

## גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית באוכלוסייה הכללית בישראל<sup>1</sup>

רויטל גרוס,<sup>2</sup> נחמי באום<sup>3</sup> ומיכל עובד-אור<sup>4</sup>

מחקרים בארץ ובעולם מוכיחים שרוב האנשים הנזקקים לעזרה נפשית אינם פונים לקבל עזרה פורמלית מאנשי מקצוע, אך חלקם פונים לקבל עזרה מחברים, משכנים ומבני משפחה. מטרת המחקר הנוכחי היתה לבחון, בעקבות המודל של אנדרסן (1975), את הקשרים שבין משתני נטייה מוקדמת, תנאים מאפשרים וצורך לבין פנייה לעזרה במצבי מצוקה נפשית.

המחקר התבסס על נתוני סקר אוכלוסייה שנערך ב-1997 בקרב מדגם מייצג של כלל התושבים הבוגרים בישראל מגיל 22 ויותר. סך הכול מולאו 1,205 שאלונים, ושיעור ההיענות עמד על 81 אחוז. הניתוח המשני המוצג בעבודה זו נעשה על תת-אוכלוסייה של אנשים שדיווחו כי חשו בעבר מצוקה נפשית.

בניתוח רב משתני נמצא שאלה החשים מצוקה קשה או קשה מאוד, וכן חברי קופת חולים כללית ומאוחדת, פונים יותר מאחרים לעזרה פורמלית. דוברי ערבית פונים פחות לעזרה פורמלית אך יותר מאחרים לעזרה בלתי פורמלית.

ממצאי המחקר יכולים לסייע בהיערכות שירותי הרווחה למתן עזרה לסובלים ממצוקה נפשית.

- 
- 1 המאמר מתבסס על העבודה של מיכל עובד-אור לקבלת תואר שני שנעשתה בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר-אילן בהנחיית פרופ' רויטל גרוס וד"ר נחמי באום.
  - 2 בית הספר לעבודה סוציאלית על שם לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן, ומאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל.
  - 3 בית הספר לעבודה סוציאלית על שם לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן.
  - 4 לשכת הפסיכיאטר המחוזי תל אביב, מרפאה פסיכיאטרית איכילוב.

## מבוא

מחקרים בארץ ובעולם מוכיחים שרוב האנשים הנזקקים לעזרה נפשית, לרבות אנשים עם מצוקה גדולה, אינם פונים לקבל עזרה פורמלית מאנשי מקצוע (גרוס ואחרים, 1997; Bland, Newman, & Orn, 1997; Kessler, et al., 1994; Rabinowitz, Gross, & Feldman, 1999; Regier et al., 1993). יש עדויות לכך שחלקם פונים לקבל עזרה בלתי פורמלית מחברים, משכנים ומבני משפחה המרכיבים את הרשת החברתית שלהם (Gourash, 1978; Lin & Parikh, 1999). יתרה מזאת, יש עדויות לכך שרבים אף מעדיפים עזרה ממקורות תמיכה בלתי פורמליים על זו של אנשי מקצוע (Lin & Parikh, 1999; Oliver et al., 1999; Rabinowitz et al., 1999). הם מסבירים זאת בכך שהעזרה ניתנת בסביבה פרטית, בעת פעילות אחרת ובזמן המתאים למחפש העזרה, כמו גם ללא תשלום (Wills, 1983). סוג זה של עזרה נתפס כפעולה שגרתית, יומיומית, ולכן פחות סטיגמטית מפנייה לעזרה פורמלית (Nadler, 1987).

בישראל נערכו מספר סקרים שמהם ניתן ללמוד על שיעור המדווחים על בעיות נפשיות ועל שימוש בשירותי בריאות נפש. מקור המידע העיקרי הוא סקר הבריאות הלאומי שערכו משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 2003-2004. בסקר זה היתה התייחסות נרחבת לבריאות הנפש באמצעות שאלון לאבחון הפרעות פסיכיאטריות לפי קריטריונים של ה-ICD-10 וה-DSM IV. זהו סקר ראשון מסוגו בישראל. הוא היה חלק ממחקר של ארגון הבריאות העולמי ב-27 מדינות. כולן השתמשו בשאלון אבחון אחיד (Composite International Diagnostic Interview), שמעריך הימצאות הפרעה נפשית ב-12 חודשים אחרונים ואי פעם בחיים. באמצעות סקר זה נאסף מידע אפידמיולוגי ייחודי על התחלואה הנפשית של האוכלוסייה בישראל ועל השימוש בשירותי בריאות נפש. ממצאי המחקר הראו שהפרעות רגש או חרדה הן ההפרעות השכיחות ביותר; 9.7 אחוזים דיווחו על קיומן בשנה האחרונה ו-17 אחוז דיווחו על אי פעם בחיים. בסקר זה נמצא עוד ששיעורן של הפרעות אלה גבוה במקצת בקרב נשים, בקרב בעלי הכנסה נמוכה ובקרב גרושים ואלמנים (Levinson et al., 2007a). באשר לשימוש בשירותי בריאות נפש, נמצא ש-34 אחוז מאלה שדיווחו על סימפטומים של הפרעות רגש או חרדה פנו אי פעם לטיפול בבעיה, ואילו 44 אחוז מכלל האוכלוסייה פנו אי פעם לטיפול נפשי. בסקר זה נבדקו המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הפונים לטיפול נפשי, ונמצא ששיעורי הפנייה היו נמוכים יותר בקרב גברים, קשישים ודוברי ערבית (Levinson et al., 2007b).

מקור מידע אחר הוא סקרים שערך מכון ברוקדייל בשנים 1995-2007, ובהם נשאלו המרואיינים על "מצוקה נפשית שהיה קשה לך להתמודד איתה בעצמך" (משתנה שאינו מלמד בהכרח על הפרעה נפשית לפי קריטריונים פסיכיאטריים). נמצא שלאורך השנים חל

גידול ניכר בשיעור המדווחים על מצוקה נפשית בשנה האחרונה. ב-1995 דיווחו על כך 13 אחוז לעומת כ-25 אחוז ב-2007 (גרוס ואחרים, 2008). עם זאת, שיעור הפונים לעזרה נפשית היה דומה לאורך השנים, כש-40 אחוז בקירוב מאלה שחשו מצוקה נפשית במהלך החיים פנו אי פעם לקבל עזרה מאיש מקצוע (גרוס ואחרים, 1997; גרוס ואחרים, 2008).

בישראל טרם נבדק מכלול גורמים (סוציו-דמוגרפים ואחרים) הקשורים בפנייה לעזרה פורמלית כמו גם בפנייה לעזרה בלתי פורמלית במצבי מצוקה נפשית. זו היתה אפוא מטרת המחקר הנוכחי. במחקר נעשה שימוש במודל תיאורטי מקיף שיתואר להלן. המחקר יוכל לתרום לאפיון אוכלוסיות שעושות שימוש חסר בשירותי העזרה הפורמלית, לחשיבה על דרכי איתור ופנייה אליהן ועל התאמת השירות לצרכיהן. מלבד זאת, אפיון אוכלוסיות הפונות אך ורק לעזרה בלתי פורמלית יכול לסייע בגיבוש מענים בתוך הקהילה, כלומר לחזק את ערוץ העזרה הבלתי פורמלית ובה בעת לעורר את מודעותן של אוכלוסיות אלה לאפשרות לקבל גם עזרה נפשית פורמלית. תחום זה זכה עד כה לתשומת לב ציבורית מעטה והיה בעדיפות נמוכה של קובעי המדיניות (אבירם, 2007).

לממצאי המחקר יש חשיבות מיוחדת כיום, עם ההיערכות של קופות החולים לקבל את האחריות לשירותי בריאות הנפש. המידע יכול לסייע בהכרת דפוסי ההתנהגות של אוכלוסייה זו, שמאופיינת בצריכה גבוהה של שירותי בריאות (Kessler et al., 1994; Vedsted et al., 2001).

