



סקר לאומי מתמשך בקרב
האוכלוסייה הבוגרת בישראל

בריאות הנפש בתקופת מלחמת "חרבות ברזל"

תוצאות המדידות בשלוש נקודות זמן

הדר סמואל¹, סיגל סידליק אלון², ינאי גורליק¹, דנה צור ביתן², ירדן לוינסקי², וצ'סלב קונסטנטינוב¹, רעות אוחנה², רן בליצר² מ-240-25

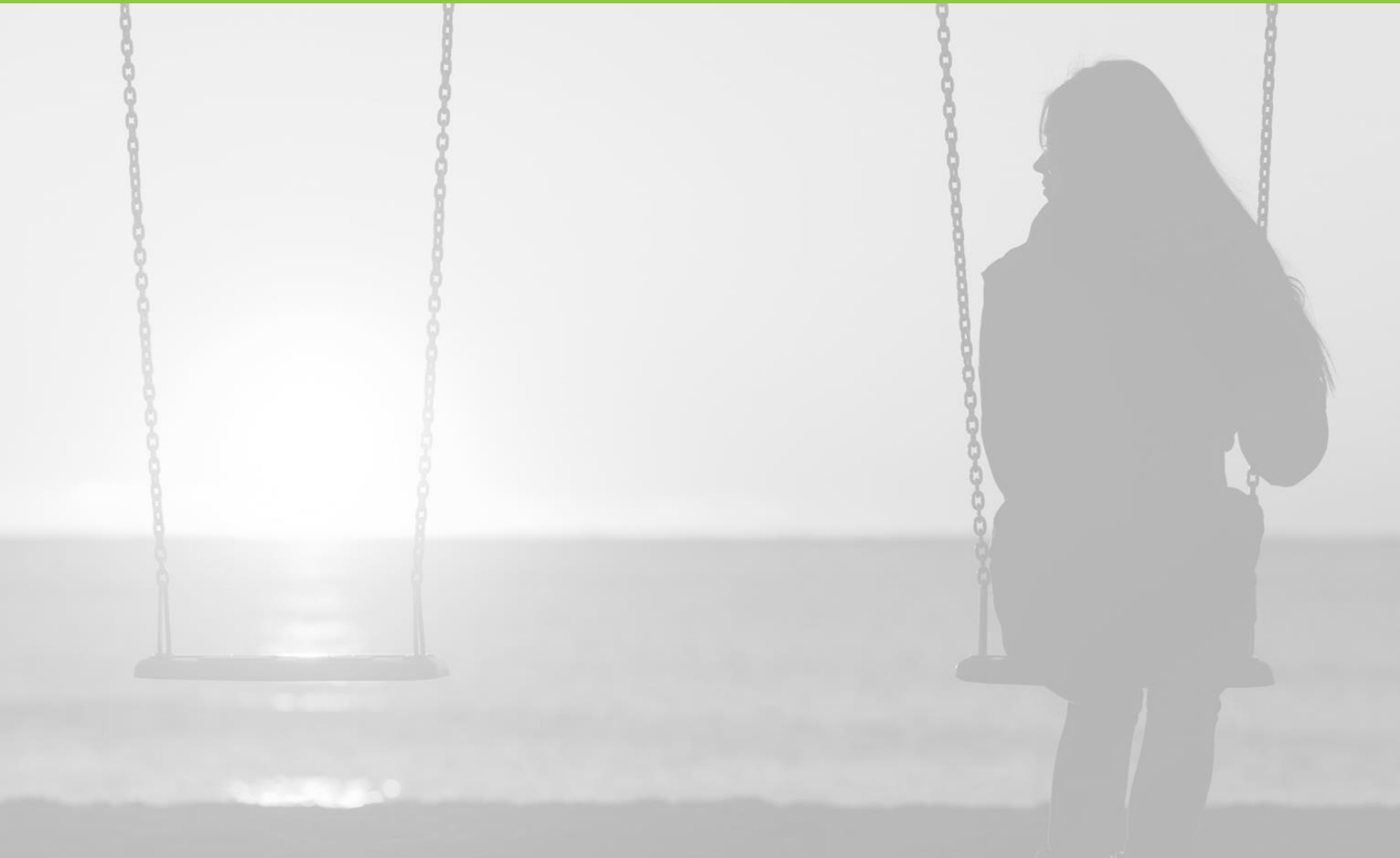
מאירס ג'וינט
ברוקדייל 

כללית 
מכון כללית למחקר

פרויקט לאומי-מחקרי משותף של:

¹ מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל

² שירותי בריאות כללית



מבוא



רקע

פרוץ מלחמת "חרבות ברזל", המעבר למצב חירום מתמשך והיקפה הנרחב של הטראומה האישית והלאומית הגדילו מאוד את הצורך בטיפול נפשי.

כדי להיערך למתן שירות מותאם לצורכי האוכלוסייה ולהתאים את סוג ההתערבויות הדרושות ואת היקפן, היה צורך להעריך את היקף המצוקה לאורך זמן, לזהות אוכלוסיות בסיכון ולמפות את דפוסי הפנייה לקבלת טיפול.

שיעורי היארעות של תסמיני בריאות נפש

במחקרי עבר דווחו בישראל שיעורי PTSD של 9% (Ben-
Ezra et al., 2018; Bleich et al., 2006), ושיעורי דיכאון
וחרדה של כ-10% (Levinson et al., 2007), משרד
הבריאות, 2012)

מחקרים שנערכו בישראל לאחר השבעה באוקטובר
מעריכים את שיעורי הסובלים מ-PTSD בין 20% (Feingold
et al., 2024) ל-44% (Amsalem et al., 2024), ואת
שיעורי הסובלים מחרדה ומדיכאון בכ-35% (שם).

עם זאת, יש לציין כי תסמיני בריאות הנפש כשלעצמם אינם
מהווים אבחנה וכי לא כל מי שמפגין תסמינים יאובחן כמי
שסובל מהפרעה קלינית.



מטרות

לזהות את הגורמים הקשורים
לפיתוח תסמינים חמורים ולהיעלמותם

לבחון את הדפוסים של
פנייה לטיפול ושל קבלתו
בפועל לאורך זמן



להעריך את שיעור
הסובלים מתסמיני
דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה
בשלוש נקודות זמן מראשית מלחמת
"חרבות ברזל", לאפיין את השינויים
בשיעורים אלו ואת מידת הפגיעה
בתפקוד חוצי הסף

שיטה^א



כלי המחקר

PCL5, PHQ9, GAD7,
WSAS (רק ב-T3), וכן שאלות
על חשיפה לאירועי המלחמה,
יכולת להתמודד, היסטוריית
בריאות נפש, דפוסי פנייה
לטיפול וקבלתו



שקלול

לפי מקום מגורים,
קבוצת אוכלוסייה,
גיל ומגדר



איסוף הנתונים

באמצעות חברת פאנל.
בוצעה מדידה בשלוש נקודות
זמן: T1 (ינואר 24), T2 (מאי
24) ו-T3 (אוקטובר 24)



האוכלוסייה

מדגם מייצג של 2,000 משיבים +
מדגם נוחות של 686 משיבים
מיישובי קו העימות
(צפון ודרום)



מערך המחקר

מחקרי חתך באמצעות
סקר אינטרנטי
למילוי עצמי

מלחמת חרבות ברזל: ציר הזמן



השוואות במוקד המחקר



לפי קבוצת אוכלוסייה:
יהודים וערבים



לפי היכולת להתמודד
עם המצב



לפי מידת החשיפה
לאירועי המלחמה



המשתנים במחקר

תסמיני דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה

הערכת רמות הדיכאון, החרדה ותסמיני פוסט טראומה נעשתה באמצעות שלושה שאלונים מתוקפים: PHQ9, GAD7, ו-PCL5 בהתאמה. חשוב לציין כי שאלוני המחקר משמשים אנשי מקצוע אך אינם מחליפים אבחון מקצועי.
חציית סף קליני הוגדרה כך:

פוסט-טראומה:

- סף בינוני: $PCL5 \geq 33$
- סף גבוה: $PCL5 \geq 38$

תסמיני חרדה:

- סף בינוני: $GAD7 \geq 10$
- סף גבוה: $GAD7 \geq 15$

תסמיני דיכאון:

- סף בינוני: $PHQ9 \geq 10$
- סף גבוה: $PHQ9 \geq 15$
- סף גבוה מאוד: $PHQ9 \geq 20$

השפעת המצב הנפשי על התפקוד בחיי היום-יום

שאלון WSAS (Work and Social Adjustment Scale) – נוסף לשאלון ב-T3

- השאלון בוחן את המידה שבה התפקוד בחמישה היבטים בחיי היום-יום נפגע בשל המצב הנפשי:
 - בעבודה
 - בפעילות פנאי חברתית
 - בפעילות פנאי שנעשית לבד
 - בבית
 - בשמירה על קשרים קרובים
- השאלון תורגם. בדיקת התוקף הפנימי – אלפא של קרונברך = 0.952
- הציון הכולל מתחלק לשלוש רמות:
 - ציון 0-9 – תת-קליני
 - ציון 10-19 – פגיעה בינונית בתפקוד
 - ציון 20 ויותר – פגיעה חמורה בתפקוד

חשיפה לאירועי המלחמה

חשיפה אישית בעצימות גבוהה - נוכחות ביישוב או במסיבה בעת חדירת מחבלים ו/או מוות, חטיפה או היעדרות של אדם קרוב

חשיפה אישית בעצימות נמוכה – נוכחות בעת נפילת טילים ו/או אדם קרוב בשירות צבאי באזור סיכון

חשיפה עקיפה דרך המדיה – לתוכן ותיעוד קשה של הטבח בעוטף עזה ושל אירועי המלחמה



הערכת היכולת להתמודד עם המצב

היכולת להתמודד עם המצב נמדדה באמצעות השאלה: "עד כמה אתה מסוגל להתמודד עם המצב, בהינתן התמיכה העומדת לרשותך מן הקהילה ומן המשפחה המורחבת?"
התשובות ניתנו על סולם הנע מ-1 ("בכלל לא") ועד 5 ("במידה רבה מאוד")
בהמשך קובצו התשובות לשתי קטגוריות:



מסוגלות גבוהה
(במידה רבה/רבה מאוד)



מסוגלות נמוכה
(כלל לא/במידה מועטה/במידה בינונית)

תחושת צורך בטיפול ודפוס קבלתו

האם בשלושת החודשים האחרונים התייעצת, קיבלת סיוע או טיפול נפשי באחד או יותר מן השירותים האלה?

