



האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית
לשכת הבריאות מחוז ירושלים



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

**תוכנית התערבות למניעת
לידות מוקדמות
בבית שמש
שנה ב'**

מס' 38

מפעלים מיוחדים

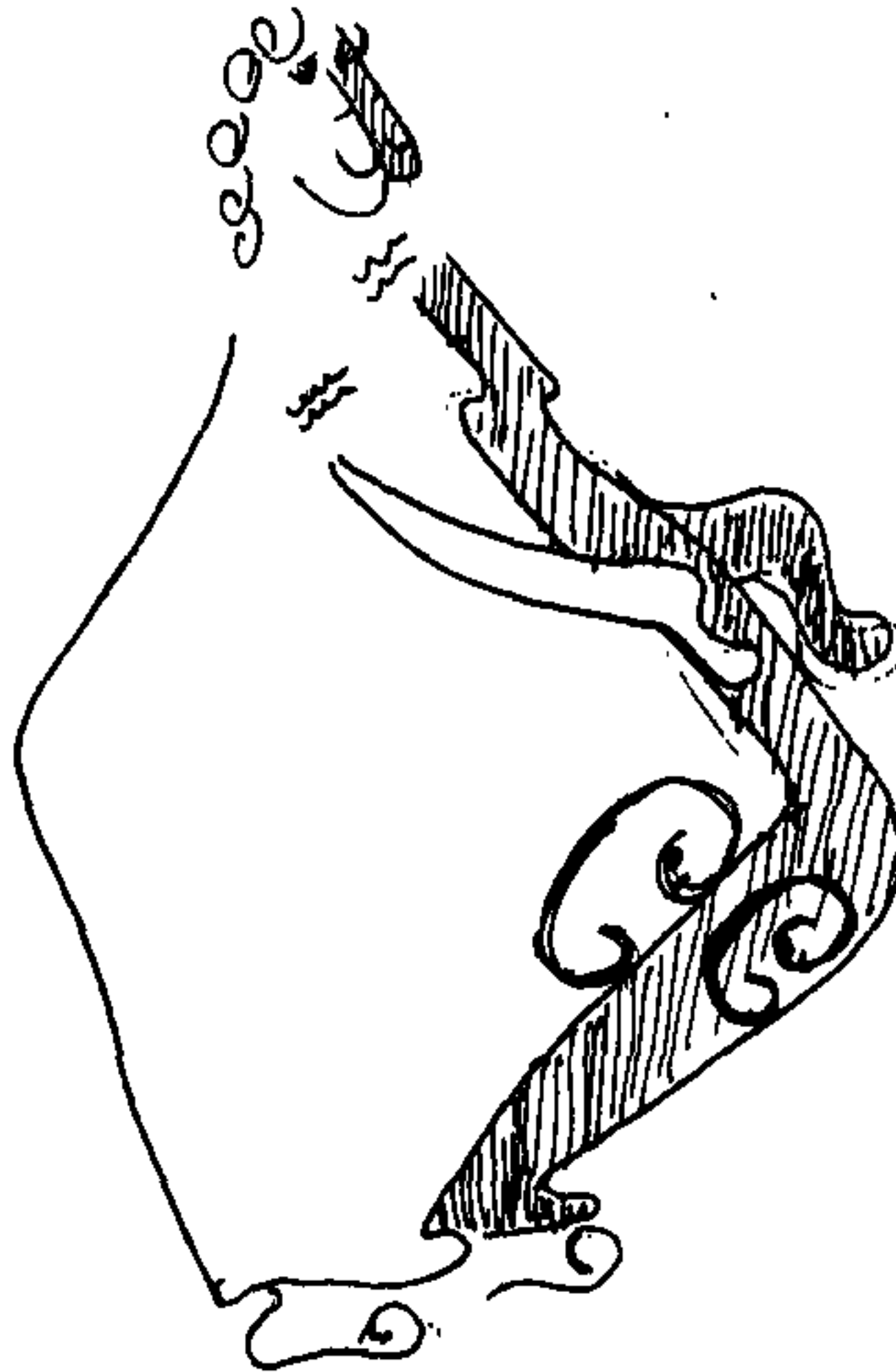
ירושלים, אייר התש"ן, מאי 1990

המוסד לכיטות לאומי
מינהל המחקר והתכנון

משרד הבריאות
האגף לתכנון תקציב וכלכלה רפואית
לשכת הבריאות מחוז ירושלים

תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש - שנה ב'

אדית דר
ענת שמש



אייר: יעקב דר

מאי 1990

ירושלים

אייר התש"ן

ה ק ד מ ה

דו"ח מחקר זה הוא השני בנושא תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש. הפרוייקט נערך כאמור במסגרת המפעלים המיוחדים של המוסד בענף אמהות שבראשות גב' רינה ברקאי.

בשנת 1988 המשיכו לקחת חלק בתוכנית ההתערבות אותם גופים שהיו שותפים לה בשנה הקודמת: האגודה למען שירותי בריאות הציבור, ג'וינט ישראל והמוסד לביטוח לאומי.

מטרת המשך ההשתתפות בתוכנית היתה הרחבת מספר התצפיות לשם ביסוס התוצאות שהתקבלו בשנה הקודמת על יסודות חזקים יותר.

ד"ר פיאמטה בן ישי והגב' שושנה ינאי מלשכת הבריאות בירושלים קיבלו על עצמן את התפקיד הקשה של שמירת הקשר בין אנשי השדה, שעליהם הן מופקדות בעבודתן היום-יומית, לבין אנשי המחקר; וכך תרמו רבות לשיתוף פעולה פורה בין כל הצדדים המעורבים בפרוייקט.

צוות המחקר מנה את האנשים מהמוסדות הבאים:

מרכזת הפרוייקט-רופאת ילדים	פיאמטה בן ישי
לשכת הבריאות מחוז ירושלים - משרד הבריאות	
אתות בריאות הציבור	שושנה ינאי
לשכת הבריאות מחוז ירושלים - משרד הבריאות	
רופא נשים	חיים יפה
מחלקת נשים ויולדות - בית חולים ביקור חולים	
סטטיסטיקאית, מוסמכת בבריאות הציבור	ענת שמש
האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית - משרד הבריאות	
סוציולוגית	אדית דר
מינהל המחקר והתכנון - המוסד לביטוח לאומי	

אנו חוזרים ומודים לכל עובדי לשכת הכריאות במחוז ירושלים, אשר עבדו בתחנות לבריאות המשפחה בבית שמש ובמעלה אדומים, ולחברי הוועדה שטיפלה בנשים שאובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת בבית שמש. גם השנה עבדו הרופאים, האחיות והעובדת הסוציאלית במסירות ובעניין לקידום הצלחת הפרוייקט.

תודה לגב' שושנה רפאלי ממשרד הכריאות על תרומתה הרבה לאיסוף המדויק והקפדני של הנתונים שנדרשו להערכת הפרוייקט.

שלמה כהן

סמנכ"ל מחקר ותכנון (בפועל)
המוסד לבטוח לאומי

תוכן ענינים

עמוד

3	מכוא
5	תאור הפרוייקט
10	הפעלת הפרוייקט
12	ממצאים
23	הערכת התוכנית
36	סיכום
38	נספח
43	ביבליוגרפיה

מ ב א

"A friend, not an apple a day,
will keep the doctor away."
Berkman (1984).

לאור תוצאות השנה הראשונה להפעלת התוכנית, שהעידו על ירידת אחוז הלידות המוקדמות בבית שמש, החליט המוסד לביטוח לאומי להמשיך לתמוך שנה נוספת בפרוייקט ההתערבות למניעת לידות מוקדמות.

בחינת אפקטיביות הפרוייקט העלתה שינוי, אומנם לא תמיד מובהק מכחינה סטטיסטית בכל הקריטריונים שנבחנו, אך כל השינויים שנצפו היו בכיוון הצפוי והתבטאו בירידת אחוז הפגים ובירידת אחוז הילודים במשקל נמוך.

בשנה השנייה לא חל שינוי באנשים הנמנים על הצוות המטפל ועל הצוות המלווה, והדבר סייע לבסס תהליכים ולשנות גישות על פי הניסיון המצטבר. הבעיה היחידה שהתעוררה בשנה זו בכוח האדם נגרמה עקב מחלתה של רופאת הנשים בתחנות בית שמש. מאחר שלא נמצא מיד מחליף קבוע, הנשים התחילו ללחוץ להעבירן לטיפול הוועדה גם כאשר לא היתה לכך הצדקה לפי הקריטריונים הרפואיים והתכרתיים. במקביל, חלק מהנשים הפחיתו את מספר ביקוריהן בתחנות.

תקופת ביניים זו נמשכה כחודשיים, אך היתה לה השפעה מיידית על התנהגות הנשים. הדבר מעיד עד כמה הנשים רגישות לטיפול שהן מקבלות - אנכותו, כמותו, וגיוונו.

לנוחיות הקורא מוצג להלן תיאור הפרוייקט, כמפורט בדו"ח הראשון.

ההחלטה לביצוע הניסוי

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

בשנת 1971 התחיל פרופ' פפיארניק לפתח בצרפת תוכנית להורדת אחוז הלידות המוקדמות. נוסף על הקמת תשתית רפואית וסיעודית שנועדה לעקוב אחר ההריון, הוא פיתח מדד סיכון, שכלל מספר מדדים הקשורים לסגנון החיים ולמאמצים הגורמים לאישה עייפות כחיי היום יום. הטיפול בנשים כלל גם טיפול בבעיות חברתיות-כלכליות, אשר מטרתו להקל על האישה ההרה, לדוגמה: מתן עזרה בבית לטיפול בילדים או בעבודות הבית, הוראות להפסקת עבודה וכד'. לאחר 14 שנים, שבמרוצתן הופעלה השיטה, מצא פרופ' פפיארניק ירידה באחוז הלידות המוקדמות, שלא ניתן לייחס אותה אלא לשינוי ההתייחסות לאישה ההרה.

לשכת הבריאות בירושלים התרשמה מתוכנית ההתערבות של פרופ' פפיארניק והחליטה לנסות להעתיק את המודל ולבצעו ביישוב כלשהו בארץ, כמוכן בהתאמתה לתנאי המקום.

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

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

תיאור הפרוייקט

כללי

לידה מוקדמת מוגדרת כלידה שחלה בין השבוע ה-20 לשבוע ה-36 להריון. על ידי שיפור התנאים הרפואיים-סיעודיים (השגחה, תרופות ואשפוזים) הצליחו בארצות המערב להוריד את אחוז הלידות המוקדמות לכ-6% מסך כל הלידות.

בישראל - ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה אין עדיין נתונים על לידות מוקדמות לפי שבוע ההריון. הפגות נמדדת לפי משקל היילוד. כאשר משקל היילוד קטן מ-2,500 גרם הוא נחשב פג, בלא קשר לשאלה באיזה שבוע להריון חלה הלידה. שיטת אבחון זו אינה נחשבת היום כטובה במידה מספקת, ולאור ממצאים חדשים בתחום הרפואה מסתבר, שבשלות הפג - קרי גיל ההריון - משמעותי לגבי המשך התפתחות הפג יותר מאשר משקלו.

בשנת 1983 משקלם של 7.3% מכלל היילודים שנולדו לאימהות יהודיות היה קטן מ-2,500 גרם. אחוז יילודים כאלה שנולדו לאימהות יהודיות ילידות ישראל ולאמהות יהודיות ילידות אסיה היה 7.4% ו-8.4%, בהתאמה. בין ה-1 בינואר 1983 ל-30 ביוני 1985 (התקופה שקדמה להתחלת הפרוייקט). 10.1% מהיילודים 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 50% מהמוצע הכללי בארץ, וכיותר מ-20% כאשר מחזיקים את משתנה מוצא האם קבוע. באותה תקופה אחוז הלידות המוקדמות - לפני השבוע ה-38 להריון - היה בבית שמש 11.8% (ענת שמש, 1988). כפי שנאמר, אין לנו נתונים ארציים לפי שבוע ההריון, אך ברור שלפי הקריטריון של משקל היילוד מספרים אלה גבוהים מהמוצע 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 ההרות בא לאבחון ולטיפול בתחנות לבריאות המשפחה, ולכן קל לבדוק תוצאות שינוי טיפול שיוחלט עליו.

5. ריחוק יחסי ממוקדי רפואה נוספים, שאת השפעתם קשה לאמוד. ג'וינט ישראל הצטרף לפרוייקט כמממן את הוצאות המיכון - מחשב, תוכנה ושעות עבודה.

