



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**תוכנית למניעת
לידות מוקדמות**

בבית שמש

מס' 28

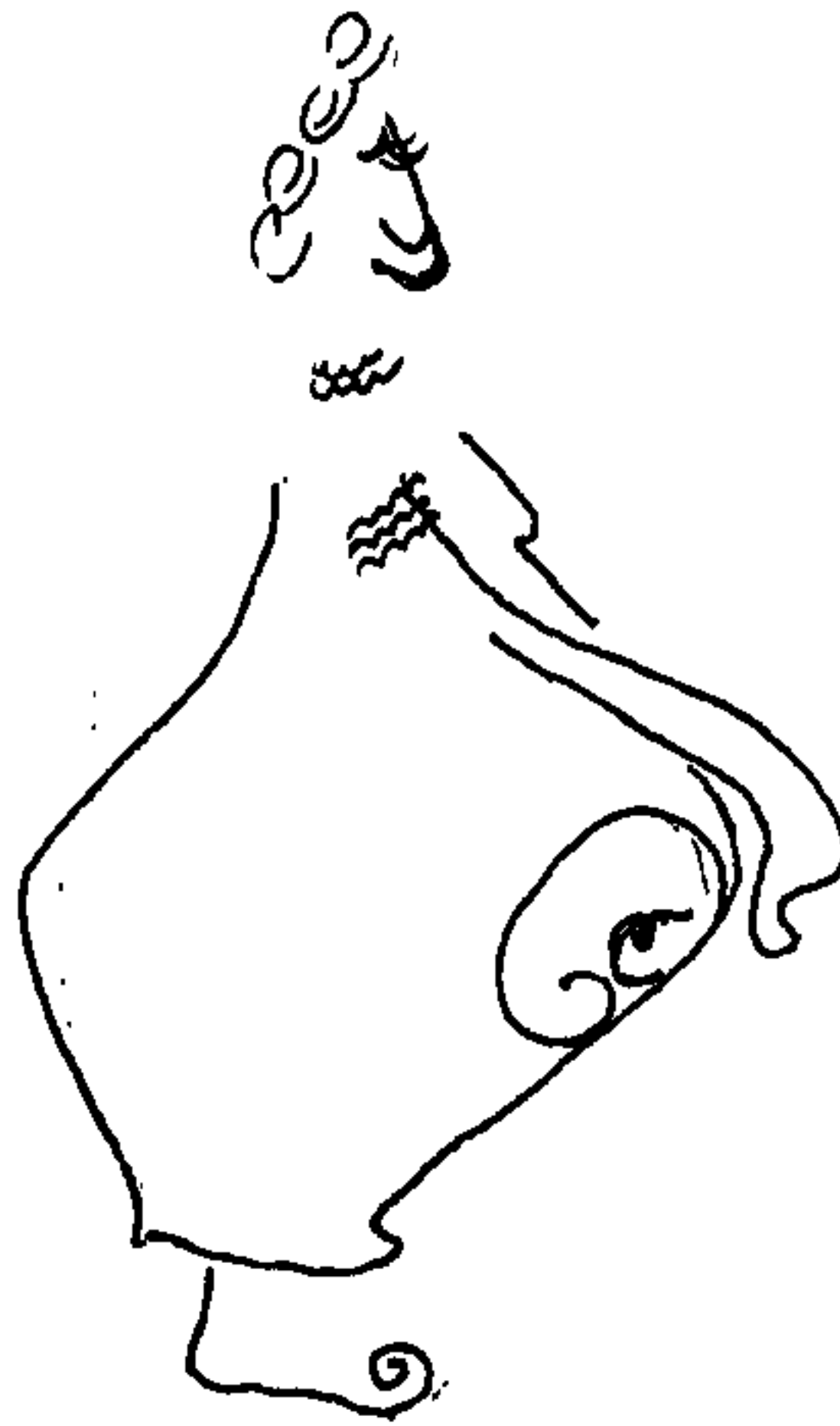
מפעלים מיוחדים

ירושלים, שבת התשמ"ט, ינואר 1989

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש

אדית דר



אייר: יעקב דר

ינואר 1989

ירושלים

שבת התשמ"ט

ה ק ד מ ה

דו"ח מחקר זה מתאר מפעל מיוחד שבוצע בבית שמש, ומטרתו הפחתת אחוז הלידות המוקדמות. פעולה זו בוצעה בעזרת שיפור והגדלת כמות הטיפול הרפואי-סיעודי ועל ידי הוספת שירות של עובדת סוציאלית.

המפעל הוא פרוייקט משותף של האגודה למען שירותי בריאות הציבור, של גו'ינט ישראל ושל המוסד לביטוח לאומי.

המטרות שהוצבו היו:

1. צמצום שיעור הלידות המוקדמות בעזרת זיהוי וגילוי האוכלוסייה בסיכון גבוה בתחילת ההריון.
2. חינוך והסברה להתנהגות נכונה בתקופה שבה נמצאת האישה בסיכון ללידה מוקדמת.
3. שילוב השירות המניעתי בכלל השירותים של התחנה לבריאות המשפחה, הפעלת שירותי הרפואה, הסיעוד והרווחה לעזרת הנשים כדי לאפשר להן את מירב התנאים הסביבתיים.

הפרוייקט לווה על ידי צוות היגוי ומחקר שכלל את האנשים הבאים:

מטעם משרד הבריאות:

מר גבי בן נון, שהוחלף במהלך המחקר על ידי גב' ענת שמש.

מטעם לשכת הבריאות מחוז ירושלים:

ד"ר פיאמטה בן ישי;

גב' שרה עזריאל, שהוחלפה במהלך המחקר על ידי גב' שושנה ינאי.

מטעם ביקור חולים:

פרופ' יורם דיאמנט;

ד"ר חיים יפה.

מטעם גו'ינט ישראל:

ד"ר נורמן כהן, שהוחלף במהלך המחקר על ידי ד"ר נחמיה גבע.

נציג האגודה למען שירותי בריאות הציבור היה מר אהרון רום.

מטעם המוסד לביטוח לאומי:

גב' רבקה שי, שהוחלפה במהלך המחקר על ידי גב' גאולה כץ;
גב' נעמי פינטון, שהוחלפה במהלך המחקר על ידי גב' אדית דר.

תודתנו לצוות הרפואי - סיעודי שעבד למען הצלחת הפרוייקט הן בתחנות לבריאות המשפחה והן במסגרת הוועדה למניעת לידות מוקדמות שהוקמה במקום. מסירותו לעבודה והסכמתו לנסות שיטות עבודה חדשות היו מהיסודות שאפשרו לבצע את הפרוייקט הניסיוני. במיוחד ראוייה לשבח סבלנותן של האחיות כלפי עובדי צוות המחקר, שביקשו וקיבלו פרטים נוספים על יולדות ספציפיות. אחיות אלה עמדו שעות ושלפו תיקים מארכיבים ותייקו אותם מחדש, הוסיפו פרטים לרישום, ובעיקר השתתפו בגיבוש שינויים בתהליכי העבודה ובהכנסת שיפורים לאור בעיות שהן היו ערות להן בשטח.

תודה מיוחדת לגב' רגינה וייצמן, העובדת הסוציאלית, אשר הצליחה להיקלט בצוות הרפואי-סיעודי כשותפה שוות-זכויות ואשר תרמה רבות מניסיונה האישי והמקצועי לעבודת הוועדה ולנשות בית שמש.

תודה גם למנהל לשכת הרווחה במועצת בית שמש מר חיים שחר וצוות עובדיו על נכונותם לעזור לשיפור הרווחה החברתית של היולדות; זאת למרות מגבלות התקציב הקשות.

יוסי תמיר

סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן ענינים

עמוד

| | |
|----|--|
| 1 | <u>רקע תיאורטי</u> |
| 5 | <u>קבלת החלטה לביצוע הניסוי</u> |
| 6 | <u>תיאור הפרוייקט</u> |
| 11 | <u>ממצאים ותוצאות</u> |
| 30 | <u>השפעת תוכנית ההתערבות על לידות הפג בבית-שמש</u> |
| 33 | <u>עלות/תועלת הפרוייקט</u> |
| 34 | <u>סיכום</u> |
| 37 | <u>המלצות</u> |
| 39 | <u>נספח: מדד סיכון</u> |
| 43 | <u>ביבליוגרפיה</u> |

רקע תיאורטי

ההריון, ובסופו הלידה, הוא, תהליך בעל משמעות חברתית חשובה. התהליך מבטיח את המשכיות החברה, וככזה הוא בעל חשיבות לכלל החברה ולא רק ליחיד.

בתרבויות שונות ההתייחסות לתופעה זו מתאימה עצמה למבנה החברה, לבעיותיה ולידע הרפואי המצוי בה.

בחברות קדומות, שלהן לא היה ידע מדעי באשר למחלות ולגורמיהן, לא ראו בהריון בעיה שיש לטפל בה. ברב חברות אלה האישה המשיכה לתפקד כרגיל. אם ההריון לא היה מסתיים בצורה מוצלחת, האשם לא יוחס לאספקטים רפואיים אלא הוסבר במונחים חברתיים, כגון רוחות רעות, עונשים, אי קיום פולחנים וכד'.

הלידה כסיום תהליך ההריון וכשינוי בסטאטוס החברתי של ההורים משמשת הזדמנות לכלל החברה לחזק את הזהות החברתית ולעזור להורים לעבור את המשבר; זאת על ידי מתן ביטוי לאמונות הבסיסיות של החברה. ידוע הסיפור על חברה אפריקאית, אשר בה האב מתחזה בזמן הלידה ליולדת על מנת שהרוחות הרעות תתקופנה אותו בשעת חולשתו, ועל ידי כך הוא מצליח להרחיק אותן מאשתו ולאפשר לה ללדת באין מפריע ובביטחון את ילדס. דוגמה אחרת היא חשיבות טקס ברית המילה בחברה היהודית, המחזק את הקשר בין העם לאלוהיו ומגביר את תחושת הייחוד של העם.

במאה הקודמת התחילו להבין את הקשר בין תמותת הנשים והילודים לבין סיבות רפואיות. כתוצאה מכך נשות המעמד הגבוה, שיכלו להרשות לעצמן את "הטיפול", שכבו במיטתן רוב תקופת ההריון וקיבלו פינוקים שונים מהסביבה. אפשרות זו לא היתה פתוחה בפני כל נשות החברה, אך הציבה את הנורמה החברתית הרצויה.

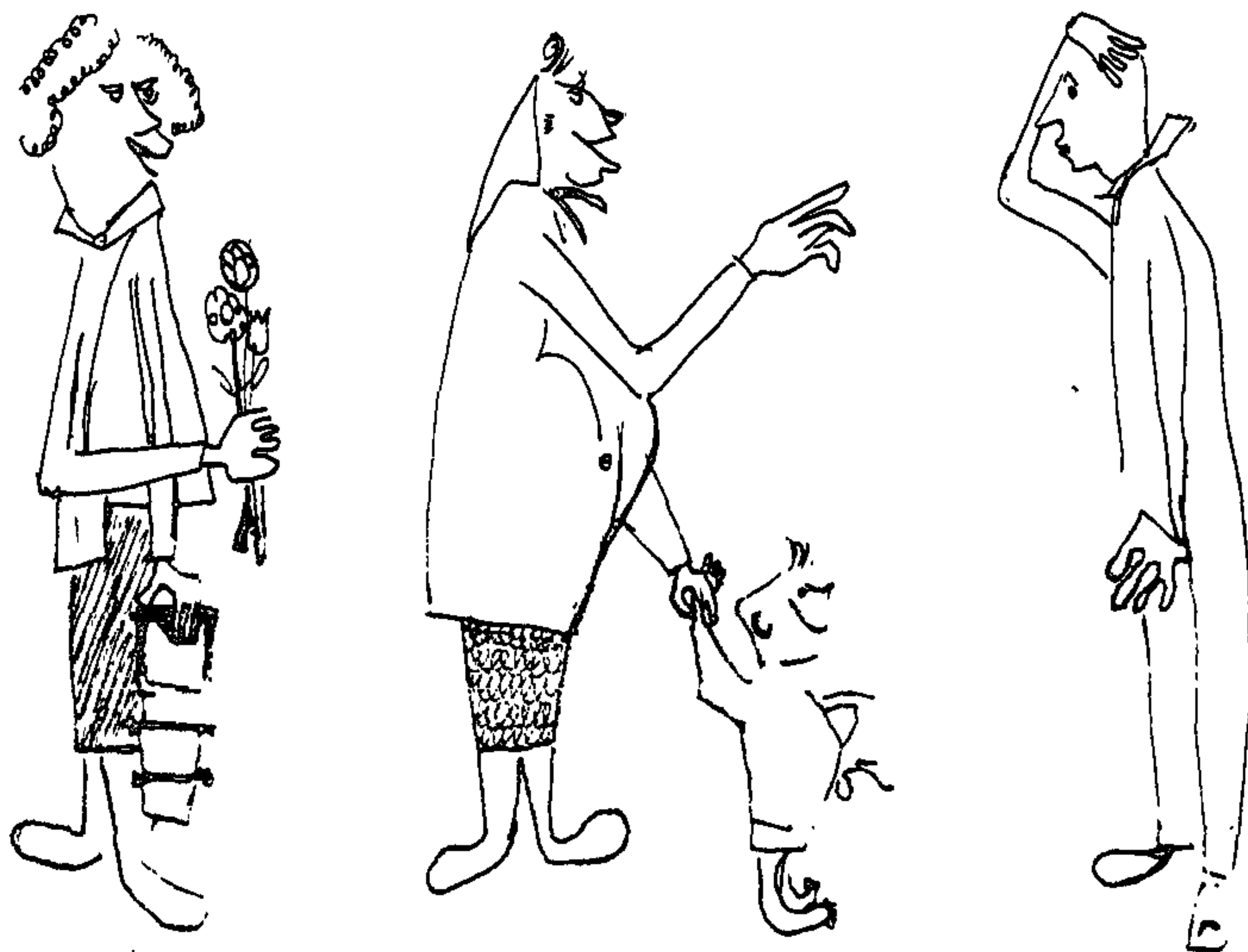
עם התפתחות הרפואה התחילו להבחין בין נשים שהריונן רגיל לבין נשים שהריונן בסיכון, ולטפל באופן סלקטיבי בנשים בסיכון. התוצאה מכך ירדה במידה משמעותית תמותת האימהות ותמותת התינוקות, ואחוז הלידות המוקדמות התחיל לרדת.

במאה שלנו התפתח מאוד המחקר בענפים שונים של מדעי החברה, ולענייננו בעיקר מקצועות הסוציולוגיה והפסיכולוגיה. אחת הגישות המקובלות בסוציולוגיה היא ראית הפעולות השונות של בני האדם כמילוי תפקיד. במקרה שלנו, הזוג המתחתן צריך ללמוד את תפקידי הבעל והאישה, וכשהאישה בהריון עליהם ללמוד את תפקיד האישה ההרה ואת תפקיד הבעל של האישה ההרה. תפקידים חדשים אלה דורשים לימוד והתאמה בין בני הזוג.

כך, לדוגמה, האישה מקטינה את מספר הפעילויות שהיא מבצעת במשק הבית, ואילו הבעל חייב להתאים את עצמו לשינוי זה ולבצע תפקידים נוספים וחדשים. כל לימוד תפקיד חדש, כמו כל לימוד, כרוך במתחים (רפפורט 1963), שיווי המשקל מתערער ומחפשים פתרונות חדשים (קפלן 1961).

בפסיכולוגיה, כדיסציפלינה, התחילו לחקור את הקשר בין מצבים נפשיים לבין מצבים רפואיים. היום ידוע, שמתח הוא אחד הגורמים למחלות מסוג אולקוס, התקפי לב, מיגרנות וכד'. רוב הנשים בהריון נמצאות ברמת מתח גבוהה מהרגיל, ובמקרים קיצוניים יכול אותו מתח לגרום להפרעות רפואיות, בין השאר ללידה מוקדמת.

מנקודת מבט פסיכולוגית-חברתית המשברים העיקריים הפוקדים את האישה בהריון הם בעלי שלושה מוקדים:



1. היחס בין האשה לבין אמה - עם תחילת ההריון ולימוד תפקיד האישה ההרה, מתחילה האישה לתת את דעתה למערכת היחסים העתידיים בינה לבין ילדה. מודל לחיקוי ולהתייחסות ישמשו יחסיה עם אמה, לפי זכרונותיה מילדותה שלה. אם לא היו לה בעיות בקשריה עם אמה, אפשר להניח שיהיו גם ציפיות שיחסייה עם ילדיה יהיו טובים, ולכן גם לא יהיו מתחים מיוחדים. אך אם מערכת היחסים לא היתה תקינה, הרי ייווצרו חרדות שמא גם היא תיכשל. זו אפוא תקופה המאפשרת חזרה לראשית החיים וכן גם לתקן יחסים שהיו גרועים ולרפא פצעים שכלל לא הגלידו או לא הגלידו טוב.

