



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

מספר מחקר: ר/2018/285

דוח סופי למחקר מס' ר 2018/285

נשים הרות ולאחר לידה: קבילות תוכנית
האיתור לדיכאון סב-לידתי ופנייה לגורמי טיפול

Women in the perinatal period:
Acceptability of the screening program for
depressive symptoms and seeking mental
health treatment

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

נשים הרות ולאחר לידה: קבילות תוכנית האיתור לדיכאון סב-לידתי ופנייה לגורמי טיפול

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

רנה בינה, אוניברסיטת בר אילן
פטריסיה צימרמן, שירותי בריאות כללית
רונית ברטמן, שירותי בריאות כללית

מילות מפתח

דיכאון סב-לידתי, תכנית איתור, קבילות, פנייה לגורמי טיפול

תקציר

רקע: תכנית איתור לתסמיני דיכאון סב-לידתי מופעלת על ידי אחיות בכלל טיפות החלב ובמרפאות המבצעות מעקב הריון, ונשים מופנות לעזרה נפשית במקרה הצורך.

מטרות: לבחון את קבילות תכנית האיתור ואת הפנייה של נשים לגורמי טיפול לעזרה נפשית וכן את הקשר בין קבילות התכנית ופנייה לעזרה לבין גורמים אישיים (תפיסת תועלת מהשתתפות בתכנית), חברתיים (סטיגמה כלפי טיפול נפשי ושימוש באינטרנט) וארגוניים (רצף טיפול וטיב הקשר עם האחות).

שיטה: שלב 1: מילוי שאלונים טלפוניים ($n=426$) על ידי נשים שהשתתפו בתכנית האיתור בנוגע לקבילות תכנית האיתור. שלב 2: מילוי שאלונים ($n=23$) וראיונות עומק ($n=9$) לגבי פנייה לעזרה.

ממצאים: קבילות התכנית היתה קשורה באופן חיובי לתפיסת תועלת ולטיב הקשר עם האחות ובאופן שלילי לסטיגמה ולרמת תסמיני דיכאון, ורמת הקבילות היתה גבוהה יותר בקרב נשים ערביות מאשר בקרב יהודיות. גורמים מאפשרים לפנייה לעזרה כללו מוטיבציה גבוהה יותר, תסמיני דיכאון גבוהים יותר, קבלת טיפול קודם, קשר עם האחות ואקטיביות האחות בהפנייה לטיפול. חסמים לפנייה לעזרה כללו מוטיבציה ירודה, תפיסת תועלת נמוכה, אי-הימצאותו של רצף טיפולי ובירוקרטיה.

מסקנות: גורמים אישיים, חברתיים ומערכתיים מסבירים רמת קבילות של תכנית האיתור, וגורמים אישיים ומערכתיים שונים משמשים כחסמים וכגורמים מאפשרים לפנייה לעזרה.

המלצות: חשוב לחזק את הקשר של האחיות עם הנשים, לדאוג לרצף טיפולי ולהגביר את אקטיביות האחיות בהפניית נשים לטיפול.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

Women in the perinatal period: Acceptability of the screening program for depressive symptoms and seeking mental health treatment

Investigators: full name and affiliations

Rena Bina, Bar Ilan university
 Patricia Zimmerman, Clalit health services
 Ronit Bratman, Clalit health services

Key Words

Perinatal depression, screening program, acceptability, seeking treatment

Abstract

Background: Routine screening for perinatal depression (PND) with the goal of referring women in need to treatment, is carried out at all Mother-Child Healthcare Clinics (MCHC) and pregnancy follow-up clinics in Israel.

Objectives: To assess the acceptability of the Israeli PND screening program ("the Program") and treatment-seeking for PND treatment; and to assess the relationship between program acceptability and treatment-seeking with personal factors (perceived utility of the program), social factors (mental health treatment-related stigma and use of internet sources) and organizational factors (continuity of care and quality of relationship with the nurse who conducted the screening).

Methodology: Part I: Questionnaires administered by telephone to women (n=426) who were screened for PND at MCHC or pregnancy follow-up clinics, regarding acceptability of the screening program and personal, social and organizational factors. Part II: Questionnaires (n=23) and in-depth interviews (n=9) regarding seeking treatment for PND, administered by telephone to women who scored EPDS $\geq$ 10.

Main findings: Program acceptability was positively associated with higher perceived utility of the Program and more positive quality of relationship with the nurse who conducted the screening, and negatively associated with greater stigma and higher level of depressive symptoms. Level of Program acceptability was higher among Arab women than among Jewish women. Facilitators to seeking treatment included higher motivation, more depressive symptoms, previous treatment, better relationship with the nurse, and nurses being more active in the referral process. Barriers to seeking treatment included low motivation, low perceived screening program utility, lacking continuity of care, and bureaucracy.

Conclusions: Personal, social, and organizational factors explained level of program acceptability, while various personal and organizational factors served as barriers or facilitators to seeking treatment.

Recommendations: Strengthening nurses' relationship with women, continuity of care and nurses being active in the treatment referral are of essence for optimizing the Program.

Executive Summary

Scientific Background: Perinatal depression (PND) affects between 12%-20% of pregnant and postpartum women, with detrimental long-term effects on the well-being of the mother, baby, and entire family. Timely treatment is important in order to mitigate these consequences. However, while PND is a treatable condition and various treatment options are available, many women do not turn to professional help. Routine face-to-face screening has been found to raise women's awareness of their emotional condition in order to identify women with PND symptoms and refer them for treatment. In Israel a universal screening program (the "Program") has been mandated since 2013 and conducted by public health nurses (PHNs) at all Mother-Child Healthcare Clinics (MCHC) and clinics that conduct pregnancy follow-up. The Program includes screening by administration of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), and providing supportive counselling intervention for women who score 10 or above on the EPDS, and referral to mental health professionals for treatment as necessary. Such screening initiatives exist in many countries; however, it has been found that not all women comply with the screening or honestly reveal their feelings. Although the Israeli PND screening program has been implemented for nearly a decade, the Program's acceptability by women and the extent of their treatment-seeking when referred, has yet to be examined.

Objectives: To assess the acceptability of the Program and treatment-seeking for PND; and to assess the relationship between the Program's acceptability and treatment-seeking, with personal factors (perceived utility of the Program), social factors (mental health treatment-related stigma and use of internet sources), and organizational factors (continuity of care and quality of relationship with the nurse who performed the screening). In addition, the level of acceptability and treatment-seeking among women from different population subgroups will be compared.

Methodology: Part I: Telephone questionnaires were administered to women who were screened for PND at MCHCs or pregnancy follow-up clinics of Clalit Health Services, regarding acceptability of the screening program, and personal, social, and organizational factors. Part II: Questionnaires and in-depth interviews regarding PND treatment-seeking, administered by telephone to women who

scored 10 or above on the EPDS (i.e. positive PND symptoms). Data was analyzed using R software.

Findings: Part I included 426 participants. Acceptability of the Program was positively associated with the Program's higher perceived utility ($t=5.67$, $p<.001$) and better quality of relationship with the nurse who conducted the screening ($t=14.11$, $p<.001$), and negatively associated with greater mental health treatment-related stigma ($t=-4.56$, $p<.001$) and higher level of depressive symptoms (EPDS score) ($t=-2.16$, $p<.05$). In addition, the level of program acceptability was higher among Arab women than among Jewish women ($M=25.59$, $SD=3.86$ and ($M=27.12$, $SD=2.51$, respectively; $t(401)=3.41$, $p<.001$). Furthermore, the association between quality of relationship with the nurse and Program acceptability was moderated by continuity of care provided by the same nurse, so that the positive association between quality of the relationship with the nurse and Program acceptability was significantly stronger among women who were treated continuously by the same nurse ($F(1,327)=153.63$, $\eta^2_p=.32$, $\beta=.68$, $p<.001$) than by women who were not treated continuously by the same nurse ($F(1,327)=32.88$, $\eta^2_p=.09$, $\beta=.42$, $p<.001$). In addition, the associations between stigma, level of depressive symptoms, and perceived utility with acceptability were mediated by the quality of the relationship with the nurse (stigma: indirect $B=-1.18$, $CI95\%[-1.96, -0.35]$; depressive symptoms: indirect $B=-0.69$, $CI95\%[-0.99, -0.38]$; utility: indirect $B=0.39$, $CI95\%[0.13, 0.65]$) in a way that higher levels of stigma and depressive symptoms (EPDS score) were associated with lower quality of relationship with the nurse which, in turn, was associated with lower level of Program acceptability. In addition, higher perceived utility was positively associated with higher quality of relationship with the nurse which, in turn, was associated with higher level of Program acceptability.

Part II included 23 participants who answered the questionnaire and 9 participants who participated in the in-depth interviews. Women were asked to describe facilitators and barriers to seeking mental health treatment. Having internal motivation, higher levels of depressive symptoms, and previous experience with mental health treatment served as personal facilitators to seeking help. Nurses being active in referring the women for treatment, and having a positive relationship with the nurse served as organizational facilitators to seeking help. On the other

hand, difficulty in being active in seeking treatment and not feeling the need or 'utility' in seeking treatment served as personal barriers to seeking such help. Finally, lack of continuity of care (between screening and treatment), long waiting lists for treatment, and bureaucratic impediments served as organizational barriers to seeking help.

Conclusions: Perceived utility of the Program and quality of the relationship with the nurse were associated with a higher level of Program acceptability, and stigma and level of depressive symptoms were associated with lower Program acceptability. The association between quality of relationship with the nurse and Program acceptability was moderated by continuity of care provided by the same nurse. The associations of Program acceptability with stigma, level of depressive symptoms and perceived utility were mediated by the quality of relationship with the nurse. The level of Program acceptability was higher among Arab woman than among Jewish women. Finally, both personal and organizational factors were found to be important factors in women's seeking PND treatment.

Policy Implications and Recommendations: The importance of the relationship between nurses and women in the perinatal period should be conveyed to nurses, and methods should be developed to improve and strengthen these relationships (i.e., emotional, communicational and knowledge-based), particularly with women who have higher depressive symptoms. In addition, continuity of care with the same nurse is recommended. When screening for PND, nurses should stress the utility of the screening program, and the importance of referral to mental health treatment, and their active involvement in the referral (e.g., by making the first call to the mental health specialist) should be stressed to the nurses

References:

1. El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Chen, T. F. (2015). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *Journal of Affective Disorders*, 188, 284-303.
2. Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17(1), 88. Doi: 10.1186/s12913-017-2031-8.
3. Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (2013). Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC women's health*, 13(1), 18. Doi: 10.1186/1472-6874-13-18.
4. Bina, R. (2014). Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish Orthodox Community: factors associated with use of professional and informal help. *Women & health*, 54(5), 455-473. Doi: 10.1080/03630242.2014.897675

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

דו"ח מדעי מפורט:

הקדמה

דיכאון סב לידתי (דס"ל) הינו הפרעה דיכאונית, המופיעה בקרב כ- 12-20% מהנשים בתקופה הסב-לידתית¹ (1). לתסמיני דס"ל השלכות שליליות רבות ומשמעותיות על רמת התפקוד האימהי (2), על העובר (3), על התפתחותו הרגשית, הקוגניטיבית וההתנהגותית של היילוד (4), ועל כלל המשפחה (5). בהתחשב בהשלכות אלו, חשיבות רבה נודעת לטיפול מוקדם בדס"ל. לאור מחקרים אשר מצאו כי התערבות טיפולית מוקדמת הינה יעילה בשיפור תסמיני דס"ל והיכולת התפקודית של האם וכן בצמצום הפגיעה בהתפתחות היילוד (6), חשוב להעלות את מודעות הנשים למצב הנפשי שלהן ובמידת הצורך לקבלת טיפול מוקדם ככל האפשר (7). אולם, על אף אפקטיביות ההתערבויות הטיפוליות, נשים בתקופה הסב-לידתית ממעטות לפנות לקבלת טיפול נפשי (8,9).

אחד הגורמים אשר נמצאו כמעודדים פנייה לטיפול נפשי הינו הכרת האדם בעובדה שיש לו בעיה נפשית (10), ולפיכך התפתחו בעולם ובישראל תוכניות לאיתור תסמיני דס"ל, שבו גורמים מקצועיים בודקים את רמת התסמינים ובמידת הצורך מפנים את האשה לטיפול מתאים (11). בישראל, לפי נוהל ראש שירותי בריאות הציבור (12) מופעלת, החל מ- 1.1.2013, תכנית לאיתור תסמיני דס"ל בכלל מרפאות טיפת חלב בארץ ומרפאות המבצעות מעקב הריון (להלן "התכנית"). לפי התכנית, פעם אחת בהריון (החל מהשבוע ה-26 להריון) וכן כחודשיים לאחר הלידה מועבר לנשים שאלון סינון לתסמיני דיכאון (Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS [13,14]). בנוסף, הנוהל מפרט הנחיות להתערבות ראשונית להפחתת התסמינים על ידי האחיות במידה והאשה קיבלה ציון 10 ומעלה בשאלון זה. התערבות ראשונית זו כוללת הדרכה, יעוץ ותמיכה על ידי האחיות, וכן הפנייה לגורם טיפול מתחום בריאות הנפש (ברה"נ) לאבחון וטיפול במידת הצורך (12). למרות שתוכניות איתור כאלו מתקיימות במקומות רבים בעולם, לא כל הנשים בתקופה הסב-לידתית בוחרות להיענות להן ולפנות בעקבות המלצתן לטיפול נפשי (15). מחקר זה יתמקד בבחינת קבילות תוכנית האיתור לתסמיני דס"ל בקרב נשים ובפנייתן לגורמי טיפול במידה והן מופנות על ידי האחיות.

