



מדינת ישראל  
משרד הבריאות



מדינת ישראל  
המשרד לקליטת עלייה



# אובדנות בקרב עולי חבר המדינות בישראל

מסמך רקע  
פרופ. יוליה מירסקי

המחקר הוזמן על ידי המשרד לקליטת עלייה  
המסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדות

אחראית על המחקר מטעם המשרד: שרה כהן m.s.w מנהלת שירות הרווחה

באיסוף החומר ובניתוחו השתתפו:

פרופ. רוברט כהן, אוניברסיטת בראון, רוד איילנד, ארה"ב

פנינה דולברג, דוקטורנטית, אוניברסיטת בן גוריון

לודמילה רובינשטיין, דוקטורנטית, אוניברסיטת בן גוריון

ספטמבר 2009



**מדינת ישראל**  
**המשרד לקליטת העלייה**  
**שירות הרווחה**

שנת 2009 מציינת עשרים שנה לתחילת העלייה מברית המועצות. במהלך תקופה זו נקלטו במדינת ישראל למעלה ממיליון עולים יוצאי חבר המדינות המהווים נכס משמעותי ומרימים תרומה משמעותית למדינה.

מרבית אוכלוסיות העולים מקיימת בהצלחה את תהליכי ההסתגלות וההשתלבות לחברה, אך בקרב חלק מהאוכלוסייה צפים ועולים בעיות וקשיים ומצוקה נפשית אשר יכולים לבוא לידי ביטוי גם בניסיונות ובאירועי אובדנות.

המסמך שלפניכם אשר הוזמן ע"י המשרד לקליטת העלייה נולד כחלק מיוזמה מערכתית בין משרדית להתמודדות עם בעיית ההתאבדויות בקרב תושבי המדינה ובכללם אוכלוסיות העולים. לצערנו הנתונים הקיימים מורים על שיעור גבוה יותר של אירועי אובדנות בקרב עולים ומטרת מחקר זה ללמוד ולהבין את מאפייני התופעה כדי לתת כלים להתמודדות אפקטיבית יותר לאנשי המקצוע ולעוסקים בהתמודדות עם הבעיה ובצמצום היקפיה.

כמאמר חז"ל :

**"כל המקיים נפש אחת מישראל מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא"**

שרה כהן, עו"ס MSW  
מנהלת שירות הרווחה  
המשרד לקליטת העלייה

## תודות:

מסמך זה הוכן בהזמנה ובמימון של המשרד לקליטת עלייה, שירותי רווחה במסגרת התוכנית הלאומית למניעת אבדנות המשותפת למשרד הבריאות ולג'וינט ישראל.

תודה לגב' שרה כהן, מנהלת שירותי הרווחה במשרד לקליטת עלייה על תמיכתה ועזרתה.

תודה לגב' ניבי דיין, מנהלת התוכנית הלאומית למניעת אבדנות מטעם ג'וינט ישראל על הלווי הצמוד ושותפות בחשיבה בכל שלבי העבודה

תודות לכל חברי הוועדה לעולי חמ"ע בתוכנית הלאומית למניעת אבדנות, אשר השתתפו בחשיבה ובדיונים על החומר

תודות לכל הגורמים והמוסדות אשר סייעו באיסוף הנתונים: שירותי בריאות כללית, מכבי שירותי בריאות, הסוכנות היהודית, המרכז הרפואי לבריאות הנפש באר יעקב – נס ציונה, עיריית רמלה ועיריית רחובות.

תודות לכל אנשי המקצוע – עובדים סוציאליים, רופאים ואחרים, אשר הקדישו מזמנם וסייעו באיסוף מידע מן השדה.

תודה מיוחדת לעולים מחמ"ע אשר השתתפו בקבוצות המיקוד והעניקו למסמך פרספקטיבה מתוך הקהילה.

## תוכן העניינים

3	1. תקציר
9	2. מבוא
9	2.1. מטרות
10	2.2. מקורות המידע
11	3. סקירת ספרות על אבדנות
11	3.1. אבדנות וגורמי סיכון לאבדנות
11	3.2. אבדנות והגירה
12	3.3. אבדנות בברה"מ ובחבר העמים
13	3.4. אבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל
15	4. סקר הבריאות הלאומי
15	4.1. מבנה ושיטות הסקר
15	4.2. מאפייני המדגם
15	4.3. שיעורי התנהגות אבדנית
18	4.4. גורמי סיכון להתנהגות אבדנית
18	4.4.1. קיומה של הפרעה נפשית
19	4.4.2. מצוקה פסיכולוגית
20	4.4.3. רצף ההתנהגות האבדנית
21	4.4.4. מעמד אישי
21	4.4.5. מעמד תעסוקתי
21	4.4.6. ותק בישראל
22	5. נתוני אבדנות – משרד הבריאות
22	5.1. מקורות המידע
22	5.1.1. התאבדויות
23	5.1.2. ניסיונות התאבדות
23	5.2. שיעור התאבדות וקבוצות סיכון
25	5.3. שיעורי ניסיונות התאבדות
26	6. מחקר איכותני בשדה
26	6.1. מתודולוגיה
26	6.1.1. האינפורמנטים
27	6.1.2. קבוצות המיקוד

27	6.2. ממצאים – נושאים מרכזיים
28	6.2.1. גורמי סיכון לאובדנות
30	6.2.2. דפוסי פנייה לעזרה
33	6.2.3. קבוצות ותקופות סיכון
35	6.2.4. מניעה
37	6.2.5. עקרונות ההתערבות
42	7. תוכניות מניעה – סקירת ספרות
42	7.1. הגבלת נגישות לאמצעי קטל
42	7.2. הסברה לציבור הרחב
43	7.3. הכשרה
43	7.4. איתור (screening)
43	7.5. טיפול תרופתי ופסיכותרפיה
44	7.6. ניהול טיפול ומעקב
44	8. המלצות
45	8.1. עיקרי ההמלצות
45	8.2. פירוט ההמלצות
48	9. רשימת מקורות

# 1. תקציר

## מבוא

תופעת האבדנות כוללת בתוכה ארבעה מישורי התנהגות: "מחשבות אבדניות", "תוכנית אבדנית", "ניסיון התאבדות" ו"התאבדות". "התאבדות" היא גרימת מוות מכוונת של אדם לעצמו. "ניסיון התאבדות" הוא פעולה שאדם מבצע בעצמו כדי להביא למותו שלו באופן מכוון, אך ללא הצלחה. "מחשבות אבדניות" הן מחשבות על גרימת מוות מכוונת של האדם לעצמו ו"תוכנית אבדנית" היא תוכנית ספציפית ומעשית כיצד לבצע את פעולת ההתאבדות. המונח "אובדנות" מתייחס לכלל התופעות הללו. דו"ח הנוכחי יוצא מתוך ההנחה כי מדובר ברצף התנהגותי ועל מנת להבין את אבדנות ולהציע תוכנית מניעה אפקטיבית, יש צורך להתייחס לרצף כולו.

עד כה לא נאסף ולא נותח בצורה מסודרת מידע עדכני על אבדנות בקרב עולי חבר העמים שהגיעו לישראל מאז שנת 1990 (להלן "עולי חמ"ע"). המחקרים הבודדים שנעשו בשנות התשעים מלמדים על שיעור גבוה יותר של מחשבות אבדניות באוכלוסייה זו מאשר אוכלוסיית ישראל הכללית. מחקרים על יוצאי חמ"ע בארצות אחרות מדווחים על ממצאים דומים. במסגרת הפרויקט הנוכחי נאספו, רוכזו ונותחו נתונים ומידע ספציפיים ועדכניים על אבדנות בקרב עולי חמ"ע שהגיעו לישראל החל משנת 1990. זאת, על מנת להעמיד נתונים אלה לרשות משרד הקליטה ליישום בפרויקט הלאומי למניעת אבדנות עם עולים אלה.

## מטרות

מטרת הפרויקט הייתה להעמיד לרשות משרד הקליטה ולרשות הוועדה העוסקת בעולים במסגרת הפרויקט הלאומי למניעת אבדנות את חומרי הרקע האקדמיים והמחקריים הבאים:

- א. סקירת ספרות מחקרית על אבדנות, גורמי סיכון ותוכניות מניעה בקרב מהגרים וספציפית – בקרב יוצאי חמ"ע בישראל ובעולם.
- ב. נתונים כמותיים עדכניים על אבדנות וגורמי סיכון לאבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל.
- ג. מידע מן השדה על דפוסי פנייה לעזרה וגורמי סיכון לאבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל.
- ד. המלצות הנובעות מן החומר שנאסף.

## מקורות המידע

המידע והנתונים נאספו ממספר מקורות:

- א. **ספרות מקצועית:** נערכה סקירת ספרות מקיפה בנושא אבדנות בקרב מהגרים תוך התמקדות ביוצאי חמ"ע בישראל ובעולם.
- ב. **סקר בריאות לאומי:** הסקר נערך בישראל בשנת 2003 על מדגם מייצג מאוכלוסיית ישראל, וכלל מדגם גדול של עולים מחמ"ע. לצורך דו"ח זה נותחו נתוני הסקר על אבדנות בקרב עולי חמ"ע בהשוואה

לאוכלוסיית ישראל הכללית ועל גורמי סיכון לאבדנות.

- ג. **נתוני התאבדויות בישראל:** פרסומים של משרד הבריאות על אבדנות בישראל שימשו מקור למידע על התאבדויות וניסיונות אבדניים של עולי חמ"ע.
- ד. **אינפורמנטים בקהילה:** על מנת להשיג מידע מפורט ואוטנטי, שנתונים סטטיסטיים אינם יכולים לספק נאספו עדויות על אבדנות של עולי חמ"ע באמצעות ראיונות עם 19 אנשי שדה, עובדים סוציאליים, עובדי רווחה, רופאי משפחה ורופאים פסיכיאטריים, שבאים במגע עם עולי חמ"ע ובחלקם הגדול – עולי חמ"ע בעצמם.
- ה. **קבוצת מיקוד:** נערכו קבוצות מיקוד עם שתי קבוצות עולים ששוער שיהיו בקבוצות סיכון: צעירים וקשישים.
- ו. **וועדת עולי חמ"ע:** הממצאים החלקיים הוצגו ונידונו בוועדת עולי חמ"ע שפועלת במסגרת הפרויקט הלאומי למניעת אבדנות וההמלצות המובאות בדו"ח נשענות בין היתר על דיונים אלה.

## **עיקרי הממצאים**

### סקירת הספרות על אבדנות

- א. קיימת שונות גדולה מאוד בשיעורי אבדנות בין ארצות שונות. שיעורי האבדנות בישראל נמוכים יחסית.
- ב. גורמי סיכון לאבדנות הם גורמים ביולוגיים\גנטיים המעצבים את הנטייה להתנהגות אבדנית, מצבים קליניים של הפרעות נפשיות, בעיקר דיכאון ומצוקה פסיכולוגית וגורמים חברתיים שהחשוב בהם הוא העדר תמיכה חברתית.
- ג. בהקשר של אבדנות שאינה קשורה במחלות נפש ברורות, ניתן להציע מתוך הספרות את המודל הבא: אירועי חיים לוחצים עלולים להוביל למצוקה פסיכולוגית ולדיכאון אשר אצל אנשים בעלי נטייה גנטית לאבדנות ותמיכה חברתית נמוכה, עלולים לבוא לידי ביטוי במחשבות אובדניות ולהוביל לניסיון התאבדות.
- ד. הגירה הינה אירוע חיים לוחץ וכזאת עלולה להגביר את מצוקה הפסיכולוגית ואת ההתנהגות האובדנית. מירב המחקרים מעידים על שיעורים גבוהים יותר של אבדנות באוכלוסיות של מהגרים בהשוואה לאוכלוסיות בארצות היעד.
- ה. שיעורי אבדנות בארץ המוצא הם אחד הגורמים החשובים שמשפיעים על שיעורי אבדנות בקרב מהגרים.
  - ו. שיעורי האבדנות בברה"מ ובחמ"ע הם הגבוהים באירופה.
  - ז. מחקרים על מהגרים ועולים יוצאי ברה"מ וחמ"ע מלמדים כי באוכלוסייה זו קיימת רמה גבוהה של מצוקה פסיכולוגית, אך שיעורי האבדנות באוכלוסייה זו אינו גבוהים כמו בארץ מוצאה.
  - ח. מחקרים על עולים בישראל מלמדים בעקביות על רמות גבוהות של מצוקה פסיכולוגית, בין היתר דיכאון

בקבוצה זו יחסית לאוכלוסיית ישראל. ממצאים אלה תקפים בכל קבוצות הגיל ולאורך מספר שנים לאחר העלייה.

ט. המחקרים הבודדים שבדקו את תופעת האבדנות בקרב עולי חמ"ע מדווחים על רמה גבוהה יותר של מחשבות אבדניות באוכלוסייה זו יחסית לאוכלוסיית ישראל.

י. תמיכה חברתית מתגלה במחקרים כגורם החוסן המרכזי כנגד מצוקה פסיכולוגית בקרב יוצאי חמ"ע.

יא. גורמי הסיכון הייחודיים לאוכלוסייה זו הם שימוש באלכוהול, אבדן תעסוקה או ירידה בסטאטוס התעסוקתי והימנעות מפנייה לשירותי בריאות נפש, למרות שעם השנים מתגלה פתיחות גוברת של אוכלוסייה זו לקבל עזרה נפשית.

### סקר הבריאות הלאומי

א. שעורים גבוהים יותר של התנהגות אבדנית במהלך החיים נמצאו בקרב עולי חמ"ע לעומת ילידי ישראל: 6.8% מן העולים דווחו שאי פעם בחייהם היו להם מחשבות אבדניות, ורק 5% מילידי הארץ דווחו על מחשבות כאלה. 2.9% מהעולים דווחו על תוכנית אבדנית ומקרב ילידי ישראל דווחו על תוכנית רק 2% על פי דווחי העולים 1.8% מקרבם עשו ניסיון אבדני אי פעם בחייהם, ומקרב ילידי ישראל, רק 1.2% מדווחים על ניסיונות מסוג זה. בבדיקה של 12 חודשים אחרונים, רק שיעור המחשבות האבדניות גבוה במובהק בקרב העולים יחסית לילידי ישראל.

ב. אין בנתונים עדויות על "יבוא" של התנהגות אבדנית מחבר העמים לישראל. גם כאשר ההתנהגות האבדנית הייתה קיימת לפני העלייה, היא חולפת עד כדי שעורים נמוכים מאוד בישראל. לעומת זאת, קיימת קבוצה מעניינת של משיבים שאצלם החלה ההתנהגות האבדנית, בעיקר מחשבות אבדניות, רק לאחר העלייה לישראל.

ג. הפרעות נפשיות אינן גורם סיכון להתנהגות אבדנית שמייחד את העולים מחמ"ע ויש לאתר גורמי סיכון אחרים.

ד. ישנם סימנים לדפוס ייחודי לעולים של מעבר חד יחסית לרמה של ביצוע עם מעוט של סימנים מקדימים, כמו מצוקה או מחשבות על אבדנות. על כן יש לראות במצוקה הפסיכולוגית מתונה ותופעות מתונות כסימני אזהרה חשובים במיוחד באוכלוסיית העולים.

ה. מעמד אישי של גרושה, פרודה או אלמנה הוא גורם סיכון כללי להתנהגות אבדנית. כיוון שבקרב העולים קיים שיעור גבוה של בעלי מעמד אישי זה, יש להפנות אליו תשומת לב מיוחדת הן במישור האיתור והן במישור המניעה.

ו. אבטלה היא גורם סיכון להתנהגות אבדנית. אמנם, שיעור המובטלים בקרב עלי חמ"ע לא גבוה מזה של האוכלוסייה המקומית, אולם, קיימת באוכלוסייה זו בעיה של תת-תעסוקה, הן במשמעות של תעסוקה



חלקית וארעית והן במשמעות של תעסוקה בעבודות הנמוכות מן הסטאטוס ובמיומנויות המקצועיות של העולים. לכן, בעיות תעסוקה צריכות הינן גורם סיכון משמעותי במיוחד לאבדנות בקרב העולים.

ז. לא דווחו ניסיונות אבדנים כלל בתוך השנה הראשונה לעלייה. החל מן השנה השנייה ועד ל-14 שנים בארץ, הסיכון לניסיונות אבדניים היה זהה לכל שנה. משמעות הדבר היא כי **את מאמצי האיתור והמניעה אין למקד בקרב העולים החדשים יותר, אלא יש צורך בהתערבות בקרב כלל העולים ובמהלך שנים רבות לאחר העלייה.**

### נתוני אבדנות - משרד הבריאות

- א. על פי נתוני משרד הבריאות כרבע מכלל ההתאבדויות בישראל בשנים האחרונות הן התאבדויות של עולים מחבר העמים. כיוון שעולי חמ"ע מהווים כ-17% מהאוכלוסייה מדובר בייצוג יתר שלהם בין ההתאבדויות והדבר מצביע עליהם כעל אוכלוסיית סיכון.
- ב. קבוצת הסיכון לאבדנות בתוך אוכלוסיית העולים היא של גברים צעירים בגילאי 15-44.
- ג. בשנת 2005 שיעור ההתאבדות ממוצע בקרב גברים מחמ"ע בגילאי 15-24 היה גבוה פי 2.6 משיעור ההתאבדויות בקרב גברים שאינם עולים. מגמה דומה מאפיינת גם את השנים הקודמות.
- ד. גברים צעירים, בני 15 עד 24 מקרב עולי חמ"ע נמצאים בסיכון החמור ביותר להתאבדות.
- ה. ישנם סימנים לנטייה של גברים עולים בני 25-44 להתאבד אף ללא ניסיונות אבדניים קודמים.
- ו. נשים עולות מחמ"ע בנות 15-24 מבצעות ניסיונות התאבדות בשיעור פי 1.5 מבנות גילן שאינן עולות.
- ז. למרות ששיעור ההתאבדויות של נשים עולות בנות 15-44 אינו עולה במובהק על שיעור ההתאבדויות בקרב נשים שאינן עולות, ריבוי ניסיונות ההתאבדות הוא עדות למצוקתן.
- ח. השיעור הגבוה במיוחד של גרושים, פרודים ואלמנים מבין העולים מגביר את הסיכון באוכלוסייה זו כיוון שמעמד אישי זה קשור לשיעור גבוה פי 4 עד 6 של התאבדויות.

### מחקר איכותני בשדה

- א. גורמי הסיכון שעלו מתוך מחקר השדה הם: בדידות חברתית, קונפליקטים זוגיים ומשפחתיים, קשיי הסתגלות אישיים בארץ החדשה וקושי להתמצא ולהשתמש בשירותים הקיימים, וכן קשיים אישיים המובאים מארץ המוצא.
- ב. דפוסי הפנייה לעזרה מאופיינים בהימנעות מפנייה לגורמים פורמאליים והעדפה להתמודד עם קשיים ללא סיוע או להיעזר בחברים ומשפחה, תפיסה של שיחות ותמיכה נפשית כטיפול שאינו "אמיתי", קושי להיחשף. הפנייה המקובלת, כאשר היא מתרחשת היא לרופא המשפחה.
- ג. יחד עם זאת, עולה כי ההימנעות מקבלת עזרה בתחום בריאות נפש מתמעטת עם שהיה בארץ.

- ד. תקופות הסיכון המצטיירות מן הדוחים הן תקופות מעבר בין מסגרות (למשל, לאחר הפסקת סל קליטה, סיום אולפן) ולאחר מספר שנים בארץ.
- ה. קבוצות הסיכון לאבדנות שעולות מתוך הנתונים הן: גברים וקבוצת הגיל של הבגרות הצעירה ( young adulthood) והזקנה הצעירה.
- באשר לתוכניות המניעה בפי האינפורמנטים המלצות רבות ומפורטות לגבי מה יש לעשות:
- ו. תוכניות המניעה צריכות להיות כוללניות ולהתייחס מרמת הפרט ועד לרמת המדיניות ומגוונות כך שתפנינה לקבוצות אוכלוסייה שונות ולגורמי סיכון שונים.
  - ז. יש לזהות את מי שנמצאים בסיכון.
  - ח. תמיכה חברתית היא גורם מניעה משמעותי ויש לחזק אותה ואת הרשתות החברתיות של עולים.
  - ט. ברמה הקהילתית יש להשקיע מאמצים גדולים בהסברה, פעילויות להורדת סטיגמה ברמות שונות ומתן לגיטימציה לפנות לעזרה ולעשות זאת תוך שימוש באמצעי התקשורת דוברי הרוסית.
  - י. אסטרטגיות ההתערבות חייבות לכלול שירותים בשפה הרוסית, אנונימיים, מיידיים וזמינים ובעלי הגדרה נורמטיבית. לזיו ומעקב הן אסטרטגיות מומלצות.
  - יא. מבחינת נותני השירותים ההמלצות הן להגדיל את כוח האדם בשירותים המטפלים בעולים, ולהעניק לעובדים הן הכשרה בנושאים ספציפיים של אבדנות ועלייה והן הדרכה ולזיו על מנת לסייע להם בהתמודדות הרגשית עם הנושא.

