



המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון



מרכז מאור - שיקום ותעסוקה לאנשים עם תחלואה כפולה

פרופ' דיוויד רועה
ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין

מפעלים מיוחדים 163

סיוון התשע"ו, יולי 2016



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

מרכז מאור - שיקום ותעסוקה לאנשים עם תחלואה כפולה

פרופ' דיוויד רועה
ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין

מפעלים מיוחדים 163

סיוון התשע"ז, יולי 2016

www.btl.gov.il

פרסום זה יוצא לאור בסיוע
מינהל המחקר והתכנון
של המוסד לביטוח לאומי.

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם **דוח הערכה רביעי** לתכנית לפיתוח התערבויות שיקום והחלמה של נפגעי נפש, שפרסמה הקרן למפעלים מיוחדים. עד כה פורסמו שני דוחות – האחד עוסק בתכניות שיקום של צעירים עם פגיעה נפשית (מס' 154) והאחר, שתיאר מודל של סגור עצמי לבוגרים נפגעי נפש (מס' 156).

התוכנית התקבלה בעקבות "קול קורא" ייעודי בתחום בריאות נפש, שפרסמה הקרן למפעלים מיוחדים ב-2006.

בסך הכל סייע המוסד לביטוח לאומי באמצעות הקרן ל-12 תוכניות בשנים 2008-2014 – תרומה של ממש להרחבת שירותי סל השיקום לאוכלוסיית היעד.

דו"ח זה מציג את הפעילות במרכז מאור שבאשדוד – מרכז שיקומי ייחודי וראשון מסוגו בארץ, המיועד לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ועם מחלת התמכרות לסמים או לאלכוהול ('יתחלואה כפולה'). הפעילות במרכז שיקום בעבודה, תעסוקה נתמכת והשמה בשוק הפתוח, עם טיפול פרטני וקבוצתי.

במהלך 2009-2014 נעשה תהליך למידה מורכב ומתמשך לשם פיתוח המודל המשולב וזוהו הקשיים בעבודה עם אנשים עם תחלואה כפולה.

פרופ' דיוויד רועה ודר' פאולה גרבר-אפשטיין מהחוג לבריאות נפש קהילתית בפקולטה למדעי הרווחה והבריאות באוניברסיטת חיפה עמדו בראש המחקר המלווה לתוכנית זו ולתוכניות: קלאבהאוס, מעוף, קפה גלריה ומועדון תעסוקתי בדגש של העצמה נשית של חזון פדיה. צוות המחקר כלל גם את פרופ' מרק גלקופף כחוקר משני ואת עוזרי המחקר יערה זיסמן אילני, לירון לפיד וסוזי ג'בוטרו.

חשיבות של המחקר היא בניתוח האיכותני של המודל, זיהוי החסמים והתרומה למשתתפי התכנית. הוא מדגיש את חשיבותו הרבה של המודל בסיוע לאוכלוסייה ה"נופלת בין הכסאות" בין משרדי הממשלה השונים.

התוכנית יצאה לפועל בתמיכתם של אגף השיקום במשרד הבריאות בראשותה של רונית דודאי והמפקחים במשרד הבריאות ובעיקר של אגף הרווחה בעיריית אשדוד - באמצעות הרשות העירונית למאבק בהתמכרויות ואלומות, אשדוד. וצוות מרכז מאור.

תודה ובהערכה רבה לאפרת בר, מנהלת מרכז מאור ולצוותה.

אנו מודים לשותפים, להוגי הרעיון, לוועדת ההיגוי שליוותה את התכנית ודבורה חיה יוסף – האחראית על התכנית מטעם הקרן למפעלים מיוחדים בביטוח לאומי.

אנו מקווים שהצלחת המודל תעודד את קובעי המדיניות ואת הרשויות המקומיות לאמץ ולהטמיע את השירות למרות החסמים והקשיים.

איציק סבטו

מנהל קרנות הביטוח הלאומי

שרית מוראי

מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי וועדת ההיגוי

גבי סימונה מורלי – מנכ"ל הרשות העירונית למאבק בהתמכרויות ובאלימות אשדוד

גבי אפרת בר – מנהלת מרכז "מאור" לתחלואה כפולה.

גבי רונית דודאי – ממונת שיקום ארצית, משרד הבריאות

גבי שרית מוראי – מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, ביטוח לאומי

גבי שירלי אשכנזי – רכזת סל שיקום מחוז דרום, משרד הבריאות

גבי רינת ראם – מתאמת טיפול, סל שיקום אשדוד, משרד הבריאות

גבי דבורה חיה יוסף – רכזת התוכנית מטעם הקרן למפעלים מיוחדים, ביטוח לאומי

גבי יעל איפרגן – רכזת השמה מרכז "מאור"

גבי הדס מגנס – מנהלת המועדון התעסוקתי "מאור" לתחלואה כפולה

דר' פאולה גרבר אפשטיין – רכזת המחקר, אוניברסיטת חיפה

גבי לירון לפיד – עוזרת מחקר, אוניברסיטת חיפה

תמצית

רקע ומטרות: אנשים עם תחלואה כפולה, בה מחלת נפש חמורה מתקיימת במקביל להתמכרות, זקוקים למענה טיפולי ושיקומי ייחודי, שאינו מתקיים במסגרות המיועדות לטיפול באחת ההפרעות. המודל המשולב, הנותן מענה לשתי הבעיות בו זמנית ומתוך תיאום, הוא המודל האפקטיבי ביותר כיום עבור אוכלוסייה זו. מטרת המחקר הנוכחי היא להעריך וללוות את גיבוש מודל העבודה של מרכז מאור - היחידה לשיקום והכוונה תעסוקתית לאוכלוסייה עם תחלואה כפולה, הפועל על פי עקרונות המודל המשולב, ואת יעילותו בתחום הטיפול והשיקום התעסוקתי עבור אנשים עם תחלואה כפולה.

שיטה: המחקר עשה שימוש בשיטות כמותיות ואיכותניות כאחד. אוכלוסיית המחקר כללה את הלקוחות המקבלים שירות במרכז (להלן "מתמודדים") ואת הצוות המלווה אותם. המתמודדים מילאו שאלוני דיווח עצמי שכללו מדדים של איכות חיים, החלמה, קשר טיפולי, ושליטה בסימפטומים. הפסיכיאטר העריך את מצבו הקליני של כל מתמודד באמצעות שאלון דירוג פסיכיאטרי ושאלון הערכה קלינית כללית. המטפל העיקרי (עובד סוציאלי) העריך באמצעות שאלון את תפקודו של כל מתמודד. כל השאלונים מולאו בשלוש נקודות זמן. מערך המחקר האיכותני כלל ריאיונות עם מספר מתמודדים, עם כל אנשי הצוות במרכז, ועם מעסיקים של מתמודדים, וכן תצפיות. בנוסף, נאספו נתונים מתוך המעקב הקיים במרכז אודות אשפוזים, צריכת שירותי שיקום, ומעורבות המשפחה בתהליך.

תיאור המסגרת: מרכז מאור הוא מרכז לשיקום תעסוקתי המיועד לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ועם מחלת התמכרות לסמים ו/או אלכוהול ("תחלואה כפולה"). הפעילות במרכז משלבת עבודה שיקומית, המתמקדת בתעסוקה נתמכת, עם טיפול פרטני וקבוצתי, וניתן מענה הן לתחום הנפשי והן לתחום ההתמכרות, מתוך עקרונות הטיפול המשולב. תחום בריאות הנפש מקבל מענה בשיחות אישיות וקבוצתיות, וכן בפעילויות כגון קבוצה לרכישת מיומנויות תקשורת בינאישיות, קבוצה לתרגול שיטות הרפייה, קבוצת ניהול מחלה והחלמה, ועוד. תחום ההתמכרויות מקבל מענה במעקב אחר הניקיון מחומרים וסיוע במקרה של מעידה, קבוצת NA, קבוצת 12 הצעדים ועוד. תחום התעסוקה בא לידי ביטוי באבחון תעסוקתי והשמה לעבודה בשוק החופשי, ליווי ותמיכה תעסוקתית, ומועדון תעסוקתי הכולל עבודה חרושתית וסדנאות אפיה ואמנות עבור אלה שעדיין אינם בשלים לעבוד בשוק החופשי.

ממצאים כמותיים: 17 משתתפים מילאו שאלוני דיווח עצמי לאורך שלוש שנות המחקר. בשל המדגם הקטן, לא ניתן להסיק לגבי מובהקות ההבדלים במדדים, אך התמונה הכללית מצביעה על יציבות בתחומים שנמדדו - איכות חיים, החלמה, קשר טיפולי, ושליטה בסימפטומים. גם באשר להערכת המטפלות את תפקודם ומצבם של המתמודדים במרכז, וכן באשר להערכת הפסיכיאטרית את מצבם הקליני, לא ניתן להסיק מסקנות סטטיסטיות, אך התמונה הכוללת מצביעה על שינויים קלים בלבד לאורך שנות המחקר. בנוסף, 50% מהמתמודדים לא אושפזו כלל במהלך שנות המחקר, 30% אושפזו פעם אחת, ו-20% שלוש או ארבע פעמים. 90% מהמתמודדים

מקבלים תמיכה משפחתית בתהליך השיקומי. ארבעה מתמודדים מתוך 15 היו משולבים בשוק העבודה בנקודת סיום המחקר, ושבעה היו לאחר ניסיון אחד לפחות להשתלב.

ממצאים איכותניים: הריאיונות שהתבצעו עם הצוות במהלך שנת המחקר הראשונה הצביעו על תהליך למידה מתמשך של העבודה המשולבת ועל קשיים בעבודה עם אנשים עם תחלואה כפולה. בשנה השנייה, הצוות התייחס לצורך בבנייה ופיתוח של התחום התעסוקתי, עם דגש על תעסוקה נתמכת. בשנה השלישית, הצוות ציין את ההדרכה המקצועית שקיבלו והשינויים באופי העבודה, את מודל העבודה המעודכן בתחום התעסוקתי, את עבודת הצוות והמחסור בכוח אדם במרכז, ואת שיתוף הפעולה עם מעון היום. מריאיונות עם המתמודדים במרכז עולה כי בשלב שקדם למעבר למקום החדש, הם הביעו ביקורת על העבודה החרושתית במועדון התעסוקתי לצד רצון להשתלב בעבודה בשוק החופשי, מה שעלה בקנה אחד עם השינויים בפעילות המרכז. הובעה תחושה כללית חיובית מהשהות במרכז, וניכר כי הם רואים בו מקור לתמיכה ולעזרה בהתמודדות עם מחלת ההתמכרות ועם המשברים הנפשיים, ושמתחנתם המרכז עונה על צרכיהם בשני התחומים. לגבי השילוב בעבודה מחוץ למרכז, אלה שהשתלבו תיארו חוויה של הצלחה ותמיכה לצד תהליכי הסתגלות, ואלה שאינם משולבים התייחסו לחשיבות ההדרגתיות שבתהליך היציאה לעבודה, ודיווחו על מעורבות ברמות שונות בתהליך חיפוש העבודה. מריאיונות עם מעסיקים עלו פערים בציפיות מהמתמודדים והיחס כלפיהם, כאשר חלק מהמעסיקים נקטו בגישה מגוננת וחלק התייחסו למתמודדים ככלל העובדים. המעסיקים ציינו לחיוב את תמיכתה והכוונתה של רכזת ההשמה, וציינו כי היו ממליצים לאחרים להעסיק עובדים מהמרכז.

דיון וסיכום: מרכז מאור הנו שירות שיקומי ייחודי וראשון מסוגו בארץ מבחינת האוכלוסייה שהוא משרת והמענה המורכב שנדרש ממנו. במהלך שנות הליווי המחקרי פותח במרכז מאור מודל עבודה טיפולי-שיקומי ייחודי המבוסס על המודל המשולב לטיפול בתחלואה כפולה. המודל התפתח ממועדון תעסוקתי עם מסגרת פעילויות מצומצמת; דרך עבודה בדגש על הכנה והשמה לעבודה בשוק החופשי ומערך פעילויות מובנה ומגוון הנותן מענה לתחום בריאות הנפש וההתמכרות כאחד; ועד למודל של ליווי תעסוקתי והמשך מתן מענה טיפולי פרטני וקבוצתי בתחום ההתמכרות ובריאות הנפש מצד אחד, ומציאת פתרונות ביניים תעסוקתיים בתוך המסגרת בעבור מי שאינם מוכנים לצאת לעבודה מחוץ לה מצד שני. ניכרה גמישות וחדשנות מצד צוות המרכז, שעדכן כל העת את מודל העבודה מתוך התאמה לצרכי המתמודדים באותה עת, תוך דיאלוג ושילוב בין גישות מעולם השיקום וההחלמה לגישות מתחום ההתמכרויות, ומתוך שאיפה לשילוב של התערבויות מבוססות ראיות. ניכרו גם ניסיונות לשתף פעולה עם גורמים בקהילה ולהפיץ את פעילות המרכז בקהילה, על רקע סוגיות כגון הפניית מעטות והמשך מימון הפעילות. לסיכום, מרכז מאור מהווה מודל ייחודי וחיוני במארג השיקום בבריאות הנפש בארץ, ויש לעודד ולאפשר את התייצבותו מבחינה רעיונית וכלכלית על מנת לאפשר את המשך פיתוח המענים לאנשים עם תחלואה כפולה, המאופיינים בצרכים מורכבים שאינם מוכרים דיים למערכת בריאות הנפש.

תוכן העניינים

1	מבוא
2	רקע תיאורטי
2	רקע
2	מהי תחלואה כפולה?
2	מחלות נפש חמורות
3	התמכרות לסמים ו/או לאלכוהול
3	הקשר בין מחלות נפש והתמכרויות לסמים ו/או לאלכוהול
3	מודלים של המכנה המשותף
4	מודלים המגדירים התמכרות לסמים ו/או לאלכוהול כהפרעה משנית
4	מודלים המגדירים את מחלת הנפש כהפרעה משנית
4	מודלים דו-כיווניים
5	מודלים ויישום התערבויות עם תחלואה כפולה
5	גישת הטיפול הסדרתי
6	גישת הטיפול המקביל
6	עקרונות הטיפול המשולב
7	עקרונות חשובים לעבודה אפקטיבית עם אנשים הסובלים מתחלואה כפולה
8	תכנית 12 הצעדים
8	התערבויות לשיקום בקהילה
9	טיפול ושיקום של תחלואה כפולה בארץ
9	טיפול בקהילה
9	אשפוז
10	קהילה טיפולית
10	שיקום בבריאות הנפש בארץ
11	מטרות המחקר
12	שיטה
12	אוכלוסיית המחקר
12	כלי המחקר
12	החלק הכמותי
13	החלק האיכותני
14	איסוף הנתונים
14	שאלונים
14	ראיונות
15	תצפיות
15	ניתוח הנתונים
15	סוגיות אתיות
16	תיאור מרכז מאור
16	מטרות המרכז

17	צוות המרכז
18	הפעילויות במרכז
18	פעילויות ממוקדות בשיקום בריאות הנפש
21	פעילויות ממוקדות לטיפול במחלת ההתמכרות
23	פעילויות ממוקדות להכנה, השמה וליווי בתחום התעסוקה
24	פעילויות שהתקיימו בעבר ולעת עתה חדלו מלהתקיים
25	פעילות מתוכננת - תעסוקה מעברית
26	ממצאים
26	ממצאים כמותיים
26	ממצאים מדווח עצמי
27	ממצאים מדווחי צוות המרכז
30	ממצאים איכותניים
30	ראיונות עם צוות המרכז
34	ראיונות עם המתמודדים במרכז
46	ראיונות עם מעסיקים
48	תמונת מצב באשר ליציאה לעבודה
50	תיאור תהליכים, סוגיות ונושאים עיקריים בפעילות המרכז
50	בשנת הליווי המחקרי הראשונה
51	בשנת הליווי המחקרי השנייה
53	בשנת הליווי המחקרי השלישית
58	אתגרים לעתיד
	המשך הטמעת התערבויות מבוססות ראיות ועבודה מסודרת יותר עם מטרות, יעדים ותכניות שיקום
58	הרחבת צוות המרכז ושמירה על הגדרת תפקידים
58	הפצת המודל ועידוד הפניות
59	סוגית המשך מימון המרכז לאחר הפסקת מימון הקרן למפעלים מיוחדים
60	מגבלות המחקר
61	סיכום ודיון
63	רשימה ביבליוגרפית
68	נספחים
68	נספח 1: שאלונים למתמודדים
78	נספח 2: שאלונים למטפלים
82	נספח 3: שאלונים לפסיכיאטרים
86	נספח 4: טבלת מעקב בתיק האישי
87	נספח 5: מערכת שבועית

מבוא

מטרת מחקר הערכה זה היא ללמוד את תהליך גיבוש ועיצוב מודל העבודה של מרכז מאור ואת יעילותו ותרומתו בתחום השיקום התעסוקתי בכלל ובתחום הטיפול בתחלואה כפולה בפרט. זאת מתוך הבנה כי שיקום של אוכלוסייה עם תחלואה כפולה הינו תחום חדש בארץ, וכי מרכז מאור הוא מהתכניות היחידות שיעודן הוא לספק מענה לאוכלוסייה זו. חקירת תהליך גיבוש ועיצוב המודל נעשית בשני אופנים: ראשית, איסוף מידע באמצעות עריכת תצפיות במרכז מאור וריאיונות עם אנשי הצוות, המתמקדים בזיהוי גורמים ותהליכים הקשורים להתפתחות התכנית ומודל העבודה שלה; ושנית, שימוש במדדים של דיווח עצמי ודיווח מטפל, וכן בריאיונות עם המתמודדים במרכז, לשם הערכת המידה בה התכנית משפיעה על תחומים שונים אצל המשתתפים בה.

רקע תיאורטי

רקע

מהי תחלואה כפולה?

המאפיין העיקרי של תחלואה כפולה הוא שמחלת נפש חמורה (SMI, Severe mental illness) כמו סכיזופרניה או דיכאון מגיורי, מתקיימת במקביל להתמכרות. על אף שההתמכרות עלולה להחמיר סימפטומים פסיכיאטריים אקוטיים, סימפטומים אלה נמשכים לרוב גם לאחר תהליך הגמילה מההתמכרות, במידה ומתרחש. על פי הספרות אנשים עם מחלות נפש חמורות נמצאים בקבוצת סיכון גבוהה יותר להתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול מאשר האוכלוסייה הכללית (Mueser et al., 1998).

מחלות נפש חמורות

בין מחלות הנפש החמורות נכללות סכיזופרניה, דיכאון מגיורי, הפרעה דו-קוטבית, הפרעה אובססיבית קומפולסיבית (OCD) ותסמונת לחץ פוסט טראומטית (PTSD). ההפרעות הללו משפיעות על מכלול רחב בחייו של האדם כגון יכולת הנעה (מוטיבציה), תהליכי חשיבה, רגשות, מצב רוח, קשרים חברתיים והתנהגות, ובמרבית המקרים גורמות למצוקה רבה. למחלות נפש חמורות יש השפעות שליליות רבות על חייו של האדם מעבר לרמת הליקוי עצמו.

- מוגבלות (Dysfunction): הגבלה או חוסר יכולת לתפקד בטווח הנחשב נורמאלי, כגון מוגבלות בקשרים חברתיים.
- נכות (Disability): כל הגבלה או חוסר יכולת להיות בעל תפקידים הנחשבים נורמאליים, כגון סטודנט או עובד.
- אי-שוויון בהזדמנויות (Disadvantage): מחסור בהזדמנויות שמצמצם את יכולות האדם לנהל חיים רגילים.

לאורך השנים הטיפול שניתן למתמודדים עם מחלות נפש היה בעיקר תרופתי והמטרה הייתה להביא להקלה בסימפטומים. בשנות השמונים התווספה לטיפול באוכלוסייה זו תפיסת ההחלמה. על פי תפיסה זו, על המתמודדים עם מחלות נפש להתמודד גם עם סטיגמה וסטיגמה העצמית המובילות לתחושות של אשמה ובושה. בנוסף עליהם להתמודד עם הסביבה הטיפולית אשר עלולה להוביל ללחץ פוסט טראומטי, עם מחסור בהזדמנויות, ותופעות נלוות נוספות, כגון עוני הנובע מאבטלה וחלומות מנופצים (Anthony, 1993).

כיום, בנוסף לטיפול, מושם דגש על שיקום נכי הנפש ועל שילובם בקהילה. המטרה היא להעצים את האנשים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות, תוך הכוונתם להציב לעצמם מטרות ולהגשימן, ללמוד לנהל את מחלתם ואת הסימפטומים שלהם ולסייע בידם להשתלב בכל מערכי החיים, דוגמת מגורים בקהילה ותעסוקה (Bond, Salyers, Rollins, Rapp & Zippel, 2004).

התמכרות לסמים ו/או לאלכוהול

השימוש בסמים כגון מריחואנה או קוקאין, ו/או אלכוהול הוא חלק בלתי נפרד מהחברה האנושית. בחברה המערבית בעיית ההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול נרחבת ופוגעת בכל שכבות הגיל, ללא הבדל בין המינים או השכבות הסוציאקונומיות השונות. לשימוש נרחב זה השפעות שליליות רבות מעבר לפגיעה הגופנית, כולל ליקויים בקשרים חברתיים, מגבלות במקום העבודה והלימודים והיתקלויות עם החוק ומערכת המשפט (Mueser, Noordsy, Drake & Fox, 2003). על-פי גלקופף ואחרים (Gelkopf, Weizman, Melamed, Adelson & Bleich, 2006), בקרב אנשים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות, כ-50% משתמשים בסמים ו/או באלכוהול, מתוכם בין 25% ל-35% מפתחים התמכרות לחומרים אלה.

במחקר שנערך בארץ, בדומה למחקרים שונים שנעשו בעולם, בקרב 151 מטופלים במרכזי טיפול במתדון נמצא כי 66.2% מתוכם התמודדו בו זמנית גם עם בעיה נפשית על ציר I ובנוסף 82.8% התמודדו עם בעיה נפשית על ציר זה לאורך חייהם. כמו כן, במחקרים אחרים נמצא שהפרעות אפקטיביות כגון דיכאון, והפרעות חרדה היו הנפוצות ביותר ולרוב הופיעו כתוצאה מהשימוש בסמים ו/או באלכוהול (Gelkopf et al., 2006). ברוב המדינות המערביות השימוש באלכוהול הוא השכיח ביותר מבין החומרים הממכרים השונים ואחריו מריחואנה וקוקאין (Mueser et al., 2003). בארץ לא ידוע הרבה על אופי השימוש, אך ממחקר שנעשה במרכזים שונים בארץ עולה כי השימוש שכיח גם בסם מסוג בנזודיאזפין. עם זאת, נמצאו רמות נמוכות של שימוש באלכוהול ובסמי הזיות, מגמה שהשתנתה מתחילת שנות ה-90 עם העלייה מברית המועצות שהביאה עמה מגמת עלייה בשימוש באלכוהול (Gelkopf et al., 2006).

לסיכום, ניתן לראות שמחלות נפש קשות משפיעות על התפקוד בתחומים שונים בחייו של האדם ועלולות להוביל לקשיים שונים לאורך חייו. כמו כן ניתן לראות, שהשימוש בסמים ו/או באלכוהול בקרב המתמודדים עם מחלות נפש מגיע לכ-50% ולכן נשאלת השאלה מדוע אחוז גבוה כל כך מבין המתמודדים עם מחלות נפש משתמשים בסמים ו/או באלכוהול?

הקשר בין מחלות נפש והתמכרויות לסמים ו/או לאלכוהול

ניתן להבין את הקשר בין מחלות נפש והתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול בארבע דרכים שונות, המאורגנות בארבעה מודלים שונים (Mueser et al., 2003).

מודלים של המכנה המשותף

על-פי המודלים הללו למחלות נפש ולהתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול יש גורם סיכון משותף כמו גנטיקה, טראומה או תפקוד קוגניטיבי לקוי, המסביר הן את מחלת הנפש והן את ההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול (Kushner & Mueser, 1993).

מודלים המגדירים התמכרות לסמים ו/או לאלכוהול כהפרעה משנית
על-פי המודלים הללו ההתמכרות היא משנית למצוקה הנפשית, החברתית, הפסיכולוגית או הקוגניטיבית הבסיסית. מצוקה זו עלולה להוביל להתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול כדרך לטיפול עצמי תרופתי (self-medication), על-מנת להקל על ההתמודדות עמה (Khantzian, 1997).

מודלים המגדירים את מחלת הנפש כהפרעה משנית
המודלים הללו מציעים שההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול היא זו שהובילה להתפתחות מחלת הנפש אצל אנשים שאלמלא ההתמכרות לא הייתה מתפרצת אצלם (Addington & Addington, 1990; Mueser et al., 1998).

מודלים דו-כיווניים
על-פי המודלים הללו כל אחת משתי הבעיות, מחלת הנפש או ההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול, יכולה להוביל לאחרת כך שגם מחלת הנפש וגם ההתמכרות עלולות לחזק אחת את השנייה (Edward & Munro, 2009; Mueser et al., 1998).

אם כך, נשאלת השאלה מהי הסיבה העיקרית בגינה אנשים מפתחים תחלואה כפולה מבין ארבעת המודלים השונים. במחקר מקיף אשר בחן את הראיות השונות הקיימות עבור כל אחד מארבעת המודלים מצאו Mueser ושותפיו (1998) שני ממצאים עיקריים להסבר אודות קיומה של תחלואה כפולה. ראשית, נמצא כי קיומה של הפרעת אישיות אנטי חברתית (ASPD) היא המכנה המשותף בעל ההשפעה הגדולה ביותר. הפרעת אישיות אנטי חברתית מובילה למחלת ההתמכרות וגם מובילה למהלך קשה יותר של מחלת נפש ולכן יכולה להסביר את הקשר בקיום שתי הפרעות הללו (Caton et al., 1994: Mueser et al., 1999). שנית, כאשר בחנו את סדרת המודלים השנייה, מודלים המגדירים את ההתמכרות כהפרעה משנית, נמצאה תמיכה למודל הרגישות המוגברת, לפיו הפגיעות הביולוגית היוצרת מחלות נפש מובילה לרגישות גבוהה אפילו לכמות מזערית של סמים ו/או אלכוהול ולכן מובילה למחלת התמכרות מוגברת אצל אנשים עם מחלות נפש. לפיכך אנשים עם מחלות נפש המשתמשים בכמות קטנה של סמים ו/או אלכוהול עלולים לפתח התמכרות, בעוד שאנשים ללא מחלות נפש נלווית לא היו מפתחים התמכרות (Drake & Wallach, 1993). לעומת זאת יש מעט תמיכה במודל של טיפול תרופתי עצמי (self-medication), לפיו המצוקה הנפשית גורמת לאנשים להשתמש בסמים ו/או באלכוהול ומשם להידרדר להתמכרות (Mueser et al., 2003).

לסיכום, מבין ארבעת המודלים המנסים להסביר את הסיבות לקיומה של תחלואה כפולה, התמיכה העיקרית שנמצאה היא במודל הראשון, הלא הוא מודל המכנה המשותף של אישיות אנטי-חברתית, ובמודל השני, מודל הרגישות המוגברת. במהלך עשרים השנים האחרונות חוקרים מצאו שלושה ממצאים בסיסיים אשר חזרו על עצמם: תחלואה כפולה היא בעיה שכיחה (Regier, et al., 1990); כחמישים אחוזים מהאנשים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות משתמשים בסמים ו/או

באלכוהול (Gelkopf, 2006). תחלואה כפולה קשורה למגוון של תוצאות שליליות דוגמת סיכויים מוגבהים להישנות המחלה (Swofford, Kasckow, Scheller-Gilkey & Inderbitzin, 1996), אשפוזים חוזרים (Haywood et al, 1995), חוויות אלימות (Cuffel, Shumway & Chouljian, 1994), מעצרים (Abram & Teplin, 1991), מחסור בדיור (Caton et al., 1994) ומחלות מדבקות כמו איידס (Rosenberg et al., 2001).

על הטיפול בתחלואה כפולה להיות טיפול משולב, כך שיינתן מענה בו-זמני הן למחלת הנפש והן להתמכרות, על-ידי אותו צוות מטפלים ובאותו מקום (Drake et al., 2001). אחת הסיבות לחשיבותו של טיפול משולב ומתאים היא הפרוגנוזה הפחות טובה של אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה מזו של המתמודדים רק עם מחלות נפש ואינם מכורים ואף מזו של מכורים אשר אינם מתמודדים עם מחלות נפש (Edward & Munro, 2009). אבחון, הערכה וטיפול שאינם משולב ואינם מותאם לאוכלוסייה זו, דנים את האנשים הללו למהלך מחלה קשה יותר, אשפוזים חוזרים ועלייה במצוקה הנלווית כתוצאה מפגיעה בתחומי חיים נרחבים (Mueser et al., 2003). ניתן לראות שטיפול לא מתאים מקדם פרוגנוזה לא טובה ולכן יש לבחון את המודלים השונים להתערבויות עם תחלואה כפולה על-מנת לנסות ולהבין מהי הדרך המתאימה ביותר.

מודלים ויישום התערבויות עם תחלואה כפולה

ישנן שתי גישות מסורתיות לטיפול בתחלואה כפולה: גישת ה"טיפול הסדרתי" וגישת ה"טיפול המקביל" (Mueser et al., 2003).

גישת הטיפול הסדרתי

על-פי גישה זו אדם המתמודד עם תחלואה כפולה אינו זכאי לקבל טיפול בבעיה אחת עד אשר הבעיה האחרת תיפתר. פעמים רבות אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה חווים סטיגמה במרכזי הטיפול בהתמכרויות, כיוון שהם מתמודדים גם עם מחלות נפש והם נתקלים בקשיי התמודדות עם ההתמכרות כיוון שהם חייבים ליטול תרופות פסיכיאטריות. מצבים אלה מגיעים לעתים עד להתקלות בסירוב למתן טיפול. הם גם חווים סטיגמה במרכזי הטיפול במחלות נפש כיוון שהם משתמשים לרעה בחומרים ממכרים ולעתים אף נמנע מהם טיפול במחלת הנפש עד אשר יגמלו מההתמכרות (Back, Waldrop, Brady & Hien, 2006; Drake et al., 2001; Magura, 2008). הבעיה העיקרית בגישת הטיפול הסדרתי היא ההתעלמות מההשפעה המשותפת שיש לשתי הבעיות הללו האחת על השנייה. לרוב לא תימצא נסיגה ספונטנית של ההתמכרות, ללא קשר למצב הנפשי, ולרוב ההתמכרות אף מחריפה את המחלה הנפשית, כך שכל שהסימפטומים של מחלת הנפש מתעצמים עולה ההתכנות למחלת התמכרות (Mueser et al., 2003).

גישת הטיפול המקביל

בגישה זו האדם מקבל עזרה מקבילה להתמודדות עם שתי הבעיות, אך הטיפול ניתן על-ידי צוותים שונים במרכזים שונים. במרבית המקרים מתקיים מעט מאד קשר בין שני הצוותים המטפלים באותו אדם ופעמים רבות כל צוות טיפולי פועל מתוך גישה שונה. בנוסף, האחריות על הטיפול המקביל נופלת על הלקוח הנאלץ לאתר את העזרה הזו באופן עצמאי (Mueser et al., 2003).

ממחקרים שנעשו בתחום, ניתן לראות שלשתי הגישות הללו תוצאות לא טובות בטיפול בתחלואה כפולה. הטיפול בתחלואה הכפולה במערכת המסורתית, בה האדם מקבל טיפול עבור כל בעיה בנפרד, על-ידי צוות נפרד ובמרכזי טיפול נפרדים, מאופיין בתוצאות מאד לא טובות, כך שאין הקלה בסימפטומים של מחלת הנפש ואין גמילה ארוכת טווח מההתמכרות. המסקנות הללו מדגישות את החשיבות של המודל המשולב בטיפול בתחלואה כפולה (Mueser et al., 2003).

בארץ, כמו גם במרבית המקומות בעולם, אשפוז במוסד פסיכיאטרי מספק מחסה זמני ובטוח לאדם המתמודד עם תחלואה כפולה על-מנת שיוכל לעבור תהליך של גמילה מההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול. יחד עם זאת, אין מעקב חוץ-מרפאתי הולם על החולים המשתחררים מאשפוז ולכן אין המטופלים מקבלים טיפול הולם ואפקטיבי לאורך זמן (Seidenberg, 2008). החלמה בתחום בריאות הנפש מתייחסת לתהליך ארוך טווח, המשלב הגברת התקווה, הביטחון העצמי והיכולת לנהל פעולות חיים נורמאליות כמו זוגיות, תעסוקה ולקייח חלק פעיל בחברה (Padgett, Henwood, Abrams & Drake, 2008). מחקרים מראים שלאנשים המתמודדים עם מחלות נפש יש יכולת להיגמל מהתמכרויות ולנהל אורח חיים בריא יותר (Vreeland, 2007). בנוסף, הם מצביעים על כך שהטיפול האפקטיבי ביותר בתחלואה כפולה הוא טיפול משולב הן למחלה הנפשית והן להתמכרות בעת ובעונה אחת, על ידי אותו צוות טיפולי ובאותו מרכז טיפול (Edward & Munro, 2009; Maremmani et al., 2008).

עקרונות הטיפול המשולב

כאמור, על-מנת שהטיפול בתחלואה כפולה יהיה אפקטיבי לאורך זמן, עליו להיות משולב, כך שיינתן מענה לשתי הפרעות יחד (מחלת הנפש וההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול) באותו המרכז ועל-ידי אותו צוות טיפולי. המטרה העיקרית של הטיפול המשולב היא החלמה משתי בעיות קשות. הכוונה בהחלמה היא שהאדם המאובחן עם תחלואה כפולה ילמד לנהל את שתי הבעיות כך שיוכל להשיג את מטרות חייו המשמעותיות (Drake et al., 2001). הטיפול המשולב חייב לכלול התמודדות עם ההתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול והתמודדות עם מחלת הנפש. כמו-כן הכרחי שהטיפול המשולב יינתן על-ידי אותו הצוות ובאותו המקום (Back et al., 2006; Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2008; Cleary, Walter, Hunt, Clancy & Horsfall, 2008; Drake et al., 2001; Rush & Koegl, 2008; Mueser et al., 2003).

לפי גישה זאת, כל בעיה מקבלת חשיבות ומטופלת בהתאם, וכן אין קונפליקט בין גישות טיפוליות

שונות כיוון שאותם מטפלים מספקים הן את הטיפול בהתמכרות והן את הטיפול במחלת הנפש. בנוסף, לפי גישה זו האחריות על שילוב שני סוגי הטיפולים איננה מוטלת על האדם עצמו, כך שהוא אינו צריך לחפש את העזרה המתאימה במקומות טיפול שונים, אלא האחריות מוטלת על מרכז הטיפול, שם משלבים עבורו את הטיפולים (Mueser et al., 2003). על-מנת להבין לעומק את המודל המשולב, יש לבחון כמה עקרונות חשובים אשר הופכים את העבודה עם אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה לאפקטיבית.

