



האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית
לשכת הבריאות מחוז ירושלים



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

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

מס' 45

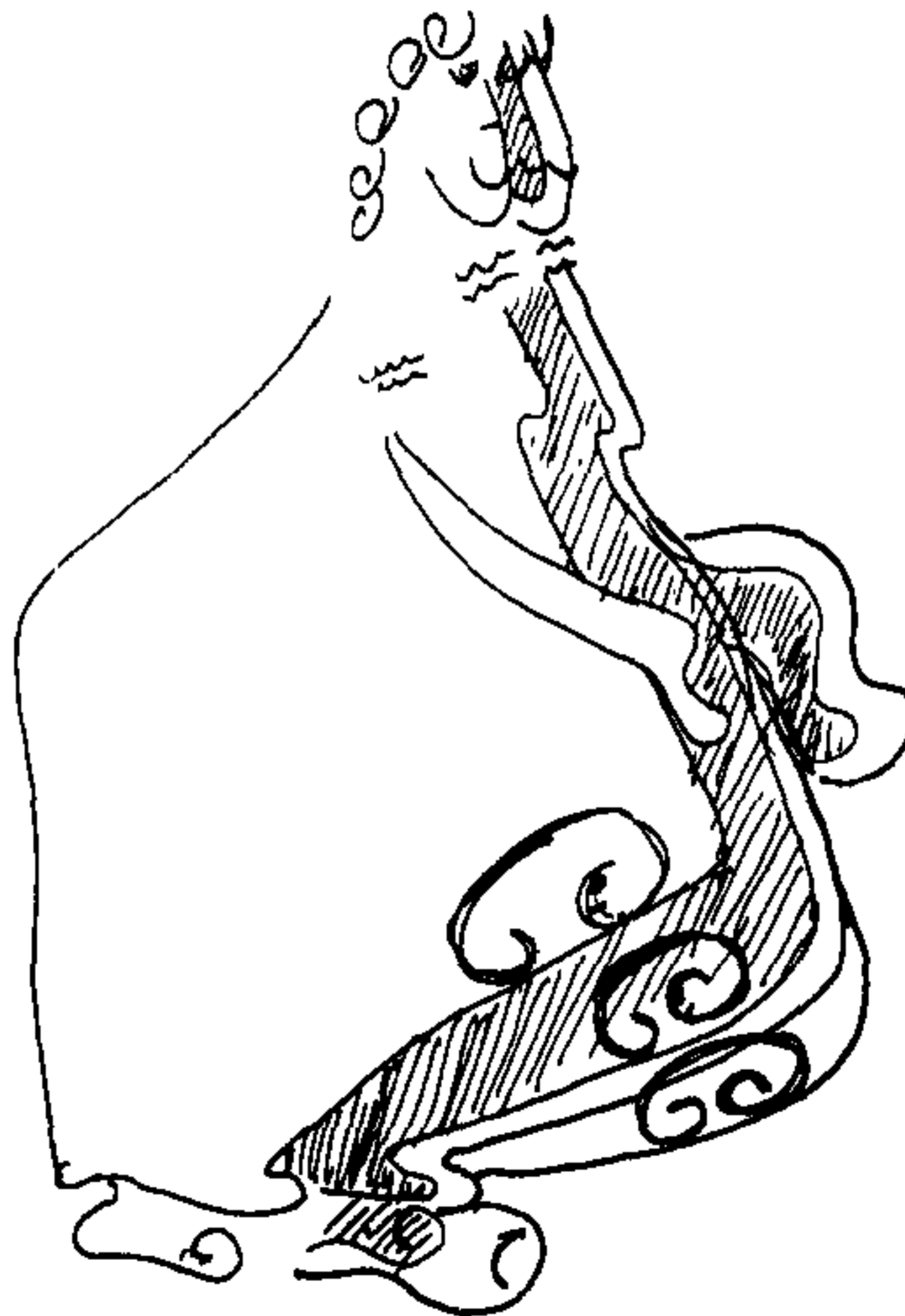
יפעלים מיוחדים

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

משרד הבריאות
האגף לתכנון תקציב וכלכלה רפואית
לשכת הבריאות מחוז ירושלים

תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש - שנה ג'

אדית דר
ענת שמש



אייר: יעקב דר

פברואר 1992

ירושלים

אדר א' התשנ"ב

הקדמה

דו"ח מחקר זה מסכם שלוש שנות תוכנית התערבות להפחתת אחוז הלידות המוקדמות בעיירה בית שמש. התכנית נערכה במסגרת המפעלים המיוחדים של המוסד לביטוח לאומי בתחום האימהות שבאחריות גב' רינה כרקאי.

תוכנית ההתערבות כללה הוספת שירות של עובדת סוציאלית ושיפור מערך הטיפול הרפואי-סעודי בתננות לבריאות המשפחה.

מפעל זה הוא פרוייקט משותף של האגודה למען שירותי בריאות הציבור, ג'וינט ישראל והמוסד לביטוח לאומי.

המוסד לביטוח לאומי ליווה את התכנית במשך שלוש שנים, וכבר במהלך ההפעלה הנסיונית הצפתה ירידה באחוז הלידות המוקדמות, עובדה המצביעה על תרומתה לצמצום היקף התופעה.

צוות המחקר מנה את האנשים הבאים:

פיאמטה בן ישי מרכזת הפרויקט - רופאת ילדים, מוסמכת בבריאות הציבור. לשכת הכריאות מחוז ירושלים - משרד הבריאות

שושנה ינאי אחות בריאות הציבור, מוסמכת בבריאות הציבור. לשכת הכריאות מחוז ירושלים - משרד הבריאות

חיים יפה רופא נשים. מחלקת נשים ויולדות - בית חולים ביקור חולים

ענת שמש סטטיסטיקאית, מוסמכת בבריאות הציבור. האגף לתכנון תקצוב וכלכלה רפואית - משרד הבריאות

אדית דר סוציולוגית. מינהל המחקר והתכנון - המוסד לביטוח לאומי

תודתנו לכל העובדים בתחנות לכריאות המשפחה בבית שמש על עבודתם המסורה ועל נכונותם ללמוד וליישם את העקרונות שבבסיס תוכנית ההתערבות. תודה גם לעובדי משרד הכריאות, לעובדי לשכת הכריאות, מחוז ירושלים ולרופאי בית החולים ביקור חולים, מחלקת נשים ויולדות.

שלמה כהן
מנהל אגף מחקר שוטף

תוכן העניינים

עמוד

	הקדמה
1	מבוא
4	חומר ושיטות
7	תוצאות תוכנית ההתערבות והערכתה
	מגמות בשנים 1983 - 1990
	משתנים דמוגרפיים והערכת התוכנית בשנים 1987-1989
21	סיכום ודיון
25	ביבליוגרפיה
27	נספחים

מ ב א

דו"ח מחקר זה הינו המשך לשני דו"חות שנכתבו במסגרת פרסומי מינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים מס. 28 (ינואר 1989) ומס. 38 (מאי 1990): תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש.

ההתקדמות הגדולה שתלה במיילדות המודרנית הביאה לשיפור משמעותי בבריאות האם והילוד. היא הגדילה מאוד את סיכויי ההישרדות של ילודים במשקל נמוך.

