

ארגון המיילדות בישראל
ISRAEL MIDWIVES ASSOCIATION



תת התקינה והשחיקה של מיילדות בחדרי הלידה בישראל

אפריל 2026



מבוא

מערכות בריאות ברחבי העולם מתמודדות עם תת-תקינה כרונית בכוח האדם באחיות ובמיילדות, המתבטאת בעומסי עבודה גבוהים, תנאי עבודה בלתי בטוחים ושחיקה מתמשכת, הפוגעים ביכולת לספק טיפול בטוח, איכותי ובר-קיימא ומהווים איום על יציבות מערכות הבריאות ובריאות הציבור (1,2). ישראל מדורגת במקום ה-27 מתוך 30 מדינות ה-OECD במספר האחיות לנפש (4), ובסקר לאומי נמצא כי למעלה משליש מהאחיות חוות שחיקה (5). מיילדות, כקבוצה ייחודית בתוך מקצוע האחיות בישראל, נחשפות לעומסים רגשיים וקליניים גבוהים במיוחד, ללא התאמה ייעודית של מודל התקינה לאופי עבודתן, מה שמציב אותן בסיכון מוגבר לשחיקה במסגרת שיטות העבודה הקיימות בישראל.

הגדרות

מיילדת- מיילדת הינה מי שקיבלה רישיון מטעם משרד הבריאות ופועלת מתוקף פקודת המיילדות (6). הכשרת המיילדת כוללת ארבע שנות לימודי סיעוד ועוד שנה וחצי של לימודי התמחות בהריון, לידה, משכב לידה, וזיהוי סימני מצוקה ואזהרה, שאם מתפתחים, מחייבים הפניה להמשך טיפול רפואי.

מעקב וליוי היריון רציף על ידי מיילדת (Midwife-led continuity of care (MCoC)- מבוסס על המלצות ה- (7) WHO: World Health Organization, ה- (8) ICM: International Confederation of Midwives וה- (9) UNFPA: United Nation Population Fund, המודל שהיננו חלק מהפרדיגמה המיילדותית, מתבסס על קשר הולך ומתהדק בין האישה ההרה למיילדת, בו תדירות המפגשים עולה ככל שההיריון מתקדם.

שחיקה (Burnout)- תסמונת המובנת כתוצאה של לחץ כרוני במקום העבודה שלא נוהל בהצלחה. היא מאופיינת בשלושה ממדים: תחושות של דלדול אנרגיה או תשישות; התרחקות מנטלית גוברת מן העבודה, או תחושות שליליות או ציניות הקשורות לעבודה; ירידה ביעילות המקצועית (10).

תקן- מקום שהוקצב למשרה או לתפקיד כלשהו. המושג תקן כולל בחובו היבטים שונים (תפקודי, כמותי, ארגוני ותקציבי) והוא מתאר מסגרת משרות אשר מאושרות וממומנות על ידי המדינה (11).

תקינה במיילדות בישראל- תקינה, כלומר כמות כוח אדם, מחושבת על פי ההסכם הקיבוצי 1997 (12) על פי סעיף 8.1.ה': (161/ מס' לידות בשנה)+1.24. על פי החישוב הזה בישראל בפועל כל מיילדת עובדת בממוצע על 3 יולדות בו זמנית, כלומר מינימום 6 מטופלים (ללא התייחסות למקרים של לידות בחדרי ניתוח, לידות מרובות עוברים ועוד מקרי קצה, משפחה ומבקרים, מלויים). לחישוב הזה התווספה תקינה מינורית למיון יולדות, על פי החישוב שנקבע: 2419/ (מס' פניות למיון בשנה- מס' לידות בשנה).



