

# "הגוף שלי זקוק לשיקום ארוך וכך גם הנפש"

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית:  
סקר שנערך בקרב נשים בישראל

## דוח ממצאים והמלצות למערכת הבריאות



למען נשים ובריאותן בישראל



קרן פריאה

צוות המחקר: ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי, מנהלת מחקר ופיתוח ידע, קרן בריאה; ד"ר נחמי הכהן, פסיכולוגית קלינית, המכללה האקדמית אחוה; ד"ר ספיר ביטון, סורוקה; ד"ר נאורה אלטרמן, חוקרת בבריאות הציבור; ד"ר אורית צ'רני גולן, האקדמית עמק יזרעאל; חפציבה בוחבוט-ספירט, העמותה לקידום בריאות בגליל; ד"ר מיכל משיח איזנברג, האקדמית עמק יזרעאל; ד"ר יוני סלייטר, אוניברסיטת בר אילן

ועדת היגוי: מרוה זוהר, אדמת מרפא נשית; שרה טנקמן, קרן בריאה; ד"ר כנרת משגב, הדסה; ד"ר ליאור שחר; פרופ' רבקה תובל משיח, אוניברסיטת בר-אילן; לימור עמרני; איריס פיק מגל, קרן בריאה

עריכה: ד"ר מיכל חסון, קרן בריאה

אינפוגרפיקה ועיצוב התקציר: ד"ר יעל פרידמן-לוי, Ph.Design



**קרן בריאה The BriaH Foundation**

למידע נוסף: [www.briah.org](http://www.briah.org)

נובמבר 2024

## דברי תודה

תודה לכל הנשים היקרות שפינו מזמנן בתקופה כה מורכבת ומאתגרת בחייהן, לקחו חלק במחקר ושיתפו בחוויותיהן האישיות.

ליבנו עם המשפחות היקרות שאיבדו את יקיריהם ויקירותיהם באירועי ה-7.10 ובמהלך מלחמת חרבות ברזל, ועם משפחות החטופים והחטופות בתקווה לשובם הביתה בשלום במהרה.

המחקר נערך בתמיכתן הנדיבה של קרן משפחת שעשוע וקרן נתן

# "הגוף שלי זקוק לשיקום ארוך וכך גם הנפש"

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר שנערך בקרב נשים בישראל  
**דוח ממצאים והמלצות למערכת הבריאות**

## רקע

מלחמת חרבות ברזל שפרצה באוקטובר 2023 יצרה מצב חירום מתמשך בישראל, המשפיע באופן נרחב על בריאות הציבור. גורמים חברתיים, תרבותיים וכלכליים מובילים לכך שנשים חוות את השפעות מצב החירום באופן שונה וייתכן שאף משמעותי יותר מגברים, ועל כן יוצרים אתגרים ייחודיים בשמירה על בריאותן. הפינוי ההמוני הוסיף אף הוא אתגרים, כולל קשיים בגישה לשירותי בריאות ושמירה על רצף טיפולי. על כן מטרת הסקר היתה לבחון לעומק את השפעות המלחמה והפינוי על בריאותן של נשים בישראל,

לזהות אתגרים וחסמים מרכזיים ולהציע דרכים לטיפול הרפואי במצבי חירום, תוך התבססות על נקודת מבטן של הנשים עצמן.



סקר זה נערך בהובלת קרן בריאה, המקדמת בריאות נשים בישראל, כדי לבחון את השפעות המלחמה על בריאותן של נשים בישראל, ובמיוחד של נשים שפונו מביתן. לזהות אתגרים וחסמים מרכזיים ולהציע דרכים לטיפול הרפואי במצבי חירום, תוך התבססות על נקודת מבטן של הנשים עצמן.

הסקר נערך במאי-יוני 2024 וכלל 1074 נשים, כמחציתן פונו מבתיהן.

ממצאי הסקר מצביעים על ירידה ניכרת במצבן הבריאותי של כלל הנשים, בעיקר בקרב אלו שנאלצו לעזוב את בתיהן. נשים רבות מדווחות על הידרדרות במצבן הפיזי והנפשי, בפגיעה באורח חיים בריא כמו ירידה בפעילות גופנית, הרגלי שינה ואכילה. כשליש מהנשים שפונו דיווחו כי הן זקוקות לסיוע נפשי שאיננו מקבל מענה.

בהמשך לכך, נרשמה עלייה בשימוש בתרופות לשינה, הרגעה וטיפול בדיכאון וחרדה, וכן בצריכת חומרים ממכרים. רבות מהנשים לא ביצעו בדיקות רפואיות חיוניות, כולל בדיקות סקר ומעקב, למרות הצורך בכך, מה שמעורר חשש לגבי בריאותן בטווח הארוך.

הסקר גם מגלה קשיים משמעותיים בגישה לשירותי בריאות של נשים שפונו, עם פגיעה ברצף הטיפולי וחוסר בתמיכה בנושאים לוגיסטיים כמו תיאום תורים. מחצית מהנשים שפונו דיווחו על חוסר פניות וזמן לטפל בעצמן, חלקן בשל מחויבות למשפחה, מה שממחיש את האתגר המורכב של שמירה על הבריאות בתקופת משבר מתמשכת.

מצב זה מחייב פעולה דחופה עם התייחסות מקיפה וארוכת טווח.



## הרעה בבריאות הפיזית

אחוז הנשים שדיווחו שמצבן הפיזי אינו טוב

## הרעה בבריאות הנפשית

אחוז הנשים שדיווחו שמצבן הנפשי אינו טוב

## שינוי לרעה בהרגלי חיים בריאים

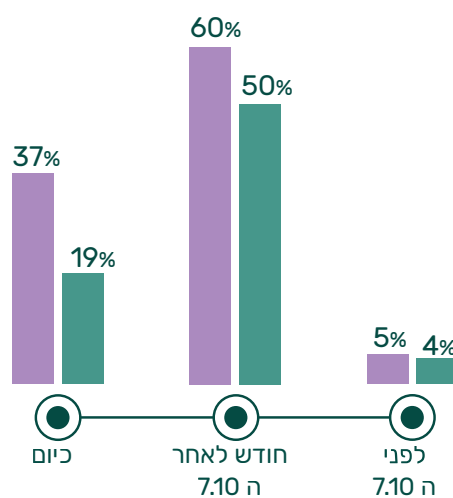
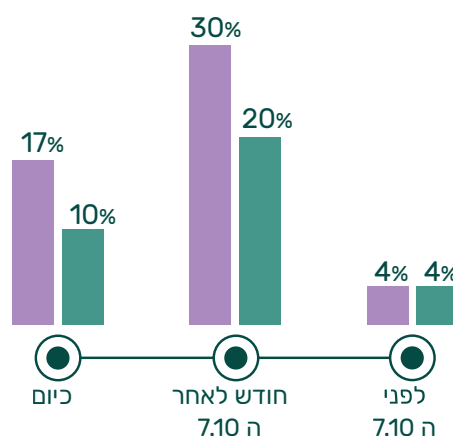
אחוז שינוי לרעה בהרגלי החיים

## למלחמה ולפינוי יש השפעה משמעותית ומתמשכת על בריאותן של נשים בישראל.

נצפתה הרעה ניכרת הן במצב הבריאותי הפיזי והן במצב הנפשי, כאשר ההשפעה הייתה חמורה במיוחד בקרב נשים שפוננו מבתיהן.

בעוד שלפני המלחמה רק אחוזים בודדים דיווחו שמצבן הבריאותי הוא לא טוב, חודש לאחר פרוץ המלחמה נרשמה עלייה חדה באחוז הנשים שדיווחו שמצבן לא טוב, בעיקר מבחינה נפשית. למרות שיפור מסוים עם הזמן, כשמונה חודשים לאחר פרוץ המלחמה המצב עדיין רחוק מלחזור לקדמותו. בנוסף, כ-30% מכלל הנשים דיווחו על החמרה במצב רפואי קיים או התפתחות אתגר בריאותי חדש, כאשר בעיות נפשיות היו האתגר השכיח ביותר. מדאיג במיוחד הוא הממצא כי 30% מהנשים שפוננו דיווחו לסייע נפשי אך אינן מקבלות אותו.

מאז תחילת המלחמה, נשים דיווחו על פגיעה משמעותית בהרגלי בריאות בסיסיים, כאשר הפגיעה הייתה חמורה במיוחד בקרב נשים שפוננו מבתיהן. הפגיעה הבולטת ביותר דווחה בשלושה תחומים מרכזיים: שינה סדירה, הרגלי אכילה ופעילות גופנית.



נשים שלא פוננו | נשים שפוננו



# עליה בשימוש בתרופות

אחוז גידול בשימוש בתרופות



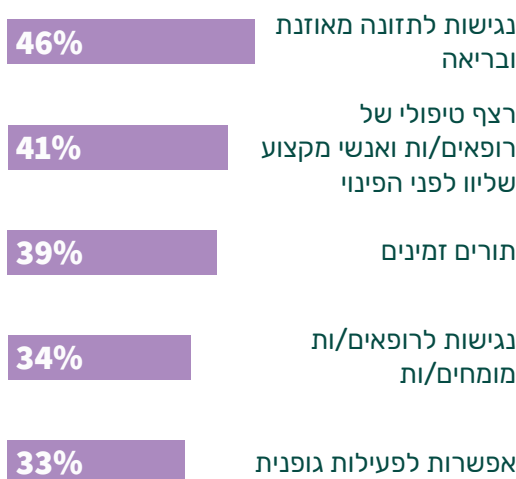
נשים שלא פונו | נשים שפונו

נצפתה עלייה משמעותית בשימוש בתרופות, בעיקר תרופות שינה, הרגעה, ותרופות לטיפול בדיכאון וחרדה לצד עלייה בצריכת חומרים ממכרים.

בנוסף נמצא כי נשים, במיוחד אלו שפונו מבתייהן ואימהות לילדים צעירים, נטו לא לבצע בדיקות רפואיות חיוניות למרות הצורך בהן כמו טיפולי שיניים, בדיקות שד או ממוגרפיה ובדיקות שגרתיות.

נשים שפונו מבתייהן חוו פגיעה בהיבטים של שירותי בריאות, כולל נגישות לתזונה בריאה, רצף טיפולי, זמינות תורים ואפשרויות לפעילות גופנית. התמונה מורכבת עוד יותר כאשר בוחנים את הפערים בין אזורי הפינוי השונים - נשים שפונו לערים גדולות נהנו מנגישות טובה יותר לשירותי בריאות, כולל זמינות תורים, נגישות לרופאים מומחים ושירותי אבחון מתקדמים, בהשוואה לנשים שפונו לאזורי פריפריה.

בקרב נשים שפונו מבתייהן נמצא מגוון של חסמים המקשים על קבלת טיפול רפואי נדרש. לצד החסמים האישיים הכוללים חוסר פניות וזמן לטפל בעינייני בריאות אישיים, נמצאו גם חסמים מערכתיים משמעותיים. הבולטים ביותר ביניהם היו חוסר היכרות עם רופאים ונותני שירות בסביבה החדשה, קשיי התמצאות בסביבת המגורים הזמנית, והיעדר תורים זמינים.



# נגישות נמוכה לשירותי רפואה

אחוז שיוני לרעה בשירותי בריאות

# גורמים מערכתיים ואישיים שמעכבים טיפול בבריאות

# סיכום והמלצות

הממצאים מצביעים על פגיעה רב-מימדית בבריאות הפיזית והנפשית של נשים בישראל, במיוחד בקרב נשים שפונו מביתן. המחקר חשף גם חסמים משמעותיים בנגישות לשירותי בריאות עבור נשים שפונו. לאור הממצאים, גובשו חמש המלצות מרכזיות להתמודדות עם האתגרים שזוהו. מטרת ההמלצות היא לסייע במניעת החמרה במצבן הבריאותי של נשים, להבטיח קבלת טיפול מתאים ונדרש במועד, ולקדם את שיקומן בטווח הארוך.

## 1. הרחבה והנגשה של שירותי בריאות

שיאפשרו קבלת טיפול ושירות בהתאם לצרכים של הנשים. אלו יכולים לכלול בין היתר הרחבת פלטפורמות לרפואה מרחוק, הגמשת שעות פעילות, הקמת מרכזי טיפול ייעודיים, שירותי ליווי והכוונה במערכת הבריאות תוך דגש על אזורי פינוי ועוד.

## 2. פיתוח מנגנונים לזיהוי והתערבות באוכלוסיות בסיכון ונקיטת גישה פרואקטיבית למתן טיפול ותמיכה.

מנגנונים אלה יכולים להתבסס על מגוון כלים, כגון סקרי בריאות יזומים, מערכות ניטור טכנולוגיות, התרעות במערכת המידע הרפואית על מאפייני סיכון כגון היות המטופלת מפונה ועוד.

## 3. קידום תוכניות להעלאת מודעות של אנשי מקצוע לגבי ההשלכות הבריאותיות של מצב החירום והפינוי והכשרה להענקת טיפול מותאם.

אלו יכללו את הבנת ההשפעות קצרות וארוכות הטווח של פינוי על בריאות, זיהוי קשיים ואתגרים בריאותיים הקשורים לפינוי ולטראומה, שימוש בכלים לתקשורת וטיפול מותאמי טראומה ועוד.

