



**מסמך רקע בנושא:**  
**דיכאון בקרב נשים**

**מוגש לוועדה לקידום מעמד האשה**

**כתיבה: רוני בר-נתן, עובדת מחקר ומידע**

אישור: הודיה קין, ראש צוות

עריכה לשונית: מערכת "דברי הכנסת"

ג' בחשוון תשס"ה

18 באוקטובר 2004

## מבוא

מסמך זה נכתב לקראת דיון בוועדה לקידום מעמד האשה בנושא דיכאון בקרב נשים ודיכאון לאחר לידה. המסמך סוקר את התופעה, את הגורמים לה ואת דרכי האבחון והטיפול בה.

הממצאים מלמדים כי תופעת הדיכאון נפוצה בקרב נשים בשיעור כפול משיעורה בקרב גברים. כמו כן, 10%-20% מהנשים סובלות מדיכאון לאחר לידה. עוד עולה כי רוב הסובלים מדיכאון אינם מאובחנים בידי גורמים מקצועיים ואינם מקבלים טיפול מתאים, הן בשל קשיי אבחון הן בשל העדר מסגרות טיפול מתאימות לטיפול פסיכולוגי ופסיכיאטרי בקופות-החולים, כפי שיפורט להלן. לדיכאון עלולות להיות השפעות קשות הן על הסובלות ממנו הן על בני משפחתן. כל אלה מעוררים את הצורך בהגברת המודעות לבעיה, בהרחבת היקף המחקר ובמציאת דרכי טיפול הולמות לסובלות מדיכאון.

### 1. דיכאון – רקע

#### 1.1. הגדרה

הדיכאון הוא הפרעה נפשית המתאפיינת בירידה ניכרת במצב הרוח, בפעילות, בהתעניינות בנעשה בסביבה, ביכולת ליהנות ובאנרגיה, הדורשת התערבות מקצועית. במצבי דיכאון, יש סיכון גבוה לפגיעה עצמית או להתאבדות. הירידה במצב הרוח מביאה עמה סבל וירידה ברמת התפקוד מכמה בחינות:<sup>1</sup>

1. מבחינה רגשית – עצבות, ייאוש, חוסר תקווה, איבוד עניין והנאה, ביקורת עצמית ושנאה עצמית, חרדה, אי-שקט ומתיחות.
2. מבחינה קוגניטיבית – קצב חשיבה אטי, קשיי ריכוז וקשב, ירידה בזיכרון וקושי לעבד מידע ולקבל החלטות.
3. מבחינה תפקודית – האדם נראה מדוכא והופעתו מוזנחת. לעתים הסובל מדיכאון נמנע לעשות פעולות שגרתיות וקלות כגון אכילה ושמירה על ניקיון.
4. מבחינה פיזיולוגית – האטה המתבטאת בכבדות בגוף ובחוסר מרץ, כאבי ראש וכאבים בבטן ובחזה. הדיכאון מתאפיין גם בהפרעות שינה ובירידה ניכרת בתיאבון עד כדי אובדן משקל.

#### 1.2. אבחון

השיטה המקובלת כיום לאבחון הפרעות נפשיות, ובהן דיכאון, מבוססת על ספר האבחנות של ארגון הפסיכיאטרים האמריקני, ה-DSM IV. אדם מאובחן כחולה בדיכאון כאשר חלים עליו לפחות חמישה מהסימפטומים שלהלן במשך שבועיים או יותר:

1. מצב רוח ירוד, עצבות ובכי;
2. אבדן עניין או הנאה מדברים שמהם האדם נהנה על-פי רוב;
3. תיאבון מופחת, ירידה במשקל;

<sup>1</sup> אתר משרד הבריאות, [www.health.gov.il/units/mental/down.htm](http://www.health.gov.il/units/mental/down.htm), תאריך כניסה: 17 באוגוסט 2004.

4. הפרעות שינה או שינת יתר ;
5. אי-שקט מוטורי או פסיביות וכבדות מוטורית ;
6. עייפות ואובדן אנרגיה ;
7. תחושת חוסר ערך או אשמה ;
8. פגיעה בריכוז וקושי לקבל החלטות ;
9. מחשבות על מוות או על התאבדות.

### 1.3. גורמים<sup>2</sup>

למרות הקושי לבודד גורם מכריע, אפשר לציין כמה מצבים שכל אחד מהם או צירופם מגביר את האפשרות להופעת המחלה. הגורמים לדיכאון מתחלקים לשלוש קטגוריות עיקריות:

1. גורמים חברתיים, כגון אבטלה, רקע סוציו-אקונומי נמוך, אירוע קשה בעבר הקרוב כגון אבל וגירושין, חוסר תקשורת עם בן הזוג, נכות או מחלה קשה ;
2. גורמים פסיכולוגיים, כגון התנסות בדחייה בגיל הילדות, הצבת רף גבוה של דרישות וחרדה כרונית ;
3. גורמים גופניים, כגון חולי, שתייה מופרזת של אלכוהול, לידה, נטייה גנטית לדיכאון ותזונה לקויה.