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

ביצוע בשטח

ב-1 בינואר 1985 התחילו לשכת הבריאות במחוז ירושלים, בשיתוף האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית במשרד הבריאות ובית החולים ביקור חולים בהפעלה חלקית של התוכנית, בהתנדבות. ההפעלה כללה תגבור של 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 על ידי המוסד לביטוח לאומי בנובמבר 1986. עם האישור וקבלת התקציב, צורפה לצוות עובדת סוציאלית.

לצורך האבחון השיטתי הוחלט לקבוע רשימה של 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:

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

גורמי הסיכון נחלקים לשני סוגים: גורם קבוע שאינו משתנה במשך ההריון, כגון מחלות בעבר, גיל האישה וכד', וגורמים משתנים, כגון דלקות, מחלה או מוות כמשפחה, בעיות כלכליות אקוטיות וכד' (ר' רשימת הסיכונים בנפסח). כאשר אישה מקבלת ניקוד של 5 נקודות ויותר, היא מופנית לוועדה למניעת לידות מוקדמות. הוועדה נועדת באחת מתחנות בריאות המשפחה בבית שמש. במהלך שנת 1988 שונו הקריטריונים, ואוחדו קבוצות הסיכון הנמוך והסיכון הבינוני - לפי כך הופנו לוועדה נשים שצברו 10 נקודות ומעלה. הוועדה מונה צוות של רופא ואחות וכן עובדת סוציאלית. האישה מתקבלת

לשיחה בנושאים סיעודיים ורפואיים, ומגבשים יחד עמה תוכנית לתקופת הריונה. כאשר לדעת הרופא או לדעת העובדת אין סיבה להמשיך בפיקוח רפואי צמוד (יותר מפעם בחודש), האישה מוחזרת להמשך טיפול לתחנה שממנה באה עם המלצות להמשך טיפול. במקרה שמצבה זורש טיפול אינטנסיבי יותר, היא נשארת במעקב של הוועדה.

העבודה בשטח מלווה כהערכת התהליך ובהערכת התוצאה לפי תוכנית, וזאת כדי לעמוד על יתרונותיה ועל חסרונותיה - מידע שיאפשר לשפר את תהליכי העבודה ואת מידת ההישג בהקטנת תופעת הלידות המוקדמות.

עובדת סוציאלית

תפקיד העובדת הסוציאלית להציע תמיכה נפשית בד בבד עם שיפור התמיכה המשפחתית והחברתית; זאת לאור ההנחה, שקשה להפחית את לחצי חיי היום יום, וכי אפשר לעשות זאת רק בעניינים מוגדרים, כגון מציאת 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 לה עזרה. בהחלטה משותפת עם האישה נקבעת מידת הצורך להמשיך לערוך פגישות אישיות ולקבוע תוכנית טיפול.

לגבי נשים, אשר הוסכם כי יש צורך להמשיך את הטיפול בהן, נקבע האחד מהשניים:

(1) תוכנית טיפול, שנושאה האפשריים הם: התמודדות עם בעיות כלכליות, בעיות משפחתיות, התפתחות של ילדים אחרים בבית, מתח נפשי וכד'.

(2) שיחות תומכות. זאת - כאשר אין צורך בגיבוש תוכנית טיפול, וכשהדבר נראה רצוי בעיני העובדת הסוציאלית.

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

העובדת הסוציאלית מנקרת כל אישה הנמצאת כטיפול 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 כתיאום עם האחות ומכוצע 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 כחדר ההמתנה ועורכת עמן שיחות בלתי פורמאליות. שיחות אלה משמשות להדרכה ולווינטילציה של בעיות משותפות לכולן, כגון: מנוחה, חלוקת הזמן, שימוש בכוחות (במשאבי אנוש) של המשפחה (בעל, הורים חמות, אחיות, ילדים בוגרים) וכד'.

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

לדעת העובדת הסוציאלית הבעיות המקשות על הנשים בשטח הן:

(1) מגבלות חוקי הניטוח הלאומי אשר אינם מזכים נשים ששמירה על הריונן מחייב אותן לשכב, בקבלת קצבה. מגבלה זו ניכרת במיוחד כאשר הכנסת הבעל אינה מספיקה לצורכי המשפחה, בעיקר מפאת תשלומי משכנתה 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 להתחשב באישה.

(3) מחסור במעונות לילדים.

(4) אי תשלום סדיר לקופת תולים, המבטל את הזכויות הרפואיות, ומונע ביצוע בדיקות כנדרש לאבחון מצב האישה. יצוין, כי הטיפול בתחנות ובוועדה נמשך כרגיל, גם במקרה כזה.

(5) מגבלות בתקציב לשכת הרווחה המונעות אישור עוזרת בית-מט"בית, סידור לילדים, וטיפול שיניים של האישה בהריון. זה אולי ההסבר לתופעה של ביטול הפגישות שנקבעו בין העובדת הסוציאלית לבין לשכת הרווחה.

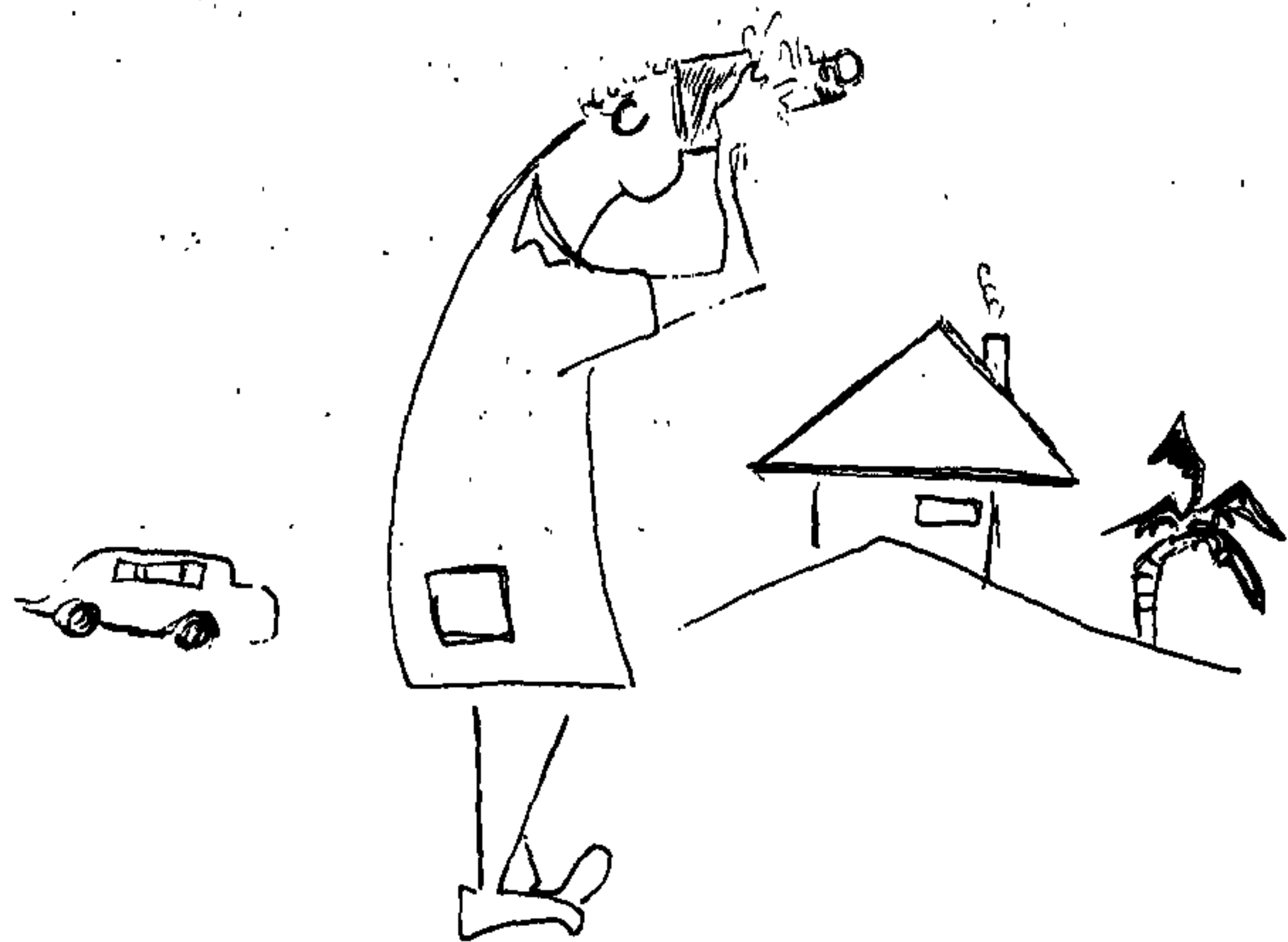
פגישות צוות בשטח

1. אחת לחודש מתקיימת פגישה של כל השותפים: הוועדה - רופא, אחות, עובדת סוציאלית - רופאת הנשים של התחנות בבית שמש, צוות ההערכה והמחקר של משרד הבריאות והמוסד לביטוח לאומי. כשייכות אלה מועלות הבעיות השוטפות העקרוניות, ומתקבלות החלטות על סדרי העבודה. כמו כן מוצגים מקרים או תופעות הדורשים בדיקה, מעקב, טיפול מיוחד, או שינוי תהליכי 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 ועל שיתוף הפעולה הנדרש מצד האישה, הסברים רפואיים לתופעות רפואיות הקשורות להריון, הדרכה והינוד לבריאות האישה ההרה, השירותים שהאישה זכאית להם וכד'. הפגישות הן חד-פעמיות ונערכות בתקופת היווצרות הקשר בין האישה לוועדה.

3. פגישות חברי הוועדה (הרופא, האחות והעובדת הסוציאלית) מתקיימות בסיום יום העבודה של הוועדה, ונערך בהן דיון על הנשים שהגיעו לכדיקה באותו יום.

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



הפעלת הפרוייקט

איסוף הנתונים

הנתונים נאספו על שתי אוכלוסיות מחקר שונות זו מזו מבחינת שיטות איסוף הנתונים, מקורות הנתונים ומועדי הבדיקה.

אוכלוסייה אחת כוללת את כל הנשים שילדו בבית שמש בשנים 1987, 1988 (667 נשים). נשים אלה רואיינו בביתן בזמן ההריון ולאחר הלידה על ידי פוקדת של המוסד לבטוח לאומי. ראיינות אלה בוצעו בבתי הנשים על מנת להבטיח דיווחים אמינים מהימנים ואוביקטיביים על איכות הטיפולים שקבלו בתחנות לבריאות המשפחה ושביעות הרצון מהם.

על פי נתונים אלה הופקו הלוחות בנושאים החברתיים ושביעות רצון הנשים מהתוכנית (לוחות מספר 1 - 17).

אוכלוסיית מחקר שנייה כוללת את כל הנשים שהיו בזמן ההריון בטיפול בתחנות לבריאות המשפחה בבית שמש ושילדו בשנים 1983-1988. הנתונים עליהן נאספו מהתיקים הרפואיים שבתחנות. נשים שילדו בין ה-1 לינואר 1983 ל-30 ביוני 1985 מהוות את אוכלוסיית הבקורת (1027 נשים ו-1035 ילודים). נשין שילדו בין ה-1 ליולי 1985 ל-31 בדצמבר 1988 הן אוכלוסיית ההתערבות (1277 נשים ו-1303 ילודים).

על פי נתונים אלה הוסקו המסקנות למידת הצלחת התוכנית ונעשתה הערכת התוצאות (לוחות מספר 18 - 22).

שתי אוכלוסיות המחקר חופפות בחלקן זו את זו אך המסקנות הוסקו עבור כל אוכלוסייה בנפרד בהתאם לנושאים כפי שפורט לעיל.

הסך הכל בלוחות לא תמיד אחיד עקב מקרים של "לא ידוע".

אוכלוסיית המרואיינות בשנים 1987, 1988 שמנתה 667 נשים התפלגה כדלקמן:

367 נשים (55.0%) שטופלו בתחנות לבריאות המשפחה הרגילות,

277 נשים (41.5%) שטופלו בוועדה,

23 נשים (3.5%) שלא קיימו קשר עם התחנות לבריאות המשפחה וקיבלו טיפול ומעקב מרופאים פרטיים, או כמרפאות בתי חולים.

בעת ניתוח תוצאות הראיונות נבחנו ההבדלים בין שתי הקבוצות הבאות:

(1) קבוצת הנשים שלא אובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת ושהמשיכו לקבל טיפול רגיל. לאלה צירפנו גם את 23 הנשים שלא קיימו קשר עם התחנות. בסך הכול מנתה קבוצה זו 390 נשים.

