



Myers - JDC - Brookdale Institute  
מאירס - ג'וינט - מכון ברוקדייל

דוח מחקר



משרד הבריאות  
שירותי בריאות הנפש



מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות

## סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי

נעמי שטרך ♦ יחיאל שרשבסקי ♦ אלונה בידני-אורבך  
מקס לכמן ♦ טלי זהבי ♦ נגה שגיב

המחקר מומן בחלקו בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות  
ומדיניות הבריאות

דמ-07-478



**משרד הבריאות**  
**שירותי בריאות הנפש**



**מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל**  
**המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות**

## **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**

נעמי שטרך ♦ יחיאל שרשבסקי ♦ אלונה בידני-אורבך  
מקס לכמן ♦ טלי זהבי ♦ נגה שגיב

המחקר מומן בחלקו בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות  
ומדיניות הבריאות

# **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**

נעמי שטרך<sup>1</sup>    יחיאל שרשבסקי<sup>2</sup>    אלונה בידני-אורבך<sup>2</sup>  
מקס לכמן<sup>2</sup>    טלי זהבי<sup>1</sup>    נגה שגיב<sup>1</sup>

המחקר מומן בחלקו בסיוע המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

<sup>1</sup> מאיירס-ג'וניט-מכון ברוקדייל  
<sup>2</sup> שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים

מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל

ת"ד 3886

ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

אתר אינטרנט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

## **צוות המחקר:**

ד"ר נעמי שטרוד, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
מר יחיאל שרשבסקי, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים  
גב' אלונה בידני-אורבך, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים  
ד"ר מקס לכמן, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים  
גב' טלי זהבי, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
גב' נגה שגיב, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

## **יועצים:**

ד"ר יצחק לבב, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות, ירושלים  
גב' דניז נאון, ראש תחום מחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

## **ועדת היגוי:**

פרופ' עליאן אלקרינאוי, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון  
גב' שולה אלפרוביץ, "בנפשנו"  
ד"ר נורית גוטמן, החוג לתקשורת, אוניברסיטת תל אביב  
ד"ר נעמי הדס-לידור, יו"ר המועצה הלאומית לשיקום בבריאות הנפש  
גב' יעל הרמל, מנהלת השירות לפרט, משרד הרווחה  
פרופ' שמואל טיאנו, לשעבר יו"ר המועצה הלאומית לבריאות הנפש  
גב' דניז נאון, ראש תחום מחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
ד"ר בלהה נוי, מנהלת שפ"י, משרד החינוך  
ד"ר יוליה מירסקי, בית-ספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בן גוריון  
גב' עירית פלדמן, מנהלת אגף גמלאות נכות, המוסד לביטוח לאומי  
ד"ר ברוך רוזן, ראש תחום חקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל  
הרב שלמה שטרן, בני ברק  
פרופ' אלי שמיר, יו"ר "עוצמה-הפורום הארצי למשפחות נפגעי נפש"



## **פרסומים נוספים של מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה**

שטרוד, נ.; שרשבסקי, י. בידני-אורבך, א.; לכמן, מ.; זהבי, ט.; שגיב, נ. 2007. **סטיגמה, עמדות, התנסויות והתמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש**. דוח מחקר דמ-07-492

שטרוד, נ.; שרשבסקי, י.; בידני-אורבך, א.; לכמן, מ.; שגיב, נ.; זהבי, ט. 2007. **סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות התנסות והתמודדות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית**. דוח מחקר דמ-07-468

להזמנת הפרסומים ניתן לפנות למאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, גבעת הג'וינט, ת"ד 3886, ירושלים 91037, טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## תמצית מחקר

### רקע

בעשורים האחרונים חלו התפתחויות ניכרות בטיפול בבריאות הנפש ובשיקום אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות. אולם, את ניצול הפוטנציאל הגלום בהתפתחויות אלה מעכבת, בין היתר, העובדה שאנשים אשר עשויים להפיק תועלת מן הטכנולוגיות השונות נמנעים מפנייה לטיפול בגלל הסטיגמה הקשורה במחלות פסיכיאטריות ובטיפול נפשי. לסטיגמה יש השלכות הרסניות על חייהם של אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות וכן על תפקודם, על שיקומם ועל השתלבותם בחברה. הסטיגמה פוגעת באיכות החיים ומתבטאת באפליה בדיוור ובתעסוקה, בניכור ובמרחק חברתי ולעתים אף בטיפול רפואי לקוי.

להתמודדות עם סטיגמה קיימות אסטרטגיות התערבות שונות, החל משינויים מבניים ועד לקשר אישי. שינויים מבניים, כגון שינוי במיקום השירותים הפסיכיאטריים, כך שיהיו פחות נראים לעין ויותר נגישים, אינם תוקפים את הסטיגמה עצמה, אלא מצמצמים את השפעתה. התערבויות אחרות מנסות להתמודד עם הסטיגמה עצמה, לדוגמה, באמצעות הספקת מידע עובדתי על שיעורי האלימות כדי להזים את הסטריאוטיפ הנפוץ לגבי "מחלות נפש"; או באמצעות מידע על תוצאות טיפול ופרוגנוזה. תכניות אחרות מציעות קשר עם אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות. אולם, התערבויות מסוג זה אינן בהכרח מצליחות להפחית סטיגמה.

המחקר הנוכחי מהווה צעד ראשון לקראת פיתוח תכניות התערבות להפחתת סטיגמה שמתכנן משרד הבריאות בעקבות מדיניות ארגון הבריאות העולמי. המחקר מתבסס על מדגם מייצג של 1,583 אנשים המייצגים את האוכלוסייה הבוגרת בישראל (מגיל 22 ומעלה). בנוסף, נעשתה דגימה ייחודית למגזר החרדי ולמגזר הערבי. בסך-הכול בוצעו כ-2,100 ראיונות טלפוניים.

חשוב לציין שהדוח הנוכחי מביא ממצאים שעולים מתוך אחד משלושה מחקרים שבוצעו במקביל. היות שהסטיגמה אינה מוגבלת לחולים עצמם אלא משפיעה גם על חייהם של בני משפחותיהם, ביצענו גם מחקר שבו רואיינו 52 הורים לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות. כמו-כן, מאחר שהסטיגמה עלולה להשפיע לא רק על חולים במחלות פסיכיאטריות אלא גם על הקבוצה הרחבה יותר של המטופלים במרפאות לבריאות הנפש, ערכנו מחקר נוסף ובו רואיינו 167 אנשים המטופלים במרפאות אלו, כדי לבחון את ההתנסות ואת התפיסות של המשיבים בנושא הסטיגמה. שני מחקרים אלה מדווחים בדוחות נפרדים.

### מטרות המחקר

1. לבחון את אופי הסטיגמה כלפי "מחלות נפש", כלפי אנשים עם בעיות פסיכיאטריות וכלפי טיפול נפשי ולשפר את ההמשגה (וההערכה) של הסטיגמה, כולל בדיקה של פניה השונים:
  - באיזו מידה קיימים נורמות, אמונות וביטויים שונים המשקפים סוגי סטיגמה שונים?

- מהי מהות הסטיגמה מבחינת רכיביה הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים (כגון בחינת תפקיד הפחד לעומת העוינות או רגשות אחרים או לדוגמה בחינת תוכן הרכיבים הקוגניטיביים של הסטיגמה, כגון ידע ואמונות) לגבי "מחלות נפש" ולגבי שירותי בריאות הנפש?
- 2. לעמוד על היקפה ושכיחותה של הסטיגמה בישראל:
- מה שכיחותן של תופעות סטיגמה שונות בקרב כלל האוכלוסייה (בסך-הכול ובתת-קבוצות שונות, כגון חרדים, ערבים, קבוצות גיל וכדומה)?
- מהי השפעת הסטיגמה על השימוש בשירותי בריאות הנפש - באיזו מידה האוכלוסייה הכללית נמנעת מפנייה לטיפול נפשי בגלל הסטיגמה ומהן העדפות הציבור בנושא קבלת טיפול?
- 3. לשפוך אור על כיוונים אפשריים להתערבות, מבחינת היעדים, שיטות ההתערבות ותת-אוכלוסיות יעד.

## **ממצאים**

### **טיפול נפשי**

#### **היכרות וידע על טיפול נפשי**

העדר טיפול הולם עלול להוביל להידרדרות למצבים חמורים יותר ולהזדקקות לטיפולים ולמסגרות "כבדים" יותר. לכן, אחד המוקדים של העבודה הנוכחית הנו בחינת סוגיית הנכונות בקרב הציבור לפנות לטיפול נפשי, תוך דגש על הסטיגמה הקשורה לטיפול זה. כרקע לכך בדקנו מה מידת הידע של הציבור על נושא הטיפול הנפשי.

בציבור יש מידה לא קטנה של ידע על נושא הטיפול הנפשי. יש מודעות גבוהה, למשל, לקיומן של תרופות נגד חרדה ודיכאון, אך המודעות לקיומן של תרופות לטיפול בסכיזופרניה נמוכה יותר. באשר לידע על זמינות השירותים, נמצא שכשליש מהמשיבים אינם יודעים אם יש באזור מגוריהם מרפאה לבריאות הנפש.

#### **עמדות כלפי טיפול נפשי ונכונות לפנות לטיפול נפשי**

מצאנו כי במצבים של מתח, חרדה ומצב רוח רע, רק אחוז נמוך (13%) היו פונים לאיש מקצוע מתחום בריאות הנפש. אולם, כאשר המצב מוצג במפורש במונחים של בעיה נפשית או קושי נפשי, הסתמנה נכונות רבה יותר (למעלה משני שלישים) לפנות למערכת המקצועית, כלומר, בסך-הכול עולה תמונה המצביעה, לכאורה, על פתיחות עקרונית לפנייה לטיפול. הפתיחות לטיפול ותפיסת התועלת שבטיפול נמצאו חיוביים יותר בקרב אנשים בעלי יותר חשיפה והיכרות עם טיפול ועם מטופלים.

בחנו האם יש רצון להסתיר את הפנייה לטיפול. שליש מהמשיבים אמרו כי לו היו בטיפול, היו מרגישים צורך להסתיר זאת אפילו מן האנשים הקרובים אליהם. ההתייחסות השלילית של הסביבה נתפסת על-ידי מחצית מהמשיבים לא רק כמכשול שיש להתמודד אתו, אלא אף כהצדקה לאי-פנייה לטיפול. לא נמצא קשר חזק בין מידת החשיפה וההיכרות עם טיפול ועם מטופלים לבין הרצון להסתיר. עם זאת, כצפוי, אנשים ששקלו בפועל לפנות לטיפול, מפגינים עמדות חיוביות יותר לטיפול ופחות רצון להסתיר את הפנייה.



## **העדפות לגבי הטיפול האמבולטורי והאשפוזי**

בהינתן מצב היפותטי שבו התשלום זהה, יש העדפה לטיפול פרטי על פני ציבורי, העדפה שהיא חזקה יותר כאשר מדובר בטיפול נפשי. במסגרת הרפורמות במערכת הבריאות, אם מתן טיפול נפשי יעבור לאחריות הקופות, אחד הנושאים שיהיה צורך לדון בהם הוא החלק המבני של מתן הטיפול הנפשי - האם לשלב אותו ברפואה הכללית או להציע אותו במסגרות נפרדות, ייחודיות לבריאות הנפש. על רקע הטענה המועלית לעתים כי המרפאה הכללית תהיה פחות סטיגמטית, מעניין שלא רק שלא מצאנו העדפה למרפאה הכללית, אלא מצאנו שהציבור הישראלי מגלה העדפה דווקא למרפאה שעוסקת רק בבריאות הנפש. כ-75% מהמשיבים שהיו מעדיפים לקבל טיפול נפשי במרפאה ייחודית לבריאות הנפש, נימקו את בחירתם באיכות הטיפול לעומת כ-18% מקרב אלו שבחרו לקבל טיפול נפשי במרפאה כללית. השיקול המרכזי המועלה על-ידי המרואיינים שהעדיפו מרפאה כללית הוא האפשרות להיעזר ברופאים נוספים. שיקול נוסף הוא סודיות: בקרב מי שהעדיפו אחד משני סוגי המרפאות, למעלה מחמישית ציינו את הסודיות וההסתרה כסיבה להעדפתם.

התמונה שונה כאשר מדובר באשפוז פסיכיאטרי - יש העדפה ברורה לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית-חולים כללי על פני אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. העדפה זו הולמת את המגמה לשינוי פרופרציית מיטות האשפוז הפסיכיאטרי לכיוון צמצום חלקם של בתי החולים הפסיכיאטריים והרחבת חלקם של בתי החולים הכלליים. כאשר המשיב או בן משפחתו זקוק להוסטל, יש העדפה ברורה להוסטל בסביבה הקרובה (72%), ובולטים השיקולים: אפשרות ביקור והאפשרות לפקח על הנעשה. מיעוט (19%) מעדיפים הוסטל מרוחק ונראה ששיקול מרכזי הוא הסטיגמה. ההעדפה להוסטל קרוב על פני רחוק קיימת, אך היא פחות חזקה במגזר החרדי וביישובים ערביים.

## **אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**

### **היכרות עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**

היכרות עם חולים מתקשרת בדרך כלל להתייחסות יותר חיובית לחולים. באיזו מידה הציבור בישראל נחשף לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות? כרבע מהמשיבים מדווחים שיש להם קרוב משפחה "חולה נפש". כאשר מצליבים נתון זה עם דיווח על מגורים עם חולה באותה דירה, כיום או בעבר, מוצאים כ-6%. אנו מעריכים לפיכך, שלעד כ-6% מהמשיבים יש אדם שחלה שהנו בקרבה משפחתית גבוהה. כרבע מהמשיבים מדווחים על עבודה משותפת עם "חולה נפש", וכחמישית מדווחים שלמשפחה יש חבר עם "מחלת נפש". כחמישית מדווחים שיש להם שכן הסובל מ"מחלת נפש".

### **זיהוי ותפיסות של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**

באיזו מידה הציבור מסוגל לזהות אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, מהן התפיסות לגבי מאפיינים של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית ובאיזו מידה הזיהוי והתפיסות מתקשרים לסטיגמה? כדי לאפשר התערבויות מבוססות על ראיות, חשוב לדעת מה גורם לעמדות, לרגשות ולהתנהגויות שליליות כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית.

האם תגובות שליליות נוצרות לנוכח התנהגויות ספציפיות של אדם המביאות לכך שייתפס כ"חולה נפש", ובעקבות זאת מגיבים אליו בשלילה? או, שמא, מדובר בעצם המושג "מחלת נפש" שנתפס כבעל

מאפיינים מסוימים, וכאשר הוא מיוחס לאדם מסוים הוא מעורר התייחסויות שליליות (בלי קשר להתנהגויות ספציפיות של האדם): סביר להניח ששני המסלולים גם יחד רלבנטיים לסטיגמה בבריאות הנפש. המסלול הראשון, הקשור לזיהוי של חולים ספציפיים, משמעותי מכיוון שהוא מתייחס למצבי היום-יום שבהם נתקלים חולים בסטיגמה בעקבות התנהגותם. הציבור מזהה חלק מן החולים ומגיב אליהם. כמובן שיש גם חולים שאינם מזוהים, ולפיכך ממילא פחות נתונים ליחס סטיגמטי. המסלול השני, הקשור לתפיסות של המושג המופשט, משמעותי משום שהוא מייצג מצבים בהם הציבור מגיב למונח "חולה נפש" בצורה סטיגמטית, תוך תגובה למעשה למאפיינים הנתפסים של החולים, מבלי שיש אדם ספציפי לפנייהם. כך, למשל, כאשר מדובר על הקמת הוסטל לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, השכנים יגיבו למושג "חולה נפש" כפי שהוא נתפס בעיניהם. לשני מסלולים אלו יש השלכות שונות על התערבויות.

**זיהוי מחלה פסיכיאטרית:** מצאנו שרווחת התפיסה על פיה ניתן לזהות אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. ספציפית, 41% חשבו שניתן לזהות אותם לפי המראה, 69% לפי הדיבור ו-78% לפי התנהגותו של האדם. כאשר הצגנו למשיבים תיאורים של אנשים, מצאנו שהציבור מסוגל לזהות דיכאון, אך הדיכאון אינו נתפס כמחלת נפש והתייחסות לאדם הסובל מדיכאון מאופיינת בין היתר ברגשות של כעס. לעומת זאת, בתיאור של אדם הסובל מסכיזופרניה קרוב ל-90% מהמשיבים סבורים שהאדם שתואר סובל מבעיה נפשית, אך מעניין שכשליש לא חשבו שהאדם סובל ממחלת נפש. כאשר נאמר על אדם ללא סימנים של פסיכופתולוגיה, שהוא התאשפז בעבר על רקע אירוע טראומטי (תאונת דרכים), הוא נתפס פחות כאדם בעל בעיות נפשיות מאשר חברו שתיאורו זהה, למעט העדר אזכור האירוע הטראומטי (התאונה). על בסיס ממצא זה אנו מצביעים על כיוון שבאמצעותו ניתן לנסות במקרים מסוימים לצמצם את הסטיגמה הכרוכה באשפוז - הדגשת הרקע החיצוני כדרך להפחתת הייחוס לבעיות נפשיות.

**דמותו הנתפסת של חולה הנפש:** במקביל לסוגיית הזיהוי של אנשים החולים במחלה פסיכיאטרית ככאלה, קיימת סוגיית המושג המופשט "חולה נפש". עד כמה יש חלוקה חדה בין "הם" לבין "אנחנו"? מצאנו ש"מחלת הנפש" נתפסת בבירור כדבר שיכול לקרות לכל אחד, כדבר שיכול לקרות גם "לנו". הממצאים אינם חד-משמעיים מבחינת תפיסת הדמיון והשוני בין "הם" ו"אנחנו": נראה שיש שונות רבה, לא רק בין המשיבים, אלא גם בתפיסות של אותם משיבים עצמם; שונות העשויה להשתקף גם בפרופילים הנתפסים ובמורכבות התפיסות.

קיימים ממדים שבהם ניכרת תפיסה נורמטיבית של החולים. רוב הציבור אינו מייחס לחולים פיגור, והשכלתם נתפסת בצורה דומה לזו של כלל האוכלוסייה. כ-75% העריכו נכונה שרק חלק קטן מהחולים מאושפזים.

שאלנו אילו שלושה דברים מאפיינים "חולה נפש" (שאלה פתוחה). לא הצענו תגובות ותשובות. בתגובות שהתקבלו בלטו התפיסות של התנהגות חיצונית חריגה, התנהגות אלימה ובלתי צפויה. למעלה ממחצית מהמשיבים מציינים ביוזמתם התנהגות חיצונית חריגה כאחד המאפיינים של "חולה הנפש". הם מתייחסים לדיבור קולני, הבעות פנים, לבוש, רעד. כשני-שלישים מהמשיבים שהזכירו

התנהגות חיצונית חריגה התייחסו למוזרותו של האדם, ובמיוחד להתנהגות לא מותאמת ולא רציונלית. כחמישית מכלל המשיבים מתייחסים לליקוי בקשר עם המציאות (שיפוט לא נכון של המציאות, הזיות, מדבר שטויות ועוד). כחמישית מן המשיבים מציינים מיוזמתם (דהיינו, בלי שאנו מציעים אפשרויות אלו) התנהגות לא צפויה (כולל חוסר עקביות ואיבוד שליטה), כאחד המאפיינים של אדם הסובל מ"מחלת נפש". כאשר שואלים זאת ישירות: 80% מהמשיבים מסכימים ש"חולי נפש" מתנהגים בצורה בלתי צפויה. כחמישית מהמשיבים מציינים מיוזמתם (קרי, בשאלה פתוחה) את האלימות והתוקפנות כאחד משלושת המאפיינים של "חולי הנפש". כאשר משיבים נשאלו ישירות על אודות האלימות, נמצא שכרבע מהמשיבים סבורים שהחולים יותר אלימים מאחרים. יתרה מכך, האלימות מתחברת להתנהגות לא צפויה. שכשנשאלו, ענו כשליש מהמשיבים שאנשים עם "מחלת נפש" הם אלימים ללא סיבה. תפיסה זו של האלימות כבלתי צפויה מופיעה בין אם המשיבים סבורים שהחולים יותר אלימים, או פחות אלימים, או אלימים כמו אחרים. כחמישית מהמשיבים (21%) מציינים אספקטים של דיכאון, חולשה ואי-תפקוד. כ-14% מהמשיבים התייחסו לבעייתיות בקשר עם החברה (התבודדות, התבדלות, הסתגרות).

כללית, נראה שהתפיסה של הנורמטיביות - תפיסתם כמי שיכולים לעבוד, כבעלי השכלה רגילה וכדומה, מצד אחד, קיימת במקביל להתייחסות למוזרות, להתנהגות הבלתי צפויה ובמיוחד לאלימות, מצד אחר.

### **אטיולוגיה נתפסת**

אחד הממדים המשמעותיים בתוך תפיסת החולים והמחלה הוא האטיולוגיה. זאת, משום שהאטיולוגיה הנתפסת עלולה להוות בסיס להאשמות ולהטלת האחריות למחלה על האדם (אם למשל, אדם הסובל מדיכאון נתפס כמתפנק, ובעיותיו נתפסות כמצויות בשליטתו, עלולה להיות נטייה להאשימו במצבו), אך גם בסיס לציפיות להחלמה ולתפקוד (למשל, אם הבסיס נתפס ככימי, אזי טיפול תרופתי עשוי לאזן ולאפשר תפקוד). האטיולוגיה הנתפסת הרווחת מתייחסת לבסיסים גופניים, מצד אחד, וללחץ ואירועים טראומטיים, מצד אחר. כמחצית מהמשיבים הצביעו על בסיס גופני אחד או יותר ל"מחלות נפש": 42% מהמשיבים התייחסו לבעיה גנטית, וכ-14% מהמשיבים הצביעו על קיום בעיות כימיות/אורגניות במוח. כ-73% מהמשיבים התייחסו לסיבה אחת או יותר שניתן לראותה כאטיולוגיה פסיכו-סוציאלית, קרי - ללחץ בעקבות אירועים חיצוניים ובכללם אירועים טראומטיים (36%), אבטלה, מתחים בעבודה ומתחים בארץ (20%), משברים במשפחה (34%), כישלון ואכזבות, הגירה ותסבוכות וצרות חיצוניות ועוד. עם זאת, עולה שבצד ההכרה בבסיסים ביו-כימיים ובבסיסים פסיכו-סוציאליים, קיים מרכיב לא קטן של האשמת החולים במצבם, הבא לידי ביטוי בהסכמתם של כמעט מחצית מהמשיבים (46%) שהחולים יהיו פחות חולים במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות.

### **רגשות: פחד וכעס**

הציבור חושש מפני אלימותם של החולים ומפני אלימות בלתי צפויה. פחד זה מוגזם ואינו הולם את המציאות. ראינו גם שלא נדיר שהמשיבים מאשימים את החולים בהתנהגותם או במצבם, למרות או יחד עם האטיולוגיה החיצונית והביולוגית. ככל הנראה, הדימוי שבראשם של אנשים כשהם חושבים

על "חולה נפש", מתקרב יותר להדגשת אספקטים של סכיזופרניה מאשר להפרעות אפקטיביות, דבר שמשתקף גם בתפיסות של מוזרות הרווחות בתגובות הספונטניות, כלומר, בתגובות שהתקבלו כאשר שאלנו שאלה פתוחה על אודות שלושה מאפיינים של "חולי נפש".

"חולה הנפש" והאדם הסובל מסכיזופרניה מעוררים יחסית יותר פחד מאשר אדם "נורמלי" (קרי תיאור של אדם שלא ניכרת עליו כל פסיכופתולוגיה) שאושפז בעבר, ומאדם שסובל מדיכאון. הפחד המורגש מפני חולה הנפש והאדם הסובל מסכיזופרניה הולך בד בבד עם תפיסתם כבעלי יכולת נמוכה יחסית מבחינת יכולתם לתפקד כמו אחרים, יכולתם להפיק תועלת מטיפול בשיחות, ויכולתם לשלוט במצבם ולשנותו. למרות הפחד, אנשים מביעים יותר רחמים ונכונות גבוהה יותר לעזור דווקא לאדם הסובל מסכיזופרניה ושאושפז, ופחות רחמים ונכונות לעזור לאנשים "הנורמליים" שאושפזו. נכונותם לעזור לאדם הסובל מדיכאון, מצויה באמצע בין שני קצוות אלה ואינה שונה במובהק משניהם.

לעומת זאת, מעניין שבאשר לכעס, דווקא האדם הסובל מדיכאון מעורר יותר כעס מאשר האדם שחלה בסכיזופרניה או האדם ה"נורמלי" שאושפז. הכעס המופנה כלפי אדם הסובל מדיכאון משקף חוסר אמפתיה וחוסר יכולת הבנת המצב.

### **עמדות וכוונות התנהגותיות**

מעבר לכל הרגשות, התפיסות והמחשבות, ההיבט המשמעותי ביותר בהתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית הוא ההתנהגות בפועל כלפיהם. לא בדקנו התנהגות בפועל, אך ניסינו לבחון מספר מדדים שניתן לראותם כקירוב להתנהגות (proxy).

מרבית המשיבים מציינים שהם מוכנים לתמוך בהקמת מועדון חברתי לאנשים עם "מחלת נפש". יש פער ניכר בין הנכונות לאפשר מועדון בשכונה מרוחקת לעומת בשכונתו של המשיב. דבר זה מצביע על כך שגם במידה שיש, לכאורה, פתיחות מסוימת, הרי שהיא מצטמצמת כאשר הדבר מתקרב לאדם עצמו. ממצא מעניין ואינפורמטיבי הנו שההתנגדות להקמת המועדון המרוחק, קרי, התנגדות שבה לא ברור מהו האינטרס האישי של המשיב, מתקשרת לרמות גבוהות יותר של כעס כלפי החולים. ממצאים אלו עשויים להיות משמעותיים בתכנון התערבויות מראש לעומת התערבויות לאחר מעשה, לקראת או לאחר הקמת הוסטלים או יחידות תעסוקה.

באיזו מידה הציבור מביע נכונות לקשרים מסוגים שונים עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית? הנכונות למגע הוא מדד מקובל ורווח בספרות כ-proxy להתנהגות בפועל. הממצאים הצביעו על דפוס דומה של נכונות למגע כאשר מדובר על "חולה נפש", וכאשר מדובר על תיאור של אדם שחלה בסכיזופרניה. הנכונות למגע הייתה גבוהה יותר כאשר היה מדובר באדם שחלה בדיכאון או באדם "נורמלי" שאושפז בעבר. מבחינת הממצאים לגבי "חולה נפש", מצאנו ש-21% מהמשיבים אינם מוכנים לשבת באוטובוס ליד "חולה נפש"; 31% אינם מוכנים לקבלו כשכן; 35% אינם מוכנים לעבוד אתו, ואחוז זה עולה ל-52% כאשר מדובר על העסקתו, ואף ל-72% כאשר מדובר על כך שיהיה ממונה על המשיב; 21% מהמשיבים אינם מוכנים להיות ידיד של אדם זה; 34% אינם מוכנים להמשיך להיות חבר קרוב של החולה, חבר שמספרים לו הכול. לבסוף, 88% אינם מוכנים שיסיע את ילדיהם לבית-

הספר. הצגנו כאן את אחוז המשיבים שאינם מוכנים לכל אחד מן הקשרים. אין להתעלם מאחוז האנשים שהצהירו שהם כן מוכנים לקשרים השונים. אף-על-פי-כן, האחוזים המוזכרים של אנשים המציינים אי-נכונות למגעים השונים אינם נמוכים כשלעצמם, מה גם שייתכן שרצייה חברתית (social desirability) מסתירה אחוז מסרבים גבוה יותר. מספרים אלו משמעותיים אם חושבים על משמעותם ההרסנית בהקשר של שיקום והשתלבות בחברה.

כפי שצוין קודם, 31% מהמשיבים אינם מוכנים לקבל אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית כשכן. ממצא קיצוני יותר מצאנו כאשר שאלנו אנשים מה היה קורה לו הייתה להם דירה להשכרה. כ-54% מהמשיבים היו מסרבים להשכיר דירה לאדם שחולה ב"מחלת נפש". ניסינו למקד יותר את הבעייתיות - עד כמה ניתן לצמצם סירובים אלו. מצאנו שכאשר המשיב מקבל ערבויות שהחולה ישלם, אחוז המסרבים להשכיר יורד ל-39%; ואם יש בנוסף משהו שמלווה את החולה ושניתן לפנות אליו לכל בעיה במצב זה, ירד אחוז המסרבים להשכיר ל-22%. כלומר, ייתכן שבעזרת התערבויות חלק ניכר מהאנשים יהיו מוכנים לשקול השכרה כזו. ייתכן שהערבות הכספית וקיומו של אדם שאליו ניתן לפנות נותנים מענה, או לפחות מקילים על החששות והפחדים של הציבור. ממצא זה מצביע על האפשרות לצמצם את נזקי הסטיגמה לא רק באמצעות שינוי עמדות אלא גם באמצעות היערכות מבנית (קיומה של מערכת ערבויות כספיות ומלווים).

### קשרים בין משתנים

מדדים שונים של התייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית - בין אם עמדות כלליות, אפליה סמויה, מרחק חברתי מועדף או נכונות להשכיר דירה - נוטים להיות קשורים לגיל, להשכלה, למגע בפועל עם חולים, ולרגשות של פחד וכעס. עוצמת הקשרים עם מדדים ומשתנים שונים שונה. ספציפית, מצאנו התייחסויות חיוביות יותר בקרב אנשים מתחת לעומת אלה שמעל לגיל 60, בעלי יותר השכלה (לעומת פחות), בעלי קשר או מגע כלשהו עם חולים (לעומת חסרי מגע), ואנשים המרגישים פחות פחד מפני ואנשים המרגישים פחות כעס כלפי חולים. ההבדלים בין המינים קטנים.

מעבר לעמדות ולרגשות, בחנו שני מדדים המתקרבים במהותם יותר להתנהגות. בבדיקות אלו התמקדנו בממד מרחק חברתי ובמדד לאפליה סמויה. אלו מדדים שני סוגים שונים של אפליה: אפליה "רגילה" ואפליה "סמויה". מדד המרחק החברתי משקף את מידת נכונותו של אדם להימצא בסוגי קשר שונים עם האחר (במקרה זה "חולה הנפש"). האפליה הסמויה מאופיינת בכך שזוהי התנהגות שנראית לכאורה מוצדקת, כלומר ההתנהגות המפלה מלווה בהצדקות. אנשים המבטאים אפליה סמויה אינם מודעים לאפליה, אלא תופסים את התנהגותם ככזו שאינה קשורה לשייכותו הקבוצתית של פלוני ("חולי נפש"), אלא לאפיוניו, לכישוריו וכו'. חשיבותה של האבחנה בין סוגי האפליה אינה רק תאורטית אלא גם ברמת ההתערבות. כאשר מדובר על אפליה סמויה ניתן לשקול התערבויות ברמה של הבהרת הבעייתיות ב"הצדקות" הללו. סוגים מסוימים של אפליה מאופיינים בהתנהגות לפי ה"נורמה". כך, כל זמן שברור לאדם מהי התנהגות הנחשבת תקינה, הוא ישתדל להתנהג על פיה. במצבים אלו מוטב להתמקד בהבהרת האפליה עצמה ובכך שהיא חורגת מן הנורמה הרצויה.

כצעד לקראת הבנת הגורמים המובילים לרצון לשמור מרחק מחולים, או לנטייה לבטא אפליה סמויה כלפיהם, בדקנו מודלים לניבוי, תוך בחינת המשתנים השונים המשפיעים עליהם (סטטיסטית), כגון משתנים דמוגרפיים כדוגמת גיל, מגדר והשכלה, תפיסות של יכולת להחלים ולתפקד, תפיסת נראות, חדירות גבולות, מגע בפועל עם חולים, עמדות כלליות כלפיהם ורגשות פחד וכעס. בבחינת המודלים הנחנו מספר הנחות לגבי סדר השפעה אפשרי של משתנים. חלק מן המשתנים נמצאו כמשפיעים ישירות, חלקם נמצאו מתווכים באופן מלא, וחלקם נמצאו משפיעים הן בצורה ישירה והן בתיווכם של משתנים אחרים.

מצאנו שהן לגבי המרחק החברתי המועדף והן לגבי האפליה הסמויה, שני המנבאים המרכזיים הם פחד מפני החולים ועמדות כלליות לגביהם. תפיסת יכולת החולים להחלים ולתפקד, ובצדה המגע הקיים בפועל עם חולים, מנבאים סטטיסטית את המרחק החברתי המועדף, אך אינם תורמים לניבוי הסטטיסטי של האפליה הסמויה. לעומת זאת, מידת הכעס המורגש כלפי החולים הוא מנבא משמעותי של מידת האפליה הסמויה, אך איננה מנבא משמעותי בניבוי המרחק החברתי המועדף לאחר שלוקחים בחשבון את הפחד ואת העמדות הכלליות. ממצאים אלו מצביעים על כך שלמרות הקשר החזק בין האפליה הסמויה לרצון למרחק חברתי, הרי שלשני המדדים הללו יש גם מרכיבים שונים.

העמדות הכלליות, המהוות גורם מרכזי בניבוי המרחק החברתי המועדף והאפליה הסמויה, מנובאות על-ידי הפחד והכעס, מידת הנראות הנתפסת של החולים, ורמת ההשכלה של המשיבים. ניסינו לנבא את מידת הפחד והכעס באמצעות גיל, מגדר, השכלה ומגע בפועל עם חולים. שניהם נמצאו קשורים למגע בפועל, והכעס היה גבוה יותר בקרב גברים, אולם, יש לציין שאחוז השונות המוסברת שאליה הגענו בשני המקרים זניח.

המודלים שנבחנו הצליחו להסביר 44% מהשונות במרחק החברתי המועדף ו-53% מהשונות באפליה הסמויה.

## **אוכלוסיות נוספות**

### **המגזר החרדי**

בחברה החרדית מצאנו עמדות פחות חיוביות לפנייה לטיפול מאשר בציבור היהודי שאינו חרדי. במיוחד ניכרת נכונות נמוכה יותר לפנות בגלוי לטיפול. הרצון להסתיר חזק יותר. רבים יותר מכירים אנשים שהיו בטיפול, אך מעטים יותר שקלו בעצמם לפנות לטיפול. ההיכרות עם אנשי מקצוע שונים בבריאות הנפש נמוכה יותר. כמו בשאר הציבור היהודי, יש העדפה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש על פני מרפאה כללית/משולבת, ולבית-חולים כללי על פני פסיכיאטרי. כאשר בן משפחה זקוק להוסטל, קיימת אמנם מגמה של העדפת הוסטל בקרבת מקום על פני הוסטל מרוחק, אולם מגמה זו הנה חלשה מאשר המגמה בציבור היהודי הלא חרדי. כמו כן, במגזר החרדי, יש העדפה חזקה יותר מאשר במגזר הלא חרדי לטיפול אמבולטורי פרטי, הקיימת בצורה חזקה יותר גם לגבי הרפואה בכלל ולא רק לגבי בריאות הנפש.

באשר להתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, המדגם החרדי מאופיין ברצון לשמור על מרחק חברתי רב יותר מן החולים, כלומר הנכונות למגע היא נמוכה יותר. חורג מכך הממצא שיש נכונות גבוהה יותר לקשרי ידידות עם חולים. החרדים אינם שונים מיהודים שאינם חרדים לגבי תפיסת יכולתם של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, והחלימו, להינשא. תפיסת האלימות של החולים חמורה מזו שבעיני יהודים שאינם חרדים. הנכונות הבסיסית להשכיר דירה לחולה נמוכה יותר. עם זאת, ניכר שינוי משמעותי כאשר מוסיפים ערבות כספית או מלווה, ואחוז המסרבים באופן מוחלט דומה לאחוז באוכלוסיית היהודים שאינם חרדים.

### **יישובים ערביים**

במדגם של משיבים ביישובים ערביים אותו השוונו למשיבים ביישובים לא ערביים, מצאנו שישנה תפיסה פחות חיובית של התועלת בטיפול נפשי. יש גם מעט פחות ידע לגבי קיומן של תרופות פסיכיאטריות. ציבור זה פחות מכיר את הפסיכולוג, ויותר מכיר את העובד הסוציאלי והפסיכיאטר, מאשר משיבים ביישובים לא ערביים. אף שלא נמצאו הבדלים ברורים ברצון להסתיר טיפול, הרי שההעדפה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש שנמצאה גם ביישובים לא ערביים, נמצאה חזקה יותר ביישובים הערביים. ההעדפה לאשפוז פסיכיאטרי בבית-חולים כללי על פני בית-חולים פסיכיאטרי היתה דומה ביישובים ערביים ולא ערביים. באשר לבן משפחה הזקוק להוסטל, גם ביישובים ערביים נמצאה העדפה להוסטל קרוב מאשר רחוק. אולם כמו במגזר החרדי, העדפה זו פחות חזקה.

הנכונות למגעים עם חולים גבוהה יותר בחלק מסוגי המגעים ונמוכה יותר במגעים אחרים בהשוואה לנכונות למגע ביישובים לא ערביים. תפיסת סיכויי הנישואין של אדם שחלה והחלים גבוהה יותר מאשר ביישובים לא ערביים. ביטויי האפליה הסמויה היו גבוהים יותר ביישובים הערביים מאשר ביישובים לא ערביים.

### **כיווני התערבות**

בדוח מוצעים כיווני התערבות שונים תוך התייחסות הן לממצאים והן לעקרונות תאורטיים להתערבויות לשינוי עמדות והתנהגות, כגון התאמה בין הממד הבעייתי (דהיינו קוגניטיבי, רגשי או התנהגותי) לבין ההתערבות; מודעות להתנגדות לשינוי ולקושי בשינוי; והתאמת התערבות לסוג האוכלוסייה, יעדים ספציפיים ותכנים שונים; אופני התערבות שונים, ובכלל זה בעייתיות והפוטנציאל בכל אחד מהם: מחאה וחקיקה, חינוך ומידע ומגע/חשיפה.

בנושא פניות הציבור לטיפול נפשי, אנו מצביעים על ארבעה כיוונים (1) יידוע הציבור על קיומן של המרפאות לבריאות הנפש, ומיקומן; (2) שינוי הסטיגמה הקשורה בפנייה לטיפול; (3) הגברת מודעות לשיקולים רלבנטיים לשינויים המבניים של הספקת השירותים במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש; (4) התערבות בקרב רופאי משפחה.

בנושא התייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, אנו מצביעים על מספר תכנים שבהם מומלצת התערבות, וזאת בהתבסס על ממצאי המחקר: (1) הפחתת הסטיגמה הקשורה לאשפוז פסיכיאטרי;

(2) הפחתת תפיסת האלימות של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית והפחד מפניהם; (3) הפחתת האשמת האנשים והכעס כלפיהם; (4) התערבויות ספציפיות לסכיזופרניה, בהן יידוע הציבור לגבי קיומן של תרופות ולגבי תופעות הלוואי של התרופות; (5) התערבויות ספציפיות לדיכאון, ובמיוחד לכיוון יידוע על אודות הבסיסים הכימיים והטיפוליים הקיימים; (6) הגברת האמפתיה. כמו-כן, מוצעות התערבויות דיפרנציאליות בקבוצות יעד שונות, בהן המגזר החרדי ויישובים ערביים.

על מנת לפעול בנושאי התכנים הללו, נדרשות התערבויות שונות, בהן מפגש/מגע ומתן מידע.

מודגשת החשיבות של אופן הצגת האנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית: רצוי להדגיש מצד אחד את הפנים הנורמטיביים של האדם, אך במקביל, לא להימנע מהחלקים החולים. הדגשת הנורמטיביות חיונית כדי לאפשר תהליך שינוי, מאידך, נורמטיביות-יתר, מבלי להדגיש גם את החריגות, עלולה להוביל למצב שבו האדם המוצג אינו נתפס עוד כמייצג את הקבוצה הסטריאוטיפית וממילא לא יחול שינוי בסטריאוטיפ. רצוי שהמגע או החשיפה לא תהיה לאדם אחד אלא לקבוצת אנשים כך שניתן יהיה לזהות את השונות הרבה ביניהם.

מועילים שיקולים שונים לגבי מתן מידע אודות המחלה והאטיולוגיה. מתן מידע אודות המחלה מועיל להפחתת סטיגמה כלפי חולים באופן כללי אך לא לגבי אדם ספציפי. מידע יכול להתייחס גם לאטיולוגיה. במספר מחלות כגון דיכאון, נראה שיש מקום לחשוב על הפחתת תפיסת האחריות באמצעות הדגשת הבסיסים הגופניים, וזאת לגבי בעיות ומחלות, אשר לגביהן עצם התפיסה של המצב כמצב שאינו בשליטתו של האדם (אלא הביוכימיה), יהיה אולי קשה להבנה אך לא יעורר פחד. לעומת זאת, ספק אם גישה זו מומלצת כאשר מנסים לשנות התייחסות לסכיזופרניה, למשל, שבה האלמנט של אי ודאות מכיל גם איום.

נדונים גם היבטים שונים של חשיפה ומגע. אחת ההתערבויות המשמעותיות ביותר הנה מפגש ומגע ישיר. חשוב לבחור בצורה מושכלת את התנאים על מנת למנוע מצבים של התערבויות חסרות תועלת או אף התערבויות מזיקות. בצד ההשפעות החיוביות של החשיפה על המתמודדים (כדוגמת ההעצמה), יש לשקול אם אין בחשיפה כדי לגרום להם נזק. נדרש מגע עם קבוצה מגוונת של חולים על מנת לצמצם sub-typing. הגיוון נדרש בין השאר בסוגי ההפרעות/בעיות. נראה שיש מקום לשאוף לחשיפה ומגע עם אנשים בתקופות שונות של המחלה. כלומר, מצד אחד, חשוב שיהיה מפגש במצב של שיפור במחלה ומוגבלות מצומצמת. מצד שני, חשיפה לאנשים במצב זה בלבד עלולה לגרום לכך שההשפעה החיובית של המגע לא תחול על חולים במצבי מחלה קשים יותר. ייתכן שהפתרון האופטימלי הנו חשיפה לאותו אדם בתקופות שונות של המחלה, כלומר, להיחשף לאותם חולים הן בתקופות הטובות והן בתקופות הפחות טובות.

לבסוף, מועלות מספר סוגיות בנוגע להתערבויות בקבוצות יעד ספציפיות כדוגמת שכנים (בפועל או עתידיים); משכירי דירות ומעסיקים פוטנציאליים.



## דברי תודה

אנו מודים לכל מי שעזרו בהוצאתו של מחקר זה מן הכוח את הפועל במהלך שלביו השונים. תקצר היריעה למנות את כולם, ובהם: ד"ר בועז לב, בתפקידו כמנכ"ל משרד הבריאות, חברי ועדת ההיגוי שתתמוך בהערותיהם והארותיהם, מר שחר יהלום, מר צביאל רופא וכן פרופ' אלי שמיר וגב' מרים בר ניר מ"עוצמה-הפורום הארצי למשפחות נפגעי נפש", שהצביעו על היבטים עליהם לא חשבנו;

הרב יהודה לייב פרוש ומר משה קלירס, ד"ר מחמוד ג'ברין וצוותו שסייעו בזיהוי סוגיות ייחודיות למגזר החרדי והערבי בהתאמה;

ד"ר אלכסנדר פוניזובסקי, ד"ר מרטין אורבך, ד"ר יעקב פולאקביץ ואחרים שסייעו בבדיקת תוקף תיאורי המקרים (vignettes);

מר רזק חואלד וד"ר אסתר כץ שסייעו בבדיקת התרגומים לערבית ולרוסית בהתאמה.

אנו מודים גם למר אליאב ברמן, לגב' יעל הימלבלאו, ולמראיינים, וכמובן, למשיבים שהסכימו להקדיש מזמנם לנושא.

תודה גם לגב' חנה גולדשמידט ולגב' אילנה קורצוויל שסייעו בהכנת המערכות הממוחשבות בהן נעשה שימוש, ולגב' נטלי בכור על עזרתה בכל שלבי הפרויקט.

תודה לד"ר יצחק לבב על מעורבותו במחקר. תודה מיוחדת לגב' דניז נאון על הארותיה והערותיה לפרויקט בשלבי השונים, החל מהצעת המחקר וכלה בכתיבת הדוח.

לבסוף תודה לגב' ג'ני רוזנפלד על עריכת הלשון והתוכן, לגב' מרשה ויינשטיין ולגב' נעמי הלסטד על תרומתן לאנגלית, לגב' אילנה פרידמן על הסיוע בהדפסה ולגב' לסלי קליינמן על ההבאה לדפוס.

## תוכן עניינים

1	1. מבוא
2	2. רקע תיאורטי
2	2.1 הגדרות והשלכות
3	2.2 מדידה
4	2.3 זיהוי ותפיסות
5	2.4 התערבות
13	3. מטרות המחקר
13	4. שיטת המחקר
14	4.1 אוכלוסיית המחקר והמדגם
17	4.2 מערך
18	4.3 כלים : שאלונים ומדדים
20	5. ידע, היכרות, חשיפה והתנסות בטיפול נפשי
20	5.1 הקדמה
21	5.2 הימצאותה של מרפאה
21	5.3 תשלום
21	5.4 תרופות
22	5.5 חשיפה למערכת האשפוז הפסיכיאטרי ולמערכת השיקום הפסיכיאטרי
22	5.6 חשיפה עקיפה או התנסות בפועל בטיפול נפשי
22	6. עמדות והעדפות כלפי טיפול נפשי
23	6.1 תפיסת תועלת הטיפול
24	6.2 הנכונות לפנות לטיפול בגלוי
25	6.3 כוונות התנהגותיות לפנות לטיפול
27	6.4 עמדות כלפי פנייה לטיפול - קשרים בין משתנים
32	7. העדפות למסגרות טיפול שונות
32	7.1 העדפות לגבי מסגרות טיפול נפשי אמבולטורי
37	7.2 העדפות לגבי מסגרות אשפוז ושיקום
40	8. סכיזופרניה, דיכאון ואשפוז פסיכיאטרי: זיהוי מחלות פסיכיאטריות, ייחוסים ותפיסות
40	8.1 הקדמה
40	8.2 זיהוי והתייחסות
42	8.3 דיכאון
42	8.4 סכיזופרניה
43	8.5 תגובה לאשפוז פסיכיאטרי
47	9. דמותו של האדם שחלה במחלה פסיכיאטרית בעיני החברה הישראלית
48	9.1 תפיסה של האדם החולה במחלה פסיכיאטרית
54	9.2 אטיולוגיה נתפסת: מה גורם ל"מחלת נפש"?

56	<b>10. התבטאות הסטיגמה בממדים שונים</b>
56	10.1 חשיפה לאדם החולה במחלה פסיכיאטרית
57	10.2 ייחוסים, רגשות ועמדות כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות
60	10.3 כוונות התנהגותיות
65	10.4 אפליה גלויה וסמויה
66	<b>11. התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי משתני רקע ומשתני תפיסות</b>
67	11.1 התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי מגדר, גיל, השכלה וקשר קודם
76	11.2 התייחסות לאנשים שחלו, לפי חדירת גבולות ונראות נתפסות
79	11.3 קשרים בין משתנים
90	<b>12. ממצאים במגזר החרדי</b>
90	12.1 התייחסות לטיפול נפשי
96	12.2 העדפות לגבי מסגרות שונות בטיפול האמבולטורי
98	12.3 העדפות לגבי אשפוז ושיקום
101	12.4 היכרות עם אנשים שחלו ודמותו של "חולה הנפש" בחברה החרדית
103	12.5 התבטאות הסטיגמה בממדים שונים
108	<b>13. ממצאים ביישובים ערביים</b>
108	13.1 התייחסות לטיפול נפשי
113	13.2 העדפות לגבי מסגרות שונות בטיפול האמבולטורי
115	13.3 העדפות לגבי אשפוז ושיקום
117	13.4 היכרות עם אנשים שחלו ודמותו של "חולה הנפש" ביישובים ערביים
119	13.5 התבטאות הסטיגמה בממדים שונים
124	<b>14. כיווני פעולה להתערבויות</b>
124	14.1 ההתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית
134	14.2 פניית הציבור לטיפול נפשי
137	<b>ביבליוגרפיה</b>
148	<b>נספחים</b>

## רשימת לוחות

- 23 לוח 1 : הכרה בתועלת הטיפול
- 24 לוח 2 : נכונות לפנות לטיפול בגלוי
- 25 לוח 3 : למי/לאן היו אנשים פונים לו היו מרגישים מצב רוח מאוד לא טוב, או הרגשה של מתח, חרדה ואי שקט שמאוד מפריעה
- 26 לוח 4 : עמדות כלפי טיפול נפשי
- 27 לוח 5 : העדפות לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית
- 27 לוח 6 : עמדות לטיפול לפי מגדר
- 30 לוח 7 : עמדות כלפי טיפול לפי חשיפה והיכרות עם טיפול ומטופלים
- 31 לוח 8 : רגרסיה רב משתנית לניבוי תפיסת חוסר התועלת שבטיפול
- 32 לוח 9 : רגרסיה רב משתנית לניבוי תפיסת חוסר התועלת שבטיפול, כאשר מוספים בצעד שני משתני התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות
- 33 לוח 10 : העדפות לטיפול פרטי לעומת טיפול בקופת חולים, לגבי טיפול נפשי ולגבי טיפול לא נפשי
- 34 לוח 11 : סיבות להעדפת טיפול פרטי לעומת טיפול בקופת חולים, לגבי טיפול נפשי ולגבי טיפול לא נפשי
- 36 לוח 12 : התפלגות העדפות לפנייה למרפאה כללית לעומת פנייה למרפאת בריאות הנפש
- 36 לוח 13 : סיבות להעדפת טיפול נפשי במרפאת בריאות הנפש לעומת טיפול במרפאה מקצועית משולבת
- 38 לוח 14 : התפלגות העדפות אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לעומת אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי
- 38 לוח 15 : סיבות להעדפת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי
- 39 לוח 16 : סיבות להעדפת הוסטל או דיור מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק
- 42 לוח 17 : תפיסת הווינייט שבו תואר אדם הסובל מדיכאון
- 43 לוח 18 : תפיסת הווינייט שבו תואר אדם הסובל מסכיזופרניה
- 43 לוח 19 : תפיסת הווינייט שבו תואר אדם הסובל מסכיזופרניה ומאושפז

- לוח 20 : תפיסת הווינייט שבו תואר אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר על רקע אירוע טראומטי  
45
- לוח 21 : תפיסת הווינייט שבו תואר אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר  
45
- לוח 22 : זיהוי וינייטים וייחוס תכונות  
46
- לוח 23 : מאפיינים נתפסים של אדם עם "מחלת נפש"  
50
- לוח 24 : תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, וייחוס סיבתיות  
53
- לוח 25 : תפיסת האלימות של 'אנשים עם מחלת נפש' לפי ייחוס סיבתיות  
54
- לוח 26 : אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש  
55
- לוח 27 : קשרים והיכרות עם "חולה נפש"  
57
- לוח 28 : פחד, כעס, תפיסת יכולת להחלים ולתפקד, ונכונות לעזור לגבי וינייטים שונים  
58
- לוח 29 : מרחק חברתי : אי נכונות לקשר בתגובה ל"חולה נפש" או לווינייטים  
61
- לוח 30 : מרחק חברתי מועדף : אנשים שאינם מוכנים לסוגי קשר או מגע, לפי התיאור שקיבלו  
62
- לוח 31 : אפליה סמויה : מסכימים ומתנגדים בקרב משיבים שלא קיבלו וינייט  
66
- לוח 32 : מדדים מרכזיים, לפי מגדר  
68
- לוח 33 : נכונות להשכרת דירה לפי מגדר  
68
- לוח 34 : מדדים מרכזיים לפי גיל המשיבים (מעל ומתחת לגיל 60)  
69
- לוח 35 : נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי גיל המשיבים  
70
- לוח 36 : מדדים מרכזיים לפי השכלה  
71
- לוח 37 : מדדים מרכזיים לפי רמת קשר עם חולים, מקובצת ל-3 רמות  
74
- לוח 38 : נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי רמת קשר עם חולים  
75
- לוח 39 : מדדים מרכזיים לפי נראות נתפסת  
76
- לוח 40 : מדדים מרכזיים לפי חדירות גבולות נתפסת  
77
- לוח 41 : נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי נראות נתפסת  
78
- לוח 42 : נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי חדירות גבולות נתפסת  
79

80	לוח 43 : מתאמי פירסון
81	לוח 44 : מתאמי ספירמן
83	לוח 45 : רגרסיה רב משתנית לניבוי מרחק חברתי מועדף
84	לוח 46 : רגרסיה רב משתנית לניבוי אפליה סמויה
85	לוח 47 : רגרסיה רב משתנית לניבוי עמדות כלליות כלפי "חולי נפש"
85	לוח 48 : רגרסיה רב משתנית לניבוי פחד מפני אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית
85	לוח 49 : רגרסיה רב משתנית לניבוי כעס על אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית
91	לוח 50 : חשיפה והתנסות בטיפול נפשי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
92	לוח 51 : ידע על אודות קיומן של תרופות פסיכיאטריות במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
93	לוח 52 : עמדות ורגשות כלפי טיפול נפשי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
94	לוח 53 : למי/לאן היו אנשים במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה פונים לו היו במצב רוח מאוד לא טוב, או בהרגשת מתח, חרדה או אי שקט
95	לוח 54 : העדפות במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית
96	לוח 55 : העדפות לטיפול נפשי בקופת חולים לעומת טיפול פרטי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
98	לוח 56 : העדפות במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה לפנייה למרפאה כללית (משולבת) לעומת פנייה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש
99	לוח 57 : העדפות לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי לעומת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
100	לוח 58 : העדפות להוסטל קרוב או רחוק במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
101	לוח 59 : היכרות וחשיפה לאנשים שסובלים ממחלת נפש במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
102	לוח 60 : תפיסת האלימות של 'אנשים עם מחלת נפש' במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
103	לוח 61 : אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
104	לוח 62 : מרחק חברתי : נכונות לקשרים שונים עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
105	לוח 63 : נכונות להשכרת דירה בתנאים שונים לאדם שחלה במחלה פסיכיאטרית, במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה

- 107 לוח 64 : אפליה סמויה במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
- 108 לוח 65 : חשיפה והתנסות בטיפול נפשי ביישובים ערביים ולא ערביים
- 109 לוח 66 : ידע אודות קיומן של תרופות פסיכיאטריות ביישובים ערביים ולא ערביים
- 110 לוח 67 : עמדות ורגשות כלפי טיפול נפשי ביישובים ערביים ולא ערביים
- 111 לוח 68 : למי/לאן היו אנשים ביישובים ערביים ולא ערביים פונים לו היו במצב רוח מאוד לא טוב, או בהרגשת מתח, חרדה או אי-שקט
- 112 לוח 69 : העדפה ביישובים ערביים ולא ערביים לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית
- 113 לוח 70 : העדפה ביישובים ערביים ולא ערביים לטיפול נפשי פרטי לעומת טיפול בקופת חולים
- 114 לוח 71 : העדפה ביישובים ערביים ולא ערביים לפנייה למרפאה כללית (משולבת) לעומת מרפאה ייחודית לבריאות הנפש
- 115 לוח 72 : העדפה לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי לעומת בבית חולים פסיכיאטרי ביישובים ערביים ולא ערביים
- 116 לוח 73 : העדפה להוסטל קרוב או רחוק ביישובים ערביים ולא ערביים
- 117 לוח 74 : היכרות וחשיפה לאנשים שסובלים ממחלת נפש ביישובים ערביים ולא ערביים
- 118 לוח 75 : הערכת המשיבים ביישובים ערביים ולא ערביים לגבי היקף החולים באשפוז
- 118 לוח 76 : תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" ביישובים ערביים ולא ערביים
- 119 לוח 77 : אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש ביישובים ערביים ולא ערביים
- 120 לוח 78 : מרחק חברתי : נכונות לקשרים שונים עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית ביישובים ערביים ולא ערביים
- 121 לוח 79 : נכונות להשכרת דירה בתנאים שונים לאדם שחלה במחלה פסיכיאטרית, ביישובים ערביים ולא ערביים
- 122 לוח 80 : אפליה סמויה ביישובים ערביים ולא ערביים
- 123 לוח 81 : תפיסת אפשרות הנישואין של אישה/גבר שהיו באשפוז פסיכיאטרי והחלימו ביישובים ערביים ולא ערביים

## רשימת תרשימים

- 88 תרשים 1 : ניתוח נתיבים לניבוי מרחק חברתי מועדף מאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית
- 89 תרשים 2 : ניתוח נתיבים לניבוי אפליה סמויה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית

## רשימת נספחים

- 148 נספח 1 : התפלגות המדגם הכללי לפי משתנים דמוגרפיים
- 149 נספח 2 : התפלגות לפי גיל ומין ביישובים ערביים במחקר ובאוכלוסייה
- 149 נספח 3 : התפלגות משיבים לפי משתנים דמוגרפיים ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים
- 150 נספח 4 : התפלגות משיבים יהודים חרדים ויהודים לא חרדים לפי משתנים דמוגרפיים
- 150 נספח 5 : נפל, אחוזי היענות, סירוב ובעיתיות אחרת בשלושת המדגמים
- 151 נספח 6 : התפלגות לפי מין וגיל בקרב ערבים ובקרב לא ערבים באוכלוסייה ובמדגם הכללי
- 152 נספח 7 : מרכיבי השאלון ואינדקסים, לפי תחומי תוכן
- 158 נספח 8 : תופעות לוואי נתפסות של תרופות פסיכיאטריות
- 159 נספח 9א : משיבים הסבורים שנכון שהאדם בווינייט מתאים לכל אחד מהתיאורים : השוואה בין מקבלי וינייט של אדם הסובל מסכיזופרניה לבין מקבלי וינייט של אדם מאושפז הסובל מסכיזופרניה
- 159 נספח 9ב : משיבים הסבורים שנכון שהאדם בווינייט מתאים לכל אחד מהתיאורים : השוואה בין מקבלי וינייט של אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר, ובין מקבלי וינייט של אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר על רקע אירוע טראומטי
- 160 נספח 10 : משיבים שצינו כל מאפיין של אדם עם מחלת נפש, בסך הכל ובנפרד לאנשים שקיבלו תיאור (וינייט) ואלו שלא קיבלו, בסדר שכיחות יורד (לפי הסדר בקרב משיבים שלא קיבלו וינייט)
- 162 נספח 11 : משיבים שצינו כל מאפיין של אדם עם מחלת נפש, בסך הכל ובנפרד לאנשים שקיבלו תיאור (וינייט) ואלו שלא קיבלו, לפי הקבצה לנושאים
- 165 נספח 12 : מידת הנכונות להתנדבות, לקבלת חומר ולהקמת מועדון חברתי
- 165 נספח 13 : מידת הקבלה בין תגובה לשאלות גלויות לעומת סמויות של אפליה, על פי מיקום מעל או מתחת לחציון בכל פריט
- 166 נספח 14 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול נפשי פרטי ובקרב המעדיפים טיפול נפשי בקופת החולים במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה



- 167      נספח 15 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול במרפאה ייחודית או במרפאה משולבת – במדגם  
החרדי ובמדגם היהודי לא חרדי
- 169      נספח 16 : סיבות להעדפת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת בית חולים פסיכיאטרי –  
במדגם החרדי ומדגם היהודי הלא חרדי
- 171      נספח 17 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי הוסטל בקרבת מקום או הוסטל מרוחק, במדגם  
החרדי ובמדגם הלא חרדי
- 172      נספח 18 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול נפשי פרטי ובקרב המעדיפים טיפול נפשי בקופת  
חולים, ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים
- 173      נספח 19 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול במרפאה ייחודית או במרפאה משולבת –  
ביישובים ערביים ולא ערביים
- 175      נספח 20 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת אשפוז  
בבית חולים פסיכיאטרי ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים
- 177      נספח 21 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי הוסטל בקרבת מקום לעומת הוסטל מרוחק, ביישובים  
ערביים ולא ערביים

## 1. מבוא

בעשורים האחרונים חלו התפתחויות ניכרות בטיפול בבריאות הנפש ובשיקום אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות (Hirschfeld, 1998; Sartorius, 1992; 1998; Surgeon General, 1999). אולם, את ניצול הפוטנציאל הגלום בהתפתחויות אלה מעכבת העובדה שהאנשים אשר עשויים להפיק תועלת מן הטכנולוגיות השונות (לדוגמה, תרופות פסיכותרפיות) נמנעים מפניה לטיפול בגלל הסטיגמה הקשורה במחלות פסיכיאטריות ובשירותי בריאות הנפש (Dubin & Fink, 1992; Ginnat, 1992; Hirschfeld, 1998; Hoyt et al., 1997; New Freedom Commission on Mental Health, 2003; Surgeon General, 1999; Sartorius, 1998). מן הספרות עולה כי לסטיגמה יש השלכות הרסניות על חייהם של אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, על תפקודם ועל השתלבותם בחברה. הסטיגמה פוגעת באיכות החיים ומתבטאת באפליה בדיור ובתעסוקה, בניכור ובמרחק חברתי; ולעתים אף בטיפול רפואי לקוי. גם כאשר אנשים מקבלים טיפול, הסטיגמה עלולה להפריע ולהוות מכשול בפני שיקומם (Link & Phelan, 1999; Link et al., 1997; Ben Noun, 1996; Smart and Wegner, 1999).

הסטיגמה מתייחסת למאפיין שלילי, אשר מבחין בין האדם בעל מאפיין זה (או הנתפס כבעל מאפיין זה) לבין אנשים אחרים (Link et al., 1997; Smart & Wegner, 1999). קוריגן ופן (Corrigan & Penn, 1999) מציינים כי הסטיגמה קשורה לסטראוטיפים שליליים, הקשורים בדעה קדומה, דחייה ואפליה. משחר ההיסטוריה, מחלות פסיכיאטריות היו מלוות בסטיגמה (Dubin & Fink, 1992). כיום, יש לציבור יותר ידע על מחלות פסיכיאטריות והוא מסוגל יותר לזהות אותן, ובכל זאת, הסטיגמה עדיין קיימת (Link et al., 1999; Mental Health, 1999; Mental Health and Social Exclusion, 2004).

לאחרונה קיימת מודעות גוברת לצורך להתמודד עם הסטיגמה, כחלק מאחריות המדינה לספק שירותי בריאות נפש הולמים והזדמנויות שיקום. מגמה זו קיימת בארה"ב, בבריטניה, בשבדיה, בקנדה ובאוסטליה (Corrigan & Penn, 1999; Paykel et al., 1998; Sartorius, 1998) ובארגונים כלל-עולמיים כגון אגודת הפסיכיאטרים העולמית (WPA) וארגון הבריאות העולמי (WHO). גם בישראל, משרד הבריאות מתכנן תכניות התערבות להפחתת סטיגמה, בעקבות מדיניות ארגון הבריאות העולמי. להשגת יעד זה, יש צורך בפיתוח תאורטי של מושג הסטיגמה, ובשינוי, התאמה וחדוש בשיטות להערכת הסטיגמה. אולם, בשנים האחרונות נערכו בעולם רק מחקרים מעטים שנעזרו במדגמים מייצגים (Link et al., 1999; Pescosolido et al., 1999; Paykel et al., 1998). בישראל אין מחקרים עדכניים בנושא הסטיגמה אשר מבוססים על מדגמים מייצגים של האוכלוסייה הכללית. המחקר האחרון שבחן את הנושא באוכלוסייה הכללית נערך בשנת 1984 (Rahav et al., 1984). מחקרים שנערכו מאז בחנו תת-קבוצות באוכלוסייה, כגון צוות פסיכיאטרי או עובדים במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי (Heresco-Levy, et al., 1999; National Social Insurance, 1993; Haj-Yahia, 1999).

לאור זאת, התגבשה יוזמה משותפת של שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות ושל מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל במטרה לערוך מחקר אשר יתרום להבנה טובה יותר של הסטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות וכלפי שירותי בריאות הנפש ויבחן את מקורותיה ותוצאותיה של הסטיגמה.

המחקר המתואר בדוח זה נערך על ידי מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל בשיתוף עם שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות. מחקר שנערך במקביל בחן הורים לאנשים החולים במחלות פסיכיאטריות ומחקר נוסף התייחס לקבוצה הרחבה יותר של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש. שני מחקרים אלו בוחנים את ההתנסות והתפיסות של אוכלוסיות אלו בנושא הסטיגמה. המחקר הנוכחי, שהתבסס על מדגם מייצג של האוכלוסייה הכללית, עומד על המידה שבה קיימים נורמות, אמונות וביטויים שונים של סטיגמה, על מהות הסטיגמה מבחינת רכיביה הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים, על שכיחותן של תופעות סטיגמה שונות ועל השפעת הסטיגמה על השימוש בשירותי בריאות הנפש בקרב כלל האוכלוסייה. המחקר גם בחן תת-אוכלוסיות שונות כגון יישובים ערביים והחברה החרדית. לבסוף, המחקר שופך אור על כיוונים אפשריים להתערבות, מבחינת התוכן, שיטת ההתערבות ותת-אוכלוסיות היעד. בכך מהווה המחקר צעד ראשון לקראת תכניות ההתערבות להפחתת סטיגמה שמתכנן משרד הבריאות.

## 2. רקע תיאורטי

### 2.1 הגדרות והשלכות

הסטיגמה מתייחסת למאפיין שלילי, אשר מבחין בין האדם בעל מאפיין זה (או הנתפס כבעל מאפיין זה) לבין אנשים אחרים. הבחנה זו כרוכה גם בדחייה (Link et al., 1997; Smart & Wegner, 1999). קוריגן ופן (Corrigan & Penn 1999) מדגישים את אופייה הסטראוטיפי של הסטיגמה. סטראוטיפ הוא דעה (belief) המקשרת קבוצה של אנשים (ולא פרט) עם תכונה אחת או יותר (Brehm & Kassir, 1996). סטראוטיפים הנם מבני ידע, וככאלה הם לאו דווקא שליליים (כלומר, ניתן גם להגיע להכללת-יתר חיובית). אולם, כפי שמציינים קוריגן ופן (1999), הסטיגמה מתייחסת לסטראוטיפים שליליים. אלה קשורים בדעה קדומה, דחייה ואפליה. למעשה, יחס זה משקף את הקשר שבין הרכיבים היותר קוגניטיביים (סטראוטיפים), הרגשיים (דעה קדומה) וההתנהגותיים (אפליה) של התגובות המבוססות על קטגוריות (Fiske, 1998), רכיבים המוכרים היטב בהקשר של סטיגמה (Link & Phelan, 1999).

אף שמתנהל דיון מתמשך לגבי החשיבות היחסית של השפעות התיוג החיובי לעומת השלילי (Phelan & Link, 1999), ברור שההשפעות השליליות של תיוג – הווה אומר, הסטיגמה הקשורה במחלת נפש<sup>1</sup> – ניכרות (Office of the deputy prime minister, 2004). הסטיגמה מהווה גורם כבד-משקל בהתנהגות חולים, משום שהיא מביאה למגוון אסטרטגיות התמודדות, שכולן קשורות בהשלכות שליליות (Link).

---

<sup>1</sup> יש לציין שהמונחים הנמצאים בשימוש בתחום זה נמצאים בתהליכי שינוי. בין המונחים הרווחים כיום ניתן למצוא "מחלת נפש", "מחלה פסיכיאטרית" ועוד. כאשר מתייחסים לאדם, מקובל לדבר כיום על אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית; נפגע נפש; נכה נפש; מתמודד ועוד. נדגיש שאף כי בדוח אנו מתייחסים למונחים המקובלים, הרי שבשאלונים עצמם התייחסנו לעתים למונח 'חולה נפש'. זאת משום שהסתבר בבדיקות מקדימות ששימוש במונחים שנחשבים יותר תקינים פוליטית, אינם רווחים בציבור.

et al., 1991). לדוגמה, סמרט ווגנר (Smart & Wegner, 1999) טוענים כי כאשר אנשים בוחרים להסתיר את מחלתם בגלל סטיגמה, יש סכנה להתעסקות יתר (preoccupation) במחלה. הדבר עלול לפגוע ביכולתם לתקשר עם אחרים, ומכאן להביא להחמרת הבעיה. יתרה מכך, כפי שצוין לעיל, הדבר עלול למנוע מאנשים לפנות לעזרה מקצועית (Surgeon General, 1999). אחרים, המנסים להשתקם – ובעיקר אלה המנסים להשתקם בקהילה, במסגרת המגמה הנוכחית לאי-מיסוד (deinstitutionalization) – חשופים לדעות קדומות ולאפליה בכל הנוגע לדיוור, תעסוקה, נישואין וכו' דבר המקטין את סיכוייהם להשתקם ולהשתלב מחדש בחברה (Corrigan & Penn, 1999; Link, 1987; Sartorius, 1998). לבסוף, אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית עלולים לחוות זמינות מופחתת לטיפולים סומטיים, הן משום שאנשי מקצוע בתחום הבריאות עלולים לנטות לייחס את תלונותיהם של חולים אלה למצבם הנפשי, והן משום שבדומה לאוכלוסייה הכללית, חלק מאנשי מקצוע אלו אינם חשים בנוח כאשר עליהם להתמודד עם אדם הסובל ממחלה פסיכיאטרית. הסטיגמה משפיעה גם על איכות החיים, תחושת הרווחה וההערכה העצמית (Corrigan, 1998; Markowitz, 1998; Rosenfield, 1997; Wahl, 1999; Wright et al., 2000). לסטיגמה עלולות אף להיות השלכות על משפחות החולים הפסיכיאטריים, והיא עלולה להשפיע על חייהם בכלל ועל התנהגותם כלפי החולה בפרט, ולפגוע על ידי כך הן בחולה והן במשפחה (Lefley, 1992; Phelan et al., 1998).

חשוב לציין כי הסטיגמה איננה מוגבלת רק למי שהוגדר כחולה פסיכיאטרי (ולמשפחתו), אלא היא רווחת גם לגבי השימוש בשירותי בריאות נפש בכלל. סטיגמה זו משפיעה על הנכונות לפנות לקבלת עזרה, לקבל סוגי טיפול מסוימים, ואף על הנכונות להכיר בבעיה. כתוצאה מאי-פנייה לקבלת עזרה, יש סכנה שמצבם הקליני של אנשים לא ישתפר ואולי אף יידרדר, למרות זמינותן של טכנולוגיות שונות. יתר על כן, ייתכן גם שיופיע דפוס של שימוש יתר בטיפול רפואי "כללי" (גופני); (Goldberg & Blackwell, 1970; Katerndahl & Realini, 1997).

## 2.2 מדידה

חלה התקדמות רבה בתחומים המוזכרים לעיל בכל הנוגע להמשגה ולהערכה. הספרות מצביעה על כך שיש לשפר את המדדים לדעות קדומות ולאפליה, כך שיהיו רגישים יותר ובולטים פחות. השימוש במדדים ישנים כיום עשוי להביא לתוצאות המצביעות כביכול על הפחתה באפליה, בדעות קדומות ובסטיגמה כלפי קבוצות מסוימות, אך, למעשה, אנשים פשוט אינם מביעים את דעותיהם, בגלל סיבות של רציות חברתיות (Brown, 1995; Corrigan & Penn, 1999).

עם זאת, לא מדובר רק ברציות חברתיות. קיימת הכרה גוברת במורכבות המושגית של דעות מסוג זה, כולל פערים בין מרכיבים הערכתיים למרכיבים התנהגותיים. לדוגמה, הערכות מוטות ושליליות אינן בהכרח קשורות לתוקפנות ולאנטגוניזם (Mummendey, 1995; Struch & Schwartz, 1989). יתר על כן, עם הזמן, אפילו אופי המחשבות הקשורות בדעות קדומות ובאפליה עשוי להשתנות, לדוגמה משנאה ותוקפנות לאמביוולנטיות והימנעות, מדעה קדומה בוטה לסמויה (blatant versus subtle), או מגזענות מסורתית לגזענות סימבולית, אברסיבית או מודרנית (see Brewer & Brown, 1998; Fiske, 1998; Kleinpenning, & Hagendoorn, 1993; Pettigrew & Meertens, 1995).

בדומה לכך, ייתכן מאוד שבסטיגמה כלפי מחלות פסיכיאטריות ושירותי בריאות הנפש חלו שינויים בתוכן, במהות או במשמעות במשך העשורים האחרונים. ייתכן שנוצרו סוגים חדשים, הקשורים בדעות, באטיולוגיות, באידאולוגיות וברגשות שונים. יש להביא זאת בחשבון, הן לצורך המשגה והן לצורך הערכה. מדדים שהיו שימושיים בעבר, לאו דווקא יצליחו להתמודד עם ההיבטים הרלבנטיים של הסטיגמה כיום, והם עלולים להביא לאומדן שגוי של אופי הבעיה, שכיחותה, הדרכים שבהן היא באה לידי ביטוי והתערבויות אפשריות.

### 2.3 זיהוי ותפיסות

בבואנו לנסות ולתקוף את נושא הסטיגמה שממנה נפגעים אנשים הסובלים ממחלת נפש, ואנשים שעברו אשפוז, חשוב לדעת מהו אותו "דבר" המעורר את התגובות הסטיגמטיות והפוגעות בקרב הציבור. האם, למשל, מדובר בהתנהגויות מסוימות אשר אנשים רואים ומזהים אותן כקשורות למחלות נפש או שמדובר בתפיסות ובהנחות לגבי אפיוניהם של החולים? ייתכן ששני האפיקים גם יחד קיימים.

מצד אחד, הציבור מזהה אולי התנהגויות מסוימות של פלוני, מייחס אותן למחלת נפש, ובעקבות זאת מתנהג בצורה מפלה וסטיגמטית כלפי אותו אדם (גם אם למעשה ההתנהגויות שזיהה כלל אינן קשורות למחלת נפש). במציאות היומיומית, מדובר למשל במצב של התייחסות לאדם באוטובוס או לשכן בשכונה. סביר להניח שחלק מהאנשים הסובלים ממחלת נפש, אינם מזהים ככאלה על ידי הציבור (משום שאינם מפיגים אותן התנהגויות המזוהות על ידי הציבור כמבטאות מחלת נפש), וממילא לא יסבלו מן התגובות הסטיגמטיות של הציבור. כך או כך, מדובר כאן על אנשים "מוחשיים" - דוגמאות אנושיות של חולי נפש.

מצד אחר, ייתכן גם מצב שבו יש התייחסות למונח המופשט "חולה נפש" מבלי שיש מקרה ספציפי ("דוגמה"). במציאות היומיומית, דבר זה מתרחש כאשר אנשים שומעים שמוקם ליד ביתם הוסטל ל"חולי נפש". במצב כזה, לפני שפגשו את הדיירים, תגובתם תתבסס על התייחסותם ל"נפגעי נפש" בכלל, על הסטראוטיפ שלהם, ועל ציפיותיהם. ייתכן שלו היו נתקלים בדיירים הפוטנציאליים, לא היו כלל מזהים אותם כחולים, או לחלופין, היו אולי מזהים אותם כחולים, אך לא בהכרח מתייחסים אליהם בצורה סטיגמטית.

שאלת הזיהוי נפרדת אם כן מסוגיית ההתייחסות למונח המופשט. לשתייהן יש השלכות שונות לכיווני התערבות להפחתת הסטיגמה. באשר לשאלת הזיהוי, כיווני התערבות שונים נדרשים אם מסתבר שאנשים מסוגלים לזהות (תיאור של) אדם הסובל ממחלת נפש ומתנהגים בצורה מפלה כלפיו, לעומת מצב שבו אנשים למעשה אינם מזהים נכונה תיאורים מסוג זה. במקרה הראשון, יש שיציעו כיווני התערבות שיצמצמו את הנראות (visibility) והזיהוי (למשל, תרופות בעלות תופעות לוואי מצומצמות יותר, או מיקום הטיפול במרפאות משולבות (Davidson, 2003)). באופן דומה, אם מתברר שמודעות לקיומו של אשפוז פסיכיאטרי בעברו של פלוני משפיע על זיהויו כאדם הסובל ממחלת נפש, הרי שיהיה בכך שיקול להעדפת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי על פני האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. במקרה השני, כלומר אם הציבור אינו מזהה תיאור של אדם עם מחלת נפש, הרי שאין טעם בהתערבויות הפונות לכיוון של הפחתת הזיהוי והנראות.

באשר לסוגיית התפיסות של המונח המופשט מתבקשות התערבויות שונות למצב שבו עיקר הבעייתיות טמון בתפיסות המעוותות את "טבעם" של אנשים עם מחלת נפש, לעומת מצב שבו עיקר הבעייתיות טמון באי סובלנות כלפי אפיונים מציאותיים של אנשים הסובלים ממחלת נפש. בעוד שבמקרה הראשון רצוי יהיה להתמקד בדרכי שינוי שעשויות להביא לתפיסה נכונה יותר, הרי שבמקרה השני מוטב לפעול בכיוונים שיובילו ליתר סובלנות וקבלה (בנוסף אולי להכרת השונות הרבה שקיימת מבחינת המאפיינים).

על מנת לבחון סוגיות אלו, אנו מבחינים בעבודה הנוכחית בין שני מצבים. האחד, מצב שבו אין מציעים לאדם את ה"תווית" או ה"קטגוריה" (category, label) אלא תיאור התנהגותי של אדם, ללא מתן התווית. מצב זה מדמה התייחסות של אנשים למצבים שבהם הם נתקלים בהתנהגויות, בין אם הן מזוהות כקשורות למחלה (או לתופעות לוואי של התרופות) ובין אם לאו. השני, מצב שבו האדם מתייחס למונח "חולה נפש", קרי, הוא מתייחס ל"קטגוריה" או ל"תווית". המצב השני מדמה את תגובתם של אנשים למשל במצב שבו מדובר על הקמת הוסטל לחולי נפש בשכונתם. תגובתם של אנשים במצב זה מבוססת על התייחסותם למונח המופשט "חולה נפש", כפי שהוא קיים אצלם. תפיסות חיוביות יותר יביאו מן הסתם לנכונות גבוהה יותר לקבלת הוסטל כזה, בעוד שתפיסות שליליות יותר יביאו להתנגדות.

## 2.4 התערבות

### 2.4.1 סוגי התערבות: תאוריה, מעשה ופערים ביניהם

קיימות אסטרטגיות התערבות שונות, החל משינויים מבניים ועד לקשר אישי. שינויים מבניים, כגון שינוי במיקום השירותים הפסיכיאטריים כך שיהיו פחות נראים (visible) ויותר נגישים, אינם תוקפים את הסטיגמה עצמה, אלא מצמצמים את השפעתה. התערבויות אחרות מנסות להתמודד עם הסטיגמה עצמה, לדוגמה, באמצעות הספקת מידע עובדתי על שיעורי האלימות כדי להזים את הסטראוטיפ הנפוץ לגבי מחלות נפש; או באמצעות מידע על תוצאות טיפול ופרוגנוזה. תכניות אחרות מציעות קשר עם אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות.

