



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

חלק א': טופס סיום מחקר – פרטים כלליים

1. כותרת מלאה של המחקר (עברית):

הבנת גורמי ומאפייני הסטיגמה ומחסומי הידע בפני שימוש נאות
בשירותי בריאות הנפש בקרב ישראלים לאחר הרפורמה ואיתור פתרונות מתאימים

כותרת מלאה של המחקר (אנגלית):

Understanding the causes and characteristics of stigma and lack of knowledge as barriers to proper use of mental health services among Israelis after the reform and finding appropriate solutions for them

חוקרים :

ד"ר אפרים שפירא, ד"ר ליאת קורן, פרופ' עליאן אלקרינאוי, ד"ר גיל צוקרמן

Background

It is important to examine not only who has mental health issues and a need for mental health care but who receives the care. Various factors affect proper utilization of mental health services beyond need, including social and psychological factors. In prior research, stigma and lack of knowledge stood out as barriers and there may be opportunities to overcome or reduce such barriers. However, the topic has been understudied. This topic is an especially important and timely one in Israel in light of the mental health reform several years ago and in light of COVID-19 and its potential impact not only on physical health but mental health. The research that has been conducted indicates that minority groups in Israel including Arabs, Haredi (ultra-Orthodox) Jews, and Ethiopian-Israelis, may be less likely to use mental health services when there is a need (Al-Krenawai 2002, Youngmann et al. 2008, Greenberg & Witztum 2012) but not enough is known. To contribute towards filling this gap in knowledge, this study analyzed stigma and lack of knowledge related to mental health care use and variations by subgroup, as well as examining potential interventions to improve appropriate mental health utilization.

Research Questions:

1. What is the extent of stigma and lack of knowledge related to mental health and mental health services among Israelis?
2. How do stigma and lack of knowledge differ by sub groups such religion and ethnicity?
3. What are possible solutions to reduce stigma and increase knowledge in order to increase appropriate use of mental health services?

Methods

This study used mixed methods. The first phase involved a survey of Israelis aged 18-55 about mental health, stigma, mental health status and knowledge, attitudes and behaviors related to mental health care. Standard instruments were used when possible, including at least parts of the CAMI, MAKS, PHQ and GAD. The majority of respondents were recruited from a random list of Israeli residents, supplemented by a convenience sample. From August 2020 - January 2021, 2216 Israelis were surveyed, including 509 Arabs, 310 Haredi Jews, and 425 Ethiopian-Israelis. Bi-variate analyses and comparisons were performed for a wide range of health status variables, need for mental health services, stigma towards others, knowledge about identifying disorders and mental illness, knowledge about service utilization and reform, corona impact about mental health care needs and perceptions about mental health services and preferences regarding sources of information on mental health issues. Comparisons were made between the target minority groups of the study, Arabs, Haredim and Ethiopian-Israelis with the rest of the population for variables described above. Chi-square statistics were produced to test for statistical significance. Multivariable

analyses were performed to analyze findings after controlling for demographics and see whether lack of knowledge was connected with stigma.

The second phase involved 25 intensive interviews conducted at the end of 2021 with senior mental health and community leaders and experts, about half from within and half external to the mental health care to try to understand the reasons for these barriers in greater depth and to develop potential ways to overcome these barriers. Interviews were recorded, transcribed and analyzed. A grounded theory approach was used in analyzing themes and subthemes.

Findings

The main findings of the survey are presented below. All differences are statistically significant ($p < .05$). Significant proportions of the population surveyed reported mental distress, 44% having ever had a mental health problem ever and 21%, having one over the last 12 months; of these, most have felt distress since the corona outbreak. There was a range of results for stigma towards others ranging from 9% to 25% in the general population, depending on type of stigma, with variations by subgroups. For example, over 44% of Haredim agreed that "it is foolish for a woman to marry a man who has suffered from a mental illness in the past, even if he seems to have recovered" and among Arabs, 35% thought that "the mentally ill should not be given responsibility for anything." Regarding self-stigma, 24% of the sample who had a mental health issue did not agree that "I can live life the way I want." There were significant differences by subgroups. For example, about 38% of the Haredim agreed that "if I had a mental illness I would not tell anyone but in the other types of stigma and among Arabs for whom the question was relevant, 39% thought that "stereotypes about mental patients are relevant to me."

In terms of the issue of lack of knowledge, a quarter of respondents did not agree that they had enough resources to search for information on mental illness. About a third of the sample did not agree that they could identify whether they had a problem with their mental state that required treatment and could not identify symptoms of severe depression when presented. Only about a third knew that since 2015, mental health services are primarily received from the HMOs, and less than half of the sample thought that people with severe mental health problems could recover. The multivariate analyses confirmed that there were differences between the subgroups studied even when controlling for other demographics and also that there was an inverse relationship between knowledge about mental health issues and stigma.

Regarding changes in stressors and mental health-related attitudes since the outbreak of the coronavirus, nearly 40% of the sample reported feeling more mental distress and 73% reported feeling more concerned about personal or family health. While 20% said they felt more worried about what others would think if they were found to have mental illness but a similar percentage also said they felt less worried about it and a similar percentage also said they were more willing to seek professional mental health care. When presented with a list of options, there was the highest interest in getting mental health information from the health care system and about 72% of the overall sample chose their family doctor and 55% chose the HMO as a desired source. However, almost 70% of the ultra-Orthodox wanted to get information from spiritual leaders and only about 17% of Arabs wanted information from the government. Ethiopian-Israelis preferred information from family or friends far more than the other groups

The intensive interviews with mental health and community leaders provided a deeper understanding of the reasons for the survey findings. Generally, interviewees thought that there were still many people who did not receive health services, because of a number of types of stigma or lack of knowledge. However, there was a diversity of opinions, with those serving in roles within the health care system typically more likely to downplay the severity of these issues. Although it was not an initial focus of our study, many of the key informants mentioned the barrier of access to care and long wait times for care, a problem exacerbated during the coronavirus period. Informants from all sectors thought that while there is generally a growing awareness of mental health issues and less stigma, the progress is slow, and more efforts are needed to address this problem at all ages. They suggested a number of ways to improve mental health in Israel. Many mentioned in particular the need for increased education, especially at an early age and the need for more cultural competence to deal with the special challenges facing the minority groups that our study especially focused on.

Discussion

Reducing stigma and Increasing knowledge related to mental health among Israel can contribute to the mental health and wellness of the community and thus strengthen overall well-being. However, there are excessive levels of external and internal stigma as well as lack of relevant knowledge that are barriers to the appropriate use of mental health services among Israelis. These problems are especially important in light of COVID-19 when there may be a greater need for treatment but have relevance during other periods as well. This study sheds light on the barriers and potential means to try to overcome them, including among minority groups such as Arabs, Haredim and Ethiopian-Israelis.

There was disagreement among key informants as to the extent of stigma and lack of knowledge being barriers today, with some saying the because of the 2015 reform and also attention being given to mental health during the COVID-9 period, these issues were less relevant and the focus should be on access to care. However, other informants, especially those outside of the health care system saw these as still being important barriers. This was supported by our survey of Israelis which found that important minorities of Israelis were affected by either external or internal stigma as well as by lack of knowledge as to when mental health care was needed or where to get it.

Policy Recommendations/Conclusions

Some of the recommended initiatives, such as increased education, may involve increased budgets. However, long-term savings of these and other initiatives mentioned below, may be cost-effective thanks to prevention of hospitalizations and more effective treatment of mental health problems. In addition, there may be additional options for reducing costs through the participation and volunteering of community members

It is also important to note that there are differences between subgroups and there is a need for cultural adaptation both within and without the mental health care system. The results of the study can have important implications, due to the potential to better understand barriers to receiving needed and culturally competent treatment for specific population groups, especially Arabs, ultra-Orthodox, and Ethiopian-Israelis. There is also a need to promote innovative solutions such as Bayit Me-azen (communal houses providing alternative to preventing psychiatric hospitalization for people) or mental health promotion, ideas that exist but are not necessarily sufficiently supported. And in general, there is a need and opportunity to think 'outside the box'.

There is a need to increase trust in and appropriate use of the health care system. A recent article examined the Ministry of Health's success in increasing trust between it and the Haredi community regarding compliance with the guidelines regarding corona and receiving the vaccine (Schroeder et al 2021). The article suggested that similar initiatives could succeed among other minority groups in Israel and in other health areas. Such an initiative should be considered for mental health and for minority groups in Israel such as Arabs and Ethiopian-Israelis. It can involve a coalition of groups, not only from the health care system but also from the community. However, even without such a grand initiative, some of the steps outlined in this report can make an impact on the problems of stigma and lack of knowledge which still exist and can thus improve appropriate use of mental health services.

References

Al-Krenawi A. Mental health service utilization among the Arabs in Israel. (2002) *Soc Work Health Care*. 35(1-2):577-89.

Greenberg, D., Witztum, E. (2013) Challenges and conflicts in the delivery of mental health to ultraorthodox Jews. *Asian Journal of Psychiatry*. 6(1);71-3.

Schroeder, H., Numa, R., & Shapiro, E. (2021). Promoting a Culturally Adapted Policy to Deal with the COVID-19 Crisis in the Haredi Population in Israel. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01186-2>

Youngmann, R., Pugachova, I., & Zilber, N. (2008). Utilization Patterns of Ambulatory Psychiatric Services by Ethiopian Immigrants in Israel (p. 8). *Ruppin Academic Center*.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

דוח מדעי מפורט: הבנת גורמי ומאפייני הסטיגמה ומחסומי הידע בפני שימוש נאות בשירותי בריאות הנפש בקרב ישראלים לאחר הרפורמה ואיתור פתרונות מתאימים

רקע מדעי

בריאות נפש האדם ממלאת תפקיד חשוב בחייו. לבריאות הנפש לא רק השפעה על רווחה רגשית, אלא גם על מצב הבריאות הפיזית ואיכות החיים. הבדלים בבריאות הנפש יכולים להיות קשורים לאי שוויון באוכלוסייה, בעיה חשובה במדינת ישראל (אברבוך ואבני 2016) עם זאת, לא כל אדם בעל בעיה בבריאות הנפש או חולה מקבל טיפול. שיעור גבוה מאוד של אנשים הסובלים מהפרעות נפשיות לא משתמשים בשירותי בריאות נפש (אלרועי וחב 2017). גורמים חברתיים ותרבותיים יכולים להשפיע באופן משמעותי על מידת הצריכה של שירותי בריאות הנפש- אחד מהם הוא מידת הנגישות לטיפול (Fleury 2012). נגישות נאותה לטיפול היא חשובה, אך השפעתה תהיה מוגבלת בנוכחותם של גורמים אחרים אשר עלולים להגביל אנשים מלהשתמש בשירותים אלו, בנוסף לבעיות ביו-רפואיות (Dietrich, 2016, Stolzenburg et al 2018).

