



מאיירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

**מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול
לפני העברת האחריות לבריאות הנפש
לקופות החולים:
נקודת המבט של צרכני השירותים**

רויטל גרוס ♦ שולי ברמלי-גרינברג ♦ ברוך רוזן
נורית ניראל ♦ רותי וייצברג

ניתוח העומק בנושא המצוקה הנפשית המוצג בדוח זה מומן בסיוע
מיכאל ואדריאנה דוברף ממסצ'וסטס, ארה"ב. הניתוח מבוסס על
סקר תקופתי על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות הממומן בסיוע ממשלת
ישראל, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות,
קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת

דוח מחקר



**מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול
לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים:
נקודת המבט של צרכני השירותים**

רויטל גרוס שולי ברמלי-גרינברג ברוך רוזן
נורית ניראל חותי וייצברג

ניתוח העומק בנושא המצוקה הנפשית המוצג בדוח זה מומן בסיוע מיכאל ואדריאנה דוברף ממסצ'וסטס, ארה"ב. הניתוח מבוסס על סקר תקופתי על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות הממומן בסיוע ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 91037
טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391
כתובת באינטרנט : www.jdc.org.il/brookdale



פרסומים נוספים של מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בנושא זה

גרוס, ר'; באום, נ'; עובד-אור, מ'. 2009. "גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית באוכלוסייה הכללית בישראל". **ביטחון סוציאלי** 79: 111-140.

ניראל, נ'. 2009. **הסדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש - מסמך מסכם**. <http://brookdaleheb.jdc.org.il/files/PDF/MentalHealthWorkshop-EM.pdf>

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

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; בידני-אורבך, א'; לכמן, מ'; שגיב, נ'; זהבי, ט'. 2007. **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה ואפליה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**. דמ-478-07.

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

Rosen, B.; Nirel, N.; Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; Ecker, N.; Struch, N. 2008. "The Israeli Mental Health Insurance Reform". *Journal of Mental Health Policy and Economics* 11: 201-208

להזמנת פרסומים ניתן לפנות למאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ת"ד 3886, ירושלים 91037, טל': 02-6557400, פקס: 02-5612391, דואר אלקטרוני: brook@jdc.org.il

תמצית מחקר

רקע

משרד הבריאות נערך לרפורמה במערך בריאות הנפש שבמסגרתה תעבור האחריות לאספקת שירותי בריאות הנפש מידי המשרד לקופות החולים. כמו כן, מתוכננים שינויים נוספים בארגון ובמימון של שירותי בריאות הנפש בקהילה. שינויים אלה עשויים להשפיע על התנסויות הצרכנים בשירותי בריאות הנפש, וכן על עצם הפנייה לשירותים אלו.

לאור השינויים הצפויים הללו, הוסיף מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל בשנת 2007 פרק מיוחד על בריאות הנפש לסקר התקופתי שהוא עורך לגבי רמת השירות הניתנת במערכת הבריאות, מזווית הראייה של האוכלוסייה הכללית. כלי זה אפשר לצוות המחקר לבחון את ההתנסויות של מדגם מייצג מתוך כלל הבוגרים בארץ, שדיווחו כי חשו אי-פעם מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד איתה לבד. קבוצה זו כוללת גם אנשים שאינם עונים על הקריטריונים לאבחנת הפרעה נפשית (על-פי ספר האבחנות המקובל DSM-4, ICD-10), אשר חלקם לא יהיו זכאים לטיפול נפשי במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי, גם לאחר יישום הרפורמה. על כל פנים, חשוב לבחון את ההתנסויות של כלל הקבוצה, הן לאור הצרכים הבריאותיים והחברתיים שלה, והן לאור שירותי בריאות הנפש שחבריה צורכים.

מטרות

מטרות ההעמקה בנושא בריאות הנפש בסקר היו:

- ♦ לאפיין את האוכלוסיות המדווחות על שיעורים גבוהים של מצוקה נפשית, לשם איתור קבוצות סיכון שחשוב להתייחס אליהן במיוחד.
- ♦ לבחון את הגורמים המשפיעים על פנייה לטיפול במצוקה נפשית, במטרה לאתר קבוצות הנמנעות מלקבל טיפול, גם כאשר הן זקוקות לו.
- ♦ לתאר את דפוסי קבלת שירותי בריאות הנפש ושביעות הרצון מהשירות טרם החלת הרפורמה, כבסיס להשוואה למצב אחר יישום הרפורמה ולאתר תחומים שניתן לשפר כדי לתת טיפול אפקטיבי ויעיל לקבוצה זו.

שיטות

מכון ברוקדייל עורך מדי שנתיים סקר טלפוני בנושא רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות בקרב האוכלוסייה הבוגרת (בני 22 ומעלה) בחודשים אוגוסט-אוקטובר. ב-2007 רואינו 1,865 איש ושיעור ההיענות היה 83%. המסגרת לדגימה הייתה רשימת הטלפונים הממוחשבת של בזק ו-Hot, לאחר שבוצע מדגם שכבות לפי אזור, ובכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים. כדי להגיע לייצוג מדויק, שוקללו הנתונים לפי יחס הדגימה והרכב האוכלוסייה. מאפייני המדגם דומים מאוד למאפייני האוכלוסייה לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והמוסד לביטוח לאומי.

שאלות הסינון לאיתור אנשים עם מצוקה נפשית הייתה: "האם בשנה האחרונה הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה להתמודד איתה בעצמך, למשל: מתח רב, חרדה, דיכאון או עצב עמוק?" אנשים שהשיבו

בשליה נשאלו: "האם הרגשת כך בעבר?" השאלה התבססה על שאלת סינון שבשימוש בסקרים לאומיים בקנדה ובארצות הברית (Boyle et al., 1996; Kessler 1994). תוקף נראה ותוקף מבנה נבדקו גם במחקרים קודמים בישראל (Gross et al., 1998; Gross et al. 2007a; b; Rabinowitz et al., 1999, 2003).

ממצאים

הימצאות מצוקה נפשית ומאפייניה

- ♦ **היקף המצוקה הנפשית:** 25% מהאוכלוסייה הבוגרת דיווחו על מצוקה נפשית בשנה האחרונה, שקשה היה להם להתמודד איתה לבד. שיעורי המצוקה הנפשית גבוהים במיוחד בקרב האוכלוסייה הערבית (38%), בקרב חולים כרוניים (33%), בקרב בעלי הכנסה נמוכה (33%) ובקרב קשישים (30%) ונשים (31%).
- ♦ **דיווח על תחושת מצוקה נפשית:** 32% מהמרואיינים חשו מצוקה נפשית אי-פעם. רובם (81%) דיווחו כי הפעם האחרונה שבה חשו מצוקה הייתה בשנה האחרונה, 12% לפני שנה עד תשע שנים, ו-7% לפני עשר שנים או יותר.
- ♦ **חומרת מצוקה נתפסת:** המרואיינים שחשו מצוקה נפשית אי-פעם התבקשו לדרג את חומרת המצוקה על-פי מידת הפגיעה בתפקוד. שלושה עשר אחוזים הגדירו את המצוקה שחשו כ"קשה מאוד - בקושי תפקדתי והתמודדתי עם דברים", 28% - כ"קשה - היה קשה לתפקד ולהתמודד", 36% - כ"בינונית - היו עליות וירידות בתפקוד" ו-23% - כ"קלה - לא היו בעיות רציניות בתפקוד".

זיהוי מצוקה נפשית ודפוסי פנייה לטיפול

- ♦ **היקף האיתור של מצוקה נפשית:** 14% מכלל האוכלוסייה השיבו בחיוב לשאלה: "בשנה האחרונה, רופא משפחה שאל אותי או דיבר איתי על מצוקה נפשית, דיכאון, מצב-רוח, עייפות, בעיות רגשיות, בעיות ריכוז וכדומה". מבין אלו שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה דיווחו 30% כי רופא המשפחה שאל על כך. השיעור המקביל בקרב המרואיינים שדירגו את המצוקה כחמורה או חמורה מאוד עמד על 36%. נציין עוד כי במרבית המקרים (60%) התקיימה השיחה ביוזמת המטופל.
- ♦ **פנייה לקבלת עזרה:** 22% מהמרואיינים שחשו מצוקה נפשית אי-פעם לא פנו כלל לקבלת עזרה, ו-34% פנו רק לקבלת עזרה מגורמים לא-פורמליים (חברים, בני משפחה ואנשי דת). ארבעים וארבעה אחוזים פנו לאיש מקצוע, ביניהם, 38% פנו לאיש מקצוע מופר (רופא ראשוני, פסיכולוג, פסיכיאטר או עובד סוציאלי) ו-6% פנו למטפל אלטרנטיבי. יתר על כן, בקרב המרואיינים שדירגו את מצוקתם כחמורה או חמורה מאוד, רק מחצית פנו לאיש מקצוע.

הטיפול במצוקה נפשית

- ♦ **המטפל העיקרי:** 37% מהפונים לקבלת עזרה מאיש מקצוע פנו לרופא משפחה, 21% - לפסיכולוג, 15% - לפסיכיאטר, 13% - למטפל אלטרנטיבי (בעיקר: דיקור, רפואה סינית, עיסוי, רפלקסולוגיה, שיאצו), 7% - לעובד סוציאלי, ו-7% - לאיש מקצוע אחר (רופא אחר, יועץ, קבוצת תמיכה).
- ♦ **מסגרת קבלת הטיפול:** חלק הארי מהפונים לאיש מקצוע (44%) קיבלו את הטיפול במרפאה של רופא המשפחה בקופת החולים, ועוד 12% קיבלו טיפול בתחנת בריאות הנפש של הקופה או בידי

מטפל עצמאי העובד עם הקופה. עשרים וארבעה אחוזים ענו כי קיבלו את הטיפול במרפאה פרטית, 12% קיבלו טיפול במתקן ציבורי אחר (באמצעות משרד הביטחון, המוסד לביטוח לאומי, לשכות רווחה), ו-8% קיבלו את הטיפול בבית חולים או במרפאה אמבולטורית השייכים למשרד הבריאות.

♦ **סוג הטיפול במצוקה הנפשית:** 45% טופלו בשיחות בלבד, ו-15% קיבלו טיפול לא-תרופתי אחר (טיפול אלטרנטיבי או שיחות בשילוב עם טיפול אחר); 16% קיבלו טיפול תרופתי בלבד (כולל תרופות מרשם ותכשירים טבעיים); 22% קיבלו תרופות בשילוב עם טיפול אחר (שיחות, טיפול אלטרנטיבי וכדומה).

♦ **הסבר על התרופות:** עשרים ושניים אחוזים מהמרוואיינים שקיבלו מרשם לתרופות ציינו שההסבר שקיבלו על התרופות לא היה מספק.

♦ **משך המתנה לקבלת טיפול:** נמצא כי במצבי המצוקה הנפשית שנבחנו בסקר זה משך ההמתנה אינו ארוך בדרך כלל. ארבעים ושניים אחוזים קיבלו טיפול באותו יום או למחרת, 34% - תוך 3-7 ימים, 14% המתינו חודש, 7% המתינו 1-3 חודשים ורק 2% המתינו יותר. יש הבדלים בין זמני ההמתנה למטפלים השונים: כ-40% מהפונים לאנשי מקצועות בריאות הנפש (פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי) המתינו מעל שבוע, לעומת 10% מהפונים לרופא משפחה ולמטפל אלטרנטיבי.

♦ **הסיבות לאי-פנייה לקבלת עזרה פורמלית:** הסיבה העיקרית שצינו המרוואיינים שחשו מצוקה נפשית ולא פנו לקבלת עזרה פורמלית הייתה: "חשבתי שאתמודד לבד". אולם, יותר ממחצית המרוואיינים ציינו גם סיבות מערכתיות: "הטיפול יקר", "זמן המתנה ארוך", "לא ידעתי למי לפנות", "ביורוקרטיה". ראוי לציין כי 10% מהמרוואיינים שחשו מצוקה נפשית אמרו שוויתרו על תרופה או על טיפול נפשי בגלל המחיר.

שביעות רצון מהטיפול במצוקה נפשית ומהמטפל העיקרי

בתשובה לשאלה לגבי שביעות הרצון הכללית מהטיפול במצוקה הנפשית ענו 46% שהם מרוצים מאוד, ועוד 37% ענו שהם מרוצים. שביעות הרצון מהיבטים בין-אישיים של הטיפול הייתה גבוהה יותר משביעות הרצון מהיבטים אחרים: "המטפל התייחס בכבוד והערכה" (64% מרוצים מאוד), "הקדיש מספיק זמן" (61%), "הרגשתי נוח לשוחח על הבעיה" (55%) ו"אמון וביטחון ביכולת המקצועית" (55%); לעומת "מספר הטיפולים היה מספיק" (42%) ו"הטיפול עזר לפתור את הבעיה" (40%). שיעור המרוואיינים שהביעו שביעות רצון גבוהה מהפסיכיאטרים היה נמוך יחסית לשיעורים לגבי בעלי המקצועות האחרים (29% מרוצים מאוד מהפסיכיאטר, לעומת כ-50% ממטפלים אחרים).

סוגיות העולות מן הממצאים

♦ במחקר נמצא שרק כמחצית האנשים שחוו מצוקה נפשית חמורה פונים לטיפול מקצועי. מכאן, שיש צורך להגביר את נגישות הטיפול ואת המאמצים לאתר את האנשים במצוקה כחלק מהטיפול הכוללני בחולה המשלב היבטים של גוף ונפש.

♦ מן הממצאים עולה כי הרופאים הראשוניים הם אנשי המקצוע שאליהם אנשים פונים לעתים קרובות ביותר כאשר הם חווים מצוקה נפשית. אולם, נמצא גם ששיעורי האיתור ביוזמת הרופאים הראשוניים נמוך.

- ♦ בהתאם לכך, חשוב לחזק את יכולת הרופאים הראשוניים לזהות מצוקה נפשית ולעודד אותם ליזום בתחום זה. ניתן לעשות זאת הן באמצעות הכשרה והן באמצעות יצירת מסגרת של תמיכה מקצועית.
- ♦ שיפור רמת ההסברים הניתנים למטופלים על תרופות פסיכיאטריות צפוי להוביל לשיפור האפקטיביות והיעילות של התרופות.
- ♦ הצורך להתמודד עם מגוון חסמים לפנייה לטיפול, הכוללים מחיר, מרחק וזמני המתנה על-מנת להביא לניצול מיטבי של השירותים ולשיפור רווחת האוכלוסייה.

כמו כן, הסקר מעלה מספר נושאים שכדאי להעמיק בהם במחקרים עתידיים:

- ♦ הסיבות לשיעורי שביעות רצון נמוכים יחסית מהפסיכיאטרים, לעומת הרופא הראשוני ומטפלים אחרים בבריאות הנפש.
- ♦ זמני ההמתנה לספקים השונים, לפי שיוך ארגוני (קופות חולים, תחנות משרד הבריאות, מרפאות חוץ וכדומה), לפי אזור, לפי אוכלוסיית יעד (בוגרים, ילדים, ערבים, פריפריה) ולפי סוג הבעיה (כרונית, אקוטית, מצוקה קלה).
- ♦ התארגנות קופות החולים כיום להספקת שירותי בריאות הנפש, ובפרט, איכות הטיפול ברפואה ראשונית.
- ♦ המידה שאנשי מקצוע שונים (כגון עובדים סוציאליים, מחנכים ואחיות) פועלים לזיהוי מצוקה נפשית.

כמכלול, הממצאים מבליטים את המקום המרכזי של הרפואה הראשונית בפניות לטיפול נפשי ובהתמודדות עם מצוקה נפשית. כפי שעולה מהממצאים, כבר כיום, הרפואה הראשונית מספקת מענה לחלק גדול מצרכים אלו, במסגרת טיפול כוללני בחולה. ייתכן שההיקף אף יגדל בעקבות הרפורמה הביטוחית, בין היתר לאור ההיקף הרחב של צרכים לא מסופקים כיום, ומיקוד האחריות לטיפול נפשי בקופות החולים בעקבות הרפורמה.

הממצאים הוצגו בהרחבה בפני שר הבריאות, ובפני בכירים במשרד הבריאות, במועצת הבריאות, בקופות החולים ובמועצה הלאומית לרפואה ראשונית.

בסיכום של דבר, אנו מקווים שהמידע שהוצג בדוח זה יסייע לאיתור תחומים שניתן לשפר כדי לתת טיפול אפקטיבי ויעיל יותר במצוקה נפשית. כמו כן אנו תקווה כי המידע ישמש גם בסיס להשוואה בשנים הבאות, הן אם הרפורמה הביטוחית תיושם והן אם תתעכב.

ניתוח העומק בנושא המצוקה הנפשית המוצג בדוח זה מומן בסיוע מיכאל ואדריאנה דוברף ממסצ'וסטס, ארה"ב. הניתוח מבוסס על סקר תקופתי על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות הממומן בסיוע ממשלת ישראל, שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, קופת חולים לאומית וקופת חולים מאוחדת.

