



אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

**זהות אתנית וחסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש
כגורמים המסבירים מצוקה רגשית בקרב החברה הערבית- בדואית בנגב**

**Ethnic Identity & Barriers and Catalysts for Approaching to the Mental Health Services
as Explanatory Factors of Emotional Distress among the Arab-Bedouin of the Negev**

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

דביר מצרי

הוגש לסנאט אוניברסיטת בן-גוריון בנגב

9 באפריל, 2024

א בסיון, תשפ"ד

באר שבע

מחקר זה מומן על ידי המוסד לביטוח לאומי

זהות אתנית וחסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש
כגורמים המסבירים מצוקה רגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב

Ethnic Identity & Barriers and Catalysts for Approaching to the Mental Health Services
as Explanatory Factors of Emotional Distress among the Arab-Bedouin of the Negev

מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

דביר מצרי

הוגש לסנאט אוניברסיטת בן גוריון בנגב

אישור מנחות המחקר:

פרופ' סארה אבו כף _____ פרופ' ארנה בראון-לבינסון _____

אישור דיקן בית הספר ללימודי מחקר מתקדמים ע"ש קרייטמן _____

9 באפריל, 2024

א בסיון, תשפ"ד

באר שבע

העבודה נעשתה בהדרכת

פרופ' סארה אבו כף

פרופ' ארנה בראון לבינסון

בתכנית ליישוב וניהול סכסוכים

במחלקה ללימודים רב תחומיים

בפקולטה למדעי החברה והרוח

תודות

תחילה אבקש להודות לפרופ' ארנה בראון-לבינסון ופרופ' סארה אבו-כף, מנחות המחקר היקרות -

תודה על האפשרות שניתנה לי להשתלב כתלמיד מחקר ולערוך בהנחייתכן את מחקר הדוקטורט. אני מודה לכן על הקשב הרב ואינספור המשאבים שהקדשתן עבורי. הנחייתכן ניחנה בהעצמה רבה והעניקה לי את התנאים הנאותים לעריכת המחקר. לאורך כל שנות המחקר הייתן עבורי מקור השראה, עודדתן את חדות המחקר שלי, סייעתן לי לנוע בנבכי המסע האקדמי והתוויתן עבורי את התנאים המיטביים לעריכת המחקר.

אני מודה לכן שהצבתן לי גבולות גזרה רחבים דיים לעריכת המחקר; גבולות אשר אפשרו לי חופש אקדמי רב, עוררו תחושת סיפוק רבה מההליך המחקרי, היוו עבורי אתגר משמעותי וגורם מניע, אפשרו לי לרכוש כלים מקצועיים והקנו לי ידע עשיר בתחומי המחקר. כל אלה, בד בבד עם גבולות שאיפשרו מרחב מחקרי בטוח ומעצים, השאירו אותי בתלם, תוך עמידה ביעדי המחקר, ותמיד היוו משענת מקצועית ורשת תמיכה רחבה, הן בפן האקדמי והן בפן האישי.

אבקש להודות לצוות התוכנית לניהול וישוב סכסוכים -

מזה שמונה שנים, התוכנית לניהול וישוב סכסוכים מהווה עבורי בית אקדמי כתלמיד מחקר ובשנים האחרונות אף צירפה אותי אל חיק שורות ההוראה בצוות התוכנית. אני מודה לצוות התוכנית לניהול וישוב סכסוכים, נשות ואנשי אקדמיה מובילים בתחומם, אשר דלתם הייתה ועודנה תמיד פתוחה בפניי והיו נכונים לסייע לי בכל שאלה ותהייה שעלו במהלך שנות המחקר.

תודה מיוחדת נתונה לגב' יפעת אברהם, רכזת התוכנית ליישוב וניהול סכסוכים, על התמיכה וההיענות התמידית תוך מתן סיוע מקצועי ובלתי מתפשר בכל בקשה ובכל שאלה.

אבקש להודות לעמיתיי בתוכנית "פותחים עתיד" אשר היוו עבורי בית מקצועי במשך למעלה מעשור -

בראש ובראשונה אבקש להודות לגב' רותי שיינפלד, מנכ"לית תוכנית "פותחים עתיד" ולגב' עינת טל, סמנכ"לית התוכנית, על תמיכתן הרבה וההבנה בשלבים בהם נדרשתי להטות את הקשב והפניות שלי למחקר. תודתי נתונה לעמיתיי הרבים בתוכנית "פותחים עתיד" אשר הביעו עניין רב, תמכו בי ועודדו אותי.

אני חב את תודתי העמוקה למשפחתי -

להוריי, אבי רובי זכרונו לברכה ואמי דליה שתיבדל לחיים ארוכים, שזרעו בי את אהבת הלמידה, האמונה בדרכי והערכים אשר לעד יהוו עבורי מצפן מוסרי ויתוו את צעדיי. **לאחיי ולמשפחתי המורחבת**, תודה שעמדתם לצדי במסע הארוך, תמכתם בי במילים ובמעשים ואפשרתם לי ולביתי את התנאים לנהל שגרה מיטבית, לצד ביצוע המחקר וכתובת העבודה.

לילדיי האהובים אורי, מאור ואריאל, אתם מקור גאוותי. אהבתכם היא שהצעידי אותי לאורך שנות מסע המחקר. חיובכם האיר את דרכי בכל עת ואני מודה על סבלנותכם הרבה גם בעתות היעדרותי הממושכות. כולי תקווה שהצלחתי להוות עבורכם דוגמא במהלך תקופה מאתגרת זו. אני מייחל כי תקצרו את פירות המסע בעתיד ומאמין בכל מאודי כי תממשו את כל שאיפותיכם בעתיד.

אחתום את תודותיי בהוקרה והערכה אינסופית לאפרת אשתי האהובה -

תודה שעמדת לצדי לאורך כל המסע ואפשרת לי להקדיש את מירב מרצי למחקר. סבלנותך ותמיכתך הן שאפשרו לי להתמסר לחלומי ולהגשימו. תודה שהענקת לי את הבית הבטוח שאפשר לי לצלוח את הרפתקת המחקר.

לכל אלה, ולרבות רבים נוספים שתמכו בי לאורך הדרך, אבקש להביע את תודתי והערכתתי הכנה.

בגעגועים וכיסופים, מחקר זה מוקדש לזכרו של

רובי (ראובן) מצרי ז"ל

2022-1960

אבי היקר,

סב אוהב ומסור לילדיי

אשר נאסף אל אבותיו בשלהי כתיבת המחקר.

עובדת היותי תלמיד מחקר היוותה עבורו מקור לגאווה ונחת.

אני מוקיר את תמיכתו בדרכי, שלא הייתה תלויה בדבר,

סללה בפניי את הדרך להגשמה עצמית והיוותה עבורי משענת ומקור לרווחה.

תקציר

רפורמת הבריאות בשירותי בריאות הנפש נכנסה לתוקפה ב-1 ביולי 2015 מתוקף החלטת הממשלה. תכליתה- העברת שירותי בריאות הנפש מידי של משרד הבריאות לידיהן של קופות החולים. למרות שרפורמה זו נועדה לשפר ולהנגיש שירותים אלה לכלל האוכלוסייה, שירותי בריאות הנפש הפורמליים נעדרים בזמינותם עבור החברה הערבית-בדואית בנגב גם בימים אלה. ניכר פער בין הצורך הקיים והמצוקה הנפשית הגבוהה בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב לבין היקף השירותים הקיימים והזמינים עבורה. בפועל, טיבם של השירותים הקיימים אינו מספק דיו עקב מחסור ניכר באנשי צוות המותאמים בתרבותם ובשפתם לטיפול באוכלוסייה הערבית-בדואית שמתגוררת בנגב, וכן בשל מיעוט במספר מוקדי הטיפול לרפואת בריאות הנפש. למרות הצורך הרב בשימוש בשירותי בריאות הנפש, נמצאה צריכה נמוכה של השירותים הפורמליים לבריאות הנפש הקיימים בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. אוכלוסייה זו נמצאת במצב של שימוש-חסר, ומכאן עלתה השאלה מהם החסמים המובילים לשימוש-החסר בשירותים אלה ומהם הזרזים אשר בכוחם לסייע לחברה הערבית-בדואית בנגב לפנות לקבלת סיוע מהשירותים הפורמליים לבריאות הנפש.

מחקר זה ביקש לבחון את מערך החסמים והזרזים לפנייה לשירותים הפורמליים בתחום בריאות הנפש, תוך בחינת הזהות האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית בנגב. בחינת החסמים התמקדה (א) במכלול החסמים הסובייקטיביים-אישיים, הכוללים סטיגמה כלפי מתמודדים עם בעיות נפשיות וסטיגמה סביב שירותי בריאות הנפש, הסתמכות על מקורות תמיכה בלתי-פורמליים והסתמכות עצמית במקום פנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש, סודיות ואמון והחשש שמא הפנייה לקבלת טיפול נפשי תיחשף ואוריינות נמוכה בבריאות הנפש; (ב) במכלול החסמים האובייקטיביים-מבניים אשר כוללים חוסר נגישות לשירותי בריאות הנפש וחוסר בשירותי בריאות הנפש מותאמי תרבות ושפה; (ג) באוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש המהווה זרז לפנייה לשירותי בריאות הנפש. במקביל, המחקר בחן את הזהות האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית בנגב על גבי שלושת הצירים של טיפולוגיית הזהות האתנית: ציר הקר הזהות אשר בוחן את המידה בה האדם נוהג לעסוק, ללמוד ולחקור את משמעות שייכותו לקבוצה אתנית, ציר ההשלמה עם הזהות הבוחן את האופן בו האדם חש כי שלם עם שיוכו לקבוצתו האתנית וציר הזיקה כלפי הזהות האתנית של האדם, בו נבחנת טיבה של ההיקשרות של הפרט כלפי זהותו כזיקה גבוהה וחיובית או כזיקה נמוכה ושלילית.

השערות המחקר המרכזיות גורסות כי יימצאו הבדלים בעוצמות המצוקה הרגשית המדווחת כך שנשים ותושבי הכפרים הלא מוכרים ידווחו על רמות מצוקה רגשית גבוהות יותר, ביחס לגברים וביחס לתושבי הערים והעיירות המרכזיות והכפרים המוכרים. בנוסף, יימצאו הבדלים בדיווח על חסמים אובייקטיביים-מבניים בהיבטי הנגישות למענה רפואי בתחומי בריאות הנפש ויימצאו הבדלים בדיווח על חסמים סובייקטיביים-אישיים בהיבטי חשיפה לסטיגמה, אוריינות נמוכה בבריאות הנפש ונטייה להסתמכות על מקורות תמיכה עצמיים ובלתי-פורמליים בקרב תושבי

הכפרים הלא מוכרים, כך שאלה ידווחו על רמות גבוהות יותר של חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש מאשר תושבי הכפרים המוכרים והערים והעיירות המרכזיות. כמו כן, שוער כי נשים יחוו רמות גבוהות יותר, הן של חסמים אובייקטיביים-מבניים והן של חסמים סובייקטיביים-אישיים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, מאשר המידה בה ידווחו גברים על חסמים אלה. בהיבטי רכיבי הזהות האתנית, שוער כי תושבי הכפרים ידווחו על רמות גבוהות יותר של זיקה והשלמה עם זהותם. בבחינת מארג הקשרים שבין משתני המחקר, גרסו השערות המחקר המרכזיות כי כלל החסמים האובייקטיביים-מבניים והחסמים הסובייקטיביים-אישיים ייקשרו באופן חיובי לדיווח על מצוקה רגשית, כך שרמות גבוהות של התמודדות על חסמים אלה ידווחו בהלימה לדיווח על רמות גבוהות של מצוקות רגשיות.

בהיבטי הזהות האתנית ותפקידה בבחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ובבחינתם מול רמות הדיווח על מצוקות רגשיות בקרב החברה הערבית-בדואית, המחקר הנוכחי נערך כמודל מחקר גישושי. מתוך כך, בכל הנוגע לבחינת המתאמים שבין רכיבי הזהות האתנית לבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, המחקר התמקד בהתחקות אחר ההיבטים המרכזיים בתפקידם של רכיבי הזהות האתנית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. מערך המחקר נשען על מתודולוגיה כמותית והתאפיין במערך רוחבי (Cross Sectional). במחקר זה נעשה שימוש בשאלונים בשפה הערבית לדיווח עצמי אשרי בחנו את המשתנים הבאים: משתנים סוציו-דמוגרפיים, רקע של פנייה ושימוש בשירותי בריאות הנפש, מצוקה רגשית, רכיבי הזהות האתנית, חסמים וזרזים לקבלת טיפול נפשי ואוריינות בבריאות הנפש. מדגם המחקר כלל 654 משיבים, תוך שמירה על איזון מגדרי והקפדה על איזון בין תושבי שלוש סביבות המגורים העיקריות, בהתאם ליחסן בפועל בחברה הערבית-בדואית בנגב: תושבי העיר והעיירות הבדואיות, תושבי היישובים המוכרים (ולא מפותחים) ותושבי הכפרים הבלתי מוכרים.

הממצאים המרכזיים איששו במלואן את רוב השערות המחקר. נשים דיווחו על רמות מצוקה גבוהות יותר מאשר גברים. מנגד, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין תושבי סביבות המגורים השונות ברמות המצוקה הרגשית המדווחת. נמצא כי הנשים מפגינות רמות גבוהות יותר של אוריינות בתחומי בריאות הנפש לעומת רמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש, וכי גברים מדווחים במידה רבה יותר על חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים. נמצא כי תושבי הכפרים הלא מוכרים מדווחים על רמות גבוהות יותר של חסמים מבוססי שיקולים ודאגות הוריות אשר מתייחסים לחשש ההורים מגורלם של ילדיהם ושל הזכויות ההוריות, במידה וההורה יתויג בסטיגמה נפשית ו/או ממגבלות לפנות לטיפול וסיוע הנובעות ממחויבויות הוריות כלפי הילדים, ובעיקר מכך שאין בנמצא עבור ההורים גורמים שיכולים לגבות אותם בעת מתן הטיפול והסיוע הנפשי.

בבחינת רכיבי הזהות האתנית בחלוקתם הטיפולוגית לארבעה מבני זהות אתנית (זהות שלמה, זהות מושהית, זהות חלוטה וזהות מפוזרת), דיווחו רוב הנבדקים על רמה גבוהה של השלמה עם זהותם האתנית. בנוסף, חלק ניכר מהם דיווחו על רמות גבוהות של חקר ועיסוק בשאלת שיוכם לחברה הערבית-בדואית בנגב. הגברים דיווחו על רמות גבוהות יותר של השלמה עם שיוכם לחברה הערבית-בדואית בנגב, בעוד הנשים עסקו במידה רבה יותר בהליכי חקר ולמידת משמעות שיוכן

לחברה הערבית-בדואית בנגב. תושבי הכפרים המוכרים נמצאו כבעלי זיקה נמוכה יותר לזהותם האתנית כערביים-בדואיים, ביחס לתושבי הערים הערביות-בדואיות המרכזיות.

לצורך בחינת הגורמים המנבאים מצוקות רגשיות בחברה הערבית-בדואית בנגב, נבנו שני מודלים אשר בחנו מכלול של גורמים סוציו-דמוגרפיים, ובעיקרם השכלה, תעסוקה והכנסה, זהות אתנית ומעריך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמי המנבאים מצוקה הרגשית. יריעת המחקר השתרעה על פני שני המודלים המרכזיים לניבוי רמות המצוקות הרגשיות: המודל הראשון בחן את המצב הסוציו-אקונומי והחסמים והזרזים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש. המודל השני בחן את רכיבי הזהות האתנית - חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית- כגורמים המנבאים את עוצמת המצוקה הרגשית בחברה הערבית-בדואית בנגב. שני המודלים הושתו תחת בחינת המגדר וסוג היישוב (בהבחנה בין תושבי העיר והעיירות הבדואיות לבין תושבי היישובים המוכרים) (אך לא מפותחים) ולבין תושבי הכפרים (הלא מוכרים) כגורמים ממתנים.

בבחינת המודל הראשון נמצא כי ניתן לנבא את רמות הדיווח על מצוקות רגשיות בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב בהתבסס על המצב הסוציו-אקונומי בתיוכם של מערך חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאים לדיווח על רמות גבוהות של מצוקה רגשית; חסמים מבוססי סטיגמה, חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים וחסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים במקביל לניבוי באמצעות רמות אוריינות בתחומי בריאות הנפש כגורם המנבא הפחתה בדיווח על מצוקות רגשיות. במקביל, בבחינת המודל השני נמצא כי שלושת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, מנבאים דיווח על רמות מופחתות של מצוקה רגשית. הזיקה כלפי הזהות האתנית נמצאה כגורם המתווך את הניבוי שבין רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית ורכיב השיוך לקבוצה האתנית כגורמים המנבאים דיווח מופחת על רמות מצוקה רגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. בבחינת שני המודלים נמצא כי המגדר, בהשוואה בין גברים לנשים, וכן סביבת המגורים, בהשוואה בין תושבי הערים והעיירות המרכזיות, לבין תושבי הכפרים המוכרים לבין תושבי הכפרים שאינם מוכרים, מהווים גורמים ממתנים המבטאים שוני מובהק במרבית האפקטים הישירים, העקיפים והכוללים אשר הודגמו בבחינת מודלי המחקר.

מתוך מודל המחקר הראשון עולה כי יש לתת את הדעת לטיב התרומה של חסמים אלה בהקשר הייחודי של החברה הערבית-בדואית. לרוב, נמצאה נטייה להסתמכות עצמית ולהסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים למתן טיפול ומזור לסוגיות בבריאות הנפש כקשורה בהגברת מצוקות רגשיות. עם זאת, ובאופן ייחודי בחברה הערבית-בדואית, נמצא כי נטייה זו תורמת דווקא להפחתת הדיווח על מצוקה רגשית. יתרה מכך, חסם זה מתווך והופך את האפקט השלילי שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקה רגשית; בעלי מצב סוציו-אקונומי גבוה, שיש לשער כי ידווחו על רמות נמוכות יותר של מצוקות רגשיות, נמצאו ככאלו המדווחים על רמות מצוקות רגשיות גבוהות יותר. זאת בתיווך הנטייה להסתמכות עצמית ולהסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים למתן טיפול בתחום בריאות הנפש.

ייחודו של המחקר הנוכחי מתבטא בכמה אופנים עיקריים. ראשית, המחקר מתמקד בבחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש בחברה הערבית-בדואית בנגב, תוך הבנת ההקשר הייחודי של חברה זו כמיעוט חברתי-תרבותי ולאומי מוחלש. המחקר כולל לראשונה טווח רחב של חסמים וזרזים שתוארו בספרות המחקרית העולמית כבעלי פוטנציאל השפעה על נכונותו של הפרט לפנות לשירותי הפורמליים לבריאות הנפש כמו גם רווחתו הרגשית של הפרט, ובכך מהווה הזדמנות מצוינת לבחינת הרלוונטיות של חסמים וזרזים אלו בהקשר הייחודי של החברה הערבית-בדואית בנגב. שנית, המחקר מאפשר ניתוח מובחן של החברה הערבית-בדואית בנגב כקבוצה ייחודית בתוך החברה הערבית בישראל, ומאפשר בחינת סיגמנטים מובחנים בתוך החברה, בהבחנה מגדרית ובהבחנה על פי סביבות מגורים. נוסף לכך, המחקר מציע ותיקף חלוקה מחודשת לשאלון BACE לבחינת החסמים והזרזים לפניי לשירותי בריאות הנפש באופן המאפשר מבט מעמיק יותר על מנגנונים תוך חלוקה לחמישה ממדים שונים, ובכך מתאפשרת הבנה מפורטת יותר של תופעת הנכונות או ההימנעות מפנייה לשירותי בריאות הנפש וכמו גם של תפקידה של הזהות האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית הנגב במתן הסבר לרמות המצוקה הרגשיות הגבוהות הרווחות בקרב חברה זו.

מסקנות המחקר מדגישות ביתר שאת את היותן של הנשים ושל תושבי הכפרים קבוצות מובחנות בתוך החברה הערבית-בדואית בנגב, הנמצאות בסיכון מוגבר לדיווח על מצוקות רגשיות. כפי ששוער בתחילה, גם מסקנות המחקר מצביעות על כך שהתמודדות גוברת עם חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש תורמת להגברת תחושות של מצוקות רגשיות, בעוד אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש. מנגד, זהות אתנית יציבה וגוברת המתבטאת בתחושת שייכות לקבוצה האתנית, הנובעת מעיסוק מעמיק במשמעות השייך לקבוצה האתנית ומובילה לתחושת זיקה חיובית כלפי השייך האתני, תורמים גם הם להפחתת המצוקות הרגשיות.

מסקנות המחקר מצביעות על המשקל רב שיש ליישום והטמעה של מודלים מותאמי-תרבות בעת בחינת המצוקה הרגשית והפנייה לקבלת שירותי בריאות הנפש בחברה הערבית-בדואית בנגב. ניכר כי לגורמים ולמשאבים התרבותיים-חברתיים בחברה הערבית-בדואית בנגב יש משמעות גוברת בהפחתת מצוקות רגשיות, וזאת בשל היעדרם של משאבי טיפול פורמליים העומדים במידה נגישה, מותאמת ונאותה לרשות החברה הערבית-בדואית בנגב. ראוי כי מודלים עתידיים הנוגעים להפחתת מצוקות רגשיות, לצמצום התמודדות עם חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ולהגברת הזרזים לפנייה לשירותים אלה יכללו התייחסות לעידוד החשיפה לתחומים אלה, להגברת רמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש, והתייחסות למורכבויות החברתיות בחברה הערבית-בדואית בנגב ומאפייניה הייחודיים אשר כרוכים בנטייה להסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים למתן טיפול ומזור לסוגיות בבריאות הנפש כגורם אשר עשויה להוות גורם חוסן להתמודדות עם מצוקות רגשיות במציאות הרווחת בה השירותים הפורמליים ותמיכה וטיפול נפשיים עומדים במשורה לרשות הקהילה הערבית-בדואית בנגב.

1	תקציר
13	רשימת לוחות
13	רשימת איורים
13	רשימת תרשימים
13	רשימת דיאגרמה
13	רשימת נספחים
14	מבוא
15	רפורמת בריאות הנפש
18	סקירת ספרות
18	מדיניות רווחה ואחריות המדינה
18	המיעוט הערבי- בדואי בדרום ישראל
19	יחסי הריבון והאוכלוסייה הבדואית בנגב
22	המצע התאורטי
22	חסמים וזרזים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש
22	חסמים סובייקטיביים- אישיים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש
24	חסמים אובייקטיביים- מבניים לפנייה לשירותים פורמליים לבריאות הנפש
25	זרזים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש
26	זהות אתנית וזהויות של מיעוט
27	טיפולוגית הזהות האתנית
29	הזהות הערבית- בדואית בנגב
30	הזהות הערבית- בדואית בנגב בראי טיפולוגיית הזהות האתנית
30	זהות אתנית ושימוש בשירותי בריאות נפשית
	מצוקה רגשית, פנייה לקבלת סיוע נפשי, צריכת השירותים הפורמליים לבריאות הנפש וחסמים וזרזים לפנייה
32	לשירותים אלה בקרב האוכלוסייה הערבית- בדואית בנגב
32	צריכת שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב
33	ביטויי חסמים סובייקטיביים- אישיים בחברה הערבית- בדואית בנגב
34	ביטויי חסמים אובייקטיביים- מבניים בחברה הערבית- בדואית בנגב
36	סיכום ומטרות המחקר
37	שאלות והשערות המחקר
38	מודל המחקר
39	מודל 1 – מצב סוציו- אקונומי, חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית
39	מודל 2 – רכיבי הזהות האתנית כמנבאי מצוקה רגשית
39	שיטה
39	תיאור מדגם המחקר
45	הליך המחקר
46	כלי המחקר
46	פרוטוקול תרגום כלי המחקר
46	שאלון פרטים דמוגרפיים
47	שאלון מצוקה רגשית (GHQ-12)
47	שאלון הזהות האתנית (EIS)
48	שאלון חסמים לקבלת טיפול נפשי (BACE)
48	שאלון אוריינות בריאות הנפש (MHLS)
50	ניתוח הנתונים
51	תוצאות

52.....	חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש
	רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, השלמה עם השיך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או
55.....	השלילית כלפי הזהות האתנית
	מתאמים בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, בין רכיבי הזהות האתנית ובין רמות המצוקה
56.....	הרגשית
58.....	מודלי המחקר לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית- בדואית בנגב
58.....	פרוטוקול בחינת טיב התאמת המודלים ובחינת טיב המתאמים העקיפים במודל
	המודל הראשון לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי מצב סוציו-אקונומי ושימוש בחסמים והזרזים לפנייה
60.....	לשירותי בריאות הנפש כגורמים מתווכים
60.....	האפקטים הישירים במודל
61.....	האפקטים העקיפים במודל – בחינת הגורמים המתווכים
62.....	פרוטוקול בחינת המגדר וסביבת המגורים כגורמים ממתנים
63.....	גורמים ממתנים במודל המחקר הראשון
63.....	מגדר כגורם ממתן במודל הראשון
65.....	סביבת המגורים כגורם ממתן במודל הראשון
	המודל השני לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית
67.....	בקרב החברה הערבית- בדואית בנגב
68.....	האפקטים הכוללים והעקיפים במודל - רכיב הזיקה האתנית כגורם מתווך במודל המחקר השני
69.....	גורמים ממתנים במודל המחקר השני
69.....	מגדר כגורם ממתן במודל המחקר השני
71.....	סביבת המגורים כגורם ממתן במודל המחקר השני
73.....	דיון
73.....	רקע נפשי, דפוסי התמודדות ומצוקה רגשית
74.....	ה-קטגוריזציה לסולם BACE
77.....	חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש
78.....	זהות אתנית בחברה הערבית- בדואית בנגב
79.....	מודלים לניבוי מצוקה רגשית
80.....	מודל I – זרזים וחסמים בפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית
82.....	מודל II – זהות אתנית כגורם ניבוי להפחתת מצוקה רגשית
84.....	מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך
85.....	סיכום ומסקנות
86.....	ביבליוגרפיה
108.....	נספחים
I.....	ABSTRACT

רשימת לוחות

- לוח 1 - תיאור המדגם: הבדלים סוציו-דמוגרפיים בהבחנה מגדרית ולפי סוג יישוב מגורים 41
- לוח 2 - תיאור המדגם: דיווח חוויות מתח ודכדוך ודפוסי פנייה לבקשת סיוע 43
- לוח 3 - תיאור המדגם: רקע של מצוקה נפשית ופנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש 44
- לוח 4 - ניתוח הנתונים: קביעת מכניזם ערכים חסרים בשאלוני המחקר על פי LITTLE'S MCAR TEST 50
- לוח 5 - מבחני T למדגמים בלתי תלויים ומבחני ANOVA לבחינת ההבדלים במשתני המחקר בהבחנה מגדרית ולפי סוג יישוב מגורים 54
- לוח 6 - מבחני T למדגמים בלתי תלויים ומבחני ANOVA לבחינת ההבדלים המגדריים והבדלי לפי סוג יישוב מגורים ברכיבי הזהות האתנית 56
- לוח 7 - מתאמים בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, לבין רכיבי הזהות האתנית ולבין עוצמת המצוקה הרגשית 57
- לוח 8 - אפקטים עקיפים במודל 1 לניבוי המצוקה הרגשית - בחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים מתווכים .. 61
- לוח 9 - בחינת המגדר כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (UNESTED MODEL) אל מול ערכי המודלים המקוננים (NESTED MODEL) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות. 64
- לוח 10 - בחינת סביבת המגורים כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (UNESTED MODEL) אל מול ערכי המודלים המקוננים (NESTED MODEL) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות. 66
- לוח 11 - אפקטים עקיפים במודל 2 לניבוי המצוקה הרגשית - בחינת רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית כגורם מתווך 68
- לוח 12 - בחינת המגדר כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (UNESTED MODEL) אל מול ערכי המודלים המקוננים (NESTED MODEL) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות. 70
- לוח 13 - בחינת סביבת המגורים כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (UNESTED MODEL) אל מול ערכי המודלים המקוננים (NESTED MODEL) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות. 72

רשימת איורים

- איור 1 - רכיבי הזהות האתנית: חלוקה טיפולוגית 27
- איור 2 - מודל 1 – מצב סוציו-אקונומי, חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית 39
- איור 3 - מודל 2 – רכיבי הזהות האתנית כמנבאי מצוקה רגשית 39
- איור 4 - רכיבי הזהות האתנית: חלוקה טיפולוגית - תוצאות כלל המדגם 55

רשימת תרשימים

- תרשים 1 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – כלל מדגם המחקר 60
- תרשים 2 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – מגדר כגורם ממתן 63
- תרשים 3 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – סביבת המגורים כגורם ממתן 65
- תרשים 4 - מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית 67
- תרשים 5 - מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית - מגדר כגורם ממתן 69
- תרשים 6 - מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית - סביבת מגורים כגורם ממן 71

רשימת דיאגרמה

- דיאגרמה 1 - רצף לוגי להצגת הממצאים בפרק התוצאות 51

רשימת נספחים

- נספח א – רשימת יישובים בחברה הערבית בדואית בהן פועלות תחנות ומרפאות לבריאות הנפש 108

כדי לבחון את הקונפליקט שבין האוכלוסייה הבדואית לבין מוסדות המדינה, יש להתייחס, תחילה, לשאלה האם יש חשיבות להיותם של הבדואים מיעוט אתני השוכן בישראל, שכן זכויות הפרט ניתנות מלכתחילה לכל אזרח מעצם היותו אזרח המדינה (אבו-עסבה, 2007). זהותו האתנית של הפרט מורכבת ושזורת למכלול זהותו השלם את זהותו האישית, בד בבד עם זהותו הקבוצתית של האדם (Phinney & Ong, 2007). זהותו של הפרט בחברה הערבית בדואית הנגב הינה זהות מובחנת ואף נבדלת מזהותם של יתר החברה הערבית בישראל. הזהות האתנית של החברים באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב מורכבת ממנעד רחב של רבדי זהויות; רבדי זהות מסורתיים-ערביים-פלסטיניים-מוסלמיים לצד רבדי זהויות ישראליים ומודרניים. רבדי זהות אלו שלובים ושזורים יחדיו עד לכדי היתכום לזהות מיעוט אתני ייחודית (אל-עארף, 2000; דרוקר-שטרית, 2006; מאנע, 2011). קבוצות מיעוט, אשר זהותם האתנית מובחנת מקבוצת הרוב, נוטות להתמודד עם חסמים חברתיים וממסדיים ועם אפליה מוגברת עד כדי פגיעה ברווחתם ובאיכות חייהם (Phinney, Madden, & Santos, 1998).

ניכר כי קיים פער בין הצורך בתחומי בריאות הנפש באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב לבין השירותים הזמינים עבור אוכלוסייה זו. השירותים הקיימים בתחומי בריאות הנפש עבור החברה הערבית-בדואית בנגב אינם מספיקים באיכותם ובכמותם בשל מחסור במשאבים ובאנשי מקצוע שיש ביכולתם להעניק טיפול מותאם-תרבות ומותאם-שפה. הדבר מוביל לכך שהאוכלוסייה הערבית-בדואית משתמשת במידה מופחתת בשירותי בריאות הנפש למרות הצורך הרב שקיים בפועל. על פי גביזון ובבלפור (2005) קיים מתח קבוע בין קיומה של דמוקרטיה, אשר כברירת המחדל מעדיפה את הרוב לצורך שמירה על סדר חברתי, חוסן והגנה על זכויות כלל הפרטים שבמדינה, לבין הגנה על זכויותיהן של אוכלוסיות מיעוט לשם ביסוס הגדרה עצמית לקבוצת המיעוט, לשם העצמת הפרטים בקבוצת המיעוט על מנת לעודדם למלא את חלקם הדמוקרטי ולשם ההגנה התרבותית הנדרשת לקיום אורחות חייו של היחיד בתוך קבוצת המיעוט שלו. עבאס (2004) מדגיש כי עבור פרטים מקרב אוכלוסיות מיעוט, קיומן של זכויות הפרט היסודיות הניתנות לכלל האזרחים במדינה אינן מספקות כלל את ההגנה הנדרשת עבורם, ועבורם נדרשות זכויות קולקטיביות ייעודיות שיהווו כלי לטיפול חופש הביטוי העצמי וכלי לשימור השפה והתרבות הייחודית להם כמיעוט.

רפורמת בריאות הנפש הושתה בשנת 2012 על ידי ממשלת ישראל במטרה להעביר את האחריות להפעלת המערכים הפורמליים לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים, ובכך להגביר את הנגישות ולשפר את המענה שהמדינה מעניקה בתחומי בריאות הנפש. נשאלת השאלה מדוע נמנעת האוכלוסייה הערבית-בדואית מפנייה לשירותי בריאות הנפש, למרות התמודדותה עם רמות גבוהות של מצוקה נפשית? אילו גורמים עלולים לעכב או למנוע את הפנייה והשימוש בשירותים הפורמאליים ואילו גורמים יכולים לעודד שימוש בשירותים אלה? מה תפקידה של הזהות האתנית בתהליך הפנייה? השאלה המרכזית ביותר היא כיצד עצם ההימנעות או העידוד לפנות לשירותי בריאות הנפש וביטויי הזהות האתנית של הפרט תורמים להגברתן או להפחתתן של מצוקות רגשיות?

למיטב ידיעתי המחקר הנוכחי מהווה סנונית ראשונה בבחינת מגוון החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש בחברה הערבית-בדואית בהקשר לזהותם האתנית המובחנת כערבים-בדואים המתגוררים בנגב. המחקר מתמקד במערך חסמים סובייקטיביים-אישיים (סטיגמה, הסתמכות על מקורות תמיכה בלתי-פורמליים, הסתמכות עצמית ואוריינות בתחומי בריאות הנפש) וחסמים אובייקטיביים-מבניים (חוסר נגישות לשירותי בריאות הנפש, מחסור בשירותי בריאות נפש מותאמי תרבות) הבוחנים את שיקוליו של הפרט לפנות לשירותי בריאות הנפש. המחקר גם בודק כיצד מערך חסמים זה מתכתב עם תחושות של מצוקות רגשיות, כפי שהדבר בא לידי ביטוי בקשר בין האוכלוסייה הבדואית לבין המדינה ומוסדותיה, בדגש על מערך שירותי בריאות הנפש כפי שמוסדה ברפורמת בריאות הנפש.

רפורמת בריאות הנפש

בשלהי שנת 2012 פורסמה החלטת הממשלה 4611: 'העברת מלוא האחריות הביטוחית בתחום בריאות הנפש מן המדינה לקופות החולים' ולפיה בתאריך 1 ביולי 2015 נכנס לתוקפו הצו הממשלתי המורה כי מערך בריאות הנפש בישראל יעבור מידי משרד הבריאות לידי סל שירותי הבריאות (התוספת השנייה לחוק) ולידי קופות החולים¹. מורכבות הרפורמה, והשינוי העז שהיא טומנת בחובה, הובילה את מקבלי ההחלטות להשית תקופת היערכות בת שלוש שנים ליישום הרפורמה בה יוכלו, הן הגורמים האמונים על מתן השירות והן האזרחים הנדרשים לשירותי מערך בריאות הנפש, להיערך לשינוי: "...הייתה התלבטות בין המשרדים, האם נכון להכניס את הרפורמה לתוקף באופן מידי... והחלטה הייתה שאנחנו נותנים למערכת שלוש שנים היערכות. נתנו שלוש שנים למערכת להיערכות לפני שהצו נכנס לתוקף כדי שבשלוש השנים האלה ייפתחו מרפאות חדשות, פריסת השירותים תורחב, נרגיל גם את קופות החולים, גם את מקבלי השירות, למציאות החדשה ולא ביום אחד נעבור ממצב ישן למצב חדש. הרפורמה, באמת אחת מהמורכבות שיכולות להיות באיזושהי מערכת. זאת גם מערכת ציבורית, גם מערכת חברתית וגם מערכת בריאות ובתוך מערכת הבריאות זאת המערכת הרגישה ביותר..." (משה בר סימן טוב, מנכ"ל משרד הבריאות, עמ' 5)².

טרם יישומה של הרפורמה התקיים הבדל מימוני, ארגוני וטיפולי מובחן בין הטיפול בנפש לבין הטיפול בגוף, כך שמשרד הבריאות היה אמון על הטיפול בתחומי הנפש, בעוד קופות החולים החזיקו בתחומי הטיפול בגוף (Rosen, Nirel, Gross, Bramali, & Ecker, 2008). מהרגע בו נכנסה לתוקפה הרפורמה בבריאות הנפש,

¹ משרד ראש הממשלה. (2012). החלטה מספר 4611 - חכ/279 של ועדת השרים לענייני חברה וכלכלה (קבינט חברתי-כלכלי) מיום 01.05.2012 אשר צורפה לפרוטוקול החלטות הממשלה וקבלה תוקף של החלטת ממשלה ביום 10.05.2012 ומספרה הוא 4611(חכ/279). נדלתה בתאריך 12 בינואר, 2020 מאתר השירותים והמידע הממשלתי: https://www.gov.il/he/departments/policies/2012_des4611

² ועדת העבודה, הרווחה והבריאות. (2015). פרוטוקול מס' 36: הצעה לסדר-היום בנושא: "החשש מפגיעה בטיפול נפשי בילדים ונוער ואוכלוסיות מוחלשות", של חברי הכנסת דב חנין, יוסי יונה, ינון מגל, רועי פולקמן, אורלי לוי אבקסיס ונורית קורן. נדלה בתאריך 2 בפברואר, 2020 מאתר ועדות הכנסת: http://fs.knesset.gov.il/20/Committees/20_ptv_313738.doc

קופות החולים, בהיותן הגורם המבטח הרפואי במדינה, קיבלו את האחריות האשפוזית והאמבולטורית על טיפולי הנפש של אזרחי מדינת ישראל (Aviram & Azary-Viesel, 2018).

רפורמת בריאות הנפש שואבת את כוחה מתוך צו ביטוח ממלכתי המנחה כי כל שירותי בריאות הנפש יועברו מידי משרד הבריאות לידי קופות החולים, פרט לשירותים הבאים: " אשפוז מטופלים הסובלים מתחלואה כפולה (מחלת נפש ופיגור שכלי); שירותי גמילה מסמים ומהתמכרויות (למעט משברים נפשיים חריפים); שירותי בריאות נפש לאסירים; שירותים לאוכלוסיות מוגדרות בגנים טיפוליים וכן שירותי שיקום לנכי נפש על פי חוק שיקום נכי נפש... " (לוי, 2013, עמוד 3).

היקף המענה הזמין לכלל האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב טרם כניסתה של רפורמת בריאות הנפש לתוקף היה מצומם וזניח, ביחס לגודל האוכלוסייה. משרד הבריאות הגדיר "הנחת שימוש" שהעריכה כי בקרב כלל האוכלוסייה ובכל אחת מתתי-האוכלוסיות, כ-4% מקרב המבוגרים (גיל 18 ומעלה) וכ-2% מקרב הילדים (מתחת לגיל 18) יזדקקו, בשלב מסוים בחייהם, למענה אמבולטורי בתחום רפואת הנפש (זעירא, 2014). על פי מיפוי שערך מכון המחקר והמידע של הכנסת, נכון לשנת 2014 וטרם יישום הרפורמה בבריאות הנפש, פעלו כעשרים וארבע מרפאות ושלוחות לבריאות הנפש המיועדות לאוכלוסייה הערבית בישראל. התברר כי מתוכן, ובכל רחבי דרום הארץ, קיימת מרפאה אחת בלבד לטיפול בתחום בריאות הנפש, אשר החלה לפעול במקביל בעיר הבדואית רהט. מרפאה זו מיועדת לטיפול במבוגרים בלבד, כך שאוכלוסיית הילדים הבדואים, המהווה כמחצית מכלל החברה הבדואית, לא מקבלת כל מענה ייעודי בתחום בריאות הנפש. על פי דיווח משרד הבריאות, עד לכינונה של הרפורמה לבריאות הנפש לא הייתה כוונה לפתח את היקף המענה הניתן לאוכלוסייה הערבית בדרום הארץ, כך שהמרפאה לבריאות הנפש ברהט צפויה להיוותר לבדה, וללא צפי למתן מענה לצורך הקיים בקרב ילדי הבדואים בנגב (זעירא, 2014). לראיה, מבקר המדינה (2020) קבע כי אחוז הילדים בחברה הערבית-בדואית בנגב אשר קיבלו טיפול במרפאת שירותי בריאות הנפש ברהט נמוך מיעדי "הנחת השימוש", ועמד על 0.8% בלבד.

הפערים בהנגשת שירותי בריאות הנפש לחברה הערבית בישראל בכללה עלו על שולחן ועדות הכנסת עוד בעת בה הרפורמה קרמה עור וגידים, ואף לאחר שנכנסה לתוקף. פערים אלה המשיכו להתקיים גם שנים לאחר כניסתה של רפורמת בריאות הנפש לתוקף, אך הדרישה לעמוד על טיבם די מורכבת. המידע הקיים לגבי אומדנם של בעלי המקצוע מקרב האוכלוסייה הערבית בכלל, והאוכלוסייה הערבית בדואית בפרט, שמספקים מענים נפשיים קיים בְּמְשׁוֹרָה וטיבם של ההערכות לגבי אומדנם לוקה בחסר. ניכר ייצוג-חסר של האוכלוסייה הערבית בישראל בכל הקשור לעיסוק במקצועות הרווחה בישראל, והדבר בא לידי ביטוי ביתר שאת כשבוחנים את עיסוקיהם של אקדמאים ערבים לעומת יהודים, וכן בבחינת עיסוקיהן של נשים ערביות במקצועות הרפואה והרווחה (פופר-גבעון, קשת וליברמן, 2015). בעוד האוכלוסייה הערבית בישראל מונה למעלה מחמישית מאזרחי המדינה, רק שמונה אחוזים מסך סלי השיקום שניתנו לבעלי נכות נפשית זכאים, הועברו לאוכלוסייה הערבית (מוניקנדס-גבעון, 2017). חלקם היחסי של ערביי ישראל בכוח העבודה בתחומי הבריאות, רווחה וסעד עומד על כ-17 אחוזים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2018), אולם חלקה היחסי של החברה הערבית בתחומי מקצועות בריאות הנפש נמוך באופן משמעותי מתוך סך כח העבודה בישראל בתחומים אלה. מספרם של הפסיכיאטרים הערביים עומד על כ-1.9 אחוזים מסך הפסיכיאטרים בארץ

ומספרם של הפסיכולוגים הקליניים הערביים עומד על כ- 1.4 אחוזים מסך הפסיכולוגים הקליניים בארץ (המועצה הלאומית לבריאות הנפש, 2019).

