

קבוצת ההסתגלות במרכז מתדון כגשר להקטנת ההדרה של אוכלוסיית מכורים קשים

מרים שיף,¹ שבתאי לויט,² רינת כהן-מורנו,³ נעם הס,⁴
מיכל גומל ונעמה גלזר⁵

המחקר בחן את תרומתה של קבוצת ההסתגלות להשתלבותם של מטופלים חדשים במרכז המתדון. קבוצה זו המתאספת עם כניסתו של המטופל למרכז מהווה צעד ראשון לקידום אוכלוסייה מודרת זו.

השתתפו במחקר 44 מתוך 48 מסיימי קבוצות ההסתגלות בתקופה נתונה וכן קבוצת השוואה של 69 מטופלים, שקיבלו פטור מהשתתפות בקבוצה זו.

ממצאי המחקר מצביעים על כך שהמטופלים חשים הערכה רבה לקבוצת ההסתגלות. מלבד זאת נמצא קשר חיובי בין מידת מעורבותם של המטופלים בקבוצת ההסתגלות ושביעות רצונם ממנה לבין הינזרותם מהרואין.

הדיון מדגיש את המתח הקיים בין האידיאולוגיה של הפיקוח החברתי לזו של ההכללה החברתית, על רקע קיצוץ משאבים והפרטת השירות.

-
- 1 האוניברסיטה העברית, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ומתנדבת במרכז מתדון ירושלים (ממ"י).
 - 2 מרכז מתדון ירושלים (ממ"י).
 - 3 מרכז מתדון ירושלים (ממ"י) והלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.
 - 4 מרכז מתדון ירושלים (ממ"י).
 - 5 סטודנטיות בסמינר המחקר באוניברסיטה העברית, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית שכתבו את עבודתן על קבוצת ההסתגלות. כיום שתייהן בוגרות (BSW) בעבודה סוציאלית.

מבוא

אוכלוסיות מכורים לסמים הן אוכלוסיות מודרות חברתית, הן מפאת השימוש בסם והן משום שלשימוש נלוות בדרך כלל בעיות דיור, פרנסה, פשיעה, אבטלה ובריאות לקויה (Clayton, 1992). הדרה חברתית זכתה אמנם להגדרות שונות, אבל מקובל להניח שהיא התהליך שבגיניו קבוצות מסוימות באוכלוסייה נדחקות לשוליים, ונמנע מהן להשתתף השתתפות מלאה בחיי החברה שהם חיים בה (דורון, 2006 עמ' 3). אחת הבעיות של הדרה בקרב אוכלוסיות מכורים היא שאין היא נפסקת עם הכניסה לטיפול בשירותים המעניקים להן סיוע וטיפול. שכן ההתמודדות עם כללי המסגרת, כמו העדר מוחלט של סובלנות כלפי שימוש בסם (zero tolerance, Zajdow, 2005) במהלך הטיפול במרכזי גמילה ובקהילות טיפוליות (De-Leon, 2008) והסובלנות הנמוכה לשימוש בסמי רחוב במהלך השהות במרכזי מתדון וסובוטקס (מרכזים שבהם ניתן טיפול תרופתי כתחליף לסם; ראו בהמשך Latowsky, 2006; Kolar et al., 1990), מציבה אתגר לא פשוט לרבים מהמכורים. בעוד המתמידים בטיפול גם מתנזרים עם הזמן מסמים או מסמי רחוב (Ball & Ross, 1991; Magura, Nwakeze, & Demsky, 1998) הרי אחוז גדול מהמטופלים, הנע בין 50-80 אחוז במסגרות הטיפול השונות במכורים (נתן ואנסון, 1999), נושרים או נפלטים מהטיפול, ותוך זמן קצר מוצאים את עצמם שוב בשימוש קבוע בסם (לדוגמה De Leon et al., 2000). הנפלטים או הנושרים משירותים אלה נמצאים בסיכון לשוליות חברתית גבוהה אף יותר מזו שידעו טרם כניסתם לטיפול. שכן ההיפלטות מהם מביאה לחזרה לעולם הפשע, להתנהגויות המגבירות סיכון לאידס ומחלות זיהומיות אחרות (Villafranca et al., 2006; Zaric et al., 2000) וכן להידרדרות גדולה יותר מבחינת דפוסי ואופני השימוש בסם. כך, למשל, במחקר שנעשה בעשר ערים באירופה (Carles, Oviedo-Joekes, & Romero, 2006) נמצא שמכורים שנשרו או נפלטו מתוכניות קיימות למכורים נמצאים בסיכון גבוה יותר לשימוש בסמים בהזרקה לעומת מכורים שאף פעם לא היו בטיפול, מכורים שנמצאים כיום בטיפול או כאלה שסיימו טיפול. הפסקת הטיפול במרכז מוכר לטיפול במכורים גם שוללת את הזכות לקצבת הבטחת הכנסה מהביטוח הלאומי. כל אלה מגבירים את ההדרה החברתית של המכורים (Carles et al., 2006; Hawkins et al., 2008). יחד עם זאת, שיעור הנשירה מטיפול אצל אוכלוסיות מכורים יכול להגיע אף ל-50 אחוז (Hawkins et al., 2008). על כן לתוכניות שנועדו לסייע בקליטה של המכורים לשירות טיפולי, כך שיצליחו להתמיד בו ולהינזר מהשימוש בסמים, יש חשיבות רבה ביותר. אחת התוכניות היא קבוצת ההסתגלות המתכנסת בשירותי מתדון מסוימים, כמו במרכז מתדון ירושלים שבו נערך המחקר הנוכחי. מרכז מתדון ירושלים (ממ"י), אחד מתוך 12 מרכזים הקיימים כיום בישראל, מטפל מאז הקמתו ב-1991 באוכלוסייה של מכורים לסמים אופיאטיים כמו הרואין (לויט,

1999; לויט, בן לוי וגלקופף, 2002). הטיפול כולל מתן תרופה (מתדון או סובוטקס) שהיא אגוניסטית להרואין. מרכזי המתדון פועלים על פי גישת "מזעור נזקים" (harm reduction, MacMaster, 2004). על פי גישה זו התמכרות היא מחלה כרונית, וגמילה היא רק הפוגה במחלה. על כן יש למזער את נזקי ההתמכרות במקום לשאוף לגמילה מוחלטת מהסם (Marlatt, 1996; Tatarsky, 2003). בממ"י טופלו בעת ביצוע המחקר כ-300 מטופלים (12 אחוז נשים).

המחקר הנוכחי מתאר תהליך הערכה של מועילות קבוצות ההסתגלות להינזרות מסמי רחוב ובעיקרין להקטנת ההדרה החברתית של אוכלוסייה זו. הוא נעשה במסגרת סמינר מחקר באחד מבתי הספר לעבודה סוציאלית מתוך רצון להקנות לסטודנטים את חשיבות הסיוע לאוכלוסיות מודרות. זאת לא רק באמצעות טיפול ישיר בהם, המתבצע במהלך הכשרתם המקצועית, אלא גם באמצעות איסוף מידע מהימן המתבסס על עדויות אמפיריות (evidence-based practice; i.e., Gambrill, 2006) והעברתו לצוותים המטפלים באוכלוסיות אלה.

קבוצת ההסתגלות במרכז מתדון ירושלים (ממ"י)

קבוצת ההסתגלות היא הטיפול הפסיכו-סוציאלי הראשון שמקבל מטופל במרכז מתדון ירושלים (ממ"י). הואיל והנשירה ממרכזי טיפול באוכלוסייה זו קורית במהלך החודשים הראשונים (Hawkins et al., 2008), הוחלט להעניק למטופלים החדשים במרכז זה, בשלושת החודשים הראשונים לקבלה לטיפול (Hien et al., 2000), טיפול קבוצתי שמטרתו ללוות אותם באופן צמוד ולסייע להם במהלך התקופה הקריטית של ההינזרות מסמי רחוב, ההתייצבות על המתדון ושינוי אורח החיים הנגזר מכך.

קבוצת ההסתגלות מורכבת מ-8-10 מטופלים, והשאפה היא שמטופל יתחיל את הטיפול בקבוצה לא יאוחר משבועיים לאחר קבלתו למרכז, אם כי רובם מצטרפים לקבוצה כחודש לאחר קבלתם. לא כל מטופל נכנס לקבוצת ההסתגלות. ההחלטה על פטור מהקבוצה מתקבלת בוועדה המורכבת מהנהלת המרכז (עובדים סוציאליים, רופאה וחובשת). החלטה זו נשענת על שיקולים קליניים (למשל מטופל אשר לדעת הצוות אינו מתאים להתערבות קבוצתית) ואדמיניסטרטיביים (מטופל שהיה בעבר בקבוצת הסתגלות, עזב את המרכז וכעת התקבל אליו בפעם השנייה ואולי השלישית; בעיות שפה; שעות עבודה החופפות לאלה של קבוצת ההסתגלות). יחד עם זאת, שיקולים אלה אינם מתועדים ויש ללמוד עליהם משיחות אישיות. מצב זה, מכל מקום, אפשר לנו להשוות את מצבם של מטופלים שעברו קבוצת הסתגלות למטופלים שקיבלו פטור ממנה מסיבות שונות. מובן

שלא ניתן להתייחס לשתי קבוצות מחקר אלה כאילו הוקצו מראש על פי כללים מנחים ובוודאי לא בהקצאה מקרית.

