



באוקטובר, 2018

לכבוד יו"ר וחברות הוועדה לקידום מעמד האישה ולשוויון מגדרי,

נציגת הוועד המרכזי של הפ"י נכחה בדיון האחרון בנושא מענים לנשים עם דיכאון אחרי לידה, אשר נערך בתאריך 30 למאי, דיון מבורך בנושא חשוב ובו, כפי שעלה בדיון, יש מקום למענה מקיף ומקצועי. כפי שעלה, דכאון לאחר לידה משפיע על כ-10% מכלל היולדות, כלומר כ-18 אלף נשים בשנה בישראל, ומופיע בשיעורים גבוהים יותר בקרב נשים המשתייכות לאוכלוסיות מוחלשות (WHO | Maternal mental health, 2015) כגון עולות ובנות מיעוטים. זוהי תופעה מדאיגה, בעלת השפעות משמעותיות על בריאותם הפיזית והנפשית של האישה ושל ילדיה (Stein et al, 2014), על משפחתה ואף על הקהילה והחברה בשל צריכה מוגברת של שירותי בריאות, רווחה וחינוך, כמו גם אובדן פריון תעסוקתי (Howard et al, 2014). נציגת הוועד עקבה בדאגה אחר דיון, אשר התמקד בבריאות נפשית של נשים, אך נעדר ממנו קולם של המומחים לבריאות הנפש. הפ"י מברכת את הוועדה על הניסיון למזג נתונים אקדמיים ונתוני קהילה לצורך הבנת הכשל בטיפול בדיכאון לאחר לידה (דל"ל) בישראל, ומציעה מספר צעדים אפשריים, אשר נגזרים מן הדיון שנערך ורובם לא השתקפו בתשובת משרד הבריאות לדיון.

מן הדיון עלו שלושה צרכים מרכזיים:

1. יש לייצר מערך סינון מקיף לנשים הסובלות בסימפטומים נפשיים במהלך ההריון

ולאחר הלידה:

- א. ברמה הראשונית - יש להכשיר באופן מקיף נשות מקצוע, בין אם אחיות בטיפות החלב ובמעקב הריון ובין אם פסיכולוגית ייעודית אשר תמצא במרפאות הרלוונטיות, באיתור נשים הסובלות מסימפטומים שכאלה. העברה של שאלון EPDS בדווח עצמי, כפי שהיא נעשית היום, אינה מספקת מאחר שהיא מאפשרת החמצה של נשים רבות שאינן מעוניינות למלא את השאלות או שאינן ממלאות אותן בכנות, וכן נשים רבות הסובלות מסימפטומים שונים (חרדתיים, אובססיביים, ועוד) סביב הלידה.
- ב. ברמה השניונית - איתור נשים בסיכון מוגבר (אשר חוו סימפטומים סביב לידות קודמות, אוכלוסיות מוחלשות, וכד') אשר תמצאנה במעקב בקהילה מתחילת הריון.

יושב ראש הפ"י:

מר יורם שליאר

חברי הוועד המרכזי:

גב' אסנת רייכמן אייזקוביץ
מר יהודה ניניו
מר יותם בן שץ
מר יחיאל אסולין
ד"ר ליאת הלפמן
גב' מיכל דברת
מר עודד מאיו
גב' סתיו רוזה
ד"ר שי איתמר
ד"ר שרונה מי-טל

יושבי ראש החטיבות:

גב' מיכל פוני- חב'-תע'-אר'
ד"ר עומר פורת- שק'
מר עמוס ספיבק- קל'
גב' רותי ברנשטיין-פרץ- מת'
גב' רותי 'בור- רפ'
גב' תמר גרינוולד- חנ'

יושבי ראש הוועדות:

גב' יונת בורנשטיין בר יוסף-
אתיקה

בעלי תפקידים:

מר דני כפרי-מנכ"ל
עו"ד ברוך אברהמי-יועמ"ש
מר אריק דן - רו"ח



2. יש צורך במענה טיפולי מקיף, נגיש ומקצועי המבוסס על פסיכולוגיות:

אמנם מהמחקר של אוניברסיטת בן גוריון, אשר הוצג לוועדה, עלתה העדפה מסוימת שלא לקבל טיפול במסגרות בריאות הנפש (ברה"נ) מובהקות, אך אלו המסגרות אשר מוכשרות ומתאימות לטיפול בנשים הסובלות מדל"ל. נדגיש שמדובר במחקר מצומצם מבחינת היקף הנדגמים והטווח הגיאוגרפי, וכי בליווי הסברה מתאימה סביר להניח שנשים לא יירתעו מקבלת טיפול במערך בריאות הנפש. על מנת להנגיש את הטיפול, יהיה ניתן לשלב פסיכולוגיות במרכזים לבריאות האישה, טיפות חלב, מרפאות כלליות וכו'. נשות מקצוע אלו יוכלו לסייע באיתור הראשוני, בהכשרת אנשי צוות ובהענקת סיוע ראשוני ובפניה מתאימה לגורמי בריאות נפש מובהקים. ישנה חשיבות עליונה להנגשת הטיפול הפסיכולוגי עבור אותן נשים, אם במסגרת המרפאה/טיפות חלב או באמצעות ביקורי בית. זאת על מנת להעלות את הפוטנציאל לאיתור וטיפול מתאים ומהיר.