רקע מדעי

קבילות תוכנית האיתור לדס"ל ופנייה לגורמי טיפול לקבלת טיפול נפשי

קבילות (acceptability) מתייחסת למידה בה משתתפים מעריכים תכנית התערבות בריאותית בהתייחס למידת הלימתה עבורם, כאשר הערכה זו היא קוגניטיבית ורגשית ומבוססת על ציפייה או התנסות אישית (16). בתכניות, כדוגמת תוכנית סינון לדס"ל, המתמקדות במניעת מחלות, בהן האדם מתבקש להיות פעיל במטרה לשפר את מצבו או למנוע הרעה בו, למידת קבילות התוכנית חשיבות מכרעת על בריאותו. זאת משום שיעילותן של תכניות מניעה, ככל שיהיו מוצלחות, נמדדות בסופו של דבר במידת שיתוף הפעולה של המטופל עמן, ורמה גבוהה של קבילות מביאה לשיתוף פעולה גבוה יותר (17). על אף העובדה כי בסופו של דבר מי שירוויח מהצלחת תכניות מניעה הוא האדם עצמו, נמצאו שיעורי היענות נמוכים לתוכניות מניעה

¹ התקופה הסב-לידתית כוללת את תקופת ההריון ואת התקופה שלאחר הלידה, לרוב עד שנה לאחר הלידה.
טופס מ.6-א 10 2020

שונות (9,18). בהתייחס לתוכניות איתור לדס"ל הפועלות ברחבי העולם נמצא כי שיעורי קבילות התכניות בקרב נשים בתקופה הסב-לידתית נעו בין 46%-100% (19). מעבר לכך, נמצא שישנן נשים המשתתפות בתוכנית כזו, אולם עונות על שאלון האיתור באופן כוזב, מה שמעיד על רמת קבילות נמוכה של התכנית (20). קבילות תכנית האיתור טרם נבדקה בישראל, אולם שיעורי ביצוע העברת שאלון ה-EPDS נבדקו. לפי דו"ח התכנית הלאומית למדדי איכות של משרד הבריאות, בשנת 2021 ממוצע שיעור ביצוע העברת שאלון ה-EPDS בטיפות חלב בישראל היה כ-86%, כאשר שיעור ביצוע העברת השאלון בשירותי בריאות כללית, ובאופן ספציפי גם במחוז שרון-שומרון, עמד על 90% (68).

מעבר לשיעורי ההיענות הנמוכים לתוכניות מניעה, גם **לפנייה לגורמי טיפול לקבלת טיפול נפשי** נמצאו שיעורי היענות נמוכים. כך בספרות העוסקת בפנייה לעזרה נפשית בקרב נשים המתמודדות עם דס"ל נמצא, בין השאר בישראל, כי פחות מ-50% מהנשים פנו לעזרה (21,22). במחקרים שנעשו בעולם לגבי הקשר בין השתתפות בתוכנית סינון לדס"ל לבין פנייה לגורמי טיפול לקבלת עזרה נפשית נראה כי השתתפות בתכנית סינון מעלה את הסיכוי של האישה לפנות לטיפול נפשי (23,24). יחד עם זאת, מחקר אחד מצא כי השתתפות בתכנית סינון לא העלתה את הסיכוי שאישה תפנה לקבלת טיפול נפשי (25).

עד כה, טרם נבדקה באופן שיטתי קבילות תוכנית האיתור לתסמיני דס"ל בקרב נשים, הן בארץ והן בעולם, וטרם נבחן בישראל הקשר בין קבילות התוכנית לבין פנייה לגורמי טיפול לצורך טיפול בתסמיני הדס"ל. המחקר המוצע כאן יבחן את קבילות תכנית האיתור לדס"ל בקרב נשים בתקופה הסב-לידתית, את פנייתן לגורמי טיפול במידה ויופנו במסגרת התכנית, וכן גורמים הקשורים לקבילות ולפנייה לגורמי טיפול לקבלת עזרה נפשית.

גורמים הקשורים לקבילות תכנית האיתור לדס"ל ולפנייה לגורמי טיפול לקבלת טיפול נפשי

קבלת החלטה לגבי קבילות של תוכניות מניעה ופנייה לקבלת טיפול נפשי הינם תהליכים המושפעים מגורמים אישיים, חברתיים ומערכתיים (26,27) ולפיכך במסגרת המחקר ייבחנו הקשרים בין גורמים אלו לבין מידת קבילות התכנית ופנייה לגורמי טיפול לקבלת טיפול נפשי.

גורמים אישיים

תפיסת תועלת: תפיסת תועלת של השתתפות בתוכנית למניעת מחלה כלשהי או בפנייה לעזרה בשל מחלה הינה ההערכה של האדם כי איכות חייו תהיה טובה יותר במידה וישתתף בתוכנית כזו ו/או יפנה לעזרה (28). קשר חיובי בין תפיסת תועלת של תכנית מניעה לבין מידת הקבילות שלה בקרב משתתפי התכנית הוכח במחקרים שונים בתחום הבריאות הפיזית, כגון ביחס לקבלת חיסון מניעתי של הידבקות בנגיף הפפילומה (29). תפיסת התועלת מההשתתפות בתכנית האיתור לדס"ל יכולה להתבטא למשל בכך שהאישה תבין כי נשים רבות מתקשות להבחין בין מצב רגשי שאינו מחייב התערבות טיפולית לבין מצב דיכאוני המחייב התערבות, ועל כן התועלת היא הבחנה המתאפשרת במסגרת תכנית האיתור (30). בנוסף, תפיסת תועלת יכולה להתבטא באפשרות לקבלת סיוע ותמיכה מהאחות בהתמודדות עם קשיים נפשיים העלולים להתעורר סביב הלידה (31). בהקשר לדס"ל, נמצא כי תפיסת תועלת נמוכה בעקבות שיתוף

פעולה עם תוכנית איתור הובילה למילוי שאלון האיתור באופן כוזב (20). תפיסת התועלת נמצאה קשורה גם לפנייה לקבלת טיפול נפשי. כך נמצא שככל שתפיסת התועלת בקרב נשים לגבי פנייה לקבלת טיפול בדס"ל היתה נמוכה, מאחר ולתפיסתן פנייתן עלולה לעורר תגובות חברתיות סטיגמטיות כלפיהן והן תחושה כישלון חברתי בתפקודן האמהי, כך הסיכוי כי תפנינה לקבלת טיפול נפשי פחת (32).

גורמים חברתיים

סטיגמה: סטיגמה הינה תיוג של האדם כפגום מבחינה אישיותית וכבלתי מקובל על ידי החברה (33), כך סטיגמה כלפי פנייה לעזרה נפשית הינה תפיסה של החברה את האדם שבמידה והוא יפנה לעזרה נפשית הוא יהיה פגום, בעל ערך עצמי נמוך ובלתי מקובל מבחינה חברתית (34). מחקרים הצביעו על הנורמות החברתיות ביחס להפרעת הדס"ל כמהוות חסם לפנייה לטיפול נפשי, בשל החשש מסטיגמה וכישלון בעמידה בציפיות החברתיות מנשים סביב הלידה (32,35). כך נמצא שככל שרמת הסטיגמה ביחס לדס"ל היתה גבוהה יותר בקרב נשים, כך הנכונות לפנייה לקבלת טיפול נפשי היתה נמוכה יותר (36).

החשש מסטיגמה נמצאה כמהווה חסם גם להיענות כנה לתוכנית האיתור לדס"ל. כך נמצא כי במסגרת תכנית איתור לדס"ל נשים בחרו שלא לענות בכנות על שאלון ה-EPDS, מכיוון שהוא נתפס בעיניהן כעלול לתייג אותן כסובלות מדס"ל, לעמת אותן עם השלכות הסטיגמה הקיימת לגבי דס"ל ולהציגן כאמהות לא טובות (37). בנוסף, נשים שאותרו במסגרת תכנית לאיתור דס"ל, ציינו כי הסטיגמה ביחס לקבלת טיפול נפשי היוותה חסם עבורן לפנות לקבלת טיפול נפשי (38,39). יש לציין כי מחקר שערך סקירה שיטתית ביחס לקשר שבין סטיגמה לבין פנייה לקבלת עזרה נפשית עבור הפרעות נפשיות באופן כללי העלה כי עצמת הקשר חלשה (40). וכן מחקר נוסף העלה כי כלל לא קיים קשר מובהק בין רמת הסטיגמה ביחס לקבלת טיפול לדס"ל לבין פנייה לקבלת עזרה נפשית (22). נראה כי הקשר בין סטיגמה לבין פנייה לעזרה נפשית איננו חד משמעי ולפיכך חשוב להמשיך ולבחון משתנה זה ביחס לפנייה לגורמי טיפול לעזרה נפשית במקרה של דס"ל, בעיקר לאור הרפורמה בשירותי ברה"נ, ששמה לה למטרה להפחית את הסטיגמה הקשורה בשימוש בשירותי ברה"נ (41).

שימוש במקורות אינטרנטיים: משאב חברתי נוסף ההופך להיות רלוונטי יותר ויותר בחלוף השנים הוא המרחב הווירטואלי. בעקבות ההתפתחות המואצת של האינטרנט, שימוש באינטרנט לצורך קבלת מידע בריאותי (eHealth literacy) הפך בשנים האחרונות לגורם חשוב בשיפור ההתנהגות הבריאותית, בעיקר לצורך דליית מידע רפואי (42). כיום, שימוש במקורות מידע באינטרנט מהווה דרך נגישה עבור רבים לקבלת מידע רפואי ונמצא כאחד השימושים השכיחים ביותר באינטרנט (43), גם בקרב אוכלוסיות מוחלשות (44). בקרב נשים הרות ולאחר לידה נמצא כי הן פעילות בפורומים אינטרנטיים, הכוללים תכנים של תמיכה רגשית, עצות מעשיות להתמודדות ומידע בנושא דס"ל (45). השימוש באינטרנט יכול לסייע לנשים לזהות תסמיני דס"ל בעצמן, למצוא מקורות תמיכה ולהעניק להן תחושת העצמה (46), תוך שמירה על האנונימיות, מה שיכול לסייע לאישה להתמודד עם החשש משיפוטיות כלפיה עקב מצבה הנפשי (45). בכל הנוגע לפנייה לקבלת עזרה, נמצא כי השימוש באינטרנט מפחית חסמים רבים, בייחוד אלו הקיימים בטיפול בהפרעות נפשיות (47). כמו כן נמצא כי מידע רפואי שאנשים קיבלו באמצעות האינטרנט היה בעל השפעה על קבלת החלטות שלהם ביחס לאופן הטיפול בבריאותם (46), וכן נמצא כי בעקבות מציאת מידע באינטרנט, אנשים

שינו את התנהגותם ביחס לבעייתם הרפואית ופנו לקבלת טיפול (48). ייתכן, אם כך, שהחשיפה למידע באינטרנט אודות דס"ל תגביר את הפתיחות והנכונות להתייחס לדס"ל ולהתמודד עם הקשיים הנפשיים סביב הלידה, וכך תגביר את מידת קבילות תכנית האיתור ותעודד פנייה לטיפול נפשי באופן אישי ולא רק באופן וירטואלי.

גורמים מערכתיים

רצף טיפול: רצף טיפול בתקופה הסב-לידתית מתייחס לאינטגרציה בין מקורות שונים הקשורים לטיפול באישה בתקופה הסב-לידתית. כך הכוונה היא לאינטגרציה בין אנשי מקצוע מדיסציפלינות שונות במערך הראשוני, השניוני והשלישוני; בין שלבי הטיפול (שלב האיתור, האבחון וההפניה לטיפול); בין בריאות פיזית לבריאות נפשית; ולאורך זמן הטיפול (במהלך ההיריון ולאחר הלידה) במסגרות הטיפול השונות (למשל אינטגרציה בין מרפאות לבריאות האישה שמבצעות מעקב הריון לבין טיפות החלב ולבין שירותי בריאות הנפש) (49). בישראל, בשנת 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בשירותי בריאות הנפש, המעבירה את האחריות הביטוחית לשירותי בריאות הנפש ממשדד הבריאות לקופות החולים. מאז חל שינוי בכל הקשור לגורמים המערכתיים המספקים שירותי בריאות נפשית. בהתייחס לאיתור וטיפול בדס"ל נוצרה אפשרות לרצף טיפול באותה הקופה משלב האיתור עד לשלב הטיפול. רצף זה הוא בעל דרגות שונות, כך ישנה אפשרות לנשים לפנות לעובדות הסוציאליות או לרופאי המשפחה היושבים לעיתים באותו מתחם של טיפת החלב, לשירותי בריאות הנפש, שלרוב נמצאים במתחם אחר, או לגורמי טיפול פרטיים בהסדר עם הקופה.

מחקרים מצאו כי היעדר רצף טיפול בין איתור דס"ל לטיפול נפשי מהווה חסם לפנייה לטיפול (32). בנוסף, נמצא כי כאשר יש רצף טיפול, המספק שירותי בריאות נפשית יחד עם שירותי בריאות פיזית באותה המסגרת, הסטיגמה ביחס לדל"ל פוחתת, היות והשרות הוא אוניברסלי, והשיח על ההתמודדות הרגשית לגיטימי ואיננו נפרד מהשיח על ההתמודדות הפיזית הכללית (50). מנגד, מחקר אחר תומך בכך שמתן טיפול באותה מסגרת עלול להוות חסם היות וישנו קושי לשמור על סודיות רפואית בתחום הנפשי מול כלל הצוות המטפל במרכז וחסם זה עלול למנוע מהאישה לרצות לקבל טיפול במסגרת זו (51).

