

“היום אני יודעת לשמור על עצמי הרבה יותר טוב” – הערכת תוכנית לחינוך ומניעה בנושאי מין, מחלות מין ומיניות בקרב בני נוער במצבי סיכון ומצוקה¹

חגית סיני-גלזר² ונורית גלזר-חודיק³

במהלך השנים 2007-2009 הפעילה מרפאת לוינסקי סדנאות בנושאי מין, מיניות ומחלות מין בקרב אוכלוסיות בסיכון מוגבר. ההתערבות וההערכה המוצגת במאמר מומנו בידי הוועדה לקידום בריאות של משרד הבריאות. מטרת ההערכה המסכמת (summative evaluation) המוצגת להלן היא לנתח עד כמה הושגו תוצאותיה הרצויות של ההתערבות. הערכת התוכנית נעשתה בשלושה מהשירותים שבהם הועברו הסדנאות: מרכז שיקומי לנערים, השייך לרשות לשיקום האסיר, ושני הוסטלים לנערות במצבי מצוקה, השייכים לרשות חסות הנוער, משרד הרווחה. ההערכה נערכה בין החודשים נובמבר 2009 לינואר 2010. איסוף הנתונים למחקר ההערכה כלל שבעה ראיונות: שתי מנהלות שירותים, מנחת הסדנה, שלוש נערות משני הוסטלים של חסות הנוער ונער מהמרכז השיקומי של הרשות לשיקום האסיר. עוד כלל איסוף הנתונים תצפית במפגש ועיון ברשומות. פרק הממצאים נחלק לשלוש תמות מרכזיות: השפעות התוכנית על משתתפיה; השפעות התוכנית על השירות; נקודות חוזק וחולשה בתוכנית. פרק הדיון וההמלצות כולל הסתכלות מחודשת על התוכנית ומרכיביה השונים.

1 המחברות מבקשות להודות ליעל גור, מנהלת מרפאת לוינסקי, ולליה לויין מבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת תל-אביב על התמיכה המקצועית והעזרה בחשיבה משותפת. תודה גם לד"ר זהר מור שהגיע לערוך בדיקות והרצאות בנושא מחלות מין במסגרות רבות ומגוונות. תודה מיוחדת לנשות הצוות ולמשתתפי הסדנאות שהסכימו לקחת חלק במחקר זה.

2 בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב; המחלקה לעבודה סוציאלית, מכללת ספיר.

3 בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.

מבוא

בריאות מינית בקרב בני נוער

גיל ההתבגרות נמשך מגיל עשר בקירוב אצל בנות ומגיל 12 אצל בנים עד ראשית שנות העשרים שלהם (Chumela, 1982). זוהי תקופה המאופיינת בתמורות פיזיות, מיניות, פסיכולוגיות וקוגניטיביות. בד בבד חל שינוי ביחסים עם המשפחה ועם קבוצת השווים, לצד תביעות החברה לפתח עצמאות ולרכוש השכלה (דהארט, סרוף וקופר, 1998). אריקסון (Erikson, 1968) מתייחס אל תקופת ההתבגרות כאל שלב של יצירת זהות מול בלבול תפקידי. בעוד השנים שלפני גיל ההתבגרות מאופיינות בלחץ על הילד להזדהות עם דמויות שונות בסביבתו, הרי שבגיל ההתבגרות נוצרת אצל המתבגר היכולת לשלב זהויות שונות בתוך זהותו שלו. עולמם הרגשי של המתבגרים נוטה להיות סוער; הופעת סימני מין מלווה לעתים קרובות בתחושות מבוכה. בד בבד חל שינוי בדימוי העצמי ומתחיל חיפוש אחר זהות חדשה תוך קונפליקט בין תלות לעצמאות. קבוצת השווים מקבלת משנה משמעות בשלב זה, ובני הנוער מחפשים חיזוקים בקרבה (אריקסון, 1987; דהארט, סרוף וקופר, 1998; סולברג, 1996). מתפתח הצורך להתנסות במגוון יחסים בתוך קבוצת השווים, ללא תלות במבוגרים או צורך לקבל אישור או הכוונה מצדם (קונופקה, 1984).

בישראל חיים למעלה מ-350 אלף ילדים ובני נוער ברמות שונות של סיכון לביטחונם הפיסי והנפשי, לאיכות חייהם, לתנאי חייהם הבסיסיים ואף לעצם קיומם. כ-150 אלף מהם נמצאים בסיכון גבוה במיוחד, בסכנה ישירה ומידית, רובם המכריע קורבנות התעללות והזנחה, המגלים הפרעות התנהגותיות והתנהגויות הרס עצמי, מעורבים במעשי עבריינות וצורכים חומרים ממכרים (בן שלום ובר-צורי, 2004). אחד המאפיינים הבולטים של נוער בסיכון הוא הקושי להתמודד עם האתגרים שמציב להם גיל ההתבגרות בחברה המודרנית.

בקרב נוער במצוקה וסיכון רווחים קשיי תפקוד במסגרות שונות (המשפחה, בית הספר, קבוצת השווים). בני נוער אלה נוטים להשתייך לקבוצות הנמצאות בחברה העבריינית או בשוליה, ולעתים מעורבים בעצמם בפעילות עבריינית. נוער בסיכון ובמצוקה מפגין התנהגויות אלימות והרס עצמי, כגון התנהגות מינית לא מבוקרת, שימוש בחומרים ממכרים, בריחה מהבית (בר-און, 1986; וייל, 1984). לעתים אלה הן דרכים להביע מצוקה ולבטא קונפליקטים שהם מתמודדים עמם.

ההבשלה המינית היא אחד הביטויים המרכזיים ביותר בתקופת ההתבגרות; זו התקופה שהנער⁴ הופך בה מאדם חסר בשלות מינית לאדם בעל כושר רבייה (סולברג, 1996). על פי רוב זהו מעבר מרגש ומבלבל לנער ולסביבתו המשפחתית והחברתית. הרצון להתנסות במין גובר ומושפע לעיתים קרובות גם מציפיות הסביבה. מחקרים שנערכו בישראל מלמדים שיחסי מין נפוצים אצל נערים יותר מאשר אצל נערות, אך אחוז גבוה יותר של נערות מדווחות על יחסי מין לא מוגנים (כאהן-סטרבצ'יסנקי, קונסטנטינוב ויורוביץ, 2006).

אצל רבות מהמתבגרות המיניות הופכת למשאב אישי מרכזי, המשמש אותן כאמצעי לוויסות יחסי גומלין עם הסביבה, לצד משאבים אישיים אחרים. מידת מרכזיותו של משאב המיניות מושפעת מניסיון חייה של הנערה וממסרים חברתיים ומשפחתיים בסביבתה, והוא בעל השפעה על חייה בעתיד (רפפורט, 1989, 1993). נערות שחוות מצוקות נוטות להכפיף את רוב המשאבים העומדים לרשותן לשליטתו של המשאב המיני, ובכך הן מגבילות את עצמן מלנצל את יתר משאביהן או לפתח משאבים חדשים. התפקידים החברתיים שנערות במצוקה ממלאות רוויים בהשלכות של מיניותן; זהותן האישית והחברתית נשלטת בידי דימויים אלה (פנסו, 2000; רפפורט, 1993).

נערים מתבגרים, יותר מאשר נערות מתבגרות, מחזיקים בתפיסות סטריאוטיפיות בדבר תפקידי שני המינים, ויש מתאם שלילי מובהק בין הערכה עצמית של המתבגר לתפיסות מגדר סטריאוטיפיות (קוליק, 2006). הערכתם העצמית של מתבגרים מרקע של מצוקה וסיכון נמוכה יחסית לעתים קרובות (ראו גרניאק, גיבור, ארקין ורפאלי, 2004), והתנהגות מינית בלתי מובחנת, התואמת את הסטריאוטיפ הגברי, נפוצה ומסכנת אותם ואת סביבתם (Aalsma, Tong, Wiehe, & Tu, 2010).

שינויים קוגניטיביים ורגשיים במהלך גיל ההתבגרות כוללים מעבר מחשיבה מוחשית לחשיבה מופשטת וביקורתית, והתפתחות העצמי מגיעה בשלב זה לנקודה שבה מתאפשרת יצירת זהות אישית (דהארט ועמיתים, 1998; פיאז'ה, 1972). על כן בתקופת גיל ההתבגרות, עם תחילת הפעילות המינית וכאשר הקוגניציה, ההתנהגות והרגש עדיין ניתנים לעיצוב ולהשפעה, יש חשיבות לחינוך להתנהגות מינית ולתפיסות מין בריאות.

הסוגיה של התנהגות מינית בקרב בני נוער מעסיקה חוקרים וקובעי מדיניות רבים. על פי הערכות ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization) 67% מ-333 החולים החדשים במחלות מין מדי שנה הם בני נוער וצעירים עד גיל 24. ההערכות בארצות הברית מצביעות על כך שבני נוער וצעירים בני 15-24 מהווים 48% מהנדבקים מדי שנה במחלות המועברות במין (Sexual Transmitted Diseases) (Crosby & Danner, 2008). אם

4 הדיבור בלשון זכר מכון לבני שני המינים, אלא אם כן צוין אחרת.

כן, בני נוער פעילים מינית הם קבוצת האוכלוסייה בסיכון הגבוה ביותר להדבקה ולהידבקות במחלות מין (דוידוביץ, שוחט ודן, 2005). הערכות של תוכניות התערבות לבריאות מינית בקרב בני נוער מלמדות שהן מועילות מאוד בהנחלת ידע והטמעתו, בעיצוב עמדות ובשינוי התנהגות מינית (ראו Ross et al., 2007), אך רבות מהתוכניות הללו שמפעיל משרד החינוך מיושמות במסגרות שלא תמיד מותאמות לצרכיו של נוער בסיכון ולכן אין הוא שייך אליהן.

נוער בסיכון ובמצוקה שנפלט ממערכות החינוך הפורמליות הוא כאמור קבוצה בעלת מאפיינים ייחודיים, שקשה להגיע אליה. ניתן וראוי אפוא לנצל את תקופת השיקום במוסדות כוללניים להעברת מידע עדכני בנוגע למחלות מין ומניעתן ולקידום בריאותם ובריאות קרוביהם של בני נוער אלה על ידי התערבויות מתאימות. הנחת היסוד בבסיס תוכנית ההתערבות, שהערכתה מובאת ברו"ח זה, היא שחשיפת הנוער לידע בנושא מחלות מין וטיפול הולם בהן יצמצמו את מעגל הנדבקים, ותוכנית התערבות הולמת תאפשר להטמיע תכנים של כללי מין מוגן ומיניות בריאה.

התערבות פסיכו-חינוכית קבוצתית

הבסיס התיאורטי לתוכנית ההתערבות הנוכחית הוא התהליכים הדינמיים המתרחשים בקבוצה והופכים אותה למעין אורגניזם חי, שבו עשויים להתחולל תהליכי שינוי משמעותיים (רוזנווסר, 1997). קבוצה היא מסגרת שבה מתנסים החברים בחוויות חברתיות שונות המאפשרות להם ללמוד על עולמם הפנימי והחברתי באמצעות בחינתו מול ההקשר החברתי שהם מצויים בו. החשיפה להתנסויות ולהתמודדויות חברתיות של שאר חברי הקבוצה מעודדת התפתחות, צמיחה והעצמה (רוזנווסר, 1997). הדינמיקה בקבוצה היא אפוא כלי רב עוצמה לשינוי תפיסתי בקרב חברים, ועל כן נמצאה הלימה בינה לבין תוצאותיה הרצויות של ההתערבות שהערכתה מוצגת במאמר זה.