2. היחס בין האישה לבין הוולד - הוולד מתפתח ותופס יותר ויותר מקום על חשבונה של האישה, הן מבחינה פיזית והן מבחינת התודעה של הסביבה. דיבורים כגון "...איך הוא מרגיש..." "תאכלי יותר למענו" "תאכלי פחות למען בריאותו..." "אל תרוצי (תלכי, תרימי, תרקדי וכו')" "אל תסכני אותו" הופכים להיות חלק משגרת ההתייחסות של הסביבה לאישה. כלומר, האישה אינה עוד בעלת בית בלעדית על גופה ועל פעולותיה, אלא יש דייר משנה הדורש התייחסות הולכת וגדלה הן ביוזמתו הישירה - על ידי תנועותיו - והן בעזרת החברה השומרת את צעדי האם. במקרה שהילד אינו רצוי וההריון לא היה מתוכנן, עלולה להיווצר תחרות בין האם לוולד, וכתוצאה מכך עלולה האם לסרב, אם במודע ואם שלא במודע, להקריב קורבנות למענו. במקרה שיחסייה עם אמה בעייתיים, התייחסותה לוולד עלולה להיות קשה אף יותר. הבעיה העיקרית, שעל האישה להתמודד איתה בקשריה עם הוולד, היא הצורך להתייחס לחלק ממנה ומגופה כאל אישיות עצמאית (דויטש 1962). לאישה עומד להיוולד ילד שיזדקק לה הזדקקות מוחלטת (רפפורט 1963). הוא יהיה תלוי בה למילוי כל צרכיו, ודבר זה בהכרח יגביל את עצמאותה. גם כאשר האישה מאוד רוצה בילד, ברור שרצונה בו ותלותה בו פחותים מאלו שלו בה. היא אולי תרצה להיות לבד עם עצמה, או בחברת אחרים, אך הילד ירצה אותה כולה.

3. היחס בין האישה לבין בעלה - המשבר ביחסים אלה אופייני בעיקר להריון הראשון, אשר כתוצאה ממנו נוצרים לאישה ולבעלה תפקידים חדשים של אם ואב. כבר בזמן ההריון האישה מתפקדת בצורה שונה, ועל שניהם להסתגל לכך. הילד שיוולד מהווה סכנה לשיווי המשקל שכבר נוצר לאחר הנישואים. בעיות יכולות להיווצר בעקבות המעבר ממשפחה של שני מבוגרים עצמאיים למשפחה שיש בה ילד, אשר המבוגרים אחראים לו ורוצים לחנכו - כל אחד בדרכו שלו. בנוסף לבעיות אלה, שהן בעיות המשותפות לשני בני הזוג - כלומר, שינוי המעמד והוספת תפקידים חדשים - יש לבעל גם בעיות ספציפיות משלו. הגבר מקנא באישה היכולה לפתח בקרבה חיים חדשים, ואשר כל תשומת הלב של החברה ממוקדת בה, והוא אף מקנא בוולד הדורש את תשומת לבה של האישה גם על חשבון תשומת הלב שהיה רגיל לקבל ממנה. הוא נשאר "מחוץ למשחק". ממצאי מחקרים (טרטוואן 1968) מורים, שבעלים לנשים

בהריון נמצאים במצב של חרדה, אשר כתוצאה ממנו חלקם מפתחים בעיות שינה, חוסר תיאבון, בחילות וסחרחורות. האישה, אשר חיה עם הבעל, צריכה להתחשב במצבו זה על מנת שהיחידה המשפחתית תמשיך לתפקד בצורה טובה. כאשר לא מצליחים במשימה זו, נוצר מוקד נוסף למתחים.

שלושת המוקדים שהוזכרו נוגעים בבעיות ראשוניות של גיבוש ה"אני" או בבעיות המרכזיות של התפקוד היום-יומי. על רקע זה אפשר להבין את הרגישות הגדולה המאפיינת את האישה בתקופת ההריון. החרדה היא, למעשה, סימפטום של היחס האימביוואלנטי להריון (היל 1951).

ככול שהמעמד החברתי-כלכלי של המשפחה נמוך יותר, כן הבעיות תהיינה קשות, ולבני המשפחה יחסרו כלים לפתרוןן. ראשית, הבעיות הכלכליות קשות יותר באופן אובייקטיבי ולכן הן אינן מאפשרות להשיג פתרונות קנויים. במשפחות אלה ההשכלה בדרך כלל פחותה, ומכאן שיש גם פחות הבנה לבעיות ופחות ידע כיצד להתמודד איתן. הבעל בדרך כלל פחות מוכן לשתף פעולה במתן עזרה לאישה גם במישור הפראקטי (משק הבית והטיפול הפיזי בילדים) וגם במישור האמוציונאלי של הקשרים ביניהם.

כפי שנאמר, הבעיות מציינות בעיקר את ההריון הראשון, אך גם בהריונות הבאים יש בעיות. במקרה שהריון ראשון לא הסתיים בהצלחה, נוספת חרדה גם להריון הנוכחי שמא גם הוא יסתיים בכישלון. במקרים שנולד תינוק בריא בסיום ההריון הראשון, נוצר סביבו שיווי משקל שתינוק חדש נוסף עלול לערער. יש למשפחה מחויבויות שנוצרו בעקבות לידת הוולד הראשון, ותינוק נוסף רק יוסיף עליהן מחויבויות חדשות, יכול להיות שהיו כשלונות בחינוכו של הראשון, ובעקבותיהם ההורים המנוסים יפחדו שדבר דומה יקרה גם עם הוולד החדש, וכד'.

קבלת ההחלטה לביצוע הניסוי

לאור ההבנה ההולכת ומעמיקה של תהליכים סוציולוגיים ופסיכולוגיים והשפעתם על בריאות האדם, ובמקרה ספציפי זה על מצב בריאותה של האישה ההרה, התחילו בעשרות השנים האחרונות, בעולם המערבי, להפעיל תוכניות התערבות לטיפול בנשים הרות לא רק מבחינה רפואית וסעודית, אלא גם במישורים פסיכולוגיים וחברתיים.

בשנת 1971 התחיל בצרפת פרופ' פפיארניק לפתח תוכנית להורדת אחוז הלידות המוקדמות. בנוסף על הקמת תשתית רפואית וסעודית שנועדה לעקוב אחר ההריון, הוא פיתח מדד סיכון, שכלל מספר מדדים הקשורים בסגנון החיים ובמאמצים הגורמים לאישה עייפות בחיי היומיום. הטיפול בנשים כלל גם טיפול בבעיות חברתיות-כלכליות, אשר מטרתו להקל על האישה ההרה; לדוגמה: מתן עזרה לבית, לטיפול בילדים או בעבודות הבית, הוראות להפסקת עבודה וכד'. בסיכום 14 שנים להפעלת השיטה, מצא פרופ' פפיארניק ירידה באחוז הלידות המוקדמות, שלא ניתן היה ליחס אותה אלא לשינוי ההתייחסות לאישה ההרה.

לשכת הבריאות בירושלים התרשמה מתוכנית ההתערבות של פרופ' פפיארניק והחליטה לנסות להעתיק את המודל ולבצעו בישוב כלשהו בארץ, כמובן תוך התאמתו לתנאי המקום.

העירייה בית-שמש נבחרה לניסוי זה. המוסד לביטוח לאומי ראה בניסיון להתייחס להיבטים החברתיים של ההריון ולטפול בהם פרויקט חדשני ובעל פוטנציאל להקטין את אחוז הלידות המוקדמות - דבר אשר אין צורך להסביר את השלכותיו החיוביות, לפרט ולחברה, הן במישור הכלכלי והן במישור הנפשי. משום כך המוסד לביטוח לאומי החליט לתמוך בתוכנית מהבחינה הכספית וללוות את ביצועה במחקר שיתחקה אחר שביעות הרצון של הנשים מהתוכנית ואחר השפעת הגורמים החברתיים של לידות מוקדמות.

בבית שמש 4 תחנות לבריאות המשפחה. כמעט כל הנשים מבקרות בתחנות אלה במשך הריונן לצורך מעקב של אחות ורופא. העומס על הצוות העובד בתחנות היה רב, והוא לא יכול להתפנות לטיפול מעמיק. משום כך חלק מהנשים לא אובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת. נשים שאובחנו ככאלה הופנו למרפאות בתי החולים להמשך מעקב.

כללי

לידה מוקדמת מוגדרת כלידה שחלה בין השבוע ה-20 לשבוע ה-37 להריון. על ידי שיפור התנאים הרפואיים-סיעודיים (השגחה, תרופות ואשפוזים) הצליחו בארצות המערב להוריד את אחוז הלידות המוקדמות לכ-6% מסך כל הלידות.

בארץ, בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אין עדיין נתונים על לידות מוקדמות לפי שבוע ההריון. הפגות נמדדת לפי משקל הילוד. כאשר משקל הילוד קטן מ-2,500 גרם הוא נחשב לפג, ללא קשר לשאלה באיזה שבוע להריון חלה הלידה. שיטת אבחון זו אינה נחשבת היום למספיק טובה, ובהתאם לממצאים חדשים בתחום הרפואה מסתבר שבשלות הפג - קרי גיל ההריון - משמעותי לגבי המשך התפתחות הפג יותר מאשר משקלו.

בשנת 1983 משקלם של 7.3% מכלל הילודים שנולדו לאמהות יהודיות היה קטן מ-2,500 גרם. אחוז ילודים כאלה שנולדו לאימהות יהודיות ילידות ישראל ולאמהות יהודיות ילידות אסיה היה 7.4% ו-8.4%, בהתאמה. בין 1.1.1983 ל-30.6.1985 (התקופה שקדמה להתחלת הפרוייקט) 10.1% מהילודים בבית שמש משקלם היה קטן מ-2,500 גרם. מאחר שכמעט כל האימהות בבית שמש הן יהודיות ילידות ישראל או אסיה, הרי שאחוז הפגים בבית שמש גדול לפחות ב-50% מהממוצע הכללי בארץ, וביותר מ-20% כאשר מחזיקים את משתנה מקום לידת האם קבוע. באותה תקופה אחוז הלידות המוקדמות - לפני השבוע ה-38 להריון - בבית שמש היה 11.8% (ענת שמש 1988). כפי שנאמר, אין לנו נתונים ארציים לפי שבוע ההריון, אך ברור שלפי הקריטריון של משקל הילוד מספרים אלה גבוהים מהממוצע הארצי וגדולים מהמקובל ברוב ארצות המערב בכפליים.

להחלטה לבצע את הפרוייקט הניסיוני בבית שמש היו כמה סיבות:

1. האחוז הגבוה יחסית של לידות פגים ולידות מוקדמות ביישוב,
2. תשתית טובה של שירותי בריאות ציבוריים במקום,
3. אחוז גבוה במיוחד (יותר מ-90%) של הנשים בהריון באות לאבחון ולטיפול בתחנות לבריאות המשפחה, ולכן קל לבדוק תוצאות שינויי טיפול שיוחלט עליהם,
4. רצון מצד המועצה המקומית לשיתוף פעולה עם הפרוייקט,
5. ריחוק יחסי ממוקדי רפואה נוספים, שאת השפעתם קשה לאמוד.

גוי'נט ישראל הצטרף לפרוייקט כמממן את מיכוננו - מחשב, תוכנה ושעות עבודה.

הפרוייקט אושר על ידי המוסד לביטוח לאומי כמפעל מיוחד במסגרת המפעלים המיוחדים המתבצעים בענף אימהות וילדים, והמוסד השתתף במימון שלושה חצאי משרות שלה רופא אחות ועובדת סוציאלית - וכן במעקב מחקרי.

ביצוע בשטח

ב-1 בינואר 1985 התחילו, לשכת הבריאות במחוז ירושלים, בשיתוף משרד הבריאות ובית החולים ביקור חולים, בהפעלה חלקית של התוכנית, בהתנדבות. ההפעלה כללה תגבור הצוות הרפואי-סיעודי ואבחון שיטתי של הנשים בסיכון ללידה מוקדמת. נשים שאובחנו כנתונות בסיכון הופנו לוועדה שמנתה רופא ואחות. שני עובדים אלה התחילו לבסס בדרך זו את התשתית לשירות ולקשור קשרים ראשוניים עם הקהילה.

הפרוייקט למניעת לידות מוקדמות אושר להפעלה בנובמבר 1986. עם האישור וקבלת התקציבים, צורפה לצוות עובדת סוציאלית.

לצורך האבחון השיטתי הוחלט לקבוע רשימה של כל גורמי הסיכון הרפואיים והחברתיים, כאשר כל גורם מקבל ניקוד מ-1 עד 10. סך כל הנקודות קובע את מידת הסיכון של אותה אישה ללידה מוקדמת, כדלקמן:

| | | | | |
|------------------|---|----|---|----|
| סיכון נמוך | - | 4 | - | 0 |
| סיכון בינוני | - | 9 | - | 5 |
| סיכון גבוה | - | 14 | - | 10 |
| סיכון גבוה ביותר | - | 15 | + | |

הסיכונים נחלקים לשני סוגים: סיכון קבוע שאינו משתנה במשך ההריון, כגון מחלות בעבר, גיל האישה וכד', וסיכונים משתנים, כגון דלקות, מחלה או מוות במשפחה, בעיות כלכליות אקוטיות וכד' (ר' רשימת סיכונים בנספח).

כאשר אישה מקבלת ניקוד של 5 נקודות ויותר, היא מועברת לוועדה למניעת לידות מוקדמות. הוועדה יושבת באחת מתחנות בריאות המשפחה בבית שמש.

בוועדה חברים רופא ואחות, הפועלים כצוות, וכן עובדת סוציאלית. האישה מתקבלת לשיחה בנושאים סיעודיים ורפואיים, ומגבשים יחד עמה תוכנית לתקופת הריונה. כאשר לדעת הרופא אין סיבה להמשיך בפיקוח רפואי צמוד (יותר מפעם בחודש), האישה מוחזרת להמשך טיפול לתחנה שממנה באה עם המלצות להמשך טיפול. במקרה שמצבה מצריך טיפול אינטנסיבי יותר, היא נשארת במעקב של הוועדה.

תפקיד העובדת הסוציאלית להציע תמיכה נפשית בד בבד עם שיפור התמיכה המשפחתית והחברתית; זאת על פי הנחה שקשה להפחית את לחצי חיי היום יום וניתן לעשות זאת רק בעניינים מוגדרים, כמו סידור לילד או עזרה במשק הבית. כל אישה המופנית לוועדה מתקבלת לשיחת-אינטייק (קבלה) אצל העובדת הסוציאלית. המסר העיקרי המועבר לאישה הוא, שהמטופלת היא האחראית על הריונה, ואילו הצוות קיים כדי להושיט עזרה. בהחלטה משותפת עם האישה נקבעת מידת הצורך להמשך פגישות אישיות ולקביעת תוכנית טיפול.

לגבי נשים, אשר מוחלט כי יש צורך בהמשך טיפול, נקבע האחד מהשניים:

א. תוכנית טיפול, כאשר נושאים אפשריים הם: התמודדות עם בעיות כלכליות, בעיות משפחתיות, התפתחות של ילד, מתח נפשי וכד'.

ב. שיחות תומכות כאשר אין צורך בגיבוש תוכנית טיפול, וכשהדבר נראה רצוי בעיני העובדת הסוציאלית.

הטכניקות שבהן משתמשת העובדת הסוציאלית הן שיחות עם האישה, קשר עם המשפחה, קשר עם לשכת הרווחה, פגישות עם מעבידים, ביקורי בית וכו'.

העובדת הסוציאלית מבקרת כל אישה הנמצאת בטיפול לפחות פעם אחת, וזאת לשם איתור בעיות. סיבות נוספות לביקורי בית יכולות להיות שיחות עם הבעל, תמיכה נפשית ומעקב אחר ביצוע הוראות רפואיות (שמירת הריון, לקיחת תרופות). דבר זה נעשה בתיאום עם האחות ומבוצע בעיקר במקרים שבהם אין צורך בביקורי בית של אחות בנוסף על אותו מעקב.

העובדת הסוציאלית שומרת על קשר עם כל הנשים המגיעות לוועדה. בימים שהוועדה הרפואית מזמינה נשים לבדיקות, העובדת הסוציאלית מצטרפת אל הנשים בחדר ההמתנה ועורכת עמן שיחות בלתי פורמאליות. שיחות אלה משמשות להדרכה ולוונטילציה של בעיות משותפות לכולן, כגון: מנוחה, חלוקת הזמן, שימוש בכוחות (במשאבי אנוש) של המשפחה (חמות, אחיות, הורים, בעל, ילדים) וכד'.

מדי חודש ביצעה העובדת הסוציאלית כ-30 פגישות-אינטימיק, 20 - 40 שיחות במשרד ו-25 ביקורי בית.

לדעת העובדת הסוציאלית הבעיות המקשות על הנשים בשטח הן:

1. מגבלות חוקי הביטוח הלאומי אשר אינם מזכים נשים הצריכות לשכב לשם שמירת הריון בקבלת קצבה. מגבלה זו ניכרת במיוחד כאשר הכנסת הבעל אינה מספיקה לצורכי המשפחה, בעיקר מפאת תשלומי משכנתא והחזרי חובות של המשפחה.
2. האוכלוסייה צעירה ועדיין לא צברה זכויות במקומות עבודה (חופשות וימי מחלה). גם הרגלי העבודה לפני ההריון לא תמיד היו נאותים, ולכן מנהלי מקומות העבודה על פי רוב אינם מוכנים לבוא לקראת האישה.
3. מחסור במעונות לסידור ילדים.
4. אי תשלום לקופת תולים, ומכאן חוסר זכויות רפואיות, מנע ביצוע בדיקות שנדרשו לאבחון מצב האישה. יצויין כי הטיפול בתחנות ובוועדה נמשך כרגיל.
5. מגבלות בתקציב של לשכת הרווחה לאישור עזרת בית-מט"בית, סידור לילדים, וטיפול שיניים לאישה בהריון. זה אולי ההסבר לתופעה של ביטול הפגישות שנקבעו בין העובדת הסוציאלית לבין לשכת הרווחה.

