

הפקולטה למדעי הרוח והחברה

המחלקה לעבודה סוציאלית

דיכאון הריוני

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה"

מאת: נעמה חייט

בהנחיית: דר' דורית סגל-אנגלצ'ין, דר' אורלי שריד

אוניברסיטת בן גוריון בנגב
הפקולטה למדעי הרוח והחברה
המחלקה לעבודה סוציאלית

דיכאון הריוני

חיבור זה מהווה חלק מהדרישות לקבלת התואר "מוסמך למדעי הרוח והחברה"

מאת: נעמה חייט

בהנחיית: דר' דורית סגל-אנגלצ'ין, דר' אורלי שריד

חתימת הסטודנט: _____ תאריך: _____

אישור המנחות: _____ תאריך: _____

אישור יו"ר הועדה המחלקתית

ללימודי מוסמך: _____ תאריך: _____

אלול, תשע"ב

תודה

לד"ר דורית סגל-אנגלצ'ין וד"ר אורלי שריד על ההנחיה המקצועית, הזמינות הגבוהה, הליווי והתמיכה לאורך כל שלבי כתיבת העבודה.

לד"ר יגאל פלכט וגב' אלינה קופטמן על העזרה בקבלת אישורי המחקר.

לאחיות מרכז בריאות האישה של "שירותי בריאות כללית", על שיתוף הפעולה והעזרה בגיוס המשתתפות.

לכל הנשים אשר לקחו חלק במחקר ואפשרו לי ללמוד אודות החוויה הרגשית של נשים הרות מהזוית האישית שלהן.

לגיל , בעלי היקר, על התמיכה והסבלנות לאורך כל הדרך.

תקציר

רקע:

ממחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם בשלושת העשורים האחרונים עולה כי תופעת הדיכאון נפוצה בקרב נשים בשיעור כפול מזה של גברים. אחד הגורמים התורמים לשיעור הגבוה של דיכאון בקרב נשים הינו דיכאון לאחר לידה. במחקרים ארוכי טווח שבדקו נוכחות תסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה נמצא אחוז גבוה יותר של תסמיני דיכאון בתקופת ההריון בהשוואה לתקופה שלאחר הלידה.

דיכאון הריוני (Ante-partum Depression – APD) מופיע בקרב 6.3-25% מהנשים ההרות. במחקרים נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין דיכאון וחרדה בשליש האחרון להריון ובין רמות קורטיזול גבוהות אצל האם ואצל הילוד, לידה מוקדמת או לידה במשקל נמוך מגיל ההריון ודיכאון לאחר לידה. עוד נמצא כי לדיכאון לאחר לידה השפעות על התפתחותו המוקדמת והמאוחרת של התינוק: בעיות שפה, בעיות קוגניטיביות, הפרעות קשב וריכוז ובעיות התנהגותיות.

לאור ההשלכות ארוכות הטווח של דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה, ישנה חשיבות רבה לאבחון מוקדם של נשים הסובלות מתסמיני דיכאון כבר במהלך ההריון ואשר נמצאות בסיכון לפתח דיכאון לאחר הלידה. לצורך איתור הנשים ההרות הסובלות מתסמיני דיכאון ניתן לבצע סינון ראשוני באמצעות שאלון הסיקור שפותח ע"י Cox ועמיתיו (Cox, et al., 1987) (Edinburgh Postpartum-Depression Scale: EPDS).

מהספרות המחקרית עולה כי דיכאון הריוני הינה תופעה פחות נחקרת ומתועדת בהשוואה לדיכאון לאחר לידה. מחקר זה מבקש להרחיב את הידע הקיים אודות דיכאון הריוני תוך התמקדות בדיכאון המופיע בשליש האחרון להריון, אשר לעיתים מוביל להתפתחות דיכאון לאחר לידה.

מטרות המחקר

1. לאמוד את שיעור הנשים המדווחות על תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון בקרב הנשים המבצעות מעקב הריון במרכז בריאות האישה של שירותי בריאות כללית, מחוז דרום.
2. לזהות גורמים סוציו-דמוגרפיים וקליניים הקשורים להופעת תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי הינו מחקר חתך שנערך בקרב 101 נשים הרות, שנמצאו במעקב הריון במרכז בריאות האישה של "שירותי בריאות כללית" – מחוז דרום, בהיותן בשבועות 28-34 להריון. המשתתפות מלאו את שאלון אדינבורו (Edinburgh Depression Scale - EDS), אשר פותח במקור לצורך איתור דיכאון לאחר לידה, אך נמצא תקף גם לאיתור דיכאון בתקופת ההריון. לנשים שציון בשאלון זה היה מעל 10 נקודות נעשתה הערכה פרטנית על ידי אחות. נשים שציון בשאלון היה מעל 12 הופנו למעקב של רופא משפחה / עובדת סוציאלית ונשים שציון בשאלון היה מעל 14, או שהיה להן ציון מעל 0 בשאלה הבודקת מחשבות על פגיעה עצמית, הופנו לבדיקת רופא פסיכיאטר.

ממצאים עיקריים

מתוך 101 הנשים שגויסו למחקר, 23% דיווחו על תסמיני דיכאון קל עד דיכאון מאג'ורי (ניקוד של 10 ומעלה בשאלון אדינבורו): 15.8% (N=16) קבלו ציון גבוה מ-12 ו-6% קיבלו ציון גבוה מ-14, או ציון מעל 0 בשאלה הבודקת מחשבות על פגיעה עצמית, ציונים המעידים על תסמיני דיכאון מאג'ורי.

ממצאי המחקר מצביעים על שלושה משתנים עיקריים בעלי תרומה מובהקת להסבר השונות במדד אדינבורו: מספר ילדים, דת וכדון/ירידה בתפקוד לאחר לידות קודמות. נשים שלהן מספר ילדים גדול יותר ונשים אשר חוו דכדון/ירידה בתפקוד לאחר לידות קודמות דווחו על רמת תסמיני דיכאון גבוהה יותר מהנשים האחרות. גם נשים מוסלמיות-בדואיות דווחו על רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון בהשוואה לנשים יהודיות.

בנוסף נמצא כי רמת תסמיני הדיכאון בקרב נשים בעלות מספר רב של גורמי תמיכה נמוכה באופן מובהק סטטיסטית מזו של נשים שיש להן מספר מצומצם של גורמי תמיכה, וכי נשים שאובחנה אצלן בעיה רפואית בהריונות הקודמים דיווחו על רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון בהריון.

סיכום והמלצות

ברמה המעשית המחקר הנוכחי מציע מודל לאיתור וזיהוי נשים בסיכון לפתח דיכאון בתקופת ההריון, אשר בתורו עלול אף להוביל לפיתוח דיכאון לאחר לידה. חשוב להמשיך לפתח תוכניות לאיתור נשים הנמצאות בסיכון לפיתוח דיכאון הריוני ולהרחיב את תחומי המחקר העוסקים במצבים רגשיים הקשורים להריון כמו למשל, מצבי חרדה. בנוסף, מומלץ לבצע סיקור מוקדם של אוכלוסיות נשים רחבות בזמן ההריון ולכלול גם את אוכלוסיית הנשים אשר אינן מבצעות מעקב הריוני במסגרת המרפאות לבריאות האישה בקהילה, כמו למשל נשים בהריון בסיכון גבוה אשר מאושפזות או מבצעות מעקב במרפאות להריון בסיכון גבוה. כמו כן, מומלץ לבצע כבר בתחילת ההריון סיקור של גורמי הסיכון לדיכאון הריוני ולדיכאון לאחר לידה. היבט נוסף אשר חשוב להתייחס אליו הינו דיכאון בקרב האבות בתקופת ההריון ולאחר הלידה.

תוכן עניינים

	רשימת לוחות
I	תקציר
1	מבוא
3	סקירת ספרות
3	1. רקע
3	1.1 דיכאון בקרב נשים
4	1.2 גורמי סיכון לדיכאון בקרב נשים
4	1.2.1 אירועי חיים מעוררי דחק
6	1.2.2 נישואין
7	1.2.3 שינויים הורמונאליים
9	2. דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה
9	2.1 הגדרות
10	2.2 גורמי סיכון לדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה
11	2.3 השלכות הדיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה
14	2.4 איתור ואבחון דיכאון במהלך ההריון
17	מטרות המחקר
18	שיטת המחקר
18	1. מדגם
18	1.1 תאור המדגם
21	1.2 מהלך המחקר
21	2. כלי המחקר
21	2.1 שאלון אדינבורו לאיתור תסמיני דיכאון
23	2.2 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, רגשיים ובריאותיים
23	3. ניתוח נתונים
24	4. סוגיות אתיות
25	תוצאות המחקר
25	1. מדד אדינבורו
25	1.1 הקשר בין מדד אדינבורו ובין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים

29	1.2 הקשר בין מדד אדינבורו ובין מאפיינים בריאותיים ורגשיים
	1.3 הקשר בין מדד אדינבורו ובין נתונים קליניים הקשורים למהלך ההריון
30	ולהריונות קודמים
32	2. מודל לניבוי הסיכון לתסמיני דיכאון
33	דיון
33	1. שעורי דיכאון הריוני לפי מדד אדינבורו במחקר הנוכחי
34	2. משתנים הקשורים להופעת תסמיני דיכאון הריוני
40	מגבלות המחקר
42	סיכום והמלצות
46	ביבליוגרפיה
61	נספחים
62	נספח 1- אישור ועדת הלסינקי מתאריך 23/08/2010
64	נספח 2 - אישור מחוז דרום לביצוע המחקר - מרץ 2011
65	נספח 3 - טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר שאינו ניסוי בבני אדם של ועדת הלסינקי
66	נספח 4 - חבילת שאלונים למילוי עצמי למשתתפות במחקר
70	נספח 5 - שאלון אדינבורו מקודד לאחות
	נספח 6 - מודל מוצע להתערבות הצוות המטפל בקהילה של "שירותי בריאות כללית",
	אגף הסיעוד, חטיבת הקהילה (מתוך תוכנית חלוץ לנשים הרות ולאחר לידה של
71	משרד הבריאות- 1999)

רשימת לוחות

- לוח מספר 1 : התפלגות משתתפות המחקר על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והמאפיינים
18 הקשורים להריון של המשתתפות (משתנים רציפים)
- לוח מספר 2 : התפלגות משתתפות המחקר על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים
19 (משתנים קטגוריאליים)
- לוח מספר 3 : תוצאות מבחן t להשוואת ממוצעי מדד אדינבורו על-פי משתנים סוציו-דמוגרפיים
26
- לוח מספר 4 : תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי חלוקה למספר ילדים
27
- לוח מספר 5 : תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי שפת אם של הנשים
28
- לוח מספר 6 : תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי המשתנים : זיקה לדת, השכלה
29 ותחומי עיסוק
- לוח מספר 7 : מתאמי פירסון בין מדד אדינבורו ובין נוסחה מילדותית ושבוע הריון
30
- לוח מספר 8 : מקדמי רגרסיה ליניארית לניבוי מדד אדינבורו
32

מבוא

דיכאון הינה הפרעה נפשית המתאפיינת בירידה ניכרת במצב הרוח, אובדן התעניינות והנאה, ירידה באנרגיה ובפעילות לאורך זמן. חומרת הסימפטומים הדיכאוניים גורמת לירידה ניכרת ברמת התפקוד של הפרט בהיבט הרגשי, הקוגניטיבי, המוטיבציוני-מוטורי והפסיכופיזיולוגי (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2002; בר נתן, 2004; Kaplan, et al., 2010; Culbertson, 1997).

רוב המחקר על גורמי סיכון לדיכאון התמקד בניבוי האפיזודה של דיכאון מאגורי. המחקרים מצביעים באופן עקבי על מספר גורמי סיכון להתפתחות דיכאון מאגורי: היסטוריה משפחתית, מצוקה בילדות, מאפיינים אישיותיים כמו נירוטיזם, בידוד חברתי וחשיפה להתנסויות לוחצות בחיים (Culbertson, 1997; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Kessler, 2003). מחקרים שביקשו לבחון את גורמי הסיכון לדיכאון בקרב נשים מצאו כי אירועי חיים מעוררי דחק (Hammen, 2005; Kessler, 2003; Nolen-Hoeksema, 2002; Piccinelli & Wilkinson, 2000), מערכת נישואין בה האישה ממלאת מספר תפקידים הכוללים עבודה מחוץ לבית, ניהול משק הבית וטיפול בילדים (בר נתן, 2004; Fletcher & Piccinelli & Wilkinson, 2000; Livingston & Judge, 2008; Baily, 2005), וכן שינויים הורמונאליים (בר נתן, 2004; Grigoriadis & Robinson, 2007; Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2005, 2006). מהווים את גורמי הסיכון העיקריים לשכיחות הגבוהה של דיכאון בקרב נשים.

בסקר שנערך בישראל בשנת 2000 נמצא כי 39% מהנשים סבלו מרמה גבוהה של מצב רוח דיכאוני (גרוס וברמלי-גרינברג, 2000). אחד הגורמים התורמים לשיעור הגבוה של דיכאון בקרב נשים הינו דיכאון לאחר לידה (בר נתן, 2004). תסמיני הדיכאון בקרב אחת מכל שבע נשים החוות דיכאון, החלו במהלך ההריון או לאחר הלידה (Wisner, et al., 2000). דיכאון הריוני עלול להוביל לירידה במעקב ההריון ולהתנהגויות שאינן מקדמות בריאות כגון: תזונה לקויה, עישון, צריכת אלכוהול וכדומה. כפועל יוצא מכך, נשים הסובלות מדיכאון הריוני חשופות ליותר פתולוגיות של ההריון (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001; Lindgren, 2001; Mckee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001; Pearlstein, 2008). מרבית מצבי הדיכאון ההריוני מלווים בהפרעת חרדה ובשינויים הורמונאליים הקשורים לחרדה, כגון, רמות נמוכות של דופאמין וסרוטונין ופעילות יתר בציר ההורמונאלי של בלוטת יותרת המוח ובלוטת יותרת הכליה, המובילה לרמות גבוהות של קורטיזול ונוראפינפרין (Austin, 2001).

Pavlovic, Leader, Saint & Parker, 2005; Dieter, et al., 2001; Field, et al., 2003; Wetzler, et al., (1990).

מהספרות המחקרית עולה כי דיכאון הריוני הינה תופעה פחות נחקרת ומתועדת בהשוואה לדיכאון לאחר לידה (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001; Pearlstein, 2008; Priest, et al., 2008). מחקר זה מבקש להרחיב את הידע אודות דיכאון הריוני תוך התמקדות בדיכאון המופיע בשליש האחרון להריון, אשר לעיתים מהווה את השלב הראשון בהתפתחותו של דיכאון לאחר לידה (Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2006; Glover & O'Connor, 2002; Kammerer, Taylor & Noble, 2005). בישראל בוצעו עד כה מחקרים במרכז הארץ ובירושלים אשר בחנו את מצבן הרגשי של נשים בתקופת ההריון ולאחר הלידה כמו גם את גורמי הסיכון למצבי דיכאון בתקופות אלו (Besser, Priel & Wiznitzer, 2002; Bloch, Daly & Rubinow, 2003; Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2005, 2006; Dankner, Goldberg, Fisch & Crum, 2000; Glasser, et al., 2000; Greenhouse, 2007; Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi & Rotmensch, 2005). מחקר נוסף אשר בוצע באזור הדרום בדק שיעורי דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות (Glasser, Stoski, Kneller & Magnezi, 2011). למיטב ידיעתי, טרם פורסם מחקר אשר בדק דיכאון הריוני בקרב נשים הרות תושבות באר שבע והסביבה.

מחקר זה בוחן את מצבן הרגשי של נשים בשליש האחרון להריון, מקרב אוכלוסיית הנשים באזור הנגב אשר מגיעות למעקב הריוני בקהילה. במסגרת המחקר המשתתפות ענו על שאלון סוציו-דמוגרפי, בריאותי ורגשי, נוסף לכך שאלון לאיתור תסמיני דיכאון הריוני. ממצאי המחקר הנוכחי עשויים לסייע בהבנת הגורמים התורמים להופעת תסמיני דיכאון בתקופת ההריון בקרב נשים בהריון תקין המבצעות מעקב הריוני במסגרת מרפאות בקהילה.

סקירת ספרות

1. רקע

1.1 דיכאון בקרב נשים

המונח "דיכאון" מתייחס למכלול הפרעות נפשיות המתאפיינות בירידה ניכרת במצב הרוח, בפעילות, בהתעניינות בנעשה בסביבה וביכולת ליהנות. מצבי דיכאון מלווים לעיתים במחשבות על מוות ובהתנהגות של פגיעה עצמית עד כדי ניסיונות אובדניים, ולפיכך מחייבים התערבות טיפולית מקצועית. הירידה במצב הרוח משפיעה על כמה מישורי החיים: במישור הרגשי האדם עלול לחוות עצבות, ייאוש וחוסר תקווה, איבוד עניין והנאה, בקורת עצמית עד שנאה עצמית, חרדה, אי שקט ומתח נפשי. במישור הקוגניטיבי קצב החשיבה יהיה איטי ויופיעו הפרעות קשב וריכוז, פגיעה בזיכרון וקושי בעיבוד מידע וקבלת החלטות. במישור התפקודי האדם עלול להראות מדוכא והופעתו מוזנחת, לעיתים תחול ירידה בתפקודים יום-יומיים כגון אכילה ושמירה על היגיינה בסיסית. במישור הפיזיולוג האדם יסבול מכאבי ראש ולעיתים מכאבים ממושטים ובלתי ספציפיים בגוף, הפרעות שינה וירידה ניכרת בתאבון ולכן גם ירידה במשקל ובמצב תזונתי (אליצור, טיאנו, מוניץ ונוימן, 2002; בר נתן, 2004; Kaplan et al., 2010).

בישראל 375 אלף גברים יהודיים ו-600 אלף נשים יהודיות וכ-375 אלף גברים ונשים ערבים ישראלים חוו דיכאון בחייהם (Kaplan et al., 2010). לפי סקר הבריאות הלאומי שנערך בישראל בקרב יהודים, ערבים ועולים חדשים בשנים 2003-2004, ההערכה היא כי 17.6% מהבוגרים (בני 21 שנים ומעלה) יסבלו מדיכאון או חרדה במהלך חייהם וכי 9.8% יסבלו מדיכאון מאגור, כאשר שכיחות הדיכאון דומה בכל תת הקבוצות שנכללו במדגם. אחד מתוך שבעה גברים ואחת מתוך חמש נשים ידווחו על אפיזודת דיכאון במהלך חייהם הבוגרים והמספרים נמצאים כל הזמן בעליה (לוינסון, 2011).

ממחקרים שנערכו במדינות שונות בעולם במהלך שלושת העשורים האחרונים עולה כי תופעת הדיכאון נפוצה בקרב נשים בשיעור כפול מזה של גברים (Blazer, Kessler, Angst et al., 2002; McGonagle & Swartz, 1994; Culbertson, 1997; Kessler, 2003; Kuehner, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000). השיעור הגבוה יותר של דיכאון בקרב נשים מסתמן החל מאמצע גיל ההתבגרות ואילך (Piccinelli & Wilkinson, 2000). בהשוואה לגברים, נמצא כי נשים נוטות יותר לדווח על סימפטומים דיכאוניים, ולהתמקד בהפרעות של תיאבון ושינה, עייפות וחרדה סומאטית בעוד שגברים

חווים יותר הפרעות מוחצנות, כמו אלכוהוליזם, אישיות אנטי חברתית או שימוש בסמים (Culbertson, 1997; Grigoriadis & Robinson, 2007; Noble, 2005; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

מחקרים שביקשו לזהות גורמי סיכון לדיכאון התמקדו בניבוי האפיזודה הראשונה של דיכאון מאגורי. נמצא כי האפיזודה הראשונה של הדיכאון קשורה בחשיפה לאירועי חיים מעוררי דחק וכי האפיזודות החוזרות של הדיכאון לא בהכרח קשורות לאירועי חיים מעוררי דחק (Monroe & Harkness, 2005). גורמי סיכון נוספים שנמצאו קשורים להופעת האפיזודה הראשונה של הדיכאון בקרב נשים וגברים כוללים: מרכיבים אישיותיים נוירוטיים, אירועי חיים של מצוקה והתעללות בילדות, היסטוריה משפחתית, בידוד חברתי ומרכיבים גנטיים (Culbertson, 1997; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Kessler, 2003).

1.2 גורמי סיכון לדיכאון בקרב נשים

בספרות מזוהים מספר גורמי סיכון עיקריים להופעת דיכאון בקרב נשים, הניתנים להסבר באמצעות היבטים הקשורים לסוציאליזציה המגדרית ובאמצעות תיאוריות ביולוגיות-הורמונאליות.

1.2.1 אירועי חיים מעוררי דחק

מחקרים מראים כי מרבית מקרי הדיכאון נגרמו עקב אירועים טראומטיים כגון התעללות ואלימות פיזית ונפשית. עוד עולה כי נשים נוטות לשקוע במחשבות על הדחק והמצוקה בהם הן נתונות, ולהרהר על הסיבות האפשריות וההשלכות של הדיכאון, לפיכך מצב הרוח הדיכאוני נמשך אצלן לאורך זמן. גברים לעומת זאת, נוטים להסיח דעתם ממצב הרוח שלהם על ידי פעילות גופנית ספורטיבית או פעילויות הכרוכות במאמץ פיזי. אכן, נראה שסגנון התמודדות תוך אישי המאופיין בתגובות התמודדות פחות יעילות המערבות אסטרטגיות מילוליות ואסטרטגיות של ניחום עצמי, מתרחשות בשכיחות יותר גבוהה אצל נשים (בר נתן, 2004; Piccinelli & Grigoriadis & Robinson, 2007; Kessler, 2003; Noble, 2005; Piccinelli & 2004). ממחקרים עולה כי סגנון חשיבה שלילי, האופייני יותר לנשים, נקשר לרמות דחק גבוהות יותר וכן להופעתם של אירועי חיים מעוררי דחק ובכך מעלה סיכון לחוות דיכאון (Hammen, 2007; Saffrod, Alloy, Abramson & Crossfield, 2005). באופן דומה חשיבה של חוסר תקווה

וקורבנות, האופיינית גם היא לנשים, נקשרת עם אירועי חיים מעוררי דחק ומעלה את הסיכון לדיכאון (Joiner, Wingate & Otamendi, 2005; Noble, 2005).

תשומת לב רבה הוקדשה לאירועי חיים מעוררי דחק כמו ניצול פיסי או מיני בילדות, כגורמי סיכון אפשריים לדיכאון בחיי הבוגר. מהספרות המחקרית עולה כי חוויות טראומטיות מוקדמות עשויות להסביר את שיעורי הדיכאון הגבוהים יותר בקרב נשים, היות שנשים נמצאות בסיכון גבוה יותר לחוות אירועי דחק בילדות כמו ניצול מיני ואלומות, ונראה שהן רגישות יותר מבחינה גנטית להשפעות המדכאות שלהם (Hammen, 2005; Kessler, 2003; Nolen-Hoeksema, 2002; Piccinelli & Wilkinson, 2000). התנסויות מעוררות דחק בילדות מעלות את הסיכון לדיכאון מאוחר יותר בכמה אופנים: פגיעות אישיות המתבטאת בהערכה עצמית נמוכה, חוסר ישע/חוסר אונים, מיקוד שליטה חיצוני, אסטרטגיות התמודדות דלות ואפיזודות דיכאון בשנות העשרה (Piccinelli & Wilkinson, 2000). חוקרים נוספים מצאו שנשים מדווחות על יותר אירועי חיים מעוררי דחק, בעיקר כאלו הקשורים ליחסים בין-אישיים ויחסי עבודה כמו למשל: מחלה של אדם קרוב, אובדן של אדם קרוב, בעיות בקשרים עם חברים / שכנים / אנשים קרובים, יחסי עבודה קונפליקטואליים והכנסה נמוכה. יתכן והשכיחות הגבוהה יותר של אירועים אלו בקרב נשים קשורה לריבוי התפקידים והקשרים החברתיים שיש לנשים (Kendler, Thornton & Prescott, 2001, Sandanger, Nygard, Sorensen & Moum, 2004).