שיעורים אלה נמצאים במגמת שיפור בכל הנוגע להשתתפותה של החברה הערבית בישראל בתחומי הבריאות רווחה וסעד. בשנת 2021 הוענקו 43 אחוזים מסך רישיונות הרפואה החדשים בישראל לרופאים ערבים ודרוזים, ובסך הכל הם היוו כרבע מסך הרופאים המוסמכים בישראל. כמו כן, 44 אחוזים מסך רישיונות מקצועות הסיעוד בישראל הוענקו לצוותי סיעוד מהחברה הערבית והדרוזית בישראל, ובסך הכל הם היוו כרבע מסך הצוותים הסיעודיים המוסמכים בישראל. עם זאת, שיעור השתתפותה של החברה הערבית במקצועות שירותי בריאות הנפש בשנים אלה התרחב עלה בהיקף מצומצם, כאשר 6 אחוזים בלבד מסך רישיונות העיסוק בפסיכולוגיה הוענקו לערבים ודרוזים, ובסך הכל הם מהווים 7 אחוזים בלבד מסך המורשים בישראל לעסוק בפסיכולוגיה (משרד הבריאות, 2022). נוסף על בעיות כוח האדם המקצועי הנדרש לקיומן של מרפאות לבריאות הנפש, קיים גם מחסום תשתיתי. רק 7 אחוזים מכלל המרפאות לבריאות הנפש בישראל מיועדות עבור המגזר הערבי (המועצה הלאומית לבריאות הנפש, 2019). נכון לשנת 2023, קיימות תחנות ומרפאות לבריאות הנפש רק בעשרים וחמישה יישובים³ בחברה הערבית, ומתוכם רק בשני יישובים בחברה הערבית-בדואית בנגב: ברהט ניתנים שירותי בריאות הנפש למבוטחי קופות החולים 'כללית' ו'לאומית' ובכסיפה ניתנים שירותי בריאות למבוטחי קופת החולים 'לאומית' בלבד. בשני היישובים הערביים-בדואים בנגב ניתנים שירותי בריאות הנפש למבוגרים בלבד, ללא מענה ייעודי למטופלים ערביים-בדואיים מתחת לגיל 18 (להרחבה ראו [נספח א'](#)).

³ סקירה עצמית, עורך המחקר, 22 באוגוסט 2023. רשימת היישובים בחברה הערבית בהן פועלת תחנה ו/או מרפאה נסקרה על ידי עורך המחקר בהסתמך על מנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות לאיתור מרפאות ותחנות לשירותי בריאות הנפש. עורך המחקר סקר בתאריך 22 באוגוסט 2023 את רשימת המרפאות המלאה אשר מפורסמת במנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות. החיפוש נערך ללא סננים על מנת להפיק את רשימת מרפאות בריאות הנפש המלאה כפי שפורסמה על ידי המשרד. החיפוש הניב רשימה של 867 תחנות ומרפאות בפריסה ארצית המעניקות שירותי בריאות נפש בישראל. הדיווח המתואר לעיל מתייחס ליישובים בהם פועלת לכל הפחות מרפאה ו/או תחנה אחת לשירותי בריאות הנפש. הרשימה אינה כוללת מרפאות ביישובים הטרוגניים בהם קיימת אוכלוסייה ערבית (כדוגמת עכו, לוד ואחרים). לעיון במנוע איתור מרפאות בריאות הנפש:

https://www.gov.il/he/Departments/DynamicCollectors/mental-health-clinics-list?skip=0&clinic_name=%D7%9E%D7%96%D7%A8%D7%97%20%D7%99%D7%A8%D7%95

סקירת ספרות

מדיניות רווחה ואחריות המדינה

חובתה של המדינה לספק את צורכי אזרחיה נטועה בחוקיה (גיוראן, 2018). 'מדינת רווחה' ו'שירותים אזרחיים' אינם מושגים שתחומים יחדיו בהגדרה אחת, אלא מושגים מורכבים המשתרעים על פני ספקטרום רחב, הן בהגדרתם והן באופן בה הם מתממשים הלכה למעשה בכל מדינה; הן באופן בו הם מאורגנים בכל מדינה והן במהות ובשירות עליו הם אמונים עבור האזרחים (גל, 2006; International Civil Service Effectiveness (InCiSE), 2017). הגדרות מגוונות אלה נעות בין תפיסה מצומצמת בה מתן של ביטחון סוציאלי ושירותים חברתיים כלשהם יגדיר את המדינה כמדינת רווחה (Cochrane, Clarke, & Gewirtz, 1993) ועד לתפיסה בה מדינת רווחה תוגדר באופן זה רק אם ניכרת התחייבות ופעולה של המדינה לדאוג לרווחתו של הפרט במגוון היבטים בהם ביטחון סוציאלי, דיור, בריאות וחינוך (Lowe, 2004).

חשיפת טיבה ומהותה של מדיניות הרווחה בישראל מורכבת ואפופה במעטה ואוסף של הגדרות רבות, שלעיתים גם סותרות זו את זו. לאורך שנות קיומה של המדינה, ניתן היה להגדירה במגוון דרכים, החל ממדיניות שמרנית וכלה במדיניות ניאו-ליברלית או מדיניות סוציאל-דמוקרטית (תרשיש, 2017) אך הגישה הרווחת היא הגדרתה של מדיניות הרווחה בישראל כמדיניות ניאו-ליברלית (דורון, 2006). מסלולה של מדיניות הרווחה בישראל בעשורים האחרונים משקף תולדה של העדפה מובהקת של אוכלוסיות מובחנות ומימוש הון פוליטי עבורן (תרשיש, 2017).

"כחלק ממדיניות הרווחה של המדינה זכאים חסרי דיור לסיוע בשכר דירה." (מבקר המדינה, 2010. עמוד 689); "הנחיות המשרד העוסקות במדיניות הרווחה... נכללות בתקנות עבודה סוציאלית של המשרד." (מבקר המדינה, 2007. עמוד 653). אם כך, נשאלת השאלה מהי "מדיניות הרווחה" אליה מתייחס מבקר המדינה? עמדתה הרשמית של המדינה כלפי הגדרתה כ"מדינת רווחה" די מעורפל. בשנת 2011 גיבש משרד הרווחה עמדה לפיה קיים צורך לבסס אמנה חברתית כלכלית שתסדיר את החובות האזרחיות. בנוסף לכך, ואולי דווקא בשל כך, יש צורך לבסס את מחויבותו של הריבון כלפי כלל האזרחים, הן כלפי אלו הממוקמים במרכז החברה והן כלפי אלו הנמצאים בשוליה (איצקוביץ וצבע, 2010). חובותיה של המדינה כלפי האזרחים, כפי שהן מתבטאות בזכויות החברתיות להן זכאים אזרחי המדינה נעוצות בעיקרן, אך לא רק, בחוק חינוך החובה, חוק הבריאות הממלכתי, חוק הביטוח הלאומי ופקודת מס ההכנסה (גיוראן, 2018).

המיעוט הערבי-בדואי בדרום ישראל

נכון ליולי 2023, האוכלוסייה הערבית בדואית בנגב מונה כ-300,000 אזרחים, 71 אחוזים מהם מתגוררים ביישובי הקבע (העיר רהט וששת המועצות המקומיות: לקיה, תל שבע, כסייפה, ערערה בנגב, שגב שלום וחורה) ובכפרים המוכרים ביישובי המועצות האזוריות נווה מדבר (אבו קרינאת, אבו תלול, ביר הדאג' וקצר א-סר) ואל קאסום (תראבין, אום בטין, אל סיד, סוועה, כוחלה ודריג'את). יתר התושבים (29 אחוזים) מתגוררים בכפרים הבדואים בנגב שאינם מוכרים. נוסף אליהם ישנם כ-11,000 ערבים-בדואים המתגוררים בערים יהודיות בנגב (כ-4 אחוזים). קצב גידול האוכלוסייה באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב הינו בשיעור גדול לאין ערוך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בנגב ואף ביחס לחברה הערבית הכללית בישראל ועמד על

גידול של 144 אחוזים בהיקף האוכלוסייה בשנת 2019 לעומת שיעורם בשנת 2000. האוכלוסייה הערבית-בדואית צעירה מאוד, למעלה ממחציתם, כ-54 אחוזים מהם מתחת לגיל 18, 36 אחוזים בגילאי 19 עד 45 שנים, 8 אחוזים בגילאי 46 עד 64 שנים ורק 2 אחוזים בני למעלה מ-65 שנים (אלמסי, 2023). מבחינה מגדרית, האוכלוסייה מתפלגת באופן שוויוני (50.3 אחוזים גברים) (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א).

על פי מדד הפריפריאליות לשנת 2017, כלל היישובים הערבים-בדואים בנגב מדורגים כיישובים פריפריאליים עד מאוד פריפריאליים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019ב). מדד הפריפריאליות מעיד על נגישות של שירותי בריאות ותעסוקה, שווקים, נכסים, מוסדות לימוד, פנאי ותרבות, כך שכל שאזור יותר פריפריאלי, שירותים אלה נגישים פחות עבור התושבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015). זוהי אוכלוסייה בעלת מדדי השכלה ותעסוקה נמוכים, בהשוואה לכלל האוכלוסייה בישראל: ממוצע שנות הלימוד נע בין 8.5 ל-10.5 שנים לעומת 12.4 שנים באוכלוסייה הכללית וממוצע בעלי השכלה אקדמית נע בין 7.7 אחוזים ל-13.7 אחוזים לעומת 29.1 אחוזים אקדמאים באוכלוסייה הכללית. כ-48.8 אחוזים עד 57.9 אחוזים מקרב האוכלוסייה הערבית בדואית עובדים אך בעלי הכנסה הנמוכה משכר המינימום, לעומת 42 אחוזים באוכלוסייה הכללית וכ-6.5 אחוזים עד 9.7 אחוזים מהערבים בדואים מקבלים קצבת הבטחת הכנסה לעומת 4.1 אחוזים בלבד מקרב האוכלוסייה הכללית, 72.8 אחוזים מקרב הגברים ו-39.5 אחוזים מקרב הנשים משתתפים בכוח העבודה בישראל לעומת 84.4 אחוזים מהגברים ו-77.0 אחוזים מהנשים באוכלוסייה הכללית בישראל. השכר הממוצע במשק גבוה יותר באופן משמעותי באוכלוסייה הכללית לעומת השכר הממוצע בחברה הערבית; פער של 60.9 אחוזים בקרב הגברים ו-53.7 אחוזים בקרב הנשים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019ב; צדיק, 2020).

האוכלוסייה הערבית-בדואית מאופיינת בעוני רב. בכללה, אוכלוסייה זו בעלת נגישות דלה לשירותים ציבוריים, בפרט בקרב הבדואים אשר מתגוררים בכפרים שאינם מוכרים (בן רבי, עמיאל, ניג'ם ודולב, 2009). כפרים אלה מאופיינים ברמת שירותים ציבוריים ירודה, עד כדי לא קיימים כלל: מחסור בתשתיות יסוד כדוגמת חשמל, מים וביוב, תשתית ציבורית ירודה ומיעוט של שירותים ציבוריים (אייל, קינג, פרנקל ותירוש, 2018). יישובי הקבע הבדואים מונים שש מועצות מקומיות (תל-שבע, חורה, כסיפה, לקיה, ערעה בנגב ושגב-שלום) ועיר אחת (רהט) (ספקטור-בן ארי, 2013). כלל יישובי הקבע הבדואים מדורגים באשכול הנמוך ביותר (1) מתוך עשרת האשכולות של המדד החברתי כלכלי בישראל ונמצאים בתחתית הרשימה, במקומות ה-2 ועד ה-11, מתוך 255 רשויות מקומיות וערים ברחבי הארץ. במרבית המדדים החברתיים כלכליים האוכלוסייה הערבית-בדואית ממוקמת נמוך יותר באופן ניכר הן מהמיעוט הערבי והן מהאוכלוסייה הכללית בישראל: במדד יחס התלות (יותר אזרחים בגיל התלות, ינקות וזקנה, ביחס למספר האזרחים בגיל העבודה), תוחלת חיים נמוכה יותר, תמותת תינוקות גבוהה יותר, שיעורי תעסוקה נמוכים יותר, ממוצע שכר נמוך יותר מהאוכלוסייה הכללית ושיעורי נשירה ממערכת החינוך הגבוהים פי שלושה לערך מהשיעור באוכלוסייה הכללית (תירוש ואייל, 2018).

יחסי הריבון והאוכלוסייה הבדואית בנגב

על פניו, כאזרחי ישראל, אוכלוסיית הערבים-בדואים בנגב הם שווי-זכויות, כלומר זכאים לכלל ההזדמנויות והמערכים החברתיים-כלכליים כיתר אזרחי המדינה. האחריות לכך מוטלת, אומנם, על ממשלת

ישראל (בגין, 2013), אך ברבות השנים התפתח והתבסס חוסר אמון בין הבדואים בנגב לבין ממשלות ישראל לדורותיהן. ראשיתו של חוסר האמון טמון בהסדרת תביעת הבעלות על הקרקעות מצד האזרחים הבדואים, והמשכו בשנים רבות בהן הקהילה הערבית בדואית בנגב חוותה רבדים נוספים של הזנחה והעמקת חווית המיעוט. מעבר למתח השורר בין המדינה והשלטונות לדורותיהם לבין האוכלוסייה הערבית-בדואית על רקע סוגיית הקרקעות (טמיר וגונטובניק, 2017; יהל, 2017; יפתחאל, 2012; סבירסקי וחסון, 2005), ניכרים מתח והדרה בין הרוב היהודי לבין המיעוט הבדואי (Ben-Ari & Gil, 2004; Ghanem, 2001; Keshet & Popper- Giveon, 2016) כך שהמזור לסוגיות המהותיות בחברה הערבית בדואית וביחסיה עם המדינה אינו טמון בהכרח בפתרון בעלות הקרקעות, אלא בבחינה מעמיקה יותר של היבטי חייהם של הערבים-בדואים בנגב (זנדברג, 2009).

מציאות חיי הבדואים, הן מבחינה פוליטית והן מבחינה חברתית-כלכלית, משקפת חברה בה מרבית הזכויות וההזדמנויות נמצאת בחסר מתמיד. יש לראות את הנסיבות ואת התוצאות לכך כשזורות אלה באלה ולכן בהכרח משפיעות אלה על אלה. על פי מאיר (1999) קיימים ארבעה ממדים אשר סביבם נוצר בסיס המתח בין האוכלוסייה הערבית-בדואית לבין המדינה: בעלות על קרקעות, התיישבות ועיור, הקצאת משאבים חברתיים-כלכליים ותפוצת הכוח הסוציו-פוליטית. הפערים בהקצאת המשאבים החברתיים לאוכלוסיית הבדואים נובעים משלושה ממדים עיקריים: זמינות מרחבית, נגישות פונקציונלית והתאמה תרבותית (Meir, 1990). על פי סבירסקי וחסון (2005), מאז קום המדינה האוכלוסייה הבדואית אינה "ניצבת על קרקע יציבה" (עמוד 3). הביטוי המרכזי לכך נובע מתת-יחס המדינה לבדואים בשלושה היבטים: מיעוט קיומה של זיקה ישירה בין השלטון לבין האזרח, הקטנת היכולת של האזרחים הבדואים לנהל את שגרת חייהם על ידי מוסדות השלטון המקומי והיכולת לבחור ולהיבחר לשלטון המקומי בד בבד עם האפשרות לרישום בפנקס הכתובות. עצם היותם של היישובים הלא מוכרים מודרים מהמערך היישובי המאורגן באוכלוסייה הכללית מצמצם ומדיר את כוחם להיכלל במנגנון מוסדות השלטון המקומי (יהל, 2017).

ביולי 2007, תחת סמכותו של משרד הבינוי והשיכון, נוסדה מתוקף החלטת הממשלה מס. 1999⁴ 'הרשות להסדרת ההתיישבות הבדואית בנגב' ובהמשך הרשות הועברה לתחומי האחריות של משרד החקלאות ופיתוח הכפר⁵ ושמה שונה ל'הרשות לפיתוח והתיישבות הבדואים בנגב'⁶. תכליתה של הרשות היא הסדרת ההתיישבות ותביעות הבעלות על הקרקעות, אספקת תשתיות נדרשות ביישובים הקיימים וביישובים

⁴ משרד ראש הממשלה. (2007). החלטה מס. 1999 – הקמת רשות להסדרת ההתיישבות הבדואית בנגב. נדלתה בתאריך 18 באפריל, 2020 מאתר השירותים והמידע הממשלתי: https://www.gov.il/he/departments/policies/2007_des1999

⁵ משרד ראש הממשלה. (2014). החלטה מס. 1146- העברת שטח הפעולה: הפיתוח הכלכלי-חברתי והסדרת ההתיישבות בדואים בנגב ממשרד ראש הממשלה למשרד החקלאות ופיתוח הכפר. נדלתה בתאריך 18 באפריל, 2020 מאתר השירותים והמידע הממשלתי: https://www.gov.il/he/departments/policies/2014_dec1146

⁶ משרד ראש הממשלה. (2017). החלטה מס. 1986 - שינוי שם הרשות להסדרת ההתיישבות הבדואים בנגב ומעמד מנהלה והתאמת תקנות התקציב. נדלתה בתאריך 18 באפריל, 2020 מאתר השירותים והמידע הממשלתי: https://www.gov.il/he/departments/policies/2014_dec1986

העתידיים והסדרת השירותים האזרחיים (חינוך, רווחה, תעסוקה וקהילה) להם זכאים הבדואים כאזרחי המדינה. לחלק ניכר מהאוכלוסייה הבדואית (כ-100 אלף) חסרים שירותים אזרחיים רבים הניתנים על ידי המדינה ומוסדות השלטון המקומי עקב היותם תושבי ישובים בלתי מוכרים, ונעדרת מהם האפשרות לניהול עצמי בכל הקשור למוסדות השלטון המקומי. מצב זה אינו ייחודי לתושבי הכפרים הבלתי מוכרים, אלא מציאות חייהם של התושבים בכפרים שהוכרו על ידי המדינה ואף בעיירות הבדואיות המרכזיות. גם לאחר הקמתן וההכרה שניתנה לחלקן האחר, הן הונהגו על ידי ועדות קרואות שהרכבן כלל לא ייצג את האוכלוסייה המקומית ביישובים הבדואיים. יתרה מכך, משרד הפנים וזרועותיו שלטו הלכה למעשה בהחלטות שמתקבלות, לרוב, על ידי המנגנונים המקומיים (גביזון ובבלפור, 2005). כתוצאה מכך, לעיתים תכופות נעדרת מהאזרח הבדואי היכולת לקחת חלק בתהליכי קבלת החלטות יסודיות שיש בכוחן להשפיע על חייו (יהל, 2017).

האופן בו תופס המיעוט הערבי-בדואי בנגב את המוסריות וצדקת החוק של מוסדות המדינה עלול להוביל לכך שיסודות מבדלים (דוגמת ניכור, חווית קיפוח ותחושת אי צדק) יגברו בקרב האוכלוסייה הבדואית (לויך-שנור, 2013). ההיסטוריה המשותפת לבדואים ולמוסדות המדינה רצופה בהתעלמות ממוסדת מצורכיהם הייחודיים ודרישותיהם של הבדואים (Shmueli & Khamaisi, 2015). עוד בתקופת ארץ ישראל/פלסטין המנדטורית, הודרו הבדואים במכוון ממוסדות המדינה (Assi, 2018). כיום, אורחות חייהם של הבדואים מבוטלות, לעיתים, במחי יד על ידי המדינה ומוסדותיה, ולכן הבדואים חווים את עצמם כאזרחים שקופים (Karplus & Meir, 2015). ללא שינוי מהותי במערכת היחסים בין המדינה והאוכלוסייה הערבית-בדואית כמיעוט אתני, עלול להיווצר, בסופו של דבר, קיטוב עמוק יותר, כרסום במידת האמון הציבורי מצד האוכלוסייה הבדואית לפי הממשל ופגיעה ביכולתה לפנות לבקשת סיוע ממוסדות המדינה.

חסמים וזרזים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש

קשיים ביישומן של רפורמות בשירותי הבריאות הציבוריים בקרב אוכלוסיות מיעוט אינם נחלתם הבלעדית של מערכת הבריאות הישראלית. זהו אתגר גלובלי, ולראיה לכך נמצא כי גם לאחר יישום רפורמות שונות במערכות בריאות ציבוריות במדינות שונות, נותרים לעיתים פערים בשירותי הבריאות הנגישים לבני מיעוטים ולקבוצות אוכלוסייה מוחלשות נוספות (Thomson, 2019). באירופה לדוגמה, נמצא כי מחד, קבוצת המיעוט של מבקשי המקלט מהמזרח התיכון אופיינו כבעלי צורך גבוה בשירותי בריאות נפשית (Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondrop, & Roberts, 2019). מאידך, מיעוט זה בעל נגישות נמוכה לשירותי בריאות באופן כללי, בין היתר בשל מחסומי שפה, זמינות נמוכה של שירותים רפואיים ופערים בידע הנדרש לפנייה לשירותים אלה (Kohlenbergera, Buber-Ennsner, Rengs, Leitner, & Landesmann, 2019). בניו-זילנד נמצא כי בני המיעוט הילידי בעלי גישה נמוכה ביחס לשאר האוכלוסייה לשירותי בריאות, וזאת אף לאחר יישום רפורמות שונות שנועדו להנגיש עבורם את השירותים (Thomson, 2019). באנגליה נמצא כי אוכלוסיות מיעוט חשופות לאפליה ולמיעוט הזדמנויות במרבית היבטי החיים, ובהם גם נגישות לשירותי הבריאות במדינה (Singh & Orimalade, 2009).

מחקרים קודמים הניחו את התשתית לחסמים הקשורים בשימוש בשירותי בריאות הנפש על גבי שני קטבים: חסמים סובייקטיביים-אישיים וחסמים אובייקטיביים-מבניים. החסמים הסובייקטיביים-אישיים כוללים קשת של מרכיבים: האופן בו הפרט תופס את סוגיות הבעיות הנפשיות, טווח המידע אליו הוא חשוף בנושא ואת הסטיגמות הנלוות אליהן, מידת הכרתו וחשיפתו כלפי שירותי בריאות הנפש, נטייתו של הפרט להישען על מענים בלתי פורמליים, תפיסותיו כלפי אמון וסודיות, מידת תפיסתו את מידת האפליה אליה הוא חשוף על רקע היותו מיעוט ולחוויות של מיקרו-אגרסיות בסביבות רפואיות וטיפוליות. מערך המרכיבים של החסמים האובייקטיביים-מבניים מכיל, בעיקר, את תשתית מערכת הבריאות הלאומית, המשאבים הגבוהים הנדרשים כדי לצרוך את שירותי בריאות הנפש ואת המידה בה שירותים אלה זמינים, נגישים ומותאמים לפרטים באוכלוסייה (Alegria, Canino, & Pescosolido, 2009; Collins & et al, 2004; Whaley, 2001).

חסמים סובייקטיביים-אישיים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש

סטיגמה - סטיגמה היא הדרתו של הפרט בדרכים של שיפוטיות וגינוי חברתי ובדרכי פחות בערכה של הזהות הקבוצתית שלו, בין אם על סמך אופיו ומאפייניו של האדם ובין אם על סמך אופייה ומאפיינה של קבוצת הזהות אליה הוא משתייך, בעוד אלה נתפסים בעיני המדיר כסוטים מן הנורמות המקובלות לשיטתו (Hinshaw & Stier, 2008; Lucksted & Drapalski, 2015). הסטיגמה מופעלת כלפי האדם בשלושה מישורים: סטיגמה חברתית, סטיגמה מוסדית וסטיגמה פנימית / עצמית (Livingston & Boyd, 2010). הסטיגמה לכשעצמה, בין אם של האדם כלפי עצמו או של סביבתו כלפיו, גוררת הימנעות מצדו של הפרט לפנות לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש (Corrigan, 2004; Livingston & Boyd, 2010; Lucksted & Drapalski, 2015), ואף בכך שהאדם נחשף לגינויים עקב סטיגמה, וכתוצאה מהפנמת הסטיגמה, האדם משית על עצמו את ההתנהגויות השליליות הכרוכות בסטראוטיפ של מתמודד עם בעיות וקשיים נפשיים (Oliveira,

(Esteves, Pereira, Carvalho, & Boyd, 2015). אפליה על בסיס סטיגמה הנובעת משיוך אתני מובילה לקשיים בוויסות הרגשי (English, Rendina, & Parsons, 2018) כמו גם להופעתן של תחושות חרדה ודכאון (Swann, Stephens, Newcomb, & Whitton, 2020). ברמה החברתית והמערכתית, הסטיגמה כלפי מתמודדים עם בעיות נפשיות מתגברת או מופחתת כאשר היא נקשרת בהיבטים מגדריים (Wirth & Bodenhausen, 2009). ווינייטות מגדריות מטות את הכף לתיגו של האדם ככזה הקשור בחולי נפשי. כאשר מציגים מקרי בוחן וקושרים אותם בווינייטות גבריות, הדבר מצמצם את שיוך המקרה המתואר ככזה הקשור בחולי נפשי. לעומת זאת, כאשר מציגים מקרה בעל קווים דומים אך קושרים אותו בווינייטות נשיות, הדבר מגביר את שיוך המקרה המתואר ככזה המציג אדם המתמודד עם חולי נפשי (Swami, 2012). ברמה האישי, הסטיגמה הפנימית של אלו המתמודדים עם מחלות נפש מתבטאת בעוצמה גבוהה יותר בקרב נשים בעיקר באופן בו נשים חוות את הסטיגמה ובאופן בו הן חוות את עצמן כמודרות מחברתן עקב הסטיגמה המושתת עליהן (Khan, Kausar, Khalid, & Farooq, 2015).

הסתמכות על מקורות תמיכה בלתי-פורמליים – ההעדפה לפנייה למעגלי תמיכה ראשוניים, כלומר בני משפחה, חברים ומכרים כמו גם פניה לסמכות דתית, מאשר פנייה לגורמים טיפוליים מהווה חסם לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש. הדבר בא לידי ביטוי במיוחד בבחינת מיעוטים אתניים בהם ברירת המחל בחיפוש אחר סיוע ותמיכה הם אותם גורמי תמיכה ראשוניים, ולא דווקא פנייה לגורמים לבריאות הנפש (Amato & Bradshaw, 1985; Boldero & Fallon, 1995; Rickwood & Braithwaite, 1994; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007; Struch, et al., 2008). אדם אשר חש שהוא, כחלק ממיעוט אתני, מופלה ומודר מביע העדפה לפנייה לסמכות דתית מאשר לסמכות רפואית (Jackson, 2017). ביחס לפנייה לרפואה המודרנית לבריאות הנפש, לרוב נשים נכונות יותר לפנות לטיפול בקרב גורמי הרפואה מאשר גברים (Brand, Rodriguez-Monguio, & Volberg, 2018; Ennis, et al., 2019; Milner, Scovelle, & King, 2019). נכונותן המוגברת של הנשים לפנייה לסיוע כאשר הן מתמודדות עם בעיות נפשיות קשורות בציפיות התרבותיות של החברה בה הן חיות מתפקידן כנשים (Drapeau, Boyer, & Lesage, 2009) והדבר מתבטא בתקופות טיפול ממושכות ותכופות יותר (Brand, Rodriguez-Monguio, & Volberg, 2018). ריקווד ועמיתיה (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005) מצאו כי אין הבדלים במידת נכונותם של גברים ונשים לפנות לגורמים בלתי-פורמליים לקבלת תמיכה, אך נשים נוטות יותר לפנות למעגלים החברתיים הרחבים אליהם הן משתייכות, בעוד גברים נוטים לבקש סיוע ותמיכה מבני משפחתם.

הסתמכות עצמית – הנטייה להסתמכות עצמית מובילה להפחתה והימנעות משימוש בשירותי בריאות הנפש ומהווה אחד החסמים של האדם בהתמודדות עם קשיים שמקורם בנפשו (Farrand, Perry, Lee, & Parker, 2006; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Ortega & Alegría, 2002; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007; Sheffield, Fiorenza, & Sofronoff, 2004; Struch, et al., 2008). עוד נמצא כי מקור הנטייה להסתמכות עצמית, המצמצמת את נכונות האדם לפנות לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש, טמון במספר גורמים ובהם: תפיסות חיוביות ושליטות כלפי טיפול ורפואה, מקורות תמיכה בעת חיפוש אחר טיפול וסטיגמה כלפי טיפול ומחלות לבריאות הנפש (Jennings, Pury, Britt, Cheung, & Zinzow, 2015). נשים נכונות לפנות לקבלת טיפול מגורם מוסמך בשירותי בריאות הנפש יותר מאשר גברים, וייתכן כי הדבר נתון בהבדלים

המגדריים בכללם במידת הנכונות לבקש סיוע בעת צורך (Mackenzie, Gekoski, & Knox, 2006). גברים לעיתים ממנעו מפנייה לטיפול עקב הציפיה החברתית מהם לתפקד על פי הפרדיגמות 'הגבריות' הנהוגות בתרבותם בעת בה מצופה מהם להפגין שליטה ברגשותיהם, חוסן ועוצמה אישית (Addis & Mahalik, 2003).

אי-אמון מונע מהאדם לפנות לטיפול מתוך החשש שמא תתגלה פירצה בסודיות השוררת בתהליך הטיפול, ובכך עצם פנייתו לטיפול עלולה להשית עליו סטיגמה (Whaley, 2001). המתח שבין הצורך והרצון של המטופל לעומת יכולותיה של המערכת ששואפת "לתקן" את המטופל מבנה את חוסר האמון במטפל, ובכך הדבר מוביל לפגיעה בהליך הטיפולי עצמו בעיקר מצד המטופל, אך גם מצד המטפל (Lago, Peter, & Bógus, 2017). החשש מהבקעת מעטה הסודיות, יחד עם טשטוש האמון הנובע מחשש זה, גוברים בעוצמתם בקרב מיעוטים אתניים (Rickwood, Deane, & Wilson, 2007; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005).

אוריינות נמוכה בתחומי בריאות הנפש – אוריינות בבריאות הנפש משקפת את מידת היכרותו של האדם עם מושגים ומונחים בתחום בריאות הנפש יחד עם גישתו של האדם לגבי עניינים הנוגעים בתחום בריאות הנפש (Jorm, et al., 1997; Kontos, Emmons, Puleo, & Viswanath, 2010). על מנת שיתאפשר לאדם להתוודע לכך שהוא נזקק לטיפול ולסקור באופן מיטיב את המענים האפשריים בתחומי בריאות הנפש, עליו להפגין בקיאות מספקת. אוריינות נמוכה בתחומי בריאות הנפש התבררה כחסם נרחב לאדם לנגישות מיטיבה לשירותי בריאות הנפש (Barker, Olukoya, & Aggleton, 2005; Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Rickwood & Braithwaite, 1994; Rickwood, Deane, & Wilson, 2005; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2007). דבר המתעצם בקרב אוכלוסיות מיעוטים עקב הנגישות המוגבלת למידע בתחומי בריאות הנפש (Kontos, et. al., 2010). קיימים הבדלים מגדריים מובהקים באוריינות בבריאות הנפש גברים מפגינים אוריינות נמוכה יותר באופן משמעותי בתחומי בריאות הנפש מאשר נשים, כך שגברים יותר מתקשים בזיהוי סימפטומים הקשורים בחולי נפשי (Cotton, Wright, Harris, Jorm, & McGorry, 2006; Vijayalakshmi & Math, 2013).

חסמים אובייקטיביים-מבניים לפנייה לשירותים פורמליים לבריאות הנפש

בבואנו לבחון את מערך החסמים השונים המצמצמים את יכולתו ואת נכונותו של האדם לפנות לשירותי בריאות הנפש, יש לבחון תחילה חסמים אלה. החסמים האובייקטיביים-מבניים הם תולדה של השקעת המדינה בפיתוח שירותי בריאות הנפש, הן בהיקף השירות והן בטיב השירות המותאם ונגיש לחברה הערבית-בדואית. יש לראותם בבחינת 'תנאי סף' או גורמים מקדימים לבחינת מערך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, שכן ללא קיומם של שירותי בריאות נפש באופן נגיש ומותאם, אין לאדם אפשרות מלכתחילה לשקול את פנייתו לשירותים אלה.

חוסר נגישות לשירותי בריאות הנפש – נמצא כי במרחבים פריפריאליים, לעומת יישובי מרכז, קיימת זמינות נמוכה של שירותים רפואיים בגין מרחק פיסי בין אזור המגורים למרכזים הרפואיים, בגין משאבים כלכליים מוגבלים, היעדר אנשי מקצוע המעניקים שירות רפואי ו/או מתגוררים בפריפריה וזמינות נמוכה של תחבורה ציבורית ופרטית הנגישה למרכזים הרפואיים. הדבר מהווה חסם משמעותי לשימוש בשירותי

בריאות בכלל (Lasslo, Anthony, Reif, & Bell, 2017; Sulemana, Dinye, & Nkrumah, 2014) ובשירותי בריאות הנפש בפרט (Fox, Blank, Rovnyak, & Barnett, 2001; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010).

חוסר בשירותי בריאות הנפש מותאמי-תרבות – לשירותי בריאות הנפש מותאמי-תרבות ישנה חשיבות רבה, שכן בהיעדרם עלול להיווצר חוסר אמון בקרב מיעוטים אתניים כלפי הצוותים הרפואיים וחוסר שביעות רצון לגבי טיב הטיפול (Smith, Fatima, & Knight, 2017). כאשר צורכיהן הישירים של אוכלוסיות מיעוט הנבדלות בשפתן ובתרבותן מקבלים מענה מותאם תרבותית ושפתית, תחושות שליליות אלה מצטמצמות (Truong, Gibbs, Paradies, Priest, & Tadic, 2017). בשירותי בריאות הנפש, פערים תרבותיים בין מיעוטים אתניים לבין הצוותים הרפואיים מציבים אתגרים במתן שירות יסודי, אך מותאם תרבותית, לאוכלוסיית המיעוט. העדרו של שירות מותאם תרבותית ושפתית נובע בעיקרו ממחסור באנשי צוות מקצועיים הדוברים את השפה. לשם כך יש להעניק לצוותים הרפואיים את סל המשאבים והכלים הנדרש על מנת שיצליחו להעניק טיפול מיטיב למיעוטים אתניים (Wylie, et al., 2018) וכן לפעול לגיוסם של אנשי צוות מקצועי מקרב אוכלוסיית המיעוט המכיר את תרבותם ודובר את שפתם של המטופלים. עקב חשיבותם הרבה של שירותי בריאות הנפש מותאמי-תרבות ועובדת היעדרם כחסם משמעותי לשימוש בהם, על העוסקים בבריאות הנפש להפנים את חשיבות ההתאמה התרבותית בפרקטיקה בה הם עוסקים, וליישם אותה הלכה למעשה במפגשים עם מטופלים מקרב מיעוטים אתניים. לא אחת ניכר פער בין האופן בו הצוותים הרפואיים סבורים שהם פועלים באופן מותאם-תרבות לבין האופן בו האדם מקרב אוכלוסיית המיעוט חווה את המפגש עם הצוות הרפואי (Shibli, Aharonson-Daniel, & Feder-Bubis, 2021; Smith, Fatima, & Knight, 2017).

זרזים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש

בעוד הסקירה דלעיל משקפת את המחקר הקיים בספרות בנוגע לחסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, ישנם מספר מחקרים בתחום שפירטו את הזרזים המקדמים את צריכתם של שירותים אלה (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; 2012; Jrom, 2012; Mitchell, McMillan, & Hagan, 2017; Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). מוטיב מרכזי העובר כחוט השני בין כל אלה היא רמת אוריינות גבוהה בבריאות הנפש. אלה משמשים זרזים משמעותיים ביותר לקידום האדם ושיפור רווחתו האישית ואיכות חייו באמצעות פנייה לטיפול בשירותי בריאות הנפש.

אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש - כאשר אדם מודע למשמעות ההתמודדות עם אירועים הקשורים בבריאותו הנפשית, מודע לבעיות נפשיות ולמחלות הנפש השונות ותסמיניהן, מודע לדרכי הטיפול האפשריים ומסוגל לחפש ולצרוך מידע אודות בריאותו הנפשית ומגוון הטיפולים הזמינים, הדבר יוביל לנכונות גבוהה יותר לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal, & Moksnes, 2019; Jorm, et al., 1997). כמו כן, אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש מסייעת לאדם להתמודד עם הסטיגמה אשר עשויים להפנות כלפי המתמודדים עם בריאות הנפש (Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023; Abo-Rass, Abu-Kaf, & Nakash, 2022; Norman & Skinner, 2006).

זהות אתנית וזהויות של מיעוט

בספרות נמצאו מספר מצומצם של מחקרים העוסקים בבחינת היחסים שבין דת האסלאם, התרבות הערבית בכללותה וקבוצותיהן האתניות הנמצאות במדינות מערביות לבין בריאות הנפש (Abdel-Khalek, 2011). זהותו של אדם מתפתחת בשני רבדים: רובד אישי ורובד חברתי-קולקטיבי (Yoon, 2011). הזהות האתנית נמצאת בתווך שבין שני הרבדים, ומשקפת את האופן בו האדם תופס את עצמו ואת זהותו. אלה תלויים בשיוכו האתני ובאופן שהאדם מבין, מאשר ומתמודד עם מיקומו ועם שיוכו האתני (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004). הזהות האתנית אינה מצטמצמת לכדי השיוך האתני בלבד, אלא משקפת מבנים מורכבים לכשעצמם, את זהותו האישית בד בבד עם זהותו הקבוצתית של האדם (Phinney & Ong, 2007). ניתן לראות בזהות האתנית מבנה אישיותי מורכב אשר מתפתח במהלך כל החיים, ומשקף את הבנתו ויחסו של האדם כלפי הקבוצה האתנית אליה הוא משתייך. לכן יש לראותה כמהווה חלק מזהותו הרחבה של האדם ובעלת תרומה למידת ההערכה אשר האדם חש כלפי עצמו (Phinney & Ong, 2007; Rooney, Nesdale, Kane, & Goonewardene, 2012; Silva, 2010; Umaña-Taylor, et al., 2014). הגדרתה של הזהות האתנית מגיחה ממבנים תאורטיים מורכבים של היווצרות זהות האגו (Erikson, 1968) וזהות חברתית (Tajfel & Turner, 1986; Tajfel, 1981) ומורכבת משיוכו האתני של האדם והמידה בה האדם מקבל ומבין את שיוכו האתני (White, Umaña-Taylor, Knight, & Zeiders, 2011). משמעותה של זהות אתנית יציבה, בין היתר, היא הפנמה וקבלה של הערכים הקולקטיביים והמנהגים הרווחים בקרב הקבוצה האתנית אליה משתייך האדם (Rooney, Nesdale, Kane, & Goonewardene, 2012).

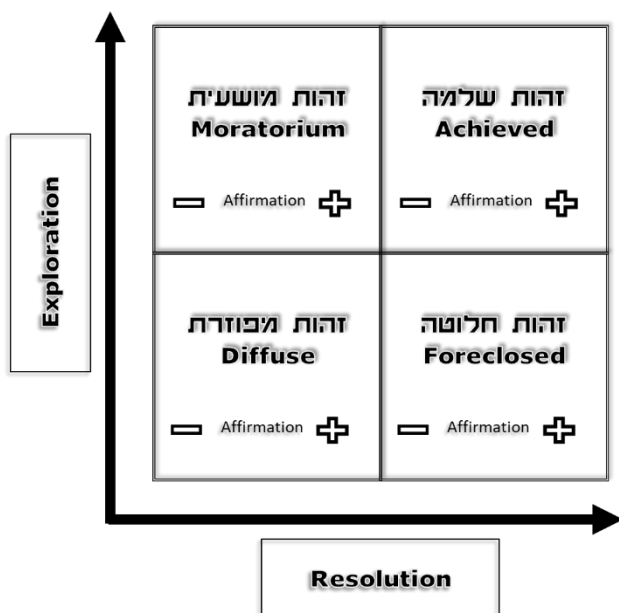
תאוריית הזהות החברתית (Tajfel, 1981; Tajfel & Turner, 1986) קושרת את התפתחותו של האדם לאופן בו הוא תופס את מידת השתייכותו לקבוצה, ועוסקת בממשק המעמדי המתקיים בין הקבוצות השונות בחברה ואת המנעד הקיים בין הרוב הדומיננטי למיעוט שחי בתוכו. קיומה של זהות אתנית מובחנת תלויה במידת מה בנבדלות בין הקבוצות בסביבה בה האדם חי והשתייכות מיטיבה לחברתו תתרום לפיתוח ההערכה העצמית שהאדם רוכש לעצמו. מנגד, חוויה בה האדם אינו משתייך לחברה, דחוי וסובל מחשיפה לאפליה והדרה, תפגע במבנה ההערכה העצמי של האדם. התאוריה בוחנת מעבר לסך הפרטים החיים בחברה, ועוסקת בבחינת הדינמיקה שבין הקבוצות והפרטים שבה (סלימאן, 1996; Silva, 2010; Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004).

תאוריית היווצרות זהות האגו (Erikson, 1968) עומדת על חשיבותה הפסיכולוגית של בניית הזהות בהקניית תחושת רווחה אישית, ומדגישה את האופן בו מתפתחים רכיבי הזהות של האדם. במסעו, האדם ממשיג את האופן בו הוא תופס את עצמו ואת תפיסותיהם של הפרטים בחברה כלפיו. מסעו של האדם רצוף התבוננות פנימית וחקר עצמי אשר מובילים לעיצוב רגשות חיוביים, כמו גם שליליים בקרבו, כלפי רכיבי הזהות שלו. מתוך הליכי ההתבוננות והחקר העצמי המתקיימים באופן מיטיב מגיחים מזוהר והשלמה של האדם כלפי רכיבי הזהות השונים הקיימים בקרבו. כאשר אדם חווה את צליחתו של מסע כזה באופן חיובי, הדבר טומן בחובו את התפתחותה הבריאה של תחושת ההערכה העצמית (Silva, 2010; Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004).

טיפולוגית הזהות האתנית

בספרות המחקרית קיימת חלוקה טיפולוגית קלאסית של זהות אתנית (Marcia, 1980 ; 1994) המתבוננת על תהליכי החקר ומידת מחויבותו של האדם כלפי מרכיבי זהותו בראי תאוריית התפתחות זהות האגו. ניתן להציב את זהותו של האדם על גבי אחד מארבעה מיקומים: זהות מפורזת (*Diffuse*) בה האדם אינו עוסק בחקר מרכיבי זהותו ואינו מחויב כלפי מי מהם. זהות חלוטה (*Foreclosed*) בה האדם צלח את השלמה עם רכיבי הזהות שלו, אולם השלמה זו אינה תולדה של חקר רכיבי הזהות האתנית. זהות מושהית (*Moratorium*) בה האדם עוסק בחקר רכיבי הזהות שלו, אך הוא עדיין לא הגיע לכדי השלמה עמם וזהות שלמה (*Achieved*) אשר שייכת לאלה שהשכילו לחקור ולעסוק ברכיבי הזהות שלהם בד בבד עם השלמה עימם (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004; Yoon, 2011). נוסף לחלוקה שהוצגה על ידי מרסיה (Phinney, 1989), פינני (Marcia, 1980 ; 1984), מציעה טיפולוגיה בת שלושה מבני זהות בדרוג היררכי: זהות חסרת התעמקות (*Unexamined*) בה האדם מאמץ לחיקו את המאפיינים הרווחים בקרב החברים המרכזיים בקבוצתו האתנית או מנגד, לא פגש מעודו ונחשף לאחרים מחוץ לקבוצה האתנית בה הוא חי. זהות מושהית (*Moratorium*) בה האדם החל בחקר מרכיבי זהותו האתנית, אך הליך זה לא הבשיל עדיין לכדי השלמה עימם. זהות שלמה (*Achieved*) בה האדם צלח את חקר מרכיבי זהותו והשלים עימם, וכעת הפנים את משמעות זהותו האתנית ברוחו.