פגישות צוות בשטח

1. אחת לחודש התקיימה פגישה של כל השותפים: הוועדה - רופא, אחות, עובדת סוציאלית, רופאת הנשים של התחנות בבית שמש, נציגי משרד הבריאות ונציגי המוסד לביטוח לאומי. בישיבות אלה מועלות הבעיות השוטפות העקרוניות, ומתקבלות החלטות על סדרי העבודה.
2. פגישות קבוצתיות של הנשים בהריון המופנות לוועדה עם חברי הוועדה - רופא, אחות ועובדת סוציאלית. פגישות אלה משמשות בעיקר למתן הסבר על עבודת הוועדה, שיתוף הפעולה הנדרש מצד האישה, הסברים רפואיים לתופעות רפואיות הקשורות להריון, הדרכה וחינוך לבריאות האישה ההרה, השירותים שהאישה זכאית להם וכד'. הפגישות הן חד-פעמיות ונערכות בתקופת היווצרות הקשר בין האישה לוועדה.

3. פגישות חברי הוועדה: הרופא, האחיות והעובדת סוציאלית בסיום יום העבודה של הוועדה, בהן התקיים דיון על הנשים שהגיעו לבדיקה באותו יום.

4. פגישות של האחיות והעובדת הסוציאלית לשם דיווח הדדי ועדכון, בעיקר לאחר ביקורי בית.

ממצאים ותוצאות

אוכלוסיית המחקר

במשך שנת 1987 רואיינו 334 נשים על ידי פוקדת של המוסד לביטוח לאומי. הראיונות בוצעו בבתי הנשים על מנת להבטיח דיווחים אמינים על הטיפולים שקיבלו בתחנות לבריאות המשפחה.

62% מהנשים רואיינו בזמן שהיו בהריון, ואילו 38% מהנשים רואיינו לאחר הלידה. מתוך נשים אלה:

181 נשים (54.2%) טופלו בתחנות לבריאות המשפחה הרגילות,

137 נשים (41.0%) טופלו בוועדה.

16 נשים (4.8%) לא קיימו קשר עם התחנות לבריאות המשפחה וקיבלו טיפול ומעקב מרופאים פרטיים, או במרפאות בתי חולים.

בעת ניתוח תוצאות הראיונות נבחנו ההבדלים בין שתי הקבוצות:

1. קבוצת הנשים שלא אובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת ושהמשיכו לקבל טיפול רגיל. לאלה צירפנו גם את 16 הנשים שלא קיימו קשר עם התחנות. בסך הכול מנתה קבוצה זו 197 נשים.

2. קבוצת הנשים שאובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת וטופלו במסגרת הוועדה לפחות פעם אחת בזמן ההריון.

לשם קיצור נקרא לנשים מהקבוצה הראשונה - נשות תחנה, ואילו לנשות הקבוצה השנייה - נשות ועדה. האחוזים אותם נציין בהמשך הם מכלל הנשים בקבוצה.

כל הנשים נשואות, להוציא אישה אחת מנשות הוועדה שהיא רווקה ואישה אחת מנשות התחנה שהינה נפרדת.

ארץ מוצא היולדת

רוב הנשים ילידות הארץ, אך 87% מהוריהן ילידי אסיה-אפריקה, רובם מצפון אפריקה (ר' לוח מס. 1).

לוח מס. 1 - ארץ מוצא היולדת

| סוג טיפול | סך הכול | | ישראל | | אפריקה-אסיה | | אירופה-אמריקה | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 137 | 41.02 | 90 | 65.69 | 40 | 29.20 | 7 | 5.11 |
| תחנה | 197 | 58.98 | 145 | 73.60 | 45 | 22.84 | 7 | 3.55 |
| סך הכול | 334 | 100.00 | 235 | 70.36 | 85 | 25.45 | 14 | 4.19 |

*P < 0.291

גיל היולדת

אין בבית שמש יולדות צעירות במיוחד, וגיל היולדת הצעירה ביותר הוא 19. נשות הוועדה מבוגרות יותר במידה משמעותית מבחינה סטטיסטית ($P=0.008$). הדבר כנראה נובע מכך, שחלק מהניקוד שלפיו מוערכת מידת הסיכון ללידה מוקדמת ניתן בגלל ניסיון כושל של הריון קודם; ומספר ההריונות הינו פונקציה של גיל (ר' לוח מס. 2).

* במבחן חי בריבוע (Chi-Square) כאשר ה - P קטן מ - 0.05 ההבדל באחוזי הנתונים שהתקבלו משמעותיים מבחינה סטטיסטית. כלומר ההבדלים שנמצאו מראים שמדובר בקבוצות שונות זו מזו בתכונה שנבדקה. ככל שה - P גדול יותר ההבדלים שנמצאו בין הקבוצות אינם מובהקים מבחינה סטטיסטית ויכולים להיות מיוחדים להשפעות מקריות. מבחן סטטיסטי זה מושפע מגודל ההבדלים בין הקבוצות ומגודל האוכלוסייה הנבדקת.

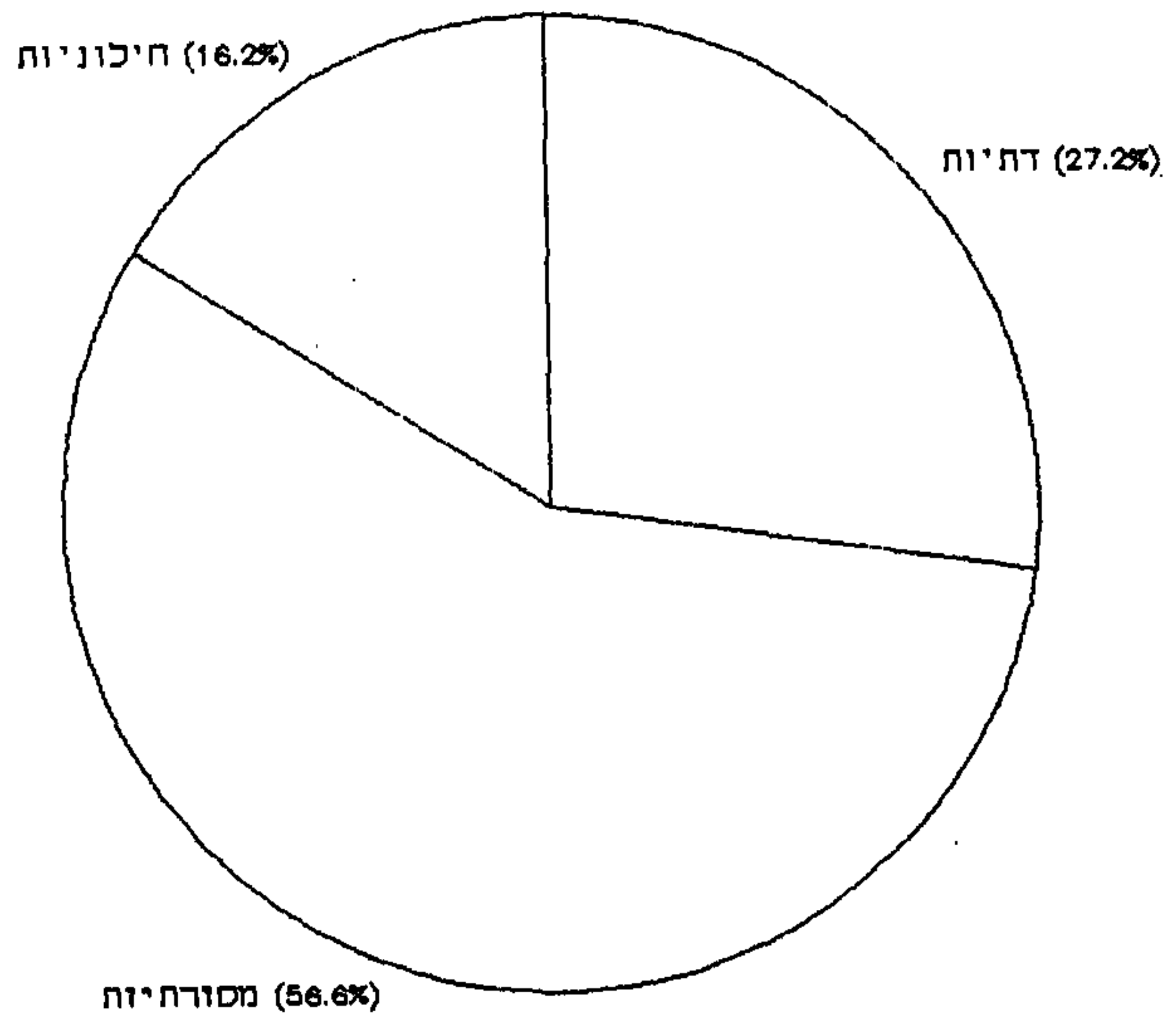
לוח מס. 2 - גיל היולדות

| 36 + | | 35 - 30 | | 29 - 19 | | סך הכול | | סוג טיפול |
|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|--------------|----------------|-----------|
| מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | |
| 10.22 | 14 | 33.58 | 46 | 56.20 | 77 | 41.02 | 137 | ועדה |
| 4.06 | 8 | 24.87 | 49 | 71.07 | 140 | 58.98 | 197 | תחנה |
| 6.59 | 22 | 28.44 | 95 | 64.97 | 217 | 100.00 | 334 | סך הכול |

$P < 0.008$

מידת הדתיות

תרשים מס. 1 - מידת הדתיות של נשות בית שמש לפי הגדרתן



הנשים נתבקשו לדרג עצמן לפי מידת הדתיות שלהן: חילוניות, מסורתיות ודתיות. רוב נשות בית שמש נמצאו מסורתיות (56.6%), כרבע מהן דתיות (27.2%) ורק מקצת (16.2%) חילוניות. לא מצאנו הבדלים בהתפלגות שתי הקבוצות לפי משתנה זה (ראה תרשים מס. 1).

השכלה

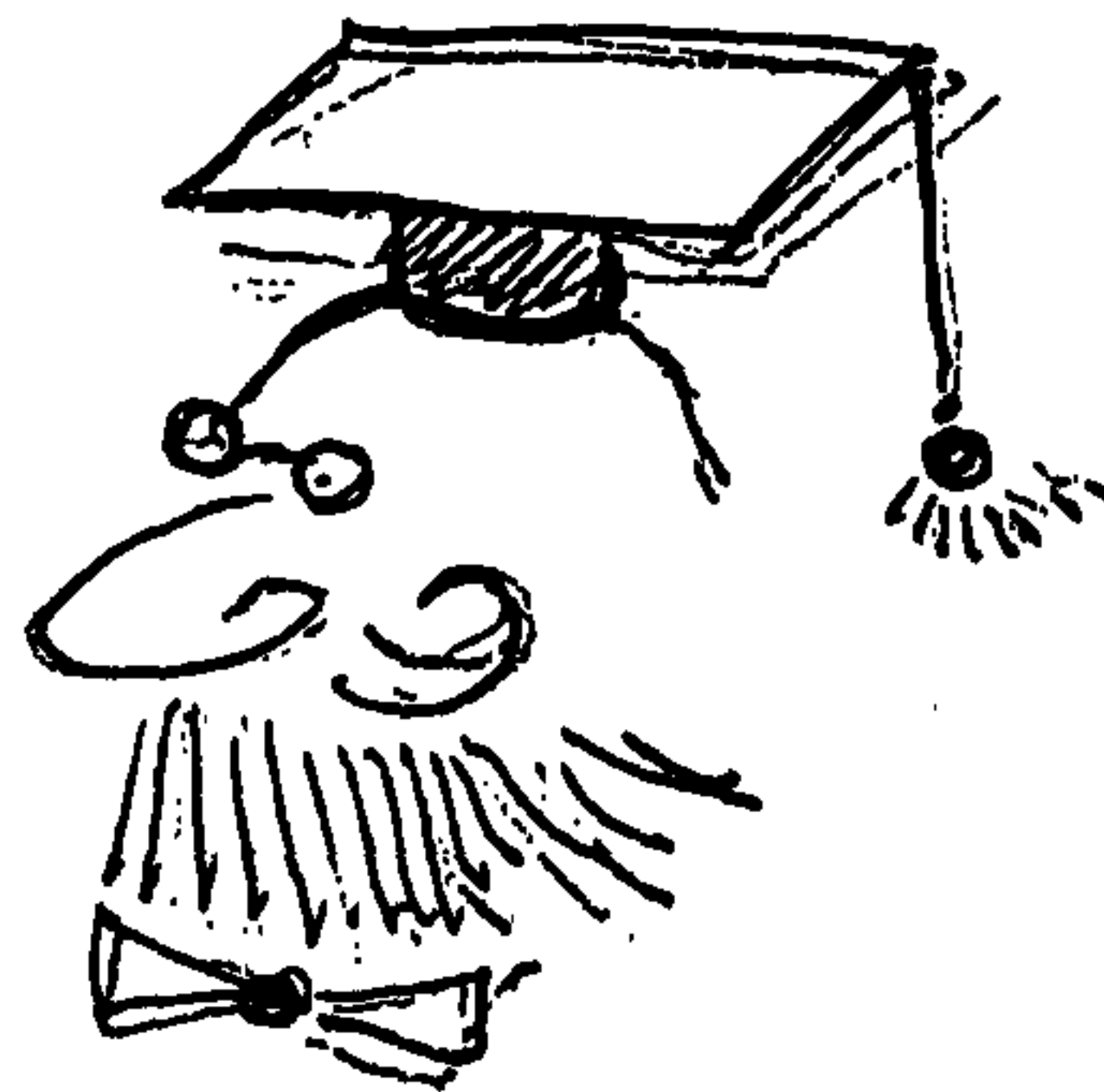
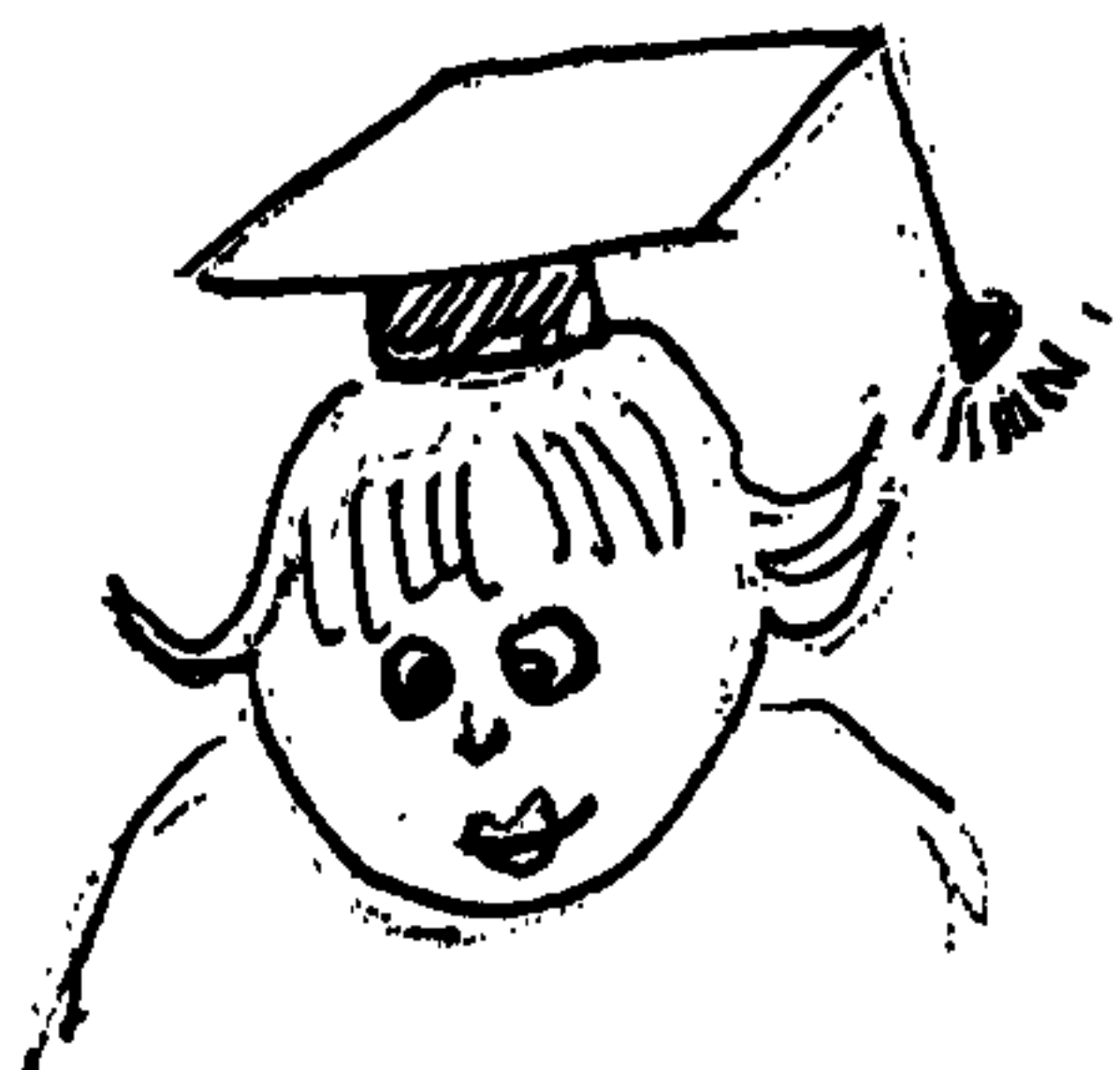
בהתייחס להשכלה, ביקשנו מהנשים למסור פרטים על השכלתן והשכלת בעליהן. הבחנו בין אלה שהשכלתם נמוכה מתעודת בגרות לבין בעלי תעודת בגרות ויותר. חיתוך זה משמעותי מבחינת האפשרויות להיקלט בשוק העבודה.