טרם הצגת המחקר הנוכחי ראוי לציין שהעזרה הפורמלית בתחום בריאות הנפש בישראל כוללת שירותי אשפוז פסיכיאטרי, שירותי מרפאות לבריאות הנפש, מטפלים עצמאיים בקופות החולים ומטפלים פרטיים. חלק מהשירותים כרוכים בהשתתפות עצמית או בקבלת התחייבות מקופות החולים, ואנשי המקצוע המציעים אותם הם פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים ([www.health.gov.il](http://www.health.gov.il)). מרכיב מרכזי במערך בריאות הנפש הוא השירות האמבולטורי שמטרתו ליישם תוכניות מניעה וטיפול בקהילה ולתת מענה זמין וכוללני לפונים. השירות ניתן לכל פונה, ללא תשלום. כל אדם עם מצוקה נפשית או סימפטומים נפשיים יכול לפנות באופן עצמאי לבדיקה, ללא הפניה (משרד הבריאות, 2002). מאז 1997 לא חל שינוי מהותי במערך שירותי בריאות הנפש ובקריטריונים לקבלת עזרה נפשית מנותני השירות, שכן למרות מספר ניסיונות להעביר את האחריות לשירותים ממשרד הבריאות לקופות החולים, טרם יושמה הרפורמה הביטוחית. דיון נרחב ברפורמה הביטוחית ובחסימים ליישומה חורג ממטרות מחקר זה, אך מופיע במאמרים של חוקרים אחרים (ראו למשל: אבירם, 2007; אבירם, גיא וסייקס, 2006).

## רקע: גורמים הקשורים לפנייה לעזרה

אחד המודלים הבולטים המסבירים פנייה לעזרה פורמלית הוא המודל של אנדרסן (Andersen, 1975a, 1975b), שיושם על אוכלוסיות שונות ומסביר פנייה לשירותי בריאות פיסית (Auslander & Litwin, 1990; Coulton & Frost, 1982). מחקר קודם הצליח להרחיב את המודל המקורי של אנדרסן המתייחס לפנייה לעזרה פורמלית בשירותי בריאות פיסית וליישמו גם לשירותים סוציאליים (Soskolne et al., 2006). במחקר הנוכחי ניסינו להרחיב עוד את טווח יישומו של המודל, להסבר פנייה לשירותי בריאות נפש וכן לקבלת עזרה בלתי פורמלית.

המודל של אנדרסן (Andersen, 1975a, 1975b) מתבסס על שלוש קבוצות של גורמים המשפיעים על פנייה לשירותי בריאות: נטייה מוקדמת (Predisposing characteristics), תנאים מאפשרים (Enabling characteristics) ומשתני צורך (Need factors). משקל כל אחד מהם משתנה בהתאם לאופי השירות (Andersen, 1995). להלן נסקור בקצרה את המשתנים שנמצאו קשורים בספרות לפנייה לשירותי בריאות נפש, כרקע לבניית המודל שינחה את ניתוח הנתונים במחקר הנוכחי.

### נטייה מוקדמת:

נטייה מוקדמת כוללת מאפיינים אישיים ומשפחתיים וכן אמונות הקשורות לבריאות, כמו שליטה על הבריאות ודאגה לרווחה הנפשית (Andersen, 1995; Wolinsky & Johnson, 1991). מחקרים קודמים מראים שמשתנים אישיים אכן קשורים הן לפנייה לעזרה פורמלית והן לפנייה לעזרה בלתי פורמלית בתחום בריאות הנפש, אבל הממצאים בנוגע לכיוון ההשפעה ועוצמתה אינם אחידים. רוב המחקרים מראים שנשים פונות יותר מגברים, באופן משמעותי, לעזרה נפשית פורמלית (Barker & Adelman, 1994; Bland et al., 1997; Cohen, Guttman, & Lazar, 1998; Diala et al., 2000; Kung, 2003; Rabinowitz et al., 1999). ואולם מחקרים אחרים, ספורים אמנם, דיווחו שגברים פנו לעזרה יותר מנשים (Moller-Leimkuhler, 2001; Oliver et al., 1999), ואחרים דיווחו שאין קשר בין פנייה לעזרה לבין מגדר (גרוס ואחרים, 1997; Feinson, Popper, & Handelsman, 1992).

מחקרים דיווחו גם על קשר בין גיל לפנייה לעזרה נפשית, אך כיוון ההשפעה שנמצא אינו אחיד (Komiyama, Good, & Sherrod, 2000; Millman, 2001; Rabinowitz et al., 1999; Feinson et al., 1992; Neighbors & Jackson, 1984; Lin & Parikh,

Catania et al., 1999). במחקרים אחדים לא נמצא כלל קשר בין פנייה לעזרה לבין גיל (Catania et al., 1990; Levav et al., 1990).

גם הממצאים בנוגע להשפעת המצב המשפחתי אינם אחידים. בחלק דווח שגורשים ורווקים פונים לשירותי בריאות הנפש בשיעור גבוה (Cohen et al., 1992; Feinson et al., 1998), אך באחרים לא נמצא קשר (גרס ואחרים, 1997). כך גם בנוגע להשכלה; במחקרים רבים נמצא שככל שרמת ההשכלה עולה, כך עולה הנטייה לחפש עזרה (Diala et al., 2000; Veroff, Kulka, & Douvan, 1981), אבל במחקרים אחרים לא נמצא קשר (Catania et al., 1990; Levav et al., 1990; גרס ואחרים, 1997).

מחקרים בעולם מראים שמיעוטים אתניים נוטים לפנות לשירותי עזרה נפשית פורמליים פחות מהאוכלוסייה הכללית (Abe-Kim, Takeuchi & Hwang, 2002; Savaya, 1993; Snowdem, 1998; Sue, Zane, & Young, 1994; Vera et al., 1998). מחקרים בישראל מצאו הבדלים בין קבוצות תרבותיות שונות. בקרב עולים מרוסיה נמצאו שיעורים גבוהים של פנייה לעזרה פורמלית (Levav et al., 1990), אך בקרב האוכלוסייה הערבית נמצאו שיעורים נמוכים (Feinson et al., 1992; Savaya, 1993).

#### תנאים מאפשרים:

קבוצה זו של גורמים מוגדרת אצל אנדרסן כתנאים המאפשרים והמעודדים להשתמש בשירותי עזרה שונים. תנאים אלה כוללים משאבים אישיים, כגון הכנסה, ביטוח רפואי וידע, ומשאבים קהילתיים המתבטאים בנגישות ובזמינות של השירותים (Yeatts, Crew, & Folts, 1992), כמו גם בתמיכה משפחתית וחברתית (Crets, 1996).

באשר למשאבים האישיים, במחקרים קודמים לא נמצא קשר מובהק בין הכנסה לבין פנייה לעזרה פורמלית בתחום בריאות הנפש (גרס ואחרים, 1997; Diala et al., 2000; Rabinowitz et al., 1999; Tijhuis, Peters, & Foets, 1990; Veroff et al., 1981), אף ששירותים אלה כרוכים בתשלום. משאבים קהילתיים באים לביטוי בזמינות השירותים באזורי מגורים שונים. במחקר שנערך בארץ נמצאו אחוזים גבוהים של פנייה לשירותי בריאות נפש באזור תל אביב וירושלים, בעוד שבאזורי הדרום והצפון נמצאו שיעורי פנייה נמוכים (Feinson et al., 1992). זמינות קשורה גם לקופת החולים שהאדם מבוטח בה. במחקר שהשווה צורך נתפס וקבלת שירות בשירותי בריאות הנפש של חברי קופות חולים בארץ פנו חברי קופות החולים מכבי, מאוחדת וכללית לשירותי עזרה נפשית יותר מאשר חברי קופת חולים לאומית (Rabinowitz, Gross, & Feldman, 2003). חברות בקופה קשורה לזמינות סל השרותים הבסיסי (שבחלק מהקופות כולל את בריאות הנפש) וגם

לזמינות השירותים דרך הביטוח המשלים שכולל כיסוי לשירותי בריאות נפש (ברמלי-גרינברג, גרוס ומצליח, 2007).

### מידת הצורך בעזרה:

קבוצת גורמים זו כוללת את הצורך האובייקטיבי בעזרה, למשל מחלה מאובחנת, כמו גם הערכה סובייקטיבית של המצב הבריאותי או הנפשי. מחקרים מצביעים על מרכזיותם של משתני הצורך, כשמסבירים את השימוש בשירותי בריאות ורווחה (Anderson, 1995; Coulton & Frost, 1982; Wolinnsky & Johnson, 1995), כמו גם את השימוש בשירותי בריאות הנפש (Barker et al., 1990).

לסיכום, מסקירת ממצאי מחקרים שנערכו בישראל ובמדינות אחרות עולה שיש קשרים בין הגורמים המתוארים במודל של אנדרסן לבין פנייה לשירותי בריאות הנפש. אבל לא נמצאה אחידות בדיווח על כיוון ההשפעה של המשתנים השונים ועל עוצמתה. במחקרים קודמים לא נכלל המשתנה "קיום מחלה פיסית", אף שסביר להניח שישפיע על פנייה לעזרה נפשית פורמלית עקב הקשר וההיכרות עם שירותי הבריאות. רוב המחקרים בחנו את הגורמים הקשורים בפנייה לעזרה פורמלית, ורק בודדים בחנו גורמים הקשורים גם לפנייה לעזרה בלתי פורמלית. לבסוף, לא נעשה ניתוח שבחן את הקשר בין פנייה לעזרה לבין משתנים המייצגים את מכלול הגורמים שבמודל בו זמנית: נטייה מוקדמת, תנאים מאפשרים וצורך.