הפגות מהווה כיום גורם ראשון כמעלה לתחלואה, לנכות ולחמותת ילודים, חרף ההתקדמות הרבה שחלה ברפואה הסב-לידתית בשנים האחרונות.

תוכניות למניעת לידות מוקדמות קיימות בעולם זה שנים רבות, ומטרתן הפחתת התמותה והתחלואה הסב-לידתית. הושם בהן דגש על התערבות רפואית סיעודית. חקירות אפידמיולוגיות מעמיקות הסבו את תשומת לב המטפלים שבנוסף לגורמים רפואיים-סיעודיים כלליים יש לראות כמשתנים חברתיים כלכליים כגורמי סיכון ללידה מוקדמת. חומרת הסיכון היא תוצאה של שילוב רב גורמי, שבו לגורמים השונים משקל שונה בהתאם למקרים סגוליים. בצרפת התחילו פפיארניק וחבריו כבר בשנת 1971 לגכש תוכניות מסוג זה והצליחו להקטין את שיעור הלידות המוקדמות מ-5.4% ל-3.7% במשך 11 השנים הראשונות של ההתערבות.

שדה התערבות: בית שמש

על סמך הנסיון שנצבר במחקריו של פרופ' פפיארניק הוחלט לפתח תוכנית דומה בארץ. ליישום התוכנית נבחרה בית שמש עקב שלוש עובדות:

א. שיעור הלידות המוקדמות ושיעור ילודים במשקל לידה נמוך בשנים שלפני הפעלת התוכנית היה גבוה בהשוואה לנתונים ארציים.

ב. מצב כלכלי-חברתי של העיירה ירוד.

ג. תשתית שירותי הכריאות במקום רחבה ונגישה.

בית שמש שוכנת כ-30 ק"מ ממרכז רפואי גדול (ירושלים) ובה כ-14,000 תושבים, כולם יהודים. בבית שמש יש כ-350 לידות לשנה. שיעור הלידות המוקדמות (עד שבוע 36 כולל) היה בתחילת שנות השמונים בערך כדי 10%; אחוז זה נחשב גבוה.

לוח מס. 1: התפלגות האוכלוסיה היהודית, לפי מספר שנות לימוד בבית שמש ובישראל (אחוזים)

*1983

מס' שנות לימוד	בית שמש	ישראל
0 - 8	32.7	27.7
9 - 12	57.6	49.3
+ 12	9.7	23.1
סך הכל	100.0	100.0
בעלי תואר אקדמאי	2.5	7.9

* מקור: "אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית- הכללית

של האוכלוסיה". פרסומי מפקד אוכלוסין ודיוור 1983 - מס' 15

ירושלים, 1987 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

לוח מס. 2: התפלגות אוכלוסיית בית שמש ואוכלוסיית
 ישראל, לפי מדדים כלכליים (אחוזים)
 *1983

בעלי מכוניות פרטיות	גרים בדירות בבעלותם	
28.5	52.3	בית שמש
42.4	73.6	ישראל

* מקור: "אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית- הכללית של האוכלוסייה". פרסומי מפקד אוכלוסין ודיר 1983 - מס' 15 ירושלים, 1987 - הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

אוכלוסיית בית שמש נתונה במצב כלכלי-חברתי ירוד כפי שאפשר לראות מלוח מס. 1 ו-2. שיעור בעלי תואר אקדמי הוא 2.5% לעומת כ-8% בישראל. שיעור בעלי רמת השכלה של 13 שנות לימוד ומעלה קטן ממחצית השיעור הכללי בישראל. בעלי השכלה נמוכה (8 שנים ופחות) מונים שליש מאוכלוסיית בית שמש (לוח מס. 1). שיעור הגרים בדירות שנבעלותם הוא 52% בבית שמש לעומת 74% בישראל; שיעור בעלי המכוניות הפרטיות הוא 28.5% לעומת 42% בישראל (לוח מס. 2).

בבית שמש תשתית רחבה של שירותי בריאות. תחנות לבריאות המשפחה מופעלות על ידי לשכת הבריאות המחוזית בירושלים, והן משרתות כ-95% מהנשים ההרות.

מטרות תוכנית ההתערבות

לתוכנית ההתערבות שתי מטרות עיקריות:

- א. הפחתה מובהקת של שיעור הלידות המוקדמות.
- ב. הפחתת אחוז הילודים במשקל לידה נמוך מ-2,500 ג' לפחות לרמת השיעור הממוצע בישראל.

חומר ושיטות

תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות החלה לפעול ב-1 בינואר 1985 ביוזמת לשכת הבריאות המחוזית בירושלים, כשיתוף האגף לתכנון, תקצוב וכלכלה רפואית של משרד הבריאות, והיא מתבססת על שירותי בריאות הציבור ראשוניים הקיימים במקום.

מטרת המחקר לבדוק את יעילות התוכנית מכחינת תוצאות ההריון בהתאם למטרות תוכנית ההתערבות, כלומר בחינת שיעורי הלידות כמשקל נמוך ושיעורי הלידות המוקדמות. כמו כן לעמוד על הקשה בין גורמים שונים חברתיים ו/או רפואיים, המשפיעים על מהלך ההריון והלידה לבין משך ההריון או משקל היילוד.

כחברות הקודמות השווינו¹ את אוכלוסיית ההתערבות לאוכלוסיית הביקורת והצגנו את התוצאות המתייחסות לשנים 82-1988, כמו כן השווינו את אוכלוסיית הנשים שנמצאו בסיכון גבוה לנשים שדורגו כבעלות סיכון נמוך ללידה מוקדמת לפי משתנים דמוגרפיים וחברתיים נבחרים ועל פי הערכתן של הנשים את הפרוייקט.

כחברת זאת אנו מביאים את מגמות שיעורי הלידות המוקדמות ואת שיעורי הלידות כמשקל נמוך בשנים 1982-1990 ובודקים את השפעתם של גורמים חברתיים-כלכליים על משך ההריון ועל משקל היילוד.

לצורך זה הופגשו במחשב שני קבצים:

א. קובץ הכולל פרטים דמוגרפיים וחברתיים ונתונים על שביעות הרצון מהשירותים הניתנים. הנתונים שבקובץ נאספו על ידי פוקדת של המוסד לביטוח לאומי באמצעות ראיונות אישיים עם הנשים בזמן

1. ראה בבליוגרפיה (פריטים 2,1).

ההריון ולאחר הלידה בשנים 1987, 1988, 1989 - סה"כ 1,101 יולדות. ראיונות אלה בוצעו בבתי הנשים על מנת להבטיח דיווחים מהימנים על איכות הטיפולים שקיבלו בתחנות לבריאות המשפחה ובמרכז שניוני (נספח מס. 1) וכן על מידת שביעות הרצון מטיפולים אלו.

ב. קובץ הכולל 1,066 יולדות בשנים 1987-1989 ובו, בין השאר, פרטים על משקל היילוד, אורך הריון, ודרגת הסיכון. הנתונים שבקובץ נאספו על ידי צוות של משרד הבריאות מהתיקים הרפואיים על נשים שהיו בטיפול בתחנות לבריאות המשפחה וילדו בשנים 1982-1990.

מפגש שני הקבצים הניב קובץ אחד, הקובץ המשולב, הכולל נתונים על נשים שילדו בשנים 1987-1989, ושהיו בטיפול בתחנות לבריאות המשפחה בבית שמש ורואינו בביתן: סה"כ 784 יולדות. במקרה של לידות מרובות ילודים נילקחו הנתונים על היילוד הראשון המופיע בתיק היולדת.