התקינה משקפת החלטות תכנון ותקצוב מנהליות ואינן תמיד תואמות את העומס הקליני, מורכבות הטיפול או הצרכים בפועל. התקינה של מיילדות בישראל מחושב על בסיס קונספט ה"יחידות" - שכל לידה היא יחידת טיפול בערך שווה. במציאות כל לידה שונה מהשניה ואין פרוטוקול טיפול אחיד. בשנים האחרונות חל שינוי משמעותי בפרדיגמה הרפואית בנוגע ללידות, שהפכה להיות יותר התערבותית וכרוכה בטיפולים מורכבים ואשפוזים ממושכים יותר. כלומר גם בהיעדר בשינוי מספר הלידות, חל שינוי מהותי באופי, בעומס ומשך הטיפול שניתן על ידי המיילדת לכל אישה.

רקע

שיעורי הפרייון הגבוהים בישראל, העומדים על כ- 180,000 לידות חי בשנה וממוצע של 2.89 ילדים למשפחה (13), הגבוהים ביותר מבין מדינות ה-OECD (14), מתקיימים לצד תת-תקינה משמעותית בכוח האדם המיילדותי. על פי דו"ח מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי במשרד הבריאות, שיעור המיילדות הפעילות בישראל נמוך משמעותית מהממוצע במדינות ה-OECD (מקום 18 מתוך 20 מדינות) (15), ומצב זה מוביל לכך שמיילדת אחת מטפלת לעיתים בשלוש ואף ארבע יולדות במקביל.

מחקרים מצביעים על כך שיחס של מיילדת אחת לכל יולדת מפחית התערבויות בלידה, ניתוחים קיסריים, שימוש במשככי כאב וקרעים בתעלת הלידה, מקצר את שלב הלחיצות ומעלה את שביעות רצון היולדת (16-19), ויחס זה אף מוגדר כיחס הרצוי על ידי משרד הבריאות בישראל בטיטת נהלים למרכזי לידה שפורסמה בשנת 2023 (20). מיילדות, בשילוב עם תכנון משפחה והתערבויות לבריאות האם והילוד, עשויה למנוע עד כ- 83% ממקרי התמותה האימהית, לידות מת ותמותת ילודים (21). בהתאם להמלצות ארגון הבריאות העולמי (WHO), תכנון כוח אדם במיילדות צריך להתבסס על צרכים בריאותיים, נתונים עדכניים ומאפייני האוכלוסייה. זמינות מספקת של כוח אדם מיומן מהווה תנאי בסיסי להשגת תוצאות בריאות מיטביות ולתפקוד תקין של מערכות בריאות (9,22,23). תת-תקינה מתמשכת יוצרת חוסר איזון בין דרישות העבודה למשאבים הזמינים, עומסי עבודה כרוניים ופגיעה בבריאות הפיזית והנפשית של הצוותים, תהליכים הקשורים לעלייה בשחיקה, לנטישת המקצוע ולפגיעה בשימור כוח אדם מיומן (1,2). בנוסף, ארגונים בינלאומיים מדגישים כי שחיקה, עייפות וסטריס בקרב צוותים מיילדותיים מגבירים את הסיכון לטעויות, לפגיעה באיכות הטיפול ולאירועי בטיחות הניתנים למניעה, וכי מחסור בכוח אדם מחמיר כשלים מערכתיים כגון עומס תפעולי ותקשורת לקויה ובכך פוגע הן בבטיחות המטופלים והן ביציבות מערכת הבריאות (2,24).

הספרות מצביעה על קשר מערכתי מובהק בין תת-תקינה במיילדות לבין עומס רגשי מתמשך, שחיקה ומצוקה נפשית 60%-70% מאנשי מקצועות הבריאות, ובהם מיילדות, ממשיכים לעבוד גם כאשר הם מצויים במצוקה הפוגעת בתפקוד הקליני (25). תנאים אלו תורמים לעלייה בטעויות, לפגיעה באיכות ובבטיחות הטיפול ולנטישת המקצוע. העדר חמלה ותמיכה ארגונית, לצד חשיפה חוזרת ללידות טראומטיות, מגבירים עייפות וטראומה מצטברת (26,27) גורמים המנבאים תסמיני דחק פוסט-טראומטי וכוונות עזיבה (28), וכן על שיעורים ניכרים של טראומה משנית בקרב מיילדות (29). גורמי סיכון לשחיקה כוללים עומס עבודה, חוסר אוטונומיה והיעדר הכרה מקצועית, בעוד שמנהיגות מיטיבה ומודלים של רצף טיפולי מהווים גורמי הגנה מרכזיים (30).