1. מוקד חירום של קופת החולים
2. שיחות תמיכה טלפוניות בקופת החולים
3. רופא/ת משפחה
4. מרכז חוסן/ רווחה
5. מטפלת בריאות הנפש – במרפאה או מטפלת עצמאית של קופת החולים
6. מטפלת בריאות הנפש בתשלום פרטי או בהתנדבות

אפשרויות המענה עבור כל אחד מן השירותים:

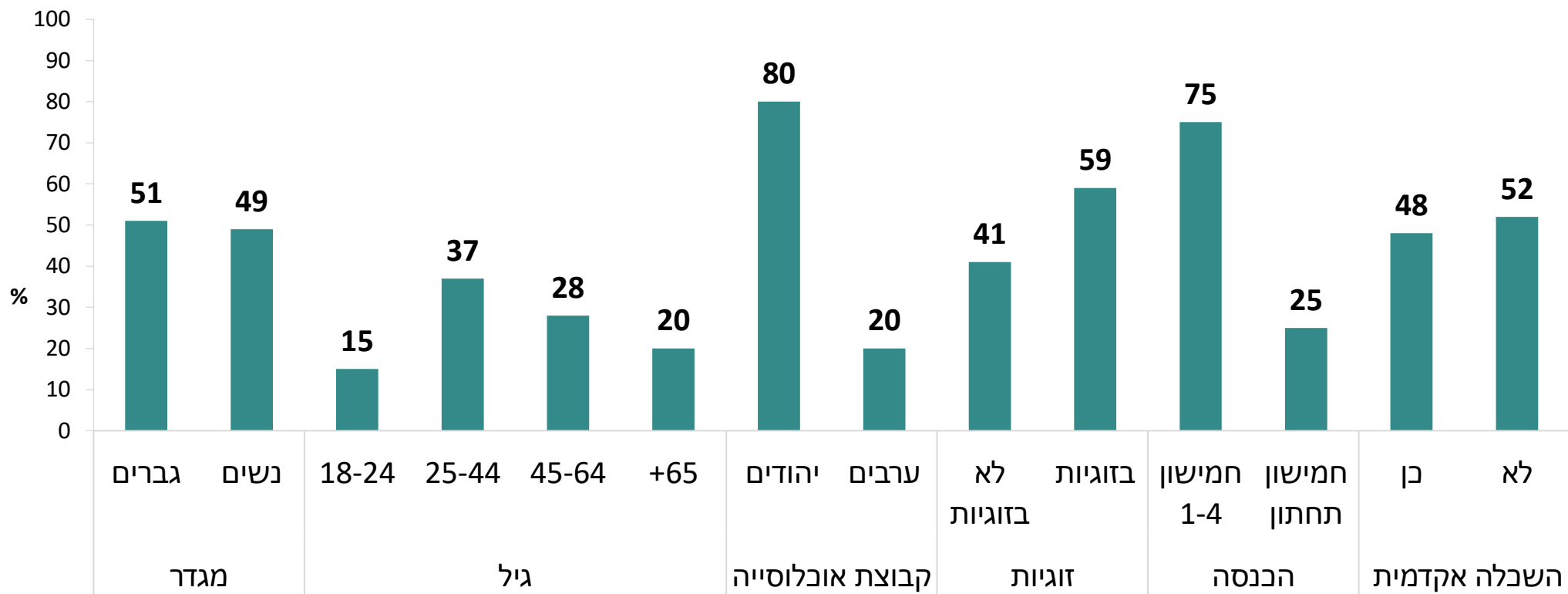
- קיבלתי ייעוץ, טיפול או סיוע נפשי
- פניתי, אך לא קיבלתי
- הרגשתי צורך בייעוץ, סיוע או טיפול, אך לא פניתי לקבלתו
- לא הרגשתי צורך ולא פניתי



ממצאים

מאפיינים דמוגרפיים של האוכלוסייה; T3 (לאחר שקלול, באחוזים) ($n = 2,686$)

לאחר השקלול התקבל מדגם מאוזן ומייצג.



מאפיינים חברתיים-כלכליים בקרב קבוצות שבמוקד ההשוואות (לאחר שקלול), T3 (באחוזים)

הכנסה נמוכה בהרבה מן הממוצע**



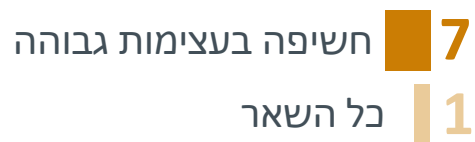
גיל 18-24**



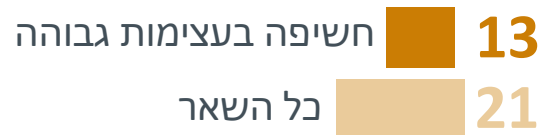
גם לאחר שקלול, נמצא כי לעומת המשיבים היהודים, המשיבים הערבים מתאפיינים בשיעורים גבוהים יותר של צעירים ושל מי שדיווחו על הכנסה נמוכה בהרבה מן הממוצע.

משיבים שנחשפו לאירועי המלחמה בעצימות גבוהה מתאפיינים בשיעור נמוך יותר של ערבים ושל מי שדיווחו על הכנסה נמוכה בהרבה מן הממוצע ובשיעור גבוה יותר של משיבים המתגוררים בקו העימות בדרום, זאת לעומת משיבים שנחשפו לאירועי המלחמה בעצימות נמוכה, שנחשפו חשיפה עקיפה דרך המדיה או שלא נחשפו כלל

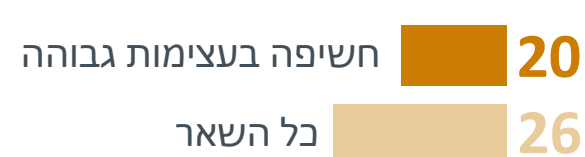
מתגוררים ביישובי קו העימות בדרום**



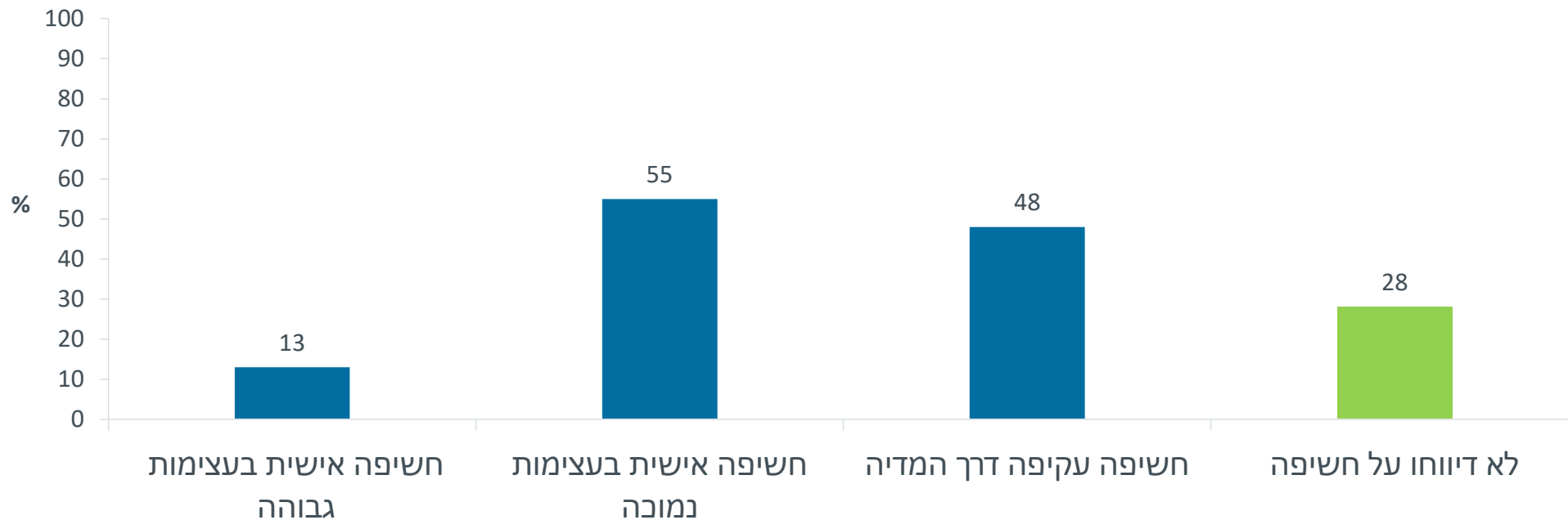
ערבים**



הכנסה נמוכה בהרבה מן הממוצע*



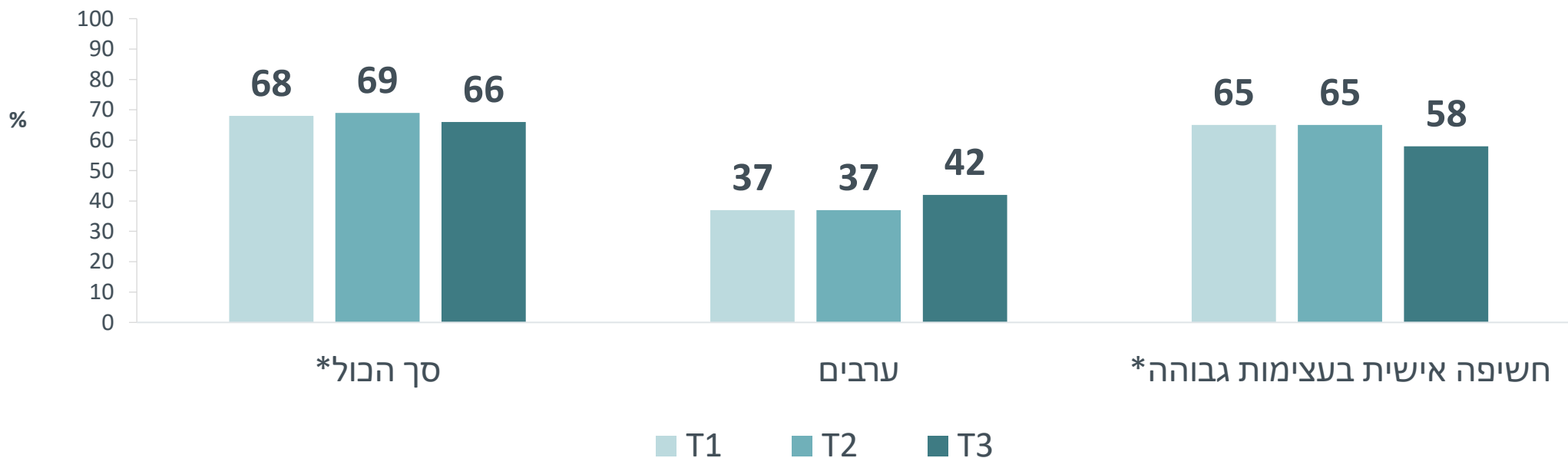
חשיפה לאירועי המלחמה; T3 (באחוזים) (n = 2,686)



האחוזים אינם מסתכמים ל-100 מאחר שאפשר היה לדווח על יותר מקטגוריה אחת של חשיפה. שיעורי המדווחים על חשיפה בקטגוריות השונות דומים לאלו של T1 ו-T2.

הערכה כי יש מסוגלות גבוהה להתמודד עם המצב בשלוש נקודות הזמן (באחוזים) ($n = 2,686$)

שיעור המשיבים שהעריכו כי יכולתם להתמודד עם המצב היא גבוהה ירד ב-T3 בקרב כלל המשיבים, ובפרט בקרב מי שנחשפו לאירועי השבעה באוקטובר בעצימות גבוהה. ההבדל בין נקודות הזמן בקרב המשיבים הערבים אינו מובהק.





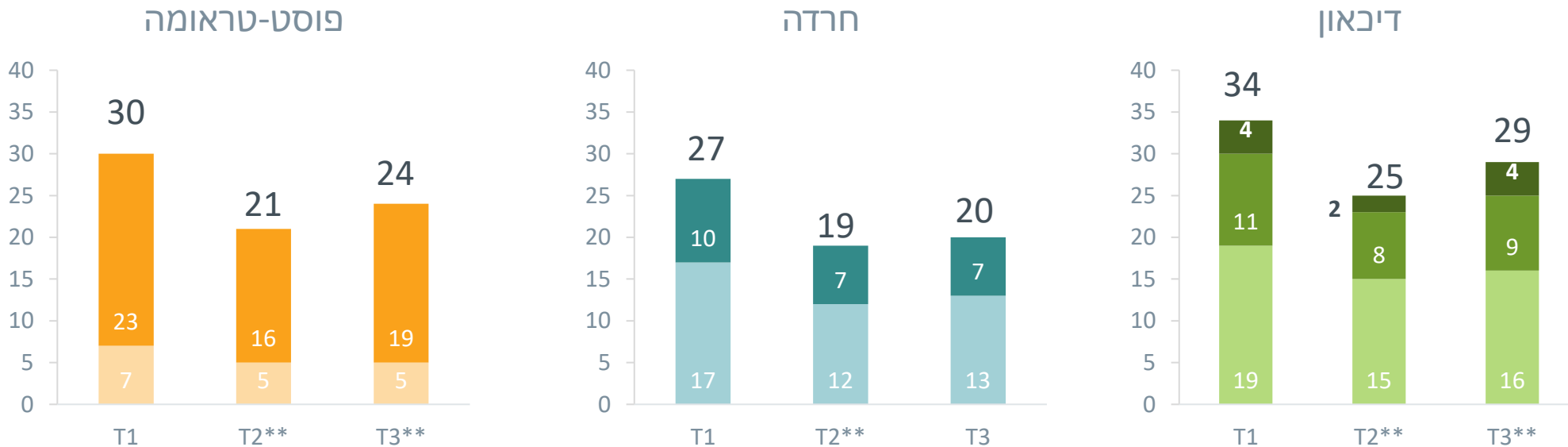
מטרה 1:

להעריך את שיעור הסובלים
מתסמיני דיכאון, חרדה
ופוסט-טראומה בשלוש
נקודות הזמן ואת הפגיעה
בתפקודם

1

שיעור החוצים סף קליני בשלוש נקודות הזמן (באחוזים) (n = 2,686)

בין T1 ל-T2 נרשמה ירידה מובהקת בשיעור החוצים סף קליני בכל התסמינים שנבדקו. בין T2 ל-T3 נרשמה עלייה מובהקת בשיעור חוצי הסף בשאלון פוסט-טראומה ובשאלון הדיכאון.

