplanned out-of-hospital births in Kentucky.* JAMA, 1985;253:1578-82.
7. *Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ & al, Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996.* Obstet Gynecol, 2002;100: 253-9.
8. *Schlenzka P, Safety of alternative approaches to childbirth.* PhD thesis, California: Stanford University, 1999.
9. *Rooks JP, Safety of out-of-hospital births in the United States. In: Midwifery and Childbirth in America.* Philadelphia: Temple University Press, 1997, pp 345-84.
10. *Olsen O, Meta-analysis of the safety of home birth.* Birth, 1997;24: 4-13.
11. *Macfarlane A, McCandlish R & Campbell R, Choosing between home and hospital delivery. There is no evidence that hospital is the safest place to give birth.* BMJ, 2000;320: 798.
12. *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Policy statement No 126. Midwifery.* J Obstet Gynecol Can, 2003;25: 5.
13. *American Public Health Association. 2001-3: increasing access to out-of-hospital maternity care services through state-regulated and nationally-certified direct-entry midwives.* Am J Public Health, 2002;92: 453-5.
14. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Statement on Home Births [ACOG News release].* Washington; February 6, 2008.
15. *Dowswell T, Thornton JG, Hewison J & al, Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?* BMJ, 1996;312: 753-7.
16. *Anthony S, Buitendijk SE, Offerhaus PM & al, Maternal factors and the probability of a planned home birth.* BJOG, 2005 ;112:748-53.
17. *Bastian H, Keirse MJ & Lancaster PA, Authors reply: perinatal death associated with planned home birth in Australia.* BMJ, 1999;318: 605.
18. *Pang JW, Heffelfinger JD, Huang GJ & al, Outcomes of planned home births in Washington State: 1989-1996.* Obstet Gynecol, 2002;100: 253-
19. *Schramm WF, Barnes DE & Bakewell JM, Neonatal mortality in Missouri home births, 1978-84.* Am J Public Health, 1987;77:930-5.
20. *Anderson RE & Anderson DA, The cost-effectiveness of home birth.* J Nurse Midwifery, 1999;44: 30-5.