דברי תודה

אנו מודים לחברינו בוועדת ההיגוי של המחקר "דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות 2007", שסייעו בפיתוח כלי המחקר ונתנו הערות לממצאים. להלן רשימת חברי הוועדה לפי סדר א"ב:

ז'ק בנדלק, מנהל תחום מחקרי בריאות, המוסד לביטוח לאומי
שמואל בן יעקב, האגודה לזכויות החולה
מידד גיסין, יו"ר צב"י (צרכני בריאות ישראל)
ד"ר פרנסיס ווד, מכבי שירותי בריאות
ד"ר בועז לב, משנה למנכ"ל, משרד הבריאות
נורית לקס, עוזרת ראש חטיבת הקהילה, שירותי בריאות כללית
עדינה מרקס, יו"ר האגודה לזכויות החולה
דוד סומך, לשכת המנכ"ל, קופת חולים מאוחדת
יהודה עליאש, מנהל שיווק ופרסום וממונה על התקציבים, קופת חולים מאוחדת
ראובן קוגן, אגף תקציבים, משרד האוצר
נורית פרידמן, מנהלת המחלקה להערכת שירותים, מכבי שירותי בריאות
ד"ר רפי קיים, רופא מחוזי, קופת חולים לאומית
ראובן שטיינר, יועץ, משרד הבריאות
ענת שמש, מנהלת תחום סקרים והערכה, משרד הבריאות
ליאורה הירשהורן, אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון, משרד האוצר
גבי בן נון, סמנכ"ל לכלכלת בריאות, משרד הבריאות
אנואר חילף, רפרנט בריאות, אגף התקציבים, משרד האוצר
דפנה לוינסון, בריאות הנפש, משרד הבריאות
יואל ליפשיץ, סמנכ"ל לקופות חולים ושירותי בריאות נוספים, משרד הבריאות
ד"ר ערן מץ, מנהל המחלקה לרפואה בקהילה, קופת חולים לאומית
ניר קידר, אגף לכלכלה וביטוח בריאות, משרד הבריאות
סיגל רגב-רוזנברג, ראש אגף תכנון ומדיניות בריאות, שירותי בריאות כללית

תודה מיוחדת לדפנה לוינסון וליעקב פולאקביץ על העזרה שלהם בזיהוי הנושאים לבדיקה ובפירוש הממצאים.

אנו מודים גם למנכ"ל משרד הבריאות פרופ' אבי ישראלי ולחברי מועצת הבריאות על הערותיהם המועילות בפגישה שבה הוצגו ממצאי המחקר.

תודה מיוחדת לד"ר אורית יעקבסון, לד"ר יוסי בראל, לפרופ' חנן מוניץ ולחברי מערך בריאות הנפש בשירותי בריאות כללית, וכן, לד"ר להד ולחברי המועצה הלאומית לרפואה ראשונית, על הערותיהם המועילות בפגישות שבהן הוצגו ממצאי המחקר.

תודה לנועה אקר שסייעה בריכוז חומר משאלונים על שירותי בריאות הנפש שהתבצעו בארץ ובעולם בשנים האחרונות. תודה גם למטי מויאל על העריכה, ללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס ולאיילנה פרידמן על הסיוע בהדפסה.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
7	2. שיטת המחקר
8	2.1 שיטת הדגימה והשקלול
8	2.2 איסוף הנתונים וכלי המחקר
9	3. ממצאים
9	3.1 המדווחים על מצוקה נפשית ומאפייניהם
13	3.2 מאפייני המצוקה הנפשית
13	3.3 איתור מצוקה נפשית
16	3.4 מצוקה נפשית ושימוש בשירותי בריאות
18	3.5 פנייה לקבלת עזרה או טיפול נפשי
21	3.6 מקום קבלת הטיפול הפורמלי
23	3.7 המתנה לקבלת הטיפול
24	3.8 המטפל העיקרי במצוקה נפשית
25	3.9 סוגי הטיפול
26	3.10 שביעות הרצון מהטיפול ומהמטפל העיקרי
28	4. השלכות הממצאים לקביעת מדיניות
29	4.1 היקף הדיווח על מצוקה נפשית ושיעורי האיתור
29	4.2 מקומו של רופא המשפחה בטיפול במצוקה נפשית
30	4.3 מאפייני הטיפול במצוקה נפשית
31	4.4 דפוסי פנייה לקבלת עזרה נפשית
32	4.5 שביעות רצון מהטיפול ומהמטפל העיקרי
34	ביבליוגרפיה

רשימת לוחות

- לוח 1 : תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 ו-2007 7
- לוח 2 : הרגשת מצוקה נפשית לפי משתני רקע 10
- לוח 3 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית של מצוקה נפשית, לפי משתני הרקע 11
- לוח 4 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "מצוקה נפשית אי-פעם", לפי מין 12
- לוח 5 : היקף איתור מצוקה נפשית בשנה האחרונה, לפי משתני רקע 14
- לוח 6 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "האם רופא המשפחה דיבר או שאל על מצוקה נפשית" 15
- לוח 7 : שביעות רצון (במידה רבה מאוד) מרופא המשפחה לפי המשתנה "דיבר או שאל על מצוקה נפשית" ומשתני רקע..... 16
- לוח 8 : פנייה לשירותי בריאות בקרב מדווחי על מצוקה נפשית בשנה האחרונה..... 17
- לוח 9 : פנייה לשירותי בריאות לפי מצוקה נפשית בשנה האחרונה ומשתני רקע 17
- לוח 10 : פנייה לקבלת טיפול נפשי, לפי משתני רקע 18
- לוח 11 : ניתוח רגרסיה מולטינומיאלית של המשתנה "פנייה לקבלת עזרה למצוקה נפשית" בקרב המדווחים על מצוקה נפשית אי-פעם 20
- לוח 12 : קבלת טיפול פורמלי למצוקה נפשית במערכת הציבורית או פרטית, לפי מאפייני רקע..... 22
- לוח 13 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "קבלת עזרה במרפאה פרטית", לפי משתני רקע 23
- לוח 14 : מטפל עיקרי לפי חומרת המצוקה 24
- לוח 15 : מטפל עיקרי לפי קופת חולים 25
- לוח 16 : סוג טיפול, לפי מטפל עיקרי 25
- לוח 17 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "קיבל רק תרופות מרשם" מרופא משפחה, לפי משתני רקע..... 26
- לוח 18: שביעות רצון מהטיפול, לפי משתני רקע 27
- לוח 19 : ניתוח רגרסיה לוגיסטית למשתני שביעות רצון במידה רבה מאוד בתחומים שונים של הטיפול למצוקה נפשית לפי משתני רקע וסוג מטפל 28

רשימת תרשימים

- תרשים 1 : מעגלי צרכני בריאות הנפש 3
- תרשים 2 : מקום קבלת הטיפול הפורמלי 21

1. מבוא

מערכת שירותי בריאות הנפש פועלת בנפרד משירותי הבריאות הכלליים מבחינת מימון, תכנון, ארגון ומקום מתן השירות. כ-6% מההוצאה הלאומית לבריאות מוקדשת לבריאות הנפש. השירותים הממומנים על-ידי המדינה ממומנים בעיקר מהמיסוי הכללי. הממשלה היא הספק הגדול ביותר של שירותים מקצועיים ייעודיים לבריאות הנפש ומפעילה כמחצית בתי החולים הפסיכיאטריים ולמעלה ממחצית (55%) המרפאות בקהילה.

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) נקבע כי האחריות על שירותי בריאות הנפש תועבר לקופות החולים (להלן הרפורמה הביטוחית), ומאז נעשו ניסיונות לעשות זאת. על אף החלטות והצהרות רשמיות, לרבות החלטות ממשלה, רפורמה ביטוחית זו בשירותי בריאות הנפש עדיין לא יצאה אל הפועל. הסיבות לכך רבות ומורכבות ונדונו במספר מחקרים קודמים (גיא, 2004; אבירם, 2007; אבירם, גיא וסייקס, 2006; Sykes, 2006). על הרפורמה בבריאות הנפש ביתר פירוט, ראו מסמך רקע וסיכום סדנה בנושא (ניראל, 2007; ניראל, 2009).

סל השירותים שנקבע בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) כולל רשימת שירותי בריאות הנפש שבאחריות משרד הבריאות לספק (התוספת השלישית לחוק ביטוח בריאות ממלכתי). הסל כולל גם רשימת שירותים, חופפת בחלקה, שקופות החולים צריכות לספק (התוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי סעיף 69). עקב כך קיימת עמימות לגבי האחריות למתן טיפול שעלולה לגרום קושי לחולה לממש את הזכות לטיפול. מערכת שירותי בריאות הנפש עומדת כיום בפני שורת בעיות נוספות, ביניהן: צרכים רבים מתחום בריאות הנפש נותרים ללא מענה עקב הסטיגמה שקיימת לגבי השירות, התורים הארוכים במרפאות משרד הבריאות והמחיר הגבוה של שירותי בריאות נפש במגזר הפרטי. בנוסף, אין שוויון מבחינת היצע השירותים בין המרכז לפריפריה, וכן, תקצוב חסר של התחום על-ידי הממשלה, כאשר מרבית התקציב מופנה לטיפול בחולי הנפש הקשים (אבירם ורוזן, 1998; חבר ואחרים, 2005; אלישע וגרינשפון, 2007; Rosen, 2003; Gross & Baruch, 2004; Sykes, 2006; Levinson et al., 2007a).

בעיות אלו הובילו למאמץ מחודש לשם העברת האחריות לשירותי בריאות הנפש לקופות החולים. בנוגע לכך, נחתם בספטמבר 2006 הסכם בין משרד הבריאות למשרד האוצר, אשר אושר בהחלטת ממשלה מס' 568 מיום 4 באוקטובר 2006. הצעת החוק הממשלתית לתיקון חוק ביטוח בריאות ממלכתי (בריאות הנפש) עברה בקריאה ראשונה ב-25 ביולי 2007 והועברה לטיפול של תת-ועדה מיוחדת של ועדת העבודה, הרווחה והבריאות אשר דנה בפירוט בסעיפים השונים של הצעת החוק. הדעה שרווחה עד כה במערכת הייתה כי הפעם, שלא כבעבר, המחלוקות קלות יותר וניתנות לגישור, ועל כן יש סיכוי שהרפורמה תיושם, גם אם יש הערכות שונות לגבי מועד תחילת היישום.

המטרה העיקרית של העברת האחריות הביטוחית על שירותי בריאות הנפש לאחריות קופות החולים היא לשפר את בריאותם ואת רווחתם של חולי הנפש. כמו כן, הוגדרה גם שורת יעדים ספציפיים להשגת מטרה זו, בהם שיפור השילוב בין הטיפול בגוף לטיפול בנפש ויצירת רצף טיפולי ושיפור הנגישות והזמינות של שירותי בריאות הנפש. לרפורמה הוגדרו מספר יעדים משניים הכוללים: שיפור יעילות

השירות על-ידי העברת האחריות לאספקתו לקופות חולים מתחרות; שיפור המעמד המקצועי של אנשי מקצוע מתחום בריאות הנפש על-ידי הידוק הקשר עם שירותי הרפואה הכללית; הבטחת היקף רחב יותר של מימון ממשלתי לשירותי בריאות הנפש; שחרור משרד הבריאות מאספקת שירותים וחיזוק מעמדו כמיניסטריון; והרחבת המשאבים המוקצים לטיפול בבעיות פסיכיאטריות קלות.

החלת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש צפויה להשפיע על צרכני השירותים. כאן המקום להבחין בין שלושה מעגלים של צרכנים (ראו תרשים 1):

1. מעגל פנימי של חולים במחלות נפש קשות (Serious Mental Illness - SMI) שמספרם נאמד בכ-70,000 איש (מקבלי קצבת נכות על רקע בעיה נפשית מהמוסד לביטוח לאומי) והם מהווים כאחוז אחד מהאוכלוסייה.¹

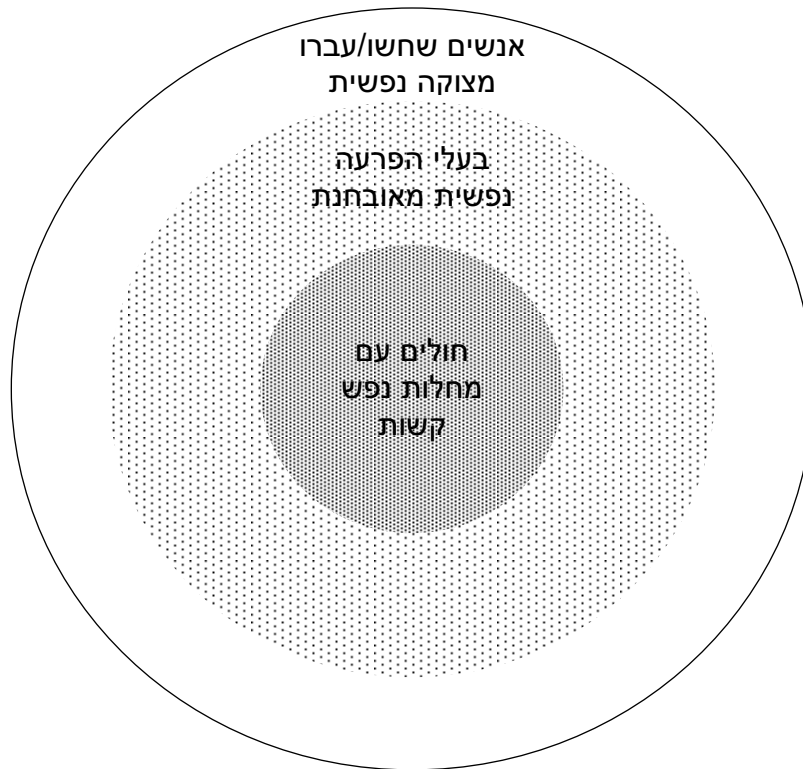
2. מעגל אמצעי של חולים עם הפרעה נפשית מאובחנת (כלומר, אבחנה העונה לקריטריונים המוכרים בספר האבחנות המקובל - DSM-4, ICD-10), שרק לחלקם מחלות קשות. על סמך הדיווחים של המרואיינים בסקר של משרד הבריאות משנת 2003/4 כ-10% מהאוכלוסייה המבוגרת עומדים בקריטריונים להפרעת רגש או חרדה לפחות פעם אחת בשנה שקדמה לסקר, אך שיעור המאובחנים הוא כנראה נמוך יותר (Levinson et al., 2007a).

3. מעגל חיצוני של האוכלוסייה הכללית הנוקת לעזרה נפשית עקב מצוקה, בחלקה בעלי הפרעה מאובחנת, בחלקה אנשים שאינם עומדים בקריטריונים לאבחנה ובחלקה אנשים שלא פנו כלל לאבחון פסיכיאטרי. בסקרים קודמים של מכון ברוקדייל נמצא כי יותר מרבע מהאוכלוסייה הבוגרת חשו מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד איתה בעצמם בשנה שקדמה לסקר (גרס ואחרים, 2007). נדגיש כי מצוקה נפשית אינה זהה להפרעה נפשית, גם אם שני המצבים מופיעים לעתים ביחד.

להלן נתייחס בקצרה להשפעה הצפויה של הרפורמה הביטוחית על שני המעגלים הראשונים ובהרחבה - לגבי המעגל השלישי, מוקד המחקר הנוכחי. ניתוח מפורט של השפעות צפויות של הרפורמה על הצרכנים ניתן למצוא במסמך רקע שהוכן על-ידי צוות חוקרים ממאייס-ג'וינט-מכון ברוקדייל (ניראל ואחרים, 2007)

באשר לחולים הקשים, כיום, רוב הטיפול האמבולטורי מסופק על-ידי משרד הבריאות. יחד עם זאת, שירותי בריאות כללית² מטפלת בחולים הקשים בקרב מבוטחיה בחלק מאזורי הארץ. קופות החולים האחרות אינן ערוכות כיום לתת שירותי בריאות הנפש לאוכלוסייה זו.

1. חלק קטן מהם מאושפזים בעת נתונה, חלק גדול יותר מהם חיים במסגרות קהילתיות לטיפול ולשיקום, ורובם חיים מחוץ למסגרות מיוחדות כאלה.
2. לשם הקיצור, תכונה להלן שירותי בריאות כללית – "כללית", מכבי שירותי בריאות – "מכבי", קופת חולים מאוחדת – "מאוחדת" וקופת חולים לאומית – "לאומית".



בעקבות הרפורמה צפוי תהליך של שילוב רפואת הגוף ורפואת הנפש שאמור לשפר את המצב הקליני של החולים ואת איכות הטיפול בהם. עם זאת, קיים חשש, שמשיקולים של כדאיות כלכלית, מטופלים ישוחררו מוקדם מדי מאשפוז ויגיעו לקהילה מבלי שהמסגרות התומכות, לרבות בני משפחותיהם, יהיו ערוכות לכך. שיקולים כלכליים עלולים להוביל לפגיעה באיכות הקלינית של הטיפול, משום שניסיון לחסוך בעלויות הטיפול עלול להוביל להעסקת מטפלים בעלי מיומנות נמוכה, למתן טיפול לא הולם, לקיצור משך טיפול ולמיעוט מרפאות. ייתכן גם כי קופות החולים ישקיעו משאבים רבים יותר בחולים קלים (ללא אבחנה פסיכיאטרית) על חשבון טיפול בחולים קשים יותר, משיקולי הכדאיות הכלכלית שבשימור אוכלוסיות אלו בקופת החולים.

חולים הנמנים על המעגל השני (בעלי הפרעה נפשית מאובחנת) יכולים כיום לפנות למספר מסגרות טיפול אמבולטוריות. כל אדם יכול לפנות באופן עצמאי לבדיקה, ללא הפנייה. משרד הבריאות אחראי למתן שירותי בריאות הנפש הכוללים טיפול אמבולטורי במרפאות לכל פונה וללא תשלום. השירות כולל מניעה, איתור מוקדם, מיון והערכה ופסיכותרפיה (מדינת ישראל, משרד הבריאות, 2002). גם קופות החולים מספקות למבוטחיהן שירותי בריאות הנפש, הן במרפאות ייעודיות והן בידי מטפלים עצמאיים. טיפול זה נכלל בחלקו במסגרת הביטוח המשלים. נציין כי במסגרת שירותי בריאות הנפש ניתן לקבל

טיפול כאשר קיימת מצוקה קשה הנובעת ממצבי חיים, באמצעות סטטוס מיוחד ("קוד Z")³. מצבים אלו מטופלים גם במסגרות לרפואה קהילתית כללית. שתי קופות החולים הגדולות (כללית ומכבי) פרסמו בשנים האחרונות הנחיות קליניות לרופאים ראשוניים לגבי איתור וטיפול בתסמיני דיכאון וחרדה הנובעים גם ממצבי חיים, כחלק בלתי-נפרד מהמפגש עם החולה (Goldfracht et al., 2007), שכן אלו הן ההפרעות השכיחות ביותר.