עקרונות חשובים לעבודה אפקטיבית עם אנשים הסובלים מתחלואה כפולה

על-פי Cleary ושותפיו (2008) ישנם כמה עקרונות אשר הופכים את העבודה עם אוכלוסיית המתמודדים עם תחלואה כפולה לאפקטיבית. אלו גם העקרונות המיושמים במרכז מאור באשדוד:

- שילוב מלא של השירותים: הטיפול במחלת הנפש יהיה משולב בטיפול בהתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול וייעשה באותו המרכז על ידי אותו צוות טיפולי רב תחומי המוכשר לכך.
- על השירותים להיות מקיפים ולכלול גם שיקום במיוחד בתחומים הנלווים לתחלואה כפולה כמו דיור, ניהול מערכות יחסים חברתיות ותעסוקה, במטרה לקדם את השילוב בקהילה ואת תהליך ההחלמה.
- על השירותים להפחית פגיעות מהשימוש בסמים ו/או באלכוהול ומהמחלה הנפשית, באמצעות הקניית יכולות לניהול עצמי של המחלה עצמה והסימפטומים שלה והגברת ההיענות לטיפול התרופתי.
- מתן שירותים ללא הגבלת זמן ועידוד ההשתתפות בקבוצות לעזרה עצמית.
- על השירותים לכלול טיפולים שהוכחו כיעילים בתחום התחלואה הכפולה, כגון טיפול קוגניטיבי התנהגותי (CBT) והראיון המוטיבציוני (Cleary et al., 2008).

הטיפול באמצעות המודל המשולב נעשה בשלבים, כאשר כל שלב מהווה עיקרון חשוב אשר נמצא כאפקטיבי לטיפול בתחלואה כפולה (Cleary et al., 2008). תחילה יש ליצור קשר בטוח בין המטפל ללקוח (Carey, Purnine, Maisto, Carey & Simons, 2000). בשלב השני יש ליצור מוטיבציה אצל הלקוח להשתתף בצורה פעילה בתהליך (Carey, Purnine, Maisto & Carey, 2001). בשלב השלישי יש לסייע בדיהם של הלקוחות בעלי המוטיבציה לרכוש כישורים ותמיכה חברתית, על מנת לעזור להם לשלוט במחלותיהם הנפשיות ולהשיג מטרות חיים חשובות המשמעותיות עבורם (Carroll & Onken, 2005). בשלב האחרון, יש לסייע ללקוח להתמודד עם הישנות כל אחת מהבעיות ולרכוש אסטרטגיות התמודדות אשר יעזרו לו בתהליך ההחלמה (Bachmann, Moggi, Hirsbrunner, Donati & Brodbeck, 1997). אך המודל המשולב לא כולל רק שילוב של התערבויות יעילות, אלא גם את התאמתן עבור מתמודדים עם תחלואה כפולה, כדוגמת תכנית 12 הצעדים (Drake et al., 2001).

תכנית 12 הצעדים

תכנית 12 הצעדים היא התערבות אשר הוכחה מחקרית כהתערבות פסיכו-סוציאלית אפקטיבית לטיפול בהתמכרות לסמים ו/או לאלכוהול (Crits-Christoph et al., 1999). במחקרים רבים נמצא שתכנית 12 הצעדים המותאמת לאוכלוסייה עם תחלואה כפולה אכן הובילה לירידה משמעותית בשימוש בסמים ו/או באלכוהול (Magura, 2008). לתכנית זו יתרון בכך שהיא מספקת מסגרת עבודה המעניקה משמעות לחיים, תמיכה חברתית, התערבות בעת משבר (crisis intervention) ואוריינטציה רוחנית, אשר אינם נמצא בגישות טיפוליות אחרות, דוגמת הטיפול הקוגניטיבי ההתנהגותי (CBT, Cognitive Behavioral Therapy) והראיון המוטיבציוני. בנוסף, תכנית זו גם מהווה גישה מודולארית, המאפשרת את שילובה במסגרות שונות ואת התאמתה למסגרות הללו. יחד עם זאת, קיים צורך להתאים את התכנית לאוכלוסיית האנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה (Bogenschutz, 2005; Bogenschutz & Akin, 2000; Magura et al., 2008), כך שתשלב אלמנטים מהטיפול בהתמכרות ובמחלת הנפש (Vogel, 1993).

אחד הגורמים החשובים החוזרים על עצמם בתכנית 12 הצעדים הוא תמיכה חברתית או תמיכה העמיתים. חשוב שקהל הלקוחות המשתתפים בקבוצה יהיו אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה, בסביבה יחודית המותאמת להם בלבד, בה יוכלו לדבר על החוויות שלהם, כוחותיהם וחולשותיהם, אסטרטגיות ההתמודדות עם לחצים ומצבי משבר העומדות לרשותם, הסטיגמה, ובעיקר המטרות המשותפות להחלמה. במחקרים אודות תכנית 12 הצעדים, המותאמת לאוכלוסיית המתמודדים עם תחלואה כפולה, נמצאו תוצאות חיוביות בצורת עלייה בהשתתפות הלקוחות וירידה בשימוש בסמים ו/או באלכוהול (Bogenschutz, 2005). במחקר אחר נמצא כי בקרב המשתתפים בתכנית, מספר ימי השימוש בסמים ו/או באלכוהול הופחת באופן משמעותי, עלתה ההיענות לטיפול התרופתי ונמצא כי היתה עלייה בהשתתפות הלקוחות בתכניות המסורתיות בנוסף לקבוצה המותאמת למתמודדים עם תחלואה כפולה (Magura et al., 2008). בנוסף לטיפול המשולב והאפקטיבי יש לשים דגש על השיקום של האנשים הסובלים מתחלואה כפולה ובעיקר על שילובם בקהילה.

התערבויות לשיקום בקהילה

מטרת תהליך השיקום של אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה הוא שילובם בקהילה. תהליך הכולל בתוכו סיוע ביציאה מתפקיד המטופל, ממרכזי הטיפול, מסידורי מגורים ממודרים וממקומות עבודה מוגנים והכוונה אל עבר התנהלות עצמאית, ניהול עצמי של המחלה ומילוי תפקידים נורמטיביים של מבוגרים בקהילה (Carling, 1995; Nelson, Lord & Ochacka, 2001). על ההתערבות השיקומית לכלול תחומי חיים שונים המעודדים שיקום בקהילה ואלו הם:

- תעסוקה: מטרה עיקרית לשיקום בקרב המתמודדים עם מחלות נפש, אשר פעמים רבות איננה פשוטה להשגה. תעסוקה נתמכת מסייעת למתמודד לאתר עבודות משמעותיות המתאימות לצרכיו ולהעדפותיו ומעודדת את השתלבותו בשוק העבודה, תוך מתן תמיכה נאותה (רועה וחסון-אוחיון, 2006).

- פסיכו-חינוך משפחתי: קיים צורך לשלב את בני המשפחה כחלק מצוות הטיפול, תוך כדי הקנייה עבורם של כלים וידע אודות הבעיות עמן מתמודד בן המשפחה, תרופות, תופעות הלוואי ועל דרכי הטיפול היעילות. התערבות זו מגבירה למעשה את האפקטיביות של ההתערבויות הנוספות שהאדם מעורב בהן, כיוון שהיא יוצרת חיזוק קשרים חברתיים ותמיכה וכן, בסופו של עניין, מורידה את הנטל מהמשפחה (Bond et al., 2004).
- כישורי חיים: רכישת כישורי חיים מהבסיסיים ביותר, דוגמת בישול, עד המסובכים יותר, דוגמת ראיונות עבודה, על מנת לשקם את האדם ברמה הגבוהה ביותר ולאפשר לו להשתלב בקהילה בצורה הטובה ביותר (רועה וחסון-אוחיון, 2006).

לסיכום, במחקרים שנערכו בתחום התחלואה הכפולה, נמצא כי על הטיפול להיות משולב ולכלול מתן מענה הן למחלה הנפשית והן להתמכרות לסמים ואו לאלכוהול באותו מרכז טיפול ועל-ידי אותו צוות טיפולי. בנוסף, יש להתאים ולשלב בטיפול תכניות אשר נמצאו אפקטיביות, דוגמת תכנית 12 הצעדים, וזאת תוך שימת דגש על תחום השיקום ושילובם בקהילה של המתמודדים עם תחלואה כפולה, במטרה שהשפעת ההתערבות תהיה אפקטיבית לאורך זמן.

טיפול ושיקום של תחלואה כפולה בארץ

על פי המרכז למחקר ומידע של הכנסת (2003) אפשר לחלק את הטיפול באוכלוסייה הסובלת מתחלואה כפולה לשלושה, טיפול בקהילה, במסגרת אשפוז ובקהילה טיפולית. כמו כן יש לבחון את מערכות השיקום הקיימות.

טיפול בקהילה

ניתן במסגרת מרפאות לבריאות הנפש או במסגרת לשכות הרווחה והיחידות לטיפול בהתמכרות לסמים. בפועל יש נתק בין היחידות לטיפול בנפגעי סמים (שחלקן שייכות למשרד הבריאות וחלקן למשרד הרווחה) לבין המרפאות לבריאות הנפש. הנתק מתבטא בכך שפעמים רבות אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה מופנים מהשירות לטיפול בהתמכרויות, שאינו יכול להתמודד עם טיפול בתסמינים פסיכיאטריים, אל המרפאה או המחלקה הפסיכיאטרית, וממנה ליחידה לטיפול בהתמכרויות וחוזר חלילה. לעתים אין הם מופנים כלל, אלא נדחים על הסף.

אשפוז

בישראל יש מספר יחידות אשפוז וקהילות טיפוליות אשר מטרתן לטפל בחולים הסובלים מתחלואה כפולה:

- יחידה קטנה (חמש מיטות) לתחלואה כפולה בבית-החולים הפסיכיאטרי בטירת-הכרמל.
- מחלקה של שש עשרה מיטות בבית-החולים הפסיכיאטרי בבאר-שבע, במימון משותף של משרד הבריאות ושל הרשות למלחמה בסמים. מחלקה זו היא מחלקת אשפוז כלל-ארצית, המספקת את השלבים הראשוניים של הטיפול ובכללם אבחון, גמילה גופנית ואיזון תרופתי ונפשי.
- יחידה קטנה בבית-החולים הממשלתי בנס-ציונה, המאפשרת אלכוהוליסטים בוגרים הסובלים מתחלואה כפולה.

- מחלקה לתחלואה כפולה בבית-חולים הפסיכיאטרי הממשלתי אברבנאל בבת-ים. המחלקה נפתחה בשנים האחרונות ומיועדת למטופלים מאזור המרכז. מאז נפתחה המחלקה טופלו בה למעלה ממאתיים איש. במחלקה עשרים מיטות והטיפול בה הוא כוללני ותרופתי.
- מחלקה לתחלואה כפולה בבית החולים לב השרון, בפרדסיה, אשר נפתחה אף היא בשנים האחרונות ומספקת מענה לכארבעים מטופלים.
- בשנים האחרונות נפתחה קהילה טיפולית, כחלק מקהילה לטיפול בהתמכרויות אילנות, לטיפול בתחלואה כפולה, הטיפול בה מובנה ונמשך כשנה. היחידה ממוקמת בתוך מתחם בית החולים שער מנשה ומטפלת בכשלושים אנשים.
- כפר טיפולי כפר איזון אשר הוקם לפני כעשור על ידי עמותה ציבורית ומופעל בקיבוץ שדות-ים. בכפר נקלטים מטופלים צעירים נפגעי סמים המתמודדים עם בעיות נפשיות, חלקם תרמילאים או צעירים אשר בעקבות שימוש בסמי הזיה נכנסו למשבר נפשי המתבטא בפסיכוזות, חרדות או דיכאון. הטיפול בכפר הינו הוליסטי, משולב וכולל טיפול פסיכיאטרי, פסיכותרפויטי, טיפול קבוצתי המשלב אלמנטים לפי תוכנית 12 הצעדים ושיקום (גרבר אפשטיין, 2008). הכפר מטפל בכארבעים אנשים.

קהילה טיפולית

קהילה טיפולית לתחלואה כפולה משמר לחיים: תוכנית ניסיונית אשר מופעלת מאז שנת 2003, המשותפת למשרד הרווחה ולמשרד הבריאות ומיועדת לאוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה ואינה מקבלת טיפול במסגרות טיפוליות קיימות, בעלי נכות נפשית של 40% לפחות וזקוקים למעקב רפואי פסיכיאטרי ותרופתי. הקהילה מציעה מסלול של שמונה עשר חודשים בקהילה הטיפולית, הבנוי משלושה שלבים, כאשר האחרון מביניהם מתמקד ביציאה הדרגתית אל מחוץ לתחומיה.

שיקום בבריאות הנפש בארץ

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס, 2000, קובע כי כל אדם הסובל מנכות נפשית של 40% לפחות אמור לקבל את השירותים הרפואיים והשיקומיים המתאימים לו לצורך שיפור מצבו ושילובו בקהילה. מערך שירותי השיקום בקהילה כולל מסגרות דיור (הוסטלים ודיור מוגן), תעסוקה, חברה, פנאי, השכלה ועוד. אולם, על אף שמשרד הבריאות מקצה תקציבים לשיקום נכי נפש, אין מסגרות שיקומיות (דוגמת הוסטלים או דיורים מוגנים) המותאמות למתמודדים עם תחלואה כפולה. בפועל כמעט לא קיימות אפשרויות שיקום עבור המתמודדים עם תחלואה כפולה. כאשר אנשים אלה משתחררים ממחלקות האשפוז ומוכנים להתחיל תהליך של שיקום, יש מעט מאוד מסגרות שיקום אשר מוכנות לקלוט אותם ואין כאלה שגם ישלבו בהמשך טיפול משולב בתחלואה הכפולה (ורצברגר, 2003).

מטרות המחקר

מטרת המחקר הנוכחי הינה להעריך את תהליך גיבוש ועיצוב מודל העבודה של מרכז מאור ואת יעילותו ותרומתו בתחום השיקום התעסוקתי בכלל ובתחום הטיפול בתחלואה כפולה בפרט. המחקר מנסה לענות על השאלות הבאות -

1. האם המרכז עמד במטרות האופרטיביות שהציב לעצמו (מבחינת מספר מתמודדים המשולבים בו, התמדתם במרכז והרחבת המרכז לאורך הזמן)?
2. מה הם המאפיינים הסוציו-דמוגראפיים והקליניים בקרב משתתפי המרכז?
3. האם המרכז נותן מענה למאפייני החלמה של המשתתפים בו?
4. מה תרם להצלחת המיזם?

שיטה

המחקר מתמקד בשלושה מימדים: המימד האישי, המימד הצוותי והמימד של גיבוש התוכנית עצמה. שיטת המחקר כוללת שילוב בין שיטות כמותיות ושיטות איכותניות, בהתאם לאפיונים של כל אחת משאלות ומטרות המחקר.

אוכלוסיית המחקר

במחקר הנוכחי משתתפים כלל המתמודדים הנמצאים במסגרת המרכז, ואנשי הצוות. במועד הגשת הדו"ח הנוכחי, רשומים 15 מתמודדים המאובחנים עם תחלואה כפולה וזכאים לשירותי סל שיקום, מתוכם השיבו על השאלונים הסופיים 13 אנשים (86.67%). יש לציין כי במהלך שלוש שנות המחקר הועברו השאלונים השונים בכמה נקודות זמן, למספר גדול יותר של נחקרים, כפי שיפורט בהמשך.

כלי המחקר

החלק הכמותי

נאסף מידע כמותי מצוות המרכז ומהמתמודדים המקבלים את שירותיו, על פי בקשת צוות המחקר. תוצאות חלק זה יובאו בהמשך הדוח והינם תיאוריים בלבד.
א. לצורך מענה על שאלת ההערכה השנייה, נעשה שימוש בשאלונים הבאים (ראה נספחים 2 ו-4):

- שאלון פרטים סוציו-דמוגרפים (למילוי המתמודדים).
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (למילוי הפסיכיאטר): סולם דירוג הכולל בתוכו תסמינים של קשת רחבה של הפרעות ומחלות פסיכיאטריות. בשאלון 24 פריטים המתאים מצבים נפשיים של מטופלים, דוגמת "דאגה סומטית", "מצב רוח דיכאוני", "בלבול בתהליכי החשיבה" ועוד, בעזרתם הפסיכיאטר המטפל מתאר את המטופל בעזרת סולם הנע בין 1 ל-7 (Ligon & Thyer, 2000).
- Clinical Global Impression (CGI) (למילוי הפסיכיאטר):
מורכב משתי שאלות המעריכות את חומרת המחלה בשתי נקודות זמן. בשאלה הראשונה ההערכה נעשית בסולם הנע בין 1 ל-7, לפי חומרת המחלה ובשאלה השנייה הפסיכיאטר מדרג את מידת השינוי בהתבסס על ההערכה שבוצעה בשלב הראשון (Guy, W., 1976).
ב. לצורך מענה על שאלת ההערכה השלישית נעשה שימוש בשאלונים הבאים (ראה נספחים 2 ו-3):
- Quality of Life Scale (למילוי המתמודד):
שאלון שמטרתו לסייע בהערכת דרגת ההנאה ושביעות הרצון המדווחים על ידי המתמודד. השאלון מורכב מ-18 פריטים המופיעים על גבי סולם הנע בין 1 ל-5 ומתייחס לארבעה נושאים:

הרגשה כללית, פעילות פנאי, קשר עם הסובבים ומידת שביעות הרצון הכללית. בבדיקת מהימנות בקרב חולים פסיכיאטריים בוגרים נמצאה מהימנות אלפא של קורנבאך כללית הנעה בין 0.74 ל-0.97 (Ritsner, Kurs, Gibel, Ratner & Endicott, 2005).

- Recovery Assessment Scale (RAS) (למילוי המתמודד):

שאלון להערכת החלמה בעזרתו המשתתפים מתארים את עצמם תוך שימוש בסולם הסכמה בן 5 נקודות בין 5=מסכים ביותר ל-1=מאוד לא מסכים. לדוגמה "יש לי רצון להצליח" ו-"אני אוכל להתמודד אם אחלה שוב". מחקר שנעשה על הכלי מצא כי לתוצאות הכלליות יש מהימנות ותקפות מספקות (Corrigan et al., 1999). במחקר הנוכחי עשינו שימוש בגרסה מקוצרת של השאלון, הכוללת רק 20 פריטים ונמצא כי לה מאפיינים פסיכומטריים מספקים.

- Role Functioning Scale (למילוי המטפל):

מטרתו לקבל תמונה של רמת התפקוד של המתמודד בחיי היומיום על מנת לבנות תוכנית טיפול או להעריך התערבות. השאלון מתמקד בארבעה תחומי חיים: עבודה ויצרנות, חיים עצמאיים וטיפול עצמי, יחסים חברתיים קרובים ורשת חברתית ונע על גבי סולם ערכים בין 1 ל-7. בבדיקת מהימנות נמצאה מהימנות אלפא של קורנבאך כללית של 0.92 (Goodman, 1993).

ג. לצורך מענה על שאלת ההערכה הרביעית נעשה שימוש בשאלונים ובאמצעים הבאים (ראה נספח 1):

- Working Alliance Inventory (WAI) (למילוי המתמודד):

שאלון הבודק את איכות הקשר הטיפולי, הן בעיני המטפל והן בעיני המטופל. במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה המקוצרת למטופל, הכוללת 12 פריטים הבודקים את מידת ההתקשרות, המטרות והמשימה. השאלון נע על גבי סולם של 1 עד 7. בבדיקת מהימנות נמצאה מהימנות אלפא של קורנבאך כללית הנעה בין 0.85 ל-0.92 עם תקיפות סבירה (Horvath & Greenberg, 1989).

- PCIQ (למילוי המתמודד):

שאלון שליטה בסימפטומים המורכב משני גורמים: תחושת שליטה עצמית ותחושת שליטה עבור עזרה של אחרים. השאלון מורכב משבעה פריטים הנעים על גבי סולם מ-1 עד 5, כאשר ציון נמוך מעיד על שליטה רבה בסימפטומים ולהפך. הכלי הראה תקפות ומהימנות סבירים ונמצאה מהימנות אלפא קורנבאך של 0.77 (Kravetz, Faust & David, 2000).

- טבלאות מעקב בתיק האישי, המאגדים נתונים באופן שוטף, בעיקר אודות אשפוזים, שינויים בצריכת שרותי שיקום, ומעורבות המשפחה בתהליך השיקומי (ראה נספח 4).

החלק האיכותני

חלק זה של המחקר מתבסס על פרדיגמת הפנומנולוגיה, לפיה אין אמת אחת או מציאות אובייקטיבית אחת, אלא שהעולם האנושי מורכב מריבוי של מציאויות סובייקטיביות (Lincoln & Guba, 1985; Van Manen, 1997). מציאויות אלו הן פועל יוצא של תודעתו של האדם, המשתתף בתהליך אין סופי של אינטראקציות חברתיות ופסיכולוגיות עם העולם (Schwandt, 1994). על בסיס

זה המחקר הנוכחי כולל חלק של שיטה איכותנית, מאחר שמטרתו ללמוד על חווייתם של המתמודדים, להבין את משמעות ההשתתפות במרכז עבורם ותהליכים מרכזיים המאפיינים את חווייתם.

איסוף הנתונים התקיים בדרכים הבאות:

- ראיונות עם מתמודדים במרכז.
 - ראיונות עם אנשי צוות במרכז: מנהלות המרכז (אשר זו הנוכחית ממלאה גם את תפקיד העובדת הסוציאלית), רכזת היחידה לשיקום ולהכוונה מקצועית, מדריך הגמילה, רכזת ההשמה והפסיכיאטרית המלווה את המרכז.
 - ראיונות עם מעסיקים של עובדים מהמרכז.
 - תצפיות בקבוצות, באירועים ובפעילות שוטפת במרכז.
 - השתתפות בועדות היגוי לאורך שנות המחקר.
- בנוסף לריאיונות, התקיימו גם שיחות לא פורמליות בהן התקבל מידע על מצב התעסוקה והפעילויות במרכז. יש לציין כי לאור כמות המתמודדים המועטה במרכז (מבחינת היכולת לבצע בנתונים ניתוחים סטטיסטיים), עיקר הדגש המחקרי הושם, עוד מתחילת המחקר, על הפן האיכותני שלו ופחות על הפן הכמותי.

איסוף הנתונים

שאלונים

השאלונים למתמודדים הועברו במהלך שלושה שלבים: לראשונה בחודשים מרץ-אפריל 2010, בשנית בתקופה שבין אפריל ליוני 2011 ובשלב האחרון בין החודשים מרץ-מאי 2012. כ-86% מהמשתתפים בפרוייקט נתנו את הסכמתם למלא את השאלונים, אך לעיתים נדרשו הסברים ממושכים לצורך כך. יחד עם זאת, נדרש תיווכו של הצוות בהסבר על משמעות מילוי השאלונים ועל חשיבות קיומו של המחקר. משך מילוי השאלונים ארך בין ארבעים וחמש דקות לשעה ועבור חלק מהמשתתפים ניכר קושי להשלים את המשימה, אשר דרשה לעתים ליווי צמוד של עוזרת המחקר בתהליך. השאלונים למטפלים מולאו אף הם אחת לכל שנת מחקר, דהיינו שלוש פעמים. ואילו השאלונים לפסיכיאטר מולאו לראשונה בשנת המחקר הראשונה ובשנייה בשנת המחקר האחרונה.

ראיונות

הראיונות התמקדו בחווייה האישית של המשתתפים את הפעילות במרכז, הדרך בה הם רואים את השינויים שהתחוללו במרכז בחודשים שעברו, חווית המשתתפים את תהליך חיפוש העבודה, העבודה עצמה ועוד. הראיונות, אשר ארכו במרבית המקרים כעשרים דקות, הוקלטו ותומללו והיו דלים יחסית בתוכנם, אך היו גם ראיונות ארוכים יותר ועשירים יותר מבחינה זו. לקראת כל ראיון נבנה מדריך ראיון על ידי צוות המחקר, בהתבסס על מידע שנאסף עד לשלב הראיון המיועד. לצורך קיום הראיונות, במרבית המקרים נקבעו מועדים מתאימים לשני הצדדים מבעוד מועד. הראיונות

התקיימו ככלל בשטח המרכז, הוקלטו בהסכמת הנחקר במקרה של מתמודדים וסוכמו במקום כמעט תמיד במקרה של אנשי צוות.

תצפיות

נערכו כחמש עשרה תצפיות על קבוצות ופעילויות שונות, ביניהן: קבוצה דינמית, ניהול מחלה והחלמה, ניהול רגשות, ביקור במרחבי העבודה, ניתוח אירועים ומצבים בעבודה וארגון השבוע. גם הן נקבעו ותואמו מראש עם צוות המרכז.

ניתוח הנתונים

ניתוח כמותי של הנתונים בוצע על-יד שימוש בשיטות סטטיסטיות וניתוח איכותני נעשה על ידי ניתוח תוכן של הריאיונות המתומללים, כך שיניבו תמונה כוללת של הקורה במרכז. תהליך ניתוח הנתונים הינו שיטתי ויש לו מבנה קבוע של שלבים.

סוגיות אתיות

כאמור, במחקר השתתפו אנשים הנמצאים במסגרות שונות בקהילה וביכולתם להביע את הסכמתם לגבי השתתפות במחקר. הוצג למשתתפי המחקר דף הסבר לגבי המחקר הכולל הסבר על תהליך המחקר ומצויין בו כי המחקר הינו התנדבותי וכל אדם רשאי לפרוש ממנו בכל רגע שיראה לנכון ללא כל פגיעה בהמשך השתתפותו בהתערבות. כמו כן המשתתפים שהסכימו להשתתף התבקשו לחתום על טופס הסכמה מדעת (ראהנספח 1). לשמירת הפרטיות והסודיות, כל הנתונים נאספו בצורה אנונימית וזאת על ידי שימוש בשמות בדויים או מספרים בזמן כתיבת ופרסום עבודת המחקר. כחלק מהליך המחקר הוגשה בקשה לועדת האתיקה הפקולטטית וזו אישרה את המחקר כמחקר אתי.

תיאור מרכז מאור

מרכז מאור הוקם כפרויקט של הרשות העירונית למאבק בהתמכרויות ובאלימות באשדוד בשנת 2006. אליו הצטרפו משרד הבריאות, אגף השיקום (כשירות המוכר על ידי סל שיקום) והקרן למפעלים מיוחדים מטעם המוסד לביטוח הלאומי, אשר ליוו את הפרוייקט. מרכז מאור הוא מרכז לשיקום תעסוקתי, המיועד לאנשים בני שמונה עשרה ומעלה המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית ועם מחלת ההתמכרות, עם שימוש של סמים ו/או באלכוהול (תחלואה כפולה) ומוכרים כבעלי 40% נכות נפשית, הזכאים לסל שיקום ומופנים על-ידו. נכון להיום, אין רשימת המתנה לקבלת השירות והוא אינו מוגבל בזמן.

המסגרת מבקשת לתת מענה טיפולי, שיקומי ותעסוקתי עבור המתמודדים, כאשר מושם דגש הן על הנושא הנפשי והן על נושא ההתמכרות, מתוך הכרה בצורך לטיפול והתייחסות לשני התחומים בו זמנית, תוך עבודה לפי עקרונות הטיפול המשולב בתחלואה כפולה. המרכז הוא חדשני, במובן זה שהוא מספק שירות שיקומי לאנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה, אשר כאמור במרבית המקרים נופלים בין הכסאות- מצד אחד, הם אינם זכאים לקבל סל שיקום בבריאות הנפש, כיוון שהם משתמשים בסמים, מצד שני, הם אינם יכולים להסתייע כיאות במרכזי הטיפול בהתמכרויות, כיוון שהם מתמודדים גם עם בעיות נפשיות.

בתחילת הדרך, שכן המרכז במתני"ס עוזיאל שבמרכז אשדוד. העתקת המרכז למיקומו הנוכחי באזור התעשייה התבצעה בסוף אוגוסט 2010 (על השלכות המעבר יורחב בהמשך). יש לציין כי עוד עם הקמת המרכז, היה רעיון להרחיבו למעון יום, אשר יחבר בין הטיפול לשיקום ויעניק שירות גם למתמודדים עם בעיות נפשיות אשר אינם זכאים לסל שיקום (למשל למתמודדים עם מני חרדות, דכאוניות שאינם מגוריים או הפרעות אישיות). בסוף שנת 2009 נפתח מעון היום בקומה הראשונה של הבניין, שקומת הקרקע שלו משמשת כיום כמשכן החדש של המרכז. כמצופה, צרכני השירות במעון, להבדיל מצרכני השירות במרכז, זקוקים באופן גורף לטיפול רגשי עמוק ומקיף יותר מזה השיקומי המתבצע במרכז. במעון היום זכאים המטופלים לקבל שירות לאורך שנה וחצי. מעל המעון שוכנת אשפוזית לגמילה מסמים.

מטרות המרכז

1. הכרה בהתמודדותם של מקבלי השירות עם תחלואה כפולה ורצונם לטפל בה.
2. שמירה הן על גמילה מסמים ומאלכוהול והן על איזון נפשי.
3. שינוי דפוסי חיים, שינוי המוקד מהסם להתמודדות עם החיים ללא הסם תוך כדי הכרה בכוחות ובכישורים האישיים של כל אחד.
4. הקניית אחריות ומחוייבות בחיי המתמודדים תוך כדי הקנייה של סדר יום, הרגלי חיים, התמדה, שיפור איכות חיים והקניית מיומנויות התמודדות עם ההתמכרות.
5. בניית זהות אישית ותעסוקתית תוך כדי הקניית מיומנויות בתחום התעסוקה באמצעות השתתפות במסגרת תעסוקתית (מפעל מוגן או תעסוקה נתמכת) אשר מטרתה להכין את האדם לעולם התעסוקה ולסייע לו להשתלב בקהילה.

המרכז פעל כמועדון תעסוקתי וכמפעל מוגן, אולם מאז עבר שינוי משמעותי והחל לתפקד כמרכז המתמקד בתעסוקה נתמכת, והוא מוגדר כיום כיחידה לשיקום ולהכוונה מקצועית. תיאור וניתוח שינויים אלה בהמשך הדו"ח. הפעילות במרכז משלבת עבודה שיקומית, המתמקדת בתעסוקה נתמכת, עם טיפול פרטני וקבוצתי. כחלק מפיתוח המודל וכתוצאה מתהליך ארוך אשר לוה בתכנון ובהדרכה מקצועית, בדצמבר 2010 החל המרכז להפעיל מערכת פעילויות חדשה ובתוך כך במספר פעילויות אשר עיקר מיקודן בהכנה לקראת יציאה לעבודה ובתמיכה למתמודדים אשר יוצאים לעבוד.

צוות המרכז

במרכז ארבעה אנשי צוות קבועים, מנחים חיצוניים ששירותיהם ניתנים בהתאם לצרכים ופסיכיאטרים העובדים במעון ומשמשים גם את המרכז.

- מנהלת המרכז, היחידה לשיקום ולהכוונה מקצועית- עובדת סוציאלית, במשרה מלאה, העוסקת בניהול, טיפול פסיכוסוציאלי והדרכת צוות המרכז.
- רכזת היחידה לשיקום ולהכוונה מקצועית- אחראית על תפעול המרכז, ברמה היום יומית, עובדת במשרה מלאה. הרכזת מפעילה את המתמודדים, אחראית על הזמנות וחשבונות ומגייסת ומשמרת מעסיקים. בנוסף מעבירה קבוצות בנושאי כישורי חיים כמפורט בהמשך.
- רכזת השמה- אחראית על שילוב המתמודדים בשוק החופשי. מלווה את המתמודדים בתהליך השיקום התעסוקתי, הכולל אבחון מקיף של יכולותיהם, השמה וליווי פרטני, בין היתר בשיתוף עם העובדת הסוציאלית המלווה. כמו כן, מגייסת ומשמרת מעסיקים, תוך שמירה על קשר שוטף עם מרגע שילובו של מתמודד בעבודה.
- מדריך גמילה, מכור נקי- אחראי על חלק מהיבטי השיקום הנוגעים למחלת ההתמכרות, עובד בהיקף של חצי משרה. מנחה את הקבוצות הנוגעות לפן ההתמכרות של המתמודדים (כמפורט בהמשך), אחראי על ביצוע בדיקות השתן ואף מלווה את המתמודדים בשיחות עם העובדת הסוציאלית המלווה במקרים של מעידות.
- מנחים חיצוניים- מרפאה באומנות המנחה קבוצת טיפול באומנות; מאבחנת ומטפלת בשיטת פוירשטיין המנחה קבוצת העשרה אינסטרומנטלית; ואחות פסיכיאטרית המנחה קבוצה בתחום מקצועה.
- שני פסיכיאטרים העובדים במעון היום ומספקים ליווי פסיכיאטרי למתמודדים במרכז. הפסיכיאטרים מקיימים מעקב אחר מצבם הנפשי של המתמודדים ומספקים מענה בכל הנוגע לתרופות הפסיכיאטריות ולתופעות הלוואי שלהן. לעיתים נוספים לכך מעקבים בצורת הפניות לבדיקות דם ולבדיקות פיזיות אחרות ובמקרה הצורך יצירת קשר עם רופא המשפחה. הליווי הפסיכיאטרי מתבצע אחת לחודש באופן סדיר ובתדירויות גבוהות יותר בהתאם לצורך. הודות לכך שהרופאים נמצאים במעון היום על בסיס יומי, הם זמינים לפגוש את המתמודדים במרכז בהתראה מיידית ויומיומית במקרה הצורך, בין אם מרצונם של המתמודדים ובין אם בהפנית הצוות המקצועי במרכז. יש לציין כי הפסיכיאטרים מכירים היטב את תחום ההתמכרויות

ונותנים לו את ההתייחסות ההולמת, לאור ההתמודדות הכפולה של הפונים לעזרה והצורך לתת מענה טיפולי מיוחד לבעית ההתמכרות במקביל לבעיה הנפשית.

- הדרכה- אמנם במהלך השנה הראשונה לפיתוח המרכז לא ניתנה הדרכה מסודרת לצוות, אך בהמשך לדיונים בועדות ההיגוי אשר ליוו את הפרוייקט ומתוך צורך של הצוות, החלה להינתן הדרכה מקצועית חיצונית מסודרת אחת לשבועיים. מוקד ההדרכה היה פיתוח המודל התעסוקתי המתאים לפרופיל האוכלוסייה ולצרכיה היחודיים. כיום, כאמור, מנהלת המרכז היא מי שמדריכה את הצוות המקצועי.

הפעילויות במרכז

המרכז פתוח בכל אחד מימות השבוע, בין השעות 08:30 ל-14:00. המתמודדים מגיעים אל המרכז בהתאם למידת שילובם בשוק העבודה, מתמודדים אשר יוצאים לעבוד מגיעים למרכז רק כאשר אינם עובדים (לפחות אחת לשבוע) ומי שאינם יוצאים לעבוד כלל מגיעים אליו על בסיס יומי. כפי שניתן לראות בסדר היום השבועי (ראה נספח 5), המרכז מספק פעילות ענפה בשעות העבודה, כאשר עיקר מטרתה מתמקד בשיקום, התמודדות עם גמילה מסמים תוך שמירה על ניקיון מהחומרים, והכנה לקראת יציאה לעבודה. תכנית העבודה נבנית באופן פרטני עבור כל אדם בהתאם לצרכיו וליכולותיו.

