



משרד הבריאות



המשרד לקליטת העלייה



המרכז האקדמי רופין



ג'וינט ישראל

אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל

דו"ח מסכם

ד"ר רפאל יונגמן^{2,1} ופרופ' משה שוקד³

¹ המרכז האקדמי רופין

² מכון פאלק לחקר בריאות הנפש

³ אוניברסיטת תל אביב

המחקר הוזמן על ידי המשרד לקליטת העלייה
במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדות

אחראית על המחקר מטעם המשרד : שרה כהן, M.S.W., מנהלת שירות הרווחה

באיסוף החומר ובניתוחו השתתפו :

ד"ר נילי זילבר, מכון פאלק לחקר בריאות הנפש

ציונה חקלאי, משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב

ממויה זרה, משרד החינוך

דוד מולה, מנהל-מרכז קליטה מבשרת ציון

ניבי דיין, ג'וינט ישראל

נובמבר 2009



מדינת ישראל
המשרד לקליטת העלייה
שירות הרווחה

כעשרים וחמש שנים עברו מאז הגיע לישראל גל העולים הראשון מאתיופיה "במבצע משה". כיום מונה הקהילה, כולל ילידי הארץ כ- 120,000 נפש. העלייה מאתיופיה הציבה בפני החברה הישראלית אתגר קליטה מיוחד במינו, בעיקר בשל ההבדלים הגדולים בינה לבין החברה האתיופית. המדינה הייתה צריכה להתמודד עם חברה הנתפשת כחלשה לאור פערי ההשכלה, הבדלים חברתיים ותרבותיים, משאבים מצומצמים, ערעור הסמכות ההורית וירידה במעמד הגבר במשפחה וקשיים בהשתלבות בעבודה. בנוסף על כך, בשנות ה-90, כשהגיע גל העלייה העיקרי מאתיופיה, הגיע, במקביל אליו, גם גל העלייה הגדול מאוד, ממדינות בריה"מ לשעבר. וכך, קליטת העלייה מאתיופיה חייבה הקדשת משאבים ומאמצים רבים, מצד כל הנוגעים בדבר, למען הצלחתה.

מרבית אוכלוסיית העולים מקיימת בהצלחה את תהליכי ההסתגלות וההשתלבות לחברה, אך בקרב חלק ממנה צפים ועולים בעיות וקשיים ומצוקה נפשית אשר יכולים לבוא לידי ביטוי גם בניסיונות ובאירועי אובדנות.

המסמך שלפניכם אשר הוזמן ע"י המשרד לקליטת העלייה נולד כחלק מיוזמה מערכתית בין משרדית להתמודדות עם בעיית ההתאבדויות בקרב תושבי המדינה ובכללם אוכלוסיות העולים. לצערנו הנתונים הקיימים מורים על שיעור גבוה יותר של אירועי אובדנות בקרב עולים ומטרת מחקר זה ללמוד ולהבין את מאפייני התופעה בקרב יוצאי אתיופיה בישראל, כדי לתת כלים להתמודדות אפקטיבית יותר לאנשי המקצוע ולעוסקים בהתמודדות עם הבעיה ובצמצום היקפיה.

כמאמר חז"ל :

"כל המקיים נפש אחת מישראל מעלה עליו הכתוב כאילו קיים עולם מלא".

שרה כהן, **M.S.W.**

מנהלת שירות הרווחה

המשרד לקליטת העלייה

קרית בן גוריון, רח' קפלן 2 ירושלים 91950, טל' 6752744-02 פקס : 6750323-02
מרכז מידע טל' 9733333-03

כתובתנו באינטרנט : www.moia.gov.il

תודות

סקר זה לא היה מתבצע ללא עזרתם של האינפורמנטים מקהילת עולי אתיופיה ואנשי מפתח אחרים מהשדה שהסכימו להקדיש מזמנם ולחלוק עמנו מידע מהיכרותם ומניסיונם עם תופעת האובדנות בקהילה. תודה מיוחדת לסנדרין בורשטיין מביה"ח שניידר, לד"ר נמרוד גריסרו מהמרכז לבריאות הנפש באר-שבע, לנתמר הלל מנהלת האגף הפסיכוסוציאלי- רפואי במשרד החינוך, לפרופ' עדה זוהר מהמרכז האקדמי רופין, לאסרס טגהון ממוקד הקליטה ברחובות, לשרה כהן מנהלת המחלקת לשרותי רווחה במשרד לקליטת עלייה, לד"ר גדי לובין ראש ענף בריאות הנפש בצה"ל, לד"ר יעקב לרנר מנהל מכון פאלק לחקר בריאות הנפש, לפרופ' יוליה מירסקי מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בן-גוריון, לברוך סמעון מנהל ארצי מוקדי קליטה במשרד לקליטת עלייה, למירה קידר מנהלת אגף הרווחה ומשאבי התמודדות בסוכנות היהודית, ולענת קמר מהרשות למחקר ופיתוח במרכז האקדמי רופין. תודתנו נתונה לכל חברי הוועדה למניעת התאבדות בקרב עולי אתיופיה, ולמנהל התוכנית הלאומית למניעת אובדנות ליאור כרמל, על הדיונים הפוריים אותם ניהלנו במהלך פגישות הוועדה ושהטביעו את חותמם על הדו"ח הנוכחי.

תוכן העניינים

3	1. תקציר
10	2. מבוא
11	2.1 מטרות
11	2.2 מקורות המידע
13	3. סקירת ספרות
13	3.1 אובדנות: התופעה, גורמי סיכון ומודלים מסבירים
15	3.2 הגירה ופסיכופתולוגיה
16	3.3 הגירה ואובדנות
17	3.4 מהגרים והשימוש בשרותי בריאות הנפש
18	3.5 אובדנות באתיופיה
19	3.6 אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל
21	4. נתוני אובדנות – משרד הבריאות
22	4.1 התאבדויות
22	4.1.1 היקף התופעה
24	4.1.2 השוואה בין עולי אתיופיה לעולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים
26	4.1.3 התאבדויות בקרב עולי אתיופיה לפי תקופת עלייתם
28	4.1.4 אופן ביצוע ההתאבדות
30	4.2 ניסיונות התאבדות
30	4.2.1 היקף התופעה
32	4.2.2 ניסיונות התאבדות לפי תקופת עלייה
33	4.2.3 השוואה בין עולי אתיופיה לעולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים
34	5. המחקר האיכותני – שיח נחקרים
37	5.1 דרדור בסטאטוס הגברים במערך הכלכלי, המשפחתי והחברתי
38	5.2 השינוי במעמד הנשים וביחסי הזוגיות
38	5.3 יחסי הורים ילדים
39	5.4 תרבות השתיקה
39	5.5 עולם הצעירים
41	5.6 רפואה ומרפאים
42	5.7 הערות כלליות
43	6. תוכניות מניעה- סקירת ספרות
43	6.1 אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות וסלקטיביות
44	6.2 אסטרטגיות מניעה המיועדות ליחידים בקבוצות סיכון גבוה
46	7. המלצות

46	7.1 עיקרי ההמלצות
47	7.2 פירוט ההמלצות
47	7.2.1 תוכניות מניעה אוניברסאליות
48	7.2.2 תוכניות מניעה סלקטיביות
50	7.2.3 אסטרטגיות מניעה המיועדות ליחידים בסיכון גבוה
52	8. ביבליוגרפיה

1. תקציר

מבוא

אובדנות נחשבת כבעיה חמורה בתחום בריאות הציבור, בעיה הדורשת התייחסות רצינית. אובדנות מהווה אינדיקציה למצב נפשי מעורער, לסבל ולכאב הנפשי של הפרט. קשת ההתנהגויות האובדניות נעה ממחשבות אובדניות חמורות, לאיום על אובדנות, לניסיונות אובדניים מתונים, לניסיונות אובדניים חמורים עד להתאבדות שהסתיימה במוות. המונח "אובדנות" מתייחס לכלל התופעות הללו. מקובל להבחין בין שני סוגים של התנהגות אובדנית: מחשבות אובדניות, איומי התאבדות וניסיונות אובדניים מחד, והתאבדות שהסתיימה במוות מאידך. התאבדות שהסתיימה במוות מוגדרת כ"מוות של הפרט כתוצאה ממעשה מכוון ורצוני הפועל כנגד הקיום של הפרט". ניסיון אובדני מוגדר בספרות כ"יזומה מכוונת של התנהגות לא קבועה, ללא התערבות של אחרים, שתגרום לפגיעה עצמית או בליעה מכוונת של חומר מעל הכמות המותרת בדרך-כלל או כפי שנקבעה לחולה, כדי לממש שינויים שהאדם רוצה דרך התוצאות הפיזיות המצופות, או הממשיות". בדו"ח הנוכחי נתייחס לתופעת האובדנות כרצף התנהגותי, וננסה לאמוד ולהבין את התופעה בקרב עולי אתיופיה בישראל, על-מנת להציע תוכנית מניעה אפקטיבית.

בכל הנוגע לעולי אתיופיה בישראל, הממצאים בספרות מספקים תמונה אפידמיולוגית חלקית לגבי אובדנות בקהילה. הוא הדין לגבי הגורמים הפסיכולוגיים והתרבותיים הייחודיים של תופעת האובדנות כפי שהללו נתפסים על-ידי בני הקהילה. יחד עם זאת, הממצאים החלקיים מעידים שהמצב חמור במיוחד וזו גם התחושה בציבור. עד כה נערכו מעט מאד מחקרים על אובדנות בקרב מהגרים אתיופים מחוץ לאתיופיה. המחקרים שפורסמו על אובדנות באתיופיה מספקים תמונה מצומצמת, ממנה ניתן ללמוד ששיעורי האובדנות וגורמי הסיכון לאובדנות לא חורגים מאלו המוכרים בארצות אחרות. בדו"ח שלהלן נבדוק את העובדות הנוגעות לתופעת האובדנות בקרב אוכלוסיית העולים מאתיופיה ונציע דרכים להתמודד עמה.

מטרות

המטרה הכללית של הפרויקט הייתה להעמיד לרשות המשרד לקליטת העלייה ולרשות התוכנית הלאומית למניעת אובדנות שעוסקת בעולי אתיופיה, חומרי רקע אקדמיים על אובדנות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל, בני 15+, כדלהלן:

- א. סקירת ספרות מחקרית על אובדנות, גורמי סיכון ותוכניות מניעה בקרב מהגרים בכלל, ובקרב עולי אתיופיה בישראל בפרט.
- ב. ממצאים אפידמיולוגיים עדכניים, בהיקף ארצי, על עולי אתיופיה בנוגע לשיעורי אובדנות, גורמי סיכון וקבוצות סיכון לאובדנות – על פי נתוני משרד הבריאות.
- ג. מידע איכותני "מכלי ראשון" מן השדה, על תפיסת האובדנות, גורמי הסיכון ואסטרטגיות מניעה בקרב עולי אתיופיה.
- ד. ניסוח המלצות הנובעות מהחומר שנאסף.

מקורות המידע

המידע והנתונים שיוצגו להלן נאספו ממספר מקורות:

- א. **ספרות מקצועית**: נערכה סקירת ספרות מקיפה בנושא אובדנות, אובדנות בקרב מהגרים, השימוש בשרותי בריאות הנפש בקרב מהגרים, תוך התמקדות ביוצאי אתיופיה בישראל ובעולם, ובנתוני אובדנות שפורסמו באתיופיה עצמה.
- ב. **נתוני התאבדויות בישראל**: בנובמבר 2008 וביוני 2009 התפרסמו על ידי משרד הבריאות נתוני האובדנות בישראל המעודכנים עד שנת 2006. בדצמבר 2008, בעקבות הזמנה להרצות מיוחדות של הנתונים, קיבלנו לידנו ממשרד הבריאות את נתוני האובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל המעודכנים עד שנת 2005. נתונים אלו שימשו מקור למידע על התאבדויות וניסיונות אובדניים של עולי אתיופיה בישראל, כמו גם על עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים¹.
- ג. **אינפורמנטים בקהילה**: על מנת להשיג מידע איכותני, מפורט ואוטנטי, נאספו עדויות על אובדנות בקרב עולי אתיופיה באמצעות ראיונות עם אנשי מפתח בשדה. מדובר ב: מגשרי בריאות במרפאות קופ"ח ברחבי הארץ, אחים כללים בבי"ח, רופאים כלליים בקופ"ח, רכזי קליטה, עו"סים, צעירים מבני העדה, פעילים חברתיים, מנהיגים מסורתיים, מרפא מסורתי ובני משפחה שסבלו מתופעת האובדנות. כל המרואיינים היו אנשים שבאים במגע יום יומי עם עולי אתיופיה מתוקף תפקידם או מעורבותם בקהילה.
- ד. **קבוצות מיקוד**: חלק מהראיונות שנמנו לעיל נערכו בתבנית של קבוצות מיקוד: מגשרי בריאות יוצאי אתיופיה, אחים כלליים יוצאי אתיופיה, צעירים מבני העדה, רכזי קליטה, פעילים חברתיים ומנהיגים מסורתיים.
- ה. **תיקי אובדנות**: ביצענו, תחת חיסיון, ניתוח פרטני של תיקי מתאבדים עולי אתיופיה המצויים בארכיוני הסוכנות ומשרד הקליטה (וכן עיינו, תחת חיסיון, בתיקי מתאבדים יוצאי אתיופיה המצויים בארכיון צה"ל).
- ו. **וועדת עולי אתיופיה**: הממצאים החלקיים הוצגו ונידונו בוועדת עולי אתיופיה שפועלת במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות וההמלצות המובאות בדו"ח נשענות בין היתר על דיונים אלה.

עיקרי הממצאים

סקירת ספרות על אובדנות

- א. אובדנות נחשבת כתופעה טרגית קיצונית וחרیפה, המנוגדת לאתוס התרבותי המוביל בחברה המערבית שמעלה על נס את חיי האדם וחירותו. גם בתרבות המסורתית של עולי אתיופיה התאבדות אסורה בכל מובן ואופן ונחשבת כעבירה דתית חמורה.
- ב. האובדנות נוגעת במישורים השונים והמשיקים שבתוכם חי ופועל היחיד: המישור הפסיכולוגי, הסוציולוגי-תרבותי, הביולוגי והגנטי.
- ג. קיימת שונות גדולה בשיעורי האובדנות בין ארצות שונות. שיעורי האובדנות בישראל נמוכים יחסית לשיעורי האובדנות באירופה.

¹ קבוצה זו כוללת יהודים, נוצרים לא ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת, ללא עולי ברה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 ועולי אתיופיה שעלו משנת 1980.

- ד. קיימת אבחנה בין גורמי רקע להתפתחות ההתנהגות האובדנית, לבין גורמי סיכון מיידיים שהם הגורמים המזרזים שמופיעים זמן קצר לפני האירוע הטרגי.
- ה. המודל המקובל כיום לאובדנות מציג זיקה הדדית בין גורמי דחק ונטייה מוקדמת לסבול מהפרעות נפשיות מסוימות לבין התנהגות אובדנית, שמימושה מושפע מקיומם של הפרעות פסיכיאטריות, משברים פסיכולוגיים, תחושות חוסר תקווה ונטייה לאימפולסיביות או לאגרסיביות.
- ו. הגירה נמצאה כגורם סיכון להפרעות נפשיות בשל 'דחק ההתערות', סטיגמטיזאציה, אבטלה, אינטגרציה חברתית נמוכה והחולשה של רשת התמיכה החברתית. מצב זה חריף במיוחד בעבור מהגרים מהעולם הלא-מערבי, בשל הפער התרבותי העצום בין ארץ המוצא לארץ ההגירה.
- ז. אחד הסיכונים החמורים המתלווים למשבר ההגירה הוא אובדנות, בשל ריבוי הפרעות נפשיות בקרב מהגרים, במיוחד הפרעות דיכאוניות שנחשבות כמנבא חזק לאובדנות.
- ח. מחקרים שבדקו את הקשר בין הגירה לאובדנות בארצות שונות, לא מצביעים על קשר חד-משמעי, אך כשמתייחסים לקשר בין אובדנות להגירה לפי ארץ המוצא, הממצאים מראים שבקרב אוכלוסיות מסוימות של מהגרים השיעורים גבוהים יותר בהשוואה לוותיקים, וכן גם ביחס לשיעורים בארץ המוצא.
- ט. על אף השיעור הגבוה של מצוקות נפשיות בקרב מהגרים בהשוואה לוותיקים, שיעורי השימוש בריאות הנפש בקרבם נמוכים בהשוואה לוותיקים. ממצאים אלו נמצאו כתקפים גם לגבי קהילת המהגרים והפליטים האתיופים בטורונטו.
- י. דפוסי השימוש של עולי אתיופיה בישראל במרפאות לבריאות הנפש שונים מאלו של עולי ברה"מ לשעבר וילידי ישראל, ומעידים על המשגה שונה של בעיות נפשיות וההתמודדות עמן, מה שמקשה על נקיטת צעדים למניעת אובדנות בקרבם.
- יא. מחקרים על אובדנות באתיופיה מעידים שהשיעורים וגורמי הסיכון אינם חורגים מהמקובל בחברות מסורתיות אחרות בעולם. המתודה השכיחה לביצוע ההתאבדות היא תלייה אצל גברים, והרעלה אצל נשים.
- יב. אין כמעט מחקרים על אובדנות של מהגרים אתיופים מחוץ לאתיופיה. שני מחקרים שנערכו בלונדון מצביעים על שיעור גבוה של התאבדות ופגיעה עצמית בקרב הפליטים האתיופים בלונדון, כשגורמי הסיכון הפועלים בקרבם דומים לאלו של פליטים אחרים מאפריקה.
- יג. המחקרים הבודדים שבדקו את תופעת האובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל מדווחים ששיעורי התאבדות היו גבוהים בהרבה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל.
- יד. גורמי הסיכון לאובדנות בקרב העולים מאתיופיה עליהם מדווח בספרות הם: בעיות בנישואין, ירידה במעמד הגבר במשפחה, והפער התרבותי טכנולוגי בין החיים באתיופיה לישראל.

נתוני אובדנות – משרד הבריאות

- א. בשנים 1997 עד 1999 שיעור התאבדויות היה גבוה יותר בקרב בני 45 ומעלה, ובשנים שלאחר מכן המגמה התהפכה, והשיעורים היו שווים או גבוהים יותר בקרב הצעירים. הייתה ירידה הדרגתית בהיקף התופעה בין השנים 1997 לשנת 2000, ולאחר מכן נמצאה עלייה הולכת וגדלה בהיקפה.
- ב. בכל השנים, ומעבר לגילים, הגברים עולי אתיופיה מתאבדים יותר מהנשים.
- ג. באשר לקבוצת הסיכון בקרב הגברים, עד לשנת 1999 בני 45+ היוו קבוצת סיכון גבוהה, והחל משנת 2000 עד 2004 זכרים בני 24-15 היוו את קבוצת הסיכון הגבוהה.
- ד. בכל השנים שיעורי ההתאבדות של עולי אתיופיה גבוהים מאלו של עולי ברה"מ לשעבר ומאלו של יהודים ואחרים ללא עולים. למשל, בשנת 2005 השיעורים ל-100,000 נפש היו 7 אצל יהודים ואחרים ללא עולים, 12 אצל עולי ברה"מ לשעבר ו-46 אצל עולי אתיופיה.
- ה. בניגוד לעולי אתיופיה, בקרב עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים לא נמצאו הבדלים בשיעורי ההתאבדות מעבר לשנים.
- ו. לא נמצא הבדל משמעותי בשיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה בין אלו שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו אחרי 1990. גם כשפילחנו את האוכלוסייה לפי גיל ההתאבדות ולפי גיל ומין, לא נמצא הבדל משמעותי בשיעורי ההתאבדות בין שתי התקופות.
- ז. בהשוואה של שיעור ההתאבדויות בקרב עולי אתיופיה לפי גיל ולפי זמן שעבר מהעלייה בין השנים 1981 – 2005 מצאנו ששיעור ההתאבדויות בקרב אלה שמעל 5 שנים ויותר בארץ היה הגבוה ביותר בקרב הצעירים בני 24-15 והמבוגרים בני 65+, והנמוך ביותר בקרב בני 64-25. בקרב אלו ששהו פחות מ-5 שנים בארץ מצאנו נטייה הפוכה, כלומר אחוז ההתאבדויות קטן יותר בקרב בני 24-15 ובקרב המבוגרים בני 65+, והגבוה ביותר בקרב בני 64-25.
- ח. בקרב אלו שנמצאים פחות משנה בארץ, אין הבדלים בולטים בין קבוצות הגיל. הדברים מקבלים משנה תוקף כשמתבוננים על ההתפלגויות בקרב הגברים. אצל הנשים התמונה פחות חד-משמעית.
- ט. כשבדקנו את אופן ביצוע ההתאבדות והשווינו בין עולי אתיופיה שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו מ-1990 ואילך, מצאנו שאופן ביצוע ההתאבדות השכיח ביותר הוא תליה וחק, כ-2/3 מההתאבדויות מעבר לתקופת העלייה. האחוז הגבוה ביותר נמצא בקרב נשים שעלו לפני 1990 (71%). הגברים השתמשו בנשק לסוגיו כאמצעי השני בשכיחותו לביצוע ההתאבדות. בקרב אלו שעלו ב-1990 ואילך, אחוז הגברים שהתאבדו באמצעות נשק היה גבוה יותר מאשר בקרב אלו שעלו לפני 1990, כשהאחוז שעשה שימוש בקפיצה (ממקום גבוה) לצורך ההתאבדות היה גבוה יותר בין אלו שעלו לפני 1990. אחוז גבוה של נשים (20%) התאבדו כשאופן הביצוע של ההתאבדות היה אחר מתליה, נשק או קפיצה.
- י. כשחישבנו את שיעור ניסיונות ההתאבדות של עולי אתיופיה ל-100,000 נפש, מצאנו שיש עלייה עקבית בשיעור ניסיונות ההתאבדות לאורך השנים, מ-56 בשנים 1999-2001 ל-82 בשנים 2005-2007, במיוחד בקרב בני 24-15. בניגוד לשיעורי ה"התאבדות בפועל"

הגבוהים יותר בקרב הזכרים, שיעורי ניסיונות ההתאבדות גבוהים יותר בקרב הנקבות. בקרב נקבות בנות 10-14 נמצא מספר לא מבוטל של ניסיונות התאבדות (15 מקרים!), לעומת 2 אצל הבנים באותה תקופה.

יא. בחישוב של שיעורי ניסיונות ההתאבדות בקרב אלו שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו ב-1990 ואילך, מצאנו שהשיעור יותר גבוה בקרב אלו שעלו יותר מאוחר, משנת 1990 ואילך. זה נכון רק בקרב נקבות. בקרב הזכרים בני 15-24, השיעור ל-100,000 בין אלו שעלו לפני 1990 לאלו שעלו ב-1990 ואילך, ירד.