העברת האחריות לקופות החולים עשויה לשפר את איכות הטיפול בחולים עם הפרעה נפשית מאובחנת בכמה היבטים: מתן טיפול כוללני המשלב בין גוף לנפש, שיפור ברצף הטיפול, תיאום והמשכיות; הגדלת נגישות וזמינות השירות מבחינת המתנה, מרחק, חופש בחירה; והגברת השוויון על-ידי הסרת מחסומים כספיים ואחרים לטיפול. עם זאת, יישום הרפורמה מלווה גם בחששות לגבי השפעותיה על קבוצה זו: ייתכן כי שיטת התגמול איננה כוללת תמריץ מספיק לקופות החולים לשפר את איכות הטיפול, את הנגישות ואת השוויון, וכך לא תושגנה התוצאות המצופות. כמו כן, ייתכן כי משיקולים כלכליים יוזנחו מצבים "אפורים" (כגון חולים עם דמנטיה, פיגור, משברי חיים, הפרעות קלות), ואז לא יושג השיפור הרצוי בטיפול בקבוצה זו. ייתכן גם כי תהיה פגיעה באיכות הטיפול הקליני עקב שיקולים כספיים (מיומנות נמוכה של מטפלים, סוג טיפול, משך טיפול, מיעוט מרפאות).

באשר למעגל השלישי של הצרכנים (מצוקה נפשית שאינה עומדת בהכרח בקריטריונים של אבחנה פסיכיאטרית) קיימת אי-ודאות לגבי השפעת הרפורמה הביטוחית עליהם. המושג "מצוקה נפשית" כולל מצבים של חרדה, דיכאון, מורל נמוך ודחק, גם כאשר הסימפטומים אינם עומדים בקריטריונים של אבחנה פסיכיאטרית ספציפית (US Public Health Services, 2005). מצוקה נפשית נובעת לעתים קרובות ממצבי חיים, כגון: מוות במשפחה, מחלה, גירושין, פיטורין ומצב כלכלי קשה, ולכן, אינה בהכרח מחייבת טיפול מקצועי של שירותי בריאות הנפש. עם זאת, אנשים השרויים במצוקה נפשית חשים צורך בעזרה ואף פונים לאנשי מקצוע (Levinson et al., 2007b; גרוס, באום ועובד-אור, 2009).

כיום קיימת עמימות לגבי הזכאות לטיפול במצוקה נפשית שאינה עומדת בקריטריונים של אבחנה פסיכיאטרית. בסעיף 22ד' בחוק ביטוח בריאות ממלכתי נקבעה אחריות לתת סיוע נפשי במקרים של מצוקה הקשורה במצב רפואי או משבר חיים (פ"ד גדות, ה"פ 225/01); אולם, הפרשנות של סעיף זה שנויה במחלוקת⁴.

3. קוד Z ניתן למטופל בנוסף או במקום אבחנה פסיכיאטרית. קוד זה יינתן במקום אבחנה פסיכיאטרית כאשר להערכת המטפל אין מדובר בהפרעה נפשית או כאשר המטפל אינו מצליח לאבחן הפרעה נפשית (קיימת) או כאשר המטופל או הרופא חוששים מרישום אבחנה נפשית משיקולים של סטיגמה.

4. לפי סעיף 22ד' בתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) קופות החולים אמורות לספק שירות פסיכולוגי הכולל שירותי אבחון והערכה, ייעוץ במרפאות ובבתי חולים, טיפול פרטני זוגי ומשפחתי, התערבות פסיכולוגית בזמן משבר, טיפול פסיכולוגי שיקומי ונוירופסיכולוגי, וכן, טיפול פסיכותרפי ממושך. לפי סעיף זה, על הקופות לספק גם שירותי עבודה סוציאלית הכוללת טיפול פסיכוסוציאלי למטרות רפואיות במצבים חריפים ובמחלות ממושכות. אולם, הפרשנות של סעיף זה שנויה במחלוקת. פסק דין גדות (ה"פ 225/01) בוחן את כפילות האחריות של הקופות ושל משרד הבריאות בתחום שירותי בריאות הנפש האמבולטוריים. פסק הדין מבחין בין מהות הטיפול למקום מתן השירות וקובע כי משרד הבריאות נושא במימון שירותי בריאות הנפש האמבולטוריים, פרט לשירותי בריאות הנפש הניתנים במסגרת הביקורים במרפאות בריאות הנפש של הקופה (ה"פ (ת"א) 225/01, שירותי בריאות כללית נגד שר הבריאות, 14 באפריל 2002). פסק הדין אושר בבית המשפט העליון (ע"א 9165/02, 10164/02 שירותי בריאות נגד שר הבריאות, 26 בנובמבר 2003).

לפי הצעת החוק לרפורמה בבריאות נפש שהוגשה לכנסת על-ידי הממשלה, תוגבל הזכאות לטיפול לפונים אשר לגביהם אובחנה הפרעה נפשית (המעגל השני). עם זאת, הדיונים בכנסת ה-17 מצביעים על הכוונה להרחיב את הזכאות גם לאנשים אשר לגביהם קיים חשש להפרעה כזו. כך או כך, הזכאות לא תכלול את כל החשים מצוקה נפשית. למרות זאת, מסיבות שיפורטו להלן, חשוב מאוד למערכת לעקוב אחר דפוסי הטיפול ורמת השירות גם בקרב כלל המשתייכים למעגל רחב זה.

מסקירת הספרות שערכנו עולה כי למצוקה נפשית לא מאובחנת ולא מטופלת יש השלכות רפואיות וכלכליות. מצוקה נפשית קשורה בתפיסה שלילית של מצב הבריאות (Olfson et al., 1995) ובסומטיזציה (Blackwell & De Morgan, 1996). מצוקה נפשית קשורה גם לשימוש-יתר בשירותי בריאות (גרוס ואחרים, 1998; Koopmans & Lamers, 2006; Frostholm et al., 2005; Vedsted et al., 2001; Schwartzman et al., 2005). כמו כן, במדינות המפותחות נאמדות העלויות של בעיות בריאות הנפש ב-3% עד 4% מהתוצר הלאומי הגולמי. בדירוג הנטל של המחלות (במונחי Disability Adjusted Life Years - DALY מדורגות מחלות הנפש במקום אף גבוה יותר מזה של מחלות לב, מחלות ממאירות ואידס (WHO, 2003).

ממחקרים קודמים עולה כי חלק מהחשים מצוקה נפשית מקבלים טיפול במסגרת הרפואה הציבורית, וחלקם פונים לקבלת טיפול במסגרות פרטיות תמורת תשלום מכיסם או במסגרת שירותי הביטוח המשלים תמורת השתתפות עצמית (Rabinowitz, Gross & Feldman, 1999; 2003).

באשר להשפעת הרפורמה, מחד, טיפול במצוקה נפשית הנו חלק מהמודל הביו-פסיכו-סוציאלי העומד בבסיס רפואת המשפחה, ואין סיבה שהחלת הרפורמה תפגע בטיפול שהם מקבלים כיום במסגרת הרפואה הראשונית. ייתכן אף שהרפורמה תעלה את מודעות הקופות והרופאים למצבי מצוקה נפשית ולצורך לטפל בהם. מאידך, עם החלת הרפורמה, קופות החולים יחויבו לספק סל של שירותי בריאות הנפש (המגדיר את סוג הטיפול, משך הטיפול וגובה ההשתתפות העצמית), ויקבלו תקציב לאספקתו רק למטופלים בעלי הפרעה מאובחנת. ייתכן כי בעקבות כך יצומצמו השירותים הניתנים במסגרות הציבוריות לסובלים ממצוקה נפשית, והם יופנו לקבל שירות במסגרות פרטיות או באמצעות הביטוחים המשלימים. כך קיים חשש שיגדל היקף המצוקה הנפשית שאיננה מטופלת.

לפיכך, אם במסגרת הרפורמה לא יינתן מענה מלא לבעלי מצוקה נפשית ללא אבחנה, קיים חשש שיהיו לכך השלכות לא רצויות על רווחת המטופל, שייגרם אי-שוויון בין מטופלים ממעמד כלכלי שונה ושיהיו השלכות על עלויות המערכת.

המחקר הנוכחי מתייחס למעגל השלישי והרחב ביותר בתרשים 1. מעגל זה כולל, כמובן, גם את שני המעגלים האחרים (חולים קשים, ואנשים עם אבחנות פסיכיאטריות אחרות). אך כאמור, הוא כולל גם אנשים שלא עברו אבחון, אנשים שעברו אבחון ונמצאו בעלי הפרעה פסיכיאטרית ואחרים שעברו אבחון

ולא עמדו בקריטריונים של הפרעה פסיכיאטרית⁵. הקבוצה הזו מתאפיינת בכך שהם בעלי צורך נתפס בעזרה נפשית (השיבו בחיוב להיגד "מצוקה נפשית שהיה קשה להתמודד איתה בעצמך").

המחקר מרחיב את הידע שנצבר בסקר בריאות הנפש הלאומי שנערך ב-2003 על-ידי משרד הבריאות והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (Levinson et al., 2007a; 2007b). הסקר הלאומי כולל נתונים חשובים על היקף התחלואה הנפשית (הימצאות של הפרעות מאובחנות, כגון: דיכאון, חרדה והפרעת אישיות) ועל היבטים מסוימים של מערכת שירותי בריאות הנפש, כגון פנייה לטיפול, מחסומים לטיפול ותשלומים, במיוחד לגבי מטופלים בעלי מחלה מאובחנת. המחקר הנוכחי מרחיב את היריעה ומספק מידע משלים: אוכלוסייה רחבה יותר (המדווחים על מצוקה נפשית אף שאינם עומדים בקריטריונים של הפרעה פסיכיאטרית); התייחסות להיבטים של קבלת שירות שקשורים במיוחד לרפורמה הביטוחית; אבחנה מדויקת בין ספקי השירות הציבורי ובפרט בין משרד הבריאות לבין קופות חולים ובין ספקים אחרים. לבסוף, המחקר הנוכחי מספק מידע עדכני משנת 2007 על שירותי בריאות הנפש בתקופה שלפני הרפורמה.

מטרות המחקר:

- לאפיין את האוכלוסיות המדווחות על שיעורים גבוהים של מצוקה נפשית על-מנת לאתר "קבוצות סיכון" שחשוב להתייחס אליהן במיוחד.
- לבחון אילו גורמים משפיעים על פנייה לעזרה מקצועית לטיפול במצוקה נפשית, כדי לאתר קבוצות הנמנעות מלקבל עזרה, ואולי זקוקות לה.
- לתאר את דפוסי קבלת שירותי בריאות הנפש ושביעות הרצון מהשירות טרם החלת הרפורמה, כבסיס להשוואה למצב אחר יישום הרפורמה ולאתר תחומים שניתן לשפר כדי לתת טיפול אפקטיבי ויעיל לקבוצה זו.

נתונים על היקף ההזדקקות לעזרה נפשית ועל דפוסי השימוש בשירותים של האוכלוסייה הכללית הם חלק מבסיס נתונים הכרחי למעצבי המדיניות הלאומית, לקופות החולים ולנותני שירות נוספים בקהילה. המידע יכול לסייע בהערכת צורכי האוכלוסייה הכללית לשירותי בריאות הנפש ובהיערכות למתן מענה הולם. המידע יכול לשמש בסיס לתכנון כוח אדם ולהקצאת משאבים שיסייעו להיערכות הקופות לקראת קבלת האחריות לבריאות הנפש. לבסוף, ממצאי המחקר יוכלו לשמש בסיס להשוואה לסקרים נוספים שיערכו לאחר יישום הרפורמה. השוואה כזו תוכל לבחון את המידה של השגת התוצאות המתוכננות או של התממשות החששות לגבי השפעת הרפורמה על האוכלוסייה הכללית.

מחקר זה התבצע כחלק מהערכה מקיפה של הרפורמה בבריאות הנפש שעורך מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל לבקשת ממשלת ישראל. ההערכה המקיפה תבחן את השפעת הרפורמה הביטוחית על ארגון השירותים, על דפוסי השימוש בשירותים ועל איכות השירותים. במסגרת ההערכה המקיפה ייעשה

5. במסגרת מחקר זה לא ניתן היה להבחין בין קבוצות אלה. בסקר בריאות הנפש הלאומי (Levinson et al., 2007a; b) נמצא כי שיעור בעלי הפרעה נפשית מאובחנת במהלך החיים הוא 17%. כפי שיפורט להלן, שיעור הדיווח על מצוקה נפשית במהלך החיים גבוה באופן משמעותי (32%).

שימוש בכלי מחקר מרובים הכוללים סקרי צרכנים⁶, סקרים של נותני שירותים, ניתוח מידע מינהלי וראיונות עומק עם מנהלים בכירים וקובעי מדיניות.

2. שיטת המחקר

מאיי-רס-ג'וינט-מכון ברוקדייל עורך מדי שנתיים סקר טלפוני בקרב האוכלוסייה הבוגרת (בני 22+). הסקר נערך בחודשים אוגוסט-אוקטובר משנת 1995 עד 2007. ב-2007 רואיינו 1,865 איש (83% היענות) בשלוש שפות (עברית, רוסית וערבית). הנתונים שוקללו לפי יחס הדגימה והרכב האוכלוסייה על-מנת להגיע לייצוג מדויק. מאפייני המדגם קרובים למאפייני האוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס והמוסד לביטוח לאומי. אין הבדל בין מאפייני המדגם לבין מאפייני מדגם 2005.

המסגרת לדגימה הייתה רשימות הטלפונים הממוחשבות של בזק והוט. בכל דירה נדגם אקראית אחד הדיירים.⁷ התוצאות מפורטות בלוח 1.

לוח 1: תוצאות עבודת השדה בסקרי האוכלוסייה בשנים 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005 ו-2007

שנת סקר	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007
מספר הטלפונים שנדגמו	1,600	1,750	2,531	2,799	2,699	3,218	2,741
מספר הטלפונים השייכים לאוכלוסיית המחקר ¹	1,300	1,463	2,056	2,260	2,276	2,240	2,258
סך-הכול מספר השאלונים המלאים	1,089	1,205	1,727	1,849	1,908	1,902	1,868
אחוז ההיענות	84	81	83	82	84	85	83
סיבות לאי-ריאיון (באחוזים):							
סירוב	8	10	8	10	6	10	12
קשיים ביצירת קשר (שפה, קושי מנטלי, בעיות רפואיות, איתור)	8	9	9	7	10	5	5

¹ במחקר לא נכללו מספרי טלפון של בתי עסק, מוסדות, תושבים זרים, פקס, מודם וצעירים מתחת לגיל 22. כמו כן, לא נכללו מספרי טלפון ניידים, מספרי טלפון שבהם הקו לא היה תקין במשך חודשיים וקו ללא תשובה במשך חודשיים.

ערכנו השוואה בין מאפייני המדגם ב-2007 לבין מאפייני האוכלוסייה בישראל מתוך נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) ונתוני המוסד לביטוח לאומי על התפלגות המבוטחים בין קופות החולים. נמצא כי מאפייני האוכלוסייה דומים במשתנים הבאים: גיל, אזור מגורים, לאום, שנת עלייה מברית המועצות לשעבר, מין וחברות בקופת חולים. הבדלים נמצאו במשתנים השכלה וארץ לידה: שיעור המדווחים על השכלה על-תיכונית ואקדמית גבוה יותר בקרב המרואיינים, לעומת שיעור בעלי ההשכלה האקדמית בנתוני הלמ"ס 2005; ושיעור המדווחים על היותם ילידי ישראל גבוה יותר בקרב המרואיינים, לעומת שיעורם בנתוני הלמ"ס 2005.

6. נציין כי במסגרת הערכה מקיפה של הרפורמה הביטוחית ייערכו סקרים גם בקרב קבוצות מטופלים נוספות: סקר מבקרים במרפאות בריאות הנפש בקופות החולים וסקר בקרב חולים עם מחלת נפש קשה, המשלימים זה את זה (רוזן ואחרים, 2009).

7. לצורך דגימה אקראית, המראיין בירר כמה אנשים מתגוררים בבית ומה גילם. באמצעות דגימה מקרית אוטומטית, הוא דגם את בן הבית עמו יתקיים הריאיון (הצעיר ביותר, המבוגר ביותר וכדומה).

2.1 שיטת הדגימה והשקלול

כדי שאומדני המחקר יהיו מדויקים, המדגם שוקלל בשני שלבים⁸: בשלב הראשון קיבל כל אדם משקל המבטא את הסתברותו להידגם. יחס הדגימה נקבע לפי מספר הטלפונים באזור החיגוג שממנו נדגם, לפי מספר הבוגרים מעל גיל 22 במשק הבית ולפי מספר קווי הטלפון בבית. בשלב השני האוכלוסייה חולקה לשמונה שכבות, לפי קבוצת אוכלוסייה (ערבים או יהודים), מין (גברים או נשים) וגיל (מתחת לגיל 65 ומעליו). כל שכבה במדגם קיבלה משקל המביא בחשבון את גודלה באוכלוסייה לפי נתוני הלמ"ס. חישוב המשקלות לכל נדגם נעשה לפי הנוסחה⁹:

$$w_i = \frac{P_s}{p_s} * M_j * \frac{1}{T_j} * \frac{N_h}{n_h}$$

2.2 איסוף הנתונים וכלי המחקר

שאלון המחקר כולל סדרת מדדים קבועים (Gross, 2004) ושאלות משתנות בהתאם לדגשים המתואמים עם ועדת ההיגוי. בסקר 2007, לאור הרפורמה המתוכננת בשירותי בריאות הנפש, הורחב השאלון וכללנו בו שאלות הנוגעות להתנסויות של האוכלוסייה הכללית בשירותי בריאות הנפש.

שאלת הסינון לאיתור אנשים עם מצוקה נפשית הייתה: "האם בשנה האחרונה הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה להתמודד איתה בעצמך, למשל: מתח רב, חרדה, דיכאון או עצב עמוק?" השאלה התבססה על שאלת סינון בסקרים לאומיים בקנדה וארצות הברית (Boyle et al., 1996; Kessler 1994). תוקף נראה ותוקף מבנה נבדקו גם במחקרים קודמים בישראל (גרוס ואחרים, 1998; Gross et al. 2007a; 2007b; Rabinowitz et al., 1999, 2003).