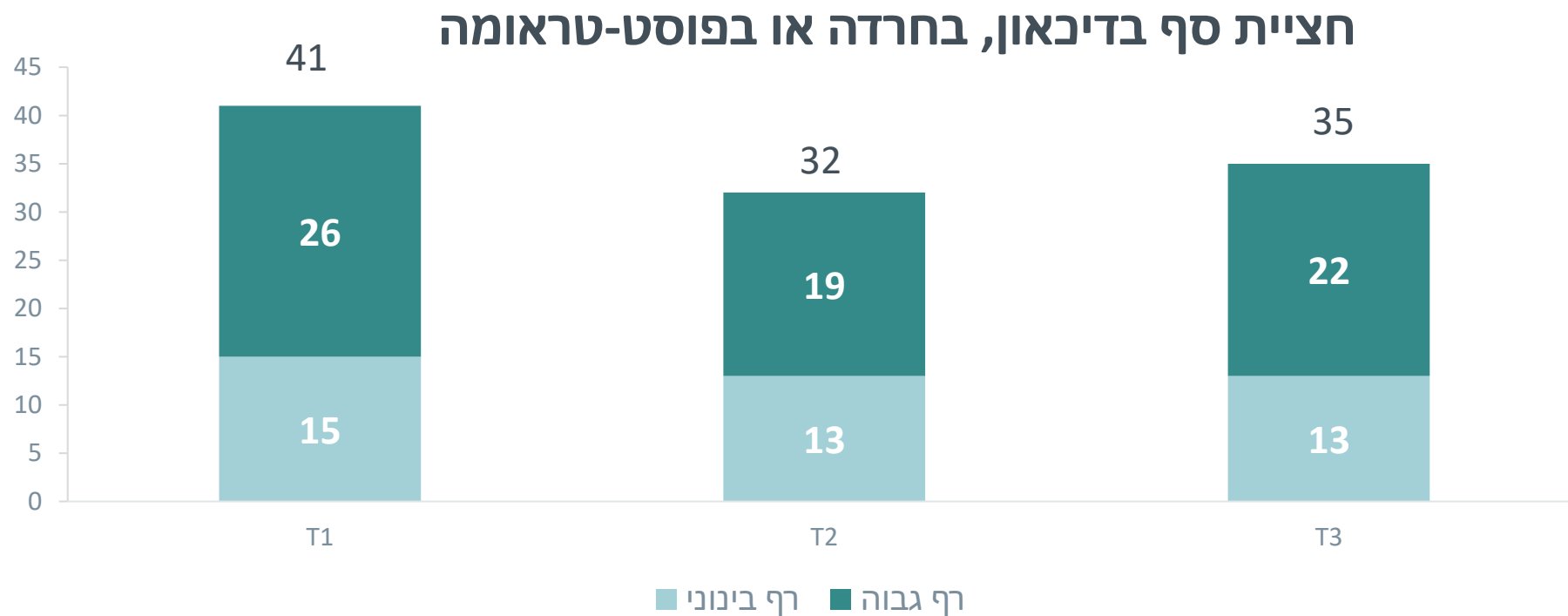


סף גבוה (אחוזים) סף נמוך (אחוזים)

**p < .01; ההבדל בין T1 ל-T2 או בין T2 ל-T3 מובהק



חפיפה בין תסמינים בשלוש נקודות הזמן



נמצאה חפיפה בין חציית סף קליני בתסמינים שנבדקו: בסך הכול 41% מכלל המשיבים חצו סף קליני לתסמין כלשהו ב-T1. שיעור זה ירד ל-32% ב-T2 ועלה ל-35% ב-T3 (ההבדל בין נקודות הזמן מובהק).

1

שאלון תפקוד והסתגלות (WSAS) ב-T3 (באחוזים) (n = 2,686)

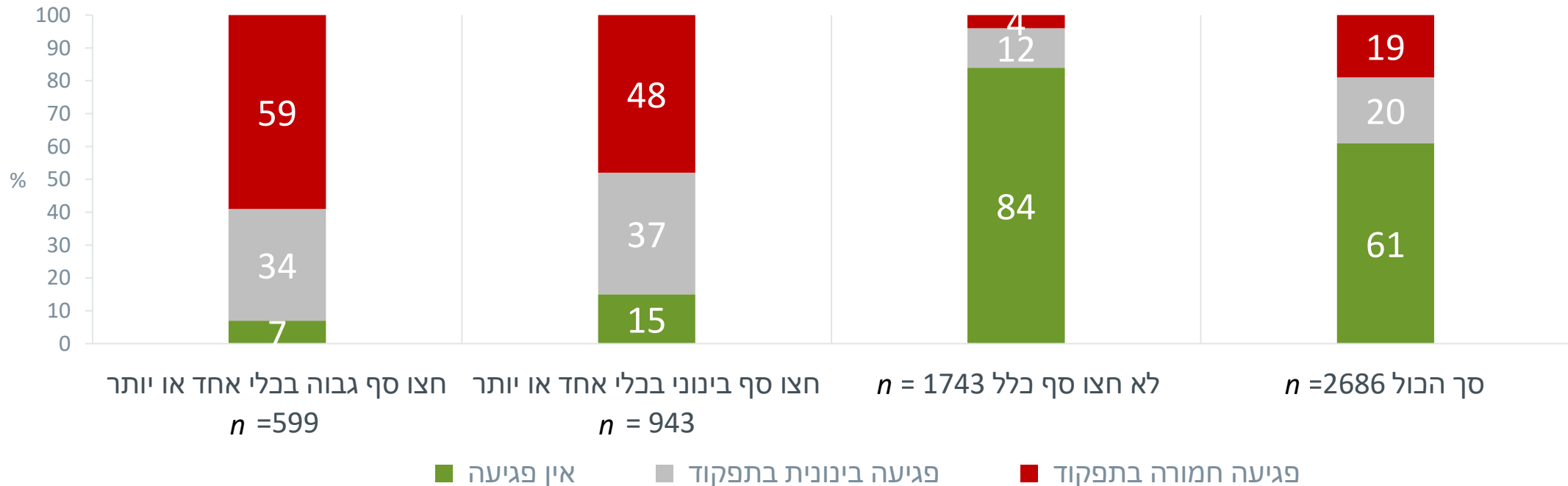
כחמישית מן המשיבים דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי בשל מצבם הנפשי.



1

מידת הפגיעה בתפקוד בקרב החוצים סף קליני (באחוזים) (n = 2,686)

חציית סף קליני קשורה לפגיעה בתפקוד: 48% מקרב מי שחצו סף קליני בינוני ו-59% ממי שחצו סף גבוה בתסמין אחד או יותר דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי בשל המצב הנפשי, זאת לעומת 4% בלבד מקרב מי שלא חצו סף קליני.



1

שינויים לאורך זמן בשיעור חוצי הסף הקליני: הגדרות

מדידת השינוי בחציית סף קליני בוצעה בהשוואה לשתי נקודות הזמן הקודמות בנפרד. 1,339 המשיבים שהשיבו לשאלון בשלוש נקודות הזמן סווגו לארבע קטגוריות בכל אחד מן השאלונים המתוקפים:

"חצה סף וחזר לנורמה"
מי שחצה סף ב-T1 לא ב-T3



"לא חצה סף באף שלב"
מי שלא חצה סף ב-T1 או ב-T3



"חצה סף ונשאר"
מי שחצה סף ב-T1 וב-T3



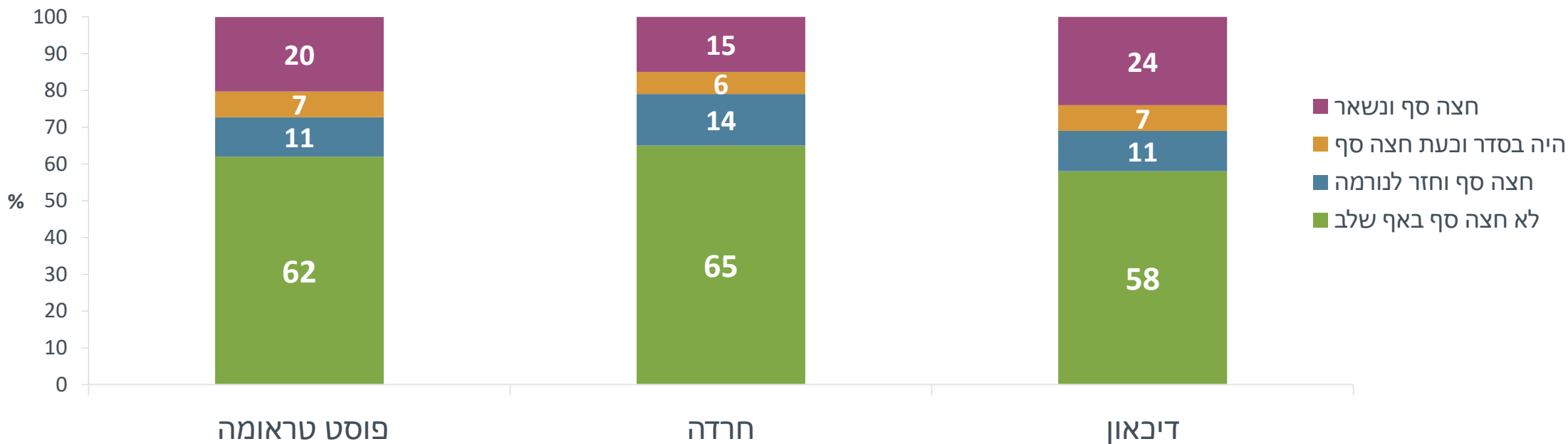
"היה בסדר וכעת חצה סף"
מי שלא חצה סף ב-T1 וחצה ב-T3





שינויים בשיעור חוצי הסף הקליני בין T1 ו- T3 (באחוזים) (לא משוקלל, $n = 1,339$)

כמחצית ממי שחצו סף לחרדה וכשליש ממי שחצו סף קליני לדיכאון ולפוסט טראומה בT1, חזרו לנורמה בT3. מבין סך חוצי הסף הקליני בT3, 75% חצו גם בT1 ו-25% חצו לראשונה בT3