(2) קבוצת הנשים - 227 במספר - שאובחנו כבעלות סיכון ללידה מוקדמת ושטופלו במסגרת הוועדה לפחות פעם אחת בזמן ההריון.

לשם קיצור נקרא לנשים בקבוצה הראשונה - נשות תחנה, ואילו לנשות הקבוצה השנייה - נשות ועדה. האחוזים שאותם נציין בהמשך חושבו מכלל הנשים בכל בקבוצה.

כל הנשים נשואות, להוציא אישה אחת גרושה, שלוש רווקות ושתיים שחיות בנפרד מבעליהן.

בשנים 1985-1988 הופנו 498 נשים לוועדה (39%). 16 שמהן (1.3%) הופנו אך לא נענו.

ניתוח הנתונים הרשומים בתיקים הרפואיים עסק בהשוואת אוכלוסיית התערבות לאוכלוסיית הביקורת מכחינת אחוז הלידות המוקדמות. הניתוח התייחס גם לאחוז הלידות המוקדמות בקרב נשות הוועדה ובקרב נשות התחנה.

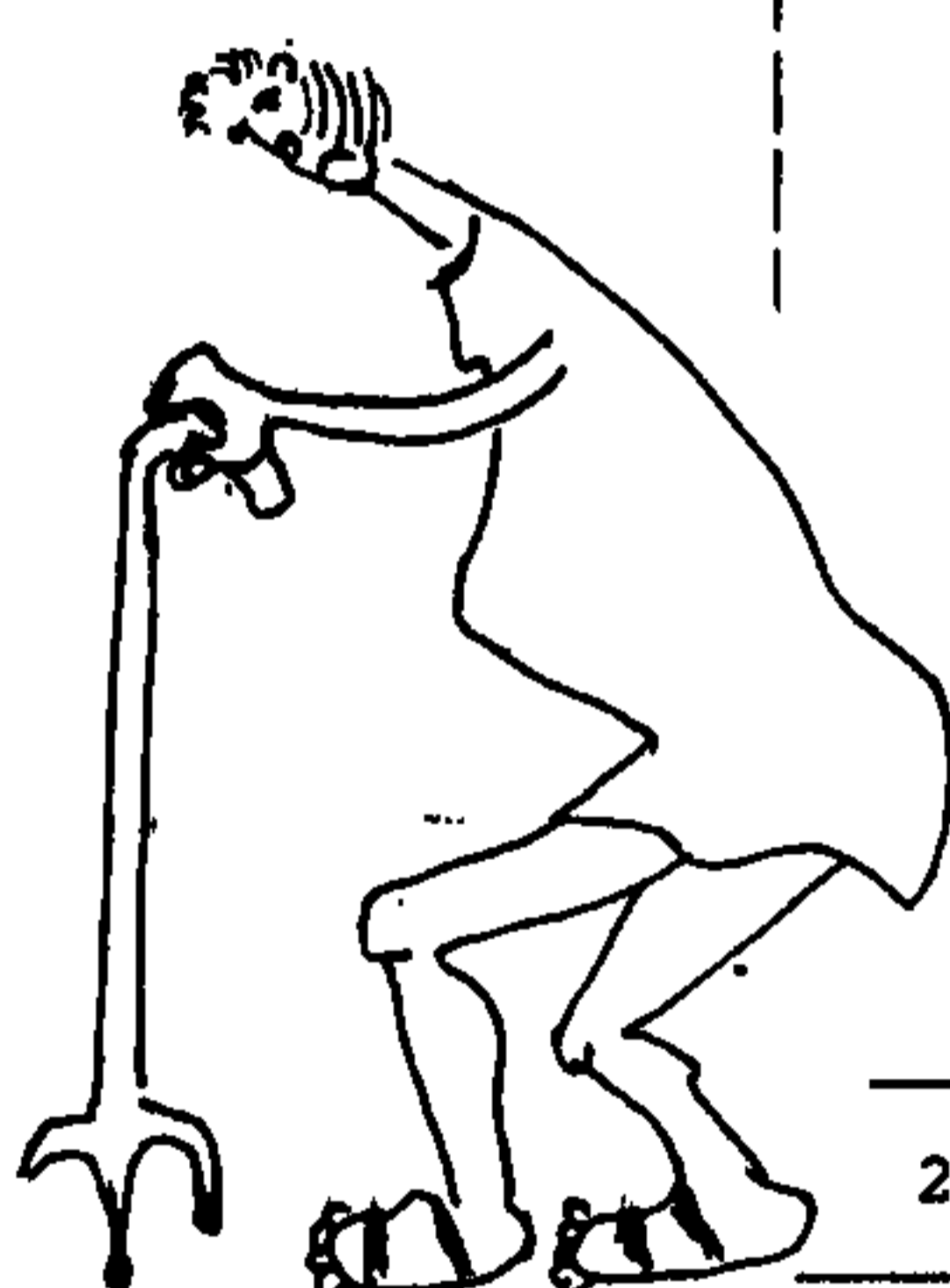
ממצאים

גיל היולדת

בשנים 1987, 1988 אוכלוסיית הנשים ההרות מנתה 667 נשים. הגיל הממוצע של היולדות היה 28.4 שנים (לוח מס. 1).

לוח מס. 1: גיל היולדות, לפי סוג הטיפול

גיל	נשות וועדה	נשות תחנה	סה"כ
20	7	12	19
20 - 24	41	101	142
25 - 29	96	146	242
30 - 34	82	90	172
35 - 39	46	36	82
40+	5	4	9
סה"כ	277	389	666
גיל ממוצע	29.4	27.7	28.4



הגיל הממוצע של נשות הוועדה גבוה בכשנתיים מהגיל הממוצע של הנשים שלא ביקרו בוועדה. רק 36% מכלל הנשים הצעירות (מתחת לגיל 30) קיבלו טיפול בוועדה, ואילו 50% מכלל הנשים המבוגרות, בגיל 30 ומעלה, ביקרו בוועדה.

בנות בגיל מתחת לגיל 18 או מעל גיל 37 נמצאות בקבוצת הסיכון הגבוה ללידה מוקדמת. בשנים 1987, 1988 רק יולדת אחת היתה בגיל נמוך מ-18 (בת 16 שנים), ואילו 42 נשים גילן היה 37 ויותר.

ארץ הלידה של היולדת

רוב היולדות המרואיינות בבית שמש הן ילידות הארץ (73%). כארץ נולדו פחות מ-70% מנשות הוועדה, וכ-76% מן הנשים שלא היו בוועדה (לוח מס. 2).

לוח מס. 2: ארץ חלידה של היולדות, לפי סוג הטיפול

ארץ לידה	נשות וועדה		נשות תחנה		סה"כ	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
ישראל	192	69.3	295	75.7	487	73.0
אסיה-אפריקה	73	26.4	77	19.7	150	22.5
אחר	12	4.3	18	4.6	30	4.5
סה"כ	277	100.0	390	100.0	667	100.0

אסיה-אפריקה היא ארץ לידתן של 26% מנשות הוועדה לעומת כ-20% מן הנשים שקיבלו טיפול רק בתחנות.

ארץ המוצא של ההורים אינה משפיעה על פניית בנותיהם לוועדה: 87% מהאימהות ו-86% מהאבות נולדו באסיה-אפריקה, ולא נמצאו הבדלים בהתפלגות לפי השתייכות לוועדה/תחנה.



שנות לימוד

לוח מס. 3: מספר שנות הלימוד של האישה, לפי סוג הטיפול

סה"כ		נשות תחנה		נשות ועדה		מספר שנות לימוד
אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	
6.6	44	4.4	17	9.7	27	8 - 0
55.9	373	53.3	208	59.6	165	11 - 9
26.8	179	30.0	117	22.4	62	14 - 12
10.7	71	12.3	48	8.3	23	+15
100.0	667	100.0	390	100.0	277	סה"כ

מן הראיונות עולה, שנשות הוועדה פחות משכילות מנשות התחנה: מספר נשות הוועדה שלמדו עד שמונה שנים כלבד גדול ביותר מפי 2 ממספר נשות הוועדה שזו השכלתן: 9.7% לעומת 4.4%, בהתאמה; ואילו בעלות ההשכלה הגבוהה 15 שנות לימוד ויותר - מונות יותר מ-12% מנשות התחנה לעומת 8% מנשות הוועדה (לוח מס. 3).


עבודה מחוץ למשק הבית ומקצוע

הנשים שרואיינו נשאלו על עבודה מחוץ למשק ביתן בזמן ההריון. 47% מהנשים עבדו במשרה מלאה או חלקית. 4 נשים למדו. לא נמצאו הכדלים משמעותיים בין נשות הוועדה לנשות התחנה מבחינת עבודה מחוץ למשק הבית; כן לא נמצאו הכדלים בין נשות הוועדה לנשות התחנה מבחינת סוג המקצוע.

עבודת הבעל

אחוז הבעלים שאינם עובדים גבוה בקרב המרואיינות שהופנו לוועדה יותר מאשר בקרב אלה שהגיעו לתחנה (7.9% לעומת 3.6%, בהתאמה). העובדה שכן הזוג אינו עובד בוודאי מעוררת מתחים ודאגות משפיעה על מצבה הכלכלי, החברתי והנפשי של האישה. חישוב דרגת הסיכון הנקבעת לכל אישה אינו מתבסס במפורש על השאלה האם הבעל עובד, אך אפשר לראות בלוח מס. 4 שהעובדה שהבעל אינו עובד מגולמת אולי בתוך גורמי הסיכון.

לוח מס. 4 : עבודת בעלי נשים הרות מחוץ לבית, לפי סוג הטיפול (אחוזים)



סה"כ	נשות תחנה	נשות וועדה	עבודת הבעל
94.0	95.7	91.7	עובד או לומד
5.4	3.6	7.9	לא עובד
0.6	0.7	0.4	אין בעל
100.0	100.0	100.0	סה"כ

קשיים בתקופת ההריון

כל אישה נשאלה "מה היו הקשיים שלך בתקופת ההריון (בלא קשר הכרתי להריון עצמו)?" הנשים יכלו למנות עד שלושה קשיים מכל תחום שהוא.

כולט במיוחד ההכדל בין אחוז נשות הוועדה לאחוז נשות התחנה שדיווחו על היעדר קשיים: 10.8% לעומת 41.8%, בהתאמה. ההכדל בין שתי הקבוצות היה צפוי, אך מפתיע שיותר מ-10% מהנשים שהיו נתונות בסיכון ללידה מוקדמת לא ראו עצמן כבעלות קשיים (לוח מס. 5).

לוח מס. 5: הערכת האישה את קשייה, לפי סוג הטיפול

היחס בין נשות ועדה לנשות תחנה	נשות תחנה		נשות ועדה		סוג הקושי
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
0.3	163	41.8	30	10.8	אין קושי
1.8	139	35.6	172	62.9	קושי רפואי הקשור להריון
1.6	82	21.0	92	33.2	קושי בניהול משק הבית
1.0	127	32.6	89	32.1	קושי כללי הקשור להריון
1.6	51	13.0	56	20.2	עצבנות, פחד ומתח
2.4	18	4.6	31	11.2	קושי בטיפול בילדים
1.7	22	5.6	27	9.7	קושי רפואי שאינו קשור להריון
1.4	10	2.6	10	3.6	קושי כלכלי
5.0	2	0.5	7	2.5	קושי בטיפול בבני משפחה
0.9	8	2.0	5	1.8	אחר
	390		277		סה"כ נשים
	459		489		סה"כ קשיים
	1.2		1.8		מספר הקשיים הממוצע לאישה

אפשר לראות, שנשות הוועדה מתלוננות על קשיים פי אחד וחצי יותר מאשר נשות התחנה: מספר הקשיים הממוצע הוא 1.8 אצל הראשונות לעומת 1.2 אצל האחרונות. רק בסעיף תלונות על "קשיים כלכליים הקשורים להריון" אין כל הבדל בין שתי הקבוצות. בסעיף זה נכללו: עייפות, קושי להתכופף, קושי ללכת, הרגשת כבדות וכד'. הסעיפים, שבהם ההבדלים בין שתי הקבוצות הם הגדולים ביותר, הם: קושי בטיפול בבני משפחה לרוב בהורים מבוגרים וקושי בטיפול בילדים. אמנם מספר הנשים שדיווחו על סעיפים אלה אינו גדול, אך נראה שהקושי בצורך לתת מעצמך לאחרים מאפיין בעיקר את נשות הוועדה.