קבוצת ההסתגלות נפגשת 10-12 פעמים, אחת לשבוע. את הקבוצה מנחים עובד/ת סוציאלי/ת וחובש/ת האחראי/ת על חלוקת המתדון ועל קשר ראשוני עם המטופלים בעת החלוקה. מטרת העל של הקבוצה היא לסייע למטופלים להיקלט במרכז המתדון ולהימנע משימוש בסמי רחוב, כדי לצמצם את ההדרה החברתית שסבלו ממנה מאז השימוש הקבוע בסם ועוד קודם לכן. כל יעדי הקבוצה ופעילויותיה מכוונים למטרת על זו. היעדים כוללים חברות למרכז כמטרה בפני עצמה אך גם כמודל לחברות לחברה הרחבה, סיוע והכוונה בתהליך ההינזרות מסמי רחוב, היכרות של המטופל עם התפקידים השונים של אנשי הצוות וכללי המסגרת וכן קבלת מידע על הטיפול במתדון ועל זכויותיו השונות של המטופל הנגזרות מהטיפול. מלבד זאת, במהלך פעילות הקבוצה מנחי הקבוצה והצוות כולו מסייעים למשתתפיה באופן אקטיבי בקישור, בתיווך ובסגור מול גורמים מוסדיים כמו ביטוח לאומי (קבלת קצבה), סיוע בשכר דירה או בשיכון, ההוצאה לפועל, חברת החשמל (הסדר חובות), משרדי הממשלה השונים (משרד הקליטה, משרד התחבורה וכו') ורשויות עירוניות (ארנונה, מים ושירותי רווחה). מבחינת הצוות הקבוצה מהווה הזדמנות להכיר את המטופל ולתפור תוכנית טיפולית המתאימה לצרכיו. המפגשים נסבים סביב הנושאים האלה: (1) היכרות וכללי התנהגות בקבוצה כמראה לכללי התנהגות בחברה הכללית; (2) חוזה טיפולי – חוקי המרכז, ימי הגעה, ועדת מסגרת, בדיקות שתן וכד'; (3) מאפייני מסגרת – הקושי להשתלב במסגרת, ניסיונות גמילה קודמים, החסמים בקבלת טיפול או שירות משירותי רווחה ובריאות בין השאר עקב הסטיגמה הרווחת בחברה ואף בשירותים חברתיים כנגד מכורים (Copeland, 1997); (4) פגישה עם הרופאה; (5) הגדרת הקשר של כל אחד מהמשתתפים עם הסם, כלומר ההיכרות של האדם עם הסם, דפוסי השימוש שלו, מחשבות ותפיסות בדבר השימוש בסם וכד'; (6) מעידה ומניעת שימוש חוזר; (7) פגישה עם הרוקח; (8) סטיגמות בעולם הסמים ("איך אני תופס את עצמי ואיך אחרים רואים אותי"); (9) המידה שבה המשפחה מהווה גורם מסייע או מעכב בתהליך ההינזרות; (10) הזכויות הנגזרות מעצם הטיפול במרכז מול גורמים במערכת (כפי שפורט לעיל); (11) מפגש סיום וסיכום.

על כל מטופל לתת בדיקת שתן לפחות פעם בשבוע בזמן השתתפותו בקבוצה. המשוב על תוצאות בדיקות אלה ניתן בקבוצה תוך עידוד וחיזוק המטופל על הצלחתו להימנע משימוש בסם במהלך השבוע החולף. כדי לסיים את קבוצת ההסתגלות בהצלחה, על המטופל להגיע לפחות לתשעה מפגשים ולהראות שהתנזר מסמי רחוב לפחות במחצית מבדיקות השתן שנערכו לו.

המודלים התיאורטיים שעליהם מתבססת קבוצת ההסתגלות

גישת ההתערבות בקבוצת ההסתגלות שואבת משלוש גישות תיאורטיות: גישת הפיקוח החברתי (social control theory; Hirschi, 1969), שפותחה על מתבגרים ויושמה גם על מכורים בוגרים (למשל, Moos, 2007); הגישה הקוגניטיבית-ההתנהגותית לטיפול במכורים (Kaminer, Burleson, & Goldberger, 2002) והגישה האנטי דכאנית (anti oppressive), השמה דגש על חשיבות ההכללה (inclusion) של אוכלוסיות מודרות (Burke & Harrison, 1998). גישת הפיקוח החברתי טוענת שזיקה הדוקה למסגרות חיים נורמטיביות כמו משפחה, בית ספר, עבודה, דת מניעה את הפרט להתנהלות אחראית ולהימנעות משימוש בסמים ומהתנהגויות סיכון אחרות. זיקה זו יוצרת ניטור או פיקוח על הפרט ומכוונת את התנהלותו למטרות ומשימות מקובלות. כשהזיקה למסגרות אלה רופפת, מה שמחליש את הניטור וההשגחה שלהן, פוחתת הסבירות שהפרט יציית לסטנדרטים מקובלים, והוא ייטה יותר להתנהגויות סיכון כמו שימוש בסמים. מכאן, שככל שתגבר מעורבותו של המתמכר במסגרות חיים נורמטיביות, תתחזק שייכותו לעולם הערכים וההתנהגויות הנורמטיבי (Hirschi, 1969; Moos, 2007, 2008). קבוצת ההסתגלות שאבה מגישה זו את עצם היצירה של הקבוצה כמסגרת פעילות נורמטיבית הכוללת כללי דיבור והתנהגות נורמטיביים (כמו העדר מוחלט של סובלנות כלפי אלימות בין משתתפי הקבוצה ובינם לבין המנחים) וכן ניטור והשגחה צמודים על התנהגות השימוש בסם באמצעות בדיקות שתן שבועיות. ההקפדה על נוכחות החובה במפגשי הקבוצה היא עוד גורם מפקח, המיועד לייצר מסגרת חיים נורמטיבית שיש בה חובות ומחויבויות.

על פי הגישה הקוגניטיבית-ההתנהגותית (CBT) לטיפול במכורים, המתבססת על תיאוריית הלמידה החברתית (Bandura, 1977), השימוש בסמים הוא התנהגות נלמדת, שהחלה ונמשכת, משום שלפרט יש ציפיות חיוביות בנוגע להשפעת הסם ומשום שבני משפחה או חברים המשתמשים בסמים היו מודל חיקוי עבורו. גישה זו גם שמה דגש על המסוגלות העצמית הנמוכה של הפרט להתנזר מסמים, על הטיות תפיסתיות המכשילות את המכור וכן על מיומנויות התמודדות לא מועילות המתבססות על דפוסי התנהגות של הימנעות בכל פעם שבה הפרט נתקל במצב לחץ (Moos, 2007). מטרות הטיפול הקוגניטיבי-ההתנהגותי במכורים הן (א) לחשוף סכמות שאינן מועילות לאדם, טעויות חשיבה ואמונות; (ב) להראות כיצד החשיבה קשורה לרגש; (ג) לשפר מיומנויות התנהגות ודפוסי התמודדות באמצעות חיזוקים; (ד) לחזק מסוגלות עצמית של המכור להתנזר מהסם (Brook, 2002; Liese, Beck, & Seaton, 2002). האלמנטים שנלקחו מגישה זו ויושמו בגישת ההתערבות של קבוצת ההסתגלות הם אלה: הצבת מנחים המדגימים בהתייחסותם זה לזה ולחברי הקבוצה התנהגות נורמטיבית הראויה לחיקוי; מתן חיזוקים על הינזרות משימוש בסם והגברת המסוגלות העצמית של המשתתפים להתמודד עם

הפיתוי להשתמש בסם; בניית הקבוצה כקבוצת התערבות מובנית בעלת יעדים, תכנים ומטרות שנקבעו מראש (Brook, 2002; Sheldon, 1995).