אולם, התערבויות מסוג זה אינן בהכרח מצליחות להפחית סטיגמה (Corrigan & Penn, 1999). ממחקרים שונים עולה כי, בעוד שהיבטים שונים מושפעים, היבטים אחרים אינם מושפעים ואולי אף משתנים לרעה (Arikan & Uysal, 1999; Brunton, 1997; Farina et al., 1996; Gaebel et al., 2003; Rosen, 2000; Walter, Casey & Hocking, 2000). כך למשל, בתכנית התערבות בקרב תלמידי תיכון בבריטניה, שכללה מתן מידע, חשיפה לסרט ומפגש, נמצאו שינויים בעמדות שנחלשו עם הזמן, אך כמעט שלא מצאו שינויים במרחק חברתי מועדף (Pinfold et al., 2003). תכנית אחרת בקרב סטודנטים הראתה שבעקבות התערבויות מסוגים שונים (מחאה, חינוך, מגע) היו שינויים שונים בייחוסים מסוימים ולא באחרים. אולם, התכנית לא בדקה באיזו מידה שינויים אלו עמידים לאורך זמן (Corrigan et al., 2001). לפעמים מתחילים בהתערבות מבלי לדעת מה בדיוק צריך לשנות, מהם המכשולים וכיצד אפשר להתגבר עליהם. תכנית שאיננה מביאה סוגיות אלה בחשבון, סביר להניח שלא תהיה לה השפעה רבה. כמו כן, אף שקיימות תכניות התערבות שונות (World Psychiatric Association, 2000), הרי שכמעט שאין

הערכות לגבי מידת השפעתן (Pinfold, et al., 2003). לפיכך גם לא מפתיע שהבחירה בתכניות התערבות לא בהכרח מתבצעת בצורה מושכלת על בסיס נתונים (Angermeyer, 2002) כדי להתקדם בתחום זה ניתן להיעזר בהתפתחויות שנעשו בתחום הפסיכולוגיה החברתית (Corrigan & Penn, 1999) ובמיוחד לגבי (א) שכנוע ושינוי עמדות; (ב) סטראוטיפים, דעות קדומות, אפליה ויחסים בין-קבוצתיים.

הספרות העוסקת בשכנוע מבחינה בין מסלולים מרכזיים לבין מסלולים פריפריאליים (central versus peripheral routes), ועומדת על יתרונותיהן, חסרונותיהן והשלכותיהן (Eagly & Chaiken, 1993). היא מצביעה גם על החשיבות של התאמה בין אופני ההשפעה לבין סוג העמדה. לדוגמה, בעוד שעמדות בעלות בסיס קוגניטיבי עשויות להשתנות בעקבות מתן מידע, הרי שתפיסות רגשיות וסטראוטיפים ייטו פחות להשתנות בעקבות מידע. במקרים כאלה, מידע כשלעצמו איננו מספיק (cf. Penn, Kommana, Mansfield & Link, 1999). סטראוטיפים נוטים להיות עמידים ויציבים (persistent), ואינם משתנים בהכרח בעקבות הספקת מידע הסותר אותם, משום שקיימים מנגנונים (תת-הכרתיים) רבים המנציחים את הסטראוטיפ, כגון הטיית אישוש (confirmation-bias); (אנשים מחפשים מידע המאשש את דעותיהם, ולא מידע הנוגד אותן); עיבוד נתונים מוטה (biased processing) (אנשים מתייחסים יותר למידע העולה בקנה אחד עם דעותיהם הקיימות מאשר למידע סותר); ותת-סיווג (subtyping); (כאשר מציגים להם אדם שאינו עולה בקנה אחד עם הסטראוטיפ, הם מסווגים אותו כאדם "מיוחד" בתוך הקבוצה, כלומר הוא אינו נחשב למאפיין את הקבוצה); (Bodenhausen, 1988; Kunda & Oleson, 1995). כך, הסטראוטיפ נשאר בעינו (הרחבה על כך מופיעה בהמשך הפרק).

הספרות העוסקת בסטראוטיפים וביחסים בין-קבוצתיים היא רלבנטית, משום שהיא מתייחסת לתופעה שבה אנשים מתייחסים זה לזה על פי השתייכותם לקבוצה, ולא למאפייניו הייחודיים של האדם. ניתן ליישם תהליכים הרלבנטיים לסיווג אתני או דתי גם לחולים פסיכיאטרים או ל"אנשים המשתמשים בשירותי בריאות הנפש". ספרות זו אינפורמטיבית גם לגבי שיטת התערבות נוספת, קרי: מגע (contact). אף שלשיטה זו יש פוטנציאל ברור לגרימת שינוי, הסיכויים להגיע לשינוי כזה גדולים יותר כאשר עומדים בתנאים מסוימים, כגון תמיכה מוסדית, ופוטנציאל להיכרות ושיתוף פעולה (Brewer & Brown, 1998; Brown, 1995; Pettigrew, 1997). מגע עלול גם להביא לתוצאות שליליות (Brown, 1995; Brunton, 1997).

## 2.4.2 עקרונות התערבות

רצוי להתאים את ההתערבויות לסוג האוכלוסייה, ליעדים הספציפיים ולתכנים שונים. מאחר שהתכנים לגבי בעיות שונות שונים, מוטב לנסות למקד את נסיונות ההתערבות בהתאם (Corrigan et al., 2000; Lyons and McLoughlin, 2001; Rosen et al., 2000). בהקשר של המחקר הנוכחי, אנו סבורים שכדאי לשים לב לשוני שבהתייחסות לדיכאון ולסכיזופרניה. נראה שההתייחסות למונח "מחלת נפש" קרוב להתייחסות לסכיזופרניה; כך שאת שני האחרונים ניתן אולי לשלב. באותו אופן, נראה שיש קבוצות מסוימות באוכלוסייה שבהן אולי יש מקום להדגיש תכנים שונים במקצת, בהתאם לסוג הבעייתיות הרלבנטית עבורן (ערבים, חרדים). לבסוף, מעבר להתערבויות לכלל האוכלוסייה, שמטבען מצומצמות באפשרויות ההתערבות מסוגים שונים (למשל, לא ניתן לבצע התערבויות רחבות מסוג של

מגע ישיר), יש מקום להתערבויות ספציפיות שממוקדות בקבוצות יעד רלבנטיות. כך, למשל, בהתערבות שממוקדת בשכנים בפועל או השכנים פוטנציאליים של הוסטל אולי ניתן ואפשר להיעזר בתכנים ובסוגים שונים של התערבות מאשר עם כלל האוכלוסייה (נפרט בהמשך).

בנוסף להבדלים לפי אוכלוסיות ותכנים שונים, יש לשים לב גם למרכיבי הסטיגמה. לסטיגמה יש מרכיבים קוגניטיביים, רגשיים והתנהגותיים. אחד העקרונות המשמעותיים לניסיונות שינוי הוא החשיבות של תקיפת הבעייתיות בממד המתאים. כך, למשל, כאשר מקור ההתייחסות הבעייתית הוא חוסר ידע, הרי שמומלץ לתקוף את הבעיה על-ידי מתן ידע. אולם, כאשר מדובר על התייחסות בעלת רקע מוטיבציוני/רגשי, הרי שמתן מידע לאו דווקא יועיל – מידע זה, ככל הנראה, לא ייקלט ולעתים אף יעוות וישמש לחיזוק ההתייחסות הבעייתית.

לכאורה, ניתן היה לחשוב שכאשר יש סטראוטיפים בעייתיים, כל שיש לעשות זה ליידע את הציבור בכך שהם שגויים והבעיה תיפתר. לדוגמה, להסביר לציבור שמרבית החולים כלל אינם מסוכנים. המציאות מראה שהתערבויות פשוטות מסוג זה אינן מועילות. מחקרים שונים הראו שיש קושי רב בשינוי סטראוטיפים (לא רק בתחום בריאות הנפש). ספרות ענפה עוסקת בבסיסים לקשיים אלו, בתיאורם ובכיוונים אפשריים להתמודדות בהם. כאשר מנסים לתכנן התערבויות, חשוב להכיר תהליכים המפריעים לשינוי כדי לנסות למצוא דרכים להתגבר עליהם. נציג להלן מספר תהליכים מרכזיים, המתרחשים באופן בלתי מודע, אשר מוצגים בספרות כמכשולים בפני שינוי עמדות והתייחסות.

**א. Supression and rebound.** אפקט זה מתרחש כאשר אנשים משתדלים באופן מודע לא לחשוב בצורה מסוימת. התוצאה משאיפה זו עלולה להיות הפוכה, קרי, חיזוק והגברה של המחשבות והעמדות הבלתי רצויות. דבר זה עלול להתרחש, למשל, כאשר יש ניסיון להבהיר לאנשים מהם הדעות הקדומות והסטראוטיפים שלהם ועד כמה הללו מעוותים, לא נכונים, לא רצויים וכו'. כתוצאה מניסיונותיו של הפרט לא לחשוב בצורה זו, מתרחש תהליך שתוצאתו לעתים הפוכה: יש חיזוק מחשבותי-קוגניטיבי (priming) לאותם קשרים עצמם שאותם מנסה האדם (וסביבתו) להכחיד. האדם יזכור דווקא טוב יותר את האפיונים שאותם ניסה לשכוח ולנטרל. יתרה מזו, לפעמים מדובר גם אפקט של rebound, קרי, גם אם אנשים מצליחים להימנע מביטוי המחשבות והרגשות הבעייתיים, הרי שאלו יופיעו בהזדמנות אחרת, לעתים אף בצורה חזקה יותר (Macrae et al., 1994). הניסיון לעסוק בדיכוי המחשבות הבעייתיות משאיר פחות משאבים קוגניטיביים ללמוד ולעבד מידע שיכול היה אולי במצב אחר לפעול לשינוי הסטראוטיפים. לדוגמה, ייתכן שניסיון להבהיר בצורה פשוטה לציבור כי אנשים שחלו אינם אלימים, יוביל לעיסוק בתפיסת האלימות של החולים, לחיזוק הקישור הקוגניטיבי בין דימויים ומושגים הקשורים לאלימות לבין אלו הקשורים לחולים. האדם מנסה לא להתבטא כלפי חולים בצורה המשקפת את התפיסה הזו ומנסה לשכנע את עצמו שאינו מאמין באלימותם של החולים. ייתכן מצב שבו בשלב ראשון האדם "יצליח", למנוע ביטויי פחד מפני החולים, אלא שבהמשך, ייתכן שהתנהגותו תשקף דווקא פחד רב מן החולים, והימנעות רבה יותר מהם. העיסוק בדיכוי תפיסת האלימות עלול להוביל לכך שבמפגש עם אנשים שחלו, האנשים יהיו יותר עסוקים בדיכוי תפיסת האלימות ויהיו פחות פתוחים לקלוט מידע חדש לגבי אנשים אלו, מידע שהיה מראה



שאינם אלימים. יש לציין שה-rebound לא תמיד נמצא. הוא צפוי להופיע פחות כאשר מדובר במצבים שבהם נורמת ההתנהגות ברורה (Monteith et al., 1998). במצב זה האנשים מודעים לאותן התבטאויות לא רצויות ויותר שולטים על התבטאויותיהם (Penn and Corrigan, 2002).

**ב. קושי כללי ב"מחיקת מידע".** אנשים אינם מסוגלים למחוק בצורה פשוטה מידע, כאשר מובהר להם שהמידע היה שגוי, אפילו כאשר אין להם מוטיבציה מיוחדת להמשיך ולהחזיק בו. אחד ההסברים הקיימים לקושי זה הוא שהמידע שנקלט מקושר למגוון פריטים נוספים ולפיכך נוצרת מעין רשת מידע שאותה קשה יותר להכחיד.

**ג. קושי בשינוי תפיסות עקב הטיית אישוש (confirmation bias).** אחד הקשיים בשינוי תפיסות הוא שאנשים באופן לא מודע מחפשים מידע שיאשש ויתמוך בתפיסתם הראשונית. בהנחה שהתפיסות והסטראוטיפים יוצרים מעין תבניות ורשתות קשרים קוגניטיביים, הרי שלמידע עקבי קל יותר להיקלט. אנשים לא מחפשים באופן פעיל מידע שיפריך את תפיסותיהם. יתרה מכך, מידע שאינו חד משמעי זוכה לעתים לפירוש שיהיה עקבי עם התפיסה הקיימת.

**ד. קושי בשינוי תפיסות עקב עיבוד מוטה (biased processing).** מידע שמתאים לתפיסה זוכה ליותר עיבוד ויותר תשומת לב מאשר מידע שאינו מתאים.

**ה. אסימטריה של מידע חיובי ושלילי (positive-negative asymmetry) -** אפקט נוסף המוכר בעיקר מתחום שינוי עמדות הוא האסימטריה של מידע חיובי ושלילי. כלומר, השפעתו של מידע שלילי על אודות אדם (או בהקשר הנוכחי - קבוצה), חזקה מהשפעתו של מידע חיובי. במילים אחרות, כדי ליצור רושם שלילי, יש צורך בפחות מידע (אדם שרימה פעם אחת ייתפס כאדם בלתי ישר ואילו אדם שידוע על אודותיו על מקרה שלא רימה, לא בהכרח ייתפס כצדיק).

**ו. תת-סיווג (Subtyping).** זוהי תופעה שבה האדם שומר באופן בלתי מודע על הסטראוטיפים שלו בפני שינויים המתבקשים ממקרים שאינם הולמים את הסטראוטיפ על ידי כך שהמקרים החריגים נתפסים כתת קבוצה חריגה וכך הסטראוטיפ נשאר ללא שינוי. כך, למשל, אם אדם חושב שחולים אינם מתפקדים ונתקל בחולה בעל רמת תפקוד גבוהה, ייתכן שהחולה הספציפי הזה ייתפס כחריג ובלתי מייצג לקבוצת החולים. לפיכך הוא יסווג כתת קבוצה חריגה של חולים (המתפקדים היטב) בעוד ששאר החולים ימשיכו להיתפס כמי שאינם מתפקדים. מסתבר שאנשים מוצאים לעצמם דרך לבצע תת סיווג זה על ידי התפיסות למאפיין כלשהו בין אם הוא רלבנטי או לא לנושא. כך, למשל, הם עלולים להחליט שאותו אדם הוא חריג, כיוון שחלה במחלה מסוימת שאינה שייכת מבחינתם לקטגוריה הכללית, או להחליט שמדובר במקרה חריג משום שתפקד לפני שחלה או משום שמדובר באדם שעלה מחו"ל ואז חלה. בכל המקרים מדובר בניסיונות (לא מודעים) למצוא "תירוץ" שיאפשר תת סיווג. מאחד שמדובר על מצב בו האדם מוצא לו מאפיין שככל הנראה כלל לא רלבנטי, ולפיכך לא ניתן לצפייה, הרי שקשה למדי להתמודד עם בעייתיות זו בניסיונות שינוי. זאת משום שתמיד ניתן למצוא מאפיין כלשהו ול"היטפל" אליו. אחד הפתרונות שהוצעו לבעייתיות זו היא לנסות לצמצמה על ידי כך שנדגיש את ההטרוגניות של התכונות השונות של האנשים הנתונים לסטיגמה.

כיוון אחר שניתן לחשוב עליו הוא לצמצם את ה"צורך" לתת סיווג על ידי הדגשת הן החלק הנורמטיבי והן החלק החולה. בצורה זו, האדם שחלה במחלה פסיכיאטרית אולי פחות "יצרם" ויהיה פחות חריג מלכתחילה לסטראוטיפ.

### 2.4.3 אופני התערבות

שלושה אופני התערבות מרכזיים הם מחאה, חינוך ומגע (Corrigan et al., 2001).

#### א. מחאה וחקיקה

אחד המסלולים לשינוי התייחסות לקבוצות הוא באמצעות מחאה; כלומר יציאה בפומבי כנגד מצבים של דעות קדומות ואפליה. באותו כיוון ניתן לראות גם חקיקה, למשל, חקיקה כנגד אפליה. אף שברור שדרך זו אינה הדרך המידית והעיקרית לשינוי עמדות והתנהגות, הרי שמשמעותה בכך שהחקיקה מבהירה מהי הנורמה הרצויה מבחינת המדינה, מובן שיש לה השפעה רבה על ההתנהגות בפועל בנושאים אליהם מתייחסת החקיקה במישרין. ההשלכה להתערבויות היא שאין מדובר רק בעצם החקיקה עצמה או בהבהרת מקרים בהם נעשה עוול, אלא שאפשר לחשוב גם על מסע הסברה לציבור שבו מובהר מהי דרך "נכונה" להתייחסות ומהי דרך "לא נכונה" להתייחסות. זאת, בלי קשר ל"חוקים" פורמליים.

חסרונה של צורת התערבות זו הוא בעיקר בהשפעתה המוגבלת, בין היתר בשל הבעייתיות של אפקט ה-suppression and rebound שהוזכרו לעיל. יתרה מזו, כחלק מכך עלול להיווצר חיזוק של ההתייחסויות השליליות. כמו כן, צורת התערבות זו אמנם מנסה להציג נורמות התנהגות רצויות על ידי שלילת ההתנהגויות הבלתי רצויות, אך אינה יוצרת תפיסות חיוביות (Corrigan, et al., 2000). עם זאת, אין להתעלם מיתרונותיה כאחת מדרכי ההתערבות. למרות אפקט ה-rebound, מבחינת החולים יש חשיבות לכך שיש ניסיונות לצאת כנגד העיוותים. כמו כן, כאשר מתמקדים, למשל במחאה כנגד אמצעי התקשורת הרי שהתערבות מוצלחת משמעה שהציבור ייחשף פחות לייצוגים שליליים של החולים בעיתונות, בסרטים ובטלוויזיה. לבסוף אין להתעלם מחשיבותה של התערבות זו לאותם אנשים המפלים משום שלא ברור להם מהי ההתנהגות הרצויה, מדובר במצב שבו האדם אינו רוצה להכיר בעצמו כמי שמפלה. האדם דוגל בערכים שוויוניים המנוגדים לאפליה. אולם, בד בבד עם ערכים אלו, אמונותיו על אודות הקבוצה המופלה מובילות לנטייה להפלות. כאשר מוצגת בפניו ההתנהגות ה"תקינה" וה"בלתי מפלה" האדם ינהג על פיה (Kleinpenning and Hagendoorn, 1993).

בהקשר של חקיקה רצוי לשים לב לשני כיוונים. האחד אליו התייחסנו למעלה, הנו הבהרת הנורמות נגד אפליה. כיוון שני הנו חוקים העוסקים בהעדפה מתקנת (affirmative action). נושא זה של העדפה מתקנת נדון בעיקר בהקשר של קבוצות אתניות, אולם דומה שהיתרונות והחסרונות קיימים גם כאן. אחד הבסיסים לפיתוח כיוון זה הוא שאם אין עושים זאת, הסיכוי של חולים להשתלב בחברה, נמוך. ההנחה היא שכאשר אנשים יהיו במגע עם החולים מתוקף חוקים מסוג זה, ההתייחסות תשתפר ובעיית הסטיגמה תצטמצם (לכל הפחות ברמת הפרט שבמגע). אם פונים לכיוון זה, חשוב לבצע מדיניות זו מבלי להיכשל בכשלים העלולים לגרום לנזקים לפרט ולקבוצה כאחד. כך, ביצוע תקין של

מדיניות של העדפה מתקנת מניח בין השאר שהפרט המתקבל לעבודה עומד בתנאים כמו שאר המועמדים וכישוריו טובים כמו אלו של מתחריו. הוא נבחר או מועדף על פני אחרים השווים לו בכישוריהם. אם ההעדפה המתקנת מבוצעת מבלי לשמור על עיקרון זה, אז ההשלכה היא שהאדם שהתקבל ימשיך לסבול מהסטיגמה ואף ייתכן שאחרים במקום העבודה לא יזהו את כישוריו לעבודה אם הם אכן קיימים. יתרה מכך, לעתים, גם כאשר מדיניות ההעדפה המתקנת מבוצעת בצורה נכונה, רצוי להבהיר זאת במקום העבודה; שכן, אנשים חושבים לעתים שהעדפה מתקנת משמעותה קבלה לעבודה של אדם שכישוריו פחותים מאלו של המועמדים האחרים (Crosby, 2003; Crosby & Cordova, 1996; Dovidio & Gaertner, 1996; Maio & Esses, 1998).

מובן שבצד מגמות של העדפה מתקנת רצוי להמשיך בניסיונות שילוב בדרכים אחרות שלמעשה אינן מניחות כישורים זהים אלא מכירות בבעייתיות של המתמודד ומנסות להתאים בינו לבין הסביבה. במצב זה ההתערבויות הרלבנטיות יותר הן אלו המפורטות בנושא המגע.

## **ב. חינוך-מידע**

התערבויות של מתן מידע הן על פי רוב הזולות והפשוטות ביותר. למשל (Corrigan, River et al., 2000), מציעים כדוגמה את הניסיון להחליף את התפיסה "אנשים עם מחלת נפש אינם אחראים לסימפטומים ואינם מסוגלים לדאוג לעצמם" – בתפיסה – "לרובם יש שליטה על התנהגותם והם מסוגלים לחיות בצורה עצמאית יחסית עם תמיכה". התערבויות אלו דורשות אם כן השקעה מועטה יחסית. עם זאת, כפי שכבר צוין, התועלת שבהן לא תמיד ברורה. כך, למשל, ידע יכול להתקיים בצד רמות גבוהות של התייחסויות שליליות (Arboleda-Florez, 2003; Angermeyer et al., 2003). נראה שהתועלת תלויה לא מעט בבסיס העמדות הבעייתיות. מידת ההשפעה של "חינוך"; קרי מתן ידע קשורה בין היתר גם לידע הקודם ולעמדות הראשוניות (Holmes et al., 1999). במידה שהבסיס להתייחסות הבעייתית הנו חוסר ידע ותו לא, הרי שמתן מידע עשוי לשפר את הבעייתיות. אולם, כאשר הבסיס לבעייתיות הנו מידע מעוות, תפיסות שגויות או אף רגשות ומוטיבציות בעייתיות, הרי שהשינוי בהתייחסות יהיה בעייתי יותר. כאשר הדבר אפשרי, מומלץ לשלב העברת מידע עם דיון.

בהקשר הנוכחי, נצביע להלן על תכנים מסוימים לגביהם אפשר לשקול התערבויות על ידי מתן מידע. כך למשל, מתן מידע לגבי קיומן והשפעתן של תרופות עשוי לעזור. גם לגבי האטיולוגיה ניתן לידע את הציבור. לעומת זאת, לגבי מידע בנוגע לאלימות, נראה שכדאי לידע את הציבור לגבי המציאות אולם ייתכן שיהיה צורך בהתערבויות מורכבות יותר (כדוגמת שימוש באסימילציה וקונטרסט כפי שיובהר).

רצוי למקד את מתן המידע בנפרד לבעיות שונות כיוון שהמידע הרלבנטי הנו שונה (Corrigan et al., 2000), למשל, מידע שונה לגבי דיכאון ולגבי סכיזופרניה.

כאשר פועלים בכיוון של חינוך/מתן מידע, ניתן ורצוי להיעזר בעקרונות ובשיטות מתחום שינוי העמדות, בהם חשיבות המקור; עיגון וקונטרסט; ו-reframing.

**עיגון/קונטרסט Anchoring Heuristic/Contrast.** שיטת שינוי עמדות שעשויה להיות רלבנטית בהקשר הנוכחי הנה עיגון וקונטרסט, קרי, לא רק להבהיר לציבור שהאלימות אינה גבוהה יותר בקרב החולים, ולא רק להבהיר מהם האחוזים הרלבנטיים, אלא לחזק תפיסה זו באמצעות Contrast לעומת קבוצה אחרת. זאת מתוך תפיסה שהתהליך של אסימילציה וקונטרסט רלבנטיים כאן (Bless & Schwarz, 1998; Wilder & Thompson, 1988). במילים אחרות, כאשר מתייחסים לאלימותם של החולים בהשוואה לאוכלוסייה הכללית שבה האלימות אינה נמוכה יותר, או אף בהקשר של קבוצה יותר אלימה, (למשל, אנשים הסובלים מהתמכרות לסמים), אזי אלימותם של החולים תיתפס כנמוכה יותר. גישה זו עלולה להעלות סוגיות אתיות באשר להדגשת אלימותה של הקבוצה האחרת (Penn et al., 1999). גישה זו מקבילה להיוריסטיקת העיגון (Tversky & Kahneman, 1974).

**חשיבות המקור.** ישנה חשיבות רבה למקור ולאפיוניו (Eagly & Chaiken, 1993; Petty & Cacioppo, 1997; Petty, Wegner & Fabrigar, 1986). למשל, אדם המעורר התנגדות לא יוביל להשפעה הרצויה ואילו אדם הנתפס כבר סמכא עשוי להשפיע. בהקשר של מגזרים מסוימים, כדאי לשקול, למשל, האם יש תועלת בהסברת ההתנהגות הרצויה בעזרת מנהיגים חברתיים או מנהיגים דתיים.

**Reframing.** אחד מכיווני השינוי שניתן לנסות באמצעות מתן מידע הוא למעשה reframing, קרי, תפיסת אותו מושג בצורה אחרת. בהקשר הנוכחי, מדובר למשל על תפיסת מחלת נפש כבעיה מוחית (Corrigan et al., 2000).

#### **ג. מגע/חשיפה**

מגע עשוי להיות משמעותי ביותר לשינוי ההתייחסות, דבר שעולה גם מהשערת המגע (The contact hypothesis) שפותחה בהקשר של יחסים בין קבוצתיים. גישה זו מדגישה את התועלת שבמגע מתמשך, ומצביעה על תנאים שונים שנדרשים על מנת שמגע כזה יועיל לשיפור היחסים (Pettigrew, 1998). דרושה עמידה במגוון תנאים שבלעדיהם, המגע לאו דווקא ישפר ואולי אף יזיק. תנאים אלו נוסחו בעיקר בתחום של יחסים בין קבוצות אתניות, אך חלקם רלבנטי גם להקשר הנוכחי (למשל, Pettigrew, 1998). בצד דרישות אלו, כדאי להתייחס גם לממצאים מתוך הספרות לגבי שינוי עמדות ושינוי סטראוטיפים והקושי שבהם.

לא כל מגע מפחית סטיגמה (Penn & Wykes, 2003). כאשר מתכננים מגע, יש לשאוף לעמוד בדרישות רבות ככל האפשר מתוך אלו שהועלו, בידעה שכל שנעמוד בהן, יגברו הסיכויים לשינוי עמדות והתייחסות. לעתים, כדאי יהיה לשקול את היתרונות והחסרונות של גישות התערבות שונות, בידעה שגישות מסוימות עדיפות לשינוי התייחסות לקבוצה מסוימת (שכנים בהוסטל למשל) בעוד שגישות אחרות עדיפות לגבי שינוי לקבוצה כללית יותר (עמדות כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית). כדי שמגע יהיה אפקטיבי, הדרישות המרכזיות הן:

**מגע מתמשך ולא חד פעמי.** זאת בהנחה ששינוי ההתייחסות הנו תהליך ממושך.

**סטטוס שווה ככל האפשר.** דרישה זו עלולה להיות בעייתית, אך לעתים ניתן למצוא פתרונות יצירתיים כדוגמת מצב שבו אנשים שחלו תורמים לזולת מתוך התנסותם העצמית במחלה (רלבנטי למשל בהכשרתם של אנשי מקצוע, כפי שנעשה כיום בהכשרות מסוימות), או מצב שבו אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית תורם מיכולתו בתחומים שאינם קשורים למחלה כלל, אלא לכישוריו, להשכלתו וכו'.

**משימה משותפת.** עבודה משותפת על משימה להשגת יעד משותף היא דרישה מקובלת בספרות. בהקשר הנוכחי הכוונה היא למצב של שיתוף פעולה שבו החולה/חולים תורמים להצלחת השגת המשימה. לא תמיד קל לעמוד בדרישה זו. יתרה מכך, בהקשר של המגע בכלל ובנקודה זו בפרט ישנה סכנה שאם המגע אינו מוצלח, או, למשל, החולה אינו תורם בצורה טובה להשגת היעד, ייתכן שהדעות לגביו ולגבי החולים בכלל לא רק שלא ישתפרו אלא אף יידרדרו. התפקוד בהקשר הנוכחי ישמש כאמצעי לחיזוק ואישוש סטראוטיפים שהיו קיימים מראש.

לפי ניסוחי תאוריית המגע, מדובר במפגשים בין-קבוצתיים, קרי, מפגשים שבהם זהותו הקבוצתית של כל יחיד ידועה. ההנחה היא שאם הזהות הקבוצתית אינה ידועה מראש וגם אינה בולטת לעין הרי שלא תיווצר כל הכללה לאותה קבוצה שכלפיה מנסים להוביל לשינוי עמדות. מעניין לציין ש-Corrigan & Penn, 1999 מצביעים על כיוון קצת שונה של מפגש, קרי, מצב שבו החולים באים כמו כולם ולא כמו "token", "נציג" של קבוצתם.<sup>2</sup> בצורה זו התרומה לשינוי תיווצר דווקא מכך שרואים שהחולים תורמים ומתפקדים ונתפסים אם כן כקומפטיביים. (בשני הכיוונים הקומפטיביות והתרומה להצלחה במשימה חשובה. אולם המוקד שונה. בעוד שבמקרה הראשון הדגש הוא על זיהוי השייכות הקבוצתית ותוך כדי המפגש ישנה מודעות ליכולת, הרי שבמקרה השני הדגש הוא על היכולת ובהמשך ישנה מודעות לשייכות הקבוצתית).

**מפגש קבוצתי ולא אישי.** ישנה עדיפות למגע עם קבוצת אנשים מאשר עם אדם אחד על מנת להגביר את השונות הנתפסת ולצמצם את הסכנה ל-sub-typing.

**תמיכה מוסדית.** חיוני שהמסגרת שבה נערכים המפגשים תתמוך חד משמעית ביוזמה זו ותקדם ותעודד אותה.

#### **ד. התערבויות הקשורות לאמצעי התקשורת**

חלק ניכר מן ההיבטים שהוצגו להלן עשויים להתקשר לאמצעי התקשורת. כך למשל, כאשר אמצעי התקשורת מדגישים את הפן האלים בחולים כגון (בחדשות) הרי שיש מקום למחאה רשמית על כך, ולהתערבויות המנסות להגביר את המודעות לבעייתיות שבדיווחים מעין אלו. המחאה מנסה לצמצם את הביטויים השליליים, אך אינה מעודדת התייחסות חיובית יותר. אמצעי התקשורת עשויים להיות ערוץ מסייע גם בכיוון של עידוד ההתייחסות החיובית. כך למשל, ניתן לחשוב על כתבות בעיתונות, והקרנת סרטים דוקומנטאריים אשר מרחיבים מצד אחד את הידע לגבי טיפול, פניה לטיפול, קיומן של תרופות, אטיולוגיה וכו'. במקביל לערוץ זה, ניתן לנסות ולעודד הקרנת סרטים העונים על דרישות

---

<sup>2</sup> Token - One that represents a group, as an employee whose presence is used to deflect from the employer criticism or accusations of discrimination.

רבות ככל האפשר מתוך אלו שהוצגו קודם. כך למשל, סרט המציג שילוב של נורמטיביות עם חריגות בתוך אותו אדם, הצגת האדם כמכלול, הצגת מגוון /שונות של אנשים וכו'. יש לזכור שחשיפה דרך אמצעי התקשורת ההמונית אינה צפויה להוביל לאותם אפקטים כמו מגע וחשיפה ישירה, אולם מצד שני, יש כאן אפשרות פשוטה וזולה יחסית להגיע לאנשים רבים, דבר שהנו בעיתי לביצוע באמצעות מגע ישיר. אם שוקלים התערבויות בכיוון זה, חשוב לנסות לעמוד בדרישות רבות ככל האפשר בידיעה שאי עמידה בהם תפחית את הסיכוי לשינוי. כך למשל, הקרנת סרט על חולים בתפקוד גבוה מבלי להבהיר את החלק החולה, עלול להוביל לתפיסתם כסוג ייחודי של חולים, ולהשאיר את התפיסות הסטראוטיפיות על כן.

### 3. מטרות המחקר

1. לבחון את אופי הסטיגמה כלפי מחלות נפש ושירותי בריאות הנפש ולשפר את ההמשגה (וההערכה) של הסטיגמה, כולל בדיקה של פניה השונים.
  - באיזו מידה קיימים נורמות, אמונות וביטויים שונים המשקפים סוגי סטיגמה שונים?
  - מהות הסטיגמה מבחינת רכיביה הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים (כגון, בחינת תפקיד הפחד לעומת העוינות או רגשות אחרים; ותוכן הרכיבים הקוגניטיביים של הסטיגמה כגון, ידע ואמונות לגבי מחלות נפש ולגבי שירותי בריאות הנפש).
2. לעמוד על היקפה ושכיחותה של הסטיגמה בישראל
  - שכיחותן של תופעות סטיגמה שונות בקרב כלל האוכלוסייה (בסך הכול, ובתת-קבוצות שונות כגון חרדים, ערבים, קבוצות גיל וכדומה).
  - השפעת הסטיגמה על השימוש בשירותי בריאות הנפש – באיזו מידה האוכלוסייה הכללית נמנעת מפנייה לטיפול נפשי בגלל הסטיגמה.
3. לשפוך אור על כיוונים אפשריים להתערבות, מבחינת התוכן, שיטת ההתערבות ותת-אוכלוסיות יעד.

### 4. שיטת המחקר

המחקר התבצע בחודשים ינואר-אפריל 2003. באמצעות ראיונות טלפוניים בעברית, ברוסית או בערבית, לפי בחירת המראיין. משך כל ראיון היה כ-40 דקות. כל ראיון נפתח כנדרש כדי להגיע להסכמה מודעת (informed consent), קרי הבהרה למראיין שאינו חייב להשתתף ושביכולתו להפסיק כל אימת שיחפוץ בכך. לפני תחילת הראיונות נשלח לכל מראיין מכתב פנייה חתום על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. המכתב כלל פנייה המודיעה שבימים הקרובים יתקשרו לאדם, ושתישבותיו תהיינה סודיות. ניתנה אפשרות לאדם להתקשר לחוקרים. אם המראיין המבוקש סירב או שבן משפחתו לא אפשר גישה אליו, נשלח מכתב פנייה שני, חתום גם כן על ידי מנכ"ל משרד הבריאות. המראיינים היו בעלי תואר ראשון בפסיכולוגיה, בעבודה סוציאלית או בחינוך. כל מראיין עבר הכשרה והדרכה. כמו כן נערכו סימולציות והועברו מספר שאלונים, תוך קבלת משוב ממרכזת המחקר. נערכו פגישות משוב תקופתיות של המראיינים עם צוות המחקר.

## **4.1 אוכלוסיית המחקר והמדגם**

### **4.1.1 דגימה**

המחקר מתבסס על שלושה מדגמים שונים: מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל; מדגם של אוכלוסייה ערבית ומדגם של אוכלוסייה חרדית. הניתוחים המרכזיים בדוח מתבססים על המדגם המייצג, הכולל בתוכו גם ערבים וחרדים. אין אנו מצרפים את המדגמים הייחודיים (חרדים וערבים) אל המדגם הכללי לצורך ניתוח האוכלוסייה הכללית. לעומת זאת, ניתוחים המתמקדים באוכלוסייה ערבית או אוכלוסייה חרדית, מתבססים על המדגמים הייחודיים הנ"ל, אליהם מצורפים בהתאמה ערבים או חרדים מן המדגם הכללי. בחרנו להתייחס לאוכלוסייה שמעל גיל 22, וזאת על מנת להימנע מנפל גבוה בגיל 18-21 בשל שירות צבאי. לא הצבנו גבול עליון לגיל המרואיינים. הדגימה - בשלושת המדגמים התבססה על רשימת מספרי הטלפון של חברת בזק, כפי שמופיעה בתקליטור.

#### **א. מדגם מייצג של האוכלוסייה הישראלית הבוגרת**

המדגם הנו מדגם מייצג של תושבי ישראל מגיל 22 ומעלה, להוציא אנשים המתגוררים במוסדות, אנשים שלא ניתן לראינם טלפוני (חירשים/אילמים), אנשים חסרי טלפון, ואנשים שאינם דוברים כלל עברית, ערבית או רוסית. מסגרת הדגימה כללה את כל הטלפונים בתקליטור שלא הוגדרו כטלפונים עסקיים. כללנו שכונות ערביות הנמצאות בשטח השיפוט של ירושלים ויישובים יהודיים מעבר לקו הירוק. לא כללנו טלפונים שנמצאו ביישובים לא יהודיים מעבר לקו הירוק, כגון בית לחם. מאפיינים דמוגרפיים של המדגם מופיעים בנספח 1.

#### **ב. מדגם של האוכלוסייה הבוגרת ביישובים ערביים**

האוכלוסייה הרלבנטית היא תושבי ישראל מהמגזר הערבי, המתגוררים ביישובים ערביים, מגיל 22 ומעלה.

כיישובים ערביים זוהו כאן יישובים המוגדרים ככאלה לפי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (כולל יישובים בדואים), ויישובים נוספים המופיעים בבזק ואינם מזוהים בלמ"ס כיישובים נפרדים (יישובים אלו הוספנו למסגרת הדגימה לאחר בירור עם הלמ"ס). מסגרת הדגימה כללה בסה"כ 127 יישובים, מתוכם 101 הם יישובים המזוהים כיישובים ערביים בלמ"ס, ועוד 26 יישובים שאינם מופיעים בנפרד או יישובים המופיעים ביותר מאשר שם אחד (למשל, זנגריה, לעומת טובא-זנגריה). מדגם זה אינו מדגם מייצג.

בניתוחים המתמקדים במגזר הערבי אנו מוסיפים אל מדגם זה את המרואיינים שנדגמו במדגם הכללי, שהגדירו עצמם כערבים, ושמגוררים ביישובים הערביים. אין אנו כוללים בניתוחים אלו משיבים שנדגמו במדגם הכללי והמתגוררים ביישובים מעורבים או יהודיים. ההשוואה המתבצעת בניתוחים היא בין משיבים המתגוררים ביישובים ערביים לבין משיבים המתגוררים ביישובים שאינם מוגדרים כערביים. המדגם המשמש להשוואה (קרי, המשיבים ביישובים שאינם ערביים) הנו המדגם הכללי המייצג, עליו מופעלים המשקלות (ראה בהמשך).

נספח 2 מציג התפלגות לפי מין וגיל ביישובים הערביים, זאת במחקר (סה"כ האוכלוסייה שבניתוחים מהמדגם הערבי ומהמדגם הכללי) ובאוכלוסייה. נתוני האוכלוסייה הנם קירוב המבוסס על נתוני הלמ"ס לסוף שנת 2002. מדובר בקירוב שכן, נתוני הלמ"ס מתייחסים לקבוצת הגיל 20-29, ואילו אנחנו מתייחסים לקבוצת הגיל 22-29. לצורך ההשוואה הנחנו שכל שנתון מהווה עשירית מהקבוצה והפחתנו בהתאם 20% מהקבוצה. האחוזים מחושבים לאחר הפחתה זו.

במדגם ייצוג חסר של נשים בקבוצת הגיל 22-29, ובצדו ייצוג-יתר של הנשים בגיל 30-39. כלומר, כאשר מסתכלים על קבוצת הגיל 22-39, האחוזים המשותפים מקבילים. לקבוצת הגיל 22-39 יש ייצוג חסר בקרב הגברים, כאשר המדגם מהווה כ-53% לעומת 60.6% באוכלוסייה. התמונה מתהפכת בקבוצות הגיל המבוגרות יותר. כלומר, נראה שבסה"כ המדגם של היישובים הערביים מוטה במקצת בעיקר בקרב הגברים – המדגם קצת מבוגר יותר. בקרב הנשים יש הטיה כזו בקבוצת הגיל הצעירה ביותר לעומת הבאה אחריה, אך יחד הן מתאזנות. מאפיינים דמוגרפיים של המדגם מופיעים בנספח 3.

### **ג. מדגם אוכלוסייה חרדית בוגרת**

האוכלוסייה הרלבנטית היא חרדים מגיל 22 ומעלה. מסגרת הדגימה היא מספרי הטלפון ביישובים חרדיים (ביתר עילית, עמנואל, וקרית יערים) וברחובות חרדיים בערים ירושלים, נתניה, בני ברק, רחובות ואשדוד. המדגם אינו כולל משיבים שלא הגדירו עצמם כחרדים. בניתוח אנו מוסיפים למדגם זה את המרואיינים שנדגמו במדגם הכללי, שהגדירו עצמם כחרדים (יהודים). אנשים אלו נדגמו מכל הארץ, ובכלל זה גם היישובים או השכונות הנזכרות לעיל. ההשוואה המתבצעת הנה בין מי שהגדירו עצמם כיהודים חרדים לבין מי שהגדירו עצמם כיהודים לא חרדים. מאפיינים דמוגרפיים של המדגם מופיעים בנספח 4. המדגם אינו מייצג.

### **4.1.2 ייצוגיות**

#### **תת מדגמים**

לגבי כל אחד מהמדגמים, המדגם חולק לתתי מדגמים ותחילת הטיפול/השימוש בתת מדגם אחד הייתה מותנית בכך שהתקרבונו לסיום הטיפול בתת המדגם הבא. צורת עבודה זו מצמצמת הטיות מסוימות הקשורות לזמינות המשיבים.

**דגימה בתוך משק בית.** המראיין התבקש לבצע דגימה בתוך משק הבית באופן קבוע מראש. זאת, על מנת למנוע הטיה בדגימה ולאפשר להגיע למדגם מייצג ברמת הפרט ולא רק ברמת משק הבית. על מנת לשמור על ייצוגיות המדגם נמנעו המראיינים מלראיין אדם אחר מאשר האדם המבוקש, גם כאשר הלה סירב או שהיה קושי במציאתו או שאחר התנדב להתראיין במקומו. דגימה זו (בתוך משק בית) בוצעה גם במדגם התגבורת החרדי והערבי.

**מספר טלפונים בבית.** מאחר שאחוז המשיבים בעלי יותר מאשר קו טלפון אחד (שאינו משמש כפקס) היה קטן (כ-13%), נמנענו מתיקון לייצוג יתר של משקי בית בעלי יותר מאשר קו טלפון אחד. זאת, בהנחה שההטיה שעלולה להיגרם על ידי אי תיקון לייצוג יתר זה, מתקזזת עם ההטיה שעלולה להיגרם מכך שבעלי סטטוס סוציו-אקונומי גבוה יותר (שהנם בעלי טלפון נוסף) נוטים אולי להיענות פחות, דבר שיוביל לייצוג חסר של קבוצה זו.



### 4.1.3 שיעורי היענות וסירוב

בשלב ראשון, דגמנו מתוך רשימות הטלפונים הרלבנטיות, סה"כ 4167 מספרי טלפון. כפי שניתן לראות בנספח 5, כ-20% ממספרי הטלפונים הנדגמים (831) לא היו שייכים לאוכלוסיית היעד (עסקים/מוסדות, פקסים, תושבי חוץ, טלפונים שאינם מחוברים (ולא באופן זמני).

מתוך 3,336 טלפונים, לא ניתן היה להגיע אל 883 מהאנשים הרלבנטיים (בשל סירוב של בן משפחה לאפשר לו להתראיין, או היותו בבית בשעות שמחוץ לשעות הריאיון האפשריות, או בשל העובדה שהמראיין אינו דובר את השפות, או שלא ניתן היה לבצע את הריאיון בשל מוגבלות של המראיין (למשל, אנשים בעלי יכולת הבנה מוגבלת, קשיי שמיעה ודיבור); (שכזכור, המדגם אינו מתיימר לייצג אותם).

מתוך 2,453 האנשים שאתם ניתן היה לדבר, 14% סירבו להתראיין ( $N=354$ ); (מתוכם 112 לאחר סיום תהליך פנייה מלא, ו-242 לאחר תהליך חלקי). ואילו 86% משיבים התראיינו ( $N=2,099$ ).<sup>3,4</sup>

נספח 5 מפרט שיעורי היענות וסירוב לשלושת המדגמים.

### 4.1.4 משקלות

המדגם הכללי מיועד להוות מדגם מייצג של תושבי ישראל שמעל גיל 21. בפועל, עלולה להיות הטיה בדגימה (דגימת יתר או דגימת חסר). לפיכך אנו מבצעים תיקון על מנת להגיע לייצוג הנ"ל. זאת, על ידי התייחסות להתפלגות האוכלוסייה בישראל על פי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לסוף 2002. חילקנו את האוכלוסייה לפי ערבים לעומת יהודים ואחרים, לפי מין, ולפי שלוש קבוצות גיל. חישובנו את הפרופורציה של כל אחת מ-12 תת הקבוצות באוכלוסייה ובמדגם (המדגם הכללי בלבד, ללא שני המדגמים הנוספים).

לכל תת קבוצה חושב משקל שהנו היחס בין הפרופורציה של תת הקבוצה באוכלוסייה לבין זו שבמדגם. שקלול זה שומר על כך שגודל המדגם בניתוחים יהיה זהה לגודל המדגם שבוצע בפועל. גודל המדגם בניתוח זהה למקורי, אך המשקלות משנים את הפרופורציות בתוכן, כך שתת קבוצות עם ייצוג חסר יקבלו משקל גדול יותר, בהתאמה לשיעורן באוכלוסייה, ותת קבוצות עם ייצוג-יתר במדגם יקבלו משקל קטן יותר, בהתאמה לשיעורן באוכלוסייה. השמירה על הסה"כ הקבוע משמעותית

---

<sup>3</sup> לעתים בני המשפחה שענו לטלפון סירבו לאפשר לאדם הנדגם להתראיין ומנעו גישה אליו. איננו מחשיבים מקרים אלו כסירובים שכן, ברמת הפרט אין כאן סירוב, אלא ברמת משק הבית. אם בכל זאת מתייחסים לסירובים של בני משפחה כאל סירובים, למרות שהמראיין עצמו לא סירב (לא ניתן בידו לסרב), אזי מתוך 2,919 יש 28% שמסרבים ( $N=820$ ), ו-72% שהתראיינו ( $N=2,099$ ).

<sup>4</sup> על מנת לקבל אינדיקציה למקובל במחקרים מסוג זה נשווה: Stuart & Arboleda-Florez, 2001 מחקר טלפוני בקנדה (מגיל 15) מדווח על 72% השתתפות; במדגם מייצג בארה"ב שנערך פנים אל פנים מדווח על 76% תגובה (Pescosolido et al., 1999); במדגם מייצג בטלפון מדווח על 63% תגובה (Alexander & Link, 2003). מחקר נוסף מדווח על שיעורי היענות של 75%-83% (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer & Rowlands, 2000).

מבחינת מבחני המובהקות.<sup>5</sup> בניתוחים המתבססים על המדגם הכללי, כל אדם משוקלל לפי המשקל של תת הקבוצה (מתוך 12 תת הקבוצות) שאלה הוא משתייך. טווח המשקלות הוא מ-0.733 עד 2.191. נספח 6 מציג את התפלגות האנשים באוכלוסייה ובמדגם ואת המשקלות.

במדגם המתייחס למגזר החרדי ובמדגם היישובים הערביים, לא מופעלים משקלות, מאחר שמלכתחילה אין הם מתיימרים להוות מדגם מייצג של האוכלוסיות הללו.

בניתוחים שבהם משווים בין היהודים החרדים ליהודים הלא-חרדים, המשקלות של הלא-חרדים מופעלים.

בהשוואות בין היישובים הערביים ליישובים הלא-ערביים, המשיבים מהיישובים הלא ערביים שומרים על המשקלות מהמדגם הכללי. לאחר בדיקת התפלגות המדגם לפי גיל ומין מול נתוני הלמ"ס (ראה התפלגות בנספח 2) החלטנו לא להפעיל משקלות לתיקון לגיל ומין לגבי משיבים מן היישובים הערביים. לצורך הניתוחים הנפרדים של האוכלוסייה הערבית, ניתן היה לבצע שקלול ליחס שבין הערבים שבערים המעורבות מול הערבים ביישובים הערביים. מאחר שהמדגם הייחודי שהוספנו כמדגם תגבורת לערבים שבמדגם הכללי נדגם רק מיישובים ערביים ולא מיישובים מעורבים (כיוון שאין דרך לדגום מיישובים מעורבים), הרי שבמדגם המשולב הגענו לייצוג יתר של היישובים הערביים מול היישובים המעורבים. מנתוני 2001 של הלמ"ס עולה כי 24.1% מהאוכלוסייה הערבית גילאי 20+ התגוררה ב-8 היישובים המעורבים. במדגם המשולב שלנו, המתייחס לגילים קרובים, קרי, מגיל 22 ומעלה, מצאנו שיש 13% ביישובים המעורבים. אף שניתן היה לבחור לעבוד עם משקלות, אנו מעדיפים שלא להתבסס יתר על המידה על 50 המקרים שביישובים המעורבים. במקום לתקן סטטיסטית באמצעות משקלות, אנו בוחרים לנתח בנפרד את המשיבים שביישובים הערביים בלבד מבלי להתייחס לערבים שבערים המעורבות (אלו כמובן נלקחים בחשבון בניתוחים של האוכלוסייה הכללית). יש לזכור שהתערבויות שתתמקדנה במגזר הערבי, למעט התערבויות באמצעי התקשורת, ממילא יופנו ביתר קלות/יעילות למתגוררים ביישובים הערביים ולא במעורבים.

## 4.2 מערך

המשיבים חולקו אקראית לאחד משישה תנאים. ביחס של 1:1:1:1:1:5. התנאים היו למעשה 6 גרסאות שונות של השאלון שנבדלו ביניהן באחד החלקים (ראה פירוט בכלים). לצורך זה, בוצעה הקצאה מקרית לגרסאות, קרי, הראיונות נערכו תוך שימוש בסדר הגרסאות הבא: גרסה א,ו,ב,ו,ג,ו,ד,ו,ה,ו,א,ו, וכו'. מרבית השאלות שהופנו למשיבים היו אחידות לכל ששת התנאים. ששת התנאים נבדלו בחלק מסוים בשאלון שבו באחד התנאים, המשיבים נשאלו על אודות "חולה נפש", ואילו בתנאים האחרים הוצג להם תיאור (וינייט) של אדם מסוים והמשיב התבקש להתייחס לאדם שתואר.

<sup>5</sup> ההנחה שעומדת בבסיס השקלול היא שה"נפל" של קבוצה מסוימת (כלומר המשיבים הפוטנציאליים שלא התראיינו ושהובילו לכך שהייצוג של קבוצתם נמוך יותר משיעורם באוכלוסייה) דומה יותר למשיבים שבקבוצתו מאשר למשיבים שבשאר הקבוצות. לפיכך, יצוג סך כל המדגם יהיה קרוב יותר למציאות כאשר עושים שקלול (שבו כביכול תגובותיהם הן מקבילות לאלו של חבריהם לקבוצה) מאשר במצב שבו לא עושים שקלול, שאז, תרומתם לממצאים הכוללים מתקבלת כביכול מכלל אלו שענו. שקלול מסוג זה מקובל על ידי המוסד לביטוח לאומי (על בסיס התייעצות עם מר אלכס גאליה, סטטיסטיקאי במוסד לביטוח לאומי).

אנו מעוניינים לבחון הן התייחסות למונח הכללי "חולה נפש" והן תיאורים ספציפיים יותר. זאת, משום שהתגובות השונות שתיהן רלבנטיות לניסיונות להפחתת סטיגמה, מכיוונים שונים. ההתייחסות למונח "חולה נפש" מהווה למעשה מעין סימולציה לתגובתו של האדם, כאשר כל הידוע לו הוא שמדובר ב"חולה נפש". כך, למשל, כאשר ישנה התייחסות להקמת הוסטל ל"חולי נפש", תגובתו של פלוני ליוזמה זו תתבסס על תגובתו למושג "חולה נפש". לעומת זאת, כאשר אדם מגיב למידע מסוג אחר, קרי, הוא נתקל בצורת התנהגות של פלוני או לחלופין שומע מידע ספציפי על עברו של פלוני, מבלי שמצורף לכך התיוג "חולה נפש", התגובה יכולה להיות שונה. אין כל סיבה להניח חפיפה בתגובות לשני המצבים. לפיכך, בנינו את המחקר<sup>6</sup> כך שחלק מהמשיבים יגיבו למונח "חולה נפש", מבלי שיקבלו תיאור כלשהו, בעוד שמשיבים אחרים יקבלו תיאור התנהגותי מסוים ויתבקשו להגיב לו (מבלי שצורף התיוג "חולה נפש").

### 4.3 כלים: שאלונים ומדדים

#### 4.3.1 עקרונות מנחים בבניית השאלון

אחד הבסיסים החשובים בפיתוח השאלונים היה ראיונות עומק שנערכו עם מגוון אנשים ממגזרים וגילים שונים. כך, למשל, נערכו ראיונות עם נשים וגברים בגילים שונים, בעלי רמות השכלה שונות; נערכו ראיונות עם מטופלים במרפאות לבריאות הנפש, בהוסטלים ובבתי חולים פסיכיאטריים; נערכו שיחות עם אנשים מהמגזר החרדי; התקיימו פגישות עם מטפלים ואנשי צוות מהמגזר הערבי; עם בני משפחות של אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות ועוד. השאלונים הועברו להערותיהם של חברי ועדת ההיגוי של המחקר. כל השאלונים וחלקיהם נבדקו בבדיקות מוקדמות שונות (pretests) עד לקבלת הגרסה הסופית.

סדר הפרקים והפריטים נקבע תוך שאיפה לאפקט מינימלי של סדר השאלות. שאלות רגישות הועברו לסופו של השאלון.

בנינו כאמור את המחקר, כך שבחלקים מסוימים בשאלון, חלק מהמשיבים יגיבו למונח "חולה נפש", בלי שיקבלו תיאור כלשהו, בעוד שמשיבים אחרים יקבלו תיאור התנהגותי מסוים (אחד מ-5 תיאורים) ויתבקשו להגיב אליו.

בשאלון נעשה שימוש בסולמות תגובה של 5 רמות. אפשרות התגובה האמצעית לא הוקראה, אך מאידך, התאפשרה למי שבחר בה בעצמו. לחלק מן השאלות ניתן היה להשיב שהתשובה תלויה בדבר מסוים. במצב זה נרשמה התגובה (בדרך כלל התייחסות לסוג המחלה ועוצמתה).<sup>6</sup>

השאלון תורגם לערבית ולרוסית, תוך ביצוע back-translation בתהליך התרגום נערכו התייעצויות עם מומחים מתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות השולטים בערבית וברוסית.

---

<sup>6</sup> מאחר שתגובות אלו לא היו שכיחות במיוחד, הרי שבניתוחים הראשוניים המוצגים בדוח זה לא נפרט ממצאים דיפרנציאליים לגבי תגובות אלו.

### 4.3.2 יצירת אינדקסים ותיקוף צולב – (Cross validation)

לגבי חלק מן השאלות (למשל, מידת הפחד מחולים, או הנכונות הכללית למגע) יצרנו מדדים מורכבים, קרי אינדקסים. בבניית מדדים הסתמכנו על ניתוחי מהימנות פנימית ( $\alpha$ -Cronbach). כאשר היה הדבר רלבנטי, נעזרנו ב-Principal component analysis, על מנת לבחון תת-סולמות (ספציפית, עבדנו עם רוטציית varimax; תוך החלפת ערכים חסרים בממוצע).

אף שנעשתה בדיקה מקדימה של השאלונים על מדגם מקדים, אנו בונים את המדדים על סמך המדגם הנוכחי. מאחר שמדובר ביצירת אינדקסים חדשים או אינדקסים שבהם לא נעשה שימוש בארץ, החלטנו לנקוט משנה זהירות ולבצע תיקוף צולב בשלב בניית האינדקסים. במילים אחרות, בשלב הבנייה, ביצענו פיצול מקרי של המדגם. המהימנות וניתוחי הגורמים נבחנו על כל מחצית בנפרד. ניתוח זה מחמיר יותר ומקשה על קבלת האינדקסים. אנו מעדיפים לעבוד בצורה זו, בהנחה שאופן ניתוח זה מקשה אמנם על קבלת האינדקסים, אולם מידת הביטחון שלנו בכך שהמדדים הסופיים המתקבלים אינם מקריים למדגם והם יחסית יציבים, גדולה יותר. בניית המדדים התבצעה בכל המקרים על שני חצאי של המדגם הכללי בלבד, ללא מדגמי התגבור החרדי והערבי. הניתוחים שנערכו בשלב בניית המדדים נערכו על המדגם ללא הפעלת המשקלות.

לפירוט מרכיבי השאלון והאינדקסים לפי תחומי תוכן ראה נספח 7.

### 4.3.3 מהימנות המדידה (מדידה חוזרת)

על מנת לבחון את מהימנות המדידה, בוצעו 340 בדיקות שבהן התקשרנו למרואיין בטווח של בין 2-8 שבועות לאחר ההתקשרות המקורית. היקף הבדיקה האפשרי הנו מוגבל. לגבי אותם משתנים שאינם משתני עמדות, כל בדיקה סווגה לאחת משלוש קטגוריות: (1) הנתון זהה לחלוטין בשתי הבדיקות; (2) הנתון דומה בשתי הבדיקות אך אינו זהה (למשל, שנת לידה 1932 מול 1933; (3) הנתון שהתקבל שונה (למשל, על השאלה של "האם יצא לך לבקר בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית של בית חולים כללי" בפעם הראשונה שהמרואיין נשאל על כך התשובה הייתה "כן" ובבדיקה שנערכה התשובה הייתה "לא").

בעברית בוצעו 208 בדיקות מתוך 1,508 ראיונות (כ-14%). בערבית בוצעו 104 בדיקות מתוך 387 ראיונות (כ-27%). ברוסית בוצעו 28 בדיקות מתוך 204 ראיונות (כ-14%). מעבר ל-340 המקרים שנבחנו, מצאנו שאחוז התשובות השונות לגבי גיל היה כ-4% ולגבי מצב משפחתי כ-3% (מצב משפחתי יכול גם להשתנות בתקופה שבין המדידה הראשונה לשנייה). מהימנותו של מבחן חוזר של שאלות אחרות הייתה נמוכה יותר, אולם קשה להעריך את מידת היציבות הצפויה בהן מלכתחילה.

## 5. ידע היכרות, חשיפה והתנסות בטיפול נפשי

### 5.1 הקדמה

בתחום בריאות הנפש, בעולם יש הערכות שעל פיהן חלק לא מבוטל ממי שזקוקים לטיפול אינם מטופלים בפועל (ראה Kohn et al., 1998; Hirschfeld, 1998; Demyttenaere et al., 2004; Corrigan & Rusch, 2002).<sup>7</sup> אי קבלת טיפול הולם עלולה להוביל להידרדרות למצבים חמורים יותר ולהזדקקות לטיפולים ומסגרות "כבדים" ואינטנסיביים יותר (Ben-Noun, 1996; Corrigan, 2004b). יתר על כן, לעתים יופיע דפוס של שימוש יתר ברפואה הראשונית, כלומר בפנייה לטיפול רפואי כללי (Goldberg & Blackwell, 1970; Katerndahl et al., 1997). עדויות לכיוון זה נמצאו למשל לגבי אנשים שסבלו מדיכאון (Katon & Schulberg, 1992). שתי סיבות מרכזיות לאי קבלת טיפול הולם הן: זמינות השירותים (אם אינם זמינים או אינם זמינים בשל התשלום הכרוך בהם) והימנעות מפנייה לטיפול.

מה משפיע על הפנייה לטיפול? בגורמים המשפיעים על הנטייה לחפש עזרה יהיו היכולת לזהות את הבעיה כבעיה נפשית והנכונות להמשיג את הבעיה ככזו; הידע על זמינות השירותים; אמונות על אודות התועלת שבטיפולים; הכרת אדם שהיה בטיפול והסטיגמה לגבי טיפול (Corrigan, 2004b; Corrigan & Rusch, 2002; Jorm et al., 2000).

הסטיגמה אינה קשורה רק להתנהגויות מסוימות המתקשרות לבעיות נפשיות ולמחלות פסיכיאטריות אלא גם לכל מה ששייך למחלות אלו ובכלל זה בתי החולים, התרופות, המטפלים ועוד (Davidson, 2002). כך, גם פנייה לטיפול נפשי עלולה להיות כרוכה בסטיגמה. אנשים עלולים לתייג את האדם היוצא מהמרפאה לבריאות הנפש כבעייתי ואפילו כ"חולה נפש" (Corrigan & Rusch, 2002). האדם הזקוק לטיפול נפשי ניצב בפני "עסקת חבילה" שבה כרוכות יחד התפוקות החיוביות מהטיפול והתוצאות השליליות של הסטיגמה הקשורה בהיותו מקבל טיפול נפשי, בהן הנזק החברתי שבתיוג, והפגיעה האפשרית בהערכה העצמית (Corrigan, 2004a; Link & Phelan, 1999). הדילמה שבפניה ניצב האדם הפונה לטיפול משמעותית במיוחד, כאשר מדובר באותם אנשים הסובלים מבעיה או ממחלה פסיכיאטרית בת-הסתרה (concealable). אנשים אלו ייטו עוד פחות לפנות לטיפול, כיוון שכל זמן שהם במצוקה אך אינם פונים, הרי שלפחות אינם סובלים מהסטיגמה. כאשר יפנו, הם עלולים להיחשף ולסבול מהסטיגמה (ראה גם Davidson, 2002). יתרה מכך, אותו דבר חל לגבי אנשים אלו גם באשר לפנייה לתמיכה חברתית; מכאן שאנשים אלו ייטו להימנע מפנייה לתמיכה חברתית; או לעזרה מקצועית כל זמן שהמצב בר הסתרה (Miller & Major, 2000). הסטיגמה הכרוכה בטיפול נפשי עלולה להוביל להימנעות מפנייה, לדחיית הפנייה ואף לנשירה מטיפול, ובכלל זה הפסקת נטילת תרופות פסיכיאטריות (Arboleda-Florez, 2003; Corrigan & Rusch, 2002; Sirey et al., 2001).

---

<sup>7</sup> קיימות אף הערכות על פיהן בארצות שונות ברחבי העולם, מרבית הזקוקים לטיפול אינם מקבלים אותו. אף שהערכות אלו מקורן בחו"ל, ייתכן שהתופעה קיימת במידה זו או אחרת גם בישראל, למעט אולי בסכיזופרניה, ראה Kohn et al., 2004.

על פי רוב, בסוגיית הסטיגמה, הבעייתיות אינה כרוכה בהעדר מידע או במידע שגוי, אלא נובעת ממצב מורכב יותר של עמדות ותפיסות הכוללות מרכיבים רגשיים. עם זאת, העדר מידע עלול להוות חסם בפני פנייה לטיפול, במיוחד לגבי שלוש נקודות ספציפיות: מודעות להימצאותה של מרפאה; נושא התשלום; והתרופות הפסיכיאטריות ותופעות הלוואי שלהן. על כן, בדקנו את הידע של המשיבים לגבי שלוש הסוגיות הללו. בנוסף, בדקנו את ידע המשיבים לגבי מערכת האשפוז והשיקום הפסיכיאטרי והאם הם מכירים מישהו שהיה אי פעם בטיפול נפשי. כמו כן בדקנו האם המשיבים עצמם היו בטיפול או שקלו לפנות לטיפול, או השתמשו בתרופות לשיפור מצב הרוח.

## 5.2 הימצאותה של מרפאה

במצב של התלבטות, אמביוולנטיות או מוטיבציה נמוכה לפנייה לטיפול נפשי, גם גורם כמו הידיעה לאן לפנות עשוי להכריע את הכף - ייתכן שבמידה שהאדם נדרש לברר לאן לפנות, תהיה בכך מעמסה מיותרת שתמנע פנייה. מצאנו שכ-57% מהמשיבים מציינים שאין בשכונתם או באזור מגוריהם מרפאה לבריאות הנפש, ו-12% סבורים שיש (קרוב למחצית מאלו שמציינים שיש מרפאה גם אומרים שיוצא להם לפעמים לראות את האנשים המקבלים טיפול שם). איננו יכולים לדעת עד כמה תיאור זה מתאים למציאות. הממצא המעניין בתגובה לשאלה זו הוא דווקא אלו שאינם יודעים: כ-31% מהמשיבים אינם יודעים אם יש או אין באזור מגוריהם מרפאה לבריאות הנפש. בהקשר של סטיגמה כלפי מטופלים בבריאות הנפש, במצב של מצוקה נפשית, חלק מן האנשים אינם יודעים את מיקומה של מערכת השירותים הרלבנטיים; דבר שעלול להוות מכשול נוסף בפני פנייה. מכל מקום, ייתכן שרצוי להגביר את מודעות הציבור לקיומן ומקום הימצאן של המרפאות לבריאות הנפש.

## 5.3 תשלום

אם האדם חושש שלא יוכל לעמוד בתשלום, הדבר יפחית את נכונותו לפנות לטיפול. כ-41% מהמשיבים ציינו שלו היו צריכים טיפול נפשי, לא היו יכולים לשלם עבורו. עם זאת מצאנו שכמחצית מהמשיבים (52%) סבורים שהטיפול הנפשי במסגרת ציבורית ניתן חינם. כ-19% אינם יודעים אם הוא כרוך בתשלום ורק 29% סבורים שהוא כרוך בתשלום. מסתבר שכמחצית מאלו שחושבים שלא יוכלו לשלם, סבורים שהטיפול הציבורי ניתן חינם. ייתכן שהסתירה לכאורה העולה מתשובות אלה כאן משקפת את נטייתם של אנשים לחשוב מלכתחילה על טיפול נפשי פרטי (שאותו לא יוכלו לממן); (יש לציין שהשאלות לא נשאלו בסמיכות).

## 5.4 תרופות

אם האדם אינו יודע על קיום תרופות או שהוא חושש מתופעות הלוואי שלהן, הדבר יפחית את נכונותו לפנות לטיפול. מסתבר שיש מודעות גבוהה למדי לקיומן של תרופות לדיכאון (83%, מול 6% שסבורים שאין), ולחרדה (85% לעומת 6% שסבורים שאין). בנוסף, כ-13% מדווחים שהם עצמם קיבלו תרופות לשיפור מצב הרוח ולהרגעה. כ-55% מהמשיבים סבורים שיש תרופות לסכיזופרניה (מול 10% שסבורים שאין, ו-35% שאינם יודעים). נראה אם כן שיש מודעות גבוהה יותר לקיומן של תרופות נוגדות דיכאון וחרדה מאשר מודעות לתרופות לסכיזופרניה. ייתכן שיש מקום לשקול הגברת המודעות לקיומן של תרופות לסכיזופרניה, שכן מודעות לכך שיש טיפול עשויה אולי להפחית את הסטיגמה.

אחד החסמים בפני שימוש בתרופות עלול להיות החשש מפני תופעות לוואי. במידה שקיימות תפיסות שגויות, יש מקום לשקול התערבויות שייתנו מידע בנושא תופעות הלוואי. בשאלה פתוחה כ-43% מתוך 1,570 משיבים (N=675) אמרו שאינם יודעים אילו תופעות לוואי יש לתרופות פסיכיאטריות. 57% הנותרים תיארו מגוון גדול של תופעות לוואי (ראה נספח 8) בהן שינה ונמנום; איטיות; ואדישות; ירידה בריכוז וירידה בזיכרון התמכרות ותלות. דיכאון, בכי, עצבות; מצבי רוח משתנים; השפעה על האישיות; אלימות נזקים לבריאות הוזכרו אף הם: נזק למערכת העיכול; פגיעה בבריאות הכללית, ואף החמרת המחלה.

### **5.5 חשיפה למערכת האשפוז הפסיכיאטרי ולמערכת השיקום הפסיכיאטרי**

בדקנו באיזו מידה קיימת במדגם הנוכחי חשיפה למערכת השיקום הפסיכיאטרי. כ-7% מהמשיבים מציינים שיש בשכונתם/באזור מגוריהם הוסטל לנפגעי נפש - כ-77% סבורים שאין. כ-16% מהמשיבים מציינים שאינם יודעים. מעניין להשוות זאת ל-30% שאינם יודעים אם יש מרפאה לבריאות הנפש באזור מגוריהם (Z=8.73, p<.0001, Cohen's d=.31). כ-5% מהמשיבים סבורים שיש באזור מקום תעסוקה לנפגעי נפש.

בדומה לכך, בדקנו את מידת החשיפה לאשפוז פסיכיאטרי. מצאנו שכ-35% מהמשיבים ביקרו בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי. להשוואה מעניין לציין שבמחקר שנערך בארה"ב נמצא שאחוז גבוה עוד יותר (48%) ביקרו במקומות אלו (Alexander & Link, 2003). מקרב אלו שביקרו, 39% ציינו שיש להם קרוב משפחה שיש לו מחלת נפש. 17% ציינו שהם גרים כיום או גרו בעבר עם אדם הסובל ממחלת נפש (13% מאלו שביקרו בבית חולים, גרים או גרו בעבר עם אדם הסובל ממחלת נפש ויש להם קרוב משפחה).

### **5.6 חשיפה עקיפה או התנסות בפועל בטיפול נפשי**

נמצא כי כמחצית (50%) מהמשיבים מכירים מישהו שהיה או נמצא בטיפול. כ-21% מהמשיבים שקלו לפנות לטיפול. כשני שלישים מאלו ששקלו לפנות (כלומר כ-14% מהמשיבים) אכן היו בטיפול פסיכולוגי לפחות פעם אחת (43% מתוך מי שהיו בטיפול, כלומר כ-6% מהמשיבים, היו בטיפול למעלה מחצי שנה). עוד נמצא כי כשליש מהאנשים ששקלו לפנות, לא פנו בסופו של דבר. כאשר בוחנים בזמנית את החשיפה לטיפול נפשי בצד השימוש בתרופות לשיפור מצב הרוח ולהרגעה (שיכולות להירשם בין היתר על ידי רופא המשפחה), הרי שעולה שכ-8% מהמשיבים קיבלו תרופות כאלו, אך לא היו בטיפול נפשי, כ-9% היו בטיפול נפשי אך לא קיבלו תרופות מסוג זה, וכ-5% היו בטיפול וגם קיבלו תרופות אלו. ל-78% הנותרים לא הייתה חשיפה ישירה לטיפול תרופתי או אחר.

## **6. עמדות והעדפות כלפי טיפול נפשי**

אחד הממדים של התייחסות לטיפול נפשי הוא הממד של עמדות, או הממד הרגשי (לעומת הקוגניטיבי או ההתנהגותי). בפרק זה נבחנות עמדות המשיבים כלפי טיפול נפשי, הן מבחינת התועלת הנתפסת שלו והן מבחינת הסטיגמה הכרוכה בו והנכונות לפנות לטיפול.

## 6.1 תפיסת תועלת הטיפול

הצגנו למשיבים סדרת משפטים לגבי התועלת הנתפסת של טיפול נפשי וביקשנו מהמשיב לציין לגבי כל משפט עד כמה המשפט נכון לדעתו (סולם בן חמש רמות). לוח 1 מציג את התפלגות התשובות.<sup>8</sup>

לוח 1: הכרה בתועלת הטיפול (אחוז המשיבים שצינו נכון/לא נכון)<sup>9</sup>

אדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו	סה"כ משיבים		די נכון/ נכון מאוד	לא יודע	בכלל לא נכון/ לא כל כך נכון
	מספרים מוחלטים	אחוזים			
מי שיש לו היגיון בריא לא צריך טיפול נפשי	1,568	100	60	2	38
המדינה צריכה לתת יותר כסף לתחום בריאות הנפש על חשבון תחומים אחרים בבריאות	1,571	100	35	2	63
המדינה צריכה לתת פחות כסף לתחום בריאות הנפש לטובת תחומים אחרים בבריאות	1,540	100	45	13	42
המדינה עושה מספיק בהסברת החשיבות של טיפול נפשי	1,538	100	7	13	80
	1,563	100	16	19	65

נראה שהתמונה לגבי התועלת הנתפסת של טיפול נפשי אינה חד משמעית. אמנם 63% מהמשיבים אינם חושבים ש"מי שיש לו היגיון בריא אינו צריך טיפול", אך מצד שני כ-60% סבורים שבעל אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו. כלומר, נראה שהצורך בטיפול מתקשר בתודעתם של המשיבים יותר לאישיות ופחות להיגיון. כאשר מצליבים את שתי השאלות עולה שכשליש מהמשיבים (30%) תומכים בשני המשפטים גם יחד, כלומר, לדעתם, גם נכון שבעל היגיון בריא לא צריך טיפול וגם שאדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר על בעיותיו בעצמו. כשליש נוסף (31%) תומכים בעמדה המנוגדת (כלומר לא חושבים שבעל היגיון בריא לא צריך טיפול וגם לא חושבים שאדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר על בעיותיו בעצמו), ועוד כשליש (28%) סבורים שאדם בעל אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו, אך אינם סבורים שבעל היגיון בריא לא צריך טיפול.

מהצלבת השאלה הרביעית והחמישית עולה שכ-44% מהמשיבים סבורים שהמדינה צריכה לתת יותר כסף לתחום בריאות הנפש על חשבון תחומים אחרים בבריאות; כ-7% מהמשיבים סבורים שיש לתת פחות כסף לתחום זה לטובת תחומי בריאות אחרים וכ-34% אינם חושבים שיש לתת יותר או פחות (קרי, מעדיפים להשאיר את המצב כפי שהוא). הנותרים לא הביעו העדפה.

<sup>8</sup> מספר המשיבים בלוח 1 ובלוחות הבאים אינו קבוע כיוון שלעיתים השאלה אינה רלבנטית למשיב, או שהעדיף לא לענות עליה. הניתוח מתבצע תמיד על מספר המשיבים המרבי.

<sup>9</sup> הפריטים המופיעים בלוח מהווים חלק מסדרת שאלות שהופנתה למשיבים בסדר שונה מהמוצג כאן. חלקים נוספים מופיעים בהמשך הפרק.



מן הפריט האחרון שבלוח אפשר להסיק שכשני שלישים מהמשיבים מאמינים ביעילות הטיפול או בכלל בתחום בריאות הנפש, שכן, סביר להניח כי מי שאינו מאמין בתחום זה, לא היה ממליץ להגביר את ההסברה בנושא.

## 6.2 הנכונות לפנות לטיפול בגלוי

אחד הממדים המרכזיים בסוגיית הפנייה לטיפול הנו הסטיגמה וההסתרה. תפיסת הצורך להסתיר פנייה יכולה להוות בסיס לאי-פנייה ולהעלות את סף המצוקה הנדרש כדי להגיע לנכונות לפנות לטיפול נפשי.<sup>10</sup> לוח 2 מציג את התפלגות התשובות מבחינת הרצון להסתיר פנייה לטיפול, נכונות לפנות בגלוי.

לוח 2: נכונות לפנות לטיפול בגלוי (אחוז המשיבים שצינו נכון/לא נכון)

בכלל לא נכון/ לא כל כך נכון	לא יודע	די נכון/ נכון מאוד	סה"כ משיבים		
			מספרים מוחלטים	אחוזים	
66	1	33	100	1,573	אני ארגיש לא בנוח לפנות לטיפול נפשי בגלל מה שאנשים יחשבו עלי
66	1	33	100	1,575	אם הייתי בטיפול נפשי הייתי מעדיף להסתיר זאת מאנשים הקרובים אלי <sup>11</sup>
41	3	56	100	1,569	מי שהולך לטיפול נפשי צריך להתמודד עם היחס של אנשים אליו, לכן אפשר להבין את מי שלא הולך לטיפול
54	1	45	100	1,566	אם אפנה לטיפול נפשי לא אכפת לי שאנשים ידעו על כך <sup>12</sup>

מן הלוח עולה כי כשני שלישים מהאנשים לא חושבים שהיו מעדיפים להסתיר טיפול נפשי מן האנשים הקרובים אליהם. עם זאת, אין להתעלם משתי השלכות—ראשית, שליש מהמשיבים מרגישים צורך להסתיר אפילו מן האנשים הקרובים אליהם; קרי, אותם אנשים האמורים להוות את רשת התמיכה החברתית. שנית, אם שליש מדווחים על רצון להסתיר מן האנשים הקרובים, סביר להניח שהרצון להסתיר מאנשים פחות קרובים גבוה מכך. יתרה מכך, מצאנו שכמחצית מהאנשים מסוגלים אף לראות את יחס הסביבה כבסיס לאי פנייה לטיפול. כלומר, ההתייחסות השלילית של הסביבה ("היחס של אנשים אלי") נתפסת על ידי מחצית מהמשיבים לא רק כמכשול שיש להתמודד אתו, אלא אף כהצדקה לאי פנייה לטיפול.

<sup>10</sup> הצורך להסתיר פנייה לטיפול נמוך מעט אצל נשים מאשר אצל גברים. הוא אינו שונה בקבוצות גיל שונות או ברמות השכלה שונות.

<sup>11</sup> מהצלבת השאלה השנייה והאחרונה שבטבלה אנו מוצאים שכ-35% אינם מבטאים רצון הסתרה לא מאנשים בכלל ולא מהקרובים להם. כ-23% רוצים להסתיר הן מאנשים בכלל והן מן הקרובים אליהם. כ-31% מהמשיבים מבטאים רצון להסתרה כללית אך לא מן הקרובים אליהם. לבסוף יש גם כ-10% הרוצים להסתיר דווקא מן הקרובים אליהם.

<sup>12</sup> ייתכן שניסוח הפריט הקשה על המשיבים והוביל למידה מסוימת של טעות. הנתונים אינם חד משמעיים ולפיכך אנו מסבים את תשומת לבו של הקורא לאפשרות, אך משתמשים בפריט כפי שהוא.

בניגוד לפתיחות לטיפול או תפיסת התועלת שבטיפול אשר נמצאו חיוביים יותר בקרב אנשים בעלי יותר חשיפה והיכרות עם טיפול ועם מטופלים, הרי שהרצון להסתיר לא התקשר לחשיפה והיכרות.

### 6.3 כוונות התנהגותיות לפנות לטיפול

הנכונות לפנות לטיפול עשויה להיות תלויה גם במצב וב-framing (בקונצפטואליזציה) של המצב (Angermeyer et al., 1999). ניסינו לבחון את הנכונות לפנות לטיפול נפשי, תוך ניסיון לבחון מצבים היפותטיים שונים ולראות את השינויים החלים בנכונות לפנות. זאת, החל ממצב שלא דווקא מזוהה כבעיה נפשית (מצב רוח מאוד לא טוב, חרדה ומתח); דרך מצב שבו האדם מזוהה שיש לו בעיה נפשית או שהוא מרגיש קושי נפשי; וכלה במצב שבו רופא המשפחה אומר לאדם במפורש שהוא במצב הדורש עזרה נפשית.

**לוח 3: למי/לאן היו אנשים פונים לו היו מרגישים מצב רוח מאוד לא טוב, או הרגשה של מתח, חרדה ואי שקט שמאוד מפריעה (N=1,583)**

למי/ לאן היו פונים	מספר משיבים שצינו הקטגוריה	אחוז המשיבים*
<b>לבני משפחה וחברים**</b>	<b>650</b>	<b>41</b>
בן זוג, או קרוב משפחה אחר	485	31
חבר	244	15
<b>לאנשי מקצוע בבריאות הנפש**</b>	<b>211</b>	<b>13</b>
פסיכיאטר	51	3
פסיכולוג	136	9
עובד סוציאלי	9	<1
אחר (מרפאה לבריאות הנפש/ איש מקצוע)	33	2
<b>רופא המשפחה</b>	<b>221</b>	<b>14</b>
<b>אנשי דת (רב, שייח, כומר או איש דת אחר)</b>	<b>27</b>	<b>2</b>
<b>לאף אחת מהקטגוריות שלמעלה**</b>	<b>537</b>	<b>34</b>
פונים לאלוהים	54	3
מציינים במפורש שלא היו פונים לאף אחד ולשום מקום	411	26
פעילויות פנאי	30	<2
מטפל אלטרנטיבי	27	<2
ער"ן	1	<1
ארגונים שונים	2	<1
שימוש בחומרים (אלכוהול, תרופות, מריחואנה וכו')	6	<1
לא יודע	25	<2

\* המשיבים יכלו לענות יותר מאשר תשובה אחת. האחוזים בלוח מציינים את האחוז מכלל המשיבים שצינו תשובה כלשהי. לפיכך גם האחוזים של הקטגוריות עצמן אינם מסתכמים ל 100%.