התערבויות קבוצתיות פסיכו-חברתיות ממלאות תפקיד חשוב בטיפול הרפואי הכולל לאור יעילותן הטיפולית וכוחן לצמצם עלויות (יאלום, 2006). מחקרים קודמים אכן הראו שיש ערך מוסף לתוכניות הסברה וחינוך העושות שימוש בדינמיקה קבוצתית, במיוחד בקרב משתתפים כמו בני נוער בסיכון, שאינם מורגלים בסוג כזה של דיאלוג, פתיחות והקשבה. ההשתתפות בקבוצה עשויה להעצים את תחושת הסולידריות ולחולל את התמורות הרצויות (Niveau, 2006). בהתייחס להתערבות המוצגת להלן, גורמים כגון אוניברסליות, לכידות ותמיכה חברתית בקבוצה עשויים להועיל להקניית מידע פסיכו-חינוכי בנוגע לסוגי מחלות בפרט ונושאים בריאותיים בכלל. לעתים קרובות המידע עובר לא רק דרך המנחים, אלא גם בתוך קבוצת השווים דרך החלפת מידע ועצות (יאלום, 2006).

מעבר לכך, להתערבות קבוצתית עשויות להיות השלכות גם מחוץ למסגרת הקבוצה, ולכן יש לראות בקבוצה הקטנה משאב יעיל למערכת בכללותה (יאלום, 2006).

מרפאת לוינסקי היא מרפאה ייחודית בישראל שהקימה בשנת 2002 לשכת הבריאות בתל-אביב, כדי לצמצם את שיעורי התחלואה במחלות מין ולהעלות את המודעות למניעה ולטיפול במחלות המועברות במין (STD) (גור, דן, רובין, לוי ושוחט, 2002). פעילות המרפאה מתנהלת בשני מישורים עיקריים, האישי והקהילתי. הפעילות במישור האישי כוללת מתן טיפול חינוכי, ללא חובת הזדהות בשם, לכל פונה ללא קשר לביטוח רפואי ולסטטוס אזרחי. הטיפול הראשוני מציע ייעוץ מיני, הסברה ואיתור המגעים המיניים במידת הצורך. במישור הקהילתי יש דיאלוג עם הקהילה דרך פעולות יישוג (outreaching) גם של בני נוער וצעירים בסיכון. תוכנית ההתערבות של מרפאת לוינסקי – הסברה ומניעה בקרב אוכלוסיות בסיכון מוגבר להתנהגות מינית מסוכנת ומסכנת – מתמודדת עם הצורך החברתי הנוצר להגביר בקרב אוכלוסיות אלה את המודעות להתנהגות מינית בטוחה; הערכת התוכנית מעלה תרומה חשובה לידע המצטבר בנושא.

מטרות המחקר

מטרותיה העיקריות של ההערכה הן לבחון עד כמה ההתערבות משיגה את יעדיה, כיצד היא נתפסת בעיני המשתתפים ומה הן נקודות החוזק והחולשה שלה מנקודת מבטן של המשתתפות ומנהלות השירותים. אלה הן שאלות המחקר הנגזרות מסקירת הספרות, כפי שניסח אותן צוות המרפאה:

1. עד כמה ההתערבות משיגה את מטרותיה, כפי שהגדיר אותן צוות המרפאה?
2. מה הן השפעותיה של הסדנה על משתתפיה ועל השירותים שהיא נערכת בהם?
3. מה הן נקודות החוזק והחולשה של התוכנית מנקודת מבטן של משתתפות התוכנית ומנהלות השירותים?

תשובות, ולו חלקיות, לשאלות אלה יסייעו לצוות המרפאה להגדיר מטרות ויעדים להמשך ההתערבות בתחום לאחר שלוש שנים שבהן היא מופעלת וייתנו בידיו, ובידי אנשי מקצוע אחרים, כלים לשיפור התוכנית.

שיטה

אוכלוסיית המחקר והליך הדגימה

אוכלוסיית המחקר כוללת את כל השירותים שבהם נערכו הסדנאות (נשות הצוות והמשתתפים כאחד) ואת מרפאת לוינסקי. במסגרת הליך הדגימה נוצר קשר עם חלק מהמסגרות שבהן נעשתה ההתערבות. בחירת המסגרות נעשתה על פי המלצתה של מנחת הסדנאות, בהתאם למיקומן הגיאוגרפי (בין גדרה לחדרה) ולמידה שבה העריכה את הסיכוי לשיתוף פעולה. יחד עם זאת, לא כל השירותים שנעשתה פנייה אליהם שיתפו פעולה באופן מלא, וזו הסיבה העיקרית למדגם המצומצם. קושי בשיתוף פעולה היה בעיקר עם מסגרות השב"ס – מתקני הכליאה נווה תרצה ואופק. בנווה תרצה סירבו לאפשר מפגש עם אסירה שהשתתפה בסדנה ללא אישור רשמי של ועדת המחקר של הכלא, שהתכנסה כחודשיים אחרי התאריך הסופי להגשת דו"ח ההערכה למרפאת לוינסקי ולמשרד הבריאות. גם הניסיונות לפגוש את קצינת החינוך אשר ליוותה את הסדנה לא עלו יפה, ולכן אין ייצוג במחקר הנוכחי לאוכלוסייה זו. העובדת שליוותה את הסדנה בכלא הנוער אופק היתה בחופשת לידה בחדשים שבהם נערכה ההערכה, וניסיונות אחדים לקבוע עמה מפגש מחוץ לכותלי הכלא לא צלחו. קוצר הזמן ובעיות אדמיניסטרטיביות שצצו לאורך הדרך, כמו גם התקציב שניתן לצורך מחקר ההערכה, הותירו מדגם מצומצם שאינו מייצג באופן מלא את מגוון השירותים והאוכלוסיות שלהם נועדה ההתערבות. יחד עם זאת, יש בתמונת המצב שתוצג בפרקי הממצאים והדיון חשיבות להמשך העשייה החברתית במרפאת לוינסקי ובכלל.

בסופו של דבר כלל המדגם שלוש נשות מקצוע (מנהלת המרכז השיקומי לנערים של הרשות לשיקום האסיר, מנהלת הוסטל של רשות חסות הנוער המיועד לנערות שחוו מצבי סיכון ומצוקה ומנחת הסדנה) וארבעה משתתפים (שלוש נערות משני הוסטלים של חסות הנוער ונער מהמרכז השיקומי לנערים של הרשות לשיקום האסיר). בשלושת השירותים שנדגמו הציע הצוות המקצועי לנערות ספציפיות להשתתף בריאיון מהשיקולים האלה: הן השתתפו בסדנה; הן היו מעוניינות לדבר על כך עם החוקרת; הן היו זמינות כשהגיעה החוקרת לשירות; אשת הצוות חשבה שהן ורבליות ובעלות כושר ביטוי. מהמסגרת של הרשות לשיקום האסיר התראיין הדייר היחיד באותה תקופה שלקח חלק במפגש האחרון של הסדנה.

תוכנית ההתערבות

תוכנית ההתערבות שבמרכז דו"ח הערכה זה החלה בראשית שנות ה-2000 כפיילוט בבתי סוהר שונים. מודל הפעולה שבנתה מנהלת מרפאת לוינסקי כלל מפגש חד-פעמי שעסק בעמדות כלפי מין ומחלות מין ובהיכרות עם מרפאת לוינסקי. בהמשך, ולאור שיתוף הפעולה של משתתפי הסדנה, הוחלט להרחיב את התוכנית למספר מפגשים שבהם יינתן מידע בנושאים של מין ומחלות מין וייערכו בדיקות לגילוי מחלות מין בקרב משתתפי הסדנה. בשלב זה הוחלט להתמקד באוכלוסיות של נוער ונשים, ולפרויקט גויסה עובדת סוציאלית לתפקיד הסברה לאוכלוסיות בסיכון מוגבר. התוכנית פעלה במימון הוועדה לקידום בריאות של משרד הבריאות.

יעדי התוכנית: הרציונל של צוות המרפאה לבחירת האוכלוסייה נשען על הסיכון הגבוה למחלות מין בקרב נשים במאסר שרבות מהן צורכות סמים ועוסקות במתן שירותי מין מחוץ לכותלי הכלא ועל השאיפה למנוע מבני נוער כבר בשלב ראשוני התנהגות מינית מסוכנת ומסכנת. מתוך רציונל זה גזר צוות המרפאה את יעדי ההתערבות האלה:

- א. לרכך עמדות נוקשות כלפי מין, יחסי מין ומחלות;
- ב. לאפשר שיח פתוח בנושאים הללו בתוך הקבוצה ומחוצה לה;
- ג. להנגיש את לוינסקי כשירות שניתן ורצוי לעשות בו שימוש בעת הצורך;
- ד. להעלות את מודעותם של משתתפי הסדנה להתנהגות מינית שאינה מסכנת ומסוכנת כדי שידעו לשמור על עצמם טוב יותר.

מרכיבי התוכנית: ההתערבות כללה סדנה בת ארבעה מפגשים ועוד מפגש של המנחה עם צוות השירות שבו הסדנה נערכת. מבנה הסדנה היה גמיש, כך שניתן היה להיענות לצרכים הייחודיים של כל שירות. בדרך כלל נכחה במפגשים אשת צוות, כדי לשמור על החיבור בין השירות לבין התכנים שעולים לאורך הסדנה, על פי רוב לא היתה זו אשת טיפול אלא מדריכה (או מדריך). אלה היו נושאי המפגשים: (1) מפגש היכרות בנושא עמדות אישיות כלפי מין, מיניות ומחלות מין, ניפוץ מיתוסים רווחים ומתן מידע; (2) מפגש בנושא מחלות מין שבמהלכו עוברים משתתפי הסדנה בדיקה (הבדיקות נערכות בשירות עצמו יחד עם אחות); (3) מפגש בנושא אמצעי מניעה, היריון, הפלה, ביוץ, מערכת הרבייה; (4) מפגש סיכום שבמהלכו המשתתפים מקבלים את תוצאות הבדיקות ומארגנים את הידע החדש שנרכש באמצעות שאלון שעליו עונים יחד. אחד המפגשים (השני או השלישי) בחלק מהסדנאות הוא מפגש עם רופא מהמרפאה בנושא מחלות המין. במסגרת הסדנה

המשתתפים מקבלים חוברת על מחלות מין (בשפות עברית, ערבית ורוסית), כרטיס ביקור של המרפאה וקונדומים (רק בחלק מהשירותים).

תקופת ההתערבות: המחקר הנוכחי בחן את הסדנאות שנערכו בשנים 2007-2009 בהנחיית הכותבת השנייה. בשנה הראשונה הועברו הסדנאות בעיקר במסגרות של שירות בתי הסוהר (כלא הנשים נווה תרצה וכלא הנוער אופק) ושל הרשות לשיקום האסיר (אבן דרך, מסגרת כוללנית לנוער לאחר מאסר, ומרכז תל"מ, מרכז יום לאסירות משוחררות). בשנה השנייה הורחבה אוכלוסיית היעד והסדנאות הועברו גם במסגרות של נערות ברשות חסות הנוער (הוסטלים ומעונות). מחקר הערכה זה יבחן עד כמה השיגה התוכנית את תוצאותיה הרצויות בקרב בני נוער במצוקה ובחלק מהמסגרות המגוונות שבהן יושמה. חשוב לציין שהמסגרות שהשתתפו במחקר ההערכה הנוכחי הן מסגרות כוללניות, שבני הנוער מתגוררים בהן לאורך תקופות זמן משתנות (שלושה חודשים עד שנים מספר), ולכן דיאלוג עם הצוות במהלך הסדנה ואחריה עשוי להוות מדד לשינויים ולתמורות בדיאלוג המתחולל סביב סוגיות אלה באותן מסגרות.