יב. השוואה של שיעורי ניסיונות ההתאבדות בין עולי אתיופיה שעלו משנת 1980, לעולי ברה"מ לשעבר שעלו מ-1990, ויהודים ואחרים ללא עולים בשנים 2001-2007 מעידה ששיעורי ניסיונות ההתאבדות של עולי אתיופיה, גברים ונשים כאחד, נמוכים מאלו של עולי ברה"מ לשעבר בכל קבוצות הגיל. בקרב יהודים ואחרים ללא עולים, בשני המינים, השיעור בקרב בני 15-24, יותר נמוך מזה של שתי קבוצות העולים, שעה שבגילאים +45 השיעור יותר גבוה מאשר בקרב העולים.

ניתוח איכותני – שיח נחקרים

במפגשים השונים אותם קיימנו התבלטו נושאים מרכזיים אודות השינויים והשיבושים בחיי הקהילה. הדיונים הציגו תיאורים וטיעונים חוזרים ובכך אששו את דעת הציבור המקומי לגבי גורמי סיכון המעודדים את תופעת האובדנות. בין הנסיבות לאובדנות בקרב מבוגרים עלו תכופות הנושאים הבאים:

- א. דרדור סטטוס הגברים במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי.
- ב. השינוי במעמד הנשים (לטוב ולרע) במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי.
- ג. בעקבות השינויים המגדריים לעיל ארגון מחדש (וערעור) בחיי הזוגיות.
- ד. תמיכה מאסיבית של שרותי הרווחה בגירושין.
- ה. השינוי במערך החינוכי של ילדים ונוער.
- ו. השינוי במעמד הסמכות ההורית ובמעמד ילדים ונוער במשפחה.
- ז. הפיחות במעמד המתווכים (מגשרים) המסורתיים ומנהיגי הקהילה.
- ח. קשיי ההסתגלות במעבר מסיסטמת המרפאים המסורתיים לסוכנויות הריפוי המודרני (ובמיוחד מתחום רפואת הנפש).
- ט. תרבות "השתיקה" ביחסי פנים וחוץ.
- י. משבר הקומוניקציה (שפה וכיו"ב) עם ספקי שירותים וסוכנויות אדמיניסטרטיביות.
- יא. מצוקות בעקבות מחויבויות מתמשכות כלפי קרובי משפחה שנשארו באתיופיה.

לגבי גורמי אובדנות בקרב צעירים הועלו הנושאים הבאים:

- א. ציפיות להישגים לימודיים ומקצועיים קשים לביצוע.
- ב. בעיית בני נוער המצויים מחוץ למסגרת חינוכית.
- ג. מפגש עם חומרים משכרים וממכרים (אלכוהול, סמים).

- ד. העדר משאבים משפחתיים לתמיכה כלכלית ואמוציונאלית.
- ה. חוסר תקשורת בין צעירים להוריהם.
- ו. כשלון במימוש הציפיות מהשרות הצבאי.
- ז. העדר חבר/ים אתיופים במסגרת היחידה הצבאית.
- ח. המשך בין דורי של "תרבות השתיקה".
- ט. העדר גישה למנהיגות מסורתית או תחליף לה לשם תמיכה אמוציונאלית.

סקירת ספרות – תוכניות מניעה

א. קיימות אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות המיועדות לכלל האוכלוסייה, אסטרטגיות סלקטיביות שמכוונות לצמצום כללי של התאבדויות באוכלוסיות שמצויות בסיכון מוגבר, ואסטרטגיות מותוויות (Indicated) שמתמקדות ביחידים השייכים לקבוצות ידועות של סיכון גבוה.

ב. לא ניתן למצוא בספרות הערכה מחקרית של התוכניות למניעת התאבדות הממוקדת במהגרים בכלל ובמהגרים אתיופים בפרט, והתוכניות הלאומיות הקיימות למניעת התאבדות לא מתייחסות באופן ישיר למניעת אובדנות בקרב מהגרים.

ג. בין אסטרטגיות המניעה האוניברסאליות והסלקטיביות שנמצאו כיעילות יחסית ניתן למנות:

- הרחקה של אמצעים המשמשים להתאבדות ושינוי הנגישות לאמצעים מסוכנים.
- הכשרה של רופאי משפחה על-מנת להגדיל את יכולת הזיהוי של אנשים בסכנה אובדנית.
- שיפור הנגישות לשרותי בריאות הנפש, ניהול הטיפול והמעקב, מורידים את הסיכון לאובדנות בקרב אנשים שסובלים מהפרעות נפשיות.
- פיתוח מרכזי חירום וקווי טלפון חמים מהווים מקור עזרה מהותי לאנשים אובדניים.
- פיתוח תוכניות בבתי ספר ובמוסדות להשכלה גבוהה שמיועדות לשיפור הרווחה הפסיכולוגית, תורמים למניעת התאבדות באנשים צעירים.
- פיתוח תוכניות מניעה מקיפות שכוללות הכשרה של הורים, חברים ואחרים שיש להם מגע ישיר עם האוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה לאובדנות כ"שומרי סף" וסינון לאובדנות.
- התווית קווים מנחים בדיווח על התנהגות אובדנית במדיה.

ד. בין אסטרטגיות המניעה המיועדות ליחידים בקבוצות סיכון גבוה שנמצאו כיעילות ניתן למנות:

- סינון פסיכיאטרי והפעלת סולם לאומדן הסיכון לאובדנות.
- טיפול נפשי ותרופתי.
- ניהול טיפול ומעקב קפדני.

עיקרי ההמלצות

על-מנת שתוכניות המניעה לאובדנות תהיינה אפקטיביות בקרב ציבור יוצאי אתיופיה בישראל עליהן להיות רגישות תרבותית. יש להתוות אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות, כאלו שמיועדות לקבוצות שמצויות בסיכון מוגבר, ותוכניות ספציפיות ליחידים השייכים לקבוצות ידועות של סיכון גבוה. בכל אחת מהן יש לשלב את בני העדה, עם העדפה מתקנת לגברים.

א. תוכניות מניעה אוניברסאליות המכוונות לכלל אוכלוסיית יוצאי אתיופיה יכללו:

1. פיתוח שירותים רגישים תרבותית לטיפול בבעיות נפשיות.
 2. פיתוח תוכניות הסברה כלליות במטרה ליידע את הציבור על בעיות נפשיות ודרכי הטיפול בהן.
 3. הכשרת שומרי סף קהילתיים.
 4. פיתוח תוכנית טלביזיה, במיוחד לגברים, על תפקיד ההורות בחברה הישראלית ודרכי התמודדות עם משברים במשפחה.
 5. תוכניות חינוך לפיתוח שיח גלוי על מצוקות יומיומיות.
- ב. תוכניות מניעה סלקטיביות לקבוצות בסיכון מוגבר לאובדנות יכללו:

1. העברה גורפת של שאלון סינון פסיכיאטרי רגיש תרבותית וסולם להערכת סיכון לאובדנות בקרב עולי אתיופיה.
 2. מסגרות של מעונות למגורים זמניים לגברים שמורחקים מבתיהם.
 3. קבוצות תמיכה הומוגניות לגברים בקבוצת סיכון מוגברת לאובדנות.
 4. קבוצות לרכישת כלים, הכוונה וסיוע במציאת עבודה לגברים בגיל העבודה שאינם עובדים.
 5. חיזוק מעמד המגשרים המסורתיים.
 6. מדיניות של הגבלה קפדנית בגישה לכלי נשק.
- ג. תוכניות מניעה ליחידים בסיכון גבוה יכללו:

1. הכשרת מטפלים בטיפול נפשי (מבוסס ראיות) רגיש תרבותית, ביוצאי אתיופיה.
2. Reaching Out לאיתור פרטים המצויים בסיכון אובדני.
3. התייחסות לפציינט ה'מתלונן הכרוני' ולמי שסובל ממחלה זיהומית קטלנית כצהבת C ו-HIV/AIDS, כמי שמצוי בסיכון גבוה לאובדנות.
4. שיתוף פעולה בין מערך בריאות הנפש לרפואת המשפחה ושרותי הרווחה.
5. ניהול טיפול ומעקב שוטף קפדני אחר יוצאי אתיופיה שסובל מבעיות נפשיות.
6. מינוי של עו"ס או עובד קהילתי יוצא אתיופיה לשמירה על קשר שוטף עם פרטים בקהילה שמצויים בסיכון גבוה לאובדנות.

2. מבוא

קשת ההתנהגויות האובדניות נעה ממחשבות אובדניות חמורות, לאיום על אובדנות, לניסיונות אובדנות מתונים, לניסיונות אובדנות חמורים עד להתאבדות שהסתיימה במוות (Pfeffer, 1986). המונח "אובדנות" מתייחס לכלל התופעות הללו. בספרות המקצועית בנושא מקובלת הבחנה יסודית בין שני סוגים של התנהגות אובדנית: מחשבות אובדניות איומי התאבדות וניסיונות אובדניים מחד, והתאבדות שהסתיימה במוות מאידך. התאבדות שהסתיימה במוות מוגדרת כ"מוות של הפרט כתוצאה ממעשה מכוון ורצוני הפועל כנגד הקיום של הפרט" מדובר בפעולה מודעת של פגיעה עצמית, בה הפרט מעוניין לשים קץ לבעיותיו ולסבלו על-ידי הפסקת חייו (Shneidman, 1985). ניסיון אובדני מוגדר כ"יזומה מכוונת של התנהגות לא קבועה, ללא התערבות של אחרים, שתגרום לפגיעה עצמית או בליעה מכוונת של חומר מעל הכמות המותרת בדרך-כלל או כפי שנקבעה לחולה, כדי לממש שינויים שהאדם רוצה דרך התוצאות הפיזיות המצופות, או הממשיות" (Schmidtke et al., 2004). בדו"ח הנוכחי נתייחס לתופעת האובדנות כרצף התנהגותי, וננסה לאמוד ולהבין את התופעה בקרב עולי אתיופיה בישראל, על-מנת להציע תוכניות מניעה אפקטיביות.

אובדנות נחשבת כבעיה חמורה בתחום בריאות הציבור, בעיה שדורשת התייחסות רצינית. לעיתים קרובות אובדנות מהווה אינדיקציה למצב נפשי מעורער, לסבל ולכאב הנפשי של הפרט (Orbach et al., 2007; Levy et al., 2008; Buresztein & Apter, 2009). בהשקפתו הקלאסית של Durkheim (1895), בה מצדדים סוציולוגים, פסיכולוגים ופסיכיאטרים מודרניים (Baudelot & Establet, 2008; ; לובין ואחרים, 2007), אובדנות היא גם תוצר של מערכת היחסים בין היחיד לחברה, ומהווה מראה לפנייה של החברה והתרבות בה היחיד חי.

מחקרים עדכניים על אוכלוסיית ישראל הכללית מלמדים כי 5.5% מקרב האוכלוסייה מדווחים על מחשבות אובדניות במהלך חייהם, ו-1.4% מהאוכלוסייה הכללית ביצעו ניסיון אובדני במהלך חייהם. נמצא גם שהסיכון לביצוע ניסיון אובדני גבוה יותר בקרב פרטים שסובלים מהפרעות נפשיות, ושתקופת הסיכון הגבוה ביותר היא בשנה הראשונה לאחר הופעת המחשבות האובדניות. כמו כן נמצא שקבוצת הסיכון הגבוה לאובדנות היא בקרב בני 15-35 (Levinson et al., 2007).

בתרבות המסורתית של עולי אתיופיה התאבדות אסורה בכל מובן ואופן ונחשבת כעבירה דתית חמורה. הממצאים בספרות לגבי אובדנות בקהילת עולי אתיופיה בישראל מספקים תמונה אפידמיולוגית חלקית (אריאלי ואחרים, 1994; Lubin et al., 2001; Shuval et al., 2007), ואלו פני הדברים גם לגבי הגורמים הפסיכולוגיים והתרבותיים הייחודיים של תופעת האובדנות כפי שהללו נתפסים על-ידי בני הקהילה. יחד עם זאת, הממצאים החלקיים מעידים שהמצב חמור במיוחד וזו גם התחושה בציבור. למיטב ידיעתנו נערכו מעט מאד מחקרים על אובדנות בקרב מהגרים אתיופים מחוץ לאתיופיה. מחקרים שפורסמו על אובדנות באתיופיה מספקים תמונה מצומצמת, ממנה ניתן ללמוד ששיעורי האובדנות וגורמי הסיכון לאובדנות לא חורגים מאלו שמוצאים בארצות אחרות (Alem et al., 1999; Kebede et al., 1999). בדו"ח שלהלן נבדוק את העובדות הנוגעות לתופעת ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה ונציע דרכים להתמודד עמה.

במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות נאספו, רוכזו ונותחו נתונים ומידע ספציפי ועדכני על אובדנות בקרב עולי אתיופיה שהגיעו לישראל החל משנת 1980. כל זה על-מנת להעמיד נתונים אלו לרשות משרד הקליטה בכדי שישמשו בתוכניות הלאומית למניעת התאבדויות בקרב עולים אלו.

2.1 מטרות

המטרה הכללית של הפרויקט הייתה להעמיד לרשות המשרד לקליטת העלייה ולרשות התוכנית הלאומית למניעת אובדנות שעוסקת בעולי אתיופיה, חומרי רקע אקדמיים על אובדנות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל, בני 15+, כדלהלן:

- ה. סקירת ספרות מחקרית על אובדנות, גורמי סיכון ותוכניות מניעה בקרב מהגרים בכלל, ובקרב עולי אתיופיה בישראל בפרט.
- ו. ממצאים אפידמיולוגיים עדכניים, בהיקף ארצי, על עולי אתיופיה בנוגע לשיעורי אובדנות, גורמי סיכון וקבוצות סיכון לאובדנות – על פי נתוני משרד הבריאות.
- ז. מידע איכותני "מכלי ראשון" מן השדה, על תפיסת האובדנות, גורמי הסיכון ואסטרטגיות מניעה בקרב עולי אתיופיה.
- ח. ניסוח המלצות הנובעות מהחומר שנאסף.

2.2 מקורות המידע

המידע והנתונים שיוצגו להלן נאספו ממספר מקורות:

א. ספרות מקצועית נערכה סקירת ספרות מקיפה בנושא אובדנות, אובדנות בקרב מהגרים, השימוש בשרותי בריאות הנפש בקרב מהגרים, תוך התמקדות ביוצאי אתיופיה בישראל ובעולם, ובנתוני אובדנות שפורסמו באתיופיה עצמה. סקירת הספרות מספקת מידע על תופעת האובדנות בהקשר של הגירה בכלל, על שיעורי אובדנות ידועים בעולם, על גורמים שזוהו כגורמי סיכון בישראל ובארצות אחרות, ועל תוכניות למניעת אובדנות.

ב. נתוני האובדנות בישראל

בנובמבר 2008 וביוני 2009 התפרסמו על ידי משרד הבריאות נתוני האובדנות בישראל המעודכנים עד שנת 2006. בדצמבר 2008, בעקבות הזמנה להרצות מיוחדות של הנתונים, קיבלנו לידנו ממשרד הבריאות את נתוני האובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל המעודכנים עד שנת 2005. נתונים אלו שימשו מקור למידע על התאבדויות וניסיונות אובדניים של עולי אתיופיה בישראל, כמו גם על עולי ברה"מ לשעבר וילידי הארץ. נתוני ההתאבדויות מבוססים על קובץ סיבות מוות שהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעדכנת באופן שוטף על פי הודעות פטירה. הנתונים על ניסיונות התאבדות מגיעים למשרד הבריאות מהמחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים לאשפוז כללי הפזורים בכל רחבי ארץ, בהתאם לנוהל המחייב של "ניהול התערבות/טיפול ודיווח – ניסיונות אובדניים" משנת 1995. המידע על ניסיונות התאבדות שלא טופלו במחלקות לרפואה דחופה, או טופלו בקהילה, אינם כלולים בנתונים שיוצגו, כך שסביר להניח ששיעור ניסיונות ה"התאבדות בפועל", גבוה יותר מהמדווח בעבודה זו.

ג. אינפורמנטים בקהילה

על מנת להשיג מידע איכותני, מפורט ואוטנטי, שנתונים אפידמיולוגים אינם יכולים לספק, נאספו עדויות על אובדנות בקרב עולי אתיופיה באמצעות ראיונות עם אנשי מפתח בשדה. האינפורמנטים שהוערכו כרלבנטיים למטרת איסוף הידע היו: מגשרי בריאות במרפאות קופ"ח ברחבי הארץ, אחים כללים בבי"ח, רופאים כלליים בקופ"ח, רכזי קליטה, עו"סים, צעירים מבני העדה, פעילים חברתיים, מנהיגים מסורתיים, מרפא מסורתי ובני משפחה שסבלו מתופעת האובדנות. כל המרואיינים היו אנשים שבאים במגע יום יומי עם עולי אתיופיה מתוקף תפקידם או מעורבותם בקהילה. רוב המרואיינים היו בני הקהילה, מה שאפשר לנו לקבל את נקודת מבטם של העולים על תופעת האובדנות.

ד. קבוצות מיקוד

חלק מהראיונות שנמנו לעיל נערכו בתבנית של קבוצות מיקוד: מגשרי בריאות יוצאי אתיופיה, אחים כלליים יוצאי אתיופיה, צעירים מבני העדה, רכזי קליטה, פעילים חברתיים ומנהיגים מסורתיים.

ה. תיקי אובדנות

בנוסף, ביצענו, תחת חיסיון, ניתוח פרטני של תיקי מתאבדים עולי אתיופיה המצויים בארכיוני הסוכנות ומשרד הקליטה (וכן עיינו, תחת חיסיון, בתיקי מתאבדים יוצאי אתיופיה המצויים בארכיון צה"ל).

ו. וועדת עולי אתיופיה.

הממצאים החלקיים הוצגו ונידונו בוועדת עולי אתיופיה שפועלת במסגרת התוכנית הלאומית למניעת התאבדויות וההמלצות המובאות בדו"ח נשענות בין היתר על דיונים אלה.

3. סקירת ספרות על אובדנות

3.1 אובדנות: התופעה, גורמי סיכון ומודלים מסבירים

אובדנות נחשבת כתופעה טרגית קיצונית וחריפה, המנוגדת לאתוס התרבותי המוביל בחברה המערבית שמעלה על נס את חיי האדם וחירותו. אין פלא שהחברה המערבית משקיעה מאמצים רבים להבין את גורמי התופעה ולצמצמה. הניסיונות להבין את התופעה נוגעים במישורים השונים והמשיקים שבתוכם חי ופועל היחיד: המישור הפסיכולוגי, הסוציולוגי-תרבותי, הביולוגי והגנטי (לובין ואחרים, 2007). כבר לפני כ-100 שנה Durkheim (1895) הראה שלא ניתן להצביע על מתאם ברור בין היקף האובדנות בחברה לשיעור מחלות הנפש בחברה, והוא הדין גם לגבי אובדנות וסוגים שונים של מחלות נפש.

הוא התייחס אל האובדנות כהתנהגות אנטי-חברתית במופגן, ובהסתמך על נתונים אפידימיולוגיים וסוציולוגיים הראה שניתן להעמיד את ההתנהגות האנושית כתלויה מערכת של יחסי אנוש, המשפיעה על היחיד במידת הרצון או דחית החיים. לטענתו, שכיחות התופעה מאפשרת סיווג של חברות על פי תכונות סוציולוגיות של ארגון חברתי. Durkheim קישר גם בין הדת והאובדנות כשטען שלא הדוקטרינה הדתית היא זו שמונעת או דוחפת להתאבדות, אלא הארגון החברתי של הדת או מערכת הקודים שלה בקשר למידת החופש של היחיד מהארגון הדתי ומערכת הציווי שלה בהקשרים שונים התנהגותיים וערכיים. וכך גם נכון הדבר לגבי מבנה המשפחה והתחום הפוליטי. מעניין לציין שבמרוצת למעלה ממאה שנים לא חלו שינויים בממצא של Durkheim לפיו שיעור ההתאבדות בקרב נשים נמוך (פי 4 לפיו) מאשר בקרב גברים ובפרשנותו לכך: ההיזקקות הנמוכה יותר של נשים לצרכים חברתיים.

מאה שנים מאוחר יותר, שני הסוציולוגים הצרפתיים Baudelot & Establet בספרם Suicide (2008), מאשרים את התזות המרכזיות של Durkheim אך מדגישים לעומתו את מגבלות הסוציולוג בזיהוי המתאבדים בכוח. לצד זה הם מבהירים שלא הסטטיסטיקות של Durkheim התגלו כמוטעות, אלא שהחברה בת זמננו השתנתה. הכפר הקתולי, למשל, הולך ומתדלדל עקב הגירה ובשל כך החברה התומכת נחלשת, ואילו העיר מספקת לחברי אוכלוסייתה הגדלה מסגרות חברתיות חדשות תומכות (כולל אספקת המעמד והארגון הפרופסיונאלי). דהיינו, מתפתחים יחסים חדשים בין היחיד לחברה. כיום למשל, מבוגרים מתאבדים פחות ולעומתם צעירים מתאבדים יותר. מחברי הספר מבהירים שממצאי תקופת Durkheim הולמים בימינו את החברות המצויות בתהליכי שינוי שאפיינו את תקופתו, דהיינו מדינות חבר העמים וארצות אסיה.

בכל מקרה, המגמה העקבית שמסתמנת בסטטיסטיקות ההתאבדות הנמוכה של הנשים בהשוואה לגברים, לא השתנתה מאז Durkheim ועד היום (Schmidtke et al., 1999), כמו גם פרשנותה. למרות השכלתן הגוברת ומעורבותן בעולם התעסוקה בדומה לגברים, לא חל שינוי בפערי ההתאבדות המגדריים ופרשנות מקובלת לתופעה זו היא "שהנשים משוקעות יותר בחוויה אישית – בתוכן המידי של העבודה ופחות בשאיפה לכסף, כוח, ומורשת".

בתוך כך, גם היום מקובל להתייחס לאובדנות כתופעה תלויה מגדר וגיל שמושפעת מגורמים חברתיים ותרבותיים. היחס הממוצע בין השיעור הגבוה ביותר והנמוך ביותר בעולם הוא 1:102.4 לגברים, ו-1:35.8 לנשים (Schmidtke et al., 1999). התמותה השנתית המוערכת מהתאבדויות עומדת על 14.5 ל-100,000 נפש (WHO, 2002). על-פי נתוני ארגון הבריאות העולמי (חקלאי

ואחרים, 2009) שיעור ההתאבדות המתוקן לגיל ל-100,000 נפש באיחוד האירופאי בקרב זכרים הוא 16.6, ובקרב נשים הוא 4.5 (בשנת 2007). שיעור ההתאבדויות המתוקן לגיל ל-100,000 נפש בישראל הוא נמוך יחסית לאיחוד האירופאי: 9.6 בקרב זכרים (מקום 3 מלמטה מתוך 24 מדינות), ו-3.5 בקרב נשים (מקום 5) (בשנת 2005). בקרב זכרים בני 15-29, ישראל מדורגת במקום העשירי בין 24 מדינות אירופה (11.2/100,000), במקום השלישי בקרב זכרים בני 30-44 (10.4/100,000) ובמקום החמישי בקרב זכרים בני 45-59 (14.2/100,000) ובני 65+ (15.9/100,000). בקרב נשים בנות 15-29, ישראל מדורגת במקום ה-8 מבין 24 מדינות האיחוד האירופאי בשיעור ההתאבדויות (2.6/100,000), במקום ה-4 בקרב נשים בנות 30-44 (3.2/100,000), במקום ה-10 לנשים בגיל 45-59 (7.3/100,000), ובמקום ה-8 בקרב נשים בגיל 65 ומעלה (6.5/100,000).