### 2. דיכאון בקרב נשים

ממחקרים שנערכו במהלך שלושים השנים האחרונות בארצות-הברית ובמדינות נוספות עולה כי **נשים סובלות מדיכאון בשיעור כפול מזה של גברים**.<sup>3</sup>

בישראל, בשנת 2000 נמצא כי 39% מהנשים סובלות מרמה גבוהה של מצב רוח דיכאוני. שיעור גבוה של נשים בעלות מצב רוח דיכאוני נמצא באוכלוסיות האלה: בנות 65 ומעלה, בעלות השכלה נמוכה מ-12 שנות לימוד, בעלות הכנסה נמוכה, דוברות רוסית וערבית, נשים המעריכות שמצב בריאותן בינוני ומטה, נשים הסובלות מבעיה רפואית אחת לפחות ונשים הלוקות במחלה כרונית. נוסף על כך נמצא קשר בין מצבה התעסוקתי של האישה ומצב רוח דיכאוני: שיעור גבוה של מצב רוח דיכאוני נמצא בקרב נשים שאינן עובדות בגלל נכות ושעובדות במקצועות הצווארון הכחול, נשים המדווחות על חוסר שליטה בעבודה ונשים שאינן שבעות רצון מהשילוב בין עבודה לחיי משפחה.

<sup>2</sup> שרהלי גלזר, פסיכולוגית התפתחותית וחוקרת בכירה, מכון "גרטנר" לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, משרד הבריאות, מתוך פרוטוקול ישיבת ועדת המשנה לבריאות האשה, לחינוך ולספורט, 27 במאי 2002.

<sup>3</sup> Frances M. Culberston, "Depression and Gender, An International Review", *American Psychologist*, vol.52, no. 1. 25-31

## 2.1. גורמים<sup>4</sup>

במחקרים שעסקו בדיכאון בקרב נשים הוצגו כמה גורמים העשויים להסביר את התופעה:

**גורמים ביולוגיים** – מחקרים הראו כי הגורמים הביולוגיים משמעותיים בהתעוררות המחלה:

גורמים גנטיים – אמנם מחקרים לא הצליחו לזהות את הגן האחראי לדיכאון, אך נמצא כי יש קשר בין גורמים גנטיים לדיכאון, בעיקר בקרב נשים.

הורמונים – כמה מחקרים בחנו את השפעת ההורמונים על דיכאון, מתוך הנחה שגורמים ביולוגיים ייחודיים של נשים עשויים להסביר את שיעור הדיכאון הגבוה בקרבן. ממחקרים אלו עלה כי בתקופות שבהן חלים שינויים הורמונליים, כגון גיל ההתבגרות, לפני המחזור החודשי ובמהלכו וכן במהלך היריון, גוברת הנטייה לדיכאון. הגורמים ההורמונליים לא רק משפיעים על הדיכאון אלא גם מושפעים ממנו.

### גורמים פסיכולוגיים וחברתיים

לחץ וטראומה – מחקרים הראו כי 80% ממקרי הדיכאון נגרמו בעקבות התרחשויות טראומטיות, כגון התעללות ואלימות פיזית ונפשית. עוד עלה כי לנשים יש נטייה רבה יותר ללקות בדיכאון עקב מצבי לחץ. כמו כן, נשים נוטות לשקוע במחשבות על הלחץ והמצוקה הנפשיים שבהם הן נתונות.

יחסים בין-אישיים – מחקרים הראו כי יחסים בין בני-זוג משפיעים על ביטחון העצמי של נשים יותר משהם משפיעים על גברים. כמו כן, נשים נוטות לחוות דיכאון בתגובה למשברים המתרחשים בחייהם של אחרים.

## 2.2. קשיים באבחון

בסקר הארצי שצוין לעיל עלה כי 81% מהנשים שסובלות מרמה גבוהה של מצב רוח דיכאוני לא אובחנו בידי רופא כסובלות מדיכאון ולא קיבלו טיפול.<sup>5</sup>

הסיבות לכך שדיכאון אינו מאובחן ואינו מטופל הן בין היתר:<sup>6</sup>

1. העדר דיווח מצד החולה: אנשים רבים מתקשים לזהות את רגשותיהם, וחולים רבים נוטים לדווח על סימפטומים גופניים כאשר הבעיה היא נפשית. חולים אחרים חוששים שזיהוי של מרכיב נפשי בתלונותיהם יגרום לכך שתלונותיהם יתקבלו בזלזול, ולכן הם מסתירים את המרכיב הנפשי.