לאור ממצאי סקירת הספרות בחרנו במחקר הנוכחי לבחון את הקשר שבין פנייה לעזרה פורמלית ובלתי פורמלית במצב של מצוקה נפשית לבין משתנים המייצגים כל אחד מהגורמים שבמודל. משתני הנטייה המוקדמת שבחנו כוללים מגדר, גיל, מצב משפחתי, השכלה, שפה ומחלה פיסית. המשתנים המאפשרים שבחנו כוללים הכנסה, אזור מגורים, קופת החולים ובעלות על ביטוח משלים. המשתנה המלמד על צורך הוא תחושת מצוקה נפשית וחומרתה.

---

## שיטת המחקר

---

הנתונים למחקר זה נלקחו מתוך סקר תקופתי שנערך במכון ברוקדייל לבחינת דעת הציבור על מערכת הבריאות (גרוס וברמלי-גרינברג, 2001). במחקר הנוכחי נערך ניתוח משני של קובץ נתונים קיים מתוך הסקר שנערך ב-1997. ייחודו של הסקר בכך שהוא

מאפשר הבחנה בין פנייה אי פעם לעזרה מאנשי מקצוע לבין פנייה לגורמים בלתי פורמליים, כגון רבנים ואנשי דת, בני משפחה וחברים. ברצוננו לציין שערכם של ממצאי המחקר רלוונטי גם כיום לאור העובדה שיש דמיון רב בינם לבין נתונים מהשנים האחרונות בכל הקשור לשיעורי הפנייה לעזרה ולמאפייני הפונים שתוארו לעיל (ראו מבוא).

### אוכלוסיית המחקר

הסקר של ג'וינט-מכון ברוקדייל בשנת 1997 נערך בקרב מדגם מייצג של כלל התושבים הבוגרים בישראל מעל גיל 22 (נספח 1). מסגרת הדגימה היתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים. מאפייני המדגם תאמו את מאפייני האוכלוסייה לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נדגמו 1,750 מספרי טלפון, ומתוכם נמצאו 1,463 שייכים לאוכלוסיית המחקר (מספרי הטלפון שלא נכללו באוכלוסיית המחקר הם בתי עסק, מוסדות, תושבים זרים, פקס, מודם וצעירים מתחת לגיל 22). סך הכול מולאו 1,205 שאלונים, ושיעור ההיענות היה 81 אחוז. 10 אחוזים סירבו למלא את השאלון ועם תשעה אחוזים לא נוצר קשר (בעיות שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות וכדומה). המדגם שוקלל בשני שלבים: בשלב הראשון קיבל כל אדם משקל המשקף את הסתברותו להידגם. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית. בשלב השני חולקה האוכלוסייה לשמונה שכבות, לפי לאום (ערבים, יהודים), מגדר (גברים, נשים) וגיל (מתחת גיל 65 ומעל). כל שכבה במדגם קיבלה משקל המבטא את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס (גרוס וברמלי-גרינברג, 2001).

הניתוח המשני במחקר זה נעשה על תת מדגם של 285 אנשים שדיווחו כי חשו בעבר מצוקה נפשית (ראו פירוט השאלה להלן). השוואת מאפייני תת המדגם של אנשים שחשו מצוקה נפשית לאלה שלא חשו מצוקה נפשית מוצגת בנספח 1.

### משתני המחקר, כלי המחקר ואיסוף הנתונים

נתוני המחקר נאספו בעזרת שאלונים מובנים. אלה מולאו בריאיונות טלפוניים שערכו מראיינים שהוכשרו לכך במיוחד בג'וינט-מכון ברוקדייל. כל ריאיון נמשך 15-20 דקות בממוצע. המחקר הנוכחי התמקד בשני פרקים מתוך שאלוני המחקר: שאלון בתחום בריאות הנפש ושאלון דמוגרפי. השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית הלוך וחזור, כדי להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית.

### מצוקה נפשית ופנייה לעזרה

הצורך בעזרה: תחושת המצוקה נבדקה באמצעות השאלה "האם בעבר הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה לך להתמודד איתה בעצמך? למשל, מתח רב, חרדה, דיכאון או עצב עמוק". קטגוריות התשובות היו אלה: 1. כן (כולל גם את מי שבחר להתמודד בעצמו); 2. לא. השאלה התבססה על שאלת סינון שבה השתמשו ב-US national co-morbidity survey (Kessler et al., 1997) וכן ב-Ontario Health Survey (Lin et al., 1996). תוקף נראה נבדק בידי חוקרים מאוניברסיטת בר-אילן, מכון ברוקדייל וועדת ההגוי המלווה את הסקרים התקופתיים של מכון ברוקדייל. תוקף מבנה של שאלה זו בוסס על ידי הימצאות הקשרים הצפויים בין המשתנה "מצוקה נפשית" למשתנים אחרים (Gross et al., 1998; Rabinowitz et al., 2003).

נשאלה גם שאלה לבירור רמת המצוקה שהאדם חש. אלה היו קטגוריות התשובה: קשה מאוד, קשה, בינונית וקלה. המרוויינים שדיווחו על מצוקה נשאלו אם פנו לעזרה פורמלית. העונים בחיוב נשאלו למי פנו, לרופא פסיכיאטר, לפסיכולוג, לעובד סוציאלי, לרופא משפחה או לאחר, וניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת. המרוויינים שדיווחו על מצוקה נשאלו גם אם פנו לעזרה בלתי פורמלית. העונים בחיוב נשאלו למי פנו, לחברים, לקרובי משפחה או לאנשי דת, וגם כאן ניתן היה לסמן יותר מתשובה אחת.

במחקר זה התמקדנו בשני משתנים המוציאים זה את זה: המשתנה "פנה לעזרה פורמלית" כולל את כל מי שפנה לעזרה פורמלית (הפונים לעזרה פורמלית בלבד או לעזרה פורמלית וגם בלתי פורמלית). המשתנה "פנה לעזרה בלתי פורמלית בלבד" כולל את מי שפנה רק לעזרה בלתי פורמלית.<sup>5</sup>

### שאלון פרטים דמוגרפיים

משתני נטייה מוקדמת: הגיל חולק לארבע קטגוריות: 22-35, 36-44, 45-64, 65 ומעלה. המצב המשפחתי חולק לקטגוריות: נשוי, גרוש/חי בנפרד, אלמן, רווק. שפת הדיבור נבחרה כמשתנה המלמד על שייכות תרבותית; החלוקה נעשתה לשפות עברית, רוסית וערבית. בקטגוריה מחלה פיסית נכלל כל מי שענה בחיוב לפחות על אחת מהשאלות האלה: "האם יש לך כיום בעיה רפואית חריפה, למשל דלקת פרקים, סרטן, עברת אירוע מוחי או מחלה כרונית, למשל, יתר לחץ דם, סוכרת, מחלת לב?" "האם אתה נכה או או

5. בנספח 2 מוצגים גורמים הקשורים לפנייה ל"עזרה בלתי פורמלית בכלל". משתנה זה כולל את כל מי שפנה לעזרה בלתי פורמלית (כולל מי שפנה גם לעזרה פורמלית וגם לעזרה בלתי פורמלית).



שיש לך מוגבלות פיסיית שנמשכת לפחות שישה חודשים או צפויה להימשך שישה חודשים (כולל נכות מלידה, ממלחמה, מתאונה וכד')?"

משתנים מאפשרים: המחקר התמקד בחמישה משתנים הקשורים בזמינות ובנגישות השירותים. *הכנסה*: בחודש שקדם לריאיון נשאל המרואיין על ההכנסה ברוטו שלו ושל כל הגרים איתו לפי חלוקה לטווחים: 1. עד 2,400; 2. 2,401-3,500; 3. 3,501-5,000; 4. 5,001-7,000; 5. 7,001-10,000; 6. 10,001-13,000; 7. 13,001 ויותר. הקטגוריות קובצו לחמישונים לפי חלוקה של סך ההכנסות במספר הנפשות המתגוררות בדירה באופן קבוע. *קבלת קצבת ביטוח לאומי*: (פרט לקצבאות זיקנה וילדים) הקצבה היא עוד מדד שמבחין בין רמות סוציו-אקונומיות שונות. *אזור מגורים*: הנשאלים חולקו לארבעה אזורים מגורים – מרכז, צפון, דרום ויש"ע. *קופת חולים*: בשאלון נכללו כללית, מכבי, לאומית ומאוחדת ("אינני רשום באף קופה" ו"יש לי ביטוח רפואי מחו"ל" לא נכללו בניתוח הנתונים). *ביטוח משלים*: הנבדקים נשאלו אם יש להם או אין להם ביטוח משלים של קופת החולים שלהם.