\*\* שורה זו מתייחסת למשיבים שצינו אחת או יותר מן התשובות שמתחת.

באיזו מידה אנשים מודעים לאפשרות לפנות לאיש מקצוע בבריאות הנפש? האם הרעיון עצמו "נגיש" וזמין? שאלנו את המשיבים למי היו פונים לו היו מרגישים שיש להם מצב רוח מאוד לא טוב, או הרגשה של מתח, חרדה, אי שקט שמאוד מפריע להם. מלוח 3 עולה שאחוז ניכר של המשיבים – כ-41%, היו שוקלים לפנות לרשת התמיכה החברתית, 13% מהמשיבים היו פונים לאנשי מקצוע בבריאות הנפש (9% מציינים שהיו הולכים לפסיכולוג ו-3% היו פונים לפסיכיאטר). אחוז דומה של אנשים היו פונים לרופא המשפחה – 14%. דבר זה מצביע על חשיבות המודעות בקרב הרפואה הראשונית לנושא זה. כ-34% מהמשיבים אינם מציינים אף לא אחת מן הקטגוריות הללו. רובם (26%)

מהמשיבים) ציינו במפורש בתשובה לשאלה שלא היו פונים לאף לא אחד ולשום מקום, אך חלקם פונים לאפיקים אחרים (למשל, פנייה לאלוהים). אם כן, במצב שתואר, כרבע מהמשיבים לא היו פונים לקבלת עזרה ממקור כלשהו.

נראה שמידת הנכונות לפנות לעזרה מקצועית קשורה במצב ו/או בתפיסת המצב. במצב של חרדה, לחץ ומצב רוח רע, אחוז האנשים שחושבים שיפנו מיוזמתם לאנשי מקצוע בבריאות הנפש הנו נמוך—חלק ניכר מהאנשים ינסו להתמודד בעצמם, ואחרים יפנו לרופא המשפחה או לרשת התמיכה החברתית. כפי שניתן לראות בלוח 4, כאשר האדם מזהה שמדובר בבעיה נפשית, יעדיפו שני שלישים מהמשיבים לפנות לטיפול נפשי (ולא לחבר). כאשר האדם מרגיש קושי נפשי, הנכונות לפנות לטיפול עולה ל-78%.

**לוח 4: עמדות כלפי טיפול נפשי (מספרים ואחוזים)**

הייתי מעדיף לפנות לחבר מאשר לטיפול נפשי, אפילו אם מדובר בבעיה נפשית	n	סה"כ משיבים %	די נכון/ נכון מאוד %	לא יודע %	בכלל לא נכון/ לא כל כך נכון %
אם היה לי איזה קושי נפשי או שהייתי מרגיש שיש לי בעיה הייתי פונה לטיפול של פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי	1,564	100	78	3	19
הייתי מעדיף לפנות לחבר מאשר לטיפול נפשי, אפילו אם מדובר בבעיה נפשית	1,554	100	33	2	65

אם נקשר בין ממצאים אלה לבין הממצא שידווח בהמשך, שלפיו כשליש מהמשיבים אינם יודעים אם יש באזור מגוריהם מרפאה לבריאות הנפש, עולה האפשרות על נגישות/זמינות קוגניטיבית (cognitive accessibility/availability) נמוכה של כל רעיון הפנייה לטיפול. זמינות קוגניטיבית מתייחסת למידה שבה מושג כלשהו נגיש וזמין במערכת המושגים ובזיכרון של האדם (Eagly & Chaiken, 1993). ככל שהמושג פחות נגיש/זמין לאדם במחשבותיו, כן פחות ייטה להשתמש בו ולהפך. בהקשר הנוכחי, ככל שנושא הפנייה לטיפול (או אי פנייה) כבר עלה במחשבותיו של האדם, ואינו רעיון זר לו לחלוטין, הרי שהוא נגיש יותר מבחינה קוגניטיבית. אנו מעלים את האפשרות שקיימת נגישות נמוכה של רעיון הפנייה לטיפול.

מה קורה במצב היפותטי אחר, שבו יש "אינדקסציה לפנייה", קרי מצב שאמור להעלות את הנכונות לפנות לאיש מקצוע בבריאות הנפש? שאלנו למי (מבין פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי) היה המשיב מעדיף לפנות אילו רופא המשפחה היה אומר לו שהוא במצב שדורש עזרה נפשית. כפי שעולה בלוח 5, מצאנו שכ-13% מהמשיבים עדיין לא היו מוכנים לפנות לאנשי מקצוע בבריאות הנפש, אך מרבית המשיבים (87%) אינם מביעים התנגדות עקרונית לפנייה לבעל מקצוע במצב זה. כאשר מתמקדים רק באלו (המוכנים לפנות לבעל מקצוע), עולה שכמחציתם (52%) יפנו לפסיכולוג (כ-45% מכלל המשיבים לשאלה), וכ-15% ו-12% בהתאמה יפנו לפסיכיאטר ולעובד סוציאלי (ממצאים דומים מדווחים בספרות, קרי, אנשים ירגישו יותר בנוח לפנות לפסיכולוג מאשר לפסיכיאטר (Murstein & Fontaine, 1993)).

**לוח 5: העדפות לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית (באחוזים); (N=1,582)**

העדפה	סה"כ	אחוזים מכלל המשיבים
סה"כ	100	
לא יפנה	13	
יפנה	87	
לפסיכיאטר		13
לפסיכולוג		45
לעובד סוציאלי		11
לפי המלצת הרופא		9
לפי הבעיה		2
לא יודע מה ההבדל		4
לא משנה לו		2

#### 6.4 עמדות כלפי פנייה לטיפול - קשרים בין משתנים

בסעיף זה ייבחן הקשר בין מאפיינים שונים של האוכלוסייה לבין ההתייחסות לפנייה לטיפול נפשי, כאשר כל הממצאים המדווחים נמצאו יציבים בחלוקה לשני תתי מדגמים מקריים. מאחר שבמדגמים מגודל זה גם מתאמים נמוכים מובהקים (קרי, שונים ממתאם של 0), הרי שעל מנת לצמצם את ההסתברות להתייחסות לממצאים מקריים, פיצלנו את המדגם בצורה מקרית לשני תתי מדגמים וחישבנו את המתאמים גם בכל תתי מדגם בנפרד. בממצאים שלהלן נציג אמנם את הממצאים לגבי כלל המשיבים הרלבנטיים שענו על השאלות, אולם נגביל את ההתייחסות לממצאים שהנם עקביים בשני תתי המדגמים. כמו כן, נתייחס למתאמים של  $r > .20$ , זאת גם כן על מנת לצמצם את ההתייחסות לממצאים חלשים שהנם אולי מקריים.

יצרנו שלושה מדדים של עמדות כלליות כלפי טיפול (ראה נספח 7), המייצגים א. אי-פתיחות לטיפול; ב. רצון להסתיר פנייה לטיפול; ג. תפיסת חוסר תועלת בטיפול נפשי (לאו דווקא לעצמך). כל אחד משלושת המדדים מבוסס על ממוצע של מספר פריטים שנמדדו באמצעות סולם של 1-5. שלושת המדדים נמצאים בקשר חיובי לא חזק ביניהם - ככל שאי הפתיחות לטיפול גבוהה יותר, כך גבוה יותר גם הרצון להסתיר פנייה לטיפול ( $r = .22, p < .001$ ) ותפיסת חוסר התועלת שבטיפול ( $r = .27, p < .001$ ). ככל שתופסים פחות תועלת בטיפול, יש גם יותר רצון להסתיר פנייה לטיפול ( $r = .21, p < .001$ ).

##### 6.4.1 מגדר

כפי שניתן לראות בלוח 6 נשים מביעות יותר פתיחות לטיפול, פחות רצון להסתיר פנייה (פוטנציאלית) ויותר אמון בתועלת שבטיפול נפשי. עם זאת, ההבדלים אינם גדולים.

#### לוח 6: עמדות לטיפול לפי מגדר (ממוצע\*, N, מבחן t)

גברים		נשים		t	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N					
2.21	758	2.00	819	4.91	1575	0.001	.25	אי פתיחות לטיפול
2.94	761	2.66	821	5.86	1580	0.001	.30	רצון להסתיר פניה לטיפול
2.84	758	2.64	820	4.04	1576	0.001	.20	תפיסת אי תועלת בטיפול

\* הממוצעים מבוססים על מיצוע מספר פריטים על סולמות של 1-5 (ראה נספח 7).

## 6.4.2 גיל

ניתוח שונות חד-גורמי העלה שהפתיחות לטיפול שונה בקבוצות הגיל השונות ( $F[2,1574]=12.6$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.25$ ). מבחן Scheffe העלה שבקבוצת הגיל 59-40 יש יותר פתיחות לטיפול (פחות אי פתיחות,  $M=1.97$ ) מאשר בקבוצת הגיל 39-22 ( $M=2.21$ ) או בקבוצת הגיל 60+ ( $M=2.10$ ).

לעומת זאת, בתפיסת התועלת שבטיפול ( $F[2,1575]=54.4$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.53$ ). מצאנו ששלוש קבוצות הגיל נבדלות זו מזו, כך שכל שעולים בגיל, תופסים פחות תועלת בטיפול. הממוצעים בהתאמה לקבוצות 39-22; 59-40; 60+ היו:  $M=2.34$ ;  $M=2.69$ ;  $M=3.19$  (ציון גבוה יותר משמעו תפיסת פחות תועלת בטיפול).

אם כן, בקבוצת הגיל הצעירה יותר תופסים יותר תועלת בטיפול אך פחות פתוחים לפנות מאשר בקבוצת הגיל 59-40, ששם התועלת הנתפסת נמוכה יותר אך הם פתוחים יותר לפנות לטיפול. בקבוצת הגיל 60+ התועלת הנתפסת הנה הנמוכה מבין שלוש הקבוצות, ובמקביל, הפתיחות לטיפול נמוכה אף היא. ברצון להסתרת פנייה לטיפול לא נמצאו הבדלים בין הגילים ( $F[2,1579]=1.88$ ,  $p=ns$ , Cohen's  $d=.10$ )<sup>13</sup>.

## 6.4.3 השכלה

האם העמדות הכלליות כלפי טיפול שונות בקרב משיבים בעלי רמות השכלה שונות? חילקנו את רמת ההשכלה לארבע רמות: עד 8 שנות לימוד; 9-12 שנות לימוד; 13-14; ו-15 ומעלה. ניתוחי השונות לא הצביעו על הבדלים בין רמות השכלה שונות מבחינת הפתיחות לטיפול<sup>14</sup>, או הרצון להסתירו. לעומת זאת מצאנו שיש הבדל בין רמות ההשכלה השונות מבחינת תפיסת התועלת שבטיפול ( $F[3,1574]=61.86$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.69$ ). מבחני Scheffe הראו אבחנה בין 3 רמות השכלה: עד 8 שנות לימוד, 9-14, ו-15 ומעלה; כך שבעלי השכלה גבוהה יותר תופסים יותר תועלת בטיפול ובעלי ההשכלה הנמוכה ביותר (עד 8 שנות לימוד) תופסים פחות תועלת בטיפול ( $M=3.58$ ) מאשר בעלי השכלה של 9-12 ( $M=2.86$ ) או 13-14 שנות לימוד ( $M=2.70$ ). התועלת המרבית נתפסת על ידי בעלי השכלה של למעלה מ-14 שנות לימוד ( $M=2.45$ ).

<sup>13</sup> חישבנו גם מתאמים. מצאנו ששני המדדים הראשונים אינם בקשר לינארי עם הגיל (המתאמים נמוכים מ-0.10). לעומת זאת, המדד השלישי הראה קשר  $r=.26$ ,  $p<.001$ . כפי שעולה בניתוח השונות, המדד הראשון ככל הנראה קשור לגיל, אלא שלא בקשר לינארי.

<sup>14</sup> ההבדל החלש שנמצא  $F(3,1573)=3.42$ ,  $p<.02$  לא היה יציב מעבר לתני המדגם.

#### 6.4.4 חשיפה, מגע והיכרות

בלוח 7 ניתן לראות את הקשר בין החשיפה לשירותי בריאות הנפש וההיכרות עם אחרים בטיפול או עם חולים לבין עמדות כלפי טיפול. על הקשר בפועל עם אנשים שחלו, נרחיב את הדיבור בפרק 10.1. הממצאים דומים לאלו המדווחים בספרות על הקשר בין היכרות וחשיפה לטיפול ולאנשים שחלו לבין עמדות לטיפול (Fischer & Fanina, 1995; Huxley, 1993). אנשים המכירים אדם הנמצא או שהיה בטיפול נוטים יותר להאמין בתועלת של הטיפול. הבדלים נוספים אך פחות גדולים הנם בכך שהם מפגינים יותר פתיחות לטיפול מחבריהם שלא מכירים, ופחות מעוניינים להסתיר פנייה לטיפול. ממצאים בכיוון דומה אך חלשים יותר עולים בהשוואה בין משיבים שביקרו בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית. כאמור, כפי שיובהר בפרק 10.1, שאלנו אילו סוגי קשרים יש למשיבים עם אנשים שחלו ובדקנו גם האם יש למשיב קשר אחד או יותר. ממצאו שמשיבים חסרי כל קשר לחולים במחלה פסיכיאטרית מראים פחות פתיחות לפנייה לטיפול ותופסים פחות תועלת בטיפול; אולם, הם אינם נבדלים מבעלי קשר לחולים ברצון להסתיר פנייה לטיפול. לא נמצאו הבדלים בין מי שמדווחים על סוג קשר אחד לחולים לבין מי שמדווחים על יותר מאשר קשר אחד.

לא נמצא הבדל בין עמדותיהם של משיבים המציינים שיש בשכונתם מרפאה לבריאות הנפש לבין משיבים המציינים שאין בשכונתם מרפאה כזו.

כפי שניתן לצפות, אנשים ששקלו לפנות לטיפול מפגינים עמדות חיוביות יותר לטיפול, במיוחד בתפיסת התועלת שבטיפול, אך גם בפחות רצון להסתיר וביותר פתיחות לפנות. בקרב מי ששקלו לפנות, אלו שאכן פנו הנם חיוביים יותר בעמדותיהם, וזאת במיוחד בנושא הפתיחות לפנייה לטיפול, ובמידה מסויימת גם ברצון מופחת להסתיר טיפול ובתפיסה גבוהה יותר של התועלת שבטיפול.

לוח 7: עמדות כלפי טיפול לפי חשיפה והיכרות עם טיפול ומטופלים (ממוצעים, מבחן t, ומבחן F)

אי תועלת בטיפול		רצון להסתיר פנייה לטיפול		אי פתיחות לטיפול			
N	ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע		
194	2.83	194	2.85	194	2.06	יש	סבור שיש מרפאה לבריאות הנפש באזור
891	2.78	892	2.83	891	2.07	אין	
t(1082)=0.21, ns		t(1084)=0.35, ns		t(1083)=0.70, ns			
785	2.50	788	2.71	785	1.99	כן	מכיר אדם הנמצא כיום או שהיה בעבר בטיפול
780	2.96	781	2.88	779	2.21	לא	
t(1563)=9.52, p<.001		t(1567)=3.51, p<.001		t(1562)=5.40, p<.001			
Cohen's d=.48		Cohen's d=.18		Cohen's d=.27			
559	2.60	560	2.69	559	2.01	כן	ביקר בבית חולים / במחלקה פסיכיאטרית
1017	2.80	1020	2.85	1016	2.15	לא	
t(1574)=3.78, p<.001		t(1578)=3.20, p<.001		t(1573)=3.47, p<.001			
Cohen's d=.19		Cohen's d=.16		Cohen's d=.18			
337	2.11	338	2.45	337	1.88	כן	שקל לפנות לטיפול
1236	2.89	1240	2.89	1235	2.16	לא	
t(1571)=12.6, p<.001		t(1575)=7.51, p<.001		t(1570)=5.54, p<.001			
Cohen's d=.64		Cohen's d=.38		Cohen's d=.28			
220	2.09	220	2.35	220	1.77	כן	מקרב אלו ששקלו לפנות, האם פנה לטיפול *
115	2.29	116	2.64	115	2.09	לא	
t(333)=2.07, p<.04		t(334)=2.88, p<.01		t(333)=3.75, p<.01			
Cohen's d=.23		Cohen's d=.32		Cohen's d=.41			
636	<sup>a</sup> 2.89	638	2.81	635	<sup>a</sup> 2.19	אין	קשר לחולים **
404	<sup>b</sup> 2.70	405	2.81	404	<sup>b</sup> 2.07	קשר 1	
538	<sup>b</sup> 2.57	540	2.77	538	<sup>b</sup> 2.02	יותר מ-1	
F(2,1575)=16.14, p<.001		F(2,1579)=0.35, p=ns		F(2,1574)=7.13, p<.001			
Cohen's d=.29				Cohen's d=.19			

\* כמובן שממצאים מקבילים ואף מעט חזקים יותר מתקבלים כאשר משווים את אלו שפנו לכל האחרים (קרי, כולל את אלו שלא שקלו).

\*\* בנושא קשר לחולים, ראו פירוט בפרק 10, סעיף 10.1.

הערה: ממוצעים באותה עמודה הנבדלים ביניהם באות (a, b, c) שונים זה מזה לפי מבחן Scheffe.

#### 6.4.5 קשר בין עמדות כלפי פנייה לטיפול לבין עמדות כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית: ניתוח רב משתני

האם יש קשר בין העמדות לפי טיפול נפשי לבין ההתייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות? להלן מובאים ניתוחים של הקשרים בין העמדות כלפי טיפול לבין ממדים שונים של ההתייחסות לאנשים שחלו. בפרקים הבאים נדון ביתר הרחבה בהתייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות.

הפתיחות לטיפול והרצון להסתיר אינם מראים קשר חזק (הקשרים בערך מוחלט בטווח  $r=.12-.19$ ), אך תפיסת התועלת הכללית שבטיפול מתקשרת הן לעמדות הכלליות והן לאפליה הסמויה (ובקשר חלש בלבד עם המרחק החברתי המועדף): ככל שאנשים תופסים יותר תועלת בטיפול נפשי, הם גם נוטים להביע עמדות חיוביות יותר כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות ( $r=.42, p<.001, n=1578$ ). ככל שאנשים תופסים יותר תועלת בטיפול הם גם מביעים פחות אפליה סמויה ( $r=.43, p<.001, n=1577$ ). יש גם מגמה חלשה שאנשים שתופסים פחות תועלת בטיפול מביעים רצון לשמירת מרחק חברתי גדול יותר ( $r=.21, p<.001$ ).

על מנת לבחון את הקשר המשותף בין המשתנים השונים, הרצנו ניתוחי רגרסיה מרובה על שלושת משתני העמדות כלפי טיפול.<sup>15</sup> בניתוחי הרגרסיה הצענו כמשתנים מנבאים את מין המשיבים; גיל (3 רמות); השכלה (4 רמות); האם מכיר אדם הנמצא או היה בעבר בטיפול, האם שקל לפנות לטיפול, האם היה בטיפול, מגע מצטבר עם חולים (3 רמות), האם ביקר בבית חולים פסיכיאטרי; והאם יש לדעתו בשכונה מרפאה לבריאות הנפש.

הניתוח להסברת השונות בפתיחות לטיפול לא הצליח להסביר יותר מ-3%; והניתוח להסברת הרצון להסתיר טיפול לא הסביר יותר מ-4% מהשונות. לפיכך איננו מרחיבים לגבי ניבויים אלו. לעומת זאת, כפי שניתן לראות בלוח 8, הניתוח להסברת השונות בתפיסת (אי) תועלת הטיפול הסביר 23% מהשונות. ככל שרמת השכלה גבוהה יותר, כך הטיפול נתפס כמועיל יותר. מעבר לתרומת ההשכלה, אנשים ששקלו בעבר לפנות תופסים את הטיפול כיותר מועיל מאשר אנשים שלא שקלו זאת. מעבר לשני גורמים אלו, אנשים צעירים יותר תופסים יותר תועלת בטיפול. מעבר לכל אלו, אנשים שמכירים אדם בטיפול מאמינים יותר בתועלת שבטיפול מאשר אנשים שאינם מכירים אדם כזה.

לוח 8: רגרסיה רב משתנית לניבוי תפיסת חוסר התועלת שבטיפול

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
רמת השכלה	1, 1,069	132.3**	-.28	.03	-.26
שקל לפנות לטיפול	1, 1,068	98.6**	.25	.07	.60
קבוצות גיל (3 רמות)	1, 1,067	43.4**	.17	.04	.21
מכיר אדם בטיפול	1, 1,066	21.9**	.13	.06	.26

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\*  $P<.001$

Adjusted  $R^2=.23$

<sup>15</sup> גם כאן, אנו מתמקדים בממצאים לגבי משתנים המסבירים לפחות אחוז אחד של השונות המוסברת, ואשר מופיעים כמנבאים בשני תתי המדגם. הניתוחים מובאים כקירובים גסים.



משתנים שלא תרמו בצורה משמעותית להסברת השונות בתפיסת התועלת שבטיפול: מין המשיב; היקף המגע בפועל עם חולים (אין קשר, יש קשר אחד או יש יותר מקשר אחד); תפיסת קיומה של תחנה לבריאות הנפש בשכונה, ביקור בבית חולים פסיכיאטרי והאם האדם היה או לא היה בטיפול.

כפי שראינו קודם במתאמים, העמדות כלפי טיפול אינן מנותקות מההתייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות. לוח 9 מראה שכאשר מוסיפים בצעד שני לניתוח הרגרסיה משתנים הקשורים להתייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, אחוז השונות המוסברת עולה מ-23% ל-32%. כפי שניתן לראות, מעבר לתרומה של המשתנים שהוזכרו קודם, משיבים המראים אפליה סמויה, תופסים פחות תועלת בטיפול. כך גם משיבים המביעים יותר כעס כלפי חולים, רואים פחות תועלת בטיפול. ככל שהמשיבים מביעים עמדות כלליות שליליות יותר כלפי חולים, כך הם רואים את הטיפול כמועיל פחות.

**לוח 9: רגרסיה רב משתנית לניבוי תפיסת חוסר התועלת שבטיפול, כאשר מוסיפים בצעד שני משתני התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות**

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
רמת השכלה			-.18	.03	-.17
שקל לפנות			.19	.07	.46
קטגורית גיל			.11	.04	.14
מכיר אדם בטיפול	4,1009	71.9**	.06	.05	.12
אפליה סמויה	1,1008	93.2**	.14	.04	.15
כעס כלפי אנשים שחלו	1,1007	31.7**	.15	.04	.18
עמדות כלליות כלפי אנשים שחלו	1,1006	18.5**	-.15	.05	-.22

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\* P<.001

Adjusted R<sup>2</sup>=.32

## 7. העדפות למסגרות טיפול שונות

### 7.1 העדפות לגבי מסגרות לטיפול נפשי אמבולטורי

בחנו את העדפות הציבור הקשורות לשתי סוגיות מבניות – העדפת טיפול בקופת חולים לעומת טיפול פרטי, והעדפת מרפאה ייחודית לבריאות הנפש לעומת העדפה למרפאה משולבת.

#### טיפול בקופת חולים מול טיפול פרטי

מערכת בריאות הנפש נמצאת כיום בתהליכי שינוי והתארגנות לקראת רפורמה של השירותים בקהילה (במסגרת העברת האחריות לבריאות הנפש לידי הקופות). עד לביצוע שינוי זה, מצוי הטיפול הנפשי האמבולטורי בחלקו במרפאות הממשלתיות לבריאות הנפש, ובחלקו בקופות החולים. הטיפול הציבורי הממומן על ידי הקופות הנו מוגבל בזמן ובהיקף. במרפאות הציבוריות קיים לעתים עומס.

במרפאות הממשלתיות יש רשימות המתנה לפסיכותרפיה.<sup>16</sup> יש גם הפונים לטיפול נפשי במסגרות פרטיות אשר אינן זמינות לכלל הציבור בשל עלות הטיפול בהן. לא ידוע מהו היקף הפנייה למערכת הפרטית ובאיזו מידה הפנייה לטיפול הפרטי קשורה לסוגיית ההיצע המוגבל במערכת הציבורית, לסטיגמה, לשתייהן גם יחד או לסיבות אחרות.

רצינו לזהות העדפות וסיבות להעדפות, תוך אבחנה בין סוגיות ייחודיות לבריאות הנפש מול סוגיות רלבנטיות לטיפול רפואי בכלל. מאחר שאחת הסיבות הפוטנציאליות לאי פנייה לטיפול נפשי פרטי היא המחיר, הצגנו מצב היפותטי שבו אין הבדל בעלות הטיפול וביקשנו להתייחס לטיפול נפשי ולא נפשי. שאלנו את המשיבים "אם היית צריך לפנות לרופא מומחה כמו, למשל, רופא עיניים או אורתופד, והטיפול הפרטי והטיפול בקופת חולים היה ניתן באותו מחיר, האם היית מעדיף לפנות לטיפול פרטי או לטיפול בקופת חולים?". אותה שאלה נשאלה גם לגבי טיפול נפש. מלוח 10 עולה שלכחמישית מהמשיבים אין העדפה ברורה. כאשר מתמקדים באלו שהביעו העדפה, ניכר שהציבור מבכר את הטיפול הפרטי על פני הטיפול בקופת חולים. מגמה זו קיימת הן לטיפול נפשי והן לגבי טיפול לא נפשי, אולם היא חזקה יותר בטיפול הנפשי.

**לוח 10: העדפות לטיפול פרטי לעומת טיפול בקופת חולים, לגבי טיפול נפשי ולגבי טיפול לא נפשי (אחוזים ומבחן פרופורציה); (N=1,583)**

טיפול לא נפשי	טיפול נפשי	p	Z	Cohen's d	סה"כ
100	100				
30	21	.001	Z=5.38	.19	העדפה לקופת חולים
49	57	.001	Z=4.56	.16	העדפה לטיפול פרטי
21	22				אחר (אין העדפה ברורה)

מה מוביל את הציבור להעדיף את הטיפול הפרטי על פני הציבורי? בלוח 11 מוצגות הסיבות להעדפת קופת החולים והסיבות להעדפת טיפול פרטי הן לגבי טיפול נפשי והן לגבי טיפולים אחרים.

מן הלוח עולה כי הסיבות המרכזיות להעדפת קופת חולים הן הרגל וחוסר היכרות עם טיפול פרטי; טיפול טוב יותר (אם כי מוזכר בשכיחות רבה יותר כבסיס להעדפת טיפול פרטי); פיקוח על הטיפול ואיכותו; והקרבה/נגישות. בין הסיבות המרכזיות להעדפת טיפול פרטי, ציינו כמחצית מהמשיבים את איכות הטיפול. יותר אכפתיות ותשומת לב, אף היא מוזכרת בשכיחות גבוהה למדי. יותר משיבים הזכירו טיפול מהיר יותר ואפשרות לבחור רופא כסיבות להעדפת טיפול פרטי (מאשר כסיבות להעדפת קופת חולים).

<sup>16</sup> עפ"י תקשורת אישית, ד"ר דוד אלישע, אחראי על השירות האמבולטורי, שירותי בריאות הנפש, משרד הבריאות (26.06.04).

**לוח 11: סיבות להעדפת טיפול פרטי לעומת טיפול בקופת חולים, לגבי טיפול נפשי ולגבי טיפול לא נפשי (אחוז מתוך המשיבים שהעדיפו כל אחת מהאפשרויות)**

פרטי					קופת חולים					סיבות להעדפה
Cohen's d	Z	p	נפשי* N=902	לא נפשי* N=774	Cohen's d	Z	p	נפשי* N=337	לא נפשי* N=469	
0.14	2.80	0.005	15	21	0.06	0.88	ns	7	5	טיפול מהיר יותר
0.15	2.99	0.003	47	54	0.05	0.74	ns	29	31	טיפול טוב יותר-רמה מקצועית גבוהה יותר
0.18	3.61	0.001	32	40	0.01	0.13	ns	8	7	לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב
0.01	0.23	ns	3	3	0.16	2.29	0.03	15	10	יש פיקוח על הטיפול ואיכותו
0.06	1.18	ns	10	12	0.04	0.50	ns	5	5	אפשר לבחור את הרופא שרוצים
<b>0.67</b>	<b>12.99</b>	<b>0.001</b>	22	1	0.04	0.08	ns	1<	0	יותר שמירה על סודיות
0.02	0.37	ns	3	3	0.04	0.50	ns	3	2	ביורוקרטיה
0.01	0.24	ns	1<	1	0.08	1.06	ns	9	11	קרוב יותר/קל יותר להגיע
										הרגל/חוסר היכרות עם טיפול פרטי/ חבר
			0	0	0.10	1.45	ns	25	30	בקופת חולים

\*האחוזים של קופת חולים ופרטי אינם מסתכמים ל 100% כיוון שהמשיבים יכלו לציין יותר מסיבה אחת.

האם הסיבות להעדפת טיפול במסגרת מסוימת (פרטית או קופת חולים) דומות או שונות כאשר מדובר בטיפול נפשי לעומת טיפול לא נפשי? מסתבר שהנימוקים בקרב אלו שמעדיפים טיפול בקופת חולים על פני טיפול פרטי דומים כאשר מדובר בטיפול נפשי או בטיפול לא נפשי. הפיקוח על הטיפול ואיכותו מצוין בשכיחות מעט גבוהה יותר כהנמקה להעדפת טיפול נפשי בקופת חולים (15%); (בהשוואה להנמקה לטיפול לא נפשי בקופת חולים - 10%). אך מדובר באחוזים לא גבוהים. טיפול טוב יותר; טיפול מהיר יותר; ויותר אכפתיות/תשומת לב, מופיעים כנימוקים להעדפת טיפול פרטי, ושלושתם מוזכרים בשכיחות גבוהה יותר לגבי טיפול לא נפשי מאשר לגבי טיפול נפשי. ממצא בולט מתייחס לשמירה על הסודיות: נימוק זה הוזכר על ידי יותר מ-20% ממעדיפי טיפול פרטי בהתייחסות לטיפול נפשי, וכמעט שלא הוזכר כלל בקרב מעדיפי טיפול פרטי כאשר מדובר על טיפול לא נפשי. (כמו כן, לא הוזכר כמעט כסיבה להעדפת קופת חולים). ממצא זה מעיד עד כמה הסודיות הנה נימוק לפנייה לטיפול נפשי פרטי.

### **מרפאה ייחודית לבריאות הנפש מול מרפאה משולבת**

במסגרת הרפורמות במערכת בריאות הנפש, אם מתן טיפול נפשי עובר לאחריות הקופות, אחד הנושאים הנדונים הנו החלק המבני של מתן הטיפול, קרי, טיפול נפשי משולב ברפואה הכללית או במסגרות נפרדות. עד כמה ישנה הלימה בין השינויים הפוטנציאליים לבין העדפות הציבור? אם אין הלימה, יש מקום לנסות להגיע ליתר התאמה על ידי חלופות מבניות או על ידי התערבויות לשינוי עמדות. זאת משום שפיתוח שירותים בצורה שאינה מתאימה להעדפות הציבור עלול להוביל לשימוש מצומצם מדי (Jorm et al., 2000). בטיפול האמבולטורי מדובר על מודלים של מרפאה ייחודית לבריאות הנפש, מול טיפול נפשי במסגרת מרפאה כללית שבה מומחים שונים.<sup>17</sup> אחד השיקולים המועלים על ידי קובעי מדיניות כיום כבסיס למעבר לטיפול נפשי במסגרת מרפאה כללית/משולבת הנו הפחתת הסטיגמה. אם הטיפול הנפשי ניתן במסגרת הרפואית הכללית, ייתכן שהבעיות הנפשיות תיתפסנה גם הן באופן דומה למחלות ולבעיות גופניות ובכך תפחת הסטיגמה. כמו כן, ביקור במרפאה משולבת פחות מזהה/חושף את האדם לזיהוי כמי שמקבל טיפול, ולפיכך ייתכן שלא יינזק מהסטיגמה של מי שמבקר במרפאה לבריאות הנפש (על נזק כזה, ראה Davidson, 2002; Corrigan & Rusch, 2002).

כפי שניתן לראות בלוח 12, לא נראה שתפיסה זו רווחת במיוחד בציבור. לכחמישית מהמשיבים אין העדפה ברורה לכאן או לשם. כאשר מתמקדים באלו המביעים העדפה, נמצא ש-57% מעדיפים לקבל טיפול נפשי דווקא במרפאה ייחודית לבריאות הנפש, לעומת 43% המעדיפים לקבלו במרפאה משולבת (בהתאמה 46%-ו 35% מכלל המשיבים). חשוב להדגיש שאין מדובר בהעדפתם לגבי מקום הטיפול של 'חולי נפש', אלא להעדפתם כאשר מדובר בהם עצמם.

<sup>17</sup> נציין שהמרפאות הציבוריות הממשלתיות כיום הן מרפאות ייחודיות לתחום בריאות הנפש. מודל נוסף שאינו נבחן כאן הוא הפסיכולוג או הפסיכיאטר העצמאי שאינו נמצא במסגרת מרפאה ייחודית או כללית.

**לוח 12: התפלגות העדפות לפנייה למרפאה כללית לעומת פנייה למרפאת בריאות הנפש (באחוזים); (N=1,502)**

לאן היו פונים	סה"כ	אחוז המשיבים
סה"כ	100	
מרפאה ייחודית לבריאות הנפש	46	
מרפאה משולבת עם רופאים מומחים נוספים	35	
ללא העדפה ברורה	19	
אין העדפה, לא משנה לו	12	
לפי המלצת הרופא, או קירבה פיזית	4	
לא יודע מה ההבדל	3	

**לוח 13: סיבות להעדפת טיפול נפשי במרפאת בריאות הנפש לעומת הטיפול במרפאה מקצועית משולבת (באחוזים)**

סיבות להעדפת מרפאה לבריאות הנפש מול משולבת	מרפאת בריאות הנפש N=674	מרפאה כללית N=487	p	Z	Cohen's d
<b>איכות הטיפול*</b>	<b>78</b>	<b>19</b>	<b>.000</b>	<b>19.78</b>	<b>1.43</b>
טיפול טוב יותר- רמה מקצועית גבוהה יותר	69	13	.001	19.05	1.35
לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב	6	2	.001	3.80	0.23
יש פיקוח על הטיפול ואיכותו	6	4	.02	2.31	0.14
טיפול מהיר יותר	3	2	.09	1.61	0.09
<b>סודיות*</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>.01</b>	<b>2.65</b>	<b>0.16</b>
יותר שמירה על סודיות ופרטיות	16	12	.ns	1.90	0.11
יש פחות סיכוי להיתקל באנשים אחרים	4	2	.04	1.98	0.12
שאני מכיר	4	18	.001	8.11	0.49
כדי שלא ידעו שבאתי לטיפול נפשי (הסתרה)	2	44	<b>.000</b>	<b>17.80</b>	<b>1.23</b>
<b>רופאים*</b>	<b>2</b>	<b>40</b>	<b>.001</b>	<b>17.56</b>	<b>1.20</b>
ניתן להיעזר גם ברופאים נוספים	<1	4	.01	2.92	0.17
אפשר לבחור את הרופא שרוצים	2	12	<b>.000</b>	<b>7.35</b>	<b>0.44</b>
<b>נוחות*</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>.001</b>	<b>4.98</b>	<b>0.30</b>
להגיש נוח (לפעמים גם - להיות בסביבה בריאה)	1	5	.001	5.14	0.31
מקום מוכר יותר	<1	1	.ns		
ביוקרטיה	<1	1	.ns		
קרוב יותר / קל יותר להגיע	<1	1	.ns		

\* שורה זו מתייחסת למשיבים שצינו אחת או יותר מן התשובות שמתחת.

לוח 13 דלעיל מציג את הסיבות שצינו המשיבים שהעדיפו טיפול נפשי במרפאה לבריאות הנפש, ואת הסיבות שצינו המשיבים שהעדיפו טיפול נפשי במרפאה משולבת. כל משיב יכול היה לציין יותר מאשר סיבה אחת להעדפתו. השיקול המרכזי בהעדפת מרפאה ייחודית לבריאות הנפש הוא איכות הטיפול. כ-78% מהמשיבים שבחרו במרפאה לבריאות הנפש ציינו סיבה שקשורה לאיכות הטיפול כנימוק לבחירתם. לעומת זאת, השיקול המרכזי המועלה על ידי המרואיינים להעדפת מרפאה משולבת הוא האפשרות להיעזר ברופאים נוספים (40%). נושא הסודיות וההסתרה צוין כשיקול עבור שתי ההעדפות גם יחד: על ידי כ-23% ו-30% מהבוחרים לקבל טיפול נפשי במרפאה לבריאות הנפש ובמרפאה המשולבת בהתאמה. השיקולים הם אם כן בעיקר השיקול המקצועי (בין אם איכות הטיפול - בעיקר כשיקול למרפאה ייחודית, או ההיעזרות ברופאים נוספים - בעיקר כשיקול למרפאה

המשולבת). בצד השיקול המקצועי, בולט בממצאים השיקול של הסודיות בשני סוגי המרפאות, כל קבוצת משיבים רואה את יתרונותיו של אותו סוג מבחינת השמירה על הסודיות וההסתרה; דבר המצביע על מרכזיות הסטיגמה.

אם יש מגמה להעברת כובד המשקל של הטיפול המרפאתי למרפאות כלליות, הרי שניכר שנדרשת התערבות לשינוי העמדות לכיוון של הלימה גבוהה יותר בין העדפות הציבור לבין סוג המרפאות המוצע. בתוך כך רצוי להביא בחשבון שהמרפאות הייחודיות לבריאות הנפש נתפסות כנותנות מענה מקצועי טוב יותר; דבר שכפי שיוצג בהמשך, אנו מוצאים גם לגבי בית החולים הפסיכיאטרי. במילים אחרות, מקום שכל מומחיותו היא בתחום בריאות הנפש נתפס, ככל הנראה, כיותר מקצועי מאשר מרפאה כללית שזהו רק אחד מתחומי הטיפול שבהם היא עוסקת וממילא אין זו מומחיותה. התערבות לשינוי עמדות בכיוון זה, תצטרך למצוא מענה לנושא זה; כלומר להבהיר לציבור עד כמה יש או אין הפסד באיכות הטיפול (לחלופין, ייתכן שאם אין לציבור אלטרנטיבה אלא כל הטיפול מוצע במרפאות כלליות ואין מרפאות לבריאות הנפש, אז ממילא אין צורך בשינוי עמדות). במקביל, ניתן להדגיש את האפיונים שצוינו על ידי מעדיפי המרפאה הכללית, קרי הנוחות ובמיוחד האפשרות להיעזר ברופאים אחרים. עם זאת, יש מקום לבחון ביתר פירוט עד כמה אפשרות זו "אטרקטיבית" בגילים שונים. ייתכן שהיא מעניינת יותר עבור משתמשים "כבדים" יותר בשירותי הבריאות הכלליים, למשל, אנשים מבוגרים יותר. יש לציין שהן המרפאה הכללית והן המרפאה לבריאות הנפש הן מסגרות רפואיות. הצעה בכיוון אחר מועלית על ידי Davidson (2002), המציע לנסות להציע את השירותים ככל האפשר מחוץ למסגרות הרפואיות, קרי, לנסות להתמקד במרכזים קהילתיים, מרכזי נוער וכו', על מנת לצמצם את זיהוי החולים והמטופלים.

## **7.2 העדפות לגבי מסגרות אשפוז ושיקום**

### **7.2.1 העדפה לאשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי מול בית חולים פסיכיאטרי**

סוגיית הטיפול במקום שמתמקד בבריאות הנפש לעומת מקום המשלב תחומי בריאות שונים קיימת לא רק לגבי הטיפול הנפשי האמבולטורי אלא גם לגבי אשפוז. סוגיה זו קיימת הן ברמת המדיניות, מבחינת פרופורציית המיטות בבתי חולים פסיכיאטריים מול במחלקות פסיכיאטריות בבתי חולים כלליים, והן ברמת העדפות הציבור.

שאלנו את המשיבים על העדפתם במקרה שהם עצמם או בן משפחתם יזדקקו לאשפוז פסיכיאטרי. לוח 14 מראה שכמחציתם (51%) ציינו שיעדיפו אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים רגיל, בעוד שכרבע (23%) השיבו שיעדיפו אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי. כלומר, בקרב מי שהביעו העדפה ברורה, 60% מעדיפים בית חולים כללי, לעומת 40% שמעדיפים בית חולים פסיכיאטרי. מגמה זו נמצאה הן בקרב מי שביקרו בבית חולים או במחלקה פסיכיאטרית והן בקרב מי שלא ביקרו. (1,1079),  $\chi^2=0.43$ ,  $p=ns$ .

**לוח 14: התפלגות העדפות אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לעומת אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי (באחוזים, N=1,480)**

סה"כ	אחוז המשיבים
100	100
בית חולים פסיכיאטרי	23
בית חולים כללי	51
ללא העדפה ברורה	26
אין העדפה, לא משנה לו	10
לפי המלצת הרופא, או קירבה פיסית	6
לא יודע מה ההבדל	10

**לוח 15: סיבות להעדפת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי (באחוזים)\***

סיבות	בית חולים פסיכיאטרי N=338	בית חולים כללי N=659	p	Z	Cohen's d
<b>איכות הטיפול**</b>	<b>91</b>	<b>26</b>	<b>.0001</b>	<b>19.41</b>	<b>1.56</b>
טיפול טוב יותר	88	15	.0001	22.45	2.02
אפשרות לקבל גם טיפול רפואי גופני טוב יותר	4	12	.0001	4.43	0.28
<b>סודיות**</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>.0001</b>	<b>9.01</b>	<b>0.60</b>
כדי שלא ידעו על האשפוז הפסיכיאטרי (הסתרה)	2	30	.0001	10.14	0.68
שם רע (אדם שאושפז בבית חולים פסיכיאטרי)	0	7	.0001	4.83	0.31
מכתים את שמו) - סטיגמה	0	7	.0001	4.83	0.31
יש פחות סיכוי להיתקל באנשים אחרים שאני מכיר	9	3	.0001	4.45	0.29
<b>נוחות**</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>.0001</b>	<b>11.31</b>	<b>0.77</b>
סביבה - אווירה (הרגשה יותר טובה כשאין רק "חולי נפש" בסביבה)	1	29	.0001	10.59	0.71
מקום מוכר יותר (נוח)	0	4	.001	2.38	0.14
קרבה גאוגרפית, נגישות	0	<1			
סביבה פיזית, תנאים לא טובים	0	<1			
<b>אחר**</b>	<b>-</b>	<b>10</b>	<b>.0001</b>	<b>5.75</b>	<b>0.37</b>
פחד/חשש (מהאנשים שנמצאים שם)	0	2	.001	2.48	0.15
מחלקה פתוחה (מח' בכללי נתפסת כפתוחה ובית חולים פסיכיאטרי נתפס כמקום סגור)	0	2	.0001	2.75	0.17
תלוי בחומרת הבעיה	--	1			
הידרדרות במצב (אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי מוביל להידרדרות במצב החולה)	0	4	.0001	3.73	0.23

\* אחוז מכלל המשיבים שמציין סיבה כלשהי. ניתן היה לציין יותר מסיבה אחת (מרבית המשיבים ציינו רק סיבה אחת). רק 4.3% ו-6.3% מהמעדיפים בית חולים פסיכיאטרי וכללי בהתאמה ציינו יותר מאשר סיבה אחת.

\*\* שורה זו מתייחסת למשיבים שצינו אחת או יותר מן התשובות שמתחת.

העדפה זו הולמת את המגמה להרחבת האשפוזים בבתי החולים הכלליים וצמצום האשפוזים בבתי החולים הפסיכיאטריים (Levav & Grinshpoon, 2004). בהמשך לקו זה, מציע Davidson (2002) שבמידה שאכן אין להימנע מהמסגרת הרפואית אזי רצוי לנסות למקם את הטיפול במחלקות בית

החולים הכללי שאינן מזוהות כמחלקות פסיכיאטריות, כדוגמת, מחלקת ילדים, גריאטריה או מחלקה נירולוגית-פסיכיאטרית.

אם כן, בעוד שלגבי טיפול אמבולטורי מצאנו שיש העדפה לטיפול במרפאה ייחודית לבריאות הנפש, הרי שלגבי אשפוז פסיכיאטרי, ישנה העדפה לבית חולים כללי. העדפת בית חולים כללי מתקשרת לשיקולי סטיגמה (סודיות), לנוחות ולאיכות הטיפול, בעוד שהעדפת בית חולים פסיכיאטרי מנומקת בדרך כלל על ידי איכות הטיפול (לוח 15 דלעיל).

## 7.2.2 העדפה להוסטל או לדיר מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק

אחד המרכיבים במערכת השיקום בבריאות הנפש הוא מערך הדיר. מערך הדיר מקיים רצף של פתרונות דיר בהתאמה החל מדיר לווין ועד הוסטל כוללני. כאשר אדם נעזר במערכת זו, אחת הסוגיות הנשקלות היא מיקומו של המשתקם בקרבת מקום למשפחתו, או דווקא בריחוק ממשפחתו. ביקשנו מהמשיבים להתייחס למצב, שבו הם, או מישהו מבני משפחתם, צריכים לגור במסגרת כזו. מצאנו העדפה ברורה לדיר בסביבה הקרובה: כ-72% מהמשיבים העדיפו הוסטל בקרבת מקום, לעומת 19% שהעדיפו הוסטל מרוחק (9% הנותרים לא הביעו העדפה).

פרופורציה זו של העדפה נשמרת, כאשר מסתכלים על אנשים המצוינים שיש להם קרוב משפחה הסובל ממחלת נפש לעומת אלו שאינם מצוינים זאת ( $\chi^2 = 0.31$ ,  $p=ns$ ); או כאשר מבחינים בין מי שמציין שגר בעבר או כיום עם אדם הסובל ממחלת נפש לעומת אלו שאינם מצוינים זאת ( $\chi^2 = 0.32$ ,  $p=ns$ ). היא נשמרת גם כאשר משווים בין מי שביקרו בבית חולים או במחלקה פסיכיאטרית לבין מי שלא ביקרו ( $\chi^2 = 1.56$ ,  $p=ns$ ). לוח 16 מציג את הסיבות להעדפות אלו. כפי שניתן לראות, השיקול הבולט הוא אפשרות הביקור והיכולת לפקח על הנעשה. רק כחמישית מהמשיבים מעדיפים הוסטל מרוחק ונראה ששיקול מרכזי שם הנו הסטיגמה.

### לוח 16: סיבות להעדפת הוסטל או דיר מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק (באחוזים)

העדפה להוסטל					
סיבות להעדפה	מרוחק N=292	בסביבתי N=1,112	p	Z	Cohen's d
אפשרות ביקור קלה יותר	1	79	.0001	24.48	1.72
למשפחה יש אפשרות לפקח	0	22	.0001	8.83	0.49
קרבה ותמיכה לחולה	0	2	.0001	2.48	0.13
הכרת האזור והתמצאות בו	0	21	.0001	8.42	0.46
שאחרים לא ידעו (בושה)	64	0	.0001	28.24	2.29
שאחרים לא יציקו ויתנכלו	19	0	.0001	13.84	0.79
שינוי אווירה לחולה	10	0	.0001	10.61	0.59
ניתוק טוב בשבילו (בשביל החולה)	11	0	.0001	10.90	0.61
ניתוק טוב בשבילי	4	0	.002	5.74	0.31

\* אחוז מכלל המשיבים שמציין סיבה כלשהי. ניתן היה לציין יותר מסיבה אחת. מספר התשובות שניתנו להוסטל מרוחק: 314 ולהוסטל בסביבה: 1386



## **8. סכיזופרניה, דיכאון ואשפוז פסיכיאטרי: זיהוי מחלות פסיכיאטריות, ייחוסים ותפיסות**

### **8.1 הקדמה**

האם תגובות שליליות נוצרות לנוכח התנהגויות ספציפיות של אדם, המביאות לכך שייתפס כ"חולה נפש", ובעקבות זאת מגיבים אליו בשלילה? או שמא מדובר על מסלול אחר שבו עצם המושג מחלת נפש נתפס כבעל מאפיינים מסוימים, וכאשר הוא מיוחד לאדם מסוים הוא מעורר התייחסויות שליליות (בלי קשר להתנהגויות ספציפיות של האדם)? כפי שצוין במבוא, סביר להניח ששני המסלולים גם יחד רלבנטיים לסטיגמה בבריאות הנפש. המסלול הראשון, הקשור לזיהוי של חולים ספציפיים, משמעותי כיוון שהוא מתייחס למצבי היום-יום שבהם נתקלים חולים בעקבות התנהגותם, בסטיגמה. הציבור מזהה חלק מן החולים ומגיב אליהם. מובן שיש גם חולים שאינם מזהים, ולפיכך ממילא פחות נתונים ליחס הסטיגמטי. המסלול השני, הקשור לתפיסות של המושג המופשט, משמעותי משום שהוא מייצג מצבים שבהם הציבור מגיב למונח "חולה נפש" בצורה סטיגמטית, תוך תגובה, למעשה, למאפיינים הנתפסים של החולים, מבלי שיש אדם ספציפי לפנייהם. כך, למשל, כאשר מדובר על הקמת הוסטל לנפגעי נפש, אנשים יגיבו למושג "חולה" כפי שהוא נתפס בעיניהם (ייתכן שלו היו נתקלים בדיירים [הפוטנציאליים], כלל לא היו מזהים אותם כ"חולי נפש").

לשני מסלולים אלו יש השלכות שונות להתערבויות. לגבי הזיהוי, אם מתברר שהציבור מזהה אנשים הסובלים ממחלות פסיכיאטריות, ניתן לחשוב על התערבויות המנסות להתמקד בצמצום הנראות (Visibility), כדוגמת שינוי מקום הטיפול למסגרות רפואיות כלליות או למסגרות לא רפואיות, ומתן תרופות בעלות פחות תופעות לוואי (Angermeyer, 2002; Davidson, 2002; Lai, Hong & Chee, 2000). מובן שאם הציבור אינו מזהה את החולים, אין טעם בהתערבויות בכיוון זה. לגבי התפיסות, אם מתברר שעיקר הבעייתיות הנה בתפיסות ובתפיסות שגויות, הרי שיש לשקול התערבויות שתובלנה למשל לתפיסות נכונות יותר. לעומת זאת, אם מתברר שהבעיה נעוצה בתגובות שליליות לגבי אפיונים מציאותיים, הרי שרצוי יהיה לפעול לכיוון הגברת הסובלנות והקבלה מחד גיסא, והתערבויות מכוונות להתנהגות החולים מאידך גיסא.

בפרק הנוכחי נתמקד במסלול הראשון (הזיהוי) ובפרק הבא נתמקד במסלול השני (תפיסות).

### **8.2 זיהוי והתייחסות**

להתייחסות לנפגעי נפש יש פנים רבות. המרכיבים הקוגניטיביים, הרגשיים וההתנהגותיים לא תמיד עקביים, והקשר ביניהם מורכב (Eagly & Chaiken, 1993; Penn et al., 1999). יתרה מזאת, על מנת לתכנן התערבויות, יש להבין את הבסיס לסטיגמה; שכן, ההתערבות הנדרשת כאשר המוקד קוגניטיבי (העדר ידע) שונה מזו הנדרשת כאשר הבסיס רגשי (פחד וכעס) או כאשר הבסיס הוא תפיסות מעוותות (עם או בלי בסיס רגשי). זיהוי החולים מהווה אחד הבסיסים להתייחסות, לתפיסות, לרגשות, לעמדות ולבסוף לכוונות ההתנהגותיות ולקשרים ביניהם.

מחקרים בארה"ב מעידים שבהשוואה למצב לפני כמה עשרות שנים, האוכלוסייה מצליחה יותר לזהות תיאורים שונים של אנשים הסובלים ממחלות נפש, ועם זאת, אין זה כרוך בהכרח בשיפור ההתייחסות. כך, למשל, מחקר שבחן את ההתייחסות למחלות נפש ב-1950 וב-1996, מצא תפיסה רחבה יותר של המושג "מחלת נפש" בקרב הציבור; תפיסה הכוללת יותר דברים שעלולים לקרות גם "לנו" ("us"), אך בו זמנית גם יותר התרחקות מ"הם" ("them"). כלומר, ייתכן שאף שיש יותר תפיסה של מחלות הנפש בצורה הכוללת יותר הפרעות ומחלות, יותר דברים העלולים לקרות לכולנו, הרי שבמקביל יש יותר פחד והתרחקות מקבוצה ספציפית בקרב האנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, קרי, אנשים עם פסיכוזה (Phelan et al., 2000).

בפרק זה ננסה לבחון מהו המצב בישראל ונתייחס לשאלות, כגון, באיזו מידה האוכלוסייה בישראל מזהה תיאורים של סכיזופרניה ודיכאון? מהם הייחוסים הנעשים לגבי אנשים אלו? האם קיימת מודעות בישראל לדיכאון ועד כמה הוא נתפס כבעיה נפשית או כמחלה נפשית? עד כמה "נדבק" האשפוז הפסיכיאטרי לאדם ומטביע חותמו על תפיסתו בעיני הזולת גם במצב של תפקוד נורמלי?

על מנת לבחון סוגיות אלו, נעזרנו בווינייטים המתארים אדם מסוים. המשיבים קיבלו אחד מן הווינייטים בלבד (ראה פירוט בפרק השיטה).<sup>18</sup> משיבים קיבלו תיאור של גבר ומשיבות קיבלו תיאור של אישה. התיאורים היו דומים ככל האפשר זה לזה למעט האפיונים שאת השפעתם רצינו לבחון על ידי השוואות בין התיאורים. שניתנו תיאור אדם הסובל מסכיזופרניה, אדם הסובל מסכיזופרניה ומאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי; אדם עם דיכאון; אדם "נורמלי" שהיה בעבר באשפוז פסיכיאטרי קצר; ואדם "נורמלי" שהיה בעבר באשפוז פסיכיאטרי קצר על רקע אירוע טראומטי. הווינייטים מופיעים בהמשך הפרק וחברו כך שידגישו ככל האפשר את הפן הנורמטיבי של האדם.

בכל אחד מהתיאורים בחנו באיזו מידה האדם המתואר נתפס כאדם רגיל, כמי שעבר תקופות קשות בחייו וכמי שסובל מדיכאון, מבעיה נפשית או ממחלת נפש. נתייחס תחילה לתפיסת דיכאון, נעבור לתפיסת סכיזופרניה (כולל השפעת אשפוז), ולבסוף נתמקד בהשפעת האשפוז עם ובלי תיאור רקע טראומטי לתפיסות וייחוסים לגבי אדם נורמלי.

מעבר לתיאורים השונים, מצאנו כי ככל שאדם נתפס יותר כסובל מדיכאון, כך הוא גם נתפס יותר כאדם עם בעיות נפשיות ( $r=.35, p<.01, n=777$ ), ובמידת-מה גם כאדם הסובל ממחלת נפש ( $r=.21, p<.01, n=771$ ). תפיסת בעיות נפשיות ומחלת נפש היו קשורות ( $r=.64, p<.01, n=775$ ). מעניין שנמצא קשר, אם כי חלש, בין התפיסה של אדם כמי שעבר תקופות קשות בחייו לבין התפיסה של אדם כאדם הסובל מדיכאון ( $r=.20, p<.01, n=776$ ). מצאנו שככל שאדם נתפס כאדם רגיל, כן הוא נתפס פחות כבעל בעיות נפשיות ( $r=-.35, p<.01, n=777$ ), או כסובל ממחלת נפש ( $r=-.34, p<.01, n=773$ ). מציאת הקשר כשלעצמו אינה מפתיעה. עם זאת, ראוי לציין שאין מדובר בקשר חזק מאוד; דבר המרמז לכך שהמונחים "אדם רגיל" והמונח "אדם הסובל ממחלת נפש" לא נתפסו כמושגים המוציאים זה את זה.

<sup>18</sup> כפי שהובהר בפרק השיטה, מחצית מהמשיבים לא קיבלו כל תיאור וממילא אין הם נכללים בניתוחים המוצגים בפרק זה.

### 8.3 דיכאון

אחד הווינייטים שבהם נעזרנו תיאר אדם עם קווים דיכאוניים:<sup>19</sup>

"מיכאל, נראה כבן 40, הוא אב לילדים. לפעמים הוא מודאג וקצת מתוח. עד לפני חודשיים עבד ותפקד כרגיל. בחודשיים האחרונים הוא מדבר על עצמו בצורה שלילית, חש חוסר תיאבון, ממעט לצאת מביתו, מתקשה להירדם בלילות. הוא איבד עניין כמעט בכל הפעילויות שלקח בהן חלק לפני כן".

מלוח 17 עולה שהמשיבים נוטים לזהות את הדיכאון - 77% מהמשיבים זיהו את הדמות בווינייט הזה כאדם הסובל מדיכאון (ציינו נכון מאוד או די נכון). במקביל, אותו אדם נתפס כאדם רגיל (74%), שעבר תקופות קשות בחיים (86%). אף כי 58% סבורים שהוא אדם עם בעיות נפשיות, הרי שרק 26% סבורים שהוא אדם הסובל ממחלת נפש. נראה אם כן שאף שיש נטייה לזהות את הדיכאון, הוא אינו נתפס כמחלת נפש אלא כתופעה יחסית נורמטיבית.

לוח 17: תפיסת הווינייט שבו תואר אדם הסובל מדיכאון (באחוזים)

האדם המתואר הוא	סה"כ (במספרים מוחלטים)	סה"כ (באחוזים)	נכון מאוד	די נכון	לא יודע	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
אדם רגיל	171	100	35	39	2	19	5
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	171	100	40	46	8	6	0
אדם הסובל מדיכאון	172	100	36	41	9	9	5
אדם עם בעיות נפשיות	173	100	23	35	8	27	7
אדם הסובל ממחלת נפש	171	100	9	17	18	33	23

\* בלוח זה ובחלק מן הלוחות הבאים, יש לעתים פער של 1 בין סך המספרים לבין הסה"כ המחושב. זאת בגלל עיגולים הנובעים מן המשקלות

### 8.4 סכיזופרניה

שני וינייטים נוספים הציגו תיאור של אדם הסובל מסכיזופרניה. הווינייטים זהים זה לזה, למעט העובדה שהשני מציין במפורש שהאדם מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי. לוח 18 ולוח 19 מציגים את התפלגות התגובות של המשיבים שקיבלו תיאורים אלו.

"מיכאל, נראה כבן 40, הוא אב לילדים. לפעמים הוא מודאג וקצת מתוח. מיכאל מדבר בצורה לא עניינית, לפעמים הוא מדבר לעצמו וצוחק אל עצמו. מדי פעם הוא מסתכל בצורה משונה על סביבתו. לפעמים הוא נראה כאילו הוא שומע משהו שלא קיים, שמדבר אליו".

<sup>19</sup> בפרק זה אנו מציגים גרסה אחת של הווינייטים. כפי שהוסבר בשיטה, לנשים הוצג וינייט זהה ובו תיאור של אשה בשם נעמי, ובערבית שונו השמות.

"מיכאל, נראה כבן 40, הוא אב לילדים. לפעמים הוא מודאג וקצת מתוח. הוא מאושפז בבית חולים פסיכיאטרי. מיכאל מדבר בצורה לא עניינית, לפעמים הוא מדבר לעצמו וצוחק אל עצמו. מדי פעם הוא מסתכל בצורה משונה על סביבתו. לפעמים הוא נראה כאילו הוא שומע משהו שלא קיים, שמדבר אליו".

בסך הכול התמונות המתקבלת משני הווייטים די מקבילות זו לזו. השוואת ההתייחסויות לתיאור האדם הסובל מסכיזופרניה העלתה שאזכור האשפוז אינו מוביל לשוני משמעותי במידת תפיסתו כאדם רגיל, כמי שעבר תקופות קשות בחיים, כאדם שסובל מדיכאון ואף לא כאדם הסובל מבעיה נפשית או כאדם הסובל ממחלת נפש (ראו נספח 9א).

#### לוח 18: תפיסת הווייט שבו תואר אדם הסובל מסכיזופרניה (באחוזים)

האדם המתואר הוא	סה"כ (במספרים מוחלטים)	סה"כ (באחוזים)	נכון מאוד	די נכון	לא יודע	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
אדם רגיל	164	100	19	26	2	34	19
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	164	100	33	45	12	7	3
אדם הסובל מדיכאון	163	100	19	39	14	20	8
אדם עם בעיות נפשיות	164	100	35	53	4	7	1
אדם הסובל ממחלת נפש	164	100	26	33	16	19	6

#### לוח 19: תפיסת הווייט שבו תואר אדם הסובל מסכיזופרניה ומאושפז (באחוזים)

האדם המתואר הוא	סה"כ (במספרים מוחלטים)	סה"כ (באחוזים)	נכון מאוד	די נכון	לא יודע	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
אדם רגיל	143	100	11	30	1	43	15
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	143	100	31	47	14	7	1
אדם הסובל מדיכאון	141	100	22	33	21	19	5
אדם עם בעיות נפשיות	143	100	49	38	5	7	1
אדם הסובל ממחלת נפש	142	100	28	38	18	11	5

### 8.5 תגובה לאשפוז פסיכיאטרי

אחת הבעיות המרכזיות בסטיגמה בבריאות הנפש היא הסטיגמה הנלווית לאשפוז פסיכיאטרי. בתיאורים שהוזכרו למעלה, התייחסנו למצב של פסיכופתולוגיה עם ובלי אשפוז. ואולם, הבעייתיות של הסטיגמה המתלווה לאשפוז עלולה להיות קיימת גם כאשר אין בבירור פסיכופתולוגיה, שאז למעשה מדובר על האפקט של האשפוז עצמו. מהי ההתייחסות לאדם שלא ניכרים בו כל אלמנטים פסיכופתולוגיים, אלא שיש בתיאורו דיווח על מצב שבו עבר משבר והתאשפז לזמן קצר של מספר

שבועות? על מנת לבדוד ככל האפשר את השפעת האשפוז עצמו,<sup>20</sup> הצגנו שני וינייטים ובהם תיאור של אדם "נורמלי" שאושפז בעקבות משבר. הווינייט הראשון ביניהם מציין שהמשבר הופיע בעקבות מעורבות בתאונת דרכים. הווינייט השני אינו מציין זאת. ניסינו להדגיש את הצד הנורמטיבי. העובדה שהאדם עבר משבר שבעקבותיו אושפז, הוצגה על מנת לצמצם את ייחוס האשפוז לפסיכופתולוגיה "כבדה". האם עצם העובדה שידוע שאדם התאשפז בשל משבר מובילה להתייחסויות שליליות? באיזו מידה ההתייחסות שונה כאשר יש מידע נוסף (בווינייט הראשון) שעשוי כביכול לתת הסבר נורמטיבי עוד יותר לגבי הרקע לאשפוז, קרי, מעורבות בתאונה? בהמשך נעסוק בשאלות אלו, אך תחילה נבחן כיצד נתפסים התיאורים הללו. תיאורי האנשים מופיעים במסגרות שלהלן.

"מיכאל, נראה כבן 40, הוא אב לילדים. לפעמים הוא מודאג וקצת מתוח. מיכאל עבד ותפקד כרגיל עד לפני כעשר שנים. אז היה מעורב בתאונת דרכים שבעקבותיה עבר משבר והתאשפז למשך כמה שבועות בבית חולים פסיכיאטרי. כשמצבו השתפר הוא שוחרר מהאשפוז, ותוך זמן קצר חזר לעבודתו. כיום מיכאל חש בטוב, מתפקד ועובד כרגיל. יש לו מספר חברים, והוא נפגש אתם מדי פעם".

"מיכאל, נראה כבן 40, הוא אב לילדים. לפעמים הוא מודאג וקצת מתוח. מיכאל עבד ותפקד כרגיל עד לפני כעשר שנים. אז עבר משבר והתאשפז למשך כמה שבועות בבית חולים פסיכיאטרי. כשמצבו השתפר הוא שוחרר מהאשפוז, ותוך זמן קצר חזר לעבודתו. כיום מיכאל חש בטוב, מתפקד ועובד כרגיל. יש לו מספר חברים, והוא נפגש אתם מדי פעם".

מלוח 20 ולוח 21 עולה שלגבי מרבית הממדים, שני האנשים נתפסים באופן דומה. אולם, האדם הנורמלי שאושפז, נתפס באופן שונה כאשר מתווספת לתיאורו התייחסות לתאונות דרכים כרקע לאשפוז, מול העדר תוספת זאת: 36% מול 57% סבורים שהוא אדם עם בעיות נפשיות. כלומר, כאשר יש קישור לתאונת דרכים, האדם נתפס פחות כאדם עם בעיות נפשיות מאשר כאשר אין קישור כזה ( $Z=3.51, p<.001, \text{Cohen's } d=.41$ ). ממצא זה מרמז על כך שייתכן שכאשר יש "הסבר" יותר "נורמטיבי" לאשפוז, או "הצדקה" של אירוע חיצוני; כך שאין צורך לייחס את האשפוז לתכונותיו של האדם עצמו, אזי נעשה פחות ייחוס של בעיות נפשיות. כיוון דומה עולה גם בייחוס מחלת נפש (20%-ו-29% בהתאמה סבורים שהאדם סובל ממחלת נפש, אולם ההבדל שם אינו מובהק ( $Z=1.87, p<.07$ ), (Cohen's  $d=.11$ ); (ראו נספח 9 חלק ב').

<sup>20</sup> על מנת לאפשר הסקה ברורה וחזקה, צריך היה להוסיף גם תיאור של אדם "נורמלי" ללא אשפוז. אולם, בדיקה ראשונית העלתה שלא ניתן היה לעשות זאת כיוון שתיאור כזה מעלה תגובות קשות מצד המרואיינים שעלולים להרגיש בלבול לאור העובדה שהשאלות תמוהות לחלוטין בהקשר כזה.

**לוח 20: תפיסת הווינייט שבו תואר אדם "נורמלי" שאושפז בעבר על רקע אירוע טראומטי (באחוזים)**

האדם המתואר הוא	סה"כ (במספרים מוחלטים)	סה"כ (באחוזים)	נכון מאוד	די נכון	לא יודע	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
אדם רגיל	157	100	38	46	1	13	2
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	158	100	52	39	3	6	0
אדם הסובל מדיכאון	154	100	8	27	19	32	14
אדם עם בעיות נפשיות	152	100	10	26	9	43	12
אדם הסובל ממחלת נפש	152	100	5	15	10	42	28

**לוח 21: תפיסת הווינייט שבו תואר אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר (באחוזים)**

האדם המתואר הוא	סה"כ (במספרים מוחלטים)	סה"כ (באחוזים)	נכון מאוד	די נכון	לא יודע	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
אדם רגיל	149	100	35	42	2	18	3
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	151	100	43	47	6	3	1
אדם הסובל מדיכאון	150	100	11	34	22	21	12
אדם עם בעיות נפשיות	151	100	15	42	9	30	4
אדם הסובל ממחלת נפש	148	100	7	22	18	35	18

על מנת לבחון באיזו מידה התגובות לתיאורים השונים שונות זו מזו במוצק ביצענו ניתוח שונות חד-גורמי (ANOVA) על כל אחת מן השאלות.<sup>21</sup> לוח 22 מציג את הממוצעים שהתקבלו. ככל שהממוצע נמוך יותר (קרוב יותר ל-1), המשמעות היא שהמשיבים ראו את התכונה הנדונה כיותר מתאימה לאדם המתואר בווינייט, וככל שהממוצע גבוה יותר (קרוב יותר ל-5), משמע המשיבים ראו את התכונה הנדונה כפחות מתארת את האדם שבווינייט.

<sup>21</sup> יש לציין שאף שסולם התגובה הנו אורדינלי, אנו משתמשים כאן בכלים לסולמות רווח. על מנת לעשות זאת, עלינו להניח שהפער בין 'נכון מאוד' לבין 'נכון', מקביל למשל לפער בין 'לא כל כך נכון' לבין 'בכלל לא נכון'. במידה שהנחה זו אינה נכונה, כלומר הפערים אינם אחידים, ייתכן עיוות מסוים בדיוק האומדנים (הממוצעים). לכן, יש להתייחס לממצאים לגבי הממוצעים בזהירות.

לוח 22: זיהוי וינייטים וייחוס תכונות (ניתוח שונות, ממוצעים\*, ומספר מקרים)

המשיב קיבל וינייט המתאר אדם									
עם סימפטומים של			'נורמלי' +						
סכיוזופרניה +		אשפוז + רקע של							
אשפוז	סכיוזופרניה	דיכאון	אשפוז	טראומה		F(df)	p	Cohen's d	האדם המתואר הוא
3.21 <sup>b</sup>	3.10 <sup>b</sup>	2.19 <sup>a</sup>	2.11 <sup>a</sup>	1.95 <sup>a</sup>	ממוצע*	F(1,778)=34.6	.001	0.84	אדם רגיל
143	164	171	149	157	N				
2.00 <sup>b</sup>	2.01 <sup>b</sup>	1.79 <sup>a,b</sup>	1.71 <sup>a,b</sup>	1.64 <sup>a</sup>	ממוצע	F(1,782)=6.0	.001	0.35	אדם שעבר תקופות קשות בחיים
143	164	171	151	158	N				
2.54 <sup>b</sup>	2.60 <sup>b</sup>	2.08 <sup>a</sup>	2.89 <sup>b,c</sup>	3.16 <sup>c</sup>	ממוצע	F(1,774)=18.9	.001	0.63	אדם הסובל מדיכאון
141	163	172	150	154	N				
1.73 <sup>a</sup>	1.85 <sup>a</sup>	2.60 <sup>b</sup>	2.65 <sup>b</sup>	3.19 <sup>c</sup>	ממוצע	F(1,777)=45.2	.001	0.96	אדם עם בעיות נפשיות
143	164	173	151	152	N				
2.25 <sup>a</sup>	2.46 <sup>a</sup>	3.44 <sup>b</sup>	3.33 <sup>b</sup>	3.72 <sup>b</sup>	ממוצע	F(1,771)=43.8	.001	0.95	אדם הסובל ממחלת נפש
142	164	171	148	152	N				

הערה: תאים באותה שורה שלצדם מופיעה אות זהה (a, b, c) אינם נבדלים זה מזה (לפי מבחן Scheffe).  
 \* ככל שהממוצע נמוך יותר, כך התכונה נתפסת כיותר מאפיינת את האדם המתואר.

מן הלוח ניתן לראות שניתוח שונות העלה שיש הבדלים בין הממוצע הגבוה ביותר לממוצע הנמוך ביותר לגבי כל אחת מהתכונות. על מנת למקד את ההבדלים בין הווינטיים השונים ולראות אילו תיאורים נבדלים זה מזה ואילו תיאורים אינם נבדלים זה מזה ביצענו מבחן Scheffe.<sup>22</sup> תוצאות מבחן זה מופיעות בלוח 22. בתוך כל שורה, תיאורים (וינטיים) בעלי אותה אות אינם שונים זה מזה. תיאורים עם אות שונה בלבד שונים זה מזה (תיאורים בעלי אות שונה ואות משותפת אינם נבדלים זה מזה). ההתייחסות לתיאורים השונים כמבטאים בעיות נפשיות התקבצו לשלוש קבוצות. תיאורי אדם עם סכיזופרניה, בין אם הוא מאושפז או שאינו מאושפז, נתפסו יותר כמעידים על בעיות נפשיות מאשר תיאור האדם הדיכאוני והאדם הנורמלי שהתאשפז. האדם הנורמלי שהתאשפז על רקע אירוע טראומטי נתפס עוד פחות כבעל בעיה נפשית מאשר שני האחרונים. אבחנה אחרונה זו בין אדם "נורמלי" שאושפז על רקע טראומטי, לבין אדם שאושפז ללא רקע טראומטי, נעלמת כאשר עוברים לתפיסת האדם כמי שסובל ממחלת נפש. כאן נוצרו שתי הקבוצות - התיאורים של האנשים עם הסכיזופרניה מול שלושת האחרים. כלומר, נראה שכאשר האנשים נשאלים על רמה חמורה יותר של בעייתיות, הם נוטים להבחין בין הסכיזופרניה לבין השאר, בעוד שכאשר מדובר על בעיות נפשיות, יש משמעות לאבחנה בין הנורמלי עם הרקע הטראומטי לבין הנורמלי ללא הרקע הטראומטי והדיכאוני.

#### **לסיכום ניתוח השוואתי זה:**

- ♦ לא נמצאו הבדלים בתפיסה של אדם הסובל מסכיזופרניה כאשר תיאורו כולל אשפוז לעומת לא כולל אשפוז.
- ♦ האדם בעל הקווים הדיכאוניים אינו נתפס כאדם הסובל ממחלת נפש. הוא מזוהה כאדם הסובל מדיכאון, ועם זאת, הוא נתפס כאדם רגיל.
- ♦ כאשר האדם התאשפז בעקבות תאונת דרכים ("רקע טראומטי"), הוא נתפס פחות כאדם בעל בעיות נפשיות מאדם עם רקע זהה שלא עבר התאונה.
- ♦ המונח "אדם רגיל" והמונח "אדם הסובל ממחלת נפש" לא נתפסו כמושגים המוציאים זה את זה. ייתכן שתפיסה זו חוזקה באמצעות הדגשים הנורמטיביים בתיאורים. מענין ש-41% ו-32% בהתאמה אינם מזוהים את האדם שתואר כסובל מסכיזופרניה כמי שסובל ממחלת נפש. ייתכן שהפן הנורמטיבי שהודגש, אינו תואם את הסטראוטיפ של חולה הנפש, ולפיכך, הוא לא בהכרח זוהה ככזה.

## **9. דמותו של האדם שחלה במחלה פסיכיאטרית בעיני החברה הישראלית**

כאשר רוצים לשנות עמדות והתייחסות, הרי שאחד השלבים הראשונים זה לבחון מהו הפרופיל הנתפס של האנשים הסובלים ממחלת נפש. בפרק זה ננסה להבין מהי התמונה הקיימת באופן ספונטני במחשבתם של אנשים בישראל כאשר הם חושבים על "חולה נפש". תפיסה זו חשובה, משום שהיא

<sup>22</sup> מבחן זה מאפשר לבחון השוואות רבות בו זמנית תוך תיקון הבעייתיות של בדיקות מרובות מבחינת הגברת ההסתברות למציאת הבדל באופן מקרי.



עשויה להשפיע על אופן תגובתם של אנשים למושג "חולה נפש". למשל, כאשר אדם מתבקש לקבל לעבודה אדם הסובל ממחלת נפש, או שומע שמתכוונים להקים ליד ביתו הוסטל או יחידת תעסוקה למשתקמים הסובלים ממחלת נפש, תגובתו לא תתבסס על האפיונים המציאותיים של קבוצה כזו, או על התנהגותם ותפקודם של המועמד לעבודה או של דיירי ההוסטל, אלא על האפיונים הרלבנטיים, לדעתו, כלומר על אמונותיו, עמדותיו, תפיסותיו והנחותיו לגבי אפיוניהם של אנשים הסובלים ממחלת נפש.

## 9.1 תפיסה של האדם החולה במחלה פסיכיאטרית

על מנת לבחון מהו הפרופיל הנתפס של האדם החולה נציג בפרק זה ממצאים המבוססים על שני אופנים שבהם נשאלו המשיבים: ראשית, שאלה פתוחה שבה נשאלו מהם לדעתם שלושת המאפיינים העיקריים של חולה נפש (שאלה הבוחנת את התפיסה הקיימת באופן פעיל בראשו של המשיב) ושנית, שאלות ממוקדות לגבי מאפיינים ספציפיים, כדוגמת רמת אלימות, רמת הכנסה ועוד (שאלות אלו עשויות להתייחס לממדים שהנם בולטים או לא בולטים בתפיסה ובדמות הקיימת בראשו של המשיב באופן ספונטני). בסעיף 9.2 נתייחס לאטיולוגיה הנתפסת.

שאלנו את המשיבים בשאלה פתוחה, אילו שלושה דברים עיקריים מאפיינים, לדעתם, "חולה נפש". התשובות קודדו ל-62 קטגוריות בסיסיות, אותן קיבצנו ל-13 קבוצות, על פי תכנים קרובים (ראו לוח 23); (לפירוט ראו נספחים 10 ו-11).<sup>23</sup> תגובות ספונטניות אלו מבטאות בצורה הברורה ביותר מהם המאפיינים הזמינים והבולטים ביותר בתפיסות הציבור את "חולי הנפש".

כ-53% מהמשיבים מתייחסים בתיאוריהם לאפיונים חיצוניים בהתנהגות חריגה, קרי, התנהגויות שונות שניתנות לזיהוי כגון צורת דיבור (19%), לבוש והזנחה חיצונית (15%) או התנהגות לא מותאמת, לא נורמטיבית (31%). תיאורים אלו הם לכאורה ניטרליים למדי מבחינת התייחסותו של המשיב - כלומר, לא ניתן להסיק מהם על עמדתו כלפי האדם המתואר או על אודות רגשותיו כלפי אדם זה. כך גם לגבי נושא הקשר עם המציאות, שצוין על ידי 21% מהמשיבים (מנותק מהמציאות, מחשבות שווא ועוד).

ממד אחר שבו ניכרת שכיחות גבוהה של תגובות הוא ההתייחסות לאותם אספקטים העלולים לעורר תגובה של חשש ופחד, קרי, התנהגות בלתי צפויה (20%), עצבנות ואי שקט (14%) ואלימות ותוקפנות (19%).

---

<sup>23</sup> מתוך 1,583 המשתתפים, 1,419 השיבו ענו על השאלה. התקבלו 3,844 תגובות שקודדו לפי 62 קטגוריות. כמחצית מהמשיבים קיבלו אחד מחמישה תיאורים (וינייטים) ומחצית המשיבים לא קיבלו תיאור. עקרונית, אף שהשאלה הפתוחה (בה ביקשנו מהמשיבים לציין את הדברים העיקריים המאפיינים לדעתם 'חולי נפש'), נשאלה לקראת סוף השאלון, ולא בצמוד לתיאורים הללו, התיאורים שניתנו לאנשים עלולים היו להשפיע עליהם וליצור מעין בסיס ל'תפיסות' ולתגובות למונח 'חולה נפש'. לאור זאת, אף שבבדיקה ראשונית לא מצאנו הבדלים בין תגובותיהם של מי שקיבלו תיאור לתגובותיהם של מי שלא קיבלו תיאור הנתונים בלוח מתייחסים למשיבים שלא קיבלו תיאור (ראו גם נספח 10).

בנוסף לכך, יש קשת של תגובות המתארות דווקא את הצדדים היותר דיכאוניים, פסיביים וחלשים: כחמישית מהמשיבים (21%) מציינים היבטים של דיכאון, חרדה ופחד בין שלושת המאפיינים העיקריים של "חולה נפש". כ-11% התייחסו לאטיות, לפסיביות, לאדישות ולישנוניות, לחולשה ולא תפקוד.