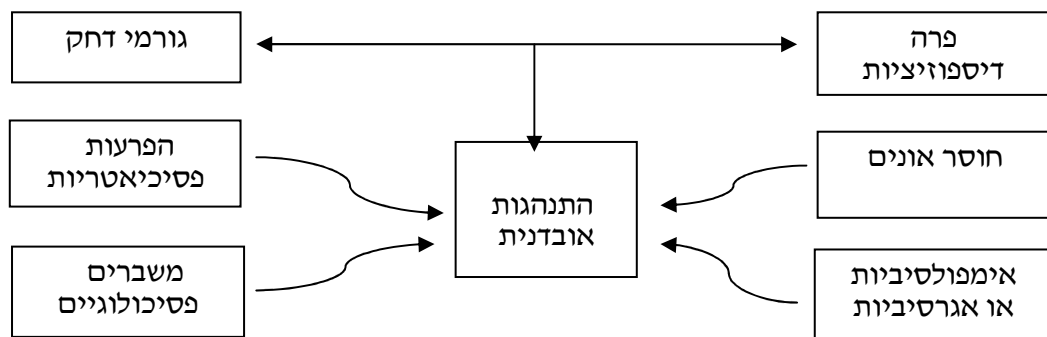
הספרות המקצועית מקשרת בין אובדנות לגורמי סיכון נירו-ביולוגיים, קליניים וחברתיים. ברמה הנירו-ביולוגית ישנן עדויות שנטייה לאובדנות קשורה במאפיינים נירולוגיים וכימיים ובקושי בויסות דחפים, שעשויים להיות תורשתיים (Cheng, 2000; Glowinski et al, 2001). ברמה הקלינית, הפרעות נפש שונות, במיוחד הפרעות מצב רוח ובהן דיכאון, הפרעות חרדה ומצוקה פסיכולוגית נמצאו קשורות לאובדנות (Schutt et al, 1994; Rihmer, 1996; Cheng, 2000; Sareen, 2005; Clayton. & Auster, 2008). קשורים לאובדנות ניתן למנות לכידות חברתית ותמיכה חברתית (Conwell et al, 2002). תמיכה חברתית עשויה אף לתווך בקשר בין אובדנות לבין אירועי חיים רווי דחק שקשורים באופן ישיר ובאופן עקיף (באמצעות מצוקה פסיכולוגית ודיכאון) לאובדנות (Cheng, 2000; Conwell et al, 2002). כמו כן נמצא שהקשר בין התנהגות אובדנית לבין אירועי חיים רווי דחק, עשוי להיות מתווך על ידי גורמים גנטיים (Cheng, 2000; Caspi et al., 2003).

אבחנה נוספת היא בין גורמי רקע (Distal Factors) לבין גורמים מידיים (Proximal Factors), כשהשילוב ביניהם עלול להוביל להתאבדות (Bursztein & Apter, 2009). בין גורמי הרקע ניתן למנות: מטען גנטי, תכונות אישיות (כמו אימפולסיביות ואגרסיה), מוגבלויות התפתחותיות (עובריות וכאלו שהתעוררו סביב הלידה), אירועי חיים טראומטיים מוקדמים והפרעות נירו-ביולוגיות (כמו אי-תפקוד סרטוניני, היפר-אקטיביות בציר ההיפותאלמוס-יותרת המוח). הללו מהווים את הרקע להתפתחות ההתנהגות האובדנית, הקשר שלהם לאובדנות אינו ישיר, והם מהווים את הסף שמגביר את הפגיעות של היחיד לגורמי סיכון מידיים ספציפיים. גורמי הסיכון המידיים הם הגורמים המזרזים הישירים להתאבדות, ומופיעים זמן קצר לפני האירוע הטראגי. הם כוללים: הפרעות פסיכיאטריות, הפרעות פיזיות (בריאות פיזית לקויה ומוגבלויות), משברים פסיכולוגיים (למשל, שכול או הופעה פתאומית של מחלה סופנית), נגישות האמצעים לביצוע ההתאבדות (למשל, הימצאות כלי נשק בבית) וחשיפה למודלים שביצעו התאבדות (מישהו מוכר, או חשיפה לאקט שכזה דרך הטלביזיה, האינטרנט או העיתונות) (Hawton & van Heeringen, 2009). קבוצות אוכלוסייה מסוימות עלולות להיות פגיעות במיוחד להשפעה של גורמים מידיים, למשל: מתבגרים שעלולים להיות פגיעים במיוחד לדחק כתוצאה מאירועי חיים רוויי דחק, כמו למשל שבר במבנה המשפחתי או חברתי.

בספרות ניתן למצוא מודלים שונים לאובדנות, אליהם ראוי להתייחס כתוספות חשובות למודל של Durkheim (1988, Jacobsson). המודלים המקובלים כיום מתייחסים לאובדנות כתאונה – מצב שמתעורר כשיש ריכוז פתאומי של גורמים שצירופם מוביל לסיטואציה האובדנית. בדרך-כלל מתקיים משחק גומלין בין הגורמים הפנימיים לאובדנות לגורמים החברתיים והתרבותיים השונים. למשל (Mann, 2003) מציע מודל בו קיימת זיקה הדדית בין גורמי דחק ונטייה מוקדמת לסבול מהפרעות קליניות מסוימות לבין התנהגות אובדנית, שממיושה מושפע מקיומם של הפרעות פסיכיאטריות, משברים פסיכולוגיים, תחושות של חוסר-תקווה ונטייה לאימפולסיביות או לאגרסיביות. (ראה לוח 1) כך, אירועי חיים רוויי דחק (גורמים חיצוניים) עלולים להוביל למצוקה פסיכולוגית ולדיכאון שבקרב אנשים עם נטייה גנטית לאובדנות (גורמים פנימיים) ותמיכה חברתית נמוכה (גורמים חיצוניים) עלול לבוא לידי ביטוי במחשבות אובדניות ובהמשך לניסיון התאבדות. האובדנות מתרחשת כשהיכולת של היחיד לשלוט במצבו לא מספיקה בכדי לשאת את המצב. חשוב לציין שמודל ה'תאונה' הוא מודל 'אופטימי', שהרי ניתן לפעול לצמצום שכיחות התאונות. מכל מקום, שני המודלים הללו מאפשרים הכללה של גורמים תרבותיים, אישיותיים וסוציו-אקונומיים, כמו גם גורמים אחרים שידועים כמשפיעים על שכיחות האובדנות בחברה.

לוח 1

מודל האובדנות של Mann (2003)



3.2 הגירה ופסיכופתולוגיה

מחקרים שונים שבים ומצביעים על הגירה כגורם סיכון להפרעות נפשיות (Zilber & Lerner, 1996; Bugra, 2000; Hjern et al., 2004; Lay et al., 2006; בהם ההגירה נחשבת אידיאולוגית כחזרה למולדת, כמו בישראל בה המהגרים, או העולים, מקבלים מיד עם עלייתם, זכויות אזרח מלאות וסל נרחב של שרותי קליטה מרשויות המדינה. הגירה נמצאה כגורם סיכון גבוה לבריאות הנפש בקרב מהגרים מהעולם הלא-מערבי, כמו אתיופים שמהגרים לישראל או לקנדה, בשל הפער התרבותי העצום בין ארץ המוצא לארץ ההגירה (Levav et al., 1990; Lerner et al., 1994; Witztum et al., 1996; Bhugra, 2003; Fenta et al., 2006; Mirsky, 2009). יש לשער שבתוך תהליכי העלייה וההסתגלות המורכבים והממושכים שעוברים יהודי אתיופיה, הם מפתחים רמת ציפיות גבוהה במיוחד, ואולי אף

אוטופית, מה שמחריף את השבר בהיתקלות עם המציאות המאכזבת בחיי היום-יום בישראל והופך אותם פגיעים יותר למשברים נפשיים.

3.3 הגירה ואובדנות

אחד הסיכונים החמורים המתלווים למשבר ההגירה עלול להיות אובדנות. הפרעות נפשיות, במיוחד הפרעות דיכאוניות (אפטר ופירשטיין, 2001), נחשבות כמנבא חזק לאובדנות. מחקרים אפידמיולוגיים שבדקו את הקשר בין הגירה לאובדנות בארצות שונות, לא מצביעים על קשר חד-משמעי (Voracek, & Loibl, 2008). אך כשמתייחסים לקשר בין אובדנות להגירה לפי ארץ המוצא, הממצאים מראים שבקרב אוכלוסיות מסוימות של מהגרים, כמו למשל: נשים ממוצא אסיאתי בארה"ב (Singh & Hiatt, 2006), נשים ממוצא הודי ופקיסטני בבריטניה (Crawford et al., 2005), פליטים אתיופים בלונדון (Palmer, 2007), עולים מברה"מ (Levev et al., 1999; Ponizovsky & Ritsner, 1998; al., 1998), ומאתיופיה לישראל (אריאלי ואחרים, 1994; Shuval et al., 2007), הסיכון נמצא כגבוה יותר בהשוואה לוותיקים.

יש מחקרים שמדווחים שמהגרים ממדינות בהן שיעורי ההתאבדות נמוכים (כגון, מדינות ערב, מדינות רבות במזרח-התיכון ובדרום-אמריקה) נוטים לשמור על שיעורי התאבדות נמוכים בארץ החדשה אליה היגרו, לעומת מהגרים ממדינות בהן שיעורי ההתאבדות גבוהים יחסית (למשל מזרח-אירופה וארצות סקנדינביה) ששומרים על נטייה זו גם בארץ החדשה (Mäkinen & Wasserman, 2001; Burvill, 1998; Morell et al., 1999).

מחקרים אחרים מדווחים כי ביחס למדינות מהן הגיעו, למהגרים שיעורי התאבדות גבוהים יותר במדינות אליהם היגרו (Merrill & Owens, 1988; Sainsbury & Barraclough, 1968; Whitlock, 1971). כמו כן, יש מחקרים שמדווחים על התמזגות שיעורי ההתאבדות של מהגרים עם שיעורי ההתאבדות של המדינות אליהן היגרו (Kliwer & Ward, 1988; Sorenson & Golding, 1988). בעוד שאחרים לא מצאו זאת (Burvill et al., 1982; Mäkinen & Wasserman, 2003).

אם נסכם את הממצאים מהמחקרים האפידמיולוגיים המגוונים שנעשו לאורך השנים, נראה כי דפוסי האובדנות מושפעים מארץ המוצא, הרקע התרבותי והכלכלי-חברתי, המצב הפסיכולוגי של המהגר לפני ההגירה, הסיבות להגירה ותהליכי ההסתגלות בארץ אשר אליה הגיע המהגר (Mäkinen & Wasserman, 2001).

בספרות ניתן למצוא הסברים שונים לתופעה. אחד ההסברים הוא שההסתגלות לתרבות החדשה עלולה להיות מוקד ל-'Acculturation Stress' ('דחק התערות'), מושג שמתייחס לתגובה הנפשית של המהגר למכלול השינויים הפיזיים, החברתיים-תרבותיים והנפשיים שעליו לעבור במסלול ההסתגלות לתרבות החדשה. 'דחק התערות' הוא אחד מההסברים שניתן לשיעורי ההתאבדות הגבוהים יותר בקרב מהגרים (Hovey, 2000; Hovey & King, 1997). הסבר אחר, שמתבסס על ממצאים בקרב מספר קבוצות מהגרים באירופה, הוא שיעורים גבוהים יותר של פסיכוזה, דיכאון והתאבדות ביחס לאוכלוסיה המקומית (Carta, Bernal, Hardoy et al.,)

(2005). Selten & Hoek (2008) מצביעים על האפשרות שבשל הרצון להימנע מסטיגמטיזציה, מהגרים מהעולם השלישי למערב, במיוחד באשפוז הראשון שלהם בארץ ההגירה, לא מקבלים את האבחנה הפסיכיאטרית הראויה, סכיזופרניה למשל, בשל משהו שהוא מעיין אפליה לטובה, שבסופו של דבר פועלת לרעתם.

הסבר נוסף נוגע בכך שאבטלה ואינטגרציה חברתית נמוכה הם גורמי סיכון לבריאות נפשית לקויה והתאבדות במהגרים (Fossion et al., 2007), כמו גם שנאת הזרים אליה נחשפים מהגרים במקומות מסוימים (Mullen & Smyth, 2004). כך למשל, מחקר שבדק את השפעת האינטגרציה החברתית של מהגרים שהתאבדו בארה"ב על פי שני מדדים – מצב משפחתי (נשוי/לא נשוי) וזמן שהות בארץ ההגירה - מצא כי מהגרים רווקים וגרושים וכן מהגרים הנמצאים זמן קצר יותר במדינה הקולטת, נמצאים בסיכון גבוה יותר להתאבדות ביחס לאוכלוסיה הכללית (Kposowa et al., 2008). אפטר ופרינשטיין (2001) קושרים בין הגירה לבין רמה סוציו-דמוגרפית נמוכה וחינוך דל שקשורים ו"תורמים" לאובדנות. על-פי גישתם, מהגרים משתייכים לקבוצת סיכון זו משום שהם חווים קשיים רגשיים ולשוניים והעדר רשת תמיכה חברתית. לפיהם, בני המהגרים שנמצאים בין שתי התרבויות (תרבות המקור של הוריהם, ותרבות ארץ ההגירה) סובלים מהפרעות בזהות ומתקשים לפתור קונפליקטים בגלל החוסר במודל תרבותי קוהרנטי. לכן, במצבי דחק הם עלולים לאמץ דרכי התנהגות של הרס עצמי, כולל התאבדויות.

נראה אם כן שבמקרה של מהגרים המודל שמתייחס לאובדנות כ'תאונה' – מצב שמתעורר כשיש ריכוז פתאומי של גורמים שצירופם מוביל לסיטואציה האובדנית, תקף. יש לראות את האובדנות בקרב מהגרים על רקע של גורמי הדחק הפועלים בתהליכי ההגירה וההסתגלות, הללו מהווים חלק מהגורמים החברתיים והתרבותיים שפועלים באינטראקציה עם הגורמים האישיים, וצירופם ברגע קריטי מסוים נחוה אצל היחיד כבלתי נסבל ולא פתיר.

3.4 מהגרים והשימוש בשרותי בריאות הנפש

בספרות יש עדות שלמרות השיעור הגבוה של מצוקות נפשיות בקרב מהגרים בהשוואה לוותיקים, שיעור השימוש בשרותי בריאות הנפש בקרב אוכלוסיות מהגרים נמוך בהשוואה לוותיקים (Steel et al., 2005; Jackson et al., 2007). כך למשל, במחקר על מהגרים ופליטים אתיופים בטורונטו (Fenta et al., 2006) נמצא שהמהגרים עם הפרעות נפשיות השתמשו פחות במובהק בשרותי הבריאות מאשר אלו שהיו בריאים מבחינה נפשית. אחד ההסברים שהמחברים מעלים לממצא הוא שהמהגרים מאתיופיה שסובלים מבעיות נפשיות מעדיפים לפנות למרפאים מסורתיים מאשר למומחי בריאות הנפש. לכן, לא רק שהמהגרים סובלים יותר מהפרעות דיכאוניות ומצויים בסיכון גבוה לאובדנות, אלא שהם גם מטופלים פחות. בכך נחסם נתיב חשוב למתן טיפול מונע, שיכול היה להפחית את הסיכון לאובדנות בקרבם.

ממצאים אלו מתיישבים עם הממצא שרק מעטים מקרב יוצאי אתיופיה בישראל שסובלים ממצוקה נפשית, בהשוואה לעולי ברה"מ לשעבר וילידי ישראל, פונים מיוזמתם לקבל טיפול במרפאות לבריאות הנפש. בנוסף נמצא שרוב המטופלים יוצאי אתיופיה שטופלו במרפאות הופנו

לטיפול על-ידי גורמי הרווחה, שאחוז גבוה יחסית מביניהם סובל מפסיכופתולוגיה קשה, ושליעיתים קרובות יותר הטיפול שהם מקבלים הוא טיפול תרופתי (יונגמן ואחרים, 2008). נראה שההבדלים בדפוסי השימוש במרפאות לבריאות הנפש שנמצאו בין עולי אתיופיה, עולי ברה"מ לשעבר וילידי ישראל, משקפים גורמים תרבותיים, במיוחד המשגה שונה של בעיות נפשיות וההתמודדות עמן, כמו גם חוסר התאמה של השירותים למאפיינים התרבותיים הייחודיים של אוכלוסיית המהגרים מאתיופיה. אפשר שההבדלים מצביעים גם על חוסר מודעות מצד ילידי אתיופיה לעצם קיומם של שרותי בריאות הנפש הקהילתיים, על חוסר אמון לגבי התועלת שאפשר להפיק מהשימוש בהם, על נזק אפשרי, ועל סטיגמה טעונה שקיימת בקהילה למי שנזקק לשירותי בריאות הנפש.

3.5 אובדנות באתיופיה

מידע מבוסס מחקרית על התנהגות אובדנית באתיופיה הוא מצומצם ביותר, וכנראה שבשל מגבלות ברישום האוכלוסין, הוא לא מבוסס על שיעורים כלל ארציים. בנוסף, כמעט ולא קיימים נתונים רשמיים על אובדנות במדינות אפריקה השונות, כך שקשה להשוות את נתוני האובדנות שפורסמו באתיופיה לנתוני האובדנות באפריקה (WHO, 2002; Hawton & van Heeringen, 2009).

Jacobsson (1985), ביצע ניתוח רטרוספקטיבי של תיקים רפואיים בבית חולים כללי במערב אתיופיה ומצא כי בין השנים 1966 ו-1972 היו 27 מקרים של התאבדות ו-26 מקרים של ניסיונות התאבדות. השיעור אשר חושב להתאבדות נע בין 3 ל-11 ל-100,000 לשנה וממוצע של 4.5 ל-100,000 לשנה, ממוצע גבוה מזה שעליו מדווח מארצות אחרות באפריקה. לא נמצא הבדל בין גברים ונשים, וקבוצת הסיכון הגבוהה היא בקרב בני 19-24, כשרובם מתאבדים בתליה. מחקר רטרוספקטיבי נוסף של 50 מקרי הרעלה של חומרי הדברה בבית חולים באדיס-אבבה, במהלך תקופה של 6 שנים, הראה כי 94% מהמקרים היו ניסיונות התאבדות (Abebe, 1991). מחקר אחר שנערך בקרב תלמידים בתיכון באדיס אבבה דיווח כי 14.3% ניסיונות התאבדות בוצעו בקרב התלמידים (Kebede & Ketsela, 1993).

שני מחקרים המבוססים על מדגמים קהילתיים- באדיס אבבה ובחבל בוטז'ירה, בסוף שנות ה-90, מספקים מידע עדכני יותר על אובדנות באתיופיה. במחקר שנערך בבוטז'ירה (Alem et al., 1999) ואדיס אבבה (Kebede et al., 1999) נמצא כי 3.2% ו-0.9% בהתאמה מבני 15 ומעלה דיווחו על ניסיון אובדני כלשהו במהלך חייהם. אחוז זה נמצא בטווח המדווח לגבי אחוזי ניסיונות אובדניים במהלך החיים בקרב מבוגרים (1.1% עד 4.3%) בעולם. לרוב, הניסיונות בוצעו בגילאי 15-24, כשהשכיחות לאחר מכן יורדת.

חשוב לציין כי השיטות שמשמשות לניסיונות האובדניים ולהתאבדויות באתיופיה הן קטלניות במיוחד: הרעלה באמצעות חומרי הדברה הייתה השיטה המועדפת ע"י נשים שניסו להתאבד, לעומת תלייה בקרב גברים. ההבדל בין גברים לנשים בכמות הניסיונות האובדניים לא היה משמעותי (Alem et al., 1999; Kebede et al., 1999). במחקר בבוטז'ירה נמצא קשר בין מצוקה נפשית עכשווית ושתייית אלכוהול לבין ביצוע ניסיון אובדני. כמו כן, קונפליקטים משפחתיים (בעיקר על-ידי נשים) ועוני (בעיקר על-ידי גברים) צוינו לעיתים קרובות כסיבות

לביצוע הניסיון האובדני. בעיות נפשיות ניתנו כסיבות לניסיון האובדני ע"י נשים וגברים באופן שווה רק ב-4.5% מהמקרים. ככל הנראה מדובר בבעיות נפשיות חמורות כפסיכוזה, שכן רק מחלות כאלה נתפסות כמחלות נפש (IBD) בתרבות האתיופית. יש להניח כי בחלק מן המקרים בהם דווח על קשיים ביחסים מדובר למעשה במיסוך של דיכאון (Alem et al., 1999).

מחקר רטרוספקטיבי אחר נערך על-ידי Abdulreshid (1999) ועסק בהתאבדויות, ניסיונות אובדניים, והרעלה כתוצאה מתאונה (Accidental Poisoning) בקרב האוכלוסייה הכללית של בני 15 ומעלה באדיס-אבבה במהלך 15 שנים, בין השנים 1974 ל-1988, מציג תמונה קצת שונה. המספרים הגולמיים שנמצאו הם: 12.71 ו-2.45 (ל-100,000) לגברים ולנשים בהתאמה, בממוצע ל-15 שנים. ההבדלים בין גברים ונשים היו מובהקים. יחס השיעור הממוצע הוא 1:5.19. מעבר למינים, והשיעור הגולמי הממוצע ל-100,000 היה 7.76. השיטה השכיחה להתאבדות הייתה תליה וחק (70.2%). במקום השני טביעה (15.3%), ובמקום השלישי שתיית רעל (7.5%). הממוצע התקני לניסיונות התאבדות היה 74.85 לגברים ו-25.93 לנשים, כשההבדלים נמצאו כמובהקים. במהלך 15 השנים שאחריהם עקב המחקר, 83.91% התרחשו בקבוצת הגיל של 15-44, כשלגברים שיעור גבוה במיוחד (122.03).

לסיכום, נראה אם כן שעולי אתיופיה באים מחברה שבה שיעורי האובדנות אינם חורגים מהמקובל בחברות (מסורתיות) אחרות בעולם, וגם גורמי הסיכון (מין וגיל) דומים לאלו שמוצאים בחברות אחרות. המתודה השכיחה לביצוע ההתאבדות היא תליה אצל גברים והרעלה אצל נשים. אחוז הניסיונות האובדניים נמצא אף הוא בטווח אחוזי ניסיונות אובדניים במהלך החיים בקרב מבוגרים בעולם, וקבוצת הסיכון דומה למה שמוצאים בחברות אחרות.

