

חויית הלידה כפי שהיא משתקפת בציורים של יולדות בית לצד יולדות בית חולים

מאת: אלונה וינוגרדוב, סטודנטית בבית"ס לטיפול באמצעות אמנויות, אוניברסיטת חיפה.

עבודת במסגרת סמינר "גישות באבחון" / פרופ' רחל לב-ויזל.

הממצאים: יולדות בית תיארו את הלידה כחוויה מעצימה, בטוחה ומשותפת עם בני זוגן והדגישו את זכות הבחירה בלידה ותחושת האמפטיה וההכלה כגורמים מרכזיים לחוויה חיובית. הלידה האשפוזית לרוב תוארה כחוויה של איבוד שליטה; התנתקות מהסביבה, מהגוף ומהאירוע עצמו וטיפול רפואי חודרני ומנוכר. נוסף לכך, גם יולדות בית חולים תפסו את הלידה כחוויה מעצימה ומגבשת עם בן הזוג, וזאת במצבים בהם הצליחו להתמודד עם הסביבה הרפואית, בין היתר על ידי הפעלת מנגנונים דיסוציאטיביים.

מילות מפתח: לידת בית, חויית הלידה, הבעה יצירתית

סקירת ספרות

"על פי הגישה המקרו חברתית, הגורמים המרכזיים בקביעת הבריאות ואפיוני מערכת הבריאות הם תהליכים פוליטיים, המבנה החברתי, ערכים והנחות יסוד תרבותיות..."

שובל, יהודית, העיקר הבריאות

"אני מציע להיבדק אצל פסיכיאטר, צריך להיות ממש דפוקה בשביל ללדת בבית כמו כלבה, זה מסוכן גם לאימא וגם לתינוק, לא יאומן שבשנת 2012 ישנן נשים כאלה מטומטמות והבעל בטוח סמרטוט רצפה אם הוא מאפשר דבר כזה..."

תגובה מתוך פורום בנושא הריון ולידה, ynet

מספר הנשים שמחליטות ללדת בבית בישראל הולך וגדל בשנים האחרונות. יחד עם זאת, חוסר מודעות ציבורית בנוגע להשלכות רגשיות, פיזיולוגיות וחברתיות של לידות בית בשילוב עם שיקולים פוליטיים וכלכליים מקשה על רווחת היולדות והמיילדות גם יחד. החוק בישראל מתיר לידות בית, אף על פי שהמדיניות המוצהרת של משרד הבריאות היא שהמקום המיטבי ללידה הוא בית חולים. תופעת לידות בית מהווה אלטרנטיבה ביקורתית לתהליך המדיקליזציה של הלידה בעולם המערבי. העשורים האחרונים הניבו שורת מחקרים, הטוענים כי מרבית ההריונות הם הריונות בריאים אשר אינם דורשים התערבות רפואית, יתרה מכך - להתערבות רפואית מיותרת ישנן השלכות שליליות: תחושת איבוד שליטה, דיכוי רצונות האישה, צורך בהתערבויות רפואיות נוספות ועוד (Boucher, Bennett, McFarlin & Freeze, 2009; Cahill, 2007; Janssen et al., 2009; Michele, 2007).

מטרת המחקר היא לתאר ולבחון מהי חויית הלידה של נשים שילדו בבית לצד הנשים שילדו בבתי חולים וכיצד מסבירות היולדות את חוייתן באמצעות ציור ותיאור מילולי. חשיפת המשמעות הסובייקטיבית של הלידה כפי שתופסות אותה נשים עצמן, עשויה לתרום להבנת הפן האישי, הנשי של הלידה ולגבש דרכי התנהלות מיטיבות שייקחו בחשבון את הצרכים האישיים של היולדות ויעלו את רמת הרווחה הסובייקטיבית של האם והתינוק. במחקר השתתפו 5 נשים שילדו בלידת בית מתוכננת בליווי מיילדת מוסמכת ו-5 נשים שילדו בבית חולים במהלך השנה האחרונה. המחקר נערך על פי הגישה האיכותנית - פנומנולוגית והתבסס על משימת ציור וראיון נרטיבי בעקבותיו.

והן עבור התינוק (Jackson, Dahlen, 2008; Gyte & Dodwell, 2008; Olsen, 1997; Janssen et al., 2009; Schmied, 2012;).

מדיקליזציה של הלידה

בבואנו לדון במשמעות הבחירה ללדת בבית, עלינו להתייחס לתהליך המדיקליזציה של הלידה, אשר מהווה כיום את ההקשר התפיסתי של קבלת ההחלטות הנוגעות להריון ולידה. עד לפני כמאתיים שנה, לידות התרחשו בתחומי הבית בלבד. המיילדות, אשר רכשו את הידע המקצועי בחניכה אישית, היו המטפלות המסורתיות בנשים יולדות. עם התפתחות הרפואה כמקצוע, תופעה שפוקו ממקם בסוף המאה ה-18 (פוקו, 2008), משתנים יחסי כוחות גם בתחום המיילדות. אם לאורך ההיסטוריה, המיילדות היו אחראיות על הלידות הרגילות והרופאים על הלידות הפתולוגיות, הרי בתקופה המודרנית כל תחום הלידות נכנס תחת פיקוח הרופאים, בין היתר על ידי הפיכת כל הלידות ללידות בעלות פוטנציאל פתולוגי (Cahill, 1988; Michaelson, 2001; Declercq et al., 2000;).

לידה הנתפסת כאירוע קליני מטופלת בהתאם להגדרתה. לקליניקה, אפוא, יש תפקיד כפול: מחד גיסא, הינה חלק ממבנה ידע המחפש אחרי אמת קוהרנטית, מאידך – קליניקה הינה חלק ממבנה שלטוני חדש (פוקו, 2008). הרפואה מאופיינת בכך, שהמחלה ולא החולה נמצאים במרכז. כפי ש"מה שנוכח הוא המחלה עצמה, והיא נוכחת בגוף הייחודי לה, גוף שאינו גוף החולה, אלה גופה של האמת" (פוקו, 2008, עמ' 70), כך גם האישה הופכת להיות אובייקט למבט קליני, אמצעי להולדת תינוק, כאשר למשמעות של חוויית הלידה עובר בת אדם יש מקום שולי בלבד, אם בכלל. זאת ועוד, מערכת הבריאות הרבייתית אינה עוסקת בטכניקות טיפול או ריפוי גרידא אלא מכוונת להבניית מכלול התנהגויות המיועדות להקטין את הסיכון לחלות. פעילות זו כוללת גם הבניית התפיסה של האישה הבריאה, של הלידה הבטוחה והגדרת הלידה לדוגמא. היא מגדירה עמדה נורמטיבית בניהול הקיום האנושי ומכתיבה את היחסים בין האישה לחברה בה היא חיה.