מצאנו שנשות הוועדה וכן גם בעליהן פחות משכילים מנשות התחנה ובעליהן. אחוז חסרי תעודת הבגרות אצל הנשים הוא 35.5% לעומת 27.7%, בהתאמה, ואילו אצל הבעלים 32.3% לעומת 26.6% (ר' לוחות מס. 3 ו-4 ותרשים מס. 2).

לוח מס. 3 - מספר שנות לימוד - נשים

| סוג טיפול | סך הכול | | 0 - 11 | | 12 + | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 137 | 41.02 | 99 | 72.26 | 38 | 27.74 |
| תחנה | 197 | 58.98 | 127 | 64.47 | 70 | 35.53 |
| סך הכול | 334 | 100.00 | 226 | 67.66 | 108 | 32.34 |

$P < 0.008$

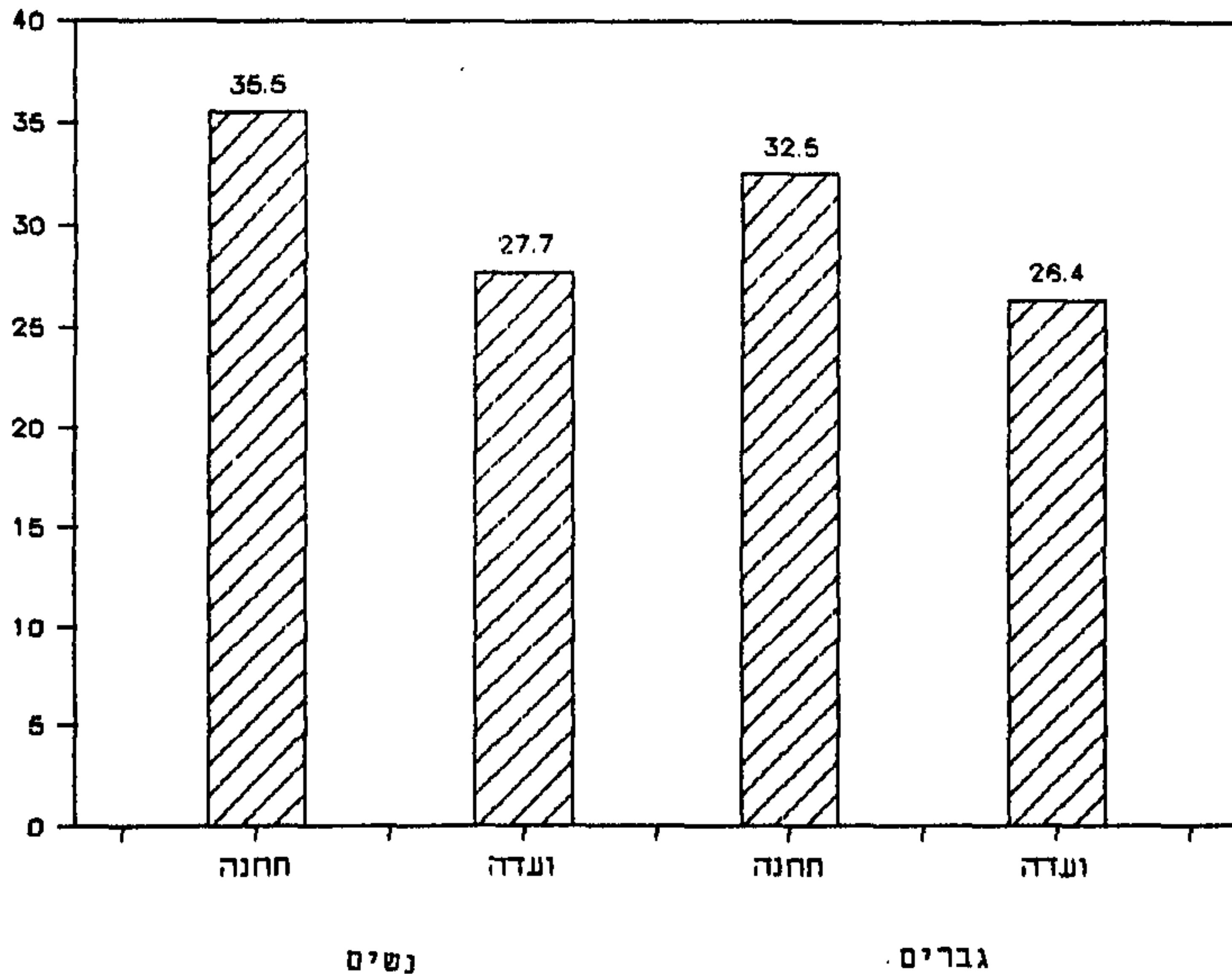


לוח מס. 4 - מספר שנות לימוד - בעלים

| + 12 | | 11 - 0 | | סך הכול | | סוג טיפול |
|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|-----------|
| מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | מספרים אחרים | מספרים מוחלטים | |
| 26.67 | 36 | 73.33 | 99 | 40.54 | 135 | ועדה |
| 32.32 | 64 | 67.68 | 134 | 59.46 | 198 | תחנה |
| 30.03 | 100 | 69.97 | 233 | 100.00 | 333 | סך הכול |

$P < 0.26$

תרשים מס. 2 - אוכלוסייה בעלת השכלה תיכונית ויותר



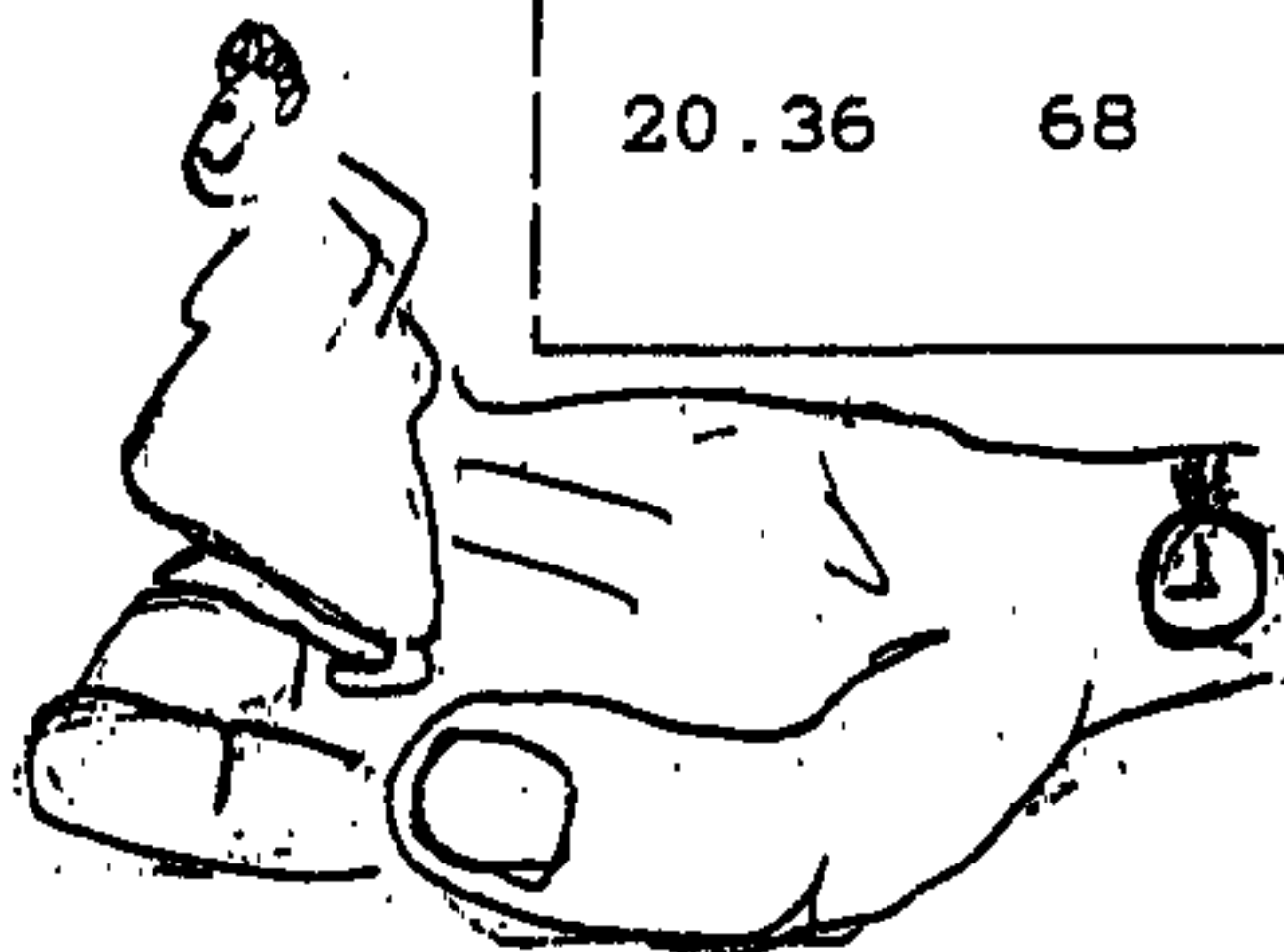
עזרת המשפחה

כפי שהוסבר קודם, יש חשיבות גדולה לכך שהאישה בהריון תקיים קשרים עם אמה ובעלה. בעל האישה בוועדה נמצא מחוץ לבית יותר מאשר בעל האישה בתחנה - 45% לעומת 34% (ר' תרשים מס. 3). נתון זה מתחדד אף יותר כשנבדקת התשובה לשאלה על עזרת הבעל לילודת (ר' לוח מס' 5 שנתוניו מובהקים מבחינה סטטיסטית). לא רק שאשת ועדה בהריון רואה פחות את בעלה, היא גם מקבלת עזרה מהמשפחה פחות מאשר האישה בתחנה. חוסר העזרה, כפי שראינו, משמעותי במיוחד כשמדובר בבעל, אך הוא ניכר גם מצד הורי האישה (ר' לוח מס. 6).

לוח מס. 5 - עזרת הבעל

| סוג טיפול | סך הכול | | עוזר | | לא עוזר | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 137 | 41.02 | 101 | 73.72 | 36 | 26.28 |
| תחנה | 197 | 58.98 | 165 | 83.76 | 32 | 16.24 |
| סך הכול | 334 | 100.00 | 266 | 79.64 | 68 | 20.36 |

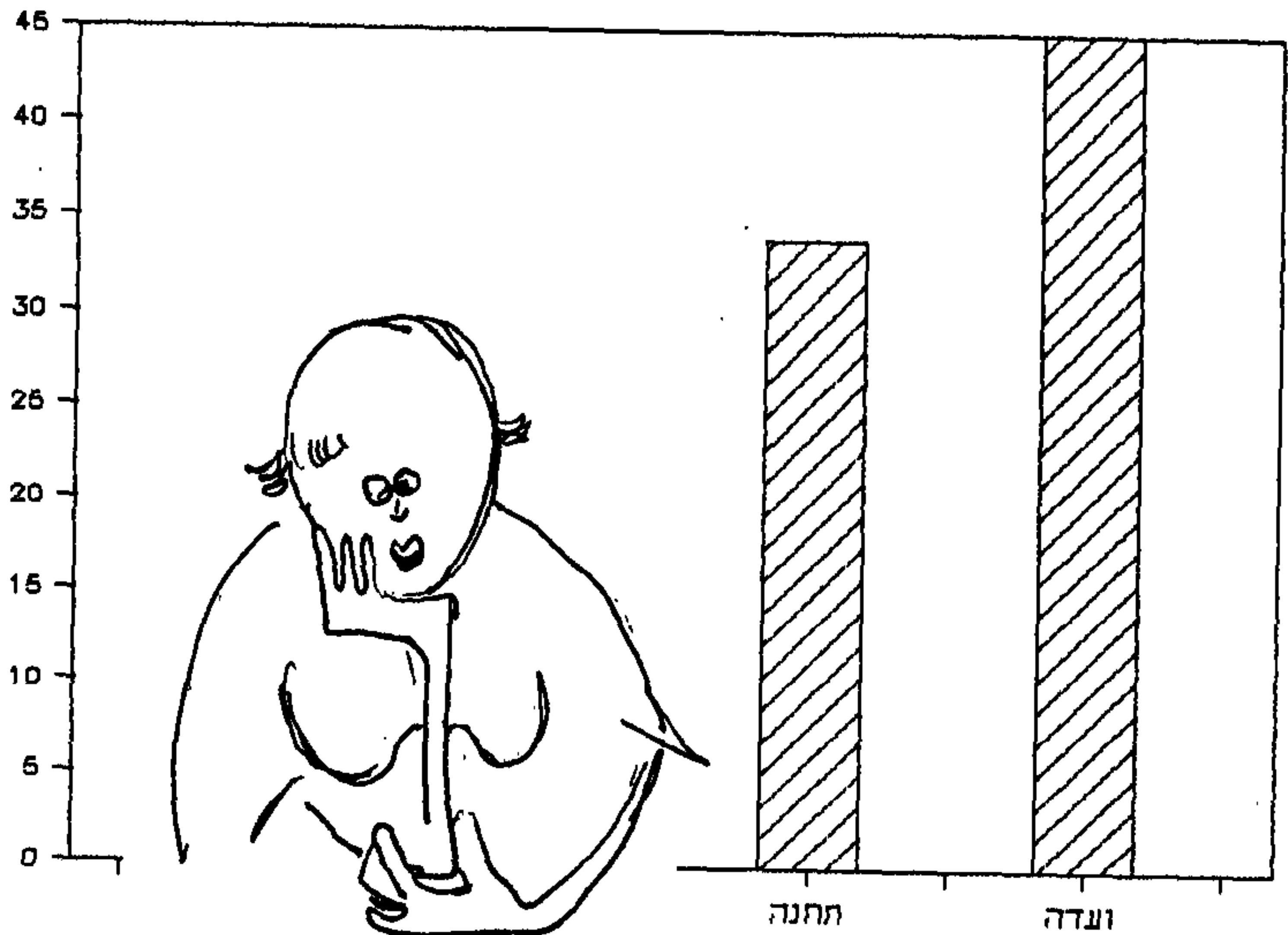
$P < 0.03$



לוח מס. 6 - עזרת הורי היולדות

| סוג טיפול | סך הכול | | עוזרים | | לא עוזרים | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 137 | 41.02 | 44 | 32.12 | 93 | 67.88 |
| תחנה | 197 | 58.98 | 81 | 41.12 | 116 | 58.88 |
| סך הכול | 334 | 100.00 | 125 | 37.43 | 209 | 62.57 |