3.6 אובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל

למיטב ידיעתנו, בספרות המקצועית פורסמו מעט מאד מחקרים בנוגע לאובדנות בקרב יוצאי אתיופיה מחוץ לאתיופיה (Palmer, 2007). שני המחקרים שפורסמו נערכו בלונדון והם מצביעים על שיעור גבוה של התאבדות ופגיעה עצמית בקרב פליטים אתיופים בלונדון; שיעור ההתאבדויות מוערך כגבוה פי 4 מהממוצע בלונדון, וכגבוה גם בהשוואה לממוצע בקהילות אפריקאיות אחרות שבאות מרקע גיאוגרפי דומה (Palmer, 2007; Papadopoulos et al., 2003). קבוצת הסיכון היא של גברים בודדים. האמצעים השכיחים לביצוע ההתאבדות הם קפיצה ממקום גבוה, הרעלה וטביעה. גורמי הפגיעות המדווחים הם מעיקרם גורמים חברתיים בצירוף עם אירועי חיים רווי דחק, למשל, חיים בתוך מחסור ועוני בצל איום מתמיד של גירוש מאנגליה בחזרה לאתיופיה, והעדר קשר עם שרותי בריאות הנפש.

בכל שנוגע לעולים מאתיופיה לישראל, הממצאים שמצויים בספרות מספקים תמונה אפידמיולוגית חלקית בלבד לגבי אובדנות בקהילה (אריאלי ואחרים, 1994; שטיין ואחרים, 2005; Shuval et al., 2007; Lubin et al., 2001); ולגבי הגורמים הפסיכולוגיים והתרבותיים הייחודיים של תופעת האובדנות, כפי שהם נתפסים על-ידי בני הקהילה (לובין ואחרים, 2007). יחד עם זאת, הממצאים החלקיים מעידים שהמצב חמור במיוחד. כך למשל: ב-1984 שיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה היה 100,000:25 שעה ששיעור ההתאבדות הלאומי היה נמוך

בהרבה, 100,000:6 (Shuval et al., 2007). אריאלי ואחרים (1994), מדווחים שבין השנים 1983-1992 שיעורי ההתאבדות של העולים מאתיופיה היו גבוהים בהרבה בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל. נתונים אלו בולטים במיוחד על רקע הממצא כי שיעורי ההתאבדות בקרב העולים מברח"מ לשעבר גבוהים רק במעט ביחס לאוכלוסייה הכללית בישראל (Ponizovsky et al., 1998).

באשר לגורמי הסיכון לאובדנות בקרב יוצאי אתיופיה, גם בהקשר זה התמונה המצויה בידנו לא ממש ברורה ולא מספקת. אריאלי ואחרים (1994), מצאו אחוז גבוה של גברים, של מבוגרים צעירים ואנשים עם אי-שביעות רצון מהחיים בישראל בקרב המתאבדים. הסיבה השכיחה להתאבדות בקרב גברים הייתה בעיות בנישואין, ובקרב נשים אכזבה מהמוסדות. החוקרים טוענים שאפשר ואחד מגורמי הסיכון הוא הדחק בקרב גברים נשואים יוצאי אתיופיה, שעקב ההגירה חווים ירידה חדה במעמד במשפחה. שובל ואחרים (2007), מציעים גורם סיכון נוסף, הפער התרבותי והטכנולוגי בין החיים באתיופיה לישראל, פער שמקשה מאד הן על הסתגלות העולים והן על זיהוי הסינדרומים הקליניים על-ידי הקולטים.

בבדיקה של הנתונים הנוגעים לילדים ובני נוער יוצאי אתיופיה בעשור 1990-2000, כהן ווולמן (2006) מדווחות שחלקם של יוצאי אתיופיה מאוכלוסיית המתאבדים הוא 2.56%, בעוד שחלקם באוכלוסייה הכללית של בני הגיל הוא כ-1.3%, ייצוג כפול מחלקם באוכלוסייה.

אדלשטיין (2005), שערך לבקשת המשרד לקליטת העלייה מחקר גישוש בנושא אובדנות בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה המבוסס על דיווח עצמי של 62 בני נוער בגילאי 12-18, מדווח שבשנים 1996-2000, יוצאי אתיופיה היוו 5.2% מכלל המתאבדים בקרב צעירים בני 15-24 שהתאבדו, שחלקם באוכלוסיית זו היה רק 1.75%. אדלשטיין מציין שבני נוער יוצאי אתיופיה נתונים במצבי סיכון יותר מבני מגזרים אחרים בחברה הישראלית, כולל עולים בני קהילות אחרות. כתוצאה מכך נמצא ייצוג יתר של בני העדה, יחסית לחלקם באוכלוסייה בנשירה מביה"ס ובשימוש בסמים. המחקר מצא ששכיחות המחשבות וניסיונות ההתאבדות בולטת יותר אצל הבנות. שיעור המחשבות וניסיונות ההתאבדות גבוה יותר בקרב הנוער המנותק ממסגרת ביה"ס ובקרב בני נוער הנמצאים במעבר בין מסגרות. שימוש בולט יותר בחומרים פסיכו-אקטיביים, בעיקר באלכוהול נעשה בקרב הנוער המנותק ומעמיד אותו בסיכון לאובדנות. המחקר מצא גם קשר בין התנהגות אובדנית לחוסר היות ההורים כתובת לפנייה לעזרה, או לתפיסת ההורים כחסרי יכולת לסייע ולתמוך בעת משבר (שם). ממצאים אלה דומים לידוע בספרות המקצועית על גורמי הסיכון לאובדנות בבני נוער בכלל.

לסיכום, הנתונים החלקיים המצויים בידנו מצביעים על מגמה לפיה העולים מאתיופיה מצויים בסיכון גבוה לאובדנות. גורמי הסיכון הספציפיים לאובדנות בקרבם שמדווחים בספרות כלליים ולא מספיק ממוקדים. השימוש המועט שלהם בשרותי בריאות הנפש האמבולטוריים בצירוף הסינדרומים הקליניים תלויי התרבות המוצגים על-ידם, לא תמיד מובנים לקולטים, ומקשים על נקיטת צעדים למניעת האובדנות.

4. נתוני אובדנות – משרד הבריאות

פרק זה נועד לתאר את שכיחות האובדנות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל, לעומת אוכלוסיות אחרות בארץ, ולחפש גורמי סיכון לאובדנות, כמו גיל, מין, סטאטוס משפחתי וכדומה. הנתונים שיוצגו מתבססים על נתונים שסופקו לנו על-ידי ציונה חקלאי ואחרים משרותי מידע ומחשוב, תחום מידע, שבמשרד הבריאות, על היקף האובדנות בקרב עולי אתיופיה בישראל בין השנים 1981-2005. בנוסף, השתמשנו בפרסומים 'אובדנות בישראל 2008', ו'אובדנות בישראל 2009'.

המידע על התאבדויות מבוסס על קובץ סיבות המוות בהתאם לנוהל הרישום של סיבת המוות בהודעת הפטירה, קובץ שמעודכן באופן שוטף על-יד הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. בנוסף, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מעדכנת את סיבות המוות ממקורות נוספים, ומשרד הבריאות מקבל דיווח שוטף על התאבדויות, בעיקר מהמכון לרפואה משפטית, המועבר ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה לעדכון סיבות המוות.

הנתונים על ניסיונות התאבדות מגיעים למשרד הבריאות מהמחלקות לרפואה דחופה בבתי חולים לאשפוז כללי הפזורים בכל רחבי ארץ, בהתאם לנוהל המחייב של "ניהול התערבות/טיפול ודיווח – ניסיונות אובדניים" משנת 1995. יש להניח שהמידע על ניסיונות אובדניים בקרב יוצאי אתיופיה בישראל נמוך משיעורם בפועל, בשל ההימנעות של עולי אתיופיה לפנות לעזרה מקצועית בתחום בריאות הנפש, כך שמן האפשר שחלק מהניסיונות האובדניים טופלו בקהילה, לא הגיעו למחלקות לרפואה דחופה בבתי החולים הכלליים ולפיכך אינם כלולים בנתונים.

4.1 התאבדויות

4.1.1 היקף התופעה

בין השנים 1981-2005 התאבדו 234 יוצאי אתיופיה, 174 זכרים ו- 60 נקבות (לוח 2).

לוח 2

התאבדויות של עולי אתיופיה 1981-2005, בני 15 ומעלה, מספרים מוחלטים

שנה	סה"כ	זכרים	נקבות
1981-1995	81	52	29
1996	9	8	1
1997	13	10	3
1998	16	12	4
1999	5	5	
2000	10	7	3
2001	11	9	2
2002	13	12	1
2003	16	12	4
2004	27	22	5
2005	33	25	8
סה"כ 1981-2005	234	174	60

כדי להשוות את היקף התופעה בין קבוצות שונות מקרב יוצאי אתיופיה, חישבנו שיעורים ל-100,000 נפש. כצעד ראשון השוונו את שיעורי ההתאבדות לפי גיל, מין ושנת ההתאבדות (לוח 3). מצאנו שבשנים 1997 עד 1999 שיעור התאבדויות היה גבוה יותר בקרב בני 45 ומעלה, ובשנים שלאחר מכן המגמה התהפכה, והשיעורים היו שווים או גבוהים יותר בקרב הצעירים. הייתה ירידה הדרגתית בהיקף התופעה בין השנים 1997 לשנת 2000, ולאחר מכן נמצאה עלייה הולכת וגדלה בהיקפה. בכל השנים, ומעבר לגילים, הגברים עולי אתיופיה מתאבדים יותר מהנשים. באשר לקבוצת הסיכון בקרב הגברים, כמו באוכלוסייה סה"כ עד לשנת 1999 בני 45+ היוו קבוצת סיכון גבוהה, והחל משנת 2000 עד 2004 זכרים בני 15-24 היוו את קבוצת הסיכון הגבוהה. לגבי הנשים, מספר ההתאבדויות קטן מדי כדי לחשב שיעורים לפי גיל ושנת התאבדות.

לוח 3

אובדנות בקרב עולי אתיופיה לפי גיל ומין 1997-2005,
בני 15 ומעלה, שיעור ל- 100,000. ממוצע נע תלת שנתי

+65		45-64		25-44		15-24		סה"כ		שנה/גיל
r	n	r	n	r	n	r	n	**r	*n	
סה"כ זכרים ונקבות										
64.8	1	65.2	5	24.9	3	21.8	4	34.4	13	1997
70.2	6	45.9	4	16.1	2	22.8	4	28.7	16	1998
66.7	1	28.7		14.9	2	21.6	2	24.5	5	1999
..	1	27.0	2	13.7	3	22.8	4	19.4	10	2000
..	-	25.4	4	20.0	2	30.0	5	23.9	11	2001
..	1	27.8		21.9	6	34.8	6	26.6	13	2002
..	1	18.6	3	37.3	5	43.0	7	35.1	16	2003
..	2	40.9	2	40.4	13	56.0	10	44.1	27	2004
	1		7	46.4	11	67.4	14	46.1	33	2005
זכרים										
98.0	1	105.3	3	39.0	2	33.4	4	53.5	10	1997
111.1	4	69.3	4	27.2	2	35.6	2	45.0	12	1998
103.8	1	47.3	-	21.1	2	33.7	2	37.6	5	1999
..	1	..	1	19.9	1	40.2	4	31.1	7	2000
..	-	..	3	30.1	2	54.2	4	39.5	9	2001
..	1	41.2	-	38.5	5	59.7	6	44.0	12	2002
..	-	..	2	58.0	4	75.8	6	57.8	12	2003
..	2	50.7	2	65.0	9	65.0	9	69.9	22	2004
	1		3	73.3	9	113.1	12	73.5	25	2005
נקבות										
..		..	2	..	1	..		14.6	3	1997
..	2	..		..		..	2	11.9	4	1998
..		..		..		..		11.1		1999
..		..	1	..	2	..		7.5	3	2000
..		..	1	..		..	1	8.4	2	2001
..		..		..	1	..		9.3	1	2002
..	1	..	1	18.0	1	..	1	12.5	4	2003
..		33.3		19.5	4	..	1	20.0	5	2004
			4	(20.6)	2	(18.4)	2	(18.2)	8	2005

.. מספר מקרים קטן להצגה.

* המספר מתייחס לשנה עצמה

** המספר מתייחס לשלוש שנים: השנה של אותה שורה, שנה קודמת והשנה הבא

4.1.2 השוואה בין עולי אתיופיה לעולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים²

השווינו את שיעורי ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה, עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים בשנים 1997-2005 (לוחות 4-6) (ציונה חקלאי ואחרים, אובדנות בישראל, 2009). מצאנו שבכל השנים שיעורי ההתאבדות של עולי אתיופיה גבוהים מאלו של עולי ברה"מ לשעבר ומאלו של ויהודים ואחרים ללא עולים, כשהשיעורים אצל עולי ברה"מ לשעבר קצת יותר גבוהים מאשר השיעורים בקרב יהודים ואחרים ללא עולים, אבל הרבה יותר קטנים מאשר אצל עולי אתיופיה; למשל, בשנת 2005 השיעורים ל-100,000 נפש היו 7 אצל יהודים ואחרים ללא עולים, 12 אצל עולי ברה"מ לשעבר ו-46 אצל עולי אתיופיה (לוח 4).

בניגוד לעולי אתיופיה, בקרב שתי האוכלוסיות הללו, לא נמצאו הבדלים בשיעורי ההתאבדות מעבר לשנים. אצל הזכרים עולי ברה"מ לשעבר, ניכרת נטייה הפוכה מזו שראינו אצל עולי אתיופיה: עלייה בשיעורי ההתאבדות בין 1997 ל-2000, וירידה בין 2001 ל-2005. יחד עם זאת מדובר בנטייה בסדר גודל שולי בהשוואה לזו של עולי אתיופיה: בין 1997 ל-2000 אצל עולי אתיופיה יש ירידה בשיעור ל-100,000 נפש מ-61 ל-30, כשבקרב עולי ברה"מ העלייה היא מ-19 ל-25, ובין 2001 ל-2005, העלייה מ-37 ל-64 אצל עולי אתיופיה והירידה מ-24 ל-20 אצל עולי ברה"מ לשעבר. ראוי לציין שעיקר ההבדל בין קבוצות האוכלוסייה הוא בקרב הגברים (לוח 4).

לוח 4

התאבדויות של עולי אתיופיה, עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים, 1997-2005, בני 15 ומעלה.
שיעור מתוקן לגיל* ל-100,000 נפש, ממוצע תלת-שנתי

שנה	סה"כ			זכרים			נקבות		
	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים
1997	39.2	10.8	8.0	61.4	18.8	12.7	(16.3)	3.9	3.7
1998	32.3	11.0	8.4	50.9	19.2	13.6	(13.6)	3.8	3.5
1999	27.0	11.9	8.2	41.9	21.3	13.1	(12.2)	3.7	3.6
2000	19.4	13.6	8.2	30.4	25.2	13.3	(8.2)	3.5	3.4
2001	23.0	13.0	8.1	37.0	24.1	13.0	(8.8)	3.4	3.6
2002	25.4	12.6	8.0	40.9	22.4	13.2	(10.1)	3.8	3.1

² כאמור, קבוצה זו כוללת יהודים, נוצרים לא ערבים ואוכלוסייה ללא סיווג דת, ללא עולי ברה"מ לשעבר שעלו משנת 1990 ועולי אתיופיה שעלו משנת 1980.

3.3	4.1	(12.4)	12.9	21.5	53.3	7.9	12.3	32.9	2003
3.2	5.2	(20.8)	12.3	21.1	65.1	7.6	12.7	43.1	2004
3.5	4.6	(18.2)	10.7	20.5	73.5	7.0	12.0	46.1	2005

* אוכלוסיית ישראל בשנת 1996 נקבעה כאוכלוסיית התקן
() מבוסס על פחות מ- 20 מקרים

בלוחות 5 ו- 6 השונו את שיעורי ההתאבדות בשלושת קבוצות האוכלוסייה הנ"ל, לוח לבני 15-24 (לוח 5) ולבני 25-44 (לוח 6) ומצאנו את אותה נטייה בשתי הקבוצות, כלומר, שיעור ההתאבדות הנמוך ביותר נמצא בקרב יהודים ואחרים ללא עולים, שיעור קצת יותר גבוה בקרב עולי ברה"מ לשעבר ושיעור הרבה יותר גבוה אצל עולי אתיופיה. למשל, בשנת 2005, בגילאים 15-24 השיעורים היו 5, 12, ו- 67 בהתאמה.

לוח 5

התאבדויות של עולי אתיופיה עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים, 1996-2005, בני 15-24.

שיעור מתוקן לגיל* ל- 100,000 נפש, ממוצע תלת-שנתי

נקבות			זכרים			סה"כ			שנה
יהודים ואחרים ללא עולים	ברה"מ לשעבר	אתיופי	יהודים ואחרים ללא עולים	ברה"מ לשעבר	אתיופי	יהודים ואחרים ללא עולים	ברה"מ לשעבר	אתיופי	
2.0	..	..	9.6	16.6	(33.4)	5.9	9.5	(21.8)	1997
1.9	..	..	11.1	17.6	(35.6)	6.6	10.0	(22.8)	1998
2.1	..	..	10.6	21.4	(33.7)	6.5	12.0	(21.6)	1999
(1.7)	..	..	11.2	24.2	(40.2)	6.6	13.3	(22.8)	2000
2.3	..	..	10.0	24.0	(54.2)	6.2	13.2	(30.0)	2001
(1.7)	(2.5)	..	9.7	23.3	(59.7)	5.8	13.0	(34.8)	2002
2.1	(2.5)	..	8.6	23.1	75.8	5.4	12.9	43.0	2003
(1.6)	(3.5)	..	8.8	22.3	94.7	5.3	13.0	56.3	2004

2.6	(3.0)	(18.4)	7.9	20.3	113.1	5.3	11.8	67.4	200
									5

*אוכלוסיית ישראל בשנת 1996 נקבעה כאוכלוסיית התקן
 .. פחות מ- 5 מקרים
 () מבוסס על פחות מ- 20 מקרים.
 מתוך : ציונה חקלאי ואחרים, אובדנות בישראל, 2009.

לוח 6

התאבדויות של עולי אתיופיה עולי ברה"מ לשעבר ויהודים ואחרים ללא עולים, 1996-2005, בני 25-44.
שיעור מתוקנן לגיל* ל- 100,000 נפש, ממוצע תלת-שנתי

שנה	סה"כ			זכרים			נקבות		
	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים	אתיופי ה	ברה"מ לשעבר	יהודים ואחרים ללא עולים
1997	(24.9)	11.2	6.7	(39.0)	20.1	10.4	..	(3.4)	3.1
1998	(16.1)	11.4	7.1	(27.2)	20.6	11.6	..	(3.1)	2.8
1999	(14.9)	11.6	7.3	(21.1)	21.7	12.0	..	(2.6)	2.7
2000	(13.7)	14.2	7.1	(19.9)	27.1	11.7	..	(2.4)	2.6
2001	(20.0)	13.8	7.5	(30.1)	26.8	11.7	..	(2.1)	3.3
2002	(21.9)	12.9	7.0	(38.5)	24.3	11.2	..	(2.5)	2.9
2003	37.3	12.7	7.0	(58.0)	23.6	10.9	(18.0)	(2.7)	3.2
2004	41.6	12.8	6.1	65.0	22.3	9.7	(19.5)	(4.2)	2.6
2005	46.4	12.6	5.6	73.3	21.9	8.6	(20.6)	(4.1)	2.7

*אוכלוסיית ישראל בשנת 1996 נקבעה כאוכלוסיית התקן
 .. פחות מ- 5 מקרים
 () מבוסס על פחות מ- 20 מקרים.
 מתוך : ציונה חקלאי ואחרים, אובדנות בישראל, 2009.

4.1.3 התאבדויות בקרב עולי אתיופיה לפי תקופת עלייתם

בשלב הבא השווינו את שיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה בין אלו שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו אחרי 1990 (לוח 7) לא נמצא הבדל משמעותי בין שתי התקופות, גם כשמפלחים את האוכלוסייה לפי גיל ההתאבדות וגם כשמפלחים את האוכלוסייה לפי גיל ומין.

לוח 7

התאבדויות של עולי אתיופיה לפי תקופת עלייה (לפני 1990 ומ-1990 עד 2005)
 בני 15 ומעלה
 שיעור ל- 100:00 נפש, ממוצע נע תלת שנתי

+45		15-44		סה"כ		שנת עליה/ גיל
r	n	r	n	r	n	
סה"כ זכרים ונקבות						
(32.6)	14	29.9	35	30.6	49	לפני 1990
36.9	29	31.1	70	32.6	99	1990 ואילך
36.2	43	31.8	105	33.0	148	סה"כ
זכרים						
(55.8)	11	53.0	32	53.7	44	לפני 1990
51.1	20	50.1	56	50.3	76	1990 ואילך
52.8	32	52.2	88	52.4	120	סה"כ
נקבות						
..	2	..	3	(6.3)	5	לפני 1990
(22.8)	9	(12.3)	14	15.0	23	1990 ואילך
(19.6)	11	(11.1)	17	13.4	28	סה"כ

() מבוסס על פחות מ- 20 מקרים
 .. מספר מקרים קטן להצגה
 סה"כ אינו כולל מקרים ששנת העלייה שלהם אינה ידועה.

בהמשך השווינו את שיעור ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה לפי גיל ולפי זמן שעבר מהעלייה בין השנים 1981 – 2005 (לוח 8). מצאנו ששיעור ההתאבדויות בקרב אלה שמעל 5 שנים ויותר בארץ היה הגבוה ביותר בקרב הצעירים בני 15-24 והמבוגרים בני 65+, והנמוך ביותר בקרב בני 25-64. רואים נטייה הפוכה בקרב אלו שנמצאים פחות מ- 5 שנים בארץ, כלומר אחוז ההתאבדויות הקטן ביותר הוא בקרב בני 15-24 ובקרב המבוגרים בני 65+, והגבוה ביותר בקרב בני 25-64. בקרב אלו שנמצאים פחות משנה בארץ, אין הבדלים בולטים בין קבוצות הגיל. הדברים הללו מקבלים משנה תוקף כשמתבוננים על ההתפלגויות בקרב הגברים. אצל נשים התמונה פחות חד משמעית.

