

# מעקב וליווי היריון בסיכון נמוך ע"י מיילדת

נכתב על-ידי:

יפעת הדר רובננקו  
דר' אביגיל קרא-פרידמאן  
אסנת לוי  
גילה זרביב  
טניה שטיינבוך גורליק  
יובל יפה מושקוביץ  
יעל ויונטה  
לאה מלמד  
עפרית פק  
קרן לויטין  
שירה הלר

אושר ע"י מועצת המיילדות  
29 נובמבר 2022



ארגון המיילדות בישראל  
ISRAEL MIDWIVES ASSOCIATION

## מבוא

ארגון המיילדות בישראל מאמין כי טיפול מקצועי ע"י מיילדת הוא זכות יסוד של כל אישה הרה ויולדת. במדינת ישראל, הוכר בכך שלידה אינה מחלה ושמיילדות רשאיות לטפל ביולדות על פי הפרדיגמה המיילדותית, לכל אורך ההריון ובתקופה שאחריו. הכרה זו, מקורה בהחלטת בית המשפט העליון של מדינת ישראל, שלכל אישה זכות על גופה, כאשר "שליטה זו כוללת בין היתר את זכותה של כל אישה לקבל החלטות מושכלות ועצמאיות בקשר להריון ולידה"<sup>1</sup>.

המודל של מעקב וליווי ההריון הרציף על ידי מיילדת (MCoC) Midwife-led continuity of care, מוגדר כ"ניהול מעקב ההריון על ידי מיילדת אחת (או קבוצת מיילדות) ומבוסס על הגישה ההוליסטית כפי שהיא מנוסחת באתיקה המיילדותית של ארגון המיילדות העולמי"<sup>2</sup> (International Confederation of Midwives; ICM). תפיסת המיילדת את היולדת כיישות פיזיו – פסיכו – סוציו – רוחנית.

תקופת ההריון מתאפיינת בשינויים פיזיים ונפשיים רבים, ומודל זה מאפשר את ייעול השמירה על שלומם ובריאותם של האישה ההרה ועוברה. רצף טיפולי ע"י מיילדת, מאפשר בנוסף למענה להיבטים פיזיים גם מענה להיבטים רגשיים, ומהווה הזדמנות לקידום בריאות ושינוי הרגלי חיים.

## הגדרות

**מיילדת** - מיילדת הינה מי שקיבלה רישיון מטעם משרד הבריאות ופועלת מתוקף פקודת המיילדות<sup>3</sup>. 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.

**הריון בסיכון נמוך (טרום לידתי)** - הריון הינו בחזקת סיכון נמוך, בהיעדר מידע מוקדם לגבי סיכון לבריאות האם והעובר ו/או אם לא חל במשך ההריון שינוי במהלך התקין<sup>4</sup>.

**מעקב וליווי הריון רציף על ידי מיילדת (MCoC)** - מבוסס על המלצות ה- WHO World Health Organization (Organization), ICM<sup>2</sup> וה- UNFPA (United Nation Population Fund)<sup>1,4,6</sup>. המודל, שהינו חלק מהפרדיגמה המיילדותית, מתבסס על קשר הולך ומתהדק בין האישה ההרה למיילדת, בו תדירות המפגשים עולה ככל שההריון מתקדם.



## הצורך בשינוי

לפי הנתונים של ה (OECD) Organisation for Economic Co-operation and Development <sup>7</sup> במדינת ישראל ברפואה הכללית, יחס רופאים/ות למטופלים הינו 3.3 רופאים/ות ל - 1000 מטופלים . בשל כך, בקופות החולים, משך הזמן המוקצב לפגישת רופא/ה הינו 10 דק בלבד. בנוסף, קיים קושי לקבל מענה רפואי באופן שוויוני בעיקר בפריפריה.

במצב זה, לא יתכן מענה הולם לצרכיה הכוללניים של אישה ויולדת.

כיום, המודעות הציבורית ליתרונות הטמונים בליווי הריון ע"י מיילדת מביא לכך, שנשים אשר ידן משגת, פונות לשוק הפרטי, דבר המעצים את הפערים החברתיים במערכת הבריאות<sup>7,8</sup> ובישראל בכלל.

## יתרונות המודל והמלצה לשילוב מעקב וליווי הריון רציף ע"י מיילדת (MCoC)

רצף טיפולי ע"י מיילדת, מאפשר בנוסף למענה להיבטים הפיזיים גם מענה להיבטים רגשיים נפשיים, כמו: תחושת Well-Being (רווחה נפשית), אוטונומיה, וחיזוק האמונה ביכולתה של האישה ללדת<sup>9,10</sup>.

הוכח מחקרית כי היכרות מוקדמת של היולדת עם המיילדת, והתפתחות יחסי אמן בינהן תורמת לשיפור תחושת המסוגלות של נשים ללדת <sup>11</sup>.