2. החשש שמעוררת הפסיכיאטרייה: רבים סבורים שהפסיכיאטרייה עוסקת במחלות נפש קשות בלבד, והתרופות הניתנות במסגרתה הן בעלות תופעות לוואי קשות. חשש נוסף הוא שמפגש עם פסיכיאטר יטיל כתם על האדם או ייחשב לעדות לפגם תמור בו.

<sup>4</sup> Carolyn m. Mazure et al., Summit on Women and Depression, Washington: American Psychological Association, 2000

<sup>5</sup> רויטל גרוס ושולי ברמלי-גרינברג, בריאות ורווחה של נשים בישראל: ממצאי סקר ארצי, גוינט – מכון ברוקדייל, נובמבר 2000.

<sup>6</sup> אתר המרכז הרפואי רמב"ם, <http://rambam.doctors.co.il/article/?id=fbea833d1fcf517cea7896583e28708e>, תאריך כניסה: 1 בספטמבר 2004.

3. ריחוקה של הפסיכיאטרייה מלב הרפואה: הפסיכיאטרייה נתפסת כתחום נפרד מהרפואה הרגילה, אפילו בקרב רופאים.

4. ההכשרה הרפואית: החשיפה של סטודנטים לתחום הפסיכיאטרייה קצרה למדי. סטודנט לרפואה עובד במהלך לימודיו חמישה שבועות בלבד במחלקה פסיכיאטרית, ואינו עובד במרפאות הפסיכיאטריות, ולכן נחשף בעיקר למחלות נפש קשות. הוא אינו לומד באופן מספק לזהות את מצבי הדיכאון והחרדה.

5. החשיבה הרפואית: אבחון מחלה על-ידי שימוש באמצעים אובייקטיביים כמו בדיקות מעבדה קל יותר מאבחון פסיכיאטרי, שהוא סובייקטיבי מטבעו.

### 2.3. דרכי הטיפול

יש שני סוגי טיפול עיקריים בדיכאון: טיפול נפשי-סוציאלי (טיפול פרטני, זוגי, משפחתי וכו') וטיפול תרופתי.<sup>7</sup> יש לציין כי בעשור האחרון פותחו תרופות יעילות נגד דיכאון שתופעות הלוואי שלהן מעטות יחסית.<sup>8</sup>

רוב התרופות המיועדות לטיפול בדיכאון נכללות בסל הבריאות.

הטיפול הפסיכולוגי ניתן רק לחלק מן הזקוקים לו, שכן החוק מטיל אחריות כפולה למתן שירותים פסיכיאטריים – על משרד הבריאות ועל קופות-החולים;<sup>9</sup> מצב זה יוצר אי-בהירות בכל הקשור באחריות למימון שירותים אלו, וזו פוגעת באספקתם בידי קופות-החולים. בשנת 2002 הגיעה המחלוקת שנתגלעה בין משרד הבריאות לבין "שירותי בריאות כללית" בסוגיית מימון השירותים האמבולטוריים (שירותים רפואיים שאינם שירותי אשפוז) אל בית-המשפט המחוזי בתל-אביב-יפו. השופטת גדות קבעה כי על קופת-החולים לשאת בעלויות שירותי הבריאות הפסיכיאטריים הניתנים במרפאות של מרכזי טיפול שאינם בתי-חולים, וכי כל שאר הטיפולים האמבולטוריים שאינם במסגרת ביקורים במרפאות חלים על המדינה.<sup>10</sup> פסק-הדין אושר בבית-המשפט העליון.<sup>11</sup> לדברי ד"ר קרני רובין, למרות הכרעת בית-המשפט לא כל קופות-החולים מספקות למבוטחיהן שירותים של בריאות הנפש.<sup>12</sup>

לדברי ד"ר אלכסנדר גרינשפון, ראש שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות,<sup>13</sup> במסגרת פעילות המשרד מול קופות החולים, שמים דגש על קידום לימודים לרופאי המשפחה בנושא. עם זאת, הדבר מתעכב בהעדר העברת אחריות ביטוחית בלעדית לקופות החולים על טיפול פסיכיאטרי נפשי, כאמור.

להלן הטיפולים שקופות-החולים נותנות למבוטחיהן הלוקות בדיכאון:

<sup>7</sup> ד"ר אלכסנדר גרינשפון, ראש שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, מכתב, 25 באוגוסט 2004.

<sup>8</sup> ד"ר יחיאל שרשבסקי, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 26 באוגוסט 2004.