מטרה 2:
לזהות את הגורמים הקשורים
לפיתוח תסמינים חמורים
ולהיעלמותם



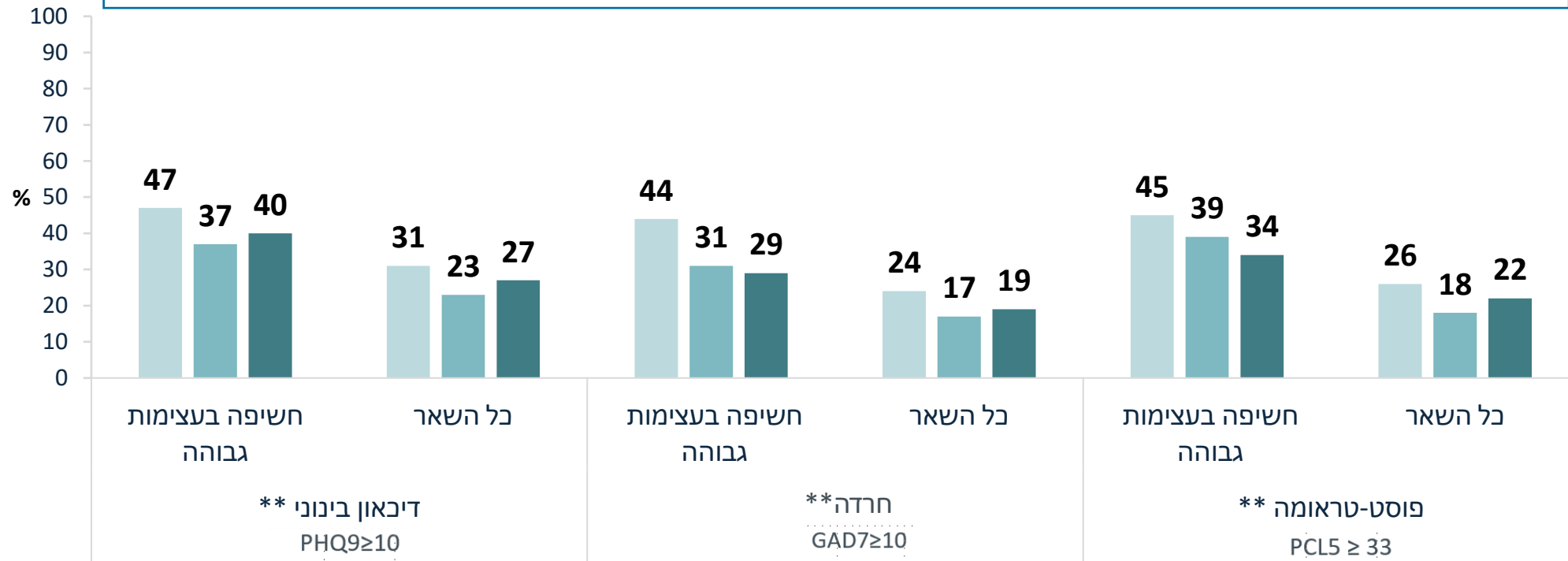
גורמים הקשורים לפיתוח תסמינים

- עבור כל משתנה תלוי (תסמיני פוסט-טראומה, דיכאון וחרדה וכן פגיעה בתפקוד) נערכה סדרת ניתוחים דו-משתניים עם משתנים דמוגרפיים, משתני עבר בריאות נפש ומשתני החשיפה לאירועי המלחמה המשתנים המובהקים הוכנסו למודלים של ניתוח רב-משתני
 - מן הניתוחים עלה כי בשלוש נקודות הזמן: נשים, צעירים, ערבים, מי שאינם בזוגיות ומי שהכנסתם נמוכה מאוד וכן מי שנחשפו לאירועי המלחמה בעצימות גבוהה ומי שדיווחו על יכולת נמוכה להתמודד עם המצב חצו סף קליני ודיווחו על פגיעה בתפקוד בשיעורים גבוהים יותר מן המקבילים להם
- בשקפים שלהלן מוצגים שיעורי החוצים סף קליני בכל אחד מן המשתנים התלויים בחלוקה לפי חשיפה, יכולת להתמודד וקבוצת אוכלוסייה.

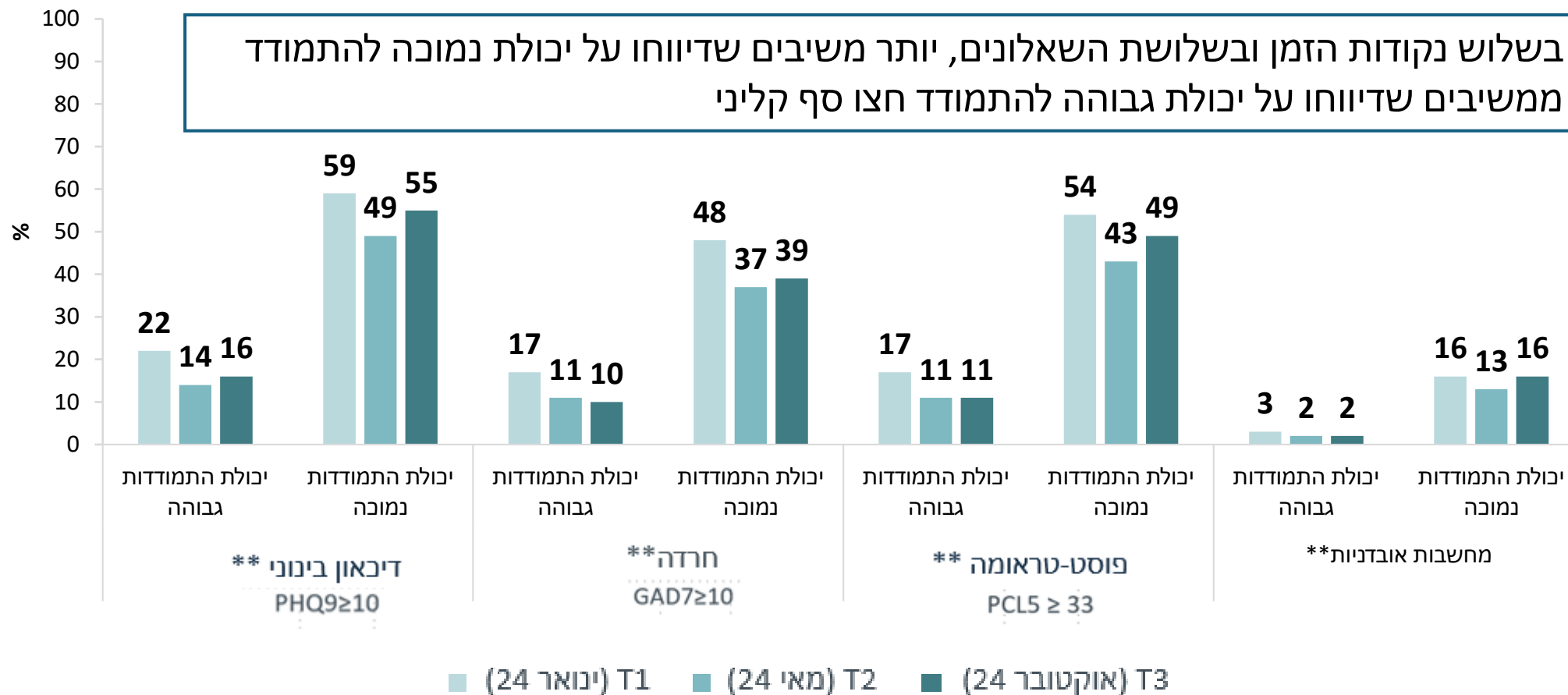
2

שיעור חוצי סף קליני לפי חשיפה לאירועי המלחמה בעצמות גבוהה (לעומת כל השאר), בשלוש נקודות הזמן (באחוזים) ($n = 2,686$)

בשלוש נקודות הזמן ובשלושת השאלונים המתוקפים, יותר משיבים שנחשפו לאירועי המלחמה בעצמות גבוהה ממשיבים שלא נחשפו להם בעצמות גבוהה חצו סף קליני

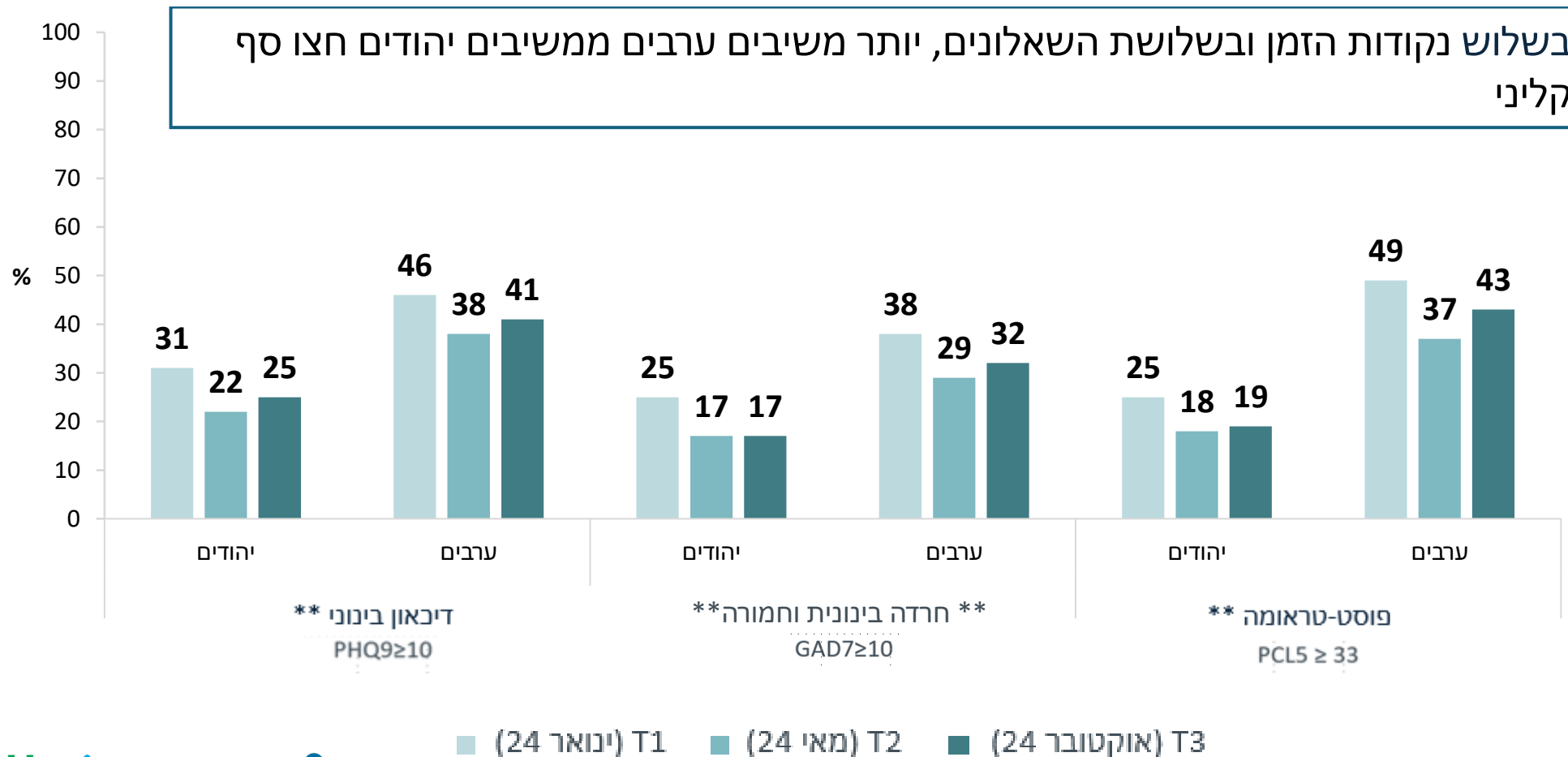


שיעור חוצי סף קליני לפי יכולת ההתמודדות, בשלוש נקודות הזמן (באחוזים) ($n = 2,686$)



