

# הקשר בין חשיפה לטרומה לבין תחלואה נפשית בקרב מהגרי עבודה ומבקשי־מקלט בישראל: סקר במרפאה הפתוחה של עמותת רופאים לזכויות אדם 2012-2013

תקציר:

עידו לוריא<sup>3,2,1</sup>  
אורה נקש<sup>4</sup>  
יריב גרבר<sup>3</sup>  
רז גרוס<sup>2,3,5</sup>

**הקדמה:** כחלק ממגמה עולמית, ישראל היא יעד להגירה, ובתחילת 2012 התגוררו בישראל כ־183,896 מהגרי עבודה וכ־47,704 מבקשי־מקלט. לנוכח החשיפה לגורמי דחק ולטרומות, נמצאות אוכלוסיות אלו בסיכון לדיכאון, לחרדה ולהפרעת עקה בתר חבלתית (PTSD – Posttraumatic stress disorder). המרפאה הפתוחה של עמותת רופאים לזכויות אדם מספקת שירותי רפואה חנים למהגרים.

**מטרה:** הערכת היקף החשיפה לאירועים טראומטיים בקרב מהגרי עבודה ומבקשי־מקלט והשוואת הימצאות תסמיני PTSD, דיכאון וחרדה בין הקבוצות.

**שיטות מחקר:** נערך מחקר חתך אנליטי במדגם מבוגרים שפנו למרפאה הפתוחה (N=241). לאחר קבלת הסכמה מדעת הועברו שאלונים למילוי־עצמי באנגלית, בטיגריניה, בערבית ובעברית, לאיסוף מידע דמוגרפי, חשיפה לאירועים טראומטיים, דיכאון, חרדה ופוסט־טרומה ותמיכה חברתית. הושוו הימצאות אירועים טראומטיים ותסמינים נפשיים בין האוכלוסיות. נבנו מודלים סטטיסטיים לניבוי משתני ה־PTSD, דיכאון וחרדה כמשתנים דיכוטומיים בעזרת תסוגה (רגרסיה) לוגיסטית. חושב מדד קשר יחס הסיכויים ורווח בר־סמך ברמה 95%.

**תוצאות:** היו 165 מבקשי־מקלט ו־76 מהגרי עבודה. גיל ממוצע  $33.5 \pm 9.2$ , עם 7–12 שנות לימוד. מהגרי עבודה נחשפו ליותר אירועים טראומטיים בהשוואה למבקשי־מקלט. מכלל המדגם, 17%–31% עמדו בקריטריונים של PTSD. יותר מבקשי־מקלט עמדו בקריטריונים ל־PTSD. מכלל המדגם, 43%–50% עמדו בקריטריונים לאבחנה של דיכאון ו/או חרדה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בהתפלגות הימצאות התסמינים של דיכאון וחרדה. נמצא קשר מובהק בין סטטוס ההגירה לבין הסיכון ל־PTSD. חשיפה לאירועים טראומטיים נמצאה כקשורה באופן מובהק לניבוי PTSD, חרדה ודיכאון.

**מסקנות ודיון:** היקף החשיפה לאירועים טראומטיים שונים היה גבוה בקרב אוכלוסיית המהגרים הפונים למרפאה ראשונית, בפרט בקרב מהגרי עבודה. ההימצאות והסיכון לתסמינים בתר־חבלתיים היו גבוהים באופן מובהק בקרב מבקשי־מקלט. נודעת חשיבות להנגשת שירותי בריאות נפש מותאמים שפתית ותרבותית לאוכלוסיות אלו.

<sup>1</sup>המרכז לבריאות הנפש "שלוותה", הוד השרון  
<sup>2</sup>החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב  
<sup>3</sup>החוג לאפידמיולוגיה ורפואה מונעת, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב  
<sup>4</sup>בית הספר לפסיכולוגיה על שם ברוך איבצר, המרכז הבינתחומי, הרצליה  
<sup>5</sup>החטיבה הפסיכיאטרית, מרכז רפואי שיבא, תל השומר, רמת גן

עבודה זו בוצעה כחלק מהדרישות לקבלת תואר מוסמך לבריאות הציבור של ד"ר לוריא מטעם בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

מהגרי עבודה; מבקשי־מקלט; דיכאון; חרדה; הפרעת עקה בתר־חבלתית (posttraumatic stress disorder).  
Work-migrants; Asylum-seekers; Depression; Anxiety; Posttraumatic stress disorder

מילות מפתח:  
KEY WORDS

נמצאות בסיכון מוגבר לתחלואה גופנית ונפשית – ובעיקר דיכאון וחרדה [2]. יש צורך בהתייחסות שונה לקבוצות המהגרים השונות, לנוכח הבדלים בשיעורי החשיפה לגורמי סיכון (שונים) ולנוכח שיעורי התחלואה הנפשית השונים. כך, בקרב מבקשי־מקלט ופליטים ואוכלוסיות החשופות למלחמה ולעינויים – הימצאות דיכאון, חרדה והפרעת עקה בתר־חבלתית (PTSD, Posttraumatic stress disorder) יכולה להגיע עד 40%, פי שניים מהשיעור בקרב מהגרי עבודה [2]. גורמים אישיים, חברתיים ותרבותיים משפיעים על הסיכון