### סקירת הספרות על תוכניות מניעה

קיימות שלוש רמות של תוכניות מניעה:

- א. תוכניות אוניברסאליות המיועדות לכלל האוכלוסייה ומטרתן הפחתת גורמי סיכון בלתי ספציפיים, הגברת גורמי מגן, שיפור באיתור אנשים המצויים בסיכון, הסרת חסמים בפני פנייה לעזרה ומציאת טיפול.
- ב. תוכניות מניעה סלקטיביות מיועדות לאוכלוסייה בסיכון ומטרתן להפחית גורמי סיכון ידועים באוכלוסייה ברת זיהוי.
- ג. תוכניות מניעה מותוות המכוונות אל אנשים המצויים בסיכון קונקרטי לאבדנות ומטרתן להתערבות במצב של הפרעה או מצב מקדים על מנת למנוע הידרדרות.
- ד. בין ההתערבויות המדווחות כיעילות יחסית מצויים:
  - הגבלת נגישות לאמצעי קטל
  - הסברה לציבור הרחב שמטרתה להקל על זיהוי של סיכון לאבדנות ולעודד פניה לעזרה
  - הכשרה לאנשי קהילה, "שומרי סף" ואנשי מקצוע
  - סינון פסיכיאטרי\איתור
  - טיפול תרופתי ופסיכותרפיה

## עיקרי ההמלצות

על מנת שתוכניות מניעה עם עולי חמ"ע תהיינה יעילות, עליהן להיות:

א. כוללניות - לכלול התערבויות בכל הרמות:

- התערבויות אוניברסאליות המכוונות לכלל האוכלוסייה של עולי חמ"ע,
- התערבויות סלקטיביות, המכוונות לקבוצות הסיכון שבתוך קהילה זו
- והתערבויות מותוות, המכוונות לעולים המצויים בסיכון קונקרטי.

יש להביא בחשבון כי:

- ב. הגירה היא גורם לחץ ארוך טווח. הסיכון לאבדנות נמשך על פני שנים רבות לאחר העלייה, לכן יש להרחיב את הגדרה "מיהו עולה" מעבר לשנים הראשונות ולכוון את מאמצי המניעה אל כלל העולים מחמ"ע בישראל.
- ג. תקופות הסיכון בתהליך הקליטה הן תקופות מעבר בין מסגרות או מערכות תמיכה (למשל, סיום אולפן, סיום קבלת סייעו כלכלי)
- ד. יש לחצי ההגירה הייחודיים לעולי חמ"ע (למשל, בעיות תעסוקה). התערבויות לשם מיתון גורמי לחץ אלה והגדלת גורמי החוסן (כמו למשל, תמיכה חברתית) הן חלק מפעילות של מניעת אבדנות בקרב עולי חמ"ע.
- ה. לעולי חמ"ע יש מאפיינים תרבותיים ייחודיים ויש לבנות את ההתערבויות מותאמות:
  - להנגיש את ההתערבויות והשירותים לעולי חמ"ע מבחינת השפה (רוסית).
  - לבנות את התערבויות מתוך הכרות והבנה של דפוסי התנהגות תרבותיים המייחדים את עולי חמ"ע (למשל, פנייה גורמי סיוע בלתי רשמיים).
  - לגייס לטובת המניעה את המשאבים הייחודיים שעומדים לרשות עולי חמ"ע ברמה האישית (למשל, השכלה ויכולת למידה) וברמה הקהילתית (למשל, רופאים ורופאות גמלאים הנהנים מאמון הקהילה).
- ו. יש לחדד את המודעות של כל נותני השירותים למשמעות של עלייה, להשלכות של ההתמודדות עם העלייה והקליטה על עולים שפונים אליהם.
- ז. הכשרה לאנשי המקצוע ולשומרי הסף צריכה לכלול שני אלמנטים מרכזיים: הכשרה על אבדנות והכשרה על תהליכים בהגירה

## 2. מבוא

תופעת האבדנות כוללת בתוכה ארבעה מישורי התנהגות: "מחשבות אבדניות", "תוכנית אבדנית" "ניסיון אבדני/התאבדות" ו"התאבדות". "התאבדות" היא גרימת מוות מכוונת של אדם לעצמו. "ניסיון אבדני/התאבדות" הוא פעולה שאדם מבצע בעצמו כדי להביא למוותו שלו באופן מכוון, אך ללא הצלחה. "מחשבות אבדניות" הן מחשבות על גרימת מוות מכוונת של האדם לעצמו ו"תוכנית אבדנית" היא תוכנית ספציפית ומעשית כיצד לבצע את פעולת ההתאבדות. המונח "אובדנות" מתייחס לכלל התופעות הללו. המסמך הנוכחי יוצא מתוך ההנחה כי מדובר ברצף התנהגותי ועל מנת להבין את תופעת אבדנות ולהציע תוכנית מניעה אפקטיבית, יש צורך להתייחס לרצף כולו.

מחקרים עדכניים על אוכלוסיית ישראל הכללית מלמדים כי מחשבות אבדניות ותוכניות אבדניות מהוות גורם סיכון מכריע לניסיונות התאבדות. כתקופת הסיכון הגבוה ביותר נמצאה השנה הראשונה לאחר הופעת מחשבות אבדניות. כמו כן, זוהתה באוכלוסיית ישראל הכללית קבוצת סיכון לאבדנות בשכבות הגיל הצעירות, 15-35 (Levinson et al, 2007).

עד כה לא נאסף ולא נותח בצורה מסודרת מידע עדכני על אבדנות בקרב עולי חבר העמים שהגיעו לישראל מאז שנת 1990 (להלן "עולי חמ"ע"). המחקרים הבודדים שנעשו בשנות התשעים מלמדים על שיעור גבוה יותר של מחשבות אבדניות באוכלוסייה זו (Ponizovsky & Ritsner, 1999; Ponizovsky et al, 1997) מאשר אוכלוסיית ישראל הכללית. מחקרים על יוצאי חמ"ע בארצות אחרות בעולם, למשל בגרמניה, מלמדים כי קיים באוכלוסייה זו שיעור גבוה יותר של התאבדויות מאשר באוכלוסייה במקומית, במיוחד בקרב הגברים (Kyobutungi et al, 2006). ממצאים אלה מובילים להנחה, כי אוכלוסיית העולים מחמ"ע עלולה להיות אוכלוסיית בסיכון לאבדנות.

במסגרת מסמך הנוכחי נאספו, רוכזו ונותחו נתונים ומידע ספציפיים ועדכניים על תופעת האבדנות בקרב עולי חמ"ע שהגיעו לישראל החל משנת 1990. זאת, על מנת להעמיד נתונים אלה לרשות משרד הקליטה ליישום בפרויקט הלאומי למניעת אבדנות עם עולים אלה.

### 2.1 מטרות

מטרת המסמך היא להעמיד לרשות משרד הקליטה ולרשות הוועדה העוסקת בעולים במסגרת הפרויקט הלאומי למניעת אבדנות את חומרי הרקע האקדמיים והמחקריים הבאים:

- א. סקירת ספרות מחקרית על אבדנות, גורמי סיכון ותוכניות מניעה בקרב מהגרים וספציפית – בקרב יוצאי חמ"ע בישראל ובעולם
- ב. נתונים כמותיים עדכניים על אבדנות וגורמי סיכון לאבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל.
- ג. מידע מן השדה על דפוסי פנייה לעזרה וגורמי סיכון לאבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל.
- ד. המלצות הנובעות מן החומר שנאסף

## 2.2 מקורות המידע

המידע והנתונים נאספו ממספר מקורות:

### ספרות מקצועית

נערכה סקירת ספרות מקיפה בנושא אבדנות בקרב מהגרים תוך התמקדות ביוצאי חמ"ע בישראל ובעולם. סקירת הספרות מספקת מידע על תופעת האבדנות בהקשר של הגירה בכלל, על שיעורי התאבדות ידועים בעולם, על גורמים שזוהו כגורמי סיכון בישראל ובארצות אחרות, ועל תוכניות למניעת אבדנות.

### סקר בריאות לאומי

סקר זה נערך בישראל בשנת 2003 על מדגם מייצג מאוכלוסיית ישראל, וכלל מדגם גדול של עולים מחמ"ע. הסקר התייחס למגוון תחומי בריאות ובריאות נפש ומהווה מקור מידע עדכני ועשיר על תחלואה נפשית של אוכלוסיית ישראל. לצורך המסמך הנוכחי נותחו נתוני הסקר על התנהגות אבדנית בקרב עולי חמ"ע בהשוואה לאוכלוסיית ישראל הכללית ועל גורמי סיכון לאבדנות.

### נתוני התאבדויות בישראל

בנובמבר 2008 וביוני 2009 התפרסמו על ידי משרד הבריאות נתונים על התאבדויות בישראל ואלה שימשו מקור למידע על התאבדויות וניסיונות אבדניים של עולי חמ"ע. נתונים אלה מעודכנים עד שנת 2005 ומבוססים על קובץ סיבות מוות שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעדכנת באופן שוטף על פי הודעות פטירה.

### אינפורמנטים בקהילה

על מנת להשיג מידע מפורט ואוטנטי, שנתונים סטטיסטיים אינם יכולים לספק נאספו עדויות על אבדנות של עולי חמ"ע באמצעות ראיונות עם אנשים בשדה. האינפורמנטים שהוערכו כרלבנטיים היו עובדים סוציאליים ועובדי רווחה שבאים במגע עם עולי חמ"ע, חלקם בעצמם בני קהילת העולים. כמו כן, בהתחשב בידע מן העבר על דפוסי פנייה לעזרה של עולים מחבר העמים, המאופיינים בפנייה לנציגי המקצועות הרפואיים, רואיינו גם רופאים במרפאות ראשוניות אשר באים במגע עם עולי חמ"ע ומספר רופאים פסיכיאטרים.

### קבוצות מיקוד

על מנת לקבל את נקודת מבטם של העולים עצמם על תופעת האבדנות, נערכו קבוצות מיקוד עם שתי קבוצות עולים ששוער שיהיו בקבוצות סיכון: צעירים וקשישים.

### וועדת עולי חמ"ע

הממצאים החלקיים הוצגו ונידונו בוועדת עולי חמ"ע שפועלת במסגרת הפרויקט הלאומי למניעת אבדנות וההמלצות המובאות בדו"ח נשענות בין היתר על דיונים אלה.

### 3. סקירת הספרות המקצועית על אבדנות

#### 3.1 אבדנות וגורמי סיכון לאבדנות

אבדנות הינה תופעה תלויה מגדר וגיל והיא מושפעת מגורמים חברתיים-תרבותיים. נתוני ארגון הבריאות העולמי (חקלאי ושות., 2009) מלמדים כי בארצות אירופה שיעור ההתאבדויות בקרב גברים נע בין 4 לבין 86.2 ל-100,000 ובקרב נשים בין 1.2 לבין 21.3 ל-100,000. שיעור ההתאבדויות בישראל הוא נמוך יחסית לארצות אחרות: בשנת 2009 ישראל דורגה במקום ה-21 בין 24 מדינות אירופה עם שיעור התאבדות של 10.3 ל-100,000 בקרב גברים בגיל בני 30-44. הדירוג הגבוה ביותר של ישראל היה במקום ה-14 (מתוך 24) עם שיעור התאבדות של 11.2 ל-100,000 בקרב גברים בני 65+ ושל 7.3 ל-100,000 בקרב נשים בנות 45-59.

הספרות המקצועית מסווגת את גורמי הסיכון לאבדות לשלוש קבוצות מרכזיות: גורמים ביולוגיים, קליניים וחברתיים. ברמה הביולוגית ישנן עדויות על כך שנטייה לאבדנות קשורה במאפיינים ניאורולוגיים וכימיים וקושי בויסות של דחפים, שעשויים להיות תורשתיים (Cheng, 2000; Glowinski et al, 2001). ברמה הקלינית, הפרעות נפש שונות, במיוחד הפרעות מצב רוח ובהן דיכאון, הפרעות חרדה ומצוקה פסיכולוגית נמצאו קשורות לאבדנות (Schutt et al, 1994; Rihmer, 1996; Cheng, 2000; Sareen, 2005; Clayton. & Auster, 2008).

קיימות עדויות משכנעות לכך שמחשבות אובדניות הינן גורם סיכון להתאבדות (Druss & Pincus, 2000; Groleger et al, 2003). בין הגורמים חברתיים המרכזי שנמצא קשור לאבדנות הוא לכידות חברתית ותמיכה חברתית (Conwell et al, 2002). תמיכה חברתית עשויה אף לתווך בקשר בין אבדנות לבין אירועי חיים לוחצים אשר קשורים באופן ישיר ובאופן עקיף (באמצעות מצוקה פסיכולוגית ודיכאון) לאבדנות (Cheng, 2002; Cornwell et al, 2002). בין היתר נמצא כי הקשר בין התנהגות אבדנית לבין אירועי חיים לוחצים עשוי להיות מתווך על ידי גורמים גנטיים (Cheng, 2000; Caspi et al., 2003).

בהקשר של אבדנות שאינה קשורה במחלות נפש, נראה כי אירועי חיים לוחצים עלולים לעורר למצוקה פסיכולוגית ודיכאון אשר אצל אנשים בעלי פגיעות עלולים לבוא לידי ביטוי במחשבות אובדניות ולהוביל לניסיון התאבדות. הגירה היא אירוע חיים לוחץ ולכן, ניתן לשער כי מהגרים יהיו קבוצת סיכון לאבדנות.

#### 3.2 אבדנות והגירה

הגירה היא אירוע חיים לוחץ שכן היא מאופיינת בשינוי טוטאלי במארג החיים: לא רק שינוי של מקום מגורים, אלא גם אובדן של מעמד חברתי ושל תמיכה חברתית, שינויים בזהות ובהגדרה העצמית, והצורך להתמודד עם מערכת חברתית חדשה. גורמי דחק אלה, המכונים דחק בהתערות (Kosik, 2004) עשויים להגביר את המצוקה הפסיכולוגית של מהגרים. מירב הממצאים המחקריים מארצות הגירה באירופה, מארה"ב ומאוסטרליה אכן מלמדים כי שיעורי המצוקה הפסיכולוגית והפרעות נפשיות בהן התנהגות אבדנית, גבוהים יותר בקרב אוכלוסיות מהגרים בהשוואה לאוכלוסיות מקומיות בארץ היעד (Burvill, 1998; Hovey, 2000; Hjerm, )

(2002; Mäkinen & Wasserman, 2003; Carta et al, 2005). אבטלה ואינטגרציה חברתית נמוכה נמצאו כגורמי סיכון לבריאות נפשית לקויה והתאבדות בקרב מהגרים (Wadsworth & Kubrin, 2007; ) (Alfonso-Duldulao et al., 2009), כמו גם שנאת הזרים אליה נחשפים מהגרים (Mullen & Smyth, ) (2004). בנוסף, מצב משפחתי (לא נשוי) וזמן שהות קצר בארץ החדשה נמצאו כגורמי סיכון לאבדנות בהגירה (Kposowa et al., 2008). יחד עם זאת, ישנם גם מחקרים שמצאו שיעורי התאבדות נמוכים יותר בקרב מהגרים בהשוואה לאוכלוסייה המקומית בארץ החדשה (Greenfield et al., 2006).

נראה כי אין לדבר על דפוס אחיד בהתנהגות אבדנית בקרב מהגרים וכי התנהגות זו מושפעת ממגוון של גורמים (Mäkinen & Wasserman, 2003). נראה כי יש לראות את האבדנות בקרב מהגרים על רקע לחצי ההגירה וההסתגלות בארץ החדשה בתוך הגורמים האישיים וחברתיים ולהביא בחשבון גם את שיעורי התאבדות בארצות המוצא של המהגרים. מירב המחקרים מלמדים כי שיעורי האבדנות של מהגרים בארץ החדשה גבוהים משיעורי האבדנות בארצות המוצא שלהם (Hjern, 2002; Burwill, 1995).

### 3.3 אבדנות בברית המועצות (ברה"מ) ובחבר העמים (חמ"ע)

דרוג שיעורי התאבדות באירופה שנערך על ידי ארגון הבריאות העולמי (חקלאי ושות', 2009) מלמד על שיעורי התאבדות גבוהים במיוחד בארצות ברה"מ לשעבר. כך, למשל, רוסיה מדורגת במקום ראשון מתוך 24 מדינות אירופה עם שיעור התאבדות הגבוה ביותר באירופה של גברים בשלוש קבוצות גיל: 86.2\100,000 בגיל 65+, 67.1\100,000 בגיל 30-44 ו-53\100,000 בגיל 15-29. לגבי נשים נמצאת רוסיה במקום השני באירופה. כזכור, ישראל מדורגת בין המקום ה-21 לבין המקום ה-14 לכל היותר בהתאם לקבוצות הגיל (חקלאי ושות', 2009).

בתקופה הסובייטית לא התפרסמו נתונים אפידמיולוגיים על התאבדויות אולם הסתבר כי איסוף נתונים התקיים באופן סודי. ב-1989, כאשר הורה מיכאיל גורבצ'וב לפתוח את התיקים הסודיים נמצא שהתקיים מחקר בנושא אובדנות בבריה"מ משנת 1980. בדיקה שנעשתה לנתונים הראתה שהם מהימנים. נתונים אלה מלמדים כי בין השנים 1984-1990 שיעור ההתאבדויות ל-100,000 נפש היה: 28 במדינות הבלטיות, 25.6 באזור הסלאבי, 18.1 במולדובה, 11.8 במרכז אסיה ו-3.5 בקווקז. כ-18% ממקרי המוות האלים במדינה בין השנים 1984-1990 היו התאבדויות. כ-85% מההתאבדויות היו באזורים הסלאביים, על אף שהם היו רק 73% מהאוכלוסייה בבריה"מ. שיעורי ההתאבדות בכל בריה"מ הושפעו משמעותית מהרכיב הסלאבי. שיעור ההתאבדות עלה ביחס ישיר לגיל, כאשר השיעור הנמוך ביותר התקיים בגילאים 15-25 ואילו הגבוה ביותר בקרב גברים בני 75 ומעלה, עם "שיאים" לגברים בגילאי 45-65 באזורים הסלאביים. לקראת שנת 90 שיעור האובדנות בבריה"מ ירד בכ-32% לגברים ו-19% לנשים. ההסברים שניתנו לכך היו אקלים חברתי ופוליטי מעורר תקווה לעתיד טוב יותר (פרסטרויקה) וכן "חוק היובש" שהונהג בתקופה זו ואסר על צריכת אלכוהול. על פי הערכות, החלק המוערך שניתן לייחס לאלכוהול בהתאבדות גברים בבריה"מ הוא כ-50% ואצל נשים הוא 27% (Wasserman et al., 1998).

בשנות ה-90, עם המשברים הכלכליים שפקדו את רוסיה ומדינות האזור בין 1990-1994 ולאחר מכן בין 1998-2001, שיעורי התמותה עלו משמעותית ועמם גם שיעורי ההתאבדות. התאבדות הפכה לגורם המוביל לתמותה ברוסיה בקרב גברים בני 35-69. שימוש לרעה באלכוהול נחשב כקשור לכך: ידוע כי שימור לרעה באלכוהול קשור להתנהגות אלימה (כולל אלימות כלפי עצמי), להעדר עכבות ולהרעלה בלתי מכוונת (Sher, 2005). שימוש לרעה באלכוהול מגדיל את שיעור ההתאבדויות פי 75-85 ונחשב כתורם לשיעורים הגבוהים של האובדנות שנמצאו במדינות הגוש הקומוניסטי לשעבר, בהן חמ"ע (Brown, 2001).

תמותת גברים צעירים מהתאבדות עלתה בשנות ה-90 בחמ"ע באופן משמעותי לעומת התקופה הקומוניסטית, עד כי התאבדות הפכה לגורם המוות החיצוני הראשון בקרב גברים בני 15-34. נסיבות חיצוניות השפיעו כל כך על תמותת הגברים עד כי תוחלת החיים הצפויה לגבר ברוסיה בין 1998-2001 הייתה 58.9 בלבד (בהשוואה ל-71.8 לאישה) (Men et al., 2003). מבין מדינות ברית המועצות לשעבר מובילות עם שיעורי התאבדות הגבוהים ביותר המדינות הבלטיות (ליטא, לטביה, אסטוניה) (Värniket al., 2005).

נראה, איפה כי עולי חמ"ע באים מחברה שבה שיעורי ההתאבדות גבוהים במיוחד, דבר שבצרוף עם להציג ההגירה עלול להפוך אותם לקבוצת סיכון לאבדנות לאחר ההגירה.

### 3.4 אבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל

מחקרים על מהגרים יוצאי ברה"מ וחמ"ע בעולם מדווחים על רמה גבוהה של מצוקה פסיכולוגית, כולל דיכאון באוכלוסיה זו (Flaherty et al., 1988; Miller & Chandler, 2002; Tsytsarev & Krichmar, 2000; Mirsky et al, 2007). יחד עם זאת, הנתונים מלמדים כי שיעורי ההתאבדות בקרב מהגרים אלה, נמוכים משיעורי האובדנות שדווחו מברה"מ וחמ"ע (Kyobutungi et al., 2006).