## 4. פיתוח אסטרטגיות להעלאת מודעות והנגשת ידע בקרב הנשים עצמן.

אסטרטגיות אלו יכולות לכלול מערכי הסברה על חשיבות הטיפול בבריאות במצבי משבר, הנגשת מידע על שירותים זמינים, וכלים להתמודדות עם אתגרי בריאות במצבי חירום.

## 5. פיתוח ידע על ההשפעות ארוכות הטווח של מלחמה ופינוי על בריאותן של נשים.

מוצע לפתח תוכנית מחקר לאומית, לעודד ולתמוך במחקרי אורך בתחום זה, שיתרמו להבנת ההשפעות ארוכות הטווח, יסייעו בזיהוי גורמי פגיעות וחוסן, ויובילו לפיתוח מדיניות ותוכניות התערבות יעילות לטיפול ומניעה בעתיד.



מצאת שהסקר מעניין אותך והיית רוצה לשתף אותנו במחשבות או רעיונות שיש לך לגבי דרכים להתמודדות עם האתגרים שעלו בסקר? מזמנים ומזמנות לכתוב לנו:

<http://www.briah.org/contact>

ד"ר גלית נויפלד קרושינסקי, קרן בריאה; ד"ר נחמי הכהן, המכללה האקדמית אחווה; ד"ר ספיר ביטון, סורוקה; ד"ר נאורה אלתרמן; ד"ר אורית צ'רני גולן, האקדמית עמק יזרעאל; חפציבה בוחבט-ספירט, העמותה לקידום בריאות בגליל; ד"ר מיכל משיח איזנברג, האקדמית עמק יזרעאל; ד"ר יוני סלייטר, אוניברסיטת בר אילן

יצוב ואינפוגרפיקה: ד"ר יעל פרידמן-לוי, Ph.Design

## תוכן עניינים

1.....	רקע
2.....	שיטה
4.....	ממצאים
5.....	1. תפיסת מצב בריאותי פיזי ונפשי
10.....	2. שינויים בהרגלי בריאות
16.....	3. שינויים בנגישות וזמינות שירותי בריאות (בקרב נשים שפוננו)
18.....	4. זיהוי חסמים וצרכים בקבלת שירותי בריאות
23.....	סיכום והמלצות
25.....	מקורות
26.....	נספחים
26.....	נספח א' - לוחות דמוגרפים



## רקע

ב-7 באוקטובר 2023 ישראל חוותה את אירוע הטרור החמור ביותר בתולדותיה, שבעקבותיו פרצה מלחמת חרבות ברזל, במסגרתה נלחמת ישראל במספר חזיתות בצפון ובדרום. נכון לאוגוסט 2024, כמעט שנה לאחר פרוץ המלחמה, אזרחי ישראל עדיין נמצאים במצב חירום מתמשך המלווה באי-ודאות רבה.

מצבי חירום מסוג זה משפיעים על בריאות הציבור בדרכים מורכבות ורחבות היקף. בטווח המיידי, האירוע עצמו עשוי לגרום לפציעות פיזיות ונפשיות. עם התמשכות המצב מתפתחות השלכות עקיפות: הגבלות ביטחוניות, גיוס צוותים לשירות צבאי או חשש של המטופלים להגיע לטיפול מובילים לכך שאנשים צורכים פחות שירותי בריאות, טיפולים מניעתיים ושגרתיים נדחים, ומצבים רפואיים מחמירים או לא מזהים בזמן, לצד שיבוש בהרגלי בריאות. מחקרים שנערכו עם תחילת המלחמה ובחנו היבטי בריאות של האוכלוסיה בישראל הראו עלייה בשכיחות של חרדה, דיכאון ותסמינים פוסט-טראומטיים<sup>1,2</sup> לצד תלונות על כאבים כרוניים, בעיות שינה, ומגוון של תסמינים פיזיים אחרים.<sup>2</sup> נצפו גם שינויים בתזונה ובפעילות גופנית, הנובעים ממגבלות תנועה או זמינות משאבים, ושימוש בחומרים ממכרים שונים לשם התמודדות עם המצב, המוסיפים לאתגרים הבריאותיים.<sup>3</sup>

נשים הן פגיעות במיוחד במצבי חירום כגון אלו כתוצאה מגורמים חברתיים וכלכליים. לאי-השוויון המגדרי יש השפעה רבה על האופן שבו נשים נפגעות מ/ומתמודדות עם משברים,<sup>4</sup> כיוון שנשים מחזיקות במעמד חברתי-כלכלי נמוך יותר ומצויות מחוץ לתהליכי קבלת החלטות, גישתן לשירותי בריאות ולשירותים חיוניים אחרים מוגבלת יחסית. נורמות חברתיות ותפקידים מגדריים מכתבים לעתים קרובות כי נשים ייקחו על עצמן אחריות מוגברת לטיפול באחרים.<sup>5</sup> כך, במצב חירום המאופיין בחוסר ודאות, אובדן וטראומה, נשים מוצאות את עצמן נושאות בנטל כפול: הן מתמודדות עם הלחץ הנפשי של המצב ועם דאגה לקרובי משפחה מגויסים או נעדרים, והן לוקחות על עצמן את עיקר האחריות לטיפול במשפחה. מצב זה מוביל לכך שנשים רבות מזניחות את בריאותן האישית לטובת צרכי המשפחה.<sup>6</sup> מחקר שנערך בישראל בחודשיים הראשונים למלחמה הדגים את המורכבות הזו: כמעט כל אם חוותה דאגה עמוקה לשלום ילדיה, ונשים מצאו עצמן מנסות לשמור על שגרה עבור ילדיהן בתוך מציאות שהשתנתה ללא הכר, תוך התמודדות מתמדת עם האתגר לאזן בין צרכי המשפחה לבין הצורך לדאוג לבריאותן הפיזית והנפשית שלהן עצמן.<sup>7</sup>

הפינוי ההמוני שהתרחש בעקבות המלחמה יצר אתגרים נוספים עבור נשים. עם פרוץ המלחמה, מצאו עצמם כ-253,000 תושבים מהדרום ומהצפון נעקרים מבתיהם, נאלצים לעזוב את כל המוכר והבטוח מאחור. משפחות שלמות מצאו עצמן מתגוררות בבתי מלון שאינם מותאמים למגורים של משפחה לאורך זמן, וחיות בצפיפות וללא פרטיות. אחרות מתגוררות במוקדי פינוי או בדירות זמניות, כאשר העתיד של כולן לוט בערפל. עבור כל הנשים המפונות, ללא קשר לתנאי המגורים הספציפיים, הפינוי מהווה שבר משמעותי בשגרת החיים. פעילויות יומיומיות שהיו מובנות מאליהן, כמו יציאה לעבודה, בישול, הבאת ילדים לבית הספר או השתתפות בחוגים ופעילויות פנאי, הפכו לבלתי אפשריות או מורכבות.<sup>6</sup> נשים רבות מצאו עצמן מנותקות ממקום עבודתן, מרשתות התמיכה החברתיות שלהן, ומהמרחבים המוכרים שבהם ניהלו את חייהן.

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר בקרב נשים בישראל

בנוסף, הפינוי יצר אתגרים ייחודיים בגישה לשירותי בריאות. המעבר למקום מגורים זמני חדש, בן-לילה וללא הכנה, מאלץ את הנשים להתמודד עם מציאת רופאים/ות חדשים/ות, לאתר שירותי בריאות חיוניים ולנווט במרפאות ובתי חולים בסביבה לא מוכרת. נשים עם מחלות כרוניות או אלו הזקוקות לטיפולים מתמשכים מצאו עצמן נאבקות לשחזר היסטוריה רפואית, להשיג מרשמים חדשים ולהבטיח המשכיות בטיפולים חיוניים. הפינוי ההמוני, על כל היבטיו, מציב בפני נשים משימה מורכבת של הסתגלות למציאות חדשה ובלתי צפויה, תוך שימוש בגמישות, חוסן, יכולת להתמודד עם שינויים דרסטיים בכל היבטי החיים, ושמירה על תפקוד ותמיכה במשפחותיהן. לכל אלה עשויות להיות השלכות משמעותיות על בריאותן בטווח הקצר וגם הארוך. אולם, למרות החשיבות הברורה של הנושא, קיים פער משמעותי בידע המחקרי הקיים וזה שנאסף עד כה לגבי ההשפעות של המלחמה והפינוי על היבטים שונים הקשורים לבריאותן של נשים בישראל. מה מצב בריאותן? כיצד השתנו דפוסי צריכת שירותי הבריאות? ואילו שינויים קיימים בהתנהגויות בריאות יומיומיות וקיום בדיקות סקר חיוניות? מחקר מעמיק בנושאים אלה הכרחי כדי לסייע למערכת הבריאות להתאים את עצמה למציאות החדשה, לפתח אסטרטגיות מותאמות, ולשפר את המענה לצרכיהן הייחודיים של נשים בעת הזו. יתרה מכך, הבנה מעמיקה של האתגרים הנוכחיים עשויה לסייע בהיערכות טובה יותר למצבי חירום עתידיים.

לאור זאת, מחקר זה שם לו למטרה לבחון לעומק את השפעת המלחמה והפינוי על בריאותן של נשים בישראל, לזהות חסמים בגישה לשירותי בריאות, ולהעריך צרכים והעדפות לשיפור הטיפול הרפואי במצבי חירום מנקודת המבט של הנשים עצמן.

## שיטה

בשל מחסור בידע מקצועי ומחקרי עדכני על ההתמודדות של נשים עם פינוי מביתן בזמן חירום, הקימה קרן בריאה, האמונה על קידום בריאות נשים בישראל, ועדת היגוי ייעודית לבחינת הנושא. המטרות שהוצבו על ידי הועדה היו לתעד את המצב הקיים, ולהבין את המשמעויות המיידיות וארוכות הטווח של ההימצאות במצב מלחמה ובתוכו פינוי מהבית עבור נשים ובריאותן. הועדה הורכבה ממומחיות מדיסציפלינות מגוונות, ביניהן טראומה, תקשורת, רפואה, פסיכולוגיה, אפידמיולוגיה ואתיקה ועוד. בשלב הראשון נערך מחקר גישוש איכותני שכלל ראיונות עם עשר נשים: 9 נשים שפוננו מביתן הן מהדרום והן מהצפון ורופאת משפחה שטיפלה בנשים מדרום הארץ. הראיונות שהתקיימו במרץ 2024 התמקדו בהתמודדויות ואתגרים של נשים שפוננו מביתן, בצרכים שלהן ממערכת הבריאות, ומהן מעריכות שיכול לסייע לבריאותן. לאחר עיבוד וניתוח של הראיונות, צוות החוקרות מיפה מספר תמות מרכזיות. בשלב הבא של המחקר, תמות אלו היוו את הבסיס לבניית שאלון מקיף שנועד לתפוצה רחבה על מנת להגיע לייצוג מהימן של אוכלוסיית הנשים המפונות.

## כלי המחקר

השאלון הורכב מ-4 חלקים: (1) מצב בריאותי ואורח חיים; (2) שימוש בשירותי בריאות; (3) העדפות לגבי קבלת תמיכה, עזרה ושירותי בריאות; (4) הריון ולידה (חלק זה של הסקר יפורסם בעתיד); (5) טיפולי פוריות (חלק זה של הסקר יפורסם בעתיד); (6) שאלות דמוגרפיות.

## איסוף הנתונים

השאלון הופץ בעברית במאי-יוני 2024 דרך הרשתות החברתיות (פייסבוק, וואטסאפ וכדומה) ותחילה השיבו עליו 721 נשים. כדי להרחיב את תפוצת השאלון ולהגיע לאוכלוסיות שלא היו מיוצגות באופן מספק בגיוס הראשוני (כגון נשים מפונות, ונשים ערביות וחרדיות), פנינו לחברת iPanel המפעילה פאנל משיבים המונה כ-100,000 חברים. החברה שלחה הזמנה להשתתפות במחקר לנשים מעל גיל 20, כולל נשים מפונות, חרדיות, וערביות. במהלך שבוע נוסף, נאספו עוד 353 שאלונים.

## אוכלוסיית המדגם

סה"כ 1074 נשים ענו על השאלון. ממוצע הגילאים 44 עם סטיית תקן 14, טווח הגילאים 18 - 92. מחצית מהנשים בגילאי 31-50. מדגם הנשים מתחלק ל-548 נשים שלא פונו מביתן ו-511 נשים שפונו מביתן, ו-15 נשים, שלא ציינו האם הן פונו מביתן או לא, שהוצאו מהחישובים הסטטיסטיים. 268 נשים שהן 52.4% מהנשים שפונו הגיעו מאיזור הדרום, ו-228 נשים שהן 44.6% מהנשים שפונו הגיעו מאיזור הצפון.<sup>1</sup> 36% מהנשים שפונו חזרו לביתן במועד המענה על הסקר. 29% מהנשים פונו לקיבוץ, מושב או יישוב קהילתי בעוד 58% פונו לעיר. 45% פונו יחד עם הקהילה אליה השתייכו במקור. נמצאו הבדלים דמוגרפיים בין שתי קבוצות הנשים שפונו מצפון ודרום במצב המשפחתי: 12% נשים מאיזור הצפון לעומת 5.6% מאיזור הדרום דיווחו שהן גרושות, וסוג הישוב שממנו פונו (נשים מהצפון מתגוררות יותר במושבים ופחות בערים), אך לא נמצאו הבדלים בשיוך לפי גיל, דת, השכלה, הכנסה, מספר הילדים ושיוך לקופת חולים. פירוט לגבי מאפייני הנשים כולל מאפייני הנשים שפונו מביתן ניתן למצוא בפירוט בלוח 1 בנספח א'.