הגישה האנטי דכאנית (Burke & Harrison, 1998) רואה באוכלוסיית המכורים את אחת האוכלוסיות שנדחקו לשוליים מסיבות של חיים בעוני ובמצוקה כלכלית, חינוך והשכלה בלתי מספיקים וכן העדר כישורים תעסוקתיים וחברתיים נאותים (דורון, 2006). על פי גישה זו על העובדים הסוציאליים להיאבק בהדרה החברתית באמצעים רבים ומגוונים הכוללים סיוע ברמה האישית (מתן מידע, סנגור), פעולות חינוך והכשרה וכן פיתוח יחסי שותפות עם הקבוצות המודרות המכוונות לשיפור במצבן (דורון, 2006; Burke & Harrison, 1998). על פי עקרונות גישה זו, משתתפי הקבוצה מקבלים מידע על זכויותיהם וחובותיהם במרכז וסיוע קונקרטי (כמו כתיבת מכתבים) בכל הנוגע למיצוי זכויות או להתחשבות במצבם בהקשר של חובות לגורמים ממסדיים שונים. המידע והסיוע הקונקרטי בנושאים אלה ניתנים להם ללא כפייה או ניסיון שכנוע. הקו המנחה בעת מתן המידע הוא שמשותפי הקבוצה חופשיים לעשות בו שימוש יעיל או להתעלם ממנו.

הן על פי הגישה הקוגניטיבית-ההתנהגותית והן על פי הגישה האנטי דכאנית, מעורבות המטופל בתהליך ושביעות הרצון שלו ממנו חשובות ביותר בקביעת מועילותה של הקבוצה. יתרה מזו, יש מחקרים המצביעים על הקשר בין שביעות רצון של מטופלים משירותים שונים למכורים לבין ההתמדה בטיפול וההינזרות מסמים המתלווה אליה (Hser et al., 2004; McKay & Weiss, 2001; Simpson, 2001; Villafranca et al., 2006; Zaric et al., 2000).

בחנו אפוא את הקשר בין שביעות רצונם ומעורבותם של המשתתפים בקבוצת ההסתגלות לבין הינזרותם משימוש בסם בתום הקבוצה.

מפאת ראשוניות המחקר, שאלנו שאלות מחקר ולא גזרנו השערות:

(א) מהי מידת שביעות הרצון של המטופלים מקבוצות ההסתגלות ומה מידת מעורבותם בהן?

(ב) מה הקשר בין מעורבותם ושביעות רצונם של המשתתפים מקבוצות ההסתגלות לבין התנזרותם מהרואין וקוקאין עם סיום הקבוצה?

(ג) האם יש הבדלים בין משתתפי קבוצות ההסתגלות למשתתפי קבוצות ההשוואה (מטופלים שקיבלו פטור מחובת השתתפות בקבוצות ההסתגלות) במידת השימוש בהרואין ובקוקאין עם סיום תקופת ההסתגלות.

שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר

מטופלי ממ"י המסיימים קבוצת ההסתגלות וכאלה המקבלים פטור ממנה (קבוצת השוואה). במרכז מתדון זה עובדות קבוצות אלה באופן שוטף, לפחות קבוצת ההסתגלות אחת בכל זמן נתון.

מדגם

44 משתתפים (ארבע נשים; 29.4 אחוז ערבים; 18.2 אחוז ילידי חבר העמים) מתוך 48 (92 אחוז) מסיימי קבוצת ההסתגלות שפעלו בין אוגוסט 2005 לפברואר 2007. בתקופה זו פעלו שמונה קבוצות ההסתגלות שונות. 69 מטופלים (קבוצת השוואה; 11 נשים 15.9 אחוז); 33.3 אחוז ערבים; 12.5 אחוז ילידי חבר העמים) שקיבלו פטור מקבוצת ההסתגלות ואשר קיבלנו את נתוני השימוש שלהם בהרואין ובקוקאין ממסד הנתונים בממ"י.

הגיל הממוצע של משתתפי קבוצת ההסתגלות היה 43.1 (סטיית תקן 9.10), וגיל תחילת השימוש הממוצע הוא 18.61 (סטיית תקן 6.68). 38.5 אחוז מהם רווקים, לשני שלישים מהמשתתפים יש ילדים. חציון מספר שנות הלימוד של המשתתפים הוא עשר (ממוצע 9.74; סטיית תקן 3.57). רק 25.6 אחוז מהם עבדו כל השנה או רובה במהלך השנה שקדמה לריאיון. 82.1 אחוז מתקיימים על קצבאות הביטוח הלאומי. 63.2 אחוז (24 משתתפים) היו בעבר בקהילה טיפולית פעם אחת לפחות. לא נמצאו הבדלים במשני המחקר – הינזרות, מעורבות ושביעות רצון – על פי משתני הרקע, ועל כן הנתונים יוצגו בקרב כלל המשתתפים ללא חלוקה לתת קבוצות.

קבוצת השוואה – הגיל הממוצע היה 46.49 (סטיית תקן 7.91). גיל תחילת השימוש הממוצע הוא 20.04 (סטיית תקן 7.59). 32.4 אחוז מהם רווקים. לשני שלישים (69.7 אחוז) מהם יש ילדים. חציון מספר שנות הלימוד של מטופלי קבוצת השוואה הוא תשע שנות לימוד (ממוצע 9.25; סטיית תקן 3.15). 77.9 אחוז מהם מתקיימים על קצבאות הביטוח הלאומי.

שיעור ההשתתפות בקבוצת ההסתגלות היה גבוה מאוד (האחוז הממוצע של ההשתתפות בפועל בקבוצת אלה היה 85 אחוז; סטיית תקן 0.16). נתון זה מושפע מהעובדה שכל הנשאלים סיימו קבוצת ההסתגלות, וכדי לסיים קבוצה זו, יש להיות נוכח בתשעה מפגשים לפחות (מתוך 10-12). ארבעה מטופלים לא השתתפו בריאיונות (אחד מפאת מחלה, אחד

נעלם, אחד סירב ואחד מסיבה לא ידועה), אבל נתוני השימוש שלהם בסם (על פי מסד הנתונים במרכז) נכללו בממצאים.

כלי המחקר

כלי המחקר התבססו בחלקם על נתונים ממוחשבים (בדיקות שתן המלמדות על שימוש בסמי רחוב או הינורות מהם), ובחלקם נבנו לצורך מחקר זה על סמך כלים קיימים. הכלים שבנינו לבחינת שביעות רצון ומעורבות בקבוצת ההסתגלות התבססו על אלה: (א) Client Evaluation of Self and Treatment CEST- (בדיקות שתן המלמדות על שימוש דגש על מטופלי מתדון באוניברסיטת טקסס צ'ריץ' בארצות הברית (Knight, Holcom,) Youth Session Rating Form של וקרל ו-וולף (Wekerle & Simpson, 1994); (ב) וואלס ו-וולף (Wolfe, 1999). ואולם הם עברו שינויים רבים, ועל כן ניתן לראות בהם כלי מחקר שנבנו לצורך המחקר הנוכחי. ההיגדים נבחנו כולם על סולם בן חמש דרגות הנע בין 1 "בכלל לא מסכים" ל-5 "מסכים מאוד". *שביעות הרצון* במחקר הנוכחי כללה היבטים של מידת המותאמות של תוכן המפגשים, ההנחיה והתרומה של הקבוצה באופן כללי. לדוגמה: "המפגשים של הקבוצה היו מאוד מאורגנים." בסך הכול התבקשו המטופלים להשיב על 12 היגדים (ראו לוח 1, היגדים 16-27). המהימנות בין פריטים (אלפא קרוונבך) היתה 0.83. נבדק תוקף קריטריון עם שאלה אחת כללית (שאלה 28 בלוח 1): "בסך הכול אתה יכול להגיד שהיית מרוצה מהקבוצה." המתאם בין ממוצע ההיגדים המרכיבים את משתנה שביעות הרצון לבין ההיגד הבוחן את שביעות הרצון הכללית היה $r=0.40$. *מידת המעורבות* התייחסה ליכולת הפונה להשתתף, לדבר, להקשיב, לשתף פעולה וליישם את ההמלצות של מנחי הקבוצה. לדוגמה: "השתתפת באופן פעיל במפגשי הקבוצה." בסך הכול התבקשו המטופלים להשיב על 15 היגדים (ראו לוח 1, היגדים 1-15). המהימנות בין פריטים (אלפא קרוונבך) היתה 0.80. לא בחנו את תוקף הכלי.

השימוש בהרואין ובקוקאין

השימוש בסם נבחן על פי נתוני בדיקות השתן הנאספים דרך קבע במרכז ונאגרים במסד הנתונים בממ"י. נבדקו תוצאות בדיקות השתן שנערכו למטופלים במהלך החודש הראשון לשהות במרכז, בטרם הכניסה לקבוצת ההסתגלות ועם סיומה, ובזמנים מקבילים לאלה בקבוצת ההשוואה. מדדים אלה נעים בין 0 (לא נמצאה עדות לשימוש באחד החומרים אף לא באחת מבדיקות השתן) ל-100 (נמצאה עדות לשימוש ב-100 אחוז מהבדיקות). הואיל והשימוש הן בקוקאין והן בהרואין אינו מתפלג נורמלית (ההתפלגות מוטה לכיוון של העדר שימוש), לא השתמשנו בממוצע אחוזי השימוש. לחילופין, כדי להשוות בין קבוצת

ההסתגלות לקבוצת ההשוואה, השתמשנו בבדיקות סטטיסטיות המתבססות על דירוגים או על חציונים. בחישוב המתאמים יצרנו משתנים דיכוטומיים ($0 = \text{לא משתמש}$; $1 = \text{משתמש}$) המתבססים על החציון. החציון בהרואין היה 21 אחוז מבדיקות השתן. על פי מדד זה "נקי" הוא מי ששיעור בדיקות השתן שלו שבהן נמצאה עדות להרואין לא עלה על 21 אחוז. החציון בקוקאין היה 0.0 על פי מדד זה "נקי" הוא מי שלא נמצאה אצלו עדות לשימוש בקוקאין, אף לא באחת מבדיקות השתן.

איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נעשה לאחר קבלת אישור מוועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית. הנתונים נאספו באמצעות ריאיונות פנים אל פנים בסיוע כלי מחקר מובנים. הריאיונות נערכו במקום מילוי עצמי של השאלונים, כדי להקל על הבנת כלי המחקר ולסייע למטופלים להתמקד במטלה. עריכת הריאיון היתה מותנית בכך שהמשתתף הבין את מטרת המחקר והובהר לו שההשתתפות אינה חובה. לאחר שנתן את הסכמתו הוא רשם את שמו או ביקש מהמראיין לרשום את שמו על העמוד הראשון של השאלון (שהופרד לאחר מכן מהשאלון). הריאיונות נערכו בממ"י במשך מספר ימים בשעות הבוקר, כשהמשתתפים נמצאים ממילא במרכז לשם קבלת המתדון. המרואיינים הגיעו דרך צוות המרכז אשר עודד ותמך במחקר. המראיינים היו סטודנטיות וסטודנטים לעבודה סוציאלית בשנה השלישית והאחרונה ללימודיהם, אשר למדו בסמינר המחקר. מלבד זאת אספנו את נתוני בדיקות השתן של המשתתפים וקבוצת ההשוואה, המלמדים על שימוש בסמי רחוב או על הינזרות מהם. הנתונים הועברו על פי מספר תיק במרכז ולא באופן שמי, כדי לשמור על פרטיותם של המשתתפים.

ממצאים

הערכת מעורבות בקבוצת ההסתגלות

לוח 1 מציג את התפלגות המשיבים "מסכים" או "מסכים מאוד" וכן את ממוצע תשובות המשתתפים להיגדים שבחנו את מידת מעורבותם בקבוצת ההסתגלות. ניתן לראות על פיו שהמשתתפים מדווחים על רמת מעורבות גבוהה (ממוצע כללי 4.18, וסטיית תקן 1.03 על סולם בן חמש דרגות). התשובות של הנשאלים היו קיצוניות על פי רוב, וברובן נמצאה אחידות רבה בין המשתתפים. נמצאו מספר היגדים יוצאי דופן בהקשר זה, בעיקר בנושאים המצביעים על השתתפות פעילה של המטופלים; למשל: "היה לך קשה לשתף

פעולה ולהיות חלק מהקבוצה" (היגד 7) או "היית מוכן לדבר על הרגשות שלך במהלך המפגשים" (היגד 8). גם סטיות התקן של היגדים אלה הן גבוהות יחסית, מה שמראה שבהיגדים אלה יש שונות רבה יותר מאשר בהיגדים האחרים.

שביעות רצון

חלקן השני של לוח 1 מתאר את תשובות המשתתפים בדבר מידת שביעות רצונם מקבוצת ההסתגלות. בדומה למעורבות, היתה שביעות הרצון מהקבוצה גבוהה (ממוצע כללי 4.24; סטיית תקן 1.16). ניכרת בתשובות שביעות רצון גדולה מהקבוצה, במיוחד מהמנחים. 4.5 אחוזים בלבד הסכימו שהמנחה היה עסוק בדברים אחרים במקום שיתרכז בחברי הקבוצה (היגד 25), רק 11.4 אחוז הסכימו שהקבוצה היתה מיותרת (היגד 23), ורבע מהמשתתפים הסכימו להיגד "השיחות היו משעממות, התברברות" (היגד 26).

ההיבטים היחידים שזכו להערכה נמוכה מציינים את הקושי של המשתתפים לעקוב אחר התכנים שהובאו לקבוצה (ל-54.5 אחוז היה קשה לעקוב אחר התכנים של הקבוצה, ול-63.6 אחוז היה קשה להתרכז בקבוצה ולהשתתף בשיחות; היגדים 19 ו-24 בהתאמה).

מכיוון שכפי שניתן לראות מלוח 1 היתה התפלגות התשובות מוטת לכיוון החיובי (תשובות 4-5 "מסכים" ו"מסכים מאוד" בסולם המדידה) קיבצנו את סולם המדידה לשתי קטגוריות: ציונים 1-3, "בכלל לא מסכים", "לא מסכים" ו"לא כל כך מסכים", קיבלו במדר המקובץ ציון 1, וציונים 4-5 בסולם המקורי, "מסכים" ו"מסכים מאוד", קיבלו ציון 2. המתאמים בין שביעות הרצון והמעורבות לבין השימוש בהרואין וקוקאין חושבו אף הם על פי קטגוריות התשובה המקובצות.

באשר לקשר בין מעורבות בקבוצה ושביעות רצון ממנה לבין שימוש בהרואין וקוקאין, הרי נמצא קשר שלילי מובהק בין מעורבות בקבוצה לבין שימוש בהרואין ($r = -0.37$, $p < .05$). כלומר: ככל שהמשתתף דיווח על מעורבות רבה יותר בקבוצה, כך התנזר יותר משימוש בהרואין. הקשר בין השימוש בהרואין לבין שביעות הרצון לא היה מובהק ($r = -.23$, $p > .1$). נמצא גם קשר שלילי בין שביעות רצון מהקבוצה לבין שימוש בקוקאין ($r = -.32$, $p < .05$) וקשרים נמוכים יותר ולא מובהקים בין שימוש בקוקאין לבין מעורבות בקבוצה ($r = -.21$, $p > .2$). יש לציין שהקשרים בין המעורבות בקבוצה ושביעות הרצון ממנה לבין השימוש בהרואין *כמשתנה רציף* היו דומים ואף גבוהים יותר ($r = -.42$, $p < .01$) ו $r = -.35$, $p < .05$ במעורבות ושביעות רצון בהתאמה). לעומת זאת הקשרים בין המעורבות בקבוצה ושביעות הרצון ממנה לבין השימוש בקוקאין *כמשתנה רציף* היו שונים מאוד. במקרה האחרון לא נמצאו כלל קשרים בין מעורבות ושביעות רצון לבין השימוש בקוקאין ($r = -.01$ ו $r = .02$ במעורבות ושביעות רצון בהתאמה).

לוח 1

התפלגות וממוצע התשובות* לשאלות שבחנו תחושת מעורבות ושביעות רצון
 בקרב משתתפי קבוצת ההסתגלות (N=44)

	M	מסכים עד מסכים מאוד %	
(SD)			
			מעורבות בקבוצה
(0.98)	4.35	81.8	1. יכולת לדבר כשרצית
(1.11)	4.20	70.5	2. יכולת להגיד מה שבאמת הרגשת וחשבת
(0.93)	4.15	72.7	3. הקשבת לאחרים והרגשת שאתה תומך בהם
(0.71)	4.38	79.5	4. הרגשת שאתה מעורב בנושאים ובדיונים שעלו בקבוצה
(0.88)	4.13	70.5	5. הנושאים והדיונים שהיו בקבוצה היו לך מעניינים
(1.05)	4.18	70.5	6. הרגשת שאתה יכול לשבת ולהקשיב בתשומת לב במהלך רוב המפגשים
(1.45)	2.49	47.7	7. היה לך קשה לשתף פעולה ולהיות חלק מהקבוצה
(1.44)	3.30	50.0	8. היית מוכן לדבר על הרגשות שלך במהלך המפגשים
(0.88)	4.45	84.1	9. למדת איך להתמודד עם החוקים והכללים של המרכז
(0.66)	4.68	86.4	10. התמדת להגיע למפגשים
(1.10)	4.49	81.8	11. בזמן שהשתתפת בקבוצה הפסקת או הפחתת משמעותית את השימוש בסמי רחוב
(0.75)	4.43	81.8	12. השתתפת באופן פעיל במפגשי הקבוצה
(1.05)	4.15	75.0	13. נתת משוב (פידבק) כן לשאר חברי הקבוצה במהלך המפגשים
(0.68)	4.48	86.4	14. עמדת בדרישות של המנחה
(0.86)	4.23	81.8	15. פעלת על פי העצות של המנחה
(1.03)	4.18		ממוצע כללי
			שביעות רצון מהקבוצה
(0.52)	4.70	88.6	16. הרגשת שהמנחה תומך ומקשיב לחברי הקבוצה
(0.85)	4.48	81.8	17. הרגשת שהקבוצה עזרה לך לדעת מה קורה במרכז
(0.68)	4.48	81.8	18. אתה מרגיש שהנושאים שעלו במפגשים היו ברורים ומובנים
(1.34)	2.13	54.5	19. היה לך קשה לעקוב אחרי מה שקרה בקבוצה
(1.03)	4.25	77.3	20. הרגשת שהמנחה היה פנוי לענות על השאלות שלך
(1.42)	3.68	59.1	21. זמני הפגישות של קבוצת ההסתגלות היו נוחים לך
(1.12)	4.08	70.5	22. המפגשים של הקבוצה היו מאוד מאורגנים
(1.11)	1.58	11.4	23. הקבוצה היתה מיותרת
(1.48)	2.18	63.6	24. היה לך קשה להתרכז ולהשתתף בשיחות
(0.75)	1.28	4.5	25. המנחה היה עסוק בדברים אחרים במקום שיתרכז בכך
(1.21)	1.93	25.0	26. השיחות היו משעממות, "התברברות"
(0.85)	4.48	79.5	27. הבנת את כל הדברים שנאמרו בשיחות
(0.82)	4.53	84.1	28. בסך הכול אתה יכול להגיד שהיית מרוצה מהקבוצה
(1.16)	4.24		ממוצע כללי

