

מסירה (מסע) - התכנית לקידום מעמדם של אנשים עם נכויות בחברה הערבית בישראל

בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל תמונת מצב על אזור המשולש

כתבו:

אביטל סנדלר-לף

סועאד דיאב

מרץ 2011

www.jdc.org.il/disability

יפעת שחק, אגף נכויות ושיקום, ג'וינט ישראל
גילת עירון-בהר
פנינה נחמיאס, ג'וינט ישראל
סימונה דוד, אשל
טוביה מנדלסון, אשל-ג'וינט

עורכות:

עיצוב וביצוע גרפי:

מזכירות ותיאום:

הוצאה לאור:

© כל הזכויות שמורות לג'וינט ישראל

תוכן העניינים

4		הקדמה
5	נתונים דמוגרפיים על אזור המשולש	פרק 1:
6	היחס בחברה הערבית המוסלמית לנכויות על בסיס נפשי	פרק 2:
6	היחס של העולם המוסלמי לנכויות על בסיס נפשי	
7	היחס בחברה הערבית בישראל לנכויות על בסיס נפשי	
8	התמודדות עם המצב: נפגעי נפש ובני משפחותיהם	פרק 3:
8	התמודדות נפגעי הנפש בהקשר החברתי-תרבותי-דתי	
9	התמודדות נפגעי הנפש בהקשר המשפחתי	
9	התמודדות המשפחות של נפגעי הנפש	
12	שירותים בתחום בריאות הנפש וגורמים מטפלים בין מצוי לרצוי	פרק 4:
12	פער תרבותי	
13	קשיים מערכתיים	
17	המלצות להתערבויות	פרק 5:
19	תכנית התערבות מתוכננת במסגרת תכנית "מסירה" (מסע)	פרק 6:
19	מטרות התכנית	
19	שלבי העבודה	
20	תכנית הפעולה והשותפים	
22		ביבליוגרפיה
23	נספח א' - ראיונות	נספחים
24	נספח ב' - טבלת יישובים ושירותים	

“אני נשוי בפעם השלישית. כל פעם מתחתן ומתגרש. נולדתי בבית קשה מבחינת עוני ואלימות. אם יהיה לי ילד אני חושב שאני אשתפר. אני בעצמי מרפא אנשים מהגן [מהשד] ומוציא מהם את הגן” (נפגע נפש בן 45).

המושגים 'נכות על בסיס נפשי' ומחלות נפשיות נחשבים טאבו בשיח הציבורי בחברה הערבית. נכות על בסיס נפשי יכולה להתבטא בפגיעה בתפקוד גופני, פסיכולוגי, קוגניטיבי, רגשי או חברתי (שטרך ואחרים, יוני 2007). הטרמינולוגיה השלטת לתיאור קבוצת העניין, דהיינו אנשים בעלי נכות על בסיס נפשי, היא רחבה ומגוונת ומבטאת השקפות עולם ואידאולוגיות שונות. כמה מהמונחים הקיימים הם: חולי נפש, נכי נפש, בעלי מוגבלות נפשית, אנשים נפגעי נפש, נכות על בסיס נפשי, מתמודדים עם פגיעות נפשיות, צרכני שירותי הנפש, שונים על בסיס נפשי ועוד. מגוון זה משקף מצב של חוסר ידע, חוסר מידע ועמימות ביחס לנכות זו.

הנכים המבוגרים (65-21) מהווים כ- 25% מאוכלוסיית הערבים המבוגרים בישראל ומספרם מוערך בכ- 170,000 איש. שיעור הנכים הקשים בקרבם גבוה פי שלושה מאשר בקרב הנכים המבוגרים בחברה היהודית. (נאון, 2009). 'מתמודדים עם פגיעות נפשיות' הם הקבוצה הגדולה ביותר מבין כלל מקבלי קצבאות הנכות מהמוסד לביטוח לאומי. על-פי הדוח של המוסד לביטוח לאומי לשנת 2008, 32% מכלל מקבלי קצבת נכות כללית זכאים לכך על בסיס נפשי (אתר הביטוח לאומי). בנתונים של מינהל המחקר והתכנון של המוסד מ-2006 דווח ש-57,600 אנשים בגילאי 18-65 הוכרו כבעלי נכות נפשית בשיעור 40% ויותר וכזכאים לקצבת נכות (שור, 2009). מספר בעלי המוגבלויות הערבים הממציים את זכותם בביטוח לאומי על בסיס נפשי, נמוך מאוד יחסית לחברה היהודית; הנתונים המחקריים מראים ששיעור מקבלי קצבת נכות על בסיס נפשי המתגוררים ביישובים היהודיים גבוה מזה של אלה המתגוררים ביישובים הערביים: שיעור מקבלי קצבת נכות על רקע נפשי בקרב הערבים הוא 8% לעומת 65% ביישובים היהודיים. (שטרך, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009). נתונים אלה מצביעים על תמונת מצב קשה - מיעוט מקבלי קצבאות על בסיס נפשי ואי-שימוש בשירותים הקיימים בתחום.

תכנית "מסירה" שיזם והוביל אגף נכויות ושיקום בג'וינט ישראל החלה את פעילות בשנת 2006 ונגעה בארבע שנות פעילותה הראשונות בכ- 14,000 איש: אנשים עם מוגבלות, רובם עם מוגבלות פיזית וחושית, בני משפחה ואנשי מקצוע (היוש, חאג' יחיא, ויצחק - מונסוגו, 2010).

לאור הצרכים והבקשות שעלו מן השטח לסייע לנפגעי נפש בחברה הערבית ולמשפחותיהם, הוחלט להיכנס למהלך ארבע שנתי, ולפעול באיזור המשולש, בתחום שקשה לנכים עצמם, לבני משפחותיהם, לאנשי מקצוע ולחברה בכלל להתמודד איתו - בריאות הנפש.

המהלך התאפשר בזכות שיתוף פעולה וסיוע של קרן לזלו נ. טאובר והודות לתחום שיקום בקהילה באגף לשירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, שנתן את ברכת הדרך והעניק ליווי מקצועי.

לצורך כתיבת הדוח הנוכחי נערכו שלש קבוצות מיקוד בהן השתתפו 40 מתמודדים ערבים עם מחלות נפש ובני משפחה; וכן 18 ראיונות עם אנשי מקצוע וקובעי מדיניות (הרשימה המפורטת מופיעה בנספח א'). בנוסף נערך מיפוי שירותים קיימים באיזור המשולש (נספח ב')

במסגרת דוח זה נסקור את היחס של החברה הערבית המוסלמית לנושא בריאות הנפש. מרבית תושביו של איזור המשולש הם ערבים מוסלמים ולפיכך ההתייחסות לדת בדוח תהיה לדת המוסלמית, ואת הקשיים שמתמודדים עמם נפגעי הנפש ובני משפחותיהם מבחינה חברתית ומבחינת מערכות נותנות השירותים. הדוח ינסה להסביר את הרתיעה של נפגעי הנפש ו/או משפחותיהם מלקבל את שירותי המוסד לביטוח לאומי ואת שירותי סל השיקום, שלרוב מלווה בסטיגמה שלילית, בחוסר ידע ומידע, ובהעדר נגישות של השירותים, שפתית ופיזית, למקומות מגוריהם. לבסוף יוצגו המלצות ותכנית הפעולה של "מסירה" לקידום מצב נפגעי הנפש בחברה הערבית בישראל.

נתונים דמוגרפיים על אזור המשולש

“אני מפחדת מהעתיד, אני רווקה וההורים שלי זקנים חולים. מה יקרה איתי אחרי המוות שלהם? אף אחד לא יתחתן אתי ואף אחד לא ידאג לי” (נפגעת נפש בת 40).

באזור המשולש, יש 16 יישובים ערביים מוכרים ושתי עיריות מעורבות. מספר התושבים הערבים במשולש, כולל היישובים המעורבים במרכז, הוא 298,000, שמהווים כ-20% מכלל התושבים הערבים בישראל. 94.5% מתושבי המשולש הם מוסלמים (בשיר, אלשיח, מוחמד ורוחאנא 2007).

התחבורה הציבורית המחברת בין היישובים הערביים הקרובים באזור אינה מפותחת ולרוב אינה קיימת כלל. הדבר מקשה על מעבר בין היישובים בתחבורה הציבורית, ומקשה על פיתוח שירותים אזוריים ליישובים הקרובים באזור. תושבי המשולש מקבלים שירותים בשני מוקדים מרכזיים בתחום בריאות הנפש. המוקד הראשון בגודלו הוא בית החולים שער מנשה, המספק שירותים לרוב האוכלוסייה הערבית הנזקקת באזור. צוות בית החולים מתמודד עם צורכייהם של נפגעי הנפש הערבים באזור המשולש הצפוני והדרומי ובאזור הגליל. בית החולים נחשב לגדול בישראל מבחינת שטחו ונמצא במקום השני מבחינת מספר המאושפזים שהוא יכול להכיל. הערבים המטופלים בו הם חלק גדול מסך כל המטופלים בבית החולים, ויש בו צוות ערבי מורחב בכל התחומים הרלוונטיים (פסיכיאטרים, עובדים סוציאליים, אחיות ועוד). המוקד השני הוא המרפאה לבריאות הנפש בעיר טייבה, האמורה לשרת את היישובים הגדולים במשולש הדרומי (טייבה, קלנסווה, טירה ועוד). המרפאה מתפקדת בכוח אדם מצומצם, קורסת תחת הלחץ והעומס בפניות, ומצליחה בקושי לספק את הצרכים הראשוניים של נפגעי הנפש באזור. הדבר גורם לנפגעי נפש רבים באזור לפנות לשירותים ביישובים היהודיים כדי לקבל טיפול אינטנסיבי.

חלוקת האחריות מצד משרד הבריאות על אזור המשולש היא כדלקמן: אום אל-פחם והיישובים סביבו שייכים למחוז חיפה; נפת חדרה, והמשולש הדרומי שייכים למחוז מרכז. היישובים הערביים במשולש מתחלקים לשלושה אזורים (נספח ב'): (1) המשולש הדרומי: כפר קאסם, טייבה, קלנסווה, ג'לג'וליה, טירה, זמר, כפר ברא, באקה-ג'ית; (2) המשולש הצפוני: אום אל-פחם, עארה, ערעה (שלושת היישובים האלה על הגבול), בסמ"ה (ברטעה, עין א-סלה, ומעאוויה) ומעלה עירון (מוסמוס, מושיי'רה, זלפה, סאלם, ביאדה), פרדיס, ג'סר א-זרקא וכפר קרע; (3) יישובים מעורבים במרכז, הצורכים את שירותי האזור: רמלה ולוד.