לוח 8

התאבדויות של עולי אתיופיה לפי זמן שעבר מהעלייה, 1981-2005 בני 15 ומעלה, אחוזים

זמן מהעלייה/גיל	סה"כ	15-24	25-44	45-64	65+
סה"כ זכרים ונקבות					
פחות משנה	3.1	2.6	3.7	4.0	
1-2 שנים	11.8	7.8	16.1	12.0	10.0
3-4 שנים	11.8	7.8	12.4	18.0	10.0
5+ שנים	73.2	81.8	67.9	66.0	80.0
סה"כ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
זכרים					
פחות משנה	2.9	3.0	3.6	2.9	
1-2 שנים	9.4	7.5	10.9	11.4	7.1
3-4 שנים	12.3	7.5	12.7	22.9	7.1
5+ שנים	75.4	82.1	72.7	62.9	85.7
סה"כ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
נקבות					
פחות משנה	3.5		3.9	6.7	
1-2 שנים	19.3	10.0	26.9	13.3	16.7
3-4 שנים	10.5	10.0	11.5	6.7	16.7
5+ שנים	66.7	80.0	57.7	73.3	66.7
סה"כ	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

4.1.4 אופן ביצוע ההתאבדות

בדקנו את אופן ביצוע ההתאבדות והשווינו בין עולי אתיופיה שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו מ-1990 ואילך (לוח 9). מצאנו שאופן ביצוע ההתאבדות השכיח ביותר הוא תליה וחנוק, כ- 2/3 מההתאבדויות מעבר לתקופת העלייה. האחוז הכי גבוה נמצא בקרב נשים שעלו לפני 1990 (71%). הגברים השתמשו בנשק לסוגיו כאמצעי השני בשכיחותו לביצוע ההתאבדות. בקרב אלו שעלו ב-1990 ואילך אחוז הגברים שהתאבדו באמצעות נשק היה גבוה יותר מאשר שקרב אלו שעלו לפני 1990, כשהאחוז של העולים שעשה שימוש בקפיצה (ממקום גבוה) לצורך ההתאבדות היה גבוה יותר בין אלו שעלו לפני 1990. כדאי לציין שאחוז גבוה של נשים (20%) התאבדו כשאופן הביצוע של ההתאבדות היה אחר מתליה, נשק או קפיצה³.

³ לדברי האינפורמנטים עמם שוחחנו, מדובר למשל בשיסוף הגרון.

לוח 9

התאבדויות של עולי אתיופיה בשנים 1981-2005 לפי שנת עלייה ואופן ביצוע בני 15 ומעלה, מספרים מוחלטים, אחוזים.

אחוזים			מספרים מוחלטים			שנת עלייה/ אופן ביצוע
1990 ואילך	לפני 1990	סה"כ	1990 ואילך	לפני 1990	סה"כ	
סה"כ זכרים ונקבות						
0.8		0.4	1		1	הרעלה
64.8	66.0	65.8	83	66	154	תליה, חנק
15.6	11.0	13.2	20	11	31	נשק לסוגיו
5.5	9.0	7.3	7	9	17	קפיצה מגובה
13.3	14.0	13.2	17	14	31	אחר
100.0	100.0	100.0	128	100	234	סה"כ
זכרים						
						הרעלה
64.2	64.5	64.4	61	49	112	תליה, חנק
21.1	14.5	17.8	20	11	31	נשק לסוגיו
4.2	9.2	6.9	4	7	12	קפיצה מגובה
10.5	11.8	10.9	10	9	19	אחר
100.0	100.0	100.0	95	76	174	סה"כ
נקבות						
3.0		1.7	1		1	הרעלה
66.7	70.8	70.0	22	17	42	תליה, חנק
						נשק לסוגיו
9.1	8.3	8.3	3	2	5	קפיצה מגובה
21.2	20.8	20.0	7	5	12	אחר
100.0	100.0	100.0	33	24	60	סה"כ

4.2 ניסיונות התאבדות

4.2.1 היקף התופעה

בין השנים 1999-2007 היו 402 ניסיונות התאבדות בקרב יוצאי אתיופיה, 172 זכרים ו- 230 נקבות (לוח 10).

לוח 10

ניסיונות התאבדות של עולי אתיופיה 1996-2007, בני 15 ומעלה, מספרים מוחלטים

שנה/גיל	סה"כ	10-14	15-24	25-44	45-64	+65
סה"כ זכרים ונקבות						
1999	25	4	13	6	1	1
2000	37	1	25	9	2	
2001	25	1	13	10	1	
2002	49	4	33	12		
2003	43	4	22	13	2	2
2004	53	2	27	18	5	1
2005	48	2	32	11	2	1
2006	59	3	35	18	3	
2007	63	1	35	20	4	3
סה"כ	402	22	235	117	20	8
זכרים						
1999	10	1	5	2	1	1
2000	16		9	7		
2001	11		7	3	1	
2002	19		11	8		
2003	19	1	11	7		
2004	20		9	9	1	1
2005	23		13	7	2	1
2006	24	1	11	9	3	
2007	30	1	16	10	2	1
סה"כ	172	5	92	61	10	4
נקבות						
1999	15	3	8	4		
2000	21	1	16	2	2	
2001	14	1	6	7		
2002	30	4	22	4		
2003	24	3	11	6	2	2
2004	33	2	18	9	4	
2005	25	2	19	4		
2006	35	2	24	9		
2007	33		19	10	2	2
סה"כ	230	18	143	55	6	4

כשחישבנו את שיעור ניסיונות ההתאבדות של עולי אתיופיה ל- 100,000 נפש (לוח 11), מצאנו שיש עלייה עקבית בשיעור ניסיונות ההתאבדות לאורך השנים, מ- 56 בשנים 1999-2001 ל- 82 בשנים 2005-2007, במיוחד בקרב בני 15-24. כדאי לציין שבניגוד לשיעורי ההתאבדות שהיו יותר גבוהים בקרב הזכרים, שיעורי ניסיונות ההתאבדות גבוהים יותר בקרב הנקבות. כמו כן, חשוב

לציין שבקרב נקבות בנות 10-14 היה מספר לא מבוטל של ניסיונות התאבדות (15 מקרים!), לעומת 2 אצל הבנים באותה התקופה.

לוח 11

ניסיונות התאבדות של עולי אתיופיה לפי גיל ומין 1999-2007, בני 10 ומעלה, שיעור ל- 100,000 נפש, ממוצע תלת שנתי

+45		25-44		15-24		10-14		סה"כ		שנה/גיל
r	n	r	n	r	n	r	n	r	N	
סה"כ זכרים ונקבות										
(14.3)	2	49.0	9	105.5	25	(28.4)	1	56.0	37	2000
..	1	56.3	10	142.1	13	(28.2)	1	68.0	25	2001
(12.7)		58.9	12	131.6	33	(43.1)	4	68.3	49	2002
(23.9)	4	66.9	13	153.4	22	(50.1)	4	80.8	43	2003
(29.3)	6	60.3	18	147.1	27	(42.3)	2	76.6	53	2004
(25.5)	3	62.2	11	166.7	32	(38.9)	2	81.2	48	2005
(26.0)	3	60.1	18	178.2	35	(34.2)	3	82.4	59	2006
זכרים										
		(47.7)	7	84.4	9			47.3	16	2000
..	1	(67.7)	3	104.4	7			56.2	11	2001
		(63.1)	8	108.2	11			57.2	19	2002
		77.3	7	111.9	11	..	1	64.6	19	2003
(22.7)	2	67.9	9	115.8	9			65.9	20	2004
(34.3)	3	67.9	7	113.1	13			68.0	23	2005
(36.5)	3	65.3	9	134.8	11	..	1	74.7	24	2006
נקבות										
..	2	(49.9)	2	127.7	16	(48.8)	1	64.7	21	2000
		(45.5)	7	183.6	6	(57.7)	1	79.7	14	2001
		(55.0)	4	158.0	22	(78.5)	4	79.4	30	2002
(37.9)	4	(57.1)	6	199.2	11	(92.8)	3	97.0	24	2003
(35.7)	4	(52.9)	9	181.1	18	(76.1)	2	87.2	33	2004
		56.7	4	224.3	19	(68.1)	2	94.3	25	2005
		55.1	9	225.0	24	..	2	90.0	35	2006

() מבוסס על פחות מ- 20 מקרים.
.. מספר מקרים קטן להצגה.

4.2.2 ניסיונות התאבדות לפי תקופת עלייה

כשחישבנו את שיעורי ניסיונות ההתאבדות בקרב אלו שעלו לפני 1990 לעומת אלו שעלו ב- 1990 ואילך (לוח 12), מצאנו שהשיעור יותר גבוה בקרב אלו שעלו יותר מאוחר, משנת 1990 ואילך. חשוב לציין שזה נכון רק בקרב נקבות: 48:100,000 בקרב אלו שעלו לפני 1990, לעומת 90:100,000 בקרב אלו שעלו ב- 1990 ואילך. בקרב הזכרים בני 15-24, השיעור ל- 100,000 ירד מ- 168 בקרב אלו שעלו לפני 1990 ל- 90 בקרב אלו שעלו ב- 1990 ואילך.

לוח 12

ניסיונות התאבדות של עולי אתיופיה שביצעו ניסיון התאבדות בין השנים 1999-2007, לפי תקופת עלייה, בני 15 ומעלה שיעור ל- 100:00 נפש, ממוצע נע תלת שנתי

+45		25-44		15-24		סה"כ +15		שנת עלייה/גיל
r	n	r	n	R	n	R	n	
סה"כ זכרים ונקבות								
23.7	10	46.9	35	138.4	39	57.9	84	לפני 1990
(16.6)	14	58.1	71	132.2	190	76.4	258	1990 ואילך
(22.1)	28	59.4	117	147.8	257	78.8	380	סה"כ
זכרים								
(28.2)	6	52.3	20	168.3	24	67.8	50	לפני 1990
(16.8)	7	64.0	37	89.7	64	62.7	105	1990 ואילך
(22.3)	14	64.6	62	111.8	96	69.7	168	סה"כ
נקבות								
..	4	(40.8)	15	(110.2)	15	47.6	34	לפני 1990
(16.3)	7	52.8	34	177.7	126	89.9	153	1990 ואילך
(21.9)	14	54.4	55	186.6	161	87.7	230	סה"כ

() מבוסס על פחות מ- 20 מקרים .. מספר מקרים קטן להצגה סה"כ כולל שנת עלייה לא ידוע

4.2.3 השוואה בין עולי אתיופיה לעולי ברה"מ ויהודים ואחרים ללא עולים

לוח 13 מציג השוואה של שיעורי ניסיונות ההתאבדות בין עולי אתיופיה שעלו משנת 1980, לעולי ברה"מ לשעבר שעלו משנת 1990, ויהודים ואחרים ללא עולים בשנים 2001-2007 (שטיין ואחרים, 2008). שיעורי ניסיונות ההתאבדות של עולי אתיופיה, גברים ונשים כאחד, נמוכים מאלו של עולי ברה"מ לשעבר. בקרב יהודים ואחרים ללא עולים, בשני המינים, השיעור בקרב בני 15-24, נמוך יותר מזה של שתי קבוצות העולים, שעה שבגילאים +45 השיעור גבוה יותר מאשר בקרב העולים.

לוח 13

ניסיונות התאבדות של עולים חדשים, 2001-2007, בני 15 ומעלה, שיעור ל-100:00 נפש.

נקבות			זכרים			סה"כ			גיל
יהודים ואחרים ללא עולים	עולי ברה"מ לשעבר 1990	עולי אתיופיה שעלו מ-1980	יהודים ואחרים ללא עולים	עולי ברה"מ לשעבר 1990	עולי אתיופיה שעלו מ-1980	יהודים ואחרים ללא עולים	עולי ברה"מ לשעבר 1990	עולי אתיופיה שעלו מ-1980	
162.2	239.1	194.8	79.2	165.0	118.2	120.2	201.6	154.8	15-24
81.0	79.8	59.1	70.5	99.6	67.8	75.5	89.2	63.3	25-44
56.8	35.3	(22.8)	57.0	38.4	(37.2)	56.9	36.7	29.7	45-64
41.2	28.4	..	39.9	30.4	..	40.6	29.2	(19.0)	+65
90.0	101.9	79.4	65.4	91.9	65.9	77.5	96.5	72.1	שיעור מתוקן לגיל

() מבוסס על פחות מ-20 מקרים

.. מספר מקרים קטן להצגה

הסה"כ אינו כולל מקרים ששנת העלייה שלהם אינה ידועה.

יש בידנו נתונים נוספים כמו התפלגות ההתאבדויות לפי מצב משפחתי או לפי מחוז מגורים, אך כדי לחשב שיעורים ולהסיק מסקנות יש צורך בנתונים מקבילים באוכלוסיה הכללית. כמו כן, נתונים על האוכלוסייה הכללית לפי מספר שנים מאז העלייה היו מאפשרים חישוב של שיעורי התאבדות לפי מספר שנים מאז העלייה. השגת נתונים אלו על האוכלוסייה הכללית (המכנה של השיעורים) דורשת הרצה מיוחדת מהלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ובשל עלותה הגבוהה זה לא התאפשר בשלב זה.

5. המחקר האיכותני - שיח נחקרים

הפרק הנוכחי שעוסק במחקר האיכותני – שיח נחקרים, התכוון לספק נתונים לצד הפרק האפדימיולוגי המקדים ובנוסף לניסיונם ודיווחיהם המחקריים של פרופסיונלים המתמחים בתחום הרפואי-פסיכיאטרי. וזאת באמצעות מגע ישיר עם חברי קהילת האתיופים ומכמה רמות (ראה לוח 15):

(1) מפגש קבוצתי או ראיון אישי של מטפלים בתפקידי סיוע כלכלי-חברתי לבני הקהילה:
עובדים סוציאליים, רכזי קליטה, עובדי רפואה. (2) קבוצות מיקוד ודיון עם מנהיגים-קאסים ושמגלות, פעילי ציבור ומגשרים (מבוגרים וצעירים, גברים ונשים), סטודנטים בתהליך הכשרה לתפקידי גישור. (3) ראיון עם מרפא מסורתי. (4) ראיון רופאי משפחה במרפאות בריכוזים של יוצאי אתיופיה. (5) מפגש עם בני משפחה של מתאבדים. (6) ניתוח פרטני, תחת חיסיון, של תיקי מתאבדים המצויים בארכיוני הסוכנות ומשרד הקליטה (וכן עיון, תחת חיסיון, בתיקי מתאבדים בצה"ל).

לוח 15

פרטי האינפורמנטים ומקורות המידע

מקור המידע	מספר משתתפים (תיקים)	מקצוע/שייכות	מקום עבודה/שייכות	אזור בארץ	אוכלוסייה עמה עובד	עולה או יליד הארץ
1. ראיון	1	עובדת סוציאלית	לשכת רווחה	מרכז	משפחות ויחידים מקרב עולי אתיופיה	עולה מאתיופיה
2. ראיון	1	עובדת סוציאלית	הסוכנות היהודית	מרכזי קליטה במחוז י-ם והמרכז	עולי אתיופיה במרכזי קליטה	ילידת הארץ
3. ראיון	1	עובדת סוציאלית	הסוכנות היהודית	מרכזי קליטה במחוז י-ם	עולי אתיופיה במרכזי קליטה	ילידת הארץ
4. ראיון	1	רופא משפחה	קופת חולים	צפון	המבוטחים	עולה מאתיופיה
5. ראיון	1	רופאת משפחה	קופת חולים	מרכז	כלל המבוטחים	ילידת הארץ
6. ראיון	1	מרפא מסורתי	בית	דרום	עולי אתיופיה	עולה מאתיופיה
7. ראיון	1	אם לבן שביצע ניסיון אובדני	בתי אבות	מרכז	קשישים	עולה מאתיופיה
8. ראיון (בתוך ק.מ.)	1	בת לאב שהתאבד	קופת חולים	דרום	עולי אתיופיה	עולה מאתיופיה
9. ראיון	3	רופאת משפחה, אחראית סיעוד ומגשר בריאות	קופת חולים	מרכז	כלל המבוטחים	עולים מברה"מ לשעבר ומאתיופיה
10. ראיון	2	אח מוסמך	בי"ח כללי	צפון	חולים המאושפזים בבית"ח	עולים מאתיופיה
11. ראיון	2	רכזי קליטה	משרד הקליטה	מרכז	עולי אתיופיה	עולים מאתיופיה
12. קבוצת מיקוד	12	מגשרי בריאות בקופת חולים	קופת חולים	מכל רחבי הארץ	עולי אתיופיה שפונים לרופא משפחה	עולים מאתיופיה
13. קבוצת מיקוד	16	סטודנטים עולי אתיופיה	המרכז האקדמי - רופין	מכל הארץ	-	עולים מאתיופיה
14. קבוצת מיקוד	11	פעילים ומנהיגים חברתיים	שכונות בהן מתגוררים עולי אתיופיה	מרכז	משפחות ויחידים מקרב עולי אתיופיה	עולים מאתיופיה
15. קבוצת מיקוד	11	פעילים ומנהיגים חברתיים	שכונות בהן מתגוררים עולי אתיופיה	מרכז	משפחות ויחידים מקרב עולי אתיופיה	עולים מאתיופיה
16. קבוצת מיקוד	11	מנהיגים מסורתיים, מבוגרים, בנייהם שמאגלות וקסים	שכונות בהן מתגוררים עולי אתיופיה	מרכז	משפחות ויחידים מקרב עולי אתיופיה	עולים מאתיופיה
17. תיקי אובדנות	11	הסוכנות היהודית				
18. תיקי אובדנות + תיקי רצח ואובדנות	33	משרד הקליטה				

ראוי להדגיש שבכל תאור מצב המגלה שיעור גבוה במיוחד של התאבדויות בקרב יוצאי אתיופיה אין זו "מחלה אתיופית". תופעת ההתאבדויות מלווה את החברה המודרנית וחברות בעולם השלישי ואף אלה המכונות "פרימיטיביות" מאז מצויים בידינו עדויות בכתב ובע"פ. אין כאן המקום לחזור ולצטט את החוקרים הרבים מעת פרסום ספרו של הסוציולוג הדגול אמיל דרקהיים Suicide (1897). שרשי התופעה נשארו בעינם (אישיותיים, כלכליים, חברתיים ותרבותיים) כשאלו משתנים בשיעורים האפידמיולוגיים על פי שינויים בנסיבות הקיומיות אף באותה חברה. בכל מקרה, מחקרים ממקומות אחרים מעידים על הקשר ההדוק שבין מצב הגירה לעליה בשיעורי ההתאבדות. על כן השאלה שלפנינו איננה מה מיוחד באוכלוסיית האתיופים, אלא מה הם הגורמים הפועלים בתקופה זו לעליה בשיעור ההתאבדות. מה הן האסטרטגיות המאפיינות התרחשות פעולה זו ומה הם הביטויים והפרשנויות של בני הקהילה לשינוי בשיעור ההתאבדות.

המחקר האיכותני אינו יכול להציע פתרונות למניעת התאבדויות ספציפיות. אולם, יכול הוא לסייע בשיפור תשתית הקליטה החברתית והתרבותית במישור המשפחתי, הקהילתי, החינוכי, ובדעת הציבור של מטפלים ושל התקשורת הכללית. מכוון הוא לספק כלים טובים יותר בתובנה, בהתייחסות ואיתור אמצעים קונקרטיים מחיי היום יום לכרוך בתופעה, ובעקיפין להשפיע על המועמדים הפוטנציאליים לאובדנות. מעבר לכל, המחקר האיכותני מכוון להעלאת המודעות של הנוגעים בדבר לבני הקהילה עצמם, ולספקי השירותים אודות מסכת החוויות והרגשות של אלו המצויים בסיכון כפי שעמדו על כך אלו הקרובים אליהם בפועל או חברי קהילה השותפים לעולמם החברתי והתרבותי.

במפגשים השונים אותם קיימנו התבלטו נושאים מרכזיים אודות השינויים והשיבושים בחיי הקהילה. הדיונים הציגו תיאורים וטעונים חוזרים ובכך אששו את דעת הציבור המקומי לגבי גורמי סיכון המעודדים את תופעת האובדנות. בין הנסיבות לאובדנות בקרב מבוגרים עלו תכופות הנושאים הבאים:

1. דרדור סטטוס הגברים במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי.
2. השינוי במעמד הנשים (לטוב ולרע) במערך הכלכלי, החברתי והמשפחתי.
3. בעקבות השינויים המגדריים לעיל ארגון מחדש (וערעור) בחיי הזוגיות.
4. תמיכה מאסיבית של שרותי הרווחה בגירושין.
5. השינוי במערך החינוכי של ילדים ונוער.
6. השינוי במעמד הסמכות ההורית ובמעמד ילדים ונוער במשפחה.
7. הפיחות במעמד המתווכים (מגשרים) המסורתיים ומנהיגי הקהילה.
8. קשיי ההסתגלות במעבר מסיסטמת המרפאים המסורתיים לסוכנויות הריפוי המודרני (ובמיוחד מתחום רפואת הנפש).
9. תרבות "השתיקה" ביחסי פנים וחץ.
10. משבר הקומוניקציה (שפה וכיו"ב) עם ספקי שירותים וסוכנויות אדמיניסטרטיביות.
11. מצוקות בעקבות מחויבויות מתמשכות כלפי קרובי משפחה שנשארו באתיופיה.

לגבי גורמי אובדנות בקרב צעירים העלו הנושאים הבאים :

1. ציפיות להישגים לימודיים ומקצועיים קשים לביצוע.
2. בעיית בני נוער המצויים מחוץ למסגרת חינוכית.
3. מפגש עם חומרים משכרים וממכרים (אלכוהול, סמים).
4. העדר משאבים משפחתיים לתמיכה כלכלית ואמוציונאלית.
5. חוסר תקשורת בין צעירים להוריהם.
6. כשלון במימוש הציפיות מהשרות הצבאי.
7. העדר חברים/איתופים במסגרת היחידה הצבאית.
8. המשך בין דורי של "תרבות השתיקה".
9. העדר גישה למנהיגות מסורתית או תחליף לה לשם תמיכה אמוציונאלית.

נפרט להלן דגימה מהביטויים לגורמי המצוקה ולאובדנות מפיהם של משתתפים במפגשים השונים של המחקר האיכותני. אין ספק, חלק מדברים אלו מוכרים מפרסומים מקצועיים ודיונים ציבוריים, אך השכיחות ועצמת ההתייחסות של נחקרנו לנושאים אלו מעידים עד כמה תקפים בעיניהם גורמי הסיכון הנדונים ועד כמה ראוי לפעול בכיוון כדי לתקן ולמתן את השפעתם⁴.

5.1 דרדר בסטטוס הגברים במערך הכלכלי, המשפחתי והחברתי

"מי שהיה עצמאי באתיופיה מוצא עצמו עובד אצל אחרים, אין לו טריטוריה משלו".
"זה קשה להיות משרת בגיל מבוגר. באתיופיה בגיל מבוגר היו להם עובדים או שהילדים עבדו בשבילם".

"הגבר היה מלך באתיופיה וכאן הכל השתנה" "כל אנשי המקצוע צריכים להבין: אבא קפץ על 300 שנה והוא עוד בדרך לארץ. תלשו אותו מסביבתו, היה גבר גבר! ועכשיו אומרים לו זה אסור זה מותר..."