## הקדמה

תופעת ההגירה הבינלאומית הולכת ומתרחבת, ועולה על 200 מיליון איש. קבוצת המהגרים כוללת מהגרי עבודה, קורבנות סחר בבני אדם, מבקשי־מקלט ופליטים. מהגר עבודה הוא אדם המועסק בשכר במדינה שבה הוא אינו אזרח. מבקש מקלט הוא אדם שעזב את ארץ מוצאו כדי להימנע מסכנת חיים או רדיפה (על רקע פוליטי, דתי ועוד) וטרם קיבל הכרה כפליט בארץ אחרת [1]. אוכלוסיית המהגרים

שני משתני החשיפה במחקר היו סטטוס ההגירה (היות האדם מהגר עבודה או מבקש-מקלט, על פי דיווח עצמי) וחשיפה לאירועים טראומטיים, שנבדקה באמצעות ה-Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) [8]. ה-HTQ הוא שאלון למילוי עצמי, מבוסס ומתוקף כבדיקת סקירה לחשיפה לסוגי אירועים טראומטיים שונים. לכל שאלה היו ארבע אפשרויות תשובה ("לא קרה לי", "חוויתי", "הייתי עד ל...", או "שמעתי על..."). השאלון פותח עבור אוכלוסיות פליטים ונעשה בו שימוש במחקרים רבים בתחום הטראומה בפליטים [9].

משתני התוצא היו דיכאון, חרדה ותסמינים בטר חבלתיים בחודש האחרון. קיום דיכאון וחרדה נבדק על ידי ה-Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25) [10], כלי סקירה הכולל 25 פריטים – 10 פריטים לגבי חרדה, 15 – לגבי דיכאון. סולם הניקוד הוא בין 1-4. קיימות שתי צורות ניקוד: ממוצע כלל השאלות או ממוצע נפרד לשאלות הדיכאון או החרדה. כך, יש שלושה מרכיבים לשאלון – דיכאון, חרדה או דיכאון וחרדה (משולב). ניקוד הדיכאון נמצא במיתאם עם אבחנה של הפרעת דיכאון רבא (Major depressive disorder), עפ"י ה-DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual IV). השאלון תורגם לשפות רבות וניתן לשימוש בקרב פליטים [11]. השאלון נמצא יעיל ככלי לסקירה לאיתור דיכאון במרפאות ראשוניות [12]. ערך סף של 1.75 נמצא ושוחזר במחקרים רבים לגבי פליטים.

קיום תסמינים בטר חבלתיים נבדק על ידי ה-PTSD Checklist Civilian version (PCL-C), שאלון למילוי עצמי, הכולל 17 פריטים לפי ה-DSM-IV, עם ניקוד בין 1-5. ה-PCL משמש ככלי סקירה מהימן ל-PTSD גם באוכלוסיה לא-קלינית (כלומר, ללא אבחנה פסיכיאטרית או בטיפול במרפאה לבריאות הנפש) [13]. שאלון ה-PCL מאפשר גם הערכת חומרת תסמינים, לפי הניקוד [14] כערך סף לאבחון PTSD בשאלון, מומלץ להשתמש בניקוד של 44 [14] או 50 [13]. שאלון ה-PCL יכול לשמש לאבחון קטגורי לפי הקריטריונים המופיעים ב-DSM. השאלון שימש בעבר במחקרים לגבי מבקשי-מקלט ופליטים [15].

בנוסף, נבדקו משתנים סוציו-דמוגרפיים, תרבותיים וחברתיים: מין, ארץ לידה, מצב משפחתי, עבודה, מגורים (עם בן/ת זוג, ילד/ים, בני משפחה אחרים, חברים, אחר), שנות השכלה, הכנסה (על פי דירוג בסולם 1-5 ביחס לחציון ההכנסה בישראל, שעמד על 5,800 ₪ לחודש), גיל, מספר ילדים, משך הזמן מאז ההגעה לישראל, שיוך דתי (מוסלמי, נוצרי, יהודי, הינדו, בודהיזם, ללא שיוך דתי, אחר).

## ניתוח הנתונים

בוצעה השוואה בין מהגרי עבודה למבקשי-מקלט ביחס למשתנים הסוציו-דמוגרפיים, התרבותיים והחברתיים. הערכת היקף החשיפה לאירועים טראומטיים בקרב כלל המהגרים נעשתה בעזרת שיטות סטטיסטיות תיאוריות (פרופורציה), לפי שאלון ה-HTQ. השוואת היקף החשיפה לאירועים טראומטיים בשתי הקבוצות נעשתה באמצעות מבחן t. משתני התוצא – סימפטומים של PTSD, דיכאון וחרדה – טופלו כמשתנים רציפים (לפי ניקוד בשאלוני PCL ו-HSCL, בהתאמה) או כמשתנים דיכוטומיים, בשאלון PCL

או החוסן ביחס לדחק ולטראומה בקרב מבקשי-מקלט: גיל (הסיכון עולה ככל שהגיל בעת ההגירה מבוגר יותר); מין (נשים בסיכון גבוה יותר); מצב חברתי-כלכלי ורמת השכלה. גורמי סיכון שלאחר ההגירה כוללים, בין היתר, עבודה וסוג העבודה (אדם עם השכלה אקדמית בטרם ההגירה המועסק בעבודת כפיים מצוי בסיכון מוגבר לתחלואה נפשית) ומגורים בתנאי מאסר וכליאה [3].