בישראל, היעדר אפשרות לעבודה במודל מיילדותי רציף ובסמכות מקצועית מלאה, בניגוד להמלצות בינלאומיות (31,32), מציב את המיילדות בסיכון מוגבר לשחיקה ומייצר סביבת עבודה פחות בטוחה. ארגונים בינלאומיים מדגישים כי תת-תקינה ושחיקה יוצרות מעגל פגיעה מתמשך עם השלכות מקצועיות, בריאותיות וכלכליות, בעוד שתכנון כוח אדם מבוסס עומסי עבודה, ומדגיש את הפער בין הצרכים הקליניים לבין נוסחאות התקינה המיושנות הנהוגות בישראל מאז ההסכם הקיבוצי משנת 1997 (1,2,33). נוסחאות התקינה הנהוגות כיום בחדרי לידה וביחידות מיון מיילדותיות פותחו בראשיתן לצורכי סטנדרטיזציה אדמיניסטרטיבית, ואינן משקפות עוד את המציאות הקלינית העכשווית.

תקינה זו נשענת, בין היתר, על עקרונות שעוגנו במסגרת ההסכם הקיבוצי משנת 1997, אשר גובש בתקופה שבה מאפייני הלידה, מספר הנשים הנמצאות בהיריון בסיכון, היקף ההתערבויות, המסגרת המקצועית והמסגרת המשפטית היו שונים באופן מהותי.

כיום חדרי הלידה משמשים כמוקד טיפולי לנשים ויולדות במגוון רחב של מצבים, החורגים מלידה גרידה. למעשה המיילדות מטפלות הן בנשים בלידה בסיכון נמוך והן בנשים הרות במצבי חירום הנדרשות לטיפול נמרץ מיילדותי, כל זאת במסגרת אותם משאבים שהוקצו לטיפול ביולדות בלידה בלבד. קיים פער מבני מתמשך הנובע מהסתמכות על עקרונות תקינה שנקבעו במסגרת ההסכם הקיבוצי משנת 1997 ולא עודכנו מאז, אף שחלו שינויים מהותיים במורכבות הקלינית של הלידה, בדרישות המקצועיות ובסטנדרטים המקובלים של בטיחות ואיכות הטיפול במיילדות המודרנית.

כפי שנכתב בקוד האתי לאחיות ולאחים בישראל, מחויבים אנשי המקצוע לשמור על כבוד האדם המטופל. משמעות הדבר היא שלכל מטופלת יש זכות לקבל טיפול העונה על צרכיה הבריאותיים, הרגשיים, החברתיים והרוחניים. עם זאת, העומס הקיים כיום בחדרי הלידה בישראל, במקרים רבים, אינו מאפשר להעניק טיפול מותאם ואישי לכל יולדת. מצב זה פוגע ביכולתה של המטופלת לקבל טיפול מקצועי, איכותי ובטוח, כפי שמתחייב מהקוד האתי.

המלצות מדיניות

העדויות מצביעות על כך שתת תקינה ושחיקה בקרב אחיות ומיילדות הן תופעות מערכתיות הפוגעות ברווחת הצוותים, בבטיחות המטופלות, באיכות הטיפול וביציבות הכלכלית של מערכות הבריאות. לפיכך, נדרשת התמודדות מערכתית ארוכת טווח, המבוססת על תכנון כוח אדם, שיפור תנאי עבודה והשקעה מתמשכת ברווחת הצוותים (2).