כ-14% מהמשיבים מתייחסים לאי תפקוד או לבעייתיות בקשר עם החברה, כאשר מתוך זה, כ-11% מתייחסים להתבודדות, להתבדלות ולהסתגרות. רק כ-2% מצביעים על דחייה מצד החברה. כלומר, אף שיש זיהוי של נתק חברתי, הרי שהנטייה היא למקם את הבעייתיות בחולה ולא בחברה המנדה אותו (זאת כפי שניתן להסיק מתוך ביטויים כדוגמת "מסתגר", "מתבודד"). ייתכן שניתן לראות בכך ביטוי לחוסר האמפתיה לחולים ולנטייה להאשים, כפי שנבהיר בהמשך הפרק.

באיזו מידה קיימת התייחסות אמפתית, נורמטיבית ואף חיובית? מצאנו בתגובות התייחסויות שניתן לסווג כמבטאות אמפתיה (אדם סובל, מסכן, דואג, מצב כלכלי קשה), אולם, אלו הופיעו רק בקרב כ-3% מהמשיבים. באופן דומה, רק כ-8% מהאנשים בחרו לציין אפיונים חיוביים (רגיש, אמיתי, דמיון ועוד). לעומת כ-7% שבחרו לציין ביטויים שניתן להגדירם באבחנות וכתורות (אובססיביות, פגיעה עצמית, סכיזופרניה ונדודי שינה וכו'), רק כ-3% מהמשיבים ציינו תגובות המדגישות את הנורמטיביות של החולה, והיותו דומה לאדם רגיל. עם זאת, יש לזכור שאין הממצא מפתיע, שכן, השאלה ממקדת את המשיב במאפייני "חולה הנפש", ולפיכך, אין היא מעודדת לציין אפיונים נורמטיביים המשותפים לקטגוריה זו ולשאר האוכלוסייה.

שתי הקבוצות האחרונות בלוח (אבחנות ואחר) מקבצות למעשה תגובות שונות שאינן שייכות לקבוצות המרכזיות הללו, כאשר הקבוצה "אבחנות" כוללת למעשה סימפטומים שונים המופיעים ב-DSM או ב-ICD ואינן שייכות חד משמעית לאבחנות או לקבוצות אחרות ברורות (כגון דיכאון).

בנוסף לתפיסת האדם חולה הנפש, בחנו גם מספר תחומים קשורים. ראשית, בדקנו באיזו מידה קיימת מודעות לשינויים שעוברת מערכת בריאות הנפש בישראל, שעיקרם בהעברת הדגש מבתי החולים לקהילה. כאשר נשאלו המשיבים איזה חלק מהאנשים בישראל שחולים במחלות נפשיות מאושפזים, כרבע מהנשאלים ציינו שאינם יודעים. מתוך 1,201 האנשים שענו, כ-11% העריכו שרוב האנשים מאושפזים, כ-14% העריכו שמחצית החולים מאושפזים, ואילו כ-75% העריכו שרק חלק קטן מהחולים מאושפזים. נראה שבסך הכול חלק לא קטן מהציבור יודע שמרבית החולים אינם מאושפזים. למרות מודעות זאת, מצאנו שכ-35% (מתוך 1,559 משיבים), הסכימו ש"הרחקת אדם עם מחלת נפש משכנו והעברתו למוסד, זה פתרון טוב", משמע שכשליש מהציבור אינם תומכים בהעברת הדגש מן האשפוז לקהילה.

**לוח 23: מאפיינים נתפסים של אדם עם "מחלת נפש" (באחוזים); (N=713)**

<b>אחוזים*</b>	
<b>53</b>	<b>1 התנהגות חיצונית חריגה</b> מבט, מבט בוהה לא ממוקד; דיבור (דיבור קולני, דיבור בלי גבולות); מראה חיצוני, לבוש, מלוכלכים, הבעות פנים, מראה פנים; תנועות, תנועות לא רצוניות, רעד, עוויתות; הליכה (ישיבה); התנהגות לא מותאמת-נורמטיבית-רציונלית, מוזר שונה, לא רגיל; מדבר לעצמו; מדבר שטויות, דיבור לא לעניין
<b>21</b>	<b>2 קשר עם המציאות</b> מנותק מהמציאות, ריחוף; מחשבות שווא, הלוצינציות, הפרעות בחשיבה; חוסר ריכוז, ירידה בריכוז, חולמנות, בלבול (זיכרון); הפרעות בתקשורת; שיפוט לא נכון של המציאות, שיקול דעת מוטעה
<b>20</b>	<b>3 התנהגות לא צפויה</b> איבוד שליטה, אימפולסיביות; התנהגות לא צפויה, חוסר עקביות, חוסר יציבות; מצבי רוח משתנים, הפכפך, אי יציבות נפשית (חוסר איזון)
<b>14</b>	<b>4 עצבנות, אי שקט</b> היפראקטיביות; עצבנות, חוסר סבלנות, לחץ-לחץ (מתח, היסטרי), מתלונן; אי שקט, חוסר נוחות
<b>19</b>	<b>5 אלימות</b> אלימות, תוקפנות, התפרצויות זעם, מתפרץ, אגרסיביות; כעס; התקפים; מחשבות רעות, מסוכנות
<b>21</b>	<b>6 דיכאון, פחד</b> בכי; דיכאון, מצב רוח רע, עצב; חרדה, פחד; חוסר ביטחון, הערכה עצמית נמוכה
<b>11</b>	<b>7 איטיות ופסיביות וחולשה</b> פסיביות אפאתיות אדישות חוסר חיוניות אטימות; איטיות; ישנוניות, עייפות; אי כשירות, אי תפקוד; חוסר אונים, תלות; חולי, חולשה; התמודדות של החולה (אי עמידה בלחץ, הכחשה)
<b>14</b>	<b>8 קשר / חוסר קשר עם החברה</b> התנתקות, התבדלות, בריחה מהחברה, מתבודד, הסתגרות; חוסר אמון באחרים; נידוי, דחיה; בדידות
<b>3</b>	<b>9 ביטויי אמפתיה / רחמים כלפי החולה</b> דואג; סבל; מסכן (אנשים שזקוקים לעזרה); מצב כלכלי קשה
<b>8</b>	<b>10 התייחסויות חיוביות</b> דמיון (דמיון מפותח, דמיון פורה); רגיש, אמיתי, טוב לב, חברות; מודעות עצמית גבוהה; שקט, רגוע, ביישן
<b>3</b>	<b>11 נורמטיביות</b> אדם שהיה אדם רגיל, שסבל בילדות, שעבר משברים; אין הבדל בין חולה לאדם רגיל
<b>7</b>	<b>12 אבחנות / כותרות</b> פגיעה עצמית (מקלל את עצמו, התאבדות); אובססיות; סכיזופרניה; נדודי שינה; בעיות אכילה; פיצול אישיות; אגוצנטריות (גאווה מופרזת)
<b>6</b>	<b>13 אחר</b> פיגור שכלי; חוסר מודעות עצמית; לוקחים תרופות + תופעות לוואי; עישון, סמים, אלכוהול; אופי, אישיות; לא שפוי; תורשה (חוסר איזון כימי במוח)

\* אחוז האנשים מתוך כלל המשיבים שצינו לפחות אחת מן הקטגוריות הבסיסיות שקובצו לקטגוריה מקובצת זו.

בחנו גם את ההתייחסות לנושא ההשכלה. כמחצית מהמשיבים סבורים שרמת ההשכלה של רוב האנשים עם מחלת נפש נתפסת דומה לזו של האוכלוסייה בכלל (52%). כרבע מהמשיבים (23%) סבורים שהשכלתם נמוכה יותר, מול כ-10% שסבורים שהשכלתם גבוהה יותר (15% הנותרים מציינים שאינם יודעים). במקביל, ניכרת בקרב המשיבים אבחנה ברורה בין פיגור לבין מחלות נפש:

רוב המשיבים (83%) אינם סבורים שרוב האנשים עם מחלת נפש סובלים גם מפיגור שכלי. לעומת רמת ההשכלה הנתפסת כנורמטיבית יחסית, הרי שכרבע מהמשיבים סבורים שהכנסתם של רוב האנשים עם מחלת הנפש דומה להכנסה הממוצעת של האוכלוסייה, ואילו כ-55% סבורים שהכנסתם נמוכה יותר.

עד כמה רווחת תפיסה מופשטת ש"חולה הנפש" דומה או שונה מ"האדם הרגיל"? עד כמה מדובר על חלוקה חדה של "הם" מול "אנחנו"?

לפי תאוריית הזהות החברתית (social identity theory, Tajfel, 1978) ותאוריית הקטגוריזציה החברתית (social categorization theory, Turner, 1987), אנשים מסווגים את העולם החברתי לקטגוריות חברתיות שאליהן האדם עצמו משתייך (ingroup), לעומת קבוצות שאליהן האדם אינו משתייך (outgroup), אנשים נוטים להדגיש את הדמיון בתוך קבוצתם ואת השוני בין קבוצתם לבין הקבוצה האחרת. אנו מניחים שככל שאנשים סבורים שהם מסוגלים לזהות חבר בקבוצה הנדונה (אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית), כך הם למעשה מצביעים על תפיסת מרחק פסיכולוגי רב יותר, שוני מהותי גדול יותר. ככל שהגבולות נתפסים עמומים יותר, מטושטשים יותר, הדבר מרמז על תפיסות פחות מובחנות, שוני פחות גדול. תפיסה זו של נראות מחוזקת בתורה עוד יותר על ידי הנטייה של אנשים ל"קרב" או ל"הרחיק". תופעה קוגניטיבית זו מתוארת בספרות העמדות כאפקט של assimilation-contrast – (ראה למשל Bless and Schwarz, 1998) ובספרות הבין-קבוצתית כנטייה לקרב את הקרוב (לתפוס כקרוב יותר) ולהרחיק (לתפוס כמרוחק עוד יותר) את המרוחק. במונחי תיאוריית הזהות החברתית שהוזכרה לעיל, מדובר, כאמור, על תפיסת הפערים וההבדלים בינך לבין חברי קבוצתך כקטנים יותר ממה שהם, ועל הנטייה לתפוס את ההבדלים בין קבוצתך (כולל עצמך) לבין הקבוצה האחרת כגדולים ממה שהם (Tajfel, 1982). תופעה זו של הגזמה בתפיסת ההבדלים בינך לבין אנשים עם מוגבלות מתרחשת גם כמעין מנגנון הגנה, שכן, האדם עם המוגבלות מייצג את הדבר שה"נורמליים" חוששים שהם יהפכו להיות (Lai et al., 2000).

האם האדם הסובל ממחלת נפש נתפס כשונה, כמובחן, כמי שניתן לזהותו בהשוואה לאנשים אחרים והאם קיימת תפיסה של נורמטיביות וציפייה לנורמטיביות והחלמה? מצאנו שכ-35% מהמשיבים סבורים שאדם רגיל ואדם עם מחלת נפש דומים, ואילו 45% סבורים שהם שונים (הנותרים אינם יודעים או תופסים מידה דומה של דמיון ושוני).

מצאנו שכ-40% מהמשיבים מסכימים שאפשר לדעת שיש לאדם מחלת נפש רק אם הוא או מישהו שמכיר אותו טוב מספר על כך. משיבים אלו תופסים את הקבוצה כבעלת נראות נמוכה. לעומת זאת, חלק ניכר מהמשיבים (60%) סבורים שאנשים שחלו במחלת נפש הם בעלי נראות גבוהה. ספציפית, כ-41% מהמשיבים (מתוך 1,524) סבורים שניתן לזהות אדם עם מחלת נפש לפי איך שהוא נראה. כ-69% מהמשיבים (מתוך 1,517) סבורים שניתן לזהותו כשהוא מדבר עם אחרים, וכ-78% (מתוך 1,530 משיבים) סבורים שניתן לזהותו לפי התנהגותו. ממצאים דומים התקבלו במדגם לא מייצג בבריטניה (63% ע"פ דיבור ו-73% ע"פ התנהגות, Wolf, Pathare, Craig & Leff, 1996b). מעניין לציין

שיש קבוצה מסוימת של משיבים שמסכימים שניתן לזהות אדם עם מחלת נפש לפי התנהגותו, אך מצד שני גם מסכימים שאפשר לדעת אם לאדם יש מחלת נפש רק אם הוא, או אדם אחר, מספר על כך. יש בכך סתירה מסוימת, שניתן אולי ליישב בכך שייתכן שמשיבים אלו מבחינים בין היכולת לזהות את ההרגיות מצד אחד לבין הוודאות שאכן מדובר במחלת נפש, מצד אחר.

בכל הנוגע לנורמטיביות ולהחלמה, כמעט כל המשיבים (96% מתוך 1,570) סבורים שאדם רגיל יכול לחלות במחלת נפש. כמו כן, כ-71% (מתוך 1,445) סבורים שאדם שחולה במחלת נפש יכול לחזור להיות אדם רגיל, אם כי אין להתעלם משיעורם של אלו שאינם סבורים כך.<sup>24</sup> נראה שתפיסת השיפור או ההחלמה הנה מורכבת ואין מדובר בהכרח לחזרה מוחלטת ל"נורמליות". כך, למשל, כשנשאלו המשיבים לאיזו רמה של תפקוד יכול אדם עם מחלת נפש להגיע בעזרת טיפול? ענו כ-21% שהוא יכול לתפקד כמו כל אדם אחר, 46% ציינו שהוא יוכל לתפקד כך רוב הזמן ורק לפעמים תהיה תקופת משבר. 17% אמרו שהערכתם תלויה בגורמים נוספים ומכאן שאין להם ציפייה כללית. כ-12% מהמשיבים ציפו שיוכל לתפקד במסגרות מיוחדות, ועוד כ-4% ציפו לתפקד בתוך בית החולים.<sup>25</sup> כ-64% (מתוך 1,282 משיבים) הסכימו שרוב האנשים עם מחלות נפש יכולים לעבוד; וכ-74%-ו 75% סברו בהתאמה שאישה או גבר שהיו באשפוז פסיכיאטרי והחלימו יוכלו להנשא.

אלימות הנה אחד הממדים הרלוונטיים בתפיסת מחלות נפש בציבור (Arboleda, 2003; Link et al., 1999; Penn et al., 1999; Pescosolido et al., 1999). יתרה מכך, מחקר שנעשה בארצות הברית ושהשווה בין תגובות מ-1996 לתגובות מ-1950, אף מצא שיש התגברות בתפיסת מסוכנותם של החולים (Phelan et al., 2000). כזכור, בתפיסות ספונטניות ציינו כחמישית מהמשיבים את האלימות והתוקפנות כאחד משלושת המאפיינים של "חולה הנפש". חלקו הראשון של לוח 24 מראה שכמחצית המשיבים סבורים שחולי הנפש אלימים כמו כל אחד אחר באוכלוסייה, כעשירית סבורים שהם אלימים פחות ואילו כרבע סבורים שחולי הנפש אלימים יותר מאשר שאר האוכלוסייה.<sup>26 27</sup>

<sup>24</sup> להשוואה, כאשר נשאלו משיבים האם אדם שחלה בסכיזופרניה יחלים בעזרת טיפול ענו 69% באוסטרליה, ו-88% באוסטריה בחיוב (Jorm et al., 2000).

<sup>25</sup> רמז נוסף לאפשרות זו עולה מהממצא המתואר בהמשך הדוח, על פיו 58% מהמשיבים הסכימו ש"אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק, כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות".

<sup>26</sup> דפוס הממצאים היה דומה אצל נשים וגברים, אם כי אחוז הגברים שחשבו שאנשים עם מחלת נפש אלימים פחות, היה נמוך במקצת (9.5%) מאחוז הנשים (14.2%) ( $Z=2.65$ ,  $p<.01$ ). לא היה הבדל בתפיסתם את החולים כיותר אלימים (28%-ו 24% בהתאמה לנשים ולגברים,  $Z=1.47$ ,  $p=ns$ ).

<sup>27</sup> במחקר שנערך בבריטניה בקרב דיירי שכונה שבה אמור היה לקום הוסטל האחוזים המקבילים שנמצאו היו 42% כמו כולם, 2% פחות 43% יותר אלימים ו-13% לא ידעו (Wolf et al., 1996b). מחקר אחר בארה"ב שאל על הסיכויים שאדם שתואר בווינייט וסבל מסכיזופרניה, יעשה משהו אלים לאחרים. כ-13% הצביעו על סבירות גבוהה מאוד, 48% על סבירות בינונית, כ-31% חשבו שלא כל כך סביר שיעשה זאת, וכ-8% חשבו שמאוד לא סביר שהדבר יקרה (Pescosolido et al., 1999).

**לוח 24: תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" בהשוואה לאוכלוסייה הכללית, וייחוס סיבתיות (באחוזים)**

<b>אלימות נתפסת של "חולי נפש" בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (N=1,474)</b>	
<b>סה"כ</b>	<b>100</b>
פחות אלימים	11
אלימים כמו כולם	49
יותר אלימים	24
לא יודע	16
<b>אלימות עם/בלי סיבה (N=1,375)</b>	
<b>סה"כ</b>	<b>100</b>
לא נכון שהם אלימים ללא סיבה	61
לא יודע	7
נכון שהם אלימים ללא סיבה	32

חלקו השני של הלוח מציג ממד אחר של תפיסת האלימות, דהיינו - תפיסתה כבעלת או כחסרת סיבה. כשליש מהמשיבים סבורים שאנשים עם מחלת נפש הנם אלימים ללא סיבה.<sup>28</sup> אלימות כשלעצמה מפחידה; על אחת כמה וכמה כאשר היא נתפסת כבלתי צפויה, כלא מובנת, כמופיעה ללא סיבה. ואמנם (בקרב משיבים שלא קיבלו תיאור כלשהו) ככל שמשיבים נטו להסכים ש"חולי נפש", הנם אלימים ללא סיבה, כך הם גם ביטאו יותר פחד וחשש מפניהם ( $r=.32, p<.001, n=670$ ). רמת האלימות ותפיסת האלימות כבעלת סיבה או חסרת סיבה הנם, עקרונית, שני ממדים בלתי תלויים. במילים אחרות, גם מי שסבור ש"חולי נפש" הנם פחות אלימים מאחרים או אלימים כמו שאר הציבור עדיין יכול לתפוס את אלימותם הקיימת (המעטה או ה"רגילה", כאלימות ללא סיבה. לוח 25 מצליב את שני הממדים.

מן הלוח עולה שכ-15% מכלל המשיבים סבורים שהחולים הנם יותר אלימים וגם אלימים ללא סיבה (176 מתוך 1,218). אם מתמקדים במשיבים התופסים את החולים כיותר אלימים, עולה שכמחציתם (55%) סבורים שמדובר באלימות ללא סיבה. גם כשליש (31%) מאלו הסבורים שהחולים הנם פחות אלימים, חושבים שהם אלימים ללא סיבה וכחמישית (23%) מתוך אלו שחושבים שהם אלימים "כמו כולם", או שאינם יודעים, סבורים שהם אלימים ללא סיבה. כלומר, אף שתפיסת האלימות כבלתי צפויה (חסרת סיבה) בקרב המשיבים המצפים ליותר אלימות מהחולים הנה גבוהה יותר (55%) מאשר בקרב שאר המשיבים, הרי שתפיסת האלימות ללא סיבה קיימת במידה זו או אחרת גם בקרב האחרים (24%); ( $Z=10.15, p<.001, \text{Cohen's } d=.61$ ).

תפיסת האלימות של החולים רווחת, והיא עולה שוב ושוב במחקרים שונים (Arboleda-Florez, 2003; Brockington et al., 2003; Byrne, 2000; Jorm, Angermeyer & Katschnig, 2000; Link et al., 1999; Lyons & Ziviani, 1995; Penn et al., 1999; Pescosolido et al., 1999). גם תפיסת החולים כבלתי צפויים וכמסוכנים נמצאה במחקרים נוספים (ראה Lyons & Ziviani, 1995). לדוגמה, במדגם מייצג בגרמניה הוצג תיאור של אדם עם סכיזופרניה. למעלה ממחצית המשיבים תפסו אדם זה כבלתי צפוי, וכשליש

<sup>28</sup> לא נמצא הבדל בין אחוז הנשים והגברים שחשבו שהחולים אלימים ללא סיבה (בהתאמה 31%-ו 32%).

תפסו אותו כמסוכן (Angermeyer et al., 2003). בבריטניה כ-77% מהציבור תפס אנשים עם סכיזופרניה כבלתי צפויים וכ-71% תפסו אותם כמסוכנים (Crisp et al., 2000).

#### לוח 25: תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" לפי ייחוס סיבתיות (במספרים מוחלטים)

אלימים ללא סיבה				
סה"כ	סה"כ	נכון	לא יודע	לא נכון
סה"כ	1218	395	89	734
פחות אלימים	152	48	5	99
אלימים כמו כולם	650	146	30	474
יותר אלימים	318	176	18	124
לא יודע	98	25	36	37

האלימות אם כן, נתפסת במידה מסוימת כבלתי מובנת. אי ההבנה איננה מצטמצמת רק לנושא האלימות, אלא כאשר אין מתמקדים בהקשר של אלימות, מתברר שתפיסת ההתנהגות כבלתי צפויה רווחת בקרב 80% מהמשיבים. בנוסף להתנהגות הנתפסת כבלתי צפויה, מתברר גם שכמחצית האנשים סבורים שקשה לדבר עם אנשים עם מחלת נפש. יתרה מכך, נראה שבקרב אחוז לא קטן מן המשיבים, מסתמנות תגובות שאינן מצביעות רק על אי הבנת ההתנהגות, אלא הולכות מעבר לכך ומאופיינות בנופך של האשמת החולים עצמם. כך, למשל, כ-43% סבורים שאנשים עם מחלות נפש מרשים לעצמם לעשות כל מה שעובר להם בראש, ו-46% הסכימו שאנשים יהיו פחות חולים במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות.

בתשובות לשאלות הממוקדות מצאנו גם סימנים לתפיסות אוהדות יותר, המרמזות אולי על בסיס לאמפתיה עם החולים. כ-66% הסכימו ש"הם ("אנשים עם מחלת נפש") בעצם מתמודדים עם המציאות באמצעות בריחה לדמיון".<sup>29</sup> כ-28% הסכימו ש"החולים הם בסך הכול אנשים שיותר מכירים ומבינים את עצמם". לקבוצה מצומצמת יותר של משיבים (N=253) הופנו שאלות המנסות להדגיש את הייחודיות והחיוביות של חולים. מצאנו ש-46% הסכימו ש"אנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי הם אנשים רגישים ואכפתיים יותר מאנשים אחרים"; 27% הסכימו ש"הם אנשים יותר יצירתיים מאנשים אחרים"; 29% הסכימו ש"הם אנשים עמוקים יותר מאנשים אחרים"; 50% הסכימו ש"הם אנשים שיכולים להרגיש יותר - בכיוון החיובי ובכיוון השלילי"; 45% הסכימו ש"הם אנשים שיותר מבינים את הסבל והכאב של האחר".

## 9.2 אטיולוגיה נתפסת: מה גורם ל"מחלת נפש"?

אחד הממדים המשמעותיים בתוך תפיסת החולים והמחלה הנה האטיולוגיה. זאת, משום שהאטיולוגיה הנתפסת עלולה להוות בסיס להאשמות והטלת האחריות למחלה על האדם, אך גם בסיס לציפיות להחלמה ולתפקוד. כך, לפי מודל הייחוס של Weiner (1993, 1995a, 1995b), אנשים המאשימים חולים במצבם הפסיכיאטרי, ייטו יותר להגיב כלפיהם בכעס ולהימנע מלעזור להם.

<sup>29</sup> אנו מפרשים משפט זה כמבטא אמפתיה ולא התבטאות מאשימה, וזאת על בסיס המתאמים בינו לבין פריטים אחרים.

לעומת זאת, מי שרואה את המחלה ככזו שנגרמה בשל גורמים שאינם בשליטתו של האדם, לא ירגיש כעס וייטה יותר לעזור (Cooper et al., 2003; Corrigan et al., 2000).

המגמה המסתמנת כיום בעולם היא שהציבור נוטה יותר לייחס את המחלות לגורמים גנטיים, לחוסר שווי משקל כימי וכן לנסיבות חיים מעיקות (stressful) ופחות לאופי גרוע, לאופן החינוך או לרצון האל (Corrigan et al., 2003; Link et al., 1999)<sup>30</sup>. מגמה דומה מצאנו במחקר שלנו. המשיבים התבקשו לומר (בשאלה פתוחה) מה לדעתם גורם למחלת נפש. כל משיב יכול היה לציין יותר מאשר גורם אחד (לוח 26). המגמה שנמצאה היא שהאטיולוגיה הרווחת מתייחסת לבסיסים גופניים מחד, וללחץ ולאירועים טראומטיים מאידך:

- ♦ מחצית מהמשיבים הצביעו על בסיסים גופניים למחלות נפש (התייחסות אחת או יותר): ספציפית, 42% מהמשיבים התייחסו לבעיה גנטית, וכ-14% מהמשיבים הצביעו על קיום בעיות כימיות/אורגניות במוח.
- ♦ כ-73% מהמשיבים התייחסו לסיבה אחת או יותר שניתן לראותה כאטיולוגיה פסיכו-סוציאלית, קרי - ללחץ בעקבות אירועים חיצוניים ובכללם אירועים טראומטיים, לחץ, אבטלה ולחץ בעבודה, שבאים בתוך ומחוץ למשפחה, כישלון ואכזבות, הגירה ותסבוכות וצרות חיצוניות.

**לוח 26: אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש (לפי סדר יורד של שכיחות האזכור\*)**

גורם	שכיחות	אחוז המשיבים שצינו גורם זה
בעיה גנטית/תורשתית	660	42
אירוע טראומטי	576	36
משברים בתוך ומחוץ למשפחה	535	34
לחץ	323	20
אבטלה, מתחים בעבודה, מתחים בארץ	312	20
בעיות בילדות	235	15
בעיות כימיות/אורגניות במוח	218	14
בדידות	86	6
כוח רצון לקוי /אישיות חלשה /אופי גרוע	81	5
חוסר תמיכה	63	4
סביבה	62	4
דיכאון	49	3
חוסר מעש	42	3
סמים ואלכוהול	28	2
כישלון/אכזבות	25	2
כוח עליון	21	1
גורל	19	1

\* גורמים שהוזכרו על ידי פחות מאחוז אחד של המשיבים אינם מפורטים בלוח: עצבים, עצבנות; חינוך; מחלות; תסבוכות/צרות חיצוניות; חוסר טיפול "מצטבר ומתפוצץ"; "אדם שאוגר בפנים"; חוסר אמונה; הגירה; מחשבות; היריון; פגיעה גופנית; אישיות מתוסבכת

<sup>30</sup> במחקרים שבהם ביקשו להתייחס בנפרד לאטיולוגיה של דיכאון וסכיזופרניה נמצא שגורמים גנטיים נתפסו יותר כסיבה לסכיזופרניה מאשר לדיכאון (Jorm, Angermeyer, & Katschnig, 2000; Link et al., 1999).



♦ גורמים פחות שכיחים שמצוינים הנם חינוך ובעיות בילדות (כ-16%), ובדידות והעדר תמיכה חברתית (12%). כ-6% ייחסו את האטיולוגיה לאדם עצמו (כח רצון לקוי, אישיות, מחשבות). אחוזים בודדים התייחסו לסמים, לכוח רצון לקוי, לכוח עליון.

מענין לציין שכאשר אין שואלים ישירות על האטיולוגיה, אז כפי שהזכרנו קודם, 46% מסכימים שהחולים יהיו פחות חולים במחלות נפש אם לא יחשבו מחשבות רעות. כלומר, בצד התפיסה הגנטית-כימית, והתפיסה של לחץ חיצוני, קיים מרכיב לא קטן של האשמה.

## 10. התבטאות הסטיגמה בממדים שונים

בפרק זה אנו מתמקדים בממדים שונים שבהם הסטיגמה יכולה לבוא לידי ביטוי, החל מרגשות ועמדות וכלה בכוונות התנהגותיות. חשוב להבחין לא רק בין הממדים השונים (רגשות, עמדות, כוונות התנהגותיות) אלא גם בתוך כל ממד; שכן, יש לכך השלכות לגבי התערבויות שונות כאשר מנסים להפחית את הסטיגמה. כך, למשל, תתבקש התערבות שונה כאשר הבסיס להתייחסות הוא קוגניטיבי מול כאשר הוא רגשי. אך גם מעבר לכך: פחד וכעס, שניהם רגשות. אולם, רגשות של פחד מול רגשות של כעס דורשים התערבויות מכיוון שונה.

### 10.1 חשיפה לאדם החולה במחלה פסיכיאטרית

אחד הממצאים החוזרים בספרות הוא שהיכרות עם חולים מתקשרת בדרך כלל להתייחסות יותר חיובית לחולים (Corrigan, Edwards Green, Diwan & Penn., 2001; Corrigan, Brockington et al., 1993; Alexander & Link, 2003; Corrigan & Rusch, 2002; Rowan et al., 2002). אף כי הקשר לא תמיד פשוט (Alexander & Link, 2003). נראה שמדובר על קשר דו כיווני: ככל שאנשים הנם בעלי התייחסות חיובית יותר לחולים כן יראו יותר נכונות למגע ויהיו יותר במגע אתם, ובמקביל, ככל שיש יותר מגע והיכרות כן תשתפר ההתייחסות (Couture & Penn, 2003). כמו כן, נראה שלא רק קיומו של מגע או העדרו חשוב, אלא גם היותו ישיר (התנסות בפועל) או עקיף (ראיתי, צפיתי בסרט); (Couture & Penn, 2003). גם כמות המגע ואיכותו חשובים - כלומר, האם הייתה זו התנסות חיובית או שלילית. כך התנסות שלילית במקום העבודה או עם קרוב משפחה בעל התנהגות בעייתית במיוחד לאו דווקא יתרמו להתייחסות חיובית יותר כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית (Alexander & Link, 2003).

בחנו באיזו מידה המשיבים היו חשופים בפועל לאדם החולה במחלת נפש. נמצא שיש חשיפה לא מעטה (ראה לוח 27). בכל אחד מהקשרים, כחמישית עד רבע מהמשיבים מציינים שיש להם קשר כזה. כאשר מתעלמים משתי רמות הקשר/מגע הרופפות ביותר (שתי השורות הראשונות בלוח), ומתמקדים בקשרים היותר משמעותיים (עבודה, שכן, חבר משפחה וכו'), עולה שלכ-60% מהמשיבים יש אחד או יותר מקשרים אלו. על בסיס ההצלבה של "קרוב משפחה שיש לו מחלת נפש" ו"גר כיום או בעבר עם אדם שסובל ממחלת נפש", אנו מציעים קירוב (משוער בלבד) שעל פיו לעד כ-6% מהמשיבים יש קרוב משפחה בדרגת קרבה גבוהה המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית. יש לציין שהיקפים אלו של חשיפה מתייחסים לחשיפה אל מה שהמשיבים זיהו כ"חולה נפש". לא ניתן לדעת בוודאות שאכן מדובר

בחשיפה לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, או שמא נכללו כאן גם אחרים כדוגמת אנשים עם פיגור שזוהו בטעות כחולים.

#### לוח 27: קשרים והיכרות עם "חולה נפש" (באחוזים); (N=1581)

סוג ההיכרות / הקשר	אחוז המשיבים
יצא לי לראות אדם שלפי דעתי סובל ממחלת נפש	81
קורה הרבה שאני רואה אנשים עם מחלות נפש	24
עבדתי עם אדם שהייתה לו מחלת נפש	25
העבודה שלי כוללת מתן שירותים או טיפול לאנשים עם מחלת נפש	16
למשפחה שלי יש חבר שיש לו מחלת נפש	20
יש לי שכן שיש לו מחלת נפש	19
יש לי קרוב משפחה שיש לו מחלת נפש	25
אני גר או גרתי בעבר עם אדם שסובל ממחלת נפש	10

### 10.2 ייחוסים, רגשות ועמדות כלפי אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות

ההתנהגות כלפי הזולת מושפעת מן הרגשות כלפיו ומן הייחוסים הנעשים לגביו. על פי תאוריית הייחוס-רגש-פעולה (Attribution-affect-action theory, Schmidt & Weiner, 1988; Weiner, 1993), כאשר חושבים שפלוני זקוק לעזרה בשל סיבות שמעבר לשליטתו, אין רואים אותו כאחראי למצבו, ואז מרגישים סימפטיה ורחמים, ונוטים לעזור ולסייע לו. לעומת זאת, כאשר רואים את קשייו של פלוני כברי שליטה, אזי תופסים אותו כאחראי למצבו, מרגישים כעס ונוטים פחות לעזור. בהתבסס על תאוריה זו, הציעו קוריגן ועמיתיו מודל ייחוס לגבי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית (Corrigan, Markowitz et al., 2003). מודל זה מתמקד בייחוס של אחריות ושליטה, ומקשר בינם לבין רגשות של פחד, כעס ורחמים. המודל גם מנסה לקשר בין ייחוסים ורגשות אלו לבין התנהגות של עזרה לעומת שמירת מרחק. לפי מודל זה, שני ייחוסים מרכזיים נוגעים ליציבות ולשליטה (Corrigan et al., 2000).

ככל שיש יותר ייחוס של יציבות במצב, כלומר, המחלה נתפסת כמצב יציב במובן שאינה מגיבה לטיפול, הרי שצפוי יותר פחד. ולהפך, כאשר המחלה נתפסת כמצב שאינו יציב אלא היא והמטופל מגיבים לטיפול, צפוי פחות פחד. ככל שיש יותר ייחוס של שליטה במצב, כלומר האדם (ולא גורמים חיצוניים או ביולוגיים) הוא זה הגורם לבעיה ושולט בהיווצרותה, כן תהיה יותר תחושה של כעס והאשמה כלפיו. ולהפך, ככל שהוא נתפס פחות אשם בהיווצרות המחלה, כן תהיה פחות תחושה של כעס והאשמה.

הייחוסים הם בסיס פוטנציאלי לרגשות ושניהם מהווים בסיס להתנהגויות: בספרות נמצא שפחד מתקשר בתורו לנטייה להימנעות מן החולים, ולהעדפה לשימוש בטיפול בכפייה. לעומת זאת, כעס מתקשר יותר להימנעות ממתן עזרה (Angermeyer & Matschinger, 1995; Corrigan et al., 2003; Link et al., 1999; Pen et al., 1999; Schumacher & Corrigan, 2003).

לוח 28: פחד, כעס, תפיסת יכולת להחלים ולתפקד, ונכונות לעזור לגבי וינייטים שונים: ניתוח שונות, ממוצעים\*, ומספר מקרים

המשיב קיבל וינייט המתאר אדם											
סה"כ ממוצע N	המשיב לא קיבל וינייט ומתייחס אל "חולה נפש"	עם סימפטומים של			"נורמלי" +		F(df)	p	Cohen's d		
		סכיזופרניה + אשפוז	סכיזופרניה	דיכאון	אשפוז +	אשפוז של רקע של טראומה					
2.24	2.46 <sup>b</sup>	2.45 <sup>b</sup>	2.37 <sup>b</sup>	1.93 <sup>a</sup>	1.66 <sup>a</sup>	1.71 <sup>a</sup>	ממוצע*	F(5, 1560)=30.66	.001	.63	פחד**
1565	776	144	165	173	150	158	N				
1.88	1.90 <sup>a,b</sup>	1.84 <sup>a,b</sup>	1.95 <sup>a,b</sup>	2.04 <sup>b</sup>	1.80 <sup>a,b</sup>	1.71 <sup>a</sup>	ממוצע	F(5, 1571)=3.58	.003	.21	כעס
1576	786	143	165	173	151	158	N				
3.57	3.36 <sup>a</sup>	3.25 <sup>a</sup>	3.46 <sup>a</sup>	4.01 <sup>b</sup>	4.05 <sup>b</sup>	4.06 <sup>b</sup>	ממוצע	F(5, 1572)=44.39	.001	.75	יכולת נתפסת להחלים ולתפקד
1577	787	144	165	173	151	158	N				
3.98	4.00 <sup>a,b</sup>	4.12 <sup>b</sup>	3.99 <sup>a,b</sup>	4.03 <sup>a,b</sup>	3.85 <sup>a</sup>	3.87 <sup>a</sup>	ממוצע	F(5, 1573)=3.23	.007	.20	נכונות לעזור לחולים, ורחמים
1578	788	144	165	173	151	158	N				

הערה: \* התשובות על הפריטים המקוריים היו על סולם של 1 עד 5. ככל שהממוצע גבוה יותר, כך רמת התכונה גבוהה יותר.

\*\* תאים באותה שורה שלצידם מופיעה אות זהה (a, b, c) אינם נבדלים זה מזה לפי מבחן Scheffe.

במחקר הנוכחי כללנו פריטים שונים על מנת לבחון ייחוסים אלו ורגשות נלווים. כפי שפורט בפרק השיטה, יצרנו מדדים על פי ניתוח גורמים<sup>31</sup> שבו מצאנו התקבצות למדדים ברורים של פחד, כעס, ונכונות לעזור (יחד עם רחמים). כמו כן, התקבל מדד שניתן לראותו כמשקף "ייחוס יציבות", כלומר, עד כמה האדם מאמין שהמצב בר שינוי (תגובה לטיפול בשיחות; היכולת להגיע לתפקוד כמו של אנשים אחרים; והיכולת לשלוט במצב).

באיזו מידה התייחסות לאדם שתואר כ"חולה נפש", דומה או שונה להתייחסות לתיאורים השונים שניתנו למשיבים? עד כמה הייחוסים והרגשות לתיאור של אדם שחלה בסכיזופרניה, שונה מהייחוסים הנעשים לגבי אדם עם דיכאון, או אדם "נורמלי" שאושפז? ניתוח שונות חד-גורמי (Anova) הראה שיש הבדלים בכל אחד מן הממדים הללו בהתייחסות לווינייטים השונים ולמושג "חולה נפש" (ללא וינייט). על מנת לאתר את ההבדלים, נערכו מבחני Scheffe. לוח 28 מציג את תוצאות הניתוחים.<sup>32</sup>

מן הלוח עולה שייחוס היכולת, רגשות פחד וכעס, וכן הנכונות לעזור לאדם שחולה בסכיזופרניה היו דומים כאשר אושפז וכאשר לא אושפז. התייחסות דומה נמצאה לאדם שתואר כ"חולה נפש". ההתייחסות לאדם "נורמלי" שאושפז הייתה דומה כאשר צוין וכאשר לא צוין אירוע טראומטי כרקע לאשפוז.

אולם נמצאו גם הבדלים. מצאנו יותר פחד מהאדם החולה בסכיזופרניה (עם או בלי אשפוז) מאשר מהאדם הסובל מדיכאון או מהאדם ה"נורמלי" שאושפז (עם או בלי רקע טראומטי). הפחד מפני חולה הנפש, זהה למעשה לפחד מאדם הסובל מסכיזופרניה. תמונה מקבילה מתקבלת כאשר מסתכלים על היכולת הנתפסת של האדם להגיע לשיפור ותפקוד. כלומר, ישנה אבחנה בין ה"נורמליים" שאושפזו והאדם עם הדיכאון מצד אחד, לבין האדם הסובל מסכיזופרניה (עם או בלי אשפוז) ו"חולה הנפש" מצד שני. ייחוס יכולת וציפייה לתפקוד גבוהים יותר אצל הראשונים מאשר אצל האחרונים.

על רקע עקביות זו בין תגובת הפחד לבין הייחוס לגבי היכולת לתפקד ולהשתפר, מעניין למצוא שכאשר מתייחסים לכעס ולנכונות לעזור, עולה תמונה שונה. תגובת הכעס הנמוכה ביותר מתקבלת ביחס לאדם הנורמלי שעבר אשפוז על רקע טראומטי. תגובה זו אינה שונה בצורה מובהקת מרמת הכעס באף לא אחד מהתנאים (תיאורים) האחרים, למעט התגובה לאדם הסובל מדיכאון, המעורר את רמת הכעס הגבוהה ביותר. גם תגובה זו אינה שונה בצורה מובהקת מאף לא אחת מהתגובות האחרות.

במילים אחרות, נראה שאין שונות רבה מבחינת הכעס שאנשים מרגישים כלפי "חולה נפש" או כלפי הווינייטים השונים, והשוני הגדול ביותר הוא בין הכעס הנמוך יותר כלפי האדם הנורמלי שאושפז על

---

<sup>31</sup> יש לציין שהמדדים והמודלים במחקרים המצוטטים הנם בתהליכי פיתוח. לכן בחרנו להיצמד פחות למדדים המקוריים ולתת משקל רב יותר לניתוחי הגורמים הנערכים במחקר הנוכחי ובכלל זה הניתוחים הנעשים על מדגמים מפוצלים.

<sup>32</sup> הניתוחים בוצעו גם תוך התייחסות למשיבים שהגיבו על וינייטים בלבד. זאת כיוון שמאחר שמחצית הנשאלים הגיבו לקטגוריה 'חולה נפש' ללא וינייט, הרי שאמנם יש בכך הגברת עוצמת המבחן, אך במקביל יש גם סיכון להפחתת הרגישות. מכל מקום, הבדיקות ה"רגישות" יותר העלו תמונה מקבילה.

רקע טראומטי לעומת הכעס הגבוה יותר שמורגש כלפי אדם הסובל מדיכאון. יש לשים לב לכך שרמות הממוצעים הן בכעס והן בדיווח על הפחד אינן גבוהות.

באשר לנכונות לעזור, נראה שגם כאן אין שונות רבה, ולמעשה ניתן לומר שיש הבדל רק בין הרחמים והנכונות הגבוהה יותר לעזור לאדם הסובל מסכיזופרניה ואושפז, לבין הרחמים והנכונות הנמוכה יותר לעזור לאדם הנורמלי שאושפז (בין אם על רקע טראומטי או לא). שוב, הפער בין הממוצעים אינו גדול.

הפחד המורגש מפני חולה הנפש והאדם הסובל מסכיזופרניה הולך בד בבד עם תפיסתם כבעלי יכולת נמוכה יחסית מבחינת יכולתם לתפקד כמו אחרים, יכולתם להפיק תועלת מטיפול בשיחות, ויכולתם לשלוט במצבם ולשנותו. למרות הפחד, אנשים מביעים יותר רחמים ונכונות גבוהה יותר לעזור דווקא לאדם הסובל מסכיזופרניה שאושפז, ופחות רחמים ונכונות לעזור לאנשים ה"נורמלים" שאושפזו. נכונותם לעזור לאדם הסובל מדיכאון, שכזכור עורר את הרמות הגבוהות ביותר של תחושת כעס, היא באמצע ביניהם ואינה שונה במובהק משניהם.

כפי שהראינו, הציבור חושש מפני אלימותם של החולים, ומפני האלימות הבלתי צפויה. פחד זה מוגזם ואינו הולם את המציאות (Link et al., 1999). ראינו גם שיש מידה לא מעטה של האשמה של החולים בהתנהגותם או במצבם, למרות, או בצד, האטיולוגיה החיצונית. ככל הנראה הדימוי של אנשים כשהם חושבים על "חולה נפש", מתקרב יותר להדגשת אספקטים של סכיזופרניה מאשר הפרעות אפקטיביות, דבר שמשקף גם בתפיסות המוזרות הרווחות בתגובות הספונטניות. חוקרים בארה"ב העלו את הסברה שבעשורים האחרונים, המושג "חולי נפש", עבר שינויים, כך שהוא כולל בעיני הציבור גם תופעות אחרות מאשר פסיכוזה, אלא שבמקביל, הפחד מפני אותה תת קבוצה דווקא גבר (Phelan et al., 2000; Phelan et al., 1997). הפחד קיים במיוחד בקרב מי שחושבים על מחלת נפש במונחי פסיכוזה (Phelan et al., 2000). ייתכן שתופעה זו קיימת גם כאן.

### 10.3 כוונות התנהגותיות

בתת הפרק הקודם עסקנו ברגשות ובעמדות. מעבר לכך, הממד המשמעותי ביותר בהתייחסות לאנשים שחלו הוא ההתנהגות כלפיהם בפועל, מאחר שמדידת התנהגות (למשל, עריכת תצפיות על התנהגות כלפי אדם שהוא "חולה נפש") היא בעייתית לביצוע, נוטים במחקרים להתמקד בעמדות וברגשות. ההנחה היא שהעמדות והרגשות אמורים לעמוד בבסיס ההתנהגות, אולם, ידוע כיום שהקשר חלקי. פתרון ביניים הוא מדידת כוונות התנהגותיות (behavioral intentions). זוהי התייחסות קרובה יותר במהותה למדידת התנהגות בפועל (בהשוואה למדידת עמדות) ונחשבת כמעין קירוב (proxy). להלן נעסוק בסוגים שונים של כוונות התנהגותיות.

#### 10.3.1 מרחק חברתי מועדף - נכונות לקשר ברמות שונות (Social distance)

האם אנשים מוכנים לקשר עם אדם החולה במחלה פסיכיאטרית? מדד המרחק החברתי הוא מדד כוונה התנהגותית המתייחסת לרמות שונות של קשר נורמטיבי. במדד זה המשיבים התבקשו להתייחס לנכונותם לרמות שונות של מגע החל מקרבה פיזית זמנית, קרי, ישיבה לצדו של האדם

באוטובוס, דרך שכנות, דרך רמות שונות של קרבה בתחום התעסוקה, ידידות וחברות, וכלה בכך שפלוני "יסיע את ילדיך לביה"ס" (וזאת על סולם בן חמש דרגות, שנה בין "בהחלט מוכן" לבין "כלל לא מוכן"). כלומר, כאן אין מדובר בעזרה לאדם מתוך עמדת עליונות, אלא בנכונות למגע במגוון קשרים בתחום התפקוד הנורמטיבי. לוחות 29 ו-30 מציגים את המרחק החברתי המועדף מ'חולה הנפש' ומן האנשים השונים שתוארו בווינייטים השונים. בלוח 29 מוצג ממוצע התגובות מעבר לכל הפריטים (התייחסות נפרדת לכל אחד מהפריטים מופיעה בלוח 30). ניתוח שונות חד-גורמי (ANOVA) מראה שיש אפקט לסוג התיאור (וינייטים או תווית "חולה נפש") ( $F(5,1184)=94.0, p<.001$ , Cohen's  $d=1.29$ ). על מנת לזהות אילו ממוצעים שונים זה מזה ערכנו מבחן Scheffe להשוואות סימולטניות.

מן הלוח ניכרת אבחנה בהתייחסות לשלוש תת קבוצות. (א) אדם שהוגדר כ"חולה נפש"; תיאור התנהגות של אדם הסובל מסכיזופרניה (עם או בלי אשפוז); (ב) תיאור ששיקף אדם הסובל מדיכאון; ו-(ג) תיאור של אדם "נורמלי" שאושפז בעבר (עם או בלי רקע של אירוע טראומטי). נמצא כצפוי, שאנשים מעדיפים לשמור מרחק חברתי מרבי מן האדם שהתנהגותו שיקפה תיאור של אדם הסובל מסכיזופרניה (עם או בלי אשפוז), וממי שהתנהגותו לא תוארה, אך הוא הוגדר כאדם הסובל ממחלת נפש. הנכונות הרבה ביותר למגע חברתי היא עם האנשים הנורמליים שעברו אשפוז בעבר, בין אם על רקע אירוע טראומטי או בלעדיו. הנכונות לקשר עם האדם הסובל מדיכאון מצויה באמצע בין שני הקצוות האלה.

#### לוח 29: מרחק חברתי: אי נכונות לקשר, בתגובה ל"חולה נפש" או לווינייטים: ממוצעים ומספר משיבים

סה"כ (ממוצע כולל)	המשיב לא קיבל וינייט ומתייחס אל "חולה נפש"	המשיב קיבל וינייט המתאר אדם					ממוצע	N
		עם סימפטומים של			"נורמלי" +			
		סכיזופרניה + אשפוז	סכיזופרניה	דיכאון	אשפוז	אשפוז + רקע של טראומה		
2.64	2.99 <sup>c</sup>	3.22 <sup>c</sup>	2.99 <sup>c</sup>	2.38 <sup>b</sup>	1.75 <sup>a</sup>	1.63 <sup>a</sup>		
1190	512	123	138	148	136	133		

הערה: תאים באותה שורה שלצידם מופיעה אות זהה (a, b, c) אינם נבדלים זה מזה לפי מבחן Scheffe.

ציון גבוה יותר משמעו מרחק רצוי גדול יותר, כלומר, האדם פחות מוכן לקשר.  
\* הנתונים בלוח זה מתייחסים למדד המחושב רק למי שענה על כל 8 הפריטים. בהמשך העבודה נעשה שימוש במדד המחושב לכל משיב שענה לפחות על 6 פריטים. דפוס הממצאים המתקבל בשימוש במדד האחר מקבילים ללוח הנוכחי ( $F(5,1499)=97.22$ ).

בלוח 30 (ראה קובץ הבא) מוצג אחוז האנשים שאינם מוכנים להיות בכל אחד מן הקשרים או סוגי המגע הנדונים. התגובות לתיאור של אדם שחלה בסכיזופרניה היו בסך הכול דומות למדי לאלו שהתקבלו לגבי "חולה נפש". זאת, למעט הנכונות להמשיך להיות חבר של אדם זה. 34% מהמשיבים סירבו להמשיך קשר זה עם "חולה נפש", לעומת 62% שסירבו לגבי אדם הסובל מסכיזופרניה ואושפז ( $Cohen's d=.43, Z=6.31, p<.001$ ).

לוח 30: מרחק חברתי מועדף: אנשים שאינם מוכנים לסוגי קשר או מגע, לפי התיאור שקיבלו (אחוז האנשים שאינם מוכנים ומספר המשיבים מתוכם חושב האחוז)

המשיב לא קיבל וינייט ומתייחס אל "חולה נפש"	המשיב קיבל וינייט המתאר אדם											
	עם סימפטומים של						"נורמלי" +					
	סכיזופרניה + אשפוז		סכיזופרניה		דיכאון		אשפוז		אשפוז + רקע של טראומה			
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
730	21	144	20	162	19	171	5	151	4	158	1	לשבת באוטובוס ליד
729	31	142	32	162	22	170	8	151	3	154	3	ש... יהיה שכן שלך
723	35	140	37	158	35	168	17	147	4	155	4	לעבוד ביחד עם...
675	52	127	62	145	49	165	38	147	7	152	12	להעסיק...
727	72	138	82	161	70	169	61	147	23	149	19	ש...יהיה ממונה עליך בעבודה
746	21	141	33	163	25	170	13	150	2	157	3	להיות ידיד של...
752	34	143	62	162	61	166	41	146	22	151	24	להמשיך להיות חבר קרוב של..., חבר שאתה מספר לו הכל
721	88	141	89	159	86	167	66	147	33	151	35	ש... יסייע את הילדים שלך לבית הספר

נראה שאף שמרבית התגובות לתיאור האדם שחלה בסכיזופרניה ואושפז דומות לתגובות כלפי אדם שחלה בסכיזופרניה ולא מוזכר אשפוז לגביו, הרי שיש מגמה לנכונות מופחתת לקשר כאשר יש אזכור של אשפוז. כך, בעוד ש-22% אינם מוכנים לקבל כשכן אדם שחלה בסכיזופרניה, אחוז זה עולה ל-32% כאשר מוזכר אשפוז ( $Z=1.99$ ,  $p<.05$ , Cohen's  $d=.23$ ). באופן דומה, אחוז המסרבים להעסיק עולה מ-49% כאשר לא מוזכר אשפוז, ל-62% כאשר מוזכר האשפוז ( $Z=2.30$ ,  $p<.02$ , Cohen's  $d=.28$ ). הסירוב לקבלו כממונה עליך בעבודה עולה מ-70% ל-82% ( $p<.02$ , Cohen's  $d=.29$ ,  $Z=2.46$ ).<sup>32</sup>

התגובות לאדם ה"נורמלי" שאושפז שונות בבירור מהתגובות לתיאורים האחרים - אי הנכונות למגעים השונים נמוכה יותר. יש לציין ש-24%-ו-22% אינם מוכנים להמשיך להיות חברים של אדם זה (בהתאמה כאשר האשפוז היה על רקע טראומטי או ללא רקע זה) ו-35%-ו-33% בהתאמה אינם מוכנים שיסיע את ילדיהם לביה"ס.

ההתייחסות לאדם הסובל מדיכאון נמצאת במרבית סוגי המגעים בין ההתייחסות לאדם ה"נורמלי" שאושפז (עם או בלי רקע טראומטי) מצד אחד, לבין ההתייחסות לאדם שחלה בסכיזופרניה (עם או בלי אשפוז) ולחולה הנפש מצד שני.<sup>33</sup> הנכונות לקשר גבוהה יותר לגבי האדם הסובל מדיכאון מאשר לגבי האדם שחלה בסכיזופרניה (מבלי שהוזכר אשפוז). זאת, למעט נכונות לקבלו כממונה עליך בעבודה (הבדל באותו כיוון אך לא מובהק 61% לעומת 70%). התייחסות המשיבים לאדם שסובל מדיכאון הייתה בדרך כלל טובה מההתייחסות לאדם שהוגדר כ"חולה נפש". זאת, למעט הנכונות להמשיך להיות חבר טוב שלו.

אין להתעלם מאחוז האנשים שהצהירו שהם מוכנים לקשרים השונים. אף על פי כן, האחוזים המוזכרים של אנשים המציינים אי נכונות למגעים השונים אינם נמוכים כשלעצמם, מה גם שניתן להניח שאם יש כאן גם גורם של רציות חברתית במתן התשובות (social desirability), הרי שאחוז האנשים המסרבים בפועל למגעים השונים גבוה אף יותר. למספרים אלו יש חשיבות בהקשר לשילוב אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית.

### 10.3.2 התנדבות

שאלנו את המשיבים בדבר נכונותם להתנדב לעזור לאנשים עם מחלת נפש. על מנת ליצור מסגרת התייחסות, שאלנו תחילה לגבי נכונותם להתנדב לעזור לילדים ולקשישים. זאת על מנת "לנטרל" אפקטים שונים היכולים להשפיע על נכונותו של האדם להתנדב בכלל. מצאנו שכ-67% מוכנים ("מוכן" או "חושב שמוכן") להתנדב לעזור לאנשים עם מחלות נפש. אחוז זה נמוך מאחוז המוכנים

<sup>32</sup> ממצאים דומים התקבלו במדגם מייצג בגרמניה: 34% סירבו לקבלו כשכן ו-32% סירבו לקבלו כעמית לעבודה (Angermeyer, Beck & Matschinger, 2003).

<sup>33</sup> ביצענו מבחני Z להשוואת פרופורציות על כל אחד מסוגי המגעים תוך השוואת התגובות לאדם עם הדיכאון לאלו של האדם ה"נורמלי" שאושפז על רקע אירוע טראומטי. כל ההשוואות מובהקות. העדפנו לבצע השוואה זו על פני השוואת התגובות לאדם עם הדיכאון לממוצעי התגובות לשני התיאורים ה"נורמליים". זאת על מנת לאפשר לחדד את הממצאים: בחרנו לבצע השוואה זו משום שבד"כ התגובות לקבוצה זו קרובות יותר מאשר התגובות ל"נורמלי" שאושפז ללא אירוע טראומטי. מכאן שממילא התגובות הקיצוניות יותר תהיינה מובהקות אף הן.



להתנדב לעזור לקשישים ( $Z=3.29$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.12$ , 72%), או לילדים ( $Z=13.07$ ,  $p<.001$ , 87%), עם זאת, כפי שנראה בהמשך הפרק, מצאנו בשאלה אחרת ש-50% מהמשיבים מציינים שיהיו מוכנים לעזור לאדם כזה, אך לא יהיו מוכנים להיות חברים שלו; דבר שמחזק את הממצא שכ-48% מוכנים להתנדב.

### 10.3.3 תמיכה בהקמת מועדון חברתי במיקום קרוב ורחוק

שאלנו את המשיבים ( $N=1,582$ ) האם יתמכו בהקמת מועדון חברתי לאנשים עם מחלות נפש. השאלה הדגישה שמדובר בשכונה מרוחקת מביתו של המשיב.<sup>34</sup> לאחר מכן שאלנו על תמיכה בהקמת מועדון כזה בשכונתו של המשיב. מטרת שתי השאלות לנסות להבחין בין מצב שבו למשיב אינטרסים המנוגדים להצעה לעומת מצב שאינטרסים אלו פחות רלבנטיים. מעבר לרצייה החברתית שכל הנראה מייפה במידה זו או אחרת את התשובות, יש פער ניכר בין הנכונות לאפשר מועדון בשכונה מרוחקת (88%) לעומת מועדון בשכונתך שלך (74%); ( $Z=10.12$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.37$ ). דבר זה מצביע על כך שגם אם יש לכאורה פתיחות מסוימת, הרי שהיא מצטמצמת כאשר הדבר מתקרב לאדם עצמו.

מצאנו שההתנגדות להקמת מועדון בשכונה מרוחקת מתקשרת לרמות גבוהות יותר של כעס. במילים אחרות, מי שיחסם לחולים מאופיין **בכעס**, פחות מוכנים לאפשר הקמת מועדון עבורם, דבר שמתיישב עם ממצאים בספרות לגבי כעס והקשר בינו לבין חוסר נכונות לעזור (Corrigan et al., 2000; Schmidt & Weiner, 1988; Weiner, 1995).

### 10.3.4 נכונות להשכרת דירה

פן נוסף של אבחנה בין ה"כללי", לבין ה"נוגע לך", מתייחס לסוגיית שכונות והשכרת דירה. כפי שדווח לעיל, כ-19% מדווחים שיש להם שכן שיש לו מחלת נפש וכ-68% מוכנים שאדם שחולה במחלת נפש יהיה שכן שלהם. עד כמה עמדות אלו באות לידי ביטוי כאשר עוברים מעמדות לכוונות התנהגותיות, עם נגיעה לאדם עצמו? שאלנו את המשיבים: "נניח שיש לך דירה להשכרה. האם היית מוכן להשכיר לאדם שחולה במחלת נפש?" מצאנו שבעוד ש-68% מהמשיבים מוכנים לקבל אדם זה כשכן, רק כ-39% היו מוכנים להשכיר לו דירה, בעוד ש-54% מסרבים (7% הנותרים אינם מביעים דעה חד משמעית). האם הפער בין הנכונות לקבל כשכן לעומת הנכונות להשכיר נובע מחשש בנושא התשלומים, קרי, האם המשיבים חוששים שלא יקבלו את שכר הדירה? בניסיון למקד את הבעיות, שאלנו את 54% המסרבים להשכיר, האם היו מוכנים להשכיר לו היו להם ערבויות שהוא ישלם. במצב זה, אחוז האנשים שמסרבים להשכיר ירד לכ-39% (מתוך כלל המשיבים). בהנחה שייתכן שחלק מהסירוב להשכיר נובע מתוך חשש לאינטראקציה עם החולה, שאלנו את המסרבים, אם היו מוכנים להשכיר אילו ידעו שיש מישהו שמלווה את החולה ושניתן לפנות אליו בכל בעיה. במצב זה, ירד אחוז המסרבים להשכיר ל-22%. מכאן שייתכן שבאמצעות התערבויות ניתן יהיה להגדיל את הנכונות. ייתכן שהערבות הכספית וקיומו של אדם שאליו ניתן לפנות, נותנים מענה או לפחות מקלים על החששות והפחדים בציבור.

<sup>34</sup> ההיגיון שמאחורי הדגשה זו מבוסס על שאלות שנשאלו בהקשר אחר (Struch & Schwartz, 1989).

## 10.4 אפליה גלויה וסמויה

אפליה ודעות קדומות אינן עשויות מקשה אחת. בשנים האחרונות קיימת מודעות הולכת וגוברת בתחום של סטראוטיפים ויחסים בין-קבוצתיים לכך שיש בסיסים שונים וסוגים שונים של דעות קדומות ואפליה (Kleinpenning & Hagendoorn, 1993). אחת האבחנות שהוצעו היא האבחנה בין אפליה בוטה (blatant) לסמויה (subtle); (Pettigrew & Meertens, 1995). נושא זה לא נחקר בתחום בריאות הנפש, אם כי נראה שיש מקום לעשות זאת.<sup>35</sup> אנשים המבטאים אפליה סמויה, אינם מודעים לכך שהם מפלים וסבורים שהסיבות להתנהגותם קשורות במצב, בכישורי האדם, באפיוניו וכו', ולא בשייכותו הקבוצתית.

יש עניין באבחנה זו, בין האפליה הגלויה לסמויה, כיוון שכאשר מנסים לשנות התנהגות, הרי שבמקרה של אנשים המראים אפליה סמויה, ייתכן שניתן לשקול התערבות ברמת המודעות ל"הצדקות" השגויות. לעומת זאת, לגבי אנשים המראים אפליה בוטה, אשר פחות ינסו לעסוק ב"סיבות והצדקות", נדרשת התערבות אחרת, שתביא לשינוי יותר יסודי של העמדות שבבסיס ההתנהגות.

על מנת לבחון סוגיה זו של אפליה סמויה בהקשר הנוכחי, חיברנו פריטים המנסים לספק "הסבר" להתנהגות מפלה. הפריטים דומים בחלקם לפריטי הנכונות למגע שהוזכרו קודם, אלא שהם כוללים "הסברים והצדקות".<sup>36</sup> לוח 31 מציג ממצאים לגבי המשיבים שלא קיבלו תיאורים.<sup>37</sup> בהשוואה ל-31% מהמשיבים שצינו שאינם רוצים שמישהו שיש לו מחלת נפש יהיה שכן שלהם, 40% מן המשיבים מסכימים ש"אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי" ( $Z=3.68, p<.001$ , Cohen's  $d=.19$ ).

כפי שדיווחנו קודם, 52% מהמשיבים אינם מוכנים להעסיק מישהו שיש לו מחלת נפש. 58% מהמשיבים מסכימים שאדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות ( $Z=2.23, p<.03$ , Cohen's  $d=.12$ ). לעומת זאת, עולה שאחוז המשיבים שאינם מוכנים להעסיק אדם כזה בהעדר 'תירוץ' (52%) דווקא גבוה מאחוז האנשים שאינם מוכנים בטענה שיחסיר הרבה ימי עבודה (34%).

בהעדר "הסבר", ציינו כאמור 21% מהמשיבים שאינם מוכנים להיות ידיד של אדם עם מחלת נפש. כ-25% מסכימים שלא כדאי להתחבר יותר מדי לאדם עם מחלת נפש, כי זה יכול להשפיע על המחשבה שלך ( $Z=1.92, p<.06$ , Cohen's  $d=.14$ ). הבדל גדול יותר הוא בין אי הנכונות הבסיסית להיות ידיד (21%), לבין 31% שמסכימים שלא היו רוצים קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר אתו ( $Z=4.41, p<.0001$ , Cohen's  $d=.23$ ).

<sup>35</sup> תקשורת אישית עם Prof. T. Pettigrew.

<sup>36</sup> הפריטים אמנם קרובים אך אינם זהים. שאלות דומות יותר היו קרוב לוודאי מקוממות את המשיבים. להלן ננסה במידת האפשר להשוות פריטים דומים או בתחומי תוכן דומים.

<sup>37</sup> בחרנו להציג כאן את הממצאים לגבי מחצית זו של המשיבים כיוון שזו המחצית לגביה ההשוואה למדדים של נכונות למגע היא "נקיה יותר". כאשר מתבוננים בסך כל המשיבים הממצאים מקבילים.

**לוח 31: אפליה סמויה: מסכימים ומתנגדים בקרב משיבים שלא קיבלו וינייט (באחוזים)**

לא נכון	לא יודע	נכון	סה"כ במספרים מוחלטים	סה"כ באחוזים
57	3	40	752	100
אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי				
68	1	31	762	100
לא הייתי רוצה קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר אתו				
74	2	25	779	100
לא כדאי להתחבר יותר מדי לאדם עם מחלת נפש כי זה יכול להשפיע על המחשבה שלך				
11	2	87	744	100
לא הייתי רוצה שאדם עם מחלת נפש יהיה נהג אוטובוס כי זה מסוכן				
62	4	34	745	100
לא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא יחסיר הרבה ימי עבודה				
47	3	50	771	100
הייתי מוכן לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא הייתי רוצה להיות חבר שלו				
37	5	58	739	100
אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות				

מצאנו קודם ש-34% מהמשיבים לא מוכנים להמשיך להיות חבר קרוב של אדם שחלה במחלת נפש, חבר שלו מספרים הכול. כאן עולה ש-50% מהמשיבים מציינים שהיו מוכנים לעזור לאדם עם מחלת נפש אך לא היו רוצים להיות חבר שלו ( $Z=6.33$ ,  $p<.0001$ , Cohen's  $d=.33$ ).

כצפוי, נראה שיש מגמה שהפריטים ה"סמויים", זוכים לתמיכה דומה או גבוהה יותר מאשר פריטים קרובים שהנם גלויים יותר. עם זאת יש להיזהר בהסקת מסקנות, שכן הפריטים אינם זהים. יתרה מכך, נדרשת כמובן בדיקה ברמת הפרט. ביצענו בחינה ראשונית של הקשר בין שני סוגי הפריטים על ידי כך שבדקנו לגבי כל פריט האם המשיב נמצא מעל או מתחת לחציון התגובות (ראה נספח 13). בחינה ברמת הפרט של הקשרים בין הפריטים הישירים שהוצגו קודם (סולם המרחק החברתי) לבין הפריטים היותר "סמויים" המופיעים כאן, מעלה שיש קשר, אך כצפוי, הקשר אינו מלא. אין זה מפתיע, שכן, אדם התומך באפליה בוטה, מן הסתם ייטה לתמוך גם באפליה סמויה, אך ההפך אינו נכון.

## 11. התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי משתני רקע ומשתני תפיסות

בפרק זה המוקד הוא ההתייחסות לאדם המזוהה או המוגדר כ"חולה נפש" לפי מספר משתנים סוציו-דמוגרפיים ומשתני רקע: מגדר, השכלה, גיל ומגע קודם, ולפי משתני תפיסות ועמדות. הניתוחים מבוססים על המשיבים שלא קיבלו תיאור כלשהו של "חולה נפש" (ניתוחים ראשוניים לא הצביעו על הבדלים ברורים בין הממצאים המתקבלים לגבי קבוצה זו לעומת אלו המתקבלים כאשר מתמקדים במשיבים שקיבלו וינייטים).

## 11.1 התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי מגדר, גיל, השכלה וקשר קודם

באופן כללי, המגמה המסתמנת בממצאים שיוצגו להלן הנה שמדדים שונים של התייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית נוטים להיות קשורים לגיל, השכלה, למגע בפועל עם חולים, ולרגשות של פחד וכעס. התייחסויות חיוביות יותר נמצאו בקרב אנשים מתחת (לעומת מעל) לגיל 60, בעלי יותר השכלה (לעומת פחות), בעלי קשר או מגע כלשהו עם חולים (לעומת חסרי מגע), ואנשים המרגישים פחות פחד מפני חולים ואנשים המרגישים פחות כעס כלפי חולים. ממצאים אלו משתלבים בספרות המראה התייחסויות חיוביות יותר אצל אנשים צעירים יותר, משכילים יותר ובעלי היכרות עם חולים (Jorm et al., 2000; Hayward & Bright, 1997; Warner, 2001). חלק מן המשתנים הללו מראים קשרים בינם לבין עצמם. כך למשל, אנשים הנמצאים בקשר כלשהו עם אדם החולה במחלה פסיכיאטרית נוטים פחות לפחד ופחות לכעוס על חולים. להלן נפרט את הממצאים:

### 11.1.1 מגדר

לוח 32 מציג את ההבדלים בין גברים לנשים בהתייחסות לחולי נפש. כפי שאפשר לראות, נשים הביעו פחות כעס ויותר רחמים/סימפתיה כלפי "חולי נפש" מאשר גברים. נשים גם סבורות פחות מאשר גברים שניתן לזהות/לראות את החולים. לעומת זאת, נשים וגברים לא נבדלו במוצעים<sup>38</sup> לגבי מדדי מרחק חברתי מועדף מאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, לגבי אפליה סמויה כלפי חולים, לגבי מדד עמדות כלליות כלפי חולים, ולגבי פחד מפניהם, תפיסת יכולתם של החולים להחלים ולתפקד, תפיסת חדירות גבולות (כלומר אפשרות המעבר בין "נורמלי" ל"חולה" ולהפך).

לא מצאנו הבדלים גדולים בנכונותם של נשים וגברים לתמוך בהקמת מועדון חברתי לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית (נמצא הבדל לגבי שכונתו של המשיב, אך ההבדל קטן, ולפיכך לא נתייחס לכך).

בחנו גם את הבדלים בין נשים לגברים באשר לנכונות להשכיר דירה לאדם שחולה במחלת נפש (ראו סעיף 8.2.4). כפי שניתן לראות בלוח 33, אין הבדלים ניכרים בדפוסי התגובה של נשים וגברים בנכונותם להשכיר דירה לאדם עם מחלת נפש. באחוז המסרבים לחלוטין ובאחוז המסכימים ללא תנאי איננו מוצאים כל הבדל. הבדלים זניחים למדי ניתן לראות בנכונות להשכיר בהינתן ערבות ( $Z=2.40$ ,  $p<.02$ , Cohen's  $d=.17$ ) ובנכונות להשכיר כאשר מציעים להם מלווה ( $Z=2.19$ ,  $p<.03$ , Cohen's  $d=.16$ ).

<sup>38</sup> הממוצעים המוצגים בפרק זה מבוססים על מיצוע של פריטים שנמדדו על סולם הנע מ-1 ועד 5 אלא אם כן צוין אחרת. פירוט על כך מופיע בפרק השיטה. עבור מדדים שאינם ממוצע של מספר פריטים מוצגת התפלגות לאחר הקבצת קטגוריות תשובות סמוכות.

**לוח 32: מדדים מרכזיים, לפי מגדר (ממוצעים, מספר משיבים ומבחן t-\*)**

גברים		נשים		t	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N					
3.00	355	2.88	375	1.56	728	0.12	.12	מרחק חברתי מועדף
2.98	380	2.91	410	1.04	789	0.30	.07	אפליה סמויה
3.00	381	3.04	410	0.85	790	0.40	.06	עמדות כלליות (חיוביות)
3.34	378	3.38	409	0.41	785	0.68	.03	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
2.03	378	1.78	408	4.41	784	0.001	.32	כעס כלפי חולים
2.42	373	2.49	403	0.91	774	0.34	.07	פחד מחולים
3.88	378	4.10	410	4.71	786	0.001	.34	רחמים וסימפתיה
3.37	377	3.24	410	2.11	786	0.04	.15	נראות נתפסת
1.83	376	1.82	408	0.28	782	0.78	.02	אי חדירות גבולות
2.89	53	2.95	60	0.33	111	0.74	.06	תפיסות חיוביות **

\* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 5-1. ככל שהציון גבוה יותר (קרוב יותר ל-5), התכונה שבצד ימין גבוהה יותר. למשל, בשורה הראשונה, ציון גבוה יותר משמעו מרחק חברתי מועדף גבוה יותר כלומר העדפה למרחק רב יותר מהחולים, לקרבה נמוכה יותר. בשורה השלישית, ככל שהמספר גבוה יותר, מדובר בעמדות כלליות חיוביות יותר. בשורה שלפני אחרונה, ציון גבוה יותר משמעו שהגבולות נתפסים כיותר בלתי חדירים, כלומר, אדם 'חולה' לא יהפוך להיות 'נורמלי' ואדם 'נורמלי' לא יטה לחלות.  
\*\* יש לשים לב לכך שהממצאים לגבי משתנה זה מבוססים על מספר מקרים קטן.

**לוח 33: נכונות להשכרת דירה לפי מגדר (התפלגות באחוזים ומבחן  $\chi^2$ )**

גברים	נשים	סה"כ	
N=410	N=381	N=791	
100	100	100	סה"כ
41	40	40	הסכמה ללא תנאי
19	12	16	הסכמה בהינתן ערבות כספית
16	23	20	הסכמה בהינתן שיש מלווה
24	25	24	אי הבעת הסכמה לאחר מלווה וערבות

$$\chi^2(2) = 9.4, p < .03$$

**11.1.2 גיל**

גיל מועלה לעתים בספרות כאחד הגורמים הקשורים לעמדות ולהתייחסויות בין-קבוצתיות כלומר, ככל שעולים בגיל, העמדות פחות חיוביות. לא תמיד ברור עד כמה הגיל כשלעצמו הוא הגורם הקובע או שמא המדובר למעשה בהבדלים בין עוקבות (cohorts) הנבדלות ביניהן במאפיינים אחרים כדוגמת רמת השכלה. חילקנו את המדגם ל-3 קבוצות גיל: 22-39; 40-59; 60 ומעלה. בניתוחי שונות שערכנו לבדיקת השפעת גורם הגיל על התגובות לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית, מצאנו שהמגמה הכללית המתקבלת היא שכאשר יש הבדלים בין קבוצות הגיל, הם נמצאים בין המשיבים מעל גיל 60 לבין המשיבים שמתחת לגיל 60.<sup>39</sup> הממצאים מוצגים תוך השוואות שתי קבוצות אלו (לוח 34).

<sup>39</sup> ערכנו את הניתוח גם תוך התייחסות ל-6 קבוצות גיל על מנת לוודא שאין ממצאים עדינים יותר שאולי נסתרים מאתנו בשל ההקבצה הגסה ל-3 קבוצות גיל. לא נמצאו ממצאים שונים בצורה ברורה. לעתים נמצאו מגמות להבדלים מסוימים, אך הם היו חלשים ולא הגיעו בדרך כלל לכלל מובחנות ברורה על פי מבחן Scheffe.

**לוח 34: מדדים מרכזיים לפי גיל המשיבים (מעל ומתחת לגיל 60); (ממוצעים, מספר משיבים ומבחן t\*)**

+60		59-22		t	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N					
3.30	165	2.83	565	-5.64	728	0.001	<b>.42</b>	מרחק חברתי מועדף
3.36	182	2.82	608	-7.02	789	0.001	<b>.50</b>	אפליה סמויה
2.79	183	3.10	608	5.32	790	0.001	<b>.38</b>	עמדות כלליות (חיוביות)
3.29	182	3.38	605	1.29	785	0.197	.09	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
2.10	182	1.84	605	-3.80	784	0.001	.27	כעס כלפי חולים
2.71	175	2.39	600	-3.50	774	0.001	.25	פחד מחולים
4.21	183	3.93	605	-5.12	786	0.001	<b>.37</b>	רחמים וסימפטיה
3.43	182	3.26	606	-2.13	786	0.034	.15	ניראות נתפסת
1.78	182	1.84	602	1.02	782	0.307	.00	אי חדירות גבולות
3.22	31	2.81	82	-1.92	111	0.058	<b>.36</b>	תפיסות חיוביות **

\* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 1-5. ככל שהציון גבוה יותר (קרוב יותר ל 5), התכונה שבצד ימין גבוהה יותר. למשל, בשורה הראשונה, ציון גבוה יותר משמעו מרחק חברתי מועדף גבוה יותר כלומר העדפה למרחק רב יותר מהחולים, לקרבה נמוכה יותר. בשורה השלישית, ככל שהמספר גבוה יותר, מדובר בעמדות כלליות חיוביות יותר. בשורה שלפני אחרונה, ציון גבוה יותר משמעו שהגבולות נתפסים כיותר בלתי חדירים, כלומר, אדם 'חולה' לא יהפוך להיות 'נורמלי' ואדם 'נורמלי' לא יטה לחלות.  
\*\* יש לשים לב לכך שהממצאים לגבי משתנה זה מבוססים על מספר מקרים קטן.

לוח 34 מראה שקבוצת הגיל 60 ומעלה שונה מהקבוצה הצעירה יותר לגבי רוב המשתנים. היא מאופיינת במרחק חברתי מועדף גדול יותר, באפליה סמויה חזקה יותר ובעמדות פחות חיוביות. עם זאת, הקבוצה המבוגרת מראה רמה גבוהה יותר של רחמים וסימפטיה ויכולת להכיר באפיונים חיוביים של אנשים שחלו. הבדלים קטנים קיימים בכעס ובפחד מפני החולים (גבוהים יותר בקבוצה המבוגרת).

האם קבוצות הגיל נבדלות ביניהן בנכונות לתמוך בהקמת מועדון חברתי ובנכונות להשכרת דירה? מלוח 35 עולה שכשמדובר במועדון בשכונה מרוחקת כמעט אין הבדל בין קבוצות הגיל. לעומת זאת, כאשר מדובר בהקמת המועדון בשכונתו של המשיב ניכר שהמשיבים שמעל גיל 60 פחות מוכנים לכך (61% מתוכם לעומת 79% מקרב הצעירים יותר יתמכו; ו-32% מתוכם לעומת 18% מתוך הצעירים יותר יתנגדו).

מגמה דומה מופיעה בנכונות להשכיר דירה. אחוז המשיבים המביעים נכונות להשכיר ללא תנאי גבוה יותר בקרב משיבים שמתחת לגיל 60 (45% לעומת 26% בהתאמה); ( $Z=4.52$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.33$ ). באופן דומה, אחוז המשיבים המביעים אי הסכמה להשכרה גם בהינתן ערבות כספית ומלווה הנו גבוה במידה ניכרת בקרב משיבים שמעל גיל 60 (42% לעומת 19%); ( $Z=6.20$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.45$ ).

**לוח 35: נכונות להקמת מועדון חברתי לנפגעי נפש ולהשכרת דירה לפי גיל המשיבים (אחוזים ומבחן  $\chi^2$ )**

סה"כ	59-22	+60	
N=790	N=608	N=182	
100	100	100	מועדון בשכונה מרוחקת
88	90	84	סה"כ במספרים
3	2	5	סה"כ באחוזים
9	8	11	מוכן או חושב שמוכן
			לא יודע
			לא מוכן/חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=6.4, p<.04, \text{Effect size } w^*=.09$			
N=791	N=608	N=183	מועדון בשכונה שלך
100	100	100	סה"כ במספרים
75	79	61	סה"כ באחוזים
4	3	7	מוכן או חושב שמוכן
21	18	32	לא יודע
			לא מוכן/חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=23.2, p<.001, \text{Effect size } w^*=.18$			
N=790	N=608	N=182	השכרת דירה
100	100	100	סה"כ במספרים
40	45	26	סה"כ באחוזים
16	16	13	הסכמה ללא תנאי
20	20	19	הסכמה בהינתן ערבות כספית
24	19	42	הסכמה בהינתן שיש מלווה
			אי הסכמה גם בהינתן מלווה וערבות
$\chi^2(2)=41.9, p<.001, \text{Effect size } w^*=.27$			

\* למדד זה של גודל אפקט (w), מקובל להתייחס כדלהלן: .10 = אפקט קטן; .30 = אפקט בינוני; .50 = אפקט גדול

### 11.1.3 השכלה

ערכנו ניתוח שונות שבו חילקנו את רמת ההשכלה לארבע רמות: עד 8 שנות לימוד; 9-12 שנות לימוד; 13-14; ו-15 ומעלה. כפי שניתן לראות בלוח 36, לא מצאנו הבדלים בין רמות השכלה שונות מבחינת פחד מפני החולים, תפיסת יכולת של החולים להחלים ולתפקד וחדירות גבולות.

