



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

דיכאון בקרב נשים בתקופה שסביב הלידה

כ"ז באדר תשע"ח

14 במרס 2018

כתיבה: רוני בלנק

אישור: שלי לוי, ראשת צוות

גרסה לפני עריכה לשונית

הכנסת, מרכז המחקר והמידע

קריית בן-גוריון, ירושלים 91950

טל': 02 - 6408240/1

פקס: 02 - 6496103

www.knesset.gov.il/mmm

תוכן

2	תמצית
3	מבוא
5	<u>1. היקף תופעת הדיכאון סביב הלידה בישראל</u>
9	<u>2. איתור ואבחון של דיכאון סביב הלידה</u>
11	<u>3. סוגיות בנושא איתור נשים בסיכון לדיכאון סביב הלידה</u>
11	3.1. אי-העברת שאלון אדינבורו בתקופת ההיריון
13	3.2. הבדלים בין הקופות בקביעת רמת הסיכון
16	<u>4. שירותי הטיפול המוצעים למאובחנות בדיכאון סביב הלידה</u>
16	4.1. מימוש ההפניה לקבלת טיפול
17	4.2. טיפול בתחנות טיפת חלב
17	4.3. טיפול אמבולטורי
19	4.4. אשפוז מלא ואשפוז יום
19	4.5. טיפול תרופתי
20	4.6. חוסר תיאום בין הגורמים המטפלים ופגיעה ברצף הטיפול
21	<u>5. הכשרת בעלי מקצועות בריאות בהתמודדות עם דיכאון בתקופה שסביב הלידה</u>
24	<u>6. מענים הניתנים על ידי ארגוני מגזר שלישי והצעות לטיוב המענה הקיים</u>
26	<u>7. סוגיות לדיון</u>
29	<u>נספח א': שאלון אדינבורו, מתוך נוהל האיתור של משרד הבריאות</u>



תמצית

מסמך זה נכתב לבקשתה של חברת הכנסת נורית קורן, והוא עוסק בדיכאון בקרב נשים בתקופה שסביב הלידה. להלן הממצאים העיקריים המובאים במסמך:

- **משרד הבריאות מבחין בין שלוש רמות של תסמיני דיכאון בהקשר של לידה, במדרג עולה של חומרה: דכדוך לאחר הלידה, דיכאון לאחר לידה ופסיכוזת דיכאון.** המסמך הנוכחי מתמקד בדיכאון לאחר לידה.
- **הקהילה המקצועית סבורה כי יש להרחיב את הדיון בנושא לתקופה שסביב הלידה, כלומר כולל חלק מתקופת ההיריון או כולה, וכי יש חשיבות יתרה למתן מענה לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה זו עקב ההשלכות על הסביבה, ובהן פגיעה בהתפתחות הפיזית, הקוגניטיבית והרגשית של הילדים.**
- **למשרד הבריאות אין נתונים על מספר הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, אך לפי הערכת המשרד, 10%-15% מהיולדות סובלות מכך. לפי קופות החולים, לעומת זאת, השיעור נמוך יותר, וההערכה של שירותי בריאות כללית היא שמדובר בכ-5% מהיולדות.** לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2016 היו כ-180,000 יולדות בישראל; אם כן, לפי הערכת משרד הבריאות, בשנת 2016 סבלו מדיכאון בתקופה שסביב הלידה 18,000-26,000 יולדות, ולפי הערכת שירותי בריאות כללית, מספרן בשנה זו היה כ-9,000. אין ביכולתנו לעמוד על הסיבות לפער זה, אך ייתכן שהוא נובע בחלקו מכך שהקופות משתמשות בהגדרה שמתאימה לאבחנה קלינית ולא לתסמיני דיכאון שאינם מגיעים לכדי אבחנה קלינית. נעיר כי הקופות מתייחסות לתקופה שלאחר הלידה ולא לתקופת ההיריון.
- **אין למשרד הבריאות הערכה של התפלגות רמות החומרה של הדיכאון בקרב אוכלוסיית הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה. כמו כן, אין למשרד הבריאות או לקופות החולים נתונים על מספר המאובחנות החדשות מדי שנה, וגם לא על מספר המטופלות. הקושי בהפקת נתונים אלו נובע בחלקו ממחלוקת בשאלה אם יש להגדיר ולתעד ברשומות הרפואיות את האבחנה של דיכאון לאחר לידה כאבחנה נפרדת, או שאישה הסובלת מכך למעשה יכולה לקבל אבחנה של דיכאון.**
- **לדברי משרד הבריאות, בכל שנה בשנים 2000-2017 אושפזו בין חמש לשש נשים בממוצע במסגרות פסיכיאטריות עקב דיכאון לאחר לידה. הנתונים אינם כוללים נשים שאושפזו עקב אבחנה של דיכאון, ולכן ייתכן שמדובר בהערכת חסר. כמו כן, לפי משרד הבריאות, בשנים 2004-2014 ניסו להתאבד 565 נשים בנות 18-45, ושבע נשים בגילים אלו שמו קץ לחייהן בשנה שלאחר הלידה. עם זאת, השיעור של ניסיונות ההתאבדות האלה נמוך פי ארבעה משיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב נשים באותם גילים שלא היו בתקופה של שנה מלידה.**
- **בינואר 2014 פרסם משרד הבריאות נוהל לאיתור נשים שבסיכון לדיכאון במהלך ההיריון ובתקופה שלאחר הלידה, ולפיו הצוותים הרפואיים המטפלים בנשים בתקופה שסביב הלידה צריכים להעביר לנשים בדיקת סקר מסוימת לאיתור דיכאון (שאלון אדינבורו) בשתי פעמים: בפעם הראשונה לפני הלידה, מהשבוע ה-26 להיריון ואילך, ובפעם השנייה לאחר הלידה, בין ארבעה לתשעה שבועות אחריה (או בפגישה הבאה). סוג המענה ייקבע על בסיס בדיקת הסקר, בשילוב שיקול הדעת של הגורם המקצועי המעורב. משנת 2015 נאסף המידע על תשאל נשים לדיכאון לאחר הלידה בתחנות טיפת חלב, כחלק מהתוכנית הלאומית למדדי איכות. מהתשובות שקיבלנו עולה כי במקרים רבים בדיקת הסקר שנקבעה בנוהל האיתור אינה מבוצעת במהלך ההיריון. כמו כן, מצאנו כי קופות החולים**



הכנסת

מרכז המחקר והמידע

מגדירות באותה צורה את קבוצת הנשים שנמצאת בסיכון נמוך, אך יש הבדלים בין הקופות באופן שבו מוגדרות רמות הסיכון הבינונית והגבוהה.

- אלה חלק מהמענים שניתנים לדיכאון בתקופה שסביב הלידה: שיחות תמיכה וטיפול על ידי אחיות בתחנות טיפת חלב ועובדות סוציאליות; טיפול במרפאות בריאות הנפש על ידי פסיכיאטרים או פסיכולוגים עצמאיים; אשפוז מלא או חלקי. כאמור, אין בידינו נתונים על מספר הנשים שהופנו לטיפול או על ההתפלגות בין סוגי המענים השונים.
- יש הבדלים באופן שבו הקופות מכשירות בעלי מקצועות בריאות שונים לתת מענה לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, אך אין ביכולתנו להעריך על בסיס דיווחי הקופות מה המקום שניתן ברוב ההכשרות לדיכאון בתקופה שסביב הלידה. נציין כי מתשובת משרד הבריאות עולה שאין בכוונת המשרד ליצור תוכנית הכשרה לאומית אחידה בנושא זה.
- ארגוני חברה אזרחית מספקים מענים שונים לנשים הסובלות מתסמינים קלים יחסית של דיכאון בתקופה שסביב הלידה, לדוגמה ביקורי בית והפעלת קבוצות תמיכה. ארגונים אלו ממומנים על ידי גופים שונים, כמו עיריות או הגיונט, ואין שיתוף פעולה קבוע בינם לבין קופות החולים ומשרד הבריאות.
- לסיכום, אין ביכולתנו להציג תמונה מלאה של תופעת הדיכאון בתקופה שסביב הלידה בישראל. לא ידוע לנו מה מספר הנשים הסובלות מהתופעה בישראל, כמה מאותרות מדי שנה ובאיזו רמת סיכון, כמה מאובחנות וכמה מגיעות לטיפול. כמו כן אין בידינו תמונה מלאה של המענים הזמינים לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, ולא ידוע לנו אם הם הולמים את הצרכים. במסמך מוצגים כמה מהקשיים המאפיינים את תהליך האיתור ואת מתן הטיפול. כאמור, הקושי בהפקת נתונים אלו נובע בחלקו ממחלוקת בשאלה האם יש להשתמש באבחנה ייעודית של דיכאון סביב הלידה, או שאישה הסובלת מכך למעשה תקבל אבחנה של דיכאון.

מבוא

משרד הבריאות מבחין בין שלוש רמות של תסמיני דיכאון בהקשר של לידה, במדרג עולה של חומרה:¹ המושג דכדוך או עצבות לאחר לידה (baby blues, postpartum blues) מתאר מצב שבו האישה סובלת ממצב רוח ירוד, מבכי ומהפרעות שינה (מעבר למה שמצופה עקב הטיפול בתינוק). על פי רוב, מצב זה חולף תוך כמה ימים מהלידה ואינו דורש מענה מקצועי;

המושג דיכאון לאחר לידה (postpartum depression), שבו מתמקד המסמך, מתאר תסמינים חמורים יותר, ובהם ירידה ביכולת לחוות הנאה, התקפי פאניקה, בכי לא מוסבר, מצב רוח ירוד, הפרעות שינה, ירידה בתפקוד, ירידה בתיאבון וירידה מהירה במשקל, קשיי ריכוז, קשיי התקשרות עם התינוק, חוסר עניין ביחסי מין, תחושת אין מוצא והיעדר תקווה, ולעיתים אף מחשבות אובדניות ואובדנות;

המושג פסיכוזת דיכאון (postpartum psychosis) מתייחס להפרעת דיכאון חריפה המלווה בהזיות ולעיתים בניסיונות לפגיעה עצמית או לפגיעה בתינוק.

¹ משרד הבריאות, האגף לרפואה קהילתית, דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, perinatal depression, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות, 24 בפברואר 2016; משרד הבריאות, דיכאון אחרי לידה ודיכאון במהלך ההיריון, כניסה: 6 במרס 2018.



כאמור, מסמך זה מתמקד בדיכאון לאחר לידה, רמת החומרה השנייה שהוצגה לעיל. במסמך ייעשה שימוש במושג דיכאון סביב הלידה (peripartum depression, perinatal depression), שכן הקהילה המקצועית העוסקת בנושא, בישראל ובעולם, משתמשת במושג זה מתוך תפיסה שיש להרחיב את הדיון לכלל התקופה שסביב הלידה (התקופה הפרינטיאלית), כלומר לא רק לאחר הלידה, אלא גם לחלק מתקופת ההיריון או לכולו. גם עמדת משרד הבריאות היא שהמושג דיכאון לאחר לידה מתייחס ל"מגוון מצבים נפשיים, כולל דיכאון, היכולים להסתמן בתקופת ההיריון ולאחר הלידה"², כלומר לפי סברת המשרד, בדומה לסברה של גורמים נוספים בקהילה המקצועית, יש להתייחס גם לתקופת ההיריון, שעשויה להיות מאופיינת בהפרעות נפשיות נוספות, כגון חרדה.³

לפי הספרות המקצועית, יש כמה גורמים שעשויים לתרום להתפרצות של דיכאון בתקופה שסביב הלידה, ובהם גורמים פיזיים, פסיכולוגיים ופסיכו-סוציאליים (לדוגמה, קשיים בחיי המשפחה).⁴ בעוד שבספרות יש מחלוקת בשאלה אם הסיכון להתפרצות דיכאון גדול יותר בתקופה שסביב הלידה,⁵ יש הסכמה על החשיבות היתרה במתן מענה בתקופה זו עקב השלכות ההפרעה על היולדת ועל סביבתה. נוסף לסבלה של האם, התפרצות של דיכאון בתקופה שסביב הלידה יכולה להביא בין השאר לפגיעה בהתקשרות בין האם לתינוק, לפגיעה בהתפתחות הגופנית, הקוגניטיבית והרגשית של הילדים ולקשיים בתא המשפחתי,⁶ וכן להגדלת הסיכון לדיכאון בקרב אבות.⁷ משרד הבריאות מסר לנו שאין למשרד הערכה של נזקים אלו, וכי בימים אלו מתחיל מחקר על השפעת מצבה הנפשי של האם על התפתחות הילד.⁸

לצורך כתיבת המסמך, פנינו למשרד הבריאות ולארבע קופות החולים, בחנו פרסומים בכתבי עת מדעיים ושוחחנו עם גורמים הנותנים מענה לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה במסגרת מערכת הבריאות או מחוצה לה. מהתשובות שקיבלנו עולה שבשנים האחרונות התבצעו בישראל כמה תהליכים שנועדו לשפר את המענה לדיכאון בתקופה שסביב הלידה, וכי בין השאר משרד הבריאות קבע נוהל לאיתור נשים הסובלות מתופעה זו. עם זאת, במהלך הכתיבה עלו קשיים המונעים מתן תמונה מלאה של שכיחות

² מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.
³ שרהלי גלסר, חוקרת בכירה, מכון גרטנר, שיחה, 28 בנובמבר 2017; ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך", המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018; גבי אייזנברג-רומנו, מנהלת השירות לבריאות הנפש של האישה, המערך הפסיכיאטרי, בית החולים איכילוב, שיחה, 16 בינואר 2018. ראו גם:

Louise Howard et al., "Non-psychotic mental disorders in the perinatal period", *The Lancet* 384, pp. 1775-1788, November 15, 2014; Michael W. O'Hara and Katherine L. Wisner, "Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 28, pp. 3-12, 2014.

⁴ Michael O'Hara and Jennifer McCabe, "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", *Annual Review of Clinical Psychology* 9, pp. 379-407, 2013; Ariana Di Florio and Samantha Meltzer-Brody, "Is Postpartum Depression a Distinct Disorder?", *Current Psychiatry Reports* 17, 76, 2015.

⁵ Louise Howard et al., "Non-psychotic mental disorders in the perinatal period", *The Lancet* 384, pp. 1775-1788, November 15, 2014; Michael O'Hara and Jennifer McCabe, "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", *Annual Review of Clinical Psychology* 9, p. 383, 2013.

⁶ משרד הבריאות, האגף לרפואה קהילתית, דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, perinatal depression, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות, 24 בפברואר 2016. ראו גם:

Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell, "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression", *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, 2013; Michael O'Hara and Jennifer McCabe, "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", *Annual Review of Clinical Psychology* 9, pp. 387-390, 2013.

⁷ טענה זו מבוססת על שתי מטא-אנליזות של מחקרים העוסקים בדיכאון לאחר לידה. נעיר כי יש הבדלים רבים בין המחקרים שנכללו בכל מטא-אנליזה, ובהם הבדלים בכלי המחקר, באופן הגדרת הדיכאון ובטווח הממצאים. ראו:

Emily E.Cameron, Ivan D.Sedov and Lianne M. Tomfohr-Madsen, "Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: An updated meta-analysis", *Journal of Affective Disorders* 206, pp. 189-203, 2016; James Paulson and Sharnail D. Bazemore, "Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression: A Meta-analysis", *JAMA* 303, 19, pp. 1961-1969, 2010.

⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.



התופעה בישראל ושל המענים הניתנים לה, למשל מחסור בנתונים במשרד הבריאות. חלק מסוגיות אלו עלו גם בישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי של הכנסת שהתקיימה ב-7 בפברואר 2017.⁹ נדגיש כי המסמך מתמקד באיתור ובהפניה לטיפול וזן בקצרה בדרכי הטיפול ובסוגיות הנלוות להן, אולם בשל הקשיים שהוצגו לעיל אין ביכולתנו להעריך את מספר הנשים שאובחנו או את סוגי הטיפולים השכיחים (לדוגמה היקף השימוש בטיפול תרופתי).