## ניתוח הנתונים

הנתונים הכמותיים נותחו באמצעות תוכנת SPSS 29.0. הנתונים מוצגים על פי סולם התשובות שהוצגו למשיבות, כאשר בחלק מהמקרים קיבצנו את קטגוריות התשובות לצורך פישוט והבנת המגמות. בדיקת ההבדלים בין קבוצות בוצעה באמצעות מבחני חי בריבוע. הנתונים האיכותניים של השאלות הפתוחות נותחו בשיטת ניתוח תמטי.

<sup>1</sup> 3% מהנשים ציינו שהגיעו מאיזורים אחרים בארץ שאינם צפון או דרום. נשים אלו הוסרו מניתוחים שבחנו הבדלים מתקדמים יותר בין נשות הצפון לנשות הדרום.

## אתיקה

המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של מכללת אחווה. מטרת המחקר הוסברה לכל מי שנכנסה לדף הכניסה למחקר וניתנה להן האפשרות להחליט אם ברצונן להשתתף כמו כן ניתנה להן האפשרות שלא לענות כל השאלות, ולהחליט בכל רגע שהן מעוניינות להפסיק את השתתפותן במחקר. שאלון המחקר היה אנונימי ולא נדרש כל מילוי של פריט מידע מזהה.

## מגבלות

חשוב לציין כי מדגם הסקר איננו מהווה מדגם מייצג של אוכלוסיות הנשים בישראל, אלא נשים שנחשפו לפנייה להשתתף במחקר ובחרו לענות עליו ברשת. לפיכך, לא התקיים ייצוג ראוי של נשים שנעדרות מהרשתות החברתיות כגון נשים בסטטוס סוציאקונומי נמוך, נשים ערביות (למרות הפנייה לחברה חיצונית) או קבוצות מיעוט אחרות.

## ממצאים

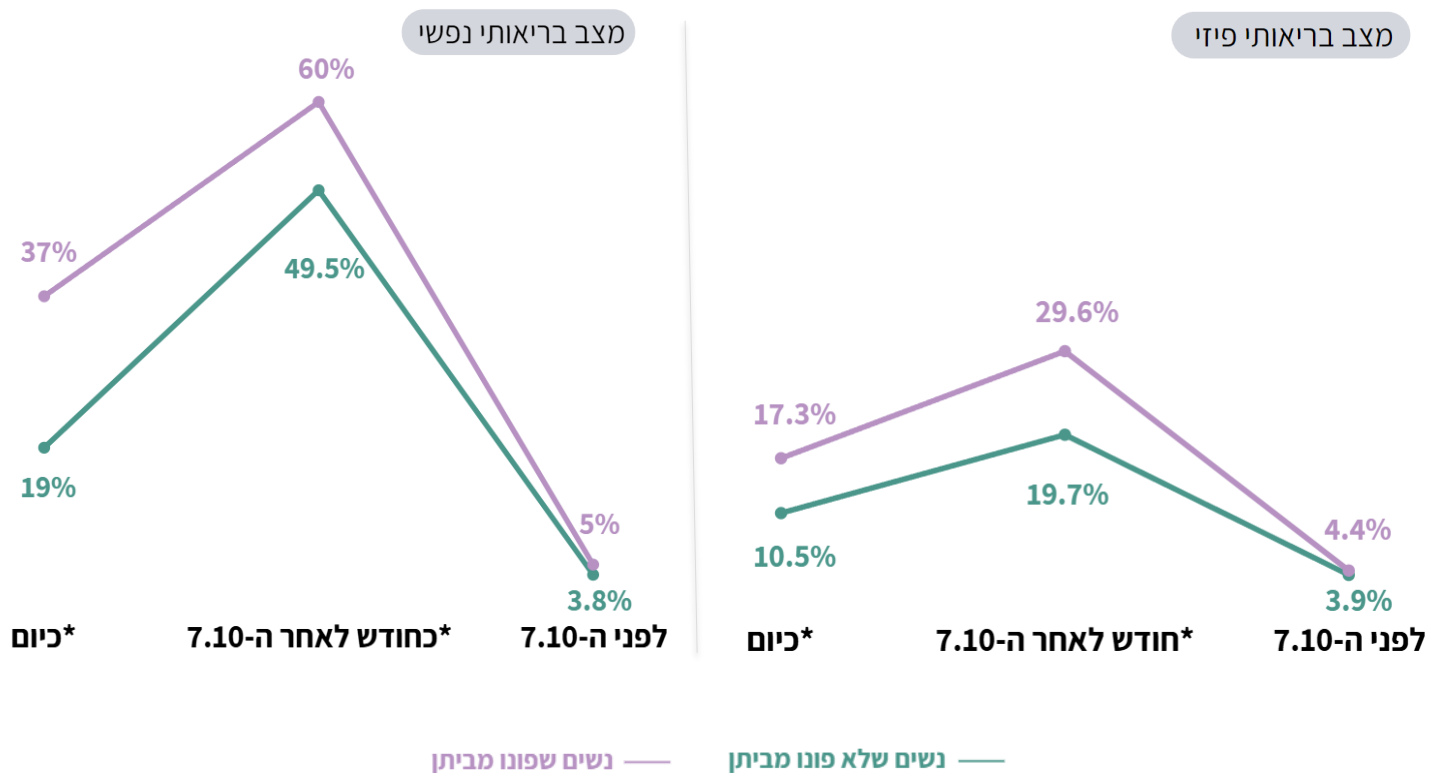
פרק זה מציג את ממצאי המחקר והוא מחולק למספר תתי-נושאים:

1. תפיסת המצב הבריאותי הפיזי והנפשי
2. שינויים בהרגלי בריאות (אורח חיים, שימוש בתרופות וחומרים, וביצוע בדיקות)
3. שינויים בנגישות וזמינות שירותי בריאות
4. זיהוי חסמים וצרכים בקבלת שירותי בריאות

### 1. תפיסת מצב בריאותי פיזי ונפשי

במועד המענה על הסקר נשאלו הנשים לגבי מצבן הבריאותי הפיזי והנפשי בשלוש נקודות זמן: לפני ה-7.10, חודש לאחר ה-7.10, וכיום. אפשרויות התשובה נעו על סקאלה שהין בין 1 – מאד לא טוב ועד 5 – טוב מאד. תרשים 1 מציג את אחוזי הנשים שדיווחו על מצב בריאותי פיזי ונפשי "מאד לא טוב" (1) או "לא כל כך טוב" (2), ובדוח זה נתייחס אליהם יחד כ-"לא טוב", בשלוש נקודות הזמן בהשוואה בין נשים שלא פונו לבין נשים שפונו.

**תרשים 1: אחוז הנשים שדיווחו שמצבן הבריאותי הפיזי והנפשי הוא לא טוב: נשים שפונו מביטן לעומת כאלו שלא פונו**



p<0.05\*

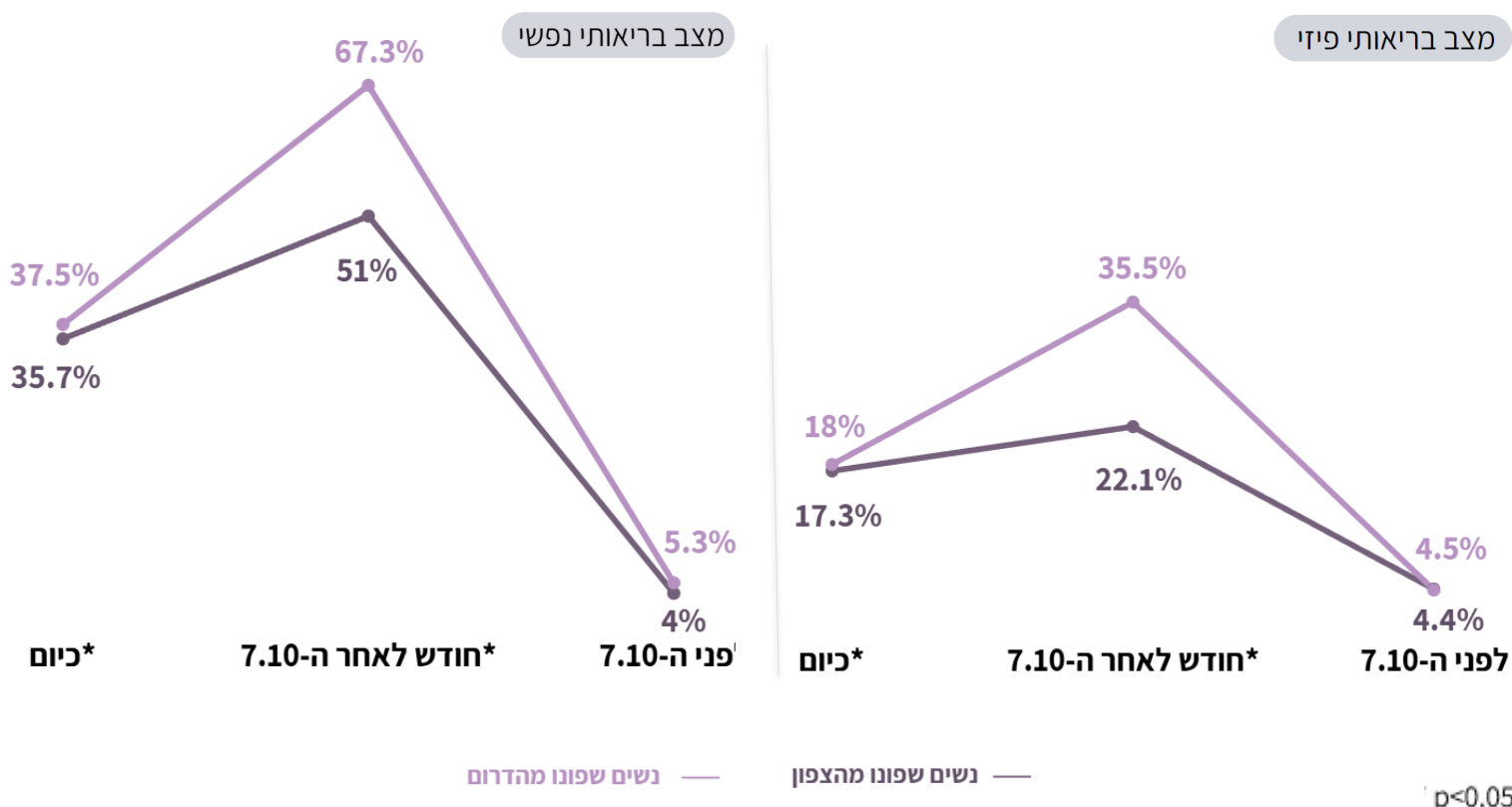
מתרשים 1 עולה ששיעור נמוך (4%) מהנשים מדווחות כי מצבן הבריאותי הפיזי לפני האירועים היה לא טוב, בקרב הנשים שפונו ושלא פונו כאחד. כחודש לאחר ה-7 באוקטובר, אחוז הנשים שדיווחו על מצב פיזי לא טוב עלה באופן דרמטי, בעיקר בקרב הנשים שפונו (29.6%), בהשוואה לנשים שלא פונו (19.7%). עם הזמן חלה ירידה מסוימת בשיעור הנשים שדיווחו על מצב פיזי לא טוב, אך עד למאי-יוני 2024 המצב נותר גבוה יותר בהשוואה לתקופה שלפני האירועים, כאשר נשים שפונו ממשיכות לדווח על מצב פיזי פחות טוב מאשר אלו שלא פונו (17.3% לעומת 10.5% בהתאמה). בנוסף נמצא שבקרב 45% מהנשים בכל הארץ (53.4% מהנשים שפונו, ו-34.2% מהנשים שלא פונו) דווח על הרעה שקיימת במצב הפיזי שלהן בעת מילוי השאלון יחסית למה שדווח לגבי התקופה שלפני ה-7.10.

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר בקרב נשים בישראל

בדומה למצב הפיזי, ניתן לראות בתרשים 2 כי גם בתחום הנפשי המצב החמיר משמעותית. לפני ה-7 באוקטובר, שיעור הנשים שדיווחו על מצב נפשי לא טוב היה נמוך יחסית ודומה בין הקבוצות (3.8% בקרב נשים שלא פונו ו-5% בקרב נשים שפונו). חודש לאחר האירועים, חלה עלייה חדה במצב הנפשי הלא טוב של כלל הנשים, אך העלייה הייתה חמורה יותר בקרב הנשים שפונו (60%) לעומת הנשים שלא פונו (49.5%). למרות ירידה מסוימת מאז, במועד הסקר במאי-יוני 2024, שיעור הנשים שפונו שדיווחו על מצב נפשי לא טוב נשאר גבוה משמעותית (37%) בהשוואה לנשים שלא פונו (19%). בנוסף, נמצא כי כ-68% מכלל הנשים ברחבי הארץ, ו-75% מהנשים שפונו, עדיין חוות החמרה כלשהי במצבן הנפשי בעת מילוי השאלון, בהשוואה למצב לפני ה-7 באוקטובר.