עזרה לאישה בהריון וקשר עם משפחה וסניבה

לנשות הוועדה יש קשרים מעטים יותר עם הסניבה מאשר לנשות התחנה (לוח מס. 6). חשיבות נושא זה נידונה בהרחבה מהבחינה התיאורטית ומהבחינה המעשית בסיכום המחקר של שנת הפעילות הראשונה של הפרוייקט (ראה תוברת מפעלים מיוחדים מס. 28, המוסד לכיטוח לאומי).

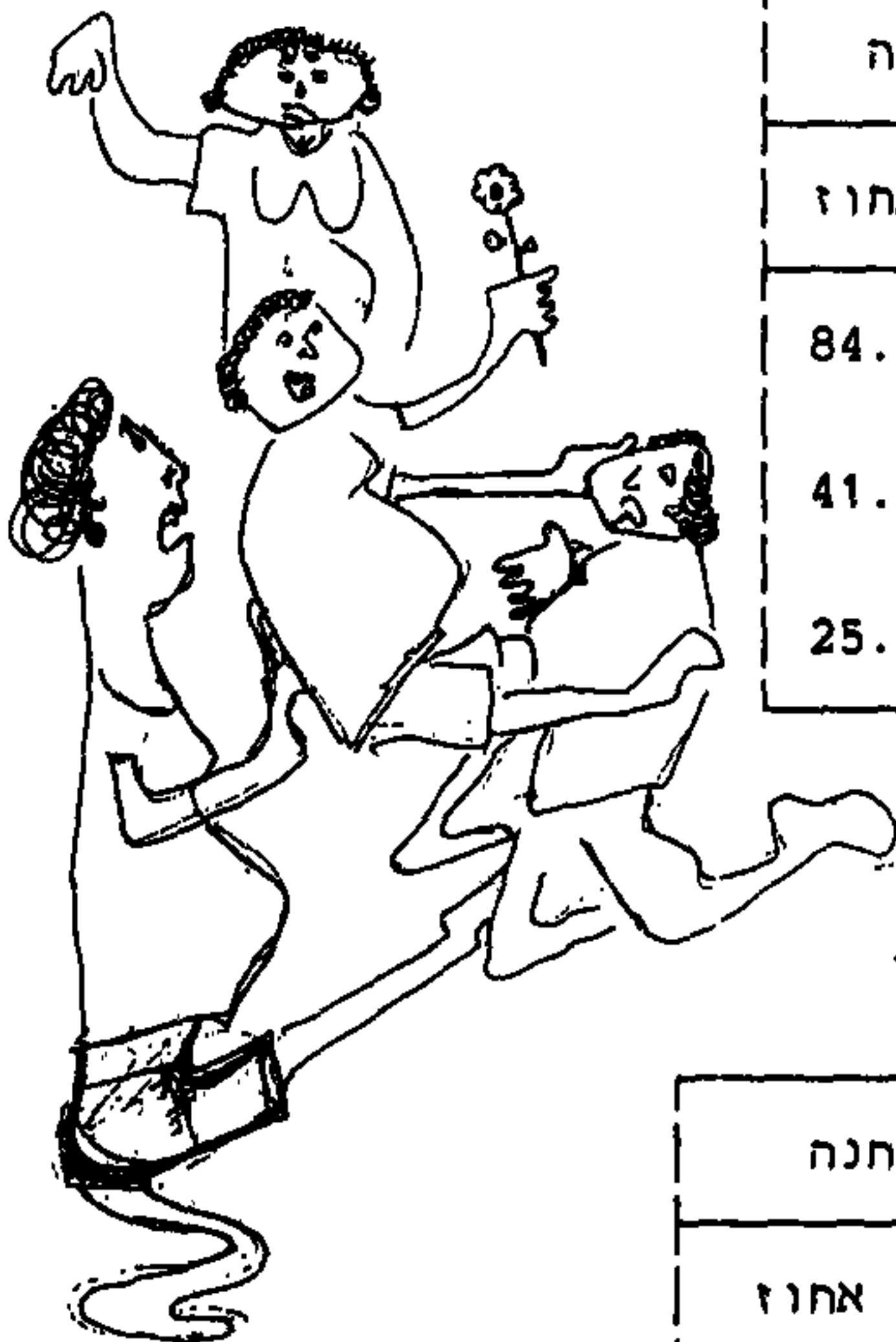
לוח מס. 6: קשרים חברתיים, לפי סוג הטיפול

נשות ועדה		נשות תחנה		הקרוב / חבר ותדירות הקשר
מספר	אחוז	מספר	אחוז	
253	91.3	3646	93.3	אם האישה בחיים
203	73.3	312	80.0	אבי האישה בחיים
110	39.7	167	42.8	אם האישה גרה בבית שמש
237	85.6	338	86.6	קשר יומי עם הורי האישה
182	65.7	297	76.2	קשר יומי עם הורי הבעל
203	73.3	303	77.7	קשר יומי עם קרובים וחברים

מכחינת כל אחד ממאפיינים אלה נשות הוועדה נפגשות עם אנשים שונים שמשמעותיים עבורן מכחינה נפשית פחות מאשר נשות התחנה. ההבדל משמעותי במיוחד מכול כשמדובר במאפיין - קשר יומי עם הורי הבעל: 66% לעומת 76%, והוא הקטן ביותר כשמדובר בקשר יומי עם הורי האישה: 86% לעומת 87%, בהתאמה. הדבר הבולט הוא, שכיוון ההבדל תמיד זהה, כלומר - לנשות הוועדה יש קשרים חברתיים מעטים יותר, וכתוצאה מכך הן מקבלות תמיכה נפשית מועטה יותר מהסביבה. כלומר, לא רק שהאישה נפגשת פחות עם קרובים ו/או חברים, אלא היא גם מקבלת פחות עזרה מסביבתה (לוח מס. 6 ו-7).

לוח מס. 7: קבלת עזרה מהמשפחה, לפי סוג הטיפול

מקור העזרה		נשות ועדה		נשות תחנה	
		מספר	אחוז	מספר	אחוז
הבעל		208	75.1	330	84.6
הורי האישה		105	37.9	163	41.8
הורי הבעל		56	20.2	99	25.4



לוח מס. 8: קבלת שירותים, לפי סוג הטיפול

סוג השירות		נשות ועדה		נשות תחנה	
		מספר	אחוז	מספר	אחוז
עזרה בשכר		42	15.2	42	10.8
שירותים סוציאליים		25	9.0	9	2.3

ההבדל המשמעותי ביותר בין שתי הקבוצות הוא במידת העזרה המתקבלת מהשירותים הסוציאליים. ניתן לתלות זאת בהבדל ברמה הכלכלית בין שתי הקבוצות. עם זאת, אנו נוכחים שמשפחות נשות הוועדה נזקקות יותר מנשות התחנה גם לעזרה בשכר.

42% מנשות הוועדה ו-32% מנשות התחנה מעוניינות בעזרה נוספת. הרצון לקבל עזרה נוספת גדול יותר אצל נשות הוועדה. מרבית הנשים נימקו את הבקשה לעזרה נוספת בצורך למצוא סידור לילדים; 27% מנשות הוועדה לעומת 15% מנשות התחנה.

תחושת מתח של הנשים ההרות

לאור מחקרים רבים הקושרים מתח בזמן הריון לבעיות רפואיות בזמן הלידה, בדקנו גם משתנה זה. הנשים נשאלו על מידת היותן מתוחות בדרך כלל ועל מידת היותן מתוחות במשך ההריון. להלן התפלגות התשובות (לוח מס. 9).

לוח מס. 9: תדירות תחושת המתח של האישה דרך קבע, לפי סוג הטיפול

תדירות תחושת המתח										סוג הטיפול
כמעט תמיד		לעתים קרובות		לעתים רחוקות		בכלל לא		סה"כ		
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
49	22.7	12	5.6	21	9.7	134	62.0	216	100.0	נשות ועדה
47	15.9	16	5.4	27	9.1	206	69.6	296	100.0	נשות תחנה
96	18.8	28	5.5	48	9.3	340	66.4	512*	100.0	סה"כ

* הסבר על המקרים החסרים ר' בחוברת מפעלים מיוחדים מס' 28, המוסד לביטוח לאומי, עמ' 21.



לוח מס. 10: תדירות תחושת המתח של האישה בזמן ההריון, לפי סוג הטיפול

תדירות תחושת המתח										סוג הטיפול
כמעט תמיד		לעתים קרובות		לעתים רחוקות		בכלל לא		סה"כ		
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
133	61.6	28	13.0	12	5.5	43	19.9	216	100.0	נשות ועדה
102	34.4	48	16.2	18	6.1	128	43.0	296	100.0	נשות תחנה
235	45.9	76	14.8	30	5.9	171	33.4	512	100.0	סה"כ

אפשר לראות, שרוב הנשים העריכו את מידת המתח של עצמן כקיצוניות ביותר ככיוון זה או אחר: "בכלל לא" או "כמעט תמיד". אפשר ללמוד מכך, שנושא המתח מאוד מוגדר בעיניהן, וכי תחושת הנשים ברורה ובלתי הססנית.

ממצא בולט נוסף בתשובות הנשים לשתי השאלות הוא האחוז הגבוה - יותר מ-75% - של כלל הנשים שמגדירות עצמן כלא מתוחות באורח קבע, כלומר שהשיבו כי הן מתוחות רק לעתים רחוקות או "בכלל לא", בהשוואה לאחוז הנשים שהגדירו עצמן כמתוחות בזמן ההריון (כ-60% מתוחות "לעתים קרובות" או "כמעט תמיד"). כצפוי הריון מגביר מתח באופן כללי, הסיכון היחסי להיות במתח הינו כ-2.5 לאישה הרה לעומת האישה שאינה הרה.

ההבדל בין נשות הוועדה לנשות התחנה בולט בקצוות, כלומר בתשובות ההחלטיות. אחוז נשות הוועדה המגדירות עצמן כמתוחות "כמעט תמיד" גדול ככ-75% מאחוז נשות התחנה המגדירות עצמן כמתוחות במידות אלה. כלומר, יש הבדל בין שתי הקבוצות בתכונה הבסיסית של תחושת מתח.

כאשר אנו בודקים את ההבדלים בתחושת המתח בזמן ההריון אנו נוכחים, שהפער בין שתי הקבוצות גדל כמעט פי שניים. דבר זה מובן, שכן נוסף על תכונת המתח הבסיסית מתעורר מתח עקב נסיבות מיוחדות. אחוז נשות הוועדה שנעשו חרדות בזמן ההריון גדול כמעט פי שלושה מאשר בתקופה רגילה, ואילו אחוז נשות התחנה שנעשו חרדות בזמן ההריון גדול רק פי שניים יותר מאשר בתקופה הקודמת להריון.

הריון רצוי ומתוכנן

הנשים בהריון בבית שמש נשאלו האם הריונן רצוי, והאם היה מתוכנן. להלן תשובותיהן (לוח מס. 11).

