



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים



תוכנית הדספייס לטיפול נפשי בנוער ובצעירים בישראל

פרופ' דיוויד רועה
ד"ר מיכל משיח־איזנבר
ד"ר פאולה גרבר־אפשטיין
גב' גילי חטר ישי

מפעלים מיוחדים 171

חשוון התש"פ, נובמבר 2019



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

תוכנית הדספייס לטיפול נפשי בנוער ובצעירים בישראל

פרופ' דיוויד רועה
ד"ר מיכל משיח־איזנבר
ד"ר פאולה גרבר־אפשטיין
גב' גילי חטר ישי

*אוניברסיטת חיפה

מפעלים מיוחדים **171**

ירושלים, חשון התש"פ, נובמבר 2019

www.btl.gov.il

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקר המסכם את פיתוח והקמת מרכז ה-ד-ספייס בבת ים – המבוסס על תוכנית הדגל הלאומית של אוסטרליה לבריאות הנפש לצעירים.

ארצות רבות כמו אירלנד, אנגליה ואוסטרליה, אימצו את מודל ההד-ספייס ומפעילות אותו בתחומן: מתן שירותים הוליסטיים ורב מקצועיים המסתמכים על שיתופי פעולה בקהילה, הנגשת בריאות הנפש ומניעת בעיות נפש. ה-ד-ספייס ישראל אימצה את החזון והמטרות של המודל האוסטרלי, גם אם חלקית: המרכז מספק מענה בתחום בריאות הנפש ובעיקר טיפולים פסיכולוגיים ומעקב פסיכיאטרי, אך לא ייעוץ לתעסוקה, טיפול בשימוש בחומרים וטיפול רפואי פיזי ומיני, כפי שמספק המודל האוסטרלי.

כתוכנית חדשנית, ה-ד-ספייס ישראל השתלבה היטב ברפורמה בבריאות הנפש במשרד הבריאות ובהעברת האחריות של שירותי הבריאות הנפש ממשרד הבריאות לקופות החולים. התוכנית מספקת שירותי מניעה והתערבות מוקדמת בשעת משבר לנוער וצעירים בגיל 12-25 הסובלים מקשיים רגשיים ברמה קלה עד בינונית ולמשפחותיהם (הפרעות חרדה, דיכאון, משברי חיים, שימוש באלכוהול וסמים, בעיות התנהגות, הפרעות קשב והיפראקטיביות, בעיות בזהות מינית ועוד. מקרים קשים מופנים למרפאות הקיימות).

המרכז הראשון בארץ הוקם בבת ים ב-2015 בידי עמותת אנוש וב-2019 התוכנית צפויה להתרחב לירושלים. לפעילות שלושה מוקדים: שירות ישר, טיפול לטווח קצר של עד 15 מפגשים, ויצירת מודעות בקהילה והכשרת אנשי מקצוע הבאים במגע עם צעירים. במרכז, שרוב אנשי הצוות בו פסיכולוגים, מושם דגש כאמור על התערבות בשלבים המוקדמים של המשבר עם הופעת התסמינים, יצירת מנגנון הפניות להמשך טיפול, גיבוש מודל טיפולי מיטבי, והכנת מידע כתוב בתחום בריאות הנפש המותאם לצעירים והעברתו לאנשי חינוך ורווחה בקהילה. הוא מצליח ליצור מרחב נעים וידידותי, מותאם לצורכי הצעירים, ובכך מהווה שירות עירוני זמין, ודיסקרטי המסייע בהפחתת הסטיגמה לצעיר ולמשפחתו.

במחקר זה נעשה שימוש בכלים איכותניים וכמותניים ונאסף מידע ממקורות מגוונים: הצעירים המטופלים במרכז והוריהם, אנשי הצוות במרכז, גופים שהפנו למרכז וגורמים עירוניים שותפים. בשנים 2016-2018 פנו למרכז בבת ים 695 צעירים וצעירות ובני משפחותיהם, כ-2/3 בהם גם הגיעו לריאיון המקדים (אינטייק).

מן המחקר עולה, כי המרכז הפך לכתובת הראשונה לנוער ולצעירים הנתונים במצוקה נפשית – לכמחצית הפונים היה זה המפגש הראשון עם שירותי בריאות הנפש. עוד נמצא כי במהלך הטיפול השתפר מצבם של המטופלים בכמה מדדים: המצוקה הנפשית, התפקוד הכללי וקשיים רגשיים והתנהגותיים. אף שבמרבית המדדים השינוי קטן, הממצאים האלה דומים לממצאים באוסטרליה. עוד נמצא שהאינטייק אינו רק מפגש אבחון אלא מהווה גם טיפול ראשוני המפחית את רמת המצוקה ומסייע לתפקוד טוב יותר – עדות לחשיבותם של פתרונות מיידים ולטווח הקצר בבריאות הנפש לציבור בכלל ולצעירים בפרט.