בבדיקת ההבדלים בין נשים שפונו מאזורים שונים (צפון לעומת דרום), ניתן לראות בתרשים 2 שלא נמצא הבדל משמעותי בשיעור הנשים שדיווחו על מצב פיזי לא טוב לפני ה-7 באוקטובר או במועד הרצת המחקר. עם זאת, חודש לאחר האירועים, נמצא הבדל מובהק: שיעור הנשים שדיווחו על מצב פיזי לא טוב היה גבוה יותר בקרב נשים שפונו מאזור הדרום (35.5%) בהשוואה לנשים שפונו מאזור הצפון (22.1%). באופן דומה, גם בהיבט הנפשי, ניתן לראות שקיים הבדל משמעותי בין הקבוצות רק בנקודת הזמן של חודש לאחר אירועי אוקטובר: 50.9% מהנשים שפונו מהצפון דיווחו על מצב נפשי לא טוב, לעומת 67.3% מהנשים שפונו מהדרום.

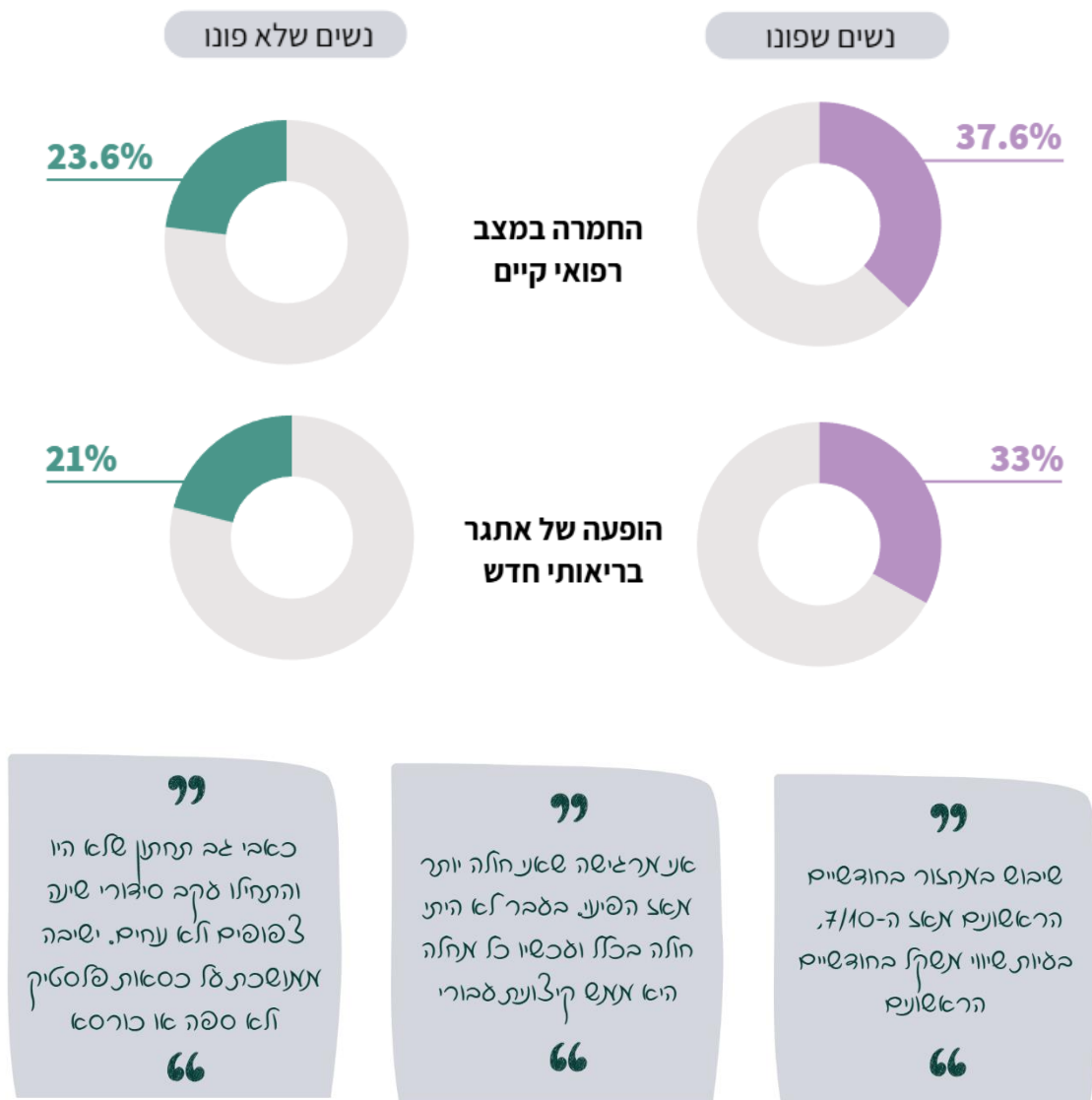
**תרשים 2: אחוז הנשים שדיווחו שמצבן הבריאותי הפיזי או הנפשי הוא לא טוב: נשים שפונו מהדרום לעומת נשים שפונו מהצפון**



החמרה במצב רפואי קיים או התפתחות אתגר בריאותי חדש

לאחר שדיווחו על החמרה במצבן הבריאותי הפיזי והנפשי, נשאלו הנשים האם הן מזהות החמרה במצב רפואי קיים או הופעה של אתגר בריאותי חדש. בתרשים 3 ניתן לראות כי אחוז גבוה יותר של נשים שפונו דיווחו על החמרה והתמודדות עם אתגרים בריאותיים חדשים. האתגר הבריאותי הנפוץ ביותר שדווח היה בתחום בריאות הנפש (22%), וכלל חרדות, דיכאון, מתח נפשי, ולחץ פוסט-טראומטי. אחריו, בעיות במערכת השלד והשרירים (17%), כגון כאבי גב, כאבי פרקים, פיברומיאלגיה, בעיות בברכיים וכאבים כלליים בגוף. בעיות הורמונליות ומטבוליות היוו 16% מהדיווחים, עייפות וחוסר תפקוד – 7%, בעיות שינה – 7%, בעיות עור – 7%, ו-5% דיווחו על בעיות נוירולוגיות. שאר 19% מהבעיות המדווחות כללו בעיות במערכת הלב וכלי הדם, בעיות גניקולוגיות (כמו שינויים במחזור), בעיות נשימה, ראייה, נשירת שיער, והידבקויות חוזרות ביורוסים.

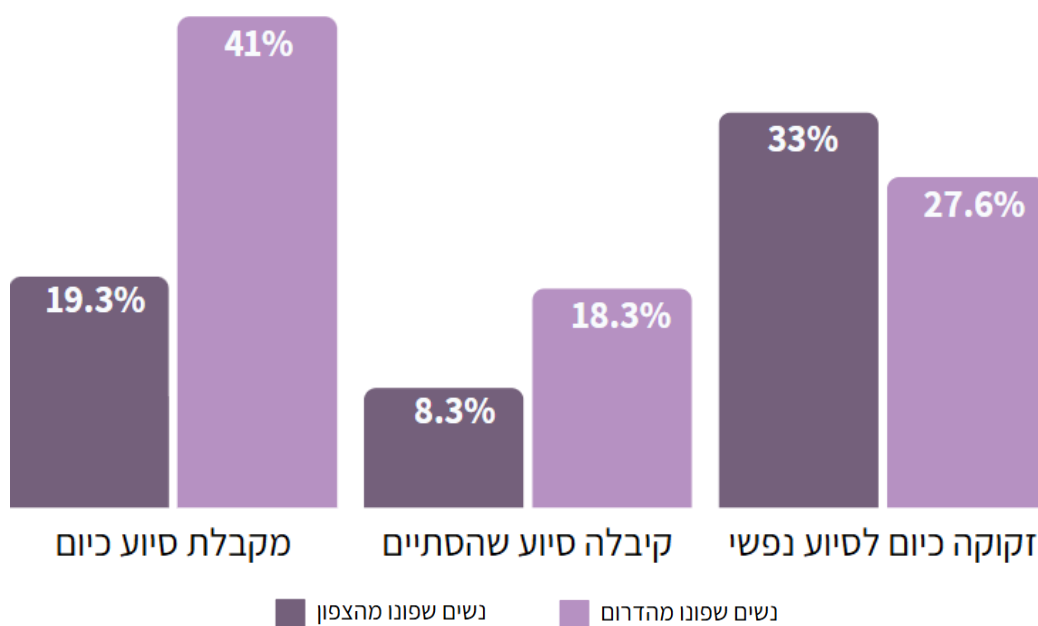
**תרשים 3: אחוז הנשים שדיווחו על החמרה במצב קיים או הופעה של אתגר בריאותי חדש**



קבלת סיוע נפשי

בהקשר של המצב הבריאותי הנפשי, שאלנו רק נשים שפוננו מבייתן האם הן קיבלו או מקבלות כיום טיפול/סיוע נפשי. נמצא ש-31.8% מהנשים שפוננו מקבלות כיום טיפול נפשי, בעוד 30% מהמפונות אינן מקבלות סיוע נפשי למרות שהן דיווחו שחשות שהן זקוקות לכך – מתוכן כמעט רבע קיבלו סיוע בעבר שהסתיים. מבחינת ההבדלים בין אזורי הפינוי, ניתן לראות בתרשים 4 שאחוז הנשים שפוננו מהדרום וקיבלו טיפול בעבר הוא גבוה יותר בהשוואה לאלו מהצפון (18.3% ו-8.3% בהתאמה), וכנ"ל לגבי אחוז הנשים שמקבלות סיוע נפשי כיום (41.2% לעומת 19.3% בהתאמה). עם זאת, אחוז הנשים שפוננו ודיווח כי הן זקוקות כיום לסיוע גבוה במעט אצל נשים שפוננו מהצפון לעומת הדרום (33% לעומת 27.6% בהתאמה).

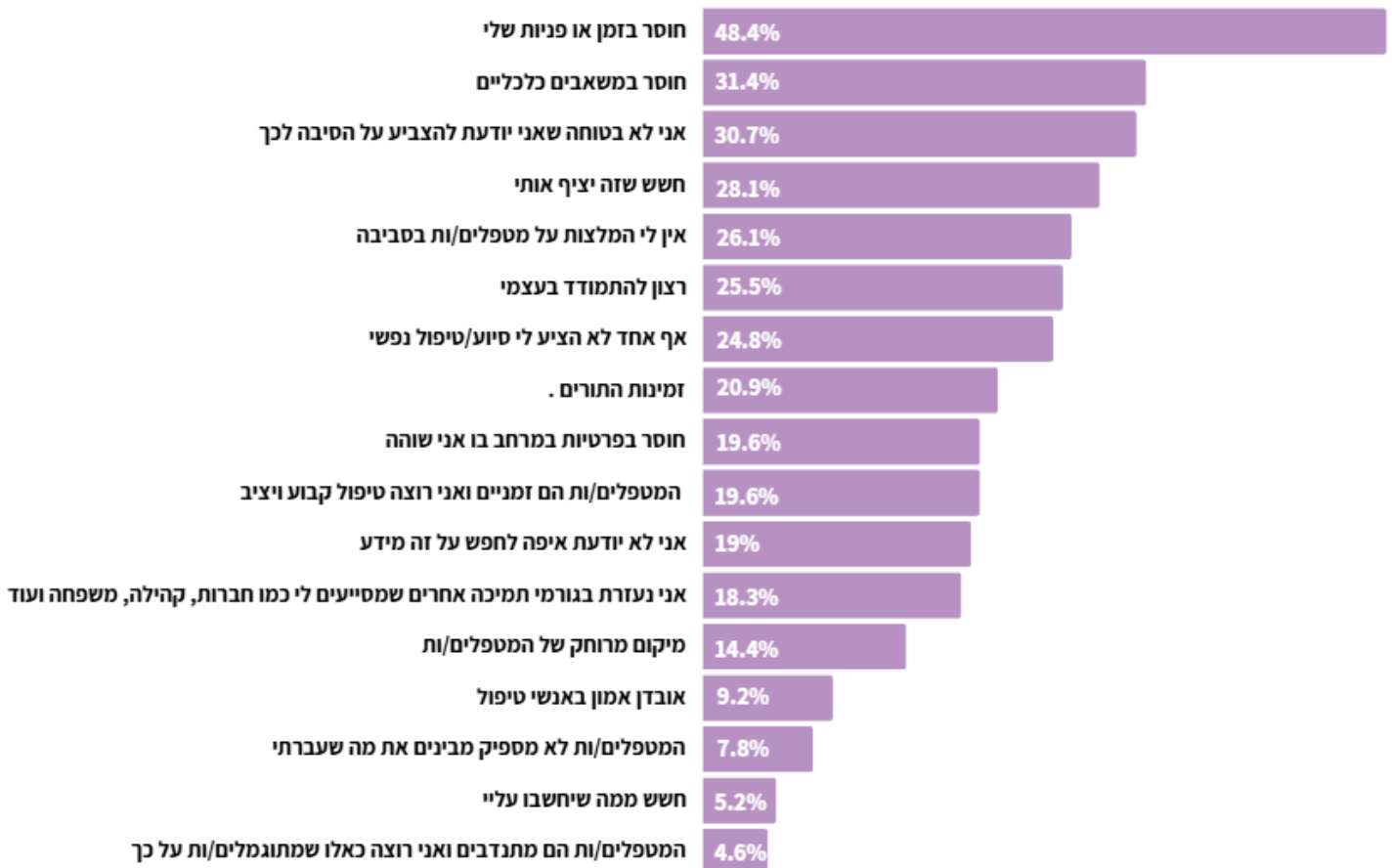
**תרשים 4: קבלה וצורך בסיוע נפשי: נשים שפוננו מהדרום (N=267) לעומת נשים שפוננו מהצפון (N=228)**



נשים שלא מקבלות כיום טיפול נפשי אך ציינו שהן זקוקות לכך, התבקשו לסמן סיבות שיכולות להסביר זאת מתוך רשימה שנבנתה על סמך הראיונות האיכותניים שבוצעו בשלב הראשון של המחקר (ניתן היה לבחור יותר מסיבה אחת). בתרשים 5 ניתן לראות שארבע הסיבות השכיחות ביותר היו קשורות ישירות לאישה עצמה: חוסר זמן או פניות לטיפול נפשי, חוסר במשאבים כלכליים, ללא סיבה ברורה, וחשש שהעיסוק בענייני הנפש יציף אותן רגשית. בנוסף, בין רבע לשליש מהנשים שלא מקבלות טיפול אך זקוקות לכזה ציינו סיבות הקשורות למערכת הבריאות ולשירותי קופות החולים: חוסר בהמלצות על מטפלים באזור מגוריהן, היעדר הצעת עזרה מצד קופות החולים, בעיות בזמינות התורים, וחוסר פרטיות במרחב שבו הן שוהות.