### שיטות לניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). השערות המחקר נבדקו באמצעות  $\chi^2$  בריבוע וניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית. בעזרת מבחני  $\chi^2$  בריבוע נבדקו קשרים דו משתניים בין המשתנים הבלתי תלויים למשתנים התלויים (בסולמות נומינליים ואורדינליים). בעזרת רגרסיה לוגיסטית נבדקה ההשפעה העצמאית של משתנים בלתי תלויים (שנמצאו מובהקים בניתוח הדו משתני) על המשתנים התלויים (פנייה לעזרה פורמלית, פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד) המוגדרים דיכוטומית.

---

### ממצאים

---

#### מאפייני אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר הנוכחי כללה 285 מרואיינים שדיווחו כי חשו בעבר מצוקה נפשית (23.6 אחוז מכלל המרואיינים). מאפייני אוכלוסיית המחקר והשוואה לכלל אוכלוסיית המדגם מוצגים בנספח 1.

מבין הפונים לעזרה פורמלית פנו 35.7 אחוז לפסיכיאטר, 30.7 אחוז לפסיכולוג, 27 אחוז למטפל משפחתי, 23 אחוז לרופא משפחה, 9.2 אחוזים לעובד סוציאלי, 7.6 אחוזים לנוירולוג ו-0.3 אחוזים פנו לטיפת חלב. המרואיינים יכלו לבחור יותר מתשובה אחת.

### מאפייני הפונים לעזרה פורמלית

מתוך החשים מצוקה פנו 37.8 אחוז (108 איש) לעזרה פורמלית. מלוח 1 עולה ששיעור הפונים לעזרה פורמלית גבוה יותר בקרב גרושים (53.8 אחוז), אלמנים (46.5 אחוז), מקבלי קצבה (48.5 אחוז), דוברי עברית (44.4 אחוז), דוברי רוסית (35.3 אחוז), חולים במחלה כרונית (47 אחוז), חברי קופת חולים כללית (42.8 אחוז) ומאוחדת (56.5 אחוז) ואנשים ברמת מצוקה קשה וקשה מאוד (42.6 אחוז).

לא נמצאו קשרים מובהקים בין פנייה לעזרה פורמלית לבין מגדר, גיל, השכלה, הכנסה, אזור מגורים וביטוח משלים.

לוח 1

### פנייה לעזרה פורמלית לפי משתני רקע (באחוזים)

p<	df	$\chi^2$	פנייה לעזרה פורמלית (N=108)		N	משתנים
			N	אחוז		משתני רקע
0.99	1	0.01	40	37.7	106	משתני נטייה מוקדמת
			68	37.9	179	מגדר
0.05	3	5.63	19	27.5	72	זכר
			23	42.6	53	נקבה
			41	41.4	100	גיל
			25	42.4	59	35-22
			67	37.0	181	44-36
0.01	3	9.40	14	53.8	26	64-45
			20	46.5	44	65+
			6	19.4	33	מצב משפחתי
			67	37.0	181	נשוי/אה
			14	53.8	26	גרוד/חי בנפרד
			20	46.5	44	אלמן/נה
			6	19.4	33	רווק/ה



p<	df	$\chi^2$	פנייה לעזרה פורמלית (N=108)		N	משתנים
			N	אחוז		משתני רקע
0.001	1	14.98		***		משתני צורך
			24	28.6	106	חומרת מצוקה
			83	42.6	179	קלה+בינונית קשה+קשה מאוד

\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן חי בריבוע מובהק ברמה  $p < 0.05$

\*\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן חי בריבוע מובהק ברמה  $p < 0.01$

\*\*\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן חי בריבוע מובהק ברמה  $p < 0.001$

### גורמים הקשורים לפנייה לעזרה פורמלית

ניתוח רב משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית נערך כדי לבחון לאילו משתנים יש השפעה על פנייה לעזרה. לרגרסיה נבחרו משתנים מובהקים בלוח הרו-משתני ומשתנים משמעותיים על-פי המודל של אנדרסן שתואר לעיל.

מלוח 2 עולה שלשפה, למחלה פיסית, לקופת החולים ולרמת המצוקה יש השפעה עצמאית על פנייה לעזרה פורמלית. כלומר: חולים במחלה פיסית, חברי קופת חולים כללית ומאוחדת והחווים מצוקה קשה וקשה מאוד פונים לעזרה פורמלית יותר מאחרים, ודוברי ערבית פונים לעזרה פורמלית פחות מאחרים.

לוח 2

ניתוח תסוגה לוגיסטית של משתנים המנבאים פנייה לעזרה פורמלית

(n=285)

פנייה לעזרה פורמלית		מאפיינים
95%CI	Odds Ratio	
1.85-0.60	1.06	זכר (בסיס נקבה)
2.81-0.84	1.54	גיל 22-44 (בסיס +45-65)
2.75-0.78	1.47	גרוש+אלמן (בסיס נשוי+רווק)
2.13-0.60	1.13	מקבלי קצבה (בסיס לא מקבל קצבה)
0.83-0.20	* 0.40	דוברי ערבית (בסיס עברית ורוסית)
2.91-0.97	1.68	מחלה פיסית (בסיס לא חולה)
5.13-1.48	** 2.76	קופ"ח כללית+מאוחדת (בסיס מכבי+לאומית)
3.52-1.08	* 1.95	מצוקה קשה וקשה מאוד (בסיס מצוקה קלה ובינונית)

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

### מאפייני הפונים לעזרה בלתי פורמלית

מתוך החשים מצוקה נפשית פנו לעזרה בלתי פורמלית 34 אחוז בלבד; הם לא נעזרו כלל בשירותים הפורמליים. בחנו את מאפייני הפונים לעזרה בלתי פורמלית.

מלוח 3 עולה ששיעור הפונים לעזרה בלתי פורמלית בלבד גבוה יותר בקרב בני 22-35 (54.4 אחוז), בני 36-44 (39.6 אחוז), רווקים (54.8 אחוז), שאינם מקבלים קצבה (41.1 אחוז), דוברי ערבית (62.8 אחוז), שאינם חולים במחלה פיסית (43.8 אחוז) ומאזור הצפון (45.7 אחוז). לא נמצאו קשרים מובהקים בין פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד לבין מגדר, השכלה, הכנסה וחומרת המצוקה.

לוח 3

#### פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד לפי משתני רקע (באחוזים)

p<	Df	$\chi^2$	פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד (N=97, 34.0%)		משתנים
			N	אחוז	
0.30	1	1.40			<b>משתני נטייה מוקדמת</b>
					<b>מגדר</b>
0.001	3	22.8	31	31.6	זכר
			66	37.7	נקבה
				***	<b>גיל</b>
			37	54.4	35-22
			21	39.6	44-36
0.05	1	4.17	25	25.5	64-45
			14	25.5	65+
				*	<b>מצב משפחתי</b>
0.50	3	2.51	17	54.8	רווק
			80	33.1	אחר
					<b>השכלה</b>
			22	39.3	לא למד-יסודי
			31	33.3	תיכון
			21	42.9	על תיכוני
			23	30.3	אקדמאי

p<	Df	$\chi^2$	פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד (N=97, 34.0%)		משתנים
			N	אחוז	
0.001	2	17.65		***	<b>שפת הריאיון</b> עברית ערבית רוסית
			44	26.8	
			27	62.8	
0.01	1	7.92	26	38.8	<b>מחלה פיסית</b> לא כן
			57	43.8	
			40	27.8	
0.05	1	5.19		*	<b>משתנים מאפשרים</b> <b>קצבה מביטוח לאומי</b> כן לא/רק קצבת ילדים או זקנה
			25	25.5	
			72	41.1	
0.05	2	6.01		*	<b>אזור מגורים</b> מרכז צפון דרום+יש"ע
			42	32.3	
			43	45.7	
0.90	2	0.17	11	24.4	<b>צורך</b> <b>חומרת מצוקה</b> קלה+בינונית קשה+קשה מאוד
			42	32.3	
			43	45.7	

\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן  $\chi^2$  מובהק ברמה  $p < 0.05$   
 \*\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן  $\chi^2$  מובהק ברמה  $p < 0.01$   
 \*\*\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן  $\chi^2$  מובהק ברמה  $p < 0.001$

### גורמים הקשורים לפנייה לעזרה בלתי פורמלית

ניתוח רגרסיה לוגיסטית נערך כדי לבחון לאילו משתנים יש השפעה עצמאית על פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד. לרגרסיה נבחרו משתנים שנמצאו מובהקים בלוח הדו-משתני ומשתנים משמעותיים על פי המודל של אנדרסן שתואר לעיל.