גורמים אלה עשויים להסביר, אך לא להצדיק, את שגרת הטיפולים בלידה בבתי חולים, בהם תנוחת הלידה המקובלת הייתה ועודנה תנוחת שכיבה פרקדן, אשר מטרתה להקל על שימוש במוניטור, בעירווי ובהרדמה, כלומר: להקל על הצוות הרפואי לילד ולא על האישה ללדת. שימוש במכשירים, כמו מלקחיים או וואקום ותהליכים כירורגיים, כמו חיתוכי חיץ נקביים וניתוחים קיסריים הפכו לשגרה טיפולית. המונח 'הריון נורמלי' הולך ומפנה את מקומו ל'הריון בסיכון נמוך', ומכך ניתן להסיק כי עצם קיום ההריון מהווה סיכון. מאידך, 'הריון בסיכון

בכל שנה מתקיימות בישראל כ-400 לידות בית מתוכננות ומספרן הולך וגדל. משרד הבריאות אינו מפקח על לידות בית ואינו עוסק ברישומן. לפי הנתונים הסטטיסטיים של ד"ר שיפטן, רופא מיילד שעוסק בלידות בית, בשנת 2006 התקיימו בארץ כ-375 לידות בית ובשנת 2007 היה מספרן כ-500 (אלמגור-לוטן, 2008). תופעה זו מלווה בהתדיינות ממושכת על בטיחות ונחיצות של לידות בית, בהתנגדות גורפת של משרד הבריאות ובסופו של דבר, ביצירת מערכת חוקתית שמאפשרת למדינה להפיק הטבות כלכליות מן היולדות בישראל, לרוב על חשבון זכותן החוקתית לבחירה חופשית ואוטונומיה על גופן (שלו, 2003) ולעתים על חשבון רווחתן ובריאותן (לייסנר, 2008).

הדעה השכיחה ברוב המדינות המתועשות כיום היא שבת חולים זהו המקום האופטימלי והבטוח ביותר ללידה הן עבור התינוק והן עבור האם (Cahill, 2000). תפיסה זו, הרווחת גם בישראל, מונחת בבסיס תחום רחב הנקרא כיום 'בריאות רבייתית' (reproductive health), המאגד בתוכו ניהול של מכלול פעילויות הקשורות לרבייה ופריון (שוכל, 2000). בריאות רבייתית הינה מושג חדש למדי בתחום הרפואה וצמיחתו מאפשרת ארגון מחדש של עצם האפשרות לדבר על הריון ולידה. דהיינו, מלהיות מושג המתייחס לחלק אינטגרלי ממעגל החיים הנשי, הופכים הריון ולידה למונח רפואי - אירוע קליני הדורש פיקוח, השגחה והתערבות.

המחקר הנוכחי עוסק בחוויות של נשים שבחרו ללדת בבית בליווי מיילדת לצד חוויות של נשים שבחרו בלידה אשפוזית. עבודה זו איננה 'נגד לידה בבית חולים' או 'בעד לידה בבית' אלא התבוננות על תופעת לידת בית בישראל ועל התנאים שאפשרו את התפתחותה. גישה זו נשענת על המורשת הפוסט סטרוקטורליסטית של מישל פוקו (Foucault), הבוחנת ידע כמערכת מורכבת של חוקים, תנאים ומהלכים. בספרו הולדת הקליניקה (1963), פוקו טוען שהתפתחות הידע הרפואי כפי שאנו מכירים אותו כיום, לא בהכרח קשורה לקדמה טכנולוגית והתקרבות ל'אמת' אלא לשינוי באופן ההתבוננות, בהקשר ההיסטורי, בשינוי בשפה. המסגרת המושגית של הולדת הקליניקה, אשר נתפסת כרדיקאלית גם 50 שנה אחרי הופעתה (פורטר, 2009), עשויה להועיל להבנת משמעות הבחירה היכן וכיצד ללדת במציאות הישראלית העכשווית, משמע - קביעת מדיניות מעודדת לידות אשפוזיות והחמרת התנאים לביצוע לידות בית וזאת למרות הממצאים האמפיריים המוכיחים שלידות בית הינן בטוחות לפחות כמו הלידות בבתי חולים. להלן רשימה חלקית בלבד של מחקרים המאששים את הטענה כי לידה ביתית בליווי מיילדת הינה אלטרנטיבה בטוחה הן עבור היולדת

הריון בסיכון גבוה (Jackson et al., 2012). יולדות אלו תיארן 3 תמות מרכזיות: "כל לידה היא בעלת סיכון", "בית חולים אינו המקום הבטוח ללדת תינוקות" ו"הפרעה היא הסיכון בלידה".

השיטה

נדבקים

במחקר השתתפו 10 אימהות ישראליות יהודיות נשואות, אשר ילדו בשנה האחרונה. 5 אימהות תכננו וילדו בביתן בליווי מיילדת, מתוכן אחת את הלידה הראשונה. 5 אימהות נוספות בחרו ללדת בבית חולים, מתוכן אחת בלידה הראשונה. מתוך 5 יולדות שתכננו לידה אשפוזית, אחת טרם הספיקה להגיע לבית החולים ולידה ללא ליווי מקצוע כלל. גיל האימהות נע בין 20 ל-41 שנים ($M = 34$). רוב הנשים הן בעלות השכלה על תיכונית (2 עם 12 שנות לימוד, 3 עם השכלה על תיכונית, 5 אקדמאיות). רוב האימהות הגדירו את עצמן כחילונית (9 מתוך 10). לכל המשתתפות היה הריון תקין ולידה ללא סיבוכים.

כלי המחקר

מחקר איכותני פנומנולוגי מתחקה אחר חקר התופעה מתוך חיפוש 'מהות' החוויה האנושית או המשמעות הסובייקטיבית המרכזית של החוויה (שקדי, 2010). מתוך כך, על מנת למקד ואף לצמצם את חוויות האימהות לחוויה מרכזית, הוחלט על שימוש בציור המתאר את חווית הלידה. לאחר השלמת הציור, התקיים ראיון נרטיבי (NI) על מנת לעודד את האינפורמנטיות לספר את סיפור הלידה שלהן. ראיון נרטיבי מתבקש במקרים של נושאים "חמים", בהם יש משמעות לריבוי הקולות השונים ולהקשר התרבותי, החברתי וההיסטורי של הנרטיב (Bauer & Gaskell, 2000) ונראה כי תופעת לידות בית בישראל עונה על הקריטריונים הללו.