איחוד הקבצים נעשה על פי מספר גיליון האישה ההרה ומספר התחנה לבריאות המשפחה, שבה האישה רשומה, באיזור מגוריה. כך אפשר לזהות חד משמעית את "התצפית". הסיבות לנפל של כ-25% מהתצפיות הן כדלקמן:

א. אוכלוסיות שני הקבצים אינן חופפות משום שמקורות הפקת הנתונים שונים ומשום שמלכתחילה האוכלוסיות מוגדרות בצורה שונה: למשל, אישה שנרשמה אך לא היתה בטיפול באחת התחנות בבית שמש, או הגיעה לבית שמש לאחר הלידה, נכללה בקובץ הראשון ולא בשני. לעומת זאת נשים שלא נמצא מקום מגוריהן כדי לראיין, או שסירבו להתראיין, לא נכללו בקובץ הראשון אלא בקובץ השני.

ב. אי תיאום בין שני הקבצים או טעויות ברישום מספר הגיליון, או מספר התחנה, מנע את מפגש הרשומות.

ג. כאשר משקל היילוד ו/או משך ההריון לא ידוע, הרשומה לא נכללה בעיבוד הנתונים.

ד. "הסך הכול" בלוחות אינו אחיד עקב מקרים של "לא ידוע".

הגדרת המונחים, הגדרת אוכלוסיית המחקר, שיטת איסוף הנתונים ותיאור תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות מפורטים בשתי החוברות הקודמות ובתרשימים המובאים בנספחים מס. 1 ו-2.

תוצאות תוכנית ההתערבות והערכתה

מגמות בשנים 1983 - 1990

משך הריון

מגמות תוצאות תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, נמדדות על כל השנים 1983 - 1990 לפי קובץ הנתונים של משרד הבריאות (ראה פרק חומר ושיטות). בשנה הקודמת השווינו אוכלוסיית ההתערבות עם אוכלוסיית ביקורת. לפי הערכת התוצאות בדו"ח הקודם, נמצא שהקטנת שיעורי לידות מוקדמות בשנים של ההתערבות לעומת שנות הביקורת שלפני הפעלת התוכנית הינה מובהקת סטטיסטית. שיעור הילודים במשקל נמוך קטן בין שתי התקופות וגם ביחס לאוכלוסייה הכללית בישראל.

נציג כאן מגמות שיעורי לידות מוקדמות ובמשקל נמוך בשנים 1983 - 1990 (לוח מס. 3 וגרף מס. 1).

לוח מס. 3: שיעורי לידות מוקדמות בשנים 1983 - 1990

1990	1989	1988	1987	1986	*1985	1984	1983	שבוע הריון בלידה
496	388	328	350	375	443	423	388	סך הכל
			ם י ז ו ת א					
0.2	1.5	2.1	2.0	3.0	2.7	3.1	1.3	32-20
3.8	5.5	2.5	4.0	2.4	5.2	5.9	5.9	36-33
4.0	7.0	4.6	6.0	5.4	7.9	9.0	7.2	סה"כ: 36-20

* שנה ראשונה להפעלת תוכנית ההתערבות.

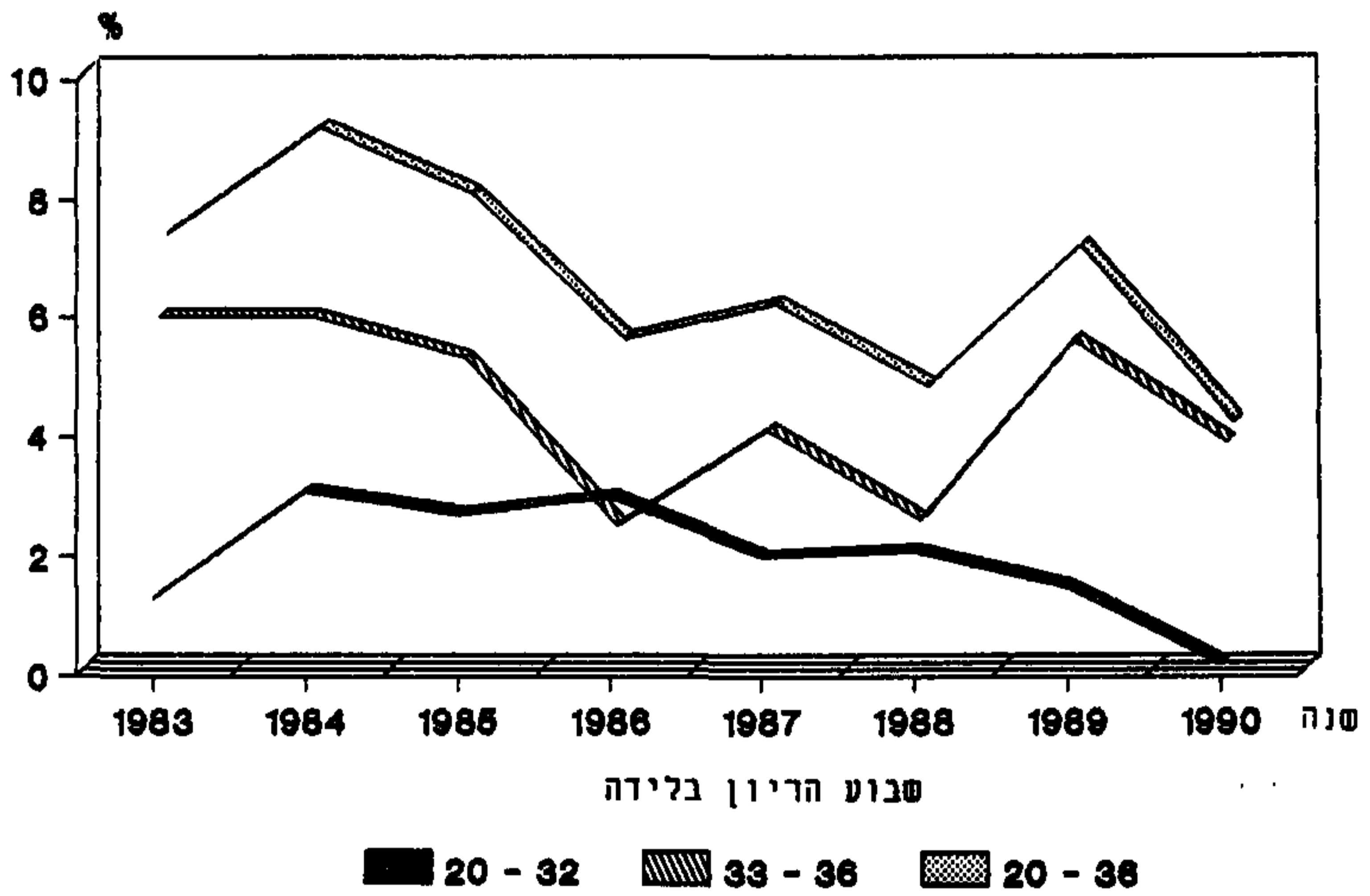
שיעור הלידות המוקדמות נמצא במגמת ירידה מאז הופעלה תוכנית ההתערבות בשנת 1985, אם כי ישנן תנודות במהלך השנים. שיעורי הלידות המוקדמות הנמוך ביותר היה בשנים 1988 (4.6%) ו-1990 (4%).