1. היקף תופעת הדיכאון סביב הלידה בישראל

משרד הבריאות מסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי אין לו נתונים על שיעור הנשים בישראל הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה. במהלך כתיבת המסמך מצאנו הערכות שונות להיקף התופעה, אך לא תמיד צוין מה המקור להערכות אלו. באתר משרד הבריאות, וכן בעלון מידע לציבור שפרסם המשרד בינואר 2013, נכתב כי "כ-10% מהנשים ההרות ומהנשים לאחר לידה חוות דיכאון, מחלה או מצב רגשי הדורש טיפול והפניה לגורמים מקצועיים".¹⁰ בדף מידע שפרסם משרד הבריאות ב-24 בפברואר 2016 נכתב כי "הסיכון לפתח דיכאון במהלך ההיריון ולאחר הלידה (דל"ל), Perinatal Depression, על פי הספרות עומד על כ-15% מהנשים בהיריון".¹¹ כלומר, להערכת משרד הבריאות, שיעור הנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה נע בין 10% ל-15%, והערכה זו מבוססת על הספרות המקצועית ולא על מחקרים שנערכו בישראל. לעומת זאת, חלק מקופות החולים מסרו למרכז המחקר והמידע של הכנסת הערכה שלפיה שיעור הנשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה נמוך יותר.¹² ההערכה של שירותי בריאות כללית, קופת החולים הגדולה בישראל, היא ששיעור הדיכאון לאחר לידה נע בין 4% ל-5% מהיולדות, דומה לשיעור הדיכאון בכלל האוכלוסייה.¹³

לפי הספרות המקצועית, נראה שקביעת היקף של תופעת הדיכאון בתקופה שסביב הלידה היא תהליך שנוי במחלוקת, המושפע מכלי הערכה ומהאופן שבו מוגדרת התופעה. אחד הכלים המרכזיים המוצעים בספרות לאיתור דיכאון בתקופה שסביב הלידה הוא שימוש בבדיקות סקר (Screening Test), המבוצעות על פי רוב באמצעות שאלון אדינבורו לאיתור דיכאון לאחר הלידה (להלן: **שאלון אדינבורו – Edinburgh Postnatal Depression Scale**, או EPDS), המועבר לנשים הרות וליולדות, ועליו נרחיב בהמשך.

השאלון נועד לאבחן סימפטומים של דיכאון. ככלל, השימוש בשאלון ללא מתן אבחנה באמצעות מפגש עם גורם מקצועי, וכן השימוש בהגדרות מרחיבות יותר של דיכאון (לדוגמה, קביעת ציון סף נמוך בשאלון) עלולים להוביל להערכות גבוהות יותר של שכיחות התופעה.¹⁴ כמו כן, הבדלים בפרק הזמן שנבדק (לדוגמה, מייד לאחר הלידה או שלושה עד שישה חודשים מהלידה) יכולים גם הם להביא לפערים.¹⁵

⁹ ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי של הכנסת, פרטוקול מס' 146, 7 בפברואר 2017.
¹⁰ משרד הבריאות, דיכאון אחרי לידה ודיכאון במהלך ההיריון, כניסה: 6 במרס 2018; משרד הבריאות, על דכדוך בהיריון ולאחר הלידה: מידע לאישה ההרה, ליולדת ולבני משפחתה, ינואר 2013.

¹¹ משרד הבריאות, מינהל הרפואה, האגף לרפואה קהילתית, דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, Depression Perinatal, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות, 24 בפברואר 2016; ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה, 22 בינואר 2014.

¹² ערן מץ, מנהל המחלקה לרפואה בקהילה, חטיבת רפואה, לאומית שירותי בריאות, דוא"ל, 26 בפברואר 2018; יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

¹³ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

¹⁴ Norma Gavin et al., "Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence", Obstetrics and Gynecology 106, 5, pp. 1071-1083, 2005.

¹⁵ Elizabeth O'Connor et al., Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force, p.16, January 2016; Michael O'Hara and Jennifer McCabe, "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", Annual Review of Clinical Psychology 9, p.



הפערים בין ההערכות המופיעים בספרות יכולים להיות משמעותיים. לדוגמה, מחקר שפורסם בשנת 2005 ובחן את השכיחות של דיכאון לאחר לידה בנקודות זמן שונות בשנה הראשונה שלאחר הלידה, מצא כי השכיחות המשולבת של דיכאון קל ודיכאון חריף נעה בין 6.5% ל-12.9%, והשכיחות של דיכאון חריף (major depression) בלבד נעה בין 1% ל-5.7%¹⁶.

לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי, בשנת 2016 היו בישראל כ-180,000 יולדות.¹⁷ על בסיס הערכת משרד הבריאות, שלפיה שיעור הנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה הוא 10%-15%, בשנת 2016 היו בישראל 18,000-26,000 נשים שסבלו מדיכאון בתקופה שסביב הלידה. לעומת זאת, על בסיס הערכת שירותי בריאות כללית, שלפיה דיכאון לאחר לידה מופיע בקרב 4%-5% מהיולדות, בשנת 2016 היו בישראל כ-9,000 נשים שסבלו מדיכאון לאחר לידה. אין ביכולתנו להסביר את הפער בין שתי ההערכות.

לאומית שירותי בריאות העירה שייתכן שמקרים רבים הנכללים בהערכת משרד הבריאות אינם מגיעים לרמת הסף של אבחנת דיכאון מגורי,¹⁸ בעוד הקופות משתמשות בהגדרת האבחנה הקלינית, המייחסת חשיבות פחותה לתסמינים שהביטוי שלהם מינורי יחסית. כלומר, ייתכן שחלק מהפער נובע מהתייחסות שונה להתפלגות רמות החומרה בתוך הקטגוריה של דיכאון לאחר לידה. בהמשך לכך, כמה גורמי מקצוע העריכו כי מקרים רבים שנכללים בהערכת משרד הבריאות הם של נשים שאינן זקוקות בהכרח לטיפול על ידי גופי בריאות הנפש.¹⁹ נדגיש כי הערכות אלו אינן מבוססות על מחקר שיטתי.

מעבר להערכות של שיעור התופעה בישראל, אין מידע על מספר הנשים המאובחנות מדי שנה כסובלות מדיכאון סביב הלידה, וזאת מכמה סיבות:

אישה שאובחנה כסובלת מדיכאון בתקופה שסביב הלידה עשויה להירשם ברשומות הרפואיות תחת אבחנה אחרת. ככלל, סיווגי האבחנות במערכת הבריאות בישראל מבוססים על הגרסה העשירית של סיווג המחלות הבין-לאומי – ה-10-ICD (International Classification of Disease), שמפרסם ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization).²⁰ משרד הבריאות מסר לנו כי סדרת אבחנות מסוימת העוסקת במשכב לידה היא הרלוונטית למקרים של דיכאון בתקופת ההיריון ולאחר הלידה (אבחנות מסדרת F53).²¹ להלן תוצג הדרך שבה מוגדרת סדרת אבחנות זו בגרסה העשירית של סיווג המחלות הבין-לאומי (10-ICD):²²

382, 2013; Norma Gavin et al., "Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence", *Obstetrics and Gynecology* 106, 5, pp. 1071-1083, 2005.

¹⁶ באותו מאמר נכתב גם שהשכיחות של דיכאון לאחר הלידה בתקופה של שלושה חודשים לאחר הלידה, במחקרים מסוימים, הייתה כ-19% דיכאון קל או קשה (במשולב) וכ-7% דיכאון קשה. עם זאת, לפי החוקרים, הערכה זו מבוססת על מספר קטן של מחקרים המאופיינים באי-ודאות רבה. ראו:

Norma Gavin et al., "Perinatal Depression: A Systematic Review of Prevalence and Incidence", *Obstetrics and Gynecology* 106, 5, p. 1079, 2005.

¹⁷ נתון זה מבוסס על מספר הנשים שקיבלו מענק לידה – 179,121. עיגלנו את הנתון ל-180,000 כדי לפשט את ההמחשות בהמשך. ראו: שנטל וסרשטיין, מקבלות נמלאות אמהות בשנת 2016, המוסד לביטוח לאומי, עמ' 4, מרס 2017.

¹⁸ ערן מץ, מנהל המחלקה לרפואת קהילה, חטיבת רפואה, לאומית שירותי בריאות, דוא"ל, 26 בפברואר 2018.
¹⁹ שרהלי גלסר, חוקרת בכירה במכון גרטנר, שיחה, 24 בינואר 2018; ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018.

²⁰ מכבי שירותי בריאות משתמשת בגרסה התשיעית של אותו סיווג, ה-ICD-9. פניאל רוזנטל, ממונה על תחום קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 19 בפברואר 2018.

²¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

²² "This category includes only mental disorders associated with the puerperium (commencing within six weeks of delivery) that do not meet the criteria for disorders classified elsewhere in this chapter, either because insufficient information is available, or because it is considered that special additional clinical features are present that make their classification elsewhere inappropriate". World Health Organization, ICD-10 Version:



הכנסת

”קטגוריה זו כוללת רק הפרעות נפשיות הקשורות למשכב הלידה (מתחילות במהלך ששת השבועות שלאחר הלידה) שאינן עומדות בקריטריונים הנדרשים לזיהוי האבחנות האחרות בפרק זה, אם בגלל חוסר במידע ואם בגלל היבטים קליניים ייחודיים נוספים שגורמים לאבחנות אחרות להיות בלתי מתאימות” (ההדגשה אינה במקור).

כלומר, זוהי אבחנה שיש להשתמש בה רק כאשר מצבה של האישה קשור למשכב הלידה ואינו עונה על פרמטרים של אבחנות אחרות. משרד הבריאות מסר לנו כי יש להשתמש באבחנה זו אך ורק כאשר הקשר בין הדיכאון והלידה ברור; אם הקשר אינו ברור, רצוי להשתמש באבחנה של דיכאון שאינו קשור ללידה.²³ ואומנם, מתשובות קופות החולים לפנייתנו עולה שבמקרים רבים לנשים אלו נרשמות אבחנות שאינן דיכאון לאחר לידה אלא אחרות, ובמיוחד אבחנת דיכאון (אבחנות מסדרת F32, F33).²⁴ לדברי שירותי בריאות כללית:

”לדעת הפסיכיאטרים’ דיכאון הוא דיכאון, לדבריהם ישנם הרבה משברי חיים שגורמים לדיכאון ולכן אין הם מוצאים לנכון לציין באבחנה דיכאון לאחר לידה כפי שאינם מציינים דיכאון לאחר גירושין או פטירה של בן/בת זוג.”²⁵

עמדה זו עולה בקנה אחד עם המחלוקת בין המומחים בשאלה אם יש להתייחס לדיכאון לאחר לידה כאבחנה ייחודית אם לאו.²⁶

שאלנו את קופות החולים אם אפשר להעריך את מספר המאובחנות החדשות באמצעות הצלבת מספר הנשים שקיבלו אבחנת דיכאון עם מועד הלידה. מתשובות הקופות עולה כי שיטה זו אינה יכולה לספק מידע אמין ותקף, שכן לדברי ד”ר ערן מץ, ראש מחלקת רפואת קהילה בלאומית שירותי בריאות, קיומה של אבחנת דיכאון בהיריון או בתקופה שלאחר הלידה אינה מעידה בהכרח על קשר סיבתי ביניהם.²⁷ נוסף על כך, יש מחלוקת לגבי טווח הזמן שבו אפשר לאבחן דיכאון כקשור להיריון וללידה.²⁸ מסקירת הספרות עלה כי חוקרים משתמשים במגוון טווחים אפשריים, כך שההגדרה של “התקופה שסביב הלידה” (התקופה הפרינטלית) יכולה להתחיל, לדוגמה, בתחילת ההיריון או בשבוע 24 להיריון או בלידה עצמה, והיא יכולה להסתיים בכל פרק זמן שבין חודש אחרי הלידה ועד כשנה אחריה.²⁹ כלומר, גם אם נניח שיש קשר סיבתי בין ההיריון והלידה לבין מועד אבחון הדיכאון, לא ברור באיזה טווח זמן אפשר לקבוע זאת.

בהיעדר מידע על מספר המאובחנות החדשות עם דיכאון לאחר לידה, אין גם מידע על התפלגות לפי רמות חומרה. הקביעה של אבחנות דיכאון לאחר לידה או אבחנות דיכאון יכולה לכלול התייחסות לרמת חומרה. לדוגמה, F32.0 מתייחס לאבחנת דיכאון קלה (mild), ו-F32.1 מתייחס לרמת חומרה בינונית

2010, F53 [Mental and behavioural disorders associated with the puerperium, not elsewhere classified](#), accessed: March 13, 2018.

²³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע”ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.

²⁴ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017; פניאל רוזנטל, ממונה על תחום קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 19 בפברואר 2018; מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018; ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 24 בדצמבר 2017.

²⁵ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

²⁶ Michael O’Hara and Jennifer McCabe, "Postpartum Depression: Current Status and Future Directions", Annual Review of Clinical Psychology 9, pp. 384-386, 2013; Ariana Di Florio and Samantha Meltzer-Brody, "Is Postpartum Depression a Distinct Disorder?", Current Psychiatry Reports 17, 76, 2015.

²⁷ ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, שיחות, 14 בינואר 2018 ו-7 בפברואר 2018; רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף מוסדות סיעודיים, מכבי שירותי בריאות, שיחה, 22 בינואר 2018.

²⁸ ליאת הולר הררי, רופאה בכירה במרכז לבריאות הנפש רמת חן, שירותי בריאות כללית, שיחה, 18 בינואר 2018.

²⁹ Donna E. Stewart and Simone Vigod, "Postpartum Depression", New England Journal of Medicine 375, pp. 2177-2186, December 1, 2016; The PACT Consortium, "Heterogeneity of postpartum depression: a latent class analysis", Lancet Psychiatry 2, 1, pp. 59-67, January 2015.



(moderate).³⁰ מתשובות קופות החולים לפנייתנו עולה שאי-אפשר להעריך את התפלגות רמות החומרה של המאובחנות עם דיכאון סביב הלידה על בסיס השימוש בתתי-אבחנות אלו, שכן **מכבי** מסרה כי האבחנות מקודדות ללא סיווג חומרה,³¹ **ולאומית** מסרה כי השימוש בתתי-אבחנות אלו אינו שיטתי.³² **כללית ומאוחדת** לא השיבו על שאלה זו.

אחת הדרכים ללמוד על רמת החומרה של תופעת הדיכאון סביב הלידה היא לפי הנתונים על מספר הנשים שנזקקו לאשפוז. לפיכך שאלנו את משרד הבריאות מה מספר הנשים שאושפזו בגלל דיכאון לאחר לידה בשנים האחרונות. לפי נתוני המשרד, בשנים 2000-2017 אושפזו בכל שנה בממוצע חמש-שש נשים עם אבחנה של דיכאון לאחר לידה (F53),³³ אולם נדגיש כי מאחר שנתונים אלו אינם כוללים נשים שבעת קבלתן לאשפוז נרשמה להן אבחנת דיכאון (F32, F33), ייתכן שזוהי הערכת חסר.

ביקשנו ממשרד הבריאות גם נתונים על התאבדויות או ניסיונות התאבדות הקשורים לדיכאון בתקופה שסביב הלידה, וכן נתונים על נשים שפגעו או ניסו לפגוע בילדיהן. המשרד מסר לנו שבמחקר שנעשה לאחרונה והתבסס על המקרים שהגיעו למחלקות לרפואה דחופה (חדרי מיון) בשנים 2004-2014 נמצאו 565 ניסיונות התאבדות של נשים בגילי 18-45 שהיו עד שנה לאחר לידה. כמו כן, בהתבסס על סיבות המוות המקודדות בלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, היו בתקופה זו שבע התאבדויות. המשרד הוסיף וציין ששיעור ניסיונות ההתאבדות בקרב נשים בגילי 18-45 שלא היו בתוך שנה לאחר לידה היה גבוה פי ארבעה משיעור הנשים בטווח גילים זה שהיו עד שנה לאחר לידה.³⁴ כמו כן מסר המשרד כי אין לו מידע על נשים שפגעו או שניסו לפגוע בילדיהן. בהמשך לקשיים שצינו למעלה, אפשר לשאול כמה ממקרים אלו הם באמת תוצאה של דיכאון לאחר לידה.

מעבר להערכות בדבר היקף התופעה בישראל, משרד הבריאות מסר לנו כי לא ידוע לו אם יש הבדלים בסיכון לדיכאון לאחר לידה בין קבוצות חברתיות שונות. לדברי המשרד, יש צורך במחקרים רחבי היקף כדי לבחון שאלה זו, ועד כה לא התבצעו מחקרים כאלה בישראל.³⁵

לסיכום, נראה כי אין למשרד הבריאות נתונים על ההיקף של דיכאון בתקופה שסביב הלידה בישראל, בין השאר עקב מחלוקת בשאלה אם זוהי אבחנה ייחודית או לא. המשרד, על בסיס הספרות, מעריך שהתופעה קיימת בקרב 10%-15% מהילודות, אך יש פער בין הערכה זו לבין הערכת שירותי בריאות כללית, שהיא כ-5%. ייתכן שהפער נובע בחלקו מכך שהקופות משתמשות בהגדרה שמתאימה לאבחנה קלינית ולא לתסמינים ברמה נמוכה יותר. עם זאת, אין למשרד הבריאות הערכה של התפלגות רמות החומרה בתוך אוכלוסיית הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה. כמו כן, אין למשרד הבריאות נתונים על היקף האובדנות כתוצאה מדיכאון לאחר לידה, אם כי ממחקר שנערך על ידו עולה כי הסיכון להתאבדות בקרב נשים בתקופה שסביב הלידה הוא נמוך יותר לעומת נשים באותו טווח גילים שאינן בתקופה סביב לידה.

