

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

ח'אלד אבו עסבה, נסייבה ריאן-גרה ומוחמד אבו נסרה

המחקר בחן כיצד תופס הציבור הערבי את הגורמים להפרעות נפש ומהם ההבדלים בין התפיסות השונות (מסורתיות או מודרניות), והשפעותיהן על בחירת שיטת הטיפול (מסורתית או מודרנית). במחקר השתתפו 236 נבדקים ערבים ישראלים. נמצא כי דתיים מעוטי השכלה תופסים את הגורמים להפרעות נפש כקשורים באמונות מסורתיות, ומעדיפים לפנות לטיפול מסורתי. לעומת זאת, משכילים תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות נפש, אם כי בקרב קבוצה זו אין אחידות בהעדפה לפנות לטיפול מודרני: חלק מהם מעדיף לפנות לטיפול מסורתי וחלק לטיפול מודרני. ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים כי תהליך המודרניזציה הפוקד את החברה הערבית בישראל לא שבר את המבנה המסורתי הקיים, אלא הביא להתפתחות שלושה זרמים בתוך החברה: (א) הזרם המסורתי – מעוטי השכלה ודתיים, התופסים את המקור להפרעות נפש בגורמים מסורתיים ומעדיפים לפנות לטיפול מסורתי; (ב) הזרם הדור-תרבותי – משכילים התופסים את המקור להפרעות נפש בגורמים מודרניים, אם כי עדיין פונים לטיפול מסורתי בצד המודרני; (ג) הזרם המודרני – משכילים, התופסים את המקור להפרעות נפש בגורמים מודרניים ופונים לטיפול מודרני.

מילות מפתח: טיפול נפשי, הפרעות נפש, אוכלוסייה ערבית, מסורתיות, מודרניות, דתיים, משכילים

מבוא

מחקרים הצביעו על קשר בין התנהגות הפרט לבין תרבות החברה שבה הוא חי (Dwairy, 2006; Pedersen, 1999). לטענת פדרסן (Pedersen, 1999), התרבות היא הזרם הרביעי בפסיכולוגיה. הבנת הנורמות והערכים התרבותיים של הפרט מאפשרת את הבנת התנהגותו, לא פחות מן הלא-מודע, מהסכיבה, מהחשיבה, ומהעצמי. דוורי (Dwairy, 2006) לקח את הטיעון הזה צעד אחד קדימה וטען, שהתרבות היא גורם-על המשפיע על שאר הגורמים ומעצב אותם; האני העליון, התכנים המודחקים, החיזוקים והעונשים, העצמי ומידת תלותו באחרים. בהקשר של טיפול נפשי, משפיעה התרבות, בנוסף לתפיסה החברתית, על הפרעת נפש, ועל תפיסת הפנייה לטיפול פסיכולוגי

תופסים את הפרעות הנפש באופן שלילי, ותפיסה זו מושפעת מהרקע התרבותי והחברתי של כל חברה (Al-Adawi, Dorulo & Chand, 2002). תפיסה זו אינה שונה בהרבה מהתפיסה הרווחת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל המאמצת ערכים תרבותיים זהים לערכים שבעולם הערבי (דיאב וסנדלר-לף, 2011). תפיסה זו עדיין תקפה גם בצל תהליך המודרניזציה שעוברת האוכלוסייה הערבית בישראל, המתבטא בעלייה ברמת ההשכלה, בעלייה ברמת החיים, בחשיפה לתקשורת ובפוליטיזציה מוגברת (כנאענה, 2005; Ghanem, 2001). תהליך המודרניזציה והחשיפה לתרבות המערבית הביאו להתפתחותן של שלוש תת-קבוצות בתוך החברה הערבית בישראל:

- (1) מסורתיים – חיים לפי הנורמות הקולקטיביות;
- (2) דו-תרבותיים – מושפעים ברמה חיצונית מהתרבות המערבית, אך עדיין קשורים ליחסים חברתיים ולנורמות החברתיות הקולקטיביות;
- (3) מערביים – מאמצים את הערכים והתרבות המערבית ומתרחקים מהתרבות ומהמסורת הערבית (Dwairy, 1997, 1998).

מטרתו של מאמר זה לבחון את ההבדלים בתפיסת האוכלוסייה הערבית בישראל את הגורמים להפרעות נפש, והשפעתה על בחירת סוג הטיפול תוך בחינת הקשר ביניהם על רקע השינויים המתחוללים בחברה הערבית בישראל. בבסיס המחקר הנוכחי עומדות שתי שאלות מרכזיות: כיצד תופסת האוכלוסייה הערבית בישראל את הגורמים להפרעות נפש? והאם יש קשר בין תפיסה זו לבין בחירת סוג הטיפול? הטענה המרכזית העומדת בבסיס המחקר הנוכחי היא כי הקשר שבין תפיסת הגורם להפרעה לבין בחירת סוג הטיפול מתבטא בשלוש הקבוצות שנוכרו לעיל (נתייחס לטענה המרכזית בהרחבה בהמשך).

מסגרת תיאורטית

הגורמים התרבותיים משפיעים על ההתנהגות, על הרגשות, על המחשבות ועל התפיסות של הפרט (Lonner & Malpass, 1994). מרבית הספרות העוסקת בתחום מראה כי מאפיינים ותפיסות תלויות-תרבות משפיעים על התנהגויות בריאותיות (Kreuter, Lukwago, Bucholtz, Clark, & Sanders-Thompson, 2003; Pasick, 1996; DOnofrio & Otero-Sabogal, 1996) המתבטאות באופן הגדרת הפרעת הנפש (Kleinman & Good, 1985), בתסמיני הפרעת הנפש (Weisman et al., 2000), ביחסי מטפל-מטופל (Sue & Sue, 1990), ובתפיסת הטיפול הנפשי (Helman, 2000), בנוסף

להיבטים התנהגותיים רבים המתבטאים בהתנהגויות מניעתיות לקידום הבריאות (Kreuter et al., 2003), בבקשת עזרה בזמן מצוקה ובפנייה לטיפול (Angel, 1987); Cuellar, Arnold, & Gonzalez, 1995; Nagayama-Hall, 2001; Rickwood & Braithwaite, 1994). במחקר של לובטסקי, שוורץ, מריק, ורדי וגליל (Lubetzky, Shvarts, Merrick, Vardi, & Galil, 2004), המתמקד באוכלוסייה הברואית בדרום הארץ, נמצא כי מערך הטיפול באוכלוסייה זו מושתת על ערכים מערביים, ואינו מתאים לערכים התרבותיים ולסגנון החיים של אוכלוסייה זו. החוקרים מדגישים את הצורך בגישור על פערים תרבותיים בעת טיפול במטופלים בני תרבות שונה, ואת חשיבות ההכרה בהשפעתם של היבטים חברתיים, כלכליים ותרבותיים על תפיסות הבריאות והחולי בקרב חולים בני קבוצות תרבות שונות. זאת ועוד, המטופלים בוחרים את סוג הטיפול על פי תפיסות אלו (אלקרינאוי, 2000).

בחברות מסורתיות נוטים לתפוס את הגורמים להפרעות נפש, כגון דיכאון ומחלות קוגניטיביות, כגורמים מסורתיים דתיים, כמו אובדן האמונה באלוהים (אלקרינאוי, 2004), קללה, דיבוק, גורל ועין הרע (Dubovsky, 1983; Galil, Carmel, Lubetzky, Vered, & Heiman, 2001). לכן, במצבים של מצוקה נפשית מטופלים מסורתיים בוחרים לפנות לטיפול מסורתי-דתי שנותנים אנשי דת או מטפלים מסורתיים (אלקרינאוי וסלונים-נבו, 2009; Savaya, 1998; Reiter, Mari, & Rosenberg, 1986). לעומת זאת, חברות מערביות נוטות להסביר את בעיית המוגבלויות או הפרעות הנפש כמחלה שמטפלים בה באמצעות טיפולים מודרניים (Karayahni, 1989). בהקשר זה, אלקרינאוי, גראהם וקאנדה (Al-Krenawi, Graham, & Kandah, 2000), בחנו את ההבדלים בתפיסת הגורמים והתסמינים של הפרעות נפש ופנייה לטיפול נפשי בין יהודים ממוצא מרוקאי לבין מוסלמים מירדן. נמצא כי היהודים תפסו את הגורמים להפרעות נפש כגורמים פיזיים, גורמים חברתיים-כלכליים כמו אבטלה וגירושין, טראומות או לחצים פסיכו-סוציאליים אחרים; ואילו המוסלמים ייחסו את האטיולוגיה של ההפרעה למקורות רוחניים-דתיים, כמו רצון האל, גורל ועין הרע.