"עבור המבוגרים זו פגיעה ביסוד הפנימי של הגבר והאשה. באתיופיה היה לגבר הכבוד, האוטוריטה והיה אדון בבית והאשה היתה מוכנה לשרת אותו. בארץ האישה השתלבה, מפרנסת כמו הבעל והגבר מרגיש שהאשה מדלגת עליו ועוד אומרים לו [חברים] ראינו אותה... שמועות! מתחיל סכסוך. עובדים סוציאליים שלא כל כך שומעים מתערבים ומתחיל תהליך של גירושין. הגבר יוצא מהבית, צריך לשלם מזונות, שוכח שזה לילדים שלו. וחסר עוד שאנשים אומרים לו: מה, אתה משלם לה מזונות? [לאשה שגירשה אותך מהבית]".

"באתיופיה הגבר היה למעלה, פה האיזון התהפך והאשה למעלה. וכשיש בעיה מוציאים את הגבר מביתו, אין לו איפה להתרחץ, מרגיש מושפל, לוקח את הדברים בתיק שלו, מסתובב מסריח ומרגיש שהחלומות שלו להתקדם נפלו, ובאה מחשבה לאבד את חייו. גירושין היו גם באתיופיה, אבל לא בהיקף כזה. אם היו נותנים לו חדר הכל היה נמנע!"

"הבעיה נובעת שאף אחד לא מתייחס אם לגבר יש בעיה בבית. אין לו מקצוע, אין לו עבודה, מבולבל, לא יכול לדבר עם אשתו. נכנסים עובדי הרווחה עם שוטרים ותופסים אותו כמו בעל חי. תופסים אותו ותופרים לו את הסיפור. יש לנו תרבות, אנחנו יכולים להשתלב אם תקשיבו לנו.

⁴ מאחר ולא נמצאו הבדלים גדולים בתכנים בין המרואיינים השונים, הציטוטים יוצגו בלי ציון ההשתייכות של המצוטט, אלא אם כן מדובר בציטוט ממרואיין שמצאנו לנכון לציין את שייכותו בשל חשיבות המקור בהקשר המצוטט.

אצלנו, עובד סוציאלי זה כמו ערבי ויהודי, לא רוצים להבין אותנו. 50% מתגרשים [בעזרת העוס"ים] באתיופיה אם אתה מתגרש אתה כמו מת ופה אומרים 'תזרקי אותו'."

5.2 השינוי במעמד הנשים וביחסי הזוגיות

"כושר ההסתגלות של נשים טוב יותר משל גברים, הן גם מתקדמות מהר יותר. הן שורדות ומתקדמות. הגברים תקועים 'שם' [באתיופיה], גם מבחינת המוטיבציה הגברים תקועים. האשה מנצחת, המשטרה מגיעה והגבר יוצא מהבית ואז באותו בית יהיה רצח".

"הנשים מצליחות יותר וזה פוגע בכבוד הגבר שלא מתמודד"

"שרותי הרווחה טובים, אך בעבור הקהילה נתפסים כמשהו הרסני שכן כל העו"סים לצד האשה!" "החוק בעד נשים".

"בעלי תפקידים חשובים בשרותי הרווחה הן נשים, מה שמסייע לנשים בקהילה אבל מאיים על תחושת הביטחון של הגברים"

"האשה חשובה להרבה תפקידים: עבודה וגידול ילדים. ואם האבא לא בתמונה, לא עוזר ומאבד תקווה, אין לה כוח ואז, היא מגיעה למסקנה שעדיף להיפרד ממנו. גם הילדים מתרחקים ממנו. וזה מוביל למצוקה והתאבדות של הבעל".

"אחת הבעיות הקריטיות היא הקונפליקט הבין-זוגי. נשים מוכנות לשינוי, יוצאות לעבודה. אם הגבר לא מצליח לפרנס הוא חש שכבודו נרמס והיא אומרת לו 'אתה יכול לעזוב את הבית'. הוא מרגיש שהוא לבד, אין מי שיעזור לו ואף מקבל צו הרחקה. הבעיה הולכת ומחריפה, מה שמוביל לאובדנות".

"במקרה של בעיה בין בני זוג לוחצים על האישה להתלונן, להגיד שהבעל מפחיד, מכה, רוצה להרוג. ואז יש תיק, יש כתם שמפריע גם אם יש נסיון לגשר. מפלילים את הגבר במקום לתת לקהילה לעזור לעצמה ולא להפעיל מיד את הממסד. אם ניתן לקהילה לפתור בכלים שלה זה יעזור".

5.3 יחסי הורים ילדים

"פה להורים אין סמכות, באתיופיה ההורים היו מתערבים. פה הילד במרכז".

"הילדים חושבים שהם יודעים יותר מההורים, זה מחליש את השפעת ההורים"

"מתאבדים כי לקחו מהאבות את הסמכות ההורית. הילדים לא מקשיבים וכך אבדו את הילדים".

"אין תקשורת בין הורים לילדים, אין שפה משותפת".

"ההורים אבדו שליטה על הילדים בגלל ההחלטות של הרשויות" [בכל תחומי החינוך].

"באתיופיה לילדים היה שפע של זמן. פה מגיל צעיר צריכים ללכת לגן וממלאים הרבה תפקידים. לכן הם זקוקים להרבה השקעה, התייחסות ואהבה של ההורים [שאינן בידם]. כמו פרח הם יכולים לנבול בלי אהבה [תמיכה הורית]. עברנו מתרבות בה הילד פעל מתוך כבוד וציות להורים למערכת בה ההורה צריך להפעיל אסטרטגיה אחרת, של אהבה".

"אנשים לא פתוחים לדבר עם הילדים. הילדים יוצאים מהבית, יש כעס במקום לדבר ולפתור את הבעיות בדרכי שלום. ההורים לא מדברים עברית ולא מביאים את הילד שידבר וישפוך את ליבו".

"בתנ"ך כתוב שאב צריך להעניש את ילדיו למען חינוכם. כאן אסור והתוצאה שהילדים יוצאים בערב ולא חוזרים בזמן. באתיופיה אף ילד לא עישן וכאן התקלקלו".

"כאן הילד מאיים (לפנות למשטרה) אפילו אם קבל צביטה. זה מסרס את ההורים והילד גדל בלי פיקוח ולכן יכול להכנס לדברים שליליים, אלכוהול, סמים ואף להתאבדות".

"סיבה נוספת להתאבדות זה אי-הצלחה או כשלון של הילדים. מתחיל ויכוח כשהבעל אומר לאשה את אשמה. נתת להם יותר מדי חופש. זו סיבה לגירושין ולפירוק משפחות".

"בארץ מצפים מהילד להשגים, מה שלא היה באתיופיה. שם היה עוזר להורים. וגם לילד לא היו צפיות מההורים. קיבל את הארוחה וזהו".

"הילדים הולכים למועדונים שפתוחים כל הלילה, חוזרים בבוקר... גם מבחינה כלכלית הילדים מכניסים את ההורים לצרות, למשל בהוצאות של הטלפון הנייד. וזה משפיע על המצב הנפשי. כשאני הולך בליל שבת לביה"כ הילדים מחכים למונית למסיבה, וחוזרים בבוקר מתנדנדים, שיכורים".

"באנו מתרבות אחרת, רובנו מהכפרים, וקשה לנו להתמצא פה ולעזור לילדים. גם הדירות קטנות ולא יכולים לתת לילדים כסף והילדים רואים מה מקבלים ילדים לא אתיופים. מרגישים נחותים, הולכים לגנוב, נתפסים, נפתח להם תיק".

"המערכת החינוכית [זו שלקחה על עצמה את חינוך הילדים והפקיעה את סמכות ההורים] אשמה שלא לוקחת אחריות לחנך את הילדים. יש ילדים שליליים המשפיעים על המערכת [ואלו אינם מטופלים ע"י מערכת החינוך].

"פה בארץ עדיף להיות עקר מאשר להביא ילדים. פה סובלים בגלל הילדים שלנו!"

5.4 תרבות השתיקה

"לא תמיד יש סמנים [להתאבדות] גדלנו שלא מספרים. לצעירים אין זכות לדבר".

"זו בושה לדבר על הבעיות".

"בקהילה שלנו לא מספרים ובסוף הכל מתפוצץ. האנשים שלנו מאד שקטים ואי אפשר לגלות [סמני מצוקה]".

"אצלנו אסור להגיד, אסור להלשין, לא מקובל לדבר בגלוי גם בתוך המשפחה".

"מדברים בפתגמים, הקהילה מופנמת ואומרים לילד 'הבטן שומרת, סופגת את הכל'".

"הרבה שומרים בבטן וזה בגלל 'מה יגידו עלינו'. זו תרבות מושרשת שרואים גם אצל ילדים".

"גם בין חברות טובות, יש פתיחות רק עד גבול מסוים".

"אצלנו אין קשרים משפחתיים ותקשורת בהשוואה לקבוצות אחרות. אין קשר הדוק אף בין אחים ואחיות. אבל זה היה אחרת באתיופיה".

"חוסר תקשורת בולט אצל בני הנוער עם ההורים ובפרט אלו שגדלו בארץ ולא מדברים אמהרית".

5.5 עולם הצעירים

"אצל הצעירים בולטת שתייה, הזנחה התנתקות וחוסר אכפתיות למשפחה. הם סובלים מחוסר הצלחה ואין להם מענה במצבי לחץ [כולל מחברי הקהילה בשל תרבות השתיקה]".

"הצעירים שמשרתים בצבא עם הפרנגיים, בצבא מעמדם שווה והתנאים דומים. אבל כשהם באים הביתה הם חיים בצפיפות, ללא דמי כיס לבילויים, ללא מכונית, וכיו"ב".

"המתגייס רוצה לקבל את מה שבקש [כגון נהיגת משאית] וכשאני מקבל זאת הוא חושב שעובדים עליו וזה מוביל לייאוש מה שיכול להוביל להתאבדות".

"הצעירים מקבלים סוג של הכשרה מקצועית כולל אקדמית אבל שמעניקה להם אפשרויות תעסוקה מוגבלות מה שנוסף לאפליה על רקע מוצאם. והמשפחה לא מסוגלת לכוון אותם להכשרה מקצועית שתקדם אותם בשוק העבודה".

"הבחור הצעיר לא פונה לעזרה ולא מדבר. הוא ממשיך לעבוד [בעבודה שאיננה לטעמו] ואוכל את עצמו בפנים. איך תגרום לו שידבר?".

"בנות משתפות חברות ופחות חושבות על התאבדות. אבל לגברים [הצעירים] אין מעגל כזה, זורק מילה לאמא, מתבודד, וזה הולך וטופח".

"צעירים בגיל ההתבגרות אינם מספיק חזקים להתמודד עם המעבר ואינם מקבלים תמיכה ותשומת לב בבית".

"צעיר מתבגר תלה את עצמו מכיוון שהבטיחו לעזור לו להקליט שיר ולא קיימו את ההבטחה".

"מתאבדים מהבדידות, לא בגלל מצוקה מיידית אלא מתחושה שאין תקווה להצלחה בעתיד [ואין תמיכה]".

"הפער הולך וגדל, הרבה לא מתגייסים וגם מביניהם ישנם שמגיעים לכלא. ואז כשנזקקים לתעודת יושר מתקשים למצוא עבודה. מחוסר מוצא יושבים עם חברים ושותים אלכוהול וזה מפיג את השעמום ואף יכול להוביל להתאבדות".

"המעבר לאלכוהול במקום הבירה האתיופית (טאלה) מגדילה את חומרת המצב".

"אצל צעירים אין סמנים מקדימים [להתאבדות] אלא אם יש דיכאון במובן הרפואי. הם לא מתכננים את ההתאבדות, הם לא ישאירו מכתב, הם מונעים ע"י הלא מודע".

אם של מתאבד: "הבית מלא רוחות רעות שהגיעו בשל קנאת שכנה והללו דחפו אותו להתאבד" [הסבר שנתן לה מרפא מסורתי]. אבל גם, הצבא אשם שלא נתן לו לשרת ביחידה שבקש, לכן ערק, נתפס, נכלא, שוחרר אך לא חזר ליחידה וחשש להיתפס שוב".

חבר של מתאבד: "אח אחד נהרג בצבא, האח השני רצה להגיע לאותו מקום ולא נתנו לו. כעבור חצי שנה התאבד בבית ולא השאיר הסבר".

חבר של מתאבד: "היתה לו עבודה טובה לאחר שהשתחרר מהצבא וחזר הביתה. סבל כנראה מזה שאמא שלו סרבה להוציא את אביו מהבית למרות שהציק לה".

"יש צעירים שמרגישים אחריות לדאוג להוריהם וזה עול נוסף שקשה לעמוד בו".

"חיל בגבעתי, התאבד בלי סיבה, היה חיל נורמטיבי ממשפחה מסודרת כלכלית. לא מאמינים שזו היתה התאבדות" [דוגמא להעדר סמנים מוקדמים].

"היה בחור שקט, ביישן, סגור, היה בצבא".

אומרים שהיה לו קשה" [העדר הסבר].

"בחור בן 17 התאבד לאחר שהמטרה תפסה אותו נוהג ללא רישיון ועמד לאבד את רישיון הנהיגה שהתכוון לקבלו".

"למדנו יחד והיינו שנינו תלמידים טובים. דברנו שבוע לפני שהתאבד. הוא היה נהג בצבא וספר שהוא סובל מהצבא לא נתן לו לעשות את כל מה שהוא יכול ועלה גם נושא הגזענות. אבל לא היה רמז להתאבדות".

5.6 רפואה ומרפאים

"הטיפול המסורתי נותן תקווה לעומת הטיפול הפסיכיאטרי ששואל מהפצינט שאלות מזעזעות ומודיע לו שהוא בדיכאון..."

(רופא) "הטיפול המסורתי האתיופי אינו נוגע ישירות בתלונה, עורך דיבור מסביב. המתלונן בדיכאון מצפה לבדיקה גופנית למגע פיזי כמו בטיפול המסורתי".

(מרפא מסורתי) "באתיופיה הטיפול היה בעזרת טבל (מים מרפאים), צמחים וחומרים אחרים. ובארץ מיד אשפוז, כדורים ותרופות שגורמים יותר נזק בלתי הפיך".

"דוחים טיפול תרופתי נגד דיכאון כיוון שהילדים קוראים את הטקסט המצורף לקופסת התרופה ושואלים: "מה אתה משוגע?"

(אם לבן שנסה להתאבד) התנגדה קודם לטיפול פסיכיאטרי כיוון שחשבה שיתנו לו זריקה "מה שיהפוך אותו למשוגע".

(אח מוסמך בב"ח כללי) "סיבה להתאבדות יכולה להיות גם מחלה זיהומית קטלנית כמו צהבת C ו-HIV/AIDS".

"מי שמוכן לטיפול יעדיף מטפל זר כיוון שאם הוא אתיופי הוא מכיר את המשפחה" [ובכך תיחשף הבושה].

(רופא) "רופא המשפחה אין לו זמן ואולי גם לא הכשרה להקשיב ולהתייחס למצוקות הפצינט האתיופי" [שמעבר לתלונות הסומאטיות]. "פונים לרופא אבל תמיד באים עם תלונות סומאטיות: עייפות, כאב ראש, לא מרגיש טוב וכיו"ב".

(רופא) "יש להכשיר עו"סים אתיופים שיטפלו בבעיות פסיכיאטריות של בני העדה" [סותר טענת אתיופים שיעדיפו מטפל זר].

(מטפל מסורתי) "הצעירים נמצאים בתקופת האש של מעגל החיים והם מלאים בקונפליקטים ואז הכוח המאגי מוצא את הפתח להכנס ודוחף אותם להתאבדות. הטיפול המסורתי איתר ותקן את שיווי המשקל הנכון בין מרכיבים מרכזיים של האישיות. אבל פה קשה לצעירים לקבל עזרה ממרפא מסורתי".

(מטפל מסורתי) "פה בארץ בלבול גדול, אין שמירה על חוקי הטהרה והטומאה וזה נוסף למתח שנכנס לאנשים. הם פונים לקופ"ח מקבלים תרופות שבמקום להקל גורמות לתופעות לוואי. בצבא לא מתאבדים, הורגים אותם!".

(מטפל מסורתי) "הכוחות המאגיים המזיקים נמצאים בארץ ומשחרים לטרף מאז ימיו של שלמה המלך שאסף אותם על מנת שיוכל לדבר עם חיות וצמחים, ומאז מותו הכוחות המאגיים נשארו חופשיים פה".

5.7 הערות כלליות

מעבר להעלאת ניסיונות אישיים ותחושות של המשתתפים בנושאים הספציפיים דלעיל, בטאו המשתתפים הערות כלליות לגבי תופעת האובדנות וגורמיה. קודם כל לגבי אופי מעשה ההתאבדות שהוא כדבריהם שונה מאצל "הישראלים": "האתיופי תולה עצמו [או קופץ], הישראלים לוקחים כדורים, מגיעים לבי"ח ומצילים אותם". בכך מאפיינים הנחקרים את הקושי באיתור ומתן עזרה בעוד זמן למי שמתכוון להתאבד. מצטרפת לכך העובדה של העדר מכתבי "פרידה" (הסבר) ותרבות "השתיקה". האובדנות אינה רק בלתי ידועה מראש לאנשי חוץ, אלא גם לקרובים ביותר. הנחקרים מצרפים לכך את הקשיים הנלווים למצב ההגירה ובמיוחד את "חוסר היכולת לבטא את עצמך" [קשיים של שפה וזרות נוהלי הקומוניקציה עם ספקי השירותים].

לצד זה ציינו לעיתים ביטוי לסמנים מוקדמים סמויים אצל מתאבדים "לא מתלונן, אבל בולטת בעיקר הזנחה עצמית, חוסר היגיינה, מסתגר בעצמו". הפרסומת בתקשורת נותנת גם היא פרסום עודף לתופעה בהשוואה לקבוצות אחרות ובכך "מגבירה סטיגמה לעדה ומספקת לגיטימציה למתאבדים" [פוטנציאליים].

משתתפים העלו טענה כנגד ריבוי רשויות המטפלות בעדה, אך העדר כתובת מרכזית שגם תתווך בין הרשויות ותהיה נגישה לפניית של בודדים ושל נציגי הקהילה. רופאי משפחה התלוננו על מיעוט זמן העומד לרשותם כדי להתמסר לפציינט האתיופי ולברר יותר מה מסתתר מאחורי תלונות סומאטיות.

באופן כללי יותר נטען שיוצאי אתיופיה הותיקים נקלטו טוב יותר מעליית התקופה האחרונה של הפלסמורה.

רעיון חוזר היה הצורך לקיים קבוצות תמיכה או שירותים ייחודיים לגברים באופן שיאזן את התמיכה המאסיבית לכאורה בנשים שהן גם בדיעבד מתמודדות טוב יותר בתנאים הנוכחיים ונהנות יותר מזכויות בסיסיות במצב של פרידה וגירושין. אין ספק, הגברים אבדו לא רק את עמדת העדיפות במשפחה אלא גם את מעמדם ומקורות התמיכה מקבוצות השארות ומוסדות הקהילה שהתפוררו בתהליך ההגירה. קשור לכך הרעיון לקיים תכנית טלביזיה יומית באמהרית שתסייע בהפצת מידע ותכניות אחרות. ובהקשר זה עלה הצורך "בחינוך", הכשרת אבות במיוחד לתפקיד ההורה בחברה הישראלית המבוסס יותר על יחס אקספרסיבי ופחות על יחס סמכותי. ולצד ההצעות לקבוצות תמיכה ולמבוגרים, העלה גם רעיון מיסוד תפקיד של יועצים במעמד רשמי או התנדבותי (בדפוס מעודכן של שמגאלות) לצעירים. כאן למשל מקומם של המגשרים הלומדים כיום במסגרות הכשרה (כגון במרכז האקדמי - רופין).

6. תוכניות מניעה – סקירת ספרות

מדינות שונות גיבשו אסטרטגיות לאומיות למניעת התאבדות. על אף שערך של אחדים מהם עדיין לא הוכח, נראה שכולן מסייעות למקד את תשומת הלב של הציבור בבעיית האובדנות. סקירת הספרות על תוכניות למניעת אובדנות מעידה שקיימות אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות המיועדות לכלל האוכלוסייה, אסטרטגיות סלקטיביות שמכוונות לצמצום כללי של התאבדויות באוכלוסיות שמצויות בסיכון מוגבר, ואסטרטגיות מותוויות (Indicated) שמתמקדות ביחידים השייכים לקבוצות הידועות כבעלי סיכון גבוה (קרן, 2008; Hawton & van ; 2005; Beautrais, 2005; Heeringen, 2009).

למיטב ידיעתנו, לא ניתן למצוא בספרות הערכה מחקרית של תוכניות למניעת התאבדות הממוקדת במהגרים בכלל ובמהגרים אתיופים בפרט, והתוכניות הלאומיות הקיימות למניעת התאבדות לא מתייחסות באופן ישיר למניעת אובדנות בקרב מהגרים. יחד עם זאת ניתן למצוא בספרות קווים מנחים לבניית אסטרטגיות מניעת התאבדות רגישות תרבותית (Beautrais, 2005) – שעיקריה מוטמעים בסקירת הספרות שלהלן ובהמלצות, והמלצות על דגשים מרכזיים הנובעים ממחקרים על התאבדות במהגרים (Kposowa et al., 2008). כך למשל, חשוב שמדיניות המיועדת למניעת התאבדות תשים דגש על טיפול בדיכאון, בחרדות ובבעיות הספציפיות הקשורות בדחק ההתערות שנמצאו בשכיחות גבוהה בקהילות של מהגרים (Garcia & Saewyc, 2007). כמו כן חשוב שתוכניות למניעת התאבדות ישימו דגש על מהגרים שזמן שהותם בארץ ההגירה קצר יחסית, משום שהללו מהווים קבוצה בסיכון גבוה לאובדנות (Kposowa et al., 2008), שהטיפול הנפשי יהיה רגיש תרבותית, ושיפותחו תוכניות חינוך קהילתיות שיחזקו את המשאבים האישיים, יכולות ההתמודדות והיכולות ההוריות של מהגרים מארצות מתפתחות (Beautrais, 2005).

6.1 אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות וסלקטיביות

הרחקה של אמצעים המשמשים להתאבדות ושינוי הנגישות לאמצעים מסוכנים, נמצאו כחשובים במניעת שיעורי האובדנות ברמת האוכלוסייה (Mann et al., 2005). כך למשל, השינוי באנגליה של אספקת הגז לשימוש ביתי לגז לא רעיל בשנות ה-60, גרר בעקבותיו ירידה משמעותית במספר ההתאבדויות שם (Gunnell et al., 2000), והשיעורים בארצות הברית קנדה ואוסטרליה פחתו עם הגבלת הרישוי לנשיאת נשק חם (Lester et al., 1991; Lester & Leenaars, 1993; Snowdon & Harris, 1992), והשיעורים בברזיל ובאיסלנד ירדו עם ההגבלה שהוטלה על שימוש באלכוהול (Wasserman & Varnik, 1998; Lester, 1999). תליה שהפכה להיות לאמצעי התאבדות שכיח יותר במספר ארצות, ונמצאה כאמצעי המועדף לביצוע ההתאבדות בקרב עולי אתיופיה בישראל (ראה לוח 8) (ובאתיופיה, ראה: Abdulrshid, 1999; Jacobsson, 1985), מציבה אתגרים למניעה, בגלל נגישות האמצעי.

