



הברומטר הלאומי לבריאות הנפש

סקר לאומי מתמשך בקרב
האוכלוסייה הבוגרת בישראל

תוצאות המדידות בחמש נקודות זמן

הדר סמואל¹, סיגל סידליק אלון², ינאי גורליק¹, דנה צור ביתן²,
ירדן לוינסקי², וצ'סלב קונסטנטינוב¹, רעות אוחנה², רן בליצר²



רקע

פרוץ מלחמת "חרבות ברזל", המעבר למצב חירום מתמשך והיקפה הנרחב של הטראומה האישית והלאומית הגדילו מאוד את הצורך בטיפול נפשי.

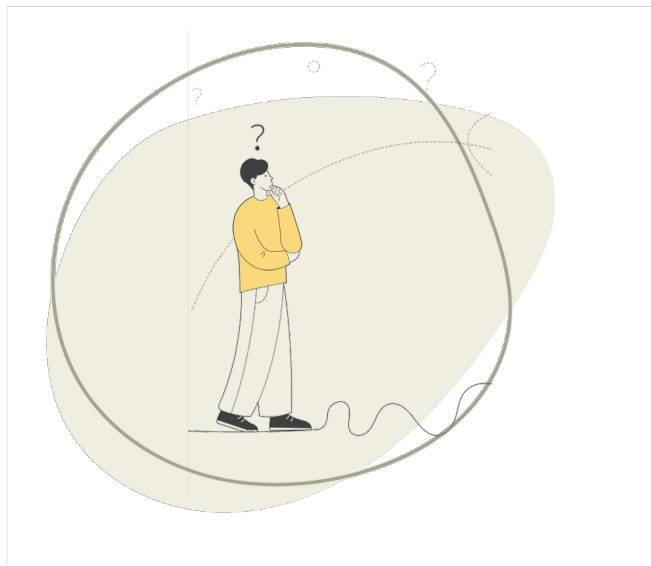
כדי להתאים את השירותים ואת סוג ההתערבויות והיקפן לצורכי האוכלוסייה, היה צורך להעריך את היקף המצוקה לאורך זמן, לזהות אוכלוסיות בסיכון ולמפות את דפוסי הפנייה לקבלת טיפול. לשם כך נערך סקר מקוון בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה הבוגרת בישראל. הסקר נערך בחמש נקודות זמן. בדוח זה מוצגים ממצאי הסקר בנקודת הזמן החמישית.

תקציר ממצאי ארבע נקודות הזמן הקודמות

- על אף מגמת ירידה בשיעור המדווחים על תסמינים, עדיין יותר משליש מן המשיבים חצו סף קליני כלשהו (לחרדה, לדיכאון או לפוסט-טראומה) שנה לאחר פרוץ המלחמה
- כ-20% מן המשיבים דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי על רקע מצבם הנפשי. השיעור עלה ל-50% בקרב מי שחצו סף קליני כלשהו
- נשים, צעירים, ערבים בעלי הכנסה נמוכה, מי שאינם בזוגיות ומי שנחשפו אישית לאירועי המלחמה נמצאו בסיכון גבוה יותר לחצות סף קליני ולדווח על פגיעה בתפקוד
- נמצא כי יכולת נמוכה להתמודד, בהתחשב במעגלי התמיכה, היא המנבא החזק ביותר לחציית סף קליני
- כשליש מן המשיבים דיווחו על תחושת צורך בטיפול. לאורך המחקר נמצאה עלייה בשיעור המדווחים על קבלת טיפול בפועל בקרב מי שחשו צורך בטיפול

את הממצאים המלאים של ארבע נקודות הזמן הקודמות אפשר למצוא [באן](#)

מטרות המחקר



לבחון דפוסים של פנייה לטיפול
וקבלתו בפועל בקרב קבוצות
שונות באוכלוסייה



לזהות את הגורמים הקשורים
להתפתחות תסמינים
והפרעה בתפקוד



להעריך את שיעור הסובלים
מתסמיני דיכאון, חרדה
ופוסט-טראומה בחמש נקודות
זמן ואת מידת הפגיעה בתפקודם

שיטת המחקר



כלי המחקר

PCL5, GAD7, PHQ9
WSAS וכן שאלות על חשיפה
לאירועי המלחמה, על יכולת
להתמודד, על היסטוריית בריאות
נפש, על דפוסי פנייה לטיפול ועל
קבלתו



איסוף הנתונים

באמצעות חברת פאנל
באפריל-מאי 2026



האוכלוסייה

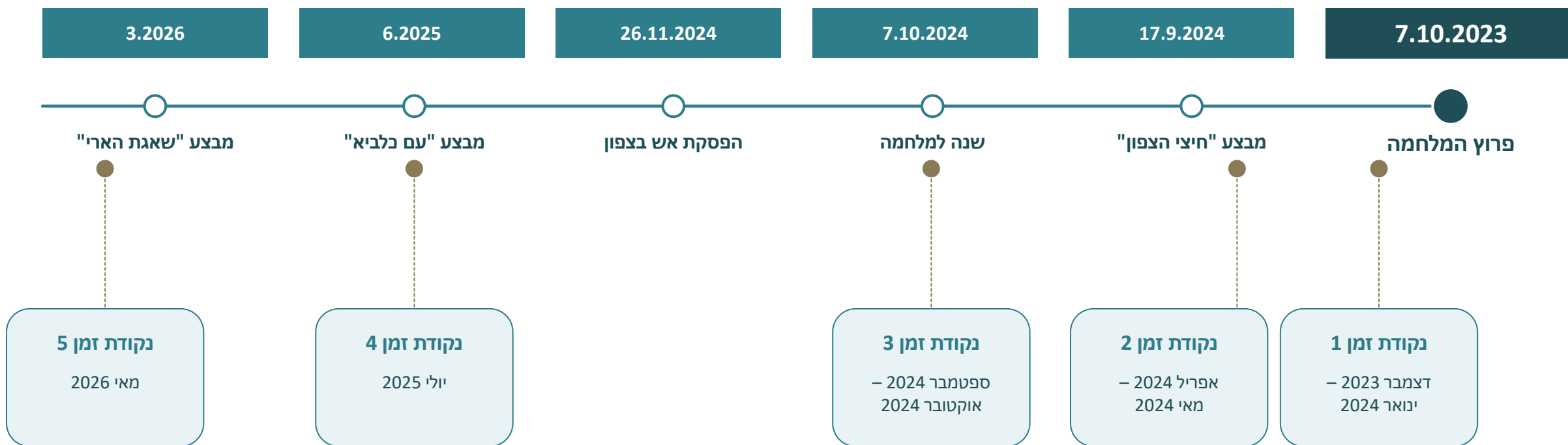
מדגם מייצג של אוכלוסיית ישראל
הבוגרת (+18)
(משיבים שהשתתפו גם בנקודות
הזמן הקודמות $n = 1,524$)
הנתונים המוצגים משוקללים
למאפייני האוכלוסייה ולגודל
המדגם הראשון, $n = 2,686$



מערך המחקר

סקר מקוון למילוי עצמי

ציר הזמן של המלחמה ואיסוף הנתונים



● נקודות איסוף הנתונים במחקר



המשתנים במחקר

תסמיני דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה

רמות התסמינים של דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה הוערכו באמצעות שלושה שאלונים מתוקפים: PHQ9, GAD7 ו-PCL5, בהתאמה.

יש לציין כי שאלוני המחקר משמשים אנשי מקצוע לצורך אבחון. במסגרת מחקר זה הם שימשו אינדיקציה למצב בריאות הנפש אך הם אינם מחליפים אבחון מקצועי.

חציית סף קליני הוגדרה כך:

פוסט-טראומה

$PCL5 \geq 33$

תסמיני חרדה

$GAD7 \geq 10$

תסמיני דיכאון

$PHQ9 \geq 10$

השפעת המצב הנפשי על התפקוד בחיי היום-יום

שאלון WSAS (Work and Social Adjustment Scale)

השאלון בוחן את המידה שבה התפקוד בחמישה היבטים בחיי היום-יום נפגע בשל המצב הנפשי:

- בעבודה או בלימודים
- בפעילות פנאי חברתית (למשל מסיבות, טיולים או אירוח בבית)
- בפעילות פנאי שנעשית לבד (למשל קריאה, גינון או הליכה לבד)
- בניהול הבית (למשל היכולת לנקות, לסדר, לערוך קניות, לבשל, לטפל בילדים או לשלם חשבונות)
- בשמירה על קשרים קרובים

ציון 20 ויותר מעיד על פגיעה חמורה בתפקוד



חשיפה לאירועי המלחמה



חשיפה אישית בקרבה גבוהה: נוכחות ביישוב או במסיבה בעת חדירת מחבלים ב-7.10; נוכחות בפיגוע טרור מאז 7.10; מוות, חטיפה או פציעה קשה של בן משפחה או אדם קרוב עקב המלחמה

חשיפה אישית בקרבה נמוכה: נפילת טיל או כטב"ם בסביבה הקרובה לבית; בן משפחה או אדם קרוב הנמצא בשירות צבאי הכרוך בסיכון

חשיפה עקיפה דרך המדיה לתוכן ולתיעוד קשה של הטבח בעוטף עזה ושל אירועי המלחמה

רמות נתפסות של תמיכה משפחתית וקהילתית

נמדדו באמצעות השאלות:

- באיזו מידה את/ה מרגיש/ה שיש לך תמיכה מן המשפחה המורחבת שלך?
 - באיזו מידה את/ה מרגיש/ה שיש לך תמיכה מן הקהילה שלך?
- התשובות ניתנו בסולם שבין 1 ("בכלל לא") ל-5 ("במידה רבה מאוד")
בהמשך קובצו התשובות לשתי קטגוריות:



תמיכה נתפסת גבוהה
(במידה רבה / במידה רבה מאוד)



תמיכה נתפסת נמוכה
(כלל לא / במידה מועטה / במידה בינונית)

הערכת היכולת להתמודד עם המצב

היכולת להתמודד עם המצב נמדדה באמצעות השאלה: "עד כמה אתה מסוגל להתמודד עם המצב, בהינתן התמיכה העומדת לרשותך מן הקהילה ומן המשפחה המורחבת?"
התשובות ניתנו בסולם שבין 1 ("בכלל לא") ל-5 ("במידה רבה מאוד")
בהמשך קובצו התשובות לשתי קטגוריות:



תפיסת מסוגלות גבוהה
(במידה רבה / במידה רבה מאוד)



תפיסת מסוגלות נמוכה
(כלל לא / במידה מועטה / במידה בינונית)

תחושת צורך בטיפול ודפוסי קבלתו

נבחנו באמצעות השאלה:

"איזה מן המשפטים שלהלן נכון לגביך/לגבייך בנוגע לתקופה שמפרוץ המלחמה בשבעה באוקטובר?"