טיב הקשר עם האחות: הקשר הטיפולי והאמון באיש המקצוע מהווה מרכיב חשוב בטיפול בכלל ובטיפול בהפרעות נפשיות בפרט, ויכול לשמש חסם או מקדם להשתתפות בהתערבות טיפולית (52,53). בהקשר לדס"ל, ככל שהאישה חשה בקשר עם איש המקצוע אמון ומקצועיות, כך היא תשתף פעולה עם ההתערבות הטיפולית המומלצת, לעומת מצב בו היא חשה חוסר אמון ומקצועיות באופן שתעדיף להסתיר את מצבה הנפשי האמיתי (54). נמצא כי נשים לאחר לידה ציינו את רמת האמפתיה שחשו בקשר והרמה המקצועית של האחות כמרכיבים חשובים עבורן בזמן השתתפות בתוכנית האיתור לתסמיני דס"ל (37), אך מיעוטן לשתף את הצוות המטפל במצבן הנפשי יחסית למידה בה שיתפו במצבן הגופני (55). בנוסף, נשים דיווחו כי בחרו שלא לשתף אנשי מקצוע בקשיים שחוו בתפקודן הכללי ובתפקודן האימהי בפרט, בין השאר בשל רמת אמון נמוכה בהם והחשש להתערבות שירותי הרווחה שעלולים לדרוש את הוצאת הילדים מרשותן (20).

טיב הקשר עם האחות נמצא קשור גם לפנייה לקבלת טיפול נפשי, כך שהתערבות יזומה מצד האחות ועידוד לפנייה לקבלת טיפול נפשי בדס"ל הביא לעליה בשיעורי הפנייה של הנשים לטיפול (56). בנוסף, במידה והאחות המליצה על הפניה לטיפול נפשי ותיאמה לאישה מועד פגישה ראשונה לקבלת טיפול נפשי,

עלתה הסבירות כי האישה תגיע לפגישה שנקבעה עבורה (51). בנוסף, חוקרים מצאו כי ככל שהאישה העריכה את האחות כחסרת הכשרה מקצועית (57) וידע מספק (50) לטיפול בדס"ל, עמדותיה כלפי האחות היו שליליות וההתייחסות למצבה הרגשי לא נתפס כחלק מתפקיד האחות, כך מידת קבילות תכנית האיתור פחתה והיותה חסם לפנייה לטיפול (54).

לסיכום, מגוון גורמים יכולים להסביר את מידת הקבילות של תוכנית האיתור לדס"ל בקרב נשים בתקופה הסב-לידתית ואת פנייתן לגורמי טיפול לקבלת טיפול בתסמיני הדס"ל. אולם, על אף שתוכנית האיתור מתקיימת בישראל מזה כעשור והרפורמה בשירותי בריאות הנפש נכנסה לתוקף לפני כשבע שנים, מידת קבילות תוכנית האיתור ופנייה לגורמי טיפול בעקבות התכנית טרם נבדקה בישראל. היות ובישראל תכנית האיתור היא אוניברסלית, כלל הנשים המבקרות במרפאות למעקב הריון ובטיפת חלב מתבקשות לענות על שאלון הסקר לדס"ל, ונמצא כי מרביתן נענות, אם כי לא ברור מה מידת ההיענות הכנה, החושפת את מצבן הנפשי. לפיכך, מחקר זה יבחן לראשונה את מידת הקבילות של תוכנית האיתור לדס"ל ואת הפנייה לגורמי טיפול לקבלת טיפול נפשי, וכן את הקשר שבין גורמים אישיים, חברתיים ומערכתיים לבין מידת הקבילות והפנייה לטיפול נפשי.

מטרות המחקר

1. בדיקת הקשרים בין קבילות תכנית האיתור לבין: גורמים אישיים (תפיסת תועלת), חברתיים (סטיגמה ושימוש במקורות אינטרנטיים) ומערכתיים (רצף טיפולי וטיב הקשר עם האחות).
2. בדיקת הקשרים בין פנייה לגורמי טיפול לבין: קבילות תכנית האיתור, גורמים אישיים (תפיסת תועלת), חברתיים (סטיגמה ושימוש במקורות אינטרנטיים) ומערכתיים (רצף טיפולי וטיב הקשר עם האחות).
3. השוואת מידת קבילות התכנית ופנייה לגורמי טיפול בין קבוצות אוכלוסייה שונות.

שיטות המחקר

סוג המחקר: מחקר אורך (longitudinal), אשר היה מורכב משני שלבים: בשלב א' הועברו טלפונית שאלוני סקר מובנים לנשים, הנמצאות במעקב הריון במרפאות לבריאות האישה ו/או מבקרות בטיפת חלב לאחר הלידה. בשלב ב', כחצי שנה לאחר מילוי השאלון של שלב א', נעשתה פנייה טלפונית רק לנשים שקיבלו ציון של 10 ומעלה בשאלון ה-EPDS אשר הועבר במרפאה.

אוכלוסיית המחקר: אוכלוסיית המחקר כללה נשים דוברות עברית או ערבית², בנות 18 ומעלה, אשר קיבלו שירותי מעקב הריון במרפאות לבריאות האישה או שירותים במרפאות טיפות חלב של שירותי בריאות כללית במחוז שרון-שומרון (הכולל את האזור שבין פרדיס בצפון לרמת השרון בדרום, ובין אלון מורה במזרח לאום אל פחם במערב) מהשבוע ה-30 להריון ועד לארבעה חודשים לאחר הלידה ושהוצע להן לענות על שאלון ה-EPDS. נשים לא נכללו במחקר אם הן ילדו תינוק במשקל פחות מ-1500 גרם, ילדו לפני שבוע 34 להריון או שלתינוק יש מצב רפואי מורכב, הגורם לאשפוז של לפחות שבועיים. לפי הנהלים מוצע לכל אישה

² השאלון תורגם לערבית, מכיוון שיש אוכלוסייה ערבית גדולה של נשים המקבלות שירות במרפאות של קופת חולים כללית במחוז שרון-שומרון. לא היו לנו מספיק משאבים לתרגם את השאלון לשפות נוספות.

על ידי האחות לענות על שאלון ה-EPDS לפחות פעם אחת במהלך ההיריון (מהשבוע ה-32) ופעם אחת לאחר הלידה.

שלב א'- מענה על שאלוני סקר מובנים:

אופן איסוף הנתונים: מתוך אחיות מרפאות טיפת חלב ובריאות האישה של הכללית במחוז שרון שומרון נבחרו מספר אחיות בעלות תעודת GCP אשר הודרכו לגבי אופן הפנייה לנשים על מנת להסביר על המחקר ולקבל את הסכמתן להשתתפות. אחיות אלו גייסו את הנבדקות, אשר באו אליהן לביקור שגרתי ומילאו את שאלון ה-EPDS (החל מהשבוע ה-32 להריון או כחודשיים לאחר הלידה). במהלך ביקור זה האחות בררו את התאמתן של הנשים למחקר (על פי קריטריונים להכללה ולהוצאה מהמחקר) ובמידה והיו מתאימות, הסבירו להן על המחקר ועל כך שהן תמלאנה שאלון סקר בטלפון ושעוזרת מחקר תיצור עימן קשר לשם כך (שלב א'). לנשים שקיבלו ציון EPDS של 10 ומעלה (מה שמעיד על תסמיני דס"ל) הוסבר שיפנו אליהן לשאלון נוסף כעבור חצי שנה (שלב ב'). נשים שהסכימו להשתתף במחקר, חתמו אצל האחות על טופס הסכמה מדעת להשתתף במחקר. השם, מספר הטלפון וציון ה-EPDS של הנשים שהסכימו להשתתף במחקר הועבר לחוקרת המשנה, שהעבירה את הפרטים לרכזת המחקר וזו העבירה את הפרטים לעוזרות המחקר שביצעו את הסקר הטלפוני, ללא ציוני EPDS על מנת להימנע מהטייה בביצוע הסקר. הסקר הטלפוני כלל מענה על שאלון מובנה וכן מספר שאלות פתוחות להתרשמות כללית של האישה מתכנית האיתור.

שלב ב'- מענה על שאלוני סקר מובנים וראיונות עומק:

לאחר חצי שנה ממילוי שאלון הסקר המובנה של שלב א' של המחקר, רכזת המחקר העבירה לנשים שקיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון ה-EPDS (היו סה"כ 30 נשים כאלו) שאלון מובנה של חלק ב' של המחקר וכן ראיון עומק עם שאלות פתוחות לצורך התרשמות ממהליך הפניה לטיפול – האם הופנו, מה סייע בפניה לטיפול ומה עיכב. ראיונות אלו נועדו לסייע בהבנה לעומק של נושא הפנייה לעזרה במקרים של דס"ל לאחר השתתפות בתכנית האיתור. הראיונות תומללו לצורך הוצאת תימות מרכזיות.

כלי המחקר:

שלב א': שאלון הסקר כלל את השאלונים הבאים:

תפיסת תועלת מהשתתפות בתכנית האיתור: נבחנה על ידי שאלון הבדק את תפיסת התועלת של האישה משיתוף פעולה עם תכנית האיתור לתסמיני דס"ל (58). השאלון כולל ארבעה פריטים (טווח ערכים בין 1-5). ערך גבוה יותר מעיד על ציון גבוה יותר בממד. כך לגבי כלל המדדים); **סטיגמה חברתית:** נבחנה על ידי שאלון הבדק את עמדות המשתתפים כלפי מי שנפגש עם איש מקצוע בבריאות הנפש ומקבל טיפול נפשי (59). השאלון כולל 14 פריטים (טווח ערכים בין 1-5); **שימוש במקורות אינטרנטיים:** נבחן על ידי 2 שאלונים, הבדקים שימוש באינטרנט לצרכים הקשורים לבריאות (60): 1. שאלון שימוש באינטרנט לצורך דליית מידע בריאותי (11 פריטים); 2. שאלון שימוש באינטרנט לצורך תקשורת בענייני בריאות (4 פריטים). (טווח ערכים בין 1-5); **טיב הקשר עם האחות:** שאלון שנועד לבחון את טיב מערכת היחסים בין האישה

לאחות טיפת חלב/מרפאה לבריאות האישה (61). השאלון כולל 14 פריטים, המחולקים לשלושה תתי נושאים: (1) תקשורת – מתייחס למידה בה המטופלת חשה כי יכולה לתקשר ולשתף בקשייה את איש המקצוע הרפואי, (2) רגש – מתייחס לאופן בו המטופלת מרגישה מוערכת ומכובדת על ידי איש המקצוע (3) וידע – מתייחס לאופן בו המטופלת תופסת את איש המקצוע כבעל ידע ולמידת הבהירות בה המידע נמסר. (טווח ערכים בין 1-5); **קבילות תכנית האיתור**: שאלון הבדק את קבילות תכנית האיתור לדס"ל (62). השאלון כולל 6 פריטים. (טווח ערכים בין 1-5); **שאלון פרטים אישיים**: גיל, הריון/אחרי לידה, מגזר, ארץ לידה, השכלה, רמת הכנסה, מצב משפחתי, זהות דתית, מספר ילדים, מספר הריונות, רקע נפשי (דיכאון בעבר וטיפול בדיכאון בעבר), האם ההריון הינו בעקבות טיפולי פוריות והמשכיות הטיפול על ידי אותה האחות. השאלונים הועברו בשפה העברית או הערבית. **שאלות פתוחות**: שאלנו את הנשים שלוש שאלות פתוחות אשר נועדו לאפשר להן להביע באופן פתוח וחופשי את דעתן על תוכנית האיתור. השאלות שנשאלו היו: (1) מה דעתך על תוכנית האיתור בנוגע לנשים באופן כללי? (2) מה דעתך בנוגע לתוכנית האיתור בנוגע אלייך באופן אישי? (3) האם יש לך משהו להוסיף?

שלב ב': שאלון הסקר הטלפוני כלל את השאלונים הבאים:

רצף טיפול: המשתתפות נשאלו האם האחות המליצה/הפנתה אותך להמשך טיפול נפשי ובמידה וכן, לאן (לגורם בריאות הנפש [פסיכיאטר, פסיכולוג וכדו'], לעו"ס במרפאה הראשונית, לרופא משפחה, המשך מעקב אצל האחות, אחר)? בנוסף המשתתפות נשאלו היכן הטיפול התבצע (במבנה של טיפת החלב/המרפאה לבריאות האישה או במקום אחר). **פנייה לעזרה נפשית**: המשתתפות נשאלו האם הן פנו לעזרה נפשית? (כן/לא). אם כן, למי פנו (לגורם בריאות הנפש ולא יזה גורם ספציפי [פסיכיאטר, פסיכולוג וכדו'], לעו"ס במרפאה הראשונית, לרופא משפחה, היתה בהמשך מעקב אצל האחות, אחר, או לא פנו לעזרה כלל). **שאלות פתוחות**: מאחר וכמות הנשים שהתאימו לקריטריונים של חלק ב' הייתה קטנה, נוספו שאלות פתוחות לסקר של חלק ב', אשר נועדו להבין מה הגורמים שסייעו או הקשו על נשים בפנייה לטיפול. השאלות שנשאלו היו: (1) האם התמודדת עם קושי רגשי משמעותי במהלך ההריון ולא אחרי הלידה? אם מתאים לך, בבקשה תתארי עם מה התמודדת ואיך הרגשת (2) האם אחות טיפת חלב/בריאות האישה התייחסה למצבך הרגשי והאם היא הפנתה אותך לעזרה? איך נראתה ההפניה הזו לעזרה ומה היא כללה? (3) תוכלי לשתף בתהליך שעברת בהתמודדות עם הקושי הרגשי? (למשל - האם דיברת על זה עם מישהו, האם מישהו העלה את זה בפניך, איך נראה תהליך הפניה לעזרה וכמה זמן זה לקח, דברים שקרו שסייעו או הקשו על ההתמודדות והפנייה לעזרה ועוד) (4) מה ומי עזרו לך בתהליך ההתמודדות עם הקושי הרגשי? (5) איך את מרגישה כיום?

