

## עקרון מספר 2 ללידה בריאה: ללכת, להתנועע ולשנות תנחות בכל מהלך הלידה

מישל אונדק, אחות מוסמכת, בעלת תואר שני בחינוך, יועצת הנקה מוסמכת IBCLC, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE)

### תקציר

בארה"ב, הטיפול המיילדותי מתאפיין בריבוי התערבויות מה שמוביל לניתוח קיסרי באחת מכל שלוש נשים, ואילו התנועתיות נתפסת כהתערבות, במקום שתייפס כגורם התומך בתהליך הפיזיולוגי הטבעי להשגת לידה אופטימלית. לנשים הבוחרות בתנחות זקופות ובתנועתיות במהלך הלידה יש לידות קצרות יותר, פחות התערבויות, הן מדווחות על פחות כאב חריף ועל מידה רבה יותר של שביעות רצון מחוויית הלידה שלהן לעומת נשים בתנחות-שכיבה. מאמר זה הינו סקירה מעודכנת, מבוססת-ראיות, של המאמר של למאז הבינלאומית בע"מ: "עקרונות טיפול המקדמים לידה נורמלית, עקרון טיפול מספר 2: חופש תנועה במשך כל הלידה" שפורסם ב- *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 2007.

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

### מילות מפתח: תנועתיות, שלב ראשון של הלידה, תנחות זקופות, שינוי תנחות

הצהרת קונפליקט של משנת 2012 של הקולג' האמריקני של אחיות מיילדות (ACNM), התאגדות המיילדות של צפון אמריקה (MANA) והאיגוד הלאומי של מיילדות מקצועיות מוסמכות (NACPM), שכותרתה: "תמיכה בלידה פיזיולוגית, בריאה ונורמלית", מגדירה לידה פיזיולוגית נורמלית כ"מופעלת על ידי היכולת האנושית המולדת של האישה ושל העובר" (ANCM, 2012). היא כוללת עקרונות טיפול תומכים וטכניקות טכנולוגיה-נמוכה המקדמים את התהליך הביולוגי הנורמלי של הלידה (Goer & Romano, 2010). חופש תנועה בלידה הוא בעל סיכוי גבוה יותר להיות בטוח ובריא, מכיוון שהוא לא מפריע לתהליכים הפיזיולוגיים הנורמליים (Romano & Lothian, 2008). התהליך הפיזיולוגי של הלידה מתוכנן הורמונלית כך שכשהלידה מתחילה שריר הרחם מגיב לאוקסיטוצין. נשים מגיבות לכאבי הצירים ע"י כך שהן מתנועעות כדי להפחית את הכאב. במצב האידיאלי, תגובת הכאב שולחת מסר למוח להמשיך לשחרר אוקסיטוצין נוסף, והצירים הופכים יעילים יותר. בסביבה בה נשים מרגישות בטוחות, בטא-אנדורפינים מסייעים לאישה להגיב לכאב באמצעות שימוש בשיטות התמודדות. תנועתיות היא אחת משיטות ההתמודדות עם כאב, והחופש להתנועע במהלך הלידה היא שיטת התמודדות בטוחה ובריאה, בין היתר מכיוון שהיא לא מפריעה לתהליכים הפיזיולוגיים הנורמליים (Romano & Lothian, 2008). בסביבה בה נשים מרגישות מתח וחרדה רמת הורמוני הדחק (קטכולאמינים) עלולה לעלות, ולהאט את מהלך השלב הראשון של הלידה. הבנת תפקידם של הורמוני הלידה ותפקיד התנועתיות ביצירת תחושה נוחה יותר ובקידום תהליך הלידה, עשויה להעניק לנשים יותר ביטחון בתהליך הלידה וביכולת שלהן לנהל אותו.