<sup>9</sup> עו"ד נתן סמוך, הלשכה המשפטית במשרד הבריאות, שיחת טלפון, 6 באוקטובר 2002. מתוך: מרכז מחקר ומידע של הכנסת, בחינת הכפילות בשירותי רפואה מונעת, אשפוז, סיעוד ובריאות הנפש, כתיבה: מיכל טביביאן, 9 באוקטובר 2002.

<sup>10</sup> ה"פ (תי"א) 225/01 שירותי בריאות כללית נ' שר הבריאות, פסק-הדין התקבל ב- 14 באפריל 2002.

<sup>11</sup> ע"א 9165/02, 10164/02 שירותי בריאות נ' שר הבריאות, החלטה מ-26 בנובמבר 2003. מתוך: מרכז מחקר ומידע של הכנסת, הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, כתיבה: ברוך לוי, 26 ביולי 2004.

<sup>12</sup> ד"ר קרני רובין, נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 באוקטובר 2004.

<sup>13</sup> ד"ר אלכסנדר גרינשפון, ראש שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, מכתב, 19 באוקטובר 2004.

**קופת-חולים "מאוחדת"** – לדברי ד"ר חיים מרגלית, ראש מנהלת בריאות הנפש ועבודה סוציאלית,<sup>14</sup> קופת-חולים "מאוחדת" מציעה למבוטחיה שירותי רפואה של רופאים פסיכיאטרים מומחים הקשורים עמה בהסכם. אגרת הביקור זהה לזו של ביקור אצל רופא מקצועי – 18 ש"ח לרבעון. מבוטחות בביטוח המשלים זכאיות לייעוץ ולטיפול פסיכולוגי עד היקף של 36 טיפולים.<sup>15</sup>

לדברי ד"ר מרגלית, נשים שאינן מבוטחות בביטוח המשלים אינן זכאיות לקבל טיפול פסיכולוגי מקופת-החולים, אלא רק טיפול פסיכיאטרי.<sup>16</sup>

**"שירותי בריאות כללית"** – לדברי פרופ' חנן מוניץ, יועץ רפואי לפסיכיאטרייה ב"שירותי בריאות כללית", מבוטחות הכללית הזקוקות לטיפול בדיכאון יכולות לפנות לשלוש המסגרות האלה:

1. רופאי משפחה.

2. מרפאות לבריאות הנפש בלי השתתפות כספית של המבוטחת.

3. טיפולים פרטיים בתעריפים מוזלים למבוטחות בביטוח המשלים.

נוסף על כך קופת-החולים פועלת להטמיע שתי תוכניות: תוכנית העשרה בנושא בריאות הנפש לצוותי המרפאות לבריאות המשפחה, ותוכנית לאיתור נשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה ולטיפול בהן.<sup>17</sup>

**קופת-חולים "לאומית"** – לדברי מר אשר זיו, מנהל המחלקה למקצועות הבריאות ובריאות הנפש, טיפולים בתחום בריאות הנפש אינם חלק מסל הבריאות. מבוטחות קופת-חולים "לאומית" הזקוקות לטיפול פסיכולוגי יכולות לקבל סל טיפול הכולל 24 מפגשים דרך הביטוח המשלים בלבד.<sup>18</sup> לדברי מר אשר זיו, נשים שאינן מבוטחות במסגרת הביטוח המשלים אינן זכאיות לקבל טיפול מקופת-החולים.<sup>19</sup>

**"מכבי" שירותי בריאות** – לדברי גב' שרי מוזס, מנהלת מחלקת בריאות הנפש והתפתחות הילד, הטיפולים אותם מעניקה הקופה כוללים טיפול פסיכיאטרי ופסיכותרפיה במסגרת הסל הבסיסי. טיפולים אלה ניתנים על-ידי נותני שירות עצמאיים הקשורים עם מכבי, המפורסמים במדריך השירותים והפניה אליהם ישירה. הטיפול הפסיכיאטרי הינו בתשלום הקופה, למעט השתתפות עצמית לפגישת הערכה ראשונית (ע"ס 46 ש"ח) והיטל רבעוני כמקובל. הפסיכותרפיה ניתנת על-ידי פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים פסיכותרפיסטים.<sup>20</sup> יצויין, כי במידת הצורך מתקיים שילוב של טיפול פסיכותרפי ומעקב תרופתי פסיכיאטרי.

<sup>14</sup> ד"ר חיים מרגלית, ראש מנהלת בריאות הנפש ועבודה סוציאלית, קופת-חולים "מאוחדת", מכתב, 14 באוקטובר 2004.

<sup>15</sup> סכום השתתפות העצמית בגין 12 הטיפולים הראשונים הוא 100 ש"ח לפגישה, עבור עוד 12 טיפולים 120 ש"ח לפגישה ועבור 12 טיפולים נוספים 140 ש"ח לפגישה. אם נדרשים טיפולים נוספים, מחיר פגישה בשנה הראשונה הוא 196 ש"ח ובשנה השנייה 250 ש"ח. ד"ר חיים מרגלית, ראש מנהלת בריאות הנפש ועבודה סוציאלית, קופת-חולים "מאוחדת", שיחת טלפון, 17 באוקטובר 2004.