ניתוח ועיבוד סטטיסטי

ניתוחי הנתונים בוצעו בתוכנת R. על מנת לבחון את הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים השונים לבין קבילות תכנית האיתור בוצעו מתאמי פירסון. בנוסף, בוצעו מתאמי פירסון בין משתני הרקע לבין קבילות, כשהקשרים בין משתנים דיכוטומיים (השכלה, דיכאון בעבר, טיפול בדיכאון בעבר, המשכיות טיפול, טיפולי פוריות ומגזר) לבין קבילות בוצעו כמתאמי Point biserial. השוואת ממוצע הקבילות בין קבוצות המגזר השונות בוצע לאחר מכן גם בעזרת מבחן t-test למדגמים בלתי תלויים. על מנת לבדוק את התרומה של כל

אחד מהמשתנים הבלתי תלויים לשונות במשתנה הקבילות בוצע ניתוח רגרסיה בצעדים. לקראת מודלי הרגרסיה (כולל מיתון ותיווך) משתני EPDS, סטיגמה וטיב הקשר עם אחות נורמלו על ידי טרנספורמציות לוג טבעי מאחר והתפלגו בצורה שאינה נורמלית. פירוק האינטראקציה נעשה באמצעות ניתוח שיפועים פשוטים לפי האופרציונליזציה של Preacher et al. (63) ניתוח התיווך בוצע ע"י הרחבת Lavaan ל-R (64) המאפשרת ביצוע ניתוחי משוואות מבניות ב-R.

ממצאי המחקר

1. תיאור אוכלוסיית המחקר

אחיות טיפת חלב ומרפאות בריאות האישה גייסו למחקר 531 נשים על פי קריטריוני ההכללה. מתוכן, 426 מילאו שאלונים מלאים בחלק א' של המחקר. מתוך 426 הנשים שהשתתפו בחלק א' של המחקר, 271 (64%) מהן היו בהריון ו-154 (36%) אחרי לידה, 329 (78%) מתוכן היו יהודיות והיתר (22%, n=95) ערביות מוסלמיות. הגיל הממוצע של הנשים היה 32, ו-30 מהן (7%) קיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון ה-EPDS, מה שמעיד על תסמיני דיכאון, כלל הנתונים הדמוגרפים מתוארים בטבלה 2.

טבלה 2: נתונים דמוגרפים.

%	N	הריון	בהריון אחרי לידה סה"כ
64%	271	הריון	
36%	154		
	425		
		מגזר	יהודייה מוסלמית סה"כ
78%	329	מגזר	
22%	95		
	424		
		מצב משפחתי	בזוגיות רווקה סה"כ
96%	410	מצב משפחתי	
4%	16		
	426		
		השכלה	השכלה אקדמית ללא השכלה אקדמית סה"כ
75%	321	השכלה	
25%	105		
	426		
		ארץ לידה	ישראל אחר סה"כ
90%	385	ארץ לידה	
10%	41		
	426		
		רמת הכנסה	מעל הממוצע דומה לממוצע מתחת לממוצע סה"כ
54%	214	רמת הכנסה	
30%	118		
17%	68		
	400		
		זהות דתית	חילונית מסורתית דתית חרדית סה"כ
51%	218	זהות דתית	
33%	140		
14%	59		
2%	8		
	425		
		המשכיות טיפול אצל אותה אחות	כן
77%	327		

23%	98	לא
	425	סה"כ
דיכאון בעבר		
7%	26	כן
88%	332	לא
5%	18	לא יודעת
	376	סה"כ
טיפול בדיכאון בעבר		
9%	34	כן
91%	331	לא
	365	סה"כ
הריון בעקבות טיפולי פוריות		
19%	79	כן
81%	347	לא
	426	סה"כ
SD	M	
5.04	31.93	גיל
1.2	1.21	מספר ילדים
1.32	2.07	מספר הריונות
3.46	4.07	ציון EPDS

הערה: מאחר ולא כל הנשים ענו על כל השאלות, הטבלה מפרטת את מספר הנשים סה"כ אשר השיבו בפועל על כל משתנה.

2. סטטיסטיקה תיאורית

2.1. משתני המחקר

נתוני סטטיסטיקה תיאורית של משתני המחקר מופיעים בטבלה 3. ציון הקבילות הממוצע נמצא בשליש העליון של הטווח האפשרי, כלומר מבטא רמה ממוצעת גבוהה של קבילות בקרב משתתפות המחקר ($M=25.91$, $SD=3.68$). כך גם לגבי טיב הקשר עם האחות, אשר הממוצע שלו מהווה כמעט את הציון הגבוה ביותר הניתן, אשר מעיד על קשר טוב של רוב המשתתפות עם האחות, עם שונות קטנה בין הנבדקות ($M=4.64$, $SD=0.4$). הרמה הממוצעת של תפיסת התועלת של תוכנית האיתור הינה מעט מעל קו האמצע של טווח הציונים ($M=3.44$, $SD=0.92$), כך גם לגבי ממוצע השימוש במקורות אינטרנטיים ($M=44.23$, $SD=11.8$). ממוצע הסטיגמה החברתית נמצא בשליש התחתון של טווח הציונים, באופן אשר מעיד על סטיגמה ממוצעת נמוכה יחסית בקרב משתתפות המחקר ($M=1.54$, $SD=0.61$).

טבלה 3: סטטיסטיקה תיאורית של משתני המחקר

קבילות התוכנית	תפיסת תועלת	סטיגמה חברתית	טיב הקשר עם האחות	שימוש במקורות אינטרנטיים
M	25.91	3.44	1.54	44.23
SD	3.67	0.92	0.61	11.80
Minimum	12	1	1	17
Maximum	30	5	4.29	75

הערה: ערכי המינימום והמקסימום הינם הערכים שהתקבלו בפועל.

2.2. היבטי הקשר עם האחות

נתוני סטטיסטיקה תיאורית של היבטי הקשר עם האחות, מופיעים בטבלה 4. מבחינת כל היבטי הקשר המשתתפות העידו כי הן מרוצות מרמת הידע, התקשורת והרגש שחוו מהאחיות, כמו גם שונות קטנה באופן

יחסי בין משתתפות המחקר. המשתתפות ציינו במיוחד את מדדי התקשורת ($M=4.79$, $SD=0.4$) והרגש ($M=4.78$, $SD=0.4$) אשר היו דומים מאוד בציון הממוצע ונמצאים בחלק העליון של הטווח. בנוסף, מדד הידע גבוה גם הוא ונמצא בשליש העליון של הטווח ($M=4.29$, $SD=0.76$), אם כי מעט נמוך יותר משני המדדים האחרים.

טבלה 4: סטטיסטיקה תיאורית של היבטי הקשר עם האחות

	ידע	רגש	תקשורת
M	4.29	4.78	4.79
SD	0.76	0.40	0.40
Minimum	1.25	2	2.83
Maximum	5	5	5

3. בחינת הקשרים בין משתני הרקע למידת קבילות התוכנית

3.1. מתאמים

בחינת הקשרים בין המשתנים הדמוגרפיים (משתני הרקע) לבין קבילות העידה כי לא קיים קשר בין משתני הרקע לקבילות, מלבד לקשרים חלשים בין רמת ההשכלה ($r=-.11$, $p<.05$) לקבילות ובין מגזר לקבילות ($r=.15$, $p<.01$). כלל הנתונים המתאמיים מופיעים בטבלה 5. יש לציין שהקשר של השכלה עם קבילות קשור להבדלי מגזר, כך שהנשים המוסלמיות במדגם היו בעלות רמות השכלה נמוכות משל הנשים היהודיות במדגם. לכן, הבדלי השכלה לא נכללו במודל הרגרסיה אשר תוצאותיו מובאות בסעיף 6.

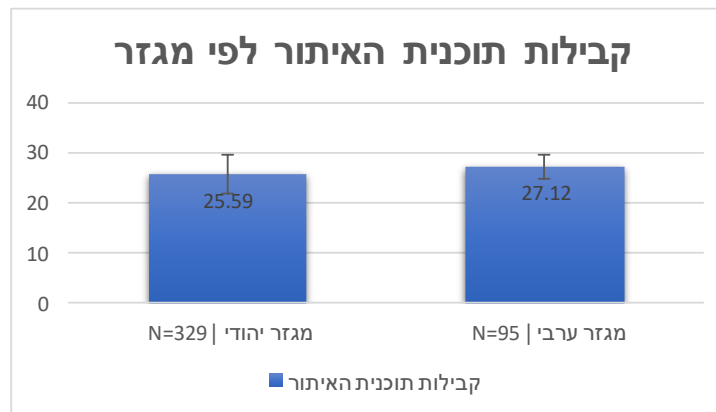
טבלה 5: קשרים בין משתני הרקע לקבילות

קבילות	
1. גיל	-.03
2. מספר ילדים	.05
3. השכלה	-.11*
4. מצב סוציאקונומי	-.06
5. דיכאון בעבר	-.03
6. טיפול בדיכאון בעבר	-.07
7. המשכיות טיפול	-.06
8. טיפולי פוריות	.01
9. ציון EPDS	-.06
10. מגזר	.15**

* $p<.05$, ** $p<.01$

3.2. השוואת רמת הקבילות בין המגזר היהודי והערבי

לצורך בחינת ההבדל ברמת קבילות התוכנית בין נשים מהמגזר היהודי לנשים מהמגזר הערבי, נערך מבחן t-test למדגמים בלתי תלויים. ממצאי הניתוח הראו כי בקרב נשים מהמגזר הערבי ($M=27.12$, $SD=2.51$) רמת קבילות בתכנית הינה גבוהה יותר מאשר בקרב נשים מהמגזר היהודי ($M=25.59$, $SD=3.86$); $t(401)=3.41$, $p<.001$. תוצאות כולל ממוצעים וסטיית תקן מוצגים בגרף 1.



גרף 1: קבילות תוכנית האיתור לפי מגזר

4. מתאמי פירסון לבחינת הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למידת קבילות התוכנית:

נמצא קשר חיובי ברמת חוזק בינונית בין תפיסת התועלת של הנשים משיתוף פעולה עם תכנית האיתור לבין קבילות התוכנית ($r=.24$, $p<.001$), וקשר חיובי חזק בין טיב הקשר עם האחות לבין קבילות התוכנית ($r=.61$, $p<.001$). בנוסף, נמצא קשר שלילי חלש בין סטיגמה חברתית לבין קבילות התוכנית ($r=-.18$, $p<.001$). לא נמצא קשר מובהק בין שימוש במקורות אינטרנטיים למידת הקבילות. כלל המתאמים בין משתני המחקר מפורטים בטבלה 6.

טבלה 6: מתאמי פירסון לבחינת הקשרים בין המשתנים הבלתי תלויים למידת קבילות התוכנית

	5	4	3	2	1
1. קבילות התוכנית					-
2. תפיסת תועלת				-.24***	
3. סטיגמה חברתית			-.14**	-.18***	
4. טיב הקשר עם האחות		-.20***	.14**	.61***	
5. שימוש במקורות אינטרנטיים	-.04	.09	.10	.01	

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

5. ניתוח רגרסיה בצעדים

מודל הרגרסיה הכללי מסביר 46% מהשונות בקבילות התכנית. בצעד הראשון נמצא כי נשים ערביות דיווחו על מידת קבילות גבוהה יותר של התכנית בהשוואה לנשים יהודיות וכי לציון ה EPDS קשר שלילי חלש עם קבילות. לא נמצא אפקט להמשכיות טיפול. בצעד השני נמצא כי תועלת נמצאת בקשר חיובי וסטיגמה בקשר שלילי עם קבילות. לא נמצא קשר בין שימוש באינטרנט לקבילות. בצעד השלישי טיב הקשר עם אחות נמצא בקשר חיובי (חזק) עם קבילות (תרומה של 30% לשונות המוסברת רק ממשתנה זה). בצעד האחרון נמצא כי המשכיות טיפול אצל אותה האחות ממתנת את הקשר בין טיב הקשר עם האחות וקבילות. כלל מקדמי הרגרסיה מופיעים בטבלה 7.

טבלה 7: מקדמי רגרסיה להסבר קבילות

מקדמי רגרסיה להסבר היענות

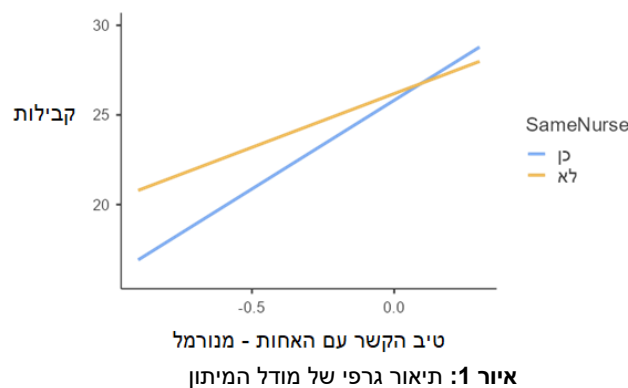
משתנה	B	β	t	Fchange	ΔR^2
צעד 1					
EPDS	-0.53	-.11	-2.16*		
המשכיות טיפול	-0.11	-.01	-0.24		
מגזר	1.51	.41	3.19**	5.24***	4.0
צעד 2					
שימוש באינטרנט	0.01	2.0	440.		
תועלת	1.11	.27	***5.67		
סטיגמה	-2.41	-.22	-4.56***	15.61***	.11
צעד 4					
יחסים עם אחות	8.55	.60	14.11***	199.09***	.30
צעד 5					
המשכיות X יחסים עם אחות	-3.90	-.12	-3.32***	10.99***	.02
סה"כ				39.51***	.46

** $p < .01$, *** $p < .001$

6. קשרי מיתון ותיווך

6.1. קשרי מיתון:

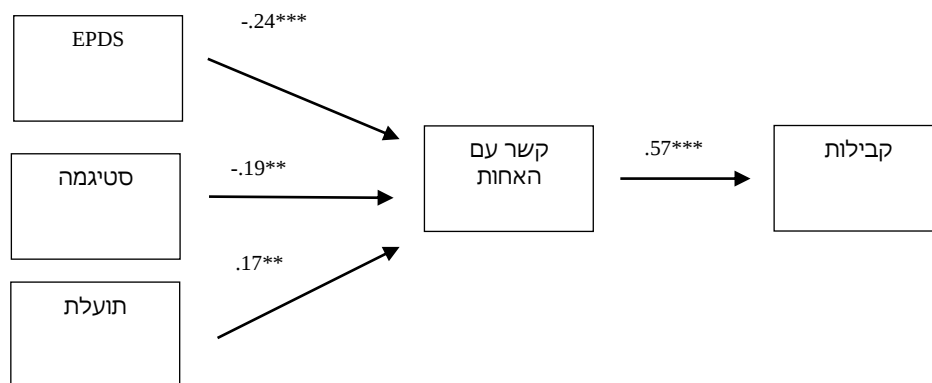
האפקט הממתן של המשכיות הטיפול עם אותה האחיות על הקשר בין טיב הקשר עם האחיות ורמת הקבילות מוצג באיור 1. מאיור זה ניתן לראות כי הקשר החיובי בין יחסים עם אחות וקבילות חזק באופן מובהק בקרב נשים שהמטופלות ע"י אותה אחות ($F(1,327)=153.63$, $\eta^2_p=.32$, $\beta=.68$, $p<.001$) בהשוואה לנשים שאינן מטופלות ע"י אותה אחות ($F(1,327)=32.88$, $\eta^2_p=.09$, $\beta=.42$, $p<.001$).