על פי הספרות, התוצאים הבולטים ביותר של מודל MCoC הינם: שיפור ביחס בין עלות לתועלת של השירות הניתן <sup>12,13</sup>, שיפור בשיעורי הנקה <sup>13,14</sup>, ירידה בשיעור לידות מוקדמות<sup>15,16</sup>, ירידת בשיעור אובדני הריון <sup>17</sup>, ירידה בשיעור הניתוחים הקיסריים<sup>6,14,15,16</sup> ירידה בהתערבויות רפואיות לסוגן במהלך הלידה (שימוש במשככי כאב, ביצוע אפיזוטומיה, לידות מכשירניות) <sup>9,12,14,15,18</sup> ושיעורי שביעות רצון גבוהים<sup>9,12,13,14,19,20</sup>.

מודל ה MCoC בהריון בסיכון נמוך, יאפשר למיילדות לטפל במצבים פיזיולוגים בהריון ולרופאים/ות במצבים הפתולוגיים<sup>6</sup>.

ובכך, תתאפשר זמינות גבוהה יותר לרופא/ה לנשים בהריון בסיכון גבוה ולנשים שאינן בהריון<sup>20</sup>, וינתן מענה רפואי באופן שוויוני בעיקר בפריפריה.

הקשר הרציף בין היולדת למיילדת, מספק מענה מיטבי לצרכים המשתנים לאורך ההריון, ומעודד שיתופי פעולה בין אנשי מקצוע בעלי התמחות ספציפית, בהתאם לצורך.

בנוסף, מודל ה MCoC טומן בחובו יתרונות גם למיילדות, בזכות שיפור שביעות הרצון, מניעת שחיקה, ואפשרות לגמישות בחיי העבודה של המיילדות<sup>23</sup>.



### אחריות וסמכות המיילדת במעקב וליווי רציף בהריון

על פי ה WHO וה ICM למיילדת הסמכות לבצע מעקב הריון מלא, באוטונומיה מלאה לנשים בהריון בסיכון נמוך תוך שיתוף פעולה רב מקצועי ע"פ צרכי האישה<sup>1,4,20</sup>.

תפקידה של המיילדת הוא לרכז ולנהל את מעקב ההיריון באישה בהריון בסיכון נמוך, תוך ביצוע הפעולות הבאות:

- קבלת האישה וביצוע אנמנזה מקיפה
- זיהוי הריון בסיכון נמוך
- ניטור אחר מצבה הפיזי, הפסיכולוגי, הרגשי והמשפחתי במהלך תקופת ההיריון
- בדיקה גופנית/קלינית של האישה בהתאם לשלבי ההיריון
- הפניה לבדיקות סקר ואבחון (מעבדה, אולטרה סאונד, גנטיקה, מי שפיר)
- התייחסות לתוצאות הבדיקות המבוצעות לאורך ההיריון
- הפניה ליועצים ע"פ הצורך
- זיהוי התפתחות הריון בסיכון גבוה והפניה לגורם המתאים
- מתן ליווי רגשי לאורך ההיריון
- הדרכת האישה לאורך ההיריון ע"פ שלבי ההיריון השונים
- הדרכת האישה לחשיבות ביצוע בדיקות לאורך ההיריון ומשמעותן והחלופות האפשריות
- בניית תכנית ליווי ומעקב הריון מותאמת לפי צרכי האישה ושבוע ההיריון
- תקשורת עם רופא/ת נשים ליעוץ או הפניה במקרה הצורך
- הכנה מתאימה ללידה
- הכנה להנקה וראשית ההורות
- ליווי ומעקב בתקופת משכב הלידה

מעקב וליווי הריון יתבצע ע"פ כל הנהלים הרלוונטיים למעקב הריון, המתעדכנים מעת לעת ובהתאם לטכנולוגיה המשתנה והמתפתחת.

במדינות אשר בהן מתקיים כבר בהצלחה מודל MCoC, ישנן הנחיות מדויקות למצבים בהם נדרשת התייעצות או הפנית המטופלת לגורם מקצועי אחר, זאת במטרה לקדם איכות ובטיחות הטיפול וניהול סיכונים<sup>21</sup>. תקשורת, אמון וכבוד הדדי הם הבסיס לניהול סיכונים מיטבי ועבודה במנגנון סינרגי ומפרה<sup>22</sup>.



## לסיכום

אנו מאמינות שמודל זה ישפר את ההיענות ואיכות הטיפול באישה ההרה.

לארגון המיילדות בישראל שלושה תפקידים עיקריים ליישום מודל MCoC: קידום, תמיכה והשפעה. הארגון מחויב לקדם שירותי בריאות הנוגעים לבריאות האישה טרום ההיריון, בהריון, בלידה ואחרי הלידה תוך יישום מודלים מבוססי ראיות של טיפול ועשייה קלינית באיכות גבוהה. כל זאת תוך שמירה על נהלי עבודה וניהול סיכונים ועמידה בקנה אחד עם תקנות העבודה וחוקי המדינה.

הארגון מחויב לתמוך במיילדות ישראל בחינוך, מחקר ועשייה לקראת יישום המודל. ארגון המיילדות בישראל ישתף פעולה עם משרד הבריאות, מינהל הסיעוד, קופות החולים, בתי החולים ואיגוד הגינקולוגים, במטרה לקדם את מודל ה MCoC בישראל, בהתאם להמלצות ה WHO ו ICM<sup>1,2,5,6</sup>.