³⁰ World Health Organization, ICD-10 Version: 2016, [F32](#), accessed: February 26, 2018.

³¹ פניאל רוזנטל, ממונה על תחום קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 19 בפברואר 2018.

³² ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, שיחות, 14 בינואר 2018 ו-7 בפברואר 2018.

³³ הנתונים לא כללו את שנת 2007, ולא ידוע לנו לאיזה חלק משנת 2017 הם מתייחסים. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

³⁴ נתונים אלו נלקחו מתשובה שמסר לנו שמרד הבריאות ב-17 בדצמבר 2017. בתשובה נוספת שנמסרה מאוחר יותר נכתב שהמחקר המדובר נערך בשנים 2006-2015 וטווח הגילאים היה 18-44. אין באפשרותנו לעמוד על הגורמים להבדלים אלו. ראו: מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתבים, 17 בדצמבר 2017 ו-12 בפברואר 2018.

³⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.



2. איתור ואבחון של דיכאון סביב הלידה

ב-22 בינואר 2014 פרסם משרד הבריאות [נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה](#) (להלן: [נוהל האיתור](#)),³⁶ המבוסס על [נוהל לטיפול באישה הרה בתחנות טיפת חלב](#) לשנת 2001 (הנוהל לטיפול באישה הרה עודכן ב-20 בנובמבר 2014).³⁷ נדגיש כי חלק משמעותי מהמבוטחות בכל קופה מקבלות שירותי טיפת חלב בתחנות שאינן מופעלות על ידי הקופה שבה הן מבוטחות, אלא על ידי גורם אחר, כגון משרד הבריאות, עירייה מסוימת או קופה אחרת. לפי התשובות שהתקבלו מהקופות, כשליש ממבוטחות כללית שילדו וכרבע ממבוטחות מכבי שילדו קיבלו שירות בתחנות טיפת החלב של הקופה,³⁸ כלומר רוב המבוטחות בכל אחת מקופות אלו טופלו בתחנות טיפות חלב שהפעילו גורמים אחרים. מאוחדת ולאומית לא מסרו מידע בעניין זה.

נוהל האיתור שפרסם משרד הבריאות בינואר 2014 קובע כי רופאים ואחיות המטפלים בנשים הרות ובנשים לאחר לידה צריכים לבצע את האיתור באמצעות בדיקת סקר בשם [שאלון אדינבורו](#), או EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). שאלון זה תוקף במדינות רבות, והשימוש בו לאיתור דיכאון בקרב נשים בתקופה שסביב הלידה נפוץ.³⁹ השאלון מורכב מעשר שאלות רבות-ברירה (אמריקניות), והוא מובא במלואו בנספח א' של מסמך זה. להלן שתי שאלות לדוגמה:

<p>1. במשך השבוע האחרון, הייתי מסוגלת לצחוק ולראות את הצד המצחיק של דברים:</p> <p>__כפי שיכולתי תמיד</p> <p>__פחות מתמיד</p> <p>__הרבה פחות מתמיד</p> <p>__בכלל לא</p>	<p>6. במשך השבוע האחרון, הרגשתי שדברים קשים לי מדי:</p> <p>__כן, לרוב לא יכולתי להתמודד בכלל</p> <p>__כן, לפעמים לא יכולתי להתמודד כפי שאני רגילה</p> <p>__לא, בדרך כלל התמודדתי (הסתדרתי) די טוב</p> <p>__לא, אני מתמודדת כמו תמיד</p>
--	---

שאלה 10, המתייחסת לאפשרות של פגיעה עצמית, היא שאלת סף, וכל תשובה מלבד "בכלל לא" אמורה להוביל למענה טיפולי בהקדם האפשרי:

<p>10. במשך השבוע האחרון, המחשבה לפגוע בעצמי עלתה בראשי</p> <p>__כן, לעיתים קרובות</p> <p>__לפעמים</p> <p>__כמעט שלא</p> <p>__בכלל לא</p>

³⁶ ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, [נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה](#), 22 בינואר 2014. נוהל זה עדכן נוהל קודם משנת 2012; לא ידוע לנו אם הנוהל מ-2012 יושם אם לאו.

³⁷ הנוהל המעודכן מנחה את האחיות לאתר דיכאון לאחר לידה בהתאם לנוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון במהלך היריון ולאחר לידה.

³⁸ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

³⁹ Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell, "[Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression](#)", p. 9, Cochrane Database of Systematic Reviews 2, 2013; ; Elizabeth O'Connor et al., "[Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force](#)", p. 6, January 2016.

כמו כן, ארגונים רפואיים שונים, כגון הסתדרות הרופאים המיילדים והגינקולוגים בארצות הברית, ממליצים על השימוש בשאלון אדינבורו. ראו:

The American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice, [Screening for Perinatal Depression](#), May 2015, reaffirmed 2016.



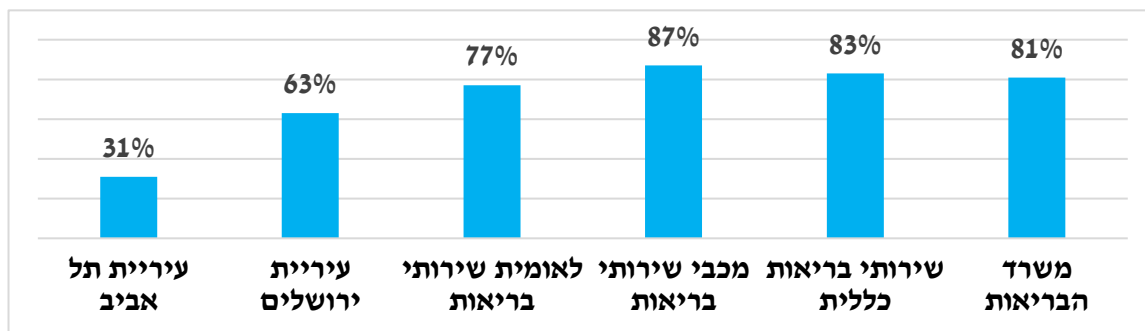
נוהל האיתור קובע כי אחיות מוסמכות ורופאים המטפלים בנשים הרות או לאחר לידה צריכים לבצע את בדיקת הסקר פעמיים: בפעם הראשונה בהיריון, החל מהשבוע ה-26, ובפעם השנייה בין ארבעה לתשעה שבועות לאחר הלידה (או בפגישה שמייד לאחר מכן). על בסיס בדיקת הסקר, ובשילוב שיקול הדעת של הגורם המקצועי המעורב, ייקבע סוג המענה: שיחת תמיכה עם האחיות ומעקב לפי הצורך, הפניה לעובדת סוציאלית או לרופא משפחה והפניה לגורמים מתחום בריאות הנפש, קרי פסיכיאטרים ופסיכולוגים.

החל משנת 2015, במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות,⁴⁰ משרד הבריאות אוסף מידע על ביצוע בדיקת הסקר השנייה, המוגדרת כאיתור דיכאון לאחר לידה עד כשלושה חודשים לאחר הלידה.⁴¹ נכון לזמן סיום כתיבת המסמך הופיעו באתר משרד הבריאות נתונים על עמידה ביעד זה בשנת 2016 בלבד.

לפי דוח התוכנית הלאומית למדדי איכות, היעד שנקבע לשנת 2016 היה כיסוי של 80% מתוך האימהות לתינוקות הרשומים בתחנות שמפעיל כל נותן שירות; שיעור הביצוע בפועל בשנה זו היה 77%.⁴² נציין כי היעד שנקבע לשנת 2018 הוא כיסוי של 85% מכלל האימהות לתינוקות הרשומים בתחנות שמפעיל כל נותן שירות.⁴³ תרשים 1 מציג את שיעור הנשים שעברו תשאול בשנת 2016 בתחנות שמפעיל כל אחד מנותני השירות (לא כולל קופת חולים מאוחדת, שלא העבירה למשרד הבריאות נתון זה):⁴⁴

תרשים 1: שיעור ביצוע תשאול מתוך האימהות לתינוקות הרשומים בתחנות טיפת חלב, לפי נותן

שירות, 2016



מתרשים 1 עולה כי משרד הבריאות, שירותי בריאות כללית ומכבי שירותי בריאות עמדו ביעד שהוגדר לשנת 2016, כלומר כיסוי של 80% ומעלה, וכי לאומית שירותי בריאות הייתה קרובה לעמוד בו. עם זאת, אפשר לראות ששיעורי התשאול נמוכים משמעותית בתחנות טיפת חלב שמפעילות עיריית תל אביב ועיריית ירושלים (31% ו-63%, בהתאמה). לא ברור מה הסיבות לכך, שכן על שאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת בנושא זה השיב משרד הבריאות: "במיזם מדדי איכות, הסיבות לשונות בשיעור הכיסוי נבדקות על ידי הגורמים המטפלים, והם פועלים לשפר את המדד".⁴⁵

⁴⁰ התוכנית הלאומית למדדי איכות, שהחלה לפעול בינואר 2013, מנטרת את פעילות מערכת הבריאות בתחומים שונים. היבטים מסוימים של פעילות תחנות טיפות החלב שולבו בתוכנית משנת 2015. משרד הבריאות, [התוכנית הלאומית למדדי איכות: בתי חולים, טיפת חלב וחברות האמבולנס, דוח לשנים 2013-2016](#), יוני 2017, עמ' 28-30.

⁴¹ שם, עמ' 225.

⁴² בדוח משרד הבריאות נכתב כי בשנת 2015 שיעור הביצוע היה 66%. עם זאת, הנתונים שדווחו בשנת 2015 לא כללו את דיווחי כללית, מכבי ומאוחדת, ולכן ההשוואה בין שנים אלו אינה מדויקת.

⁴³ משרד הבריאות, [התוכנית הלאומית למדדי איכות בטיפות חלב בישראל, מדדי איכות לשנים 2015-2018, גרסה 11-2017-503](#), עמ' 29, 13 בדצמבר 2015.

⁴⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017. נעיר כי מאוחדת מסרה למרכז המחקר והמידע של הכנסת נתון המתייחס לשיעור האיתור בקרב נשים במהלך ההיריון ולאחר הלידה ביחד, אך נתון זה אינו בר-השוואה לנתונים המוצגים בתרשים 1.

⁴⁵ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.



בעוד שמשרד הבריאות מפרסם נתונים על שיעור הנשים שעברו תשאול לאחר הלידה באמצעות שאלון אדינבורו, לא ברור מה שיעור הנשים שאותרו בעקבות העברת שאלון זה במהלך ההיריון ולאחר הלידה. משרד הבריאות מסר לנו כי אין למשרד נתונים על תוצאות השאלונים,⁴⁶ וגם קופות החולים כללית, לאומית ומאוחדת לא מסרו לנו נתון זה.⁴⁷ מכבי מסרה כי שיעור הנשים שקיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון אדינבורו, ולפיכך הן בסיכון לדיכאון, היה כ-7.47% מכלל הנשים שעברו תשאול בתחנות טיפות החלב שהפעילה הקופה בשנת 2015; בשנת 2016 שיעורן היה 6.7%, ובשנת 2017 (לא כולל חודש דצמבר) – 5.7%. נדגיש כי אי-אפשר להסיק מנתוני מכבי על שאר הקופות.

3. סוגיות בנושא איתור נשים בסיכון לדיכאון סביב הלידה

בפרק זה נציג שתי סוגיות מרכזיות בתהליך האיתור וההפניה לטיפול: שאלון אדינבורו מועבר לפי רוב רק אחרי הלידה, ויש הבדלים בין הקופות באופן שבו מוגדרות רמת הסיכון הבינונית והגבוהה לדיכאון בתקופה שסביב הלידה.

3.1. אי-העברת שאלון אדינבורו בתקופת ההיריון

כאמור, נוהל האיתור קובע כי יש להעביר את השאלון פעמיים: בפעם הראשונה החל מהשבוע ה-26 להיריון, ובפעם השנייה בין ארבעה לתשעה שבועות לאחר הלידה (או בפגישה שמייד לאחר מכן).⁴⁸ עם זאת, מתשובות קופות החולים ומתשובת משרד הבריאות עולה כי שאלון אדינבורו מועבר לרוב רק לאחר הלידה. נדגיש כי יש הבדלים בין הקופות:

כללית מסרה כי נשים המגיעות למרפאות לליווי היריון מתבקשות למלא את שאלון אדינבורו כחלק מתהליך מעקב ההיריון או ליווי ההיריון, אולם הקופה לא מסרה לנו נתונים על שיעור הנשים שמילאו את השאלון.⁴⁹

מאוחדת מסרה כי בשנת 2017 כ-45,300 מהנשים המבוטחות בקופה היו בהיריון, וכ-19,000 מהן עברו תשאול במהלכו. נבהיר כי מספר הנשים שלא עברו תשאול כולל גם נשים בשלב מוקדם של ההיריון, קרי לפני שבוע 26, שבו הן אינן אמורות לעבור את שאלון אדינבורו. לדברי מאוחדת, השאלון מועבר על ידי אחיות במרפאות ראשוניות, במרכזי בריאות האישה או במסגרות אחרות, ועל האחיות לתעד את העברתו.⁵⁰

לאומית מסרה כי שאלון אדינבורו מועבר לפי רוב רק לאחר הלידה, וכי אחיות ורופאים מאתרים דיכאון בתקופת ההיריון באמצעות בדיקות סקר אחרות, אם כי לדבריה ייתכן שהם נעזרים בשאלון אדינבורו. לאומית מסרה לנו נתונים על מספר התשאולים שמועברים במהלך ההיריון על ידי אחיות, אך תשאולים

⁴⁶ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.

⁴⁷ על בסיס הנתונים שמסרה מאוחדת, אפשר לחשב את שיעור הנשים שאותרו בעקבות תשאולים שבוצעו במהלך ההיריון ולאחר הלידה במשולב, אך אי-אפשר להפריד ביניהם, ולכן נתון זה אינו בר-השוואה לנתוני מכבי.

⁴⁸ ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה, סעיף 7.1, 22 בינואר 2014.

⁴⁹ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

⁵⁰ מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.



שמועברים על ידי רופאים אינם מתועדים, וכרגע אין בכוונת הקופה לפתח מערכת שתתעד את העברת השאלון על ידי רופאים.⁵¹

מכבי מסרה כי רופאי המשפחה בקופה מפנים נשים בהיריון לתוכנית לליוי היריון או למוקד טלפוני, ובמסגרת הליוי משתמשים גם בשאלון אדינבורו. בשנת 2017, כרבע מהילדות המבוטחות בקופה (בערך 10,000 מתוך כ-42,000) השתתפו בתוכנית ייעודית לליוי היריון, שבמסגרתה כ-70% מהנשים עברו שאלון אדינבורו. תוכנית זו מיועדת בעיקר לנשים לקראת לידה ראשונה, אך משתתפות בה גם נשים בהריונות חוזרים.⁵²

נוסף על כך, מכבי מסרה לנו שמינואר 2016 החלה הקופה להפעיל מוקד טלפוני לרפואת נשים ("מוקד נשי אישי אונליין") המטפל בכ-1,500 נשים בשנה, אך לא ידוע לנו כמה מנשים אלו נמצאות בתקופה שסביב הלידה. במוקד פועל צוות רב-מקצועי שיש בו אחיות, דיאטנית קלינית, רוקחת קלינית, עובדת סוציאלית ורופא נשים מומחה, ובמסגרתו מתבצעות, בין השאר, בדיקות שונות הקשורות להיריון, ובהן שימוש בשאלון אדינבורו.⁵³ **נדגיש כי רוב הנשים ההרות במכבי – לפחות כשני-שלישים מהן – אינן משתתפות בתוכנית לליוי היריון או במוקד הטלפוני.**

פנינו למשרד הבריאות בשאלה אם הוא מתמרץ את קופות החולים לאתר דיכאון בתקופה שסביב הלידה. המשרד השיב כי הוא אינו מספק תמריצים, אך הנושא נמצא בתוכנית מדדי האיכות, כלומר, עצם הצורך לעמוד במדד משמש לקופות תמריץ לעמידה ביעדים שנקבעו. בהמשך לכך שאלנו אם רצוי לשלב במסגרת התוכנית הלאומית למדדי איכות מדד נוסף, שיבחן את שיעור הנשים שעונות על שאלון אדינבורו במהלך תקופת ההיריון ולא רק לאחר הלידה. המשרד השיב כי הוא סבור ש"בשלב זה, מדד זה נותן מענה מספק", והסביר כי מאחר ורוב הנשים ההרות מבצעות מעקב היריון במסגרות טיפוליות אחרות מלבד תחנת טיפת חלב, הוחלט למדוד את ההיענות לשאלון אדינבורו רק לאחר הלידה.⁵⁴

עולה השאלה, **מדוע הנוהל לאיתור נשים בדיכאון בהיריון ולאחר לידה כולל את הדרישה להעברת שאלון אדינבורו גם במהלך ההיריון? אם משרד הבריאות רואה בכך צורך מהותי, מדוע אינו אוכף או מתמרץ ביצוע מדד זה? ואם אין הוא רואה בכך צורך מהותי, האם אין מקום לשנות את הנוהל? נוסף על כך, אפשר לשאול, אילו חסמים, אם בכלל, מונעים את העברת שאלון אדינבורו במהלך ההיריון על ידי הקופות?**

ד"ר ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, מסרה שלהערכתה יש צורך ביצירת מנגנון לאיתור נשים הנמצאות בסיכון גבוה להתפרצות של דיכאון לאחר לידה עוד בתקופת ההיריון, ובמיוחד נשים עם היסטוריה של דיכאון.⁵⁵ נעיר כי היסטוריה של הפרעות נפשיות בכלל ושל דיכאון לאחר לידה בפרט היא גורם סיכון חשוב להתפרצות דיכאון בתקופה שסביב הלידה.⁵⁶ דוגמה למנגנון לאיתור נשים בסיכון גבוה אפשר למצוא בבריטניה, שבה

⁵¹ בדיקות הסקר האחרות כוללות גרסאות שונות של ה-PHQ (Patient Health Questionnaire). ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, שיחות, 14 בינואר 2018 ו-7 בפברואר 2018.