הליך איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נעשה על ידי ראיונות מובנים במהלך החודשים נובמבר 2009-ינואר 2010. סך הכול נערכו שבעה ראיונות, שנמשכו 10-100 דקות, ותצפית על אחד המפגשים. כל הראיונות והתצפית נערכו בידי הכותבת הראשונה בשירותים השונים, בשעות שנקבעו מראש לנוחותן של נשות המקצוע ומשתתפות הסדנה. ראיון אחד (עם מנחת הסדנה) נערך במשרדי אוניברסיטת תל אביב. בכל הראיונות נכחו רק המרואיינת והמראיינת והם הוקלטו בהסכמה, כאשר בנוסף, תוך כדי שיחה, הועלו על הכתב תכנים חשובים. מדריכי הראיון (למשתתפות הסדנה ונשות המקצוע) חוברו בשיתוף עם צוות המרפאה. כל הראיונות נערכו לאחר קיום הסדנה במסגרות.

הבחירה בריאיון המובנה ככלי המרכזי במחקר הערכה זה נבעה מסיבות אחדות: (1) ניסיונה של מנחת הסדנאות עם אוכלוסיית בני הנוער שלקחה חלק בהתערבות הוכיח ששימוש בשאלונים אינו יעיל, שכן רבים מהמשתתפים נוטים לענות עליו באופן משותף ולא בהתאם לדעתם ולהרגשתם האישית. (2) השאלון יוצר לעתים הרחקה, שכן השפה הכתובה אינה מזמינה פתיחות וכנות. (3) הריאיון הוא כלי הולם למחקרים בנושאים רגישים שבהם נידונים פרטים אינטימיים (Gubrium & Holstein, 2002).

הליך ניתוח הנתונים

ניתוח הנתונים נעשה דרך הקשבה חוזרת לראיונות וקריאת הרשמים שנכתבו תוך כדי השיחות. החלוקה לקטגוריות נעשתה על פי התכנים המרכזיים שעלו בראיונות השונים ובהתאם לשאלות ההערכה המרכזיות שמחקר זה שואף לתת להן מענה. בתחילה היה מספר גדול של קטגוריות, אך תוך כדי כתיבה וניתוח התחוויר שלוש התמות המרכזיות הרלוונטיות למחקר הערכה זה: השפעת התוכנית על השירות; השפעת התוכנית על משתתפיה; נקודות חוזק וחולשה בתוכנית. כל אחת מהתמות כוללת בתוכה מספר קטגוריות מזויות ראייתן של נשות המקצוע ומשתתפי התוכנית.

במהלך שלבי המחקר ניתנה תשומת לב לסוגיות אתיות כגון מתן אוטונומיה ושמירה על סודיות, בעיקר בקרב משתתפות הסדנה. עם תחילת הריאיון הסבירה המראינת לכל המרואיינות את מטרתו, מה יידרש מהן במהלכו ואת זכותן שלא לענות על שאלות שמעוררות אצלן אי נוחות. אף לא אחת מהמרואיינות עצרה את הריאיון אחרי תחילתו, וכל הראיונות התאפיינו באווירה נינוחה ובפתיחות.

כדי לשמור על סודיות ואנונימיות, משתתפות הסדנה מוצגות בשם בדוי ונשות המקצוע מוצגות באות הראשונה של שמן.

ממצאים

פרק הממצאים יחולק על פי שלוש התמות המרכזיות של המחקר: השפעות התוכנית על משתתפיה; השפעות התוכנית על השירות; נקודות חוזק וחולשה בתוכנית. בתמה הראשונה מובאים בעיקר דבריהן של המרואיינות שהשתתפו בסדנה. אף שגם מנהלות השירותים שרואיינו הצביעו על השפעות הסדנה על משתתפיה, דבריהן מובאים בעיקר בתמה העוסקת בהשפעות של התוכנית על השירות. הפרדה זו מקורה בתפיסה ולפיה עדותם של משתתפי הסדנה עצמה היא המקור הטוב ביותר לבחון את השפעת הסדנה על חייהם. נקודת מבטן של מנהלות השירותים היא כוללנית ומערכתית יותר, ואינה מתייחסת למשתתף הבודד, אלא לכלל דיירי המסגרת שבה נערכה ההתערבות. מכאן שבדבריהן הן מצביעות על השפעותיה של הסדנה על השירות ככלל – דיירים, צוות, אווירה כללית וכדומה.

השפעות התוכנית על משתתפיה

השפעת הסדנה על ידע ועמדות כלפי מין, מיניות ומחלות מין: המדידה של עמדות וידע נעשתה רק לאחר ההתערבות, ועל כן המרואיניות נתבקשו להתייחס לשינוי שאולי אירע בעקבות הסדנה באופן רטרוספקטיבי. הקשיים ההיסקיים הנובעים מכך ברורים, אך בולט גם הקושי של הנערות להבחין בין "לפני" הסדנה ל"אחרי". אחת הסיבות לכך היא התחושה שהידע הוטמע, הפך לחלק בלתי נפרד מהן:

"זה כבר דברים שנכנסו לי ליומיום." (דנה).

יחד עם זאת ציינו כולן שהסדנה הוסיפה להן ידע. הן ידעו לזהות ידע זה כחשוב ובעל ערך, אך חלקן התקשו לציין פריטי מידע חדשים:

"היו חידושים, לא יכול להגיד על משהו מסוים." (בן).

"היה משהו חדש שלא ידעתי, אבל אני לא זוכרת. משהו בשיעור עם הד"ר. זה כבר נכנס לי." (דנה). אחרות זכרו תכנים ספציפיים מהסדנה:

"ביון. אמצעי מניעה כמו קונדום נשים, לא ידעתי שיש דבר כזה." (רווית).

"כל מה שקשור למחלות מין." (נופר)

חלק מהמרואיניות הבחינו בין סוגי הידע: ידע על יחסי מין לעומת ידע על מחלות מין. כל המרואיניות העידו שהיה ברשותן ידע על יחסי מין, והחידוש המשמעותי היה בנוגע למחלות מין:

"[בפגישה] הרביעית הדוקטור בא והרחיב על המחלות והסביר על המחלות ואיך אפשר לטפל ולהימנע ולאן אפשר לפנות. זה היה מאוד מועיל." (דנה)

"היא [מנחת הסדנה] נכנסה לעומק של מחלות מין וזה היה נורא טוב... על אמצעי מניעה כבר ידעתי." (רווית).

חלק מהמרואיניות ציינו בתחילת הריאיון שהגיעו לסדנה עם ידע קודם, ועל כן אולי כדאי לראיין משהו אחר שהסדנה חידשה לו יותר (בן ודנה). יחד עם זאת, ככל שהתקדם הריאיון, עלו פריטי מידע שמקורם זוהה בסדנה, וניכר היה שהשתתפות בסדנה בכל זאת חידשה.

בנוגע לעמדות כלפי מין, מיניות ומחלות מין התקשו המרואיניות לנסח עמדה ברורה, אולי בשל הקושי לדבר על נושאים אינטימיים אלה עם אדם זר ואולי בשל השלב ההתפתחותי שלהן (גיל ההתבגרות), שבמהלכו עמדות בנושאים שונים עוברות תהליך עיצוב והתעצבות אינטנסיבי, וטרם גובשה עמדה ברורה בנושאים הרגישים שעל הפרק. נופר התייחסה ליחסי מין כאל דבר טבעי ("זה לא טוב או רע, זה טבעי") ולמחלות מין

כאל דבר שיש להימנע ממנו על ידי שימוש בקונדום. רווית הביעה עמדה בדבר חשיבות קיום יחסי מין עם האדם הנכון, התייחסה למחלות מין כאל דבר מפחיד ולשימוש באמצעי מניעה כאל דבר חשוב ואף הכרחי. בן דיבר על מין כצורך טבעי של האדם ("צריך לעשות את זה אבל להיזהר. זה טבע של בנאדם, אבל צריך להיזהר"), ואילו דנה דיברה על הפחד כעל חלק בלתי נפרד מפעילות מינית: "זה משהו שהוא מאוד מפחיד. צריך לדעת איך לשמור על עצמי. אף אחד לא ישמור עלי.".

כשנשאלו אם הסדנה חוללה שינוי בעמדותיהם כלפי מין, מיניות ומחלות מין, השיבו חלקם בשלילה, אך הוסיפו שהסדנה חידדה דברים והעלתה אותם למודעות:

"הסדנה לא ממש עשתה שינוי במחשבה של לשמור על עצמי. אם אני אראה נרקומן באיזה מקום, אני אדע לא לשכב איתו, כי יש סיכויים שהוא חולה. אבל הסדנה חיזקה אותי, הביאה עובדות. חידדה את הידע." (דנה)

"[הסדנה עזרה] בהגברת המודעות." (בן).

רווית ענתה בשלילה נחרצת לשאלה אם הסדנה שינתה משהו בעמדותיה כלפי הנושאים שעל הפרק, אך התייחסה בהרחבה להשפעת הסדנה על המידה שבה היא שומרת על עצמה בקיום יחסי מין. באופן כללי התקשו חלקם להפריד בין השפעת הסדנה על עמדות להשפעתה על התנהגות.

השפעה משולבת של ידע ועמדות ניתן לראות בנוגע למרפאת לוינסקי: רובן לא הכירו את המרפאה קודם לכן, ובעקבות הסדנה אמרו פה אחד שהן מזהות את המרפאה כשירות שישתמשו בו בעתיד במידת הצורך:

"אני יודעת עכשיו [על לוינסקי והשירות שהם מציעים], אבל לא יצא לי ללכת. אחת הבנות פה יצא לה ללכת למרפאה והיא קיבלה יחס טוב...". (דנה)

"לא הכרתי את מרפאת לוינסקי לפני הסדנה, אבל לא מתביישת [ללכת לשם], חופשי מרגישה עם הנושא." (רווית)

המסר המרכזי של הסדנה, כפי שהבינו אותו כל המרוואיינים משתתפי הסדנה, נוגע לחשיבות קיום יחסי מין מוגנים. גם בן, שהשתתף במפגש אחד בלבד, ציין מסר זה כמסר המרכזי:

"לשמור על עצמי." (בן)

"בעיקר לשמור על עצמי בסקס, סקס מוגן, ולדעת שיש מקום שאפשר לפנות אליו." (דנה)

“צריך להיזהר ממחלות. זה נכנס לי יותר מדי טוב... זה מלחיץ קצת, מפחיד לשמוע... זה יכול לקרות לכל אחד.” (נופר)
 “מין בטוח.” (רווית)

השפעת הסדנה על התנהגות מינית: הממצא הבולט ביותר הוא השינוי הדרמטי שהנערות מעידות עליו בכל הקשור למודעות וליכולת לשמור על עצמן בקיום יחסי מין. כולן, ללא יוצא מן הכלל, סיפרו שהיום הן יודעות לשמור על עצמן טוב יותר וזיהו את הסדנה כמקור השינוי. הדבר בא לידי ביטוי בשימוש סדיר בגלולות למניעת הריון ובעיקר בשימוש בקונדום:

“לפני זה לא הייתי משתמשת באמצעי מניעה כמעט, ואחרי הסדנה התחלתי להשתמש קבוע... הפנמתי יותר מדי.” (רווית)

“יותר נזהר. יותר מודע. משתמש בקונדומים... ידעתי על קונדומים גם לפני [הסדנה], אבל בקושי השתמשתי. גם עכשיו ככה ככה, אבל הרבה יותר.” (כן)

“אני שומרת על עצמי הרבה יותר טוב מאשר לפני כן, אני חושבת שזה הכי חשוב.” (דנה)

“היא [הסדנה] הכניסה לי משהו לראש שצריך להיזהר, אז אני מנסה להיות כמה שיותר מוגנת... ככה אני יותר נזהרת עם חבר שלי.” (נופר)

בתשובה לשאלה אם היכולת לשמור על עצמה נובעת מההשתתפות בסדנה, נופר עונה בחיוב ללא היסוס. היא שבה ואומרת לאורך הריאיון שלפני הסדנה לא היתה מודעת לכל הסיכונים הכרוכים במין (מבחינת מחלות מין) ושכזוהיא היא נזהרת.