הממצאים המופיעים בספרות בנוגע להבדלי מגדר בשיעורי החשיפה לאירועי חיים מעוררי דחק אינם חד משמעיים. מחקרם של דאלגארד ועמיתיו (Dalgard et al., 2006), למשל הראה כי הבדלי מגדר ברמת תמיכה חברתית וחשיפה לאירועי חיים מעוררי דחק אינם מסבירים את שיעורי הדיכאון הגבוהים יותר בקרב נשים. יחד עם זאת, החוקרים מצאו כי נשים שדיווחו על העדר תמיכה חברתית והיו חשופות לאירועי חיים מעוררי דחק, דיווחו על שיעורי דיכאון גבוהים יותר. החוקרים קושרים ממצא זה לסגנון חיים של שותפות ולציפייה לתמיכה חברתית ומשפחתית, בעיקר מההורים ומבן הזוג, האופייניים יותר לנשים. בנוסף, חלק מהמחקרים מראים כי לא ניתן לקבוע בוודאות כי נשים במהלך חייהן חשופות ליותר אירועי חיים מעוררי דחק בהשוואה לגברים. יחד עם זאת ממחקרים אלו עולה כי ההתנסות הקשורה לאירועי חיים וסגנון ההתמודדות יכולים לתרום להבדלים בשיעורי הדיכאון בין המינים (Hammen, 2000; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Kendler, Kuhn & Prescott, 2004). באופן דומה, וילהלם ודיוורסט (Wilhelm & Dewhurst, 1998) לא מצאו הבדלים מגדריים בשכיחות של אירועי חיים מעוררי דחק, בעוד שההשפעה המדווחת של אירועים אלו הובילה למצבי דיכאון בשיעור גבוה יותר אצל נשים.

1.2.2 נישואין

ממצאים אפידמיולוגיים מציעים שלנישואים תתכן השפעה שלילית על נשים בשל דרישות ספציפיות למגדר שמוצבות בנישואים והמספר המוגבל של התפקידים הזמינים לנשים בשוק העבודה (בר נתן, 2004; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

בחברות מסורתיות ישנה חלוקת תפקידים ברורה בין הגבר והאישה, על הגבר מוטלת האחריות לפרנסת הבית ואילו על האישה מוטלת האחריות לניהול משק הבית והדאגה לצרכי המשפחה והילדים. לעומת זאת, בחברות מודרניות יותר נשים רבות יוצאות לשוק העבודה ונושאות בנטל הפרנסה, אך במקביל הן ממשיכות לשאת בנטל הטיפול במשק הבית (Livingston & Judge, 2008). ניהול משק הבית והטיפול בילדים מפחיתים את הסיכוי של נשים להשתלב בשוק העבודה ומטילים אחריות נוספת על אלו שמועסקות. מצד שני, נשים נושאות המועסקות כשכירות מתמודדות עם הפליה תעסוקתית ואי שוויון תעסוקתי, עם מעמסת יתר של תפקידים וקונפליקט תפקידי שנגרם בשל האחריות הראשונית הבו-זמנית למטלות הבית ולטיפול בילדים. למרות שלתעסוקה יש השפעות מועילות על תחושת הרווחה הפסיכולוגית, השפעות אלו נבלמות כשיש קונפליקט תפקידי ומעמסת יתר (Kessler, 1996, 1998; Bebbington, 2003). הקונפליקט בין העבודה והבית טומן רגשות שליליים ותחושת דחק בקרב הנשים, בעיקר בקרב אלו המזוהות עם האמונה המסורתית של שיוך תפקידי לפי מגדר (Gerson, 2004; Livingston & Judge, 2006; Maume, 2008). רגשות שליליים, תחושת דחק ורגשי אשם קשורים להערכה עצמית ומשפיעים על התפקוד הן בבית והן בעבודה. תחושות אלו עלולות להחמיר בעיקר כאשר בבית או בעבודה לא מסופקים מתפקודה של האישה (Guendouzi, 2006; Judge, Ilies & Scott, 2006; Livingston & Judge, 2008).

למרות ריבוי תפקידי האישה, לרוב יש לה פחות כוח בקבלת החלטות בתוך המשפחה. נוסף לכך, כאשר המערכת הזוגית קונפליקטואלית המצב משפיע על הביטחון העצמי של האישה יותר מאשר של הגבר ונשים נוטות לפתח דיכאון עקב כך (בר נתן, 2004; Piccinelli & Wilkinson, 2005; Hammen, 2005; Tennant, 2002; 2000). כמו כן, מצבים קשים בחיי המשפחה כגון: ילד מוגבל או עם בעיות התנהגותיות קשות, בעיות במשק הבית, טיפול במישהו חולה במשפחה (גם המורחבת יותר לדוגמא: הורים), לרוב נופלים על אחריותה של האישה ומשפיעים עליה יותר מאשר על הגבר (Hammen, 2005).

1.2.3 שינויים הורמונאליים

כמה מחקרים בחנו את השפעת ההורמונים על דיכאון, מתוך הנחה שגורמים ביולוגיים ייחודיים עשויים להסביר את שיעור הדיכאון הגבוה בקרב נשים. ממחקרים אלו עלה כי בתקופות שבהן חלים שינויים הורמונאליים, כגון גיל ההתבגרות, לפני מחזור חודשי ובמהלכו, במהלך ההריון ולאחר הלידה, גוברת הנטייה לדיכאון (בר נתן, 2004; Grigoriadis & Bloch, Rotenberg, Koren & Klein, 2005, 2006; Robins, 2007).

השלב הקדם וסתי מאופיין בעליה בשכיחות של תסמינים פיזיים ונפשיים, 75-80% מהנשים בגיל הפוריות סובלות מתופעות הקשורות לשלב הקדם וסתי של המחזור החודשי. הסימפטומים הקדם-וסתיים מופיעים לרוב בשלב השני של המחזור לאחר הביוץ, מגיעים לשיאם יומיים לפני הופעת הוסת ונעלמים תוך ימים ספורים מתחילת הדימום הוסתי. התופעה המוכרת הינה התסמונת הקדם וסתי, שהינה תסמונת קצרה, קלה ואינה פוגעת בתפקוד האישה. עם זאת 3-8% מהנשים סובלות מתסמונת דיספורית קדם וסתי המתאפיינת בירידה ניכרת במצב הרוח, חרדה, עצבנות, רגזנות, הפרעות בתיאבון ובשינה, קשיי ריכוז, חוסר אנרגיה, גודש בשדיים, תאבון מוגבר לפחמימות, מצוקה ניכרת ו/או הפרעה תפקודית (דולב, 2003; לורברבלט, אקשטיין ובלוך, 2008).

הסיבות לקיום תופעות קדם וסתי הן מורכבות ונמצא קשר בין שינויים במצב הרוח לשינויים הורמונאליים: מחזורי וסת בהם נמדדו רמות גבוהות של ההורמונים פרוגסטרון ואסטרדיול היו מלווים בתופעות קדם וסתי קשות יותר (דולב, 2003; Bloch et al., 2005, 2006). במספר מחקרים הצביעו על הקשר בין ההורמונים השחלתים ובין המערכת העצבית המפרישה סרוטונין: ראשית, הסימפטומים המאפיינים את התסמונת הקדם וסתי דומים לסימפטומים הנפשיים המאפיינים הפרה בהפרשת סרוטונין. במחקרים נמצא קשר בין רמות הורמוני מין וההשפעות הפיזיולוגיות של סרוטונין, כגון: הפרעות בתיאבון ובשינה, השפעה על קוגניציה, מצבי רוח וחרדה. נוסף לכך, תרופות המשפיעות על הפרשת סרוטונין נמצאו יעילות בהפחתת הסימפטומים הקדם וסתיים (Kessler, 2003; Noble, 2005; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Wilhelm et al., 2006). החוקרים מסבירים זאת בכך שישנה פגיעה בתפקוד מערכת הניורטרנסמיטר סרוטונין הנובעת מתגובתיות לא תקינה לשינויים ברמות הורמוני המין אסטרוגן ופרוגסטרון. אכן, ישנה עליה חדה בשיעורי הדיכאון בקרב נשים סביב גיל ההתבגרות, תקופה בה ישנה גם עליה ברמות הורמוני המין (דולב, 2003; לורברבלט ועמיתיו, 2008; Noble, 2005; Wilhelm et al., 2006).

עליה בתסמינים דיכאוניים נמצאו גם בתקופת גיל המעבר המייצגת את המעבר משלב פוריות האישה לאי פוריות והיא מתרחשת בסביבות גיל 47-48 ונמשכת כארבע שנים בממוצע. תחילת התקופה מאופיינת באי סדירות הפעילות השחלתית, שינוי בהפרשת האסטרוגן ובמקביל לכך גם ירידה ברמות פרוגסטרון. תקופת המנופאוזה מאופיינת בהפסקת המחזור החודשי והפוסט-מנופאוזה מתחילה כשנה לאחר הוסת האחרון. סימפטומים נפשיים כמו דיכאון, חרדה, אי שקט, רגזנות, הפרעות בריכוז ובזיכרון יופיעו אצל 20-30% מהנשים בגיל המעבר (דולב, 2003; זידנברג, 2010). כמו כן, נשים בתקופה זו יסבלו יותר מסימפטומים דיכאוניים בהשוואה לנשים בגילאים זהים ללא שינויים במחזור החודשי, וכן נשים החוות מנופאוזה כירורגית הכוללת הוצאת שחלות, חוו יותר דיכאון בהשוואה לנשים שחוו מנופאוזה טבעית (דולב, 2003; Bloch et al., 2005, 2006).

ממחקרים שונים עולה כי גנוטיפ של נויורטרנסמיטר סרוטונין בעל אלל אחד קצר או שניים קצרים נמצא קשור לעליה בתסמיני דיכאון ולאישיות נויורטית. לאנשים בעלי גנוטיפ זה ישנה נטייה גנטית לפתח הפרעת דיכאון בעיקר בחשיפה לאירועי חיים מעוררי דחק (Caspi, Sugden, Moffitt, Taylor & Craig, 2003; Hammen, 2005; Wilhelm et al., 2006). יחד עם זאת, לפי מחקר מטה אנליטי אשר בדק 14 עבודות שונות שבתנו את הקשר בין סרוטונין, אירועי חיים מעוררי דחק ודיכאון, נמצא כי הגנוטיפ של נויורטרנסמיטר סרוטונין אינו קשור ישירות להופעת דיכאון אלא אירועי דחק במהלך חיי הפרט מהווים משתנה מתווך להופעת תסמיני דיכאון. כלומר האינטראקציה בין מצבי דחק לבין הגנוטיפ היא זו המביאה להופעת תסמיני דיכאון, בעוד שהגנוטיפ לבדו לא נמצא קשור באופן מובהק סטטיסטית להופעת הדיכאון או להתרחשותם של אירועי חיים מעוררי דחק (Risch et al., 2009). יתכן והשכיחות הגבוהה יותר של דיכאון בקרב נשים נגרמת בשל ריבוי אירועי הדחק אצל נשים בשילוב עם המבנה הגנטי (Hammen, 2005; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

בנוסף, שינויים בפעילות הציר ההורמונאלי היפותלמוס-בלוטת יותרת המוח-כליה מתרחשים עקב אירועי דחק וטראומה. ציר ההורמונאלי זה מופעל במצבי דחק ומביא לעליה ברמות ההורמון קורטיזול בפלסמה. ממחקרים עולה כי במצבי דחק רמות הקורטיזול בפלסמה אצל נשים גבוהות יותר בהשוואה לגברים, ונראה כי הציר ההורמונאלי היפותלמוס-בלוטת יותרת המוח-כליה יותר רגיש אצלן למצבי דחק (Hammen, 2005; Kuehner, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000).

2. דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה

2.1. הגדרות

דיכאון הריוני (Ante-partum Depression – APD) מופיע בקרב 6.3-25% מהנשים ההרות (Adouard,) (Glangeaud-Freudenthal & Golse, 2005; Buist et al., 2002; פסיכוכטי בחומרה קלה עד בינונית במהלך ההריון, כאשר קרוב ל-10% מהנשים יענו על מאפיינים של דיכאון מאגיורי (Evans, Heron, Francomb, Oke & Golding, 2001; Noble, 2005). הדיכאון ההריוני מאופיין במלנכוליה, הפרעות בשינה ובתיאבון, עייפות במהלך היום וירידה בליבידו (Kammerer, Taylor & Glover, 2006). לעיתים קשה לזהות שמדובר בדיכאון הריוני ונוטים לחשוב שאלו תסמינים הקשורים לשינויים ההורמונאליים המתרחשים במהלך ההריון (Noble, 2005).

באשר לדיכאון שמופיע לאחר הלידה, בספרות המחקרית ישנה הבחנה בין שלושה סוגים עיקריים של דיכאון: דכדוך (Postpartum Blues) – הינו הסוג השכיח ביותר, המופיע בקרב 30-75% מהיולדות, תגובה פיזיולוגית המתרחשת לאחר הלידה, מתעצמת סביב היום הרביעי שלאחר הלידה ומתארגנת תוך שבועיים. הדכדוך מאופיין בשינויים במצב הרוח, אי שקט, בכי, חרדה והפרעות בשינה. שינויים אלו במצב הרוח של האישה חולפים, אינם מצריכים טיפול ואינם פוגעים כמעט בתפקוד האישה. דיכאון פסיכוכטי (Postpartum psychotic Depression), הינו ההפרעה החמורה ביותר, אך גם הנדירה ביותר. פסיכוכזה לאחר הלידה הינה מצב חירום הדורש התערבות דחופה מחשש לשלום הילוד ו/או האישה. הופעת הפסיכוכזה יחסית מהירה ובאה לידי ביטוי בהתנהגות ביזארית ולא מאורגנת, הפרעה במצב הרוח המלווה בדלוזיות והלוצינציות. דיכאון לאחר לידה (Postpartum Depression – PPD) מופיע תוך שבועות עד חודשים אחדים לאחר הלידה ונפוץ בקרב 10-15% מהיולדות. דיכאון לאחר לידה מאופיין בתנודות רגשיות, אובדן אנרגיה ועניין בפעילות, רגשות אשם, ירידה בתאבון, בכי ללא סיבה מוגדרת, הפרעות בשינה, קושי וחוסר מסוגלות להתמודד עם הילוד, בעיות בזיכרון ובריכוז ולעיתים אף מחשבות אובדניות. (בר נתן, 2004; רומס, 2010; Perfetti, Clark & Glasser & Barell, 1999; Lindgren, 2001; Noble, 2005; Fillmore, 2004; Robertson, Grace, Wallington & Stewart, 2004).

אחד הגורמים התורמים לשיעור הגבוה של דיכאון בקרב נשים הינו דיכאון לאחר לידה (בר נתן, 2004; Bloch et al., 2006; Evans et al., 2001). במחקרים ארוכי טווח שבדקו נוכחות תסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה, נמצא אחוז גבוה יותר של תסמיני דיכאון בתקופת ההריון בהשוואה

לתקופה שלאחר הלידה, וכן נמצא כי בחלק ניכר ממקרי דיכאון לאחר לידה, הדיכאון החל כבר בתקופת ההריון (Perfetti et al., 2004; Watson, Elliott, Rugg & Brough, 1984; Wisner et al., 2000). כמו כן, מחקרים רבים מצביעים על קשר חזק בין הופעת תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון ודיכאון לאחר לידה (Bloch et al., 2006; Dean, Williams & Brockington, 1989; O'Hara, Schlechte, Lewis & Glasser, et al., 2004). במחקר שבוצע בישראל ע"י גלסר ועמיתיה (Glasser, et al., 2000) ובחן נוכחות תסמיני דיכאון בקרב נשים הרות ולאחר לידה נמצא כי שני שליש מהנשים אשר דווחו על תסמיני דיכאון שישה שבועות לאחר הלידה (ציון $EPSD > 10$) סבלו כבר במהלך ההריון מתסמיני דיכאון. "בתוכנית חלוץ" לאיתור מוקדם של תסמיני דיכאון לאחר לידה שפתח משרד הבריאות הועברו שאלוני סיקור לנשים הרות ולנשים לאחר לידה ונמצא אחוז גבוה יותר של תסמיני דיכאון בקרב הנשים ההרות. גם בתוכנית איתור תסמיני דיכאון הריוני ולאחר לידה של שירותי בריאות כללית נמצא שיעור גבוה יותר של דיכאון הריוני בהשוואה לדיכאון לאחר לידה (גלסר, 2010).

מהספרות המחקרית עולה כי דיכאון הריוני הינה תופעה פחות נחקרת ומתועדת בהשוואה לדיכאון לאחר לידה (Evans et al., 2001; Pearlstein, 2008; Priest, Austin, Barnett & Buist, 2008). מחקר זה מתמקד בדיכאון הריוני, המופיע בדרך כלל בשליש הראשון ואו השלישי להריון, ולעיתים מהווה את השלב הראשון בהתפתחותו של דיכאון לאחר לידה (Bloch et al., 2006; Glover & O'Connor, 2002; Kammerer et al., 2006; Noble, 2005).

2.2 גורמי סיכון לדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה

גורמי הסיכון להיווצרות דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה הינם מגוונים וכוללים גורמים טרום הריוניים כגון: תסמונת קדם וסתית, תגובה רגשית קשה לגלולות למניעת הריון והיסטוריה של הפרעה פסיכיאטרית כולל דיכאון לאחר לידה בהריונות קודמים (Bloch, Daly & Rubinow, 2003; Bloch et al., 2006). גורמים הקשורים להריון כמו: מצב רוח דיספורי לפני הלידה וסימפטומים של ירידה במצב הרוח בשליש האחרון להריון נמצאו כבעלי קשר חיובי חזק להופעת תסמיני דיכאון לאחר הלידה (Beck, 2001; Bloch et al., 2006; Josefsson et al., 2002; O'Hara & Swain, 1996; Perfetti et al., 2004; Robertson et al., 2004). כמותם גם גורמים הקשורים לסוג ומהלך הלידה כגון: לידה קשה וטראומתית (בר נתן, 2004; Bloch et al., 2005, 2006). ממחקרם של שריד, סגל-אנגלצ'ין וצוויקל (2010) עולה כי

סיבוכים במהלך הלידה המצריכים התערבויות רפואיות כגון ניתוח קיסרי, לידת ואקום או מלקחיים, קשורים לדיווח על לידה טראומטית. בקרב נשים החוות לידה טראומטית יתכנו השלכות שליליות ביחס לרווחה הנפשית וכן עליה בדיווח על רגשות פחד וכאב ותפיסת חווית הלידה כשלילית. בנוסף מצאו החוקרות כי פחדים וחששות במהלך ההריון מגבירים את הסיכון ללידה טראומטית ומהווים גורם מנבא ללידה טראומטית נוספת (שריד, סגל-אנגלצ'ין וצוויקל, 2010). גורמי סיכון משמעותיים נוספים להופעת דיכאון הריוני הינם: היסטוריה של דיכאון, בעיקר כזה שטופל ע"י תרופות שהופסקו עקב ההריון, מספר רב של ילדים והריונות תכופים, חולי / מוות של משיהו יקר בשנה שקדמה להריון, מחלה כרונית של האם והאם חד הורית (Josefsson et al., 2001; Noble, 2005).

גורמי סיכון נוספים להתפתחות דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה המזוהים בספרות כוללים: העדר תמיכה פסיכו-סוציאלית, קשיים בין בני הזוג, מצבי דחק וטראומה במהלך השנה שקדמה להריון ואישיות דאגנית/חרדתית (Felice, Saliba, Grech & Cox, 2004; Perfetti, et al., 2004; Priest et al., 2008; Robertson et al., 2004). עוד עולה ממחקרים כי מערכת זוגית קונפליקטואלית קשורה למרבית מצבי הדחק במהלך ההריון (Bergman, Sarkar, O'connor, Modi & Glover, 2007; Talge, Neal & Glover, 2007). ממחקר שנערך בישראל בקרב 288 נשים, שרואיינו במהלך ההריון ולאחר הלידה, נמצא שגורמי הסיכון הפסיכו-סוציאליים הם בעלי ההשפעה הרבה ביותר לפתח דיכאון לאחר לידה: חוסר תמיכה משפחתית וחברתית, אי שביעות רצון בחיי הנישואין/זוגיות, סימני דיכאון במהלך ההריון, בעיות רגשיות/נפשיות בעבר, בעיות בריאותיות מתמשכות של הילוד (Glasser et al., 2000).

2.3. השלכות הדיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה

נשים החוות תסמיני דיכאון במהלך ההריון, נוטות להימנע מלבצע מעקב הריוני מלא, הכולל בדיקות סקר לגילוי פתולוגיות עובריות ובדיקות לזיהוי בעיות בהתפתחות ההריון. כפועל יוצא מכך, הן עלולות להיות חשופות יותר לפתולוגיות של מהלך ההריון וסביב הלידה (Lindgren, 2001), כמו למשל: משקל ילוד נמוך, אפגר נמוך, וסיבוכים סב-לידתיים (Evans et al., 2001; Felice et al., 2004; Heron, O'Connor, 2000; Pearlstein, 2008; Wisner et al., 2004; Golding & Glover, 2004). כמו כן, דיכאון הריוני עשוי להוביל לתזונה לקויה של האם ולסוכרת הריונית, טיפול רפואי לא תואם, התנהגויות שאינן מקדמות בריאות ויכולות להזיק לעובר ולהתפתחות התקינה של ההריון כמו עישון ושימוש באלכוהול (Evans et al., 2001; Lindgren, 2001; Mckee, Cunningham, Jankowski & Zayas, 2001; Pearlstein, 2008).

מרבית מצבי הדיכאון ההריוני (42-100%) מלווים בהפרעות חרדה (Austin, Pavlovic, Leader,)
 Saint & Parker, 2005; Dieter et al., 2001; Field et al., 2003; Wetzler, Kahn, Cahn, Van-Praag &
 Asnis, 1990), ומאופיינים ברמות נמוכות של דופאמין וסרוטונין ופעילות יתר בציר ההורמונאלי של
 בלוטת יותרת המוח והאדרנל, כלומר, הפרשת יתר של קורטיזול ונוראפינפרין. (Dieter et al., 2001;)
 (Field et al., 2003; Wetzler et al., 1990). במחקרים נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין דיכאון וחרדה
 בשליש האחרון להריון, רמות קורטיזול גבוהות אצל האם ואצל הילוד, לידה מוקדמת או לידה במשקל
 נמוך מגיל ההריון (Glover, Teixeira, Gitau & Fisk, 1999; Glover & O'Connor, 2002; Field et al.,)
 (2003; Pearlstein, 2008; Talge et al., 2007; Wadhwa, Porto, Garite, Chic-DeMet & Sandman,
 1998). עוד עולה כי דיכאון וחרדה במהלך ההריון קשורים לסיכון לרעלת הריון (לחץ דם גבוה מעל
 140/100 mmHg ופרוטאינוריה (חלבון בשתן). דיכאון וחרדה במהלך ההריון יכולים להביא לשינוי
 בהפרשת הורמונים ואזואקטיבים המשנים את קוטר כלי הדם וטרנסמיטורים נירו-אנדוקריניים
 העשויים להגביר את הסיכון ליתר לחץ דם ולהוביל לרעלת הריון. רעלת הריון הינה סיבוך משמעותי
 בהריון, היות שהאטיולוגיה של סיבוך זה אינה ידועה במידה רבה, אספקטים פסיכולוגיים ואספקטים
 הקשורים למערכת העצבים נלקחים גם בחשבון (Glover & O'Connor, 2002; Kurki, Hiilesmaa,)
 (Raitasalo, Mattila & Ylikorkala, 2000).