בשנת 1989 חלה עליה באחוז הלידות לפני השבוע ה-37 והשיעור הגיע ל-7%. תנודות אלה צפויות כאשר צופים באוכלוסיות קטנות והתופעה הנבדקת מושפעת מגורמים שונים שלא ניתן לשלוט עליהם כגון לידות לאמהות בגילים צעירים מאוד ומבוגרים מאוד והריונות מרובי עוברים.

השפעת תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות הביאה לכך שנשים שללא התוכנית היו יולדות בשבועות מוקדמים יותר, מצליחות להגיע לשבועות מאוחרים יותר של ההריון, אך אינן מצליחות לעבור את השבוע ה-36. עדות לכך נמצאת בלוח מס. 3 ובגרף מס. 1, בהם מצויינים שיעורי לידות מוקדמות לפי שתי קבוצות של מספר שבועות. הלוח מראה שאחוז הלידות בשבועות מוקדמים 20-32 היה סביב ל-3% בשנים הראשונות של ההפעלה החלקית של התוכנית (1985-1986), ירד ל-2% בשנים 1987 ו-1988 ובשנים 1989 ו-1990 הגיע ל-1.5% ו-0.2%, בהתאמה.

השבוע המוקדם ביותר בו התרחשה לידה עלה מ-21 בשנת 1985 ל-30 בשנת 1990. מקרה אחד של לידה בשבוע 22 בשנת 1989 ארע עקב גילוי מוקדם של מום קשה בעובר והפסקת הריון מסיבות רפואיות.

גרף מס. 1 - שיעורי לידות מוקדמות בשנים 1983-1990



תוכנית ההתערבות שמה דגש על מניעת לידות מוקדמות בקבוצות סיכון כגון גיל האם ומספר ילדים כמשפחה. לוח מס. 4 מראה שאחוז הלידות המוקדמות ירד בקבוצת הניסוי לעומת קבוצת הביקורת, בעיקר בגילים הצעירים או כאשר גיל האם הינו 35 ומעלה.

לוח מס. 4: התפלגות הלידות המוקדמות, לפי קבוצות גיל ואוכלוסיה

קבוצת אוכלוסיה	עד 24	25-34	+35	סך הכל
ביקורת*				
סה"כ מספר לידות	379	569	77	1,025
אחוז לידות מוקדמות	9.5	6.8	15.3	8.7
התערבות**				
סה"כ מספר לידות	482	985	187	1,654
אחוז לידות מוקדמות	3.0	3.3	6.0	5.8

* אוכלוסיית הביקורת: לידות שהתרחשו בין התאריכים 1.1.83 - 30.6.85.

** אוכלוסיית התערבות: לידות שהתרחשו בין התאריכים 1.7.85 - 31.12.89.

בניתוחים קודמים מצאנו שהסיכון ללדת מוקדם הינו גבוה כאשר מספר הלידות מעל 4. כאשר מדובר בלידה הראשונה, צריך לקחת בחשבון העדר הסטוריה מיילדותית, (פרט למקרים שהיו הפלות קודמות) ולשים דגש על גורמי סיכון אחרים. לוח מס. 5 מראה הקטנה משמעותית באחוז הלידות המוקדמות בעיקר בקרב הלידות הראשונות ובקרב הלידות במשפחות עם 6 ילדים ויותר.

לוח מס. 5: התפלגות הלידות המוקדמות לפי מספר הילדים במשפחה
 וסוג אוכלוסייה

קבוצת אוכלוסייה	1	2-3	4-5	+6	סך הכל
ביקורת*					
סה"כ מספר לידות	199	456	120	36	811
אחוז לידות מוקדמות	10.1	6.6	10.0	11.1	8.2
התערבות**					
סה"כ מספר לידות	303	753	305	80	1,441
אחוז לידות מוקדמות	5.0	5.6	7.2	5.0	5.8

* אוכלוסיית הביקורת: לידות שהחורחו בין התאריכים 1.1.1983 - 31.12.1984.

** אוכלוסיית התערבות: לידות שהחורחו בין התאריכים 1.1.1986 - 31.12.1989.

הערה: נחונים על שנת 1985 לא נכללו בלוח זה מסיבות טכניות.

משקל לידה

אחוז הילודים במשקל נמוך מ-2,500 גר' נשאר יציב ואף עלה בשנים 1988 ו-1989 (לוח מס. 6). בשנת 1990 חלה ירידה חדה באחוז הילודים במשקל פחות מ-2,500 גר' (5.2%), הן במשקל נמוך מאוד (בשנת 1990 1% לעומת 3.1% בשנה קודמת) והן במשקל לידה בין 2,001-2,499 גר' (4.2% לעומת 7.4%). זאת לעומת "יציבות" יחסית של הממוצע הארצי אך ברמה נמוכה יותר.

לוח מס. 6: שיעור ילודים במשקל נמוך, בשנים 1983-1990

1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	משקל לידה
502	394	337	358	379	447	424	393	סך הכל
								א ת ו ז י ם
1.0	3.1	3.6	3.6	2.4	2.4	2.8	3.5	עד 2000 גר'
4.2	7.4	6.5	4.5	5.5	6.3	5.2	7.6	2001-2449 גר'
								סך הכל - פחות
5.2	10.5	10.1	8.1	7.9	8.7	8.1	11.1	מ-2500 גר'
								ישראל - פחות
7.3	7.2	7.4	7.5	7.3	7.5	7.2	7.2	מ-2500 גר'

משתנים דמוגרפיים והערכת התוכנית בשנים 1987-1989

משתנים דמוגרפיים

ניתוח המשתנים הדמוגרפיים של הנשים שילדו בשנים 87-89 נעשה תוך שימוש בנתונים מהקובץ המשולב (ראה פרק חומר ושיטות).

כל המשתנים הדמוגרפיים וההערכתיים בלוחות הנאים נבדקו לפי קריטריון של מישקל לידה - 2,500 גר' ומעלה בהשוואה ל-2,499 גר' ומטה לפי קריטריון של שבוע לידה - 37 ומעלה ו-36 ומטה.

בין המשתנים הדמוגרפיים נמצאו שלושה משתנים בעלי מובהקות סטטיסטית שהבדילו בין היולדות שילדו לידה מוקדמת או במשקל נמוך בבית שמש לבין שאר היולדות: גיל היולדת, היות אמה של היולדת בחיים והיולדת עובדת במקצועה.

שלושים אחוז מהיולדות ילדו לפני גיל 25. אך בקבוצה זו רק פחות מאחוז וחצי היו מתחת לגיל 20, כך שלמעשה כמעט ואין בין היולדות נשים צעירות כמיוחד הנחשבות בספרות המקצועית כבעלות סיכון גבוה ללידה מוקדמת או ללידת ילוד במשקל נמוך. ואכן, בקבוצת הצעירות נמצא את האחוז הקטן ביותר מכלל האוכלוסיה של היולדות שילדו לידה מוקדמת ובין הנשים המבוגרות (+36), האחוז הגבוה ביותר של יולדות שילדו לידה מוקדמת. כאשר בודקים את אחוז הלידות המוקדמות בכל קבוצת גיל נמצא ש-2.5% מהיולדות הצעירות ילדו בלידה מוקדמת, בקרב הנשים בגילים 25 עד 35 - 7.3% ואילו המבוגרות ב-8.5% מהלידות. ההבדלים בין הקבוצות מובהקים ($P < 0.02$).