- קיבלתי טיפול נפשי כלשהו
- הרגשתי צורך לקבל סיוע נפשי, אבל לא פניתי לקבל אותו
- פניתי לקבל סיוע נפשי, אבל לא קיבלתי אותו בפועל או שאני עדיין ממתין/ה לקבלתו
- לא הרגשתי צורך לקבל סיוע נפשי



ממצאים



מאפייני המדגם: דמוגרפיה, חשיפה, תמיכה וכוחות

מאפייני המדגם המשוקלל בנקודת הזמן החמישית ($n = 2,686$)

מפונים: 3%



ערבים 17%



נשים 51%



עבר בבריאות הנפש:

10% חוו אירוע טראומטי לפני 7.10
אצל 18% אובחנה הפרעה נפשית
(מהם 23% אובחנו לאחר פרוץ המלחמה)



ייצוג יתר לבעלי
השכלה אקדמית
(50% לעומת 36%
בכלל האוכלוסייה)



בעלי הכנסה נמוכה

מאוד 19%

(45% בקרב ערבים)



דיווח על חשיפה לאירועי המלחמה בנקודת הזמן החמישית (רב-ברירה)



חשיפה אישית בקרבה גבוהה: נוכחות ביישוב או במסיבה בעת חדירת מחבלים ב-7.10; נוכחות בפיגוע טרור מאז 7.10; מוות, חטיפה או פציעה קשה של אדם קרוב עקב המלחמה

14%



חשיפה אישית בקרבה נמוכה: נפילת טיל או כטב"ם בסביבה הקרובה לבית; בן משפחה או אדם קרוב הנמצא בשירות צבאי הכרוך בסיכון

48%



חשיפה עקיפה דרך המדיה לתוכן ולתיעוד קשה של הטבח בעוטף עזה ושל אירועי המלחמה

44%



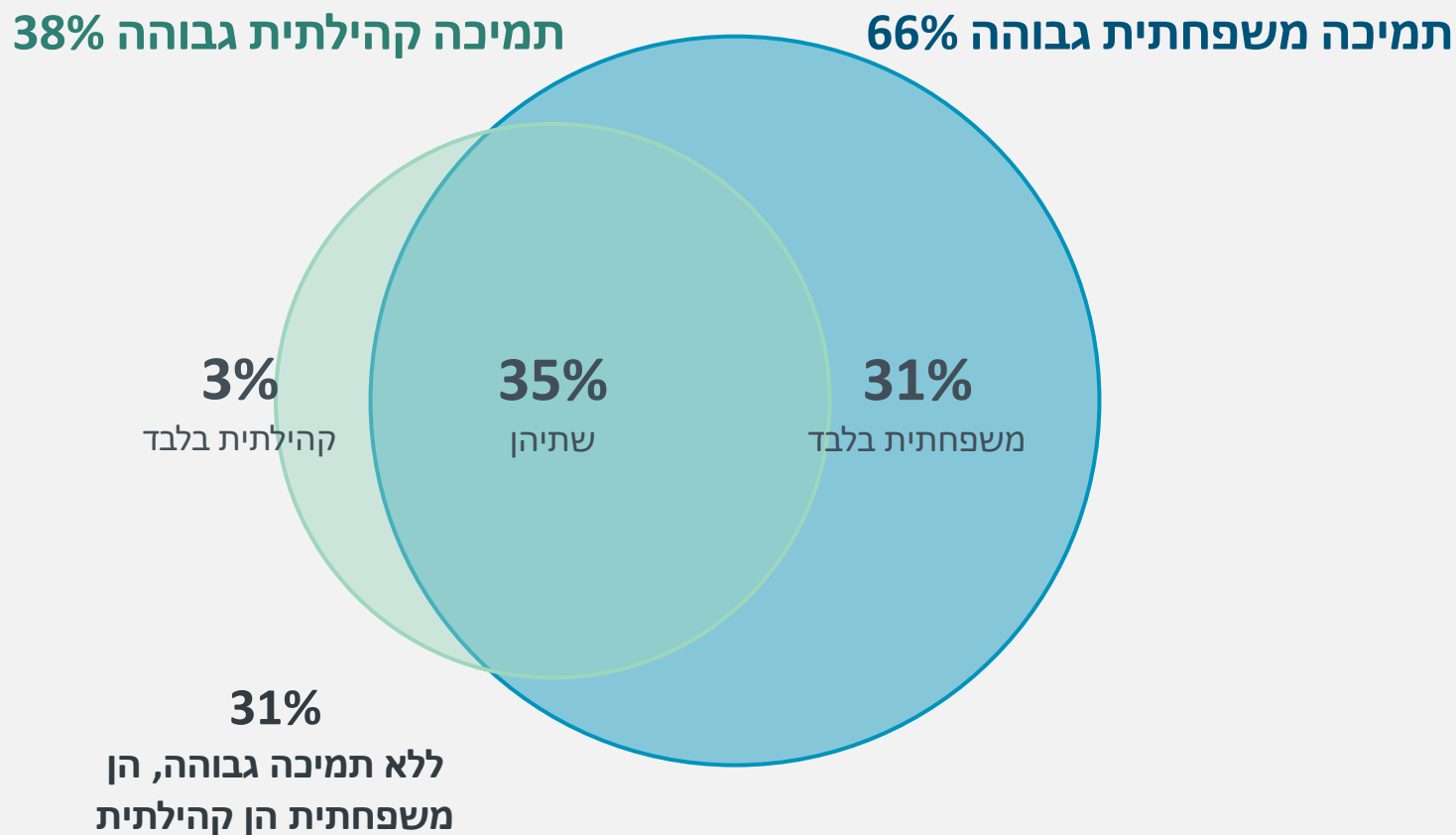
דיווחו כי לא נחשפו לאף אחד מאירועי המלחמה

33%

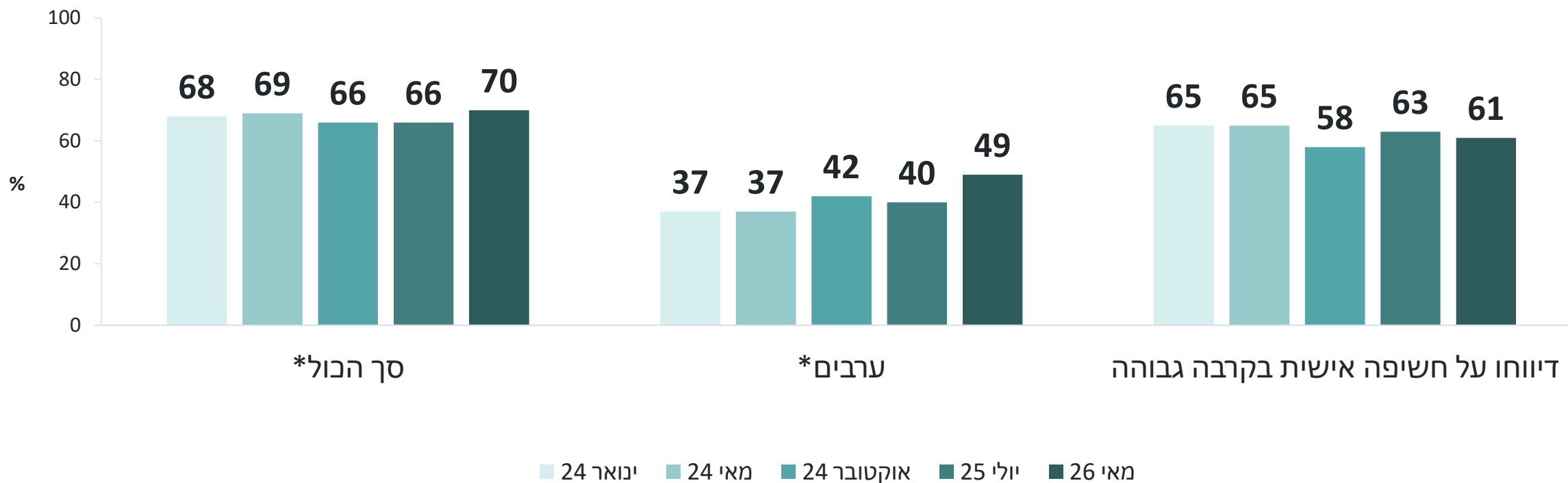
תמיכה משפחתית וקהילתית נתפסות והחפיפה ביניהן

רוב המדווחים על רמה גבוהה של תמיכה קהילתית נתפסת דיווחו גם על רמה גבוהה של תמיכה משפחתית נתפסת

כשליש מן המשיבים תופסים את רמת התמיכה הקהילתית והמשפחתית שלהם כנמוכה



שיעור המדווחים על מסוגלות גבוהה להתמודד עם המצב, במשך נקודות הזמן (באחוזים)



* $p < .05$; ההבדל בין יולי 25 למאי 26 מובהק

רמות נתפסות של תמיכה משפחתית ותמיכה קהילתית מתואמות עם תחושת המסוגלות להתמודד עם המצב



רמה גבוהה של תמיכה
משפחתית נתפסת

82%

דיווחו על תחושת מסוגלות
להתמודד עם המצב



רמה גבוהה של תמיכה
קהילתית נתפסת

88%

דיווחו על תחושת מסוגלות
להתמודד עם המצב



רמה נמוכה של תמיכה
משפחתית נתפסת

45%

דיווחו על תחושת מסוגלות
להתמודד עם המצב



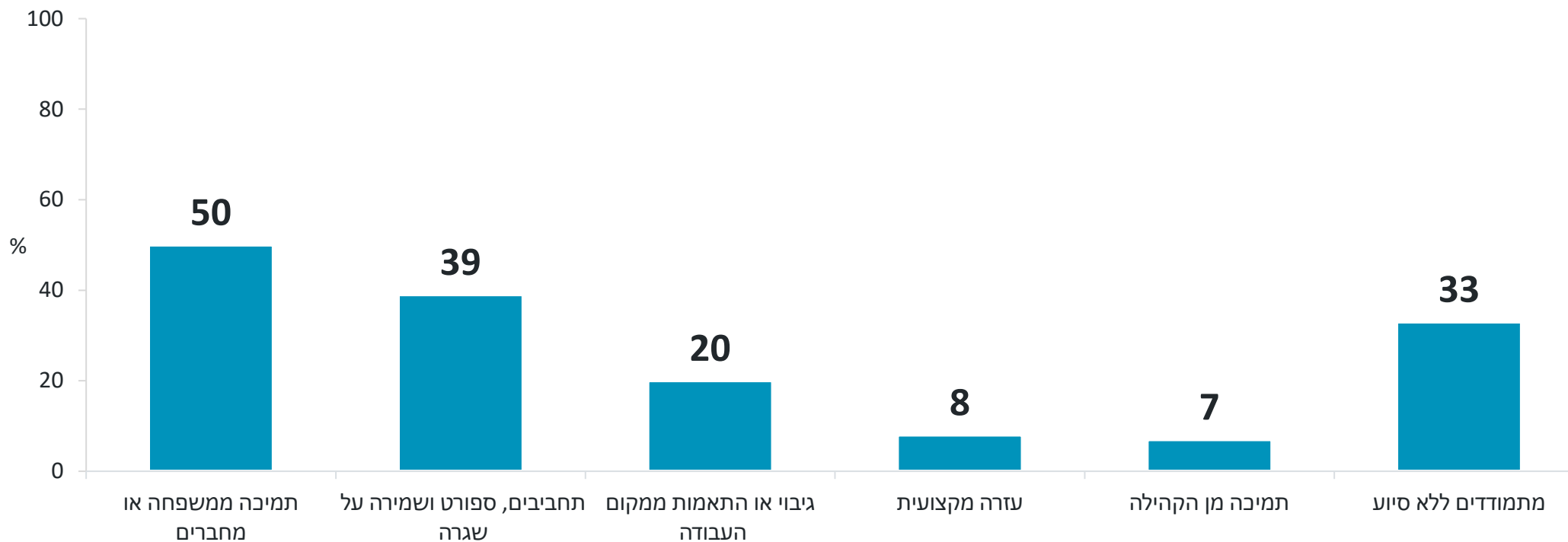
רמה נמוכה של תמיכה
קהילתית נתפסת

58%

דיווחו על תחושת מסוגלות
להתמודד עם המצב



מקורות תמיכה וחוסן "מה מסייע לך להתמודד?" (רב-ברירה)