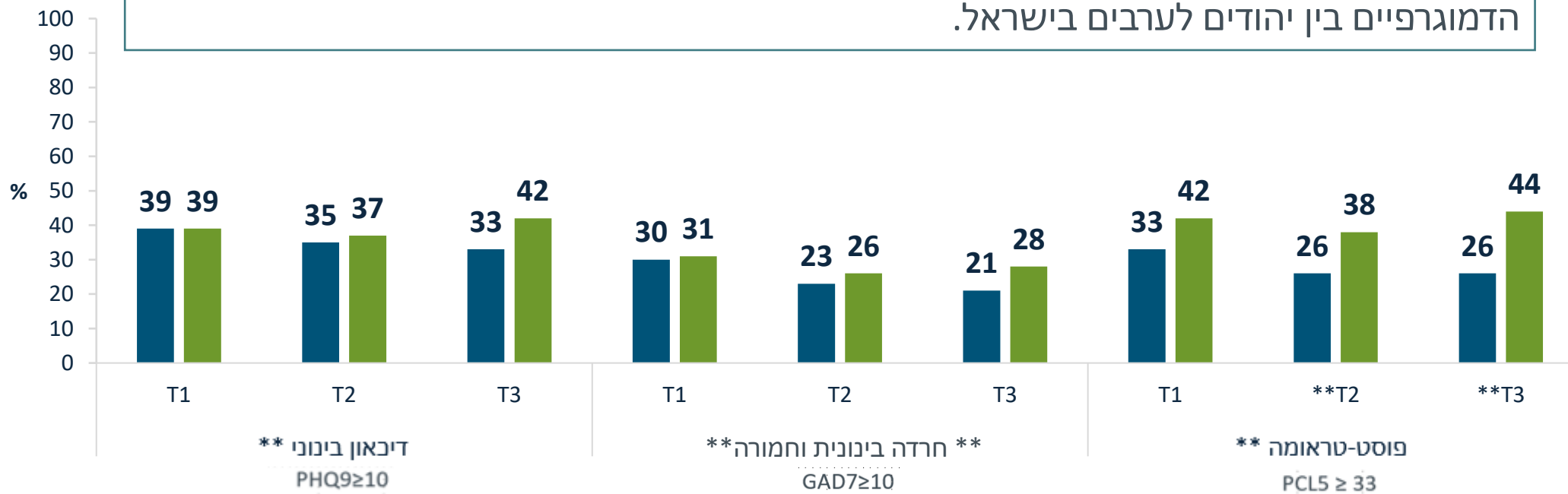
** $p < .01$; ההבדל בין יכולת נמוכה להתמודד ליכולת גבוהה להתמודד מובהק בשלוש נקודות הזמן

שיעור חוצי סף קליני בקרב יהודים ובקרב ערבים, בשלוש נקודות הזמן (באחוזים) ($n = 2,686$)



שיעור חוצי סף קליני בקרב יהודים ובקרב ערבים – מדגם מתואם (באחוזים) ($n = 341$)

במדגם מתואם שבו הוצמד לכל נדגם ערבי נדגם יהודי התואם לו בגיל, במגדר וברמת ההכנסה, הצטמצמו הפערים בשיעור החוצים סף קליני בין יהודים לערבים בשאלוני דיכאון וחרדה אך נותרו מובהקים בשאלון פוסט-טראומה ב-T2 וב-T3. כלומר חלק מן הפערים מוסברים בהבדלים הדמוגרפיים בין יהודים לערבים בישראל.



$p < .01^{**}$

גורמים המעלים את הסיכוי לחצות סף קליני בשאלון כלשהו: תוצאות רגרסיה לוגיסטית ($n = 1,339$)



יכולת נמוכה להתמודד
עם המצב (פי 5.5)



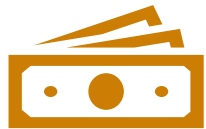
היסטוריית בריאות
הנפש (פי 1.8)



חשיפה עקיפה
דרך המדיה (פי 1.7)



חשיפה אישית
בעצמות גבוהה
(פי 1.9)



ערבים שהכנסתם
נמוכה (פי 1.9)



צעירים
(2% לשנה)



נשים (פי 2.2)



זמן (מדידה א לעומת
מדידה ג) (פי 1.4)

גורמים המעלים את הסיכוי להחמרה (הסיכוי לחצות סף קליני ב-T3 בקרב מי שלא חצו סף קליני ב-T1) : תוצאות רגרסיה לוגיסטית ($n = 736$)



נשים (פי 1.6)



חשיפה עקיפה
דרך המדיה (פי 1.8)



יכולת נמוכה להתמודד
עם המצב במדידה א'
(פי 2.6)



טראומה בעבר
(פי 1.8)



ערבים (פי 2.7)

גורמים המעלים את הסיכוי שלא לחזור לנורמה ב-T3 לאחר חציית סף ב-T1 : תוצאות רגרסיה לוגיסטית ($n = 570$)



יכולת נמוכה להתמודד
עם המצב במדידה א
(פי 2.7)



טיפול תרופתי בעבר
(פי 2.8)



רווקים (פי 1.9)

גורמים המעלים את הסיכוי לדווח על פגיעה חמורה בתפקוד בקרב מי שחצו סף קליני בשאלון אחד או יותר ב-T3: תוצאות רגסיה לוגיסטית ($n = 616$)



הכנסה נמוכה
(פי 2.3)



היסטוריית בריאות
הנפש (פי 1.5)



חשיפה עקיפה
דרך המדיה (פי 1.6)



נשים (פי 1.4)

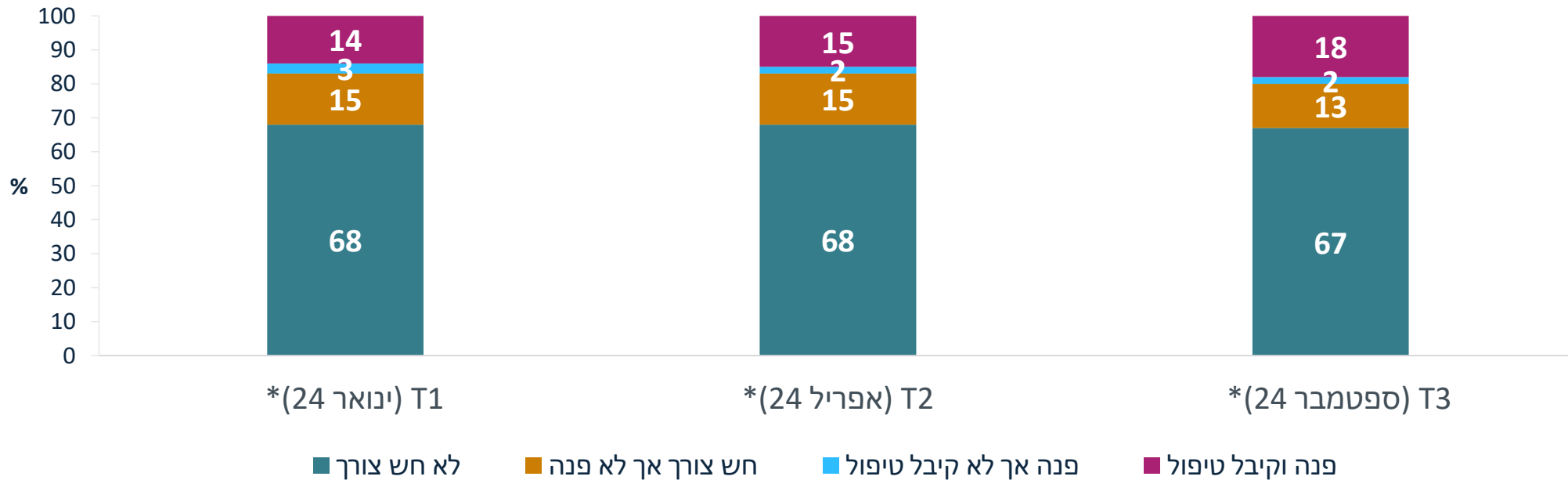


מטרה 3:
לבחון דפוסים של פנייה
לטיפול ושל קבלתו בפועל
בקרב קבוצות שונות

3

תחושת צורך בטיפול, פנייה וקבלת טיפול בשלוש נקודות זמן (באחוזים) (n = 2,686)

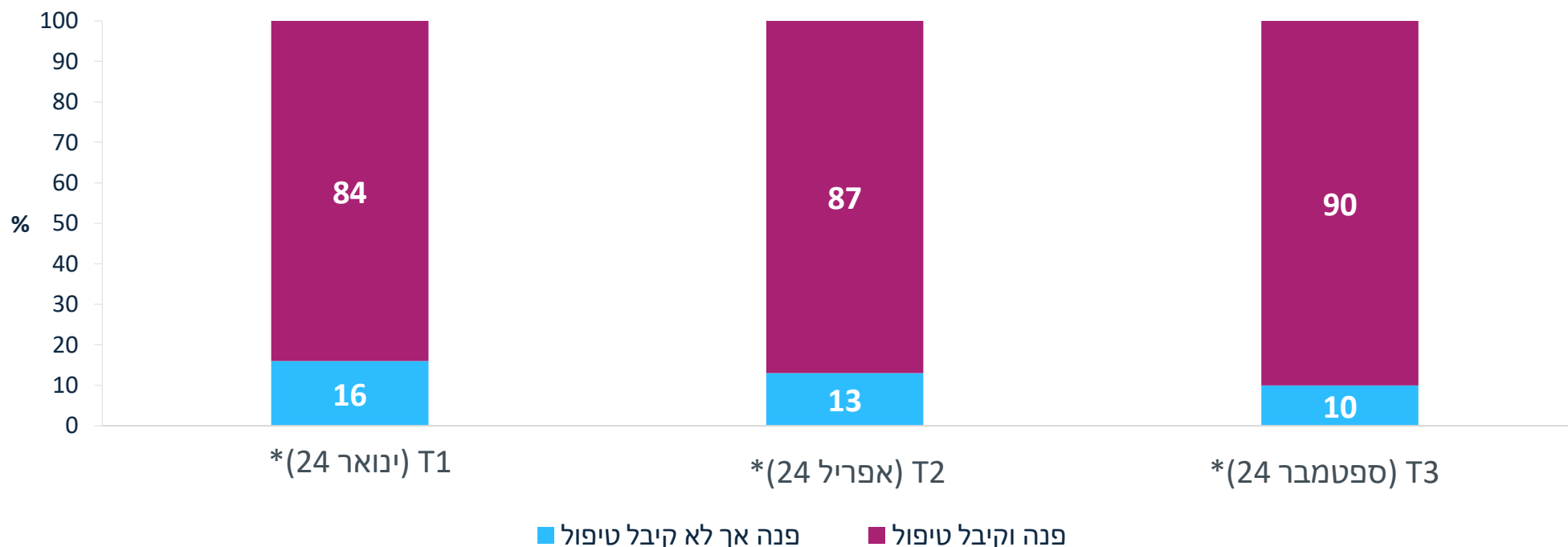
בשלוש נקודות הזמן, רוב המשיבים דיווחו כי לא חשו צורך בטיפול לאורך זמן, שיעור המדווחים על צורך בטיפול נותר על כנו, ונמצאה עלייה מובהקת בשיעור המדווחים על קבלת טיפול בפועל בסך הכול 26% מן המשיבים דיווחו כי קיבלו מענה כלשהו באחת או יותר מנקודות הזמן





שיעור מקבלי טיפול מבין הפונים לטיפול בשלוש נקודות זמן* (באחוזים)