נשים מעריכות את היכולת לבחור בתנועתיות במהלך הלידה, ומרביתן חשות שאין להתערב בתהליך הלידה אלא אם כן יש לכך הכרח רפואי (Scotland et al., 2011; Declercq et al., 2013). אחוז הנשים שהשתתפו בסקר, שמאמינות כי אין להתערב בלידה, גדל מ-46% ב-2003 ל-59% ב-2013 (Declercq et al., 2013). בעוד שהנשים דיווחו שחשו פחות כאב כשיכלו להיות ניידות ב-2003, בסקר החוזר בשנת 2013 שנקרא "מקשיבים לאימהות 3" דווח כי רק 40% מקרב האימהות שינו תנחות במהלך הלידה, ורק 43% התהלכו לאחר הקבלה לבית החולים (Declercq et al., 2003; Declercq et al., 2013). הנורמה בארה"ב היא לידה רפואית המגבילה את התנועתיות של האישה בלידה, למרות שמעולם לא דווח בשום מחקר שהליכה בלידה מזיקה לנשים בריאות או לתינוקות שלהן (Storton, 2007). הנוהל של הגבלת התנועה של נשים בלידה נוגד את המלצות ארגון הבריאות העולמי (WHO) ואת עקרונות הלידה הבריאה של למאז הבינלאומית (World Health Organization, 1996; Shilling, 2009). מטרת מאמר זה לספק סקירה עדכנית של הספרות על תנועה במהלך הלידה, ודיון על הגורמים בסביבה הרפואית והקהילתית-חברתית העשויים להוביל לשינוי השיטה ולתמיכה באימוץ חופש התנועה כשיטה המקדמת ומאפשרת את הפיזיולוגיה הנורמלית של הלידה.

### בסיס עובדתי לתנועה בלידה

סקירת הספרות כללה סקירה שיטתית עדכנית של בסיס הנתונים של קוקריין המאוששת ממצאים קודמים: "אנו מאמינים שבכל הזדמנות אפשרית יש לעדכן נשים אודות יתרונות התנחות הזקופות, ויש לעודד אותן ולתמוך בהן לאמץ כל תנוחה על פי בחירתן, ואין להגביל את אפשרויות חופש התנועה שלהן אלא אם כן יש לכך הכרח קליני" (Lawrence et al., 2013 p. 13). החוקרים בחנו 25 מחקרים רנדומליים או דמוי-רנדומליים של 5,218 נשים. הממצאים שדווחו עושים שימוש בסיכון יחסי ממוצע (RR) לנתונים קטגוריים ובהבדל בין ממוצעים (MD) לנתונים רציפים. בהשוואה בין תנחות זקופות וניידות לעומת תנחות-שכיבה במהלך השלב הראשון של הלידה, המסקנה היא שהלידה קצרה יותר בכשעה ו-22 דקות אצל נשים שהוקצו אקראית לתנחות זקופות לעומת שכיבה (MD ממוצע -1.36, 95% רווח סמך (CI) -2.22 עד -0.51; 15 מחקרים, 2503 נשים; אפקטים רנדומליים, T(2)=2.39, Chi(2)=203.55, df=14, P<0.00001, I(2)=93%). לנשים שהיו זקופות היה גם פחות סיכוי לעבור ניתוח קיסרי (RR 0.71, 95% CI)

0.94 to 0.54 14 מחקרים, 2682 נשים), והיה פחות סיכוי שהן יקבלו אפידורל (RR 0.81, 95% CI 0.66 to 0.99, 9 מחקרים, 2107 נשים, אפקטים רנדומליים, (Lawrence et al., 2013) T(2)=0.02, I(2)=61%).

החוקרים פקפקו באיכות המתודולוגית של המחקרים. בעיה נוספת עם הנתונים מהסקירה של קוקריין היא שהמחקרים התבצעו על פני תקופה שנמשכה 50 שנה ב- 13 ארצות שונות, בהן התרחשו שינויים תרבותיים רבים בניהול לידה ובציפיות של נשים לגבי לידה, וכן חלה במהלך עליה בשימוש בטכנולוגיה. במחקרים בהם נכללו נשים שקיבלו הרדמה אפידורלית לא היו הבדלים באורך הלידות בקבוצות שהשוו תנחות זקופות ותנועה לעומת תנחות-שכיבה. רק באחד המחקרים שדווחו נבדקו תוצאות של תנחות זקופות על התינוק. מחקר זה הסיק פחות אשפוז במחלקות טיפול נמרץ ילודים (200 נשים, 95% CI 0.04 to 0.89, RR 0.20) לנשים זקופות ונעות.