השירותים הקיימים באזור גיאוגרפי זה מועטים וכוללים: מפעל מוגן, תעסוקה מוגנת ונתמכת, מועדונים חברתיים, חונך ומלווה טיפולי ותכנית עמיתים. המוקדים של השירותים הם ביישובים טייבה, באקה-ג'ית, כפר קרע, אום אל-פחם וקלנסווה.

באום אל-פחם מופעלות מספר תכניות על ידי עמותת אנוש: מועדון חברתי, מרכז תעסוקתי לנשים, מרכז תעסוקתי לגברים ותעסוקה נתמכת. ביישוב פועלת שלוחה של מרפאה לבריאות הנפש המתנהלת דרך שיחת וידאו או שיחות טלפון. בכפר קרע יש הוסטל ומפעל תעסוקה מוגן המופעל על ידי עמותת “שכולו טוב”. בבאקה-ג'ית יש מפעל מוגן המופעל על ידי עמותת “שכולו טוב” ומיושמת בה “תכנית עמיתים” על ידי חברת המתג’סים בנוסף למועדון חברתי. בטייבה יש מרפאה לבריאות הנפש הפועלת עם צוות מצומצם, וכן מפעל תעסוקה מוגן ומועדון חברתי שמופעלים על ידי “שכולו טוב”. במקרים בודדים בכל האזור יש תעסוקה נתמכת המסופקת על ידי חברות שונות. אין מרפאות קהילתיות לבריאות הנפש ביישובים הערביים, מלבד בטייבה (נספח ב').

נתונים אלה מאתגרים את המערכת מבחינת כמות השירותים, סוגי השירותים, מקום השירותים, איכותם והנגשתם ביחס למספר האוכלוסייה ולצרכיה.

היחס בחברה הערבית המוסלמית לנכויות על בסיס נפשי

“הגוף שלי מלא פצעים וסימנים שלא יירפאו. קיבלתי מכות רצח מידי השיח' כדי להוציא את הגן' מהגוף שלי. על המחלה למדתי בכוחות עצמי מהאינטרנט, לא מהמשפחה ולא מאנשי מקצוע” (נפגעת נפש בת 22).

א. היחס של העולם המוסלמי לנכויות על בסיס נפשי

החברה הערבית היא חברה מסורתית באופייה, ונמצאת בתהליכי התפתחות המושפעים גם מתהליכי הגלובליזציה העולמיים. הדת המרכזית בין שלוש הדתות של הערבים בישראל היא האסלאם: כ- 84% מערביי ישראל הם מוסלמים (שנתון סטטיסטי לישראל 2010, הלמ"ס)¹

תיאוריות בתחום בריאות הנפש מתפתחות בצורה איטית בחברה הערבית, כמו הגות מיוחדת שדנים בה, כותבים עליה, מתמודדים עם הסוגיות שמעלה ועם הצורך להטמיע דעות חדשות. העולם הערבי מתייחס לנושא של פגיעות נפשיות בצורה שלילית וסטיגמטית מאוד. אמנם יש לא מעט ספרות קלאסית המתורגמת לערבית בתחום בריאות הנפש, ומושגים בתחום זה הותאמו לשפה הערבית כאבני יסוד בפיתוח התחום, אך ספרות זו אינה מגיעה לכל מוסדות האקדמיה הערביים, לעיתים ממניעים אידאולוגיים או בשל חסמים תרבותיים.

פתחי בן סלאמה, מרצה באוניברסיטת פריז, טען בריאיון מ-2006, בנושא הקשר בין בריאות הנפש לעולם האסלאמי כי תיאוריות בתחום מדעי הנפש כמעט אינן נלמדות באוניברסיטאות בעולם הערבי המוסלמי (בן סלאמה, 2006) משום שהוא דוחה אותן. לטענתו, יש כמה צדדים להדרה הדדית בין התחום העיוני של בריאות הנפש לבין העולם המוסלמי. להלן ההסברים לכך:

1. הוגים מוסלמים רבים סבורים כי התיאוריות של מדעי הנפש גורמות להתרחקות מהדת ומביאות למצב של כפירה.
2. הוגים רבים רואים בתיאוריות של מדעי הנפש תיאוריות מערביות הבאות לעודד את הפרט להיות נבדל ושונה מהחברה הקולקטיבית, ובכך מבססים תפיסות בדלניות בתוך החברה.
3. היחס לרפואה בחברות הערביות הוא יחס למקצוע המטפל בבריאות הגוף, והדרך לטיפול היא בעיקר באמצעות תרופות ומרשמים. לעומת זאת, בקרב חלק ניכר בחברה הערבית, פגיעה נפשית אינה נתפסת כתחום שבאחריות הרפואה אלא כבעיה מטפיזית, כתופעה על-טבעית (“גן' נכנס באדם), שהיחס אליה צריך להיות בהתאם, ולכן הטיפול בה מצריך שיטות “שבנסתר” ודרכים מאגיות.
4. בחברה הערבית שולטות תפיסות מסורתיות, למשל התפיסה שרק האנשים המאמינים והטובים לא יחלו במחלות נפשיות כי האמונה שומרת עליהם ואינה מניחה לשטן לשלוט בהם. הקוראן מקדיש מקום ומחשבה מעמיקה לתחום התת-מודע ולהשפעתו על התנהגות האדם. בנוסף יש אזכור ברור של מושג הגן' (יש גן' טוב וגן' רע). לפיכך, מי שטוען לאי-קיום הגן' כופר באסלאם. יש לציין בהקשר של טיפול בשיטות מאגיות נפוצות שחלקן פוגעות בכבוד האדם, כי בקוראן יש הדגשה של ערך הכבוד לבני אדם ללא שיוכם הדתי, האתני והמעמדי.

¹ בדוח זה ההתייחסות תהיה לדת המוסלמית אולם הדברים רלוונטיים גם לדת הנוצרית והדרוזית

5. החברה הערבית המוסלמית נמצאת בקונפליקט בין השאיפה למודרנה ובין הזרמים המסורתיים. לא נעשה בחברה זו ניסיון לגשר על התהום בין המודרנה למסורת ואין בה פתיחות דמוקרטית וליברלית שתאפשר לה לפתח דרכי התמודדות בין הזרמים, דבר הדוחף אנשים בחברה לחפש את התשובות בדת. יתר על כן, הקונפליקט מגדיל את הפער בין המודרנה ומאפייניה ובין הדרכים שמסגלים לעצמם בני החברה להתמודד עם השינויים. פער זה רק גורם לזרמים מסורתיים, דתיים קיצוניים להציע את עצמם כחלופות היכולות להציל את הנפש של האדם בזמן הזה.
6. את תחום מדעי הנפש פיתח זיגמונד פרויד, תיאורטיקן ממוצא יהודי. בשל הסכסוך הערבי-יהודי יש נטייה בעולם המוסלמי לדחות ולהדיר תיאוריות שמובילים תיאורטיקנים יהודים.
7. המצב החברתי, הפוליטי והכלכלי בעולם הערבי גורם לזרמים מסורתיים-קיצוניים בתחומי דעת שונים לדחות את התיאוריות בעולם הנפש בטענה שאלו תיאוריות שנוצרו במערב והן צריכות לפעול רק במערב, ואין להן נגיעה לצרכים של בני אדם בעולם הערבי והמוסלמי.

ב. היחס בחברה הערבית בישראל לנכויות על בסיס נפשי

תפיסת החברה הערבית בישראל את תחום פגיעות הנפש אינה שונה בהרבה מהתפיסה הרווחת בעולם הערבי בכללותו. אולם מעבר לכך, להקשר התרבותי, החברתי והכלכלי יש השפעה על הצריכה של טיפול בנפגעי נפש ועל היענות לה. החברה הערבית בישראל היא חברה קולקטיבית ונמצאת במצב חברתי-פוליטי לחוץ במשך שנים. זוהי חברה פטריארכלית ומאפיין זה קובע את דפוסי ההתמודדות שלה עם בעיות הפרט והחברה. נוסף על כך, היא נמצאת במצב של שינוי חברתי ובמצב של קונפליקט בין הצורך להיענות לדפוסי החיים המערביים ובין זרמים המושכים לשמור על הדפוסי החברתיים הישנים. מדובר באוכלוסייה ענייה, בעיקר הנשים בה, שמצבה ירוד בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה הנפשית (אלקרינאוי, 2004). התפיסה שלפיה מאורעות החיים נקבעים על ידי גורמים וכוחות חיצוניים, רווחת ומקובלת בקרב חוקרים רבים בחברה הערבית (שטרן ואחרים, אפריל 2007).

תחום הטיפול הנפשי הפרטני בחברה הערבית מאופיין בהדרה ובאי-קבלה. תחום זה נתפס כקשור למערב ולנטייתו הקולוניאלית לפורר את החברה הערבית ולכפות סגנונות טיפול מערביים. נפגעי נפש ערבים מתייחסים בצורה שלילית לנושא הטיפול הפרטני בתחום, והידע שלהם על תרופות פסיכיאטריות ועל השימוש בהן הוא מועט. במובן זה החברה הערבית ברבדיה השונים אינה שונה גם מכלל החברה הישראלית ביחסה הלא-מקבל והסטיגמטי לתחום נפגעי נפש ובריאות הנפש. היחס השולט הוא יחס שלילי למערך שירותי בריאות הנפש הכלליים. במחקר שנערך מטעם מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, כשנשאלו ערבים נפגעי נפש על מגע עם נפגעי נפש אחרים או על ביקור בבית חולים פסיכיאטרי, אחוז גבוה מהם ענו שאינם מכירים נפגעי נפש אחרים או אין להם מגע עם נפגעי נפש (שטרן ואחרים, אפריל 2007).

התמודדות עם המצב: נפגעי נפש ובני משפחותיהם

”אני מוגדר כחולה נפש מגיל התיכון. חיתנו אותי עם אישה גבולית ופשוטה. אני אמן מצייר, מפסל וכותב, אין לזה מקום בסביבה שלי - חברתית ומשפחתית. אני אבא לארבעה ילדים, הגדולה בת 18. כשילדיי שואלים על התרופות שאני משתמש בהם, אני אומר להם שהן תרופות לכאבי בטן” (נפגע נפש בן 49).

נפגעי הנפש נאלצים להתמודד עם מחלתם, עם הדימוי העצמי שלהם כחולים, עם יחסה האמביוולנטי, לעיתים, של משפחתם ועם הסביבה החיצונית.