עדכון חישוב נוסחת התקינה מיילדות

שינוי בחישוב נוסחה לתקינה מיילדות, כך שבבסיסו כל מיילדת תהיה מופקדת על טיפול ביולדת אחת למען מענה מיילדותי רציף, בהתאם לספרות עדכנית והמלצות בינלאומיות (32,34). קביעת מדד ייעודי לתקינה מיילדות המבוסס על יחס מספר המיילדות למספר הלידות כמו שמקובל בספרות עולמית (9,23,32), ובנפרד ממדדי כוח אדם כלליים הכוללים גם אחיות שאינן בעלות רישיון לעסוק במיילדות.



עיגון הבקרה על איוש התקנים על ידי מיילדות מוסמכות

בהסכם משנת 1997, הוגדר כי התקנים הניתנים יהיו מאוישים על ידי מיילדות ולא יהיו לאיוש כח אדם שאינו מיומן בקבלת לידה. למרות זאת, חלק מהתקנים הקיימים למיילדות הופנו להעסקת כח אדם שאינם מיילדות. יש לכלול מדידה שיטתית לבקרה על איוש התקנים ובקרה של שיעור הלידות המנוהלות על ידי צוות מיומן (Skilled Health Personnel), בהתאם למדד הבינלאומי SDG 3.1.2, לצורך ניטור איכות הכיסוי המיילדותי והשוואה לסטנדרטים גלובליים.

הרחבת מספר התקנים למיילדות

יישום ההמלצות הבינלאומיות להגדלת מספר תקני המיילדות, במטרה להבטיח טיפול בטוח, איכותי ורציף לילדות ולמשפחות (7).

הבטחת תקינה מספקת ותכנון כוח אדם מבוסס נתונים

אימוץ תכנון כוח אדם ארוך טווח המבטיח רמות תקינה בטוחות, בנות קיימא ומותאמות לעומסי העבודה בפועל, תוך מעבר מחישובי תקינה אדמיניסטרטיביים לחישוב מבוסס מורכבות קלינית (2).

עדכון בהגדרת חדרי לידה ומיון מיילדותי

הכרה בחדרי הלידה וביחידות המיון המיילדותיות כסביבות טיפול עתירות מורכבות, ולא כמחלקות אשפוז כלליות, תוך התאמת התקינה לעלייה במקרים מורכבים, לידות ממושכות, לידות מרובות עוברים ולידות בחדרי ניתוח.

בחינה מחודשת של מדידת התקינה הקיימות

עדכון נוסחאות התקינה המעוגנות בהסכם הקיבוצי (סעיף 8.1ה'), אשר מבוססות על תפיסת "יחידות טיפול" אחידה ואינן משקפות עוד את המציאות הקלינית העכשווית, לרבות אופן חישוב תקינה שאינו מצטבר אלא נספר נקודתית.

חלוקת תקנים ותפקידי צוות באופן מותאם

בחינה מחודשת של חלוקת התקנים בחדרי הלידה בין מקצועות שונים (כוחות עזר, אחיות ומיילדות), באופן שיבטיח שמיילדות יוכלו להתמקד בעבודה הקלינית מיילדותית ולא בעומסים טכניים שאינם בליבת תפקידן. זאת, מתוך הכרה בכך שמדדים משולבים (כגון סך כל הצוות, ללא התייחסות לאופי ההכשרה) אינם משקפים את עומס העבודה המיילדותית בפועל ואינם מאפשרים תכנון מדויק של שירותי לידה.

שיפור תנאי עבודה והגנה על בריאות הצוותים

יצירת סביבות עבודה בטוחות הכוללות מניעת עומסי יתר, הגנה מפני אלימות, הבטחת זמני מנוחה, גישה לתמיכה נפשית והכרה בהשלכות של זכויות סוציאליות (כגון ימי מחלה וחופשות) על עומסי העבודה בפועל (2,24).