השאלונים מולאו בראיונות טלפוניים שהתבצעו במאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל בידי מראיינים שהוכשרו לכך במיוחד. כל ריאיון ארך כ-15 עד 20 דקות בממוצע. השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית, כדי להתאימם לאוכלוסיות העיקריות שאינן דוברות עברית.

ניתוח הנתונים נעשה באמצעות תוכנת SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). ניתוח דו-משתני נעשה באמצעות מבחני χ^2 לבדיקת קשר בין משתנים לא רציפים. ניתוח רב-משתני נעשה

8. חישוב המשקלות נעשה על-פי ייעוץ של שירותי הייעוץ הסטטיסטי של האוניברסיטה העברית בירושלים.

9. w_i = המשקל שקיבל הפרט i ; P_s הנו היחס בין מספר הטלפונים באוכלוסייה לכל אזור חיגוג (02, 03, 04, וכולי) לבין מספר הטלפונים במדגם בכל אזור חיגוג (כולל נפל ואפס); M_j הוא מספר הבוגרים במשק הבית T^j הוא מספר קווי הטלפון במשק הבית; היחס n_h שווה ליחס בין מספר הפרטים באוכלוסייה (לפי נתוני הלמ"ס) בשכבה h לבין מספר הפרטים במדגם בשכבה h .

באמצעות גרסיה לוגיסטית; המשתנה התלוי דיכוטומי. ברגרסיה זו מדד Odds Ratio מבטא את עוצמת ההשפעה העצמאית של כל אחד מהמשתנים הבלתי-תלויים הנכללים במודל.¹⁰ כאשר המשתנה התלוי הוא בעל יותר משתי קטגוריות אך אינו רציף, נעשה שימוש ברגרסיה מולטינומיאלית.

3. ממצאים

3.1 המדווחים על מצוקה נפשית ומאפייניהם

בתשובה לשאלה "האם בשנה האחרונה הרגשת מצוקה נפשית שהיה קשה לך להתמודד איתה בעצמך, למשל, מתח רב, חרדה, דיכאון, או עצב עמוק?" ענו 25% שחשו כך בשנה האחרונה (2007). עוד 7% חשו מצוקה במהלך החיים (לא כולל השנה האחרונה), כלומר 32% חשו מצוקה אי-פעם.

נבדק גם הקשר בין מצוקה נפשית למאפייני רקע: מין, גיל, מצב משפחתי, שפת הריאיון, שנת עלייה, הכנסה, השכלה, תעסוקה, הערכת מצב הבריאות כללי וקופת חולים. מלוח 2 עולה כי שיעור החשים מצוקה נפשית **בשנה האחרונה** גבוה בקרב הנשים (31%), לעומת הגברים (18%). צעירים עד גיל 34 דיווחו פחות על מצוקה נפשית בשנה האחרונה (21%) ממבוגרים בני 35-55 (27%) וממבוגרים מעל גיל 56 (25%). נמצא עוד כי שיעור המצוקה המדווחת יורד ככל שרמת ההשכלה ורמת ההכנסה עולות. נתוני הלוח מצביעים על קשר בין מצוקה נפשית לאבטלה: מרואיינים שלא עבדו בשלושת החודשים שקדמו לריאיון דיווחו יותר על מצוקה נפשית בשנה האחרונה (34%) מאלו שעבדו (19%).

שיעור גבוה (33%) של גרושים ואלמנים דיווחו על מצוקה בשנה האחרונה, לעומת הנשואים (24%) והרווקים (23%). באשר לשפת הריאיון, נמצא כי שיעור גבוה יותר של דוברי ערבית (38%) חשו מצוקה, לעומת דוברי רוסית (28%) ועברית (21%). לא נמצא קשר מובהק בין גורם ההגירה למצוקה נפשית: אמנם עולים חדשים דיווחו על יותר מצוקה מעולים ומוותיקים, אך ההבדל אינו מובהק.

נמצא קשר מובהק בין מצב הבריאות לתחושת מצוקה נפשית. שיעור המדווחים על מצוקה נפשית בשנה האחרונה גבוה יותר בקרב הסובלים ממחלה כרונית (33%), לעומת אנשים שאינם סובלים ממחלה כרונית (21%). בדומה לכך, נמצא כי הערכת מצב הבריאות קשור מאוד למצוקה נפשית: אלו המעריכים את מצב בריאותם טוב וטוב מאוד מדווחים על פחות מצוקה בשנה האחרונה (19%) מאלו המעריכים את המצב הבריאותי כבינוני (37%) או כלא כל-כך טוב או גרוע (62%). יש לציין עוד כי שיעור החשים מצוקה בשנה האחרונה גבוה בקרב מבוטחי קופות החולים כללית (28%) ולאומית (26%), לעומת מבוטחי מכבי (21%) ומאוחדת (18%).

¹⁰ השפעה עצמאית חיובית של משתנה משמעותה היא שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי יותר ממי שאין להם מאפיין זה. השפעה עצמאית שלילית משמעותה שבעלי מאפיין זה נוטים לענות בחיוב על המשתנה התלוי פחות ממי שאין להם מאפיין זה.

לוח 2: הרגשת מצוקה נפשית לפי משתני רקע (באחוזים)

משתני רקע	חשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה	חשו מצוקה נפשית אי-פעם (כולל בשנה האחרונה)
סה"כ (N=1,865)	25	32
קופת חולים	*	*
כללית (n=1,014)	28	34
מכבי (n=456)	21	27
לאומית (n=169)	26	33
מאוחדת (n=213)	18	27
מין	*	*
זכר (n=899)	18	22
נקבה (n=966)	31	40
גיל	*	*
34-22 (n=479)	21	26
55-35 (n=800)	27	34
+56 (n=587)	25	33
מצב משפחתי	*	*
נשוי/חי עם זוג (n=1,390)	24	31
גרוש/חי לבד/אלמן (n=229)	33	43
רווק (n=227)	23	26
שפת הריאיון	*	*
עברית (n=1,311)	21	29
ערבית (n=285)	38	41
רוסית (n=270)	28	35
שנת עלייה		
נולד בישראל (n=1,152)	24	30
עד 1997 (n=648)	26	33
מ-1998 (n=65)	32	37
סיווג יישוב לפי אשכול מדד חברתי כלכלי	*	*
אשכול 3-1 (n=210)	30	31
אשכול 7-4 (n=1,296)	25	32
אשכול 10-8 (n=360)	20	30
עבד בשלושת החודשים האחרונים	*	*
כן (n=1,169)	19	26
לא (n=669)	34	41
הכנסה	*	*
חמישון תחתון (n=352)	33	36
חמישונים 3-2 (n=746)	26	33
חמישון 4 ועליון (n=767)	20	28
השכלה	*	*
יסודית ומטה (n=222)	38	43
תיכונית (n=628)	24	30
על-תיכונית ומעלה (n=985)	22	30
מחלה כרונית	*	*
כן (n=1,236)	33	42
לא (n=600)	21	27
הערכת מצב הבריאות כללית	*	*
טוב מאוד/טוב (n=1,385)	19	26
בינוני (n=324)	37	44
לא כל-כך טוב/גרוע (n=113)	62	66

* p<0.05

מלוח 2 עולה עוד כי מאפייני המרואיינים שחשו מצוקה נפשית אי-פעם דומים למאפייניהם של המדווחים על מצוקה נפשית בשנה האחרונה, שכן רוב המדווחים על מצוקה אי-פעם דיווחו כי חשו מצוקה בשנה האחרונה. עם זאת, קיים הבדל מבחינת רמה חברתית-כלכלית של היישוב, אשר קשור באופן מובהק עם מצוקה נפשית בשנה האחרונה, אך לא מובהק עם מצוקה אי-פעם.

קיים מתאם בין מאפייני הרקע השונים שנבדקו; דבר המקשה לאפיין את קבוצות הסיכון בתחום זה. אחת הדרכים המקובלות לבחינת השפעתם העצמאית של משתני הרקע השונים היא באמצעות ניתוח רב-משתני. לכן, כדי לבדוק את הקשר בין מאפייני רקע לבין הרגשת מצוקה ערכנו רגרסיה לוגיסטית (לוח 3).

מלוח 3 עולה כי למשתנים מין (נקבה), שפה ערבית, מחלה כרונית והערכת מצב הבריאות כלא טוב ישנה השפעה עצמאית חיובית על דיווח על מצוקה נפשית, הן בשנה האחרונה והן במהלך החיים. לגיל מעל 56 נמצאה השפעה שלילית. לחברות במאוחדת נמצאה השפעה שלילית על תחושת מצוקה בשנה האחרונה.

לוח 3: ניתוח רגרסיה לוגיסטית של מצוקה נפשית, לפי משתני הרקע

חש מצוקה בשנה האחרונה (1,789=n)		חש מצוקה אי-פעם (1,762=n)		משתנה
(CI) Odds Ratio	מקדם B	(CI) Odds Ratio	מקדם B	
0.52 (0.4-0.7)	** -0.66	0.59 (0.4-0.8)	** -0.53	גיל +56
1.90 (1.5-2.4)	** 0.64	2.26 (1.8-2.8)	** 0.82	מין (נקבה)
2.09 (1.5-2.9)	** 0.73	1.70 (1.2-2.4)	** 0.53	דוברי ערבית
0.90 (0.6-1.3)	-0.11	0.81 (0.6-1.1)	-0.21	דוברי רוסית
1.34 (0.9-1.9)	0.30	1.38 (1.0-1.9)	0.32	מצב משפחתי (גרופים ואלמנים)
1.23 (0.8-1.8)	0.23	1.14 (0.8-1.6)	0.13	השכלה יסודית ומטה
1.41 (1.0-1.9)	* 0.36	1.60 (1.2-2.1)	** 0.47	מחלה כרונית
1.06 (0.8-1.4)	0.06	0.88 (0.6-1.2)	-0.13	הכנסה בחמישון התחתון
0.87 (0.6-1.2)	-0.13	0.82 (0.6-1.1)	-0.20	מכבי
1.01 (0.7-1.5)	0.01	1.05 (0.7-1.5)	0.05	לאומית
0.64 (0.4-0.9)	* -0.46	0.76 (0.5-1.1)	-0.28	מאוחדת
0.32 (0.2-0.4)	** -1.16	0.39 (0.3-0.5)	** -0.95	הערכת מצב בריאות - טוב או טוב מאוד
(N.S.) 3.462		(N.S.) 12.728		Hosmer and Lemeshow Test
				p<0.01**
				p<0.05 *

בעקבות מחקרים שעמדו על ההבדל בדפוס המצוקה בין נשים לגברים ובעקבות ההשפעה שנמצאה לעיל למשתנה מין, נבחנו הקשרים בין משתני הרקע להרגשת מצוקה במהלך החיים אצל גברים ואצל נשים לחוד (לוח 4). נמצא כי בקרב נשים, למשתנים שפה ערבית והערכת מצב הבריאות כלא טוב יש השפעה עצמאית חיובית על מצוקה נפשית. לעומת זאת, בקרב גברים, למשתנים גיל צעיר מ-56, מצב משפחתי (גרש או אלמן), מחלה כרונית והערכת מצב הבריאות כלא טוב יש השפעה עצמאית חיובית על מצוקה נפשית. לקופת חולים מכבי השפעה עצמאית שלילית על מצוקה נפשית בקרב גברים.

לוח 4: ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "מצוקה נפשית אי-פעם", לפי מין

גברים (n=726)		נשים (n=1,036)		משתנה
(CI) Odds Ratio	מקדם B	(CI) Odds Ratio	מקדם B	
0.45 (0.3-0.7)	** -0.79	0.69 (0.5-1.0)	-0.36	גיל +56
1.59 (0.9-2.6)	0.46	1.83 (1.1-2.9)	*0.60	דוברי ערבית
1.19 (0.6-2.2)	0.17	0.75 (0.5-1.1)	-0.28	דוברי רוסית
1.96 (1.0-3.7)	*0.67	1.24 (0.8-1.8)	0.21	מצב משפחתי (גרשים ואלמנים)
1.38 (0.8-2.5)	0.32	1.00 (0.6-1.6)	0.00	השכלה יסודית ומטה
2.81 (1.8-4.3)	**1.03	1.08 (0.7-1.5)	0.08	מחלה כרונית
0.96 (0.6-1.5)	-0.04	0.83 (0.6-1.2)	-0.18	הכנסה בחמישון התחתון
0.35 (0.2-0.6)	** -1.04	1.17 (0.8-1.6)	0.16	מכבי
1.11 (0.6-2.0)	0.11	0.90 (0.5-1.5)	-0.10	לאומית
0.59 (0.3-1.0)	-0.52	0.85 (0.5-1.3)	-0.16	מאוחדת
0.44 (0.3-0.7)	** -0.81	0.36 (0.2-0.5)	** -1.03	הערכת מצב הבריאות טוב או טוב מאוד
(N.S.) 10.241		(N.S.) 5.744		Hosmer and Lemeshow Test

p<0.05 *
p<0.01 **

3.2 מאפייני המצוקה הנפשית

ניסינו לאפיין את המצוקה הנפשית על-פי מדדים כמו חומרת המצוקה¹¹, מתי חש את המצוקה ומשך המצוקה הנפשית.

א. חומרת מצוקה נתפסת

המרואיינים התבקשו לדרג את חומרת המצוקה על-פי מידת הפגיעה בתפקוד. שלושה עשר אחוזים הגדירו את המצוקה שחשו כקשה מאוד ("בקושי תפקדת והתמודדת עם דברים"), 28% - כקשה ("היה קשה לך לתפקד ולהתמודד"), 36% - כבינונית ("היו עליות וירידות בתפקוד") ו-23% - כקלה ("לא היו בעיות רציניות בתפקוד").

ב. מתי חש מצוקה נפשית

כאמור, 32% מהמרואיינים ענו כי חשו מצוקה נפשית אי-פעם. רובם (81%) חשו מצוקה בשנה האחרונה, 12% לפני שנה עד תשע שנים, ו-7% לפני עשר שנים או יותר.

ג. משך המצוקה הנפשית

המרואיינים שדיווחו כי חשו מצוקה נפשית נשאלו על משך הזמן שחשו מצוקה: 33% ענו שהמצוקה נמשכה עד חודש¹², 28% חשו מצוקה יותר מחודש עד חצי שנה, 14% - חצי שנה עד שנה ו-25% חשו מצוקה ליותר משנה.

3.3 איתור מצוקה נפשית

אחד המדדים לאיכות הטיפול הוא היקף האיתור של מצוקה נפשית. רק 14% מכלל האוכלוסייה דיווחו כי בשנה האחרונה, רופא המשפחה שאל אותם או דיבר איתם על מצוקה נפשית, דיכאון, מצב-רוח, עייפות, בעיות רגשיות, בעיות ריכוז וכדומה. יתרה מכך, רק 30% מאלו שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה דיווחו כי רופא המשפחה שאל או דיבר איתם על כך. נציין עוד כי במרבית המקרים (60%) התקיימה השיחה ביוזמת המטופל.

מלוח 5 עולה כי רופאי המשפחה נוטים יותר לדבר על מצוקה נפשית עם נשים, עם גרושים (לעומת נשואים או רווקים), עם עולים, עם אנשים הסובלים ממחלה כרונית, ועם אנשים החשים מצוקה קשה וקשה מאוד. נמצא עוד כי שיעור הדיווח על שיחה עם הרופא עולה באופן מובהק עם הגיל והערכת מצב

¹¹ בסקר זה נמדדה תפיסת חומרת המצוקה על-פי הגדרה המתבססת על מידת "הקושי בתפקוד והתמודדות עם דברים". גישה זו מתבססת על מדד מורכב יותר להערכת החומרה שבו השתמשו בסקר בריאות הנפש הלאומי (Levinson et al., 2007a). חומרת המצוקה נמדדה באמצעות סדרת שאלות לגבי מידת הפגיעה בתפקוד היום-יומי בתחום העבודה/הלימודים, חיי החברה וחיי המשפחה (Sheehan Disability Scale, in Sheehan D.1983). התפלגות חומרת המצוקה בסקר הנוכחי דומה להתפלגות חומרת המצוקה של הסובלים מהפרעת מצב רוח בסקר בריאות הנפש הלאומי: חומרת מצוקה קלה - 23% לעומת 28%; חומרה בינונית - 36% לעומת 34%; חומרה קשה - 41% לעומת 38%. יצוין כי בסקר הבריאות הלאומי סיווג חומרת המצוקה התבסס לא רק על פגיעה נתפסת בתפקוד לפי מדד Sheehan, אלא גם על סוג הפרעה. הפרעה בי-פולרית, סימפטומים פיזיים של התמכרות וניסיון התאבדות סווגו כחומרה קשה והתמכרות ללא סימפטומים פיזיים סווגו כחומרה בינונית ללא קשר לתפיסת מידת הפגיעה בתפקוד.

¹² קטגוריה זו כוללת את מי שדיווח על מצוקה בעת ביצוע הסקר.

הבריאות שלילית. נבדקו גם משתנים אחרים כגון קופת חולים, שפת הריאיון, הכנסה והשכלה, אך לא נמצאו הבדלים מובהקים.