אוכלוסיית עולי חמ"ע בישראל היא אוכלוסיה הטרוגנית. נתונים על אוכלוסיה זו מראים כי גל ההגירה של ראשית שנות ה-90 היה הומוגני יותר מזה שהגיע באמצע שנות ה-90 עם שעור גדול יותר של יהודים ומי שבחרו בישראל כארץ היעד. מאמצע שנות ה-90 שיעור היהודים ובעלי הזהות היהודית בין עולי חמ"ע הולך ויורד ועולה שיעור עולים שסבלו ממצוקות עוד טרם הגעתם (כגון שיעור עולה של משפחות חד הוריות ושיעור יורד של משפחות "רגילות" ושל בעלי משלחי יד אקדמיים, טכניים וחופשיים, אשר אפיינו את היהודים בבריה"מ) (רוזנבאום-תמרי ודמיאן, 2003). נראה אם כן כי האוכלוסייה שמגיעה בשנים האחרונות היא בעלת מאפיינים השונים בהיבטים מסוימים מאלה של האוכלוסייה שהגיעה בתחילת שנות התשעים מברית המועצות, הדומה יותר לפרופיל ה'קלאסי' של יהדות ברית המועצות. אולם, כיוון שרוב אוכלוסיית העולים הגיעה דווקא עד אמצע שנות התשעים, ספק אם אפשר להשוות אוכלוסייה זו באופן גורף לאוכלוסייה הכללית בארצות חמ"ע.



מחקרים מלמדים באופן עקבי כי בקרב עולי חמ"ע קיימת רמה גבוהה יותר של מצוקה פסיכולוגית (המתבטאת בחרדה, דיכאון או סומטיזציה שאינם מגיעים לכדי רמה קלינית) בהשוואה לאוכלוסיית ישראל. ממצאים אלה עקביים בכל קבוצות הגיל: הן לגבי מתבגרים וצעירים (Slonim-Nevo et al., 2006; Mirsky, 1997) והן לגבי מבוגרים (Zilber & Lerner, 1996; Ritsner et al, 2001 Ritsner & Ponizovsky, 1998, ) (Mirsky et al., 2008; 2003) וקשישים (Ron, 2007). רמת גבוהה של מצוקה פסיכולוגית מאפיינת את עולי חמ"ע לטווח הרחוק, גם אחרי 4, 5 ויותר שנים לאחר ההגירה (Lerner et al, 2005; Mirsky et al., ) (2007).

רק מחקרים אחדים בדקו באופן ספציפי את תופעת האבדנות בקרב עולי חמ"ע בישראל. מחקרים אלה מצאו בקרב עולי חמ"ע שיעור גבוה יותר של מחשבות אבדניות מאשר באוכלוסיית ישראל (Ponizovsky et al, ) (1997; 1999; Ponizovsky & Ritsner, 1999).

כמו במחקרים אחרים על מצוקה פסיכולוגית ואבדנות, גם בנוגע לעולי חמ"ע נמצא כי תמיכה חברתית היא גורם ממתן ממדרגה ראשונה ואילו העדר תמיכה חברתית הוא גורם סיכון למצוקה ולאבדנות (Zilber & Ritsner & Ponizovsky, 1998, 2003; Ritsner et al, 2001; Lerner, 1996). מבין גורמי הסיכון הרלוונטיים במיוחד לאוכלוסיית עולי חמ"ע חשוב לציין את הרמות גבוהות יחסים לאוכלוסיית ישראל של שימוש באלכוהול (Hasin et al, 1999, 2002) ואת מרכזיותה של תעסוקה מקצועית שהופכת את האבטלה ואת הירידה בסטאטוס תעסוקתי לגורם סיכון משמעותי במיוחד (Zilber & Lerner, 1996).

בתחילת גל העלייה מחמ"ע מצאו מחקרים כי אוכלוסייה זו מאופיינת בתפיסה סטיגמטית יותר מאשר אוכלוסיית ישראל לגבי הפרעות נפשיות ובהימנעות מפנייה לעזרה לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש (Levav et al, ) (1990; Sharlin, 1998). דפוס זה מבוסס על התנסות עם משטר טוטליטרי שעשה שימוש לרעה בפסיכיאטריה לצרכים פוליטיים. אולם מחקרים מאוחרים יותר (Lerner et al., 2005) מעידים על פתיחות גדולה יותר בנוגע לחיפוש עזרה נפשית, ככל הנראה בעקבות התנסות עם הנורמות החברתיות בישראל.

## 4. סקר בריאות לאומי

### 4.1 מבנה ושיטות הסקר

סקר בריאות לאומי נערך בשנים 2003-2004 בשביל משרד הבריאות על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (הלמ"ס) על מנת לקבל אמדן לשיעורי התחלואה<sup>1</sup> של הפרעות נפשיות נפוצות, מצוקה נפשית ובעיות בריאות אחרות באוכלוסיית ישראל. הסקר מהווה חלק מיוזמת בריאות נפש עולמית – מחקר שנערך בעשרות ארצות. נסקר מדגם שבו נכללו 2114 יהודים ילידי ישראל (להלן "ילידי ישראל") אשר שימשו כקבוצת השוואה ל-844 עולים מחמ"ע שעלו לישראל מאז שנת 1990 (עולי חמ"ע). הנתונים נאספו בראיון אישי באמצעות CIDI הבנוי על בסיס מדריך האבחון הפסיכיאטרי, ה-DSM וכלל סולמות של בעיות נפשיות נפוצות (בהן אבדנות). מצוקה פסיכולוגית נמדדה באמצעות שאלות GHQ. המשתתפים נסקרו בביתם על ידי מרואיינים שהוכשרו במיוחד לצורך הסקר. הראיון נעשה בעזרת שאלון מובנה והתשובות הוקלדו ישירות לתוך תוכנת מחשב. המשתתפים העולים נסקרו בעזרת נוסח מתורגם לרוסית של שאלון המחקר על ידי סוקרים דו-לשוניים, דוברי עברית ורוסית<sup>2</sup>.

### 4.2 מאפייני המדגם

לוח 1 מפרט את המאפיינים הדמוגרפיים של מדגם עולי חמ"ע. ההשוואה כאן ובכל הניתוחים הבאים היא עם קבוצת "ילידי ישראל" הכוללת יהודים אשר נולדו בישראל. על מנת להבטיח השוואה קבוצת ביקורת רלוונטית מקבוצת ההשוואה הוצאו המשיבים הערבים של הסקר ויהודים שאינם ילידי ישראל. מאפייני מדגם העולים משקפים את המאפיינים הייחודיים של אוכלוסיית העולים הכללית: שיעור מעט מוגבה של נשים, גיל מבוגר יותר, שיעור גבוה יותר של גרושים, רמת השכלה גבוהה יותר.

### 4.3 שיעורי התנהגות אבדנית

לוחות 2 ו-3 מפרטים את שיעורי ההתנהגות האבדנית בקרב עולי חבר העמים לעומת ילידי ישראל. לוח 2 מתייחס לשיעורים במהלך החיים<sup>3</sup>. עולה כי העולים דווחו על שיעורים גבוהים במובהק<sup>4</sup> של התנהגות אבדנית במהלך החיים מאשר ילידי ישראל: 6.8% מן העולים דווחו שאי פעם בחייהם היו להם מחשבות אבדניות, ורק 5% מילידי הארץ דווחו על מחשבות כאלה. 2.9% מהעולים דווחו על תוכנית אבדנית ומקרב ילידי ישראל

<sup>1</sup> מדדי תחלואה:

lifetime prevalence שכיחות המהלך החיים  
12-months prevalence שכיחות בשנה אחרונה

<sup>2</sup> תיאור מפורט של הסקר וכן ניתוחים על נושאים נבחרים ניתן למצוא ב: Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences vol.44 No 2 (2007)

<sup>3</sup> אחוז המשיבים שמדווחים שהיו להם אי פעם ההתנהגויות האבדניות השונות.

<sup>4</sup> 0.05 = ההבדל מובהק, אינו מיקרי Statistically significant

NS = לא מובהק Non significant

דווחו על תוכנית רק 2%. על פי דווחי העולים 1.8% מקרבם עשו ניסיון אבדני אי פעם בחייהם, ומקרב ילידי ישראל, רק 1.2% מדווחים על ניסיונות מסוג זה.

**לוח 1: מאפיינים דמוגרפיים של מדגם עולי חמ"ע ומדגם ילידי ישראל**

(אחוזים ומספרים מוחלטים)

מאפיינים	ילידי ישראל n=2114 % (N)	עולי חמ"ע n=844 % (N)
<b>מין</b>		
גברים	49.7 (1081)	43.7 (384)
נשים	50.3 (1033)	56.3 (460)
<b>גיל (בשנים)</b>		
21-34	47.9 (987)	27.6 (209)
35-49	30.7 (891)	25.5 (213)
50-64	17.4 (550)	23.4 (205)
65+	9.2 (321)	23.5 (217)
<b>מעמד אישי</b>		
נשואים	64.8 (1333)	61.2 (512)
גרופים, חיים בנפרד, אלמנים	7.8 (181)	24.3 (216)
לא היו נשואים מעולם	27.4 (600)	14.5 (116)
<b>השכלה</b>		
הרבעון הנמוך	12.0 (242)	8.5 (76)
רבעון בינוני-נמוך	46.7 (971)	22.3 (179)
רבעון גבוה	15.8 (356)	26.6 (221)
רבעון גבוה ביותר	25.5 (563)	42.6 (368)
<b>מעמד תעסוקתי</b>		
עובדים	66.8 (1508)	54.6 (479)
מובטלים	7.9 (148)	6.8 (49)
לא שייכים לכוח העבודה	25.3 (458)	38.7 (316)

יש לשים לב כי למרות שההבדלים בין שיעורי ההתנהגויות האבדניות בין שני המדגמים נראים קטנים מאוד, כשמתרגמים את שיעורים לרמה של אוכלוסייה, מדובר בהגדלה משמעותית של מקרים. לצורך המחשה, בהנחה שאוכלוסיית העולים מחבר העמים בישראל מונה 1 מיליון, 1.8% מאוכלוסייה זו הם 18,000 אנשים. אילו היו שיעורי ניסיונות ההתאבדות בקרב העולים זהים לאלה שבקרב ילידי ישראל, היה צריך להיות שיעורם 1.2%, ובמספרים 12,000. כלומר, רמת הסיכון היותר גבוהה באוכלוסייה העולים באה לידי ביטוי ב-6,000 מקרים "עודפים" של ניסיונות אבדניים מעל למספר המקרים שהיה צפוי אילו לא היו קבוצת סיכון.

לוח 2: שיעורי התנהגות אבדנית במהלך החיים - השוואה בין עולים מחמ"ע לבין ילידי ישראל

(אחוזים ומספרים מוחלטים)

מובהקות ההבדל	עולי חמ"ע N %	ילידי ישראל N %	אבדנות
0.000	57 6.8% 839	106 5.0% 2107	מחשבות אבדניות <sup>5</sup> מספר המשיבים
0.000	22 2.9% 804	40 2.0% 2041	תוכנית אבדנית <sup>6</sup> מספר המשיבים
0.000	14 1.8% 796	24 1.2% 2025	ניסיון התאבדות <sup>7</sup> מספר המשיבים

לוח 3: שיעורי התנהגות אבדנית בשנה אחרונה - השוואה בין עולי חמ"ע לילידי ישראל

(אחוזים ומספרים מוחלטים)

מובהקות ההבדל	עולי חמ"ע N %	ילידי ישראל N %	התנהגות אבדנית
0.000	11 1.4% 839	21 1.0% 2107	מחשבות אבדניות מספר המשיבים
0.000	3 0.3% 804	10 0.5% 2041	תוכנית אבדנית מספר המשיבים
NS	1 0.16% 796	10 0.11% 2025	ניסיון התאבדות מספר המשיבים

לוח 3 מפרט את שיעורי ההתנהגות האבדנית בשנה האחרונה<sup>8</sup>. כאן שיעור המחשבות האבדניות בלבד גבוה במובהק בקרב העולים ילידי ישראל. בעוד ש-1% מבין ילידי ישראל מדווחים על מחשבות אבדניות בשנה האחרונה, מקרב העולים מדווחים על מחשבות כאלה 1.4%. באשר לתוכניות אבדניות, שיעור גדול יותר במובהק של ילידי ישראל דווקא מדווח עליהן ומבחינת ניסיונות אבדניים ההבדלים בין שתי הקבוצות אינם מגיעים לרמת מובהקות.

כך, בהשוואה בין עולים לילידי ישראל ניתן לזהות דפוס שונה של אבדנות לאורך החיים לעומת הדפוס בשנה האחרונה. לוח 4 מספק תשובה אפשרית להבדלים אלה. נראה מתוך הלוח כי ברוב המקרים התחילו

<sup>5</sup> שאלת הסקר: האם אי פעם \בשניים עשר החודשים האחרונים חשבת ברצינות להתאבד?

<sup>6</sup> שאלת הסקר: האם אי פעם \בשניים עשר החודשים האחרונים תכננת להתאבד?

<sup>7</sup> שאלת הסקר: האם אי פעם \בשניים עשר החודשים האחרונים ניסית להתאבד?

<sup>8</sup> אחוז המשיבים שמדווחים שהיו להם ההתנהגויות האבדניות השונות ב-12 חודשים האחרונים.

ההתנהגויות האבדניות בטרם העלייה לישראל. ברובם המוחלט של המקרים כאשר התנהגויות אבדניות הופיעו לפני העלייה לישראל, הן נעלמו בשנה האחרונה, כלומר בישראל<sup>9</sup>. כך, מתוך 27 מקרים של מחשבות אבדניות לפני העלייה, רק 5 המשיכו לדווח על מחשבות אבדניות בשנה האחרונה. מתוך 9 מקרים של תוכניות אבדניות שנעשו לראשונה לפני העלייה, רק 2 דווחו על תוכניות אבדניות בשנה האחרונה. ואיש מאלה שעשו ניסיון אבדני לפני העלייה לא דווח על ניסיון אבדני בשנה האחרונה. כלומר, אין בנתונים עדויות על "יבוא" של התנהגויות אבדניות מחבר העמים לישראל. גם כאשר ההתנהגות האבדנית הייתה קיימת לפני העלייה, היא חולפת עד כדי שעורים נמוכים מאוד בישראל. לעומת זאת, קיימת קבוצה של עולים שאצלם החלה ההתנהגות האבדנית, בעיקר מחשבות אבדניות, רק לאחר העלייה לישראל. גם מחשבות אלה חולפות ברוב המקרים עם הזמן ונשארים מעט מקרים חיוביים בשנה האחרונה. אבל, חשוב להזכיר שוב, כי למרות המספרים הקטנים מאוד, בהשלכה לאוכלוסייה, מדובר בתופעות משמעותיות.

לוח 4: שיעור התנהגות אבדנית בשנה אחרונה ע"פ הופעת ההתנהגות לפני/אחרי העלייה

האם הייתה התנהגות אבדנית בשנה האחרונה?		סה"כ	מתי הופיעה ההתנהגות אבדנית?	
כן	לא		לפני העלייה	אחרי העלייה
5	22	27	לפני העלייה	מחשבות אבדניות
3	15	18	אחרי העלייה	מחשבות אבדניות
2	7	9	לפני העלייה	תוכנית אבדנית
0	0	0	אחרי העלייה	תוכנית אבדנית
0	3	3	לפני העלייה	ניסיון התאבדות
0	1	1	אחרי העלייה	ניסיון התאבדות

## 4.4 גורמי סיכון להתנהגות אבדנית

### 4.4.1 קיומה של הפרעה נפשית

ממצאי הסקר הלאומי מאששים את הטענה המקובלת על קשר בין הפרעות נפשיות לבין התנהגות אבדנית. כפי שאפשר לראות מתוך השוואה של שיעורי האבדנית בין לוח 2 ללוח 5, קיימים שיעורים גבוהים יותר (בין פי 4 לבין פי 7) של התנהגות אבדנית בקרב אנשים הסובלים מאחת הפרעות הנפשיות הנפוצות. בקרב העולים, אפוא כמו באוכלוסיות אחרות הפרעה נפשית הינה גורם סיכון משמעותי לאבדנות. יחד עם זאת, שעורי

<sup>9</sup> רק 1% מהמשיבים היו פחות משנה בארץ

האבדנות בקרב עולים הסובלים מהפרעות נפשיות נמוכים או זהים לשיעורים של אבדנות בקרב ילידי ישראל. כלומר, הפרעות נפשיות אינן גורם סיכון להתנהגות אבדנית המייחד את העולים מחבר העמים ויש לאתר גורמי סיכון ייחודיים אחרים.

לוח 5: שיעורי התנהגות אבדנית במהלך החיים בקרב מי שסובלים מאחת ההפרעות הנפשיות הנפוצות,

השוואה בין עולים מחמ"ע לבין ילידי ישראל

(אחוזים ומספרים מוחלטים)

מובהקות ההבדל	עולי חמ"ע N %	ילידי ישראל N %	התנהגות אבדנית
0.04	31 17.5% 175	72 19.8% 373	מחשבות אבדניות מספר המשיבים
NS	15 9.5% 159	29 9.1% 330	תוכנית אבדנית מספר המשיבים
NS	17 5.8% 155	17 7.2% 318	ניסיון התאבדות מספר המשיבים

לוח 6: רמת מצוקה פסיכולוגית - השוואה בין עולים מחמ"ע לבין ילידי ישראל,

כלל המדגם ובעלי התנהגות אבדנית במהלך החיים

(ממוצעי ציונים של GHQ)

מובהקות ההבדל	עולי חמ"ע	ילידי ישראל	
0.000	21.5	17.7	כלל המדגם
0.000	27.1	25.3	בעלי מחשבות אבדניות
0.000	29.7	27.1	בעלי תוכנית אבדנית
0.000	27.7	28.2	מי שעשו ניסיון התאבדות

#### 4.4.2 מצוקה פסיכולוגית

מצוקה פסיכולוגית ודיכאון ידועים ממחקרים כגורמי סיכון לאבדנות (Picardi, 2006). ממצאי הסקר עולים בקנה אחד עם ממצאים אלה. לוח 6 מלמד כי המצוקה הפסיכולוגית בקרב מי שמדווחים על התנהגויות אבדניות, עולים וילידי ישראל כאחת, גבוהה יותר מאשר בכלל המדגם. לכן, יש לראות במצוקה הפסיכולוגית גורם סיכון להתנהגות אבדנית, וסימן חשוב באיתור של מי שמצויים בסיכון.

מצוקה הפסיכולוגית בקרב העולים גבוהה יותר במובהק מאשר בקרב ילידי ישראל בכלל המדגם וממצא זה כבר דווח השנה (Mirsky et al, 2009). אולם לוח 6 מלמד על דפוסים דיפרנציאליים במישורים השונים של התנהגויות אבדניות: בעוד בקבוצות בעלי המחשבות והתוכניות האבדניות נשמר דפוס בו מצוקת העולים גבוהה מזו של ילידי ישראל, הרי שבקבוצת מבצעי ניסיונות התאבדות, אין הבדל ברמת המצוקה בין העולים לבין ילידי ישראל. ממצא זה מצטרף למספר אינדיקציות המובילות להנחה כי בקרב העולים עלול להיות קיים דפוס של מעבר יחסית חד לרמה של ביצוע, ללא סימנים מקדימים המאפיינים את ילידי ישראל.

לוח 7: רצף ההתנהגות האבדנית במהלך החיים, השוואה בין עולים מחמ"ע לבין ילידי ישראל

(אחוזים)

מובהקות ההבדל	עולי חמ"ע %	N ילידי ישראל %	
NS	39%	38%	מתוך בעלי מחשבות אבדניות איזה אחוז תכננו ניסיון אבדני?
NS	25%	23%	מתוך בעלי מחשבות אבדניות איזה אחוז עשו ניסיון אבדני?
0.000	90%	57%	מתוך בעלי תוכנית אבדנית ללא מחשבות אבדניות איזה אחוז עשו ניסיון אבדני?
NS	58%	60%	מתוך בעלי מחשבות אבדניות ותוכנית אבדנית איזה אחוז עשו ניסיון אבדני?

#### 4.4.3 רצף ההתנהגות האבדנית

מתוך לוח 7 ניתן ללמוד כי קיים רצף של סיכון בין הרמות השונות של התנהגות אבדנית. כלומר, מחשבות אבדניות הן גורם סיכון לתוכניות אבדניים ולניסיונות התאבדות, תוכניות הן גורם סיכון לניסיונות התאבדות ומחשבות ותוכניות גם יחד – אף הם גורם סיכון לניסיונות התאבדות. הבדל מעניין מתגלה כאן בין עולי חבר העמים לבין ילידי ישראל: במקרה של ילידי ישראל קיים סיכון מצטבר, שיעור ניסיונות ההתאבדות עולה בהתמדה והוא הגבוה ביותר בקרב מי שיש להם מחשבות ותוכניות אבדניות - 60% מהם עושים גם ניסיון התאבדות. לעומת זאת, בקרב העולים הסיכון הגבוה ביותר הוא בקרב מי שיש להם תוכניות אבדניות, אבל ללא מחשבות אבדניות. במקרה של עולים, מספיק שתהיה לאדם תוכנית אבדנית, הוא נמצא בסיכון גבוה ביותר, סיכון של 90%. זוהי אינדיקציה נוספת לדפוס המוזכר מעלה שעשוי לאפיין את העולים של מעבר חד יחסית לרמה של ביצוע תוך הימנעות מתלונות וביטוי מחשבות.