**תרשים 5: סיבות לאי קבלת סיוע נפשי**



”  
האן גורמים הציגו סיפוא... וזה  
גרם לי להתחשה של חוסר  
שליטה - אני יטפול, איך יטפלו,  
כמה בחירה יש לי... אחכה  
שהיה לי כוח לקחת אחריות על  
הטיפול שלי  
“

”  
היית רוז'ה אחזור לאטפולת  
שהיית אזכה לאכירה אותי ואת  
ההיסטוריה שלי וגם באניפאי  
גיאוגרפית אבל כולית לא  
יכולה כרגע להרשות לעצמי  
“

לסיכום חלק זה, הממצאים לגבי תפיסת המצב הבריאות הפיזי והנפשי מראים כי חודש לאחר פרוץ המלחמה, חלה עלייה דרמטית באחוז הנשים שדיווחו על מצב בריאותי ירוד, כאשר הפגיעה במצב הנפשי הייתה בולטת במיוחד. למרות שיפור מסוים במהלך החודשים שחלפו, הרוב המכריע של הנשים, ובפרט אלו שפונו, עדיין מדווחות על הרעה כלשהי במצבן הפיזי והנפשי בהשוואה לתקופה שלפני המלחמה. בעוד שכשליש מהנשים שפונו דיווחו על קבלת טיפול נפשי, אחוז דומה דיווח על צורך בטיפול, שאינו מקבל מענה. ממצאים אלו מדגישים את הצורך בפיתוח מערך תמיכה מקיף ומתמשך לנשים שנפגעו מהמלחמה, במיוחד אלו שפונו מבתיהן. כמו כן יש צורך בשינוי תפיסתי במערכת הבריאות - ממערכת המגיבה לפניות המטופלות שמזהות שהן זקוקות לטיפול למערכת פרואקטיבית היוזמת קשר, מזהה אוכלוסיות בסיכון וצרכים ומספקת מענים מותאמים. שינוי זה יאפשר איתור מוקדם של בעיות בריאותיות, זיהוי צרכים שאינם מדווחים, והענקת טיפול מניעתי ומותאם,

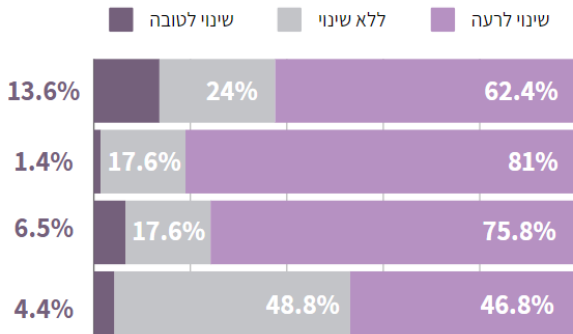
## 2. שינויים בהרגלי בריאות

הנשים נשאלו בנוסף על שינויים בהרגלי אורח חיים מאז ה-7.10 כגון ניהול וטיפול במחלות כרוניות, הרגלי אכילה, שינה סדירה ופעילות גופנית. אפשרויות התשובה היו: לא רלוונטי עבורי, שינוי לרעה, ללא שינוי, שינוי לטובה. תרשים 6 מציג את אחוז הנשים שדיווחו על כל תוצאה מתוך אלו שעבורן השאלה היתה רלוונטית.

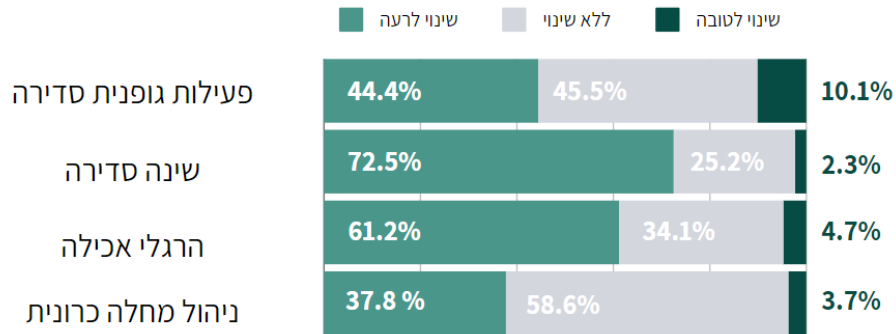
הממצאים מראים כי מאז ה-7 באוקטובר, שיעור גבוה מאוד מכלל הנשים בישראל חוו הרעה בהרגלים הנוגעים לשמירה על אורח חיים בריא, כאשר ההרעה משמעותית אף יותר בקרב נשים שפונו בהשוואה לנשים שלא פונו בשלושה תחומים: לגבי שינה סדירה, 81% מהנשים שפונו דיווחו על הרעה, ו-72.5% מהנשים שלא פונו, וגם בהרגלי האכילה חוו 75.8% מהנשים שפונו הרעה משמעותית, לעומת 61.2% מהנשים שלא פונו. בנוסף, בתחום הפעילות הגופנית נצפתה הרעה, אך כאן היה גם שיעור לא זניח של נשים שדיווחו על שיפור - 13.6% בקרב הנשים שפונו ו-10.1% בקרב הנשים שלא פונו. בנושא של ניהול וטיפול במחלה כרונית, שהיה רלוונטי רק למחצית ממשתתפות הסקר, ישנו שינוי לרעה בקרב 37.8%-46.8% מנשים אלו, ולא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות. בנוסף, לא נמצאו הבדלים מובהקים בהרגלים השונים גם על פי שיוך הנשים לקהילה או על פי סוג הדיור שאליו פונו, כגון מלון או דירה.

**תרשים 6: אחוז הנשים שדיווחו על שינויים בהרגלים שונים: נשים שפונו לעומת נשים שלא פונו**

נשים שפונו



נשים שלא פונו



” כאמץ 4 חודשים ראשונים באתון לא יכולתי לאכול כי אני אוכלת אובד ספציפי ומצבי ולא הייתה לי גישה להכין אותי עד שהגעתי לאיזון הכל התברר והחמיר

” יותר לחץ, קושי לישון שבע טרופה, חלוצות חודרניס על החטופים

” אני מגיעה מקבוצת ריזה של שים שהופסקה עקב האמבר לאתן זאת התרופה שניאל האצב הזה ולא ספורי ארגישה שהגוף והפש פחות אחזיקים אמא

שימוש בתרופות

היבט נוסף הקשור למצב הבריאותי ואופן ההתמודדות עם מצב החירום, הוא השימוש בתרופות שונות. לכן ביקשנו מהנשים לציין את אופן השימוש שלהן בתרופות שונות כמו תרופות הרגעה, שינה, תרופות לטיפול בדיכאון וחרדה, ועוד. אפשרויות התשובה היו: לא השתמשתי קודם וגם לא עכשיו, התחלתי להשתמש, הגברתי את השימוש, לא שיניתי את השימוש, הפחתי את השימוש, הפסקתי את השימוש. מתוך תשובות אלו חושב הנתון של 'אחוז שימוש'<sup>2</sup>. אחוזי השימוש בתרופות בתקופה שלפני ואחרי ה-7.10, ואחוזי הגידול בשימוש בתרופות מוצגים בטבלה 1.

<sup>2</sup> אחוז שימוש לפני ה-7.10 חושב על פי יחס כמות הנשים שדיווחו שהגבירו שימוש, לא שינו את כמות השימוש, הפחיתו שימוש או הפסיקו שימוש מתוך כלל הנשים שפונו או לא פונו שענו על השאלה. אחוז שימוש מאז ה-7.10 חושב על פי יחס כמות הנשים שדיווחו שהתחילו להשתמש, הגבירו את השימוש, לא שינו את כמות השימוש, הפחיתו את כמות השימוש מתוך כלל הנשים שפונו או לא פונו שענו על השאלה.

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר בקרב נשים בישראל

בבחינת הדיווחים בשימוש בתרופות בתקופה שלפני ה-7.10, נמצאו הבדלים באחוז השימוש בתרופות בין נשים מפונות ולא מפונות רק לגבי תרופות הרגעה (17.1% מהנשים הלא מפונות לעומת 25.6% מהנשים המפונות). לאחר שמונה חודשים, אף שבשתי הקבוצות נרשמה עלייה בשימוש התרופתי, קבוצת הנשים שפוננו הציגה עלייה משמעותית ומובהקת יותר בשימוש בתרופות שינה, חרדה/דיכאון, הרגעה, טיפול רפואי קבוע אחר וטיפול הורמונלי. תרופות השינה בלטו במיוחד בשיעור הגידול בשתי הקבוצות, כאשר בקרב הנשים שפוננו נרשמה עלייה דרמטית של 136.3% - למעלה מהכפלה במספר המשתמשות, בעוד שבקרב הנשים שלא פוננו נרשמה עלייה של 63%. במקביל, נצפתה מגמה של עלייה גדולה יותר בקרב נשים שלא פוננו בשימוש בתרופות מרשם שאינן נלקחות באופן קבוע ובתרופות לבעיות קשב וריכוז, אם כי הבדלים אלו לא נמצאו מובהקים סטטיסטית. בבחינת ההבדלים שבין קבוצות הנשים שפוננו נמצא ששיעור הנשים שפוננו מהדרום והחלו להשתמש או הגבירו שימוש בתרופות לחרדה/דיכאון היה גדול יותר באופן מובהק משיעור הנשים המקבילות שפוננו מהצפון (70.7% ו-46.6% בהתאמה).

**טבלה 1: אחוזי שימוש (לפני ואחרי ה-7.10) וגידול בשימוש בתרופות: נשים שפוננו לעומת נשים שלא פוננו**

נשים שפוננו			נשים שלא פוננו			תרופה
אחוז שימוש אחרי ה-7.10	אחוז שימוש לפני ה-7.10	אחוז גידול	אחוז שימוש אחרי ה-7.10	אחוז שימוש לפני ה-7.10	אחוז גידול	
20.9%	8.8%	136.3%	13.9%	8.5%	63%	תרופות לשינה
29.1%	17.6%	64.7%	18.5%	14.2%	30%	תרופות לטיפול בחרדה/דיכאון
38.5%	25.6%	50.4%	23.3%	17.1%	36.5%	תרופות הרגעה
46.3%	39.3%	17.8%	32.6%	29.4%	11%	תרופה/טיפול רפואי קבוע אחר
13.6%	11%	24%	13.6%	11.3%	19.6%	טיפול הורמונלי
9.4%	7.3%	28.7%	5.9%	4.4%	34%	תרופות לבעיות קשב וריכוז
13%	10.6%	22.6%	10.6%	7.5%	41.3%	תרופה אחרת שלא נלקחת באופן קבוע ושניתנת עם מרשם

שימוש בחומרים

באופן דומה בדקנו את השפעות המלחמה על שימוש בחומרים שונים כמו אלכוהול, עישון סיגריות, קנאביס ועוד. טבלה 2 מציגה את אחוזי השימוש בחומרים לפני ה-7.10 ומאז ה-7.10, ואת אחוז הגידול בשימוש שחושב ביחס בין שני אחוזי שימוש אלה. מלכתחילה, שיעור העישון וצריכת קנאביס היה גבוה יותר באופן מובהק בקרב נשים שפוננו, עם 19.8% ו-10.7% בהתאמה לפני ה-7.10, לעומת 11.8% ו-6.8% בקרב נשים שלא פוננו.

