



ט"ו באדר א', התשע"ו  
24 פברואר 2016  
סימוכין: 17807616

## דף מידע לאיתור נשים בסיכון לדיכאון, במהלך ההיריון ולאחר הלידה, Perinatal Depression, ע"י מטפלים בשירותי הבריאות

### רקע:

הסיכון לפתח דיכאון במהלך ההיריון ולאחר הלידה (דל"ל), **Perinatal Depression**, על פי הספרות עומד על כ- 15% מהנשים בהריון; ו כ- 1% מהן עלולות לפתח פסיכוזה ואף אובדנות, שהינה מהגורמים המובילים בתמותת אימהות. מכאן, מידי שנה מתווספים בישראל כ- 26,000 תינוקות למשפחות, שלעיתים יש בהן אף ילדים נוספים, בהן האם סובלת מדיכאון לאחר הלידה. לילדים אלה יש סיכון גבוה יותר לפתח בעיות רגשיות, הפרעות בגדילה ובהתפתחות והפרעות התנהגות. בנוסף, גם בני הזוג סובלים מתופעות של מתח, חרדה ודיכאון בתקופות אלה, אומנם בשיעורים נמוכים יותר ובהסתמנות שונה מאשר אצל בת הזוג; מכאן, יש חשיבות להתערבות וטיפול במשפחה כולה. כמו כן, לאור שכיחות תופעה זו, חוסר איתור מהיר ומתן טיפול הולם, תיתכן פגיעה בתפקוד בני הזוג בעבודה, והתפתחות פגיעה כלכלית, הן ברמת המשפחה והן ברמת החברה והמדינה.

במפגש של מטפל, מכלל המקצועות – ברפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות, עם נשים הרות ו/או לאחר הלידה עלולות לעיתים תלונות רפואיות לא ספציפיות ולא מוסברות קלינית, אשר עלולות להיות ביטוי לדיכאון. נשים אלה אמורות להיות מופנות לאבחון מקצועי אצל מטפל משירותי בריאות הנפש, אולם, מספר הנשים המגיעות לכך נמוך ביותר. ממחקר ישראלי עולה, כי האימהות הללו פונות יותר לרופאים בשל בעיות בריאות כלליות שלהן ושל התינוק, ורבות לא פונות לשירותים הפסיכיאטריים לאבחון וקבלת טיפול הולם. החסמים המוצעים כוללים: חשש מתיוג האם כבעלת מסוגלות הורית נמוכה, נגישות זמינות, שיקולים כלכליים, חפיפה מטעה בין תסמיני דיכאון לבין תסמיני הריון ולידה (לדוגמה, הפרעות שינה, שינויים בתאבון וירידה באנרגיה) ומיתוס של הריון ולידה כתקופת אושר ופריחה לאישה ומשפחתה.

קיימים כיום טיפולים יעילים לדל"ל, והם כוללים פסיכותרפיה, טיפול פסיכולוגי תמיכתי - פרטני ו/או קבוצתי, ביקורי בית ושיחות תמיכה, וטיפול תרופתי בהתאם לצורך.

מכאן, מדובר בבעיית בריאות נפוצה באוכלוסייה, בעיקר בנשים במהלך הריון ולאחר הלידה, בעלת השלכות חמורות על בריאות האישה, ילדיה, חוסן המשפחה והחברה כולה; אשר יש עבורה טיפול הולם בעל פוטנציאל טוב לשיפור והחלמה. אולם, המודעות לאיתור נשים אלה והפנייתן לקבלת טיפול הולם היא נמוכה בקרב המטפלים, הן מכלל המקצועות – ברפואה, סיעוד ומקצועות הבריאות והן בכלל שירותי הבריאות - לאו דווקא במרכזי בריאות האישה; ויש לשפר זאת. דף מידע זה מתמקד באישה, אשר צורכת שירותי בריאות במהלך ההריון, הלידה ולאחריה.

### מטרה:

1. העלאת המודעות בקרב מטפלים, מכלל המקצועות בשירותי הבריאות ובכל נקודות השירות אליהם האישה פונה למעקב ו/או לטיפול בה ובמשפחתה - בנוסף לצוות במרכזי בריאות האישה; לצורך באיתור ראשוני של הסיכון לדיכאון והפנייה למסגרות המתאימות להמשך איבחון וטיפול.
2. מתן כלים יישומיים לאיתור ראשוני למטפלים אלה.
3. הנגשת המידע של אמצעי קשר מתאימים להמשך התייעצות עם גורמי מקצוע וקבלת סיוע והנחיות לפעולה, למטפלים בסביבת עבודתם.