$P < 0.09$



תכנון ההריון

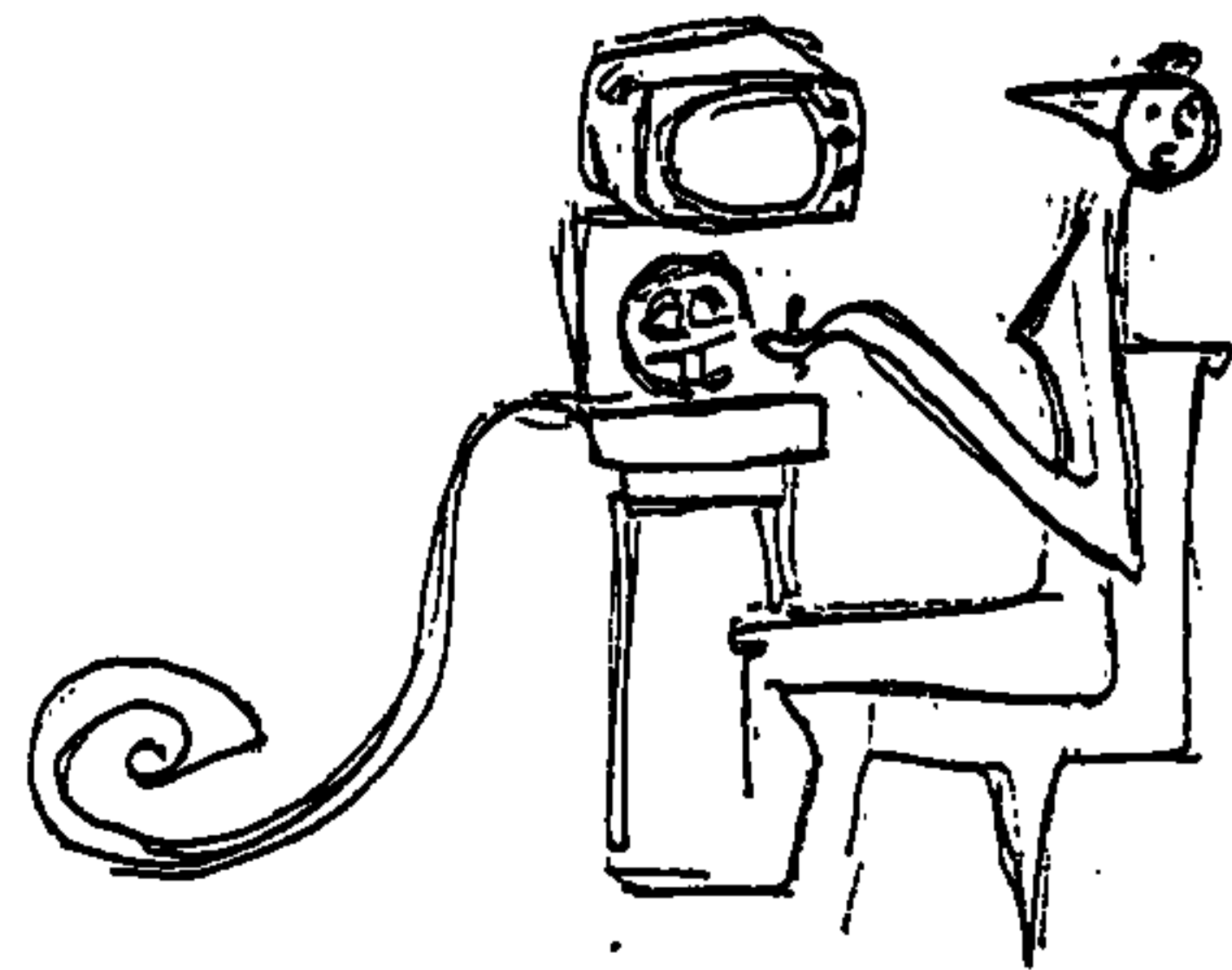
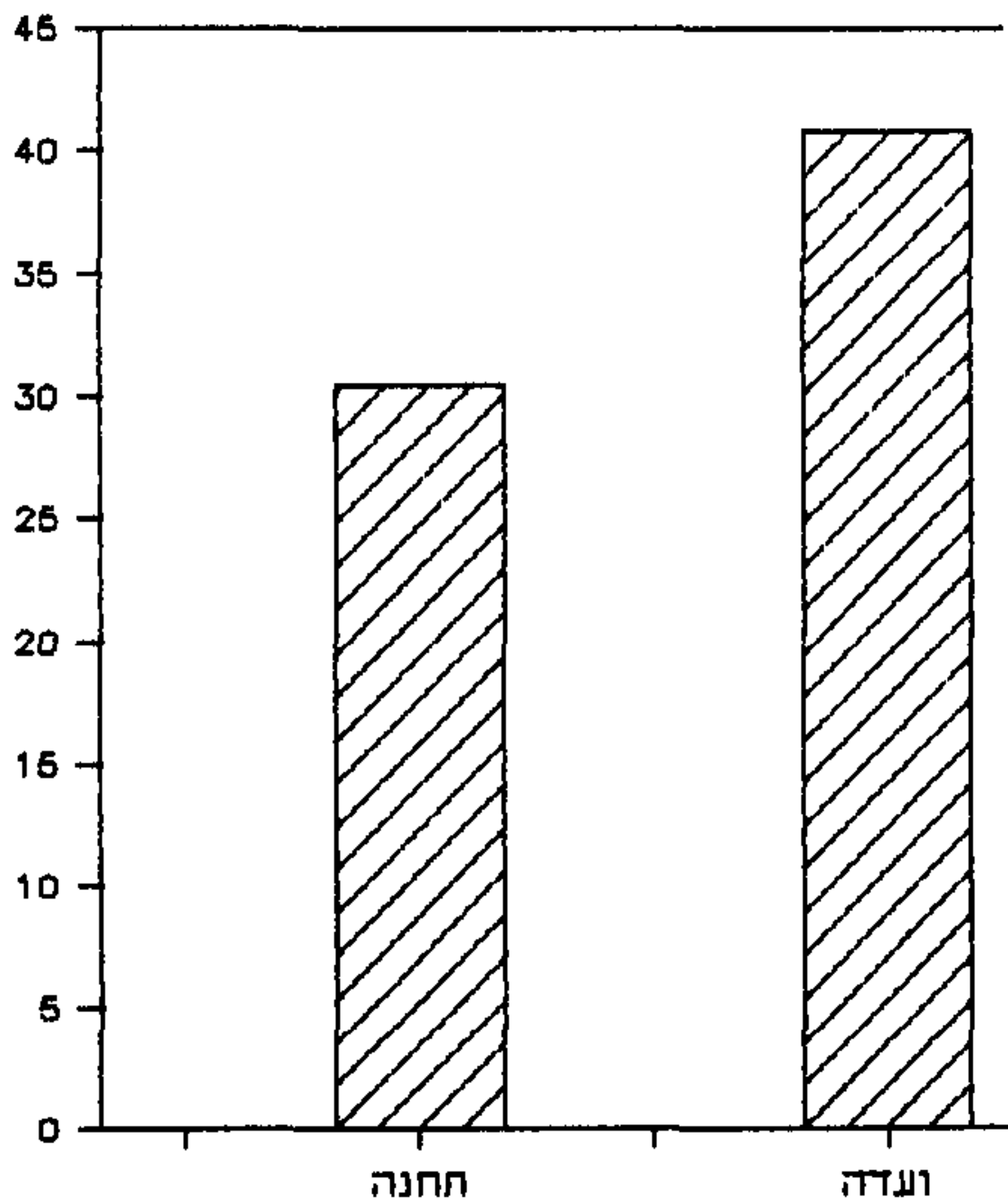
הנשים נשאלו האם הריונן היה מתוכנן. כאן אומנם מתעוררת הבעיה של משמעות הריון מתוכנן בעיני אישה דתית ואולי אף מסורתית. אך מאחר שלא נמצא הבדל בין שתי קבוצות הנשים לפי מידת הדתיות, אפשר להניח שההבדל שנמצא בין נשות הוועדה לבין נשות התחנה בעניין תכנון ההריון אכן משקף אבחנה משמעותית ביניהן. יותר משליש מנשות בית שמש (34.7%) לא תכננו את הריונן. אין לנו נתונים על אחוז הלידות הלא מתוכננות בארץ או במקומות יישוב אחרים, אך נראה שעל משרד הבריאות לבדוק נתון מסוג זה ולטפל בנושא בהתאם לצורך. רלבאנטי יותר לענייננו הוא ההבדל הגדול והמשמעותי מבחינה סטטיסטית בין נשות הוועדה לבין נשות התחנה גם בנושא זה: 40.8% לעומת 30.4% (ר' לוח מס. 7 ותרשים מס. 5).

לוח מס. 7 - הריון מתוכנן

| סוג טיפול | סך הכול | | כן | | לא | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 137 | 41.02 | 81 | 59.12 | 56 | 40.88 |
| תחנה | 197 | 58.98 | 137 | 69.54 | 60 | 30.46 |
| סך הכול | 334 | 100.00 | 218 | 65.27 | 116 | 34.73 |

$P < 0.049$

תרשים מס. 5 - אחוז הנשים שהריונן אינו מתוכנן



ההריון רצוי

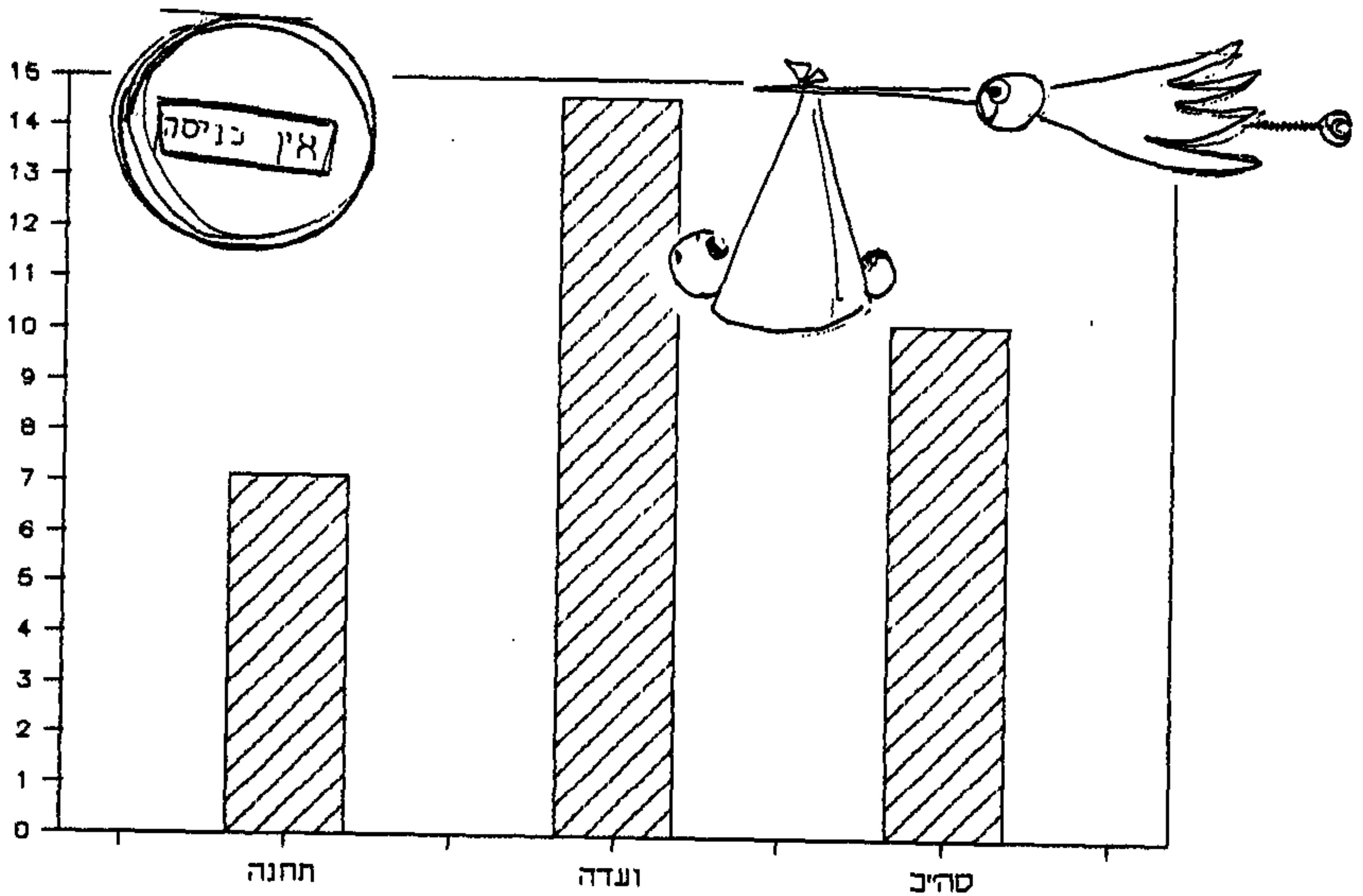
הבדלים בכיוון זהה שמובהקים עוד יותר מבחינה סטטיסטית ($P < 0.03$) נמצאו גם באחוז הנשים שהריונן אינו רצוי: 14.6% לעומת 7.1%; כלומר, יותר מפי שניים מנשות הוועדה לא רצו בהריון זה (ר' לוח מס. 8 ותרשים מס. 6).

לוח מס. 8 - הריון רצוי

| סוג טיפול | סך הכול | | כן | | לא | |
|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | מספרים | | מספרים | | מספרים | |
| | אחוזים | מוחלטים | אחוזים | מוחלטים | אחוזים | מוחלטים |
| ועדה | 41.02 | 137 | 85.40 | 117 | 14.60 | 20 |
| תחנה | 58.98 | 197 | 92.89 | 183 | 7.11 | 14 |
| סך הכול | 100.00 | 334 | 89.82 | 300 | 10.18 | 34 |

$P < 0.03$

תרשים מס. 6 - אחוז הנשים שהריונן אינו רצוי

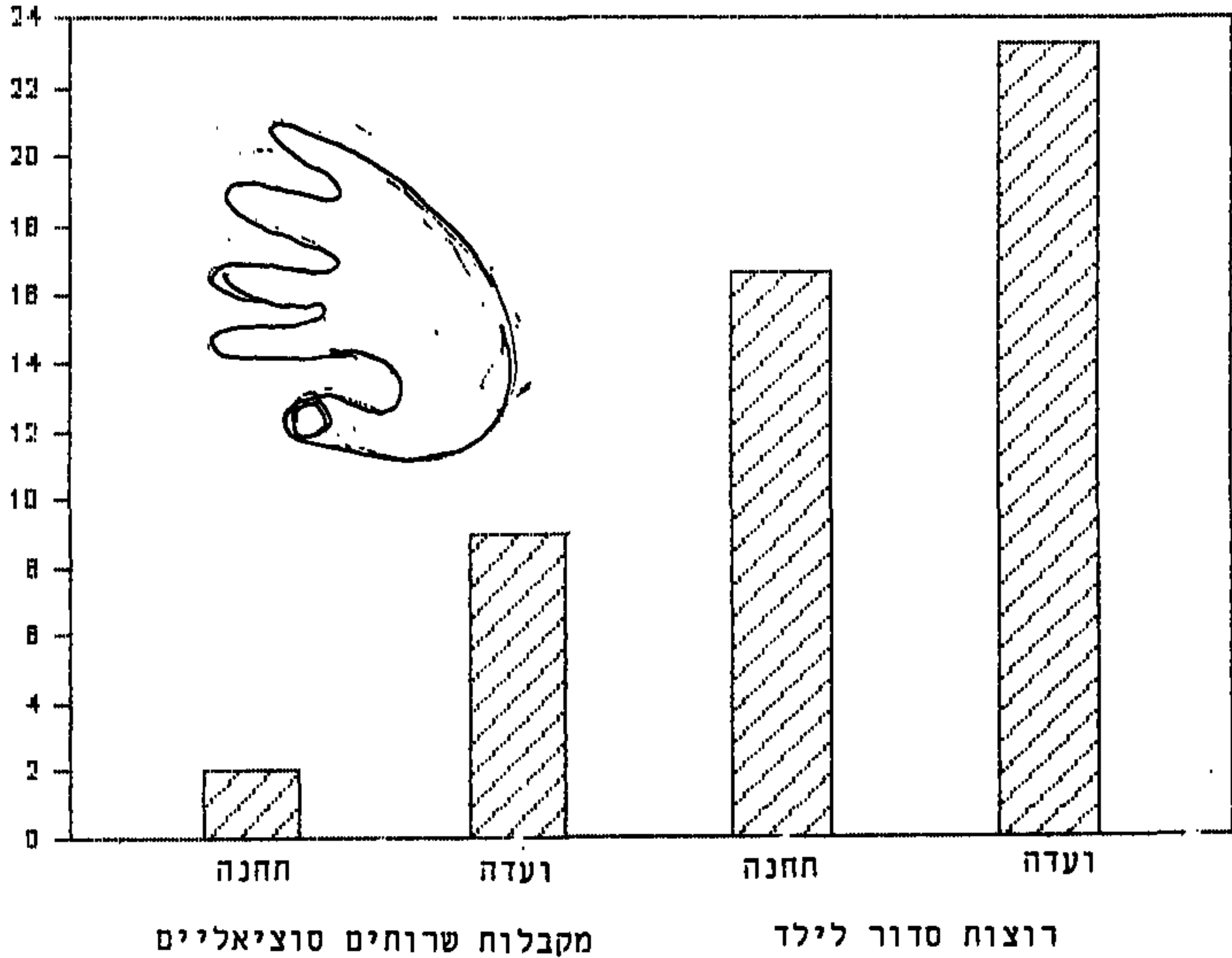


לוח מס. 9 - סיוע משירותים סוציאליים

| סוג טיפול | סך הכול | | כן | | לא | |
|-----------|---------|---------|--------|---------|--------|---------|
| | מספרים | | מספרים | | מספרים | |
| | אחוזים | מוחלטים | אחוזים | מוחלטים | אחוזים | מוחלטים |
| ועדה | 41.02 | 137 | 8.76 | 12 | 91.24 | 125 |
| תחנה | 58.98 | 197 | 2.03 | 4 | 97.97 | 193 |
| סך הכול | 100.00 | 334 | 4.79 | 16 | 95.21 | 318 |

$P < 0.005$

תרשים מס. 7 - קשר עם שירותים



לנשות הוועדה יש קשר רב יותר עם שירותים סוציאליים, ויש להן יותר דרישות משירותים אלה. השירות העיקרי הרצוי לנשים בהריון הוא סידור לילדיהן. גם כאן נשות הוועדה "מובילות": 23.4% לעומת 16.7% מנשות התחנה (ר' לוח מס. 9 ותרשים מס. 7).