#### 4.4.4 מעמד אישי:

מתוך לוח 8 ניתן ללמוד כי גירושין, פרידה או אבדן של בן/בת זוג הם גורמי סיכון משמעותיים ביותר לאבדנות בקרב עולי חמ"ע. מניתוחים שאינם מפורטים בדו"ח זה עולה כי זהו גורם סיכון משמעותי בכלל האוכלוסייה וכי לגרושים, אלמנים, ופרודים סיכוי פי 6 עד 12 לעומת נשואים להתנהגות אבדנית (חקלאי ושות. 2008). כיוון שרבים יותר מבין עולי חמ"ע הם גרושים, פרודים או אלמנים (לוח 1), מעמד אישי זה הוא גורם סיכון חשוב שיש להביא בחשבון הן במאמצי האיתור והן במאמצי המניעה בקרב העולים.

לוח 8: שיעור התנהגות אבדנית במהלך החיים בקרב עולי חמ"ע על פי מעמד אישי

(אחוזים)

התנהגות אבדנית	נשואים או חיים בזוגיות	גרושים, פרודים, אלמנים	לא היו נשואים מעולם
מחשבות אבדניות	5.9%	10.0%	5.3%
תוכנית אבדנית	2.7%	3.8%	2.4%
ניסיון אבדני	1.4%	3.2%	1.1%

#### 4.4.5 מעמד תעסוקתי:

אבטלה מסתמנת כגורם סיכון למחשבות ולתוכניות אבדניות בקרב העולים (לוח 9). אבטלה הינה מקרה קיצוני של בעיות תעסוקה המאפיינות את עולי חמ"ע והמתבטאות בעיקר בתת-תעסוקה – תעסוקה חלקית, ארעית וברמה שמתחת לכישורים והמעמד המקצועיים של העולים. על כן, בעיות תעסוקה הן גורם סיכון שיש להפנות אליו תשומת לב.

#### 4.4.6 ותק בישראל:

לא דווחו ניסיונות אבדנים כלל בתוך השנה הראשונה לעלייה. החל מן השנה השנייה ועד ל-14 שנים בארץ, הסיכון לניסיונות אבדניים היה זהה לכל שנה. ייתכן מאוד כי הסיכון נמשך גם מעבר ל-14 שנים, אולם במדגם לא היו עולים שהוותק שלהם בארץ עלה על 14 שנים. משמעות הדבר היא כי הסיכון לאבדנות אינו מאפיין את העולים בחדשים בלבד, אלא נמשך לאורך שנים רבות לאחר ההגירה. לכן את מאמצי המניעה אין למקד בקרב העולים החדשים יותר, אלא יש צורך בהתערבות בקרב כלל העולים ובמהלך שנים רבות לאחר העלייה.



לוח 9: שכיחות התנהגות אבדנית במהלך החיים בקרב עולי חמ"ע על פי מעמד תעסוקתי

(אחוזים)

התנהגות אבדנית	מועסקים	מובטלים	לא ברוח עבודה
מחשבות אבדניות	6.3%	8.8%	7.2%
תוכנית אבדנית	2.7%	5.5%	2.8%
ניסיון התאבדות	2.2%	1.8%	1.2%

## 5. נתוני אבדנות - משרד הבריאות

### 5.1 מקורות המידע

הנתונים בפרק זה הופקו מתוך פרסומי של משרד הבריאות "אבדנות בישראל 2009" (חקלאי ושות', 2009) ו-"אבדנות בישראל 2008" (חקלאי, 2008). חשוב לשים לב לשני מאפיינים המבדילים בין נתוני הסקר הלאומי לבין נתוני משרד הבריאות. ראשית, נתוני עולי חמ"ע שעלו משנת 1990 (להלן "עולי חמ"ע") השוו בפרסומי משרד הבריאות לנתונים של כלל אוכלוסיית ישראל להוציא העולים (להלן "אוכלוסיית ישראל"), כלומר לאוכלוסייה שכוללת יהודים וערבים, ילידי ישראל וילידי חו"ל (לעומת ההשוואה ליהודים ילידי ישראל בלבד שנעשתה בסקר הלאומי). שנית, יחידת החישוב של שיעורי האבדנות בנתוני משרד הבריאות היא ל-100,000 (לעומת אחוזים, ל-100 בסקר הלאומי).

### 5.1.1 התאבדויות

הפרסום "אבדנות בישראל 2009" (חקלאי ושות', 2009) כולל נתונים על התאבדויות בישראל בשנים 1981-2006. המידע מבוסס על קובץ סיבות מוות, שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה אחראית לעדכון באופן שוטף. המידע על התאבדויות נרשם בקובץ "סיבות המוות" בהתאם לרישום סיבת המוות בהודעת הפטירה. בנוסף הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעדכנת את סיבות המוות ממקורות מידע נוספים כמו המשטרה ומשרד הבריאות. משרד הבריאות מקבל דווח שוטף על התאבדויות בעיקר מהמכון לרפואה משפטית. סימול סיבת המוות נעשה על פי כללים שנקבעו על ידי ארגון הבריאות העולמי. לפי כללים אלה, במקרה של מחלה גופנית שבעקבותיה החולה התאבד תסומל המחלה כסיבת המוות ולא התאבדות. בנוסף, לעתים במקרה של התאבדות יש ניסיון להסתיר את סיבת המוות, לא תירשם התאבדות בהודעת פטירה ולא תירשם כסיבת המוות.

## 5.1.2 ניסיונות התאבדות

הפרסום "אבדנות בישראל, 2008" כולל נתונים על ניסיונות התאבדות בישראל בשנים 1999-2004, שהגיעו לטיפול במחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים לאשפוז כללי שנרשם להן "ניסיון התאבדות" כסיבת כניסה. משרד הבריאות מחייב את המחלקות לרפואה דחופה ב"ניהול התערבות\טיפול ודווח – ניסיונות אבדניים" משנת 1995. עקב כך, יש להניח שלמרבית הפונים עקב ניסיון אבדני תירשם סיבת הכניסה המתאימה על פי החלטות הצוות המטפל. ניסיונות שלא טופלו או טופלו בקהילה אינם כלולים בנתונים. בשל ההימנעות שמאפיינת את עולי חמ"ע מלפנות לעזרה מקצועית בתחום בריאות נפש ועזרה מגורמים רשמיים, יש יסוד להניח כי שיעורי הניסיונות האבדניים המדווחים לגביהם הינם מונמכים.

## 5.2 שיעורי התאבדות וקבוצות סיכון

בשנים האחרונות כרבע מכלל ההתאבדויות בישראל הן התאבדויות של עולים מחבר העמים (לוח 10). עולי חמ"ע מהווים כ-17% מאוכלוסיית ישראל על כן, מדובר בייצוג יתר שלהם בין ההתאבדויות והדבר מצביע עליהם כעל אוכלוסיית סיכון.

לוח 10: התאבדויות בישראל 1996-2004

שנה	סה"כ בישראל	עולי חמ"ע	אחוז עולי חמ"ע מכלל ההתאבדויות
1996	306	59	19%
1997	379	59	16%
1998	317	55	17%
1999	368	78	21%
2000	394	89	23%
2001	398	104	26%
2002	380	81	21%
2003	417	88	21%
2004	411	101	25%
2005	412	97	24%
2006	365	77	22%

על פי חקלאי ושות', 2009

על הסיכון הגבוה להתאבדות בקרב עולי חמ"ע ניתן ללמוד גם מתוך השוואת שיעורי ההתאבדות בקרב עולי חמ"ע ובקרב אוכלוסיית ישראל הכללית (לוח 11). שיעורי ההתאבדות בקרב העולים גבוהים עד פי 2 משיעורי ההתאבדות באוכלוסיית ישראל. הדבר נובע משיעורי התאבדות מוגבהים במיוחד בקרב הגברים שעה

ששיעורי ההתאבדות בקרב נשים עולות דומים לשיעורי ההתאבדות באוכלוסיית ישראל. נראה, אפוא, כי גברים העולים מחמ"ע הם קבוצת סיכון להתאבדות.

לוח 11: שיעורי התאבדות, השוואה בין עולי חמ"ע לבין אוכלוסיית ישראל, גיל 15 ומעלה (שעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש)

שנה	גברים		נשים	
	אוכלוסיית ישראל	עולי חמ"ע	אוכלוסיית ישראל	עולות חמ"ע
1997	12.7	18.8	3.7	3.9
1998	13.6	19.2	3.5	3.8
1999	13.1	21.3	3.6	3.7
2000	13.3	25.2	3.4	3.5
2001	13.0	24.1	3.6	3.4
2002	13.2	22.4	3.1	3.8
2003	12.9	21.5	3.3	4.1
2004	12.3	21.1	3.2	5.2
2005	10.7	20.5	3.5	4.6

על פי חקלאי ושות., 2009

לוח 12: שיעורי התאבדות של עולי חמ"ע בהשוואה לאוכלוסיית ישראל על פי גיל 2001-2004 (שעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש)

קבוצת גיל	גברים		נשים	
	אוכלוסיית ישראל	עולי חמ"ע	אוכלוסיית ישראל	עולות חמ"ע
15-24	9.3	24.4	1.9	(2.2)
25-44	10.5	24.9	3.0	(2.8)
45-64	15.5	18.9	3.7	5.5
+65	21.6	21.3	5.6	7.7

על פי חקלאי ושות., 2009

מתוך לוח 12 ניתן לראות כי קבוצת הסיכון להתאבדויות בתוך אוכלוסיית העולים היא זו של גברים צעירים בגילאי 15-44. גברים צעירים, בני 15 עד 24 מקרב עולי חמ"ע נמצאים בסיכון החמור ביותר להתאבדות. בשנת 2005 שיעור ההתאבדות ממוצע בקרב גברים מחמ"ע בגילאי 15-24 היה גבוה פי 2.6 משיעור ההתאבדויות בקרב גברים שאינם עולים (7.9\100,000 עולים, לעומת 20.3\100,000 אוכלוסיית ישראל).

תמונה דומה מתקבלת גם מפירוט שיעורי ההתאבדויות בקבוצות גיל אלה על פני השנים 1997-2005, כפי שהוא מופיע בלוח 13. ממצאים אלה מדאיגים במיוחד היות ושיעור ההתאבדויות בקרב גברים צעירים בישראל (בני 15-29) הוא מלכתחילה גבוה ביחס לבני הגיל האחרים: 12.7 ל-100,000 נפש. נתון זה גבוה יותר מהמוצע באיחוד האירופי לבני גיל זה - 12.4 ל-100,000 נפש, בעוד שעבור יתר הגילאים בישראל שיעור ההתאבדויות נמוך מזה הקיים באיחוד האירופי.

**לוח 13: שיעורי התאבדות בקרב גברים עולי חמ"ע לעומת גברים באוכלוסיית ישראל על פי גיל (שעור מתוקנן לגיל ל-100,000 נפש)**

שנה	גברים בגיל 15-24		גברים בגיל 25-44	
	אוכלוסיית ישראל	ילידי חמ"ע שעלו מ-1990	אוכלוסיית ישראל	ילידות חמ"ע שעלו מ-1990
1997	9.6	16.6	10.4	20.1
1998	11.1	17.6	11.6	20.6
1999	10.6	21.4	12.0	21.7
2000	11.2	24.2	11.7	27.1
2001	10.0	24.0	11.7	26.8
2002	9.7	23.3	11.2	24.3
2003	8.6	23.1	10.9	23.6
2004	8.8	22.3	9.7	22.3
2005	7.9	20.3	8.6	21.9

על פי חקלאי ושות., 2009

בנוסף, נתוני משרד הבריאות מלמדים על כך בקרב מי שאינם נשואים באוכלוסיית ישראל שיעור ההתאבדויות גבוה מפי 4 עד פי 6 בהשוואה לנשואים (השיעור המדויק משתנה על פי קבוצת הגיל) (חקלאי, 2008). כיוון ששיעור העולים שאינם נשואים גבוה יחסית באוכלוסייה, גורם סיכון זה משמעותי במיוחד בעבורם.

## 5.2 שיעורי ניסיונות התאבדות

שיעורי ניסיונות ההתאבדות בשנים 2001-2004 מלמדים כי גברים בני 15-24 מחמ"ע הם קבוצת סיכון: גברים אלה מנסים להתאבד פי 2 מבני גילם שאינם עולים. למרות שבקרב בני 25-44 ההבדלים בניסיונות ההתאבדות בין העולים לותיקים משמעותיים פחות, ישנם הבדלים משמעותיים בין שתי האוכלוסיות במספר ההתאבדויות (24.9 ל-100,000 נפש אצל העולים בשנים 2001-2004 לעומת 10.5 ל-100,000 נפש בקרב מי שאינם עולים), הדבר עלול ללמד על נטייתם של גברים צעירים עולים מחמ"ע להתאבד גם ללא ניסיונות התאבדות קודמים.

נשים עולות מחמ"ע בנות 15-24 מבצעות ניסיונות התאבדות בשיעור פי 1.5 מבנות גילן שאינן עולות. יש לציין כי נשים עולות בגילאים 15-24 מנסות להתאבד יותר מהגברים אך "מצליחות" פחות, זוהי תופעה אוניברסאלית בהקשר של אובדנות נשים, אך עדיין סימן אזהרה בנוגע למצוקותיהן של נשים אלה.

#### לוח 14: שיעורי ניסיונות התאבדות והתאבדויות בקרב גברים עולי חמ"ע בשנים 2001-2004

(מתוקן ל-100,000 נפש)

התאבדויות		ניסיונות התאבדות		קבוצות גיל
אוכלוסיית ישראל	עולי חמ"ע	אוכלוסיית ישראל	עולי חמ"ע	
9.3	24.4	79.9	165.0	15-24
10.5	24.9	70.5	99.6	25-44

על פי חקלאי, 2008

## 6. מחקר איכותני בשדה

על מנת לאסוף מידע שהוא מעבר לנתונים הסטטיסטיים ולהתרשם מתהליכים חברתיים ואישיים הקשורים לאבדנות והמאפיינים את קהילת עולי חמ"ע בישראל, הוחלט לאסוף גם מידע מאינפורמנטים בקהילה, אנשי מקצוע העובדים עם עולי חמ"ע ובני הקהילה עצמה.

### 6.1 מתודולוגיה

באיסוף מידע מן השדה הופעלה מתודולוגיה איכותנית. המחקר האיכותני חוקר את החוויה הפנימית (דעות, רגשות, מחשבות) וההתנסות החיצונית של האדם על מנת להגיע להבנה מעמיקה של החוויה האנושית. שיטת מחקר זו מבקשת להבין תופעות חברתיות מנקודת המבט אישית, ולתאר את העולם כפי שהוא נחוה על ידי אנשים מתוך הנחה כי התפיסה והפרשנות של המציאות ולא רק המציאות עצמה הם החשובות (צבר בן יהושע, 2001).

#### 6.1.1 אינפורמנטים

במסגרת מחקר השדה רואינו 19 אינפורמנטים, אנשי מקצוע בתחום הרווחה, הבריאות ובריאות הנפש אשר עובדים עם עולי חמ"ע. רוב האינפורמנטים בדרום הארץ אותרו הן בשיטת "כדור שלג" – באמצעות קשרים והמלצות אישים של המרואיינים. אינפורמנטים במרכז הארץ אותרו בסיוע קופת החולים הכללית והרשויות

המקומיות. לוח 15 מפרט את מאפייני האינפורמנטים. כפי שניתן להתרשם, רובם המוחלט הם עולים מחמ"ע ועל כן מספקים בו זמנית את זווית הראייה המקצועית וגם את זווית הראייה מתוך קהילת העולים.

#### לוח מס' 15: פרטי האינפורמנטים

מקצוע	מקום עבודה	אזור בארץ	אוכלוסיה איתה עובד	האם עולה או יליד הארץ?
1. עובדת סוציאלית	סוכנות יהודית	ארצי	צעירים עולים	ילידת הארץ
2. עובדת סוציאלית	בי"ח פסיכיאטרי	דרום	מבוגרים	עולה
3. עובדת סוציאלית	עמך	דרום	קשישים	עולה
4. עובד סוציאלי	רווחה	דרום	משפחות	עולה
5. עובדת סוציאלית	קופת חולים	דרום	כלל מבוסחים	עולה
6. עובדת סוציאלית	מרכז קליטה	דרום	משפחות עולות	ילידת הארץ
7. עובדת סוציאלית	מעון סטודנטים עולים	דרום	צעירים עולים	ילידת הארץ
8. עובדת סוציאלית	משרד קליטה	דרום	כלל העולים	עולה
9. עובד סוציאלי	קופת חולים	מרכז	כלל מבוסחים	עולה
10. עובדת סוציאלית	מרפאה פסיכיאטרית	מרכז	ילדים ומבוגרים	עולה
11. רופאת משפחה	קופת חולים	מרכז	מבוגרים	עולה
12. רופאת משפחה	קופת חולים	מרכז	מבוגרים	עולה
13. רופאת משפחה	קופת חולים	מרכז	מבוגרים	עולה
14. רופאת משפחה	קופת חולים	מרכז	מבוגרים	עולה
15. רופא פסיכיאטר	מרפאה פסיכיאטרית	מרכז	מבוגרים	עולה
16. רופאה פסיכיאטרית	מרפאה פסיכיאטרית	מרכז	מבוגרים	עולה
17. מזריח נוער במצוקה	מרכז יום לדרי רחוב עולים	מרכז	צעירים עולים	יליד הארץ
18. רכזת קליטה	מרכז קליטה	מרכז	כלל העולים	עולה
19. אחות	מרכז קליטה	מרכז	עולי בוכרה	עולה

עם כל אחד מן האינפורמנטים התקיים ראיון מובנה למחצה. הראיון כלל שאלות שנגעו להיבטים שונים של תופעת האבדנות בקרב עולי חמ"ע: להיכרותם עם התופעה, התנסותם עימה במסגרת המפגש עם לקוחות, חוות דעתם על גורמי סיכון וקבוצות סיכון, ניסיונות ההתערבות שלהם במקרים של אבדנות או סכנת אובדנות והמלצותיהם לתוכניות מניעה. הראיונות התקיימו בדרך כלל במקום העבודה של האינפורמנטים, היו ראיונות שהתקיימו גם בביתם על פי בחירתם. הראיונות נהלו בעברית או ברוסית על פי בחירת האינפורמנטים ונמשכו בין 30 לבין 60 דקות. הראיונות הוקלטו ותומללו. ניתוח החומר התמקד בזיהוי נושאים ומוטיבים מרכזיים וחוזרים.

## 6.1.2 קבוצות מיקוד

התקיימו שתי קבוצות מיקוד. בקבוצה אחת השתתפו חמישה עולי חמ"ע קשישים, נשים וגברים, בני 65-79 שנמצאים בארץ כבר מספר שנים. המשתתפים גויסו בשיטת "כדור שלג" במועדון קשישים שכונתי בעיר בדרום הארץ. בקבוצת המיקוד השנייה השתתפו שישה עולי חמ"ע צעירים, נשים וגברים בני 26-35, הנמצאים בארץ עד שנה. הללו גויסו אף הם בשיטת "כדור השלג" דרך הכרות אישית. שתי קבוצות המיקוד הונחו על ידי שתי מנחות והתנהלו ברוסית המשך שעה עד שעה וחצי. לקבוצות הוצגו שאלות על גורמי סיכון לאבדנות ועל צעדי מניעה מומלצים. הדיונים בקבוצות המיקוד הוקלטו ותומללו. ניתוח החומר התמקד בזיהוי נושאים ומוטיבים מרכזיים וחוזרים.

## 6.2 ממצאים – נושאים מרכזיים

הנושאים העיקריים שעלו בראיונות היו: סיבות אפשריות לאבדנות, קבוצות סיכון ותקופות סיכון לאבדנות, דפוסי פנייה לעזרה והמלצות לצמצום מצוקה נפשית ומניעת אובדנות.

### 6.2.1 גורמי סיכון לאבדנות – "אף אחד לא היה זקוק לו"

בכל הראיונות הודגשה **בדידות חברתית** כגורם סיכון משמעותי לאבדנות בכל קבוצות הגיל. המעבר לארץ חדשה כרוך בתהליך בלתי נמנע של ניתוק מרשתות חברתיות וקשרים קודמים והמרוויינים רואים בבדידות גורם סיכון:

- "תחושת בדידות ואין חברים, כי חברים נשארו שמה... כשאנחנו ילדים אנו בונים קשרים חברתיים בקלות. וככל שאנחנו מתבגרים התהליך הזה הופך להיות יותר קשה ובמיוחד בהגירה" (עמך).
- [בסיכון מי ש] "בודדים, שאין להם עם מי לדבר" (קבוצת מיקוד צעירים).
- "...הקבוצה [של בעלי המצוקה ובסכנת אבדנות], מטבע הדברים מאוד הטרוגנית, אבל המאפיין, הקו המאחד, זה שאין רשת ביטחון ומי שנופל בלי רשת ביטחון, הנפילה שלו מהירה ועמוקה, הוא צולל כי אין מישהו שיחזיק אותו.. לא ראו אותם, לא ספרו אותם, שקופים. חוסר ברשת ביטחון... (סוכנות היהודית).