קיים מחסור במחקרים שנהלו היטב, אך ההיגיון אומר שהיתרונות האמיתיים של תנועתיות בשלב הראשון של הלידה עשויים להיות גדולים יותר ממה שדווח במחקרי התנועתיות שנתוחו ע"י כותבי הסקירה של קוקריין ואחרים (Hollis Martin & Martin, 2013). משתתפות במחקרים רנדומליים מבוקרים (RCT) מוקצות לקבוצה מסוימת, ונשארות בקבוצה הזו אם הן מתהלכות או לא. זה טבעם של מחקרים רנדומליים מבוקרים, שצריך לנתח אותם בהתאם ל"כוונה לטפל". המשתתפות במחקר חייבות להישאר בקבוצותיהן. זה מקשה על מציאת הבדל משמעותי במחקרים קליניים הקשורים לתנועתיות בלידה (Goer, 2013). ממצא חשוב הוא, שאין מחקרים המדווחים על כך שפעילות של האם במהלך הלידה מאריכה את הלידה.

ישנם מספר מחקרים שכן מוצאים יתרונות לתנועה במהלך הלידה. לנשים שמשמשות בתנחות זקופות במהלך הלידה יש לידות קצרות יותר ופחות התערבויות, הן מדווחות על פחות כאב חריף ועל סיפוק רב יותר מחוויית הלידה שלהן, מאשר נשים בתנחות שכיבה-למחצה או תנחות שכיבה על הגב (Priddis, Dahlen, Schmie, 2011). במחקר שפורסם בכתב העת 'מחקר בסייעוד', נשים בלידה חוו יותר כאבי גב תחתון כשהיו בשכיבה (Adachi, Shimada, & Usai, 2003). שינויי תנוחה מסייעים לנשים לא רק בהתמודדות עם כאבים בלידה; תנחות זקופות משתמשות בכוח הכבידה כדי להוריד את התינוק, ושינויי תנוחה לעיתים קרובות מזיזים את עצמות האגן, ובכך מסייעים לתינוק למצוא את ההתאמה הטובה ביותר (Storton, 2007; Simkin & Anчета, 2011).

### מכשולים בפני תנועתיות בלידה

לעיתים קרובות מופיעות בנהלים של בתי חולים הוראות לשינויי תנחות, אך הן מתנגשות עם נהלים המחייבים שימוש בטכנולוגיה, כגון ניטור עוברי רציף ועירוניים תוך-ורידיים, המגבילים תנועתיות (Hollis Martin & Martin, 2013). נהלי ניהול לידה נוכחיים, העושים שימוש בפרטוגרמות למדידת התקדמות הלידה שמבוססות על עקומת פרידמן, הינם מדדים בלתי מציאותיים - על פי ממצאים עכשוויים והמלצות אודות אורך השלב הראשון של הלידה (Laughon et al., 2013). נהלים אלה סומנו בין היעדים של דוח 'הקונצנזוס הטיפולי המיילדותי' אודות "מניעה בטוחה של שיעורי הניתוח הקיסרי הראשוני". הדוח מסיק שניתוח קיסרי גורם לסיכון רב יותר מאשר לידה ואינלית. תמותה כתוצאה מניתוח קיסרי מתרחשת ב-2.7% מן הלידות, בהשוואה ל-0.9% מן הלידות הואינליות (Obstetric Care Consensus, 2014). בנוסף לכך, העלייה בתחלואה האימהית הנלווית לניתוח קיסרי, מעלה את הסיכון לקבלה למחלקה לטיפול נמרץ ילודים ולתמותה סב-לידתית. המלצות הקונצנזוס לשלב הראשון של הלידה כוללות את הדברים הבאים: "שלב לטנטי ממושך (לדוגמא, שנמשך למעלה מ-20 שעות באישה שזו לידתה הראשונה ולמעלה מ-14 שעות בנשים שזו לידה חוזרת שלהן) לא צריך להיות אינדיקציה לניתוח קיסרי; שלב ראשון של לידה איטי אך מתקדם – לא צריך להיות אינדיקציה לניתוח קיסרי; פתיחת צוואר רחם של 6 ס"מ צריכה להחשב סף-כניסה לשלב הלידה הפעילה עבור רוב הנשים. לכן, ניתוח קיסרי בגלל עצירת התקדמות בשלב הראשון של הלידה - יש לשמור רק לנשים שיש להן פתיחה של 6 ס"מ או יותר, אחרי ירידת מים, שהלידה שלהן לא מתקדמת" (Obstetric Care Consensus, 2014 p.7). ההמלצות אינן מתייחסות לתנועתיות בשלב הראשון של הלידה, אך כשמתבוננים בגורמים המובילים שהביאו לעליה בשיעור הניתוחים הקיסריים בארה"ב, (שהם: 1) חוסר התקדמות בלידה (דיסטוכיה); (2) תרשים דופק לב עוברי לא נורמלי או בתבנית ביניים (indeterminate); (3) מצג עובר בעייתי – על כולם יש פוטנציאל להשפיע לטובה באמצעות תנועתיות בלידה.