⁵² התוכנית מוצעת בחינם לכל הנשים. רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, מכבי, שיחות, 22 בינואר 2018 ו-12 בפברואר 2018; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

⁵³ הנשים המצטרפות למוקד מקבלות ערכה המכילה מכשירים לביצוע בדיקות שונות וחומרי הדרכה שונים. עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

⁵⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

⁵⁵ ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018.

⁵⁶ משרד הבריאות, האגף לרפואה קהילתית, [דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, perinatal depression, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות](#), 24 בפברואר 2016.



יש מסלול מעקב ייעודי לנשים עם היסטוריה משפחתית או אישית של הפרעות נפש, שהן בסיכון גבוה לפתח פסיכוזת דיכאון. נשים אלו אמורות להשתתף בפגישה ייעודית בשבוע ה-32, שמטרתה להכין את המעורבים (בן זוג, חברים, משפחה) לאפשרות של התפרצות המחלה. כמו כן, בשבועות הראשונים שלאחר הלידה הן אמורות לקבל ביקורי בית של כמה אנשי מקצוע, ובהם מיילדות ואחיות בריאות הנפש.⁵⁷

3.2. הבדלים בין הקופות בקביעת רמת הסיכון

על בסיס שאלון אדינבורו נקבעת לנשים רמת סיכון מסוימת לדיכאון בתקופה שסביב הלידה. מצאנו כי קופות החולים מגדירות בצורה זהה נשים הנמצאות ברמת סיכון נמוכה, אך יש הבדלים בין הקופות באשר לאופן שבו מוגדרות נשים ברמת סיכון בינונית וברמת סיכון גבוהה.

שאלון אדינבורו בנוי כך שעל כל שאלה אפשר לקבל ציון של 0-3, והציון הסופי של כל השאלון נע בין 0 ל-30. לפי נוהל האיתור, על האחיות לתת מענה ראשוני לנשים שקיבלו ציון 10 ומעלה ולהפנות אותן לגורמים אחרים, כולל גורמי בריאות הנפש, לפי הצורך.⁵⁸ לפי דף מידע שפרסם משרד הבריאות ב-24 בפברואר 2016, נשים עם ציון 13 ומעלה צריכות להיות מופנות באופן מיידי לגורם מקצועי בתחום בריאות הנפש, לדוגמה פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי.⁵⁹ כמו כן, כאמור, שאלה מס' 10 בשאלון אדינבורו ("במשך השבוע הראשון, המחשבה לפגוע בעצמי עלתה בראשי") היא בעלת מעמד ייחודי: כל תשובה עליה מלבד "בכלל לא" אמורה להוביל להפניה לגורם מתחום בריאות הנפש. אם יש חשש לשלום התינוק, יש לדווח לעובד סוציאלי לחוק הנוער (טיפול והשגחה), תש"ך-1960, ולוודא את קבלת הדיווח.⁶⁰ נעיר כי בישראל השאלון מועבר בעברית ובשפות נוספות. כללית מסרה לנו שהשאלון מועבר גם בערבית וברוסית;⁶¹ במאוחדת השאלון מועבר בשפות אלו וגם בצרפתית ובאנגלית.⁶²

דהיינו, נוהל משרד הבריאות מבחין בין שלוש קבוצות סיכון: סיכון נמוך (ציון בשאלון הנמוך מ-10), סיכון בינוני (ציון 10-12) וסיכון גבוה (ציון 13 ומעלה). נדגיש כי שאלון אדינבורו אינו מאבחן דיכאון אלא סימפטומים של דיכאון, שאינם מעידים בהכרח על בעיה קלינית. כמו כן, נזכיר כי מדובר בכלי עזר, ועל הגורם שמעביר את השאלון להפעיל שיקול דעת מקצועי.⁶³

משרד הבריאות מסר לנו כי השימוש בציון הסף 10 לאיתור דיכאון לאחר לידה מקובל בכל העולם. בדוח שהוכן למען הסוכנות האמריקנית למחקר ואיכות בריאות (Agency for Healthcare Research and Quality) ופורסם בינואר 2016 נכתב כי על פי רוב ציון 10 ומעלה משמש לזיהוי דיכאון קל או הפרעות דיכאוניות אחרות (minor depression of other depressive disorders in addition to MDD), בעוד

⁵⁷ NHS Choices, [Postpartum psychosis](#), updated: September 5, 2017, accessed: January 21, 2018.

⁵⁸ ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, [נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה](#), סעיף 7.6, 22 ינואר 2014.

⁵⁹ משרד הבריאות, מינהל הרפואה, האגף לרפואה קהילתית, [דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, Depression Perinatal, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות](#), 24 בפברואר 2016.

⁶⁰ ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, [נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה](#), סעיף 7.6, 22 בינואר 2014.

⁶¹ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

⁶² עידית ורד, מרכזת תחום בריאות האישה, מטה הסיעוד, רויטל אורדן, מרכזת תחום בריאות הנפש, מטה הסיעוד, וגיל רביב, סגן מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, [איתור וטיפול בנשים בדיכאון בהיריון ולאחר לידה](#), 1 בנובמבר 2017.

⁶³ ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, דוא"ל, 26 בפברואר 2018; רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, שיחה, 22 בינואר 2018; יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, דוא"ל, 11 במרס 2018; מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.



השימוש בציון 13 ומעלה משמש כדי לזהות דיכאון חמור (Major Depressive disorder, או MDD).⁶⁴ לפי שרהלי גלסר (Glasser), חוקרת בכירה במכון גרטנר האחראית על תחום הדיכאון לאחר הלידה, ציון 10 הוא יחסית נמוך, והבחירה בו כציון סף נועדה להבטיח שכמה שיותר נשים שעשויות לסבול מדיכאון אכן יזוהו.

נשאלת השאלה מהו ציון הסף המינימלי בשאלון אדינבורו שיצביע על סיכון בינוני ומעלה, והאם מדובר בציון שמאזן נכונה בין הרצון לאבחן כמה שיותר נשים שעלולות להימצא בסיכון לבין הרצון להימנע מאבחון יתר? למיטב ידיעתנו, עד היום נערך בישראל מחקר אחד, בתקופה שבין מאי 1999 לינואר 2000, שבחן את יעילות הגרסה העברית של שאלון אדינבורו, באמצעות מפגש עם פסיכיאטר לאימות ממצאי השאלון.⁶⁵ ממחקר זה עלה כי ציון סף נמוך יותר יביא לזיהוי שיעור גדול יותר של נשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, אך במקביל גם לשיעור גדול של אבחון מוטעה. לעומת זאת, קביעת ציון סף גבוה תשפר את היכולת של בדיקת הסקר להימנע מאבחון מוטעה, אך תגביר את הסיכון לכך שהבדיקה לא תאתר חלק מהנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה.

לשם המחשת תוצאות המחקר, השתמשנו בהערכה הנמוכה של משרד הבריאות, שלפיה מספר הנשים שסובלות מדיכאון לאחר לידה בשנת 2017 היה כ-18,000 (כ-10% מהילדות). הבחירה בציון הסף 10 תביא לכך שיאותרו בערך 14,500 נשים מתוך כלל הנשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה (כלומר, בערך 80% מתוך 18,000), אולם השימוש בציון זה עלול גם להוביל לכך ש-28,500 נשים נוספות יזוהו בטעות כסובלות מדיכאון לאחר לידה. הבחירה בציון הסף 13 תביא לכך שיאותרו כ-9,000 נשים מכלל הנשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה (כלומר, בערך 50% מתוך 18,000), והזיהוי המוטעה יהיה של כ-6,300 נשים. בחירה בציון הסף 15 תביא לאיתור של כ-3,500 נשים מכלל הנשים הסובלות, כלומר בערך 19% מקבוצה זו, ולא יהיה כלל זיהוי מוטעה. אפשר לשאול אם המחיר של זיהוי מוטעה הוא עומס רב מדי על מערכת הבריאות, במיוחד לנוכח הביקורות על זמני ההמתנה הארוכים לפגישה עם פסיכיאטר באופן כללי,⁶⁶ וגם במקרים של דיכאון לאחר לידה.⁶⁷

יש הטוענים כי איתור יתר, כלומר זיהוי של ההפרעה בקרב נשים שאינן סובלות ממנה, אינו מהווה בעיה חמורה, מאחר שאבחנה מלאה דורשת מגע עם גורם מקצועי שיוכל לקבוע את קיומה או אי-קיומה של ההפרעה.⁶⁸ כמו כן, נעיר כי בסקירה שהוכנה למען הסוכנות האמריקנית למחקר ואיכות בבריאות (Agency for Health Care Research and Quality) ופורסמה בינואר 2016 הובאה הטענה שרגישות יתר

⁶⁴ Elizabeth O'Connor et al., [Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force](#), January 2016; also see Cindy-Lee Dennis and Therese Dowswell, "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression", Cochrane Database of Systematic Reviews 2, p. 9, 2013.

⁶⁵ מחקר זה בחן את יעילותו של שאלון אדינבורו ככלי לאיתור דיכאון, כמו גם ככלי לאיתור דיכאון וחרדה. החישובים שמובאים כאן מתייחסים ליעילותו של השאלון לאיתור דיכאון בלבד. ראו: שרה קנדל כצנלסון, בית חולים איתנים, **תיקוף הגרסה העברית של ה-Edinburgh Postnatal Depression Scale בקרב נשים המשתמשות בשירותי טיפת חלב**, מרס 2004.

⁶⁶ לדוגמה, משרד הבריאות מסר כי על אף שהתורים התקצרו משמעותית לאחר הרפורמה בבריאות הנפש, "התורים הינם עדיין ארוכים בחלק גדול מהאזורים בארץ". נעיר כי ביקשנו ממשרד הבריאות נתונים בנושא, אך המשרד מסר כי שכרגע אין ברשותו נתונים. מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.

⁶⁷ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018; ימית אורבין, מיזם אמא יקרה, שיחה, 10 בדצמבר 2017.

⁶⁸ שרהלי גלסר, חוקרת בכירה במכון גרטנר, שיחה, 28 בנובמבר 2017.



במקרה זה היא פחות בעייתית, מאחר שהמענים לדיכאון יכולים להיות מועילים גם לטיפול בהפרעות אחרות שאותן יכול המבחן לאתר.⁶⁹

בעוד שציון הסף הנמוך בין משרד הבריאות לקופות החולים הוא אחד – 10 ומעלה, נראה שבציונים הגבוהים יותר יש הבדלים ברמת הסיכון שתיקבע לאישה עם אותו ציון בין הגופים השונים שמעבירים את השאלונים. להלן ציוני הסף שנקבעו על ידי משרד הבריאות ושלוש מקופות החולים לאבחון רמות הסיכון של נשים. **לאומית** לא מסרה לנו באילו ציוני סף היא עושה שימוש.

טבלה 1: ציוני סף לקביעת רמת הסיכון על בסיס מענה לשאלון אדינבורו, לפי קופת חולים⁷⁰

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	משרד הבריאות	
	9-0	8-0	9-0	9-0	סיכון נמוך
לא נמסר	13-10	15-9	13-10	12-10	סיכון בינוני
	14 ומעלה	16 ומעלה	14 ומעלה	13 ומעלה	סיכון גבוה

בטבלה 1 אפשר לראות כי יש הבדלים ברמת הסיכון שתיקבע לאישה עם אותו ציון בשאלון אדינבורו בין הגופים השונים. לדוגמה, אישה שקיבלה ציון 14 (ללא תסמינים מחשידים נוספים) תוגדר על ידי משרד הבריאות, כללית ומאוחדת כאישה בסיכון גבוה ותופנה לגורם מתחום בריאות הנפש, אך במכבי היא תוגדר בסיכון בינוני ותופנה לעובדת סוציאלית או לטיפול אחר. כפי שנפרט בהמשך, יש להביא בחשבון שיש הבדלים בין הקופות גם במערך המספק מענה לקבוצה שבסיכון בינוני. נדגיש כי בכל קופה, כל מי שסימנה תשובה אחרת מ"כלל לא" בשאלה 10, העוסקת במחשבות על פגיעה עצמית, תופנה להתערבות בהקדם האפשרי.

בהקשר זה נציין שמכבי מסרה כי יעילות השימוש בשאלון מושפעת מאופן העברתו ומהצלחתה של האחות בתחנת טיפת חלב לייצר קשר אישי עם היולדת, ולכן ייתכן שהעומס המוטל על תחנות טיפת חלב מקשה על מתן המענה.⁷¹ טענה זו הועלתה גם על ידי גורמי מקצוע אחרים.⁷² עו"ס ענבל אביב, רכזת פורום הארגונים לנשים אחרי לידה,⁷³ טוענת שלעיתים הביקורים בתחנת טיפת חלב הופכים לסדרת בדיקות לתינוק, וכך לא ניתנת תשומת לב מתאימה ליולדת.⁷⁴ הטענה שתחנות טיפות חלב סובלות מעומס הועלתה בכנסת כמה פעמים בעבר,⁷⁵ ודוח מבקר המדינה לשנת 2014 מצא כי בשנים האחרונות גדל מספר המטלות של האחיות בתחנות טיפת חלב, בין השאר עקב הוספת המטלה של איתור דיכאון לאחר הלידה, אך מספר התקנים לא גדל בהתאמה.⁷⁶ נבהיר כי לפי משרד הבריאות, העברת שאלון אדינבורו באופן

⁶⁹ Elizabeth O'Connor et al., [Screening for Depression in Adults: An Updated Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force](#), pp. 43-44, January 2016.

⁷⁰ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018, דוא"ל, 11 במרס 2018; רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, שיחה, 22 בינואר 2018.

⁷¹ רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, מכבי שירותי בריאות, שיחה, 22 בינואר 2018.

⁷² שרהלי גלסר, חוקרת בכירה במכון גרטנר, שיחה, 24 בינואר 2018.

⁷³ פורום הארגונים למען נשים אחרי לידה מרוכז על ידי ארגון ויצו. נכון ל-25 באפריל 2017, אלה הארגונים החברים בפורום: ויצו, ברכת אביה, סירי לידה, העמותה הישראלית למען הילד בגיל הרך, עמותת שביל הקהילה, עמותת "אמא יקרה", נשים מדברות אימהות, ד"ר ענבל שלומי, ד"ר מילכה דונחין, מיכל גריי ותוכנית "החודש העשירי". פורום למען נשים אחרי לידה, מכתב (לפרופ' אלי סומך), 25 באפריל 2017.

⁷⁴ ענבל אביב, רכזת הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017; פורום למען נשים אחרי לידה, מכתב (לפרופ' אלי סומך), 25 באפריל 2017.

⁷⁵ לדוגמה, איתמר גרוטו, ראש שירותי בריאות הציבור, [נתונים לגבי טיפת חלב, בהמשך לדיון שנערך ביום 9 בדצמבר 2015](#), מכתב לחברת הכנסת אלהרר, יושבת-ראש הוועדה לענייני ביקורת המדינה, 4 בינואר 2016. להרחבה: שלי לוי, [תחנות טיפות חלב בישראל: 1997-2007](#), מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 22 ביולי 2008.

⁷⁶ מבקר המדינה, דוח שנתי 64 לשנת 2013 ולחשבונית שנת הכספים 2012, [המערך של תחנות טיפת חלב](#), עמ' 648, 2014.