החברה הערבית בישראל

האוכלוסייה הערבית מהווה כיום כ-20% מכלל האוכלוסייה בישראל. 83.4% מהם מוסלמים, 8.3% נוצרים ו-8.2% דרוזים. יותר מחצי (58.8%) מהאוכלוסייה הערבית חיה באזור הצפון, 18.7% באזור ירושלים, 11.5% באזור הדרום וכ-10.9% באזור המרכז (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2012).

החברה הערבית היא חברה מסורתית הנמצאת בראשית דרכה לעבר המודרניות

(כנאענה, 2005; Ghanem, 2001). אם כי עדיין מושרש בה שלטון פטריארכלי המקנה לגברים כוח, סמכות ושליטה בנושים (Abu-Lughod, 1998; Aburabia-Queder, 2006). המעבר לקראת מודרניות מתבטא בכמה היבטים:

- (1) היחלשות החמולה הערבית והעברת הכוח לידי המשפחות הגרעיניות (כנאענה, 2005; רביע, 2007);
- (2) ירידה בשיעור הילודה – בשנת 2002 שיעור הילודה עמד על 4.19 לידות לאישה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2003); שיעור זה ירד במרוצת השנים ונאמד ב-3.11 לידות בשנת 2009 (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2010);
- (3) מעבר לקראת ערכים דמוקרטיים וליברליים (Arar & Rigbi, 2009);
- (4) עלייה בשיעור ההשכלה הגבוהה, במיוחד בקרב הנשים (אבו עסבה, 2005; עראר ואבו עסבה, 2007);
- (5) עלייה בשיעור הנשים המשתתפות במעגל החברתי-כלכלי (אבו עסבה, 2005; עראר ואבו עסבה, 2010).

תהליך המודרניזציה והשינויים המתחוללים באוכלוסייה הערבית אינם אחידים, והם מושפעים מרמת ההשכלה וממקום המגורים, כך שתהליך המודרניזציה מתרחש יותר בקרב בעלי השכלה גבוהה ובקרב המתגוררים בערים (Ghanem, 2001). למרות השינויים שעברה החברה הערבית היא ממשיכה לשמור על צביונה הקולקטיביסטי, המעצב את התנהגותו של היחיד על פי חוקים ונורמות חברתיות מסורתיות (רביע, 2004, 2007).

טיפול פסיכולוגי בחברה הערבית בישראל

יש שלושה מעגלים של צרכני שירותים בתחום בריאות הנפש: חולים במחלות קשות, חולים הסובלים מהפרעות נפש מאובחנות, ואנשים הנזקקים לעזרה נפשית עקב מצוקה זמנית או קבועה (גרוס, ברמלי-גרינברג, רוזן, ניראל ווייצברג, 2009). הטיפול במצוקה נפשית אמור להתבצע בתוך הקהילה בידי אנשי מקצוע, אלא שלפי ההערכות חלק לא מבוטל מהזקוקים לטיפול אינם מטופלים בפועל (Corrigan & Rusch, 2002; Demyttenaere et al., 2004; Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004; Savaya, 1998). הפנייה לטיפול פסיכולוגי מקצועי שכיח יותר בקרב מיעוטים אתניים (Sue & Sue, 1990). נתונים על קבלות ראשוניות ואשפוזים במחלקות פסיכיאטריות ובבתי חולים פסיכיאטריים מצביעים כי 88% מן המאושפוזים בני 15 ומעלה הם יהודים, 9% הם מוסלמים ו-3% הם בני דתות אחרות. רק 3% מהערכים פונים לתחנות בריאות הנפש (שטרוסברג, 2005). שיעור נמוך זה נובע מכמה סיבות: העדפת שיטות טיפול חלופיות בלתי פורמליות, וכן תיוג ותפיסה שלילית של הפרעות נפש ושל פנייה

לטיפול אצל פסיכולוג (Al-Subaie & Alhamad, 2000; Savaya, 1998). פנייה לטיפול נפשי יכולה להניב תפוקות חיוביות, אולם היא מלווה בתוצאות שליליות של תיוג, וביניהם נזק חברתי ופגיעה אפשרית בהערכה עצמית (Corrigan, 2004). מכאן, שבכוחו של התיוג למנוע או לעכב פנייה לטיפול, ואף להפסיק את הטיפול ואת נטילת התרופות הפסיכיאטריות (Corrigan & Rusch, 2002). התיוג החברתי מלווה את הפונים לטיפול נפשי או את חולי הנפש גם לאחר סיום הטיפול הנפשי, ומקשה את השתלבותם בחברה, בשל היחס המפלה שהם מקבלים מבחינת תעסוקה, נישואין ועוד (Corrigan, 2004). מלבד זאת, התיוג החברתי משפיע באופן שלילי גם על משפחתו של המטופל (Lefley, 1987; Mehta & Farina, 1988). התיוג החברתי השלילי בתרבויות מסורתיות גורם להכחשת קיומה של הפרעת הנפש, מתוך חשש לפגיעה בתפקוד המשפחה מבחינה חברתית, כי הפרעה זו גורמת למבוכה ובושה למשפחה (Al-Subaie & Alhamad, 2000). מכאן, שחולי הנפש באוכלוסייה הערבית שוקדים להסתיר את הטיפול הנפשי שהם מקבלים (Al-Krenawi et al., 2000) מתוך אמונה כי ענייני המשפחה חייבים להיות חסויים בפני זרים. לכך יש השלכות מרחיקות לכת על כל הקשור בהתערבות טיפולית בפרט ובמשפחה באוכלוסייה הערבית (טאטור, 2008). גורם תרבותי נוסף המשפיע על פנייה לטיפול נפשי, הוא התפיסה השלילית שהאוכלוסייה הערבית בישראל תופסת את הפסיכולוגים (Savaya, 1998). הקשר בין פסיכולוגים לבין מטופלים ערבים בישראל מאופיין באי אמון של המטופל, בגלל הפער התרבותי בין שני הצדדים ובגלל אי יכולתו של המטפל לגשר על פערים אלה, במיוחד אם מדובר במטופל מחוץ לקבוצה החברתית של המטפל (לדוגמה: המטפל יהודי והמטופל ערבי) ובשל קשיי תקשורת המקשים על ההבנה בין שני הצדדים (לשם ורואר-סטריאר, 2003; Al-Krenawi, 1999). אלקרינאוי (Al-Krenawi, 1999) מדגיש כי אי האמון של המטופל בפסיכולוג קיים גם כאשר שני הצדדים הם בני אותה תרבות – התרבות הערבית, מאחר שאנשי המקצוע הערבים רכשו את השכלתם באקדמיה המערבית, והם נוטים להתעלם מהשפעות ההקשר התרבותי או הבינ-תרבותי על עבודתם המקצועית. גורם נוסף לאי האמון בין הצדדים והעדפת אמצעי טיפול מסורתיים, הוא חוסר ההבחנה של חלק מהאוכלוסייה הערבית בין מומחים שונים בבריאות הנפש, כמו פסיכיאטר ופסיכולוג (Al-Krenawi & Graham, 1999). שטרסברג (2005) מציעה הסבר נוסף לאי פנייה לטיפול, והוא חוסר המודעות לזמינות השירותים הפסיכולוגיים וליתרונות שבטיפול נפשי ובשירותי בריאות הנפש. חוקרים אחרים מציינים שתופעה זו נובעת ממחסור בשירותי טיפול זמינים לקהילה (Okasha & Karam, 1998) ונגישות קשה למקומות האבחון והטיפול (Morad, Kandel, Lubetzky, Agbaria, & Merrick, 2004).