לאורך הזמן נמצאה עלייה בשיעור מקבלי הטיפול מבין הפונים לקבלתו



■ פנה וקיבל טיפול ■ פנה אך לא קיבל טיפול

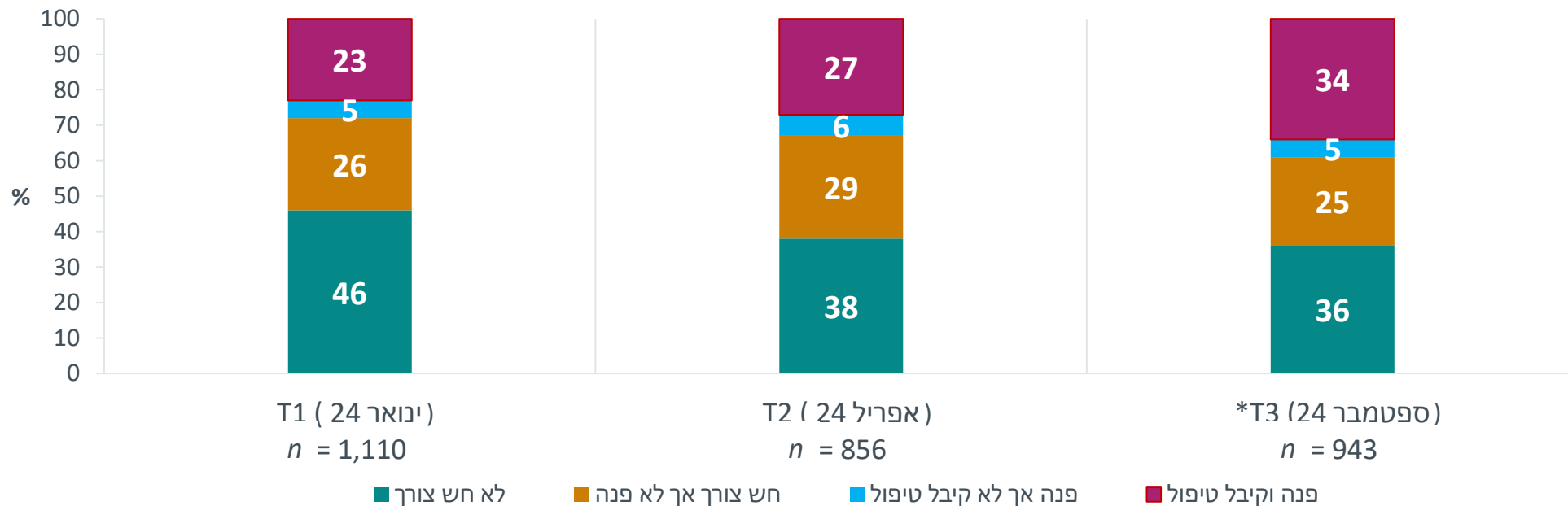
*ההבדל בין נקודות הזמן מובהק, $p < .05$;

3

תחושת צורך בטיפול וקבלתו בקרב מי שחצו סף קליני אחד או יותר, בשלוש נקודות הזמן (באחוזים)

44% מקרב החוצים סף קליני (ברף הבינוני) קיבלו מענה כלשהו באחת או יותר מנקודות הזמן. לאורך הזמן חלה עלייה בשיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול ועל קבלתו בקרב קבוצה זו

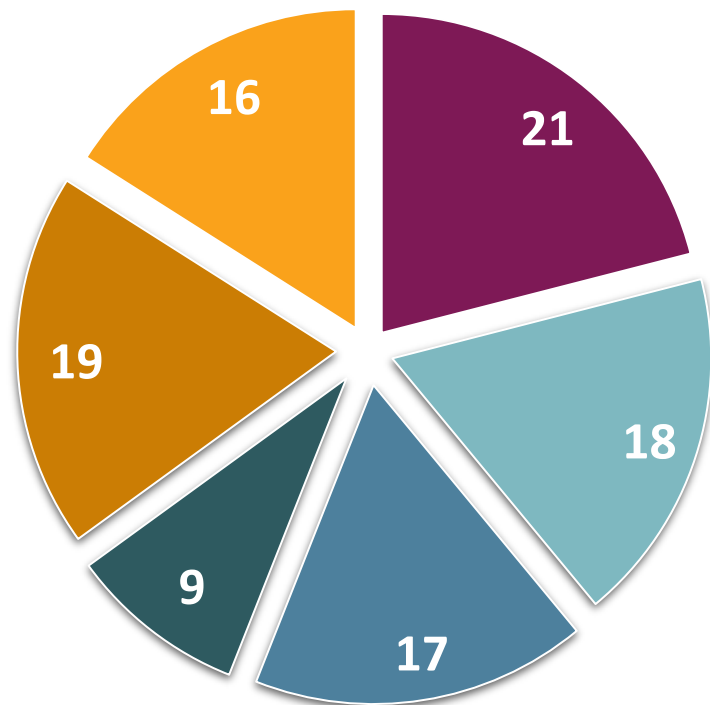
בשלוש נקודות הזמן, שיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול ועל קבלתו בפועל היו גבוהים יותר בקרב מי שחצו סף קליני באחד או יותר מן השאלונים המתוקפים מבקרב מי שלא חצו סף קליני



3

סיבות לאי-פנייה לטיפול^א בקרב החשים צורך; T3 (באחוזים) (n = 338)

- סיבה אחרת
- לא יכולתי לשלם עבור העזרה
- זמני המתנה ארוכים מדי
- לא היה מטפל קרוב לביתי
- לא הייתי מעוניין לקבל עזרה
- קיבלתי עזרה מגורם אחר



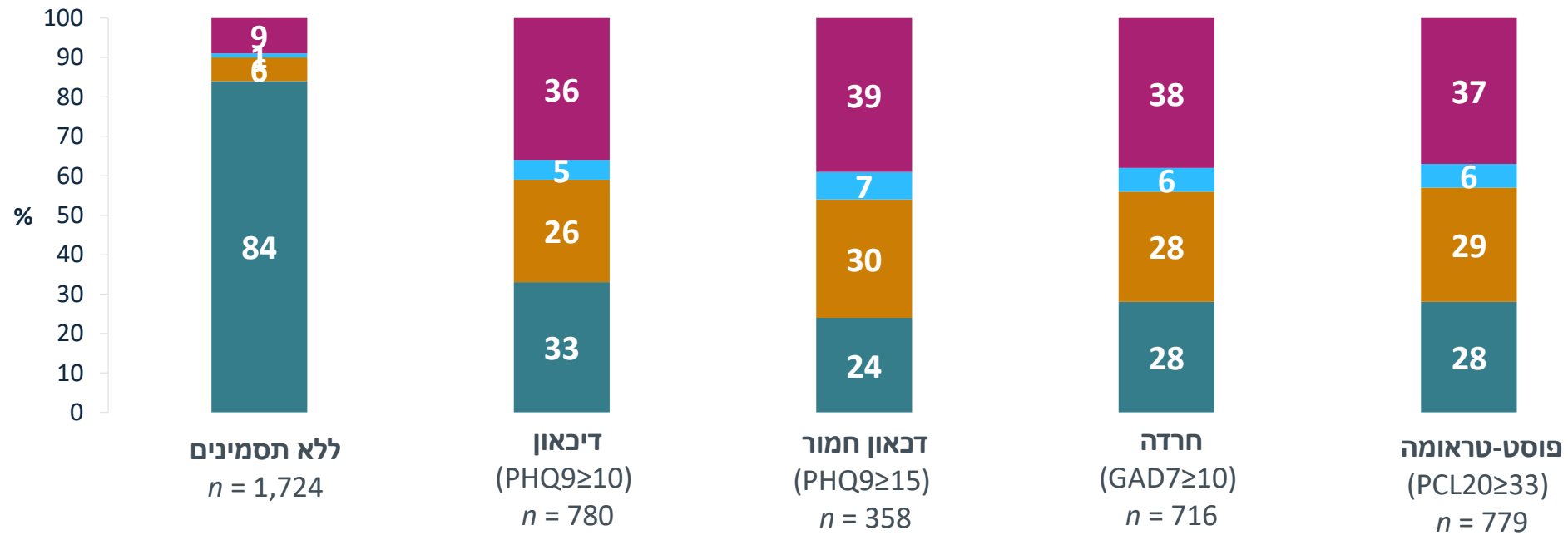
דוגמאות ל"סיבה אחרת":
"רציתי להתמודד לבד";
"לא פנוי לזה";
"המצב שלי לא כל כך חמור";
בושה/סטיגמה/מבוכה

כחמישית מבין מי שדיווחו כי הם חשו צורך בטיפול אך לא קיבלו אותו ציינו כי הם לא היו מעוניינים לקבלו

3

תחושת צורך בטיפול וקבלתו לפי שאלון; T3 (באחוזים) (n = 2,686)

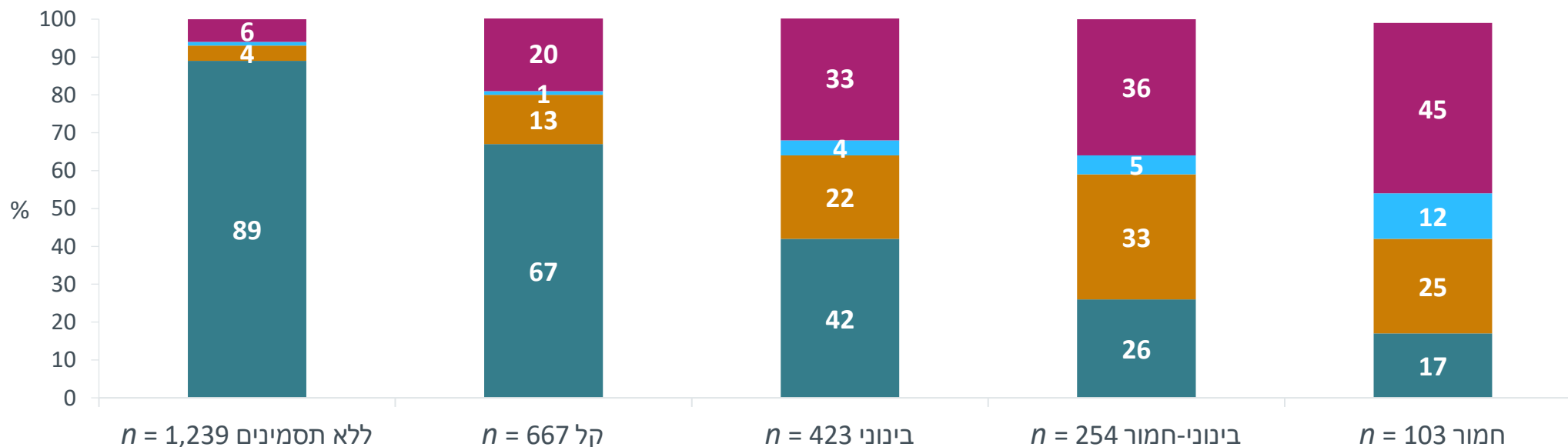
לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול או על קבלתו בין משיבים שחצו סף קליני בשאלונים השונים



3

תחושת צורך בטיפול וקבלתו לפי חומרת תסמיני הדיכאון; T3 (באחוזים) (n = 2,686)