מצאנו הבדלים גדולים בין רמות ההשכלה השונות לגבי אפליה סמויה ולגבי עמדות כלליות. האפליה הסמויה גבוהה יותר בקרב בעלי השכלה נמוכה מאשר בקרב בעלי השכלה גבוהה (יש מגמת ירידה באפליה ככל שעולים בהשכלה גם בין שלוש הרמות האחרות אך היא אינה חזקה). עמדות כלליות חיוביות יותר נמצאות בקרב בעלי השכלה של 15 שנים ומעלה, הרמה הבאה היא בעלי השכלה של 14-9 שנים. ממוצע העמדות הנמוך ביותר נמצא בקרב בעלי השכלה של עד 8 שנים.

הבדלים לא קטנים נמצאו גם ברחמים כלפי אנשים שחלו, במגמת עלייה ברמת הרחמים והסימפתיה ככל שההשכלה יורדת.<sup>40</sup>

<sup>40</sup> אפקט בגודל זה נמצא גם לגבי היכולת לתפוס אפיונים חיוביים, אולם משתנה זה נבחן על מדגם קטן יותר וההבדלים לא היו מובהקים סטטיסטית.

לוח 36: מדדים מרכזיים לפי השכלה (ניתוח שונות, ממוצעים\* ומספר משיבים)

8-0		12-9		14-13		+15		סה"כ		F	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע	N					
3.01	73	3.00	271	3.11	103	2.79	283	2.94	730	3.9	3,725	.009	.25	מרחק חברתי מועדף
3.59 <sup>a</sup>	74	3.12 <sup>b</sup>	289	2.84 <sup>b,c</sup>	109	2.67 <sup>c</sup>	318	2.94	791	26.8	3,786	.000	.64	אפליה סמויה
2.59 <sup>a</sup>	74	2.88 <sup>b</sup>	289	2.98 <sup>b</sup>	109	3.27 <sup>c</sup>	319	3.02	792	29.1	3,787	.000	.67	עמדות כלליות (חיוביות)
3.40	74	3.44	288	3.22	109	3.33	316	3.36	787	1.9	3,782	.128	.16	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
2.27 <sup>a</sup>	72	1.88 <sup>b</sup>	287	1.88 <sup>b</sup>	109	1.84 <sup>b</sup>	318	1.90	786	5.9	3,782	.001	.30	כעס כלפי חולים
2.54	72	2.48	285	2.43	108	2.43	310	2.46	776	0.3	3,771	.857	.06	פחד מחולים
4.43	74	4.03	287	3.98	109	3.87	318	4.00	788	15.7	3,783	.000	.49	רחמים וסימפתיה
3.48 <sup>a</sup>	74	3.41 <sup>a,b</sup>	289	3.31 <sup>a,b</sup>	109	3.16 <sup>b</sup>	315	3.30	788	4.6	3,783	.003	.27	ניראות נתפסת
1.73	73	1.83	287	1.80	109	1.86	315	1.83	784	0.1	3,779	.547	.10	אי חדירות גבולות
3.35	6	3.16	37	3.03	10	2.71	59	2.92	113	2.1	3,109	.109	.48	תפיסות חיוביות **

הערה: תאים באותה שורה שלצדם מופיעה אות זהה (a, b, c) אינם נבדלים זה מזה לפי מבחן Scheffe.  
 \* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 1-5. ככל שהציון גבוה יותר, התכונה שבצד ימין גבוהה יותר.  
 \*\* ממצאים לגבי משתנה זה מבוססים על מספר מקרים קטן.



הבדלים קטנים יחסית נמצאו במשתנים נוספים. כך, בעלי השכלה של עד 8 שנים מבטאים יותר כעס כלפי "חולי נפש" מאשר בעלי השכלה של 9 שנים ומעלה (שאינם נבדלים עוד ביניהם). מעניין לציין שעם זאת אותה קבוצה מביעה כאמור גם יותר רחמים/סימפתיה לחולי הנפש מאשר קבוצות ברמות ההשכלה הגבוהות יותר.<sup>41</sup>

בעלי ההשכלה הנמוכה סבורים יותר שניתן לזהות "חולי נפש" לפי הצורה שבה הם נראים מאשר בעלי ההשכלה הגבוהה. באשר למרחק החברתי המועדף, ההבדלים אינם חזקים במיוחד.

משיבים בעלי רמות השכלה שונות אינם נבדלים בתמיכתם במועדון החברתי בין אם מרוחק או בשכונתם. לעומת זאת, נראה שייתכן שיש שוני מסוים בנכונות להשכיר ובשינויים בנכונות זו כאשר מאפשרים ערבות כספית וכאשר מוסיפים גם מלווה. עם זאת, דפוס הממצאים אינו חד ולפיכך לא נפרט על כך כאן.

#### 11.1.4 קשר קודם

על פי הספרות בתחומים אחרים של מגעים בין-קבוצתיים, יש הטוענים שככל שיש יותר מגע בין-קבוצתי, כן תהיה ההתייחסות חיובית יותר (בהנחה שאין ניגוד אינטרסים, קונפליקט על משאבים וכו') ולהפך. עם זאת, מגע לא בהכרח משפר את היחסים, ועלול אף להרע אותם. מאחר שייתכן שחשיפה, היכרות ומגע עם אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות יתקשרו לעמדות שונות ולהתייחסויות שונות, נבחן קשרים אלו. כך, למשל, ייתכן שמידת הפחד תקטן לאחר התנסות וקשר; ייתכן גם שכשהפחד קטן יש נכונות גבוהה יותר למגע.

**רמת הקשר עם חולים.** המשיבים נשאלו על צורות שונות של קשר וחשיפה ולחולים (למשל, שכן, קרוב, חבר של המשפחה ועוד). לוח 37 מציג ממוצעים וניתוח שונות על משתנים שונים, לפי "רמת הקשר שיש למשיב עם חולים" תוך הבחנה בין 3 רמות קשר. (1) המשיב אינו מדווח על כל קשר מעבר לכך שהוא חושב שראה או אף רואה לעתים קרובות אנשים עם מחלת נפש. רמה זו מבטאת למעשה מצב שבו אין למשיב כל קשר עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. (2) המשיב ציין סוג קשר אחד מעבר לנ"ל, למשל, שיש לו שכן חולה, או שהוא עבד בעבר עם חולה, או שלמשפחתו יש חבר חולה וכו'. (3) המשיב מדווח על יותר מאשר קשר אחד כזה.<sup>42 43</sup>

<sup>41</sup> לכאורה מעלה הדבר חשד שאולי קבוצה זו עונה בצורה קיצונית יותר ושלמעשה ההבדל בינה לבין הקבוצות האחרות הוא אולי תוצר של צורות התגובה הקיצוניות יותר. סבירותה של אפשרות זו נמוכה לאור העובדה שאין הם נבדלים מן הקבוצות האחרות בחלק מן השאלות האחרות, ובמיוחד בשאלות שנשאלו על אותות סולם תגובה בתוך אותה סדרת שאלות.

<sup>42</sup> ערכנו גם ניתוח נוסף שבו קיבצנו את הקשרים לשלוש רמות לפי אינטנסיביות הקשר — משיבים שצינו שראו (אי פעם או לעתים קרובות) חולה; אנשים שצינו מגעים בינוניים (שכן, עבודה וכו') ולבסוף אנשים שצינו שיש להם קרוב חולה או שגרו עם או גרים עם חולה. ניתוחים אלו העלו ממצאים דומים מאוד לאלו שמוצגים להלן, ולפיכך איננו מפרטים אותם. כמובן, יש גם חפיפה לא קטנה בין שתי צורות ההקבצה. במילים אחרות, ההבדלים שנמצאו היו בין אלו שלא דיווחו על שום קשר לבין אלו שדיווחו על קשר, ואילו רמת האינטנסיביות של הקשר לא הראתה הבדלים — ההבדל בקרב בעלי הקשרים השונים, כלומר, בין אלו בעלי קשר חזק יותר לבין אלו בעלי קשר חלש יותר, אינם מובהקים.

<sup>43</sup> ערכנו גם השוואות בין אנשים בעלי קרוב חולה נפש לבין אנשים שאין להם קרוב כזה. בסך הכול, הממצאים מקבילים למתואר למעלה.

מלוח 37 עולה שמשיבים חסרי קשר עם אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות (ובכלל זה אנשים המדווחים שראו אנשים עם מחלת נפש) הראו יותר אפליה סמויה, עמדות כלליות פחות חיוביות, יותר כעס, ויותר פחד מאשר אנשים עם קשר אחד או יותר. ההבדל בין משיבים המדווחים על סוג קשר אחד לבין משיבים המדווחים על יותר מאשר קשר אחר אינו מובהק.

לעומת זאת, לגבי המרחק החברתי המועדף מצאנו הבדל בין שלוש הרמות. אנשים ללא כל קשר עם חולים, מעוניינים לשמור מרחק רב יותר מחולי נפש מאשר אלו המדווחים על קיומו של קשר אחד, ואלו בתורם מעוניינים לשמור יותר מרחק מאשר משיבים המדווחים על יותר מאשר קשר אחד. כלומר קיימת נכונות רבה יותר למגע עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, ככל שיש יותר קשר/מגע בפועל.

לא מצאנו הבדלים בין בעלי קשרים לחסרי קשרים לגבי תפיסת יכולת של החולים להחלים ולתפקד; רחמים סימפתיים, תפיסת ניראות ותפיסת חדירות גבולות.

השווינו גם בין התגובות של משיבים שדיווחו שביקרו בבית חולים פסיכיאטרי (או במחלקה); (N=277) לאלו שדיווחו שלא ביקרו (N=514). מדד זה של ביקור בבית חולים הנו מדד גס, הכולל בתוכו ככל הנראה מגוון גורמים לביקור (לחלק מהמשיבים יש קרוב, חבר, עמית לעבודה, אצל חלק מדובר ככל הנראה בעבודה וכו'). באופן כללי, הממצאים דומים למתואר למעלה, כלומר, אלו שביקרו נוטים להביע עמדות חיוביות יותר מאלו שלא ביקרו.

ספציפית, מצאנו שאנשים שלא ביקרו בבית חולים פסיכיאטרי העדיפו לשמור מרחק רב יותר (M=3.07) מאשר אנשים שביקרו (M=2.70) ( $t(728)=4.96, p<.001$ , Cohen's  $d=0.37$ ). הם הביעו יותר אפליה סמויה (M=3.04) מאשר אנשים שביקרו (M=2.77) ( $t(787)=3.86, p<.001$ , Cohen's  $d=0.28$ ). הם הביעו יותר פחד מפני החולים (M=2.59) מאשר אלו שביקרו (M=2.20) ( $t(772)=4.86, p<.001$ , Cohen's  $d=0.35$ ). לבסוף נמצא גם אפקט חלש של הבדל בתפיסת יכולת להחלים ולתפקד - מי שלא ביקר בבית חולים תפסו יכולת זו כנמוכה יותר (M=3.31) מאשר אנשים שביקרו (M=3.46) ( $t(728)=2.25, p<.03$ ); (Cohen's  $d=0.17$ ).<sup>44</sup> הן העמדות הכלליות והן הכעס כלפי חולים, שהראו הבדל בין אנשים עם קשר לחולים לבין אנשים ללא קשר, לא היו שונים בקרב אנשים שביקרו בבית חולים לעומת אנשים שלא ביקרו בבית חולים.

---

<sup>44</sup> אפקט זה נשמר בקרב אלו שיש להם ובקרב אלו שאין להם קרוב חולה נפש (דבר שעולה מכך שניתוח שונות דו-גורמי שבו הגורמים הם יש/אין קרוב, וכך/לא ביקר בבית חולים, לא הראה אפקט אינטראקציה).

**לוח 37: מדדים מרכזיים, לפי רמת קשר עם חולים, מקובצת ל-3 רמות (ניתוח שונות, ממוצעים\* ומספר משיבים)**

0 אין כל קשר		1 יש קשר אחד		2 יש יותר מאשר קשר אחד		סה"כ		F	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע	N	ממוצע	N					
3.24 <sup>a</sup>	291	2.94 <sup>b</sup>	180	2.60 <sup>c</sup>	260	2.94	730	34.17	2,726	.001	<b>.61</b>	מרחק חברתי מועדף
3.23 <sup>a</sup>	314	2.85 <sup>b</sup>	196	2.69 <sup>b</sup>	281	2.94	791	26.76	2,787	.001	<b>.52</b>	אפליה סמויה
2.90 <sup>a</sup>	315	3.05 <sup>b</sup>	196	3.15 <sup>b</sup>	281	3.02	792	10.14	2,788	.001	<b>.32</b>	עמדות כלליות (חיוביות)
3.29	314	3.37	194	3.44	279	3.36	787	2.02	2,783	.134	.14	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
2.05 <sup>a</sup>	311	1.82 <sup>b</sup>	194	1.78 <sup>b</sup>	281	1.90	786	9.27	2,783	.001	<b>.31</b>	כעס כלפי חולים
2.73 <sup>a</sup>	307	2.38 <sup>b</sup>	190	2.23 <sup>b</sup>	278	2.46	776	16.67	2,772	.001	<b>.42</b>	פחד מחולים
4.00	313	3.96	194	4.02	281	4.00	788	0.44	2,784	.642	.07	רחמים וסימפתיה
3.33	313	3.25	195	3.31	280	3.30	788	0.43	2,784	.650	.07	ניראות נתפסת
1.87	311	1.78	194	1.82	279	1.83	784	1.07	2,780	.340	.10	אי חדירות גבולות
3.05	42	2.62	24	2.96	47	2.92	113	1.47	2,110	.236	<b>.33</b>	תפיסות חיוביות **

הערה: תאים באותה שורה שלצידם מופיעה אות זהה (a, b, c) אינם נבדלים זה מזה לפי מבחן Scheffe.  
 \* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 1-5. ככל שהציון גבוה יותר, התכונה שבצד ימין גבוהה יותר.  
 \*\* הממצאים לגבי משתנה זה מבוססים על מספר מקרים קטן.

מלוח 38 עולה שלמידת המגע בפועל עם חולים אין קשר ברור לנכונות לתמוך בהקמת מועדון מרוחק. לעומת זאת, כשמדובר בתמיכה במועדון בשכונתו של המשיב יש קשר חלש: אנשים חסרי כל קשר לאנשים עם מחלות פסיכיאטריות מוכנים פחות לתמוך בהקמת מועדון כזה (68%) מאשר אנשים בעלי מגע אחד (76%), או אנשים בעלי יותר מאשר מגע אחד (82%).

**לוח 38: נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי קשר עם חולים: התפלגות ומבחן  $\chi^2$**

אין כל קשר	יש קשר אחד	יותר מקשר אחד	סה"כ	
314	196	281	791	<b>מועדון בשכונה מרוחקת</b>
100	100	100	100	סה"כ במספרים
87	89	89	88	סה"כ באחוזים
3	3	3	3	מוכן או חושב שמוכן
10	8	8	9	לא יודע
				לא מוכן/חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=1.3, p=ns$				
314	197	281	792	<b>מועדון בשכונה שלך</b>
100	100	100	100	סה"כ במספרים
68	76	82	75	סה"כ באחוזים
4	3	4	4	מוכן או חושב שמוכן
28	21	14	21	לא יודע
				לא מוכן/חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=17.2, p<.001, \text{Effect size } w^*=.15$				
314	196	281	791	<b>השכרת דירה</b>
100	100	100	100	סה"כ במספרים
32	44	47	40	סה"כ באחוזים
15	16	16	16	הסכמה ללא תנאי
				הסכמה בהינתן ערבות
18	21	21	20	כספית
				הסכמה בהינתן שיש מלווה
35	19	16	24	אי הסכמה גם בהינתן מלווה וערבות
$\chi^2(2)=34.1, p<.001, \text{Effect size } w^*=.21$				

\* במדד זה של גודל אפקט (w), מקובל להתייחס כדלהלן: .10 = אפקט קטן; .30 = אפקט בינוני; .50 = אפקט גדול

מהלוח עולה גם שאנשים חסרי כל קשר לאנשים עם מחלה פסיכיאטרית מראים נכונות נמוכה יותר להשכיר את דירתם לאדם שחלה, מאשר משיבים בעלי מגע אחד או יותר, וזאת לגבי התגובות הקיצוניות (הסכמה ללא תנאי וסירוב בכל מצב). לא נראה שההבדלים בין מגע אחד לעומת יותר מאשר מגע אחד ניכרים. כך, עולה ש-32% מחסרי הקשר עם חולים מוכנים להשכיר דירתם ללא תנאי לעומת 44% בקרב אנשים עם קשר אחד ( $Z=2.75, p<.006, \text{Cohen's } d=.25$ ) ולעומת 47% בקרב אנשים עם יותר מאשר קשר אחד ( $Z=3.78, p<.001, \text{Cohen's } d=.31$ ). תמונת מראה מתקבלת כשמתמקדים באלו המסרבים להשכיר דירתם גם לאחר שהוצעו להם ערבות כספית ומלווה—35% מקרב המשיבים חסרי כל מגע עם חולים מסרבים, לעומת 19% בקרב בעלי קשר אחד ( $Z=3.92, p<.001, \text{Cohen's } d=.35$ ) או 16% בקרב אנשים עם יותר מקשר אחד ( $Z=5.28, p<.001, \text{Cohen's } d=.44$ ). לא נמצאו הבדלים מובהקים בין משיבים שביקרו בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית לאלו שלא ביקרו, בנכונות לתמוך בהקמת מועדון רחוק. נמצאו הבדלים חלשים בלבד בנכונות לתמוך בהקמת מועדון

בשכונתו של המשיב ( $\chi^2 [3]=7.65, p<.03$ ); (נכונות רבה יותר לתמוך בקרב אלו שביקרו (79%) מאשר בקרב אלו שלא ביקרו (73%). בנכונות להשכיר ההבדל (מוכנים: 45% בקרב מי שביקרו לעומת 38% שלא ביקרו) אינו מובהק ( $\chi^2 [3]=7.5, p<.06$ ).

## 11.2 התייחסות לאנשים שחלו, לפי חדירות גבולות ונראות נתפסות

כעת נעבור להשוואות המבוססות על חלוקת המשיבים לשתי קטגוריות על פי תשובותיהם לשאלות הנוגעות לתפיסת הנראות (perceived visibility) ולתפיסת חדירות הגבולות (boundary permeability). אחד המשתנים הידועים בספרות כרלבנטיים לתחום הסטיגמה הוא הנראות. משתנה זה מוזכר בדרך כלל בהקשר של מידת הסטיגמה הנחוית על ידי מושאי הסטיגמה. כלומר, אנשים המסוגלים להסתיר אותו אפיון המהווה בסיס לסטיגמה, יסבלו פחות מסטיגמה ולהפך. בהקשר הנוכחי אנו בוחנים את תפיסת הנראות מתוך פרספקטיבה שונה - המידה שבה המשיבים סבורים שהאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית ניתנים לזיהוי. אנו מניחים שככל שהאדם סבור שחולים יותר בולטים לעין או מובחנים, אחרים ושונים, כן תפיסותיו תהיינה פחות חיוביות. הנראות הנתפסת נמדדה בעזרת ממוצע של מספר שאלות. חילקנו את המשיבים לנמוכים ולגבוהים בתפיסת נראות, וזאת, כאשר החלוקה היא בחציון ההתפלגות.

באופן דומה אנו בוחנים גם משתנה נוסף והוא - תפיסת הגבולות בין הקבוצות ("נורמלים" ו"אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות"). גם כאן ההנחה היא שאנשים שתופסים את הגבולות כיותר חדירים ועבירים מתייחסים לחולים בצורה פחות סטיגמטית מאשר עמיתיהם שרואים את הקטגוריות כקבועות וכפחות ניתנות למעברים.

לוח 39 מראה שמשיבים הסבורים שניתן לזהות חולה לפי מראהו והתנהגותו מעוניינים לשמור על מרחק רב יותר, מראים יותר אפליה סמויה, מביעים עמדות כלליות פחות חיוביות. הבדלים, אם כי חלשים יותר, ניכרים בפחד ובכעס גבוהים יותר שמביעים משיבים אלו.

לוח 39: מדדים מרכזיים לפי נראות נתפסת (ממוצעים, מספר משיבים ומבחן \*t)

ניראות גבוהה		ניראות נמוכה		Cohen's				
ממוצע	N	ממוצע	N	t	df	p	d	
3.13	441	2.62	344	-7.59	783	0.001	.54	מרחק חברתי מועדף
3.22	442	2.58	346	-10.04	786	0.001	.72	אפליה סמויה
2.83	442	3.28	346	9.59	786	0.001	.68	עמדות כלליות (חיוביות)
3.30	438	3.43	344	2.07	780	0.038	.15	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
2.02	439	1.74	343	-4.83	780	0.001	.35	כעס כלפי חולים
2.64	432	2.23	340	-5.32	770	0.001	.38	פחד מחולים
4.05	440	3.93	343	2.47	781	0.002	.18	רחמים וסימפתיה

\* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 1-5. ככל שהציון גבוה יותר (קרוב יותר ל-5), התכונה שבצד ימין גבוהה יותר.

הממצאים בלוח 40 מראים שאנשים הסבורים שהגבולות בין הקבוצות פחות חדירים, כלומר מעברים בין "נורמלי" ל"חולה במחלה פסיכיאטרית" פחות סבירים, מעדיפים מרחק גדול יותר; מראים יותר אפליה סמויה ותופסים יכולת נמוכה יותר של החולים להגיע לתפקוד רגיל ולהיעזר בטיפול. הבדל לא חזק נמצא גם לגבי פחד וכעס.

**לוח 40: מדדים מרכזיים לפי חדירות גבולות נתפסת (ממוצעים, מספר משיבים ומבחן t\*)**

גבולות יותר חדירים		גבולות יותר חדירים		t	df	p	Cohen's d	
ממוצע	N	ממוצע	N					
3.05	405	2.76	376	-4.33	779	0.001	.31	מרחק חברתי מועדף
3.10	405	2.78	379	-4.75	782	0.001	.32	אפליה סמויה
2.99	405	3.06	379	1.30	782	0.195	.09	עמדות כלליות (חיוביות)
3.21	404	3.54	374	5.25	776	0.001	.38	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
1.97	402	1.82	376	-2.68	776	0.007	.19	כעס כלפי חולים
2.60	399	2.31	369	-3.64	766	0.001	.26	פחד מחולים
3.97	404	4.02	376	1.03	778	0.304	.07	רחמים וסימפתיה

\* המשתנים הם ממוצעים של פריטים שנמדדו על סולם 1-5. ככל שהציון גבוה יותר (קרוב יותר ל-5), התכונה שבצד ימין גבוהה יותר.

מלוח 41 עולה שהנכונות לתמוך בהקמת מועדון בשכונה רחוקה אינה שונה אצל משיבים התופסים נראות גבוהה לעומת משיבים התופסים נראות נמוכה. לעומת זאת, כאשר מדובר במועדון בשכונתו של המשיב, אחוז המוכנים לתמוך גבוה יותר בקרב אלו הסבורים שלא ניתן או קשה יותר לזהות חולה (נראות נמוכה, 81%) מאשר בקרב משיבים החושבים שניתן לזהות "חולה נפש" (70%) לעומת (Z=3.36, <.001, Cohen's d=.24). תמונת מראה מתקבלת כשמתמקדים בהתנגדות למועדון בשכונה (26%-ו 15% בניראות גבוהה ונמוכה בהתאמה); (Z=3.40, p<.001, Cohen's d=.24).

תמונה דומה מתקבלת כאשר מתבוננים בנכונות להשכרת דירה. עיקר ההבדלים הם באחוז המשיבים המוכנים להשכיר ללא תנאי, או שאינם מוכנים להשכיר כלל. אחוז המוכנים להשכיר ללא תנאי גבוה יותר בקרב התופסים נראות נמוכה (53%) מאשר בקרב התופסים נראות גבוהה (31%), (Z=6.24, p<.001, Cohen's d=.46). במקביל, בקרב אנשים התופסים נראות גבוהה 29% אינם מוכנים להשכיר גם בהינתן ערבות כספית ומלווה, זאת לעומת 18% בקרב אלו התופסים נראות נמוכה (Z=3.65, p<.001, Cohen's d=.26). ההבדל באשר לאחוז המשיבים שאינם מוכנים ללא תנאי אך מוכנים בהינתן ערבות כספית אינו מובהק (Z=1.51, p=ns, Cohen's d=.10). ההבדל באשר לאחוז המשיבים שאינם מוכנים להשכיר בהינתן ערבות כספית אך משתכנעים להשכיר בהינתן מלווה - קטן (Z=2.44, p<.02, Cohen's d=.18).

**לוח 41: נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי נראות נתפסת (אחוזים ומבחן  $\chi^2$ )**

ניראות			
סה"כ	גבוהה	נמוכה	
788	442	346	<b>מועדון בשכונה מרוחקת</b>
100	100	100	סה"כ במספרים
88	86	91	סה"כ באחוזים
3	4	2	מוכן או חושב שמוכן
9	10	7	לא יודע
			לא מוכן או חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=0.2, p=ns$			
787	441	346	<b>מועדון בשכונה שלך</b>
100	100	100	סה"כ במספרים
75	70	81	סה"כ באחוזים
4	4	4	מוכן או חושב שמוכן
21	26	15	לא יודע
			לא מוכן או חושב שלא מוכן
$\chi^2(2)=12.1, p<.002, \text{Effect size } w^*=.13$			
787	441	346	<b>השכרת דירה</b>
100	100	100	סה"כ במספרים
40	31	53	סה"כ באחוזים
15	17	13	הסכמה ללא תנאי
20	23	16	הסכמה בהינתן ערבות כספית
25	29	18	הסכמה בהינתן שיש מלווה
			אי הבעת הסכמה לאחר מלווה וערבות
$\chi^2(3)=39.8, p<.001, \text{Effect size } w^*=.22$			

\* במדד זה של גודל אפקט (w), מקובל להתייחס כדלהלן: .10 = אפקט קטן; .30 = אפקט בינוני; .50 = אפקט גדול

כפי שניתן לראות בלוח 42 הממצאים לגבי תפיסת חדירות גבולות דומים לאלו שנמצאו לגבי נראות נתפסת. תפיסת חדירות הגבולות אינה מתקשרת לנכונות לתמוך בהקמת מועדון בשכונה מרוחקת אך מתקשרת לנכונות לתמוך בהקמת המועדון בשכונתו של המשיב, ובנכונותו להשכיר. משיבים התופסים חדירות גבולות נמוכה יותר, כלומר רואים את המעבר מ"נורמלי" ל"חולה" או להפך כפחות סבירים, נוטים פחות לתמוך במועדון בשכונתם (71% לעומת 79%,  $Z=2.67, p<.01, \text{Cohen's } d=.19$ ), ונוטים יותר להביע אי נכונות לתמוך במועדון (24% לעומת 18%;  $Z=2.04, p<.04, \text{Cohen's } d=.15$ ). אלו התופסים את הגבולות כפחות חדירים פחות מוכנים להשכיר ללא תנאי (32% לעומת 48%;  $Z=4.61, p<.001, \text{Cohen's } d=.33$ ); ויותר מסרבים להשכיר גם לאחר ערבות כספית ואדם מלווה (30% לעומת 19%;  $Z=3.51, p<.001, \text{Cohen's } d=.25$ ).

**לוח 42: נכונות להקמת מועדון חברתי ל"חולי נפש" ולהשכרת דירה לפי חדירות גבולות נתפסת (אחוזים ומבחן  $\chi^2$ )**

חדירות גבולות			
סה"כ	נמוכה	גבוהה	
<b>מועדון בשכונה מרוחקת</b>			
סה"כ במספרים	405	378	783
סה"כ באחוזים	100	100	100
מוכן או חושב שמוכן	89	88	88
לא יודע	3	3	3
לא מוכן או חושב שלא מוכן	8	9	8
$\chi^2(2)=0.3, p=ns$			
<b>מועדון בשכונה שלך</b>			
סה"כ במספרים	405	379	784
סה"כ באחוזים	100	100	100
מוכן או חושב שמוכן	71	79	75
לא יודע	5	3	4
לא מוכן או חושב שלא מוכן	24	18	21
$\chi^2(2)=7.5, p<.03, \text{Effect size } w^*=.09$			
<b>השכרת דירה</b>			
סה"כ במספרים	406	378	784
סה"כ באחוזים	100	100	100
הסכמה ללא תנאי	32	48	40
הסכמה בהינתן ערבות כספית	16	15	16
הסכמה בהינתן שיש מלווה	22	18	20
אי הסכמה גם בהינתן מלווה וערבות	30	19	24
$\chi^2(3)=24.0, p<.001, \text{Effect size } w^*=.18$			

\* במדד זה של גודל אפקט (w), מקובל להתייחס כדלהלן: .10 = אפקט קטן; .30 = אפקט בינוני; .50 = אפקט גדול

## 11.3 קשרים בין משתנים

### 11.3.1 מתאמים

בבחינת דפוס הקשרים בין המשתנים השונים, התבססנו על תשובותיהם של משיבים שלא קיבלו וייניטים. בהמשך הפרק נציג ניתוחי רגרסיה מרובה המאפשרים לבחון את תרומתם של משתנים שונים בו זמנית. המתאמים מוצגים עבור משיבים שהתייחסו לכל השאלות הרלבנטיות ( $N=760$ ). מאחר שבמדגמים מגודל זה גם מתאמים נמוכים מובהקים (קרי, שונים ממתאם של 0), הרי שעל מנת לצמצם את ההסתברות להתייחסות לממצאים מקריים ביצענו תיקוף צולב (cross validation), דהיינו פיצלנו את המדגם בצורה מקרית לשני תת מדגמים וחישבנו את המתאמים גם בכל תת מדגם בנפרד ( $N=355, N=405$ ). בממצאים שלהלן נציג אמנם את הממצאים לגבי כלל המשיבים הרלבנטיים (מתוך 760) שענו על השאלות, אולם נגביל את ההתייחסות לממצאים עקביים בשני תת המדגמים. כמו כן, נתייחס למתאמים של  $r>.20$ , זאת גם כן על מנת לצמצם את ההתייחסות לממצאים חלשים שהם אולי מקריים.<sup>45</sup>

<sup>45</sup> מובן ששתי ההגבלות או ההחמרות בהתייחסותנו חופפות במידה רבה, שכן, ככל שהמתאם נמוך יותר (אבסולוטי) כן עולה ההסתברות שהנו מקרי, ולפיכך יופיע בתת מדגם אחד ולא יופיע בשני, או יגיע ל"מובהקות" באחד ולא בשני).



כל המתאמים שאליהם נתייחס הנם ברמת מובהקות של  $p < .001$  (ומעלה). מלוח 43, המציג מתאמי פירסון, מסתבר שיש קשר חזק בין הפחד והכעס שאנשים רוחשים ל"חולה הנפש". ככל שאדם מביע יותר פחד, כן הוא מביע גם יותר כעס ( $r = .39$ ). עם זאת כצפוי, הקשר אינו מלא או קרוב למלא, שכן, מדובר בסופו של דבר על רגשות שונים. תפיסת היכולת של החולה להחלים ולתפקד (להפיק תועלת מטיפול, לשלוט במצבו ולשנותו ולהגיע לתפקוד כמו כל אדם אחר) לא התקשרה בצורה חזקה ויציבה לפחד או לכעס או ל"רחמים וסימפתיה". שני האחרונים גם הם לא הראו קשר ביניהם.

לוח 43: מתאמי פירסון (N=717)

מרחק חברתי מועדף	אפליה סמויה	עמדות כלליות	תפיסת יכולת	כעס כלפי חולים	פחד מחולים	רחמים וסימפתיה	גיל
מרחק חברתי מועדף							
אפליה סמויה	.66						
עמדות כלליות (חיוביות)	-.48	-.66					
תפיסת יכולת להחלים ולתפקד	-.24	-.15	.07				
כעס כלפי חולים	.39	.50	-.43	-.02			
פחד מחולים	.55	.52	-.37	-.15	.39		
רחמים וסימפתיה	-.04	.13	-.16	.11	-.03	-.01	
גיל*	.20	.25	-.22	-.07	.13	.12	.18
השכלה	-.08	-.29	.31	-.04	-.11	-.02	-.14

הערה: מתאמים הגדולים מ- $r = .10$  הנם מובהקים ברמה של  $p < .01$ .

מתאמים גדולים מ- $r = .13$  מובהקים ברמה של  $p < .001$

\* משתנה דיכוטומי: מתחת גיל 60 לעומת מעליו. היותו משתנה דיכוטומי עלולה לגרוע מהרמה המקסימלית האפשרית של המתאם.

יש מתאם חזק בין המרחק החברתי המועדף (נכונות למגע) לבין האפליה הסמויה ( $r = .66$ ). שני המדדים מראים קשר חזק למדד העמדות הכללי: ככל שהעמדות הכלליות חיוביות יותר כן המרחק החברתי המועדף קטן יותר ( $r = -.48$ ); והאפליה הסמויה נמוכה יותר ( $r = -.65$ ). המרחק החברתי המועדף, האפליה הסמויה והעמדות הכלליות נמצאים במתאמים לא קטנים עם הפחד והכעס.

לוח 44 מציג מתאמי ספירמן (Spearman rank order correlation coefficient) בין רמת התמיכה במועדון חברתי מרוחק, במועדון חברתי בשכונת המשיב והנכונות להשכיר דירה (בתנאים שונים) לבין מספר משתנים מרכזיים אחרים. מן הלוח עולה שהנכונות להשכיר דירה עולה ככל שהאדם מוכן למרחק חברתי קטן יותר, מביע פחות אפליה סמויה, מביע עמדות כלליות חיוביות יותר כלפי חולים, מביע פחות פחד ופחות כעס. דפוס דומה עולה לגבי הנכונות לתמוך במועדון חברתי בשכונתו של המשיב לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. לגבי תמיכה במועדון חברתי בשכונה מרוחקת הקשרים חלשים יותר (הפער לא נבדק סטטיסטית).

**לוח 44: מתאמי ספירמן (N=723)**

תמיכה במועדון מרוחק	תמיכה במועדון בשכונה	נכונות להשכיר	
.27*	.43*	-.56*	מרחק חברתי מועדף
.26*	.36*	-.54*	אפליה סמויה
-.16*	-.20*	.36*	עמדות כלליות (חיוביות)
-.10*	-.12*	.18*	תפיסת יכולת להחלים ולתפקד
.25*	.20*	-.31*	כעס כלפי חולים
.15*	.33*	-.39*	פחד מחולים
-.20*	-.17*	-.02	רחמים וסימפתיה
-.12*	-.20*	.19*	מגע בפועל (מצטבר ב-3 רמות)

\* המתאם מובהק ברמה של  $p < .01$  (דו כיווני)

**11.3.2 ניתוח רב משתני - רגרסיות מרובות**

באיזו מידה המשתנים השונים מסוגלים לנבא סטטיסטית את הנכונות למגע ואת האפליה הסמויה? במילים אחרות, איזה אחוז מהשונות בנכונות למגע (או באפליה הסמויה) מוסבר על ידי משתנים שונים שמדדנו כאן? עד כמה כל משתנה תורם להסבר מעבר למשתנים אחרים? אילו משתנים משפיעים ישירות לעומת אחרים שהשפעתם ניכרת ככל הנראה דרך השפעתם של משתנים אחרים? על מנת לענות על שאלות אלו, ביצענו ניתוחי רגרסיה מרובה (multiple regression analyses).

המשתנים התלויים המרכזיים הם מידת הנכונות למגע חברתי מחד גיסא ומידת האפליה הסמויה מאידך גיסא. הניתוחים בוצעו בשיטת forward, שיטה שבה בכל שלב, מתבצעת בדיקה לגבי כל המשתנים שעדיין לא כלולים במשוואת הרגרסיה, עד כמה כל אחד מהם מוסיף להסברת השונות, ואם כן, הוא מצורף למנבאים. תהליך זה ממשיך עד שהניתוח מגיע לרמות מסוימות של קריטריונים להכנסת מנבאים נוספים, הקשורים בין היתר לרמת המובהקות. בחירת המשתנים שאנו מציעים לרגרסיה, נעשתה מתוך שיקולים תאורטיים ושיקולים מעשיים. כך, בחרנו את המשתנים המרכזיים שנמדדו במחקר, קרי, עמדות ותפיסות. כללנו גם משתנים דמוגרפיים מרכזיים - מגדר, גיל והשכלה. נמנענו מלכלול משתני עמדות שעלולים להיות קרובים מדי במהותם למשתנים אחרים ולפיכך לתרום לשונות המוסברת, תוך שימוש במונחים שהם למעשה כמעט חופפים ברמה המושגית. כמו כן, מאחר שמדובר על רגרסיה לינארית, העדפנו להימנע ככל האפשר משימוש במשתנים על סולם אורדינלי, והעדפנו להיעזר במדדים שהם ממוצעים.

מאחר שאנו נעזרים במדגם גדול יחסית, הרי שעל מנת לצמצם את הסיכוי לממצאים מקריים, נעזרנו בשני קריטריונים מחמירים יותר:

ראשית, מעבר לדרישת המובהקות האינהרנטית בניתוחים, אנו נוקטים גישה מחמירה יותר ואיננו מתייחסים למשתנים שתרומתם לאחוז השונות המוסברת קטנה מ-1%.

שנית, ביצענו סוג של תיקוף צולב (cross validation) ופיצלנו באופן מקרי את המדגם לשני חלקים. הניתוחים הורצו בנפרד לשני תת-המדגמים. משתנים שנכנסו למשוואת הרגרסיה בתת מדגם אחד ולא בשני, לא מוצגים, כיוון שממילא אינם יציבים. כאשר אותם משתנים נכנסו למשוואת הרגרסיה בשני תת-המדגמים אך בסדר שונה, הם מוצגים (בכל מקרה, הממצאים המוצגים הם של המדגם הכולל).

הרגרסיות המוצגות להלן מהוות למעשה בסיס למודל של ניתוח נתיבים.<sup>46</sup> בכל צעד במודל, אנו מכניסים כמנבאים גם את המנבאים שהוצעו לרגרסיה בצעד שלפניו. זאת על מנת לאפשר לבחון השפעות ישירות של משתנה לעומת ובצד השפעות המתווכות על ידי (עוברות דרך) משתנים אחרים. (לפירוט והתייחסות לצורת ניתוח זו ראה Barron & Kenny, 1986).

בבניית המודל אנו מניחים מספר הנחות בדבר סדר ההשפעה של משתנים מסוימים:

1. משתנים סוציו-דמוגרפיים (מגדר, גיל והשכלה) אינם מושפעים על ידי משתני העמדות שבמודל. אנו בוחנים את השפעתם על כל אחד מן המשתנים האחרים.<sup>47</sup>
2. באופן כללי סביר להניח שיש השפעה הדדית של הרגשות של אנשים כלפי מי שחלו במחלה פסיכיאטרית לבין רמת הקשרים שיהיו להם. אולם, בהקשר הנוכחי, המשתנה "מגע בפועל", הוא משתנה המשקף רמות שונות של קשר בפועל עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. מאחר שמדובר על סוגים שונים של קשרים, חלקם לאו דווקא מרצון או מבחירה (למשל "יש לי קרוב משפחה שהוא חולה נפש"), הרי שאנו פחות מצפים להשפעה של הרגשות על הקשרים ויותר מצפים להשפעה של הקשרים על הרגשות. באותו אופן אנו צופים גם שהמגע בפועל ישפיע, אם בכלל, על תפיסת החולים כניתנים לזיהוי (נראות נתפסת) וכבעלי יכולת להחלים ולתפקד, ולא להפך (למשל, תפיסת החולים כניתנים לזיהוי, קרי כבעלי נראות גבוהה, לא תוביל לכך שהאדם עבד עם חולה).
3. אנו מניחים שהמשתנה "עמדות כלליות" הוא משתנה יותר כללי ומבוסס על תפיסות ועל רגשות. יש לציין שהביסוס כאן אינו חזק, אך מאידך גיסא, יש הצדקה מסוימת (גם אם חלשה) לסדר המודל מתוך סדר המדידה (כלומר, מעצם העובדה שהרגשות והתפיסות הספציפיים נמדדו לפני העמדות הכלליות, הרי שבהינתן שהכול שווה, הרי שסביר יהיה יותר שהרגשות והתפיסות השפיעו על העמדה הכללית ולא להפך).
4. המשתנים התלויים הסופיים — המרחק החברתי המועדף ואפליה סמויה, הם מדדים המבוססים על פריטים שהם בין עמדות לכוונות התנהגותיות. בהנחה שהתנהגות וכוונות התנהגותיות מושפעות במידה מסוימת מעמדות ומרגשות, הרי שכיוון השפעה זה משמעותי יותר מאשר הציפייה שהכוונה ההתנהגותית תשפיע, למשל, על העמדות או התפיסות או הרגשות.

בהצגת הרגרסיות יובאו תחילה הרגרסיות לניבוי המשתנים התלויים, ולאחר מכן הרגרסיות לניבוי המנבאים ומנבאיהם.

<sup>46</sup> נעזרנו ברגרסיות מרובות תוך שימוש באינדקסים שנוצרו בחלקם על בסיס ניתוח גורמים. בשלב זה לא נעזרנו בשיטות המשלבות את השנים כגון אלו הקיימות בתוכנות LISREL, AMOS, EQS.

<sup>47</sup> אין זה המקום להיכנס לקשר בין רמת ההשכלה לבין גיל ומין. וממילא, לא נמצאו כאן קשרים חזקים.

## ניבוי מרחק חברתי

לוח 45 מציג ממצאי רגרסיה רב משתנית לניבוי מרחק חברתי. לניתוח הכנסנו (א) משתנים דמוגרפיים: גיל (מעל או מתחת לגיל 60)<sup>48</sup>; מגדר; השכלה (4 רמות)

(ב) מגע בפועל עם חולים (קרי, רמת היכרות ב-3 רמות)<sup>49</sup>

(ג) רגשות ותפיסות ספציפיים: כעס; פחד; נראות נתפסת של החולים (עד כמה הם נתפסים כניתנים לזיהוי); יכולת החלמה ותפקוד נתפסים של החולים; חדירות גבולות (באיזו מידה יש מעבר בין "נורמלי" לבין "חולה"; ורחמים/סימפתיה

(ד) עמדות כלליות

### לוח 45: רגרסיה רב משתנית לניבוי מרחק חברתי מועדף<sup>1</sup>

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
פחד	1,707	308.6**	.38	.03	.33
עמדות כלליות	1,706	102.7**	-.31	.04	-.42
מגע בפועל (מצטבר ב-3 רמות)	1,705	35.2**	-.17	.03	-.18
תפיסת יכולת להחלים ולתפקד	1,704	28.0**	-.15	.03	-.16

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\* p<.001

<sup>1</sup> Adjusted R<sup>2</sup>=.44

ארבעת המנבאים שנכנסו למשוואת הרגרסיה מנבאים 44% מהשונות במשתנה מרחק חברתי מועדף. ככל שיש יותר פחד מפני חולי הנפש, כן יש רצון במרחק חברתי רב יותר מהם (המשתנה "פחד" מנבא לבדו 30% מהשונות). חשיבות הפחד כמנבא מרחק חברתי מועדף משתמעת גם ממחקר שבו ניבאה תפיסת האי-צפיות והמסוכנות של החולים את המרחק החברתי (Angermeyer et al., 2003). מעבר לכך, כלומר, גם אחרי ש"לוקחים בחשבון" את מידת הפחד של האדם, העמדות הכלליות מסבירות את הרצון למרחק<sup>50</sup>. ככל שהן שליליות יותר, כן המרחק המועדף גדול יותר. מעבר לשני משתנים אלו, עולה עוד שככל שיש לאדם יותר מגע עם חולים, כן ישאף פחות לשמור על מרחק. זאת מעבר למה ש"מוסבר" על ידי הפחד והעמדות הכלליות. לבסוף, גם ככל שהאדם תופס את החולה כבעל יותר יכולת להחלים ולשלוט במצב, כן ירגיש פחות רצון לשמור על מרחק.<sup>51</sup>

<sup>48</sup> משתנה הגיל נותח גם בצורות מפורטות יותר מאשר דיכוטומיה זו, ומאחר שלא נמצאו הבדלים משמעותיים, שמרנו על החלוקה בה נעזרנו בחלקים אחרים בדוח.

<sup>49</sup> המגע כאן מסווג ל-3 רמות: אנשים שאינם מדווחים על כל קשר מעבר לכך שראו אדם או אנשים חולים; אנשים המדווחים על קשר אחד כזה; ואנשים המדווחים על יותר מאשר קשר אחד כזה. יש לציין שאחד המשתנים המעניינים שראינו לאורך העבודה הוא האם המשיב ביקר או לא ביקר בבית חולים או מחלה פסיכיאטרית. החלטנו לא לכלול משתנה זה כאחד המנבאים כיוון שתוכנו אינו ברור דיו ולפיכך אין לו השלכות מעשיות דיין. במילים אחרות, אף אם מתברר שאלו שביקרו בבית חולים התייחסותם שונה, עדיין לא ידוע לנו מה הגורם לכך, האם התייחסותם שונה כיוון שביקרו או כיוון שמלכתחילה עמדתם הייתה אולי חיובית יותר ולכן ביקרו או אולי חלקם עובד במסגרות אלו וכו'.<sup>50</sup> במילים אחרות, בקרב אנשים שונים בעלי רמת פחד דומה, העמדות יתרמו להסברת/לניבוי המרחק החברתי המועדף.

<sup>51</sup> בדיקה לבחינת מולטיקולינאריות העלתה שטווח ה-tolerance היה 0.83-0.97; וטווח ה-variance inflation factor (VIF) 1.03-1.21. דהיינו, תקין.

משתנים שלא נכנסו למשוואת הרגרסיה כיוון שלא תרמו בצורה ברורה מעבר לתרומתם של המשתנים שלמעלה הם: גיל; מגדר, רמת השכלה; מידת הכעס שמרגישים כלפי החולים; המידה שבה יש רחמים-סימפתיים; מידת הנראות הנתפסת של החולים; וחדירות הגבולות הנתפסת בין "חולים" לבין "לא חולים".

### ניבוי אפליה סמויה

כזכור יש מתאם חזק בין מידת האפליה הסמויה לבין הרצון למרחק חברתי. האם המשתנים המסבירים/מנבאים סטטיסטית את הנכונות למגע מנבאים גם את מידת האפליה הסמויה? האם מדובר במשתנים אחרים שמנבאים משתנה זה? ברגרסיה לניבוי אפליה סמויה הוכנסו אותם מנבאים כמו ברגרסיה לניבוי המרחק החברתי המועדף. מלוח 46 עולה ששלושה משתנים הצליחו להסביר 53% מהשונות באפליה סמויה. משתנה העמדות הכלליות, כשהוא לבדו, מסביר כ-41% מהשונות<sup>52</sup>.

לוח 46: רגרסיה רב משתנית לניבוי אפליה סמויה<sup>1</sup>

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
עמדות כלליות	1,760	542.5**	-.47	.04	-.63
פחד	1,759	131.4**	.26	.02	.23
כעס	1,758	44.9**	.19	.03	.22

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\* p<.001

<sup>1</sup> Adjusted R<sup>2</sup>=.53

ככל שהעמדות הכלליות חיוביות יותר, כן נמוכה יותר האפליה הסמויה ולהפך - ככל שהן שליליות יותר כן מתגברת האפליה הסמויה. מעבר לעמדות הכלליות, מידת הכעס ומידת הפחד שמרגישים כלפי חולים, תורמות לניבוי השונות באפליה הסמויה.

משתנים שלא נכנסו למשוואת הרגרסיה כיוון שלא תרמו בצורה ברורה מעבר לתרומתם של המשתנים שלמעלה, הם: גיל; מגדר, רמת השכלה<sup>53</sup>; מגע בפועל עם חולים; המידה שבה יש רחמים-סימפתיים; תפיסת יכולת להחלים, מידת הנראות הנתפסת של החולים; וחדירות הגבולות הנתפסת בין "חולים" לבין "לא חולים".

### ניבוי עמדות כלליות

לוח 47 מראה ש-37% מהשונות בעמדות הכלליות כלפי חולים מנובאת על ידי מידת הכעס, מידת הפחד, הנראות הנתפסת ורמת ההשכלה של המשיבים<sup>54</sup>.

<sup>52</sup> בדיקה לבחינת מולטיקוליניאריות העלתה שטווח ה-tolerance היה 0.76-0.79; וטווח ה-variance inflation factor, (VIF) 1.27-1.32. דהיינו, תקין.

<sup>53</sup> משתנה ההשכלה אמנם תרם להסברת 1.8% מהשונות אך אינו מוצג כאן כיוון שלא היה יציב מעבר לשני תתי המדגם.

<sup>54</sup> בדיקה לבחינת מולטיקוליניאריות העלתה שטווח ה-tolerance היה 0.81-0.97; וטווח ה-variance inflation factor, (VIF) 1.03-1.23. דהיינו, תקין.

**לוח 47: רגרסיה רב משתנית לניבוי עמדות כלליות כלפי חולי נפש<sup>1</sup>**

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
כעס	1,760	161.0**	-.24	.03	-.21
ניראות	1,759	107.6**	-.28	.02	-.21
השכלה (4 רמות)	1,758	63.1**	.25	.02	.16
פחד	1,757	50.6**	-.22	.02	-.14

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\*  $p < .001$

<sup>1</sup> Adjusted  $R^2 = .37$

ככל שהמשיב מרגיש יותר כעס כלפי החולים, כן יביע עמדות פחות חיוביות. כמו כן, ככל שירגיש יותר פחד, יביע עמדות פחות חיוביות. מתברר גם שככל שהאדם סבור שהחולים ניתנים לזיהוי (נראות גבוהה), כן עמדותיו פחות חיוביות. ככל שרמת ההשכלה גבוהה יותר, כן העמדות הכלליות חיוביות יותר.

משתנים שלא נכנסו למשוואת הרגרסיה, כיוון שלא תרמו בצורה ברורה מעבר לתרומתם של המשתנים שלמעלה הם: גיל; מגדר, מגע בפועל עם חולים; המידה שבה יש רחמים-סימפתיה; תפיסת יכולת להחלים ולתפקד וחדירות הגבולות בין "חולים" לבין "לא חולים".

**ניבוי פחד מפני אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**

הרצנו רגרסיה לניבוי מידת הפחד שחשים אנשים מפני אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. המנבאים שהוצעו לרגרסיה היו גיל, מגדר, השכלה ורמת מגע בפועל. כפי שניתן לראות, בלוח 48 אחוז השונות ברמת הפחד שהצלחנו להסביר הנו מינימלי (4%). המשתנה היחיד שנכנס למשוואת הרגרסיה היה המגע בפועל.

**לוח 48: רגרסיה רב משתנית לניבוי פחד מפני אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית<sup>1</sup>**

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
מגע בפועל (מצטבר ב-3 רמות)	1,773	32.2**	-.20	.04	-.25

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\*  $P < .001$

<sup>1</sup> Adjusted  $R^2 = .04$

**ניבוי כעס כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**

הרצנו רגרסיה לניבוי מידת הכעס שחשים אנשים כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. במנבאים שהוצעו לרגרסיה היו גיל, מגדר, השכלה ורמת מגע בפועל. כפי שניתן לראות בלוח 49, אחוז השונות ברמת הכעס שהצלחנו להסביר הוא מינימלי (4%). המשתנים המסבירים היו מגדר ומגע בפועל. גברים מביעים יותר כעס, וככל שיש פחות מגע בפועל יש יותר כעס.

**לוח 49: רגרסיה רב משתנית לניבוי כעס על אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית<sup>1</sup>**

משתנה	df	F-change*	Beta	Std.Err	B
מגדר (1 גברים, 2 נשים)	1,784	19.4**	-.15	.06	-.25
מגע בפועל (מצטבר ב-3 רמות)	1,783	15.8**	-.14	.03	-.13

\* F-change המדווח כאן מתייחס לשינוי בכל צעד כאשר מוסיפים את המשתנה הנוסף.

\*\*  $P < .001$

<sup>1</sup> Adjusted  $R^2 = .04$

### **ניבוי נראות נתפסת, יכולת להחלים ומגע בפועל**

ניסינו לבחון את השפעת המגדר, גיל רמת השכלה ומגע בפועל על הנראות הנתפסת של החולים. משתנים אלו לא הצליחו להסביר יותר מאחוז אחד מהשונויות במידת הנראות, קרי במידה שבה המשיבים סבורים שניתן לזהות אנשים עם מחלה פסיכיאטרית. בדומה לכך, גם לא הצלחנו לנבא את המידה שבה אנשים תופסים את החולים כבעלי יכולת להחלים ולתפקד באמצעות המגדר, גיל רמת השכלה ומגע בפועל. לבסוף, גם רמת המגע/קשר בפועל (כאמור, מקובצת לחסרי מגע, בעלי מגע אחד מעבר לראיית חולים ובעלי יותר מסוג מגע אחד), לא נובאה סטטיסטית על ידי גיל, מגדר והשכלה.

### **11.3.3 ניתוח רב משתני: שילוב הממצאים**

בלוחות שהוצגו למעלה, הוצג כל משתנה תלוי בנפרד. בתת פרק זה נציג את התמונה הכוללת המתקבלת לגבי ניבוי מרחק חברתי ולגבי ניבוי אפליה סמויה בעזרת שני תרשימי ניתוח נתיבים. תרשים 1 מציג ניתוח נתיבים לניבוי מרחק חברתי מועדף מאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. התרשים מבוסס על הלוחות שהוצעו לעיל. להלן ממצאים מרכזיים:

המרחק החברתי המועדף מן החולים מושפע ישירות מן העמדות הכלליות של המשיבים; מן המידה בה החולים נתפסים כבעלי יכולת להחלים ולתפקד; מן הפחד מפניהם וממידת הקשר בפועל שיש למשיב עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית.

העמדות הכלליות כלפי החולים מושפעות גם הן מן הפחד, אך מעבר לכך הן קשורות גם לשלושה מנבאים שאינם מתקשרים ישירות למרחק החברתי המועדף, כלומר, משתנים שהשפעתם על המרחק החברתי היא עקיפה, ומתווכת על ידי השפעת העמדות. משתנים אלו הם הכעס, הנראות הנתפסת של החולים ורמת ההשכלה.

מגע בפועל עם חולים הנו משתנה המשפיע על המרחק החברתי המועדף הן ישירות והן על ידי השפעתו על רגשות פחד וכעס. מעניין לראות שבעוד שכל השפעתו של הכעס מתווכת דרך העמדות הכלליות, הרי שלא כל השפעתו של הפחד מתווכת על ידי העמדות הכלליות; כלומר, הוא משפיע על המרחק החברתי גם בצורה ישירה. כלומר, מידת הכעס שמרגיש המשיב כלפי חולים אינה מתקשרת ישירות למידת המרחק המועדף. אולם, כעס זה משפיע על עמדותיהם של המשיבים ואלו משפיעות על המרחק המועדף. לעומת זאת, פחד משפיע הן ישירות, והן דרך העמדות (אשר בתורן שוב משפיעות על המרחק המועדף).

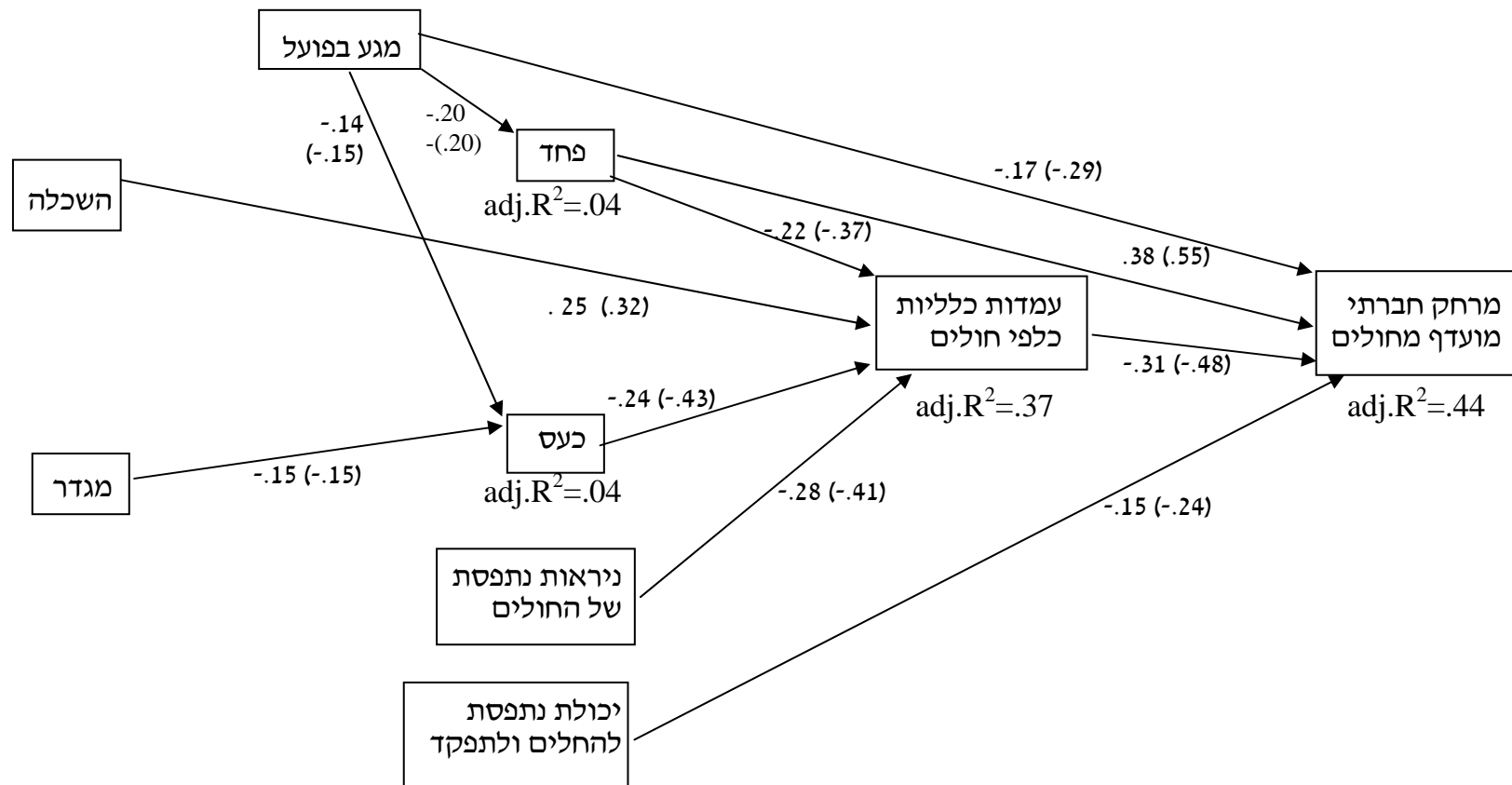
רמת ההשכלה של המשיבים לא נמצאה קשורה ישירות למרחק החברתי המועדף. אולם, מצאנו שהיא משפיעה על העמדות הכלליות (המשפיעות בתורן על המרחק המועדף). מינם של המשיבים לא התקשר ישירות למרחק החברתי המועדף על ידיהם, וגם לא לעמדותיהם הכלליות כלפי חולים, אך התקשר למידת הכעס שהרגישו כלפי חולים. מידת הכעס הושפעה גם ממידת המגע בפועל. יש לציין עם זאת שבניגוד להצלחת המשתנים שנבחנו בניבוי המרחק החברתי המועדף (44% מהשונויות) ובניבוי העמדות הכלליות כלפי חולים (37%), הרי שמידת הניבוי של הכעס והפחד הנה שולית לחלוטין (4% לכ"א).

תרשים 2 מציג ממצאים לגבי ניבוי אפליה סמויה ומנבאיה. מאחר שחלק מן המנבאים חופפים, הרי שחלקו של התרשים חופף לתרשים הקודם.

האפליה הסמויה מנובאת ישירות על ידי עמדות כלליות, פחד וכעס, המסבירות ביחד 53% מהשונות. מגע בפועל שהראה השפעה ישירה על מרחק חברתי מועדף אינו משפיע ישירות על האפליה הסמויה וכל השפעתו הנה דרך העמדות הכלליות (השפעה הקיימת גם לגבי המרחק החברתי המועדף). היכולת הנתפסת של החולים להחלים ולתפקד, אשר הראתה השפעה ישירה על המרחק החברתי המועדף מהחולים, אינה משפיעה על האפליה הסמויה. השפעתם של מגדר, השכלה ונראות נתפסת של החולים על האפליה הסמויה זהה לזו שהוצגה לגבי המרחק החברתי - משתנים אלו משפיעים בצורה עקיפה בלבד (השפעתם מתווכת על ידי עמדות הכלליות).



תרשים 1: ניתוח נתיבים לניבוי מרחק חברתי מועדף מאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית (N=709)

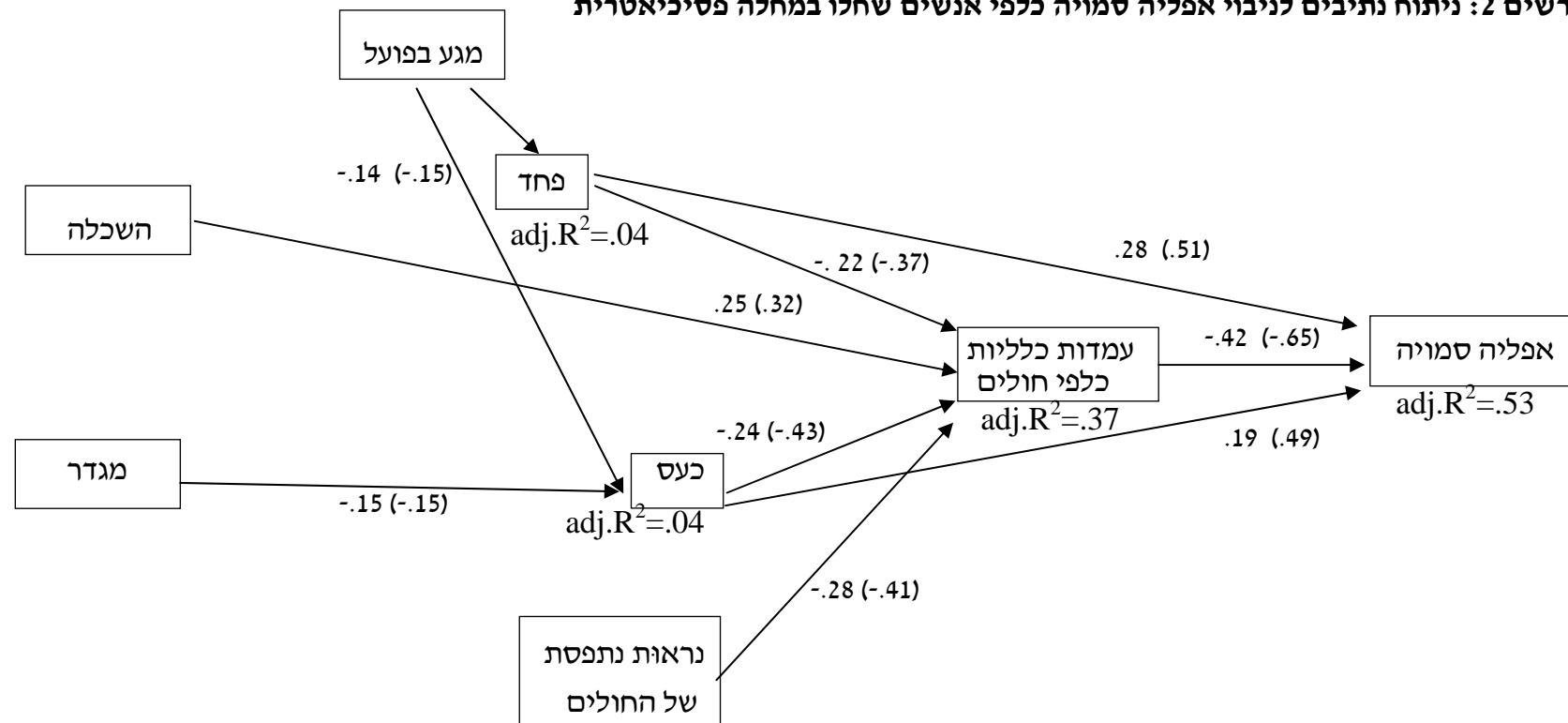


\* מתחת לכל משתנה מנובא רשום אחוז השונות המוסברת ( $adj. R^2 = \text{Adjusted R square}$ ).

\*\* התרשים מציג את ממצאי הרגרסיות תוך התייחסות למנבאים שתרמו לפחות אחוז אחד לשונות המוסברת ונמצאו כמנבאים כאשר חילקנו את המדגם לשני תתי-מדגם.

\*\*\* המספרים על כל אחד מהקווים הנם ה ביטות ( $\beta$ ); (קרי, standardized coefficients), ומבטאים את תרומתו הייחודית של כל מנבא להסברת השונות במשתנה התלוי (מעבר לתרומתם של המנבאים האחרים). המספרים בסוגריים הנם המתאמים הבסיסיים, קרי, המתאם בין המשתנה המנבא לבין המשתנה התלוי (Pearson correlation).

**תרשים 2: ניתוח נתיבים לניבוי אפליה סמויה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית**



\* מתחת לכל משתנה מנובא רשום אחוז השונות המוסברת ( $adj. R^2 = \text{Adjusted R square}$ ).

\*\* התרשים מציג את ממצאי הרגרסיות תוך התייחסות למנבאים שתרמו לפחות אחוז אחד לשונות המוסברת ונמצאו כמנבאים כאשר חילקנו את המדגם לשני תתי-מדגם.

\*\*\* המספרים על כל אחד מהקווים הנם הביטות ( $\beta$ ); (קרי, standardized coefficients), והם מבטאים את תרומתו הייחודית של כל מנבא להסברת השונות במשתנה התלוי (מעבר לתרומתם של המנבאים האחרים). המספרים בסוגריים הנם המתאמים הבסיסיים, קרי, המתאם בין המשתנה המנבא לבין המשתנה התלוי (Pearson correlation).

## 12. ממצאים במגזר החרדי

בפרק זה ייבחנו העמדות הקיימות במגזר החרדי כלפי נושא בריאות הנפש, תוך שימת דגש על השוואה ביניהן לבין אלה הקיימות באוכלוסייה היהודית הכללית בישראל. המטרה היא לזהות את המאפיינים הייחודיים והסוגיות הבעייתיות בציבור החרדי בישראל בנוגע לתחום בריאות הנפש, במטרה לאפשר תכנון תוכניות התערבות מתאימות להפחתת הסטיגמה לאוכלוסייה ספציפית זו; תוכניות שאינן בהכרח חופפות לאלו המתאימות לכלל האוכלוסייה.

הממצאים בפרק זה מבוססים על תת המדגם החרדי, שכלל 306 משיבים. מתוכם, 29% רואיניו במסגרת המדגם המייצג של האוכלוסייה הכללית בישראל שבו הגדירו עצמם כדתיים מאוד/חרדים ויתר 71% המשיבים רואיניו במסגרת מדגם ייחודי שנלקח ממספר יישובים, מאזורים ומרחובות חרדיים ברחבי הארץ (והגדירו עצמם כדתיים מאוד/חרדים). ארבעים ושניים אחוזים מהמשיבים במדגם הם גברים ו-58% נשים.

בפרק נערכת השוואה בין התוצאות שהתקבלו במדגם החרדי לבין התוצאות במדגם השוואה, שבו נכללים כל המשיבים היהודים מהמדגם הכללי שלא הגדירו עצמם כדתיים מאוד/חרדים ( $N=1,228$ )

### 12.1 התייחסות לטיפול נפשי

#### 12.1.1 היכרות, חשיפה וידע

**חשיפה עקיפה או התנסות בפועל בטיפול נפשי:** כפי שניתן לראות בלוח 50, ההשוואה בין שני המדגמים מעלה מחד גיסא כי אחוז גדול יותר של משיבים חרדים מכירים אדם שהיה או שנמצא בטיפול נפשי ומאידך גיסא כי אחוזים נמוכים יותר של משיבים במדגם זה, ביחס למדגם ההשוואה, שקלו לפנות לטיפול או התנסו בו בפועל. עם זאת ההבדלים אינם גדולים.

נראה כי את השיעור הנמוך יחסית של החרדים שציינו פנייה או ששקלו לפנות ניתן להסביר כחלק מהרתיעה הגדולה יותר הקיימת בחברה החרדית מטיפול נפשי ומנטייה לפנות אל שירותי בריאות הנפש רק במקרים שבהם מגיעים מים עד נפש (וייל, 1990). רתיעה זו קשורה, כפי שכבר הוזכר, בהשפעה השלילית שעלולה להיות לפנייה לטיפול על הייחוס המשפחתי, כמו גם בתפיסת הטיפול הנפשי כמנוגד לערכי החברה החרדית. נראה כי קיים חשש שהפערים הקיימים, לפחות באופן חלקי, בין השקפת העולם הפסיכולוגית ובין זו המאפיינת את העולם החרדי, עלולים לעורר קונפליקטים קשים אצל האדם החרדי המצוי בטיפול נפשי. קונפליקטים כאלה עשויים להתעורר בכל הקשור למטרות השונות שמציבות שתי המסגרות לאדם הנמצא בתוכן והערכים השונים המנחים אותן (לדוגמה, בזמן שבעולם החרדי דגש רב מושם על הגשמת תפקידו של האדם ביחס לדת ולאל ולכן גם על חיוניות השליטה ביצר הרע, הטיפול הנפשי שואף לאפשר לאדם לחיות עם עצמו בשלום ולצורך כך שם לעתים דגש על שחרור ממעצורים). בנוסף, במקרים רבים קיים חשש שהמטפל, אשר על פי רוב מגיע מרקע חילוני, עלול, במודע או שלא במודע, להתעמת עם ערכיו הדתיים של המטופל החרדי ולנסות להשפיע עליו (גודמן, 1997; פירר, 2001).

**לוח 50: חשיפה והתנסות בטיפול נפשי, במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה - משיבים בחיוב (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

			מדגם השוואה (N=1,227)	מדגם חרדי (N=306)	
Cohen's d	Z	p			
.22	4.26	0.001	50	63	האם אתה מכיר מישוהו שהיה או נמצא עכשיו בטיפול נפשי?
.27	5.21	0.001	25	11	האם שקלת אי פעם לפנות לטיפול נפשי?
.21	4.11	0.001	16	7	האם היית בטיפול פסיכולוגי לפחות פעם אחת?

מצד שני, ניתן לשער כי האחוזים הגבוהים יותר של המשיבים במדגם זה שציינו היכרות עם אדם שנמצא בטיפול נפשי, הם אולי ביטוי לעיסוק הנרחב הקיים בסוגיה זו בחברה החרדית, בעיקר בשל חשיבותה בקביעת הייחוס המשפחתי. ייתכן גם כי אופייה הסגור יחסית של החברה החרדית והקהילתיות הגדולה המאפיינת אותה (גודמן 1997) תורמים לממצא דרך ההיכרויות הרבות הנוצרות בתוך הקבוצה ומעבר המידע המהיר יותר בתוכה, בהשוואה לחברה שאינה חרדית. דוגמה לכך ניתן למצוא בניסיון שנעשה בירושלים להפעיל שירותי טיפול נפשי לחרדים במסגרת טיפול מרפאתי כללי, כך שלא יהיה ברור מי הגיע לפסיכיאטר ומי לרופא המשפחה. במקרה זה, תוך פרק זמן קצר נודע בקהילה הרחבה כי פסיכיאטר, ולא רופא כללי, הוא היושב בחדר מסוים, בימים ובשעות מסוימים, ונגזלה האפשרות לקיים את הטיפול תחת מעטה של סודיות (Greenberg & Witztum, 2001).

**תרופות:** העדר ידע על קיומן של תרופות או חשש מתופעות הלוואי שלהן עלול להפחית את הנכונות לפנות לטיפול. כפי שניתן לראות בלוח 51, אחוז המשיבים בשני המדגמים שידעו על קיום תרופות לדיכאון ולחרדה הנו דומה (כ-88%). לעומת זאת, במדגם החרדי ישנה מודעות נמוכה יותר במדגם ההשוואה, לקיומן של תרופות לסכיזופרניה.

ניתן להניח כי דיכאון וחרדה, בשל היותן בעיות נפוצות יותר ובמקרים רבים גם פחות חמורות בהשוואה לסכיזופרניה, נוטות להיות מטופלות יותר, לעתים גם במסגרת הרפואה הראשונית; דבר שהופך את הסטיגמה הקיימת כלפיהן לחזקה פחות ואת התרופות למוכרות יותר. הידע המועט יותר לגבי קיומן של תרופות לסכיזופרניה בשני המדגמים הוא כנראה תוצאה של היותה מחלה פחות נפוצה ומוכרת. בנוסף, ייתכן כי בחברה החרדית קיימת נטייה גדולה יותר להסתיר מקרים של סכיזופרניה (למשל דרך "אשפוז בית") ולהרחיק אנשים הסובלים מהמחלה (למוסדות מרוחקים ומבודדים) על מנת שלא לפגוע בייחוס המשפחתי (וייל, 1990; גודמן, 2003). על כן ייתכן שבחברה זו המגע עם אנשים החולים בסכיזופרניה הוא מצומצם יותר או שהנושא פחות פתוח ומדובר, ולכן קיימת בה גם היכרות מועטה יותר עם המחלה והתרופות לטיפול בה. בכל מקרה, המודעות הנמוכה יחסית לקיומן של תרופות לסכיזופרניה בשני המדגמים ובייחוד במדגם החרדי מעלה את הצורך במתן מידע ספציפי בתחום זה, מידע שעשוי להפחית חלק מהסטיגמה הכרוכה במחלה.

**לוח 51: ידע על אודות קיומן של תרופות פסיכיאטריות במדגם החרדי ובמדגם השוואה - משיבים בחיוב (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

	מדגם חרדי			מדגם השוואה		
	(N=306)			(N=1227)		
	Cohen's d	Z	p			
האם יש תרופות לדיכאון?	.02	.37	ns	88	87	
האם יש תרופות לסכיזופרניה?	.33	6.34	.001	60	40	
האם יש תרופות לחרדה?	.01	.13	ns	89	88	

**12.1.2 עמדות ורגשות לגבי טיפול**

בדקנו את העמדות והרגשות הקיימים בציבור החרדי כלפי טיפול נפשי, תוך השוואה לציבור היהודי הכללי. לוח 52 מציג ממצאי השוואות אלו. התוצאות מלמדות שבמדגם החרדי רווחת עמדה פחות חיובית כלפי טיפול נפשי בהשוואה לזו הקיימת באוכלוסייה היהודית הלא חרדית, אם כי הפערים אינם גדולים. ההבדלים המשמעותיים הם בעיקר בנושא הנכונות לפנות בגלוי, כאשר במדגם החרדי קיימת בבירור נטייה גדולה יותר להסתרה. דגש זה על הסתרה קשור ככל הנראה לחשש שהפנייה לטיפול תקוושר לקיומה של בעיה נפשית. בעיה שכזו נתפסת בחברה החרדית כפגם חמור המשפיע על גורל היחיד ועל גורל בני משפחתו, בעיקר בכל הנוגע לסיכוי להשיג שידוך ראוי. פגם זה נחשב לאחד החמורים ביותר, אם לא לחמור שבכולם, בשקילת ערכו של משודך פוטנציאלי. הוא "נרשם" בקורות חייו של המתמודד עם המחלה ומלווה אותו ואת בני משפחתו לכל אורך חייהם (וייל 1990, גודמן 1997).

**12.1.3 כוונות התנהגותיות לפנות לטיפול**

**פנייה לעזרה ביוזמה עצמית**

שאלנו את המשיבים למי היו פונים לו היו מרגישים שיש להם מצב רוח מאוד לא טוב, או הרגשה של מתח, חרדה, אי שקט שמאוד מפריעה להם. לא הוצעו תשובות, והמשיבים יכולים היו לציין יותר מגורם אחד אליו יפנו. בסך הכול מתקבלת בשני המדגמים תמונה דומה מבחינת הפנייה למערכת התמיכה החברתית, לרופא המשפחה ולאנשי מקצוע בתחום הבריאות ובתחום בריאות הנפש (לוח 53).

**לוח 52: עמדות ורגשות כלפי טיפול נפשי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	נכון	לא יודע	לא נכון	N	מדגם	
.25	4.88	0.001	45	2	53	302	חרדי	אני ארגיש לא בנוח לפנות לטיפול נפשי בגלל מה שאנשים יחשבו עלי
			31	1	68	1221	השוואה	
<b>.34</b>	<b>6.46</b>	<b>0.001</b>	51	2	47	304	חרדי	אם הייתי בטיפול נפשי הייתי מעדיף להסתיר זאת מאנשים הקרובים אלי
			31	1	68	1222	השוואה	
.10	1.96	0.05	63	1	35	302	חרדי	אדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו
			57	2	41	1219	השוואה	
.15	2.96	0.003	65	4	31	302	חרדי	מי שהולך לטיפול נפשי צריך להתמודד עם היחס של אנשים אליו, לכן אפשר להבין את מי שלא הולך לטיפול
			55	3	42	1217	השוואה	
.03	0.63	ns	29	4	67	300	חרדי	מי שיש לו היגיון בריא לא צריך טיפול נפשי
			31	2	67	1218	השוואה	
.15	2.90	0.005	38	4	58	299	חרדי	הייתי מעדיף לפנות לחבר מאשר לטיפול נפשי, אפילו אם מדובר בבעיה נפשית
			29	2	69	1205	השוואה	
.19	3.73	0.001	69	6	25	300	חרדי	אם היה לי איזה קושי נפשי או שהייתי מרגיש שיש לי בעיה הייתי פונה לטיפול של פסיכולוג, פסיכיאטר או עו"ס
			79	3	18	1212	השוואה	
.11	2.08	0.04	47	18	35	298	חרדי	אם הייתי צריך טיפול נפשי, לא הייתי יכול לשלם עבורו
			40	10	50	1200	השוואה	
<b>.44</b>	<b>8.43</b>	<b>0.001</b>	15	2	83	301	חרדי	אם אפנה לטיפול נפשי לא אכפת לי שאנשים ידעו על כך
			42	2	56	1214	השוואה	
.14	2.78	0.009	72	3	25	294	חרדי	אם חבר היה פונה אלי לעזרה נפשית, הייתי מציע שיפנה לטיפול נפשי
			79	3	18	1191	השוואה	
.03	0.63	ns	11	2	87	299	חרדי	לא הייתי הולך לטיפול נפשי כי אין לי זמן לזה
			12	1	87	1208	השוואה	
.13	2.54*	0.03	17	40	43	299	חרדי	המדינה עושה מספיק בהסברת החשיבות של טיפול נפשי
			11	19	70	1211	השוואה	

\* בפריט זה יש אחוז ניכר של משיבים שאינם יודעים. לפיכך, השוונו כאן גם את פרופורצית המשיבים שאינם מסכימים :  $Z=8.60$ ,  $p<.001$ ,  $Cohen's d=.45$ .