כשנשאלו אם יש החלטות או מעשים שהיום בדיעבד, לאחר הסדנה, היו מחליטות או עושות אחרת, ענו כולן בחיוב, חלקן בחרו שלא לפרט איזו החלטה היו משנות:

“...כן, יש החלטה כזו [שהייתי משנה]. לפני הסדנה החלטתי לא להשתמש באמצעי מניעה. בגלל שקרתה לי איזו תקלה החלטתי שאני לא משתמשת בקונדומים, והיום שיניתי את ההחלטה הזו.” (רווית)

“... הייתי בטוחה שלווותר על קונדום זה בסדר, כי אני לא אכנס להריון... [הסיכונים] זה דבר שידעתי לפני כן [לפני הסדנה], אבל לא חשבתי עליו בצורה הזו... גם עם גלולות היו ימים שהייתי מדלגת, יום כן יומיים לא... עכשיו זה נהיה באופן קבוע. מקפידה יותר גם על זה וגם על קונדום.” (דנה)

"לא נזהרתי והכנסתי בחורה להיריון. זה לא מחלת מין, אבל זה גם איזה... אולי היום זה לא היה קורה." (בן)

בנוגע ליכולת לקיים שיח פתוח בנושא אמרו כל המשתתפות, שיש להן חברה או חברות שאיתן הן יכולות לדבר על נושאים אלה. שניים מהמרואיינים ציינו גם את אנשי הצוות כבני שיח שעמם אפשר לדבר בפתחות. כל המרואיינות ללא יוצא מן הכלל עשו הבחנה ברורה בין קבוצת השוות ואנשי הצוות לבין משפחותיהן; כולן העידו על היעדרו של שיח פתוח בנושא מין ומיניות בתוך המשפחה. חשוב לציין שאת היכולת לדבר עם קבוצת השוות ועם הצוות בנושאים הללו לא שייכו רוב המרואיינות לסדנה; היכולת לדבר בנושאים אלה עם אנשים קרובים אליהן, שאינם משפחה, היתה לדבריהן עוד קודם לכן:

"עם חברות וצוות כן [יכולה לדבר על הנושאים האלה], אבל עם משפחה יותר קשה." (דנה)

"מרגיש פתוח לדבר על הנושאים האלה עם החברים והצוות. לא עם המשפחה." (בן)

"מדברת חופשי. גם עם חבר שלי. לפני הסדנה היה [הדיבור] פחות [פתוח]... מראינת: ועם המשפחה? "לא, מה פתאום. לא שאני מתביישת, פשוט אמא שלי בדת." (רווית)

השפעה התנהגותית אחרת ניתן לזהות בגישה לבדיקות לצורך איתור מחלות מין. דנה היא היחידה בין המרואיינים שנבדקה, אך רווית ונופר סיפרו שכל ההוסטל אמור לנסוע ללוינסקי לבדיקות בעתיד הקרוב, ואילו בן הגיע למרכז השיקום רק במפגש הרביעי והאחרון, והבדיקות נערכו במפגש השלישי. כולם התייחסו לבדיקות כאל דבר חשוב ביותר, והעידו שהסדנה השפיעה על נכונותם להיבדק:

"לי לא היה אומץ ללכת לבדוק לבד איידס. אבל כשזה היה כאן החלטתי לקחת את האומץ ולהיבדק." (דנה)

"לא עשיתי [את הבדיקות]... אבל הייתי רוצה ללכת." (בן)

השפעות התוכנית על השירות

תמה זו מתייחסת בעיקר לדברים שהעלו מנהלות השירותים שרואיינו ומנחת הסדנאות. המנהלות לא נכחו במפגשי הסדנה השונים, אך היו עדות לתמורות שחוללה הסדנה אצל משתתפיה ובשירות באופן כללי. דבריהן התייחסו לכלל הדיירות והדיירים במסגרות שהן מנהלות, להלך הרוח, לאווירה הכללית, ועל כן להשפעה הכוללת על השירות עצמו.

השיח בשירות אודות מין, מיניות ומחלות מין: ג' (מנהלת הוסטל לנערות במרכז הארץ של חסות הנוער) ומ' (מנהלת מרכז שיקומי לנערים בשרון של הרשות לשיקום האסיר) מתארות כל אחת סוגי שיח שונים. בעוד ג' מצביעה על המבוכה הרבה השוררת סביב נושאים אלה בין הנערות לבין עצמן, ובעיקר בין הנערות לצוות, מ' מתארת שיח חשוף יותר, בעיקר עם המדריכים הבנים. הדיבור בין הנערים לבין עצמם ובינם לבין המדריכים מתאפיין על פי רוב בהתרברבות בהישגיהם המיניים. גם ג' וגם מ' מספרות שהנערות והנערים כאחד מנותקים מכל הנושא של מחלות מין:

"[השיח מתקיים] בעיקר סביב מין, לא סביב מחלות... בעיקר עם המדריכים הבנים." (מ')

"זה [מין] משהו שלא כל כך מדברים עליו. ממש לא. מה יחשבו עלי? מה יגידו עלי? אני בכל זאת דמות סמכות, גם המדריכות, כמה אפשר לדבר על הדברים האלה, כמה הן מבינות. יש כאלה שכן מדברות. אבל לרוב זה מאוד מביך." (ג')

מזווית ראייתה של נ' מנחת הסדנה (הכותבת השנייה), הקושי לדבר על הנושאים הללו איננו נחלתם הבלבדית של הנערים והנערות, אלא גם של הצוותים. היא מתארת מצב שבו הצוותים בחלק מהשירותים מעודדים את משתתפי הסדנה לחכות לתחילתה, בבחינת "תהיה סדנה, תדברו על זה שם". רוב הצוותים מודעים לצורך להציף את התכנים האלה ולדבר עליהם, אבל "הם שמחים שמישהו בא לעשות את זה והם לא צריכים להתעסק בזה בעצמם." (נ')

בעקבות הסדנה, מנהלות השירותים מזהות תזוזה קלה בנכונות של דיירי הבית לשוחח על הנושאים האלה: "הדברים תמיד על השולחן אצלנו, אבל היתה פחות נכונות [לדבר] לפני הסדנה" (ג'). "הסדנה עוררה שיח, גרמה לוויכוחים. השיח שאחר כך [אחרי הסדנה] היה פתוח יותר..." (מ').

השפעתה של ההתערבות על ידע, עמדות והתנהגות בקרב הדיירים והצוות: מנהלות השירותים מתייחסות שתיהן לשינויים שחלו אצל הדיירים עקב ההשתתפות בסדנה. מדבריהן עולה שאמנם אלה שינויים עדינים, חמקמקים משהו, אבל בעלי חשיבות רבה. הקשר של מנהלות השירותים עם הדיירים הוא קשר אינטנסיבי וקרוב, והן מכירות את תוכני ההתערבות והתנהלות הקבוצה דרך המגע היומיומי עמם ועם אשת הצוות שליוותה את הסדנה. מנהלות המסגרות לא נכחו בסדנה, אך מתוקף תפקידן הן ליוו באופן רציף את אשת הצוות שליוותה את הסדנה, ובין מפגש למפגש הן שוחחו עם מנחת הסדנה לשם מתן דגשים או כדי להעלות תכנים שהעסיקו את המשתתפים לאחר המפגשים. ביחס לשאלה עד כמה שימשה הסדנה להקניית ידע, קבעו שתיהן בנחרצות ש"הפערים בידע גדולים מאוד [...] הן חושבות שהן יודעות הכול" (ג'), אך אין ספק שהיו הרבה

חידושים" (מ). בכל הנוגע לשינוי עמדות בעקבות הסדנה, ולהבדיל מהקביעה הנחרצת על מידת השפעתה של הסדנה על הידע שקנו משתתפיה, ג' ומ' מתקשות לקבוע אם עמדותיהם של משתתפי הסדנה כלפי מין, מיניות ומחלות מין עברו טרנספורמציה. מ' מתקשה להצביע על עמדות שהשתנו בקרב הנערים, אך מציינת ש"גם אם זה לא השתנה זה חלחל". ג' מאמינה שהסדנה השפיעה על עמדותיהן של הנערות, אך "לא יכולה לשים את האצבע בדיוק, אבל נראה לי שכן". לדבריה חל שינוי בגישתן של הנערות כלפי הסדנה: "זה התחיל בהתנגדות גדולה ומה פתאום ולא צריכות, ונגמר בכך שהן נכחו בסדנה, היו מאוד שותפות. היו סקרניות ולחוצות לקראת התוצאות [של הבדיקות]" (ג). חל גם שינוי קוגניטיבי-התנהגותי אחריה: "אחרי הסדנה יותר בנות התחילו לדבר על ללכת לרופא נשים" (ג).

נ', מנחת הסדנאות, מציינת גם היא תמונה אמביוולנטית בנוגע לשינוי עמדות בעקבות הסדנה. מחד גיסא היא טוענת ש"לעתים ניתן להרגיש את זה [את השינוי בעמדות] דרך דברים שאומרים [המשתתפים] [...] ויש בהחלט עמדות שיכולות להשתנות בארבעה מפגשים. זה תלוי מאוד בפתיחות של הקבוצה, בגיל ובהרכב של הקבוצה. [...]מה שיכול להשתנות יכול לקרות רק בשיח ולא תמיד השיח מתקיים. בקבוצות בטוחות יותר, שמכירות, שגרות ביחד, היו דיאלוגים עמוקים". מאידך גיסא, היא מודעת למגבלות הזמן של הסדנה (ארבעה מפגשים בלבד) ולקושי להשפיע על עמדות בפרק זמן זה: "אין שאיפה לשנות את כל העמדות, [אלא] יותר לדבר על זה. [...]צריך לדעת את הפרופורציות, לא בהכרח מקצה לקצה. להסכים לשמוע משהו נוסף."

נשות המקצוע רואות באופן שונה מעט את המסר המרכזי שהועבר במהלך הסדנה. ייתכן שכך בשל אופי הסדנה המשתנה משירות לשירות משום הרצון להתאים את ההתערבות לצרכיו הייחודיים של כל הארגון. ג' אמרה שהמסר העיקרי מהסדנה לנערות היה "שאפשר לשמור וכדאי לשמור וצריך לעשות את זה בצורה מוגנת, שידע הוא כוח ושמין ומיניות הוא לא דבר מלוכלך, אפשר לדבר על זה". מ' אמרה שהמסר העיקרי מהסדנה לנערים הוא ש"מין זה לא רק סקס. הפתיחות והיכולת לדבר על זה עם בחורה משמעותית ביותר; ושיש דברים שהם לא יודעים! שלמין/סקס יש השלכות... כל הסטיגמות נפרצו". נ' המנחה אמרה שהמסר העיקרי היה שהטיפול במחלות מין פשוט, שלוינסקי הוא שירות נגיש שכדאי ורצוי לפנות אליו, שחשוב לקיים דיאלוג אמיתי וישיר בנושאים האלה "תחת המטרייה של העצמה, שליטה, יכולת החלטה. [...]להעיז לקיים את הדיאלוג... לקבל ביטחון וכוח, בדגש על נערות ונשים". לצד הפערים ניתן לראות ששלושתן רואות בשיח על נושאים אלה בסיס להתנהגות מינית בטוחה ומודעת יותר, המונעת ממקום של ידע וביטחון.