שגרתי לכל אישה הרה ולכל אימא לתינוק המטופל בתחנות טיפת חלב נחשבת להשקעת משאבים משמעותית.⁷⁷

4. שירותי הטיפול המוצעים למאובחנות בדיכאון סביב הלידה

בפרק זה נסקור את המענים המוצעים לנשים שזוהו כנתונות בסיכון לדיכאון בתקופה שסביב הלידה. ראשית נדון בתהליך מימוש ההפניות לקבלת הטיפול, לאחר מכן נציג את המענים הניתנים בתחנות טיפת חלב, את הטיפול האמבולטורי שניתן במרפאות בריאות הנפש או על ידי מטפלים עצמאיים ואת מסגרות האשפוז הרלוונטיות. **נזכיר שיש לנו נתונים חלקיים בלבד על מספר הנשים המאובחנות ועל סוגי המענים שהן מקבלות, ואין אפשרות לספק תמונה מלאה של המצב בשטח על בסיס נתונים אלו.**

4.1. מימוש ההפניה לקבלת טיפול

ביקשנו מקופות החולים נתונים על מספר הנשים שזוהו שהן בסיכון לדיכאון בתקופה שסביב הלידה והופנו לקבלת טיפול, על מספר הנשים שמימשו את ההפניה בפועל ועל סוג המענים שניתנו להן. **כללית, מכבי ולאומית מסרו כי אי-אפשר להפיק את הנתונים במסגרת הזמן שהקצבנו,**⁷⁸ או שלא מסרו מענה בנושא. פנינו אל הקופות בשאלה מה פרק הזמן הנדרש להפקת נתונים אלו, אך עד סיום כתיבת המסמך לא קיבלנו מענה.

מאוחדת העבירה לנו נתונים על השנים 2016-2017, אך נדגיש כי אי-אפשר להסיק מנתונים אלו לגבי שאר הקופות, עקב הבדלים אפשריים בין המערך המספק מענה טיפולי ועקב הבדלים אפשריים בין האוכלוסיות המבוטחות בקופה. מנתוני מאוחדת עולה כי בכל אחת מהשנים 2016-2017, מכלל הנשים שזוהו שהן בסיכון לדיכאון לאחר לידה, כ-40% הופנו לעובדות סוציאליות, כ-25% הופנו לגורמי בריאות הנפש, כגון פסיכיאטר או פסיכולוג, וכשליש הופנו לרופא משפחה.⁷⁹ לדברי מאוחדת, בכל אחת מהשנים 2016-2017, מבין הנשים שהופנו לפסיכיאטר, לפסיכולוג או לעובד סוציאלי, כשליש מימשו את ההפניה.⁸⁰ מאוחדת לא מסרה נתונים על מימוש ההפניות לרופאי משפחה, שאליהם הופנו כאמור כשליש מהנשים שזוהו בסיכון. לא ידוע לנו אם הנשים שמימשו את ההפניות הגיעו ליותר ממפגש אחד עם הגורם המטפל.

שאלנו את קופות החולים ואנשי מקצוע מה הסיבות לאי-מימוש של חלק גדול מההפניות. מהתשובות עולה כי **החשש מפני הסטיגמה המלווה את תחום בריאות הנפש הוא גורם מרכזי לאי-מימוש ההפניות.**⁸¹ נזכיר כי חשש זה אינו ייחודי לנושא הדיכאון, אלא מאפיין את תחום בריאות הנפש ככלל, וכי צמצום הסטיגמה היה אחת ממטרותיה של הרפורמה בבריאות הנפש שנכנסה לתוקף ביולי 2015.⁸² לפי דף מידע שפרסם משרד הבריאות ב-24 בפברואר 2016, במקרה של דיכאון לאחר לידה יש לשקול חסמים נוספים, ובהם חשש מתיוג האם כבעלת מסוגלות הורית נמוכה, חפיפה מטעה בין תסמיני דיכאון לבין תסמיני

⁷⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

⁷⁸ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

⁷⁹ מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.

⁸⁰ בשנת 2016, כ-32% מהנשים שהופנו לפסיכולוג, לפסיכיאטר או לעובדת סוציאלית מימשו את ההפניה (175 מתוך 540); בשנת 2017, כ-36% מהנשים שהופנו מימשו את ההפניה (210 מתוך 587). מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 5 במרס 2018.

⁸¹ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017; ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018; ליאת הולר הררי, רופאה בכירה במרכז לבריאות הנפש רמת חן, שירותי בריאות כללית, שיחה, 18 בינואר 2018.

⁸² לדוגמה, משרד הבריאות, [הרפורמה בבריאות הנפש](#), כניסה: 8 במרס 2018.



היריון ולידה (לדוגמה, הפרעות שינה), מיתוס של היריון ולידה כתקופת אושר ופריחה לאישה ומשפחתה, וחסמים הקשורים לנגישות, לזמינות וכן לשיקולים כלכליים.⁸³ עם זאת, כללית מסרה לנו כי יש עלייה בפנייה לרופאי המשפחה וכן לגורמים פסיכיאטריים אחרים כתוצאה מהרפורמה בבריאות הנפש.⁸⁴

4.2. טיפול בתחנות טיפת חלב

כאמור, האחיות בתחנות טיפת חלב הן על פי רוב הגורם שמעביר את שאלון אדינבורו ומספק את המענה הראשוני לנשים שזוהו כנשים בסיכון לדיכאון לאחר לידה. לפי נספח מס' 4 לנוהל האיתור משנת 2014, מענה זה מורכב משני חלקים: שיחת תמיכה והערכה תפקודית.

שיחת התמיכה כוללת "הקשבה, הבנה, אמפתיה, קבלה **ללא שיפוט** של מחשבות האישה, רגשותיה וקשייה; אמונה בשאיפתה של האישה להיות 'אם טובה דייה' וביכולתה לעשות זאת" (ההדגשה במקור). הנוהל מציע תכנים שונים לשיחה, לדוגמה שינויים בחיי האישה, ארגון סדר היום וטכניקות לפתרון בעיות. ההערכה התפקודית נעשית בשיחה שבה שואלת האחיות על בריאות האישה, בריאות התינוק, ילדים נוספים, דרישות משק הבית ואם האישה ממלאת בו את תפקידיה השגרתיים.

ההערכה התפקודית הראשונה מתבצעת לאחר השלמת השאלון. לאחר מכן מתקיימות שיחות תמיכה שבועיות, ביום ובשעה קבועים. שיחות התמיכה יכולות להתקיים בתחנה או בביקור בית, ואפשר להוסיף עליהן שיחות טלפון לפי הצורך. אחרי חודש יש לבצע הערכה תפקודית נוספת. בהערכת ההמשך נבדק אם יש שיפור או החמרה במצב, ונבחנות האפשרויות להמשך טיפול בעזרת האחיות או גורם מתחום בריאות הנפש.⁸⁵ לא ידוע לנו אם אפשר לבצע את הערכת ההמשך בשיחת טלפון.

אין לנו נתונים על מספר שיחות התמיכה שניתנו והאם הן מתקיימות בתחנות או בבית האישה. נעיר כי לפי דוח מבקר המדינה לשנת 2014, נושא ביקורי הבית נמצא בעדיפות נמוכה בטיפות החלב עקב חוסר במשאבים.⁸⁶

מאוחדת ומכבי מסרו למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי הן משתמשות באופן נרחב בעובדות סוציאליות להתמודדות עם דיכאון לאחר לידה, וכי עובדות אלו עברו הכשרות מתאימות.⁸⁷ בדומה לכך, **כללית** מסרה שיש עובדת סוציאלית בכל מרכז בריאות האישה שבו מתבצע ליווי היריון.⁸⁸ עם זאת, לא ידוע לנו אילו כלים מפעילות העובדות הסוציאליות בתחנות טיפת חלב.

4.3. טיפול אמבולטורי

הטיפול האמבולטורי (מרפאתי) כולל טיפול פסיכולוגי וטיפול תרופתי או שילוב ביניהם. הטיפול התרופתי יכול להינתן על ידי פסיכיאטר או רופא משפחה.

הטיפול המרפאתי בתחום בריאות הנפש, שנקבע ברפורמה הביטוחית, מבוסס על שיטת המינויים. לפי חוזר מנכ"ל משרד הבריאות מ-21 באפריל 2015, יש שלושה סוגי מינויים שאפשר להקצות למטופלת:

⁸³ משרד הבריאות, האגף לרפואה קהילתית, דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, perinatal depression, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות, 24 בפברואר 2016.

⁸⁴ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

⁸⁵ ראש שירותי בריאות הציבור, משרד הבריאות, נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהיריון ולאחר לידה, 22 בינואר 2014.

⁸⁶ מבקר המדינה, דוח שנתי 64 לשנת 2013 ולחשבונות שנת הכספים 2012, המערך של תחנות טיפת חלב, עמ' 648, 2014.

⁸⁷ מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

⁸⁸ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017.



מינוי טיפולי אבחוני (intake) של שני מפגשים; מינוי טיפולי קצר של שישה מפגשים למבוגרים; מינוי טיפולי ארוך של 30 מפגשים. כל הקופות מסרו שמספר המפגשים נקבע בהתאם לצרכים הרפואיים בלבד.⁸⁹ בטבלה 2 מוצגת עלות ההשתתפות העצמית בכל סוגי הטיפולים המוצעים על ידי הקופות.

טבלה 2: עלות ההשתתפות העצמית בטיפולים שניתנים במסגרות בריאות הנפש⁹⁰

עלות השתתפות עצמית	סוג השירות
השתתפות רבעונית של בין 25 ש"ח (כללית) ל-28 ש"ח (מכבי).	מרפאות בריאות הנפש
33 ש"ח	טיפול במרפאות חוץ
57 ש"ח למפגש ראשון ו-136 ש"ח לכל מפגש נוסף בכל הקופות מלבד מכבי; 28 ש"ח השתתפות רבעונית במכבי.	מטפל עצמאי – פסיכיאטר
57 ש"ח למפגש ראשון ו-136 ש"ח לכל מפגש נוסף	מטפל עצמאי - פסיכולוג
מוצע במאוחדת. לא ידוע לנו אם השירות ניתן חינם או דורש השתתפות רבעונית.	פסיכותרפיה באמצעות שיחת וידאו

שאלת השאלה, האם הטיפול בדיכאון לאחר לידה צריך להיעשות במסגרות ייעודיות או לא? משרד הבריאות מסר לנו כי הטיפול יכול להינתן בכל מסגרת לבריאות הנפש, ולדבריו יש מספר קטן של מרפאות ייעודיות לנשים, המיועדות לטיפול במצבים נפשיים הקשורים לפריון.⁹¹ נדגיש כי מדובר בהגדרה של המרפאות עצמן או של הקופות, ולא בהגדרה של משרד הבריאות. אין בדינו רשימה ממצה של מרפאות אלו, אך יש בהן מרפאות ממשלתיות⁹² ומרפאות המופעלות על ידי חלק מהקופות.⁹³ רופאות העובדות במרפאות המוגדרות כייעודיות לבריאות הנפש של האישה מסרו לנו כי במרפאות אלו נצבר ניסיון מעשי רב, המשתלב עם מעורבות של חלק מנשות ואנשי המקצוע במחקר בתחום. ד"ר ליאת הולר הררי, רופאה בכירה במרכז לבריאות הנפש רמת חן (שמופעל על ידי שירותי בריאות כללית), מסרה לנו כי להערכתה השימוש במרפאות ייעודיות לבריאות הנפש של האישה יכול להביא לצמצום הסטיגמה, מאחר שבמרפאה ייעודית סביר יותר שהאישה תרגיש שהיא סובלת מתופעה ספציפית ולא מהתיוג הכללי של הפרעת נפש.⁹⁴ נוסף על כך, מהמרפאות הייעודיות הממשלתיות נמסר כי מיקומן בתוך בית חולים מאפשר ממשק עם אנשי מקצוע אחרים, למשל מתחום הטרוטולוגיה (חקר הסיכונים לעובר כתוצאה מחשיפה לגורמים שונים, ובהם תרופות), וכי ממשק שכזה מסייע לשפר את הטיפול.⁹⁵ נעיר כי רופאות במרפאות הממשלתיות הממוקמות במרכז הארץ מסרו לנו כי הן מקבלות מטופלות ממחוזות אחרים, כולל אילת.⁹⁶ כללית מסרה

⁸⁹ שם; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018; מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018; ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, 24 בדצמבר 2017.

⁹⁰ נעיר שיש גם מחיר להשתתפות בטיפול קבוצתי, שלפחות בחלק מהקופות הוא 62 ש"ח למפגש. שירותי בריאות כללית, [שירותים בתשלום](#), תאריך עדכון: 1 באוקטובר 2017; קופת חולים מאוחדת, [השתתפויות ופטורים](#), תאריך עדכון: 23 בינואר 2018; לאומית שירותי בריאות, [השתתפות עצמית בשירותי הסל](#), תאריך עדכון: 1 באפריל 2017; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

⁹¹ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

⁹² מרפאת חווה במרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, והמרפאה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי (איכילוב). ראו: מרפאת חווה – טיפול רגשי בנשים במעגל הפריון, [במה אנחנו עוסקים?](#), כניסה: 21 בפברואר 2018; [מרפאה לבריאות הנפש של האישה במעגל הפריון](#), המרכז הרפואי תל אביב על שם סוראסקי, כניסה: 21 בפברואר 2018.

⁹³ מכבי מסרה שיש לה לפחות שתי מרפאות שנותנות מענה ייעודי לדיכאון לאחר לידה – בראשון לציון ובחיפה. רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, שיחה, 22 בינואר 2018.

⁹⁴ ליאת הולר הררי, רופאה בכירה במרכז לבריאות הנפש רמת חן, שירותי בריאות כללית, שיחה, 18 בינואר 2018.

⁹⁵ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018; גבי אייזנברג-רומנו, מנהלת השירות לבריאות הנפש של האישה, המערך הפסיכיאטרי, בית החולים איכילוב, שיחה, 16 בינואר 2018.

⁹⁶ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018.



שהיא פועלת להקמת מרפאה נוספת לבריאות הנפש של האישה בצפון הארץ, והצפי הוא שהמרפאה תחל לפעול בסוף שנת 2018.⁹⁷

4.4. אשפוז מלא ואשפוז יום

אשפוז מלא (כולל לינת לילה). נשים המציגות תסמינים חמורים של דיכאון בתקופה שסביב הלידה, ובכללן נשים הסובלות מפסיכוזת דיכאון, יכולות להיות מופנות לאשפוז פסיכיאטרי במחלקות ייעודיות לנשים או במחלקות מעורבות. נזכיר כי משרד הבריאות מסר לנו שבשנים 2000-2017 אושפזו בכל שנה חמש-שש נשים בממוצע עם אבחנה של דיכאון לאחר לידה (F53),⁹⁸ אך נתונים אלו אינם מתייחסים לאבחנות אחרות, ובמיוחד רישום של אבחנת דיכאון (F32, F33), שכאמור מקובלות בתחום, ולכן אי-אפשר ללמוד מנתונים אלו על היקף המאושפזות בגין דיכאון בתקופה שסביב הלידה.

אשפוז יום. נשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה יכולות להיקלט גם במחלקות לאשפוז יום, כלומר אשפוז ללא לינת לילה. ד"ר ענבל שלומי מסרה לנו כי למיטב ידיעתה המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה היא הגוף היחיד המבצע אשפוז יום עם אוריינטציה לנשים בתקופת ההיריון.⁹⁹ אין לנו מידע על היקף האשפוזים במחלקות לאשפוז יום עקב דיכאון בתקופה שסביב הלידה.

4.5. טיפול תרופתי

אישה הסובלת מדיכאון בתקופה שסביב הלידה עשויה להזדקק לטיפול תרופתי. כאמור, אין בידינו נתונים על שיעור השימוש בתרופות פסיכיאטריות לטיפול בדיכאון בתקופה שסביב הלידה.

כל הקופות מסרו לנו שאין מדיניות של העדפת הטיפול התרופתי בטיפול בדיכאון לאחר לידה, וכי אין בידיהן מידע המעיד על מגמה זו בפועל.¹⁰⁰ מאוחדת מסרה כי אם אכן קיימת מגמה של העדפת טיפול תרופתי, ייתכן שהיא מושפעת מהעדפה של המטופלות לקבל פתרון "מהיר", ללא פנייה מתועדת למערך בריאות הנפש.¹⁰¹ כלומר, חשש זה מתייחס לנשים המקבלות טיפול מרופא המשפחה (מאחר שהפניה לגורם בריאות הנפש דורשת תיעוד).