נוסף על כך מציעה הספרות המקצועית גורמים סוציו-דמוגרפיים הקשורים לשיעור הנמוך לפנייה לשירות הפסיכולוגי: גיל, מגדר, השכלה, דת, מצב חברתי-כלכלי ומוצא

אתני (Feinson, Popper, & Handelsman, 1992; Rickwood & Braithwaite, 1994). למגדר יש השפעה ישירה על פנייה לטיפול ובקשת עזרה: נשים פונות לטיפול יותר מגברים (Pines & Zaidman, 2003; Rickwood & Braithwaite, 1994). גם צעירים משכילים, שמצבם החברתי-כלכלי גבוה, מודעים לתועלת שבטיפול הנפשי, ומאמינים כי בריאות וחולי אינם קשורים בגורל, ובעת מצוקה הם מוכנים לבקש עזרה ולפנות לטיפול (Tijhuis, Peters & Foets, 1990).

אשר לרמת הדתיות, המחקרים מצביעים כי בחברות דתיות כמו החברה הערבית בישראל מיקוד השליטה החיצוני הוא חזק ונעוץ באמונות דתיות (Al-Krenawi & Graham, 1996). כתוצאה מכך אנשים תופסים נכות פיזית או נפשית כנובעות מסיבות דתיות ואת המחלות כנתונות מידי אלוהים (אלקרינאוי וסלוניס-נבו, 2009; Reiter, et al., 1986). בעקבות תפיסות אלו מתפתח יחס של ספקנות ועוינות בין הפסיכולוגיה לבין הדת, אם כי התפיסות אינן אחידות ומושפעות מרמת ההשכלה (אלקרינאוי, 2004). אנשים בחברה הערבית נוטים לייחס הפרעת נפש לא לגורמים ביו-רפואיים אלא לגורמים חיצוניים שאינם בשליטתם, כגון אלמנטים רוחניים, עונש מאלוהים, כישוף ועין הרע (Al-Krenawi & Graham, 2000). לפי קולוויקי (Kulwicki, 1996), פיגור נחשב לפגיעה שכלית מפחידה, כמו שמחלות נפש אחרות נתפסות כמחלות מפחידות בקרב המוסלמים, וזאת בשל התפיסה שאלוהים בחר באדם להיות יצור נעלה משאר היצורים בשל יכולותיו הקוגניטיביות. לכן במצבים של מצוקה נפשית הם פונים לאלוהים בתפילות וקריאת פסוקים מהקוראן (Savaya, 1998), הנתפסים כפתרונות אפשריים לבעיותיהם הנפשיות (Al-Krenawi, Graham, Dean, & Eltaiba, 2004), ובמקרים רבים הם מחפשים פתרונות לבעיות נפשיות באמצעות פנייה ישירה לשיחים (אנשי דת) או מטפלים מסורתיים (Savaya, 1998). הבחירה באנשי דת ובמטפלים מסורתיים נובעת מכך, שזוהי דרך מקובלת בחברה שבה הם חיים, ותפיסות העולם שלהם מנחות אותם לבחור בטיפול רוחני קצר-מועד (Al-Subaie & Alhamad, 2000). על פי דיאב וסנדלר-לף (2011) הפנייה לגורמים מסורתיים נובעת מקונפליקט בין השאיפה למודרנה ובין הזרמים המסורתיים, ומאחר שלא נעשה ניסיון בחברה הערבית לגשר על הפער בין המודרנה למסורת, נוצר דחף בקרב האנשים לחפש את התשובה בדת.

לסיכום, החברה הערבית בישראל תופסת באופן שלילי את חולי הנפש ומייחסת את האיטיולוגיה של הפרעה לגורמים מסורתיים, דבר המונע מחולי הנפש לפנות לטיפול פסיכולוגי מודרני, שאף הוא מתויג כשלילי, וגורם להם להעדיף טיפול מסורתי.

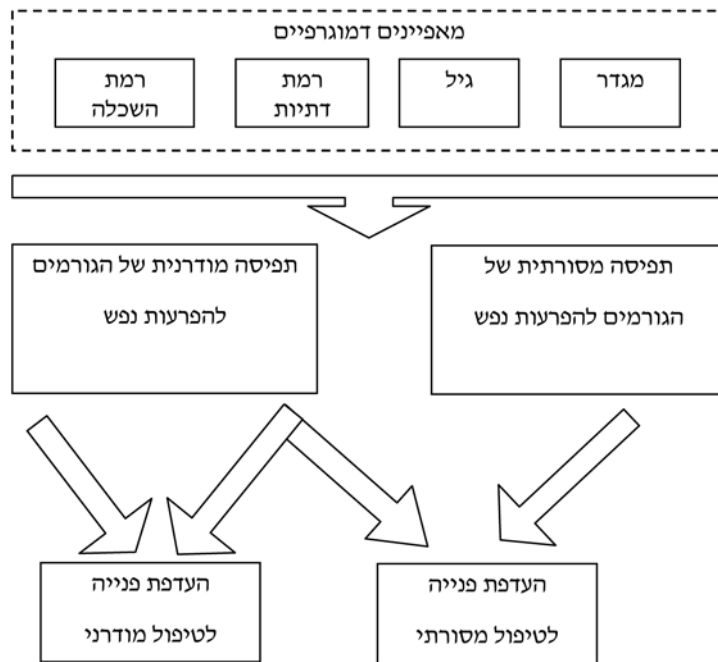
הספרות המקצועית מציעה חלוקה כמעט דיכוטומית של הקשר בין תפיסת הגורמים להפרעות הנפש לבין בחירת סוג הטיפול. אנשים התופסים תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעה, פונים לטיפול מסורתי, ואנשים התופסים תפיסה מודרנית את

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

הגורמים להפרעה, פונים לטיפול מודרני. על פי המחקר הנוכחי החלוקה היא מורכבת יותר, במיוחד במקרה של האוכלוסייה הערבית בישראל, שנמצאת בתהליך מעבר מחברה מסורתית לחברה מודרנית. התהליך הלא-אחיד שעוברת אוכלוסייה זו, והמשך ההשפעה של התרבות הערבית המסורתית על חיי הציבור הערבי, מביא לטשטוש הקשר שבין תפיסת הגורמים להפרעות הנפש לבין בחירת סוג הטיפול. לכן הטענה המרכזית של המחקר הנוכחי היא כי הקשר שבין תפיסת הגורמים להפרעות הנפש לבין בחירת סוג הטיפול בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל יוצר שלוש קבוצות: (א) מסורתיים תופסים את הגורמים להפרעות נפש כגורמים מסורתיים ופונים לטיפול מסורתי; (ב) דו-תרבותיים תופסים את הגורמים להפרעות נפש כגורמים מודרניים, אך עדיין פונים לטיפול מסורתי בצד המודרני; (ג) מודרניים תופסים את הגורמים להפרעות נפש כגורמים מודרניים, ופונים לטיפול מודרני (תרשים 1).