ציור "ציירי את חווית הלידה שלך" (חומרים: עפרונות צבעוניים 36 צבעים, נייר A-4).

במסגרת המחקר נערכו מפגשים אישיים עם האימהות בביתן, אשר כללו משימת ציור וראיון נרטיבי. בשל מגבלות היקף המחקר, הראיונות היו קצרים מהמקובל. בתחילת המחקר נערכו מפגשים עם יולדות בית. האימהות התבקשו לצייר את חווית הלידה הראשונה (בבית החולים) ולאחר מכן, את חווית הלידה האחרונה (שנערכה בבית). לפני תחילת הציור התקיימה שיחת היכרות שכללה הסבר על מטרת המחקר, חתימה על טפסי הסכמה והבהרת משמעות הציור. לאחר שלב זה, נאמר לאימהות "ציירי את חווית הלידה שלך"

גבוה' הינו הגדרה נזילה למדי, כאשר יש טוענים כי ההגדרה נתונה לשיקול דעתם של הרופאים ואינה חד משמעית דייה (Cabill, 2000). לפיכך, יש מקום להניח כי שכיחות ההתערבויות במהלך הלידה, יותר ממה שהיא משקפת שיפור באיכות השירות, מבטאת התפתחות הרפואה עצמה, דהיינו שליטה בטבע על ידי מדע וטכנולוגיות (שובל, 2000).

הלידה הביתית

על פי חוזר מנהל הרפואה מס' 17 \ 2012 (משרד הבריאות, 2012): "לידת בית" הינה לידה בבית היולדת, לאחר תכנון והכנה מראש ומתוך בחירה של היולדת. מורשים לעסוק בקבלת לידות בית הם: מיילדות, הרשומות בפנקס המיילדות בישראל, בעלות וותק של 3 שנות עבודה בחדר לידה מוכר בישראל ורופאים מומחים ביילוד וברפואת נשים, בעלי רישיון ותעודת מומחה בישראל העוסקים או שעסקו במיילדות בחדר לידה בישראל במשך 3 שנים.

כיום ישנן בישראל כ-16 מיילדות בית, בעלות רישיון יילוד ישראלי שפועלות בקהילה עם נשים הבוחרות בלידת בית. על תפיסתן המקצועית ניתן ללמוד מתוך האתר הרשמי של אמה"י, ארגון המיילדות בית בישראל:

"אנחנו מבססות את העשייה שלנו על ממצאים ועדויות ממחקרים עדכניים שהוכיחו כי הלידה כשלעצמה, עבור נשים בריאות בסיכון נמוך, היא תופעה טבעית שלרוב מסתיימת בתוצאות משמחות. מתפקידה של המיילדת לבצע מעקב וליווי בהריון, בלידה ולאחריה לצורך זיהוי סימנים מוקדמים לסיבוכים, להימנע ככל האפשר מהתערבות בתהליך ולאפשר סביבה תומכת, עידוד ואהבה" (2012, www.imahi.co.il).

עד כמה שידוע לי, טרם נעשו מחקרים אשר בדקו מאפיינים אישיותיים ודמוגרפיים של נשים שבחרו ללדת בבית בישראל. ממצאי המחקר האמריקאי (Boucher et al., 2009) מראים כי מדובר בעיקר בנשים נשואות (91%), לבנות (87%) ואקדמאיות (62%). מראיונות עם 160 יולדות עלה כי הסיבות המרכזיות לבחירת לידת בית היו: בטיחות, הימנעות מהתערבויות מיותרות, חוויה שלילית קודמת מלידה אשפוזית, נוחות וסביבה מוכרת ושליטה רבה יותר בתהליך הלידה. תמה בולטת נוספת היא אמון של יולדות בית בגופן וביכולתן ללדת ללא הפרעה. ממצאים מעניינים נוספים עולים ממחקר אוסטרלי שבדק את מאפייני הנשים שבחרו ללדת בדרך הקיצונית ביותר בעולם המערבי: בלידה ללא ליווי מקצועי (unassisted) או בלידת בית על אף

ממצאים

1. חווית הלידה

חווית הלידה הביתית

אימהות שילדו בבית (100%) תיארו את לידתן עם דגש על תחושת ביטחון, הכלה, הקשבה והחזקה שחוו מצד המיילדו וממשפחה. כל האימהות תיארו את הלידה הביתית כחוויה חיובית, אינטימית, בטוחה ומעצימה הן בפן האישי והן בפן הזוגי והמשפחתי.

"פשוט הייתי בתוך זה": לידה ביתית כחווית הכלה, הקשבה

והחזקה

טניה, בת 29 מצוירת צורות מעגליות (איור 1) ומספרת על לידתה השנייה:

הציור הזה עושה לי תחושה שונה בגוף. משהו חם ונעים שמתפשט בפנים ומרגיע. הקווים הירוקים האלה – זה קוצים, קוצים בתוך מעטפת רכה. הרי זה לא שזה היה כל כך רך ונעים או לא היה כואב. אבל הייתה סביבה לספוג, לאפשר את כל זה.



איור 1

והן ציירו באופן חופשי, ללא התערבות או הנחייה נוספת. תהליך הציור תועד בתצפית.

ראיון נרטיבי (NI)

לאחר השלמת המשימה, הוזמנו האימהות להתבונן בציור ולהגיב עליו בסיפור. על מנת לעודד פרשנות סובייקטיבית, נשאלה שאלה פנומנולוגית: 'מה את רואה?'. לעתים נעשה שימוש בשאלות נוספות, כגון: 'מה עולה בראשך כשאת מסתכלת על הציור?' - להקלת הבעה אסוציאטיבית ו"מה החוויה הזאת לימדה אותך?" - לעידוד תהליך רפלקטיבי.