לצורך המחקר הנוכחי, נעשה שימוש בטיפולוגיה של אומניה-טיילור ועמיתיה (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004). הטיפולוגיה האמורה משיתה ציר שלישי, נוסף לשני הצירים שהוצגו על ידי מרסיה (Marcia, 1980 ; 1994). מרסיה גורס כי קיימים שני צירים בעיצוב הזהות האתנית: הליכי החקר (*Exploration*) בהם האדם בוחר להשתמש כדי לבחון את משמעות השתייכותו לקבוצה האתנית יחד עם הפעולות אשר הוא נוקט לשם עיצוב תפיסותיו ואת מידת מחויבותו (*Commitment*) של האדם כפי שהיא משקפת את הבנת



איור 1 - רכיבי הזהות האתנית: חלוקה טיפולוגית

המשמעות הניתנת לעצם השתייכותו של האדם לקבוצה האתנית שלו (Meca et. al., 2020; Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004; Yoon, 2011). הציר השלישי הנוסף מתייחס למידת הזיקה (*Affirmation*), חיובית או שלילית, שהאדם מרגיש כלפי קבוצתו האתנית. באופן זה, הטיפולוגיה של אומניה-טיילור ועמיתיה (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) מצביה שמונה מצבי זהות אתנית: זהות מפורזת (*Diffuse*) חיובית או שלילית, זהות חלוטה (*Foreclosed*) חיובית או שלילית, זהות מושהית (*Moratorium*) חיובית או שלילית וזהות שלמה (*Achieved*) חיובית או שלילית (ראו – איור מס' 1: שמונת מבני הזהות האתנית האפשריים).

ציר הזיקה (*Affirmation*) עונה על הצורך בהבחנה הנדרשת בשאלה האם התקשרותו של האדם כלפי שיוכו

האתני הינה חיובית או שלילית, ואוסף את בבואת זהותו האתנית של האדם לכדי מכלול שלם המעריך הן את מידת השקעתו של האדם בחקר זהותו והן את מידת מחויבותו, יחד עם בדיקת זיקתו של האדם כלפי קבוצתו האתנית (Douglass & Umaña-Taylor, 2015; Yetter & Foutch, 2013).

ייחודה של הטיפולוגיה של אומניה-טיילור (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) בבחינת מבנה הזהות האתנית הוא בהטלת זרקור על כל אחד מצירי הזהות ובחינתו בנפרד: ציר חקר הזהות (*Exploration*), ציר הזיקה כלפי הזהות (*Affirmation*) וציר ההשלמה עם זהותו (*Resolution*) (רה-קטגוריזציה לציר 'המחויבות') (Meca et.al, 2020) כך שהדבר מאפשר תמונה שלמה של זהותו האתנית של האדם באופן ההולם את התשתית הטיפולוגית של הזהות האתנית (Umaña-Taylor, et al., 2014). מצבי הזהות השונים נמצאים בכפיפה אחת, אך נבדלים בציריהם. לכל אחד מארבעת ממדי הזהויות האתניות האפשריות- זהות מפורזת, זהות חלוטה, זהות מושהית וזהות שלמה - נוסף ציר המעיד על זיקתו החיובית או השלילית של ממד הזהות. אדם אשר אינו עוסק בחקר שיוכו האתני בד בבד עם אי-השלמה כלפי זהותו, ויחד עם זאת חש זיקה חיובית כלפי זהותו יוצב בממד של זהות אתנית מפורזת וחיובית. מנגד, אדם אשר חקר רבות אודות שיוכו האתני והשלים עם מיקומו האתני, אך בכל זאת חש סלידה משיוך זה יוצב בממד של זהות אתנית שלמה ושלילית (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004).

ראוי לציין כי טיפולוגית הזהות האתנית (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) אשר נבחרה לשמש כבסיס התיאורטי המרכזי במחקר זה יושמה רבות בעבר בחקר זהותן האתנית של קבוצות אתניות וקבוצות מיעוט מגוונות. על פי מעבדת המחקר AERID-LAB⁷ הטיפולוגיה וכלי המחקר לבחינת הזהות האתנית (Ethnic Identity Scale) מיושמים גם בשנים אלו במגוון פרויקטים העוסקים, בין היתר בחקר בניית חוסן ומתן רווחה פסיכולוגית, בקרב קבוצות ומיעוטים אתניים מגוונים.

מחקרים קודמים הסוקרים את השימוש והיישום המגוון של טיפולוגית הזהות האתנית (Agi-garratt, et. al., 2023; Allison, et. al., 2024; Meca, et. al., 2022; Sladek, et. al., 2020; Supple, et. al., 2006; Umaña-Taylor, et. al., 2009; Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) מעידים כי סולם הזהות האתנית (EIS) מאפשר בחינה עקבית של היבטים שונים של זהות אתנית בקרב מיעוטים מגוונים, ונעשה בו שימוש בחקר זהותם האתנית של מגוון מיעוטים ובהם אמריקאים-אסייתיים, אפרו-אמריקאים, לטינים ואמריקאים לבנים, וכן בקרב גברים ונשים מקבוצות אלו. סולם הזהות האתנית מאפשר השוואה עקרונית בין מיעוטים שונים על פי שלושת צירי הזהות האמורים: ציר חקר הזהות (*Exploration*), ציר הזיקה כלפי הזהות (*Affirmation*) וציר ההשלמה עם זהותו (*Resolution*) וזאת תוך מתן מבט השוואתי באופן עקבי

⁷ Adolescent Ethnic-Racial Identity Development (AERID) Laboratory הינה מעבדת מחקר הפועלת בבית הספר לחינוך של אוניברסיטת הרווארד בהובלתה של פרופ' אדריאנה אומניה-טיילור (Adriana Umaña-Taylor) אשר פיתחה את הטיפולוגיה ואת כלי המחקר העומד במרכזה של עבודת המחקר הנוכחית. המעבדה עוסקת בעיקרה בשימוש בגישות אקולוגיות סוציו-תרבותיות להבנת פיתוח זהות אתנית בקרב קבוצות אתניות מובחנות ומיעוטים. מחקרי העבר מתמקדים בממשקים שבין זהות אתנית להתפתחות חיובית והפחתת השפעות של הדרכה ואפליה. מחקרי מעבדת המחקר אשר בחנו את הזהות האתנית על ידי סולם הזהות האתנית (EIS) ערכו את מחקריהם בנוגע לקבוצות המיעוט השונות בקרב מספר מדינות ובהן גרמניה, קולומביה, ארצות הברית ויוון, כלי המחקר פורסם עד כה באנגלית, ספרדית, גרמנית ויוונית.

ורב-תרבותי. השימוש בטיפולוגיה זאת מסייעת להבין את ההשפעות החברתיות והפסיכולוגיות על קבוצות אלו ומספקת בסיס לפיתוח תוכניות התערבות מותאמות לצרכים הייחודיים של כל קבוצה אתנית, תוך התמודדות עם אתגרים של אפליה, הדרה ומצוקה רגשית.

הזהות הערבית-בדואית בנגב

כפרטים החיים בחברה קולקטיביסטית יציבה המאופיינת בקצב איטי של שינויים, בה החברה מטילה את צילה ועדיפה על הפרט, זהותו של הפרט בחברה הערבית-בדואית בנגב חוסה תחת השתייכותו של האדם לקבוצתו (אלקרינאוי, 2009; Al-Krenawi & Slonim-Nevo, 2008; Al-Krenawi & Graham, 2006). ניתן לראות בזהות הערבית-בדואית בנגב כזהות היברידיית בה מעגלי זהות רבים (זהות לאומית, זהות חברתית וזהות פרטית) ולעיתים מנוגדים נמצאים במקביל בזהותו של האדם, תוך עיבוד עברו של האדם ותוך ציפייה לעתידו. באופן היברידי זה, זהותו של האדם הערבי-בדואי בנגב מתעצבת מתוך המורכבות מרובת-הצירים איתם הוא מתמודד (חברה מסורתית לעומת חברה מודרנית, שייכות דתית לאומית ותרבותית לעולם הערבי-מוסלמי לעומת היותם מיעוט מאזרחי ישראל) תוך הבנייתה של זהות המשקפת, במידת מה, את מיקומו וזיקתו לחברת הרוב במדינה תוך שימור מרכיבים ייחודיים בתרבותו (דרוקר-שטרית, 2016).

זהותם של הפרטים באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב היא זהות מקומית וייחודית, ונבדלת מזהותם של הבדואים בעולם הערבי הרחב ואף מובחנת מזהותם של הבדואים-הערביים המתגוררים בצפון ישראל (אל-עארף, 2000; דרוקר-שטרית, 2016). זהות זו מתמודדת עם היותה קבוצת מיעוט בתוך המיעוט הערבי בישראל, מורכבת מתתי-זהויות הנתונות לתנועה ושיח מתמיד ביניהן (מאנע, 2011), בעוד זהות פלסטינית/ערבית/מוסלמית משקפת את הכמיהה של האדם הערבי-בדואי לעולם המסורתי הזהות הישראלית משקפת את זיקתו אל החברה הכללית/קבוצת הרוב ואל העולם המערבי-חילוני (דרוקר-שטרית, 2016). מורכבות הזהויות בקרב הערבים- הבדואים נעה, בין היתר, בין מגדרים, רמות דתיות וסביבות מגורים של תושבי העיר והעיירות הבדואיות, היישובים המוכרים (ולא מפותחים) לבין תושבי הכפרים הלא מוכרים. מורכבות זו מתבטאת ביתר שאת בציר הזהויות הבולט ביותר בניגודיות שבו, הציר שבין הזהות הערבית-פלסטינית לבין הזהות האזרחית-ישראלית (אבו-סעד, 2010). בקרב המתבגרים הבדואים בנגב, לדוגמא, כ-66 אחוזים מביעים שביעות רצון גבוהה מעצם היותם אזרחי ישראל אולם רק כשליש מהם תופסים את המרכיב ה"ישראלי" כחלק משמעותי מזהותם, לעומת למעלה מ-80 אחוזים מקרב המתבגרים שתופסים את המרכיב "פלסטיני" כחלק משמעותי מזהותם (Gribiea, Kabha, & Abu-Saad, 2017). בני נוער ערבים-בדואיים בנגב, הן מהיישובים המוכרים (ולא מפותחים) והן מהכפרים הלא מוכרים, רואים את עצמם כישראלים במידה הנמוכה ביותר בשלושת צירי הזהות המרכזיים (זהות בדואית, זהות פלסטינית וזהות ישראלית). ביישובים המוכרים (ולא מפותחים) הזהות הפלסטינית היא הגבוהה ביותר באופן מובהק, ומנגד בכפרים שאינם מוכרים הזהות הבדואית היא המובהקת ביותר. זאת מתוך הרצון הגובר של תושבי כפרים אלה לבדל את עצמם ביתר שאת מיתר ערביי ישראל, ולהדגיש את ייחודיות מאבקם עם מוסדות המדינה ואת שורשי הקונפליקט השורר ביניהם (אלסייד, 2015).

הזהות הערבית-בדואית בנגב בראי טיפולוגיית הזהות האתנית

את זהותם האתנית הייחודית של האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב ניתן להבין באופן מעמיק יותר כאשר בוחנים אותה בראי טיפולוגיית הזהות האתנית (EIS (Ethnic Identity Scale) (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004). האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב מתמודדת עם מציאות חיים מורכבת ומרובת אתגרים, המשלבת בין זהויות קולקטיביות ופרטניות (אל-עארף, 2000; דרוקר-שטרית, 2016). כקבוצה החיה בפריפריה הגאוגרפית והחברתית של מדינת ישראל, הבדואים חשופים לעוני, הדרה חברתית ונגישות נמוכה לשירותים ציבוריים (אלמסי, 2023; בן רבי, עמיאל, ניגיס ודולב, 2009; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א; אייל, קינג, פרנקל ותירוש, 2018; ספקטור-בן ארי, 2013).

מציאות זו עשויה להשפיע באופן מהותי על תהליך גיבוש הזהות האתנית בקרב הערבים-בדואים, כאשר הם מתמודדים עם מתח תמידי בין הזהות הבדואית המסורתית לבין הזהות הישראלית המודרנית (דרוקר-שטרית, 2016; Al-Krenawi & Graham, 2006). המתח בין זהויות אלו, בד בבד עם חוויות של עוני, הדרה חברתית ונגישות נמוכה לשירותים ציבוריים, תורם לכך שהבדואים נמצאים בתהליך מתמשך של בירור זהותם האתנית. גם בעידן הנוכחי החברה הערבית בדואית עודנה מתמודדת עם האתגרים הטמונים בעיצוב והשלמת זהותם האתנית הייחודית; נמצא כי מתבגרים בדואים המביעים שביעות רצון גבוהה מעצם היותם אזרחי ישראל אך תופסים את המרכיב ה"ישראלי" כחלק פחות משמעותי מזהותם לעומת המרכיב ה"פלסטיני" בזהותם (Gribiea, Kabha, & Abu-Saad, 2017).

השילוב בין מאפייני החברה הערבית-בדואית בנגב לבין טיפולוגיית הזהות האתנית מאפשר הבנה מעמיקה של הדינמיקה הפנימית והחיצונית המעצבת את זהותם האתנית של הבדואים בנגב. בחינת הזהות האתנית בעזרת מודלים תיאורטיים אלו מסייעת להבין את ההשפעות החברתיות והפסיכולוגיות העמוקות על האוכלוסייה הערבית-בדואית ואת האתגרים הייחודיים העומדים בפניה בתהליך גיבוש זהותם האתנית. יש לשער כי לזהות הטיפולוגית של הפרט יש תפקיד בחוויית עוצמת מצוקה רגשית. המחקר הנוכחי מציב זרקור על תפקידם של כל אחד משלושת צירי הזהות האתנית ומתמקד בחקר תרומתם לעוצמת המצוקה הרגשית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב.

זהות אתנית ושימוש בשירותי בריאות נפשית

מיעוטים אשר זהותם האתנית מובחנת ונבדלת מקבוצת הרוב בשפתם, במאפייניהם המובחנים ובמנהגיהם התרבותיים נוטים להתמודד עם חסמים ממסדיים וחברתיים, בד בבד עם חוויות אפליה מוגברת. כל אלה משליכים חברתית ופסיכולוגית על הפרטים בקבוצת המיעוט עד כדי פגיעה ברווחתם והשפעה שלילית על איכות חייהם (Phinney, Madden, & Santos, 1998). הספרות העוסקת בבחינת הקשרים שבין קבוצות מיעוט ומיעוטים אתניים לבין צריכת שירותים אזרחיים בכלל, וצריכת שירותים רפואיים ושירותי בריאות הנפש בפרט, מעידה כי קיימים פערים באופן שבו חברי קבוצת מיעוט צורכים שירותים אלה. אולם ספרות זו מתמקדת, בעיקר, בהקשרים של מיקום פיזי וחברתי ובהקשרים של מאפיינים חברתיים-סוציולוגיים של אותם מיעוטים (Dinwiddie, et. al. 2013; Gaskin, et. al. 2009; Gaskin, et. al. 2012a; 2012b; White, Haas, & Williams, 2012). הספרות העוסקת בבחינת הקשר שבין קבוצות המיעוט לבין צריכת שירותים אזרחיים בהקשר של זהות אתנית מנקודת מבטו של האדם דלה, עד כדי שאינה בנמצא, וככל הנראה לא

קיימת בחקר הקשר שבין הזהות האתנית של אדם מקרב המיעוט הערבי-בדואי בישראל לבין האופן שבו חברי המיעוט הערבי-בדואי צורכים את שירותו של מערך בריאות הנפש בישראל.

מצוקה רגשית, פנייה לקבלת סיוע נפשי, צריכת השירותים הפורמליים לבריאות הנפש וחסמים

וזרזים לפנייה לשירותים אלה בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב

מחקרים קודמים מעידים על קיומה של מצוקה רגשית (בעיקר סימפטומים של חרדה, סימפטומים של דכאון וסומטיזציה) גבוהה בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, בכלל והאוכלוסייה הערבית-בדואית בפרט, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית (Abu-Kaf, 2019; Abu-Kaf, Nakash, Hayat, & Cohen, 2020; 2022 Kaplan, et al., 2010; Levav, et al., 2007; Nakash, et al., 2016). מצוקה רגשית מוגדרת כמכלול של תסמיני דיכאון, חרדה וסומטיזציה, המתבטאים בתחושות מתמשכות של עצב וחוסר תקווה, מתח וחרדה, ותסמינים גופניים ללא הסבר רפואי ברור (Goldberg & Hillier, 1979; Kroenke et al., 2016; Spitzer et al., 2006). נמצא כי נשים חוות רמות גבוהות יותר של מצוקות רגשיות מאשר גברים (Abu-Kaf, Nakash, Hayat, & Cohen, 2020). יתרה מזאת, נמצא כי רמות המצוקה הגבוהה בחברה הערבית בישראל קשורות לעצם שיוכה האתני (Ponizovsky, et al., 2007). נמצא כי בקרב אוכלוסיות מיעוט בכלל (Burgess, et. al, 2008) ובקרב החברה הערבית-בדואית בפרט, קיים שיעור גבוה של בעיות בתחום בריאות הנפש כמו דיכאון, חרדה, דיכאון לאחר לידה וסומטיזציה (Abu-Kaf & Braun-Lewensohn, 2015; Abu-Kaf & Priel, 2008; Abu-Kaf & Shahar, 2017; Alfayumi-Zeadna et al., 2021). מחקרים מצאו כי מתקיימים הבדלים מגדריים לאורך שלבי החיים השונים בין גברים לנשים בעוצמת המצוקה הרגשית בכלל (Fredkove, Gower & Sieving, 2019; Nakash, et. al., 2016) ובקרב החברה הערבית-בדואית בנגב בפרט. נשים ערביות-בדואיות חוות רמה גבוהה יותר של מצוקה רגשית (Abu-Kaf, et. al., 2020; 2022). לא קיימים הבדלים בעוצמת חוויית המצוקה הרגשית בין תושבי הכפרים הערבים-בדואיים המוכרים (ולא מפותחים) לעומת אלה המתגוררים בכפרים שאינם מוכרים, אלא כתוצאה מחוויית הריסת בתים בכפרים שאינם מוכרים המובילה למצוקה רגשית גבוהה יותר ביחס ליתר האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב (Al-Said, Braun-Lewensohn, & Sagy, 2018). המחקר הנוכחי מתמקד לראשונה, למיטב ידעתי, בבחינה מעמיקה של ההבדלים בהיבטים אלו בין שלושת סביבות המגורים המרכזיות באוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב (הערים והעיירות המרכזיות, הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים) לעומת מרבית המחקרים אשר נערכו בנושאים אלו עד היום וראו בחברה הערבית-בדואית כמקשה מבלי ליתן הדעת על ההבדלים הנובעים ממאפייניהם של סביבות המגורים השונות.

צריכת שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב

חשיבותה של מערכת שירותי בריאות הנפש לא תסולא בפז. למרות הצורך הרב בשימוש בשירותי בריאות הנפש, מחקרים מעידים כי קיים שימוש-חסר בצריכת שירותים פורמליים לבריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב (Al-Krenawi & Graham, 1999; Al-Krenawi & Graham, 2000; Al-Krenawi & Graham, 2011), וכי שירותים אלה הם המוצא הרביעי והאחרון בעיני הזקוקים לכך מקרב האוכלוסייה הבדואית. זאת לאחר שנעזרו קודם לכן במעגל הקרוב של חברים ובני משפחה, רופאי המשפחה ומטפלים מסורתיים (Al-Krenawi & Graham, 1999).

יש במאפייני חייהם של הבדואים כאוכלוסיית מיעוט קשר להימנעותם מצריכת שירותי בריאות הנפש. אפליה על רקע אתני עלולה להוביל למצב בו הפרט רואה ביחסי גומלין מחוץ לקבוצתו האתנית חוויה מדירה ואי-שוויונית (Broudy, et al., 2007). כאשר הפרט מרגיש כי הוא מודר או מופלה לרעה לעומת קבוצות אחרות

בחברה מתקיימת פגיעה ברווחתו האישית ופגיעה באפשרות בה הפרט יפנה לצורך שירותים רפואיים נדרשים. בעת התמודדות עם תלאות הנפש, חווית ההדרה של המיעוט אף מתעצמת בעקבות התיוג הכפול הנלווה להדרה כמיעוט ולסטיגמה המקעקעת את המתמודדים עם מחלות הנפש (Faye, 2005).

ההתמודדות עם מצוקה רגשית בקרב אוכלוסיות מיעוט מתוארת לעיתים קרובות כתהליך מורכב של אובדן ושימור משאבים. תיאוריית שימור המשאבים (Conservation of Resources - COR) של הובפול (Hobfoll, 1989) מציעה מסגרת להבנת התהליכים הללו, בטענה כי אנשים שואפים להשיג, לשמר ולהגן על משאבים שהם מעריכים, כמו משאבים חומריים, חברתיים, אישיים ואנרגטיים. בקרב אוכלוסיות מיעוט מוחלשות, משאבים אלו נתונים לעיתים קרובות לסיכון בשל חסמים מערכתיים כמו אפליה, מצוקה כלכלית וחוסר נגישות לשירותי בריאות מתאימים. מחסור במשאבים אלו מגביר את המתח והמצוקה הרגשית, כפי שמצביע המחקר הנוכחי בקרב החברה בדואית בנגב, המאופיינת בחסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ובמצוקה רגשית גבוהה (Hobfoll, 1989). המחקר הנוכחי בוחן את המשאבים החברתיים-אישיים העומדים לשרות החברה הערבית בדואית ובעיקר את חסרונם של משאבים אלו תחת ההקשר של ביטויי החסמים הסובייקטיביים-אישיים והאובייקטיביים-מבניים בחברה הערבית- בדואית בנגב לשם פניה לשירותי הפורמליים לבריאות הנפש.

ביטויי חסמים סובייקטיביים-אישיים בחברה הערבית-בדואית בנגב

בשנת 2015 נכנסה לתוקפה הרפורמה בשירותי בריאות הנפש. בין מטרותיה נכללו הבטחת טיפול נגיש ומוגדר מתוך סל טיפולים, יצירת רצף טיפולי עבור מתמודד הנפש, תוך התייחסות לסטיגמה הרווחת בחברה כלפי המטופלים והבטחתו של טיפול איכותי ואחיד (אלרועי, סמואל ומדינה-הרטום, 2018). בקרב החברה הערבית-בדואית מחלות נפש הינן בגדר טאבו וההתמודדות עם מחלת נפש והסטיגמה הנלווית לכך עלולה להציב קלון על האדם ועל משפחתו (Al-Krenawi & Graham, 2000 ; 2011). בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב ניכרת נטייה לברור את נושאי השיח עם זרים, בפרט בכל הנוגע לדינמיקה המשפחתית (Abu-Kaf, Shahar, Noyman-Veksler, & Priel, 2019). זאת יחד עם ההעדפה הרווחת בקרב החברה הערבית להימנע מפנייה לשירותים-פורמליים ונטייה לפנות לבני המשפחה על מנת להתמודד עם בעיות הקשורות בבריאות הנפשית (Ayalon, et. al, 2015; Azaiza, 2006; Grinstein-Weiss, Fishman, & Eisikovits, 2005; Nakash, et al., 2016). פופר-גבעון (2006) מצאה כי בעת פנייה למרפאות ערביות מסורתיות, נשים ערביות-בדואיות לעיתים לבקשת טיפול עבור אחרים בסביבתן, לרוב עבור גברים במשפחתם. בנוסף, רווחת הנטייה בחברה הערבית-בדואית לפנות לבני משפחה לשם סיוע. נשים בחברה הערבית-בדואית נוטות להסתמכות עצמית המקנה להן רווחה ודרך יעילה להתמודדות עם בעיות הקשורות בבריאות הנפש. הנטייה להסתמכות עצמית בקרב הנשים הערביות-בדואיות מונעת מאסטרטגיות המקטינות מצוקה ותורמת לרווחה נפשית ומאסטרטגיות המרחיקות אותן ממקור מתח בשגרת חייהם (Abu-Kaf, 2019 ; Ayalon, et. al, 2015). במספר מחקרים אבו ראס (Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023; Abo-Rass, Abu-Kaf, & Nakash, 2022; Abo-Rass, Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023) ועמיתה מבארים את חשיבותה של האוריינות בתחומי בריאות הנפש וכמו גם את תפקידם של חסמים מבוססי הסטיגמה וחסמים אינסטרומנטליים בכל הקשור להפחתת

מצוקות רגשיות ועידוד פניה לשירותי בריאות הנפש. הסטיגמה הרווחת בקרב בחברה הערבית בכללה (פאהום, 2016) ובקרב החברה הערבית-בדואית בפרט (פופר-גבעון, 2006) כלפי המתמודדים עם בריאות הנפש, עלולה להגביר את החסמים בקרב הערבים-הבדואים. בנוסף קיימים חסמים נוספים הנגרמים מעצם השתייכותם לקבוצה מובחנת מבחינה סוציו-פוליטית בחברה הישראלית הנושאת מערכת היחסים המתוחה השוררת עם מוסדות המדינה ולעיתים עם הרוב היהודי (זנדברג, 2009; טמיר וגונטובניק, 2017; יהל, 2017; יפתחאל, 2012; סבירסקי וחסון, 2005; Keshet & Popper-Giveon, 2001; Ghanem, 2001; Ben-Ari & Gil, 2004). מערכת היחסים המתוחה נושאת עול הפוגע באמון הקיים בין המיעוט הערבי בדואי לבין מוסדות המדינה, בהם מערכת בריאות הנפש אשר מופעלת, ברובה, על ידי אנשי מקצוע יהודים (Al-Krenawi & Savaya, 1998; Graham, 1996). דה קוסטר (DeCoster, 1999) מצא כי הסבירות שצוותים רפואיים יסבו חשיבות לרגשותיהם של מטופלים מקבוצת מיעוטים פחותה יותר. במחקרים שנערכו בישראל התברר כי צוותים רפואיים בחדרי לידה כשלו בזיהוי מידת הכאב וביטויו בקרב יולדות ערביות-בדואיות לעומת יולדות יהודיות, זאת עקב פערים בהבנת רגישויות והבעת הכאב של אדם ממיעוט אתני שונה וגם המעטיו להציע להן משככי כאבים להקלה במצוקתן (Sheiner, Shoham-Vardi, Mazor, & Katz, 1999).

ביטויי חסמים אובייקטיביים-מבניים בחברה הערבית-בדואית בנגב

התנאים השוררים בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב: שיעורי עוני גבוהים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019א), מדד פריפריאלי גבוה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2015), היעדר תשתית תחבורתית ציבורית נגישה (Keinan & Bar, 2007), מחסור במרפאות לבריאות הנפש במרחב הערבי-בדואי, מלבד המרפאה לבריאות הנפש ברהט (זעירא, 2014) ואי-קיומם של שירותים רפואיים המותאמים תרבותית ושפתית במידה מספקת (Al-Krenawi, 2009). שיבלי ועמיתותיה בנגב (Shibli, Aharonson-Daniel, & Feder, 2021) מצאו כי ישנה חשיבות מכרעת לרווחתם של האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב בהנגשת שירותים מותאמי תרבות ושפה לצרכיהם של חברי האוכלוסייה. כל אחד מהתנאים וכולם יחד מובילים לרמה נמוכה של צריכת שירותים לבריאות הנפש בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. כמו כן, קיימים פערים בין התשתיות בכפרים הערבים-בדואיים המוכרים (ולא מפותחים) לאלו שאינם מוכרים, כך שסביבת המחיה והמגורים בכפרים שאינם מוכרים מסוכנת ודלה אף יותר. התושבים בכפרים אלה חיים בסביבה סוציו-אקונומית נמוכה יותר, כפרים אלה מקבלים תקציבים ושירותים ממשלתיים מועטים שאינם הולמים את הצורך ותשתיות המים, הביוב והחשמל רעועות ביותר, אם בכלל קימות בנמצא (אבו-סעד, 2010; נח, 2009; Al-Said, Braun-Lewensohn, & Sagy, 2018). גם תשתיות האינטרנט ההכרחיות אינן בנמצא בפריסה נרחבת ביישובים הערבים-בדואים בנגב בכלל, ובכפרים שאינם מוכרים בפרט. בהשוואה לבתי האב בחברה היהודית, פחות ממחצית מבתי האב בחברה הערבית-בדואית בנגב מחוברים לתשתיות האינטרנט, וגם כשחיבור מסוג זה קיים - הוא נמוך באופן משמעותי באיכותו ובפריסתו בהשוואה לחיבור לרשת האינטרנט ביישובים היהודיים בנגב (אבו-קשק ומנדלס, 2020; Abu-Kaf, Schejter, & Abu-Jaffar, 2019). לאור התקדמות הטכנולוגיה לגישה לרשת האינטרנט ישנה חשיבות רבה בנגישות למידע בתחום בריאות הנפש הערבית (המועצה הלאומית לבריאות הנפש, 2019; זעירא, 2014) וכמו גם הפערים הקיימים בטיב המידע בתחומי בריאות הנפש הזמין בשפה הערבית עלולים לגרום לתחושת תסכול אצל האנשים שמחפשים תשובות לשאלות הנוגעות לטיפול, ואף

לשמש כחסם לנגישות לטיפול (McCloud, Okechukwu, Sorensen, & Viswanath, 2016) כמו גם בצמצום אוריינות בריאות הנפש עקב פערים בזמינות המידע לגבי בריאות הנפש ואפשרויות דלות למידע אשר יטיב עם מצבו הנפשי של האדם בחברה הערבית-בדואית בנגב. המחקר הנוכחי מתחקה אחר שאלת קיומם/אי קיומם של חסמים אובייקטיביים וסובייקטיביים אלה בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב, בין תושבי העיר והעיירות הבדואיות, היישובים המוכרים (ולא מפותחים) ולבין תושבי הכפרים הלא מוכרים.

סיכום ומטרות המחקר

החברה הערבית-בדואית בנגב כמיעוט אתני בחברה בישראל, צפויה לחוות רמות גבוהות של חסמים אובייקטיביים וסובייקטיביים, בצירוף רמה נמוכה של זרזים לשימוש בשירותי בריאות הנפש, בשל המתח השורר בין חברה זו לבין מוסדות המדינה, מאפייניה הסוציו-דמוגרפיים ונסיבות החיים הייחודיים שלה. בעוד השדה המחקרי מציג מספר מחקרים העוסקים בבחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותים פורמליים לבריאות הנפש, מיעוטם עסקו בבחינת הנושא בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. יתרה מכך, מרבית המחקרים לא התחקו אחר השלכות זהותם של מיעוטים למערך החסמים והזרזים, ואחר המידה בה לזהותם האתנית של מיעוטים יש תרומה לחוויית המצוקה הרגשית. המחקר הנוכחי עוסק בחסר הקיים בספרות המחקרית. החברה הערבית-בדואית בנגב עומדת במוקד המחקר שבוחן קשת רחבה של חסמים אובייקטיביים-מבניים וסובייקטיביים-אישיים לפנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש. כמו כן, המחקר בוחן זרזים מרכזיים שיכולים לעודד את האדם הערבי-בדואי לפנות לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש. לבסוף, זהותה האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית בנגב נבחנת כגורם המקיים אינטראקציה עם קשת החסמים והזרזים ותורם לבחינת עוצמת המצוקה הרגשית שחווים גברים ונשים בין תושבי העיר והעיירות הבדואיות, היישובים המוכרים (ולא מפותחים) לבין תושבי הכפרים הלא מוכרים.

עיקר השימוש בטיפולוגית הזהות האתנית (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) שימש עד כה לבחינת זהותם האתנית של מיעוטים החיים בקרב חברות מגוונות במספר מדינות מערביות. ככל הידוע, המחקר הנוכחי משית לראשונה את הטיפולוגיה ואת סולם הזהות האתנית על הערכת זהותם האתנית של מיעוט ערבי-מוסלמי במדינה מערבית, לא כל שֶׁכֶן על מיעוט אוכלוסייה מוסלמית-בדואית.

תוצאותיו של מחקר זה עשויות להוות תשתית למתן כלים למקבלי ההחלטות, אשר יוכלו להיטיב עם החברה הערבית-בדואית בנגב, וכן לגבי האופן בו קובעי המדיניות במשרד הבריאות, קופות החולים, מערך בריאות הנפש וכל העוסקים בתחום יוכלו לפעול על מנת לקדם את רווחתם ואת בריאותם הנפשית של התושבים הערבים-בדואים בנגב באופן המותאם למאפיינים הייחודיים של זהותם האתנית ולאופן שבו החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש באים לידי ביטוי.

לפיכך, תרומתו הייחודית של המחקר הנוכחי היא בבחינת מודל הכולל את ממדי זהותם האתנית של הפרטים בחברה הערבית-בדואית בנגב ואת הקשרים המתקיימים בין ממדי הזהות האתנית לבין מערך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש. מודל המחקר מאפשר לבחון כיצד מערך המשתנים יכול לתרום במתם הסברים למצוקה רגשית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב. בנוסף, נבחן מודל אינטראקציות בין המשתנים השונים לבין מגדר וסוג יישוב המגורים (תושבי העיר והעיירות הבדואיות, היישובים המוכרים (ולא מפותחים) ולבין תושבי הכפרים הלא מוכרים).

שאלות והשערות המחקר

1Q. מצוקה רגשית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב

Q.1.1 האם יימצאו הבדלים בעוצמתה של המצוקה הרגשית בין התושבים, בחלוקה לסוגי הישובים

השונים?

Q.1.2 האם יימצאו הבדלים בעוצמתה של המצוקה הרגשית בהתאם למגדר?

1H: צפויים להימצא הבדלים בעוצמת המצוקה הרגשית בין תושבי היישובים השונים, בדגש על פערים בין הכפרים הלא מוכרים ליתר סיווגי היישובים. נשים תדווחנה על רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית בהשוואה לגברים.

2Q. החסמים והזרזים לצריכת שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב

Q.2.1 האם יימצאו הבדלים ברמות של החסמים/זרזים בין התושבים, בחלוקה לסוגי הישובים

השונים?

Q.2.2 האם יימצאו הבדלים ברמות של החסמים/זרזים בהתאם למגדר?

2H: צפויות להימצא רמות גבוהות של חסמים אובייקטיביים- נגישות לשירותים רפואיים בכלל ונגישות לשירותים רפואיים מותאמים שפתית ותרבותית וחסמים סובייקטיביים- סטיגמה, אוריינות בבריאות הנפש, והסתמכות על מקורות תמיכה בלתי-פורמליים ורמות נמוכות של זרזים בקרב תושבי הכפרים הלא מוכרים בהשוואה לתושבי היישובים המוכרים (ולא מפותחים). נשים תדווחנה על רמות גבוהות יותר של חסמים אובייקטיביים- נגישות לשירותים בריאות הנפש מותאמי שפה ותרבות, ורמות גבוהות של חסמים סובייקטיביים- סטיגמה, אוריינות בבריאות הנפש בהשוואה לגברים.

3Q. ממדי הזהות האתנית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב

Q.3.1 האם יימצאו הבדלים בממדי הזהות האתנית (חקר, השלמה, זיקה) בין התושבים, בחלוקה

לסוגי היישובים השונים?

Q.3.2 האם יימצאו הבדלים בממדי הזהות האתנית (חקר, השלמה, זיקה) בהתאם למגדר?

3H: הזהות האתנית תבוא לידי ביטוי באופן שונה בין תושבים מיישובים שונים ובהתאם למגדר. ממדי החקר וההשלמה יהיו גבוהים יותר בקרב תושבי הכפרים שאינם מוכרים לעומת תושבי היישובים המוכרים (ולא מפותחים), הערים והעיירות הערביות בדואיות בנגב אך כיוונו של ציר הזיקה אינו ברור בהבחנה בין תושבי היישובים השונים. כמו כן גברים יפגינו השלמה גבוהה יותר עם זהותם האתנית כערבים-בדואים.

4Q. הקשרים שבין המשתנים השונים במודל המחקר ואופן התקשרותם לתחושת המצוקה

הרגשית

Q.4.1 האם קיים קשר בין מערך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין עוצמת המצוקה הרגשית?

4.1H : רמות גבוהות של חסמים סובייקטיים-אישיים המבוססים על חשיפה לסטיגמה, הנטייה להסתמכות עצמית, הסתמכות על מקורות תמיכה בלתי-פורמליים וחסמים הנוגעים לסודיות ואמון וכמו כן רמות גבוהות של חסמים אובייקטיים-מבניים המבוססים על היעדר משאבים, נגישות וזמינות של שירותים מותאמים יקשרו באופן חיובי לדיווח על רמות מצוקה רגשית. מנגד, אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש תיקשר באופן שלילי לדיווח על רמות מצוקה רגשית.

Q.4.2 האם קיים קשר בין רכיבי הזהות האתנית לבין עוצמת המצוקה הרגשית?

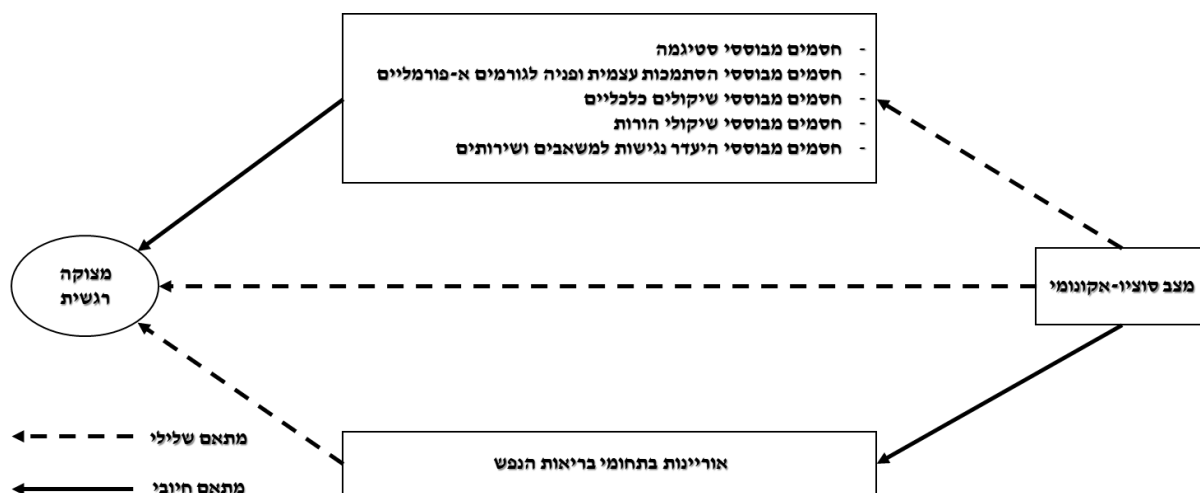
Q.4.3 האם קיים קשר בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין רכיבי הזהות האתנית?

מודל המחקר

על מנת לאגד את ממצאי המחקר, נבנו שני מודלים. כדי לבחון האם על סמך משתני הרקע הסוציו-דמוגרפיים, על סמך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש (מודל 1) ועל סמך רכיבי הזהות האתנית (מודל 2), ניתן להציב מודל המסביר את השונות בעוצמתה של המצוקה הרגשית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב. המודל הראשון בחן את האפקטים הישירים שבין מצב סוציו-אקונומי ובין החסמים והזרזים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, וכן את האפקטים העקיפים בין מצב סוציו-אקונומי בהתבסס על החסמים והזרזים כגורמים ממתנים לבין עוצמת המצוקה הרגשית בחברה הערבית בדואית בנגב. המודל השני בחן את האפקטים הישירים בין שלושת רכיבי הזהות האתנית (חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית) עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת, וכן את האפקטים העקיפים בין חקר הזהות האתנית ובין ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית, בהתבסס על הזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, כגורם הממתן את האפקט לעוצמת המצוקה הרגשית בחברה הערבית בדואית בנגב. שני המודלים הושטו תחת בחינת המגדר וסוג היישוב (בהבחנה בין תושבי העיר והעיירות הבדואיות, היישובים המוכרים (אך לא מפותחים) ולבין תושבי הכפרים הלא מוכרים) כגורמים ממתנים.

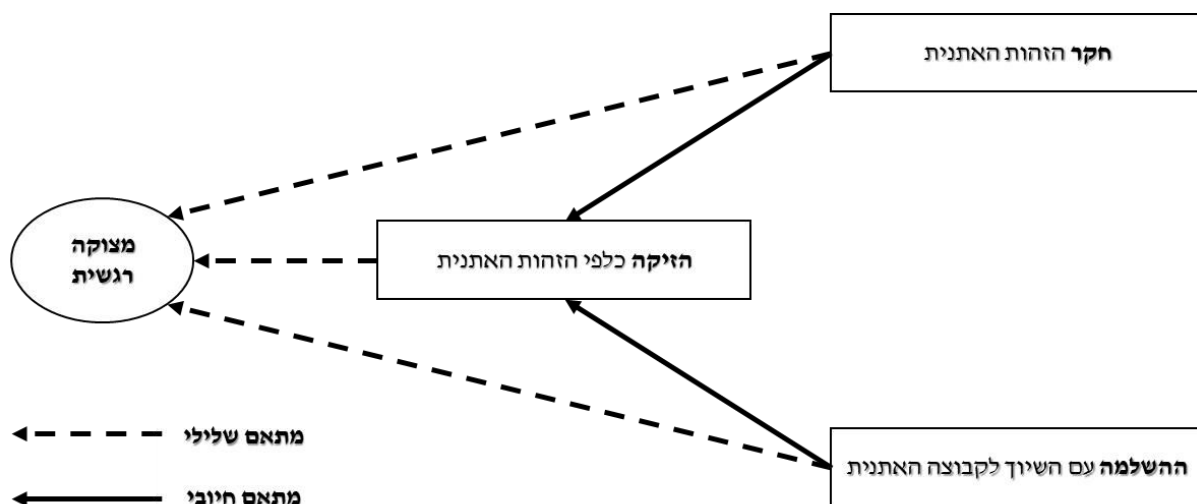
בהסתמך על שאלות והשערות המחקר, שני המודלים המוצעים מאגדים את הקשרים המרכזיים האפשריים בין משתני המחקר העיקריים. ההשערה העומדת בבסיסו של מודל המחקר הראשון (ראו איור מודל 1) גורסת כי המצב הסוציו-אקונומי וכן החסמים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש יקשרו באפקט ישיר שלילי לעוצמת המצוקה הרגשית. מנגד, רמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש תיקשר באפקט ישיר חיובי לעוצמת המצוקה הרגשית. ההשערה העומדת בבסיסו של מודל המחקר השני (ראו איור מודל 2) גורסת כי שלושת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, יקשרו באפקט ישיר שלילי לעוצמת המצוקה הרגשית.