לוח 5: היקף איתור מצוקה נפשית בשנה האחרונה, לפי משתני רקע (באחוזים)

משתני רקע	רופא המשפחה דיבר או שאל על מצוקה נפשית בשנה האחרונה (N=1,865)	שיחה עם רופא המשפחה בקרב החשים מצוקה בשנה האחרונה (N=455)
סה"כ (N=1,865)	14	30
קופת חולים		
כללית	16	31
מכבי	12	33
לאומית	10	26
מאוחדת	13	24
*		
מין		
זכר (n=899)	11	28
נקבה (n=966)	17	33
*		
גיל		
22-34 (n=479)	9	22
35-55 (n=800)	14	27
56+ (n=587)	18	39
*		
מצב משפחתי		
נשוי/חי עם זוג (n=1,390)	14	28
גרוש/חי לבד/אלמן (n=229)	20	39
רווק (n=227)	13	32
*		
שנת עלייה		
נולד בישראל (n=1,152)	12	27
עד 1997 (n=648)	18	32
1998 ואילך (n=65)	17	42
*		
מחלה כרונית		
כן (n=1,236)	22	39
לא (n=600)	10	23
*		
חש מצוקה בשנה האחרונה		
כן (n=455)	30	----
לא (n=1,378)	9	
*		
הערכת מצב בריאות כללית		
טוב מאוד/טוב (n=1,385)	10	22
בינוני (n=324)	26	41
לא כל-כך טוב/גרוע (n=113)	31	43
*		
חומרת מצוקה		
קשה/קשה מאוד (n=228)	33	36
בינוני/קל (n=330)	24	26

* p<0.05
** p<0.01

בקרב החשים מצוקה נפשית בשנה האחרונה התמונה אף מתחדדת. נמצאו שיעורים גבוהים יותר של שיחה עם רופא המשפחה בקרב בני 56 ומעלה, בקרב חולים במחלה כרונית, בקרב המעריכים את מצב בריאותם כבינוני ומטה ובקרב אלו שחומרת המצוקה הנפשית שלהם הייתה קשה או קשה מאוד.

באשר לשאלה "מי יזם את השיחה?" לא עלו הבדלים מובהקים בין קבוצות האוכלוסייה במשתנים שונים שנבדקו, פרט למשתנה "זמן המצוקה". בקרב המרואיינים שחשו מצוקה בשנה האחרונה, דיווחו 36% כי הרופא יזם את השיחה, לעומת 83% מאלה שחשו מצוקה לפני שנתיים עד שלוש שנים ולעומת 61% מאלה שחשו מצוקה לפני יותר משלוש שנים.

בניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה לוגיסטית (לוח 6) בדקנו את ההשפעה העצמאית של כל אחד ממשתני הרקע על השאלה "האם רופא משפחה דיבר או שאל על מצוקה נפשית בשנה האחרונה". מהניתוח עולה כי למשתנים נשים, חולים כרוניים, חשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה וחשו מצוקה קשה או קשה מאוד יש השפעה עצמאית חיובית על קיום שיחה עם הרופא על מצוקה נפשית.

לוח 6: ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "האם רופא המשפחה דיבר או שאל על מצוקה נפשית" (N=1,632)

משתנה	מקדם B	(CI) Odds Ratio
מין (נקבה)	**0.41	1.51 (1.1-2.1)
גיל +56	0.01	1.00 (0.7-1.4)
דוברי ערבית	-0.23	0.79 (0.5-1.3)
דוברי רוסית	-0.24	0.78 (0.5-1.2)
מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)	0.02	1.02 (0.7-1.6)
השכלה יסודית ומטה	-0.20	0.82 (0.5-1.3)
מחלה כרונית	**0.53	1.70 (1.2-2.4)
הכנסה בחמישון התחתון	-0.02	0.98 (0.6-1.5)
מכבי	-0.31	0.73 (0.5-1.1)
לאומית	-0.49	0.61 (0.3-1.1)
מאוחדת	-0.09	0.91 (0.6-1.5)
חש מצוקה בשנה האחרונה	**1.31	3.71 (2.7-5.0)
מצוקה קשה או קשה מאוד	**0.41	1.50 (1.1-1.9)
Hosmer and Lemeshow Test		(N.S.) 12.057

p<0.05 *
p<0.01**

בנוסף, נבדקה ההשפעה העצמאית של השיחה עם רופא המשפחה לגבי המצוקה הנפשית על שביעות הרצון של המרואייין מאותו רופא מבחינת הרמה המקצועית והיחס (לוח 7). נמצא כי למשתנה יש השפעה חיובית מובהקת בשני מדדי שביעות הרצון מרופא המשפחה, וכן, כי למצוקה נפשית יש השפעה עצמאית שלילית על שביעות רצון רבה מרופא המשפחה, כמו גם לשפה רוסית ולמצב משפחתי אלמן או גרוש. למשתנים "חולה כרוני" ו"מבוטח במכבי" יש השפעה עצמאית חיובית על שביעות הרצון מהרמה המקצועית של רופא המשפחה, אך לא על שביעות הרצון מהיחס שלו.

לוח 7: שביעות רצון (במידה רבה מאוד) מרופא המשפחה לפי המשתנה "דיבר או שאל על מצוקה נפשית" ומשתני רקע (N=1,629)

מרוצה מאוד מהיחס (N=839)		מרוצה מאוד מהרמה המקצועית (N=651)		משתנה מין (נקבה)
(CI) Odds ratio	מקדם B	(CI) Odds ratio	מקדם B	
1.14 (0.9-1.4)	0.13	1.22 (1.0-1.5)	0.20	
1.14 (0.9-1.5)	0.14	1.09 (0.8-1.4)	0.09	גיל +56
1.01 (0.7-1.4)	0.01	0.98 (0.7-1.4)	-0.01	דוברי ערבית
0.45 (0.3-0.6)	** -0.79	0.57 (0.4-0.8)	** -0.57	דוברי רוסית
0.70 (0.5-1.0)	* -0.35	0.65 (0.5-0.9)	* -0.43	מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)
1.14 (0.8-1.6)	0.13	1.07 (0.7-1.5)	0.06	השכלה יסודית ומטה
1.24 (1.0-1.5)	0.21	1.42 (1.1-1.8)	** 0.35	מחלה כרונית
1.14 (0.9-1.5)	0.13	1.16 (0.9-1.5)	0.15	הכנסה בחמישון התחתון
1.34 (1.0-1.7)	0.29	1.34 (1.0-1.7)	* 0.30	מכבי
0.95 (0.7-1.4)	-0.05	1.05 (0.7-1.5)	0.05	לאומית
1.13 (0.8-1.6)	0.12	0.97 (0.7-1.4)	-0.02	מאוחדת
0.64 (0.5-0.8)	** -0.44	0.72 (0.5-0.9)	* -0.33	חש מצוקה בשנה האחרונה
1.87 (1.4-2.5)	** 0.63	1.53 (1.1-2.0)	** 0.43	רופא שאל או דיבר על מצוקה נפשית
(N.S.) 10.371		(N.S.) 7.371		Hosmer and Lemeshow Test
				p<0.01** p<0.05 *

3.4 מצוקה נפשית ושימוש בשירותי בריאות

מלוח 8 עולה כי המדווחים על מצוקה נפשית בשנה האחרונה ביקרו יותר מאחרים אצל רופא המשפחה (93% ו-82%, בהתאמה) ואצל רופא מומחה (52% ו-40%, בהתאמה) וכן ביקשו התחייבות או הפנייה (57% ו-42%, בהתאמה), בתקופה האחרונה.

לוח 8: פנייה לשירותי בריאות בקרב מדווחי על מצוקה נפשית בשנה האחרונה (באחוזים)

ביקש התחייבות או הפנייה בשנה האחרונה	ביקר אצל רופא מקצועי בשלושת החודשים האחרונים	ביקר אצל רופא משפחה בשנה האחרונה	סה"כ (N=1,845)
50	43	85	
*	*	*	חש מצוקה בשנה האחרונה
57	52	93	כן
42	40	82	לא

p<0.05 *

ההשפעה של דיווח על מצוקה נפשית בשנה האחרונה על פנייה לשירותי בריאות הנה מובהקת גם בניחות רב-משתני (לוח 9). מצוקה נפשית משפיעה באופן עצמאי חיובי על ביקור אצל רופא משפחה, על ביקור אצל רופא מקצועי ועל בקשת התחייבות או הפניה, גם לאחר פיקוח על משתני רקע סוציו-אקונומיים ומחלה כרונית. מהלוח עולה עוד כי למצוקה נפשית יש השפעה חזקה יותר על ביקור אצל רופא משפחה (OR=2.37), לעומת ביקור אצל רופא מקצועי (OR=1.54) ובקשת הפנייה או התחייבות (OR=1.40).

לוח 9: פנייה לשירותי בריאות לפי מצוקה נפשית בשנה האחרונה ומשתני רקע (N=1,793)

ביקש התחייבות או הפנייה בשנה האחרונה	ביקר אצל רופא מקצועי בשלושה חודשים אחרונים	ביקר אצל רופא משפחה בשנה האחרונה	משתנה
(CI) Odds ratio	מקדם B	(CI) Odds ratio	מקדם B
1.40 (1.1-1.8)	**0.34	1.54 (1.2-1.9)	**0.43
2.37 (1.6-3.5)	**0.86	2.19 (1.5-3.2)	**0.78
1.25 (1.0-1.6)	0.23	1.58 (1.2-2.0)	**0.46
1.26 (1.0-1.5)	*0.23	1.54 (1.3-1.9)	**0.43
0.67 (0.5-0.9)	*-0.39	0.49 (0.3-0.7)	**0.71
0.87 (0.6-1.1)	-0.14	0.62 (0.5-0.8)	**0.48
0.96 (0.7-1.3)	-0.04	0.96 (0.7-1.3)	-0.04
0.73 (0.5-1.0)	-0.31	0.85 (0.6-1.2)	-0.17
1.74 (1.4-2.2)	**0.56	1.76 (1.4-2.2)	**0.56
1.10 (0.8-1.4)	0.09	1.37 (1.0-1.8)	*0.32
(N.S.) 12.607		(N.S.) 10.344	
		(N.S.) 6.380	

Hosmer and Lemeshow Test

p<0.05 *
p<0.01**

3.5 פנייה לקבלת עזרה או טיפול נפשי

הנחקרים שדיווחו על מצוקה נפשית אי-פעם נשאלו האם פנו לקבל עזרה או טיפול נפשי. נמצא כי 78% פנו לעזרה כלשהי: 34% פנו רק לגורם לא-פורמלי (כגון משפחה, חברים, אנשי דת), 14% פנו רק לגורם פורמלי (אנשי מקצוע כמו רופא משפחה, פסיכולוג, פסיכיאטר, עובד סוציאלי, מטפל אלטרנטיבי), 30% פנו גם לגורם פורמלי וגם לגורם לא-פורמלי (סה"כ 44% פנו לגורם פורמלי). בלוח 10 מוצגים מאפייני הרקע של הפונים לעזרה לגורמים השונים (פורמליים ולא-פורמליים). שיעור הפונים לעזרה פורמלית (כולל הפונים גם לעזרה לא-פורמלית) מבין הסובלים ממחלה כרונית (49%) גבוה מהשיעור בקרב האחרים (39%). דוברי עברית (54%) פונים לטיפול פורמלי יותר מדוברי ערבית (16%) ומדוברי רוסית (34%), וכך גם בעלי השכלה על-תיכונית (47% לעומת 29% מבעלי השכלה יסודית), והגרים באזור ברמה סוציו-אקונומית גבוהה (54%) או בינונית (45%), לעומת הגרים באזורים חלשים (13%). קיימים הבדלים בפנייה לעזרה פורמלית גם לפי חומרת המצוקה: 50% מאלו שחשו מצוקה קשה או קשה מאוד פנו לטיפול פורמלי, לעומת 39% שחשו מצוקה בינונית או קלה. בדומה, נמצאו הבדלים לפי משך המצוקה: שיעור גבוה (77%) מאלו שחשו מצוקה לפני יותר משלוש שנים פנו לעזרה פורמלית לעומת מי שחש מצוקה לפני שנתיים עד שלוש (41%) או בשנה האחרונה (39%).

לוח 10: פנייה לקבלת טיפול נפשי, לפי משתני רקע (באחוזים) (n=433)

משתני רקע	סה"כ פנייה לעזרה	פנה לגורם פורמלי ¹	פנה לגורם פורמלי בלבד	פנה לגורם לא-פורמלי בלבד
סה"כ	78	44	14	34
קופת חולים	*	*	*	*
כללית (n=276)	74	42	15	31
מכבי (n=95)	86	49	12	36
לאומית (n=43)	85	30	9	56
מאוחדת (n=38)	82	56	13	25
מין	*	*	*	*
זכר (n=161)	75	43	19	31
נקבה (n=295)	80	44	11	35
גיל	*	*	*	*
34-22 (n=99)	83	44	8	39
55-35 (n=211)	76	42	12	34
+56 (n=145)	77	45	19	32
מצב משפחתי	*	*	*	*
נשוי/חי עם בן זוג (n=328)	75	41	12	34
גרש/חי לבד/אלמן (n=75)	82	48	21	33
רווק (n=51)	91	51	11	40
שפת הריאיון	*	*	*	*
עברית (n=274)	84	54	17	29
ערבית (n=106)	63	16	7	49
רוסית (n=75)	75	34	9	41

לוח 10: פנייה לקבלת טיפול נפשי, לפי משתני רקע (באחוזים) (n=433) - המשך

משתני רקע	סה"כ פנייה לעזרה	פנה לגורם פורמלי ¹	פנה לגורם פורמלי בלבד	פנה לגורם לא-פורמלי בלבד
השכלה	*	*	*	
יסודית ומטה (n=84)	65	29	14	36
תיכונית (n=152)	80	45	19	35
על-תיכונית ומעלה (n=218)	81	47	10	34
אשכול חברתי כלכלי	*	*		
נמוך (1-3)	54	13	8	40
בינוני (4-7)	80	45	14	34
גבוה (8-10)	86	54	15	31
מחלה כרונית		*	*	*
כן (n=199)	79	49	23	39
לא (n=257)	77	39	6	28
הערכת מצב הבריאות הכללית		*	*	*
טוב מאוד/טוב (n=268)	79	40	8	39
בינוני (n=117)	77	50	23	26
לא כל-כך טוב/גרוע (n=69)	75	47	22	29
מתי חש מצוקה נפשית	*	*		*
בשנה האחרונה (n=455)	75	39	13	36
לפני שנתיים-שלוש (n=34)	88	41	15	45
לפני יותר משלוש שנים (n=70)	93	77	19	13
חומרת מצוקה	*	*	*	*
קשה/קשה מאוד (n=188)	84	50	19	34
בינוני/קל (n=260)	74	39	10	34

* p<0.05

1. כולל מרואיינים שפנו גם לגורם לא-פורמלי

באשר לפנייה לעזרה לגורמים לא-פורמליים, דוברי עברית (29%) פונים פחות מדוברי ערבית (49%) ודוברי רוסית (41%). אלו המגדירים את מצב בריאותם כטוב או טוב מאוד (39%) פונים לגורם לא-פורמלי יותר מאחרים (כ-27%). שיעורי הפנייה לגורם לא-פורמלי גבוהים בקרב חברי קופת חולים לאומית לעומת אחרים, וכן בקרב מרואיינים שחשו מצוקה לפני שנתיים או שלוש (45%) לעומת אלו שחשו בשנה האחרונה (36%) ולפני יותר משלוש שנים (13%).

לא נמצאו הבדלים בפנייה לעזרה במשתנים נוספים שנבדקו (שנת עלייה, מצב תעסוקתי והכנסה).

ערכנו ניתוח רב-משתני מסוג רגרסיה מולטינומיאלית (multinomial regression) לבחינת ההשפעה העצמאית של משתני הרקע על "פנייה לקבלת עזרה למצוקה נפשית". בלוח 11 מוצג היחס הצולב (Odds Ratio) של משתני הרקע של הפונים לגורם פורמלי (כולל אלו שפנו גם לגורם לא-פורמלי) ושל הפונים לגורם לא-פורמלי בלבד, לעומת משתני הרקע של אלו שחשו מצוקה נפשית, אך לא פנו כלל לעזרה. מהלוח עולה כי ההסתברות של דוברי רוסית וערבית לפנות לגורם פורמלי נמוכה מזו של דוברי עברית.

למשתנה הכנסה בחמישון התחתון יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לעזרה משני הסוגים. למצוקה חמורה יש השפעה עצמאית חיובית על פנייה לעזרה פורמלית וגם על פנייה לעזרה לא-פורמלית בלבד.

לוח 11: ניתוח רגרסיה מולטינומיאלית של המשתנה "פנייה לקבלת עזרה למצוקה נפשית" בקרב המדווחים על מצוקה נפשית אי-פעם¹

פנה לגורם לא-פורמלי בלבד (n=191)		פנה לגורם פורמלי ² (n=242)		משתנה
(CI)Odds Ratio	מקדם B	(CI) Odds Ratio	מקדם B	
1.44 (0.9-2.4)	0.37	1.40 (0.8-2.3)	-0.34	מין (נקבה)
0.86 (0.4-1.6)	-0.15	0.74 (0.4-1.4)	-0.30	גיל +56
1.08 (0.6-2.1)	0.08	0.19 (0.1-0.4)	** -1.66	דוברי ערבית
0.84 (0.4-1.6)	-0.18	0.33 (0.2-0.6)	** -1.11	דוברי רוסית
1.14 (0.5-2.4)	0.13	1.23 (0.6-2.5)	0.20	מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)
0.75 (0.4-1.5)	-0.29	0.51 (0.2-1.0)	-0.68	השכלה יסודית ומטה
0.83 (0.5-1.4)	-0.19	1.42 (0.8-2.5)	0.35	מחלה כרונית
0.43 (0.2-0.8)	* -0.83	0.50 (0.3-0.9)	* -0.70	הכנסה בחמישון התחתון
1.74 (0.9-3.4)	0.55	1.42 (0.7-2.8)	0.35	מכבי
3.29 (1.4-7.8)	** 1.19	1.12 (0.4-2.9)	0.12	לאומית
1.26 (0.5-3.1)	0.23	2.16 (0.9-4.9)	0.77	מאוחדת
1.79 (0.1-3.0)	* 0.58	2.82 (0.7-4.8)	** 1.04	מצוקה קשה וקשה מאוד
**528.166				Chi-Square Goodness of Fit

1. במודל רגרסיה שבו לא נכלל המשתנה "קופה" כמשתנה מסביר, התקבלו תוצאות דומות (מבחינת השפעת המשתנים וערך ה-Odds Ratio): למשתנים דוברי ערבית (OR=0.17), דוברי רוסית (OR=0.35) והכנסה בחמישון תחתון (OR=0.53) יש השפעה עצמאית שלילית על פנייה לגורם פורמלי. למשתנה הכנסה בחמישון תחתון (OR=0.48) השפעה עצמאית שלילית על פנייה לעזרה לא-פורמלית בלבד. לחומרת מצוקה השפעה עצמאית חיובית על פנייה לגורם פורמלי (OR=2.83) ועל פנייה לגורם לא-פורמלי בלבד (OR=1.91).