מתח

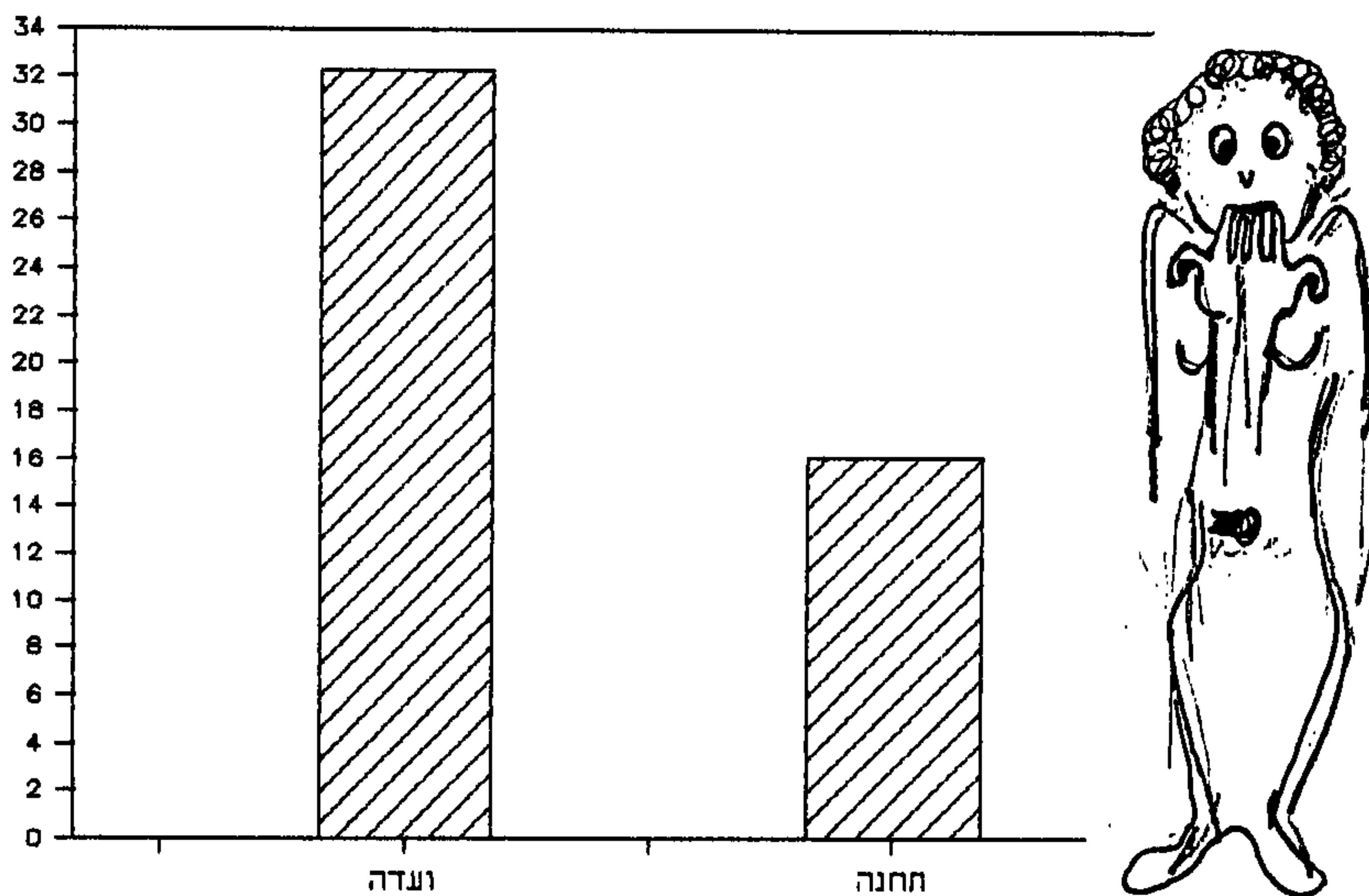
בזמן תכנון המחקר היתה מודעות גדולה להשפעת מתח על לידות מוקדמות. משום כך הוחלט להעביר לכל הנשים שאלון חרדה. נבחר לצורך זה שאלונו של שפילברגר המבחין בין חרדה כתכונת אופי לבין חרדה מצבית (Spielberger, 1970). לאחר תקופה של כחצי שנה נמצא שהשאלון אינו מתאים לאוכלוסיית בית שמש, ושהתשובות שהתקבלו לא היו אמינות. לכן הוחלט להפסיק את העברתו, ובמקום זאת נשאלו שתי שאלות: "האם את מתוחה בקשר להריון" ו"האם את מתוחה בדרך כלל". מאחר ששאלות אלה התחילו להישאל בשלב מאוחר, מספר התשובות לשאלות אלה קטן ומתייחס רק ל-172 מקרים.

נמצאו הבדלים גדולים בין שתי הקבוצות (ר' לוחות מס. 10 ו-11 ותרשימים מס. 8 ו-9). עם זאת אין לשכוח, שהיות האישה מתוחה בזמן ההריון נלקח בחשבון גם על ידי האחות בשעה שהיא נותנת את הניקוד שעל פיו נקבע האם האישה בסיכון ללידה מוקדמת. אפשרות לבודד את השפעת המתח אינה קיימת בשלב זה בגלל מיעוט המקרים, אך כיוון הנתונים ברור וההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית.

לוח מס. 10 - מתוחה באופן כללי

| סוג טיפול | סך הכול | | לרוב | | לעיתים רחוקות | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 71 | 41.76 | 23 | 32.39 | 48 | 67.61 |
| תחנה | 99 | 58.24 | 16 | 16.16 | 83 | 83.84 |
| סך הכול | 170 | 100.00 | 39 | 22.94 | 131 | 77.06 |

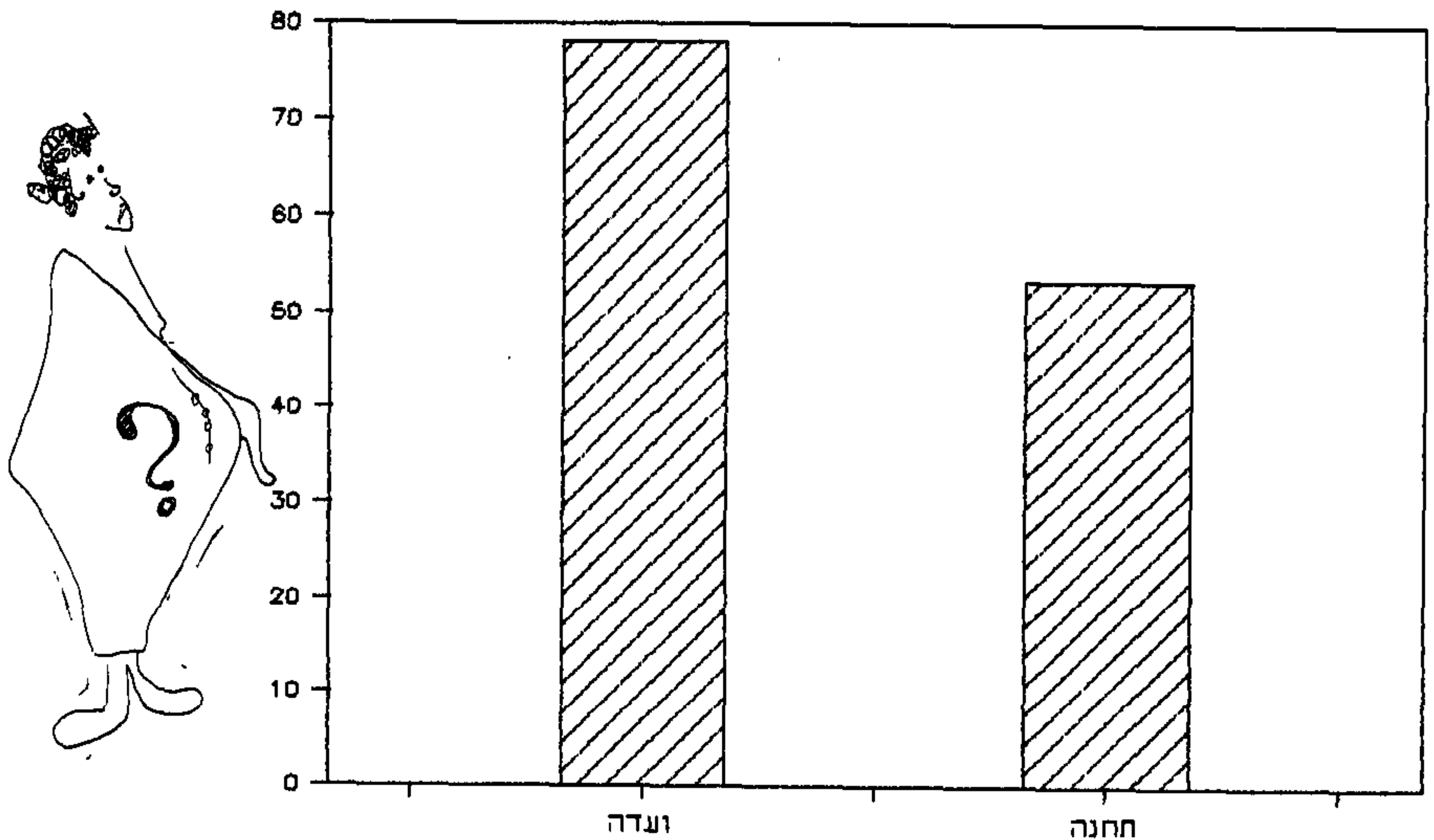
$P < 0.01$



לוח מס. 11 - מתוחה בזמן ההריון

| סוג טיפול | סך הכול | | לרוב | | לעיתים רחוקות | |
|-----------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|
| | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים | מספרים מוחלטים | אחוזים |
| ועדה | 71 | 41.28 | 56 | 78.87 | 15 | 21.13 |
| תחנה | 101 | 58.72 | 54 | 53.47 | 47 | 46.53 |
| סך הכול | 172 | 100.00 | 110 | 63.95 | 62 | 36.05 |

$P < 0.001$

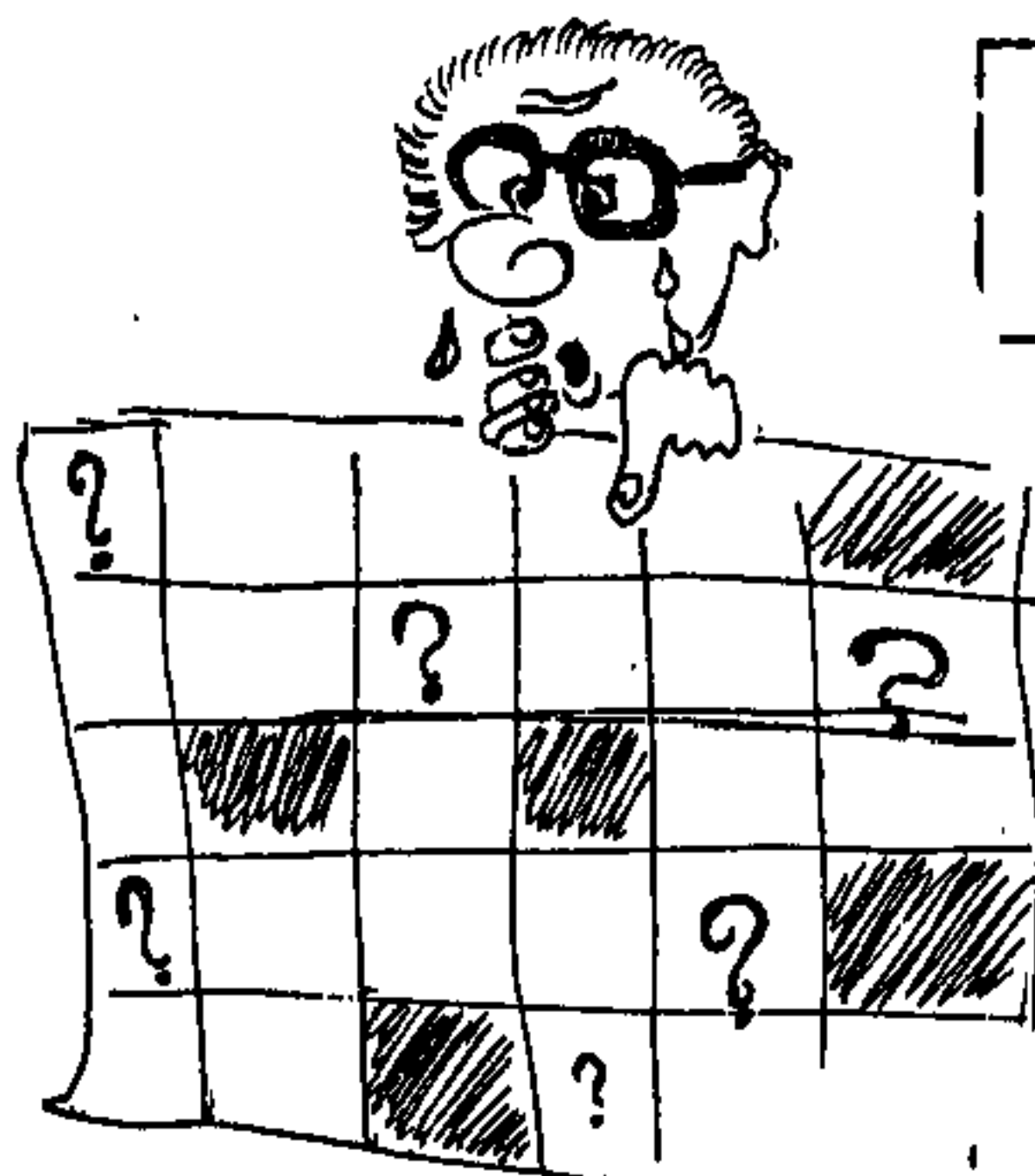


בעיות חברתיות

הנשים נשאלו אילו בעיות יש להן בזמן ההריון - כולל בעיות אשר אינן קשורות להריון. מספר הנשים בוועדה שדיווחו שאין להן כל בעיה היה קטן בהרבה: 11% לעומת 37%. מן הנשים שדיווחו על בעיות בחרנו להציג כאן רק את אלה שדיווחו על בעיות חברתיות. השאלה נשאלה כשאלה פתוחה, וכל אישה יכלה לדווח על עד שלוש בעיות.

ההבדל הבולט בין שתי הקבוצות ניכר על פי הבעיות, כפי שהן מצטיירות בעיני עצמן. נשות הוועדה מרגישות יותר שעליהן לטפל בבני משפחה, שעבודות משק הבית מכבידות עליהן יותר ושהן מפחדות יותר או נמצאות במתח בקשר להריון (ר' לוח מס' 12).

לוח מס. 12 - הבעיות החברתיות של האישה בעיני עצמה
(אחוז מסך כל הנשים בקבוצה)



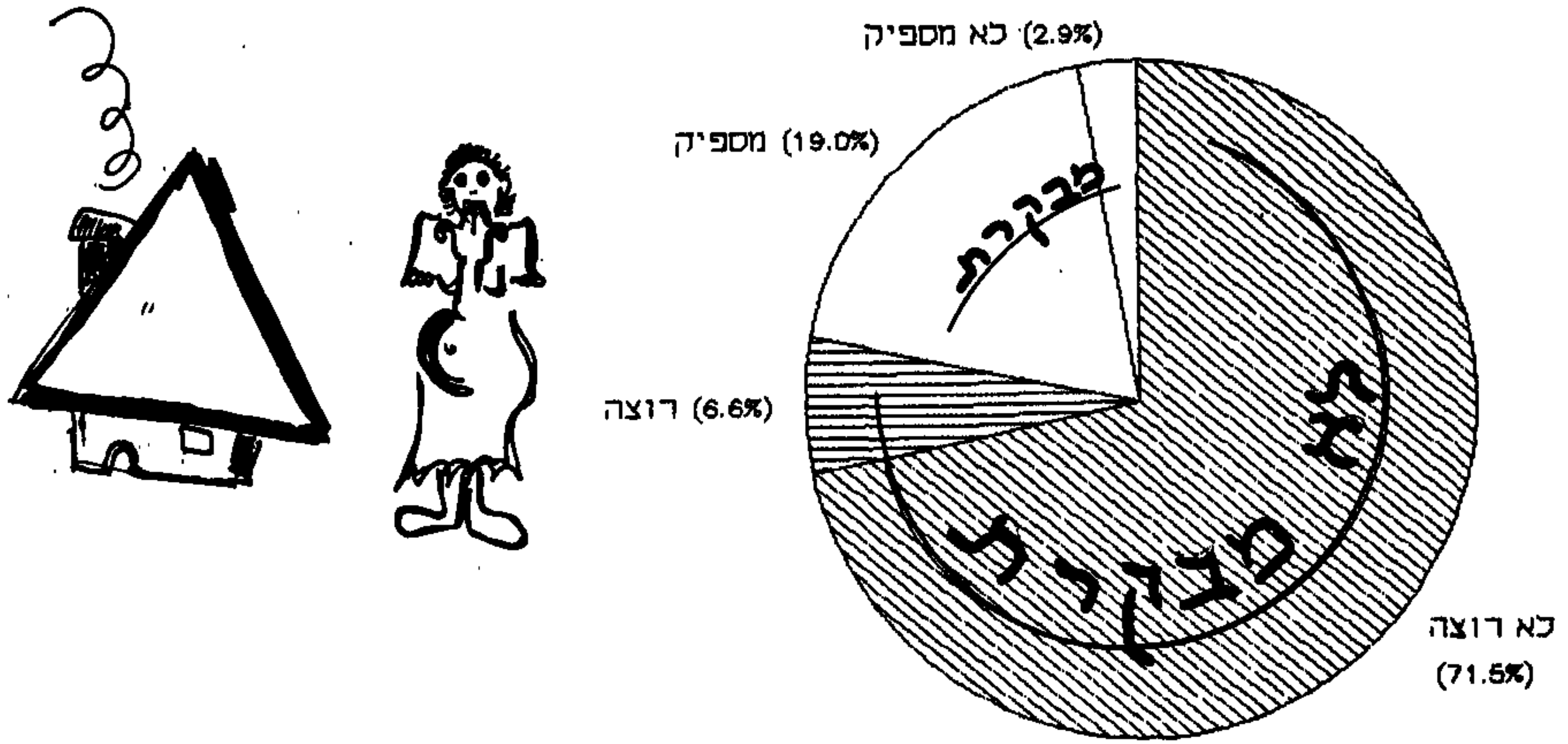
| סוג הבעיה | ו ע ד ה | ת ח נ ה |
|------------------|---------|---------|
| טיפול בבני משפחה | 10.2 | 3.5 |
| עבודות משק בית | 24.9 | 10.7 |
| פחדים | 13.9 | 8.1 |
| אין בעיות | 11.0 | 37.0 |

ביקורי בית

העובדת הסוציאלית ראינה במסגרת עבודתה כל אישה שהופנתה לוועדה. העובדת בהתייעצות עם האישה החליטו האם האישה תישאר בטיפול העובדת הסוציאלית. אישה שנשארה בטיפול העובדת הסוציאלית וקבלה ממנה שיחות, המלצות לסוגי עזרה שונים משירותים סוציאליים, התערבות אצל מעבידים, עזרה בקשרים משפחתיים וביקורי בית לפי הצורך.