תמורות ברמה הארגונית: עם תחילת הסדנה בשירות, מנחת הסדנאות מקפידה להיפגש עם כל חברי הצוות כדי לקרב אותם לסדנה ולמהותה וכדי שיוכלו ללוות את הסדנה אישית ומקצועית בהמשך. בין היתר, נ' מספרת על מרפאת לוינסקי ועל תוכני הסדנה: השאיפה היא "לעשות עבודה דינמית גם עם חברי הצוות סביב התכנים של מין, מיניות ומחלות מין. הצוות כל הזמן נתקל בקשיים ודילמות למול העניין של עיסוק במין ומיניות. נושא שכל הזמן נמצא שם, אבל לא מעיזים לדבר על זה. בהרכב מקומות זה נתן לצוות ביטחון". ביטוי לכך ניתן למצוא בדבריה של מ', שבעקבות הסדנאות שהועברו במסגרת השיקומית שהיא מנהלת הגיעה למסקנה ש"זה [הנושא של מין] חייב להיות מדובר. אי אפשר להחליק את זה". חשוב לציין שבמסגרות השונות עלתה המודעות לאמצעי מניעה, והנושא הפך לחלק מההתנהלות השגרתי; במרכז השיקומי לנערים ש' מנהלת החלו בנוהל חלוקת קונדומים בעקבות הסדנה, ובהוסטל הנערות שג' מנהלת הדיירות מקבלות גלולות למניעת הריון וקונדומים.

סוגיית ההטמעה התבררה כסוגיה מורכבת. שלוש נשות המקצוע שרואינו מסכימות שלאחר סיומה היתה לסדנה אך המשכיות חלקית בשירות. כל אחת מתייחסת לסוגיה מזווית שונה. ג', מנהלת הוסטל הנערות, מתייחסת הן לתוכני הסדנה והן למרפאת לוינסקי כשירות וכמשאב. מבחינת התכנים ג' מציינת ש"אין המשכיות לסדנה ברמה רשמית. אנחנו מדברות על הדברים", אבל השיח הוא ספונטני ולא מובנה. מבחינת לוינסקי כשירות וכמשאב, ג' מתייחסת למפגש עם המרפאה כמפגש חד פעמי: "זה [מרפאת לוינסקי] לא לגמרי הוטמע. היתה סדנה וזהו, נגמרה. זה לא נשאר איזשהו שירות שאנחנו יכולים להיות במשא ומתן איתו." במהלך הריאיון סיפרה ג' על אחת הנערות שנכנסה להיריון (אחרי שהשתתפה בסדנה), ורק אחרי תקופה שבה חיפשו עבורה מענים הולמים, "אחת המדריכות אמרה פתאום 'אולי אפשר להיעזר בלוינסקי'. בכלל לא חשבנו על זה". לימים הועברה בהוסטל עוד סדנה שבסופה הוזמנו הנערות לביקור ולבדיקות במרפאה, בין היתר כדי להפוך את המרפאה למשאב נגיש להן.

מ', מנהלת המסגרת השיקומית של הנערים, סיפרה על ניסיון להמשיך את השיח שהתעורר בעקבות הסדנה: "פתחנו קבוצה של חיזור אליים, אבל זה לא עלה יפה. זה בעיה שאני אדבר עם הבנים על הדברים האלה, ורגע אחרי זה אני יושבת פה בחדר עם ההורים." היא טוענת נחרצות שאין הצוות יכול לעשות את מה שנ' (מנחת הסדנאות) עושה ממספר סיבות: (א) "המסגרת פה נוקשה", וקשה לדבר על נושאים רגישים אלה עם דמויות סמכות. (ב) "לא כל אחד [מהצוות] יכול לדבר על הנושאים האלה..." דרושה מידת ביטחון רבה כדי ליצור ולאפשר שיח אותנטי. (ג) "הנערים תופסים את זה כמקצועי יותר, כשזה בא מבחוץ", וזה מאפשר להם להיות קשובים יותר ופתוחים יותר לשיתוף פעולה. מ' מסכמת וקובעת ש"החיצוניות של נ' אפשרה שיח מאוד פתוח... זה חייב להיות

חיצוני". מבחינתה יש לחזור על הסדנה אחת לתקופה באופן קבוע. הניסיון הכושל להפעיל קבוצה בנושאים של חזון אלים חזק אצלה תפיסה זו.

נ', מנחת הסדנה, מזהה ש"צוותים עדיין מפחדים להיכנס לשם... [אבל] זה לא נכון שזה יהיה מישהו חיצוני לצוות, זה [העיסוק במין ומיניות] צריך להיות בדיאלוג יומיומי, צריך לפתוח את זה כל הזמן. צריך אומץ וביטחון לעשות את זה בפנים. הצוות צריך להכניס את זה למערכת. קל יותר להביא מישהו מבחוץ." נ' מטילה ספק במידה שבה הוטמעו הדברים ("קשה לומר שזה הצליח"), ואומרת בכנות ש"זה [הסדנה ותכניה] לא נכנס מספיק כדי שנצא לגמרי, אבל אין ברירה. אני מקווה שיידעו לעשות בנו שימוש". המצב הרצוי לדבריה הוא ש"לוינסקי יישאר כגורם מלווה ומייעץ, מקום לעשות בדיקות והדרכה של צוותים שלוש-ארבע פעמים בשנה, כדי שהדיאלוג ייכנס למסגרות".

נקודות חוזק וחולשה בתוכנית

כדי לספק לצוות המרפאה משוב על ההתערבות והזדמנות לשפר את עבודתו המקצועית, נשאלו המרואיינות על התוכנית עצמה ומרכיביה. בעוד התייחסותן של משתתפות הסדנה היתה מצומצמת יותר, ניצלו נשות המקצוע את הבמה כדי לתת משוב מקיף לתוכנית.

החלוקה לנקודות חוזק וחולשה בתוכנית איננה חד משמעית – מה שבעיני אחת טעון שיפור האחרת רואה אותו כנקודת החוזק בתוכנית. עניין זה מצביע על מורכבות ההתערבות ועל האופי השונה שהיא לובשת בכל פעם בהתאם לשירות ולאוכלוסיית היעד.

ניתן לקבץ את נקודות החוזק והחולשה של ההתערבות, כפי שנתפסות בעיני המשתתפות, לשלוש קטגוריות עיקריות: תוכני הסדנה; אופייה; קהל היעד שלה.

נקודות לשיפור ולשיפור בתוכני הסדנה ובמרכיביה: המרואיינות נתנו דעתן על תכנים שעלו בסדנה, והתייחסו גם באופן כללי יותר למרכיבי ההתערבות. בעוד דנה (משתתפת) אמרה שניתן ורצוי לקצר את ההסברים, ציינה נופר (משתתפת) שצריך יותר מידע ופירוט על המחלות, "איזה מחלות ומה התופעות ואיך מטפלים בהן. כל הדברים האלה...". ג' (מנהלת) זיהתה שהנערות עסוקות בלומר שהן יודעות הכול, ובכל זאת "הייתי משאירה את ההתעקשות על כן להעביר דברים ברמה בסיסית. אף פעם אי אפשר לדעת מה באמת הן יודעות". בהקשר דומה התייחסה נ' (מנחת הסדנה) "לסיעור המוחות בהתחלה, לדיאלוג סביב עמדות וידע" כאל חלק חשוב ביותר בסדנה: "זה דיאלוג רחב שמעורר המון עניין ושאלות ופותר פתח אמיתי לדיאלוג. ההצפה הכי חשובה."

הבדיקות שנערכו במהלך הסדנה זכו להתייחסות נרחבת. כאן הדעות לא היו חלוקות, וכולן קבעו שמדובר באחד החלקים החשובים והמשמעותיים בסדנה. דנה (משתתפת), ג' ומ' (מנהלות) ציינו פה אחד, שלולא היו הבדיקות מגיעות לשירות, ספק אם משתתפי הסדנה היו הולכים להיבדק באופן עצמאי:

"זה היה מאוד זמין כל הנושא של הבדיקות. הן לא היו צריכות ללכת מיוזמתן. הן עודדו זו את זו והצוות עודד אותן לעשות את הבדיקות. ספק אם היו הולכות להיבדק לבד." (ג')

"לי לא היה אומץ ללכת לבדוק לבד איידס. אבל כשזה היה כאן החלטתי לקחת את האומץ ולהיבדק." (דנה)

מרכיב אחר בהתערבות שזכה למשוב חיובי היה המפגש עם הרופא:

"הפגישה עם הדוקטור זה חשוב, שבעל מקצוע יבוא ויגיד מהמקום שלו ויראה וידגיש גם דברים." (דנה)

בהתייחסות למנחת הסדנה כחלק ממרכיבי הסדנה קצרה נ' שבחים רבים מכל המרואיינות. נשות המקצוע התייחסו לרצינות ולמקצועיות שהפגינה, לפתיחותה הרבה, לגישתה החיובית לנערים ולנערות ול"יכולת לעבוד עם מה שיש" (מ'). גם דנה, ממשתתפות הסדנה, ציינה ש"המנחה היתה מאוד מדהימה. היא הזמינה לדבר, היתה פתוחה. הבנות לא היו הכי סבלניות אליה, אבל היא לקחה את זה באיזי". כמוה ציינו זאת גם רווית ונופר.

מ' (מנהלת) מציינת נקודה לשיפור בכל הקשור להתייחדות עם מרפאת לוינסקי: "ספק אם הדיירים יודעים איפה זה לוינסקי ואיך אפשר לפנות. אולי בגלל שלא היו שם. לא יודעת אם הם תופסים את לוינסקי כשירות נגיש." עוד מתייחסת מ' למבנה המפגשים בהקשר של השהות הקצרה של הנערים במסגרת שהיא מנהלת: "מפגש הסיכום האחרון לא רלוונטי, בגלל שנערים אחרים כבר מגיעים." ג' (מנהלת) אף היא גורסת ששלב הסיכום והסגירה טעון שיפור: "בסיום כשבאו עם התוצאות זה היה ממוסס. לא הרגשתי שהיתה סגירה מאורגנת של הסדנה. התוצאות כבר היו פרטניות ולא היתה סגירה מאורגנת של זה. יכול להיות שזה שעשינו את זה במרווח של שבועיים גם לא היה חכם. אולי צריך לא למשוך את זה." כך גם נ' (מנחת הסדנה): "יש לפעמים תחושה של פספוס. הייתי רוצה לדעת מה קיבלו ולשמוע פידבק, אבל אני לא מתעקשת על פידבק עמוק. אני לא מספיק יודעת מה הם אהבו ומה לא, לא מספיק מקבלת ביקורת, אם כי אני מקבלת ביקורת בהתנהגות שלהם. הם מאבדים את הסבלנות כשזה פחות מעניין אותם."