2. כולל מרואיינים שפנו גם לגורם לא-פורמלי
 * p<0.05
 ** p<0.01

מרואיינים שלא פנו לקבלת עזרה נפשית מגורם פורמלי נשאלו על הסיבה לכך (ניתן היה לתת יותר מתשובה אחת). מרביתם (59%) השיבו שחשבו שיתמודדו לבד עם המצוקה, 19% לא חשבו שהטיפול יעזור, 16% ענו שבינתיים הבעיות עברו, 7% - שהמחיר גבוה מדי, 4% - שלא ידעו למי ואיך פונים או שלא נוח להם לדבר עם מטפל (אחד מאלה). על כל אחד מאלה ענו 2%: זמן המתנה ארוך, ביורוקרטיה, התבייש, ו-27% ענו סיבות אחרות (למשל: מצוקה טרייה, נעזר במשפחה או בחברים, חשש מהטיפול).

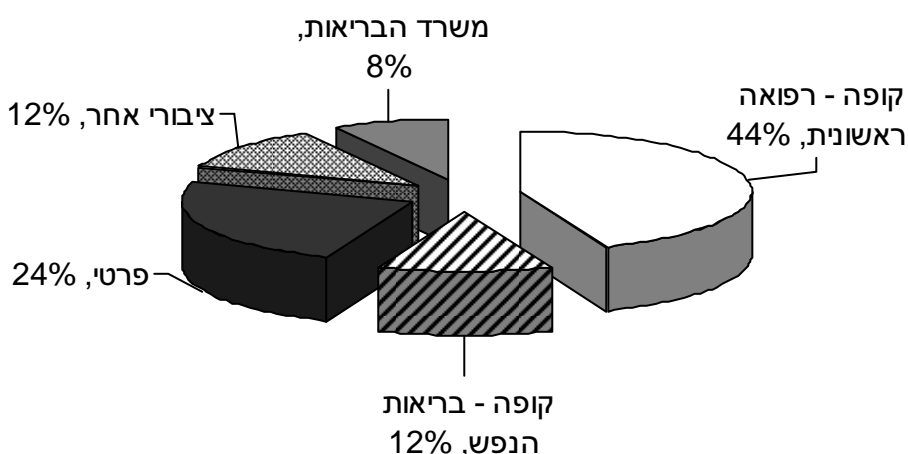
אם מחלקים את הסיבות לעיל לשתי קבוצות - סיבות הקשורות למערכת (56%) וסיבות של התמודדות אישית (44%) - לא נראים הבדלים מובהקים ביניהן לפי מועד הרגשת המצוקה. מבין אלה שחשו מצוקה נפשית בשנה האחרונה, 56% לא פנו לטיפול מסיבות הקשורות למערכת, לעומת 44% שציינו לכך סיבות של התמודדות אישית. לגבי אלו שחשו מצוקה לפני שנתיים עד שלוש שנים, האחוזים עומדים על 60% ו-40%, בהתאמה; ולגבי אלו שחשו מצוקה לפני יותר משלוש שנים - 33% ו-66%, בהתאמה. לא היו הבדלים גם בין נשים לגברים.

יצוין כי 10% מהמדווחים על מצוקה נפשית ענו כי ויתרו על קבלת טיפול בגלל התשלום הנדרש.

3.6 מקום קבלת הטיפול הפורמלי

כאמור, בסך הכול פנו 44% לגורם פורמלי (כולל אלו שפנו גם לטיפול אצל גורם לא-פורמלי). הפונים הללו נשאלו לגבי מקום קבלת הטיפול: האם קיבלו במסגרת ציבורית (ממשלתית או של קופות החולים) או במסגרת פרטית, כאשר חשו מצוקה נפשית. מהסקר עולה כי 24% מהפונים לעזרה פורמלית פנו למגזר הפרטי ו-76% פנו למגזר הציבורי, בעיקר למרפאה של רופא משפחה (44%).

תרשים 2: מקום קבלת הטיפול הפורמלי



מבדיקת ההבדלים על-פי מאפייני רקע (לוח 12), עולה כי שיעורי קבלת הטיפול במסגרת פרטית יורדים עם גיל באופן מובהק, ועולים עם רמת ההשכלה. בנוסף, נמצא כי חולים כרוניים פחות פונים למערכת הפרטית מאלו שלא סובלים ממחלה כרונית, וכי קיימים הבדלים בולטים בדפוסי הפנייה בקרב דוברי שפות שונות: דוברי ערבית מקבלים טיפול רק במסגרות ציבוריות, 10% מדוברי הרוסית ו-28% מדוברי העברית פונים למסגרות פרטיות.

לוח 12: קבלת טיפול פורמלי למצוקה נפשית במערכת הציבורית או פרטית, לפי מאפייני רקע (באחוזים)

מספר הפרטית	מספר הציבורית	סה"כ	
24	76	44	סה"כ (N=242) גיל**
45	55	44	34-22 (n=52)
23	77	42	55-35 (n=107)
11	89	45	+56 (n=82)
			שפת הריאיון***
28	72	55	עברית (n=193)
0	100	16	ערבית (n=18)
10	90	34	רוסית (n=31)
			מחלה כרונית***
15	85	50	כן (n=120)
33	67	39	לא (n=122)
			השכלה***
4	96	29	יסודית ומטה (n=26)
21	79	45	תיכונית (n=82)
30	70	48	על-תיכונית ומעלה (n=133)

* p<0.05

** p<0.01

p<0.01 (בין פנייה לגורם פורמלי לבין פנייה לגורם אחר)

בניתוח דו-משתני נבדקו גם משתנים נוספים, כגון: מין, קופת חולים, מצב משפחתי, שנת עלייה, מצב תעסוקתי, ואשכול מדד חברתי-כלכלי של יישובים, אך לא נמצא קשר מובהק בינם לבין פנייה למסגרת טיפול פרטית.

על-מנת לבדוק את ההשפעה העצמאית של כל משתנה על הפנייה למסגרת פרטית, נערך ניתוח מסוג רגרסיה לוגיסטית (לוח 13). נמצא כי רק למשתנים "גיל מבוגר מ-56" ו-"דובר רוסית" יש השפעה עצמאית שלילית על הפנייה למסגרת טיפול פרטית. מסגרת הטיפול איננה קשורה לחומרת המצוקה, אך ייתכן שהדבר נובע ממספר המקרים הקטן בניתוח.

לוח 13: ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "קבלת עזרה במרפאה פרטית", לפי משתני רקע (N=234)

משתנה	מקדם B	(CI) Odds ratio
מין (נקבה)	0.24	1.27 (0.6-2.8)
גיל +56	*-1.06	0.35 (0.1-0.9)
דוברי ערבית	-19.93	0.01 (0.1-0.0)
דוברי רוסית	*-1.57	0.20 (0.1-0.8)
מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)	0.87	2.40 (0.9-6.4)
השכלה יסודית ומטה	-2.07	0.13 (0.1-1.6)
מחלה כרונית	-0.74	0.47 (0.2-1.0)
הכנסה בחמישון התחתון	0.28	1.33 (0.5-3.8)
מכבי	0.53	1.71 (0.7-4.0)
לאומית	0.27	1.31 (0.3-5.3)
מאוחדת	0.55	1.73 (0.6-5.0)
מצוקה קשה וקשה מאוד	0.34	1.41 (0.7-2.8)
Hosmer and Lemeshow Test		(n.s.) 10.211

p<0.05 *

p<0.01**

3.7 המתנה לקבלת הטיפול

משך המתנה לקבלת טיפול במצבי המצוקה הנפשית שנבחנו בסקר זה אינו ארוך בדרך כלל: 42% קיבלו טיפול באותו יום או למחרת, 34% - תוך 3-7 ימים, 14% - תוך חודש, 7% - תוך 1-3 חודשים, ורק 2% המתינו יותר משלושה חודשים. יש הבדל בזמני ההמתנה בין המטפלים השונים: כ-40% מהפונים לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש (פסיכיאטר, פסיכולוג או עובד סוציאלי) המתינו מעל שבוע, לעומת 10% מהפונים לרופא משפחה ולמטפל אלטרנטיבי. זאת, אף-על-פי שהפונים לאנשי מקצוע בבריאות הנפש דיווחו על מצוקה חמורה יותר.

המרואיינים נשאלו על סבירות משך ההמתנה. רובם (86%) העריכו כי הזמן שהמתינו לטיפול היה סביר, 8% ענו שהזמן לא כל כך סביר, ו-6% ענו "לא סביר". אחוז נמוך יותר ענה שהזמן סביר בקרב הממתיינים יותר משבועיים (50%) ויותר מחודש (30%).

כאשר המצוקה הייתה קשה מאוד או קלה, 55% קיבלו טיפול באותו יום, ואילו כאשר המצוקה הייתה בינונית, רק כשליש קיבלו טיפול באותו יום.

קיימים הבדלים בהמתנה לפי סוג מטפל: ההמתנה ארוכה יחסית לפסיכיאטר, לפסיכולוג ולעובד סוציאלי, וקצרה - לרופא משפחה ולמטפל אלטרנטיבי. מהפונים לרופא משפחה התקבלו 63% באותו יום או למחרת, וכך גם 41% מהפונים למטפל אלטרנטיבי ו-39% מהפונים לעובד סוציאלי, לעומת 30% מהפונים לפסיכיאטר ו-21% מהפונים לפסיכולוג ו-23% מהפונים לאיש מקצוע אחר. שיעורי ההמתנה מעל שבוע היו גבוהים יותר בקרב הפונים לפסיכיאטר (44%), לפסיכולוג (38%), לעובד סוציאלי (39%) ואחר (39%), לעומת 8% מהפונים לרופא משפחה ו-11% מהפונים למטפל אלטרנטיבי.

בהשוואה בין משכי ההמתנה במקומות שונים לקבלת טיפול, נמצא כי ההמתנה ארוכה יותר בקרב הפונים למשרד הבריאות ולמתקני בריאות הנפש של קופת החולים וקצרה יותר - בפנייה למרפאה ראשונית ולטיפול פרטי. ההמתנה הייתה ארוכה יותר משבוע אצל 41% מהפונים למתקן בריאות הנפש של הקופה, 39% מהפונים למתקן של משרד הבריאות, 29% מהפונים מחוץ למערכת הבריאות, 13% מהפונים למרפאה פרטית ו-15% מהפונים למרפאת רופא משפחה או לסניף. על קבלת טיפול ביום הפנייה או למחרת דיווחו 59% מהפונים למרפאה של רופא משפחה, 52% מהפונים למתקנים מחוץ למערכת הבריאות, 33% מהפונים למתקן של משרד הבריאות, 21% מהפונים למתקן של הקופה ו-26% מהפונים למטפל פרטי.

3.8 המטפל העיקרי במצוקה נפשית

המרוויינים שענו כי פנו לקבל עזרה פורמלית למצוקה נפשית נשאלו מי היה המטפל העיקרי. מהדיווחים עולה כי 37% ענו שהמטפל העיקרי בהם היה רופא המשפחה, 21% - פסיכולוג, 15% - פסיכיאטר, 13% - מטפל אלטרנטיבי, 7% - עובד סוציאלי ועוד 7% ענו שהמטפל העיקרי היה מטפל אחר.

מלוח 14 עולה כי ללא קשר לחומרת המצוקה, השיעור הגבוה ביותר פנו לרופא משפחה (במיוחד במצוקה קלה). באשר לבעלי המקצוע האחרים, שיעור גבוה דיווחו על פנייה לפסיכולוג במצבי מצוקה בחומרה בינונית (31%), לעומת מצוקה קשה או קלה. שיעור גבוה דיווחו על פנייה לפסיכיאטר (25%) בקרב המדווחים על מצוקה קשה או קשה מאוד, לעומת מצוקה קלה או בינונית. שיעור גבוה דיווחו על פנייה למטפל אלטרנטיבי (17%) בקרב המדווחים על מצוקה בינונית או קלה, לעומת מצוקה קשה.

לוח 14: מטפל עיקרי לפי חומרת המצוקה (באחוזים)*

חומרת המצוקה	סה"כ (N=245)	קשה מאוד/קשה (N=113)	בינונית (N=77)	קלה (N=52)
סה"כ	100	100	100	100
רופא משפחה (n=91)	37	34	31	56
פסיכולוג (n=52)	21	18	31	13
פסיכיאטר (n=37)	15	25	6	8
אלטרנטיבי (n=31)	13	8	17	17
עובד סוציאלי ואחר (n=34)	14	16	14	6

* p<0.05

לא נמצאו הבדלים מובהקים במטפלים העיקריים בין קופות החולים (לוח 15).

לוח 15: מטפל עיקרי לפי קופת חולים (באחוזים)

מאוחדת (N=31)	לאומית (N=16)	מכבי (N=60)	כללית (N=140)	סה"כ (N=245)	קופת חולים
100	100	100	100	100	סה"כ
29	37	25	44	37	רופא משפחה (n=91)
29	6	25	19	21	פסיכולוג (n=52)
6	25	10	18	15	פסיכיאטר (n=37)
16	12	18	10	13	אלטרנטיבי (n=31)
19	19	22	9	14	עובד סוציאלי ואחר (n=34)

3.9 סוגי הטיפול

שאלנו עוד על סוג הטיפול שניתן בעת המצוקה הנפשית (לוח 16). מהדיווחים עולה כי 45% טופלו בשיחות בלבד, 15% קיבלו טיפול לא-תרופתי אחר (טיפול אלטרנטיבי או בשילוב עם שיחות), 15% קיבלו טיפול תרופתי בלבד ו-23% קיבלו תרופות בשילוב עם טיפול אחר (שיחות, טיפול אלטרנטיבי וכדומה). בסה"כ כ-40% מאלו שפנו לטיפול בבריאות הנפש קיבלו תרופות.

חשוב לציין כי 22% מאלו שקיבלו תרופות ציינו שלא קיבלו הסבר מספיק על התרופות. אין הבדל מובהק לגבי הסבר על התרופות לפי מקצוע המטפל שנתן את התרופה (רופא משפחה, פסיכיאטר או מטפל אלטרנטיבי).

לוח 16: סוג טיפול, לפי מטפל עיקרי (באחוזים)

אלטרנטיבי/ אחר (N=49)	פסיכיאטר (N=37)	פסיכולוג/ עובד סוציאלי ¹ (N=69)	רופא משפחה (N=91)	סה"כ (N=245)	טיפול
100	100	100	100	100	סה"כ
2	31	3	29	16	רק תרופות (n=40)
35	8	75	44	45	רק שיחות (n=111)
16	55	6	26	23	תרופות+טיפול אחר (n=56)
47	6	16	1	15	טיפול אחר או שילוב (ללא תרופות) (n=37)

1. במקרים אלו התרופות ניתנו בידי מטפל אחר המורשה לרשום תרופות.

בהשוואה בין סוג הטיפול שניתן בידי רופאים (המורשים לתת תרופות מרשם לבעיות נפשיות) נמצא כי שיעור גבוה יותר מהמטופלים שפנו לרופא משפחה דיווחו שטופלו רק בשיחות לעומת אלו שפנו לפסיכיאטר. לא נמצא הבדל בשיעור המדווחים על טיפול בתרופות בלבד. נמצאו הבדלים בסוג טיפול לפי חומרת המצוקה: בקרב אלו שחשו מצוקה קשה מאוד, שיעור גבוה יותר מהאחרים דיווחו שקיבלו תרופות ושיעור נמוך יותר דיווחו שטופלו רק בשיחות.

על-מנת לאפיין את האוכלוסייה שטופלה באמצעות תרופות מרשם בלבד בידי רופא המשפחה, ערכנו ניתוח רגרסיה לוגיסטית (לוח 17). מהממצאים עולה כי למשתנה "הכנסה בחמישון התחתון" יש השפעה עצמאית שלילית על קבלת טיפול תרופתי בלבד.

לוח 17: ניתוח רגרסיה לוגיסטית של המשתנה "קיבל רק תרופות מרשם" מרופא משפחה, לפי משתני רקע (N=90)

משתנה	מקדם B	Odds Ratio (CI)
מין (נקבה)	0.46	1.58 (0.5-4.7)
גיל +56	-0.63	0.53 (0.1-1.8)
מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)	-0.50	0.60 (1.6-2.3)
השכלה יסודית ומטה	0.42	1.52 (0.3-6.9)
מחלה כרונית	0.70	2.02 (0.6-6.2)
הכנסה בחמישון התחתון	*-3.23	0.04 (0.0-0.9)
מצוקה קשה וקשה מאוד	0.15	1.17 (0.4-3.4)
Hosmer and Lemeshow Test		
9.373 (n.s.)		p<0.05 *
		p<0.01**

3.10 שביעות הרצון מהטיפול ומהמטפל העיקרי

בתשובה לשאלה על שביעות הרצון הכללית מהטיפול הנפשי שקיבלו, ענו 46% שהם מרוצים מאוד ו-37% מרוצים. נמצאו הבדלים בין אנשי המקצוע: שביעות הרצון מפסיכולוג, מרופא המשפחה מהעובד הסוציאלי ומהמטפל האלטרנטיבי רבה יותר משביעות הרצון מהפסיכיאטר (29% מרוצים מאוד מהפסיכיאטר לעומת כ-50% ממטפלים אחרים).

לגבי שביעות הרצון מהיבטים בין-אישיים של הטיפול (מרוצים מאוד), השיבו 64% שהמטפל התייחס אליהם בכבוד ובהערכה; 61% שהמטפל הקדיש להם מספיק זמן; 55% - שהרגישו נוח לשוחח על הבעיה; 55% - שהם חשים אמון וביטחון ביכולת המקצועית. זאת לעומת שיעורים נמוכים יותר של שביעות הרצון מהיבטים אחרים: מספר הטיפולים היה מספיק (42%), והטיפול עזר לפתור את הבעיה (40%). כלומר, שביעות הרצון גבוהה יותר מהיבטים בין-אישיים של הטיפול מאשר ממספר הטיפולים ומההצלחה בפתרון הבעיה.