תרשים 1: מודל המחקר

ההשפעה של תפיסת הגורמים להפרעות נפש ושל מאפיינים דמוגרפיים על שיטת הטיפול המועדפת בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל



המחקר

המדגם

במחקר השתתפו 236 ערבים בני 18 ומעלה ממרכז הארץ ומצפונה. לצורך בחירת המדגם, סומנו באיזור הצפון והמרכז ערים גדולות (למעלה מ-15 אלף תושבים) וכפרים (למטה מ-15 אלף תושבים). מתוכם נדגמו אקראית 5 ערים גדולות (3 מאזור הצפון ו-2 מאזור המרכז) ו-3 כפרים (2 מאזור הצפון ו-1 מאזור המרכז). מדגם המחקר משקף את חלוקת האוכלוסייה הערבית בישראל לפי אזורים גיאוגרפיים: 65% (N=153) ממשנתפי המחקר הם מאזור הצפון, ו-35% (N=83) מאזור המשולש. 54% ממשנתפי המדגם הן נשים ו-46% גברים. רוב המשתתפים (53%) הם מבוגרים (בני 41 ומעלה) ו-47% צעירים (בני 18-40). 33% הם בעלי השכלה אקדמאית; 28% מהם בעלי השכלה תיכונית (חטיבה עליונה); 25% בעלי השכלה על-תיכונית ורק 14% בעלי השכלה יסודית ועל-יסודית (חטיבת ביניים). 53% מהמשתתפים הגדירו את עצמם מסורתיים, 36% דתיים ו-10% חילוניים.

כלי המחקר

המחקר מתבסס על שאלון כללי הבוחן עמדות ותפיסות של הפרעות נפש ושל אנשים עם הפרעות נפש בחברה הערבית בישראל. לצורך המחקר נעשה שימוש בשאלות הקשורות למשתני המחקר (הגורמים להפרעות נפש ושיטת טיפול מועדפת) המבוססות על מחקרים בתחום (Al-Krenawi & Graham, 2000; Al-Krenawi, Graham, Ophir, & Kandah., 2001; Reiter et al., 1986; Savaya, 1998).

בנוסף, נשאלו שאלות הבוחנות את המאפיינים הדמוגרפיים של המשיבים: גיל, מגדר, רמת דתיות ורמת השכלה. לצורך בדיקת הקשר בין תפיסת המקור להפרעות הנפש לבין בחירת שיטת הטיפול, נבחרו מהשאלון המקורי שאלות המתמקדות בשני היבטים מרכזיים: (1) תפיסת הגורמים להפרעות הנפש: גורמים מסורתיים או מודרניים; (2) שיטת הטיפול המועדפת: טיפול מסורתי או מודרני (לוח 1). התשובות דורגו על סולם ליקרט בן 5 דרגות (1 – לא מסכים כלל; 5 – מסכים מאוד). השאלון המקורי עבר תיקוף ונמצא בעל תוקף תוכן גבוה (content validity): המדדים יחד עם הפריטים המרכיבים אותם הוצגו לפני שלושה חוקרי בריאות הנפש. החוקרים דירגו את מידת התאמת הפריטים על סולם בן 4 דרגות (1 – לא מתאים כלל; 2 – לא מתאים; 3 – מתאים; 4 – מתאים מאוד). הפריטים שנכללו בכל אחד מהמדדים הם הפריטים ששלושת החוקרים דירגו אותם כ-4 (מתאים מאוד).

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

לוח 1: ממוצעים וסטיות תקן של משתני המחקר

SD	M	המשתנה
2.88	8.52	גורמים מסורתיים
0.99	1.85	הפרעות נפש הן תוצאה של כישוף
0.93	1.83	אדם הסובל מהפרעת נפש הוא אדם אחוז דיבוק שדים
1.28	2.90	המקור להפרעות הנפש הוא חולשת האמונה הדתית
1.04	2.03	הפרעת נפש היא עונש מאלוהים
3.08	12.06	גורמים מודרניים
1.09	2.85	לחץ נפשי ושאיפות מוגזמות
1.07	3.64	סביבה חברתית לא תומכת
1.13	3.27	מצב כלכלי ירוד
1.11	2.42	מצב גופני מופגז
2.78	8.74	פנייה לטיפול מסורתי
1.28	3.04	קריאת פסוקים מהקוראן
1.26	3.0	פנייה לקבלת טיפול של אנשי הדת
1.22	2.8	פנייה לקבלת טיפול עממי
1.96	10.89	פנייה לטיפול מודרני
0.97	4.18	פנייה לקבלת טיפול פסיכולוגי
1.01	3.65	פנייה לקבלת טיפול פסיכיאטרי
1.01	4.13	פנייה לקבלת טיפול פסיכולוג או פסיכיאטר, כי הפרעת נפש היא כמו מחלה פיזית ואפשר להחלים ממנה

משתני המחקר

גורמים מסורתיים. תפיסת הגורמים להפרעת נפש כקשורים לדת ומסורת. מדד זה נבנה באמצעות קיבוץ 4 הפריטים בעזרת הפעולה SUM: (1) הפרעות נפש הן תוצאה של כישוף; (2) אדם הסובל מהפרעת נפש הוא אדם אחוז דיבוק שדים; (3) מקור הפרעות הנפש הוא חולשת האמונה הדתית; (4) הפרעת נפש היא עונש מאלוהים. המהימנות הפנימית של המדד אלפא לפי קרונברך היא $\alpha = 0.60$.

גורמים מודרניים. תפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש. משתנה זה נבנה באמצעות קיבוץ 4 הפריטים בעזרת הפעולה SUM. הגורמים המרכזיים להפרעות נפש הם: (1) לחץ נפשי ושאיפות מוגזמות; (2) סביבה חברתית לא תומכת; (3) מצב כלכלי ירוד; (4) מאמץ גופני מופגז. המהימנות הפנימית של המדד לפי אלפא קרונברך היא $\alpha = 0.64$.

פנייה לטיפול מסורתי. מדד זה נבנה באמצעות קיבוץ 3 הפריטים בעזרת הפעולה SUM: (1) קריאה ושמיעה של פסוקים מהקוראן; (2) פנייה לקבלת טיפול של אנשי דת; (3) פנייה לקבלת טיפול עממי. המהימנות הפנימית של המדד לפי אלפא קרונבך היא $\alpha = 0.50$.

פנייה לטיפול מודרני. מדד זה נבנה באמצעות קיבוץ 3 הפריטים בעזרת הפעולה SUM: (1) פנייה לקבלת טיפול פסיכולוגי; (2) פנייה לקבלת טיפול פסיכיאטרי; (3) פנייה לקבלת טיפול מומחה (פסיכולוג או פסיכיאטר), כי הפרעת נפש היא כמו מחלה פיזית ואפשר להחלים ממנה. המהימנות הפנימית של המדד לפי אלפא קרונבך היא $\alpha = 0.50$.

משתנים דמוגרפיים

מגדר: — זכר; 0 — נקבה.
גיל: 1 — 18-25; 2 — 26-30; 3 — 31-40; 4 — 41-50; 5 — 50+. לצורך הניתוח קובצו הערכים 1, 2, 3 לקטגוריה 0 — צעירים; והערכים 4 ו-5 קובצו לקטגוריה 1 — מבוגרים.
רמת השכלה: 1 — יסודית; 2 — על-יסודית (חטיבת ביניים); 3 — תיכונית (חטיבה עליונה); 4 — על-תיכונית; 5 — אקדמאית. לצורך הניתוח קובצו קטגוריה 1 וקטגוריה 2 לקטגוריה 1.
רמת דתיות: 1 — חילונית; 2 — מסורתית; 3 — דתית.

ניתוח הנתונים

בשלב הראשון של עיבוד הנתונים נבדקה התפלגות הנתונים של כל אחד מהמשתנים באמצעות ממוצעים וסטיות תקן, ואחוזים. בנוסף, נבדקו ההבדלים בממוצע בתפיסה מסורתית או מודרנית של הגורמים להפרעות נפש לפי המשתנים הדמוגרפיים גיל ומגדר, באמצעות מבחני T-test, ובאמצעות מבחני ANOVA חד-כיווניים (One-Way ANOVA) לפי המשתנים רמת השכלה ורמת דתיות. ניתוח דומה בוצע לבדיקת ההבדלים בממוצע העדפת הפנייה לטיפול מסורתי או מודרני בהתאם למשתני הרקע. בנוסף בוצע מדד פירסון (Pearson's correlation) לבדיקת קשר בין המדדים: תפיסה מסורתית ותפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש, לבין המדדים: העדפת פנייה לטיפול מסורתי והעדפת פנייה לטיפול מודרני. לאחר מכן בוצעו שני מודלים של רגרסיה ליניארית רבת-משתנים (בצעדים) (multiple linear stepwise regression) לניבוי המדדים: תפיסה מסורתית ותפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש באמצעות המשתנים הדמוגרפיים, ושני מודלים דומים (multiple linear stepwise regression)

לניבוי המדדים: העדפת פנייה לטיפול מסורתי והעדפת פנייה לטיפול מודרני, באמצעות המשתנים: תפיסה מסורתית ותפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש, תוך שליטה במשתנים הדמוגרפיים: גיל, מגדר, רמת השכלה ורמת דתיות. הניתוחים הסטטיסטיים בוצעו באמצעות התוכנה הסטטיסטית SPSS גרסה 17.