נקודות לשיפור אופי הסדנה ולשיפורה: חלק מהמרואיינות התייחסו באופן כללי לאופי הסדנה, לאווירה, לתהליך ולאופן העברת התכנים. כנקודה לשיפור ציינה ג' (מנהלת)

שחשוב היה להיות קשובים יותר לנערות: "הייתי מנסה בהתחלה לשמוע מהן יותר מה הן היו רוצות לדעת, מה מעניין אותן ולהכניס גם את זה. אני חושבת שהיא [הסדנה] היתה מובנית מההתחלה ולא היה הקול שלהן, לשמוע מה הן רוצות שיהיה." ייתכן שזה מתקשר באופן מסוים לדבריה של דנה, משתתפת בסדנה, שהציעה "שתהיה יותר פעילות, שזה לא יהיה ברמה של לשבת ולעשות דיון, אלא גם משהו פעיל יותר. זה יגרום ליותר הנאה".

ג' (מנהלת) התייחסה גם לתהליך הקבוצתי דרך הדים ששמעה מהנערות: "הפגישה הראשונה היתה לא משהו. אולי בגלל שזו התחלה, עניין של התארגנות. לוקח זמן. החל מהפגישה השנייה היה משהו יותר פתוח, יותר מאפשר. אני לא יודעת אם נ' שינתה משהו, או שבגלל שזו היתה פגישה שנייה או שהמדריכה שינתה משהו בהתכוונות שלה. אני לא יודעת מה עשה את השינוי." ג' מצביעה על התהליך שנעשה בין נ' המנחה, המדריכה שהצטרפה למפגשים והנערות, ומסמנת את השלב ההתחלתי כשלב מורכב, כי לוקח זמן "להתחמם".

מ' (מנהלת) התקשתה להצביע על מרכיב אחד בהתערבות שהוא החשוב ביותר וציינה את נ' כחלק בלתי נפרד מהצלחת הסדנה בשירות: "זה בנוי נכון, אי אפשר לפרק את החבילה." היא שבה וציינה שהעובדה שנ' חיצונית לבית היא מרכיב משמעותי ביותר בסדנה: "[מכיוון] שזה חיצוני ולא עם מישהו מהצוות [...] הנערים זרמו איתה [עם נ'], כי לא היה צריך להילחם בה."

נקודות לשימור ולשיפור בהקשר של קהל היעד: אף שלא נשאלו ישירות בעניין זה, התייחסו מרואיינות אחדות לקהל היעד של הסדנה. דנה (משתתפת) דיברה על החשיבות שבהעברת הסדנה כבר בגיל צעיר יותר, ומ' (מנהלת) התייחסה להורים: "ההורים חייבים להיות שותפים, לדעת שיש את לוינסקי, לדעת שיש מחלות מין." היא ציינה שעירוב ההורים הוא חלק משמעותי ביותר בתהליך השיקומי שהנערים עוברים, וחינוך למין בטוח הוא חלק בלתי נפרד מכך.

דיון, מסקנות והמלצות

פרק הדיון ייגע בהיבטים הקשורים בהתערבות עצמה, במטרות שהציבה לעצמה ובאופן הפעולה, ויכלול המלצות לחשיבה ולעשייה בעתיד. מלבד זאת ייבחנו סוגיות הקשורות למחקר ההערכה ולמגבלותיו.

מטרה 1: להעלות את מודעותן של משתתפות הסדנה להתנהגות מינית אחראית

נערו ונשות מקצוע מעידות פה אחד על כך שבעקבות הסדנה הנערות מסוגלות להגן על עצמן טוב יותר בעת קיום יחסי מין ורואות בכך חשיבות גדולה יותר. לא ניתן להעריך מהו אחוז ההיריונות והמחלות שנמנע בעקבות השתתפות בסדנה, אבל אחד המודלים המקובלים לבחינת תוכניות מניעה הוא מדד קוגניטיבי הנקרא KAP וכולל שלושה מרכיבים: ידע (Knowledge), עמדות (Attitude) והתנהגות (Practice) (MacFarlane & Lawrence, 2009). מדברי המרואיינות ניתן להתרשם שלפחות בתחום הידע והיחס למחלות מין חל שינוי מהותי בעקבות הסדנה. נופר, משתתפת בסדנה, ניסחה זאת בצורה בהירה: "לא ידעתי לפני זה על כל המחלות האלה... היא [הסדנה] הכניסה לי משהו לראש שצריך להיזהר, אז אני מנסה להיות כמה שיותר מוגנת." ממצאים דומים עולים גם ממחקרים אחרים בתחום. אנדרס, פטרניטי ומאירס (Enders, Paterniti, & Meyers, 2005) חקרו את הקשר בין התערבות טיפולית קבוצתית למניעת מחלות במסגרות סגורות. מסקנתם העיקרית היא שמידע, הבנה מעמיקה של היבטים רפואיים ואפשרות לדבר על הנושאים האלה באופן פתוח וסובלני מובילים לאמון ולביטחון במערכת, וכך יש סיכוי טוב יותר לשינוי באורח החיים. גם קלמוס ועמיתיו (Kalmuss, Armstrong, Franks, Hecker, & Gonzalez, 2008), שהעריכו התערבות קבוצתית לקידום בריאותם המינית של גברים צעירים לטינים ואפרו-אמריקנים למול קבוצת ביקורת, מצאו שעם תום ההתערבות היו לגברים ידע מיני רב יותר ומוכנות גבוהה יותר להשתמש בקונדום מאשר לפני. התערבות קבוצתית בקרב נשים נשאות איידס הניבה תוצאות דומות בדבר המוכנות להשתמש בקונדום כמו גם הנכונות לספר לפרטנר המיני על המחלה (Teti et al., 2010).

מטרה 2: לאפשר שיח פתוח בנושאי מין, מיניות ומחלות מין בתוך הקבוצה ומחוצה לה

מן הממצאים עולה שבתוך הסדנה אכן נוצר שיח פתוח ומאפשר. מידת הפתיחות היתה בין היתר פונקציה של מידת הקרבה וההיכרות בין משתתפי הסדנה. אי לכך ראוי שרמת הציפיות לשיח פתוח וכן תהיה מותאמת מלכתחילה לכל שירות בנפרד. ניוו (Niveau, 2006) מצא שבקרב קבוצת אסירים התאפשר דיאלוג פתוח יחסית, לא שיפוטי ומכבד בסוגיות מיניות שונות. ניוו מדגיש את הערך המוסף שביכולת לנהל שיח פתוח: דיבור בנושאים הללו ממתן את ההתנהגות המסכנת, שכן בעקבותיו פוחתת המבוכה גם בהתנהגות המינית עצמה, וכך הסביבה הופכת מוגנת יותר. אם כן, התוצאה הרצויה של ההתערבות – שיח פתוח בנושאי מין, מיניות ומחלות מין בתוך הקבוצה ומחוצה לה –

הולמת את יתר מטרות ההתערבות, אך זקוקה עוד לחידוד ולהבהרה טרם התחלת ההתערבות בכל שירות.

באשר להמשכיותו של השיח עם תום הסדנה, הממצאים מצביעים על התמססות מסוימת. אף שחלק מהמרוואיינות ציינו שהסדנה אכן עוררה שיח בשירות, הרי שגם כשהתעורר שיח כזה, הוא היה ספונטני ולא פורמלי. יחד עם זאת, מנהלות השירותים, ג' ומ', מצביעות על עניין חשוב שהתערבות עוררה אצלן: זה לא שהן לא ידעו על החשיבות שבשיח פתוח בנושאים אלה, אבל גם להן וגם לצוותים שהן מנהלות, כמו לנוער שהן עובדות איתן, לעתים נוח יותר שלא להתמודד עם הסוגיות האלה, המעוררות מבוכה ואי נוחות. הסדנה חייבה אותן להתעמת ולהתמודד עם החשיבות שבהצפת תכנים אלה.

מטרה 3: להנגיש את מרפאת לוינסקי כשירות שניתן ורצוי להשתמש בו בעת הצורך

יש מחלוקת בין המנהלות למשתתפות הסדנה בנוגע למידה שבה הונגשה המרפאה לאלה האחרונות. בעוד כל המשתתפות שרואיינו ציינו בבטחה שהן מרגישות שבמידת הצורך יפנו לקבלת שירותים במרפאה, ציינו שתי מנהלות השירותים את תחושתן שהתפיסה את מרפאת לוינסקי כשירות שניתן להשתמש בו לא הוטמעה. מכיוון שהמטרה העיקרית של התוכנית היא להטמיע את השירות בקרב משתתפות הסדנה (ולא בהכרח בקרב נשות המקצוע), הרי שלאור דבריהן ניתן להעריך שמטרה זו אכן הושגה. ממצא זה נתמך במחקרים קודמים שמצאו שהתערבויות קבוצתיות חינוכיות אכן מקדמות עמדות חיוביות כלפי שימוש בשירותי בריאות (Kalmuss et al., 2008). יחד עם זאת, חשוב לתת את הדעת על הפער בין תפיסותיהן של משתתפות הסדנה ומנהלות השירותים.

ניתן להסביר פער זה בדרכים מספר: (1) המנהלות לא ישבו בתוך הסדנה, ועל כן ייתכן שאין הן יודעות לפרטי פרטים את המידע שהועבר שם בנוגע למרפאת לוינסקי וההדים שמידע זה עורר בקרב המשתתפים. (2) ייתכן שהמרוואיינות משתתפות הסדנה זיהו את החוקרת כחלק מהמרפאה וכדי לרצות אותה אמרו שהמרפאה נגישה להן. סביר להניח שבקרב נשות המקצוע שרואיינו היו הצורך או הרצון לרצות את החוקרת מצומצמים יותר, והן ראו בריאיון הזדמנות לבחון את ההתערבות באופן ביקורתי. (3) אפשר שסוגיה זו של הנגשת המרפאה אכן זכתה לתשומת לב מרובה יותר בתוך הסדנה, אבל ההתייחסות אליה ברמת הצוות המקצועי לא היתה מספקת. במלים אחרות, רצוי לבחון עד כמה צוות המרפאה בכלל ומנחת הסדנה בפרט משקיעים מאמצים בהנגשת המרפאה והיכרות עמה לצוותים בשירותים שבהם מועברת ההתערבות. אין טוב כמראה עיניים, ודרך אחת להתייחד עם המרפאה, למשתתפי הסדנה ולצוותים כאחד, היא ביקור במרפאה כחלק

בלתי נפרד מהסדנה. יישום אפשרי יכול להיות בעריכת הבדיקות או מפגש עם רופא במרפאה. כך או כך יש מקום לשקול בכובד ראש ביקור במרפאה כחלק בלתי נפרד מהסדנאות.

מטרה 4: ריכוך עמדות נוקשות כלפי מין, מיניות ומחלות מין

נראה מהממצאים שמטרה זו הושגה פחות מאשר המטרות האחרות. כאן המקום לציין את הקושי למדוד עמדות, על אחת כמה וכמה למדוד שינוי בעמדות. ניתן אף לומר שבמובנים מסוימים כשל מערך המחקר בהערכת השפעת הסדנה על עמדות כלפי מין, מיניות ומחלות מין. לשם הערכה שכזו דרוש מערך מחקר מקיף יותר שישתמש בדרכים עקיפות לחשוף את עמדותיהם של משתתפים בנושאים אלה. ייתכן שראיונות מובנים וקצרים שעורכת חוקרת זרה אינם הדרך האופטימלית לחלץ ממראיינים את עמדותיהם ה"אמיתיות", אולי משום שהביישנות והמבוכה הטבעיות מקשות על דיבור ישיר בנושאים אלה, משום שהנטייה לריצוי עלולה לגבור ומשום שהמחשבות והעמדות טרם גובשו עד הסוף בשל השלב ההתפתחותי של משתתפי הסדנה. דרוש אפוא מערך מחקר מקיף יותר המאפשר בחינה מעמיקה לפני ההתערבות ואחריה.