מחסומי סטיגמה וחוסר ידע

שתי דוגמאות בולטות המהוות מחסומים בפני קבלת שירותי בריאות נפש מתאימים הם: סטיגמה וחוסר ידע בנוגע לבעיות בריאות הנפש. סטיגמה היא כתם בשמו הטוב של אדם ולכן תפיסותיו משפיעות על התנהגותו. לסטיגמה על השימוש בשירותי בריאות הנפש השלכות חשובות העלולות להשפיע באופן משמעותי על חיי אנשים (Knaak et al 2017). ההשפעה המוכרת ביותר בישראל היא תפיסת השפעת בעיות בריאות הנפש על סיכויי הנישואין (Greenberg and Witztum 2013). כמו כן, אמונות ועמדות סטיגמטיות מקשות על איתור מקור פרנסה (Sharac 2010) או דיור (Link et al 2004). הסטיגמה יכולה להשפיע גם על הסיכויים של אנשים ללמוד בבתי ספר דתיים או באוניברסיטות (Leibert 2003), ולמנוע מאלה המשרתים בצבא לקבל טיפול רפואי הולם (Gibbons 2014).

מחסום אפשרי נוסף לקבלת שירותי בריאות הנפש הינו חוסר ידע בנוגע לזיהוי בעיות נפשיות ואיתור טיפול מתאים לאחר זיהוי הבעיה. יתכן שאנשים אינם מזהים את הבעיה כבעיית בריאות הנפש, ויתכן שהם עלולים לחפש טיפול במקום שאינו מתאים לבעיה או לא לחפש טיפול בכלל (Collins et al 2012). הגדלת הידע חשובה לא רק לצורך הגברת התמיכה, אלא גם לצורך הפחתת הסטיגמה. מחקרים מצאו כי השכלה מוגברת ומודעות למחלות נפש באמצעות שיטות

שונות יכולות להפחית עמדות סטיגמטיות; הם הפחיתו את כמות אנשים בעלי מחלת נפש (Corrigan 2012, Michaels 2014).

קיימות עדויות מלפני הרפורמה בבריאות הנפש כי הסטיגמה היא בעיה חשובה בישראל, שעלולה להשפיע על הפרט שלא לבקש טיפול נפשי גם כאשר מתעורר צורך. חוקרים מצאו שנתקלים חולים בסטריאוטיפים או דיעה קדומה בעקבות התנהגותם כמו כן קיימים מצבים בהם הציבור מגיב לתיאור "חולה נפש" באופן סטיגמטי (שטרך וחב' 2018). לתופעה הזאת יש השלכות מהותיות בנוגע לסיכוי של אדם לקבל טיפול לו הוא זקוק.

מחקרים קודמים (Levav et al 2007, אלרועי 2017, שטרך 2018) מראים כי קיים אי שוויון במידת השימוש בשירותי בריאות נפש בין קבוצות אתניות ודתיות בישראל. סטיגמה וחוסר ידע עשויים להיות נפוצים במיוחד בקרב מיעוטים גדולים בישראל, כגון חרדים, ערבים ויוצאי אתיופיה. יתכן שישנם היבטים ספציפיים הרלוונטים לקבוצות מסוימות אך סטיגמה או תיוג עלולה להימצא בכל המגזרים בחברה. מאפיינים דמוגרפיים קשורים לנכונות לחפש טיפול נפשי במערכת הציבורית בישראל. ישראל היא חברה רב-תרבותית כמו זו של ישראל, וכנראה אין קבוצה של האוכלוסייה שאין איזה סוג סטיגמה רלוונטי אם כי גם יש הבדלים ביניהם (Baron-Epel et al. 2007, Nakash and Levav 2017).

הרפורמה בבריאות הנפש בישראל

לחקיקה יכולה להיות השפעה חשובה על שימוש הולם בשירותי בריאות הנפש בהקשר לנגישות לטיפול. חקיקה יכולה להוביל לבריאות נפש טובה יותר, כמו גם לאיכות חיים טובה יותר, לקבלה חברתית של בעיות נפשיות, וכן להפחתת הסטיגמה החברתית (Ayanos 2018). בשנת 2015 יצאה לדרך בישראל הרפורמה בבריאות הנפש, במסגרתה עברה האחריות לאספקת רוב השירותים בתחום זה מן המדינה אל קופות החולים. אך הסוגיה בדבר כוחה של הרפורמה להפחית את הסטיגמה ממחלות הנפש שנויה במחלוקת. לדוגמא, יש כמה חסרונות הנוגעים לסיכון הזכות לחיסיון רפואי (WHO 2003) והחשש מהאפשרות שמרגע שאדם פנה לטיפול במרפאה, המידע עליו יועבר לגורמים נוספים (טביאן-מזרחי, 2007); תפיסה זו עלולה למנוע מחולים מלהשתמש בשירותי קופות החולים בגלל סטיגמה. כמו כן הרפורמה תיתקל בקשיי ביצוע אם רמת הפניה לשירותי בריאות נפש תישאר נמוכה, למרות הצורך הגבוה בטיפול נפשי בקרב מגזרים ספציפיים.

מחסומי סטיגמה וחוסר-ידע אחרי הרפורמה

המחקר הקודם שבוצע בנושא סטיגמה וחוסר ידע הראה ממצאים עקביים עם ספרות קודמת בתחום (Al Krenawai et al 2009, Greenberg and Witztum 2013). במחקר לפני שנתיים

שמומן על ידי המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות נחקרו מחסומים בשימוש בשירותי בריאות. המחקר כלל שני שלבים: ניתוח סקר של כלל האוכלוסיות שבוצעו בשנת 2013-2017 וראיונות אישיים עם מנהיגים דתיים, קהילתיים ורפואיים שבוצעו בשנת 2017-2018 לאחר הרפורמה (Shapiro et al. 2018). בשלב השני של המחקר נמצא כי קיימים מחסומים רבים העומדים בפני ניצול הולם של שירותי בריאות הנפש, וסטיגמה, היוותה מחסום עיקרי שזוהה על-ידי רובם הגדול של המראיינים. מראיינים דיווחו על קיומן של סטיגמה עצמית ותחושת בושה הנובעות מתפיסות הפרט.

קטגוריה עיקרית נוספת שעלתה במחקר המקדים המהווה מחסום בפני קבלת שירותי בריאות הנפש היא חוסר הידע בנושאי בריאות הנפש. בעוד שהנושא הזה רלוונטי הן ליהודים והן למוסלמים, בין אם דתיים ובין אם לא, שכיחות הבעיה משתנה לפי מאפייני האוכלוסייה. זה נפוץ במיוחד בקהילות סגורות כמו חרדים שחיים באופן מסתגר ומתעלמים מן העולם המודרני ומהמדיה החברתית ועלולים להיות חסרי ידע בסיסי יותר בנוגע לזיהוי ולטיפול בבעיות נפשיות. הסטיגמה נמצאה קשורה לחוסר-ידע לגבי בעיות בריאות הנפש.

הקשר בין סטיגמה וחוסר ידע הוא מורכב ויכול ללכת בשני כיוונים. לדוגמה, לפעמים סטיגמה נגרמת בגלל חוסר ידע בנוגע לבעיה בריאות הנפש או שהידע חסר על ידי אדם הסובל מהבעיה או על ידי אחרים בחברה (Collins et al 2012). ולעיתים, סטיגמה מונעת אפשרות לזהות מצב כבעיית בריאות הנפש או מקשה על שאיפות ללימוד או לקבלת מידע (Schomerus 2018). על רקע השפעתם על קבלת שירותי בריאות נפש, ניכר כי זה יהיה יעיל לחקור את שני הנושאים ביחד.

שאלות המחקר:

1. כיצד מתאפיינים הסטיגמה וחוסר הידע לגבי שימוש בשירותי בריאות הנפש בקרב החברה הישראלית?
2. כיצד סטיגמה וחוסר ידע משתנים בקבוצות אוכלוסייה שונות כולל קבוצות דת, מגזר, אתניות.
3. מה הם הפתרונות האפשריים שיתנו מענה ראוי ויעזרו להילחם בעיוותי הסטיגמה על מנת להגדיל את הסיכוי לשימוש מתאים בשירותי בריאות הנפש?

שיטות המחקר:

סוג המחקר

המחקר כלל שיטות כמותניות ואיכותניות בשלושה שלבים. ראשית, בניית הכלי כולל פיילוט עם מרואיינים. בשלב השני, נעשה סקר של מרואיינים כולל מדגמי יתר, כדי לזהות מחסומים ואפשרויות לגבי שימוש מתאים של שירותי בריאות הנפש ולשפר את המצב. בשלב השלישי ביצע של ראיונות עומק עם מנהיגים/בכירים קהילתיים ורפואיים באוכלוסיות היעד כדי לפרש את התוצאות ולהציע התערבויות מותאמות על בסיס הממצאים שהתקבלו. להלן פרטים לגבי כל שלב

שלב המקדמי

בשלב הראשון, בנינו את כלי סקר של 49 שאלות פותח על ידי צוות המחקר והוטמע באמצעות תוכנת Qualtrics XM. השאלון התמקד בצורך לטיפול נפשי, בסוגי הסטיגמה, ברמת הידע ובחסמים לשירותי בריאות הנפש בישראל וכן בדמוגרפיה. שינינו את התכנית המקורית שבוצע לפני ההתפרצות והוספנו כמה שאלות שקשורות לקורונה שעשויות להיות רלוונטיות לנושא מחקר

הייתה קבוצה נרחבת של שאלות על סטיגמה וחוסר ידע, מוקד המחקר. השאלון כלל:

- שאלות על ידע והתנהגות בנוגע לבריאות הנפש, ידע ותפיסות בנוגע לרפורמה, נגישות לשירותים, וכו'.
- שאלות לגבי בריאות וצורך לשימוש בשירותי בריאות, כמו: מצב בריאות כללי, או הפרעות בריאות הנפש מאובחנות וכו'.
- שאלות על עמדות ואמונות לגבי בעיות נפשיות כולל אלו קשורות לסוגי סטיגמה-
- שאלות לגבי מחסומים בפני קבלת טיפול נפשי מאלו שהיה להם צורך אך לא קיבלו טיפול, או ביקשו טיפול.
- שאלות לגבי פתרונות רצויים להקלה על המטופל על מנת להגיע לטיפול.
- מאפיינים דמוגרפיים

כדי למקסם את תקיפות הכלי נעשה שימוש בשאלות בעבר ככל שניתן היה.

השתמשנו בקטע המלא של שש השאלות בסולם הידע של בריאות הנפש שנקרא Mental

Health Knowledge Scale ,MAKS, (Evans-Lacko et al., 2010).

השתמשנו גם בסולם גישות הקהילה כלפי בריאות הנפש (CAMI). השתמשנו בגרסה 6 שאלות של

חלק ההדרה החברתית של ה (Taylor & Community Attitudes Towards Mental Health (CAMI)

(Dear, 1981) הסולם הותאם לחברה הישראלית, בין היתר באמצעות הוספת שאלות על שירות

צבאי ושירות לאומי או לימודים במוסדות דת. הסולם המתוקן עדיין נמצא אמין גם לאחר השינויים,

עם אלפא של קרונברך של .74.