משפחה וחברים צוינו כגורם התמיכה המוביל, ואחריהם תחביבים, ספורט ושמירה על השגרה

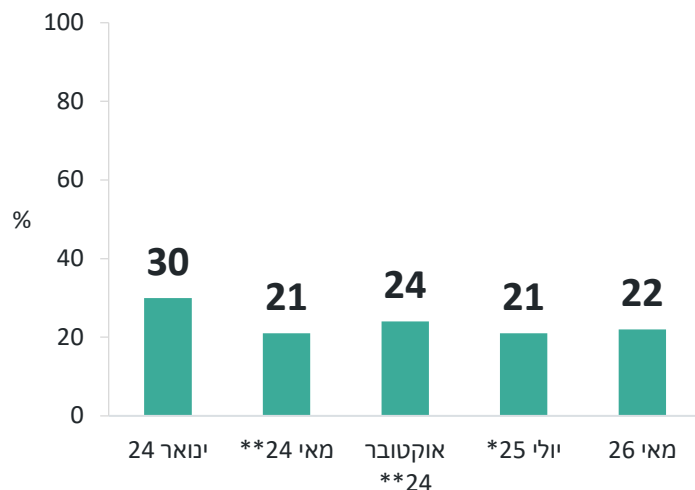


מטרה 1:

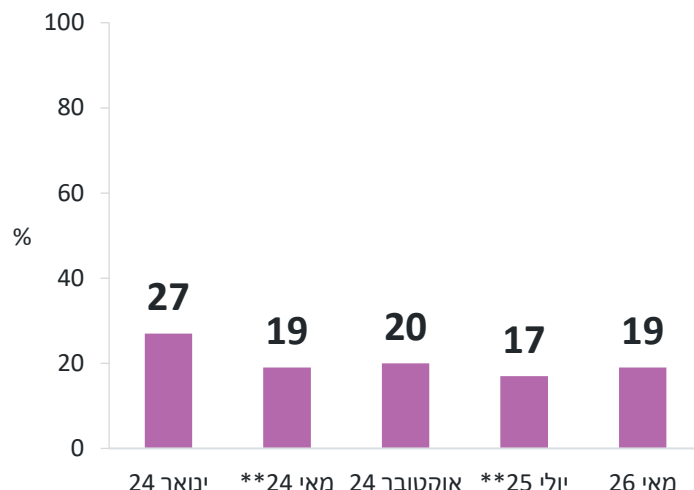
**להעריך את שיעור הסובלים מתסמיני דיכאון, חרדה
ופוסט-טראומה בחמש נקודות הזמן
ואת מידת הפגיעה בתפקודם**

שיעור חוצי הסף הקליני ירד מתחילת המלחמה ונותר יציב לאורך נקודות הזמן

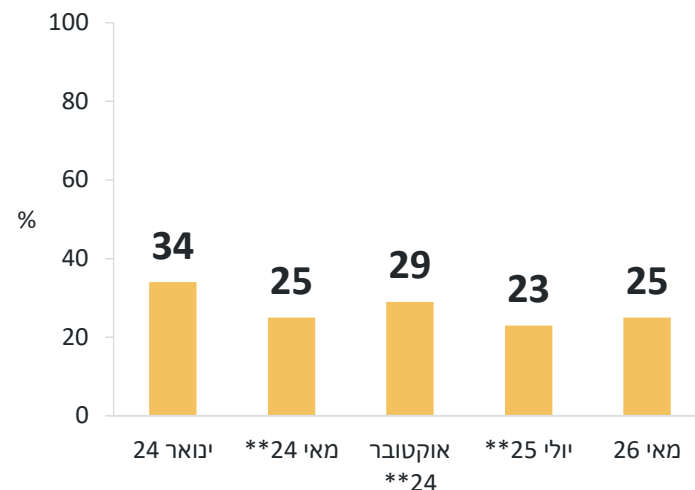
פוסט-טראומה



חרדה

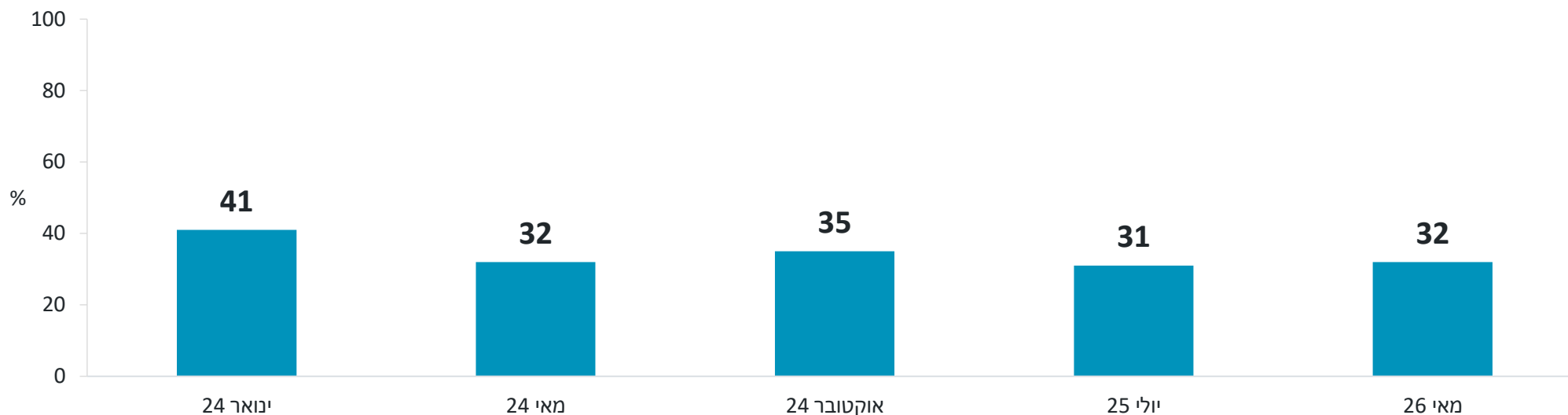


דיכאון



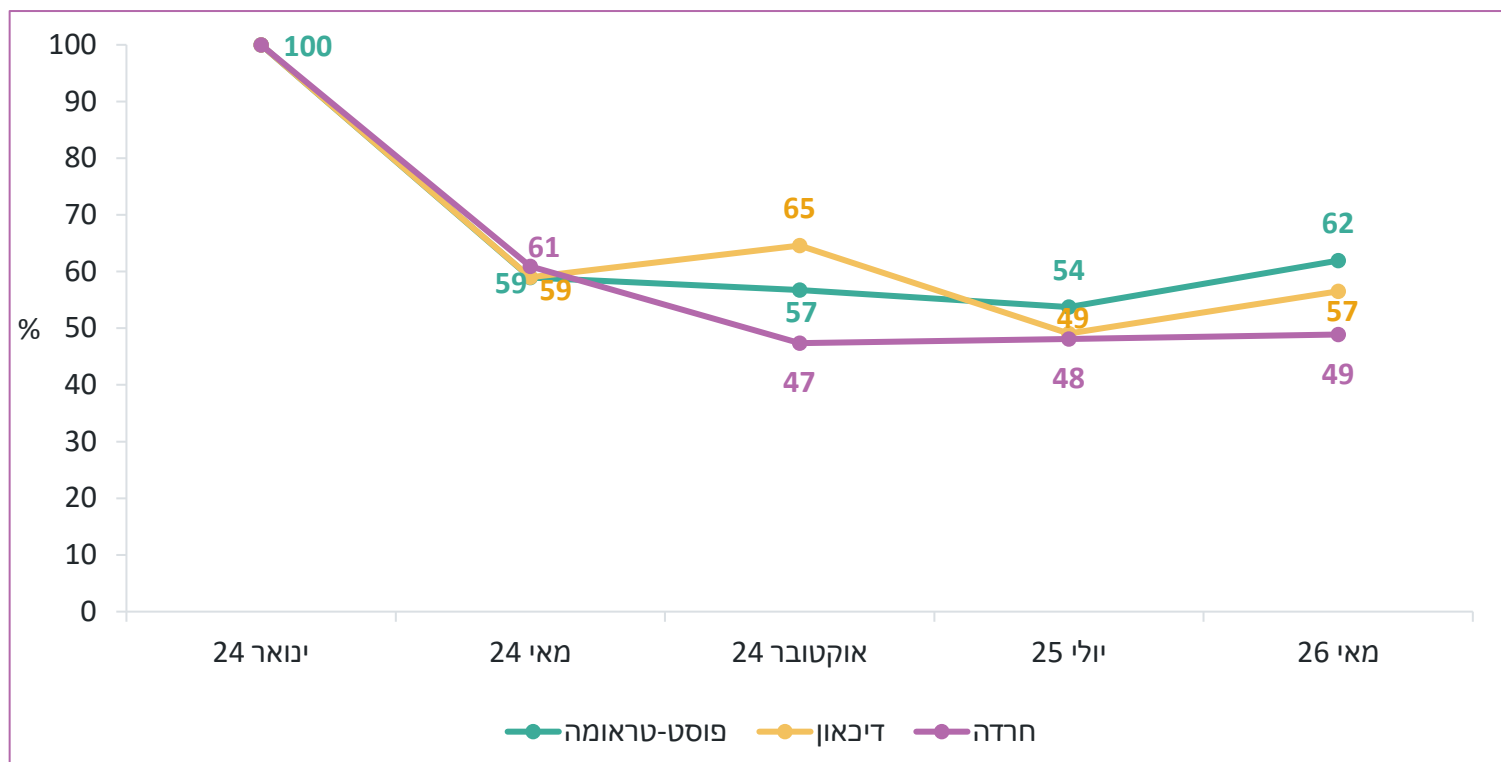
חפיפה בין תסמינים בחמש נקודות הזמן

חציית סף בדיכאון, בחרדה או בפוסט-טראומה (באחוזים)

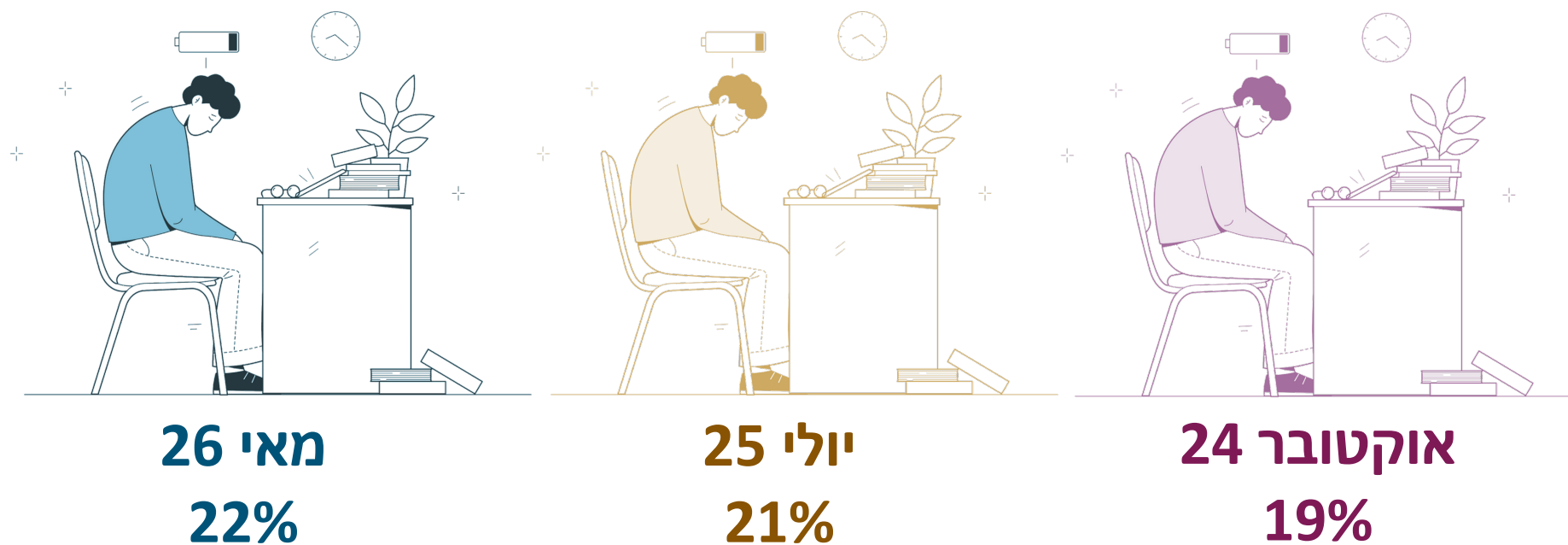


נמצאה חפיפה בין חציית סף קליני בתסמינים שנבדקו: בסך הכול 41% מכלל המשיבים חצו סף קליני לתסמין כלשהו בינואר 2024. שיעור זה ירד ל-32% במאי 2024, עלה ל-35% באוקטובר 2024, ירד שוב ל-31% ביולי 2025 (ההבדל בין נקודות הזמן מובהק, $p < .05$) ונותר יציב (32%) במאי 2026