מלוח 4 עולה שרק לשפה יש השפעה עצמאית על פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד, כשדוברי ערבית פונים יותר מאחרים לעזרה בלתי פורמלית בלבד.

לוח 4

ניתוח תסוגה לוגיסטית של משתנים המנבאים פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד  
(n=285)

פנייה לעזרה בלתי פורמלית בלבד		מאפיינים
95% CI	Odds Ratio	
1.40-0.44	0.78	זכר (בסיס נקבה)
2.61-0.79	1.43	גיל 22-44 (בסיס +45-65)
3.43-0.62	1.46	רווק (בסיס נשוי, גרוש ואלמן)
1.36-0.37	0.71	מקבלי קצבה (בסיס לא מקבלי קצבה)
5.64-1.27	* 2.68	דוברי ערבית (בסיס דוברי עברית ורוסית)
1.26-0.40	0.71	מחלה פיסית (בסיס לא חולה)
2.61-0.76	1.41	צפון (בסיס מרכז דרום ויש"ע)
1.21-0.37	0.67	מצוקה קשה וקשה מאוד (בסיס מצוקה קלה ובינונית)

\* p<0.01

## דיון

מטרת המחקר היתה לבחון גורמים המשפיעים על פנייה לעזרה נפשית בעזרת המודל התיאורטי של אנדרסן (Andersen, 1975a), המתיחס לפנייה לעזרה פורמלית בבעיות בריאות פיסית. ממצאי המחקר הנוכחי תורמים לפיתוח התיאוריה בכך שהם מראים שניתן להרחיב את טווח יישומו של המודל גם לתחום של פנייה לקבלת עזרה נפשית פורמלית מאנשי מקצוע. עוד הם תורמים בכך שהם מציבים שאלה בדבר מרכזיות ההבחנה בין בעיות פיסיות לבעיות נפשיות בהקשר של פנייה לעזרה. שכן קיים דמיון בין גורמים המקדמים או מעכבים פנייה לעזרה פיסית או לעזרה נפשית. ייתכן שהגורמים המקדמים והמעכבים את הפנייה לעזרה מרכזיים לא פחות ואולי אף יותר מאשר תחומי הבעיה.

באשר לפנייה לעזרה בלתי פורמלית, רק גורם אחד מתוך המודל של אנדרסן, שפה ערבית, נמצא כבעל השפעה עצמאית על פנייה לעזרה, ולפיכך עולה שאלה בנוגע למידת ההתאמה של המודל התיאורטי הזה להסבר פנייה לעזרה בלתי פורמלית במצבי מצוקה נפשית. בטרם תיפסל התאמתו של המודל גם לתחום זה, ראוי במחקר עתידי לבחון אותו עם משתנים שונים מאלה שנבחרו במחקר זה. משתנים אחרים המייצגים את הגורמים שזיהה אנדרסן (נטייה מוקדמת, מאפשרים וצורך) עשויים לתקף את כוחו של המודל להסביר גם פנייה לעזרה בלתי פורמלית.

להלן נדון בקצרה בקשרים שבין משתנים מרכזיים במודל זה לבין פנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית ובמשמעותם של קשרים אלה.

### גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית

ממצאי המחקר מלמדים שמשתני הנטייה המוקדמת קשורים בפנייה לעזרה פורמלית בשל בעיות נפשיות בדומה לממצאים בנוגע לפנייה בשל בעיות בריאות פיסית (Coulton & Frost, 1982). מבין משתני הנטייה המוקדמת עולה ששיעורי הפנייה לעזרה פורמלית גבוהים יותר אצל החולים פיסית, הן בניתוח דו משתני והן ברב משתני. ניתן להניח שאנשים הסובלים מחולי פסי מתמשך עומדים בקשר עם מערכות עזרה פורמלית בעניין מחלתם, עובדה ההופכת גם את הפנייה לעזרה נפשית פורמלית לזמינה יותר ופחות מסויגת. עוד ניתן להניח, שאוכלוסייה זו מוכרת לאנשי מקצועות הבריאות, ולכן בעת מצוקה היא מופנית יותר לשירותי עזרה נפשית פורמלית.

ממצאי הניתוח הדו משתני, המראים שגרושים ואלמנים פונים לקבל עזרה נפשית פורמלית יותר מנשואים ומרווקים, עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים קודמים המראים שלאנשים נשואים יש מערכת תמיכה גדולה יותר והם נוטים לפנות בעיקר לעזרה בלתי פורמלית (Cohen, 1999; Cohen et al., 1998; Cramer, 1999; Rickwood & Veroff et al., 1981).

הקשר ההפוך שנמצא בניתוח דו משתני ורב משתני בין פנייה לעזרה נפשית פורמלית לבין שפה ערבית, קשר המבטא ככל הנראה השתייכות תרבותית, עולה בקנה אחד עם המדווח בספרות העולמית ועם מחקרים שבחנו פנייה לעזרה בקרב האוכלוסייה הערבית בארץ (ראו פירוט בסקירה בעמ' 115) ובפרט עם ממצאי סקר הבריאות הלאומי (Levinson et al., 2007b). מחקרים אלה מלמדים שההשתייכות לקבוצות מיעוט מפחיתה את הנכונות לבקש עזרה פורמלית. מחקרים שנערכו בארץ פירוטו סיבות מגוונות המעכבות פנייה לעזרה נפשית פורמלית בקרב ערבים. הגורמים הבולטים הם אי אמון במהות ובאיכות השירותים ונטייה לפנות לעזרה רפואית במקום לעזרה נפשית, הן בשל פחד מהתערבות



פסיכולוגית והן בשל החשש מהסטיגמה המתלווה לעזרה מסוג זה (Al-Krenawi, & Graham, 2000; Savaya, 1995, 1998). ייתכן שגם מחסום השפה מונע פנייה לעזרה נפשית פורמלית, כפי שנמצא במחקרים שנערכו בעולם (Stephenson, 1995). בין אם ההסבר הראשון קביל יותר ובין אם האחרון, ממצאים אלה מלמדים שבמקביל לתשומת הלב לגורמים מקדמים ראוי לבחון גורמים המעכבים או חוסמים שימוש בשירותי עזרה פורמלית, כפי שהציעו ייטס ועמיתיו (Yeatts et al., 1992).

במחקרים רבים בעולם נמצא שנשים פונות לעזרה נפשית פורמלית יותר מגברים (ראו פירוט במבוא עמ' 114), אבל במחקר הנוכחי לא נמצא קשר למגדר. ממצאי המחקר שלנו שונים מממצאי סקר הבריאות הלאומי (Levinson et al., 2007b), אך תואמים ממצאי מחקרים קודמים בישראל, אף הם לא מצאו קשר בין מגדר לבין פנייה לעזרה פורמלית (גרוס ואחרים, 1997; Feinson et al., 1992). ייתכן שהבדל זה נובע מנוסח השאלה, כאשר בסקר הלאומי נבחנה פנייה לעזרה של בעלי הפרעה נפשית ואילו בסקר הנוכחי נבחנו דפוסי הפנייה של בעלי מצוקה נפשית (שלא בהכרח מעידה על הפרעה נפשית). ייתכן גם שההבדל קשור בהפרש השנים שבין עריכת המחקרים, אם במהלכן התרחשו שינויים בדפוסי הפנייה לעזרה.

הסבר אפשרי להבדל בין תוצאות המחקר הנוכחי למחקרים שנערכו בחו"ל נובע מבחירת אוכלוסיית המחקר, מכיוון שהמחקרים במדינות אחרות התבססו על תת-אוכלוסיות ספציפיות, כגון אמריקנים אפריקנים, אמריקנים סינים או סטודנטים, ולא על מדגם ארצי מייצג. עוד הסבר אפשרי, שטרם הוכח מחקרית, יכול לגעת בהקשר החברתי של החיים בארץ, המחייב גברים להתמודד, בעקבות שירותם הצבאי, עם מתחים ולחצים נפשיים כשגרת חיים. ייתכן שחשיפה זו למתחים וללחצים נפשיים תורמת לעלייה בנכונותם של גברים להיעזר בשירותים פורמליים. למרות הסברים אפשריים אלה יש מקום למחקרים נוספים בנוגע להשפעת המגדר על פנייה לעזרה נפשית פורמלית, בפרט לנוכח ההבדלים שנמצאו מול סקר הבריאות הלאומי.