רצוי גם להתעמק בסוגיה אם סדנה בת ארבעה מפגשים יכולה לשנות עמדות, לאור העובדה שרוב בני האדם זקוקים לתהליך קוגניטיבי, רגשי והתנהגותי מורכב כדי לשנות את עמדותיהם. עולה השאלה, אם זו צריכה להיות אחת ממטרות הסדנה הישירות. אם כן, יש להקדיש מחשבה לבניית התערבות ארוכה יותר שתכלול תהליך שבו יידרשו משתתפי הסדנה לבטא את עמדותיהם באופן ברור וישיר, תוך מתן ההזדמנות להקדיש לכך מחשבה מעמיקה. עליהם להכיר את עמדותיהם בנושאי מין, מיניות ומחלות מין ולנסח אותן לעצמם. אז ניתן יהיה להתחיל לעבוד על שינוי עמדות. התערבות מתמשכת בקרב נשים אפרו-אמריקניות ולטיניות נשאות איידס ממעמד סוציו-אקונומי נמוך ($n=184$), שכללה חמש פגישות אינטנסיביות עם אנשי מקצוע (קבוצה פסיכו-חינוכית) ואחריהן מפגשים שבועיים של קבוצת תמיכה, הביאה לתוצאות מרשימות ביחס לעמדותיהן בנוגע לשימוש בקונדום ולנכונותן לספר לפרטנר המיני שהן נשאות איידס; הסיכוי שנשים אלה ישתמשו בקונדום ויספרו לבן הזוג על היותן נשאות איידס, גם 18 חודשים לאחר תום ההתערבות, היה משמעותית גבוה יותר מהסיכוי לכך בקרב קבוצת הביקורת ($\text{adjusted OR} = 270.04; 95\% \text{ CI} = 24.53-2971.94; P < 0.01$). בחלקו האיכותני של מחקר ההערכה ציינו המשתתפות שהיכולת לשוחח על חייהן ולחלוק את חששותיהן מהמחלה וחיפיתה היא מרכיב משמעותי במניעת התנהגות מינית מסכנת ומסוכנת (Teti et al., 2010). אם לא ניתן לקיים תהליך מתמשך שכזה במסגרת הסדנה שמציעה מרפאת

לוינסקי, ניתן ורצוי לבנות תוכנית המשך עם הצוות המקצועי במסגרת שהתערבות מופעלת בה.

סוגיה זו של העבודה עם הצוותים בשירותים שהתערבות מופעלת בהם קשורה גם לעניין ההטמעה ששב ועלה בראיונות עם נשות המקצוע. הטמעת התוכנית משמעה יציאה של מרפאת לוינסקי מהשירותים שבהם היא הופעלה, כך שהתערבות שהפעילה נ' ממשיכה באופן כזה או אחר גם עם תום הסדנה. הכוונה היא בעיקר לכך שהצוות יוצר המשכיות של השיח והדיאלוג באופן מובנה (בניגוד לשיח ספונטני שקיים). עניין ההטמעה שנוי במחלוקת בין מרפאת לוינסקי (שנ' מייצגת) לבין השירותים (שג' ומ' מייצגות). בעוד המרפאה חותרת להטמיע את השיח בשירות, ג' ובעיקר מ' מצביעות על הקשיים הרבים הכרוכים בכך, החל בצוות לא מיומן לדבר, דרך הקושי הרב לנהל דיאלוג בנושאים אינטימיים ורגישים עם דמויות סמכות וכלה במבוכה הרבה האופפת את הנושא. מצטיירת תמונה ולפיה מטרת ההטמעה, כפי שבמרפאת לוינסקי תופסים אותה, איננה מציאותית מבחינת השירותים ואף איננה רצויה. כאן המקום לשאול מה ייטיב יותר עם מקבלי השירות הישירים, משתתפי הסדנאות עצמם, כיצד יושגו תוצאותיה הרצויות של ההתערבות בצורה היעילה והמועילה ביותר, אם יהיה זה באמצעות סדנה חיצונית או באמצעות הטמעת השיח באופן מובנה בשירות. השיקולים לכאן או לכאן הם רבים ומורכבים, ויש מקום להתמודד עם שאלות נוקבות כגון אלה: האם הסיבה היחידה להפסקת ההתערבות במתכונתה עד כה היא מגבלת התקציב? או שמא יש רציונל טיפולי ותיאורטי מאחורי הדברים? האם הקושי של השירותים להמשיך את ההתערבות אחרי סיומה ולהטמיע את השיח קשור לאופי האוכלוסייה המטופלת או אולי לאי נכונותו של הצוות להתמודד עם נושאים מורכבים ורגישים אלה? האם אי נכונות זו מונעת משיקולים טיפוליים, תיאורטיים או פרקטיים (כגון חוסר זמן ועומס רב)? ואולי מדובר בכוח אדם שאיננו מיומן דיו כדי להתמודד עם הסוגיות שעל הפרק? חשוב להתייחס לשאלות אלה ואחרות בחשיבה משותפת של צוות המרפאה עם הצוותים בשירותים השונים.

הקושי בהטמעת התוכנית בשירותים השונים מתחבר למגמה שהולכת וצוברת עניין רב בקרב גופים מממנים (למשל: The Corner Stone Consulting Group, 2002), מפעילי תוכניות וחוקרים (סויה ושפירו, 2008; Savaya, Shpiro, & Elran-Barak, 2008; Shediach-Rizkallah & Bone, 1998). פרויקטים רבים בארץ ובעולם ממומנים לתקופת זמן קצובה מתוך הנחה שאם יתבצעו כמתוכנן וישיגו את מטרותיהם, ישרדו וייטמעו בשירותים החברתיים. במחקר רחב היקף בחנו סויה ושפירו (2008) 400 תוכניות שהופעלו בישראל במימון של קרנות שונות, ומצאו כי 73% מהתוכניות שרדו במידה זו אחרת (ממדי השרידות, כפי שהגדירו אותם סויה ושפירו, כוללים את משך הזמן שעבר משלב סיום התוכנית, גודלה, היקף תפוצתה, מיסודה, חדירתה למסגרות אחרות או השפעתה עליהן ואילו חלקים ממנה שרדו). אחת המסקנות שהגיעו אליה, הרלוונטית

במיוחד להתערבות שנמצאת במרכז מאמר זה, היא שדרוש "אלוף תוכנית" (סויה, שפירו ואלרן-ברק, 2008) – מישהו שיילחם עליה ועל המשכה גם לאחר סיום תקופת המימון. "אלופת התוכנית" במקרה זה תהיה מישהי מהצוות בשירות שהתערבות מופעלת בו, שתיקח על עצמה את העברת הסדנה והטמעת המסרים. אבל נראה שמסיבות מגוונות שהזכירו מנהלות השירותים ומנחת הסדנה (הקושי והמבוכה בהתמודדות עם נושאי מיניות, הצורך במנחה חיצונית ומקצועית, צוות שאינו מיומן בהעברת תכנים אלה) לא נמצאו אלופי תוכנית בתוך השירותים שבהם הועברה הסדנה. ייתכן שזו אחת הסיבות לכך שהתוכנית לא הוטמעה בשירותים השונים. להבא ניתן לשקול את צירופה של אשת מקצוע בשירות לכל הסדנאות, ובמקביל להדריכה בנוגע לתכנים הרלוונטיים, כדי לעודדה להיות אלופת התוכנית ולהמשיך את ההתערבות בשירות, כאשר נגמר המימון הראשוני.

כך או כך, דרושה עבודה אינטנסיבית ומקיפה יותר עם הצוותים בכלל. מסוגלות מקצועית (קומפוטנטיות) היא היכולת לשלב בין משאבים קוגניטיביים ורגשיים העומדים לרשות אנשי המקצוע ולהתאים אותם לסוגיות המתעוררות. מכאן שאחד מתפקידיו של שירות פרופסיונלי הוא לפתח באופן מתמשך את הידע, את התפיסות הערכיות ואת המיומנויות של אנשי המקצוע המתמודדים בעבודה יומיומית עם מגוון של צרכים ובעיות, כדי שיוכלו ליישם ידע זה באופן ביקורתי בפרקטיקה. רק תהליכים של למידה מתמשכת, המקבילים לעבודה השוטפת והכוללים שילוב בין ידע לפרקטיקה וחשיבה רפלקטיבית על התנסויות קודמות, יכולים לספק מענה הולם לצורך זה (Horwath & Morrison, 1999; Skinner & Whyte, 2004). אם כן, ייתכן שיש צורך לערוך סדנה דומה לזו שני עורכת בשירות גם בתוך הצוות. אמנם טרם תחילת הסדנה נערך מפגש חד פעמי עם הצוותים, אבל יש מקום לשקול סדרת מפגשים מעמיקה יותר, שבמהלכה יעבור הצוות תהליך מקביל לזה שעוברים צרכני השירות. סביר להניח שצעד כזה יחבר את הצוות לתכנים המורכבים וייתן מקום להפגת חששות. רצוי גם שתהליך כזה יכלול את תכנון המשך ההתערבות של הצוות עם תום הסדנה. נ' ציינה שבחלק מהשירותים אכן נעשה תהליך מעמיק יותר עם הצוותים, שכלל סדרה בת שניים-שלושה מפגשים, לפני הסדנה או במקביל לה. רשמיה ממפגשים אלה היו חיוביים, ועל אף עומס העבודה במסגרות השונות, ייתכן שיש לחייב את הצוות לעבור תהליך כזה כתנאי להעברת הסדנה בשירות; יש יסוד להניח שהסיכויים להטמיע בשירות את השיח הנוצר בסדנה יגדלו באופן משמעותי, כשהצוות המקצועי (עובדות סוציאליות, פסיכולוגיות וכדומה) והפארא-מקצועי (אם בית, מדריכות) יהיה מחובר יותר לתכנים ויעבור הכשרה מתמשכת.

אוכלוסייה אחרת שיש צורך לערבה בתוכנית היא הוריהם של משתתפי הסדנאות. צורך זה עולה בבירור בדבריהן של נשות המקצוע, ובמרומו בדבריהן של הנערות (הן מתייחסות לאי היכולת לדבר עם הוריהן על נושאים אלה). גם צוות המרפאה סימן סוגיה זו כדרושת מענה, ויש להשקיע בכך את המשאבים הנדרשים, כדי שהמסר העובר דרך הסדנה יגיע גם

לבתייהם של משתתפיה. בהתחשב בעובדה שיחידת ההשתייכות הראשונית של הנערות והנערים המשתתפים בסדנה היא היחידה המשפחתית, גם כאשר אין הם מתגוררים בביתם וגם כשיש ספק סביר בנוגע למידת תפקודה התקין של היחידה המשפחתית, התערבות שתשלב את ההורים הכרחית להטמעת מסרי הסדנה ולשינוי עמדות בנושאי מין, מיניות ומחלות מין אצל ילדיהם המוגדרים כנוער המצוי בסיכון מוגבר להתנהגות מינית מסוכנת ומסכנת. תוכנית התערבות רחבת היקף בנושאי מיניות ששילבה את הוריהם של מתבגרים (בני 16) במקסימום התגלתה כמועילה ביותר; מערך מחקר הערכה שכלל קבוצת ניסוי (11 בתי ספר) וקבוצת ביקורת (11 בתי ספר) של הורים ומתבגרים, כמו גם מדידה לפני הפעלת ההתערבות ואחריה, מצא הבדלים מובהקים בין מתבגרים שהוריהם לקחו חלק בהתערבות (קבוצת הניסוי) למתבגרים שהשתתפו בהתערבות לבדם (קבוצת הביקורת). ההבדלים היו לטובת קבוצת הניסוי בפרמטרים האלה: יותר נערים בקבוצת הניסוי דחו את תחילת פעילותם המינית, גילו ידע רב יותר בכל הקשור להתנהגות מינית בריאה ודיווחו שקיבלו קונדומים מהוריהם (Campero, Walker, Atienzo, & Gutierrez, 2010).