א. התמודדות נפגעי הנפש בהקשר החברתי-תרבותי-דתי

אחד הקשיים המרכזיים בפניהם עומד אדם נפגע נפש, המעוניין בטיפול, מושפע מהתרבות מהאווירה השלטת ומהחינוך הטבוע בו. בתרבות הערבית, הבעת רגש שלילי בפני אנשי מקצוע אינה מקובלת וכרוכה בקשיים, דבר המגביר את המרחק, את הדיכאון ואת ההסתגרות הפנימית של אלה הזקוקים לשיחות פרטניות בתחום בריאות הנפש.

יש קושי לחשוף בעיות נפשיות נפוצות, כמו ניסיונות התאבדות וקשה לעודד את הדיבור עליהן. סוגיות אלה הן בגדר טאבו, בשל החרם הדתי שעלול להיות קל בו כל מי שהעז ומבצע. מאפיינים אלה, נוסף על מרכזיות הדת בקרב שכבות רבות בחברה, יוצרים מתח בין ההיענות לטיפול המקצועי לבין ההיענות לתפיסות הדתיות (חובת ההכרה בקיום הג'ן). הדבר מקשה על המתמודד עם פגיעה נפשית ובני משפחתו ליצור איזון במציאות השסועה.

דת האסלאם מעודדת תפיסות מסוימות ובכללן התחברות הפרט לחברה ולקבוצה, בשונה מהתפיסה האינדיבידואליסטית הליברלית. ביטויי מפתח הנהוגים באסלאם המסבירים את היחס לתחום הם: ”לסבול כשנתקלים בקשיים”, ”להיות בתקווה כל הזמן”, ”האחריות למעשה (התאבדות) היא עניין אישי”, ”התנהגות האדם היא עניין של בחירה”, ”להשתמש ולהיעזר בחברה לפי הצורך תוך התחברות דתית קבוצתית כדי להגיע לאושר הפרטי”. האמונה שהכול מאלוהים, שהמוסלמי נתון בידי האל, מקשה על המתמודד עם פגיעה נפשית לפנות לקבל סיוע חיצוני, כי לפי תפיסתו האידאולוגית המסייע הבלעדי הוא אלוהים.

תפיסה רווחת המחזקת על ידי אידאולוגיה זו, היא שהפרעות נפשיות נוצרות בשל הריחוק מהדת ובשל קללה שרובצת ולכן הטיפול המוצע הוא חיזוק האמונה באל והוצאת השד (הג'ן) מנפש האדם.

לנפגעי נפש ערבים אין אמון במערכת. תופעה זו מבוססת בעיקר על יחס של דחייה מצד נציגי הדת לתחום בריאות הנפש. התפיסה הרווחת היא שהתערבות פסיכיאטרית ופסיכולוגית רק תגביר את החשדנות. לרוב, היחס של אנשי מקצוע, הקהילה הרחבה, משפחות המתמודדים והמתמודדים עצמם כלפי מחלות נפש הוא סטיגמטי. יוצא אפוא שנפגעי נפש מתמודדים, מצד אחד, עם מוגבלויות הנובעות מהנכות עצמה, ומצד אחר, עם דעות קדומות מוטעות לגבי פגיעה נפשית. הסטיגמה היא, אם כן, הגורם העיקרי להימנעות של נפגעי נפש מפנייה לקבלת עזרה בתחום.

ב. התמודדות נפגעי הנפש בהקשר המשפחתי

”סיימתי את לימודי באוניברסיטה בהצלחה, התחתנתי ונהייתי מורה. אחרי לידת הילדה הראשונה זה קרה. בן זוגי התגרש וזרק אותי, הילדה נלקחה ממני והוא נסע איתה לחו"ל. בגלל מחלתי אסרו עליי לראות את הילדה. אני רוצה להיות אמא אבל כולם לא נותנים לי” (נפגעת נפש בת 39).

החברה הערבית היא חברה המצויה במעבר ממסורת למודרנה. בשלב הזה יש חשיבות רבה לתפקיד המשפחה בתהליכי הגדילה וההתפתחות של הפרט. צורך זה עולה ביתר שאת כשאחד מבני המשפחה נפגע על בסיס נפשי. נפגעי נפש אינם פרטים יחידים המנותקים מהחברה; יש להם בני/בנות זוג והורים ולרובם יש גם ילדים. למשפחה כמערכת תומכת תפקיד מרכזי בתהליך הטיפול בנפגעי הנפש.

בקבוצות המיקוד שנערכו לצורך כתיבת דוח זה, עלתה תמונה מעמיקה וקשה על סיפורי חייהם של בני המשפחות, והנפגעים חשפו היסטוריה ארוכה ומורכבת של התמודדות קשה עם המחלה, עם בני המשפחה, עם החברה ועם הגורמים המטפלים. המשתתפים תיארו את גלגולי המחלה, את האשפוזים והטיפולים השונים, את מצבי הרוח המשתנים ואת הקשיים שהם נתקלים בהם לאורך חייהם. אף שהמשתתפים ידעו שמסגרת קבוצת המיקוד היא מסגרת חד-פעמית ואינה מיועדת לעיסוק ממושך ומעמיק בנושאים אישיים, הם הביעו רצון וצורך להביא סיפורים אלה ונראה כי הם ראו במפגש זה מעין הזדמנות בלתי חוזרת לפורקן.

סוגיה נוספת שעלתה הן במחקר והן בקבוצות המיקוד מתייחסת למצבן הקשה של נשים נפגעות נפש ביחס לגברים במצב דומה. הסיכוי של נשים נפגעות נפש להקים משפחה קטן מזה של הגברים. בעוד שרוב הגברים נפגעי הנפש מתחתנים, רוב הנשים נפגעות הנפש אינן מתחתנות (שטרן ואחרים, אפריל 2007).

חלק מהמשפחות משיאות את בניהם נפגעי הנפש כדי לצרף את נשותיהם למעגל התומכים וכדי שדמות נוספת תוכל לשאת בנטל. בני משפחה סיפרו כי הם נוטים לראות בבנות הזוג של נפגעי הנפש את התומכות העיקריות. רוב ההורים של מתמודדים רואים בבת הזוג האדם שיטפל בבנם וידאג לצרכיו לאחר שהם עצמם יסתלקו מן העולם. יש המקווים כי נישואי הבן ירפאו אותו ממחלתו בכך שהנישואים ייתנו לו סיבה לחיות. פתרון זה מספק הורים לגברים נפגעי נפש אך אינו קוסם להורים של נשים נפגעות נפש, שלרוב מעדיפים להסתיר את קיומן או למנוע את נישואיהן גם כשאפשרות זו עולה על הפרק.

עניין נוסף שעלה הוא היציאה של נפגעי הנפש מהבית שאינה מובנת מאליה מבחינת נפגע הנפש, מבחינת משפחתו ומבחינת החברה. במיוחד בעייתי הדבר עבור נשים נפגעות נפש.

ג. התמודדות המשפחות של נפגעי הנפש

”אני אב לילד חולה נפש בן 25. אם אמצא לו אישה טובה שתסכים להתחתן איתו, מצבו ישתפר. כך אנחנו מאמינים בבית” (הורה בן 60 לבן נפגע נפש).

הופעת פגיעה נפשית אצל אחד מבני המשפחה גורמת למשבר בתוך המשפחה עצמה ובינה לבין סביבתה. בקבוצות המיקוד שנערכו עלה, שבני המשפחה של נפגעי נפש משמשים עבורם מקור התמיכה העיקרי. התמיכה מתבטאת בין היתר בליווי, בהקשבה, בעזרה יומיומית ובהגנה.

נטל האחריות היומיומית המוטל על כתפיה של אישה הנשואה לנפגע נפש וההתעסקות המתמדת בצרכיו דוחקים הצידה את צרכיה שלה. בנות זוג של נפגעי נפש מרגישות כי הן נדרשות לבטל את עצמן ואת צורכיהן מול צורכי בעליהן. הן ממלאות תפקיד זה 24 שעות ביממה בלי לנוח ובלי לצאת חופש. על פי רוב הן חשות הקלה ושחרור כשבני זוגן שוהים בבית חולים. רובן מספרות כי בעת האירוסין לא הוסבר להן מצבו האמיתי של בעליהן,

וכי אילו היו יודעות זאת לפני נישואיהן לא היו מסכימות לחתונה. הן חשות מרומות, כי בני המשפחה הגרעינית של הבעל בחרו בהן כדי להעסיקן כמטפלות נצחיות, וטוענות כי אין הן זוכות לתמיכה משמעותית מצדם, אלא להפך, סופגות ביקורת אין-סופית.

גם האחיות של נפגעי/ות הנפש חשות מחויבות ואחריות מתמדת. אחת המשתתפות ציינה כי היא שוקלת לא להקים משפחה כדי לטפל באחותה נפגעת הנפש.

משפחות מדווחות כי חיים בצל המחלה מותירים בקרב הילדים סימנים ומשקעים רבים. בבתי הספר ילדי המתמודדים אינם זוכים להתעניינות מיוחדת. אין להם הזדמנות לבטא את קשייהם ואת צורכיהם הייחודיים. האווירה בבית, הסטיגמה והמצב הכלכלי הירוד יוצרים בקרב הילדים צרכים שאינם מקבלים מענה בבית הספר. ההורים אינם מכירים אפשרויות של עזרה נפשית לילדים. בתי הספר אינם מרימים את הכפפה, הטיפול הנפשי הפרטי יקר מדי, ומעטים מהם מכירים את שירותי הייעוץ הציבוריים. שירותי התמיכה והייעוץ למשפחות ניתנים בעיר מרוחקת מאוד ובשפה העברית, כך שלמעשה שירותים אלה אינם נגישים בכלל.

בני המשפחה של נפגעי נפש שהשתתפו בקבוצת המיבוד ציינו כי אינם מקבלים הדרכה, תמיכה או ליווי בהתמודדותם עם בן משפחתם. הם זכרו לטובה את ההשתתפות בקבוצת תמיכה, דבר שהקל מאוד על התמודדותם. העובדה שהצורך של הורים לנפגעי נפש בהדרכה אינו מקבל מענה, מונעת התפתחות שיח בונה ופתוח ביניהם לבין ילדיהם. המשפחות מדווחות על העדר מסגרות חוץ-ביתיות, כגון הוסטלים, דיור מוגן ודיוור בקהילה. הדבר אינו מאפשר להן לבחון אפשרויות דיוור נוספות ומעכב את פיתוח המסוגלות של ילדיהן לנהל חיים עצמאיים. מתמודדים שכן חיו בדיוור מוגן ביטאו חוסר שביעות רצון מהתנאים ומהשירותים שניתנו במסגרת.