כמה גורמים טענו בפנינו כי יש נשים החוששות מפני תופעות הלוואי של הטיפול התרופתי בדיכאון ומהשלכותיו על העובר או על התינוק, וחששות אלו מהווים חסם למתן הטיפול.¹⁰² ד"ר ורד בר, אחראית מרפאת חווה – טיפול רגשי בנשים במעגל הפרייון, הפועלת במרכז הרפואי ע"ש חיים שיבא בתל השומר, טענה מנגד שיכול להיגרם נזק גם במצב שבו אישה מפסיקה לקחת תרופות.¹⁰³ כלומר, הסוגיה אינה רק

⁹⁷ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

⁹⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

⁹⁹ ענבל שלומי, מנהלת "לצידי" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018.

¹⁰⁰ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשל, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018; מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018; ערן מץ, מנהל מחלקת לרפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, 24 בדצמבר 2017.

¹⁰¹ מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.

¹⁰² לדוגמה, בנייר עמדה שמסרה המועצה הלאומית לבריאות האישה למשרד הבריאות בשנת 2015 נכתב: "טיפול תרופתי הינו חלופה בעייתית, בעיקר בקרב נשים המעוניינות בהנקה".

¹⁰³ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018.



סביב השימוש או האי-שימוש בתרופות, אלא כוללת גם נושאים כמו תחליפים אפשריים לתרופות או תזמון השינויים במינון. לפי משרד הבריאות, שימוש בתרופות מסוימות יכול לסכן את העובר או היילוד, אך אין לחדול משימוש בתרופות, ועל הרופאים לשקול את הצורך הרפואי מול תופעות הלוואי האפשריות וליידע את האישה בהתאם.

משרד הבריאות מסר כי יש לרופאים אפשרות להתעדכן על תופעות לוואי של תרופות באמצעות עלוני מידע לרופא, המופיעים באתר משרד הבריאות באגף הרוקחות, ובאמצעות מידע וייעוץ במרכזים לייעוץ רפואי בארץ ובעולם. כמו כן, המשרד מסר כי **בנוסף לעדכון בעלון** יופץ מידע חדש ומשמעותי בכתב לצוות הרפואי – בדיוור ישיר או בעיתונות המקצועית, על פי העניין.¹⁰⁴ חלק מהקופות מסרו כי הן פיתחו שירותים שנועדו לסייע לרופאי המשפחה בנושא טיפול תרופתי. **כללית** מסרה כי לאחר החלת הרפורמה בבריאות הנפש שולבו יועצים בתחום בריאות הנפש במרפאות ראשוניות, לצורך סיוע וייעוץ לרופאי המשפחה ולצוותים הרפואיים (רופאים ליאזונים),¹⁰⁵ **ומכבי** ציינה כי מפעילה שירותי ייעוץ רוקחות קלינית שנועדו לסייע לרופאי המשפחה. מכבי ציינה עוד כי בכל המחוזות הוקמו צוותים מחוזיים ייעודיים, שיש בהם עובדת סוציאלית, אחות טיפת חלב וגורם מתחום בריאות הנפש. צוותים אלו מקיימים דיונים על נשים עם אבחנה של דיכאון לאחר לידה או נשים במצוקה בהקשר של התקופה שסביב הלידה.¹⁰⁶

4.6. חוסר תיאום בין הגורמים המטפלים ופגיעה ברצף הטיפול

אחת מהטענות שהועלו בפני מרכז המחקר והמידע היא כי **אין תיאום בין הגופים השונים המספקים מענה לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, ומצב זה פוגע ביכולת האיתור ובמענה הטיפולי**. סוגיה זו הועלתה גם בנייר העמדה שמסרה המועצה הלאומית לבריאות האישה למשרד הבריאות בשנת 2015.¹⁰⁷

גורמי מקצוע וארגוני חברה אזרחית טענו בפנינו כי **ההפרדה בין הגוף שמבצע מעקב אחרי היריון (קופת חולים) לבין הגוף שמבצע מעקב אחרי לידה (תחנות טיפת חלב) פוגעת בקשר האישי בין היולדת לבין האחות, ובכך מקשה על תהליך האיתור**.¹⁰⁸

כללית, מכבי, ומאוחדת מסרו כי כאשר נשים המבוטחות בקופה מסוימת מטופלות בתחנות טיפות החלב שמפעילה אותה קופה, תוצאות בדיקת הסקר משותפות עם גורמים טיפוליים בקופה.¹⁰⁹ **לאומית** מסרה שכאשר תחנת טיפת חלב מופעלת על ידי הקופה, האחות מנחה את האישה לפנות לרופא המשפחה ומסייעת בתיאום תור למרפאת בריאות הנפש. לא ידוע לנו אם התיק הרפואי חשוף לשאר המטפלים. לעומת זאת, **כאשר מבוטחות של קופה מסוימת מקבלות טיפול בתחנות טיפות חלב שמפעיל גורם חיצוני, כלומר משרד הבריאות, עיריות מסוימות או קופות אחרות, המידע אינו עובר אוטומטית, אלא האישה צריכה להעביר אותו בעצמה**. אי-העברת המידע היא דו-סטריית; לדוגמה, המידע על דיכאון של מבוטחת בקופה שאובחן במהלך ההיריון לא מועבר לתחנת טיפת חלב שמפעיל משרד הבריאות. הקופה תמליץ

¹⁰⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

¹⁰⁵ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017.

¹⁰⁶ עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשלה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018.

¹⁰⁷ המועצה הלאומית לבריאות האישה, נייר עמדה בנושא: צורך דחוף בהקמת שירותים מתאימים לטיפול נפשי בנשים לאחר לידה, עמ' 5-6, 2015.

¹⁰⁸ רד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018; ענבל אביב, רכות הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017.

¹⁰⁹ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017; עדו הדרי, דובר וממונה על קשרי ממשלה, מכבי שירותי בריאות, מכתב, 22 בינואר 2018; מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.



לאישה ליידע את העובדת בתחנת טיפת החלב, אך המטופלת צריכה לבחור להעביר את המידע בעצמה, בהתאם לחוק זכויות החולה.¹¹⁰

כללית מסרה כי במחוזות הפריפריה נערכה תוכנית עבודה לתיאום הקשר עם אחיות בתחנות טיפות החלב שמפעיל משרד הבריאות; אחיות אלו קיבלו פרטי קשר להפניית נשים עם ציון 13 ומעלה.¹¹¹ לא ידוע לנו אם יש הסדרים למעקב אחרי נשים שקיבלו ציונים נמוכים יותר, לדוגמה ברמת הסיכון הבינוני.

טענה נוספת שהועלתה בפנינו היא **שיש לחזק את הקשר בין בתי החולים שבהם מתבצעות הלידות לבין תחנות טיפת חלב, במטרה לאפשר לתחנות טיפת חלב לוודא שהנשים מגיעות לטיפול.**¹¹² לפי ד"ר ורד בר, אחראית מרפאת חווה במרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, הנשים הסובלות מדיכאון הן בסיכון גבוה יותר שלא להגיע לטיפול חלב, כפועל יוצא של מצבן.¹¹³ **משרד הבריאות** מסר לנו כי לשכות הבריאות שאחראיות על תחנות טיפת חלב מקבלות אחת לחודש עדכון על הלידות של תושבות האזור, לצורכי מעקב.¹¹⁴ לא ידוע לנו אם וכיצד מתבצע מעקב זה בפועל, ואם המידע מועבר גם לתחנות שמפעילות כל הקופות (ידוע שהמידע עובר לתחנות שמפעילה מכבי). **כללית מסרה כי להערכתה פיתוח הקשר בין טיפות החלב לבין בית החולים לא יפתור את בעיית האי-הגעה למעקב היריון.** לפי הקופה, נושא זה דורש חיזוק וקשר מעמיק יותר, והקופה בוחנת רעיונות בנושא, שאין ביכולתה לפרט בשלב הנוכחי.¹¹⁵ **מכבי** מסרה כי היא מקבלת מידע מבתי החולים שמפעיל משרד הבריאות אך לא מאלו שמפעילה כללית.¹¹⁶

5. הכשרת בעלי מקצועות בריאות בהתמודדות עם דיכאון בתקופה שסביב הלידה

במהלך שנות ה-2000 הפעילו משרד הבריאות וחלק מקופות החולים תוכניות לאיתור דיכאון לאחר לידה בתחנות טיפת חלב, ובמסגרתן עברו האחיות בתחנות מסוימות הכשרות ייעודיות, ובהן הכשרה בשימוש בשאלון אדינבורו. בשנת 2004 נוספו להכשרת אחיות בריאות הציבור יחידות לימוד שעוסקות בדיכאון לאחר לידה.¹¹⁷ עם זאת, אין כיום תוכנית הכשרה לאומית אחידה המועברת לאחיות או לגורמי מקצוע אחרים בנושא זה. משרד הבריאות מסר לנו כי:¹¹⁸

"לכל קופה מודל עבודה שונה באשר לממשקים בין רפואה ראשונית לבין בריאות הנפש, כאשר הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש אשר העבירה את האחריות הביטוחית לטיפול נפשי לידי קופות החולים- מחזקת את הקשר בין מערכות אלו, ואין מקום להתערבות רגולטורית בסוגיית אחידות הכשרה."

מרכז המחקר והמידע ביקש מקופות החולים מידע על ההכשרות המועברות לאנשי ונשות מקצוע הנותנים מענה לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה. שאלנו אילו גופים מעבירים את ההכשרות ולאלו אנשי מקצוע, מה הן כוללות ומה שיעור בעלי המקצוע הרלוונטיים שעברו אותן.

ראשית נזכיר שיש מרפאות המגדירות עצמן כמרפאות ייעודיות לבריאות הנפש של האישה, ומרפאות אלו צברו ניסיון בטיפול בדיכאון לאחר לידה. כמו כן, כל הקופות מפעילות מרפאות לבריאות הנפש שאינן

¹¹⁰ רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, מכבי שירותי בריאות, שיחה, 12 בפברואר 2018.

¹¹¹ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 21 בדצמבר 2017.

¹¹² ענבל אביב, רכות הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017.

¹¹³ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018.

¹¹⁴ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.

¹¹⁵ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתב, 15 בפברואר 2018.

¹¹⁶ רחל פיש, מנהלת מחלקת בריאות הציבור, אגף סיעוד ומוקדים רפואיים, מכבי שירותי בריאות, שיחה, 12 בפברואר 2018.

¹¹⁷ Saralee Glasser, "Postpartum Depression: A Chronicle of Health Policy Development", Israel Journal of Psychiatry 47, 4, pp. 254-259, 2010.

¹¹⁸ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.



מוגדרות כיעודיות לבריאות הנפש של האישה, אך הפסיכיאטרים שעובדים בהן נחשפו לנושא במהלך הכשרתם המקצועית.¹¹⁹

כללית מסרה כי במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש הועברה הכשרה בנושא דיכאון לאחר לידה לרופאים ואחיות במרפאות הראשוניות ובמרכזי בריאות הילד, ואחיות בתחנות טיפת חלב ובמרכזי בריאות האישה עוברות הכשרה שנתית בת עשרה מפגשים בנושא ליווי היריון וליווי היריון בסיכון, שחלקה עוסק בדיכאון לאחר לידה. כמו כן, בשנת 2017 נערכו בכללית הכשרות לאחיות העוסקות במתן טיפול לנשים בסיכון בינוני-גבוה, שהתמקדו בפסיכיאטריה או בטיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT, Cognitive-Behavioral Therapy).¹²⁰ לא ידוע לנו מי העביר את ההכשרות השונות לרופאים ולאחיות בכללית, איזה חלק מהכשרות אלו הוקדש ספציפית לנושא הדיכאון בתקופה שסביב הלידה, ומה השיעור של אנשי ונשות המקצוע השונים שעברו את ההכשרה.

מכבי מסרה כי כלל המטפלים בתחום בריאות הנפש המועסקים בקופה, כולל רופאי המשפחה והעובדות הסוציאליות, עברו קורס ייעודי שעסק בבריאות הנפש של האישה (קורס "בנפשה"). זהו קורס בן שבעה מפגשים, ובכל מפגש מועברות כמה הרצאות של רופאים ושל מטפלים מתחום בריאות הנפש. אחד משבעת המפגשים הוקדש לדיכאון בתקופה שסביב הלידה. במהלך שנת 2014, כל האחיות בתחנות טיפת חלב שמפעילה הקופה עברו הכשרה שעסקה באיתור נשים עם דיכאון לאחר לידה. נוסף על כך עברו אחיות טיפות החלב והעובדות הסוציאליות הכשרות בנושא איתור נשים עם דיכאון, שבמסגרתן התקיימו הרצאות, ימי עיון וסדנאות עם שחקנים. יש הכשרות ייעודיות לעובדות סוציאליות לאיתור נשים עם דיכאון, ואחת לשנתיים מתקיימות סדנאות לאחיות חדשות בנושא זה.¹²¹ לא ידוע לנו מה שיעור אנשי המקצוע שעברו את ההכשרות האחרונות ואם יש חפיפה ביניהן. כמו כן, הקופה מסרה כי הנושא של איתור דיכאון נכנס לתוכנית השתלמות לרופאי משפחה.

מאוחדת מסרה כי רופאי המשפחה עברו הכשרה ייעודית, שבמסגרתה הודגש כי הטיפול המומלץ בדיכאון הוא שילוב של טיפול שיחתי ותרופתי.¹²² לא ידוע לנו אם בהכשרה זו הייתה התייחסות ממוקדת לנושא של דיכאון בתקופה שסביב הלידה. במרס 2016 הוטמע נוהל האיתור בכל המחוזות ובקרב כל האחיות במרפאות הקופה. כמו כן, חלק מעובדי הקופה הוכשרו במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות (הכשרת "שומרי סף"). הכשרה זו נמשכת שמונה שעות ומועברת על ידי מרצי היחידה למניעת אובדנות במשרד הבריאות בשילוב ובייעוץ צוות בריאות הנפש במאוחדת, והיא כוללת הרצאות פרונטליות וסימולציות בהשתתפות שחקניות.¹²³ מאוחדת מסרה כי בשנת 2017 השתתפו בהכשרה זו כל העובדים הסוציאלים והעובדים העוסקים בבקרת אשפוז – 450 אחיות, 60 פיזיותרפיסטים, ו-50 מתמחים ברפואת משפחה, ובשנת 2018 תושלם ההכשרה לשאר האחיות בקופה (200 אחיות) ותועבר גם לעובדים נוספים.¹²⁴

¹¹⁹ המועצה המדעית, ההסתדרות הרפואית בישראל, [התמחות בפסיכיאטריה](#), ספטמבר 2011, מעודכן לשנת 2015, כניסה: 13 במרס 2018.

¹²⁰ יאיר בירנבאום, רופא ראשי, שירותי בריאות כללית, מכתבים, 21 בדצמבר 2017 ו-15 בפברואר 2018.

¹²¹ במפגש מועברות הרצאות בנושאים האלה: הצורך להתייחס להפרעות נפשיות אחרות בתקופה שלאחר הלידה; אבחון וחיידשים בטיפול; התפתחות המדיניות בתחום; מקום הסיעוד באיתור מוקדם; הפרעה פוסט-טראומטית לאחר הלידה. אגף משאבי אנוש – למידה ופיתוח ארגוני, מכבי שירותי בריאות, סילבוס "בנפשה" – קורס בריאות הנפש של האישה בשביל החיים, נובמבר 2017 וינואר 2018.

¹²² מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתב, 29 בינואר 2018.

¹²³ שם.

¹²⁴ העובדים הנוספים הם הנהלת מאוחדת במטה ובמחוזות, עובדי התפתחות הילד, צוותי קידום בריאות, רוקחות וראשי צוות במוקד הטלפוני. מלי קושא, אחות ראשית ומנהלת אגף סיעוד, וערד קודש, מנהל מערך בריאות הנפש, קופת חולים מאוחדת, מכתבים, 29 בינואר 2018 ו-5 במרס 2018.



נעיר כי המושג דיכאון לאחר לידה אינו מופיע בספרון הכיס שמפרסם משרד הבריאות ככלי עזר לתוכנית "שומרי הסף"¹²⁵, אם כי ספרון זה אינו מחליף את ההכשרה. מאוחדת מסרה כי הכשרות דומות ניתנו לעובדים הסוציאליים ולרופאי המשפחה. לא ידוע לנו מה כללו הכשרות אלו ומה היה היקפן.