6.2. קשרי תיווך:

הקשרים העקיפים בין סטיגמה, רמת תסמיני דיכאון (ציון EPDS) ותפיסת תועלת לבין קבילות בתיווך טיב הקשר עם האחיות מוצגים באיור 2. מקדמי נתיב לבחינת מודל התיווך מוצגים בטבלה 8. נמצא כי לסטיגמה

ולרמת תסמיני דיכאון קשר עקיף עם קבילות (סטיגמה: indirect B=-1.18, CI95%[-1.96, -0.35] ; EPDS: indirect B= -0.69, CI95%[-0.99, -0.38]) דרך הקשר של משתנים אלו עם טיב הקשר עם אחות, כך שלשני המשתנים קשר שלילי עם טיב הקשר עם אחות, בעוד לטיב הקשר עם אחות קשר חיובי עם קבילות. כלומר, סטיגמה חברתית גבוהה יותר ורמת סימפטומים גבוהה יותר קשורים לקשר פחות טוב עם האחיות וזה קשור לרמת קבילות נמוכה יותר. כמו כן נמצא כי לתפיסת תועלת קשר עקיף עם קבילות (Indirect B= 0.39, CI95%[0.13, 0.65]), כך שתפיסת תועלת קשורה באופן חיובי לטיב הקשר עם אחות שקשור באופן חיובי לקבילות. כלומר, תפיסת תועלת גבוהה יותר מהתכנית קשורה לקשר טוב יותר עם האחיות וזה קשור לרמת קבילות גבוהה יותר.



איור 2: תיאור גרפי של מודל התיאור

טבלה 8: מקדמי נתיב לבחינת מודל התיאור

משתנה	← טיב הקשר עם אחות	← קשר ישיר קבילות	← קשר מלא קבילות	קשר עקיף
סטיגמה	-.19***	-.12*	-.22***	-.11***
EPDS	-.24***	.02	-.12*	-.14***
תועלת	.17***	.18***	.27***	.10**

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

7. תיאור תשובות לשאלות פתוחות חלק א'

מתוך 426 נשים אשר השתתפו בחלק א', 364 מתוכן השיבו על השאלות הפתוחות שנגעו באופן כללי לתוכנית האיתור. תשובות הנשים לשלושת השאלות חולקו לקטגוריות תוכן: **119 מתוך הנשים (32%)** התייחסו לכך שתוכנית האיתור יכולה לעזור בזיהוי מצוקה רגשית או בהעלאת מודעות לנושא; **93 נשים (25.5%)** התייחסו לחשיבות של תוכנית האיתור, כאשר הן ציינו שתוכנית האיתור הינה חשובה; **65 נשים (17.8%)** אמרו שלדעתן תוכנית האיתור אינה עוזרת או עוזרת באופן חלקי; **52 נשים (14.2%)** התייחסו לחשיבות של הכנות במענה, או העלו ספק לגבי הכנות של נשים במהלך מילוי שאלון תוכנית האיתור; **51 נשים (14%)** אמרו שעצם ההתייחסות לנושא הרגשי הסב-לידתי הייתה עבורן משמעותית ושתוכנית האיתור היוותה עבורן כתובת שאליה הן יודעות לפנות במידה וחוות/תחוונה מצוקה רגשית; **30 נשים (8.2%)** התייחסו באמירותיהן לחשיבות הקשר עם האחיות, לטובה או לרעה, בהשתתפות בתוכנית האיתור; **20 נשים (5.4%)** הבהירו שהתוכנית לא רלוונטית אליהן באופן אישי; **11 נשים (3%)** התייחסו לכך שתוכנית האיתור

הרגיעה אותן. בנוסף, נשים רבות הציעו מיוזמתן הצעות לשינוי ושיפור תוכנית האיתור, גם אלו חולקו לקטגוריות נפרדות. כלל הקטגוריות, כולל כמות הנשים והאחוזים אשר התייחסו לקטגוריה הספציפית ודוגמאות ממה שנשים אמרו מתוארים בטבלה 9.

טבלה 9: הצעות לשינוי שהועלו על ידי נשים, כולל כמות נשים ואחוז בכל קטגוריות תוכן ודוגמאות

דוגמאות	%	N	
הצעות מגוונות כגון הכנסת מעקב מצב הרוח כחלק מהמעקבים הסדירים, העברת סדנאות בנושא בריאות הנפש, מתן עלונים עם הסבר, התעניינות לגבי התמיכה והמעורבות מצד הבעל.	18.4%	67	הרחבת תוכנית האיתור והמענה הרגשי לנשים בקופה
הובע רצון לכך שיכינו נשים לשאלון מראש ויעמיקו את השיח מעבר לשאלון.	12.9%	47	העמקת שיח מעבר לשאלון
הוצעו אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש ורופאי נשים.	9%	33	גורם ביצוע אחר לביצוע תוכנית האיתור
התייחסויות לכך שהשאלות בשאלון כלליות מדי וחסרות.	8.7%	32	שינוי שאלות בשאלון
למשל, בקשות לפרטיות בהעברת השאלון – בחדר סגור וללא נוכחות הבעל ובקשות לכך שיוקדש לכך יותר זמן.	5.7%	21	שינוי תנאי העברת שאלון
הבעת רצון שהשאלון יועבר בשלב מוקדם יותר, הן בהריון והן אחרי הלידה.	5.2%	19	מועד מילוי שאלון
התייחסויות של נשים לכך שיותר קל להן להתרכז ללא נוכחות האחות או ללא מגבלת זמן.	1.3%	5	מילוי שאלון דיגיטלי מרחוק

8. שלב ב':

8.1. מענה לשאלון הסקר המובנה

8.1.1. פנייה לטיפול

מתוך 30 הנשים שקיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון ה-EPDS, 22 השתתפו בחלק ב' של המחקר. מתוכן, 8 פנו לטיפול, בעוד 15 לא פנו. חלוקת הפנייה לטיפול לפי מגזרים מפורטים בטבלה 10.

טבלה 10: פנייה לטיפול במגזר היהודי והערבי, בקרב נשים אשר קיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון EPDS

סך הכל	מגזר ערבי	מגזר יהודי	
8	4	4	פנו לטיפול
15	5	10	לא פנו לטיפול
23	9	14	סך הכל

בקרב הנשים שלא פנו לטיפול, 11 מהן אמרו שלא פנו כי לא חשבו שיש להן בעיה שמצריכה טיפול, שתיים אמרו שלא היה להן זמן לכך, אישה אחת אמרה שפנתה למערכת בריאות הנפש אך הטיפול לא יצא לפועל בעקבות ביטולים שקשורים לקורונה ואישה אחת אמרה שנעזרה בספורט וזה סייע לה בצורה מספקת. הסיבות לאי-פנייה לטיפול על פי מגזר מפורטות בטבלה 11. יש לציין שלמרות שכל הנשים אשר קיבלו ציון של 10 ומעלה בשאלון EPDS אמורות להיות מופנות לטיפול על ידי האחיות, 7 נשים (46%) אמרו שהאחות לא הפנתה אותן לעזרה נפשית.

טבלה 11: סיבות לאי-פנייה לטיפול על פי מגזר, בקרב נשים אשר קיבלו ציון 10 ומעלה בשאלון EPDS

סך הכל	מגזר ערבי	מגזר יהודי	
11	4	7	לא חשבתי שיש לי בעיה שמצריכה טיפול
2	1	1	לא היה לי זמן לכך
2	-	2	אחר
15	5	10	סך הכל

8.1.2. רצף טיפול

מתוך הנשים שפנו לטיפול, 3 פנו לטיפול באופן פרטי, 3 קיבלו טיפול במרפאת טיפת חלב, אחת במרפאת בריאות האישה ואחת פנתה לטיפול במרפאה ראשונית של הכללית. חלוקת הרצף הטיפולי לפי מגזרים מפורט בטבלה 12.

טבלה 12: רצף טיפול על פי מגזר

סך הכל	מגזר ערבי	מגזר יהודי	
1	-	1	מרפאה ראשונית
3	3	-	מרפאת טיפת חלב
1	1	-	מרפאת בריאות האישה
3	-	3	פרטי
8	4	4	סך הכל

8.2. ניתוח ראיונות עומק

מתוך 23 הנשים אשר השתתפו בחלק ב' של המחקר, רק שמונה נשים הסכימו להשתתף בראיון עומק. ניתוח התוכן של תשובות הנשים לראיונות העומק שנעשו בחלק ב' של המחקר העלה מספר תמות מרכזיות לגבי הגורמים המאפשרים והחסמים בפנייה לטיפול נפשי. מתוך התמות שעלו נראה שהפנייה לטיפול נפשי קשורה הן לגורמים אישיים והן לגורמים מערכתיים. לפיכך, הגורמים המאפשרים והחסמים חולקו לשני תתי נושאים – גורמים אישיים וגורמים מערכתיים. בהמשך, מפורטים גורמי התמיכה אותן הנשים ציינו אשר סייעו להן עם המצב הנפשי.

1. גורמים מאפשרים פנייה לטיפול:

(א) גורמים אישיים: (1) מוטיבציה פנימית ואקטיביות- הימצאותה של מוטיבציה פנימית ויכולת להיות אקטיבית בבקשת עזרה מאחות טיפת חלב/מרפאה לבריאות האישה או מגורמי רפואה מטפלים (למשל רופאת נשים) הועלו על ידי הנשים כגורמים שאיפשרו להן פנייה לעזרה נפשית. (2) חומרת המצוקה הנפשית- חומרת המצוקה הנפשית שחוו הנשים הייתה גורם שעודד אותן לפנות לטיפול נפשי. (3) היכרות/ניסיון קודם בטיפול- ניסיון קודם בטיפול נפשי והיכרות קודמת עם גורמי הטיפול הועלו על ידי חלק מהנשים כגורם שאיפשר להן פנייה לעזרה.

(ב) גורמים מערכתיים: (1) הפנייה ואקטיביות מצד האחות בכדי ליצור רצף טיפולי- האקטיביות של הגורם המאתר, קרי האחות, בהפנייה לטיפול נפשי (מה שיוצר רצף טיפולי), הועלה על ידי הנשים כגורם שסייע להן לפנות לעזרה נפשית. (2) קשר עם האחות- שיחה ואיתור של האחות- השיחה של האחות עם הנשים, הקשר שלה עימן ועצם האיתור שלהן כבעלות תסמיני דס"ל הועלו על ידי הנשים כגורם אשר סייע בהעלאת המודעות למצבן ובפנייה לטיפול.

2. חסמים לפנייה לטיפול:

(א) גורמים אישיים: (1) קושי באקטיביות- הקושי האישי בלהיות אקטיבית, שנתפס בעיני הנשים כדבר שדרוש על מנת לפנות לטיפול ולהבטיח את התחלתו, הועלה על ידי הנשים כחסם אשר הקשה על תחילתו של טיפול נפשי. למשל, הקושי בכך שצריך לקיים שיחות טלפוניות לפני קבלת טיפול באחת המסגרות הטיפוליות. (2) תחושה שאין צורך/תועלת בטיפול נפשי- התפיסה שאין לאישה צורך בטיפול נפשי גרם לנשים לא לפנות לטיפול.

(ג) גורמים מערכתיים: (1) אין רצף טיפולי- האישה לא הופנתה על ידי הגורם המטפל- היו נשים שלא הופנו על ידי האחות לטיפול או שהאחות לא שוחחה איתן על מצבן הרגשי, ובשל כך הן לא פנו לטיפול. (2) עומס תורים ובירוקרטיה בפנייה למערכת בריאות הנפש- נשים ציינו את הקושי לפנות למערכת בריאות הנפש. הקשיים שתוארו היו בעיקר עומס הבירוקרטיה שדורשת הפניה לטיפול, עומס התורים שמקשה על קביעת תור במועד קרוב ופספוס של מערכת בריאות הנפש אשר לא השלימה את תהליך הקליטה לטיפול.

לבסוף, הנשים פירטו במהלך השיחות מי ומה היו גורמי התמיכה אשר סייעו להן בהתמודדות עם הקושי הרגשי. רוב ההתייחסויות היו לסביבה האישית: בן הזוג, המשפחה, חברות והתמודדות עצמית. בנוסף, היו גם מספר התייחסויות לגורמים המקצועיים כתומכים מבחינה רגשית: אחות, פסיכולוגית, עובדת סוציאלית, מסגרת של חוג עיסוי תינוקות וטיפול תרופתי. לבסוף, אישה אחת התייחסה לפעילות ספורטיבית כגורם שתרם לשיפור מצבה הנפשי.