בשנות המחקר המרכז עבר שינוי אסטרטגי מקיף עם המעבר לעבודה עם קופות החולים שהיה כרוך בשינויים ובהתנהלות הכלכלית והקלינית.

אחד מעקרונות המודל הוא השתלבות בקהילה המקומית ושיתוף פעולה עם נותני שירותים נוספים בתחום. ממשיכים להתחדד תהליכי הקליטה והמיון, עקרונות מנחים של פרוטוקול מוגדר שמטרתו אפיון ואבחון שיטת ההתערבות המתאימה לפונה.

ברצוננו להביע את הערכתנו העמוקה לעמותת אנוש, לצוות מרכז הד-ספייס ישראל, לנציגי עיריית בת ים על כל אגפיה, ולנציגי משרדי החינוך, הרווחה והבריאות שתרמו להצלחת התוכנית. תודה מקרב לב גם לצוות המחקר מאוניברסיטת חיפה – פרופ' דוד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, ד"ר מיכל משיח איזנברג וגילי חוטר ישי – על תרומתם הרבה לידע בתחום בריאות הנפש בקרב הצעירים. תודה והערכה גם לתמי אליאב ממנהל המחקר והתכנון של הביטוח הלאומי, ולטניה ליף, מנהלת תוכניות בקרן למפעלים מיוחדים – על הליווי המקצועי של הצוותים וקידום התוכנית.

אנו מקווים שפעילות המרכז והמחקר המלווה יגבירו את המודעות לחשיבות הקידום של בריאות הנפש בקרב נוער וצעירים, ושערים נוספות ילכו בעקבות עיריית בת ים ויקימו מרכזים נוספים.

עו"ד יצחק סבטו
מנהל קרנות הביטוח הלאומי

עו"ס כרמלה קורש אבלגון
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי ועדת היגוי

חברי ועדת היגוי הד ספייס בת ים

דוד לוי - יזם הד ספייס ישראל
ד"ר הילה הדס - מנכ"לית עמותת אנוש, עמותת לבריאות הנפש
תמר סדן-לקס - סמנכ"לית בעמותת אנוש
חיה ישראל - מנהלת המחלקה הסוציאלית בברה"נ, משרד הבריאות
אייל ברנר - מנהל קליני במרכז הד ספייס בת ים, 2015-2016
ליאור ביטון - מנהל קליני במרכז הד ספייס בת ים, 2016-2018
איילת גנאור - מנהלת תחום צעירים בעמותת אנוש
גילה נבו- מנהלת סניף אנוש בת ים- חולון, עמותת אנוש
סיון שפר - רכזת פיתוח הד ספייס ב-2015
אביב קינן - סמנכ"ל חטיבת קהילה (רווחה וחינוך) עיריית בת ים
סיון רוזנבלום - ס/מנהל אגף חינוך עיריית בת ים
אהרון קצב - מנהל אגף החינוך, עיריית בת ים
ברכה ברנע - מנהלת השפ"ח עיריית בת ים
דיתה ברנע - מנהלת אגף הרווחה עיריית בת ים
רינת גבאי - מנהלת מרכז צעירים
שרית בייץ-מוראי - מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים עד 2016, המוסד לביטוח לאומי
כרמלה קורש אבלגון - מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים מ-2016, המוסד לביטוח לאומי
טניה ליף - מנהלת תכניות בקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
מירי זולברג - פסיכולוגית מחוזית מחוז תל אביב, משרד החינוך
עו"ד אבינועם ערמוני - יו"ר ארגון מידות ונציג קרן גנדל
תמי אליאב - אחראית על מחקרים באגף הקרנות של המוסד לביטוח לאומי
שבי אהרון - ס/מנהל השירות למתבגרים/צעירים, משרד הרווחה

צוות וועדה אופרטיבית הד ספייס בת ים

דוד לוי - יזם הד ספייס ישראל
ד"ר הילה הדס - מנכ"לית עמותת אנוש, עמותת לבריאות הנפש
תמר סדן-לקס - סמנכ"לית בעמותת אנוש
חיה ישראל - מנהלת המחלקה הסוציאלית בברה"נ, משרד הבריאות
אייל ברנר - מנהל קליני במרכז הד ספייס בת ים ב 2015
ליאור ביטון - מנהל קליני במרכז הד ספייס בת ים 2016-2018
שרה אשר - רכזת פיתוח ב 2016-2018
טניה ליף - מנהלת תכניות בקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
איילת גנאור - מנהלת תחום צעירים בעמותת אנוש
גילי חטר ישי - צוות מחקר מלווה, אוני' חיפה

צוות המחקר, אוניברסיטת חיפה

פרופ' דוד רועה חוקר ראשי
ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין
ד"ר מיכל משיח
גב' גילי חטר ישי
ענת רובין גזית - עוזרת המחקר

תקציר מנהלים

מסמך זה הוא סיכום הממצאים של מחקר הערכה שנעשה על תוכנית הדספייס – הטמעה של מודל לטיפול בבריאות הנפש של נוער וצעירים בבת ים.