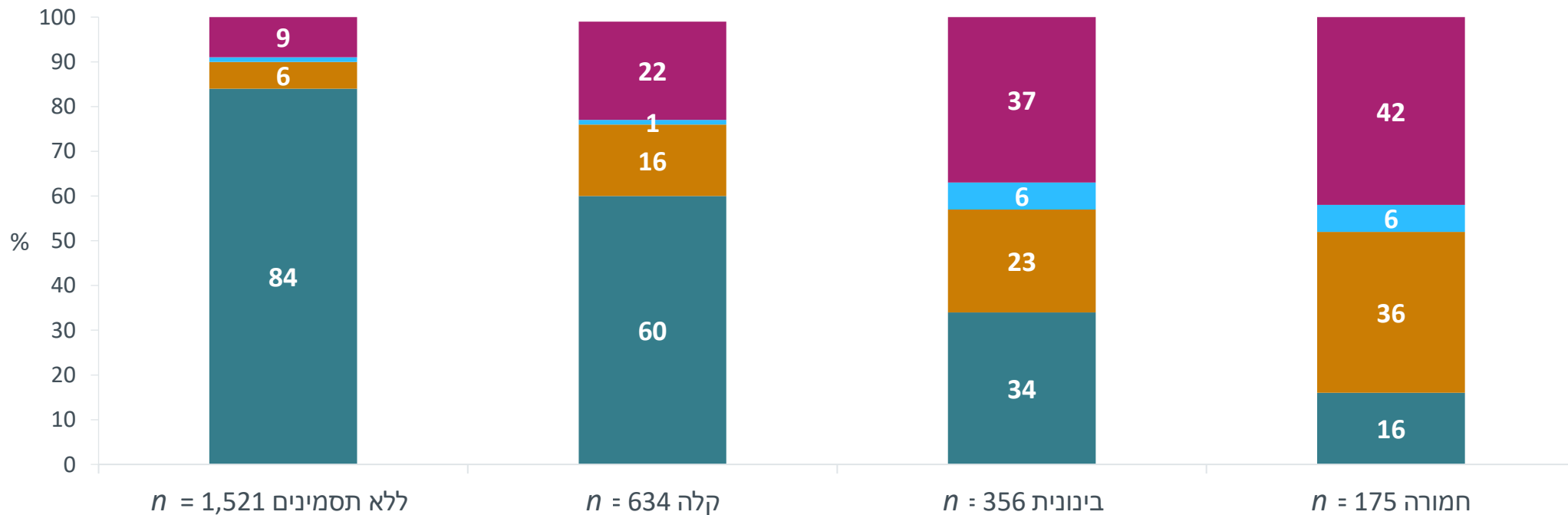
שיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול ועל קבלתו בפועל עולה ככל שעולה חומרת תסמיני הדיכאון. עם זאת רק 45% ו-36% מבין מי שדיווחו על תסמינים בדרגה חמורה או בינונית-חמורה (בהתאמה) קיבלו טיפול



3

תחושת צורך בטיפול וקבלתו לפי חומרת תסמיני החרדה; T3 (באחוזים) (n = 2,686)

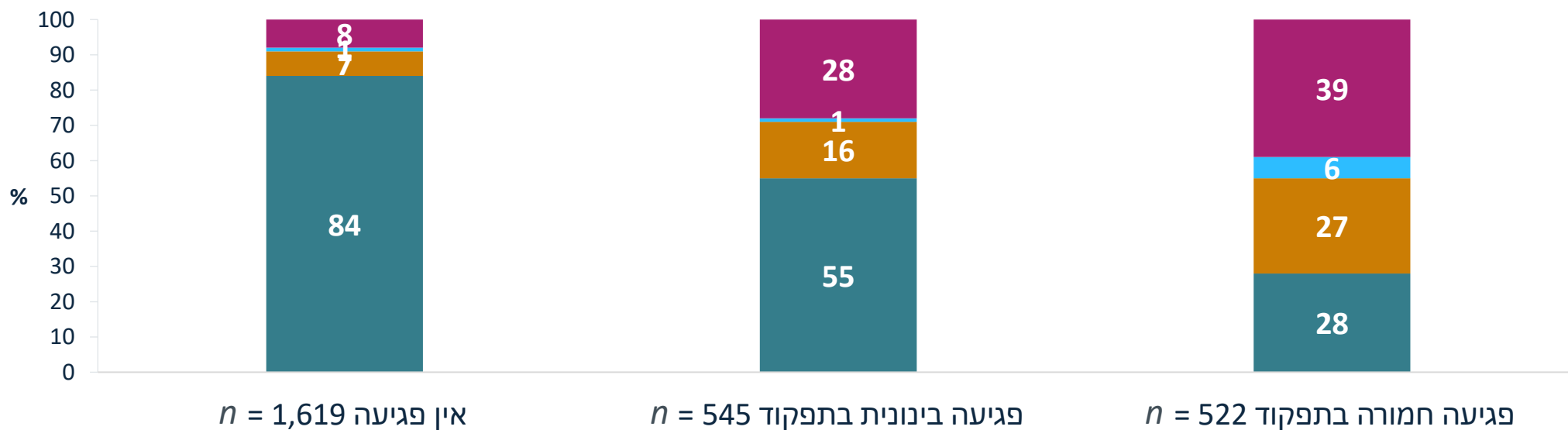
שיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול ועל קבלתו בפועל עולה ככל שעולה חומרת תסמיני החרדה. עם זאת רק 42% מבין מי שדיווחו על תסמינים בדרגה חמורה קיבלו טיפול



3

תחושת צורך בטיפול וקבלתו לפי מידת הפגיעה בתפקוד (באחוזים) (n = 2,686)

שיעור המדווחים על תחושת צורך בטיפול ועל קבלתו בפועל עולה ככל שעולה רמת הפגיעה בתפקוד. עם זאת 72% מבין מי שדיווחו על פגיעה בינונית בתפקוד ו-61% מבין מי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד בשל המצב הנפשי לא קיבלו טיפול





דיון

שיעור תסמינים נפשיים בעוצמה חוצת-סף בהשוואה לסקרים אחרים שנערכו בתקופת מלחמת "חרבות ברזל"

שיעור חוצי הסף בתסמין אחד או יותר עמד בסקר זה על 41% ב-T1, על 32% ב-T2 ועל 35% ב-T3. שיעורים אלו גבוהים מן המוכר בספרות הבין-לאומית: סקירה שיטתית של ארגון הבריאות העולמי על אזורי מלחמה מצאה שיעור חוצי סף של 22% בלבד (WHO, 2019).

עם זאת ממצאי הסקר הנוכחי דומים לממצאי סקרים אחרים שנערכו בישראל במהלך המלחמה. כך, סקר שנערך באפריל 2024 (חופף ל-T2) מטעם מבקר המדינה במסגרת הביקורת על תפקוד מערכת בריאות הנפש דיווח מצא 38% חוצי סף בסימפטום אחד או יותר (מבקר המדינה, 2025).

סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה (לרון ואח', 2025) שנערך ביוני-דצמבר 2024 (חופף ל-T3) מצא 33% שהשיבו בחיוב לשאלה: "האם בשנה האחרונה הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה לך להתמודד איתה בעצמך? למשל, מתח רב, חרדה, דכאון או עצב עמוק?"

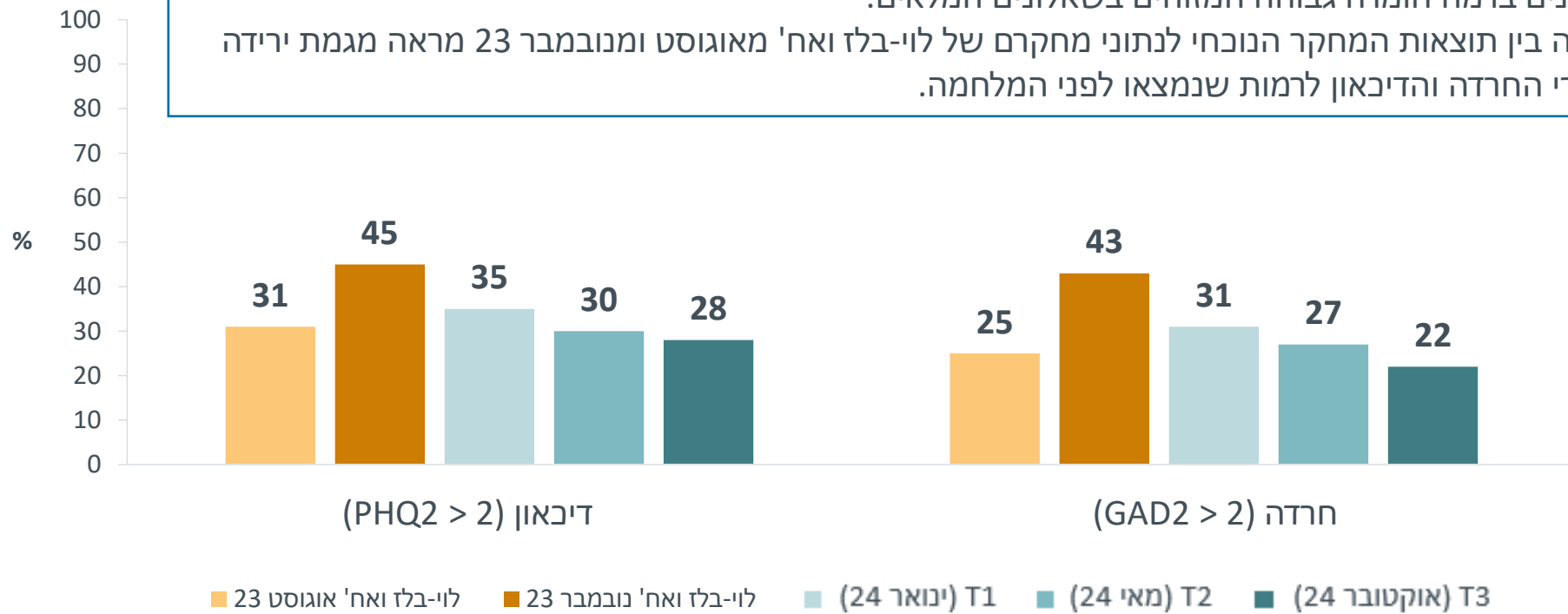
שיעור חוצי הסף לעומת התקופה שלפני מלחמת "חרבות ברזל"

השוואת הממצאים לנתונים שנאספו בישראל לפני המלחמה העלתה כי עוד טרם המלחמה היו שיעורי המפגינים תסמינים גבוהים יחסית לצפוי במצבי רגיעה (Levi-Belz et al., 2023). בשקפים שלהלן מופיעים תרשימים המציגים את תוצאות מחקר זה בצד אלו של מחקרים שבחנו את מצב האוכלוסייה טרם המלחמה:

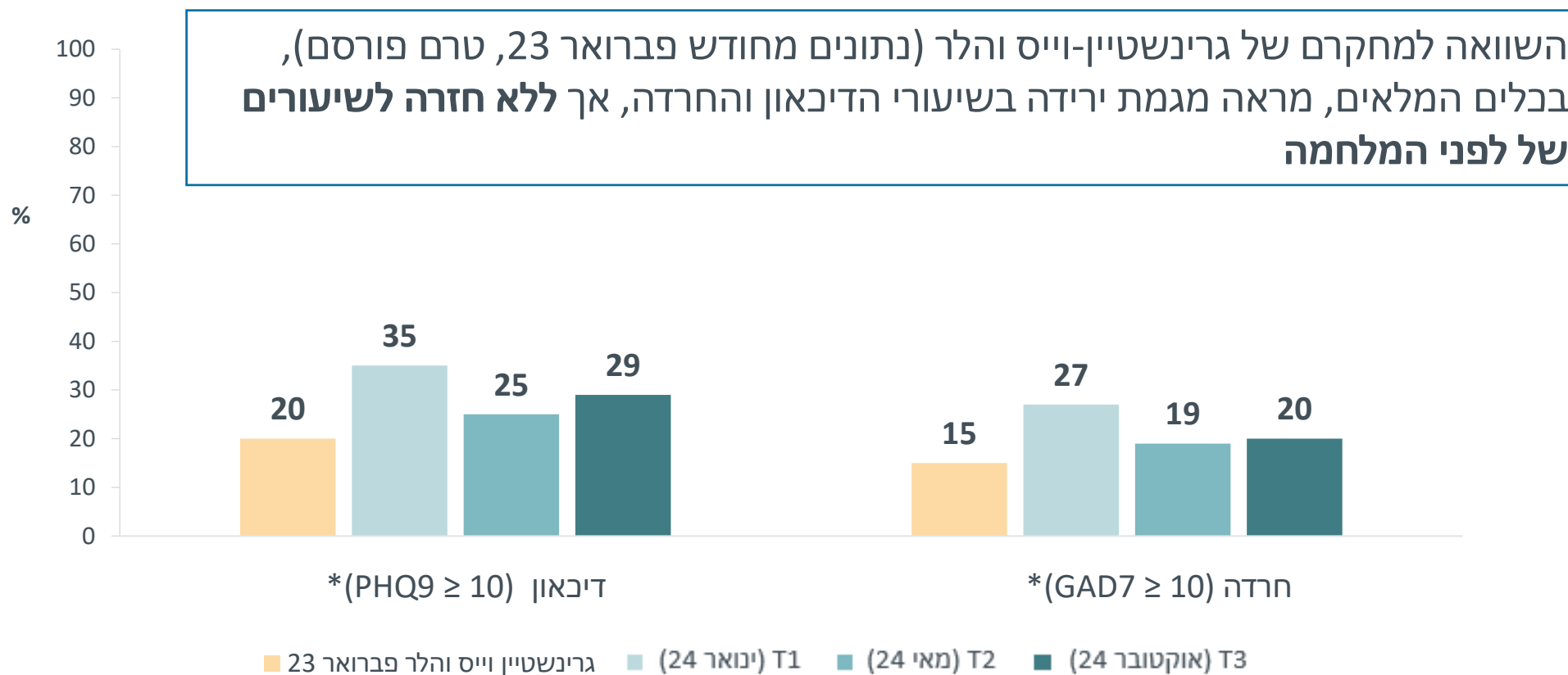
1. מחקרם של לוי-בלז ואח' (Levi-Belz, 2024) – השתמש בשאלונים מקוצרים שבכוחם לזהות באופן מקורב דיכאון בינוני-חמור בלבד (מדד אשר בכוחנו לחשב מתוך סט השאלות המלא) מחקרם של גרינשטיין-וייס והלר (לא פורסם, למידע נוסף על המחקר) – השתמש בשאלונים מלאים בדומה למחקר הנוכחי
2. מחקרם של גרינשטיין-וייס והלר (לא פורסם, למידע נוסף על המחקר) – השתמש בשאלונים מלאים בדומה למחקר הנוכחי
3. נתוני אורך (2025) מתוך סקרי "דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה" של מכון ברוקדייל – בחנו שאלת מסגרת על 'מצוקה נפשית'