עם ההגירה עלולים להתעצם **קונפליקטים זוגיים ומשפחתיים**. מטלות חדשות מצריכות שינויים בתפקידים ודפוסי תקשורת משפחתיים ושינויים אלו עלולים לגרום לקונפליקטים במשפחה. הלחצים התוך-משפחתיים גוברים גם כתוצאה מקצב הסתגלות שונה של בני המשפחה (ילדים מול הורים, נשים מול גברים). נוסף לכך, בשל קשיים כלכליים מחליטות לא מעט משפחות לגור במסגרת רב-דורית תחת קורת גג אחת, גם אם לא עשו כך לפני כן:

- "בעיה נוספת מה שאנחנו רואים, לרוב אני רואה את זה טוב גם במרפאה אבל לפעמים במחלקה, שאנשים עושים ניסיון אובדני על רקע סכסוכים וחוסר הבנה בתוך המשפחה. אנשים שמעולם לא גרו יחד עם ילדים פתאום פה מחליטים שהם קונים דירה ביחד, אז זה מתחיל" (מרכז לבריאות הנפש).

מעבר לקשיים האובייקטיביים עולים גם **קשיי הסתגלות אישיים** של העולים אשר לעיתים הופכים לגורם המסכן. הקשיים באים לידי ביטוי בתחום הכלכלי, החברתי, התעסוקתי ועוד. תחושת חוסר משמעות בחיים, חוסר ערך, ירידה בסטאטוס וצירוף של קשיים כלכליים, משפחתיים ותעסוקתיים מתוארים בראיונות לעיתים כטריגר למחשבה או מעשה אובדני:

- "ואחרי שנשארה לבד היא מרגישה שירדה בסטאטוס, והיא חווה חוסר משמעות בחיים שלה חוסר המשמעות הזאת מביאה למחשבות אבדניות" (עמך).
- "אנשים הגיעו לחובות מאוד גדולים וזו עילה להתאבדות"...
- "יש דברים אינדיווידואליים. לפעמים לא יודעים את זה מראש, אדם ששמח וצחק עם כולם ויום אח"כ התאבד. לא ידענו שיש לו קשיים כלכליים, אשתו עזבה אותו, מרגיש שאין מוצא" (קבוצת מיקוד צעירים).
- "להורים היו בעיות בריאות, לא מצאו עבודה לבד מניקיון – עבודה משפילה עבור יהודים מחמ"ע. אין כסף, אין איך להאכיל את הילדים. השפלה. לא ניתן לפרנס את המשפחה בכבוד, ייאוש. אותו אדם דיבר גם לפני כן על התאבדות ולבסוף גם התאבד" (קבוצת מיקוד קשישים).
- "מצב נפשי. אם יש מישהי שמאוד חלשה נפשית, ויש קושי כלכלי וחובות ובנקים לוחצים. או מחשבה ראשונה – להשתחרר מזה" (מרכז קליטה).

המרוויינים הדגישו מאוד **קשיים אישיים שמביאים העולים מארץ מוצאם**. גורמים המטפלים בקהילה סיפרו על עולים מבוגרים וצעירים, במיוחד בקרב אלה המגיעים בשנים אחרונות, אשר בוחרו להגיע ארצה מתוך מצוקה וקושי להתמודד עם מצוקות בארץ מוצאם.

- "יש אנשים שמגיעים עם בעיה נפשית, או היסטוריה או פגיעות וזה יכול להתפוצץ בכל רגע"...
- "רוב האנשים שטיפלתי בהם והיו עם משחבות אובדניות הם אנשים שסחבו איתם קשיים לאורך החיים"...
- "זה לא פעם ראשונה שאני רואה שאנשים בוחרים בהגירה ככלי להתמודדות עם דיכאון" (מרכז קליטה).
- "כולם ידעו שאני לבד ולא יכולתי להתמודד עם תחושה הזו לבד. חיפשתי מישהו ולא יכולתי והחלטתי לעלות" (עמך).
- "זה משהו שמגיע כבר משם. הם באים ממצוקה משפחתית כבר מרוסיה והם על תקן משנה מקום משנה מזל. אבל הם רק משנים מקום" (מעון סטודנטים עולים).

תופעה של **טראומה כתוצאה ממשברים כלכליים וחברתיים בארץ המוצא** מתוארת כחלק מהקשיים אותם מביאים עימם העולים:

- "אין מה לעשות, אבל עלייה אחרונה, בעיקר מאז 95, שמבחינת אנשים רבים הגיעו לפה פוסט טראומטיים. או שזה טראומה לאומית ממש קשה כמו מלחמה, אלו שהגיעו מאזורים, וטראומה של התמוטטות של משטר, שלא היה ברור מה יהי מחר (מרפאה לבריאות הנפש).



לא מעט גורמי מצוקה מיוחסים למערכת הקולטת ולקושי של עולים להתמצא ולהשתמש בשירותים הקיימים בשל קשיי שפה, מחסור במידע או מחסומים אחרים:

- "יש הרבה שירותים שקיימים ואנשים לא יודעים להיעזר" (עצמאות).
- "אנשים לא תמיד באים, ולא רק החולים, גם הבריאים. אין נגישות למערכות, הם לא מכירים איך הן עובדות, לא יודעים למי צריך לפנות..." (רווחה).
- "הם לא יודעים פה שום דבר, הם לא יודעים שיש עובדת סוציאלית, שיש רווחה. בגלל קשיי שפה, בגלל כל מני דפוסים כאלה של בושה". "... לא מצליחים אפילו להיכנס למשרד קליטה בעיר כי צריך להירשם שם מראש והם לא דוברי שפה" (רופאת משפחה).
- "ואז רופא המשפחה אומר לו "אתה יודע, יש לנו עובדת סוציאלית". אז הוא אומר "אבל מה עובדת סוציאלית עוזרת? לא ידעתי שיש עובדת סוציאלית" (עו"ס קופת חולים).

לא רק העולים עצמם, גם הגורמים המטפלים מדווחים על תחושה שאין למי לפנות:

- "אני יכולה להגיד למי לא פונים. לא פונים לחברים כי מאוד שומרים על הפסאדה. לא פונים לקרובי משפחה כי היחסים הם - זה מסובך... לפסיכולוגים לא פונים כי אין לאן לפנות... יש לי תחושה שאין לאן לפנות".

## 6.2.2. דפוסי פנייה לעזרה - "יש חוסר אמון, יש חשדנות"

המרוויינים הדגישו התנהגות חשדנית של העולים, את סגירותם ואת ההימנעות מפנייה לעזרה בכלל, ולשירותים פורמאליים וממסדיים בפרט. דפוסים אלו מאפיינים את כל קבוצות הגיל. אצל קשישים זהו דפוס תרבותי:

- "אני חושבת הנטייה הזאת לא לפנות ולהתמודד לבד, וכשיש בעיה להסתגר עוד יותר, זה תרבותי".
- "...פחד ממוסדות שהוא מושרש מאוד אצל יוצאי ברית המועצות שזה יהיה רשום" (עו"ס קופת חולים).

התפיסות לגבי מה הם עזרה וטיפול מעוצבות תרבותית, כאשר שיחות או תמיכה נפשית לא נתפסים כטיפול

### אמיתי:

- "אני חושבת שיש מידה מסוימת שהם סומכים על רופאים. כן פונים לרופאים פסיכיאטריים, אבל הם פונים בד"כ פעם אחת, מתאכזבים, לא מקבלים טיפול ולא באים שוב" (עמך).
- "הרבה פעמים באים לאינטייק ולא חוזרים... אם פונים בדיכאון, ישראלים ירצו רק שיחות, "רוסים" הרבה יותר קל הולכים על טיפול תרופתי כי קשה להם להיחשף..." (מרפאת בריאות נפש).
- "במקום לרופא משפחה ללכת לפסיכיאטר או לפסיכולוג זה לא אופייני. ישראלים כשיש כסף קודם כל ילכו לפסיכולוג, פרטי או דרך הקופה..." (מרפאה לבריאות הנפש).

איפוק רגשי, קושי להיחשף ולבקש עזרה מודגשים כאחד הגורמים העיקריים למצוקה נפשית ולהגעה מצבים חמורים. גם הפנייה לעזרה מלווה בחשדנות:

- "גורם סיכון אצל אוכלוסייה של עולים חדשים זה קושי לפנות לעזרה. הם לא פונים לעזרה ומתבשלים בתוך עצמם, ולא מקבלים טיפול, מאוד קשים לקבל טיפול" (רופאת משפחה).
- "לא פונים, אם לא המחלה, לא היו פונים לעזרה נפשית. לפעמים מצוקה נפשית עד כדי שצריך טיפול פסיכיאטרי... חולות הכי קשות דפרסיביות משום מה "רוסיות", ישראלים כבר היו מקבלים טיפול" (מרפאה לבריאות הנפש).
- "לא שהן לא לוקחות תרופות, אבל הם יודעים יותר טוב, כאילו מתייעצים עם רופא, ואז הולכים לעוד רופא, כול אחד ממליץ תרופה אחרת. מפנים לאשפוז – "לא, לא לבית חולים!" עד שמתאבדים. יש חוסר אמון ומאבק בסמכות" (מרפאה לבריאות הנפש).
- "אוכלוסייה זו לא מאמינה לממסד, היא מאמינה אחד לשני, זאת אומרת, הוא ישאל. בהתחלה הייתי צריך להרגיע חברים למקצוע, ישראלים שהיו נעלבים, "אני לא מבין, הוא שאל אותי משהו, תוך דקה הוא שואל משהו אחר, רופא אחר אותו דבר. זה ולזול, זה פגיעה, אני אומר הוא לא מאמין לי?" (קופת חולים).

בקרב הצעירים מודגשת הנטייה להסתגרות. **ניסיון לפתור את בעיותיהם בכוחות עצמם או לכל היותר בתוך**

**החוג המצומצם של חברים**. מועדפת הפנייה לגורמים לא רשמיים ואנונימיים ולא לגורמים רשמיים:

- "מאוד קשה להתקרב אליהם, יש חוסר אמון, יש חשדנות, יש להם רצון לסגור את כל הבעיות בתוכם ובלי שאף אחד יתערבב להם, בלי שאף אחד ידבר איתם וזה מאוד מקשה... ברגע שאני מתחילה להגיד את המילה פסיכולוג כל המימיקה משתנה, כל תנועת הגוף משתנה, יש היסטריה טוטאלית והשאלה הבאה היא "למה את מציעה לי את זה כי אני פסיכי?" (מעון סטודנטים עולים)

המצוקה נפשית באה גם לידי ביטוי **בסומטיזציה ופניות מרובות לרופאי המשפחה**. הבנת הסומטיזציה קריאה לעזרה עשויה לסייע באיתור אוכלוסיות בסיכון.

- "הרושם שלי שיש דפוסים שלא מדברים על רגשות, זה במנטאליות. יש הרבה סומטיזציה, הרבה בעיות. סומטיזציה, היפוכטנדריה, דברים קשים. מאוד קשה לדובב אותם, להסביר להם שבעיות שלהם יכול להיות שזה מתח, לחץ" (רופאת משפחה).

**פנייה לרופא משפחה** לחיפוש עזרה עם קשיים רגשיים נפוצה במיוחד בקרב קשישים ומבוגרים עולי חמ"ע.

מקלה על כך העובדה שרבים מרופאי המשפחה במרפאות ראשוניות הם דוברי רוסית:

- "דפוסי פניה? לא יפנו לשום מקום בתור ההתחלה. אצל רוסים "אני פסיכי?" לכן לבד לא ילכו. אבל אם זה משהו נורמטיבי – קופת חולים, רופא משפחה – אז יבואו" (מרפאה לבריאות הנפש);
- "פונים לרופא משפחה. לא פונים לרווחה כי לרופא משפחה זה לגיטימי. יש לי רושם שיש יותר סומטיזציה, כי מצוקה נפשית לא לגיטימית תרבותית (מרפאה לבריאות הנפש).

גם גורמים מטפלים נוהגים להפנות עולים לרופאי המשפחה כאופציה שתתקבל ביתר קלות אצל העולה:

- "אני מציעה ללכת לרופא ולדבר "תספרי, אני מציעה, כי רופאה לפעמים לא שמה לב, תספרי כי את באה אליה, היא לא יודעת מה יש לך". תמיד-תמיד מפנה. אני לא מציעה לפסיכיאטר או פסיכולוג כי זה לא נתפס באוכלוסייה של עולים. אני אומרת תלכי לרופא משפחה ולפעמים אני מתקשרת" (משרד קליטה).

בקרב עולי חמ"ע ישנה נטייה לפנות למסגרות בלתי פורמאליות, אנשי מקצוע שאינם עובדים בשירותים רשמיים ומסודרים או למטפלים דוברי רוסית בקהילה:

- "רוסים" פונים למתנ"סים, התאחדויות ברוסית, לדוברי רוסית. במיוחד לרופאים, אלו שלא קיבלו כאן רישיון, לא פורמאלי. התארגנות קהילתית, מועדוני דוברי רוסית, יוצאי ברה"מ. ילך לרופאים, עו"סים או אחיות רוסיות שמכירים. אולי לשירות רווחה. אם ימליצו ללכת לפסיכיאטר מישוהו רופא שהוא מכיר, אז הוא ילך" (רופא במרפאה לבריאות הנפש).

למשל, במרפאה ראשונית יש תופעה של פנייה לעובדות קבלה אם הן דוברות רוסית:

- הם גם כן יכולים ככה להישען על הדלפק, לדבר עם דוברי הרוסית, עם המזכירות... הבנות רוסיות, דוברות רוסית. כי החזית אצלנו זה מזכירות, בכל מקום, בכל מרפאה, זה החזית הראשונה" (עו"ס קופת חולים).

מתוך החומר שנאסף, עולה כי תפיסות באשר לקבלת עזרה נפשית משתנות ומתגמשות עם השהיה בישראל בעיקר בקרב צעירים וגילאי הביניים. בראיונות עם אנשי מקצוע ועם עולים עצמם עלתה מוכנות גוברת להיעזר בשירותים פסיכולוגיים. זאת, בניגוד לדעה הרווחת ולהתרשמות של אינפורמנטים רבים כי עולי חמ"ע הם חשדניים, סגורים וקשה מאוד לשווק להם עזרה נפשית. בקבוצת מיקוד של הצעירים, למשל, נושא של פסיכולוג עלה פעמים רבות ובהקשרים שונים:

- "הכול פה שונה, הממסד הקולט צריך להיות גם פסיכולוג".
- "הפסיכולוג צריך ללוות אותנו מהיציאה מהמטוס... לפחות בקבוצה".
- "הרופאה שלנו רשמה לה אנטי-דפרסנטים, אבל זה לא מוצא מהמצב. אמרתי לה: לכי לפסיכולוג. היא אמרה: הפסיכולוגים יתנו לי כסף? הוא יעזור לתרגם את התחושות למילים, לפעולות" (קבוצת מיקוד צעירים).

גם אנשי המקצוע מציינים את תהליך השינוי:

- "ככל שעובר הזמן התפיסה שלי השתנתה, וכשהצעתי עזרה ראיתי היענות מצד העולים. ראיתי שתוף פעולה, צורך והיענות. אני לא זוכרת כמעט שהצעתי עזרה מכל סוג שהוא והם לא קיבלו אותה". "כי אני חושבת שהדרך ההדרגתית לקבל טיפול היא פחות מאיימת וכן מתקבלת בברכה ואני בד"כ מצליחה להביא את האנשים לפחות להתייעצות עם רופא ואף עם פסיכיאטר" (מרכז קליטה).
- "מי שכבר הגיע לתובנה שיש לו בעיה, אז הוא רוצה פסיכיאטר. אין להם סמכות שרופא משפחה הוא מבין הרבה. רוצים כול הזמן רופאים מקצועיים. אם זה, אז פסיכיאטר..." (רופאת משפחה).
- "אלה שכבר הגיעו למסקנה שכן צריך איזשהו טיפול, אז לא מוכנים לקבל מרופא משפחה, הם רוצים חוות דעת מומחה" (רופאת משפחה).

- "לא אגיד שיש פחד מסטיגמה פסיכיאטרית, אבל פונים מעט לפסיכולוג" (רופא במרפאה לבריאות נפש).
- לגבי ילדים דווקא יש יותר נטייה כן להביא ילדים לחפש להם פסיכולוג. הרבה פעמים אתה רואה שתובנות כלפי ילדים הם תובנות יותר מתקדמות" (עו"ס קופת חולים).

### 6.2.3 קבוצות סיכון ותקופות סיכון - "דווקא זה קרה אצל אלו שהיו יותר"

האינפורמנטים, שהם אנשי מקצוע הצביעו על קבוצות אשר מניסיונם נמצאות בסיכון יתר למצוקה נפשית ואובדנות וכן תקופות אשר מאופיינות כסיכון גבוה יותר. קבוצות הסיכון שעלו הן של צעירים, של קשישים ושל גברים. תקופת הסיכון היא לאו דווקא התקופה הראשונה, נהפוך הוא: תחילת הדרך בארץ החדשה מאופיינת באיפוריה, קבלת הקשיים כנורמטיביים, תקווה לשינוי לטובה ומצוקה נמוכה יחסית. הסיכון גבוה יותר כעבור מספר שנים מאז העלייה. יחד עם זאת, גם בשנים הראשונות תקופות מעבר (מתוכנית לתוכנית או שינוי סטאטוס של עולה אחרי אולפן, אחרי הפסקת קבלת סל קליטה) הן תקופות של סיכון לאבדנות.

בקרב הצעירים קבוצת הגיל שיותר פגיעה היא זו של הבגרות הצעירה (young adulthood):

- "זה הכול נורא גס הרי, יותר צעירים, לא הנוער, לא הגילאים הרכים. יותר הגילאים שהחיים טופחים להם על הפנים, יותר 20, 22 משהו כזה" (סוכנות).  
מקרב הקשישים, "הצעירים" יותר הם שנמצאים בסיכון:
- "לפי מה שאני רואה מי שמדווח על מחשבות אבדניות זה "צעירים". (רווחה)  
אך בקרב הקשישים מודגשת החשיבות של מצב פיזי ומנטאלי יותר מהגיל עצמו:
- "זה לא גיל, זה מצב פיזי. ברגע שהופכים להיות תלויים באדם אחר בלעשות צרכים, ללכת להתלבש - זה סיכון לאבדנות, ברגע שמכינים וקולטים".
- "יש תקופה בחיים שיש יותר סיכון לאובדנות וזה תקופה של אובדן עצמאות וכשמתחילה תלות, כשבן אדם מרגיש שהוא כבר לא יכול, שקשה לו ללכת, או שהוא מפסיק לשלוט על הצרכים שלו, או שהוא יותר מדי תלוי בעזרה של ילדים או מטפלות או נכדים. זה תקופה, במיוחד בהתחלה, כשבן אדם מבין את זה, זה התקופה שכן אדם עושה [ניסיון]. לפחות אצל קשישים זה התחושה שגורמת לדיכאון, ואז תקופה שעושים הרבה ניסיונות התאבדות" (עו"ס בריאות הנפש).

בהקשר של מגדר קל יותר לגורמים המטפלים להגיע לנשים אשר מוכנות יותר לדבר על קשייהן. ואילו

גברים, שמתקשים יותר לחשוף מצוקות, נמצאים בסיכון גדול יותר לאבדנות.

- "יותר קל לי להגיע לנשים. נשים יותר יוצרות קשר איתי ועם הפרוייקטורית מאשר גברים. אני חושבת שלנשים יותר קל לדבר כשהדברים כבר יצאו לאור או כן מדברים על דיכאון או מחשבות אובדניות או קושי. עם גברים שהיו מטופלים שלי היה לי יותר אפקטיבי להכניס גבר לתמונה" (מרכז קליטה).

- "יש לי תחושה שלגברים יותר קשה, אולי זאת סטיגמה, אבל הוא יכול כבר לעשות את הניסיון, להתאשפז ויגיע אליי כבר עם מכתב שחרור והסימנים שהוא עשה. אני מתארת מקרה שהיה לי" (מרכז קליטה).

- "גבר... כשזה כבר עובר כול גבול – הוא כבר עושה משהו" (רופאה במרפאה לבריאות נפש).
- "אצל עולים חדשים אני חושבת שאוכלוסיה שיותר מנסה זה נשים... מה שאני רואה גם במרפאה במיוחד שבאות נשים, עם תלונות על דיכאון על קשיים זה נשים" (עו"ס במרכז לבריאות הנפש).

**תקופות מעבר הן תקופות הסיכון:** נקודות מפנה למיניהם שקשורות לתהליך הקליטה הן תקופות הסיכון, במיוחד בשלבים היותר מאוחרים של הקליטה, שנה או יותר אחרי העלייה. הן אנשי מקצוע והן עולים

עצמם מדגישים זאת:

- " יותר סביר שזה יקרה אחרי שאתה עובר את ההתחלה את האולפן, את הכסף הראשון, את ההיי של ההתחלה ואז יותר סביר שזה יתחיל ליפול" (מרכז קליטה).
- "תקופה מסוכנת – אחרי שנה, זה המצב הכי גרוע כי מפסיקים לשלם להם, אחרי שנה לא מעניין אף אחד איפה אתה" (משרד קליטה).
- "תקופת סיכון – כשעולים טריים, כשמפסיקים לקבל סיוע כספי מהמדינה. שנה עד שאדם יתאקלם יותר. עוד גלים – אחרי שנתיים-שלוש, ואדם לא יכול להסתדר כמו שהוא רצה" (רופא בריאות הנפש).