באשר לשלבי ההריון ולהתפתחות העובר, ישנה חשיבות לטווח הזמנים בהם רמת הדחק במהלך
 ההריון גבוהה. רמות דחק גבוהות בתחילת ההריון עלולות להוביל לבעיות בהתפתחות המערכות של
 העובר ונקשרות לאב-נורמאליות מולדת כגון חיק שסוע (Felice et al., 2004; Glover & O'Connor,)
 (2002). לעומת זאת, רמות דחק גבוהות בסוף ההריון, המובילות להפרשת יתר של קורטיזול העובר שלייה,
 משפיעות על ההתפתחות המאוחרת של העובר, שלב שבו מתפתחת מערכת העצבים, ולכן נקשרות עם
 בעיות בהתפתחות הרגשית והקוגניטיבית של הילוד בשלב מאוחר יותר. (Bergman et al., 2007;)
 (O'Connor, Heron & Glover, 2002; O'Donnell, O'Connor & Glover, 2009). ילודים לנשים שסבלו
 מרמות דחק וחרדה גבוהות במהלך ההריון, ובפרט בשליש האחרון להריון, נמצאים בסיכון מוגבר
 להפרעות התנהגות כגון אגרסיביות והיפראקטיביות, הפרעת קשב וריכוז, בעיות בהתפתחות השפה

ופסיכו-פתולוגיות כגון חרדה וחוסר ביטחון (Talge et al., 2007; Glover, 2011; Bergman et al., 2007).

דיכאון וחרדה במהלך תקופת ההריון, אשר אינם מטופלים, עשויים להתפתח למצב של דיכאון לאחר לידה. הדיכאון והחרדה ההריוניים קשורים בעלייה ברמות קורטיזול במהלך ההריון ומאופיינים במלנכוליה, בעוד שדיכאון לאחר לידה קשור לירידה חדה ברמות הקורטיזול (Kammerer et al., 2006). לירידה החדה בכל רמות ההורמונים לאחר הלידה השפעה על מצב רוחה ותפקודה של היולדת. היולדת הסובלת מדיכאון עשויה לפגוע בעצמה או בילוד ולעסוק במחשבות הקשורות למוות עד מחשבות אובדניות פעילות (רומס, 2010; Felice et al., 2004; Evans et al., 2001). מחקרים הצביעו על כך שדיכאון לאחר לידה מוליך לירידה באינטראקציות שבין האם והילוד ומשפיע באופן שלילי על ההתפתחות הקוגניטיבית, הרגשית, ההתנהגותית והבינאישית של הילוד, בעיקר כאשר אין מי שימלא את התפקיד הרגשי של האם בזמן שאינה מתפקדת (בר נתן, 2004; Caplan et al., 1989; Hanusa, Hudson-Scholle, Haskett, ; Spadaro & Wisner, 2008; Jardri et al., 2006; Kabir, Sheeder & Kelly, 2008; Lee, Yip, Chiu, 1999; Murray et al., 1999; Sinclair & Marray, 1998; Leung & Chung, 2001). נמצא כי יולדות שלא הצליחו להתאושש תוך שישה חודשים לאחר הלידה ופתחו סגנון התנהגות דכאוני דווחו על הפרעות בהאכלת תינוקן, בכי ממושך וקשיים בשינה (פרי, ניצן, קפלן ובן רפאל, 1999). עוד עולה כי לדיכאון לאחר לידה השפעות על התפתחותו המוקדמת של התינוק: בעיות שפה, בעיות קוגניטיביות, אימפולסיביות, הפרעות קשב וריכוז, בעיות התנהגותיות וכן האמהות מתארות את ילדיהן כבעלי טמפרמנט קשה יותר (רומס, 2010; Pearlstein, 2008; Felice et al., 2004; Field et al., 2003).

הבעיות הקוגניטיביות והרגשיות המאפיינות ילדים לנשים שסבלו מדיכאון לאחר לידה, אופייניות גם לילודים של נשים שסבלו מדיכאון הריוני ורמות דחק גבוהות במהלך ההריון (Glover, 2011; Talge et al., 2007; O'Donnell et al., 2009). יתכן כי פרט לדחק במהלך ההריון יהיו עוד גורמים אשר ישפיעו על התפתחות הילוד כגון דיאטה דלת חלבון ומצבים רגשיים של האם לאחר הלידה (Talge et al., 2007). כמו כן, ישנן נשים שלמרות הדיכאון יטפלו באופן נאות בתינוק, אך עדיין יסבלו ממצב רוח דיכאוני, חוסר ערך, רגשות אשם, מחשבות שאינה מסוגלת להיות אימא טובה ולעיתים מחשבות על מוות ואובדנות (Perfetti et al., 2004).

2.4. איתור ואבחון דיכאון במהלך ההריון

לאור ההשלכות ארוכות הטווח של דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה, ישנה חשיבות רבה לאבחון מוקדם של נשים הסובלות מתסמיני דיכאון כבר במהלך ההריון ונמצאות בסיכון לפתח דיכאון לאחר הלידה, שכן טיפול מוקדם יכול למנוע החמרה של התפתחות המצב הדיכאוני ולצמצם את השלכותיו על האם והילוד (Buist et al., 2002; Evans et al., 2001; Friedman & Resnick, 2009; Noble, 2005; Perfetti et al., 2004).

בסקר שנערך בישראל עולה כי 81% ממקרי הדיכאון בקרב נשים אינם מאובחנים על ידי רופא. אחת הסיבות לכך היא העדר דיווח, עקב קושי לזהות רגשות דיכאוניים. נוסף לכך, רבים סבורים שהפסיכיאטריה עוסקת במחלות נפש קשות ולכן מתעורר חשש שמא יוטל כתם על האדם הפונה לטיפול פסיכיאטרי עקב דיכאון (גרוס וברמלי-גרינברג, 2000). לפי לוינסון (2010), רק 10% מכלל הבוגרים אשר יסבלו מדיכאון יפנו להתייעצות עם איש מקצוע כלשהו ופחות מ-5% יפנו לאיש מקצוע מתחום בריאות הנפש (לוינסון, 2010). בקרב נשים בהריון ולאחר לידה הקושי גדול עוד יותר, שכן הן מתביישות בדיכאון, בעיקר כאשר הוא מלווה בתחושת ניכור כלפי ההריון או התינוק. האישה חוששת מהתיוג החברתי דבר העלול למנוע ממנה לשתף את הקרובים אליה ולפנות לעזרה. זאת ועוד, בעת ביקורן במרכזים הטיפוליים המיקוד הינו על מהלך ההריון, התפתחות העובר או הילוד ולא באישה ובתחושותיה. כמו כן, כמחצית מהנשים שיסבלו מדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה, כלל לא תדווחנה על כך, אלא אם ישאלו על כך באופן ישיר או על-ידי סיקור כחלק ממערך מחקרי (בר נתן, 2004; גלסר, 2010; Buist et al., 2002; Pearlstein, 2008; Perfetti et al., 2004). גורם נוסף להעדר הדיווח מצד הנשים קשור לדעה הרווחת לפיה הסימפטומים של עייפות וירידה במצב הרוח במהלך ההריון נובעים משינויים הורמונאליים ופיזיולוגיים בלבד, והסימפטומים שלאחר הלידה הינם חלק נפוץ בלידת תינוק, או שהם קשיי הסתגלות זמניים למצב החדש, שעם הזמן יעברו (Halbreich & Karkun, 2006). גלסר ועמיתיה (Glasser et al., 2000), אשר בדקו נשים במהלך ההריון ולאחר הלידה, מצאו שניתן לאתר את הנשים שבסיכון לפתח דיכאון לאחר לידה כבר בתקופת ההריון. ואולם, בפועל כמו ברוב מקרי הדיכאון גם מרבית מקרי הדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה אינם מאובחנים. הסיקור לא מיושם באופן שגרתי בפרקטיקה, ואם כבר הנשים נשאלות לגבי מצב רוחן, המטרה הינה בעיקר שלילת הדיכאון ולא הערכת חומרתו (Kabir et al., 2008; Pearlstein, 2008).

מסגרת השירות הרפואי הראשוני הינה בעלת תפקיד מפתח באיתור הופעת תסמיני דיכאון בקרב הנשים, יישום התערבות ראשונית ובמידת הצורך הפניה להמשך טיפול על-ידי צוות רב מקצועי: עובדת-סוציאלית, פסיכולוג, פסיכיאטר (גלסר, 2010; Glasser & Barelle, 1999; Yonkers & Chantilis, 1995; Priest et al., 2008). אבחון פסיכיאטרי מקיף אינו ישים בקרב אוכלוסיה זו שבדרך כלל בריאה, לכן ניתן לבצע סינון ראשוני באמצעות שאלון הסיקור שפותח ע"י Cox ועמיתיו (Cox, Holden & Sagovsky, 1987) (Edinburgh Postpartum Depression Scale: EPDS). השאלון נועד לשמש ככלי לזיהוי ראשוני של תסמיני דיכאון בקרב נשים הרות ולאחר לידה (רומס, 2010; Buist et al., 2002; Cox et al., 1987; ; 2010; Friedman & Resnick, 2009; Jardri, et al, 2006; Glasser & Barelle, 1999; Hanusa, et al, 2008). בויד ועמיתיו (Boyd, Le & Somberg, 2005) בדקו את תוקף ויעילות השימוש בשאלון בהשוואה לשמונה שאלונים שונים לאיתור דיכאון בקרב נשים הרות ולאחר לידה, באמצעות סקירת מחקרים שעשו שימוש בכלים לאיתור דיכאון. החוקרים מצאו ששאלון EPDS הינו כלי נוח, מהיר למילוי וברור לצורך דיווח עצמי.

לנוכח ממצאים בארץ ובעולם בדבר שיעור ניכר של נשים הסובלות מדיכאון לאחר לידה, ובשל החשיבות המיוחסת לאיתור והתערבות מוקדמים, בישראל כמו במדינות שונות בעולם, פותחו תוכניות איתור במסגרת הקהילה בהן נעשה שימוש בשאלון EPDS לאיתור של נשים בסיכון לפתח דיכאון לאחר לידה. בשנת 2001 משרד הבריאות בישראל פיתח תוכנית סינון לאיתור תסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה. במסגרת התוכנית אחיות טיפת חלב העבירו שאלוני EPDS לנשים הרות ולנשים לאחר לידה שהגיעו למעקב בתחנה. סה"כ 395 נשים מילאו את השאלון מתוכן 192 במהלך ההריון, כאשר 26.5% מתוכן דיווחו על תסמני דיכאון הריוני. מאוחר יותר, בשנת 2003, אגף הסייעוד בקהילה של שירותי בריאות כללית יישם תוכנית איתור דומה שמטרתה לשפר את הטיפול בנשים הרות ולאחר לידה ע"י איתור מוקדם של תסמיני דיכאון ומתן מענה תמכתי ונפשי בהתאם לצרכי הנשים. במסגרת תוכנית זו שיעור הדיכאון ההריוני היה 14.1% לעומת 9.1% לאחר הלידה. במסגרת שתי התוכניות העברת השאלון נעשתה ע"י אחיות הקהילה והן בצעו הערכה והפניה להמשך טיפול ע"י צוות רב מקצועי בתחום בריאות הנפש (גלסר, 2010). פריסט ועמיתיו (Priest, Austin, Barnett & Buist, 2008) פתחו מודל דומה לאיתור נשים בסיכון לדיכאון לאחר לידה, במסגרת המודל נשים במהלך ההריון מלאו שאלון הערכת גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים, שאלון EPDS ושאלון גורמי דחק פרה-לידתיים (Antenatal Risk Questionnaire -)

Austin, 2003 בתוך Priest et al., 2008). יישום התוכנית באוסטרליה הוביל לאיתור של 24.1% נשים בסיכון בינוני ו-5.3% נשים בסיכון גבוה לפתח דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה. נשים שנמצאו בסיכון בינוני עברו הערכה על-ידי עובדת-סוציאלית ובמידת הצורך הופנו לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי, ואילו נשים בסיכון גבוה הופנו להתייעצות והמשך טיפול על-ידי פסיכיאטר. יחד עם זאת, לפי מחקר מטה אנליטי שבדק 59 עבודות בנושא, עולה כי עד 2008 שלושה מחקרים עשו שימוש בכלי זה במהלך ההריון כדרך לאתר נשים הסובלות מדיכאון בעת ההריון (Gibson, McKenzie-McHarg, Shakespeare, Price & Gray, 2009).

לשימוש בשאלון EPDS במהלך ההריון ישנו יתרון של יצירת האפשרות להתחיל בפעולת התערבות לפני הלידה כדי למנוע את התהוות הדיכאון בהמשך, להקל על חומרתו או לטפל בו מוקדם ככל שניתן ולמנוע את השלכותיו המאחרות על האם והילוד (בר נתן, 2004; Glasser ; Friedman & Resnick, 2009; Glasser & Barelle, 1999). בנוסף הפרוגנוזה טובה להתערבות ולטיפול ויש להביא בחשבון את העובדה שדווקא נשים אלו חשופות להרבה מגעים עם שירותי הבריאות (גלסר, 2010; Perfetti ; Glasser & Barelle, 1999; Stuart & O'Hara, 1995; et al., 2004; Priest et al., 2008).

מטרות המחקר

ממצאי המחקרים שהוצגו לעיל מצביעים על החשיבות הרבה שיש לאיתור מוקדם של נשים בסיכון לפתח תסמיני דיכאון כבר במהלך ההריון. בישראל בוצעו עד כה מחקרים במרכז הארץ ובירושלים אשר בחנו את מצבן הרגשי של נשים במהלך ההריון ולאחר הלידה.

מחקר שבוצע במרכז הארץ בחן את החוויה הרגשית של נשים מאושפזות בהריון בסיכון גבוה (Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi & Rotmensch, 2005). מחקר נוסף שבוצע בקרב נשים בהריון בסיכון גבוה בחן את הקשר בין תמיכה פסיכו-סוציאלית ונוכחות סימפטומים של דיכאון בקרב הנשים (Besser, Priel & Wiznitzer, 2002). מחקר שבוצע בירושלים בדק את הקשר בין נטייה דתית ודיכאון לאחר לידה (Dankner, Goldberg, Fisch & Crum, 2000). במרכז הירושלמי לבריאות הנפש החוקרים בדקו את השפעת הדיכאון והטיפול בנוגדי דיכאון על גיל העובר (Greenhouse, 2007). מספר מחקרים שנערכו בבית חולים במרכז הארץ בחנו את גורמי הסיכון להופעת תסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה וכן את הקשר בין דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה ובין גורמים אנדוקריניים והורמונאליים (Bloch et al., 2003; Bloch et al., 2005, 2006). גם בקרב נשים ישראליות במרפאה קהילתית במרכז הארץ נבדקו גורמי סיכון להופעת דיכאון לאחר לידה (Glasser et al., 2000). מחקר נוסף שבוצע לאחרונה בדק את שיעורי דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדאיות בנגב (Glasser et al., 2011). גלסר ובראל (1999) פרסמו מאמר ובו תיקוף שאלון EPDS בעברית והמלצה שחוקרים בישראל ישתמשו בתרגום אחיד של השאלון, במטרה לאפשר צבירת מידע אודות גורמים אפידמיולוגיים ופעולות התערבות, ולהשוואת מידע עם מדינות אחרות.

למיטב ידיעתי, טרם בוצע מחקר שנועד לבחון את מצבן הרגשי של נשים במהלך ההריון בקרב אוכלוסיית הנשים בהריון תקין באזור הנגב.

לפיכך, מטרות המחקר הנוכחי הינן:

1. לאמוד את שיעור הנשים המדווחות על תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון בקרב הנשים המבצעות מעקב הריון במרכז בריאות האישה של שירותי בריאות כללית, מחוז דרום.
2. לזהות גורמים סוציו-דמוגרפיים וקליניים הקשורים להופעת תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון.

שיטת המחקר

המחקר הנוכחי הינו מחקר חתך שנערך בנקודת זמן אחת במהלך תקופת ההריון של המשתתפות במחקר. המחקר התקיים בחודשים ינואר – אפריל 2011 בקרב נשים בהריון תושבות באר שבע וצפון הנגב.

1. מדגם

1.1 תאור המדגם

אוכלוסיית המחקר כללה נשים הרות, שנמצאו במעקב הריון במרכז בריאות האישה של "שירותי בריאות כללית" – מחוז דרום. המחקר הנוכחי מבוסס על מדגם של 101 נשים מתוך אוכלוסייה זו. קריטריונים להכללה במחקר היו שבוע הריון 28-34, גיל 18 ומעלה, רמת שליטה גבוהה בשפה העברית. קריטריונים לאי הכללה היו אי הסכמה מדעת להשתתף במחקר, רקע פסיכיאטרי (מחלה אפקטיבית או סכיזופרניה), התמכרויות לסמים ו/או אלכוהול.

התפלגות משתתפות המחקר על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והמאפיינים הקשורים להריון מוצגת בלוחות 1-2. בלוח 1 מוצגת ההתפלגות על פי המשתתפים הרציפים ובלוח 2 מוצגת ההתפלגות על פי המשתתפים הקטגוריאליים.

לוח 1: התפלגות משתתפות המחקר על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והמאפיינים הקשורים להריון (משתתפים רציפים, N=101)

משתנה	Mean	SD	Min	Max
גיל	29	4.75	20	48
מספר ילדים	1	1.15	0	6
גיל הילד הצעיר	3.5	2.28	1	13
גיל הילד הבכור	5.97	4.57	1	18
שבוע הריון	30.71	2.08	28	34
מספר הריון	2.59	1.69	1	9

לוח 2: התפלגות משתתפות המחקר על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים (משתנים קטגוריאליים)

משתנה	קטגוריות	N (%)
מצב משפחתי	נשואה	97 (96%)
	לא נשואה	4 (4%)
מספר ילדים	אין ילדים	43 (42.5%)
	עד 2 ילדים	48 (47.5%)
	3 ילדים ומעלה	10 (10%)
ארץ לידה	ישראל	86 (85%)
	אחר	15 (15%)
שפה	עברית	76 (75%)
	ערבית	10 (10%)
	רוסית	8 (8%)
	אחר	7 (7%)
דת	יהודיות	90 (90%)
	לא יהודיות	11 (10%)
זיקה לדת	חילוניות	38 (38%)
	מסורתיות	44 (44%)
	דתיות	17 (17%)
תעסוקה	עובדת	82 (80%)
	לא עובדת	19 (20%)
תעסוקת בן זוג	עובד	96 (96%)
	לא עובד	5 (4%)
מצב כלכלי	מתקשים במידה מסוימת	21 (20%)
	לא מתקשים כלל	80 (80%)
גורמי תמיכה	אנשים רבים	59 (58%)
	מספר אנשים	42 (42%)

משתנה	קטגוריות	N (%)
השכלה	יסודית	2 (2%)
	תיכונית	31 (30%)
	על תיכונית	19 (19%)
	תואר 1	39 (39%)
	תואר 2	10 (10%)
תחום עיסוק	חינוך	22 (21.5%)
	טיפול	12 (12%)
	משרד	33 (32.5%)
	שירות לקוחות	10 (10%)
	עקרת בית	9 (9%)
	שונות	15 (15%)

מלוחות 1-2 עולה שטווח הגילאים של הנשים הינו 20-48 שנים ($M=29\pm 4.75$), כולן נמצאות בשבוע 28-34 להריון ($M=30.71\pm 2.08$) ומבחינת מספר ההריון מדובר בהריון ראשון עד תשיעי ($M=2.59\pm 1.69$). 85% מהנשים ילידות הארץ והיתר עלו ארצה מממספר מדינות שונות (ברה"מ, אתיופיה, ארגנטינה וצרפת). שפת האם של 75% מהנשים הינה עברית, 10% ערבית, 8% רוסית והיתר ציינו שפת אם אחרת. 90% מהנשים הינן יהודיות, 9% מוסלמיות ואישה אחת נוצרייה. מבחינת הזיקה לדת, 44% הגדירו עצמן כמסורתיות, 17% כדתיות והיתר (38%) כחילוניות. מרבית הנשים נשואות (96%), ולמעלה ממחציתן (57%) הינן אימהות לילדים. ל-83% מתוך כלל האימהות יש ילד אחד או שניים וליתר האמהות (17%) יש שלושה ילדים ומעלה. גילאי הילדים נעים בטווח של 1-13 שנים ($M=3.5\pm 2.28$) לגילו של הילד הצעיר ובטווח של 1-18 שנים ($M=5.97\pm 4.57$) לגיל הילד הבכור.

כמחצית הנשים (49%) בעלות השכלה אקדמית: 80% בעלות תואר ראשון והיתר בעלות תואר שני. שאר הנשים בעלות השכלה על-תיכונית, תיכונית ויסודית (19%, 30% ו-2% בהתאמה).

מבחינת תעסוקה ומצב כלכלי, בני הזוג של 95% מהנשים הינם עובדים ואחוז הנשים העובדות הינו 80%, מרביתן במשרה מלאה (85%). 80% מכלל הנשים ציינו שאין להן קושי כלכלי לעמוד בתשלומים החודשיים והוצאות משק הבית וכ-20% ציינו שיש קושי מסוים לעמוד בנטל התשלומים עבור צרכים בסיסיים. בהתייחס לגורמי תמיכה משפחתיים וחברתיים מעל מחצית הנשים (58%) ציינו שהן מרגישות

שיש הרבה אנשים שתוכלנה לסמוך עליהם שיתמכו בהן במהלך ההריון ולאחר הלידה, ו - 42% מהנשים ציינו שיש מספר אנשים שיוכלו לתמוך בהן במהלך ההריון ולאחר הלידה.

1.2 מהלך המחקר

מהלך המחקר כלל מספר שלבים. בשלב הראשון התקבל אישור מועדת הלסינקי של המרכז הרפואי "סורוקה" בבאר-שבע. לאחר מכן נערכה פניה להנהלת מחוז דרום של "שירותי בריאות כללית", לקבלת אישור המחוז לביצוע המחקר במסגרת השירות בקהילה של מרכז בריאות האישה בבאר-שבע. בהמשך, התקיימה פגישת הכרות של החוקרת עם אחיות מרכז בריאות האישה וניתן הסבר מפורט אודות המחקר ומטרותיו. האחיות המטפלות התבקשו לאתר את הנשים הפוטנציאליות לפי קריטריוני ההכללה שנקבעו להשתתפות במחקר, ולהציג בפניהן את מטרות והליך המחקר. נשים שהביעו את הסכמתן להשתתף במחקר הוחתמו על טופס הסכמה מדעת וקיבלו שאלון למילוי עצמי. במהלך תקופת המחקר כ- 600 נשים הרות היו במעקב הריון במסגרת השירות של מרכז בריאות האישה, ומחציתן ענו על קריטריוני ההכללה להשתתפות במחקר. במועדי הגעת החוקרת למרכז בריאות האישה (בממוצע שלושה ביקורים שבועיים), אחיות המרכז פנו לנשים שהגיעו למעקב אצל אחות ליווי הריון ונמצאו מתאימות להשתתף במחקר. במהלך הביקור אצל האחיות הנשים קיבלו הסבר מפורט אודות המחקר. אלו שהביעו הסכמה להשתתפות במחקר הופנו על ידי האחיות לחוקרת לצורך הסבר נוסף, החתמה על טופס הסכמה מדעת ומילוי השאלון. בתום מילוי השאלון חושב ניקוד שאלון EPDS ולנשים ניתן הסבר על הניקוד ע"י החוקרת. נשים עם ניקוד מעל 10 הופנו חזרה לאחות לצורך שיחת הערכה ובמידת הצורך הפניה להמשך טיפול ע"י צוות רב מקצועי. מתוך 138 נשים שאליהן פנו האחיות במועדים אלו, 73% (N=101) הביעו את הסכמתן להשתתף במחקר הנוכחי. נשים שסירבו להשתתף במחקר (N=37) עשו זאת בשל סירוב לחתום על טופס הסכמה מדעת וסירוב למסור פרטים אישיים ופרטים בנוגע להריון הנוכחי או להריונות הקודמים. במחקר דומה שנערך בצרפת בשנת 2004, בו החוקרים העבירו שאלון אדינבורו לנשים בשבוע הראשון לאחר הלידה, אחוזי ההיענות היו 82% (Jardri et al., 2006).