יחס הנשים הצעירות מתוך הנשים שילדו לידה מוקדמת או לידה במשקל נמוך, קטן מהאחוז בכלל האוכלוסיה (לוח מס. 7). 12.8% לגבי לידות מוקדמות ו-22.5% לגבי ילודים במשקל נמוך בהשוואה ל-30.7% בכלל האוכלוסיה.

ההבדל בין הנשים שילדו ילדים במשקל נמוך לבין שאר הנשים אינו מובהק, אך הנתונים מצביעים על אותו כיוון, כלומר, נשים מבוגרות בסכנה ללידה מוקדמת וללידת תינוק במשקל נמוך יותר משאר האוכלוסיה. כולט הדמיון בהתפלגות הנשים שילדו בזמן ובמשקל מעל 2,500 גר'.

לוח מס. 7: התפלגות הלידות לפי גיל האם, משקל לידה ושבוע הריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה			סה"כ N	גיל האם
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%		
47	737	71	713		784	סך הכל
		א ת ו ז י ם				
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
12.8	31.8	22.5	31.5	30.7	241	-25
63.8	52.0	59.2	52.0	52.7	413	35-26
23.4	16.2	18.3	16.4	16.6	130	36+

לוח מס. 8: התפלגות הלידות, לפי "אם היולדת נחיים", משקל לידה ושבוע ההריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סך הכל		
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%	N	
47	737	71	713		784	סך הכל
		א ת ו ז י ם				
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
89.4	92.3	81.7	93.1	92.1	722	האם נחיים
10.6	7.7	18.3	6.9	7.9	62	האם לא נחיים

כפי שנמצא בזוחות הקודמים, קימת השפעה של משתנה "אם היולדת בחיים" על משך ההריון ומשקל הילוד. כאשר נבדק השפעתו של משתנה זה (לוח מס. 8), נמצא כי בקרב הילודים במשקל נמוך אחוז היולדות שאימן לא היתה בחיים היה גבוה באופן משמעותי בהשוואה לילודים שנולדו במשקל תקין, 18.3% לעומת 6.9%. הבדל זה הינו מובהק סטטיסטית. לגבי הלידות המוקדמות ההבדלים אינם מובהקים, אך הנתונים מצביעים על אותו כיוון. בדיקת המשתנים הקשורים עם תעסוקת הנשים ההרות הראתה שעבודת האישה מתוץ למשק ביתה לא השפיעה על תוצאת ההריון. לעומת זאת בקרב הלידות במשקל נמוך מ-2,500 גר', אחוז היולדות שעובדות אך לא בתחום מקצוען גבוה מאותו אחוז בקרב הלידות במשקל תקין (לוח מס. 9). הבדל זה הינו מובהק מבחינה סטטיסטית.

אותה מגמה אנו מובאים גם כאשר בודקים את שבוע הלידה, אומנם כאן ההבדל אינו מובהק אך כיוון השיעורים דומה.

לוח מס. 9: התפלגות היולדות, לפי עבודה במקצוע, משקל לידה ושבוע הריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סך הכל		עבודה במקצוע
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%	N	
23	345	30	338	368		סך כל נשים עובדות
א ח ו ז י ם						
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
82.6	93.0	83.3	93.2	92.4	340	עובדות במקצוען
17.4	7.0	16.7	6.8	7.6	28	לא עובדות במקצוען

הערכת התוכנית על ידי היוולדת

בהערכת התוכנית והשירותים שניתנו, המשתנים שבהם מצאנו הבדלים משמעותיים מבחינה סטטיסטית היו קשיים בזמן הריון, הערכת טיב השירות, וביצוע ביקורי בית על ידי אחות ועל ידי עובדת סוציאלית. אפשר לראות (לוח מס. 10) שנשים שילדו בלידה מוקדמת או נולדו להם ילודים בעלי משקל נמוך, נטו יותר משאר הנשים להרגיש שהיו להם קשיים הן רפואיים והן חברתיים. ההבדל בהרגשה באשר לקשיים הרפואיים לגבי יולדת לילודים במשקל נמוך בהשוואה ליולדות לילודים במשקל תקין הוא קטן ביותר. ההבדל משמעותי לגבי נשים שילדו בלידה מוקדמת בהשוואה לנשים שילדו בזמן תקין. גם הנשים שילדו לידה מוקדמת וגם אלו שילדו ילודים בעלי משקל נמוך ציינו שהיו להן קשיים חברתיים. נשים שהעידו על עצמן שלא היו להן כל קשיים בזמן ההריון, אחוזן היה גבוה בהרבה בין האמהות לילודים במשקל נמוך 12.9% בהשוואה לאמהות שילדו לידה מוקדמת - 7.7%.

לוח מס. 10: התפלגות הלידות, לפי קשיים בזמן ההריון, משקל לידה ושבוע הריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סה"כ		קשיים בזמן ההריון	
				N	%		
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר				
91	1,190	124	1,157	1,281		סך הכל	
		א ח ו ז י ם					
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל	
51.6	41.9	44.4	42.4	42.6	546	% קשיים רפואיים	
40.7	35.9	42.7	35.5	36.2	464	% קשיים חברתיים	
7.7	22.2	12.9	22.0	21.2	271	% אין קשיים	

הערה: מספר החשובות גדול ממספר היולדות מאחר והן יכלו להשיב יותר מתשובה אחת.

לוח מס. 11: התפלגות הלידות, לפי הערכת טיב השירות, משקל לידה ושבוע הריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סה"כ		טיב השירות
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%	N	
48	806	77	777	854		סך הכל
א ח ו ז י ם						
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
83.3	89.9	85.7	89.8	89.5	764	שירות טוב
6.3	7.5	2.6	8.0	7.5	64	שירות לא טוב
10.4	2.6	11.7	2.2	3.0	26	לא היו בקשר

רמת טיב השירות בא להצביע על הערכת הנשים את הטיפול שקיבלו בתחנות בריאות המשפחה. יש לזכור שקובץ זה של נשים כולל רק נשים שהיו להם תיקים פעילים בזמן ההריון. למרות זאת אנו רואים ש-3% מהיולדות לא ראו את עצמן כמקבלות טיפול בתחנות (לוח מס. 11).

אחוז הנשים שרואות את עצמן כלא מטופלות על ידי התחנות (לא היו בקשר) גבוה במיוחד בין הנשים שילדו תינוק במשקל נמוך (11.7%-כמעט פי ארבע מהאחוז באוכלוסיה - 3.0%) ובין הנשים שילדו לידה מוקדמת (10.4% - גדול יותר מפי שלוש מהאחוז באוכלוסיה - 3.0%). אך כאשר נשים אלה מרגישות שהיו בטיפול שירותי הבריאות בבית שמש ומדווחות על טיב השירות, הן מעריכות כלא טוב את השירות באחוזים נמוכים. תופעה זו בולטת בעיקר אצל הנשים שילדו תינוק במשקל נמוך: 2.6%, בהשוואה ל-8% שילדו תינוקות במשקל תקין (לוח מס. 11). ההבדלים הינם מובהקים מבחינה סטטיסטית.