## סיווג תסמיני דיכאון:

### א. סיווג קליני של דיכאון, לפי חומרת הביטוי:

- **דכדוך או עצבות ( Postpartum Blues ):** מופיע במהלך השבוע הראשון לאחר לידה ומאופיין במצב רוח ירוד, בכי והפרעות שינה. חולף בדרך כלל באופן ספונטני, תוך כשבועיים, ללא התערבות או עם התערבות מינימלית. ממחקרים עולה, כי 26%-80% מכלל הנשים שילדו חוו תסמינים אלה במהלך השבוע לאחר הלידה: דכדוך לאחר לידה (Baby Blues) מופיע בכ-80%-50% מהנשים, אינו מוגדר כהפרעה פסיכיאטרית, ואמור לחלוף באופן עצמוני עם תמיכה, מענה רגשי ושינה. עם זאת, נמצא שעד כ-25% מהנשים שסובלות מכך יפתחו בהמשך דל"ל.
- **דיכאון לאחר לידה - דל"ל (Postpartum Depression- PPD):** מופיע בד"כ כחודש לאחר הלידה ויכול להמשך לעיתים עד שנה. התסמינים יכולים לכלול, אחד או יותר מן הבאים: ירידה ביכולת לחוות הנאה, תסמיני חרדה והתקפי פאניקה, בכי לא מוסבר, מצב רוח ירוד, הפרעות שינה, ירידה בתפקוד, ירידה בתאבון ורידה מהירה במשקל, קשיי ריכוז, קשיי התקשרות לתינוק וקושי לטפל בו, חוסר עניין ביחסי מין, תחושת אין מוצא והעדר תקווה, ולעיתים אף מחשבות אובדניות ואובדנות, עד לתמותה!
- **פסיכוזה לאחר לידה ( Postpartum Psychosis ):** יכולה להופיע מיד לאחר הלידה או במהלך השבוע עד שבועיים לאחר לידה, ומאופיינת בהתנהגות לא מאורגנת, דלזיות והלוצינציות. זו יכולה להיות ההסתמנות הראשונית של הפרעה ביפולרית, אשר עלולה להוביל לפגיעה עצמית או פגיעה בתינוק ויש צורך בהתערבות מיידית.

### ב. הסתמנות ייחודית לאחר הלידה של הפרעות פסיכיאטריות:

- **הפרעה אובססיבית קומפולסיבית, OCD,** קיימת עליה בשכיחות בסוף ההיריון ואחרי הלידה, וישנם מאפיינים ייחודיים בתקופה זו, לדוגמה: מחשבות תוקפניות או בעלות אופי מיני כלפי התינוק ומחשבות על לכלוך וזיהום בסביבת התינוק. האימהות מפתחות הימנעות מהטריגר המעורר חרדה, אולם לאחר הלידה הטריגר הוא למעשה התינוק עצמו. לכן, קיימת חשיבות לתת טיפול מקצועי מתאים למניעת פגיעה בתפקוד האם ובניית הקשר עם התינוק. קיימת חשיבות רבה לביצוע אבחנה מبدלת ע"י בעל מקצוע, כפסיכיאטר, בין מצב זה לבין פסיכוזה; אולם עם זאת, נשים אלה נרתעות במיוחד מפניה לטיפול.
- **תסמונת פוסט טראומטית, PTSD,** עלולה להתפתח בעקבות כל לידה, לאו דווקא לידה שהסתבכה, ועלולה לגרום לפגיעה תפקודית קשה, דיכאון, חרדה ואובדנות.

## גורמי סיכון:

דל"ל יכול להופיע אצל כל יולדת גם ללא קשר לגיל, מוצא, ומצב סוציאקונומי; עם זאת, במטאנליזה נמצאו גורמי הסיכון הבאים: תסמיני דיכאון וחרדה בהיריון; הפרעה נפשית בעבר כולל דיכאון לאחר לידה קודמת; בעיות בזוגיות, הרגשת בדידות ותמיכה משפחתית או חברתית נמוכה; בעיות רפואיות אצל האישה או התינוק; היסטוריה פסיכיאטרית משפחתית; מצב סוציאקונומי נמוך; רמת השכלה נמוכה; גיל צעיר; מיעוטים אתניים; חסרים תזונתיים, אירועי דחק ואירועים קשים במהלך ההיריון או לאחר הלידה כגון, מוות או מחלה של אדם קרוב.