לאומית מסרה, בתגובה לשאלת מרכז המחקר והמידע של הכנסת על ההכשרות שעוברים רופאי משפחה ורופאי ילדים, כי יש "התייחסות לדיכאונות מסוגים שונים בתוכנית הלמידה השנתית של הרופאים", וכי 25% מהרופאים עברו תוכנית למידה זו. לא ידוע לנו אם ההכשרה הזו מועברת גם לרופאים אחרים, כגון רופאי נשים. לאומית מסרה גם שאחיות בתחנות טיפת חלב עברו הכשרה בת שישה ימים בנושא בריאות הנפש, שכללה התייחסות גם לדיכאון ולדיכאון לאחר לידה, וכי 60% מאחיות הקופה עברו הכשרה זו.¹²⁶ לא ידוע לנו מי העביר את ההכשרות לרופאים ולאחיות, איזה חלק מהכשרות אלה הוקדש לעיסוק בדיכאון בתקופה שסביב הלידה, ואם לאומית מתכננת להעביר את ההכשרות לאחיות ולרופאים שטרם עברו אותן ולאנשי מקצוע אחרים. נעיר כי לאומית מסרה שאי-אפשר להעביר לנו את חומרי ההדרכה מאחר שהם שייכים למרצים שהעבירו את ההכשרות. בטבלה 3 ריכזנו את הידוע לנו על ההכשרות לטיפול בדיכאון בתקופה שסביב לידה שעברו אנשי מקצוע בקופות החולים, לפי קופה.

טבלה 3: ההכשרות המועברות בנושא דיכאון בתקופה שסביב הלידה לבעלי מקצועות בריאות בקופות

החולים, לפי דיווחי הקופות

לאומית	מאוחדת	מכבי	כללית	בעלי המקצוע
		קורס "בנפשה" – אחד משבעת המפגשים מוקדש לדיכאון לאחר לידה	הכשרה ייעודית שנערכה אחרי הרפורמה	כלל המטפלים בתחום בריאות הנפש
60% עברו הכשרה בנושא כחלק מהכשרה של שישה ימים בנושא בריאות הנפש	כל האחיות עברו הכשרה במרס 2016 כ-70% עברו את תוכנית "שומרי הסף".	כל האחיות עברו הכשרה בנושא איתור מדי שנתיים נערכת סדנה לאחיות חדשות	יש הכשרה שנתית בנושא כחלק מקורס ליווי היריון חלק מהאחיות הוכשרו במתן טיפול על בסיס פסיכיאטריה או CBT	אחיות בריאות הציבור
	כל העובדות סוציאליות עברו את תוכנית "שומרי הסף".	הכשרה ייעודית אחת לשנתיים הכשרה הכוללת שחקנים		עובדות סוציאליות
התייחסות לדיכאונות שונים כחלק מתוכנית למידה שנתית	הכשרה בנושא דיכאון 50 מתמתחים עברו את תוכנית "שומרי הסף".			רופאי משפחה
				רופאי ילדים

מטבלה 3 עולה כי כל הקופות מעבירות הכשרות העוסקות בדיכאון בתקופה שסביב הלידה לאחיות בתחנות טיפות חלב, וכי בכל הקופות, מלבד לאומית, כל או רוב האחיות עברו הכשרה זו. אף קופה לא מסר לנו מידע על הכשרה או ריענון בנושא זה לפסיכיאטרים או לפסיכולוגים, מלבד קורס "בנפשה" שמועבר לכל המטפלים בתחום בריאות הנפש במכבי. ממכבי לא נמסר לנו מידע על הכשרה ייעודית לרופאי משפחה, אך נזכיר כי כלל המטפלים בתחום בריאות הנפש בקופה עברו את קורס "בנפשה".

¹²⁵ אלה הקבוצות המזוהות כקבוצות סיכון: בני נוער וצעירים, קהילת הלהט"ב, נפגעי ונפגעות תקיפה מינית, גברים ואבות בודדים או גרושים, עולים, מהגרים וקשישים. ראו: משרד הבריאות, היחידה למניעת אובדנות, התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות: ספרון כיס לשומר סף.

¹²⁶ ערן מץ, מנהל מחלקת רפואה בקהילה, לאומית שירותי בריאות, מכתב, 24 בדצמבר 2017, ודוא"ל, 26 בפברואר 2018.



לטענת רופאות המתמחות בבריאות הנפש של האישה ודיכאון בתקופה שסביב הלידה, יש לשפר את ההכשרה ואת המודעות בקרב כלל אנשי המקצוע המטפלים בנשים בתקופה שסביב הלידה, כגון רופאי משפחה וגינקולוגים. כמו כן, יש להעלות את המודעות לנושא גם בקרב פסיכיאטרים. כיום, דיכאון לאחר לידה נלמד כחלק מההכשרה הכללית בתחום הפסיכיאטריה.¹²⁷ חוקרות ומטפלות המתמחות בתחום מסרו לנו כי הן פועלות לייצר מסלול הכשרה ייעודי לתחום הפסיכיאטריה הפרינטלית, כלומר פסיכיאטריה העוסקת בתקופה שסביב הלידה (reproductive mental health). פרופ' חיים בלמקר, יושב-ראש איגוד הפסיכיאטריה בישראל, טוען כי אומנם יש חוסר בהכשרה של פסיכיאטרים לטיפול בדיכאון לאחר לידה, אך להערכתו אין צורך ביצירת מסלול ייעודי אלא יש לשפר את ההכשרה הכללית בפסיכיאטריה.¹²⁸ לדברי מנהלת המועצה המדעית של ההסתדרות הרפואית בישראל (הר"י), לא הייתה בעבר ואין כיום תוכנית לפתח את תחום הפסיכיאטריה הפרינטלית כתת-התמחות, למיטב ידיעתה, וייתכן שאפשר להעביר הכשרה כזו במסגרת של השתלמות עמיתים.¹²⁹

6. מענים הניתנים על ידי ארגוני מגזר שלישי והצעות לטיוב המענה הקיים

מרכז המחקר והמידע של הכנסת שאל גורמי מקצוע שונים על דרכים אפשריות לפתח ולשפר את ההתמודדות עם תופעת הדיכאון בתקופה שסביב הלידה בקרב נשים בישראל.

בישיבת ועדת הכנסת לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי שהתקיימה ב-7 בפברואר 2017, נטען כי יש צורך בהעלאת המודעות לדיכאון לאחר לידה בקרב הציבור, ובמיוחד בקרב נשים הנמצאות בתקופה שסביב לידה ובני זוגן.¹³⁰ ממשד הבריאות נמסר למרכז המחקר והמידע של הכנסת כי מטעם המשרד מתפרסמת חוברת מידע בנושא דכדוך ודיכאון בהיריון ולאחר הלידה,¹³¹ וכי באתר האינטרנט של המשרד אפשר למצוא [סרטון בנושא](#) שהופק מטעם המשרד.¹³² המשרד מסר לנו כי חוברת המידע והסרטון זמינים כיום בעברית בלבד, אך יש תכנון לתרגם את הסרטון לשפות נוספות אם יימצא לכך תקציב.¹³³ נציין כי באתר האינטרנט של קופות החולים מפורסם מידע על דיכאון בתקופה שסביב הלידה מטעם הקופות.¹³⁴

נשים הסובלות מתסמינים של דיכאון בתקופה שסביב הלידה נזקקות לעיתים גם לשירותים משלימים נוספים. כיום פועלים בישראל כמה ארגוני מגזר שלישי, חלקם בפריסה ארצית וחלקם כמיזם מקומי, המעניקים מגוון שירותים תומכים לנשים שלא קיבלו אבחנה קלינית של דיכאון סביב הלידה אך חשות כי הן סובלות מתסמיני דיכאון במהלך היריון ולאחר הלידה. משיחות שקיימנו עם חלק מהעמותות עולה כי השירותים העיקריים שמעניקים ארגונים אלו הם ביקורים שבועיים של מתנדבות בבית היולדת (לדוגמה, ארגון אם לאם),¹³⁵ קבוצות תמיכה בהנחיה מקצועית (לדוגמה, מיזם אמא יקרה),¹³⁶ ומתן הרצאות בנושא

¹²⁷ לפי אתר המתמחים של ההסתדרות הרפואית בישראל, דיכאון לאחר לידה נלמד בהקשרים האלה: הפרעה דיכאונית NOS, דיכאון רבא (MDD), סכיזופרניה, הפרעה סכיזואפקטיבית, דלוזיות והתקף פסיכוטי קצר. ההסתדרות הרפואית בישראל, המועצה המדעית, [התמחות בפסיכיאטריה](#), עדכון אחרון בשנת 2015, כניסה: 4 בינואר 2018.

¹²⁸ חיים בלמקר, יושב-ראש איגוד הפסיכיאטריה בישראל, שיחה, 7 בינואר 2018.

¹²⁹ דנה פישביין, מנהלת המועצה המדעית, ההסתדרות הרפואית בישראל, דוא"ל, 9 בינואר 2018.

¹³⁰ ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי של הכנסת, [פרוטוקול מס' 146](#), 7 בפברואר 2017.

¹³¹ משרד הבריאות, [על דכדוך ודיכאון בהיריון ולאחר הלידה- מידע לאישה ההרה, ליוולדת ולבני משפחתה](#), ינואר 2013.

¹³² משרד הבריאות, [דיכאון אחרי לידה ודיכאון במהלך ההיריון](#), כניסה: 13 במרס 2018.

¹³³ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 17 בדצמבר 2017.

¹³⁴ תמר שביט פסח, [דיכאון אחרי לידה: למה אני מרגישה ככה?](#); שירותי בריאות כללית, תאריך עדכון: 23 במרס 2015, כניסה: 13 במרס 2018; מכבי שירותי בריאות, [דיכאון לאחר לידה – מידע רפואי](#), תאריך עדכון: 15 בפברואר 2011, כניסה: 13 במרס 2018; אתי עמיחי רוזנטל, דיכאון לאחר לידה, קופת חולים מאוחדת, כניסה: 13 במרס 2018; לאומית שירותי בריאות, הבריאות שלך לאחר הלידה, [בין דכדוך לדיכאון](#), כניסה: 27 בנובמבר 2017.

¹³⁵ מרשה קייטס, מייסדת ארגון אם לאם, שיחה, 5 בדצמבר 2017.

¹³⁶ ימית אורבין, מיזם אמא יקרה, שיחה, 10 בדצמבר 2017.



לקבוצות של בעלי עניין, למשל דולות או עובדות סוציאליות (תוכנית קודם אמא של ויצו וארגונים נוספים). נדגיש כי הארגונים שעמם שוחחנו עמם טענו כי יש להתמקד לא רק בדיכאון לאחר לידה, וכי השאיפה היא לספק מענה לטווח רחב יותר של הפרעות, כגון חרדה.¹³⁷ קהל היעד של פעילויות אלו הוא נשים הסובלות מהפרעה קלה יחסית, שכן לדברי חלק מנציגות העמותות, הן לא תקבלנה לטיפול נשים שקיבלו אבחנה קלינית, בשל החשש שאין בידיהן כלים לטפל בהן בצורה מיטבית.¹³⁸

נדגיש כי אין בידינו מידע על כלל הפעילות שנעשית על ידי העמותות, או על הפריסה, הזמינות והנגישות של שירותי המגזר השלישי בתחום. כמו כן, נבהיר כי יוזמות אלו אינן מונחות לפי מדיניות ממשלתית אחידה, אלא מדובר במגוון יוזמות הנתמכות על ידי מקורות מגוונים, לדוגמה ארגון הגיוינט או רשויות מקומיות מסוימות. למיטב ידיעתנו, ככלל, השירותים ניתנים בחינם, ורוב הפעילות מבוססת על מתנדבות. בחלק מהעמותות יש בעלות תפקידים הממומנות על ידי גורמים שונים, למשל הגיוינט או עיריות מסוימות. נעיר כי תמיכת העיריות יכולה להתבטא בדרכים שונות, לדוגמה מתן מקום לפגישות תמיכה מבלי לדרוש מהעמותה דמי שכירות.¹³⁹

חלק מהארגונים משתתף בפורום העוסק בנשים לאחר לידה, שאותו מרכז ארגון ויצו.¹⁴⁰ בין השאר פועל הפורום לקידום הצעת חוק שתעסוק בסל שירותים ליולדת, במטרה לעגן את זכותה של היולדת לקבלת טיפול. נעיר כי בנייר עמדה שמסרה המועצה הלאומית לבריאות האישה למשרד הבריאות ב-2015 הובאה ההמלצה ליצור תוכנית לאומית שתעניק טפול באם, בתינוק ובמשפחה. תוכנית זו כוללת בין השאר המלצות לשיפור ההכשרה של אנשי מקצוע רלוונטיים, כגון אחיות, עובדות סוציאליות, פסיכולוגיות ודיאטניות, לשיתוף מידע בין בתי החולים לקהילה, ולהקמת מערך תחת המוסד לביטוח לאומי שיספק סיוע, ליווי ותמיכה על ידי מטפלות מקצועיות, בהדרכת אנשי מקצועות בריאות הנפש.¹⁴¹ כמו כן, **ארגון ויצו יוזם פעילויות לרגל היום הבין-לאומי לבריאות הנפש של אימהות, שיתקיים בשבוע הראשון של חודש מאי 2018.**¹⁴²

לצד שירותים אלו, רופאות במרפאות לבריאות הנפש שעימן שוחחנו במהלך כתיבת מסמך זה טענו בפנינו כי יש צורך לייצר מסגרת אשפוזית פסיכיאטרית ייעודית שתאפשר לנשים הסובלות מדיכאון חמור בתקופה שסביב הלידה להתאשפז עם תינוקותיהן. בעבר היו לפחות שתי תוכניות בישראל שאפשרו לאישה להתאשפז עם התינוק במחלקה לבריאות הנפש שאינה ייעודית: במרכז הירושלמי לבריאות הנפש (כפר שאול-איתנים) ובמרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, אך תוכניות אלו נסגרו.¹⁴³ לדברי הרופאות שעימן שוחחנו, חלק מהנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה, ובמיוחד אלו שזהו אשפוז ראשון שלהן, חוששות להתאשפז במחלקות לא ייעודיות וללא תינוקן. נציין כי אשפוז במהלך ההיריון הוא בעייתי, בין היתר בשל הסכנה להיריון (למשל בגלל תקיפה רגעית בידי חולה אחר).¹⁴⁴

¹³⁷ ענבל אביב, רכזת הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017; ימית אורבין, מיזם אמא יקרה, שיחה, 10 בדצמבר 2017; רות כהן-אדיב, אם לאם בקהילה, שיחה, 3 בדצמבר 2017.

¹³⁸ ימית אורבין, מיזם אמא יקרה, שיחה, 10 בדצמבר 2017.

¹³⁹ שם.

¹⁴⁰ ענבל אביב, רכזת הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017.

¹⁴¹ המועצה הלאומית לבריאות האישה, נייר עמדה בנושא: צורך דחוף בהקמת שירותים מתאימים לטיפול נפשי בנשים לאחר לידה, עמ' 5-6, 2015.

¹⁴² ענבל אביב, רכזת הפורום העוסק בנשים אחרי לידה בויצו, שיחה, 24 בדצמבר 2017.

¹⁴³ ורד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018;

¹⁴⁴ ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018.



נכון לחודש מרס 2018, כמה מדינות, ובהן בריטניה ולפחות חלק מהמדינות באוסטרליה, הפעילו יחידות ייעודיות לאשפוז בריאות הנפש לנשים בתקופה שסביב הלידה, להלן: יחידות אם-תינוק (mother-baby units). בבריטניה פועלות יחידות אלו בבתי חולים. לפי השירות הבריאות הלאומי של בריטניה (ה-NHS), חלק מהנשים יאושפזו במחלקות לא ייעודיות לבריאות הנפש עד שיתפנה מקום ביחידות הייעודיות.¹⁴⁵

רופאות ששוחחנו עימן מסרו כי אין להן הערכה סדורה של מספר של יחידות אם-תינוק ושל מספר המיטות הנדרשות, והן הציעו שבשלב הראשון תוקם יחידה אחת, בת חמש עד עשר מיטות, כתוכנית פיילוט, וכי היא תופעל על ידי צוות רב-מקצועי.¹⁴⁶ לא ידוע לנו מה ההרכב המדויק של הצוות, וגם לא אם יחידה כזו צריכה לקום בבית חולים לאשפוז כללי או בבית חולים לבריאות הנפש. שאלנו את משרד הבריאות מהי עמדתו לגבי הצורך ביחידות אם-תינוק ומה ההיתכנות ליצירתן. זו התשובה שהתקבלה:¹⁴⁷

"הדבר דורש המשך דיון מקצועי נרחב מאחר והנושא מורכב ותלוי בגורמים שונים. הניסיון לא צלח בעבר הן מסיבות קליניות (אירועי קצה חריגים) והן מסיבה תקציבית של מודלים כלכליים יקרים ביותר. אין קונצנזוס מקצועי בהקשר זה. יש גם לזכור כי כמות האשפוזים המדווחת עם אבחנת דכאון לאחר לידה בבתי"ח הפסיכיאטריים היא מועטה ביותר (בודדים לשנה). לפיכך ייבחן מכלול התנאים מחדש."