נשות וועדה נחלקו לכאלה שנערך אצלן ביקור של העובדת הסוציאלית ולא לה שלא נערך אצלן ביקור, ובתוך כל קבוצה לכאלה שהיו מרוצות מהמצב ולכאלו שלא היו מרוצות. אפשר לראות ש-9.5% מהנשים היו רוצות לקבל יותר מכפי שהן מקבלות: 6.6% רוצות ביקור, 2.9% נוספים רוצות ביקורים רבים יותר מכפי שהן קיבלו.

מ-21.9% מהנשים, שהעובדת הסוציאלית ביקרה בביתן, 40% דיווחו שביקור זה תרם להן (ר' תרשים מס. 11).



באשר לעניינן של הנשים בביקורי הבית של העובדת הסוציאלית נמצא, ש-10.1% מנשות התחנה מעוניינות בביקור בית כזה. מאחר ורוב הקריטריונים להפניית אישה לוועדה הם קריטריונים רפואיים, יש להניח שנשים הרוצות ביקור בית של העובדת הסוציאלית הן נשים עם בעיות חברתיות וכלכליות. אך בעיותיהן בתחומים אלה עדיין לא גרמו להן להיחשב כבעלות סיכון ללידה מוקדמת. מעניין יהיה לבחון האם בקבוצה זו מספר הלידות המוקדמות אכן היה גדול יותר מאשר בקבוצת האחרות. נתון זה נוכל לבדוק רק כאשר אוכלוסיית הנשים תגדל. בשלב זה נראה, שיש להפנות נשים אלה לטיפול העובדת הסוציאלית גם אם אין להן בעיות המצדיקות התערבות רפואית-סיעודית מצד שאר חברי צוות הוועדה. החלטה ברוח זו אמנם התקבלה, והעובדת הסוציאלית התחילה לטפל בנשים בהריון גם כאשר אין הן מוגדרות, לפי הניקוד, כמצויות בסכנה ללידה מוקדמת.

האחיות בתחנות לבריאות המשפחה ובוועדה קיימו ביקורי בית לכ-20% מהנשים ההרות בבית שמש. ההבדל במספר הביקורים בין שתי הקבוצות היה, כצפוי, גדול. 31% מנשות הוועדה זכו בביקור של האחיות לעומת 12% מנשות התחנות.

אצל הנשים שהאחות ביקרה בביתן, 19.7% מנשות הוועדה דיווחו שהביקור תרם להן לעומת -6.3% מנשות התחנה.

בשתי הקבוצות היה אחוז שווה של נשים שרצו ביקור אחות, ושהאחות לא ביקרה אותן -12.5%.

במשך תקופה קצרה נעשה ניסיון להנהיג שאחות תבקר כל יולדת הנמצאת בטיפול הוועדה. מביקורים אלה הופקו לקחים, והוחלט שיש צורך בביקור בית בחלק מהמקרים, שהם:

1. נשים בשמירת הריון.

2. נשים שהניקוד שלהן גבוה יותר מ-15.

3. מקרים מיוחדים שיוחלט עליהם בצוות הוועדה.

כיום בגלל בעיות כוח אדם כמעט לא נערכים ביקורי בית של אחות, ובשלב זה מספר הביקורים חזר לנורמות שהיו נהוגות בבית שמש לפני הפעלת הפרוייקט. מצב זה אינו רצוי, ולשכת הבריאות מחוז ירושלים מחפשת פתרון לבעיה זו.


ביקור בית של רופא נערך רק במקרה אחד. רק שתי נשים - אחת מהתחנה ואחת מהוועדה - רצו ביקור רופא.

הפרוייקט בעיני האישה

רק 3% מהנשים - כולן מהתחנות - דיווחו על אי קבלת מספיק הסברים לגבי הריונן. יותר מ-80% מהנשים מקבלות את ההסברים מעובדי התחנות והוועדה - רופאים, אחיות והעובדת הסוציאלית. השאר מעדיפות לפנות בשאלות לשירותים רפואיים פרטיים ולקרובי משפחה, לבדוק בספרים, ובשני מקרים - לשאול רב. הנשים שהופנו לוועדה נשאלו בשאלה פתוחה מה הן הפיקו מהוועדה מעבר לטיפול הרגיל בתחנות. האחוזים אינם מסתכמים ב-100 מאחר שכל אישה יכולה לציין עד שלושה נושאים. כאשר הוזכר נושא, האישה נשאלה האם תוספת זאת שקיבלה בוועדה מעבר למה שמקבלים בתחנות תרם להרגשתה הטובה ולבריאותה. על פי הנתונים שהתקבלו אפשר לראות, שכמעט כל הנשים הזכירו רופא בעל מומחיות רבה יותר (90.1%), אך רק 77.8% מהן העריכו שמומחיותו תרמה להן; כלומר, 22.2% מהנשים שהזכירו את מומחיות הרופא כי תרון של הוועדה גרסו שהרופאה בתחנות אינה נופלת במיומנותה מרופא מומחה מבחינת הטיפול בנשים ההרות. נתון זה משמעותי במיוחד, מאחר שלרופאי הוועדה היתה הילה של רופאי בית חולים, ולעומת זאת היה סטטוס נמוך יחסית לרופאי השירות הציבורי. גם עבודתה של העובדת הסוציאלית זכתה להתייחסות פחות או יותר דומה.

ונשים דיווחו שהתרומה העיקרית מבחינתן היתה בגורמים הלא-רפואיים. התרומה התבטאה יותר מכול ביחס האישי, כלומר האוזן הקשבת, וקיום כתובת שאליה אפשר לפנות. אין לשכוח, כמובן, שרק כ-50% מהנשים ציינו את נושא היחס האישי ואילו 90% מהנשים ציינו את מומחיות הרופא, אך ההבדל בהתייחסות הנשים לנושאים השונים קיים ורלבאנטי (לוח מס. 13).

לוח מס. 13 - תרומה לנשות הוועדה בנוסף על הטיפול הרגיל (באחוזים)*



| נושא ההתייחסות | הוזכר | תרם | לא תרם |
|---|-------|------|--------|
| רופא מומחה | 90.1 | 70.0 | 20.1 |
| יחס אישי | 49.2 | 43.1 | 6.1 |
| עבודה סוציאלית | 38.4 | 29.2 | 9.2 |
| עזרות שונות שמירת הריון, מט"ב, סידור לילד | 20.7 | 16.9 | 3.8 |

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100%, כי יש נשים שהשיבו יותר מתשובה אחת.

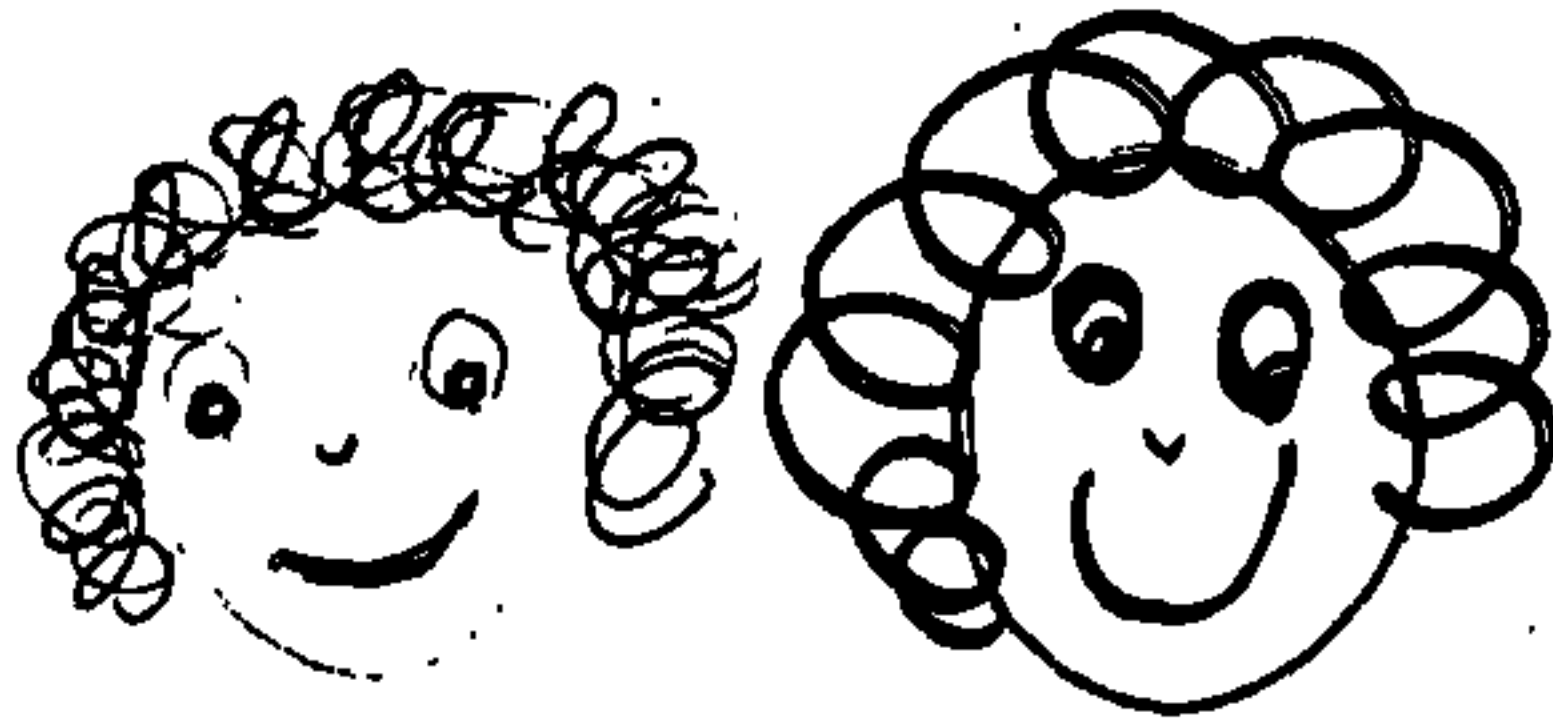
הנשים נתבקשו להעריך את הטיפול שקיבלו בתחנות, ונשות הוועדה נתבקשו להעריך גם את הטיפול שקיבלו בוועדה. יש לציין את האחוז הגבוה של הנשים שהיו מרוצות ללא כל סייג, או במלים אחרות מרוצות בלי "אבל": 70.5% מנשות תחנה לעומת 76.2% מנשות וועדה (ר' לוח מס. 14). בהקשר לתלונות הנשים יש מקום לציין במיוחד מספר דברים:

1. נשים לא באו כי לא היה להן זמן. כידוע, חלוקת הזמן בין פעילויות שונות מעיד על סדר העדיפויות. כאשר אין זמן, לפעולה מסוימת, פירושו שפעולה זו אינה מספיק חשובה כדי למצוא זמן עבורה. על כן אפשר לראות בעמדה זו חוסר התייחסות לעצם פעילות התחנות. על רקע זה מובן ההבדל הגדול בין התייחסותן של שתי קבוצות הנשים לנושא זה. נשות התחנה, שהריונן של רובן היה תקין וללא כל סיבוכים, באמת לא היו זקוקות לכל הבדיקות, ולכן לא היה להן הזמן לבוא להיבדק לפי לוח הזמנים הקבוע לנשים בהריון. נשות הוועדה, שרק מקצתן אינן מודעות לבעיותיהן או באמת אין להן בעיה (או רק בעיה מזערית) מדווחות על חוסר זמן כסיבה לאי הופעה רק ב-1.6% מהמקרים. גם חלק מההבדל (באחוזים) בין שני סוגי הנשים שציינו את משך הזמן שצריך לחכות בחדר ההמתנה יכול להיות מוסבר בצורה זו. ידוע לכולם עד כמה הביטוי "לחכות זמן רב" הינו גמיש.

2. בשיחות שונות עם הנשים עלה, שהדמות המרכזית בעיני הנשים בתחנות היא דמות האחות, ואילו בוועדות הדמות הכמעט בלעדית הינה הרופא. אך מאחר ששאלה זו היתה שאלה פתוחה, ומספר הנשים שציינו דמות מרכזית היה שונה, לפי כך, כאשר משווים את חוסר שביעות הרצון של הנשים בשתי הקבוצות מהטיפול הסייעודי ומהטיפול הרפואי, יש להסתייג מתוצאות השואה.

3. אחת השאלות שהיצגנו לעצמנו לפני התחלת תוכנית ההתערבות היתה האם עצם העובדה שלחלק מהנשים ייאמר, שהן בסיכון ללידה מוקדמת ושלכן תקבלנה טיפול נוסף, לא תעורר בהן פחדים העלולים להשפיע לרעה על מצב בריאותן. לכן שמחנו, שרק 2.3% מנשות הוועדה ציינו נושא זה. אומנם בקרב נשות התחנה כמעט אין נשים שהביקור בתחנה מפחיד אותן ובכך יש הבדל בין שתי הקבוצות. אך יש להתייחס בחיוב לעובדה שאחוז הנשים הפוחדות בעקבות הטיפול בוועדה הינו כה נמוך.

לוח מס' 14 - הערכת הטיפול בוועדה בתחנה
(אחוז מסך כל הנשים בקבוצה)



| תחנה | וועדה | הערכה |
|------|-------|-----------------------------|
| 70.5 | 76.2 | מרוצות |
| 10.7 | 1.6 | לא באו מחוסר זמן |
| 7.5 | 4.8 | זמן ההמתנה ממושך מאוד |
| 6.3 | 4.0 | שעות עבודת התחנה לא נוחות |
| 5.6 | 1.6 | טיפול סיעודי לא טוב |
| 4.1 | 5.6 | טיפול הרפואי לא טוב |
| 2.8 | 7.9 | מרחק גדול מהבית לתחנה/וועדה |
| 1.6 | - | חוסר פרטיות |
| 0.3 | 2.3 | מפחיד |

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100% כי יש נשים שהשיבו יותר מתשובה אחת

השפעת תוכנית ההתערבות על לידות הפג בבית שמש*

הבדיקה נעשתה בהשוואה לקבוצת ביקורת-הלידות שהיו בבית שמש מה - 1 בינואר 1983 עד ה-30 ביוני 1985. ההתארגנות הראשונית לתוכנית ההתערבות החלה ב-1 בינואר 1985. מאחר שכל הלידות שקדמו לתאריך 1 ביולי 1985 עדיין לא יכלו להיות מושפעות מהתוכנית, תקופה זו נבחרה לשמש כתקופת ביקורת.

השנה וחצי בין ה-1 ביולי 1985 עד ה-31 בדצמבר 1986 הינה תקופת ההתערבות הראשונה. בתקופה זו עדיין לא עבדה עובדת סוציאלית, אך הסגל הרפואי-סיעודי הודרך להיות ער גם לבעיות חברתיות, והוא היפנה מקרים אקוטיים לאחות בריאות הנפש ולשירותים הסוציאליים של המועצה המקומית.

בתחילת 1987 החלה להיות מורגשת גם עבודתה של העובדת הסוציאלית. כל התקופה מן ה-1 ביולי 1985 עד ל-30 ביוני 1988 מוגדרת כתקופת ההתערבות.