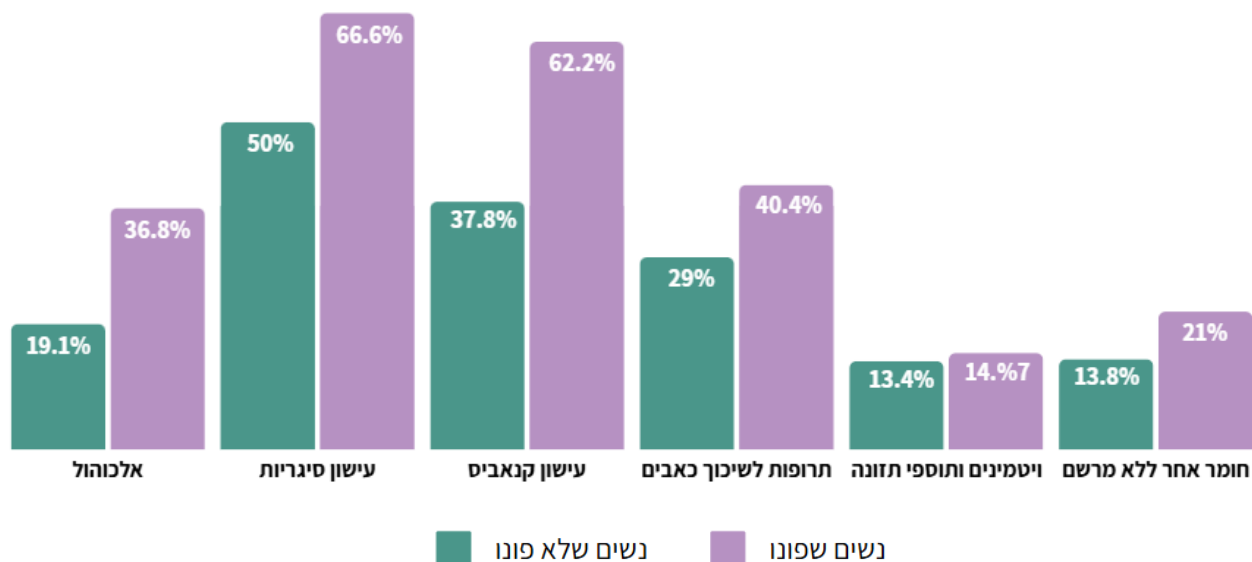
בעקבות המלחמה נרשמה עלייה בשיעורי השימוש בכלל החומרים בקרב כלל הנשים עם שיעור גידול משמעותי יותר בקרב נשים שפונו. העלייה המשמעותית ביותר נצפתה בשימוש בתרופות לשיכוך כאבים, ויטמינים ותוספי תזונה, וחומרים אחרים ללא מרשם. בחומרים אלה, שיעור הגידול בקרב הנשים שפונו היה 30.4%-57.9% לעומת 11.4%-24.1% בקרב נשים שלא פונו. הבדל מובהק נוסף נמצא בשימוש בקנאביס: בקרב המפונות, שיעור הגידול בשימוש בקנאביס היה 32%, בעוד שבקרב הלא-מפונות נרשמה ירידה של כ-11%. בנוגע לאלכוהול ועישון סיגריות, אחוזי הגידול היו קטנים יותר אך גם כאן נרשמה עלייה גדולה יותר בשימוש בקרב נשים שפונו לעומת אלו שלא פונו, עם 11% לעומת 1.5% בהתאמה בעישון סיגריות.

**טבלה 2: אחוזי שימוש (לפני ואחרי ה-7.10) וגידול בשימוש בחומרים: נשים שפונו לעומת נשים שלא פונו**

נשים שפונו			נשים שלא פונו			חומר
אחוז גידול	אחוז שימוש אחרי ה-7.10	אחוז שימוש לפני ה-7.10	אחוז גידול	אחוז שימוש אחרי ה-7.10	אחוז שימוש לפני ה-7.10	
5.5%	45.4%	43%	2.2%	41.2%	40.3%	אלכוהול
11%	22%	19.8%	1.5%	12%	11.8%	עישון סיגריות
32.4%	14.1%	10.7%	-11%	6.1%	6.8%	עישון קנאביס
76.1%	46%	39.1%	11.4%	44.9%	40.3%	תרופות לשיכוך כאבים
30.4%	57.2%	43.9%	14.6%	56.6%	49.4%	ויטמינים ותוספי תזונה
57.9%	8.2%	5.2%	24.1%	8.3%	6.7%	חומר אחר ללא מרשם

מעבר לשינויים באחוזי השימוש, בחנו את שיעור הנשים שהגבירו את השימוש בחומרים השונים מתוך כלל הנשים המשתמשות. בתרשים 7 ניתן לראות שנמצאו פערים משמעותיים בין שתי הקבוצות, על אף שבשתיהן דווח על עלייה בצריכה. הפער הבולט ביותר נרשם בהגברת השימוש בקנאביס, כאשר 62.2% מהנשים שפונו והשתמשו בקנאביס דיווחו על עלייה בצריכה לעומת 37.8% מהנשים שלא פונו. מגמה דומה נצפתה גם בצריכת אלכוהול ועישון סיגריות. בנוסף, ניכרה עלייה בשימוש בתרופות לשיכוך כאבים בשתי הקבוצות, כאשר 40.4% מהנשים המפונות שדיווחו על שימוש קודם הגבירו את השימוש, לעומת 29% מהנשים שלא פונו.

**תרשים 7: שיעור הנשים שהגבירו את השימוש בחומרים מתוך כלל הנשים המשתמשות: נשים שלא פונו לעומת נשים שפונו**



ביצוע/אי ביצוע בדיקות מאז ה-7.10

היבט נוסף של שמירה על אורח חיים בריא, הוא ביצוע של בדיקות שונות. לכן שאלנו את הנשים לגבי ביצוע של בדיקות מאז ה-7.10: בדיקות דם שגרתיות, בדיקת פאפ, טיפולי שיניים, בדיקת שד או ממוגרפיה, קולונוסקופיה, וחידוש מרשמים. כאשר אפשרויות התשובה היו: לא ביצעתי למרות הצורך, ביצעתי, לא הייתי צריכה לבצע.

בבחינת ההבדלים בין נשים שפונו לבין נשים שלא פונו נמצאו הבדלים משמעותיים לגבי כל הבדיקות. כדי לחדד את ההבדלים שבין הקבוצות, האפשרות של "לא הייתי צריכה לבצע את הבדיקה" הוצאה מהניתוח לצורך הדוח. טבלה 3 מציגה את שיעור הנשים הכולל שהעידו שהיה להן צורך בבדיקה כלשהי מאז ה-7.10, ומתוכן שיעור הנשים (מפונות או לא מפונות) שלא ביצעו אותה למרות הצורך.

מלבד חידוש מרשם, משימה שרוב הנשים ביצעו כאשר היה להן צורך בכך, נמצא כי שיעור הנשים שלא ביצעו בדיקות נחוצות למרות הצורך בכך היה גבוה. בקרב נשים שאינן מפונות, שיעור זה נע בין 28% ל-56%, ואילו בקרב הנשים שפונו, נע בין 40% ל-75%. עבור כל סוגי הבדיקות האחרות, אחוז הנשים שפונו שלא ביצעו בדיקות על אף הצורך היה גדול יותר משיעור הנשים שאינן מפונות, וההבדלים הללו נמצאו מובהקים עבור בדיקות ששיעור הצורך בהן היה גבוה – כמו בדיקות שגרתיות, טיפולי שיניים ובדיקות שד או ממוגרפיה. ( $p < 0.05$ )

בנוסף, בדקנו את ההשפעה של גיל ילידה של הנשים המפונות על שיעור ביצוע בדיקות הסקר. נמצא כי בקרב האמהות שפוננו, קיים הבדל מובהק בין אמהות לילדים צעירים (הילד הצעיר ביותר בגיל 12 ומטה) לבין אמהות לילדים מבוגרים יותר. שיעור האמהות לילדים צעירים שלא ביצעו בדיקות שגרתיות, טיפולי שיניים או בדיקות שד או ממוגרפיה, על אף הצורך בהן, היה גבוה יותר בהשוואה לאמהות לילדים בוגרים. כלומר, נשים שפוננו, ובפרט אמהות לילדים צעירים, נמצאות בסיכון גבוה יותר לאי ביצוע בדיקות סקר הכרחיות.

**טבלה 3: אחוז הנשים שהעידו שהיה צורך לבצע בדיקה ומתוכן שיעור הנשים שלא ביצעו את הבדיקה**

אחוז נשים שלא ביצעו את הבדיקה למרות הצורך (N)			אחוז נשים שהעידו שהיה צורך לבצע את הבדיקה (N)			
נשים מפונות	נשים לא מפונות	כלל המדגם	נשים מפונות	נשים לא מפונות	כלל המדגם	
39.6% (167)	28.3% (101)	34.4% (268)	84% (422)	65.6% (357)	74.4% (779)	<b>בדיקות שגרתיות (כמו בדיקות דם)</b>
58.8% (211)	39.6% (132)	50% (343)	72.4% (359)	61.7% (333)	66.8% (692)	<b>טיפול שיניים</b>
8.7% (27)	3.2% (9)	6% (36)	63% (308)	53% (281)	57% (589)	<b>חידוש מרשם</b>
48.3% (126)	37.6% (80)	43.4% (206)	52.7% (261)	40% (213)	45.8% (474)	<b>בדיקת שד או ממוגרפיה</b>
54.1% (111)	49.7% (77)	52.2% (188)	42% (205)	29% (155)	35.2% (360)	<b>בדיקת פאפ (צוואר הרחם)</b>
75.0% (42)	56.4% (22)	67.3% (64)	11.3% (56)	7.2% (39)	9.2% (95)	<b>קולונוסקופיה</b>

לסיכום חלק זה, נרשמה מגמת עלייה רחבה בשימוש הן בתרופות והן בחומרים שונים, חלקם ממכרים, בקרב נשים מאז פרוץ המלחמה, כאשר התופעה בולטת במיוחד בקרב נשים שפוננו. נראה כי בניסיון להתמודד עם המצב המורכב, נשים פונות לשימוש מוגבר בתרופות שינה וחרדה, וכן בחומרים כמו אלכוהול, סיגריות, קנאביס, ויטמינים ותרופות לשיכוך כאבים. בנוסף, בזמן חירום קיימת ירידה בביצוע בדיקות רפואיות חיוניות, במיוחד בקרב נשים מפונות ואימהות לילדים צעירים, דבר המעלה חשש לפגיעה ארוכת טווח בבריאותן. ממצאים אלה מדגישים את הצורך במערך פעולה משולב: זיהוי של אוכלוסיות בסיכון, הנגשת שירותי תמיכה וסיוע נפשי, ופיתוח תוכניות התערבות המקדמות הרגלי חיים מיטיבים ואסטרטגיות להתמודדות עם מצב החירום המתמשך.

### 3. שינויים בנגישות וזמינות שירותי בריאות (בקרב נשים שפונו)

כדי לבחון את השפעת הפינוי על נגישות וזמינות שירותי הבריאות, התבקשו הנשים שפונו להשוות את המצב החדש לזה שלפני ה-7.10. הן התבקשו לדרג את השינוי בהיבטים שונים של השירותים על סולם הנע בין 'שינוי משמעותי לרעה' ל'שינוי משמעותי לטובה', עם אפשרות לציין 'לא רלוונטי'. בניתוח התשובות הרלוונטיות, קובצו הדירוגים לשתי קטגוריות: שינוי לרעה ושינוי לטובה. טבלה 4 מציגה את אחוז הנשים שזיהו שינוי לטובה או שינוי לרעה בשירותי הבריאות השונים.

ניתן לראות כי בין השינויים שחוו נשים שפונו, 46% מהן דיווחו על ירידה בנגישות לתזונה מאוזנת ובריאה, ו-41.6% חוו פגיעה ברצף הטיפולי שלהן. בנוסף, 39.5% דיווחו על ירידה בזמינות תורים, ו-33.1% דיווחו על ירידה באפשרויות לפעילות גופנית. לצד השינויים לרעה, היו גם נשים שדיווחו על שינויים חיוביים בתחומים שונים. למשל, 28.7% דיווחו על שיפור בזמינות תורים, 26.8% על שיפור בנגישות לרופאים מומחים, ו-26.4% על שיפור באפשרויות לפעילות גופנית. מעניין לציין שבתחום הייעוץ והתמיכה הנפשית, שיעור הנשים שדיווחו על שיפור (25.6%) היה גבוה יותר משיעור הנשים שדיווחו על הרעה (19.7%). בתחומים כמו נגישות לטיפולים ספציפיים, בדיקות מעבדה, ושירותי רנטגן או אולטרסאונד, נצפו שינויים מעורבים, עם אחוזים דומים יחסית של שיפור והרעה.

**טבלה 4: אחוז הנשים שפונו שדיווחו על שינוי לטובה או לרעה בהיבטים שונים של שירותי בריאות**

היבט	אחוז שינוי לרעה (N)	אחוז שינוי לטובה (N)
נגישות לתזונה מאוזנת ובריאה	46% (235)	10.7% (55)
רצף טיפולי של רופאים/ות ואנשי מקצוע	41.6% (213)	14% (72)
תורים זמינים	39.5% (202)	28.7% (147)
נגישות לרופאים/ות מומחים/ות	33.8% (173)	26.8% (137)
אפשרויות לפעילות גופנית	33.1% (170)	26.4% (135)
זמינות של ייעוץ ותמיכה נפשית	19.7% (101)	25.6% (131)
נגישות לתרופות	19.7% (101)	16.8% (86)
נגישות לבדיקות מעבדה	19% (97)	14.2% (73)
נגישות לשירותי רנטגן או אולטרסאונד	18% (92)	14.8% (76)
נגישות לטיפולים ספציפיים	16.6% (136)	20.5% (105)
ייעוץ לגבי תזונה	7.6% (39)	4.8% (25)



כדי להבין היכן היו השינויים לטובה בהיבטים השונים, ערכנו השוואה בין נשים שפונו לערים גדולות<sup>3</sup> לבין נשים שפונו לאיזורים פריפריאליים יותר.<sup>4</sup> טבלה 5 מציגה את אחוז הנשים שזיהו שינוי לטובה בשירותי הבריאות השונים בערים גדולות לעומת פריפריה.