לאחר שנאספו 10 ציורים של יולדות בית, נערכה התבוננות משותפת של קבוצת עמיתים – סטודנטים לטיפול באמנות. בבדיקת עמיתים עלה הבדל משמעותי באופן התיאור של הלידה הראשונה בבית חולים לעומת הלידה האחרונה בבית והועלתה השערה כי ההבדל טמון במספר הלידה ולא בהכרח במקום אווואופן הלידה. על מנת לאפשר בחינה שלמה, זהירה ומדוקדקת של המידע ולהימנע מהשוואה ובניית סדר היררכי, הוחלט בשלב זה להוסיף למדגם קבוצה של 5 נשים עם פרטים דמוגרפיים זהים, שילדו מספר לידות בבית חולים כדי לבדוק כיצד הן חוו את לידתן הראשונה והאחרונה. שינוי זה בהליך המחקר תואם את תפיסת המחקר האיכותני, בו מידע "אינו נאסף על פי קטגוריות שנקבעו מראש, אלא בתהליך המתפתח תוך כדי המחקר ובהתייחס למוקדי המחקר ולסיפורים של האינפורמנטים" (שקדי, 2010, עמ' 94).

ניתוח הנתונים

ניתוח נתונים התבסס על קידוד קטגוריאלית מתוך קריאה פתוחה בטקסטים ובציורים. מתוך התמות שעלו, לאחר בדיקת עמיתים נוספת, נבחרו 2 תמות מרכזיות: הראשונה עונה על השאלה "מהי חווית הלידה" ומתרכזת בתוכן (thematic analysis), בעוד שהשנייה מתמקדת במבנה ועונה על השאלה "איך מסבירות הנשים את חווייתן" (structuralist analysis) (Jovchelovitch & Bauer, 2000).

אני מאוד בטוחה בעצמי. בעיניי, לידת בית, כשהיא מנוהלת נכון, היא הרבה יותר בטוחה, בעיניי, מאשר בכל מקום אחר. שוב, גם לא לכל אישה. נשים, שגודלו במערכת ישראלית, שלימדו אותן לסמוך על המורה, לסמוך על המדריך, לסמוך על המפקד, לסמוך על משרד הבריאות – אין להן יכולת וצורך לבחור.



איור 3

”זה משהו טוב שאפשר לעשות ביחד עם בן זוג”: חוויית “ביחד”

עם בן זוג

תמה זו מופיעה בשכיחות גבוהה אצל כול היולדות, כאשר משמעותה משתנה בין יולדות בית ליולדות בית חולים ואף ליולדות “אנאסיסטד”.

❖ יולדות בית תיארו לידה כחוויה משותפת ומגבשת עם בני זוגן. האימהות התייחסו לחשיבות הנוכחות המלאה, הרגשית והפיזית של בן הזוג וליכולתו להיות קשוב לצרכיהן וראו בכך פן אינטגרלי וטבעי של הלידה הביתית. יתרה מכך, האימהות התייחסו לתמיכה של בן הזוג ולתמיכה של המיילדת כאל מערך שלם, הוליסטי ומשלים זה את זה.

שיר, בת 30 מספרת: החוויה שלי מהלידה - שהייתי מאוד מוקפת באנשים, מאוד מוגנת וזה היה כיף. הרבה אנשים היו איתי: בעלי, אחותי, אימא, גאיה (המיילדת, שם בדוי). אני מאוד שמחה שהם היו פה. הייתה לזה משמעות גדולה בשבילי – שאוהבים אותי.

❖ משמעות שונה של חוויית “ביחד” עם בן הזוג מציגה עינת, בת 37 שחווה לידה ללא ליווי מקצועי (unassisted). עינת מתארת את לידתה כחוויה מטלטלת ומסוכנת, ואף על פי כן – מגבשת ומעצימה (איור 4):

”to let go”: חוויית שחרור והרפיה

נוגה מתייחסת לסוגיית השליטה בלידה ומספרת על שחרור והרפיה שחווה (איור 2):

המון הכלה. שחרור. ריקוד במים אפילו... לא היה לי צורך להסתכל מסביב, להסתכל מה השעה, אבי (רופא מיילד, שם בדוי) כמעט לא בדק אותי. לא היה צורך להיתלות על דברים. היה צורך בהתכנסות. טרנס, מדיטציה עמוקה, שפותחת כל גים, כל איבר. פתיחה מלאה ולא במובן של “פתיחה מלאה” אלא פתיחה של כל הנשמה, של כל הגוף. עזבתי לגמרי את המושכות. זה היה לעזוב לגמרי את כל מה שאני יכולה לעזוב, מנסה לעזוב. ללמד את עצמי לעזוב את השכל... זה לא לשחרר, לא להרפות, אין לזה תרגום – to let go... למדתי שיש זמן לשלוט ויש זמן לעזוב. ואני, בתור אחת שתמיד בשליטה, הייתי צריכה to let go.



איור 2

”הבחירות שלי הן בסדר”: חוויית ביטחון בלידה הביתית

שיר, בת 30 מצוירת תיאור ריאליסטי של לידתה הראשונה בבית (איור 3) ומספרת:

זאת הייתה הפעם הראשונה שאני בחרתי, החלטתי בשבילי ובשביל הגוף שלי. זה נתן תחושה של ביטחון וגם ההורות שלי היא באה ממקום של ביטחון, שהבחירות שלי הם בסדר. נגיד, כל מני מעברים היום, של מוצקים, נגיד – אני אימא די רגועה, אני חושבת שאני אימא טובה, שאני בוחרת טוב. אסור להגיד דברים כאלה לאנשים, נכון? (צוחקת...)

נוגה, בת 41 מתארת את עצמה כאישה עם ביטחון עצמי גבוה ורואה קשר בין תכונה זו לבחירת הלידה הביתית:



איור 5

”לידה כלידה זה דבר מעצים” : חווית העצמה וכוח בלידה

תמה זו הופיעה בכול לידות הבית ובחלק של לידות בית חולים (3 מתוך 9).

❖ יולדות בית ציינו את זכות הבחירה כגורם מכריע לחוויה חיובית בלידה. כל האימהות דיווחו על אמונה בגופן וביכולתן ללדת ובליויי מקצועי של המיילדות כגורם לביטחון והעצמה.

נוגה, בת 41 מספרת :

הבחירות שלי נותנות לי ביטחון. נותנות לי ביטחון ללדת בשלווה, בשלום, לצאת מזה בשלום, מעוצמת. הבחירה היא צריכה להיות מאוד מושכלת לכל אישה. אבל שהבחירה תתבצע על ידי השחקנים ולא על ידי הבימאים. שזה יהיה בעדינות ובהקשבה ולא בהתקפה. שזה יהיה מקשיב ולא משתיק.