מנתוני רשות ההגירה עולה, כי באפריל 2012 התגוררו בישראל 74,778 מהגרי עבודה עם אשרה, 14,118 ללא אשרה וכ-95,000 תיירים ללא אשרה בתוקף (הנחשבים כמהגרי עבודה) [4]. בנוסף, על פי הערכות התגוררו בישראל באפריל 2014 כ-59,858 מבקשי-מקלט, מהם 57% (33,912) מאריתריאה ו-26% (15,664) מסודאן [4]. הם נמלטו מרדיפות אתניות ודתיות, ממלחמות אזרחים ומדיכוי פוליטי. לעיתים קרובות, מעבר לטראומות שאותן חוו במולדתם, עברו מבקשי-המקלט חטיפה על ידי מבריחים במדבר סיני כדי לסחוט עבור שחרורם כופר כספי, תוך חשיפתם לעינויים [5]. עמותת רופאים לזכויות אדם (רל"א) מפעילה את המרפאה הפתוחה, המעניקה שירותי רפואה ראשוניים ורפואת מומחים חנם לחסרי מעמד וביטוח רפואי בישראל, ובעיקר למהגרי עבודה ולמבקשי-מקלט [6,7].

## מטרות המחקר

הערכת היקף החשיפה לאירועים טראומטיים בקרב מהגרי עבודה ומבקשי-מקלט הפונים למרפאה הפתוחה והשוואת ההימצאות והסיכון של תסמיני PTSD, דיכאון וחרדה בקרב קבוצות אלה.

## שיטות

מחקר חתך אנליטי שבו הועבר, לאחר קבלת הסכמה מדעת, שאלון למילוי עצמי לממתינים בתור לבדיקת רופא כללי. השאלון כלל: חלק א' – שאלון סוציו-דמוגרפי; חלק ב' – שאלונים מובנים סטנדרטיים להערכת חשיפה לטראומה ופסיכופתולוגיה בשפות עברית, אנגלית, ערבית וטיגריניה (השפה המדוברת באריתריאה). המחקר קבל אישורים אתיים מוועדת ה-PTSD המוסדית במרכז הבינתחומי בהרצליה, מוועדת האתיקה של עמותת רל"א וכן מוועדת הסיניקי של המרכז לבריאות הנפש "אברבנאל".

אוכלוסיית המחקר הייתה מדגם נוחות (N=241) מקרב כלל המבוגרים (מעל 18) שפנו למרפאה הפתוחה לטיפול שגרתי בין אפריל 2012 ליוני 2013. כדי להיכלל במחקר היה צורך בידיעת קרוא באחת מהשפות לעיל, וכן יכולת להבין ולחתום על טופס הסכמה מדעת. שיטת הדגימה (העברת שאלונים לממתינים לבדיקת רופא) לא איפשרה קבלת מידע על שיעור ההיענות ומאפייני האנשים שסירבו להשתתף במחקר.

<sup>1</sup>בעבודה זו קובצו מבקשי-המקלט והפליטים בישראל לקבוצה אחת לאור המאפיינים המשותפים ומכיון שפליטים מהווים קבוצת מיעוט ביחס למבקשי המקלט. אחוז ההכרה במבקשי המקלט מאריתריאה וסודאן כפליטים בישראל הוא נמוך מאד, כפי שניתן לראות בתשובת המדינה לבג"צ 4' א' להודעה על תצהיר משלים מטעם המשיבים 2-5 בבג"צ 8665/14 טשימה נגד דסטה ואח' נגד נ' כנסת ישראל.

**טבלה 1:**

מאפיינים סוציודמוגרפיים של כלל מדגם המהגרים הפונים למרפאה הפתוחה, עם השוואה בין מהגרי עבודה לבין מבקשי-מקלט (N=241), (\*), (\*\*)

