



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

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 אלקרינאווי, 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 מאירס-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 למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, גבעת הג'וינט, ת"ד 3886, ירושלים 91037, טל' 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: 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 וטיפול 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, שיטת 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 פרופורציית 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 שמשקף 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 "הנורמלים" 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

מערב 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 בעברו. 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 מישהו 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 מודדים 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 והטיפולים 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.

מועלים 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 (בפעול או עתידיים); משכירי דירות ומעסיקים פוטנציאליים.

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. מטרת 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	10. התבטאות הסטיגמה בממדים שונים
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	11. התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי משתני רקע ומשתני תפיסות
	11.1 התייחסות לאנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות לפי מגדר, גיל, השכלה וקשר קודם
67	
76	11.2 התייחסות לאנשים שחלו, לפי חדירת גבולות ונראות נתפסות
79	11.3 קשרים בין משתנים
90	12. ממצאים במגזר החרדי
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	13. ממצאים ביישובים ערביים
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	14. כיווני פעולה להתערבויות
124	14.1 ההתייחסות לאנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית
134	14.2 פניית הציבור לטיפול נפשי
137	ביבליוגרפיה
148	נספחים

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

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

- 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
- 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
- 159
- נספח 10 : משיבים שציינו 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)
- 160
- נספח 11 : משיבים שציינו כל מאפיין של אדם עם מחלת נפש, בסך הכל ובנפרד לאנשים שקיבלו תיאור (וינייט) ואלו שלא קיבלו, לפי הקבצה לנושאים
- 162
- 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
- 165
- נספח 14 : סיבות להעדפות בקרב מעדיפי טיפול נפשי פרטי ובקרב המעדיפים טיפול נפשי בקופת החולים במדגם החרדי ובמדגם ההשוואה
- 166

- 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