כל המתמודדים ובני משפחותיהם ראו במפגשים של קבוצת המיבוד הזדמנות לשיתוף ולפורקן, מאחר שהם רואים בשיתוף עמיתים מקור תמיכה חשוב. העמיתים הם היחידים המסוגלים להקשיב, להבין ולתמוך בשעה שהיכולת לשתף בני משפחה ואנשים בסביבה הקרובה מוגבלת. הם ביקשו כי למפגשים אלה יהיה המשך, וחלקם אף הביעו נכונות להשתתף ביוזמות עתידיות (שלאעטה, 2010).

חשוב לזכור שבשל מרכזיותה של המשפחה, מעורבות בני המשפחה ושיתופם בשלבי הטיפול, לרבות עזרה בהתמודדות עם הסטיגמות החברתיות, מסייעים למתמודדים משני המינים להתקדם לשלבים הבאים בטיפול. אולם, אחת הבעיות האופייניות למשפחות ערביות, היא ההסתרה של נפגעי נפש. כדי לקבל את הפגיעה הנפשית ולהתמודד איתה המשפחה עוברת תהליך מקביל לתהליך שעובר המתמודד עצמו, מהכחשה ועד ההתמודדות. יש קושי לרתום את בני משפחותיהם של נפגעי הנפש למהלך הטיפולי בשל הסטיגמה הקשה. הסטיגמה על משפחותיהם של חולי נפש והסטיגמה שלהם על עצמם ועל קרובם נפגע הנפש עלולה למנוע מבני המשפחה לקבל את התמיכה הרגשית שהם זקוקים לה ומגבירה את תחושות האשמה שהם חשים, את חוסר ההבנה ואת התרחקותם מהסביבה. דפוסי התנהגויות המאפיינים משפחות של נפגעי נפש הם כאמור הסתרה, התרחקות והימנעות (שטרן, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009).

היום יש בארץ כמה מרכזי הדרכה למשפחות, אולם אף לא אחד מהם נמצא ביישוב ערבי וגם לא משרת את האוכלוסייה הערבית.

בנוסף, משפחות רבות של נפגעי נפש מדווחות שאנשי המקצוע המטפלים בבני משפחתם מאשימים אותן יותר משעוזרים להן להתמודד עם המצב (שפיר-קיסר ואלון, 2009). הקשר הראשוני עם המשפחה משפיע במידה רבה מאוד על המשך תהליך הטיפול.

להלן דוגמאות לקשיים נפוצים בהתמודדות של משפחות של נפגעי נפש ערבים עם המערכות המספקות שירותים להן ולקרוביהן (אלקירנאוי, 2004):

- המטפל רואה בהרחבת הקשר הטיפולי עם בני המשפחה של נפגע הנפש נטל ומעמסה.
- חלק מבני המשפחות הערביות נוטים לענות במקום הנפגעים עצמם כדי לסנן את המידע המועבר מטעמי בוש, פחד או חשש. כאשר בסיטואציה הטיפולית אחד מבני המשפחה עונה במקום נפגע הנפש, הדבר מעורר תגובות נגד מצד נפגע הנפש ומצד המטפל.
- קושי בהבנת ההקשר התרבותי בקשר עם המשפחה. כך למשל, אי-עמידה של משפחת נפגע הנפש בלוח

הזמנים שנקבע מראש מקשה על מטפל שאינו מבין את התרבות ויוצר מתח בינו ובין המטופל.

- אי-שליטה בשפה הערבית היא מחסום בפני שיתוף משפחתו של נפגע הנפש. מכאן נובעת חשיבותו של מתווך, איש מקצוע הדובר את השפה ומבין את התרבות.
- יש מקום להגדיר מחדש ולפתח את עקרון השיקום בחברה הערבית. המטרות המוגדרות היום בסל השיקום הן כוללניות ופורמליות, המתבססות על הספרות היבשה. יש לפתח תפיסה תרבותית המתאימה לצרכיה של החברה הערבית, כדי לחזק ולהטמיע תהליכי ריפוי מוצלחים אצל נפגעי נפש בסביבתם הטבעית (הדס-לידור, ברזיר וברקלי, 2009).
- חלק גדול מנפגעי נפש (שדרגת הנכות שלהם מעל 40%) שזכאים לסל שיקום מסתפקים בקצבה ומתעלמים מהשירותים הנוספים שמציע סל שיקום וקשורים לתהליך השיקומי. הדבר נעשה בשל העדפות אישיות או בשל מחסומים חברתיים.

הצלחת הטיפול בנפגע הנפש בחברה הערבית קשורה במעורבותה של המשפחה בתכנית הטיפול. על כן חשוב שאנשי מקצוע יטפחו את הקשר עם בני המשפחה של נפגעי נפש, ישתפו אותם בתהליך הטיפול ויעודדו את מעורבותם. יש לתת מענה לקהל יחודי זה, שכיום אינו מקבל התייחסות מספקת בתכניות הטיפול ובשירותים הקיימים.

פרק 4

שירותים בתחום בריאות הנפש וגורמים מטפלים - בין המצוי לרצוי

“הדבר שהציל אותי הוא השגרה, כלומר לצאת לעבודה. העבודה שלי במפעל המוגן מסדרת לי החיים ואת הקשר עם אשתי ועם ילדיי” (נפגע נפש בן 56).

מבט על השירותים בחברה הערבית, משקף אי-מיצוי זכויות ואי-ניצול של מעט השירותים הקיימים. 66% מהאנשים שהיו באשפוז פסיכיאטרי מתגוררים ביישובים יהודיים, ורק 8% מתגוררים ביישובים ערביים; שיעור הערבים שהיו במחלקת אשפוז יום הוא 2% לעומת 70% נפגעי נפש יהודים. שיעור האנשים שקבלו טיפול במרפאות ממשלתיות לבריאות הנפש ביישובים הערביים הוא 7% לעומת 67% ביישובים היהודיים (שטרך, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009).

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, תש”ס (2000) נועד לאפשר לאנשים בעלי נכות נפשית של 40% לפחות לקבל שירותי שיקום שיסייעו לשיפור מצבם ולשילובם האופטימלי בקהילה. בהתאם לחוק תושב ישראל מעל גיל 18 שנקבעה לו נכות רפואית בשל הפרעה נפשית בשיעור של 40% לפחות, יכול להגיש בקשה לקבלת תכנית שיקום במסגרת סל שיקום. התכנית יכולה לכלול אחד או יותר מהשירותים הבאים: דיור, תעסוקה, הוצאות נסיעה בתחבורה ציבורית, השלמת השכלה, חברה ופנאי, סיוע לבני המשפחה, טיפולי שיניים, תיאום תכנית שיקום (תיאום טיפול) (עלון חוק שיקום נכי נפש בקהילה, בזכות).

גם ניצול השירותים בקהילה הוא נמוך. הדבר מושפע בין היתר מהסטיגמה החברתית וממיעוט שירותים ביישובים הערביים. הקשיים בניצול השירותים נובעים בחלקם מהפער התרבותי ובחלקם מקשיים מבניים ומערכתיים.

א. פער תרבותי

- **העדפת סגנונות טיפול שאינם רפואיים.** יש נטייה בקרב המתמודדים להעדיף סגנונות טיפול אלטרנטיביים כמו קמענות, רפואה טבעית, טיפול בקוראן ושיטות להוצאת ה"גן" מהגוף. לפעמים הדבר מתבטא בנסיעות לירדן לקבלת טיפול, כדי שאנשים מסביב לא ירגישו ולא ידעו. שימוש בפסיכיאטרים שאינם דוברי ערבית או שאינם מקומיים במרכזי בריאות הנפש, מפחית את המוטיבציה של המתמודדים לקבל טיפול ומגביר את הניכור כלפי השירותים של בתי החולים. כפי שהוזכר להלן החברה הערבית ממעטת לצרוך שירותי אשפוז פסיכיאטרי משום שמתמודדים נפגעי נפש ערבים מעדיפים ללכת לרופאים ולמטפלים אלטרנטיביים הדוברים את שפתם ומכירים את זהותם. בקבוצות המיקוד התגלה ביטוי חזק לתופעה של טיפולים לא קונבנציונליים. טיפולים אלה הם שכיחים ביותר ונובעים מהיחס הסטיגמטי למחלות הנפש ומהניסיון להסביר את המחלה כמחלת הרוח שצריך לרפאה באמצעות הדת והמסורת. ברוב המקרים הביקור אצל השיחיים מהווה שלב טיפולי ראשון, ורק לאחר כישלונו פונים להיעזר בטיפול הקונבנציונלי. הפנייה המהירה לשיחיים משקפת את הבהלה מהאפשרות של מחלת נפש וניסיון לטיפול מידי, מהיר ודיסקרטי. אף שחלק גדול מהמשתתפים אינם מאמינים בעניין, כמעט כולם סיפרו על חוויות של ביקורים אצל שיחיים ומגידי עתידות שניסו לרפאם בדרכם שונות, כמו קריאת פסוקים מהקוראן, הטפות דתיות וגם הכאה כדי להוציא את השד (הגן) מתוכם (שלאעטה, 2010).

- **קושי לחשוף רגשות בפני פסיכיאטר, פסיכולוג ועובד סוציאלי.** מטופלים בחברה הערבית אינם רגילים לשתף ברגשותיהם ומעדיפים להשתמש במושגים כוללניים, במטפורות, בפתגמים ובניבים, כגון: "הכול בסדר", "הכול מאלוהים".

- **טיפול תרופתי לבעיה רגשית.** נפגעי נפש ערבים נוטים להתייחס לביטויים הנפשיים של מצוקתם במסגרת הרפואה הקונבנציונלית. הם ילכו לטיפול בציפייה לקבל טיפול רפואי תרופתי (שטרון ואחרים, אפריל 2007). הם מעדיפים לא לשתף את אנשי המקצוע בצרותיהם, בדאגותיהם, בחששותיהם ובפחדיהם. חלק גדול מנפגעי הנפש הערבים אינם מפרידים בין קשיים רגשיים לקשיים גופניים. הדבר מתבטא בהעדפה ללכת לרופא משפחה כדי לטפל בבעיה רגשית מתוך הנחה שהוא ייתן להם תרופה כמענה לבעיה רגשית. הסימפטומים, כגורם מצביע על הבעיה בשל המצב הנזכר, גורמים לבלבול בהפנמת הבעיה ולדיכוייה על ידי נפגעי הנפש. הדבר יוצר בלבול גם אצל המטפל ומונע ממנו להתייחס באופן מעמיק לבעיה הנפשית (אלקרינאוי, 2004).