מודל 1 – מצב סוציו-אקונומי, חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית



איור 2 - מודל 1 – מצב סוציו-אקונומי, חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית

מודל 2 – רכיבי הזהות האתנית כמנבאי מצוקה רגשית



איור 3 - מודל 2 – רכיבי הזהות האתנית כמנבאי מצוקה רגשית

שיטה

תיאור מדגם המחקר

מדגם המחקר כולל 654 נבדקים, בגילאי 18 עד 91 ($M_{Age}=31.14, S.D=14.71$), מקרב החברה הערבית בדואית-בנגב. 59.5 אחוזים מהן נשים, למעלה משני שליש מהם (68.2 אחוזים) מתגוררים בערים הערביות-בדואיות המרכזיות, כחמישית מהם (18.4 אחוזים) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואים שאינם מוכרים והיתר (13.4 אחוזים) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואיים המוכרים אך שאינם מפותחים. התפלגות יישובי המגורים בקרב משתתפי המחקר דומה להתפלגותם בחברה הערבית-בדואית בנגב: 63 אחוזים מתגוררים

בערים המרכזיות (רהט, חורה, כסייפה, לקיה, ערעה-בנגב, שגב-שלום ותל שבע), 29 אחוזים מתגוררים בכפרים שאינם מוכרים ו-8 אחוזים מתגוררים בכפרים המוכרים שאינם מפותחים הנמצאים תחת אחריותן של שתי המועצות הערביות-בדואיות האזוריות אל-קסום ונווה-מדבר⁸. כמחצית ממשפתי המדגם היו אקדמאים בעלי תואר ראשון לפחות, רווקים, בעלי הכנסה נמוכה מהממוצע, המנהלים אורח חיים דתי או דתי אדוק ובעלי רמת עברית טובה, לכל הפחות (ראו לוח 1).

נמצאו הבדלים מובהקים ברמות ההשכלה בהיבט מגדרי ובהיבט יישובי המגורים. יותר נשים מחזיקות בתואר ראשון או הכשרה מקצועית מאשר גברים, ואחוז חסרי ההשכלה או בעלי השכלה תיכונית בלבד גבוה באופן משמעותי ביישובים הכפריים (המוכרים ואלו שאינם מוכרים) מאשר בקרב תושבי הערים והעיירות המרכזיות. היקף הגברים הנשואים במדגם גבוה מהיקף הנשים הנשואות. ניכר כי בהיבט התעסוקה, גברים מועסקים במשרה מלאה בהיקף גבוה יותר מאשר נשים. נשים משתכרות באופן נמוך יותר מגברים, ואילו תושבי הערים משתכרים יותר מאשר תושבי הכפרים (המוכרים ואלו שאינם מוכרים). טווח הגילים של הנשים במדגם היה צעיר יותר מאשר טווח הגילים של הגברים.

⁸ מרכז הנגב לקיימות. (2022). מאגר מידע מקוון, מאפייני חייהם של החברה הבדואית בנגב: יישובים והתיישבות – חלוקה מספרית – עוזבן לאחרונה ינואר 22'. נדלה בתאריך 1 באפריל, 2022 מתוך אתר מרכז הנגב לקיימות באוניברסיטת בן גוריון בכתובת: <https://in.bgu.ac.il/humsos/negevSus/SYBSN/Pages/demographics.aspx>

משתנה	ישוב מגורים						מגדר							
	כפרים שאינם מוכרים		כפרים מוכרים		ערים מרכזיות		נשים		גברים		כלל המדגם			
	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N		
	(18.4) 117 (c)		(13.4) 85 (b)		(68.2) 433 (a)		(59.5) 382		(40.5) 260					
χ^2							χ^2							
רמת השכלה														
15.26*	8.8	10	18.8	16	8.1	34	29.15***	6.2	23	14.9	38	9.8	62	חסרי השכלה
	38.6	44	23.5	20	31.8	134		29.8	111	34.9	89	32	202	השכלה תיכונית
	43.9	50	47.1	40	45.1	190		52.7	196	33.3	85	43.3	283	BA / השכלה מקצועית
	8.8	10	10.6	9	15.0	63		11.3	42	16.9	43	13.4	85	PHD / MA
מצב משפחתי														
4.07	47.7	53	56.5	48	55.6	239	24.17***	61.7	232	42.0	108	53.8	343	רווקים
	51.4	57	42.4	36	42.1	181		36.2	136	55.6	143	44	281	נשואים
	.9	1	1.2	1	2.3	10		2.1	8	2.3	6	2.2	14	גרושים
מצב תעסוקתי														
44.46***	39.0	41	23.7	18	40.2	149	28.03***	29.6	93	48.4	119	37.8	213	משרה מלאה / עצמאיים
	7.6	8	27.6	21	18.1	67		19.7	62	13.4	33	17.4	98	משרה חלקית
	42.9	45	47.4	36	41.0	152		45.5	143	37.8	93	41.8	236	לא מועסקים
	10.5	11	1.3	1	.8	3		5.1	16	.4	1	3	17	עקרי/ות בית
הכנסה														
17.04*	58.2	57	57.7	45	45.5	168	16.26**	53.2	167	44.1	105	49.1	273	הרבה מתחת לממוצע
	25.5	25	21.8	17	28.5	105		29.0	91	24.4	58	27.1	150	מתחת לממוצע
	13.3	13	15.4	12	14.6	54		12.1	38	17.6	42	14.4	80	הכנסה ממוצעת
	0.0	0	5.1	4	9.2	34		4.8	15	10.5	25	7.4	41	מעל לממוצע
	3.1	3	0.0	0	2.2	8		1.0	3	3.4	8	2.0	11	הרבה מעל לממוצע
רמת דתיות														
3.27	7.1	8	4.8	4	8.7	37	15.67**	8.0	30	7.0	18	7.7	49	אורח חיים לא דתי
	21.2	24	27.7	23	21.8	93		16.9	63	30.0	77	22.2	141	אורח חיים דתי במידת מה
	56.6	64	50.6	42	55.3	236		60.3	225	48.6	125	55.5	353	אורח חיים דתי
	15.0	17	16.9	14	14.3	61		14.7	55	14.4	37	14.6	93	אורח חיים דתי אדוק
רמת ידיעת העברית														
17.42*	6.0	7	5.9	5	3.7	16	15.95**	3.7	14	5.0	13	4.4	28	ללא ידיעת עברית
	13.8	16	20.0	17	13.5	58		14.0	53	14.3	37	14.2	91	רמת עברית דלה
	16.4	19	21.2	18	20.0	86		23.0	87	15.1	29	19.8	127	רמת עברית טובה
	43.1	50	31.8	27	29.1	125		34.6	131	27.9	72	32.0	206	רמת עברית טובה
	20.7	24	21.2	18	33.6	144		24.8	94	37.6	97	29.7	191	רמת עברית מעולה

F	SD	M	SD	M	SD	M	t	SD	M	SD	M	SD	M	משתנה (טורח)
3.01	9.0	28.4	17.3	32.8	15.4	31.5	8.09***	8.8	27.0	18.9	37.2	14.71	31.14	גיל (18-91)
5.12** (ba)(bc)	4.3	11.4	5.3	9.5	4.9	11.3	1.39	5.1	10.9	4.5	11.4	4.88	11.10	שנות השכלה (0-25)
5.22** (ab)*	1.35	5.46	1.51	5.34	1.48	5.81	1.82	1.29	5.59	1.72	5.85	1.47	5.69	מצב סוציו אקונומי ⁹ (3-9)

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

⁹ ראו הרחבה בפרק בלי המחקר לגבי הגדרת ואופן חישוב המצב הסוציו-אקונומי.

למעלה ממחצית ממשותפי מדגם המחקר החזיקו בביטוחי בריאות מורחבים ומשלימים וכרבע ממשותפי המחקר (N=159) דיווחו כי פנו בעבר לבקשת סיוע בעת שחוו תחושות מתח ודכדוך. מתוך הנבדקים אשר דיווחו כי פנו בעבר לבקשת סיוע, ניכר כי הגורם המרכזי לפנייה היו מעגלי התמיכה הראשוניים שלהם. קרוב לשלושה רבעים דיווחו כי פנו לבני משפחה ולחברים לבקשת סיוע, כחמישית פנו לגורמי רווחה ורפואה בעת התמודדות עם מתח ודכדוך ופחות מעשירית ממשותפי המחקר פנו לגורמים בלתי-פורמליים, כגון גורמי סמכות ודת בחברה הערבית-בדואית בנגב (ראו לוח 2).

נמצאו הבדלים מגדריים בדפוסי הפנייה לבקשת סיוע. נמצא כי נשים נטו לפנות בהיקפים גבוהים יותר לבקשת סיוע ממעגלי התמיכה הראשוניים, לעומת גברים שנטו לפנות בהיקפים גבוהים יותר לבקשת סיוע מגורמי סמכות ודת. תושבי הכפרים הלא מוכרים מחזיקים פחות בביטוחים משלימים, ופונים פחות לקבלת סיוע בעת תחושות מתח ודכדוך מאשר תושבי הכפרים המוכרים ותושבי הערים והעיירות המרכזיות. כמו כן, נמצא שתושבי הערים והעיירות המרכזיות נטו לפנות יותר לבקשת סיוע מגורמי הרווחה והרפואה בעוד תושבי הכפרים הלא מוכרים נטו יותר לפנות לגורמי סמכות ודת בעת התמודדות עם מתח ודכדוך (ראו לוח 2).

לוח 2 - תיאור המדגם: דיווח חווית מתח ודכדוך ודפוסי פנייה לבקשת סיוע

משתנה	כלל המדגם		גברים		נשים		מגדר		ישוב מגורים		כפרים שאינם מוכרים (18.4) 117 (c)
	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	
ביטוח בריאות משלים											
בעלי ביטוח משלים	55.9	332	55.2	138	56.0	190	.02	56.0	190	55.2	138
חסרי ביטוח משלים	44.1	262	44.8	112	44.0	149		44.0	149	44.8	112
פנייה לבקשת סיוע בעתות מצוקה											
פנו לבקשת סיוע	27.3	159	28.6	67	25.9	89	.80	25.9	89	28.6	67
לא פנו לבקשת סיוע	58.7	342	58.5	137	59.2	203		59.2	203	58.5	137
לא זכרו כיצד התמודדו	14.1	82	12.8	30	14.9	51		14.9	51	12.8	30
דפוסי פנייה לסיוע*											
פנייה למשפחה / חברים	72.4	139	46.5	20	73.7	56	12.12**	73.7	56	46.5	20
פנייה לגורמי סמכות ודת	7.8	15	20.9	9	3.9	3		3.9	3	20.9	9
פנייה לגורמי רווחה ורפואה	19.8	38	32.6	14	22.4	17		22.4	17	32.6	14

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

מתוך 159 משותפים מסך המדגם אשר דיווחו כי פנו בעבר לבקשת סיוע

מרבית משתתפי המדגם (כ-78 אחוזים) דיווחו כי אין בחייהם רקע של מצוקה רגשית בעברם, וזאת ללא הבדלים מגדריים מובהקים כלשהם או הבדלים בין סביבות המגורים. בהתייחס ל-141 המשיבים אשר דיווחו כי סבלו בעבר ממצוקה רגשית, נמצא כי נשים ביחס לגברים, ותושבי הכפרים שאינם מוכרים ביחס לתושבי הערים והעיריות המרכזיות, נטו יותר להימנע מפנייה לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש (ראו לוח 3).

לוח 3 - תיאור המדגם: רקע של מצוקה נפשית ופנייה לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש

		ישוב מגורים						מגדר						
		כפרים שאינם מוכרים		כפרים מוכרים		ערים מרכזיות		נשים		גברים		כלל המדגם		
		(18.4) 117 (c)		(13.4) 85 (b)		(68.2) 433 (a)		(59.5) 382		(40.5) 260				
		אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	אחוזים	N	
		χ^2						χ^2						
רקע של מצוקה רגשית														
2.11	74.1	86	75.3	64	79.7	342	.68	76.9	290	80.0	208	78.1	503	לא סבלו ממצוקה רגשית בעבר
	25.9	30	24.7	21	20.3	87		23.1	87	20.0	52	21.9	141	סבלו ממצוקה רגשית בעבר
פנייה קודמת לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש*														
5.92*	76.7	23	47.6	10	53.5	46	6.66*	66.3	57	42.3	22	43.6	79	לא פנו לשירותי בריאות הנפש
	23.3	7	52.4	11	46.5	40		33.7	29	57.7	30	56.4	61	פנו לשירותי בריאות הנפש

*p<.05

מתוך 141 משתתפים מסך המדגם אשר דיווחו כי סבלו בעבר ממצוקות רגשיות

הליך המחקר

המחקר קיבל את אישורה של ועדת האתיקה של אוניברסיטת בן גוריון (HSR Committee No. 1892-2) ונערך בשפת האם של משתתפי המחקר. גיוסם של משתתפי המחקר נעשה באמצעות עוזרי המחקר ודרך מוקדים קהילתיים, מתנ"סים, גורמי קהילה, משתתפי המחקר ("כדור-שלגי") ובתפוצה מקוונת במדיה החברתית.

השאלון הועבר הן פנים אל פנים והן באופן מקוון בתקופה שבין ספטמבר 2020 לבין פברואר 2022. בשני האופנים, השאלונים זהים באופן ניסוחם, למעט התאמות ניסוח מינוריות שנדרשו לצורך הטמעת הגרסה המקוונת. לידי המשתתפים נמסר דף מידע מקדים לגבי מהות המחקר ואפשרויות פנייה לתמיכה, במקרה שמתעוררת מצוקה וצורך נפשי. כמו כן, הודגש למשתתפים שהשתתפותם הינה וולונטרית וכי הם רשאים להפסיק את מילוי השאלון אם חשים באי-נוחות בכל רגע נתון. לאחר מכן, הנבדקים חתמו על הסכמה מדעת להשתתפות במחקר שאינו רפואי. בגרסה המקוונת הנבדקים הופנו לאתר¹⁰ אשר הוקם במרשתת במיוחד לצורך מחקר זה, ובו ניתן למצוא את דף המידע המקדים ואת אישור ההסכמה מדעת.

לאחר תרגום השאלונים והתאמתם לשפה הערבית (להרחבה ראו את תת הפרק "[פרוטוקול תרגום כלי המחקר](#)") ולאור מורכבות השאלון, התקיימה העברה מקדמית לשאלונים בקרב אוכלוסיית היעד. בשלב הראשון במחקר המקדמי הועברו שאלונים פנים אל פנים לאחד עשר נבדקים בגילאי 18-45, תוך שמירה על יחסיות מגדרית ויחסיות בקרב החלוקה לסיווגי היישובים. לאחר העברת השאלונים, התבקשו המשתתפים להתייחס למבנה השאלון ולתוכנו. המשוב שהתקבל מהמשתתפים הוביל למספר שינויים והבשיל לכדי גרסה מדויקת יותר למשתתפים הבאים. עיקר השינויים נסובו סביב היפוך הסולם בשאלון המצוקה הרגשית על מנת שיתאים לסדר הפריטים המופיעים ביתר כלי המחקר. השלב הראשון של העברת השאלונים המקדמית לא סיפק תשובות לגבי התאמת השאלון למשתתפים מבוגרים אשר נזקקו להקראה חלקית של השאלות ולגבי טיב השאלון המקוון. עקב כך, בוצע סבב העברה מקדמי נוסף שבו הועברו השאלונים המעודכנים לארבעה משתתפים נוספים. השאלונים הועברו באופן מקוון לנבדקים בגילאי העשרים וכן פנים מול פנים לנבדקים בעשור השישי לחייהם אשר ביקשו הקראה של השאלון. הרשמים שעלו מההעברה המקדמית הנוספת איששו את העדכוניים שבוצעו בשאלון. כך נקבע כי טיב השאלון הן המקוון והן הקשיח נקבע מתאים להפצה רחבה. נוסף לכך, התקבל אומדן לגבי משך זמן העברת השאלון באופן שבו נדרש תיווך (35-40 דקות) ודף המידע לנבדק עודכן בהתאם.

¹⁰ קישור לאתר המחקר במרשתת: <https://dvirmatzri.wixsite.com/mental-health-ar-g>



חסיון המשתתפים נשמר בשתי דרכי העברת השאלונים באמצעות אבטחת העותקים הקשיחים על ידי עוזרי המחקר ולאחר סיום איסוף הנתונים על ידי עורך המחקר. דפי ההסכמה נשמרו בהפרדה מלאה משאלוני המחקר על מנת למנוע אפשרות לזיהוי הנבדקים. הגישה למסדי הנתונים נמצאת בידו של עורך המחקר בלבד ומוגנת במערכת סיסמאות.

כלי המחקר

פרוטוקול תרגום כלי המחקר

כלל כלי המחקר תורגמו לערבית, חלקם מאנגלית וחלקם מעברית. תרגום כלי המחקר לערבית התבצע בארבעה שלבים. כלל שלבי התרגום בוצעו על ידי דוברי ערבית-בדואית כשפת אם הבקיאם בתחומי הדעת ובמונחים המרכזיים בהם המחקר עוסק. בשלב הראשון השאלונים תורגמו על ידי חברה חיצונית שתרגום הוא תחום עיסוקה העיקרי, בשלב השני בוצעה בדיקה מקבילה של התרגום על ידי שני עוזרי המחקר, בשלב השלישי התרגום נבדק ועבר הליך דיוק נוסף על ידי החוקרת האחראית ומנחת המחקר ובשלב הרביעי התקיים פנל מקצועי בהשתתפות מנחת המחקר ועוזרי המחקר, תוך היוועצות עם גורמי מקצוע חיצוניים, לשם השוואת הגרסאות המתורגמות תוך דיון בבחירת המונחים והתרגומים המתאימים ביותר למאפיינים התרבותיים והשפתיים בחברה הערבית בדואית בנגב.

חשוב לתת את הדעת לכך שבשדה מדעי החברה רווחת הפרוצדורה לבצע תרגומי שאלונים וכלי מחקר תחת מתודולוגיה המכונה "תרגום חוזר". במתודולוגיה זו מספר מתרגמים נפרדים בה מבצעים תרגום עוקב של כלי במחקר לשפת המטרה ולאחר מכן חזרה לשפת המקור, תוך השוואה בין הגרסה המקורית לבין הגרסה המתורגמת. אך לאור הדקויות הסמנטיות בשפה הערבית, תחת הדיאלקט הערבי-בדואי בנגב, אשר נדרשו על מנת לשקף את מורכבות כלי המחקר השונים במחקר הנוכחי עורך המחקר בחר לפעול במתודולוגיית תרגום באופן של הליך תרגום בשלבים סדורים אשר נחתם על ידי פנל מומחים. מתודולוגיית התרגום על ידי פנל המומחים נמצאה כפרוצדורת תרגום שאינה נופלת בטיבה מהשיטה הרווחת לתרגום חוזר (Lee, et. al., 2018).

שאלון פרטים דמוגרפיים

משתתפי מדגם המחקר התבקשו להשיב לגבי מגוון פרטים דמוגרפיים: גיל, סוג יישוב המגורים, מגדר, השכלה, מצב משפחתי, מצב תעסוקתי, רמת הכנסה, רמת הידיעה בשפה העברית ורמת הדתיות. השאלון גם כולל התייחסות להיבטים הקשורים במערכת שירותי בריאות הנפש: תחושה קודמת של מתח וכדודך, רקע של מחלת נפש, ביטוחים רפואיים משלימים ופניות קודמות של הנבדקים לבקשת סיוע ולתמיכה בשירותי בריאות הנפש.

על סמך הדיווח העצמי של משתתפי המדגם לגבי רמת ההכנסה, ההשכלה והמצב התעסוקתי קודד משתנה חדש בשם 'מצב סוציו אקונומי'. המשתתפים האמורים קודדו מחדש בסולם באופן הבא: חסרי השכלה קודדו כ-1, בעלי השכלה מקצועית קודדו כ-2 ובעלי השכלה אקדמית קודדו כ-3; חסרי תעסוקה ועקרות/ בית קודדו כ-1, מועסקים במשרה חלקית קודדו כ-2 ועצמאים ומועסקים במשרה מלאה קודדו

כ-3; בעלי הכנסה נמוכה מהממוצע קודדו כ-1, בעלי הכנסה ממוצעת קודדו כ-2 ובעלי הכנסה גבוהה מהממוצע קודדו כ-3.

חישוב המשתנה 'מצב סוציו אקונומי' חושב באמצעות סכימה של שלושת המשתנים האמורים: רמת ההכנסה, ההשכלה והמצב התעסוקתי של משתתפי המדגם. ערך גבוה מעיד על מעמד סוציו-אקונומי גבוה יותר. טווח הערכים במשתנה שנוצר נע בין ערך (3) ומייצג אדם חסר תעסוקה, חסר השכלה המשתכר נמוך מן הממוצע עד ערך (9) לכל היותר המייצג אדם עם השכלה אקדמית, מועסק במשרה מלאה המשתכר מעל לממוצע במשק.

שאלון מצוקה רגשית (GHQ-12)

שאלון מצוקה רגשית (Goldberg, 1978) המהווה מדד לסינון הפרעות פסיכיאטריות שכיחות ולהערכת הסימפטומים שהופיעו בחודש האחרון. השאלון כולל 12 פריטים המתייחסים להרגשתו של הנבדק בחודש האחרון. הפריטים ממוקמים על סולם בן ארבע דרגות, כך שציון (1) מציין כי אף פעם לא חוו את ההרגשה המתוארת וציון (4) מציין כי חוו את ההרגשה המתוארת לעיתים קרובות. הפריטים בשאלון כללו שאלות כגון: "האם הרגשת לחוץ?" ו "האם היית מסוגל ליהנות מחיי היום יום שלך?". אינדקס השאלון מתקבל על ידי ממוצע סך הפריטים בשאלון ונע בטווח שבין 0 ועד 36. חשוב לציין כי בשאלון המקורי הסולם עליו ניצבים הציונים הינו הפוך, אך לצורך נוחות הנבדקים במחקר הנוכחי הוחלט על היפוך הסולם כפי שתואר לעיל, כך שציון גבוה מעיד על עוצמה גבוהה של מצוקה רגשית המדווחת על ידי המשיבים (Goldberg, et al., 1997). מהימנות הכלי נשאת גבוהה ועומדת על $\alpha=.83$.

שאלון הזהות האתנית (EIS)

שאלון הזהות האתנית (Umaña-Taylor, et al., 2014) מהווה מדד להערכת ממדי הזהות האתנית של האדם. במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסת השאלון בשפה הערבית (EIS-Ar) אשר תורגמה ותוקפה לראשונה בשפה הערבית עבור המחקר הנוכחי (Matzri, Abu-Kaf, Abo-Rass, & Braun-Lewensohn, under review). השאלון כולל 17 היגדים המתייחסים להיבטים שונים הקשורים בזהותו האתנית של האדם, כגון: "אני חש רגשות שליליים ביחס לזהות הערבית-בדואית שלי" ו "רגשותיי כלפי הזהות הערבית-בדואית שלי ברורים עבורי". חשוב לציין כי בשאלון המקורי ההפנייה בכלל ההיגדים היא כלפי "הזהות האתנית שלי", ואילו במחקר הנוכחי ההנחיה בהיגדים צומצמה והנבדקים התבקשו להתייחס "לזהות הערבית-בדואית שלי". כלל ההיגדים בשאלון זה ממוקמים על סולם בן ארבע דרגות, כך שציון (1) מציין כי ההיגד אינו מתאר כלל את האדם וציון (4) מציין כי ההיגד מתאר את האדם במידה רבה מאוד. האינדקס המתקבל על ידי השאלון מתבצע בשלושה צירים על ידי סכימת הציונים של הפריטים הרלוונטיים. ציר החקירה (Exploration; EIS-E) כולל שבעה פריטים, ציר מידת המחויבות (Resolution; EIS-R) כולל ארבעה פריטים וציר הזיקה (Affirmation; EIS-A) כולל שישה פריטים. מהימנות הכלי נמצאה כגבוהה ועומדת על $\alpha=.79$ עבור ציר החקירה, $\alpha=.82$ עבור ציר המחויבות ו- $\alpha=.82$ עבור ציר הזיקה. נוסף על חלוקת הכלי לשלושה צירים, הכלי מאפשר סיווג טיפולוגי באמצעות חיתוך הציון בכל אחד מהצירים בנקודה ספציפית, כך שיתקבל ציון גבוה/נמוך בכל אחד משלושת הצירים. בציר החקירה

(exploration) נקודת החיתוך עוברת בציון 19.5, ציר מידת המחויבות (Resolution) נקודת החיתוך עוברת בציון 9.5 ובציר הזיקה (Affirmation) נקודת החיתוך עוברת בציון 20.5.

שאלון חסמים לקבלת טיפול נפשי (BACE)

שאלון חסמים לקבלת טיפול נפשי (Clement & et al., 2012) המהווה כלי להערכת עמדות המשתתפים בכל הקשור לשירותי בריאות הנפש ולמכשולים המקשים על הפנייה לעזרה נפשית. השאלון כולל 32 היגדים המבררים את עמדותיהם של הנבדקים כלפי מגוון חסמים לקבלת טיפול נפשי. ההיגדים ממוקמים על סולם בן ארבע דרגות כך שציון (1) מציינ כי ההיגד אינו משפיע כלל על האדם וציון (4) מציינ כי ההיגד משפיע על האדם במידה רבה מאוד. נוסף לארבע הדרגות, ישנה אפשרות לציון כי ההיגד אינו רלוונטי לאדם (ציון 0; לדוגמה ההיגדים "חושש/ת שאצטייר כהורה רע" ו"חשש שילדי יילקחו ממני או שאאבד את המשמורת עליהם בכפיה" אינם רלוונטיים לנבדקים שאינם הורים). השאלון כולל היגדים כגון: "חשש מאשפוז כפוי", "חשש מפגיעה בסיכוי להגיש מועמדות למשרות" ו"לא בטוח/ה לאן עלי לפנות על מנת לקבל עזרה מקצועית". נוסף ל- 32 ההיגדים הקיימים בשאלון המקורי, נוספו במחקר הנוכחי שני היגדים שמוקמו על אותו סולם: "אין לי זמן לפנות לטיפול בשירותי בריאות הנפש" ו"דעתי של איש דת שאמר לי לא לפנות לקבל טיפול מקצועי השפיעה עלי".

השאלון מציג סך של 28 חסמים שונים שיכולים למנוע מהאדם לפנות לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש. הסולם מאפשר לבחון כל אחד מן החסמים בנפרד (לדוגמא, ציון גבוה בפריט "רצון לפתור את הבעיה בכוחו עצמי" מעיד על נוכחות חסם סובייקטיבי להסתמכות עצמית, ואילו ציון גבוה בפריט "בעיה תחברתית בהגעה למפגשים" מעיד על חסם סובייקטיבי בנגישות לשירותי רפואת בריאות הנפש).

בבחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, המחקר הנוכחי מציע חלוקה לחמישה ממדי חסמים/זרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש (Matzri, Abu-Kaf, & Braun-Lewensohn, 2023). כלל הממדים נמצאו כבעלי מהימנות טובה. (א) חסמים מבוססי חשש מהשלכות כלכליות; נמדד באמצעות פריטים 4,5,6 ו-29, $\alpha=.82$; (ב) חסמים מבוססי נטייה לקבלת טיפול בלתי-פורמלי ולהסתמכות עצמית; נמדד באמצעות פריטים 2,8,12,20,25,27 ו-27, $\alpha=.79$; (ג) חסמים מבוססי פערים בנגישות למשאבים זמינים ומותאמים; נמדד באמצעות פריטים 7,10,13 ו-24, $\alpha=.74$; (ד) חסמים מבוססי סטיגמה; נמדד באמצעות פריטים 3,9,11,14,19,21,22,23,28 ו-30, $\alpha=.93$; (ה) חסמים מבוססי חשש מהשלכות על ההורות והתא המשפחתי; נמדד באמצעות פריטים 16,26,31 ו-32, $\alpha=.82$.

שאלון אוריינות בריאות הנפש (MHLS)

שאלון אוריינות בריאות הנפש (O'Connor & Casey, 2015) הוא כלי המונה 35 היגדים שנועדו להעריך את מידת היכרותם של הנבדקים עם ההיבטים הבאים בבריאות הנפש: הכרה בהפרעות בבריאות הנפש, ידע בנוגע לאופן חיפוש מידע על בריאות הנפש, הכרת הסיבות וגורמי הסיכון להפרעות נפשיות, ידע הנוגע לטיפול עצמי, ידע על עזרה מקצועית זמינה וגישות המקדמות הכרה וחיפוש עזרה ראוי. חלקו הראשון של ההיגדים ממוקם על סולם בן ארבע דרגות המתחיל ב"מאוד לא

סביר" ומסתיים ב"מאוד סביר" (היגדים לדוגמא: "באיזו מידה יש לחשוב כי דיסתמיה הינה הפרעה נפשית?" ו"באיזו מידה יש לחשוב כי סביר שהדיאגנוזה של אגורפוביה כוללת חרדה במצבים בהם האפשרות לברוח תהיה קשה או מביכה?") במחקר הנוכחי התווספה להיגדים אלה גם אפשרות להשיב "לא יודעת", כך שהסולם כולל למעשה חמש דרגות. חלקו השני של ההיגדים ממוקם על סולם בן חמש דרגות המתחיל ב"מאוד לא מסכים/ה" ומסתיים ב"מאוד מסכים/ה", והם נועדו לבחינת הסטיגמה והמרחק החברתי ממתמודדים עם מחלות נפש (היגדים לדוגמא: "מחלות נפש הן סימן לחולשה אישית" ו"הכי טוב להימנע מאנשים עם מחלות נפש בכדי לא לפתח בעיות כאלה"). אינדקס הכלי מתקבל באמצעות סכימת תשובות הנבדקים ומהימנות הכלי נמצאה כגבוהה ועומדת על $\alpha = .88$. ציון נמוך בסולם זה מעיד על אוריינות נמוכה בבריאות הנפש ומהווה חסם סובייקטיבי לפנייה לשירותי בריאות הנפש. מנגד, ציון גבוה בסולם זה מעיד על אוריינות גבוהה בבריאות הנפש והדבר מהווה זרז מרכזי לפנייה לשירותי בריאות הנפש.

ניתוח הנתונים

עיבוד הנתונים התבצע על גבי פלטפורמת SPSS_28 (IBM Corp., Released 2021). פיזור המשתנים הדמוגרפיים ומשתני המחקר וההבדלים בין שני צירי ההשוואה במחקר (ציר המגדר וציר סוג היישוב) נבחנו באמצעות ניתוחי χ^2 לאי תלות, ANOVA ו-t-test למדגמים בלתי תלויים. כמו כן מבחני פירסון שימשו לבחינת הקשרים בין משתני המחקר. לבחינת מודל המחקר (הן המודל הראשון והן המודל השני) המעריך את התרומה הייחודית של מגוון החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ואת תרומתם הייחודית של רכיבי הזהות האתנית לניבוי המצוקה הרגשית ולשם בחינת האפקטים הייחודיים של הרקע הסוציו-דמוגרפי במודל המחקר, נערכה בחינה באמצעות ניתוח משוואת מבניות (SEM) על ידי שימוש בתוכנת AMOS.

על מנת לאפשר ניתוח נתונים נדרש בתכנת AMOS¹¹ התבצעו הליכי השלמת ערכים חסרים (Data Imputation) במתודולוגיית Expectation-Maximization (EM). מאחר והערכים החסרים בכל שאלוני המחקר נמצאו חסרים על פי מכניזם MCAR (ראו לוח 4), מתודולוגיית EM להשלמת הערכים החסרים נבחרה כמתאימה ביותר להשלמת ערכי MCAR ובפרט להשלמת ערכי MCAR בהיקפים גדולים ועד כ-50 אחוזים מסך הערכים (Cook, 2020).

לוח 4 - ניתוח הנתונים: קביעת מכניזם ערכים חסרים בשאלוני המחקר על פי Little's MCAR test

שאלון	אחוז ערכים חסרים	χ^2	df
GHQ12	2.70	325.72***	215
EIS	4.80	738.84***	548
BACE	17.49	3575.71***	3028
MHLS	35.33	2745.91***	2332

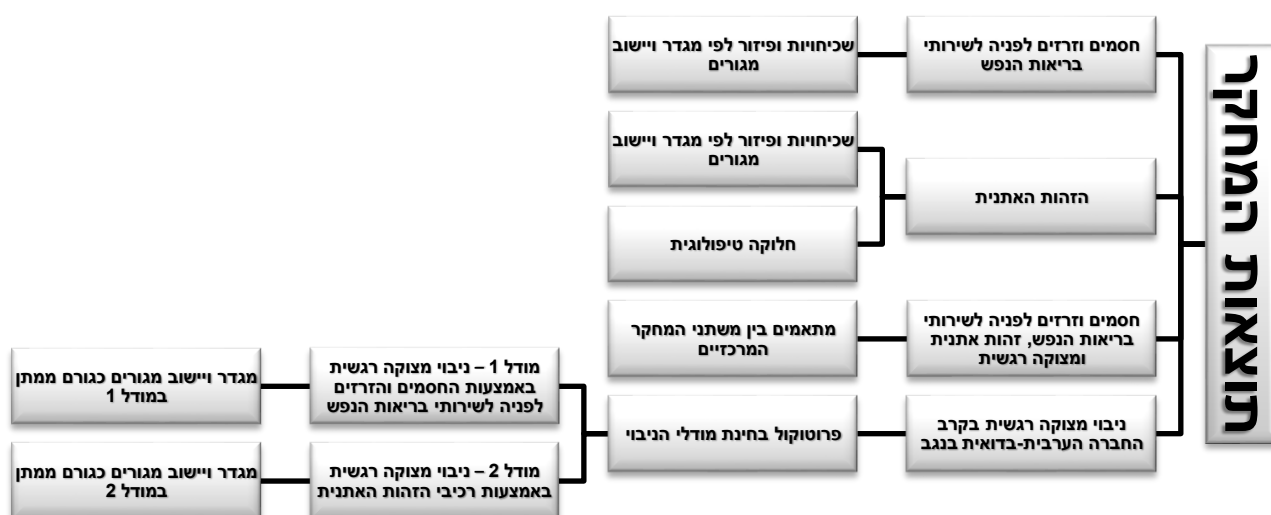
p<.01, *p<.001

¹¹ השימוש במסד הנתונים לאחר השתת הליך השלמת ערכים חסרים (Data Imputation) נעשה רק עבור הניתוחים הנדרשים ב-AMOS. ניתוח הנתונים ב- SPSS נשען על מסד הנתונים המקורי ללא השלמת ערכים חסרים.

תוצאות

הממצאים המובאים בפרק זה סוקרים את תוצאות המחקר בהתאם לשלושת נושאי ליבת המחקר: החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, רכיבי הזהות האתנית והמצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית בדואית בנגב. הפרק מציג את שכיחויות הממצאים בקרב המדגם כולו ובפילוח על פי מגדר ועל פי סוג יישוב המגורים ומציג מתאמים בין החסמים והזרזים לבין רכיבי הזהות האתנית ולבין רמות המצוקה הרגשית. כמו כן, בפרק זה מוצגים שני מודלים לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב.

תחילה, מוצגים הממצאים הנוגעים לחסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, תוך התייחסות לחסמים פסיכולוגיים, חברתיים ומבניים ולגורמים המזרזים את הפנייה לשירותים אלו ובהמשך נבחנים רכיבי הזהות האתנית של המשתתפים והשפעתם על המצוקה הרגשית, כולל חקר הזהות, השלמה עם השייך האתני והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית. לאחר מכן, מוצגים המתאמים שבין החסמים והזרזים לבין רכיבי הזהות האתנית ולבין רמות המצוקה הרגשית המדווחת על ידי משתתפי המחקר. לבסוף, מוצגים שני מודלים לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. המודל הראשון מתמקד בניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי מצב סוציו-אקונומי וחסמים וזרזים כגורמים מתווכים, והמודל השני מתמקד ברכיבי הזהות האתנית והשפעתם על רמות המצוקה. שני מודלי המחקר המוצגים לצורך ניבוי רמות המצוקה הרגשית נבחנו תחת השתתפות המגדר וסיווג יישוב המגורים כגורמים ממתנים (ראו דיאגרמה 1).



דיאגרמה 1 - רצף לוגי להצגת הממצאים בפרק התוצאות

חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש

השערת המחקר הראשונה גרסה כי יימצאו הבדלים בהתאם למגדר והבדלים בין תושבי סביבות המגורים השונות בעוצמת המצוקה הרגשית המדווחת. שוער כי נשים תדווחנה על מצוקה רגשית גבוהה יותר ביחס לגברים, ותושבי הכפרים הלא מוכרים ידווחו על רמות מצוקה גבוהות יותר ביחס ליתר משתתפי המחקר (ראו לוח 5).

בהיבט המגדרי השערת המחקר הראשונה אוששה במלואה. נשים מדווחות על מצוקה רגשית במידה גבוהה יותר בהשוואה לגברים. בהיבט סביבת המגורים השערת המחקר הראשונה נדחתה. לא נמצא הבדל מובהק על סמך סביבת המגורים בדיווח לגבי עוצמת המצוקה הרגשית בין תושבים מקרב הערים והעיירות המרכזיות הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים.

השערת המחקר השנייה גרסה כי יימצאו הבדלים בהתאם למגדר והבדלים בין תושבי סביבות המגורים השונות בעוצמת החסמים והזרזים האובייקטיביים והסובייקטיביים לפנייה לשירותי בריאות הנפש הפורמליים. שוער כי בהשוואה לגברים, נשים תדווחנה על רמות גבוהות יותר של חסמים אובייקטיביים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים ועל רמות גבוהות יותר של חסמים סובייקטיביים מבוססי סטיגמה. מנגד, שוער כי נשים תדווחנה על רמות גבוהות של זרזים סובייקטיביים מבוססי אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש. בנוסף, השערת המחקר השנייה גרסה כי בהשוואה לתושבי הערים והכפרים המוכרים, בקרב תושבי הכפרים הלא מוכרים יימצאו רמות גבוהות יותר של חסמים אובייקטיביים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים, חסמים סובייקטיביים מבוססי סטיגמה וחסמים סובייקטיביים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים יחד עם אוריינות נמוכה בתחומי בריאות הנפש.

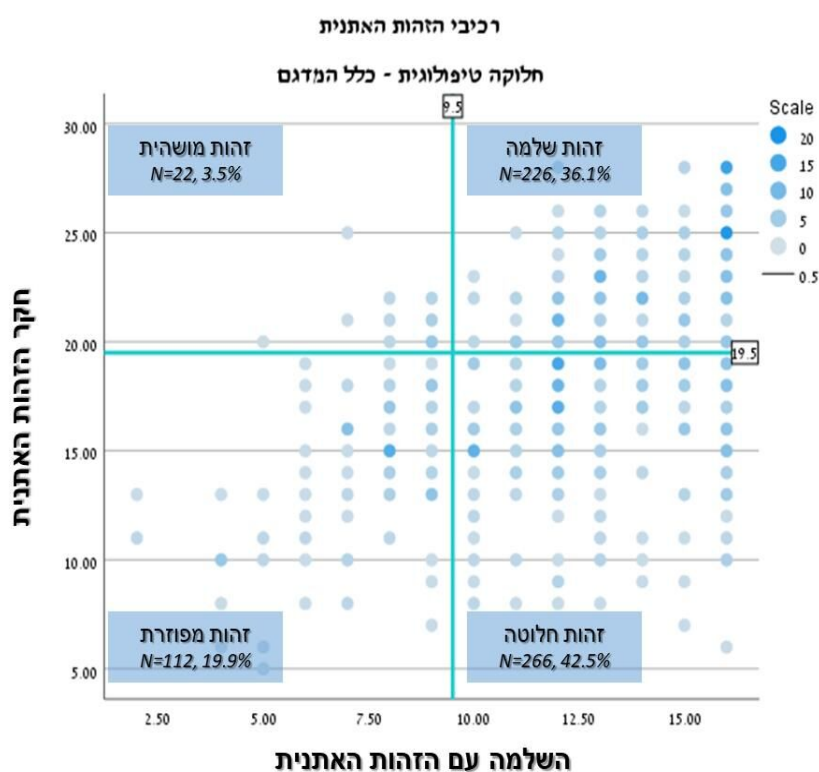
בהיבט המגדרי נמצא כי נשים אכן מעידות על רמות גבוהות יותר של זרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש; נמצא כי הנשים מפגינות רמות גבוהות יותר של אוריינות בתחומי בריאות הנפש לעומת רמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש בקרב הגברים במדגם המחקר. לא נמצאו הבדלים מגדריים נוספים, כפי ששוערו בהשערת המחקר השנייה, ביחס לרמות החסמים האובייקטיביים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים והחסמים הסובייקטיביים מבוססי הסטיגמה. מעבר לממצאים המגדריים הנוגעים להשערת המחקר השנייה, נמצא כי גברים מדווחים במידה רבה יותר על חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים בהשוואה לרמות שדווחו על ידי הנשים בנוגע לחסמים אלו לפנייה לשירותי בריאות הנפש הפורמליים.

בנוגע לדיווח על התמודדות עם חסמים אובייקטיביים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים, נמצא כי תושבי הערים והעיירות המרכזיות מדווחים על רמות נמוכות יותר של חסמים אלה, ביחס לתושבי הכפרים המוכרים וביחס לתושבי הכפרים הלא מוכרים. לא נמצאו הבדלים נוספים בין תושבי סביבות המגורים השונות ביחס לחסמים האובייקטיביים והסובייקטיביים, כפי שהוצע בהשערת המחקר השנייה; חסמים סובייקטיביים מבוססי סטיגמה, חסמים מבוססי נטייה להסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים ורמות האוריינות בתחומי בריאות הנפש כפי שהוצע בהשערת המחקר

השנייה. מעבר לממצאים הנוגעים להבדלים בסביבת המגורים ששוערו בהשערת המחקר השנייה נמצא הבדל בין תושבים מסביבות המגורים השונות ביחס לחסמים מבוססי שיקולי הורות אשר מתייחסים לחשש ההורים מגורלם של ילדיהם ושל הזכויות ההוריות במידה וההורה יתויג בסטיגמה נפשית ו/או ממגבלות לפנות לטיפול וסיוע הנובעות ממחויבויות הוריות כלפי הילדים ובעיקר מכך שאין בנמצא עבור הורים אלו גורמים אשר יכולים לגבות אותם בעת מתן הטיפול והסיוע הנפשי. תושבי הכפרים הלא מוכרים מדווחים על רמות גבוהות יותר של חסמים אלו ביחס לתושבי הערים והעיירות המרכזיות. לא נמצאו הבדלים נוספים המבוססים על סביבת המגורים מעבר להבדלים שצוינו לעיל.

רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית

על סמך חלוקה דיכוטומית של צירי חקר הזהות האתנית וההשלמה עם השיוך לזהות האתנית נבנתה חלוקה טיפולוגית לארבעה מבני זהות מובחנים אשר בשני קצותיהם מונחות **הזהות המפוזרת** המבטאת זהות בה הן רכיב החקר והן רכיב ההשלמה מתבטאים במידה נמוכה **והזהות השלמה** המבטאת זהות בה שני רכיבים אלה מתבטאים במידה רבה. בתווך שבין שתי זהויות אלו נמצאות **הזהות המושהית** ו**הזהות החלוטה** המבטאות תחלופה לסירוגין בין העוצמות ברכיבי הזהות, כאשר הזהות המושהית מבטאת רמות נמוכות של רכיב ההשלמה ורמות גבוהות של רכיב החקר, ואילו זהות חלוטה מבטאת את הקטבים ההפוכים של הרכיבים האמורים¹². רכיבי הזהות של מרבית משתתפי המדגם מבטאים רמות גבוהות של השלמה עם הזהות האתנית, ומתוך כך מרבית משתתפי המחקר מפגינים זהות חלוטה או זהות שלמה (ראו איור 2).



נקודת חיתוך ערכי הזהות האתנית לחלוקה דיכוטומית "גבוה/נמוך"

חקר הזהות : 19.5, השלמה עם הזהות : 9.5

איור 4 - רכיבי הזהות האתנית: חלוקה טיפולוגית - תוצאות כלל המדגם

¹² להרחבה בנושא אופן חלוקת רכיבי הזהות האתנית למבנה הטיפולוגי ראו: שאלון הזהות האתנית (EIS) (Umaña-Taylor, et al., 2014) בפרק [כלי המחקר](#).

בעוד שאלון EIS-Ar להערכת רכיבי הזהות האתנית מאפשר את חלוקת המשיבים לחלוקה הטיפולוגית שצויינה לעיל לארבעה מבני זהות נפרדים, המחקר הנוכחי מציב את אור הזרקורים על גבי פניהם של שלושת רכיבי הזהות האתנית באופן נפרד וזאת בכדי לעמוד על הדקויות והמשמעויות הנובעות ממורכבותו של כל רכיב ולהתחקות אחר תפקידם של כל אחד מרכיבי הזהות האתנית בנפרד בבחינת השערות המחקר. השערת המחקר השלישית גרסה ימצאו הבדלים בהתאם למגדר והבדלים בין תושבי סביבות המגורים השונות בעוצמת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית. בהיבט המגדרי שוער כי גברים ידווחו על השלמה גבוהה יותר עם שיוכם האתני כערבים-בדואים. בהיבט השלכות סביבות המגורים שוער כי בקרב תושבי הכפרים הלא מוכרים ימצאו רמות גבוהות יותר של השלמה וחקר הזהות הערבית-בדואית. השערת המחקר השלישית אוששה ברובה (להרחבה ראו לוח 6).

נמצא כי קיימים הבדלים מגדריים ברכיבי הזהות האתנית, בקרב הגברים נמצאו רמות גבוהות יותר של השלמה עם זהותם האתנית כערבים-בדואים, לעומת הנשים. כמו כן, ומעבר להשערות המחקר, נמצא כי נשים נוטות יותר לעסוק ולחקור במשמעות זהותן הערבית-בדואית. בהיבט השלכות, וכפי ששוער, לא נמצא הבדל בין סביבות המגורים השונות ברמות חקר הזהות האתנית וההשלמה עם הזהות הערבית-בדואית. עם זאת, נמצא הבדל אחד ברכיב הזיקה כלפי הזהות הערבית-בדואית; תושבי הכפרים המוכרים מפגינים תחושת זיקה נמוכה יותר כלפי זהותם הערבית-בדואית מאשר תושבי הערים והעיירות המרכזיות (תחושת זיקה נמוכה מבטאת רמות נמוכות יותר של תחושת שייכות, ואף ברף התחתון של רכיב זה הזיקה ותחושת השייכות הנמוכה מגיעה עד כדי ביטויי תחושת רתיעה ואף תחושות שליליות כלפי זהותם הערבית-בדואית).

לוח 6 - מבחני t למדגמים בלתי תלויים ומבחני ANOVA לבחינת ההבדלים המגדריים והבדלי לפי סוג יישוב מגורים ברכיבי הזהות האתנית

		כלל המדגם		גברים		נשים		ערים מרכזיות		כפרים מוכרים		כפרים שאינם מוכרים			
		(40.5) 260		(59.5) 382		(68.2) 433		(13.4) 85		(18.4) 117					
		SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M		
משתנה (טווח)		SD	M	SD	M	SD	M	t	SD	M	SD	M	F	SD	M
זהות אתנית															
ממד הזיקה		4.22	20.53	4.63	20.23	3.92	20.76	-1.50	3.98	20.83	5.08	19.33	3.89*	4.26	20.32
<i>EIS-A (6-24)</i>													(ab)		
ממד ההשלמה		3.16	12.20	3.33	12.55	3.02	11.99	2.21*	3.09	12.31	3.65	11.73	1.10	2.85	12.15
<i>EIS-R (4-16)</i>															
ממד החקר		4.92	18.19	5.18	17.54	4.69	18.67	-2.77**	4.97	18.33	4.40	17.3	1.82	4.84	18.56
<i>EIS-E (7-28)</i>															

*p<.05. **p<.01

מתאמים בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, בין רכיבי הזהות האתנית ובין רמות

המצוקה הרגשית

בהיבט המתאמים בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין עוצמת המצוקה הרגשית נמצאו קשרים חיוביים בין מרבית החסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין עוצמת המצוקה הרגשית, כך שרמות גבוהות של חסמים אלה קשורות בביטוי רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית;

חסמים מבוססי סטיגמה, חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים, חסמים מבוססי שיקולים כלכליים, חסמים מבוססי שיקולי הורות וחסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים. בהיבט המתאמים בין רכיבי הזהות האתנית לבין רמות המצוקה הרגשית נמצאו מתאמים שליליים, במילים אחרות, רמות גבוהות של רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, קשורים בביטוי של רמות נמוכות יותר של מצוקה רגשית (ראו לוח 7).

בנוגע למתאמים שבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, בין רכיבי הזהות האתנית ובין רמות המצוקה הרגשית בקרב מדגם המחקר, יש לבחון גם את המתאמים שבין רכיבי הזהות האתנית לבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש. נמצאו מתאמים חיוביים בין כלל רכיבי הזהות האתנית לבין רמות אוריינות בבריאות הנפש כזרז לפנייה, כך שרמות גבוהות של שלושת רכיבי הזהות האתנית קשורים בביטוי רמות גבוהות יותר של אוריינות בתחומי בריאות הנפש.

רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית מקיים קשרים שלילים עם מרבית החסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, מלבד חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים כך שהיקשרות בזיקה גבוהה וחיובית יותר כלפי השיוך האתני לחברה הערבית-בדואית בנגב קשורה בהפחתה של התמודדות מרבית החסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש. רכיב ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית נמצא בקשר חיובי עם החסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים בלבד. לא נמצאו כלל קשרים בין רכיב חקר הזהות האתנית לבין החסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כך שלא הודגמה זיקה בין תהליכים של למידה וחקר כלפי השיוך לחברה הערבית-בדואית לבין הפחתה או הגברה של חשיפה לחסמים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש.

לוח 7 - מתאמים בין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, לבין רכיבי הזהות האתנית ולבין עוצמת המצוקה הרגשית

<i>MHLS</i>	<i>BACE Access & Resources</i>	<i>BACE Parental</i>	<i>BACE Economic</i>	<i>BACE Self & A-Formal</i>	<i>BACE Stigma</i>	<i>GHQ12</i>	
-.01	.28***	.23***	.22***	.13**	.32***	-	<i>GHQ12</i>
.12*	.62***	.71***	.66***	.60***			<i>BACE Stigma</i>
.20***	.52***	.58***	.49***				<i>BACE Self & A-Formal</i>
.11*	.53***	.62***					<i>BACE Economic</i>
.01	.58***						<i>BACE Parental</i>
.12*							<i>BACE Access & Resources</i>
.15**	-.16***	-.11**	-.18***	-.04	-.12**	-.24***	<i>EIS-A</i>
.22***	-.05	.04	-.00	.12**	.04	-.23***	<i>EIS-R</i>
.18***	-.02	-.07	-.01	.01	-.06	-.17***	<i>EIS-E</i>

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

מודלי המחקר לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב

על מנת לבחון את שני מודלי המחקר (להרחבה ראו את פרק ['מודל המחקר'](#)) ולבדוק האם ניתן להציב מודלים המסבירים את השונות בעוצמת המצוקה הרגשית בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב, נבחנו מספר מערכי משוואות מבניות (Structural Equation Modeling - SEM) באמצעות שימוש ב-AMOS 28 (Arbuckle, 2022). המודלים המובאים מציגים את המשתנים שנמצאו כמובהקים בלבד, והניבו מודלים בעלי מדדי טיב התאמה טובים ומקובלים. המשתנים שנכללו במודל הראשון הסופי לניבוי מצוקה רגשית (ראו תרשים 1) כללו את משתני הרקע הסוציו-דמוגרפי (מתבסס על רמת השכלה, הכנסה ומצב תעסוקתי) יחד עם החסמים והזרזים הבאים לפנייה לשירותי בריאות הנפש; אוריינות בתחומי בריאות הנפש, חסמים מבוססי סטיגמה, חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים וחסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים. כמו כן, המשתנים שנכללו במודל השני הסופי לניבוי מצוקה רגשית (ראו תרשים 4) כללו את שלושת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השייך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית.

פרוטוקול בחינת טיב התאמת המודלים ובחינת טיב המתאמים העקיפים במודל

טיב התאמתו של המודל נבחן על פי מערך מדדים מקובלים; ערכי חי בריבוע חלקי דרגות החופש במודל (CMIN/DF), אינדקס טיב ההתאמה (GFI – Goodness of Fit Index), מדד התאמה מצטבר (IFI - incremental fit index), אינדקס התאמה השוואתי (CFI - Comparative Fit Index), שורש ממוצע השגיאה המרובעת באומדן (RMSEA - Root Mean Square Error of Approximation) והשורש הריבועי הממוצע של השאריות המתוקנן (SRMR - Standardized Root Mean Squared Residual). מודל הוגדר כבעל טיב התאמה ראוי כאשר הניב מדדי טיב התאמה העומדים בתנאי הסף הבאים; $CMIN/DF \leq 5$; (Marsh & Hoceavar, 1985), $GFI \geq .90$ (Hu & Bentler, 1998), $IFI \geq .90$ (Bollen, 1989), $CFI \geq .90$ (Fan, Thompson, & Wang, 1999), $RMSEA \leq .08$ (Browne & Cudeck, 1993; Hoyle, 1995).

המודלים המובאים בפרק זה כוללים התייחסות לארבעה גורמים מתווכים שונים, הן במבט הבוחן את התיווך בעבור כלל המדגם והן במבט הבוחן את טיב נתיבי התיווך תחת הנחות מיתון מבוססות מגדר והנחות מיתון מבוססות הבדלים בסביבת המגורים. בכדי לעמוד על טיבו הייחודי של כל אחד מן הגורמים המתווכים בנפרד לא ניתן להסתמך על פלט הנתונים הראשוני אשר מתקבל בשימוש בתכנית AMOS28, מאחר ופלט נתונים זה כולל התייחסות רק לערכי האפקט העקיף הכולל של כלל רכיבי התיווך.

בכדי להתגבר על פערי מידע אלו הוצע להשתמש בערכי Z^{13} למבחני Sobel בכדי לאמוד את טיבו של כל נתיב תיווך בנפרד, הן בבחינת עוצמתו והן בבחינת עוצמת מובהקותו. ערך Z_{Sobel} מהווה את העוצמה הסטטיסטית של האפקט העקיף הנבחן וקביעת מובהקותו מתקבלת על ידי השוואת הערך אל מול טבלת ערכים קריטיים; ערך $Z_{Sobel} = +1.96$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .05$ ואילו ערך $Z_{Sobel} = +2.58$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .01$ (Abu-Bader & Jones, 2021; Preacher & Leonardelli, 2023). על מנת להתמודד עם הביקורת הקיימת בספרות על השימוש בתוצאות מבחן Sobel בקביעת עוצמת ומובהקות נתיבים עקיפים, ביקורת הנובעת בעיקרה מרגישות המבחן בשימוש במדגמים קטנים, הוצע כי יש לבצע את בחינת ערכי מבחן Sobel תחת השתת bootstrapping (Abu-Bader & Jones, 2021). במחקר הנוכחי בחינת כלל הנתיבים במודל בוצעו תחת הנחת bootstrapping של 5000 מדגמים.

¹³ חישוב ערך Z_{Sobel} (Abu-Bader & Jones, 2021; Preacher & Leonardelli, 2023):

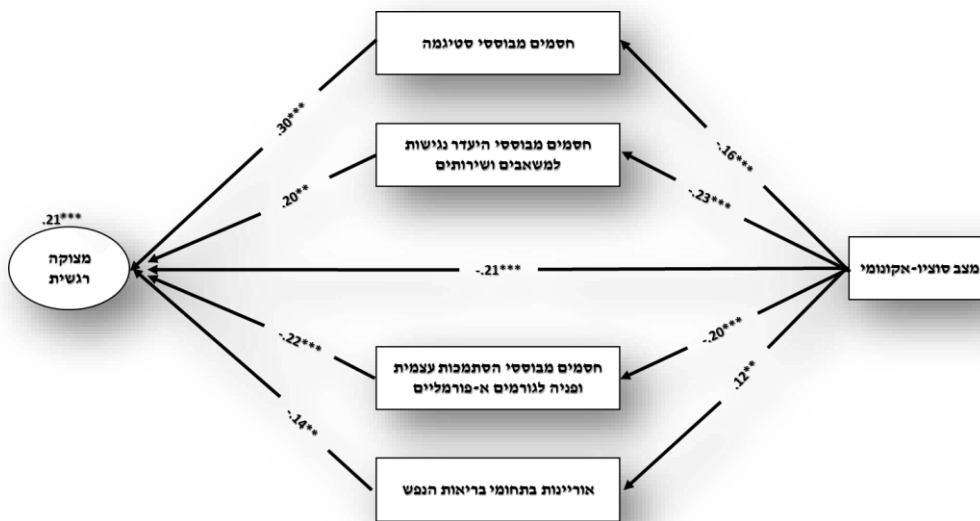
$$Z_{Sobel} = \frac{B_{a'} * B_{b'}}{\sqrt{(B_{a'}^2 * \sigma_{SE_{b'}}^2) + (B_{b'}^2 * \sigma_{SE_{a'}}^2)}}$$

- $B_{a'}$ ו- $B_{b'}$: המתאמים הלא מתוקננים (unstandardized coefficient) בנתיבי התיווך הנבחנים.
- $\sigma_{SE_{b'}}$ ו- $\sigma_{SE_{a'}}$: טעות התקן (standard error) של נתיבי התיווך הנבחנים.

המודל הראשון לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי מצב סוציו-אקונומי ושימוש בחסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים מתווכים

המודל הסופי במחקר (ראו תרשים 2) מנבא 21 אחוזים מהשונויות המוסברות של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת ונמצא כמודל ניבוי הולם ובעל מדדי התאמה העומדים בתנאי הסף: $CMIN/DF=3.29$, $GFI=.95$, $IFI=.95$, $TLI=.91$, $CFI=.94$, & $RMSEA=.06$.

המודל הסופי מציג אפקט ישיר מובהק ($\beta_{(direct\ effect)}=-.21$, $p<.001$) בין המצב הסוציואקונומי לבין רמות מצוקה רגשית. בשקלול כלל האפקטים העקיפים של הגורמים המתווכים במודל, האפקט הכולל ($\beta_{(total\ effect)}=-.27$, $p<.001$) שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות נמצא כגבוה יותר מאשר האפקט הישיר. כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים המודל הסופי (תרשים 1) ובהמשך הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β).



תרשים 1 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – כלל מדגם המחקר
הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). $**p<.01$, $***p<.001$.

האפקטים הישירים במודל

נמצא כי מצב סוציו-אקונומי גבוה מקטין התמודדות עם שלושת החסמים במודל לפניה לשירותי בריאות הנפש ומנגד מגביר את האוריינות בתחומי בריאות הנפש כזרז לפניה לשירותים אלו. החסמים מבוססי הסטיגמה והחסמים מבוססי היעדר משאבים ונגישות לשירותי בריאות הנפש נמצאו כגורמים המגבירים תחושת מצוקה רגשית ומקביל נמצא כי רמות גבוהות של אוריינות בתחומי בריאות הנפש, כגורם המהווה זרז לפניה לשירותי בריאות הנפש, נמצאו כגורם המקטין תחושות של מצוקה רגשית. בנוסף לכך, ובניגוד להשערות המחקר ולספרות המוכרת בנושא, נמצא כי החסמים לפניה לשירותי בריאות הנפש המבוססים על נטייה להסתמכות עצמית ופניה לגורמים בלתי-פורמליים נמצאו כגורמים המקטינים תחושת מצוקה רגשית.

האפקטים העקיפים במודל – בחינת הגורמים המתווכים

כלל החסמים והזרזים נמצאו כגורמים ממתנים מובהקים במודל (ראו ערכי β (Indirect Effect) בלוח 8). אך בעוד בנתיבי המיתון העוברים דרך החסמים מבוססי הסטיגמה, דרך החסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים ודרך רמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש כגורמים הממתנים את האפקט הישיר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין עוצמת המצוקה הרגשית כיוון האפקט נשמר כך שככל שהמצב הסוציו אקונומי גבוה יותר כך ישנן פחות מצוקות רגשיות, בנתיב המיתון העובר דרך החסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופניה לגורמים בלתי-פורמליים כיוונו של האפקט הישיר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין עוצמת המצוקה הרגשית כיוון האפקט אינו נשמר ובתיווך גורם זה באופן חריג מצב סוציו-אקונומי גבוה נקשר באופן חיובי להופעתן של מצוקות רגשיות.

לוח 8 - אפקטים עקיפים במודל 1 לניבוי המצוקה הרגשית - בחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים מתווכים

Z_{Sobel}^{14}	β (Indirect Effect)	β (Direct Effect b')	β (Direct Effect a')	Direct Effect b'	גורם מתווך	Direct Effect a'
-2.77**	-.05	.30***	-.16***	מצוקה רגשית	חסמים מבוססי סטיגמה	מצב סוציו-אקונומי
-2.72**	-.05	.20**	-.23***	מצוקה רגשית	חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים	מצב סוציו-אקונומי
2.87**	.04	-.22***	-.20***	מצוקה רגשית	חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופניה לגורמים בלתי-פורמליים	מצב סוציו-אקונומי
-2.04*	-.02	-.14**	.12**	מצוקה רגשית	אוריינות בתחומי בריאות הנפש	מצב סוציו-אקונומי

p<.05, *p<.001

¹⁴ ערך Z_{Sobel} משמש לאמוד את טיבו של כל נתיב תיווך בנפרד, הן בבחינת עוצמתו והן בבחינת עוצמת מובהקותו. ערך $Z_{Sobel} = +1.96$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .05$ ואילו ערך $Z_{Sobel} = +2.58$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .01$ (Abu-Bader & Jones, 2021; Preacher & Leonardelli, 2023). להרחבה ראו פרק [פרוטוקול בחינת טיב התאמת המודלים ובחינת טיב המתאמים העקיפים במודל](#).

פרוטוקול בחינת המגדר וסביבת המגורים כגורמים ממתנים

על מנת לבחון את תפקידם של המגדר ושל סביבת המגורים בחברה הערבית בדואית בנגב כגורמים הממתנים את מודלי הניבוי לעוצמת המצוקה הרגשית, נערכו מקבצי מודלים מקוננים בהם נבחן המודל כאשר קונן נתיב אחד בלבד בכל פעם מתוך כלל הנתיבים במודל הניבוי הלא מקונן. נערכה בדיקה והשוואה עבור כל אחד מהגורמים הממתנים האמורים, בין המודלים המקוננים לבין המודלים הלא מקוננים, וכן נערכו השוואות בין מדדי טיב ההתאמה של המודלים השונים. קביעת מובהקות ההבדל שבין המודלים המקוננים לבין המודל הלא מקונן הראשוני נערכו על סמך טבלת ערכים קריטיים לבחינת הבדלי מודלים מקוננים על פי ההפרש שמתקבל בין ערכי חי בריבוע ($\Delta\chi^2$) של המודלים המקוננים לבין המודל הלא מקונן, וזאת בהבחנה לפי רמת הפרשי דרגות החופש (Δdf) שבין המודלים. לשם קביעת ערך מובהקות בעוצמה של $p < .01$ נקבע כי יש להציג ערך $\Delta\chi^2$ הגדול מ- 9.21 ($\Delta df=2$) או גדול מ-11.35 ($\Delta df=3$) ולשם קביעת ערך מובהקות בעוצמה של $p < .001$ נקבע כי יש להציג ערך $\Delta\chi^2$ הגדול מ- 10.60 ($\Delta df=2$) או גדול מ-12.84 ($\Delta df=3$).

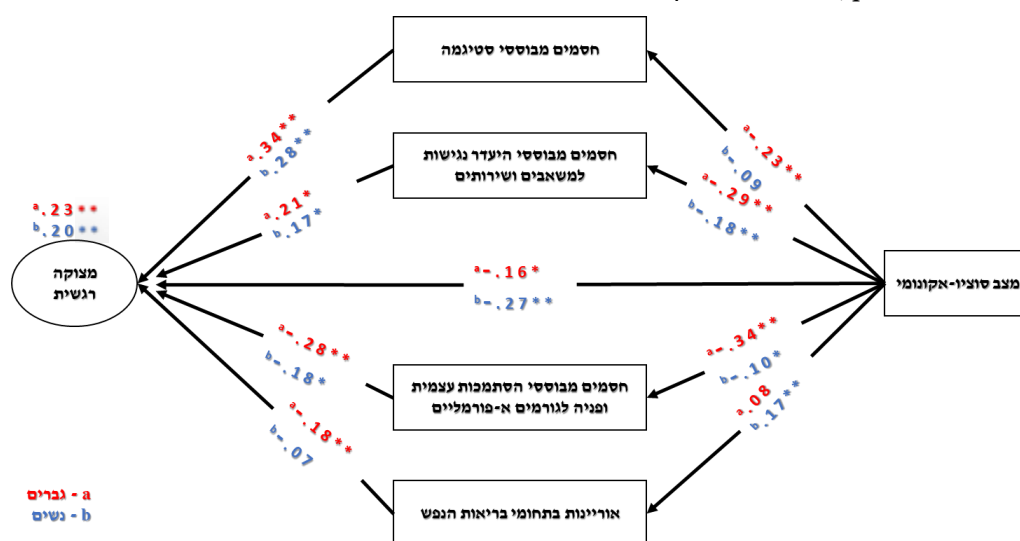
נמצא כי בעת בחינת הבדלים בין מודלים מקוננים ומודלים לא מקוננים בהסתמך על ערכי $\Delta\chi^2$ יש לתת את הדעת לכך שהבדלים אלה רגישים לגודל המדגם, באופן בו במדגמים גדולים ייתכן כי אף הבדלים שוליים יימצאו כמובהקים (Newsom, 2023; Werner & Schermelleh-Engel, 2010). לצורך כך הוצע כי יש להציג את גודל האפקט w ¹⁵ להבדל בין המודלים המקוננים לבין המודלים הלא מקוננים בהתבסס על גודל המדגם במקביל להצגת ערכי $\Delta\chi^2$ המשקפים את ההפרש שבין ערך ה- χ^2 של המודלים המקוננים לבין ערך ה- χ^2 של המודלים הלא מקוננים ויחד עם תוצאת $\Delta_{(df)}$ המשקפים את ההפרש בדרגות החופש בין המודלים המקוננים והמודלים הלא מקוננים (Newsom, 2023).

$$w = \sqrt{\frac{\Delta\chi^2}{(N*\Delta df)}} : \text{ (Newsom, 2023) נוסחת חישוב גודל האפקט Cohen's d להבדלי מודלים מקוננים}$$

מגדר כגורם ממתן במודל הראשון

בבחינת המגדר כגורם הממתן את מודל הניבוי הראשון לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית, נמצא כי המודל מנבא במידה דומה את רמות המצוקה הרגשית עבור שני המגדרים. עבור גברים, המודל מנבא 23 אחוזים מהשוונות המוסברת של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת, ובקרב הנשים המודל מנבא עד כדי 20 אחוזים מהשוונות המוסברת. הניבוי במודל מתבסס על סמך הרקע הסוציו-דמוגרפי (השכלה, הכנסה ותעסוקה) והחסמים והזרזים הבאים לפנייה לשירותי בריאות הנפש; אוריינות בתחומי בריאות הנפש, חסמים מבוססי סטיגמה, חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים וחסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים. המגדר נמצא כגורם הממתן באופן מלא את כלל האפקטים הישירים במודלים המקוננים. אמנם כלל האפקטים הישירים במודל שמרו על כיוון המתאם באופן חיובי או שלילי בין המגדרים, אך ההבדלים המגדריים מתבטאים בבחינת כלל האפקטים הישירים במודל בעוצמתם ובמובהקותם כפי שנמצאו בקרב הנשים לעומת הגברים (להרחבה ראו את עוצמת האפקטים הישירים בתרשים 2 ואת ערכי $\Delta\chi^2$ המפורטים בלוח 9).

המגדר נמצא כממתן באופן מובהק את האפקט הישיר בין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקה רגשית כך שבקרב נשים ($\beta_{(direct\ effect)} = -.27, p < .01$) מתאם האפקט גבוה יותר מאשר עוצמתו בקרב גברים ($\beta_{(direct\ effect)} = -.16, p < .05$). בבחינת כלל נתיבי התיווך נמצא כי האפקט העקיף הכולל הינו גבוה יותר ומובהק עבור הנשים ($\beta_{(total\ indirect\ effect)} = -.05, p < .05$) לעומת האפקט העקיף הכולל אשר נמצא כלא מובהק בקרב הגברים ($\beta_{(total\ indirect\ effect)} = -.06, p > .05$). ערך אפקט המתאם הכולל שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות נותר גבוה יותר בקרב הנשים ($\beta_{(total\ effect)} = -.32, p < .01$) לעומת האפקט הכולל שנמצא בקרב הגברים ($\beta_{(total\ effect)} = -.22, p < .01$).



תרשים 2 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – מגדר כגורם ממתן

הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). ** $p < .01$, *** $p < .001$.

לוח 9 - בחינת המגדר כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (Unnested Model) אל מול ערכי המודלים המקוננים (Nested Model) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות.

¹⁶ W	$\Delta\chi^2_{(df)}$	$\chi^2_{(df)}$ Nested Model	נתיב
.96	1176.9 ₍₂₎ ***	1642.3 ₍₁₈₄₎	מצב סוציו-אקונומי <<< מצוקה רגשית
.80	818.8 ₍₂₎ ***	1284.2 ₍₁₈₄₎	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי סטיגמה
.86	949.3 ₍₂₎ ***	1414.7 ₍₁₈₄₎	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים
.82	873.5 ₍₂₎ ***	1338.9 ₍₁₈₄₎	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים
1.00	1280.2 ₍₂₎ ***	1745.6 ₍₁₈₄₎	מצב סוציו-אקונומי <<< אוריינות בתחומי בריאות הנפש
.59	453.8 ₍₂₎ ***	919.2 ₍₁₈₄₎	חסמים מבוססי סטיגמה <<< מצוקה רגשית
.62	490.5 ₍₂₎ ***	955.9 ₍₁₈₄₎	חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים <<< מצוקה רגשית
.75	718.7 ₍₂₎ ***	1184.1 ₍₁₈₄₎	חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים <<< מצוקה רגשית
.62	496.8 ₍₂₎ ***	962.2 ₍₁₈₄₎	אוריינות בתחומי בריאות הנפש <<< מצוקה רגשית

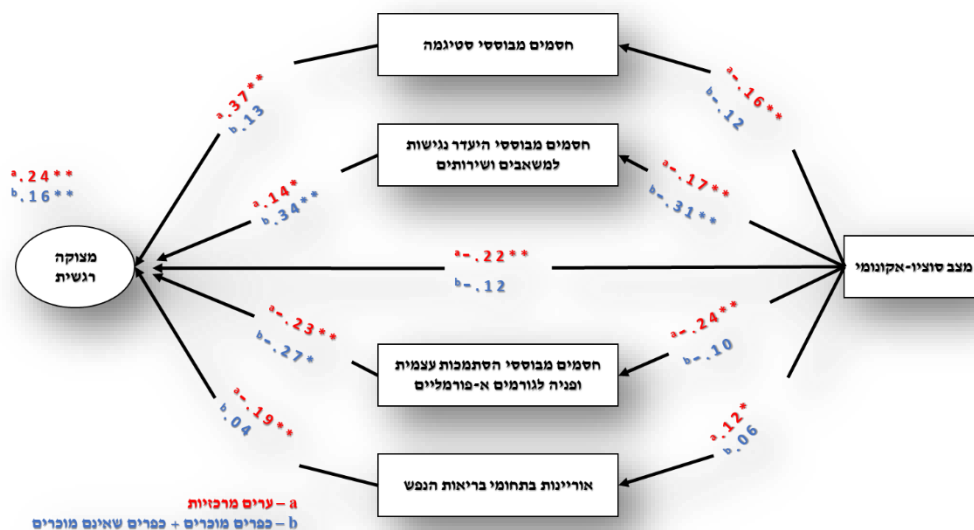
***p<.001

מובהקות הערכים הקריטיים נקבעה על פי בסיס ההשוואה לבחינת המיתונים אשר חושבו כ-
 $\Delta\chi^2$ שבין ערכי χ^2 במודלים המקוננים בהשוואה למדדי הנתוב הלא מקונן : $\chi^2=465.4_{(182)}$

¹⁶ ערך Cohen's d - עוצמת האפקט בבחינת ההבדל בין המודל המקונן לבין המודל הלא מקונן (Newsom, 2023). W<.1, גודל אפקט קטן; W<.3, גודל אפקט בינוני; W<.5 ומעלה, גודל אפקט גדול.

סביבת המגורים כגורם ממתן במודל הראשון

בבחינת סביבת המגורים, בהבחנה בין שתי קבוצות (הערים והעיירות המרכזיות מול הכפרים המוכרים והבלתי מוכרים כסביבת מגורים)¹⁷, כגורם הממתן את מודל הניבוי, נמצא כי המודל מנבא במידה שונה את רמות המצוקה הרגשית בקרב תושבים מסביבות המגורים השונות. עבור תושבי הערים והעיירות המרכזיות המודל מנבא 24 אחוזים מהשונות המוסברת של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת, ובקרב תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים המודל מנבא עד 16 אחוזים מהשונות המוסברת בלבד. אמנם כלל האפקטים הישירים במודל שמרו על כיוון המתאם באופן חיובי או שלילי בין תושבי סביבות המגורים השונות, אך ההבדלים בין תושבי הערים לבין תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים מתבטאים בהבדלים בעוצמתם ובמובהקותם של כלל האפקטים הישירים במודל כפי שנמצאו בין תושבי סביבות המגורים השונות (להרחבה ראו את עוצמת האפקטים הישירים בתרשים 3 ואת ערכי $\Delta\chi^2$ המפורטים בלוח 10).



תרשים 3 - מודל משוואות מבניות לבחינת מודל המחקר לניבוי מצוקה רגשית – סביבת המגורים כגורם ממתן

הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). $**p < .01$, $***p < .001$.

¹⁷ כשני שלישי (68.2%) ממשתתפי מדגם המחקר מתגוררים בערים הערביות-בדואיות המרכזיות, כחמישית מהם (18.4%) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואים שאינם מוכרים והיתר (13.4%) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואיים המוכרים אך שאינם מפותחים. בעוד התפלגות סביבת המגורים בקרב משתתפי מדגם המחקר דומה בקירוב להתפלגותם בחברה הערבית בדואית בנגב, הוחלט לאחד את תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים לכדי קבוצת אחת על מנת לאפשר למבנה הנתונים במודל המשוואות המבניות לעמוד בקריטריון של מינימום 20 נבדקים לכל משתנה במודל (Jackson D. L., 2003). החלטה זו התקבלה על סמך הדמיון המאפיין את תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים בכל הקשור להיעדר המשאבים ופערי הפיתוח בין שתי סביבות המגורים הללו.

סביבת המגורים נמצאה כמתנת באופן מובהק את האפקט הישיר בין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקה רגשית כך שנמצא מתאם אפקט ישיר גבוה יותר ומובהק בקרב תושבי הערים והעיירות המרכזיות ($\beta_{(\text{direct effect})} = -.22, p < .01$) מאשר המתאם שנמצא כנמוך ולא מובהק בקרב תושבי הכפרים ($\beta_{(\text{direct effect})} = -.12, p > .05$). בבחינת כלל נתיבי התיווך נמצא כי האפקט העקיף הכולל הינו מובהק וגבוה יותר עבור תושבי הכפרים ($\beta_{(\text{total indirect effect})} = -.09, p < .05$) לעומת האפקט העקיף הכולל אשר נמצא כלא מובהק בקרב תושבי הערים ($\beta_{(\text{total indirect effect})} = -.05, p > .05$). ערך אפקט המתאם הכולל שבין מצב סוציו אקונומי לבין מצוקות רגשיות נותר גבוה יותר בקרב תושבי הערים ($\beta_{(\text{total effect})} = -.27, p < .01$) לעומת האפקט הכולל שנמצא בקרב תושבי הכפרים ($\beta_{(\text{total effect})} = -.21, p < .05$).

לוח 10 - בחינת סביבת המגורים כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (Unnested Model) אל מול ערכי המודלים המקוננים (Nested Model) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות.

W^{18}	$\Delta\chi^2_{(df)}$	$\chi^2_{(df)}$ Nested Model	נתיב
.98	1224.7 ⁽²⁾ ***	1642.3 ⁽¹⁸⁴⁾	מצב סוציו-אקונומי <<< מצוקה רגשית
.80	811.2 ⁽²⁾ ***	1228.8 ⁽¹⁸⁴⁾	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי סטיגמה
.86	947.7 ⁽²⁾ ***	1365.3 ⁽¹⁸⁴⁾	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים
.82	856.2 ⁽²⁾ ***	1273.8 ⁽¹⁸⁴⁾	מצב סוציו-אקונומי <<< חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים
1.00	1278.9 ⁽²⁾ ***	1696.5 ⁽¹⁸⁴⁾	מצב סוציו-אקונומי <<< אוריינות בתחומי בריאות הנפש
.59	445.9 ⁽²⁾ ***	863.5 ⁽¹⁸⁴⁾	חסמים מבוססי סטיגמה <<< מצוקה רגשית
.61	468.2 ⁽²⁾ ***	885.8 ⁽¹⁸⁴⁾	חסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים <<< מצוקה רגשית
.76	732.1 ⁽²⁾ ***	1149.7 ⁽¹⁸⁴⁾	חסמים מבוססי הסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים <<< מצוקה רגשית
.63	503.0 ⁽²⁾ ***	920.6 ⁽¹⁸⁴⁾	אוריינות בתחומי בריאות הנפש <<< מצוקה רגשית

***p<.001

מובהקות הערכים הקריטיים נקבעה על פי בסיס ההשוואה לבחינת המיתונים אשר חושבו כ- $\Delta\chi^2$ שבין ערכי χ^2 במודלים המקוננים בהשוואה למדדי הנתב הלא מקונן : $\chi^2=417.57_{(182)}$

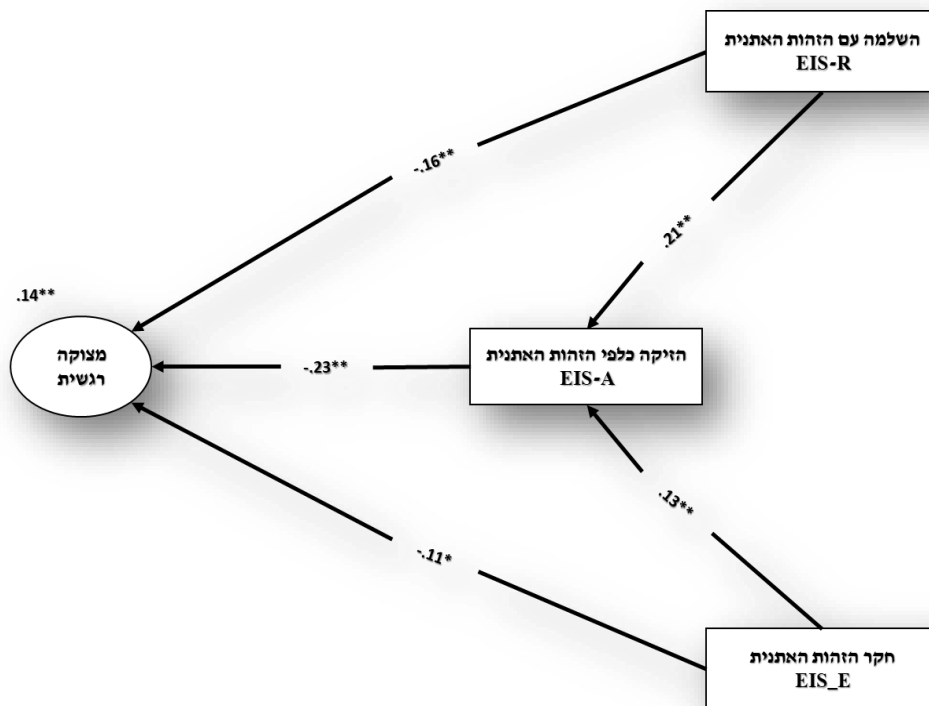
¹⁸ ערך Cohen's d - עוצמת האפקט בבחינת ההבדל בין המודל המקונן לבין המודל הלא מקונן (Newsom, 2023). $W < .1$, גודל אפקט קטן ; $w < .3$, גודל אפקט בינוני ; $w < .5$ ומעלה, גודל אפקט גדול.

המודל השני לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם

הזהות האתנית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב

מודל המחקר השני נמצא כמנבא עד כדי 14 אחוזים מהשונויות המוסברות של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת. בבחינת מודל לניבוי עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית בדואית בנגב, המסתמך על רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, נמצא כמודל ניבוי הולם ובעל מדדי התאמה העומדים בתנאי הסף: $.CMIN/DF=1.84, GFI=.96, IFI=.96, TLI=.94, CFI=.96, \& RMSEA=.04$.

במודל נמצאו אפקטים ישירים שליליים ומובהקים בין שלושת רכיבי הזהות האתנית לבין מצוקה רגשית; ההשלמה עם הזהות האתנית ($\beta_{(direct\ effect)}=-.16, p<.01$), חקר הזהות האתנית ($\beta_{(direct\ effect)}=-.11, p<.05$) והזיקה כלפי הזהות האתנית ($\beta_{(direct\ effect)}=-.23, p<.01$) באופן שמצביע על כך שככל שהאדם שלם יותר עם שיוכו לחברה הערבית בדואית-בנגב, ככל שקיים עיסוק גובר בלמידה וחקר כלפי משמעות השיוך האתני לקבוצה זו וככל שתחושת הזיקה הינה גבוהה וחיובית יותר כך האדם ייטה לחוות רמות נמוכות יותר של מצוקות רגשיות. (ראו תרשים 4).



תרשים 4 מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית

הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). $*p<.05, **p<.01$.

האפקטים הכוללים והעקיפים במודל - רכיב הזיקה האתנית כגורם מתווך במודל המחקר השני

שני נתיבי האפקטים העקיפים לניבוי מצוקה רגשית על ידי חקר הזהות האתנית ($\beta_{(\text{indirect effect})} = -.03$), וההשלמה עם הזהות האתנית ($p < .05$) וההשלמה עם הזהות האתנית ($\beta_{(\text{indirect effect})} = -.05, p < .01$) בתיווך רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית נמצאו כאפקטים עקיפים מובהקים. בתיווכו של רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית האפקטים הכוללים במודל, הן של רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית והן של רכיב חקר הזהות האתנית, גוברים בהשוואה לאפקטים הישירים של רכיבים אלו כגורמים המנבאים מצוקה רגשית. האפקט הכולל של ההשלמה עם הזהות האתנית ($\beta_{(\text{total effect})} = -.21, p < .001$) נמצא כגבוה יותר מאשר האפקט הכולל של חקר הזהות האתנית ($\beta_{(\text{total effect})} = -.14, p < .01$) כמנבאי מצוקה רגשית, ובעבור שני האפקטים הכולל נמצא שכלל ורמות רכיבי הזהות האתנית גבוהים יותר הדבר נמצא כבכל מתאם שלילי לדיווח על מצוקות רגשיות (ראו ערכי $\beta_{(\text{Indirect Effect})}$ בלוח 11).

לוח 11 - אפקטים עקיפים במודל 2 לניבוי המצוקה הרגשית - בחינת רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית כגורם מתווך

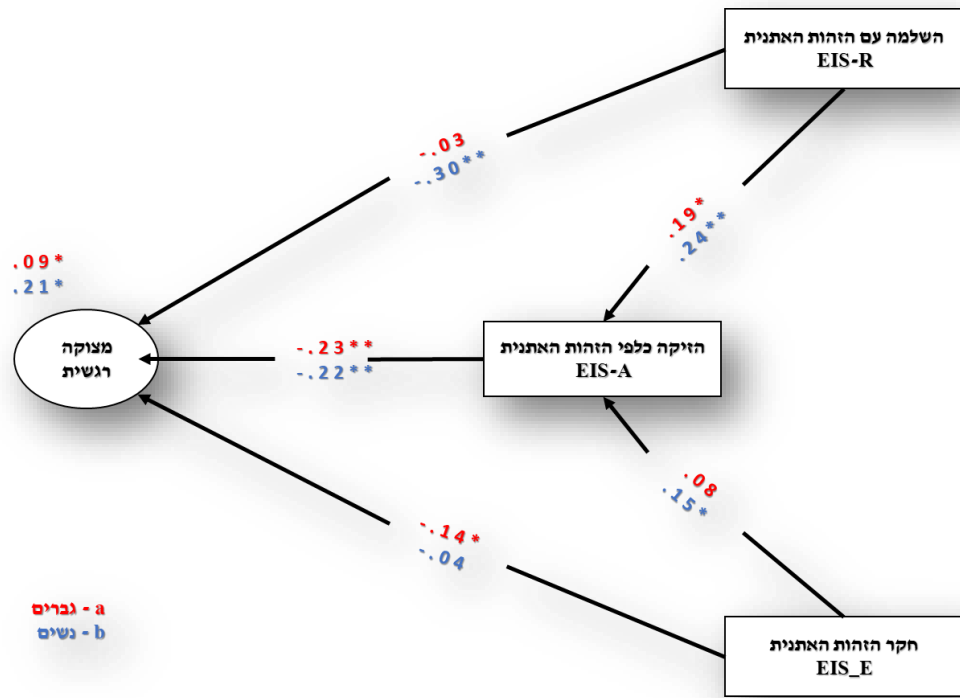
Z_{Sobel}^{19}	β (Indirect Effect)	β (Direct Effect b')	β (Direct Effect a')	מצוקה רגשית	Direct Effect b'	גורם מתווך	Direct Effect a'	השלמה עם הזהות האתנית
-2.91**	-.05	-.23**	.21**	מצוקה רגשית	<<<	זיקה כלפי הזהות האתנית	<<<	השלמה עם הזהות האתנית
-2.37*	-.03	-.23**	.13**	מצוקה רגשית	<<<	זיקה כלפי הזהות האתנית	<<<	חקר הזהות האתנית

p<.05, *p<.001

¹⁹ ערך Z_{Sobel} משמש לאמוד את טיבו של כל נתיב תיווך בנפרד, הן בבחינת עוצמתו והן בבחינת עוצמת מובהקותו. ערך $Z_{\text{Sobel}} = +1.96$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .05$ ואילו ערך $Z_{\text{Sobel}} = +2.58$ לכל הפחות משקף רמת מובהקות דו-זנבית בעוצמה של $p < .01$ (Abu-Bader & Jones, 2021; Preacher & Leonardelli, 2023). להרחבה ראו פרק [פרוטוקול בחינת טיב התאמת המודלים ובחינת טיב המתאמים העקיפים במודל](#).