מצב משברי יכול להימשך גם מעבר לשנים הראשונות:

- "תקופה מסוכנת – אחרי כמה שנים... לדעתי בהתחלה יש איזו שהיא תקווה והתלהבות, ואחרי כמה זמן יש התאכזבות. לדעתי זה אחרי 5 שנים" (עצמאות).
- "לאחר שנתיים מתחילה תקופה אחרת. בהתחלה הייתה איפוריה, אח"כ בהלה, איך אלמד את השפה. עכשיו אני קצת מבינה, יכולה לקרוא ולכתוב. בעוד חצי שנה אני צריכה להיבחן ע"מ להוכיח את השכלתי כאחות מעשית. כשהאדם מבין שהוא כבר לא יכול לעשות כלום זו בעיה. זה אחרי כשנתיים. אח"כ מתחילה תקופה אחרת" (קבוצת המיקוד).
- "כשסל קליטה נגמר... בהתחלה זו איפוריה";
- "כשנתיים אחרי ההגעה, כשהבעיות מציפות";
- "כול חצי שנה בשנתיים הראשונות";
- "כשמסתיים שלב פורמאלי, כמו אולפן א', בצומת דרכים";
- "לאחר שנתיים מתחילה תקופה אחרת. בהתחלה הייתה איפוריה, אח"כ בהלה" (קבוצת מיקוד צעירים).

בקרב צעירים, במיוחד אלו שהגיעו ללא משפחותיהם, **תקופות סיכון קשורות למעברים בין תוכניות או שינוי**

### **סטאטוס אשר משאיר אותם "בין הכיסאות":**

- "הם משתחררים מהצבא, שחרור זמני, הם יחזרו, עד שהם יחלימו אם הם נפצעו, אבל לא פציעה של נכות, והם נשארים חסרי כל. מיד סוגרים להם את הקיום ואת הלינה, את המגורים... או את מתחילה ללמוד את הנושא ואת בודקת, כן באמת אף אחד לא נותן להם כלום... או החלטנו שאנחנו עושים את זה".

- " אבל המעברים שאנחנו מדברים עליהם משם לפה לתוכנית, מהתוכנית לפעמים לעוד תוכנית, מהתוכנית לצבא, מהצבא משתחררים או לא צבא, או נופלים באמצע. כל המעברים הללו הם שואבים כוחות ולפעמים הבנאדם מתרוקן".
- "להבין שהסיכון, נקודת הסיכון זה בנשירה או לקראת הנשירה מהמסגרת או מהשירות" (סוכנות).

## 6.2.4 מניעה מרמת המיקרו ועד למדיניות

המלצותיהם של האינפורמנטים ושל משתתפי קבוצת המיקוד להתערבויות מונעות, מבוססות על תפיסותיהם את הסיבות ואת הסיכונים לאובדנות. מתוך הנושאים שעלו נראה כי **יש צורך בתוכניות מגוונות שמכוונות לאוכלוסיות שונות ולגורמי סיכון שונים**, כולל תוכניות לצעירים ולמבוגרים, גברים ונשים, תוכניות חברתיות, תעסוקתיות, פיתוח מערכות תמיכה, עזרה באוריינטציה ואף הכנה נכונה לפני העלייה. תוכניות אלו אינן יכולות להיות צרות אלא חייבות להיות **תוכניות כוללניות**. החל מרמת השירות לפרט ועד לרמת המדיניות, החל מזיהוי של אנשים בסיכון ועד להסברה בקהילה. יש צורך להתייחס לתקופות סיכון שהן תקופות מעבר.

נציגי השירותים והעולים עצמם מדגישים את הצורך **ברגישות ברמת הפרט** מצד גורמים מקצועיים והסביבה הקרובה על מנת לזהות את מי שנמצאים בסיכון:

- "אנחנו עובדים יותר על פי סנסורים של המדריכים שרואים אותם ואז אומרים וואי זאתי נראית לי ככה בוכה הרבה, היא לא מרגישה טוב, היא ירדה במשקל" (מרכז קליטה).
- "נראות. מישוהו שייראה אותם, שיגיד לו מה קרה אתה נראה פחות טוב מאתמול, מישוהו שיתייחס אליו, שיאהב אותו, מישוהו שיהיה אכפת לו" (לרוץ).
- "לא לעזוב את האנשים. האדם שרוצה להתאבד – רואים את זה. הוא נושר מהחברה, מתחיל להיות בדיכאון, מפסיק לדבר, יוצא מהחברה, מוציא את כולם מחברתו" (קבוצת מיקוד צעירים).
- "יש הרבה פניות לרווחה שעו"ס יכול לזהות איתותים, אבל אין רצף טיפולי, תחלופה של עובדים, ואז לא באים. עולים יודעים שרווחה או ביטוח לאומי זה הכתובת. אולי הכשרות של אנשים אלו. אם מטופל שנים אצל אותו עו"ס, אז יכול לזהות, אבל אין רצף טיפולי".
- "מניעה זה לדעת לשים לב לכול פרט... כול עולה הוא בסיכון, השכלה שלא תטעה, אף פעם לא יודעים מה קורה" (עצמאות).
- "צריך להתעניין יותר, יותר לשאול, לדובב" (רופאת משפחה).
- "למצוא אותם במעברים האלה, ליצור את המעטפת הזאת נראה לי ממש מתבקש" (סוכנות).
- "מדובר לא רק באנשי טיפול, אלא בכל מי שבא במגע עם העולה, למשל מזכירות בקופת חולים." "או אנחנו אומרים להם "תקשיבו, תשאלו מה אני יכולה לעזור, אולי להפנות אותה", היה לי מקרה כזה. אז יש לנו כמה שיכולים להגיד "אז מה הבעיה?" אז היא אומרת "בעלי אלכוהוליסט" או "יש לי בן שהוא ניסה להתאבד" אז היא אומרת "תשמעי, אני לא יודעת איך אני יכולה לעזור, אבל להפנות אותך, יש לנו עובדת סוציאלית, לכו, תדברי... אבל המקור הראשוני, בדרך כלל זה רופא, רופא משפחה" (עו"ס קופת חולים).

- "הכלים לזיהוי צריכים להיות בידי כול מי שעובד כנותן שירות: ביטוח לאומי, קופת חולים, רווחה. במיוחד ביטוח לאומי ורווחה כי קודם כול לשם באים עם בעיה שהיא פעילה. העולים מרגישים מאוד קטנים כשפונים לשם. וזה מאוד מתסכל, אנחנו מדינה קולטת, גם פקידה ושומר. אם אדם עומד בפניה במצוקה צריך לשאול מה קורה לך... גם בלשכות תעסוקה אפשר לזהות" (עצמאות).

כמו כן, הם מדגישים את הצורך **בקבוצות תמיכה**. בקבוצת מיקוד, למשל, המשתתפים חוו את המפגש הקבוצתי כמפגש חיובי ותומך הביעו רצון להשתתף במפגשים מסוג זה בהם יכלו לעלות את קשייהם ולקבל תמיכה מחברים

- "אנחנו מכירים מהאולפן, יש לנו חברה... לרבים אחרים אין חבורה כזו, אין עם מי לדבר" (קבוצת מיקוד צעירים).
- "ניתן לעשות קבוצות בשירותים שונים ואף מקומות עבודה. פעילויות חוסן במקומות כאלה, כמו חברת אבטחה" (סוכנות).
- "אם אני אגיד במילה אחת זה תמיכה ועזרה... אני מאוד בעד שקשישים שלנו יגורו, אני לא מדברת על גטו, אבל אני בעד שהאנשים שלנו הקשישים שאין להם תמיכה מספקת במשפחה יגורו במסגרות המיועדות לעולים חדשים" (עו"ס בריאות נפש).

אנשי מקצוע דיברו בהדגשה על הצורך **בעבודת הסברה רבה לצורך** מיתון הסטיגמות ומתן לגיטימציה לפנות לעזרה:

- "ליידע, לנסות לדבר עם אנשים, ליידע אותם על האפשרות לקבל עזרה. הם לא יודעים פה שום דבר, הם לא יודעים שיש עובדת סוציאלית, שיש רווחה. בגלל קשיי שפה, בגלל כול מני דפוסים כאלה של בושח ו... הם לא יודעים להביעה את הרגשות שלהם, צריך להסביר שזה לא חט, זה בסדר, זה נורמאלי וזה קורה לכולם. אז זה פשוט ליידע את האנשים בשפה שהם מבינים אותה שיש אפשרות לקבל עזרה... לעשות פגישות של עולים עם אנשי מקצוע, רופאים, פסיכיאטרים. מגיעים מעט מאוד לפגישות כאלה, אבל אם לעשות את זה לא פעם אחת..." (רופאת משפחה).
- "וכמובן, חינוך, חינוך, טיפול בהתנגדויות, נתינת לגיטימציה לפנייה, זאת אומרת עבודה על אותם סטיגמות שכלל עם ישראל חולה בהם ואוכלוסיית יוצאי ברית המועצות במיוחד" (קופת חולים).
- "לכן צריך פסיכולוגים דוברי השפה ולעשות עוד בנושא של לתת לגיטימציה לטיפול" (רופא בריאות הנפש).
- "אז אם הייתה איזושהי תוכנית מניעתית, הסברתית ואנחנו עושים את זה, אני מדגישה שאנחנו עושים את זה, אבל משהו יותר אולי מובנה, יותר. אז אולי זה היה נותן לאנשים איזושהי לגיטימציה כן לפנות וכן להגיד "יש לי בעיה" וכן להגיד "אני רוצה להתאבד כי אני לא יכול יותר", אולי, אני לא יודעת" (מעון סטודנטים עולים).
- "מניעה, מניעה, וגם צריך אולי יותר לדבר על זה שלא בושח להיעזר, להגיד שאני חלש נפשית, חוששים מלקבל טיפול תרופתי, והים זה לא ממכר. או שלא יקבלו אותי לעבודה אם ישעו שבדיכאון" (מרכז קליטה).

**שימוש באמצעי תקשורת** הוא אחד הכלים החשובים בעבודת הסברה ומניעה:

- "בתקשורת מאוד חשוב כי כול העולים חדשים מסתכלים טלוויזיה, מקשיבים ל"רקע". בתקשורת זה מאוד חשוב כי הם סומכים יותר על התקשורת" (רופאת משפחה).
- "עוד פעם או בפרסומת או בהסברה או לפרסם בעיתונות נגיד "הוסטי", או כל מיני, בעיתונות הרוסית וכל המקומות שאתה יודע שמגיעים לשם יוצאי חבר העמים או יוצאים של ארצות אחרות, עולים מארצות אחרות, אז יכול להיות שזה באמת היה מחלחל" (מעון סטודנטים עולים).
- "אוכלוסייה שעברה פחות אינטגרציה, היא פחות חשופה לכלי תקשורת ישראלים, למשל. אז רדיו "רקע" בשבילם זה מקור יותר מהימן, אז "וסטי" בשבילם זה מקור יותר מהימן, ערוץ תשע בשבילם, זה מקור יותר מהימן" (עו"ס קופת חולים). גם בקבוצת מיקוד קשישים הודגש נושא זה על ידי המשתתפים: "צריך לדבר על כך יותר, בטלוויזיה. צריך לתת דוגמאות למקרים שקרו בערוץ 9 ברוסית" (קבוצת מיקוד קשישים).

הצורך **בין חם (hotline)** חוזר על עצמו במספר ראיונות עם אנשי מקצוע וגם בקבוצת מיקוד:

- "קו טלפון לאנשים במצוקה, שיכולים לפנות לפתרונות של בעיות" (קבוצת מיקוד צעירים).
- "אז איך מאתרים? ומאתרים אני אומרת אם היה מרכז טיפול כזה, אפילו עם קו טלפון חם, אני חושבת שזה דבר שראוי להתייחס אליו ולעשות" (סוכנות).

## 6.2.5 עקרונות ההתערבות

המרכיב החיוני הראשון במתן עזרה ומניעת אבדנות בקרב עולי חמ"ע הוא השפה. **השירותים והתוכניות**

**חייבים להינתן בשפה הרוסית.**

- "לשים כאן דוברים רוסית, דוברי השפה. פסיכולוגים זה ממש חסר, זה נחוץ. כי יותר ויותר אני מגלה אנשים מרוסיה שצריכים תהליך טיפולי ולא רק פסיכיאטר. לכן צריך פסיכולוגים דוברי השפה ולעשות עוד בנושא של לתת לגיטימציה לטיפול למרות שבחוויה שלי היום יש פחות סטיגמה לגבי טיפול" (מרכז קליטה).
- "חייבים שפסיכיאטר או פסיכולוג ידברו אותה שפה, אחרת זה חסר משמעות. כשק' עזבה אני ממש דרשתי... הייתה כמות מסוימת אצל דוקטור ח', ברגע שהוספנו את הרופא הנוסף [פסיכיאטר דובר רוסית], התמלא עד אפס מקום, עובדה. עכשיו מביאים רופא שלישי ואני ממלאה גם אותו" (עו"ס קופת חולים).
- "ואנשים מעדיפים לדבר רוסית למרות שמבינים עברית כי דווקא הם מחפשים אדם שיכול להבין את התרבות ואת המצוקה שלהם, יכול להקשיב לשפה שלהם"
- "אני שמתני לב שלפעמים אנשים לא באים לטיפול ולשיחה כאשר אין אדם שיכול לדבר בשפה משותפת... שזה דפוס ספציפי להתמודד עם המשבר באמצעות התאבדות. מבחינת החלק התרבותי אני יכול



- להגיד שהיה לי יותר קל לטפל במשפחה, ליצור קשר, כי הם לא התנגדו להתערבות של עו"ס דובר רוסית למרות שאני עשיתי פיקוח ואמרת שהתפקיד שלי למנוע דברים יותר קשים.
- "מבחינתי היה חשוב למשפחה שאני דובר רוסית, אני חושב שכן. לא יודע אם זה בהקשר של ההתאבדות או מחלה נפשית, אבל בכלל להבין את הקודים התרבותיים בלי לשפוט" (עו"ס רווחה).
- "יש אוכלוסייה שיש להם כבר כסף, יש להם, אבל הם רוצים איש מקצוע טוב, מצד אחד עם מחשבה ישראלית ומצד שני מדבר בשפה שלהם.... כי הדברים האלו, דברים רגשיים, גם אם אתה שולט בשפה בצורה סבירה, עדיף לך להעביר בשפת האם" (עו"ס קופת חולים).

בשל דפוסי פנייה לעזרה שתוארו המאופיינים בחשדנות, פחד מחשיפה והימנעות מפניה לעזרה, מדגישים האינפורמנטים מספר אסטרטגיות התערבות שיש להקפיד עליהן עם עולי חמ"ע.

**אנונימיות** הכרחית במתן עזרה נפשית ומניעה עם עולי חמ"ע וכך גם **הגדרה נורמטיבית** של מסגרות ההתערבות והסיוע:

- "במקרה של הבנים, יש משהו של פחיתות כבוד בלבקש עזרה. הם מאוד סגורים. מאוד סגורים. שלב החיזור והאמון צפוי להיות ארוך מאוד. אז זה מה שצריך לקחת בחשבון. ושוב לדבר איתם כמה שיותר מוקדם. הייתי עושה תכניות בבית ספר. הייתי מזמין ומשאיר כרטיסים על השולחן, לא מחלק. כי לא ייקחו בפומבי" (לרוץ).
- "אם את רוצה למנוע אובדנות הדבר הכי משמעותי שאת יכולה לעשות זה לתת כתובת לילדים. מקום שלא ייקרא שירות סוציאלי, שום דבר כזה של ממסד... ובודאי אנונימי".
- "צריך ממש אפילו ברמה של בית ספר באיזה שהוא שרות ראשוני, שרות נורמטיבי לגמרי. אם זה נוער או ב"ס, אם זה מבוגרים או משרד קליטה. להציב שרות ראשוני בשפה הרוסית, לחייב להגיעה לשם. או קופת חולים, אבל שרות טיפולי, לא מתנדבים. שישבו אנשים מקצועיים.. כנ"ל בבתי ספר".
- בתוך בית ספר, שהם ייקראו "מדריכים", שיסתובבו בכיתות, זה צריך להיות בתוך בית ספר, ולא יועצת. התנאי – דובר שפה, לא משנה כמה זמן בארץ. זה חייב להיות ברוסית". "שישב באותו חדר עם רופא משפחה, שיקרא יועץ בין תרבותי, יועץ למשפחה, לא מאיים. יועץ להשתלכות תרבותית, משהוא לא סטיגמטי". (עו"ס בריאות הנפש).
- "גברים, יותר דגש להגיע אליהם, דרך צבא, דרך קופת חולים. לרופא משפחה גברים הולכים. צריך להושיב באותו חדר עם רופא משפחה פסיכולוג. כי זה גישה של רוסים. זה צריך להיות בינתרבותי. רופא משפחה זה משהו מרגיעה" (עו"ס בריאות נפש).
- "לקבוצת תמיכה יבואו אם לתת לזה כותרת "אורח חיים בריא", שרופא משפחה יפנה. לא בבריאות נפש. שיגידו מה לעשות ופחות דיון על רגשות. קבוצות קוגניטיביות ומשימתיות.
- כדאי שרופא משפחה יוכל להתייעץ עם פסיכיאטר. ואז מי שבאמת במצוקה – יגיעה. או שיקבלו במרפאה בלי שם שזה פסיכיאטר. יהיה יותר קל, ילכו. לכתוב מרכז תמיכה למצוקה נפשית ולא פסיכיאטר, אז אולי ילכו" (רופאה בריאות נפש).

- "מפתח זה רופא משפחה, יש להם הרבה כלים. אין סטיגמה, אם הוא בקופה יש לו אפשרות לתת תרופה נגד דיכאון או חרדה באופן מיידי. יכול להפנות לפסיכולוג דרך הקופה. אם טיפול תרופתי לא עוזר – יפנה לפסיכיאטר. חלק גדול מהדיכאון קשור למצב סוציאלי. גורמי רווחה לדוברי רוסית זה משהו מפיח וחשוך. זה גורם שצריך להיות בתמונה" (רופא בריאות נפש).

המרוויינים הדגישו גם את חשיבותן של מיידיות וזמינות במתן שירותים:

- "עכשיו אם זה משהו שמתחיל, שיכול לחכות חודש ימים, טוב. אחרי חודש, זה יכול קצת לרדת ואז בן אדם לא מגיע עד להתקף הבא. נגיד, אם זה חרדות, איך מתחילים חרדות? עכשיו במקרה הלא טוב, אנחנו רואים שצריכים להפנות אותו, אנחנו מפנים אותו לפסיכיאטרים ומגיע למיון, נופל בין הכיסאות" (עו"ס קופת חולים).
- "וכשהיא הגיעה למפגש, הייתה תקופה שהיו פתאום שביתות רופאים, אז רופאה אמרה אני לא אקבל אותך. דוברת שפה, ילדה גם דוברת שפה. "רוסים". פשוט לא קיבלה אותה, פשוט לא קיבלה אותה. עד עכשיו אני לא יודעת איך זה יכול לקרות כי היה מדובר בניסיונות התאבדות גם בעבר וגם המצב הנוכחי, לא היה מאפשר לאף אחד להגיד" אני לא אקבל", והיא לא קיבלה אותה" (קליטה).
- "זמינות, זמינות, זמינות. שלא ייווצר מצב שאתה רוצה לדבר, אז תבוא עוד יומיים בשבע. זה קריטי... לא לעשות וי אלא לעשות צ'ק אפ. כל הזמן לבדוק מה קורה" (לרוץ).
- אני חושבת שהשירות הפסיכיאטרי הוא מועט מדי, בפרופרציה לדרישה, בפרופרציה לביקוש, שלא מספיק זמין. במקרה הטוב, הוא פונה לרופא משפחה שמפנה אותו לרופא שלנו שמקבל פעם בשבוע" (עו"ס קופת חולים).

אלמנטים נוספים שמודגשים על ידי האינפורמנטים הם ליווי ומעקב אחר עולים:

- "זה לגבי שירות שלנו, ולגבי בכלל אני חושבת שאם, אני מדברת על אוכלוסיה מבוגרת, אני חושבת שכל עולה חדש שהוא מגיע ארצה אחרי גיל שישים משרד הקליטה חייב לעשות סוג של איזשהו מעקב מה קורה עם הקשיש, כי הם מקבלים את כל המידע בהתחלה כשהקשיש רק עובר את הגבול ואז הם יודעים האם הוא הגיע לבד, האם הוא הגיע עם משפחה, ואז אם היו עושים מעקב לפחות שנתיים, שלוש שנים ראשונות, עם מי הוא גר, איך הוא מסתדר, לקשיש בודד הם צריכים פשוט להצמיד" (עו"ס בריאות נפש).
- "יותר ליווי, יותר מעקב, כי אין מי שיעשה את זה. ברגע שהוא משתחרר - אף אחד לא עוזר לו. היום יש נטייה לשחרר, את יודעת... להמציא איזשהו מנגנון למקרים כאלו, יהיה לנו קשר, כאילו רצף טיפולי שהוא לא קיים. להמציא מנגנון, לחשוב על מנגנון של רצף טיפולי שהיום הוא לא קיים באף רמה. אף גורם לא קשור לאף גורם, אם זה בית חולים פסיכיאטרי, אז זה הכול בפנים. ברגע שהוא יוצא לקהילה, אף אחד לא יידע ממנו, לא רווחה, כי לא יפתחו לו את התיק, כי הוא לא מקרה סוציאלי, כי יש מאה סיבות שלא יפתחו לו את התיק, לא קופת חולים, כי אין קשר" (עו"ס קופת חולים).