- **היחס כלפי הפסיכיאטרים.** בקבוצות המיקוד עלתה הסוגיה של מורכבות הקשר עם הפסיכיאטר, שהיווה עבור המתמודדים דמות משמעותית יותר בהיותו אמון על התכנית הטיפולית, על מתן התרופות ועל איזון. יש שדיווחו על מפגשים חודשיים קבועים, ואחרים דיווחו שהם מגיעים לפסיכיאטר בעת הצורך. רוב המשתתפים בקבוצות דיווחו כי מפגשיהם עם הפסיכיאטרים קצרים מאוד וממוקדים במתן התרופה ובאיזונה. אין הם רואים בפסיכיאטר מקור תמיכה וחלקם נמנעים מלשתפו בתכנים חשובים. אחת המשתתפות אף סיפרה כי היא יודעת מה היא לא אמורה לומר לפסיכיאטר כדי לא לעורר את חשדו. המתמודדים בוחרים לא להביא למפגשים עם הפסיכיאטר תכנים הקשורים לעולמם הדתי, מחשש שהדבר יתפרש כסימפטומים פתולוגיים. תופעה זו נפוצה יותר כשמדובר בפסיכיאטרים שאינם מכירים את מערכת הערכים הערבית והאסלאמית. חלק מהמשתתפים פירשו התנהגויות מסוימות של הפסיכיאטר בחדר הטיפול כסימני זלזול וחוסר כבוד. המתמודדים ציינו שמות ספציפיים של פסיכיאטרים שהתנהגותם כלפיהם נתפסת כלא-מכבדת, כפוגעת וכמזלזלת. בקבוצת מיקוד של בני משפחה עלו תחושות של עצב וכעס על כך שבמקרים רבים אין הם נפגשים עם הפסיכיאטר פנים אל פנים אלא רק באמצעות וידאו. המשתתפים סיפרו על נוהל הגעתם למרפאה כשהפסיכיאטר נמצא בבית החולים והם משוחחים איתו באמצעות המחשב או הטלפון לבד כדי לקיים שיחה טיפולית. נפגעת נפש הסובלת מלקות שמיעה סיפרה שהגיעה למרפאת הווידאו אך לא הצליחה לתקשר עם המטפל. הכעס על סוג תקשורת זה גובר אצל משפחות כאשר המרחק בין היישוב שבו הן גרות לבין בית החולים אינו גדול. חלקן אף דיווחו על מרפאה לא אסתטית שאינה עומדת בתנאי ניקיון ותברואה בסיסיים (ערמות של בדלי סיגריות, חוסר אוורור ועוד). אותם נחקרים לא ידעו להסביר מדוע נמנע מבני משפחותיהם לפגוש פסיכיאטר פנים אל פנים. רובם לא ראו בפסיכיאטר מקור לתמיכה ולקבלת מידע. לדבריהם, הם כמעט לא מקבלים הסברים על אופי מחלתם ועל השפעת התרופות שהם מקבלים, לרבות תופעות הלוואי הכרוכות בנטילתן. את רוב המידע הם משיגים בכוחות עצמם דרך מכרים או באמצעות האינטרנט. יש לציין כי בודדים מבין הנחקרים השתתפו בקבוצות טיפוליות או קיבלו טיפולים נפשיים נוספים (שלאעטה, 2010).

- **העדר רגישות של סגנונות הטיפול המערביים לתרבות האסלאם.** סגנונות הטיפול המקובלים במערב גורמים למרחק בין המתמודד נפגע הנפש הערבי ובין המטפל והדבר יוצר פער תרבותי תהומי ביניהם.

ב. קשיים מערכתיים

נגישות למידע והסברה בערבית

- **מתן מידע מקצועי מקיף ואמין.** המתמודדים רוצים מאוד לדעת על מחלתם, על הטיפולים הקונבנציונליים והאלטרנטיביים ועל זכויות המגיעות להם. רובם דיווחו כי הם משיגים את המידע בכוחות עצמם. הם יודעים על זכויותיהם דרך מכרים או דרך מתמודדים אחרים וחלקם רואים באינטרנט את מקור המידע העיקרי. מקצת המשתתפים סיפרו כי קיבלו הסברים מצד אנשי המקצוע אך לא באופן בהיר ומקיף. במקרים רבים

המידע הקיים אצל המתמודדים חלקי ביותר. כך למשל, מעט מאוד מתמודדים מכירים את המונח 'סל שיקום'. אף שהם מקבלים חלק ממרכיבי הסל אין הם מכירים את המכלול שלו. רוב המשתתפים שמקבלים דרכו שירותי חונכות שמחים בחונכות אך כמהים לזמן חונכות ממושך יותר. יש לציין כי המתמודדים ניצלו את המפגשים בקבוצות המיקוד לקבל מידע, להשלים מידע חסר ולתקן עיוותים במידע קיים (שלאעטה, 2010).

- **העדר מערכות הסברה בערבית.** דלות עלונים המסבירים בערבית את "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" וסל השיקום, מהו תחום פגיעות נפש ומהן הדרכים להתמודד איתם. כל אלה מהווים מכשול בהנגשת השירותים הקיימים בתחום לאוכלוסייה הערבית.
- **ועדות 'סל השיקום'.** הוועדות נערכות לרוב בעברית על ידי אנשי מקצוע שאינם דוברים ערבית. גם הטופס המוגש לוועדת סל השיקום קיים רק בגרסה העברית, דבר המהווה מכשול לאלה שאינם יודעים עברית או אינם שולטים בה. סל השיקום ניתן רק למקבלי זכאות מטעם המוסד לביטוח לאומי עם דרגת נכות של לפחות 40%. תכנית הטיפול המוצעת לוועדה המקצועית של סל השיקום נעשית בשיתוף מלא עם נפגעי הנפש, התוכנית היא תכנית גמישה, כשנקודת ההתחלה שלה היא מקסום תפקוד יומי לנפגע נפש בתחומי תעסוקה, דיור, הדרכה וליווי בהשתלבות בחברה. הגורמים המפנים לסל השיקום הם בדרך כלל בתי חולים, מרפאות לבריאות הנפש, שירותי הרווחה, קופות חולים, רופאי משפחה. רק מיעוט הפניות נעשות דרך נפגעי נפש עצמם. רוב המתמודדים הפונים לקבל סל השיקום הם לרוב בעלי הפרעות קשות, ואילו סל השיקום אינו מתייחס לנפגעי נפש בעלי 20% נכות.

מחסור בשירותים

- **מיעוט שירותים הפועלים בתוך היישובים הערביים ובשפה הערבית.** הדבר גורם לאי-ניצול השירותים הקיימים בתוך היישובים ומחוצה להם. שימוש בשירותים מחוץ ליישוב דורש ארגון הסעות וכרוך במאמץ, באנרגיה, בביטול זמן, בקשיים בהתארגנות ובניסיונות להתגבר על מחסום השפה. העובדה שההגעה אל רוב השירותים הנמצאים מחוץ ליישובים הערביים כרוכה במאמץ נפשי ופיזי ובהשקעה בכסף ובזמן, רק מעודדת את הניכור כלפי שירותים אלה. בקבוצות מיקוד עלה נושא הנגישות לשירותים חזק מאוד. המשתתפים דיווחו על כמה קשיים הפוגעים ביכולתם להיעזר ולהסתייע בגורמים שונים. לרוב השירותים מרוחקים ממקום מגוריהם של הצרכנים. התחבורה הציבורית אינה מוסדרת דיה, דבר המקשה לפנות עצמאית לקבלת שירותים. הטרחה בהגעה והתלות באחרים מצמצמת את הנטייה להיעזר בשירותים שונים. חלק גדול מהשירותים ניתנים בשפה העברית, דבר המגביל את יכולת ההיעזרות. בחלק מהשירותים, כמו שירותים תעסוקתיים, דיווחו משתתפים כי אין כתובת פיזית ברורה ומוכרת למתן השירות. אנשי מקצוע הציעו לצרכני שירות להיפגש איתם בבתיהם או בבתי קפה, דבר שיצר מבוכה וחששות.
- **שיעור נמוך של ניצול שירותים במסגרת סל השיקום בחברה הערבית.** למרות חקיקת "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" בשנת התש"ס (2000), החוק מיושם בפועל עדיין באחוזים נמוכים, בייחוד בחברה הערבית. רבות מהתכניות הטובות של סל השיקום אינן מוטמעות בשל מחסור באנשי מקצוע העוקבים אחרי תכניות הטיפול בתוך הקהילה, כמו מתאמי טיפול דוברי השפה הערבית.
- **אי-ניצול שירותים בסיסיים ראשוניים (תעסוקה מוגנת ונדמכת ודיור בקהילה) על ידי נפגעי נפש ערבים.** יש מחסור בהפניות לשירותים הקיימים, מצב המביא לפעמים לסגירתם. חלק מהמסגרות התחילו לקבל מתמודדים יהודים כדי למלא את המחסור.
- **מחסור בעובדים סוציאליים ייעודיים במחלקות הרווחה המרכזות את התחום.** רוב מחלקות הרווחה הערביות נחלקות על פי אזורים גיאוגרפיים, ולא על פי תחומי מומחיות. פיזור זה אינו עוזר להם ולנפגעי נפש בניווט ובהפניה לשירותים מתאימים. הנתונים מצביעים על תמונה קשה. 12% מנפגעי הנפש המוכרים לשירותי

הרווחה הם מהיישובים הערביים, לעומת 62% מהיישובים היהודיים (שטרך, שרשבסקי, נאון, דניאל ופישמן, 2009). בתוך מחלקות הרווחה חסרות פונקציות של איגום הידע, המידע והפניות המתמודדים למסגרות מתאימות. הקשר עם המחלקות לשירותים חברתיים עלה חזק בקבוצות מיקוד. הנחקרים דיווחו על העדר קשר משמעותי עם לשכות הרווחה ועל רמת ציפיות נמוכה מאוד מיכולתם להיעזר בעובדים הסוציאליים. המשתתפים סיפרו על מצבים של המתנה ממושכת לקבלת מענה לבקשותיהם. לנחקרים לא ברור כמה וכיצד הם יכולים להסתייע בעובדים הסוציאליים. התנסויות בלתי מוצלחות הדירו את רגליהם מלשכות הרווחה ויצרו אצלם תחושות של כעס ודחייה, תחושה שהעובדים אינם יכולים להכיל את התכנים הקשים שהם מעלים, וכי עובדים מסוימים בלשכות לא ראו בעצמם כתובת לפניות המתמודדים. מעט מהמשתתפים טענו כי הקרבה המשפחתית לעובד בלשכת הרווחה משנה את היחס ועשויה לסייע בקידום ענייניהם (שלאעטה, 2010).