במחקר בדקנו את הסיכון לחרדה ודכאון. הסיכון לחרדה ודיכאון נמדד על ידי הכלים המקובלים ורבות מהשאלות לגבי מצב בריאות הנפש וניצול השירותים, כולל נושא האמון PHQ2 ו-GAD2 במערכת הבריאות, נלקחו מסקר קודם בנושא שבוצע על ידי מכון ברוקדייל (אלרואי, רוזן, סמואל ואלמקיאס 2017).

ביצענו פיילוט של שאלון באמצעות 20 ראיונות של אלו בטווח הגילאים שאנו חוקרים ושכלל חברי כל קבוצות המיעוט שאנו מתמקדים בהם. מטרת השלב הזה הייתה לסייע בבניית ושיפור השאלון הכמותי הסגור שהשתמשנו בשלב השני. הראיונות אפשרו לנו לראות אם נושא המחקר שנחקר נתפס כראוי על ידי נוהל הראיון המוצע ותזמון השאלות, והאם יש להוסיף, לשנות או למחוק משהו מהשאלון. בשלב הזה הישגנו מיצוי תוכן מתאים ונושאי המחקר המועלים, ושאלת שאלות באופן בהיר. גם בדקנו שהשאלון לא יותר מדי ארוך כדי למקסם את אחוז האנשים שיסכימו למלא את השאלון. התאמנו את השאלון לפי תוצאות של שלב הראשון של הפיילוט ואחרי זה ראיינו עוד 10 אנשים כדי להבטיח שאכן שיפרנו את הכלי באופן מתאים. בגלל הערות לגבי האורך, החלטנו להוריד כמה שאלות שהיו פחות קשורות למטרות המחקר, למשל לגבי טיפול

שלב השני: סקר כמותני.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר היה אזרחי מדינת ישראל, ללא קשר למאפיינים סוציו-דמוגרפיים, מצב בריאות הנפש או היקף השימוש בשירותי בריאות הנפש. אוכלוסיית היעד היא משיבים בין הגילים 18-55. הבחירה בטווח גיל זה מתאימה לסוגי הסטיגמה הצפויים השכיחים יותר בשלבים המוקדמים של החיים (Sirey and Bruce 2004).

איסוף נתונים

השתמשנו בשאלון לראיין משתתפים במדגם מייצג, במידת האפשר, תוך דגימת יתר של קבוצות מיעוט נבחרות באוכלוסייה. כולל ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה.

גיסנו מראיינים באמצעות שאלונים שהופצו לאוכלוסייה המייצגת. קיבלנו את רשומות רשימה מדגם מייצג מחברה שמתמחה ברשימות ייצוגיות על פי מאפייני מדגם נדרש, בין הגילאים 18-55, כדי למדוד אופי הפעילות שלהם והרגלי הצריכה של שירותי הבריאות בחתך גילאים זה. היו מדגמי יתר של ערבים וחרדים לפי מטרות המחקר. הרשימה כלל שמות ומספרי טלפון שנבחרו באופן אקראי. הרשימה כלל עד שלושה מספרי טלפון לכל שם, כולל מספר קווי ונייד אם יש.

על מנת לקבל מענה לסקר ביצענו על פי רוב לפחות שלושה ניסיונות לנסקר ולעתים יותר על פי הצורך, כמו כן לעתים שלחנו את השאלון באופן מקוון בהתאם לנסיבות ולצורך שעלה. היו צוות של שישה מרואיינים, לא כולם לכל תקופת המחקר, כולל אלו מקבוצות מיעוט היעד וגם כולל ארבעה סטודנטים מצטיינים מאוניברסיטת אריאל בשומרון שעזרו במחקר. כדי להגביר את ההיענות, צוות ערבית ראיינו ערבים ברשימה בשפת האם שלהם. כדי להבטיח את איכות ועקביות של ביצוע הסקר, כל חברי צוות המראיינים קיבלו הכשרה מהחוקר הראשי וגם קיבלו תיעוד בכתב על הנהלים. חוקר הראשי גם נתן פיקוח ותמיכה לצוות המראיינים משך כל תהליך איסוף הנתונים באמצעות פגישות סדירות, שיחות טלפוניות ו/או מיילים לפי הצורך כדי לספק אבטחת ובקרת איכות לאורך שלב הזה. קיבלנו מראש הסכמים מכמה רבנים חרדים מפורסמים כדי לעודד לאנשים באוכלוסיות יהודים דתיים כמו החרדים להסכים להשתתף

גייסנו את רוב הדגם באמצעות שיטה הזאת. אך גיוס מרואיינים לסקר היה מאתגר ואיתי בגלל תקופת קורונה וגם נושא השאלון הרגיש, וזה יצר קושי במידה מסוימת ליצור מדגם רחב ומייצג בתקופת המחקר. גיוס מדגם של יוצאי אתיופיה היתה במיוחד מאתגר ורובם גויסו באמצעות כדור שלג

לכן, כדי לקדם את התהליך, הרחבנו את היכולת לענות לשאלון באופן מקוון וגם גייסנו אנשים למדגם בשיטת כדור השלג ושימוש בחברת פנל כדי להגביר את גודל המדגם. ביצענו מאמץ בכל זאת למקסם את ייצוגיות המדגם ככל האפשר, והופץ הסקר באופן אלקטרוני במגוון של מקורות על ידי פרסום ברשתות חברתיות וקבוצות וואטסאפ, בקרב סטודנטים, ארגונים קהילתיים, קבוצות משפחה וחברים.

הכלים שפותחו באנגלית תורגמו לעברית על ידי מתורגמת מקצועית עם ביקורת על ידי איש צוות דו-לשוני. השאלון השלם היה מתורגם לערבית על ידי מתרגם מקצועי עם מומחיות גם בשפה וגם נושא המחקר והיה ביקורת על התרגום על ידי איש צוות דו-לשוני. אורך הראיון על ידי השאלון היה בדרך כלל 10-15 דקות הנתונים נאספו מאוגוסט 2020 עד ינואר 2021 במהלך של כ-5 חודשים. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל וכל המשתתפים אישרו את הסכמתם

הגדרת משתנים

משתנים מוסברים:

- מידת הסטיגמה (סוגי סטיגמה כולל חיצונית ועצמית)
- מידת חוסר-ידע על בריאות הנפש (כולל זיהוי צורך לטיפול ואיפה לקבל טיפול)
- מקורות מידע (לגבי בריאות הנפש ואיפה לקבל טיפול)
- השפעת קורונה על צורך ושימוש בשירותי בריאות הנפש

משתנים מסבירים:

- מצב בריאות הנפשי וצורך לשירותי בריאות הנפש
- ידע בנוגע לרפורמה
- נגישות, קופת החולים, ביטוח וביקור עם רופאי משפחה
- שימוש בשירותי בריאות הנפש
- משתנים דמוגרפיים: מגזר, גיל, מין, ארץ לידה, שפת האם, השכלה, דת ודתיות, מצב סוציו-אקונומי, מצב משפחתי, מספר ילדים.

ניתוחים

המחקר נערך בקרב יהודים בישראל, בגילאי 18-55 כולל 2116 משתתפים, שמהם היו 508 ערבים, 310 חרדים ו-425 יוצאי אתיופיה. בוצע ניתוח תת-קבוצות של ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה כדי לבחון האם יש קשר בין המשתנים לקבוצות מיעוט היעד. מדגם בגודל כזה אפשר לנו להעריך מחסומים ברמת דיוק גבוהה לזהות הבדלים קטנים בין קבוצות בפרופורציות של משתנים שונים (Cohen 1992), וכן להבחין בתופעות שאינן בולטות בכמותן, ברמת מובהקות של 0.05 ובעוצמת מבחן של 80%.

ערכו ניתוחים של נתונים כולל שכיחויות וניתוח דו-משתני לבדיקת תלות בין תת-קבוצות בעזרת מבחני חי בריבוע, מבחני T או אנובה לבדיקת הבדלים בין קבוצות לפי סוג המשתנה, כדי לבחון את הקשר בין כל אחד מהמשתנים המוסברים לבין המשתנים המסבירים הרלוונטיים, במיוחד ערבים, חרדים, יוצאי אתיופיה או שאר האוכלוסייה. בוצעו מבחני סבירות לבדיקת יחס הסיכויים תוך השוואה בין קבוצות באמצעות רגרסיה (לינארי או לוגיסטית בהתאם לסוג משתנה התלוי, רציף או דיכוטומי).. מודל נפרד יפותח עבור משתנה מוסבר של סטיגמה ושל חוסר ידע וגם יובדק האם קיים קשר ביניהם: כל המשתנים בעלי ערך מובהקות $p < 0.05$ ייכללו במודל הסופי. בניתוחים, התשובות לשאלות חולקו בדיכוטומיות במידת האפשר כדי להגדיל את הכוח האנליטי בהתחשב בגודל המדגם הקטן יחסית. אפשרויות המענה- ניטרלי, לא מסכים או מסכים היו קובצו בדרך כלל ל-3 אופציות מרכזיות, בהתאם לשאלה. בוצעו ניתוחים חד משתנים ודו משתנים. הניתוחים בוצעו באמצעות SPSS גרסה 23.

השלב האיכותני

השיטה ותכנית הביצוע

מטרת השלב הזה היתה לפרש ולהעמיק בתוצאות המורכבות של השלב הכמותי ולעמוד על משמעותן של תופעות מנקודות מבט שונות. שיטה זו מתאימה לבחינת שאלות המחקר העוסקות בהבנת שיקולים ותפיסות של אנשי מקצוע בכירים במערכת הבריאות, מנהיגי עמותות וארגונים

שמתמקדים בבריאות הנפש, ומנהיגים קהילתיים מאפשרת העמקה בראיון מעבר למה שניתן להגיע רק בשאלון סקר.

מספר ומגוון של מרואיינים המעמיקים בשלב הזה אפשר הבנה רחבה של התוצאות. היות שלא קיימות רשימות של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, המרואיינים לא נדגמו באופן אקראי אלא נבחרו בהמלצת מומחים / בכירים בתחום, ובשיטת "כדור השלג" שבה מתבקשים המרואיינים להמליץ על מועמדים מתאימים אחרים. במידת האפשר, בוצע מאמץ לבחור מרואיינים שהוצעו על ידי יותר ממקור אחד. אמנם לא התאפשר לבחור מדגם אקראי אך נבחרה קבוצה קטנה מגוונת ככל האפשר. כחצי מהמרואיינים ממערכת הבריאות וחצי מהקהילה ועמותות נעשה ניסיון להבטיח הכללת נציגים ממקומות שיש בהם לפחות נגישות מסוימת לשירותי בריאות הנפש על מנת לזהות מחסומים נוספים מלבד נגישות.