לוח מס. 12: התפלגות הלידות, לפי צורת טיפול, משקל לידה
ושבוע ההריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סה"כ		צורת הטיפול
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%	N	
48	804	77	775		852	סך הכל
א ת ו ז י ם						
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
25.0	64.8	37.7	65.0	62.6	533	בתחנות
66.7	33.3	53.2	33.4	35.2	300	בועדה
8.3	1.9	9.1	1.6	2.2	19	לא היו בקשר

כאשר עוברים לשאלה של צורת הטיפול באישה ההרה בשירותי הכריאות בבית שמש, בתחנות או במסגרת הועדה שאליה הופנו הנשים שנמצאו בסיכון כינוני וגבוה ללדת לידה מוקדמת למעקב צמוד יותר, (לוח מס. 12), אפשר לראות כי עתה רק 2.2% מהנשים מוסרות שלא היו בטיפול, כלומר, לפחות חלק מהן מודע שאומנם נרשמו לטיפול אך לא קבלו את הטיפול כפי שציפו לו. בכל מקרה אפשר לומר שאתו הנשים שלא היו בקשר עם התחנות הן למעשה והן לפי הרגשתן הינו נמוך ביותר. מבחינה זו אפשר לראות את ההחלטה לבנות מודל התערבות בבית שמש כהחלטה נכונה.

35.2% מהנשים קבלו טיפול בועדה. אך מתוך הנשים שילדו לידה מוקדמת 66.7% היו במעקב הועדה, ואילו מתוך הנשים שילדו תינוק במשקל נמוך היו בטיפול בועדה 53.2% (לוח מס. 12).

לוח מס. 13: התפלגות הלידות, לפי ביקורי בית, משקל לידה ושבוע הריון בלידה

שבוע הריון בלידה		משקל לידה		סך הכל		ביקורי בית
36 ופחות	37 ויותר	2,499 ופחות	2,500 ויותר	%	N	
ביקורי בית						
15	186	26	175		201	סך הכל
א ת ו ז י ם						
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
73.3	31.7	57.7	31.4	34.8	70	בוקרו מספיק
6.7	5.9	4.8	6.3	6.0	12	לא בוקרו מספיק
						לא בוקרו אבל
20.0	62.4	38.5	62.3	59.2	119	רוצות ביקור
ביקורי עו"ס						
18	163	27	154		181	סך הכל
א ת ו ז י ם						
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		סך הכל
77.8	47.4	44.4	51.3	50.3	91	בוקרו מספיק
11.1	1.2	3.7	1.9	2.2	4	לא בוקרו מספיק
						לא בוקרו אבל
11.1	51.5	51.9	46.8	47.5	86	רוצות ביקור

ביקורי בית לנשים בהריון נעשו הן על ידי אחות והן על ידי עובדת סוציאלית. בבדיקת שביעות הרצון של הנשים מהביקורים, נלקחו בחשבון רק התשובות של הנשים שזכו בביקור וכן הנשים שלא בוקרו אך היו מעוניינות בביקור. לא נכללו נשים שלא בוקרו וגם לא היו מעוניינות בביקור בית. מכאן המספר הנמוך של סך הכל הנשים בלוח (לוח מס. 13).

אצל נשים שילדו ליזה מוקדמת בוצעו בזמן ההריון 15 ביקורי אחות ו-18 ביקורי עובדת סוציאלית. $\frac{3}{4}$ מהנשים היו מרוצות מכמות הביקורים בהשוואה לכמתצית הנשים שילדו תינוקות במשקל נמוך.

נשים שילדו לפני הזמן רצו יותר ביקורי עובדת סוציאלית באחוזים גבוהים בהרבה מאלה שילדו בזמן. ההבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית (לוח מס. 13).

סיכום ודיון

המטרה העיקרית של תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות הינה להקטין אחוז הלידות המוקדמות - לידות שמתרחשות לפני השבוע ה-37 להריון. תוצאות ניתוח הנתונים מראות שאכן מטרה זו הושגה ואחוז הלידות המוקדמות קטן מ-8.7% בתקופת הביקורת ל-5.4% ב-6 השנים של ההתערבות. שיעור הלידות המוקדמות מאוד, לפני השבוע ה-33, קטן מ-2.5% ל-1% בין אותן התקופות. לדאבונו אין אפשרות להשוות שיעורים אלה עם שיעורים על כלל אוכלוסיית ישראל בשל העדר נתונים ארציים על שבוע הריון בלידה. התוכנית התערבה בגורמים הידועים כגורמי סיכון ללידה מוקדמת ושמה דגש על הגורמים החברתיים-דמוגרפיים כשווי ערך לגורמים רפואיים-סיעודיים.

ניתוח התוצאות מראה שהתוכנית השפיעה במקרים שגורמי הסיכון היו גיל האם ומספר הילדים בבית. השפעת התוכנית במקרים של גורמים חברתיים אחרים לא הוכחה (למשל השכלת האם או תעסוקתה).

ניתוח שונות של השפעת הגורמים המשפיעים על ההריון מראה ש-9% משונות שבוע הריון בלידה, מוסכרת על ידי שבוע הריון בהרשמה, דרגת הסיכון והפניה לועדה.

מטרה סמויה של התוכנית הינה להביא את האישה ההרה להרשם בתחנה, מוקדם ככל האפשר, על מנת לעקוב אחריה מהשלבים הראשונים של ההריון ולתת את הטיפול הדרוש על פי דרגת הסיכון. רוב הנשים שילדו בין השנים 1985-1989 נרשמו בתחנה בתחילת ההריון - עד השבוע ה-10.

ההתערבות בקרב הנשים שנמצאו בדרגת סיכון בינוני עד גבוה מאוד ללידה מוקדמת הביאה את התוצאות הצפויות: העלת שבוע הריון בלידה. שבוע ההריון הממוצע בלידה יורד עם עליית דרגת הסיכון. כמו כן שבוע ההריון הממוצע בלידה גבוה בקרב נשים הרות שלא הופנו לועדה, נמוך במקצת בקרב הנשים ההרות שהופנו לועדה ונענו לטיפול ונמוך באופן משמעותי בקרב הנשים ההרות שהופנו לועדה אך לא נענו. שתי עובדות אלה מראות שמדד דרגת הסיכון והפניה לועדה בעקבותיו הינו רגיש ומאבחן בכיוון הנכון. יחד עם זאת יש מקום לכלול משתנים כלכליים חברתיים נוספים במדד הסיכון

כגון "אם היולדת בחיים" ותעסוקת היולדת במקצועה. ניתוח הנתונים הראה את חשיבות השפעת משתנים חברתיים-כלכליים אלה על הלידה המוקדמת או הלידה במשקל נמוך.

מעניין לציין שבכל מקרה, שבוע הלידה הממוצע הוא גבוה, כנראה כתוצאה מתוכנית ההתערבות. עובדה היא שנשים שלא הופנו לועדה, ילדו בממוצע כשבוע 39.8 לעומת ממוצע של 39.1 לנשים שהופנו לועדה וקיבלו שם טיפול כוללני מתאים. נשים שהופנו לועדה ולא נענו להפניה ילדו בממוצע בשבוע 38.6, דבר שמוכיח שהאבחנה לדרגת הסיכון ללידה מוקדמת היתה בדרך כלל נכונה והטיפול בועדה תרמו להעלאת שבוע הריון בלידה.