- **בורות של אנשי מקצוע, עובדים סוציאליים ורופאי משפחה בחברה הערבית.** בורות זו מחמירה ככל שמתעצמות התופעות אצל נפגעי הנפש. אנשי המקצוע אינם משתמשים בסמכות המקצועית שניתנת להם בעזרה לנפגעי נפש ומתנערים מאחריות. אנשי מקצוע רבים טענו כי היחס שלהם כאנשי מקצוע בתחומים ובתפקידים שונים, השתנה לטובה כאשר הם היו בקשר עם נפגעי נפש ונחשפו בצורה אובייקטיבית לנושא נפגעי נפש. אנשי מקצוע אלה גילו רגישות ומוכנות לסייע (שטרך ואחרים, יוני 2007). הדבר מסביר את חשיבות ההסברה והמגע של אנשי המקצוע בעניין.
- **חוסר מוטיבציה של נפגעי נפש בעקבות פנייתם למחלקות הרווחה.** מעט הפונים זקוקים להשקעה רבה של אנרגיות כדי להפנותם חזרה לסל שיקום. עובדים סוציאליים רבים טוענים שלרוב אינם מצליחים לקיים את מפגשי סל השיקום. הנפגעים קובעים פגישות לסל שיקום ואינם מגיעים.

חוסר תיאום בין השירותים השונים

- **בעיית החלוקה המבנית בין משרד הרווחה למשרד הבריאות.** בדומה למצב ביישובים היהודיים, לפי החוק משרד הבריאות אחראי ליישום "חוק שיקום נכי נפש בקהילה" ומשרד הרווחה, הוא הגוף שיש לו קשר עם האוכלוסייה הרחבה והנזקקת. חלוקת המשאבים והסמכויות השאירה עמימות ובעיה מבנית במתן השירות לנפגעי נפש בקהילה. כיום נפגעי הנפש הם אוכלוסייה זניחה במחלקות הרווחה. הדבר בולט במחלקות הרווחה הערביות בשל העומס, המחסור בתקנים והקשיים בעבודה עם אוכלוסייה זו. נפגע נפש המגיע למחלקת הרווחה אינו מקבל את תשומת הלב שהוא ראוי לה. הדבר מתבטא בחוסר ידע של העובדים סוציאליים, חוסר בהכשרות וחוסר בגופים ובמוסדות המספקים מידע וידע בתחום. עובדים סוציאליים רבים אינם יודעים על קיום טופס סל השיקום, והמעטים היודעים על קיומו אינם יודעים למלא את הטפסים אין להם עניין או שאין להם זמן.
- **הקשר עם בית החולים.** הקשר עם בית החולים מורכב מהיחס של נפגע הנפש לבית החולים, מהיחס של אנשי מקצוע בקהילה לבתי החולים ומהיחס של עובדי בית החולים לאנשי מקצוע בקהילה. לרוב אנשים המגיעים לבתי החולים אינם יודעים מה מגיע להם מסל השיקום, וגם הגורמים המפנים אותם אינם יודעים זאת. טענה רווחת היא שהסטיגמה משפיעה על האנשים וגורמת להם לא להגיע לבתי החולים, למרפאות חוץ שלרוב נמצאות בתוך בתי החולים, ולמרפאות לנפגעי נפש. אחת הטענות שהעלו עובדות סוציאליות העובדות בבתי חולים, היא לאחר שהמתמודדים עוזבים את בית החולים, רוב התוכניות הטיפוליות שנכתבו על הנייר מתפוגגות כי אין מענה ואין שיתופי פעולה בקהילה. סוגיה נוספת היא שרוב האנשים המגיעים לבתי החולים מגיעים בכפייה ולא ביוזמה אישית. הדבר מסבך את הקשר של עובדי בית החולים עם הגורמים בקהילה, ומתעוררות שאלות כגון את מי לזמן לוועדות המתקיימות בבית החולים - אנשי מקצוע שהיו מעורבים או אנשי מקצוע שלא היו מעורבים. הדבר מעורר שאלות אתיות הדורשות התייחסות כדי להקל על עובדי בית החולים בקשר שלהם עם הקהילה. רוב המאושפזים הם מאושפזים בכפייה בבתי החולים, לכן בתי החולים אינם מיידעים את הגורמים הקהילתיים ונוטים ליידע רק את המעורבים ישירות בטיפול ורק את מי שמכיר את המתמודד.

- **סוג הקשר בין בית החולים למחלקה לשירותים חברתיים בשטח אינו ברור ואינו מובנה.** קשר זה תלוי באנשי מקצוע משני הצדדים. לפעמים הקושי בשיתוף הדדי נובע מכך שאנשי מקצוע בקהילה אינם רוצים לקבל אחריות על תהליך האשפוז. נוצר מצב של פינג-פונג: העובד סוציאלי שולח את המתמודד ואת בני משפחתו לרופאי המשפחה, ורופא המשפחה מחזיר אותם לעובד הסוציאלי או מגלגל את האחריות חזרה למשפחה. קיים מצב של אי קבלת אחריות על הפעלת צווי אשפוז בתוך הקהילה. המצב העמום מבחינת לקיחת אחריות גורם לבלבול מצד בית החולים, שאינו יודע מי באמת השותף האמיתי ולמי לפנות בקהילה לעזרה להמשך טיפול. בקבוצות המיקוד סיפרו רוב המשתתפים על היסטוריה ארוכה של התמודדות וקשר ארוך שנים עם בתי החולים. המתמודדים תיארו את תקופות האשפוז ואת המפגשים עם הפסיכיאטרים, שרובם מתקיימים בבתי החולים. ההגעה לבית החולים כרוכה במכשולים רבים בהעדר תחבורה מסודרת המקשה על הגעה עצמאית בטוחה ונוחה. רוב השירותים בבתי החולים ניתנים בשפה העברית ומוקד הקשר הוא תרופות ואיזון תרופתי. בודדים ציינו כי הם קיבלו שירותי תמיכה וטיפול נוספים, כמו טיפול קבוצתי, ומעטים דיווחו כי בית החולים סיפק להם מידע על שירותים קהילתיים חיצוניים העשויים לעזור להם לאחר שחרורם. החוויה בבית החולים לא תוארה כחוויה חיובית אלא ככורח המציאות וכאירוע שמטרתו להחזירם לאיזון תרופתי מחדש (שלאעטה, 2010).

- **קופות החולים מהוות חוליה משמעותית בתהליך הטיפול.** הקשר עם רופאי משפחה עלה בקבוצות המיקוד. חלק מהמשתתפים ידעו לספר על קשר חיובי ותומך עם רופא המשפחה ועל היותו גורם התמיכה הפורמלי הקרוב. בחלק מהמקרים רופא המשפחה היה גם אדם הקשור למשפחה ביחסי קרבה או בקשר משפחתי, דבר ששיפר את יכולת המתמודדים להסתייע בו. מתמודדים נוספים דיווחו על תחושת הניכור והיריחוק שהם חווים בבואם לרופא המשפחה. הזמן המצומצם הניתן לכל לקוח בחדר הרופא וההמתנה הארוכה בחדר הקבלה גורמים לחוויה של התנהלות בסרט נע, מה שלא מאפשר למתמודדים תמיכה מספקת. היו דיווחים כי חלק מרופאי המשפחה הציעו למתמודדים לא להגיע למרפאה ולקבל את המרשמים באמצעות מכשיר הפקס, ואחרים סיפרו כי הרופא נוטה לספק להם מרשמים לזמנים עתידיים כדי לצמצם את הגעתם למרפאה. רופאי המשפחה נוטים להתייחס למחלה רגילה כחלק מכלל הפניות והתלונות של המתמודד. פניות הקשורות למחלות פיזיולוגיות שגרתיות מיוחסות למחלת הנפש ואז נוטים להתייחס לתלונות אלה באופן לא רציני ולא משמעותי כך שהתרופה הניתנת בגין מחלת הנפש ממשיכה להוות את מוקד הקשר בין המתמודד לרופא. נסיבות חיים והתמודדותו של נפגע הנפש בחברה אינן מקבלות מקום משמעותי בחדר הטיפוליים (שלאעטה, 2010). צריך להקים מערך הכשרה והסברה למנהלי קופות החולים ולרופאי המשפחה ולבנות מערך קשרים מוסדר להצלחת הטיפול. היום חסרות תחנות לבריאות הנפש שיעבדו צמוד לקופות החולים ביישובים הערביים.

המלצות להתערבויות

”אני אמא לבת חולת נפש שחלתה בעקבות הלידות שלה. אני היום מטפלת בה ובארבעת ילדיה אצלי בבית. אביהם ניתק קשר איתה ועם הילדים בגלל מחלתה. אני מתמודדת לבד עם גידול ילדיה ועם הבעיות שלהם. בסביבה שלנו אין שום תמיכה - לא מקצועית ולא משפחתית” (אם בת 59 לנפגעת נפש).

נפגעי נפש מתמודדים עם גורמים רבים המשפיעים על תהליך התמודדותם ועל יכולתם להחלים, להשתקם ולהשתלב בקהילה. תהליך זה תלוי בסוג המגבלה, קבלת המגבלה-הנכות, היחס של בעל המגבלה למגבלה ויחסה של הסביבה לכך. רכיבים משמעותיים נוספים הם המטפלים ואנשי המקצוע, המשפחות, הציבור הרחב, הקהילה וספקי השירותים.