המדגם כלל:

בכירים בקופות החולים כולל ראשי מחלקות בריאות הנפש של כולם

בכירים במשרד הבריאות כולל מחלקת ראש בריאות הנפש

בכירים בתי חולים כולל ראש מחלקת בריאות הנפש

אנשי קהילה/ עמותות בריאות הנפש שמתמקדות בערבים, בחרדים או ביוצאי אתיופיה

ראשי בית מאזן

מומחים בשיקום בריאות הנפש

בכירים בעמותות (לדוגמה ער"ן, סהר, עוצמה, וכו')

כלכלן שמתמחה בבריאות הנפש

ראיונות העומק בוצעו בסוף שנת 2021. הראיונות נערכו על ידי החוקר הראשי באמצעות זום או טלפוני מטעמים לוגיסטיים. כל הראיונות הוקלטו, בהסכם של המרואיינים ותומללו על ידי מתמללת מקצועית. אורך הראיונות נע בין 25-75 דקות, בהתאם לזמינות של המרואיינים עם חציון של 45 דקות.

כלי המחקר האיכותני:

ראיון חצי מובנה, בהתאם לפרוטוקול שכלל רשימת שאלות מוגדרות התואמות את שאלות המחקר אולם השאיר מקום לגיוון השאלות תוך כדי הריאיון. מדריך שאלות פותח בהתבסס על תוצאות הניתוח הכמותי, על ראיונות ראשוניים הקצרים ועל מחקרים קודמים בנושא הזה. המדריך כלל את הנושאים הבאים:

- מה הן הבעיות המרכזיות בבריאות הנפש שקיימות בקרב החברה ו/או אוכלוסיות שאתם משרתים?

- מה הם המכשולים הקיימים בפניהם המונעים מהם בריאות נפש אופטימלית? מה ההשפעה של סטיגמה ואי ידע בנכונות וקבלת טיפול של הציבור?
- מה היא השפעת הרפורמה בבריאות הנפש בישראל, כולל גם טיפול ראשוני וגם טיפול שיקומי?
- מהן ההשפעות העיקריות של הרפורמה על קבלת טיפול במערך בריאות הנפש?
- מהן ההשפעות העיקריות של תקופת הקורונה על צורך וקבלת טיפול במערך בריאות הנפש?
- האם אי פעם יישמו תוכניות ישירות מיקוד בריאותם הנפשית?
- אילו מכשולים עומדים בפני יישום תוכניות אלה?
- אילו תוכניות המתמקדות בבריאות הנפש יכולות להיות מועילות באוכלוסיות היעד הספציפית שהם משרתים?
- מה ההבדלים במחסומים ופתרונות אפשרויות במיוחד באוכלוסיות היעד הספציפית של המחקר, ערבים, חרדים ו/או יוצאי אתיופיה?

שיטת הניתוח האיכותנית

היכולת לחקור נושאים רגישים ולספק תוכן, קשר, עומק, פירוט והסבר לממצאים הן מטרות חשובות של תהליך ניתוח האיכותנית. בוצע ניתוח של הנתונים האיכותניים בגישה אינדוקטיבית (מהפרט אל הכלל). קטגוריות של נתונים זוהו במהלך תהליך הניתוח של כל נתוני הריאיון. הניתוח בוצע באמצעות תוכנת Narralyzer, גרסה 1.3. ספר הקידוד לניתוח פותח על ידי צוות המחקר. כל המראיינים הסכימו להשתתף בעל פה לפני הפגישה, שכן הגיוס בוצע באמצעות הטלפון. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת אריאל בשומרון.

תוצאות

תיאור המדגם

מבחינת מגדר המדגם 54% מהמראיינים היו נשים. מבחינת הגיל, 28% היו בין 18-29, 45% היו בין 30-40 ו-27% היו בין 41-55. מהנשאלים, 67% דיווחו שהיו נשואים. לכ-80% מהמדגם היו ילדים מתגוררים בבית איתם ול-52% היו ילדים מתחת לגיל 10. למעלה 18% מהמשיבים היו עולים. בגלל מדגם היתר, קבוצה הגדולה ביותר של עולים היתה יוצאי אתיופיה. במונחים של מגזר של 76% מהם היו יהודים ו-24% היו ערבים. מבחינת השכלה, 41% מהמדגם השתתפו באוניברסיטה או מכללה. מבחינת הדת, 74% היו יהודים 22% היו מוסלמים וכמעט כל שאר היו נוצרים או דרוזים. לגבי מידת דתיות ליהודים: 26% היו חרדים, 17% דתי 22% מסורתי ו-32% חילוניים. המוסלמים סווגו באופן שונה, כאשר 31% מהם נחשבים דתיים או דתיים מאוד על ידי זיהוי עצמי.

ניתוחים דו-משתניים

בוצעו ניתוחים דו-משתניים והשוואות עבור מגוון רחב של משתני מצב בריאות, צורך בשירותי בריאות הנפש, סטיגמה כלפי אחרים, ידע לגבי זיהוי הפרעות ומחלות נפשיות, ידע לגבי ניצול שירותים והרפורמה, השפעת הקורונה לגבי צורך לטיפול נפשי ותפיסות לגבי שירותי בריאות הנפש

והעדפות לגבי מקורות של מידע על ענייני בריאות הנפש. נעשו השוואות בין קבוצות מיעוט היעד של המחקר, ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה עם שאר האוכלוסייה עבור כל אחד מהמשתנים התלויים שתוארו לעיל. נמצאו גם הבדלים בתוצאות בין קבוצות אם כי מידת וכיוון התוצאות השתנו לפי המדד הממצאים העיקריים מוצגים להלן..

בטבלה 1 ניתן למצוא ניתונים לגבי כמה מדדים של בריאות הנפש. לגבי מצב בריאות כללי 57% מהנשאלים דיווחו רמת בריאות נפש לפחות טוב מאוד וכשליש מהמדגם דיווחו רמת האושר הכי גבוה. היו הבדלים בין קבוצות ולחרדים וערבים היו האחוזים הכי גבוהים של מצב בריאות ואושר טובים מאוד. במונחים של צורך בשירותי בריאות הנפש נמדד כהרגשת מצוקה נפשי (מוגדר כמתח רב, חרדה, דיכאון או עצב עמוק שהיה קשה להם להתמודד עם זה בעצמם), פרופורציות חשובות של האוכלוסייה דיווחו על בעיה בתחום בריאות הנפש אי פעם (44%) ו12 חדשים האחרונים (21%), ומאלו, רובם הרגישו מצוקה מאז התפרצות הקורונה. שוב, היו לחרדים וערבים התוצאות הכי טובות. לגבי סיכון לדיכאון וחרדה, 12.5% מהמדגם היו בסיכון של לפחות אחד מהם, נמדד על ידי הכלים GAD-2 וPHQ-2. לחרדים ויוצאי אתיופיה היו האחוזים הכי נמוכים. כל ההבדלים היו מובהקים.

טבלה 1: לצורכי שירות בריאות הנפש לפי סוג אוכלוסייה

מדד	כל המדגם (N=2116)	ערבים (N=508)	חרדיים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N= 425)	שאר האוכלוסייה (N=874)	ערך P
מידת האושר הכי גבוה	31.7%	40.5%	49.5%	23.3%	22.7%	***
מצב בריאות כללי לפחות טוב מאוד	57.0%	63.6%	73.1%	58.8%	46.2%	***
הרגיש מצוקה נפשית אי פעם	44.3%	22.9%	32.4%	47.5%	62.4%	***
הרגיש מצוקה נפשית ב12 החודשים האחרונים	21.1%	12.1%	23.8%	40.0%	25.6%	***
הרגיש מצוקה נפשית מאז התפרצות קורונה	18.7%	36.9%	28.9%	7.8%	13.9%	***
בסיכון לדיכאון	12.5%	10.2%	7.9%	5.4%	16.0%	***
בסיכון לחרדה	11.9%	10.9%	5.9%	10.9%	14.2%	**

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בריבוע

סיכון לדיכאון נמדד על ידי PHQ-2 = 3

סיכון לדיכאון נמדד על ידי GAD-2 = 3

בטבלה 2 ניתן למצוא נתונים לגבי סוגי סטיגמה חיצונית/כלפי אחרים שחולי נפש, נמדדו על ידי שאלות מבוססות על כלי ה CAMI. נשאלו שאלות על סטיגמה קשורות לשכנים, לימודים, נישואים, צבא/שירות לאומי, נתינת אחריות, ובידוד חברתי. הטווח של אלו שהראו סטיגמה בכל האוכלוסיה היה מכ%9 שהסכימו ש"יש לבדוד את חולי הנפש משאר הקהילה" עד 25% שהסכימו "אין לתת לחולי הנפש אחריות על שום דבר" חשוב לציין שמראויינים שלא הסכימו אך לא התנגדו להצהרת סטיגמה, לא היו נחשבו שמצב סטיגמה בתוצאות אם כי לא ידוע למה הסיבה שהיו ניטרליים. היו הבדלים משמעותיים ומובהקים לפי תת-קבוצות. למשל מעל 44% מהחרדים הסכימו ש"זה טיפשי שאשה תתחתן עם איש שסבל בעבר ממחלת נפש, גם אם נראה שהוא החלים" אך בסוגים האחרים של סטיגמה לא היו להם תוצאות יותר גרועות. ובקרב ערבים, 35% חשבו ש"אין לתת לחולי הנפש אחריות על שום דבר", הרבה יותר מכל הקבוצות האחרות

טבלה 2 סטיגמה כלפי אחרים לפי סוג אוכלוסייה

מסכים עם ההצהרה:	כל המדגם (N=2116)	שאר האוכלוסיה (N=874)	ערבים (N=508)	חרדיים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N= 425)	ערך P
יש לבדוד את חולי הנפש משאר הקהילה	8.7%	10.4%	6.2%	6.2%	11.1%	***
לא רוצה להיות שכן קרוב של חולה נפש	14.3%	18.1%	8.3%	17.5%	11.0%	***
זה טיפשי שאשה תתחתן עם איש שסבל בעבר ממחלת נפש, גם אם נראה שהוא החלים	18.8 %	17.0%	9.1%	44.3%	12.5 %	***
אין לתת לחולי הנפש אחריות על שום דבר	25.1%	18.7%	35.1%	24.7%	15.5%	***
לא רוצה לשרת בצבא או לבצע שירות לאומי עם חולה נפש	12.7%	14.5%	8.7%	17.5%	10.1%	***
ישיבה/ מדרשה לא צריכים לאשר/לקבל סטודנט עם מחלת נפש	11.7%	14.3%	8.7%	17.3%	10.1%	***

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בריבוע

בטבלה 3 ניתן למצוא נתונים לגבי סוגי סטיגמה עצמית / פנימית, נמדדו על ידי שאלות שכמה מהם מבוססות על כלי ה ISMI. נשאלו שאלות על סטיגמה קשורה לסטריאוטיפים, מסוגלות, התקרבות של אחרים, בקשה לעזרה, ונכונות לגלות שיש להם בעייה נפשית. דומה לסטיגמה חיצונית, היה טווח של אלו שהראו סטיגמה עצמית בכל האוכלוסיה. היו 24% שלא הסכימו ש"אני מסוגלת/ לחיות את החיים כפי שאני רוצה". היו רק 8% שהסכימו "אם הייתה לי מחלת נפש, לא הייתי מבקש עזרה מאיש מקצוע" אם כי 13% גם היו ניטרלי. חשוב לציין שזה האחוז מאלו שענו