49%-62% ממי שחצו סף קליני בינואר 2024 חצו אותו גם במאי 2026 (חוצי סף קליני שהשיבו בכל נקודות הזמן, באחוזים, $n = 133-161$)



שיעור המדווחים על פגיעה בתפקוד עמד על כ-20% בשלוש המדידות



שיעור חוצי הסף הקליני שדיווחו גם על פגיעה בתפקוד נותר ללא שינוי בשלוש המדידות

17%



מאי 26



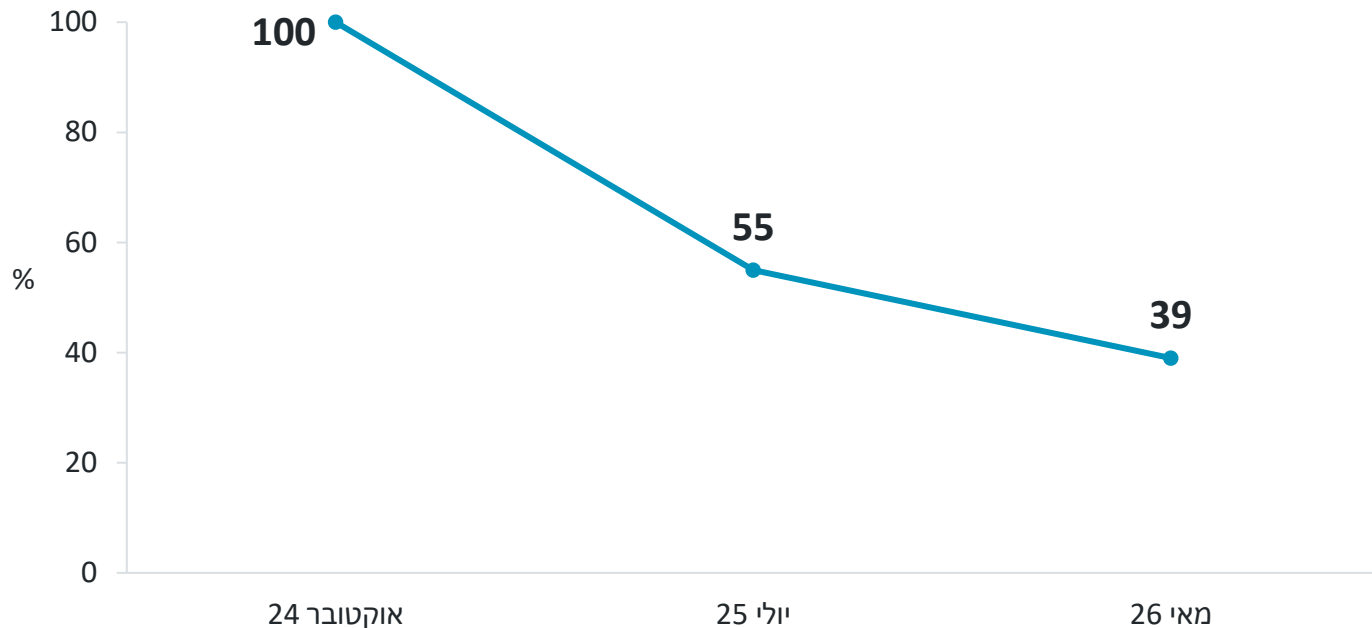
יולי 25



אוקטובר 24

חציית סף קליני ופגיעה חמורה בתפקוד הופיעו אצל אנשים שונים בנקודות זמן שונות

התמדה בקרב מי שחצו סף קליני כלשהו וגם דיווחו על פגיעה בתפקוד באוקטובר 2024 (באחוזים; $n = 142$)

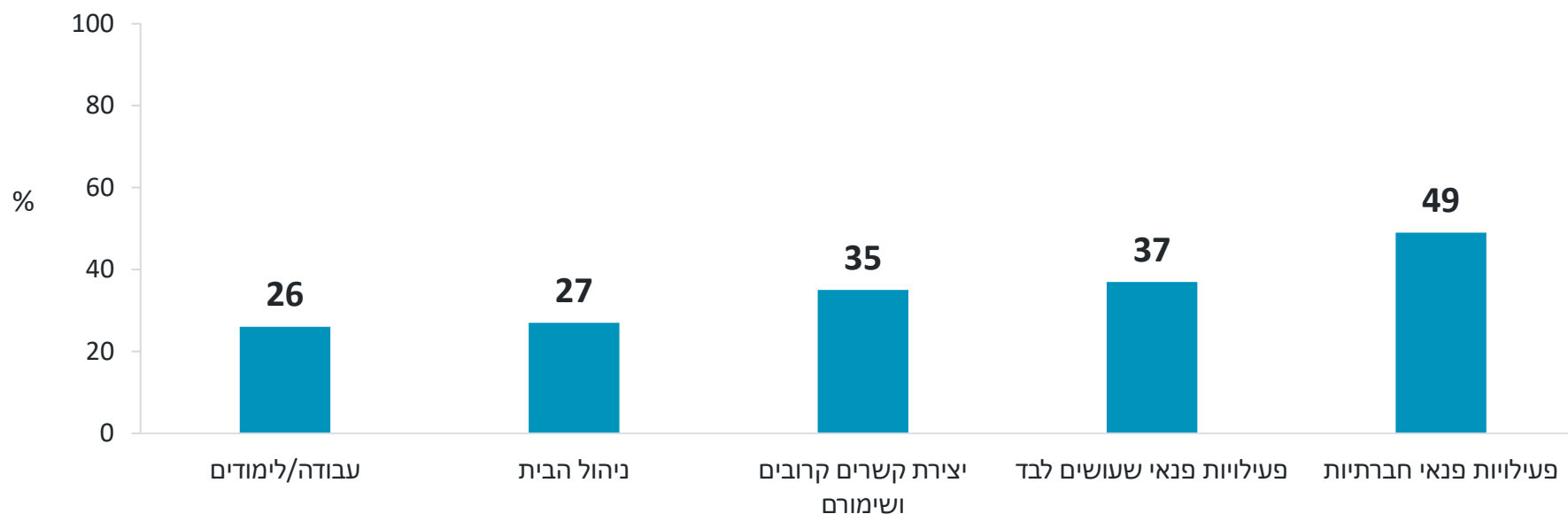


מבין מי שחצו סף קליני כלשהו וגם דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד באוקטובר 2024, כמחצית לא השתייכו עוד לקבוצה זו ביולי 2025, וכ-60% לא השתייכו אליה במאי 2026

השיעור היציב של 17% מן המשיבים שחצו סף קליני כלשהו וגם דיווחו על פגיעה בתפקוד לא משקף יציבות במצבם

באילו היבטים של תפקוד באה לידי ביטוי הפגיעה החמורה?

שיעור המדווחים על רמות גבוהות של פגיעה (ציון 7–8) בכל תחום תפקוד, בקרב בעלי פגיעה חמורה בתפקוד לפי מדד WSAS (באחוזים; $n = 580$)





מטרה 2: **לזהות את הגורמים הקשורים להתפתחות תסמינים** **והפרעה בתפקוד**

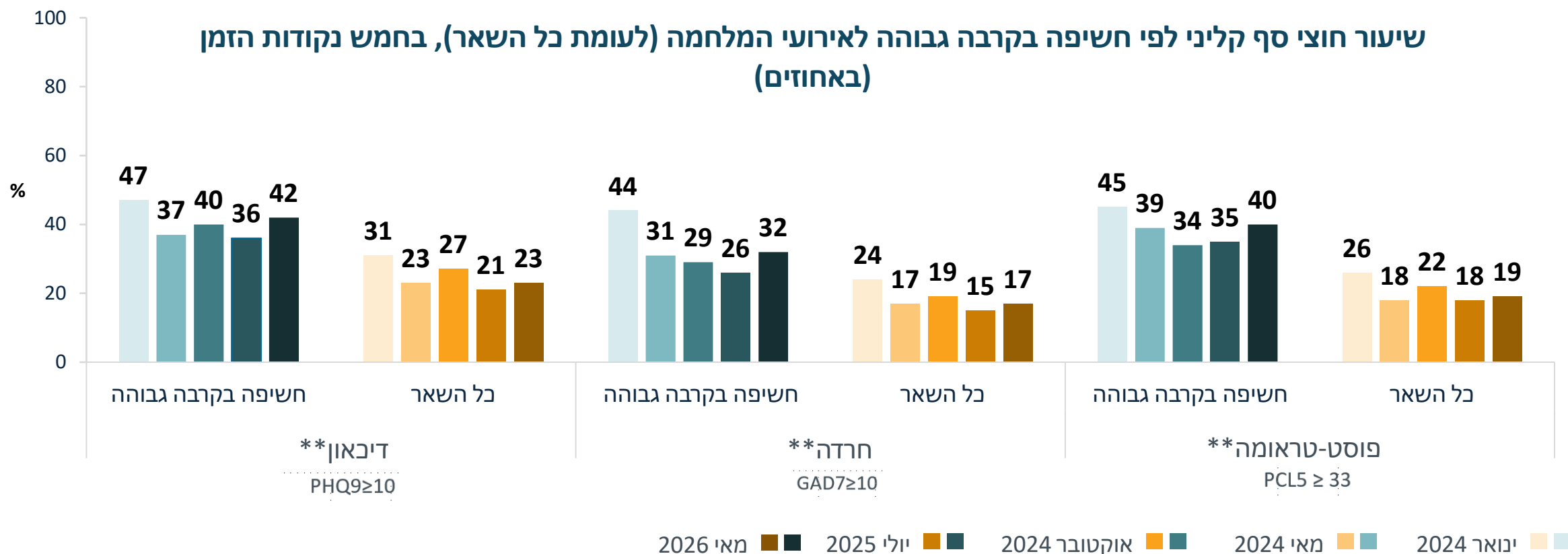
גורמים הקשורים להתפתחות תסמינים

- עבור כל משתנה תלוי (תסמיני פוסט-טראומה, דיכאון וחרדה וכן פגיעה בתפקוד) נערכה סדרת ניתוחים דו-משתניים עם משתנים דמוגרפיים, משתנים הנוגעים לעבר בבריאות נפש ומשתני החשיפה לאירועי המלחמה. המשתנים המובהקים הוכנסו למודלים של ניתוח רב-משתני
- מן הניתוחים עלה כי גם בנקודת הזמן החמישית נשים, ערבים, מי שנחשפו אישית לאירועי המלחמה, בעלי עבר בבריאות הנפש ומי שדיווחו על יכולת נמוכה להתמודד עם המצב היו בסיכון מוגבר לחציית סף קליני ולדיווח על פגיעה בתפקוד לעומת קבוצות השוואה המתאימות
- נשים צעירות נמצאות בסיכון מוגבר לחציית סף קליני ולפגיעה חמורה בתפקוד לעומת נשים מבוגרות וגברים
- בשקפים שלהלן מוצגים שיעורי החוצים סף קליני בכל אחד מן המשתנים התלויים: דיכאון, חרדה ופוסט-טראומה, בחלוקה לפי חשיפה לאירועי המלחמה, יכולת התמודדות וקבוצת אוכלוסייה