הכרה ברווחת הצוותים כמרכיב ליבה בבטיחות מטופלים

שילוב רווחת הצוותים כעיקרון מרכזי במדיניות בטיחות ואיכות טיפול, מתוך הבנה כי בטיחות הצוות ובטיחות המטופלים קשורות זו בזו (24).

חיזוק שימור כוח אדם ופיתוח מקצועי

פיתוח מסלולי קריירה, הרחבת אפשרויות להתפתחות מקצועית והכרה מערכתית בערך עבודת המיילדות והאחיות, במטרה לצמצם נטישה ולחזק שימור כוח אדם מיומן (1,2).

הכשרה מקצועית מלאה והרחבת סמכויות

הבטחת הכשרה הכוללת את כלל הסמכויות המומלצות על ידי ה-ICM, תוך יצירת תנאים מערכתיים המאפשרים מימוש בפועל של scope מקצועי מלא וטיפול מיילדותי רציף.

שילוב טכנולוגיות להפחתת העומס הטכני בעבודת המיילדת

הטמעה אסטרטגית של טכנולוגיות דיגיטליות תומכות עבודה יומיומית במחלקות ובחדרי לידה, לרבות מערכות תיעוד חכמות, אוטומציה של תהליכים אדמיניסטרטיביים, אינטגרציה בין מערכות מידע קליניות, כלי ניטור דיגיטליים ומערכות תומכות החלטה מבוססות ראיות. שילוב טכנולוגיות אלו נועד להפחית עומסים טכניים ולא קליניים, לאפשר למיילדות להתמקד בטיפול רציף ובנוכחות קלינית, ולתרום לשיפור איכות הטיפול, בטיחות המטופלות ורווחת הצוותים. בנוסף, ברמת תכנון כוח האדם, מומלץ לשלב מודלים לתקינה מבוססי אלגוריתמים מאומתים לצורך חישוב safe staffing והבטחת רמות תקינה בטוחות (35,36).

מעבר לפתרונות מערכתיים ארוכי טווח

זניחת פתרונות תגובתיים קצרי טווח והטמעת מדיניות מתמשכת הרואה במיילדות ובאחיות נכס מרכזי לבריאות הציבור ולחוסן החברתי-כלכלי של מערכת הבריאות (2).



סיכום

מקצוע המיילדות בישראל סובלת מתת תקינה כרונית, בשל הביסוס על מודלי תקינה מיושנים שאינם משקפים את המורכבות הקלינית והרגשית של עבודת המיילדות כיום, ומובילה לעומסי עבודה גבוהים, שחיקה ופגיעה בבטיחות ובאיכות הטיפול.

הספרות וההמלצות הבינלאומיות מצביעות על קשר ישיר בין מחסור בכוח אדם מיילדותי לבין עלייה בטעויות, נטישת מקצוע ופגיעה בזכויות היולדות, ומדגישות את היתרונות הברורים של יחס מיילדת- יולדת של אחת לאחת ורצף טיפולי מיילדותי.

אנו קוראות לשינוי מערכתי ארוך טווח הכולל עדכון מודל התקינה, תכנון כוח אדם מבוסס מורכבות קלינית, שיפור תנאי העבודה והכרה ברוחת המיילדות כמרכיב מרכזי בבטיחות המטופלות ובחוסן מערכת הבריאות.