**לוח 53: למי/לאן היו אנשים במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה פונים לו היו במצב רוח מאוד לא טוב, או בהרגשת מתח, חרדה או אי שקט (מספרים, אחוזים\* ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה N=1228		מדגם חרדי N=306		למי/ לאן היו פונים
			%	n	%	n	
.10	<b>2.00</b>	<b>.05</b>	<b>41</b>	<b>502</b>	<b>35</b>	<b>106</b>	<b>בני משפחה וחברים</b>
.07	1.34	ns	30	373	27	81	בן זוג או קרוב משפחה אחר
.12	2.30	.02	16	197	11	33	חבר
.06	<b>1.19</b>	ns	<b>16</b>	<b>194</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>אנשי מקצוע בבריאות הנפש</b>
.09	1.79	.03	4	45	2	5	פסיכיאטר
.10	2.02	.03	10	127	7	20	פסיכולוג
.03	.67	ns	<1	8	<1	1	עובד סוציאלי
.10	1.90	ns	3	31	5	14	אחר (מרפאה לבריאות הנפש/ איש מקצוע)
.03	<b>.50</b>	<b>ns</b>	<b>14</b>	<b>174</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>רופא המשפחה</b>
.54	<b>10.24</b>	<b>.001</b>	<b>&lt;1</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>37</b>	<b>אנשי דת (רב, שיח, כומר או איש דת אחר)</b>
.24							<b>לא מציינים פניה לאף אחת</b>
.01		ns	<b>32</b>	<b>398</b>	<b>32</b>	<b>97</b>	<b>מהקטגוריות שלמעלה</b>
.62	11.52	.001	1	11	15	45	פונים לאלוהים
.22	4.33	.001	28	345	16	49	מציינים במפורש שלא היו פונים
.04	.75	ns	2	19	1	3	לאף אחד ולשום מקום
.05	1.06	ns	2	24	3	9	פעילויות פנאי
		ns	-	0	1	3	מטפל אלטרנטיבי
		ns	<1	2	-	0	ער"ן
		ns	<1	5	<1	1	פניה לארגונים שונים
		ns	<1	21	1	4	שימוש בחומרים (אלכוהול, תרופות, מריחואנה וכו')
.03	.50		2	21	1	4	לא יודע

הערה: האחוזים בתוך כל קטגוריה מודגשת אינם שווים לסכום האחוזים שבתוכה כיוון שאנשים יכלו לענות יותר מאשר תשובה אחת. לפיכך גם האחוזים של הקטגוריות עצמן אינם מסתכמים ל-100.

השוני ניכר בעיקר בפנייה לרב ובפנייה לאלוהים: במדגם החרדי ציינו 15% מהמשיבים פנייה לאלוהים לעומת 1% במדגם ההשוואה. ייתכן שפנייה זו שכיחה למדי בחברה החרדית והיא מופיעה כנראה במצבים שבהם אין רצון לפנות לאף גורם אנושי. 12% במדגם החרדי ציינו כי במצב של תחושה מפריעה יעדיפו לפנות לרב, זאת לעומת פחות מ-1% במדגם ההשוואה שצינו פנייה כזו. ממצא זה מובן, הן לנוכח הרקע הדתי האדוק של המשיבים והן לנוכח מעמדה של הסמכות הרבנית, הנמצאת בראש ההיררכייה במבנה החברתי של הקהילה ומשמשת משאב של ידע, לגיטימציה, כוח וסמכות בתחומי החיים השונים של הקהילה. בעניינים הנוגעים בבריאות הנפש קיים פן נוסף הקשור בהיזקקות לסמכות הדתית והוא האישור לפנות לטיפול נפשי מקצועי, אישור שהוא מרכזי בשל ההירתעות מטיפול זה (פירר, 2001). אחוז המשיבים שהזכירו פנייה לרב דומה לאחוז שהזכירו פנייה לרופא המשפחה או לאיש מקצוע בתחום בריאות הנפש. ממצא זה מדגיש את המקום הגדול שניתן להיוועצות ברב בהקשר של מצוקה נפשית כמו גם את היכולת להיעזר בו בשלבים של תכנון דרכי התערבות להפחתת הסטיגמה. נראה כי כיום, על אף הרתיעה הקיימת בחברה החרדית מהטיפול

הנפשי, קיימים לא מעט רבנים ומנהיגים חרדים המגלים עמדה פתוחה יותר ומעודדים פנייה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש (קפלן, 2003) כך שבמרבית המקרים הרב הוא הגורם המפנה את האדם החרדי לטיפול נפשי (פירר, 2001).

#### **פנייה לאיש מקצוע בעקבות הפנייה של רופא משפחה**

המרואיינים נשאלו למי מבין פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי היו מעדיפים לפנות במקרה שרופא המשפחה היה אומר להם כי הם במצב הדורש עזרה נפשית ממישהו מקצועי. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין המדגם החרדי למדגם ההשוואה: אם מתמקדים במשיבים שהביעו העדפה, עולה שכ-70% הביעו העדפה לפסיכולוג, כ-20% לפסיכיאטר וכ-10% לעובד סוציאלי (לוח 54).

**לוח 54: העדפות במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

אנשי מקצוע	מדגם חרדי N=306	מדגם השוואה N=1,228	p	Z	Cohen's d
<b>סה"כ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			
פסיכיאטר*	9	11	ns	1.03	.05
פסיכולוג*	37	50	.001	4.30	.22
עו"ס*	5	8	.05	1.97	.10
רב, כומר, שיח', איש דת אחר	8	<1	.001	8.56	.45
לפי מה שהרופא ממליץ	9	9	ns	0.07	
לא יודע מה ההבדל ביניהם	14	3	.001	7.19	.37
לא רוצה לקבל טיפול מאף אחד מהם	8	7	ns	0.11	
אחר	10	11	ns	0.71	

\* כאשר מחושבים האחוזים מתוך המשיבים שהביעו העדפה (פסיכיאטר, פסיכולוג, עו"ס) מתקבלים האחוזים הבאים: פסיכיאטר – 18% במדגם החרדי ו-16% במדגם ההשוואה. פסיכולוג – 73% במדגם החרדי ו-73% במדגם ההשוואה. עובד סוציאלי – 9% במדגם החרדי ו-11% במדגם ההשוואה.

כפי שראינו קודם, במצב של תחושה מפריעה, ציינו 12% מהמשיבים החרדים פנייה לרב. נטייה דומה במידה מסוימת הסתמנה כאשר רופא המשפחה מציע הפניה לאיש מקצוע. 8% מהמשיבים החרדים לעומת פחות מאחוז במדגם ההשוואה, ציינו כי היו מעדיפים לפנות לרב ולא לאיש מקצוע. ממצא זה ממשיך ומלמד על החשיבות הרבה שיש להתייעצות עם הרב בחברה החרדית, כך שאפילו במצב בו רופא המשפחה מחווה את דעתו וממליץ על פנייה לעזרה מקצועית יעדיפו חלק מהחרדים את ההיוועצות באיש דת לפני הסיוע המקצועי או אולי אף במקומו.

נראה שהמדגמים נבדלים מבחינת הידע וההיכרות עם אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש; דבר המתבטא באחוז המשיבים הגבוה יותר במדגם החרדי, המציינים שאינם יודעים מהו ההבדל בין פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי. ייתכן שהדבר משקף חשיפה מצומצמת יותר של משיבים אלה לשירותים הנדונים.



## 12.2 העדפות לגבי מסגרות שונות בטיפול האמבולטורי

### 12.2.1 טיפול בקופת חולים לעומת טיפול פרטי

המרוויינים נשאלו האם היו מעדיפים לפנות לטיפול נפשי פרטי או לטיפול בקופת חולים (במצב שבו הטיפול הפרטי והטיפול בקופת חולים בעלי עלות זהה). בלוח 55 ניכר שבשני המדגמים יש העדפה ברורה לטיפול פרטי. כאשר מתמקדים במשיבים שצינו העדפה לאחת משתי המסגרות הטיפוליות הללו, ניתן לראות כי העדפה זו חזקה יותר במדגם החרדי ( $Z=4.14, p<0.001, \text{Cohen's } d=.24$ ).

**לוח 55: העדפות לטיפול נפשי בקופת חולים לעומת טיפול פרטי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

	מדגם השוואה			מדגם חרדי		
	Cohen's d	Z	p	N=1228	N=306	
סה"כ				100	100	
פרטי*	.09	1.68	ns	59	65	
קופת חולים*	.22	4.37	0.001	18	8	
יודע מה ההבדל אך אין לו העדפה	.03	0.54	ns	5	4	
לא יודע מה ההבדל	.04	0.87	ns	1	2	
תלוי ברופא	.10	2.01	.05	14	18	
אחר	.01	0.40	ns	3	3	

\* כאשר מחושבים האחוזים רק מתוך המשיבים שהביעו העדפה (טיפול פרטי או טיפול בקופת חולים בלבד), מתקבלים האחוזים הבאים: טיפול פרטי – 90% במדגם החרדי ו-77% במדגם ההשוואה; טיפול בקופת חולים – 10% במדגם החרדי ו-23% במדגם ההשוואה.

בחינת הסיבות שנתנו המשיבים להעדפותיהם (ראה נספח 14) מעלה כי קיים דמיון בחלק גדול מהסיבות שצינו המשיבים בשני המדגמים. בשני המדגמים, ההעדפה לטיפול נפשי פרטי נובעת במידה רבה מהתפיסה שטיפול כזה הוא טיפול טוב יותר (הרמה המקצועית גבוהה יותר): 49% ו-46% מהמשיבים החרדים והלא חרדים בהתאמה ציינו סיבה זו להעדפת הטיפול הפרטי. האכפתיות ותשומת הלב הרבה יותר של הרופא המטפל צוינו כסיבה להעדפת טיפול פרטי על ידי 37% מהחרדים ו-34% ממדגם ההשוואה. בנוסף, 25% מהמשיבים במדגם החרדי ו-21% במדגם ההשוואה, ציינו כסיבה להעדפתם טיפול פרטי גם את השמירה הגדולה יותר של סודיות. בהקשר זה, מעניין לציין כי על אף העמדות הפחות חיוביות כלפי טיפול והנטייה הגדולה יותר להסתרה שנמצאו במדגם החרדי, אחוז המשיבים שצינו סיבה זו כשיקול להעדפת טיפול פרטי היה דומה בשני המדגמים. לעומת זאת, נמצא הבדל בין אחוז המשיבים שצינו העדפה לטיפול פרטי בשל היותו טיפול מהיר יותר (זמן ההמתנה קצר יותר): במדגם החרדי 5% מהמשיבים ציינו סיבה זו ואילו במדגם ההשוואה 17% ציינו אותה.

גם בקרב המשיבים שצינו העדפה לטיפול בקופת חולים, אחוזים גבוהים ציינו כי הסיבה היא טיפול טוב יותר הקיים במקום זה, 26% מהמדגם החרדי ו-38% ממדגם ההשוואה. ההרגל וחוסר ההיכרות עם טיפול פרטי, צוינו כסיבה להעדפת טיפול בקופת חולים על ידי 32% מהמדגם החרדי ו-27% ממדגם ההשוואה.

לסיכום, הממצאים מלמדים כי בצד הנטייה הגדולה יותר בציבור החרדי להעדיף את הטיפול הפרטי על פני הטיפול בקופת חולים, הסיבות להעדפה זו דומות בשני המדגמים והן בעיקרן סיבות הקשורות לתפיסת איכות הטיפול, במידת האכפתיות של המטפל ובסודיות.

בהקשר זה מעניין לציין כי גם כאשר נשאלו המשיבים על פנייה לרופא מומחה (רופא שאינו קשור לתחום בריאות הנפש, כגון רופא עיניים או אורתופד), הנטייה להעדיף טיפול פרטי על פני טיפול בקופת חולים הייתה חזקה יותר במדגם החרדי מאשר במדגם ההשוואה: בקרב המשיבים שהביעו העדפה לאחד משני המקומות, 82% במדגם החרדי לעומת 66% במדגם ההשוואה הביעו העדפה לטיפול פרטי ( $Z=5.44$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.28$ ). נראה, אם כן, כי בציבור החרדי קיימת נטייה חזקה יותר להעדיף פנייה לטיפול פרטי, בין אם בתחום בריאות הנפש ובין אם בתחומים אחרים. ייתכן כי מדובר במגמה כללית לבחור לפנות לרופאים ואנשי מקצוע המומלצים על ידי הרבנים או על ידי אנשים מרכזיים אחרים בחברה, בחירה המתאפשרת בעיקר במסגרת הפרטית. כך ידוע כי רבים מהחרדים הפונים לטיפול רפואי, כולל לטיפול נפשי, נועצים בדמויות בקהילה, מעין "מתווכים בענייני רפואה" ששם יצא לפניהם בזכות הידע שלהם בנוגע לשיטות הטיפול הטובות ביותר ובנוגע לרופאים המובילים בכל תחום רפואי. מתווכים אלה דואגים שהחולה יגיע לטיפול רפואי טוב, וכשמדובר ברפואת הנפש שיגיע גם למטפלים שלא ייצרו אצלו קונפליקטים בענייני אמונה (וייל, 1990; קפלן, 2003).<sup>55</sup>

## 12.2.2 מרפאה ייחודית לבריאות הנפש לעומת מרפאה משולבת

האם המשיבים היו מעדיפים לפנות לטיפול נפשי למרפאה ייחודית לבריאות הנפש או למרפאה כללית משולבת (מרפאה שבה יש גם רופאים מקצועיים נוספים)? בלוח 56 ניתן לראות שבשני המדגמים קיימת נטייה להעדיף את הטיפול במרפאה ייחודית לבריאות הנפש על פני קבלתו במרפאה משולבת.

על אף שאחוזי המשיבים שצינו העדפה לכל אחד משני סוגי המרפאות הללו דומים ובשניהם ניכרת העדפה לכיוון של מרפאה ייחודית לבריאות הנפש הרי שהסיבות להעדפה אינן תמיד מקבילות.

כאשר מתבוננים בסיבות שנתנו המשיבים להעדפותיהם (ראה נספח 15) עולה כי בשני המדגמים ההעדפה למרפאה הייחודית מנומקת בעיקר בתפיסת איכות טיפול גבוהה יותר של מרפאה זו. תפיסה זו הייתה שכיחה פחות במדגם החרדי (68% לעומת 79%). סיבות נוספות להעדפת המרפאה הייחודית לבריאות הנפש קשורות בשמירה על סודיות (יותר שמירה על סודיות ופרטיות, יכולת להסוות את ההגעה לטיפול נפשי וסיכוי קטן יותר לפגוש מכרים), שנמצאו בשכיחות גבוהה יותר במדגם החרדי (35% לעומת 21%).

---

<sup>55</sup> להסבר זה לא ניתן אישור כאשר נבחנו הסיבות שצינו המשיבים לבחירותיהם. בקרב המשיבים שהעדיפו טיפול פרטי בכל אחד משני המדגמים, אחוז זהה (11%) נימקו זאת ביכולת לבחור את הרופא בו מעוניינים. עם זאת, ייתכן כי אין חפיפה מלאה בין סיבה זו ובין ההסבר שתיארנו לעיל כיוון שהחרדים, אשר מופנים למטפל מסוים על ידי גורמים בעלי השפעה בקהילה, אינם נדרשים לבצע את הבחירה האקטיבית בעצמם.

**לוח 56: העדפות במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה לפנייה למרפאה כללית (משולבת) לעומת פנייה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה	מדגם חרדי	סה"כ
			N=1,228	N=306	
			100	100	
	0.97	ns	44	47	מרפאה ייחודית לבריאות הנפש*
	0.34	ns	32	30	מרפאה משולבת*
.11	2.29	.02	12	8	יודע מה ההבדל אך אין לו העדפה
	0.85	ns	3	4	לא יודע מה ההבדל
	0.78	ns	4	5	לפי המלצת רופא
	0.60	ns	5	6	אחר

\* כאשר מחושבים האחוזים רק מתוך המשיבים שהביעו העדפה (מרפאה ייחודית או מרפאה משולבת), מתקבלים האחוזים הבאים: מרפאה ייחודית – 61% במדגם החרדי ו-58% במדגם ההשוואה (לא נמצא הבדל). טיפול בקופת חולים – 39% במדגם החרדי ו-42% במדגם ההשוואה.

סיבות של סודיות הוזכרו גם על ידי המעדיפים מרפאה משולבת. למעשה סיבות אלה היו הסיבות שצינו בשכיחות הגדולה ביותר בקרב החרדים שהביעו העדפה זו, 60% מהמשיבים לעומת 34% מהמשיבים במדגם ההשוואה. לעומת זאת, מעדיפי המרפאה המשולבת במדגם ההשוואה הלא חרדי ציינו בשכיחות גבוהה יותר, בהשוואה למדגם החרדי, סיבות הקשורות לרופאים (האפשרות לבחור את המטפל וכן האפשרות להיעזר ברופאים מקצועיים נוספים), 42% לעומת 23% מהמדגם החרדי וכן את איכות הטיפול (18% לעומת 6% במדגם החרדי). אם כן, ללא קשר לסוג המרפאה המועדף, במדגם החרדי, מוזכרות בשכיחות גבוהה יותר סיבות הקשורות בסודיות והסתרה ובשכיחות נמוכה יותר סיבות הנוגעות לאיכות הטיפול ולרופאים המטפלים.

## 12.3 העדפות לגבי אשפוז ושיקום

### 12.3.1 העדפה לאשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת בבית חולים פסיכיאטרי

המרוויינים נשאלו להעדפתם במצב שהם עצמם או בן משפחתם יזדקק לאשפוז פסיכיאטרי: האם היו מעדיפים מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי או שהיו מעדיפים בית חולים פסיכיאטרי? מלוח 57 עולה תמונה דומה בשני המדגמים. כאשר מתמקדים במשיבים שהביעו העדפה לאחת משתי המסגרות, אזי כשליש מעדיפים בית חולים פסיכיאטרי ואילו כשני שלישים מעדיפים אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

בצד הדמיון בין שני המדגמים מבחינת העדפת המחלקה הפסיכיאטרית כמקום האשפוז, נמצאו הבדלים בסיבות שנתנו המשיבים בשני המדגמים להעדפותיהם (ראהנספח 16). במדגם החרדי, ללא קשר לסוג ההעדפה, ניתנו בשכיחות גבוהה יותר סיבות הקשורות לשמירה על סודיות או לחשש מסטיגמה (כדי שלא ידעו על האשפוז, פחות סיכוי להיתקל במכרים או חשש מהכתמת השם בעקבות האשפוז בבית חולים פסיכיאטרי). כך, בקרב המעדיפים מחלקה פסיכיאטרית, 52% מהחרדים לעומת 36% במדגם ההשוואה ציינו סיבות של הסתרה ומגמה דומה נמצאה גם בקרב המעדיפים אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי, 23% לעומת 11% בהתאמה. בנוסף, ניתן לראות כי בשני המדגמים סיבות של סודיות צוינו בשכיחות גדולה יותר כסיבה להעדפת מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי מאשר כסיבה להעדפת חולים פסיכיאטרי, ממצא המלמד כי אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי נתפס על ידי המשיבים כדיסקרטי יותר וככזה שטומן בחובו פחות סכנה לתיוג ולסטיגמה בהשוואה לאשפוז בבית חולים פסיכיאטרי.

**לוח 57: העדפות לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי לעומת בבית חולים פסיכיאטרי במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה	מדגם חרדי	סה"כ
			N=1,228	N=306	
			100	100	
.06	1.24	ns	46	43	מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי*
--	.09	ns	22	22	בית חולים פסיכיאטרי*
.13	2.54	.01	10	5	לא משנה
.10	2.14	.03	10	14	לא יודע מה ההבדל
.08	1.71	ns	5	8	לפי המלצת רופא
.05	0.97	ns	7	8	אחר

\* כאשר מחושבים האחוזים רק מתוך המשיבים שהביעו העדפה (מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי או בית חולים פסיכיאטרי), אזי המחלקה הפסיכיאטרית בבית חולים כללי מועדפת על ידי 66% מהמדגם החרדי ו-68% ממדגם ההשוואה (ביה"ח הפסיכיאטרי מועדף בהתאמה על ידי 34%-32%).

בעוד שבמדגם החרדי צוינו בשכיחות גבוהה יותר סיבות הקשורות בהסתרה הרי שצוינו בו בשכיחות נמוכה יותר מאשר במדגם ההשוואה סיבות הקשורות לאיכות הטיפול (טיפול טוב יותר ואפשרות לקבל גם טיפול גופני טוב יותר). זאת, הן בקרב משיבים שהעדיפו מחלקה בבית חולים כללי (15% לעומת 26% במדגם ההשוואה), והן בקרב המעדיפים בית חולים פסיכיאטרי (80% לעומת 91% בהתאמה). נראה כי אצל המשיבים בשני המדגמים נתפס בית החולים הפסיכיאטרי כמקום בו איכות הטיפול היא גבוהה יותר מאשר במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי. סיבות הקשורות לנוחות הופיעו יותר (33%) בקרב המעדיפים בית חולים כללי מאשר בקרב המעדיפים בית חולים פסיכיאטרי (2%-1), וזאת הן במדגם החרדי והן במדגם ההשוואה. מעניין לציין כי בשני המדגמים גם יחד, ההעדפה באשפוז שונה מההעדפה בטיפול אמבולטורי: בשני המדגמים, העדיפו המשיבים פנייה למרפאה ייחודית על פני משולבת ולעומת זאת העדיפו את האשפוז בבית חולים כללי ("משולב") על פני זה שבבית חולים פסיכיאטרי ("ייחודי").

מכלל התוצאות ניתן להסיק כי העדפה למסגרות "ייחודיות" נובעת פעמים רבות, ויותר במדגם ההשוואה מאשר במדגם החרדי, מתפיסתן כמאופיינות באיכות טיפול טובה יותר, בזמן שהעדפה למסגרות "משולבות" מוסברת פעמים רבות, ויותר במדגם החרדי מאשר במדגם ההשוואה, בשל הסודיות הגדולה יותר והיכולת להסתיר את הטיפול. ממצא זה מלמד על הכוחות השונים המכוונים את בחירותיהם של המשיבים במדגם החרדי לעומת מדגם ההשוואה.

### **12.3.2 העדפה להוסטל או דיור מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק**

המרוויינים נשאלו האם הם מעדיפים הוסטל או דיור מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק (כאשר נתון כי שני המקומות טובים באותה מידה). לוח 58 מראה שהן במדגם החרדי והן במדגם ההשוואה, אחוז גדול יותר של משיבים הביעו העדפה להוסטל בסביבה בהשוואה להוסטל מרוחק יותר, במידה שהם או בן משפחתם יזדקקו לו. אולם מגמה זו חזקה יותר במדגם ההשוואה ומצטמצמת במדגם החרדי. בקרב אלה שהביעו העדפה, אחוז נמוך יותר מהמדגם החרדי, 59% ביחס ל-83% במדגם ההשוואה ציינו העדפה להוסטל בסביבה הקרובה ( $Z=8.64$ ,  $p<.001$ ,  $Cohen's d=.48$ ).

**לוח 58: העדפות להוסטל קרוב או רחוק, במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	מדגם חרדי	מדגם השוואה	סה"כ
			N=306	N=1228	
			100	100	
.50	9.45	.001	47	75	הוסטל/דיור מוגן בסביבה הקרובה*
.39	7.41	.001	33	15	הוסטל/דיור מוגן במקום מרוחק*
.02	0.48	ns	3	3	לא משנה
.25	4.90	.001	11	4	לא יודע
.13	2.50	.01	6	3	אחר

\*כאשר מחושבים האחוזים רק מתוך המשיבים שהביעו העדפה (הוסטל בסביבה או הוסטל רחוק בלבד), מתקבלים האחוזים הבאים: הוסטל/דיור מוגן בסביבה – 59% במדגם החרדי ו-83% במדגם ההשוואה. הוסטל/דיור מוגן במקום מרוחק – 41% במדגם החרדי ו-17% במדגם ההשוואה.

כאשר מתבוננים בסיבות שנתנו המשיבים להעדפותיהם (ראה נספח 17) ניתן לראות כי בקרב אלה שהביעו העדפה להוסטל בסביבה הקרובה, הסיבה העקרית שניתנה בשני המדגמים הייתה אפשרות הביקור הקלה יותר (79% בכל אחד משני המדגמים), סיבה נוספת היא האפשרות של המשפחה לפקח (25% במדגם החרדי ו-24% במדגם ההשוואה). במקביל, אחוז נמוך יותר של משיבים חרדים מקרב אלה שציינו העדפה להוסטל קרוב, 13% לעומת 22% במדגם ההשוואה, ציינו כסיבה להעדפה זו את ההיכרות וההתמצאות שלהם באזור.

כהסבר להעדפת הוסטל במקום מרוחק, אחוז גבוה יותר של משיבים חרדים ציינו את הרצון שאחרים לא ידעו (הבושה) כסיבה להעדפה זו (94% לעומת 69%) לעומת זאת במדגם ההשוואה ציינו יותר שניתוק עשוי להיטיב עם החולה (15% ממדגם ההשוואה לעומת 2% מהחרדים). בנוסף, הרצון למנוע התנכלויות מצד אחרים הוזכר בשני המדגמים (10% במדגם החרדי ו-14% במדגם ההשוואה).

כפי שניתן לראות תחושות הבושה והחשש שאחרים ידעו על מגוריו של הקרוב בהוסטל שכיחות יותר במדגם החרדי. נראה כי תחושות אלה קשורות לנטייה הגדולה יותר בחברה החרדית להסתרה, וזו מושגת בין השאר על ידי הרחקת החולה. בחברה החרדית, משפחות מעדיפות לעתים לשלוח את החולה לחו"ל או למוסדות מרוחקים אחרים במטרה שלא לחשוף את המחלה (גרינברג וויצטום, 2001; גודמן, 2003). לעומת זאת, חלק גדול יותר מהמשיבים במדגם ההשוואה אשר העדיפו הוסטל מרוחק נימקו בחירתם בסיבה שהמרחק עשוי יהיה להיטיב עם החולה. ייתכן כי סיבה זו, לפחות באופן חלקי, משקפת גם היא תחושת בושה של המשיבים עקב היחס החברתי הצפוי, אך הקושי להודות בכך מוביל לכך שחלקם מעדיפים ליחס את הבחירה לטובתו של החולה. ייתכן כי הסיבה לאחוז הגבוה יותר שציינו סיבה זו בקרב המשיבים שאינם חרדים, היא הלגיטימציה הנמוכה יותר שיש להרחקה כזו בחברה שאינה חרדית. בנוסף נראה כי מידת ההיכרות עם האזור היא שיקול חשוב יותר עבור המשיבים במדגם ההשוואה ביחס למשיבים החרדים.

## 12.4 היכרות עם אנשים שחלו ודמותו של "חולה הנפש" בחברה החרדית

### 12.4.1 היכרות וחשיפה לאנשים הסובלים ממחלת נפש

לוח 59 מציג את החשיפה וההיכרות עם אנשים הסובלים מ"מחלת נפש" בשני המדגמים. אחוז גבוה יותר של חרדים אמרו כי "יצא להם לראות אדם עם מחלת נפש" ו/או ציינו שלמשפחה יש חבר שיש לו מחלת נפש. אחוז קטן יותר של משיבים מהמדגם החרדי דיווחו כי ביקרו בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי. בסוגי קשרים אחרים ההבדלים בין המדגמים היו זניחים.

נראה אם כן כי ההבדלים בין שני המדגמים מתרכזים בעיקר בהקשר של היכרות שטחית (לראות אדם עם מחלת נפש) או בהקשר חברתי (חבר של המשפחה) וייתכן כי הם קשורים למבנה הקהילתי של החברה החרדית (גודמן, 1997): ההיכרויות בתוך חברה מצומצמת זו הן רבות יותר ואנשים מכירים יותר אנשים חולים בסביבתם החברתית, לפחות בהיכרות שטחית. במקביל, קיימת אפשרות שהעיסוק במחלת נפש בשל חשיבותה ליחוס המשפחתי מוביל לחלק מן ההבדלים; ייתכן שבחברה החרדית, בהשוואה לחברה אחרת, העובדה שאדם מסוים סובל ממחלת נפש ידועה לאנשים רבים יותר בסביבתו.

### לוח 59: היכרות וחשיפה לאנשים שסובלים ממחלת נפש במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)

			מדגם חרדי	מדגם השוואה			
Cohen's d	Z	p	N=1228	N=306			
.25	4.89	0.001	82	94	יצא לי לראות אדם שלפי דעתי סובל ממחלת נפש		
.07	1.46	ns	23	28	קורה הרבה שאני רואה אנשים עם מחלות נפש		
.07	1.44	ns	26	22	עבדתי עם אדם שהייתה לו מחלת נפש		
.06	1.22	ns	17	14	העבודה שלי כוללת מתן שירותים או טיפול לאנשים עם מחלת נפש		
.28	5.45	0.001	19	34	למשפחה שלי יש חבר שיש לו מחלת נפש		
.12	2.33	0.02	15	21	יש לי שכן שיש לו מחלת נפש		
.13	2.50	0.01	25	32	יש לי קרוב משפחה שיש לו מחלת נפש		
.11	2.20	0.03	11	15	אני גר או גרתי בעבר עם אדם שסובל ממחלת נפש		
.20	3.88	0.001	38	27	ביקרתי בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית של בית חולים כללי		

### 12.4.2 אשפוז לעומת חיים בקהילה

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין המדגם החרדי למדגם ההשוואה בנוגע לידע על אחוז החולים המאושפזים. מרבית המשיבים בשני המדגמים ציינו כי חלק קטן מהחולים מאושפזים (52% במדגם החרדי לעומת 58% במדגם ההשוואה ( $Z=1.23$ ,  $p=ns$ , Cohen's  $d=.06$ ). כ-12% במדגם החרדי ו-11% במדגם ההשוואה סברו כי מחצית מהחולים מאושפזים וכ-5% במדגם החרדי ו-6% במדגם ההשוואה אמרו כי רוב החולים מאושפזים. 31% במדגם החרדי לעומת 25% במדגם ההשוואה ציינו כי הם אינם יודעים איזה אחוז מבין החולים מאושפזים ( $Z=2.18$ ,  $p<.03$ , Cohen's  $d=.11$ ).

### 12.4.3 פיגור

מרבית המשיבים בשני המדגמים (88% במדגם החרדי ו-84% במדגם ההשוואה) סברו כי רוב האנשים שסובלים ממחלת נפש אינם סובלים גם מפיגור שכלי. פער זניח נמצא באחוז המשיבים שסברו כי האנשים שחולים במחלת נפש סובלים גם מפיגור (7% במדגם החרדי, לעומת 10% במדגם ההשוואה) ( $Z=1.97$ ,  $p<.05$ , Cohen's  $d=.10$ ).

### 12.4.4 אלימות

אלימות היא אחד הממדים הרווחים בתפיסת מחלות נפש בציבור. במדגם החרדי יש נטייה חזקה יותר לתפוס את החולים כאלימים (42%) מאשר במדגם ההשוואה (23%); (ראה לוח 60). ייתכן שתפיסת המשיבים במדגם החרדי את חולי הנפש כאלימים יותר הוא אחד הבסיסים לרתיעה ממגע ולחששות הגדולים יותר הקיימים בחברה זו (כפי שהדבר בא לידי ביטוי במדדי המרחק החברתי, האפליה הסמויה והנכונות להשכיר דירה שיוצגו בהמשך).

**לוח 60: תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

	מדגם חרדי N=286	מדגם השוואה N=1,159	p	Z	Cohen's d
<b>סה"כ</b>	<b>100</b>	<b>100</b>			
פחות אלימים	6	10	.04	2.06	.11
אלימים כמו כולם	35	50	.001	4.47	.23
יותר אלימים	42	23	.001	6.44	.34
לא יודע	8	9	ns	0.27	--
אחר	9	8	ns	0.20	--

### 12.4.5 אטיולוגיה נתפסת: מה גורם ל"מחלת נפש"?

המרואינים התבקשו לומר מה לדעתם גורם ל"מחלת נפש". בשאלה זו לא הוצעו תשובות אלא נרשמו תגובות המרואינים. כל מרואין יכול היה לציין יותר מגורם אחד. לוח 61 מציג את התשובות המרכזיות שניתנו לשאלה זו, אלה שצוינו על ידי 5% ויותר מהמשיבים באחד המדגמים או בשניהם. הקטגוריות מוצגות בסדר יורד על פי שכיחות הופעתן במדגם החרדי.

האטיולוגיה נתפסת בצורה דומה בשני המדגמים ומתייחסת לבסיסים גופניים מחד גיסא, וללחץ ולאירועים טראומטיים מאידך גיסא. כאשר משווים את אחוז האנשים שהתייחסו לבעיה גנטית, לבסיס כימי/אורגני או לשניהם, נראה שיש נטייה קלה של המדגם החרדי פחות לציין סיבות גופניות המובילות למחלת נפש מאשר מדגם ההשוואה (44% לעומת 55% בהתאמה); ( $Z=3.38$ ,  $p<.001$ , ) (Cohen's  $d=.17$ ). אחוז גבוה יותר של משיבים חרדים ייחסו את המחלה לכוח עליון.

**לוח 61: אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש במדגם החרדי ובמדגם השוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות) \***

Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה	מדגם חרדי	
			N=1,228	N=306	
.12	2.30	.02	46	39	בעיה גנטית/תורשתית
.14	2.71	.01	38	30	אירוע טראומטי
--	0.65	ns	30	28	משברים בתוך ומחוץ למשפחה
--	1.15	ns	19	22	לחץ
.13	2.50	.02	13	19	בעיות בילדות
--	0.17	ns	19	19	אבטלה, מתחים בעבודה, מתחים בארץ
.16	3.20	.001	16	9	בעיות כימיות/אורגניות במוח
--	1.75	ns	5	8	כוח רצון לקוי/אישיות חלשה/אופי גרוע
--	0.12	ns	6	7	לא יודע
.35	6.84	.001	<1	6	כוח עליון
--	0.63	ns	5	6	בדידות
--	0.80	ns	5	6	חוסר תמיכה
--	1.22	ns	3	5	דיכאון

\* סיבות שהוזכרו בשכיחות נמוכה יותר (לפחות על ידי 1% מהמשיבים באחד המדגמים) הן: סביבה, כישלון/אכזבות, חוסר אמונה, מחשבות, חוסר טיפול, גורל, מחלות, פגיעה גופנית, היריון, תזונה, חוסר מעש, עצבים (עצבנות), חינוך, סמים ואלכוהול.

## 12.5 התבטאות הסטיגמה בממדים שונים

### 12.5.1 מרחק חברתי מועדף

בדקנו את הנכונות למגע עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, דהיינו את המרחק החברתי המועדף. בממוצע, מעבר לפריטים, יש רצון במרחק גדול יותר במדגם החרדי ( $M=2.83$ ) מאשר במדגם השוואה ( $M=2.63$ ); ( $t[1453]=2.92$ ,  $p<.004$ , Cohen's  $d=.15$ ). כאשר מתבוננים בפריטים עצמם, נמצא כי במרבית הפריטים שנבדקו, במדגם החרדי מעדיפים מרחק חברתי רב יותר מאשר במדגם השוואה (לוח 62). מגמה זו קיימת בעיקר בנכונות הנמוכה יותר במדגם החרדי לקבל חולה כממונה בעבודה ולהיות חבר קרוב שלו. מעניין לציין כי כאשר מדובר בקשר של ידידות, הכיוון הוא הפוך ובמדגם החרדי קיימת נכונות גבוהה יותר למגע (אם כי ההבדל הנו זניח).



לוח 62: מרחק חברתי: נכונות לקשרים שונים עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, במדגם החרדי ובמדגם השוואה (מספרים, אחוזים ומבחן פרופורציות) \*, \*\*

Cohen's d	Z	p	בהחלט מוכן	חושב שמוכן	לא יודע אם מוכן או לא מוכן	חושב שלא מוכן	כלל לא מוכן	סה"כ משיבים במספרים מוחלטים	באיזו מידה היית מוכן:
<b>לשבת באוטובוס ליד מיכאל (או- ליד מישוהו שיש לו מחלת נפש):</b>									
			50	30	1	14	5	291	מדגם חרדי:
.10	1.95	.052	56	29	1	9	5	1172	מדגם השוואה:
<b>ש... יהיה שכן שלך?</b>									
			32	35		24	9	288	מדגם חרדי:
.15	2.90	0.004	42	33	1	17	7	1170	מדגם השוואה:
<b>לעבוד ביחד עם...?</b>									
			32	35	3	19	11	284	מדגם חרדי:
.08	1.45	ns	38	33	2	16	11	1156	מדגם השוואה:
<b>להעסיק את.....?</b>									
			21	29	5	24	21	270	מדגם חרדי:
.08	1.53	ns	25	30	4	21	20	1091	מדגם השוואה:
<b>ש... יהיה ממונה עליך בעבודה</b>									
			10	13	4	23	50	295	מדגם חרדי:
.22	4.24	0.001	15	21	3	23	38	1152	מדגם השוואה:
<b>להיות ידיד של...</b>									
			42	44	1	9	4	292	מדגם חרדי:
.12	2.30	0.02	40	40	2	11	7	1184	מדגם השוואה:
<b>להמשיך להיות חבר קרוב של... , חבר שאתה מספר לו הכל</b>									
			19	29	2	28	22	296	מדגם חרדי:
.23	4.44	0.001	31	31	4	19	15	1181	מדגם השוואה:
<b>ש... יסיע את הילדים שלך לבית הספר</b>									
			11	10	1	16	62	286	מדגם חרדי:
.04	0.85	ns	11	14	2	19	54	1151	מדגם השוואה:

\*מבחני המובהקות מתייחסים למשיבים שצינו שהם מוכנים לנאמר במשפט (חושב שמוכן+בהחלט מוכן)

\*\*בשל מיעוט המרואיינים במדגם החרדי, ההתייחסות כאן היא לכלל המשיבים בשני המדגמים: לא נעשתה הפרדה בין המשיבים שקיבלו וינייטים שונים או שענו על "חולה נפש" כללי.

## 12.5.2 נכונות להשכרת דירה

המשיבים נשאלו גם לגבי נכונותם להשכיר דירה לאדם המתמודד עם מחלת נפש. כזכור הוצגה שאלה כללית ולאחריה, במידה שהמשיב לא הביע נכונות להשכיר, הוצעו ערבויות לתשלום, ואם עדיין סירב, הוצע גם מלווה. כפי שניתן לראות בלוח 63 הנכונות הראשונית להשכרת הדירה (השכרה ללא כל תנאי) היא נמוכה יותר במדגם החרדי, דבר שיכול לנבוע מהעמדות השליליות הקיימות כלפי אנשים עם מחלת נפש במדגם זה ובנטייה הגדולה יותר להימנע ממגע (כפי שמצאו ביטוי במרחק החברתי). בד בבד, חשוב לשים לב להשפעה של ההצעות לערבויות וללווי; כך שבסופו של דבר, לאחר שמוצגות ההבטחות לערבויות וללווי, אין הבדל בין שני המדגמים והאמביוולנטיות או הסירוב בנוגע להשכרת דירה מגיעים בהם לרמות דומות.

**לוח 63: נכונות להשכרת דירה בתנאים שונים לאדם שחלה במחלה פסיכיאטרית, במדגם חרדי ובמדגם ההשוואה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה	מדגם חרדי	סה"כ
			N=1,227	N=306	
			100	100	
.28	5.47	.001	40	24	מוכן ללא כל תנאי
.14	2.79	.01	17	24	מוכן להשכיר את הדירה אם יש ערבויות שהוא ישלם
.18	3.45	.001	17	25	מוכן להשכיר את הדירה אם יש אדם שמלווה אותו
--	0.52	ns	26	27	לא מוכן / אמביוולנטי בנוגע להשכרת הדירה אפילו אם יש ערבויות ולווי

## 12.5.3 אפליה סמויה

באשר לאפליה סמויה, כלומר כאשר ניתן צידוק או הסבר הגיוני לכאורה לעמדות שליליות המבוטאות כלפי נושא מסוים, מצאנו כי קיימת מגמה זניחה של אפליה סמויה גבוהה יותר במדגם החרדי (2.96) מאשר במדגם ההשוואה (לוח 64) (2.83) ( $t(1583)=2.28, p<.03, \text{Cohen's } d=.12$ ). אחוז גבוה יותר של משיבים במדגם החרדי הסכימו שאדם עם מחלת נפש לא יוכל לעבוד כפקיד בבנק כיוון שהוא עלול לעשות הרבה טעויות; אחוז נמוך יותר של מרואיינים חרדים לא היו רוצים קשר עם אדם שיש לו מחלת נפש כיוון שקשה לדבר איתו ולעומת זאת, אחוזים גבוהים יותר במדגם החרדי, אמרו שהיו מוכנים לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא היו רוצים להיות חברים. ממצאים אלה לגבי הנכונות לקשר של חברות עם חולה מתקשרים לממצאים שהוזכרו קודם לכן על פיהם במדגם החרדי קיימת נכונות גדולה יותר לידידות עם אדם חולה ביחס לנכונות במדגם ההשוואה, בעוד הנכונות להמשיך ולהיות חבר קרוב של אדם עם מחלת נפש הייתה קטנה ביחס למדגם ההשוואה. נראה כי מדובר בביטוי נוסף לנטייה במדגם החרדי לסייע ולעזור לאדם נזקק (במקרה זה, אדם המתמודד עם מחלה פסיכיאטרית) בצד החשש ממגע וקשר קרוב אתו.

#### 12.5.4 יכולת להינשא

המשיבים נשאלו על דעתם בנוגע לנישואין לאחר אשפוז פסיכיאטרי והחלמה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שני המדגמים (סה"כ משיבים במדגם חרדי  $n=296$ , ובמדגם השוואה  $n=1,177$ ) באחוז המשיבים שסברו כי אישה וגבר שהיו באשפוז והחלימו יוכלו להינשא, 70% מהמשיבים במדגם החרדי ו-75% במדגם ההשוואה סברו כי אישה במצב זה תוכל להתחתן ( $Z=1.84$ ,  $p<.07$ , Cohen's  $d=.10$ ), וכן, 71% מהמדגם החרדי ו-76% במדגם ההשוואה סברו כי גבר שהיה באשפוז פסיכיאטרי יוכל להתחתן ( $Z=1.96$ ,  $p<.05$ , Cohen's  $d=.10$ ). העדר הבדל משמעותי בין שני המדגמים בסוגיה זו הוא מעניין, דווקא בשל ההבדלים שנמצאו בין המדגמים בעמדות כלפי 'חולי נפש' ובנכונות למגע וקרבה והעובדה שבחברה החרדית סיכויי השידוך של החולה ובני משפחתו נפגעים בצורה משמעותית לנוכח מחלת נפש (וייל 1990). עם זאת, נראה כי הדגש הרב על הקמת בית ומשפחה בחברה החרדית, כמו גם פעילותו של מוסד שידוכין מבוסס ומקובל מסייעים ליצירת קשרי נישואים גם בין אנשים שהחברה מביעה כלפיהם עמדות שליליות או מתייגת אותם כחריגים ומוגבלים. כפי שציין אביו של חרדי 'חולה נפש': "משתדלים למצוא לכל אחד שידוך" (וייל, 1990). נראה כי בחברה החרדית לכל 'חסרון' ידוע יש 'מחיר' בשידוך, וקיימת נטייה לאיזון בשידוך של מום תחת מום. בעיות נפשיות נחשבות לחסרון גדול, שעליו משלם המשודך בותר על יתרונות שונים ומגוונים אצל בן / בת הזוג המיועד (וייל 1990). כלומר, הדמיון שהתקבל במדגם החרדי ומדגם ההשוואה לגבי תפיסת היכולת של אדם חולה להינשא הוא תולדה של שני גורמים המושכים לכיוונים מנוגדים: מחד גיסא, העמדות השליליות יותר כלפי 'חולי נפש' והפגיעה בסיכויי השידוך שלהם כפי שהם קיימים בציבור החרדי ומאידך גיסא, המאמץ הגדול שנעשה בחברה זו למצוא לכל אדם שידוך הולם.

**לוח 64: אפליה סמויה במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה: מסכימים ומתנגדים (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z*	p	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא יודע	לא נכון (לא כ"כ נכון + בכלל לא נכון)	מרואיינים שהשיבו לשאלה (במספרים מוחלטים)		
.05	1.01	ns	41	2	57	285	מדגם חרדי :	אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי
			38	2	60	1159	מדגם השוואה :	
.10	2.00	.05	23	1	73	297	מדגם חרדי :	לא הייתי רוצה קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר איתו
			29	2	69	1194	מדגם השוואה :	
.10	1.92	.06	25	2	73	295	מדגם חרדי :	לא כדאי להתחבר יותר מידי לאדם עם מחלת נפש כי זה יכול להשפיע על המחשבה שלך
			20	2	78	1219	מדגם השוואה :	
.09	1.62	ns	90	2	8	292	מדגם חרדי :	לא הייתי רוצה שאדם עם מחלת נפש יהיה נהג אוטובוס כי זה מסוכן
			87	1	12	1139	מדגם השוואה :	
.03	0.57	ns	28	7	65	287	מדגם חרדי :	לא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא יחסיר הרבה ימי עבודה
			27	5	68	1152	מדגם השוואה :	
.12	2.34	.02	54	1	45	301	מדגם חרדי :	הייתי מוכן לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא הייתי רוצה להיות חבר שלו
			46	3	51	1195	מדגם השוואה :	
.13	2.44	.02	58	6	36	283	מדגם חרדי :	אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות
			50	5	45	1133	מדגם השוואה :	

\* מבחני מובהקות בוצעו על תגובות נכון ונכון מאוד

## 13. ממצאים ביישובים ערביים

פרק זה מתמקד ביישובים הערביים, במטרה להציע רקע לתוכניות התערבות מתאימות להפחתת הסטיגמה לאוכלוסייה ספציפית זו, תוכניות שאינן בהכרח מתאימות או נחוצות לאוכלוסייה ביישובים שאינם יישובים ערביים. יוצגו נתונים ממדגם מיישובים ערביים (N=368); (כפי שפורט בפרק השיטה, המדגם אינו מדגם מייצג), תוך השוואה בינם לבין מדגם ההשוואה מיישובים שאינם מוגדרים כיישובים ערביים - יישובים יהודים ויישובים מעורבים ע"פ הלמ"ס (N=1,403).<sup>57</sup> במדגם היישובים הערביים 55% נשים ו-45% גברים.

### 13.1 התייחסות לטיפול נפשי

#### 13.1.1 היכרות, חשיפה וידע

כפי שניתן לראות בלוח 65, אחוז נמוך יותר במדגם הערבי שקלו אי פעם לפנות לטיפול נפשי ואחוז נמוך יותר במדגם הערבי היו בטיפול. נראה כי העובדה שאחוז נמוך של משיבים שקלו לפנות לטיפול נפשי מובילה לכך שמספר נמוך של משיבים היו בטיפול לפחות פעם אחת. הסיבות לכך קשורות כפי הנראה לכך שישנה פחות מודעות ופחות היכרות עם המערכת המקצועית ואנשי המקצוע המאיישים אותה (Al-Krenawi, 2000; Al-Issa, 2000; Al-Krenawi, 1999a; Al-Krenawi et al., 2000; Okasha, 1999) (2002)

**לוח 65: חשיפה והתנסות בטיפול נפשי ביישובים ערביים ולא ערביים - משיבים שהשיבו בחיוב (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים	יישובים ערביים	סה"כ
			N=1,402	N=365	
			100	100	
					האם אתה מכיר מישהו שהיה או נמצא עכשיו בטיפול נפשי?
--	0.60	ns	49	48	
.39	8.09	.001	24	5	האם שקלת אי פעם לפנות לטיפול נפשי?
.30	6.28	.001	15	3	האם היית בטיפול פסיכולוגי לפחות פעם אחת?

לכאורה, לאור זאת היינו מצפים למצוא גם פער בין אחוז האנשים המכירים אדם שפנה לטיפול במדגם הערבי לעומת מדגם ההשוואה, אך כאן לא מצאנו הבדל. הסבר אפשרי לכך הוא שייתכן שביישובים ערביים "כולם מכירים את כולם"; כך שאם מישהו החליט לפנות לטיפול, הרי שיש סיכויים גבוהים יותר שפנייתו תהיה ידועה לרבים.

מלוח 66 עולה כי יש הבדלים גם ניכרים בידע: בקרב המדגם הערבי יש בבירור פחות ידע בנוגע לתרופות הקיימות.

<sup>57</sup> אף שלצורך הנוחות נשתמש לעתים במונח 'המדגם הערבי', יש לזכור שמדובר על מדגם המתייחס ליישובים ערביים ואין בו כדי לייצג את כלל המגזר הערבי.

**לוח 66: ידע על אודות קיומן של תרופות פסיכיאטריות ביישובים ערביים ולא ערביים - משיבים שהשיבו בחיוב (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

			יישובים לא ערביים N=1,402	יישובים ערביים N=365	
Cohen's d	Z	p	100	100	סה"כ
.62	12.50	0.001	86	57	האם יש תרופות לדיכאון?
.37	7.73	0.001	58	35	האם יש תרופות לסכיזופרניה?
.49	9.99	0.001	87	65	האם יש תרופות לחרדה?

**13.1.2 עמדות ורגשות לגבי טיפול**

**תועלת הטיפול:** מלוח 67 עולה כי המשיבים במדגם הערבי מכירים פחות בתועלת הטיפול. הפערים בינם לבין המשיבים במדגם ההשוואה נעים בין: 15%-21%. כך, 73% מהמשיבים ביישובים הערביים לעומת 58% במדגם ההשוואה הסכימו ש"אדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו"; 54% לעומת 32% הסכימו ש"מי שיש לו היגיון בריא לא צריך טיפול נפשי"; ו-32% לעומת 13% הסכימו כי "המדינה עושה מספיק בהסברת החשיבות של טיפול נפשי". ייתכן שהסיבה להכרה הפחותה בתועלת הטיפול בקרב המדגם הערבי נובעת מחינוך: טיפול נפשי פחות מושרש בתרבותם של אותם משיבים, פחות מקובל, פחות נתפס כמועיל. לדעתם אדם עם אישיות חזקה ובעל היגיון בריא יכול לפתור את בעיותיו ללא פנייה לאנשי מקצוע. לחברה הערבית ישנה השקפה שלילית על שירותי בריאות הנפש, והם נוטים לאי אמון ולחוסר שימוש בהם (Al-Krenawi & Graham, 2002). כמו כן הזמינות של שירותי בריאות הנפש נמוכה בחברה זו וקיים בה מחסור באנשי מקצוע (Al-Issa, 2000; Al-Krenawi, 1999a; Al-Krenawi, Graham, & Kandah, 2000; Okasha, 1999), כך שייתכן שחשיפה מועטה למערכת מקצועית גם היא סיבה להכרה פחותה בתועלת הטיפול.

**נכונות לפנות לטיפול בגלוי:** בנכונות לפנות בגלוי ללא הסתרה, נראה כי יש הבדלים זניחים בתגובות בין המדגם הערבי למדגם ההשוואה, להוציא את הפריט "אם יפנו לטיפול נפשי לא אכפת להם שאנשים ידעו על כך", שאחוז גבוה יותר במדגם הערבי הסכימו אותו. אולם, כפי שהוזכר, ייתכן שניסוחו של פריט זה היה בעייתי וגרם לבלבול (לוח 67).

**פתיחות לטיפול:** גם בפתיחות לטיפול, נראה שאין הבדלים ניכרים בתגובות. לגבי מרבית המשפטים אחוז המסכימים היה מאוד דומה בשני המדגמים, קרי: "אם היה להם איזה קושי נפשי או שהם היו מרגישים שיש להם בעיה הם היו פונים לטיפול של פסיכולוג, פסיכיאטר או עו"ס"; "אם הם היו צריכים טיפול נפשי, הם לא היו יכולים לשלם עבורו"; "אם חבר היה פונה אליהם לעזרה נפשית, הם היו מציעים לו שיפנה לטיפול נפשי"; "הם לא היו הולכים לטיפול נפשי כי אין להם זמן לזה". הבדל מסוים נמצא באחוז האנשים ש"היו מעדיפים לפנות לחבר מאשר לטיפול נפשי, אפילו אם מדובר בבעיה נפשית" (47% במדגם הערבי לעומת 31% במדגם ההשוואה).

**לוח 67: עמדות ורגשות כלפי טיפול נפשי ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	נכון (נכון מאוד +די נכון)	לא יודע	לא נכון (לא כ"כ נכון + בכלל לא נכון)	משיבים (במספרים מוחלטים)	יישובים	
.10	2.20	0.03	38	1	61	364	ערביים	אני ארגיש לא בנוח לפנות לטיפול נפשי בגלל מה שאנשים יחשבו עלי
			32	1	67	1393	לא ערביים	
--	1.40	ns	36	1	63	361	ערביים	אם הייתי בטיפול נפשי הייתי מעדיף להסתיר זאת מאנשים הקרובים אלי
			32	1	67	1395	לא ערביים	
.25	5.15	0.001	73	1	26	357	ערביים	אדם עם אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו על הבעיות שלו
			58	2	40	1393	לא ערביים	
.11	2.37	0.02	63	2	35	362	ערביים	מי שהולך לטיפול נפשי צריך להתמודד עם היחס של אנשים אליו, לכן אפשר להבין את מי שלא הולך לטיפול
			56	3	41	1389	לא ערביים	
.38	7.79	0.001	54	2	44	362	ערביים	מי שיש לו היגיון בריא לא צריך טיפול נפשי
			32	2	66	1392	לא ערביים	
.28	5.79	0.001	47	1	52	356	ערביים	הייתי מעדיף לפנות לחבר מאשר לטיפול נפשי, אפילו אם מדובר בבעיה נפשית
			31	2	67	1377	לא ערביים	
--	0.80	ns	76		24	357	ערביים	אם היה לי איזה קושי נפשי או שהייתי מרגיש שיש לי בעיה הייתי פונה לטיפול של פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי
			78	3	19	1385	לא ערביים	
--	1.55	ns	37	4	59	360	ערביים	אם הייתי צריך טיפול נפשי, לא הייתי יכול לשלם עבורו
			41	10	49	1372	לא ערביים	
.46	9.44	0.001	69	1	30	359	ערביים	אם אפנה לטיפול נפשי לא אכפת לי שאנשים ידעו על כך
			41	2	57	1387	לא ערביים	
.12	2.39	0.02	84		16	351	ערביים	אם חבר היה פונה אלי לעזרה נפשית, הייתי מציע שיפנה לטיפול נפשי
			78	3	19	1363	לא ערביים	
--	0.51	ns	14	1	85	361	ערביים	לא הייתי הולך לטיפול נפשי כי אין לי זמן לזה
			13	1	86	1383	לא ערביים	
.42	8.58	0.001	32	17	51	361	ערביים	המדינה עושה מספיק בהסברת החשיבות של טיפול נפשי
			13	20	67	1384	לא ערביים	

### 13.1.3 כוונות התנהגותיות לפנות לטיפול

#### פנייה לעזרה ביוזמה עצמית

לוח 68 מראה למי היו המשיבים פונים לו היו מרגישים שיש להם מצב רוח מאוד לא טוב, או הרגשה של מתח, חרדה או אי שקט שמאוד מפריעה להם. במצב זה, אחוז ניכר של משיבים הן מקרב המדגם הערבי (יישובים ערביים) והן מקרב מדגם ההשוואה (יישובים לא ערביים) יפנו לרשת התמיכה החברתית. אחוז זה גבוה יותר במדגם הערבי (58% לעומת 39%), וזאת במיוחד בהתייחס לפנייה לבן זוג או לקרוב משפחה אחר (47% לעומת 29%); (בפנייה לחברים אין הבדל). ייתכן שממצא זה משקף את חשיבותה של המשפחה בחברה הערבית, והדומיננטיות של המשפחה הגרעינית והמורחבת (Holmes-Eber, 1997 בתוך Al-Krenawi & Graham, 2000). היחידה המשפחתית היא בעלת ערך מקודש, וישנו קשר הדוק גם עם המשפחה המורחבת מעבר למשפחה הגרעינית (Meleis & La Fever, 1984 בתוך אלקרינאוי, 2002). ייתכן שנובע מכך שהפנייה לבני משפחה במצב כזה לא רק יותר מתבקשת אלא שישנה גם אפשרות בחירה רחבה בבן משפחה שעמו מרגישים נוח להיחשף, להתייעץ, לספר על הטרדות והמועקה.

**לוח 68: למי/לאן היו אנשים פונים ביישובים ערביים ולא ערביים לו היו במצב רוח מאוד לא טוב, או בהרגשה של מתח, חרדה, או אי שקט (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים N=1403		יישובים ערביים N=368		
			%	n	%	n	
.31	6.51	.001	39	551	58	214	בני משפחה וחברים
.30	6.27	.001	29	410	47	171	בן זוג או קרוב משפחה אחר
--	0.59	ns	15	215	17	61	חבר
.29	6.01	.001	15	209	3	12	אנשי מקצוע בבריאות הנפש
--	1.56	ns	14	196	11	40	רופא המשפחה
.10	2.14	.03	2	25	0.3	1	אנשי דת (רב, שייח, כומר או איש דת אחר)
--	1.32	ns	34	478	30	112	לא מציינים פנייה לאף אחת מהקטגוריות שלמעלה
.20	4.23	.001	3	40	8	28	פונים לאלוהים
--	1.63	ns	28	387	23	86	מציינים במפורש שלא היו פונים לאף אחד ולשום מקום
--		ns	2	27	2	8	פעילויות פנאי
--		ns	2	27	-	-	מטפל אלטרנטיבי
--		ns	<1	1	-	-	ער"ן
--		ns	<1	2	-	-	פנייה לארגונים שונים
--		ns	<1	6	<1	1	שימוש בחומרים (אלכוהול, תרופות, מריחואנה וכו')
--		ns	2	22	<1	2	לא יודע

הערה: לא הוצעו תשובות. האחוזים בתוך כל קטגוריה מודגשת אינם שווים לסכום האחוזים שבתוכה כיוון שאנשים יכלו לענות יותר מאשר תשובה אחת. לפיכך גם האחוזים של הקטגוריות עצמן אינם מסתכמים



הבדל קטן נמצא בפנייה לאלוהים (יותר משיבים במדגם הערבי (8%) ציינו כי יפנו לאלוהים מאשר במדגם ההשוואה (3%). ייתכן שמדובר בחברה מסורתית יותר, שהפנייה לאלוהים ברגעי מצוקה מקובלת בה. זו חברה שבה הדת מהווה גורם חשוב בניתוח הבעיות ובפתרון (אלקרינאוי, 2002).

המדגמים שונים בפנייה למערכת המקצועית (3% במדגם הערבי לעומת 15% משיבים במדגם ההשוואה). ממצא זה מדגיש את שראינו כבר: בחברה הערבית יש פחות מודעות ופחות היכרות עם המערכת המקצועית. מעניין לציין שרופא המשפחה הופיע בשכיחות דומה בשני המדגמים (11% לעומת 14% במדגם הערבי ובמדגם ההשוואה בהתאמה). ייתכן שרופא המשפחה נתפס כסמכות מקצועית לא רק בתחום הרפואה הראשונית. כמו כן, ייתכן שמשום שבתרבות הערבית לא מקובל לתת ביטוי לקונפליקטים ולרגשות שליליים, הרי שיש שחווים ומפרשים את הסימפטומים הנפשיים באופן גופני, שהוא הלגיטימי (אלקרינאוי, 2002), ומכאן מתבקשת גם פנייה לרופא המשפחה.

### **פנייה לאיש מקצוע בעקבות הפנייה של רופא משפחה**

במקרה שרופא המשפחה היה אומר להם כי הם במצב הדורש עזרה נפשית ממישהו מקצועי יותר משיבים במדגם הערבי (מאשר במדגם ההשוואה) ציינו כי יפנו לפסיכיאטר ולעו"ס, ופחות משיבים במדגם הערבי ציינו כי יפנו לפסיכולוג (לוח 69). ייתכן שהאחוזים הנמוכים שצינו פנייה לפסיכולוג נובעים מכך שבחברה הערבית יש ציפייה לריפוי מידי. ההנחה היא כי טיפול בתרופות הוא היעיל ביותר (Meleis & La Fever, 1984; בתוך Dwairy, 1998). בחברה זו פחות מאמינים בטיפול שיחתי לאורך זמן (Dwairy, 1998; Dwairy & Van Sickle, 1996; Gorkin et al., 1985; West, 1987). מכאן שהציפייה מפסיכיאטר היא שלא לנקוט באף אופן של טיפול שיחתי, אלא רק לתת מרשמי תרופות או לבצע בדיקות גופניות (Al-Krenawi & Graham, 1999a; Al-Krenawi et al., 2000; Ibrahim & Ibrahim, 1993; Kulwicki, 1996; West, 1987). כמו כן ייתכן שהאחוזים הנמוכים שצינו פנייה לפסיכולוג נובעים מכך שהפנייה היא לדמויות מטפלות מוכרות. הפסיכיאטר נתפס כרופא מקצועי המתמחה בבריאות הנפש. העובד הסוציאלי מוכר מתחומי הרווחה. לעומת זאת נראה שפסיכולוג אינו דמות מקצועית מוכרת המהווה כתובת לטיפול בבעיות (אולי בגלל זמינות נמוכה של פסיכולוגים או מחוסר מודעות לאפשרות זו). במקביל מעניין שביישובים הלא ערביים יש העדפה חזקה לפנייה לפסיכולוג ולא לפסיכיאטר ולעובד סוציאלי.

**לוח 69: העדפות ביישובים ערביים ולא ערביים לפנייה לאנשי מקצוע במצב שרופא המשפחה אומר למשיב שהוא במצב הדורש עזרה נפשית (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

			יישובים לא ערביים N=1,403	יישובים ערביים N=365	
Cohen's d	Z	p	100	100	סה"כ
.45	9.31	0.001	11	31	פסיכיאטר
.57	11.59	0.001	48	15	פסיכולוג
.47	9.68	0.001	8	26	עו"ס
--	0.95	ns	9	11	לפי מה שהרופא ממליץ
--	0.93	ns	4	3	לא יודע מה ההבדל ביניהם
--	1.16	ns	8	6	לא רוצה לקבל טיפול מאף אחד מהם
.09	1.87	0.06	12	8	אחר

## 13.2 העדפות לגבי מסגרות שונות בטיפול האמבולטורי

### 13.2.1 טיפול בקופת חולים לעומת טיפול פרטי

המרואיינים נשאלו היכן היו מעדיפים לקבל טיפול נפשי (כשנתון שהטיפול הפרטי והטיפול בקופת חולים הם בעלי עלות זהה). מלוח 70 עולה העדפה לטיפול פרטי בשני המגזרים. כאשר מתמקדים רק באלו שהביעו העדפה ברורה (טיפול פרטי או טיפול בקופת חולים) נמצא כי 58% מהמשיבים במדגם הערבי מעדיפים טיפול פרטי לעומת 77% ביישובים הלא ערביים ואילו 42% משיבים במדגם הערבי מעדיפים טיפול בקופת חולים לעומת 23% מהמשיבים במדגם ההשוואה (Cohen's  $d=0.34$ ,  $Z=6.21$ ,  $p<.001$ ).

**לוח 70: העדפה ביישובים ערביים ולא ערביים לטיפול נפשי פרטי לעומת טיפול בקופת חולים (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

			יישובים לא ערביים N=1,404	יישובים ערביים N=365	
Cohen's d	Z	P			סה"כ
			100	100	פרטי
.19	4.04	0.001	59	47	קופת חולים
.31	6.49	0.001	18	34	יודע מה ההבדל אך אין לו העדפה
	1.61	ns	5	3	לא יודע מה ההבדל
	0.67	ns	2	1	תלוי ברופא
	0.25	ns	13	13	אחר
	0.86	ns	3	2	

בדקנו את הסיבות להעדפות (ראה נספח 18). בקרב שני המדגמים הסיבות להעדפת טיפול פרטי היו טיפול טוב יותר (54% משיבים במדגם הערבי ו-46% משיבים במדגם ההשוואה ציינו סיבה זו,  $Z=1.86$ ,  $p=ns$ ,  $d=.12$ ). כמו כן בלטו הסיבות של יותר אכפתיות ושימת לב מצדו של הרופא (יותר משיבים במדגם ההשוואה ציינו תשובה זו (34%) מאשר משיבים במדגם הערבי (15%),  $Z=4.98$ ,  $p<.001$ ,  $d=.32$ ), ושמירה על סודיות (יותר משיבים במדגם הערבי (35%) מאשר במדגם ההשוואה (21%) ציינו תשובה זו ( $Z=4.04$ ,  $p<.001$ ,  $d=.26$ ). בקרב שני המדגמים הסיבות להעדפת טיפול בקופת חולים הן טיפול טוב יותר (26% במדגם הערבי לעומת 37% במדגם ההשוואה ציינו תשובה זו ( $Z=2.10$ ,  $p<.04$ ),  $d=.23$ ). והיכרות עם קופת חולים (32% במדגם הערבי ו-27% במדגם ההשוואה ציינו תשובה זו,  $Z=0.90$ ,  $p=ns$ ,  $d=.24$ ). הסיבה השלישית שצוינה על ידי המשיבים במדגם ההשוואה הייתה פיקוח על הטיפול ואיכותו (18% משיבים ציינו תשובה זו לעומת 9% משיבים במדגם הערבי ( $Z=1.98$ ,  $p<.05$ ,  $d=.22$ ). ואילו בקרב המדגם הערבי הסיבה השלישית שצוינה הייתה קרבה למקום המגורים/קל יותר להגיע (15% משיבים במדגם הערבי ציינו תשובה זו לעומת 8% משיבים במדגם ההשוואה ( $Z=2.17$ ,  $p<.03$ ).

הן ביישובים הערביים והן בלא ערביים מעדיפים טיפול נפשי פרטי על פני טיפול בקופת חולים. ההעדפה לטיפול פרטי על פני קופת חולים הנראית במדגם ההשוואה חלשה יותר במדגם הערבי. נראה כי המשיבים במדגם הערבי מעדיפים טיפול בקופת חולים משום שהם סבורים ששם הטיפול טוב יותר, ומשום שזוהי מסגרת הטיפול המוכרת להם. כמו כן קופת חולים יותר נגישה, פרוצדורת הפנייה

לקופת חולים יותר ידועה וברורה בעוד שפנייה לקבלת טיפול נפשי פרטי אינה דבר מקובל ומצריכה לעתים בירור נרחב יותר. נראה אם כן כי במגזר הערבי יש נטייה לפנות למסגרות ציבוריות (קופת חולים) ולדמויות מוכרות (פסיכיאטר, עו"ס).

### 13.2.2 מרפאה ייחודית לבריאות הנפש לעומת מרפאה משולבת

המרואיינים נשאלו האם היו מעדיפים לקבל טיפול נפשי במרפאה ייחודית לבריאות הנפש או במרפאה משולבת (מרפאה שבה יש גם רופאים מקצועיים נוספים)? (ראה לוח 71). ישנה מגמה להעדפת מרפאה ייחודית על פני מרפאה משולבת - 63% מבעלי העדפה ברורה במדגם הערבי לעומת 57% במדגם ההשוואה ציינו כי יעדיפו לפנות למרפאה ייחודית לבריאות הנפש.

מהן הסיבות להעדפות אלו? נראה כי בהעדפת המרפאה הייחודית אותן הסיבות הן המרכזיות בקרב שני המדגמים אך עם דגש שונה. כלומר, בעוד שעל הסיבה של איכות הטיפול הצביעו 56% משיבים במדגם הערבי לעומת 79% משיבים במדגם ההשוואה ( $Z=6.13$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.45$ ), הרי שעל הסודיות הצביעו 47% במדגם הערבי לעומת 22% במדגם ההשוואה ( $Z=6.57$ ,  $p<.001$ , Cohens  $d=.49$ ). (ראה נספח 19). כלומר, בשני המדגמים המשיבים המעדיפים מרפאה ייחודית לבריאות הנפש מציבים את איכות הטיפול כסיבה מרכזית. כך, לדעתם, הטיפול יהיה מהיר יותר, תינתן יותר שימת לב לכל אחד ואחד, יתקיים פיקוח רפואי על הטיפול ואיכותו, וניתן יהיה לבחור את המטפל שרוצים. כמו כן ניכר כי הסודיות משחקת תפקיד חשוב בקרב המשיבים בשני המדגמים ובמיוחד במדגם הערבי. הפנייה לשירותי בריאות הנפש עשויה להדביק תווית שלילית על הפונה (אלקרינאוי, 2002), ובכלל בחברה הערבית פנייה לטיפול פסיכולוגי היא כהודאה בשיגעון (Dwairy, 1998), מכאן שייתכן שההבדל בין שני המדגמים נובע מכך שבחברה הערבית הצורך והרצון לשמור על סודיות ופרטיות נענים על ידי צמצום אפשרות המפגש עם האחרים כאשר פונים לטיפול נפשי במרפאה ייחודית.

**לוח 71: העדפה ביישובים ערביים ולא ערביים לפנייה למרפאה כללית (משולבת) לעומת מרפאה ייחודית לבריאות הנפש (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים	יישובים ערביים	סה"כ
			N=1,403	N=365	
			100	100	
.14	2.83	.005	43	52	מרפאה ייחודית לבריאות הנפש
--	0.84	ns	32	30	מרפאה משולבת
--	1.02	ns	12	10	יודע מה ההבדל אך אין לו העדפה
--	1.03	ns	3	1	לא יודע מה ההבדל
--	0.07	ns	4	4	לפי המלצת רופא
.11	2.33	.02	6	3	אחר

הסיבה המרכזית שצוינה בקרב מי שהעדיפו מרפאה משולבת בקרב שני המדגמים הייתה קשורה למטפל/לרופא: האפשרות לבחור את המטפל שרוצים והאפשרות להיעזר ברופאים נוספים (52% משיבים במדגם הערבי ציינו זאת ו-44% משיבים במדגם ההשוואה) ולנוחות (עניין הביורוקרטיה, הקרבה, ההיכרות עם המקום והרצון להיות בסביבה בריאה נפשית) שצוינה בשכיחות דומה בקרב שני המדגמים (11% משיבים במדגם הערבי ציינו סיבה זו ו-12% משיבים במדגם ההשוואה). כמו כן צוינה

איכות הטיפול (טיפול מהיר יותר, לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב, פיקוח רפואי על הטיפול ואיכותו ואפשרות לבחור את המטפל שרוצים) כסיבה להעדפת מרפאה משולבת (28% משיבים במדגם הערבי ציינו סיבה זו לעומת 17% משיבים במדגם ההשוואה ( $Z=2.29$ ,  $p<.03$ , Cohen's  $d=.20$ ) וסודיות כסיבה להעדפת מרפאה משולבת: שמירה על סודיות ופרטיות, שלא ידעו שבא לטיפול נפשי ופחות סיכוי להיתקל באחרים (17% משיבים במדגם הערבי ציינו סיבה זו לעומת 31% במדגם ההשוואה ( $Z=2.75$ ,  $p<.01$ , Cohen's  $d=.24$ ).

בהעדפת מרפאה ייחודית, איכות הטיפול צוינה כסיבה על ידי משיבים רבים יותר ממדגם ההשוואה (79%) מאשר משיבים במדגם הערבי (56%), בעוד שבהצבעה על איכות טיפול כסיבה להעדפת מרפאה משולבת - יותר משיבים במדגם הערבי (28%) ציינו סיבה זו מאשר במדגם ההשוואה (17%). אם נתייחס לעניין הסודיות, הרי שבהעדפת מרפאה ייחודית יותר משיבים במדגם הערבי (47%) הצביעו על סודיות כסיבה להעדפה מאשר משיבים במדגם ההשוואה (22%) בעוד שבהעדפת מרפאה משולבת – יותר משיבים במדגם ההשוואה (31%) ציינו סיבה זו מאשר משיבים במדגם הערבי (17%).

אם נתמקד באותם אנשים שציינו סודיות כבסיס להעדפתם, אזי עולה שבמדגם הערבי 82% הביעו העדפה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש לעומת 18% שהביעו העדפה למרפאה משולבת, בעוד שבמדגם ההשוואה 49%-ו-51% הביעו בהתאמה העדפה למרפאה ייחודית לעומת מרפאה משולבת. כלומר לאותם אנשים שהסודיות מהווה עבורם שיקול חשוב בבחירת מרפאה ייחודית לעומת משולבת, הרי ביישובים ערביים הם מראים העדפה ברורה למרפאה הייחודית על פני המרפאה המשולבת.

### 13.3 העדפות לגבי אשפוז ושיקום

#### 13.3.1 העדפה לאשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת בבית חולים פסיכיאטרי

המרואיינים נשאלו להעדפתם במצב שהם עצמם או בן משפחתם יזדקקו לאשפוז פסיכיאטרי: האם היו מעדיפים מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי או שהיו מעדיפים בית חולים פסיכיאטרי? (ראו לוח 72). מבין אלו שהביעו העדפה לכאן או לכאן, אחוזים דומים מבין שני המדגמים העדיפו מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי (67% ביישובים ערביים ו-68% ביישובים לא ערביים).

לוח 72: העדפה לאשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי לעומת בבית חולים פסיכיאטרי ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים	יישובים ערביים	סה"כ
			N=1,403	N=365	
			100	100	
.11	2.28	.03	46	53	מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי
.10	1.99	.05	22	26	בית חולים פסיכיאטרי
.11	2.29	.03	10	6	לא משנה
.08	3.85	.001	10	4	לא יודע מה ההבדל
--	1.05	ns	5	7	לפי המלצת רופא
.09	1.96	.05	7	4	אחר

בסך הכול, הסיבות המופיעות להעדפת בית חולים כללי לעומת פסיכיאטרי הן דומות למדי בשני המדגמים (ראו נספח 20). ספציפית, מצאנו שסיבה מרכזית להעדפת מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי בשני המדגמים הייתה סודיות (שלא ידעו על האשפוז הפסיכיאטרי, ושלא יצא לאותו אדם שם רע משום שאושפז בבית חולים פסיכיאטרי – מניעת סטיגמה); (41% במדגם הערבי ו-36% במדגם ההשוואה ציינו סיבה זו,  $Z=1.03$ ,  $p=ns$ ). 34% במדגם הערבי הצביעו גם על איכות הטיפול (טיפול טוב יותר ואפשרות לקבל גם טיפול רפואי גופני טוב יותר) כסיבה להעדפת מחלקה פסיכיאטרית לעומת 26% במדגם ההשוואה ( $Z=2.21$ ,  $p<.03$ , Cohen's  $d=.16$ ), כמו כן 33% מהמשיבים בשני המדגמים הצביעו על נוחות (סביבה נעימה יותר, מקום מוכר יותר, נגישות ותנאים) כסיבה להעדפת מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי.

הסיבה המרכזית שצוינה להעדפת בית חולים פסיכיאטרי בקרב שני המדגמים הייתה קשורה לאיכות הטיפול (82% משיבים במדגם הערבי ציינו סיבה זו לעומת 92% משיבים במדגם ההשוואה,  $Z=2.64$ ,  $p<.01$ , Cohen's  $d=.27$ ). סיבה נוספת שצוינה הייתה הסודיות (18% משיבים במדגם הערבי ציינו סיבה זו ו-11% משיבים במדגם ההשוואה,  $Z=1.84$ ,  $p<.07$ ).

### 13.3.2 העדפה להוסטל או לדיר מוגן, בקרבת מקום או במקום מרוחק

המרואיינים נשאלו בנוגע להעדפתם להוסטל או לדיר מוגן בקרבת מקום או במקום מרוחק (כאשר נתון כי שני המקומות טובים באותה מידה). כפי שניתן לראות בלוח 73, ישנה העדפה ברורה להוסטל קרוב. כאשר מתמקדים במשיבים שהביעו העדפה ברורה לכאן או לכאן, עולה שבמדגם הערבי ההעדפה חלשה יותר. כך, 65% במדגם הערבי לעומת 82% במדגם ההשוואה יעדיפו הוסטל/דיר מוגן בסביבה הקרובה (ובהתאמה, 35% ו-18% יעדיפו הוסטל מרוחק); ( $Z=6.64$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.34$ ).

#### לוח 73: העדפה להוסטל קרוב או רחוק ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

Cohen's d	Z	p	יישובים ערביים לא ערביים	יישובים ערביים לא ערביים	סה"כ
			N=1,404	N=364	
			100	100	
.25	5.30	.001	73	58	הוסטל/דיר מוגן בסביבה הקרובה
.32	6.68	.001	16	32	הוסטל/דיר מוגן במקום מרוחק
.09	1.84	.06	4	7	לא משנה
.14	3.05	.01	4	1	לא יודע
--	0.60	ns	3	2	אחר

בשני המדגמים הסיבות להעדפות דומות למדי (ראו נספח 21). בהעדפת הוסטל בסביבה הקרובה. הסיבות המרכזיות בקרב שני המדגמים הן אפשרות ביקור קלה יותר (86% משיבים מהמדגם הערבי ציינו סיבה זו לעומת 79% במדגם ההשוואה); ( $Z=2.29$ ,  $p<.03$ , Cohen's  $d=.13$ ), אפשרות פיקוח של המשפחה (21% במדגם הערבי ו-23% במדגם ההשוואה) והיכרות של האזור והתמצאות בו (13% במדגם הערבי לעומת 22% במדגם ההשוואה) ( $Z=2.90$ ,  $p<.01$ , Cohen's  $d=.17$ ). בהעדפת הוסטל במקום מרוחק שני המדגמים מעלים סיבות דומות אך בדגשים שונים: 51% משיבים במדגם הערבי הצביעו על הצורך שאחרים לא ידעו לעומת 70% משיבים במדגם (39% במדגם ההשוואה,  $Z=3.43$ ,  $p<.01$ ). כמו כן 32%

משיבים במדגם הערבי הצביעו על הרצון להימנע מהצקות והתנכלויות מצד האחרים לעומת 14% משיבים במדגם ההשוואה שצינו סיבה זו ( $Z=3.69$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.42$ ).

## 13.4 היכרות עם אנשים שחלו ודמותו של "חולה הנפש" ביישובים ערביים

### 13.4.1 חשיפה לאנשים הסובלים מ"מחלת נפש"

כרקע לבחינת התפיסה של חולה הנפש במגזר הערבי, בחנו עד כמה קיימת במגזר זה חשיפה והיכרות עם אנשים הסובלים ממחלת נפש. מלוח 74 עולה מגמה חלשה מאוד לפיה במדגם הערבי מדווחים על פחות מגע מאשר במדגם ההשוואה, זאת למעט שכן שמתמודד עם מחלת נפש, וראיית חולים לעתים קרובות שמופיעים בשכיחות גבוהה יותר במדגם הערבי. עם זאת, גם ההבדלים אלו הינם קטנים. ייתכן שהדיווח על שכן שמתמודד עם המחלה ואף על קרוב משפחה נובע מכך שמדובר באנשים הנמצאים בסביבתם הקרובה של המשיבים, כך שקל יותר לדעת על המתרחש בחייהם ובכלל זה על מצבם הנפשי.

כמו כן, אחוז האנשים שמדווחים שביקרו בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי נמוך יותר במדגם הערבי. ניתן לשער כי המגע המועט עם הנושא, עם המתמודדים, עם המערכת המקצועית (Okasha, 1999 בתוך Al-Krenawi, 2002) מתבטא בחשיפה מועטה יותר למסגרות האשפוז.