מלוח 18 עולה כי בקרב דוברי עברית שיעור גבוה מדווח על שביעות רצון רבה מאוד (50%), לעומת דוברי ערבית (44%) ורוסית (19%). שיעור גבוה ממבוטחי לאומית (86%) מדווחים על שביעות רצון רבה מאוד לעומת מבוטחי הקופות האחרות. שיעור גבוה מדווחים על שביעות רצון רבה גם בקרב בעלי מצב בריאות טוב או טוב מאוד (53%), לעומת האחרים. שיעורים נמוכים יותר נמצאים בקרב אלו שלא עבדו בשלושת החודשים האחרונים (35%), מאשר בקרב אלו שעבדו (54%). לא נמצאו הבדלים בשביעות הרצון לפי משתני הרקע הבאים: מין, גיל, מצב משפחתי, מחלה כרונית, השכלה, הכנסה וחומרת המצוקה.

לוח 18: שביעות רצון מהטיפול, לפי משתני רקע (באחוזים)

מרוצים מאוד מהטיפול	
46	סה"כ האוכלוסייה (N=245)
*	שפת הריאיון
50	עברית (n=197)
44	ערבית (n=18)
19	רוסית (n=31)
*	עבד בשלושת החודשים האחרונים
54	כן (n=137)
35	לא (n=108)
*	הערכת מצב הבריאות כללית
53	טוב מאוד/טוב (n=141)
37	בינוני (n=69)
34	לא כל-כך טוב/גרוע (n=34)
*	קופת חולים
42	כללית (n=140)
49	מכבי (n=59)
86	לאומית (n=16)
40	מאוחדת (n=31)

* p<0.05

מניתוח רגרסיה לוגיסטית לאפיון המדווחים על שביעות רצון רבה מאד עולה כי רק למשתנה "פנה לפסיכיאטר" יש השפעה עצמאית שלילית על שביעות רצון בחמישה מתוך שבעת הממדים שנבדקו (לוח 19).

לוח 19: ניתוח רגרסיה לוגיסטית למשתני שביעות רצון במידה רבה מאוד בתחומים שונים של הטיפול למצוקה נפשית לפי משתני רקע וסוג מטפל¹ (N=252)

משתנה	המטפל התייחס בכבוד והערכה	הקדיש מספיק זמן	הרגשתי נוח לשוחח על הבעיה	אמון וביטחון ביכולת המקצועית	מספר הטיפולים היה מספיק	הטיפול עזר לפתור את הבעיה	הטיפול באופן כללי
מין (נקבה)	1.35 (0.7-2.5)	1.08 (0.6-1.9)	0.77 (0.4-1.4)	1.28 (0.7-2.3)	1.41 (0.7-2.7)	1.67 (0.9-3.1)	1.20 (0.7-2.1)
גיל +56	0.92 (0.5-1.9)	0.92 (0.4-1.9)	1.14 (0.6-2.3)	1.41 (0.7-2.8)	0.95 (0.5-2.0)	1.39 (0.7-2.8)	0.66 (0.3-1.3)
מצב משפחתי (גרושים ואלמנים)	0.65 (0.3-1.4)	0.48 (0.2-1.0)	0.65 (0.3-1.4)	0.89 (0.4-1.9)	0.83 (0.3-1.9)	0.48 (0.2-1.0)	0.84 (0.4-1.7)
השכלה יסודית ומטה	0.89 (0.3-2.3)	0.65 (0.2-1.6)	1.20 (0.5-3.0)	0.70 (0.3-1.8)	1.26 (0.5-3.5)	1.48 (0.6-3.8)	1.30 (0.5-3.2)
מחלה כרונית	1.35 (0.7-2.5)	1.70 (0.9-3.2)	0.85 (0.5-1.5)	0.83 (0.4-1.5)	1.20 (0.6-2.3)	1.18 (0.6-2.2)	1.39 (0.8-2.5)
הכנסה בחמישון התחתון	0.66 (0.3-1.5)	0.49 (0.2-1.1)	0.59 (0.3-1.3)	0.60 (0.3-1.3)	0.41 (0.2-1.0)	0.73 (0.3-1.7)	0.80 (0.4-1.7)
פנה לפסיכולוג	1.50 (0.7-3.1)	1.35 (0.6-2.8)	1.30 (0.6-2.6)	1.50 (0.7-3.0)	0.96 (0.5-2.0)	1.58 (0.8-3.1)	1.12 (0.6-2.2)
פנה לפסיכיאטר	**0.30 (0.1-0.7)	**0.25 (0.1-0.6)	**0.26 (0.1-0.6)	**0.39 (0.2-0.9)	**0.33 (0.1-0.9)	0.40 (0.1-1.0)	0.52 (0.2-1.2)
פנה למטפל אלטרנטיבי	0.79 (0.4-1.7)	0.95 (0.4-2.1)	1.05 (0.5-2.3)	0.81 (0.4-1.7)	0.78 (0.3-1.8)	0.88 (0.4-1.9)	1.11 (0.5-2.3)
Hosmer and Lemeshow Test	6.294 (n.s.)	8.009 (n.s.)	13.211 (n.s.)	11.658 (n.s.)	2.104 (n.s.)	8.96 (n.s.)	7.668 (n.s.)

Odds Ratio (CI)¹
p<0.05 *
p<0.01**

4. השלכות הממצאים לקביעת מדיניות

המחקר שהוצג בדוח זה התמקד בהתנסויות של מטופלים החשים מצוקה נפשית שאינה עומדת בהכרח בקריטריונים לאבחנת הפרעה נפשית (על-פי ספר האבחנות המקובל DSM-4, ICD-10). מצוקה נפשית הנה בעיה שכיחה שחשוב להתמודד איתה כחלק מהטיפול הכוללני בחולה לאור ההשלכות שיש לה על בריאותו ועל איכות חייו של הפרט, כמו גם על ניצול מושכל של משאבי מערכת הבריאות.

מטרות המחקר היו לאפיין קבוצות אוכלוסייה בסיכון גבוה למצוקה נפשית; לבחון אילו גורמים משפיעים על פנייה לעזרה מקצועית לטיפול במצוקה נפשית; לתאר את דפוסי קבלת שירותי בריאות הנפש ושביעות הרצון מהשירות ערב הרפורמה.

בפרק זה נדון בממצאי המחקר העיקריים ובהשלכות שלהם למדיניות הבריאות.

4.1 היקף הדיווח על מצוקה נפשית ושיעורי האיתור

ממצאי המחקר מראים היקף נרחב של דיווח על מצוקה נפשית בשנה האחרונה: אחד מכל ארבעה אנשים דיווח כך. ההיקף אף רחב יותר בקרב אוכלוסיות חלשות: שיעורי המצוקה מגיעים ל-38% בקרב ערבים ולכ-30% בקרב בעלי הכנסה נמוכה, קשישים וחולים כרוניים. חשוב לציין כי שיעורי המצוקה הנפשית גבוהים משיעורי התחלואה הפסיכיאטרית, כפי שנמדדו בסקר הבריאות הלאומי (Levinson et al., 2007a). אמנם, מצוקה נפשית אינה מעידה בהכרח על קיום הפרעה נפשית. אולם, היא מהווה בעיית בריאות בהתבסס על ההגדרה הרחבה של בריאות של ארגון הבריאות העולמי (WHO 1946): "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". מצוקה נפשית מבטאת צורך נתפס לעזרה, ונמצאה קשורה לפנייה לטיפול, אם במסגרות הרפואה הכללית ואם במסגרות בריאות הנפש (Rabinowitz, Gross & Feldman, 1999).

למרות ההיקף הנרחב של מצוקה נפשית, שיעורי האיתור היזום ברפואה הראשונית נמוכים: 14% בלבד דיווחו שרופא שאל או דיבר איתם על מצוקה נפשית; ברוב המקרים השיחה התקיימה ביוזמת המטופל. גם בקרב אנשים שחשו מצוקה נפשית, רק שליש דיווחו שרופא שוחח איתם על כך. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם המדווח בספרות על תת-אבחון של מצוקה נפשית בידי רופאים ראשוניים (מעוז, 1998; Saltini et al., 2004). זאת, על-אף שקיימת הסכמה רחבה שאיתור וטיפול במצוקה נפשית נכללים במסגרת תפקיד הרופא הראשוני (WHO, 2001; Bower & Gilbody, 2005), וכן, שניתן לבצע סריקה ראשונית תוך זמן קצר באמצעות שתי שאלות בלבד (Arrol, Khin & Kers, 2003). בין ההסברים לכך שבפועל רופאים מעטים מבררים עם החולים את שאלת המצוקה הנפשית נכלל חששו של הרופא מתגובת החולה לשאלות לגבי מצבו הנפשי, וכן, מאבחנה שתיצור סטיגמה על המטופל (Callahan et al., 1998; Arrol, Khin & Kers, 2003; Susman, Crabtree & Essink, 1995).

ממצאי המחקר הנוכחי מדגישים את החשיבות של העלאת המודעות של הצוות הרפואי לחשיבות של שיחה עם מטופלים על מצוקה נפשית, כחלק מהטיפול הכוללני בחולה המשלב היבטים של גוף ונפש. יש צורך בהתמודדות עם חששות הרופאים מעיסוק בנושא, וכן, של מתן כלים לאיתור מצוקה נפשית. מהספרות עולה כי העלאת המודעות לחשיבות האיתור והכשרה מתאימה לבירור הנושא עם חולים (Goldfracht, et al., 2007; Goldberg, 1998) צפויים להגביר את פעילות האיתור. יצוין כי חלק מקופות החולים החלו בתכניות הכשרה בנושא זה (Goldfracht et al., 2007). התייחסות למצוקה הנפשית יכולה לשפר את איכות החיים, להקל על סימפטומים רפואיים ונפשיים ולמנוע מתן טיפול מיותר שניתן לעתים במקום טיפול ישיר במצוקה.

4.2 מקומו של רופא המשפחה בטיפול במצוקה נפשית

ממצאי המחקר מראים שרופא המשפחה ממלא תפקיד מרכזי בטיפול בכל רמות המצוקה. וכך, 37% מהמדווחים על מצוקה נפשית אי-פעם ענו כי המטפל העיקרי היה רופא המשפחה¹³. בקרב המדווחים על מצוקה נפשית קלה, 56% ראו ברופא המשפחה את המטפל העיקרי. גם בקרב החשים מצוקה נפשית

¹³ הממצא תואם את הנאמר לעיל שבקרב החשים מצוקה, שליש דיווחו כי דיברו על כך עם רופא המשפחה.

קשה או קשה מאוד רבים (34%) דיווחו כך. ייתכן כי דפוס פנייה זה קשור לנגישות גבוהה של שירותי הרפואה הראשונית (מבחינת פריסה גאוגרפית ואורך תור), כמו גם לסטיגמה מועטה יותר בפנייה לרופא המשפחה, לעומת הסטיגמה הקיימת בפנייה לשירותי בריאות נפש (שטרודך ואחרים, 2007).

באשר לסוג הטיפול הניתן בידי רופא המשפחה, 73% ענו כי רופא המשפחה הציע תרופות, וכשליש ענו שהרופא הציע לפנות למומחה בבריאות נפש. לאור ממצאים אלה, יש חשיבות מיוחדת להכשרת רופאי משפחה כדי להבטיח את רמת הידע המקצועי שלהם בטיפול במצוקה נפשית, ובפרט באמצעות תרופות. להכשרת הרופאים הראשוניים יש חשיבות מיוחדת לקראת יישום הרפורמה הביטוחית, שכן אז יש לצפות לגידול בשיעורי הפנייה לעזרה כתוצאה מהגברת המודעות לזכאות לטיפול נפשי במסגרת קופות החולים. ישנה חשיבות גם להידוק הקשר בין רופאי המשפחה לבין פסיכיאטרים לקבלת ייעוץ וגיבוי מקצועי. אחד הדגמים לעבודה משותפת כזו הוא קישור לפסיכיאטרייה (Liaison Psychiatry): פסיכיאטר ספציפי משובץ לעבודה במרפאה או עם קבוצת רופאים, ובחלק מהמקרים אף מגיע למרפאה הראשונית. לפי הצורך, הרופאים הראשוניים מפנים לו מקרים להמשך טיפול ו/או מתייעצים איתו לגביהם (Bower & Gilbody, 2005).

4.3 מאפייני הטיפול במצוקה נפשית

ממצאי המחקר מלמדים שרוב הפונים לעזרה נפשית פורמלית קיבלו טיפול במסגרות של קופת החולים (56%) ושיעור נמוך - במסגרות של משרד הבריאות (8%). בנוסף, נמצא היקף רחב של פניות למסגרות פרטיות (25%).

מאחר שכבר כיום שיעור גבוה של פונים מטופלים במסגרת קופות החולים, ורק מיעוטם מטופלים במסגרות של משרד הבריאות, השינוי בארגון השירותים בעקבות החלת הרפורמה עשוי להיות קטן יותר ממה שמקובל לחשוב כיום¹⁴. ממצא זה הנו איפה תשומה חשובה לדיון הציבורי בנושא.

הממצא עשוי לתרום למאמצים לאמוד את הגידול הצפוי בהיקף הפניות למערכת הציבורית עם יישום הרפורמה (וההשלכות שיהיו לכך על הצורך בהרחבת תשתיות וכוח אדם), שכן, צפוי מעבר של חלק מהמטופלים (אלו שיעמדו בקריטריונים לקבלת טיפול נפשי במסגרת סל שירותי בריאות הנפש) ממסגרות פרטיות למסגרות טיפול בקופות חולים, עם קביעת הזכאות לטיפול לפי חוק. ממצא זה יכול להסביר את ההתנגדות של חלק מבעלי העניין ליישום הרפורמה. שכן, ייתכן שמטופלים פרטיים חוששים לפרנסתם, אם אכן יתרחש תהליך זה. לפיכך, על-מנת לקדם את יישום הרפורמה, אפשר לשקול בחינה מעמיקה של מאפייני הפונים למסגרות פרטיות, והסיבות לפנייה דווקא למסגרות אלו, כדי להעריך את היקף המעבר הצפוי ממסגרות פרטיות למסגרות ציבוריות בעקבות החלת הרפורמה הביטוחית. בחינה כזו עשויה להפיג חששות ולהקטין את ההתנגדות של נותני השירותים הפרטיים.

¹⁴ עם זאת, ייתכן כי יידרש ארגון מחדש רחב יותר, אם במתקני משרד הבריאות מטופלים כיום שיעור גבוה של חולים קשים, לעומת מתקני קופות החולים.

מהמחקר עולה כי רופא המשפחה הוא המטפל השכיח באוכלוסייה זו: 37% פנו לרופא המשפחה, 21% - לפסיכולוג, 15% - לפסיכיאטר, 13% - למטפל אלטרנטיבי (בעיקר: דיקור, רפואה סינית, עיסוי, רפלקסולוגיה ושיאצו), 7% לעובד סוציאלי ו-7% לאיש מקצוע אחר (רופא אחר, יועץ). הממצאים מלמדים על המקום המרכזי של רופא המשפחה בטיפול במצוקה נפשית, ולכן ישנה חשיבות למדוד את איכות הטיפול שהוא נותן ולהבטיח את רמתו.

כ-40% מהמרוויינים שחשו מצוקה נפשית דיווחו שקיבלו תרופות. אולם, 22% מאלו שקיבלו תרופות ענו שלא קיבלו הסבר מספיק על התרופות (ללא הבדל מובהק לפי מקצוע המטפל שנתן את התרופה). מבחינה מערכתית, ישנה חשיבות לפעולות הדרכה (הן לרופאי המשפחה והן לפסיכיאטרים) במטרה לשפר את רמת ההסברים הניתנים למטופלים על תרופות פסיכיאטריות. שכן, הסבר לא מספק עלול לפגום באפקטיביות התרופה. ייתכן שהמינון או העיתוי של לקיחת התרופה לא יהיו בהתאם להוראות וייתכן גם שהמטופל יפסיק לקחת את התרופה מתוך חוסר מודעות לזמן ההשפעה ולאופן ההשפעה.

4.4 דפוסי פנייה לקבלת עזרה נפשית

מהמחקר עולה כי פחות ממחצית (44%) המדווחים על מצוקה נפשית במהלך החיים פנו לטיפול מקצועי. מאחר שמצוקה נפשית אינה זהה להפרעה נפשית, יש להדגיש כי לא כל המדווחים על מצוקה נפשית זקוקים לעזרה מקצועית. מבין הזקוקים לעזרה, רק מטופלים העומדים בקריטריונים המוכרים לאבחנה של הפרעה נפשית זכאים לקבל טיפול בשירותי בריאות הנפש. האחרים יכולים כיום לפנות לרופא המשפחה או לשירותי הרווחה. פנייה לעזרה נמצאה קשורה לחומרה קשה של המצוקה, למחלה כרונית, למגורים במרכז, לדוברי עברית ולגיל צעיר.

חומרת מצוקה היא משתנה המבטא צורך בקבלת עזרה, ואכן הוא נמצא קשור לפנייה לעזרה גם במחקרים קודמים (Cramer, 1999; Rickwood & Braithwaite, 1994; גרוס, באום ועובד-אור, 2009). שיעורי פנייה נמוכים בקרב אוכלוסייה שאינה דוברת עברית יכולים להיות מוסברים בנורמות וערכים תרבותיים. אולם, הממצא מעלה שאלה לגבי מידת ההתאמה של השירותים הפורמליים לצורכי דוברי הערבית והרוסית ולגבי אפשרות התאמתם. ממצאים דומים לגבי פנייה לעזרה של קבוצות מיעוט דווחו גם בספרות על מצוקת נפשית (Savaya, 1993; Snowden, 1998), וכן, בספרות על אנשים העונים על הקריטריון להפרעה נפשית (Levinson et al., 2007b).