<sup>16</sup> ש.ס.

<sup>17</sup> פרופ' חנן מוניץ, יועץ רפואי לפסיכיאטרייה, "שירותי בריאות כללית", מכתב, 18 באוקטובר 2004.

<sup>18</sup> ההשתתפות העצמית שמבוטחת נדרשת לשלם היא 100 ש"ח לפגישה למחזיקת "לאומית זהב", ו-170 ש"ח לפגישה למחזיקת "לאומית כסף". מר אשר זיו, מנהל המחלקה למקצועות הבריאות ובריאות הנפש, קופת-חולים "לאומית", מכתב, 13 באוקטובר 2004.

<sup>19</sup> מר אשר זיו, מנהל המחלקה למקצועות הבריאות ובריאות הנפש, קופת-חולים "לאומית", שיחת טלפון, 17 באוקטובר 2004.

<sup>20</sup> ההשתתפות העצמית לפסיכותרפיה הינה: פגישה ראשונה – 46 ש"ח, פגישות 2-15 – 93 ש"ח, פגישות 16-30 – 139 ש"ח. גב' שרי מוזס, מנהלת מחלקת בריאות הנפש והתפתחות הילד. "מכבי" שירותי בריאות, מכתב, 18 באוקטובר 2004.

### 3. דיכאון לאחר לידה<sup>21</sup>

כיום מוכרות שלוש תופעות נפשיות הקשורות בלידה: דכדוך, פסיכוזה לאחר לידה ודיכאון לאחר לידה. **הדכדוך** הוא תופעה שכיחה ומופיע אצל רבות מהילדות. הוא מתאפיין בתנודות במצב הרוח, בבכי, בתחושת עצב ובאי-שקט. על-פי רוב תופעה זו חולפת מעצמה, ואין צורך בטיפול תרופתי או פסיכולוגי. **פסיכוזה לאחר לידה** היא מחלה נדירה,<sup>22</sup> והיא מתאפיינת בשינויים קשים במצב הרוח ובירידה בתפקוד המנטלי הכללי. נוסף על חוסר תפקוד, יש סכנה ניכרת של פגיעה בבני המשפחה ובתינוק.

אצל 10%-20% מהנשים לוקות ב**דיכאון לאחר לידה**. הוא מתעורר במהלך 6-12 השבועות הראשונים שלאחר הלידה. דיכאון לאחר הלידה מתבטא במצב רוח ירוד, באובדן עניין בפעילות למשך שבועיים לפחות ובסימנים נלווים, ובהם שינויים בתיאבון או במשקל, שינויים בהרגלי השינה, אנרגיה פחותה, הרגשת חוסר תועלת או אשם, קושי לחשוב, להתרכז או להחליט וכן מחשבות חוזרות על מוות. התסמינים נמשכים בין 3 ל-14 חודשים. לרוב אין צורך באשפוז, אך התופעה עלולה להיות חמורה, ממושכת ומגבילה.

#### 3.1. גורמים<sup>23</sup>

כמו בדיכאון בקרב נשים בכלל, גם הגורמים לדיכאון לאחר לידה הם ביולוגיים (פעמים רבות עקב שינויים הורמונליים), פסיכולוגיים וחברתיים. דיכאון לאחר לידה בעבר, מקרי דיכאון במשפחה, דיכאון בתקופת ההיריון, לידה קשה וטראומטית וקשיים בין בני הזוג עשויים אף הם להוביל לדיכאון לאחר לידה.

#### 3.2. השלכות

דיכאון לאחר הלידה משפיע על היולדת, על התינוק ועל בני המשפחה. לדברי הגב' שרהלי גלזר,<sup>24</sup> לדיכאון יש השפעה שלילית על התפתחותו השכלית והרגשית של התינוק, בייחוד אם אין מי שימלא את התפקיד הרגשי של האם בזמן שהיא אינה מתפקדת. ד"ר מיקי בלוך<sup>25</sup> מציין כי לשנת החיים הראשונה של התינוק יש השפעה מכרעת על הקשר שבין האם לתינוק, שכן במהלך שנה זו נוצרים יחסי האמון ביניהם. יחסי האמון של התינוק עם האם ותחושת הביטחון שהיא מספקת לו הם הבסיס לתקשורת העתידית שלו עם העולם. לפיכך, אם שאינה מתפקדת אינה יכולה לספק לתינוקה צרכים אלו, והפגיעה בו עשויה להיות ארוכת טווח.<sup>26</sup>

<sup>21</sup> תמר פרי, זהר ניצן, בוריס קפלן וציון בן רפאל, "דיכאון לאחר לידה", **הרפואה**, כרך 136 חוברת ב', ינואר 1999.  
<sup>22</sup> 0.1%-0.2% מהיולדות סובלות ממנה.