ארגון המיילדות מחויב להמשך סיוע בהשפעה, יישום וקידום מודל ה MCoC והצלחתו, כך שיובטח כי לכל אישה הרה ויולדת תשמר הזכות לבחור בדרך הטיפול המועדפת עבורה.

**וכל זאת למען הנשים, התינוקות והחברה בישראל.**



## ביבליוגרפיה

1. דנג"צ 5120/18 נשים קוראות ללדת - למען חופש בחירה בלידה ואח' נ' מדינת ישראל ואח'. דף 20.  
<https://supremedecisions.court.gov.il/Home/Download?path=HebrewVerdicts%5C18%5C200%5C051%5Ca27&fileName=18051200.A27&type=4>
2. International Confederation of Midwives. (2014). Appropriate Maternity Services for Normal Pregnancy, Childbirth and the Postnatal Period.  
<https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/the-midwife-is-the-first-choice-eng.pdf>
3. משרד הבריאות (1929). פקודת המיילדות.  
[https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Poriut\\_02.pdf](https://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Poriut_02.pdf)
4. Chalmers B., Mangiaterra V., Porter R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. 28(3):202-7. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x. PMID: 11552969.
5. משרד הבריאות. (2011). חוזר המנהל הכללי 15/11 מעקב קדם לידתי אחר הריון בר-סיכון - קביעת תחומי אחריות של קופות החולים  
[www.health.gov.il/hozer/mk15\\_2011.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/mk15_2011.pdf)
6. United Nation Population Fund. (2021). The state of the World's Midwifery 2021  
<https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022), Doctors (indicator). doi: 10.1787/4355e1ec-en (Accessed on 28 November 2022)
8. OECD-מערכת הבריאות בראי דוח ה. (2013). הסתדרות הרפואית בישראל  
<https://www.ima.org.il/MainSiteNew/EditClinicalInstruction.aspx?ClinicalInstructionId=78>
9. Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M., & Gates, S. (2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. Journal of midwifery & women's health, 55 (3), 255-261.



10. Buchanan, K., Newnham, E., Ireson, D., Davison, C., & Bayes, S. (2022). Does midwifery-led care demonstrate care ethics: A template analysis. *Nursing Ethics*, 29(1), 245–257. <https://doi.org/10.1177/09697330211008638>
11. M. Renfrew, A. McFadden, M. Bastos, J. Campbell, A. Channon, N. Cheung, et al., Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care, *Lancet* 384 (9948) (2014) 1129-1145 .
12. Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016), Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
13. Shahid, S., Jan, R., Qureshi, R. N., & Rattani, S. (2014). A review related to midwifery led model of care. *Journal of General Practice*, 2(5), 1.
14. Kearney, L., Kynn, M., Craswell, A. et al. The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17, 39 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1216-1>
15. Martin-Arribas, A., Escuriet, R., Borràs-Santos, A., Vila-Candel, R., González-Blázquez, C. A comparison between midwifery and obstetric care at birth in Spain: A cross-sectional study of perinatal outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2022 Feb;126:104129. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104129
16. Hanahoe, M. (2020) Midwifery-led care can lower caesarean section rates according to the Robson ten group classification system. *Eur J Midwifery*. Mar 31;4:7. doi: 10.18332/ejm/119164
17. National Health Service. (2021) Delivering Midwifery Continuity of Carer at full scale Guidance on planning, implementation and monitoring 2021/22. Version 1. [https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961\\_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf](https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf)
18. Loewenberg-Weisband, Y., Klebanoff, M., Gallo, M.F., Shoben, A., Norris, A.H. (2018). Birth Outcomes of Women Using a Midwife versus Women Using a Physician for Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health*. 63(4):399-409. doi: 10.1111/jmwh.12750.



19. Edmonds, J. K., Ivanof, J., & Kafulafula, U. (2020). Midwife Led Units: Transforming Maternity Care Globally. *Annals of global health*, 86(1), 44.  
<https://doi.org/10.5334/aogh.2794>
20. Nove, A., Friberg, I.K., De Bernis, L., Mcconville, F., Moran, A.C., Najjemba, M., Ten Hoop-Bender, P., Tracy, S., Homer, C.S.E. (2021). Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. *The Lancet Global Health* 9, e24–e32..  
[doi:10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)
21. International Confederation of Midwives. (2014). Core Document Philosophy and Model of Midwifery Care. <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/philosophy-and-model-of-midwifery-care.html>
22. Monk, A., M. Tracy, M. Foureur, C. Grigg, and S. Tracy. (2014). "Evaluating Midwifery Units (Emu): A Prospective Cohort Study of Freestanding Midwifery Units in New South Wales, Australia." *BMJ Open* 4, no. 10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006252>. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e006252.abstract>.
23. Fenwick, J., Sidebotham, M., Gamble, J., & Creedy, D.K. (2018). The emotional and professional wellbeing of Australian midwives: A comparison between those providing continuity of midwifery care and those not providing continuity. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 31 1, 38-43 .