ולא כולל אלו שאמרו שהשאלה לא רלוונטית. היו הבדלים משמעותיים ומובהקים לפי תת-קבוצות. למשל כ-38% מהחרדים הסכימו ש"אם הייתה לי מחלת נפש לא הייתי מספר לאף אחד אך בסוגים האחרים של סטיגמה לא היו תוצאות יותר גרועות. ובקרה ערבים, 39% חשבו ש"סטריאוטיפים בדבר חולי נפש רלוונטיים לגביי", הרבה יותר מכל הקבוצות האחרות

טבלה 3 :: ניתוחים דו-משתנים לסטיגמה עצמית לפי סוג אוכלוסייה

מסכים עם ההצהרה:	כל המדגם (N=2116)	ערבים (N=508)	חרדיים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N=425)	שאר האוכלוסיה (N=874)	P ערך
סטריאוטיפים בדבר חולי נפש רלוונטיים לגביי	22.2%	39.0%	24.4%	22.2%	26.1%	***
אני מסוגל/ת לחיות את החיים כפי שאני רוצה אף אחד לא יהיה מעוניין להתקרב אליי כי יש לי מחלת נפש, אם הייתה לי מחלת נפש, לא הייתי מבקש עזרה מאיש מקצוע	76.0	69.2%	79.2%	81.5%	74.5%	**
אם הייתה לי מחלת נפש לא הייתי מספר לאף אחד	15.6 %	22.8%	10.7%	----	12.1%	***
אם הייתי מבקש עזרה מאיש מקצוע	7.9%	6.1%	8.1%	9.6%	7.8%	***
אם הייתה לי מחלת נפש לא הייתי מספר לאף אחד	20.4%	11.9	37.9%	23.5%	20.4%	***

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בריבוע

בטבלה 4 ניתן למצוא נתונים לגבי חוסר ידע לגבי צורך ושימוש שירותי בריאות הנפש, נמדדו על ידי שאלות שרובם מבוססות על כלי הMAKS שמתואר בקטע השיטות. מהתוצאות, אפשר לראות שקיימים פערים במידע רלוונטי של האוכלוסייה לגבי בריאות הנפש מכמה ממדים. רבע מהנשאלים לא אמרו שהסכימו שיש להם מספיק משאבים כדי לחפש למידע על מחלות נפש. כשליש מהמדגם לא הסכימו שאפשר להם לזהות אם יש להם בעייה במצב הנפשי שלהם שדורשת טיפול וכאשר הוצגו סימפטומים של דיכאון חמור, כשליש מהמדגם לא הצליחו לזהות שמישהו אכן מדוכא. אך כ-60% חשבו שידעו איזו עצה לתת לחבר שחולה נפש כדי שהוא יקבל עזרה מקצועית. לגבי הרפורמה, רק כשליש ידעו שמאז 2015, מקבלים שירותי בריאות הנפש מקופות החולים, כ-70% הסכימו שתרופות יכולות להיות טיפול אפקטיבי לבעיות נפשיות וכ-80% חשבו אותו הדבר לגבי פסיכותרפיה, אך פחות מחצי המדגם חשבו שאנשים עם בעיות נפשיות קשות יכולים להחלים היו הבדלים משמעותיים ומובהקים לפי תת-קבוצות לרוב השאלות. בדרך כלל היו לערבים התוצאות הכי גרועות אך מידת החוסר ידע לא היתה עקבית והשתנה לפי סוג של ידע. למשל בקרב

יוצאי אתיופיה היו התוצאות הכי טובות לגבי אפשרות לתת ייעוץ לחברים שחולי נפש אך האחוז הכי נמוך מהם חשבו שיש להם גישה למשאבים כדי לחפש מידע על מחלות נפש

טבלה 4 :: חוסר ידע לגבי שימוש וצורך לפי סוג אוכלוסייה

מסכים עם ההצהרה:	כל המדגם (N=2116)	ערבים (N=508)	חרדיים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N=425)	שאר האוכלוסייה (N=874)	ערך P
יש לי גישה למשאבים כדי לחפש מידע על מחלות נפש אני יכול לזהות אם יש לי בעיה בבריאות הנפש שדורשת טיפול לא הצליחו לזהות מצב של דיכאון קשה מודע לכך שמאז 2015, מקבלים שירותי בריאות הנפש מקופות החולים יודע איזו עצה לתת לחבר שחולה נפש כדי לקבל עזרה מקצועית מסכים שתרופות יכולות להיות טיפול אפקטיבי לבעיות נפשיות	74.5%	77.8%	72.4%	66.4%	76.9%	***
מסכים שפסיכותרפיה יכולה להיות טיפול אפקטיבי לבעיות נפשיות	67%	62.6%	80.6%	62.3%	66.2%	***
מסכים שאנשים עם בעיות נפשיות קשות יכולים להחלים	33.9%	30.7%	32.0%	35.3%	36.5%	
	33.5%	28.4%	36.4%	36.4%	34.1%	+
	59.8%	51.8%	66.1%	67.1%	59.4%	***
	70.3%	56.3%	79.3%	73.6%	74.1%	***
	79.0%	67.8%	85%	81.6%	82.8%	***
	47.5%	60.1%	51.8%	44.3%	38.4%	***

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בדיבוע

בטבלה 5 ניתן למצוא נתונים לגבי שינויים בגורמי לחץ ועל עמדות קשורות לבריאות הנפש מאז התפרצות נגיף הקורונה, כמעט 40% מהמדגם דיווחו שהרגישו יותר מצוקה הנפשית ו73% דיווחו שהרגישו יותר דאגה לגבי בריאות האישית או בריאות משפחתו. כמעט 54% אמרו שיש להם יותר לחץ כלכלי וכמעט 20% אמרו שהרגישו יותר דאגה על מה אחרים יחשבו אם יתגלה שסבלו מחלת נפש אך אחוז דומה גם אמרו שהרגישו פחות דאגה על זה ואחוז דומה גם אמרו שיש להם יותר נכונות לפנות לטיפול נפשי מקצועי

היו הבדלים משמעותיים ומובהקים לפי תת-קבוצות לכל השאלות. בדרך כלל בקרב החרדים היתה ההשפעה הכי קטנה על לחץ ומצוקה וגם ההשפעה הכי קטנה על עמדות לגבי שימוש בשירותי בריאות הנפש אך היתה מגוון של תוצאות לגבי קבוצות האחרות.

טבלה 5 :: השפעת קורונה על בריאות הנפש לפי סוג אוכלוסייה

מסכים שמאז קורונה מרגיש יותר:	כל המדגם (N=2116)	שאר האוכלוסייה (N=874)	ערבים (N=508)	חרדים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N= 425)	ערך P
מידת המצוקה הנפשית	39.7%	50.6%	32.2%	26.2 %	38.4%	***
דאגה לגבי בריאות האישית או בריאות משפחתו	73.0%	72.2%	88.3%	49.2%	76.4%	***
מצוקה הכלכלית	53.7%	51.5%	75.8%	36.8%	42.6 %	***
דאגה מה אחרים יחשבו אם יתגלה שסבלו מחלת נפש	19.1%	13.3%	12.3%	8.5%	19.2%	***
הנכונות לפנות לטיפול נפשי מקצועי אם היה להם צורך	20.2%	22.3%	20.4%	10.3%	24.4%	***
האפשרות לקבל טיפול נפשי מקצועי אם היה לי צורך	15.4%	16.6%	9.2%	7.4%	15.4%	***

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בריבוע

בטבלה 6 ניתן למצוא נתונים לגבי עדיפות לגבי מקורות מידע על נושאי בריאות הנפש. הוצג רשימה של אפשרויות והיתה אפשרות לבחור יותר ממקור אחד. היתה רצון לקבל מידע ממערכת הבריאות וכ-72% בחרו רופא המשפחה שלהם כמקור רצוי וכ-55% בחרו קופת החולים, אך רק כ-33% בחרו משרד ממשלתי. כמעט 45% מהמדגם רצו לקבל את המידע מעמותה וכ-38% ממוסד חינוכי. כ-43% דיווחו שרצו לקבל מידע מאתרי האינטרנט. קצת פחות מחצי המדגם בחרו שיקבלו מידע ממשפחה או חברים ו-30% ממנהיגים רוחניים היו מגוון של תוצאות לפי תת-קבוצות, הבדלים משמעותיים ומובהקים בכל האפשרויות. תוצאה בולטת היא שכמעט 70% מהחרדים רצו לקבל מידע ממנהיגים רוחניים אחוז הרבה יותר גבוה יחסי לקבוצות אחרות אם תוצאה אך רק 57% רצו לקבל מידע מרופאי משפחה, אחוז הרבה יותר נמוך יחסי לקבוצות אחרות. עוד תוצאה בולטת היא שרק כ-17% מהערבים רצו לקבל מידע מהמשלה, לעומת כחצי מהחרדים וכשליש מיוצאי אתיופיה. יוצאי אתיופיה גם סמכו על משפחה או חברים יותר מהקבוצות האחרות

טבלה 6 :: עדיפות לגבי מקורות מידע לפי סוג אוכלוסייה

מסכים שמאז קורונה מרגיש יותר:	כל המדגם (N=2116)	שאר האוכלוסייה (N=874)	ערבים (N=508)	חרדים (N=309)	יוצאי אתיופיה (N= 425)	ערך P
רופא המשפחה שלי	71.6 %	71.8%	77.5%	57.0%	76.9%	***
קופת חולים	55.1%	64.4%	33.6%	54%	64.4%	***
משרד ממשלתי	32.6%	36.0%	16.6%	31.9%	56.6%	***
עמותה	44.8%	53.1%	18.1%	55.7%	63.0%	***
מוסד חינוכי	37.5%	46.2%	19.8%	45.8%	37.5%	***
אתרי האינטרנט	43.2%	53.0%	22.5%	43.9%	57.8%	***
מנהיגים רוחניים	30.1%	25.5%	8.6%	69.3%	40.9%	***
משפחה או חברים	48.6%	53.3%	33.3%	52.3%	62.4%	***

*** p < .001 ** p < 0.01 * p < 0.05 + p < .10

מובהקות של הבדלים בין ארבעת הקבוצות לפי מבחן חי-בריבוע
היתה אפשרות לבחור יותר ממקור אחד

משתנים תלויים בסך הכל ועל ידי תת-אוכלוסיות היעד

תוצאות רב-משתניות

בנוסף לניתוחים הדו-משתניים, ביצענו ניתוחי רב משתני לשני מטרות:

1. כדי לבדוק באיזה מידה הקשרים שנגלו בניתוחים דו-משתניים קיימים אחרי ששוקלים/מתאימים משתנים דמוגרפיים עיקריים אחרים

2. כדי לבדוק האם קיימות ראיות להשערה שלנו שקיים קשר בין שני נושאי המיקוד שלנו, הסטיגמה וחוסר ידע לגבי ענייני בריאות הנפש