לוח מס. 11: רצון בהריון ותכנונו, לפי סוג הטיפול

נשות תחנה		נשות ועדה		סוג ההריון
מספר	אחוז	מספר	אחוז	
29	7.4	45	16.3	הריון לא רצוי
113	29.0	107	38.6	הריון לא מתוכנן
25	6.4	41	14.8	הריון לא רצוי ולא מתוכנן

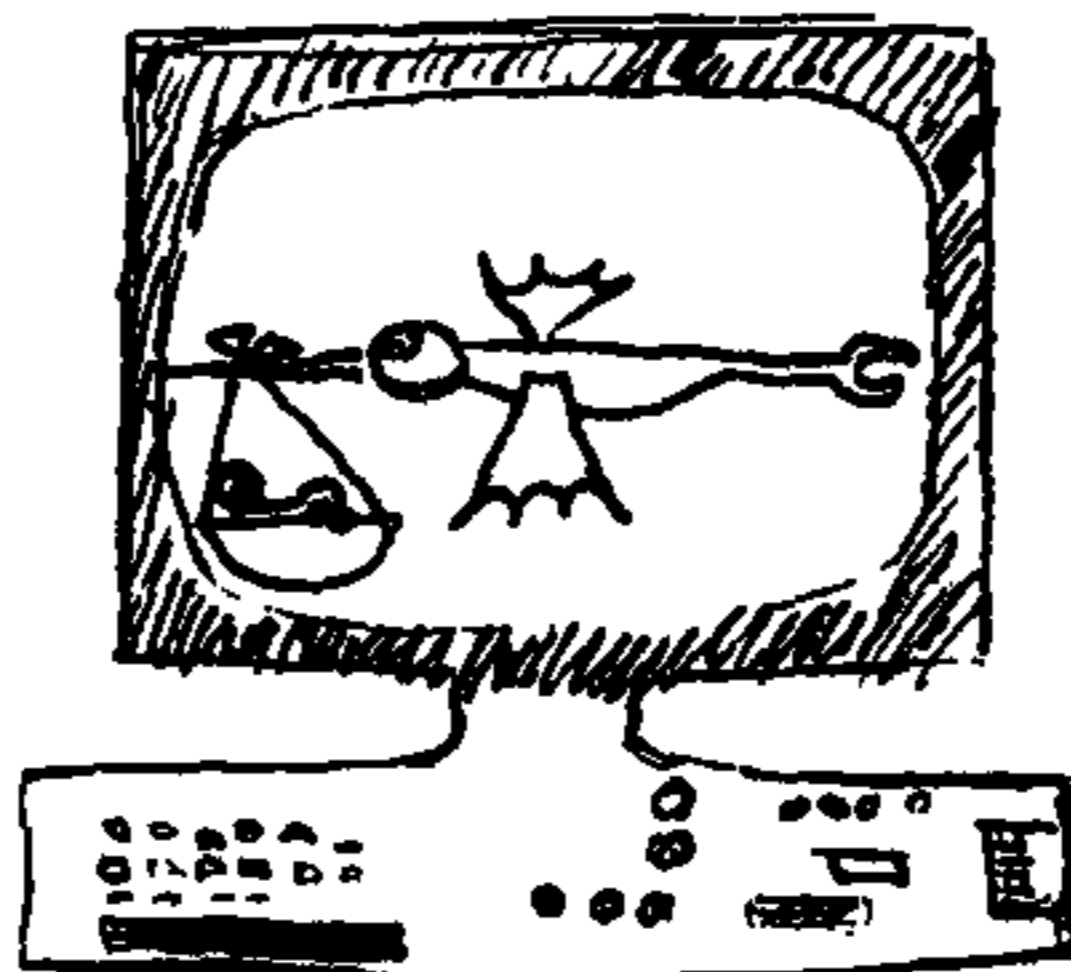
כפי שאפשר לראות, יש הבדלים משמעותיים בין שתי קבוצות הנשים מבחינת מידת רצונן בהריון ותכנונו. נשות הוועדה רוצות בהריון פחות מנשות התחנה, והריון זה אף פחות מתוכנן משל האחרונות. בולט ביותר ההפרש הגדול - יותר מפי שניים - בין הנשים שהריונן היה בלתי רצוי ואף בלתי מתוכנן: 14.8% נשות ועדה לעומת 6.4% בלבד מנשות התחנה. צוינה במפורש קבוצה זו, שכן היא הנתונה כמצוקה הגדולה ביותר: ההריון גם בלתי מתוכנן וגם בלתי רצוי.

תופעה נוספת שנצפתה היא אולי תוצר לוואי של התוכנית למניעת לידות מוקדמות: הגברת מידת תכנון ההריונות. יתכן שקיום קשר הדוק עם הנשים ושיחות שנערכו עם שלושת הגורמים המקצועיים - הרופא, האחיות והעובדת סוציאלית - השפיעו על ירדת אחוז הנשים שהריונן אינו מתוכנן. תופעה זו בולטת כאשר משווים את מידת התכנון בשנים 1987 ו-1988 (לוח מס. 12).

לוח מס. 12: הריון מתוכנן בשנים 1987, 1988, לפי סוג הטיפוול

1988		1987		סוג הטיפוול
מספר	אחוז	מספר	אחוז	
89	65.0	81	57.9	נשות ועדה
134	73.2	143	69.1	נשות תחנה

כדומה, בתשובה לשאלה האם הנשים תרצינה להרות פעם נוספת מתגלה הפרש ניכר בין שתי הקבוצות: 24% מנשות הוועדה מעוניינות בהריון נוסף לעומת ל-32% מנשות התחנה. הפרש זה נשאר עקבי בשתי השנים: 1987, 1988.



הערכת התוכנית

הערכת התהליך

נגישות וזמינות - קבלת הסברים על תהליך ההריון

כשלושת רבעי מהנשים מקבלות הסברים על בעיות הקשורות להריון מהאחות או מהרופא, כתחנה או בוועדה, כלומר מהשירותים הקהילתיים.

45% מנשות הוועדה מכקשות הסברים מרופא או מהאחות כתחנה ולא בוועדה. הסיבה לכך עשויה להיות ההרגשה ה"ביתית" שחשים כתחנה המוכרת יותר מאשר בסביבה ה"רשמית" שנוצרת בוועדה. מכאן, שלאישה נוח יותר לשאול שאלות "מטופשות" בתחנה. סיבה אפשרית אחרת נובעת מהבדלי הנגישות לשירותי התחנה ולשירותי הוועדה. זאת, מבחינת המרחק מהבית ומבחינת מספר שעות הקבלה המוקצות לנשים בהריון. כהוכחה להרגשת הביתיות אפשר להוסיף גם את הנתון הבא: לאחות התחנה, שהיא הדמות הקרובה ביותר לאישה בהריון, פונות קרוב ל-55% מהנשים. במקום השני אחריה מופיע רופא הוועדה, הנתפס כבעל הסמכות המקצועית הבכירה בצוות המקצועי. הפניות לאחות הוועדה ולרופא התחנה מעטות מאוד (לוח מס. 13).

לוח מס. 13: קבלת הסבר על ההריון מהשירותים הקהילתיים, לפי סוג הטיפול*

סוג הטיפול	רופא הוועדה		אחות הוועדה		רופא התחנה		אחות התחנה		אחר		סה"כ
	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
וועדה	89	32.1	14	5.1	5	1.8	120	43.3	49	17.7	277
תחנה	-	-	-	-	18	4.6	246	63.1	126	32.3	390
סה"כ	89	13.3	14	2.1	23	3.4	366	54.9	175	26.3	667

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100% מאחר שחלק מהנשים מקבלות הסברים ממקורות אחרים.

שביעות הרצון של הנשים ההרות

(1) שביעות רצון מהסכיבה - הנשים התבקשו לדרג את מיזת שביעות רצוןן מהשכונה שבה הן גרות, מבחינת החברה, השירותים והאווירה. להלן הנשים שציינו ששכונתן טובה או מצוינת (לוח מס. 14).

לוח מס. 14: שביעות רצון מהשכונה, לפי סוג הטיפול



שביעות רצון מהשכונה		נשות ועדה		נשות תחנה	
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז
198	71.5	285	73.1	162	58.5
177	63.9	244	62.6	177	70.0

אנו רואים שנשות הוועדה מרוצות פחות מאשר נשות התחנה, גם כאשר מדובר בסכיבתן. המעניין בהשוואה הוא, שכל שהקריטריון פחות מוגדר, ההבדל בין מידות שביעות הרצון גדל במידת מה.

מסתבר אפוא, שגם לפי קריטריונים אלה נשות הוועדה הן נשים שמרוצות פחות, נתמכות פחות וזקוקות יותר לעזרה.

(2) שביעות רצון האישה מעבודת הוועדה - הנשים שביקרו בוועדה נשאלו בשאלה פתוחה מה הן קיבלו מביקורים אלה נוסף על השירות הרגיל. אישה שציינה נושא מסוים נשאלה האם תוספת זו אכן תרמה להרגשתה ולבריאותה. בנתונים (לוח מס. 15) בולט, שכמעט כל הנשים - 99% - ציינו פגישה עם רופא מומחה כתוספת שניתנה ע"י הוועדה, אך רק 73% העריכו כי מומחיותו תרמה להן. כלומר, 27% מהנשים שהזכירו את הרופא המומחה כיתרון של הוועדה גרסו שהרופאה בתחנה אינה נופלת מהרופא המומחה מבחינת הטיפול, שלו הן זקוקות. יכול להיות ש-27% אלה של הנשים הם על פי רוב נשים שבעיותיהן הרפואיות לא היו חמורות, אך דבר זה לא נבדק.

נושא אחר שזכה לאזכור מועט יותר הוא העזרה המעשית שהנשים קיבלו באמצעות הוועדה, כגון: אישור לקיצור מספר שעות העבודה ביום, אישור על הצורך בשמירת הריון, עזרה מהלשכה הסוציאלית לטיפול או מציאת סידור לילדים וכד'.
 .

רק כרבע מהנשים הזכירו נושא זה, ו-78% מהן ציינו שנושא זה תרם להן - כלומר רק 19% מכלל הנשים.

תרומת העובדת הסוציאלית, שהיא למעשה החידוש הטיפולי המרכזי של תוכנית ההתערבות, הוזכר על ידי 44% מהנשים וצוינה כתורמת על ידי 21% מהן. למרות שתפקידה של העובדת הסוציאלית הינו לתרום רק לחלק מהנשים שיש להן בעיות חברתיות כלכליות, עבודתה צוינה על ידי כמתצית הנשים, ותרומתה היתה חשובה ל-81% מהן שהן 36% מכלל האוכלוסיה.

כפי שאפשר לראות בלוח מס. 15, מלבד נושא הרופא, הנושאים שצוינו בשכיחות הגבוהה ביותר וגם זכו להערכה המרבית מבחינת תרומתם הם היחס האישי והעובדת הסוציאלית, כלומר דברים שהם רלבנטיים לתחום התמיכה הנפשית.

לוח מס. 15: תרומת הוועדה לנשים בהריון*

תרם	צ י ו ן				ה נ ו ש א
	מזה: תרם		אחוז	מספר	
	אחוז	מספר			
כאחוז מסך הכל האוכלוסיה					
72.1	73.0	176	98.8	241	רופא מומחה
46.7	87.7	114	53.2	130	הסברים ויחס אישי
35.6	81.3	87	43.8	107	עובדת סוציאלית
22.1	90.0	54	24.6	60	מידת הקשר עם הוועדה
					עזרה מעשית: קיצור שעות העבודה, סידור לילד, מט"ב וכד'.
18.8	78.0	46	24.2	59	ביקורי בית
7.0	89.5	17	7.8	19	אחר
3.2	42.1	8	7.8	19	

* כל אישה יכלה לציין עד שלושה נושאים, ולכן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%.

** 244 נשים ציינו 635 נושאים, כלומר בממוצע 2.6 נושאים לאישה.

(3) שביעות רצון מביקורי הבית - ביקורי הבית שלהם זכו הנשים נערכו על ידי האחיות והעובדת הסוציאלית הנמנות עם הצוות המקצועי. מנינו את מספר הביקורים ובדקנו את הערכת הנשים על תרומתם והאם יש נשים שלא זכו לביקורי אחות או עובדת סוציאלית אך מעוניינות בהם (לוח מס. 16). שתי נשות ועדה זכו לביקור רופא, ואילו ארבע נשים נוספות - שתיים שטופלו בוועדה ושתיים שטופלו בתחנה - גילו עניין בביקורי רופא.

לוח מס. 16: ביקורי בית, לפי סוג הטיפול

נשות ועדה		נשות תחנה		המבקר
מספר	אחוז	מספר	אחוז	
49	17.7	21	5.4	<u>ביקורי אחות</u> בוצעו הפועל
44	89.8	16	76.2	העריכו את התרומה
34	12.3	56	14.4	מעוניינות בבקור
77	27.8	-	-	<u>ביקורי עו"ס</u> בוצעו בפועל
47	61.0	-	-	העריכו את התרומה
27	9.8	44	11.3	מעוניינות בבקור

כצפוי, ביקורי בית של העובדת הסוציאלית נערכו רק אצל נשות הוועדה. אחוז ניכר מנשות התחנה מעוניינות גם הן בביקורי עובדת סוציאלית. לביקורים אלה, לפי הערכת הנשים, היתה תרומה ב-61% מהמקרים. האחוז לא היה גבוה יותר, כנראה בגלל בעיות כלכליות של המשפחות, אשר לעובדת הסוציאלית הנמנית עם הוועדה לא היתה סמכות לטפל בהן.

האחיות ביקרו גם את נשות הוועדה וגם את נשות התחנות, אך רוב הביקורים נערכו אצל נשות הוועדה. התחושה כי הביקורים תרמו, היתה שכיחה אצל נשות הוועדה יותר מאשר אצל נשות התחנות: 90% לעומת 76%, בהתאמה.