מבין התנאים המאפשרים נמצא ששייכות לקופת חולים כללית ומאוחדת קשורה בניתוח הדו משתני והרב משתני לפנייה רבה יותר לעזרה פורמלית. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאי מחקר אחר שבדק פנייה לשירותי עזרה נפשית של חברי קופות החולים השונות ומצא זומינותם של שירותים רפואיים מעודדת פנייה לעזרה (Rabinowitz et al., 2003). זמינות השירותים גם הופכת אותם מוכרים יותר ומאיימים פחות.

המשתנה שמצביע על צורך, כלומר חומרת המצוקה, נמצא כצפוי קשור לפנייה לעזרה נפשית פורמלית בניתוח הדו משתני ובניתוח הרב משתני. ממצאו שאנשים החשים מצוקה קשה או קשה מאוד פונים לעזרה נפשית פורמלית יותר מאנשים החשים מצוקה קלה או בינונית. ממצא זה עולה בקנה אחד עם הידוע בספרות שאנשים נוטים יותר לפנות לעזרה

כשרמת מצוקתם גבוהה (Cramer, 1999; Komiya et al., 2000; O'Neil et al., 1984; Rickwood & Braithwaite, 1994). ניתן להניח שתחושת מצוקה ברמה גבוהה מובילה אנשים להתגבר על העכבות המונעות פנייה לעזרה (Barker et al., 1990). עוד ניתן להניח שבמצבים אלה התועלת הצפויה בפנייה לעזרה עולה על המחיר, עובדה הגורמת לאנשים שנמנעו מפנייה לעזרה פורמלית בעת מצוקה קלה לפנות לקבל עזרה, כשהם חשים מצוקה קשה (Nadler, 1992).

### גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית בלתי פורמלית בלבד

מהממצאים עולה שמשתני נטייה מוקדמת (גיל, מצב משפחתי, שפה ומחלה פיסית) ומשתנים מאפשרים (אזור מגורים, קבלת קצבה מהביטוח הלאומי), נמצאו קשורים בניתוח דו משתני לפנייה לעזרה נפשית בלתי פורמלית (חברים, משפחה). אבל בניתוח רב משתני נמצאה השפעה עצמאית רק לשפה, כשדוברי ערבית נוטים יותר מאחרים לפנות לקבל עזרה בלתי פורמלית בלבד.

פנייה מרובה לעזרה בלתי פורמלית בלבד בקרב האוכלוסייה הערבית יכולה להיות ביטוי לנורמה התרבותית בחברה הערבית שבה חשיפת בעיות נתפסת כמעשה שאינו מכבד את המשפחה. נורמה זו מחייבת לפתור את הבעיות במסגרת המשפחה (אל-קנאווי, 1999; Haj-Yahia, 1995; Al-Krenawi, & Graham, 1996), ומכאן הנטייה לפנות לעזרה פורמלית נמוכה והנטייה לפנות לעזרה בלתי פורמלית בלבד גבוהה.

המשתנה שמלמד על צורך, חומרת תחושת המצוקה, לא נמצא קשור לפנייה לעזרה נפשית בלתי פורמלית. ממצא זה סותר את הידוע מתוך מחקר ארצי שנערך באנגליה שאנשים נוטים לפנות יותר הן לעזרה פורמלית והן לעזרה בלתי פורמלית, כשהמצוקה גבוהה (Barker et al., 1990). ייתכן שעקב לכידות חברתית גבוהה בישראל (שובל ואנסון, 2000) אנשים פונים לעזרה בלתי פורמלית ללא קשר לרמת המצוקה, כך שפנייה לעזרה בלתי פורמלית היא כה שגרתית ונורמטיבית עד שאינה נתפסת כלל כפנייה לעזרה (Nadler, 1987).

### מגבלות המחקר

בטרם נדון בתרומות אחרות של המחקר, מלבד אלה שכבר צוינו, יש להתייחס לכמה מגבלותיו. אחת המגבלות הבולטות של מחקר זה היא היותו ניתוח משני של נתוני סקר אוכלוסייה שנערך ב-1997. ואולם בתקופה שחלפה מאז לא חלו שינויים במערך שירותי בריאות הנפש שכן הרפורמה המתוכננת טרם יושמה. כמו כן אין לנו סיבה להניח שחלו שינויים כלשהם, הן במאפייני האוכלוסייה שחשה מצוקה נפשית והן בדפוסי הקשר בין

המשתנים המשפיעים על פנייה לעזרה. מגבלה אחרת קשורה בכך שהמחקר התבסס על ניתוח משני של קובץ נתונים קיים, ולכן ניתן היה לבחון את המודל התיאורטי אך ורק לאור משתנים שהיו קיימים בבסיס הנתונים. ייתכן שבחירה בלתי תלויה של משתנים היתה מובילה לבחירת משתנים אחרים לבדיקת המודל, במיוחד בנוגע לפנייה לעזרה בלתי פורמלית, כפי שהוזכר לעיל. מגבלה שלישית קשורה לעובדה שהמחקר מתבסס על דיווח עצמי בלבד, והדבר יכול להשפיע על אובייקטיביות התשובות, הן בנוגע למצוקה והן בנוגע לפנייה לעזרה. כידוע, מדידה המבוססת על דיווח עצמי עלולה להיות מוטת בשל הכחשה או שימוש בהגנות פסיכולוגיות אחרות (Shedler, Mayman, & Manis, 1993). מגבלה זו מחייבת גם היא זהירות, כשמנסים להכליל ממצאי מחקר זה על כלל הפונים לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית. לאור מגבלה זו מומלץ לשלב במחקרים עתידיים גם כלים חיצוניים, הן לבדיקת משתני המצוקה והן לבדיקת הפנייה לעזרה. מגבלה רביעית קשורה למשתנה מצוקה נפשית. למרות ביסוס התוקף הנראה ותוקף המבנה של המשתנה, קיימת האפשרות שהנבדקים פירשו את המונח בצורה שאינה אחידה (כלומר דיווחו על רמות שונות של צורך נתפס). מגבלה חמישית קשורה לכך שתשעה אחוזים מהמדגם לא רואיינו עקב קשיי שפה, קשיים מנטליים או בריאותיים. למרות שיעורי ההיענות הגבוהים, יש חשש להטיה בממצאים, מכיוון שהמשתתפים לקבוצה זו צפויים יותר מאחרים לסבול ממצוקה נפשית. כך, אי הכללתם במחקר עשויה להוביל לאומדן חסר של היקף המצוקה הנפשית, ואולי אף להטיה באומדן היקף הפנייה לעזרה (אם כי הכיוון אינו ידוע). לאור זאת, רצוי במחקרים עתידיים לעשות מאמץ, גם אם הוא מחייב השקעה נוספת, לא לוותר על אוכלוסיות אלה שעשויות להיות בעלות משקל בבדיקת הפנייה לעזרה בעת מצוקה נפשית. מגבלה אחרונה נובעת מהעובדה שבחלוקת הנבדקים לקבוצות על פי קטגוריות המשתנים הבלתי תלויים והמשתנים התלויים נוצרו לעתים קבוצות קטנות של נבדקים, נתון שלאורו רצוי לחזור ולבדוק אוכלוסיות אלה עם מספר נבדקים גדול יותר.

### השלכות מעשיות למתכנני שירותים ואנשי מקצוע

למרות המגבלות שצוינו, לממצאי מחקר זה מספר השלכות מעשיות. זיהוי הגורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית עשוי לתרום מבחינה מעשית, הן למתכנני השירותים והן ישירות לאנשי המקצוע. נוכח זיהוי האוכלוסיות הסובלות ממצוקה אך אינן פונות לעזרה, על מתכנני השירותים למצוא דרכים להנגיש את השירותים עבורן. מלבד ההנגשה הגיאוגרפית, מיפוי מאפייניהן של אוכלוסיות אלה עשוי לסייע בפיתוח אסטרטגיות פנייה שיתאימו למאפייניהן האישיים והתרבותיים.