המרכז עובד במתכונת הוליסטית ומשולבת הנותנת, כאמור, מענה מקיף וכולל לשלל הבעיות עמם מתמודדים אנשים עם תחלואה כפולה. יחד עם זאת, במרבית המקרים, בבסיסה של כל פעילות ופעילות במרכז עומד מניע התחלתי ועיקרי, אשר לרב מבקש לתת מענה לאחד מכלל מישורי ההתמודדות והחיים. על מנת להקל את הבנת אופיין של הפעילויות המתוארות, הן מובאות כאן בשלושה מקבצים עוקבים ומשלימים: פעילויות הממוקדות בשיקום בריאות הנפש; פעילויות הממוקדות לטיפול במחלת ההתמכרות; ופעילויות הממוקדות להכנה, השמה וליווי בתחום התעסוקה. בנוסף מובאת גם סקירת פעילויות שבאו אל קיצן ופעילות מתוכננת בנוגע לתעסוקה מעברית.

פעילויות ממוקדות בשיקום בריאות הנפש

מטרת הפעילויות הבאות לתמוך בתהליך השיקום של המתמודדים. העבודה נעשית על בסיס יומי ונתמכת בגישות המתמקדות בעבודה עם המתמודדים עם בעיות נפשיות, כנהוג בשירותי שיקום כלליים.

א. שיחות קבועות עם המטפלת האישית

נכון להיום, מי שמספקת את המענה המקצועי העיקרי במרכז היא גם מי שממונה על ניהולו. אין ספק כי עובדה זו מהווה קושי משמעותי למתן מענה שיקומי וניהולי נאות, מכיוון שמחד, כמטפלת, עליה להיות דמות מכילה, רגישה וקשובה לצרכי המתמודדים ומאידך, כמנהלת, לשמש דמות מפתח אסרטיבית האמונה על השמירה על הגבולות והמשמעת במרכז.

ב. קבוצה דינמית

מתקיימת בהנחייתן של מנהלת המרכז ומנהלת התחום התעסוקתי ומשתפת את כלל המתמודדים במרכז. הקבוצה המתקיימת בתחילת כל שבוע, בימי ראשון בבוקר, מאפשרת לעבד חוויות ורגשות מסוף השבוע שעבר ולקראת השבוע המתחיל. מטרת הקבוצה למפות את צרכיהם של כלל המתמודדים לשבוע הקרוב, תוך שיתוף, הכלה, תמיכה ומתן משובים הדדיים. הקבוצה מאפשרת קרקע לשיתוף בבעיות ובדרכי התמודדות, עזרה הדדית ושחרור ממועקות. תכנים רבים העולים בקבוצה משותפים לכלל החברים ולכן ההשתתפות בקבוצה חיונית גם עבור מי שפחות פעיל בתוכה ובוחר שלא לחלוק מחוויותיו האישיות. או כפי שהגדיר זאת אחד המשתתפים בה:

“אנחנו חושבים שרק לנו זה קורה אבל ברגע שאומרים רואים שכולם עם אותה מחשבה”

בתצפיות שנעשו על הקבוצה הדינמית עלו נושאים כגון תחושת התלות בבני המשפחה, היתרונות והחסרונות בשהיה בחברת מכורים אחרים, הרצון והסיכוי לקיים מערכת יחסית זוגית, קשיים בהתמודדות עם הבעיות הנפשיות וההתמכרויות ואף שיתוף במעידות בפועל. נראה כי מתקיימת בה דינמיקה יעילה ורצון לעזור אחד לשני ולשתף מצד מרבית החברים בה. חלק מהם אף מביעים תמיכה ואהבה ממשית כלפי האחרים בעת הצורך. כמו כן, ניכרים אמון וביטחון במנחות.

ג. קבוצת תקשורת

מתקיימת בימי ראשון בבוקר, בהנחייתה של מנהלת התחום התעסוקתי ומשתפת את כל המתמודדים במרכז אשר אינם יוצאים לעבוד. בקבוצה מעלים בעיות בתקשורת בינאישית ותוך-אישית, ומנסים לעבוד עליהן, תוך חיזוק מיומנויות תקשורת. פעמים רבות בשיטות חווייתיות, כגון משחקי תקשורת. מטרת הקבוצה לחזק מיומנויות תקשורת תוך אישית ובינאישית, באמצעות פיתוח מודעות להקשבה, יכולת עיבוד נתונים של הנאמר לך, סובייקטיביות, כבוד לדברי האחר, כישורי שיתוף (איך בוחרים את מי לשתף במשהו אישי) ועוד. הקבוצה פועלת באופן רציף מזה כשנתיים, ולפי המנחה, בעקבותיה אנשים שהיו מאד סגורים ודיברו במשורה, עושים כיום שימוש בכלים שרכשו בקבוצה. הכישורים הנלמדים באים לידי ביטוי באופנים שונים, החל משיחת חולין, דרך בקשת עזרה בעת הצורך וכלה בפניה למעסיק בבקשה להעלאת השכר.

ד. שיטות הרפייה

מתקיימת בימי ראשון, בהנחייתה של מנהלת התחום התעסוקתי ומשתפת את כל המתמודדים במרכז אשר אינם יוצאים לעבוד, כאשר כל פעם משתתף אחר מנחה את ההרפיה בהתבסס על החומר הנלמד. בקבוצה מתרגלים תרגילי הרפייה בשיטת גייקובסון שמטרתם הרגעה, לקיחת פסק זמן ממחשבות יומיומיות מטרידות ולמידת כלים להתמודדות עם לחץ. מטרת הקבוצה היא ליישם את הכלים הנלמדים בקבוצה מחוצה לה באופן עצמאי, אך כמובן גם מאפשרת הרפייה בזמן ביצוע התרגול. חברי הקבוצה קיבלו מדריך כיס מקוצר ומנויילן לשם הקלה על יכולת המשך התרגול העצמי. להתרשמותה של המנחה, מאז החלו לקיים את הקבוצה בפעם השנייה, בקיץ 2011, נראה כי המשתתפים בקבוצה רגועים יותר בתום כל פעילות.

ה. טיפול באמנות

מתקיים בימי שני ושלישי (במקביל להעשרה אינסטרומנטלית וברוטציה עמה), בהנחייתה של מנחה חיצונית שהיא מרפאה באומנות ומשתתפים בה כל המתמודדים במרכז הנוכחים בו ואינם עובדים בזמני התכנסותה. מטרת הקבוצה לעודד את המשתתפים לדבר על עצמם ועל עולמם הפנימי, באמצעות עיסוק באמנות. הפעילות הינה מגוונת ומאפשרת בחירה, הן במהלך היצירה והן במהלך עיבודה. לחווייתה של המנחה, המשתתפים בפעילות מעלים קשיים ונושאים שלא הועלו במקומות אחרים.

ו. העשרה אינסטרומנטלית

מתקיימת בימי שני ושלישי (במקביל לטיפול באמנות וברוטציה עמו), מועברת על ידי מנחה חיצונית, המוכשרת לאבחון ולטיפול בשיטת פוירשטיין. מדובר בשיטה מעשית לשינוי ולפיתוח האינטליגנציה האנושית. השיטה מכוונת גם לבעלי רמה תפקודית נמוכה, במטרה לשקם את פונקציות החשיבה הפגועות ומיושמת גם בתחום הקליני, במטרה לשקם אנשים בעלי צרכים מיוחדים. משתתפים בה כל המתמודדים במרכז, הנוכחים בו ואינם עובדים בזמני התכנסותה.

ז. קבוצת אחות

מתקיימת בימי חמישי, מונחת על ידי אחות פסיכיאטרית ולוקחים בה חלק כל המתמודדים המגיעים המצויים במרכז במועד התכנסותה. הקבוצה היא לרב דינמית ועוסקת בטיפול התרופתי ובהקשרים של חיי היום יום וההתמודדות עם המחלה, לעתים האחות מעבירה נושאים מובנים.

ח. ניהול מחלה והחלמה (IMR: Illness Management and Recovery)

הקבוצה, אשר החלה לפעול באביב 2011, מתכנסת פעמיים בשבוע, בימי שלישי ורביעי, כאשר במפגש הראשון הפעילות היא תיאורטית יותר ובמפגש השני מחזקים את התכנים באמצעות ניתוח מצבי תפקוד יומיומיים. צוות המרכז שוקל המשך הרחבת המודל והוספת שעה נוספת ביום ראשון לצורך פעילות חוויתית יותר באותו הקשר. התערבות ניהול מחלה והחלמה הינה התערבות שיקומית מקדמת החלמה ומבוססת ראיות. ייחודיות הפעילות, ביחס לפעילויות אחרות במרכז, מתמקדת בכך שחלק ממנה דורש כתיבה, הגורמת למתמודדים לחלוק בתחושותיהם וחוויותיהם. את הקבוצה מנחה מנהלת התחום התעסוקתי ולעתים מצטרפת אליה גם מנהלת המרכז, ומשתתפים בה כלל המתמודדים במרכז (למעט אחד). מטרת הקבוצה לקדם את ניהול מחלת המתמודדים המשתתפים בה, תוך קידום תהליך ההחלמה שלהם, תוך שהם רוכשים מיומנויות לשיפור התמודדותם עם סימפטומים פסיכיאטריים ולומדים אודותיהם, מציבים מטרות, מפרקים אותן ועוקבים אחר השגתן. הקבוצה מתבססת על מודל ההתערבות עם תוספות ושינויים קלים שעורכת המנחה בהתאם לאוכלוסייה המיוחדת המהווה את הקבוצה. בין היתר נוספו תכנים הנוגעים לשינוי: מהו שינוי? מהם השלבים בתהליך של שינוי? וביטחון עצמי.

אמנם לא נעשה ליווי מחקרי מסודר סביב פעילות ספציפית זו, אך לדבריה של המנחה, עבור חלק מהמתמודדים המשתתפים בקבוצה, היתה זו הפעם הראשונה בה הבינו במה הם מאובחנים ומה פשר אבחנתם. בקבוצה עלו שאלות אודות הסיבה לפרוץ מחלתם, הסיכוי שיחלימו ממנה וכן עלו לא

מעט תחושות של אשמה. בזכות הידע החדש אליו נחשפים חברי הקבוצה, הם מרגישים בנוח יותר לשתף בחוויות הקשורות בתסמינים של המחלה ובאופני התמודדות, והאמון בכלל הולך ונבנה ומתחזק בין כלל חברי הקבוצה והמנחה.

לחוויתה של מנחת הקבוצה, חבריה השיגו עד כה יעדים רבים באמצעותה: מרבית החברים בקבוצה לקחו חלק בהגשמת מטרה משותפת של מילוי שעות הפנאי; חלק גדול מהחברים שיפרו את יכולות התקשורת הבינאישית, בתוך הקבוצה ומחוצה לה; ניכרת אמפתיה הולכת וגוברת בתוך הקבוצה, ואם מישהו מתנהג באופן אגרסיבי או אימפולסיבי החברים בקבוצה למדו להכיל זאת, מבלי לאבד סובלנות באופן מיידי; כיום כמעט לכל אחד יש חברים שהוא יכול לדבר איתם על המחלה ועל קשיים בכלל; המשתתפים מודעים מאוד למטרות השונות שהציבו לעצמם וכאשר מישהו משיג מטרה כזו הוא מציב לעצמו מטרה נוספת.

דוגמא למטרות שהציב והשיג לעצמו אחד המשתתפים בקבוצה:

1. קשרים חברתיים: "היום אני יותר פתוח לחברה ומרגיש שייכות, בגלל שהיום החברה מציעה לי לתקשר איתה ואין איתה בעיות סמים כמו שהיה לפני כן ובגלל זה אני מרגיש יותר שייכות לחברה".
2. השכלה: "אני עכשיו לומד קורס מחשבים ומקווה שזה יעזור לי להתקדם ולהבין יותר את המחשבים".
3. הגעה למרכז יותר מוקדם.

פעילויות נוספות שהתקיימו בעבר והופסקו מסיבות שונות: קבוצת פיסול קרמי, ליצנות טיפולית, שיפור מיומנויות למידה, סדנת בישול, סדנת מחשבים, תיאטרון חווייתי, גינון וספורט.

פעילויות ממוקדות לטיפול במחלת ההתמכרות

מטרת הפעילויות הבאות לתמוך בתהליך הגמילה של המתמודדים. העבודה נעשית על בסיס יומי ונתמכת בגישות המתמקדות בעבודה עם מכורים, כנהוג בקהילות טיפוליות.

א. בדיקות שתן

בדיקות השתן למתמודדים במרכז מתבצעות במעון היום שלוש פעמים בשבוע ומורחבות או מצומצמות על-פי שיקול דעתו של מדריך הגמילה. כחלק מתהליך של יצירת אמון הדדי ומוטיבציה, מדריך הגמילה משחרר מתמודדים אשר עליהם הוא סומך, מחובת הבדיקה. מתבצע רישום של תוצאות הבדיקות ושל מעידות לשימוש בסמים או באלכוהול.

במידה ונמצא, על פי בדיקות אלה, כי מתמודד מעד ועשה שימוש בחומרים ממכרים, ניתנת התייחסות בהתאם לחומרת המעידה מהצוות המקצועי. לרוב, המתמודדים עם תחלואה כפולה נוטים למעידות חוזרות, במיוחד בתחילת התהליך השיקומי שלהם. במרבית המקרים, מתמודדים אלה מתקשים להתמיד בנטילת הטיפול התרופתי לבעיות הנפשיות ומשתמשים בסמים כתחליפים, מתוך הנחה כי שימוש זה מסייע להם להתמודד עם בעיות אלה. זהו תהליך ארוך והצוות המקצועי לוקח בחשבון כי תהינה מעידות חוזרות. בנוסף, בעבודה עם המתמודדים עם תחלואה כפולה יש

צורך לנקוט בגישה מכילה וגמישה הרבה יותר מזו הנהוגה בעבודה עם מכורים אשר אינם מתמודדים גם עם בעיות נפשיות. דרך ההתמודדות עם מצבים שכאלה אינה להשעות מהמסגרת את מי שמעד, כי אם לסייע לו, באמצעות טיפול פרטני, להתמודד עם קשייו ולשמור על הניקיון (משימוש בחומרים ממכרים). יחד עם זאת, במצבים בהם לא חל שיפור לאורך זמן והשימוש ממשיך, נעשית הערכה מיוחדת ובהתאם למקרה מחליטים אם להמשיך את ההתערבות או להפנות לגמילה חוזרת באחת מהמחלקות לתחלואה כפולה במרכז לבריאות הנפש בבאר-שבע או בלב-השרון.

ב. קבוצת ניהול רגשות (ובשמה הקודם: קבוצת רגשות)

מתקיימת בימי ראשון, בהנחייתו של מדריך הגמילה ומשתתפים בה כל מי שאינם יוצאים לעבוד, למעט המשתתפים בסדנת האפייה. מטרת הקבוצה לעודד את חבריה ולסייע להם להגדיר את רגשותיהם ולשתף בהם, להתייחס לנושאים מבלי לפתוח את הדיון בהם לעומק. במהלך המפגשים המשתתפים משיבים לשאלה איך עבר סוף השבוע, תוך שהם מתמקדים ברגשותיהם. הקבוצה מתקיימת מזה שלוש שנים ללא שינוי ולחווית המנחה ניכר אצל החברים בה שיפור בחיבור לרגשות וביכולות השיתוף.

ג. סמינר התמודדות עם התמכרויות

מתקיים בימי שלישי בבוקר, בהנחייתו של מדריך הגמילה ובהשתתפות כל המתמודדים במרכז, אשר אינם עובדים באופן מלא. מטרת הסמינר לסייע בהתמודדות היומיומית עם תהליך הגמילה, בסוגיות כגון איך לשמור על יום "נקי", עזרה בהתמודדות עם קונפליקטים ובעיות כתוצאה מהתהליך, דוגמת אי קבלה עצמית, ויכוחים במשפחה, התמודדות מול חברים משתמשים וכיובי. בסמינר משוחחים על ההתמודדויות בתהליך הגמילה ועל החיים ללא סמים, מקבלים תמיכה ומספקים עידוד הדדי תוך הסתכלות אחרת על הבעיות והתמודדות באופן הדרגתי. לפי מנחה הסמינר, משתתפיו למדו להתחבר למצב הבעייתי ולדבר עליו במקום להתעלם ממנו.

ד. קבוצת שיקופים

מתקיימת בימי שלישי, בהנחיית מדריך הגמילה ובהשתתפות כלל המתמודדים במרכז אשר אינם עובדים באופן מלא. מטרת הקבוצה לקבל שיקוף מהאחרים על מצבך, התקדמותך או הדרדרותך, או על התנהגותך כלפי האחר. מתרחש תהליך של לימוד נתינת וקבלת משוב כולל, המאפשר זמן הפנמה תוך גיבוש ותמיכה קבוצתיים. כל משתתף מקבל משוב מהאחרים על מצבו ועליו להקשיב מבלי להגיב באופן מיידי. לחוויתו של מנחה הקבוצה, חבריה הולכים ומתחברים עם הזמן, מדברים באופן פחות ביקורתי ויותר נעים ואף למדו להתייחס למקרים שאירעו מבלי לאצור בתוכם כעסים.

ה. קבוצת N.A

מתקיימת בימי חמישי בבוקר, בהנחייתו של מדריך הגמילה ובהשתתפותם של כלל המתמודדים במרכז. יש להדגיש, לאור האמור מעלה, כי בפעילות זו, להבדיל ממרבית הפעילויות המתקיימות במרכז, בהן משתתפים המתמודדים המצויים במרכז באותה העת, ההשתתפות בקבוצה משמעותית זו היא חובה לכלל המתמודדים במרכז. מטרת הקבוצה לתמוך בתהליך הגמילה, תוך מתן מענה לצורך המיוחד למתמודדים עם תחלואה כפולה, אשר נדחו מקבוצות רגילות מטעמים של סטיגמה

וקושי להתחבר בשל ייחודיות מצבם. בקבוצה מדברים בעיקר על תהליך הגמילה, כאשר העבודה היא על דפוסים והתנהגויות של המתמודדים כמכורים, אל מול היותם בתהליך של החלמה ממחלת נפש. לדבריו של מנחה הקבוצה, נראה כי מרבית המשתתפים בה מצליחים להישאר "נקיים" זמנים ממושכים ומדי פעם מועדים ומטפלים נקודתית במעידות אלה. שינוי מהותי הינו מיידיות ההודאות במעידות, לא רק בתוך הקבוצה, אלא באופן כללי מול הצוות, להבדיל מניסיונות הסתרתן שהיו נהוגות בעבר בקרב המתמודדים במרכז.

ו. קבוצת 12 הצעדים

מתקיימת בימי חמישי בבוקר, בהנחייתו של מדריך הגמילה ומשתתפים בה כל המתמודדים במרכז. בקבוצה עובדים על פי תכנית 12 הצעדים, אשר מטרתה טיפול עצמי בהתמכרויות. עקרונות התכנית: הודאה בבעיה, חיפוש עזרה, עריכת בחינה עצמית וחשבון נפש, הכרה בפגיעה באחרים וכפרה על כך, ועזרה למכורים אחרים. כרגע מתקיים מחזור שני של 12 הצעדים. גם אותותיה של קבוצה זו ניכרים במיוחד בשינוי שחל במשתתפים מבחינת נכונותם ויכולתם לשתף במעידות, לחוותו של מנחה הקבוצה.

פעילויות ממוקדות להכנה, השמה וליווי בתחום התעסוקה

מטרת הפעילויות הבאות לסייע בתהליך היציאה של המתמודדים לשוק העבודה. העבודה נעשית על בסיס יומי וכוללת בחינת הצרכים והיכולות, הכנה, השמה וליווי בהתאם לצרכיו, יכולותיו, כישוריו ורצונותיו של כל מתמודד. יש לציין כי תחום זה התפתח והשתנה מאז עבר מרכז מאור למיקומו החדש, על אודות תפנית זו יורחב בהמשך הדו"ח.

א. תעסוקה נתמכת

כאמור, רכזת ההשמה במרכז אחראית על אבחונם והשמתם של המתאימים לכך בעבודה בשוק החופשי. זאת תוך ליווי ומעקב צמוד של המתמודד והמעסיק, כמו גם ביקורים במקומות העבודה. לצורך כך, ישנן שעות המוקדשות לעבודה פרטנית ושעות המוקדשות לעבודה עצמית לצורך חיפוש עבודה, של רכז ההשמה ואנשי צוות נוספים עם המתמודדים במרכז.

ב. ביצוע הזמנות ממעסיקים (תעסוקה / מועדון תעסוקתי)

הפעילות מתקיימת בימי שני ורביעי (ובהתאם לצורך, לעתים אף יותר) לאורך כל היום, עם הפסקות לפעילויות אחרות, בהנחייתה של מנהלת התחום התעסוקתי ומשתתפים בה כל מי שאינם יוצאים לעבוד ואינם משתתפים בסדנת האמנות (אודותיה יורחב בהמשך). בסדנה מבצעים עבודה חרושתית, לרב עבור מפעל עין גדי, במטרה לשפר מיומנויות עבודה ויכולת עבודה בתנאי לחץ. פעילות זו הוותה בעבר את מוקד העשייה במרכז, בעוד שהיום הדגש מפוזר הרבה יותר בהתאם ליכולות המתמודדים. המשתתפים בפעילות זו עובדים כיום כבר באופן עצמאי לחלוטין, ללא צורך בהשגחה, ולכל היותר מספקים עזרה הדדית. בנוסף, לראות עיניה של המנחה, השתפרו יכולות התקשורת הבינאישית של המשתתפים במהלך העבודה.

ג. סדנת אפייה

מתקיימת אחת לשבוע ומועברת על ידי מנחה חיצונית שהיא קונדיטורית בהכשרתה, כיום לוקחים בה חלק שבעה מתמודדים אשר אינם יוצאים לעבוד. בסדנא אופים עוגיות במטרה למכור אותן, כאשר כיום מחוייבים לשבע אריזות בשבוע לבתי עסק שונים באזור. מטרתה של הסדנא היא שיפור מיומנויות כביצוע הוראות, מוטוריקה עדינה, דיוק, אימון באחריות ומחוייבות וכיוב'. ואכן, הסדנא משמשת למשתתפיה כמקור לאימון ביכולות תעסוקה וייצור, תוך פיתוח מיומנויות עבודה, זאת תוך שהיא משמשת כמקור לתעסוקה. בפועל, זוהי הרחבה של סדנת אפייה שהוותה חלק מהמרכז במשך זמן רב, ומדברי צוות המרכז עולה כי יש מחשבות באשר להמשך פיתוחה. בין היתר, מנסה הצוות המקצועי להשיג תעודת הכשר, על מנת להרחיב את התפוקה והייצור ובכך גם את מכירות הסדנא לגורמים חיצוניים. פעילות זו מתקיימת במקביל לעבודה החרושתית במרכז.

ד. סדנת אמנות

מטרת הסדנא הינה ייצור עסקי, זאת להבדיל בקבוצת טיפול באמנויות. בתור שכזאת, היא מתקיימת בהתאם לצורך ולכמות ההזמנות (לרב בימי שני ורביעי שעתיים וחצי בכל פעם, עם הפסקות, ובמקביל לתעסוקה), בהנחייתה של מנהלת התחום התעסוקתי ומשתתפים בה כל מי שאינם עובדים ומחזיקים בכישורים בתחום האומנויות. הסדנא מייצרת חפצים באיכות המאפשרת מכירה, תוך שיפור מיומנויות עבודה, דיוק, ריכוז, יכולת עבודה בצוות וביקורת עצמית וכללית. המשתתפים בסדנא יוצרים עבודות יד קטנות דוגמת תיקים, חמסות לנוי וכיוב', לצורך מכירה באירועים ממוקדים. לדבריה של המנחה, הפעילות מוסיפה עניין ותחושת סיפוק מהעבודה וקרקע לחיבור בין המתמודדים. כמו כן, מכירת תוצרי הסדנא בדוכנים מאפשרת שיפור מיומנויות עמידה מול לקוחות. בעבר התמקדה הסדנא בייצור עבור עמותת שכולו טוב ואף ביצעו מיזם תמונות עבור מעון היום והאשפוזית. להערכתה של מנחת הסדנא, חבריה עובדים כיום בצורה מדויקת יותר ואף מיומנים בקבלת ביקורת על עבודתם, הם אף למדו כיצד לתת ביקורת האחד לרעהו. מבחינת מכירות, נראה כי כאשר מזדמן להם למכור את תוצרתם, ההצלחות הן מעבר למצופה, כל התוצרת נמכרת והפידיון גבוה בהתאם.

פעילויות שהתקיימו בעבר ולעת עתה חדלו מלהתקיים

כחלק מתהליך התפתחות המרכז, חלו שינויים במערכת סדר היום של המקום. נתאר בקצרה מספר פעילויות אשר התקיימו בעברו של המרכז ומסיבות שונות אינן מתקיימות עוד היום. מדובר בפעילויות אשר הונחו על ידי מנהלת התחום התעסוקתי ורכזת ההשמה, ומטרתן היתה לקדם את המתמודדים לקראת יציאה לעבודה בשוק החופשי. בין היתר, נעשתה עבודה על מודל אישיות עובד, אוריינות מחשבים, היכרות עם עולם העבודה, ניתוח אירועים ומצבים בעבודה ופיתוח יכולות עבודה עצמית לחיפוש עבודה. לפי תיאורן של המנחות, פעילויות אלה הועילו מאוד עם המשתתפים אשר כבר היו במצב מוכנות ליציאה לעבודה בשוק החופשי.

פעילויות אלה נפסקו בשלב זה, כיוון שכיום המרכז מצוי במצב בו חלק מהמתמודדים יוצאים לעבודה והיתר אינם מוכנים לכך עדיין. אי לכך, הוחלט, כי לעת עתה יוקפאו פעילויות אלה. יחד עם המתמודדים, הבין הצוות המקצועי כי במצב הנוכחי מוטב לערוך שינוי כמקשה אחת, בצורה של

תעסוקה מעברית (כמפורט בהמשך). זאת מתוך חשיבה כי יש לחבר את התיאוריה לעשייה ממשית בשטח ולניסיונות מעשיים.

פעילות מתוכננת - תעסוקה מעברית

בהנחיית מנהלת התחום התעסוקתי ורכזת ההשמה, בה ישתתפו כל מי שאינם עובדים ואינם מוכנים לקראת יציאה לעבודה. מטרת הפעילות תהיה להכיר למתמודדים את עולם העבודה בחוץ באופן הדרגתי, תוך הפחתת חרדה מיציאה לעבודה. הרעיון הוא לאפשר תהליך של יציאה לעבודה באופן קבוצתי, לפרקי זמן קצרים ובליווי של אחת המנחות. הרעיון נמצא בבדיקה בשל מורכבותו הטכנית ויכולת המעסיקים לקבל אנשים לעבוד לזמן מוגבל ללא אחריות ביטוחית.

ממצאים

ממצאים כמותיים

הערה: הנתונים המוצגים לגבי משתתפי מרכז ההעשרה הינם תיאוריים בלבד, ולא הסקתיים, כפי שתוכנן מלכתחילה, בשל כמות משתתפים בכלל, ונחקרים בפרט, שאינה מספקת לצורך ניתוחים סטטיסטיים הסקתיים.

ממצאים מדווח עצמי

לאורך שנות המחקר 17 מתמודדים במרכז מילאו סדרת שאלונים. ממוצע גיל ממלאי השאלונים 39.71 (ס.ת. 10.99), כאשר הצעיר שבהם בן 25 והמבוגר בן 58. 13 (76.5%) מתוכם הם גברים ואילו 4 (23.5%) הן נשים. שניים (11.8%) נשואים, שלושה (17.6%) גרושים ושניים עשר (70.6%) רווקים. שישה מתוכם (35.3%) מתגוררים באופן עצמאי, ארבעה (23.5%) בדיר מוגן ושבעה (41.2%) בהוסטל או בקהילה תומכת. הנחקרים למדו בממוצע 10.88 שנות לימוד עם סטית תקן של 2.06. שלושה (17.6%) מעידים על עצמם כי מצבם הסוציאקונומי נמוך, ארבעה (23.5%) בינוני-נמוך, שמונה (47.1%) בינוני, אחד (5.9%) בינוני-גבוה ואחד (5.9%) גבוה. **לוח 1** מציג את הממצאים עבור המדדים משאלוני המתמודדים (איכות חיים, יחסים טיפוליים, שליטה בסימפטומים והחלמה).

לוח 1: ממצאי שאלוני מתמודדים לאורך תקופת המחקר

(N=14) 2012		(N=12) 2011		(N=14) 2010		טווח ערכים	משתנה
ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן		
3.67	.83	3.05	1.18	3.17	.83	1 בכלל לא-5 תמיד	איכות חיים : הרגשה כללית פעילות פנאי קשר עם הסובבים
3.33	1.02	2.83	1.14	3.07	.80		
3.65	.67	3.41	0.57	3.37	.74		
3.54	.32	5.81	.70	4.95	.67	1 כלל לא מסכים 7 מסכים מאוד	יחסים טיפוליים
2.24	1	2.13	.70	2.42	.66	1 במידה רבה מאוד 5 כלל לא	שליטה בסימפטומים
4.07	.63	3.84	.87	3.70	.65	1 במידה רבה מאוד 5 כלל לא	הערכת החלמה

כפי שצוין, לאור המדגם הקטן יחסית, לא ניתן להסיק מסקנות מן הממצאים והשינויים המוצגים אינם מובהקים. ככלל, ניתן להצביע על תמונה יציבה לאורך שלוש שנות המחקר עבור כל המדדים, ללא שינויים משמעותיים.

ממצאים מדיווחי צוות המרכז

להלן הממצאים אשר התקבלו על ידינו מצוות המרכז בדרכים הבאות: שאלונים אשר מולאו על ידי המטפלות במרכז אודות המתמודדים, מידע שאוגד מטבלאות המעקב בתיקיהם האישיים של המתמודדים, נתונים אודות מצבם הנפשי של המתמודדים אשר התקבל משאלונים שמולאו אודותיהם על ידי הפסיכיאטרית המטפלת וכן מידע שנאסף בעל-פה ומתוך תיקיהם האישיים של המתמודדים אשר אינם מגיעים עוד למרכז. לוח 2 מציג את הערכתן של המטפלות במרכז את תפקודם ומצבם של המתמודדים בתחומים שונים.

לוח 2: ממצאי שאלוני מטפלות לאורך תקופת המחקר

(N=13) 2012		(N=13) 2011		(N=23) 2010			
ממוצע	סטטיית תקן	ממוצע	סטטיית תקן	ממוצע	סטטיית תקן	טווח ערכים	משתנה
/התפלגות		/התפלגות		/התפלגות			
7.7%		7.7%				1 מוגבלות חמורה	יצרנות
7.7%		15.4%				2 יצרנות כושלת	בעבודה
7.7%		15.4%		20%		3 יצרנות מוגבלת	
23.1%		7.7%		5%		4 יצרנות שולית	
23.1%		15.4%		30%		5 תפקוד מתון	
7.7%		23.1%		25%		6 תפקוד נאות	
23.1%		15.4%		20%		7 תפקוד אופטימלי	
						1 חוסר במיומנויות	ניהול
						2 מוגבלות ניכרת	אורח
7.7%		15.4%		5.3%		3 יכולת מוגבלת	חיים
23.1%		15.4%		10.5%		4 יכולת שולית	עצמאי
7.7%		38.5%		21.1%		5 יכולת מתונה	
15.4%		7.7%		36.8%		6 יכולת מספקת	
46.2%		23.1%		26.3%		7 יכולת אופטימלית	
.51	4.62	.52	4.54	1.06	3.94	1 יש לקות	בריאות
						5 אין לקות	גופנית
1.33	3.46	1.92	2.91	1.60	3	1 ניהול לא טוב	ניהול
						5 ניהול טוב	כספים
.96	4.38	1.14	3.85	.93	4.26	1 תפקוד תלתי	עצמאות
						5 תפקוד עצמאי	
.77	4.38	.93	4.55	.61	4.47	1 אין תובנה	תובנה
						5 יש תובנה	למחלה

עניין בחברה	1 אין עניין 5 יש עניין	3.37	1.42	3.23	1.24	3.67	.99
יעילות חברתית	1 לא יעיל 5 מאוד יעיל	3.59	1.12	4.23	.93	4.31	.86

במטרה לקבל תמונה רחבה באשר לשינויים שעברו המתמודדים, נדרש הצוות למלא טבלאות מעקב בתיקיהם האישיים של המתמודדים במרכז. להלן נתונים שנאספו אודות עשרה מביניהם, אשר הציגו רצף והמשכיות בקבלת מענים מהמרכז, ומולאו על ידי המטפלת העיקרית שש פעמים במהלך שנות המחקר: ינואר 2010, מאי 2010, נובמבר 2010, מרץ 2011, ספטמבר 2011, אפריל 2012. נתונים אלה מציגים היבטים שונים בחיי המתמודדים: אשפוזים, שינויים בתכנית האישית ובצריכת שירותי שיקום ומעורבות המשפחה בתהליך השיקומי.

א. אשפוזים

מתוך טבלאות המעקב עולה כי 50% מבין המתמודדים במרכז לא אושפזו כלל במהלך שלוש שנות המחקר, 30% אושפזו פעם אחת במהלך תקופה זו, 10% שלוש פעמים ו-10% ארבע פעמים.

ב. שינויים בתכנית האישית או בצריכת שירותי שיקום

החלמה מאופיינת כתהליך אינדיבידואלי לא-ליניארי, המקיף תהליכים מורכבים של טרנספורמציה בזהות האישית, בתפיסת העצמי ובמשמעויות המיוחסות להם, המושפעים עמוקות מיחסים עם הסביבה ומקבלים ביטוי במגוון תחומי חיים (Davidson, O'Connell, & Tondora, Staeheli, & Evans, 2005). כמתואר בספרות תהליכי החלמה אינם תהליכים ליניאריים, כך עולה גם מתיאורי התהליכים שעברו המתמודדים במרכז מאור.

ניתן לראות למשל, כי רק מיעוט מהמתמודדים מתמידים במקום עבודתם, דוגמת המתמודד אשר ניתן להתרשם שעובד כבר למעלה מארבע שנים באותו מקום עבודה, בזמן שאחרים רק החלו בהתנסויות תעסוקתיות בעקבות השתלבותם במרכז. ניתן גם להתרשם כי חלק מן המתמודדים מתנסים למשך כמה חודשים במקום עבודה ואז מפסיקים מסיבות שונות; בעוד שאחרים מתחילים בהיקף עבודה מצומצם, של כמה שעות בודדות, ומרחיבים אותו עם הזמן ובאופן הדרגתי. בהמשך יתואר אופן הליווי האישי והצמוד של אנשי הצוות את המתמודדים, תוך ניסיון להתאימו לצרכיו, יכולותיו ורצונותיו של כל אחד ואחד, הן מבחינה תעסוקתית והן מבחינה נפשית וגופנית.