- "צריך ליווי יותר צמוד לעולים, זה בהחלט. ובמיוחד צעירים, במיוחד בודדים בארץ. יותר התעניינות. אני למשל לבד, אם יש משהו איזושהו מקרה חירום, את רצה, את עושה, אח"כ את יוצאת מזה, יש לך במקום אחר עוד משהו" (עו"ס במשרד הקליטה).
- "... הנושא של מעין רכזי בוגרים, יהיה בן אדם משלנו, לא עובד סוציאלי, מדריך בוגר בקשר עם אנשים. העניין של זה - לשבור את הבדידות, לדבר. ואז אם צריך - להפנות או לקדם נושאים. לפעמים זה עניין של חוסר ידע של זכויות, כל מיני" (סוכות).  
תחום ייחודי בו מומלץ לוי וסיוע הוא תחום התעסוקה:
- "יש אוכלוסיות אחרות שהם... מציאת מקומות עבודה או תוכניות בלשכת תעסוקה לשילוב אקדמאים, כי אצל עולים יש הרבה אקדמאים, ומעמד וסטאטוס בחווייה פנימית לאדם שהיה לו סטאטוס מיוחד, הנפילה הזו הרבה יותר בעייתית מאשר לאדם שלא היה לו סטאטוס כזה, עד גבול מסוים כמוכ"ן" (עו"ס קופת חולים).

### אינפורמנטים רבים מרגישים שנושא העלייה אינו נמצא כלל על סדר היום של שירותים רבים ולדעתם

- חשוב מאוד לחדד את המודעות של כל נותני השירות להקשר של העלייה שבו חיים העולים. בין הרופאים, למשל, נמצאו עמדות מגוונות החל ב: "זה לא לרופא משפחה" ועד ל: "אני חייבת לדעת הכול על המטופל". "צריך להתעניין יותר, יותר לשאול, לדובב" (רופאת משפחה).  
לא אחת העולים חווים חוסר אכפתיות:
- "הקואורדינטורית שלי במשרד קליטה אדישה, לא עוזרת. סיפרתי לה על הבעיות עם הילד – היא לא יכלה לעזור בשום דבר" (קבוצת מיקוד צעירים).
- וגם נותני השירותים מסכימים שיש להעלות את המודעות לנושא העלייה:
- "אני חושבת שהמודעות בנושא של עבודה עם עולים חדשים לא מספיק קיימת בשירותים השונים" (מרכז קליטה)
  - "נושא העלייה בכלל לא מספיק קיים אצל המטפלים, הרופאים ולא בכל השירותים שנותנים סעד רוחני" (מעון).

### תקציבים נכוח אדם זהו גם נושא שחוזר על עצמו בתוך דברי האינפורמנטים:

- "צריך יותר כוח אדם שמלווה יותר זמן... לעובדים אין זמן, כול פעם מגיעים חדשים (רכזת קליטה).
- "הדבר שמאוד חסר לנו, מאוד חסר לנו, זה שאין לנו מספיק צוות כדי לבצע ביקורי בית. לא כל חולה יכול להגיע למרפאה, לא בגלל מצב פיזי אלא בגלל הסטיגמה, ואז הם מאוד רוצים איזושהו קשר, אבל נמנעים להגיע למרפאה. ואז בעצם אין לנו מעקב סדיר על מצבם הנפשי, ואז אנחנו מאבדים אותם, זה דבר אחד" (עו"ס בריאות נפש).
- "אם לרופא יש עובד סוציאלי צמוד במרפאה, עובד סוציאלי רפואי, אז כל מה שהוא צריך לעשות - זה להקדיש זמן להסביר לו למה כדאי לפנות. בכל זאת, לרופא יש תפקיד. צריך להקדיש דקה וחצי כדי לעשות לזה רפריימינג, הגדרה מחדש, טיפול בהתנגדויות. אבל אז הוא לא צריך לסחוב את זה, ואז עובדים בטיפול מערכתי שמשלב אנשי מקצוע במקביל, וזהו" (עו"ס קופת חולים).

מתוך הראיונות עם נותני השירותים בכל הרמות עולה שיש לתת לנותני השירותים שאינם עובדים ישירות בתחום בריאות הנפש הכשרה ספציפית בתחום האבדנות, הן ברמה של ידע והן ברמה של מיומנויות ונהלי עבודה:

- "האמת, אין לנו התמחות ממש בהתאבדויות, כאילו מה עושים וזה, לא השתלמויות, לא כלום. בכללי לגמרי אני אגיד לך, באמת חסר לי ידע בתחום, חסר לי ידע וכלים כאחד בתחום התמודדות עם המקרים האלה. לא, אובדנות, מה אני כעובדת סוציאלית, איך אני, אם אני מקבלת מכתב שחרור כזה, מה אני עושה? מה אני אמורה לעשות?" (עו"ס קופת חולים).
- "פתאום באה יועצת עם עיניים כאלה ואומרת שאם אנחנו לא נעזור לה עכשיו אז היא תתאבד, היא תעשה משהו עם עצמה... הם לא יודעים מה לעשות, הם באים אלי, מה אני אמורה לעשות? את יודעת, אני עשיתי בירורים מול משרד הבריאות, כי יש חוקים מה אני אמורה לעשות, בכ"ז נהלים בארץ שלנו. אין כאן הרבה נהלים, בנאדם הוא אדם לעצמו" (קליטה).
- "תראי, אין ממש נהלים. פנייה לעו"ס, אפילו כשאני נמצאת בקרייט מלאכי או באילת, מקבלת טלפון אני מדברת עם עולה, צריך לדבר. את מסבירה, מדברת בקול שקט ורגוע, וזה עובד, לא יודעת. ובמקביל אני יוצרת קשר עם... לפעמים לא יודעים מה שם של רופא, אבל בקופה יודעים. אז אני מרימה כמה טלפונים, מוצאת את הרופא ומסבירה את המצב, אז ככה. אין ממש נהלים" (קליטה).
- "כי אובדנות זה תמיד אצל גורמים מטפלים שהם לא אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש, זה גורם לחרדה מטבע הדברים, ובגלל שהם מרגישים חרדה, הם בדרך כלל מנסים להתחלק באחריות ולשאול, כל הדברים שטוב שיעשו" (עו"ס קופת חולים).

#### מרכיב אחר שיש בו צורך הוא הדרכה ולווי של עובדים בקושי שלהם אל מול האבדנות:

- בשבילי מוות זה נושא מאוד קשה. אנשים מבוגרים שאם יש להם מחשבות אבדניות זה גרוע מאוד. למה? כי לא נשאר להם הרבה, ובסיטואציה הזאת שלא נשאר הרבה והחיים מצטמצמים, ואולי שמתם לב שאנשים מבוגרים לא ישנים הרבה, כי אין הרבה זמן וחבל על הזמן שמתבזבז בשינה, וככה לקרב את המוות - בשבילי זה מדכא. ואני לא מתמודדת איתו" (עמך).
- "אולי בלי קשר לעולים, אולי היה לי קושי בהתחלה לדבר על דברים כאלה בכלל עם פונים" (מרכז קליטה).
- "את חושבת שאת צריכה ללכת [לפסיכיאטר]?" - אני לא שואלת ככה, אני סיימתי עם הרגישות יתר, עכשיו אני שואלת- את מטופלת ע"י פסיכיאטר? רופא נתן הפניה לפסיכיאטר? היא עונה- כן. כשהיית ברוסיה היית מטופלת, כמה זמן היית מאושפזת, 3,4 חודשים? שואלת שאלות שהיא צריכה לתת תשובה מיידית. אין כאן מקום... אז היא אמרה לא 4 זה הרבה, הייתי 3. לפני זה הייתה מכחישה- לא, מה פתאום. יועצת. יועצת הייתה מתביישת לשאול" (משרד קליטה).

## 7. תוכניות מניעה – סקירת ספרות

תוכניות למניעת התאבדות קיימות על שלוש רמות (קרן, 2008):

### לוח 16 - תוכניות למניעת התאבדות

דוגמאות	מטרות	אוכלוסיית יעד	רמת המניעה
תכניות הסברה בבתי ספר, בצבא "שומרי סף": מי שעובד עם אוכלוסייה בסיכון והוא גם גורם מתווך, הגבלת אמצעי קטל	הפחתת גורמי סיכון לא ספציפיים, הגברת גורמי מגן, שיפור באיתור אנשים המצויים בסיכון, הסרת חסמים בפני פנייה ומציאת טיפול.	כלל האוכלוסייה	אוניברסאלית
ייעוץ לנוער מנותק, לקורבנות אלימות, למובטלים, לסובלים מהתמכרויות	הפחתת גורמי סיכון ידועים באוכלוסייה ברת זיהוי.	אוכלוסייה בסיכון מוגבר	סלקטיבית
סינון (סקרינינג), איתור מיקרים חיוביים מוקדים וקווי חרום, פסיכותרפיה וטיפול תרופתי	התערבות במצב הפרעה או במצב מקדים על מנת למנוע הידרדרות	אנשים בסיכון קונקרטי	מותווי indicated

בספרות אין אינדיקציות לתוכניות מניעה המיועדות באופן ספציפי למהגרים בכלל ולא ליוצאי ח"ע בפרט. להלן ייסקרו מספר גישות למניעת התאבדות שמהן ניתן לשאוב מרכיבים ליישום עם אוכלוסיית עולי ח"ע.

### 7.1 הגבלת נגישות לאמצעי קטל

התכניות הממוקדות באופן קונקרטי בהגבלת נגישות לאמצעי קטל נמצאו יעילות ביותר להורדת שיעורי האבדנות. כך, למשל, שיעורי ההתאבדות בבריטניה ובשווייץ פחתו עם החלפת הגז לשימוש ביתי בגז פחת רעיל (Lester, 1990; Gunnell et al., 2000). כך גם שיעורי ההתאבדות בארצות הברית, קנדה ואוסטרליה פחתו עם הגבלת הרישוי לנשיאת נשק חם (Loftin et al., 1991; Lester & Leenaars, 1993; Snowdon, 1992) והשיעורים בברה"מ ובאיסלנד פחתו כאשר חלה הגבלה על השימוש באלכוהול (Harris, 1992) ובריה"מ ובאיסלנד פחתו כאשר חלה הגבלה על השימוש באלכוהול (Wasserman & Varnik, 1998; Lester, 1999).

### 7.2 הסברה לציבור הרחב

מסעות הסברה לכלל הציבור מיועדים להרחיב את ההבנה לגבי גורמים להתנהגות אבדנית ולהקל על זיהוי של סיכון לאובדנות. כמו כן, יש שאיפה להפחית את הסטיגמה על מחלות נפש ואובדנות וערער את תפישת האובדנות כתופעה בלתי נמנעת או כפתרון ראוי לבעיות החיים. יעילות מסעות ההסברה לא הוכחה באופן חד משמעית ברמה סטטיסטית (Lehfeld et al., 2004; Crowley et al., 2004). אסטרטגיות חינוכיות אחרות ממוקדות בנוער, וכוללת תכניות בבתי הספר ובקהילה. גם לגבי תוכניות אלה אין עדויות חד משמעיות לכך שהן הורידו את שיעורי האבדנות (Mann et al., 2005; Upanne et al, 1999; Crowley et al, 2004).

אמצעי התקשורת הם כלי חשוב במניעת אבדנות, כאשר הם מגויסים למסע הסברה מתוכנן. אולם, אמצעי התקשורת עלולים גם להזיק אם הם נגררים להאדרת ההתאבדות והצגתה כפתרון לבעיות (Pirkis & Blood, 2001a; 2001b).

### 7.3 הכשרה לאנשי קהילה ואנשי מקצוע

הכשרת רופאים ראשוניים: דיכאון והפרעות פסיכיאטריות אחרות מצויות בתת-אבחון ותת-טיפול במערכת הרפואה הראשונית (Mann et al., 2005). יחד עם זאת, מחקרים מלמדים כי רוב מהמתאבדים היו בקשר עם רופא ראשוני זמן קצר לפני שעשו את ניסיון (Luoma et al, 2002; Anderson et al, 2000) וכי שאנשים נוטים לספר על כוונות ההתאבדות שלהם לרופא שלהם (Luoma et al, 2002). רוב המחקרים מלמדים כי בעקבות תוכניות הכשרה הייתה עלייה ביכולתם של רופאים ראשוניים לאבחן דיכאון ולזהות התנהגות אובדנית, עלייה ברישום תרופות נוגדות דיכאון וירידה בשיעורי האובדנות (Rutz et al, 1989; Rutz, 2001; Pfaff et al., 2001; Rihmer et al., 2001).

הכשרת שומרי סף: אנשי הקהילה – כמו מורים, אנשי דת, עובדים קהילתיים, רוקחים, מטפלים גריאטריים ואחרים, עשויים לסייע באיתור מי שנתונים בסיכון לאבדנות. הכשרה לשומרי סף אלה כוללת פיתוח מודעות לגורמי סיכון, והכשרה להפנות את מי שאיתרו לקבלת עזרה. תוכניות להכשרת שומרי סף נתנו תוצאות חיוביות בצבא הנורווגי (Mann et al., 2005) בחיל האוויר האמריקאי (Knox et al., 2003; Litts et al., 1999).

### 7.4 סינון פסיכיאטרי (Screening)

תוכניות לסינון איתור מתבגרים בסיכון מופעלות במסגרות חינוכיות נורמטיביות ובקרב נוער בסיכון. מדווח כי תוכניות מסוג זה מצליחות להגדיל את מספר מקרי הסיכון הידועים, אולם אין עדויות לכך שהן מצמצמות את מספר ההתאבדויות (Mann et al., 2005). תוכניות לאיתור מבוגרים בסיכון לאבדנות הוכיחו את עצמן כיעילות יותר: הן הובילו לטיפול רב יותר בדיכאון ושיעורי אובדנות נמוכים יותר (Oyama et al., 2004; Mann et al., 2005; Rutz et al., 1989).

### 7.5 טיפול תרופתי ופסיכותרפיה

נתונים עולמיים מצביעים על תת-אבחון ותת-טיפול בדיכאון: הפרעות פסיכיאטריות נוכחות ברוב מקרי ההתאבדות, אך רובן אינן מטופלות בתקופה הסמוכה להתאבדות (Henriksson et al, 2001; Isacson et al, 1995; Lonqvist et al., 1994). תת-טיפול בדיכאון מדווח גם לאחר ניסיון התאבדות (Coyle et al., 2002; Oquendo et al., 2003).

בהקשר זה אסטרטגיה חשובה במניעת אבדנות היא יציאה אל הקהילה (outreach) (Mann et al., 2005). חשיבותה גדולה במיוחד לאור העובדה שאנשים בעלי מחשבות אבדניות פונים לעזרה בשיעורים נמוכים יחסית (Pagura et al., 2009).

איתור של אנשים הסובלים מדיכאון וטיפול בהם מצמצם את שיעורי האובדנות (Rihmer et al., 1990; Rihmer, 1996). מדובר בדרך כלל בטיפול בתרופות נוגדות-דיכאון ונמצא כי טיפול כזה מפחית את שיעורי האובדנות (Clayton. & Auster, 2008; Rihmer et al., 2001; Hall et al., 2003; Gibbons et al., 2003; Olfson et al., 2005). אולם, הטיפול יעיל כאשר הוא ניתן לאורך זמן, תוך התאמת המינון אישי לחולים ולעיתים תוך שילוב עם פסיכותרפיה (Trivedi et al., 2006; Simon et al., 2006). פסיכותרפיה הינה מרכיב משמעותי בטיפול בדיכאון ומחקרים הראו תוצאות מבטיחות לגבי תרומתה של פסיכותרפיה להפחתת הישנות של התנהגות אובדנית ולשפר את ההתמדה בטיפול (Mann et al., 2005). גישות שהוכחו כיעילות הן טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (CBT) (Clayton. & Auster, 2008), גישות טיפוליות המכוונות לפתרון בעיות ופסיכותרפיה בינאישית (Mann et al., 2005).

## 7.6 ניהול טיפול ומעקב

מחקרים מלמדים כי ניהול מקרים (care/ case management) ע"י אחיות, טיפול בשיתוף פעולה או יוזמות שיפור האיכות יכולים לשפר במידה ניכרת את הזיהוי ואת הטיפול בדיכאון ומכאן, לתרום להקטנת שיעור ההתאבדויות (Vergouwen, 2003). טיפולי מעקב (follow-up) אחרי ניסיון התאבדות הוכיחו את עצמם ככלים יעילים לצמצום האובדנות: מטופלים דיכאוניים רבים ששרדו ניסיון התאבדות ינסו לעשות זאת שוב, בייחוד בתקופה הקצרה שלאחר אשפוז פסיכיאטרי. מעקב עשוי לזהות את הסכנה ולמנוע התאבדות (Mann et al., 2005). גם תוכניות מעקב לא טיפוליות, כמו למשל משלוח מכתבים אישיים או גלויות למטופלים המשתחררים מאשפוז הובילו לירידה בשיעורי ההתאבדות (Mann et al., 2005; Clayton, & Auster, 2008). שיטות מעקב ושמירה על קשר שהוכיחו את עצמן הן: מכתבים, כרטיס קשר לשעת חירום, יועץ המתאם את ההערכות ואת הטיפול לאורך זמן. שיטות שלא הראו אפקט: מעקב טלפוני, מעקב פסיכולוגי אינטנסיבי, חינוך בווידיאו ותרפיה משפחתית (Mann et al., 2005).

## 8. המלצות

אחד החוקרים החשובים בתחום האבדנות טוען כי האובדנות, כמו מחלות לב, מוסברת באופן הטוב ביותר על ידי שילוב בין גורמים חברתיים, התנהגותיים ופסיכיאטריים. אולם התוכניות למניעת אבדנות המופעלות כיום דומות לתוכניות למניעת מחלות לב שהופעלו במחצית המאה הקודמת: המניעה מתמקדת בשלב האחרון, ממש לפני ביצוע פעולת ההתאבדות ללא התייחסות לגורמים חברתיים והתנהגותיים רחבים יותר (Knox & Caine, 2004). ההמלצות הנובעים מן החומר שנאסף ותועד במסמך זה, עולות בקנה אחד עם תפיסה רב-ממדית זו של אבדנות ויש מניעה.

## 8.1 עיקרי ההמלצות

על מנת שתוכניות מניעה עם עולי חמ"ע תהיינה יעילות, עליהן להיות:

א. כוללניות - לכלול התערבויות בכל הרמות:

- התערבויות אוניברסאליות המכוונות לכלל האוכלוסייה של עולי חמ"ע,
- התערבויות סלקטיביות, המכוונות לקבוצות הסיכון שבתוך קהילה זו
- והתערבויות מותוות, המכוונות לעולים המצויים בסיכון קונקרטי.

יש להביא בחשבון כי:

ב. הגירה היא גורם לחץ ארוך טווח ויש להרחיב את הגדרה "מיהו עולה" מעבר לשנים הראשונות לעלייה ולכוון את מאמצי המניעה אל כלל העולים מחמ"ע בישראל.

ג. תקופות מעבר בין מסגרות הן תקופות סיכון (למשל, סיום אולפן, סיום קבלת סייעו כלכלי)

ד. יש לחצו ההגירה הייחודיים לעולי חמ"ע (למשל, בעיות תעסוקה). התערבויות לשם מיתון גורמי לחץ אלה והגדלת גורמי החוסן (כמו למשל, תמיכה חברתית) הן חלק מפעילות של מניעת אבדנות בקרב עולי חמ"ע.

ה. לעולי חמ"ע יש מאפיינים תרבותיים ייחודיים ויש לבנות את ההתערבויות מותאמות:

- להנגיש את ההתערבויות והשירותים לעולי חמ"ע מבחינת השפה (רוסית)
- בנות את התערבויות מתוך הכרות והבנה של דפוסי התנהגות תרבותיים המייחדים את עולי חמ"ע (למשל, פנייה לגורמי סיוע בלתי רשמיים).
- לגייס לטובת המניעה את המשאבים הייחודיים שעומדים לרשות עולי חמ"ע ברמה האישית (למשל, השכלה ויכולת למידה) וברמה הקהילתית (למשל, רופאים ורופאות גמלאים הנהנים מאמון הקהילה).

ו. יש לחדד את המודעות של כל נותני השירותים למשמעות הפסיכולוגית של עלייה, להשלכות של ההתמודדות עם העלייה והקליטה על עולים שפונים אליהם.

ז. הכשרה לאנשי המקצוע ולשומרי הסף צריכה לכלול שני אלמנטים מרכזיים: הכשרה על תופעת האבדנות על כל היבטיה, והכשרה על תהליכים וסיכונים נפשיים בהגירה.