2. כלי המחקר

2.1 שאלון אדינבורו לאיתור תסמיני דיכאון

המבחנים הסטנדרטיים המוצעים כיום לאיתור תסמיני דיכאון אינם מתאימים לאיתור נשים הנמצאות בסיכון לפתח דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה משום שהם כוללים שאלות הבוחנות תסמינים גופניים

שהינם נחלתה של כל אישה הרה וכל יולדת, כגון: שינויים בהרגלי שינה ואכילה (Harris & Jamil, 1994; O'Hare, 1994). לאור זאת, פתחו Cox ועמיתיו (Cox et al., 1987) כלי לאיתור נשים הלוקות בדל"ל, המתמקד ברובד הרגשי שחוה האישה היולדת (Edinburgh postnatal Depression Scale – EPDS). השאלון נמצא מהימן לאיתור נשים הלוקות בדיכאון קליני ונבדק מול ראיון פסיכיאטרי ומול הגדרות ה-DSM לדיכאון מאגיורי (Boyd et al., 2005; Cox et al., 1987; Halbreich & Karkun, 2006).

למרות שהשאלון פותח במקור לצורך איתור דיכאון לאחר הלידה, נמצא כי הוא תקף גם לאיתור דיכאון בתקופת ההריון (Buist et al., 2002; Green & Murray, 1994; Murray & Cox, 1990; Pearlstein, 2008). מחקרים שעשו שימוש בכלי זה במהלך ההריון ולאחר הלידה, מצאו שהכלי יעיל לאיתור תסמיני דיכאון בשליש האחרון להריון ולאחר הלידה (Gibson et al., 2009). שאלון אדינבורו, בתרגומו לשפה העברית, נמצא תקף ומהימן לאיתור נשים הרות הנמצאות בסיכון לפתח דיכאון לאחר לידה, ואף מומלץ להשתמש בו לאיתור מוקדם בתקופת ההריון (Glasser & Barell, 1999). המהימנות הפנימית (אלפא של קרונבאך) של שאלון במחקרים קודמים שנערכו נעה בין 0.84 – 0.89 (Ghubash, Abou-Saleh & Daradkeh, 1997; Jardri et al., 2006; Kabir et al., 2008; Vivilaki, Dafermos, Kogevinas, Bitsios & Lionis, 2009). בבדיקת המהימנות פנימית של השאלון במחקר הנוכחי נמצא מקדם מהימנות $\alpha=0.84$.

השאלון מורכב מעשרה היגדים המתמקדים ברובד הרגשי שחוה האישה היולדת (לדוגמא – "הרגשתי דואגת וחרדה ללא סיבה מוצדקת"). הנשים התבקשו לדרג את הרגשתן על סולם בן 4 דרגות (0 - כלל לא, 3- כן, לעיתים קרובות מאוד). הציון הכולל מחושב כסכום הדירוגים בכל ההיגדים. כאשר השאלון מבוצע לאחר הלידה, ציון כולל מ-10 ומעלה מצביע על קיום תסמיני דיכאון קל ואילו ציון כולל מ-12 ומעלה מצביע על קיום תסמיני דיכאון מאגיורי ובתקופת ההריון ציון כולל מעל 14 מצביע על קיום תסמיני דיכאון מאגיורי. ההיגד העשירי בשאלון בודק מחשבה לפגיעה עצמית, ולכן כל ניקוד מעל 0 בשאלה זו ייחשב כקיום תסמיני דיכאון מאגיורי (Evans et al., 2001; Felice et al., 2004; Gibson et al., 2009; Glasser & Barell, 1999; Kabir et al., 2008; Hanusa et al., 2008; Priest et al., 2008). בעבור כל משתתפת חושב ניקוד שאלון אדינבורו ולנשים ניתן הסבר על משמעות הניקוד. בקבוצת הנשים שנבדקה במחקר זה נמצא שטווח הניקוד בשאלון נע מ-0 עד 18 ($M=5.85\pm 4.52$; $Med=5$).

2.2. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, רגשיים ובריאותיים

מאפיינים אלו נבדקו באמצעות שאלון שנבנה לצורך המחקר הנוכחי. החלק הראשון של השאלון התייחס למאפיינים סוציו-דמוגרפיים: גיל, ארץ לידה, השכלה, שפת אם, דת, זיקה לדת, מצב משפחתי, תעסוקה, מצב כלכלי (המשתתפות נתבקשו להעריך את היכולת הכלכלית שלהן לשאת בתשלומי מחיה בסיסיים כגון: מזון וחשבונות הגז, מים, חשמל וטלפון כאשר תשובותיהן על פי שלוש רמות: מתקשות מאוד, מתקשות במידה מסוימת ולא מתקשות כלל) וגורמי תמיכה (הנשים התבקשו לדרג את מספר האנשים שהן מרגישות שתוכלנה לסמוך עליהם שיתמכו בהן במהלך ההריון ולאחר הלידה לשלוש רמות: הרבה אנשים, מספר אנשים ואף אחד).

החלק השני התייחס למצב בריאותי ורגשי: הרגלי חיים (עישון, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים), מחלות כרוניות, ומאפיינים רגשיים (דכדוך/ירידה בתפקוד בלידות קודמות, דיכאון/חרדה בעבר, טיפול נפשי בעבר). והחלק השלישי כלל נתונים ביחס למהלך ההיריון: שאלות המבוססות על אנמנזה מילדותית הנלקחת מכל אישה במסגרת ליווי הריון במרכז בריאות האישה. נוסחה מילדותית (מספר הריון, מספר לידות חי וספר הפלות), שבוע הריון, מחלות בהריון הנוכחי ובהריונות קודמים וסיבת הגעה למרכז בריאות האישה).

כלל הנתונים נאספו על גבי טופס מובנה, בכל השאלות הנשים התבקשו לסמן את התשובה המתאימה להן ביותר ובמשתנים הכמותיים הנשים התבקשו לציין ערך מספרי. נתונים סוציו-דמוגרפיים ורפואיים דומים נאספו במחקרים קודמים שנערכו בקרב נשים הרות שנמצאו במעקב הריוני (Lee et al., 2001 ; Priest et al., 2008).

3. ניתוח נתונים

כל נתוני המחקר הוכנסו לתוכנה הסטטיסטית SPSS ונותחו באמצעות סטטיסטיקה תיאורית. עבור כל המשתנים הקטגוריאליים נבדק אחוז בכל קטגוריה ועבור המשתנים הכמותיים נבדקו ערכי מינימום, מקסימום, ממוצעים וסטיית תקן. לבדיקת הקשר בין משתנים בעלי מכה משותף נערך מבחן מהימנות פנימית (היסטוריה של דכדוך ו/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות). כמו כן, נבנו משתנים חדשים למספר מרובה של משתנים המתייחסים לשאלות דומות (האבחנות בהריון הנוכחי ובהריונות קודמים אוחדו לשני משתנים: נוכחות אבחנה כלשהי בהריון הנוכחי ובהריונות קודמים).

לבדיקת הקשר שבין מדד אדינבורו ובין המשתנים הרציפים חושבו מתאמי פירסון ולצורך בדיקת הקשר בין מדד אדינבורו ובין המשתנים הקטגוריאליים בוצעו מבחני ספירמן. מבחני t נערכו להשוואת

ממוצעי מדד אדינבורו בין שני מדגמים בלתי תלויים ומבחני שונות מסוג ANOVA נערכו לבדיקת ההבדלים בין מספר קבוצות. לצורך איתור מקור ההבדל בין הקבוצות בוצע מבחן המשך מסוג Scheffe. במטרה לבדוק מהם הגורמים שתורמו לשונות במדד אדינבורו, כל המשתנים שנמצאו קשורים למדד אדינבורו גבוה נבדקו ונבנה מודל רגרסיה אליו הוכנסו המשתנים שרמת המובהקות הסטטיסטית הייתה הגבוהה ביותר. בעזרת המודל ניתן יהיה להציג גורמים מנבאים לסיכון לפתח תסמיני דיכאון לפי מדד אדינבורו.

4. סוגיות אתיות

לצורך ביצוע המחקר ולשם הגברת שיתוף פעולה בין אנשי המקצוע (פסיכיאטר, רופא מטפל, רופא נשים, עובדת-סוציאלית, אחות) המטפלים בנשים המדווחות על תסמיני דיכאון התקיימה ישיבת צוות רב מקצועי במרכז בריאות האישה של שירותי בריאות כללית. סוכמו נהלי עבודה התואמים את האתיקה המקצועית, במידה ויאותרו נשים המדווחות על תסמיני דיכאון במהלך ההריון. שאלון אדינבורו הועבר לנשים בשליש האחרון להריון, ציון השאלון חושב בתום המילוי ולנשים ניתן הסבר על משמעות הניקוד. הניקוד הכולל של השאלון הועבר לאחות ליווי הריון לצורך עדכון בתיקה הרפואי של המשתתפת ובכרטיס מעקב הריון, ובמידת הצורך גם לעובדת-סוציאלית ולרופא מטפל במרכז בריאות האישה, לשם התערבות לפי "מודל מוצע להתערבות הצוות המטפל בקהילה" של "שירותי בריאות כללית", אגף הסיעוד-חטיבת הקהילה. (מתוך תוכנית חלוץ לנשים הרות ולאחר לידה – משרד הבריאות 1999 – נספח מס' 6).

העברת שאלון אדינבורו אינה מספקת על מנת לקבוע אבחנה של דיכאון וחשוב לבצע הערכה נוספת על-ידי אנשי מקצוע מתחום הטיפול הנפשי והפסיכיאטרי (Evans et al., 2001; Gibson et al., 2009). לפיכך הוחלט כי, נשים שציון הכולל מעל 14 ו/או ציון מעל 0 בשאלה 10 העוסקת במחשבה לפגיעה עצמית, יופנו למרפאה הפסיכיאטרית או למיון נשים במרכז הרפואי "סורוקה" לצורך הערכה פסיכיאטרית והמלצות להמשך התערבות. המשך הטיפול בנשים היה לפי המלצות אנשי המקצוע ואחיות מרכז בריאות האישה ניהלו מעקב אחר הטיפול במסגרת ליווי ההריון.

תוצאות המחקר

מטרת המחקר הינה לבדוק את הקשר בין תסמיני דיכאון הריוני, כפי שעולה מניקוד שאלון אדינבורו, ובין משתנים סוציו-דמוגרפיים, בריאותיים ורגשיים, ומשתנים קליניים הקשורים להריון, ואת התרומה של משתנים אלו להסבר השונות במדד אדינבורו. תחילה יוצג מדד אדינבורו בקרב המשתתפות במחקר (ממוצע, סטיית תקן, מינימום ומקסימום), לאחר מכן יוצגו הממצאים המתייחסים לקשרים בין משתני המחקר וכן הממצאים המתייחסים להסבר השונות של תסמיני דיכאון הריוני.

1. מדד אדינבורו

בקבוצת הנשים שנבדקה במחקר זה ל 77% מהנשים התקבל ניקוד כולל שאינו עולה על 10. לפי Hanusa ועמיתיה (2008), ניקוד נמוך מ – 10 בשאלון מעיד על סיכון נמוך לפתח תסמיני דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה. 23% מהנשים דיווחו על תסמיני דיכאון קל עד דיכאון מאגיורי (ניקוד של 10 ומעלה בשאלון). לאותן נשים נעשתה שיחת הערכה עם אחות מרכז בריאות האישה והוסבר שבכל שלב בהמשך הן תוכלנה לפנות לבקשת שיחה עם עובדת-סוציאלית או עם רופא המשפחה. 15.8% מהנשים (N=16) קבלו ציון 12 ומעלה, ולכן הופנו ע"י האחיות לשיחה עם עו"ס והמידע הועבר לרופא הנשים ו/או לרופא המשפחה של האישה. ניקוד מעל 14 או ציון מעל 0 בשאלה מספר 10, המעידים על תסמיני דיכאון מאגיורי (Gibson et al., 2009), נמצאו בקרב 6% מהמשתתפות. כולן הופנו למרפאה לבריאות הנפש במרכז הרפואי "סורוקה" או שתואמה להן באופן מיידי שיחה עם עובדת סוציאלית במרפאת האם בקהילה, זאת בהתאם למצבה הרגשי ולהסכמתה של האישה. שתי נשים שציון הכולל היה מעל 14 והניקוד בשאלה 10 היה מעל 0 הופנו באותו היום למיון פסיכיאטרי לצורך הערכה והמלצות להמשך התערבות.

1.1 הקשר בין מדד אדינבורו ובין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים

לצורך בדיקת הקשר בין מדד אדינבורו ובין המשתנים הדמוגרפים גיל ומספר ילדים, חושבו מתאמי פירסון. נמצא מתאם חיובי מובהק סטטיסטית בין מדד אדינבורו ומספר הילדים ($r_p=0.31$; $P<0.01$). כלומר, ככל שיש יותר ילדים כך עולה הסיכון לפתח רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון בתקופת ההריון. לא נמצא מתאם מובהק בין גיל הנבדקות ובין מדד זה ($r_p=0.12$; $P>0.05$).

על מנת לבדוק אם ההבדלים בין הנשים במדד אדינבורו הם פועל יוצא של ההבדלים ביניהן במשתנים הסוציו-דמוגרפיים: מצב משפחתי, ארץ לידה, דת, תעסוקה, מצב כלכלי וגורמי תמיכה, בוצעו מבחני t להשוואת ממוצעים בין מדגמים בלתי תלויים. תוצאות מבחני ה-t מוצגות בלוח 3.

לוח 3 – תוצאות מבחן t להשוואת ממוצעי מדד אדינבורו על פי משתנים סוציו-דמוגרפיים

מדד אדינבורו					
	t(df)	SD	M	N	
ארץ לידה	t(99)=1.681*	4.61	6.18	85	ישראל
		3.36	4.13	16	אחר
דת	t(99)=-2.282*	4.34	5.50	90	יהודיות
		5.10	8.73	11	לא יהודיות
גורמי תמיכה	t(97)= 2.175*	3.91	5.02	59	הרבה גורמי תמיכה
		4.90	6.95	42	מספר גורמי תמיכה
מצב משפחתי	t(99)= 0.291	4.58	5.82	97	נשואות
		3.00	6.50	4	לא נשואות
תעסוקה	t(99)= 1.024	4.42	6.07	82	עובדת
		4.93	4.89	19	לא עובדת
תעסוקת בן זוג	t(99)= -0.228	4.56	5.88	96	עובד
		3.84	5.40	5	לא עובד
מצב כלכלי	t(99)= 1.074	4.94	6.70	21	מתקשים במידה מסוימת
		4.28	5.51	80	לא מתקשים כלל

*P≤0.05

מלוח 3 עולה כי רמת תסמיני הדיכאון בתקופת ההריון בקרב נשים שהן ילידות הארץ (M=6.18±4.61) גבוהה מזו של נשים שלא נולדו בארץ (M=4.13;SD=3.63) ברמת מובהקות סטטיסטית (גבולית) של P=0.05. כלומר, ארץ הלידה נמצאה כגורם הקשור לערך מדד אדינבורו.

הנשים שהשתתפו במחקר השתייכו לשלוש דתות: יהודיות, מוסלמיות ונוצריות (1,9,90 בהתאמה), מאחר ורק אישה אחת הייתה נוצרייה, משתתפות המחקר חולקו לשתי קבוצות: יהודיות ולא יהודיות.

במבחן t שנערך לבדיקת ההבדל בין נשים יהודיות לנשים לא יהודיות במוצע מדד אדינבורו נמצא כי רמת תסמיני הדיכאון בתקופת ההריון בקרב הנשים היהודיות ($M=5.5\pm 4.34$) נמוכה באופן מובהק סטטיסטי מזו של הנשים הלא יהודיות ($M=8.73\pm 5.1$). באשר לגורמי תמיכה חברתית ומשפחתית שיש לנשים, מלוח 3 עולה כי רמת תסמיני הדיכאון בקרב נשים שיש להן הרבה גורמי תמיכה ($M=5.02\pm 3.91$) נמוכה באופן מובהק סטטיסטי מזו של נשים שיש להן מספר מצומצם של גורמי תמיכה ($M=6.95\pm 4.90$).

עוד עולה מלוח 3 כי במבחני t שנערכו להשוואת ממוצעי מדד אדינבורו בין נשים נשואות ($M=5.82\pm 4.58$) ובין נשים שאינן נשואות ($M=6.5\pm 3$) וכן בין קבוצת הנשים שמבחינה כלכלית אינן מתקשות כלל ($M=5.51\pm 4.28$) לעומת נשים המתקשות במידה מסוימת ($M=6.7\pm 4.94$), לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטי. גם במבחני t שבוצעו להשוואת ממוצע מדד אדינבורו בין נשים עובדות ($M=6.07\pm 4.42$) ונשים שאינן עובדות ($M=4.89\pm 4.93$), וכן בין נשים שבעליהן עובדים ($M=5.88\pm 4.56$) ונשים שבעליהן מובטלים ($M=5.40\pm 3.84$), לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטיים.

על מנת לבחון האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטיים בממוצעי מדד אדינבורו בין הקבוצות על פי משתנים סוציו-דמוגרפיים המונים למעלה משתי קטגוריות: מספר ילדים, שפה, זיקה לדת, רמת השכלה ותחום עיסוק בוצעו ניתוחי שונות חד כיווניים מסוג ANOVA. תחילה נבדקו ההבדלים בממוצעי מדד אדינבורו לפי מספר הילדים, התוצאות מוצגות בלוח 4.

לוח 4 – תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי חלוקה למספר ילדים

Post Hoc test	F (2,98)	SD	M	N	מספר ילדים
scheffe					
* 1 – 3	4.5 *	4.07	4.91	43	אין ילדים
		4.33	5.94	48	עד 2 ילדים
		5.70	9.50	10	3 ילדים ומעלה

* $P<0.05$

לוח 4 מצביע על הבדל מובהק סטטיסטית ($F(2,98)=4.5; P<0.05$) בין שלוש הקבוצות בממוצע מדד אדינבורו. לצורך איתור מקור ההבדל בין הקבוצות נערכו ניתוחי השוואה בזוגות על פי Scheffe בהם נמצא הבדל מובהק ($P<0.05$) בממוצע מדד אדינבורו בין נשים שאין להן ילדים ($M=4.91\pm 4.07$) ובין נשים שיש להן יותר משלושה ילדים ($M=9.5\pm 5.7$). כלומר, נשים ללא ילדים דיווחו על רמה נמוכה יותר של תסמיני דיכאון בהשוואה לנשים שיש להן שלושה ילדים ומעלה.

לצורך בדיקת ההבדלים בממוצעי מדד אדינבורו בין הנשים לפי שפת אם נערך ניתוח שונות חד כיווני מסוג ANOVA. משתתפות המחקר חולקו לארבע קבוצות על פי שפת האם שלהן (עברית/ערבית/רוסית/אחר). תוצאות ניתוח השונות מוצגות בלוח 5.

לוח 5 – תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי שפת האם של הנשים

Post Hoc test	F (3,97)	SD	M	N	שפת אם
scheffe					
* 2 – 3	3.372 *	4.43	5.70	76	עברית
		4.83	9.40	10	ערבית
		1.51	3.00	8	רוסית
		4.99	5.71	7	אחר

* $P<0.05$

לוח 5 מצביע על הבדל מובהק סטטיסטית בין ארבע הקבוצות ($F(3,97)=3.37; P<0.05$). לצורך איתור מקור ההבדל בין הקבוצות נערכו ניתוחי השוואה בזוגות על פי Scheffe בהם נמצא הבדל מובהק ($P<0.05$) בממוצע מדד אדינבורו בין נשים ששפת האם שלהן רוסית ($M=3\pm 1.51$) ובין נשים ששפת האם שלהן ערבית ($M=9.4\pm 4.83$). כלומר, נשים ממוצא רוסי דיווחו על רמת תסמיני דיכאון נמוכה יותר לעומת נשים ממוצא ערבי.

על מנת לבדוק את ההבדלים בין הקבוצות השונות במשתנים זיקה לדת, רמת השכלה ותחומי עיסוק, בוצעו ניתוחי שונות חד כיווניים מסוג ANOVA. לבדיקת ההבדל במדד אדינבורו בין הנשים לפי רמת הדתיות הוכנסו לניתוח השונות שלוש קטגוריות (חילוניות/מסורתיות/דתיות). על מנת לבדוק האם

ההבדל במדד אדינבורו הינו פועל יוצא של ההבדל בשנות ההשכלה של הנשים, לניתוח השונות הוכנסו חמש קטגוריות של רמת ההשכלה (יסודית/ תיכונית/על-תיכונית/תואר ראשון/תואר שני). ולבדיקת ההבדל במדד אדינבורו בין קבוצות הנשים לפי תחומי העיסוק, לניתוח השונות הוכנסו שש קטגוריות עיסוק שונות. התוצאות מוצגות בלוח 6.

לוח 6 – תוצאות ניתוח השונות של מדד אדינבורו לפי המשתנים : זיקה לדת, השכלה ותחומי עיסוק

F (df)	SD	M	N	קטגוריות	משתנה
F(2,96)=0.568	4.04	5.42	38	חילוניות	זיקה לדת
	4.52	6.00	44	מסורתיות	
	5.65	6.82	17	דתיות	
F(4,96)=1.07	2.82	2.00	2	יסודית	השכלה
	4.50	5.90	31	תיכונית	
	4.83	7.26	19	על תיכונית	
	4.66	5.67	39	תואר 1	
	3.20	4.50	10	תואר 2	
F(5,95)=2.02	4.33	7.32	22	חינוך	תחום עיסוק
	2.98	3.75	12	טיפול	
	5.03	5.85	33	משרד	
	4.11	7.50	10	שירות לקוחות	
	5.36	6.67	9	עקרת בית	
	3.38	3.80	15	שונות	

מלוח 6 עולה כי בניתוחי שונות חד כיווניים מסוג ANOVA לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בממוצעי מדד אדינבורו בתת הקבוצות של המדגם על פי המשתנים : זיקה לדת ($F(2,96)=0.568; P>0.05$), רמת השכלה ($F(4,96)=1.07; P>0.05$) ותחומי עיסוק ($F(5)=2.023; P>0.05$).

1.2 הקשר בין מדד אדינבורו ובין מאפיינים בריאותיים ורגשיים

בבדיקת המהימנות הפנימית של המשתנים דכדוך לאחר לידה וירידה בתפקוד לאחר לידה נמצא מקדם אלפא של קרונבאך 0.99. לפיכך שתי השאלות אוחדו למשתנה חדש : היסטוריה של דכדוך ו/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות. במבחן t שבוצע לצורך בדיקת ההבדל במדד אדינבורו בין נשים שחוו דכדוך ו/או

ירידה בתפקוד בלידות קודמות ($M=9.25\pm 4.71$) לאלו שלא חוו זאת ($M=5.39\pm 4.32$), נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($t(99)=2.87$; $P<0.01$). כלומר, נשים שחוו דכדוך ו/או ירידה בתפקוד לאחר לידה בלידות קודמות דיווחו על רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון הריוני.

במבחן t שבוצע על מנת לבדוק האם ההבדל במדד אדינבורו נובע מההבדל בין נשים שחוו דיכאון/חרדה בעבר ($M=5.86\pm 4.91$), לאלו שלא חוו זאת ($M=5.85\pm 4.51$), נמצא שאין הבדל מובהק סטטיסטית ($t(99)=0.003$; $P>0.05$) בין הקבוצות.

על מנת לבדוק את ההבדלים במוצעי מדד אדינבורו בין תת הקבוצות במדגם, על פי הרגלי חיים (עישון, שתיית אלכוהול ושימוש בסמים), בוצעו ניתוחי שונות חד כיווניים מסוג ANOVA ומבחני t להשוואת ממוצעי מדד אדינבורו (בין תתי הקבוצות לפי רמת הצריכה). לא נמצא קשר בין רמת הצריכה ומדד אדינבורו בשלושת המשתנים, בכל המבחנים.