נשים שפונו לערים גדולות דיווחו באופן עקבי על שיפור רב יותר בשירותי בריאות לעומת אלו בפריפריה. הפער הבולט ביותר נראה בזמינות תורים, עם 38.7% מהנשים בערים גדולות שדיווחו על שיפור, לעומת 21% בפריפריה. פערים דומים נצפו בנגישות לטיפולים ספציפיים (29.8% לעומת 13.3%) ובאפשרויות לפעילות גופנית (35.6% לעומת 19.2%). גם בשירותי אבחון מתקדמים, כמו בדיקות מעבדה ורנטגן, נמצא פער של יותר מפי שניים לטובת הערים הגדולות. עם זאת, בתחום התמיכה הנפשית, ההבדל היה מזערי.

**טבלה 5: אחוז הנשים שפונו שדיווחו על שינוי לטובה בהיבטים שונים של שירותי בריאות : ערים גדולות לעומת פריפריה**

אחוז נשים שפונו לפריפריה ודיווחו על שיפור לטובה (N)	אחוז נשים שפונו לערים גדולות ודיווחו על שיפור לטובה (N)	היבט של שירותי בריאות
21.0% (60)	38.7% (87)	תורים זמינים*
13.3% (38)	29.8% (67)	נגישות לטיפולים ספציפיים*
19.2% (55)	35.6% (80)	אפשרויות לפעילות גופנית*
20.3% (58)	35.1% (79)	נגישות לרופאים/ות מומחים/ות*
9.1% (26)	20.9% (47)	נגישות לבדיקות מעבדה*
9.8% (28)	21.3% (48)	נגישות לשירותי רנטגן או אולטרסאונד*
14.0% (40)	20.4% (46)	נגישות לתרופות*
11.9% (34)	16.9% (38)	רצף טיפולי של רופאים/ות ואנשי מקצוע שליוו אותי לפני הפינוי
9.1% (26)	12.9% (29)	נגישות לתזונה מאוזנת ובריאה
25.2% (72)	26.2% (59)	זמינות של ייעוץ ותמיכה נפשית
5.2% (15)	4.4% (10)	ייעוץ לגבי תזונה

\*p<0.05

<sup>3</sup> חיפה, ירושלים, תל אביב ואיזור המרכז

<sup>4</sup> צפון, דרום ויהודה ושומרון

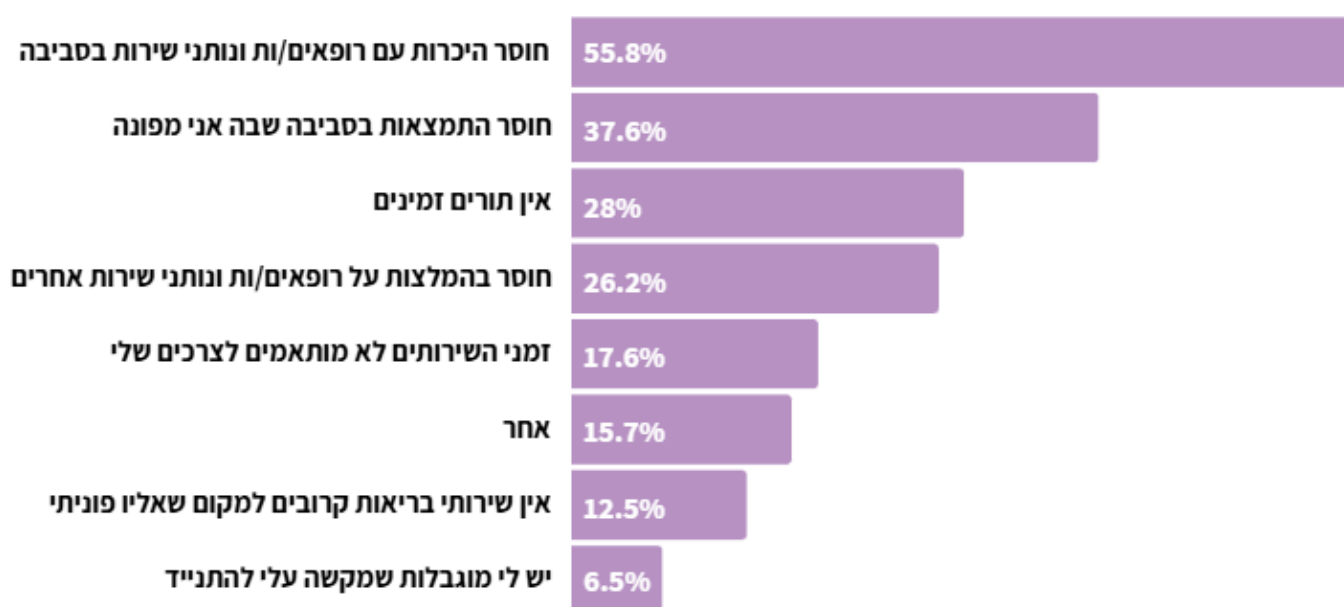
לסיכום חלק זה, חלק ניכר מהנשים שפוננו מביתהן דיווחו על הרעה באיכות ובנגישות שירותי הבריאות בהשוואה למצבן טרום המלחמה. ההרעה התבטאה בקושי בהשגת תורים זמינים, בפגיעה ברצף הטיפול, ובקשיים בגישה לתזונה מאוזנת ובריאה ולפעילות גופנית. עם זאת, נשים שפוננו לערים גדולות דווקא דיווחו על שיפור בנגישות לחלק משירותי הבריאות. הפערים הללו מדגישים את הצורך בפיתוח מנגנונים שיבטיחו המשכיות טיפול ושוויון בנגישות לשירותי בריאות בעת חירום, במיוחד באזורי הפריפריה.

#### 4. זיהוי חסמים וצרכים בקבלת שירותי בריאות

הנשים התבקשו לסמן אילו גורמים הקשו עליהן לקבל שירותי בריאות במקום המגורים הזמני שאליו פוננו, הגורמים התבססו על הנתונים שנאספו בראיונות העומק שהתקיימו קודם לשלב זה. כ-50% מהנשים ציינו שהן חוו 1-2 קשיים עיקריים. בתרשים 8 ניתן לראות ששלושת הגורמים הנפוצים ביותר היו קשורים לעניינים לוגיסטיים: חוסר היכרות עם רופאים/ות או נותני שירות בסביבה, חוסר התמצאות בסביבה החדשה שאליה פוננו, והיעדר תורים זמינים. גורמים אלו הדגישו את האתגרים המרכזיים בהתאקלמות בסביבה חדשה מבחינת נגישות לשירותי בריאות.

לא נמצאו הבדלים בבחירת הגורמים שהקשו על קבלת שירותי בריאות טובים על פי גיל או שיוך לקהילה.

#### תרשים 8: גורמים המקשים על קבלת שירותי בריאות טובים



בנוסף, ביקשנו מהנשים בשאלה פתוחה לתאר אינטראקציות שהיו להן עם קופות חולים ונותני שירותים ומתוכם זיהינו גורמים נוספים כמקשים על קבלת שירותי בריאות טובים:

1. חוסר גמישות של הקופה: מדיניות נוקשה לגבי המשכיות טיפולים במקומות שונים, ללא התחשבות במצב המיוחד של המפונים.
  2. חוסר רגישות של הצוותים הרפואיים: תגובות לא אמפתיות לפניית של מטופלים/ות במצבי מצוקה, במיוחד בתקופת המשבר, תחושה של חוסר שייכות ותלות באנשים שעושים טובה למפונים ומסייעים בטיפול בהם.
  3. היעדר רצף טיפולי ברמה הלוגיסטית: קשיים בירוקרטיים בחידוש מרשמים, קבלת הפניות ואישורים וקביעת תורים.
  4. בלבול וחוסר תיאום בין מרפאות: הפנייה לא מסודרת למרפאות וגורמים שונים, תוך חוסר ידיעה לגבי מי אמור לטפל ולסייע.
- נשים תיארו תחושה קשה של בדידות בהתמודדות עם המערכת. יחד עם הפינוי מהבית ומעבר למקום זמני, עם חוסר וודאות ודאגה גדולה לבני משפחה וקהילה, הן נאלצו למצוא לעצמן בדחיפות ובלי להכיר את המקום שאליו עברו גורמי טיפול חדשים, לחדש מרשמים ולהמשיך בטיפולים ומעקבים רפואיים. כל אלו נעשו לתחושתן, לרוב, ללא עזרה או גמישות מצד קופת החולים והמערכת.

”  
 באילת הפע איתנו בין  
 ארפאות לא ידעו מי אנו  
 אצלנו בע בסופו של דבר עזר  
 טוב ליבה של רופאה אחת  
 שעשתה בשבילנו את הבדיקה  
 וחזרה אלינו עם תשובה ברורה  
 “

”  
 הבת שלי אשתאשת בתרופה פסיכיאטרית  
 אופן קבוע. ולא היה מי שיחדש לי את הארשם.  
 ואישה שמ בת"א עזרה. פשוט התקשרה  
 לרופאה שלה בקופת החולים והסבירה לה את  
 הבעיה שלי והיא עזרה לי. כי שכחתי לקחת איתי  
 את התרופה כשיצאתי מהבית ב-7.10  
 “

”  
 היה יכול אמא לעזור, אם היו  
 אגעים ומציעים לי בדיקות  
 שרתיטות וסתם שאלים לשוואני  
 היית עם שישה ימים בארון ושע  
 הורים אבוארים והכל היה  
 באחריות  
 “

בנוסף לגורמים שהוזכרו שהקשו על קבלת שירותי בריאות, הנשים נשאלו האם הן מסכימות עם אמירות שונות הקשורות אליהן או למצב שבו הן נמצאות. בתרשים 9 ניתן לראות כי הגורם המשמעותי ביותר שהקשה על קבלת שירותי בריאות היה חוסר פניות של האישה לטפל בעצמה, כאשר 56.2% מהנשים שפוננו בחרו בסיבה זו. הסברים נוספים שנשים רבות בחרו כללו חשש מהתמודדות עם ענייני בריאות חדשים (43.2%) וחוסר זמן לטפל בענייני בריאות בשל הצורך לטפל בבני משפחה (38%). גורמים אלה מדגישים את הקושי של נשים להקדיש זמן ומשאבים לטיפול בעצמן במהלך תקופת הפינוי.

בקרוב נשים מפונות שהן אימהות, ערכנו השוואה בין אימהות שהילד הצעיר ביותר שלהן צעיר/ה מגיל 12 לבין אימהות שהילד הצעיר שלהן מבוגר/ת מ-12. נמצאו הבדלים מובהקים בבחירה בסיבות: אני מרגישה שאין לי פניות להתעסק בענייני הבריאות שלי (66.5% לעומת 42.1% בהתאמה), אין לי משאבים כלכליים כרגע כדי לטפל בענייני בריאות שלי (16.5% לעומת 8.2%

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר בקרב נשים בישראל

בהתאמה), אני חוששת מהתמודדות עם ענייני בריאות חדשים (46.8% לעומת 36.1% בהתאמה), אין לי סידור לילדים שיאפשר לי להתפנות לטיפול בבריאות שלי (37.1% לעומת 1%) ואני מרגישה שאין לי את הזמן לטפל בענייני בריאות שלי בגלל מחויבות שקשורה למשפחה (57.7% לעומת 18%).

### תרשים 9: אחוזי הסכמה עם האמירות השונות



### מה יכול לעזור?

נשים שפונו התבקשו לבחור מתוך רשימת שירותים את אלו שלדעתן יכולים לסייע להן. בתרשים 10 ניתן לראות כי חמשת השירותים הנדרשים ביותר, אשר נבחרו על ידי מעל שליש מהנשים, מתמקדים בהיבטים לוגיסטיים: השירות הנדרש ביותר היה קדימות בקביעת תורים (42.9% מהנשים), ולאחריו עזרה בניהול הבירוקרטי, שירותי רפואה מרחוק, קשר קבוע עם גורם מוסמך מקופת החולים, ופנייה יזומה מצד קופת החולים לברר איך ניתן לעזור. בבחינת הבדלים בין קבוצות, לא נמצאו הבדלים מובהקים לפי סוג הדיור או שיוך לקהילה, אך כן נמצאו הבדלים בין נשים שפונו מהצפון לנשים שפונו מהדרום. 38.8% מהנשים מהדרום הביעו רצון שאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש יגיעו למקום הפינוי, לעומת 19.7% בלבד מהנשים מהצפון. כמו כן, 33.6% מהנשים מהדרום הביעו העדפה שיטפל בהן צוות רפואי שמבין את מצבן ורגיש אליו, לעומת 19.3% בלבד מהנשים מהצפון.

נמצאו גם הבדלים בין נשים עד גיל 50 לנשים מעל גיל 50. נשים צעירות יותר הציגו צורך גדול יותר בשירותים כמו עזרה בניהול הבירוקרטי, שירותי רפואה מרחוק, שירותי רפואה שפועלים מעבר לשעות העבודה הרגילות, מרפאות מאוחדות למבוגרים וילדים, שירותי חינוך בלתי-פורמלי או בייביסיטר לילדים, ימים מרוכזים שבהם יינתן ייעוץ או טיפול מרופאים שונים, וקבוצות תמיכה לנשים מפונות. ייתכן שההבדלים בין הקבוצות נובעים מהיותן של הנשים הצעירות אמהות לילדים קטנים יותר.