### לוח 74: היכרות וחשיפה לאנשים שסובלים ממחלת נפש ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

			יישובים לא ערביים N=1,402	יישובים ערביים N=365	
Cohen's d	Z	p			
.15	3.17	.002	82	74	יצא לי לראות אדם שלפי דעתי סובל ממחלת נפש
.21	4.37	.001	23	35	קורה הרבה שאני רואה אנשים עם מחלות נפש
.15	3.07	.002	26	16	עבדתי עם אדם שהייתה לו מחלת נפש
					העבודה שלי כוללת מתן שירותים או טיפול
.13	2.90	.01	17	10	לאנשים עם מחלת נפש
--	0.49	ns	20	19	למשפחה שלי יש חבר שיש לו מחלת נפש
.24	5.11	.001	17	29	יש לי שכן שיש לו מחלת נפש
--	1.91	.06	25	30	יש לי קרוב משפחה שיש לו מחלת נפש
.13	2.75	.01	11	6	אני גר או גרתי בעבר עם אדם שסובל ממחלת נפש
					ביקרתי בבית חולים פסיכיאטרי או במחלקה
.21	4.45	.001	37	24	פסיכיאטרית של בית חולים כללי

### 13.4.2 אשפוז לעומת קהילה

כאמור, מערכת בריאות הנפש בישראל עוברת בעשורים האחרונים שינויים בדומה לאלו המתרחשים בעולם, שינויים שעיקרם בהעברת הדגש בטיפול מבתי החולים לקהילה. באיזו מידה קיימת מודעות וקבלה דומה או שונה ביישובים ערביים לעומת לא ערביים למצב זה? מלוח 75 עולה שאמנם בשני המדגמים למעלה ממחצית המשיבים סבורים שרק חלק קטן מהחולים מאושפז, אך שהתפיסה על פיה מרבית החולים מאושפזים, רווחת יותר במדגם הערבי מאשר במדגם ההשוואה. ייתכן שתשובה זו

נובעת גם היא מחוסר ידע ומחוסר היכרות עם התחום של בריאות הנפש וממגע מועט עם אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות, או שכאשר כבר קיים קשר עם אנשים המתמודדים עם המחלה הרי שזהו קשר עם אלו שאושפזו. כמו כן, ייתכן שתשובה זו נובעת מסטיגמה הקיימת בקרב המשיבים הערבים לפיה כל אלו החולים במחלת נפש הם חולים קשים (הזקוקים לאשפוז).

#### לוח 75: הערכת המשיבים ביישובים ערביים ולא ערביים לגבי היקף החולים באשפוז (אחוזים ומבחן פרופורציות)

	יישובים לא ערביים N=1,404	יישובים ערביים N=364	p	Z	Cohen's d
סה"כ	100	100			
רובם	7	24	.001	9.81	.48
מחציתם	10	10	ns	0.27	--
חלק קטן מהם	57	52	ns	1.83	.09
לא יודע	26	14	.001	4.64	.22

#### 13.4.3 פיגור

בקרב המשיבים ניכרת אבחנה ברורה בין פיגור לבין מחלות נפש: רוב המשיבים (79% במדגם הערבי ו-84% במדגם ההשוואה אינם סבורים שרוב האנשים עם מחלת נפש סובלים גם מפיגור שכלי. במדגם הערבי ישנו אחוז גבוה יותר של משיבים הסבורים שאנשים הסובלים ממחלת נפש סובלים גם מפיגור שכלי (17% לעומת 10%), אולם ההבדל קטן ( $Z=3.49$ ,  $p<.001$ , Cohen's  $d=.17$ ).

#### 13.4.4 אלימות

שני המדגמים תופסים בצורה דומה את אלימותם של אנשים שחלו במחלת נפש (לוח 76) -- כמחצית המשיבים סבורים שאנשים עם מחלת נפש אלימים "כמו כולם", וכרבע סבורים שהם יותר אלימים. ההבדלים בין המדגמים זניחים.

#### לוח 76: תפיסת האלימות של "אנשים עם מחלת נפש" ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

	יישובים לא ערביים N=1,317	יישובים ערביים N=329	p	Z	Cohen's d
סה"כ	100	100			
פחות אלימים	10	16	.002	3.23	.16
אלימים כמו כולם	50	48	ns	0.68	--
יותר אלימים	23	26	ns	1.16	--
לא יודע	9	4	.004	2.95	.15
אחר	8	6	ns	1.50	--

#### 13.4.5 אטיולוגיה נתפסת: מה גורם למחלת נפש?

המראיינים התבקשו לומר מה לדעתם גורם למחלת נפש (לא הוצעו תשובות). הקטגוריות בלוח 77 מוצגות בסדר יורד על פי שכיחות הופעתן ביישובים הערביים. האטיולוגיה הרווחת מתייחסת לאירועים סביבתיים ולבסיסים גופניים. יותר משיבים במדגם הערבי מאשר במדגם ההשוואה סבורים

שהגורם למחלות נפש טמון בעיקר באירועים חיצוניים (כדוגמת משברים בתוך ומחוץ למשפחה) וההיפך לגבי בסיסים גופניים (בעיות תורשתיות, כימיות ואורגניות).

כמה ממאפייניה הבולטים של החברה הערבית הן קולקטיביות וציות לסמכות. מאפיינים אלו מובילים את הפרט להאמין שמאורעות החיים נקבעים על ידי כוחות חיצוניים לו כגון משפחה, חברה, אירועי חיים וכוח עליון (Al-Khani et al., 1986; Bazzoui, 1970). מכאן שגם הבסיס למחלות נפש טמון בגורמים החיצוניים לפרט (אלקרינאוי, 2002). ייתכן גם שהדגש, בקרב המדגם הערבי, על אירועים חיצוניים כבסיס למחלות נפש משקף חוסר ידע בנושא ובמיוחד חוסר היכרות עם ההתפתחויות בתחום הביולוגי-כימי.<sup>58</sup>

#### לוח 77: אטיולוגיה נתפסת של מחלות נפש ביישובים ערביים ולא ערביים\* (אחוזים ומבחן פרופורציות)

			יישובים לא ערביים N=1,403	יישובים ערביים N=368	
Cohen's d	Z	p			
.46	9.46	.001	31	58	משברים בתוך ומחוץ למשפחה
.10	2.19	.03	37	31	אירוע טראומטי
--	1.10	ns	20	23	לחץ
.12	2.49	.02	14	19	בעיות בילדות
--	1.16	ns	20	18	אבטלה, מתחים בעבודה, מתחים בארץ
.48	10.00	.001	45	16	בעיה גנטית/תורשתית
.20	4.37	.001	2	7	חוסר מעש
--	0.23	ns	5	5	כוח רצון לקוי/אישיות חלשה/אופי גרוע
.26	5.36	.001	15	4	בעיות כימיות/אורגניות במוח
--	1.01	ns	1	2	כוח עליון

\* בלוח מופיעות סיבות שצוינו על ידי 5% מהמשיבים לפחות באחד מהמדגמים, (למעט כח עליון). סיבות שצוינו בשכיחות נמוכה יותר (לפחות 1% מהמראיינים באחד המדגמים) הן: גורל, בדידות, חוסר תמיכה, דכאון, עצבים, מחלות, סביבה, סמים ואלכוהול, כשלון ואכזבות, חינוך.

### 13.5 התבטאות הסטיגמה בממדים שונים

#### 13.5.1 מרחק חברתי מועדף

לוח 78 מציג את הממצאים לגבי מרחק חברתי מועדף. מצאנו הבדל מסוים בנכונות לקבל אדם חולה נפש כשכן, ממצא מעניין לאור העובדה שמצאנו גם שבמגעים בפועל יש יותר דיווח על שכן חולה. לא נמצאו הבדלים בין שני המדגמים בנכונות לקבל אדם המתמודד עם מחלת נפש כממונה בעבודה, להתיידד עמו ולהסכים שיסיע את הילדים לביה"ס. הבדל קטן בכיוון ההפוך נמצא בנכונות להיות

<sup>58</sup> עם זאת, מדובר בשאלה שבה לא ניתנו למראיינים התשובות וכל מראיין יכול היה לציין באופן בלתי מוגבל מהם הגורמים לדעתו למחלות פסיכיאטריות. ייתכן שהפער בין המדגם הערבי למדגם ההשוואה נובע, כאמור, ממודעות גבוהה יותר בקרב מדגם ההשוואה לגורמים השונים, אך גם ייתכן שבעוד שבמדגם ההשוואה הצביעו המראיינים על מספר גורמים הרי שבמדגם הערבי הצביעו המראיינים על מספר מועט יותר של גורמים. ייתכן שלו ניתנו למראיינים הגורמים והם היו צריכים להצביע על אלו המביאים למחלה, היינו מוצאים מספר גבוה יותר של מראיינים שהצביעו על גורמים שונים.



**לוח 78: מרחק חברתי: נכונות לקשרים שונים עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות) \*\* \***

באיזו מידה היית מוכן:								
Cohen's d	Z	p	בהחלט מוכן	חושב שמוכן	לא יודע אם מוכן או לא מוכן	חושב שלא מוכן	כלל לא מוכן	סה"כ משיבים במספרים
<b>לשבת באוטובוס ליד מיכאל (או- ליד מישוהו שיש לו מחלת נפש):</b>								
								יישובים ערביים
.09	1.90	.06	62	26	1	5	6	351
			54	30	1	10	5	1,339
<b>ש... יהיה שכן שלך?</b>								
								יישובים ערביים
.33	6.69	0.001	60	31	1	4	4	355
			42	33	1	17	7	1,332
<b>לעבוד ביחד עם...?</b>								
								יישובים ערביים
.12	2.39	0.02	48	29	1	13	9	342
			38	33	2	16	11	1,321
<b>להעסיק את...?</b>								
								יישובים ערביים
.14	2.77	.006	38	24	1	16	21	327
			25	29	4	21	21	1,250
<b>ש... יהיה ממונה עליך בעבודה</b>								
								יישובים ערביים
--	1.42	ns	21	18	4	25	32	342
			15	20	3	23	39	1,322
<b>להיות ידיד של...</b>								
								יישובים ערביים
--	0.90	ns	46	36	1	10	7	351
			40	40	2	11	7	1,354
<b>להמשיך להיות חבר קרוב של..., חבר שאתה מספר לו הכל</b>								
								יישובים ערביים
.19	3.82	0.001	27	22	1	25	25	347
			30	31	3	20	16	1,349
<b>ש... יסיע את הילדים שלך לבית הספר</b>								
								יישובים ערביים
--	1.55	ns	17	11	1	21	50	335
			10	14	2	19	55	1,317

\* מבחני המובהקות מתייחסים למשיבים שציינו שהם מוכנים לנאמר במשפט (חושב שמוכן + בהחלט מוכן).  
 \*\* בשל מיעוט המרואיינים במדגם היישובים הערביים, ההתייחסות כאן היא לכלל המשיבים בשני המדגמים. לא נעשתה הפרדה בין המשיבים שקיבלו וינייטים שונים והמשיבים שענו על "חולה נפש" כללי.

חבר של אדם המתמודד עם מחלת נפש, כאן המדגם הערבי מביע נכונות נמוכה מזו שבמדגם ההשוואה. בסה"כ אחוז המשיבים המסכימים למגעים השונים נוטה להיות לרוב גבוה במדגם הערבי מאשר במדגם ההשוואה, אם כי ההבדלים אינם גדולים. בהשוואת ממוצעי הפריטים של מרחק חברתי נמצא כי (על סולם מ: 1 עד 5) ממוצע המרחק החברתי במדגם הערבי נמוך יותר מאשר במדגם ההשוואה (ממוצע מדגם ערבי: 2.47, ממוצע מדגם השוואה: 2.66). כלומר, במדגם הערבי יש נכונות גבוהה יותר למגע ( $t([1678]=3.03, p<.003, \text{Cohen's } d=.15)$ ). אולם, בסה"כ ההבדלים בין המדגמים קטנים.

### 13.5.2 נכונות להשכרת דירה

המשיבים נשאלו בדבר נכונותם להשכיר דירה לאדם המתמודד עם מחלת נפש. השאלה נשאלה בצורה מדורגת תוך הוספת תנאים בכל שלב התמונה בשני המדגמים דומה למדי (לוח 79). בעוד שבאחוז המסרבים לחלוטין להשכיר דירה לאדם המתמודד עם מחלת נפש ובאחוז המסכימים ללא תנאי לא נמצא הבדל בין שני המדגמים, הרי שישנם הבדלים קטנים בתגובות הביניים.

ייתכן שבעוד שהמשיבים במדגם ההשוואה היו מוטרדים מהעניין הכספי, ולכן ברגע שהוצעה הערבות הם הביעו נכונות גבוהה יותר להשכרה הרי שאצל המשיבים במדגם הערבי העניין הכספי שיחק תפקיד קטן יותר והם הוטרדו יותר מתחומים אחרים שכנראה אדם מלווה יכול לפתור אותם, ולכן כאשר הוצע הליווי יותר משיבים במדגם הערבי הביעו נכונות להשכיר את הדירה לאדם המתמודד עם מחלת נפש.

### לוח 79: נכונות להשכרת דירה בתנאים שונים לאדם שחלה במחלה פסיכיאטרית, ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים	יישובים ערביים	
			N=1,402	N=365	
			<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סה"כ</b>
--	1.12	ns	39	42	מוכן ללא כל תנאי
					מוכן להשכיר את הדירה אם יש ערבויות שהוא
.23	4.89	.001	17	7	ישלם
.17	3.50	.001	18	26	מוכן להשכיר את הדירה אם יש אדם שמלווה אותו
					לא מוכן / אמביוולנטי בנוגע להשכרת הדירה אפילו
--	0.43	ns	26	25	אם יש ערבויות + ליווי

### 13.5.3 אפליה סמויה

כפי שכבר צויין, אנשים המבטאים אפליה סמויה, אינם מודעים לכך שהם מפלים וסבורים שהסיבות להתנהגותם קשורות במצב, בכישורי האדם, איפיוניו וכו', ולא בשייכותו הקבוצתית. מלוח 80 עולה שלפחות על חלק מפריטי האפליה הסמויה, ישנם הבדלים ניכרים בין שני המדגמים. המשיבים במדגם הערבי נוטים יותר לבטא עמדות שליליות כשיש כביכול הצדקה לכך, קרי להראות יותר אפליה סמויה. במדגם הערבי ממוצע האפליה הסמויה גבוה יותר ( $M=3.31$ ) מאשר במדגם ההשוואה ( $M=2.85$ ) ( $t(1765)=8.49, p<.001, \text{Cohen's } d=.40$ ).

לוח 80: אפליה סמויה ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)

Cohen's d	*Z	p	נכון (נכון מאוד + די נכון)	לא יודע	לא נכון (לא כ"כ נכון + בכלל לא נכון)	מרואיינים שהגיבו לשאלה (במספרים מוחלטים)	מדגם מיישובים	
.16	3.17	0.002	48	1	51	340	ערביים	אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי
			39	2	59	1,323	לא ערביים	
--	1.58	ns	34	1	65	345	ערביים	לא הייתי רוצה קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר איתו
			29	2	69	1,364	לא ערביים	
.28	5.73	0.001	35	1	64	360	ערביים	לא כדאי להתחבר יותר מידי לאדם עם מחלת נפש כי זה יכול להשפיע על המחשבה שלך
			21	1	78	1,387	לא ערביים	
--	0.54	ns	88	1	11	359	ערביים	לא הייתי רוצה שאדם עם מחלת נפש יהיה נהג אוטובוס כי זה מסוכן
			87	2	11	1,303	לא ערביים	
.60	11.70	0.001	61	2	37	347	ערביים	לא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא יחסיר הרבה ימי עבודה
			27	6	67	1,315	לא ערביים	
.31	6.31	0.001	66	1	33	355	ערביים	הייתי מוכן לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא הייתי רוצה להיות חבר שלו
			47	3	50	1,367	לא ערביים	
.65	12.58	0.001	89	2	9	348	ערביים	אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות
			52	5	43	1,298	לא ערביים	

\* מבחני המובהקות בוצעו על תגובות 'נכון' (די נכון + נכון מאוד).

מעניין שאחוז המשיבים ביישובים הערביים המוכנים לעזור ל'חולה נפש' אך לא להיות חבר שלו גבוה במידה ניכרת מאשר במדגם ההשוואה (יישובים לא ערביים) דבר שמתחזק גם מהממצא שבמרחק החברתי, למרות מגמה חלשה של נכונות רבה יותר למגעים במדגם הערבי, הרי שנמצא שמדגם זה הצביע על נכונות נמוכה יותר להמשיך קשר עם חבר.

פער בולט במיוחד נמצא בשני פריטים -- בתפיסה ש"לא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא יחסיר הרבה ימי עבודה", ובתפיסה ש"אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות" ייתכן והדבר קשור לתפיסה רווחת יותר במדגם זה על אשפוזים (כפי שכבר צויין, 24% משיבים במדגם הערבי סבורים שרוב החולים במחלות נפש מאושפוזים לעומת 7% משיבים במדגם ההשוואה שסבורים כך), ייתכן שהמשיבים במדגם הערבי חוששים שתקופת האשפוז וה"כניסה והיציאה מבית החולים" עלולים לפגוע בעבודה השוטפת.

#### 13.5.4 יכולת להינשא

כיצד נתפסים אנשים שעברו אשפוז מבחינת סיכוייהם להינשא? לוח 81 מצביע על הבדל לא גדול בין שני המדגמים -- יותר משיבים ביישובים הערביים סברו כי אישה/גבר שהיו באשפוז פסיכיאטרי יוכלו להינשא מאשר במדגם ההשוואה.

**לוח 81: תפיסת אפשרות הנישואין של אישה/גבר שהיו באשפוז פסיכיאטרי והחלימו ביישובים ערביים ולא ערביים (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

Cohen's d	Z	p	נכון		לא נכון		N	יישובים	
			(נכון מאוד +די נכון)	לא יודע	(לא כ"כ נכון בכלל לא נכון)				
.23	4.71	0.001	87	3	10	357	ערבים	אישה	
			75	4	21	1342	לא ערבים		
.31	6.34	0.001	91	2	7	358	ערבים	גבר	
			76	3	21	1341	לא ערבים		

מעניין יהיה בעתיד לבדוק נקודה זו ביתר העמקה, ולבחון באיזו מידה התפיסה האופטימית יותר במגזר הערבי קשורה אולי לתפיסה השונה של האטיולוגיה או אולי לנכונות רבה יותר למגעים מסויימים או אולי לאספקט יותר סוציולוגי קרי, ייתכן שבחברה הערבית ישנו דגש רב יותר על הקמת בית ומשפחה וישנו מוסד שידוכים מבוסס ומקובל, כך שלכל אדם ניתן למצוא את האדם ה"מתאים" לו, בעוד שבקרב האוכלוסייה הלא ערבית קיים קושי רב יותר לחרוג להכיר בן/בת זוג ולהקים בית. כמו כן, ייתכן שקיימת גם תפיסה שהנישואין מהווים סוג של מרפא לחולים ולכן יהיו שיעודדו נישואין מתוך הנחה שאלו ייטיבו את מצב בריאותם הנפשי של החולים (El-Islam & El-Deeb, 1968) בתוך (Dwairy, 1998).

## 14. כיווני פעולה להתערבויות

בפרק זה נצביע על כיוונים ראשוניים להתערבות. בפרק שני מוקדים. (1) ההתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. (2) סוגית הפנייה לטיפול נפשי בקרב הציבור.

### 14.1 ההתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית

בחלק זה נתמקד בכיווני התערבות לשיפור ההתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, ובעיקר בהתערבויות הממוקדות בשינוי התייחסות הציבור לחולים. במקביל ניתן לחשוב גם על התערבויות המיועדות לאנשים החולים עצמם בין היתר באמצעות חיזוק ההתמודדות עם הסטיגמה (כמובן שחלק מן הנזק בסטיגמה מקורו בהפנמת התפיסות על ידי האנשים שחלו, בהיותם חלק מן החברה). כיוון התערבות אחר המועלה לעתים בספרות הנו צמצום הסטיגמה אליה נחשפים החולים, לא רק על ידי צמצום קיומה בציבור אלא גם על ידי צמצום זיהוי החולים על ידי הציבור (למשל, באמצעות צמצום השימוש בתרופות עם תופעות לוואי, שינויים במסגרות הטיפול כך שיהפכו למזהות פחות (Arboleda-Florez, 2003; Davidson, 2002) הסתרה של הטיפול והמחלה, או הימנעות החולים ממצבים בהם עלולה להיות דחיה (Link et al., 1991). אף שאין זה מוקד הדוח הנוכחי הרי שנוכיר כיוון זה בקצרה בהקשר של חשיפה לעומת הסתרה.

כללית, אף שנפריד בין סוגי התערבויות, קבוצות יעד וכו', יש עדיפות להתערבויות שונות המשלימות זו את זו, למשל התערבות ברמת ה"מאקרו" (קמפיין ציבורי) ורמת המיקרו (למשל מפגשים עם חולים). כמו כן, עדיפה התערבות ממושכת מאשר חד פעמית (Rosen et al., 2000).

#### 14.1.1 יעדי ההתערבות ותוכניה

##### צמצום הסטיגמה הכרוכה באשפוז פסיכיאטרי

לעתים, יש סיבה ברורה שהובילה לבעיה הפסיכיאטרית שבעטייה האדם אושפז, סיבה הנראית כסיבה חד פעמית, בת שליטה, ואולי פחות מפחידה. כך, למשל, אם פלוני הגיע למצב פסיכוטי בעקבות נטילת תרופה מסוימת או בעקבות פגיעה מוחית בתאונת דרכים. במצבים אלו, כאשר מתייחסים לאשפוז הפסיכיאטרי, רצוי במידת האפשר להדגיש אירועים חיצוניים שהובילו לאשפוז זה. בצורה זו יגבר הייחוס המצבי, קרי, ייחוס האשפוז לנסיבות ולגורמים חיצוניים ויפחת הייחוס האישי, קרי, ייחוס האשפוז לאדם עצמו לאישיותו, ליכולתו וכו'. במחקר בדקנו אפקט של אשפוז על רקע של אירוע טראומטי שהוביל לאשפוז של אדם "נורמלי". נמצא שנושא האשפוז לא היה מאוד משמעותי כשניתן תיאור של אדם עם סימפטומים פעילים של סכיזופרניה; מכאן שהתערבות זו ככל הנראה רלבנטית במיוחד לאנשים שאושפזו בשל בעיות אחרות.

מן האמור, עולה שנדרש מחקר כדי לבחון ביתר פירוט את קשת הסיבות האפשריות על מנת לדעת אילו סיבות לאשפוז מפחיתות סטיגמה ואילו דווקא מגבירות סטיגמה. בעקבות מחקר כזה, יהיה רצוי לעודד אנשי מקצוע בבריאות הנפש לעבוד עם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית על סוגית החשיפה, מה לחשוף, כיצד לחשוף וכו'.

### **הפחתת תפיסת האלימות של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית והפחד מפניהם**

חיוני ביותר להתמקד בסוגיה של פחד מאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית. על בסיס הספרות, ניתן לצפות שהתערבויות של מתן מידע תהיינה פחות יעילות כאן משום שמדובר במרכיבים שונים של ההתייחסות (קוגניטיבי לעומת אפקטיבי), (אלא אם כן מדובר על מצב של חוסר ידע ולא של 'ידע' מעוות). לעומת זאת, רצוי יותר לשקול התערבויות לכיוון של מגע. על כך נפרט בהמשך. כיוון זה מקבל חיזוק מסויים גם מהממצא שאכן מצאנו קשר בין המגע בפועל לבין מידת הפחד (יותר פחד בקרב אנשים ללא כל קשר לחולים).

אחד הגורמים העלולים להוביל לפחד הוא תפיסת האלימות. על כן, הרי ניתן לנסות להתייחס לפחד באמצעות ההתייחסות לאלימות.

תפיסת אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית כמסוכנים, כאלימים וכבלתי צפויים צריכה להיות אחד היעדים המרכזיים להתערבויות, שכן, נראה שהיא עלולה לעמוד בבסיס ההתייחסות לחולים (Angermeyer et al., 2003). יש לחשוב כיצד להתמודד עם התפיסה הרווחת של התנהגות בלתי צפויה (נזכיר כי תפיסה זו עלתה באופן ספונטני אצל כחמישית מהמשיבים וזכתה בתמיכה של כ-80% כשנשאלו ישירות!) נמצא גם שכחמישית מהמשיבים מצביעים מיוזמתם על אלימות החולים. כשנשאלו ישירות, חשבו כרבע מהמשיבים שהחולים אלימים יותר מהאוכלוסייה הכללית. כשליש סבורים שמדובר באלימות ללא סיבה, דהיינו, אלימות שאינה צפויה, ולכן מפחידה עוד יותר.

אף שיש תמימות דעים לגבי הצורך בהסברה לגבי סוגית המסוכנות והאלימות של החולים, הרי שיש חילוקי דעות בנושא האלימות. יש שסבורים שהאלימות אינה גבוהה יותר, למעט בקומורבידיות עם התמכרות לסמים. אחרים חולקים על כך. לאור מחלוקת זו, אין קיימת תפיסה אחידה לגבי מהות המידע שצריך להעביר לציבור. כך, יש המציעים להבהיר שאנשים הסובלים מפסיכוזה אינם מסוכנים יותר מאחרים למעט חלקם, במצבים הפסיכויטיים עצמם, עם זאת אנשים הסובלים מסכיזופרניה וגם מכורים לסמים נמצאו יותר מסוכנים, ללא קשר למצבם הנפשי (Steadman et al., 1998). בקרב אנשים עם קו-מורבידיות כזו, אכן יש הסתברות גבוהה יותר לאלימות. אחרים סבורים שיש להבהיר לציבור שאמנם הסיכוי למעורבות בפשע אלים קצת גבוה יותר בקרב אנשים שחלו בסכיזופרניה מאשר בכלל האוכלוסייה, אך באופן מוחלט, מספר המקרים של הפשעים האלימים המבוצעים על ידי אנשים עם סכיזופרניה, בקרב כלל הפשעים האלימים, קטן ביותר (Angermeyer et al., 2003).

במידה שהפחד מבוסס על חוסר ידע, ייתכן שניתן לצמצמו על ידי מתן המידע החסר או מתן מידע שיחליף את התפיסות המעוותות לגבי האלימות. (במצבים בהם ההיבט הרגשי חזק, תידרש התערבות שונה).

אחת ההתערבויות האפשריות לשינוי מדגישה שלא מספיק להדגים את נושא האלימות בפרוטוטיפ אלא רצוי להראות מקרים רבים, המשקפים טוב יותר את הפרופורציה של האלימים בקרבם, כלומר יש להציג מקרים רבים ובתוכם כ-1-2 שהם אלימים (Mansfield & Link, 1999). הרעיון הוא לאפשר יצירת דימוי מציאותי יותר, שאינו מתעלם מן האלימות אך מייצג אותה בצורה יותר נכונה.

### **הפחתת האשמת החולים והכעס כלפיהם**

חוסר ידע וחוסר הבנה גורמים לעתים לכעס כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית, המשפיע הן על העמדות והן על האפליה הסמויה. מצאנו שיש כעס במיוחד כלפי אנשים שחלו בדיכאון. מידע רלבנטי עשוי לסייע במידה שהבעיות מקורה בחוסר ידע והבסיס הרגשי לא חזק מדי. מידע עשוי להועיל במיוחד בשילוב עם מגע. מצאנו תפיסות מאשימות על פיהן "החולים מרשים לעצמם לעשות כל מה שעובר בראשם" ו"שיהיו פחות חולים אם לא יחשבו מחשבות רעות" (מעל 40% תמכו בכ"א משתי התפיסות הללו). אם נפחית את ייחוס ההאשמות לאדם עצמו, ייתכן שנפחית את הכעס ובכך גם נשפר את העמדות וההתנהגות כלפי החולים. אחד הכיוונים להפחתת האשמות עשוי להיות באמצעות מתן מידע לגבי האטיולוגיה. (ראו בסעיף המתייחס להתערבויות של מתן מידע)<sup>59</sup>.

### **התערבויות ספציפיות לסכיזופרניה**

המודעות לקיום התרופות לסכיזופרניה נמוכה בהשוואה לידע על תרופות לחרדה ולדיכאון. אף שלא בדקנו זאת, ייתכן כי יידוע הציבור לגבי קיומן של תרופות לסכיזופרניה ישפיע על תפיסת אפשרות התפקוד של החולים, ויצמצם את הסטיגמה כלפיהם. כמו כן ניתן לספק ידע לגבי תופעות לוואי שמקורן בתרופות. אחת התפיסות הרווחות לגבי החולים היא שהם מאופיינים בהתנהגות חיצונית חריגה. כיוון התערבות אפשרי הוא להבהיר שחלק מן ההתנהגויות החריגות כדוגמת רעד, הן תופעות לוואי של התרופות ולא חלק מן הסימפטומים. חשוב לא פחות להגביר את המודעות לכך שהתנהגויות חריגות אלו מאפיינות קבוצה מסוימת של חולים בלבד ואילו לחלק ניכר מן החולים הדבר לא רלבנטי. כפי שראינו, האשפוז פחות משמעותי לקביעת ההתייחסות לאנשים שחלו בסכיזופרניה, ולכן מוטב לא להתמקד בהסתרת האשפוז או בהדגשת ייחוסים מצביים אלא בנושאים אחרים.

### **התערבויות ספציפיות לדיכאון<sup>60</sup>**

כאמור, ישנה מידה של אי הבנה של תופעת הדיכאון, המלווה בכעס. אין אנו יכולים לבדוק זאת אולם ניתן להעלות את ההשערה שייתכן שהכעס קשור בתפיסה של האדם הסובל מדיכאון כמי שאינו מתפקד "סתם", כמי ש"סתם מתפנק" וכו'. בניגוד לסכיזופרניה הנתפסת אולי כמשהו בלתי מובן, דווקא הדיכאון, הנראה כל כך 'רגיל', עלול לעורר כעס. ייתכן שרצוי לשקול כאן התערבויות בכיוון של מתן מידע על הבסיסים הכימיים והטיפול התרופתי. זאת בהנחה שכפי שגם ראינו בממצאים, כאן הבסיס הרגשי של "פחד" פחות מרכזי מאשר בסכיזופרניה. במילים אחרות, ייתכן שהייחוסים לדיכאון כאל תופעה שבשליטתו של האדם תצטמצם כאשר הציבור יקבל מידע המבהיר את הבסיס הכימי של הבעיה ומראה שאין מדובר סתם ב"התפנקות", אלא בבעיה גופנית, גם אם לעתים יש trigger חיצוני שמעודד את ההתפרצות. תפיסת הבעיה כבעלת בסיס גופני-פיזי עלולה אמנם לאיים מעצם העובדה שמשתמעת ממנה מידה של חוסר שליטה של האדם על מצבו. לכן חשוב בד בבד עם

<sup>59</sup> נושא ההאשמה רלבנטי גם בקשר למשפחותיהם של נפגעי נפש. כפי שעולה בדוח העוסק בהורים, גם הם לעתים מושא להאשמה, בין אם בקשר להיווצרות הבעיה או בנוגע לאי שליטה על תפקודו והתנהגותו של הבן.

<sup>60</sup> איננו יודעים עד כמה רלבנטי גם להפרעות דו-קוטביות.

הבהרת הבסיסים הכימיים להבהיר גם את קיומם של טיפולים יעילים יחסית, בין אם כימיים, בין אם אחרים.

### **הגברת האמפתיה על ידי עידוד תפיסת החיובי והנורמטיבי**

בצד צמצום התגובות הבעיות, רצוי לפעול גם להגברת התגובות החיוביות. בכלל זה, נראה שרצוי להתערב להדגשת תפיסת הנורמטיביות שבחולים, תפיסת היכולת להחלים ולתפקד. רצוי לשנות את התפיסה שהחולים ניתנים לזיהוי (נראות). כללית, רצוי להגביר את יכולתו של הציבור להתייחס לאנשים שחלו בצורה יותר אמפתית.

עם זאת, כאשר מנסים לעודד התייחסות יותר מבינה ואמפטית, יש להזהר לא לגלוש לכיוון של תפיסת החולים כמי שזקוקים לעזרה, להגנה וכו'. זאת משום שתפיסות מסוג זה נמצאו בספרות כעלולות להתקשר אף הן לאפליה, להתייחסות לחולים כאל ילדים ולנטייה לכפות עליהם התערבויות וטיפולים (Corrigan et al., 2003).

חשוב להדגיש את האלמנטים הנורמטיביים, את ההיבטים שבהם החולים אינם נבדלים מהאוכלוסייה ה"רגילה". כך למשל, מכיוון שכשני שליש חושבים שהחולים מסוגלים לעבוד. ניתן להדגיש את מימד העבודה, הן כחלק מן התפיסה הנורמטיבית והן כדרך להחלשת החלוקה "להם" לעומת "אנחנו". חלוקה זו נחלשת כאשר אנשים מבינים שהמתמודדים שונים מהם בממד הקשור למחלה, אך דומים להם ונמצאים באותה קטגוריה כמוהם במגוון ממדים אחרים (מגדר, תחביבים, העדפות וכו'). כלומר ניתן להיעזר במנגנון של קטגוריזציה צולבת (cross categorization).

מכיוון שהנראות הנתפסת של החולים גבוהה (כלומר, בציבור רווחת תפיסה על פיה ניתן לזהות חולים). רצוי להתערב לסתירת תפיסה זו, ועל ידי כך גם להבהיר שלמעשה, אותם אנשים ברי זיהוי הינם רק חלק מתוך כלל הקבוצה. ישנה קבוצה מסוימת שבולטת, אך את מרבית המתמודדים איננו רואים — הם מתנהגים בצורה "נורמלית" ולכן איננו רואים אותם ואיננו מזהים אותם. רוב הקבוצה אינה ניתנת לזיהוי בנקל, דבר שבתורו משקף שוב את הנורמטיביות של רוב החולים.

רצוי לשקול התערבות להשפעה על תפיסת היכולת להחלים ולתפקד. מצאנו שככל שהמשיבים סבורים שהחולים יכולים להפיק תועלת מן הטיפול, ולהגיע לתיפקוד, כן הם פחות שומרים על מרחק מפניהם. ייתכן שבנקודה זו, מאחר שמדובר כנראה בחוסר ידע, הרי שמתן מידע עשוי להועיל. כך, למשל, נראה שיש פחות מודעות לקיומן של תרופות לסכיזופרניה מאשר לחרדה ולדיכאון. ייתכן שמסע הסברה לקיומן של התרופות ויעילותן עשוי להועיל (ראה גם למטה לגבי תרופות). כך גם לגבי טיפולים לא תרופתיים ולגבי השיקום ותוצאותיו.

חשוב לעודד תפיסות יותר אמפטיות ותפיסות חיוביות. כאן מדובר בניסיון להדגיש אותם אספקטים שהינם ייחודיים לחולים ומהווים אולי חלק מן הבעיה אך בו זמנית ניתן לראותם גם באור חיובי.



במחקר הנוכחי הצענו למשל תיאורים שנוסחו בצורה חיובית כדוגמת 'רגישים יותר, מרגישים יותר, מבינים יותר את הסבל של האחר, יצירתיים יותר וכו').

מצאנו מעט מאוד תגובות ספונטניות המעידות על אמפטיה, אך כאשר שאלנו, מצאנו שכשליש מוכנים לראותם כאנשים שבסך הכול יותר מכירים ומבינים את עצמם. אולי הצעת מסרים מעין אלו עשויה לאפשר לאנשים לראות את החולים בצורה יותר אמפטית כלומר מדובר על מעין reframing דהיינו תפיסת אותו תוכן במונחים אחרים.

### **התערבויות דיפרנציאליות בקבוצות יעד שונות<sup>61</sup>**

**אוכלוסייה שמעל גיל 60.** קבוצה זו מראה עמדות והתייחסויות פחות חיוביות מאשר אנשים בגילאים צעירים יותר. ניתן למשל לחשוב על התערבויות דרך מפגשים וחוגים המיועדים לגילאים מבוגרים יותר במנהלים קהילתיים, מתנסים וכו'.<sup>62</sup>

**מגזר חרדי.** נושאים שבהם רצוי להתמקד במגזר החרדי: 1. הגברת הידע לגבי אנשי מקצוע בבריאות הנפש; 2. כאשר חושבים על האספקט המבני של אספקת שירותים, קרי מיקום השירותים, רצוי לאפשר פרטיות מרבית יחד עם עבודה קהילתית להפחתת הסטיגמה והגברת הפתיחות; 3. התערבות לכיוון צימצום תפיסת האלימות; 4. באשר להשכרת דירות, יש חשיבות גדולה אף יותר מאשר באוכלוסייה שאינה חרדית למתן ערבות כספית וכתובת לפנייה; 5. כאשר מפנים אנשים ממגזר זה להוסטלים יש להיות ערים במיוחד לסוגיית העדפות המשפחה — בציבור זה אחוז המעדיפים הוסטל בקרבת מקום מגורי המשפחה נמוך מאשר באוכלוסייה היהודית שאינה חרדית.

**יישובים ערביים.** ביישובים ערביים רצוי להתמקד בנושאים הבאים: 1. הגברת הידע לגבי התועלת שבטיפול נפשי ובכלל זה קיומן של התרופות הפסיכיאטריות; 2. מבחינת האספקט המבני של אספקת שירותים — להיות מודעים שההעדפה למרפאה ייחודית לבריאות הנפש ביישובים אלו חזקה מאשר ביישובים הלא ערבים; 3. כאשר מפנים אנשים ממגזר זה (כמו גם במגזר החרדי) להוסטלים יש להיות ערים במיוחד לסוגיית העדפות המשפחה — המגמה להעדפת הוסטל בקרבת מקום על פני הוסטל מרוחק אמנם קיימת גם בציבור זה, אך היא חלשה יותר מאשר ביישובים הלא ערביים; 4. לאור הביטויים החזקים יותר של אפליה סמויה, נראה שהמשיבים ביישובים הערביים מראים נכונות רבה יותר להפלות כאשר נראה להם שהאפליה מוצדקת. במצב כזה יש מקום להבהיר את הבסיסים השגויים שעליהן מושתתות האפליות והן להבהיר נורמות רצויות.

<sup>61</sup> בעתיד אנו מקווים לערוך ניתוחים שונים לזיהוי פרופילים שיהוו יעדי התערבות.

<sup>62</sup> במחקר הנוכחי לא בדקנו גילים צעירים (ילדים ונוער). יש המציעים להפנות התערבויות דווקא לקבוצות גיל צעירות וזאת כדי לעצב את התפיסות לפני היווצרותן והתבססותן (Penn & Wykes, 2003). אף שגישה זו נראית סבירה לאור הקשיים הרבים בשינוי התייחסות לאחר שנוצרה, יש לזכור שהתערבויות מסוג זה אינן פשוטות כלל. כך, למשל, לא ברור באיזה טווח גילים רצוי להתמקד שכן, עמדות שליליות נמצאו באחד המחקרים כבר בגיל 8 (Wahl, 2003). מצד אחר, בגילים צעירים מדי אולי לא ברור למה תתקשר ההתערבות. יש לזכור, גם שסוגיית המפגשים והמגע אינה פשוטה, כאשר יש פער גילים בין קבוצת הילדים לבין קבוצת ה"חולים".

## 14.1.2 סוגיות בהתערבות וביישום התערבות

### **אופן הצגת האנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית: נורמטיביות יחד עם המחלה**

יש הטוענים שצריך להדגיש שמדובר באדם שלם ולהדגיש את הפרוגנוזה (Hayward & Bright, 1997), או למשל, הדגשת הנורמליות, החיוביות, התקווה וההחלמה (Rosen et al., 2000). אף שאנו מסכימים על חשיבות הדגשת החיובי, אנו טוענים שהן בהתערבויות של מגע והן בהתערבויות של חשיפה פחות ישירה (למשל, סרטים), רצוי להדגיש מצד אחד את הפן הנורמטיבי של האדם, אך במקביל, לא להתעלם מהחלקים החולים. ברוח דומה, מוצע בספרות (Corrigan & Penn, 1999) שהמפגש יהיה עם אדם שסותר במידת מה (mildly disconfirms) את הסטראוטיפ. למשל אדם שמתפרנס אך סובל מסימפטומים.

במקרה של מפגש עם אדם "אמיתי" (לדוגמה שכן), אם הוא נראה "רגיל מדי" ייתכן שגם לא תהיה התמודדות הולמת עם קבלתו של אדם זה עצמו על כל חלקיו החולים והבריאים גם יחד. כלומר, ייתכן שתהיה קבלה של האדם כל זמן שהוא במצב "רגיל", ואילו במצב שבו יהיה משבר והידרדרות, ייתכן שהסביבה לא תהיה פתוחה לקבלו. כמו כן, אם הוא רגיל מדי, לא תהיה למפגש עמו השפעה על ההתייחסות ל"חולים", כיוון שגם אם ההתייחסות אליו אישית תשתפר, לא תהיה הכללה לאחרים החולים.

במחשבה על כיווני שינוי והתערבות, זוהי נקודה שצריך יהיה להתייחס אליה במסגרת שיקולים של הצגת המידע - הדגשת הנורמטיביות חיונית כדי לאפשר תהליך שינוי, מאידך גיסא, נורמטיביות-יתר, מבלי להדגיש גם את החריגות, עלולה להוביל subtyping, כלומר למצב שבו האדם המוצג אינו נתפס עוד כמייצג את הקבוצה הסטראוטיפית וממילא לא יחול שינוי בסטראוטיפ בעמדות ובהתנהגות. בצורה זו, הסטיגמה המקושרת לקבוצה שלגביה רצינו שהשינוי יתרחש, לא משתנה (Kunda & Oleson, 1995).

ככלל, רצוי שהמגע או החשיפה לא תהיה לאדם אחד אלא לקבוצת אנשים כך שניתן יהיה לזהות את השונות הרבה ביניהם. שונות זו עשויה להקשות על קיבוץ כולם לתוך קטגוריה או תת קטגוריה אחת. ההכרה בשוני ביניהם ובהטרוגניות ביניהם עשויה להוות גם צעד חשוב בצמצום חשיבת "הם" לעומת "אנחנו".

את החלקים החולים, לא רצוי להדגיש כעומדים בפני עצמם. ניסיונות שבהם ניסו לספר לציבור על אודות סימפטומים פסיכופתולוגיים שונים הניבו תוצאות שליליות. אם מסבירים סימפטומים אלו, יש להתייחס גם לשכיחותם, לאפשרות הטיפול בהם ולפרוגנוזה וכו'. יתרה מכך, רצוי להדגיש את החלקים הבריאים והנורמטיביים שבאדם בצד החלקים החולים.

### **מתן מידע על אודות המחלה**

**השלכות לאדם ספציפי ולחולים באופן כללי.** מתן מידע על אודות המחלה מועיל להפחתת סטיגמה כלפי חולים באופן כללי אך לא לגבי אדם ספציפי (Penn & Couture, 2002). כלומר, כאשר מדובר

בניסיון לשנות התייחסות לפלוני, מוטב לא להתמקד במחלתו ובסימפטומים או בטיפול. מתן מידע כזה עשוי להועיל בהתייחסות לחולים בכלל (ראה ההתייחסות לסכיזופרניה ודיכאון כאמור). באשר לחולים, ייתכן שמידע על אודות המחלות עשוי להפחית את הפחד בהינתן שחלק מן הפחד מקורו בחוסר ידע על המחלות (Wolf et al., 1996a).

**מתן מידע על אודות האטיולוגיה: השלכות חיוביות ושליליות.** חשוב להיות מודעים למורכבות שבהתייחסות לאטיולוגיה. אחד היעדים להתערבות בכיוון זה הוא הפחתת תפיסת האחריות של החולים להיווצרות המחלה (Corrigan, Markowitz et al., 2003). מצאנו שבצד התפיסה הגנטית-כימית, והתפיסה של לחץ חיצוני, קיים מרכיב לא קטן של האשמה. האשמה מצדה עלולה להתקשר לכעס ולהתייחסות עוינת. מצד אחד, יש מקום לשקול להדגיש את הבסיסים הגופניים – כימיים-גנטיים של הבעיות. כך, למשל, להגביר את הידע לגבי הבסיס הביולוגי של הסכיזופרניה ובמקביל לצמצם את הייחוס לסיבות חברתיות-סביבתיות או לצמצם את הייחוס של דיכאון ל"חולשת האישיות" (ראה Jorm et al., 1997). ייחוס לסיבות הכימיות-ביולוגיות יצמצם, ככל הנראה, את הנטייה להאשים את האדם במצבו. אך אליה וקוץ בה – הגברת ייחוס כזה עלולה לגרום לכך שההתנהגות תיתפס ככזו שאינה בשליטתו של האדם, ובכך תוביל לפחד ולתגובות שליליות של הימנעות. חשש זה נראה בעייתי במיוחד, כאשר מדובר בהקשר של הסכיזופרניה וההתנהגות הנתפסת כבלתי צפויה ובלתי מובנת. ייתכן שהחשש פחות בעייתי, כאשר מדובר על בעיות שאינן קשורות לפסיכוזה (יש לזכור שהדבר לא נבדק); שאז, מאחר שהחלק של התנהגות בלתי צפויה ככל הנראה פחות משמעותי, הרי שממילא גם אם ההתנהגות אינה לחלוטין בשליטתו של החולה, אין בכך כדי לעורר פחד. במילים אחרות, במחלות כגון דיכאון, נראה שיש מקום לחשוב על הפחתת תפיסת האחריות באמצעות הדגשת הבסיסים הגופניים. כיוון זה אפשרי לגבי קשת רחבה של בעיות ומחלות, אשר לגביהן עצם התפיסה של המצב כמצב שאינו בשליטתו של האדם (אלא הביוכימיה), יהיה אולי קשה להבנה אך לא יעורר פחד (כיוון שהמחלה או הסימפטומים אולי קשים להבנה אך אינם מפחידים). לעומת זאת, ספק אם גישה זו מומלצת כאשר מנסים לשנות התייחסות למשל לסכיזופרניה, שבה האלמנט של אי ודאות מכיל גם איום.

לכאורה מתן דגש לבסיסים הגופניים עלול להוות בסיס נוסף להגברת תחושת ההבדל, הגברת החלוקה ל"הם" לעומת "אנחנו" (Angermeyer et al., 2003). אולם ייתכן שניתן לחשוב על צורה שבה בעיה זו דווקא תיחלש: אם מציגים את הבסיסים הגופניים למחלות ולבעיות, הרי שניתן להצביע על מגוון בעיות גופניות שונות (החל מחוסר באינסולין וכלה בבסיסים תורשתיים לסרטן), דבר שעשוי לאפשר לאדם ביתר-קלות לתפוס את ה"ליקוי" שברמה הגופנית; כדבר שלמעשה מקביל לליקויים גופניים אחרים שחלקם קיים אצלו או בסביבתו.

### **הגברת חשיפה ומגע**

**כללי.** אחד הכיוונים המרכזיים להתערבויות הנו הגברת המגע עם חולים. רצוי מגע ישיר אך ניתן לשקול גם חשיפה (למשל לסרט, הרצאה וכו'), אם כי האפקטים יהיו מצומצמים יותר. אין להניח שיש כיום חשיפה מספקת גם אם אחוזי הדיווח כאן אינם נמוכים. כפי הנראה, רצוי להרחיב את החשיפה

לאנשים שחלו, ובכלל זה חשיפה **לשונות** הרבה ביניהם. יש לזכור שחלק מן החשיפה המדווחת הנה ככל הנראה לאותם 'מקרים' שהינם בולטים. זאת משום שבמקרים של מתמודדים הסובלים מתופעות שאינן בולטות, המשיבים פחות מודעים לכך שנחשפו לאנשים אלו מלכתחילה. יתרה מכך, כפי שנאמר למעלה, ייתכן שחלק מן האנשים אליהם נחשפו כביכול, כלל אינם אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית אלא למשל אנשים הסובלים מפיגור שכלי.

אחת ההתערבויות המשמעותיות ביותר היא מפגש ומגע ישיר. כפי שהובהר, אף שזוהי צורת ההתערבות הנראית כמבטיחה ביותר, יש קשיים לא מעטים ביישומה בצורה העומדת בתנאים המתבקשים. אחת הבעיות היא שלעתים, כאשר מצליחים לארגן מפגש, מדובר על מגע עם אותם אנשים שממילא עמדותיהם פחות שליליות מלכתחילה (שכנוע המשוכנעים). לפיכך חשוב לעשות מאמץ על מנת שהמפגשים יתקיימו עם אנשים אוכלוסיות נוספות, ובכלל זה אוכלוסיות עם עמדות התחלתיות יותר שליליות.

אנו רוצים להדגיש שרצוי לבחון את יישומה של שיטת התערבות זו והשלכותיה גם כאשר מדובר בתנאים פחות אופטימליים, אך חשוב לבחור בצורה מושכלת את התנאים על מנת למנוע מצבים של התערבויות חסרות תועלת או אף התערבויות מזיקות. להלן נתייחס למספר נקודות רלבנטיות, שרצוי להיות מודעים לחשיבותן, בין אם מדובר במצב אופטימלי שבו עומדים בדרישות, ובין אם מדובר במצבים פחות אופטימליים.

לדוגמה, הצגת סרט ובו דמויות של אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית עלולה להיות חסרת תועלת. אם מוצג אדם שחלה אלא שלא ניכרת בו הבעייתיות; הרי שאנשים יסווגו אותו כתת-קטגוריה (subtype) של הקטגוריה הכללית ולא יטרחו לשנות את תפיסותיהם לגבי החולים. לחלופין, אם האספקטים המוצגים בולטים מדי ואין הדגשה של החלקים הנורמטיביים, עלולות התפיסות הקיימות לגבי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית אף להתחזק.

**חשיפה של המתמודדים.** מן ההמלצות נובע בבירור שאחד מכיווני ההתערבות הרצויים הוא מגע עם החולים, אך לא תמיד יש קבוצת חולים שמוכנה להיחשף.

גם כאשר יש נכונות מצד החולים יש לשקול אם אין בכך כדי לגרום להם נזק. אף שחשיפה מסוג זה היא אחת מדרכי ההתמודדות של חולים, ויש בה העצמה - דבר שיש בו לתרום להם (cf. Shor & Sykes, 2002), זה אינו מתאים לכולם וחשוב להבהיר זאת ולמנוע נזקים (Link & Phelan, 1999). סוגיה זו רלבנטית כמובן לא רק למגע אלא גם למעורבות של מתמודדים בחינוך ובמחאה.

המוקד הנוכחי הוא להיעזר בחולים שנחשפים (בהנחה שאין בכך נזק), במטרה להפחית את הסטיגמה שממנה סובלת הקבוצה הרחבה יותר של החולים. יש לציין שחלק מן החולים אינם מזוהים על ידי הציבור, וממילא אינם סובלים או פחות סובלים מהסטיגמה. חשיפה כזו עלולה לפיכך גם להזיק. מן הצד השני קיימים גם חולים המזוהים על ידי החברה וסובלים מן הסטיגמה בעקבות זיהוי זה. כיוון התערבות נוסף שניתן להציע הנו דווקא הפוך לחשיפה- קרי, סיוע במניעת חשיפה, וצמצום הזיהוי. כיוון זה יתמקד בחולים עצמם ויאפשר להם לנסות לצמצם את מידת הנראות שלהם, בהנחה שכאשר

פחות יזוהו, ממילא יסבלו פחות מסטיגמה. בהקשר זה ניתן להתמקד באותם איפיונים שנמצאו במחקר הנוכחי כנוטים להתקשר בציבור לזיהוי של חולים, קרי, צורה חיצונית מוזנחת, צורת דיבור, צורת הליכה וכו'. עובדי המערכת הטיפולית והשיקומית יכולים לנסות להגביר את מודעותם של החולים לאותם אספקטים של התנהגותם הנמצאת בשליטתם (בניגוד למשל לתופעות הלוואי של התרופות) והמתקשרת לזיהוי ולהתייחסות המפלה כלפיהם ובצורה זו לאפשר להם לצמצם את הזיהוי. מעבר להגברת המודעות, ניתן לפעול ללמידת מיומנויות מתאימות.

**גיוון באנשים ובמחלות.** הבעיה ביישום חמורה עוד יותר בשל הצורך למגע עם קבוצה מגוונת של חולים על מנת לצמצם sub-typing. הגיוון נדרש בין השאר בסוגי ההפרעות/בעיות. זאת לא רק בשל בעיית ה-subtyping אלא גם משום שאחרת יקטן הסיכוי להכללה לקבוצה אחרת (Corrigan et al., 2000). חשוב לדאוג לחשיפה לטווח רחב של מחלות ומצבים, למעט כמובן, אנשים במצב פסיכוטי פעיל (כפי שנרחיב בסעיף הבא, תתכן חשיפה עקיפה אפילו למצב הפסיכוטי וזאת בעזרת אנשים במצב טוב המספרים על המצבים הקשים שעברו).

**גיוון בחומרת המצב - אנשים במצב של שיפור לעומת במצב של מוגבלות רבה יותר.** מחלה פסיכיאטרית אינה בדרך כלל דבר יציב אלא משתנה. לאורך זמן, יש תקופות של מוגבלות רבה יותר לעומת תקופות בהן יש שיפור. אדם שנמצא במצב משברי/אקוטי בתקופה מסוימת, יתפקד בצורה שונה לחלוטין בתקופה אחרת. מרבית האנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית נמצאים רוב הזמן במצב טוב יחסית. התקופות המשבריות הן בדרך כלל קצרות יחסית לתקופות שבהן יש שיפור במצב.

כאשר מדובר על חשיפה ומגע, יש דיפרנציאליות בהשפעת המגע. אדם שנחשף לחולה במצב טוב, מן הסתם יושפע אחרת מאדם שנחשף לחולה במצב אקוטי. מצד אחד נדרשת, כאמור, הדגשה של הנורמטיביות בצד האספקטים החולים. כמו כן, המלצנו על שונות וגיוון בין החולים. עם זאת, הציפייה לשינוי בהתייחסות קיימת במיוחד כאשר מדובר בחולים במצב טוב יחסית. במילים אחרות, חשוב לא סתם מגע כלשהו עם חולים אלא עם חולים שמקבלים טיפול מועיל (Hayward & Bright, 1997; Huxley, 1993) ועם חולים במצב טוב יחסית. כך למשל, Couture & Penn, 2003 מעלים את הסברה שחלק מן המחקרים שלא מצאו אפקטים חיוביים למגע היו מחקרים שנערכו בתוך בתי חולים, קרי, עם אנשים במצב חמור יחסית ואז ממילא פחות סביר שתהיה עמידה בדרישות השונות של תיאורית המגע (סטטוס שווה, משימה משותפת וכו').

לאור זאת, נראה שיש מקום לשאוף לחשיפה ומגע עם אנשים בתקופות שונות של המחלה. כלומר, מצד אחד, חשוב שיהיה מפגש במצב של שיפור במחלה ומוגבלות מצומצמת. מצד שני, חשיפה לאנשים במצב זה בלבד עלולה לפגוע בהכללה. ייתכן שהפתרון האופטימלי הנו חשיפה לאותו אדם בתקופות שונות של המחלה, כלומר, להיחשף לאותם חולים הן בתקופות הטובות והן בתקופות הפחות טובות.

### **עבודה עם קבוצות יעד ספציפיות**

**שכנים (בפועל או עתידיים) של יחידות דיור ותעסוקה שיקומיים:** התערבויות לפני או אחרי אכלוס.<sup>63</sup> כיוון התערבות שלכאורה מתבקש הוא, למשל, לבצע "הכנה" של השכנים לפני שפותרים הוסטל כדי לצמצם את ההתייחסות השלילית. מצב קיצוני יותר שבו לא רק שלא מכינים אלא גם לא מיידעים את השכנים על הקמת ההוסטל עלול לגרום להתנגדויות חזקות יותר (Leff, 1997). ניתן להעלות גם שיקולים כנגד התערבויות מראש. כך למשל, ייתכן שמוטב לא לתת מידע כיוון שמתן המידע עלול גם להתנגדות שתמנע הקמת המסגרת, ויתרה מכך, הסבת תשומת הלב להוסטלים ולמתמודדים עלולה דווקא להגביר את הסטיגמה לגביהם (Wolf et al., 1996c). ייתכן שמוטב לא לבצע הכנה כזו, אלא לחכות לחשיפה עצמה ורק אז לבצע התערבויות במקרה הצורך. כמו כן ייתכן שבמצבים שההתנהגות אינה נראית לעין, תהיה פחות דחיי (Hall et al., 1993). במצב כזה יש מקום לשקול האם לבצע התערבות או לא, כיוון שהדבר לאו דווקא יועיל. זאת משום ששינוי התייחסות באמצעות מתן מידע מוגבל באפקטיביות שלו, במיוחד בהקשר הנוכחי שבו ניכר בבירור שיש בסיס רגשי להתייחסות (הפחד). לעומת זאת, לפי השערת המגע, כאשר אנשים יהיו במגע עם החולים, יש סבירות גבוהה יותר שהפחד מפניהם יפחת, ותיווצר פתיחות לשינוי התפיסות לגבי החולים. אחת הבעיות בהקשר של גישת המגע היא האפשרות שלא תהיה הכללה מן ההתייחסות לחברים הספציפיים בקטגוריה (קרי, דיירי ההוסטל למשל) אל הקטגוריה הכוללת יותר (קרי, אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית). זאת, משום שייתכן שאנשים יבצעו sub-typing (Kunda & Oleson, 1995), כלומר, יתפסו את הדיירים הספציפיים כחריגים בתוך קבוצתם ("הם שונים, הם לא כמו החולים האחרים"), ומכאן שישארו עם דעותיהם הקדומות לגבי כלל החולים, למעט קבוצה ספציפית זו. אף שבהיבט הרחב יש בכך אולי חיסרון, הרי שבהקשר הנוכחי נראה שרצוי להתמקד בתועלת המקומית לאותם אנשים. יתרה מכך, ייתכן שלאורך זמן אכן תיווצר הכללה לקבוצה הרחבה יותר.

אם מחליטים לבצע התערבות מראש, לא מספיק לתת מידע אלא חשוב גם לאפשר דיון. יתרה מכך, אם יש הבהרה של העמדות והתפיסות הרצויות, רצוי לאפשר לאנשים לבטא את הסטראוטיפים שלהם כדי לצמצם את הסכנה לאפקט של suppression + rebound (Macrae et al., 1994).

תוכן ספציפי שרצוי לשקול אם להתייחס אליו בהקשר של שכנים או בהקשר רחב יותר אם בכלל, מתייחס ליידוע הציבור לגבי הטיפול. כלומר, ליידע מה המערכת הטיפולית-שיקומית עושה למען החולים. כיצד דואגים לרווחתם וכיצד נמנעות בעיות. נקודה זו מוצעת בספרות בהקשר של הפחתת חששות במצב של אי-מיסוד (Wolf & Stuber, 2002). מצד אחד התערבות מסוג זה עשויה להרגיע את

---

<sup>63</sup> לגבי מיקום יחידות השיקום, נערכו בחו"ל ניסיונות לאפיין שכונות בהן היה שילוב מוצלח יותר לעומת שילוב מוצלח פחות תוך ניסיון להבחין בין מאפייני השכונות. השילוב היה מוצלח יותר כאשר הקהילה הגיבה במידה בינונית של תגובות שליליות (Segal, Baumohl & Moyles, 1980) הסבר אפשרי שהועלה היה שמידה בינונית של תגובות שליליות מעודדת את המפעילים לקדם אינטגרציה חברתית ולפעול לכיוון זה (זאת כאשר מדובר על תגובה של דאגה קונסטרוקטיבית ולא כאשר מדובר בעוינות ישירה). ייתכן גם שקיימת קבלה טובה יותר של מגורים במקומות בעלי לכידות חברתית נמוכה (Trute & Segal, 1976; Warner, 2001) אולי מאחר ששם לא נדרשת מעורבות חברתית גבוהה. מחקרים מצאו גם התייחסויות שליליות יותר בקרב אנשים עם ילדים, התייחסות שאינה קשורה לחוסר ידע (Wolf, Pathare, Craig, & Leff, 1996a, 1996b).

הציבור (או השכנים) אך מצד שני, יש בכך גם חיזוק לתפיסה של החולים בצורה לא נורמטיבית, בצורה של מי שצריכים שידאגו להם, דבר שעלול לעודד תפיסות וייחוסים שכוונתם אמנם טובה אך תוצאתם יכולה להיות שלילית (הגבלה, תפיסת החולים כמי שלא יכולים לקבוע עבור עצמם וכו').

**משכירי דירות ומעסיקים פוטנציאליים.** נראה שמתן ערבויות ברורות ובמיוחד מתן כתובת אליה ניתן לפנות אם תהיה בעיה, עשויים לצמצם את החששות של משכירי דירות ולהגדיל את האפשרות לשכירת דירות לאוכלוסיית נפגעי הנפש. לפיכך, כאשר פועלים להסדרת שכירות מתבקש למצוא פתרונות בכיוון של ערבות כספית ומלווה ו/או להדגיש קיומם. נקודה זו משמעותית במיוחד במגזר החרדי.

אפשרות זו עשויה להיות רלבנטית גם בנושא התעסוקה. מצאנו אחוזים לא קטנים שלא היו מוכנים להעסיק אדם שחלה במחלה פסיכיאטרית. אף שלא בדקנו זאת בצורה ישירה, הרי שייתכן שיש מקום לשקול התערבויות מבניות שעשויות לצמצם את ההתנגדות להעסקה. כך, למשל, ייתכן שמתן כתובת ברורה לפנייה אם יש בעייתיות, וכן אולי מנגנון שיאפשר פיצוי על נזק כספי אם העובד נעדר מעבודתו בשל מחלתו, יגבירו את נכונותם של המעסיקים לשלב אנשים אלו. במידה מסוימת רעיונות אלו (כתובת לפנייה) באים כבר לידי ביטוי במערכת של התעסוקה הנתמכת. נושא הערבות הכספית כנגד הפסד כספי יכול להיות פחות בעייתי בתוך פתרון מבני מסוים; דהיינו, כאשר מדובר על קבוצת אנשים האחראים לביצוע עבודה מסוימת וכאשר אחד מהם אינו מתפקד העבודה מתבצעת על ידי עמיתיו.

## **14.2 פניית הציבור לטיפול נפשי**

מן הממצאים עולה שבנושא הפנייה לטיפול נפשי יש מקום להתערבויות שונות, אשר חלקן קשורות לסטיגמה אך לא כולן.

### ***יידוע הציבור על קיומן של המרפאות לבריאות הנפש ומיקומן***

הגברת מודעות לקיום המרפאות ומיקומן, במה מטפלים וכיצד פונים, עשויה לצמצם אי פנייה. אחת הסיבות האפשרויות להימנעות מפנייה למרפאות הציבוריות הוא העדר הידע לגבי קיומן ומיקומן. מצאנו שחלק לא קטן מהציבור אינו יודע כלל האם קיימת מרפאה באזור מגוריו. צורת התערבות זו פשוטה יחסית. היא תועיל להגברת הפנייה בעת הצורך אם אחד הבסיסים לאי פנייה הוא חוסר ידע. אי פנייה יכולה, כמובן, לנבוע ממקורות אחרים בהם הסטיגמה. באופן דומה ייתכן שיידוע הציבור בתהליך הפנייה עשוי אף הוא להסיר מחסומים נוספים בפני פנייה בעת הצורך.

### ***הפחתת הסטיגמה הקשורה בפנייה לטיפול***

מן הממצאים עולה צורך בהפחתת הסטיגמה הקשורה לפנייה לטיפול. ניכרת מגמה של הסתרה ואף נכונות לראות בסטיגמה סיבה לאי פנייה. אחד הכיוונים המועילים בספרות הנו תכניות הסברה המדגישות שפנייה לפסיכיאטר או פסיכולוג אין משמעה שאתה חלש, או, למשל, שאין שום רע באנשים הנמצאים בפסיכותרפיה. עם זאת, לא ברור עד כמה תכניות הסברה כלליות מסוג זה אכן מובילות לשינוי בהתנהגות ועד כמה שינוי כזה מחזיק לאורך זמן (Corrigan & Penn, 1999; Corrigan & Penn, 1999).

Rusch, 2002) לפיכך, ייתכן שיש טעם לשקול התערבויות ממוקדות יותר בתפיסות הבעייתיות העומדות בבסיס ההסתייגות לפנייה לטיפול.

### **צמצום תפיסת האחריות של אדם לבעיותיו הנפשיות**

דוגמה להתערבות ממוקדת כזו תהיה לנסות להגביר פנייה לטיפול על ידי צמצום תפיסת האחריות לבעיה הנפשית או למחלה, בין היתר על ידי הדגשת הבסיסים הפיזיולוגיים/כימיים/מוחיים של הבעיה. מי שמאשים את החולים חושב שאינם ראויים לעזרה ושעליהם להתגבר בכוחות עצמם. גם האדם שחלה נוטה לעתים להאשים את עצמו בבעיה שלו ולפיכך גם לחשוב שעליו להתמודד עם הבעיה בכוחות עצמו, ולא לפנות לקבלת עזרה (Cooper et al., 2003). היגיון זה הוצע בהקשר של פנייתם של אנשים החולים במחלה פסיכיאטרית, אולם ניתן להקיש ממנו גם לכלל הפונים. זאת בהינתן שהסטיגמה הקשורה לטיפול ולפנייה לטיפול אינה מוגבלת לאלו שהוגדרו כ"חולים", אלא עלולה להתייחס לכל מי שקשור לקבלת שירותי בריאות הנפש. בממצאים הנוכחיים מצאנו ביטויים של כעס כלפי אדם הסובל מסימפטומים דיכאוניים, ולגבי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית מצאנו מידה רבה של התייחסות אליהם כאל מי שאשמים במצבם. אף שהממצאים התמקדו במצבים קיצוניים יותר, נראה שהפחתת תפיסת האשמה והאחריות למצבו הנפשי של הפרט עשויה להועיל גם להקשר של בעיות וקשיים נפשיים פחות חמורים.

כפי שנבהיר בהמשך, להפחתת תפיסת האדם כאחראי למצבו הנפשי עלולות להיות גם השלכות שליליות. מכל מקום, כל זמן שמדובר באוכלוסייה הכללית ובפנייה בסיסית, סביר להניח שבנקודה זו תגבר התועלת על הנזק.

כיוונים נוספים שלא נבדקו במחקר הנוכחי אך מוצעים בספרות הם לעודד זיהוי של דיכאון כדבר שעלול לקרות לך (זאת בהקשר של עידוד פנייה מוקדמת יותר), וכן הסברה להפחתת חשש מפני טיפול תרופתי בדיכאון (התמכרות); (Paykel et al., 1998). לאור ספרות שינוי העמדות (למשל Eagly & Chaikem, 1993) חשוב לשים לב לחשיבות המקור. כלומר, חשוב שהמקור המבצע את ההסברה יהיה מקור מתאים (שייתפס למשל כמקור אמין, בעל ידע, שאינו מעורר התנגדות וכו'). קרי, בהקשר הספציפי הזה מוטב שהמסביר יהיה איש מקצוע ולא מתמודד. חשוב להדגיש שאין מניעה מהיעזרות במתמודדים לתכנים אחרים.

### **הגברת מודעות לשיקולים מבניים**

יש לשקול את המשמעות של מרפאות ייחודיות לבריאות הנפש לעומת טיפול נפשי הניתן במסגרת מרפאה כללית. כך גם לגבי אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי לעומת במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי. מצאנו שבעוד שבנוגע לאשפוז יש העדפה למסגרת המשלבת את בריאות הנפש ברפואה הכללית, הרי שבנוגע לטיפול אמבולטורי הציבור מגלה העדפה למרפאות ייחודיות לבריאות הנפש. התערבויות ושינויים מבניים של סביבת הטיפול אינן כמובן פתרון לסטיגמה, אך כל זמן שהיא קיימת, הם עשויים להפחית את החשיפה והסבל מן הסטיגמה ובכך גם לאפשר יותר נגישות של אנשים לשירותים. המרפאות הייחודיות לבריאות הנפש נתפסות כמקצועיות יותר. אם מרכז הכובד יעבור למרפאות



כלליות משולבות, רצוי להביא זאת בחשבון ולראות עד כמה ניתן להדגיש למשל את היתרונות שעלו לגבי המרפאות הכלליות, ו/או להבהיר לציבור באיזו מידה תפיסת המקצועיות הנ"ל משקפת או מעוותת את המציאות.

### **התערבות בקרב רופאי משפחה**

לאור הממצאים חשוב להגביר את המודעות של רופאי המשפחה לכך שהציבור רואה בהם כתובת לנושא הנפשי, ולהשפעתם הפוטנציאלית על נכונות המשיבים לפנות לטיפול נפשי במידת הצורך.

## ביבליוגרפיה

- אלקרינאוי, ע. 2002. "עבודה סוציאלית עם פונים ערבים במערכות בריאות הנפש". **חברה ורווחה** כ"ב(1): 75-97.
- גודמן, י. 2003. "קולות מ'ספינת השוטים': מאבקי זהות במסגרות טיפול חרדיות". בתוך: **חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?** סיוון, ע.; קפלן, ק. (עורכים). (עמ' 134-170). הוצאת הקיבוץ המאוחד, ירושלים.
- גודמן, י. 1997. **גלות הכלים השבורים: הבניית המציאות ושיח טיפולי במסגרות טיפול חרדיות בישראל**. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
- גינת, י. 1992. "סקירות: ארגון השירותים לפסיכיאטריה במדינת ישראל ודרכי מימונם". **הרפואה** 123: 264-268.
- וייל, ל. 1990. **פנומנולוגיה של הפרעות נפשיות באוכלוסייה חרדית שנחשפה לטיפול ציבורי**. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
- פירר, מ. 2001. **פנייה לעזרה נפשית מקצועית באוכלוסייה החרדית**. עבודת גמר לקראת תואר מוסמך בעבודה סוציאלית. ביה"ס לעבודה סוציאלית. רמת-גן: אוניברסיטת בר-אילן.
- קפלן, ק. 2003. "חקר החברה החרדית בישראל: מאפיינים, הישגים ואתגרים". בתוך: **חרדים ישראלים: השתלבות בלא טמיעה?** סיוון, ע.; קפלן, ק. (עורכים). (עמ' 224-277). הוצאת הקיבוץ המאוחד, ירושלים.
- שטרך, נ.; שרשבסקי, י.; בידני-אורבך, א.; לכמן, מ.; זהבי, ט.; שגיב, נ. 2007. **סטיגמה: עמדות, התנסויות והתמודדות של אנשים המטופלים במרפאות לבריאות הנפש**. דמ-492-07.
- שטרך, נ.; שרשבסקי, י.; בידני-אורבך, א.; לכמן, מ.; שגיב, נ.; זהבי, ט. 2007. **סטיגמה בתחום בריאות הנפש: אמדות, התנסות והתמודדות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית**. מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל. דמ-468-07.
- Al-Krenawi, A. 2002. "Mental Health Service Utilization among the Arabs in Israel". *Social Work in Health Care* 35:577-589.
- Al-Krenawi, A.; and Graham, J.R. 2000. "Culturally Sensitive Social Work Practice with Arab Clients in Mental Health Settings". *Health and Social Work* 25(1): 9-22.
- Alexander, L.A.; and Link, B.G. 2003. "The Impact of Contact on Stigmatizing Attitudes Toward People with Mental Illness". *Journal of Mental Health* 12(3):271-289.
- Angermeyer, M.C. 2002. "From Intuition- to Evidence-Based Anti-Stigma Interventions". *World Psychiatry* 1:21-22.
- Angermeyer, M.C.; Beck, M.; and Matschinger, H. 2003. "Determinants of the Public's Preference for Social Distance from People with Schizophrenia". *The Canadian Journal of Psychiatry* 48(10):663-668.

- Angermeyer, M.C.; Matschinger, H.; and Riedel-Heller, S.G. 1999. "Whom to Ask for Help in Case of a Mental Disorder? Preferences of the Lay Public". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34:202-210.
- Arboleda- Flórez, J. 2003. "Considerations on the Stigma of Mental Illness". *The Canadian Journal of Psychiatry* 48(10):645-650.
- Arikan, K.; and Uysal, O. 1999. "Emotional Reactions to the Mentally Ill Are Positively Influenced by Personal Acquaintance". *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 36: 100-104.
- Baron, R.M.; and Kenny, D.A. 1986. "The Moderator-mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations". *Journal of Personality and Social Psychology* 51:1173-1182.
- Ben-Noun, L. 1996. "Characterization of Patients Refusing Professional Psychiatric Treatment in a Primary Care Clinic". *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 33:167-174.
- Bless, H.; and Schwarz, N. 1998. "Context Effects in Political Judgment: Assimilation and Contrast as a Function of Categorization Processes". *European Journal of Social Psychology* 28:159-172.
- Bogardus, E.S. 1933. "A Social Distance Scale". *Sociology and Social Research* 17:265-271.
- Bodenhausen, G.V. 1988. "Stereotypic Biases in Social Decision Making and Memory: Testing Process Models of Stereotype Use". *Journal of Personality and Social Psychology* 55:726-737.
- Brehm, S.S.; and Kassin, S.M. 1996. *Social Psychology* (3<sup>rd</sup> ed.). Houghton Mifflin, Boston.
- Brewer, M.B.; and Brown, R.J. 1998. "Intergroup Relations". In: *Handbook of Social Psychology* (4<sup>th</sup> edition). Gilbert, D.T.; Fiske, S.T.; and Lindzey, G. (Eds.). (pp. 554-593). McGraw-Hill, Boston.
- Brockington, I.F.; Hall, P.; Levings, J.; and Murphy, C. 1993. "The Community Tolerance of the Mentally Ill". *British Journal of Psychiatry* 162:93-99.
- Brown, R.J. 1995. *Prejudice: Its Social Psychology*. Blackwell, Oxford.
- Brunton, K. 1997. "Stigma". *Journal of Advanced Nursing* 26:891-898.
- Byrne, P. 1997. "Psychiatric Stigma: Past, Present and to Come". *Journal of the Royal Society of Medicine* 90:618-620.
- Byrne, P. 2000. "Stigma of Mental Illness and Ways of Diminishing it". *Advances in Psychiatric Treatment* 6:65-72.

Cinnirella, M.; and Loewenthal, K.M. 1999. "Religious and Ethnic Group Influences on Beliefs about Mental Illness: A Qualitative Interview Study". *British Journal of Medical Psychology* 72: 505-524.

Cooper, A.; Corrigan, P.W.; and Watson, A.C. 2003. "Mental Illness Stigma and Care Seeking". *Journal of Nervous and Mental Disease* 191:339-341.

Corrigan, P.W. 1998. "Facilitating Recovery Through Psychiatric Rehabilitation". *The Journal of the California Alliance for the Mentally Ill* 9:13-14.

Corrigan, P.W. 1998. "Series Introduction: Stigma [Editors Note: Special Series on Cognitive Behavioral Strategies for the Stigma of Severe Mental Illness]". *Cognitive and Behavioral Practice* 5:199-200.

Corrigan, P.W. 1998. "The Impact of Stigma on Severe Mental Illness". *Cognitive and Behavioral practice* 5:201-222.

Corrigan, P.W. 2004a. "Don't Call Me Nuts: An International Perspective on the Stigma of Mental Illness". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 109:403-404.

Corrigan, P.W. 2004b. "How Stigma Interferes with Mental Health Care". *American Psychologist* 59(7):614-625.

Corrigan, P.W.; Bodenhausen, G.; Markowitz, F.; Newman, L.; Rasinski, K.; and Watson, A. 2003. "Demonstrating Translational Research for Mental Health Services: An Example from Stigma Research". *Mental Health Services Research* 5:79-88.

Corrigan, P.W.; Edwards, A.; Green, A.; Diwan, S.E.; and Penn, D.L. 2001. "Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness". *Schizophrenia Bulletin* 27:219-226.

Corrigan, P.W.; Markowitz, F.; Watson, A.; Rowan, D.; and Kubiak, M.A. 2003. "An Attribution Model of Public Discrimination towards Persons with Mental Illness". *Journal of Health and Social Behavior* 44:162-179.

Corrigan, P.W.; and Penn, D.L. 1999. "Lessons from Social Psychology on Discrediting Psychiatric Stigma". *American Psychologist* 54:765-776.

Corrigan, P.W.; River, L.P.; Lundin, R.K.; Penn, D.L.; Wasowski, K.U.; Campion, J.; Mathisen, J.; Gagnon, C.; Bergman, M.; Goldstein, H.; and Kubiak, M.A. 2001. "Three Strategies for Changing Attributions about Severe Mental Illness". *Schizophrenia Bulletin* 27:187-195.

Corrigan, P.W.; River, L.P.; Lundin, R.K.; Wasowski, K.U, Campion, J.; Mathisen, J.; Goldstein, H.; Bergman, M.; Gsagnon, C.; and Kubiak, M.A. 2000. "Stigmatizing Attributions about Mental Illness". *Journal of community Psychology* 28:91-103.

Corrigan, P.W.; Rowan, D.; Green, A.; Lundin, R.; River, P.; Uphoff-Wasowski, K.; White, K.; and Kubiak, M.A. 2002. "Challenging Two Mental Illness Stigmas: Personal Responsibility and Dangerousness". *Schizophrenia Bulletin* 28:293-310.

Corrigan, P.W.; and Rusch, N. 2002. "Mental Illness Stereotypes and Service Use: Do People Avoid Treatment Because of Stigma?" *Psychiatric Rehabilitation Skills* 6:312-334.

Couture, S.M.; and Penn, D.L. 2003. "Interpersonal Contact and the Stigma of Mental Illness: A Review of the Literature". *Journal of Mental Health* 12(3): 291-305.

Crisp, A.H.; Gelder, M.G.; Rix, S.; Meltzer, H.I.; and Rowlands, O.J. 2000. "Stigmatization of People with Mental Illness". *British Journal of Psychiatry* 177:4-7.

Davidson, M. 2002. "What Else Can We Do to Combat Stigma?" *World Psychiatry* 1:22-23.

Demyttenaere, K.; Bruffaerts, R.; Posada-Villa, J.; Gasquet, I. et al. 2004 "Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys". *Journal of the American Medical Association* 291:2581-2590.

Dovidio, J.F.; and Gaertner, S.L. 1996. "Affirmative Action, Unintentional Biases, and Intergroup Relations". *Journal of Social Issues* 52(4):51-75.

Dubin, W.R.; and Fink, P.J. 1992. "Effects of Stigma on Psychiatric Treatment". In: *Stigma and Mental Illness*. Fink, P.J.; and Tasman, A. (Eds.). (pp. 1-10). American Psychiatric Press, Washington.

Dwairy, M. 1998. "Mental Health in the Arab World". In: *Comprehensive Clinical Psychology: Sociocultural and Individual Differences*. Bellack, A.S.; and Hersen, M. (Eds.). (pp. 313-324). Pergamon Press, New York.

Eagly, A.H.; and Chaiken, S. 1993. *The Psychology of Attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich, Fort Worth, TX.

Farina, A.; Fischer, E.H.; Boudreau, L.A.; and Belt, W.E. 1996. "Mode of Target Presentation in Measuring the Stigma of Mental Disorder". *Journal of Applied Social Psychology* 26:2147-2156.

Fischer, E.H.; and Farina, A. 1995. "Attitudes toward Seeking Professional Psychological Help: A Shortened Form and Considerations for Research". *Journal of College Student Development* 36(4):368-373.

Fiske, S.T. 1998. "Stereotyping, Prejudice and Discrimination". In: *Handbook of Social Psychology* Vol. 2 (4<sup>th</sup> ed). Gilbert, D.T.; Fiske, S.T.; and Lindsey, G. (Eds.). (pp. 357-411). McGraw-Hill, Boston.

Gaebel, W.; Baumann, A.E.; and Phil, M. 2003. "Interventions to Reduce the Stigma Associated with Severe Mental Illness: Experiences from the Open Doors Program in Germany". *Canadian Journal of Psychiatry* 48:657-662.