השיעורים הגבוהים של פנייה לעזרה בקרב הגרים במרכז הארץ קשורים ככל הנראה להיצע השירותים הרחב יותר, ודווחו גם במחקרים קודמים שנערכו בישראל (Rabinowitz, Gross & Feldman, 2003; Feinson et al., 1992; גרוס באום ועובד-אור, 2009). פנייה רבה יותר לעזרה נמצאה גם בקרב חולים כרוניים. ניתן להסבירה בהיכרות רבה יותר עם מערכת השירותים ובידע רב יותר כיצד להסתייע בהם לקבלת עזרה רפואית בכלל ולמצוקה נפשית בפרט.

מהמחקר עולה עוד כי כ-10% מאלה שחשו מצוקה ויתרו על טיפול בגלל התשלום. ממצא זה תואם ממצאים על השפעות של תשלומי ההשתתפות העצמית בתחומים אחרים, כגון פנייה לשירותי מומחים

ורכישת תרופות (גרוס ברמלי-גרינברג ורוזן 2007; ברמלי-גרינברג, רוזן וגרוס, 2006). הממצא מגביר את החשש שהטלת תשלומים על פנייה לעזרה נפשית תהווה מחסום, בפרט לאוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. נציין כי הפונים לטיפול במסגרת הרפואה הראשונית אינם נדרשים לתשלום. ייתכן שזו אחת הסיבות לשיעורי הפנייה הגבוהים לרפואה הראשונית.

על-מנת לשפר את השוויון בקבלת שירותי עזרה נפשית, חשוב להתמודד עם מחסומים אישיים (סטיגמה, אמונות) ומערכתיים (תור, תשלום, פרישה) לפנייה לעזרה. תשלום יכול להוות מחסום בקבלת טיפול ולפגוע במיוחד באוכלוסיות בעלות הכנסה נמוכה. לפיכך, על קובעי המדיניות לתת את הדעת על ההשלכות של גובה תשלומי ההשתתפות העצמית. יש מקום להעלות את מודעות המטופלים לאפשרות של קבלת עזרה מקצועית ללא תשלום במסגרות הרפואה הראשונית ובמרפאות בריאות הנפש הממשלתיות. כמו כן, יש מקום לבחון אפשרות להגברת נגישות הטיפול מקצועי על-ידי פריסת שירותים, התאמה תרבותית, פעולות הסברה ויישוג (outreach) בקרב קבוצות אוכלוסייה הנוטות להשתמש פחות בשירותים אלה.

לבסוף, במסגרת המחקר נשאלו המרואיינים שפנו לקבלת עזרה על משך ההמתנה להתחלת טיפול. נמצא כי 42% קיבלו טיפול תוך יום-יומיים, 34% - בתוך שבוע, 7% המתינו חודש עד שלושה חודשים ו-2% - מעל שלושה חודשים. במקביל, מעל 80% מאלו שקיבלו טיפול ענו כי משך ההמתנה היה סביר, ואילו 14% ענו שהיה לא כל כך סביר או לא סביר. חשוב לציין שנתונים אלו מתייחסים רק לאנשים שקיבלו טיפול.

עקב מאפייני המדגם הנוכחי, לא ניתן היה לבדוק את משכי ההמתנה במסגרות השונות וגם לא בתחומים שבהם אנשי המקצוע מדווחים על קיום בעיה מיוחדת בהיצע השירותים: שירותים לילדים, שירותים ביישובים ערביים ובפריפריה. לפיכך, יש צורך במחקרי המשך שיבדקו באופן מעמיק את סוגיית התורים וסוגיות נוספות בתת-קבוצות של מטופלים.

4.5 שביעות רצון מהטיפול ומהמטפל העיקרי

ממצאי המחקר מלמדים על שביעות רצון גבוהה במיוחד מהיבטים בין-אישיים של הטיפול (55%-64% מרוצים מאוד) ונמוכה ממספר הטיפולים ומהאפקטיביות (40% מרוצים מאוד). ניתן התשובות לפי מקצוע המטפל העיקרי מגלה שביעות רצון נמוכה במיוחד מהפסיכיאטר (29% מרוצים מאוד), לעומת הפסיכולוג (47%) רופא המשפחה (49%) והמטפל האלטרנטיבי (52%).

ממצאים אלה מצביעים על צורך בבירור מעמיק של הסיבות לשביעות הרצון הנמוכה מטיפול בידי פסיכיאטר, בהשוואה לאנשי המקצוע האחרים. ייתכן כי הדבר קשור למאפייני הפונים לטיפול, אך ייתכן גם כי הדבר קשור למאפייני הטיפול או לתנאים שבהם הוא ניתן. כמו כן, יש מקום למחקרי המשך על-מנת להבין את הגורמים לשביעות הרצון הנמוכה באופן יחסי ממשך הטיפול (מספר הפגישות) ומהאפקטיביות שלו.

כמכלול, הממצאים מבליטים את המקום המרכזי של הרפואה הראשונית בפניות לטיפול נפשי ובהתמודדות עם מצוקה נפשית כחלק מהטיפול הכוללני בחולה המשלב היבטים של גוף ונפש. כפי שעולה מהממצאים, כבר כיום, הרפואה הראשונית מספקת מענה לחלק גדול מצרכים אלו. ייתכן שחלקה של הרפואה הראשונית אף יגדל בעקבות הרפורמה הביטוחית, בין היתר לאור ההיקף הרחב של צרכים לא מסופקים כיום, ומיקוד האחריות לטיפול נפשי בקופות החולים בעקבות הרפורמה.

לממצאי המחקר יש השלכות על קביעת המדיניות, שכן שיעורי הפנייה הנמוכים לשירותי בריאות הנפש קשורים בחלקם גם בגורמים מערכתיים, כגון פריסת שירותים לא אחידה, תורים ארוכים ותשלומים הנדרשים בידי מטפלים עצמאיים ופרטיים. על כן, יש מקום לשקול להכניס שינויים במדיניות על-מנת להגביר את נגישות הטיפול המקצועי באמצעות פריסת שירותים רחבה יותר, התאמת שעות מתן השירות, תנאי האספקה (שמירה על פרטיות, גובה תשלום), וכן, התאמה תרבותית של השירותים לאוכלוסייה (למשל לגבי האוכלוסייה הערבית).

בסיכומו של דבר, אנו מקווים שהמידע שהוצג בדוח זה יסייע לאיתור תחומים שניתן לשפר כדי לתת טיפול הולם ויעיל יותר במצוקה נפשית. כמו כן אנו תקווה כי המידע ישמש גם בסיס להשוואה בשנים הבאות שלהן, אם הרפורמה הביטוחית תיושם והן אם תתעכב.

ביבליוגרפיה

- אבירם, א'. 2007. "רפורמה מקרטעת בשירותי בריאות הנפש בישראל: חסמים ובלמים בהסטת מוקד הטיפול לקהילה". **חברה ורווחה כ"ז(1): 155-127**.
- אבירם, א'; גיא, ד'; סייקס, י'. 2006. "הרפורמה במדיניות בריאות הנפש (1995-1997): הזדמנות שהוחמצה". **ביטחון סוציאלי 71: 83-53**.
- אבירם, א'; רוזן, ה'. 1998. "מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל: הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי". **חברה ורווחה י"ח(1): 190-161**.
- אלישע, ד'; גרינשפון, א. 2007. "הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש – כיצד ניתן להגדיל את הסיכויים ולצמצם את הסיכונים". **הרפואה 146(ד): 296-291**.
- ברמלי-גרינברג, ש'; רוזן, ב'; גרוס, ר'. 2006. **תשלומי אגרת ביקור: מהו גודל הנטל ומי נושא אותו**. דמ-470-06. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גיא, ד'. 2004. **חקר תהליך תכנון הרפורמה בבריאות הנפש בישראל והניסיונות ליישומה, 1995-1998**. עבודת לקראת תואר דוקטור, הוגשה לאוניברסיטת חיפה.
- גרוס, ר'; באום, נ'; עובד-אור, מ. 2009. "גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית באוכלוסייה הכללית בישראל". **ביטחון סוציאלי 79: 140-111**.
- גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; רוזן, ב'. 2007. "תשלומי השתתפות עצמית: השלכה על נגישות לשירותים ועל שוויוניות". **משפט ועסקים ו' 197: 224**.
- גרוס, ר'; ברמלי-גרינברג, ש'; מצליח, ר. 2004. **דעת הציבור על רמת השירות ותפקוד מערכת הבריאות במלאת עשור לחוק ביטוח בריאות ממלכתי**. דמ-487-07. מאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גרוס, ר'; פלדמן, ד'; רבינוביץ, י'; גרינשטיין, מ'; ברג, א'. 1998. "מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש". **הרפואה 134(5): 12-6**.
- גרוס, ר'; פלדמן, ד'; רבינוביץ, י'; גרינשטיין, מ'; ברג, א'. 1997. **מצוקה נפשית נתפסת בקרב האוכלוסייה הבוגרת בישראל: מאפיינים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש**. דמ-285-97. מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ה"פ (ת"א) 225/01, **שירותי בריאות כללית נגד שר הבריאות**, פסק-הדין התקבל ב-14 באפריל 2002.
- חבר, א'; שני, מ'; קוטלר, מ'; פסט, ד'; אליצור, א'; ברוך, י'. 2005. "הרפורמה בבריאות הנפש – מאין ולאן". **הרפואה 144(ה): 331-327**.
- מדינת ישראל, משרד הבריאות. 2002. **בריאות הנפש בישראל - שנתון סטטיסטי 2002**. לשכת הפרסום הממשלתית, ירושלים.
- מדינת ישראל. 1994. "חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994". **ספר החוקים**, חוק 1469, י"ז בתמוז התשנ"ד.
- מעוז, ב'. 1998. "פסיכיאטריה ורפואה ראשונית בישראל". **חברה ורווחה י"ח(1): 74-65**.

ניראל, נ'. 2009. **הסדנה לדיון בסוגיות למחקר הערכת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש - מסמך מסכם**. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים
<http://brookdaleheb.jdc.org.il/files/PDF/MentalHealthWorkshop-EM.pdf>

ניראל, נ'; אקר, נ'; רוזן, ב'; ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס ר'. 2007. **הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכתה**. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים
<http://brookdaleheb.jdc.org.il/files/PDF/Elisabet/EvaluatingMentalHealthReform-Nov07.pdf>

ע"א 9165/02, 10164/02, **שירותי בריאות נגד שר הבריאות**, פסק הדין התקבל ב-26 בנובמבר 2003.

רוזן, ב'; ניראל, נ'; ברמלי-גרינברג, ש'; גרוס, ר'. 2009. "תכנית עבודה מוסכמת לגבי חלקו של מאיירס-ג'וינט מכון ברוקדייל בהערכת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש". מסמך פנימי.

שטרוד, נ'; שרשבסקי, י'; בידני-אורבך, א'; לכמן, מ'; זהבי, ט'; שגיב, נ'. 2007. **סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי**. דמ-478-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

Arroll, B.; Khin, N.; Kers, N. 2003. "Screening for Depression in Primary Care with Two Verbally Asked Questions - Cross Sectional Study". **BMJ** 327:1144-1146.

Blackwell, B.; De Morgan, N.P. 1996. "The Primary Care of Patients who have Bodily Concerns". **Archives of Family Medicine** 5:457-463.

Bower, P.; Gilbody, S. 2005. "Managing Common Mental Health Disorders in Primary Care: Conceptual Models and Evidence Base". **BMJ** 330:839-842.

Boyle, M.H.; Oford, D.R.; Campbell, D.; et al. 1996. "Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey: Methodology". **Canadian Journal of Psychiatry** 41:549-558.

Callahan, E.J.; Jaen, C.R.; Crabtree, B.F.; Zyzanski, S.J.; Goodwin, M.A.; Stange, K.C. 1998. "The Impact of Recent Emotional Distress and Diagnosis of Depression or Anxiety on the Physician-patient Encounter in Family Practice". **Journal of Family Practice** 46:410-418.

Cramer, M. 1999. "Psychological Antecedents to Help-seeking Behavior: A Reanalysis Using Path Modeling Structures". **Journal of Counseling** 46:381-387.

Feinson, M.C.; Popper, M.; Handelsman, M. 1992. **Utilization of Public Ambulatory Mental Health Services in Israel: A Focus on Age and Gender Patterns**. State of Israel, Ministry of Health. JDC-Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, Jerusalem.

Frosthalm, L.; Fink, P.; Christensen, K.S.; Toft, T.; Oernboel, E.; Olesen, F.; Weinman, J. 2005. "The Patients' Illness Perceptions and the Use of Primary Health Care". **Psychosomatic Medicine** 67:997-1005.

Goldberg, D. 1998. "Training General Practitioners in Mental Health Skills". **International Review of Psychiatry** 10:102-105.

- Goldfracht, M.; Shalit, C.; Peled, O.; Levin, D. 2007. "Attitudes of Israeli Primary Care Physicians towards Mental Health Care". **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 44(3):225-230.
- Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; Tabenkin, H.; Benbassat J. 2007a. "Primary Care Physicians' Discussion of Emotional Distress and Patient Satisfaction". **International Journal of Psychiatry in Medicine** 37(3): 331-345.
- Gross, R.; Tabenkin, H.; Brammli-Greenberg, Sh.; Benbassat, J. 2007b. "The Association between Inquiry about Emotional Distress and Women's Satisfaction with their Family Physician: Findings from a National Survey". **Women & Health** 43:1-18.
- Gross R. 2004. "A Consumer Based Tool for Evaluating the Quality of Health Services in the Israeli Health Care System Following Reform". **Health Policy** 68(2):143-158.
- Gross, R; Baruch Y. 2004. "Responsibility for Mental Health Care". **Health Policy Monitor** <http://www.hpm.org/survey/is/a4/5>.
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U.; Kenneth, K.S. 1994. "Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorder in the United States". **Archives of General Psychiatry** 51:8-19.
- Koopmans, G.T.; Lamers, L.M. 2006. "Gender and Health Care Utilization: The Role of Mental Distress and Help-seeking Propensity". **Social Science & Medicine** 64:1216-1230.
- Levinson, D.; Lerner, Y.; Zilber, N.; Grinshpoon, A.; Levav, I. 2007a. "Prevalence of Mood and Anxiety Disorders in the Community: Results from the Israeli National Health Survey". **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 44(2):94-103.
- Levinson, D.; Lerner, Y.; Zilber, N.; Grinshpoon, A.; Levav, I. 2007b. "Twelve-Month Service Utilization Rates for Mental Health Reasons: Data from the Israel National Health Survey". **The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 44(2):114-125.
- Miller, A.; Gross, R. 2004. "Health and Depression in Women from the Former Soviet Union Living in The United States and Israel". **Journal of Immigrant Health** 6(4):187-196.
- Olfson, M.; Jilbert, T.; Weissman, M.; et al. 1995. "Recognition of Emotional Distress in Physically Healthy Primary Care Patients who Perceive Poor Physical Health". **General Hospital Psychiatry** 17:173-180.
- Rabinowitz, J.; Gross, R.; Feldman, D. 2003. "Perceived Need and Receipt of Outpatient Mental Health Services: Factors Affecting Access in Israeli HMOs". **Journal of Ambulatory Care Management** 26(3):160-172.

- Rabinowitz, J; Gross, R; Feldman, D. 1999. "Correlates of a Perceived Need for Mental Health Assistance and Differences Between those Who Do and Do Not Seek Help". **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 34:141-146.
- Rickwood, D.J.; Braithwaite, V.A. 1994. "Social-psychological factors affecting help seeking for emotional problems". **Social Science and Medicine** 39:563-572.
- Rosen, B. 2003. **Health Care Systems in Transition: Israel**. vol. 5(1). European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
- Rosen, B.; Nirel, N.; Gross, R.; Brammli-Greenberg, S.; Ecker, N.; Struch, N. 2008. "The Israeli Mental Health Insurance Reform". **Journal of Mental Health Policy and Economics** 11:201-208.
- Saltini, A.; Mazzi, M.A.; Del Piccoo, L.; Zimmermann, C. 2004. "Decisional Strategies for the Attribution of Emotional Distress in Primary Care". **Psychological Medicine** 34:729-739
- Savaya, R. 1993. "The Under-use of Psychological Services by Israeli Arabs: An Examination of the Roles of Negative Attitudes of and the Use of Alternative Sources of Help". **International Social Work** 41:195-208.
- Saxena, S.; Sharan, P.; Saraceno, B. 2003. "Budget and Financing of Mental Health Services: Baseline Information on 89 Countries from WHO's Project Atlas". **Journal of Mental Health Policy Economy** 6:135-143.
- Schwartzman, P.; Weiner, Z.; Vardy, D.; Friger, M.; Sherf, M.; Biderman, A. 2005. "Health Services Utilization by Depressive Patients Identified by the MINI Questionnaire in a Primary Care Setting". **Scandinavian Journal of Primary Health Care** 23:18-25.
- Sheehan, D. 1983. **The Anxiety of Disease**. Bantam Books, New York.
- Snowden, L.R. 1998. "Racial Differences in Informal Help Seeking for Mental Health Problems". **Journal of Community Psychology** 26:429-438.
- Susman, J.L.; Crabtree, B.F.; Essink, G. 1995. "Depression in Rural Family Practice; Easy to Recognize, Difficult to Diagnose". **Archives of Family Medicine** 4:427-431.
- Sykes Y. 2006. "The Transfer of Mental Health Services in Israel from the Government to the Health Plans: Policy at a Dead End". In: **Mental Health Services in Israel, Trends and Issues**. pp. 97-112. Cherikover Publishing, Tel Aviv.
- United States Public Health Services. 2005. Mental health: a report of the surgeon general, Chapter 4: Adults and mental health. www.mentalhealth.samhsa.gov
- Vedsted, P.; Fink, P.; Olesen, F.; et al. 2001. "Psychological Distress as Predictor of Frequent Attendance in Family Practice: A Cohort Study". **Psychosomatics** 42(5):416-422.

World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence. *Investing in Mental Health*, WHO, 2003. www.who.int/mental_health

World Health Organization. 1946. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.

World Health Organization. 2001. **The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.** WHO, Geneva.