1.3 הקשר בין מדד אדינבורו ובין נתונים קליניים הקשורים למהלך ההריון ולהריונות קודמים

בכדי לבדוק את הקשרים בין מדד אדינבורו ובין משתנים הקשורים להריון הנוכחי (נוסחה מילדותית ושבוע הריון) חושבו מתאמי פירסון, ואלו מוצגים בלוח 7.

לוח 7 – מתאמי פירסון בין מדד אדינבורו ובין נוסחה מילדותית ושבוע הריון

שבוע הריון	מספר הפלות	מספר לידות חי	מספר הריון	
-0.028	.124	.326	.289	מדד אדינבורו
		**	**	

** $P<0.01$

מלוח 7 ניתן לראות שנמצא קשר חיובי מובהק בין הנוסחה המילדותית (G מספר הריון/P מספר לידות חי/A מספר הפלות) למדד אדינבורו. קרי, ככל שמספר ההריון ($r_p=0.289$; $P<0.01$) ומספר לידות חי ($r_p=0.326$; $P<0.01$) גבוה יותר מדד אדינבורו גבוה יותר. לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין מספר ההפלות ($r_p=0.124$; $P>0.05$) ושבוע ההריון ($r_p=-0.028$; $P>0.05$) ובין מדד אדינבורו.

על מנת לבדוק את הקשר בין מדד אדינבורו ובין תסמינים קליניים שאובחנו בהריון הנוכחי ובהריונות קודמים (יתר לחץ דם/סכרת/אנמיה/קרישות יתר/צירים מוקדמים/שליית פתח/בעיה אימהית/דלקת במערכת השתן/עיכוב בגדילה תוך רחמית/ריבוי עוברים/אחר) בוצעו מבחני קורלציה למשתנים א-פרמטרים וחושבו מתאמי ספירמן, בהם לא נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין מדד אדינבורו ובין כל אחת מהאבחנות שצוינו לעיל, לא בהריון הנוכחי ולא בהריונות קודמים. על מנת לבדוק האם קיימים הבדלים מובהקים סטטיסטית במדד אדינבורו בין נשים שהייתה להן אבחנה כלשהי בהריון הנוכחי ובין נשים שלא הייתה להן אף אבחנה בוצע מבחן t להשוואת ממוצעים במדגמים בלתי תלויים ולא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($t(99)=0.42$; $P>0.05$) בין נשים שיש להן אבחנה כלשהי בהריון ($M=6.12\pm 4.74$) לאלו שאין להן אף אבחנה בהריון הנוכחי ($M=5.72\pm 4.43$). לעומת זאת במבחן t שבוצע לצורך בדיקת מובהקות ההבדל בממוצע מדד אדינבורו בין נשים שהייתה להן אבחנה כלשהי בהריונות קודמים ($M=7.65\pm 4.94$) לאלו שלא הייתה להן אף אבחנה בהריונות קודמים ($M=5.32\pm 4.27$) נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($t(99)=-2.21$; $P<0.05$). כלומר, נשים שיש להן היסטוריה של אבחנות בהריונות קודמים דיווחו על רמה גבוהה יותר של תסמיני דיכאון בהריון.

לצורך בדיקת ההבדל במדד אדינבורו בין נשים שאושפזו במהלך ההריון לאלו שלא, בוצע מבחן t להשוואת ממוצעים במדגמים בלתי תלויים. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($t(99)=0.617$; $P>0.05$) בין נשים שהיו מאושפזות במהלך ההריון ($M=6.47\pm 5.46$) לנשים שלא אושפזו כלל במהלך ההריון ($M=5.73\pm 4.33$).

2. מודל לניבוי הסיכון לתסמיני דיכאון

בשלב האחרון של הניתוחים הסטטיסטיים כל המשתנים שנמצאו קשורים למדד אדינבורו בניתוחים קודמים הוכנסו לניתוחי רגרסיה ליניארית. המשתנים שנמצאו בעלי השפעה מובהקת סטטיסטית על מדד אדינבורו: "מספר ילדים", "דת", "דכדוך/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות", הוכנסו למודל הרגרסיה הסופי. התוצאות מוצגות בלוח 8.

לוח 8 – מקדמי רגרסיה ליניארית לניבוי מדד אדינבורו

משתנה מנבא	B	Std.Error	β	R ² change
מספר ילדים	1.220	0.376	0.310	0.096**
דת (יהודיות/לא יהודיות)	3.105	1.351	0.215	0.046*
דכדוך/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות	2.755	1.383	0.198	0.034*

*P<0.05 **P<0.01

מלוח 8 עולה כי למספר הילדים ישנה תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית (P<0.01) של 9.6% להסבר השונות במדד אדינבורו. למשתנה הדת יש תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית (P<0.05) של 4.6% להסבר השונות של מדד אדינבורו ולמשתנה דכדוך/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות יש תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית (P<0.05) של 3.4% להסבר השונות במדד אדינבורו. שלושת המשתנים הכלולים במודל מסבירים יחד 17.6% מהשונות של מדד אדינבורו בקרב הנשים שהשתתפו במחקר.

דיון

המחקר הנוכחי עסק בדיכאון בתקופת ההריון, כאשר שתי מטרות עיקריות עמדו בבסיסו: האחת, לאמוד את שיעור הנשים המדווחות על תסמיני דיכאון בשליש האחרון של הריונן. השנייה, לזהות גורמים סוציו-דמוגרפיים וקליניים הקשורים להופעת תסמיני דיכאון בתקופה זו.

במחקר השתתפו 101 נשים אשר בצעו מעקב הריוני במרכז בריאות האישה של שירותי בריאות כללית, מחוז דרום. טווח גילאי המשתתפות היה 20-48 שנים, רובן (96%) נשואות ולמעלה ממחציתן (58%) אימהות לילד אחד לפחות. מרבית הנשים הינן ילידות הארץ (85%) ויהודיות (90%). תסמיני דיכאון בתקופת ההריון נבדקו באמצעות שאלון אדינבורו שהועבר לנשים בין השבועות 28-34 להריון. בנוסף נבדק הקשר בין מדד אדינבורו ובין משתנים סוציו-דמוגרפיים, בריאותיים ורגשיים, ומשתנים רפואיים הקשורים להתקדמות ההריון.

1. שעורי דיכאון הריוני לפי מדד אדינבורו במחקר הנוכחי

ממצאי המחקר מראים כי 23% מכלל משתתפות המחקר דווחו על תסמיני דיכאון קל עד מאגורי המתבטא בציון כולל של 10 ומעלה במדד אדינבורו. מתוכן 15.8% קיבלו ציון כולל של 12 ומעלה, המצביע על תסמיני דיכאון הריוני. 6% מכלל המשתתפות קיבלו ציון כולל 14 ומעלה, המעיד על תסמיני דיכאון מאגורי בתקופת ההריון. ממצאים אלו דומים לממצאי "תוכנית חלוץ" של משרד הבריאות בישראל אשר יושמה בשש תחנות טיפת חלב. במסגרת התוכנית נמצא כי 26.5% מהנשים ההרות דווחו על תסמיני דיכאון כאשר למחציתן ציון 13 ומעלה ושלוש נשים ענו בחיוב על שאלה מספר 10, הבוחנת מחשבה לפגיעה עצמית. במסגרת תוכנית איתור דומה שערכו בשירותי בריאות כללית נמצא אחוז נמוך יותר (14.1%) של תסמיני דיכאון במהלך ההריון (גלסר, 2010).

ממצאי מחקרים קודמים בעולם שבדקו דיכאון בתקופת ההריון הראו כי אחוז הנשים הסובלות מדיכאון הריוני נע בין 6.3-25% (Adouard et al., 2005; Buist et al., 2002; Felice et al., 2004). יתכן ושיעורי הדיכאון הנמוכים יחסית שנמצאו בחלק מהמחקרים נובעים מהבדלים מתודולוגיים כמו למשל: מאפייני אוכלוסייה, ציון חתך, מועד איסוף הנתונים, שיטת איסוף הנתונים וכדומה. משתנים אתנו-תרבותיים עשויים אף הם להשפיע על שיעורי הדיכאון הריוני (Ghubash et al., 1997; Halbreich & Karkun, 2006; Hanusa et al., 2008). חיזוק להסבר זה מתקבל ממצאי המחקר הנוכחי המצביעים על

קשר בין הציון במדד אדינבורו לבין משתנים אתנו-תרבותיים כמו ארץ לידה, דת ושפת האם של הנשים ההרות.

2. משתנים הקשורים להופעת תסמיני דיכאון הריוני

הנתונים שנאספו במהלך המחקר הנוכחי מצביעים על כך שמצבי חיים מסוימים עשויים להשפיע על הסיכוי לפתח תסמיני דיכאון הריוני בקרב אוכלוסיית המדגם שנחקרה. הפרק הנוכחי יסקור את מצבי החיים בהם נמצאת האישה ההריונית, את הקשר שלהם להופעת תסמיני דיכאון הריוני ואת האופן בו השילוב בין השניים משתקף בתוצאות המחקר הנוכחי.

במחקר הנוכחי נמצאו שלושה משתנים עיקריים בעלי תרומה מובהקת סטטיסטית להסבר דיכאון הריוני: מספר ילדים, דת (יהודיות/לא יהודיות), ודכדוך ו/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות. נשים שהיו להן בעבר יותר הריונות ושלהן מספר גדול יותר של ילדים דיווחו על רמת תסמיני דיכאון גבוהה יותר. כמו כן, נמצא כי המשתנה "מספר ילדים בהווה" הוא המנבא החזק ביותר לרמות הדיכאון לפי מדד אדינבורו, וכי הוא מסביר 9.6% מהשונות במדד זה. מספר ההפלות אותן חוותה האישה בעבר לא נמצא קשור באופן מובהק סטטיסטית לציון במדד אדינבורו. ממצאים אלה מתווספים לממצאי מחקרים אחרים, בהם נמצא קשר חיובי בין מספר הילדים ותסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה (Lindgren, 2001; Josefsson et al., 2001; Noble, 2005).

הסבר אפשרי לקשר זה הוא רמת הדחק הגבוהה שחוות נשים בעלות יותר ילדים. כאשר, רמת דחק גבוהה, כשלעצמה, הינה גורם סיכון לפתח הפרעות דיכאון (Mckee et al., 2001; Hammen, 2005; Piccinelli & Wilkinson, 2000). במחקר הנוכחי נמצא כי למעלה ממחצית הנשים שיש להן ילדים הינן נשים עובדות, וכי מבין הנשים המדווחות על תסמיני דיכאון ברמה קלה עד דיכאון קשה (כלומר נשים שלהן ציון אדינבורו 10 ומעלה) כ- 60% הינן נשים עובדות שהן אמהות לילדים. יתכן, אפוא, כי הדחק שחוות אמהות עובדות, הנושאות במקביל לעבודתן בנטל הטיפול בבית ובילדים, מעלה גם את הסיכון לפתח הפרעת דיכאון (Bebbington, 1996, 1998; Gerson, 2004; Livingston & Judge, 2008).

תקופת ההריון עבור רוב הנשים הנה תקופה מלחיצה המלווה בדחק פיזי ונפשי (Mckee et al., 2001). לידה של תינוק חדש, היא אירוע חיים משמעותי, הקשור לשינויים ההורמונאליים בתקופת ההריון יחד עם שינוי משמעותי בסגנון החיים החברתי-כלכלי (Halbreich & Karkun, 2006). הסבר המוצע בספרות לשיעורי הדיכאון בקרב הנשים שאינן עובדות ויש להן ילדים, הינו כי הריונות מרובים ו/או תכופים מהווים גורם סיכון להתפתחות דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה. הטיפול במספר רב

יותר של ילדים כשלעצמו מעורר דאגה ומגביר את רמת הדחק בקרב האישה ההרה ולכן מגדיל את הסיכוי לדיכאון הריוני (Josefsson et al., 2001; Noble, 2005). בנוסף, ישנו לחץ חברתי על הנשים לקבל עליהן תפקידים הנתפסים כ"נשיים" (למשל טיפול בילדים, בזקנים ובמוגבלים במשפחה). לחצים אלו ואחרים מופעלים על האישה כבר מגיל צעיר, דבר העשוי להוביל לדיס-רגולציה של מסלול ההיפותלמוס-יותרת-המוח-אדרנאל, האחראי על שחרור הורמוני דחק (כגון קורטיזול) ועל יכולת ההתמודדות עם מצבי דחק. שינויים אלו עשויים להגדיל את הסיכון ללקות בדיכאון (Nolen-Hoeksema, 2011).

מהמחקר הנוכחי עולה עוד כי נשים לא יהודיות (בהן 10 מוסלמיות-בדואיות ואחת נוצרייה) דיווחו על רמת תסמיני דיכאון גבוהה יותר בהשוואה לנשים יהודיות. למיטב ידיעתי, עד כה לא פורסם מחקר שבדק דיכאון הריוני בקרב נשים בדואיות בנגב. אולם בוצעו בשנים האחרונות שני מחקרים הבוחנים את שיעורי הדיכאון לאחר הלידה בקרב אוכלוסיה זו. אלפיומי-זיאדנה (2009) בדקה נשים בטווח של 4 שבועות עד 7 חודשים לאחר הלידה ומצאה כי שיעור תסמיני הדיכאון הינו 31.6%, כאשר ל-17% מהנשים היה ציון 13 ומעלה ו-8% מהנשים דווחו על מחשבה להזיק לעצמן. עוד מצאה החוקרת כי השיעורים הגבוהים ביותר נצפו אצל מרואיינות שהיו בחודש השלישי ובחודש השביעי לאחר הלידה (אלפיומי-זיאדנה, 2009). במחקר נוסף בקרב אוכלוסיית הבדואים בנגב, גלסר ועמיתיה (Glasser, Stoski, Kneler & Magnezi, 2011) מצאו שיעור גבוה יחסית של דיכאון לאחר לידה בקרב אוכלוסייה זו, הן בציון חתך של 10 במדד אדינבורו (43% מהנשים) והן בציון חתך מחמיר יותר של 13 (26%).

אפשר שהשיעור הגבוה יותר של דיכאון לאחר לידה בקרב אוכלוסיה זו קשור לכך שדאגתן של הנשים המוסלמיות-הבדואיות, אשר חיות בחברה מסורתית, נתונה לרוב לענייני ניהול משק הבית, ולכך שהן גם נוטות להביא יותר ילדים לעומת נשים יהודיות (אבו-בדר וגרדוס, 2010; כהן, 1999; לוי, 1979; צוויקל וברק, 2002; אלקרינאווי ומאסס, 1994). ניתן להניח כי נשים אלו מקבלות לגיטימציה ועידוד חברתי ללדת מספר רב של ילדים. יחד עם זאת, צוויקל וברק (2002) מציינות בספרן כי משיחות עם נשים בדואיות משכילות עולה כי על אף השכלתן הן מרגישות נשפטות על פי הפריזון שלהן ומרגישות לחץ ללדת בנים זכרים על מנת לשמור על מעמדן החברתי.

בחברה הפטריארכאלית השמרנית בה מצויה האישה המוסלמית-בדואית, דמות האישה האידיאלית היא אישה ולדנית, המולידה בנים למשפחת בעלה ומעמדה של אישה זו יעלה והחברה תתייחס אליה בכבוד ובהערכה ככל שיגדל מספר בניה (כהן, 1999; צוויקל וברק, 2002). מעניין יהיה לבדוק בעתיד האם ישנו קשר בין רמת הדחק והדיכאון ההריוני בקרב נשים מוסלמיות לבין מספר הבנים (לעומת מספר הבנות) שהן ילדו בעבר. על אף שבחברות מערביות מין הילוד לא נמצא משפיע על הסיכוי

לפתח דיכאון לאחר לידה, בחברות שאינן מערביות כמו החברה הסינית וההודית, הוא מהווה גורם סיכון להתפתחות דיכאון לאחר לידה (Robertson et al., 2004).

חשיבות ההיבט התרבותי בהקשר של דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה משתקפת במחקרים נוספים. למשל, מטה-אנליזה של 143 מחקרים (בהם מחקרים שנערכו בישראל) הראתה שונות רבה בדיווחים על תסמיני דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה בין מדינות שונות ואף בין קבוצות אתניות שונות בתוך אותה מדינה (Halbreich & Karkun, 2006). כך למשל, מחקרים שבדקו דיכאון בתקופת ההריון ולאחר לידה במדינות כגון סינגפור, מלטה, מלזיה, אוסטרליה ודנמרק מראים שכיחות נמוכה מאד של דיכאון הריוני ולאחר לידה, בעוד מחקרים ממדינות כגון ברזיל, קוסטה-ריקה, איטליה, צ'ילה, דרום אפריקה, טיוואן וקוריאה מצביעים על שכיחות גבוהה מאד של דיכאון הריוני ולאחר לידה. לטענת החוקרים שביצעו את המטה-אנליזה, הבדלים אלו נובעים בעיקר ממשתנים בין-תרבותיים, מסגנון הדיווח השונה במדינות השונות, מתפיסת נורמת הבריאות הנפשית במדינות השונות, מהבדלים בסביבה הסוציו-אקונומית (למשל עוני, רמות התמיכה הסוציאלית, תזונה, מצבי דחק), ומגורמי סיכון ביולוגיים המשתנים בין המדינות השונות (Halbreich & Karkun, 2006).

מבין המאפיינים הבריאותיים והרגשיים שנבדקו במחקר הנוכחי נמצא כי למשתנה דכדוך/או ירידה בתפקוד בלידות קודמות יש תרומה חיובית מובהקת סטטיסטית להסבר השונות במדד אדינבורו. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים קודמים (Stowe & Nemeroff, 1995; Webster, Linnane, Dibley & Pritchard, 2000). כיום מקובלת ההנחה כי היסטוריה אישית או משפחתית של דיכאון (Josefsson et al., 2001; Lindgren, 2001; Noble, 2005), ובכללה היסטוריה של דיכאון הריוני ושל דיכאון לאחר לידה (Bloch et al., 2003; Bloch et al., 2006; Culbertson, 1997; Kessler, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000) מעלה משמעותית את הסיכוי לדיכאון הריוני ולדיכאון לאחר לידה. מחקר משנת 1983 מצא כי הסיכוי ללקות בדיכאון לאחר לידה בקרב נשים שחוו דיכאון לאחר לידה בלידות קודמות הוא כ-75% (Garvey, Tuason, Lumry & Hoffmann, 1983), ומחקר אחר מצא כי סיכוי זה עומד על 30-50% (Schaper, Rooney, Kay & Silva, 1994). הסברה הינה כי דיכאון לאחר לידה מתפתח כבר במהלך ההריון (Glasser et al., 2000).

הגורמים המקשרים בין דיכאון הריוני או דיכאון לאחר לידה להיסטוריה של דיכאון עדיין אינם ברורים לחלוטין, אולם נראה כי שינויים אנדוקריניים ברמות ההורמונים אסטרדיול ופרוגסטרון, משפיעים על הסיכוי ללקות בדיכאון בקרב קבוצות נשים רגישות במיוחד (Bloch et al., 2003). למשל,

נמצא כי הסיכוי ללקות בדיכאון לאחר לידה אינו קשור רק להיסטוריה של דיכאונות לאחר לידה בעבר, אלא אף להיסטוריה של הפרעה דיספורית קדם-וסתית (Premenstrual Dysphoric Disorder) ולהיסטוריה של דיכאון ושינויי מצב-רוח במהלך שימוש קודם באמצעי מניעה אוראליים (Bloch et al., 2005, 2006). אחת ההשערות לרגישותן של נשים הסובלות מדיכאון קדם ויסתי היא פולימורפיזם באזור הפרומוטר של הגן המקודד לטרנספורטר לסרוטונין (The serotonin transporter gene-linked promoter region), המעלה את השכיחות לדיכאון בקרב נשים, לרבות דיכאון לאחר לידה (Wilhelm et al., 2006). למרות הידע הגנטי בנושא פגיעות האישה לדיכאון אין תרגום של ידע זה לצורך איתור מוקדם של נשים בסיכון לפתח דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה.

מספר גורמי התמיכה שיש לאישה ההרה נמצא במחקר הנוכחי כקשור באופן מובהק סטטיסטית להופעת תסמיני הדיכאון ההריוני. נמצא כי נשים שיש להן מספר מצומצם של גורמי תמיכה דיווחו על רמת תסמיני דיכאון גבוהה יותר בהשוואה לנשים בעלות גורמי תמיכה רבים. ממצא זה נתמך על ידי מחקרים קודמים שנערכו בישראל והצביעו על קשר בין גורמים פסיכו-סוציאליים, כגון העדר תמיכה משפחתית וחברתית, ובין הסיכון לפתח דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה (Dankner et al., 2000; Glasser et al., 2000). גם מחקרים בעולם הראו שהעדר תמיכה חברתית ומשפחתית, לרבות בעיות במערכת הזוגית העשויות לרמז על היעדר תמיכה מבית, קשורים בהופעת תסמיני דיכאון במהלך ההריון (Bergman et al., 2007; Hammen, 2005; Lindgren, 2001; Noble, 2005; Talge et al., 2007; Robertson et al., 2004). לפי דאלגארד ועמיתיו (Dalgard et al., 2006) נשים מעדיפות סגנון חיים של שותפות ומצפות לתמיכה משפחתית מבן זוגן והוריהן. כאשר, במצבים של העדר התמיכה המצופה וחשיפה לאירועי חיים מעוררי דחק הנשים עשויות לסבול יותר מתסמיני דיכאון. ממצא זה עשוי להסביר את שיעורי הדיכאון הגבוהים יותר שנמצאו בקרב משתתפות המחקר שדיווחו על מספר מצומצם של גורמי תמיכה, שהרי הריון הוא אירוע חיים משמעותי אשר עלול לעורר דחק בקרב האישה (Halbreich & Karkun, 2006; McKee et al., 2001).

מן הראוי לציין בהקשר זה את חשיבות המתודולוגיה שבה נעשה שימוש לצורך בדיקת רמת התמיכה שמקבלת האישה ההרה. למשל, מחקר משנת 1987 שבדק את גורמי הסיכון להתפתחות דיכאון לאחר לידה מצא כי היעדר גורמי תמיכה אינו גורם מנבא להתפתחות דיכאון לאחר לידה (Hopkins, 1987). ואולם, מחקר זה בדק באופן כמותי ואובייקטיבי את מספר ההתנהגויות

התומכות שמקבלת האישה (למשל תמיכה רפואית, תמיכה חברתית וכדומה) ולא את תפיסתה הסובייקטיבית של האישה בנוגע לרמת התמיכה, היינו ביחס לרמת התמיכה שהיא מצפה לקבל, דבר שעשוי היה להטות את התוצאות. כלומר, דיווח סובייקטיבי על רמת התמיכה שמקבלת האישה הינו מנבא טוב להופעת תסמיני דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה (Dankner et al., 2000; Glasser et al., 2000).

במחקר הנוכחי נמצא גם קשר חיובי מובהק סטטיסטית בין היסטוריה של פתולוגיות ובעיות בהריונות קודמים ובין רמות הדיכאון. נשים אשר היתה להן אבחנה כלשהי בהריונות קודמים דיווחו על יותר תסמיני דיכאון במהלך ההריון הנוכחי לעומת נשים שלא הייתה להן אבחנה קודמת. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקר מטה-אנליטי אשר התבסס על 16 מחקרים שכללו סה"כ 9500 נשים, בו נמצא כי בעיות במהלך ההריון (למשל ניתוח קיסרי כתוצאה מסיבוכים בהריון) עשויות לגרום לדיכאון לאחר לידה, אם כי במידה נמוכה יחסית (Robertson et al., 2004). בנוסף, גם לידות טראומטיות בעלות השפעה שלילית על מצבה הנפשי של האישה ופוגעות בנכונותה להרות בשנית. זיכרונות חווית לידה קשים דווחו על ידי נשים גם שלוש שנים לאחר הלידה, וכן חווית לידה קודמת שנתפסה על ידי האישה כשלילית, העצימה את פחדיה מפני הלידה העתידית ואף היוותה גורם מנבא ללידה טראומטית נוספת (שריד, סגל-אנגלצ'ין וצוויקל, 2010). הסבר אפשרי לקשר בין פתולוגיות בהריונות קודמים לדיכאון הריוני הוא הנטייה של נשים להתמקד בהפרעות סומאטיות ובתהליכים פיזיולוגיים אפשריים המתרחשים בגופן, כמו גם באירועים שהתרחשו בעברן. כך נשים אשר חוו פתולוגיה כלשהי בהריונות קודמים עשויות לחשוש שמא המצב יחזור על עצמו ויסכן את בריאותן או את בריאות העובר, וכך עשויה רמת הדחק של האישה ההרה לעלות ולהגביר את הסיכון לדיכאון במהלך ההריון (Hammen, 2005; Saffrod et al., 2007). גם תיאוריות למידה הקשורות להתניה של התנסות שלילית בלידה קודמת, מהוות הסבר אפשרי לעליה ברמת הדחק והחשש מפני לידה טראומטית נוספת ומגבירות את הסיכון לציפיות שליליות מהלידה הבאה (Hofberg & Ward, 2003).