<sup>23</sup> המרכז הרפואי רמב"ם, <http://rambam.doctors.co.il/article/?id=9a90e5dbcfb95291054b153cc9a7cc13>, תאריך כניסה: 11 באוקטובר 2004.

<sup>24</sup> שרהלי גלזר, פסיכולוגית התפתחותית וחוקרת בכירה, מכון "גרטנר" לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, משרד הבריאות, מתוך פרוטוקול ישיבת ועדת המשנה לבריאות האשה, לחינוך ולספורט, 27 במאי 2002.

<sup>25</sup> ד"ר מיקי בלוך, מנהל מרפאת מבוגרים ומנהל היחידה לטיפול בבעיות נפשיות באם ובתינוק, בית-החולים "איכילוב", שיחת טלפון, 30 באוגוסט 2004.

<sup>26</sup> מחקרים הראו כי תינוקות של אימהות שהתאוששו בתוך פחות משישה חודשים לאחר הלידה התאוששו אף הם, להבדיל מתינוקות של אימהות מדוכאות שנותרו חולות שישה חודשים ומעלה לאחר הלידה, שפיתחו סגנון התנהגות מדוכא. בגיל שנה היו ילדים אלו מפותחים פחות מבני גילם מבחינה נפשית, מוטורית ורגשית, ואף היו קטנים מן הממוצע על-פי עקומת הגדילה. ואומנם, אימהות הלוקות בדיכאון לאחר לידה דיווחו יותר מאחרות על הפרעות בהאכלת תינוקן, על בכי ועל קשיים בשינה. מתוך: תמר פרי, זהר ניצן, בוריס קפלן וציון בן רפאל, "דיכאון לאחר לידה", **הרפואה**, כרך 136 חוברת ב', ינואר 1999.

נוסף על ההשפעות השליליות על התפתחותו השכלית והרגשית של התינוק, דיכאון לאחר הלידה עשוי להשפיע על שאר ילדי המשפחה, על הקשר בין בני הזוג ועל תפקוד המשפחה כולה.<sup>27</sup>

### 3.3. אבחון<sup>28</sup>

האבחון הפסיכיאטרי הרגיל אינו מתאים לאבחון נשים הסובלות מדיכאון לאחר הלידה, שכן במבחנים הרגילים נכללות שאלות על סימפטומים שיכולים להיות נחלתה של כל יולדת, כגון שינויים בהרגלי השינה והאכילה. הדרך המקובלת כיום לאבחון נשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה היא מילוי שאלון של עשר שאלות הנקרא (EPDS) **Edinburgh Postnatal Depression Scale**. שימוש בשאלון בזמן ההיריון מסייע לאבחון נשים שעשויות ללקות בדיכאון לאחר לידה, לטפל בו ולהקל את חומרתו.<sup>29</sup>

**עם זאת, למרות שכיחות התופעה, מקרים רבים של דיכאון לאחר לידה אינם מאובחנים.** מן הסיבות לכך:<sup>30</sup>

1. הדיכאון עשוי להופיע לא מיד לאחר הלידה אלא כמה שבועות ואף כמה חודשים לאחריה. בדרך כלל בזמן זה האישה אינה זקוקה למעקב גינקולוגי או למעקב אצל רופא המשפחה. כמו כן, הסימפטומים לדיכאון לאחר הלידה מגוונים מאוד, ולעתים קרובות אינם מובהקים, לכן התסמונת עלולה להיות שונה מאוד ממקרה למקרה. יש לזכור שהתקופה הראשונה לאחר הלידה כרוכה בהסתגלות למצב מורכב וחדש, ויש נטייה לראות בתלונות כמו עייפות יתר, קושי בתפקוד היומיומי, עצבנות, סף גירוי נמוך וחוסר תיאבון תופעות נורמליות הנובעות מחוסר שינה. נוסף על כך, קשה להבחין בין תופעה נורמלית לתופעה המצריכה טיפול מקצועי, ביחוד למי שאינו איש מקצוע.

2. לעתים קרובות האם מתביישת בדיכאון, בעיקר כאשר הוא מלווה בתחושת ניכור ודחייה כלפי התינוק. הבושה עלולה למנוע מן האם לשתף את הקרובים לה ולפנות לעזרה.