p-value	מבקשי-מקלט (N=165)		מהגרי עבודה (N=76)		כלל המדגם (N=241)		משתנה
	מספר הערכים התקפים	מספר (%) / ממוצע (ס.ת.)	מספר הערכים התקפים	מספר (%) / ממוצע (ס.ת.)	מספר הערכים התקפים	מספר (%) / ממוצע (ס.ת.)	
0.02	155	116 (74.8)	74	44 (59.5)	229	160 (69.9)	מין גברים
0.41	153	33.2 (9.2)	48	34.4 (9.1)	201	33.5 (9.2)	גיל ממוצע (ס.ת.)
0.16	154	34 (22.1) 79 (51.3) 27 (17.5) 14 (9.1)	70	23 (32.9) 27 (38.6) 16 (22.9) 4 (5.7)	224	57 (25.4) 106 (47.3) 43 (19.2) 18 (8.0)	שנות השכלה
							6-1
							12-7
							16-13
							> 16
<0.001	141	139 (84.2) 1 (0.6) 0 (0.0) 1 (0.6)	42	23 (53.5) 12 (27.9) 1 (1.3) 0 (0.0)	183	168 (69.7) 13 (5.4) 1 (0.4) 1 (0.4)	יבשת מוצא
							אפריקה
							אסיה
							מזרח אירופה
							אמריקה הלטינית
0.009	164	75 (45.7) 54 (32.9) 20 (12.2) 15 (9.1)	76	22 (28.9) 30 (39.5) 20 (26.3) 4 (5.3)	240	97 (40.4) 84 (35.0) 40 (16.7) 19 (7.9)	מצב משפחתי
							רווק/ה
							נשוי/אה עם בן/ת זוג בישראל
							נשוי/אה ובן/ת זוג לא בישראל
							פרוד/גרוש/אלמן
0.32	164	54 (32.9)	76	30 (39.5)	240	84 (35.0)	זוגיות בישראל
0.81	90	44 (48.9)	47	24 (51.1)	137	68 (49.6)	האם הורה
0.92	90	1.2 (1.5)	47	1.1 (1.5)	137	1.1 (1.5)	מספר ילדים ממוצע (ס.ת.)
0.02	155	21 (13.5)	58	16 (27.6)	213	37 (17.4)	חי עם ילדים בישראל
0.35	85	31.0 (34.4)	39	40.3 (57.0)	124	3.9 (42.8)	זמן בישראל בחודשים, ממוצע (ס.ת.)
0.515	81	8.1 (8.7)	34	9.6 (12.2)	115	8.5 (9.8)	זמן בישראל ביחס לגיל (מס' חודשים בישראל / גיל בחודשים)
<0.001	163	52 (31.9)	76	43 (56.6)	239	95 (39.7)	עבודה (מקובץ)
0.001	163	11 (6.7) 41 (25.2) 89 (54.6) 14 (8.6) 8 (4.9)	76	16 (21.1) 27 (35.5) 29 (38.2) 2 (2.6) 2 (2.6)	239	27 (11.3) 68 (28.5) 118 (49.4) 16 (6.7) 10 (4.2)	דרגות עבודה
							עבודה מלאה
							עבודה חלקית
							ללא עבודה/ מחפש עבודה
							ללא עבודה/ לא מחפש אחר
0.65	137	1.7 (0.9)	69	1.7 (0.8)	206	1.7 (0.9)	רמת הכנסה דרגה ממוצעת, טווח 1-5 (ס.ת.)
0.12	162	120 (74.1) 40 (24.7) 0 (0) 2 (1.2)	76	49 (64.5) 24 (31.6) 2 (2.6) 1 (1.3)	238	169 (71.0) 64 (26.9) 2 (0.8) 3 (1.3)	דת
							נצרות
							איסלאם
							בודהיזם
							יהדות
0.28	155	55 (35.5) 72 (46.5) 25 (16.1) 3 (1.9)	72	22 (30.6) 33 (45.8) 12 (16.7) 5 (6.9)	227	77 (33.9) 105 (46.3) 37 (16.3) 8 (3.5)	דרגת שליטה בעברית
							דלה
							בינונית
							טובה
							מצויינת
0.008	102	4.9 (1.5)	52	5.5 (1.2)	154	5.1 (1.4)	PSS ממוצע (ס.ת.)
	114	46 (40.4) 38 (33.3) 30 (26.3)	60	14 (23.3) 21 (35.0) 25 (41.7)	174	60 (34.5) 59 (33.9) 55 (31.6)	PSS שלישוני
							שלישון 1
							שלישון 2
							שלישון 3

(\*): בטבלה לעיל מצוינים הערכים הקיימים עבור כל משתנה בעמודה נפרדת, האחוזים הינם רק מתוך הערכים התקפים.  
(\*\*): ההשוואה נערכה בעזרת מבחן  $\chi^2$  עבור משתנים קטגוריאליים, מבחן Mann-Whitney עבור משתנים סודרים ומבחן t עבור משתנים כמותיים.  
PSS: Perceived Social Support.

רציפים ובאמצעות מבחני  $\chi^2$  עבור משתנים קטגוריים. נבנו מודלים רב-משתניים שבהם משתני התוצא (PTSD, דיכאון, חרדה) הם דיכוטומיים בעזרת תסוגה לוגיסטית. חושב מדד קשר יחס הסיכויים (Odds ratio, OR) ורווח בריסמק

לתסמינים טראומטיים – ערך סף של 44, 50 או לפי DSM, בשאלון HSCCL לתסמינים של דיכאון וחרדה ערך של 1.75. השוואת הימצאות תסמינים של PTSD, דיכאון וחרדה בין שתי האוכלוסיות בוצעו באמצעות מבחני t עבור משתנים