* הסולם בשאלון נע בין 1 "בכלל לא מסכים" ל-5 "מסכים מאוד"

שימוש בהרואין וקוקאין

לוחות 2 ו-3 מציגים את התפלגות השימוש בהרואין וקוקאין לפני ואחרי קבוצת ההסתגלות או זמן מקביל לה בקבוצת ההשוואה. כמו כן מוצגים בסוף כל לוח ממוצע הדירוגים של השימוש בכל אחד מהחומרים והקבוצות. ההשוואה בין הקבוצות נעשתה על פי מבחן Mann-Whitney ובתוך כל אחת מהקבוצות על פי מבחן Wilcoxon signed ranks test. ניתן ללמוד מהם שעם הכניסה למרכז, נבדלו קבוצת ההסתגלות וקבוצת ההשוואה במובהק במידת השימוש שלהן בהרואין. בקבוצת ההשוואה היה השימוש בהרואין עם הכניסה למרכז נמוך יותר ($Mann-Whitney = 1160.50, p < .05$), $Z = -2.16$; כלומר: קבוצת ההשוואה היתה מלכתחילה במצב טוב יותר במשתנים הנמדדים. אבל בתום קבוצת ההסתגלות כבר לא נמצאו הבדלים בין המשתתפים שעברו את הקבוצה לאלה שבקבוצת ההשוואה ($Mann-Whitney = 1351.5, p = .086$), $Z = -1.72$. במקביל, אם מסתכלים על ההבדלים בתוך כל אחת מהקבוצות, הרי השימוש בהרואין ירד באופן מובהק בתום קבוצת ההסתגלות בהשוואה לשימוש לפני הכניסה אליה (הממוצע בתום קבוצת ההסתגלות הוא 31.58, וסטיית התקן 33.54, ואילו הממוצע בחודש הראשון לשהות במרכז הוא 62.04, וסטיית התקן 40.62; $Z = -4.49, p < .001$); ונשאר ללא שינוי בקבוצת ההשוואה (הממוצע בתום זמן המקביל לסיום קבוצת ההסתגלות הוא 44.70, וסטיית התקן 39.77, ובחודש הראשון לשהות במרכז ממוצע של 45.05 וסטיית תקן $Z = -1.10, p = .27$; 40.07).

באשר לשימוש בקוקאין, אמנם לא היו הבדלים מובהקים בין קבוצת ההסתגלות לקבוצת ההשוואה, לא בחודש הראשון לשהות במרכז ולא בתום קבוצת ההסתגלות, אבל בתוך כל קבוצה התגלו הבדלים מעניינים. בעוד השימוש בקוקאין בקבוצת ההסתגלות פחת עם סיום הקבוצה (ממוצע של 17.38 וסטיית תקן 25.37 בתום קבוצת ההסתגלות, וממוצע של 28.40 וסטיית תקן 38.55 בחודש הראשון לשהות במרכז; $Z = -2.01, p < .05$), הרי בקבוצת ההשוואה, השימוש בקוקאין עלה, במקצת בתום התקופה המקבילה לסיום קבוצת ההסתגלות (הממוצע בתום זמן המקביל לסיום קבוצת ההסתגלות הוא 26.16, וסטיית התקן 34.80, ובחודש הראשון לשהות במרכז הממוצע הוא 20.25 וסטיית התקן 35.42; $Z = -1.958, p = .05$).

קבוצת ההסתגלות במרכז מתדון כגשר להקטנת ההדרה של אוכלוסיית מכורים קשים 115

לוח 2

שימוש בהרואין בחודש הראשון למרכז ובתום קבוצת ההסתגלות
או משך זמן מקביל (אם לא השתתף בה)

בתום קבוצת ההסתגלות או זמן מקביל לה				בחודש הראשון למרכז				
קבוצת השוואה (N=69)		קבוצת הסתגלות (N=48)		קבוצת השוואה (N=69)		קבוצת הסתגלות (N=48)		
(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
(19)	27.5	(17)	35.4	(21)	33.3	(10)	20.8	א. אחוז בדיקות שבהן נמצאה עדות לשימוש 0 (לא משתמש)
(3)	4.3	(2)	4.2	(0)	0	(0)	0	10-1
(9)	13.0	(8)	16.7	(6)	9.5	(4)	8.3	30-11
(8)	11.6	(8)	16.7	(13)	20.6	(7)	14.6	50-31
(6)	8.7	(3)	6.3	(4)	6.3	(2)	4.2	70-51
(9)	13.0	(8)	16.7	(3)	4.8	(4)	8.3	99-71
(15)	21.7	(2)	4.2	(16)	25.4	(21)	43.8	100 (משתמש כל הזמן)

לוח 3

שימוש בקוקאין בחודש הראשון למרכז ובתום קבוצת ההסתגלות
או משך זמן מקביל (אם לא השתתף בה)

בתום קבוצת ההסתגלות או זמן מקביל לה				בחודש הראשון למרכז				
קבוצת השוואה (N=69)		קבוצת הסתגלות (N=48)		קבוצת השוואה (N=69)		קבוצת הסתגלות (N=48)		
(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	
(35)	50.7	(25)	52.1	(43)	68.3	(26)	54.2	א. אחוז בדיקות שבהן נמצאה עדות לשימוש 0 (לא משתמש)
(34)	49.3	(23)	47.9	(10)	15.9	(12)	25.0	50-1
(0)	0	(0)	0	(2)	3.2	(2)	4.2	99-51
(0)	0	(0)	0	(8)	12.7	(8)	16.7	100 (משתמש כל הזמן)
61.10		55.98		52.68		60.35		ממוצע אחוז הבדיקות (הנע בין 0 ל-100) שבהן נמצאה עדות לשימוש בקוקאין

דיון

המחקר בחן את השתלבותם של מכורים, אוכלוסייה הנחשבת מודרת חברתית (דורון, 2006; Carles et al., 2006), בשירות המטפל בהם בתקופה הראשונה לשהותם בו. קבוצת ההסתגלות שהיא מוקד המחקר הנוכחי מהווה את שער הכניסה לשירות. המחקר נערך במסגרת סמינר מחקר כדי להקנות לסטודנטים את ההבנה שהטיפול באוכלוסיות מודרות מחייב הלימה בין פרקטיקה, היערכות ארגונית, מחקר ומדיניות (רוזנפלד וסייקס, 2000).

ממצאי המחקר מצביעים על ההיקף הרחב של המודרות של אוכלוסייה זו. השכלתם נמוכה ומעידה על נשירה מבית הספר בשלב מוקדם יחסית. נשירה מבית הספר יכולה להיות זרו להתחלת שימוש בחומרים פסיכואקטיביים ובמקביל לכוון להתמקמות בשולי החברה (דורון, 2006; Lloyd, 1998; McCrystal, Higgins, & Percy, 2006). רובם חיים על קצבאות של הביטוח הלאומי, כך שהם שייכים למעגל העוני. יתר על כן, שירות המתדון אינו השירות הראשון שבו טופלה בעיית ההתמכרות שלהם. קרוב לשני שלישים מהם היו לפחות פעם אחת בקהילה טיפולית. על כן גם שירותי הרווחה מצטרפים לאלה המדירים אותם בכך שאינם מצליחים לשקמם. חלקם (חלק מקבוצת ההשוואה) גם נפלטו ממרכזי המתדון בעבר, כך שאפילו טיפול שאינו כולל גמילה מהסם אינו מצליח לעתים קרובות לכלול (inclusion) את המטופלים האלה לאורך זמן. ייתכן שההעדר המוחלט של סובלנות לשימוש בסמים או בסמי רחוב (אם הם מטופלים במתדון) הוא גורם חשוב בנשירה החוזרת ונשנית של המכורים משירותי הטיפול השונים (Latowsky, 2006; Lennings, 2000; Pani et al., 1996). יש לציין שהעדר הסובלנות בעניין החזרה לשימוש בסם אינו מתבסס על עדויות. שכן הספרות מציינת שתופעת המעידה שכיחה; אחוז גדול, המגיע אף לקרוב למחצית מהמטופלים במרכזי מתדון ובמרכזי טיפול אחרים, מועד מדי פעם לשימוש בסם (Avants, Margolin, & McKee, 2000; Ball & Ross, 1991; Condelli et al., 1992).