### אבחון מוקדם של גורמי סיכון

אבחון מוקדם של גורמי סיכון במהלך ההיריון יכול לסייע בטיפול בדיכאון לאחר הלידה.<sup>31</sup> מממצאי מחקר שנערך בישראל<sup>32</sup> בקרב 288 נשים בתקופה שלאחר הלידה עולה שאפשר לאתר נשים בסיכון מוגבר. ממחקר שערך ד"ר מיקי בלוך עלה כי נשים שסבלו מדיכאון, רגישות הורמונלית, תסמונת קדם-וסתית, תגובה נפשית קשה לגלולות למניעת היריון וסימפטומים נפשיים של דיכאון וחרדה בשליש האחרון של ההיריון – סיכוייהן ללקות בדיכאון שלאחר הלידה גבוהים פי-עשרה מאלה של נשים שלא

<sup>27</sup> שרהלי גלסר וויטה בראל, "כלי יישומי למחקר ואיתור דיכאון לאחר הלידה", הרפואה, כרך 136, חוברת י', מאי 1999.

<sup>28</sup> שרהלי גלסר וויטה בראל, "כלי יישומי למחקר ואיתור דיכאון לאחר הלידה", הרפואה, כרך 136, חוברת י', מאי 1999. ראה נספח: תרגום שאלון לדיכאון לאחר הלידה.

<sup>29</sup> שם.

<sup>30</sup> המרכז הרפואי רמב"ם, <http://rambam.doctors.co.il/article/?id=9a90e5dbcfb95291054b153cc9a7cc13>, תאריך כניסה: 11 באוקטובר 2004.

<sup>31</sup> שם.

<sup>32</sup> S. Glasser, V. Barell, V. Boyko, A. Ziv, A. Shoham and S. Hart, Postpartum Depression in an Israeli Cohort Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors



סבלו מתופעות אלו.<sup>33</sup> במחקר נוסף שנערך בנושא,<sup>34</sup> נמנו הגורמים האלה כגורמי ניבוי לדיכאון לאחר לידה:

- חוסר תמיכה משפחתית וחברתית;
- אי-שביעות רצון מחיי הנישואין;
- סימני דיכאון במהלך ההיריון;
- בעיות רגשיות ונפשיות בעבר;
- בעיות בריאות מתמשכות של התינוק.

### 3.4. טיפול

ככלל, הטיפול בדיכאון לאחר לידה זהה לטיפול בדיכאון רגיל, והוא נחלק לטיפול תרופתי ולטיפול פסיכולוגי, כפי שצוין לעיל. עם זאת, ד"ר מיקי בלוד<sup>35</sup> מציינ כי דיכאון לאחר לידה שונה מדיכאון רגיל ומצריך טיפול המביא בחשבון הן את האם הן את התינוק. נשים רבות הסובלות מדיכאון לאחר לידה אינן מפתחות קשר עם התינוק, ולהיבט זה יש חשיבות רבה.

#### פעילות היחידה לחקר שירותי בריאות במכון "גרטר" בנושא דיכאון לאחר לידה

לנוכח ממצאים מהארץ ומהעולם בדבר שיעור ניכר של נשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה, ובשל החשיבות של איתור והתערבות מוקדמים, הוחלט בשירותי בריאות הציבור לעשות בדיקות סינון לדיכאון לאחר לידה על-ידי שימוש בכלי סינון במסגרת הפעילות השוטפת של התחנות לבריאות המשפחה.<sup>36</sup>

על-פי תוכנית החלוץ שהוכנה לאיתור מוקדם ולטיפול, כל אשה המטופלת בתחנות לבריאות המשפחה תמלא את שאלון האבחון (EPDS) במהלך ההיריון ועד לשישה שבועות לאחר הלידה. לדברי הגב' חנה מירז יש יתרון באיתור בתחנות לבריאות המשפחה, משום שהביקורים בהן נערכים לאורך זמן ומאפשרים לעקוב אחר שינויים בהתנהגות האשה.<sup>37</sup>

תוכנית החלוץ הוכתרה בהצלחה, ומשרד הבריאות פועל כדי למסד אותה.<sup>38</sup> התוכנית הופעלה בשמונה ערים,<sup>39</sup> וכיום נעשה תהליך האיתור בכמה מקומות נוספים. ואולם, בשל מחסור בכוח אדם מוכשר והעדר תקציב, התרחבות האיתור אטית.<sup>40</sup>

<sup>33</sup> ד"ר מיקי בלוד, מנהל מרפאת מבוגרים ומנהל היחידה לטיפול בבעיות נפשיות באם ובתינוק, בית-החולים "איכילוב", שיחת טלפון, 30 באוגוסט 2004.

<sup>34</sup> S. Glasser, V. Barell, V. Boyko, A. Ziv, A. Shoham and S. Hart, Postpartum Depression in an Israeli Cohort Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors

<sup>35</sup> ד"ר מיקי בלוד, מנהל מרפאת מבוגרים ומנהל היחידה לטיפול בבעיות נפשיות באם ובתינוק, בית-החולים "איכילוב", שיחת טלפון, 30 באוגוסט 2004.