מגדר כגורם ממתן במודל המחקר השני

בבחינת המגדר כגורם הממתן את מודל הניבוי, נמצא כי המודל מנבא באופן שונה את רמות המצוקה הרגשית בקרב הגברים לעומת מידת הניבוי בקרב הנשים. בעוד בעבור גברים המודל מנבא 9 אחוזים בלבד מהשונויות המוסברות של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת, בקרב הנשים המודל מנבא עד 21 אחוזים מהשונויות המוסברות. זאת על סמך האפקטים הישירים בין שלושת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה הם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית תוך שימוש ברכיב הזיקה כגורם מתווך עבור שני רכיבי הזהות האתנית הנוספים. המגדר נמצא כגורם הממתן באופן מלא את המודל בטיבם של האפקטים, הן בהבדלים בעוצמתם והן בהבדלים במובהקותם, וזאת על סמך ההבדלים מגדריים המובהקים אשר נמצאו בכלל הנתבים בבחינת המודלים המקוננים (להרחבה ראו את עוצמת האפקטים הישירים בתרשים 5 ואת ערכי $\Delta\chi^2$ המפורטים בלוח 12).



תרשים 5 - מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית - מגדר כגורם ממתן

הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). $*p < .05$, $**p < .01$.

לוח 12 - בחינת המגדר כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקוון (Unested Model) אל מול ערכי המודלים המקוונים (Nested Model) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות.

²⁰ W	$\Delta\chi^2_{(df)}$	$\chi^2_{(df)}$ Nested Model	נתיב
1.16	1739.1 ^{(2)***}	1975.6 ⁽¹³²⁾	השלמה עם הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
1.30	2172.0 ^{(2)***}	2408.5 ⁽¹³²⁾	הזיקה כלפי הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
1.29	2147.6 ^{(2)***}	2384.1 ⁽¹³²⁾	חקר הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
.32	134.0 ^{(2)***}	370.5 ⁽¹³²⁾	השלמה עם הזהות האתנית <<< הזיקה כלפי הזהות האתנית
.56	404.6 ^{(2)***}	641.1 ⁽¹³²⁾	חקר הזהות האתנית <<< הזיקה כלפי הזהות האתנית

***p<.001

מובהקות הערכים הקריטיים נקבעה על פי בסיס השוואה לבחינת המיתונים אשר חושבו כ- $\Delta\chi^2$ שבין ערכי χ^2 במודלים המקוונים בהשוואה למדדי הנתיב הלא מקוון : $\chi^2=236.5_{(130)}$

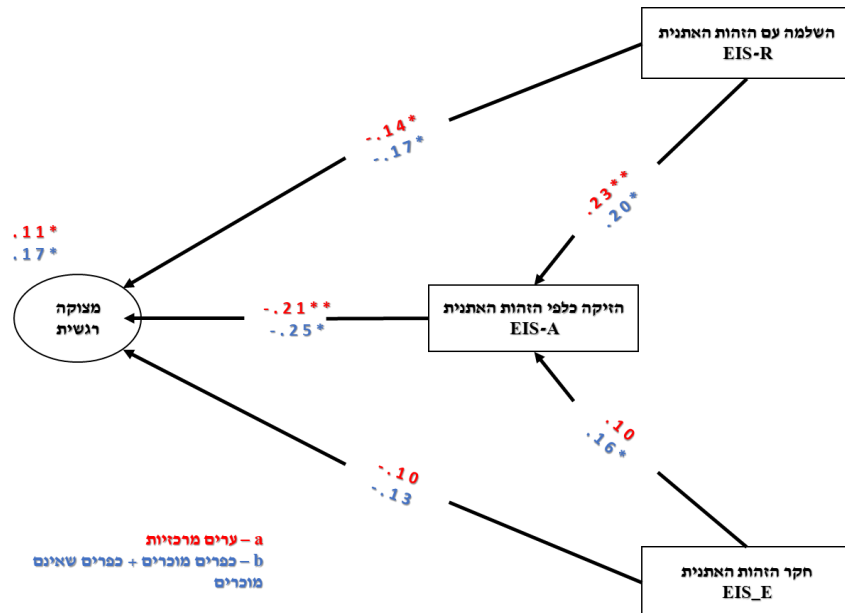
המגדר ממתן באופן מובהק את כלל האפקטים הישירים בין רכיבי הזהות האתנית לבין עוצמת המצוקה הרגשית ובעיקר את האפקטים הישירים שבין ההשלמה עם הזהות ובין חקר הזהות כלפי מצוקה רגשית. בעוד ההשלמה עם הזהות אתנית נמצאה כבעלת אפקט ישיר מובהק כלפי המצוקה הרגשית בקרב נשים בלבד ($\beta_{(direct\ effect)}=-.30, p<.01$) בקרב הגברים רכיב זהות אתנית זה נמצא כבעל אפקט ישיר לא מובהק ($\beta_{(direct\ effect)}=-.03, p>.05$), כלומר למידה בה נשים שלמות עם היותן חלק מהחברה הערבית-בדואית בנגב ישנה משמעות רבה יותר בצמצום הופעתן של מצוקות רגשיות מאשר משמעות מידת השלמה זו בעבור הגברים. בנוגע לרכיב חקר הזהות האתנית תוצאות המחקר מציגות את הבבואה ההפוכה; חקר הזהות האתנית נמצאה כבעלת אפקט ישיר מובהק כלפי מצוקה רגשית בקרב הגברים ($\beta_{(direct\ effect)}=-.14, p<.05$) אולם בקרב הנשים אפקט ישיר זה אינו מובהק ($\beta_{(direct\ effect)}=-.04, p>.05$) מה שמעיד כי להליכי חקר ולמידה כלפי משמעות השייך לחברה הערבית-בדואית בנגב ישנה משמעות רבה יותר בעבור הגברים מאשר בעבור לנשים.

המיתון המגדרי מתבטא גם כן בבחינת האפקטים הכוללים במודל המחקר השני. נמצא כי האפקטים הכוללים הן של רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית והן של רכיב חקר הזהות האתנית נותרו דומים בטיב מובהקותם לטיבם של האפקטים הישירים של רכיבי זהות אתנית אלו, אם כי נמצאו כבעלי אפקט כולל גבוה יותר בהשוואה לאפקט הישיר. האפקט הכולל של רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית נמצא כמובהק בעבור הנשים ($\beta_{(total\ effect)}=-.36, p<.001$) וכאפקט כולל שאינו מובהק בעבור הגברים ($\beta_{(total\ effect)}=-.07, p>.05$) ובד בבד נמצא כי האפקט הכולל של רכיב חקר הזהות האתנית נמצא כמובהק בעבור הגברים ($\beta_{(total\ effect)}=-.16, p<.05$) ואילו כאפקט כולל שאינו מובהק בעבור הנשים ($\beta_{(total\ effect)}=-.07, p>.05$).

²⁰ ערך Cohen's d - עוצמת האפקט בבחינת ההבדל בין המודל המקוון לבין המודל הלא מקוון (Newsom, 2023). $W<.1$, גודל אפקט קטן; $w<.3$, גודל אפקט בינוני; $w<.5$ ומעלה, גודל אפקט גדול.

סביבת המגורים כגורם ממתן במודל המחקר השני

בבחינת סביבת המגורים, בהבחנה בין שתי קבוצות (הערים והעיירות המרכזיות אל מול הכפרים המוכרים והבלתי מוכרים כסביבת מגורים)²¹ כגורם הממתן את מודל הניבוי, נמצא כי המודל מנבא באופן שונה את רמות המצוקה הרגשית בקרב תושבים מסביבות המגורים השונות. עבור תושבי הערים והעיירות המרכזיות המודל מנבא 11 אחוזים מהשונות המוסברת של עוצמת המצוקה הרגשית המדווחת, בקרב תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים המודל מנבא עד 17 אחוזים מהשונות המוסברת. זאת על סמך האפקטים הישירים בין שלושת רכיבי הזהות האתנית; חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם הזהות האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית תוך שימוש ברכיב הזיקה כגורם מתווך עבור שני רכיבי הזהות האתנית הנוספים. סביבת המגורים נמצאה כגורם הממתן באופן מלא את המודל בטיבם של האפקטים, הן בהבדלים בעוצמתם והן בהבדלים במובהקותם, וזאת על סמך ההבדלים אשר נמצאו בכלל הנתונים בבחינת המודלים המקוננים (להרחבה ראו את עוצמת האפקטים הישירים בתרשים 6 ואת ערכי $\Delta\chi^2$ המפורטים בלוח 13).



תרשים 6 - מודל משוואות מבניות לניבוי רמות המצוקה הרגשית על ידי רכיבי הזהות אתנית: חקר, השלמה וזיקה עם הזהות האתנית - סביבת מגורים כגורם ממתן

הערה: כלל מקדמי המתאמים המובאים בתרשים הינם מקדמים מתוקננים (ערכי β). $p < .05$, $**p < .01$.

²¹ כשני שלישי (68.2%) ממשתתפי מדגם המחקר מתגוררים בערים הערביות-בדואיות המרכזיות, כחמישית מהם (18.4%) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואים שאינם מוכרים והיתר (13.4%) מתגוררים בכפרים הערבים-בדואיים המוכרים אך שאינם מפותחים. בעוד התפלגות סביבת המגורים בקרב משתתפי מדגם המחקר דומה בקירוב להתפלגותם בחברה הערבית בדואית בנגב, הוחלט לאחד את תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים לכדי קבוצת אחת על מנת לאפשר למבנה הנתונים במודל המשוואות המבניות לעמוד בקריטריון של מינימום 20 נבדקים לכל משתנה במודל (Jackson D. L., 2003). החלטה זו התקבלה על סמך הדמיון המאפיין את תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים בכל הקשור להיעדר המשאבים ופערי הפיתוח בין שתי סביבות המגורים הללו.

לוח 13 - בחינת סביבת המגורים כגורם ממתן למודל הניבוי באמצעות השוואת המודל הלא מקונן (Unested Model) אל מול ערכי המודלים המקוננים (Nested Model) על פי ערכים קריטיים לקביעת מובהקות.

^{22}W	$\Delta\chi^2_{(df)}$	$\chi^2_{(df)}$ Nested Model	נתיב
1.14	1651.7 ⁽²⁾ ***	1890.7 ₍₁₃₂₎	השלמה עם הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
1.28	2072.0 ⁽²⁾ ***	2311.0 ₍₁₃₂₎	הזיקה כלפי הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
1.29	2123.8 ⁽²⁾ ***	2362.8 ₍₁₃₂₎	חקר הזהות האתנית <<< מצוקה רגשית
.33	136.3 ⁽²⁾ ***	375.3 ₍₁₃₂₎	השלמה עם הזהות האתנית <<< הזיקה כלפי הזהות האתנית
.57	413.6 ⁽²⁾ ***	652.6 ₍₁₃₂₎	חקר הזהות האתנית <<< הזיקה כלפי הזהות האתנית

***p<.001

מובהקות הערכים הקריטיים נקבעה על פי בסיס ההשוואה לבחינת המיתונים אשר חושבו כ- $\Delta\chi^2$ שבין ערכי χ^2 במודלים המקוננים בהשוואה למדדי הנתיב הלא מקונן : $\chi^2=239_{(130)}$

המיתון המגדרי מתבטא בבחינת האפקטים העקיפים במודל המחקר השני. נמצא כי בעוד האפקט הישיר של רכיב חקר הזהות האתנית אינו מובהק עבור תושבי שתי סביבות המגורים, כלומר ישנה משמעות פחותה לעיסוק מעמיק בחקר והיכרות עם השיוך האתני כערביים-בדואיים בעבור שתי סביבות המגורים, האפקט העקיף של רכיב זה בניבוי מצוקה רגשית נמצא כמובהק בעבור תושבי הכפרים ($\beta_{(indirect\ effect)}=-.04, p<.05$) לעומת האפקט העקיף שנמצא בעבור תושבי הערים ($\beta_{(indirect\ effect)}=-.02, p>.05$) באופן בו הזיקה כלפי הזהות מתווכת את האפקט בעבור תושבי הכפרים בלבד.

האפקט הכולל של רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית נמצא כאפקט מובהק הן בעבור תושבי הערים ($\beta_{(total\ effect)}=-.18., p<.01$) והן בעבור תושבי הכפרים ($\beta_{(total\ effect)}=-.22, p<.05$) ובד בבד נמצא כי האפקט הכולל של רכיב חקר הזהות האתנית נמצא כמובהק באופן גבולי הן בעבור תושבי הערים ($\beta_{(total\ effect)}=-.12, p=.053$) והן בעבור תושבי הכפרים ($\beta_{(total\ effect)}=-.17, p=.054$).

²² ערך Cohen's d - עוצמת האפקט בבחינת ההבדל בין המודל המקונן לבין המודל הלא מקונן (Newsom, 2023). $W<.1$, גודל אפקט קטן ; $w<.3$, גודל אפקט בינוני ; $w<.5$ ומעלה, גודל אפקט גדול.

המחקר הנוכחי עשה שימוש ראשוני בבחינת מודלים אשר ביכולתם להסביר ולנבא את רמות המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב. לצורך כך נבחר מנגנון למתן הסבר לרמות המצוקה הרגשית בשקלול החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, במקביל להצבת זרקור על זהותם הערבית-בדואית הייחודית ותפקידה בניבוי מידת הדיווח על מצוקה רגשית. המחקר הנוכחי שם דגש רב על המורכבויות הרבות הקיימות בחברה הערבית-בדואית בנגב, ולא התייחס לחברה זו כאל מקשה אחת. המחקר זיהה שני צירים מרכזיים לבחינת דיווח על מצוקות רגשיות בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב: ציר המגדר בהבחנה בין גברים לנשים וציר סביבת המגורים בהבחנה בין תושבי הערים והעיירות המרכזיות (רהט, חורה, ערעה-בנגב, שגב שלום, תל-שבע, לקייה וכסייפה), בין התושבים המתגוררים בשתי המועצות הערביות-בדואיות האזוריות נווה מדבר ואל-קאסום לבין יתר התושבים אשר מתגוררים בכפרים שאינם מוכרים.

רקע נפשי, דפוסי התמודדות ומצוקה רגשית

על מנת להתחקות אחר הרקע הנפשי של משתתפי המחקר ואחר דפוסי התמודדותם, האם פנו או נמנעו מפנייה לקבלת טיפול נפשי, נערכו ניתוחים מקדימים עבור כלל משתתפי המחקר לבחינת רקע בהתמודדות עם אירועים נפשיים בעבר. בהקשר זה, לא דווח על פערים מובהקים בין גברים לנשים או בין תושבי סביבות המגורים השונות בהתמודדות עם רקע נפשי. הספרות הידועה, כמו גם תוצאות המחקר הנוכחי, מצביעות על הסבירות הגבוהה בה פרטים מקבוצות מיעוט יבחרו להסתמך על גורמים בלתי-פורמליים, גורמי דת וגורמים מסורתיים לקבלת מזור ותמיכה נפשית (Amato & Bradshaw, 1985; Boldero & Fallon, 1995; Jackson, 2017; Rickwood & Braithwaite, 1994; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007; Struch, et. al, 2008). נמצאו הבדלים שונים, הן מגדריים והן בהבחנה בין סביבות מגורים, בדפוסי הפנייה בפועל לקבלת תמיכה בעת התמודדות עם מצוקות רגשיות מדווחות. ההבדלים נמצאו הן בפנייה לגורמי תמיכה בלתי-פורמליים והן בפנייה לקבלת תמיכה ומענה מהשירותים הפורמליים לבריאות הנפש. ממצאים מקדמיים של המחקר מצביעים כי בעתות מצוקה על רקע התמודדות נפשית והתמודדות עם מצוקות רגשיות מדווחות נמצא כי הנשים הערביות-בדואיות נטו לפנות לבני משפחה וחברים בהיקפים גבוהים יותר, זאת בדומה לממצאים במחקרים קודמים (Rickwood, Deane, Wilson, & Ciarrochi, 2005). עוד נמצא כי הגברים ותושבי הישובים הכפריים נטו לפנות לקבלת סיוע של גורמי סמכות (נבחר ציבורי, גורמי חוק ומשפט וכדומה) וגורמי דת. בסתירה לממצאים קודמים, בעת פנייה לשירותים הפורמליים, דיווחו הנשים הערביות-בדואיות בנגב בתדירות גבוהה יותר על דפוסי הימנעות מפנייה לשירותי בריאות הנפש הפורמליים כאשר נזקקו לכך, לעומת הגברים במדגם (Brand, Rodriguez-Monguio, & Volberg, 2018; Ennis, et al., 2019; Milner, Scovelle, & King, 2019).

שאלת המחקר הראשונה בחנה את רמות המצוקה הרגשית בחברה הערבית-בדואית בנגב בהבחנה מגדרית ובהבחנה על פי סוג יישוב המגורים. שוער כי נשים, כמו גם תושבי הכפרים, ידווחו על רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית מאשר גברים ותושבי הערים והעיירות המרכזיות. השערת המחקר הראשונה אוששה חלקית: בהיבט המגדרי נמצא כי נשים ערביות-בדואיות מפגינות רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית, בהשוואה לגברים הערביים-בדואים בנגב. ממצאים אלה עומדים בהלימה לתוצאות מחקרה של אבו-כף ועמיתיה (Abu-Kaf, Nakash, Hayat, & Cohen, 2020) כי החברה הערבית בישראל בכללה, והחברה הערבית-בדואית

בנגב בפרט, מתמודדת עם רמות גבוהות של מצוקה רגשית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית במדינה. מדובר במצוקה רגשית המתאפיינת בביטויי סימפטומים נרחבים של חרדה, דכאון וסומטיזציה ומקורה נובע משלושה תחומי אתגר עיקריים ברי השלכה על בריאות הנפש בחברה הערבית: האתגר הפוליטי, האתגר הכלכלי והאתגר החברתי-תרבותי. כל אלה נותנים את אותותיהם ביתר שאת בקרב הנשים הערביות-בדואיות (Abu-Kaf, 2019; Abu-Kaf, Nakash, Hayat, & Cohen, 2020; 2022 Kaplan, et al., 2010; Levav, et al., 2007; Nakash, et al., 2016). ניתן להסביר זאת, בין היתר ובהתאם לממצאים קודמים המציעים כי פרטים בחברות מיעוט במדינות רבות ממעטים ואף נמנעים מפנייה לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש (Dinwiddie, et. 2013; Gaskin, et. al. 2009; Gaskin, et. al. 2012a; 2012b; White, Haas, & Williams, 2012). כפי שנמצא, גם נכונותה של החברה הערבית בישראל לפנות לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש נמוכה ונמצאת מתחת לרף שהמדינה הגדירה כיעדי הנחת השימוש לאחר יישום הרפורמה בשירותי בריאות הנפש (מבקר המדינה, 2020). נכונותה של החברה הערבית-בדואית לפנות לשירותים הפורמליים לבריאות הנפש נמוכה, והפרטים בה מתמודדים עם חסמים רבים כחלק ממערך השיקולים הרבים התורמים להחלטתם אם לפנות לקבל סיוע מהשירותים הפורמליים לבריאות הנפש במדינה (Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023; Abo-Rass, Abu-Kaf, & Nakash, 2022; Abo-Rass, Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023; Al-Krenawi & Graham, 2011).

ממצאי המחקר הנוכחי מתכתבים עם הנחיות היסוד בתיאוריית שימור המשאבים (COR) של הובפול (Hobfoll, 1989), המדגישה את המתח הנובע מהמאבק לשמר משאבים בקרב אוכלוסיות מוחלשות. החברה הבדואית בנגב מתמודדת עם חסמים רבים, כגון נגישות מוגבלת לשירותי בריאות נפש ואוריינות נמוכה בתחום הבריאות, המובילים לאובדן משאבים אישיים וחברתיים ולהגברת המצוקה הרגשית. תיאוריה זו מסבירה כיצד המאבק המתמיד לשמר משאבים חיוניים עלול להוביל למצבים כרוניים של מתח וחרדה, דבר המשתקף היטב בממצאי המחקר. לדוגמה, נמצא כי נשים בדואיות מדווחות על רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית בהשוואה לגברים, מה שיכול להיות מוסבר על ידי אובדן משאבים חברתיים ואישיים כמו תמיכה משפחתית והערכה עצמית, הנובעים מאפליה ומחסומים חברתיים. בנוסף, הממצאים מצביעים על כך שתושבי הכפרים הלא מוכרים סובלים יותר מהיעדר נגישות לשירותי בריאות נפש ומדווחים על רמות גבוהות יותר של מצוקה רגשית בהשוואה לתושבי היישובים המוכרים. לפי תיאוריית ה-COR, מגבלות אלו עלולות להוביל לאובדן משאבים חומריים וחברתיים, ובכך להגביר את המתח והחרדה. יתר על כן, התיאוריה מציעה כי מיעוטים עשויים לאמץ אסטרטגיות הגנתיות כמו הימנעות מבקשת עזרה בשל חוסר אמון במוסדות, וזאת בהלימה לממצאי המחקר המצביעים על הרתיעה מפנייה לשירותי בריאות הנפש עקב חוסר אמון במערכת הבריאות.

רה-קטגוריזציה לסולם BACE

מרכיב מרכזי במחקר הנוכחי הוא הערכת מידת אוריינותו של הפרט ובחינת מידת רמת הבנתו בתחומי בריאות הנפש כגורם המהווה חסם או זרז לפנייה לשירותי בריאות הנפש. בהקשר זה, המחקר הנוכחי התבסס

על סולם BACE (Clement & et al., 2012) הכולל 32 חסמים שונים עימם עלול להתמודד הפרט בעת פנייה לשירותי בריאות הנפש וסולם MHLS (O'Connor & Casey, 2015). סולם BACE מסווג את מגוון החסמים לשלוש קטגוריות ראשיות: חסמים מבוססי סטיגמה, חסמים א-סטיגמתיים וחסמים אינסטרומנטליים לפנייה לשירותי בריאות הנפש (Abo-Rass, Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023; Clement & et al., 2012). עם זאת, בעת שימוש בשלוש קטגוריות החסמים הראשיות, ניכרת חפיפה רבה בין החסמים השונים, ולכן לא ההבחנה לא ברורה דיה כדי לעמוד על טיבם של החסמים במסגרת מאפייניה הייחודיים של החברה הערבית-בדואית בנגב. מתוך כך ומתוך מחשבה שיש צורך לייצר שונות משמעותית בין החסמים השונים, המחקר הנוכחי מציע חלוקה מחודשת של שאלון BACE לחמש קטגוריות חסמים נבדלות (Matzri, Abu-Kaf, & Braun-Lewensohn, 2023) לפי הפירוט הבא:

(א) חסמים המבוססים על החשש מההשלכות כלכליות בפנייה לטיפול נפשי: החשש שהטיפול יגרור פגיעה באופק התעסוקתי של האדם או פניות מוגבלת וזמינות נמוכה של האדם לאור העול והמחויבות התעסוקתית שלו. בעת בחינת המודל במחקר הנוכחי, ניתן משקל לנסיבות הייחודיות של החברה הערבית-בדואית בנגב כמיעוט הסובל ממצוקות כלכליות ופערים חברתיים משמעותיים (אבו-קשק ומנדלס, 2020; הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2019; ספקטור-בן ארי, 2013; תירוש ואייל, 2018; Abu-Kaf, Schejter, 2018; Keinan & Bar, 2007; Al-Said, Braun-Lewensohn, & Sagy, 2018; & Abu-Jaffar, 2019).

(ב) חסמים המבוססים על נטייתו של האדם לפנות לגורמים בלתי-פורמליים לקבלת טיפול נפשי ונטייתו להסתמכות עצמית בהתמודדות עם אתגרים נפשיים ומצוקות רגשיות: המידה שבה האדם יעדיף להסתמך על כוחותיו ויכולותיו להתמודד עם קשיים או, לחלופין, המידה בה האדם נוטה להימנע מעיסוק בקשיים ומתכחש לעצם קיומה של בעיה או לצורך בפנייה לקבלת סיוע מקצועי, יחד עם הנטייה לקבלת סיוע מגורמים דתיים, אלטרנטיביים או מחברים וקרובי משפחתו כחלופה לטיפול מקצועי. בחברה הערבית-בדואית יש חשיבות מכרעת למשפחה בפרט (Abu-Kaf, 2019) ולהימצאותם של גורמים בלתי-פורמליים נוספים (Ayalon, et. al, 2015; Azaiza, 2006; Nakash, et al., 2016) במתן מזור למצוקות רגשיות.

(ג) חסמים המבוססים על המחסור והיעדר השירותים לבריאות הנפש אשר מותאמים תרבותית ונגישים לאדם: המידה בה קיימים שירותים טיפוליים ומרפאות לבריאות הנפש הנגישים לאדם בסביבתו, שירותים רפואיים אשר נחוץ בעבר באופן חיובי ובעלות התואמת את יכולותיו הכלכליות, וכן מותאמות בשפה ובתרבות למטופלים. בהקשר זה נמצא כי קיים מספר מועט ביותר של מרפאות הזמינות לרשות החברה הערבית בכלל בישראל ולרשות החברה הערבית-בדואית בנגב בפרט²³, וכי המענה העומד לרשותם בתחומי בריאות הנפש

²³ סקירה עצמית, עורך המחקר, 22 באוגוסט 2023. רשימת היישובים בחברה הערבית בהן פועלת תחנה ו/או מרפאה נסקרה על ידי עורך המחקר בהסתמך על מנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות לאיתור מרפאות ותחנות לשירותי בריאות הנפש. עורך המחקר סקר בתאריך 22 באוגוסט 2023 את רשימת המרפאות המלאה אשר מפורסמת במנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות.

מוגבל בנגישותו בשל תשתית תחבורה ציבורית דלה (Keinan & Bar, 2007) והוא אינו מותאם דיו בהיבטי השפה והתרבות (Al-Krenawi, 2009 ; Shibli, Aharonson-Daniel, & Feder-Bubis, 2021).

(ד) **חסמים מבוססי חששות ודאגות מהשלכות הפנייה לטיפול על ההורות ועל התא המשפחתי** : חסמים כתוצאה מדאגה כי עצם הפנייה לטיפול תטיל ספק ביכולותיו ההוריות של האדם, עד כדי הוצאת הילדים מחזקתו, או פגיעה בדימוי ההורי בפני סביבתו וילדיו להשלכות אלה, ובפרט להיבטים אשר עלולים להשליך על הילדים באופן ישיר ועקיף. לחסמים אלה חשיבות מכרעת מאחר ובחברה הערבית-בדואית ילדים נתפסים כערך עליון ואף נכס משפחתי שיש לגונן עליו (Marey-Sarwan, Keller, & Otto, 2015). ניכרים לחץ וציפייה חברתית מובנית לשמור על התפקידים ההוריים המקובלים, ובתוך כך ניתן משקל כבד לתפקיד ההורי בגידול הילדים. פגיעה בתפקוד ההורי עלולה לסכן את המעמד החברתי של ההורה במשפחתו המורחבת ובתפיסה החברתית כלפיו (Abu-Kaf, 2019).

(ה) **חסמים המבוססים על שיקולים מבוססי סטיגמה לפנייה לקבלת סיוע נפשי** : המידה בה האדם חושש מעצם התייג שנושאת עימה הפנייה לטיפול נפשי, החשש מהתפיסות בתא המשפחתי המצומצם והמורחב ומהתפיסות החברתיות שהפנייה לטיפול תשית על האדם, וכן הסנקציות האפשריות שתפיסות שליליות אלה עלולות להביא עמן (Matzri, Abu-Kaf, & Braun-Lewensohn, 2023). החלוקה המוצעת לחמש קטגוריות החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש מאפשרת לבחון את ההבדלים הדקים שבין החסמים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, כפי שהם באים לידי ביטוי בקרב המיעוט הערבי-בדואי. עם זאת, ניתן להניח כי חלוקה קטגורית זו רלוונטית גם עבור קבוצות מיעוט תרבותיות-אתניות אחרות. אימוץ חלוקה זו במסגרת המחקר הנוכחי איפשר בחינה מעמיקה ורב-ממדית של חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב כקבוצה בעלת מאפיינים של קבוצת מיעוט מוחלשת, בדגש על היותה חברה קולקטיביסטית, כבחינה בהקשר החברתי והתרבותי. החלוקה הקטגורית המוצעת תורמת להבחנת הדקויות שבין החסמים, להבנה מעמיקה של גורמים ייחודיים המשפיעים על הנכונות לפנות לשירותי בריאות הנפש, תוך זיקה חשובה לטיב קשריהם עם האחרים בסביבתם החברתית ולגבי עמידה בתפקידיהם החברתיים, ההוריים ובתפקידיהם התעסוקתיים. אימוץ חלוקה זו במחקרים עתידיים יאפשר הבחנה מעמיקה ורב-ממדית, כמו זו שנערכה במחקר הנוכחי, תוך קידום משמעותי של הידע וההבנה בנוגע לגורמים המשפיעים על בריאות הנפש בקרב קבוצות מיעוט עם דגש קולקטיבי משמעותי, תוך פיתוח התערבויות יעילות יותר לקידום הבריאות הנפשית.

החיפוש נערך ללא סננים על מנת להפיק את רשימת מרפאות בריאות הנפש המלאה כפי שפורסמה על ידי המשרד. החיפוש הניב רשימה של 867 תחנות ומרפאות בפריסה ארצית המעניקות שירותי בריאות נפש בישראל. הדיווח המתואר לעיל מתייחס ליישובים בהם פועלת לכל הפחות מרפאה ואו תחנה אחת לשירותי בריאות הנפש. הרשימה אינה כוללת מרפאות ביישובים הטרוגניים בהם קיימת אוכלוסייה ערבית (כדוגמת עכו, לוד ואחרים). לעיון במנוע איתור מרפאות בריאות הנפש:

https://www.gov.il/he/Departments/DynamicCollectors/mental-health-clinics-list?skip=0&clinic_name=%D7%9E%D7%96%D7%A8%D7%97%20%D7%99%D7%A8%D7%95

חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש

שאלת המחקר השנייה עסקה בבחינת החסמים עימם מתמודדת החברה הערבית-בדואית בנגב לפנייה לשירותי בריאות הנפש, בזרזים העומדים לרשותה לפנייה לשירותים אלה וכיצד מערך החסמים והזרזים מנבא מצוקות רגשיות בקרה החברה הערבית-בדואית בנגב. השערת המחקר השנייה גרסה כי החסמים מבוססי הנגישות לשירותי בריאות הנפש, מבוססי הסטיגמה, מבוססי הסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים למתן טיפול יהוו חסמים מרכזיים בחברה הערבית-בדואית בנגב לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש. כמו כן, שוער כי נשים תדווחנה על התמודדות עם חסמים אלה באופן שונה מאופן התמודדותם של גברים. בנוסף, שוער כי נשים ותושבי הכפרים ידווחו על רמות מצוקה רגשית גבוהות יותר, בהשוואה לגברים ולתושבי הערים והעיירות המרכזיות. השערת מחקר זו לבחינת החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש אוששה באופן חלקי.

במחקר הנוכחי נמצא כי שלוש קבוצות החסמים המרכזיות התורמות לדיווח על רמה גוברת של מצוקה רגשית הן: קבוצת החסמים המבוססים על נטייתו של האדם לפנות לגורמים בלתי-פורמליים לקבלת טיפול נפשי ונטייתו להסתמכות עצמית בעת התמודדות עם מצוקות, קבוצת החסמים מבוססי הסטיגמה וקבוצת החסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים. הגברים דיווחו על שימוש רב יותר, ביחס לנשים, בקבוצת החסמים הראשונה ונטו יותר להסתמך על עצמם ועל גורמים בלתי-פורמליים לקבלת מענה בתחומי בריאות הנפש. בנוסף, תושבי הערים והעיירות המרכזיות התמודדו במידה פחותה עם חסמים המבוססים על היעדר נגישות לשירותים ומשאבים, ביחס לתושבי הכפרים המוכרים ותושבים הכפרים הבלתי מוכרים. בבחינת הזרזים נמצא כי הנשים הביעו רמות אוריינות גבוהות יותר בתחומי בריאות הנפש, ביחס למידת אוריינותם של הגברים. הבחינה האמפירית במחקר הנוכחי התבססה על סקירה תיאורטית שכוללת שני מערכים מרכזיים של חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש: **חסמים סובייקטיביים-אישיים** וחסמים **אובייקטיביים-מבניים** (Alegria, Canino, & Pescosolido, 2009; Collins & et al, 2004; Whaley, 2001). החסמים הסובייקטיביים-אישיים כללו מספר היבטים אשר מהווים חסם לפנייה לשירותי בריאות הנפש: **חשיפה לסטיגמה**, הן ברמת הפרט והן ברמה החברתית, כמו גם תפיסות רווחות כלפי מערכת בריאות הנפש לכשעצמה (Corrigan, 2004; Lucksted & Drapalski, 2015; Livingston & Boyd, 2010), **הסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים** (Rickwood & Braithwaite, 1994; Rickwood, Deane, & Wilson, 2007) לקבלת סיוע נפשי, כמו גם **נטייה להסתמכות עצמית** (Farrand, Perry, Lee, & Parker, 2006; Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) בעת התמודדות עם מצוקות רגשיות. זאת בנוסף **לאוריינות נמוכה בתחומי בריאות הנפש** המצמצמת את הבנתו של הפרט בתחום ואת נכונותו לפנות לבקשת סיוע (Biddle, Donovan, Sharp, & Gunnell, 2007). חסם האוריינות הדלה בתחומי בריאות הנפש מקבל משמעות יתרה בחברות מיעוט בכלל (Kontos, et. al., 2010) ובחברה הערבית בישראל בפרט (Abo-Rass, Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023; Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023). החסמים האובייקטיביים-מבניים התייחסו לאופן בו הפרט תופס את טיב שירותי בריאות הנפש העומדים לרשותו, הן מבחינת **נגישותם וזמינותם** (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010) והן מבחינת **התאמתם לשפתו ולתרבותו** (Smith, Fatima, & Knight, 2017).

ממצאי המחקר מצביעים באופן ייחודי על טיב הקשרים שבין התמודדות עם חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין רמות המצוקה הרגשית. ניכר כי חסמים אלה מהווים עול כבד על הפרט, מצמצמים ואף מונעים את יכולתו לפנות לקבלת טיפול ותמיכה נפשית. עם זאת, חסמים אלה אינם עומדים על תלם לבדם, ולכן ראוי לבחון באופן מעמיק כיצד ניתן לקדם לפנייה לשירותי בריאות הנפש. במחקר הנוכחי נמצא כי **אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש** מהווה זרז לפנייה לשירותי בריאות הנפש הפורמליים. האוריינות מבטאת את מידת ידיעתו של הפרט כלפי תכנים העוסקים במחלות נפש, מצוקות רגשיות ומאפייניהן והבנה כיצד ניתן לקדם טיפול באתגרים נפשיים (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal, & Moksnes, 2019; Jorm, et al., 1997).

זהות אתנית בחברה הערבית-בדואית בנגב

נוסף על היריעה התיאורטית הנוגעת להתמודדות עם החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים המגבירים את עוצמת המצוקה הרגשית בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב, הושתה נקודת מבט אשר בוחנת את הזהות האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית כגורם חוסן אשר תורם למניעה וצמצום של מצוקות רגשיות. במסגרת ההנחה כי קבוצות מיעוט אתניות חשופות לגורמי דחק רבים ובהם תת-שילוב חברתי וחוויות שוליות חברתית, ומתוך כך נוטים להתמודד עם מצוקות רגשיות גוברות, המחקר הנוכחי התחקה אחר השאלה האם זהות יציבה מהווה גורם חוסן בהתמודדות עם מצוקות אלה ומסייעת בהקטנת המצוקה הרגשית הרווחת בחברה הערבית-בדואית בנגב כקבוצת מיעוט אתני מובחנת. הספרות המחקרית בנושא מצביעה על כך שעצם השיוך לקבוצת מיעוט אתני מהווה חסם לפנייה לשירותי בריאות הנפש (Phinney, Madden, & Santos, 1998) וחברי קבוצות אלה ממעטות להשתמש בשירותי בריאות הנפש ברחבי העולם (Kohlenbergera, Buber-Ennsner, Rengs, Leitner, & Landesmann, 2019; Satinsky, Fuhr, Woodward, Sondrop, & Roberts, 2019; Thomson, 2019; החברה הערבית-בדואית בנגב בפרט (Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023; Abo-Rass, Abu-Kaf, & Nakash, 2022; Al-Krenawi & Graham, 2011; Abo-Rass, Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023).

בהקשר של השפעת הזהות האתנית על המצוקה הרגשית ראוי להתייחס לכתביו של וולקן (Volkan, 2006). וולקן מציין כי זיכרונות היסטוריים, בין אם הם טראומות קולקטיביות, כמו גם תהילות קולקטיביות, מתועלים לכדי הבניית זהות קולקטיבית, דבר שיכול להוביל או להפחית ביטויים שליליים במסגרת קונפליקטים. הזיכרונות הקולקטיביים הללו משמשים להעמקת תחושת השייכות הקבוצתית ולהעצמת הזהות האתנית, אך בו בזמן הם יכולים להוות גורם ללחצים נפשיים ולעומסים רגשיים. המנעד שבין הטראומות והתהילות הקולקטיביות מספק מסגרת להבנת הדינמיקה שבין הזהות האתנית ותרומתה לתחושת מצוקה או רווחה רגשית. בחברה הבדואית בנגב, טראומות קולקטיביות כגון הריסת בתים ונישול קרקעות (Al-Said, Braun-Lewensohn, & Sagy, 2018) עשויות לשמש כטראומות המעצבות את הזהות האתנית ומשפיעות על רמות המצוקה הרגשית של הפרטים.

המחקר הנוכחי בחן לא רק את השייכות האתנית, אלא גם רכיבים מהותיים יותר של הזהות האתנית: חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית כפי שנטבעו על ידי אומניה טילור ועמיתיה (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004). המחקר בחן האם רכיבי הזהות האתנית שונים בקרב גברים לעומת נשים ובקרב תושבי הערים והעיירות

המרכזיות לעומת תושבי הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים. כמו כן, נבחנה השאלה האם העיסוק ברכיבי הזהות השונים קשור לרמות המצוקה הנחות על ידי נשים וגברים ערביים-בדואים ובאיזו מידה יש בכוחם של רכיבי הזהות האתנית לנבא את רמות המצוקה הרגשית.

תוצאות המחקר מעידות כי בעוד רכיב ההשלמה עם הזהות האתנית נמצא חזק יותר בקרב הגברים, הנשים הפגינו רמות גבוהות יותר של עיסוק בחקר זהותן הערבית-בדואית. כמו כן, הן הגברים והן הנשים דיווחו על רמות דומות של זיקה כלפי זהותם האתנית. מנגד, לא נמצאו הבדלים בין תושבים מסביבות המגורים השונות בחקר או במידת ההשלמה עם זהותם הערבית-בדואית, אולם נמצא כי הזיקה כלפי הזהות הערבית-בדואית הינה נמוכה ביותר בקרב תושבי הכפרים המוכרים. במחקרים קודמים נמצא כי זיקתו החיובית של הפרט כלפי תרבותו מנבאת תחושת רווחה (Yampolski, Amiot, & de la (Well-Being) Sablonnière, 2013) וגם במחקר הנוכחי, שלושת רכיבי הזהות האתנית המבטאים תחושת זהות אתנית-עצמית שלמה (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004 ; Umaña-Taylor, et al., 2014) נמצאו קשורים באופן הפוך למצוקות רגשיות. לפיכך, נראה כי תפקידה העדיף של הזיקה כלפי הזהות האתנית, על פני שני רכיבי הזהות האתנית האחרים, בניבוי תחושת רווחה וצמצום סימפטומים של מצוקה רגשית הודגם במחקר הנוכחי, כמו גם במחקר נוסף שפורסם לאחרונה (Alison, Meca, Cruz, Wright, & Veniegas, 2024).

טיפולוגיית הזהות האתנית, בדומה לגישות הקלאסיות (Marcia, 1980 ; 1994) אשר עוסקות בזהויות בכלל וזהויות אתניות בפרט, בוחנת את תפיסתו של הפרט כלפי זהותו האתנית השלמה על פי שני רכיבי זהות מובחנים: רכיב חקר הזהות האתנית ורכיב ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית. עם זאת, טיפולוגיית הזהות האתנית משיתה רכיב שלישי כנקודת מבט לבחינת זהות אתנית, נוסף לשני הצירים המסורתיים בבחינת הזהויות האתניות: רכיב הזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, רכיב זהות אתני אשר התברר כמשמעותי בהקטנת מצוקות רגשיות בקרב קבוצות מיעוט אתניות, כפי שהודגם בקרב החברה הערבית בישראל ובפרט בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב (Matzri, Abu-Kaf, Abo-Rass, & Braun-Lewensohn, under review) וכפי שהודגם בקרב הנשים בחברה הערבית-בדואית בנגב (Matzri, Abu-Kaf, & Braun-Lewensohn, 2023).

מודלים לניבוי מצוקה רגשית

המחקר הנוכחי התחקה אחר הנסיבות והגורמים לדיווח על מצוקות רגשיות בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב באמצעות בחינת מודלים לניבוי מצוקה רגשית. המצב הסוציו-אקונומי (הכנסה, השכלה ותעסוקה), מערך החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ורמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש היו הגורמים המנבאים במודל המחקר הראשון, ואילו רכיבי הזהות האתנית כמנבאי מצוקה רגשית היו הגורמים המנבאים במודל המחקר השני. כמו כן, מאחר וטיפולוגיית הזהות האתנית (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004) מדגישה את ייחודו של רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית, מודל המחקר השני בחן את טיבו של רכיב זה כגורם המתווך את האפקט שבין רכיבי הזהות האתנית הראשוניים: רכיב חקר הזהות ורכיב ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית (Marcia, 1980 ; 1994) בניבוי עוצמות המצוקות הרגשיות.