דיון ומסקנות

מחקר זה הינו הראשון לבדוק באופן שיטתי גורמים המסבירים קבילות של תוכנית האיתור לדיכאון סב-לידית ופנייה לגורמי טיפול בעקבות השתתפות בתוכנית האיתור. הממצאים העלו כי רמת הקבילות של תוכנית האיתור בקרב משתתפות המחקר הינה יחסית גבוהה, וכן שטיב הקשר עם אחיות טיפות חלב ומרכזי בריאות האישה הינו גבוה בממוצע. תפיסת התועלת מהתכנית הייתה בינונית גבוהה, ורמת הסטיגמה החברתית כלפי טיפול נפשי הייתה די נמוכה. השימוש באינטרנט נמצא בטווח הביניים. במחקרים אחרים שבדקו קבילות של תכניות איתור במקומות אחרים בעולם בדקו בעיקר שביעות רצון מהתכנית באמצעות שאלה אחת או שניים, אך לא באמצעות שאלון מתוקף, כפי שנבדק במחקר זה. יחד עם זאת, במחקרים הללו רמת שביעות הרצון מהתכנית הייתה גבוהה (19).

גורמים אישיים כמסבירים קבילות

תפיסת תועלת וקבילות: תפיסת התועלת נמצאה כבעלת קשר חיובי ברמת חוזק בינונית עם קבילות, כך שככל שתפיסת התועלת מתוכנית האיתור דווחה כגבוהה יותר, כך גם רמת הקבילות דווחה כגבוהה יותר. קשר זה נותר מובהק גם לאחר הכנסת משתנה זה למשוואת הרגרסיה, מעבר למשתני הרקע ושאר משתני המחקר. מחקרים אחרים גם מצאו שתפיסת תועלת מתכנית סינון או התערבות חשובה בהקשר לקבילות התכנית (למשל, 65-66)

גורמים חברתיים כמסבירים קבילות

סטיגמה וקבילות: רמת הסטיגמה כלפי מי שמקבל טיפול נפשי נמצאה כבעלת קשר שלילי חלש עם קבילות, כך שככל שהאישה דיווחה על רמה גבוהה יותר של סטיגמה, כך היא דיווחה על רמת קבילות נמוכה יותר של התכנית. ממצא זה נראה הגיוני לאור העובדה שאישה שחוששת מסטיגמה כלפי דס"ל וטיפול נפשי לא תרצה להיות מאותרת כבעלת תסמיני דס"ל ולכן תכנית כזו תהיה פחות קבילה עליה, ואכן במחקר אחר נמצא שנשים שחששו כי מענה על שאלון איתור לדס"ל יתייג אותן כסובלות מדס"ל בחרו שלא לענות בכנות על שאלון האיתור (37). יחד עם זאת מחקר אחר מצא ממצא הפוך, כלומר, ככל שרמת הסטיגמה כלפי קשיים רגשיים סב-לידתיים גבוהה יותר כך רמת קבילות תכנית איתור לדס"ל היתה גבוהה יותר, למרות שאפקט הקשר הזה היה חלש והקשר נעלם כאשר משתנה זה הוכנס יחד עם משתנים אחרים למשוואת רגרסיה (67). גם במחקר הנוכחי הקשר בין סטיגמה לקבילות היה חלש, ולפיכך ישנה חשיבות לביצוע מחקרי המשך שבהם משתנה הסטיגמה ינותח בצורה מעמיקה יותר בכדי להבין אילו מרכיבים של הסטיגמה קשורים באופן חזק יותר לקבילות.

שימוש במקורות אינטרנטיים וקבילות: בניגוד להשערת המחקר, משתנה השימוש באינטרנט לא נמצא כבעל קשר מובהק עם רמת הקבילות. אמנם לא נמצאו מחקרים קודמים אשר בדקו קשר בין שימוש במקורות אינטרנטיים וקבילות תכנית איתור, אך היו מחקרים שמצאו שמידע רפואי שאנשים קיבלו באמצעות האינטרנט היה בעל השפעה על קבלת החלטות שלהם ביחס לאופן הטיפול בבריאותם (46). ייתכן כי מכיוון שבמחקר הנוכחי נשים דיווחו שהן הרגישו שלאחות יש ידע מספק בתחום הדס"ל (תת שאלון הידע בשאלון טיב הקשר עם האחות) יותר את התרומה של המידע המגיע ממקורות אינטרנטיים. בנוסף, במחקר הנוכחי השימוש באינטרנט נבדק בהקשר של דליית מידע בריאותי ותקשורת בענייני בריאות. יחד עם זאת, מחקרים קודמים מצאו כי נשים בתקופה הסב-לידתית פעילות בפורומים אינטרנטיים לא רק לצורך מידע אלא גם לצורך תמיכה רגשית (45), כך שכדאי יהיה לבדוק במחקרים נוספים אספקטים נוספים של שימוש באינטרנט (למשל לצורך מתן תמיכה רגשית) והקשר שלהם לקבילות תכנית האיתור.

גורמים מערכתיים כמסבירים קבילות

טיב הקשר עם האחות וקבילות: ממצאי המחקר מעידים על קשר חיובי חזק בין טיב הקשר עם האחות לבין קבילות תוכנית האיתור, כך שככל שהקשר עם האחות דווח כטוב יותר, כך דווחה גם רמת קבילות גבוהה יותר. משמעותיות הקשר עם האחות באה לידי ביטוי גם בכך שזהו המשתנה שנמצא כמשמעותי ביותר בתרומתו לשונות המוסברת של משתנה הקבילות. ממצא זה מדגיש את חשיבות הקשר האישי בין אחות טיפת חלב/מרפאה לבריאות האישה לבין נשים בהריון ואחרי לידה בבואן להתייחס למצב הרגשי של האישה. אכן, חוקרים נוספים מדגישים את חשיבות הקשר האישי בין נותן השירות למקבל השירות כאשר מדובר בהתייחסות למצב הרגשי של המטופל, קשר שמבוסס על אמון, הערכה והבנה (68). זאת ועוד, קבלת טיפול באופן מתמשך מאותה אחות נמצא גם הוא כקשור לקבילות תכנית האיתור באופן שבו הקשר בין טיב הקשר עם האחות וקבילות תכנית האיתור הינו חזק יותר כאשר ישנה המשכיות של טיפול על ידי אותה האחות. אכן, נמצא כי שיתוף פעולה בטיפול רפואי נמצא כקשור לאמון בגורם המטפל, כאשר אמון מתפתח בעקבות קשר מתמשך עם אותו הגורם המטפל ותפיסת המטופל את הגורם המטפל כבעל יכולת לטפל בהם וכמי שאכפת לו מהם (69).

בבחינת היבטי הקשר עם האחות, עלה כי התחומים שהנשים מרוצות מהן ביותר בקשר הינם הרגש, כלומר, תפיסה של האישה שהיא מוערכת ומכובדת על ידי האחות, ותקשורת, כלומר, תפיסה של האישה שהיא יכולה לשתף את האחות בקשייה. המשתתפות היו מעט פחות מרוצות מההיבט השלישי, של רמת הידע, כלומר תפיסה של האישה את האחות כבעלת ידע בתחום הדס"ל אותו היא מעבירה בצורה ברורה, אולם גם הוא היה בממוצע די גבוה. כלומר, קשר רגשי טוב ותקשורת טובה השפיעו על תפיסת טיב קשר טוב עם האחות יותר מאשר תפיסה שיש לאחות ידע בתחום הדס"ל. אכן, מחקרים אחרים מצאו שאמון, המבוסס על רגש ואמפטיה, ותקשורת הינם גורמים מרכזיים ביחסי נותן שירות ומטופל (70).

טיב הקשר עם האחות כגורם מתווך:

התפקיד המרכזי של טיב הקשר עם האחות בהסברת רמת קבילות התכנית בא לידי ביטוי, בין השאר, בכך שהוא נמצא כגורם מתווך בין רמת תסמיני דס"ל, סטיגמה חברתית ותפיסת תועלת לבין קבילות התכנית. יצוין שלא נמצא קשר ישיר בין רמת תסמיני דס"ל לבין קבילות, אלא רק קשר עקיף. כלומר, נמצא קשר שלילי בין רמת תסמיני דס"ל לטיב הקשר עם האחות, אשר בתורו נמצא כבעל קשר חיובי עם קבילות. ממצא זה משמעותי במיוחד לאור זאת שהקשר בין רמת תסמיני דס"ל לטיב הקשר עם האחות הינו שלילי, כלומר, ככל שהאישה חווה יותר תסמיני דס"ל כך טיב הקשר שלה עם האחות הינו פחות טוב, מה שמוביל לקבילות נמוכה יותר של התכנית. מאחר ותוכנית האיתור נועדה לאתר את הנשים הללו אשר סובלות מתסמיני דס"ל, ישנה חשיבות לקשר טוב עם נשים שיש להן תסמיני דס"ל גבוהים, משום שקשר טוב מעלה את הסיכוי להיענות לטיפול נצרך (69). לפיכך, ישנה חשיבות להשקיע משאבים, הכשרות וחשיבה לגבי דרכים לשיפור הקשר של האחיות עם נשים בעלות רמות דס"ל גבוהות, זאת על מנת לשפר את רמת קבילות תכנית האיתור בקרב הנשים אותן התוכנית מעוניינת לאתר.

כמו כן, נמצא כי הקשר בין סטיגמה לקבילות מתווך על ידי טיב הקשר עם האחות, כך שסטיגמה קשורה בקשר שלילי לטיב קשר עם האחות, אשר קשור בקשר חיובי לקבילות. כלומר, רמת סטיגמה גבוהה מקושרת ליחסים פחות טובים עם האחות, וקבילות נמוכה יותר. אכן, מחקרים הראו כי נשים חוששות לשתף את גורמי הרפואה הראשונית, שתפקידם לאתר נשים עם דס"ל, בקשייהן הרגשיים סביב הלידה בשל תפיסות סטיגמטיות וחשש שמא גורמי רפואה אלו יחשבו שהן אימהות לא טובות (71). בנוסף, הקשר בין תפיסת תועלת לקבילות מתווך על ידי טיב הקשר עם האחות, כך שתפיסת תועלת גבוהה יותר קשורה ליחסים טובים יותר עם האחות וקבילות גבוהה יותר. אכן, תפיסת תועלת של טיפול נמצאה כמשפיעה לחיוב על יחסי מטפל-מטופל (72).

משתני רקע והקשר לקבילות: בבחינת הקשרים בין משתני הרקע לקבילות תוכנית האיתור נמצא כי רק המגזר ורמת ההשכלה קשורים לקבילות, כך שנשים מהמגזר המוסלמי דיווחו על רמת קבילות גבוהה באופן מובהק מנשים במגזר היהודי. כמו כן, נמצא כי הקשר בין השכלה לקבילות קשור להבדלי מגזר ולכן לא נבחן בנתוחי נתונים נוספים. ככלל, ההבדלים המגזריים במדגם באו לידי ביטוי בהבדלים דמוגרפיים, כך שהנשים המוסלמיות היו בממוצע צעירות יותר, עם רמת השכלה ומצב סוציאקונומי נמוך יותר מזה של הנשים מהמגזר היהודי. פערים אלו בנתונים הדמוגרפיים בין המגזרים משקפים שההסבר להבדלים ברמת הקבילות בין המגזרים יכולים להיות מוסברים הן מהיבטים מגזריים והן מהיבטים סוציאליים אחרים. ייתכן כי רמת

קבילות גבוהה יותר בקרב נשים מהמגזר הערבי נעוצה בנטייה של האוכלוסייה הערבית לציות וקונפורמיות חברתית ולהסכמה עם דמויות סמכות (73).

בנוסף, נורמות תרבותיות וחברתיות בחברה הערבית יכולות להוות חסם לפנייה לעזרה נפשית מחשש לסטיגמה, ולכן שירות הניתן במסגרת אוניברסלית, כגון טיפול חלב ומרפאות לבריאות האישה, יכול לסייע במניעת התיוג השלילי. מעבר לכך, ישנם לא מעט אנשים מהמגזר הערבי שאינם משתמשים במקורות תמיכה לא פורמליים (כגון משפחה) (73), ולפיכך מקורות התמיכה של נשים בתקופה הסב-לידתית שאינם משתפים את בני המשפחה בקשייהן יהיו מצומצמים, מה שיכול להעצים את הצורך שלהן במענה רגשי בקופת חולים (הטיפות חלב/מרפאות לבריאות האישה) ובכך להגביר את קבילות תכנית האיתור מבחינתן. מהבחינה הסוציאלית, נראה כי הנשים הערביות מייצגות אוכלוסייה מוחלשת, אשר ניתן לשער כי האפשרות שלהן לפנות לטיפול, הן מהבחינה הכלכלית והן מבחינת הנגישות למרכזי טיפול, הינה מצומצמת באופן יחסי. במובן זה ממצאי המחקר ממחישים את חשיבות המענה הרגשי בקופת חולים עבור אוכלוסיות מוחלשות, אשר מקבלות במסגרת זו מענה ייחודי עבורן שאינו נגיש להן במסגרת אחרת, פרטית או משפחתית/חברתית.