רקע

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה הוא נקודת מפנה בהתפרצותן של מחלות נפשיות. נמצא כי צעירים בגילאי 12-25 מציגים את השכיחות הגבוהה ביותר למחלות נפש, שמהוות את הגורם הראשון במעלה למוגבלות בגילאים אלה. עם זאת, שימושם בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך במעגל החיים. מתן חשיבות יתרה להתערבויות המותאמות לשלבים מוקדמים של הופעת מצוקות נפשיות אצל צעירים בשלב ההתפתחותי של המעבר לבגרות עשוי לשפר את בריאותם הנפשית ורווחתם. שירות מותאם לצעירים יאפשר דיסקרטיות עם הקפדה יתרה על פרטיות, יתייחס לאתגרים התפתחותיים בגיל זה כמו פיתוח קריירה וחשיבה על העתיד, יסייע בהפחתת סטיגמה ויאפשר גישה קלה וזמינות.

מתוך ההכרה בצרכי הצעירים וההבנה כי הללו מהווים נקודת תורפה בשירותי בריאות הנפש, החלה באוסטרליה להתפתח תוכנית הדספייס לבריאות הנפש עבור צעירים בגילאי 12-25. במודל יש התייחסות לארבעה תחומים: בריאות נפשית, שימוש באלכוהול ובסמים, בריאות גופנית ושירותי תעסוקה.

הדספייס בת ים

ב-2015 הוקם מרכז הדספייס בבת ים לאור המודל האוסטרלי ובמטרה לייצר נגישות והתאמה של שירותי בריאות הנפש לצעירים בגילאי 12-25. המרכז פועל בשני מישורים: עבודה פרטנית וקבוצתית עם הצעירים ומשפחותיהם ועבודה ברמת הקהילה: העלאת מודעות והכשרה של אנשי טיפול וחינוך. המרכז מציע טיפול קצר מועד (עד כ-15 טיפולים) שניתן על ידי פסיכולוגים, עובדים סוציאליים קליניים ומטפלת משפחתית. המרכז מומן על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי ובמהלך שנות המחקר נחתמו הסכמים עם שלוש מקופות החולים (לאומית, מאוחדת ומכבי) למימון נגד טופסי התחייבות.

מתודולוגיה

אוכלוסיית המחקר כללה 291 צעירים בגילאי 12-25, כ-65% מכלל הצעירים אשר פנו לקבלת עזרה נפשית במרכז הדספייס בת ים בין מרץ 2016 ליוני 2018 (כולל ו-197 הוריהם). כמו כן השתתפו במחקר כ-17 גורמים עירוניים מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה העובדים בשיתוף פעולה עם המרכז ו-16 אנשי צוות.

מטרת המחקר

מחקר זה בחן את פעילותו של מרכז הדספייס בכמה מישורים: עבור הפרט (המטופל), עבור משפחתו וברמה הקהילתית ומה השינוי שהושג.

מעריך המחקר

המחקר שילב שיטות איכותניות וכמותיות. נאספו נתונים בעזרת שאלונים ממופלים, בני משפחה ומהמטופלים לפני קבלת הטיפול, טרום טיפול ראשון, במהלכו, בסיום הטיפול וכארבעה חודשים מסיומו. החלק האיכותני כולל ראיונות שנערכו עם אנשי צוות, מטופלים צעירים והוריהם וגורמי עניין בקהילה.

כלי המחקר

נתונים דמוגרפיים ונתונים על אופן הפנייה, זמני המתנה וכדומה נאספו על ידי מאגר הנתונים הדיווח במרכז הדספייס ושאלון דמוגרפי למשתתפים והוריהם. סימפטומים נפשיים נמדדו על ידי שאלון מצוקה נפשית (K10), שאלון כוחות וקשיים (SDQ), שאלון רווחה נפשית (SWEMBS) ושאלון בנוגע לסיבת הפנייה למרכז. תפקוד הוערך על ידי שאלון SOFAS שאותו מילאו המטופלים, ושאלה לדיווח עצמי של הצעיר. כמו כן הצעירים ציינו מידת חששותיהם לגבי העתיד בשאלון "העתיד שלי". בני המשפחה מילאו שאלון חוללות הורית ושאלון נטל משפחתי (BAS).