שני המודלים נבחנו תחת הצבת המגדר, בהשוואה בין גברים לנשים וסביבת המגורים, בהשוואה בין תושבי הערים והעיירות המרכזיות, הכפרים המוכרים והכפרים שאינם מוכרים כגורמים הממתנים את האפקטים בשני המודלים.

מודל I – זרזים וחסמים בפנייה לשירותי בריאות הנפש כמנבאי מצוקה רגשית

מודל המחקר הראשון מציג נתיב שראוי לתת עליו את הדעת: הנתיב שבין קבוצת החסמים מבוססי הנטייה להסתמכות עצמית ולפניה לטיפול בלתי-פורמלי כלפי דיווח על מצוקה רגשית וכיצד קבוצת חסמים אלה מתווכים את האפקט שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות כנתיב שבו באופן חריג ככל והמצב הסוציו-אקונומי גבוה יותר, כך רמות המצוקות הרגשיות גוברות. חשוב לציין כי קיימת ספרות מחקרית מעטה ביותר שבוחנת את האפקט הישיר בין חסמים לבין מצוקות רגשיות. עם זאת, קיימות עדויות לכך שחסמים המבוססים על הנטייה להסתמכות עצמית נמצאו כגורמים משמעותיים בהימנעות מפנייה לטיפול ונשירה מהליכים טיפוליים (Ishikawa, Rickwood, Bariola, Bhullar, 2023), ובכך תורמים להגברת המצוקה הרגשית. כמו כן, הספרות מראה כי התמודדות עם חסמים מבוססי נטייה להסתמכות עצמית נמצאו כגורמים הפוגעים בתחושת החוסן של הפרט (Johnson, et. al., 2020). המחקר הנוכחי מדגים את המנגנונים שבאמצעותם החסמים והזרזים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש מתווכים את הקשר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות בקרב המיעוט הערבי-בדואי בנגב.

על פי מודל המחקר הראשון, מצב סוציו-אקונומי נמוך תורם לדיווח גובר על התמודדות עם מצוקות רגשיות ולדיווח גובר על התמודדות עם קבוצת החסמים מבוססי הסטיגמה, מבוססי היעדר נגישות לשירותים ומשאבים ומבוססי נטייה להסתמכות עצמית והסתמכות על גורמים בלתי-פורמליים. מנגד, מצב סוציו-אקונומי נמוך תורם להפחתה ברמת האוריינות בתחומי בריאות הנפש. האפקטים הישירים שבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש מצביעים על כך שהתמודדות גוברת עם חסמים מבוססי סטיגמה וחסמים מבוססי היעדר נגישות למשאבים ושירותים תורמים לדיווח גובר על מצוקה רגשית, ואילו אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש תורמת להפחתה בדיווח על מצוקות רגשיות. ממצאים אלה עומדים בהלימה לממצאים קודמים הקושרים בין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות ולתפקידה של אוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש בצמצום חוויות סימפטומים של מצוקה רגשית. (Packness, et. al., 2017; Packness, et.al., 2019; Zhang, et.al, 2023).

מודל מחקרי זה מצא שככל שהמצב הסוציו-אקונומי גבוה יותר, כך גם רמת האוריינות בתחומי הנפש גבוהה יותר, וניכרת חשיפה פחותה לחסמים השונים לפנייה לשירותי בריאות הנפש. ממצאים אלה עומדים בהלימה לספרות המחקרית הקיימת בתחום הדנה בהיבטים אלו בקרב קבוצות מובחנות נוספות אשר הצביעה על כך שהמצב הסוציו-אקונומי נמצא כגורם הקשור בהופעת סימפטומים של מצוקה רגשית, המהווה גורם ממתן בין חסמים וזרזים לשימוש בשירותי בריאות הנפש בכלל. ובפרט, המצב הסוציו-אקונומי נמצא כגורם ממתן אשר מגביר את תפקידה של רמת האוריינות בבריאות הנפש כזרז המקטין מצוקות רגשיות וכגורם ממתן המגביר גם את חסמי הנגישות לשירותי בריאות הנפש כגורמים המגבירים מצוקות רגשיות, ובעיקר בבחינת חסמים הנוגעים לנגישות בתחבורה ולחסמים הנוגעים לעלויות הכרוכות בטיפול. (Packness, et. al., 2017; Packness, et.al., 2019; Zhang, et.al, 2023).

המודל בחן את האפקטים הישירים שבין החסמים והזרזים לבין רמות המצוקה הרגשית. סקירת ספרות נרחבת וענפה בתחום הציגה מידע בדבר הקשר שבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין שימוש בפועל בשירותים אלה. מנגד, מחקרים אחרים הצביעו על הקשר שבין השימוש בפועל בשירותי בריאות הנפש לבין מצוקות רגשיות, אולם לא נמצאה ספרות בכל הנוגע לממשק שבין החסמים והזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש לבין הופעתם של סימפטומים של מצוקה רגשית. מחקר מטא-אנליזה (Hendrickx; 2019) נרחב, בצירוף מחקרים עדכניים הממוקדים בחברה הערבית בישראל והערבית-בדואית בנגב (Abo-Rass & Abu-Kaf, 2023; Abo-Rass, Abu-Kaf, & Nakash, 2022; Abo-Rass F., Abu-Kaf, Matzri, & Braun-Lewensohn, 2023) מצביעים על הקשר הנרחב שבין החשיפה למגוון חסמים ורכישתם של מגוון זרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש כגורמים המנבאים שימוש בפועל בשירותים אלה. הממצאים העולים מן המחקרים קושרים בין השימוש בפועל בשירותי בריאות הנפש לבין ירידה במצוקה הרגשית בכלל, ובקרבת החברה הערבית-בדואית בנגב בפרט. מתן מענה מאוחר למצוקות נפשיות טומן בחובו פגיעה ונסיגה ברווחתו הנפשית של הפרט (Mercy, 2019). סביר להניח כי ההתמודדות עם מגוון חסמים לפנייה לשירותי בריאות הנפש, באופן שאלו מונעים ומצמצמים קבלת עזרה נפשית, עלולים להוסיף גורמי לחץ ובכך להחמיר את חווית המצוקה הנפשית. הדבר נכון בפרט בקרב חברי קבוצות המיעוט אשר נמצא כי השייכות לקבוצות אלה קשורה לפנייה מאוחרת לקבלת טיפול בשירותי בריאות הנפש (Wang, et al., 2005). ייחודו של המחקר הנוכחי הוא בבחינת האפקטים הישירים שבין חשיפה לחסמים אלה לבין רמות המצוקה הרגשית, וכן בבחינת חסמים וזרזים אלה כגורמים המתווכים את הקשר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקה רגשית.

מודל המחקר הראשון הראה, באופן בלתי צפוי, כי בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב ככל וגוברת נטייתו של הפרט להסתמך על עצמו ו/או על גורמי טיפול בלתי-פורמליים כך פוחתת רמת הדיווח שלו על מצוקות רגשיות. יתרה מזאת, נטייה זו להסתמכות עצמית ופנייה לגורמים בלתי-פורמליים לקבלת טיפול מתווכת באופן שלילי את האפקט הישיר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקה רגשית, ואף משנה את טיבו: ככל ומצבו הסוציו-אקונומי של הפרט גבוה יותר, כך הוא חשוף לרמות גוברות של מצוקות רגשיות בגין אי הסתמכות על מקורות עזרה בלתי-פורמליים, וזאת בסתירה לממצאים קודמים המצביעים על הקשר שבין מצב סוציו-אקונומי לבין מצוקות רגשיות (Packness, et. al., 2017; Packness, et.al., 2019; Zhang, et.al, 2023). ניתן לקשר זאת למאפייני החברה הערבית-בדואית בנגב בהקשרה הרחב של החברה, בין היתר מאחר וממצא זה נותר עקבי ובא לידי ביטוי הן עבור נשים וגברים והן עבור תושבי הערים, תושבים מסביבות מגורים שונות (הערים והעיירות המרכזיות הכפרים המוכרים ושאינם מוכרים). יתכן כי העדפתו של הפרט להסתמכות עצמית ולפנייה לבני משפחה, חברים וגורמים בלתי-פורמליים נוספים מהווים גורמי חוסן ומתפקדים כגורמים שבאמצעותם מוצא הפרט בחברה הערבית-בדואית בנגב סיוע ומזור באופן שמפחית את מידת הדיווח על מצוקות רגשיות. הסבר אפשרי נוסף הוא כי בעוד החברה הערבית-בדואית מתמודדת עם מחסור ניכר במשאבים ובמענים רפואיים בתחומי בריאות הנפש הזמינים ונגישים עבורה (המועצה הלאומית

לבריאות הנפש, 2019), יש גם מחסור מהותי במרפאות אשר פועלות ביישובים הערביים-בדואים בנגב²⁴ ובמחסור במידע נגיש ומהימן לגבי גורמים טיפוליים ולגבי המענים הקיימים בסביבתם (Abo-Rass, Abu-Kaf, Nakash, & Braun-Lewwnsohn, 2024). יש לראות בטיפול עצמי ובפנייה לגורמי טיפול בלתי-פורמליים כמצב של "הרע במיעוטו"; מענה כלשהו ברק שנוצר בשל מחסור בשירותים מוגשים מטעם המדינה מנגישה לחברה הערבית-בדואית כגורם האמון על אספקת שירותים ציבוריים נאותים.

מודל II - זהות אתנית כגורם ניבוי להפחתת מצוקה רגשית

מודל המחקר השני בחן את גורמי הזהות האתנית הייחודיים של החברה הערבית-בדואית בנגב כגורמים המנבאים מצוקה רגשית. ממצאי המחקר מראים כי כל אחד משלושת רכיבי הזהות האתנית: חקר הזהות האתנית, ההשלמה עם השיוך לקבוצה האתנית והזיקה החיובית או השלילית כלפי הזהות האתנית, היו קשורים למצוקה רגשית חלשה יותר. המחקר הנוכחי מאשש ומדגים כי האפקט המשמעותי ביותר בין שלושת רכיבי הזהות האתנית לבין דיווח מופחת על מצוקות רגשיות הינו האפקט שבין רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית לבין מצוקה רגשית. אפקט זה נותר יציב גם בבחינה בין גברים לנשים ובבחינה בהבדלים שבין תושבי הערים והעיירות לבין תושבי הכפרים. יתרה מכך, הודגם כי רכיב הזיקה כלפי הזהות מתווך ומעצים את האפקטים שבין שני רכיבי הזהות האחרים לבין דיווח מופחת על מצוקות רגשיות בקרב הקהילה הערבית-בדואית בנגב, כפי שטיפולוגיית הזהות האתנית גורסת כי לרכיב זה ישנה משמעות רבה בבניית זהותו של הפרט (Umaña-Taylor, Yazedjian, & Bámaca-Gómez, 2004). ממצאים אלה נמצאים בהלימה לממצאי מגמה דומה בקרב מדגם נרחב יותר שנערך בחברה הערבית בישראל (Matzri, Abu-Kaf, Abo-Rass, & Braun-Lewensohn, under review). הממצאים מדגישים את החשיבות בהבניית זהות אתנית יציבה המתבטאת בעוצמה גבוהה של שלושת רכיבי הזהות האתנית בכלל, ושל רכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית בפרט, בהפחתת תחושת המצוקה הרגשית של הפרט.

מודל המחקר השני הראה כי במסגרת מיתון מגדרי ניכרים הבדלים מהותיים במגמתם ובאופיים של הקשרים שבין רכיבי הזהות האתנית כגורמים לבין המצוקות רגשיות. המצג העולה מן המודל השני מצביע על כך שרכיב ההשלמה עם הזהות האתנית מהווה רכיב משמעותי בצמצום מצוקות רגשיות בקרב הנשים בלבד, והוא חסר משמעות עבור הגברים. מנגד, להליכי חקר ובחינת משמעות השיוך לזהות האתנית יש

²⁴ סקירה עצמית, עורך המחקר, 22 באוגוסט 2023. רשימת היישובים בחברה הערבית בהן פועלת תחנה ו/או מרפאה נסקרה על ידי עורך המחקר בהסתמך על מנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות לאיתור מרפאות ותחנות לשירותי בריאות הנפש. עורך המחקר סקר בתאריך 22 באוגוסט 2023 את רשימת המרפאות המלאה אשר מפורסמת במנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות. החיפוש נערך ללא סננים על מנת להפיק את רשימת מרפאות בריאות הנפש המלאה כפי שפורסמה על ידי המשרד. החיפוש הניב רשימה של 867 תחנות ומרפאות בפריסה ארצית המעניקות שירותי בריאות נפש בישראל. הדיווח המתואר לעיל מתייחס ליישובים בהם פועלת לכל הפחות מרפאה ו/או תחנה אחת לשירותי בריאות הנפש. הרשימה אינה כוללת מרפאות ביישובים הטרוגניים בהם קיימת אוכלוסייה ערבית (כדוגמת עכו, לוד ואחרים). לעיון במנוע איתור מרפאות בריאות הנפש:

https://www.gov.il/he/Departments/DynamicCollectors/mental-health-clinics-list?skip=0&clinic_name=%D7%9E%D7%96%D7%A8%D7%97%20%D7%99%D7%A8%D7%95

משמעות גוברת בצמצום ומניעה של מצוקה רגשית עבור הגברים, אך הוא רכיב שולי בניבוי המצוקה הרגשית עבור הנשים. ממצא זה עומד בהלימה חלקית לספרות אשר מצביעה על כך שנשים מפגינות רמות גבוהות יותר של רכיב חקר הזהות ושל רכיב ההשלמה עם הזהות, מאשר גברים (Dion & Dion, 2004 ; Juang & Syed, 2009). ניתן להשית את טיבם של ההבדלים המגדריים אשר הודגמו בתפקידם של רכיבי הזהות האתנית כגורם המנבא מצוקה רגשית על היותן של הנשים הערביות-בדואיות קבוצת מיעוט מובחנת המתמודדת עם שיוך רב-ממדי להיבטי שוליות, כולל היותן נשים, היותן נשים בחברה הערבית-בדואית בנגב והיותן חלק מקבוצת מיעוט בישראל. הנשים הערביות-בדואיות בנגב חיות במציאות בה הדרישות החברתיות-תרבותיות המשותות כלפיהן נשענות על קודים מסורתיים-קולקטיביסטיים המקדשים את החברה ואת הכלל, ודוחקים לשוליים את הווייתה של האישה כפרט. כך מושתות על הנשים הערביות-בדואיות בנגב מגבלות רבות ביחס לגברים ערבים-בדואים (Abu-Kaf, 2019; Haj-Yahia, 2019).

טייבאול ועמיתיו (Thibeault, Stein, & Nelson-Gray, 2018) מצביעים על נטייתן של נשים בכלל, ונשים בחברות מיעוט בפרט, להפגין מחויבות רבה יותר לקבוצת השיוך האתני כחלק ממכלול רחב יותר של הדרישה החברתית המושתת עליהן, על פיה מצופה מהן לשהות יותר במחיצת המשפחה והקבוצה האתנית אליהן הן שייכות ולשמר את מורשתה האתנית. הצטלבות מקרי שוליים (Intersectionality) היא מציאות בה פרטים מתמודדים עם שיוך למספר קטגוריות חברתיות, לעיתים חופפות ולעיתים מנוגדות, אשר נובעות ממיקום גיאוגרפי, זהות מגדרית, זיהוי חברתי, שיוך אתני וגזעי ושיוך על פי קטגוריות חברתיות מגוונות נוספות. גישה זו עוסקת במאזן הכוחות הנובעים מתוך שיוך לקטגוריות אלה ואשר מופעלים על הפרט, וכן האופן בו השיוך מכתוב את מציאות חייהם ואת המגבלות אשר מושתים על פרטים אלה (Crenshaw, 1989 ; Phoenix & Pattynama, 2006).

יש לשער כי מציאות חייהן של הנשים הערביות-בדואיות בנגב בכלל, ואלו המתגוררות בכפרים הלא מוכרים בפרט (Al-Said, Braun-Lewensohn & Sagy, 2018), היא מציאות החיים המהווה את בסיס ההסבר לממצאי המחקר הנוכחי ולפער הניכר ברכיב ההשלמה עם הזהות האתנית כגורם משמעותי המצמצם מצוקות רגשיות בקרב נשים, במידה רבה יותר מאשר בקרב הגברים. נדמה כי הנשים הערביות-בדואיות בנגב מפגינות השלמה רבה יותר עם זהותן כערביות-בדואיות על מנת לצמצם את חשיפתן למצוקות רגשיות. מצד שני, הגברים הערבים-בדואים, כיוון שהם באים במגע הדוק יותר ובשילוב רב יותר בחברה הכללית בישראל, עוסקים באופן מוגבר בשאלות הנוגעות ליישום פרקטיקות חברתיות ואישיות ואימוץ נורמות הנמצאות במתח שבין ערכים ונורמות מסורתיים-דתיים של החברה הערבית-בדואית לבין ערכים ונורמות מערביים של החברה הכללית בישראל (Alhuzil & Segev, 2023). המעורבות הגוברת של הגבר הערבי-בדואי בחברה הישראלית הכללית מזמנת עבורו נסיבות לעסוק בחקר זהותו ולבחון אילו נורמות הוא בוחר לשמר מעולמו הערבי-בדואי ואילו נורמות מערביות לאמץ. תוצאות המחקר מעידות על כך שעיסוק גובר בחקר הזהות הערבית-בדואית ובשאלת המשמעות הנובעות מאימוץ זהות זו תורמת להגברת החוסן ולצמצום המצוקות הרגשיות בקרב הגברים בחברה הערבית-בדואית בנגב.

מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך

מגבלות המחקר הנוכחי נסובות סביב מספרי מוקדים מרכזיים ובעיקרם אופיו החלוצי של המחקר הנוכחי במתן מבט מעמיק אל תוך החברה הערבית-בדואית בנגב תוך הבחנה בין שלושת סוגי סביבות המגורים. ראשית יש לציין כי המדגם הינו מדגם נוחות אשר נאסף באופן אקראי ואינו מהווה מדגם מייצג, אולם המדגם מתפלג באופן דומה בקירוב להתפלגות הקיימת בחברה הערבית בדואית בנגב בבחינת שני צירי בחינת המחקר; ציר המגדר וציר סביבת המגורים, ראוי כי מחקרי עתידיים יפעלו לאיסוף מדגמים בהיקפים גדולים יותר באופן שיאפשר מבט השוואתי מייצג כלפי כל אחת משלושת סביבות המגורים יחד ולחוד. שנית, משתתפי המחקר התבקשו להשיב על גבי שאלונים לדיווח עצמי ומתוך כך ייתכן והתקיימה הטייה בקרב המשיבים הנובעת מפערים בהבנת שאלוני המחקר והטיות סובייקטיביות הטמונות בדיווח עצמי ובתוך כך ראוי לתת את הדעת על העובדה כי משתתפי המחקר ברובם השיבו על גבי שאלוני קשיחים ואילו מקצתם השיב על גבי שאלונים מקוונים. נוסף לכך, המחקר התאפיין במערך מחקרי רוחבי (Cross Sectional) במתודולוגיה כמותנית, ובכך נקודת המבט העולה מתשובות משתתפי המחקר מייצגת את תחושותיהם ודיווחם של משתתפי המחקר בנקודת זמן אחת ייחודית בעת המענה על שאלוני המחקר והינה נקודת מבט המציגה התייחסות למשתתנים מובחנים אשר נקבעו על ידי עורך המחקר ולוקה בהצגת נקודת מבט מעמיקה אשר אוספת לתוכה את הרקע והייחודיות של כל אחד ואחת ממשתתפי המחקר. מגבלת המחקר הקשורה למערך המחקר הרוחבי אינה מאפשרת לקבוע חד משמעית האם מצוקה רגשית גורמת לדיווח מוגבר על חסמים, או שמא חסמים גורמים למצוקה רגשית. נדרשים מחקרי אורך לבחינת כיוון ההשפעה בין חסמים למצוקה רגשית. ראוי ומחקרים עתידיים יבחנו את נושא המצוקה הרגשית בחברה הערבית בדואית בכלים איכותניים אשר יאפשרו נקודת מבט מעמיקה וייחודית ומחקרים אשר יבחנו את הישנותן של מצוקות רגשיות והנסיבות לכך לאורך זמן ולאחר אירועים משמעותיים אשר מתקיימים בחיי החברה הערבית-בדואית בנגב.

מבחינה סוציו-דמוגרפית מדגם המחקר חרג ממאפייני החברה הערבית-בדואית הכללית בהיבט ההשכלה וכלל ממוצע של משתתפים בעלי השכלה גבוהה יותר מאשר רמת ההשכלה הרווחת בחברה הערבית בדואית בנגב, דבר אשר ייתכן ומתבטא בהיקפי אוריינות גבוהה באופן יחסי בתחומי בריאות הנפש, משתנה אשר נמצא כזרז מרכזי בקידום פניה לשירותי בריאות הנפש. ראוי ומחקרים עתידיים יבחנו את המוצקה הרגשית בחברה הערבית ואת החסמים והזרזים לפני לשירותי בריאות הנפש תחת מדגמים מאוזנים יותר מבחינת רמות ההשכלה והמצב הסוציו-דמוגרפי, בדגש על מדגמים אשר יכללו היקפים גבוהים יותר של נשים בעלות רמות השכלה נמוכות יותר מהנשים אשר השתתפו במחקר הנוכחי, וזאת על מנת לבחון את מודלי המחקר בקרב קבוצות שייצוגן לקה בחסר במחקר הנוכחי.

המחקר הנוכחי בחן את רמות המצוקה הרגשית בחברה הערבית-בדואית בנגב ואת קיומו של מנגנון לניבוי רמות המצוקה הרגשית על סמך מאפיינים סוציו דמוגרפיים, על סמך חסמים וזרזים לפנייה לשירותי בריאות הנפש ובהתבסס על הזהות האתנית הערבית-בדואית הייחודית. ממצאי המחקר המרכזיים מציעים כי הנשים הערביות-בדואיות בנגב ותושבי הכפרים הלא מוכרים חווים רמות גבוהות של מצוקות רגשיות בהשוואה לגברים ולתושבי הערים. מודל המחקר הראשון מציג מנגנון ובו לחסמים מבוססי סטיגמה וחסמים מבוססי נגישות למשאבים ישנה חשיבות רבה בהגברת המצוקות הרגשיות ואילו לאוריינות גבוהה בתחומי בריאות הנפש ישנה משמעות רבה בצמצום המצוקות הרגשיות בחברה הערבית בדואית בנגב. כמו כן ממצאי מודל המחקר הראשון מציינים תמונה ייחודית בה לנטייה של האדם להסתמך על עצמו ולפנות לטיפול באמצעות גורמי טיפול א-פורמליים ישנה חשיבות בצמצום מצוקות רגשיות. כמו כן המחקר מציג ממצאים ראשוניים המתאייחים לתפקידה של הזהות האתנית הייחודית של החברה הערבית-בדואית בנגב כגורמי חוסן המצמצמים דיווח על מצוקות רגשיות, וככל שהזהות האתנית הינה יציבה יותר ומתבטאת בתחושת השלמה רבה יותר, הנובעת מהליכי חקר מעמיקים יותר כך ישנה רווחה רבה יותר של הפרט ודיווח פוחת על מצוקות רגשיות, דבר אשר גובר כאשר הזהות היציבה מאופיינת בתחושת זיקה חיובית וגבוהה יותר וזאת מאחר ורכיב הזיקה כלפי הזהות האתנית נמצא כרכיב המשמעותי ביותר בניבוי מצוקות רגשיות ובתיווך שני רכיבי הזהות האתנית הראשוניים כגורמים המנבאים מצוקות רגשיות. בהיבטים אלו נמצאו הבדלים בין הגברים לבין הנשים, כך שבקרב הנשים רכיב השלמה עם זהותן הערבית-בדואית תורמת לצמצום מצוקות רגשיות ואילו בקרב הגברים העיסוק בחקר הזהות הוא זה המהווה את גורם החוסן בפני הופעתן של מצוקות רגשיות.

לסיכום, ממצאי המחקר קושרים בין רמות המצוקה הרגשית וגורמים חברתיים ותרבותיים בקרב האוכלוסייה הערבית-בדואית בנגב, ומכך ניתן להסיק כי ישנה דרך להפחית את המצוקה הרגשית וזאת על ידי התערבות מוגברת של המדיניות הנהוגה והשירותים המותאמים לצרכי האוכלוסייה באופן פרטני ותרבותי; ראשית נכון יהיה לבחון את חלוקת משאבי בריאות הנפש ולהשקיע משאבים בפיתוח והרחבת המענים הדלים הקיימים כיום בתחומי בריאות הנפש ופועלים בחברה הערבית בדואית בנגב, יש לפתח מנגנון לעידוד וקידום רמות האוריינות בתחומי בריאות הנפש בקרב החברה הערבית-בדואית בנגב תוך שימוש במשאבים הקהילתיים והמקומיים הנמצאים בחברה הערבית-בדואית בנגב. כמו כן יש לעודד בחינה ופיתוח של מרכיבי זהות חיובית בקרב מתבגרים וצעירים כאקט מניעתי למצוקות עתידיות; לעודד את שילובם של הצעירים בחברה הכללית תוך מתן במה לשאלת הזהות, לעיסוק בחקר הזהות ולמתן כלים להשלמה חיובית עם זהותם לשם בניית חוסן בפני הופעתן של מצוקות רגשיות. יש לתת תשומת לב יתרה לנסיבות חייהן של הנשים הערביות בדואיות ולגורמי הסיכון המוגברים בחייהן לשם הגברת חוסן לעמוד בפני חוויות מצוקות רגשיות ובעיקר לעודד את חשיפתן למידע ולרכישת כלים המגבירים את רמת האוריינות שלהן בתחומי בריאות הנפש לעודד את עיסוקן בשיוכן האתנית כנשים ערביות-בדואיות לשם קידום השלמה עם זהותן.

ביבליוגרפיה

אבו-סעד, א'. (2010). *הערבים בנגב: עבר, הווה ואתגרי העתיד*. באר שבע: מרכז הנגב לפיתוח אזורי, אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

אבו-עסבה, ח'. (2007). *החינוך הערבי בישראל, דילמות של מיעוט לאומי*. ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות בע"מ.

אבו-קשק, ה', ומנדלס, י'. (2020). *פער דיגיטלי ולמידה מרחוק בקרב סטודנטים בדואים בזמן משבר הקורונה*. שער הנגב: המכללה האקדמית ספיר, המחלקה לתקשורת.

אייל, י', קינג, י', פרנקל, מ', ותירוש, א'. (2018). *התוכנית לקידום הצמיחה והפיתוח הכלכליים של האוכלוסייה הבדואית בנגב (החלטת הממשלה 3708)*: דוח מסכם. ירושלים: מאירס-ג'וינט-ברוקדייל: היחידה לחקר התעסוקה.

איצקוביץ, נ', וצבע, י'. (2010). *אמנה חברתית כלכלית חדשה לישראל - עקרונות וצעדי מדיניות בעקבות המחאה החברתית*. ירושלים: משרד הרווחה.

אלמסי, א'. (2023). *נתונים על אוכלוסיית הבדואים בנגב*. אוחזר ב- 9 בספטמבר, 2023, מתוך כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע: https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/5bbeceb1-2e1f-ee11-8159-005056aac6c3/2_5bbeceb1-2e1f-ee11-8159-005056aac6c3_11_20201.pdf

אלסייד, ח'. (2015). *תגובות רגשיות ללחץ ומשאבי התמודדות בקרב מתבגרים בדואים מיישובי קבע ומכפרים בלתי מוכרים בעקבות הריסת בתים*. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון. מחקר לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה".

אל-עארף, ע'. (2000). *תולדות באר שבע ושבטיה: שבטי הבדואים במחוז באר שבע*. ירושלים: אריאל.

אלקרינאוי, ע'. (2009). *אלימות פיזית ופסיכולוגית כלפי נערות מתבגרות בחברה הבדואית כתוצאה מהליכי מודרניזציה (דו"ח)*. ירושלים: הביטוח הלאומי.

אלרועי, א', סמואל, ה', ומדינה-הרטום, ת'. (2018). *מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש — סיבות ופתרונות*. ירושלים: מאירס-ברוקדייל-ג'וינט, מרכז סמולקר לחקר מדיניות הבריאות.

בגין, ז' ב'. (2013). *הסדרת התיישבות בדואים בנגב סיכום מהלך ההקשבה לציבור לגבי תזכיר החוק להסדרת התיישבות בדואים בנגב והמלצות למדיניות ולתיקון תזכיר החוק*. ירושלים: הגשת מסמך לממשלה.

בן רבי, ד', עמיאל, ש', ניגיס, פ', ודולב, ט'. (2009). *ילדים באוכלוסייה הבדווית בנגב: מאפיינים, צרכים ודפוסי שימוש בשירותים*. ירושלים: מאירס-ג'וינט-ברוקדייל: מרכז אנגלברג לילדים ולנוער.

גבזון, ר', ובבלפור, ט'. (2005). זכויות קיבוציות של מיעוטים. ירושלים: חומר רקע לדיון - מוגש לוועדת החוקה של כנסת במסגרת חוקה בהסכמה רחבה.

ג'ובראן, ס'. (2018). תפקידו של מבקר המדינה בהגנה על זכויות אדם - זכויות חברתיות כמקרה בוחן. עיונים בביקורת המדינה, 47-43.

גל, ג'. (2006). מדינת הרווחה. ב- א' רם, וני ברקוביץ' (עורכים), אי שוויון (עמ' 228-233). באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון.

דורון, א'. (2006). בין הדרה חברתית למדיניות חברתית - נייר עמדה. ירושלים: משרד הרווחה.

דרוקר-שטרית, ש'. (2016). זהות היברידית - המיעוט הבדואי ורשת האינטרנט. לקס-קיי (6), 8-10.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2015). מדד פריפריאליות - של יישובים ושל רשויות מקומיות - 2015: הקדמה מבוא כללי הבסיס הגאוגרפי מדד נגישות פוטנציאלית חישוב מדד הפריפריאליות תיאור הלוחות, התרשימים והמפות המצורפים, ודברי סיכום ביבליוגרפיה. אוחר ב- 7 באוקטובר 2019, מתוך אתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה: https://www.cbs.gov.il/he/publications/doclib/2019/1732/intro_h.pdf

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2018). סקר כח אדם 2018, לוח 2.10 - מועסקים, לפי ענף כלכלי, צורת יישוב מגורים, קבוצת אוכלוסייה ומין. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2019א). לוח 1: רשויות מקומיות, לפי סדר אלף-ביתי: ערך מדד חברתי-כלכלי 2015, דירוג ואשכול, והמשתנים המשמשים לחישוב המדד. אוחר ב- 6 באוקטובר 2019, מתוך אפיון יחידות גאוגרפיות וסיווגן לפי הרמה החברתית-כלכלית של האוכלוסייה בשנת 2015: https://www.cbs.gov.il/he/publications/doclib/2019/1765_socio_economic_2015/t01.xlsx

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2019ב). מאפיינים דמוגרפיים. פני החברה בישראל, 11, 76-37.

המועצה הלאומית לבריאות הנפש. (2019). דו"ח מסכם: תת הוועדה בנושא הפערים בשירותים הקהילתיים ברפרומה לבריאות הנפש. ירושלים: משרד הבריאות - חטיבת הבריאות. אוחר ב- 11 בספטמבר, 2023, מתוך <https://www.health.gov.il/Services/Committee/NationalCouncils/mental/Documents/22072019.pdf>

זנדברג, ח'. (2009). סכסוך הבעלות על הקרקע איננו הנושא המרכזי של "בעיית הבדואים". קרקע, 66, 61-56.

זעירא, ג'. (2014). מרפאות בריאות הנפש במגזר הערבי. ירושלים: הכנסת, מכון המחקר והמידע.

טמיר, מ', וגונטובניק, ג'. (2017). אתגר המציאות של הקהילה הבדואית בנגב: הכרה בתורת ההכרה. משפט, מיעוט וסכסוך לאומי, 478-429.

יהל, ח'. (2017). הוויכוח הקרקעי בין בדואי הנגב ומדינת ישראל. יער, 17, 66-54.

יפתחאל, א'. (2012). מגב בר קיימא - עם היישובים הבדואים. אקולוגיה וסביבה 3(1), 108-109.

לוי, ש'. (2013). הסדר ההתחשבות בגין רכישת שירותי בריאות הנפש בין קופות-החולים לבין בתי-החולים ולמרפאות המוצע בהצעת חוק ההסדרים. ירושלים: כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע

לוי-שנור, ר'. (2013). הצעה לסדר 6 - תכנית ההתנתקות בנגב: על הצעת החוק להסדרת הבדואים בנגב, התשע"ג 2013. ירושלים: המכון הישראלי לדמוקרטיה.

מאיר, א'. (1999). המתח בין בדווי הנגב למדינה, מדיניות ומציאות. ירושלים: מכון פלורסהיימר למחקרי מדיניות בע"מ.

מאנע, ע'. (2011). הבניית הזהות ותחושת איום בין-אישי במפגש לימודי של מתבגרים יהודים וערבים-בדואים בנגב. מגמות, מז(3-4), 415-451.

מבקר המדינה. (2007). תקצוב שירותי הרווחה לרשויות מקומיות. דוח מבקר המדינה - דוח שנתי 57, 651-660.

מבקר המדינה. (2010). משרד הבינוי והשיכון - טיפול בבקשות לסיוע בשכר דירה. דוח מבקר המדינה: דוח שנתי 61, 689-785.

מבקר המדינה. (2020). דוח שנתי 70, משרד הבריאות - היבטים ברפורמה להעברת האחריות הביטוחית בבריאות הנפש. ירושלים: מבקר המדינה.

מוניקנדס-גבעון, י'. (2017). אנשים עם מוגבלות בחברה הערבית: נתונים כללים ונתונים על תלמידים במערכת החינוך המיוחד. ירושלים: כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע.

משרד הבריאות. (2022). כוח אדם במקצועות הבריאות 2021. ירושלים: משרד הבריאות, אגף המידע. אוחזר ב- 21 אוגוסט 2023, מתוך https://www.gov.il/BlobFolder/reports/health-professions-manpower/he/files_publications_units_info_manpower2021.pdf

נח, ח'. (2009). הכפרים שישנם ואינם: הכפרים הבדואים הלא-מוכרים בנגב. חיפה: פרדס הוצאה לאור.

סבירסקי, ש', וחסון, י'. (2005). אזרחים שקופים: מדיניות הממשלה כלפי הבדואים בנגב. מידע על שוויון, 14, 1-47.

סלימאן, ר'. (1996). המפגש המתוכנן שבין יהודים ופלסטינים ישראלים כמיקרוקוסמוס: היבטים פסיכולוגיים חברתיים. עיונים בחינוך, 21(2), 71-85.

ספקטור-בן ארי, ש'. (2013). הסדרת התיישבות הבדואים בנגב. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.

עבאס, ע'. (2004). הזכויות הקולקטיביות בתחום החינוך של המיעוט הפלסטיני במדינת ישראל. ירושלים: חיבור לתואר מוסמך במדעים, הפקולטה למשפטים, האוניברסיטה העברית בירושלים.

פופר-גבעון, א', קשת, י', וליברמן, ע'. (2015). ערבים במקצועות הבריאות והרווחה בישראל: מבט אתני ומגדרי על ייצוג ותעסוקה. *ביטחון סוציאלי*, 97, 95-126.

פופר-גבעון, א'. (2006). מאפייני המרפאות הערביות המסורתיות בישראל ודרכי העצמתן בחברה בה הן פועלות. מוגש לשם מילוי חלקי של הדרישות לקבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה" במחלקה לעבודה סוציאלית. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון.

צדיק, ע'. (2020). עובדים ערבים בכוח העבודה הכללי ובשירות המדינה – תעסוקה, שכר וסבסוד למגורים. ירושלים: כנסת ישראל, מרכז המחקר והמידע, המחלקה לפיקוח תקציבי.

תירוש, א', ואייל, י'. (2018). מדדים חברתיים-כלכליים של האוכלוסייה הבדואית בנגב. ירושלים: מאיירס-גיוינט-ברוקדייל: היחידה לחקר התעסוקה.

תרשיש, נ'. (2017). מדיניות רווחה בראייה משווה: כיצד להגדיר את ישראל. נייר מדיניות 06.2017. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

Abdel-Khalek, A. M. (2011). Islam and mental health: A few speculations. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(2), 87-92. DOI: <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.544867>.

Abo-Rass, F., & Abu-Kaf, S. (2023). Mental Health Literacy among the Palestinian-Arab Minority in Israel and Its Correlates with Mental Health Service Use. *Perspectives in Psychiatric Care*, DOI: <https://doi.org/10.1155/2023/3001191>.

Abo-Rass, F., Abu-Kaf, S., & Nakash, O. (2022). Barriers to Mental Health Service Use among Palestinian-Arab Women in Israel: Psychological Distress as Moderator. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph191912557>.

Abo-Rass, F., Abu-Kaf, S., Matzri, D., & Braun-Lewensohn, O. (2023). Mental Health Underutilization by Palestinian-Arabs in Israel: Stigma-Related, Attitudinal, and Instrumental Barriers. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(4), 1015-1023. DOI: <https://doi.org/10.1177/00207640231152213>.

Abo-Rass, F., Abu-Kaf, S., Nakash, O., & Braun-Lewensohn, O. (2024). Mental health literacy as a barrier and facilitator for service use: Qualitative inquiry among Palestinian Bedouins in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/00207640231223433>.

- Abu-Bader, S., & Jones, T. V. (2021). STATISTICAL MEDIATION ANALYSIS USING THE SOBEL TEST AND HAYES SPSS PROCESS MACRO. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 9(1), 42-61. ISSN: 2056-3639 (Online).
- Abu-Kaf, G., Schejter, A., & Abu-Jaffar, M. (2019). The Bedouin divide. *Telecommunications Policy*, 43(7), 101810. DOI: https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1016%2Fj.telpol.2019.02.004?_sg%5B0%5D=cXFiyRkpE2ZWYv3nunp5bnYYFnxZgswXWX-1OjbvWzhHbWkBahgNbVOu6NLDrKSP6lsK6w2WNj9nN_gOe4AkBc1ZKw.g0xS-NxVddCu_AxcF0sMGhx2FcOyF3aNagSAXrDAMX95vwR.
- Abu-Kaf, S. (2019). Mental Health Issues Among Palestinian Women In Israel. In M. M. Haj-Yahia, O. Nakash, & I. Levav (Eds.), *Mental Health and Palestinian Citizens in Israel* (pp. 121-148. DOI: <https://doi.org/10.2307/j.ctvpj7j65.11>). Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Abu-Kaf, S., & Braun-Lewensohn, O. (2015). Paths to depression among two different cultural contexts: Comparing Bedouin Arab and Jewish students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46(4), 612-630.
- Abu-Kaf, S., & Priel, B. (2008). Dependent and self-critical vulnerabilities to depression in two different cultural contexts. *Personality and Individual Differences*, 44(3), 689-700.
- Abu-Kaf, S., & Shahar, G. (2017). Depression and somatic symptoms among two ethnic groups in Israel: Testing three theoretical models. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 54(2), 32-39.
- Abu-Kaf, S., Nakash, O., Hayat, T., & Cohen, M. (2020). Emotional distress among the Bedouin Arab and Jewish elderly in Israel: The roles of gender, discrimination, and self-esteem. *Psychiatry Research*, 291, 113203. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113203>.
- Abu-Kaf, S., Nakash, O., Hayat, T., & Cohen, M. (2022). Social Support and Psychological Distress among the Bedouin Arab Elderly in Israel: The Moderating Role of Gender. *International Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*, 19(7), 4358. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19074358>.
- Abu-Kaf, S., Shahar, G., Noyman-Veksler, G., & Priel, B. (2019). Role of perceived social support in depressive and somatic symptoms experienced by Bedouin Arab and Jewish Israeli undergraduates. 56, 359-378. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461518808948>.
- Addis, M., & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American psychologist*, 58(1), 5-14. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>.

- Agi-Garratt, A., Wantchekon, K. A., Rivas-Drake, D., & Umaña-Taylor, A. (2023). Assessing Invariance of Universal Ethnic-Racial Identity Measures Among Black Adolescents in the United States. *Journal of Youth and Adolescence*, 52, 1950-1964. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01790-x>.
- Alegria , M., Canino, G., & Pescosolido, B. (2009). A socio-cultural framework for mental health and substance abuse service disparities,. In B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 4370-4379). Baltimore, MD: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.
- Alfayumi - Zeadna, S., Froimovici, M., O'Rourke, N., Azbarga, Z., Okby-Cronin, R., Salman, L., . . . Daoud, N. (2021). Direct and indirect determinants of prenatal depression among Arab-Bedouin Women in Israel: The role of stressful life events and social support. *Midwifery* 96(5):102937, DOI: 10.1016/j.midw.2021.102937.
- Alhuzil, N. A., & Segev, E. (2023). The Challenges of Young Bedouin Men Living in a Changing Society. *American Journal of Orthopsychiatry*, 93(1), 97–106. DOI: <https://doi-org.bengurionu.idm.oclc.org/10.1037/ort0000658>.
- Alison, K. K., Meca, A., Cruz, B., Wright, A., & Veniegas, T. (2024). A Brief Report on Measurement Invariance for the Ethnic Identity Scale Among College-Attending Emerging Adults. *Emerging Adulthood*, 12(1), 153-159. DOI: <https://doi-org.bengurionu.idm.oclc.org/10.1177/21676968231214592>.
- Al-Krenawi, A. (2009). The epidemiology of mental health disorders among Arabs in Israel. In I. Levav (Ed.), *Psychiatric and Behavioral Disorders in Israel* (pp. 75-87). Jerusalem: Gefen Publishing House.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1996). Tackling mental illness: roles for old and new disciplines. *World health forum of Psychology & Medicine*, 17(3), 246-248.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1999). Gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of the Negev. *Culture, medicine and psychiatry*, 23(2), 219-243.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work*, 25(1), 9-22.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2006). comparison of family functioning, life and marital satisfaction, and mental health of women in polygamous and monogamous marriages. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(1), 5-17.

- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2011). Mental health help-seeking among Arab university students in Israel, differentiated by religion. *Mental Health, Religion & Culture, 14*(2), 157-167.
- Al-Krenawi, A., & Slonim-Nevo, V. (2008). The psychosocial profile of Bedouin Arab women living in polygamous and monogamous marriages. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 89*(1), 139-149.
- Allison, K. K., Meca, A., Cruz, B., Wright, A., & Veniegas, T. (2024). A Brief Report on Measurement Invariance for the Ethnic Identity Scale Among College-Attending Emerging Adults. *Emerging Adulthood, 12*(1), 153-159. DOI: <https://doi-org.bengurionu.idm.oclc.org/10.1177/21676968231214592>.
- Al-Said, H., Braun-Lewensohn, O., & Sagy, S. (2018). Sense of coherence, hope, and home demolition are differentially associated with anger and anxiety among Bedouin Arab adolescents in recognized and unrecognized villages. *Anxiety, Stress, & Coping, 31*(4), 475-485. DOI: <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1454070>.
- Amato, P. R., & Bradshaw, R. (1985). An exploratory study of people's reasons for delaying or avoiding helpseeking. *Australian Psychologist, 20*(1), 21-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00050068508257557>.
- Arbuckle, J. L. (2022). *Amos (Version 28.0) [Computer Program]*. Chicago, IL: SPSS.
- Assi, S. (2018). Introduction. In S. Assi (Ed.), *The History and Politics of the Bedouin Reimagining Nomadism in Modern Palestine* (pp. 1-18 DOI: <https://doi.org/10.4324/9781351257886>). New York, NY: Routledge.
- Aviram , U., & Azary-Viesel, S. (2018). Mental Health Reform in Israel:Challenge and Opportunity. Part I: Fundamentals of the Reform and the Mental Health Service System on the Eve of the Reform. *Israel journal of Psychiatry, 55*(3), 45-54.
- Ayalon, L., Karkabi, K., Bleichman, I., Fleischmann, S., & Goldfracht, M. (2015). Between modern and traditional values: Informal mental health help-seeking attitudes according to Israeli Arab women, primary care patients and their providers. *International Journal of Social Psychiatry, 61*, 386-393. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764014549082>.
- Azaiza, F. (2006). Adolescent girls in distress: Views from Arab female adolescents living in Israel . *International Social Work, 49*(2), 188-197. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1177%2F0020872806061234>.

- Barker, G., Olukoya, A., & Aggleton, P. (2005). Young people, social support and help-seeking. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 17, 315-336. DOI: <https://doi.org/10.1515/IJAMH.2005.17.4.315>.
- Ben-Ari, A., & Gil, S. (2004). Well-being among minority students: The role of perceived social support. *Journal of Social work*, 4(2), 215-225.
- Biddle, L., Donovan, J., Sharp, D., & Gunnell, D. (2007). Explaining non - help - seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior. *Sociology of health & illness*, 29(7), 983-1002. DOI: <https://doi.org/10.1111/J.1467-9566.2007.01030.X>.
- Bjørnsen, H., Espnes, G., Eilertsen, M., Ringdal, R., & Moksnes, U. (2019). The Relationship between Positive Mental Health Literacy and Mental Well-Being Among Adolescents: Implications for School Health Services. *The Journal of School Nursing*, 35, 107-116. DOI: <https://doi.org/10.1177/1059840517732125>.
- Boldero, J., & Fallon, B. (1995). Adolescent help-seeking: What do they get help for and from whom? *Journal of Adolescence*, 18(2), 193-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1006/jado.1995.1013>.
- Bollen, K. (1989). *Structural Equations with Latent Variables*. New York, NY: John Wiley and Sons. doi: 10.1002/9781118619179.
- Brand, E., Rodriguez-Monguio, R., & Volberg, R. (2018). Gender Differences in Mental Health and Substance Use Disorders and Related Healthcare Services Utilization. *The American Journal on Addictions*, 28, 9-15. DOI: 10.1111/ajad.12826.
- Broudy, R., Brondolo, E., Coakley, V., & et al. (2007). Perceived ethnic discrimination in relation to daily moods and negative social interactions. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(1), 31-43 DOI: <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9081-4>.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long, *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: SAGE.
- Burgess, D. J., Ding, Y., Hargreaves, M., van Ryn, M., & Phelan, S. (2008). The Association between Perceived Discrimination and Underutilization of Needed Medical and Mental Health Care in a Multi-Ethnic Community Sample. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(3), 894-911 DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.0.0063>.

- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S., & Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC psychiatry*, *12*(36), 1-11.
- Cochrane, A., Clarke, J., & Gewirtz, S. (Eds.). (1993). *Comparing Welfare States*. London: Sage.
- Collins, K., Westra, H., Dozois, D., & Burns, D. D. (2004). Gaps in accessing treatment for anxiety and depression: Challenges for the delivery of care. *Clinical psychology review*, *24*(5), 583-616.
- Cook, R. M. (2020). Addressing Missing Data in Quantitative Counseling Research. *Counseling Outcome Research and Evaluation* *12*(1), 1-11, DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/21501378.2019.1711037>.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*, *59*(7), 614-625. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>.
- Cotton, S., Wright, A., Harris, M., Jorm, A., & McGorry, P. (2006). Influence of Gender on Mental Health Literacy in Young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 790-796. DOI: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x>.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago, IL: University of Chicago Legal Forum. DOI: http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8?utm_source=chicagounbound.uchicago.edu%2Fuclf%2Fvol1989%2Fiss1%2F8&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages.
- DeCoster, V. (1999). The Effects of Gender and Race on Physician Treatment of Patient Emotion. *Journal of Gender, Culture and Health*, *4*, 215-237. DOI: <https://doi.org/10.1023/A%3A1023281300021>.
- Dinwiddie, G. Y., Gaskin, D. J., Chan, K. S., Norrington, J., & McCleary, R. (2013). Residential segregation, geographic proximity and type of services used: Evidence for racial/ethnic disparities in mental health. *Social Science & Medicine*, *80*, 67-75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.024>.
- Dion, K. K., & Dion, K. L. (2004). Gender, Immigrant Generation, and Ethno cultural Identity. *Sex Roles*, *50*, 347-355. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1023/B:SERS.0000018890.96307.de>.
- Douglass, S., & Umaña-Taylor, A. J. (2015). A Brief Form of the Ethnic Identity Scale: Development and Empirical Validation. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, *15*, 48-65. DOI: [10.1080/15283488.2014.989442](https://doi.org/10.1080/15283488.2014.989442).

- Drapeau, A., Boyer, R., & Lesage, A. (2009). The Influence of Social Anchorage on the Gender Difference in the Use of Mental Health Services. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *36*, 372-384. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11414-009-9168-0>.
- English, D., Rendina, J. H., & Parsons, J. T. (2018). The Effects of Intersecting Stigma: A Longitudinal Examination of Minority Stress, Mental Health, and Substance Use Among Black, Latino, and Multiracial Gay and Bisexual Men. *Psychology of Violence*, *8*(6), 660-679. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/vio0000218>.
- Ennis, E., McLafferty, M., Murray, E., Lapsley, C., Bjoursonb, T., Armour, C., . . . O'Neill, S. (2019). Readiness to change and barriers to treatment seeking in college students with a mental disorder. *Journal of Affective Disorders*, *252*, 428-434. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.062>.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York (NY): Norton.
- Fan, X., Thompson, B., & Wang, L. (1999). Effects of sample size, estimation methods, and model specification on structural equation modeling fit indexes. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, *6*(1), 56-83. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540119>.
- Farrand, P., Perry, J., Lee, C., & Parker, M. (2006). Adolescents' preference towards selfhelp: Implications for service development. *Primary Care & Community Psychiatry*, *11*, 73-79. DOI: <https://doi.org/10.1185/135525706X121129>.
- Faye, G. A. (2005). Stigma: Barrier To Mental Health Care Among Ethnic Minorities. *Issues in Mental Health Nursing*, *26*(10), 979-99. DOI: <https://doi.org/10.1080/01612840500280638>.
- Fox, J., Blank, M., Rovnyak, V., & Barnett, R. (2001). Barriers to help seeking for mental disorders in a rural impoverished population. *Community mental health journal*, *37*(5), 421-436. DOI: <https://doi.org/10.1023/A%3A1017580013197>.
- Fredkove, W. M., Gower, A. L., & Sieving, R. E. (2019). Association Among Internal Assets, Bullying, and Emotional Distress in Eighth Grade Students. *Journal of School Health*, *883-889*. DOI: [10.1111/josh.12833](https://doi.org/10.1111/josh.12833).
- Gaskin, D. J., Dinwiddie, G. Y., Chan, K. S., & McClary, R. (2012a). Residential Segregation and Disparities in Health Care Services Utilization. *Medical Care Research and Review*, *69*(2), 158-175. DOI: [10.1177/1077558711420263](https://doi.org/10.1177/1077558711420263).

- Gaskin, D. J., Dinwiddie, G. Y., Chan, K. S., & McCleary, R. R. (2012b). Residential Segregation and the Availability of Primary Care Physicians. *Health Services Research, 47(6)*, 2353-2376. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2012.01417.x.
- Gaskin, D. J., Price, A., Brandon, D. T., & LaVeist, T. A. (2009). Segregation and Disparities in Health Services Use. *Medical Care Research and Review, 66(5)*, 578-589. DOI: 10.1177/1077558709336445.
- Ghanem, A. (2001). *The Palestinian-Arab minority in Israel, 1948-2000: A political study*. New York, NY: Suny Press.
- Goldberg, D. P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor, England: NFER Publishing.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9(1)*, 139-145. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general *health care*. *Psychological Medicine, 27*, 191-197. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>.
- Gribiea, A., Kabha, M., & Abu-Saad, I. (2017). New Mass Communication Media and The Identity of Negev Bedouin Arab Youth In Israel: In Conversation Withe Eduard Said. *Journal of Holy Land and Palestine Studies, 16(1)*, 99-123.
- Grinstein-Weiss, M., Fishman, G., & Eisikovits, Z. (2005). Gender and ethnic differences in formal and informal help seeking among Israeli adolescents. *Journal of adolescence, 28(6)*, 765-779. DOI: <https://doi.org/10.1016/J.ADOLESCENCE.2005.01.002>.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC psychiatry, 10(113)*, 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>.
- Gulliver, A., Griffiths, K., & Christensen, H. (2012). Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC Psychiatry, 12*, 157-171. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-157>.
- Haj-Yahia, M. M. (2019). THE PALESTINIAN FAMILY IN ISRAEL: Its Collectivist Nature, Structure, and Implications for Mental Health Interventions. In I. Levav, M. M. Haj-Yahia, & O. Nakash (Eds.), *Mental Health and Palestinian Citizens in Israel* (pp. 130-161). Bloomington, Indiana: Indiana University Press.

- Hendrickx, M., Woodward, A., Fuhr, D. C., Sondorp, E., & Roberts, B. (2019). The burden of mental disorders and access to mental health and psychosocial support services in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a systematic review. *Journal of Public Health*. 42(3)., 299-310. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1093/pubmed/fdz097>.
- Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as related to mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 367-393. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.4.022007.141245>.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *he American Psychologist*, 44(3), 513-524. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural Equation Modeling: Concepts, Issues, and Applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under parameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424–453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>.
- IBM Corp. (Released 2021). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- International Civil Service Effectiveness (InCiSE). (2017). *International Civil Service Effectiveness (InCiSE) Index 2017*. Retrieved March 30th, 2020, from Blavatnik School of Government, University of Oxford: <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2019-01/International%20Civil%20Service%20Effectiveness%20%28InCiSE%29%202017%20technical%20report.PDF>
- Ishikawa, A., Rickwood, D., Bariola, E., & Bhullar, N. (2023). Autonomy versus support: self reliance and help seeking for mental. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (58), 489-499. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02361-4>.
- Jackson, D. L. (2003). Revisiting Sample Size and Number of Parameter Estimates: Some Support for the N:q Hypothesis. *Structural Equation Modeling A Multidisciplinary Journal* (10)1, 128 - 141. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/S15328007SEM1001_6.
- Jackson, K. L. (2017). *A Qualitative Study Understanding the Perceptions of Black Pentecostal Pastors towards Mental Health and Collaborating with Mental Health Counselors*. Athens, OH: The Patton College of Education of Ohio University: partial fulfillment of the requirements for the degree Doctor of Philosophy.

- Jennings, K. S., Pury, C. L., Britt, T. W., Cheung, J. H., & Zinzow, H. M. (2015). Longitudinal Predictors of Self-Reliance for Coping with Mental Health Problems in the Military. *Graduate Research and Discovery Symposium (GRADS)*, 182.
- Johnson, J. A., Devdutt, J., Mehorthra, S., Bhola, P., Sudhir, P., & Sharma, A. (2020). Barriers to Professional Help-seeking for Distress and Potential Utility of a Mental Health App Components: Stakeholder Perspectives. *Cureus* 12(20), e7128. DOI: <https://doi.org/10.7759%2Fcureus.7128>.
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 186-186. DOI: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>.
- Jrom, A. F. (2012). Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *American Psychological Association*, 67(13), 231-243. DOI: 10.1037/a0025957.
- Juang, L., & Syed, M. (2009). Family cultural socialization practices and ethnic identity in college-going emerging adults. *Journal of Adolescence*, 33(3), 347-354. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1016/j.adolescence.2009.11.008>.
- Kaplan, G., Glasser, S., Atamna, A., Alpert, G., Goldbourt, U., & Kalter-Leibovivi, O. (2010). Depression among Arabs and Jews in Israel: A population-based Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 931-939. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0142-1>.
- Karplus, Y., & Meir, A. (2015). Past and present in the discourse of Naqab/Negev Bedouin geography and space: a critical review. In M. Nasasra, S. Richter-Devroe, S. Abu-Rabia-Queder, & R. Ratcliffe (Eds.), *The Naqab Bedouin and Colonialism New perspectives* (pp. 68-89 DOI: <https://doi.org/10.4324/9781315766461-4>). New York, NY: Routledge.
- Keinan, T., & Bar, D. (2007). *Mobility among Arab Women in Israel*. Haifa: kayan Feminist Organization.
- Keshet, Y., & Popper-Giveon, A. (2016). Work experiences of ethnic minority nurses: A qualitative study. *Israel journal of health policy research* 5(18), 1-10.
- Khan, N., Kausar, R., Khalid, A., & Farooq, A. (2015). Gender differences among discrimination & stigma experienced by depressive patients in Pakistan. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(6), 1432-1436. DOI: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.316.8454>.

- Kobak, K., Mundt, J., & Kennard, B. (2015). Integrating technology into cognitive behavior therapy for adolescent depression: a pilot study. *Annals of General Psychiatry, 14*(37), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0077-8>.
- Kohlenbergera, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). Barriers to health care access and service utilization of refugee's in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy, 123*, 833-839. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.014>.
- Kontos, E., Emmons, K., Puleo, E., & Viswanath, K. (2010). Communication inequalities and public health implications of adult social networking site use in the United States. *Journal of health communication, 15*, 216-235. DOI: <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.522689>.
- Kroenke, K., Wu, J., Yu, Z., Bair, M. J., Kean, J., Stump, T. M., & Monahan, P. O. (2016). Patient Health Questionnaire Anxiety and Depression Scale: Initial Validation in Three Clinical Trials. *Psychosomatic Medicine 78*(6), 716-727. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000322
- Lago, R. R., Peter, E., & Bógus, C. M. (2017). Harm Reduction and Tensions in Trust and Distrust in a Mental Health Service: A Qualitative Approach. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 12*(12), 1-9. DOI: 10.1186/s13011-017-0098-1.
- Lasslo, J., Anthony, K., Reif, C., & Bell, N. (2017). Overcoming Health Disparities: The Need for Communication and Cultural Competency Training for Healthcare Providers Practicing Virtually in Rural Areas. In A. Shachak, E. Borycki, & S. P. Reis (Eds.), *Health professionals' education in the age of clinical information systems, mobile computing and social networks* (pp. 35-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-805362-1.00003-6>). London: Elsevier.
- Lee, W. L., Chinna, K., Abdullah, K. L., & Abidin, I. Z. (2018). The forward-backward and dual-panel translation methods are comparable in producing semantic equivalent versions of a heart quality of life questionnaire. *International Journal of Nursing Practice*, DOI: <https://doi.org/10.1111/ijn.12715>.
- Levav, I., Al-Krenawi, A., Ifrah, A., Geraisy, N., Grinshpoom, A., Khwaled, R., & Levinson, D. (2007). Common mental disorders among Arab-Israelis: findings from the Israel National Health Survey . *Isr J Psychiatry Relat, 44*(2), 104-113. DOI. :
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 71*, 2061-2159, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>.

- Lowe, R. (2004). *The Welfare State in Britain Since 1945*. London: Palgrave Macmillan Publishers.
- Lucksted, A., & Drapalski, A. L. (2015). Self-Stigma Regarding Mental Illness: Definition, Impact, and Relationship to Societal Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 38(2)*, 99-102. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/prj0000152>.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: The influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health, 10(6)*, 574-582. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860600641200>.
- Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159-187). New-York, NY: Wiley.
- Marcia, J. E. (1994). The empirical study of ego identity. In H. A. Bosma, T. G. Graafsma, H. D. Grotevant, & D. J. de Levita (Eds.), *Identity and development: An interdisciplinary approach (4th Edition)* (pp. 281-321). Belmont, CA: Wadsworth.
- Marey-Sarwan, I., Keller, H., & Otto, H. (2015). Stay Close to Me: Stranger Anxiety and Maternal Beliefs About Childrens Socio-Emotional Development Among Bedouins in the Unrecognized Villages in the Naqab. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 47(3)*, 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0022022115619231>.
- Marsh, H. W., & Hoceavar, D. (1985). Application of confirmatory factor analysis to the study of self-concept: First- and higher-order factor models and their invariance across groups. *Psychological Bulletin, 97(3)*, 562-582. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.97.3.562>.
- Matzri, D., Abu-Kaf, S., & Braun-Lewensohn, O. (2023). Ethnic Identity and Barrier for Usinf Mental Health Services among Arab-Bedouin Women Coping with Emotional Distress. *Archives of Women's Mental Health*, DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01349-6>.
- Matzri, D., Abu-Kaf, S., Abo-Rass, F., & Braun-Lewensohn, O. (Under Review). Ethnic Identity as an Explanatory Factor of Emotional Distress Symptoms: Ethnic Identity as an Explanatory Factor of Emotional Distress Symptoms. *International Journal of Social psychiatry*.
- McCloud, R. F., Okechukwu, C. A., Sorensen, G., & Viswanath, K. (2016). Beyond access: barriers to internet health information seeking among the urban poor. *Journal of the American Medical Informatics Association, 23(6)*, 1053-1059. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia%2Focv204>.

- Meca, A., Cruz, B., Venigas, T. K., Allison, K. K., Santibanez, L., & Gonzales-Backen, M. A. (2022). Cultural Identity Configurations: A Latent Profile Analysis of Ethnic/Racial and U.S. Identity Process and Content. *Journal of Youth and Adolescence*, 52, 105-121. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01690-6>.
- Meca, A., Gonzales-Backen, M. A., Davis, R. J., Hassell, T., & Rodil, J. C. (2020). Development of the United States Identity Scale: Unpacking Exploration, Resolution, and Affirmation. *Journal of Latinx Psychology*, 8(2), 147-141. DOI: <https://doi.org/10.1037/lat0000135>.
- Meir, A. (1990). Provision of Public Services to the Post-Nomadic Bedouin Society in Israel. *The Service Industries Journal*, 10, pp. 768-785.
- Milner, A., Scovelle, A. J., & King, T. (2019). Treatment-seeking differences for mental health problems in male- and non-male-dominated occupations: evidence from the HILDA cohort. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28, 630-637. DOI: [https://doi.org/10.1017./](https://doi.org/10.1017/)
- Mitchell, C., McMillan, B., & Hagan, T. (2017). Mental health help-seeking behaviours in young adults. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(654), 8-9. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp17X688453>.
- Nakash, O., Nagar, M., Levav, I., Danilovich, E., Abu-Tair, M., & Podolsky, G. (2016). Psychological Factors Associated with Emotional Distress among Palestinian Arabs from East Jerusalem Accessing Psychiatric Care in Israel. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 53(3), 33-36. .
- Newsom, J. T. (2023). *Nested Models, Model Modifications, and Correlated Errors*. Retrieved August 19, 2023, from Portland State University: https://web.pdx.edu/~newsomj/semclass/ho_nested.pdf
- Norman, C., & Skinner, H. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), e9. DOI: <http://dx.doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>.
- O'Connor, M., & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, 229(1-2), 511-516.
- Oliveira, S. E., Esteves, F. G., Pereira, E. G., Carvalho, M., & Boyd, J. E. (2015). The Internalized Stigma of Mental Illness: Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of the Portuguese Version of the ISMI Scale. *Community Mental Health*, 51, 606-6012. DOI: [10.1007/s10597-015-9828-x](https://doi.org/10.1007/s10597-015-9828-x).

- Ortega, A. M., & Alegría, M. (2002). Self-Reliance, Mental Health Need, and the Use of Mental Healthcare Among Island Puerto Ricans. *Mental Health Services Research, 4*(3), 131-140. DOI: <https://doi.org/10.1023/A%3A1019707012403>.
- Packness, A., Boch Waldorff, F., Christensen, R. D., Hastrup, L. H., Simonsen, E., Vestergaard, M., & Halling, A. (2017). Impact of socioeconomic position and distance on mental health care utilization: a nationwide Danish follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 52*(11), 1405–1413. DOI:<https://doi.org/10.1007%2Fs00127-017-1437-2>.
- Packness, A., Halling, A., Simonsen, E., Boch Waldorff, F., & Hastrup, L. H. (2019). Are perceived barriers to accessing mental healthcare associated with socioeconomic position among individuals with symptoms of depression? Questionnaire-results from the Lolland-Falster Health Study, a rural Danish population study. *BMJ Open (9)*, e023844. DOI: doi:10.1136/bmjopen-2018-023844.
- Phinney, J. S. (1989). Stages of ethnic identity development in minority group adolescents. *Journal of Early Adolescence, 9*, 34-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0272431689091004>.
- Phinney, J. S., & Ong, A. D. (2007). Conceptualization and Measurement of Ethnic Identity: Current Status and Future Directions. *Journal of Counseling Psychology, 54*(3), 271-281. DOI:10.1037/0022-0167.54.3.271.
- Phinney, J. S., Madden, T., & Santos, L. J. (1998). Psychological Variables as Predictors of Perceived Ethnic Discrimination Among Minority and Immigrant Adolescents. *Journal of Applied Social Psychology, 28*(11), 937-953.
- Phoenix, A., & Pattynama, P. (2006). Intersectionality. *Eur J Women's Stud 13*(3), 187-192. DOI:<https://doi.org/10.1177/1350506806065751>.
- Ponizovsky, A. M., Geraisy, N., Shoshan, E., Kremer, E., Smetannikov, E., & Grinshpoon, A. (2007). Emotional Distress Among First-Time Patients Attending Outpatient Mental Health Clinics in Israel: An Arab-Jewish Comparative Study. *Isr J Psychiatry Relat Sci, 4*(1), 62-70.
- Preacher, K. J., & Leonardelli, G. J. (2023). *An interactive calculation tool for mediation tests*. Retrieved September 23, 2023, from Calculation for the Sobel test: <https://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>
- Rickwood, D., & Braithwaite, V. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social science and medicine, 39*(4), 563-572 DOI:<https://doi.org/10.1016/0277-9536%2894%2990099-X>.

- Rickwood, D., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, *187*(7), S35-S39 DOI: <http://dx.doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>.
- Rickwood, D., Deane, F., Wilson, C., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *4*, 218-251. DOI: <https://doi.org/10.5172/jamh.4.3.218>.
- Rooney, R., Nesdale, D., Kane, R., Hattie, J., & Goonewardene, R. (2012). The Development of the Universal Ethnic Identity Scale (UEIS) for use in an Australian context. *Australian Psychologist*, *47*, 238-248. DOI:10.1111/j.1742-9544.2011.00040.x.
- Rooney, R., Nesdale, D., Kane, J., & Goonewardene, R. (2012). The Development of the Universal Ethnic Identity Scale (UEIS) for use in an Australian context. *Australian Psychologist*, *47*, 238-248.
- Rosen, B., Nirel, N., Gross, R., Bramali, S., & Ecker, N. (2008). The Israeli Mental Health Insurance Reform. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, *11*, 201-208.
- Satinsky, E., Fuhr, D. C., Woodward, A., Sondrop, E., & Roberts, B. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylumseekers in Europe: A systematic review. *Health Policy*, *123*, 852-863 DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>.
- Savaya, R. (1998). The under-use of psychological services by Israeli Arabs: an examination of the roles of negative attitudes and the use of alternative sources of help. *International Social Work*, *41*, 195-209. DOI: <https://doi.org/10.1177/002087289804100207>.
- Sheffield, J. K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: Promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *33*(6), 495-507. DOI: <https://doi.org/10.1023/B%3AJJOYO.0000048064.31128.C6>.
- Sheiner, E., Shoham-Vardi, I., Mazor, M., & Katz, M. (1999). Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour. *Pain*, *81*, 299-305. DOI: <https://doi.org/10.1016/S0304-3959%2899%2900019-6>.
- Shibli, H., Aharonson-Daniel, L., & Feder-Bubis, P. (2021). Perceptions about the accessibility of healthcare services among ethnic minority women: a qualitative study among Arab Bedouins in Israel. *International Journal for Equity in Health*, *20*(117), DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01464-9>.

- Shmueli, D. F., & Khamaisi, R. (2015). *Israel's Invisible Negev Bedouin Issues of Land and Spatial Planning*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing Switzerland.
- Silva, L. R. (2010). *Ethnic Identity and Well-Being: A Meta-Analytic Review*. A dissertation submitted to the faculty of Brigham Young University in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy. Provo, UT: Brigham Young University.
- Singh, I., & Orimalade, A. (2009). Ethnic minority groups, learning disability and mental health. *PSYCHIATRY*, *8(10)*, 405-407.
- Sladek, M. R., Umaña-Taylor, A. J., McDermott, E. R., Rivas-Drake, D., & Martinez-Fuentes, S. (2020). Testing invariance of ethnic-racial discrimination and identity measures for adolescents across ethnic-racial groups and contexts . *Psychological Assessment*, *32(6)*, 509-526, DOI: <https://doi.org/10.1037/pas0000805> .
- Smith, K., Fatima, Y., & Knight, S. (2017). Are primary healthcare services culturally appropriate for Aboriginal people? Findings from a remote community. *Australian Journal of Primary Health*, *23*, 236-242. DOI: <http://dx.doi.org/10.1071/PY16110>.
- Spitzer, R. L., Kroenke , K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*, *166(10)*, 1092–1097. DOI:10.1001/archinte.166.10.1092.
- Struch, N., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Sagiv, N., Zehavi, T., & Levav, I. (2008). Attitudes, knowledge and preferences of the Israeli public regarding mental health services. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *45(2)*, 129-140.
- Sulemana, A., Dinye, R., & Nkrumah, K. (2014). Access To Healthcare In Rural Communities In Ghana: A Study Of Some Selected Communities In The Pru District. *European Journal of Research in Social Sciences*, *2(4)*, 122-132.
- Supple, A. J., Ghazarian, S. R., Frabutt, T. M., Plunkett, S. W., & Sands, T. (2006). Contextual Influences on Latino Adolescent Ethnic Identity and Academic Outcomes. *Child Development*, *77(5)*, 1427-1433. DOI: <https://www.jstor.org/stable/3878443>.
- Swami, V. (2012). Mental Health Literacy of Depression: Gender Differences and Attitudinal Antecedents in a Representative British Sample. *PLoS ONE*, *7(11)*, e49779. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049779>.

- Swann, G., Stephens, J., Newcomb, M. E., & Whitton, S. W. (2020). Effects of Sexual/Gender Minority- and Race-Based Enacted Stigma on Mental Health and Substance Use in Female Assigned at Birth Sexual Female Assigned at Birth Sexual. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 26*(2), 239-249. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/cdp0000292>.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories: Studies in social psychology*. New York (NY): Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1986). The social identity theory of intergroup behavior. In W. Austin, & S. Worchel (Eds.), *Psychology of intergroup relations (2nd ed)* (pp. 7-24). Chicago (IL): Nelson-Hall.
- Thibeault, A. M., Stein, G. L., & Nelson-Gray, R. O. (2018). Ethnic Identity in Context of Ethnic Discrimination: When Does Gender and Other-Group Orientation Increase Risk for Depressive Symptoms for Immigrant-Origin Young Adults? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 24*(2), 196-208. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1037/cdp0000174>.
- Thomson, M. (2019). Who had access to doctors before and after new universal capitated subsidies in New Zealand? *Health Policy, 123*, 756-764. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.04.004>.
- Truong, M., Gibbs, L., Paradies, Y., Priest, N., & Tadic, M. (2017). Cultural competence in the community health context: 'we don't have to reinvent the wheel'. *Australian journal of primary health, 23*(4), 342-347. DOI: <https://doi.org/10.1071/PY16073>.
- Umaña-Taylor, A. J., Quintana, S. M., Lee, R. M., Cross, W. E., Rivas-Drake, D., Schwartz, S. J., . . . Seaton, E. (2014). Ethnic and racial identity revisited: An integrated conceptualization. *Child Development, 85*, 21-39.
- Umaña-Taylor, A. J., Yazedjian, A., & Bámaca-Gómez, M. (2004). Developing the Ethnic Identity Scale Using Eriksonian and Social Identity Perspectives. *Journal of theory and Research, 4*(1), 9-38. DOI: https://doi.org/10.1207/S1532706XID0401_2.
- Umaña-Taylor, A. T., Gonzales-Backen, M. A., & Guimond, A. B. (2009). Latino Adolescents' Ethnic Identity: Is There a Developmental Progression and Does Growth in Ethnic Identity Predict Growth in Self-Esteem? *Child Development, 80*(2), 391-405. DOI: <https://www.jstor.org/stable/29738622>.
- Vijayalakshmi, P., & Math, S. (2013). Gender differences in mental health literacy of family caregivers of persons with mental illness: an Indian perspective. *International Journal of Mental Health Promotion, 15*, 93-104. DOI: <https://doi.org/10.1080/14623730.2013.792514>.

- Volkan, V. D. (2006). *Killing in the name of identity: a study of bloody conflicts (First edition)*. Pitchstone Publishing.
- Werner, C., & Schermelleh-Engel, K. (2010). *Introduction to Structural Equation Modeling with LISREL – Version February 2010*. Retrieved August 19, 2023, from Goethe University, Frankfurt: https://www.researchgate.net/publication/241278052_Deciding_Between_Competing_Models_Chi-Square_Difference_Tests#fullTextFileContent
- Whaley, A. L. (2001). Cultural mistrust and mental health services for African Americans: A review and meta-analysis. *The Counseling Psychologist*, *29*(4), 513-531. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0011000001294003>.
- White, K., Haas, J. S., & Williams, D. R. (2012). Elucidating the Role of Place in Health Care Disparities: The Example of Racial/Ethnic Residential Segregation. *Health Services Research*, *47*(3), 1278-1299. DOI:10.1111/j.1475-6773.2012.01410.x.
- White, R. M., Umaña-Taylor, A. J., Knight, G. P., & Zeiders, K. H. (2011). Language Measurement Equivalence of the Ethnic Identity Scale With Mexican American Early Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, *31*(6), 817-852.
- Wirth, J. H., & Bodenhausen, G. V. (2009). The Role of Gender in Mental-Illness Stigma A National Experiment. *Psychological Science*, *20*(2), 169-173. DOI:https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fdx.doi.org%2F10.1111%2Fj.1467-9280.2009.02282.x?_sg%5B0%5D=0Tgt1Oi8YRwCHwegrvM79sIsVzhzUUVRhadq0fh8Hh7BwpVmvfzaPiGMpmzRUqa0PqQi3vPmMtwwr1PF2ahxt7J-RQ.cnu06SiaKgW4x74y8JZMsVzfy1PdPR7j12Kuyp471akR.
- Wylie, L., Meyel, R., Harder, H., Sukhera, J., Luc, C., Ganjavi, H., . . . Wardrop, N. (2018). Assessing trauma in a transcultural context: challenges in mental health care with immigrants and refugees. *Public Health Reviews*, *39*(22), 2-19. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0102-y>.
- Yampolski, M. A., Amiot, C. E., & de la Sablonnière, R. (2013). Multicultural identity integration and well-being: a qualitative exploration of variations in narrative coherence and multicultural identification. *Frontiers In Psychology*, *4*(126), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00126>.
- Yetter, G., & Foutch, V. (2013). Investigation of the Structural Invariance of the Ethnic Identity Scale With Native American Youth. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *19*(4), 435-444. DOI: 10.1037/a0032564.

Yoon, E. (2011). Measuring Ethnic Identity in the Ethnic Identity Scale and the Multigroup Ethnic Identity Measure-Revised. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 17*(2), 144-155.

Zhang, X., Yue, H., Hao, X., Liu, X., & Bao, H. (2023). Exploring the relationship between mental health literacy and psychological distress in adolescents: A moderated mediation model. *Preventive Medicine Reports (33)*, 102199. DOI: <https://doi-org.ezproxy.bgu.ac.il/10.1016/j.pmedr.2023.102199>.

נספחים

נספח א – רשימת יישובים בחברה הערבית בדואית בהן פועלות תחנות ומרפאות לבריאות הנפש

יישוב ²⁵	זכאים לשירות מבוטחי קופ"ח	טיפול זמין על פי חתך גיל
אום אל פאחם	מאוחדת ; כללית	מבוגרים + ילדים ונוער
באקה אל עירביה	כללית	ילדים ונוער בלבד
גידידה מאכר	לאומית	מבוגרים בלבד
דיר חנא	לאומית	מבוגרים בלבד
דלית אל כרמל	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
טייבה	כללית	ילדים ונוער בלבד
טירה	כללית ; לאומית	מבוגרים + ילדים ונוער
ירכא	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
כסיפה	לאומית	מבוגרים בלבד
כפר ברא	כל הקופות	מבוגרים + ילדים ונוער
כפר גית	לאומית	מבוגרים בלבד
כפר כנא	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
כפר קרע	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
מג'ראר	כל הקופות	מבוגרים + ילדים ונוער
מגדל שמש	כל הקופות	מבוגרים + ילדים ונוער
מזרח ירושלים / שיח ג'ראח	כל הקופות	מבוגרים בלבד
נחף	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
נצרת	כל הקופות	מבוגרים + ילדים ונוער
סחינן	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
עראבה	מאוחדת	מבוגרים + ילדים ונוער
עראבה	לאומית	מבוגרים + ילדים ונוער
פורידיס	כללית	ילדים ונוער בלבד
קלנסווה	כללית	מבוגרים בלבד
רהט	כללית ; לאומית	מבוגרים בלבד
שפרעם	כללית ; לאומית	מבוגרים + ילדים ונוער

²⁵ **סקירה עצמית, עורך המחקר, 22 באוגוסט 2023.** רשימת היישובים בחברה הערבית בהן פועלת תחנה ו/או מרפאה נסקרה על ידי עורך המחקר בהסתמך על מנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות לאיתור מרפאות ותחנות לשירותי בריאות הנפש. עורך המחקר סקר בתאריך 22 באוגוסט 2023 את רשימת המרפאות המלאה אשר מפורסמת במנוע החיפוש המקוון של משרד הבריאות. החיפוש נערך ללא סננים על מנת להפיק את רשימת מרפאות בריאות הנפש המלאה כפי שפורסמה על ידי המשרד. החיפוש הניב רשימה של 867 תחנות ומרפאות בפריסה ארצית המעניקות שירותי בריאות נפש בישראל. הדיווח המתואר לעיל מתייחס ליישובים בהם פועלת לכל הפחות מרפאה ו/או תחנה אחת לשירותי בריאות הנפש. הרשימה אינה כוללת מרפאות ביישובים הטרונגיים בהם קיימת אוכלוסייה ערבית (כדוגמת עכו, לוד ואחרים). לעיון במנוע איתור מרפאות בריאות הנפש:

https://www.gov.il/he/Departments/DynamicCollectors/mental-health-clinics-list?skip=0&clinic_name=%D7%9E%D7%96%D7%A8%D7%97%20%D7%99%D7%A8%D7%95

sense of belonging to the ethnic group while reporting reduced levels of emotional distress among the Arab-Bedouin population. After analyzing the two models, it was found that gender and the living environment are the two moderating factors for differences in most of the direct, indirect, and overall effects. The first research model shows that we must consider the contribution of the various barriers within the unique Arab-Bedouin society in the Negev. The findings point out a tendency to self-reliance and rely on informal factors in mental health issues associated with increased emotional distress.

However, due to the uniqueness of the Arab-Bedouin population, this tendency contributes to reducing emotional distress reports. Moreover, this barrier reverses the negative connection between socio-economic status and emotional distress: people with a higher socio-economic status and not as expected report higher levels of emotional distress .

The scientific contribution and uniqueness of the current research lies in its examination of barriers and facilitators to seeking mental health services in the Arab-Bedouin society in the Negev, recognizing this group's unique context as a socially, culturally, and nationally marginalized minority. For the first time, the research includes a broad range of globally recognized barriers and facilitators, providing an opportunity to assess their relevance in this specific context. It also allows for a detailed analysis of distinct segments within the Arab-Bedouin society by gender and residential environments. Furthermore, the research proposes and validates a new division of the BACE questions, enabling a deeper understanding of the mechanisms of barriers and facilitators through five different dimensions, providing insight into the role of the Arab-Bedouin identity in explaining high levels of emotional distress. The research emphasizes that women and village residents within the Arab-Bedouin population are at higher risk of emotional distress. Barriers to seeking mental health services contribute to this distress, despite high mental health literacy. Conversely, a stable ethnic identity and a sense of belonging to the ethnic group help reduce emotional distress.

The research's conclusions emphasize the importance of implementing culturally adapted models when analyzing emotional distress and approaching mental health services in the Arab-Bedouin population in the Negev. As the findings point out, cultural and social factors and resources significantly reduce emotional distress. There is an apparent lack of formal, accessible treatment resources adapted and adequate to the Arab-Bedouin population in the Negev. Future research models should examine how reduced emotional distress correlates with reduced overcoming barriers to approaching formal mental health services. Moreover, future research should suggest ways to increase the catalysis for approaching these services, including higher exposure to mental health issues and higher levels of literacy regarding mental health services, all within the social complexities of the Arab-Bedouin population and its unique characteristics. This society tends to rely on informal providers of care and assistance in mental health issues to cope with emotional distress.

sources. The research also hypothesizes that women will experience higher levels of both objective-structural and subjective-personal barriers for approaching mental health services, unlike men. In terms of ethnic identity, it is assumed that the residents of the villages will report higher levels of affinity and self-acceptance .

After analyzing the various connections between all research variables, the main hypotheses were that all barriers would be positively related to emotional distress and that high levels of coping with these barriers would be related to high levels of emotional distress.

The current study was conducted as an exploratory research model, analyzing ethnic identity as a barrier or catalysis for approaching mental health services among the Arab-Bedouin population in the Negev.

The research was conducted using quantitative methodology and was characterized by a cross-sectional setup. Arabic questionnaires were utilized for self-reporting to examine the following variables: socio-demographic variables, background of approaching mental health services, emotional distress, components of ethnic identity, barriers, and catalysts for approaching mental health care and mental health literacy. The research sample consisted of 654 respondents while maintaining a gender balance and ensuring a balance between the residents of the three primary residential environments of the Arab-Bedouin population in the Negev: the residents of the Arab-Bedouin city and towns, the residents of known but not developed settlements, and the residents of unknown villages.

The main findings confirm most of the research hypotheses. Women reported higher levels of distress than men. On the other hand, no significant differences were found between the residents of the different residential environments in levels of reported emotional distress. It was found that women demonstrate higher levels of literacy in mental health compared to men, who report a wider extent of barriers based on self-reliance and turning to informal sources. It was found that the residents of the unknown villages report higher levels of barriers based on social shame, stigmas, and limitations in approaching mental health services .

Regarding the first model, the findings point out the ability to predict levels of emotional distress among the Arab-Bedouin population based on socio-economic situation mediated by a set of barriers for approaching mental health services: barriers based on stigmas, lack of access to services, barriers based on self-reliance and turning to informal sources, and literacy levels on mental health issues.

Regarding the second model, the findings point out three components of ethnic identity: ethnic identity exploration, sense of belonging to the ethnic group, and positive or negative attachment to ethnic identity while reporting reduced levels of emotional distress. The affinity towards ethnic identity was found to be the main factor in predicting reconciliation with the ethnic identity and the

Abstract

The Israeli government declared a health reform in mental health services on July 1st, 2015. The primary purpose of this reform was to shift mental health services from the Ministry of Health to the four Israeli health services funds to improve these services and make them much more accessible to the entire population in Israel. Nevertheless, formal mental health services are almost not available for the Arab-Bedouin population in the Negev even today.

There is a clear gap between the mental services in the Negev and the apparent mental distress among the Arab-Bedouin population. Both equality and the number of existing mental services are not sufficient, primarily due to a significant lack of professional members adapted to the culture and language of the unique Arab-Bedouin population. Moreover, there are relatively few mental health treatment centers in the Negev .

The existing services need to be improved due to a lack of staff members familiar with the Arab-Bedouin culture and language. Despite the apparent need for mental health services, a relatively narrow consumption of formal mental health services was found. This population is in a state of use deficit. Thus, we should examine both the barriers and the catalysts for approaching formal mental health services within the Arab-Bedouin population in the Negev.

The current study examines barriers and catalysts while analyzing the unique ethnic identity of the Arab-Bedouin population. This examination of the barriers focuses on (a) subjective-personal barriers, which include stigmas towards people with mental health issues and stigmas towards mental health services in general, reliance on informal sources and self-reliance, self-confidence, trust, and social shame ; (b) objective-structural barriers which include lack of accessibility to mental health services and lack of culture and language adaptation; and (c) high literacy as catalysis for approaching mental health services. This study also examines the unique ethnic identity of the Arab-Bedouin population through the three axes of the typology of ethnic identity: the axis of identity research, which examines the extent of practices ,studies and exploration of self-belonging to an ethnic group, the axis of identity, which examines self-acceptance with the ethnic group, and the affinity axis towards the person's ethnic identity, in which the nature of the attachment to one's identity is examined as a high/positive or a low/negative affinity.

According to this research's main hypotheses, no differences in the levels of reported emotional distress will be found. Both women and residents of unfamiliar villages will report higher levels of emotional distress, unlike men and residents of the central cities and towns and of familiar villages. In addition, no differences will be found in reporting objective-structural barriers regarding aspects of approaching mental health treatment and in reporting subjective-personal barriers in the aspects of exposure to stigmas, low literacy in mental health, and the reliance on informal and self-supporting

This work was carried out under the supervision of

Prof. Orna Barun-Lewensohn

Prof. Sarah Abu-Kaf

In the Conflict Management & Resolution Program

Faculty of Humanities and Social Sciences

Ben-Gurion University of the Negev, Israel

**Ethnic Identity & Barriers and Catalysts for Approaching to the Mental Health Services as
Explanatory Factors of Emotional Distress among the Arab-Bedouin of the Negev**

Thesis submitted in partial fulfillment

Of the requirements for the degree of

“DOCTOR OF PHILOSOPHY”

By

Dvir Matzri

Submitted to the Senate of Ben-Gurion University of the Negev

Approved by the advisor

Prof. Orna Braun-Lewensohn _____

Prof. Sarah Abu-Kaf _____

Approved by the Dean of the Kreitman School of Advanced Graduate Studies

April 9th, 2024

Beer-Sheva, Israel

**Ethnic Identity & Barriers and Catalysts for Approaching to the Mental Health Services as
Explanatory Factors of Emotional Distress among the Arab-Bedouin of the Negev**

Thesis submitted in partial fulfillment

Of the requirements for the degree of

“DOCTOR OF PHILOSOPHY”

By

Dvir Matzri

Submitted to the Senate of Ben-Gurion University of the Negev

April 9th, 2024

Beer-Sheva, Israel