לעומת זאת, בלוך ועמיתיו (Bloch et al., 2006) בצעו מחקר בקרב 1800 יולדות בבית חולים במרכז הארץ והעבירו שאלון אדינבורו ושאלון גורמי סיכון פסיכו-סוציאליים ורפואיים. במחקרם לא נמצא קשר בין גורמים רפואיים שונים ורמת הדיכאון שדווחו הנשים. החוקרים מצאו כי הגורמים ההורמונאליים הינם המנבאים החזקים ביותר לנוכחות תסמיני דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה. מחקרים נוספים מלמדים כי בין גורמי הסיכון העיקריים לדיכאון בקרב נשים בתקופת ההריון ולאחר הלידה נמנים הגורמים ההורמונאליים (בר נתן, 2004; דולב, 2003; Bloch et al., 2005, 2006).

(Grigoriadis & Robinson, 2007). בנוסף, ישנם מחקרים המצביעים על הקשר בין רמות ההורמונים השחלתיים והמערכת העצבית המפרישה סרוטונין, האחראית לשינויים במצב הרוח, כלומר ישנה פגיעה בהפרשת סרוטונין כתגובה לשינויים ברמות הורמוני המין הנשיים (דולב, 2003; Noble, 2003; Kessler, 2003; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Wilhelm et al., 2006).

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות מתודולוגיות הקשורות למערך המחקר ולגודל המדגם וגיוס משתתפות המחקר.

ראשית, המחקר הנוכחי הינו מחקר חתך שנערך בנקודת זמן אחת, כאשר המשתתפות היו בטרימסטר השלישי להריון ומילאו שאלון אדינבורו לסיקור תסמיני דיכאון, וכן שאלון המתייחס לנתונים בריאותיים ורגשיים ולנתונים רפואיים באשר למהלך ההריון ולהריונות קודמים. אף כי דיכאון הריוני מופיע לרוב בטרימסטר הראשון ואו השלישי להריון (Glover & O'Connor, 2002; Kammerer et al., 2006; Noble, 2005), רצוי לבצע את ההערכה כבר מתחילת ההריון במטרה לבחון את התהליך הביולוגי הפסיכו-סוציאלי השלם של ההריון. ההבחנה חשובה להבנת הקשר בין רצף תהליכי ההריון, התהליכים המתרחשים לפני ואחרי הלידה ומצבה הביו-פסיכו-סוציאלי של האישה. יתכן שהדיכאון קשור לגורמי דחק אחרים או מנגנונים מוסתרים ולכן חשוב לבצע נוסף לשאלון לדיווח עצמי ראיון מקצועי רגיש תרבות (Halbreich & Karkun, 2006). בנוסף, יש לבצע אנמנזה ובדיקה גופנית מקיפה על מנת לשלול מצבים פיזיולוגיים ומחלות גופניות אחרות היכולות להופיע במהלך ההריון ולהשפיע גם על מצב הרוח, כגון הפרה בפעילות בלוטת התריס (רומס, 2010).

מגבלה שנייה קשורה לכך שבמחקר זה לא נבדקו נושאים כגון: אירועי חיים מעוררי דחק, טראומות בשנה שקדמה להריון ובעיות במערכת הנישואין, אשר מהווים גורמי סיכון להתפתחות דיכאון בקרב נשים (בר נתן, 2004; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Noble, 2005; Kessler, 2003).

מגבלה שלישית קשורה לגודל המדגם ולמועדי גיוס המשתתפות במחקר. מכלל הנשים שבצעו מעקב הריון בתקופת המחקר וענו על קריטריוני ההכללה, רק למחציתן נעשתה פניה להשתתפות במחקר ומתוכן רק 73% הסכימו להשתתף ומלאו את כל שאלוני המחקר. על אף שאחוז היענות זה דומה למדווח במחקרים קודמים (Bloch et al., 2006; Glasser et al., 2000; Jardri et al., 2006), הפנייה למספר מצומצם יחסית של נשים הובילה לכך שבמחקר הנוכחי השתתפו רק 101 נשים. ביניהן נשים מקבוצות תרבותיות ואתניות שונות, כמו למשל נשים יהודיות, בדואיות-מוסלמיות ועולות חדשות. ראוי לציין כי גודל המדגם הקטן יחסית עליו מבוסס המחקר הנוכחי אינו מספיק לצורך הסקת מסקנה באשר להבדלים תרבותיים בין ילידות הארץ ואלו שלא נולדו בארץ ובין נשים בדואיות-מוסלמיות ונשים עולות מחבר העמים. ייתכן כי לו ניתן היה לגייס יותר משתתפות, ולפנות לאוכלוסייה רחבה יותר (למשל באמצעות פניה למספר רב יותר של קופות חולים), יותר נשים היו משתתפות במחקר.

מגבלה רביעית של המחקר קשורה אף היא לגיוס משתתפות המחקר. נשים הסובלות מדיכאון הריוני נוטות פחות לבצע מעקב הריוני מלא והן נוטות להתנהגות שאינה מקדמת בריאות, כולל הימנעות ממפגשי ליווי הריון והדרכה בהם תתכן התייחסות למצבן הרגשי (Lindgren, 2001). ייתכן, אפוא, כי דווקא נשים המראות היענות נמוכה לטיפול ונשים שאינן מוכנות ליטול חלק במחקר מסתירות דיכאון (Evans et al, 2001), ולכן קיימת הסבירות שאוכלוסיית המדגם הייתה מוטה וכללה, מראש, נשים בעלות רמת דיכאון הריוני נמוכה יותר מזו הקיימת באוכלוסייה בפועל.

זאת ועוד, הנשים התבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר ובו למלא גם פרטים אישיים. חלק מהנשים שסירבו להשתתף במחקר עשו זאת מפני שלא היו מוכנות למסור פרטים אישיים כמו למשל מספר תעודת זהות וכתובת. יתכן כי חלק מהנשים שלא השתתפו במחקר סבלו אף הן מתסמיני דיכאון במהלך ההריון. לו היה ניתן במסגרת המחקר לאתר נשים שאינן מגיעות למעקב הריוני באופן סדיר ומלא, יתכן ותוצאות המחקר היו מניבות ממצאים אחרים.

סיכום והמלצות

מהמחקר הנוכחי עולים מספר ממצאים עיקריים. ראשית, ממצאי המחקר מורים כי פחות מחמישים מהנשים (15.8%) קיבלו ציון כולל של 12 ומעלה, המצביע על תסמיני דיכאון הריוני. ממצא זה עולה בקנה אחד עם שיעור הדיכאון ההריוני המדווח בספרות המחקרית (Adouard et al., 2005; Buist et al., 2002; Felice et al., 2004). מחקרים רבים הראו שחלק מהנשים שדווחו על תסמיני דיכאון במהלך ההריון המשיכו לסבול מדיכאון גם לאחר הלידה (Glover & O'Connor, 2002; Kammerer et al., 2006; Noble, 2005) ולכן חשוב לבצע מחקר מעקב שיבדוק את תסמיני הדיכאון גם בתקופה שלאחר הלידה.

הממצא השני מצביע על כך שמספר הילדים הינו משתנה התורם לניבוי רמת הדיכאון של הנשים. ככל שיש לאישה מספר ילדים גדול יותר כך היא נמצאת בסיכון גבוה יותר לפתח תסמיני דיכאון הריוני. ממצא זה מתווסף לממצאי מחקרים קודמים אשר הצביעו על מספר ילדים והריונות תכופים ו/או מרובים כגורמי סיכון להופעת תסמיני דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה (Lindgren, 2001; Josefsson et al., 2005; Noble, 2001). עוד נמצא במחקר הנוכחי כי 60% מהנשים המדווחות על תסמיני דיכאון הריוני הינן אימהות לילדים אשר עובדות מחוץ לבית. ממצא זה יכול להעיד על כך שעומס התפקידים המוטלים על אמהות עובדות מעורר אצלן דחק, אשר בתורו מגביר את הסיכון לפיתוח דיכאון הריוני.

הממצא השלישי מצביע על כך כי נשים מוסלמיות-בדואיות נמצאות בסיכון מוגבר לפתח תסמיני דיכאון במהלך ההריון בהשוואה לנשים יהודיות. לאחרונה פורסם מחקרם של גלסר ועמיתיה (Glasser et al., 2011) אשר הראה כי נשים מוסלמיות-בדואיות נמצאות בסיכון מוגבר לפיתוח תסמיני דיכאון לאחר לידה. גם במחקר שערכה אלפיומי-זיאדנה (2009), נמצא שיעור גבוה של תסמיני דיכאון בקרב נשים מוסלמיות-בדואיות. אוכלוסיית הנשים הבדואיות בנגב מאופיינת בשיעורים גבוהים של פריון ותמותת תינוקות, נישואי קרובים, פוליגמיה, השכלה נמוכה ואבטלה גבוהה, כל אלו מהווים גורמי סיכון להתפתחות דיכאון, דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה (אלפיומי-זיאדנה, 2009). נראה, אפוא, כי אוכלוסיית נשים זו נמצאת בקבוצת סיכון לפתח דיכאון הן בתקופת ההריון והן לאחר הלידה. נוכח הקשר שנמצא בין דיכאון בתקופת ההריון והופעת הדיכאון לאחר הלידה (Bloch et al., 2006; Dean et al., 1989; O'Hara et al., 1991; Perfetti et al., 2004), ישנה חשיבות רבה לאיתור הנשים הסובלות מדיכאון כבר בתקופת ההריון. חשוב לבצע את הסיקור לא רק במרפאות הקהילה בבאר שבע, אלא גם

במרכזים לטיפול באם ובתינוק אשר נמצאים בישובים בהם הנשים המוסלמיות-בדואיות מתגוררות ואשר מרביתן מבצעות שם את מעקב ההריון.

הממצא הרביעי העולה מהמחקר הנוכחי הוא שנשים אשר סבלו מדכדוך ו/או ירידה בתפקוד לאחר לידות קודמות, דיווחו על רמת תסמיני דיכאון גבוהה יותר. גם במחקרים אחרים נמצא כי דיכאון בהריון קשור להיסטוריה של דיכאון (Josefsson et al., 2001; Lindgren, 2001; Noble, 2005), לרבות דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה בהריונות קודמים (Bloch et al., 2003; Bloch et al., 2006).

הממצא החמישי מצביע על קשר שלילי מובהק בין מספר גורמי התמיכה של הנשים לבין רמת תסמיני הדיכאון שלהן. ממצאים אלו נתמכים על ידי מחקרים שנערכו בישראל והצביעו על קשר בין גורמים פסיכו-סוציאליים, כגון העדר תמיכה משפחתית וחברתית ובין הסיכון לפתח דיכאון במהלך ההריון ולאחר הלידה (Dankner et al., 2000; Glasser et al., 2000). גם מחקרים בעולם הראו שהעדר תמיכה חברתית ומשפחתית וכן בעיות במערכת הזוגית קשורים בהופעת תסמיני דיכאון במהלך ההריון (Hammen, 2005; Lindgren, 2001; Noble, 2005; Talge et al., 2007; Bergman et al., 2007). ממצא זה מעיד על חשיבותה והשפעתה של מערכת התמיכה החברתית והמשפחתית על האישה ההרה, וכן על החשיבות הרבה שיש במתן ליווי ומענה סוציאלי לנשים בעלות רשת חברתית מצומצמת.

ברמה המעשית המחקר הנוכחי מציע מודל לאיתור וזיהוי נשים בסיכון לפתח דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה. ניתן ליישם מודל זה במרכזי בריאות האישה השונים וכן במרכזים לאם ולתינוק (טיפת חלב). לפי המודל אחיות ליווי הריון יעבירו את שאלון הסיקור לכל הנשים ההרות בשליש האחרון להריון ובמידת הצורך יפנו את הנשים להמשך טיפול. המחקרים השונים בתחום הדיכאון ההריוני ודיכאון לאחר לידה מצביעים על הצורך בהכשרה הולמת של רופאים, מיילדות ואחיות טיפת חלב ומרכזי האם והתינוק, בגילוי וטיפול ראשוני בחרדה ובדיכאון בקרב הנשים ההרות שבטיפולם. לפיכך, ראוי כי הצוות הרב מקצועי ילמד אודות מצבים רגשיים של נשים במהלך ההריון וההשפעות ההורמונאליות בתקופה זו על מצבה הרגשי של האישה, תוך שימת דגש על השלכות המצב הרגשי על התקדמות ההריון ומצבו של העובר ובהמשך הילוד. הגברת המודעות בקרב הצוות המטפל תוביל להבנת רציונאל הטיפול ושיפור שיתוף הפעולה של המטפלים בתוכניות לאיתור נשים בסיכון לפיתוח דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה.

סיקור מוקדם של אוכלוסיות נשים רחבות בזמן ההריון צריך לכלול את הנשים שאינן מגיעות למעקב בזמן ההריון בתחנות לטיפול באם ובתינוק (Jardri et al., 2006). נשים שהריון בסיכון עקב גורמים אימהיים או עובריים, למשל, אינן מגיעות למעקב בקהילה, אלא נמצאות בטיפול ביתי או לחילופין

מגיעות למסגרות הטיפול המיועדות לנשים בהריון בסיכון (Gorman, 1995 אצל Leichtentritt et al., 2005). ראוי לציין כי, לאור פיתוחים טכנולוגיים ברפואה וטיפול הפרייה חוץ גופנית, בשנים האחרונות חלה עליה במספר הנשים שהריון בסיכון גבוה (Leichtentritt et al., 2005). ההשלכות הקשות של הריון בסיכון גבוה עשויות לפגוע ביצירת הקשר הראשוני של האם עם הילוד ומובילות לקשיי התמודדות של האם במהלך ההריון ולאחר הלידה (Besser et al., 2002). לאור האמור לעיל, ניתן לשער כי נשים שהריון בסיכון גבוה נמצאות בסיכון מוגבר לפתח דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה. מחקר שנעשה בצרפת ביחידה שמתמחה בטיפול בהריון בסיכון בדק את שכיחות הדיכאון לאחר לידה בקרב נשים בהריון בסיכון ומצא כי 25% מהנשים שהשתתפו במחקר נמצאות בסיכון לפתח דיכאון לאחר לידה (Adouard et al., 2005). ובישראל שכיחות התופעה בקרב קבוצה זו טרם נבדקה.

ניתן לפתח תוכניות מניעה שיוצעו לנשים בסיכון לפיתוח דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה כבר בתחילת הריון, בהתאם להימצאותם של גורמי הסיכון השונים לפתח דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה. נשים שחוו אירועי חיים מעוררי דחק סמוך להריון וללידה, נשים ללא רשת תמיכה חברתית ומשפחתית נמצאות בסיכון גבוה יותר לפתח דיכאון הריוני ו/או דיכאון לאחר לידה (Perfetti et al., 2004; Robertson et al., 2004).

רופאים ואחיות המטפלים בנשים ההרות צריכים להיות רגישים להבדלים תרבותיים ולהיות ערניים לקבוצות בעלות פוטנציאל לפגיעות כמו למשל: נשים שהריון מוגדר כהריון בסיכון גבוה, נשים המבטאות בעיות בחיי הנישואים, בעלות תמיכה חברתית נמוכה ונשים בעלות היסטוריה קודמת של דיכאון; כדי לעשות אבחון מוקדם של דיכאון בהריון ולספק התערבויות יעילות העשויות להפחית באופן משמעותי את ההשפעה ההרסנית שיש לדיכאון בזמן ההריון כגון: שירותים המכוונים לתמיכה חברתית, הדרכה, יעוץ וטיפול פרטני (Louma, Tamminen & Kaukonen, 2001; Mckee et al., 2001).

לבסוף, ראוי כי קובעי מדיניות הבריאות וכן אנשי הטיפול בשירותי הרפואה הראשונית (מרפאות קהילה, מרכזי בריאות האישה, טיפות חלב, מרכזי טיפול באם ובתינוק), יהיו מודעים יותר למחירים החברתיים העצומים של דיכאון הריוני ודיכאון לאחר לידה. פיתוח מודלים והרחבת תוכניות האיתור של נשים בסיכון לדיכאון הריוני ולאחר לידה מתבקשים, אם בכוונתנו להצליח בהפחתת ההשלכות הקשות וארוכות הטווח של הדיכאון הריוני והדיכאון שלאחר הלידה.

המלצות למחקרים נוספים

מספר חוקרים התמקדו בקשר האפשרי בין הרצון להניק בתקופת ההריון וההנקה בפועל ובין דיכאון לאחר לידה (Eberhard-Gran, Eskild, Tambs, Samuelsen & Opjordsmoen, 2002). למיטב ידיעתי, עד כה לא פורסמו מחקרים שבדקו את הקשר בין דיכאון הריוני ובין הנקה ו/או קשיים בהנקה. מחקרי המשך שיבדקו קשר זה יוסיפו נדבך נוסף להבנת ההשלכות ארוכת הטווח של הדיכאון ההריוני. קבוצת נשים הנמצאת בסיכון לפתח תסמיני דיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה כוללת נשים אשר סובלות מהפרעות הורמונאליות ומדווחות על תסמונת קדם וסתית קשה ו/או תגובה רגשית קשה לגולות למניעת הריון (Bloch, Daly & Rubinow, 2003; Bloch et al., 2006). המחקר הנוכחי, בדומה למחקרים נוספים שבוצעו בארץ (אלפיומי-זיאדנה, 2009; Dankner, Besser, Priel & Wiznitzer, 2002; Goldberg, Fisch & Crum, 2000; Glasser et al., 2000, 2011; Greenhouse, 2007; Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi & Rotmensch, 2005), לא בדק מדדים פיזיולוגיים ורמות הורמונאליות. מן הראוי לבצע בהמשך מחקר מקיף המשלב הערכת מדדים פיזיולוגיים כגון: לחץ דם, דופק, מספר נשימות, רמת חמצון וכדומה וכן בדיקות דם לרמות הורמונאליות ובחינת הקשר לנוכחות תסמיני הדיכאון בתקופת ההריון ולאחר הלידה.

היבט נוסף למצבים רגשיים הקשורים להריון, אשר לא זכה לתשומת לב מספקת בספרות, הינו השפעת ההריון על בני הזוג/הבעלים. הספרות המחקרית עד כה הדגישה את ההשפעה של גורמי סיכון אישיים ופסיכו-סוציאליים על דיכאון בתקופת ההריון ולאחר לידה בקרב נשים. אולם מחקרים ספורים בלבד התייחסו לגורמי סיכון בקרב אבות ולדיכאון בקרב האבות בתקופת ההריון ולאחר הלידה. במחקר חתך שהתקיים בוולנסיה שבספרד, בו השתתפו 687 נשים בשליש האחרון להריון ובני זוגן ($n=669$), נמצא שדיכאון אימהי בתקופת ההריון הינו מנבא חזק לדיכאון בקרב האב, וכן נמצא שהעדר תמיכה חברתית רגשית ויחסים זוגיים דלים קשורים אף הם לדיכאון בקרב גברים בתקופת ההריון ו/או לאחר הלידה (Escriba-Aguir, Gonzalez-Galarzo, Barona-Vilar & Artazcoz, 2008).

ביבליוגרפיה

- אבו-בדר, ס. וגרדוס, י. (2010). *ספר הנתונים הסטטיסטים על הבדואים בנגב*. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב ומרכז רוברטו ה. ארנו לחקר החברה הבדואית והתפתחותה.
- אליצור, א., טיאנו, ש., מוניץ, ח. ונוימן, מ. (2002). *פרקים נבחרים בפסיכיאטריה, תל-אביב: פפירוס*.
- אלפיומי-זיאדנה, ס. (2009). *הקשר בין מאפיינים משפחתיים וסוציו-דמוגרפים לבין דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בדואיות בנגב*. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך בבריאות הציבור. אוניברסיטת בן גוריון בנגב, באר שבע.
- אלקרינאווי, ע. ומאסס, מ. (1994). *כשגבר פוגש אישה – גם השטן נוכח. חברה ורווחה, 14(2), 181-196*.
- בר-נתן, ר. (2004). *מסמך רקע בנושא: דיכאון בקרב נשים. מוגש לוועדה לקידום מעמד האישה*. ירושלים: הכנסת – מרכז מחקר ומידע.
- גלסר, ש. ובראל, ו. (1999). *כלי יישומי למחקר ואיתור דיכאון לאחר לידה. הרפואה, 136(10), 764-768*.
- גלסר, ש. (2010). *דיכאון לאחר לידה: איתור מוקדם בשירותי בריאות ראשוניים בישראל*. בתוך: א. שריד, ד. סגל-אנגלצ'ין. וג. צוויקל (עורכות). *פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל 101-89*. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- גרוס, ר. וברמלי-גרינברג, ש. (2000). *בריאות ורווחה של נשים בישראל: ממצאי סקר ארצי. גוינט – מכון ברוקדייל*.
- דולב, צ. (2003). *נשים, הורמונים ומצבי רוח*. פתח תקווה: ספרות עכשיו.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2004). *דתיים במדינת ישראל*. נדלה בתאריך 21.12.2011, מהאתר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה <http://www.cbs.gov.il/archive/quarterly>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2006). *תמונת מצב העיר הבירה – ירושלים*. נדלה בתאריך 21.12.2011, מהאתר של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה <http://www.cbs.gov.il/archive/quarterly>
- זידנברג, ח. (2010). *ההורמונים בגיל המעבר ומוח האישה*. *Israeli Nursing Update, 1, 5-7*.
- כהן, מ. (1999). *מעמד האישה הבדווית בישראל – תמורות כלכליות וחברתיות*. *מעוף ומעשה, 5, 229-239*.
- לוי, ש. (1979). *המשפחה הבדואית בסיני. החברה להגנת הטבע, 10-15*.
- לוינסון, ד. (2011). *אפידמיולוגיה פסיכיאטרית – השוואה בין ישראל ומדינות אחרות, Medicine פסיכיאטריה, 17, 19-25*.

לורברבלט, מ., אקשטיין, נ., ובלוך, מ. (2008). הטיפול בנשים הסובלות מתסמונת דיספורית. *Psychiatry*

.12-15, 1, Update Review

פרי, ת., ניצן, ז., קפלן, ב. ובן רפאל, צץ (1999). דיכאון לאחר לידה. הרפואה, 136 (ב), 37-42.

צוויקל, ג. וברק, נ. (2002). בריאות ורווחה של נשים בדואיות בנגב. נייר עבודה מס' 21. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

רומם, פ. (2010). דיכאון לאחר לידה. *Israeli nursing update*, 2, 3-5.

שריד, א., סגל-אנגלצ'ין, ד. וצוויקל, ג. (2010). גורמי סיכון ללידה טראומטית ומשמעותה מנקודת המבט של הנשים. בתוך: א. שריד, ד. סגל-אנגלצ'ין. וג. צוויקל (עורכות). פסיפס גופנפש: בריאות נשים בישראל (67-88). באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N.M.C., & Golsé, B. (2005). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 89-95.