ממצאים כמותיים

| שאלת המחקר | ממצאים מרכזיים |
|-----------------------------------|---|
| מאפייני הפונים | <p>- מרבית הפונים היו צעירים בגילאי 12-18, התפלגות דומה של בנים ובנות</p> <p>- בקרב כמעט מחצית הפונים הביקור בהדספייס הוא המפגש הראשון עם שירותי בריאות הנפש</p> <p>- ייצוג נמוך לצעירים חרדים ולמשפחות חד הוריות</p> <p>- סיבת הפנייה המרכזית היא קשיים רגשיים. מתוכם הרוב דיווחו על דיכאון, חרדה, סטרס וכעס.</p> <p>- מרבית הצעירים הפונים להדספייס אינם עומדים בתנאי הסף של קבלת אבחנה (60%)</p> <p>- הצעירים מגיעים להדספייס כשהם מציגים רמת מצוקה נפשית גבוהה, קשיים רגשיים והתנהגותיים גבוהים מהמוצע באוכלוסייה</p> <p>- בני המשפחה של הצעירים מעידים על נטל משפחתי בעיקר סביב דאגה לעתיד ילדם, לשינוי שחל בו ואשמה שאין ביכולתם לסייע מספיק.</p> |
| מאפייני הפנייה לשירות והגישה אליו | <p>- הגורמים העיקריים המפנים להדספייס הם גורמים בבתי הספר (29%) ובני משפחה (23%). זמן ההמתנה החציוני היה שבעה שבועות.</p> <p>- לאחר האינטייק כ-20% לא היו מעוניינים להמשיך וכ-9% לא התקבלו לטיפול. ממוצע מספר הטיפולים היה $M=9.11$ ($SD=4.9$). עם זאת, לכמעט כחמישית מהטיפולים, הצעירים לא מגיעים ולא מודיעים.</p> |

| ממצאים מרכזיים | שאלת המחקר |
|--|---|
| <p>-נראה שינוי חיובי בכלל המדדים שנבדקו אם כי גודל האפקט ברובם, קטן. במדד התוצאה המרכזי, מצוקה נפשית, גודל האפקט בינוני והשינוי מובהק סטטיסטית.</p> <p>- בשקלול מספר מדדים יחד נמצא כי כ-38% מהפונים להדספייס שהשתתפו לפחות בשישה טיפולים השתפרו לפחות במדד אחד מבין מצוקה נפשית, קשיים רגשיים התנהגותיים ואיכות חיים. גם רק לאחר <u>מפגש האינטייק</u> הצעירים מדווחים על שינוי הן סימפטומטי והן תפקודי.</p> | <p>שינוי לאורך זמן בקרב הצעירים ובני משפחותיהם</p> |
| <p>-ברמת המרכז, בכלל מדדי שביעות הרצון נרשמה שביעות רצון גבוהה. נרשמה שביעות רצון גבוהה יותר בשנת המחקר השנייה לעומת הראשונה. שביעות הרצון הגבוהה ביותר היתה מאנשי הצוות בהדספייס ושביעות הרצון הנמוכה ביותר היתה מתוצאות הטיפול.</p> | <p>שביעות רצון מהמרכז</p> |
| <p>-כלל גורמי הקהילה ציינו כי הדספייס נחוץ ביותר ורובם חושבים כי הוא מקדם את המענה שנותנים בעבודתם. רובם אף רואים בו מענה ייחודי לצעירים לעומת מרכזים אחרים ומעידים כי מכירים את הפעילות בו. עם זאת עלה כי מרבית התקשורת היא סביב מעמד ההפנייה ואחר כך פעמים רבות הקשר מתנתק. יש צורך בהידוק הקשר גם במהלך הטיפול ובסיומו.</p> | <p>שיתוף פעולה עם הקהילה</p> |

ממצאים איכותניים

| קבוצת המרואיינים | תימות מרכזיות |
|------------------|---|
| צעירים מטופלים | שינוי רגשי ותפקודי בעקבות הטיפול בהדספייס . הקווים המקושרים לדמות המטפל הרצוי מאופיינים בחוסר שיפוטיות, הקשבה, אמפטיה והבנה. זמינות גם נתפסה כחשובה ביצירת אמפתיה. הקשבה ככלי שקידם שינוי ולאחריה, הטכניקות השונות. למשל, דמיון מודרך ו"שיעורי בית". אורך הטיפול – מחד גיסא צוין קושי להיפתח ואז להיפרד בתום 15 מפגשים ומאידך מציינים את הזמן הקצוב כגורם מניע תהליכי שינוי. |
| בני משפחה | הדרכה וטיפול כשיקוף של היחסים עם הצעיר. ההורים נתרמים מהפגישות הטיפוליות ומעלים צורך בקבלת עזרה לאורך זמן ממושך יותר מזה שהוצע להם. המטפלים כדמויות מקצועיות משמעותיות, מבינות ותומכות. חשיבות הנגשת המידע על אודות הדספייס. |
| צוות המרכז | עבודת הצוות כמשמעותית ביותר בעבודת המטפלים. יחסים אמביוולנטיים עם טיפול קצר מועד ותחלופה גבוהה של מטופלים כגורמי שחיקה . צורך בהתאמת המשאבים והדרישות כך שיתמכו באופן מספק מבחינתם את צרכיהם(אקוסטיקה, חדר צוות). |
| גורמי קהילה | ייחודיות השירות כמקדם פנייה לעזרה. הטיפול תואר כזמין, נגיש וידידותי לצעירים ומשפחותיהם. צורך בקשר רציף עם המרכז והרחבת השותפות . |