השיקולים הקליניים שהנחו את הצוות לפטור חלק מהמטופלים מקבוצת ההסתגלות זוכים לתמיכה אמפירית, לפחות חלקית, בדיעבד. שיקולים אלה נשענו על הגישה האנטי דכאנית, (Burke & Harrison, 1998), ולפיה אין הנוכחות בקבוצה מחויבת מראש, אלא נשקלת בהתאם לצורכי המטופל; כך קיבלו פטור ממנה מטופלים עובדים, שהקבוצה נערכה בשעות העבודה שלהם, מתוך הראייה שהעבודה חשובה מאוד למניעת העמקת ההדרה החברתית, או כאלה שהשתתפו בקבוצה בעבר (בפעמים הקודמות שבהן הגיעו לטיפול במרכז) או משיקולים אחרים. מבחינה זו ניתן לומר שקולם של המטופלים נשמע (קרומר-נבו, אטיאס ובן-שמאי, 2002; רוזנפלד וסייקס, 2000). נמצא שהמטופלים שלא חויבו להשתתף בקבוצה השתמשו פחות בהרואין בתחילת דרכם במרכז מהמטופלים אשר

חויבו להשתתף בה. לעומת זאת, בתום קבוצת ההסתגלות לא נמצאו הבדלים בשימוש בהרואין בין משתתפי קבוצת ההסתגלות לבין מטופלי קבוצת ההשוואה. כלומר: משתתפי קבוצת ההשוואה לא הגבירו את השימוש שלהם בהרואין במהלך שלושת החודשים הראשונים לשהותם במרכז. ניתן לומר ששיקולי העובדים התבססו על ידע סמוי (tacit knowledge; Greenwood & Lowenthal, 2005; Polanyi, 1998) להמשיג אותו, הרי הוא קיים ומהווה, כפי הנראה, בסיס לקבלת החלטות בנושא זה. יחד עם זאת, העלייה בשימוש בקוקאין בקבוצת ההשוואה בהשוואה לירידה בשימוש בחומר זה בקבוצת ההסתגלות מלמדת על שני דברים: (א) קבוצת ההסתגלות מסייעת לצמצום השימוש בסמים באופן כללי ולא רק לצמצום השימוש בהרואין, הסם שבעקבותיו המטופלים נמצאים במרכז. ממצא זה דומה לזה שנמצא במחקרם של אבנטץ ואחרים (Avants et al., 1999, 2000), ולפיו מטופלים שנמצאו בראשית דרכם במרכזי מתדון והשתתפו בהתערבות קבוצתית מובנית של 12 פגישות פרט למפגש שבועי עם מנהל טיפול (case manager) צמצמו משמעותית את השימוש הן בהרואין והן בקוקאין. (ב) ייתכן שהמטופלים בקבוצת ההשוואה הושפעו ממטופלים אחרים הנמצאים במרכז ובסביבתו יותר מאשר המטופלים שהשתתפו בקבוצת ההסתגלות. כפי הנראה קבוצת ההסתגלות יוצרת מסגרת חיים נורמטיבית המגינה מפני השפעות חיצוניות. בהתאם לתיאוריית הפיקוח החברתי (Hirschi, 1969), מטופלים שלא נמצאים בקבוצה, ועל כן אינם חווים דרך המעורבות בקבוצה את ההשתלבות במסגרת נורמטיבית, עלולים ללמוד מחוץ לקבוצה, בזמן ההמתנה לטיפול התרופתי במתדון או מחוץ למרכז באמצעות רשת חברתית של משתמשים (Buchanan & Latkin, 2008), הרגלי שימוש בסם אחר – הקוקאין. שתי התובנות האלה מצביעות על כך שהמעקב (Monitoring) הנדרש מהצוות המנהל אחר המטופלים שאינם בקבוצת ההסתגלות אך נמצאים בתקופת הסתגלות (שלושת החודשים הראשונים לקבלתם למרכז) צריך לקחת בחשבון, פרט לשימוש באופיאטים, גם את השימוש בקוקאין. זאת הן כבסיס להחלטה על מתן הפטור מקבוצת ההסתגלות והן כבסיס לשינוי החלטה במקרה של הגברת השימוש במהלך תקופת ההסתגלות.

ממצאי המעורבות ושביעות הרצון מהקבוצה מצביעים על כך שהמטופלים חשים הערכה רבה לקבוצת ההסתגלות, לתכניה, לאופן ניהולה ולמנחיה השונים. הערכה חיובית זו חשובה במיוחד בקבוצת ההסתגלות המהווה את שער הכניסה למרכז ולטיפול ארוך טווח בו (ראו דיון בנושא הערכות שנותנים מטופלים בראשית דרכם אצל Meier, Donmall, & Heller, 2005). נמצא קשר גם בין מידת המעורבות של המטופלים בקבוצת ההסתגלות ושביעות הרצון ממנה לבין הינזרותם משימוש בהרואין. ככל שדיווחו על מעורבות רבה יותר בפעילות הקבוצתית, כך הם השתמשו פחות בהרואין. ממצא זה תומך בספרות הקיימת הגורסת שיש קשר בין מידת מעורבותם של המשתתפים בטיפול לבין מידת התנזרותם מסמים לאורך זמן (ראו למשל Fiorentine et al., 1999).

הממצא תומך בתיאוריית הפיקוח החברתי הגורסת שמעורבות במסגרות נורמטיביות מהדקת את הבקרה על התנהגויות סיכון כמו שימוש בסמים (Moos, 2007). הוא תומך גם בתיאוריה הקוגניטיבית-ההתנהגותית הגורסת שהצלחת הטיפול תלויה במידת שיתוף הפעולה והמעורבות של המשתתף בה (Liese, Beck, & Seaton, 2002) ונותנת עוד אינדיקציה למועילותה של הגישה הקוגניטיבית-ההתנהגותית להינזרות או להפחתת השימוש בסם (Kaminar et al., 2002). זאת ועוד, הקשר השלילי שנמצא בין שביעות הרצון מקבוצת ההסתגלות לבין מידת השימוש של משתתפיה בסמי רחוב – המצוקה הראשונית שעמה הגיעו למרכז המתדון – תומך בטיעון שכדי ליצור התאמה טובה יותר בין השירות הניתן לבין צורכיהם ומצוקותיהם של הפונים (קרומר-נבו, אטיאס ובן-שמאי, 2002), יש לערב אותם בתהליך הערכה של איכות השירות שהם מקבלים (Wolff, 2003).

מגבלות המחקר והצעות למחקרי המשך

על אף חשיבות המחקר כמחקר ראשוני, מן הראוי לציין את מגבלותיו וכן להציע השלכות ליישום ולמדיניות. המחקר מתבסס בחלקו על המטופלים כמקור ידע (רוזנפלד וסייקס, 2000) באשר למועילות קבוצות ההסתגלות עבורם. יחד עם זאת, המידע שביקשנו מהם היה מוגבל. ניתן היה להפיק ממנו עוד באמצעות הכלים האלה:

א) להרחיב את השיתוף של המטופלים בתהליך ההערכה של קבוצות ההסתגלות על ידי שימוש בכלי מחקר אשר נועדו לכך כדוגמת ה"שישה R של שיתוף" (Six R's of participation; Kaye & Resnick, 1994).

ב) לבנות את תהליך ההערכה על בסיס מודלים רב משתניים המסבירים את ההינזרות של מטופלים במרכזי המתדון משימוש בסמי רחוב. למשל אימוץ המודל של אבנטץ, מרגולין ומקיי (Avants, Margolin & McKee, 2000), המצביע על שורה של משתנים התורמים להינזרות של מטופלים במרכזי המתדון משימוש בהרואין וקוקאין, כמו תפיסה עצמית של המכור, המוטיבציה שלו והמסוגלות העצמית שלו להיגמל משימוש בסם.

ג) להשתמש בכלים שתקפותם נבדקה במחקרים קודמים.

ד) לבחון את קבוצות ההסתגלות בהשוואה לקבוצות ביקורת שהוקצו מקרית.

ה) לבחון את תרומתה של קבוצת ההסתגלות להינזרות מסמי רחוב לאורך זמן.