Goldberg, D.P.; and Blackwell, B. 1970. "Psychiatric Illness in General Practice. A Detailed Study Using a New Method of Case Identification". *British Medical Journal* 1:439-443.

Greenberg, D.; and Witztum, E. 2001. *Sanity and Sanctity*. Yale University Press, New Haven and London.

Haj-Yahia, M.M. 1999. "Attitudes toward Mentally Ill People and Willingness to Employ them in Arab Society". *International Sociology* 14:173-193.

Hall, P.; Brockington, I.F.; Levings, J.; and Murphy, C. 1993. "A Comparison of Responses to the Mentally Ill in Two Communities". *British Journal of Psychiatry*, 162:99-108.

Hayward, P.; and Bright, J.A. 1997. "Stigma and Mental Illness: A Review and Critique". *Journal of Mental Health* 6:345-354.

Heider, F. 1958. *The Psychology of Interpersonal Relations*. Wiley, NY.

Heresco-Levy, U.; Ermilov, M.; Giltsinsky, B.; Lichtenstein, M.; and Blander, D. 1999. "Treatment-Resistant Schizophrenia and Staff Rejection". *Schizophrenia* 25:457-465.

Hirschfeld, R. 1998. "American Health Care Systems and Depression: The Past, Present and the Future". *Journal of Clinical Psychiatry* 59:5-10.

Holmes, E.P.; Corrigan, P.W.; Williams, P.; Canar, J.; and Kubiak, M. 1999. "Changing Public Attitudes about Schizophrenia". *Schizophrenia Bulletin* 25:447-456.

Hoyt, D.R.; Conger, R.D.; Valde, J.G.; and Weihs, K. 1997. "Psychological Distress and Help Seeking in Rural America". *American Journal of Community Psychology* 25:449-470.

Huxley, P. 1993. "Location and Stigma: A Study of Community Attitudes to Mental Illness. Part I: Enlightenment And Stigma". *Journal of Mental Health* 2:73-80.

Jacobsson, L. 2002. The Roots of Stigmatization.

Jorm, A.F.; Angermeyer, M.; and Katschnig, H. 2000. "Public Knowledge of and Attitudes to Mental Disorders: A Limiting Factor in the Optimal Use of Treatment Services". In: *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Andrews, G.; and Henderson, S. (Eds.). (pp. 399-413). Cambridge University Press, New York.

Jorm, A.F.; Korten, A.E.; Jacomb, P.A.; Christensen, H.; Rodgers, B.; and Pollitt, P. 1997. "Public Beliefs about Causes and Risk Factors for Depression and Schizophrenia". *Social Psychiatry Epidemiology* 32:143-148.

- Katerndahl, D.A.; and Realini, J.P. 1997. "Use of Health Care Services by Persons with Panic Symptoms". *Psychiatry Services* 48:1027-1032.
- Katon, W.; and Schulberg, H.C.; 1992. "Epidemiology of Depression in Primary Care". *General Hospital Psychiatry* 14:237-247.
- Kleinpenning, G.; and Hagendoorn, L. 1993. "Forms of Racism and the Cumulative Dimension of Ethnic Attitudes". *Social Psychology Quarterly* 56:21-36.
- Kohn, R.; Saxena, S.; Levav, I.; and Saraceno, B. 2004. "The Treatment Gap in Mental Health Care". *Bulletin of the World Health Organization* 82(11).
- Kunda, Z.; and Oleson, K.C. 1995 "Maintaining Stereotypes in the Face of Disconfirmation: Constructing Grounds for Subtyping Deviants". *Journal of Personality and Social Psychology* 68:565-579.
- Lai, Y.M.; Hong, C.P.H.; and Chee, C.Y.I. 2000. "Stigma of Mental Illness". *Singapore Medical Journal* 42(3):111-114.
- Leff, J. 1997. "Aiding Resocialization of the Chronic Psychotic Patient". *International Clinical Psychopharmacology* 12:s19-s24.
- Lefley, H.P. 1992. "The Stigmatized Family". In: *Stigma and Mental Illness*. Fink, P.J.; and Tasman, A. (Eds.). (pp. 127-138). American Psychiatric Press, Washington.
- Levav.; I.; and Grinshpoon, A. 2004. "Beds in Mental Hospitals, Where Should They Be Located". *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 41:157-160.
- Levine, D. 1972. "A Cross-National Study of Attitudes toward Mental Illness". *Journal of Abnormal Psychology* 80:111-114.
- Link, B.G. 1987. "Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection". *American Sociological Review* 52:96-112.
- Link, B.G.; and Cullen, F.T. 1983. "Reconsidering the Social Rejection of Ex-Mental Patients: Levels of Attitudinal Response". *American Journal of Community Psychology* 11:261-273.
- Link, B.G.; Mirotznik, J.; and Cullen, F.T. 1991. "The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided?" *Journal of Health and Social Behavior* 32:302-320.
- Link, B.G.; and Phelan, J.C. 1999. "Labeling and Stigma". In: *Handbook of the Sociology of Mental health*. Aneshensel, C.S.; and Phelan, J.C. (Eds.). (pp. 481-494). Plenum Publishers, New York.

Link, B.G.; Phelan, J.C.; Bresnahan, M.; Stueve, A.; and Pescosolido, B.A. 1999. "Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness and Social Distance". *American Journal of Public Health* 89:1328-1333.

Link, B.G.; Struening, E.L.; Rahav, M.; Phelan, J.C.; and Nuttbrock, L. 1997. "On Stigma and its Consequences: Evidence from a Longitudinal Study on Men with Dual Diagnosis of Mental Illness and Substance Abuse". *Journal of Health and Social Behavior* 38:177-190.

Littlewood, R. 1998. "Cultural Variation in the Stigmatization of Mental Illness". *The Lancet* 352:1056-1057.

Lyons, L.; and McLoughlin, D.M. 2001. "Recent Advances - Psychiatry". *British Medical Journal* 323:1228-1231.

Lyons, M.; and Ziviani, J. 1995. "Stereotypes, Stigma, and Mental Illness: Learning from Fieldwork Experiences". *The American Journal of Occupational Therapy* 49:1002-1008.

Macrae, C.N.; Bodenhausen, G.V.; Milne, A.B.; and Jetten, J. 1994. "Out of Mind but Back in Sight: Stereotypes on the Rebound". *Journal of Personality and Social Psychology* 67(5):808-817.

Maio, G.R.; and Esses, V.M. 1998. "The Social Consequences of Affirmative Action: Deleterious Effects on Perceptions of Groups". *Personality and Social Psychology Bulletin* 24(1):65-74.

Markowitz, F.E. 1998. "The Effects of Stigma on the Psychological Well-being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness". *Journal of Health and Social Behavior* 39:335-347.

Mechanic, D.; McAlpine, D.; Rosenfield, S.; and Davis, D. 1994. "Effects of Illness Attribution and Depression on the Quality of Life among Persons with Serious Mental Illness". *Social Science and Medicine* 39:155-164.

*Mental Health and Social Exclusion*. 2004. "Social Exclusion Unit Report". Office of the Deputy Prime Minister, London.

*Mental Health: A Report of the Surgeon General*. 1999. U.S. Department of Health and Human Services, US Public Health Services. Washington, DC.

Miller, C.T.; and Major, B. 2000. "Coping with Stigma and Prejudice". In: *The Social Psychology of Stigma*. Heatherton, T.F.; Kleck, R.E.; Hebl, M.R.; and Hull, J.G. (Eds.). (pp. 243-272). Guilford Press, New York.

Monteith, M.J.; Spicer, C.V.; and Tooman, G.D. 1998. "Consequences of Stereotype Suppression: Stereotypes on AND Not on the Rebound". *Journal of Experimental Social Psychology* 34:355-377.



Monteith, M.J.; and Walters, G.L. 1998. "Egalitarianism, Moral Obligation, and Prejudice-Related Personal Standards". *Personality and Social Psychology Bulletin* 24:186-199.

Mummendey, A. 1995. "Positive Distinctiveness and Social Discrimination: An Old Couple Living in Divorce". *European Journal of Social Psychology* 25:657-670.

Murstein, B.I.; and Fontaine, P.A. 1993. "The Public's Knowledge about Psychologists and Other Mental Health Professionals". *American Psychologist* 48:839-845.

National Social Insurance 1993 *Rehabilitation of Mental Patients - Rehabilitation Workers' Attitudes towards the Rehabilitation of the Mentally Ill*. National Social Insurance, Department of Research and Planning, Survey 103. Jerusalem (Hebrew).

Paykel, E.S.; Hart, D.; and Priest, R.G. 1998. "Changes in Public Attitudes to Depression During the Defeat Depression Campaign". *British Journal of Psychiatry* 173:519-522.

Penn, D.L.; and Corrigan, P.W. 2002. "The Effects of Stereotype Suppression on Psychiatric Stigma". *Schizophrenia Research* 55:269-276.

Penn, D.L.; and Couture. 2002. Strategies for Reducing Stigma toward Persons with Mental Illness.

Penn, D.L.; Kommana, S.; Mansfield, M.; and Link, B.G. 1999. "Dispelling the Stigma of Schizophrenia II. The Impact of Information on Dangerousness". *Schizophrenia Bulletin* 25: 437-446.

Penn, D.L.; and Wykes, T. 2003. "Stigma, Discrimination and Mental Illness". *Journal of Mental Health* 12(3):203-208.

Pescosolido, B.A.; Martin, J.K.; Link, B.G.; Stueve, A.; Kikuzawa, S.; Burgos, G.; Swindle, R.; and Phelan, J. 1996. *Americans' Views of Mental Health and Illness at Century's End: Continuity and Change*. Indiana Consortium for Mental Health Services Research, Indiana.

Pescosolido, B.A.; Monahan, J.; Link, B.G.; Stueve, A.; and Kikuzawa, S. 1999. "The Public's View of the Competence, Dangerousness, and Need for Legal Coercion of Persons with Mental Health Problems". *American Journal of Public Health* 89:1339-1345.

Pettigrew, T.H. 1998. "Intergroup Contact Theory". *Annual Review of Psychology* 49:65-85.

Pettigrew, T.F. 1997. "Generalized Intergroup Contact Effects on Prejudice". *Personality and Social Psychology Bulletin* 23:173-185.

Pettigrew, T.F.; and Meertens, R.W. 1995. "Subtle and Blatant Prejudice in Western Europe". *European Journal of Social Psychology* 25:57-75.

- Petty, R.E.; and Cacioppo, J.T. 1986. "The Elaboration Likelihood Model of Persuasion". *Advances in Experimental Social Psychology* 19:123-205.
- Petty, R.E.; Wegner, D.T.; and Fabrigar, L.R. 1997. "Attitudes and Attitude Change". *Annual Review of Psychology* 48:609-647.
- Phelan, J.C.; Bromet, E.J.; and Link, B.G. 1998. "Psychiatric Illness and Family Stigma". *Schizophrenia Bulletin* 24:115-126.
- Phelan, J.; Link, B.G.; Moore, R.E.; and Stueve, A. 1997. "The Stigma of Homelessness: The Impact of the Label 'Homeless' on Attitudes Toward Poor Persons". *Social Psychology Quarterly* 60:323-337.
- Phelan, J.C.; Link, B.G.; Stueve, A.; and Pescosolido, B.A. 2000. "Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What is Mental Illness and Is It To Be Feared?" *Journal of Health and Social Behavior* 41:188-207.
- Pinfold, V.; Toulmin, H.; Thornicroft, G.; Huxley, P.; Farmer, P.; and Graham, T. 2003. "Reducing Psychiatric Stigma and Discrimination: Evaluation of Educational Interventions in UK Secondary Schools". *British Journal of Psychiatry* 182:342-346.
- Pote, H.L.; and Orrell, M.W. 2002. "Perceptions of Schizophrenia in Multi-Cultural Britain". *Ethnicity and Healthy* 7:7-20.
- Rahav, M.; Struening, E.L.; and Andrews H. 1984. "Opinions on Mental Illness in Israel". *Social Science and Medicine* 19:1151-1158.
- Rosen, A.; Walter, G.; Casey, D.; and Hocking, B. 2000. "Combating Psychiatric Stigma: An Overview of Contemporary Initiatives". *Australian Psychiatry* 8:19-26.
- Rosenfield, S. 1997. "Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction". *American Sociological Review* 62:660-672.
- Sartorius, N. 1998. "Stigma: What Can Psychiatrists Do About It"? *The Lancet* 352:1058-1059.
- Sartorius, N. 1992. "Rehabilitation and Quality of Life". *Hospital and Community Psychiatry*, 43:1180-1181.
- Schmidt, G.; and Weiner, B. 1988. "An Attribution-Affect-Action Theory of Behavior: Replications of Judgments of Help-Giving". *Personality and Social Psychology Bulletin* 14: 610-621.
- Schumacher, M.; Corrigan, P.W.; and Dejong, T. 2003. "Examining Cues that Signal Mental Illness Stigma". *Journal of Social and Clinical Psychology* 22:467-476.

Shor, R.; and Sykes, I. 2002. "Introducing Structured Dialogue with People with Mental Illness Into the Training of Social Work Students". *Psychiatric Rehabilitation Journal* 26:63-69.

Sirey, J.; Bruce, M.L.; Alexopoulos, G.S.; Perlick, D.A.; Raue, P.; Friedman, S.J.; and Meyers, B.S. 2001. "Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients with Depression". *American Journal of Psychiatry* 158(3):479-481.

Smart, L.; and Wegner, D.M. 1999. "Covering Up What Can't be Seen: Concealable Stigma and Mental Control". *Journal of Personality and Social Psychology* 77:474-486.

Star, S.A. 1955. *The Public's Ideas About Mental Illness*. National Opinion Research Center, Chicago.

Steadman, H.J.; Mulvey, E.P.; Mohanan, J.; Robbins, P. Appelbaum, P.S.; Grisso, T.; Roth, L.H.; and Silver, E. 1998. "Violence by People Discharged from Acute Psychiatric Inpatient Facilities and by Others in the Same Neighborhoods". *Archives of General Psychiatry* 55:393-401.

Struch, N.; and Schwartz, S.H. 1989. "Intergroup Aggression: Its Predictors and Distinctness from In-Group Bias". *Journal of Personality and Social Psychology* 56:364-373.

Stuart, H.; and Arboleda-Flórez, J. 2001. "Community Attitudes toward People with Schizophrenia". *Canadian Journal of Psychiatry* 46:245-252.

Tajfel, H. 1982. "Social Psychology of Intergroup Relations". *Annual Review of Psychology* 33: 1-39.

Tajfel, H. 1978. *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*. Academic Press, Oxford.

Tversky, A.; and Kahneman, D. 1974. "Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases". *Science* 185:1124-1131.

Wahl, O.F. 1999. "Mental Health Consumers' Experience of Stigma". *Schizophrenia Bulletin* 25:467-477.

Warner, R. 2001. "Community Attitudes towards Mental Disorder". In: *Textbook of Community Psychiatry*. Thornicroft, G.; and Szmukler, G. (Eds.). (pp. 453-464). Oxford University Press, New York.

Weiner, B. 1995. "Responsibility, Stigmatization, Mental Illness, and the Family" (Ch. 5). In: *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. Guilford Press, NY.

Weiner, B. 1995. "The Anatomy of Responsibility" (Ch. 1). In: *Judgments of Responsibility: A Foundation for a Theory of Social Conduct*. Guilford Press, NY.

- Weiner, B. 1993. "On Sin Versus Sickness: A Theory of Perceived Responsibility and Social Motivation". *American Psychologist* 48:957-965.
- Wilder, D.; and Thompson, J. 1988. "Assimilation and Contrast Effects in the Judgments of Groups". *Journal of Personality and Social Psychology* 54:62-73.
- Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T.; and Leff, J. 1996a. "Community Attitudes to Mental Illness". *British Journal of Psychiatry* 168:183-190.
- Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T.; and Leff, J. 1996b. "Community Knowledge of Mental Illness and Reaction to Mentally Ill People". *British Journal of Psychiatry* 168:191-198.
- Wolff, G.; Pathare, S.; Craig, T.; and Leff, J. 1996c. "Who's in the Lion's Den? The Community's Perception of Community Care for the Mentally Ill. *Psychiatric Bulletin* 20:68-71.
- Wolff, N.; and Stuber, J. 2002. "State Mental Hospitals and their Host Communities: The Origins of Hostile Public Reactions". *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 29(3):304-317.
- World Psychiatric Association. 2000. *The WPA Programme to Reduce Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia*. Vols. 1-5. WPA, Geneva.
- Wright, E.R.; Gronfein, W.P.; and Owens, T.J. 2000. Deinstitutionalization, Social Rejection and the Self-esteem of Former Mental Patients". *Journal of Health and Social Behavior* 41:68-90.

## נספחים

### נספח 1: התפלגות המדגם הכללי לפי משתנים דמוגרפיים: מספרים ואחוזים (N=1,583)

מספרים מוחלטים	אחוזים		
761	48.1	גברים	מין
822	51.9	נשים	
281	17.8	29-22	גיל
405	25.6	39-30	
293	18.5	49-40	
260	16.5	59-50	
187	11.8	69-60	
153	9.8	+70	
970	61.3	ישראל	ארץ לידה
281	17.8	בריה"מ לשעבר	
332	20.9	אחר	
258	16.3	רווק	מצב משפחתי
1095	69.2	נשוי	
111	7.0	גרוש/פרוד	
114	7.2	אלמן	
138	8.7	8-0	שנות לימוד
582	36.8	12-9	
218	13.8	14-13	
644	40.7	+15	
1318	83.3	יהודי	דת
158	10.0	מוסלמי	
57	3.6	נוצרי	
35	2.2	דרוזי	
14	0.9	אחר/ללא דת	
806	50.9	מתחת לממוצע	הכנסת משק הבית*
372	23.5	מסביב לממוצע	
311	19.6	מעל הממוצע	
93	5.9	לא עונה	

\* הנוסח שהוצג: ההכנסה הממוצעת למשק בית עומדת כיום על כ- 11,000 ש"ח. הכנסת משק בית כוללת את כל ההכנסות של כל מי שגר במשק הבית (כולל פנסיה, הכנסות משכר דירה, קצבאות, וכו').

## נספח 2: התפלגות לפי גיל ומין ביישובים ערביים במחקר ובאוכלוסייה (אחוזים)

מדגם		אוכלוסייה - מקורב - למ"ס*		סה"כ
נשים	גברים	נשים	גברים	
100	100	100	100	
20.1	25.6	30.1	30.5	29-22*
39.2	27.4	29.4	30.1	39-30
18.1	22.6	18.8	19.0	49-40
14.1	15.2	10.8	10.4	59-50
5.5	6.1	6.6	6.3	69-60
3.0	3.0	4.3	3.7	+70

\* מנתוני הלמ"ס המתייחסים לקטגוריית גיל של 29-20 הורדנו חמישית כדי להגיע לקירוב של 29-22.

## נספח 3: התפלגות משיבים לפי משתנים דמוגרפיים ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים (מספרים ואחוזים)

יישובים לא ערביים		יישובים ערביים		
אחוזים	N	אחוזים	N	
47.8	671	44.9	164	מין גברים
52.2	732	55.1	201	נשים
16.7	235	22.6	82	גיל 29-22
24.4	343	33.9	123	39-30
18.7	262	20.1	73	49-40
16.7	234	14.6	52	59-50
12.8	179	5.8	21	69-60
10.7	150	3.0	11	+70
56.6	794	99.2	362	ארץ לידה ישראל
20.0	281	-	0	בריה"מ לשעבר
23.4	328	0.9	3	אחר
16.3	228	14.2	52	מצב משפחתי רווק
68.3	958	80.8	295	נשוי
7.8	109	1.4	5	גרוש/פרוד
7.3	102	3.6	13	אלמן
6.5	91	27.9	102	שנות לימוד 8-0
34.8	489	46.7	171	12-9
15.0	210	6.6	24	14-13
43.7	614	18.9	69	+15
93.9	1318	-	0	דת יהודי
2.6	36	67.1	245	מוסלמי
2.2	31	16.4	60	נוצרי
0.3	4	16.4	60	דרוזי
1.0	14	-	0	אחר/ללא דת
49.0	686	69.6	254	הכנסת משק הבית* מתחת לממוצע
24.5	343	17.3	63	מסביב לממוצע
21.1	295	9.0	33	מעל הממוצע
5.5	77	4.1	15	לא עונה

\* הנוסח שהוצג: ההכנסה הממוצעת למשק בית עומדת כיום על כ-11,000 ש"ח. הכנסת משק בית כוללת את כל ההכנסות של כל מי שגר במשק הבית (כולל פנסיה, הכנסות משכר דירה, קצבאות, וכו').

**נספח 4: התפלגות משיבים יהודים חרדים ויהודים לא חרדים לפי משתנים דמוגרפיים (מספרים ואחוזים)**

	יהודים לא חרדים		יהודים-חרדים		
	%	N	%	N	
<b>מין</b>	47.8	587	41.8	128	גברים
	52.2	641	58.2	178	נשים
<b>גיל</b>	15.4	189	30.6	93	29-22
	23.7	291	30.3	92	39-30
	18.9	232	20.7	63	49-40
	16.7	206	12.8	39	59-50
	13.5	166	3.9	12	69-60
	11.9	146	1.6	5	+70
	55.3	678	74.2	227	ישראל
	20.3	249	0.7	2	בריה"מ לשעבר
<b>ארץ לידה</b>	24.4	300	25.1	77	אחר
	16.4	202	3.3	10	רווק
<b>מצב משפחתי</b>	67.3	826	93.5	286	נשוי
	8.4	103	2.0	6	גרוש/פרוד
	7.5	92	1.3	4	אלמן
	6.1	75	2.6	8	8-0
<b>שנות לימוד</b>	36.0	443	23.9	73	12-9
	13.5	166	31.5	96	14-13
	44.3	545	42.0	128	+15
	46.4	569	69.6	213	מתחת לממוצע
<b>הכנסת משק הבית*</b>	25.7	315	19.3	59	מסביב לממוצע
	23.0	282	4.6	14	מעל הממוצע
	5.0	61	6.5	20	לא עונה

\* הנוסח שהוצג: ההכנסה הממוצעת למשק בית עומדת כיום על כ-11,000 ש"ח. הכנסת משק בית כוללת את כל ההכנסות של כל

**נספח 5: נפל, אחוזי היענות, סירוב ובעייתיות אחרת בשלושת המדגמים**

מדגם	מדגם	מדגם	סה"כ	
חרדי	ערבי	כללי		
581	381	3205	4167	נדגמו
111	69	651	831	לא שייכים לאוכלוסייה
470	312	2554	3336	שייכים לאוכלוסייה
85	19	313	417	שייכים לאוכלוסייה אך לא ניתן לראיינו בשל סיבות שאינן סירוב של
18	6	12	12	המשיב או בני משפחתו
385	293	2241	2919	% מתוך המדגם הרלוונטי
65	40	361	466	<b>ברי ראיון, כולל סירובים של בני משפחה לאפשר לדבר עם המשיב</b>
320	253	1880	2453	סירוב בן משפחה לאחר תהליך פניה מלא או חלקי
261	243	1595	2099	<b>ברי ראיון: אנשים שהתראיינו ואנשים שסרבו</b>
81	96	84	86	<b>ראיונות שהושלמו</b>
40	0	72	112	% ראיונות שהושלמו מתוך ברי ראיון
19	10	213	242	סירוב סופי לאחר תהליך פניה מלא
				סירוב סופי לאחר תהליך פניה חלקי

**נספח 6: התפלגות לפי מין וגיל בקרב ערבים ובקרב לא ערבים באוכלוסייה\* ובמדגם הכללי (אחוז, מספר ומשקלות)**

יהודים ואחרים		ערבים		טווח גילאים	
גברים	נשים	גברים	נשים		
0.1730	0.1734	0.0443	0.0427	39-22	אחוז באוכלוסייה
0.1470	0.1593	0.0221	0.0216	59-40	
0.0868	0.1142	0.0074	0.0081	+60	
אחוז במדגם					
0.1194	0.1990	0.0202	0.0322	39-22	
0.1383	0.2173	0.0190	0.0183	59-40	
0.0929	0.1352	0.0038	0.0044	+60	
משקלות (יחס בין אחוז במדגם לאחוז באוכלוסייה)					
1.44898942	0.87140381	2.19146563	1.32537451	39-22	
1.06256164	0.73305785	1.16614333	1.17906207	59-40	
0.93472381	0.84475981	1.95236667	1.83175714	+60	
n - במדגם (סה"כ 1583)					
189	315	32	51	39-22	
219	344	30	29	59-40	
147	214	6	7	+60	
באוכלוסייה N (סה"כ 3,966,803)					
686499	688054	175806	169253	39-22	
583119	631784	87369	85643	59-40	
344697	453020	29217	32342	+60	

\* האחוזים באוכלוסייה מבוססים על נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.



## נספח 7: מרכיבי השאלון ואינדקסים, לפי תחומי תוכן

### א. שאלות דמוגרפיות

1. **דמוגרפי כללי.** נשאלו שאלות לגבי גיל, מגדר, מצב משפחתי, שנת עליה, השכלה, דת, ומידת דתיות.
2. **משק בית והכנסה.** המשיבים ענו על שאלות מקבילות לאלו הנהוגות בסקרים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה לגבי גודל משק הבית וההכנסה הממוצעת.

### ב. עמדות כלפי טיפול נפשי

חלק מהפריטים בפרק זה מבוססים על פריטים 2,3,4,6,15 בשאלון של Fisher & Turner, 1970, בנושא עמדות כלפי פניה לטיפול נפשי. סולם התגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון). יצרנו שלושה מדדים: בעלי מהימנות לא גבוהה

**(א) אי פתיחות/עמדה שלילית לפניה לטיפול** - (העדפה לפניה לחבר ולא לטיפול; נכונות לפנות לטיפול אם מרגיש שישנה בעיה; נכונות להציע לחבר לפנות לטיפול; העדר זמן לטיפול). היפוך פריטים בוצע כך שציון גבוה יותר במדד משמעו פתיחות נמוכה יותר לטיפול ( $\alpha=.61$ , Cronbach  $n=1420$ ).

**(ב) אי נכונות לפנות בגלוי/צורך בהסתרה** (אי נכונות לפנות בגלל מה שאחרים יחשבו; העדפה להסתיר; הצדקת אי פניה בשל היחס של אנשים אחרים; לא אכפת אם אחרים ידעו שפונה). היפוך פריטים בוצע כך שציון גבוה יותר במדד משמעו שהאדם פחות מוכן לפנות בגלוי לטיפול ומרגיש יותר צורך להסתיר זאת ( $\alpha=.59$ , Cronbach  $n=1420$ ).

**(ג) אי הכרה בצורך הכללי בטיפול (לא לעצמך)** (אדם בעל אישיות חזקה יכול להתגבר בעצמו; בעל הגיון בריא לא צריך טיפול; המדינה מסבירה מספיק את הצורך בטיפול). היפוך כיוון פריטים בוצע כך שציון גבוה יותר במדד משמעו שהאדם אינו מכיר בתועלת של טיפול נפשי (לאו דווקא לעצמו) ( $\alpha=.54$ , Cronbach  $n=1420$ ).

### ג. ידע

בחלק זה נשאלו המשיבים לגבי שיעור המאושפזים מקרב חולים, תופעות לוואי (שאלה פתוחה), התשלום לטיפול ציבורי, קיומן של תרופות לטיפול בדיכאון סכיזופרניה וחרדה.

### ד. חשיפה למערכת בריאות הנפש, לחולים, ולטיפול, מגע והיכרות בפועל

חשיפה למרפאה לבריאות הנפש ולמטופלים.

התנסות עצמית בטיפול נפשי. המשיבים נשאלו לגבי התנסותם בטיפול.

חשיפה לבית חולים פסיכיאטרי, הוסטל, ותעסוקה של 'חולי נפשי'

רמת היכרות ומגע קיימת עם חולים. שאלון זה מיועד לבחון את מידת ההיכרות ומגע בפועל של המשיב עם אנשים החולים במחלת נפש. השאלון בו עשינו שימוש מבוסס על שאלון ה-Level of contact של Holmes, Corrigan, Williams, Canar & Kubiak, 1999. השאלון כולל 8 פריטים הפריטים מסודרים כסולם גוטמן (ללא בדיקה פורמלית של תכונה זו), החל מ- 'יצא לי לראות אדם שלפי דעתי סובל ממחלת נפש, -ועד- 'אני גר או גרתי בעבר עם אדם שסובל ממחלת נפש'. על כל פריט, המשיב עונה כן או לא. אנו בונים שני מדדים על בסיס סולם זה:

**המגע הקרוב ביותר** [conthigh] (הסוג הגבוה ביותר עליו ענה בחיוב) (טווח תשובות 0-9). ציון גבוה יותר מרמז על קיום רמת מגע/ קשר חזקה יותר.

**רמת מגע מצטברת** [contaccu] (מספר מצטבר של סוגי המגעים כאשר אין מתייחסים לרמת המגע אלא רק למספר סוגי המגע)(טווח תשובות 0-8).

## ה. וינייטים

כאמור, אחת ממטרות המחקר היתה לבחון התייחסות לתיאורים המתייחסים לצורת התנהגותו של פלוני או לעברו.

ספציפית, רצינו לבחון תגובות לתיאור התנהגות המתאר סכיזופרני, ותיאור של דיכאון. בנוסף רצינו לבחון את האפקט שיש לעצם העובדה שהאדם היה מאושפז. לפיכך הצענו לחלק מן האנשים תיאור שלאדם עם סכיזופרניה שאושפז, וחברו שלא אושפז. על מנת לבחון את האפקט של אשפוז 'נטו', קרי, כאשר אין עדויות לסימפטומים 'כבדים', הצענו לחלק מהמשיבים תיאור של אדם 'רגיל' שאושפז בעברו, כאשר בחלק מן ניתן רקע של אירוע טראומטי (תאונה) ובחלק לא. זאת על מנת לאפשר לבחון אפקט של 'הצדקת' האשפוז והשלכת הצדקה זו על הייחוס הנעשה. תיאורים שונים בספרות (למשל: Star, 1955; Link, Phelan, Bresnahan, Stueve & Pescolido, 1999; Schumacer, Corrigan & Dejong, 2003). לא התאימו לצרכינו ולפיכך חיברנו וינייטים.

**עקרונות מנחים בבניית הווינייטים:** התיאור הינו "רגיל/נורמטיבי" ככל האפשר, על מנת לבדוד ככל הניתן את ההתייחסות לאותם מימדים המשתנים בין הוינייטים. כמו כן, רצינו לשמור על אחידות מרבית בייחוסים הנעשים מבחינת גיל, מין ומצב משפחתי. לפיכך, כל הווינייטים ציינו שהאדם בו מדובר נראה כבן 40 והוא אב לילדים.

כל המשיבות קיבלו וינייט המתאר אישה, וכל המשיבים הגיבו לווינייט המתאר גבר. השמות שניתנו לגבר ולאישה נבחרו כך שנראה היה שהם אופייניים למגזרים שונים וגילאים שונים באוכלוסייה, ולפיכך אינם מקושרים בציבור בתת קבוצה ממוצא מסוים או בתת קבוצה דתית או גילאית מסוימת.

**תוקף נראה.** הווינייטים הועברו ל-10 פסיכיאטרים שהתבקשו לציין את האבחנה של כל אחד מהתיאורים. אף שחלקם הביע הסתייגות מכך שאין הרבה מידע, הרי שהאבחנות שניתנו בדרך כלל הלמו את כוונתנו. לגבי שני התיאורים ה"נורמליים", תגובה נפוצה הייתה שאין מספיק מידע כדי לתת אבחנה.

**בדיקת וינייטיס** למשיבים שקיבלו אחד מהווינייטיס, הוצגו מספר שאלות המהוות מעין manipulation-check. המשיב מתבקש לציין עד כמה נכון שפלוני הינו אדם רגיל, עבר תקופות קשות בחיים, סובל מדיכאון, אדם עם בעיות נפשיות, או אדם הסובל ממחלת נפש. סולם התגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון).

### 1. עמדות כלפי "חולי נפש"

שאלון עמדות והתייחסויות ל'חולי נפש'. שאלון זה כולל 15 פריטים. סולם התגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון). בוחן יחוסים שונים שמתקשרים למימדים שונים של עמדות כלפי חולים (למשל, יחוס אשמה מתקשר לכעס בעוד שיחוס אלימות מתקשר לפחד). מחצית המשיבים התייחסו בשאלות אלו ל'חולה נפש', בעוד שהמחצית השניה התבקשה להתייחס בתשובותיה לאדם שתואר בווינייט. השאלון מבוסס על שאלונים שונים שפותחו על ידי Corrigan Attribution Questionnaire (Corrigan, Rowan, Green, Lundin, River, Uphoff, White, & Kubiak, 2002); PDAQ – Psychiatric Disability Attribution Questionnaire (Corrigan, River, Lundin, Penn, Uphoff, Champion, Mathiesen, Gagnon, Bergman, Goldstein, Kubiak, 2001); Revised Version of the Attribution Questionnaire (Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan, & Kubiak, 2003).

בניתוח גורמים (Principal component analysis) התקבלו ארבעה פקטורים שהסבירו 53% מהשונות. על בסיס ניתוח זה הורכבו ארבעה מדדים, חלקם בעלי מהימנות פנימית נמוכה.

**מדד פחד** (19% מהשונות המוסברת). מדד זה מורכב משלושה פריטים: חשש מאנשים עם מחלות נפש; שמירת מרחק מאנשים עם מחלת נפש; ו-אנשים עם מחלת נפש מפחידים אותי. המהימנות הפנימית של מדד זה:  $Cronbach \alpha = .80, n = 1064$ . ציון גבוה יותר במדד זה משקף **יותר** פחד.

**מדד יכולת** (12% מהשונות המוסברת). מדד זה מורכב משלושה פריטים: טיפול בשיחות יכול לעזור; אנשים עם מחלת נפש יכולים לשלוט במצבם ולשנותו; אנשים עם מחלת נפש יכולים להגיע לתפקוד כמו של כל אחד אחר ( $Cronbach \alpha = .52, n = 1064$ ). ציון גבוה יותר במדד זה משקף תפיסה **גבוהה יותר** של יכולתם של החולים. למעשה מושג זה דומה למה שמכונה על ידי Corrigan, River et al, 2003, p.98, stability, קרי, הציפייה לניתנות לשינוי של הבעיה ואמונה לגבי התגובה לטיפול<sup>64</sup>.

**מדד כעס** (11% מהשונות המוסברת). מדד זה מורכב משלושה פריטים: אנשים עם מחלת נפש אשמים במידה מסוימת בעיות שלהם; אנשים עם מחלת נפש בעצם מעצבנים אותי; ו-אנשים עם מחלת נפש בעצם מכעיסים אותי ( $Cronbach \alpha = .59, n = 1064$ ). ציון גבוה יותר במדד זה משקף **יותר** כעס על החולים.

---

<sup>64</sup> השתלבותו של הפריט 'הם יכולים לשלוט במצבם ולשנותו' כאן, מרמז שהפריט נתפס כאן במעין ראייה אופטימית, תוך הדגשת המימד של הניתנות לשינוי, ולא הדגשת ה'אחריות' או אשמה, המתקשרת יותר למה ש-Corrigan et al, 2003 מכנים controllability.

**מדד עזרה/רחמים** (11% מהשונות המוסברת). מדד זה מורכב מארבעה פריטים: אני מרחם על אנשים עם...; מרגיש אהדה לאנשים עם מחלת נפש (סימפטיות); הייתי שמח לעזור לאנשים עם...; וצריך לעזור לסייע ולדאוג לאנשים עם מחלת נפש ( $\alpha=.44$ ,  $n=1064$ ). ציון גבוה יותר במדד זה משקף נכונות גבוהה יותר לעזור.

**שאלון עמדות כלליות לגבי 'חולי נפש'**. בשאלון זה 9 פריטים שחוברו על בסיס נושאים שונים שעלו בראיונות עומק ושאינם מופיעים בשאלונים שהוזכרו (למשל 'הם מתנהגים בצורה לא צפויה'; 'הם יכולים לעבוד'; הם בסך הכל אנשים שיותר מכירים ומבינים את עצמם). פריטים אלו לא שולבו בתוך מדדים האחרים על מנת שלא לפגום בהעברת השאלונים הנ"ל. סולם התגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון).

**מדד עמדות כללי**. יצרנו מדד שהינו ממוצע כל 9 הפריטים הנ"ל ( $\alpha=.69$ ,  $n=965$ ). המדד בנוי כך שככל שהציון גבוה יותר, ההתייחסות הינה חיובית יותר.<sup>65</sup>

בנוסף, נשאלו המשיבים גם לגבי האלימות הנתפסת, רמת ההשכלה וההכנסה של חולים.

## ז. אפליה סמויה (subtle prejudice)

שבעה פריטים המתייחסים לעמדות מפלות במשפטים הכוללים כביכול הצדקות לאפליה. את הפריטים חיברנו על בסיס תכנים שעלו בראיונות מקדימים. ההגיון שמאחורי האפליה הסמויה מבוסס על האבחנה בין Subtle לבין blatant prejudice (Meertens & Pettigrew, 1995) אך נחקרה בהקשר של דעות קדומות אתניות ולא פותחה בהקשר הנוכחי.<sup>66</sup>

**מדד אפליה סמויה**. מדד זה הינו ממוצע התגובות לשבעת הפריטים (לאחר שהפכנו את כיוונם). המהימנות הפנימית הינה  $\alpha=.81$ ,  $n=1222$ . ככל שהציון גבוה יותר, כן מידת האפליה הסמויה גבוהה יותר.

## ח. עמדות חיוביות ואמפטייות ("גאוות יחידה" או ייחודיות חיובית)

שאלון זה כלל חמישה פריטים בהן מוצגות תכונות חיוביות (רגישים יותר, יצירתיים יותר, מבינים יותר וכו'). הכנסנו שאלון זה הן מתוך כוונה לבחון מימד זה שאינו בהכרח קשור שלילית להתייחסויות שליליות לחולים. סיבה נוספת להכנסת סולם זה הינה סיבה אתית, קרי, הניסיון לאזן השפעות אפשריות של השאלון עצמו. במידה ועצם הצגת השאלות השליליות גורם למודעות גבוהה יותר

<sup>65</sup> בצענו גם ניתוח גורמים בו הכנסנו הן את הפריטים של המדד הנוכחי והן את הפריטים של המדד הקודם. לא התקבלו פקטורים המשלבים פריטים משני הסולמות (למעט פריט שהיה בעל טעינות סבירה גם על פקטור אחר).

<sup>66</sup> בתכתובת עם Pettigrew עלה שהוא סבור שיש מקום לפתח כיוון זה של אפליה סמויה גם בהקשר של בריאות הנפש.

לכיוונים השליליים, יש מקום לנסות ולאזן אפקט זה על ידי priming והעלאת הנגישות (accessibility) לכיוונים חיוביים. סולם התגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון).  
**מדד עמדות חיוביות** חושב ממוצע של חמשת הפריטים (לאחר היפוך כיוונים). המהימנות הפנימית הינה  $n=240$ ,  $\alpha=.81$ , Cronbach. ככל שהציון במדד זה גבוה יותר, כך האדם **תומך** יותר בעמדות החיוביות המוצגות.

## ט. תפיסות

**1. נראות וגבולות.** ארבעה פריטים התייחסו למידת הנראות (visibility) של החולים, ושני פריטים התייחסו לגבולות שבין האדם הרגיל לבין האדם החולה. כל ששת הפריטים על סולם תגובה: 1 (נכון מאוד) עד 5 (בכלל לא נכון). פריט נוסף התייחס למידת הדמיון בין האדם הרגיל והחולה.

לאחר שני הסולמות הבאים, נשאלו המשיבים גם לגבי רמת תפקוד אפשרית לאחר טיפול, הצורך בתרופות לכל החיים, הקשר לפיגור, והאפשרות להינשא לאחר אשפוז פסיכיאטרי.

**מדד נראות.** מדד זה מבוסס על ממוצע ארבעה פריטים (ניתן לזהות אדם עם מחלת נפש לפי איך שהוא נראה, לפי ההתנהגות שלו, כאשר הוא מדבר עם אחרים, רק אם הוא או מישו שמכיר אותו טוב מספר על כך. המהימנות הפנימית במדד זה (לאחר היפוך כיוון שלוש הפריטים הראשונים) הינה  $n=1430$ ,  $\alpha=.69$ , Cronbach. ככל שהציון גבוה יותר, כך ה**נראות גבוהה** יותר. כלומר, האדם סבור שניתן לזהות 'חולה נפש' ממראהו, התנהגותו וכו'.

**מדד חדירות גבולות.** מדד זה הינו ממוצע של שני פריטים: אדם שחולה במחלת נפש יכול לחזור להיות אדם רגיל; אדם רגיל יכול לחלות במחלת נפש. ככל שהציון גבוה יותר, החדירות הנתפסת **נמוכה** יותר, כלומר המשיב סבור שה'גבולות' בין החולה וה'רגיל' חדירים פחות.

**2. אטיולוגיה.** המשיבים נשאלו מה לדעתם גורם למחלת נפש. (שאלה פתוחה) לא ניתנו אפשרויות תשובה, וניתן היה לתת יותר מאשר תגובה אחת. המראיינים סימנו את התשובה לפי רשימת גורמים מוכנה מראש, או פירטו גורמים אחרים שלאחר מכן קודדו לקטגוריות נוספות.

**3. מאפייני "חולה נפש".** בשאלה זו התבקשו המשיבים לציין אילו שלושה דברים עיקריים מאפיינים לדעתם חולה נפש. התשובות קודדו (תחילה ל-62 קטגוריות ואח"כ ל-13).

---

<sup>67</sup> מספר המשיבים כאן נמוך כיוון ששאלות אלו נוספו בשלב מתקדם באיסוף הנתונים. החלטנו לצרף שאלות אלו על מנת לקבל ולו אינדיקציות ראשוניות בלבד.

## **י. נכונות למגע וכוונות התנהגותיות**

**1. מרחק חברתי: נכונות למגע.** הנכונות למגע נבחנה באמצעות סולם מרחק חברתי. סולם זה פותח במקור על-ידי Bogardus 1933 לבחינת עמדות כלפי קבוצות אתניות. במהלך השנים פותחו גרסאות שונות לתחומים שונים, הנבדלות ביניהן בעיקר בתכני הפריטים השונים. אף שבאופן גס, הסולם בנוי כסולם גוטמן, הרי שלא ידוע לנו שבוצעה בחינה סטטיסטית של תכונה זו של הסולם. יש המתייחסים לסולם כמשקף לא רק עמדות אלא כוונות התנהגותיות. גם בתחום בריאות הנפש נעשה שימוש בסולם זה (Link & Cullen, 1983; Angermeyer, Beck, & Matschinger, 2003). מחצית המשיבים התייחסו בשאלות אלו ל'חולה נפש', בעוד שהמחצית השנייה (שקיבלה קודם לכן וינייט) התבקשה להתייחס בתשובותיה לאדם שתואר בווינייט. סולם התגובה: 1 (בהחלט מוכן) --- עד 5 (כלל לא מוכן).

**מדד מרחק חברתי.** מדד זה הינו ממוצע התשובות על 8 הפריטים. סולם זה הינו בעל מהימנות פנימית גבוהה ( $\alpha=.89$ ,  $n=1191$ ). ציון גבוה יותר משמעו מרחק מועדף גדול יותר, כלומר, האדם פחות מוכן למגע. הניתוחים מבוצעים לאותם מקרים שענו לפחות על 6 מתוך 8 הפריטים (soddist6).

**2. נכונות מדורגת להשכרת דירה.** המשיבים התבקשו להתייחס לנכונותם להשכיר דירה ל'חולה נפש'. במידה וסרבו נשאלו האם היו מוכנים לו היתה ערבות כספית לתשלום, ובמידה ועדיין סרבו נשאלו האם היו מוכנים להשכיר במידה והיה אדם שניתן לפנות אליו. סולם התגובה: 1 (בהחלט מוכן) --- עד 5 (כלל לא מוכן).

**3. כוונות התנהגותיות.** במדד זה אנו מנסים לבחון פריטים שהינם קצת מעבר לעמדות, קרי, כוונות התנהגותיות. שלושת הפריטים הראשונים מתייחסים לנכונות להתנדב לעזור לילדים, לקשישים ולאנשים עם מחלות נפש. שתי הקבוצות הראשונות מוצגות כמעין נקודת השוואה. בפריט הרביעי המרואיין נשאל האם הוא מעוניין לקבל מידע על מסגרות התנדבות לעזרה ל'חולי נפש'. הפריט החמישי והשישי שואלים לגבי נכונות לתמוך בהקמת מועדון חברתי לאנשים עם מחלות נפש בשכונה רחוקה מביתו מול בשכונה שלו. סולם התגובה: 1 (בהחלט מוכן) --- עד 5 (כלל לא מוכן).

## נספח 8: תופעות לוואי נתפסות של תרופות פסיכיאטריות

אילו תופעות לא רצויות יכולות להיות לתרופות פסיכיאטריות? \* \*\* (אחוז המשיבים שציינו כל אחת מהתופעות, מתוך 1570 משיבים)

התמכרות	7.9
תלות	3.9
החמרת המחלה	1.3
שינה ונמנום מרובים	16.7
אטיות	5.8
אדישות	3.3
ירידה בריכוז	6.0
ירידה בזיכרון	2.6
חולמנות וריחוף	0.4
השפעה על האישיות	5.9
אלימות	1.7
אי שקט וחוסר יכולת לישון	3.8
עצבנות	1.4
דיכאון, בכי, עצבות (התאבדות)	4.0
מצבי רוח משתנים	1.5
השמנה	7.0
תנועות לא רצוניות כגון: רעד, טיקים וכדומה	5.7
הקאות, בחילות, סחרחורת	1.7
פגיעה בתפקוד המיני	1.5
יובש בפה	1.4
אלרגיה (פריחות, גירודים)	0.7
חולשה	0.6
התקרחות + שיעור יתר	0.4
הזעה	0.1
נזק למערכת העיכול	4.1
פגיעה בבריאות הכללית	2.9
פגיעה בכבד	0.6
פגיעה במוח	0.5
פגיעה בלב	0.5

\*תחומי תוכן קרובים מופיעים בלוח בסמיכות

\*\*שכיחויות נמוכות מ-5% הן עם טעות דגימה יחסית מעל 11%

**נספח 9א: משיבים הסבורים שנכון (או נכון מאוד) שהאדם המתואר בווינייט מתאים לכל אחד מהתיאורים: השוואה בין מקבלי וינייט של אדם הסובל מסכיזופרניה לבין מקבלי וינייט של אדם מאושפז הסובל מסכיזופרניה (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

התיאור בווינייט: אדם הסובל מסכיזופרניה

האדם המתואר הוא :	p	Z	אשפוז (ללא איזכור)	ומאושפז
אדם רגיל	ns	.06	45	41
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	ns	.09	78	78
אדם הסובל מדיכאון	ns	.66	58	54
אדם עם בעיות נפשיות	ns	.30	88	87
אדם הסובל ממחלת נפש	ns	1.27	59	66

**נספח 9ב: משיבים הסבורים שנכון (או נכון מאוד) שהאדם המתואר בווינייט מתאים לכל אחד מהתיאורים: השוואה בין מקבלי וינייט של אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר, ובין מקבלי וינייט של אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר ועל רקע אירוע טראומטי (אחוזים ומבחן פרופורציות)**

התיאור בווינייט: אדם 'נורמלי' שאושפז בעבר

	p	Z	על רקע טראומטי	ללא ציון רקע
אדם רגיל	ns	1.37	84	77
אדם שעבר תקופות קשות בחיים	ns	0.06	91	90
אדם הסובל מדיכאון	ns	1.62	35	45
אדם עם בעיות נפשיות	* <.001	3.51	36	57
אדם הסובל ממחלת נפש	<.07	1.87	20	29

Cohen's d=.41 \*



**נספח 10: משיבים שצינו כל מאפיין של אדם עם מחלת נפש, בסך הכל ובנפרד לאנשים שקיבלו תיאור (וינייט) ואלו שלא קיבלו, בסדר שכיחות יורד (לפי הסדר בקרב משיבים שלא קיבלו וינייט) (אחוזים ומספרים מוחלטים)**

מספרים			אחוזים			סה"כ משיבים
ללא	עם	סה"כ	ללא	עם	סה"כ <sup>a</sup>	
וינייט	וינייט	סה"כ	וינייט <sup>b</sup>	וינייט <sup>b</sup>	סה"כ <sup>a</sup>	
713	706	1,419				
						התנהגות לא מותאמת-נורמטיבית -
218	225	443	31	32	31	רציונאלית, מוזר שונה, לא רגיל, פרוץ
134	106	240	19	15	17	דיבור (דיבור קולני, דיבור בלי גבולות) אלימות, תוקפנות, התפרצויות זעם, מתפרץ, אגרסיביות
126	127	252	18	18	18	מראה חיצוני, לבוש, מלוכלכים, הבעות פנים, מראה פנים
108	82	190	15	12	13	דיכאון, מצב רוח רע, עצב
82	93	175	11	13	12	חרדה, פחד
80	75	155	11	11	11	התנתקות, התבדלות, בריחה מהחברה, מתבודד, הסתגרות
78	84	162	11	12	11	התנהגות לא צפויה, חוסר עקביות, חוסר יציבות
70	57	127	10	8	9	עצבנות, חוסר סבלנות, לחץ-לחץ (מתח), היסטרי), מתלונן
66	59	125	9	8	9	מדבר שטויות, דיבור לא לעניין
59	68	127	8	10	9	תנועות, תנועות לא רצוניות, רעד, עוויתות
52	49	101	7	7	7	מצבי רוח משתנים, הפכפך, אי יציבות נפשית (חוסר איזון)
47	69	117	7	10	8	מחשבות שווא, הלוצינציות, הפרעות בחשיבה
44	37	81	6	5	6	חוסר ריכוז, ירידה בריכוז, חולמנות, בלבול (זיכרון)
43	33	76	6	5	5	מנותק מהמציאות, ריחוף
40	59	98	6	8	7	מבט, מבט בוהה לא ממוקד
35	39	74	5	6	5	איבוד שליטה, אימפולסיביות
33	29	62	5	4	4	שיפוט לא נכון של המציאות, שיקול דעת מוטעה
29	30	58	4	4	4	אי שקט, חוסר נוחות
29	31	60	4	4	4	הליכה (ישיבה)
28	17	45	4	2	3	אי כשירות, אי תפקוד
25	30	55	3	4	4	חוסר ביטחון, הערכה עצמית נמוכה
22	17	39	3	2	3	רגיש, אמיתי, טוב לב, חברותי
22	16	38	3	2	3	הפרעות בתקשורת
20	17	37	3	2	3	שקט, רגוע, ביישן
19	17	36	3	2	3	פגיעה עצמית (מקלל את עצמו, התאבדות)
18	7	25	3	1	2	מדבר לעצמו
16	37	53	2	5	4	פסיביות אפאתיות אדישות חוסר חיוניות
14	42	56	2	6	4	אטימות
14	10	25	2	1	2	דמיון (דמיון מפותח, דמיון פורה)
13	3	16	2	0	1	התמודדות של החולה (אי עמידה בלחץ, הכחשה)
12	9	21	2	1	1	חוסר אונים, תלות

(נספח 10 המשך)

מספרים			אחוזים			
ללא	עם	סה"כ	ללא	עם	סה"כ <sup>a</sup>	
ויניט	ויניט		ויניט <sup>b</sup>	ויניט <sup>b</sup>		
12	12	24	2	2	2	נידוי, דחיה
11	7	17	2	1	1	חולי, חולשה
11	17	28	2	2	2	בדידות
11	8	19	2	1	1	אובססיות
10	13	23	1	2	2	אין הבדל בין חולה לאדם רגיל
10	6	16	1	1	1	אופי, אישיות
						אדם שהיה אדם רגיל, שסבל בילדות,
9	18	28	1	3	2	שעבר משברים
9	8	18	1	1	1	חוסר מודעות עצמית
8	6	13	1	1	1	היפראקטיביות
8	6	14	1	1	1	ישנוניות, עייפות
8	9	16	1	1	1	נדודי שינה
7	4	11	1	1	1	חוסר אמון באחרים
7	12	19	1	2	1	מסכן (אנשים שזקוקים לעזרה)
7	4	11	1	1	1	פיגור שכלי
6	10	16	1	1	1	לא שפוי
6	8	14	1	1	1	כעס
6	4	10	1	1	1	התקפים
6	1	7	1	0	0	מודעות עצמית גבוהה
6	6	12	1	1	1	בעיות אכילה
6	4	10	1	1	1	אגוצנטריות (גאוה מופרזת)
5	7	12	1	1	1	בכי
5	3	7	1	0	1	סכיזופרניה
4	14	18	1	2	1	דואג
4	6	10	1	1	1	סבל
4	4	9	1	1	1	מצב כלכלי קשה
4	4	8	1	1	1	לוקחים תרופות + תופעות לוואי
3	8	11	0	1	1	מחשבות רעות, מסוכנות
3	7	10	0	1	1	תורשה (חוסר איזון כימי במוח)
2	2	5	0	0	0	פיצול אישיות
2		2	0		0	עישון, סמים, אלכוהול
1	5	6	0	1	0	איטיות

<sup>a</sup> אחוזים מתחת ל-5% הם בעלי טעות דגימה יחסית מעל 11%<sup>b</sup> אחוזים מתחת ל-5% הם בעלי טעות דגימה יחסית מעל 15%

**נספח 11: משיבים שצינו כל מאפיין של אדם עם מחלת נפש, בסך הכל ובנפרד  
לאנשים שקיבלו תיאור (ויניט) ואלו שלא קיבלו לפי הקבצה לנושאים  
(אחוזים ומספרים מוחלטים)**

מספרים			אחוזים			סה"כ <sup>a</sup>
ללא	עם	סה"כ	ללא	עם	ויניט <sup>b</sup>	
ויניט	ויניט	סה"כ	ויניט <sup>b</sup>	ויניט <sup>b</sup>	סה"כ <sup>a</sup>	
<b>713</b>	<b>706</b>	<b>1,419</b>				<b>סה"כ משיבים</b>
<b>376</b>	<b>365</b>	<b>741</b>	<b>53</b>	<b>52</b>	<b>52</b>	<b>1.00 התנהגות חיצונית חריגה</b>
35	39	74	5	6	5	מבט, מבט בוהה לא ממוקד
134	106	240	19	15	17	דיבור (דיבור קולני, דיבור בלי גבולות)
						מראה חיצוני, לבוש, מלוכלכים, הבעות
108	82	190	15	12	13	פנים, מראה פנים
52	49	101	7	7	7	תנועות, תנועות לא רצוניות, רעד, עוויתות
28	17	45	4	2	3	הליכה (ישיבה)
						התנהגות לא מותאמת-נורמטיבית-
218	225	443	31	32	31	רציונאלית, מוזר שונה, לא רגיל, פרוע
16	37	53	2	5	4	מדבר לעצמו
59	68	127	8	10	9	מדבר שטויות, דיבור לא לעניין
<b>150</b>	<b>149</b>	<b>299</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>2.00 קשר עם המציאות</b>
40	59	98	6	8	7	מנותק מהמציאות, ריחוף
						מחשבות שוא, הלוצינציות, הפרעות
44	37	81	6	5	6	בחשיבה
						חוסר ריכוז, ירידה בריכוז, חולמנות,
43	33	76	6	5	5	בלבול (זיכרון)
20	17	37	3	2	3	הפרעות בתקשורת
						שיפוט לא נכון של המציאות, שיקול
29	30	58	4	4	4	דעת מוטעה
<b>140</b>	<b>138</b>	<b>278</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>3.00 התנהגות לא צפויה</b>
33	29	62	5	4	4	איבוד שליטה, אימפולסיביות
						התנהגות לא צפויה, חוסר עקביות,
70	57	127	10	8	9	חוסר יציבות
						מצבי רוח משתנים, הפכפך, אי יציבות
47	69	117	7	10	8	נפשית (חוסר איזון)
<b>98</b>	<b>89</b>	<b>187</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>4.00 עצבנות, אי שקט</b>
8	6	13	1	1	1	היפראקטיביות
						עצבנות, חוסר סבלנות, לחץ-לחץ
66	59	125	9	8	9	(מתח, היסטרי), מתלונן
29	31	60	4	4	4	אי שקט, חוסר נוחות
<b>137</b>	<b>142</b>	<b>278</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>5.00 אלימות</b>
						אלימות, תוקפנות, התפרצויות זעם,
126	127	252	18	18	18	מתפרץ, אגרסיביות
6	8	14	1	1	1	כעס
6	4	10	1	1	1	התקפים
3	8	11	0	1	1	מחשבות רעות, מסוכנות

מספרים			אחוזים			סה"כ <sup>a</sup>	
ללא	עם	סה"כ	ללא	עם	ויניט <sup>b</sup>		
ויניט	ויניט		ויניט <sup>b</sup>	ויניט <sup>b</sup>			
<b>153</b>	<b>167</b>	<b>320</b>	<b>21</b>	<b>24</b>	<b>23</b>		<b>6.00 דיכאון, פחד</b>
5	7	12	1	1	1		בכי
82	93	175	11	13	12		דיכאון, מצב רוח רע, עצב
80	75	155	11	11	11		חרדה, פחד
22	17	39	3	2	3		חוסר ביטחון, הערכה עצמית נמוכה
<b>77</b>	<b>96</b>	<b>173</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>12</b>		<b>7.00 איטיות ופסיביות וחולשה</b>
							פסיביות אפאתיות אדישות חוסר
14	42	56	2	6	4		חיוניות אטימות
1	5	6	0	1	0		איטיות
8	6	14	1	1	1		ישנוניות, עייפות
25	30	55	3	4	4		אי כשירות, אי תפקוד
12	9	21	2	1	1		חוסר אונים, תלות
11	7	17	2	1	1		חולי, חולשה
							התמודדות של החולה (אי עמידה
13	3	16	2	0	1		בלחץ, הכחשה)
<b>101</b>	<b>111</b>	<b>212</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>15</b>		<b>8.00 קשר/חוסר קשר עם החברה</b>
							התנתקות, התבדלות, בריחה מהחברה,
78	84	162	11	12	11		מתבודד, הסתגרות
7	4	11	1	1	1		חוסר אמון באחרים
12	12	24	2	2	2		נידוי, דחיה
11	17	28	2	2	2		בדידות
<b>20</b>	<b>34</b>	<b>54</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>4</b>		<b>9.00 ביטויי אמפטיה/רחמים כלפי</b>
							החולה
4	14	18	1	2	1		דואג
4	6	10	1	1	1		סבל
7	12	19	1	2	1		מסכן (אנשים שזקוקים לעזרה)
4	4	9	1	1	1		מצב כלכלי קשה
<b>55</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>7</b>		<b>10.00 התייחסויות חיוביות</b>
14	10	25	2	1	2		דמיון (דמיון מפותח, דמיון פורה)
22	16	38	3	2	3		רגיש, אמיתי, טוב לב, חברותי
6	1	7	1	0	0		מודעות עצמית גבוהה
19	17	36	3	2	3		שקט, רגוע, ביישן
<b>19</b>	<b>31</b>	<b>50</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>		<b>11.00 נורמטיביות</b>
							אדם שהיה אדם רגיל, שסבל בילדות,
9	18	28	1	3	2		שעבר משברים
10	13	23	1	2	2		אין הבדל בין חולה לאדם רגיל

(נספח 11 המשך)

מספרים			אחוזים			סה"כ
עם	ללא	סה"כ	עם	ללא	סה"כ <sup>a</sup>	
וינייט	וינייט	סה"כ	וינייט <sup>b</sup>	וינייט <sup>b</sup>	סה"כ <sup>a</sup>	סה"כ
713	706	1,419	100	100	100	
53	37	90	7	5	6	<b>12.00 אבחנות/כותרות</b>
18	7	25	3	1	2	פגיעה עצמית (מקלל את עצמו, התאבדות)
11	8	19	2	1	1	אובססיות
5	3	7	1	0	1	סכיזופרניה
8	9	16	1	1	1	נדודי שינה
6	6	12	1	1	1	בעיות אכילה
2	2	5	0	0	0	פיצול אישיות
6	4	10	1	1	1	אגוצנטריות (גאווה מופרזת)
42	38	80	6	5	6	<b>13.00 אחר</b>
7	4	11	1	1	1	פיגור שכלי
9	8	18	1	1	1	חוסר מודעות עצמית
4	4	8	1	1	1	לוקחים תרופות + תופעות לוואי
2		2	0		0	עישון, סמים, אלכוהול
10	6	16	1	1	1	אופי, אישיות
6	10	16	1	1	1	לא שפוי
3	7	10	0	1	1	תורשה (חוסר איזון כימי במוח)

הערה: השורות המובלטות מציינות את מספר ואחוז המשיבים שציינו לפחות אחד האפיונים הכלולים בתוך אותה קטגוריה. מאחר שאדם יכול היה לציין יותר מאשר איפיון אחד הכלול בתוך אותה קטגוריה, הרי שסכום המספרים בתת הקטגוריות, הינו לעיתים גבוה מאשר המספר בקטגוריה הכוללת (המקובצת). במצבים שבהם שסכום המספרים בתת הקטגוריות, הינו קטן מאשר המספר בקטגוריה הכוללת, מדובר על פערים זניחים הנובעים מעיגול הממצאים.

<sup>a</sup> אחוזים מתחת ל-5% הם בעלי טעות דגימה יחסית מעל 11%

<sup>b</sup> אחוזים מתחת ל-5% הם בעלי טעות דגימה יחסית מעל 15%

**נספח 12: מידת הנכונות להתנדבות, לקבלת חומר ולהקמת מועדון חברתי (אחוזים)\***  
(N=1,582)

סה"כ	בהחלט מוכן	חושב שמוכן	לא יודע אם מוכן או לא	חושב שלא מוכן	כלל לא מוכן
1. האם אתה מוכן להתנדב לעזור לילדים?	100	51	36	2	7
2. האם אתה מוכן להתנדב לעזור לקשישים?	100	38	34	2	18
3. האם אתה מוכן להתנדב לעזור לאנשים עם מחלות נפש?	100	31	36	4	18
4. האם אתה מסכים שישלח לך מידע על מסגרות התנדבות שונות לעזרה ל"חולי נפש"?	100	24	29	5	21
5. האם תתמוך בהקמת מועדון חברתי לאנשים עם מחלות נפש בשכונה רחוקה מביתך?	100	55	33	3	5
6. האם תתמוך בהקמת מועדון בשכונה שלך?	100	42	32	4	13

\* אחוזים מתחת ל-10% הם עם טעות דגימה יחסית גבוהה מ-8%.

**נספח 13: מידת הקבלה בין תגובה לשאלות גלויות לעומת סמויות של אפליה, על פי מיקום מעל או מתחת לחציון בכל פריט (אחוזים)**

המשפט ה"גלוי" ומתחתיו המשפט ה"סמוי"	סה"כ במספרים מוחלטים	סה"כ באחוזים	גבוהים בגלוי וגבוהים בסמוי	גבוהים בגלוי ונמוכים בסמוי	נמוכים בגלוי ונמוכים בסמוי
לא מוכן שמישהו שיש לו מחלת נפש יהיה שכן שלך	696	100	21	11	22
אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי	696	100	21	11	22
לא מוכן להיות ידיד של מישהו שיש לו מחלת נפש	722	100	27	40	4
לא הייתי רוצה קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר איתו	722	100	27	40	4
לא מוכן שמישהו שיש לו מחלת נפש יסיע את הילדים שלך לבית הספר	697	100	50	19	10
לא הייתי רוצה שאדם עם מחלת נפש יהיה נהג אוטובוס כי זה מסוכן	697	100	50	19	10
לא מוכן להמשיך להיות חבר קרוב של מישהו שיש לו מחלת נפש, חבר שאותה מספרת לו הכל	737	100	27	11	23
הייתי מוכן לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא הייתי רוצה להיות חבר שלו	737	100	27	11	23
לא מוכן להעסיק מישהו שיש לו מחלת נפש	642	100	38	15	22
אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות	642	100	38	15	22

**נספח 14: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול נפשי פרטי ובקרב המעדיפים טיפול נפשי בקופת החולים במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה\***

קופת חולים				פרטי				
השוואה <sup>d</sup> N=186		חרדים <sup>c</sup> N=19		השוואה <sup>b</sup> N=717		חרדים <sup>a</sup> N=196		
%	N	%	N	%	N	%	N	
4	8	5	1	17	119	5	10	1. טיפול מהיר יותר (צריך לחכות פחות זמן עד התור)**
38	71	26	5	46	332	49	95	2. טיפול טוב יותר- רמה מקצועית גבוהה יותר
6	10	0	0	34	241	37	73	3. לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב
17	31	16	3	3	21	1	2	4. יש פיקוח על הטיפול ואיכותו
7	12	11	2	11	80	11	21	5. אפשר לבחור את הרופא שרוצים
0	0	5	1	21	151	25	48	6. יותר שמירה על סודיות
3	6	0	0	4	25	0	0	7. בירוקרטיה
9	16	11	2	1	5	0	0	8. קרוב יותר / קל יותר להגיע
27	50	32	6	0	0	0	0	9. הרגל/ חוסר היכרות עם טיפול פרטי/ חבר בקופת חולים

\* חושבו הבדלים בין פרופורציות. מבחני Z אינם מדווחים כאן מאחר ולא הגיעו לרמת מובהקות, או שכאשר הגיעו, היה מדובר באחוזים מאוד נמוכים וממילא בגודל אפקט קטן מ-0.20. Cohen's d =.

\*\* כאן נמצא הבדל בין החרדים למדגם ההשוואה וזאת לגבי הטיפול הפרטי,  $Z=4.09$ ,  $p<.01$ , Cohen's  $d=.27$ .

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-23%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-11%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-69%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-22%

## נספח 15: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול במרפאה ייחודית או במרפאה, במדגם החרדי ובמדגם היהודי הלא חרדי

מרפאה משולבת							מרפאה ייחודית							
			מדגם השוואה <sup>d</sup> N=361		מדגם חרדי <sup>c</sup> N=88					מדגם השוואה <sup>b</sup> N=520		מדגם חרדי <sup>a</sup> N=142		
Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	
.27	2.81	<.005	18	64	6	5	.24	3.07	.002	79	412	68	96	איכות הטיפול
			1	3		0				2	9		0	1. טיפול מהיר יותר (צריך לחכות פחות זמן עד התור)
			11	38	5	4				71	368	63	90	2. טיפול טוב יותר- רמה מקצועית גבוהה יותר
			2	7		0				6	30	5	7	3. לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב
			5	18	1	1				9	44	4	6	4. יש פיקוח מקצועי על הטיפול ואיכותו
.44	4.56	<.001	34	122	60	53	.28	3.58	<.003	21	108	35	50	סודיות
			14	52	19	17				15	77	24	34	6. יותר שמירה על סודיות ופרטיות
			21	75	49	43				4	21	4	6	10. כדי שלא ידעו שבאתי לטיפול נפשי (הסתרה)
			2	5		0				4	19	9	12	11. יש פחות סיכוי להיתקל באנשים אחרים שאני מכיר



(נספח 15 המשך)

מרפאה משולבת							מרפאה ייחודית						
			מדגם השוואה N=361		מדגם חרדי N=88					מדגם השוואה N=520		מדגם חרדי N=142	
Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	Cohen's d	Z	p	%	n	%	n
.32	3.35	<0.001	42	152	23	20		0.66	ns	2	12	1	2
רופאים													
5. אפשר לבחור את המטפל שרוצים													
			4	15	3	3				2	8	1	1
12. כך ניתן להיעזר גם ברופאים נוספים													
			38	138	19	17				1	5	1	1
נחות													
	0.15	ns	12	43	13	11	.14	1.83	<0.07	2	12		0
			1	3	1	1				<1	1		0
			1	4		0				<1	2		0
			4	16	3	3				1	3		0
13. תחושה – מרתיע מול פחות מרתיע													
			6	23	8	7				1	6		0

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-25%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-13%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-32%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-16%

**נספח 16 : סיבות להעדפת אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי או בבית חולים פסיכיאטרי במדגם החרדי ובמדגם היהודי הלא חרדי**

אשפוז בבי"ח פסיכיאטרי							אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבי"ח כללי						
			מדגם השוואה <sup>d</sup> N=255		מדגם חרדי <sup>c</sup> N=66					מדגם השוואה <sup>b</sup> N =501		מדגם חרדי <sup>a</sup> N=126	
Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	Cohen's d	Z	p	%	n	%	n
<b>.28</b>	<b>2.45</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>91</b>	<b>232</b>	<b>80</b>	<b>53</b>	<b>.21</b>	<b>2.56</b>	<b>&lt;01.</b>	<b>26</b>	<b>130</b>	<b>15</b>	<b>19</b>
			88	223	80	53				14	70	6	8
			5	12	2	1				13	65	10	13
<b>.29</b>	<b>2.61</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>11</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>.28</b>	<b>3.47</b>	<b>&lt;001.</b>	<b>36</b>	<b>178</b>	<b>52</b>	<b>66</b>
			1	3	6	4				26	132	47	59
			9	23	18	12				1	5	3	4
			<1	1		0				9	43	3	4

- איכות הטיפול**
1. טיפול טוב יותר
4. אפשרות לקבל גם טיפול רפואי גופני טוב יותר
- סודיות / סטיגמה**
2. כדי שלא ידעו על האשפוז הפסיכיאטרי (הסתרה)
3. יש פחות סיכוי להיתקל באנשים אחרים שאני מכיר
13. שם רע (אדם שאושפז בבי"ח פסיכיאטרי מכתים את שמו)- סטיגמה

(המשך נספח 16 )

אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בב"ח כללי							אשפוז בב"ח פסיכיאטרי						
			מדגם חרדי <sup>a</sup> N=126		מדגם השוואה <sup>b</sup> N =501					מדגם חרדי <sup>c</sup> N=66		מדגם השוואה <sup>d</sup> N=255	
			%	n	%	n				%	n		
נחות	Cohen's d	Z	p										
אחר													

\*ישנן תשובות לפיהן מחלקה פסיכיאטרית בב"ח כללי נתפסת כמחלקה פתוחה בעוד שב"ח פסיכיאטרי נתפס כמקום סגור

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-27%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-13%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-37%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-19%

**נספח 17: סיבות להעדפת הוסטל בקרבת מקום או הוסטל מרוחק, במדגם החרדי ובמדגם הלא חרדי\***

העדיפו הוסטל במקום מרוחק							העדיפו הוסטל בקרבת מקום						
			מדגם השוואה <sup>d</sup> N=176		מדגם חרדי <sup>c</sup> N=100					מדגם השוואה <sup>b</sup> N=910		מדגם חרדי <sup>a</sup> N=143	
Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	Cohen's d	Z	P	%	n	%	n
.61	4.86	<.001	69	121	94	94				<1	2	0	0
			14	24	10	10				<1	2	1	1
			<1	1	1	1				79	717	79	113
			0	0		0				24	215	25	36
			1	1		0	.15	2.48	<.02	22	204	13	19
			4	7		0				<1	1	0	0
			15	26	2	2				<1	1	0	0
				0		0							
			7	12	2	2				<1	2	1	1
				0		0					0	0	0
										2	20	3	4

\* חושבו הבדלים בין פרופורציות. מבחני Z מדווחים כאן רק כאשר היו מובהקים ובעלי גודל אפקט סביר.

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-25%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-10%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-30%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-23%

**נספח 18: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול נפשי פרטי ובקרב המעדיפים טיפול נפשי בקופת חולים, ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים (מספרים ואחוזים)**

קופת חולים							פרטי						
Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים <sup>d</sup> N=219		יישובים ערביים <sup>c</sup> N=117		Cohen's d	Z	p	יישובים לא ערביים <sup>b</sup> N=810		יישובים ערביים <sup>a</sup> N=170	
			%	n	%	n				%	n	%	n
.25	2.26	<.03	4	10	11	13				16	127	13	22
.23	2.10	<.03	37	81	26	30	.12	1.86	<.07	46	375	54	92
.22	1.98	<.05	7	16	13	15	.32	4.98	<.001	34	276	15	25
			18	38	9	11				3	23	1	2
			7	14	6	7	.17	2.70	<.01	11	88	4	7
			0.6	1	-	-	.26	4.04	<.001	21	169	35	60
.24	2.17	<.03	3	6	2	2				3	25	0.6	1
			8	17	15	18				0.6	5	-	-
			27	59	32	37						-	-

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-23%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-11%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-28%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-20%

## נספח 19: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול במרפאה ייחודית או במרפאה משולבת, ביישובים ערביים ולא ערביים

מרפאה משולבת (נפשי ולא נפשי)							מרפאה ייחודית						
Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה <sup>d</sup> N=425		יישובים ערביים <sup>c</sup> N=98		Cohen's d	Z	p	מדגם השוואה <sup>b</sup> N=593		יישובים ערביים <sup>a</sup> N=178	
			%	n	%	n				%	n	%	n
.20	2.29	<0.03	17	74	28	27	.45	6.13	<.001	79	467	56	99
												<b>איכות הטיפול</b>	
												1. טיפול מהיר יותר (צריך לחכות פחות זמן עד התור)	
			1	4	5	5				2	11	6	11
												2. טיפול טוב יותר- רמה מקצועית גבוהה יותר	
			11	47	20	20				68	415	49	92
												3. לרופא יותר אכפת, יותר תשומת לב	
			2	8	6	6				6	38	3	6
												4. יש פיקוח מקצועי על הטיפול ואיכותו	
			4	18		0				8	46	1	1
.24	2.75	<0.01	31	133	17	17	.49	6.57	<0.001	22	128	47	83
												<b>סודיות</b>	
												6. יותר שמירה על סודיות ופרטיות	
			13	56	7	7				15	89	42	74
												10. כדי שלא ידעו שבאתי לטיפול נפשי (הסתרה)	
			20	83	10	10				4	25	2	4
												11. יש פחות סיכוי להיתקל באנשים אחרים שאני מכיר	
			1	5	2	2				4	24	4	7

(נספח 19 המשך)

מרפאה משולבת (נפשי ולא נפשי)							מרפאה ייחודית לברה"נ						
			מרבית השוואה							מרבית השוואה			
			<sup>d</sup> N=425							<sup>b</sup> N=593			
			<sup>c</sup> N=98							<sup>a</sup> N=178			
Cohen's	Z	p	%	n	%	n	Cohen's	Z	p	%	n	%	n
.13	1.48	ns	44	186	52	51	0.53	ns		2	14	2	3
			5	21	2	2				2	10	1	2
			39	167	50	49				1	5	1	1
	0.34	ns	12	53	11	11	0.29	ns		2	12	2	3
			1	4		0				<1	1	1	1
			1	4	2	2				<1	2		0
			4	19	9	9				1	3	1	1
			7	29		0				1	6	1	1

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-22%  
b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-12%  
c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-30%  
d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-15%

**נספח 20: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי אשפוז פסיכיאטרי בבית חולים כללי לעומת אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי ביישובים ערביים וביישובים לא ערביים**

אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי								אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי							
			יישובים לא ערביים <sup>d</sup> N=293		יישובים ערביים <sup>c</sup> N=96		Cohen's				יישובים לא ערביים <sup>b</sup> N=573		יישובים ערביים <sup>a</sup> N=169		
Cohen's	Z	p	%	n	%	n		d	Z	P	%	n	%	n	
.27	2.64	<0.01	92	269	82	79	.16	2.21	<.003		26	147	34	58	<b>איכות הטיפול</b>
			92	269	82	79					14	79	27	45	1. טיפול טוב יותר
															4. אפשרות לקבל גם טיפול
			4	12		0					13	73	11	18	רפואי גופני טוב יותר
.19	1.84	ns	11	31	18	17		1.03	ns		36	209	41	69	<b>סודיות/סטיגמה</b>
															2. כדי שלא ידעו על
			1	4	4	4					27	156	37	62	האשפוז הפסיכיאטרי
															(הסתרה)
			9	26	16	15					2	9	5	8	3. יש פחות סיכוי להיתקל
															באנשים אחרים שאני
															מכיר
															13. שם רע (אדם שאושפז
															בבית חולים
			1	1		0					8	45	1	2	פסיכיאטרי מכתים את
															שמו)-סטיגמה
1.18		ns	1	2	2	2		0.01	ns		33	190	33	56	<b>נוחות</b>
															7. סביבה (אווירה, מחסום
															פסיכולוגי ("הרגשה יותר
			1	2	2	2					31	177	27	46	טובה כשאין רק 'חולי
				0		0					1	7	4	7	נפשי' בסביבה"
				0		0					1	4	2	3	8. מקום מוכר יותר (נוח)
															9. קרבה גיאוגרפית, נגישות
				0		0					1	3		0	10. סביבה פיזית, תנאים
															לא טובים



**(נספח 20 המשך)**

אשפוז במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי							אשפוז בבית חולים פסיכיאטרי						
			יישובים לא ערביים <sup>d</sup> N=293		יישובים ערביים <sup>c</sup> N=96					יישובים לא ערביים <sup>b</sup> N=573		יישובים ערביים <sup>a</sup> N=169	
Cohen's	Z	p	%	n	%	n	Cohen's	Z	p	%	n	%	n
<b>0.83</b>		<b>ns</b>	<b>&lt;1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>.22</b>	<b>3.04</b>	<b>&lt;0.01</b>	<b>10</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
				0	1	1				2	11	1	2
				0		0				3	16		0
			<1	1		0				1	7	1	2
				0		0				5	26	1	1

\* יש תשובות לפיהן מחלקה פסיכיאטרית בבית חולים כללי נתפסת כמחלקה פתוחה בעוד שבית חולים פסיכיאטרי נתפס כמקום סגור

- a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-23%
- b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-13%
- c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-31%
- d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-18%

## נספח 21: סיבות להעדפות בקרב מעדיפי הוסטל בקרבת מקום לעומת הוסטל מרוחק, ביישובים ערביים ולא ערביים

העדיפו הוסטל במקום מרוחק							העדיפו הוסטל בקרבת מקום							
			יישובים לא ערביים <sup>d</sup> N=219		יישובים ערביים <sup>c</sup> N=108					יישובים לא ערביים <sup>b</sup> N=1,005		יישובים ערביים <sup>a</sup> N=199		
Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	Cohen's d	Z	p	%	n	%	n	
.39	3.43	<.001	70	154	51	55				0.2	2	-	-	1. שאחרים לא ידעו (בושה)
.42	3.69	<.001	14	31	32	34				0.4	4	-	-	2. שאחרים לא יציקו ויתנכלו
			1	3	0.9	1	.13	2.29	<.03	79	792	86	171	3. אפשרות ביקור קלה יותר
				-		-				23	234	21	41	4. למשפחה יש אפשרות לפקח
			0.4	1		-	.17	2.90	<.004	22	223	13	26	5. מכיר את האזור/ מתמצא בו
			4	8	5	5				0.1	1	-	-	7. ניתוק טוב בשבילי
			13	28	7	8				0.1	1	-	-	8. ניתוק טוב בשבילו (בשביל החולה)
				-		-				0.2	2	0.5	1	9. לא להתנתק
			6	14	12	13					-	-	-	10. שינוי אווירה לחולה
				-		-				2	23	4	7	11. קרבה ותמיכה לחולה

a בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-21%

b בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-9%

c בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-29%

d בעמודה זו אחוזים מתחת ל-10% הם בעלי טעות דגימה יחסית הגבוהה מ-20%