ממצאי המחקר עשויים להיות לעזר גם לאנשי המקצוע. מהממצאים עולה שחשוב לבדוק אילו סוגי עזרה מתאימים לאוכלוסיות השונות, מתי מתאים להציע אותה ובאיזה אופן כדי שלא תידחה על הסף. וביתר פירוט, הממצא המצביע על שיעורי פנייה נמוכים של ערבים לעזרה נפשית פורמלית מחייב לבחון איך מתגברים על מחסום השפה והתרבות, למשל על ידי הרחבת מספר אנשי המקצוע הערבים. אפשרות אחרת היא להכשיר ולפתח בקרב המטפלים באוכלוסייה זו רגישות תרבותית שתאפשר מתן עזרה בדרכים המתאימות לה. ניתן גם לפנות לאוכלוסייה עצמה ולהשקיע בהסברת החשיבות והיתרונות שבפנייה לעזרה פורמלית, עובדה שעשויה אף להגדיל את הלגיטימציה לפנייה לשירותי עזרה מקצועיים. ניתן גם להיעזר ברופאי משפחה כגורמים המציעים לאוכלוסייה זו לפנות לעזרה נפשית פורמלית ומשכנעים אותה בחשיבותה. הצעה אחרת שהעלה אל-קרנאוי מתייחסת לאיחוד שירותי בריאות הנפש עם המרפאות הכלליות הנתפסות כמערכות שאינן סטיגמטיות ורואה בו דרך יעילה לצמצום או לביטול הסטיגמה הנלווית לפנייה לשירותי עזרה נפשית פורמלית (Al-Krenawi, 1996). בהמשך להצעתו של אל-קרנאוי, רצוי לשקול את העברת השירותים הניתנים לאוכלוסייה זו אל מחוץ לתחומי הקהילה. אפשרות זו תקטין לכאורה את נגישות השירותים לאוכלוסייה, אך היא עשויה לתת עוד פתרון להתמודדות עם תפיסות סטיגמטיות המפחיתות בצורה משמעותית את שיעורי הפנייה.

ממצאי המחקר עולה עוד שאנשים ברמת מצוקה נמוכה מחכים ככל הנראה עם הפנייה לעזרה פורמלית ופונים רק כשהמצוקה גוברת. ייתכן שפנייה מוקדמת יותר לעזרה נפשית פורמלית יכולה למנוע החמרה של המצוקה, התפתחותה למצוקה קשה ואולי אף להפרעות נפשיות. לפיכך חשוב לבחון אם פנייה מועטה לעזרה פורמלית בקרב בעלי מצוקה נמוכה משפיעה על סיכויי ההחלמה שלהם.

הממצאים הצביעו על מאפייני אוכלוסיות שפונות אך ורק לעזרה בלתי פורמלית, ובפרט האוכלוסייה הערבית. בעקבות זאת יש מקום לבחון דרכים לחזק ערוץ עזרה זה עבורן, וגם להגביר את מודעותן לאפשרות לקבל גם עזרה נפשית פורמלית.

לבסוף, ממצאי המחקר, שהרחיבו את טווח יישום המודל של אנדרסן (Andersen, 1975a, 1975b) גם לתחום העזרה הנפשית הפורמלית, מעלים את האפשרות לבחון במחקרים אחרים, אם המודל יכול להסביר גם פנייה לסוגי עזרה אחרים, כמו עזרה שנותנים עובדים פארא-פרופסיונליים או עזרה באמצעות הטלפון או האינטרנט.

---

 מקורות
 

---

- אבירם, א' (2007). רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה. חברה ורווחה, כז 1, 127-155.
- אבירם א', גיא, ד', סייקס, י' (2006). הרפורמה במדיניות בריאות הנפש (1995-1997): הזדמנות שהוחמצה. ביטחון סוציאלי, 71, 53-83.
- אל-קרנאוי, ע' (1999). טיפול נפשי רגיש-תרבות בחברה הערבית. בתוך ר' קלייר (עורך), להיות שונה בישראל: מוצא עדתי, מגדר וטיפול. תל-אביב: רמות.
- ברמלי-גרינברג ש', גרוס ר' ומצליח ר' (2007). תוכניות הביטוח המשלים שמציעות קופות החולים: ניתוח והשוואה בין סלי השירות לשנת 2006. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג ש' ווייצברג ר' (2008). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות: ממצאים נבחרים מסקר אוכלוסייה 2007. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', ברמלי-גרינברג, ש' ומצליח, ר' (2007). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר' וברמלי-גרינברג, ש' (2001). דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בשנים 1995, 1997, 1999. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- גרוס, ר', פלדמן, ד', רבינוביץ י', גרינשטיין, מ' וברג, א' (1997). מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- משרד הבריאות (2002). בריאות הנפש בישראל – שנתון סטטיסטי 2002. ירושלים: לשכת הפרסום הממשלתית.
- שובל, י' ואנסון, ע' (2000). העיקר הבריאות: מבנה חברתי ובריאותי בישראל. ירושלים: מאגנס.
- Abe-Kim, J., Takeuchi, D., & Hwang, W. C. (2002). Predictors of help seeking for emotional distress among Chinese Americans: Family matters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1186-1190.

- Al-Krenawi, A. (1996). Group work with Bedouin widows of the Negev in a medical clinic. *Affilia*, 11, 303-318.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J.R. (1996). Social work practice and traditional healing rituals among the Bedouin of the Negev. *International Social Work*, 39, 177-188.
- Al-Krenawi, A. & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work*, 25, 9-14.
- Andersen, R. (1975a). *Behavioral model of families use of health services*. Research Services, No. 25. Chicago Center for Health Administration Studies, University of Chicago.
- Andersen, R. (1975b). Introduction. In: R. Anderson, J. Kravits & O. W. Anderson (Eds), *Equality in Health Services: Empirical Analyses in Social Policy*, (pp. 3-8). Ballinger Publishing. Co., Cambridge, MA.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Social Behavior*, 36, 1-10.
- Auslander, G. K. & Litwin, H. (1990). Social support networks and formal help seeking: differences between applications to social services and nonapplicant sample. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 45, 112-119.
- Barker, C., Pistrang, N., Shapiro, D. A., & Shaw, I. (1990). Coping and help-seeking in the UK adult population. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 271-285.
- Barker, L. A. & Adelman, H. S. (1994). Mental health and help-seeking among ethnic minority adolescents. *Journal of Adolescence*, 17, 251-263.
- Bland, R. C., Newman, S. C., & Orn, H. (1997). Help seeking for psychiatric disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 935-942.

- Cramer, M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking Behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling, 46*, 381-387.
- Catania, J. A., Pollack, L., McDermonnt, L. J., Qualls, S. H., & Cole, L. (1990). Help-seeking behaviors of people with sexual problems. *Journal of Sexual Behavior, 19*, 235-250.
- Cohen, B. Z. (1999). Measuring the willingness to seek help. *Journal of Social Service Research, 26*, 67-82.
- Cohen, B. Z., Guttman, D., & Lazar, A. (1998). The willingness to seek help: A cross-national comparison. *Cross-Cultural Research, 32*, 342-357.
- Coulton, C. & Frost, A. K. (1982). Use of social and health services by elderly. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 330-339.
- Crets. S. (1996). Determinants of the use of ambulant social care by the elderly. *Social Science and Medicine, 43*, 1709-1720.
- Diala, C., Muntaner, C., Walrath, C., Nickerson, K. J., LaVeist, T. A., & Leaf, P. J. (2000). Racial differences in attitudes toward professional mental health care and in the use of services. *American Journal of Orthopsychiatry, 70*, 455-464.
- Feinson, M. C., Popper, M., & Handelsman, M. (1992). *Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns*. State of Israel, Ministry of Health. JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem.
- Gourash, N. (1978). Help seeking: A review of the literature. *American Journal of Community, 6*, 413-423.
- Gross, R. Feldman, D., Rabinowitz, J., Greenstein, M., & Berg, A. (1998).: Mental distress as perceived by the adult population in Israel: characteristics and patterns of utilization of health services. *Harefua 134*(5), 6-12, 1998. (Hebrew)
- Haj-Yahia, M. (1995). Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy, 17*, 429-447.

- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B. Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kessler, R. C., Frank, R. G., Edlund, M., Katz, S. J., Lin, E., & Leaf, P. (1997). Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario. *New England Journal of Medicine*, *336*, 551-557.
- Komiya, N., Good, G. E., & Sherrod, N. B. (2000). Emotional openness as a predictor of college students' attitudes toward seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *47*, 138-143.
- Kung, W. W. (2003). Chinese Americans' help seeking for emotional distress. *The Social Service Review*, *77*, 110-137.
- Levav, I., Kohn, R., Flaherty, J. A., Lerner, Y., & Aisenberg, E. (1990). Mental Health Attitudes and Practices of Soviet Immigrants. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *27*, 131-144.
- Levinson, D., Lerner, Y., Zilber, N., Grinshpoon, A., & Levav, I. (2007a). Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: Results from the Israeli National Health Survey. *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, *44*(2), 94-103.
- Levinson, D., Lerner, Y., Zilber, N., Grinshpoon, A., & Levav, I. (2007b). Twelve-Month service utilization rates for mental health reasons: Data from the Israel national health survey. *Israeli Journal of Psychiatry Related Science*, *44*(2), 114-125.
- Lin, E. & Parikh, S. V. (1999). Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the depressed in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, *53*, 153-162.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D. R., Campbell, D., & Boyle, M. H. (1996). The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, *41*, 572-577.