להלן מספר דוגמאות שעלו מתוך טבלאות המעקב ומציגות השתלשויות שונות ומגוונות של סיפורי החלמה ושיקום.

א' עובד באותו מקום עבודה משך כל תקופת המחקר; לעומתו י' ערך ניסיון להשתלב בעבודה שלא צלח, מספר חודשים לאחר מכן החל בעבודה אחרת שהיתה לשביעות רצונו ודבק בה כמה חודשים, הוא חדל גם ממנה, אך אז החל ללמוד מחשבים ולאחרונה אף ערך ניסיון נוסף להשתלב בשוק העבודה; ד' החליף שישה מקומות עבודה, אך מזה שבעה חודשים הוא מתמיד במקום עבודתו הנוכחי; ת', שאינה יוצאת לשוק העבודה, הולכת ומרחיבה עם הזמן את שעות הפעילות שלה בתוך המרכז; צ' ערך שני ניסיונות להשתלב בעבודה ומאז שהאחרון צלח הוא דובק במקום עבודתו למעלה משנה; דוגמא נוספת היא של ל' שהפסיק ליטול את הטיפול התרופתי שנרשם לו, על דעת עצמו, חזר לשנות ורק לאחר ששב אל התלם השתלב במקום עבודה ואף החל ללמוד, תוך כדי שמירה על מקום עבודתו. אלא שעם הזמן והעלאת המינון התרופתי שהוא נוטל, חל ליקוי תפקודי, אשר פגע ביכולותיו ועם חלוף הזמן הביא לפיטורו. ניתן למצוא אם כן במרכז לא מעט אופיינים לתהליכים שיקומיים שונים, אשר מוכרים ברב גוניותם בקרב אוכלוסיית המתמודדים עם תחלואה כפולה.

ג. מעורבות המשפחה בתהליך השיקומי

עוד עלה כי 90% מן המתמודדים במרכז, אודותיהם מולאו טבלאות המעקב, מקבלים תמיכה משפחתית במידה כזו או אחרת לאורך התהליך השיקומי. בקרב אותם מתמודדים, הזוכים לתמיכה משפחתית, ב-56% מהמקרים מדובר באם. בנוסף, ניתן לראות לאורך שנות המחקר, כי בקרב 67% מאותם מתמודדים, ניכרה עקביות במידת המעורבות של בן המשפחה, בקרב 22% חלה עליה קלה בעקביות ובקרב 11% חלה דווקא ירידה במעורבות.

לוח 3 מציג את דירוג הפסיכיאטרית את מצבם הקליני של המתמודדים במרכז.

לוח 3: ממצאי שאלוני פסיכיאטרית לאורך תקופת המחקר

2012 (N=19)		2010 (N=19)		טווח ערכים	משתנה
ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן		
1.71	.30	1.57	.37	1 אין בעיה 7 חמור מאוד	דירוג פסיכיאטרי
5.67	.49	4.31	.86	1 רגיל 7 חולה קיצוני	חומרת המחלה
2.67	.49	2.08	.76	1 השתפר משמעותית 7 החמיר בצורה קשה	מידת שינוי קליני מאז קבלה למרכז

כאמור, נתונים אלה מציגים את התרשמותה של הרופאה המלווה את המתמודדים במרכז מבחינה פסיכיאטרית. לכאורה, נראה כאילו מצבם הפסיכיאטרי וחומרת מחלותיהם של המתמודדים במרכז מחמירים. יחד עם זאת, יש לשים לב כי השינוי הוא קל וחשוב להזכיר כי אין מדובר בתוצרים של ניתוחים סטטיסטיים, אלא תיאוריים בלבד ולא ניתן להסיק מהם על כלל האוכלוסייה או על מגמה כלשהי.

במהלך שלוש שנות המחקר 52 אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה נקלטו במרכז, מתוכם 37 אינם צורכים עוד את שירותיו. להלן ניתוח מידע אודות אוכלוסייה חסרה זו. מדובר באנשים אשר ממוצע חודשי שהותם במרכז עמד על 15.6, ונע בין חודשיים לכל הפחות, לבין ארבע שנים ושימונה חודשים, לכל היותר. הסיבות לכך שמתמודדים אלה אינם פוקדים עוד את המרכז, הן רבות ומגוונות, אך ניתן לחלק אותן לארבע קטגוריות עיקריות: 7 (19%) עזבו בעקבות שיפור במצבם, 5 (13%) מתוך בחירה אישית, מצבם הנפשי של 4 (11%) הדרדר ואילו 21 (57%) נוספים חזרו לשימוש. למיטב ידיעת הצוות, המתמודדים שאינם משולבים עוד במרכז, התפזרו באופן הבא: 5 (13%) שבו לבתייהם, 12 (32%) לבתי הוריהם, 2 (5%) התאבדו, 5 (14%) מקבלים שירותי שיקום במסגרות אחרות, 5 (14%) במעון היום ובאשר ל-8 (22%) הנותרים לא קיים מידע עדכני. בהקשר זה יש לשים לב כי 14 מתוך כלל המתמודדים שאינם עוד במרכז, המהווים 38% מתוכם, אינם תושבי אשדוד. חשוב להזכיר כי על אף הרושם העולה מנתונים אלה, כי 71% מהמתמודדים שקיבלו שירות במרכז נפלטו ממנו, בקרב מכורים בכלל אחוזי ההצלחה לשיקום מאוד נמוכים, לא כל שכן כאשר מדובר בתחלואה כפולה, באנשים המתמודדים גם עם בעיות נפשיות.

לסיכום החלק הכמותי, ניתן לומר כי לא נמצאו שינויים משמעותיים במדדים השונים שנחקרו, למעט שיפורים קלים בחלק מתחומי החיים של המתמודדים להתרשמותם של אנשי הצוות במרכז ולהחמרות קלות, לכאורה, במצבם הנפשי להתרשמותה של הפסיכיאטרית המטפלת. יחד עם זאת, יש לשוב ולהדגיש כי השינויים מהווים תוצאות תיאוריות בלבד ולא משוב של ניתוחים סטטיסטיים ולכן לא ניתן להסיק מהם מסקנות גורפות, אלא רק להתרשם ממצב מקומי נתון.

ממצאים איכותניים

חלקו האיכותני של מערך המחקר מורכב כאמור בעיקר מראיונות עם צוות המרכז, ראיונות עם המתמודדים במרכז וראיונות עם מעסיקים. להלן הממצאים שעלו ממקורות אלה.

ראיונות עם צוות המרכז

את תקופת הליווי המחקרי ניתן לחלק לשלושה שלבי התפתחות עיקריים, השלב הראשוני, השלב שקדם למעבר והשלב שלאחריו.

שלב ראשון:

במהלך שנת המחקר הראשונה, עיקרי הנושאים שעלו מאיסוף נתונים מראיונות עם צוות המחקר נגעו לראשוניותו ולצורך בהבניתו של מרכז מאור. דובר בעיקר על תהליך למידה מתמשך של השילוב הנדרש במקרה של עבודה עם המתמודדים עם תחלואה כפולה, וכן על הקשיים הכרוכים בכך.

א. תהליך למידה מתמשך לגבי העבודה המשולבת

חלק מהצוות הגיע מתחום השיקום וחלקו מתחום ההתמכרויות, אשר הוו עבורם שני עולמות שונים ואפילו בחלק מהעקרונות מנוגדים (כמו בנוגע להתייחסות לכללים וגישות טיפול שונות). לדברי המרואיינים, הצוות עבר תהליך משמעותי בהבנת האחר, בקבלת השונה, ביצירת חשיבה גמישה

ורחבה, חשיבה הכוללת בתוכה מרכיבים משני עולמות, לומדת כיצד לאפשר להם להתקיים יחד, ובסופו של דבר ליצור גישה ושפה משולבת המאחדת את המענים הדרושים למתמודדים עם תחלואה כפולה.

דוגמא לכך נוגעת, כאמור, לנושא הגבולות ויכולת הבחירה של המתמודד. המדריך המכור נקי למשל, הגיע מתחום ההתמכרויות עם גישה טיפולית לפיה ה"מכור" אינו יכול לבחור מה טוב עבור עצמו. לדבריו, חלק מהעקרונות של הטיפול במכורים מתבסס על האמונה כי טוב למכור להפקיד את הסמכות בידי המדריכים ובעלי הסמכות אשר יחליטו מה טוב ונכון עבורו ומה עליו לעשות. לדבריו, היה עליו לעבור תהליך על מנת להבין כי מדובר באנשים שההתמודדויות שלהן מאוד שונות, וכי הקשיחות והסמכותיות הם כלים פחות מתאימים לעבודה עמם. כמו כן, היה עליו ללמוד גם אודות גישות מעולם השיקום וההחלמה, שבמרכזן עומדת הזכות והחופש של כל אדם לבחור בדרך המתאימה לו.

דוגמא נוספת מתייחסת דווקא לחברי הצוות שהגיעו מעולם השיקום ודגלו ביצירת מרחב המאפשר בחירה ובאמונה באדם כבסיס לתהליך השיקום. לדבריהם, הם נכחו לגלות כי כאשר האדם חולה ב"מחלת התמכרות" היא תופסת לרוב את המקום המרכזי, כך שפעמים רבות קשה עד בלתי אפשרי להתבסס על אמון בכל הנוגע לשימוש בחומרים ממכרים או לבחירות לא נכונות. במקרה זה, היה על הצוות ללמוד להפריד בין האמון באדם לבין הבדיקות והכללים שאין מנוס מלקיים ולאכוף, על מנת לתת מענה הולם למחלת ההתמכרות. דוגמאות אלה משקפות תהליך ארוך שעבר צוות המרכז בניסיון ליצור מרחב שיקומי טיפולי נכון וגישה המשלבת אלמנטים משני העולמות, תוך יצירת דרך שלישית שיש ביכולתה לספק מענה הולם ומאוזן לשתי הבעיות במקביל, במטרה להגיע לטיפול האופטימלי עבור אוכלוסייה זו.

ב. קשיים בעבודה עם תחלואה כפולה

מתוך הראיונות עם אנשי הצוות, עלו קשיים הנוגעים לסוג האוכלוסייה לה המרכז נותן מענה. ניתן לראות כי העבודה עם אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה מעמידה את הצוות באתגרים ודילמות השכם וערב, להלן כמה מהסוגיות המעסיקות את הצוות בהקשר זה. השאלה מהן הסיבות או מהו מקור הקשיים ומהי הדרך המתאימה להתמודד עמם, היתה סוגיה שעלתה לעיתים קרובות במהלך העבודה. למשל, כאשר מתמודד לא קם בבוקר, עולה השאלה האם הדבר נובע מקושי עם הטיפול התרופתי, מהסימנים השליליים או הדכאון (התחום הנפשי), או שאי הקימה נובעת מדפוסים והרגלים וקושי להתמיד ולעמוד בכללי המסגרת (תחום ההתמכרויות).

סוגיה נוספת התייחסה לקושי של המתמודד להפסיק להשתמש בסמים ובו זמנית להסתגל להופעת או להחמרת התסמינים של הבעיה הנפשית, אשר הוותרו שנים רבות על ידי השימוש בסמים. בין תסמינים אלה תחושת ריקנות מאוד גדולה, דכאון, חרדה ועוד. פעמים רבות, רק לאחר שהמתמודדים מתנקים מהסמים, הם מבינים שהם גם מתמודדים עם בעיה נפשית ורק אז הם מבינים שהתסמינים שהם חווים נובעים מהבעיה הנפשית ולא מהשימוש בסמים.

סוגיה אחרת היא הקושי בהתמודדות עם אפיונים אישיותיים של האדם המכור. לדברי אנשי הצוות שהגיעו מתחום השיקום, העבודה עם מכורים לסמים חושפת אותם לדפוסי התנהגות שונים ומורכבים, המעמידים את הצוות, בכל פעם מחדש, מול דילמות מגוונות והכרח לפתח דרכי עבודה שונות מהמוכר להם. לעומת זאת, עבור אנשי הצוות שבאו מתחום ההתמכרויות, התסכול נבע מקשיים המתעוררים ברגע שהמתמודד מתחיל את גמילתו מהסמים, אז מתגלה תמונה שונה מזה שהכירו עד כה. עיקר ההתייחסות מופנית להתמודדות עם התסמינים השליליים של המחלות, לקושי להבין את טבען ואת הקשיים המלווים אותן. כמו כן, ברגע שהאדם פחות עסוק בהשגת את הסמים ובהישרדות היום יומית שלו, לעתים קרובות הוא מוצף מנושאים או מחומרים רגשיים, איתם לא התמודד עד כה.

סוגית ריבוי הצרכים: חלק מהמתמודדים עם תחלואה כפולה סובלים גם מבעיות בריאותיות קשות וכרוניות, אשר התפתחו בעקבות השימוש (כמו צהבת). כמו כן, לחלק מהאנשים יש עבר פלילי וחלקם אף מלווים בקציני מבחן. לאור כך, עבודת הצוות היא מורכבת ונדרשת למידה רחבה, שמעבר לתחום המומחיות שלהם, אשר כאמור נמצא בהתהוות.

שלב שני:

בראיונות ובמפגשים אשר נערכו עם אנשי צוות המרכז החל במחצית השנייה של שנת 2010, לפני המעבר למשכן החדש, אחת הנקודות המרכזיות שעלו היתה **הצורך בבנייה ובפיתוח של התחום התעסוקתי**. הצוות הכיר בכך שהמועדון התעסוקתי לא נתן בזמנו מענה שיקומי הולם וכי הפער בין המועדון, כמסגרת שיקומית, לשוק העבודה הממשי, גדול מדי. נעשה ניסיון לגייס מתנדבים אשר ישתלבו במועדון התעסוקתי ויסייעו בהרחבת תחום התעסוקה המעברית, אולם הפרוייקט לא צלח. יחד עם זאת, ניכר כי לאורך כל תהליך החשיבה על פיתוח התחום התעסוקתי, גברה ההכרה כי המיקום הנוכחי של המרכז, באזור המרוחק ממקומות תעסוקה, אינו מאפשר פיתוח זה לשם מתן מענה הולם למתמודדים.

א. בפן השיקומי **ייחודיות העבודה עם המתמודדים עם תחלואה כפולה** הוסיפה להדהד. תקופה של "מעידות" לא מעטות של המתמודדים במרכז חיזקה את שיתופי הפעולה בתוך המרכז, הן בקרב אנשי הצוות והן בקרב המתמודדים וכן עודדה את חיזוק הקשר והעבודה המשותפת עם מסגרות אחרות כגון ההוסטל שבו חלק מהם מתגוררים.

ב. בראיונות שנערכו סמוך למועד **המעבר** למשכן החדש, ניכר שינוי בתפיסה בתחום התעסוקתי. כפי שהטיבה לנסח זאת מנהלת התחום התעסוקתי, המטרה שעמדה לנגד עיניהם הפכה **"להשתמש בקהילה כמקום הכשרה במקום במועדון"**. בכלל, השיח אודות השינויים הרבים המתוכננים עם המעבר, מבחינת אופי הפעילויות בתחום זה, היה מרכזי. הצוות העיד על חששות המתמודדים ביחס לשינויים הצפויים, חששות אשר זכו להתייחסות בפגישות אישיות, בהן הוסבר לכל אחד מהמתמודדים כי השינויים הצפויים יתרחשו בהדרגה ותוך תמיכה מלאה של הצוות במרכז. חברי הצוות מצאו לנכון להתייחס גם לעבודת הצוות הטובה שקיימו, בשיתוף עם המתמודדים, בכל הכרוך בהתארגנות לקראת המעבר.

שלב שלישי:

בביקורים שנערכו לאחר מעבר המרכז למשכנו החדש וכללו ראיונות ותצפיות, בלטו כמה נושאים מרכזיים, כגון ההדרכה המקצועית; מודל העבודה בתחום התעסוקה; עבודת הצוות, השינויים והמחסור בכח האדם; שיתוף הפעולה עם מעון היום וגורמים חיצוניים ותכנים שעלו מתוך הקבוצות.

א. ההדרכה מקצועית והשינויים באופי העבודה

ניכר כי מאז המעבר למשכן החדש, הפעילות הפכה בהדרגה להיות מאורגנת יותר. החויה של המרכז כמקום עבודה מתעצמת ומקפידים יותר על משמעת. מן הראיונות עלתה ההכרה בצורך לשים יותר גבולות בעבודה עם המתמודדים, במקביל להכלה ולגישה מאפשרת יותר שהיו נהוגות במרכז. כמו כן, התכנון והחשיבה קדימה ניכרים בכל תחומי העבודה ובמיוחד בתחום התעסוקתי. כל אנשי הצוות תארו מטרות ממוקדות ומעשיות יותר מבעבר, המושתתות על דרכי ביצוע ידועות מראש ומוגבלות בלוחות זמנים מתוכננים. שינויים אלה התרחשו במידה רבה בזכות ההדרכות שקיבל הצוות מאשת המקצוע אשר לוותה אותם לאורך כל התקופה שקדמה למעבר ובמהלכה. הצוות דיווח על שביעות רצון רבה מההדרכות ועל היעזרות בהן לצורך בניית מודל העבודה. ניכר כי הצוות היה לא רק פתוח לשמוע המלצות מהמדריכה בנוגע למודל העבודה, אלא אף יישם את המלצותיה בצורה מעוררת הערכה.

ב. מודל העבודה בתחום התעסוקתי

בתחום זה הצוות העיד על שינויים רבים המתרחשים בהדרגה. גויסה רכזת השמה אשר תיארה עבודה בשיתוף עם רכזת התעסוקה ומנהלת המרכז, במטרה להגיע בהדרגה להשמה בעבודה בשוק החופשי של כל המתמודדים, בהתאם למידת מוכנותם, כישוריהם ויכולותיהם, ממש כפי שהדבר נעשה בחברות השמה שאינן ממוקדות לעבודה עם אוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה. רכזת ההשמה ציינה כי חשוב לה לעבוד עם המתמודדים ללא ידיעה מוקדמת אודות הרקע שהלם ועברם במרכז, מלבד מה שרלוונטי לנושא התעסוקה, עליו שאלה אותם בראיון.

ג. עבודת הצוות, השינויים והמחסור בכוח האדם במרכז

הצוות התייחס לשינויים בהגדרות תפקידיהם (יצויין בהמשך הדו"ח). חברי הצוות העידו על עבודה צוותית ושיתוף פעולה טובים ובתוך כך על גיבויים הדדיים. גם את בת השירות הלאומי רואים יתר חברי הצוות כחלק מהם לכל דבר ועניין ומעודדים את המתמודדים לראיה דומה. נושא נוסף שעלה בריאיונות הוא המחסור בכוח האדם בתחום הטיפול במרכז. בעבר הייתה במרכז עובדת סוציאלית נוספת בחצי משרה, אשר חלקה עם מנהלת המרכז את האחריות בתחום הטיפולי, אולם מאז יציאתה לחופשת לידה היא לא הוחלפה בעובדת סוציאלית אחרת. הדבר יוצר עומס גדול על מנהלת המרכז שנוסף על תפקידה כמנהלת היא אמורה לתת מענה מלא בתחום הטיפולי. ניכר כי הדבר גורם לה להקדיש פחות זמן ואנרגיה לתחום הניהול והפיתוח ובכך פוגע בתחומים אלה. העובדה כי מנהלת המרכז הינה גם המטפלת הפרטנית והאמונה גם על תחום מעורבות המשפחות בתהליכי השיקום של המתמודדים, גורמת למכלול קשיים בהתנהלותו של המרכז. לאור מורכבות האוכלוסייה והחשיבות בגבולות ברורים ובדמות סמכותית לצד קבלה, הכלה ואמפטיה, ישנה חשיבות בחלוקת עבודה

מתאימה. כמו כן, עומס המשימות אתו מנהלת המקום נאלצת להתמודד ביום יום מקשה עליה להתמקד בקידומו של המרכז תוך תכנון והסתכלות קדימה וגורם לכך שפעמים רבות היא מתמקדת בעבודה בפרט או בכיבוי שריפות.

ד. שיתוף פעולה עם מעון היום וגורמים חיצוניים

לדברי אנשי הצוות, הקשר עם מעון היום התחזק מאד מאז המעבר למשכן החדש הסמוך לו. המרכז ומעון היום נמצאים כעת בקומות נפרדות באותו מבנה והדבר סייע בהידוק הקשר ובשיתוף הפעולה בין שני הגופים, שהם חלק ממערכת אחת. הדוגמה המשמעותית ביותר שעלתה לכך, היא זמינות הרופא הפסיכיאטר במקום; בעבר מתמודדים היו צריכים להגיע בעזרת תחבורה לקצה השני של העיר כדי להגיע אליו, היום כשהמרכז צמוד למעון היום, הפסיכיאטר זמין הרבה יותר והבעיות נפתרות יותר מהר. מלבד שיתוף הפעולה עם מעון היום, הצוות העיד על שיתוף פעולה הדוק עם הצוותים בהוסטלים ובדיוור המוגן (מסגרות בהן מתגוררים כ-50% מהמתמודדים במרכז), וכן עם המשפחות של חלק מהם הזקוקים לליווי והדרכה צמודים יותר. שיתוף הפעולה מאפשר רצף שיקומי ומעקב צמוד, המאפשר למשל לספק מענה מהיר ומתאים במקרה של מעידות.

ראיונות עם המתמודדים במרכז

לאורך שנות המחקר, נערכו שמונה עשר ראיונות עומק עם המתמודדים מקבלי השירות במרכז. הראיונות הוקלטו, תומללו ונערך ניתוח תוכן שלהם, מתוך כוונה להבין ולהמשיג את חווית המרואיינים וללמוד לגבי השתתפותם בתוכנית. ניתן לראות כי הראיונות עם המתמודדים מאפיינים שתי תקופות במרכז: התקופה שלפני המעבר והתקופה שלאחריו.

בסוף אוגוסט 2010, כאמור, עבר המרכז למשכנו החדש. כפי שכבר צויין, מעבר זה פתח תקופה של שינויים מהותיים באופי פעילות המרכז, אשר כללו בעיקר מעבר מהפעלת מועדון תעסוקתי להתמקדות בהכוונה תעסוקתית והשמה לעבודות בשוק החופשי. לקראת המעבר, נערכו ראיונות עם מתמודדים, בהם הם נשאלו, בין היתר, באשר לתחושתיהם כלפי תכנית המעבר, הידע שיש ברשותם אודותיו, ציפיותיהם ממנו ותחושתיהם כלפי היציאה לעבודה מחוץ למרכז המתוכננת עבורם.

כך בתקופה שלפני המעבר, ניתן להתרשם כי המתמודדים מציגים התייחסות חיובית מפעילות המרכז באופן כללי. רוב המתמודדים הביעו **שביעות רצון ראויה לציון מהתכנית** ומרואין אחד אף אמר "זכיתי שאני במאור". הם ציינו לטובה את הליווי והתמיכה הטיפולית במרכז ואף את הפן החברתי בו. חלקם דיברו על יתרונות המרכז כמסגרת נוחה המאפשרת "להעביר בה את הזמן", ובכך מסייעת להם בשמירה על ניקיון מסמים: "אפילו היום זה היום החופשי שלי ובאתי לפה. מאוד חשוב לי החברים, מסגרת, תעסוקה".

טענה שכיחה שעלתה בראיונות היא חוסר העניין והאתגר שבעבודה החרושתית במועדון התעסוקתי בתקופה זו. רוב המרואיינים חוו עבודות אלה כפשוטות מדי, משעממות, עבודות שאין בהן הנאה וסיפוק ושאינן מצריכות חשיבה. כפי שהגדיר זאת אחד המרואיינים, אלה עבודות שעושים אותן

“כמו רובוטים”, ללא הרגשה של מטרה. תלונה נוספת שעלתה אצל חלק מהמרואיינים הייתה כלפי המשכורת, שהיא נמוכה מאד. רבים ציינו שחשוב להם לקבל תמורה הולמת תמורת העבודה שלהם: “העבודה פה היא לא עבודה שמצריכה כח פיזי ונפשי, מתנהגים אלינו בעדינות. במקום עבודה אין את התנאים שיש פה, אבל בכל זאת עדיף לי להרוויח קצת כסף שזה חשוב מאוד”.

באופן כללי, המרואיינים הביעו שביעות רצון מהקבוצות המתקיימות במרכז, גם מהקבוצות הטיפוליות וגם מאלה המיועדות לטיפול בהתמכרות. חלקם “מתחברים” יותר לתוכן של הקבוצות (למשל ציור, קרמיקה וכיוב') וחלקם פחות:

“לפעמים אני עובדת באמנות, זה מאוד מעניין שאני יכולה לדמיין ולחשוב ולעשות דברים”

הראיונות נערכו לאחר שהתקיימה פגישה בה סיפרו למתמודדים על המעבר ועל השינויים הצפויים. במהלך הראיון הפגינו המרואיינים ידע בסיסי על המעבר ועל השינויים ובטאו הרגשה כללית חיובית כלפי הנושא. רוב המרואיינים הביעו רצון לצאת לעבוד מחוץ למועדון התעסוקתי וביטאו תחושה שהם מוכנים לכך:

“[מראיינת: אם תמצא מקום שאתה נהנה לעבוד בו, תרצה להמשיך לעבוד בו?] בטח, זה השינוי שאני צריך לעשות בחיים. [מראיינת: זאת אומרת שזה ממש מקפצה] לקריירה. לא לקריירה, אני לא מאמין במילה הזו אבל וואלה, אפשר, אולי. אני חושב שיש לי את היכולת לעשות את הדברים האלו ממה שרכשתי פה”.

חלק מהמרואיינים אמרו במפורש שהם שמו להם למטרה לצאת לעבודה בשוק החופשי ושהם “לא באו להשתקע” במרכז. כל המרואיינים הפגינו מושג כלשהו באשר לתחום בו היו רוצים לעבוד, לחלקם יש מקצוע או נסיון תעסוקתי, המסייעים להם לדעת מה הם רוצים ומה מתאים להם. מבין אלה בעלי המקצוע, חלקם היו רוצים לחזור לעבוד בתחום וחלקם לא. חלק מהמרואיינים ציינו גם תנאים אחרים שהיו רוצים שעבודתם בעתיד תכלול, כגון מודעות למצב המיוחד שלהם ותמיכה מצד המעסיק, או תנאים פיזיים מסויימים. ניתן היה למצוא הטרוגניות רבה בקרב המתמודדים מבחינת תחומי ההעסקה הרצויים והדרישות ממקום העבודה.

לסיכום הראיונות מהתקופה שקדמה למעבר, ניתן לראות כי מנקודת מבטם של המתמודדים, המרכז עונה על הצורך הטיפולי הקבוצתי והאישי, ואף נותן מענה לתחום ההתמכרות. נראה כי התחושה בקרב הצוות והגורמים המקצועיים המלווים את המרכז כי יש צורך בפיתוח התחום התעסוקתי, עולה בקנה אחד עם תחושותיהם של המתמודדים.

בתקופה שלאחר העתקת המרכז למיקומו החדש והשינויים שחלו בו, נערכו ראיונות נוספים עם המתמודדים במרכז, מתוך מטרה להשלים את התמונה שעלתה מן הראיונות הראשונים שהובאו כאן. ניתן לראות גם מתוך רשמי המתמודדים שעלו בראיונות בתקופה זו, כי יש מיקוד רב יותר בעשייה הן ברמה התוכנית והן ברמה הטכנית. המרואיינים התייחסו לשבעה נושאים, המובאים להלן.

א. חוויה כללית מהשהות במרכז

רבים מהמראיינים הביעו תחושות חיוביות והערכה כלפי המרכז והשהות בו :
"המקום הזה עוזר להם (מכורים), נותן את האור, תקווה בחיים... בקבוצות, משתתפים, מדברים עם המדריכים, ועובדים. זה מאד עוזר. הכל ביחד";
"אני חושב שהמקום הזה זה, זה פרס לכל מי שנמצא פה, באיזהו מקום. זה לא דבר שהיה מובן מאליו";
"אני חושב שבאמת, אנשים בגילי, בני 47, 50 עוד מעט, זה לא... נותנים להם צ'אנס פה במאור והם צריכים באמת לקחת את זה בשתי ידיים ובשתי ידיים ובשמונה ידיים ולא לתת לזה לברוח מהם ובאמת לעשות דרך, ויש אנשים שעושים דרך".
מהראיונות עלה כי עבור חלק מהמתמודדים המרכז מהווה מקור הגנה, כמו משפחה, מקום בו האנשים מקבלים ונותנים תמיכה אחד לשני בכל מצב.

כמה מהמתמודדים שהתייחסו למרכז, כמו גם למקומות העבודה שהוא מתווך, כאל מקומות המספקים להם תעסוקה לשעות היום: "אני בא להעביר את היום כאן. להיות חצי יום כאן וללכת הביתה. אני הולך הביתה לישון". אמנם עבור חלק מהמתמודדים המרכז נחוה כמקום להעביר בו את הזמן, אך אחרים בחרו להתמקד ולהתייחס למרכז כמסייע למכורים בהתמודדותם עם המחלה, ואף כמעניק טיפול משולב למתמודדים הן עם בעיות נפשיות והן עם התמכרויות.

והיה גם מי שהתייחס אל ההתאמות המיוחדות הנעשות לצורך כך במרכז :
"בן אדם שלא ישן אז לא יתנו לא קלונקס, או לא יתנו לו ווליום, יתנו לו משהו שלא, לא ממכר, משהו שיוכל לעזור לו. אנשים יותר מיומנים פה במאור, בקטע הנפשי, בקטע ההתמכרות. הפעילויות פה מגוונות, הקצב של העבודה זה קצב של תחלואה כפולה, זה לא מאיצים כך ולא... נכון, דורשים ממך להיכנס בזמן, מנסים ללמד אותך לנהל אורח חיים בריא, אורח חיים נכון, אבל גם מודעים לבעיה, אבל לא נותנים לה מקום. מודעים לבעיה שאנחנו, קצת אולי יותר אמיים בעבודה, אז לא מאיצים בנו, אבל גם לא נותנים לנו לשכב על השולחן ולשים את הראש ולהגיד אני עייף או שאני חולה או שאני לא מרגיש טוב".

תיאור חוויותיהם של המתמודדים במרכז מצביע על חשביותו של המקום עבורם, החל ממתן מענה בסיסי כמקום להעביר בו את שעות היום, במקום להיות כל היום בבית, או לחזור להשתמש, וכלה בהבנה כי יש מענה למחלת ההתמכרות. מהנתונים עולה התחושה כי הצוות מבין את צרכיהם "גם אם לא מאיצים, אז דורשים". כמו כן, המראיינים מצביעים על הצורך בלמידת דפוסי התנהגות חדשים, דבר אשר גם עבורו מוצאים במרכז מענה. ניתן גם להתרשם מהתייחסות לייחודיותו של המרכז כנותן מענה למתמודדים עם תחלואה כפולה. מהתיאורים עולה כי צוות המרכז מכיר בקשיים וגם יודע היכן להציב את הגבולות על מנת להמשיך ולסייע למתמודדים עם מחלתם.

ב. התייחסות לצוות ולתפקידיו

המתמודדים התייחסו לתמיכה שהם מקבלים מהצוות במרכז, לאפשרות הניתנת לשחרר את שעל ליבם, להתוות להם את הדרך ולמאמצים הנעשים כדי לשלבם בקהילה. באמצעות תיאוריהם ניתן

להבין את תפקידי הצוות ואת האתגר העומד מולם במתן מענה המשלב בין הצרכים השונים והמגוונים העולים מן הדיווחים :

“אני בא אליה, שופך את מה שיש לי בלב, מרגיש הקלה, והולך”;

“היא (רכזת השמה) עוזרת ותומכת ומנסה לסדר עבודה לכולם. ונוח איתה וטוב איתה והיא באמת מוכנה והיא גם באמת עושה, מכניסה אותנו לעבודה וזהו”.

לא אחת תארו המתמודדים את אנשי הצוות בתיאורים שמימיים ואף כמי שתפקידם הוא לשמור ולהגן עליהם :

“אנל’א יודע למה היה לה (למטפלת) כל כך סבלנות ממני, כנראה היא קורצה באמת מחומר של מלאכים ובשבילי היא הייתה מלאך אז”;

“ הם [הצוות] אנשים מאוד שומרים על הסדר, שומרים שנהיה נקיים, שומרים שנהיה מרוצים בעבודה, שנהיה מסודרים”.

אם בתיאור הראשון ישנה התייחסות לאופי המטפלת ולתחושה של שמירה ממקום מלאכי כמעט, בתיאור הבא אחריו ניתן להתרשם מהתייחסות להיבט של גבולות ודרישות, אשר גם הם נועדו לשמור ולהגן על המתמודדים.

חלק מהמתמודדים התייחסו למודעותם לצורך בגבולות במרכז ולהיבטים נוספים בקשר עם הצוות, כאשר במצבים מסוימים התנהלות אנשי הצוות עוררה בהם בתחילה התנגדות, אך בהמשך הם התוודעו לכך שטובתם היא שעמדה לנגד עיניהם. היו מי שהתייחסו לקשיים ביצירת האמון בשלבי ההכרות. תחושת הביטחון של המתמודדים שיש ביכולתם להשמיע גם ביקורת על אנשי הצוות עלתה לא רק ברמה האישית, אלא גם מתוך תפיסה מערכתית. מתמודד אחר התייחס לפן החיובי שהוא למד לגלות באופן בו המטפלת שלו מציבה לו גבולות, על אף שהדבר לא תמיד פשוט עבורו :

“אני מטופל שלה כבר שנה בערך, שנה ומשהו, היה לי ירידות ועליות איתה, כי סך הכל היא קצת יותר קשה. כל אחד יש לו את השיטה שלו, לא כל בן אדם עובד באותה שיטה. וכנראה, אני חושב, שזה מה שעוזר לי גם כן, יותר. אני צריך את היד הקשה יותר מאשר את היד הרכה. היד הקשה קצת קידמה אותי עם הגבולות למקומות יותר גבוהים. בשנה האחרונה ממש. יותר חותכת דברים שצריך ואני מרגיש את זה. זה לפעמים מכעיס אותי, זה משגע אותי. אבל אני יודע שהיא עושה את זה לטובתי”.

אחד המתמודדים התייחס לכך שהוא מבין כי הצוות רוצה בטובתו, שכן למרות שברור לו שהיו יכולים לומר נואש, הם מוסיפים לנסות לסייע לו ולספק לו שירות במסגרת המרכז :

“ ראיתי שהם ניסו לעזור לי, שעדיין הם לא אמרו את המילה, אני רואה את זה. עובדה ואני יושב פה היום. אפילו שהמטפלת אמרה שאין כבר, היא לא יודעת מה לעשות, אחי ואני מאמין שהיא לא יודעת כבר מה לעשות אחי. אבל אני יודע שאם אני יושב פה היום, למרות התגובה החריפה רוצים לעזור לי”.