השפעת תוכנית ההתערבות מתונה יותר ביחס למשקל לידה. למעשה שיעור הילודים במשקל נמוך נשאר יציב מאז שנת 1985 ואף עלה בשנים 1988-1989. רק בשנת 1990 ירד אחוז הלידות במשקל נמוך לשיעור "ללא תקדים" 5.2%. בכלל אוכלוסיית ישראל, אחוז הילודים במשקל לידה נמוך יציב במשך אותן השנים (ראה לוח מס. 6).

תופעת SGA (Small for gestetional age), אחראית על למעלה מ-3% מהלידות במשקל נמוך. כל מקרה נחקר לעומק מבחינת גורמי סיכון והתפתחות ההריון.

השפעות התוכנית על גורמי סיכון מורגשת יותר ביחס למשך ההריון מאשר על משקל לידה. למשל אחוז האמהות הצעירות בקרב הלידות במשקל נמוך הינו גדול יותר לעומת השיעור בקרב הלידות המוקדמות.

לאחר שלוש שנים של ליווי מחקרי משותף למוסד לביטוח לאומי ולמשרד הבריאות, אפשר לסכם ולראות שהחלטה לבצע את תוכנית ההתערבות במתכונתה בבית שמש היתה החלטה נכונה והשיגה את מטרותיה:

- א. הפחתה מובהקת של שיעור הלידות המוקדמות.
- ב. הפחתת אחוז הילודים במשקל נמוך לפחות לרמת השיעור הממוצע בישראל.

מבחינת עלות התוכנית, העלות היתה שולית ביותר. היום כתוצאה מהנסיון שהצטבר בבית-שמש אפשר לצמצם עלות זו על ידי שתוף פעולה בין השרותים החברתיים של הקהילה לבין שירותי הבריאות.

התרומה העיקרית של התוכנית היתה להביא לתודעת הצוותים הרפואיים והסיעודיים את החשיבות של ההיבטים החברתיים-כלכליים על סיכוני ההריון והצורך להתיחס להם בזמן הטיפול באישה ההרה.

החשיפה של הצוותים הרפואיים-סיעודיים לחשיבות הגורמים חברתיים-כלכליים גורמת להגברת המודעות בקרבם, ומחלחלת אל אוכלוסיית הנשים ההרות ובני משפחותיהם. בצורה זו התוכנית משפיעה על התינוך לכריאות של כלל הקהילה.

משרד הבריאות הכיר בחשיבות התוכנית והמליץ על ישומה במקומות נוספים. גם עיריית ירושלים החליטה על ישום תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות על סמך הנסיון שהצטבר בבית שמש. התוכנית הינה גמישה ויש צורך להתאימה בהתאם לנתונים הקיימים בכל מקום ומקום.

הקריטריונים לקביעת דרגת הסיכון ללידה מוקדמת לא התייחסו לגורמים חברתיים כגון היות אם היולדת בחיים או עבודת היולדת במקצועה. נתוח הנתונים מראה ההשפעה של גורמים אלה, במיוחד על משקל לידה.

תוכנית ההתערבות, מדגישה גורמים חברתיים כלכליים ומתחים נפשיים כמשפיעים על בריאות האשה, כתוצאה מכך אפשר לראות בתוכנית זו חלק ממחקרים על בעיות רפואיות המדגישים את הצורך בהתייחסות ובטיפול בגורמים נוספים לגורמים הרפואיים. נושא זה כבר הוכח במחלות שונות ותרומת מחקר זה הינה להראות ולהביא לתודעת הציבור את החשיבות של הגורמים החברתיים כלכליים ונפשיים גם על ההתפתחות התקינה של ההריון.