### התגברות על מכשולים בפני תנועתיות בלידה

אחד המכשולים העומדים בפני קידום תנועתיות בלידה, הוא חוסר הבנה של התהליך הפיזיולוגי של הלידה, הן על ידי הנשים והן על ידי הצוות המטפל שלהן. כדי להגיע לטיפול אופטימלי בלידה – יש להתגבר על המכשולים העומדים בפני נתינת וקבלת טיפול כזה. מקורו של המונח "טיפול אופטימלי" הוא ברעיון האופטימליות בטיפול מיילדותי, שנלקח מהקולג' האמריקני לאחיות-מיילדות (Goer & Romano, 2012). חופש התנועה הוא עקרון אחד בהשגת טיפול אופטימלי בלידה. באופן מסורתי, מורות להכנה ללידה עסקו בשלוש מילים שמתחילות באות P כמפתחות להתקדמות בלידה: Power - עוצמת הצירים, Passenger - הנוסעת/ת – כלומר הגודל והמצג של איבר התינוק המתקדם ו-Passageway – דרך המעבר של האם. בחיבורם "טיפול אופטימלי בלידה", מציעות גואר ורומאנו רשימה אלטרנטיבית של מונחים המתחילים באות P. ארבעת הגורמים הנחוצים לתמיכה באוטונומיה ובתנועתיות של היולדת הם: רשות (permission), סביבה פיזית (physical environment), נהלים (practices), ואנשים (people) (Goer & Romano, 2012).

נשים צריכות להבין **שיש להן רשות** להתנועע ולבחור את התנוחה הרצויה להן, מבלי שהצוות המטפל יגביל בחירות אלה, אלא אם כן מתעורר צורך רפואי אמיתי לכך. בחירה מושכלת היא חלק מתהליך קבלת החלטות משותף בין האישה לבין הצוות המטפל שלה, בו הם סוקרים את הסיכונים, היתרונות והאלטרנטיבות של טיפול מומלץ – במקרה זה: הגבלת התנועות שהצוות המטפל מבקש שהאישה תקבל על עצמה.