על סמך הראיונות וקבוצות המיקוד שנערכו לצורך הכנת דוח זה עלו הנושאים הבאים:

- 1. חשיבותן של לשכות הרווחה:** העובדים סוציאליים מבינים ומסכימים היום שיש לקדם את מהלך השיקום מול מחלקות הרווחה הערביות ברמה האסטרטגית, למקם את נושא נפגעי נפש על סדר היום שלהן ולהגביר את מודעותן. מנהלי מחלקות הרווחה נדרשים לקבוע אחראים לריכוז התחום במחלקותיהם, שכן נפגעי הנפש דורשים אנרגיה במידה כפולה מזו של אנשים אחרים הנעזרים בשירותים במחלקות אלו (לרוב בגלל חוסר ידע ומידע כיצד להתמודד עם אוכלוסיה זאת).
- 2. שטחים “אפורים” בין משרדים ובין ארגונים:** יש לברר ולהסדיר את גבולות האחריות בין משרד הבריאות למשרד הרווחה ואת הגבולות שבין משרד הבריאות, בתי החולים וקופות החולים.
- 3. אנשי דת בתוך הקהילות וראשי עיריות וכפרים ערבים:** חשוב לשתף בתהליך את אנשי הדת בשל המעמד הנכבד שמיוחס להם בחברה הערבית, וכן לגייס ראשי עיריות ערבים שכן ביכולתם לרתום את מנהלי מחלקות הרווחה לטובת העניין.
- 4. ספקי השירותים:** יש לשתף את ספקי השירותים במסעות הסברה והרצאות בקרב הציבור ובקהילות המקצועיות (מחלקות רווחה, בתי חולים, רופאים משפחתיים ועוד).
- 5. משפחות המתמודדים:** יש לבנות תכנית מקיפה הכוללת -
 - עריכת מחקר עומק על נפגעי נפש ערבים שעברו תהליך שיקום ולימוד מניסיונם, תוך התייחסות לשינויים שעוברת החברה הערבית בערים ובפריפריה ממסורת למודרנה.
 - עריכת ימי עיון למשפחות ושיתופן בתכנית הטיפול.
 - למידת הרקע האתני, הדתי והמשפחתי של המשפחות.
 - עבודה עם בני/בנות זוג של נפגעי נפש ערבים בתחום הזוגיות, גידול הילדים וההתמודדות החברתית עם המחלה.
 - הכשרת חלק מבני/בנות הזוג של נפגעי נפש ערבים כך שיוכלו להדריך משפחות אחרות (מלווים ומסייעים כמודל חיובי).

- הרחבת הקשר של המשפחות עם המוסד לביטוח לאומי אל מעבר לקבלת הקצבה החודשית, כמקור של תמיכה ומידע על זכויותיהן ועל שירותים רלוונטיים.
- העשרת תרבות הפנאי והעולם החווייתי של המשפחות והרחבת הקשרים חברתיים בתוך הקהילה.

6. הקמת מרפאות קהילתיות לנפגעי נפש: חשוב להקים מרפאות בתוך הקהילות עצמם לצורך מעקב, הפניות וקידום הנושא בתוך הקהילה. במחקר שערך מכון מאירס - ג'ונט - ברוקדייל 43% מחולי הנפש שרואינו העדיפו לקבל טיפול במרפאות ייחודיות לבריאות הנפש בשל היחס הטוב והשמירה על הסודיות (שטרך ואחרים, יוני 2007).

7. הקמת שירותי שיקום באזור המשולש: המחסור כיום קשור בהעדר דרישות לפתוח שירותים מצד הקהילות. לפי המחקר של מכון ברוקדייל, מגורים ביישוב יהודי מעלים באופן משמעותי את הסיכוי לקבל שיקום בהשוואה למגורים ביישוב ערבי. גם הסיכוי לקבל קצבת שיקום במוסד לביטוח לאומי גבוה ביישובים יהודיים ביחס ליישובים ערביים. באופן כללי, ההסתברות לקבלת שיקום בקרב בעלי בעיות נפשיות גבוהה יותר ביישובים יהודיים מאשר ביישובים ערביים (שטרך ואחרים, אפריל 2007). הדבר מצביע על מחסור בשירותים ועל יחסם של האירגונים מספקי השירותים לצריכת שירותים אלה בתוך החברה הערבית.

8. הנגשת שירותים: כיום אין קווי סיוע טלפוני לאוכלוסיית נפגעי הנפש, ואין אתרי אינטרנט המספקים שירותים ומידע בתחום בשפה הערבית.

9. הגברת המודעות: דרוש מהלך שיטתי להגברת המודעות לתועלת בטיפול נפשי ולקיומן של תרופות פסיכיאטריות ולשימוש נכון בהן (שם).

בפרק הבא נסקור תכנית התערבות מוצעת לטיפול בנפגעי נפש ובבני משפחותיהם באזור המשולש במסגרת תכנית "מסירה". התכנית גובשה דרך היכרות עם השטח ועם צרכי האוכלוסייה, באמצעות סיורים בשירותים הקיימים ובעקבות ראיונות עומק בקבוצות מיקוד של נפגעי נפש ובני משפחותיהם.

פרק 6

תכנית התערבות מתוכננת במסגרת תכנית "מסירה" (מסע)

א. מטרת התכנית

מטרת העל של תכנית ההתערבות לטיפול בנפגעי נפש באזור המשולש ובבני משפחותיהם, שתימשך שלוש שנים, היא לקדם שינוי מהותי בתפיסת נושא בריאות הנפש בחברה הערבית, לצמצם את החרדות מנפגעי הנפש ובקרב נפגעי הנפש עצמם, ולסייע בפיתוח שירותים חסרים.

להלן מטרת התכנית:

- פיתוח תכניות ממוקדות-שירות באזור המשולש, עם התאמה לחברה הערבית ולתרבותה וכן לתשתיות השירותים הקיימים.
- שינוי עמדות בקרב אנשי מקצוע ומקבלי החלטות שיש להם מגע עם אוכלוסיות נפגעי נפש ובני משפחותיהם.
- הכשרת אנשי מקצוע בתחומים שונים (רכזי תכניות נכים, עובדים סוציאליים, רופאי משפחה, מרפאים בעיסוק, אימאמים ואנשי חינוך) בנושא נפגעי נפש ומחלות נפשיות.
- שינוי עמדות הרווחות בקרב הנכים עצמם, העמותות הפועלות למענם ושירותים קהילתיים אוניברסליים (כגון מתני"סים).
- קידום מנהיגות נכים מקרב נפגעי הנפש שתמשיך להוביל את השינוי לאורך זמן.
- הוצאת חומרים בערבית בתחומי מידע, זכויות ושירותים.

ב. שלבי העבודה

שלב הלמידה - בוצע לצורך כתיבת דוח זה, וכלל:

- עריכת ראיונות עם אנשי מקצוע מתחומים שונים: רכזי ועדות שיקום, פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים בבתי חולים ובקהילה, מרפאים בעיסוק, רכזי תכניות, יועצים, עובדים בתכניות הפועלות בשטח ומומחים בתחום (נספח א').
- קריאת חומרים רלוונטיים - מיפוי התכניות הקיימות בפועל (נספח ב').
- עריכת קבוצות מיקוד עם נפגעי נפש ובני משפחותיהם. לצורך פיתוח התכנית נערכו שלוש קבוצות מיקוד לנפגעי נפש ולבני משפחותיהם. את הקבוצות גיבשו ארגונים נותני שירותים והם דאגו להזמנת המשתתפים, לארגון המיקום הפיזי וליצירת תנאים לוגיסטיים הולמים. בקבוצות השתתפו 5 אנשי מקצוע וכ-30 נפגעי נפש נשים וגברים, הפעילים במסגרות תעסוקתיות שיקומיות ונתמכות באזור המשולש הדרומי. המפגשים תומללו בעזרת מקלידה מקצועית ניטרלית שרשמה את המידע שעלה בקבוצות. סוגיות שמתתפי הקבוצות נתבקשו להתייחס אליהן הוכנו מראש בעקבות עיון בחומרים שתיארו את התמודדותם של נפגעי הנפש ובני משפחותיהם (שלאעטה, 2010).
- כתיבת דוח המסכם את שלב הלמידה.

שלב הפעולה - החל בשנת 2010 וכולל:

- פיתוח תכניות הכשרה בתחומים רלוונטיים לאנשי דת, לעובדים סוציאליים במערכות הרווחה ולמנהיגים נפגעי נפש, עד הוצאת הדוח התבצעה תכנית הכשרה ל - 16 עובדים סוציאליים ומנהלי לשכות רווחה באזור המשולש והכשרה ל - 25 אימאמים מאזור המשולש והנגב.
- פיתוח מרכז תמיכה, הכשרה ומידע לנפגעי נפש ולבני משפחותיהם במשולש הדרומי שבמסגרתו יופעלו תכניות שיפורטו בהמשך.
- איתור שותפים (מקומיים, ארציים - רוחביים ואסטרטגיים) ופיתוח הקשר עמם.

שלב ההפצה וההטמעה - החל בשנת 2010 וכולל:

- בניית שותפות עם משרד הבריאות להטמעת התכניות.
- תיעוד החומרים.
- הערכת התכניות.
- מיפוי כלל התכניות הקיימות.

ג. תכנית הפעולה והשותפים

תכניות רוחביות ומקומיות

- פיתוח שירותים ותכניות ייחודיות באזור, כמו תכניות עבודה עם בני משפחה של נפגעי נפש (בני/בנות זוג) הכוללות הכשרה והעשרה.
- תכנית הכשרה והעשרה מיוחדת לכלל רכזי תכניות "מסירה" מתחום נכויות פיזיות וחושיות.
- קבוצת מנהיגים נפגעי נפש - הכשרת נפגעי נפש להוביל את עצמם ולפעול למען עצמם ביישוב ובאזור.
- קיום ימי דו-שיח בין נפגעי נפש ובין עובדים סוציאליים, פסיכולוגים ורופאי משפחות בשיתוף משרד הבריאות, משרד הרווחה והמוסד לביטוח לאומי.
- שדרוג תכניות הדגל וחיזוק המגמה של הרחבת הפעילות בתשתיות הקיימות בתכנית "מסירה", ארגוני נכים והקמת רשת מקצועית.
- פרסום חומרים ומידע לציבור בשפה הערבית.
- חיזוק ההתקשרות עם אוכלוסייה זו תוך תהליך שינוי עמדות.
- פיתוח מודל עבודה עם קבוצות נשים צעירות המגלות סימנים לדיכאון שלאחר לידה.

שותפים מקומיים

- מפעילי שירותים וספקי שירותים באזור.
- ארגונים הפועלים למען הנכים ומקדמים שירותי חברה, בריאות ורווחה.
- עמותות ערביות מקומיות ומנהיגים נפגעי נפש מקומיים.

שותפים ארציים

- עמותת אנו"ש - עידוד לפתיחת סניפים ביישובים ערביים נוספים במשולש.
- קבוצת "שכולו טוב" - עבודה עם קהל היעד שלהם.
- אגודת הפסיכולוגים הערבים - פיתוח תכניות הכשרה לאנשי מקצוע בתחום שינוי עמדות.
- שתי"ל - המשך פעילות עם פורום התקשורת בנושא שינוי עמדות כלפי נפגעי נפש.
- פורום מנהלי מחלקות הרווחה הערבים - קורס הכשרה לעובדים סוציאליים ולמנהלי מחלקות הרווחה בתחום בריאות הנפש.
- פורום רכזים וספקי שירותים בתחום נפגעי נפש - קידום נושאים הקשורים לתחום הנכונות הנפשיות בחברה הערבית ומתן מענה לסוגיות מקצועיות הקשורות בפן התרבותי, רתימת המשפחות למהלכים קהילתיים ואיגום משאבי ידע להתמודדות עם סוגיות ספציפיות הקשורות לחברה הערבית.
- בית איזי שפירא - הרחבת פעילותו של מרכז התמיכה לילדים עם מוגבלויות ולבני משפחותיהם גם לאוכלוסייה בקלנסווה.