עלתה גם ההבנה של מתמודדים לשמור על הגבולות ועל קוד ההתנהגות שלהם מול אנשי הצוות :

“להתנהג בנימוס כלפי אנשי צוות, כי זה נורא חשוב לדעתי את הגבול, עד לאן אפשר לדבר, עד לאן אפשר לצחוק. אבל כל דבר צריך לקחת אותו בצורה נכונה, זה דבר שלקיתי בו קצת בחסר בעבר.”

ניכר כי המתמודדים במרכז מכבדים את אנשי הצוות ורואים בהם מי שנמצאים שם לא רק כדי לסייע בידם ולקדם אותם, תוך שמירה על גבולות וחוקים כחלק מהמערך השיקומי, אלא גם כדי לשמור ולהגן עליהם.

ג. שינויים שחלו במרכז בעקבות המעבר למבנה החדש

לשאלה ביחס לשינויים שחלו במרכז מאז עבר למבנה החדש, התייחסו המתמודדים להעברת הדגש מעבודה חרושתית לפעילות קבוצתית:

“עכשיו זה לא מקום מועדון תעסוקתי שהיינו עובדים שם. זה פחות עבודות יותר קבוצות, יותר מסבירים לנו על ריאיון עבודה, איך ללכת להתקבל לעבודה, על הלחצים בעבודה, כל מיני דברים שקשורים לעבודה. שנתקעים בעבודה. אז יותר נושאים כאלה”

מתמודדים רבים הביעו שביעות רצון משיפור מיקומו הגיאוגרפי של המרכז ונגישותו מבחינת תחבורה ציבורית וקרבה למקומות עבודה:

“פה דווקא יותר טוב. קרוב לעבודה, קרוב לתעסוקה שהם נותנים לנו פה עבודות. זה קרוב לעבודה וזה נוח. נוח להגיע יותר מאשר לפה ממתנס עוזיאל. כי פה זה יותר קרוב לאוטובוס. זה ממש קרוב יותר ל... וזהו, נוח יותר, פשוט נוח יותר”

היו גם מי שהתייחסו לשיפור האסתטי בתנאי המרכז:

“קודם כל המקום הזה, זה יותר נעים מבחינת מקום, מבחינת חזות של מקום, מקום יותר נוח. שמה זה בתוך העיר, בלב העיר, פה זה אזור החעשיה, אנשים יוצאים בבוקר, מגיעים למקום יותר יפה. בוא נגיד חיצונית”.

ובתוך כך, ניכרה גם התייחסות למשמעות האחזקתית של המעבר למקום שהוא סמוך למעון היום, על אנשי המקצוע הפועלים בו:

“אנשים יוצאים מפה לעבודה בצורה יותר מהירה מלוויים על ידי עובדת השמה ומונהלת מקצועית ועובד סוציאלי ורופא צמוד למקום. ואח צמוד למקום, אחות צמודה למקום. המקום הזה התקדם, המקום הזה עוד יותר ראוי להערכה”.

דובר גם על תחושת המתמודדים שעליהם להצדיק את השיפור בתנאים המשופרים בהם הם חשים שזכו, ולהוכיח למספקיהם כי המהלך היה כדאי:

“גם שם במתנס עוזיאל זה היה קשה והיה טוב, פה הוא ראוי להערכה, המקום הזה יותר ראוי. מכל הבחינות. אני מקווה שאנחנו נצדיק את המקום הזה שבאמת אנחנו ראוים למקום כזה, כי סך הכל, בואי נדבר בדבר, בדבר שהוא אולי הכי פשוט אבל הוא הכי קובע. לפי דעתי, זה הצורה של הניקיון, זה לא לזרוק מסטיקים, וזה לא לזרוק סיגריות על הרצפה. פה אנשים צריכים להקפיד על הדברים האלה. המקום הזה נראה... שמה זה גם לא היה בסדר, שמה שהיו עושים את זה, אבל

פה זה יותר ראוי מכל הבחינות, לא רק הניקיון, ולא רק הסדר, זה כל מה שמניתי מקודם, זה העובדים הסוציאליים, וזה הרופאים והסוללה. זה כבר מקום”.

באופן כללי עלתה מן המתמודדים תחושה של התקדמות ורצון להוסיף ולהתקדם בעקבות המעבר, ושל התייחסות רצינית יותר של המרכז לעצמו ושלחם למרכז ועקב כך גם לעצמם וליכולותיהם להתקדם, בין היתר, בתחום התעסוקתי:

“קודם רק עבודה היינו, לא יודעת, ככה, לא היינו ממש בנויים לעבודה. עכשיו יותר רציני היחס שלנו רציני לעבודה, רציני לבוא למאור, רציני להשתתף בקבוצות, להשתלב בעבודה אם יש לי עבודה. בכל מיני דברים יותר רציני, כי סך הכל את מבינה את עצמך גם כן שחברים שלך יצאו לעבודה, גם את תצאי לעבודה. אז את צריכה להתייחס רציני. בעוונתך זה היה קצת ילדותי כזה, לא היה יחס כזה את מבינה? היינו עובדים, והולכים הביתה וזהו. לא היה כל כך הרבה. הצוות תמיד היה רציני, פשוט הפך להם הכוונה איזה מקום, כי אנחנו עכשיו יוצאים לעבודה אז הם צריכים להיות איתנו קצת אולי יותר להתייחס לא כמו לילדים קטנים. זה היה קצת לא באותה רמה”

“השינוי הוא בהחלט טוב. כי אנחנו היינו שמה תקועים כל הזמן בעבודות, ואנחנו רוצים להתקדם לעבוד עם אנשים נורמטיביים ולהרגיש לא חולים, לא כמו שפעם היינו. להרגיש שאנחנו יכולים לעבוד ביחד עם אנשים נורמטיביים”

“אנחנו יותר מדברים, יותר מקשיבים אחד לשני ויותר רציני עכשיו הפך להיות המקום. לא כמו פעם”.

נראה כי הדגש המושם במרכז, במתכונתו המחודשת, על הקפדה על חוקים וגבולות מיטיב עם המתמודדים באופן ברור:

“יש פעילויות יותר. שמים דגש שהאנשים יכנסו לפעילויות יותר. שמה אנשים היו נשארים בחוק, לא מרגישים טוב וזה, היו רודפים אחריהם, הם היו בורחים, מתחבאים. פה אין את הדברים האלה, פה מי שנמצא נכנס, אין דבר כזה לא להכנס ולא מרגיש טוב, אין. אין להשתחרר מוקדם, בן אדם שלא מגיע בגלל שהוא לא מרגיש טוב מכבדים את זה, אם הוא מביא אישור מהרופא. אם סתם הוא עוד יושב נוסף לזה, אם סתם הוא לא מגיע. הכללים יותר ברורים”

יחד עם הקולות הגורפים והמרכזיים הנשמעים מן המתמודדים במרכז, יש גם מי שהביע רצון לחזור למתכונת הקודמת, שהזכירה יותר מועדון תעסוקתי: “פחות קבוצות, יותר עבודה. עבודה פה, פחות קבוצות, פחות דיבורים, פחות קבוצות”. עולה הרושם כי המתמודדים חווים את שיפור התנאים לאור המעבר למשכנו החדש של המרכז בכמה רמות: ברמה הפיזית, של שיפור התנאים הגיאוגרפיים ומראהו האסתטי של המרכז; ברמה התוכנית, של העברת הדגש מעבודה חרושתית לפעילויות קבוצתיות, בין היתר בתחום התעסוקה; ברמת היקף המענה הטיפולי, אשר התרחב מאוד לאור הסמיכות למעון היום והנגישות הקלה לאנשי המקצוע השונים העובדים בו; ברמה האחזקתית: המתמודדים חווים מאוד לטובה את ההקפדה על חוקים וגבולות שניעורה לאור המעבר. התחושה הכמעט גורפת המועברת מהמתמודדים במרכז, היא שהם חשים דרבון חזק להצליח ולהתקדם לאור השיפור המקיף שהם חווים לאור המעבר.

ד. תחום התעסוקה: חוויה במקום העבודה, תהליך חיפוש העבודה, שאיפות ותוכניות

המתמודדים במרכז באים מרקעים מקצועיים שונים, לדוגמה סייעת לרופא שיניים, מורה, חשמלאי רכב, שיפוצניק ומאפרת. חלקם עובדים כיום בשוק החופשי במגוון תחומים מגוונים אחרים: במאפיה, בניקיון, באולם אירועים ובהתקנת תריסים. אחרים, שאינם עובדים כיום, הביעו רצון לעבוד בעבודות שונות נוספות, דוגמת טלמרקטינג ועבודות סדרנות. מבין מי שהשתלבו בשוק העבודה, תוארו תחושות של הצלחות ואף התייחסו להתחשבויות המיוחדות הנעשות במקומות העבודה לצרכי עידוד והקלת שילובם בס:

“לעבוד זה דבר טוב, זה דבר בריא וזה קצת מוציא אותך מכל מני בעיות ועוזר לך ונותן איכות וברוך השם”;

“מרוצה בעבודה? אני מרוצה מהעבודה. מהתנאים, מהתנאים שנותנים לי. יש להם תנאים טובים. הם לא מלחיצים אותך בדברים, הם לא זה... חופשיים כזה”.

חלקם התייחסו לשביעות רצון מעמיתים לעבודה, מעבודת הצוות ומחוויות של תמיכה הדדית בסביבות העבודה:

“אוהב הכל, אם זה מבחינת לארוז בסקוויטים, עוגיות, אם זה מבחינת יחס, חבר'ה, אם מה שנמצאים אנשים טובים גם שמה יש, אלה שעובדים אחי, כל אחד שעובד, אנחנו ביחד כאילו, יד רוחצת יד, כאילו. זה, זה מה שיש, עבודת צוות טוב. אנשים טובים”;

“כיף לדבר, לצחוק, כאילו בהפסקות אנחנו מדברים, צוחקים, וזה כיף כאילו, זה נורא כיף. שיש חבר'ה ממאור גם. אז יש לי את התמיכה ויש לי את הרצון. זה התמיכה, אחד תומך בשני”.

מבין משתלבים אלה בשוק העבודה, לא אחת תוארו תהליכים של הסתגלות, בין אם מדובר בקשיים פיזיים, או בחששות שקיבלו ביטוי מן הסוג הזה, המהולים באמונה לשיפור ובתקווה להתחזקות והתייצבות:

“בימים הראשונים היה קצת קשה, קצת הייתי מתעיף בכאבי גב, עד שהתרגלתי. כי העבודה בעמידה, אבל עבר הכאבים וברוך השם המשך העבודה בסדר והיום אני נמצא במקום, במקום טוב, כאילו, אין לי את הכאבים והתרגלתי לעבודה ואני יודע את העבודה”.

נראה כי קיימים עבורם מקורות נוספים למציאת כוחות וחיזוקים, שכן חלק מהמשולבים בשוק העבודה הביעו שביעות רצון מהביקורים אשר עורכת רכזת ההשמה במקומות העבודה שלהם:

“כשהיא באה לבקר זה הרגשה טובה. נותן לי חשק לעבוד ולעשות את מה שאני יכול”;

“היא באה מדי פעם מבקרת, כן. כל יום רואה אותנו, מה שלומנו. היא תמיד עוקבת, עוקבת אחרינו והיא דואגת, המון דואגת, כן. תקום לעבודה, תלך לעבודה. באמת יש הרבה דאגות”.

בסך הכל נראה כי, על אף שבחלק מהמקרים תוארו קשיים בדרך להשתלבות, מבין המשולבים במרכז, היוצאים כיום לעבודה בשוק החופשי, נשמעים קולות של תקווה, הכרת תודה ותחושת שילוב. יחד עם זאת, ישנם לא מעט מתמודדים אחרים המגיעים כיום למרכז, אך אינם יוצאים לעבוד מחוצה לו.

יש מי שהתייחסו לניסיונות להשתלב בשוק העבודה שלא צלחו מסיבות שונות, למשל:

“עבדתי בכמה מקומות. גם הפריע לי. הלכתי לעבוד בבוטיק הפיתה גם. באמת, אז הכל בסדר וזה אבל, המגבלה שלי מבחינה פיזית, להזיע וזה לא היה נוח לי עם זה. זה לא שזה קשה אבל גם כן לעמוד הרבה שעות על הרגליים. לא, לא, לא התאימה לי העבודה, לא התאימה לי. עבדתי גם כן בגנות שזה עבודה גם פיזית יותר קשה והצלחתי לעבוד שמה שבועיים ולא הסתדר לי, כי לא היה לי כוח לעשות את העבודה. כח פיזי. לא היה לי”.

מבין מי שאינם משולבים כיום בשוק העבודה, היו מי שהביעו אכזבה ממצבם הנוכחי, והייתה מי ששמה את מלוא האחריות לכך שטרם נמצאה עבורה עבודה, בידי רכזת ההשמה. מנגד למי שהביעו תסכול או כעס עקב אי מציאת עבודה עבורם עד כה, היו גם מי שהתייחסו דווקא לחשיבות שיש בהדרגתיות שבתהליך היציאה לעבודה:

“אתה קודם כל תשמור על הניקיון, תהיה במסגרת, תהיה בחברה, תהיה עם המטפלת, תהיה לך מטפלת, יהיה לך רכזת כוח אדם שתמצא לך עבודה שמתאימה לך, אם כמה פעמים לא מתאים אז עד שתמצא מקום איפה שתתאקלם. וזהו ואני חושבת שזה הייתי נותנת לו מוטיבציה לבוא לפה. שהוא ירצה. ושתרויח כסף. שזה תקופת ביניים, בינתיים. אחר כך הוא ייצא בשוק, והוא מרויח כסף”

היו גם התייחסויות ישירות לרצון להיטמע שוב בקהילה הנורמטיבית, גם בתחום התעסוקה:
“אנחנו רוצים להתקדם, לעבוד עם אנשים נורמטיביים ולהרגיש לא חולים, לא כמו שפעם היינו. להרגיש שאנחנו יכולים לעבוד ביחד עם אנשים נורמטיביים”.

חלקם העידו על עצמם כי הם לוקחים חלק בחיפוש עבודה עבור עצמם ברמות שונות, הנעות בין מעורבות מלאה לבין חוסר מעורבות מוחלט. ישנם מי שהצהירו כי אינם מעורבים בכלל בתהליך חיפוש העבודה, אינם עושים דבר על מנת לחפש עבודה עבור עצמם, ואינם מודעים לפעילות רכזת ההשמה עבורם. לעומתו, למתמודדים אחרים ברורה הגדרת תפקידה של רכזת ההשמה, לעתים עד לכדי העברת מלוא האחריות לידיה, אך גם תוך תיאור ברור של היעזרות בשירותיה במקרה של בעיה:

“אני מרוצה ממנה מאוד. בלעדיה (רכזת השמה) אני לא הייתי מוצא עבודה. קודם כל העבודות קשות והם לא מכירים את הבן-אדם. פה היא הסבירה להם מה אנחנו אז זה אחרת לגמרי, בגלל זה הוא (המעסיק) גם אמר לי עכשיו, שים סינר, לא ראיון לא כלום”;
“אם יש בעיה בעבודה אני אומר ליעל מה והיא מטפלת בזה”.

היה גם מי שרואה את תרומתו בחיפוש העבודה בעצם כך שהוא מתמיד ומגיע למרכז באופן קבוע ורציף ובהשתתפותו בפעילויות המתקיימות בו:

“מה אני עושה שיהיה לי עבודה? אני באה, משתדלת כל יום לבוא למאור, וזהו מה אני עושה עוד? אני עובדת, אני משתתפת בכל הקבוצות”.

בעוד אחרים ראו חשיבות רבה לסיוע הניתן להם בחיפוש אחר עבודה, ואף משמשים שותפים פעילים ברמות השונות למציאתה: “הבאתי לה (לרכזת ההשמה) היום מעיתון. וטלמרקטינג נכנסתי, ראיתי במחשב, הבאתי לה מספרי טלפון. אני עושה הרבה”. בנוסף היו מי שלשאלה “אילו טיפים היית נותנת

למתמודד חדש שיגיע למרכז בקשר לחיפוש עבודה?“, הפגינו מודעות לחשיבות שבמעורבות בתהליך חיפוש העבודה, כאמצעי להאיצו.

חלק מהמתמודדים במרכז, אשר אינם משולבים בשוק העבודה הפגינו אמביוולנטיות באשר למסוגלותם להשתלב בו בעתיד, מפאת גילם המבוגר: **”אין לי דרישות ללכת לעבוד. לא רוצה. אין לי כוחות, אני כבר מבוגר מידי“**. מתמודד אחר תיאר בנוסף לקושי הגילי, גם קשיים נוספים מורכבים, פיזיים ונפשיים, המקשים על היציאה לעבודה:

”נורא קשה לי לעבוד (ממלמל) גם מבחינה פיזית וגם מבחינה נפשית נורא קשה לי לעבוד בחוק. מבחינה פיזית אני קצת גדול במשקל, אני מזיע, אני כבר מבוגר קצת, אני הכח שלי כבר לא אותו כוח, אני מקבל כדורים פסיכיאטרים המון, ביום, במשך היום. כדורים באישור. קצת קשה לי מבחינה פיזית. אני לא ישן כל כך טוב בלילה. לא ישנתי. נראה, עכשיו אולי יהיה לי יותר עבודה. מחפשים לי, אני יודע שתמיד מחפשים לי עבודה“.

ונשמע כי היה גם מי שמדבריו יתכן כי חוסר המוטיבציה מהווה עבורו המכשול המרכזי: **”אם יש עבודה שעכשיו מזדמנת לי אני אצא, אבל ככה אני לא“**. יחד עם זאת יש מבין מתמודדים סקפטיים אלה, כאלה המוכנים לנסות להשתלב בשוק העבודה: **”נוסה, נראה איך יהיה, ייקלט אצלי. אם ימצא חן בעיני, אם זה לא ימצא חן בעיני“**. ואחרים, אשר למדו על הצורך להפגין גמישות ונכונות להתנסות, בתהליך חיפוש עבודה:

”להיות גמיש קצת, לא כל דבר להגיד לא. לנסות. ללכת, אם יש איזה עבודה לנסות זה לפעמים. לפעמים זה נראה שלא אבל זה יכול להצליח, אני גם חשבתי שאני לא יצליח לעמוד ארבע שעות ויכאבו לי הרגליים, אבל לא, זה אפשרי“.

אין ספק כי היכולת להשתכר מהווה אף היא תמריץ משמעותי ליציאה לשוק העבודה עבור חלק מהמתמודדים במרכז:

[בתשובה לשאלה אילו טיפים תיתן למתמודד חדש שיצטרף למרכז] ”אני בינתיים תקועה עם עבודה ואני לא מרוויחה, רק לחופשי חודשי. כי אין עבודה“;

”פחות קבוצות ויותר עבודה (העדפה), כי צריך פרנסה, אין מספיק פרנסה“.

גם העובדה שסביב החברים במרכז שאינם משולבים עדיין בשוק העבודה, נמצאים כאלה שכן עובדים, מהווה תמריץ נוסף להשתלב בשוק העבודה: **”אני מסתכלת עליהם, בסדר, הם עובדים ומרוצים. אני מקבלת חזק“**.

נראה אם כן, כי לא אחת המתמודדים במרכז, גם אם אינם משולבים בשוק העבודה, מבינים את החשיבות שיש בכך. לחלקם ברור כי מדובר בתהליך וכי גם לתהליך ההכנה ליציאה לעבודה וגם לניסיונות שאינם צולחים לאורך זמן יש משמעות. ניכר, כי על פי הבנתם, אופיים ומצבם של כל אחד מהם, משתנה מידת מעורבותם בתהליך של מציאת עבודה, וזאת תוך שהם מפגינים גם אמונה וגם נכונות לשם כך ברמות שונות ומגוונות. עבור רבים מהם היכולת להשתכר מהווה תמריץ משמעותי ליציאה לעבודה, אך אין ספק כי גם עובדת היותם במסגרת בה אחרים נמצאים בשלבים אחרים ומתקדמים יותר של השתלבות בשוק העבודה, מהווה תמריץ חשוב בפני עצמו.

ה. הקושי שבהתמודדות עם תחלואה כפולה

אחד החברים במרכז תיאר את היעדרו של מענה הולם לקושי הכפול והמיוחד עד לפתיחתו של המרכז:

"לא היה מקום כמו מאור שהייתי מגיע והייתי אומר שאני צרכן סמים ואני רוצה עזרה והייתי הולך לאגודת אל סם או לאגודה למלחמה בסמים ומנסה לקבל עזרה. היו אומרים לי לא, שיש לך בעיה פסיכיאטרית, לך לקבל טיפול פסיכיאטרי. ושהייתי מגיע לקבל טיפול פסיכיאטרי, היו אומרים לי לא, אתה לא זה, יש לך בעית סמים, זה לא בעיה פסיכיאטרית. אז נפלתי בין הנסאות כבר המון שנים".

המתמודדים במרכז השיבו לשאלה אילו טיפים היו נותנים למתמודד חדש שהיה מצטרף למרכז. מתשובותיהם ניתן ללמוד, כי הם רואים חשיבות בשמירה על הניקיון מחומרים ממכרים ומדגישים את ההכרח באחריות, אופטימיות, התמדה וסובלנות לצורך הצלחה בתהליך השיקומי שעוברים כמתמודדים עם תחלואה כפולה במרכז:

"כדאי לו להיות נקי, לשמור על ניקיון, קודם כל לשמור על ניקיון מבחינת הסמים. זהו. ולצאת לעבודה, להשתקם";

"הייתי אומר לו שישאר, שלא יחשוב לעזוב, שזה מקום טוב לעזרה, שיחשוב פעמיים אם הוא רוצה, אם הוא רוצה להיכנס אז שלא יחשוב לעזוב. דברים כאלה. שיחשוב להתחיל בטוב, כאילו, לא ברע, לא בצד שמאל, בצד ימין"

רבים ציינו את התמיכה החברתית ההדדית והמקצועית, את יתרונות השיתוף בבעיות ואת הפחתת תחושת הבדידות כאמצעים מרכזיים המסייעים להם:

"זה עוזר לי לדבר (עם אנשים במרכז)... (על) כל מיני בעיות, ולא בעיות, על החיים, וכל מיני דברים. מרגישה שיש לי חברה, שיש לי עם מי לדבר. שאני לא לבד";

"ואותם אנשים ואותם חברה יושבים, מדברים, ושואלים מה שלומך, מתעניינים, כאילו, כאילו דאגו לי שלא היה לי סיגריות, היה לי ימים קצת קשים שעבדתי קצת שלא היה לי כלום לסיגריה, אז דאגו חברה פה במאור".

בין קולות אלה נשמעו גם קולות אחרים, המתארים גם את קיומם של שיפוטיות וביקורת, אך גם אלה התקיימו לצד כיבוד של התהליך אותו עובר האחר:

"אני לא יכול להיות חבר של כולם. אני באופן אישי בן אדם שמגלה אמפטיה כמעט לכל דבר. לברר שמישהו לא מגלה אמפטיה לסבל שלי אז אני לא יכול להיות איתו. נגיד, אני יכול להיות חבר שלו, אבל זה לא חברות אמיתית. אבל אני לא יפגע בו בעבודה, בתהליך שלו, שהוא יעשה את שלו ואני לא אהיה חבר שלו".

בסך הכל נשמעו אמירות מלאות תקווה, בהן מבקשים המתמודדים להכניע את חולשותיהם ולתת דרור לחזקותיהם:

“להמשיך לתפקד רגיל ובאמת להיות דוגמא. לעבוד. לא לשמש דוגמא, לעשות דוגמא לעצמי, להיות מי שאני יודע להיות ולא ההרסני ולא החיה. הטוב”.

אין ספק כי עבור המתמודדים עם תחלואה כפולה מדובר בדרך לא פשוטה, המורכבת מעליות ומורדות רבים, מהצלחות קטנות ומעידות מאיימות. המרכז מספק מענה ייחודי לקושי מורכב זה ועולה הרושם כי לבאים בשעריו ברור כי מוטב להם לנצל את ההזדמנות הניתנת להם, להישאר נקיים משימוש בחומרים ממכרים, תוך לקיחת אחריות, שמירה על אופטימיות והתאזרות בסובלנות תוך התמדה בתהליך. הם מציינים לחיוב את התמיכה החברתית והמקצועית לה הם זוכים במרכז ומשתדלים לזכור ולהזכיר לנהוג בכבוד כלפי התהליך שהם וחבריהם עוברים ולאמץ גישה חיובית ואמונה.

ו. התייחסות לפעילויות וקבוצות

מבין המתמודדים הפוקדים את המרכז, יש מי שהיו מעדיפים להרחיב את הפעילות הקבוצתית הדינמית:

“יותר עם המנהלת (קבוצה שהייתה רוצה יותר). מה שהיא עושה, היא מגיעה, מדברת עם האנשים שלנו, מישהו מעלה איזו בעיה, משהו... פסיכולוגיה”.

יש מי שהיו רוצים להמשיך להשתלב בקבוצות אך הביעו משאלה שתהינה מובנות יותר: **“דק שיהיה נושא לפחות, שידונו עליו, ושהמדריכים ידריכו, ידברו, כי אנחנו לבד לא יכולים לעשות את זה”.** מתמודד אחד הביע העדפה לעבודה קבוצתית על פני עבודה חורשתית, משום שהיא קלה יותר עבורו: **“אני אוהב קבוצות יותר, אני לא אוהב את העשייה, כי זה בלי תעסוקה כזה, אני לא אוהב דברים שמשגעים אותי”.**

הקולות שנשמעו אודות הפעילויות הקבוצתיות היו מגוונים. היו מי שסיפרו על למידה, עניין, אווירה טובה, דינאמיות והנאה:

“מלמדים כל מיני דברים שהם מאוד חשובים”;

“האווירה שמה יותר נחמדה כזאת, מדברים על הכל, על כל מיני. כל מה שהוא מציא אנחנו ישר זורמים איתו כזה”

מתמודדת אחת התייחסה לחיזוק שהיא מקבלת מעצם כך שהמדריך הוא בעצמו מכור נקי:

“הוא (המדריך) היה מכור, הוא נקי כבר 15 שנה. מעביר קבוצות על התמכרויות. את זה אני אוהבת... מחזק אותי”.

מתמודד אחר התייחס לחיוניות שבחזרתיות: **“שזה חוזר על עצמו בסוף זה נקלט אצל הבן-אדם. משהו נספג בו”.**

משתתפים שונים הדגימו באמצעות דוגמאות שונות מה הם למדים בקבוצות. דוגמאות אלה נעו בין חיזוקים נפשיים חיוביים לבין כלים פרקטיים להתנהלות בחיים:

“הקבוצות עוזרות לי לשאוף, לראות, להסתכל קדימה, להביט, להביט, להביט קדימה, לא להסתכל אחורה, להאמין בעצמך”;

“מלמדים אותנו להיות יותר כנים, מלמדים אותנו להיות יותר פתוחים, לא, לא לפחד לדבר על בעיה. זה הכל דברים שלא היה מובן לנו”;

“איך ניגשים לראיון עבודה. אני, לא היה לי ראיון עבודה, אבל היא (רכות ההשמה) אמרה, נגיד, צריך ללכת עם ביטחון ולא לשאול שאלות פרטיות וההופעה הראשונית מאוד קובעת. נגיד, היא אמרה לא חייבים לספר ת'כל, להתחיל שמה לעשות סיפור זה. מה ששואלים את הבן-אדם שהוא יענה. ודיברנו על אחריות ועל להגיע בזמן, יחס חברתי במקום עבודה”.

ניכר כי טעמם האישי והעדפותיהם של המתמודדים לפעילויות קבוצתיות במרכז שונים ומגוונים. חלקם נמשכים לאמנות ומלאכת כפיים :

“אני מרוצה פה הכי הרבה מהאמנות שאני עושה. כשיש אמנות- בית מזוזות, חמסות, כל מיני קופסאות, צובעים, מדביקים תמונות ואחר כך מעטרים את זה בכל מיני צבעים. זה מאד מאד, מאד מושך אותי, מאד מעניין לי”;

ואחרים היו מעדיפים שלא לקחת חלק בקבוצות מסוג זה :

“קרמיקה (תחום פעילות שמעדיף להחליף). נמאס. שנה אנחנו היינו בקרמיקה, נמאס לי. טיפול באמנות משעמם”.

ואחרת אינה מרגישה כי קבוצה בה היא לוקחת חלק מסייעת לה :

“אנ'א חושבת שזה עוזר (קבוצת 12 הצעדים), אני כבר יודעת את הכלים, אני כבר יודעת מה. אני נשארת במקום”.

מתמודדים אחרים העלו דווקא את הרצון להרחיב בעבודה החרושתית, על חשבון קבוצות טיפוליות, זאת הן בשל אלמנט הריפוי בעיסוק והיכולת להסיח את הדעת ממחשבות, והן בשל פתיחת אפשרות ההשתכרות :

“פחות דיבורים, פחות קבוצות. (מה מעדיף-) את העבודה, את העבודה. בעבודה יוצאים, משתחררים, יוצאים מהמחשבות יותר וזה. (הרציונל-) שאני לא מרוכז במחלה, לא חושב על המחלה, לא חושב כלום. אני עובד. קבוצות אני לא אוהב. אין לי סבלנות”;

מתמודד אחד הסביר כי באמצעות העבודה החרושתית לומדים כלים שיסייעו בהשתלבות עתידים בשוק העבודה :

“יש התנסויות בעבודה, מלמדים אותנו להיות רציניים בעבודה. שוב פעם, לא מאיצים בנו בזמן עבודה, פיזית. אבל להיות רציניים. אם, אם נניח אני אקח את הקרטון ואני יעשה את זה בצורה מונוטונית והנייר, או הקרטון קצת יתקפל לי, אז יעירו לי, יעירו לי אפילו בתוקפנות, למה אתה עושה ככה. זה, זה, מלמדים אותי שזה ערך, אפילו שזה עולה אנורה, אבל אין לעשות את הדברים האלה, זה דברים שלהיות אחראים לכל דבר שאנחנו עושים. מוסר עבודה. זה מוסר עבודה בכלל. יש מוסר עבודה”.

ז. איך הגיעו למרכז

המתמודדים הגיעו למרכז בדרכים שונות. יש מביניהם מי שהופנו על ידי בית החולים בו היו מאושפזים או מטופלים :

“שם בבית חולים. אמרו לי כי גם המשפחה לחצו, לחצו שאני יהיה בגמילה ואז הראו לי את השובר הזה שכתוב עליו מרכז מאור, תחלואה כפולה. זה גם נפגעי נפש וגם נפגעי סמים. ואז אמרתי שאני מוכן לנסות ואני פה כבר 3.5 שנים”

היו אף מי שהופנו למרכז על ידי מסגרות אחרות בהן קיבלו שירות:
“הייתי בקידום בראשון, והמנהלת אמרה שיש מקום לתחלואה כפולה, שאני צריכה ללכת לשם. באנו, התרשמתי, ראינו שזה יפה. קרוב לשלוש שנים אני פה”

אחרים הגיעו למרכז ממצב בו לא היו מקבלים שום סוג של שירות או טיפול, חלקם ישירות מן הרחוב:

“הייתי ברחובות, נרקומן. אמא יום אחד באה אלי, לאן שהייתי ישן, למזרון, והעירה אותי ואמרה לי בוא, יש מקום שנקרא תחלואה כפולה ואנחנו הולכים עם העובדת סוציאלית של הקהילה, שלא הייתי איתה בקשר באותה תקופה, עיריית סידרה לך מקום”.

נושאים עיקריים שעלו מראיונות עם המתמודדים לאורך תקופת המחקר

בשלב שלפני המעבר למשכן המרכז החדש, נראה היה כי התחושה בקרב הצוות והגורמים המקצועיים המלווים את המרכז שיש צורך בפיתוח התחום התעסוקתי עלתה בקנה אחד עם התחושות של המתמודדים. טענה שכיחה שעלתה בראיונות היתה ביחס לחוסר העניין והאתגר שבעבודה החרושתית במועדון התעסוקתי, עבודה אוטומטית ללא תחושת מטרה. רבים מן המרואינים ציינו את השכר הנמוך, וכי חשוב להם לקבל תמורה הולמת עבור העבודה שהם מבצעים. חלקם אף הביעו רצון לצאת לעבוד מחוץ למועדון התעסוקתי, וביטאו תחושת מוכנות לכך, תוך התייחסות במקביל לתנאים מיוחדים שחשוב להם שהעבודה תכלול, כגון מודעות למצבם המיוחד ותמיכה מצד המעסיק. מן הראיונות ניתן לראות כי המרכז משמעותי עבור המשתתפים בו, הם רואים בו מקור לתמיכה ולעזרה בהתמודדות עם מחלת ההתמכרות ועם המשברים הנפשיים. כמו כן, עולה כי המתמודדים במרכז חווים את המציאות בין הקשיים ומוכנים להעניק עזרה גם איש לרעהו.

בשלב שלאחר המעבר, עלה מן הראיונות עם המתמודדים כי מנקודת מבטם, המרכז עונה על הצורך הטיפולי הקבוצתי והאישי שלהם, ומספק להם מענה לתחום ההתמכרות. הם ציינו לטובה את הליווי ותמיכה הטיפולית שהם מקבלים ואת הפן החברתי. חלק מהם דיברו על יתרונותיו של המרכז כמסגרת נוחה המאפשרת “להעביר בה את הזמן” ובכך מסייעת לשמור על הניקיון מסמים. באופן כללי, מרבית המרואינים הביעו שביעות רצון מהקבוצות המתקיימות במרכז, גם מהקבוצות הטיפוליות וגם מאלה המיועדות לטיפול בהתמכרות.

ראיונות עם מעסיקים

בהמשך לראיונות שהתקיימו עם צוות המרכז ועם המתמודדים, צוות המחקר פנה לראיין גם מספר מעסיקים, במטרה ללמוד גם באשר לזווית ראיתם את התהליך המתרחש במרכז, בו הם לוקחים חלק. התקיימו ראיונות עם שלושה מעסיקים של המתמודדים במרכז, משני בתי עסק. ניתן להבחין בבירור כי ישנם פערים גדולים בגישות ולפיכך גם בהתנהלות השוטפת, בצפיפות וביחס. בפרט, ניכר

כי מעסיקים שונים רואים באופנים שונים ואפילו מנוגדים את היחס שיש להעניק לעובדים הבאים מרקע של תחלואה כפולה. יש מי שחשים כי יש לנהוג בהם בכפפות של משי :

“הם משתלבים לאט, אין דרישות מהם, אבל כל מה שאומרים להם הם עושים. הם צריכים יותר הפסקות. אני מרגישה שזה כמו תינוק – לאט לאט”.

ולעומתם, יש מי שנוהג בהם כאילו היו אחד האדם ואף רואה את היתרונות הנגזרים מתפוקת עבודתם :

“אנשים שקטים, לא עושים רעש ובלאגן בניגוד לאנשים רגילים. לא מדברים הרבה. בנאדם רגיל, מתוך 5 שעות עבודה, 4 זה דיבורים”.