**טבלה 2:**

מאפיינים קליניים פסיכיאטריים בקרב כלל המהגרים הפונים למרפאה הפתוחה, והשוואה בין מהגרי עבודה לבין מבקשי-מקלט (N=241) (\*) (\*\*)

p-value	מבקשי-מקלט (N=165)		מהגרי עבודה (N=76)		כלל המדגם (N=241)		משתנה
	מספר הערכים התקפים	מספר (%) ממוצע (ס.ת.)	מספר הערכים התקפים	מספר (%) ממוצע (ס.ת.)	מספר הערכים התקפים	מספר (%) ממוצע (ס.ת.)	
0.001	165	6.3 (6.1)	76	9.1 (6.3)	241	7.2 (6.3)	HTQ כללי
0.88	165	2.7 (3.7)	76	2.6 (3.3)	241	2.7 (3.6)	HTQ חשיפה אישית בלבד
0.05	122	5.8 (4.7)	61	7.2 (4.3)	183	6.3 (4.67)	HTQ חשיפה אישית ועדות
0.004	128	49 (38.3)	67	12 (17.9)	195	61 (31.3)	אבחנת PTSD לפי DSM ב־PCL
0.001	108	37 (34.3)	60	6 (10.0)	168	43 (25.6)	PCL ≥ 44
0.007	108	25 (23.1)	60	4 (6.7)	168	29 (17.3)	PCL ≥ 50
0.04	131	37 (16.5)	69	32.9 (12.0)	200	35.6 (15.2)	ניקוד PCL ממוצע
0.12	132	1.8 (0.8)	70	1.6 (0.6)	202	1.7 (0.7)	ניקוד חרדה - HSCl ממוצע
0.24	137	1.8 (0.9)	69	1.7 (0.6)	206	1.8 (0.8)	ניקוד דיכאון - HSCl ממוצע
0.06	127	1.9 (0.7)	67	1.7 (0.5)	194	1.8 (0.6)	ניקוד כללי - HSCl ממוצע
0.73	137	69 (50.4)	69	33 (47.8)	206	102 (49.5)	דיכאון (ניקוד ≤ 1.75)
0.40	132	59 (44.7)	70	27 (38.6)	202	86 (42.6)	חרדה (ניקוד ≤ 1.75)
0.20	127	71 (55.9)	67	31 (46.3)	194	102 (52.6)	דיכאון וחרדה (ניקוד ≤ 1.75)

(\*) בטבלה לעיל מצוינים הערכים הקיימים עבור כל משתנה בעמודה נפרדת, האחוזים הינם רק מתוך הערכים התקפים. (\*\*) השוואה נערכה בעזרת מבחן  $\chi^2$  עבור משתנים קטגוריאליים, מבחן Mann-Whitney עבור משתנים סדרים ומבחן t עבור משתנים כמותיים. Posttraumatic stress disorder :PTSD, Posttraumatic stress disorder (PTSD) Checklist :PCL, Hopkins Symptoms Checklist :HSCl, Harvard Trauma Questionnaire :HTQ

**טבלה 3:**

מודל רגרסיה לוגיסטית פשוטה (לא מתוקנת) ומרובה (מתוקנת) להימצאות תסמינים בטר חבלתיים (פוסט טראומה) לפי DSM בשאלון PCL

מתוקנת (*) (N=131)			לא מתוקנת			OR
p-value	CI 95%	OR	p-value	CI 95%	OR	
0.04	1.07-8.48	3.01	0.003	1.46-6.74	3.13	סטטוס הגירה: מבקשי-מקלט/ פליט לעומת מהגר עבודה
0.03	1.01-1.19	1.09	0.04	1.01-1.15	1.08	חשיפה לאירועים טראומטיים
0.95	-	-	0.12	-	-	שלישוני PSS 1 שלישון 2 שלישון 3 שלישון
0.84	0.43-2.79	1.10	0.26	0.29-1.39	0.63	
0.90	0.35-2.48	0.94	0.04	0.18-0.96	0.42	
0.41	0.56-4.17	1.53	0.39	0.67-2.78	1.36	מין גברים לעומת נשים
0.44	0.97-1.07	1.02	0.79	0.96-1.04	0.99	גיל
0.23	0.69-4.68	1.80	0.78	0.46-1.79	0.91	זוגיות לעומת ללא זוגיות בישראל
0.75	0.39-1.98	0.88	0.25	0.36-1.31	0.68	עבודה לעומת העדר עבודה
0.20	0.20-1.41	0.52	0.15	0.23-1.26	0.54	רמת שליטה בעברית (טובה ומצויינת לעומת בינונית ודלה)

(\*) התקנתן לכל המשתנים המופיעים בטבלה. Confidence Interval :CI, Odd's Ratio :OR

מקרב כלל הפונים, מספר סוגי האירועים הטראומטיים הכללי (כאשר נבדק היה עד ל/שמע על/חווה בעצמו) היה בממוצע 7.2 (ס.ת. 6.3). מהגרי עבודה היו חשופים ליותר סוגי אירועים טראומטיים מאשר מבקשי-מקלט (M=6.3, SD=6.1, p=0.001, M=9.1, SD=6.3, בהתאמה).  
בכל המודלים של תסוגה (רגרסיה) נמצא כי סטטוס