❖ מאידך, יולדות בית חולים הסבירו את חווייתן כהתגברות על קושי וגילוי כוחות חדשים למרות התנאים :

טניה, בת 29 מספרת על חוויית הלידה הראשונה בבית חולים (איור 6):

מבחינה שכלית אני גאה דווקא בלידה הראשונה. כי עשיתי כפי שרציתי למרות התנאים... התעקשתי, נלחמתי – שזה יהיה טבעי, ובלי אפידורל ובלי התערבויות, אבל נלחמתי. פה (לידת בית) – אין לי תחושה של גאווה. יש שלוה. אפילו לא בא לי להיזכר בלידה הזאת. כאילו, זה היה כל כך טבעי – וזהו, next.... בלידה הראשונה הייתה לי תחושה של התגברות.

מצד אחד – לחץ היסטרי, מצד שני – הביחד. לא הכרנו את התפקוד הזה כל כך קודם, הכול כך קשוב, מותאם, עוצמתי... כאילו כול הסיפורים על הכוח הנשי בהקשרים של לידה, של הגנה על הילד שלך, הכול נכנס לחוויה שהיא הייתה פחות מ-10 דקות. שאני יכולה לעשות את זה לא היסטרי. אני תמיד צחקתי על כול ”הדולפינות” האלה שיוולדות בבריכה ובבית, אני כול כך רחוקה מהמקום הזה של איבוד שליטה, של היצרים, של הפרשות, של פחדים... פחדתי שאני אעשה קקי, ואיך אני אראה – ופה, הנה אני - במקומות שהכול מרוכז ובעלי רואה אותי והוא עדיין איתי. כול העוצמה הזאת והרבה רוח, לא ידעתי שזה קיים. עד היום אני מגמגמת כשאני מנסה לתאר את זה... אנשים לא מבינים כי מי שלא חווה את זה או משהו דומה הוא לא יכול להבין מה קורה שם. לפני זה הייתי כל כך צינית, לא מחוברת...



איור 4

❖ יולדות בית חולים תיארו פן נוסף ואחר של חוויית ”ביחד” עם בן הזוג. האימהות הדגישו את החשיבות בנוכחות פעילה של בן הזוג, כאשר לעתים קרובות חווייתן הייתה מלווה בציפיות לתיווך והגנה מפני הצוות הרפואי ואכזבה מחוסר הבנה מצד בן הזוג והיעדר תמיכה.

אדווה, בת 40 (3 לידות בבית חולים) מתבוננת בציור הלידה הראשונה שלה (איור 5):

אין ספק שאני במרכז ובעלי תומך בי. מה אני רואה... אני רואה בחורה שמתאמצת מאוד- מאוד, היא לא מחייכת. עם תמיכה מלאה, כמובן של הבעל.. ושל המיילדת... מיטה... בית חולים והווילונות. בעלי היה אמור להיות הרבה יותר לידי והוא יצא בצד דווקא יותר קטן... מעניין שהיד של בעלי קצרה ושלי ארוכה, כאילו מה הוא כבר יכול לעזור לי.

היה נורא! נורא צרחת וביכתי. זה כמו לידה ראשונה, זה היה קשה. זה קשה, זה היה נורא! כשזה נגמר, אמרתי שזה הדבר הגרוע שקרה לי בחיים. אני עדיין לפעמים חוזרת לשם. אובדן שליטה... ואת יודעת מה אמרתי למיילדת, אחרי שזה נגמר? אמרתי לה: סליחה.



איור 8



איור 7

"הקול שלא הקשיבו": חוויית טיפול רפואי כחודרני ומפריע

תמה זו מופיעה בשכיחות רבה ומתייחסת לכול אותן יולדות שחשו צורך להתגונן ולעמוד על זכויותיהן אל מול הצוות הרפואי בזמן הלידה. חלקן תיארו את ההתמודדות כהליך מעצים של התגברות וחלקן הביעו אכזבה מהטיפול הרפואי וחוסר הידע שלהן בתחום הלידה. טניה, בת 29 מסבירה את הציור שלה (איור 6):

העיגול הכחול הזה - זה צעקה. כמו בציור של מונק, את מכירה? כל החוויה הזאת בשבילי - זה משהו חד, משהו קשה מאוד, לא קשוב. .. הקווים החומים האלה - זה הקול שלי, קול פנימי שלא הקשיבו לו, לא נתנו לו מקום. התחושה הזאת - שאני לא מעניינת פה אף אחד, אף אחד לא צריך אותי.

רינת, אמא צעירה בת 20 מספרת על חוויית הלידה הראשונה שלה (איור 9):

כן, לקחתי אפידורל, אבל זה לא עבד כי זה היה מאוחר. הייתי בשליטה על הגוף שלי וזה כן היה מאוד חשוב. זה קטע עם האפידורל... הציעו לי, אמרתי "כן". אבל זה לא עבד. האמת שהכי קשה זה היה שאסור לרדת מהמיטה. הרגשתי עם זה כבולה, ניסיתי לשנות תנוחה ולא היה לי נעים להתלונן... הכי קשה שלא יכולתי לרדת מהמיטה והיה אסור לאכול. זה היה אתגר. אני חושבת, במיוחד כשכואב צריך לאפשר לאישה מה שנוח לה. בכלל, לא ידעתי שניר (התינוק, שם בדוי) יכול להיות איתי. לא ידעתי שאני יכולה לדרוש שלא יחתכו את חבל הטבור. העזתי לשאול אם מותר לי לראות את הילד שלי... אמרו לי בטח שמותר, אני לא ידעתי, ככה הרגשתי: שזה הילד שלי וזה עוד לא הילד שלי. זאת הייתה חוויה מדהימה מכול הבחינות.



איור 6

חוויית הלידה האשפוזית

בנוסף לשתי תמות משותפות לכלל הלידות: "כוח והעצמה בלידה" ו"חוויית ביחד עם בן הזוג, אשר נידונו בהקשר של לידות בית, האימהות שתיארו את חוויית הלידה האשפוזית הדגישו את הנושאים הבאים: איבוד שליטה, חוויית טיפול רפואי כחודרני ומפריע וחוויית התנתקות מהסביבה, מהגוף ומהאירוע עצמו ותחושת בדידות.