**תרשים 10: אחוזי הבחירה בשירותים שונים שעשויים לסייע**



”  
 הגיעה שנת בריאות עם  
 כיורז שד (רופא אקסיס!)  
 זאקום בו היעצפונים. יוצאה  
 חשבה, חיונית וזכרי הייתה  
 נפירה בעל  
 “

”  
 אעברתי לפעכשע קולנס קופיה  
 ועצצאת באעקב בביה"ח,  
 כששמועו שאעמפוע, קבעו לי תר  
 (ששכחתי לקבוע עצצאת) אביופסיה  
 זהמשך אעקב, באופן איידי תע  
 התחשבות אקסיאלית  
 “

תקשורת עם אנשי צוות

בהמשך לשאלה לגבי גורמים שעשויים לעזור לנשים, ביקשנו מהן לציין באיזו מידה חשובים להן היבטים שונים של תקשורת עם אנשי צוות רפואי וטיפול. אפשרויות התשובה היו: במידה רבה מאד, במידה רבה, במידה מעטה, במידה בינונית, וכלל לא. לצורך ניתוח הנתונים קיבצנו את מידת ההסכמה במידה רבה מאד ורבה יחד, ואת שלושת הנותרות גם יחד.

אתגרי בריאות בעת מלחמה ופינוי מהבית: סקר בקרב נשים בישראל

תרשים 11 מציג את אחוזי הנשים שבחרו במידה רבה ורבה מאוד לגבי היבטים שונים של תקשורת. ניתן לראות שכלל ההיבטים השונים נמצאו כחשובים לכשליש מהנשים שפוננו, כאשר שלושת ההיבטים החשובים ביותר הם: שלא יגרמו לאישה להרגיש שונה (52.8%), שיידעו שהיא מפונה מביתה (49.5%) ושתינתן הכשרה מיוחדת לרופאים/ות לשוחח עם נשים שעברו טראומה (44.9%). כמו כן, נמצאו הבדלים מובהקים בין נשים שפוננו מהצפון לבין נשים שפוננו מהדרום בחשיבות של היבטים של הכשרה מיוחדת לשוחח עם נשים שעברו טראומה (54.1% נשים מהדרום לעומת 34% מהצפון), עזרה בקבלת החלטות (40% נשים מהדרום לעומת 26.4% מהצפון), שלא ישאלו את האישה שאלות על אירועי ה-7.10 אלא אם היא תבחר בעצמה לשתף (43.7% נשים מהדרום לעומת 31.4% מהצפון), שלא ישאלו את האישה שאלות על המשפחה או הקהילה שלה או על המצב במקום ממנו פונתה אלא אם היא תבחר להעלות את הנושא (34.5% נשים מהדרום לעומת 24% מהצפון).

### תרשים 11: אחוזי הסכמה עם ההיגדים המתייחסים לתקשורת עם אנשי צוות



לסיכום חלק זה, נשים שפוננו מביתן נתקלות בחסמים משמעותיים בגישה לשירותי בריאות, הן בשל שיבוש השגרה והן בשל הימצאותן הרחק ממסגרות הטיפול המוכרות. בולטים במיוחד שלושה סוגי חסמים: קשיים לוגיסטיים כמו חוסר התמצאות במקום חדש והיעדר רצף טיפולי, היעדר גמישות ומענה מוסדר מצד המערכת, וחוסר פניות של הנשים עצמן לטפל בבריאותן - במיוחד בקרב אימהות לילדים צעירים. לפיכך, נדרשת התאמה מקיפה של המערכת שתכלול: הבטחת רצף טיפולי ונגישות לשירותים חיוניים (כגון מתן קדימות בתורים ועזרה בירוקרטית), פיתוח פתרונות חדשניים (כמו שירותי רפואה מרחוק ומרפאות ניידות), ומתן מענה לצרכים הרגשיים באמצעות צוות רגיש ומכיל.

## סיכום והמלצות

המחקר מצביע על השפעה משמעותית ומתמשכת של המלחמה והפינוי על בריאותן של נשים בישראל. נצפתה הרעה ניכרת הן במצב הבריאותי הפיזי והנפשי, ובהרגלי חיים בריאים, כאשר ההשפעה השלילית הייתה חמורה במיוחד בקרב נשים שפונות מבתיהן. המחקר אף חשף פערים משמעותיים בנגישות לשירותי בריאות עבור נשים שפונות מבתיהן, וזיהה אתגרים וחסמים ייחודיים שמקשים על קבלת שירותי בריאות בהתאם לצרכים שלהן.

לאור זאת, גיבשנו חמש המלצות מרכזיות להתמודדות עם האתגרים שזוהו. מטרת ההמלצות היא לסייע במניעת החמרה במצבן הבריאותי של נשים, להבטיח קבלת טיפול מתאים ונדרש במועד, ולקדם את שיקומן בטווח הארוך.

### 1. הרחבה והנגשה של שירותי בריאות

נשים שפונות מתמודדות עם קשיים משמעותיים בקבלת טיפול רפואי בשל המרחק ממסגרות הטיפול המוכרות ושיבוש השגרה. יש צורך בהתאמת השירותים כדי להבטיח המשכיות טיפול גם בתנאים מאתגרים אלו.

#### דוגמאות ליישום:

- צוותי בריאות רב-מקצועיים המספקים טיפול כוללני
- גמישות בבחירת רופא וקביעת תורים
- הרחבת שירותי ייעוץ מקוון
- הקמת מרכזי בריאות אחודים באזורי פינוי מרכזיים
- הרחבת שעות פעילות שיתאימו לצרכי נשים במיוחד נשים עובדות ואימהות
- נייודות רפואיות באזורי פינוי

### 2. פיתוח מערכי איתור, זיהוי ומעקב

בניגוד לשגרה, שבה המערכת מסתמכת על פנייה יזומה של נשים לקבלת טיפול, מצבי חירום מחייבים פיתוח מערכי איתור, זיהוי ומעקב שיטתיים אחרי אוכלוסיות בסיכון, ונקיטת גישה פרואקטיבית לטיפול.

#### דוגמאות ליישום:

- סקרי בריאות יזומים
- התרעות במערכת המידע הרפואית על מאפייני סיכון, כגון היות המטופלת מפונה (בהווה או בעבר), לצורך הערכה מחודשת של צרכיה על ידי גורמים מטפלים כמו רופא משפחה
- מערכות ניטור טכנולוגיות
- ליווי אישי על ידי גורם מתכלל

### 3. פיתוח תוכניות להעלאת מודעות והכשרה של אנשי מקצוע לגבי ההשלכות הבריאותיות של מצב החירום והפינוי

על אנשי המקצוע להכיר את ההשלכות של הפינוי על הבריאות הפיזית והנפשית, הן בטווח המיידי והן בטווח הארוך, ולפתח מיומנויות לזיהוי קשיים ואתגרים בריאותיים הקשורים לפינוי ולטראומה. כחלק מההכשרה, יש להקנות כלים לתקשורת מותאמת-טראומה עם המטופלות, להעניק טיפול ותמיכה מותאמים, ולדעת מתי וכיצד להפנות לגורמי טיפול נוספים בהתאם לצורך.

#### דוגמאות ליישום:

- הקמת פורומים מקצועיים לשיתוף ידע וניסיון בין מטפלים/ות
- פיתוח פרוטוקולים ייעודיים לטיפול באוכלוסיית מפונות
- פיתוח מדריכים וערכות הדרכה דיגיטליות לאנשי ונשות מקצוע

### 4. פיתוח אסטרטגיות להעלאת מודעות בקרב הנשים עצמן

יש להנגיש מידע על חשיבות הטיפול בבריאות במצבי משבר, השירותים הזמינים ולספק כלים מעשיים להתמודדות. העלאת המודעות והנגשת הידע יסייעו בזיהוי מוקדם של בעיות בריאותיות ויעודדו פנייה מהירה לטיפול, גם בתקופות מאתגרות.

#### דוגמאות ליישום:

- הפעלת "שגרירות בריאות" - נשים מהקהילה שעברו הכשרה להעברת מידע בריאותי
- הפצת מידע באמצעות רשתות חברתיות וקבוצות תמיכה מקוונות
- ארגון מפגשי הסברה קהילתיים במרכזי פינוי/מגורים
- פיתוח אפליקציה ייעודית למעקב אחר סימפטומים ומתן מידע רפואי

### 5. פיתוח ידע על השפעות ארוכות הטווח של מלחמה ופינוי על בריאותן של נשים

יש לפתח תוכנית מחקר לאומית מקיפה שתתמקד בהשפעות הבריאותיות של מצבי חירום ופינוי על נשים. מחקרי אורך בתחום זה חיוניים להבנת ההשלכות ארוכות הטווח, זיהוי גורמי סיכון וחוסן, ופיתוח מדיניות ותוכניות התערבות מבוססות-ראיות. ממצאי המחקרים יסייעו בתכנון אסטרטגיות טיפול ומניעה יעילות לעתיד.

#### דוגמאות ליישום:

- פיתוח שיתופי פעולה בין מוסדות אקדמיים וארגוני בריאות
- הקמת מאגר נתונים לאומי לניטור השפעות בריאותיות
- מענקי מחקר ייעודיים לחוקרים בתחום
- יצירת מדדים סטנדרטיים למעקב ארוך טווח



## מקורות

1. Levi-Belz Y, Growseiss Y, Blank C, Neria Y. PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine*. 2024;68.
2. Shamir-Stein N, Feldblum I, Rotman E, et al. Exploring the self-reported physical and psychological effects in a population exposed to a regional conflict. *J Community Health*. Published online 2024:1-8.
3. מעריב אונליין. חודשיים למלחמה: יותר ויותר ישראלים מדווחים על עלייה בתחלואה הפיזית והנפשית. <https://www.maariv.co.il/news/health/Article-1057962>. December 7, 2023. Accessed August 5, 2024.
4. Chowdhury TJ, Arbon P, Kako M, Muller R, Steenkamp M, Gebbie K. Understanding the experiences of women in disasters: Lessons for emergency management planning. *The Australian J Emerg Manag*. 2022;37(1):72-77.
5. Nour NN. Maternal health considerations during disaster relief. *Rev Obstet Gynecol*. 2011;4(1):22.
6. Sahay MR, Dubey S, Sahoo RK, Kanungo S, Sahoo KC, Pati S. Health-related challenges and coping strategies among women during pandemics: a systematic review of qualitative studies. *Front Health Serv*. 2022;2:847753.
7. רוזן ב, בסרמן נבון ל, שורוק י, ברלין ב. סקר בקרב אימהות לילדים צעירים: החוויה, הצרכים והמענים. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל. 2024 ;

## נספחים

### נספח א' – לוחות דמוגרפים

לוח 1: אוכלוסיית המדגם לפי מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (באחוזים)

מאפיין	(N= 1059) %
גיל	
18-20	2.5
21-30	13.1
31-40	29.5
41-50	25.0
51-60	15.0
61-70	8.6
71-80	4.5
81-ומעלה	0.8
דת/לאום	
מוסלמית	1.6
נוצרית	1.1
יהודיה	94.9
דרוזית	0.8
אחר	0.8
מצב משפחתי	
רווקה	11.9
נשואה/בזוגיות	77.1
גרשה	7.4
אלמנה	2.5
מספר ילדים	
0	16.8
1-3	58.7

20.6	4 ומעלה
	השכלה
14.8	תיכונת ומטה
7.3	טכנאית/הנדסאית
37.8	תואר ראשון
37.6	תואר שני או שלישי
	איזור מגורים במקור
7.1	ירושלים
28.4	הצפון (ללא חיפה)
4.9	חיפה
19.0	המרכז (ללא תל אביב)
8.0	תל אביב
30.5	הדרום (אשקלון ודרומה כולל ים המלח)
2.1	יהודה והשומרון
	קופת חולים
57.9	כללית
26.3	מכבי
8.0	מאוחדת
5.5	לאומית
0.3	צהל
0.7	אחר

<b>מאפייני אוכלוסייה</b>	
6.9	בעלת מוגבלות
23.1	מתמודדת עם מחלה כרונית
18.2	בן/בת זוג מדרגה ראשונה מגויס/ת או שהיו מגויסים מאז ה-7.10
2	גויסה או מגויסת מאז ה-7.10
30	קרוב/ת משפחה (הורה/בן/בת/חתן/כלה/אח/אחות) מגויס/ת או שהיו מגויסים מאז ה-7.10
10.6	הכרה כנפגעת פעולת איבה מאז ה-7.10
11.7	קרוב משפחה מקרבה ראשונה או שניה הוא נפגע פעולת איבה או נפגע בשירות כוחות הביטחון מאז ה-7.10

לוח 2: גיל המשתתפות במחקר

<b>נשים לא מפונות</b>	<b>נשים מפונות</b>	<b>כלל הנשים</b>	
543	493	1059	מספר נשים
42.67	45.86	44.25	ממוצע גיל
13.05	14.83	14.01	סטיית תקן
18	18	18	גיל מינימלי
34	35	34	רבעון ראשון
41	43	42	חציון
51	56	53	רבעון שלישי
86	92	92	גיל מקסימלי



קְרוּ בְּרִיָּאָה



Bring Them Home