1. Stewart D, Adynski G, Bertoni K, Catton H, Chopra M, Contandriopoulos D, et al. Our Nurses. Our Future: The Economic Power of Care [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2024 May. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2024-05/ICN_IND2024_report_EN_A4_6.1_0.pdf
2. Stewart D, Moore G, Adynski G, Burton E, Catton H, Donovan H, et al. Our Nurses. Our Future. Caring for nurses strengthens economies: IND 2025 Report [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2025 Apr. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2025-04/ICN_IND2025_report_EN_A4_FINAL_0.pdf
3. תוכנית עבודה 2026 [Internet]. ישראל: מנהל האחיות; 2026. Available from: <https://www1.health.gov.il/media/kvpngbpxpy/tochnit-avoda-2026.pdf>
4. Nurses [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2022. Available from: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/nurses.html>
5. התוכנית הלאומית לחיזוק עובדי מערכת הבריאות ומניעת שחיקה [Internet]. ישראל: משרד הבריאות; 2022. Available from: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/burnout-survey-2021-presentation-1303202/he/files_publications_subjects_HRinHealthSystem_Burnout_Survey_2021_Presentation_13032021.pdf
6. פקודת המיילדות 1929. Available from: [Internet]. https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Poriut_02.pdf
7. Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period. International Confederation of Midwives [Internet]. [cited 2026 Feb 5]. Available from: <https://internationalmidwives.org/resources/appropriate-maternity-services-for-normal-pregnancy-childbirth-and-the-postnatal-period/>
8. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Birth. 2001 Sep;28(3):202–7. doi:10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x
9. United Nations Population Fund. The State of the World's Midwifery 2021: Building a Health Workforce to Meet the Needs of Women, Newborns and Adolescents Everywhere. Erscheinungsort nicht ermittelbar: United Nations; 2021. 1 p.



10. Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements for ICD-11 Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024. 1 p.

11. חוק שירות המדינה (מינויים), תשי"ט-1959 [Internet]. Available from: https://www.nevo.co.il/law_html/law01/p221k1_001.htm

12. הסכם קיבוצי אחיות 20/04/1997 [Internet]. Available from: <https://www.gov.il/BlobFolder/policy/nurses-collective-agreement-2041997/he/nurses-collective-agreement-2041997.pdf>

13. ילודה ופריון - מדדים עיקריים, 2023 [Internet]. Available from: https://www.cbs.gov.il/he/publications/DocLib/2020/%D7%9C%D7%99%D7%93%D7%95%D7%AA-%D7%97%D7%992019/lidot_all_index_1.xlsx

14. Fertility Rates [Internet]. Available from: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/fertility-rates.html>

15. מערכת הבריאות בישראל בראי ה-OECD לשנת 2020 [Internet]. מנהל תכנון אסטרטגי וכלכלי, משרד הבריאות. Available from: https://www.gov.il/BlobFolder/reports/oecd-israel-2020-n/he/files_publications_units_financial-strategic-planning_publications_misc_OECD2020.pdf

16. Buerengen T, Bernitz S, Øian P, Dalbye R. Association between one-to-one midwifery care in the active phase of labour and use of pain relief and birth outcomes: A cohort of nulliparous women. *Midwifery*. 2022 Jul;110:103341. doi:10.1016/j.midw.2022.103341 PubMed PMID: 35486962.

17. Sosa GA, Crozier KE, Stockl A. Midwifery one-to-one support in labour: More than a ratio. *Midwifery*. 2018 Jul;62:230–9. doi:10.1016/j.midw.2018.04.016 PubMed PMID: 29727828.

18. Page L. One-to-one midwifery: restoring the “with woman” relationship in midwifery. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(2):119–25. doi:10.1016/s1526-9523(02)00425-7 PubMed PMID: 12686944.