שותפים אסטרטגיים

יצירת מפגש מקצועי בין נציגי משרד הרווחה ומשרד הבריאות לבניית שיתופי פעולה בתחום. כיום שיתוף הפעולה בין שני המשרדים הללו מוגבל ונפגעי נפש רבים נופלים בין הכיסאות ולא מקבלים סיוע, עובדי הרווחה לא מומחים ולא יודעים כיצד לנהוג בהם, ומשרד הבריאות מספק שירות רק לרשויות המבקשות זאת דרך הרווחה.

מיפוי העמותות והתכניות הפועלות בשטח

- אנו"ש - עמותת ישראלית לבריאות הנפש. מפעילה סניפים בסיוע משרד הבריאות בחברה הערבית ביישובים שועפאט, כפר קרע, אום אל-פחם, אקסאל, ריינה, סכנין, עראבה, ירכא, מג'אר, טמרה.
- ער"ן - עזרה ראשונה נפשית.
- תכנית דו-שיח - מוקד לנפגעי נפש ולבני משפחותיהם שהתחיל לפעול באום אל-פחם.
- בזכות, המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות - מתן מידע וסינגור.
- החברה למתנ"סים - פועלת לשיקום חברתי עבור אנשים המתמודדים עם קשיים נפשיים וחיים בקהילה. התכנית פועלת ביישובים באקה אל-גרבייה, קלנסווה, טמרה, דבוריה, כפר מנדא, בקה-ג'ת.
- "שכולו טוב" - עמותת המפעילה מרכזי שיקום תעסוקתי בטייבה ובבאקה אל-גרבייה-ג'ת, וכן מועדון חברתי בטייבה.
- חברת סראב - הפעלת הוסטל בכפר קרע.
- חברת חנאן-נצרת - הפעלת שירותי חונכות וסומכות.
- חברת עמל סיעודית - הפעלת שירותי חונכות וסומכות.
- בית חם - מתן שירותי תעסוקה נתמכת.
- עמותת משה הס - מתן שירותי מתאמי טיפול.

ביבליוגרפיה

- אלקרינאוי, ע' (2004). ההשלכות הפוליטיות-תרבותיות של הטיפול הנפשי בחברה הערבית בקונטקסט הישראלי (בערבית). נצרת: אגוד הפסיכולוגים הערבים בישראל.
- בזכות. עלון חוק שיקום נכי נפש בקהילה. אתר בזכות www.bizchut.org.il
- בן סלאמה פ, (2006). ריאיון על מחלות נפש ותפיסת האסלאם. http://ar.qantara.de/webcom/show_article.php/_c-471/_nr-401/_p-1/i.html
- בשיר, נ', אלשיח, א' ורוחאנא ע' 2008. הפלסטינים בישראל, השירותים החברתיים והכלכליים לשנת 2007 (בערבית). שפרעם: עמותת הגליל ואל-אהאלי.
- הדס-לידור, נ', ברור, ג' ובר לוי, ב' (2009). רמת התקווה בקרב אנשים בעלי מוגבלות פסיכיאטרית ובעלי מוגבלות פיזית הנמצאים בתהליך שיקום מקצועי, כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 18 (4).
- היוש, ט, חאג' יחיא, ג', יצחק - מונסונגו, ע (2010). תכנית "מסירה" (מסע) לקידום מעמדם של אנשים עם נכויות בחברה הערבית בישראל (2009-2006). דוח הערכה. המכללה האקדמית בית ברל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2010). שנתון סטטיסטי לישראל 2010. ירושלים: www.cbs.gov.il
- וסרשטיין, ש' ופריאור, ר' (2006). מקבלי קצבת נכות כללית. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- משרד הבריאות, שיקום פסיכיאטרי בקהילה. אתר המשרד: <http://www.health.gov.il>
- נאון, ד (2009). מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שור, ר' (2009). תכנית קש"ת - קידום, שיתוף ותקשורת. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- שטרך, נ', שרשבסקי, י', בידני-אורבך, א', לכמן, מ', שגיב, נ' וזהבי, ט' (אפריל 2007). סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שטרך, נ', שרשבסקי, י', בידני-אורבך, א', לכמן, מ', שגיב, נ' וזהבי, ט' (מאי 2007). סטיגמה בתחום בריאות הנפש: עמדות, התנסויות והתמודדויות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שטרך, נ', שרשבסקי, י', נאון, ד', דניאל, נ' ופישמן, נ (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. ירושלים: מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- שלאעטה, מ' (2010). ממצאי קבוצות מיקוד עם מתמודדים ובני משפחותיהם. ירושלים: אגף נכויות ושיקום וג'וינט ישראל.
- שפיר-קיסר, ו' ואלון, א' (2009). ביחד איתך: הנחיה משותפת בקורס להכשרת הורים לאנשים עם מגבלה פסיכיאטרית בגישה הקוגניטיבית דינמית, כתב עת ישראלי לריפוי בעיסוק, 18 (3).

רשימת המרואיינים (על פי א"ב):

1. בניאל טובה - רכזת ועדת סל שיקום מחוז תל-אביב.
2. גבאלי ראמי - רכז לשעבר בתכנית "בזכות" בצפון ורכז סניף אנו"ש באקסאל.
3. ד"ר ג'ברין מחמוד - מנהל מרפאת חוץ לחולי נפש בבית החולים שער מנשה.
4. גיתית רינת - רכזת ועדת סל שיקום מחוז חיפה, נפת חדרה.
5. גלאון גדעון - רכז תכנית "דו-שיח" המופעלת מטעם אנו"ש.
6. דעאס שרה - מרפאה בעיסוק, מפתחת שירותים לנפגעי נפש בחברה הערבית מטעם עמותת "שכולו טוב" ומחודש נובמבר היא בתפקיד מתאמת טיפול במחוז תל אביב.
7. עו"ס חאג'י-יחיא אחמד - עובד במרפאה לבריאות הנפש בטייבה ורכז חונכות שיקומית.
8. ד"ר חטיב אנואר - מרצה באוניברסיטת חיפה בתחום בריאות הנפש.
9. ד"ר חמדאן עדנאן - מנהל המרפאה לבריאות הנפש בטייבה.
10. עו"ס יונס דינה - עובדת בתחום בריאות הנפש בבית החולים שער מנשה.
11. מרוות עומרי - מנהלת עמותת "נשים לומדות קהילה" בכפר קרע במשולש.
12. עזב זוהריה - פעילה בעמותת "נשים לומדות בקהילה" ובתכנית "מסירה" ומנהלת מחלקת ההנדסה בוואדי עארה.
13. פורום 20 אנשי מקצוע העובדים בתחום בריאות הנפש במשולש.
14. קאסם מחאגנה - מנהל סניף אנו"ש אום אל-פחם ואחראי הסניפים בחברה הערבית.
15. קוסקסי מוסטפא - יו"ר אגודת הפסיכולוגים הערבים ומנהל השירות הפסיכולוגי ביפיע.
16. רוטשילד שרון - רכזת משנה לוועדת סל שיקום, מחוז תל-אביב.
17. שלאעטה מוסטפא - מנהל ער"ן לשעבר, מנחה ארצי בתכנית עמ"ן יועץ איש תקשורת.
18. שרשבסקי יחיאל - הממונה על חוק שיקום נכי נפש בקהילה מטעם משרד הבריאות.

טבלת יישובים ושירותים

שם הישוב	מספר תושבים עד סוף 2007 (בשיר, נ', אלשיח, א' ורוחאנא ע' 2008)	חלוקה גיאוגרפית ותחומי אחריות מבחינת משרד הבריאות	שירותים קיימים בתחום בריאות הנפש ביישובים ערביים לשנת 2010 (הנתונים נאספו מרכזות סל השיקום ומספקי שירותים)
1 אום אל-פחם	43,281	מחוז חיפה, נפת חדרה	אנו"ש - מועדון חברתי, מועדון תעסוקה אחד לגברים ואחד לנשים; שלוחה למרפאה לבריאות הנפש המופעלת על ידי קו טלפון ושיחות וידאו.
2 באקה אל-גרבייה	22,529	מחוז חיפה, נפת חדרה	מפעל מוגן בהפעלת "שכולו טוב"; תכנית עמיתים מטעם החברה למתנ"סים; מועדון חברתי "שכולו טוב"
3 ערערה ועארה	16,369	מחוז חיפה, נפת חדרה	
4 כפר קרע	14,780	מחוז חיפה, נפת חדרה	מפעל מוגן בהפעלת "שכולו טוב"; הוסטל ודיור מוגן (חברת סראב)
5 טלעת עארה-ביאדה, סאלם, מוסמוס, משירפה	12,088	מחוז חיפה, נפת חדרה	
6 ג'סר א-זרקא	11,660	מחוז חיפה, נפת חדרה	
7 פרדיס	10,528	מחוז חיפה, נפת חדרה	
8 ג'ת	9,840	מחוז חיפה, נפת חדרה	השירותים בבקא אלגרביה אמורים לספק שירותים גם לתושבי ג'ת
9 בסמ'ה (ברטעה, עין א-סהללה ומעאווייה)	7,931	מחוז חיפה, נפת חדרה	
10 טירה	21,500	מחוז מרכז - צפון	שלוחה למרפאה לבריאות הנפש
11 כפר קאסם	18,120	מחוז מרכז - צפון	
12 קלנסווה	17,809	מחוז מרכז - צפון	תכנית "עמיתים" מטעם החברה למתנ"סים
13 ג'לג'וליה	8,032	מחוז מרכז - צפון	
14 זמר	5,313	מחוז מרכז - צפון	
15 כפר ברא	2,702	מחוז מרכז - צפון	
16 טייבה	34,768	מחוז מרכז - צפון	מרפאה לבריאות הנפש; מפעל תעסוקה מוגנת ומועדון חברתי בהפעלת "שכולו טוב"
17 לוד (התושבים הערבים)	16,300	מחוז מרכז - דרום	
18 רמלה (התושבים הערבים)	14,600	מחוז מרכז - דרום	