השוואת הנתונים המתייחסים לשנים 1987, 1988 מעלה כי אחוז הביקורים של האחיות ירד. בולטת במיוחד הירידה באחוז ביקורי הבית של האחות אצל נשות הוועדה, מ-26% ל-10%. ירידה זו יש לתלות בשינוי המדיניות. בשנת 1987 האחות ביקרה במשך כמה חודשים כמעט אצל כל נשות הוועדה. זאת על מנת לבדוק מה הם הצרכים הסיעודיים של הנשים בהריון. לאחר בדיקה זו נקבעו קריטריונים מי הן הנשים שיש לערוך ביקור בביתן, ואחוז הביקורים ירד. במקביל לירידת אחוז הביקורים אנו עדים לעליית אחוז הנשים המעוניינות בביקור האחות (לוח מס. 17).

הרגשת הנשים כי ביקורי האחות תורמים להן, פחתה, וזאת למרות מיונן של הנשים על ידי האחות לגבי הצורך בביקור. כלומר, אין חפיפה מלאה בין הערכת הנשים את מידת תרומתו של ביקור לכין השיפוט של האחות בעניין.

העובדת הסוציאלית הגדילה את היקף ביקוריה אצל נשות הוועדה, אך הקריטריונים שעליהם היא התבססה לשם בחירת הנשים הזקוקות לביקורי בית התאימו יותר להערכת הנשים על מידת הצורך שלהן בביקור. בד בבד עם עליית אחוז הביקורים גברה מידת ההערכה על תרומת הביקור לנשים. יתכן שאינדקסיה נוספת לשביעות הרצון האמורה היא ירידת אחוז נשות הוועדה שרצו בביקור של העובדת הסוציאלית אך לא קיבלו שירות זה.

כשנת 1988 נשות התחנה הביעו את רצונן לזכות בביקורים רבים יותר, הן של האחות והן של העובדת הסוציאלית - דבר סביר כשמונהג שירות חדש. שירות חדש עובר תקופת התאקלמות בקהילה, שלאחריה הדרישה לו גוברת.

התגברות זו עשויה לנבוע משני הגורמים הבאים ומהשילוב בין השניים:

1) שיווק נכון של המוצר, כלומר מתן אינפורמציה נאותה לנשים בהריון על השירותים הקיימים ועל תרומתם,

2) צורך במוצר שאכן היה קיים, אך מאחר שהשירות המספק אותו לא היה בנמצא, הנשים למדו לחיות בלעדיו. עתה הצורך מוצא לעצמו אפיק אפשרי לבוא על סיפוקו.

לוח מס. 17: התפלגות הנשים, לפי ביקורי בית בשנים ולפי סוג הטיפול,
1988-1987

נשות ועדה				נשות תחנה				
1988		1987		1988		1987		
מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	
								<u>ביקורי אחות</u>
2.7	5	7.7	16	9.5	13	25.7	36	ביקרו
60.0	3	81.3	13	76.9	10	94.4	34	העריכו את התרומה
15.3	28	4.4	9	14.6	20	8.6	12	מעוניינות בביקור
								<u>בקורי עו"ס</u>
-	-	-	-	33.6	46	22.1	31	ביקרו
-	-	-	-	69.6	32	41.9	13	העריכו את התרומה
13.1	24	9.7	20	8.8	12	10.7	15	מעוניינות בביקור

תיק האישה ההרה מכיל פרטים על מהלך ההריון ועל היילוד. הוא הותאם לצורכי המעקב אחר מצבה הבריאותי של האישה והערכת התוצאות. יש בו נתונים דמוגרפיים, חברתיים-כלכליים, סיעודיים ורפואיים על האישה ההרה. כמו כן מצוינים בו תאריך הפניית האישה לוועדה, מספר הביקורים בוועדה או בתחנות האם ומועדיהם.

התיק כולל גם דף סינון, שלפיו נקבעת דרגת הסיכון ללידה מוקדמת (ראה נספח).

רישום הפרטים בתיק נעשה על ידי האחיות והרופאים המטפלים. לנשות הוועדה הונהג טופס נוסף, שממלאת העובדת הסוציאלית. לאחר תקופת הרצה, השימוש בתיק נעשה לדבר שגרתי בתחנות, והוא משרת היטב הן את הצוות המטפל והן את צוות ההערכה והמחקר. בדרך כלל רשומים בו בדייקנות הפרטים כמלואם. תיקים שחסרו בהם פרטים הוחזרו לתחנות האם להשלמת החסר. במהלך הפרוייקט הוצעו מספר שינויים על ידי רושמי הפרטים כתוצאה מהתפתחות שיטות הטיפול. הנתונים הועברו למחשב, עובדו ונותחו בתוכנה הסטטיסטית SPSS.

התאמת כלי הסינון

דף הסינון מיועד לאיתור נשים הרות בסיכון גבוה ללידה מוקדמת. לוח מס. 18 מלמד, שרק 2.6% מ-779 נשים שלא אותרו כבעלות סיכון גבוה ילדו לידה מוקדמת. לעומת זאת 9.3% מהנשים שהופנו ונענו להפניה ו-25% מהנשים שהופנו ולא נענו - ילדו לידה מוקדמת.

לוח מס. 18: שבוע ההריון בעת הלידה, לפי הפניה לטיפול בוועדה (אחוזים)

סה"כ	הופנו אך לא נענו	הופנו לוועדה	לא הופנו לוועדה	שבוע ההריון
5.4	25.0	9.3	2.6	עד 36
94.6	75.0	90.7	97.4	37 ויותר
100.0	100.0	100.0	100.0	סה"כ
1,277	16	482	779	סה"כ (N)

הלוח מעיד שהכלי מסנן בכיוון הנכון ומאתר אחוז גדול של נשים בסיכון גבוה ללידה מוקדמת. הממצאים אף מעלים, שהתערבות רפואית-סיעודית וחברתית-כלכלית משולבת מצליחה למנוע לידות מוקדמות ולהגביל את התופעה למקרים שלא ניתן לצפותם מראש או שלא ניתן למונעם לדוגמה, הריונות ראשוניים שלא קדמה להם היסטוריה פתולוגית או הריונות רכי-עוברים.

כדי לבדוק את תקפותו של כלי הסיכון בלא השפעת ההתערבות, ניסינו אותו ביישוב מעלה אדומים. ביישוב זה פועלת תחנה לבריאות המשפחה של משרד הבריאות, בפיקוח הלשכה המחוזית בירושלים. האחות והרופאה העובדות בתחנת מעלה אדומים התבקשו למלא את תיקי הנשים ההרות המגיעות לתחנה ולקבוע מהי דרגת הסיכון שלהן ללידה מוקדמת על פי הקריטריונים שאומצו באמצעות דף הסיכון בבית שמש.

כמעלה אדומים לא מתכזעת תוכנית התערבות, אך מילוי הפרטים הרלבנטיים בתיק מסייע לאחיות ולרופאים לקבוע מה סוג הטיפול והמעקב הדרוש לכל אישה. משום כך נראה, שהפרטים המופיעים בתיקי הנשים כמעלה אדומים עשויים לאפשר לבדוק את תקיפותו של כלי הסיכון.

עד כתיבת דו"ח זה מולאו כמעלה אדומים 155 תיקים של נשים, שילדו מאז ספטמבר 1988 עד אוגוסט 1989. על פי נתוני התיקים אובחנו 32 נשים כבעלות סיכון גבוה ללידה מוקדמת. מספר זה, שהוא 21% מכלל הנשים שפנו לתחנה, גדול ממספר הלידות שהתרחשו לפני השבוע ה-37 של ההריון. מ-32 הנשים שאובחנו כבעלות סיכון גבוה, לפי נתוני התיק האישי, ילדו לפני השבוע ה-37, 5 נשים בלבד, כלומר 16% מהנשים בסיכון. לעומת זאת מ-123 הנשים שלא אובחנו כבעלות סיכון גבוה, רק שתיים (1.6%) ילדו לידה מוקדמת (לוח מס. 19).

לוח מס. 19: מספר הלידות במעלה אדומים, לפי מידת סיכון ושבוע הלידה

סה"כ	מידת הסיכון		שבוע ההריון
	נמוך	גבוה	
7	2	5	פחות מ-36
148	121	27	37 יותר
155	123	32	סה"כ

אחוז הלידות המוקדמות מכלל הלידות במעלה אדומים נמוך - 4.5%. מאחר ש-3.2% (כלומר - 71% מכלל הלידות המוקדמות) היו לידות של נשים שאובחנו כבעלות סיכון גבוה, התוצאות מורות שכלי הסינון עשוי להועיל לאיתור מוקדם של אוכלוסיה בסיכון ללידה מוקדמת. ייתכן ששינויים מסוימים בכלי הסינון ושימת דגש על גורמי סיכון חברתיים-כלכליים ישפרו עוד את הכלי.

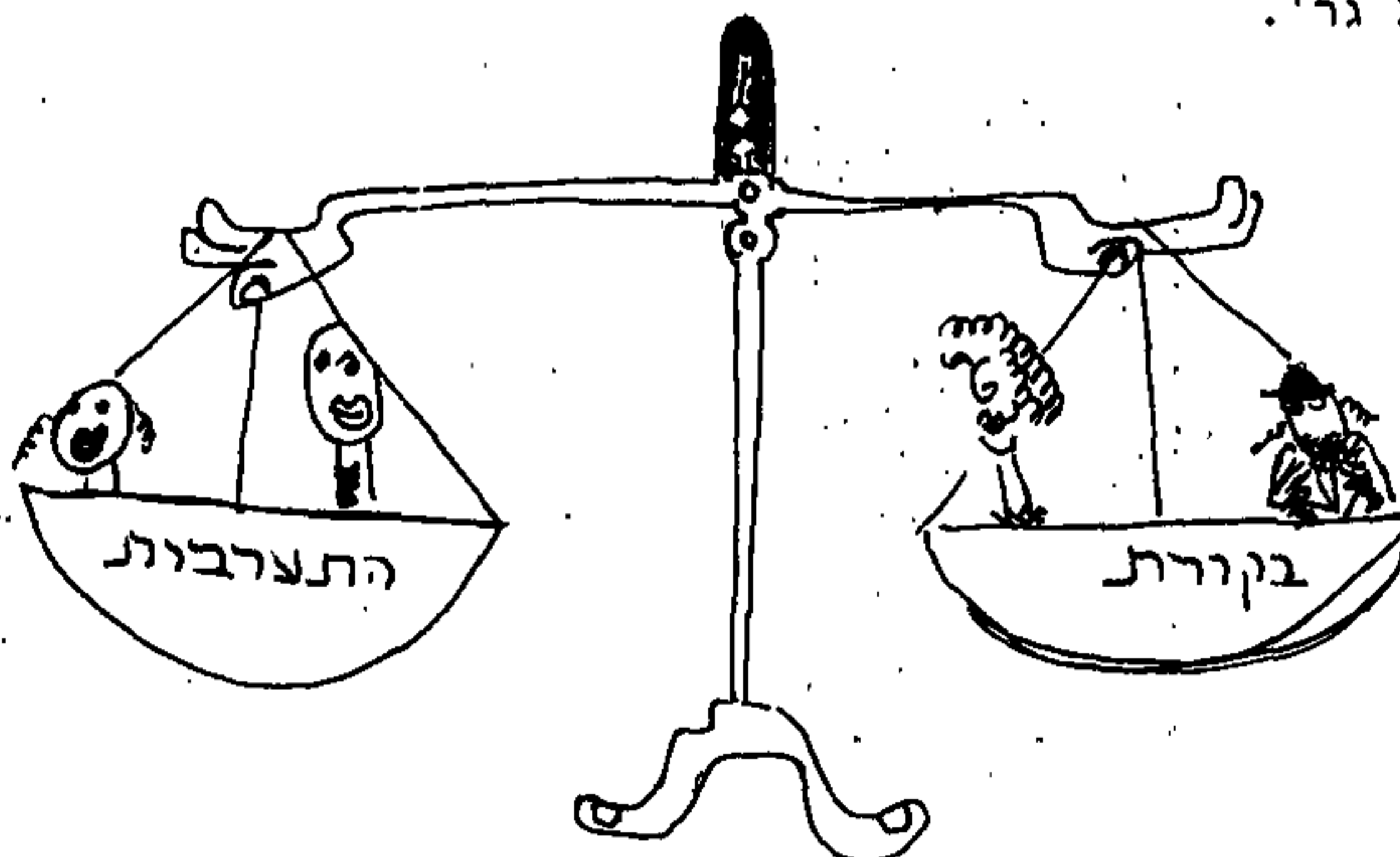
הערכת התוצאות

אוכלוסיית המחקר

הערכת התוצאות מתייחסת לשנים 1983-1988. קבוצת האימהות והתינוקות שנולדו בין ה-1 ביולי 1985 ל-31 בדצמבר 1988 היא אוכלוסיית ההתערבות, ואילו קבוצת האימהות והתינוקות שהן שנולדו בין ה-1 בינואר 1983 ל-30 ביוני 1985 היא קבוצת הביקורת.