19. Sehhatie F, Najjarzadeh M, Zamanzadeh V, Seyyedrasooli A. The effect of midwifery continuing care on childbirth outcomes. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014 May;19(3):233–7. PubMed PMID: 24949059; PubMed Central PMCID: PMC4061621.
20. אמות מידה להפעלת מרכזי לידה בקהילה [Internet]. משרד הבריאות; 2023. Report no.: 03/2024. Available from: https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mk03-2024/he/files_circulars_mk_mk03_2024.pdf
21. Homer CSE, Friberg IK, Dias MAB, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, et al. The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet.* 2014 Sep;384(9948):1146–57. doi:10.1016/S0140-6736(14)60790-X
22. State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2020. 1 p.
23. Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021. 1 p.
24. ICN Position Statement: Patient Safety [Internet]. Geneva: International Council of Nurses; 2023 Aug. Available from: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-08/ICN%20Position%20Statement%20Patient%20Safety%202023%20FINAL_EN.pdf
25. Pezaro S, Clyne W, Turner A, Fulton EA, Gerada C. 'Midwives Overboard!' Inside their hearts are breaking, their makeup may be flaking but their smile still stays on. *Women Birth.* 2016 Jun;29(3):e59–66. doi:10.1016/j.wombi.2015.10.006
26. Bingham J, Kalu FA, Healy M. The impact on midwives and their practice after caring for women who have a traumatic childbirth: A systematic review. *Birth.* 2023 Dec;50(4):711–34. doi:10.1111/birt.12759
27. Mayra K, Catling C, Musa H, Hunter B, Baird K. Compassion for midwives: The missing element in workplace culture for midwives globally. Ladak LA, editor. *PLOS Glob Public Health.* 2023 Jul 10;3(7):e0002034. doi:10.1371/journal.pgph.0002034



28. Halperin O, Idilbi N, Robes D, Biderman SN, Malka-Zeevi H, Green G. Predicting post-traumatic stress disorder: The complex relationship between burnout, intentions to leave and emotional support among health care professionals. *Nurs Outlook*. 2024 Mar;72(2):102134. doi:10.1016/j.outlook.2024.102134
29. Kendall-Tackett K, Beck CT. Secondary Traumatic Stress and Moral Injury in Maternity Care Providers: A Narrative and Exploratory Review. *Front Glob Womens Health*. 2022 May 4;3:835811. doi:10.3389/fgwh.2022.835811
30. Albendín-García L, Suleiman-Martos N, Cañadas-De La Fuente GA, Ramírez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, De La Fuente-Solana EI. Prevalence, Related Factors, and Levels of Burnout Among Midwives: A Systematic Review. *J Midwifery Womens Health*. 2021 Jan;66(1):24–44. doi:10.1111/jmwh.13186
31. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2024 Apr 10;2024(5). doi:10.1002/14651858.CD004667.pub6
32. Transitioning to midwifery models of care: global position paper [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 Oct. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c7d90142-382d-417b-8b56-7189bd855d82/content>
33. Ball, J. A., & Washbrook, M. Working with Birthrate Plus: How this midwifery workforce planning tool can give you assurance about quality and safety [Internet]. London (UK): Birthrate Plus® Consultancy Limited, Royal College of Midwives; 2024 Jun. Available from: <https://www.rcm.org.uk/wp-content/uploads/2024/06/working-with-birthrate-plus.pdf>
34. Dahan O, Goldberg A. Birthing with others: Exploring the efficacy of one-on-one professional support on physiological birth and flow state. *Birth*. 2025 Dec;52(4):634–40.
35. Bracken A, Reilly C, Feeley A, Sheehan E, Merghani K, Feeley I. Artificial Intelligence (AI) – Powered Documentation Systems in Healthcare: A Systematic Review. *J Med Syst*. 2025 Feb 18;49(1):28. doi:10.1007/s10916-025-02157-4
36. Sutton C, Prowse J, McVey L, Elshehaly M, Neagu D, Montague J, et al. Strategic workforce planning in health and social care – an international perspective: A scoping review. *Health Policy*. 2023 Jun;132:104827. doi:10.1016/j.healthpol.2023.104827



ארגון המיילדות בישראל

ISRAEL MIDWIVES ASSOCIATION



חברות ועדת ניירות עמדה (לפי א-ב):
ד"ר אביגיל קרא פרידמן
אירה לינצקי
אלכסנדרה ברגר פולסקי
אנה דויטש
בר אופק סלגניק
יענה אפשטיין

הנהלת ארגון המיילדות:
טניה שטיינבוך גורליק, יו"ר
ד"ר אביגיל קרא פרידמן, חברת ועד מנהל
יעל אייזנברג, חברת ועד מנהל
יובל יפה מושקוביץ, מנכ"לית