סיכום

דו"ח זה הוא סיכום של שלוש שנות מחקר הערכה על תוכנית הדספייס שפותחה לאור המודל הלאומי האוסטרלי. עם פתיחתה ניכר כי צעירים, בני משפחה וגורמי הפנייה ראו בה משאב חשוב. הצעירים שפנו וקבלו טיפול אכן דיווחו על שיפור ברמת מצוקתם הנפשית ובתפקודם היום-יומי שנשמר גם לאחר סיום הטיפול. עוד עלה כי ניכר שיפור גם רק אחרי מפגש האינטייק בלבד. גם בני המשפחה העידו על פחות נטל משפחתי ויותר תחושת חוללות עצמית לאחר המפגש עם הדספייס. הפונים היו בעיקר צעירים בגילאי 12-18 המדווחים על רמת מצוקה גבוהה שלרוב אינה עומדת

בדרישות הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית. כלומר, תוכנית הדספייס עמדה במטרתה לפנות לפלח זה של צעירים במצוקה ובעקרון של מודל הדספייס האוסטרלי לפיו הדספייס מכוון לפנייה של צעירים כמה שיותר מוקדם בהופעת קושי נפשי. במהלך שנות המחקר המנהלים, עם צוות המטפלים שקדו על גיבוש מודל קליני שכן העבודה עם האוכלוסייה הספציפית בטיפול קצר מועד הצריכה שינוי עמדות ואף זיהוי גישות עבודה תואמות. ברמה הקהילתית, המרכז הצליח ליצור תהודה בכל המעגלים שבהם פועל, ברמה העירונית, החינוכית והייעוצית הן בשכבת בני הנוער והן בגיל המעבר לבגרות.

המרכז הוקם כדי לייצר מענה חדש וייחודי לצעירים בגיל המעבר לבגרות 12-25. במהלך שנותיו הראשונות המרכז מגבש לעצמו זהות של מודל הדספייס הישראלי וכאמור כיום מתבצע תהליך אחרון של גיבוש והידוק הקוים הקליניים והתפעוליים של מודל העבודה במרכז. במהלך שנות המחקר המרכז עבר שינוי אסטרטגי משמעותי עם המעבר לעבודה עם קופות החולים והדבר מצריך עוד למידה של התנהלות נכונה כלכלית ואף קלינית כדי לדבוק בעקרונות המודל בהינתן דרישות המציאות.

חשוב לציין את הדיאלוג המפרה בין צוות התוכנית, צוות המחקר והגורמים המלווים לאורך כל שנות המחקר שהוביל בין היתר להתמקצעות וייעול תהליכי העבודה.

תוכן עיניינים

| | |
|----|---|
| 1 | פרק 1: מבוא |
| 1 | סקירת ספרות |
| 8 | פעילות תוכנית הדספייס בישראל |
| 12 | פרק 2: שיטה |
| 12 | אוכלוסיית המחקר |
| 12 | מטרת המחקר |
| 13 | שאלות המחקר |
| 13 | מערך המחקר |
| 15 | משתתפים |
| 17 | כלי המחקר |
| 21 | פרק 3: ממצאים |
| 21 | שאלת המחקר הראשונה: תיאור הפונים להדספייס |
| 31 | שאלת המחקר השנייה: תיאור מאפייני השירות והגישה אליו |
| 36 | שאלת המחקר השלישית: תוצאות לאורך זמן בקרב הצעירים ובני המשפחה |
| 48 | שאלת המחקר החמישית: שיתוף פעולה עם הקהילה |
| | פרק 4: ממצאי החלק האיכותני התורמים להבנת הגורמים המקדמים והמעכבים |
| 50 | את הצלחת המרכז |
| 50 | ראיונות עם הצעירים |
| 53 | ראיונות עם בני משפחה |
| 55 | ראיונות עם מטפלים |
| 58 | ראיונות עם בעלי עניין בקהילה |
| 62 | פרק 5: תיאור תהליכים וסוגיות מרכזיות בפעילות המרכז במהלך שנות הליווי המחקרי |
| 62 | טיוב תהליכי ניהול ומעקב במרכז |
| 64 | התמקצעות ויצירת ייחודיות |
| 65 | חיבור עם הקהילה והפצת הידע |
| 67 | פרק 6: סיכום והשלכות יישומיות |
| 71 | מגבלות המחקר |
| 72 | רשימה ביבליוגרפית |
| 77 | נספחים |