לשאלה מה גרם לך לקחת עובדים ממרכז מאור, היו מעסיקים שהשיבו באשר למניעים אנושיים רוחניים: **“אנחנו רואים את זה כחסד”.** ואילו מעסיק אחר הביע ענייניות: **“היה חסר אנשים. אבל בלי קשר – כמו שלקחתי אנשים אחרים”.** בנושאים אחרים, נשמע קול אחיד מצידם של המעסיקים השונים, הן מבחינת הליווי המקצועי שהם זוכים לו מהמרכז והן מבחינת ההתלבטות אם לשתף פעולה, שביעות הרצון בהווה וכוונות עתידיות להמשך שיתוף פעולה או אף המלצות לאחרים לשתף פעולה.

זמינותה של רכזת התעסוקה ויכולתם של המעסיקים לסמוך על דעתה המקצועית, על ההכוונה שתיתן להם ולמתמודדים ושתדע לתווך ביניהם במקרה הצורך, היתה ברורה :

“התמיכה חשובה, זה מאד חשוב שיש לנו למי להתקשר ואני סומכת ומאמינה בה שהיא יודעת את הכלים”;

“יעל משגיחה עליהם. אם מישהו לא בא אני מתקשר אליה והיא מתקשרת אליהם. חשוב שיהיה למי לפנות, מול מי להתייעץ. אני לא אבא ואמא שלהם. הקשר הטלפוני, זה שהיא באה לבקר אותם זה מספיק בשבילי”.

גם לשאלה באשר להמלצה למעסיקים אחרים לשתף פעולה עם התכנית, ההסכמה היתה פה אחד, והיה אף מי שניצל את המעמד לבקש לקלוט עובדים נוספים מהמרכז :

“הייתי אומרת שזה כדאי, זה חסד וזה משהו אחראי לעשות. היו חששות אך אמרנו ננסה ונראה. אני לא מסתבך? לא יהיו לי בעיות? יש לנו את הכוח. זה אחראי, צריך להיות ערני, אי אפשר לחץ (עבור המתמודדים). עכשיו אני לא מצמערת”;
“לא אכפת לי לקבל עוד בחור-שניים טובים”.

ניתן להתרשם כי חוויותיהם של המעסיקים מהעסקת מתמודדים מהמרכז הן שונות, יש מהם החשים כי זו תרומתם החברתית או האנושית ואינם שופטים את אופי העבודה. אחרים מרגישים כי שכרם בהפסדם ואילו יש מי שחשים כי הם מרווחים מתוך שיתוף הפעולה הזה, גם ברמה האנושית וגם ברמה העסקית.

תמונת מצב באשר ליציאה לעבודה

כאמור, מבחינת השמת המתמודדים באי המרכז במקומות עבודה בשוק החופשי, התרחש שינוי אופייני במתן השירות, דבר שבא לידי ביטוי בעיקר דרך הפיכתו של המרכז ממפעיל מועדון תעסוקתי לספק של שירות תעסוקה נתמכת. אמנם בנקודת זמן נוכחית זו, כמו אולי בנקודות זמן אחרות לאורך הדרך מאז שינוי זה, לא ניתן להצביע על שיעור גבוה מבין המתמודדים אשר יוצאים לעבודה בשוק החופשי. אך יש, כאמור לאורך תקופת המחקר כולה, לא מעט גורמים ומשתנים הנגזרים ממצב של תחלואה כפולה ועלולים להקשות על השתלבות ממשית ועקבית בשוק העבודה. הראיה המקצועית היא כי יש חשיבות רבה בתהליך השיקום וההחלמה, לא רק ליציאה למקום עבודה ולשמירה עליו, אלא גם לשלבים הרבים שבדרך, האבחון הראשוני, התאמת הצרכים והרצונות למציאות, אימון במיומנויות עבודה בתוך המרכז, ניסיונות השתלבות מוצלחים יותר ופחות ואף המשך ניסיונות להשתלבות מבלי לומר נואש. לאור זאת, אנו מוצאים לנכון להגיש הסבר מפורט יותר אודות התהליך שעברו המתמודדים במרכז מבחינה תעסוקתית, וזאת מתוך כוונה לשים את הדגש בתהליך ולא בתוצאה בלבד.

נכון לאמצע שנת 2012, מועד כתיבת הדו"ח הנוכחי, ארבעה מתוך 15 מתמודדים במרכז משולבים בעבודה בשוק החופשי. האחד עובד מזה שנה וחצי בהתקנת תריסים, שניים נוספים עובדים למעלה משנה, האחד בניקיון והשני במאפיה ומתמודדת נוספת עובדת למעלה מחצי שנה באולם אירועים. עבור מתמודדים אלה המשולבים בשוק העבודה, לא תמיד היה זה ניסיון קליטה ראשון בעבודה, אשר הוביל אותם להחזיק בעבודה לאורך זמן. אחד מהם עבד קודם לכן בעבודה אחרת למשך שנה, אחר ערך ניסיון אחד בן יום בעבודה אחרת ואילו מתמודדת נוספת מתוכם ערכה, קודם למקום עבודתה הנוכחי, ארבעה ניסיונות קליטה בעבודה לזמנים שונים הנעים בין יום לבין חודש ימים, אשר קדמה להם עבודה במקום קבוע למשך שנתיים.

מראיונות שקוימו עם צוות המרכז עולה כי יש משמעות רבה גם לניסיונות להשתלב בשוק העבודה, אשר עורכים המתמודדים בליוויים, גם אם אינם צולחים. המשמעות של ניסיונות אלה נוגעת לתהליך אשר עוברים המתמודדים במרכז באופן כללי, ובאופן מיוחד לעניין השילוב בשוק העבודה. ניסיונות להשתלב בשוק העבודה מאפשרים למתמודדים לחוות את שוק העבודה בפועל ואת יכולותיהם וכישוריהם לטוב ולרע, אשר כתוצאה מהם ידעו להתמקד טוב יותר בעבודה המתאימה ביותר עבורם.

לוח 4 מציג את הנתונים על היציאה לעבודה. ניתן לראות כי מתוך 15 המתמודדים רק ארבעה לא ניסו כלל להשתלב בשוק העבודה מאז הגיעם למרכז. המדובר במתמודד אחד אשר נקלט רק שבועות ספורים בטרם איסוף המידע, בשני מתמודדים המביעים חוסר עניין מוחלט להשתלב בעבודה (אחת מהם עוברת תהליך של התפתחות בין כתלי המרכז) ובמתמודד נוסף אשר היה במצב גופני ירוד ומזה חודשים מצוי באשפוז לשם שיקום. מבין שבעת המתמודדים אשר אינם משולבים כיום בשוק העבודה, אך כן ניסו להשתלב בו בעבר, שניים ערכו ניסיון חד פעמי להשתלב בו, שניים ערכו שני ניסיונות, שניים ערכו שלושה ניסיונות, ואחד ערך ארבעה ניסיונות (ניסיונות יכולים להיות בני פרקי זמן שונים הנעים בין יום לבין שנתיים). חשוב לומר כי חוסר הליניאריות במצבת המתמודדים וחוסר

העקביות באחזקת עבודות בשוק החופשי, כאמור, תואמות את חוסר הליניאריות הנפוצה בקרב המתמודדים עם תחלואה כפולה.

לוח 4: נתונים על יציאה לעבודה

מקום עבודה נוכחי	משך ניסיונות הקליטה לעבודה בחודשים (או אחרת)	מספר ניסיונות קליטה לעבודה	מתמודד
למעלה מ-18 חודשים בתריסים		1	1
למעלה מ-14 חודשים בניקיון	שבוע	2	2
למעלה מ-14 חודשים במאפיה	יום	2	3
למעלה מ-7 חודשים באולם אירועים	0.5, יומיים, 1, יום, 2	6	4
-	2, 0.5, 6, 4	4	5
-	1.5, 4 ימים, 10	3	6
-	2.5, 0.5	3	7
-	יום, שבוע	2	8
-	3 ימים, יומיים	2	9
-	1	1	10
-	יום	1	11
-	-	0	12
-	-	0	13
-	-	0	14
-	-	0	15

תיאור תהליכים, סוגיות ונושאים עיקריים בפעילות המרכז

במהלך שלוש שנות הליווי המחקרי, עלו סוגיות שונות אשר אפיינו את השלבים השונים של התפתחות המקום.

בשנת הליווי המחקרי הראשונה

ניתן לראות כי במהלך שנה זו, עיקר הסוגיות שהעסיקו את מפעילי המרכז נסובו סביב ראשוניותו והבנית אופיו. נידונה פתיחתו של מעון היום, הצוות עסק ביצירת מערך תיעוד פעילויות המרכז, עלה הקושי בהיעדר שירותים משלימים וקשרי חוץ, נעשתה חשיבה באשר לאפשרות ליצור מענים ורשת תמיכה לצרכי המתמודדים בקהילה, נשקלו האפשרויות להרחבת תחום התעסוקה הנתמכת ואף קודם תחום התעסוקה והמועדון התעסוקתי. להלן פירוט הסוגיות הללו:

א. פתיחת מעון היום

הטיפול הפסיכיאטרי הופרד מהמרכז כמה חודשים טרם פתיחתו של מעון היום ובכך נוצרה הפרדה ברורה בין המעון הטיפולי למרכז השיקומי. הצוות ראה את השינוי כחיובי וכתואם את מטרות שילובם של המתמודדים בקהילה. יחד עם זאת, הצוות מודע לחשיבות שבקיום שותפות פעילה וטובה בין השירותים, כמשרתים את אותה מטרה לאותה אוכלוסייה. פתיחת המעון הובילה לשינויים בהגדרות התפקידים במרכז, ובעיקרם, העובדת המקצועית בו הפכה גם למנהלת שלו. אין ספק כי גם כאן מדובר ביישום של שינויים משמעותיים כתוצאה מהניסיון המצטבר בשטח. בעבר ראה הצוות חשיבות רבה בהפרדה בין השירותים, בעוד כיום נמצאו, כאמור, סיבות מקצועיות משמעותיות ליצירת קרבה ושיתוף פעולה מלא ביניהם. נראה כי יש להוסיף ולעקוב אחר השפעות מידת הקרבה ושיתוף הפעולה של השירותים.

ב. יצירת מערך תיעוד פעילויות המרכז

צוות המרכז יצר כלים שונים לתיעוד ולמעקב אחר פעילויותיו, בהם קלסר תיעוד קבוצות, דפי מעקב אישיים לתיקים האישיים של המתמודדים וטבלת מעקב ממוחשבת לבדיקות השתן.

ג. העדר שירותים משלימים וקשר עם גורמי חוץ

במצאות המורכבת של היעדר שירותים תומכים במתמודדים עם תחלואה כפולה, צוות המרכז מבנה מודל למתן מענה טיפולי שיקומי להתמודדות מיוחדת זו, אשר עיקר מטרתו שילובם בקהילה ושמירה על ניקיון משימוש בחומרים ממכרים.

ד. יצירת מענים ורשת תמיכה לצרכי המתמודדים בקהילה

בניסיון לתת מענה לקושי שתואר בהיעדר שירותים משלימים למתמודדים עם תחלואה כפולה, צוות המרכז משקיע מאמצים רבים למתן פיתרון בכוחות עצמו לחלק מהבעיות העולות בהקשר זה. דרך אחת בה הם עושים כן הינה קשרים שיצרו עם ספקי שירותי הדיור של המתמודדים המקבלים מהם שירות, מתוך מחשבה להקל על קליטתם במסגרות ועל המסגרות עצמן. כמו כן, נעשית חשיבה

ובדיקה לאן ניתן להפנות את בני משפחותיהם של המתמודדים לקבלת סיוע. זאת מתוך הבנה כי רבים מהמתמודדים במרכז שבים ממנו לבתי משפחותיהם בהם, ברבים מהמקרים, לא קיימת ההבנה או היכולת להעניק את הסיוע הדרוש להצלחת התהליך שעובר המתמודד במרכז.

ה. הרחבת תחום התעסוקה הנתמכת

מתוך כוונה לתת מענה לרצון ולצורך של המתמודדים להתקדם מבחינה תעסוקתית, תוך שמירה על "ניקיון" מחומרים, צוות המרכז הרחיב את תחום התעסוקה הנתמכת ופועל להשמתם של המתמודדים בשוק החופשי. במקביל מתרחב המערך התומך הפנימי לצורך כך, בצורת קבוצות הכנה ליציאה לעבודה ותמיכה ביוצאים לעבודה והמשך עבודה פרטנית עם המתמודדים לקידום אותה מטרה. במקביל, מוסיפים לקיים מעקב מסודר וחובה על בדיקות שתן כדי לסייע להצלחתו של תהליך הגמילה שעוברים המתמודדים.

ו. קידום תחום התעסוקה והמועדון התעסוקתי במרכז

בנוסף להרחבת תחום התעסוקה הנתמכת, ובעבור המתמודדים המצויים בשלב פחות בשל או מתקדם מחבריהם היוצאים או מוכנים לצאת לעבודה בשוק החופשי, המרכז עשה מאמץ לספק שירותי תעסוקה גם ברמות מתקדמות פחות. המטרה העיקרית היא סיוע ברכישת כלים ומיומנויות עבודה, שיאפשרו בעתיד התקדמות ברצף התעסוקתי למי שיחפצו בכך, ותוך עידודם לעשות כן. התקיימו פעילויות והעשרות בנושא עבודה והמתמודדים השתלבו בעבודה במועדון התעסוקתי במרכז מספר שעות ביום.

המשך הבנייתו של המודל התעסוקתי במרכז נשקלת ונמדדת תדיר כבר בשלב זה. עלה בבירור צורך בהרחבה, שדרוג ומיקוד תחום התעסוקה במרכז, תוך בניית מודל מותאם לאוכלוסייה המיוחדת אותה הוא משרת. לאחר שלוש שנות בניית בסיס למודל כוללני טיפולי שיקומי למתמודדים עם תחלואה כפולה, העיתוי נכון להתפנות ולהתמקד בהתמקצעות של המתמודדים באי המרכז, לצורך המשך קידום תהליך השיקום שהם עוברים, במקביל להתמודדות עם הקשיים המיוחדים העולים באוכלוסייה זו.

בשנת הליווי המחקרי השנייה

לאור המעבר למשכן המרכז החדש, הסוגיות שעלו בשנת הפעילות שבאה אחריה, נסובו בעיקרן סביב המעבר. חלו שינויים בהגדרת התפקידים בצוות וכן שינויים מהותיים בתחום התעסוקה, הקשר עם מעון היום הודק לטובת עבודת הצוות ומתמודדי המרכז, נעשתה עבודה לכפר על העדר שירותים משלימים וקשר עם גורמי חוץ, בין השאר באמצעות הרחבת והעמקת הקשר עם משפחות המתמודדים. כתוצאה משינויים אלה ניכר כי מוטיבציה המתמודדים עלתה באופן משמעותי. יחד עם זאת בתחום הטיפולי עדיין לא ניתן מענה לחוסר בעובדת מקצועית. המרכז הוסיף להציב לו מטרות, יעדים ותכניות לפיתוח בעתיד. להלן הרחבה אודות נושאים אלה:

א. שינויים בהגדרת התפקידים בצוות

במהלך שנות הפעילות הצוות עבר מספר שינויים, הן מבחינת הגדרות התפקיד ובעיקר סביב המעבר למשכנו החדש. כמובן שגם השינוי האמור במודל העבודה דרש התארגנות מחדשת של התפקידים ואנשי הצוות, שינוי אשר התקבל לטובה על ידי הצוות שהיה שותף פעיל בתהליך יצירתו. מי שניהלה את המרכז בעבר, קודמה לנהל את הקומפלקס כולו ובמקומה, את המרכז מנהלת מי שהיתה אמונה על הצד הטיפולי עד אז. רכזת המועדון התעסוקתי הפכה לרכזת תחום התעסוקה והתווספה לצוות גם עובדת השמה. מדריך הגמילה מוסיף לעבוד במסגרת הגדרת התפקיד הרגילה והמוכרת, כמדריך קבוצות ופעילויות בתחום הגמילה.

ב. שינויים בתחום התעסוקה

שינוי תפיסתי ומעבר פיזי- מעבר למבנה של מעון היום בלב אזור התעשייה הקלה באשדוד ומעבר ממועדון תעסוקתי למרכז שיקום והכוונה מקצועית; תהליך השמה- לפי המודל החדש, התהליך כולל הערכת יכולות וציפיות ועבודה פרטנית וקבוצתית לקראת השמה, השמה עם או ללא תהליך התאמה של נציג התמי"ת וליווי ומעקב צמוד של רכזת ההשמה את העובד במקום השמתו; פעילויות קבוצתיות- דגש רב על הכנה ליציאה לתעסוקה במסגרת העבודה הקבוצתית, במקביל לעבודה המוסיפה להתקיים בתוך המרכז עבור מתמודדים שאינם יוצאים או מתכוונים לצאת לעבוד.

ג. הקשר עם מעון היום

המעבר למשכן החדש, הסמוך לזה של מעון היום, חיזק והידק מאוד את הקשרים בין שני הגופים. מתוך הקרבה הממשית נוצרה קרבה ארגונית ותחושה של שני חלקים מאותו שלם. המתמודדים אוכלים יחד ארוחת בוקר עם באי מעון היום ואחת לשבוע מתקיימות ישיבות צוות משותפות. ההשלכה המרכזית של שינוי זה היא המענה הפסיכיאטרי הזמין והנגיש למתמודדים באי המרכז, והעבודה כצוות כוללני.

ד. העדר שירותים משלימים וקשר עם גורמי חוץ

ככלל, קיימים מעט מאוד שירותים משלימים עבור אנשים המתמודדים עם תחלואה כפולה. יחד עם זאת, מתקיים קשר שוטף ויומיומי של צוות המרכז עם צוותי מסגרות הדיור של המתמודדים, בהן בעיקר הוסטל כנרת הממוקם בעיר אשדוד ונותן שירות למתמודדים עם תחלואה כפולה. הקשר הוא בעיקר טלפוני, אך מתקיימות גם פגישות משותפות לעובדות המקצועיות מהצוותים השונים. מן הראיונות עם אנשי הצוות במרכז, עולה כי מתקיימים שיתופי פעולה טובים, פתוחים ותכופים בין הצוותים לטובתם ולקידומם של המתמודדים.

ה. קשר עם משפחות המתמודדים

עבור חלק מהמתמודדים המשפחה היא הגורם המעורב היחיד בחייהם, בנוסף למרכז. המנהלת, המשמשת גם כעובדת סוציאלית במרכז היא המקיימת את הקשרים עם משפחות המתמודדים. כאשר עבור חלקם מדובר בקשר שוטף ונינוח, בתדירות נמוכה, בעוד עבור חלק אחר מדובר בקשר, ליווי וייעוץ אינטנסיביים מאוד, מתוך הבנה כי ללא שינוי במשפחה לא יחול שינוי אצל המתמודד. העומס על מנהלת המרכז והגדרת תפקידה הרחב, בתור מי שמשמשת גם כעובדת המקצועית היחידה

בו, אינם מאפשרים לה למלא את תפקידה באופן מקיף וכולל, כפי שהיה ראוי שיהיה. בנוסף, קיים, כאמור, מחסור בשירותים למתמודדים עם תחלואה כפולה, אשר יודעים ומעוניינים לקדם את מצבן של משפחותיהם לטובת יקיריהם.

ו. בתחום הטיפולי

עדיין ניכר חסרונה של עובדת סוציאלית נוספת בחצי משרה, שתקל על העומס בתחום הטיפולי. לא חל שינוי משמעותי בהיבט הטיפולי במרכז, למעט הידוק יחסי הגומלין בינו לבין ההיבט התעסוקתי, תוך שימת דגש על קבוצות וסדנאות מעולם התוכן הקשור בתעסוקה.

ז. שיפור במוטיבציה של המתמודדים

טרם המעבר, ניכרה מדווחי המתמודדים תחושה חיובית לגבינו ולגבי מודל העבודה החדש המתוכנן. לאחר המעבר, תצפיות ודווחי הצוות הצביעו על שיפור בנוכחות של המתמודדים במרכז ובמוטיבציה שלהם ליציאה לעבודה בשוק החופשי.

ח. מטרות, יעדים ותכניות לעתיד

העבודה במרכז מתוכננת ומבוקרת מבעבר, כמו גם הצבת המטרות והיעדים להמשך. הדגש הן בתחום התעסוקתי והן בתחום השיקומי, הוא על המשך פיתוח תכנים ודרכי עבודה בקבוצות השבועיות אשר החלו לפעול באופן מסודר במהלך שנה זו. תכניות עתידיות אלה כוללות בתוכן הטמעה של שיטות התערבות מבוססות ראיות, באופן מובנה ומסודר יותר לתוך מודל העבודה.

בשנת הליווי המחקרי השלישית

בתקופה האחרונה, לאחר שחל תהליך של התרגלות לשינוי שהיה כרוך במעבר ובהתנהלות, נידונו סוגיות בהתאם, ביניהן התייצבות ושינוי מוקד העבודה והגמישות והחדשנות מצד צוות המרכז. באופן ישיר, שלב זה אפשר המשך התמקצעות במודל העבודה ובכך שילוב מרכיבים של התערבויות מבוססות ראיות כחלק ממנו, הפנית חלק מהמשאבים להמשך פיתוח המרכז ובכך נסיונות להפצת פעילויות המרכז וחשיפתו ואף פיתוח הקשרים עם הקהילה ועם הרשויות, זאת על אף הקושי בהפניית מתמודדים למרכז. להלן התייחסות רחבה יותר לכל אחד מהסוגיות שנסקרו כאן:

א. התייצבות ושינוי מוקד העבודה

לאורך כל תקופת הליווי המחקרי, ניכר ניסיון מתמשך לבסס במרכז מודל עבודה שיהלום באופן הנכון ביותר את צרכי המתמודדים. החל מסוף שנת 2010, ולאחר שהצטבר ניסיון ראשוני מספק בעבודה עם אוכלוסייה זו, מודל העבודה במרכז אופיין בשימת דגש על אבחון תעסוקתי, השמה בשוק החופשי וקבוצות עבודה, שמטרתן הקניית כלים ומיומנויות להכנת המתמודדים לעבודה מסוג זה. אט אט, התחוויר כי אוכלוסיית המתמודדים המגיעים למרכז נחלקת בעיקרה לשתי קבוצות: האחת, מתמודדים בעלי פוטנציאל גבוה לצאת לעבוד בשוק החופשי, הנעזרים בצורה טובה בשירותי קבוצות העבודה וההשמה. מתוך קבוצה זו השתלבו רבים בשוק העבודה החופשי ולרב הם מוסיפים ומתקדמים בעזרת הליווי התעסוקתי הניתן להם והמשך האימון בתקשורת בינאישית, במקביל להמשך עבודה בתחום ההתמכרויות ובריאות הנפש המתקיימת במרכז. בקבוצה השנייה נמצאים

מתמודדים אשר אינם מוכנים עדיין לצאת לעבודה בשוק החופשי ויש למצוא עבורם פתרונות ביניים, אשר מצד אחד יהלמו יותר את כישוריהם מאשר תעסוקה נתמכת, בשלב בו הם נמצאים, ומצד שני כינו אותם באופן הדרגתי להשתלבות עתידית בשוק החופשי.

צוות המרכז עבר תהליך של ניסיון להתאים מחדש את מודל העבודה למצב שנוצר, ובאמצעות חשיבה משותפת יחד עם המתמודדים אשר אינם מוכנים עדיין לצאת לעבודה בשוק החופשי, הגיעו להבנה כי השינוי הנדרש מהם לצורך התכוונות ליציאה לעבודה בשוק החופשי, גדול מדי, וכי מוטב יהיה לו יעברו את התהליך כמקשה אחת, תוך הסתייעות בכוחה של קבוצה. הרעיון הוא שקבוצת מתמודדים תצא בליווי איש צוות, לפרקי זמן קצרים, לניסיונות חד פעמיים של השתלבות בעבודה בשוק החופשי. הכוונה העומדת מאחורי רעיון זה, היא שתהיה לאנשים הזדמנות להחשף באופן הדרגתי לעולם העבודה, וכך תפחת החרדה ותיוצרנה הזדמנויות לתרגולים מעשיים של הנלמד במרכז.

לעת עתה, בשל קשיים מתמשכים למציאת מקומות עבודה מתאימים לתעסוקה מעברית מסוג זה, נעשים ניסיונות לקדם מיזמי תעסוקה בתוך המרכז ובנוסף לעבודה החרושתית המתבצעת בו, מתוך כוונה לספק מענה לצורך בתעסוקה מתקדמת. המיזמים מותאמים להעדפות המתמודדים השונים, ככל שניתן: פרויקט האומנות לקישוט מעון היום והאשפוזית, ייצור עבודות יד קטנות למכירה בדוכנים והרחבת מיזם האפייה.

לסיכום, המודל שאופיין בדגש על אבחון תעסוקתי, השמה בעבודות בשוק החופשי וקבוצות של הכנה לעבודה, נמצא בשימוש כעת רק עבור מצטרפים חדשים. מודל זה הוחלף במודל שעיקרו ליווי תעסוקתי, המשך מתן מענה טיפולי פרטני וקבוצתי בתחום ההתמכרות ובריאות הנפש והרחבת המענה הקבוצתי בתחום בריאות הנפש, וכן במציאת פתרונות ביניים תעסוקתיים בתוך המסגרת, בעבור מי שאינם יוצאים בינתיים לעבודה מחוץ למסגרת.

ב. גמישות וחדשנות מצד צוות המרכז

לאורך כל תקופת המחקר, ניכר כי צוות המרכז עושה מאמץ תדיר להתאים את עצמו לצרכים המורכבים והמשתנים של המתמודדים וללמוד מהניסיון הנצבר לאורך הדרך. בשלב זה מדובר בתהליך פיתוח וביסוס מודל העבודה החדש במרכז כיחידה לשיקום והכוונה מקצועית. ניכר כי הצוות המקצועי במרכז ממשיך כל הזמן להתאים ולעדכן את המודל בהתאם לצרכים המשתנים של המתמודדים ולנסיבות אובייקטיביות יותר. דוגמה אחת לכך היא הנסיונות שהוזכרו קודם למציאת מסגרת הולמת לתעסוקה מעברית, מה שלא היווה חלק מהתכנון המקורי של מודל העבודה של המרכז כמספק הכוונה מקצועית והשמה. כמו כן, מערכת הפעילות המתקיימת במרכז מתעדכנת כל מספר חודשים. דוגמה נוספת לגמישות המערכת ניכרת בעובדה כי קבוצות העוסקות בהכנה לעבודה הופסקו בינתיים ובמקומן הוחזרו פעילויות שהתקיימו במרכז בעבר, כגון מכירת עוגיות וסדנת הרפיה, וכן נוספו פעילויות חדשות, כמו קבוצת האמנות, או סדנת האמנות. הימים בהם נמצאים במרכז רק אנשים שאינם מוכנים עדיין להשתלבות בעבודה בשוק החופשי, הפכו לימים גמישים, בהם המתמודדים מתפצלים לפעילויות בקבוצות קטנות, בהתאם לנטיות ולצרכים שלהם. במקביל

נעשה, כאמור, ניסיון למצוא דרך לשלב את אותם מתמודדים בתעסוקה מעברית בימים אלה. עוד דוגמא המורה על גמישות שמפגין הצוות, הינה כי היום בו נדרשת נוכחות מלאה של המתמודדים במרכז הוחלף, זאת בעקבות בקשה של מעסיק חיצוני אצלו עובדים מתמודדים מהמרכז. לסיום, גם פיתוח סדנת האפייה, כמיזם של ייצור ומכירה וכחלק מהתעסוקה המעברית הינו דוגמא ליוזמה חדשנית של הצוות. יש לציין, כי לצד הגמישות והאוזן הקשבת לצרכי המתמודדים המשתנים, ישנה במרכז מערכת יציבה של פעילויות קבועות וליווי טיפולי קבוע, המהווים עוגן לפעילות המרכז.

ג. שילוב מרכיבי התערבויות מבוססות ראיות כחלק מבניית מודל העבודה

המודל המשולב לטיפול בתחלואה כפולה מהווה בסיס לפעילות המרכז. זוהי אחת מההתערבויות בתחום השיקום הפסיכיאטרי המוגדרות כהתערבויות מבוססות ראיות, התערבויות שיקומיות שיעילותן וכדאיות השימוש בהן הוכחו מחקרית. גם מודל התעסוקה הנתמכת, המהווה בסיס למודל ההשמה במרכז, הינו התערבות מבוססת ראיות. בשנת 2011 יושמה במרכז התערבות נוספת מסוג זה, קבוצת ניהול מחלה והחלמה (IMR), השמה דגש על למידת ניהול הסימפטומים והמחלה ועל קידום תהליכי החלמה אישיים, תוך קביעת והשגת מטרות אישיות. את הקבוצה מנחה מנהלת תחום התעסוקה, אשר קיבלה הכשרה לצורך כך ממי שהיתה המדריכה המקצועית במרכז. מנהלת המרכז משמשת בקבוצה זו כמנחה שנייה ("מנחה בקו"). הכנסת התערבות זו לפעילות המרכז מעידה על המשך פיתוח מודל עבודה מובנה ומקצועי למרכז. ההתערבות מצטרפת לקבוצות הנערכות בנושא ההתמכרות, כך שנוצר מענה מאוזן לשתי האבחנות של המתמודדים, והיא מאפשרת מקום לשתף בחוויות ההתמודדות עם הבעיות הנפשיות, אשר עד כה דובר עליהן רק במרומז (בניגוד לסוגיות של התמכרות, שנראה שקל יותר למתמודדים לדבר עליהן). במסגרת ההתערבות מושם דגש על מושג ההחלמה ועל תהליך ההחלמה. יש לציין כי בריאונויות אשר נערכו עם המתמודדים הועלו תכנים דומים, המעידים על הפנמה שלהם את החומר המעובד והנלמד בקבוצה. בנוסף, במסגרת המובנית של ההתערבות, ניתן לחדד מסרים ולחזור על מיומנויות הנלמדות בקבוצות ופעילויות אחרות במרכז.

ד. נסיונות להפצת פעילויות המרכז וחשיפתו

מן הספרות עולה כאמור, כי בקרב אנשים המתמודדים עם מחלות נפש חמורות, כ-50% משתמשים בסמים ו/או באלכוהול, מתוכם בין 25% ל-35% מפתחים התמכרות לחומרים אלה (Gelkopf et al., 2006). יחד עם העדויות לצורך במתן שירות מסוג זה, לאורך כל שנות פעילות המרכז ניכר קושי בגיוס מתמודדים עם תחלואה כפולה לצורך את שירותיו. בניסיון לתת מענה לסוגיה זו, ולאור חשיבה משותפת שנעשתה פעמים רבות עם הגורמים השונים המעורבים בהפעלת המרכז לאורך התקופה, צוות המרכז יזם פעולות שונות שנועדו לפרסם את קיומו בפני אוכלוסיות שונות ולהפיץ את פעילות המרכז ואת ייחודו. בעבר, רכזת ההשמה יזמה כתבה בעיתון מקומי אשר כללה ראיונות עם אנשי הצוות, עם מעסיק ועם שני מתמודדים במרכז העובדים אצלו. מטרת הכתבה הייתה בעיקר להביע תודה למעסיקים קיימים ולאתר מעסיקים פוטנציאליים, תוך העברת המסר שגם הם יכולים להרוויח משיתוף פעולה עם המרכז. הכתבה אמנם לא הניבה פניות רבות ממעסיקים, אך רכזת ההשמה עשתה בה שימוש בשיחות היכרות עם מעסיקים פוטנציאליים. בעקבות הכתבה הגיעו פניות

ספורות ממועמדים פוטנציאליים להצטרף למרכז, אך פונים אלה הופנו למעון היום משיקולים מקצועיים.

המרכז כולו, כולל מעון היום והאשפוזית, ערך יום חשיפה במאי 2011, שיועד בעיקר לאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש וההתמכרויות. היום כלל הרצאות אשר תיארו את מודל העבודה במעון היום וביחידה התעסוקתית, סוגיות במענה הפסיכיאטרי למתמודדים עם תחלואה כפולה, הצגת מקרה להמחשת המורכבות בעבודה עם אוכלוסייה זו וחשיפה לפעילויות השונות באמצעות סדנאות קצרות וממוקדות. ניתן לתאר את יום החשיפה עצמו כהצלחה: נכחו בו כמאה אורחים, ניכרה השקעה רבה בארגון היום ושיתוף פעולה ואווירה טובה בקרב הצוות. עם זאת, הצוות העיד על פניות מעטות בלבד למרכז בעקבות יום זה, רובן ככולן היו רלוונטיות למעון היום. מאז קיומו של יום זה, צוות המרכז נתן הרצאות דומות בתוכנו, המתארות את העבודה במרכז, בפני קהלים שונים, בין היתר ב"מרכז שלנו" לבני משפחה של מתמודדים בתל אביב, והוא ממשיך בהפצה של פעילות המרכז.

ה. קשרים עם הקהילה

כחלק ממודל העבודה של המרכז, כמסייע בשילובם של המתמודדים בשוק העבודה החופשי, הוגדרה החשיבות שביצירת קשרים עם ספקי משאבים טבעיים בקהילה. המתמודדים במרכז משתלבים בעבודה בקהילה, ולצורך כך מגייסת רכות ההשמה מעסיקים מהקהילה, המוכנים להעסיק עובדים מתמודדים בליווי המרכז. רכות ההשמה מתארת את תהליך גיוס המעסיקים כאתגר, ואף על פי כן הצליחה לגבש רשימת מעסיקים. הבעיה היא שאין מתמודדים חדשים שיעבדו אצל מעסיקים אלה, מכיוון שמתמודדים שאינם עובדים עדיין אינם מוכנים לעבוד בשוק החופשי וכמות ההפניות החדשות ליחידה התעסוקתית קטנה מאד.

ו. קשרים עם הרשויות

אמנם בשנתיים הראשונות לפעילות המרכז הוא קיבל תמיכה מהקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי, בנוסף לתמיכה של משרד הבריאות ושל הרשות המקומית, אך סוגית המשך מימון פעילות המרכז לאחר הפסקת המימון המתוכננת של המוסד לביטוח לאומי מוסיפה לעלות בוועדות ההיגוי האחרונות של המרכז. המעורבים בדבר, השותפים בוועדות ההיגוי, כל אחד לפי יכולתו, גויסו להמשיך ולתמוך בפעילות המרכז. כך למשל, משרד הבריאות העלה את הסטטוס של היחידה למפעל מוגן, על מנת שהשירות יקבל תקצוב גבוה יותר מזה שקיבל בעבר. כמו כן, הרשות למלחמה באלימות ובהתמכרויות באשדוד מוסיפה לספק מימון חלקי, אולם מימון זה אינו מספיק לכיסוי המשך פעילות המרכז.