הליך המחקר

הנתונים נאספו בשנת 2010 במשך כחמישה חודשים. המרוויינים נבחרו אקראית: בשלב הראשון נבחרו אקראית יישובים מאזור הצפון והמרכז. כל יישוב חולק לרבעים, ומכל רבע נדגמו נבדקים בני 18 ומעלה באמצעות השיטה "בית כן בית לא". את הנבדקים גייסו עוזרי מחקר דוברי ערבית מאזור הצפון ומאזור המרכז, והחוקרים תדרכו אותם כיצד להעביר את השאלון וכיצד לפנות לאנשים. עוזרי המחקר הציגו לפני הנבדקים שהסכימו להשתתף במחקר בעל פה את נושא המחקר, והבטיחו להם אנונימיות מוחלטת ושתשובותיהם ישמשו רק למטרות מדעיות. מילוי השאלון נמשך כ-20 דקות בממוצע. אחוז ההיענות היה 67%: מתוך 360 אנשים שפנו אליהם רק 242 הסכימו להשתתף, ו-6 מרוויינים הפסיקו לענות על השאלון לאחר שהתחילו.

ממצאים

לוח 2 מציג את ההבדלים בתפיסת הגורמים להפרעות נפש בהתאם למשתנים הדמוגרפיים. מהלוח אפשר לראות כי יש הבדל מובהק סטטיסטית בתפיסה המסורתית של הנבדקים את הגורמים להפרעות נפש, בהתאם לרמת השכלתם ($F(253)=6.183$; $p < 0.01$) ובהתאם לרמת דתיותם ($F(233)=7.701$; $p < 0.01$). בעלי השכלה יסודית ועל-יסודית (חטיבת ביניים) תופסים תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש יותר מאשר בעלי השכלה תיכונית (חטיבה עליונה) ($M=10.38$), על-תיכונית ($M=8.59$) ואקדמאית ($M=7.8$). דתיים ומסורתיים תופסים תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש ($M=9.26$, $M=8.29$, בהתאמה) מחילוניים ($M=6.75$). ועוד נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בתפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות נפש במשתנה רמת השכלה ($F(155)=2.219$, $p < 0.05$). בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמאית ($M=12.58$, $M=12.19$, בהתאמה) תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש יותר מבעלי השכלה תיכונית (חטיבה עליונה) ($M=11.06$), יסודית ועל-יסודית (חטיבת ביניים) ($M=10.09$). זאת ועוד, מלוח 2 עולה כי יש קשר מובהק סטטיסטית בין תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש לבין העדפת הפנייה

ח'אלד אבו עסכה, נוסייבה ריאן-גרה ומוחמד אבו נטרה

לטיפול מסורתי ($r = 0.287, P < 0.01$). בנוסף נמצא קשר מובהק סטטיסטית בין תפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש לבין העדפת טיפול מסורתי ($r = 0.235, P < 0.01$) וטיפול מודרני ($r = 0.19, P < 0.01$).

לוח 2: ניתוח חד-משתני של המשתנים תפיסה מסורתית ותפיסה מודרנית של הפרעות נפש בהתאם למשתנים דמוגרפיים

תפיסה מודרנית של הפרעות נפש		תפיסה מסורתית של הפרעות נפש		
SD	M	SD	M	
גיל				
3.16	12.32	2.67	7.98	צעירים
3.07	11.87	3.22	8.90	מבוגרים
t(204) = -1.65, P > 0.05		t(206) = 1.82, P > 0.05		
מגדר				
3.13	11.59	2.73	8.63	גברים
3.04	12.41	3.02	8.41	נשים
t(228) = -1.63, P > 0.05		t(230) = 0.46, P > 0.05		
השכלה				
3.21	10.09	2.77	10.38	יסודית ועל-יסודית
2.89	11.06	2.63	8.12	תיכונית
3.30	12.19	2.67	8.59	על-תיכונית
3.09	12.58	3.35	7.8	אקדמאית
F(233) = 2.219, P < 0.05*		F(235) = 6.183, P < 0.01**		
רמת דתיות				
3.73	12.35	3.08	6.75	חילוני
3.16	11.81	2.77	8.29	מסורתי
2.82	11.36	2.99	9.26	דתי
F(231) = 1.328, P > 0.05		F(233) = 7.701, P < 0.01**		
r = 0.235, P < 0.01**		r = 0.287, P < 0.01**		העדפת טיפול מסורתי
r = 0.190, P < 0.01**		r = -0.083, P > 0.05		העדפת טיפול מודרני

* P < 0.05 ** P < 0.01

לוח 3 מציג את ההבדל בשיטות הטיפול המועדפות בהתאם למשתנים הדמוגרפיים. מהלוח עולה כי יש הבדל מובהק סטטיסטית בהעדפת טיפול מסורתי במשתנים רמת השכלה ($F(235) = 6.59, P < 0.01$) ורמת דתיות ($F(233) = 5.936, P < 0.01$).

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

בעלי השכלה יסודית ועל-יסודית ($M = 10.13$) ובעלי השכלה תיכונית ($M = 9.08$) מעדיפים לפנות לגורמי טיפול מסורתיים יותר מבעלי השכלה על-תיכונית ($M = 8.17$) ואקדמאית ($M = 7.79$). בנוסף, מסורתיים ודתיים מעדיפים לפנות לגורמי טיפול מסורתיים ($M = 8.99$, $M = 8.55$ בהתאמה) יותר מאשר חילוניים ($M = 6.87$). זאת ועוד, מלוח 3 עולה כי יש הבדל מובהק סטטיסטית בהעדפת טיפול מודרני במשתנה רמת השכלה ($F(156) = 2.939$; $P < 0.05$). בעלי השכלה על-תיכונית ואקדמאית מעדיפים לפנות לשיטות טיפול מודרניות ($M = 11.55$, $M = 11.15$ בהתאמה) יותר מאשר בעלי השכלה תיכונית ($M = 10.63$), יסודית ועל-יסודית ($M = 10$).

לוח 3: ניתוח חד-משתני של שיטות טיפול מועדפות, מסורתיות או מודרניות בהתאם למשתנים דמוגרפיים

העדפת טיפול מודרני		העדפת טיפול מסורתי		
SD	M	SD	M	
גיל				
1.90	10.67	3.09	8.46	צעירים
1.95	11.14	2.60	8.97	מבוגרים
$t(206) = -1.43$, $P > 0.05$		$t(206) = -1.06$, $P > 0.05$		
מגדר				
1.81	10.65	2.76	8.82	גברים
2.08	11.09	2.78	8.63	נשים
$t(230) = -1.63$, $P > 0.05$		$t(230) = 0.46$, $P > 0.05$		
השכלה				
2.13	10.00	2.83	10.13	יסודית ועל-יסודית
2.21	10.63	2.64	9.08	תיכונית
2.06	11.15	2.89	8.17	על-תיכונית
1.73	11.55	2.62	7.79	אקדמאית
$F(235) = 2.939$, $P < 0.05^*$		$F(235) = 6.59$, $P < 0.01^*$		
רמת דתיות				
2.16	11.04	2.50	6.87	חילוני
1.98	10.85	2.80	8.99	מסורתי
1.90	10.40	2.78	8.55	דתי
$F(233) = 0.70$, $P > 0.05$		$F(233) = 5.936$, $P < 0.01^*$		

* $P < 0.05$

לצורך ניבוי ממדי המשתנה תפיסת הגורמים להפרעות נפש (תפיסה מסורתית או מודרנית) באמצעות המשתנים הדמוגרפיים של המחקר ולניבוי הממדים של המשתנה שיטת טיפול מועדפת (טיפול מסורתי וטיפול מודרני) באמצעות המשתנה גורמים להפרעות נפש (מסורתיים ו/או מודרניים), תוך שליטה במשתנים הדמוגרפיים גיל, מגדר, רמת השכלה ורמת דתיות, בוצעו 4 מודלי רגרסיה ליניארית בצעדים עבור כל אחד מהממדים (multiple linear stepwise regression). לצורך כך, נבנה משתנה דמה (dummy variable) של המשתנים רמת דתיות ורמת ההשכלה.