בגלל הגבלות אורך הדוח בגלל שזה לא יקוד הניתוחים, לא נציג את כל תוצאות אבל נסכם אותם להלן

כדי לבדוק שאלה 1, ביצענו רגרסיה לינארית לכל אחד משלוש קבוצות מיעוט שלנו (ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה) עם משתני שליטה של גיל, מגדר, מצב משפחתי, מספר ילדים, השכלה, והאם עלו לארץ. המשתנה התלוי היתה סקאלה של 6 שאלות על סטיגמה CAMI. מכלי ה- CAMI יש טווח לכל שאלה מ-1 ל-5 לפי מידת ההסכמה ולכן טווח של הסקלה ניתן להיות מ-6-30 – 30 הוא מידת הסטיגמה הכי גבוה. מצאנו שקיים קשר לכל אחד מקבוצות המיעוט גם בדקנו שאלות ספציפיות ובדרך כלל מצאנו קשר

2. הוספנו למודל את הסקאלה כלי ה- MAKS של 6 שאלות לגבי ידע קשור לבריאות הנפש

. יש טווח לכל שאלה מ 1-5 לפי מידת ההסכמה ולכן טווח של הסקלה ניתן להיות ב-30 – 30 הוא מידת הידע הכי גבוה

מצאנו קשר מובהק ושלילי, כלומר ככל שיש פחות ידע, קיימת יותר סטיגמה, ה BETA היה של – 455. כלומר כל עלייה של נקודה בסקאלה של ידע לגבי בריאות הנפש קשור עם ירידה של סטיגמה של כחצי נקודה. הקשר היה מובהק $P > .001$. אנחנו מסיקים שאכן קיים קשר חזק ומשמעותי בין ידע וסטיגמה ובכיוון שציפינו. גם בדקנו האם הקשר הזאת היה לכל קבוצות המיעוט ואכן מצאנו קשר מובהק ובאותו הכיוון

תוצאות של שלב האיכותי

מחסומים

על מנת להעמיק ולהרחיב תוצאות סקר הישראלים שנותר, בוצעו 25 ראיונות עומק עם מגוון של מנהיגים, בכירים ו/או מומחים שקשורים לתחום של בריאות הנפש, הן בתוך מערכת הבריאות והן במסגרת קהילתית. התוצאות תמכו במסקנות של השלב הכמותי, לפחות במידה מסוימת, העמיקו את הבנת הסיבות לממצאי הסקר והציעו מספר דרכים לשיפור מצב שירותי בריאות הנפש בישראל. גם נובעות מהראיונות זוויות חדשות לגבי הנושא, והצעות להתערבויות ולעוד מחקרים.

קיימים מספר רב של מחסומים בפני ניצול הולם של שירותי בריאות הנפש. המחקר הנוכחי התמקד באופן רשמי בשניהם: סטיגמה וחוסר ידע מכמה היבטים. בדרך כלל, המרואיינים חשבו שהבעיות האלו קיימות באופן משמעותי ושעדיין היו אנשים שלא קיבלו שירותי בריאות בגלל סטיגמה או חוסר ידע

סטיגמה היא מחסום שזוהה על-ידי כמעט כל המרואיינים, גם סטיגמה כלפי אחרים וגם סטיגמה עצמית. נחשב כקיימת יותר בושה סביב בעיות של בריאות הנפש מאשר סביב מחלות גופניות וטענו שזה מושפע ממבנה מערכת הבריאות שמתייחסת לבריאות הנפש באופן שונה. סוג הסטיגמה שהוזכר בתדירות הגבוהה ביותר הוא החשש ששימוש בשירותי בריאות הנפש יפחית את סיכויי הנישואין לא רק למי שמבקש טיפול נפשי אלא גם לבני משפחה, אבל גם ציינו סטיגמה קשור לעבודה, לימודים, שכנים ועוד

עוד מחסום חשוב הוא חוסר ידע בנושאי בריאות הנפש, הן לגבי איך לזהות כאשר יש צורך לטיפול והן לדעת איפה לקבל טיפול. מרואיינים הזכירו שאנשים לא תמיד יכולים להבחין בין תחושת עצבות לבין דיכאון או לזהות סימנים של סכיזופרניה. לכן הם זיהו שיש שפונים לקבלת טיפול נפשי רק שזה יותר מדי מאויר כי הבעיה מגיעה לשלב מתקדם ומשפיעה באופן חמור על תפקודם היומיומי, ואז

קשה יותר לטפל בה. מחסום הזה קשור לסטיגמה כי אלו שיש להם בעיות נפשיות מתעלמים מן המצב כאשר הם לא מוכנים להודות בפני עצמם שיש להם מחלה וחוששים מסטיגמה. זה סוג של מנגנון הגנה.

"

אך היו חילוקי דעות באיזו מידה קיימות בעיות של סטיגמה וחוסר ידע היום. לא מעט מהמרואיינים, בעיקר אלו מתוך מערכת הבריאות, אמרו שהייתה ירידה גדולה באחוזים של האנשים בעלי סטיגמה וחוסר ידע. הם טענו שגורם חשוב בכך הייתה הרפורמה, בגלל ששילוב משמעותי של טיפול גופני עזר "לנרמל" את הטיפול הנפשי. כמעט כולם חשבו שמבחינה אחת איומי ולחצי עידן הקורונה הגבירו את הצורך בטיפול, אך מאידך הם גם הפחיתו את הסטיגמה בשל מודעות רבה יותר ודין ציבורי בענייני בריאות הנפש.

לכן, יכולה להיות תוצאה חיובית שיצאה מהקורונה. הם תמכו בגישה שלהם עם תצפיות שהעידו שהייתה עלייה משמעותית בביקוש לשירותי בריאות הנפש מאז הרפורמה ומאז ההתפרצות של הנגיף

אך הייתה קבוצה אחרת, בעיקר אלו שעובדים בקהילה או בעמותות, שהתמקדו באתגרי בריאות הנפש והם טענו שסטיגמה וחוסר ידע עדיין מהווים בעיה גדולה בימינו. הם חשבו שיש לא מעט אנשים שלא מקבלים טיפול נפשי או שמעכבים אותו עד שהבעיה מחמירה בשל סטיגמות וחוסר ידע

למרות חילוקי הדעות לגבי הסטיגמה והחוסר ידע, הייתה הסכמה באופן כללי על פתרונות אפשריים וגם על הצורך להתמקד יותר באתגרים של נגישות. הרבה מהמרואיינים העלו את המחסום של הנגישות, חשוב להתייחס לאתגר הזה למרות שהוא לא היה מיקוד של מחקרנו. המרואיינים אמרו שקיימים זמני המתנה ארוכים מידי ביותר שמונעים קבלת טיפול. הבעיה הייתה קיימת גם לפני הקורונה אך כמעט כולם אמרו שהמצב התדרדר מאז ההתפרצות ויש אפילו קושי לקבל טיפול פרטי. אפילו כאשר אנשים זכאים לטיפול, הם חוששים שמא לא יקבלו טיפול מותאם מבחינת תרבותית. מספר מרואיינים הדגישו שיש מחסור גדול במטפלים מקבוצות מיעוט, במיוחד יוצאי אתיופיה. היו גם כמה שינויים בממצאים לפי תת-קבוצות. במיוחד, הסתבר כי לקבוצות הדתיות הפתוחות יותר למודרניות, כמו חרדים או מוסלמים שנולדו בארה"ב, היה הסיכוי הטוב ביותר לשיפור במצב בגלל מודעות גוברת.

כמה מהמרואיינים, אפילו במערכת הבריאות, חשבו שיש בעיה של סטיגמה בקרב מטפלים כלפי מטופלים. כמה מהם גם טענו שבמבנה של מערכת הבריאות שקיימות בו דרישות שונות לפי סוג המחלה וזה ניתן לגרום לסטיגמה. י

המרואיינים בדרך כלל חשבו שקיימים הבדלים לפי סוג של סטיגמה וחוסר ידע ולפי תת-אוכלוסיות, הם ראו שיפור יותר גדול בקרב חרדים יחסית לערבים וליוצאי אתיופיה, אף שהם אמרו שקיים חוסר נתונים. הם הצהירו שכאשר ישראלים מקבוצות מיעוט מזהים בעיות פוטנציאליות של בריאות הנפש, הם לא תמיד יודעים היכן לקבל טיפול שעונה על הצרכים שלהם או איך למנוע את הבעיה. בנוסף, הם לא בהכרח סומכים על מערכת הבריאות שתהיה רגישה לצרכים הייחודיים שלהם או שתבין את השקפת עולמם. מסיבות אלו, ישראלים בני קבוצות מיעוט לפעמים פונים תחילה למנהיגים קהילתיים או דתיים כאשר יש להם בעיה פוטנציאלית של בריאות הנפש.

כמה מהמרואיינים גם ציינו את תפקידה החשוב של המשפחה, בתחום בריאות הנפש של הפרט, במיוחד בקרב אוכלוסיות מסורתיות כמו ערבים, יוצאי אתיופיה וחרדים. לבני המשפחה יכולה להיות הן השפעה חיובית והן שלילית, בהתאם לרמת הידע שלהם והם יכולים להגביר או להפחית את מידת הסטיגמה.

היו מספר הצעות לדרכים להתגבר על המחסומים שתוארו באופן מפורש על ידי המרואיינים או שנבעו מן הבעיות שהם זיהו. ההצעה הנפוצה ביותר הייתה חינוך מוגבר לסוגים שונים של בריאות הנפש ומיקוד במגוון תת קבוצות. מרואיינים מכל המגזרים סברו כי בעוד שבדרך כלל קיימת מודעות גוברת לנושאים הקשורים לבריאות הנפש, ההתקדמות היא איטית, ונדרשים יותר מאמצים על מנת לטפל בבעיה זו בכל הגילאים.

רבים מהמרואיינים המליצו לפתח או להרחיב תכניות חינוכיות בבתי ספר כדי ללמד בני נוער על תחום בריאות הנפש וכמה מהמרואיינים הדגישו כי זו ההתערבות הכי חשובה. בנוסף, יש צורך בהרבה יותר סדנאות למבוגרים שיינתנו על ידי ארגונים עצמאיים כמו תפארת בית חם ועזר מציון. המרואיינים הרגישו שהפצת מידע דרך עיתונים ממוקדים עבור דתיים יהיה מאוד מועיל, במיוחד לחרדים שלא משתמשים באינטרנט ולא צופים בטלוויזיה. כמו כן, הם חשבו כי זו דרך טובה להגיע לנשים בפרט.

היו כמה הצעות לגבי הנגשה. אחד שכמעט כולם הזכירו הוא הגברת כוח אדם אך הם הודו שזה לא פתרון בטוח הקצר. היו גם הצעות איך להגביר את היעילות של כוח האדם הקיים. במיוחד, כמה מהמרואיינים הציעו לחח יותר הכשרה מתאימה לרופאי משפחה לגבי נושאי בריאות הנפש כי הם יותר מעורבים בטיפול נפשי מאז הרפורמה

הוצע כי מערכת הבריאות הציבורית תנקוט צעדים נוספים כדי ללמוד עוד על אורח החיים, הצרכים והאמונות של קבוצות מיעוט, ולהגביר את ההתאמה התרבותית כדי שהמטופלים האלו יחוו יותר

בנוח ועל מנת לשפר את בריאותם הנפשית. בגלל שכרגע קשה לשכור מספיק מטפלים נוספים מקבוצות אלו, ניתן לתת לצוות הקיים יותר הכשרה על הכרה תרבותית ועל הטיפול בחולים דתיים מאוד.