## ביטוי קליני:

הסתמנות אפשרית כוללת, בין היתר:

- סימפטומים של דיכאון קליני
- תלונות לא ספציפיות ולא מוסברות קלינית לדוגמה, עייפות, כאבי גב, בחילות וכאבי בטן, כאבי רגליים, קושי כללי בעבודה ובתפקוד וחשש לא מובן מהמשך עבודה במהלך ההיריון והלידה, הזנחה עצמית כולל אי היצמדות להנחיות רפואיות/מקצועיות, עלייה במשקל, עלייה בשימוש באלכוהול, סיגריות וחומרים פסיכואקטיביים.
- מחשבות אובדניות.



- חוסר שינה חריג: קושי לישון ביום או בלילה, גם כשהתינוק ישן.
- הרגשת כשל תפקודי כאם והחמרה בשל קושי בהנקה: לאור המודעות הגבוהה כיום לתרומה החיובית של הנקה ותזונה על בסיס חלב אם, ייתכן ונשים המתקשות בכך או שאינן יכולות להיניק לדוגמה עקב נטילת תרופות, תרגשנה שאינן מתפקדות כמצופה מהן כאם לטובת התינוק.
- מחשבות על פגיעה בתינוק ואי צריכת שרותי בריאות מניעתיים, לדוגמה אי מתן חיסונים במועד.
- גברים: הנטייה היא פחות לדבר ולתאר את הרגשות אך יש הבעת מתח וחשש מהורות, חששות כלכליים, פגיעה ביחסים בין בני הזוג ועליה בסיכון לשימוש באלימות.

### כלים יישומיים לאיתור ראשוני:

א. אחיות ורופאים המטפלים בנשים הרות ונשים לאחר לידה: בהנחיית משרד הבריאות, בהתאם ל"נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהריון ולאחר לידה", החל משבוע 26 להריון ו-9-4 שבועות לאחר הלידה, האישה אמורה לעבור הערכה על מצבה הנפשי, באמצעות שאלון ייעודי. בישראל ובעולם, משתמשים ב **Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)**, שהוא שאלון למילוי-עצמי, כולל 10 היגדים וככל שהציון גבוה יותר, כך עולה הסבירות לסיכון לדיכאון. בהתאם להנחיות, כאשר האם מדווחת או מראה תסמיני דל"ל, והציון בשאלון נמצא מעל 13 יש להפנותה לאבחון וטיפול מקצועי בבריאות הנפש, ובציון מעל 10 לבצע הערכה חוזרת ולשקול הפניה להמשך אבחון וביור ע"י מטפל מקצועי. האחות או הרופא נדרשים לבצע התערבות ראשונית, הכוללת הערכה תפקודית, ובהמשך ובהתאם לקליניקה, לבצע גם מעקב שבועי, ביקורי בית ושיחות תמיכה. בהתאם לשיקול דעת מקצועי, הדחיפות הקלינית וחשש לאובדנות, האם תופנה להמשך התייעצות עם מטפל ברפואה הראשונית או בשירותי בריאות הנפש, כולל מיון. במקרה של חשש לשלום הילדים במשפחה, כולל התינוק, יש לדווח לעו"ס, בהתאם לחוק. "נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהריון ולאחר לידה" שמספרו 3/2014 בקישור [http://www.health.gov.il/hozer/bz03\\_2014.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/bz03_2014.pdf).

### ב. מטפלים מכלל שירותי הבריאות אשר האישה פונה אליהם במהלך ההריון/או לאחר הלידה:

1. הערכה בסיסית ביותר וראשונית, כחלק מהביקור הרגיל, של תפקוד האישה, בבית ובעבודה, כולל הטיפול בעצמה ובילדים, לאיתור פערים תפקודיים בעשייה היומיומית - בין התקופה שלפני ההריון, לתקופת ההריון ולאחר הלידה. לדוגמה, ירידה בפעילות השגרתית, עליה בצריכת ימי מחלה, ביקורים במרפאה מעבר לנחוץ לבדיקות שגרה או בשל צורך רפואי קיים. רצוי לנסות להעריך כמותית את התלונה המילולית: לדוגמה, בעקבות תלונה של: "אני בוכה הרבה" אפשר לשאול: כמה פעמים ביום, האם גם בלילה, האם גם בעבודה, על סולם מ-1 ל-5 כמה זה מפריע לך וכו'.
2. חשוב לשאול את השאלות הבאות:
  - א. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות דיכאון, ייאוש או חוסר תקווה?
  - ב. האם במהלך החודש האחרון הרגשת לעתים קרובות חוסר עניין, חוסר הנאה מהחיים, וחוסר רצון לעשות דברים?
3. ניתן להשתמש בשאלון EPDS, למילוי עצמי של האישה; קידוד השאלון והערכת הסיכון לדיכאון, מפורט בנוהל משרד הבריאות 3/2014 "נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהריון ולאחר לידה" שמספרו 3/2014 בקישור [http://www.health.gov.il/hozer/bz03\\_2014.pdf](http://www.health.gov.il/hozer/bz03_2014.pdf)