לוח 4: מודלים של רגרסיה ליניארית רבת-משתנים* (Stepwise) לניבוי הגורמים המסורתיים והמודרניים להפרעות נפש באמצעות משתנים דמוגרפיים

גורמים מודרניים			גורמים מסורתיים			
β	SE.B	B	β	SE.B	B	
—	—	—	—	—	—	מגדר
—	—	—	—	—	—	גיל
—	—	—	—	—	—	רמת השכלה: ¹ תיכונית
—	—	—	—	—	—	על-תיכונית
0.179*	0.39	1.08	-0.209**	0.736	-1.988	אקדמאית
—	—	—	—	—	—	רמת דתיות ² מסורתי
—	—	—	0.184*	0.460	1.092	דתי

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

☆ המודל לעיל הוא המודל הסופי של רגרסיה רבת-משתנים (stepwise) עבור גורמים מסורתיים וגורמים מודרניים בנפרד.

1 קבוצת ייחוס: השכלה יסודית ועל-יסודית 2 קבוצת ייחוס: חילוני
- משתנים שלא נשארו במודלים של הרגרסיה ($P > 0.05$)

לוח 4 מציג מודלים של רגרסיה רבת-משתנים לניבוי תפיסה מסורתית או מודרנית את הגורמים להפרעת נפש באמצעות המשתנים הדמוגרפיים. בלוח אפשר לראות כי תפיסה מסורתית של הגורמים להפרעת נפש מנובאת באמצעות רמת השכלה אקדמאית ($\beta = -0.209, P < 0.01$), כך ככל שעולה רמת ההשכלה של הנבדקים, הם נוטים פחות לתפוס תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש. תפיסה מסורתית של הגורמים להפרעות נפש מנובאת גם באמצעות רמת דתיות ($\beta = 0.184, P < 0.05$): דתיים יותר מחילוניים נוטים לתפוס תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש. עוד עולה מהלוח, כי תפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות נפש מנובאת באמצעות רמת השכלה אקדמאית ($\beta = 0.179, P < 0.05$): ככל שעולה רמת ההשכלה של הנבדקים, הם תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות נפש.

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

לוח 5: מודלים של רגרסיה ליניארית רבת-משתנים* (Stepwise) לניבוי העדפת פנייה לטיפול מודרני או מסורתי

גורמים מודרניים			גורמים מסורתיים			
β	SE.B	B	β	SE.B	B	
						גורמים להפרעת נפש
—	—	—	0.239**	0.077	0.233	מסורתיים
0.190*	0.052	0.121	0.156*	0.072	0.142	מודרניים
—	—	—	—	—	—	מגדר
—	—	—	—	—	—	גיל
						רמת השכלה ¹
—	—	—	—	—	—	תיכונת
—	—	—	—	—	—	על-תיכונת
—	—	—	-0.160*	0.519	-1.087	אקדמאית
						רמת דתיות ²
—	—	—	—	—	—	מסורתי
—	—	—	—	—	—	דתי

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

* המודל לעיל הוא המודל הסופי של רגרסיה רבת-משתנים (stepwise) עבור גורמים מסורתיים וגורמים מודרניים בנפרד.

1 קבוצת ייחוס: השכלה יסודית ועל-יסודית 2 קבוצת ייחוס: חילוני
— משתנים שלא נשארו במודלים של הרגרסיה ($P > 0.05$)

לוח 5 מציג מודלים של רגרסיה רבת-משתנים לניבוי העדפת פנייה לטיפול מסורתי או מודרני באמצעות משתני המחקר תוך שליטה במשתנים הדמוגרפיים של המשתתפים. מהלוח אפשר לראות כי פנייה לטיפול מסורתי מנובאת באמצעות המשתנה גורמים מסורתיים להפרעות נפש ($\beta = 0.239, P < 0.01$). ככל שהנבדקים תופסים תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעת הנפש, כך הם מעדיפים לפנות לגורמי טיפול מסורתיים. בנוסף, העדפת טיפול מסורתי מנובאת באמצעות תפיסה מודרנית של הגורמים להפרעת נפש ($\beta = 0.156, P < 0.05$). נבדקים התופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות נפש עדיין מעדיפים לפנות לשיטות טיפול מסורתיות. עוד עולה מהלוח כי העדפת טיפול מסורתי מנובאת באמצעות רמת השכלה ($\beta = -0.160, P < 0.05$): ככל שעולה רמת השכלה פוחתת ההעדפה של טיפול מסורתי.

זאת ועוד, הממצאים בלוח 5 מצביעים כי העדפת טיפול מודרני מנובאת באמצעות המשתנה גורמים מודרניים ($\beta = 0.190, P < 0.05$). ככל שהנבדקים תופסים

תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש, הם מעדיפים לפנות לשיטות טיפול מודרניות.

דיון

במחקר הנוכחי נבחנה השאלה כיצד תופסת האוכלוסייה הערבית בישראל את הגורמים להפרעות נפש, ואת השפעתה של תפיסה זו על בחירת סוג הטיפול הנפשי, וזאת לאור השינויים המתחוללים בחברה הערבית בישראל.

ממצאי המחקר הראו כי הנבדקים שתפסו תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש, העדיפו לפנות לטיפול מודרני. ממצא זה מעיד על שינוי בהתייחסות האוכלוסייה הערבית בישראל לנושא הפרעות הנפש והטיפול בהן. וזאת שלא כמו ממצאים המתוארים בספרות, המלמדים על נטיית בני החברה הערבית לפנות יותר לשיטות טיפול מסורתיות (Al-Krenawi et al., 2004; Lubetzky et al., 2004). בנוסף עולה מהמחקר כי לרמת ההשכלה ולרמת הדתיות יש השפעה על תפיסת הגורמים להפרעות נפש, כך שמעוטי השכלה ודתיים תופסים תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות נפש ומעדיפים לפנות לטיפול מסורתי. השפעה זו נובעת מכך שמיקוד השליטה החיצוני בחברה הערבית הוא חזק ונעוץ באמונות דתיות (AL-Krenawi & Graham, 1996), ומכך שההפרעות נתפסות כנתונות מידי אלוהים וכיד הגורל (Reiter, et al, 1986). ועוד, מהמחקר עולה כי משכילים תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש. ממצא זה תואם את טענתו של אלקרינאוי (2004) שרמת ההשכלה משפיעה על תפיסת הגורמים להפרעות הנפש באוכלוסייה הערבית: המשכילים תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש, והם פונים למומחים מקצועיים במקום לשיטות טיפול מסורתיות. עם זאת, ממצאי המחקר מצביעים על חוסר אחידות בתפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות הנפש: חלק מאלה התופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש מעדיפים לפנות לשיטות טיפול מסורתיות, וחלק אחר לשיטות טיפול מודרניות. יש תופעה של שימוש בשתי שיטות הטיפול, מסורתיות ומודרניות, בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל (AL-Krenawi & Graham, 1996). לעומת זאת, רייטר ואחרים (Reiter et al, 1986) טוענים כי באוכלוסייה הערבית יש הלימה בין תפיסת הגורמים להפרעות הנפש לבין בחירת שיטת הטיפול, כך שהאוכלוסייה הערבית התופסת תפיסה מסורתית-דתית את הגורמים להפרעות הנפש בוחרת לפנות לטיפול מסורתית-דתי של אנשי דת.