עוד נושא חשוב שעלה בראיונות הוא השימוש במטפלים אלטרנטיביים מסוגים שונים, במיוחד על-ידי חרדים. בעוד השימוש בפסיכולוגים ובפסיכיאטרים תמיד יהיה חשוב, נראה שמספר משמעותי של מטפלים, עתידים לקבל הכשרה פורמלית מוגבלת יותר, ויש צורך בהכשרה נוספת ו/או בפקוח עליהם. עם זאת, היו חילוקי דעות לגבי האפקטיביות של מטפלים כגון אלו.

דין

רפורמת בריאות הנפש בישראל בעלת פוטנציאל רב. עם זאת, השיפור בשירות לא יבוא לידי ביטוי אם מידת השימוש כפועל בטיפול נפשי תהיה נמוכה. אחת ממטרותיה המרכזיות של הרפורמה בבריאות הנפש היא הגברת הנגישות והזמינות של סוגי שירותים, אך יכולים להיות גם קיימים מחסומים כגון הסטיגמה וחוסר ידע לקבלת שירותים אלו. יש ראיות שהרפורמה הצליחה וכנראה קיימת מגמה חיובית אבל הבעיות האלו עדיין קיימות אם כי לא לגמרי ברור באיזה מידה וזה משתמה לפי תת-קבוצה

גורמי הלחץ על בריאות הנפש גדלו מאוד כתוצאה מהמגפה ורמות המצוקה המוגברות, ובכך מתגבר הצורך בשירותי בריאות הנפש בקרב ישראלים. עם זאת, מיעוטים גדולים מהם עשויים שלא לקבל שירותי בריאות נפש מתאימים כאשר יש להם צורך, בגלל סטיגמה חיצונית או פנימית ו/או בגלל חוסר ידע כיצד לזהות בעיות נפשיות או היכן לקבל טיפול.

במחקר קודם נמצא כי הרפורמה הנוכחית לא לגמרי פתרה את נושא הסטיגמה הציבורית בנוגע לטיפול בבריאות הנפש והציעה שהרפורמות הנוכחיות חייבות להיות מגובות בחינוך ציבורי נאות ביחס מחלת נפש. עם זאת, המחקר בוצע רק 6 חודשים לאחר הרפורמה והכיל מגבלות אחרות כגון מדגם לא מייצג וכן לא הועלו הבחנות בין סוגי סטיגמה שונים (Ben-Natan et al 2017) לכן, יכול להיות שהמצב השתנה. גם יש תחושות שדרך אחד שקורונה השפיע לטובה היא בהפחת הסטיגמה בגל יותר מודעת על בעיות נפשיות ונכונות לדבר עליהם

חקרנו את הנושא של סטיגמה וחוסר ידע לגבי בריאות הנפש באמצעות סקר לאומי של מעל לאלפיים תושבים ובאמצעות ראיונות עומק עם 25 בכירים/מומחים בתחום בריאות הנפש. היו מאלו

שראינו, במיוחד במערכת בריאות, שלא חשבו שסטיגמה וחוסר ידע הם בעיות גדולות היום ואף לא חשבו שכדאי להיות מודאגים בשל בעיות האלו, עד כדי כך שהיה ראש ארגון של אנשי מקצוע בבריאות נפש שסירב להתראיין בגלל שהוא טען שנגישות היא הבעיה העיקרית שקיימת היום. אך היו לא מעט אחרים שראינו, במיוחד אלו בקהילה או בעמותות, שלא הסכימו עם תחושה הזאת

סיבה אפשרית לסתירה בין הדעות של סוגי המרואיינים לגבי מידת הסטיגמה וחוסר ידע היא היבטים שונים שלהם. אלו שבמערכת הבריאות לא בהכרח חשופים לאלו שלא פונים אליהם ואלו שבקהילה לא בהכרח חשופים לכמות הגוברת של המטופלים שאכן פונים לקופות ולגורמים אחרים. אמנם לפי התוצאות של הסקר שביצענו, עדיין קיימים מחסומים של סטיגמה וחוסר ידע והם נפוצים באחוז משמעותי של האוכלוסייה. אך קשה לדעת בוודאות באיזה מידה קיימים המחסומים. לדוגמה, אחוז גדול של הנשאלים בסקר הגיבו באופן ניטרלי לשאלות על סטיגמה. איננו יכולים לדעת אם באמת לא הייתה להם דעה או שהם לא רצו לגלות שיש להם סטיגמה כלפי חולי נפש. יכול להיות שמחקר איכותני נוסף יעזור להבהיר ולחדד את העניין.

התוצאות מעידות שלמרות שיכולה להיות לקורונה השפעה חיובית לגבי הרצון והנכונות לקבל טיפול בבריאות הנפש, עדיין יש בעיה משמעותית. גישה אופטימית היא שהמגמה של הפחתת הסטיגמה וחוסר הידע ימשיך אחרי שיהיו פחות איומי קורונה, אך יש צעדים שאפשר לנקוט כדי לנסות להבטיח את זה ולזרז את התהליך.

הממצאים שלנו מצביעים על כך שבדרך כלל קיים צורך להגביר את הידע על בעיות בריאות הנפש ועל מערכת בריאות הנפש, מה שעשוי בתורו להפחית סטיגמה. המקורות הפופולריים ביותר לפי הסקר היו רופאי משפחה וקופות חולים ולכן יש להשתמש בהם כמשאבים. עם זאת, במהלך משברים כמו הקורונה ייתכן שתהיה פחות גישה למערכת הבריאות, ומקורות אחרים יצטרכו למלא תפקיד בולט יותר בהפצת מידע. פיתוח של תוכניות נפרדות לקבוצות שונות, הכוללות את סוג הידע הנחוץ ביותר לאותה אוכלוסייה, ומיקוד, בפרט באלו בתוך כל קבוצה שיודעים פחות, ככל שניתן להתמקד בהם, עשויים להיות מוצדקים.

יש גם צורות פוטנציאליות של סיוע מחוץ למערכת בריאות הנפש הרשמית. המרואיינים במחקר במהלך השלב המוקדם של COVID-19 מצאו במרכיבים מרובים של הקהילה החברתית שלהם משאבים חשובים, ודיווחו על עלייה בחשיבות הקהילה מאז תחילת המשבר (Shapiro et al., 2020) מומלץ להשתמש במשאבים חברתיים, כמו הפלטפורמה הקהילתית ויכולות האבחון של חברי הקהילה הקשורות לתמיכה בבריאות הנפש. מכיוון שחברי הקהילה רגישים לצרכי הזולת, רצוי להקנות להם כלים נוספים על מנת להגביר את הזיהוי של בעיות נפשיות ומספר הפניות של

הנזקקים לסיוע לדוגמה. ולפי הסקר, בקבוצות דתיות ואפילו מסורתיות במידה מסוימת, כדאי להשתמש במנהיגים דתיים כמשאבים.

השלכות מדיניות

מחקר זה יכול לסייע לקובעי מדיניות למנף את העובדה שאלו במערכת הבריאות, עמותות ומנהיגים קהילתיים יכולים לשפר את בריאות הנפשי שלהם. ניתן לפתח וליישם יוזמות על מנת לנצל הזדמנויות אלו לשיפור מצב בריאות הנפש והשימוש בשירותי הרפואה בקבוצות שונות. בפרט, כדאי להגביר את המשאבים המוקדשים לחינוך על ידי הממשלה, עמותות ואחרים. עם זאת, המחקר הנוכחי מראה כי גישה אחת אינה מתאימה לכול ויש הבדלים לפי תת-קבוצות ולכן התכניות צריכות להיות מותאמות כראוי לכל קהילה.

יש צורך להגביר את האמון והשימוש במערכת הבריאות. מאמר שנערך לאחרונה בחן את הצלחתו של משרד הבריאות להגביר את האמון בין משרד הבריאות הישראלי לקהילה החרדית בכל הנוגע לעמידה בהנחיות בנוגע קורונה וקבלת החיסון (Schroeder et al 2021). המאמר העלה שיוזמות דומות יכולות להצליח בקרב קבוצות מיעוט אחרות בישראל ובתחומי בריאות אחרים; יש לשקול יוזמה כזו עבור בריאות הנפש וקבוצות מיעוט בישראל כמו ערבים ויוצאי אתיופיה.

-

למרות שזה לא היה מיקוד של המחקר שלנו, השלב האיכותני גילה קונצנזוס שיש צורך גדול ומיידי להגביר את ההנגשה, או בהגברת כוח אדם ומשאבים או בהגברת יעילות. וזה אכן קשור לנושא שלנו באופן עקיף כי אם תהיה יוזמה שתצליח להפחית את הסטיגמה, זמני המתנה יהיו אפילו יותר ארוכים. לכן יש צורך להגביר את הנגישות כבר עכשיו

יתכן שהיוזמות שהומלצו, כגון חינוך מוגבר וייצור תפקידים חדשים, יהיו כרוכות בעלות כספית ותקציבים מוגברים. עם זאת, החיסכון לטווח ארוך הודות למניעה וטיפול יעיל יותר בבעיות נפשיות, עשוי להצדיק את העלויות. בנוסף, יש אפשרויות נוספות להפחתת העלו באמצעות השתתפות והתנדבות של חברי קהילות

כמו כן יש צורך לקדם פתרונות חדשניים כמו בית מאזן (חלופה למניעת לאשפוז פסיכיאטרי עבור אנשים הסובלים ממשבר נפשי) או קידום בריאות נפשית שקיימים אך אין מספיק מודעות להם, ולמרות שפתרונות אלו גם ידרשו השקעת כסף בטווח הקצר, בטווח הארוך הם ימנעו צורך בטיפול ואשפוז. ובדרך כלל, יש צורך והזדמנות לחשוב 'מחוץ לקופסא'.