ממצאים מהשאלות הפתוחות שנשאלו משתתפות המחקר:

עיקרי הצעות משתתפות המחקר לשינוי בתוכנית האיתור: מעבר לנתונים הכמותניים שנאספו בחלק א' של מחקר זה, נאספו נתונים איכותניים בדבר החוויה של נשים מתוכנית האיתור. נתונים אלו העלו במיוחד את החשיבות שנשים מייחסות לתוכנית האיתור ולמצבן הרגשי במהלך ההריון ואחרי לידה, כמו גם התייחסויות לכך שתוכנית האיתור יכולה לסייע בזיהוי ובהעלאת מודעות לדס"ל. היו גם נשים אשר טענו כי לתחושתן תוכנית האיתור אינה עוזרת או עוזרת באופן חלקי, כשרוב התייחסויות היו לגבי עצות לשינוי דבר מה בתוכנית האיתור. ההצעות לשינוי חולקו לקטגוריות תוכן, אשר כוללות את השינויים המרכזיים אותם הציעו משתתפות המחקר.

ראשית, רוב ההצעות לשינוי (18.4%) נגעו ברצון להרחבת תוכנית האיתור והמענה הרגשי לנשים בקופת החולים. ההצעות שהועלו היו מגוונות, וכללו למשל הכנסת מעקב מצב הרוח כחלק מהמעקבים הסדירים שמתבצעים אצל האחיות, העברת סדנאות בנושא בריאות הנפש, מתן עלונים עם הסבר והתעניינות לגבי התמיכה והמעורבות מצד הבעל. בעוד שההצעות להרחבת התוכנית היו מגוונות, נראה כי כולן מביעות רצון משותף במענה לצרכים הרגשיים שנשים חוות במהלך תקופת ההריון והחודשים שלאחר הלידה. כלומר, נראה שלצד החשיבות שנשים מייחסות לנושא ישנה נכונות ורצון מצידן להקדיש יותר זמן ותשומת לב למצבן הרגשי.

בהמשך לכך, הצעה נוספת לשינוי, אליה התייחסו 12.9% מהנשים, הייתה העמקת השיח מעבר לביצוע השאלון. כלומר, נשים הביעו רצון לכך שמעבר לשאלון עצמו האחיות יקיימו עימן שיחה, הן לגבי העברת מידע לגבי דס"ל ותוכנית האיתור והן לגבי מצבן הרגשי האישי. ממצאים אלו תואמים מחקרים קודמים אשר העידו כי נשים בתקופה הסב-לידתית מעוניינות שישוחחו איתן על מצבן הרגשי (74), אולם קשה להן לענות בכנות על שאלון האיתור ולפיכך הן רוצות להרגיש שמי שמעביר את תכנית האיתור הינו תומך ואכפתי (75).

פנייה לטיפול נפשי וגורמים מאפשרים וחסמים בפנייה לטיפול: מאחר וכמות המשתתפות במחקר אשר היו בעלות ציון EPDS של 10 ומעלה הייתה קטנה, לא הייתה אפשרות לנתח את הנתונים אשר נאספו בחלק ב' של המחקר באופן כמותני. לכן, נתונים אלו נותחו באופן איכותני. ראשית, מבחינה של נתוני הפנייה לטיפול עולה כי רוב הנשים אשר השתתפו בחלק ב', כלומר היו בעלות תסמיני דס"ל, לא פנו לטיפול. רובן של הנשים שלא פנו לטיפול העידו כי הסיבה שבגינה לא פנו לטיפול הייתה שלא חשבו שיש להן בעיה שמצריכה טיפול, מה שיכול להעיד על כך שהן לא ראו תועלת בטיפול. יש לציין כי נתון זה מתווסף לכך ש-7 מתוך 22 הנשים שהשתתפו בחלק ב' טענו כי לא הופנו לטיפול על ידי האחות. בעוד שאין לנו אפשרות לדעת האם אכן לא הופנו או שלא זכרו את ההפניה, נראה כי ניתן לשפר את ההפניה לטיפול כחלק מתוכנית האיתור, הן מבחינת הדגשת החשיבות של הפניית הנשים הרלוונטיות לטיפול בפני הצוות המטפל והן מבחינת הדגש שניתן לאישה בדבר חשיבות פנייתה לטיפול כמו גם הנגשת האפשרויות העומדות בפניה ודרכי הפנייה לטיפול.

רצף טיפול, טיב הקשר עם האחות חומרת תסמיני דיכאון וסטיגמה כקשורים לפנייה לטיפול נפשי: ממצאי המחקר עולה כי אחד הגורמים שאפשרו פנייה של נשים עם דס"ל לטיפול נפשי נעוץ בקשר טוב שלהן עם האחות, בהרגשת תמיכה ממנה ואקטיביות האחות, המאפשרת רצף טיפולי. נשים שיתפו כי תמיכה ואקטיביות של האחות בהפנייתן לעזרה נפשית, שאיפשרו רצף טיפולי, סייעו להן בפנייה לעזרה נפשית. אכן, מחקרים אחרים מצאו שקשר טוב עם הגורם המאתר דס"ל יכול לסייע לאתר נשים עם דס"ל ולהפנות אותן לעזרה (76) ושהפנייה ואקטיביות של הגורם המאתר בהפניית נשים לטיפול מעלה את הסיכוי שאישה תגיע לטיפול (77). בנוסף, הבריקרטיה הקשורה בפנייה לעזרה נפשית הוזכרה כחסם לפנייה לעזרה. ייתכן כי הבריקרטיה מסרבלת את הרצף הטיפולי, מה שמהווה חסם לפנייה לעזרה. מעבר לכך, נמצא כי חומרת תסמיני הדיכאון של הנשים היוותה גורם שדירבן אותן לפנות לעזרה. נראה כי תסמיני דיכאון חמורים יותר מהווים אינדיקציה עבור הנשים לכך שיש להן קושי וצורך לפנות לעזרה (78). לבסוף, יש לציין כי סטיגמה מקבלת טיפול נפשי לא הוזכרה כלל על ידי הנשים כחסם לפנייה לעזרה. לאור העובדה שהקשר בין סטיגמה לקבילות היה חלש, נראה שישנה חשיבות להסתכלות מעמיקה בתופעת הסטיגמה מקבלת טיפול נפשי ובהשפעתה על קבילות תכנית האיתור ופנייה לעזרה נפשית. ייתכן כי בעקבות הרפורמה בשירותי בריאות הנפש והנגשת טיפולים נפשיים למגוון אוכלוסיות, פעמים רבות במסגרת משותפת עם הרפואה הראשונית, שאיננה מזוהה עם הפסיכיאטריה, השפעת הסטיגמה על פנייה לטיפול נפשי פחתה.

המלצות

(1) ממצאי המחקר מבהירים עד כמה חשוב ומשמעותי **טיב הקשר בין אחיות טיפת חלב ומרכז בריאות האישה לנשים בהריון ואחרי לידה לקבילות של תוכנית האיתור לדס"ל**. על מנת לשפר ולחזק את טיב הקשר בין האחיות לנשים אנו ממליצות להדגיש לאחיות המבצעות את תכנית האיתור במרכזי בריאות האישה וטיפת חלב את חשיבות הקשר הבינאישי עם הנשים המשתתפות בתכנית האיתור. העברת קורסים יעודיים לאחיות, אשר יתמקדו בשיפור שלושת היבטי הקשר – רגש, תקשורת וידע, יוכלו לסייע לאחיות להקדיש תשומת לב ומחשבה במהלך עבודתן לבניית הקשר על מנת לשפר את קבילות תוכנית האיתור. (2) מכיוון שתסמיני דס"ל גבוהים יותר היו קשורים לקשר פחות טוב עם האחיות, אנו ממליצות להעביר לאחיות סדנאות לגבי דס"ל ודרכים לתקשר ולחזק את הקשר עם נשים בעלות תסמיני דיכאון. אנו ממליצות

שסדנאות אלו יתמקדו בהעשרת הידע וכן בהפחתת סטיגמה לגבי בריאות הנפש. בנוסף, הן יכללו שיטות התמודדות עבור האחיות כאשר הן נתקלות באישה בעלת תסמיני דס"ל, כולל ביצוע סימולציות לגבי התמודדות עם מצבים של דיכאון ואובדנות. (3) בשל החשיבות של **המשכיות הטיפול** על ידי אותה האחות לקבילות של תכנית האיתור, אנו ממליצות להשתדל ולהקפיד שכל אישה תיפגש באופן עקבי עם אותה האחות במרכז לבריאות האישה ובטיפת חלב. (4) ממצא נוסף של המחקר התייחס לחשיבות **תפיסת התועלת** מהשתתפות בתכנית האיתור בקבילות התכנית. המלצתנו היא, בהתאם להמלצות חוקרים אחרים שחקרו קבילות של תכניות איתור (79), להדגיש את נושא תועלת תוכנית האיתור, הן באוכלוסייה הכללית, על ידי תליית פוסטרים וחלוקת עלונים במרפאות בריאות האישה וטיפות חלב, והן במהלך המפגש עם האחות. המלצתנו היא לחלק דפי מידע אודות בריאות הנפש ותסמיני דס"ל כבר משלב התחלתי של ההריון או טרם הכניסה להריון. בנוסף, חשוב כי האחיות תדגשנה לפני ובתחילת ביצוע תכנית האיתור את התועלת שתצא לנשים מהשתתפות בתכנית האיתור. אם הנשים תדענה מהי התועלת בהשתתפות בתכנית, יש סיכוי גבוה יותר שהתכנית תהיה קבילה עליהן והן תשתתפנה בה בכנות.

בנוסף, מתשובותיהן של הנשים לשאלות הפתוחות עלה הצורך לייעל את אופן ההפניה למערכת בריאות הנפש. בתחום זה המלצותינו הן: (1) חשוב להדגיש בפני האחיות את הצורך בהפניה, כמו גם לשים דגש במהלך הפגישה לכך שהאישה הבינה שהופנתה לעזרה נפשית. (2) בהמשך לנקודה הקודמת, על מנת לייעל את אופן ההפניה אנו ממליצות כי במידה ואישה מאותרת כבעלת תסמיני דס"ל (כלומר, קיבלה ציון 10 ומעלה בשאלון EPDS במפגש אצל האחות), מעבר להפניה בעל פה, האחות תמסור לאישה רשימה של מרפאות בריאות הנפש בעיר הרלוונטית עם פרטי התקשרות (טלפונים, מייל וכתובת), אליהן תוכל לפנות לטיפול. במידת האפשר, מומלץ שהאחות תבצע את הקשר הראשוני עם גורם טיפול בבריאות הנפש. (3) על מנת לשפר את הטיפול והמעקב אחר מצבן הרגשי של נשים בעלות תסמיני דס"ל, אנו ממליצות כי בקרב נשים אשר קיבלו בשאלון EPDS אותו מילאו במרכז לבריאות האישה ציון של 10 ומעלה, יהיה המשך טיפול ויידוע של תחנת טיפת החלב אליה אותה אישה תגיע אחרי הלידה אודות מצבה הרגשי. ניתן לעשות זאת דרך סימון בתיקה הרפואי של האישה והתראה שיקבלו האחיות בטיפת חלב. כך, האחיות בטיפת חלב תוכלנה להתעניין במצבה הרגשי של האישה אשר אותה כבעלת תסמיני דס"ל במהלך ההריון ולסייע בתמיכה ובהפניה לטיפול במידה והאישה טרם פנתה. (4) מעבר לכך, אנו ממליצות כי מערכות הבריאות המונעת והראשונית ושירותי בריאות הנפש יחברו יחד על מנת ליצור רצפים טיפוליים בין איתור תסמיני דס"ל לטיפול ובכך להעלות את אחוזי הנשים הפונות ומקבלות עזרה נפשית.

לבסוף, בהקשר להערות ספציפיות של הנשים לגבי **ביצוע תוכנית האיתור**, אנו ממליצות להתייחס לנקודות הבאות: (1) הכנסת מעקב מצב רוח כחלק מהמעקבים הסדירים המתבצעים אצל האחיות, העברת סדנאות לנשים בתקופה הסב-לידתית בנושא בריאות הנפש, מתן עלונים עם הסבר והתעניינות לגבי התמיכה והמעורבות מצד בן הזוג. (2) הרחבת השיח של האחיות עם הנשים בקשר למצבן הרגשי וחשיבות הפניה לטיפול, מעבר להעברת שאלון EPDS. (3) העלאת מודעות בקרב האוכלוסייה הכללית לגבי דס"ל וחשיבות הפניה לעזרה במידת הצורך.

רשימת מקורות:

1. Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083. Doi: 10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
2. Barkin, J. L., Wisner, K. L., Bromberger, J. T., Beach, S. R., & Wisniewski, S. R. (2015). Factors associated with postpartum maternal functioning in women with positive screens for depression. *Journal of Women's Health*. Doi: 10.1089jwh.2015.5296
3. Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 25-35. Doi: [10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.017)
4. Paris, R., Bolton, R. E., & Weinberg, M. K. (2009). Postpartum depression, suicidality, and mother-infant interactions. *Archives of women's mental health*, 12(5), 309-321. Doi: 10.1007/s00737-009-0105-2
5. Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45(1), 26-35. Doi: 10.1046j.1365-2648.2003.02857.x
6. Perfetti, J., Clark, R., & Fillmore, C. M. (2004). Postpartum depression: identification, screening, and treatment. *WMJ-MADISON*, 103, 56-63.
7. Katon, W. J., & Ludman, E. J. (2003). Improving services for women with depression in primary care settings. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 114-120. Doi:10.1111/1471-6402.00091
8. Kwee, J. L., & McBride, H. L. (2015). Working together for women's empowerment: Strategies for interdisciplinary collaboration in perinatal care. *Journal of health psychology*, 21(11), 2742-2752. Doi: 10.1017/s1463423618000348
9. Liberto, T. L. (2012). Screening for depression and help-seeking in postpartum women during well-baby pediatric visits: An integrated review. *Journal of Pediatric Health Care*, 26(2), 109-117. [Doi:10.1016/j.pedhc.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.06.012)
10. Rüsçh, N., Evans-Lacko, S. E., Henderson, C., Flach, C., & Thornicroft, G. (2011). Knowledge and attitudes as predictors of intentions to seek help for and disclose a mental illness. *Psychiatric Services*. 62(6)675-678. Doi: 10.1176ps.62.6.pss6206_0675
11. Selix, N. W., & Goyal, D. (2018). Recent Policy Changes in Perinatal Depression Screening and Treatment. *The Journal for Nurse Practitioners*, 14(2), 117-123. Doi: [10.1016/j.nurpra.2017.11.016](https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2017.11.016)
12. משרד הבריאות (2010). חוזר ראש שירותי בריאות הציבור (מס' חוזר 20/12), נוהל לאיתור נשים בסיכון לדיכאון בהריון ולאחר לידה, ירושלים, ישראל: מירה חונביץ.
13. 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(6), 782-786. Doi: 10.1192/bjp.150.6.782
14. Glasser, S., & Barell, V. (1999). Depression scale for research in and identification of postpartum depression. *Harefuah*, 136(10), 764-8. [Hebrew].