"אין לך מושג מה קורה איתך": חוויית איבוד שליטה בלידה

תמה זו עולה בהתמדה בכול הלידות. אימהות רבות תופסות את עצמן כמתקשות לאבד שליטה, כאשר חלקן ראו בלידה הטבעית הזדמנות להתמודד עם הסוגיה ותיארו את הלידה כהליך של עיבוד ולמידה על שליטה ושחרור השליטה. לעומת זאת, אימהות שחוו רק לידות אשפוזיות תפסו את הלידה כחווייה קשה לעתים קרובות בגלל חוויית אובדן השליטה על גופן.

רויטל, בת 34 מספרת על חוויית הלידה שלה (איור 7):

זה (מצביעה על הצורות המתפרצות בצד ימין של הציור) - בשבילי איבוד שליטה בעיקר. אני בן אדם שקשה לי לאבד שליטה ולידה מבחינתי המקום לזה... ציפיתי לניתוח כבר.. מה שציפיתי שיקרה קרה בסוף... מצד שני זה היה נעים, זה חדש, זה מרגש. זה לא זכור לי כחווייה קשה, אבל זה לא היה נעים... קושרים לך את הידיים, זה חוסר אונים כזה - את שוכבת ערומה, קשורה, אין לך מושג מה קורה איתך או עם התינוקת, אבל התגברתי מהר יחסית. דווקא התגברתי בקלות, בגלל שציפיתי לזה. איבוד שליטה - זה הנושא פה. זה ה-issue. תראי, גם איבוד שליטה אצלי הוא מסודר.

בלידה השנייה (איור 8) ירדו לי המים ולא הספקתי כלום, לא עשייתי חוקן, לא לקחתי אפידורל, זה היה נורא! חיה שיוצאת ממך בלידה - לא הייתי מוכנה אליה! עשייתי קקי על כולם וזה

הדף – בשביל התחושה הזאת שזה היה סגור, שום דבר לא נכנס, העולם החיצון, המיילדות שהיו שם והתחלפו, אבל זה לא היה רלוונטי. החוויה היא כל כך עצומה – התנתקות. אני כאן, עושה את זה ואין שום דבר שיכול לחדור, להסיח את הדעת. זהו.



איור 9

”לא זוכרת כלום, רק מה שיצא משם”: חוויית דיסוציאציה

תמה זו כוללת אימהות שתיארו את חוויית הלידה שלהן כחוויה חיובית אך בהיבטים ספציפיים בלבד ולא כחוויה שלמה. אימהות אלו דיווחו על הלידה כפעולה מכנית, שעיקרה ללדת את התינוק ולעתים קרובות התעלמו לחלוטין מחווייתן האישית - גופנית ורגשית. גלי, בת 33, ילדה פעמיים בבית חולים, מציירת שמש גדולה ומספרת (איור 10):

כשביקשת לצייר, עלה לי בראש דימוי של שמש בצבעים חומים והמון חום. הרגשתי קר והרגשתי צורך למלא אותנו בחום... אם הייתי יכולה להדביק את הפרצוף של גון (הבן הבכור, שם בדוי) בפנים, הייתי עושה את זה. הדבר היחיד שאני מרגישה זה אהבה ענקית כזאת לגון.



איור 10

אדווה, בת 40 מתבוננת בציור (איור 5) ומגיבה: ”אני מאוד לא נשית, מכנית, עושה מה שצריך ומתאמצת.”

”כול האפור הזה”: חוויית ניתוק מהסביבה

קטגוריה זו מופיעה בכול הלידות האשפוזיות ומכילה את האימהות שתיארו חוויית התנתקות מהסביבה כחלק בלתי נפרד מהלידה בבית חולים. עינת, בת 37 מסבירה את הציור שלה (איור 11):

כול האפור פה, החוויה הייתה סגורה, כאילו זה כול כך אני, רק מה שיוצא משם, כאילו הכול נאטם מסביב. הנשיות – פעם ראשונה למלא את היעוד הזה, היצרי, הקדום, הנשי וזה אומר לבלוע את כול הדאגות, הפחדים שהיו שם... מילאתי את כול



איור 11

”אני, נעליים והתיק”: חוויית בדידות בלידה

אדווה, בת 40 מתבוננת בציור (איור 12) ומספרת:

הצלחתי איכשהו. כן, הצלחתי. בחרתי ברגע ארוך, ארוך מאוד שלפני הלידה. כששכבתי שם לבד. בלי נפש חייה. אני, נעליים והתיק. מכול הלידה – זה הכי זכור לי. הרבה שעות בלי אף אחד. בלי צוות, בלי בן זוג – לבד. מתה מכאבים. להבדיל מהחוויה המשותפת, פה – זה היה משהו בודד, לא הייתה שם נפש חייה. הם הסתובבו מסביב וציפו שאם יקרה משהו אז אני אצעק. ובעלי היה מאוד עסוק עם 2 הילדים האחרים... מתה מכאבים. שוכבת ומחכה שיקרה משהו. הלידה הייתה כול כך מהירה – 7 דק'. ההמתנה הייתה הרבה יותר משמעותית מהלידה. הווילון הזה של בית החולים הוא משמעותי כול כך, פשוט מחכה שמישהו יבוא ויפתח, פשוט מאוד בעיניי וברור.



איור 12

2. הקשר בין ציור לנרטיב

ציור הינו אמצעי ביטוי לא מילולי, הפועל בעיקר על רמות תקשורת ראשוניות (נוי, 1999), דהיינו מסוגל לבטא משמעויות בעזרת סימנים הנושאים מידע הבעתי והתנהגותי מבלי להזדקק לייצוג או מילה. מטרתו לתת ביטוי להתרשמות, רגש או חוויה סובייקטיבית. למרות, ואולי בגלל שפעולת הציור, במיוחד במקרים של חוסר ידע וניסיון בתחום האמנות, היא בבסיסה פחות נשלטת ומודעת, יש בכוחה לתרום לתהליך רפלקטיבי אודות החוויה. עשייה יצירתית כמעודדת מנטליזציה נחקרה על ידי בת אור (Bat Or, 2010). בהקשר של עבודה בחימר, כאשר נראה כי ניתן להכליל את ממצאי המחקר גם על תחומי אמנות אחרים. בעוד תכני הנרטיבים הם בדרך כלל מודעים ונשלטים על ידי האינפורמנט, האופן בו הדברים נאמרים, על פי רוב, בדומה לציור, פחות נשלט ומודע ועשוי ללמד על עולם המשמעויות של היחיד. במחקר הנוכחי נמצאו 4 תמות מרכזיות של מאפיינים צורניים:

אינטגרציה: נרטיב כממשיך ומרחיב את הציור

תת תמה זו כוללת אימהות שתיארו את חווייתן באופן סיפורי, הרבו לתאר את אירוע הלידה עצמו, כאשר הנרטיב היווה הרחבה והמשך לציור. שיח סיפורי בלט בסיפורי הלידה הביתית (100%) והופיע גם בחלק מסיפורי הלידות האשפוזיות.