נספחים

| | |
|-----|---|
| 77 | נספח 1 : שאלון דמוגרפי צעירים HSPROFILE |
| 83 | נספח 2 : שאלון אפיון השירות |
| 86 | נספח 3 : שאלון מקור הפנייה |
| 88 | נספח 4 : שאלון K10 מצוקה נפשית |
| 90 | נספח 5 : שאלון SOFAS |
| 91 | נספח 6 : שאלון HSLT -My Life Tracker |
| 92 | נספח 7 : שאלון רווחה נפשית |
| 93 | נספח 8 : שאלון נטל משפחתי |
| 95 | נספח 9 : שאלון חוללות עצמית הורית – אס/אב HSSEF |
| 96 | נספח 10 : שאלון יכולות וקשיים (SDQ) |
| 98 | נספח 11 : שאלון העתיד שלי |
| 99 | נספח 12 : שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז |
| 102 | נספח 13 : שאלון מטפלים |
| 109 | נספח 14 : סקר לבעלי עניין- תוכנית הדספייס בת-ים |
| 111 | נספח 15 : ראיון חצי מובנה לצעירים - מדריך ראיון |

לוחות

| | |
|----|--|
| 12 | לוח 1 : מטרות המחקר ושיטת המדידה : איכותונית וכמותית |
| | לוח 2 : זמני המדידה והכלים של החלק הכמותי הממולא על ידי המטופלים הצעירים, |
| 14 | מטפלים ובני משפחה |
| 22 | לוח 3 : מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים |
| 27 | לוח 4 : מדדים סטטיסטיים למאפיינים הקליניים של הצעירים ומשפחתם בעת הפנייה למרכז |
| 33 | לוח 5 : מאפייני הפנייה למרכז |
| 35 | לוח 6 : מאפייני השימוש בשירות |
| 37 | לוח 7 : ממוצעים וסטיות תקן של ההערכה הראשונה, האחרונה וההפרש ביניהן, עם גודל האפקט |
| 44 | לוח 8 : כמות הנבדקים שמילאו את שאלון איכות חיים בכל נקודת זמן |
| 46 | לוח 9 : הבדלים במדדים הקליניים בין סיום טיפול לבין כארבעה חודשים אחריו |

תרשימים

| | |
|----|---|
| 16 | תרשים 1 : תיאור הליך גיוס הנבדקים |
| 24 | תרשים 2 : התפלגות גילאי הפונים |
| 24 | תרשים 3 : סיבות הפנייה על פי דיווח הצעירים לפני האינטייק |
| 25 | תרשים 4 : התפלגות הקשיים הרגשיים המדווחים על ידי הצעירים |
| 26 | תרשים 5 : סיבות הפנייה להדספייס על פי דיווח המטפלים לאחר אינטייק |
| 27 | תרשים 6 : סוגי אבחנות : התפלגות על פי דיווח מטפל (באחוזים) או אבחנה קודמת |
| 28 | תרשים 7 : התפלגות מצוקה נפשית בעת הפנייה, בחלוקה לקבוצות גיל ומגדר |
| 29 | תרשים 8 : ממוצע הקשיים הרגשיים לפי קבוצות גיל ומין |

- 31 תרשים 9 : תחומי חיים שבהם מדווח עיקר הנטל המשפחתי
- 32 תרשים 10 : התפלגות הפונים לפי קופות חולים
- 38 תרשים 11 : שיעורי השינוי השונים על פי מדד RCI
- 39 תרשים 12 : חישוב שינוי לפי מדד RCI עבור נבדקים שיש להם לפחות שלוש נקודות מדידה
- 40 תרשים 13 : דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד K10
- 41 תרשים 14 : דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SOFAS
- 42 תרשים 15 : דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SDQ
- 42 תרשים 16 : דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד well-being
- 43 תרשים 17 : שינוי במספר הימים ללא תפקוד לאורך זמן
- תרשים 18 : עקומת ההתפתחות של כלל המדגם (שמאל)
- 45 ועקומות התפתחות של תתי הקבוצות (ימין)
- 48 תרשים 19 : שביעות רצון הצעירים מהמרכז – השוואה בין אמצע הטיפול לסופו
- 48 תרשים 20 : שביעות רצון הצעירים מהמרכז - שנה ראשונה מול שנה שנייה