15. Yawn, B. P., Olson, A. L., Bertram, S., Pace, W., Wollan, P., & Dietrich, A. J. (2012). Postpartum depression: screening, diagnosis, and management programs 2000 through 2010. *Depression research and treatment*, 2012, 1-9. Doi: 10.1155/2012/363964
16. Cummings, K. M., Becker, M. H., & Maile, M. C. (1980). Bringing the models together: an empirical approach to combining variables used to explain health actions. *Journal of behavioral medicine*, 3(2), 123-145. Doi: 10.1007/BF00844986
17. Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC health services research*, 17(1), 88. Doi: [10.1186/s12913-017-2031-8](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8)
18. Champion, V., Skinner, C. S., & Menon, U. (2005). Development of a self-efficacy scale for mammography. *Research in nursing & health*, 28(4), 329-336. Doi: 10.1002/nur.20088
19. El-Den, S., O'Reilly, C. L., & Chen, T. F. (2015). A systematic review on the acceptability of perinatal depression screening. *Journal of Affective Disorders*, 188, 284-303. Doi:10.1016/j.jad.2015.06.015
20. Poole, H., Mason, L., & Osborn, T. (2006). Women's views of being screened for postnatal depression. *Community Practitioner*, 79(11), 363.
21. Azale, T., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2016). Treatment gap and help-seeking for postpartum depression in a rural African setting. *BMC psychiatry*, 16(1), 196. [Doi:10.1186/s12888-016-0892-8](https://doi.org/10.1186/s12888-016-0892-8)
22. Bina, R. (2014). Seeking help for postpartum depression in the Israeli Jewish Orthodox Community: factors associated with use of professional and informal help. *Women & health*, 54(5), 455-473. Doi: [10.1080/03630242.2014.897675](https://doi.org/10.1080/03630242.2014.897675)
23. Flynn, H.A., O'Mahen, H.A., Massey, L., & Marcus, S. (2006). The impact of a brief obstetrics clinic-based intervention on treatment use for perinatal depression. *Journal of Women's Health*, 15(10), 1195-1207. Doi: [10.1089/jwh.2006.15.1195](https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.1195)
24. Leung, S. S., Leung, C., Lam, T. H., Hung, S. F., Chan, R., Yeung, T., ... & Lee, D. T. (2010). Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: a randomized controlled trial. *Journal of Public Health*, 33(2), 292-301. Doi: [10.1093/pubmed/fdq075](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq075)
25. Buist, A., Speelman, C., Hayes, B., Reay, R., Milgrom, J., Meyer, D., & Condon, J. (2007). Impact of education on women with perinatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 49-54. Doi: 10.1080/01674820601143187
26. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. *Journal of health and social behavior*, 1-10. Doi: 10.2307/2137284
27. Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education & Behavior*, 15(2), 175-183. Doi: 10.1177/109019818801500203
28. Charles, A., & Paschal, S. (2005). The Health Belief Model. In: C. Mark & N. Paul (Eds.). *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (pp. 28-80). Maidenhead, England: Open University Press.

29. Gerend, M. A., Lee, S. C., & Shepherd, J. E. (2007). Predictors of human papillomavirus vaccination acceptability among underserved women. *Sexually transmitted diseases*, 34(7), 468-471. Doi: 10.1097/01.olq.0000245915.38315.bd
30. McCarthy, M., & McMahon, C. (2008). Acceptance and experience of treatment for postnatal depression in a community mental health setting. *Health Care for Women International*, 29(6), 618-637. Doi: 10.1080/07399330802089172
31. Rowe, H. J., Holton, S., & Fisher, J. R. (2013). Postpartum emotional support: a qualitative study of women's and men's anticipated needs and preferred sources. *Australian Journal of Primary Health*, 19(1), 46-52. Doi: 10.1071/PY11117
32. Callister, L. C., Beckstrand, R. L., & Corbett, C. (2011). Postpartum depression and help-seeking behaviors in immigrant Hispanic women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(4), 440-449. Doi: [10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01254.x)
33. Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, 59(7), 614.
34. Vogel, D. L., Wade, N. G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of counseling psychology*, 53(3), 325. Doi: [10.1037/0022-0167.53.3.325](https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325)
35. Brown, H., & Bacigalupo, R. (2006). Health visitors and postnatal depression: identification and practice. *Community Practitioner*, 79(2), 49.
36. Wang, S., Moss, J. R., & Hiller, J. E. (2006). Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health promotion international*, 21(1), 76-83. Doi: 10.1093/heapro/dai025
37. Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2003). A qualitative study of the acceptability of routine screening of postnatal women using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Gen Pract*, 53(493), 614-619.
38. Shivakumar, G., Brandon, A. R., Johnson, N. L., & Freeman, M. P. (2014). Screening to treatment: Obstacles and predictors in perinatal depression (STOP-PPD) in the Dallas healthy start program. *Archives of women's mental health*, 17(6), 575-578. Doi: 10.1007/s00737-014-0438-3
39. Abrams, L. S., Dornig, K., & Curran, L. (2009). Barriers to service use for postpartum depression symptoms among low-income ethnic minority mothers in the United States. *Qualitative health research*, 19(4), 535-551. Doi: [10.1177/1049732309332794](https://doi.org/10.1177/1049732309332794)
40. Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., ... & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27. Doi: 10.1017/s0033291714000129
41. Roe, D., Kodesh A. & Thornicroft, G. (2016). Editorial: Mental Health Reform and a Window of Opportunity for Community Mental Health. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 53(1), 3.

42. Mitsutake, S., Shibata, A., Ishii, K., & Oka, K. (2016). Associations of eHealth literacy with health behavior among adult internet users. *Journal of medical Internet research*, 18(7). Doi: [10.2196/jmir.5413](https://doi.org/10.2196/jmir.5413)
43. Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth Literacy: Extending the Digital Divide to the Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), e19. .
44. Lee, Y. J., Boden-Albala, B., Jia, H., Wilcox, A., & Bakken, S. (2015). The association between online health information-seeking behaviors and health behaviors among Hispanics in New York City: a community-based cross-sectional study. *Journal of medical Internet research*, 17(11), e261. Doi: [10.2196/jmir.4368](https://doi.org/10.2196/jmir.4368)
45. Evans, M., Donelle, L., & Hume-Loveland, L. (2012). Social support and online postpartum depression discussion groups: A content analysis. *Patient education and counseling*, 87(3), 405-410. Doi: [10.1016/j.pec.2011.09.011](https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.09.011)
46. Moore, D., & Ayers, S. (2011). A review of postnatal mental health websites: help for healthcare professionals and patients. *Archives of women's mental health*, 14(6), 443-452. Doi: 10.1007/s00737-011-0245-z
47. Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W., & Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: In review, in use, and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 527.
48. Ybarra, M. L., & Suman, M. (2006). Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *International journal of medical informatics*, 75(1), 29-41. Doi: [10.1016/j.ijmedinf.2005.07.029](https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2005.07.029)
49. Austin, M. P., Fisher, J., & Reilly, N. (2015). Psychosocial Assessment and Integral Perinatal Care. In J. Milgrom & A.W. Gemmill (Eds.). *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management*. Sussex, NJ: John Wiley & Sons.
50. Foulkes, M. (2011). Enablers and barriers to seeking help for a postpartum mood disorder. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(4), 450-457. Doi: [10.1111/j.1552-6909.2011.01264.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01264.x)
51. Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D., & Coyne, J. C. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Depression research and treatment*, 2011: 320605. Doi:10.1155/2011/320605
52. Emrich, K., Thompson, T. C., & Moore, G. (2003). Positive attitude: An essential element for effective care of people with mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41(5), 18-25. Doi: 10.3928/0279-3695-20030501-09
53. Kahn, L. S., Fox, C. H., Krause-Kelly, J., Berdine, D. E., & Cadzow, R. B. (2006). Identifying barriers and facilitating factors to improve screening mammography rates in women diagnosed with mental illness and substance use disorders. *Women & health*, 42(3), 111-126. Doi: 10.1300/J013v42n03_07
54. Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (2013). Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC women's health*, 13(1), 18. Doi: [10.1186/1472-6874-13-18](https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-18)

55. Brown, S., & Lumley, J. (2000). Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(10), 1194-1201. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11607.x
56. Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative Health Research*, 18(9), 1161-1173. Doi: [10.1177/1049732308321736](https://doi.org/10.1177/1049732308321736)
57. Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals? *General hospital psychiatry*, 35(6), 598-604. Doi: [10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011)
58. Bish, A., Sutton, S., & Golombok, S. (2000). Predicting uptake of a routine cervical smear test: A comparison of the health belief model and the theory of planned behaviour. *Psychology and Health*, 15(1), 35-50. Doi: 10.1080/08870440008400287
59. Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M. C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 259(5), 298-306. Doi: 10.1007/s00406-009-0870-y
60. Ahadzadeh, A.S., Sharif, S.P., Ong, F.S., & Khong, K.W. (2015). Integrating Health Belief Model and Technology Acceptance Model: An investigation of health-related internet use. *Journal of Medical Internet Research*, 17(2), e45.
61. Galassi, J. P., Schanberg, R., & Ware, W. B. (1992). The Patient Reactions Assessment: A brief measure of the quality of the patient-provider medical relationship. *Psychological Assessment*, 4(3), 346. Doi: 10.1037/1040-3590.4.3.346
62. Hunsley, J. (1992). Development of the treatment acceptability questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 14(1), 55-64. Doi: 10.1007/BF00960091
63. Preacher, K. J., Curran, P. J., & Bauer, D. J. (2003). Probing interactions in multiple linear regression, latent curve analyses, and hierarchical linear modeling. *Retrieved November, 14, 2005*.
64. Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of statistical software*, 48, 1-36.
65. Torbjørnsen, A., Ribu, L., Rønnevig, M., Grøttland, A., & Helseth, S. (2019). Users' acceptability of a mobile application for persons with type 2 diabetes: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 19:641. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4486-2>
66. Buisson, A., Gonzalez, F., Poullenot, F., Nancey, S., Sollellis, E., Fumery, M., ... & ACCEPT study group. (2017). Comparative acceptability and perceived clinical utility of monitoring tools: a nationwide survey of patients with inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 23(8), 1425-1433.
67. Trinh, T. G., Schwarze, C. E., Müller, M., Goetz, M., Hassdenteufel, K., Wallwiener, M., & Wallwiener, S. (2022). Implementing a Perinatal Depression Screening in Clinical Routine: Exploring the Patient's Perspective. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 82(10), 1082-1092.
68. Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L., & Gillard, S. (2018). A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319-333.
69. Bussell, J. K., Cha, E., Grant, Y. E., Schwartz, D. D., & Young, L. A. (2017). Ways health care providers can promote better medication adherence. *Clinical Diabetes*, 35(3), 171-177.

70. Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and communication in a doctor-patient relationship: a literature review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 36. DOI: 10.4172/2472-1654.100146
71. Prevatt, B. S., & Desmarais, S. L. (2018). Facilitators and barriers to disclosure of postpartum mood disorder symptoms to a healthcare provider. *Maternal and child health journal*, 22(1), 120-129.
72. Wu, P., Zhang, R., & Zhang, X. (2020, December). Factors Influencing Doctor-Patient Relationship in Online Health Communities: An Empirical Study. In *2020 2nd International Conference on E-Business and E-commerce Engineering* (pp. 51-54).
73. ניג'ם-אכתיילאת, פ., בן רבי, ד., וסבו-לאל, ר. (2018). עקרונות עבודה והתערבות המותאמים לחברה הערבית בשירותי רווחה וטיפול בישראל: דו"ח מחקר. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
74. Brealey, S. D., Hewitt, C., Green, J. M., Morrell, J., & Gilbody, S. (2010). Screening for postnatal depression—is it acceptable to women and healthcare professionals? A systematic review and meta-synthesis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 328-344.
75. Matthey, S., White, T., Phillips, J., Taouk, R., Chee, T.T., & Barnett, B. (2005). Acceptability of routine antenatal psychosocial assessments to women from English and non-English speaking backgrounds. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 171-180.
76. Elkhodr, S., Saba, M., O'Reilly, C., & Saini, B. (2018). The role of community pharmacists in the identification and ongoing management of women at risk for perinatal depression: A qualitative study. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 37-48.
77. Boyd, R. C., Mogul, M., Newman, D., & Coyne, J. C. (2011). Screening and referral for postpartum depression among low-income women: a qualitative perspective from community health workers. *Depression Research and Treatment*, 2011.
78. Thomas, L. J., Scharp, K. M., & Paxman, C. G. (2014). Stories of postpartum depression: exploring health constructs and help-seeking in mothers' talk. *Women & Health*, 54(4), 373-387.
79. Kahalnik, F., Sanchez, K., Faria, A., Grannemann, B., Jha, M., Tovian, C., ... & Trivedi, M. H. (2019). Improving the identification and treatment of depression in low-income primary care clinics: a qualitative study of providers in the VitalSign6 program. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(1), 57-63.