(Confidence interval, CI), ברמה של 95%. המשתנים הוכנסו למודלים של תסוגה לוגיסטית מרובה בשיטה היררכית, עם תקנון המשתנים המוכרים בספרות המחקרית כגורמי סיכון כמתואר במודל רבי-המשתנים ל-PTSD. ניתוח הנתונים התבצע בשיטת Complete case analysis ללא השלמת נתונים. כטיפול בנתונים חסרים בוצע גם ניתוח נתונים עם זקיפה מרובה (multiple imputations), עם ממצאים דומים. העיבודים הסטטיסטיים בוצעו בעזרת תוכנת SPSS גרסה 21.

**תוצאות**

אוכלוסיית המחקר כללה 241 נחקרים, מתוכם 165 מבקשי-מקלט ו-76 מהגרי עבודה. המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים והקליניים של כלל המדגם והשוואת מהגרי עבודה מול מבקשי-מקלט מוצגים בטבלאות 1 ו-2 (בהתאמה).  
מכלל המדגם, כ-31% נמצאו עומדים בקריטריונים לאבחנה של PTSD בשאלון PCL לפי ה-DSM, 26% על פי ערך סף של 44 ו-17% לפי ערך סף 50. בכל צורות האבחנה, יותר מבקשי-מקלט עמדו בקריטריונים לאבחנת PTSD בהשוואה למהגרי עבודה באופן מובהק (תרשים 1). בדומה, לפי הניקוד בשאלון PCL נמצאו בקרב מבקשי-מקלט באופן מובהק יותר תסמינים כאלה לעומת מהגרי עבודה (M=37.0, SD=16.5, M=32.9, SD=12.0, p=0.04). בכלל המדגם, נמצא על פי שאלון HSCl, כי 50% עומדים בקריטריון לאבחנה של דיכאון, 43% חרדה ו-53% דיכאון וחרדה (ניקוד ≤ 1.75 בכל אחד מהמרכיבים), ללא הבדלים מובהקים בין הקבוצות. הניקוד הממוצע בשלושת המרכיבים, הן לגבי כלל המדגם והן בשתי הקבוצות בנפרד, היה שווה לערך הסף או גבוה ממנו (כאמור 1.75), מלבד מרכיב החרדה במהגרי העבודה (1.6, ס.ת. 0.6).

מצאנו, כי שיעורים גבוהים מבין הפונים למרפאה עומדים בערכי הסף לאבחון דיכאון וחרדה, ללא הבדלים מובהקים בהתפלגות בין שתי הקבוצות. ממצאים אלה שונים מהממצאים במחקר ניתוח-העל של לינדרט ושות', שם נמצא כי דיכאון שכיח פי שניים בקרב מבקשי-מקלט ופליטים בהשוואה למהגרי עבודה [2].

יתרונות מחקר ראשוני זה הם שימוש בשאלונים מובנים ומתוקפים במדגם גדול יחסית. המחקר כלל אוכלוסיה מגיעה לשירותי רפואה ראשונית ולא התמקד באוכלוסיה קלינית של מטופלים בבריאות הנפש.

מבחינת מגבלות, המחקר התבצע בקרב הפונים לטיפול במרפאה ראשונית וייתכן שמדובר באוכלוסיה חזקה, בעלת חוסן (resilience) ומשאבים, בהשוואה לאוכלוסיה שאינה מגיעה כלל למרפאה. קיימת אי ודאות לגבי תוקף כלי המדידה. אומנם כבר השתמשו בתרגומי השאלונים במחקרים קודמים, אך מעולם לא בוצע תיקוף של השאלונים באוכלוסיות העיקריות של מבקשי-המקלט בישראל ממזרח אפריקה (אריתריאה, סודאן). חלק מהשאלונים תורגמו לערבית במספר גרסאות (לדוגמה, קליין וחב' בהולנד [20]), אך לא התבצע תרגום עבור הניב הספציפי של סודאן. טרם בוצע תרגום מקיף של כלל השאלונים לטיגריניה, השפה העיקרית המדוברת באריתריאה.

אין במחקר זה נתונים על שיעור ההיענות כיוון שלא הייתה אפשרות לקבל מידע ביחס לאנשים שסירבו להיכלל במחקר. הטייה זו עלולה להיות גבוהה יותר באוכלוסייה של מבקשי-מקלט (חשש להזדהות, להשתתף במחקר) בהשוואה למהגרי עבודה. בנוסף, יכולה להיות הטיית מידע על רקע שיעור דיווח נמוך על חשיפה לטראומות (כולל אונס, עינויים) כתוצאה מסטיגמה, נורמות תרבותיות והשלכות חברתיות. בנוסף, עד 20% מפרטי המידע הדמוגרפי והקליני בשאלונים היו חסרים. ניתוח הנתונים התבצע בשיטת Complete case analysis, שעלולה להוביל להטייה. עם זאת, ניתוח נוסף עם זקיפה מרובה כטיפול בנתונים חסרים לא הוביל לתוצאות שונות משמעותית.