ממצאי המחקר מעידים כי למרות העמדות המודרניות של חלק מהמשיבים, המתבטאת בתפיסה מודרנית של הגורמים להפרעות הנפש ובהעדפת טיפול מודרני, יש

בתוכם קבוצה הממשיכה לתפוס תפיסה מסורתית את הגורמים להפרעות הנפש ולהעדיף שיטות טיפול מסורתיות. ואכן, ממצאי המחקר מאששים את קיומה של קבוצה שלישית, שהיא משכילה ותופסת תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש, אך עדיין מעדיפה לפנות לשיטות טיפול מסורתיות. אפשר להסביר ממצא זה כנובע מהקונפליקט שבו נתונה האוכלוסייה הערבית בישראל בעקבות תהליך המודרניזציה שהיא עוברת, והמפגש שלה עם אוכלוסייה יהודית בעלת ערכים מערביים (כנאענה, 2005; Ghanem, 2001). בחברה הערבית גורם תהליך המודרניזציה להתנגשות בין אימוץ ערכים מערביים מודרניים לבין ערכים ונורמות מסורתיות שחונכו עליהם (Dwairy, 1998). התנגשות זו מתגלה בקשר בין תפיסת האוכלוסייה הערבית את הגורמים להפרעות הנפש לבין סוג הטיפול המועדף, והיא מאששת את קיומם של שלושה זרמים באוכלוסייה הערבית: מסורתיים, דו-תרבותיים ומודרניים (Dwairy, 1997, 1998).

המסורתיים הם בעלי השכלה נמוכה ורמת דתיות גבוהה, והם מאמצים את הערכים והתרבות המסורתית ופועלים לפיהם. קבוצה זו תופסת תפיסה מסורתית-דתית את הגורמים להפרעות נפש, ולכן פונה לטיפול מסורתית-דתי.

הדו-תרבותיים הם משכילים שנחשפו לערכים המערביים אך לא נטשו את ערכיהם המסורתיים. הערכים המערביים משפיעים עליהם ברמת החשיבה, אך מה שמנווט את התנהגויותיהם הם הערכים המסורתיים, ולכן הם מעדיפים לפנות לטיפול מסורתי למרות תפיסתם המודרנית את הגורמים להפרעות הנפש. יש לציין כי אוכלוסייה זו עוברת משבר תרבותי עמוק ביותר בשל חשיפתם לערכים המערביים.

המודרניים הם משכילים שנטשו את הערכים המסורתיים לטובת הערכים המודרניים המערביים. הערכים המערביים משפיעים עליהם הן ברמת החשיבה והן ברמת ההתנהגות, ולכן הם תופסים תפיסה מודרנית את הגורמים להפרעות הנפש, ובוחרים לפנות לטיפול מודרני (Dwairy, 1997, 1998).

ממצאי המחקר יכולים לסייע בשינוי תפיסת האוכלוסייה הערבית את הגורמים להפרעות הנפש, ובהעלאת המודעות לחשיבות ולתועלת שבפנייה לטיפול מקצועי. וזאת באמצעות העלאת המודעות לגורמים הפיזיים והסביבתיים להפרעות נפש, והפחתת התיוג החברתי כלפי הטיפול הנפשי והפנייה לפסיכולוג. שינוי זה יעודד אנשים לפנות לטיפול מקצועי.

הכללת הממצאים מוגבלת משום שמדגם המחקר לא כלל נבדקים מאזור הדרום. מדגם עם נבדקים גם משם היה מאפשר הסתכלות רחבה על התופעה הנחקרת וחשיפת נקודות מבט נוספות, בעיקר משום שאזור הדרום נחשב מסורתי יותר. לכן מומלץ לערוך מחקר שיכלול את כלל האזורים בארץ. מגבלה נוספת נובעת מערכי המהימנות הנמוכים יחסית של ממדי המחקר, הנובעים מהמספר הקטן של הפריטים הנכללים בכל ממד. לכן חשוב שמחקרים עתידיים יכללו מספר גדול יותר של פריטים בכל אחד

ממדדי המחקר. במישור המחקרי, חשוב לערוך מחקר שיבחן את הקשר בין הערכים החברתיים והשינויים החברתיים הפוקדים את החברה הערבית בישראל לבין תפיסת הגורמים להפרעות הנפש ובחירת סוג הטיפול. חשוב גם לערוך מחקר התערבותי שיבחן את השפעתן של תוכניות התערבות תודעתיות על השינוי בתפיסת הגורמים להפרעות הנפש ופנייה לטיפול.

מקורות

- אבו עסכה, ח. (2005). ההישגים הלימודיים של התלמידות הערביות בישראל כגורם לכניסתן למעגל התעסוקה והזדמנות לשינוי במעמדן החברתי. בתוך: א. פלדי (עורך), החינוך במבחן הזמן 2 (עמ' 627-646). תל-אביב: רכס, פרויקטים חינוכיים.
- אלקרינאוי, ע. (2000). אתגר-פסיכיאטריה בחברה הבדואית-ערבית בנגב. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- אלקרינאוי, ע. (2004). ממדים פוליטיים ותרבותיים בטיפול הפסיכולוגי בחברה הערבית בקונטקסט הישראלי. בתוך מ. דירי (עורך), פסיכולוגיה ובריאות הנפש בחברה הערבית בישראל (עמ' 12-48). ג'ת המשולש: מכון מסאר — מכון מחקר, תכנון וייעוץ חברתי. (בערבית).
- אלקרינאוי, ע. וסלונים-נבו, ו. (2009). תפיסת הילד החריג במשפחה הבדואית והשפעתה על דימויה ותפקודה של היחידה המשפחתית. בית-דגן ובאר-שבע: קרן שלם לפיתוח שירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות ואוניברסיטת בן-גוריון.
- גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב., ניראל, נ. ווייצברג, ר. (2009). מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות החולים: נקודת מבט של צרכני השירותים. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- דיאב, ס. וסנדלר-לך, א. (2011). בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל: תמונת מצב על אזור המשולש. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2003). שנתון סטטיסטי לישראל 2003, מס' 54. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2010). שנתון סטטיסטי לישראל 2002, מס' 61. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2012). שנתון סטטיסטי לישראל 2012, מס' 63. ירושלים.
- טאטור, מ. (2008). סוגיות נבחרות בהתערבות פסיכולוגית חינוכית בחברה הערבית. בתוך: ג. וייל (עורך). פסיכולוגיה חינוכית בחברה רב תרבותית (עמ' 109-126). ירושלים: משרד החינוך.
- כנאענה, י. (2005). המשכיות וחדשנות בכפר הערבי בישראל: בין תרבות החמולה לבין התרבות האקדמית. עבודת מוסמך, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת תל-אביב.
- לשם, א., ווראר-סטריאר, ד. (2003). שונות תרבותית כאתגר לשירותי אנוש. ירושלים: הוצאת מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- עראר, ח. ואבו עסכה, ח. (2007). השכלה ותעסוקה כהזדמנות לשינוי מעמדן של נשים ערביות בישראל. בתוך: ח. עראר וק. חאג'י-יחיא (עורכים), האקדמאים וההשכלה הגבוהה בקרב הערבים בישראל: סוגיות ודילמות (עמ' 73-103). תל-אביב: הוצאת רמות.
- עראר, ח. ואבו עסכה, ח. (2010). נשות עסקים ערביות באזור המשולש: מאפיינים, צרכים וקשיים. סוגיות חברתיות בישראל, 9, 91-123.
- רביע, ח. (2004). החמולה הערבית בישראל: בין המסורת למודרניזציה. ג'ת המשולש: מכון מסאר — מכון מחקר, תכנון וייעוץ חברתי. (בערבית).

טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה

- רביע, ח. (2007). תפיסת החמולה בעיני האקדמאים הערבים בישראל. בתוך: ח. עראר, וק. חאג'יחיא (עורכים), האקדמאים וההשכלה הגבוהה בקרב הערבים בישראל: סוגיות ודילמות (עמ' 171–188). תל-אביב: הוצאת רמות.
- שטרסברג, נ. (2005). סקירת ספרות על מוגבלות בחברה הערבית בישראל. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- Abu-Lughod, L. (1998). *Remaking women: Feminism and modernity in the Middle East*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Aburabia-Queder, S. (2006). They felt I raped a role that was not supposed to be mine: First woman principal in a Bedouin tribal society. In I. Oplatka & R. Hertz-Lazarowitz (Eds.), *Women principals in a multicultural society* (pp. 74–81). The Netherlands: Sense Publishers.
- Al-Adawi, S., Dorvlo, D. T. & Chand, S. P. (2002). Perception of and attitude towards mental illness in Oman. *International Journal of Social Psychiatry*, 48, 305–317.
- Al-Krenawi, A. (1999). Explanation of mental health symptoms by the Bedouin Arabs of the Negev. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 56–64.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1996). Social work practice and traditional healing rituals among the Bedouin of the Negev. *International Social Work*, 39, 177–188.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1997). Spirit possession and exorcism in the treatment of a Bedouin psychiatric patient. *Clinical Social Work Journal*, 25, 211–222.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (1999). Gender and biomedical/traditional mental health utilization among the Bedouin-Arabs of Negev. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 219–243.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally-sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work*, 25, 9–22.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Dean, Y. Z., & Eltaiba, N. (2004). Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel. *International Journal of Social Psychiatry*, 50, 102–114.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Kandah, J. (2000). Gender utilization of mental health services in Jordan. *Community Mental Health Journal*, 36, 501–511.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Ophir, M., & Kandah, J. (2001). Ethnic and gender differences in mental health utilization: The case of Muslim Jordanian and Moroccan Jewish Israeli out-patient psychiatric patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 42–54.
- Al-Subaie, A., & Alhamad, A. (2000). Psychiatry in Saudi Arabia. In I. Al-Issa (Ed.), *Al-Junun: Mental illness in the Islamic world* (pp. 205–233). Madison, CT: International Universities Press.
- Angel, R. (1987). The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 11, 465–494.
- Arar, K., & Rigbi, A. (2009). “To participate?” Status and perception of physical education among Muslim Arab-Israeli secondary school pupils. *Sport, Education and Society*, 14, 182–202.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.

- Corrigan, P. W., & Rusch, N. (2002). Mental illness stereotypes and service use: Do people avoid treatment because of stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*, 312–334.
- Cuellar, I., Arnold, B., & Gonzalez, G. (1995). Cognitive referents of acculturation: Assessment of cultural constructs in Mexican Americans. *Journal of Community Psychology, 23*, 339–356.
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, V., Lepine, J. J. P., & Pennell, B. A. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association, 291*, 2581–2590.
- Dubovsky, S. (1983). Psychiatry in Saudi Arabia. *American Journal of Psychiatry, 140*, 1455–1459.
- Dwairy, M. (1997). *Personality, culture, and the Arab society*. Jerusalem: Ministry of Education (Arabic).
- Dwairy, M. (1998). *Cross-cultural counseling: The Arab-Palestinian case*. New York, NY: Haworth Press.
- Dwairy, M. (2006). *Counseling and psychotherapy with Arabs and Muslims: A culturally sensitive approach*. New York, NY: Teachers College Press, Columbia University.
- Feinson, M., Popper, M., & Handelsman, M. (1992). *Utilization of public ambulatory mental health services in Israel: A focus on age and gender patterns*. Jerusalem: Israel Ministry of Health.
- Galil, A., Carmel, S., Lubetzky, H., Vered, S., & Heiman, N. (2001). Compliance with home rehabilitation therapy by parents of children with disabilities in Jews and Bedouin in Israel. *Developmental Medicine & Child Neurology, 43*, 261–268.
- Ghanem, A. (2001). *The Palestinian-Arab minority in Israel, 1948–2000: A political study*. New York, NY: SUNY Press.
- Helman, C. G. (2000). *Culture, health and illness* (4th ed.). London, England: Butterworth-Heinemann.
- Jorm, A. F., Angermeyer, M., & Katschnig, H. (2000). Public knowledge of and attitudes to mental disorders: A limiting factor in the optimal use of treatment services. In G. Andrews & S. Henderson (Eds.), *Unmet need in psychiatry: Problems, resources, responses* (pp. 399–413). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Karayahni, M. (1989). Counseling parents with a Downs syndrome child. *International Journal for the Advancement of Counseling, 12*, 153–156.
- Kleinman, A., & Good, B. (1985). *Culture and depression*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization, 82*, 858–866.
- Kreuter, M. W., Lukwago, S. N., Bucholtz, R. D., Clark, E. M., & Sanders-Thompson, V. (2003). Achieving cultural appropriateness in health promotion programs: Targeted and tailored approaches. *Health Education & Behavior, 30*, 133–146.
- Kulwicki, A. (1996). Health issues among Arab Muslim families. In B. Aswad & B. Bilge (Eds.), *Family and gender among American Muslims* (pp. 187–207). Philadelphia, PA: Temple University Press.

- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 613–619.
- Lonner, J. W., & Malpass, R. S. (1994). *Psychology and culture*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Lubetzky, H., Shvarts, S., Merrick, J., Vardi, G., & Galil, A. (2004). The use of developmental rehabilitation services: Comparison between Bedouins and Jews in the south of Israel. *Scientific World Journal, 4*, 186–192.
- Mehta, S., & Farina, A. (1988). Associative stigma: Perceptions of the difficulties of college-aged children of stigmatized fathers. *Journal of Social & Clinical Psychology, 7*, 192–202.
- Morad, M., Kandel, I., Lubetzky, H., Agbaria, R., & Merrick, J. (July, 2004). The role of values and informal support with the intellectually disabled family member: The Arab family and social transition in Israel. Paper presented at the conference on The Psycho-social Challenges of Indigenous Societies: The Bedouin Perspective, Ben-Gurion University of the Negev (July 7th, 2004).
- Nagayama-Hall, G. (2001). Psychotherapy research with ethnic minorities: Empirical, ethical, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 502–510.
- Okasha, A., & Karam, E. (1998). Mental health services and research in the Arab world. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 98*, 406–413.
- Pasick, R. J., D'Onofrio, C. N., & Otero-Sabogal, R. (1996). Similarities and differences across cultures: Questions to inform a third generation for health promotion research. *Health Education Quarterly, 23*, 142–161.
- Pedersen, P. B. (1999). Culture-centered interventions as a fourth dimension of psychology. In P. B. Pedersen (Ed.), *Multiculturalism as a fourth force* (pp. 3–18). Philadelphia, PA: Brunner/Mazel.
- Pines, A. M., & Zaidman, N. (2003). Gender, culture, and social support: A male-female, Israeli Jewish-Arab comparison. *Sex Roles, 49*, 571–586.
- Reiter, S., Mari, S., & Rosenberg, Y. (1986). Parental attitudes toward the developmentally disabled among Arab communities in Israel: A cross-cultural study. *International Journal of Rehabilitation Research, 9*, 355–362.
- Rickwood, D. J., & Braithwaite, V. A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine, 39*, 563–572.
- Savaya, R. (1998). The under-use of psychological services by Israeli Arabs: An examination of the roles of negative attitudes and the use of alternative sources of help. *International Social Work, 41*, 195–209.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Tijhuis, M. A. R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science & Medicine, 31*, 989–995.
- Weisman, A. G., Lopez, S. R., Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Hwang, S. (2000). A comparison of psychiatric symptoms between Anglo-American and Mexican-American patients with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 817–824.