חציית סף קליני מתואמת עם חשיפה בקרבה גבוהה לאירועי המלחמה

בחמש נקודות הזמן ובשלושת השאלונים, שיעור חוצי הסף הקליני בקרב משיבים שנחשפו לאירועי המלחמה בקרבה גבוהה היה גבוה משיעורם בקרב משיבים שלא נחשפו להם בקרבה גבוהה

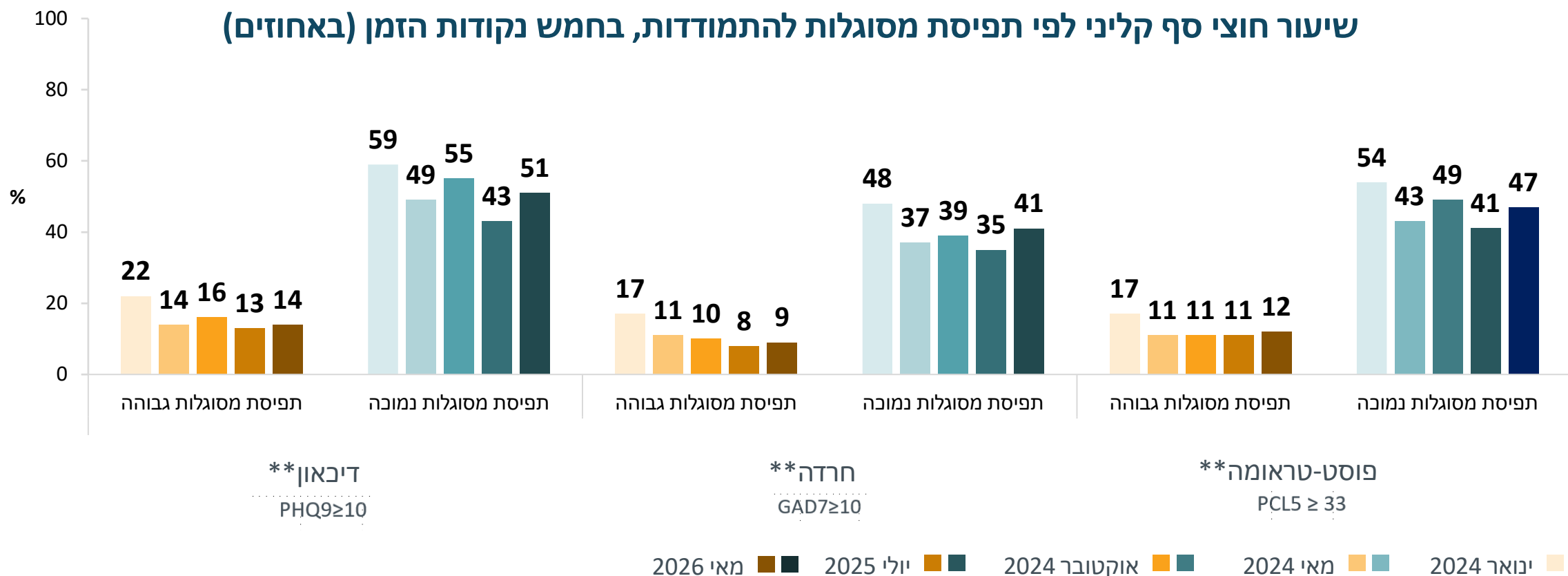


** $p < .01$; ההבדל בין חשיפה בקרבה גבוהה לשאר מובהק בחמש נקודות הזמן



חציית סף קליני מתואמת עם תפיסת מסוגלות נמוכה להתמודדות

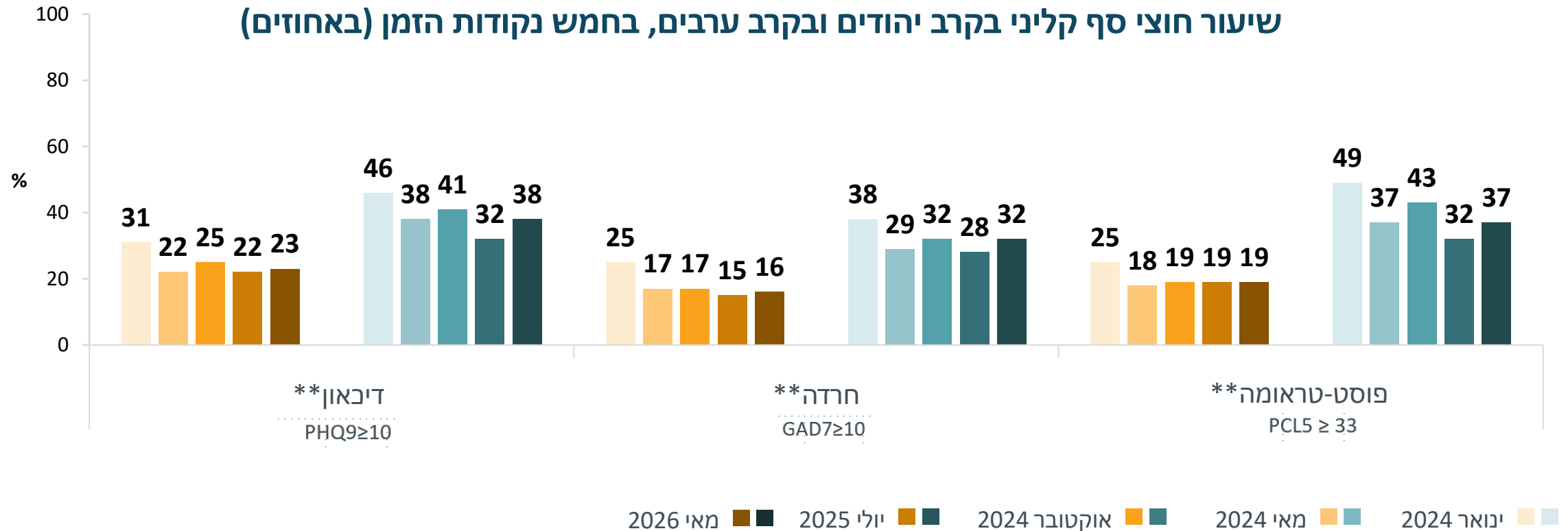
בחמש נקודות הזמן ובשלושת השאלונים, שיעור חוצי הסף הקליני בקרב משיבים שדיווחו על תפיסת מסוגלות נמוכה להתמודד היה גבוה משיעורם בקרב משיבים שדיווחו על תפיסת מסוגלות גבוהה להתמודד



** $p < .01$; ההבדל בין תפיסת מסוגלות גבוהה לתפיסת מסוגלות נמוכה מובהק בחמש נקודות הזמן

חציית סף קליני מתואמת עם קבוצת אוכלוסייה

בחמש נקודות הזמן ובשלושת השאלונים, שיעור חוצי הסף הקליני בקרב משיבים ערבים היה גבוה משיעורם בקרב משיבים יהודים

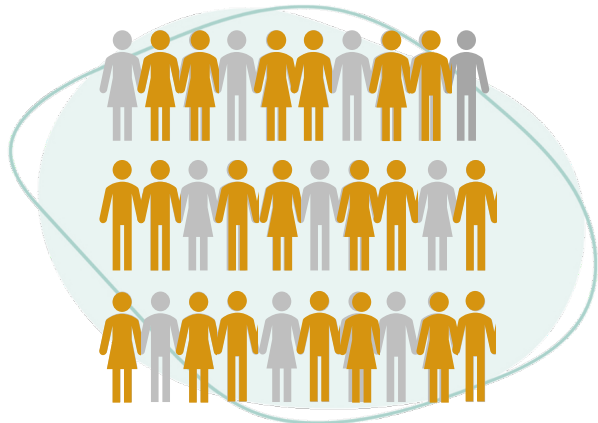


** $p < .01$; ההבדל בין יהודים לערבים מובהק בחמש נקודות הזמן

פגיעה בתפקוד מתואמת עם חציית סף קליני

חציית סף קליני קשורה לפגיעה בתפקוד: 33% מקרב מי שחצו סף קליני בתסמין אחד או יותר שחצו סף קליני גבוה בתסמין אחד או יותר דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי בשל המצב הנפשי, זאת לעומת 5% בלבד מקרב מי שלא חצו סף קליני

**בקרוב חוצי סף קליני גבוה^{^^}
2 מכול 3 דיווחו על פגיעה
חמורה בתפקוד**



59% באוקטובר 24 | 65% ביולי 25
69% במאי 26

**בקרוב חוצי סף קליני
1 מכול 2[^] דיווחו על פגיעה
חמורה בתפקוד**



48% באוקטובר 24 | 53% ביולי 25
33% במאי 26

**1 מכול 5 דיווח
על פגיעה
חמורה בתפקוד**



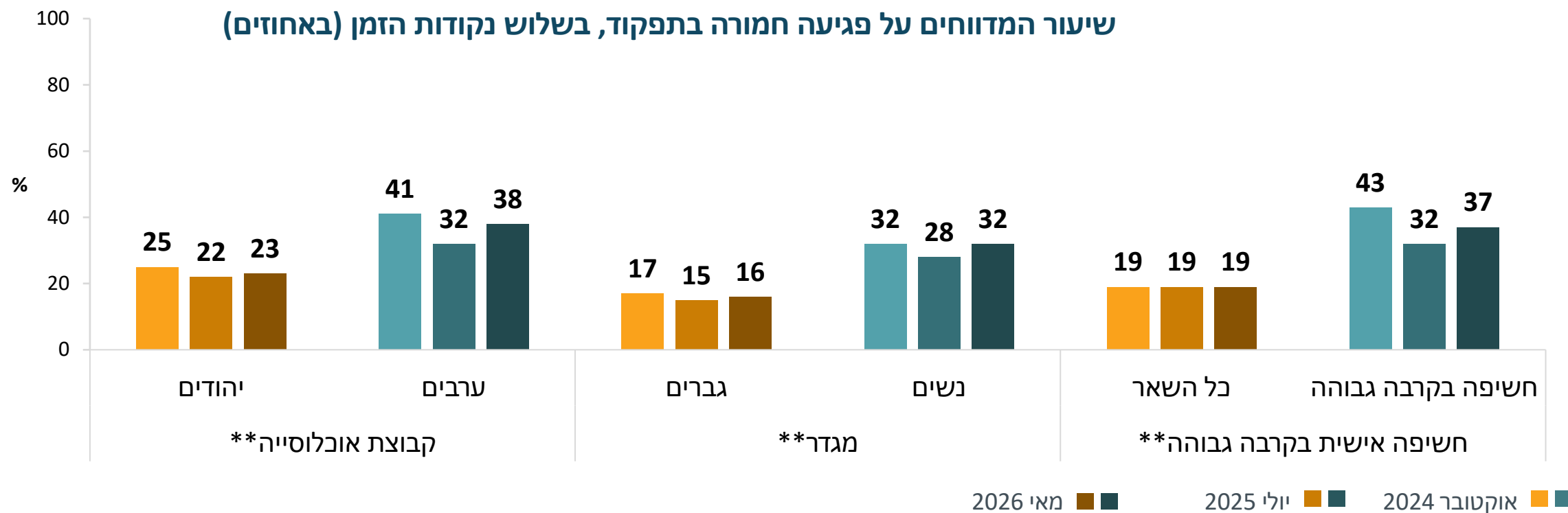
19% באוקטובר 24 | 21% ביולי 25
22% במאי 26