כדי לאמת ששתי האוכלוסיות בנות השוואה, נבדקו מספר תכונות סוציו-דמוגרפיות של שתי אוכלוסיות המחקר, אשר לפי הסברה קשורות ללידה מוקדמת. ניתוח סטטיסטי של נתוני הנשים הגרות בבית שמש לא העלה הכדל משמעותי בין שתי האוכלוסיות מבחינת גיל האם בזמן הלידה, ארץ לידת האם, מספר שנות הלימוד שלה ומספר הילדים במשפחה. לכן אפשר לייחס שינויים כאחוז הלידות המוקדמות או באחוז היילודים במשקל נמוך לתוכנית ההתערבות בלבד.

יתכן שגם גורם "הזמן" הינו בעל השפעה על הקטנת אחוז הלידות המוקדמות עקב שינויים סביבתיים - חברתיים שחלו במשך הזמן. אין באפשרותינו לבדוק גורם זה אלא בהשוואה עם אוכלוסיית ביקורת נוספת והיא האוכלוסייה היהודית בישראל באותן השנים (לוח מס. 23). הנתונים מתפרסמים מדי שנה בשנתון הסטטיסטי לישראל של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה על אחוז התינוקות הנולדים בה במשקל נמוך מ-2,500 גר'.



שבוע ההריון בעת הלידה

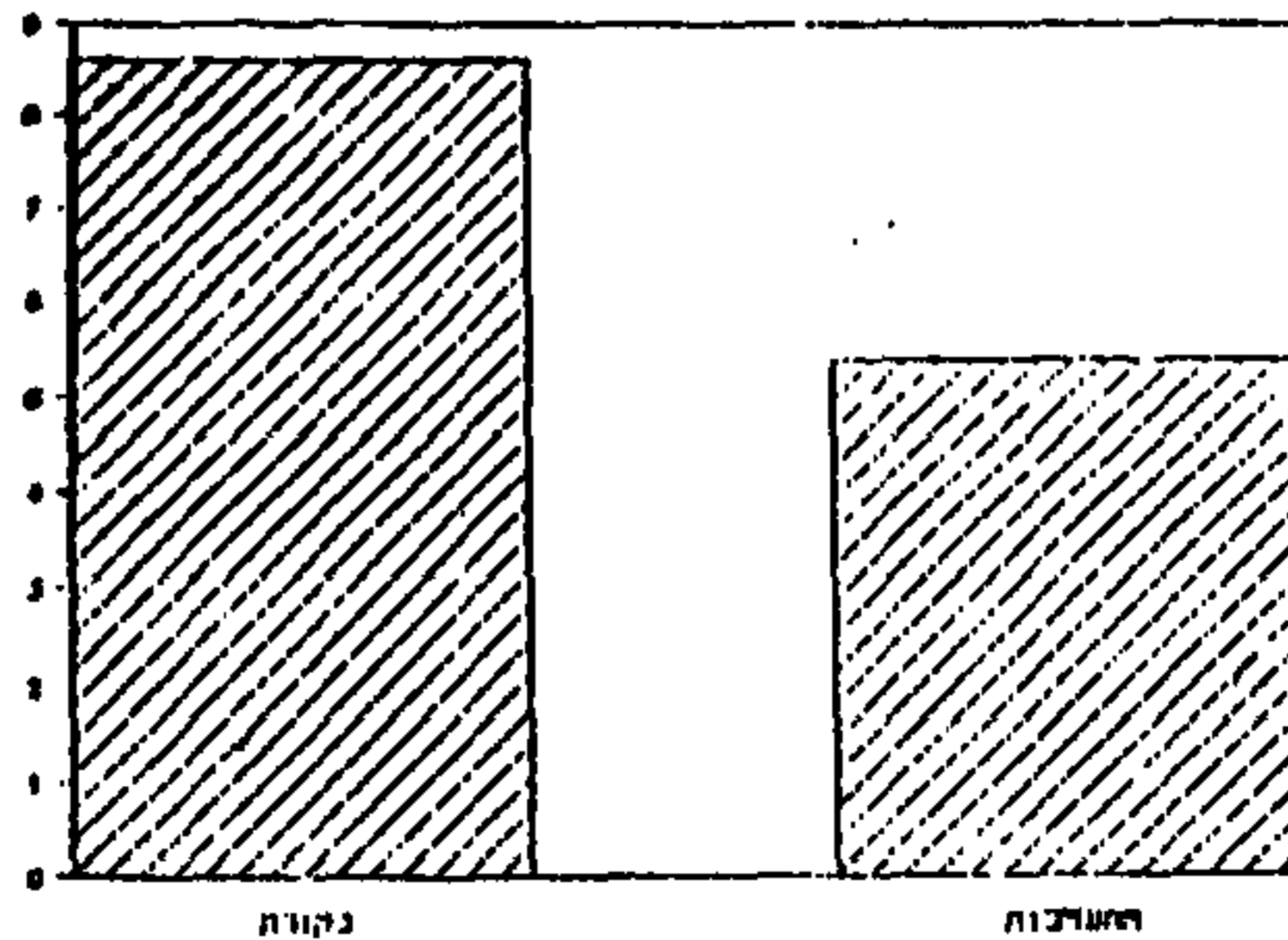
אחוז הלידות המוקדמות היה באוכלוסיית הביקורת 8.6%, ואילו באוכלוסיית ההתערבות נמוך יותר - 5.4% (לוח מס. 20 ותרשים מס. 1).

לוח מס. 20: התפלגות הלידות בבית שמש, לפי שבוע הריון ולפי אוכלוסייה (אחוזים)

ה או כ ל ו ס י י ה		שבוע ההריון
התערבות	ביקורת	
5.4	8.6	עד 36
94.6	91.4	37 ויותר
100.0	100.0	סה"כ
1,277	1,027	סה"כ (N)

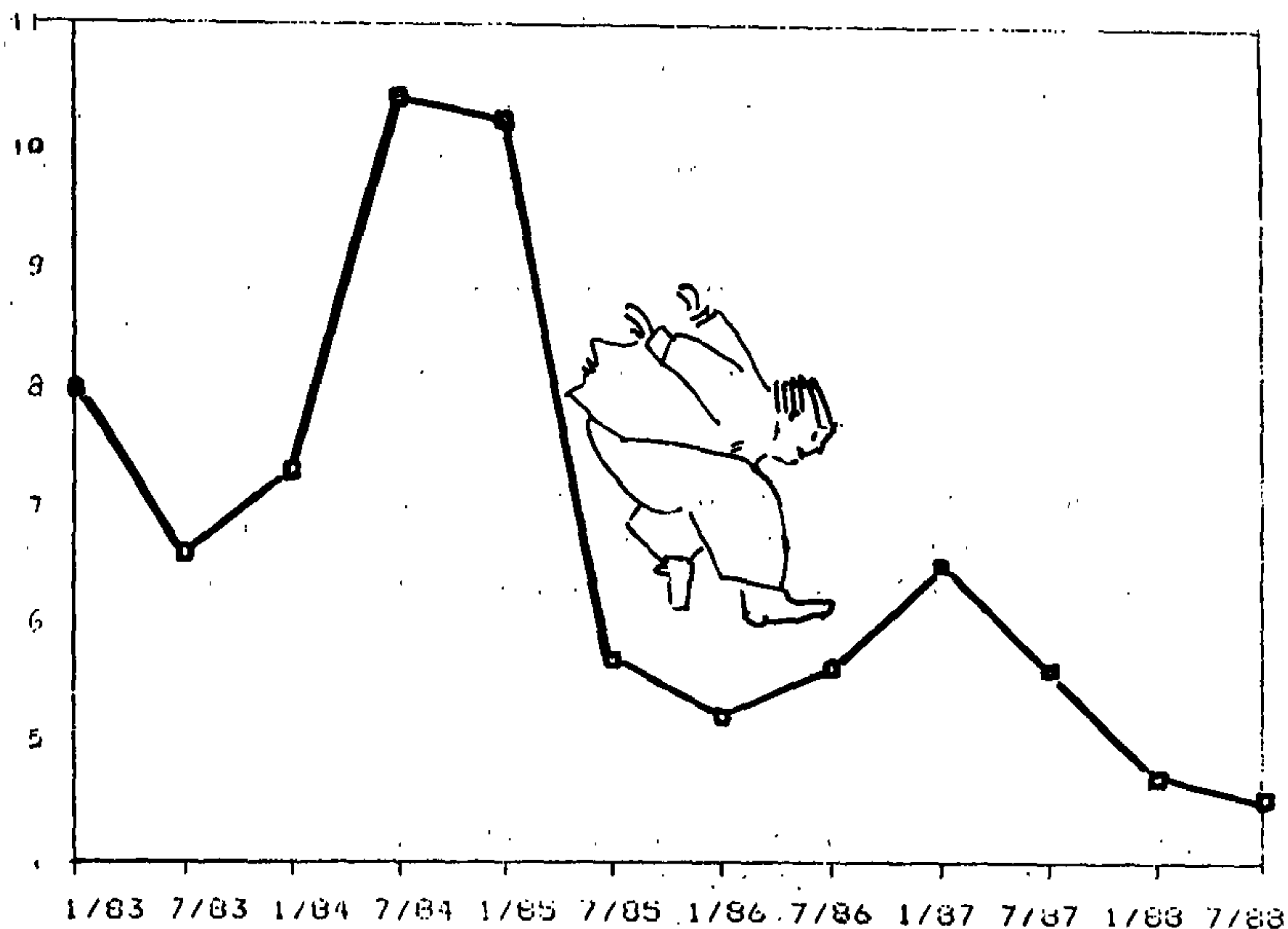
$P < 0.01$

תרשים מס. 1: אחוז הלידות בבית שמש לפני שבוע ההריון ה-37, לפי אוכלוסייה



בתרשים מס. 2 אשר מציג את אחוז הלידות המוקדמות בפרקי זמן בני חצי שנה בשנים 1983 - 1988 אפשר לראות, שאחוז הלידות המוקדמות היה נתון במגמת עלייה עד סוף שנת 1984. במחצית השנייה של שנת 1985 החלה ירידה ניכרת. מגמה זאת נמשכה עד סוף שנת 1988 בתנודות קלות, עקב השפעות מקריות הנובעות מהיות האוכלוסייה קטנה ומתופעות חריגות, כגון מספר גדול, יחסית, של הריונות מרובי עוברים, שסיכויים ללידה מוקדמת גבוה באופן בלתי תלוי בתוכנית ההתערבות. אחוז הלידות המוקדמות הגיע ל-4.4% בתום שלוש שנות התערבות.

תרשים מס. 2: התפלגות הלידות המוקדמות בשנים 1983-1988



היריזה באחוז הלידות המוקדמות נצפתה בעיקר בשבועות ה-33-36 להריון. בשבועות אלה ירד אחוז הלידות המוקדמות לכמחצית. בשבועות המוקדמים יותר (27-32) לא ניכרה השפעה של תוכנית ההתרבות (לוח מס. 21).

לוח מס. 21: התפלגות הלידות לפי שבוע ההריון בעת הלידה ולפי אוכלוסייה (אחוזים)

סוג האוכלוסייה		שבוע הריון
התערבות	ביקורת	
0.5	0.8	26-20
1.9	1.7	32-27
3.1	6.1	36-33
94.6	91.4	37+
100.0	100.0	סה"כ
1,277	1,027	סה"כ (N)

השוואת הנשים שטופלו בוועדה למניעת לידות מוקדמות לנשים שטופלו בתחנת האם מעלה שילדו לידה מוקדמת 9.3% מהראשונות לעומת 2.6% מהאחרונות. 16 נשים שאותרו כבעלות סיכון גבוה והופנו לוועדה לא נענו להפניה. מהן 4 (25%) ילדו לידה מוקדמת (לוח מס. 18).