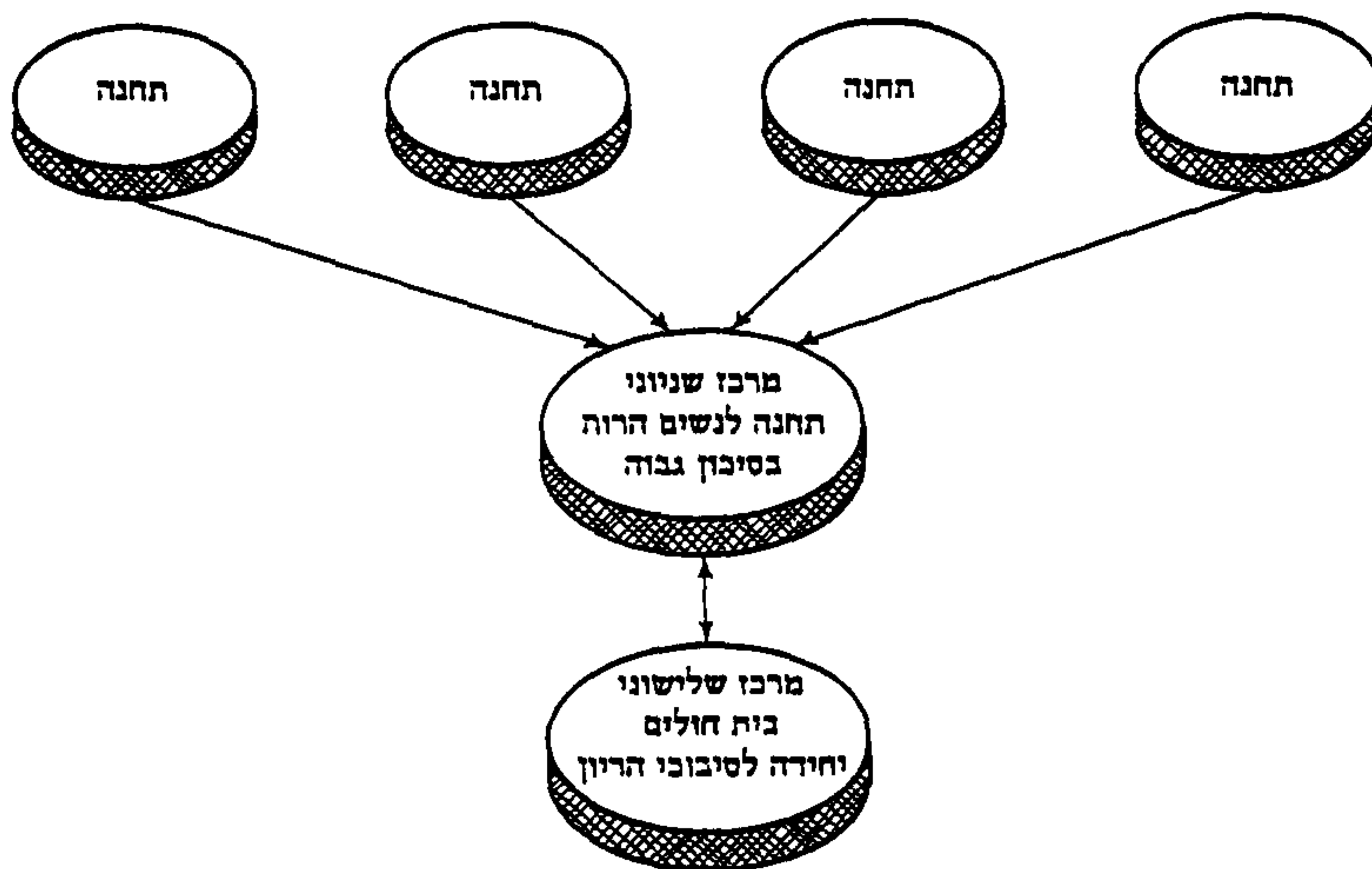
כיבליוגרפיה

1. דר אדית - תוכנית למניעת לידות מוקדמות בבית שמש, המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים מס' 28, ינואר 1989.
2. דר אדית ושמש ענת - תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש שנה ב', המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים מס' 38, מאי 1990.
3. ינאי ש. - הערכת תוכנית ההתערבות למניעת לידות מוקדמות בעיירת בית שמש 1985, 1986, ירושלים, יוני 1990.
4. ע. שמש, א. דר, פ. בן-ישי, ש. ינאי ו-ח. יפה - "תוכנית התערבות למניעת לידות מוקדמות בבית שמש", הרפואה: עתון ההסתדרות הרפואית בישראל, כרך 120 חוברת א', ינואר 1991, עמ' 1-5.
5. אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית הכלכלית של האוכלוסייה, פרסומי מפקד אוכלוסין ודיוור 1983, מס. 15, ירושלים 1987, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
6. שנתון סטטיסטי לישראל 1988: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
7. 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.
8. Bouyer J., Dreyfus S., Gueguen S., Lazer P. Papiernik E., "La Prematurite", Enquete perinatale de Haguenau, 1971 - 1982. INSERM Doin, Paris, 1987.

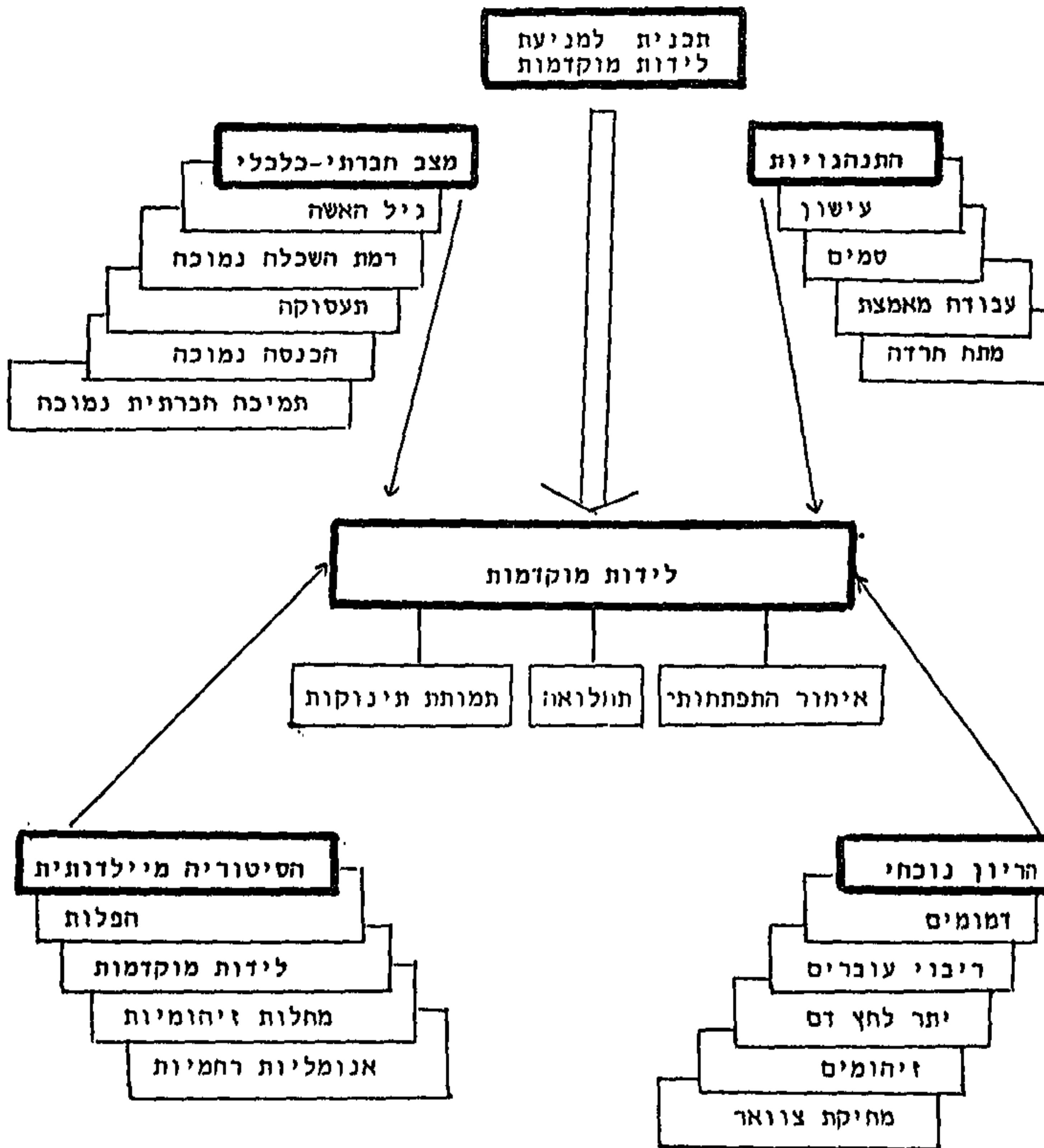
9. Boyer J., Dreyfus J., Lazar P., Collin D., Winisdoerffer G., Papiernik E., "Prevention de la Prematurite", Enquete perinatale de Haguenau, 1971 - 1985.
10. Papiernik-Berkauher E., "Coefficient de Risque d'Accouchement Premature", Presse Med. 1969, 77, pp.793-794.
11. Papiernik E., Bouyer J., Yaffe 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.
12. Saniyase., S., Roman E., Beral V., "Low birthweight and preterm delivery, Scotland, 1981-84: effect of present occupation" in The Lancet, Vol 338 August 17, 1991, PP. 428-431.

נ ס פ ח י ס

מרכז ראשוני - תחנות לבריאות המשפחה



על פי התוכנית, נשים הרות המבקרות בתחנות לבריאות המשפחה, מרואיינות על ידי הצוות בתחנה ומסווגות לפי דרגות הסיכון ללידה מוקדמת. דרגת הסיכון נקבעת על פי מדד שנבנה לצורך זה המורכב ממדדים רפואיים, סיעודיים וחברתיים-כלכליים. נשים שאובחנו כנמצאות בסיכון גבוה ללידה מוקדמת מטופלות ומצויות במעקב תכוף יותר, בהתאם לצרכים היחודיים של כל אשה. מעורבות העובדת הסוציאלית מהווה גם היא יחודיות של הפרויקט. ראה ביבליוגרפיה (פריט מס. 4).



גורמי הסיכון ללידות מוקדמות מסווגים בארבע קבוצות: התנהגויות, מצב חברתי-כלכלי, הסיטוריה מיילדותית והריון נוכחי. תוכנית ההתערבות פועלת על ארבע קבוצות גורמי הסיכון הללו על מנת למנוע לידות מוקדמות העולות לגרום לאיחור התפתחותי, תחלואה ותמותת תינוקות. מתוך ינאי. ראה ביבליוגרפיה (פריט מס. 3).

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. (02)709579