יש עדויות מוצקות לפיהן רוב אלו שהתאבדו סבלו בזמן מותם מהפרעות נפשיות שלא אותרו ככאלו (Beautrais, 2005). עוד נמצא שעד כ- 40% מהאנשים שמתו כתוצאה מהתאבדות, ביקרו אצל רופא המשפחה במהלך השבועות שקדמו למוות (Pirkis & Burgess, 1998). משתמע מכך שראוי לפתח תוכניות הכשרה לקבוצות של בעלי מקצוע כרופאי משפחה, שמיועדות להגדיל את יכולת הזיהוי והטיפול שלהם באנשים עם הפרעות נפשיות, במיוחד אלו שנמצאו כקשורות להתנהגות אובדנית כדיכאון. מחקרים ראשוניים שנערכו בשבדיה, גרמניה והונגריה על האפקטיביות של תוכניות להכשרת רופאי משפחה לשיפור יכולת האיתור והטיפול כדיכאון, מראים השפעות מבטיחות על שיעור ההתאבדויות (Rutz et al., 1992; Hegrl et al., 2006). מסקנה נוספת העולה מממצאים אלו היא ששיפור הנגישות לשרותי בריאות הנפש, ניהול הטיפול והמעקב, מורידים את הסיכון לאובדנות בקרב אנשים שסובלים מהפרעות נפשיות. עדויות אמפיריות מוצקות מעידות שלרוב ניסיונות ההתאבדות קדמו אירועי חיים רווי דחק. על-מנת להתמודד עם נושא זה פותחו מרכזי חירום וקווי טלפון חמים שמהווים מקור עזרה מהותי לאנשים אובדניים, אך ההשפעה שלהן על מניעת התאבדות קשה להערכה (Hawton & van Heeringen, 2009).

תוכניות בבתי ספר ובמוסדות להשכלה גבוהה שמיועדות לשיפור הרווחה הפסיכולוגית, נמצאו כבעלי פוטנציאל לתרום למניעת התאבדות באנשים צעירים (Gould et al., 2003). ניתן להשתמש בתוכניות מניעה המהוות חלק ממערך הלימוד, כחלק מתוכניות מניעה מקיפות יותר שכוללות הכשרה של שומרי סף וסינון לאובדנות. הורים, חברים ואחרים שיש להם מגע ישיר עם האוכלוסייה שנמצאת בסיכון גבוה לאובדנות יכולים להיות אוכלוסיית יעד להכשרת שומרי הסף. המטלה המרכזית של שומרי הסף היא לזהות אצל היחיד את גורמי הסיכון לאובדנות, לפתוח עבורו שער לקבל עזרה מקצועית. כל זה חשוב מאד משום שאנשים שמצויים בסכנה אובדנית בדרך-כלל לא פונים לקבל עזרה מקצועית מיוזמתם. הכשרת שומרי סף נמצאה כיעילה ברכישת ידע, בניית כישורים ועיצוב העמדות של אלו שעוברים את ההכשרה. יחד עם זאת לא ברור כמה זמן הפנמת המאפיינים הללו נמשכת ומה ההשפעה של הכשרת שומרי הסף על שיעורי ההתאבדות (Isaac et al., 2009).

עדויות על השפעת המדיה על התאבדויות הובילו להתוויית קווים מנחים בדיווח על התנהגות אובדנית. מפגשים עם עורכי עיתונים הובילו לשינוי בדיווח על התאבדויות בעיתונים (Michel et al., 2000). כך למשל בווינה, הגבלה וולונטרית על דיווח בעיתונות על התאבדויות ברכבת התחתית, הובילה ירידה בהתאבדויות (Sonneck et al., 1994). האינטרנט עלול לקדם התאבדויות (Biddle et al., 2008), אבל יכול גם לשמש כמקור למידע שקשור לטיפול במניעת התאבדות ותמיכה בשורדים בעזרת פרומים שממלאים את מקום התמיכה הטלפונית.

6.2. אסטרטגיות מניעה המיועדות ליחידים בקבוצות סיכון גבוה

למרות שניתן לאתר קבוצות המצויות בסיכון גבוה להתאבדות, קשה לעשות ניבוי של התאבדות לגבי יחידים משום שגורמי הסיכון הפועלים אצל היחיד מסבירים אחוז קטן מהשונות בסיכון

ההתאבדות, ובשל חוסר ב"ספציפיות" (specificity) מספקת, מה שמוביל לשיעור גבוה של "מקרים שגויים" (false positive) (Oquendo et al., 2006).

גיבוש אסטרטגיות מניעה ליחידים בקבוצות סיכון גבוה, מהווה אתגר בשל ריבוי הגורמים המעורבים בביצוע האקט האובדני, והעדר ראיות מוצקות לגבי מידת האפקטיביות של תוכניות מניעה ספציפיות. מכל מקום מדובר בגישות הכוללות שילוב בין פסיכותרפיה, בעיקר התנהגותית, וטיפול תרופתי.

מומלץ שכל אדם שסובל מדיכאון יישאל ספציפית לגבי מחשבות ותוכניות אובדניות, כלומר יעבור תהליך סינון לגבי קיומה של סכנה אובדנית. אם יש עדות לקיומם של מחשבות אובדניות, יש להעריך את האדם לפי גורמי הסיכון (למשל, גורמי הרקע והגורמים המיידיים). במידה ויש עדות לקיומה של סכנה אובדנית, יש לבצע הערכה נוספת לגבי המיידיות של ההתנהגות. התכוונות למות, בין אם היא מובעת בצורה גלויה או בעקיפין, תוכניות מגובשות, ורמה גבוהה של חוסר אוניס, עלולים להעיד על סיכון מיידית. סיכון זה הופך למוגבר על-ידי שימוש מרובה באלכוהול וגישה קלה לאמצעים שיאפשרו את המימוש. במקרים של סיכון מיידית או גבוה, יש לנקוט בפעולה מיידית, כולל ערנות גבוהה והשגחה על היחיד, אפילו דרך אשפוז, הרחקה של אמצעי הביצוע האפשריים ומתן טיפול פסיכיאטרי הולם (Hawton & van Heeringen, 2009).

במקרים של הפרעות אפקטיביות, אפשרויות הטיפול כוללות תרופות אנטי-דיכאוניות, מייצבי מצב-רוח ופסיכותרפיה. אבחון וטיפול בדיכאון ממלאים תפקיד חשוב במניעת התאבדויות. יש ויכוח בספרות לגבי הקשר בין שימוש בתרופות אנטי-דיכאוניות והסיכון המוגבר להתנהגות אובדנית, בעיקר בקרב ילדים ומתבגרים (Whittington et al., 2004), וההמלצה היא למתן תרופות במקרים מתונים או חריפים בלבד, וכחלק מטיפול פסיכולוגי.

מאחר ורוב ההתאבדויות שקשורות לאשפוז פסיכיאטרי מתרחשות בסמוך לקבלה לאשפוז (בדרך-כלל על-ידי תליה), או לאחר השחרור, מומלץ להקפיד על המשך טיפול ומעקב מתמשך מעבר לנקודת ההחלמה הקלינית, על-מנת להפחית את הסיכון לאובדנות בקרב פציינטים שסובלים מהפרעות פסיכיאטריות (Meehan et al., 2006; Mittal et al., 2009).

הסיכון הגבוה להתאבדות אחרי פגיעה עצמית או ניסיון התאבדות דורש שאנשים עם התנהגויות שכאלו ישתתפו בקבוצות מניעה. טיפולים פסיכולוגיים ספציפיים, בעיקר טיפול קוגניטיבי-התנהגותי (Cognitive Behavioral Therapy - CBT), טיפול התנהגותי דיאלקטי (Dialectical Behavioral Psychotherapy), וטיפול אינטרפרסונלי (Interpersonal Psychotherapy), יכולים להפחית את ההישנות של פגיעה עצמית (Brown et al., 2005; Beautrais, 2005). כאמור, סוכנויות וולונטריות, כולל אלו שנותנות מענה טלפוני, מספקות מקור עזרה מהותי לאנשים אובדניים, למרות שההשפעה שלהן על מניעת התאבדות קשה להערכה (Hawton & van Heeringen, 2009).

7. המלצות

סקירת הספרות כמו גם הסקר האפידמיולוגי, הפסיכולוגי-אנטרופולוגי שביצענו בנושא אובדנות ומניעת אובדנות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל, מעידים שהתאבדות היא בעיה מורכבת, ושאינן גישה יחידה שיכולה לתרום לירידה משמעותית בשיעור ההתאבדויות. נוכחנו לדעת שהידע לגבי אנשים שמצויים בסיכון גדל מאד בשנים האחרונות, ושמספר אסטרטגיות של התערבויות נראות כמבטיחות. האתגר שניצב בפנינו בפרק ההמלצות למניעת התאבדות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל מצריך תשומת לב מיוחדת, מאחר ורוב המחקר שנעשה בתחום בא מארצות מפותחות ואינו עוסק באוכלוסיות מהגרים מארצות מתפתחות, שעה שבארץ השיעור הגבוה של מקרי המוות מהתאבדות מתרחש בקרב עולי אתיופיה. ראוי לציין שבסוכנות היהודית ובמנהל ההתיישבות במשרד החינוך הגדירו מזה זמן את התופעה כבעיה קריטית, ופיתחו תוכניות חוסן שכללו הכשרת שומרי סף והקצאה של גורמי בריאות הנפש, מה שהוביל לצמצום תופעת האובדנות בקרב יוצאי אתיופיה שבאחריותם. יש מקום ללמוד מהניסיון שהצטבר במוסדות אלו. עיקרי ההמלצות שיובאו להלן נובעים מהחומר שנאסף ותועד בדו"ח זה, והגישה המומלצת היא גישה מניעתית רב-ממדית לאובדנות.

7.1 עיקרי ההמלצות

על-מנת שתוכניות המניעה לאובדנות תהיינה אפקטיביות בקרב ציבור יוצאי אתיופיה בישראל עליהן להיות רגישות תרבותית. סקירת הספרות על תוכניות מניעה הראתה שיש מקום להתוות אסטרטגיות מניעה אוניברסאליות, בצד תוכניות שמיועדות לקבוצות שמצויות בסיכון מוגבר, ותוכניות ספציפיות ליחידים השייכים לקבוצות ידועות של סיכון גבוה. בכל אחת מהתוכניות המוצעות רצוי לשלב את בני העדה, במיוחד לגברים, ובכך גם לעשות העדפה מתקנת ליוצאי אתיופיה ולחזק את המשאבים האישיים והקהילתיים שעומדים לרשות הקהילה.

ד. תוכניות מניעה אוניברסאליות המכוונות לכלל אוכלוסיית יוצאי אתיופיה שיכללו:

1. פיתוח שירותים רגישים תרבותית לטיפול בבעיות נפשיות.
 2. פיתוח תוכניות הסברה כלליות במטרה ליידע את הציבור על בעיות נפשיות נורמטיביות ולא נורמטיביות, ודרכי הטיפול בהן.
 3. הכשרת שומרי סף קהילתיים.
 4. פיתוח תוכנית טלביזיה, במיוחד לגברים, על תפקיד ההורות בחברה הישראלית ודרכי התמודדות עם משברים במשפחה.
 5. תוכניות חינוך לפיתוח שיח גלוי על מצוקות יומיומיות.
- ה. תוכניות מניעה סלקטיביות לקבוצות בסיכון מוגבר לאובדנות שיכללו:
1. העברה גורפת של שאלון סינון פסיכיאטרי רגיש תרבותית (ה – SRQ-F), או לפחות את הסולם להערכת סיכון לאובדנות בקרב עולי אתיופיה שפותח על-ידי ד"ר נמרוד גריסרו (2006).
 2. מסגרות של מעונות למגורים זמניים לגברים שמורחקים מבתיהם.
 3. קבוצות תמיכה הומוגניות לגברים בקבוצת סיכון מוגברת לאובדנות.

4. קבוצות לרכישת כלים, הכוונה וסיוע במציאת עבודה לגברים בגיל העבודה שאינם עובדים.
 5. חיזוק מעמד המגשרים המסורתיים.
 6. מדיניות של הגבלה קפדנית בגישה לכלי נשק.
- ו. תוכניות מניעה ליחידים בסיכון גבוה שיכללו:
1. הכשרת מטפלים בטיפול נפשי (מבוסס ראיות) רגיש תרבותית, ביוצאי אתיופיה.
 2. Reaching Out לאיתור פרטים המצויים בסיכון אובדני.
 3. התייחסות לפציינט ה'מתלונן הכרוני' ולמי שסובל ממחלה זיהומית קטלנית כצהבת C ו-HIV/AIDS, כמי שמצוי בסיכון גבוה לאובדנות.
 4. שיתוף פעולה בין מערך בריאות הנפש לרפואת המשפחה ושרותי הרווחה.
 5. ניהול טיפול ומעקב שוטף קפדני אחר יוצא אתיופיה שסובל מבעיות נפשיות.
 6. מינוי של עו"ס או עובד קהילתי יוצא אתיופיה לשמירה על קשר שוטף עם פרטים בקהילה שמצויים בסיכון גבוה לאובדנות.

7.2 פירוט ההמלצות

7.2.1 תוכניות מניעה אוניברסאליות

סקירת הספרות והנתונים האפידמיולוגיים שהוצגו בנוגע לאובדנות בקרב עולי אתיופיה מעידים שאוכלוסיית עולי אתיופיה נמצאת בסיכון גבוה במיוחד לאובדנות. לאור הממצאים הללו, ובהתאמה עם הצעות שעלו בשיח הנחקרים שניהלנו, יש צורך בגיבוש תוכניות מניעת אובדנות לכלל אוכלוסיית יוצאי אתיופיה בישראל. מוצע שתוכניות אלו יכללו מספר מרכיבים:

1. פיתוח שירותים ומענים למצוקות הנפשיות של יוצאי אתיופיה שיהיו נגישים ורגישים לתרבות עולי אתיופיה. השירותים הללו יינתנו על-ידי אנשי מקצוע שעברו הכשרה מתאימה, ורצוי שיהיו גם דוברי אמהרית.
2. פיתוח תוכניות הסברה כלליות, באמהרית (ובעברית), ברדיו ובטלביזיה, שמטרתן ליידע את כלל ציבור יוצאי אתיופיה בכך שמשברים נפשיים עלולים להתרחש בעקבות ההגירה ונסיבות חיים אחרות (כמו קונפליקטים במשפחה, גירושין, חוסר תעסוקה, חובות כספיים וכדומה), ושרותי הבריאות בארץ ערוכים לטפל במשברים שכאלו. בתוך כך יש למתן את הסטיגמה שמתלווה לשרותי בריאות הנפש בקרב הקהילה ומצמצמת את השימוש המיטבי בשירותים אלו.
3. הכשרת שומרי סף: תוך-קהילתיים כמו: זקני העדה, מגשרי בריאות, שמאגלות, פעילים חברתיים, וחוף קהילתיים כמו: רופאי משפחה, גורמי אכיפת החוק, בעלי חברות שמירה, כך שיהיו מסוגלים לזהות פרט העלול להיות בסיכון אובדני ולתווך בינו לבין גורם טיפולי מתאים. בהקשר זה מומלץ לעשות שימוש בכלי סינון פסיכיאטרי שפותחו במיוחד בעבור עולי אתיופיה: ה-SRQ-F, שעמד

בקריטריונים של מהימנות ותקפות ונועד לאיתור פסיכופתולוגיה בקרב יוצאי אתיופיה (יונגמן ואחרים, 2002), והסולם להערכת סיכון לאובדנות בקרב עולי אתיופיה שפותח על-ידי ד"ר נמרוד גריסרו (2006). ראוי לציין שיעילותם של שומרי הסף באיתור הפרט העלול להיות בסיכון אובדני נמצאה כקשורה בקיום מפגשי הדרכה ורענון, מעבר לקורס ההכשרה עצמו.

4. פיתוח תוכנית יומית בטלביזיה באמהרית שתכשיר הורים, במיוחד אבות, לתפקיד ההורה בחברה הישראלית, ותדגים דרכי התמודדות מקובלים ויעילים בחברה הישראלית להתמודדות עם משברי הגירה, משברי חיים ומשברים במשפחה. חשוב מאד שהגברים מקרב יוצאי אתיופיה יהוו קבוצה מובילה בגיבוש ובהגשה של תוכניות אלו.

5. פתוח תוכניות המיועדות לעודד שיח חופשי על מצוקות בחיי היום יום, באמצעות תוכניות טלביזיה, וקבוצות שיח ברמה הקהילתית שמחנכות לדיבור וולונטרי ושיתוף בחוויות אישיות מחיי היום יום. גם בהקשר זה, חשוב מאד שגברים מקרב יוצאי אתיופיה יהוו קבוצה מובילה בגיבוש ובהגשה של תוכניות שכאלו.

7.2.2 תוכניות מניעה סלקטיביות

הנתונים האפידמיולוגיים שהוצגו מעידים שקבוצת הסיכון המוגבר לאובדנות בקרב יוצאי אתיופיה הם גברים. החל משנת 2000 עד 2004, קבוצות הסיכון הגבוהות בקרב הגברים הם בני 15-24 ולאחריהם בני 25-44 ובני 45-64. בדיקת אחוזי ההתאבדויות לפי גיל וזמן שעבר מאז העלייה ארצה העידה שבקרב אלו שנמצאים מעל 5 שנים בארץ אחוזי ההתאבדויות הגבוה ביותר הוא בקרב בני 15-24 והמבוגרים בני 65+. בקרב אלו שנמצאים פחות מ-5 שנים בארץ אחוזי ההתאבדויות הגבוה ביותר הוא בקרב בני 25-64. האמצעי השכיח לביצוע ההתאבדות הוא תליה, כשהגברים משתמשים בנשק כאמצעי השני בשכיחותו לביצוע ההתאבדות.

שיח הנחקרים עם חברי הקהילה וגורמים מקצועיים שעובדים עם עולי אתיופיה הבהיר שהגברים מצויים בסיכון גבוה לאובדנות בשל: הדרדור בסטטוס הגברים במערך הכלכלי, חברתי והמשפחתי, התמיכה המאסיבית של שירותי הרווחה בגירושין בצד הפיחות במעמד המתווכים המסורתיים (שמאגלות) ומנהיגי הקהילה, תרבות "השתיקה" ביחסי פנים וחוץ, ומשבר הקומוניקציה עם ספקי השירותים כולל סוכנויות הריפוי המודרני והסוכנויות האדמיניסטרטיביות. באשר לצעירים (בני 15-24), שיח הנחקרים העיד שקבוצת הסיכון בקרבם הם צעירים שלא שייכים לאיזו שהיא מסגרת חינוכית או אחרת, אלו שחוו כישלון בשרות הצבאי, במיוחד אלו שהשתחררו על רקע אי הסתגלות או בעיות נפשיות, ואלו שעושים שימוש בחומרים משכרים וממכרים. בין שאר הגורמים התורמים לאובדנות בלטו אלו שנוגעים להמשך בין דורי של "תרבות השתיקה", חוסר התקשורת בין הצעירים להוריהם, והעדר גישה למנהיגות המסורתית או תחליף לה לשם תמיכה אמוציונאלית.

ניתוח הנתונים האפידמיולוגיים על אובדנות וניסיונות אובדניים, כמו גם העדויות שעלו בשיח הנחקרים, מצביעים על דפוס של מעבר חד יחסית לביצוע ההתאבדות עם מעט מאד סימנים מקדימים (ראה בהקשר זה: Apter et al., 1993; Orbach et al., 2007). לכן מומלץ להתייחס

למי שאותר כשייך לקבוצת סיכון, כבעל פוטנציאל גבוה לביצוע התאבדות, גם בהעדר סימנים מוקדמים של אובדנות. אנו ממליצים שהאסטרטגיות לגיבוש תוכניות סלקטיביות למניעת אובדנות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל יכללו מספר מרכיבים:

1. להתייחס למי שאותר כשייך לקבוצת סיכון כבעל פוטנציאל גבוה לביצוע התאבדות, גם בהעדר סימנים מוקדמים של אובדנות. מומלץ להעביר לו שאלון סינון פסיכיאטרי רגיש לתרבות עולי אתיופיה - SRQ-F (יונגמן ואחרים, 2002), או לפחות את הסולם להערכת סיכון לאובדנות בקרב עולי אתיופיה שפותח על-ידי ד"ר גריסרו (2006).

2. הקמת מסגרת של מעונות למגורים זמניים לגברים שמורחקים מבתיהם בצו בית משפט, או שמצויים בתהליך גירושין ומורחקים מביתם על-ידי נשותיהם או מישהו אחר מבני המשפחה. הקמת מסגרת שכזו תאפשר התמודדות מושכלת של גורמי הרווחה וגורמים טיפוליים עם ההשפלה והעלבון הצורב שחוה הגבר האתיופי ש"גורש מביתו על-ידי אשתו, ועוד צריך לשלם לה מזונות". מגורים שכאלו יהוו אתר טוב להפעלת קבוצות תמיכה לגברים שמצויים בקבוצת סיכון מוגבר לאובדנות.

3. הקמה והפעלה שוטפת של קבוצות תמיכה הומוגניות לגברים שאותרו כשייכים לקבוצות של סיכון מוגבר לאובדנות: למשל: צעירים בגיל הבררות המוקדמת (בני 15-24) שלא שייכים לשום מסגרת או שנפלטו מהמסגרת הצבאית; גברים נשואים, בדרך-כלל בני 25+, שמורחקים מבתיהם בצו בית משפט, או שמצויים בתהליך גירושין ומורחקים מביתם על-ידי נשותיהם או מישהו אחר מבני המשפחה (מקרים שבחדשות מופיעים תחת הכותרת "רצח והתאבדות").

4. הקמה והפעלה שוטפת של קבוצות לרכישת כלים, הכוונה וסיוע במציאת עבודה לגברים יוצאי אתיופיה בני 25+, שנמצאים עד 5 שנים בארץ (ובכלל) ואינם עובדים. יש להתייחס להכוונה תעסוקתית כאסטרטגיית התערבות מניעתית חשובה לא פחות מהסברה ומתן תמיכה נפשית.

5. חיזוק מעמדם של המגשרים המסורתיים (שמאגלות, גברים ונשים) בכל הנושאים הקשורים לסכסוכים במשפחה. מומלץ שלשכות הרווחה ובתי הדין שדנים בסכסוכים משפחתיים בקרב יוצאי אתיופיה, יפנו את המעורבים לבוררות אצל המגשרים המסורתיים שיקבלו מעמד רשמי לתפקידם מהרשויות. כל זה יופעל כברירת המחדל ביישוב סכסוכים משפחתיים, לפני נקיטת כל פעולה אחרת, ובכפוף להפעלת שיקול דעת מקצועי של הגורם המפנה.