לעומת מעורבותם של משרד הבריאות והרשות המקומית, בלט לאורך כל הדרך חוסר נוכחות בוועדות של נציגים ממשרד הרווחה. נושא זה חוזר ועולה לדיון בכל ועדה וועדה, מתוך הבנה כי אוכלוסייה מתמודדת עם תחלואה כפולה היא בעלת אפיונים הדורשים התייחסות משני המשרדים, משרד הבריאות ומשרד הרווחה. אף על פי כן, קיימת נסיגה תקציבית בתמיכת משרד הרווחה בפרוייקט, וסוכם על ידי הגורמים המעורבים כולם, כי חשוב לגייס את תמיכתו של משרד הרווחה בפרוייקט. המוסד לביטוח לאומי לקח על עצמו לקיים מפגש עם הנציגים הבכירים של כל המשרדים,

על מנת ליצור שיח בו ימצא פיתרון ויווצר מענה משולב, דבר שהוא חריג כיום בארץ. מעטים הם השירותים הזוכים לתמיכה של שני המשרדים שלא באופן מובהק וברור, אלא כהתגייסות מקומית ועל פי הסכמים יחידניים. באופן כללי, לאור מורכבות אוכלוסיית היעד של המרכז, וצרכיה המיוחדים, ובהתאם לעיקרון הטיפול המשולב, נראה שיש לעודד שיתוף פעולה משמעותי הרבה יותר בין משרדי הרווחה והבריאות להמשך מעורבות ותמיכה בפרוייקט, הן מקצועית (דבר היכול להשפיע על הפנייתם של מתמודדים חדשים) והן תקציבית.

ז. קושי בהעברת הפניות למרכז

נושא הפניית אנשים חדשים למרכז הוא נושא בעייתי, ומספר המתמודדים ביחידה התעסוקתית במרכז כיום נמוך בהרבה מכפי שהיא מסוגלת לקלוט. נראה שהמטרה האופרטיבית שהמיזם הציב לעצמו, להגדיל בהדרגה את היקפו, אינה מושגת בהצלחה. בין החודשים ינואר לספטמבר 2011 נקלטו ביחידה להכוונה מקצועית רק שני מתמודדים חדשים. הנושא מקבל התייחסות חוזרת ונשנית בועדות ההיגוי של המרכז, בה חברים הגופים השונים המעורבים בהפעלתו, אך עד היום ללא הצלחה להבין מה הוא הגורם המביא למצב זה. עם זאת, זוהו קשיים בשטח, בעיקר בנושא חוסר זיהוי של בעית ההתמכרות בקרב אנשי המקצוע בקהילה. נראה כי הגורמים המטפלים צריכים לעבור תהליך למידה, על מנת לזהות ולהפנות את האוכלוסייה הזו לשירות המתאים. עוד יש לקחת בחשבון את היתכנותה של סטיגמה של מטפלים באשר לאוכלוסייה המקבלת שירות במרכז, לאור המתמודדים הפוקדים אותו כיום, מה שבעבר העלה בחשיבת הצוות את הרעיון לפתוח קבוצה לאוכלוסייה צעירה למשל.

אתגרים לעתיד

המשך הטמעת התערבויות מבוססות ראיות ועבודה מסודרת יותר עם מטרות, יעדים ותכניות שיקום

כאמור, המרכז החל בשילוב התערבויות מבוססות ראיות ומקדמות החלמה במערך התכנית. צוות המרכז מתכנן בעתיד החדרה של התערבויות נוספות מבוססות ראיות, דוגמת התערבות פסיכוחינוכית הנותנת מענה לצרכי המשפחות. כמו כן, בכוונת הצוות להוסיף ולהעמיק בעבודה המסודרת עם מטרות ויעדים אישיים, מתוך אמונה כי תהליכים אלה עשויים לקדם את החלמתם של מקבלי השירות. בנוסף, יש להמשיך ולפתח מדדי מעקב ותוצאה מסודרים יותר על מנת להמשיך וללמוד מתהליכי המתמודדים המקבלים שירות במרכז.

הרחבת צוות המרכז ושמירה על הגדרת תפקידים

לאור הדברים האמורים בגוף הדו"ח ובעקבות דיונים חוזרים בפורומים השונים, עולה הצורך להגדיר ולהפריד בין התפקיד הניהולי לבין התפקיד הטיפולי במרכז. כך למשל, מנהלת המרכז משמשת כדמות המטפלת, הן ברמה הפרטנית והן ברמה המשפחתית, ובו בזמן מנהלת את המקום, תפקיד הדורש ממנה להפגין עמדה סמכותית ובעלת אפיונים שונים מאלה הדרושים ממטפלת אישית. למרות שיש לציין כי בפועל מנהלת המרכז מאוד משתדלת למלא את שתי הפונקציות ומתנהלת במקצועיות רבה, ריבוי התפקידים יוצר קושי ועומס הן עבורה והן עבור הצוות העובד עמה. כפילות התפקידים המתבצעת כיום על ידי מנהלת המרכז מביאה הן לכך שאין ביכולתה להתפנות לתפקיד הניהול במשרה מלאה (כולל פיתוח ושווק המרכז), והן מונע ממנה להתמסר לתפקיד המטפלת, הדורש התיחסות שונה וייחודית, כולל שעות של פגישות עם המתמודדים ועם גורמי טיפול בקהילה. הפרדה זו בין התפקידים נדרשת במיוחד לאור אוכלוסיית היעד המקבלת שירות במרכז, המתמודדת עם תחלואה כפולה, אשר בקרבם נושא הגבולות, המשמעת והסמכות הינו חלק בלתי נפרד ממהות הטיפול. אין ספק כי יש צורך בהרחבת הצוות ובמינוי של עובדת מקצועית נוספת. כמו כן, וכפי שעלה במהלך שנות הלווי המחקרי, יש צורך להמשיך ולאפשר לצוות מאור לקבל הדרכה מקצועית לפי צרכיהם היחודיים.

הפצת המודל ועידוד הפניות

אתגר נוסף לעתיד הינו הפצת מודל פעילות המרכז בצורה יותר מובנית, במטרה לעודד גדילה וצמיחה של הפרוייקט הנוכחי כמו גם הקמת פרוייקטים נוספים בעתיד במקומות אחרים בארץ. האתגרים לעתיד כוללים התמקדות בהפצה מסודרת יותר הכוללת גם חומרים כתובים, ובעיקר במעורבות גוברת של משרד הבריאות ושל גורמי השיקום בהסברה בנושא התחלואה הכפולה והעלאת מודעות המטפלים לתופעה ולקיומו של המרכז כמרכז היחיד בארץ הנותן מענה שיקומי לאוכלוסייה זו.

סוגית המשך מימון המרכז לאחר הפסקת מימון הקרן למפעלים מיוחדים

כפי שנכתב קודם, הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי הפסיקה את מימון פרויקט מאור בסוף 2011 (בצורה מתוכננת). משרד הבריאות והרשות העירונית למלחמה בסמים ממשיכים לספק מימון לפרוייקט אולם המימון איננו מספיק. האתגר לעתיד טמון בהמשך גיוס מימון הולם ושיתוף פעולה מלא, בפרט מצד משרד הרווחה. יש להדגיש כי ללא **תמיכה כוללת ובין-משרדית** מצד משרדי הרווחה והבריאות, שהיא בעלת היבט תקציבי משמעותי, המשך קיום הפרוייקט נתון בסכנה. יש לציין גם שסוגיית השיתוף והגדלת המעורבות של משרד הרווחה בפרוייקט היא גם בעלת חשיבות מקצועית רבה, במסגרת העבודה במודל הנותן מענה משולב לצרכים הטיפוליים והשיקומיים של המתמודדים בתחומי ההתמכרות ובריאות הנפש. כמו כן, יש לשקול להגדיר סעיף תקציבי נוסף לשירות מסוג זה, עקב מורכבות ההתמודדות הנדרשת עם אוכלוסייה מיוחדת זו.

מגבלות המחקר

מחקר זה, ככל מחקר, אינו חף ממגבלות מחקריות, אשר יתוארו להלן:

1. בשל מיעוט המתמודדים מקבלי השירות במרכז מאור, לא ניתן היה לערוך בממצאים ניתוחים סטטיסטיים הסקתיים, כפי שתוכנן מלכתחילה, והנתונים עובדו באופן תיאורי בלבד. הדבר מוביל כמובן לעובדה כי לא ניתן להסיק מסקנות גורפות ולהכליל את התוצאות על אוכלוסיית היעד הכללית, אלא רק לקבל תמונה כללית ומקומית על השירות הניתן במרכז.
2. השירות שהוערך מחקרית הינו שירות חדש, מתפתח וראשוני, שבו מתרחשים במקביל מגוון תהליכים ברמות השונות של הגורמים המעורבים (ברמה הארגונית, הצוותית, בקהילה וברמת הפרט). מחד, במצב כזה יש ערך רב לליווי מחקרי שעשוי לתרום לפיתוח המסגרת תוך למידה משותפת בזמן אמת; מאידך, קשה ללמוד באשר ליעילות השירות הנחקר והשפעותיו, תוך כדי התגבשותו כשירות וגיבוש דרכי העבודה בו.
3. מגבלה נוספת של המחקר הנוכחי היא העדר קבוצת ביקורת, אשר בהינתנה אפשר היה לנסות ולהעריך את השפעותיו של השירות על המתמודדים המקבלים אותו, ביחס למשל למתמודדים עם תחלואה כפולה המקבלים שירות רגיל.

סיכום ודיון

מרכז מאור הוקם מתוך כוונה לתת מענה לאוכלוסייה המתמודדת עם תחלואה כפולה: מחלת נפש והתמכרות לסמים ולאכזיהול. כפי שעולה בגוף הדו"ח, בארץ כמעט ולא קיימים שירותים הנותנים מענה לאוכלוסייה זו, והשירותים הקיימים מציעים אלטרנטיבה טיפולית אשפוזית ולא מתמקדים בשילוב המתמודדים בקהילה. אנו עדים כי בשנים האחרונות הצורך במתן מענה לאוכלוסייה זו הולך וגובר.

מרכז מאור הנו שירות שיקומי ייחודי וראשוני מבחינת האוכלוסייה שהוא משרת והמענה שהוא נותן. כפרויקט חדש וחלוצי המנסה לטפל באוכלוסייה מורכבת בעלת צרכים ייחודיים ורבים, עוד בתחילת הדרך נדרשו מענים רחבים ומורכבים יותר, על כל המשתמע מכך. עקב זיהוי הצורך המיוחד, שיתפו פעולה, באופן יוצא דופן, השותפים השונים בהפעלת הפרויקט. במהלך שנות הפעילות הראשונות, המוצגות בדו"ח זה, צוות המחקר היה עד לפיתוח מודל ייחודי, המותאם לאוכלוסייה איתה המרכז עובד ובו בזמן מנסה להתמודד עם אפיוני הקהילה בה המרכז נמצא. אמנם קיימת ספרות בנושא, אך על המרכז מוטל אתגר גדול והוא לעצב שירות הנותן מענה הן להיבטים השיקומיים, הכולל השקפת עולם מבוססת עקרונות ההחלמה, והן לשלב היבטים של טיפול מעולם ההתמכרויות, עולמות תוכן הכוללים אלמנטים שלעתים סותרים זה את זה. צוות המרכז השכיל ויצר דיאלוג בין עולמות תוכן אלה, לטובת המתמודדים באי המקום, וכך מתקיים מרכז המעניק טיפול משולב. במהלך השנים, במקביל לפיתוח המודל, צוות המרכז למד מהמשתתפים אודות צרכיהם והקשיים המאפיינים אותם כאוכלוסיית יעד המתמודדים בו זמנית עם שתי הפרעות, תוך ניסיון לתת מענה הן לצד הפסיכיאטרי והן לצד ההתמכרות. היבט נוסף של התמודדות התאפיין בחשיפת המודל לקהילה, הכוללת את שירותי השיקום, שירותי הטיפול ושותפים נוספים בקהילה. כהמשך להתפתחות המרכז והמודל, שותפים נוספים הצטרפו לתמיכה ברעיון ולקחו על עצמם להעניק שירותי דיור לאוכלוסייה זו, אשר לעתים קרובות נופלת בין הכסאות ומוצאת את עצמה בתנאי טיפול ותהליכי שיקום לא מתאימים, עקב היעדר ידע של הצוותים בשטח אודות הנושא.

מבחינת מודל העבודה אשר תואר במהלך הדוח, ניתן לראות כי העבודה במרכז נעשית בהתאם למודל המשולב שמטרתו העיקרית היא החלמה משתי בעיות קשות. הכוונה בהחלמה היא שהאדם המאובחן עם תחלואה כפולה ילמד לנהל את שתי הבעיות כך שיוכל להשיג את מטרת חייו המשמעותיות (Drake et al., 2001). הטיפול המשולב חייב לכלול התמודדות עם ההתמכרות לסמים ו/או לאכזיהול והתמודדות עם המחלה הנפשית. כמו-כן הכרחי שהטיפול המשולב יינתן על-ידי אותו הצוות ובאותו המקום (Back et al., 2006; Cleary, Hunt, Matheson & Walter, 2008; Cleary, Walter, Hunt, Clancy & Horsfall, 2008; Drake et al., 2001; Rush & Koegl, 2008; Mueser et al., 2003). ואמנם המרכז בנה תכנית עבודה הכוללת טיפול והתייחסות לבעיות ההתמכרות במקביל לשיקום פסיכיאטרי.

כמו כן, עולה כי התמודדות עם אוכלוסייה זו דורשת הסתכלות חדשה לגבי תהליכי ההחלמה, המושפעים לא רק מההבטים הנפשיים וההתמודדויות עם משברים נפשיים. נראה כי לעתים, כאשר מחלת הנפש מתאזנת, על האדם להתמודד עם דפוסים התמכרותיים, המאפיינים את מחלת ההתמכרות. התמודדות כפולה זו דורשת מיומנויות מיוחדות מצוות העובדים, תוך שילוב של תחומי ידע שונים והחזקה ותמיכה בצוות עצמו.

חשוב לציין כי במהלך שנות הליווי המחקרי צוות המרכז שיתף פעולה עם צוות המחקר באופן יוצא מן הכלל, תוך שהם מוכנים לדיאלוג ולפתיחות לגבי העשייה היום יומית שלהם. שני הצוותים עבדו בשותפות טובה לאורך כל תקופת המחקר.

מן הדו"ח עלה כי במהלך שנות המחקר, המרכז התמקד בפיתוח מודל של השמה תעסוקתית, תוך ניסיון לענות לצרכים של מקבלי השירות. עם זאת, עולה תמונה של תהליכים מורכבים, אשר חלקם מתאפיינים בשינויים ובהתנסויות מקוטעות, בעוד שחלק אחר מהם היה מוצלח באופן רציף והביא לשילובם של מתמודדים ולהתמדתם במקומות עבודתם. יחד עם זאת וכחלק מתהליך הלמידה, מתוצאות המחקר האיכותניות עולה החשיבות הרבה שביצירת מרחב תומך ושומר, הן על ניקיון מסמים והן על איזון נפשי חיוני, על מנת לאפשר למתמודדים להמשיך ולהתקדם בתהליכי ההחלמה האישיים שלהם.

כאמור, במדדים הכמותיים השונים שנבדקו לא נמצאו שינויים משמעותיים, למעט שיפורים קלים בחלק מתחומי החיים של המתמודדים להתרשמותם של אנשי הצוות במרכז ולהחמרות קלות, לכאורה, במצבם הנפשי להתרשמותה של הפסיכיאטרית המטפלת. יחד עם זאת, יש לשוב ולהדגיש כי השינויים מהווים תוצאות תיאוריות בלבד ולא משוב של ניתוחים סטטיסטיים ולכן לא ניתן להסיק מהם מסקנות גורפות, אלא רק להתרשם ממצב מקומי נתון.

יש לציין כי המרכז מהווה מודל יחודי וחיוני במארג השיקום בבריאות הנפש. צוות המחקר ליווה את המקום בשנות פעילותו הראשונות ואנו מאמינים כי על מנת לאפשר למקום להתייצב, הן מבחינה רעיונית והן מבחינה כלכלית, יש ללוות אותו ולתמוך בו משתי הבחינות למשך תקופה נוספת. המודל המוצג הינו נסיוני ובעולם השיקום בארץ, כאמור, ראשון מסוגו. עובדה זו יוצרת תהליך התפתחות שונה מהמוכר ומדדי ההצלחה הניתנים לבדיקה עשויים להניב פירות רק במרחק הזמן. כפי שהאוכלוסייה מאופיינת בתהליכים מורכבים שאינם מוכרים דיים למערכת בריאות הנפש, כך גם מרכז מאור, יוצר את דרכו תוך צעידה והתמודדות עם הגדרות ומציאות חדשה לכל המעורבים בו. דבר המהווה אתגר משמעותי עבור צוות המרכז והגורמים המלווים אותו מאז הקמתו.

בכבוד רב,

פרופ' דיוויד רועה

ראש המרכז להכשרה ולחקר שירותים ומדיניות בתחום בריאות הנפש הקהילתית

אוניברסיטת חיפה

רשימה ביבליוגרפית

- ורצברגר, ר. (2003). תחלואה כפולה: חולי נפש המשתמשים בסמים. נדלה בתאריך 09.09.08 כתובת: www.knesset.gov.il/MMM/data/docs/m00829.doc
- רועה, ד., חסון-אוחיון, א., לכמן, מ. וקרביץ, ש. (2006). האתגר שביישום ממצאים מחקריים בשדה: שיטות התערבות שיקומית המבוססות על ראיות בשיקום פסיכיאטרי כמקרה מבחן. *חברה ורווחה, כ"ו(4)*, 433-444.
- Abram, K.M. & Teplin, L.A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: implications for public policy. *American Psychologist, 46*, 1036-1045.
- Addington, J. & Addington, D. (1998). Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry, 172(33)*, 134-136.
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4)*, 11-23.
- Bachmann, K.M., Moggi, F., Hirsbrunner, H.P., Donati, R. & Brodbeck, J. (1997). An integrated treatment program for dually diagnosed patients. *Psychiatric Services, 48*, 314-316.
- Back, S.E., Waldrop, A.E., Brady, K.T. & Hien, D. (2006). Evidenced-based time limited treatment of co-occurring substance-use disorders and civilian-related posttraumatic stress disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6(4)*, 283-292.
- Bogenschutz, M. P. (2005). Specialized 12-step programs and 12-step facilitation for the dually diagnosed. *Community Mental Health Journal, 41(1)*, 7-20.
- Bogenschutz, M. P., & Akin, S. J. (2000). 12 step participation and attitudes toward 12 step programs in dual diagnosis patients. *Alcoholism Treatment Quarterly, 18*, 31-46.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Rapp, C. A., & Zipple, A. M. (2004). How evidence-based practices contribute to community integration. *Community Mental Health Journal, 40(6)*, 569-588.
- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A. & Carey, M.P. (2001). Enhancing readiness-to-change substance abuse in persons with schizophrenia. A four-session motivation-based intervention. *Behavior Modification, 25*, 331-384.

- Carey, K.B., Purnine, D.M., Maisto, S.A., Carey, M.P. & Simons, J.S. (2000). Treating substance abuse in the context of severe and persistent mental illness: Clinician's perspectives. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*, 189-198.
- Carling, P. J. (1995). *Return to community: Building support systems for people with psychiatric disabilities*. New York, NY: Guilford Press.
- Carroll, K.M. & Onken, L.S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1452-1460.
- Caton, C.L., Shrout, P.E., Eagle, P.F., Opler, L.A., Felix, A.F. & Dominguez, B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: A case-control study. *American Journal of Public Health, 84*, 265-270.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S. & Walter, G. (2008). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of advanced nursing, 65(2)*, 238-258.
- Cleary, M., Walter, G., Hunt, G.E., Clancy, R. & Horsfall, J. (2008). Promoting dual diagnosis awareness in everyday clinical practice. *Journal of Psychosocial Nursing, 46(12)*, 43-49.
- Crits-Cristoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National institute on drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Archives of General Psychiatry, 56*, 493-502.
- Cuffel, B., Shumway, M. & Chouljian, T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 182*, 704-708.
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Staeheli, M. R., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: Paradigm shift or shibboleth? In: L. Davidson, C. M. Harding, & L. Spaniol (Eds.), *Recovery from severe mental illnesses: Research evidence and implications for practice* (pp. 5-26). Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation of Boston University.

- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L., Lynde, D., Osher, F.C., Clark, R.E. & Richards, L. (2001). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 52(4), 469-477.
- Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1993). Moderate drinking among people with severe mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 780-782.
- Edward, K.L. & Munro, I. (2009). Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 74-79.
- Gelkopf, M., Weizman, T., Melamed, Y., Adelson, M. & Bleich, A. (2006). Does psychiatric comorbidity affect drug abuse treatment outcome? A prospective assessment of drug abuse, treatment tenure and infectious diseases in an Israeli methadone maintenance clinic. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 43(2), 126-136.
- Guy W (1976) Clinical global impression (CGI). In: *Assessment manual for psychopharmacology*. ECDEU revedn. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Haywood, T.W., Kravitz, H.M., Grossman, L.S., Cavanaugh, J.L., Davis, J.M. & Lewis, D.A. (1995). Predicting the "revolving door" phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 856-861.
- Horvath, A. & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Counseling Psychology*. 36, 2, 2230233.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-244.
- Kravetz S, Faust M, David M.(2000) Accepting the mental illness label, perceived control over the illness and quality of life. *Psychiatric Rehabilitation Journal*; 23 (4): 323-330.
- Kushner, M.G. & Mueser, K.T. (1993). Psychiatric co-morbidity with alcohol use disorders. In *Eighth special report to the U.S. Congress on alcohol and health* (NIH Publication No. 94-3699, pp. 37-59). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- Ligon, J. & Thyer, B. (2000). Interrater Reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale Used at a Community-based Inpatient Crisis Stabilization Unit. *Journal of clinical psychology, 56* (4), 583–587.
- Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sega.
- Maremmani, I., Pacini, M., Lubrano, S., Perugi, G., Tagliamonte, A., Paolo Pani, P., Gerra, G. & Shinderman, M. (2008). Long-term outcomes of treatment-resistant heroin addicts with and without DSM-IV axis 1 psychiatric comorbidity (dual diagnosis). *European Addict Research, 14*, 134-142.
- Magura, S. (2008). Effectiveness of dual focus mutual aid for co-occurring substance use and mental health disorders: A review and synthesis of the "double trouble" in recovery evaluation. *Substance use and misuse, 43*, 1904-1926.
- Magura, S., Rosenblum, A., Villano, C.L., Vogel, H.S., Fong, C. & Betzler, T. (2008). Dual-focus mutual aid for co-occurring disorders: A quasi-experimental outcome evaluation study. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 34*, 61-74.
- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive behaviors, 23*, 717-734.
- Mueser, K.T., Goodman, L.B., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R., Auciello, P. & Foy, D.W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 493-499.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E. & Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders*. New York, New York: The Guilford Press.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Miles, K.M., Wolford, G., Vidaver, R. & Carrieri, K. (1999). Conduct disorder, antisocial personality disorder, and substance use disorders in schizophrenia and major affective disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 60*, 278-284.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L. & Yadalam, K.G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin, 16*, 31-56.
- Nelson, G., Lord, J. & Ochocka, J. (2001). Empowerment and mental health in community: Narratives of psychiatric consumer/survivors. *Journal of community & applied social psychology, 11*(2), 125-142.

- Padgett, D.K., Henwood, B., Abrams, C. & Drake, R.E. (2008). Social relationships among persons who have experienced serious mental illness, substance abuse, and homelessness: Implications for recovery. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 333-339.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Ratner, Y. & Endicott, J. (2005) Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research* 14: 1693–1703.
- Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., Osher, F.C., Swartz, M.S., Essock, S.M., Butterfield, M.I., Constatine, N.T., Wolford, G.L. & Slayers, M.P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91, 31-37.
- Rush, B. & Koegl, C.J. (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. In N.K. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, (pp. 118-137). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Seidenberg, G.L. (2008). Personal accounts: could Noah's life have been saved? Confronting dual diagnosis and a fragmented mental health system. *Psychiatric Services*, 59(11), 1254-1255.
- Swofford, C.D., Kasckow, J.W., Scheller-Gilkey, G. & Inderbitzin, L.B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 20, 145-151.
- Vogel, H. S. (1993). *Double trouble in recovery*. Albany, NY: Mental Health Empowerment Project.
- Vreeland B. (2007). Bridging the gap between mental and physical health: A multidisciplinary approach. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007, 68 (4), 26-33.

נספחים

נספח 1: שאלונים למתמודדים

טופס הסכמה להשתתפות במחקר

הנך מוזמן לקחת חלק במחקר הנועד להעריך השפעתו של השירות והתאמתו לצורכים אותו. שאלון זה מתייחס להיבטים שונים בחיך. מילוי השאלון לוקח כחצי שעה, ואנו מבקשים שתמלא אותו בשלמותו בשתי נקודות זמן, כעת ובעוד כשנה וחצי. ההשתתפות במחקר היא אנונימית. אנו מבטיחים לך שהחומר שייאסף יישאר חסוי, כלומר שמך לא יופיע בו ולא ניתן יהיה לזהות אותך. המידע שימולא על ידך לא יועבר לשום גורם טיפולי או מקצועי אחר ככלל. לפיכך, המידע שתמסור/י לא יפגע בשירותים להם אתה זכאי. אם תרצה תוכל/י להפסיק את השתתפותך במחקר בכל שלב מבלי שהדבר יפגע בתנאי הטיפול שלך. נודה לך מאד אם תסייע בידינו להבין את איכותה ויעילותה של המסגרת עבורך, כך שניתן יהיה להעריך ולשפר את השירות הניתן לך ולאחרים בעתיד.

הנני מוכן להשתתף במחקר הבודק את יעילות השירות שאני משתתף בו, ומבין/ה שהמידע יועבר לצורכי מחקר בלבד.

שם _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____

היות והמחקר מתבצע בשתי נקודות זמן נבקש ממך להשאיר לנו דרך להתקשרות עמך בעוד שנה וחצי

טלפון _____ פלאפון _____

טלפון של אדם נוסף _____

כתובת _____

מייל _____@_____

ניתן להפנות שאלות לחוקרים:

פאולה גרבר אפשטיין טל: 0528418292

פרופ' דיוויד רועה טל: 0544661352

דר' מרק גלקופף טל: 0545714344

שם ממלא (ימולא ע"י המראיין) _____

א. פרטים סוציו-דמוגרפיים

1. מין
 - 1- זכר
 - 2- נקבה
2. גיל _____
3. מצב משפחתי
 - 1- נשוי/ה
 - 2- חיה עם בן/ת זוג ללא נישואים
 - 3- אלמן/ה
 - 4- גרוש/ה, פרוד/ה
 - 5- רווק/ה
4. האם יש ילדים?
 - 1- לא
 - 2- כן
5. דת
 - 1- יהודיה
 - 2- מוסלמית
 - 3- נוצרי/ה
 - 4- דרוזית
 - 5- אחר
6. ארץ לידה :
 1. ישראל
 2. ברה"מ לשעבר וארצות מזרח אירופה
 3. מערב אירופה ואוסטרליה
 4. מדינות אפריקה ואסיה (ללא מצרים)
 5. מדינות ערב (כולל מצרים)
 6. אמריקה הלטינית
 7. ארה"ב וצפון אמריקה
 8. אחר
7. שנת עליה _____
8. סוג דיור -
 1. דיור עצמאי
 2. דיור מוגן
 3. הוסטל/קהילה תומכת
9. האם גר _____ ?
 1. לבד
 2. בן/בת זוג
 3. בני משפחה (הורים/אחים וכו')
 4. שותפים
10. עיר מגורים _____
11. מספר שנות לימוד _____

12. כיצד היית מגדיר את המעמד הסוציו – אקונומי (כלכלי חברתי) שלך?

1- נמוך

2- בינוני - נמוך

3- בינוני

4- בינוני - גבוה

5- גבוה

13. תעסוקה- האם הינך עובד/ת כעת?

1- לא

2- כן

14. האם ברשותך מקצוע?

1- לא

2- כן

15. אם ענית "כן" בשאלה 14, לאיזו קטגוריה משתייך המקצוע שלך?

1. מקצוע חופשי אשר דרושה בו השכלה מקצועית גבוהה (למשל- עו"ד, בנקאי, רואה חשבון, פסיכולוג, סוכן ביטוח וכו')

2. הוראה

3. איש מקצוע כגון: חשמלאי, נגר, אינסטלטור, שף, תופר, מוכר וכו'

4. אחר, נא פרט: _____

16. אם אינך עובד/ת כרגע, האם עבד/ת בעבר?

1- לא

2- כן

17. הגיל שבו אובחנה המחלה _____

18. גיל אשפוז ראשון _____

19. מספר אשפוזים _____

20. אבחנה ראשונית _____

2. תחום הבריאות הגופנית

א. כיצד היית מתאר/ת את בריאותך הגופנית?

[] טובה [] די טובה [] סבירה [] לא כל כך טובה [] לא טובה

ב. האם הנך עוסק/ת בפעילות גופנית (לדוגמא: ריצה, הליכה, שחייה, חוגי ספורט וכיוצא בזאת)?

כן [] לא []

אם סימנת כן, המשך לסעיף ד.

ג. אם סימנת לא באיזו מידה היית מעוניין/ת לעסוק בפעילות גופנית?

[] מאוד מעוניין/ת

[] כלל לא מעוניין/ת

אם סימנת לא, אנא דלגי לתחום הפנאי

ב. השאלות הבאות יהיו לגבי דעותיך על איכות החיים שלך. כאשר את/ה עונה על כל שאלה סמן/י את תשובה המשקפת בצורה הטובה ביותר את דעתך. אין תשובות נכונות או שגויות. ענה/י על כל השאלות, וסמן/י אך ורק תשובה אחת בכל שאלה. השאלון מנוסח בלשון זכר אך מיועד לשני המינים.

כמעט כל הזמן או תמיד	לעיתים קרובות או רוב הזמן	לפעמים	לעיתים רחוקות	בכלל לא או אף פעם לא	
5	4	3	2	1	במהלך השבוע האחרון כמה זמן... 1. הרגשת לכל הפחות במצב בריאותי טוב מאד?
5	4	3	2	1	2. היית חופשי/ה מדאגות אודות בריאותך הגופנית?
5	4	3	2	1	3. הרגשת טוב מבחינה גופנית?
5	4	3	2	1	4. הרגשת מלא מרץ וחיוניות?
5	4	3	2	1	5. הרגשת שבע רצון מחיידך?
5	4	3	2	1	6. הרגשת מאושר/ת ושמח/ה?
5	4	3	2	1	7. הרגשת יכולת לתקשר עם אחרים?
5	4	3	2	1	8. הרגשת יכולת לנוע ממקום למקום כדי לעשות דברים כשהיה בכך צורך (ללכת ברגל, להשתמש במכונית, אוטובוס, רכבת, או כל אמצעי תחבורה זמין אחר בהתאם לצורך)?
5	4	3	2	1	9. הרגשת יכולת לטפל בעצמך?

השאלות הבאות מתייחסות לפעילויות בשעות הפנאי כגון, צפייה בטלוויזיה, קריאת עיתונים או כתבי עת, טיפול בצמחי בית או בגינה, הליכה למוזיאון או לסרטים, לאירועי ספורט וכו'?

5	4	3	2	1	10. באיזו תכיפות נהנית מפעילויות הפנאי שלך?
5	4	3	2	1	11. באיזו תכיפות התרכזת בפעילויות הפנאי שלך והענקת להן תשומת לב?
5	4	3	2	1	12. אם התעוררה בעיה בפעילויות הפנאי שלך, באיזו תכיפות פתרת אותה או טיפלת בה ללא מתח מופרז?
					במהלך השבוע האחרון באיזו תכיפות... תכופות...
					בכלל לא או אף פעם לא
					לעיתים רחוקות
					לפעמים
					לעיתים קרובות או רוב הזמן
					כמעט כל הזמן או תמיד
5	4	3	2	1	13. ציפית להיפגש עם ידידים או קרובי משפחה?
5	4	3	2	1	14. נהנית לשוחח עם עמיתים לעבודה או עם שכנים?
5	4	3	2	1	15. הרגשת חיבה כלפי איש אחד או יותר?
5	4	3	2	1	16. התבדחת או צחקת עם אנשים אחרים?
5	4	3	2	1	17. הרגשת שאת/ה מצליח/ה למלא את צורכיהם של ידידים או קרובי משפחה?
					אם לוקחים הכל בחשבון, במהלך השבוע האחרון עד כמה היית שבע רצון לגבי...
5	4	3	2	1	18. תרופות שהנדך נוטל/ת? (אם אינך נוטל/ת תרופות, סמן/י כאן _____ והשאר/השאירי את הפריט ריק)

ג. השאלות הבאות מתייחסות לקשר עם המטפל שלך. סמן/י את התשובה המשקפת בצורה הטובה ביותר את דעתך. ענה/י על כל השאלות, וסמן/י אך ורק תשובה אחת בכל שאלה. אין תשובות נכונות או שגויות.

7 מסכים/ה מאוד	6 מסכים	5 בעיקר מסכים	4 מעור ב	3 בעיקר לא מסכים	2 לא מסכים	1 כלל לא מסכים/ה	
7	6	5	4	3	2	1	1. המטפלת/ת שלי ואנוכי תמימי דעים לגבי דברים שאנו עושים בטיפול במטרה לשפר את מצבי.
7	6	5	4	3	2	1	2. מה שאני עושה בטיפול מעניק לי דרך חדשה להביט על הבעיה/ות שלי
7	6	5	4	3	2	1	3. אני מאמין/ה שהמטפלת/ת שלי מחבבת אותי.
7	6	5	4	3	2	1	4. המטפלת/ת איננה מבינה מה אני מבקשת/ת להשיג מהטיפול
7	6	5	4	3	2	1	5. יש לי בטחון ביכולת של המטפלת/ת שלי לעזור לי בפתרון הבעיות שלי.
7	6	5	4	3	2	1	6. אני חשה/ה שהמטפלת/ת מעריך/ה אותי.
7	6	5	4	3	2	1	7. המטפלת/ת ואנוכי מסכימים לגבי מה שוב לעבוד עליו בטיפול.
7	6	5	4	3	2	1	8. המטפלת/ת ואני סומכים האחד/ת על האחר/ת.
7	6	5	4	3	2	1	9. למטפלת/ת ולי יש חילוקי דעות לגבי מהות הבעיות שלי.
7	6	5	4	3	2	1	10. המטפלת/ת ואני משתפים פעולה בקביעת המטרות בטיפול.
7	6	5	4	3	2	1	11. המטפלת/ת ואנוכי הגענו להבנה לגבי השינויים שיהיו הכי טובים עבורי.
7	6	5	4	3	2	1	12. אני מאמין/ה שהדרך בה אנו עובדים לפתרון הבעיה/ות שלי הינה הדרך הנכונה.

ד. להלן מספר משפטים שבהם משתמשים אנשים בדרך כלל כדי לתאר את עצמם. קרא/י כל משפט והקף/הקיפי בעיגול את הספרה המתאימה ביותר שמתחתי לתיאור הרגשתך בשבועיים האחרונים. אין כאן תשובות נכונות או לא נכונות. אל תתעכב/י זמן רק מדי על משפט כלשהו, אלא תנ/י את התשובה הנראית לך כמתארת בצורה הטובה ביותר את הרגשתך הנוכחית.