[^] במאי 26 ירד יחס זה ל-1 מכול 3

^{^^} סף קליני גבוה הוגדר: PHQ9 ≥ 15; GAD7 ≥ 15; PCL5 ≥ 38

גורמי סיכון לפגיעה חמורה בתפקוד

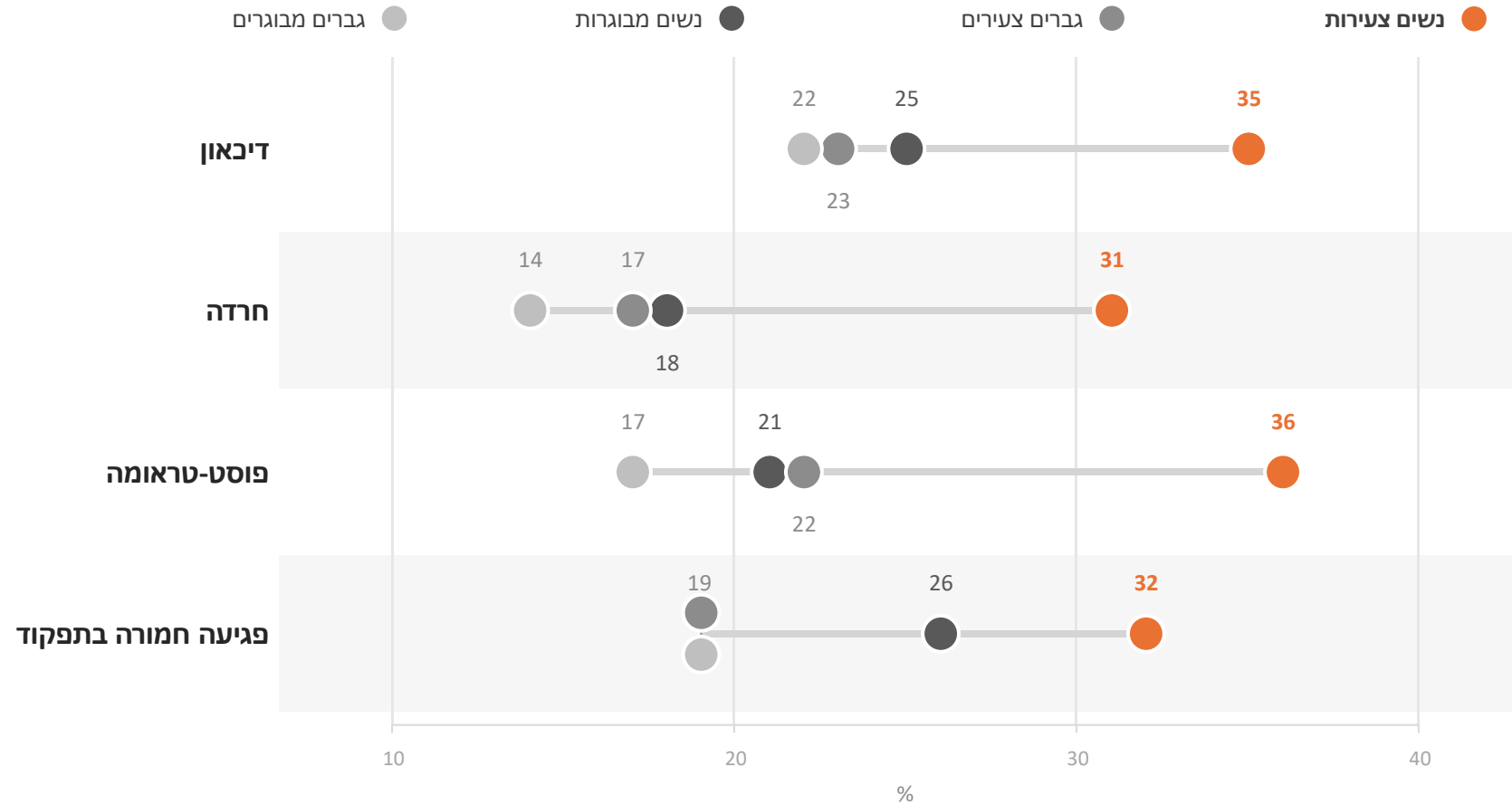
שיעור המדווחים על פגיעה חמורה בתפקוד היה גבוה יותר בקרב ערבים, נשים ומי שנחשפו אישית לאירועי המלחמה בקרבה גבוהה, לעומת קבוצות ההשוואה המתאימות



** $p < .01$; ההבדל בין יהודים וערבים ובין נשים וגברים מובהק בשלוש נקודות הזמן; ההבדל בין מי שנחשפו אישית בקרבה גבוהה למי שלא נחשפו אישית מובהק רק ביולי 2025 ובמאי 2026

נשים צעירות פגיעות במיוחד

חוצי סף קליני בכל מדד, לפי מגדר וגיל (באחוזים)





אילו גורמים מעלים את הסיכוי לחצות סף קליני כלשהו? תוצאות רגרסיה לוגיסטית ($n = 1,416$)



R^2 (Nagelkerke) = 0.4

גבול תחתון גבול עליון OR

משתנים בפיקוח: הכנסה, השכלה אקדמית

אילו גורמים מעלים את הסיכוי לחצות סף קליני וגם לדווח על פגיעה בתפקוד? תוצאות רגרסיה לוגיסטית ($n = 1,416$)


 R^2 (Nagelkerke) = 0.35

OR גבול עליון גבול תחתון

משתנים בפיקוח: גיל, מגדר, זוגיות, הכנסה, השכלה אקדמית

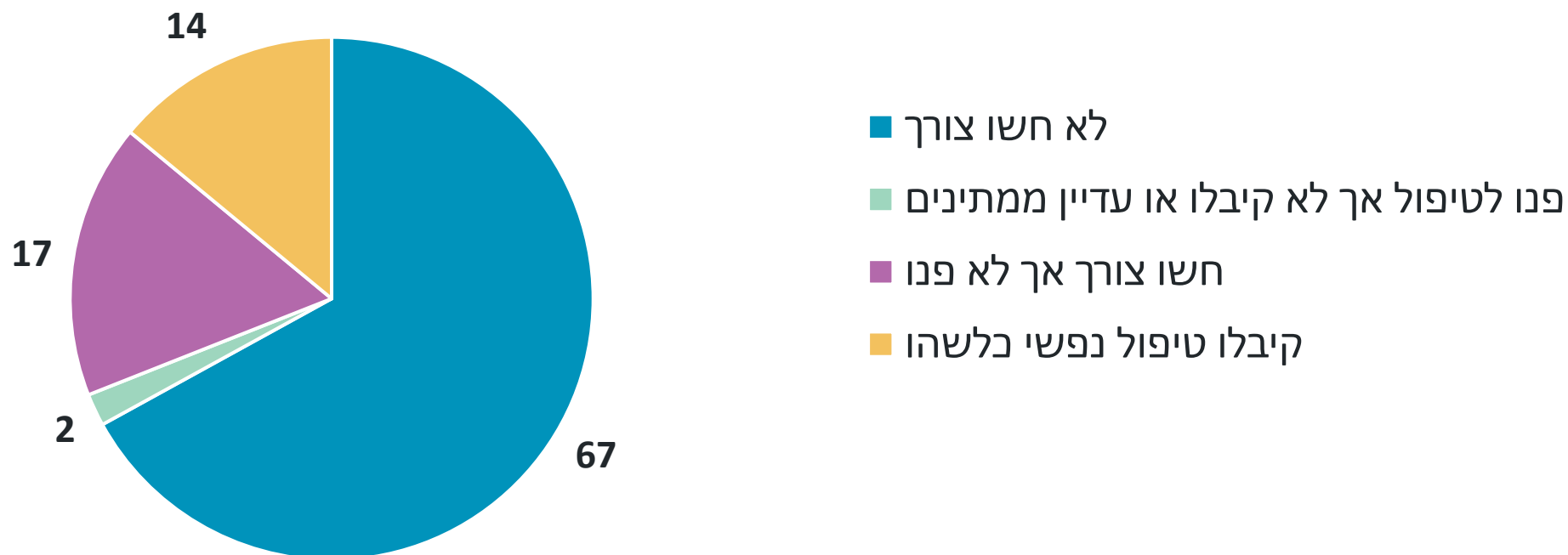


מטרה 3:

**לבחון דפוסים של פנייה לטיפול ושל קבלתו בפועל
בקרב קבוצות שונות באוכלוסייה**

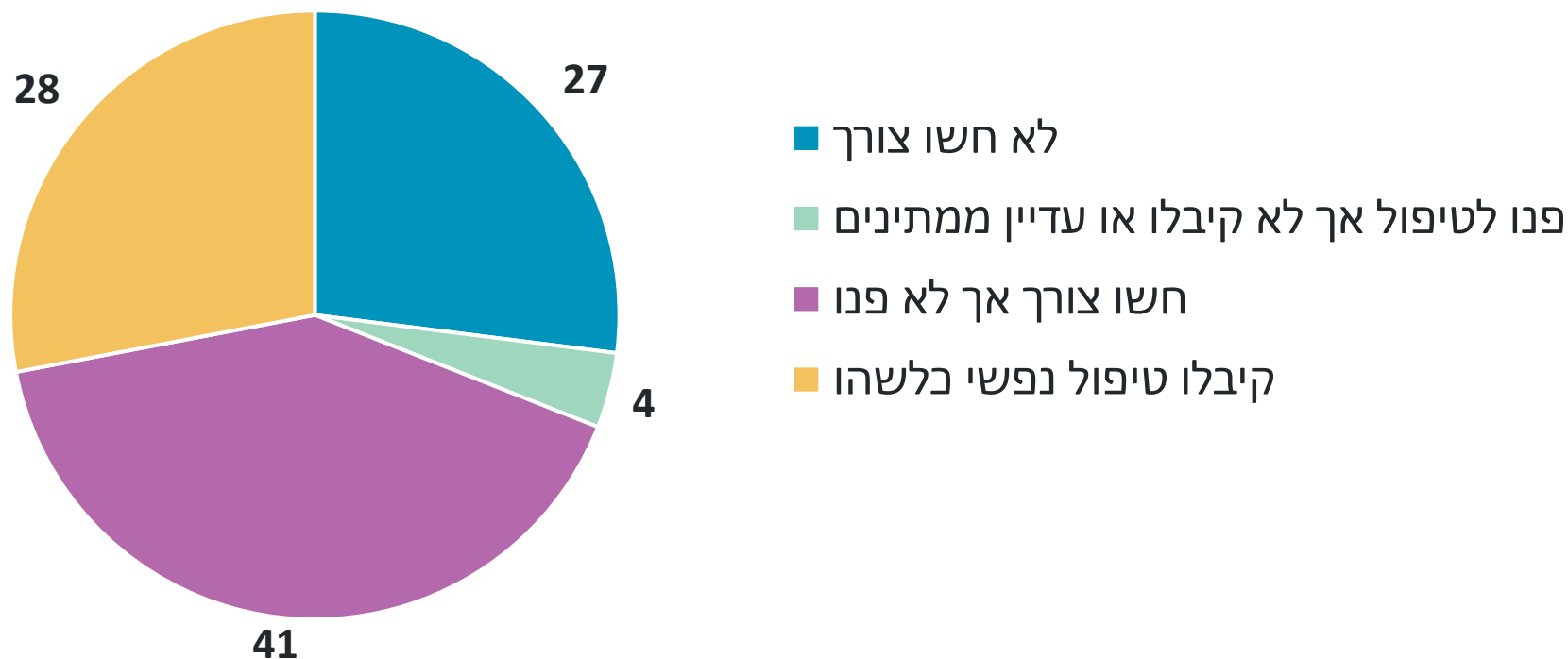
33% דיווחו על תחושת צורך בטיפול נפשי מאז פרוץ המלחמה