Angst, J. & Dobler-Mikola, A. (1984). Do the diagnostic criteria determine the sex ratio in depression? *Journal of Affective Disorders*, 7, 189-198.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lepine, J.P., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES 1 and 2 studies. *European Arch Psychiatry Clinical Neurosis*, 252, 201-209.

Austin, M.P., Pavlovic, D.H., Leader, L., Saint, K. & Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life events stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 183-190.

Bebbington, P.E. (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bringing the gap. *International Review of Psychiatry*, 8, 295-332.

Bebbington, P.E. (1998). Sex and depression. *Psychological Medicine*, 28, 1-8

- Beck, C.T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: a meta analysis. *Archives of Psychiatry Nurse*, 12, 12-20.
- Beck, C.T. (2001). Predictor of postpartum depression: an update. *Nurse Research*, 50, 275-285.
- Bergmam, K., Sarkar, P., O'Connor, T.G., Modi, N. & Glover, V.(2007). Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infant. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1454-1463.
- Besser, A., Priel, B., & Wiznitzer, A. (2002). Childbearing depressive symptomatology in high-risk pregnancies: The roles of working models and social support. *Personal Relationships*, 9, 395-413.
- Blazer, D.G., Kessler, R.C., McGonagle, K.A. & Swartz, M.S. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979-986.
- Bloch, M., Daly, R.C., & Rubinow, D.R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorder. *Journal of Affective Disorders*, 88, 9-18.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry*, 28, 3-8.
- Boath, E.H., Pryce, A.J. & Cox, J.L. (1998). Postnatal depression: the impact on the family. *Journal Reproduction Infant Psychology*, 16, 199-203.
- Boyd, R.C., Le, H.N. & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives Women Mental Health*, 8, 141- 153.

- Buist, A.E., Barnett, B.E.W., Milgrom, J., Pope, S., Condon, J.T., Ellwood, D.A., Boyce, P.M., Austin, M.P.V. & Hayes, B.A. (2002). To screen or not to screen – that is the question in perinatal depression. *MJA*, 177, 101-105.
- Caplan, H.L., Cogill, S.R., Alexandra, H., Robson, K.M., Katz, R. & Kumar, R. (1989). Maternal depression and the emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 154, 818-822.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A. & Craig, I.W. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Coghill SR, Caplan HL, Alexander H. (1986). Impact of maternal depression on cognitive development of young children. *British Medical Journal*, 292, 1165-1167.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Craig, T.K.J. (1996). Adversity and depression. *International Review of Psychiatry*, 8, 341-353.
- Culbertson, F.M. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, 52(1), 25-31.
- Dalgard, O.S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J.L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J.L., Page, H. & Dunn, G.(2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry Epidemiological*, 41(6), 444-451.
- Dankner, R., Goldberg, R.P., Fisch, R.Z., & Crum, R.M. (2000). Cultural elements of postpartum depression. A study of 327 Jewish Jerusalem women. *Journal Reproduce Medicine*, 45(2), 97-104.

- Dean, C., Williams, R.J., Brockington, I.F. (1989). Is puerperal psychosis the same as bipolar manic-depressive disorder? A family study. *Psychological Medicine*, 19, 637-647.
- Diter, J.N.I., Field, T., Hernandez-Reif, M., Jones, N.A., LeCanuet, J.P., Salmon, F.A. & Redzepi, M. (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetric and Gynecologic*, 21, 468-473.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S.O. & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 426-433.
- Escriba-Aguir, V., Gonzalez-Galarzo, M.C., Barona-Vilar, C. & Artazcoz, L. (2008). Factors related to depression during pregnancy: are there gender differences? *Journal Epidemiologic Community Health*, 62, 410-414.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S., & Golding, J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323, 257-260.
- Faisal-Cury, A. & Menezes, P.R. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 25-32.
- Felice, E., Saliba, J., Grech, V. & Cox, J. (2004). Prevalence rates and psychological characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum in Maltese women. *Journal of Affective Disorders*, 82, 297-301.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R. & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depression and Anxiety*, 17, 140-151.
- Friedman, S.H., & Resnick, P.J. (2009). Postpartum Depression : an update. *Women's Health*, 5(3), 287-295.

- Garvey, M.J., Tuason, V.B., Lumry, A.E., & Hoffmann, N.G. (1983). Occurrence of depression in the postpartum state. *Journal of Affective Disorders*, 5, 97–101.
- Gerson, K. (2004). Understanding work and family through a gender lens. *Community, Work and Family*, 7, 163-178.
- Ghubash, R., Abou-Saleh, M.T. & Daradkeh, T.K. (1997). The validity of the Arabic Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Social Psychiatry Epidemiologic*, 32, 474-476.
- Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. & Gray, R. (2009). A Systematic review of studies Edinburgh Postnatal Depression Scale in ante partum and postpartum women. *Acta Psychiatrica Scand*, 119, 350 – 364.
- Glasser, S., & Barell, V. (1999). Depression scale for research in and identification of postpartum depression. *Harefuah*, 136 (10), 764-768.
- Glasser, S., Barell, V., Boyko, V., Ziv, A., Lusky, A., Shoham, A., & Hart, S. (2000). Postpartum depression in an Israeli cohort: demographic, psychosocial and medical risk factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21 (2), 99-108.
- Glasser, S., Stoski, E., Kneler, V. & Magnezi, R. (2011). Postpartum depression among Israeli Bedouin women. *Archives of Women's Mental Health*, 14(3), 203-8.
- Glover, V. (2011). Annual Research Review: prenatal stress and the origin of psychopathology: an evolutionary perspective. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4). 356-367.
- Glover, V. & O'Connor, T.G. (2002). Effects of antenatal stress and anxiety Implications for development and psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 389-391.
- Glover, V., Teixeira, J., Gitau, R. & Fisk, N.M. (1999). Mechanisms by which maternal mood in pregnancy may affect the fetus. *Obstetric and Gynecologic*, 12, 1-6.

- Green, J.M. & Marray, D. (1994). The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria In: perinatal psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *London. Gaskell Press*, 180-198.
- Greenhouse, L. (2007). Effects of antenatal depression and antidepressant treatment on gestational age at birth and risk of preterm birth. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1213-1216.
- Grigoriadis, S. & Robinson, G.E. (2007). Gender issues in depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 247-255.
- Guendouzi, J. (2006). "The Guilt Thing": Balancing domestic and professional roles. *Journal of Marriage and Family*, 68, 901-909.
- Halbreich, U. & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 91, 97-111
- Hammen, C. (2005). Stress and Depression. *Annual Review Clinical Psychological*, 1, 293-319.
- Hanusa, B.H., Hudson-Scholle, S., Haskett, R.F., Spadaro, K. & Wisner, K.L. (2008). Screening for depression in the postpartum period : A comparison of three instruments. *Journal of Women's Health*, 17 (4), 585-596.
- Harvey, I., McGrath, G. (1998). Psychiatric morbidity in spouses of women admitted to a mother and baby unit. *British journal of Psychiatry*, 152, 506-510.
- Heron, J., O'Connor, T.G., Evans, J., Golding, J. & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 80, 65-73.

- Hofberg, K., & Ward, M.R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935),505-510.
- Hopkins, J., Campbell, SB. & Marcus M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-41
- Iancu, I., Horesh, N., Lepkifker, E. & Drory, Y. (2003). An epidemiological study of depressive symptomology among Israeli adults: prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, 40, 82-89.
- Jardri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X., & Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 93, 169-179.
- Josefsson, A., Angelsioo, L., Berg, G., et al. (2002). Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstetric and Gynecologic*, 99, 223-228.
- Judge, T.A., Ilies, R. & Scott, B.A. (2006). Work-Family conflict and emotions: effect at work and home. *Personnel Psychology*, 59, 779-814.
- Kabir, K., Sheeder, J., & Kelly, L.S. (2008). Identifying postpartum depression : are 3 questions as good as 10 ? *Pediatrics*, 122, 696-702.
- Kammerer, M., Taylor, A. & Glover, V. (2006). The HPA axis and prenatal depression: a hypothesis. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 187-196.
- Kaplan, G., Glasser, S., Murad, H., Atamna, A., Alpert, G., Goldbourt, U. & Kalter-Leibovici, O. (2010). Depression among Arabs and Jews in Israel: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 931-939.

- Kendler, K.S., Kuhn, J. & Prescott, C.A. (2004). The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 631-636.
- Kendler, K.S. & Prescott, C.A. (1999). A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 56, 39-44.
- Kessler, R.C. (2001). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 163-174.
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R., Mattila, H. & Ylikorkala, O. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and the risk for preeclampsia. *Obstetric and Gynecology*, 95(4), 487-490.
- Leichtentritt, R.D., Blumenthal, N., Elyassi, A., & Rotemansch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. *Health and Social Work*, 30, 27-33.
- Lee, D.T.S., Yip, A.S.K., Chiu, H.F.K., Leung, T.Y.S., & Chung, T.K.H. (2001). A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *American Journal of Psychiatry*, 158 (2), 220-226.
- Levav, I., Al-Krenawi, A. & Ifrach, A. (2007). Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey. *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, 44, 104-113.
- Livingston, B.A. & Judge, T.A. (2008). Emotional responses to work-family conflict: An examination of gender role orientation among working men and women. *Journal of Applied Psychology*, 93(1), 207-216.

- Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health, 24*, 203-217.
- Lovestone, S. & Kumar, R. (1993). Postnatal psychiatric illness: the impact on partner. *The British Journal of Psychiatry, 163*, 210-216.
- Luoma, I., Tamminen, T. & Kaukonen, P. (2001). Longitudinal study of maternal depression symptoms and child well-being. *Journal Am Academic child and Adolescent Psychiatry, 40*, 1367-1374.
- Maume, D.J. (2006). Gender differences in restricting work efforts because of family responsibilities. *Journal of Marriage and Family, 68*, 859-869.
- McKee, M.D., Cunningham, M., Jankowski, K.R.B. & Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in multi-ethnic population. *Obstetric & Gynecology, 97*(6), 988-993.
- Mitchell, A.M., Mittelstaedt, M.E. & Schott-Baer, D. (2006). Postpartum depression: The reliability of telephone screening. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 31*(6), 382-387.
- Monroe, S.M. & Harkness, K.L. (2005). Life stress, the "Kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychological Review, 112*(2), 417-445.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 543-561.
- Murray, D. & Cox, J.L. (1990). Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *Journal Reproduce Infant Psychological, 8*(2), 99-107.

- Murray, L. & Carothers, A. (1990). The validation of the Edinburgh Post-natal Depression Scale on a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 157, 288-301.
- Murray, L. & Cooper, P.J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychology Med*, 27, 253-260.
- Murray L., Hipwell A., Hooper R. (1996). The cognitive development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 927-935.
- Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., Ducournau, P., Turner, P. & Stein, A.(1990). The socio-emotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychological and Psychiatry*, 40, 1259-1271.
- Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R. & Cooper P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother–infant interactions and later infant outcome. *Child Developmental*, 67, 2512-2526.
- Nazroo, J.Y., Edwards, A.C. & Brown, G.W. (1997). Gender differences in onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychological Medicine*, 27, 9-19.
- Noble, R.E. (2005). Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental*, 54(1), 49-52.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender difference in depression. Handbook of Depression. New-York: Guilford. 492-509.
- O'Connor, T.G., Heron, J. & Glover, V. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477.

- O'Donnell, K., O'Connor, T.G. & Glover, V. (2009). Prenatal stress and neurodevelopment of the child: focus on the HPA axis and role of the placenta. *Developmental Neuroscience*, 31(4), 285-292.
- O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A. & Varner, M.W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorder: psychological environmental and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychological*, 100, 63-73.
- O'Hara, M.W. & Swain, A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry and Neurosis*, 33(4), 302-318.
- Peindl, K.S., Wisner, K.L. & Hanusa, B.H. (2004). Identifying depression in the first postpartum year: Guidelines for office-based screening and referral. *Journal of Affective Disorder*, 80, 37-44.
- Perfetti, J., Clark, R., & Fillmore, C.M. (2004). Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *Wisconsin Medical Journal*, 103(6), 56-63.
- Priest, S.R., Austin, M.P., Barnett, B.B., & Buist, A. (2008). A psychosocial risk assessment model (PRAM) for use with pregnant and postpartum women in primary care settings. *Arch. Women's Mental Health*, 11, 307 – 317.
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), 486-492.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K.Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J. & Merikangas, K.R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and the risk of depression. A meta analysis. *Journal of American Medical Association*, 301(23), 2462-2471.

- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. & Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26, 289-295.
- Safford, S.M., Alloy, L.B., Abramson, L.Y. & Crossfield, A.G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99, 147-154.
- Schaper, A.M., Rooney, B.L., Kay, N.R., & Silva, P.D. (1994). Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to identify postpartum depression in a clinical setting. *Journal Reproduce Medicine*, 39, 620–624.
- Sinclair, D. & Marray, L. (1998). Effect of postnatal depression on children's adjustment to school: teacher's reports. *The British Journal of Psychiatric*, 172, 58-63.
- Spinhoven, P. & Kooiman, C.G. (1997). Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 87-94.
- Stuart, S. & O'Hara, M.W. (1995). Treatment of postpartum depression with interpersonal psychotherapy. *Archives General Psychiatric*, 52, 75-76.
- Stowe, Z.N. & Nemeroff CH. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetric and Gynaecologic*, 173, 639– 45.
- Talge, N.M., Neal, C. & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 245-261.
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of findings. *Australia New-Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 173-182.

- Vivilaki, V.G., Dafermos, V., Kogevinas, M., Bitsios, P. & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health, 9*, 329-331.
- Wadhwa, P.D., Porto, M., Garite, T.J., Chicz-DeMet, A. & Sandman, C.A. (1998). Maternal corticotrophin-releasing hormone levels in the early third trimester predict length of gestation in human pregnancy. *American Journal of Obstetric and Gynecologic, 179*, 1079-1085.
- Webster, J., Linnane, J.W., Dibley, L.M. & Pritchard M. (2000). Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Australia New Zealand Journal of Obstetric and Gynaecologic, 40*(4), 409– 12.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.-K., Lellouch, J., Lepine, J.-P., Newman, S.C., Rubio-Stipc, M., Wells, E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H.-U., & Yeh, E.-K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association, 276*, 293–299
- Wetzler, S., Kahn, R.S., Cahn, W., Van-praag, H.M. & Asnis, G.M. (1990). Psychological test characteristics of depressed and panic patients. *Psychiatry Research, 31*, 179-192.
- Wilhelm, K., Mitchell, P.B., Niven, H., Finch, A., Wedgwood, L., Scimone, A., Blair, I., Parker, G., & Schofield, P.R. (2006). Life events, first depression onset and the serotonin transporter gene. *The British Journal of Psychiatry, 188*, 210-215.
- Wilhelm, K., Parker, G. & Dewhurst, J. (1998). Examining sex differences in the impact of anticipated and actual life events. *Journal of Affective Disorders, 48*, 37-45.

- Wisner, K.L., Zarin, D.A., Holmboe, E.S., Appelbaum, P.S., Gelenberg, A.J., Leonard, H.L. & Frank, E. (2000). Risk-benefit decision making for treatment of depression during pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 1933-1940.
- Yonkers, K.A. & Chantilis, S.J. (1995). Recognition of depression in obstetric/gynecology practices. *The American Journal of Obstetric and Gynecology*, 173, 632-638.
- Zuroff, D.C., Mongrain, M. & Santor, D.A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression. *Psychological*, 130, 489-511.

נספחים

- נספח 1 - אישור ועדת הלסינקי מתאריך 23/08/2010.
- נספח 2 - אישור מחוז דרום לביצוע המחקר - מרץ 2011.
- נספח 3 - טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר שאינו ניסוי בבני אדם של ועדת הלסינקי.
- נספח 4 - חבילת שאלונים למילוי עצמי למשתתפות במחקר
- נספח 5 - שאלון אדינבורו מקודד לאחות.
- נספח 6 - מודל מוצע להתערבות הצוות המטפל בקהילה של "שירותי בריאות כללית", אגף הסיעוד-חטיבת הקהילה (מתוך תוכנית חלוץ לנשים הרות ולאחר לידה של משרד הבריאות-1999).



טופס 5 - עמוד 1 מתוך 2
אישור מנהל המוסד הרפואי / מי שהסמיך

תאריך: 23/08/2010

לכבוד

אלינה קופיטמן

סיעוד חטיבת נשים

הנדון: אישור לביצוע מחקר שאינו ניסוי בבני-אדם

בהתאם לבקשתך ניתן בזה אישור מספר 10588 לביצוע המחקר לפי תוכנית המחקר שצורפה לבקשה.

מספר הבקשה: 10588

נושא המחקר:

שיעורי דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בהריון בסיכון גבוה לעומת נשים בהריון תקין.

בתוקף סמכותי מכוח חוזר מנכ"ל 15/2006, לתת אישור לעריכת מחקר שאינו ניסוי רפואי בבני-אדם, במוסד הרפואי סורוקה, לאחר שהבקשה אושרה על-ידי תת-ועדת הלסינקי המוסדית בתאריך: 23/08/2010 ולאחר ששוכנעתי כי המחקר הינו בהתאם לעקרונות של הצהרת הלסינקי ונוהל אישור מחקרים שאינם ניסוי רפואי בבני-אדם, הנני מאשר את בצוע המחקר בכפוף לתנאים הבאים:

תנאי האישור:

- (1) המחקר יבוצע לפי העקרונות של הצהרת הלסינקי ועל-פי דרישות הנוהל לאישור מחקרים שאינם ניסוי רפואי בבני-אדם ודרישות הנהלים הבין-לאומיים העדכניים.
- (2) המחקר ינתן רק לאחר מתן הסבר למשתתפ/ת או לנציגו/ה החוקי והחתמתו/ה על טופס הסכמה מדעת שצורף לבקשה.
- (3) כל שינוי, תוספת או סטייה מתוכנית המחקר, טעון אישור בכתב של תת-ועדת הלסינקי של המוסד הרפואי ו/או של משרד הבריאות.



טופס 5 - עמוד 2 מתוך 2
אישור מנהל המוסד הרפואי / מי שהסמיך

- (4) על החוקר הראשי במחקר לדווח לתת-וועדת הליסינקי של המוסד הרפואי על הפסקת המחקר.
- (5) הארכת תוקף הניסוי הרפואי: חודשיים בטרם חלוף התקופה המאושרת לבצוע המחקר חובה על החוקר הראשי להעביר דו"ח התקדמות על מהלך המחקר לוועדת הליסינקי של המוסד הרפואי. הועדה תודיע על החלטתה לגבי המשך המחקר למנהל המוסד הרפואי. המנהל ינפיק אישור חדש למחקר.
- (6) בתום המחקר יגיש החוקר הראשי לוועדת הליסינקי, דו"ח מסכם על מהלך המחקר ותוצאותיו.
- (7) האישור ניתן לחוקר הראשי ולמוסד הרפואי המצוינים לעיל ואינו ניתן להעברה לאחר.
- (8) הגבלות נוספות:

(9) תוקף האישור: 31/08/2011

ב ה צ ל ח ה !

בכבוד רב,
ד"ר מיכאל שרף
מנהל המרכז הרפואי סורוקה
מנהל המוסד הרפואי
26/08/2011

העתק: יו"ר ועדת הליסינקי המוסדית



הנהלת מחוז דרום
הנהלה הרפואית

16 מרץ 2011

לכבוד
גב' אלינה קופיטמן

הנדון: "דיכאון לאחר לידה בקרב נשים בהריון בסיכון גבוה לעומת נשים בהריון תקין"

שלום רב,

בקשתך נדונה בהנהלה הרפואית של מחוז דרום והוחלט לאשר את בקשתך לבצע את המחקר.

במחקרים קליניים – יש להעביר את הבקשה לאישור באגף רפואה, חטיבת הקהילה (אל פרופ' מיכאל פינגולד, פניה באמצעות הגב' אלונה בלוסון)

במידה ונדרשת הוצאת נתונים כלשהיא מבסיסי הנתונים של הכללית – יש להעביר את הבקשה לאישור משרד הרופא הראשי (באמצעות פניה במייל אל הגב' עמית בן משה סיף) יש לציין כי בשלב הנוכחי, אין אפשרות לבצע כריית נתונים על-ידי המחלקה הכלכלית במחוז דרום.

יש לנהל את המחקר בכפוף לאישור ועדת הסיניקי. אנא תשומת ליבך שמבוצעת בקרה על הליך המחקר על כל המחקרים המבוצעים כיום בכללית.

אנו מאחלים לך הצלחה בביצוע ופרסום המחקר.
נא להעביר אלינו דו"ח על התקדמות המחקר תוך שנה.

בברכה,

ד"ר ארנון כהן
רכז מחקר – מחוז דרום

ד"ר יהודה לימוני
מנהל רפואי – מחוז דרום

העתקים:

מחוז דרום –

מר אמיר שרף – מנהל המחלקה הכלכלית, מחוז דרום

גב' שוש פלג – ע. מנהל רפואי, הנהלה רפואית, מחוז דרום

הנהלה ראשית –

פרופ' חיים ביטרמן - רופא ראשי, הנהלה ראשית

גב' אורנית בר טל – מנהלת מחלקת אסטרטגיה ומחקר, משרד הרופא הראשי, הנהלה ראשית

ד"ר רן בליצר – מנהל מכון כללית למחקר ומנהל מחלקת תכנון מדיניות בריאות ומחקר, משרד הרופא

הראשי, הנהלה ראשית

גב' דורית קרש – משרד הרופא הראשי, הנהלה ראשית

ד"ר ניקי ליברמן – ראש אגף רפואה, חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית

ד"ר שוש ויילר – יו"ר השרות המרכזי לבקרת ניסויים קליניים, חטיבת בתי החולים, הנהלה ראשית

פרופ' מיכאל פינגולד – מנהל מחלקת מחקר, חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית

גב' אלונה בלוסון – חטיבת הקהילה, הנהלה ראשית



נספח 3 – טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר שאינו ניסוי בבני אדם של ועדת הלסינקי

מס"ד _____

הסכמה מדעת להשתתפות במחקר שאינו ניסוי רפואי בבני אדם

אני החתום מטה:

שם פרטי ומשפחה:	
מס' תעודת זהות:	
כתובת:	מיקוד:
מספר טלפון להתקשרות:	

(א) מצהיר/ה בזה כי אני מסכים/ה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.

(ב) מצהיר/ה בזה כי הוסבר לי על-ידי:

שם המסביר: נעמה חייט / פליסה פרחגרווד / אחר: _____
--

- (1) כי החוקרת הראשית גב' אלינה קופיטמן קיבלה ממנהל המוסד הרפואי אישור לביצוע המחקר.
- (2) כי המחקר נערך בנושא: תגובות רגשיות של נשים במהלך ההריון ולאחר הלידה.
- (3) כי אני חופשי/ה לבחור שלא להשתתף במחקר, וכי אני חופשי/ה להפסיק בכל עת השתתפותי במחקר, כל זאת מבלי לפגוע בזכותי לקבל את הטיפול המקובל.
- (4) כי מובטח שזהותי האישית תשמר סודית על ידי כל העוסקים והמעורבים במחקר ולא תפורסם בכל פרסום כולל בפרסומים מדעיים.
- (5) כי במקרה של מילוי שאלון – אני רשאית שלא לענות על כל השאלות שבשאלון או על חלק מהן.

(ג) הנני מצהיר/ה כי נמסר לי מידע מפורט על המחקר ובמיוחד על הפרטים הבאים:

- (1) במסגרת המחקר אני מתבקשת לענות על שאלון המתייחס למצבי הבריאותי והרגשי בשתי נקודות זמן: במהלך ההריון ולאחר הלידה.
- (2) בשלב הראשון מילוי השאלון אורך כ- 15 דקות. בשלב השני, כחודשיים לאחר הלידה החוקרים יצרו עימי קשר טלפוני על מנת לקבל מידע אודות מהלך הלידה והרגשתי.
- (3) אני נותנת את רשותי לקבל גישה למידע אשר ילקח מהתיק הרפואי, וזאת כמובן תוך שמירה על פרטיות וסודיות.
- (4) במידה ויהיה צורך, בהתאם לתוצאות השאלון, המידע יועבר לאחות אחראית/עו"ס/רופא.