3. תמיכה קהילתית רבה נדרשת ליולדת ולבני משפחתה:

בדיון עלה שתמיכה זו ניתנת בעיקר ע"י עמותות. במאמץ מתאים של גורמי רווחה ורשויות מקומיות, מענה כזה יכול להינתן בתוך מרכזים קהילתיים, בביקורי בית, וכד'. למשל, שליחת ביקור בית לילדת שאינה מגיעה למעקבי טיפת החלב, הקמת קבוצות לאימהות בחופשת לידה, והנגשת מידע על דל"ל למשפחות ולבני ובנות הזוג של היולדת יכולים אף הם להפחית סיכון ולהגביר סיכויי פנייה במקרה הצורך.

מאחר שפסיכותרפיה הינה טיפול קו ראשון עבור נשים הסובלות מתסמיני דכאון לאחר לידה [ראו סקירה של גיל ואח', (Guille, Newman, Fryml, Lifton, Epperson, 2013)] אנו מציעים יצירת רצף מענים פסיכולוגיים הכוללים:

1. איתור והתערבות מניעתית במרפאות הכלליות של קופות החולים בהן נעשה מעקב הריון. זאת, באמצעות ליווי והדרכה צמודים של אחיות מעקב הריון ע"י הפסיכולוגיות הקליניות המועסקות בקופות, תוך שמירה על נוכחות חלקית לפחות במרפאות אלו על מנת להיות נגישות להערכה מלאה יותר והתערבות במקרים המאותרים על ידי האחיות.
2. איתור והתערבות ראשונית במחלקות היולדות. זאת, באמצעות הפסיכולוגיות הרפואיות הפרושות בבתי החולים, אשר יכולות להוות גורם מדריך ומיעץ לצוותים הרפואיים ולבצע התערבות ראשונית והפניה לפסיכולוגיות הקליניות בקהילה להמשך מעקב והתערבות.
3. איתור והתערבות לאחר הלידה דרך טיפות החלב. פסיכולוגיות קליניות והתפתחותיות בנוכחות חלקית בטיפות החלב של משרד הבריאות ושל קופות החולים יכולות להדריך את ולתמוך באחיות לבריאות הציבור, אשר כיום קורסות תחת הנטל של ריבוי המשימות המוטלות עליהם, ולהוות גורם לייעוץ במקרים מאותרים. נוכחותן במרפאה תאפשר



התערבות ישירה מול האישה ויצירת רצף טיפולי על ידי הפסיכולוגיות הקליניות ועבודה טיפולית מניעתית עם האם ותינוקה יחד באמצעות פסיכולוגיות התפתחותיות.

4. מניעה ותמיכה קהילתית דרך הרשויות המקומיות. פסיכולוגיות חינוכיות הפרושות ברשויות המקומיות אמונות על רווחתם הנפשית של ילדים במערכת החינוך ובקהילה, ויכולות להוות גורם מאתר ומפנה דרך המגע עם ילדים נוספים של האישה הסובלת מדל"ל, אשר עלולים להגיע לפתחה. כמו כן, הפסיכולוגיות החינוכיות יכולות לסייע לרשויות המקומיות ביצירת מערך הסברה מניעתי דרך מרכזים קהילתיים וכד' אשר ינגישו מידע לתושבים ויסייעו להגברת הפניה העצמית.

5. החזרה לתפקוד של נשים שסבלו מדל"ל, לאחר תום הטיפול, באמצעות עבודה עם פסיכולוגיות שיקומיות, לאלו הזכאיות לסל שיקום, ובאמצעות פסיכולוגיות תעסוקתיות, אשר יסייעו בחזרה למעגל העבודה, לאלו המעוניינות לעבוד מחוץ לבית.

לסיכום, על מנת להפחית סיכון, סיכון שבצדו לא רק סבל אנושי רב אלא גם עלויות משמעותיות למשק הישראלי בשל אבדן פריון עבודה של האישה, של בן או בת זוגה, ובשל פגיעה בתפקודם של ילדים נוספים במשפחה (WHO | Maternal mental health, 2015; Stein et al 2014), יש להקצות משאבים ולהפעיל את הפסיכולוגיות בכל התחומים. זאת, באופן מותאם ורגיש תרבות, לאור הממצאים שהוצגו לוועדה המעידים על קושי משמעותי בקרב אוכלוסיות מוחלשות בישראל, העומדים בקנה אחד עם ממצאים קודמים (Dekel, Stanger, Georgakopoulos, Stuebe, & Dishy, 2016). אנו מאמינים שזו השקעה לא רק **נדרשת**, מקצועית ומוסרית, אלא גם **משתלמת** לחברה כולה.

בכבוד רב,

יורם שליאר, יו"ר הפ"י, וחברי וחברות הוועד המרכזי

העתקים: מר משה סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות
מר יעקב ליצמן, סגן שר הבריאות
מר גבי פרץ, פסיכולוג ארצי במשרד הבריאות



ביבליוגרפיה:

- Dekel, S, Stanger, V, Georgakopoulos, E, Stuebe, C & Dishy, G. (2016) Peripartum Depression, Traditional Culture, and Israeli Society. *Journal of Clinical Psychology*. (8)72, 784-794.
- Guille, C, Newman, R, Fryml, L, Lifton, C & Epperson, C (2013). Management of Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health* 58(6) 643-653.
- Howard, LM, Piot, P, Stein, A (2014) No health without perinatal mental health *The Lancet Psychiatry* 384,1723-1724 .
- Stein, A, Pearson, RM, Goodman, SH, Rapa, E, Rahman, A, McCallum, M, Howard, LM, Pariante, CM (2014) Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet Psychiatry*, 384, 1800-1819.
- WHO | Maternal mental health (2015) .WHO.