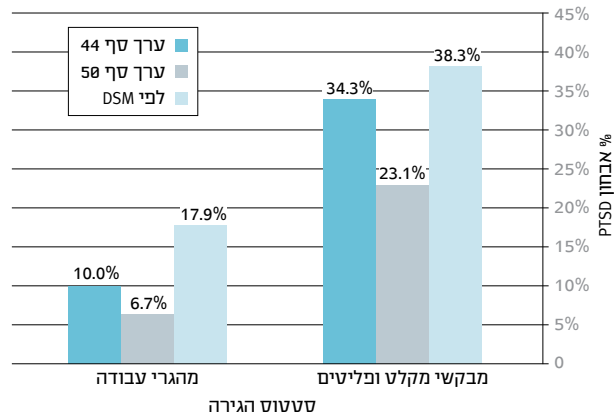
### סיכום ומסקנות

מחקר זה מצביע על הימצאות גבוהה של תחלואה נפשית בעקבות חשיפה לאירועים טראומטיים בקרב מהגרים בישראל. ממצאי המחקר הם בעלי חשיבות ברמה הקלינית-טיפולית וברמת התכנון של שירותי בריאות-הנפש, עם השלכות לגבי מדיניות בריאות ביחס לאוכלוסיית המהגרים בישראל. נדרשים מחקרים נוספים כדי לאפיין גורמי סיכון וחוסן באוכלוסיה זו. קיימת חשיבות עליונה למתן שירותי בריאות נפש מותאמים לאוכלוסיה מודרת זו, מבחינת היבטים של בריאות הציבור, הן לאוכלוסיית המהגרים והן לאוכלוסיה הוותיקה בישראל. ●

**מחבר מכותב: עידו לוריא**  
 שלווה - מרכז לבריאות הנפש  
 ת.ד. 94, הוד השרון, מיקוד 45100  
**פקס:** 09-7478628  
**טלפון:** 09-7478500  
**דוא"ל:** ido.lurie@gmail.com

### תרישים 1:

השוואת התפלגות אחוז האבחון של PTSD בשאלון PCL בין מהגרי עבודה לבין מבקשי-מקלט, לפי ערך סף 44, ערך סף 50 ו-DSM



ההגירה הוא משתנה בעל קשר מובהק לתסמינים בתר חבלתיים, הן בתסוגה (רגרסיה) פשוטה (לא מתוקנת) והן בתסוגה מרובה (מתוקנת), מלבד במודל רב-משתני אחד של ערך סף 50 ומעלה בשאלון ה-PCL.

### דיון

בניגוד להשערת המחקר, היקף החשיפה לסוגי אירועים טראומטיים שונים היה גבוה יותר באופן מובהק בקרב מהגרי עבודה ביחס למבקשי-מקלט בישראל. ייתכן שמבקשי-מקלט עברו אירועים טראומטיים מתמשכים של חשיפה למצבים מסכנים חיים במדינת המוצא (שהיו הגורם לעזיבתם) ולאורך כל מסעם עד למדינת היעד, שעברו איחוד בעת הדיווח. לדוגמה - רדיפה פוליטית, מאסר ועינויים כפי שמתרחש באריתריאה, לפי דו"ח האו"ם [16], או חשיפה למלחמת אזרחים ורצח עם המתרחשים בדארפור ובדרום סודאן [17]. הסבר אפשרי נוסף הוא מבנה שאלון ה-HTQ במחקר, שבו נבדקה החשיפה לסוגי אירועים טראומטיים שונים, אך לא נבדק מספר האירועים הטרומטיים בכלל ובכל סוג של חשיפה בפרט.

בנוסף, תסמינים בתר חבלתיים (post-traumatic) היו שכיחים יותר בקרב מבקשי-מקלט באופן מובהק. בכל המודלים הסטטיסטיים נמצא כי סטטוס ההגירה הוא משתנה בעל קשר מובהק לתסמינים בתר חבלתיים (היות האדם מבקש מקלט), מלבד במודל רב-משתנים אחד. הסיכון לתסמינים בתר חבלתיים בקרב מבקשי-מקלט היה גבוה יותר בהשוואה למהגרי עבודה (עם ערכי OR מתוקנים שנועו בין 3 ל-5). ממצאים אלה ביחס ל-PTSD דומים לממצאים במחקרים קודמים מהעולם ומישראל לגבי אוכלוסיות מבקשי-מקלט, פליטים ומהגרי עבודה, המעידים על הימצאות גבוהה של PTSD [18]. אולם ייתכן שממצאים אלה מעידים על חוסנם של מהגרי עבודה, כלומר על תוצאי בריאות (גופנית ונפשית) טובים יותר בקרב מהגרים ביחס לאוכלוסיה המקומית. כך מהגרי עבודה עוברים תהליך של סינון, כולל בדיקות רפואיות, בחודשים בטרם הגעתם לישראל כדי לקבל אשרת עבודה [19].