על בסיס תשובה זו, לא ידוע לנו כיצד תיבחן הסוגיה ואם נקבע לכך לוח זמנים. כמו כן, נזכיר כי משרד הבריאות מסר לנו כי בשנים 2000-2017 אושפזו בממוצע חמש-שש נשים עם אבחנה של דיכאון לאחר לידה, אך נתונים אלו אינם כוללים אבחנות של דיכאון (F32, F33), שהן כאמור האבחנות הנפוצות יותר, ולכן ייתכן שמדובר בהערכת חסר.

7. סוגיות לדיון

במסמך זה הצגנו את נושא הדיכאון בתקופה שסביב הלידה בקרב נשים בישראל, תוך ניסיון לעמוד על היקף התופעה, על תהליך האיתור ועל המענה הטיפולי. בפרק זה נציג סוגיות מרכזיות שעלו במהלך כתיבת המסמך.

קביעת היקף התופעה. מהמסמך עולה כי יש מחלוקת בשאלה האם יש להשתמש באבחנה ייעודית של דיכאון סביב הלידה, או שאישה הסובלת מכך למעשה תקבל אבחנה של דיכאון. מחלוקת זו יוצרת קשיים בהפקת נתונים על היקף התופעה, על מספר המאובחנות ועל סוגי הטיפול שניתנים. אפשר לשאול האם רצוי לקבוע שיטה אחידה שבה ישתמשו בקופות החולים כדי לאבחן ולתעד ברשומות הרפואיות דיכאון לאחר לידה. כפי שצינו, כללית מסרה כי חלק ניכר מהפסיכיאטרים בקופה מתנגדים לשימוש באבחנה ייעודית של דיכאון לאחר לידה, שכן "דיכאון הוא דיכאון", כמו לאחר כל משבר חיים אחר. נזכיר כי הטיפול הקליני לדיכאון בתקופה שסביב הלידה חופף לטיפול בדיכאון, וכי ההבדלים העיקריים שהועלו בפנינו נוגעים לצורך בהעלאת מודעות להשלכות הטיפול התרופתי על היולדת, שיכול להינתן על ידי פסיכיאטרים ורופאי משפחה. כלומר, לא ברור מה התרומה הקלינית של שימוש באבחנה ייעודית. עם

¹⁴⁵ NHS Choices, [Postpartum psychosis](#), updated: September 5, 2017, accessed: January 21, 2018; Department of Health, Government of Western Australia, King Edward Memorial Hospital - Mother Baby Unit, accessed: December 28, 2017; Gold Coast Health, Queensland Government, Lavender Mother and Baby Unit, updated: March 9, 2018, accessed: March 13, 2018.

¹⁴⁶ רד בר, אחראית מרפאת חווה, המרכז הרפואי על שם חיים שיבא בתל השומר, שיחות, 27 בדצמבר 2017 ו-3 בינואר 2018; ענבל שלומי, מנהלת "לצידיך" – המחלקה לבריאות הנפש של האישה במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב-נס ציונה, שיחה, 9 בינואר 2018.

¹⁴⁷ מירי כהן, מנהלת תחום בכיר שירותי הצלה וע"ר במשרד הבריאות, מכתב, 12 בפברואר 2018.



זאת, ייתכן ששימוש באבחנה ייעודית יתרום להעלאת המודעות לנושא דיכאון בתקופה שסביב הלידה בפרט ולהפרעות אחרות בתקופה זו בכלל, ובהמשך לכך – לפיתוח המענים לנושא.

מצאנו כי יש פער בין הערכת משרד הבריאות של מספר הנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה לבין הערכת הקופות, והצענו, על בסיס הספרות והתשובות שקיבלנו, שלפחות חלק מהפער נובע מכך שיש רמות שונות של חומרה בתוך הקטגוריה של דיכאון לאחר לידה. **אפשר לשאול אם יש צורך בביצוע מחקר שיעריך את התפלגות רמות החומרה בתוך הקטגוריה של דיכאון לאחר לידה**. נתונים אלו יכולים לסייע בפיתוח מענים שיתאימו לנשים המציגות תסמינים ברמות שונות.

תהליך האיתור. מצאנו כי נוהל האיתור שנקבע על ידי משרד הבריאות בשנת 2014 אינו מיושם כלשונו. במקרים רבים נעשה שימוש בבדיקת הסקר שהוגדרה בנוהל האיתור רק לאחר הלידה. נזכיר כי לפי הפרטים שנמסרו מהקופות, במהלך ההיריון נערך איתור, אך הוא נעשה באמצעות בדיקות סקר אחרות, שלגביהן לא נמסרו לנו נתונים. אפשר לשאול אם יש לחייב את הקופות לעמוד בנוהל כלשונו, ואם לא, האם רצוי לעדכן את הנוהל כדי שיתאים למציאות בשטח. נוסף על כך, אפשר לשאול אם יש צורך באיסוף מידע שיטתי על השימוש באמצעים שונים לאיתור דיכאון במהלך ההיריון ועל תוצאותיהם, ואם כן – מה החסמים הכלכליים והתפעוליים שבפני ביצוע מטלה זו.

מצאנו כי קופות החולים, על בסיס ציוני שאלון אדינבורו, מגדירות בצורה זהה את הציון שלפיו תיקבע רמת סיכון נמוכה, אך יש הבדלים בין הקופות באופן שבו מוגדרים הציונים שלפיהם נקבעות רמת הסיכון הבינונית ורמת הסיכון הגבוהה. אפשר לשאול אם יש צורך בקביעת ציוני סף אחידים לקביעת רמות הסיכון לכל הקופות, ואם כן – מדוע, ומה ההשלכות של קביעה זו.

נטען בפנינו כי יש לשפר את תהליך האיתור באמצעות מנגנונים לזיהוי מוקדם של נשים בסיכון גבוה. אפשר לשאול אילו חסמים עומדים בפני יצירת מנגנונים כאלה וכיצד אפשר לצמצם אותם. לדוגמה, חלק מהקופות מסרו שלאחר הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש השתפר שיתוף המידע בין הגורמים הפועלים תחת אותה קופה. עם זאת, במקרה של דיכאון לאחר לידה, חלק ניכר מהנשים מקבלות שירות בתחנות טיפות חלב שמפעילים נותני שירות אחרים. מתשובות הקופות עולה כי כיום העברת המידע היא ידנית ונעשית על ידי הנשים עצמן. אפשר לשאול האם רצוי לייצר העברת מידע דיגיטלית בין הקופות לבין נותני שירות אחרים, ואם כן – כיצד להתגבר על החשש של הנשים מפני הפגיעה בפרטיותן עקב העברת המידע. כמו כן אפשר לשאול מה החסמים הטכנולוגיים בפני שיתוף מידע יעיל, האם נעשים ניסיונות לצמצם חסמים אלו, ואם כן – מה הם ומתי הם צפויים להסתיים.

נטען בפנינו כי העומס המוטל על תחנות טיפות החלב פוגע ביעילות של העברת שאלון אדינבורו, בין השאר עקב הקושי ביצירת קשר אישי בין האחיות לבין היולדת והצורך בקשר כזה כדי שהאישה תרגיש בנוח לדון בנושא אישי כמו דיכאון לאחר לידה. נעיר כי מכבי מסרה לנו כי היא מעבירה את שאלון אדינבורו לחלק מהנשים במהלך ההיריון בשיחה טלפונית באמצעות המוקד שמפעילה הקופה, ולהערכתה תהליך זה יעיל. אם כך, עולות השאלות אם רצוי להרחיב את השימוש בשיטה זו; אם היא תישאר יעילה גם במנותק משאר הפעילויות שמפעיל המוקד, ומה הן העלויות הנדרשות לאפשר הרחבה כזו.

סוגיות במתן הטיפול. יש נשים הסובלות מתסמינים ברמה קלה או בינונית שאינה עונה על ההגדרה לאבחנה קלינית, וככל הנראה אינן מקבלות מענה, או שהמענה שמוצע להן על ידי אחיות או עובדות סוציאליות בתחנות טיפת חלב אינו מספק אותן והן זקוקות לשירותים משלימים. ארגוני החברה האזרחית ששוחחנו עמם מציעים מענה מסוים לפחות לחלק מאוכלוסייה זו. אפשר לשאול אם המענה הזה יעיל: האם הוא מסייע לנשים הסובלות מתסמינים קלים ובינוניים, והאם הוא מונע את ההתדרדרות של מצבן של חלק מהנשים מעבר לסף האבחנה הקלינית. אם התשובה על אחת משאלות אלו או שתיהן היא



חיובית, אפשר לשאול אם רצוי למסד שיתופי פעולה בין תחנות טיפות החלב לבין ארגונים אלו, האם רצוי לממן או לסייע במימון שלהם, ואם כן – מה תהיה העלות הנדרשת, על מי היא תושת, ובאיזה אופן היא תועבר. לדוגמה, בישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי שהתקיימה ב-7 בפברואר 2017, עלתה ההצעה לממן שירותים אלו באמצעות מבחני תמיכה שאליהם יוכלו לגשת הרשויות המקומיות.¹⁴⁸

בקצה השני של הרצף, רופאות במרפאות ייעודיות לבריאות הנפש של האישה ובמחלקה לאשפוז יום במרכז הרפואי הממשלתי באר יעקב טענו בפנינו כי יש לשפר את המענה לנשים הסובלות מהפרעה חריפה ונזקקות לאשפוז, באמצעות ייסוד יחידות-אם-תינוק, כלומר יחידות לאשפוז פסיכיאטרי ייעודי לנשים הסובלות מדיכאון בתקופה שסביב הלידה ולתינוקותיהן. אפשר לשאול אם באמת רצוי להקים יחידות כאלה; נזכיר כי לפי משרד הבריאות אין קונסנזוס מקצועי בנושא, והקמה של יחידות כאלה יכולה להיות יקרה. בהמשך לכך אפשר לשאול באיזו מסגרת יש להקים יחידות אלו – בבית חולים כללי או בבית חולים לבריאות הנפש (או במסגרת אחרת). נעיר כי לבחירה זו יכולות להיות השלכות על המוכנות של חלק מהנשים להגיע לאשפוז.

הכשרת בעלי מקצועות בריאות. כאמור, רופאות המתמחות בתחום בריאות הנפש של האישה העריכו כי יש להעלות את המודעות להיבטים ייחודיים המאפיינים את העיסוק בדיכאון בתקופה שסביב הלידה בקרב כלל הגורמים המעניקים טיפול. סוגיה זו בולטת במיוחד על רקע החשש משימוש לקוי בטיפול תרופתי, שעליו אמונים פסיכיאטרים ורופאי משפחה.

אשר לפסיכיאטרים, נזכיר כי הנושא נלמד כחלק מהכשרתם הבסיסית, אך לפי הרופאות במרפאות הייעודיות שעמך שוחחנו, וכן לפי יושב-ראש איגוד הפסיכיאטריה פרופ' חיים בלמקר, הכשרה זו אינה מספקת. אפשר לשאול אילו צעדים ננקטים, אם בכלל, לשיפור ההכשרה של פסיכיאטרים במרפאות לבריאות הנפש שאינן ייעודיות לבריאות הנפש של האישה.

אשר להכשרה של רופאי משפחה, מתשובות הקופות עולה שניתנו הכשרות לחלק מרופאי המשפחה בחלק מהקופות; עם זאת, לא ידוע לנו מה ההיקף שבו התמקדו ההכשרות בנושא הדיכאון בתקופה שסביב הלידה ואם הן מספקות (ראו [פרק 5](#)). חלק מהקופות מסרו לנו כי הן הקימו מערכים לסיוע לרופאי משפחה במתן הטיפול בתחום בריאות הנפש, לדוגמה שילוב יועצים לתחום הטיפול בבריאות הנפש במרפאות ראשוניות בכללית והפעלת שירותי ייעוץ רוקחות קלינית במכבי. אפשר לשאול **אם שירותי הייעוץ האלה מספקים את המענה הנדרש ואם משתמשים בהם.** כמו כן אפשר לשאול **אם הקופות האחרות מספקות מענים דומים לרופאי המשפחה.**

לסיכום, ממסמך זה עולה שאין למשרד הבריאות או לקופות החולים תמונה מלאה של תופעת הדיכאון בתקופה שסביב הלידה ושל אופן ההתמודדות עימה. אפשר לשאול: אילו צעדים יש לנקוט כדי ליצור תמונה כזו, ובאופן ממוקד יותר, כדי להבין מדוע חלק מהנשים אינן עוברות בדיקות סקר לאיתור דיכאון בתקופה שסביב הלידה כפי שקבע הנוהל? כיצד אפשר להתגבר על כך? כמה מהנשים שמאותרות באמצעות בדיקות הסקר מופנות לטיפול, ועל ידי אילו גורמים? האם ההפניות האלה ממומשות? מה התוצאות של הטיפולים האלה בטווח הקצר ובטווח הארוך? האם הגורמים הטיפוליים עברו הכשרות מתאימות? האם הם משתמשים במנגנוני העזר העומדים לרשותם? אם לא – מדוע? הפקת נתונים אלו תסייע להבנת תופעת הדיכאון בתקופה שסביב לידה, וכפועל יוצא מכך – לפיתוח מענים הולמים.

¹⁴⁸ ישיבת הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי של הכנסת, [פרוטוקול מס' 146](#), עמ' 20-21, 7 בפברואר 2017.



נספח א': שאלון אדינבורו, מתוך נוהל האיתור של משרד הבריאות

נספח מס' 3

הוראות קידוד לשאלון לנשים הרות ולאחר הלידה

<p>6. במשך השבוע האחרון, הרגשתי שהדברים קשים לי מדי</p> <p>3 ___ כן, לרוב לא יכולתי להתמודד בכלל</p> <p>2 ___ כן, לפעמים לא יכולתי להתמודד כפי שאני רגילה</p> <p>1 ___ לא, בדרך כלל התמודדתי (הסתדרתי) די טוב</p> <p>0 ___ לא, אני מתמודדת כמו תמיד</p>	<p>1. במשך השבוע האחרון, הייתי מסוגלת לחזק ולראות את הצד המצחיק של דברים</p> <p>0 ___ כפי שיכולתי תמיד</p> <p>1 ___ פחות מתמיד</p> <p>2 ___ הרבה פחות מתמיד</p> <p>3 ___ בכלל לא</p>
<p>7. במשך השבוע האחרון, הרגשתי כה אומללה, שהיה לי קשה לישון</p> <p>3 ___ כן, בדרך כלל</p> <p>2 ___ כן, לפעמים</p> <p>1 ___ לעיתים רחוקות</p> <p>0 ___ בכלל לא</p>	<p>2. במשך השבוע האחרון, ציפיתי בהנאה לדברים שיקרו</p> <p>0 ___ כפי שיכולתי תמיד</p> <p>1 ___ פחות משהייתי רגילה</p> <p>2 ___ הרבה פחות משהייתי יכולה</p> <p>3 ___ כמעט בכלל לא</p>
<p>8. במשך השבוע האחרון, הרגשתי עצובה או אומללה (מצוברחת)</p> <p>3 ___ כן, רוב הזמן</p> <p>2 ___ כן, לעיתים קרובות</p> <p>1 ___ לעיתים רחוקות</p> <p>0 ___ בכלל לא</p>	<p>3. במשך השבוע האחרון, האשמתי את עצמי שלא לצורך, כאשר דברים לא הסתדרו</p> <p>3 ___ כן, רוב הזמן</p> <p>2 ___ כן, חלק מהזמן</p> <p>1 ___ לעיתים רחוקות</p> <p>0 ___ אף פעם</p>
<p>9. במשך השבוע האחרון, הרגשתי כה אומללה, שבכיתי</p> <p>3 ___ רוב הזמן</p> <p>2 ___ לעיתים קרובות</p> <p>1 ___ רק מדי פעם</p> <p>0 ___ בכלל לא</p>	<p>4. במשך השבוע האחרון, הרגשתי חרדה או דאגה ללא כל סיבה</p> <p>0 ___ בכלל לא</p> <p>1 ___ לעיתים רחוקות</p> <p>2 ___ כן, לפעמים</p> <p>3 ___ כן, לעיתים קרובות מאוד</p>
<p>10. במשך השבוע האחרון, המחשבה לפגוע בעצמי עלתה בראשי</p> <p>3 ___ כן, לעיתים קרובות</p> <p>2 ___ לפעמים</p> <p>1 ___ כמעט ולא</p> <p>0 ___ בכלל לא</p>	<p>5. במשך השבוע האחרון, הרגשתי מפוחדת או מבוהלת ללא כל סיבה מוצדקת</p> <p>3 ___ כן, לעיתים קרובות</p> <p>2 ___ כן, לפעמים</p> <p>1 ___ לעיתים רחוקות</p> <p>0 ___ בכלל לא</p>

מקום להערות ע"י האישה:

נא לרשום כאן את הציון הכולל



הכנסת