ו) להרחיב את תהליך ההערכה למרכזי מתדון אחרים.

מן הראוי שכל אלה ייעשו במחקרים עתידיים.

העדר תיעוד שיטתי של תוכני ותהליכי המפגשים הקבוצתיים מנע מאיתנו את אפשרות ההשוואה השיטתית לתוצאות התערבויות דומות שנעשות במקומות אחרים בעולם (למשל, Avants et al., 2000). הוא מנע מאיתנו גם את האפשרות להצביע על המרכיבים או על התהליכים בתוך הקבוצה שסייעו לתחושות המעורבות ושביעות הרצון של המטופלים או להינזרותם מסמי רחוב. הספרות הדנה כיום בהערכת התערבויות מדגישה את הצורך להעריך לא רק תוצאות סופיות אלא גם משתני תהליך (Schiff, 2002; Staudt & Drake, 2003; Witte, & El-Bassel, 2003). כך למשל סולומון וסטאנהופ (Solomon & Stanhope, 2004) יוצאים כנגד הניסויים הקליניים המבוקרים (randomized control trials) המדגישים יותר את מבנה התוכנית והתוצאות ופחות מתמקדים בתהליך (Webb, 2001). יש לתעד אפוא את המפגשים הקבוצתיים באופן שיאפשר להבין את המרכיבים בתהליך הקבוצתי אשר מסייעים למשתתפי קבוצת ההסתגלות להינזר משימוש בסמי רחוב.

אתגרים למדיניות

מן הראוי לתת את הדעת על כך שהקריטריון להצלחה בקבוצת ההסתגלות, הקבוצה המהווה את דלת הכניסה לטיפול במרכז המתדון, הוא מידת הינזרותו של המשתתף בה מסמי רחוב. קריטריון זה מתבסס על גישת הפיקוח החברתי ששמה דגש על החזרתם של המכורים לחיים נורמטיביים (Moos, 2007). זאת במקום לאמץ גישה אנטי דכאנית השמה דגש על מכלול הצרכים של הפרט, על אימוץ גישה הוליסטית בעת ההתערבות, תוך ראיית הבעיות המבניות בחברה שהובילו את המטופלים למצבם זה (Dominelli, 1996). אף שהעובדים הסוציאליים נקראים לא פעם להוביל שינוי מקצועי, מערכתי וארגוני כדי לקדם שירות מתאים יותר לאוכלוסיות מודרות (קרומר-נבו ואח' 2002), האיזמים החיצוניים המופעלים על מערכות הרווחה בכלל (אבנר, 2006) ועל מרכזי המתדון בפרט מכוונים את המערכת ועובדיה לפעולה על פי גישת הפיקוח החברתי, ולפיה ההינזרות מסמי רחוב היא העיקר, ולהזנחה יחסית של הקריטריונים הרחבים יותר להצלחת טיפול שמציגה הגישה האנטי דכאנית. עובדים סוציאליים המועסקים בארגונים מופרטם נעשים שותפים לצורך בצמצום עלויות השירות ובהוכחת רווחיותו (Dominelli, 1996); במקרה הנוכחי צמצום כוח האדם לצד הגדלת מספר המטופלים ושיפור ההינזרות שלהם מסמי רחוב. בתקופת עריכת המחקר היה האיום (איום ההפרטה) על מרכזי המתדון בישראל ועל העובדים בהם ממשי. ביולי 2006 יצא מכרז של משרד הבריאות למתן שירותים לטיפול תרופתי במכורים. המכרז יצא לדרך לאחר 17 שנים של פטור ממכרז והפעלת המרכזים בידי האגודה למען שירותי בריאות הציבור. עצם היציאה למכרז יצרה שבר בקרב מנהלי ועובדי המרכזים, שעד אז ראו את עצמם כחלק משירותי הבריאות של משרד הבריאות, אף שמנהלית היו שייכים לאגודה. המכרז העמיד את המשך העסקת

העובדים בסימן שאלה. בסופו של דבר הוציא משרד הבריאות פטור ממכרז למשך שלוש שנים, והשקט חזר לתקופה מוגבלת. בתקופה שבין הוצאת המכרז לבין מתן הפטור המחודש, תקופה שנמשכה שנה ויותר, היה הצוות עסוק בשרידותו, בהמשך תנאי העסקתו ובהתמודדות עם התנאים החדשים. כשהעובדים עצמם נמצאים בסכנה להדרה חברתית עקב אי ביטחון תעסוקתי, אין פלא שדי להם בקריטריונים להצלחת הטיפול – הינזרות המטופלים מסמי רחוב – הזוכים לקונצנזוס ממסדי וחברתי רחב, כזה אשר גם ישפר את סיכוייהם לשרוד בארגון. כדי לאפשר ראייה רחבה יותר של צורכי המטופלים, כך שהשירותים למכורים יהיו טובים דיים (רוזנפלד וסייקס, 2000), יש צורך ביציבות רבה יותר של השירותים למכורים בכלל ושירותי המתדון בפרט.

הדגש על הפיקוח החברתי ההדוק על התנהגות ההתמכרות מוצא את ביטויו גם ברמת המקרו במדיניות משרדי הממשלה והרשות למלחמה בסמים, המשקיעה משאבים רבים יותר בשירותים למכורים התובעים גמילה מוחלטת מאשר באלה המסתפקים במזעור נזקים כדוגמת מרכזי המתדון (לויט ואחרים, 2002). זאת, אף שההצלחה בהינזרות מסמי רחוב גדולה יותר באלה האחרונים. כך, למשל, בעבודתם של נתן ואנסון (1999) העוסקת בתהליך הגמילה והשיקום במערך העירוני בבאר שבע, מסלול האורך בממוצע תשעה חודשים וכולל מספר תחנות, נמצא שרק 12 אחוז סיימו את תהליך השיקום בהצלחה (הינזרות מלאה מסמים); כ-25 אחוז מסיימים בהצלחה (הינזרות מלאה מסמים) את הקהילות הטיפוליות (בבנישתי ועמרם, 1995), בעוד שיעור ההתמדה השנתי במרכזי המתדון מתקרב ל-80 אחוז, וחציון השימוש השנתי בהרואין קטן מ-10 אחוז (ואפס אחוז שימוש בקוקאין) מכלל בדיקות השתן הנערכות למטופל (Schiff, Levit, & Cohen, Moreno, 2007). יש צורך לבחון סוגיה זו של דרכי חלוקת המשאבים לשירותים השונים לאוכלוסיות המכורים, כדי לקדם את הטיפול באוכלוסייה זו על פי עקרונות הגישה האנטי דכאנית.

לסיכום, המחקר הנוכחי מתאר תהליך התמודדות עם הדרה חברתית בכמה מעגלים. הוא פנה אל אוכלוסיית מטופלים, שעקב השימוש שלהם בסם ואולי קודם לכן היו מודרים חברתית, ושאל לדעתם. הוא נעשה בידי סטודנטים שיזמו את שאלות המחקר ואת אופן הערכת קבוצות ההסתגלות. הוא נתן ביטוי לרצון הצוות לבדוק את עצמו בנושא מועילות קבוצות ההסתגלות שבהן הוא משקיע רבות, והוא נעשה בתקופה שבה הצוות עצמו הרגיש מודר, נאבק על שרידותו ובה בעת נאלץ לקבל את תכתיבי המערכת. אנו תקווה שמחקרים אחרים על אוכלוסיות במצוקה שיערכו בידי הסטודנטים, הדור הבא של העובדים הסוציאליים, בשיתוף עם הדור הנוכחי, הצוותים עצמם, אכן יתרמו לבניית "שירותים טובים דיים" (רוזנפלד וסייקס, 2000) למען אוכלוסיות המצוקה בישראל.