שיעור המפגינים תסמינים (שאלון מקוצר) על ציר הזמן – השוואה לנתוני מחקרם של לוי-בלז ואח', 2024[^] (באחוזים)

הכלים המקוצרים (PHQ2 ו-GAD2) מזהים תסמיני דיכאון וחרדה ברמה בינונית-גבוהה, ששיעורם גבוה ביחס לתסמינים ברמה חומרה גבוהה המזוהים בשאלונים המלאים. השוואה בין תוצאות המחקר הנוכחי לנתוני מחקרם של לוי-בלז ואח' מאוגוסט ומנובמבר 23 מראה מגמת ירידה בשיעורי החרדה והדיכאון לרמות שנמצאו לפני המלחמה.



שיעור המפגינים תסמינים על ציר הזמן (שאלון מלא) – השוואה לנתוני מחקרם של גרינשטיין-וייס והלר[^] (באחוזים)



* ההבדל בין פברואר 23 ל-T3 מובהק על פי מבחן Z להשוואת פרופורציות, $p < .05$.
[^] הסקר נערך בקרב החברים בחברת הפאנל Panel4all.

נתוני סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה 2001-2024, אחוז המדווחים על מצוקה נפשית (באחוזים)



תחושת צורך, פנייה וקבלת טיפול

נמצא כי שיעור המדווחים על צורך בטיפול הוא כ-33% בכל נקודות הזמן, למרות העלייה בשיעור המדווחים כי זכו לטיפול. הממצא מעיד על כך ששיעור המצוקה וצרכי בריאות הנפש הנתפסים על ידי הציבור נותרו גבוהים מאוד.

יתרה מכך, כמחצית מן המדווחים על צורך בטיפול (53%) דיווחו כי פנו לקבלת טיפול ב-T1 וב-T2, וכ-60% דיווחו כך ב-T3. נתון זה גבוה יחסית למחקרים קודמים שעסקו בדפוסי פנייה לטיפול בבריאות הנפש. כך למשל, אלרועי ואח' (2017) מצאו כי רק 36% ממי שחשו מצוקה נפשית פנו לטיפול אצל איש מקצוע בתחום. נראה כי הנכונות לפנות לטיפול גבוהה יותר מבעבר. חיזוק לכך אפשר למצוא גם בעובדה שרק אחוזים אחדים דיווחו כי ויתרו על פנייה לטיפול בשל סטיגמה, בושה או מבוכה. לפיכך אין מקום לצפות לירידה של ממש בדרישה למענה ובעומס על המערכת בעתיד הקרוב.

תחושת צורך, פנייה וקבלת טיפול (המשך)

44% ממי שחשו צורך בטיפול אך לא פנו לקבלתו ציינו בעיות של נגישות לטיפול: זמני המתנה, מחיר או מרחק כסיבה העיקרית לאי-פנייה; סיבות המושפעות ישירות מהיקף המשאבים המוקצה לתחום זה במערכת הבריאות הציבורית ומצדיק המשך השקעה בהרחבת המענה בקופות.

35% ציינו כי לא היו מעוניינים בעזרה במסגרת מערכת הבריאות או כי קיבלו אותה מחוץ למערכת. כמה משיבים הוסיפו כי על אף המצוקה, הם חשו כי מצבם אינו קשה ומצדיק טיפול במערכת הבריאות. ממצא זה מחזק את התפיסה הדוגלת בריבוד מענים והצעת אפשרויות טיפול המתאימות למצבים קלים ופחות אינטנסיביים, בפרט במרפאה הראשונית, על ידי רופאי משפחה ומאמני חוסן.

תחושת צורך, פנייה וקבלת טיפול (המשך)

ממצאי המחקר העלו, כצפוי, כי שיעורי המדווחים על תחושת צורך ועל פנייה לקבלת טיפול עולים ככל שחומרת התסמינים או הפגיעה בתפקוד עולה.

עם זאת שיעורים גבוהים מקרב בעלי התסמינים החמורים דיווחו על תחושת צורך לא מטופלת. ייתכן כי דווקא מי שסובלים מתסמינים חמורים מתקשים להניע תהליך של פנייה לטיפול, ולכן יש מקום לפנייה יזומה לאוכלוסיות בסיכון.

ממצא זה חשוב במיוחד נוכח הממצא של לרון ואח' בסקר "סקר דעת הציבור על רמת השירות במערכת הבריאות ועל תפקודה" (2025), ולפיו רק 13% מן המשיבים (ורק 18% מקרב מי שדיווחו על מצוקה נפשית) דיווחו כי איש צוות רפואי יזם עימם שיחה בנושא מצבם הנפשי.

בעקבות ממצאי המחקר הנוכחי החלו בשירותי בריאות כללית במהלך של פנייה יזומה לאלפי מטופלים מדי שבוע. במקרים של חציית-סף קליני, המטופלים מופנים להתערבות.



סיכום

שיעור חוצי הסף ומאפייניהם

19% דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד על רקע מצב נפשי, מדובר בכמחצית מבעלי התסמינים – בפרט בנשים (פי 1.4), עניים (פי 2.3), ובעלי עבר בריאות נפש (פי 1.5)

לאחר מגמת ירידה בחצי השנה הראשונה למלחמה, נמצאה עלייה בשיעור חוצי הסף-הקליני ואף מקרים חדשים. שיעורי התסמינים עדיין גבוהים משמעותית מאלו שנמדדו טרם המלחמה

רוב חוצי הסף ב-T1 לא חזרו לנורמה ב-T3. השיעור היה גבוה יותר בקרב מי שנחשפו אישית בעצימות גבוהה ומי שדיווחו על יכולת נמוכה להתמודד על רקע תמיכה משפחתית וחברתית נמוכה

בכל נקודות הזמן, יותר משיבים שנחשפו בעצימות גבוהה לאירועי המלחמה ומשיבים שדיווחו על יכולת נמוכה להתמודד חצו סף קליני

יכולת להתמודד עם המצב בהינתן תמיכה משפחתית וקהילתית

לשאלת היכולת להתמודד פוטנציאל לייעול התהליך לאיתור אוכלוסייה בסיכון מוגבר לחציית סף קליני

יכולת נמוכה להתמודד היא המנבא החזק ביותר לחצות סף קליני כלשהו (פי 5.5) וגם להחמרה/הידרדרות (פי 2.6) ולא-החלמה (פי 2.7)

34% מן המשיבים דיווחו על יכולת נמוכה להתמודד עם המצב נוכח מערך התמיכה משפחתית והחברתית. השיעורים היו גבוהים יותר בקרב נשים, צעירים, ערבים ובעלי הכנסה נמוכה

פנייה לטיפול וקבלתו

בקרב חוצי סף קליני נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על קבלת טיפול ומגמת ירידה בשיעור המדווחים על צורך ללא פנייה/טיפול. ממצא זה מעיד על שיעור ניכר של מקבלי טיפול חדשים בתקופה זו

בסך הכול, 26% מן המשיבים קיבלו מענה טיפולי כלשהו במהלך השנה הראשונה למלחמה; בקרב חוצי סף קליני עמד שיעור זה על 44%

44% ממי שחשו צורך בטיפול אך לא פנו לקבלתו ציינו בעיות של נגישות לטיפול: זמני המתנה, מחיר או מרחק כסיבה העיקרית לאי-פנייה; 35% ציינו כי לא היו מעוניינים בעזרה במסגרת מערכת הבריאות או כי קיבלו מענה מחוץ למערכת

55% ממי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד לא פנו לקבלת טיפול. כמחצית מהם (27% מסך המשיבים) ציינו כי חשו צורך בטיפול, וייתכן שהדבר מצביע על צורך בפנייה יזומה אליהם

המלצות

1

יש להיערך להתגברות צורכי האוכלוסייה בטיפול, לאור העלייה בביקוש בקרב מי שחצו סף קליני ולהגביר את ההשקעה בגיוס מטפלים למערכת הבריאות הציבורית (משום שעלות וזמני המתנה עלו כחסמים לפנייה לטיפול)

2

מומלץ להמשיך במגמת ריבוד המענים, בפרט במרפאות הקהילה – על ידי רופא משפחה ומאמן חוסן, ולהציע אפשרויות גישה למענים אלו באופן פרואקטיבי לאוכלוסיות הנמנעות כיום מלפנות

3

יש לכוון התערבויות פרואקטיביות לאוכלוסיות בסיכון שאינן נוטות להחלים, ובפרט למי שנחשפו אישית בעצימות גבוהה הפרויקט הדיגיטלי של שירותי בריאות כללית, במסגרתו פונה הקופה מדי שבוע לאלפי אנשים בסיכון וסוגרת מעגל טיפולי, היא דוגמה חשובה

המלצות

4

יש להמשיך ולאפיין את מי שסובלים מתסמינים, חשים צורך בטיפול, אך לא פונים לקבל אותו (קבוצה עיקרית) או פונים לטיפול אך לא זוכים לקבל טיפול (קבוצה קטנה). יש להעמיק ולזהות את הסיבות לאי-פנייה לטיפול, על אף תחושת צורך, ולכוון התערבויות מותאמות

5

מומלץ לעודד צוות רפואי ליזום שיחה על מצב נפשי יש לבחון המשך תשאול רחב על בסיס דיווח עצמי של מצב נפשי, יכולת התמודדות ותחושת צורך בטיפול

6

יש לבחון מאמץ ארוך-טווח בתחום החוסן לאוכלוסיות המתאפיינות במעגלי תמיכה מוחלשים. יש לבחון תשאול והעמקה נוספת בקרב קבוצות בסיכון גבוה, כגון ערבים ונשים צעירות



הדר סמואל
hadars@jdc.org

ינאי גורליק
yanaygo@jdc.org

פרופ' חן בליצר
rbalicer@clalit.org.il

כללית 
מכון כללית למחקר

מאירס ג'וינט
ברוקדייל 

brookdale.jdc.org.il

www.clalit-innovation.org