תחושת צורך בטיפול ודפוס פנייה לקבלתו (באחוזים; $n = 2,686$)



תחושת הצורך בטיפול ושיעורי קבלתו גבוהים יותר בקרב מי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד

תחושת צורך בטיפול ודפוס פנייה לקבלתו (באחוזים; $n = 580$)



51%

סך הכול

60%

בקרב בעלי פגיעה
חמורה בתפקוד

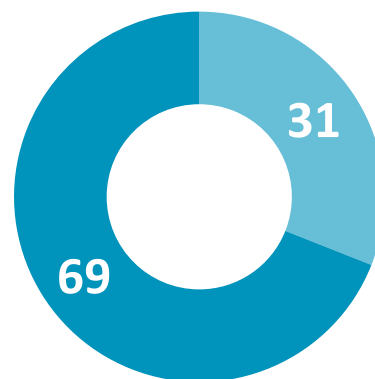
"באיזו מידה קשור הצורך שלך בטיפול נפשי למלחמה ולמצב הביטחוני?" ($n = 895$)

השיבו "במידה רבה / במידה רבה מאוד",
מבין מי שחשו צורך בטיפול



תחושת הצורך בטיפול מתמשכת: שני שלישים דיווחו על מצוקה שנמשכה חצי שנה ויותר

"כמה זמן בערך נמשכו התחושות שבגללן הרגשת צורך בטיפול נפשי?"
(באחוזים; $n = 895$)



■ עד חצי שנה ■ חצי שנה ויותר

היכן קיבלת טיפול? (610 תשובות; 384 משיבים); עיבוד רב-ברירה

מבין המקבלים טיפול:

23%

קיבלו עזרה נפשית
מרופא המשפחה



38%

דיווחו על טיפול פסיכיאטרי, מהם:
65% במגזר הציבורי
49% במגזר הפרטי



63%

דיווחו על קבלת טיפול בשיחות, מהם:
68% במגזר הפרטי בתשלום מלא
25% במגזר הפרטי בתשלום מסובסד
11% בקופת החולים (מרפאה או מטפלים עצמאיים)
6% במרכזי חוסן



2%

נעזרו בשירות של שלוש
שיחות טיפוליות בטלפון



6%

טופלו אצל מאמן חוסן בקופת החולים



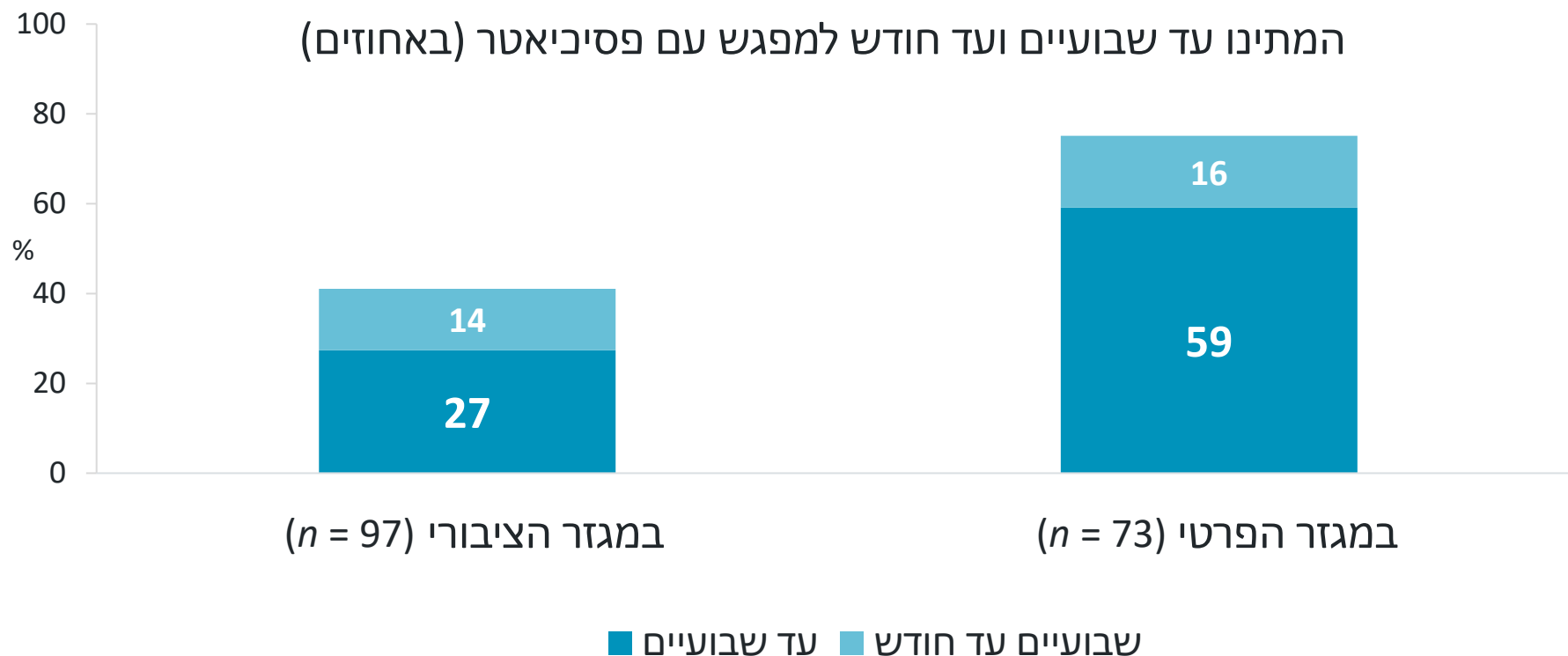
4%

נעזרו במוקד חירום נפשי



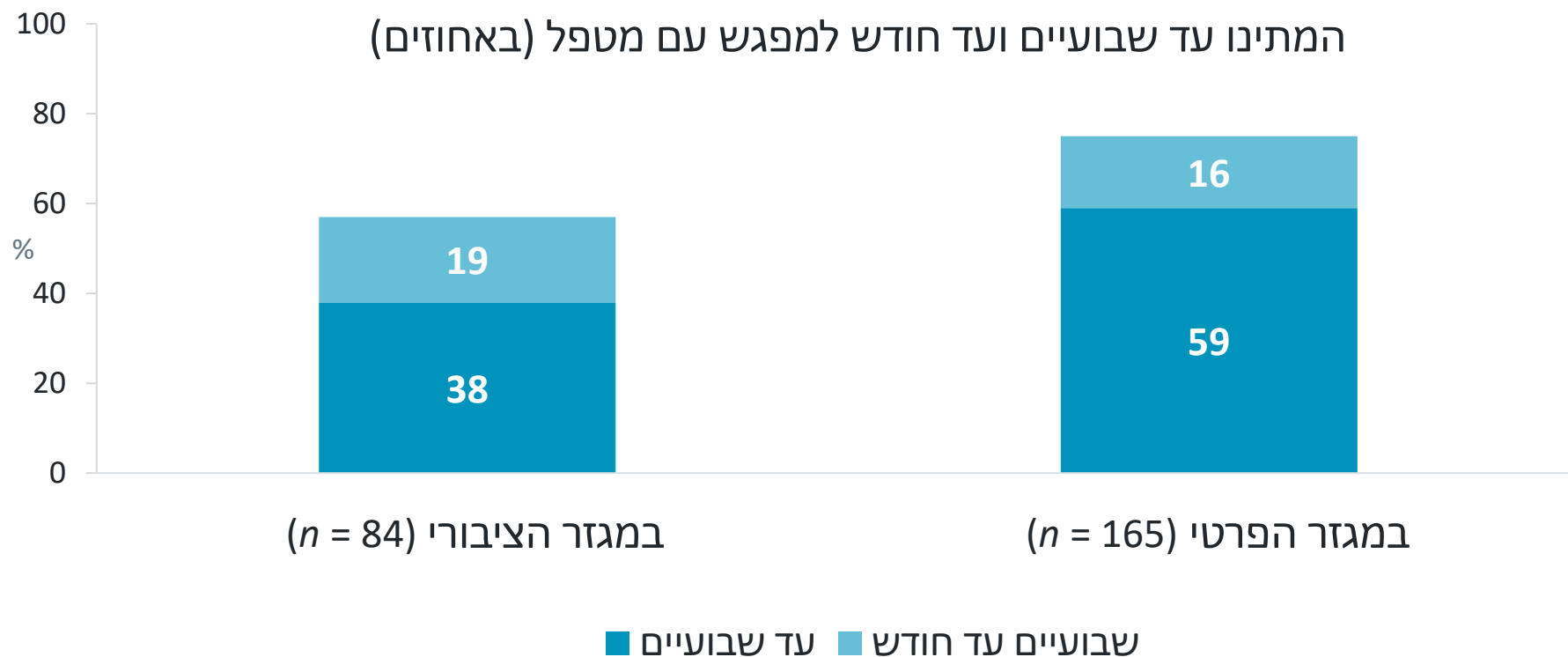
זמני ההמתנה לטיפול פסיכיאטרי ארוכים יותר במגזר הציבורי

75% מן המטופלים במגזר הפרטי המתונו עד חודש למפגש עם פסיכיאטר
לעומת 41% במגזר הציבורי (במימון הקופה)



זמני ההמתנה לטיפול בשיחות ארוכים יותר במגזר הציבורי

75% מן המטופלים במגזר הפרטי המתונו עד חודש למפגש עם מטפל לעומת
57% במגזר הציבורי (במימון הקופה)



סיבות לאי-פנייה לטיפול בקרב מי שחשו צורך אך לא פנו ($n = 453$)

לא מעוניינים בטיפול הנפשי הקיים

8% לא הייתי מעוניין/ת לקבל טיפול נפשי
3% לא מצאתי טיפול נפשי שמתאים לי
6% קיבלתי עזרה (שאינה טיפול נפשי) מגורם אחר

40% ממי שחשו צורך בטיפול אך לא פנו ציינו רצון להתמודד לבד או חוסר עניין בטיפול הקיים כסיבה העיקרית לאי-פנייה

סיבות הקשורות לנגישות

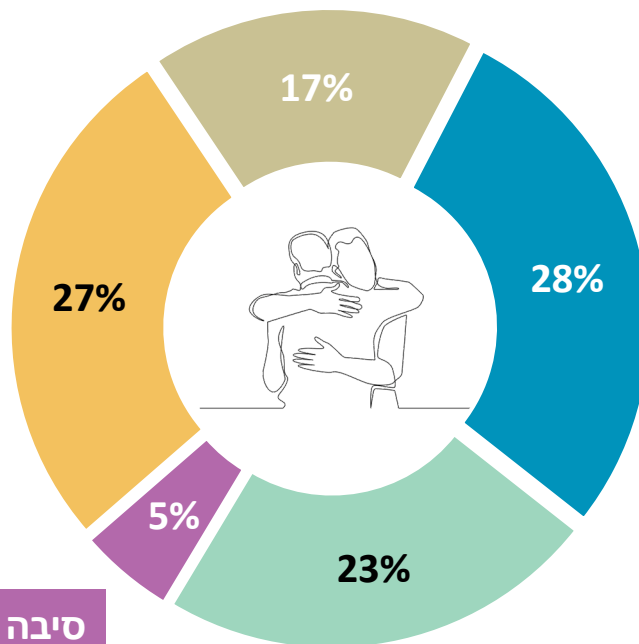
16% לא יכולתי לשלם עבור הטיפול
9% זמני המתנה ארוכים מדי
2% לא היה מטפל קרוב לביתי