מקורות

- אבניר, י' (2006). משמעות המונח "טיפול סוציאלי" עבור עובדים סוציאליים בלשכות רווחה: בין רצוי למצוי. עבודת דוקטור, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- אתר המוסד לביטוח לאומי (2008).
- בנבנישתי, ר' ועמרם, י' (1995). הערכה מעצבת של קהילות טיפוליות בישראל. ירושלים: הרשות למלחמה בסמים.
- דורון, א' (2006). בין הדרה חברתית למדיניות חברתית: נייר עמדה. ירושלים: האוניברסיטה העברית, בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית – קבוצת המחקר במדיניות חברתית.
- לויט, ש' (1999) הקשר בין משתני רקע ותשומה למשתני תוצאה. עבודת מוסמך, בית הספר לעבודה סוציאלית על שם פאול ברוואלד, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- לויט, ש', בן-לוי, א', וגלקופף, מ' (2002). טיפול במתדון וטיפול באגוניסטים. בתוך מ' חובב (עורך), טיפול ושיקום של נפגעי סמים בישראל – התפתחות, תיאור מצב וסוגיות. תל אביב: הוצאת צ'ריקובר.
- נתן, ר' ואנסון, י' (1999). משתני הרקע של מכורים לסמים, אשר הצליחו לשרוד בתהליך הגמילה והשיקום. משטר וחברה, 3, 29-62.
- קרומר-נבו, מ', אטיאס, ע' ובן שמאי, א' (2002). שגרת העבודה עם משפחות במצוקה עמוקה בשירותי הרווחה: קווי יסוד לדין מקצועי. חברה ורווחה, כב, 199-221.
- רוזנפלד, י"מ וסייקס, י' (2000). "והיינו כחולמים": לקראת שירותים טובים דיים בעבור משפחות וילדים. חברה ורווחה, כ, 421-443.
- שרון, ג' (2008). שיקום מכורים לסמים קשים המטופלים בתחנות לחלוקת תחליף סם. ירושלים: הכנסת מרכז המחקר והמידע.
- Avants, S. K., Margolin, A., Kosten, T. R., Sindelar, J. L., Rounsaville, B. J., Schottenfeld, R. S., et al. (1999). Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid-dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost. *American Journal of Psychiatry*, 156, 27-33.
- Avants, S. K., Margolin, A., & McKee, S. (2000). A path analysis of cognitive, affective, and behavioral predictors of treatment response in

- a methadone maintenance program. *Journal of Substance Abuse*, 11(3), 215-230.
- Ball, J. C. & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment*. New York: Springer-Verlag.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barnett, P. G. & Hui, S. S. (2000). The cost-effectiveness of methadone maintenance. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 67, 365-374.
- Brook, D. (2002). Ethnicity and culture in the group therapy of substance abuse. In D. Brook & H. Spitz (Eds.), *The group therapy of substance abuse* (pp. 225-241). New York: Haworth Medical Press.
- Buchanan, A. S. & Latkin, C. A. (2008). Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 96, 286-289.
- Burke, B. & Harrison, P. (1998). Anti-oppressive practice. In R. Adams, L. Dominelli, & M. Payne (Eds.), *Social work: Themes, issues and critical debates*. (pp. 229-239). Basingstoke: Macmillan
- Carles, J. M., Oviedo-Joekes, E., & Romero, M. (2006). Drugs and social exclusion in ten European cities. *European Addiction Research*, 12, 33-41.
- Condelli, W. S., Fairbank, J. A., Dennis, M. L., & Rachal, J. V. (1992). Cocaine use by clients in methadone programs: Significance, scope, and behavioral interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 203-212.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. In M. Glantz & R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington DC: American Psychological Association.
- Copeland, J. (1997). A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self manage change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 183-190.

- De Leon, G., Hawke, J., Jainchill, N., & Melnick, G. (2000). Therapeutic communities: Enhancing retention in treatment using "senior professor" staff. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 375-382.
- De Leon, G. (2008). Therapeutic communities. In M. Galanter & H. D. Kleber (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of substance abuse treatment* (Vol. 18, pp. 459-475). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Esping-Andersen, G. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- Fiorentine, R., Nakashima, J., & Anglin, M. D. (1999). Client engagement in drug treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 17*(3), 199-206.
- Gambrill, E. (2006). Evidence-based practice and policy: Choices ahead. *Research on Social Work Practice, 16*(3), 338-357.
- Gossop, M., Marsden, J., Duncan, S., & Kidd, T. (2003). The National treatment outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction, 98*, 291-303.
- Greenwood, D. & Lowenthal, D. (2005). Case study as a means of researching social work and improving practitioner education. *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community, 19*(2), 181-193.
- Hawkins, E. J., Baer, J. S., & Kivlahan, D. R. (2008). Concurrent monitoring of psychological distress and satisfaction measures as predictors of addiction treatment retention. *Journal of Substance Abuse Treatment, 35*, 207-216.
- Hien, D. A., Nunes, E., Levin, F. R., & Fraser, D. (2000). Post-traumatic Stress Disorder and short-term outcome in early methadone. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(1), 31-37.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.

- Hser, Y. L., Huang, Y. C., Teruya, C., & Anglin, M. D. (2004). Gender differences in treatment outcomes over a three-year period: A path model analysis. *Journal of Drug Issues, 34*, 419-440.
- Kaminar, Y., Burleson, J., & Goldberger, R. (2002). Cognitive- behavioral coping skills and psycho-education therapies for adolescent substance abuse. *The Journal of Nervous and Mental Diseases, 190*(11), 737-745.
- Kaye, G. & Resnick, I. (1994). *Climate diagnostic tool: The six R's of participation*. New York: Community Development Consultants.
- Knight, K., Holcom, M., & Simpson, D. D. (1994). *TCU Psychosocial Functioning and Motivation Scales: Manual on Psychometric Properties*. Texas: Texas University Press.
- Kolar, A. F., Brown, B. S., Weddington, W. W., & Ball, J. C. (1990). A treatment crisis: Cocaine use by clients in methadone maintenance programs. *Journal of Substance Abuse Treatment, 7*, 101-107.
- Latowsky, M. (2006). Methadone death, dosage and torsade de pointes: Risk-benefit policy implications. *Journal of Psychoactive Drugs, 38*(4), 513-519.
- Lennings, C. J. (2000). Harm minimization or abstinence: An evaluation of current policies and practices in the treatment and control of intravenous drug using groups in Australia. *Disability and Rehabilitation, 22*(1/2), 57-64.
- Liese, B., Beck, A., & Seaton, K. (2002). The cognitive therapy addiction group. In D. Brook & H. Spitz (Eds.), *The group therapy of substance abuse* (pp. 37-55). New York: Haworth Medical Press.
- Lind, B., Chen, S., Weatherburn, D., & Mattick, R. (2005). The effectiveness of methadone maintenance treatment in controlling crime: An Australian aggregate-level analysis. *British Journal of Criminology, 45*(2), 201-211.
- Lloyd, C. (1998). Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 5*(3), 217-232.

- McKay, J. R. & Weiss, R. V. (2001). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Evaluation Review*, 25, 113-161.
- MacMaster, S. A. (2004). Harm reduction: A new perspective on substance abuse services. *Social Work*, 49(3), 356-363.
- Magura, S., Nwakeze, P. C., & Demsky, S. (1998). Pre- and in-treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, 93(1), 51-60.
- Maremmanni, I., Pani, P. P., Pacini, M., & Perugi, G. (2007). Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 91-98.
- Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21, 779-788.
- McCrystal, P., Higgins, K., & Percy, A. (2006). Brief report: School exclusion drug use and delinquency in adolescence. *Journal of Adolescence*, 29, 829-836.
- Meier, P. S., Donmall, M. C., C., B., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500-511.
- Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 109-121.
- Moos, R. H. (2008). Active ingredients of substance use-focused self-help groups. *Addiction*, 103, 387-396.
- Pani, P. P., Pirastu, R., Ricci, A., & Gessa, G. L. (1996). Prohibition of take home dosages: negative consequences on methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 81-84.
- Polanyi, M. (1998). *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. London: Routledge.

- Schiff M, Levit S, Cohen-Moreno R. (2007). Retention and illicit drug use among methadone patients in Israel: A gender comparison. *Addictive Behaviors* 32, 2108-2119.
- Schiff, M., Witte, S. S., & El-Bassel, N. (2003). Client satisfaction and perceived helping components of an HIV/AIDS preventive intervention for urban couples. *Research on Social Work Practice*, 13(4), 468-492.
- Scott, W. R. & Meyer, J. W. (2001). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sheldon, B. (1995). *Cognitive behavioral therapy: Research practice and philosophy*. New York: Routledge.
- Simpson, D. D. (2001). Modeling treatment process and outcomes. *Addiction*, 96(2), 207-211.
- Solomon, P. & Stanhope, V. (2004). Recovery: Expanding the vision of evidence-based practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(4), 311-321.
- Staudt, M. & Drake, B. (2002). Research on services to preserve maltreating families. *Children and Youth Services Review*, 24(9-10), 645-652.
- Tatarsky, A. (2003). Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 249-256.
- Villafranca, S. W., McKellar, J. D., Trafton, J. A., & Humphreys, K. (2006). Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 218-224.
- Webb, S. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in Social Work. *British Journal of Social Work*, 31, 57-79.
- Wekerle, C. & Wolfe, D. A. (1999). Dating violence in mid-adolescence: Theory, significance, and emerging prevention initiatives. *Clinical Psychology Review*, 19(4), 435-456.

- Wolff, T. (2003). A practical approach to evaluation of collaboration. In T. E. Backer (Ed.), *Evaluating community collaborations* (pp. 57-112). New York: Springer.
- Zajdow, G. (2005). What are we scared of? The absence of sociology in current debates about drug treatments and policies. *Journal of Sociology*, 41(2), 185-199.
- Zaric, G. S., Barnett, P. G., & Brandeau, M. L. (2000). HIV transmission and the cost-effectiveness of methadone maintenance. *American Journal of Public Health*, 90, 1100-1111.