(ד) הנני מצהיר/ה בזה כי הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינותי את כל האמור לעיל.

שם המשתתפת במחקר	חתימת המשתתפת במחקר	תאריך

הצהרת המסביר:

שם המסביר:	חתימתו	תאריך
נעמה חייט / פליסה פרחגרווד		
אחר: _____		



נספח 4 – חבילת שאלונים למילוי עצמי למשתתפות במחקר

מס"ד _____

משתתפת יקרה,

לפניך שאלון קצר שבעזרתו נוכל לדעת איך את מרגישה. לשאלון אין תשובות נכונות או לא נכונות, חשוב שתסמני את התשובה שמתארת בצורה הטובה ביותר את הרגשתך במהלך השבוע האחרון.

כיצד את מרגישה במהלך שבוע הימים האחרונים ? אנא סמני ✓ במשבצת התשובה המתאימה לך ביותר.

<p>6. הרגשתי שהדברים קשים לי מידי</p> <p><input type="checkbox"/> כן, רוב הזמן לא הצלחתי להתמודד כלל</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לפעמים לא הצלחתי להתמודד כרגיל</p> <p><input type="checkbox"/> רוב הזמן התמודדתי די טוב</p> <p><input type="checkbox"/> לא, התמודדתי כתמיד</p>	<p>1. הייתי מסוגלת לצחוק ולראות את הצד המצחיק שבדברים</p> <p><input type="checkbox"/> באותה מידה כמו תמיד</p> <p><input type="checkbox"/> פחות מתמיד</p> <p><input type="checkbox"/> הרבה פחות מתמיד</p> <p><input type="checkbox"/> בכלל לא</p>
<p>7. הייתי כ"כ אומללה שהיה קשה לי לישון</p> <p><input type="checkbox"/> כן, בדרך כלל</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לפעמים</p> <p><input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות</p> <p><input type="checkbox"/> כלל לא</p>	<p>2. ציפיתי בהנאה לקראת דברים</p> <p><input type="checkbox"/> באותה מידה כמו תמיד</p> <p><input type="checkbox"/> קצת פחות מתמיד</p> <p><input type="checkbox"/> הרבה פחות מתמיד</p> <p><input type="checkbox"/> כמעט בכלל לא</p>
<p>8. הרגשתי עצובה או אומללה</p> <p><input type="checkbox"/> כן, רוב הזמן</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לעיתים קרובות</p> <p><input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות</p> <p><input type="checkbox"/> כלל לא</p>	<p>3. האשמתי את עצמי ללא הצדקה כאשר דברים השתבשו</p> <p><input type="checkbox"/> כן, רוב הזמן</p> <p><input type="checkbox"/> כן, חלק מהזמן</p> <p><input type="checkbox"/> לא לעיתים קרובות</p> <p><input type="checkbox"/> אף פעם</p>
<p>9. הרגשתי כ"כ אומללה שבכיתי</p> <p><input type="checkbox"/> כן, רוב הזמן</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לעיתים קרובות</p> <p><input type="checkbox"/> רק מידי פעם</p> <p><input type="checkbox"/> בכלל לא</p>	<p>4. הרגשתי דואגת וחרדה ללא סיבה</p> <p><input type="checkbox"/> כלל לא</p> <p><input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לפעמים</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לעיתים קרובות מאוד</p>
<p>10. המחשבה לפגוע בעצמי עלתה במוחי</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לעיתים קרובות</p> <p><input type="checkbox"/> לפעמים</p> <p><input type="checkbox"/> כמעט בכלל לא</p> <p><input type="checkbox"/> בכלל לא</p>	<p>5. הרגשתי מפוחדת ומבוהלת ללא סיבה מוצדקת</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לעיתים קרובות</p> <p><input type="checkbox"/> כן, לפעמים</p> <p><input type="checkbox"/> לעיתים רחוקות</p> <p><input type="checkbox"/> כלל לא</p>



מס"ד _____

לפניך שאלות המתייחסות למצבך הבריאותי והרגשי.

נא הקיפי בעיגול את התשובה המתאימה לך.

1. האם סבלת מדכדוך לאחר לידה בלידות קודמות: כן / לא / לא רלוונטי
2. האם סבלת מירידה בתפקוד / חוסר תאבון / קושי בלטפל בתינוק לאחר לידות קודמות:
כן / לא / לא רלוונטי
3. האם סבלת מדיכאון / חרדה בעבר: כן / לא אם כן, מתי _____
4. האם באותה תקופה היית במעקב / טיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי: כן / לא
5. במידה וכן, איזה סוג טיפול קבלת? שיחות / טיפול תרופתי / שיחות + טיפול תרופתי
6. האם במהלך ההיריון סבלת מבחילות והקאות שהביאו אותך לפנייה לגורמים רפואיים?
כן / לא (כמה פעמים _____)
איזה סוג טיפול קיבלת _____
7. האם את סובלת ממחלות כרוניות, בבקשה צייני אלו מחלות _____

8. בשבוע האחרון כמה סיגריות בערך עישנת ביום?
לא מעשנת / עד 10 סיגריות ליום / 10-20 סיגריות ליום / מעל 20 סיגריות ליום
9. חוץ משבתות וחגים, כמה פעמים שתית אלכוהול?
כלל לא / פעם בשבוע / פעמים-שלוש בשבוע / כמעט כל יום
10. האם אי פעם השתמשת בסמים? כן / לא
11. האם בתודש האחרון השתמשת בסמים? כן / לא

האם ברצונך להוסיף



מסייד _____

וכעת כמה שאלות על עצמך, סמני ✓ בתשובה המתאימה.

1. באיזה שנה נולדת? _____
2. באיזו ארץ נולדת? ישראל אחר: _____, שנת עלייה: _____
3. מהי השכלתך? יסודית תיכונית על-תיכונית תואר ראשון תואר שני
4. שפת אם: עברית ערבית רוסית אחר: _____
5. דת: יהודיה נוצרייה מוסלמית אחר: _____
6. זיקה לדת: חילונית מסורתית דתייה אחר: _____
7. מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה חיה עם בן זוג אחר: _____
8. האם יש לך ילדים? כן לא (אם כן, כמה: _____ גילאים: _____).
9. מקצוע: _____
10. האם הינך עובדת? כן לא
במידה וכן, צייני את היקף המשרה: חלקית מלאה
11. האם בן זוגך מובטל? כן לא (אם כן, כמה זמן? _____ חודשים/שנים).
12. באופן כללי האם את ומשפחתך מתקשים, לשלם עבור צרכים בסיסיים כגון: מזון וחשבונות הגז, מים, חשמל וטלפון?
 מתקשים מאוד מתקשים במידה מסוימת לא מתקשים כלל
13. האם את מרגישה שיש אנשים שאת יכולה לסמוך עליהם שיתמכו בך במהלך ההריון ולאחר הלידה?
בכלל לא / יש מספר אנשים שאוכל לסמוך עליהם / יש הרבה אנשים שאוכל לסמוך עליהם



מס"ד _____

דף למראיין למילוי מרשומות רפואיות

פרטים כלליים

1. נוסחה מילדותית: G__P__A__
2. שבוע הריון: _____
3. סיבת ביקור בקהילה: מעקב שגרתי בדיקות לפי שלבי ההריון אחר: _____
4. משך אשפוז נוכחי: מספר ימים _____ או... מספר ביקור באשפוז יום _____

היסטוריה רפואית

5. מחלות בהריון הנוכחי: יתר לחץ דם סוכרת אנמיה מחלות של קרישות יתר צירים מוקדמים שליית פתח בעיה אימהית (מחלה כרונית) דלקת במערכת השתן עיכוב בגדילה תוך רחמית ריבוי עוברים אחר: _____

6. אשפוזים במהלך ההריון נוכחי:

תאריך אשפוז: _____ סיבת אשפוז: _____ משך האשפוז: _____

תאריך אשפוז: _____ סיבת אשפוז: _____ משך האשפוז: _____

תאריך אשפוז: _____ סיבת אשפוז: _____ משך האשפוז: _____

7. מחלות בהריונות קודמים: לא רלוונטי / לא / כן, פרטי: יתר לחץ דם סוכרת אנמיה מחלות של קרישות יתר צירים מוקדמים שליית פתח בעיה אימהית (מחלה כרונית) דלקת במערכת השתן עיכוב בגדילה תוך רחמית ריבוי עוברים אחר: _____



נספח 5 – שאלון אדינבורו מקודד לאחות

שאלון ע"ש Edinburgh להערכת דיכאון לאחר לידה

שאלון מקודד לאחות

<p>6. הרגשתי שהדברים קשים לי מידי</p> <p>3 – כן, רוב הזמן לא הצלחתי להתמודד כלל</p> <p>2 – כן, לפעמים לא הצלחתי להתמודד כרגיל</p> <p>1 – רוב הזמן התמודדתי די טוב</p> <p>0 – לא, התמודדתי כתמיד</p>	<p>1. הייתי מסוגלת לצחוק ולראות את הצד המצחיק שבדברים</p> <p>0 – באותה מידה כמו תמיד</p> <p>1 – פחות מתמיד</p> <p>2 – הרבה פחות מתמיד</p> <p>3 – בכלל לא</p>
<p>7. הייתי כ"כ אומללה שהיה לי קשה לישון</p> <p>3 – כן, בדרך כלל</p> <p>2 – כן, לפעמים</p> <p>1 – לעיתים רחוקות</p> <p>0 – כלל לא</p>	<p>2. ציפיתי בהנאה לקראת דברים</p> <p>0 – באותה מידה כמו תמיד</p> <p>1 – קצת פחות מתמיד</p> <p>2 – הרבה פחות מתמיד</p> <p>3 – כמעט בכלל לא</p>
<p>8. הרגשתי עצובה או אומללה</p> <p>3 – כן, רוב הזמן</p> <p>2 – כן, לעיתים קרובות</p> <p>1 – לעיתים רחוקות</p> <p>0 – כלל לא</p>	<p>3. האשמתי את עצמי ללא הצדקה כאשר דברים השתבשו</p> <p>3 – כן, רוב הזמן</p> <p>2 – כן, חלק מהזמן</p> <p>1 – לא לעיתים קרובות</p> <p>0 – אף פעם</p>
<p>9. הרגשתי כ"כ אומללה שבכיתי</p> <p>3 – כן, רוב הזמן</p> <p>2 – כן, לעיתים קרובות</p> <p>1 – רק מידי פעם</p> <p>0 – בכלל לא</p>	<p>4. הרגשתי דואגת וחרדה ללא סיבה</p> <p>0 – כלל לא</p> <p>1 – לעיתים רחוקות</p> <p>2 – כן, לפעמים</p> <p>3 – כן, לעיתים קרובות מאוד</p>
<p>10. המחשבה לפגוע בעצמי עלתה במוחי</p> <p>3 – כן, לעיתים קרובות</p> <p>2 – לפעמים</p> <p>1 – כמעט בכלל לא</p> <p>0 – בכלל לא</p>	<p>5. הרגשתי מפוחדת ומבוהלת ללא סיבה מוצדקת</p> <p>3 – כן, לעיתים קרובות</p> <p>2 – כן, לפעמים</p> <p>1 – לעיתים רחוקות</p> <p>0 – כלל לא</p>

נספח 6 – מודל מוצע להתערבות הצוות המטפל בקהילה של "שירותי בריאות כללית", אגף הסייעוד, חטיבת הקהילה (מתוך תוכנית חלוץ לנשים הרות ולאחר לידה של משרד הבריאות – 1999)

הנחיות לאשה לפני העברת השאלון למילוי-עצמי

במסגרת שיפור השרות לנשים הרות ואחרי לידה, אנו משלביכ שימוש בשאלון קצר כדי להכיר ולתת מענה לצרכים המיוחדים של נשים בתקופות האלו, וכמובן כדי לעזור קודם כל לך.

חשוב לנו שההריון יתפתח כמצופה אך אנו דואגות גם לאמהות לעתיד. חשוב לנו לדעת מה שלומו של התינוק אבל בנוסף אנו רוצות לדעת גם איך את מרגישה ומעוניינות שתהני מהתקופה הזו ככל שניתן. ועל כן השאלון יעזור לך ולנו לדעת איך את מרגישה.

אנו מעבירות את השאלון לכל הנשים שבאות לתחנה, פעם במשך ההריון ופעם לאחר הלידה. לאחר שתסיימי למלא את השאלון, נשוחח מעט על מה שרשמתי.

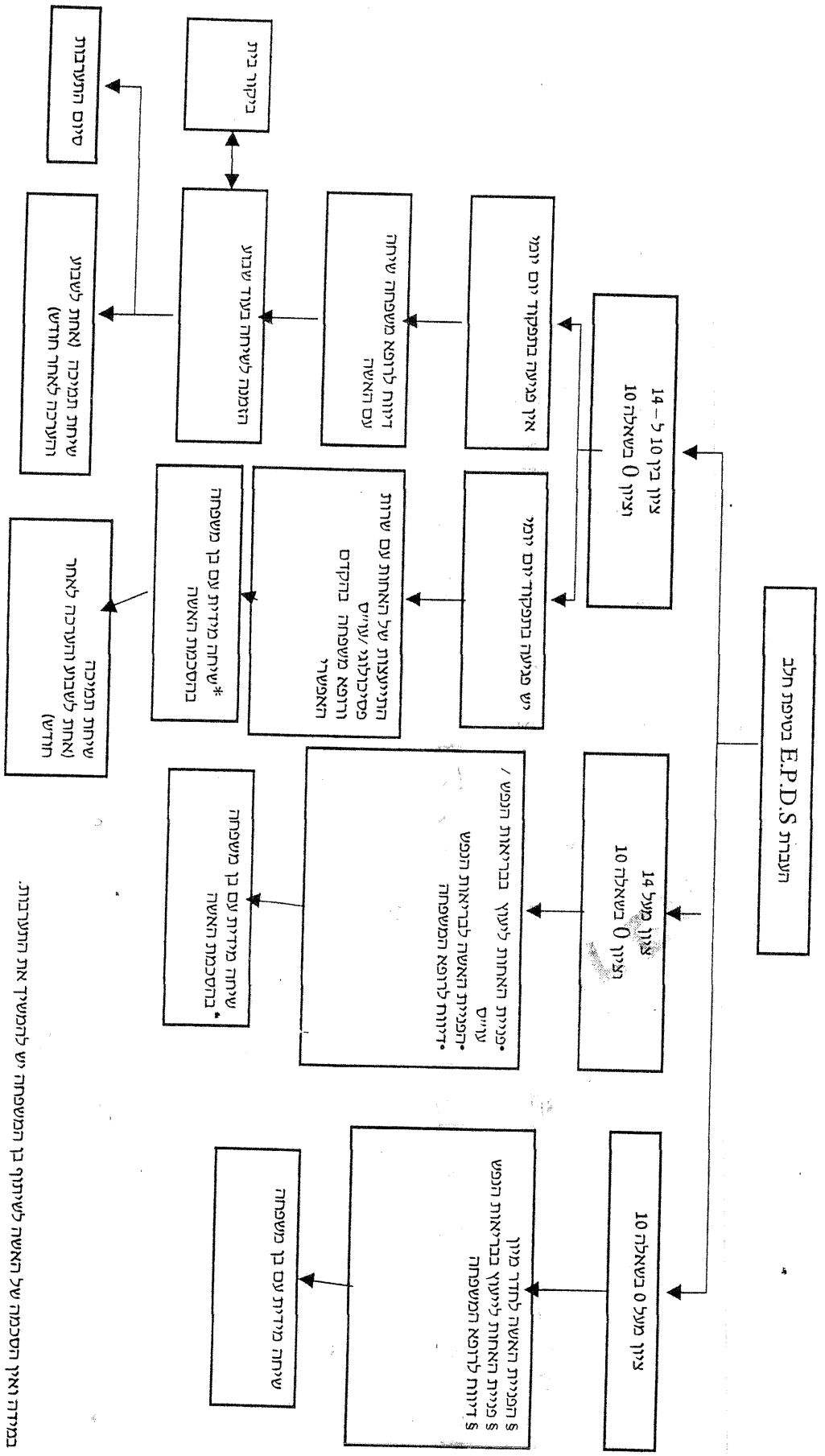
כמובן שגם על השאלון הזה חלה אותה סודיות רפואית כמו על כל הרישומים בתחנה. המידע שיתקבל יישמר בסודיות, וייעשה בו שימוש אך ורק למטרת הערכת השימוש בשאלון או לטובתך האישית.

לשאלון אין תשובות נכונות או לא נכונות, חשוב שתסמני את התשובה שמתארת בצורה הטובה ביותר את הרגשותיך בשבוע האחרון.

אנו מקווים שתסכימי לענות על השאלון. חשוב שתעני על כל השאלות. לא ייגרם לך כל נזק ולא ייגרעו זכויותיך לקבלת שרות בגין אי-הענות.

(מתוך תוכנית חלוץ לנשים הרות ולאחר לידה – משהייב – 1999)

מודל מוצע להתערבות ראות המטפל בקהילה



* במידה ואין הסכמה של האשה לשיתוף בן המשפחה יש להמשיך את התערבות.

List of Table

Table 1 – Distribution of Participants by Socio-Demographic and Pregnancy-Related Characteristics (continuous variables)	18
Table 2 – Distribution of Participants by Socio-Demographic Characteristics (categorical parameters)	19
Table 3 – T-test Results for Comparison of EPDS Means by Socio-Demographic Characteristics	26
Table 4 – Results for EPDS Scores Analysis of Variance According to Number of Children	27
Table 5 – Results for EPDS Scores Analysis of Variance According to Native Language	28
Table 6 – Results for EPDS Scores Analysis of Variance According to Religious Affinity, Education and Practice area	29
Table 7 – Pearson correlations between EPDS Scores and obstetric formula and week of pregnancy	30
Table 8 – Linear Regression Coefficients for EPDS Score Prediction	32

4. Ethical Issues	24
Results	25
1. EPDS scores	25
1.1 Association between EPDS scores and Socio-demographic Variables	25
1.2 Association between EPDS scores and Physical and Mental Health Variables	29
1.3 Association between EPDS scores and Clinical Factors Associated with Current and Previous Pregnancies	30
2. Regression Model Predicting Antepartum Depression	32
Discussion	33
1. Antepartum Depression Rate According to the EPDS Scores	33
2. Variables Associated with Symptoms of Antepartum Depression	34
Research Limitations	40
Summary and Conclusions	42
Bibliography	46
Appendices	61
Appendix 1 – Approval of the Helsinki Committee of the "Soroka" Medical Center (23.08.2010)	62
Appendix 2 – Approval of the Southern District of "Clalit Health Services" (March 2011)	64
Appendix 3 – Informed Consent Form	65
Appendix 4 – Participant Self-Administered Questionnaire	66
Appendix 5 – Encoded EPDS Questionnaire for the Nurse	70
Appendix 6 - An Intervention Model for the Community-care Staff at the Nursing Division of "Clalit Health Services"	71

TABLE OF CONTENTS

<u>SUBJECT</u>	<u>PAGE</u>
List of Tables	
Abstract	I
Introduction	1
Literature Review	3
1. Background	3
1.1 Depression Among Women	3
1.2 Risk Factors for Depression Among Women	4
1.2.1 Stressful Life Events	4
1.2.2 Marriage	6
1.2.3 Hormonal Changes	7
2. Antepartum and Postpartum Depression	9
2.1 Definitions	9
2.2 Risk Factors for Antepartum and Postpartum Depression	10
2.3 Antepartum and Postpartum Circumstances	11
2.4. Screening for and Analysis of Antepartum Depression	14
Research Goals	17
Method	18
1. Sample	18
1.1 Sample Description	18
1.2 Research Procedure	21
2. Research Tools	21
2.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale	21
2.2 Socio-demographic, Physical and Mental Health Questionnaire	23
3. Data Analysis	23

study recommends screening for detecting APD and PPD risk factors at an early stage of pregnancy. Further research is also needed to examine the prevalence of depression among potential fathers at the stage of pregnancy and after child birth.

Research Method

The current study is a cross-sectional study conducted on 101 pregnant women who had attended Clalit's Women's Health Centre in southern Israel for routine antenatal care during the weeks 28-34 of pregnancy. Participants completed the EPDS questionnaire originally developed to identify PPD, though valid also for identifying APD. Women who scored over 10 points were individually evaluated by a nurse; women who scored over 12 points were referred to their physician/social worker; women who scored over 14 points, or scored over 0 on the self-infliction question were referred to psychiatric evaluation.

Main Findings

Twenty three percent of participants reported mild to major symptoms of depression (scoring 10 points and above on the EPDS questionnaire): 15.8% (N=16) scored over 12 points and 6% scored over 14 points, or scored over 0 on the self-infliction question, all scores indicating symptoms of major depression.

The findings indicate that three variables significantly contribute to the explanation of variance in depressive symptoms: number of children, depression or functional decline after previous deliveries, and religion. Women with higher number of children, and those who experienced depression or a functional decline after previous deliveries, reported a higher level of depressive symptoms than others. Also, Bedouin-Muslim women reported a higher level of depressive symptoms than Jewish women.

In addition, it was found that the level of symptoms of depression was significantly lower among women with several social support systems than among women with a low number of social support systems. Women diagnosed with medical problems in previous pregnancies also reported a higher level of depression.

Conclusion and Suggestions

On a practical level, this study proposes a model for recruiting women at risk of developing APD, which can in turn lead to PPD. Continued development of interventions aimed at detecting women at risk for APD and further research on the emotional aspects of pregnancy are essential. In addition, the study recommends screening at an early stage of pregnancy, including women who are not in a follow-up program at Women's Health Community Clinics, such as hospitalized women or those at high-risk pregnancy clinics. The

Abstract

Background

Studies carried out in different countries over the last three decades indicate that the prevalence of depression among women is twice than of men. One contributing factor to the higher rates of depression among women is postpartum depression (PPD). Long-term studies examining the presence depressive symptoms during pregnancy and after child-birth, found higher rates of depressive symptoms during pregnancy than after child-birth.

Ante-partum depression (APD) occurs within 6.3-25% of pregnant women. Research has shown significant associations between depression and anxiety during the third trimester of pregnancy and high cortisol levels in both mothers and infants, pre-mature birth, low birth weight and postpartum depression. Findings indicate that PPD affects the early and later development of the child: language deficiency, cognitive impairment, Attention Deficit Disorder (ADD) and behavioral difficulties.

Early identification of women with antepartum depression, who are at risk of developing postpartum depression, is of high importance considering the long-term effects of APD and PPD. The Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) questionnaire (Cox, et al., 1987) enables initial screening to identify pregnant women with symptoms of PPD.

Antepartum depression has received less scholarly attention than postpartum depression. This study attempts to enhance the knowledge on APD with a distinctive focus on third-trimester depression which often leads to PPD.

Research Goals

The aims of the current study were:

1. To assess the prevalence of depression in third trimester of pregnancy among women attending Clalit's Women's Health Centre in southern Israel for antenatal care.
2. To identify socio-demographic and clinical factors associated with symptoms of depression during the third-trimester of pregnancy.

BEN-GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

ANTE-PARTUM DEPRESSION

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE
MASTER OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

NA'AMA HAYAT

UNDER THE SUPERVISION OF:

Dr. DORIT SEGAL-ENGELCHIN, Dr. ORLY SARID

Signature of student: _____ Date: _____

Signature of supervisions: _____ Date: _____

Signature of chairperson of the
committee for graduate studies: _____ Date: _____

SEPTEMBER, 2012

BEN-GURION UNIVERSITY OF THE NEGEV
THE FACULTY OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

ANTE-PARTUM DEPRESSION

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE
MASTER OF HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES

NA'AMA HAYAT

UNDER THE SUPERVISION OF:

Dr. DORIT SEGAL-ENGELCHIN, Dr. ORLY SARID

SEPTEMBER, 2012