משקל היילוד בעת הלידה

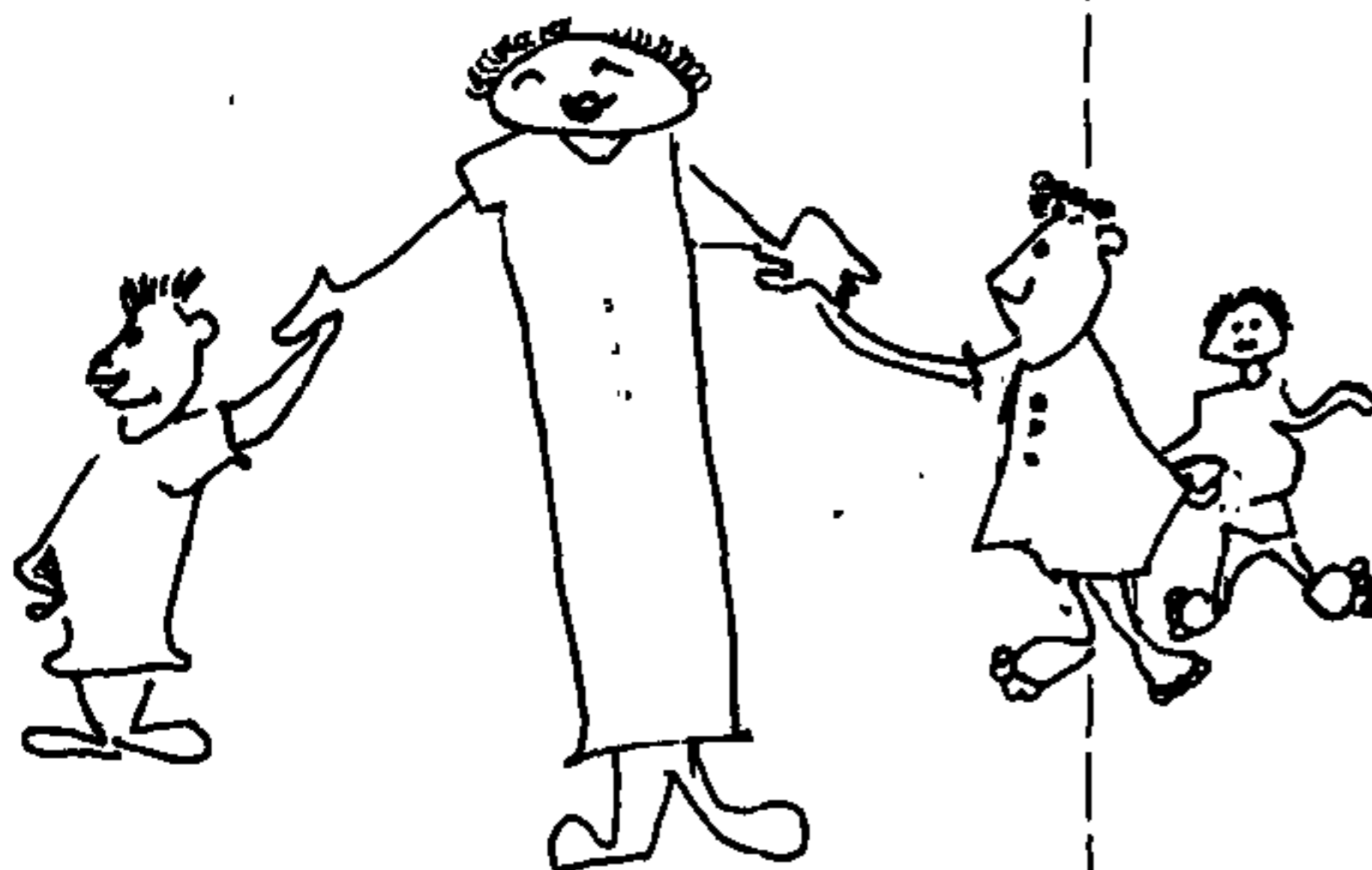
אחוז היילודים במשקל נמוך מ-2,500 גר' ירד מ-10% ל-7.9% (לוח מס. 22) ומתקרב לאחוז הכללי באוכלוסייה היהודית (לוח מס. 23). בין 1982 ל-1988, אחוז הלידות במשקל נמוך בקרב האוכלוסייה היהודית בישראל כולה כמעט לא השתנה. לעומת זאת המגמה שנצפתה בבית שמש היא בבירור מגמה של ירידה.

לוח מס. 22: התפלגות היילודים, לפי משקל בעת הלידה ולפי אוכלוסייה (אחוזים)

אוכלוסייה		משקל בעת הלידה
התערבות	ביקורת	
30.6.88 - 1.7.85	30.6.85 - 1.1.83	
7.9	10.0	עד 2,500 גר'
92.1	90.0	2,500 גר' ויותר
100.0	100.00	סה"כ
1,121	1,035	סה"כ (N)

P:N.S.

לוח מס. 23: יילודים יהודים (בישראל) שנולדו חיים במשקל נמוך מ-2,500 גר', לפי שנים (אחוזים)



שנה	אחוז הלידות במשקל נמוך מ-2,500 גר' מכלל הלידות
1982	7.5
1983	7.3
1984	7.4
1985	7.6
1986	7.6
1987	7.7
1988	7.4

מקור: שנתון סטטיסטי לישראל 1989 מס' 40, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

ס י כ ו ם

דו"ח זה מסכם שנת הפעלה נוספת של תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות בכית שמש.

מן הממצאים עולה, שהמגמות שנצפו בעבר נמשכו והתחזקו.

תוכנית ההתערבות בכית שמש הצליחה להקטין את אחוז הלידות המוקדמות ב-3.2% (מ-8.6% בתקופת הביקורת ל-5.4% בתקופת ההתערבות). הקטנה זו הינה משמעותית מבחינה סטטיסטית.

יש לציין, כי כלי הסינון שהוכן לאוכלוסית בית שמש כדי להבחין באמצעותו בין נשים הנתונות בדרגות סיכון שונות נבדק גם במעלה אדומים ואיתר בהצלחה את הנשים בעלות הסיכון הגבוה ללידה מוקדמת.

מספר הנשים שאובחנו כבעלות סיכון כזה, אשר לא ילדו לידה מוקדמת, אכן גבוה יחסית גם במעלה אדומים. ניתוח שיתבסס על מספר תצפיות גדול יותר במעלה אדומים, יוצג בדו"ח הבא; אך כבר עתה אפשר לומר, שלהצלחת התוכנית תרמה, בין השאר, התאמתה לתנאים המקומיים בארץ בכלל ובבית שמש בפרט. ההבדלים בין הנשים שאובחנו כבעלות סיכון גבוה ללידה מוקדמת ואשר טופלו כוועדה לבין הנשים שנשארו בטיפול בתחנות לבריאות המשפחה ורואיינו בשנה הקודמת לא רק נשמרו - אלא אף התחדדו ביתר שאת. זאת בהתייחס למאפיינים של רמת השכלה, עבודת הבעל, קשיים בזמן ההריון, תדירות הקשרים המשפחתיים - חברתיים, מתח נפשי, רצון בהריון או תכנונו. בעת ובעונה אחת, נשות הוועדה בדרך כלל היו גם זקוקות יותר לעזרה ולתמיכה חברתית ונפשית.

תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות תרמה לחינוך לבריאות בעיירה ולשינוי עמדות, לא רק בקרב הצוות המטפל - הרפואי-סיעודי - אלא גם בכלל האוכלוסייה, לגבי חשיבות הגורמים החברתיים המשחקים תפקיד בזמן ההריון. כתוצאה מכך אנו עדים לשתי תופעות מקבילות:

1. יתר מעורבות של הצוות המטפל בנושא האישה ההרה, וכחלק ממנה - טיפול מסור יותר ומקצועי יותר גם בתחומים הרפואיים-סיעודיים וגם בגישה לחשיבות הנושאים החברתיים-כלכליים.

2. שינוי בהתנהגותה של אוכלוסיית המקום ובאורח חשיבתה בכיוון של יתר מודעות לנושאים חברתיים. הדבר מתבטא בגידול מידת תכנון ההריונות,

בניצול המשאבים העומדים לרשות התוכנית, כגון: היעזרות בעובדת הסוציאלית בשיחות או בביקורי בית ודרישות לעזרה נוספת, לדוגמא - תוספת ביקורי בית.

שביעות הרצון של האוכלוסייה מן הטיפול גדלה, ונראה שהקשר בין הצוות המטפל לבין הנשים ההרות התחזק: הצוות למד להכיר את צורכי האוכלוסייה, ואילו המטופלים למדו להפיק תועלת מהשירות החדש.

מתברר, שהחלטה להתחיל בניסוי תוכנית התערבות בבית שמש - עיירה שמציינת אותה מצוקה חברתית-כלכלית - הוכיחה את עצמה. לפי הנתונים, מצבן החברתי-כלכלי והנפשי של הנשים שאותרו כבעלות סיכון גבוה ללידה מוקדמת ירוד יותר מזה של הנשים שלא אובחנו כבעלות סיכון כזה. נראה, שההתערבות גם בגורמים אלה בנוסף להתערבות הרפואית סעודית מצמצמת את תופעת הלידות המוקדמות ומועילה לבריאות האוכלוסייה.



נ ס פ ח

מדד סיכור

100. פג אצט אדער
 לע אקציע אדער
 אדער-אדער

14	13	12	11	10	9	8	7
DUP	DUP	DUP	DUP	DUP	DUP	DUP	DUP
46-45	46-45	46-45	46-45	46-45	46-45	46-45	46-45
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

113	113	113
עבודת ה' (1)	עבודת ה' (1)	עבודת ה' (1)
עבודת ה' (2)	עבודת ה' (2)	עבודת ה' (2)
עבודת ה' (3)	עבודת ה' (3)	עבודת ה' (3)
עבודת ה' (4)	עבודת ה' (4)	עבודת ה' (4)
עבודת ה' (5)	עבודת ה' (5)	עבודת ה' (5)
עבודת ה' (6)	עבודת ה' (6)	עבודת ה' (6)
עבודת ה' (7)	עבודת ה' (7)	עבודת ה' (7)
עבודת ה' (8)	עבודת ה' (8)	עבודת ה' (8)
עבודת ה' (9)	עבודת ה' (9)	עבודת ה' (9)
עבודת ה' (10)	עבודת ה' (10)	עבודת ה' (10)

סיכום

כיבליוגרפיה

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

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., "Prévention de la Prématurité. Un exemple d'évaluation épidémiologique d'une action de Santé Publique." Enquête périnatale de Haguenau. Thèse Université de Paris - Sud, 1987.

Bouyer J., Dreyfus S., Gueguen S., Lazer P. Papiernik E., "La Prématurité", Enquête périnatale de Haguenau, 1971 - 1982. INSERM Doin, Paris, 1987.

Bouyer J., Dreyfus J., Lazar P., Collin D., Winisdoerffer G., Papiernik E., "Prevention de la Prématurité", Enquête périnatale de Haguenau, 1971 - 1985.

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.

Gorsky Robin D. and Colby John P. Jr., "The Cost Effectiveness of Prenatal Care in Reducing Low Birth Weight in New Hampshire", in: HSR, Health Services Research 24:5 (December 1989), pp. 583-598.

- Keeping J.D., Najman, J.M. Morrison, J. Western, J.S. Anderson, M.J. Williams G.M., "A prospective longitudinal study of social, psychological and obstetric factors in pregnancy: response rates and demographic characteristics of the 8556 respondents", in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, March 1989, Vol. 96, pp. 289-297.
- Morrison J., Najman J. M., Willaims G. M., Keeping J. D., Anderson M.J., "An Australian Study", in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 96, pp. 298-307.
- Papiernik-Berkauher E., Coefficient de Risque d'Accouchement Premature, Presse Med. 1969, 77, pp. 793-794.
- Papiernik E., Bouyer J., Yaffe K., Winisdorffer G., Collin D., Dreyfus J., "Women's Acceptance of a Preterm Birth Prevention Program", in: American Journal of Obstetrics and Gynecology, November 1986, pp. 939-946.
- Rapoport R., "Normal Crisis, Family Structure and Mental Health", in: Family Process, 1963, 2, pp. 68-80.
- Samueloff A., Mor-Yosef S., Seidman D.S., Navot D., Ohel G., Simon A., Rabinowitz R. and Schenker J.G., "The 1984 National Perinatal Census: Design, Organization and Uses for Assessing Obstetric Services in Israel", in: National Perinatal Census, Vol. 25, No. 11, November 1989, pp. 629-634.
- Spencer B., Thomas H., Morris J., "A randomized controlled trial of the provision of a social support service during pregnancy: the South Manchester Family Worker Project", in: British Journal of Obstetrics and Gynaecology, March 1989, Vol. 96, pp. 281-288.
- Trethowan W.H., "The Couwade Syndrome: Some Further Observations" in: Journal of Psychosomatic Research 1969, 12, pp. 107-115.