בדיקת הנתונים של הלידות המוקדמות לפי קריטריונים שונים מעידה על ירידה באחוז לידות הפג. הלוחות המוצגים חושפים את ההבדלים בין תקופת הביקורת לבין תקופת ההתערבות, לפי שלושה משתנים:

1. אחוז הלידות שקדמו לשבוע ה-37 להריון,

2. אחוז הלידות שקדמו לשבוע ה-38 להריון,

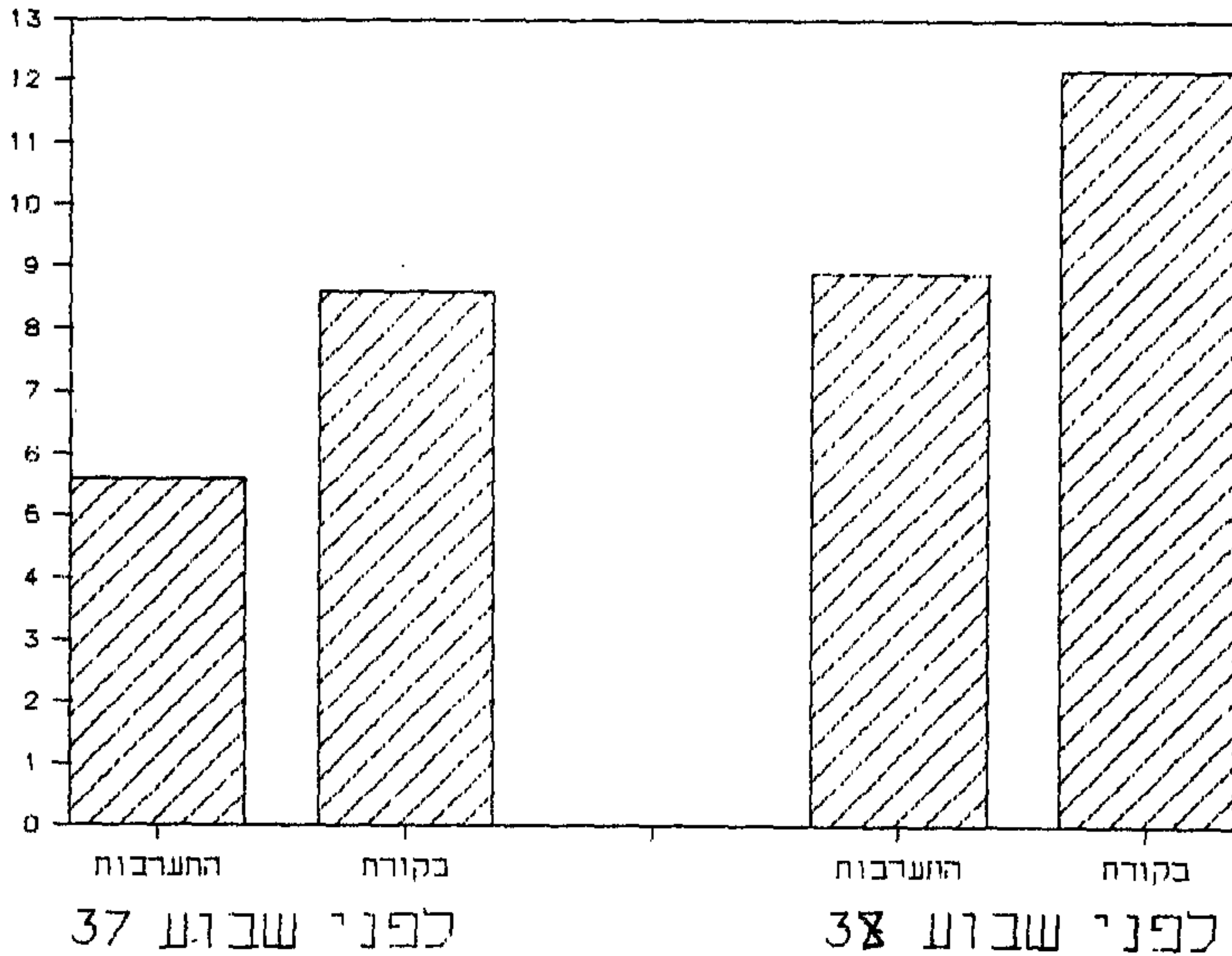
3. אחוז הילודים שמשקלם קטן מ-2,500 גרם,

מאחר שיש ויכוח בספרות המקצועית בעניין הגדרת פג-ילוד הנוולד בשבוע ה-37, החלטנו להתייחס לשתי האפשרויות. בנוסף על כך נתייחס למשתנה המשקל על מנת שנוכל לעשות השוואה לנתונים ארציים.

* הנתונים המוצגים בפרק זה נאספו ועובדו על ידי גב' ענת שמש מהאגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית במשרד הבריאות.

אפשר לראות שהירידה הינה משמעותית ביותר גם מבחינה סטטיסטית כאשר מודדים לפי שבוע ההריון: 12.2% בהשוואה ל-8.9% לפני השבוע ה-38, ו-8.6% בהשוואה ל-5.6% לפני השבוע ה-37. למרות שיש ירידה גם לפי משתנה המשקל, מ-10% ל-7.9%, אין היא משמעותית מבחינה סטטיסטית, אך האחוז מתחיל להיות דומה לאחוז הארצי של לידות במשקל נמוך. לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, אחוז הלידות במשקל נמוך אצל אימהות יהודיות הינו 7.4% (ר' חרשים מס. 12 ו-13).

חרשים מס. 12 - אחוז הלידות המוקדמות בבית שמש (1988-1983)



N = 1027 בקורת
 N = 1110 התערבות
 P < 0.009

תרשים מס. 13 - אחוז הילודים שמשקלם קטן מ-2,500 גרם



$P < 0.092$

עלות/תועלת הפרוייקט

הפרוייקט מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי בסכום של 46,000 ש"ח לשנה ועל ידי גוי'נט ישראל בסכום של 8,000 ש"ח לשנה. בסה"כ עמדו לרשותו 54,000 ש"ח, כל זאת במחירי יולי 1987.

סכומים אלה נועדו לכסות עלות של:

1. רופא נשים בחצי משרה,
2. אחות בחצי משרה,
3. עובדת סוציאלית בחצי משרה,
4. אדמיניסטרציה,
5. עבוד נתונים,

קשה לאמוד במדוייק את גודל החיסכון הכספי שהושג בעזרת פרוייקט זה, אך להלן מספר נתונים.

יום אשפוז פג עולה יותר מ-\$300, כך שבוע אשפוז בפגיה עולה \$2,100. עלות הפרוייקט בדולרים מסתכמת בכ-\$36,000 סכום המספיק לכ-17 שבועות אשפוז פגים.

משך האשפוז הדרוש לפגים מחושב לפי מספר השבועות שהפג הקדים להיוולד לפני תאריך הלידה הצפוי. כך, לדוגמה, פג שנולד בשבוע השלושים להריון יצטרך לשהות בפגיה שבעה שבועות (37-30=7). לפי הנתונים שהעלתה ענת שמש ברור שבמשך השנה נחסכו לפחות 17 שבועות פגות, כך שכבר על פי נתון זה התועלת במונחים כספיים היתה גדולה ממחיר העלות.

אין לשכוח, שבנוסף על העלות הישירה של אשפוז פגים, הפרוייקט חסך גם חלק מאשפוזי הנשים ההרות שיכלו להישאר בביתן הודות למעקב הרפואי והסעודי הצמוד.

עלות נוספת שנחסכה היא זו של הטיפול ביילודים הנשארים נכים כתוצאה מהפגות. כידוע, ככל שהילד נולד בשל יותר, כלומר בשבוע הריון מתקדם יותר, כך הוא צפוי למספר נכויות קטן יותר והנכויות שילקה בהן תהיינה קלות יותר.

לסיכום אפשר לציין מספר נקודות:

קריטריונים כלכליים חברתיים

רוב הקריטריונים, שלפיהם מוחלט האם האישה מצויה בסיכון ללידה מוקדמת, הם קריטריונים רפואיים ורק מספר זעום של קריטריונים הינם קריטריונים כלכליים חברתיים.

הקריטריונים החברתיים: השכלה, קשרים משפחתיים, עזרה מהמשפחות, תכנון ההריון, הרצון להיות בהריון, וקשר עם שירותים סוציאליים לא נלקחו בחשבון בניקוד לפיו נקבע עד כמה נמצאת האישה בסיכון ללידה מוקדמת.

ממצאי המחקר מצביעים על הבדלים בין שתי הקבוצות (ועדה, תחנה) בכל אחד מקריטריונים חברתיים אלה ובכיוון זהה ובחלקם גם בעלי משמעות סטטיסטית. כלומר, האישה בוועדה פחות משכילה וכן גם בעלה, יש לה פחות עזרה, הריונה פחות רצוי ופחות מתוכנן, והיא נזקקת יותר לשירותים סוציאליים. באופן כללי אפשר להגיד, שמעמדה הכלכלי והחברתי פחות איתן.

מכאן שאפשר להניח שיש קשר בין המעמד הכלכלי-חברתי לבין המצב הרפואי. נתונים יותר מדויקים נוכל לקבל רק כאשר מספר הנשים שתרואינה יהיה גדול יותר, וניתן יהיה לעשות בעזרתם ניתוחים עדינים יותר. אך דומה, שכבר עכשיו אפשר לראות קשר בין הנתונים הרפואיים לבין הנתונים הכלכליים והחברתיים, ומכאן שהרעיון לטפל באישה גם בעזרת עובדת סוציאלית הינו מוצדק.

כלי האבחון

כלי האבחון המחלק את הנשים לנשות תחנה ולנשות ועדה, שהתבסס על ניקוד לפי גורמים המהווים סיכון ללידה מוקדמת נמצא כבלתי רגיש ומדויק במידה מספקת, וזאת מהסיבות הבאות:

1. אחוז הנשים שהוגדרו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת (41%) היה גדול בהשוואה לאחוז הנשים שילדו בלידה מוקדמת לפני הפרוייקט (12.2%).

2. מתוך הנשים שלא הוגדרו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת (59%) נמצא כי 7% מהן ילדו בלידה מוקדמת, אחוז שיש לראותו כגבוה במיוחד לגבי אוכלוסייה שאובחנה כחסרת סיכון.

3. השימוש בכלי האבחון עדיין לא הגיע לכלל יציבות. אפשר לראות זאת על פי התנודות באחוזי הנשים המופנות לוועדה. מאחר שהמיון נעשה על ידי בני אדם ולפי שיקול דעת, יש צורך לחזק את יכולת הצוות להגיע לאחידות רבה יותר בהחלטות.

4. הגורמים החברתיים-כלכליים מיוצגים בכלי בצורה שולית. למרות זאת נוכחנו, שלמרות שהנשים מוינו לפי כלי שכמעט כולו רפואי, נמצאו הבדלים במשתנים חברתיים-כלכליים רבים בין שתי הקבוצות שקובצו לפי מיון זה. נראה, שהוספת חלק ממשתנים אלה תעזור לשיפור כלי האבחון.

שינוי עמדות

חשוב ביותר להגיע לשינוי עמדות באוכלוסיית הנשים ובסביבתן התרבותית-חברתית. אם הנשים והסובבים אותן יבינו טוב יותר מה מתרחש סביב ההריון והלידה, הם יוכלו לתפקד בצורה יעילה יותר לטובת הצלחת התהליך. אך לא רק הנשים וסביבתן צריכות לדעת להתמודד עם הנושא. יש לגרום לשינוי עמדות דומה גם בצוות הרפואי העובד בתחנות ובוועדה. ראשית דבר יש להביא להבנת חשיבות הגורמים החברתיים-כלכליים כמשפיעים על תהליך ההריון והלידה, ולאחר שתושג הבנה זו ייעשו בהתאם האבחון וההתייחסות המקצועית לכך.

יחס הצוות הרפואי לנשים

יחס הצוות הרפואי לנשים קובע לעיתים קרובות את הרגשת האישה, ועל כן גם את נכונותה להסכים לפעול בהתאם להוראות שאותן היא מקבלת. בנוסף על כך, אפשרות השיחה עם סמכות רפואית מפחיתה את המתח, ובכך תורמת למצבה הבריאותי הכללי. נשים רבות המדווחות על כך מציינות, שהן מעדיפות לקבל טיפול מצוות רפואי פחות מיומן, אך כזה שמוכן להקדיש זמן רב יותר לשיחה ולהתייחס לבעיות אישיות.

ירידה באחוז הלידות המוקדמות

למרות שהכלי עדיין אינו מאבחן מספיק במדויק את שתי האוכלוסיות האלה, מצאנו כבר עכשיו שחלה ירידה משמעותית באחוז הלידות המוקדמות (בשבוע ה-38 ובשבוע ה-37), אפשר ללמוד מכך, שהשיפור בטיפול ובהתייחסות חל בכל התחנות ולא רק בוועדה. לתופעה זו תרמה האווירה המציינת את הצוות של כלל האחיות בבית שמש, וההשתלמויות והשיחות שנוהלו איתן. נראה שאפשר לומר בסיכום, שהפעולה תרמה להעלאת רמת כלל השירות הניתן לנשים הרות בבית שמש.

מ ע ק ב

מעקב מתמשך אחר תוכנית ההתערבות יגדיל את אוכלוסיית המחקר ויאפשר ניתוחים סטטיסטיים גם של תת-אוכלוסיות. כך נוכל לקבל אינדיקציות טובות ואמינות יותר לחשיבותם היחסית של גורמי סיכון שונים ולהשפעתם על לידת הפג.

עלות/תועלת

הערכה גסה של נתוני העלות לעומת התועלת הכספית והחברתית הנובעת מהפעלת התוכנית מצביעה על עלות נמוכה יחסית ומעודדת המשך הפרוייקט.

ה מ ל צ ו ת

לאור התוצאות שהתקבלו עד כה מומלץ להמשיך את הפעלת התוכנית, להעמיק אותה ולשפרה, כדלקמן:

1. לשפר את כלי האבחון ולשלב בו גורמי סיכון חברתיים נוספים, ולהמשיך את המעקב המחקרי.
2. להעביר לטיפול העובדת הסוציאלית את כל הנשים, שיש להן בעיות סוציאליות ואשר רוצות להיות בקשר עמה, וזאת בנוסף לעבודתה הקיימת בתחום יצירת הקשר עם הנשים שמופנות לוועדה. בכך נוכל להבטיח טיפול לנשים שבעיותיהן היחידות הן חברתיות-תרבותיות ואשר אינן זקוקות להגברת הטיפול הרפואי-סיעודי.
3. למסד את ביקורי הבית של האחות לנשים המופנות לטיפול בוועדה.
4. להמשיך את בדיקת כלי האבחון גם במקומות יישוב נוספים.
5. להפעיל את התוכנית במקומות יישוב נוספים.

נ ס פ ח

מדד סיכרון

100. 38 אגודת אגודת
 של אגודת אגודת
 אגודת אגודת

| 14 | 13 | 12 | 11 | 10 | 9 | 8 | 7 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| DUP | DUP | DUP | DUP | DUP | DUP | DUP | DUP |
| 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 | 46 |
| 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 | 47 |
| 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 | 48 |
| 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 | 49 |
| 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 | 50 |
| 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 | 51 |
| 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 | 52 |
| 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 |
| 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 | 54 |
| 55 | 55 | 55 | 55 | 55 | 55 | 55 | 55 |
| 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 | 56 |
| 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 | 57 |
| 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 | 58 |
| 59 | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 | 59 |
| 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 | 60 |
| 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 | 61 |
| 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 | 62 |
| 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 | 63 |
| 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 | 64 |
| 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 | 65 |
| 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 | 66 |
| 67 | 67 | 67 | 67 | 67 | 67 | 67 | 67 |
| 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 | 68 |
| 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 | 69 |
| 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |
| 71 | 71 | 71 | 71 | 71 | 71 | 71 | 71 |
| 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 | 72 |
| 73 | 73 | 73 | 73 | 73 | 73 | 73 | 73 |
| 74 | 74 | 74 | 74 | 74 | 74 | 74 | 74 |
| 75 | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 | 75 |
| 76 | 76 | 76 | 76 | 76 | 76 | 76 | 76 |
| 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 | 77 |
| 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 | 78 |
| 79 | 79 | 79 | 79 | 79 | 79 | 79 | 79 |
| 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 | 80 |
| 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 | 81 |
| 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 | 82 |
| 83 | 83 | 83 | 83 | 83 | 83 | 83 | 83 |
| 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 | 84 |
| 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 | 85 |
| 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 | 86 |
| 87 | 87 | 87 | 87 | 87 | 87 | 87 | 87 |
| 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 | 88 |
| 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 | 89 |
| 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
| 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| 92 | 92 | 92 | 92 | 92 | 92 | 92 | 92 |
| 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 | 93 |
| 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 | 94 |
| 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 |
| 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 |
| 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 | 97 |
| 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 |
| 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |

| 113 | 113 | 113 |
|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 |
| 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 |
| 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 |
| 28 | 29 | 30 |
| 31 | 32 | 33 |
| 34 | 35 | 36 |
| 37 | 38 | 39 |
| 40 | 41 | 42 |
| 43 | 44 | 45 |
| 46 | 47 | 48 |
| 49 | 50 | 51 |
| 52 | 53 | 54 |
| 55 | 56 | 57 |
| 58 | 59 | 60 |
| 61 | 62 | 63 |
| 64 | 65 | 66 |
| 67 | 68 | 69 |
| 70 | 71 | 72 |
| 73 | 74 | 75 |
| 76 | 77 | 78 |
| 79 | 80 | 81 |
| 82 | 83 | 84 |
| 85 | 86 | 87 |
| 88 | 89 | 90 |
| 91 | 92 | 93 |
| 94 | 95 | 96 |
| 97 | 98 | 99 |
| 100 | 101 | 102 |

ביבליוגרפיה

גורביץ ח. - המעבר להורות, האוניברסיטה העברית בירושלים, החוג לפסיכולוגיה, תשמ"ב.

דויטש ה. - הפסיכולוגיה של האמהות, ספרית הפועלים, 1962

קלע ר. - לקראת הורות, האוניברסיטה העברית, המחלקה לפסיכולוגיה, 1982.

שנתון סטטיסטי לישראל 1988: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

Bibring G.L.: Some Specific Psychological Tasks in Pregnancy and Motherhood, in: Manner S. (ed.) Woman Body and Culture, N.Y., Harper and Kown, 1975.

Bouyer J.: Prevention de la Prematurite. Un exemple d'evaluation epidemiologique d'une action de Sante Publique. Enquete perinatal de Haguenau. These Universite de Paris - Sud, 1987.

Bouyer J., Dreyfus S., Gueguen S., Lazar P., Papiernik E.: La Prematurite, Enquete perinatale de Haguenau, 1971-1982. INSERM Doin, Paris, 1987.

Caplan G.: Emotional Implications of Pregnancy and Influences on Family Relationship, in Stuart H.C. and Prough, D.G. (eds.) The Healthy Child, Harvard University Press, 1960.

Papiernik-Berkauher E.: Coefficient de Risque D'Accouchement Premature, Presse Med. 1969, 77, pp. 793-794.

Papiernik E., Bouyer J., Dreyfus J. et al: Prevention of Preterm Births: A Perinatal Study in Haguenau, France. Pediatrics, 1985, 76, pp. 154-158.

Rapoport R.: Normal Crisis, Family Structure and Mental Health, Family Process 1963, 2, pp. 68-80.

Trethowan W.H.: The Couwade Syndrome: Some Further Observations, J. of Psychosomatic Research 1969, 12, pp. 107-115.