**הסביבה הפיזית** צריכה להיות גדולה מספיק כדי לאפשר חופש תנועה. במחקר פילוט שנערך בשני בתי חולים קנדיים, חולקו יולדות רנדומלית לחדר לידה רגיל או ל"חדר אווירה". מטרת חדר האווירה הייתה יצירת סביבה רגועה שמאפשרת הרפייה, כולל כלים המסייעים לתנועות. התוצאה הייתה שהיולדות בילו 50% פחות זמן במיטה, והשתמשו בפחות זירוזים עם עירוי אוקסיטוצין (Hodnett, Stremler, Weston, & McKeever, 2009). דוגמא נוספת היא בית חולים בקליפורניה המעודד אימהות להשתמש בכדורי לידה כדי להתנועע בלידה. המטרה של התכנית הזו היא להגדיל את הצלחת ניסיונות הלידה בנשים המעוניינות בלידה ואינלית לאחר ניתוח קיסרי (Cedar Sinai, May 10, 2013). מחקר הראה שהשימוש בכדור לידה לתנועות התנדנדות, הפחית באופן משמעותי את ציוני הכאב של הנשים בקבוצת כדורי הלידה בלידה פעילה, ממצא שהוא עקבי ביחס למחקרים קודמים, המראים כי יש פחות כאבי גב תחתון בתנוחות זקופות ב-6-8 ס"מ (Traavoni et al., 2011; Adachi, Shimada, & Usai, 2003).

נשים זקוקות גם ל**רשות** להימנע מ**נהלים** המפריעים לתנועות. דוגמאות לנהלים כאלה הן: (1) עירוים תוך ורידיים - שאפשר לשמור למקרים בהם צריך לתת תרופות ולאפשר לנשים לקבל נזלים וקלוריות באמצעות אכילה ושתייה, ובמקרה שצריך עירוי ניתן להחדיר אותו לאמה ולא לזרוע כדי להימנע מהגבלת ניידות, (2) אלא אם יש סיבה רפואית, להשתמש בניטור לסרוגין או במוניטור אלחוטי למעקב עוברי אלקטרוני, כדי שנשים יוכלו להיות ניידות. יש להכיר ולעודד שימוש ב**נהלים** לא-תרופתיים, מבוסס-ראיות, הידועים כמפחיתים כאבי לידה, כתוספת לתנועות. נהלים אלה הם: הרפייה, עיסוי, דיקור, ושהיה במים (Jones et al., 2012). בנוסף, במחקר רנדומלי מבוקר נמצאו מקלחות חמימות כשיטה לא-תרופתית אפקטיבית להפחתת כאב, בעלת עלות נמוכה, נוחה ותומכת בתנוחות זקופות (Lee et al., 2012). ניתן להשתמש בשיטות רבות נוספות בהן משתמשות מורות להכנה ללידה ודולות בביטחה עם תמיכה, למרות שלא עבור כולן נחקרה היעילות. חלק קטן מהן הוא: נענוע האגן, כריעות, ריקוד איטי וטיפוס במדרגות. התערבויות אלו מסייעות לנשים להיות שותפות מלאות בתהליך הלידה, ולהרגיש שיש מי שדואג להן ומנחם אותן.

ה-P החשוב ביותר הוא **people – אנשים**. הצוות המטפל ביולדת צריך להאמין בתהליך הפיזיולוגי. התנהגות לא שיפוטית, תומכת ואדיבה כוללת: (1) כבוד לבחירותיה של האישה; (2) עזרה בהשגת רצונותיה ו- (3) ייצוג נאמן של רצונותיה בשמה מול חברי צוות אחרים. הפחד מפני הלידה הוא גורם משמעותי בעיבוד התקדמות בלידה. במחקר שהקיף 2,206 נשים שרצו ללדת ואינלית, הן מילאו שאלוני הערכה של רמת הפחד מפני הלידה (Wijma Delivery Expectancy questionnaire). התוצאות קבעו שהלידה ארכה בממוצע 47 דקות יותר אצל הנשים שציוני הערכה שלהן היו גבוהים (Adams, Eberhard-Gran, & Eskild, 2012). נשים זקוקות לחינוך ללידה כדי לסייע להן להבין את התהליך הפיזיולוגי ולהאמין בו. בסקר העדפות דיסקרטי שערך סקוטלנד, נשים דרגו לידה ואינלית. הגורם המשפיע ביותר בדרוג שלהן, היה חוויות הלידה הקודמות שלהן. היו סתירות אחדות במחקר זה, נשים רצו גם שהתערבויות ברמה הגבוהה ביותר יהיו זמינות, וגם העדיפו אידיאלית לחוות התערבויות ברמה הנמוכה ביותר שיש. הייתה מקובלת עליהן רמה מסוימת של התפשרות, למשל להישלח הביתה אם הן לא בלידה פעילה, כדי להימנע משהיה ארוכה בבית החולים ולהקטין את הסבירות להתערבויות (Scotland et al., 2011).