## ביבליוגרפיה

1. UNHCR Statistical Online Population Database: Sources, Methods and Data Considerations (2007) <http://www.unhcr.org/45c06c662.html#asylum-seekers>. Accessed March 25, 2018.
2. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S & al. Depression and anxiety in labor migrants and refugees—a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*. 2009;69:246-57.
3. Porter M, Haslam N. Pre-displacement and post-displacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA* 2005; 294:602-12.
4. Immigration and Border Authority in the Ministry of the Interior (PIBA) Data regarding foreign workers in Israel- 2012- Population, <http://www.piba.gov.il/PublicationAndTender/ForeignWorkersStat/Documents/%D7%90%D7%95%D7%92%D7%95%D7%A1%D7%98%202012%20-%D7%A0%D7%AA%D7%95%D7%A0%D7%99%20%D7%99%D7%95%D7%A0%D7%99.pdf>
5. Nakash O, Langer B, Nagar M & al. Exposure to traumatic experiences among asylum seekers from Eritrea and Sudan during migration to Israel. *J Immigr Minor Health*. 2015;17:1280-8.
6. Fried M. [Healthcare for migrant workers in Israel]. *Harefuah*. 2003;142:429-32, 86, 85.
7. Lurie I. Psychiatric care in restricted conditions for work migrants, refugees and asylum seekers: experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, Israel 2006. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2009;46:172-81.
8. Mollica RF, Caspi-Yavin Y, Bollini P, & al. The Harvard Trauma Questionnaire: Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma, and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *J Nerv Ment Dis* 1992;180:111-6.
9. Hollifield M, Warner TD, Lian N, & al. Measuring trauma and health status in refugees: A critical review. *JAMA*. 2002;288(5):611-21.
10. Oruc L, Kapetanovic A, Pojskic N, et al. Screening for PTSD and depression in Bosnia and Herzegovina: validating the Harvard trauma questionnaire and the Hopkins symptom checklist. *Int J Cult Ment Health* 2008;1:105-16.
11. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, & al., The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behav Sci* 1974;19:1-15.
12. Khuon F, Lavelle J. Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *Am J Psychiatry*. 1987;144:497-500.
13. Conybeare D, Behar E, Solomon A, & al., The PTSD Checklist-Civilian Version: reliability, validity, and factor structure in a nonclinical sample. *J Clin Psychol*. 2012;68:699-713.
14. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behav Res Ther* 1996;34(8):669-73.
15. Jaranson JM, Butcher J, Halcon L, et al. Somali and Oromo Refugees: Correlates of torture and trauma history. *Am J Public Health*. 2004;94:591-8.
16. UNCHR 'Report of the commission of inquiry on human rights in Eritrea' (4 June 2015) UN Doc A/HRC/29/42 <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/CoIEritrea/Pages/ReportCoIEritrea.aspx#report> Accessed in 10 June 2015.
17. WHO Collaborating Center for Research on the Epidemiology of Disasters. Scientific evidence supports UN OCHA extrapolation on Darfur mortality. 2008. Press Release, 24 April 2008.
18. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005;365(9467):1309-14.
19. חוק עובדים זרים, 'תשנ"א-1991, סעיף 1ב' [http://www.nevo.co.il/law\\_html/Law01/P178\\_002.htm#Seif1](http://www.nevo.co.il/law_html/Law01/P178_002.htm#Seif1).
20. Kleijn WC, Hovens JE, Rodenburg JJ. Posttraumatic stress symptoms in refugees: assessments with the Harvard Trauma Questionnaire and the Hopkins symptom Checklist-25 in different languages. *Psychol Rep*. 2001 Apr;88(2):527-32.

## כרוניקה

## רסברטרול מגן בפני הזדקנות כלי דם



וכן את ביטוי הקולטן לפרורנין בוותין. כמו כן, הופחת ביטוי ACE והוגברה רמת אנגיוטנסין, בצד סמנים נוספים [1-7]. רסברטרול הגביר ביטוי של SIRT, AMPK, סופראוקסיד דיסמוטאז ואנזימים אחרים הקשורים לעקת חמצון. בנוסף, הטיפול הפחית משמעותית את מספר התאים המתים וביטוי חלבון לייפתי. המתברים מסכמים, כי טיפול ברסברטרול מגן בפני הזדקנות העורקים, במגוון של בקרה על רמות אנזימים הקשורים במערכת אנגיוטנסין ועקת חמצון. איתן ישראל

קבוצת חוקרים מקוריאיה הדרומית, קים וחב' (Atherosclerosis) (2018;270:123), העריכה את הפעילות של רסברטרול על הזדקנות תאי שריר חלק של כלי הדם וכן את מערכת הרנין-אנגיוטנסין. הניסוי נערך בעכברים מזדקנים בני 24 חודשים. הממצאים הצביעו על כך שעובי הוותין (אבי העורקים), מצבי דלקת, לייפתי (פיברוזיס) ועקת חמצון, היו נמוכים יותר משמעותית בקבוצת העכברים שקיבלו רסברטרול, לעומת קבוצת בקרה שלא הואכלה בחומר זה. הטיפול ברסברטרול הפחית את רמת אנגיוטנסין ונסיוב,