- Millman, E. J. (2001). The mental health and biosocial context of help-seeking in longitudinal perspective: The midtown longitudinal study, 1954 to 1974. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 450-456.
- Moller-Leimkuhler, A. M. (2001). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 1-9.
- Nadler, A. (1987). Determinants of help seeking behavior: The effects of helper's similarity, task centrality and recipient's self esteem. *European Journal of Social Psychology*, 17, 57-67.
- Nadler, A. (1992). Help seeking behavior: Psychological costs and instrumental benefits. In M. S. Clark (Ed.). *Review of personality and Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage.
- Neighbors, H. W. & Jackson, J. S. (1984). The use of informal and formal help: Four patterns of illness behavior in the black community. *American Journal of Community Psychology*, 12, 629-644.
- Oliver, J. M., Reed, C. K. S., Katz, B. M., & Haugh, J. A. (1999). Students' self-reports of help-seeking: The impact of psychological problems, stress, and demographic variables on utilization of formal and informal support. *Social Behavior and Personality*, 27, 109-128.
- O'Neil, M. K., Lancee, W. J., & Freeman, S. J. J. (1984). Help-seeking behavior of depressed students. *Social Science and Medicine*, 18, 511-514.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (1999). Correlates of a perceived need for mental health assistance and differences between those who do and do not seek help. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 141-146.
- Rabinowitz, J., Gross, R., & Feldman, D. (2003). Perceived need and receipt of outpatient mental health services. *Journal of Ambulatory Care Management*, 26, 260-269.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke B. Z., & Doodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive

- disorders service system: Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50, 85-94.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39, 563-572.
- Savaya, R. (1993). The under-use of psychological services by Israeli Arabs: an examination of the roles of negative attitudes of and the use of alternative sources of help. *International Social Work*, 41, 195-208.
- Savaya, R. (1995). Attitudes towards family counseling among Israeli Arab women. *Journal of Social Service Research*, 21, 35-51.
- Savaya, R. (1998). Associations among economic need, self-esteem, and Israeli Arab women's attitudes toward and use of professional services. *Social Work*, 43, 445-454.
- Shedler, J., Mayman, M., & Manis, M. (1993). Illusion of mental health. *American Psychologist*, 48, 1117-1131.
- Snowden, L. R. (1998). Racial differences in informal help seeking for mental health problems. *Journal of Community Psychology*, 26, 429-438.
- Soskolne, V., Auslander, G. K., & Ben-Shahar, I. (2006). Help seeking and barriers to utilisation of medical and health social work services among ageing immigrants to Israel from the former Soviet Union. *Health and Social Care in the Community*, 14, 74-84.
- Stephenson, P. H. (1995). Vietnamese refugees in Victoria, B.C. an overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban center. *Social Science and Medicine*, 40, 1631-1642.
- Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse population. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4<sup>th</sup> ed., pp. 783-817). New York: John Wiley and Sons.

- Tijhuis, M. A. R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Journal of Society, 31*, 989-995.
- Vedsted, P., Fink, P., Olesen, F., et al. (2001). Psychological distress as predictor of frequent attendance in Family Practice: a cohort study. *Psychosomatics, 42*(5), 416-422.
- Vera, M., Alegria, M., Freeman, D. H., Robles, R., Pescosolido, B., & Pea, M. (1998). Help seeking for mental health care among poor Puerto Ricans: Problem recognition, services use, and type of provider. *Medical Care, 36*, 1047-1056.
- Veroff, J., Kulka, R. A., & Douvan, E. (1981). *Mental health in America: Patterns of help-seeking from 1957-1976*. New York: Basic Books.
- Wills, T. A. (1983). Social comparison in coping and help-seeking. In B. DePaulo, A. Nadler & J. Fisher (Eds.), *New directions in helping: Vol. 2, Help seeking* (pp. 109-141). New York: Academic Press.
- Wolinsky, F. D. & Johnson, R. J. (1991). The use of health services by older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 46*, 345-357.
- Yeatts, D. E., Crew, T., & Folts, E. (1992). Service use among low-income minority elderly: strategies for overcoming barriers. *Gerontologist, 32*, 24-32.

## נספח 1

## התפלגות אוכלוסיית המחקר ותת אוכלוסיית המחקר על פי משתנים דמוגרפיים

מאפייני אלה שאינם חשים מצוקה		תת אוכלוסיית המחקר (אלה החשים מצוקה)		כלל האוכלוסייה		משתנים
אחוז	N=888	אחוז	N=285	אחוז	N=1205	
			*			<b>מגדר</b>
51.1	454	37.2	106	48.3	581	זכר
48.9	434	62.8	179	51.7	624	נקבה
			*			<b>גיל</b>
36.6	326	25.4	72	33.1	399	35-22
17.0	151	18.7	53	17.0	205	44-36
35.2	289	35.2	100	33.4	403	64-45
12.9	124	20.8	59	16.4	198	+65
			*			<b>מצב משפחתי</b>
75.9	673	63.8	181	72.6	875	נשוי
2.7	24	9.1	26	4.3	51	גרוש
5.4	48	15.5	44	8.3	101	אלמן
16.0	142	11.7	33	14.5	175	רווק
						<b>השכלה</b>
17.7	156	20.3	57	18.5	223	לא למד-יסודי
33.0	291	33.2	94	33.1	398	תיכון
15.9	140	17.5	50	15.9	192	על תיכוני
33.4	295	29.1	82	31.7	382	אקדמאי
			*			<b>קצבה</b>
17.3	152	35.2	99	22.2	267	כן
82.7	727	64.8	182	76.5	921	לא
						<b>שפה</b>
72.1	641	59.3	169	69.0	832	עברית
14.8	132	16.3	46	15.0	182	ערבית
13.0	116	24.4	69	15.8	190	רוסית

מאפייני אלה שאינם חשים מצוקה		תת אוכלוסיית המחקר (אלה החשים מצוקה)		כלל האוכלוסייה		משתנים
אחוז	N=888	אחוז	N=285	אחוז	N=1205	
			*			<b>מחלה פיסית</b>
74.2	660	46.5	133	66.9	806	לא
25.8	229	53.5	152	33.1	399	כן
			*			<b>הכנסה</b>
19.0	134	24.5	57	16.7	201	חמישון תחתון
17.1	121	24.4	57	15.1	181	חמישון 2
22.0	155	23.7	55	18.0	216	חמישון 3
18.6	131	15.9	37	14.2	171	חמישון 4
23.4	165	11.5	27	16.1	194	חמישון עליון
			*			<b>אזור</b>
56.8	500	48.4	136	54.6	658	מרכז
31.4	277	35.5	100	31.7	382	צפון
11.8	104	16.1	45	12.7	153	דרום+יש"ע
						<b>קופה</b>
59.3	527	63.9	182	60.6	730	כללית
23.3	207	20.2	57	22.4	269	מכבי
8.3	74	7.5	21	7.9	95	לאומית
9.0	80	8.4	24	8.8	106	מאוחדת
						<b>ביטוח בריאות</b>
61.4	545	33.1	94	63.0	759	יש
38.6	343	66.9	190	37.0	446	אין

\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן חי ברבוע מובהק ברמה  $p < 0.01$

נספח 2

ניתוח תסוגה לוגיסטית של משתנים המנבאים

"פנייה לעזרה בלתי פורמלית בכלל"\*

(N=276)

פנייה לעזרה בלתי פורמלית בכלל		מאפיינים
95%CI	Odds Ratio	
0.83-0.28	** 0.48	זכר (בסיס נקבה)
3.13-0.97	1.74	גיל 22-44 (בסיס +45-65)
4.43-0.71	1.77	רווק (בסיס נשוי, גרוש ואלמן)
2.05-0.61	1.11	מקבלי קצבה (בסיס לא מקבלי קצבה)
2.13-0.46	0.99	דוברי ערבית (בסיס דוברי עברית ורוסית)
1.45-0.49	0.84	מחלה פיסית (בסיס לא חולה)
4.30-1.27	** 2.33	צפון (בסיס מרכז דרום ויש"ע)
2.27-0.74	1.30	מצוקה קשה וקשה מאוד (בסיס מצוקה קלה ובינונית)

\* כולל מי שפנה רק לעזרה בלתי פורמלית ומי שפנה גם לעזרה פורמלית וגם לבלתי פורמלית.

\*\* ההבדל בין קטגוריות המשתנה במבחן חי בריבוע מובהק ברמה  $p < 0.01$