בתי חולים הם גם **אנשים**. דוגמא למדיניות שצריך בבתי חולים היא הרתעות מפני קבלה ללידה בשלב הלטנטי, בהתבסס על דוח הקונצנזוס שלידה פעילה מתחילה ב-6 ס"מ (Laughon et al., 2013). נשים שילדו לאחרונה מצהירות שהן היו מקבלות ניסיונות להפחית את הקבלות המוקדמות לחדרי לידה, אם התוצאה הייתה הפחתה במשך הזמן בחדר הלידה ואם זה היה מפחית את הסיכוי להיות ניחות במהלך הלידה (Scotland et al., 2011). כמובן שמדיניות שמכוונת לטפל בנושא של קבלה מוקדמת לחדר הלידה והתערבויות במהלך הלידה, צריכה לכלול מאמצים לחנך נשים בנוגע לכך שהשלב הלטנטי יכול להיות ארוך, מתי כדאי להתקבל לחדר לידה, ושלידה ארוכה אינה סימן בפני עצמו שנחוצה התערבות (Scotland et al., 2013). כמו כן, נשים זקוקות לכלים ולביטחון כדי לעבוד עם השלב הלטנטי של הלידה שלהן בבית, ולאחר הקבלה הן צריכות חופש תנועה כדי להפחית את הצורך בהתערבויות פולשניות.

## סיכום

ישנה דרך אופטימלית ללדת והיא לתמוך בתהליך הפיזיולוגי (Lothian, 2009; Goer & Romano, 2012; ANCM, 2013). אף מחקר לא הראה מעולם שהליכה במהלך הלידה מזיקה לנשים בריאות בלידות נורמליות, וזוהי המסקנה מבוססת-הראיות של פרקטיקת הלידה הידידותית לאימהות מטעם CIMS (הקואליציה לשיפור שירותי מיילדות), לפיה יש לתת לאישה היולדת חופש ללכת, להתנועע ולבחור בתנוחות כרצונה במהלך הלידה (Storton, 2007). "תנוחת האשה בלידה, התנועות והפחד או החשש שלה, או לחילופין הביטחון שלה – עשויים להשפיע על תחושת הכאב שלה" (Jones et al., 2013). הפרקטיקה הנוכחית, שהיא מרובת-התערבויות, תרמה לשיעור הגבוה של ניתוחים קיסריים בארה"ב של כמעט שליש מן הנשים, והובילה לעליה בתחלואה ובתמותה האמהית (Obstetric Care Consensus, 2014). מכיוון שחוסר התקדמות בלידה (דיסטוכיה) הוא האינדיקציה הנפוצה ביותר לניתוח קיסרי, על המאמצים להפחית את שיעור הניתוחים הקיסריים לכלול מאמצים לתמוך בתהליך הפיזיולוגי, שבו היכולת של נשים להיות בתנועה היא מפתח. נשים צריכות להרגיש שהן יכולות ללדת בסביבה תומכת, המפחיתה את פחדיהן מפני כאב באמצעות כך שהיא תומכת ביכולתן להתמודד עם כאבי הלידה – כולל באמצעות החופש ללכת, להתנועע ולשנות תנוחות בכל מהלך הלידה.