6. האפשרות המעשית והיחידה הפתוחה להגבלת אמצעי האובדנות בקרב יוצאי אתיופיה נוגעת באיסורים על החזקת כלי נשק, משום שאין דרך לצמצם את הנגישות לאמצעי תליה (חבלים) המשמשים כאמצעי השכיח ביותר לביצוע התאבדות בקרבם. כמו כן קשה לראות שניתן לצמצם את האפשרות לבצע התאבדות באמצעות קפיצה מגובה, אלא אם כן כל החלונות בקומות הגבוהות במרכזי הקליטה ייחסמו על-ידי רשתות או סורגים. מומלץ אם כן לאמץ מדיניות של הגבלה קפדנית של גישה לכלי נשק. בהקשר זה יש להבחין בין אלו שהנשק מגיע לידיהם בתוקף עבודתם בחברות

שמירה, לבין אלו שהנשק נגיש להם מתוקף שרותם הצבאי. אנו ממליצים שמעסיקים בסקטור של חברות השמירה ומפקדים בצה"ל (Orbach et al., 2007) יעברו הכשרה "של שומרי סף" על-מנת שיוכלו לזהות פרט העלול להיות בסיכון אובדני ולתווך בינו לבין גורם טיפולי מתאים.

7.2.3 אסטרטגיות מניעה המיועדות ליחידים בסיכון גבוה

גיבוש אסטרטגיות מניעה ליחידים מקרב עולי אתיופיה שנמצאים בסכנה קונקרטית לאובדנות, מותנה ביעילותם של צעדי האיתור והסינון המוקדמים, ובקימו של שירות שמסוגל להפעיל מערך יעיל של טיפול נפשי ופרמקולוגי רגיש תרבותית, בצד מעקב שוטף וקפדני אחר המטופלים. גם בהקשר זה מוצע שהתוכניות יכללו מספר מרכיבים:

1. הכשרה של מטפלים (פסיכולוגים קליניים, עו"ס קליניים ופסיכיאטרים), עם העדפה מתקנת לגברים מקרב עולי אתיופיה, בטיפול נפשי (מבוסס ראיות) רגיש תרבותית ביוצאי אתיופיה. מומלץ שההכשרה תכלול ידע כללי על פסיכולוגיה של הגירה, על פסיכיאטריה ותרבות, ידע ומיומנות כלליים באבחון וטיפול באובדנות, ידע כללי על הרקע והמאפיינים התרבותיים של עולי אתיופיה, ידע ומיומנות באבחון וטיפול רגישים תרבותית ביוצאי אתיופיה, במיוחד באלו שמצויים בסיכון אובדני. יש ללוות את המטפלים שעוברים את ההכשרה המוצעת בהדרכה שוטפת שתאפשר להתייעץ ולהקל על המטפלים להתמודד עם העומס הרגשי שכרוך במגע עם תופעת האובדנות.
2. פעילות של Reaching Out של השירותים הפסיכו-סוציאליים לאיתור פרטים המצויים בסיכון אובדני. מדובר בפעילות שמצריכה איתור אקטיבי של אנשים ששייכים לקבוצת סיכון מוגברת לאובדנות ולא נמצאים בקשר עם גורמי הרווחה, הקהילה או גורמי הבריאות (למשל צעיר שנפלט מהשירות הצבאי, אינו עובד, משתמש באלכוהול באופן שכיח ולא נמצא בקשר עם רופא המשפחה או המתנ"ס הקהילתי). נראה שפעילות שכזו יכולה להסתייע בידע המצוי אצל אנשי מפתח בקהילה בנוגע למי שמצוי בסיכון אובדני, בתנאי שהפעילות לא תקושר לסטיגמה שמתלווה לפסיכיאטריה בקרב יוצאי אתיופיה. לפיכך רצוי מאד שהפרטים שיאותרו יופנו קודם כל למסגרת טיפולית או תמיכתית בקהילה (כמו מרפאה ראשונית או מתנ"ס) ורק בהמשך, לפי הצורך, יופנו לגורמי בריאות הנפש במרפאה הפסיכיאטרית או בביה"ח הפסיכיאטרי.
3. יש להתייחס ליחיד שמתלונן שוב ושוב ('מתלונן כרוני') בפני גורם טיפולי (רופא המשפחה או עובד סוציאלי במרכז הקליטה) על בעיה גופנית (או 'טכנית') כזו או אחרת, כמי שמצוי בסיכון לאובדנות. הוא הדין לגבי מי שסובל ממחלה זיהומית קטלנית כזהבת C ו-HIV/AIDS. לכן, יש להפעיל כלפי יחידים אלו את צעדי הסינון המוקדמים המוסכמים: העברה של ה-SRQ-F, והסולם להערכת סיכון לאובדנות בקרב עולי אתיופיה.

4. מומלץ להקפיד על שיתוף פעולה הדוק בין מערך בריאות נפש לרפואת המשפחה ושרותי הרווחה. כך למשל מן האפשר שהמטפל יפגוש את המטופל האתיופי שמצוי בסיכון אובדני במרפאה הקהילתית, שיקציב לפחות שעה שבועית אחת לכל מי שחפץ להגיע בלי תור, יהיה בקשר שוטף עם רופא המשפחה והעובד הסוציאלי האחראי מטעם שרותי הרווחה. ניהול הפעילות למניעת אובדנות מתוך המסגרות הקהילתיות הנורמטיביות תאפשר לעקוף את הסטיגמה שמקושרת לפסיכיאטריה, ותהפוך את השירות לנגיש וידידותי בעבור העולה מאתיופיה.
5. חיוני להקפיד על ניהול הטיפול והמעקב השוטף אחר עולה אתיופי שסובל מבעיה נפשית. זהו עקרון חשוב שנמצא כיעיל בספרות. הבעיה חריפה במיוחד משום שבחלק גדול מהמקרים העולה האתיופי שהופנה לטיפול נפשי ומצוי בסיכון אובדני עקב דיכאון, הפרעות חרדה, סכיזופרניה וכדומה, נושר מהטיפול ולא נמצא באיזו שהיא מסגרת קהילתית תומכת. גם אם הפרט מתמיד לבוא לטיפול, הוא לא תמיד מקפיד למלא אחר ההוראות ביחס לנטילת התרופות. בהקשר זה מומלץ מאד לערב מישהו מבני המשפחה שמבין את חשיבות המשך הטיפול ומוכן לקחת אחריות.
6. מומלץ שאדם מתוך קהילת יוצאי אתיופיה, עו"ס או עובד קהילתי, ימלא בשכר תפקיד שעיקרו מעקב ויצירת קשר שבועי או לפי הצורך, עם מי שאותר כמצוי בסיכון מוגבר לאובדנות. קשר שכזה יכול להוות פתח לתקווה בעבור הפרט שחוה חוסר אונים ובדידות, ונמצא כיעיל במניעת אובדנות, במיוחד כשמדובר באנשים שלא מצויים בקשר עם איזו שהיא מסגרת קהילתית תומכת. חשוב שאדם זה יעמוד בקשר שוטף עם הגורמים הטיפוליים ויקבל הדרכה קבועה.

ביבליוגרפיה

- אדלשטיין, א (2005). אובדנות בקרב בני נוער יוצאי אתיופיה. מחקר גישוש. מדינת ישראל, 2005.
- אפטר א, פוירשטיין א (2001). *נוער על סף תהום: התאבדויות ונטיות אובדניות בקרב בני נוער*. תל-אביב, דיונון.
- אריאלי א, גילת י, איצק צ (1994). התאבדות יהודי אתיופיה – סקר באמצעות אוטופסיה פסיכולוגית. *הרפואה*, 127, 65-70.
- גריסירו נ (2006). סולם הערכה ע"ש "נמרוד" לניבוי אובדנות בקרב עולי אתיופיה. הסוכנות היהודית, פרסום פנימי. הוצג בפני הפרויקט הלאומי למניעת אובדנות – וועדת עולי אתיופיה ב-23.7.2009.
- חקלאי צ', שטיין נ', גולדברגר נ', אבורבה מ' (2009). *אובדנות בישראל 2009*. משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- יונגמן ר, פוגצ'וב א, זילבר נ (2008). דפוסי שימוש בשרותי בריאות נפש אמבולטוריים בקרב ילידי אתיופיה בישראל. הרצאה בכינוס "יהודי אתיופיה: זהות, מורשת, היסטוריה וחברה". מרכז דהאן, אוניברסיטת בר-אילן. 26-27 במאי 2008.
- יונגמן ר, זילבר נ, קווה נ, זרה מ, פיקרה ו, ואחרים (2002). פיתוח כלי סינון פסיכיאטרי רגיש תרבותית לאיתור בעיות נפשיות בקרב יוצאי אתיופיה בישראל. *הרפואה*, 141, 10-16.
- כהן ש, וולמן י (2006). אובדנות בקרב עולים. נייר עמדה. מדינת ישראל, המשרד לקליטת העלייה, המחלקה לשרותי רווחה.
- לובין ג, וישנה ט, קוטלר מ (2007). אובדנות: היבטים קליניים ומערכתיים לממד האחריות האישיות. *הרפואה*, 146: 364-367.
- קרן, ש (2008). *מניעת התאבדות: מציאות או אשליה*. הרצאה בכנס האיגוד הארצי לבריאות הציבור בישראל, 31.1.2008.
- שטיין נ, גולדברגר נ, חקלאי צ, אבורבה מ (2008). *אובדנות בישראל 2008*. משרד הבריאות, תחום מידע, שירותי מידע ומחשוב, ירושלים.
- שטיין נ, חקלאי צ, אבורבה נ (2005). אובדנות בישראל 2005. משרד הבריאות, תחום מידע ומחשוב. ירושלים.
- Abdulrshid AB. (1999). Trends in suicide, parasuicide and accidental poisoning in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 13(3), 247-241.
- Abebe M. (1991). Organophosphate pesticide poisoning in 50 Ethiopian patients. *Ethiopian Medical Journal*, 29, 109-118.
- Alem A., Kebede D., Jacobsson L., Kullgren G. (1999). Suicide attempts among adults in Butajira, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl)*. 397, 70-76.
- Apter A., Bleich A., King RA., Kron S., Fluch S., et al. (1993). Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. *Archives of General Psychiatry*, 50, 138-142.
- Baudelot C., Establet, R. (2008). *Suicide. The hidden side of modernity*, translation. D. Macey. Cambridge: Polity Press.

- Beautrais AL. (2005). National strategies for the reduction and prevention of suicide. *Crisis*, 26, 1-3.
- Bhugra D. (2000). Migration and schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 407, Supplement, 68-73.
- Bhugra D. (2003). Migration and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 67-72.
- Biddle L., Donovan J., Hawton K., et al. (2008). *British Medical Journal*, 336, 800-802.
- Brown GK., Have TT., Henriques GR., et al. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 294, 263-270.
- Bursztein C., Apter A. (2009). The epidemiology of suicidal behavior in the Israeli population. In: I. Levav (Ed.). *Psychiatric and behavioral disorder in Israel. From epidemiology to mental health action*. Jerusalem: Gefen. 267-284.
- Burvill PW., McCall MG., Stenhouse NS., Woodings TL. (1982). The relationship between suicide, undetermined deaths and accidental deaths in the Australian born and migrants in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 16, 179-184.
- Burvill PW. (1998). Migrant suicide rates in Australia and in country of birth. *Psychological Medicine*, 28, 201-208.
- Carta MG., Bernal M., Hardoy MC., et al. (2005). Migration and mental health in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 13.
- Caspi A., Sugden C., Moffitt T., Taylor A., Craig I., Harrington H., McClay J., Mill J., Martin J., Braithwaite A., Poulton R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301 (5631), 386-389.
- Cheng A. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 360-365.
- Clayton P., Auster T. (2008). Strategies for the prevention and treatment of suicidal behavior. *Focus*, 6(1), 15-21.
- Conwell Y., Duberstein P., Caine E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
- Crawford MJ., Nur U., McKenzie K., et al. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts among ethnic minority groups in England: Results of a national household survey *Psychological Medicine*, 35, 1369-1377.
- Diefenbach GJ., Woolley SB., Goethe JW. (2009). The association between self-reported anxiety symptoms and suicidality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(2). 92-97.

- Durkheim E. (1895/2006). *On suicide*. London: Penguin.
- Fenta H., Hyman I., Noh S. (2006). Mental health service utilization by Ethiopian immigrants and refugees in Toronto. *Journal of Nervous and Mental Disease* 194, 925-934.
- Fossion P., Servais L., Rejas MC., Ledoux, T., et al. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age--and--gender controlled study. *European Psychiatry*, 19, 338-343.
- Garcia CM., Saewyc EM. (2007). Perceptions of mental health among recently immigrated Mexican adolescents. *Issues in Mental Health Nursing*, 28, 37-54.
- Glowinski Al., Bucholz KK., Nelson EC., Fu, Q., et al. (2011). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 40, 1300-1307.
- Gould MS., Greenberg T., Velting DM., Shaffer D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 386-405.
- Gunnell D., Middleton N., Frankel S. (2000). Method availability and the prevention of suicide: a re-analysis of secular trends in England and Wales 1950-1975. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35, 437-443.
- Hawton K., van Heeringen K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hegrel U., Althaus D., Schmidtke, A. Niklewski G. (2006). The alliance against depression: 2 year evaluation of community-based intervention to reduce suicidality. *Psychological Medicine*, 36, 1225-1233.
- Hjern A, Wicks S, Dalman C. (2004). Social adversity contributes to high morbidity in psychoses in immigrants: A national cohort study in two generations of Swedish residents. *Psychological Medicine*, 34(6), 1225-1033.
- Hovey JD., King CA. (1997). Suicidality among acculturating Mexican Americans: current knowledge and directions for research. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 27, 92-103.
- Hovey JD. (2000). Acculturative stress, depression, and suicidal ideation among Central American immigrants. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 30, 125-139.
- Isaac M., Elias B., Katz LY., Belik SL., Deane FP., Enns MW., Sareen J.; Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2009). Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(4), 260-268.
- Jackson JS., Neighbors HW., Torres M., et al. (2007). Use of mental health services and subjective satisfaction with treatment among Black Caribbean immigrants: results from the National Survey of American Life. *American Journal of Public Health*, 97, 60-67.

- Jacobsson L. (1985). Suicide and attempted suicide in general hospital in western Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 596-600.
- Jacobsson L. (1988). On the picture of depression and suicide in traditional societies. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*. 344, 55-63.
- Kebede D., Alem A. (1999). Suicide attempts and ideation among adults in Addis Ababa, Ethiopia. *Acta Psychiatrica Scandinavica (Suppl.)*. 397, 35-39.
- Kebede D., Ketsela T. (1993). Suicide attempts in Ethiopian adolescents in Addis Abeba high schools. *Ethiopian Medical Journal*, 31, 83-90.
- Kliwer EV., Ward RH. (1988). Convergence of immigrant suicide to those in the destination country. *American Journal of Epidemiology*. 127, 640-653.
- Kposowa AJ., McElvain JP., Breault KD. (2008). Immigration and Suicide: the role of marital status, duration of residence, and social integration. *Archives of Suicide Research*, 12, 82-92.
- Lay B., Lauber C., Nordt C., Rössler W. (2006). Patterns of inpatient care for immigrants in Switzerland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41,199-207.
- Lerner Y., Mirsky J., Barasch M. (1994). New beginnings in an old land: refugee and immigrant mental health in Israel. In: Marsella, A.J., Bornemann, T., Ekblad, S., & Orley, J. (eds.). *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Wellbeing of the World's Refugees*. Washington D.C.: American Psychological Association
- Lester D. (1999). Effect of changing alcohol laws in Iceland on suicide rates. *Psychological Reports*, 84, 1158.
- Lester D., Leenaars A. (1993). Suicide rates in Canada before and after tightening firearm control laws. *Psychological reports*, 72, 787-790.
- Levav I., Magness J., Aisenberg E., et al. (1998). Sociodemographic correlates of suicidal ideation and reported attempts – a brief report on a community survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 25, 38-45.
- Levinson D., Haklai Z., Stein N., Polakiewicz J., Levav, I. (2007). Suicide ideation, planning and attempts: results from the Israel National Health Survey. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 44, 136-143.
- Levy Y., Horesh N., Fischel, T., Treves I., Or E., Apter A. (2008). Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *Journal of Affective Disorders*, 111, 244-250.
- Loftin C., McDowall D., Wiersema B., Cottey TJ. (1991). Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *New England Journal of Medicine*, 325, 1615-1620.

Lubin G., Glasse S., Boyko V., Barell V. (2001). Epidemiology of suicide in Israel: a national population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 123-127.

Mäkinen IH., Wasserman D. (2001). Some social dimensions of suicide. In: Wasserman D, (Ed.). *Suicide – An unnecessary death*. Martin Dunitz: London.

Mäkinen IH., Wasserman D. (2003). Suicide mortality among immigrant Finnish Swedes. *Archives of Suicide Research*. 7, 93-106. .

Mann JJ., Apter A., Bertolote J. et al. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *The Journal of American Medical Association*, 294(16), 2064-2074.

Mann JJ. (2003). Neurobiology of suicide behavior. *Nature reviews. Neuroscience*. 4, 819-828.

Meehan J., Alphas L., Green AI., et al. (2003). Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge: national clinical survey. *British Journal of Psychiatry*, 188, 129-134.

Merrill J., Owens J. (1988). Self-poisoning among four immigrants groups. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 77, 77-80.

Michel K., Frey C., Wyss K., Valach I. (2000). An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*, 21, 1-10.

Mirsky, J. (2009). Mental Health implication of migration: A review of mental health community studies on Russian-speaking immigrants in Israel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 179-187.

Mittal V, Brown WA, Shorter E. (2009). Are patients with depression at heightened risk of suicide as they begin to recover? *Psychiatric Services*, 60(3), 384-386.

Morrell S., Taylor R., Slaytor E., et al. (1999). Urban and rural suicide differentials in migrants and the Australian-born, New South Wales, Australia 1985-1994. *Social Science and Medicine*. 49, 81-91.

Mullen B., Smyth JM. (2004). Immigrant suicide rates as a function of ethnophaulisms: hate speech predicts death . *Psychological Medicine*. 66, 343-348.

Nordentoft, M. (2007). Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups. *Danish medical bulletin*, 54(4), 306-69.

Oquendo MA., Currier D., Mann, JJ. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factor? *Acta Psychiatrica Sandinavica*, 114, 151-158.

Orbach I., Gilboa-Schechtman E., Ofek H., et al. (2007). A chronological perspective on suicide – the last days of life. *Death Studies*, 31, 909-932.

Palmer, D. (2007). An exploration into the impact of the resettlement experience, traditional health beliefs and customs on mental health and suicide rates in the Ethiopian community in London. *International Journal of Migration and Social Care*, 3, 44-55.

Papadopoulos R., Lay M., Less S., Gebrechiwt A. (2003). The impact of migration on health beliefs and behaviours: the case of Ethiopian refugees in the UK. *Contemporary Nurse*, 15, 210-221.

Pfeffer, CR. (1986). *The suicidal child*. New York: Guilford Press.

Pirkis J., Burgess P. (1998). Suicide and recency of health care contacts: a systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474.

Pirkis J., Blood RW., Beautrais A., et al. (2006). Media guidelines on the reporting of suicide. *Crisis*, 27, 82-87.

Ponizovsky AM., Ritsner MS. (1999). Suicide ideation among recent immigrants to Israel from the former Soviet Union: An epidemiological survey of prevalence and risk factors. *Suicide and Life-Treating Behaviour*. 29, 376-392.

Levav I., Kohn R., Flaherty JA.. (1990). Mental health attitudes and practices of Soviet immigrants. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 27(3), 131-144.

Rihmer Z. (1996). Strategies of suicide prevention: focus on health care. *Journal of Affective Disorder*, 39, 83-91.

Rutz W., von Knorring I. Walinder J. (1992). Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 83-88.

Sainsbury P., Barrclough B. (1968). Differences between suicide rates. *Nature*, 220 (5173), 1256

Sareen J., Cox B., Afifi T., de Graaf R., Asmundson G., ten Have M., Stein M. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249-1257.

Schutt RK., Meschede T., Riedran J. (1994). Distress, suicide thoughts, and social support among homeless adults, *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 134-142.

Scmidtke A., Bill-Brahe U., De Leo D., et al. (2004). The WHO/Euro multicentre study on suicidal behavior. In Schmidtke, A., Bill-Brahe, U., De Leo, D. et al.,(Eds.). *Suicidal behavior in Europe*. Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber.

Selten JP., Hoek HW. (2008). Does misdiagnosis explain the schizophrenia epidemic among immigrants from developing countries to Western Europe? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 43, 937-939.

Shneidman, E. (1985). *Definitions of suicide*. New York: Wiley.

Shuval G., Schoen G., Vardi N., Zalsman G. (2007). Suicide in Ethiopian immigrants to Israel: A case study of the genetic-environmental relation in suicide. *Archives of Suicide Research*, 11, 247-253.

Singh GK., Hiatt RA. (2006). Trends and disparities in socioeconomic and behavioural characteristic, life expectancy, and cause-specific mortality of native-born and foreign-born population in the United States, 1979-2003. *International Journal of Epidemiology*, 35, 903-916.

Snowdon J., Harris L. (1992). Firearms suicides in Australia. *Medical Journal of Australia*, 156, 79-83.

Sonneck G., Etzendorfer E., Nagel-Kuess S. (1994). Imitative suicide on the Viennese subway. *Social Medicine*, 38, 453-457.

Sorenson SB., Golding JM. (1988). Prevalence of suicide attempts in a Mexican-American population: prevention implications of immigration and cultural issues. *Suicide and life-threatening behavior*, 18, 322-333.

Steel Z., Silove D., Chey T., Bauman A., et al. (2005). Mental disorders, disability and health service use amongst Vietnamese refugees and the host Australian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 111, 300-309.

Voracek M., Loibl LM. (2008). Consistency of immigration and country-of-birth suicide rates: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 259-271.

Wasserman D., Värnik A. (1998). Suicide-preventive effects of perestroika in the former USSR: the role of alcohol restriction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98, 1-4.

Whitlock, FA. (1971). Migration and suicide. *The Medical Journal of Australia*. 23, 840-848.

Whittington CJ., Kendall T., Fonagy P., et al. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 1341-1345.

WHO. (2002). World report on violence and health. Geneva: World Health Organization

Witztum E., Grisar N., Budowski, D. (1996). The 'Zar' possession syndrome among Ethiopian immigrants to Israel: cultural and clinical aspects. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 207-225

Zilber N., Lerner Y. (1996). Psychological distress among recent immigrants from the former Soviet Union to Israel, I. Correlates of level of distress. *Psychological Medicine*, 26, 493-501.