ניגוד ושליטה: נרטיב נוגד את הציור

תמה זו מכילה אימהות שתיארו סיפורים רבי סתירות פנימיות והשתמשו בשפה של שליטה והנגדה. לעתים קרובות בלט פער בין הציור שמגלם את החוויה עצמה לבין הנרטיב שמעביר מידע או מסר. שיח זה אפיין את סיפורי הלידה האשפוזית וחיזק בצורה משמעותית תכנים של ניתוק ודיסוציאציה.

מנטליזציה: נרטיב כתהליך רפלקטיבי בעקבות הציור

תמה זו כוללת אימהות שחוו תהליך של מנטליזציה במהלך המפגש ודיווחו על תובנות חדשות בהקשר של חוויית הלידה שלהן במהלך או בעקבות הציור. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין יולדות בית לילדות בית חולים בהקשר זה.

הרחקה: נרטיב כמביע עמדה בעוד הציור מתאר חוויה עצמה

תמה זו מתייחסת לאימהות שניסחו את סיפוריהן באופן חיצוני והצהרתי כניסיון להעביר מסר ברור ומודע. אימהות אלו סיפרו על עקרונותיהן הברורים לגבי הריון ולידה, עשו השוואות רבות ומיקמו את עצמן באופן קטגורי בהקשר לתכנים שעלו בשיחה. שיח השוואתי הצהרתי איפיין את יולדות הבית בלבד.

דיון

המחקר הנוכחי הינו מחקר ראשוני שבא לבחון את חווית הלידה בהקשר של המקום בו הלידה מתקיימת: המרחב הביתי לצד מרחב בית החולים. אמנם מספר המשתתפות במחקר הנוכחי מאד קטן, אך היות וזהו מחקר ראשוני בנושא, נראה כי ניתן ללמוד מן הממצאים. חוויית הלידה הביתית משתקפת בציורי היולדות כחוויה הוליסטית, חיובית ועוצמתית. בעוד שהציורים מבטאים את החוויה עצמה באופן פחות נשלט ומודע, הנרטיבים מלמדים שהסיפוק העיקרי של היולדות נעוץ באמונתן המלאה בכישוריה של המיילדת, במערכת היחסים המושתת על אמון, ביטחון ואמפטיה עם המיילדת, בתנאים של הרפיה ורוגע אשר מזמנת סביבה ביתית מוכרת ובהיותן מעורבות בצורה פעילה באופן קבלת החלטות בכול הקשור בטיפול בהן במהלך הלידה. ממצאים אלו מחזקים מחקר קודם בתחום לידות הבית שנערך בקנדה והציג תוצאות דומות (Janssen, Henderson & Vedam, 2009).

מחד גיסא, סיפורי לידות בית מאופיינות בשיח נרטיבי, המחזק את עוצמת החוויה ההוליסטית. מאידך, רבות מאמירותיהן של יולדות בית נוסחו בצורה השוואתית והצהרתית, מה שמלמד על הימצאותן בתהליך אקטיבי של יצירת משמעות. תהליך זה כולל לא רק עיבוד חוויה אישית עוצמתית אלא התייחסות ישירה לנרטיבים תרבותיים וחברתיים. השוליות של לידות בית בישראל, הן מבחינת גודל התופעה והן מבחינת אופן ההתייחסות אליה נוגעת בכמה סוגיות מרכזיות:

1. נשים מהוות כ 50% מהאוכלוסייה בישראל. פירושו של דבר, שכמעט מחצית מאוכלוסיית ישראל נזקקת לשירותי בריאות הקשורים בלידה לפחות שלוש פעמים, בממוצע, במהלך החיים. ואף על פי כן, העניין בחוויית לידה חיובית, לא זוכה לתשומת לב ראויה לא מצד הממסד הרפואי ולא מצד הנשים

3. מספרן הצנוע של יולדות בית בישראל עולה משנה לשנה - מגמה, המצביעה ככול הנראה, על תחושת ניכור גדלה והולכת ממערכת הבריאות הרואה את גוף האישה כמכונה ואת המטפל בה כטכנאי. חוסר סובלנות כלפי מיילדות בית אינו תורם לתדמית הממסד הרפואי, יתרה מכך הוא גורם לתגובות מזיקות: לחיפוש צורות חלופיות למערכת הבריאות, אשר בהעדר פיקוח ראוי, עלולות לכלול גם שיטות טיפול לא רציונליות בעליל. מן הראוי היה, לקבל את לידות הבית כביטוי לדחייה של פגמים במודל המיילדות הרפואי ולפעול להכרה בעבודה של מיילדות בית. לא זו בלבד, שהדבר יקל על עבודתן של המיילדות, אלא יהיה בכך לתרום ליצירת אפשרויות בחירה עבור היולדות בישראל. או אז, יולדות בית לא תצטרכנה לעסוק בהצדקת בחירתן ובגאווה בעצם היותן שורדות, אלא תתפננה לשלב הבא, שאחרי ההישרדות, של התפתחות ושגשוג.

תודות:

ברצוני להודות למיילדת בית מאיה נותקין, אילולא ההיכרות איתה, לא הייתי יודעת שלידה יכולה להיות גם חוויה אינטימית, בטוחה וטובה כול כך.