## 8.2 פירוט ההמלצות

### 8.2.1 תוכניות אוניברסאליות

מתוך כלל החומרים שנאספו עולה בבירור כי עולי חמ"ע הם אוכלוסייה בסיכון גבוה במיוחד לאבדנות. הספרות מכוונת לראייה זו מתוך שהיא מציגה את ההגירה כגורם סיכון למצוקה נפשית ולאבדנות וכל מקורות הנתונים מלמדים על רמה גבוהה יותר של מצוקה ושל אבדנות בקרב עולי חמ"ע לעומת אוכלוסיית ישראל שלא חוותה הגירה. **אין בנתונים עדויות לכך ששיעורי האבדנות הגבוהים בקרב העולים הם "יבוא" מארץ המוצא שלהם המצטיינת בשיעורי אבדנות מן הגבוהים בעולם. גם מי שהייתה להם התנהגות אבדנית**



בארץ המוצא, התנהגות זו פסקה עם העלייה וההתנהגות האבדנית שזוהתה בקרב עולי חמ"ע קשורה רובה ככולה ללחצי העלייה והקליטה.

לאור העובדה שכלל אוכלוסיית העולים מצויה בסיכון לאבדנות, יש צורך בתוכניות מניעה שתהיינה מכוונות לכלל אוכלוסיית העולים מחמ"ע בישראל. על תוכניות מסוג זה לכלול מספר מרכיבים:

קודם כל, עליהן לכלול פיתוח של שירותים ומענים למצוקות הנפשיות של עולי חמ"ע. שירותים אלה צריכים להיות נגישים וזמינים, להינתן בשפה המובנת לעולים (רוסית), תוך התאמה לתפיסות התרבותיות שלהם, על ידי סגל מיומן של אנשי מקצוע שעבר הכשרה מתאימה.

שנית, על התוכניות לכלול מרכיב של הסברה שמטרתו לחנך לתפיסה של הגירה כמשבר נורמטיבי, למתן את הסטיגמות המונעות מעולי חמ"ע לפנות לעזרה ולעודד חיפוש לעזרה מקצועית ובלתי פורמאלית למצוקות נפשיות ולמחשבות אבדניות.

תוכניות הסברה לעולי חמ"ע רצוי שתבצענה במסגרות נורמטיביות ככל הניתן (למשל, בתי ספר או מועדונים) עם מסר שלא יבחין בין הפנייה לעולים לבין הפניה לכלל האוכלוסייה בישראל. יחד עם זאת, בניית המסרים חייבת להתבסס על הבנה יסודית של תפיסות המאפיינות את העולים.

כיוון שהרפואה הראשונית הינה הכתובת אליה מגיעים עולי חמ"ע עם תלונות על מצוקות שעשויות להיות קשורות לאבדנות, נראה כי אסטרטגיה של הכשרת רופאים ראשוניים רלוונטית מאוד למניעת אבדנות בקרב עולי חמ"ע.

## 8.2.2 מניעה סלקטיבית

אינטגרציה של כל מקורות המידע מובילה לזיהוי של מספר גורמי סיכון וקבוצות סיכון מתוך קהילת עולי חמ"ע אליהם יש לכוון מאמצי מניעה ייחודיים.

כך עולה מן הנתונים כי גברים מצויים יותר בסיכון לאבדנות מאשר נשים. דפוס שנראה כמייחד את הגברים מבין עולי חמ"ע הוא דפוס של מעבר חד יחסית למישור של ביצוע התאבדות, עם מעוט של סימנים מקדימים, כמו מצוקה, מחשבות אבדניות או ניסיונות אבדניים. דפוס זה מחייב התייחסות מובלטת הן ברמה של הסברה, למשל, הדגשת המסר כי אפשר ורצוי לחשוף את המצוקה או סימנים מוקדמים של אבדנות והפנייה של מסר זה באופן ייעודי לגברים.

גילאי הבגרות המוקדמת 15-25 והזקנה המוקדמת +65, במיוחד בהקשר של אבדן הבריאות ועצמאות, הם גילאים שהסיכון לאבדנות בהם גדול במיוחד ואת מאמצי ההסברה, הזיהוי וההפניה יש למקד בגילאים אלה. גורמי סיכון המוכרים מהספרות ומאוכלוסייה הכללית שנעשים חשובים במיוחד לגבי עולי חמ"ע הם מעמד אישי של בודדים – מי שאינם נשואים מצויים בסיכון רב יותר לאבדנות, ומעמד תעסוקתי – אבטלה או ירידה בסטאטוס התעסוקתי בולטות כגורמי סיכון לאבדנות.

התערבויות עם קבוצות הסיכון צריכות לפעול למזעור גורמי הסיכון והגברת גורמי החוסן. על כן זיהוי של עולים גברים שאינם נשואים, חיזוק מערכות התמיכה שלהם הן ברמה הפורמאלית והן ברמה הבלתי פורמאלית – אלה התערבויות נחוצות וחשובות. כמו כן, יצירת מקורות תעסוקה היא בבחינת התערבות מניעתית לא פחות מאשר הסברה ומתן תמיכה נפשית. בהתחשב בדפוס המצטייר למעבר מהיר יחסית לפעולה, נכון יהיה אם יוכשרו הגורמים הבאים במגע עם עולי חמ"ע להיות רגישים לביטויים מזעריים של מצוקה ולעודד חשיפה של

מצוקות נפשיות.

קבוצות הסיכון של גברים עולים בגיל בגרות המוקדמת (ובמידה מסוימת גם זקנה מוקדמת) מרכיבות במידה משמעותית של כוח האדם בחברות השמירה בישראל. במקרה שלהם מצטלבים שני גורמי סיכון נוספים לגיל – ירידה בסטאטוס המקצועי ונגידות לכלי קטל. על כן, מדיניות של הגבלת גישה לכלי קטל שהוכיחה את עצמה כיעילה במספר תוכניות מניעה רלוונטיות מאוד במקרה זה ומומלץ לנקוט בה. מה לגבי עניין האלכוהול? מומלצת גם הכשרה של "שומרי סף" מבין המעסיקים בסקטור של חברות השמירה על מנת שיהיו רגישים לזהות מצוקות וסכנות אבדניות בקרב עובדיהם.

### 8.2.3 מניעה מותוית

זיהוי וטיפול באנשים הנמצאים בסכנה קונקרטיית לאבדנות תלוי במידה רבה בצעדי המניעה הקודמים כיוון שהוא מחייב שירות שמסוגל לערוך את הזיהוי וההתערבות ופנייה של העולים לשירות זה. הכשרה לגורמים המטפלים חיונית על מנת שהשירות שיוצע לעולי חמ"ע יהיה רגיש ומתאים לצרכיהם. **ההכשרה צריכה להתייחס למהותה של ההגירה כגורם דחק, למאפיינים התרבותיים של עולי חמ"ע ולהכרת תופעת האבדנות. כמו כן, יש ללוות את גורמי הטיפול בהדרכה שוטפת על מנת לקהל על המטפלים להתמודד עם העומס הרגשי שכרוך במגע עם תופעת האבדנות.**

פעילות reaching out של שירותים פסיכולוגיים ופסיכו סוציאליים, הם צעדים נחוצים במקביל להסברה והכשרה לגורמים המטפלים. שני מרכיבי פעילות זו חשובים בעבודה עם עולי חמ"ע: יציאה של השירותים אלה למסגרות קהילתיות נורמטיביות שאינן מקושרות לסטיגמה (למשל, מרפאה ראשונית או מתנ"ס) ופנייה יזומה של השירותים למנהיגות או "מעצבי דעת קהל" בקהילה. מעומדים מתאימים לתפקיד של "מעצבי דעת קהל" שניתן לגייס לטובת תוכניות מניעה (לא רק ברמה המותוית) הם עולי חמ"ע גמלאים בעלי השכלה רפואית או חינוכית. במידה וניתן לזהות קבוצה של עולים מסוג זה, ניתן עם הכשרה מתאימה להפוך אותם לסוכני שינוי ושומרי סף של הקהילה.

מבחינת אסטרטגיות ההתערבות המומלצות, חשוב מכל כי גורמי הטיפול יהיו מסוגלים לתקשר עם עולי חמ"ע הן ברמה של שפה והן ברמה של הבנת תפיסותיהם ועמדותיהם בתהליך הטיפול. במידה והבנה כזאת תעמוד לרשותם, יש להניח כי אנשי המקצוע יוכלו לערוך אבחון טוב ולהתאים את שיטת הטיפול הספציפית לצרכי המטופלים העולים.

ניהול טיפול ומעקב אחר מי שסיימו את הטיפול הוא עקרון חשוב שמתועד כיעיל בספרות וחשוב לקיימו במיוחד עם עולי חמ"ע שאין להם מסגרות תמיכתיות בקהילה.

## ביבליוגרפיה

- חקלאי, צ' (2009). *אבדנות בישראל 2008*. משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- חקלאי צ', שטיין נ', גולדברגר נ', אבורבה מ' (2009). *אבדנות בישראל 2009*. משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- צבר -בן יהושע, נ' (2001). *מסורות וזרמים במחקר האיכותי*. לוד: דביר.
- קרן, ש' (2008). *מניעת התאבדות: מציאות או אשליה*. הרצאה בכנס האיגוד הארצי לבריאות הציבור בישראל, 31.1.08.
- רוזנבאום-תמרי, י' ודמיאן נ' (2003). עולי בריה"מ לשעבר 2001 - השנה הראשונה בארץ: עולי יולי-ספטמבר 2001 מול עולי ינואר-מרץ 1995, עולי ספטמבר 2001 ועולי יולי 1990. *מחקר המעקב אחר הנקלטים במסלול הקליטה הישירה*, דו"ח מספר 14. המשרד לקליטת העלייה: אגף תכנון ומחקר.
- Andersen UA., Andersen M., Rosholm JU., Gram LF. (2000). Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 126-134.
- Alfonso-Duldulao A, Takeuchi DT & Hong S. (2009). Correlates of Suicidal Behaviors Among Asian Americans. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 277 – 290.
- Brown, P. (2001). Choosing to die: a growing epidemic among the young. *Buletin of the World Health Organization*, 79(12), 1175-1177.
- Burvill PW. (1995). Suicide in the multiethnic elderly population of Australia, 1979–1990. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 319-333.
- Burvill PW. (1998). Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychological Medicine*, 28, 201-208.
- Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., et al. (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13.
- Caspi, A., Sugden C., Moffitt, T., Taylor, A., Craig I., Harrington H., McClay J., Mill J., Martin J., Braithwaite A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301 (5631), 386-389.
- Cheng, A. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.
- Clayton P., Auster T. (2008). Strategies for the prevention and treatment of suicidal behavior. *Focus*, 6(1), 15-21.

- Conwell Y., Duberstein, P., Caine E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52,193-204.
- Coyle JT., Pine DS., Charney DS., et al. (2003). Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1494-1503.
- Crowley P., Kilroe J., Burke S. (2004). *Youth suicide prevention: an evidence briefing*. Dublin: Health Development Agency.
- Druss, B., Pincus, H. (2000). Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1522-1526.
- Flaherty J., Kohn R., Levav I., Birz S. (1988). Demoralization in soviet-jewish immigrants to the United States and Israel. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 588–597.
- Gibbons RD., Hur K., Bhaumik DK., Mann JJ. (2005). The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 65, 165-172.
- Glowinsky, A., Bucholz K., Nelson E., Fu Q., Madden P., Reich W., Heath A. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1300–1307.
- Greenfield B., Rousseau C., Slatkoff J., et al. (2006). Profile of a metropolitan North American immigrant suicidal adolescent population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 155-159.
- Groeger U., Tomori M., Kocmur M. (2003). Suicidal ideation in adolescence: an indicator of actual risk? *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 40, 202-208.
- Gunnell D., Middleton N., Frankel S. (2000). Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 437-443.
- Hall WD., Mant A., Mitchell PB., Rendle VA.,et al. (2003). Association between antidepressant prescribing and suicide in Australia, 1991-2000: trend analysis. *British Medical Journal*, 326, 1008-1011.
- Hasin D., Aharonovich E., Liu X., Mamman Z., Matseoane K., Carr L., Li T. (2002). Alcohol dependence symptoms and alcohol dehydrogenase 2 Polymorphism: Israeli Ashkenazis, Sephardics, and recent Russian immigrants. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 26(9), 1315-1321.

- Hasin D., Rahav G., Meydan J., Neumark Y. (1999). The drinking or earlier and more recent Russian immigrants to Israel: Comparison to other Israelis. *Journal of Substance Abuse*, 10(4), 341-353.
- Henriksson S., Isacsson G., (2006). Increased antidepressant use and fewer suicide in Jamtland County, Sweden, after a primary care educational programme on the treatment of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 159-167
- Henriksson S., Boethius G., Isacsson G. (2001). Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden, 1985-95. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 301-306.
- Hjern, A. (2002). Suicide in first and second generation immigrants in Sweden: a comparative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 423-429.
- Hovey JD. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 30, 125-139.
- Isacsson G., Holmgren P., Wasserman D., Bergman U. (1994). Use of antidepressants among people committing suicide in Sweden. *British Medical Journal*, 308, 506-509.
- Knox, KL., Caine, ED. (2004). If suicide is a public health problem, what are we doing to prevent it? *American Journal of Public Health*, 94 (1), 37-45.
- Knox KL., Litts DA., Talcott GW., Feig JC., Caine ED. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 327, 1-5.
- Kosic A. (2004). Acculturation strategies, coping process and acculturative stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45, 269-278.
- Kposowa AJ., McElvain JP., Breault KD. (2008). Immigration and Suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration. *Archives of Suicide Research*, 12, 82-92.
- Kyobutungi C., Ronellenfitch U., Razum O., Becher H. (2006). Mortality from external causes among ethnic German immigrants from former Soviet Union countries, in Germany. *The European Journal of Public Health*, 16(4), 376-382.
- Lehfeld H., Althaus DA., Hergel U., Ziervogel A., Niklewski G. (2004). Suicide attempts: results and experiences from the German Competency Network on Depression. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 26, 137-143.
- Lerner Y, Kertes J, Zilber N. Immigrants from the former Soviet Union, 5 years post-immigration to Israel: adaptation and risk factors for psychological distress. *Psychological Medicine* 2005;35:1805-1814

- Lester D. (1999). Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychological Reports*, 84, 1158.
- Lester D., Leenaars A. (1993). Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychological Reports*, 72, 787-790.
- Lester D. (1990). The effect of the detoxification of domestic gas in Switzerland on the suicide rate. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 383-384.
- Levav I., Kohn R., Flaherty JA., Lerner Y., Aisenberg E. (1990). Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 131-144.
- Levinson, D., Haklay, Z., Stein, N., Polakiewicz, J. (2007). Suicide ideation, planning and attempts: Results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44(2), 136-143.
- Litts DA., Moe K., Roadman CH., Janke R., Miller J. (1999). Suicide prevention among active duty Air Force personnel – United States 1990-1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 48, 1053-1057.
- Loftin C., McDowall D., Wiersema B., Cottey TJ. (1991). Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 325, 1615-1620.
- Lonnqvist JK., Henriksson MM., Isometsa ET., et al. (1995). Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 49, 111-116.
- Luoma JB., Martin CE., Pearson JL., (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 159, 909-916.
- Maniken I., Wasserman D. (2003). Suicide Mortality Among Immigrant Finnish Swedes. *Archives of Suicide Research*, 7(2), 93-106.
- Mann JJ., Apter A., Bertolote J. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *The Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.
- Men, T., Brennan, P., Boffetta, P., Zaridze, D. (2003). Russian mortality trends for 1991-2001: analysis by cause and region. *British Medical Journal*, 327, 964-969..
- Miller, A., Chandler, P. (2002). Acculturation, resilience, and depression in midlife women from the former Soviet Union. *Nursing Research*, 51(1), 26-32.

Mirsky J. (1997). Psychological distress among immigrant adolescents: Culture specific factors in the case of immigrant students from the former Soviet Union. *International Journal of Psychology*, 32(4), 221-230.

Mirsky J., Slonim-Nevo V., Rubinstein L. (2007). Psychological wellness and distress among recent immigrants: A four year longitudinal study in Israel and Germany. *International Migration*, 45(1), 151-173.

Mirsky J., Kohn R., Levav I., Grinshpoon A., Ponizovsky A. (2008). Psychological distress and psychiatric morbidity among immigrants from the former Soviet Union in Israel: Findings from the Israeli National Health Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1715-1720.

Olfson M., Shaffer D., Marcus SC., Greenberg T. (2003). Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 60, 978-982.

Oquendo MA., Galfalvy H., Russo S., et al. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1433-1441.

Oquendo MA., Kamali M., Ellis SP., et al. (2002). Adequacy of antidepressant treatment after discharge and the occurrence of suicidal acts in major depression: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1746-1751.

Oyama H., Koida J., Sakashita T., Kudo K. (2004). Community based prevention for suicide in elderly by depression screening and follow-up. *Community Mental Health Journal*, 40, 249-263.

Pagura, J., Fotti S., Katz LY., Sareen, J. (2009). Help Seeking and Perceived Need for Mental Health Care Among Individuals in Canada With Suicidal Behaviors. *Psychiatric Services*, 60, 943-949.

Pfaff JJ., Acres JG., McKelvey RS. (2001). Training general practitioners to recognize and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia*, 174, 222-226.

Pirkis J., Blood RW. (2001a). Suicide and the media, I: reportage in nonfictional media. *Crisis*, 22, 146-154.

Pirkis J., Blood RW. (2001b). Suicide and the media, II: portrayal in fictional media. *Crisis*, 22, 155-162.

Ponizovsky A., Ritsner M. (1999). Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: an epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(4), 376-392.

Ponizovsky A., Safro S., Ginath Y., Ritsner M. (1997). Suicide ideation among recent immigrants: an epidemiological study. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 34(2), 139-48.

Ponizovsky A., Ritsner M., Modai I. (1999). Suicidal ideation and suicide attempts among immigrant adolescents from the former Soviet Union to Israel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1433-1441.

Rihmer Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorder*, 39, 83-91

Rihmer Z., Belso N., Kalmar S. (2001). Antidepressants and suicide prevention in Hungary. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 238-239.

Rihmer Z., Barsi J., Veg K., Katona CL. (1990). Suicide rates in Hungary correlate negatively with reported rates of depression. *Journal of Affective Disorder*, 20, 87-91.

Ritsner M., Ponizovsky A. (2003). Age differences in stress process of recent immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 2003, 44(2), 135-141.

Ritsner M., Ponizovsky A. (1998). Psychological symptoms among immigrant population: A prevalence study. *Comprehensive Psychiatry*, 39(1), 21-27.

Ritsner M., Ponizovsky A., Nechamkin Y., Modai I. (2001). Gender differences in psychological risk factors for psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 151-160.

Ron, P. (2007). Depression, hopelessness, and suicidal ideation among the elderly: A Comparison between veterans and new immigrants. *Illness, Crisis, & Loss*, 15(1), 25-38.

Rutz W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorder*, 62, 123-129.

Rutz W., Von Knorring L., Walinder J. (1989). Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 151-154.

Sareen, J., Cox B., Afifi T., de Graaf R., Asmundson G., ten Have M., Stein M. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249-1257.

Sharlin S. (1998). Soviet immigrants to Israel: users and non-users of social work services. *International Social Work*, 41, 455-463.

Sher, L. (2005). Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(1), 13-22.



- Simon GE., Savarino J., Operskalski B., Wang PS. (2006). Suicide risk during anti depressant treatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 41-47.
- Slonim-Nevo V., Sharaga Y., Mirsky J., Petrovsky V., Borodenko M. (2006). Ethnicity versus migration: Two hypotheses about the psychosocial adjustment of immigrant adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(1), 41-53.
- Snowdon J., Harris L. (1992). Firearms suicides in Australia. *Medical Journal of Australia*, 156, 79-83.
- Trivedi MH., Rush AJ., Wisniewski SR., Nierenberg AA., et al. (2006). Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR\*D: implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163, 28-40.
- Tsytsarev S., Krichmar L. (2000). Relationship of perceived culture shock, length of stay in the U.S., depression, and self-esteem in elderly Russian-speaking immigrants. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 9(1), 35-49.
- Upanne M., Hakanen J., Rautava M. (1999). *Can Suicide Be Prevented? The Suicide Project in Finland 1992-1996: Goals, Implementations and Evaluation*. Helsinki: Stakes.
- Värnik A., Kõlves K., Wasserman D. (2005). Suicide among Russians in Estonia: database study before and after independence. *British Medical Journal.*, 330, 176-177.
- Vergouwen AC., Bakker A., Katon WJ., Verheij TJ., Koerselman F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1415-1420.
- Wasserman D., Värnik A., Dankowicz M., Eklund G. (1998). Suicide preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-41.
- Wadsworth T. & Kubrin CE. (2007). Hispanic Suicide in U.S. Metropolitan Areas: Examining the Effects of Immigration, Assimilation, Affluence, and Disadvantage. *American Journal of Sociology*, 112(6), 1848–1885.
- Zilber N., Lerner Y. (1996). Psychological distress among recent immigrants from the former Soviet Union to Israel: I. Mediating factors. *Psychological Medicine*, 26(3), 493-501.