מגבלות המחקר

במחקר זה יש מגבלות המשליכות על היכולת להכליל את הממצאים על כלל אוכלוסיית המחקר. בראש ובראשונה, הדגימה של המסגרות שבתוכן נערכו הראיונות איננה הסתברותית או מייצגת, אלא דגימת נוחות שנעשתה על פי המלצתה של מנחת הסדנאות, בהתאם לאזור הגיאוגרפי ולמידת נכונותן של נשות המקצוע לשתף פעולה. בולטת בהיעדרה לפחות אחת המסגרות של בתי הסוהר – נווה תרצה או אופק. אופי המסגרת בכלל שונה באופן מהותי מהמסגרות שנדגמו, ולדבריה של מנחת הסדנאות, נשאו הסדנאות שם אופי ייחודי, בעיקר בכלל אופק, שם הועברה סדנה בת שבעה מפגשים. מסיבות טכניות שאינן תלויות בחוקרת לא התאפשר מפגש עם נשות המקצוע במסגרות אלה וגם לא עם משתתפי הסדנה. מסיבות בירוקרטיות של שירות בתי הסוהר ומפאת לוח הזמנים שעמד לרשות החוקרת להכנת דו"ח ההערכה לא התאפשרה גם תצפית.

מגבלה אחרת נוגעת לאחת מנקודות החוזק של ההתערבות: כל סדנה לובשת אופי שונה המשקף את השירות שבו היא נערכת ואת הקבוצה המשתתפת בפעילות, ומכאן הקושי להתייחס לכל הסדנאות כמקשה אחת וללמוד מסדנה אחת לאחרת. זאת ועוד, חסרונה של קבוצת ביקורת מגביל את היכולת להסיק שהשפעות שהנערות מדווחות עליהן הן אכן תוצר בלבדי של השתתפותן בסדנה. יחד עם זאת, הנערות כמו גם נשות המקצוע מצביעות על הסדנה כגורם מפתח בחשיבות וביכולת שהנערות מייחסות ל"לשמור על עצמן" ביחסי מין. סביר להניח שלא הסדנה לבדה חוללה את השינוי שנשות המקצוע ראו והנערות חשו,

אלא ה"באזז" שהיה סביבה בשירות. לדוגמה: הניסיון לארגן קבוצה בנושא לנערים במסגרת השיקומית; מידת הפתיחות שעלתה בשירותים שונים; מודעות גבוהה יותר בקרב נשות מקצוע ונערות.

ולבסוף, ייתכן שבקרב הנערות ונשות המקצוע יש רצון או צורך לרצות את החוקרת וגם את מנחת הסדנאות. נטייה זו לריצוי היא שהכתיבה במידה מסוימת, מודעת או לא, מה יכול להיאמר במהלך הראיון ומה לא. מלבד זאת יש לקחת בחשבון שנשות המקצוע עלולות לחשוש לומר משהו שלילי על הסדנה, שמא אמירות אלה יובילו לכך שהשירות שמרפאת לוינסקי מספקת לשירותים שהן מנהלות יילקח מהן.

לסיכום: מחקר הערכה זה בחן את השפעתן של סדנאות בנושאי מין, מיניות ומחלות מין בקרב אוכלוסיות בסיכון מוגבר למחלות מין. על אף המדגם המצומצם, מסיכום הממצאים נראה שחלק מהתוצאות הרצויות שהוצבו להתערבות אכן הושגו; המשתתפות דיווחו על שינוי בידע בנוגע למחלות מין, על הגברת המודעות לחשיבות של התנהגות מינית אחראית, ונחשפו לשירותי הבריאות והמניעה העומדים לרשותן. ניכר שלסדנאות היתה השפעה גם בתוך השירותים שבהם נערכו; זו באה לידי ביטוי ביצירת שיח חופשי יותר בנושאים הנ"ל ובפרקטיקות של חלוקת אמצעי מניעה לדיירי השירות. רצוי לשוב ולבחון את ההתערבות ואת השפעותיה באופן מקיף יותר ולאחר פרק זמן ארוך יותר, כדי לקבל תמונת מצב מפורטת יותר. ליווי מחקרי מסודר שיכלול בדיקה של ידע, עמדות והתנהגות בנושאים של מין ומיניות לפני ההתערבות ואחריה יאפשר ללמוד יותר מהעבודה החשובה הנעשית בשטח. מכיוון שמדובר בהתערבות חדשה וחדשנית, יש בכך חשיבות רבה במיוחד, שכן הידע שיופק ממחקר הערכה מקיף ומתמשך עשוי להיות בעל השפעה בעיצוב מחדש של סדר היום במסגרות המעניקות שירותים לאוכלוסיות בסיכון מוגבר למחלות מין.

מקורות

- אריקסון, א' (1960). ילדות וחברה. מרחביה: ספרית הפועלים.
- בן שלום, י' ובר-צורי, ר' (2004). מדיניות רווחה לילדים ולנוער. אוחר מ www.taubcenter.org.
- בר-און, ע' (1986). מרכז קהילתי-טיפול לנערות במצוקה – הערכת תוכנית חברתית. חיבור לשם קבלת תואר מוסמך, תל אביב: אוניברסיטת תל-אביב.

- גור, י', דן, מ', רובין, ל', לוי, ה' ושוחט, ת' (2002). מרפאה למחלות המועברות במגע מיני – אתגר בכריאות הציבור. הכנס הלאומי השנתי התשיעי על קידום בריאות, 16 בדצמבר 2002, ירושלים.
- גרניאק, מ', גיבור, נ', ארקין, נ' ורפאלי, נ' (2004). עבודה עם נערות בקידום נוער. מניתוק לשילוב, 12, 46-27.
- דהארט, ג', סרוף, א' וקופר, ר' (1998). התפתחות הילד: טבעה ומהלכה. רמת אביב, תל אביב: האוניברסיטה הפתוחה.
- דוידוביץ, נ', שוחט, ת' ודן מ' (2005) מחלות המועברות ביחסי מין – עדכון. הרפואה, 144, 272-278.
- וייל, ל' (1984). שביעות רצון מהטיפול ביחידה לטיפול בנערה. חברה ורווחה, ו, 55-68.
- יאלום, א' (2006). טיפול קבוצתי: תיאוריה ומעשה. אור יהודה: הוצאת כנרת.
- כאהן-סטרבצ'ינסקי, פ', קונסטנטינוב, ר' ויורוביץ, ל' (2006). נערות בישראל: ניתוח מידע ממחקרים נבחרים. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- סויה, ר' ושפירו, ש' (2008). מפרויקט לתוכנית: שרידות של יוזמות חברתיות. תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.
- סויה, ר', שפירו, ש' ואלרן-ברק, ר' (2008). מצליחה אך לא שורדת: חקר מקרה של תוכנית לטיפול בנפגעי אלכוהול. ביטחון סוציאלי, 77, 1-15.
- סולברג, ש' (1996). פסיכולוגיה של הילד והמתבגר: מבוא לפסיכולוגיה ההתפתחותית. ירושלים: משכל, הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית.
- עמרם, י' (2004). טיפול קבוצתי. ירושלים: הוצאת מפגשים.
- פיאז'ה, ד' (1972). הפסיכולוגיה של הילד. מרחביה: ספריית פועלים.
- פנסו, ע' (2000). מנערה במצוקה לאישה ישראלית: התהליך החינוכי-שיקומי בפנימייה. ירושלים: המכון לחקר הטיפול בחינוך, בית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית ירושלים.
- קוליק, ל' (2006). סטריאוטיפים מגדריים בקרב מתבגרים – תרומתם של משתני רקע, העברה בין-דורית ומשתני אישיות. מגמות, כד, 577-556.
- קונופקה, ג' (1984). נערות במצוקה. חברה ורווחה, ו, 26-35.
- רוזנוסר, נ' ולירון, נ' (1997). הנחיית קבוצות – מקראה. ירושלים: המרכז לחינוך קהילתי ע"ש חיים ציפורי.

רפפורט, ת' (1989). בין מרגרינה לברזל: זירות החברות והחברות של נערות במצוקה. ירושלים: המכון לחקר הטיפוח בחינוך, בית הספר לחינוך, האוניברסיטה העברית בירושלים.

רפפורט, ת' (1993). "להיות נערה": אי רציפויות בהתנסויות טעונות-מיניות בין מוסדות חברות. מגמות, לה, 5-22.

Aalsma, M., Tong, Y., Wiehe, S. E., & Tu, W. (2010). The impact of delinquency on young adult sexual risk behaviors and sexually transmitted infections. *Journal of Adolescence Health, 46*, 17-24.

Campero, L., Walker, D., Atienzo, E. E., & Gutierrez, J. P. (2010). A quasi-experimental evaluation of parents as sexual health educators resulting in delayed sexual initiation and increased access to condoms. *Journal of Adolescence, in press, Available online 19 June 2010*.

Chumlea, W. C. (1982). Physical growth in adolescence. In B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology* (pp. 471-485). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Crosby, R. A. & Danner, F. (2008). Adolescence sexually transmitted disease protective attitudes predict sexually transmitted disease acquisition in early adulthood. *Journal of School Health, 78* (6), 310-313.

Enders, S., Paterniti, D., & Meyers, F. (2005). An approach to develop effective health care decision making for women in prison. *Journal of Palliative Medicine, 8*, 432-440.

Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Gubrium, J. F. & Holstein, J. A. (2002). *Handbook of interview research: Context & method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Horwarh, J. & Morrison, T. (1999). *Effective staff training in social care*. London: Routledge.

Kalmuss, D., Armstrong, B., Franks, M., Hecker, G. & Gonzalez, J. (2008). Evaluation of a community-based sexual health intervention for young adult Latino and African-American men. *Journal of Men's Care, 5*, 318-326.

- Niveau, G. (2006). Prevention of infectious disease transmission in correctional settings: A review. *Public Health, 120*, 33-41.
- Ross, A. D., Changalucha, J., Obasi, A. I. N., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., Anemona, A., et al. (2007). Biological and behavioral impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial. *AIDS, 21*, 1943-1955.
- Savaya, R., Shpiro, S., & Elran-Barak, R. (2008). Sustainability of social programs: A comparative case study analysis. *American Journal of Evaluation, 28*, 478-493.
- Shediach-Rizkallah, M. C. & Bone, L. R. (1998). Planning for the sustainability of community based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice, and policy. *Health Education Research, 13*, 87-108.
- Skinner, K. & Whyte, B. (2004). Going beyond training: Theory and practice in managing learning. *Social Work Education, 23*, 365-381.
- Teti, M., Bowleg, L., Cole, B., Lloyd, L., Rubinstein, S., Spencer, S., Aaron, E., et al. (2010). A mixed methods evaluation of the effect of the Protect and Respect Intervention on the condom use and disclosure practices of women living with HIV/AIDS. *Aids Behavior, 14*, 567-579.
- The Corner Stone Consulting Group (2002). End games: The challenge of sustainability. The Annie E. Casey Foundation. Retrieved on October 15, 2010 from <http://www.aecf.org/upload/publicationfiles/end%20games.pdf>.