חסם אישי

15% חוסר זמן או פניות
13% בוששה לפנות לטיפול

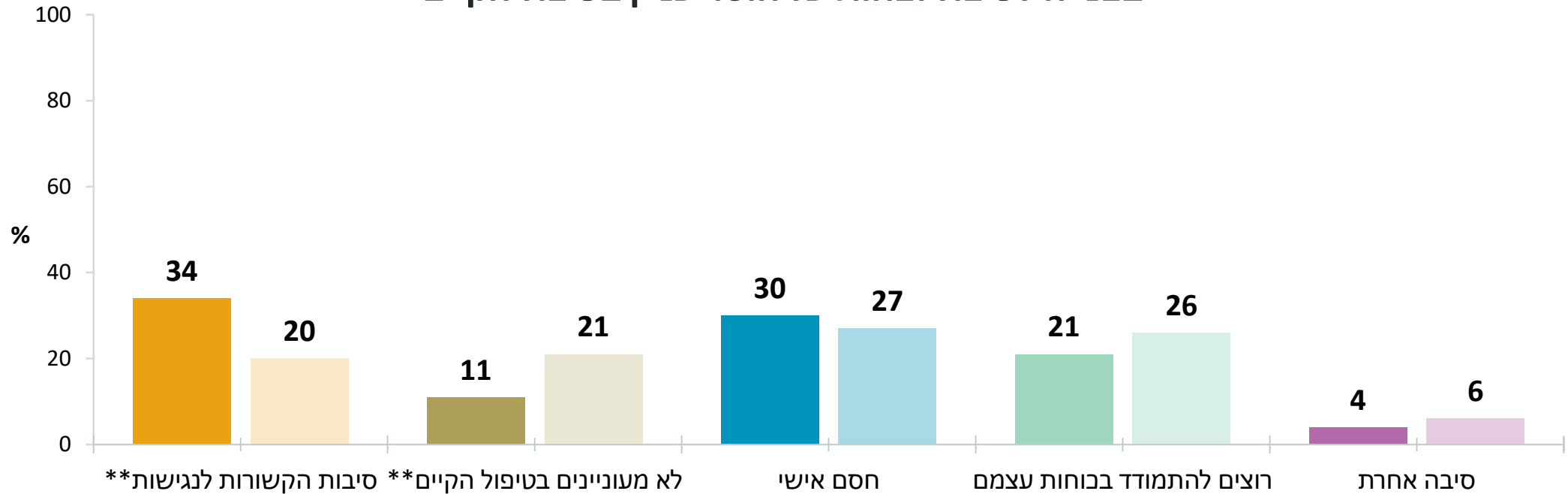
סיבה אחרת

רוצים להתמודד
בכוחות עצמם



הסיבות לאי-פנייה לטיפול שונות לפי פגיעה חמורה בתפקוד ($n = 453$)

מי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד, יותר ממי שלא, דיווחו יותר על קשיים בנגישות בפנייה לטיפול ופחות על חוסר עניין בטיפול הקיים



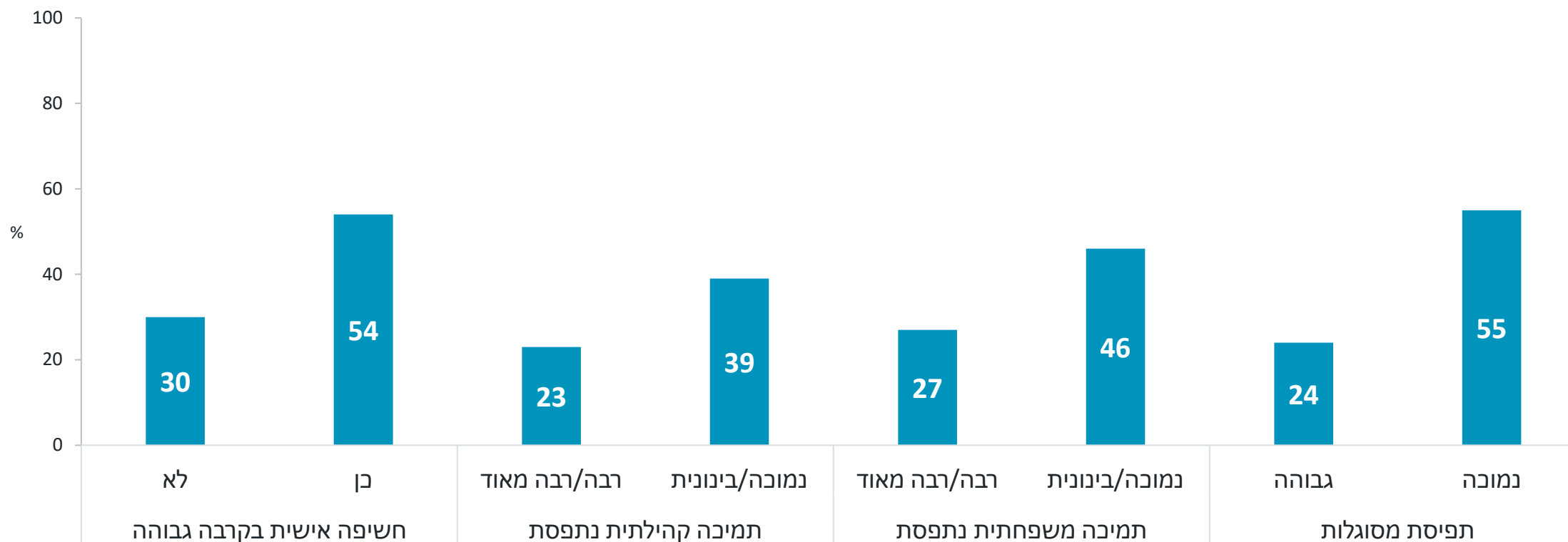
גוונים בהירים: לא דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד | גוונים כהים: דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד

** $p < .01$; ההבדל מובהק בין מי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד ובין מי שלא דיווחו עליה



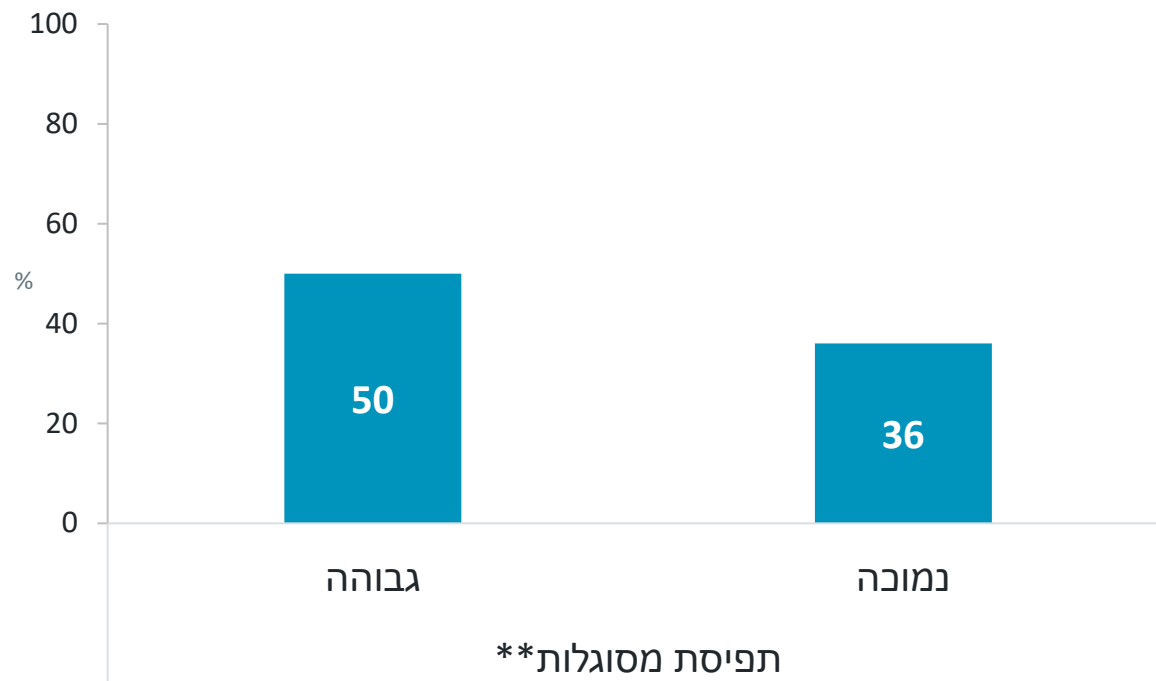
תחושת צורך בטיפול, לפי מאפייני תמיכה והתמודדות

דיווחו על תחושת צורך בטיפול (באחוזים)



שיעור המקבלים טיפול היה גבוה בקרב מי שדיווחו על תפיסת מסוגלות גבוהה להתמודד

מי שקיבלו טיפול מבין מי שחשו צורך בטיפול (באחוזים)



לא נמצא הבדל בשיעור המקבלים טיפול מבין מי שחו צורך: בין מי שדיווחו על רמה גבוהה של מדדי תמיכה קהילתית ומשפחתית נתפסת ובין מי שלא; ובין מי שדיווחו על חשיפה אישית בקרבה גבוהה ובין מי שלא

סיכום

- לאחר ירידה מובהקת בשיעור חוצי סף קליני בין נקודת הזמן הראשונה לשנייה, נרשמה מגמה יציבה בשיעורם
- שיעור המשיבים שבמאי 2026 לא חצו עוד את הסף הקליני, מבין מי שחצו אותו בינואר 2024, היה הגבוה ביותר בתסמיני חרדה (51%) והנמוך ביותר בתסמיני פוסט-טראומה (38% בלבד)
- כ-20% מן המשיבים דיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד היום-יומי, עם יציבות בין אוקטובר 2024 למאי 2026, אך הרכב הקבוצה השתנה עם הזמן. בקרב חוצי סף קליני גבוה נרשמה עלייה בשיעור המשיבים שדיווחו גם על פגיעה בתפקוד (מ-59% באוקטובר 2024 ל-69% במאי 2026)[^]
- מבין ההיבטים הכלולים ב-WSAS להערכת פגיעה בתפקוד, פגיעה חמורה באה לידי ביטוי בעיקר בפעילויות פנאי ובקושי ליצור קשרים קרובים ולשמר אותם

סיכום

- חשיפה אישית לאירועי המלחמה ותפיסת מסוגלות נמוכה להתמודדות נותרו הגורמים החזקים ביותר לניבוי חציית סף קליני ולפגיעה בתפקוד, גם לאחר פיקוח על משתנים דמוגרפיים
- הנתונים תומכים בחשיבותה של תפיסת תמיכה קהילתית ומשפחתית (שגם צוינו בשיעורים גבוהים כמקור תמיכה להתמודדות בתקופות מורכבות)
- 33% מן המשיבים דיווחו על צורך בטיפול נפשי, אך בקרב מי שדיווחו על פגיעה חמורה בתפקוד ועל תפיסת מסוגלות נמוכה להתמודדות ניכר פער בין תחושת הצורך ובין פנייה לקבלת טיפול בפועל
- חלק ניכר ממי שחשו צורך בטיפול אך לא פנו לקבלתו ציינו רצון להתמודד לבד (23%) או חוסר עניין בטיפול הנפשי הקיים במערכת הבריאות (17%) כסיבה העיקרית לאי-פנייה לטיפול