פרק 1: מבוא

להלן ממצאי מחקר הערכה על יישום והתאמת תוכנית הדספייס האוסטרלית בישראל, בבת ים, שמטרתה יצירת מענה להתערבות מוקדמת בצעירים בגילאי 12-25. דוח זה מציג ומסכם מידע שנאסף בין מרץ 2016 ליוני 2018. תוכנית הדספייס בת ים מאחדת ומציעה שירות ייעודי לנוער וצעירים בגילאים 12-25 ששם דגש על הדרישות והקשיים ההתפתחותיים לגיל זה. היא מציעה מענה ייחודי לצעירים בשלבים המוקדמים של הופעת סימפטומים ומצוקה נפשית תוך שימוש בהתערבויות ממוקדות צעירים. כמו כן, מציע מודל זה שינוי תפיסתי לחלוקה הגילאית הקיימת בשירותי בריאות הנפש ומתייחס לצעירים בני 12-25 כקבוצת גיל אחת. תוכנית הדספייס נותנת מענה טיפולי קצר מועד (עד 15 מפגשים) לכל צעיר הזקוק לו ולמשפחתו, ללא תשלום או במימון קופות החולים. עם ההפנייה למרכז נקבע אינטייק שבסופו מוחלט על המשך טיפול או על הפנייה לגורם אחר. התוכנית, הפועלת מאז דצמבר 2014 בבת-ים, היא תוצר של שיתוף פעולה בין עמותת "אנוש", המוסד לביטוח לאומי, מרכז שניידר לרפואת ילדים, עיריית בת ים ומשרד הבריאות.

המחקר מעריך את המידה שבה תוכנית הדספייס עמדה ביעדיה בשנים הראשונות לפעילותה ובפרט מכוון לענות על המטרות הבאות:

- תיאור האוכלוסייה של הפונים למרכז (מאפיינים סוציודמוגרפיים וקליניים)
- תיאור מאפייני צריכת השירות ושביעות הרצון ממנו
- תוצאות הטיפול בהדספייס עבור הצעירים והוריהם
- מידת השגת יעדי התוכנית

במחקר זה השתמשו בכלים איכותניים וכמותיים ונאסף מידע ממקורות מגוונים: הצעירים המטופלים במרכז, הוריהם, מטפלי המרכז, גורמי ההפנייה למרכז, וגורמים עירוניים שותפים.

סקירת ספרות

גיל ההתבגרות מאופיין בשינויים רבים ובחוסר יציבות וזוכה לתשומת לב מחקרית רבה. בעשור האחרון זוהתה גם תקופת הבגרות הצעירה (18-30) כתקופה מאתגרת המצריכה הפניית משאבים ייחודיים. תקופות אלה הן הרגישות ביותר להתפרצות מחלות והפרעות נפשיות ושכיחותן היא הגבוהה ביותר. עם זאת, בתקופה זו צריכת שירותי בריאות הנפש היא הנמוכה ביותר.

בשנים האחרונות, מתפתחות ברחבי העולם תוכניות שמטרתן לגשר על הפער בין הצורך לבין היצע השירותים המותאמים. בישראל טרם נקבעה מדיניות אחידה המייחדת את שירותי בריאות הנפש לנוער וצעירים ומגבירה את השימוש בהם. לפני כשלוש שנים, יזמו עמותת "אנוש" בשיתוף עם הביטוח הלאומי הקמה של מרכז ייחודי הנשען על מודל אוסטרלי בשם "הדספייס" שנותן טיפול נפשי לצעירים בגילאי 12-25 ופועל ברמת הקהילה להעלאת מודעות לתחום בריאות הנפש. המודל כולל טיפול מותאם לצרכיהם הייחודיים של צעירים ומדידה מתמדת של יעילותו בשיפור רווחתם הנפשית, בהגברת צריכת שירותים ובהפחתת נטל הטיפול ממשפחתם.

מחקר זה יבחן את יישומו של מודל הדספייס בישראל ואת השפעותיו.

בישראל חסרות תוכניות ייעודיות עבור צרכיהם הנפשיים של צעירים בגילאים 12-25. מחקר זה השתמש בשיטות איכותניות וכמותיות כדי לשפוך אור על צרכים, מאפיינים וגורמים מקדמים ומעכבים בהקמת שירות עבור צעירים ויסייע בפיתוח גוף ידע מקומי בתחום בריאות הנפש עבור אוכלוסייה זו.