## השלכות על פרקטיקה מבוססת-ראיות

הפילוסופיות וההעדפות של הצוות המטפל המיילדותי – רופאים, מיילדות, אחיות, דולות ומורות להכנה ללידה – משפיעות על ההמלצות שהם נותנים ליולדות. חלק מהמודלים לטיפול וממקומות-הלידה עושים שימוש רב יותר בתנועות מאשר אחרים. בעוד קיימים ממצאים לפיהם ההליכה והתנוחות הזקופות מפחיתות את משך השלב הראשון של הלידה, יש צורך במחקרים מאיכות טובה יותר על מנת להראות את החשיבות לצוות המטפל, ולכוון אותו על בסיס המלצות מדויקות יותר לניידות ולתנועה. אין מספיק הבנה בנוגע למה שמסייע או מונע מאשה להשתמש בתנוחות לידה פיסיוולוגיות (Priddis, Dahlen, & Schmeid, 2012). הסקירה של קוקריין אודות תנועות משאירה כמה שאלות חשובות שיש לתת להן מענה, כגון שאלת ניהול הלידה אחרי פקיעת קרומים והרדמה אפידורלית (Lawrence et al., 2013; Goer, 2013). על בסיס המידע הקיים, אנו יכולים לעודד נשים לבחור בתנוחות הרצויות להן. הוליס מרטין (Hollis Martin, 2013) מציעה לחקור עוד, הן את הגורמים והן את הנהלים בתוך מערכות הבריאות הנוכחיות, המסייעים לנשים לאמץ תנוחות שונות במהלך הלידה או המונעים מהן לעשות זאת. התשובות שיינתנו לשלוש שאלות מחקר מרכזיות יספקו גם לצוות המטפל וגם לנשים בהירות רבה יותר כיצד יש להשתמש בתנועה ובתנוחות, לא רק לקיצור הלידה אלא גם כדי להעניק הקלה מהכאב. שאלות המחקר שמציעה הוליס מרטין הן:

- 1) מהי החוויה האיכותית של נשים כשהן ניידות או מוגבלות לחצי-שכיבה במיטה, במהלך השלב הראשון של הלידה?
- 2) מהן ההשפעות הסביבתיות, החינוכיות, והתרבותיות המשכנעות/המונעות מנשים להיות פעילות פיזית במהלך השלב הראשון של הלידה?
- 3) אילו תנוחות מפורטות ופעילות של היולדת יעילות בקידום השלב הראשון של הלידה?

## רשימת מקורות

- Adachi, K., Shimada, M., & Usai, A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research*, 52(1), 47–51.
- Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., & Eskild, A. (2012). Fear of childbirth and duration of labour: A study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG*, 119(10), 1238-1246.
- American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, & National Association of Certified Professional Midwives. (2012). *Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM*.
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Risher, P. (2002). *Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Maternity Center Association.
- Declercq, E.R., Sakala, C., Corry, M.P., Applebaum, S. & Herrlich, A. (2013). Major survey findings of Listening to Mothers III: Pregnancy and birth. *Journal of Perinatal Education*, 23(1), 9-16, <http://dx.doi.org/10.1891/1058-1234.23.1.9>
- Goer, H. (2013). Cochrane systematic review supports Lamaze Healthy Birth Practice #2-Walk, Move Around and Change Positions in Labor. *Science & Sensibility Blog*. Retrieved from <http://scienceandsensibility.org/?p=770>
- Goer, H., & Romano, A.M. (2012) *Optimal care in childbirth: The case for a physiologic approach*. Seattle, WA: Classic Day Publishing.
- Hodnett, E. D., Stremmler, R., Weston, J. A., & McKeever, P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: A pilot trail. *Birth*, 36(2), 159–166.
- Hollins Martin, C.J., & Martin, C. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19, 44-49 (<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.09.001>).
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierovic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Library of Systematic Reviews*, <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>>.
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T. Alfierovic, Z., Gates, S., Newborn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. (2013). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Retrieved March 6, 2014, published on-line June 5, 2013

<<http://summaries.cochrane.org/CD009234/pain-management-for-women-in-labour---an-overview>>