## פעולות:

א. אם יש רושם של אפשרות לדיכאון או שהתשובה לאחת מהשאלות בסעיף ב'2 שלעיל היא חיובית:

### ❖ במקרים דחופים:

#### ▪ אם דווח על מחשבות לפגיעה עצמית:

- יש לקיים שיחת תמיכה בסיסית מידית (כמפורט בהמשך בסעיף ב'), ככל הניתן, ולהפנות לבריור מידי ע"י גורמים מקצועיים מתחום בריאות הנפש, או למיון, לפי חומרת המצב.
- בהסכמת האישה מומלץ ליידע בן זוג/בן משפחה וכן רופא ראשוני מטפל בקופה.
- אם האישה מסרבת לפנות לטיפול או לשתף בני משפחה, יש להפנותה לרופא מטפל בליווי מכתב ולספק לה - בכתב, את דרכי הפניה לגורמים מקצועיים בקופה אשר יוכלו לסייע לה, אם תחליט בהמשך לפנות לעזרה.

#### ▪ אם יש חשש לשלום הילד/ים: בהתאם לחוק, יש לדווח מידית לעובד סוציאלי ולוודא קבלת הדיווח.

- ❖ אם הרושם שאין חשש מידי לאובדנות ו/או פגיעה בילד/ים: יש להפנות לרופא המשפחה או לגורם מקצועי במסגרת שירותי בריאות הנפש בקופה, להמשיך אבחון וטיפול, כמקובל, באמצעות הפניה כתובה להתייעצות.
- ❖ תיעוד: יש לתעד כמקובל, כחלק בלתי נפרד מהרשומה הרפואית של האישה, כולל את הפעולות שבוצעו.

ב. שיחת תמיכה ראשונית: מומלץ לקיים שיחת תמיכה ראשונית ובסיסית ביותר ובהתאם למומחיות המטפל. לעיתים, הידיעה שהתופעה שכיחה וניתן לטפל בה ולהחלים, מביאה להקלה. הצעה לעיקרי תוכן השיחה:

- ❖ לעודד לספר על הרגשתה ותפקודה בבית ובעבודה, שינויים בחיי המשפחה בעקבות מעבר נורמטיבי מזוגיות להורות, אימהות חדשה, הצטרפות תינוק למשפחה וההשפעה על הילדים האחרים; חשיבות הקדשת זמן לעצמה - מנוחה, פגישות חברתיות, טיפוח עצמי וביולי עם בן הזוג.
- ❖ חשוב לציין, שייתכן ויש סיכון של דיכאון בהיריון ו/או לאחר הלידה וקיימת חשיבות רבה לפנות לאבחון וטיפול מקצועי ולהסביר שקיים לכך טיפול תמיכתי ותרופתי, בד"כ קצר עם סיכויי החלמה טובים, אשר יכול לסייע לה להתאושש ולהיות אם נפלאה לילדיה ובת זוג תומכת ומשמעותית במשפחתה.
- ❖ הדגשת יכולות הקופה, כמערכת, להציע לה את התמיכה והסיוע הנדרשים, באמצעות מגוון הגורמים המתאימים למצבה, במטרה להתמודד ולהחלים.

ג. גורמים מקצועיים מתחום בריאות הנפש הזמינים למטפל להתייעצות: לעיתים, המטפל מתרשם, שהוא מבקש להתייעץ באופן מידי עם גורמים מקצועיים נוספים, במטרה לקבל החלטה מושכלת והנחיות לפעולה, ומומלץ להנגיש למטפל את דרכי הפניה לגורמים אלה בסביבת העבודה. גורמים אלה יכולים להיות לדוגמה, פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי. יש לציין, שם, תפקיד ודרכי הגישה לגורם המקצועי הזמין, בכל שעות פעילות המרפאה.

## קריאה נוספת:

ניתן לפנות למאמרים שפורסמו בינואר 2016 בעיתון ה JAMA, בקישור <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2484345>, הכוללים:

1. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement: Screening for Depression in Adults
2. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force

שם תיק::איריס דואר כללי (מייל)