כמעט תמיד	לעיתים קרובות	לפעמים	כמעט אף פעם	
4	3	2	1	1. אני מרגיש/ה רגוע/ה
4	3	2	1	2. אני מתוח/ה
4	3	2	1	3. אני מרגיש/ה צער
4	3	2	1	4. אני מרגיש/ה נינוח/ה
4	3	2	1	5. אני מרגיש/ה מרוצה
4	3	2	1	6. אני מודאג/ת

ה. שאלון זה מורכב מקבוצת משפטים, אנא קרא/י את המשפטים ולאחר מכן בחר/י את המשפט מתוך הקבוצה, אשר מתאר בצורה הטובה ביותר כיצד הרגשת בשבועיים האחרונים כולל היום. הקף/הקיפי בעיגול את המספר שליד המשפט שבחרת. אם יותר ממשפט אחד נראים לך מתאימים, הקף/הקיפי את המספר הגבוה ביותר מביניהם.

1. 0. אני לא מרגיש/ה עצוב/ה
1. אני עצוב/ה רוב הזמן
2. אני עצוב/ה כל הזמן.
3. אני כה עצוב/ה או אומלל/ה עד שאיני יכול/ה לשאת זאת.
2. 0. אני לא מיואש/ת במיוחד/ת ביחס לעתיד.
1. אני מיואש/ת לגבי העתיד יותר מאשר הייתי בעבר.
2. אני לא מצפה שהדברים יסתדרו עבורי.
3. אני מרגיש/ה שעתיד די הוא חסר תקווה ושהוא רק עלול להיות גרוע יותר.
3. 0. אני לא מרגיש/ה שאני כישלון.
1. אני מרגיש/ה שנכשלתי יותר ממה שהייתי צריך/ה.
2. בהביטי לאחור על חיי אני רואה הרבה כישלונות.
3. אני מרגיש/ה שאני כשלון גמור כאדם.
4. 0. אני נהנה מהדברים כעת כפי שנהניתי מהם בעבר.

1. איני נהנה יותר מדברים כפי שנהניתי בעבר.
 2. אני נהנה מעט מאד מדברים שנהניתי מהם בעבר.
 3. אני לא נהנה כלל מדברים שנהניתי מהם בעבר.
5. 0 אני מרגישה/ה לגבי עצמי כפי שהרגשתי תמיד.
 1. איבדתי את הביטחון בעצמי.
 2. אני מאוכזב/ת מעצמי.
 3. אני לא אוהב/ת את עצמי.
6. 0 אני לא מבקר/ת או מאשים/ה את עצמי יותר מתמיד.
 1. אני יותר ביקורתית/ת כלפי עצמי משהייתי בעבר.
 2. אני ביקורתית/ת כלפי עצמי לגבי כל חסרונותיי.
 3. אני מאשים/ה את עצמי על כל הדברים הרעים שקרו.
7. 0 אין לי כל מחשבה להרוג את עצמי.
 1. יש לי מחשבות להרוג את עצמי, אבל אני לא אבצע אותם.
 2. הייתי רוצה להרוג את עצמי.
 3. הייתי הורג את עצמי אילו הייתה לי את ההזדמנות.

ו. לפניך שאלות המתייחסות להתמודדות שלך עם התופעות הקשורות בחוויות הקשות שעברת. סמן את התשובה המתאימה לך ביותר.

כלל לא	במידה מועטה מאוד	במידה מועטה	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
5	4	3	2	1	1. באיזו מידה את/ה חושב שיש לך שליטה על התופעות הקשורות למחלה שלך?
5	4	3	2	1	2. באיזו מידה אתה מאמין שיש לך שליטה לטווח ארוך על התופעות הקשורות למחלה שלך?
5	4	3	2	1	3. באיזו מידה אתה מרגיש שאתה יכול להיעזר בטיפול הרפואי כדי לשלוט בתופעות הקשורות למחלה שלך?
5	4	3	2	1	4. באיזו מידה אתה חושב שמשפחתך מסייעת לך לשלוט בתופעות הנ"ל ביומיום?
5	4	3	2	1	5. באיזו מידה אתה מאמין שמשפחתך מסייעת לך לשלוט בתופעות הנ"ל בטווח הארוך?

5	4	3	2	1	6. באיזו מידה אתה חושב שהמטפלים (פסיכיאטרים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים) מסייעים לך לשלוט בתופעות הנ"ל?
5	4	3	2	1	7. באיזו מידה אתה מאמין שהמטפלים מסייעים לך לשלוט בתופעות הנ"ל בטווח ארוך?

ז. להלן רשימת היגדים המתארים כיצד אנשים מרגישים לפעמים כלפי עצמם וכלפי החיים. אנא, קרא/י כל אחד בעיון וסמן/י את התשובה הקרובה ביותר למידה שהינך מסכים/ה או לא מסכים/ה עם ההיגד. אנא סמן/י (הקיף/י בעיגול) (1) אם את/ה לא מסכים/ה בכלל, (2) לא מסכים/ה, (3) לא בטוח/ה, (4) מסכים/ה, ו- (5) מסכים/ה מאוד.

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח	לא מסכים	לא מסכים בכלל	
5	4	3	2	1	1. יש לי רצון להצליח
5	4	3	2	1	2. יש לי תוכנית משלי כיצד להמשיך או להתחיל להרגיש טוב
5	4	3	2	1	3. יש לי יעדים בחיים שאני רוצה להשיג
5	4	3	2	1	4. אני מאמין/ה שאוכל להשיג את יעדי האישיים
5	4	3	2	1	5. יש לי מטרה בחיים
5	4	3	2	1	6. אפילו כשלי לא אכפת מעצמי, יש אחרים שאכפת להם ממני
5	4	3	2	1	7. אני יכול/ה להתמודד עם מה שקורה בחיי
5	4	3	2	1	8. אני אוהב/ת את עצמי
5	4	3	2	1	9. אם אנשים היו מכירים אותי באמת, הם היו מחבבים אותי
5	4	3	2	1	10. בסופו של דבר, משהו טוב יקרה
5	4	3	2	1	11. יש לי תקווה לגבי העתיד שלי
5	4	3	2	1	12. ההתמודדות עם מחלת הנפש שלי כבר אינה המוקד של חיי
5	4	3	2	1	13. הסימפטומים מפריעים לחיי פחות ופחות
5	4	3	2	1	14. הסימפטומים מהווים בעיה בשבילי לתקופות קצרות יותר בכל פעם שהם מופיעים
5	4	3	2	1	15. אני יודע/ת מתי לבקש עזרה

5	4	3	2	1	16. אני מוכן/ה לבקש עזרה
5	4	3	2	1	17. אני מבקש/ת עזרה כשאני צריך/ה אותה
5	4	3	2	1	18. יש לי אנשים שאני יכול/ה לסמוך עליהם
5	4	3	2	1	19. אפילו כשאני לא מאמין בעצמי, יש אחרים שמאמינים בי
5	4	3	2	1	20. חשוב שיהיה מגוון של חברים

ח. להלן רשימת היגדים המתארים כיצד אנשים מרגישים לפעמים כלפי מקום עבודתם. אנא, קרא/י כל אחד בעיון וסמן/י את התשובה הקרובה ביותר למידה שהינך מסכים/ה או לא מסכים/ה עם ההיגד. אנא סמן/י (הקיף/י בעיגול) (1) אם את/ה לא מסכים/ה בכלל, (2) לא מסכים/ה, (3) לא בטוח/ה, (4) מסכים/ה, ו- (5) מסכים/ה מאוד.

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח	לא מסכים	לא מסכים בכלל	
5	4	3	2	1	1. אני מרוצה ממצבי בעבודה
5	4	3	2	1	2. אני מרוצה מרמת המעורבות שלי בלקיחת ההחלטות בעבודתי
5	4	3	2	1	3. אני מרוצה מרמת התמיכה שאני מקבל במקום העבודה
5	4	3	2	1	4. לעתים רחוקות אני חושב על חיפוש מקום עבודה אחר
5	4	3	2	1	5. לעתים רחוקות אני חושב על חיפוש תעסוקה/עיסוק אחרת משלי

האם יש לך הערות או שאלות? (ניתן לצרף דף לשאלון עם הערות)

תודה על השתתפותך ותרומתך למחקר!

נספח 2: שאלונים למטפלים

שאלון למטפל

שם המטופל _____ שם ממלא הטופס _____

סמן/י X לצד התפקוד המתאר בצורה הטובה ביותר את מצבו של המתמודד בתחומי חיים הבאים

א. תפוקה/ יצרנות בתעסוקה	
דרגי את תפקוד המתמודד בהסתמכותך על פעילותו העיקרית (עקר/ת בית, סטודנט, עובד)	
1.	למתמודד/ת תפקוד אופטימאלי במשק הבית, במשימות שבמסגרת הלימודים או בתפקוד הקשור בתעסוקה, וזאת בצורה רגועה ויעילה.
2.	למתמודד/ת תפקוד נאות במסגרת תעסוקה עצמאית, בבית או במסגרת הלימודים. לרוב לא משתמשת בכל יכולותיו/ כישוריו.
3.	למתמודד תפקוד מתון במסגרת תעסוקה עצמאית, בבית/ה או במסגרת לימודים. יש לקחת בחשבון חוסר יציבות בעבר בתחום התעסוקתי או הביתי, או במסגרת הלימודים עם תקופות ממושכות של הצלחה.
4.	למתמודד/ת יצרנות שולית: (למשל: יצרנות במסגרת תעסוקה מוגנת או יצרנות מינימאלית במסגרת תעסוקה עצמאית: "מתנדנד/ת" בתפקודו בבית, במסגרת הלימודית, או משנה דחופות מקום עבודה).
5.	למתמודד/ת יצרנות מוגבלת: לעיתים קרובות עם יכולות/ כישורים מוגבלים במשק הבית, במסגרת לימודים, במסגרת תעסוקה עצמאית (למשל: דורש שיגרה בנויה מאוד).
6.	למתמודד/ת לעיתים ניסיונות ליצרנות כושלת: יצרנות רק עם השגחה רציפה במסגרת תעסוקה מוגנת, בבית, או במקצועות לימוד מסוימים.
7.	הפרודקטיביות של המתמודד/ת מוגבלת באופן חמור: לעיתים קרובות אינו/ה מסוגלת/ לעבוד, או להסתגל למסגרת הלימודים או למסגרת משק הבית.
ב. ניהול אורח חיים עצמאי/ יכולת טיפוח עצמי	
(ניהול משק הבית, הרגלי שינה, אכילה והייגנה)	
1.	למתמודד/ת יכולת אופטימאלית בטיפוח העצמי מבחינת היגיינה. מסתדר/ת עם צרכיו/ה האישיים (הרגלי שינה, אכילה והייגנה) ועם משימות משק הבית באופן עצמאי.
2.	למתמודד/ת יכולת ניהול חיים עצמאיים / טיפוח עצמי באופן מספק עם תמיכה מינימאלית (למשל עזרה לעיתים בניידות, בקניות, עזרה עם שכנים, חברים, ואנשי תמך אחרים).
3.	למתמודד/ת ניהול עצמי מתון: ניהול חיי עצמאות עם עזרה שגרתית (למשל ביקורי בית של אחות, אנשי עזר אחרים, במגורים פרטיים).
4.	למתמודד/ת יכולת טיפוח עצמי שולית: לרוב משתמשת/ת בעזרה קבועה על מנת לשמור על תפקוד עצמאי וטיפוח עצמי. נוטל חלק מינימאלי בניהול משק הבית.

5.	למתמודד/ת יכולת טיפוח עצמית מוגבלת, מיומנויות חיים עצמאיות מוגבלות. לרוב נשען/ת על שירותי בריאות לצרכים נפשיים או גופניים. השתתפות מוגבלת בניהול משק הבית.
6.	למתמודד/ת מוגבלות ניכרת ביכולות טיפוח עצמי, ובחיי עצמאות. לרוב מצריך השגחה תמידית בתוך או מחוץ למסגרות מוגנות (למשל ניצול תדיר של שירותי חירום).
7.	המתמודד/ת חסרת מיומנויות לטיפול עצמי, חשוף/ה לאיומי חיים בשל כך. קיים שימוש רב וממושך בשירותי בית חולים. המתמודד אינו/ה מסוגלת/ליטול חלק בניהול משק הבית.

ג. גורמים המפריעים לתפקוד המתמודד/ת בריאות גופנית	
1.	למתמודד/ת לקות בריאותית קיצונית, לדוגמא: לקות המונעת ממנו לקחת חלק ברוב פעילויות היום יום.
2.	למתמודד/ת לקות בריאותית משמעותית, לדוגמא: לקות המפריעה לו ליטול חלק ברוב פעילויות היום יום.
3.	למתמודד/ת לקות בריאותית מתונה (moderate), לדוגמא: לקות המונעת ממנו להשתתף בחלק מפעילויות היום יום.
4.	למתמודד/ת לקות בריאותית קלה.
5.	למתמודד/ת אין לקות בריאותית.
6.	לא יודעות
ד. יכולת ניהול כספים	
1.	המתמודד/ת כמעט אף פעם אינו מנהל/ת את כספו/ה בהצלחה, לדוגמא: מנהל רק את דמי הכיס שלו
2.	המתמודד/ת לעיתים רחוקות מנהל/ת את כספו/ה בהצלחה, לדוגמא: מנהל את הקצבה הניתנת לו פעם ביום.
3.	המתמודד/ת לפעמים מנהל/ת את כספו/ה בהצלחה, יודע לנהל תקציב שבועי, לרכוש אוכל, סיגריות וכיוצא בזה.
4.	המתמודד/ת מנהל/ת את כספו בהצלחה חלק נכבד מהזמן, לדוגמא: רוכש את תרופותיו, מזונו, משלם חשבוניותיו, עם עזרה מועטה.
5.	המתמודד/ת כמעט תמיד מנהל/ת את כספו/ה בהצלחה.
6.	לא יודעות
ה. עצמאות בחיי היום יום	
(תפקודי ADL, עד כמה תפקוד המתמודד יעיל בחיי היום יום: באופן שבו הוא שומר על ההיגיינה שלו, על לבוש תואם מצב, על תזונה מזינה ונכונה, ועל ניהול משק ביתו)	
1.	המתמודד/ת כמעט אף פעם אינו/ה מתפקד/ת באופן עצמאי, למרות התערבות עקבית של צוות מטפל
2.	המתמודד/ת לעיתים קרובות אינו מתפקד/ת באופן עצמאי, ממלא חלק מתפקודי ה ADL באופן עצמאי

	3. המתמודד/ת לעיתים מתפקד/ת באופן עצמאי. זקוק לתזכורת קבועה על מנת לבצע את רוב תפקודי ה ADL.
	4. המתמודד/ת לעיתים קרובות מתפקד/ת באופן עצמאי. לעיתים זקוק לתמיכה ועידוד בתחום.
	5. המתמודד/ת כמעט תמיד מתפקד/ת באופן עצמאי.
	6. לא יודעות
	ו. הכרה/תובנה למחלה
	1. המתמודד/ת כמעט אף פעם אינו/ה מכיר/ה במחלתו/ה. – מכחיש את קיומה.
	2. המתמודד/ת לעיתים נדירות מכיר/ה במחלתו/ה. באופן עקבי אינו מכיר/מבין מהי המחלה או מהם הסימפטומים.
	3. המתמודד/ת לפעמים מכיר/ה במחלתו/ה. מכחיש חלק מהסימפטומים, אינו מכיר בחומרת המצב, מאשים גורמים חיצוניים בבעיותיו.
	4. המתמודד/ת מכיר/ה במחלתו/ה בחלק נכבד מהזמן.
	5. המתמודד/ת כמעט תמיד מכיר/ה במחלתו/ה.
	6. לא יודעות

	ז. התנהגות חברתית תואמת Social acceptability מונח זה מתייחס לתגובות אנשים אחרים כלפי המתמודד/ת (הבסיס לדירוג: התייחסי לחזות החיצונית, התנהגות במקומות ומצבים ציבוריים ודיווחים מאחרים)
	1. באופן שלילי מאוד- המתמודד/ת מייצר בעקביות תגובת הימנעות מאחרים
	2. באופן יחסי שלילי- החזות/ הצגה עצמית מייצרת מספר תגובות שליליות מאחרים
	3. באופן מעורב – משליליות מתונה לחיוביות מתונה
	4. באופן יחסי חיובי- החזות/הצגה עצמית פגומה קלות, אך ניתן לנתב אותה בציבור מבלי למשוך תשומת לב שלילית
	5. באופן מאוד חיובי- אין כל מצג בחזות החיצונית לחולי נפשי או פגמים.
	6. לא יודעות- לדעתי ניתן לבטל סעיף זה. הכוונה בשלב המילוי שידעו דברים אלו
	ח. גילוי עניין בחברה באיזו תדירות המתמודד/ת יוזם/ת מגע חברתי או נענה ליוזמת אחרים למגע חברתי (הבסיס לדירוג הנו מידת העניין שהמתמודד/ת מפגינה/ ביזימת ו/או השתתפות בפעילויות חברתיות עם אחרים, זאת ללא שיפוטיות לגבי מידת ההלימה של הקשר או איכות האינטראקציות החברתיות)
	1. לעיתים נדירות- כמעט ולא משתתף בפעילויות חברתיות, בדרך כלל נמנע ממצבים חברתיים זמינים.
	2. לעיתים נדירות למדי- תגובה מוגבלת להזמנות או אינטראקציות חברתיות, לא יוצא לבילויים

	3. לעיתים- לעיתים יוזם ומגיב לפעילויות חברתיות.
	4. לעיתים קרובות יחסית- נענה בעקביות ויוזם לעיתים.
	5. לעיתים קרובות מאד- יוזמה מתמשכת והענות לאינטראקציות חברתיות.
	6. לא יודעות
	ט. יעילות חברתית
	(מידת היעילות בה המתמודד/ת יוצר אינטראקציה עם אחרים המונח יעילות מתייחס למידת ההצלחה וההתאמה של התנהגות המתמודד/ת במסגרות חברתיות).
	1. מאוד לא יעיל – חסר כמעט כל יכולת לתקשורת חברתית, תגובות לא נאותות לרמזים חברתיים
	2. לא יעיל - משתמש במיומנויות חברתיות מינימאליות, לא מסוגל להתנהל במערכת יחסים של לתת ולקבל, תגובה מוגבלת לרמזים חברתיים
	3. יעילות מעורבת או מפוקפקת – מיומנויות חברתיות מצומצמות, ולא תמיד תואמות מצב
	4. יעיל- בד"כ בעל מיומנויות חברתיות סבירות עם מעט הפרעות
	5. מאוד יעיל
	6. לא יודעות

תודה על שיתוף הפעולה ©

נספח 3: שאלונים לפסיכיאטרים

תאריך _____

הערכה כוללנית של הסולם התפקודי (ימולא ע"י הפסיכיאטר)

שם ממלא הטופס _____

שם המטופל _____

7. *DSM-IV Axis V: Global Assessments of Functioning Scale*

אנא: התייחס/י אל התפקוד הפסיכולוגי, החברתי והתעסוקתי כאל רצף משוער הנע בין בריאות למחלה פסיכיאטרית. אל תכלול/תכללי ליקויי תפקוד כתוצאה ממגבלות גופניות (או סביבתיות).

סמני/י קוד המתאים לרמת התפקוד הנמוכה ביותר במשך השבוע שבו חל התפקוד הלקוי ביותר בחודש האחרון. (בשעת הצורך השתמש ברמות ביניים כמו 45, 68, 72).
הערה: נקד ב-0 במקרה בו המידע לא מספק.

קוד _____

- 100 תפקוד מעולה במגוון רחב של פעילויות,
בעיות היום יום לעולם לא יוצאות מכלל שליטה, מבוקש על ידי אחרים בשל מעלותיו הרבות. ללא כל סימפטומים. 91
- 90 העדר סימפטומים או סימפטומים מינימאליים (למשל חרדה קלה לפני בחינה), תפקוד טוב בכל התחומים, התעניינות ומעורבות במגוון רחב של פעילויות, השפעה חברתית, כללית מרוצה מהחיים, ייתכנו בעיות ודאגות יומיומיות (למשל מריבה מזדמנת עם בני משפחה), אך לא מעבר לזה. 81
- 80 אם קיימים סימפטומים, הם תגובות חולפות וצפויות לגורמי לחץ פסיכו-חברתיים (למשל קשיים בריכוז אחרי מריבה במשפחה), ייתכן ליקוי קל בתפקוד חברתי, תעסוקתי או לימודי (למשל פיגור זמני בלימודים), אך לא מעבר לזה. 71
- 70 קיימים מספר סימפטומים קלים (למשל מצב רוח דיכאוני ונדודי שינה קלים) או קשיים כלשהם בתפקוד חברתי, תעסוקתי או לימודי (למשל מדי פעם הסתלקות מבית הספר, היעדרות מהעבודה או גניבה מזדמנת במסגרת הבית), אבל כללית תפקוד טוב. 61
- 60 קיימים סימפטומים בינוניים (למשל אפקט שטוח ודיבור נסיבתי, התקפי חרדה מזדמנים) או שישנו קושי בינוני בתפקוד חברתי, תעסוקתי או לימודי (למשל מעט חברים, התנגשויות עם 51 חברים לעבודה).

50 קיימים סימפטומים חמורים (למשל מחשבות אובדן, פולחנים אובססיביים חמורים, גניבות מחנויות (לעיתים קרובות) או שישנו ליקוי חמור כלשהו בתפקוד החברתי (למשל ללא חברים, חוסר יכולת להתמיד באותה עבודה).

41

40 ישנו ליקוי כלשהו בבוחן המציאות או בתקשורת (למשל הדיבור לעיתים לא הגיוני או מעורפל או לא שייך לעניין) או ליקוי משמעותי בכמה תחומים, כמו בעבודה, בבית הספר, ביחסים שבמשפחה, בשיפוט בחשיבה או במצב הרוח (למשל גבר מדוכא שיתרחק מחברים, יתעלם מבני משפחה ולא יהיה מסוגל לעבוד; ילד שלעיתים קרובות ירביץ לאחים צעירים, יתחפף בבית וייכשל בבית הספר).

31

30 ההתנהגות מושפעת במידה ניכרת ממחשבות שווא או הזיות או שקיים ליקוי חמור בתקשורת או בשיפוט (למשל לפעמים דיבור חסר בהירות או מתנהג בצורה מאוד לא הולמת או שקוע במחשבות אובדן) או שאינו מסוגל לתפקד ברוב התחומים (למשל נשאר במיטה כל היום; בלי עבודה, בית או חברים).

21

20 קיימת סכנה כלשהי לפגיעה עצמית או באחרים (למשל ניסיונות התאבדות בלי ציפייה ברורה למוות, אלימות לעיתים קרובות, התלהבות מאנית) או שלעיתים אינו מסוגל לשמור על היגיינה אישית מינימאלית (למשל מורח צואה) או שישנו ליקוי מוחלט בתקשורת (למשל דיבור מאוד לא קוהרנטי או אלים).

11

10 קיימת סכנה מתמדת לפגיעה חמורה בעצמו או באחרים (למשל התנהגות אלימה לעיתים קרובות) או שמפגין חוסר יכולת מתמדת לשמור על היגיינה אישית מינימאלית או שהיה ניסיון התאבדות רציני עם ציפייה ברורה למוות

1

שאלון תסמונת פסיכיאטרית (ימולא ע"י הפסיכיאטר)

אנא השלם/י את הסולם הבא כך שישקף את מצבו הנוכחי של משתקם שבטיפולך.
(הסולם הינו גרסא מתורגמת לסולם הדירוג הפסיכיאטרי המהיר BPRS)
רשום את המספר המתאים על פי הדירוג הבא:

חמור מאד	חמור	בינוני עד חמור	בינוני	בעייתי באופן בינוני	בעייתי	אין בעיה		
7	6	5	4	3	2	1	דאגה סומטית- עיסוק יתר בבריאות גופנית, פחד ממחלות	1.
7	6	5	4	3	2	1	חרדה- דאגה, פחד, עיסוק יתר בהווה ובעתיד	2.
7	6	5	4	3	2	1	מצב רוח דיכאוני- עצב, דכדוך, פסימיות	3.
7	6	5	4	3	2	1	רגשות אשמה- האשמה עצמית, בושה, חרטה על התנהגות	4.
7	6	5	4	3	2	1	עוינות- בוז, טינה לאחר	5.

7	6	5	4	3	2	1	חשדנות- חוסר אמון, יחוס כוונות זדון לאחר	.6
7	6	5	4	3	2	1	תכני חשיבה- לא רגילים, ביזאריים	.7
7	6	5	4	3	2	1	גרנדיוזיות- תחושת ערך מוגזמת, יהירות	.8
7	6	5	4	3	2	1	הלוצינציות, הזיות- תפיסה ללא קיום גירוי חיצוני מתאים	.9
7	6	5	4	3	2	1	נסיגה רגשית- בידוד, העדר קשרים, קושי ביצירת קשרים	.10
7	6	5	4	3	2	1	נטיות אובדניות- שאיפה, כוונה מבוטאת או ניסיון ממשי לפגיעה עצמית	.11
7	6	5	4	3	2	1	הזנחה עצמית- בהופעה, היגיינה או תזונה מתחת לנורמה החברתית	.12
7	6	5	4	3	2	1	דיסאוריינטציה- בלבול בהקשר לאדם, מקום או זמן	.13
7	6	5	4	3	2	1	בלבול בתהליכי חשיבה- חוסר ארגון	.14
7	6	5	4	3	2	1	התרגשות- גוון רגשי מוגבר, רגישות, אימפולסיביות	.15
7	6	5	4	3	2	1	האטה מוטורית- האטה או חולשה בתנועה או בדיבור	.16
7	6	5	4	3	2	1	אפקט שטוח- גוון רגשי שטוח, ירידה בעוצמה של ביטוי רגשי	.17
7	6	5	4	3	2	1	מתח- היפראקטיביות או עצבנות בעלת ביטוי מוטורי	.18
7	6	5	4	3	2	1	מנייריזם- תנועתיות ביזארית לא מקובלת	.19
7	6	5	4	3	2	1	חוסר שתוף פעולה- התנגדות, דחיית סמכות	.20
7	6	5	4	3	2	1	התנהגות ביזארית- מדווח על התנהגות לא רגילה, מוזרה, פסיכוטית	.21

7	6	5	4	3	2	1	מצב רוח מרומם- אופטימיות, אופוריה לא תואמת מצב	.22
7	6	5	4	3	2	1	היפראקטיביות מוטורית – דבור מהיר או תנועתיות מהירה	.23
7	6	5	4	3	2	1	מוסחות- דיבור ופעולה מופרעים בקלות על ידי גירויים חיצוניים ופנימיים	.24

Clinical global impression

(ימולא ע"י הפסיכיאטר)

אנו מבקשים את הערכתך לגבי מצבו הקליני של המטופל.

1. בהתחשב בניסיוןך הקליני, תוכל להעריך את מידת מחלתו של החולה הזה, **בשלב הקבלה** למרכז?

1. רגיל
2. חולה אך רק מעט
3. חולה יותר מהרגיל
4. חולה בצורה בינונית
5. חולה מאד
6. חולה קשה
7. חולה בצורה קיצונית

2. בהשוואה למצבו בעת קבלתו למרכז, עד כמה השתנה מצבו הקליני?

1. ישתפר בצורה מאד משמעותית
2. ישתפר מאד
3. ישתפר
4. לא ישתפר כלל
5. יחמיר במעט
6. יחמיר בצורה בולטת
7. יחמיר בצורה קשה

נספח 4: טבלת מעקב בתיק האישי

טבלת מעקב לתיק האישי

(ימולא כל שלושה חודשים על ידי המטפל)

שם המשתקם: _____ תאריך תחילת הטיפול: _____

שם ממלא הטופס: _____ תאריך מילוי הטופס: _____

- (1) האם אושפז בשלושה החודשים האחרונים? כן / לא.
אם כן, כמה פעמים אושפז _____ לכמה ימים? _____
- (2) האם חל שינוי בתוכנית האישית של האדם? לדוגמא: שינוי מקום מגורים, שינוי במקום עבודה, לימודים, התחלה או סיום חוג או תוכנית?

(3) האם המשפחה מעורבת בתהליך השיקומי?

כלל לא	במידה מועטה מאוד	במידה מועטה	במידה רבה	במידה רבה מאוד
5	4	3	2	1

אם כן מי הדמות שמעורבת? _____

(4) האם חל שינוי במצבו הבריאותי של האדם? כן / לא

במידה וכן, אנא תאר בקצרה את השינוי _____

(5) האם האדם היה מעורב באירוע עברייני בתקפה האחרונה? כן / לא

במידה וכן, אנא תאר בקצרה את האירוע _____

נספח 5: מערכת שבועית

יום ה'	יום ד'	יום ג'	יום ב'	יום א'	
הגעה ורישום	הגעה ורישום	הגעה ורישום	הגעה ורישום	הגעה ורישום	8:30
קבוצת N.A מיזם אפייה	תעסוקה אפיה	טיפול באומנות העשרה הכנה לעבודה	תעסוקה	קבוצה דינמית	9:00-9:45
קבוצת 12 צעדים מיזם אפייה	תעסוקה אפיה	התמודדות עם התמכרויות	טיפול באומנות העשרה אינסטרומנטלית	קבוצת תקשורת	10:00-10:45
ארוחת בוקר +בדיקות	ארוחת בוקר	ארוחת בוקר +בדיקות	ארוחת בוקר	ארוחת בוקר +בדיקות	10:45-11:30
קבוצת אחות מיזם אפייה	ניהול מחלה והחלמה	קבוצת שיקופים חפצי – ניהול מחלה והחלמה	תעסוקה	ניהול רגשות (התמכרות)	11:30-12:15
תעסוקה מכירות	תעסוקה אפיה	תעסוקה	תעסוקה	הרפיה, דמיון מודרך/תעסוקה	12:30-13:15
תעסוקה מכירות	תעסוקה	תעסוקה	תעסוקה	תעסוקה	13:30-14:00

success and support, along with adjustment processes, while those not placed in a job referred to the importance of a gradual process, and reported various levels of involvement in job seeking activities. Interviews with employers reflected a gap in their expectations of the clients and their approach toward them, with some employers implementing a protective approach, while others treated clients as any other employee. Employers positively mentioned the support and guidance of the placement coordinator, and remarked they would recommend others to employ clients of the center.

Discussion and conclusions: Maor center is a unique rehabilitation service, the first of its kind in Israel in terms of the targeted population and the complex work required. During the study period, a unique therapeutic-rehabilitative work model was developed, based on the principles of dual diagnosis programs. The model was developed from a vocational club with a limited number of activities; through working with emphasis of preparation and placement in competitive jobs and a diverse and structured activities program designed to meet both mental health and addiction needs; into a supported employment model continuing to provide individual and group services in the mental health and addiction domains on the one hand, and finding interim vocational solutions within the service for those who are not ready for a competitive job on the other hand. Flexibility and innovativeness on the part of the staff is shown by a continuous update of the work model to the meet changing needs of the clients, while integrating rehabilitation and recovery approaches with approaches in the addiction domain, and aspiring to implement evidence-based practices. Attempts to cooperate with elements in the community and to spread the center's activity within the community, while dealing with issues such as scarcity of references to the center and financial issues, are also evident. In conclusion, Maor constitutes a unique and essential model within the mental health rehabilitation system in Israel, and its ideological and financial stabilization should be enabled and encouraged. This, in order to enable the continued development of services for people with dual diagnosis, who are characterized by complex needs, which are mostly unfamiliar to the mental health system.

group, etc. The addiction domain is met through checkups for the “cleanness” of substances and assistance in case of usage, an NA group, a 12 steps group, etc. The vocational domain is met with vocational diagnosis and placement in a competitive job, vocational assistance and support, and a vocational club which includes industrial jobs and baking and art workshops, for those who are not yet ready for a competitive job.

Quantitative findings: 17 participants completed self-report questionnaires throughout the 3-year study period. Due to the small sample, the significance of differences in measures cannot be addressed, though the general picture is of stability in the measured areas – quality of life, recovery, therapeutic alliance, and symptom control. Therapist’s assessment of clients’ functioning and psychiatrist’s assessment of their clinical status, are also too small-sampled for statistical significance, but the general picture point to only minor changes throughout the study period. In addition, 50% of the clients were not hospitalized during the study period, 30% were hospitalized once, and 20% three or four times. 90% of clients have their family’s support during the rehabilitation process. Four of 15 clients were employed in a competitive job at the end of the study, and seven went through at least one attempt to hold such a job.

Qualitative findings: Interviews with staff members during the first year of study pointed to a continuous learning process of how to work with a combined model, and to the challenges of working with people with dual diagnosis. During the second year, staff members referred to the need to develop the vocational domain, with emphasis on supported employment. During the third year, the staff discussed the professional guidance they received and the changes in work style, the updated work model in the vocational domain, the teamwork and lack of human resources at the center, and the cooperation with the day center. Interviews with clients showed that, during the period prior to moving to a new location, clients criticized the industrial work at the vocational club, which corresponded to the changes in the center’s activities. Clients expressed a general positive experience of staying at the center, and they seem to see it as a source of support and assistance in coping with the addiction and psychological crisis, and see it as meeting their needs in both domains. Regarding their integration into competitive jobs, those who are placed in a job described an experience of

Abstract

Background and objectives: Individuals with dual diagnosis, where severe mental illness exists together with substance abuse, have unique therapeutic and rehabilitative needs, which are not met within services aimed to treat only one of the disorders. Dual diagnosis programs, which combine and coordinate between mental health and substance abuse interventions, are the most effective programs today to meet the needs of this population. The purpose of the current study is to assess and support the development of the working model of Maor center– the unit for rehabilitation and vocational orientation for people with dual diagnosis, which operates according to the principles of dual diagnosis programs, as well as to assess its effectiveness in the fields of treatment and vocational rehabilitation for people with dual diagnosis.

Method: The study used both quantitative and qualitative methods. The study's population included the center's clients as well as staff members. Clients completed self-report questionnaires that included measures of quality of life, recovery, therapeutic alliance, and symptom control. The center's psychiatrist assessed the clinical status of each client, using a psychiatric rating scale and a scale for general clinical assessment. The main therapist (a social worker) assessed the functioning of each client. All questionnaires were completed at three time-points. Qualitative procedures included interviews with some of the clients, all staff members, and employers of clients, as well as observations. Additionally, data from existing documentation in the center was used, including data regarding hospitalizations, rehabilitation services utilization, and family involvement in the process.

Description of the service: Maor is a center for vocational rehabilitation targeting people with both mental illness and substance / alcohol abuse ("dual diagnosis"). The center combines rehabilitation, focusing on supportive employment, with individual and group therapy, and refers to both mental health and addiction issues, according to the principles of dual diagnosis programs. The mental health domain is met through individual and group interventions, and activities such as a group for interpersonal communication skills, relaxation methods group, illness management and recovery



The National Insurance Institute
Funds for Service Development – Demonstration Projects

Evaluation of Maor
the unit for rehabilitation and vocational orientation for
individuals with dual diagnosis

By

Prof. David Roe, Dr. Paula Garber-Epstein

Jerusalem, July 2016