- Laughon, S.K., Branch, D.W., Beaver, J., & Zhang, J. (2012). Changes in labor over 60 years. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 206(5), 419.e1-9, doi: 10.1016/j.ajog.2012.03.003.Epub2012Mar10.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Oct 9; 10: No.: CD003934. doi: 10.1002/14651858. CD003934.pub4 . Retrieved March 6, 2014 from [http://summaries.cochrane.org/CD003934/mothers position-during-the-first-stage-of-labour](http://summaries.cochrane.org/CD003934/mothers-position-during-the-first-stage-of-labour)>
- Lee, S.L., Liu, C.Y., Lu, Y.Y. & Gau, M.L. (2012). Efficacy of warm showers on labor pain and birth experiences during the first labor stage. *JOGNN*, 42(1), 19-28.
- Lothian, J. (2009). Safe, fealthy birth: What every pregnant women needs to know. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 48-54. doi: 10.1624/105812409X461225
- Moms rock and roll through childbirth.* (2013). A program at Cedar Sinai Hospital, Los Angeles, CA. Retrieved March 16, 2014 from <http://www.wcax.com/story/22218884/rock-and-roll-deliveries?>.
- Obstetric Care Consensus. (2014). Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery: ACOG and SMFM. *Obstetrics & Gynecology*. Retrieved March 6, 2014 from [http://www.acog.org/Resources And Publications/Obstetric Care Consensus Series/Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery](http://www.acog.org/Resources%20And%20Publications/Obstetric%20Care%20Consensus%20Series/Safe%20Prevention%20of%20the%20Primary%20Cesarean%20Delivery)
- Priddis, H., Dahlen, H. & Schmied, V. (2012). What are the facilitators, inhibitors, & implications of birth positions? A review of the literature. *Women and Birth*. 25 (3), 100-106.
- Romano, A.M., & Lothian, J.A. (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: A look at the evidence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(1),94-105. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x 18
- Sakala C., & Corry, M.P. (2008). Evidence-based maternity care: what it is and what it can achieve. New York, NY: Milbank Memorial Fund. Retrieved March 15, 2014 from [www.childbirthconnection.com](http://www.childbirthconnection.com)
- Scotland, G., McNamee, P., Cheyne, H., & Barnett, C. (2011). Women's preferences for aspects of labor management; results from a discrete experiment. *Birth*, 38(1), 36-47.
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2011). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia (3<sup>rd</sup> ed.)*. New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Shilling, T., Romano, A.M., DiFranco, J. (2007). Care practice: freedom of movement throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 21-4.
- Shilling, T. (2009). Lamaze International Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. Retrieved March 5, 2014 from [www.lamazaeinternational.org/cm/id/fid=83](http://www.lamazaeinternational.org/cm/id/fid=83)
- Storton, S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis of mother-friendly care. Step 4: Provide the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice. *Journal of Perinatal Education*, 16 (Supp 1), 25S-27S.
- Traavoni, S., Abdolahian, A.S., Haghani, H., Neysani, L. (2011). Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: a randomized controlled trial. *Journal of Nurse Midwifery & Women's Health*, 56(2), 137-140, doi:10.1111/i.15412011.201000013x.
- World Health Organization. (1996). *Care in normal birth: A practical guide*. Geneva, Switzerland: Author.

## ביוגרפיה של מחברת המאמר

מישל אונדק היא מורה להכנה ללידה, ומועסקת על ידי בית החולים לנשים מאגי של המרכז הרפואי של אוניברסיטת פיטסבורג (UPMC) למעלה מ-30 שנה. היא נשיאת חבר המנהלים של למאז הבינלאומית ויועצת בחינוך קהילתי.

תכתובת בנוגע למאמר זה יש להפנות אל מישל ל. אונדק, אחות מוסמכת, בעלת תואר שני בחינוך, יועצת הנקה מוסמכת IBCLC, מורה להכנה ללידה מוסמכת מטעם למאז (LCCE), חברה באקדמיה למורות מוסמכות להכנה ללידה (FACCE), דוא"ל: [mondeck@mail.magee.edu](mailto:mondeck@mail.magee.edu) או [ondeml@mail.magee.edu](mailto:ondeml@mail.magee.edu)