<sup>36</sup> שרהלי גלסר ודורית אפל, תוכנית חלוץ לאיתור מוקדם של סימני דיכאון בנשים הרות ולאחר הלידה, סיכום ממצאים ומסקנות, ספטמבר 2003.

<sup>37</sup> גב' חנה מירז, אחות מפקחת ארצית בשירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, שיחת טלפון, 11 באוקטובר 2004.

<sup>38</sup> גב' שרהלי גלסר, פסיכולוגית התפתחותית וחוקרת בכירה, מכון "גרטר" לחקר אפידמיולוגיה ומדיניות בריאות, משרד הבריאות, העתק מכתב, 19 בספטמבר 2004.

---

<sup>39</sup> ובהן חדרה, תל-אביב, בת-ים, בני-ברק ופתח-תקווה.

<sup>40</sup> לדברי הגב' חנה מירז, המקומות הנוספים שבהם תוכנית האיתור פועלת הם שלוש תחנות לבריאות הנפש בפתח-תקווה, וברחובות. במחוז הצפון מתקיים קורס הכשרה.



## מקורות

- Mazure, Carolyn m. et al., Summit on Women and Depression. Washington: American Psychological Association, 2002
- Frances M. "Culberston. Depression and Gender, An International Review", **American Psychologist**, vol.52, no. 1. pp. 25-31
- S. Glasser, V. Barell, V. Boyko, A. Ziv, A. Shoham and S. Hart, Postpartum Depression in an Israeli Cohort Demographic, Psychosocial and Medical Risk Factors  
גלסר שרהלי ובראל ויטה, "כלי יישומי למחקר ואיתור דיכאון לאחר הלידה", **הרפואה**, כרך 136, חוברת י', מאי 1999.
- גלסר שרהלי, מכון "גרטנר" לחקר מדיניות הבריאות, מתוך פרוטוקול ישיבת ועדת המשנה לבריאות האישה, לחינוך ולספורט, 27 במאי 2002.
- גרוס רויטל וברמלי-גרינברג שולי, בריאות ורווחה של נשים בישראל: ממצאי סקר ארצי, גוינט – מכון ברוקדייל, נובמבר 2000.
- פרי תמר, ניצן זהר, קפלן בוריס וכן רפאל ציון, "דיכאון לאחר לידה", **הרפואה**, כרך 136 חוברת ב', ינואר 1999.

## שיחות טלפון

- בלוך מיקי, מנהל מרפאת מבוגרים ומנהל היחידה לטיפול בבעיות נפשיות באם ובתינוק, בית-החולים "איכילוב", 30 באוגוסט 2004.
- זיו אשר, מנהל המחלקה למקצועות הבריאות ובריאות הנפש, קופת-חולים "לאומית", 17 באוקטובר 2004.
- מירז חנה, אחות מפקחת ארצית בשירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, 11 באוקטובר 2004.
- מרגלית חיים, ראש מנהלת בריאות הנפש ועבודה סוציאלית, קופת-חולים "מאוחדת", 17 באוקטובר 2004.
- רובין קרני, נציבת קבילות לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, משרד הבריאות, 11 באוקטובר 2004.
- שרשבסקי יחיאל, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, 26 באוגוסט 2004.

## מכתבים

- גרינשפון אלכסנדר, ראש שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, 25 באוגוסט 2004, 19 באוקטובר 2004.
- זיו אשר, מנהל המחלקה למקצועות הבריאות ובריאות הנפש, קופת-חולים "לאומית", 13 באוקטובר 2004.
- מוזס שרי, מנהלת מחלקת בריאות הנפש והתפתחות הילד. "מכבי" שירותי בריאות, 18 באוקטובר 2004.
- מוניץ חנוך, יועץ רפואי לפסיכיאטריה, "שירותי בריאות כללית", 18 באוקטובר 2004.
- מרגלית חיים, ראש מנהלת בריאות הנפש ועבודה סוציאלית, קופת-חולים "מאוחדת", 14 באוקטובר 2004.

## אתרי אינטרנט

- משרד הבריאות, [www.health.gov.il/units/mental/down.htm](http://www.health.gov.il/units/mental/down.htm), תאריך כניסה: 17 באוגוסט 2004.
- המרכז הרפואי רמב"ם, <http://rambam.doctors.co.il/article/?id=fbea833d1fcf517cea7896583e28708e>, תאריך כניסה: 1 בספטמבר 2004.
- 11 באוקטובר 2004, <http://rambam.doctors.co.il/article/?id=9a90e5dbcfb95291054b153cc9a7cc13>, תאריך כניסה: 11