גם חשוב לשים לב שקיימים הבדלים בין תת-קבוצות וקיים צורך בהתאמה תרבותית. לתוצאות המחקר יכולות להיות השלכות חשובות, בשל הפוטנציאל להבין טוב יותר מחסומים בפני קבלת טיפול, להתגבר על מחסומים, ולייצר התאמות לקבוצות אוכלוסייה ספציפיות, במיוחד ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה. הידע המתקבל ממחקר זה עתיד לסייע בפיתוח התערבויות מותאמות תרבותית המכוונות לחסמים הייחודיים בפני הימנעות מפנייה לקבלת טיפול, במיוחד על רקע הרפורמה בבריאות הנפש. חשיבות נוספת מגיעה משיקולים כלכליים-אלו הפונים לטיפול נפשי במסגרות פרטיות בגלל חשש מהסטיגמה שבשימוש במערכת הציבורית, סטיגמה שקשורה במאפיינים חברתיים ותרבותיים, לפיכך יש צורך לחקור הבדלים בין קבוצות לגבי מחסומים לקבלת טיפול. כתוצאה מכך, יש צורך במחקר מעמיק, רחב יותר ומעודכן יותר בנושא זה ועל מנת לשפר את בריאות הנפש של קבוצות אוכלוסייה שונות בישראל

כל יוזמה כזו יכולה להועיל לכל אזרחי ישראל במידה מסוימת. לממצאים עשויות להיות השלכות גם על קבוצות מיעוט בישראל שלא התמקדנו בהם ושיפור השימוש בשירותי בריאות הנפש על-ידי יהודים ומוסלמים במדינות אחרות, לפחות במידה מסוימת

הגבלות המחקר / המלצות למחקר נוסף

זה היה מחקר חתך ודיווח עצמי עם הגבלות ידועות של שיטות אלו. בנוסף זה התבצע באמצע קורונה, עד תחילת גל השלישי ולפני שההתחסנות התחילה ולא ידוע איך זה היה יכול להשפיע על התוצאות אם כי אין.

התמקדנו על שלושה תתי-קבוצות במיוחד אך מידת ההכללה של התוצאות לכל תת-הקבוצות, כמו רבים או גם לחרדים במדינות אחרות, אינה ברורה.

במקור רצינו להתמקד יותר על שימוש בפועל של שירותי בריאות הנפש אבל בגלל חוסר נכונות של המראיינים לענות על נושא הזה בגלל רגישות של הנושא ואורך זמן שזה לקח למלא את השאלון, לא הצלחנו לחשור את הנושא הזה אך אנו חושבים שזה ראוי למחקר נוסף מיעד לנושא

הסקר היה מייצג רק באופן חלקי לסיבות שצינו בקטע השיטות. המחקר נסה לכלול בשלב האיכותני מגוון רב של מראיינים, אך מכיוון שלא ניתן היה להגיע למדגם אקראי באמת ייתכן שדעות המראיינים לא היו מיוצגות באופן שלם. בנוסף, למראיינים היו כמובן אינטרסים מסוימים שיכולים להשפיע על תשובותיהם. עם זאת, מאחר שרוב המחסומים וההתערבויות הוזכרו על ידי מראיינים רבים, יש מהימנות מוגברת לתוקפן של התוצאות. והזכרנו מקרים שיש בהם מגוון דעות

התופעה של מספר סוגים של מטפלים אלטרנטיביים בקהילה הדתית, כמו גם הפוטנציאל למעורבות נוספת של אנשי דת, הוא נושא ראוי להמשך מחקר. זה חשוב במיוחד לאור תביעות שונות של המרואיינים לגבי יעילות של מטפלים אלטרנטיביים.

סיכום

הפחתת סטיגמה והגברת הידע הקשור לבריאות הנפש בישראל, יכולים לתרום לבריאות הנפש ולרווחה של הקהילות ובכך לחזק את הרווחה הכללית של החברה. עם זאת, מחקרנו גילה שקיימות רמות גבוהות מידי של סטיגמה חיצונית ועצמית וכן חוסר ידע רלוונטי המהווים חסמים לשימוש מתאים בשירותי בריאות הנפש בקרב ישראלים, וזאת דווקא כאשר יכול להיות צורך גדול יותר בטיפול נפשי בתקופת הקורונה. בעיות אלו אכן חשובות במיוחד לאור תקופת הקורונה אך יש להן רלוונטיות גם לתקופות אחרות. מחקר זה שופך אור על החסמים ועל האמצעים הפוטנציאליים לנסות ולהתגבר עליהם, לרבות בקרב קבוצות מיעוט כגון ערבים, חרדים ויוצאי אתיופיה.

מקורות

- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2016 . שנתון סטטיסטי לישראל 2016. ירושלים.
- אברבך א., אבני, ש. אי-שוויון בבריאות וההתמודדות עמו משרד הבריאות. 2020 <http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/inequality-2019.pdf>
- אלרועי, א. רוזן, ב. אלמקייס, א., סמואל, ה. שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסימים. סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. מכון ברוקדייל. 2017
- טביביאן-מזרחי, מ. הרפורמה בבריאות הנפש -סוגיות מרכזיות לדין. מרכז המידע והמחקר, הכנסת . 2007
- מדינת ישראל. משרד הבריאות. חוזר מנכ"ל בנוגע להתאמה תרבותית ולשונית ושיפור הנגישות לשירותי בריאות(מס'7/11). 2010
- מוסטפא, מ.; עראר, ח. 2009. "נגישות של מיעוטים להשכלה גבוהה: המקרה של החברה הערבית בישראל". בתוך: חמאסי, ר. (עורך). ספר החברה הערבית בישראל: אוכלוסייה, חברה, כלכלה עמ' 204-226. מכון ואן ליר, ירושלים; והוצאת הקיבוץ המאוחד, תל אביב.
- נירל, נ'. אקר, נ'. רוזן, ב'. ברמלי-גרינברג, ש' וגרוס, ר'. 2008. הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכה. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
- שטרך נ. שרשבסקי, י. בידני-אורבך, א. לכמן, מ, זהבי, ט., שגיב, נ. סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. 2018
- Al-Krenawi A. Mental health service utilization among the Arabs in Israel. Soc Work Health Care. 35(1-2):577-89. 2002.
- Al-Krenawi A. Graham, John R; Al-bedah, Eman A; Kadri, Hafni Mahmud; Sehwal, Mahmud A. Cross-National Comparison of Middle Eastern University Students: Help-Seeking Behaviors, Attitudes Toward Helping Professionals, and Cultural

Beliefs About Mental Health Problems. *Community Mental Health Journal*; Vol. 45, Iss. 1, 2009.

Ayano S, G. Significance of mental health legislation for successful primary care for mental health and community mental health services: A review. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1), a1429.

Baron-Epel O., Garty N, Green MS. Inequalities in use of health services among Jews and Arabs in Israel. *Health Serv Res*. 42(3 Pt 1):1008-19. 2007.

Ben Natan, Merav; Drori, Tal; Hochman, Ohad; The Impact of Mental Health Reform on Mental Illness Stigmas in Israel *Archives of psychiatric nursing*. 31(6): 610-613. 2017.

Ciftci, A., Jones, N., and Corrigan, P. Mental Health Stigma in the Muslim Community. *Stigma*, 7(1). 2012.

Cohen, J. A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. 1992.

Collins, R., Wong, E., Cerully, J., Schultz, D., Eberhart, N. Interventions to Reduce Mental Health Stigma and Discrimination. Santa Monica, CA: Rand Corporation. 2012.

Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N. Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):963–73.

Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C. From the first symptoms of depression to treatment. When and where are people seeking help? Does stigma play a role? *Psychiatrische Praxis* 44(8): 461–468. 2016.

Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. (2010). Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 9

Elnekave, E and Gross, R. The healthcare experiences of Arab Israeli women in a reformed healthcare system. *Health Policy*. 69(1):101-16. 2004

Fleury, M., Grenier, G., Bamvita, J., Perreault, M., & Caron, J. Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services. *Psychiatric Quarterly*, 83(1), 41-51. 2012

Gibbons, S. W., Migliore, L., Convoy, S. P., Greiner, S., & DeLeon, P. H. (2014). Military mental health stigma challenges: Policy and practice considerations. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(6), 365-372.

Greenberg, D., Witztum, E. Challenges and conflicts in the delivery of mental health to ultraorthodox Jews. *Asian Journal of Psychiatry*. 6(1):71-3. 2013.

Hsieh, H and Shannon, S. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 15(9): 1277 – 1288. 2005.

Knaak, S., Mantler, E., & Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum*, 30(2), 111–116. <https://doi.org/10.1177/0840470416679413>

Lange, K. W. (2021). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) and global mental health. *Special Issue on Dynamics, Impact, and Prevention of the Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Pandemic*, 5(1), 31–36.
<https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.00>

Leibert, D.T. The mentally ill and access to higher education: *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 7. 2003.

Levav, I.; Al-Krenawi, A.; Ifrah, A.; Geraisy, N.; Grinshpoon, A.; Khwaled, R.; Levinson, D. Common Mental Disorders among Arab-Israelis: Findings from the

Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 44(2):104. 2007.

Link, B., Yang, L., Phelan, J., & Collins, P. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 511–541.

Michaels, P. J., Corrigan, P. W., Buchholz, B., Brown, J., Arthur, T., Netter, C., & Macdonald-wilson, K. (2014). Changing stigma through a consumer-based stigma reduction program. *Community Mental Health Journal*, 50(4), 395-401

Nakash, O and Levav , I. Mental health stigma in a multicultural society: the case of Israel *Psychology, Society, & Education* 4(2):195. 2017.

Pirutinsky, S., Rosen, D., Safran, R., Rosmarin, D. Do medical models of mental illness relate to increased or decreased stigmatization of mental illness among Orthodox Jews. *The Journal of nervous and mental disease*. 198(7):508-512. 2010.

Shechory Bitton, M., & Laufer, A. (2021). Mental Health and Coping in the Shadow of the COVID-19 Pandemic: The Israeli Case. *Frontiers in Public Health*, 8, 568016. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.568016>

Schomerus, G., Stolzenburg, S., Freitag, S., Speerforck, S., Janowitz, D., Evans-Lacko, S., . . . Schmidt, S. Stigma as a barrier to recognizing personal mental illness and seeking help: A prospective study among untreated persons with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, , 1-11. 2018

Schroeder, H., Numa, R., & Shapiro, E. (2021). Promoting a Culturally Adapted Policy to Deal with the COVID-19 Crisis in the Haredi Population in Israel. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*. <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01186-2>

Shapiro, E., Levine, L., & Kay, A. (2020). Mental health stressors in Israel during the coronavirus pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 499–501. <https://doi.org/10.1037/tra0000864>

Shapiro, E., Elroy, I., Riven, O. "Mental Health Care Use among the Most Religious Israelis" American Sociological Association Annual Meeting. Roundtable Presentation. August 2018. Philadelphia, PA

Sharac, J., McCrone, P., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). The economic impact of mental health stigma and discrimination: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 19(3), 223–232.

Sirey, J., Bruce, M., Heo, M., & Meyers, B. (2004). Age differences in perceived stigma among depressed adults seeking care. *The Gerontologist*, 44(1), 277. 2004.

Stolzenburg, S., Freitag, S., Evans-Lacko, S., Speerforck, S., Schmidt, S., & Schomerus, G. (2018). Individuals with currently untreated mental illness: Causal beliefs and readiness to seek help. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 16:1-12. 2018.

Taylor, S., & Dear, M. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225–240. <https://doi.org/doi.org/10.1093/schbul/7.2.22>

Youngmann, R., Pugachova, I., & Zilber, N. (2008). *Utilization Patterns of Ambulatory Psychiatric Services by Ethiopian Immigrants in Israel* (p. 8). Ruppin Academic Center.