ביבליוגרפיה

- אלמגור – לוטן, א' (2008). לידות בית בעולם ובישראל. מאמר שהוגש לוועדה לקידום מעמד האישה, מרכז המידע והמחקר, הכנסת. אוחר ב 11.6.2012 מ-
<http://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02115.pdf>
- אמה"י, ארגון מיילדות הבית בישראל (2012). אוחר ב 30.7.2012 מ-
<http://www.imahi.co.il/>
- ליסנר, א' (2008). תעשיית הלידה בישראל. מאמר שהוצג בכנס השנתי של האגודה הישראלית למשפט וחברה, אוניברסיטה עברית, ירושלים.
- משרד הבריאות (2012). לידות בית. חוזר מנהל הרפואה מס' 17 \ 2012. אוחר ב 5.07.2012 מ-
http://www.health.gov.il/hozer/mr17_2012.pdf
- נוי, פי (1999). פסיכואנליזה של האמנות והיצירתיות. מודן.
 פוקו, מי (2008). הולדת הקליניקה: ארכיאולוגיה של המבט הרפואי.
- פורטר, ר' (2009). תולדות הרפואה. מהיפוקרטס עד ימינו. רסלינג.
- ראובן, כי (2012). לידות בית: לא אושרו ההנחיות השנויות במחלוקת. אוחר מ-

עצמן. רוב הנשים הישראליות כיום מקבלות את הסמכות הרפואית בתחום הרבייתי ללא עוררין ותופסות את הלידה כאמצעי להבאת צאצאים לעולם ולא כאירוע אינטימי משמעותי. מחקר חלוץ של מורגנשטרן- ליזנר (Morgenstern- Leissner, 2006) עוסק בהיבטים היסטוריים ותרבותיים של היחס ללידה בישראל וטוען כי יש קשר ישיר ואף הקבלה בין אופייה המיליטריסטי של החברה הישראלית ליחס שלה ללידה. כפי שהרוב המוחלט של גברים ישראליים רואה בשירות צבאי משימה לאומית, כך גם הרוב המוחלט של נשות ישראל תופס לידה אשפוזית כמשימה לאומית שאינה קשורה לרווחה אישית. אמנם, קשה לקבל טענה זו כהסבר יחיד לאדישות ואף לקורבנות של יולדות ישראליות, אך בוודאי לא ניתן להתעלם ממנו לחלוטין.

2. מעולם לא חיו נשים במערב חיים בריאים וארוכים כול כך, מעולם לא ילדו נשים את ילדיהם בביטחון ובשלום כל כך ומעולם לא היו הישגי הרפואה כבירים כול כך כמו בימינו. עם זאת, נראה כי מעולם לא הייתה הרפואה נתונה לספקות ולביקורת כפי שהיא כיום. הרפואה עומדת כיום בפני אתגר חדש: כיצד ליצור מערכת בריאות משביעה רצון, שמשכיחה להשתמש במדע ובטכנולוגיה מבלי לאבד את המגע האנושי. מיילדות בית, אפוא, מהווה דוגמא מצוינת לפתרון סוגיה זו. בהתבוננות על התפתחות הרפואה הקלינית וניסיונה להתאים את עצמה לזמן ולמקום, מציין רוי פורטר (פורטר, 2009, עמ' 379-380) שלושה סממנים מעודדים: הכרה רשמית בחשיבות איכות החיים של המטופל, עלייה של קבוצות עזרה עצמית של מטופלים וסובלנות כלפי הרפואה המשלימה.

במבט על תחום המיילדות בארץ, ניתן לראות בהקשר זה תמונה אמביוולנטית. מחד גיסא, משרד הבריאות מכיר, לפחות באופן עקרוני, אם לא תמיד במעשה, במגמות העולמיות הללו וביטוי לכך ניתן לראות בשינוי תפיסתי לקראת הלידה הטבעית: בהכנסת רפואה משלימה לתחום הריון ולידה, בפתחת חדרי לידה "טבעיים" בתוך בתי חולים ובהכרה בקיום של לידות בית. מאידך, עלות הלידה בבית חולים ישראלי שכרוכה בטכנולוגיה מפותחת הולכת ועולה ואיתה גם התחרות בין בתי חולים, הנותנים שירותים לידות. רוב החידושים בתחום המיילדות אשר הוכנסו לשם שיפור איכות החיים הם בעלי זמינות מוגבלת וניתנים בתשלום. על רקע דברים אלו, עולה השאלה: לשם מה נועדו השירותים המיוחדים הניתנים על ידי בתי חולים, לשיפור רווחת היולדות או להכנסה צדדית עבור בתי חולים?

- Janssen P. A., Saxell L., Page L. A., Klein M. C., Liston R.M., & Lee S.K. (2009). Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *Canadian Medical Association Journal*, 181 (6-7), 377-383.
- Janssen, P.A., Henderson, A.D. & Vedam, S. (2009). The Experience of Planned Home Birth: *Views of the First 500 Women. Birth*, 36 (4), 297-304.
- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. (2000). Narrative interviewing. In M. Bauer & G. Gaskell (Eds.), *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*. London: Sage Publications.
- Michaelson, K. L. (1988). Childbirth in America: A Brief History and Contemporary Issues. In K. L. Michaelson (Eds.), *Childbirth in America: Anthropological Perspectives*. Bergin & Garvey Publishers.
- Michele L. (2007). Childbirth, complication and the illusion of 'choice': A case study. *Feminism & Psychology*, 17, 543-563.
- Morgenstern-Leissner, O. (2006). Hospital Birth, Military Service and the Ties That Bind Them: The Case of Israel. *Nashim: A Journal of Jewish Women's Studies & Gender Issues*, 12, (203-241). Indiana University Press.
- Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the Safety of Home Birth., 24 (1), 4-13.
- http://www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-4229777,00.html
- שובל, י' ואנסון, ע' (2000). העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאות בישראל. מאגנס, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- שלו, כ' (2003). בריאות, משפט וזכויות האדם. הוצאת רמות – אוניברסיטת תל אביב.
- שקדי, א' (2010). מילים המנסות לגעת. מחקר איכותני – תיאוריה ומעשה. הוצאת רמות – אוניברסיטת תל אביב.
- Bat Or, M. (2010). Clay sculpting of mother and child figures encourages mentalization. *The Art in Psychotherapy*, 37, 319-327.
- Boucher, D., Bennett, C., McFarlin, & Freeze, R. (2009). Staying home to give birth: Why women in the United States choose home birth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54 (2), 119-126.
- Cahill, H. (2000). Male appropriation and medicalization of childbirth: An historical analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 334-342.
- Declercq, E (2001). Where to Give Birth? Politics and the Place of Birth. In R. De Vries., C. Benoit., E. Teijlingen. & S. Wrede, *Birth in Design. Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Europe*. New York: Routledge.
- Gyte, G., & Dodwell, M. (2008). Safety of planned home births: An NST review of evidence. *MIDIRS Midwifery Digest*, 18 (3), 376-385.
- Jackson, M., Dahlen, H., & Schmied, V. (2012). Birthing outside the system: Perceptions of risk amongst Australian women who have freebirths and high risk homebirths. *Midwifery* (2012), doi: 10.1016/j.midw.2011.11.002

לפניות בנוגע למאמר זה: אל אלונה וינוגרדוב,
studiotketem@gmail.com