בריאות נפשית בגיל ההתבגרות והבגרות הצעירה

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה מתאפיין בשינויים פיזיולוגיים, רגשיים, נפשיים וכנקודת מפנה בהתפרצותן של מחלות נפשיות. נמצא כי צעירים בגילאי 12-25 מציגים את השכיחות הגבוהה ביותר למחלות נפש, שמהוות את הגורם הראשון במעלה למוגבלות בגילאים אלה (McGorry, Goldstone,) (Parker, Rickwood & Hickie, 2014; Patel, Flisher & McGorry, 2007). לפחות 75% מההפרעות הנפשיות מתחילות לפני גיל 25 (Kessler et al, 2005). רבות מהמצוקות הנפשיות עשויות להפוך לכרוניות אם יותרו ללא מענה או יקבלו מענה שאינו תואם ועשויות להשפיע על בריאותו הנפשית, רווחתו האישית ואיכות חייו של הצעיר (McGorry et al, 2007). מצוקות נפשיות בקרב צעירים כוללות פגיעה בהיבטים תוך ובין אישיים ועשויות להתבטא בסימפטומים דיכאוניים, חרדתיים, קושי בקבלת החלטות, קונפליקטים במשפחה, בידוד חברתי ועוד (McGorry et al,) (Arnett, 2004; Scott et al, 2013; Gibb,) (Fergusson & Horwood, 2010).

על אף הצרכים הנפשיים של אנשים צעירים, שימוש בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך ביותר לאורך מעגל החיים (Kessler et al, 2005; McGorry, Bates & Birchwood, 2013). רק שליש מבני הנוער והצעירים המאובחנים עם הפרעות נפשיות משתמשים בשירותי בריאות הנפש (Pattel,) (Flisher & McGorry, 2007). הסיבות לחוסר השימוש בשירותי בריאות הנפש באוכלוסייה זו מגוונות וכוללות מספר רב של גורמים, בחלקם: חוסר הבנה של חומרת המצב, ידע מועט בנוגע לסימנים של תחלואה נפשית, חשש מחשיפה, חוסר התאמה ומשאבים של מערכות הטיפול השונות, תחושת יכולת לפתור את המצב בעצמם, קושי בתחבורה, חוסר זמן, פסימיות בנוגע ליעילות טיפול נפשי, חוסר אמון במערכות הטיפול הנפשי וחוסר התאמה של השירותים לצרכי הצעירים (Pattel,) (hetrick & McGorry, 2007; Munson et al, 2012 VanHeusden et al, 2008; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010) שבחנה מחקרים העוסקים בחסמים לשימוש בשירותים בקרב נוער וצעירים נמצא כי סטיגמה היא את המחסום השכיח ביותר ומיד לאחריה נושאים של חיסיון ואמון. כמו כן לתפיסות המשפחה ותמיכתה יש השפעה על השימוש בשירותים בקרב נוער וצעירים (Moses, 2011).

שירותי בריאות נפש לנוער ולבוגרים צעירים

שירותי בריאות הנפש בעולם מחולקים לרב לשירותים עבור ילדים ומתבגרים עד גיל 18 ושירותים עבור מבוגרים. הראשונים עובדים כחלק ממערכת כוללת של בריאות, רווחה וחינוך, והאחרונים עומדים בפני עצמם (Sterne & Porter, 2013). בשנים האחרונות עולה ההכרה בגיל הבגרות הצעירה כשלב חדש בהתפתחות ומציגה אתגרים ומאפיינים ייחודיים. תקופה זו מתאפיינת בבלבול וחוסר בהירות בנוגע לעתיד, בצד ציפיות חברתיות להשלמת משימות התפתחותיות כגון השכלה ועבודה (Arnett, 2007;2004).

מתבגרים ובוגרים צעירים (12-25) מציגים מאפיינים ייחודיים בכל הנוגע לבריאות הנפש: בגילאים אלה מתקיים המפגש הראשוני שלהם ושל בני משפחתם עם שירותי בריאות הנפש, הם מציגים קומורבידיות גבוהה עם שימוש בסמים ובאלכוהול, סיכוייהם להישנות גבוהים כי הם עוד לא מתורגלים בניהול מחלתם והם מציגים יותר התנהגויות של פגיעה עצמית במצבים של קושי נפשי (McGorry, 1996; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

עם זאת ועל אף הידע כי גילאי סוף העשרה ותחילת העשרים הם הגילאים הרגישים ביותר לתחלואה נפשית, מרבית השירותים עבור גילאים אלה עדיין מחולקים באופן המסורתי ואינם מוכוונים ספציפית לתקופה ייחודית זו (Iyer et al, 2015 ; Poon et al, 2014). המתבגרים זוכים לקבלת מענה (סל שירותים) מכמה משרדים ממשלתיים (רווחה, בריאות וחינוך) במסגרות הייעודיות עבורם, ומגיל 18 סל השירותים מצטמצם וגם מספר המשרדים האמונים עליהם (ראובן ותורגימן, 2015). בני הנוער והצעירים נדרשים לרוב לבקר באחד משניים: שירותים המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת שלעיתים מציגה תמונה כרונית יותר או בשירותים המיועדים לילדים שלא בהכרח מציגים התייחסות לצרכים המאפיינים את ההכנה לבגרות (Sterne & Patel, 2013; מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2012). כמו כן מרבית הנתונים הקיימים בנוגע לצרכים ולדפוסי שימוש בשירותים בישראל מחולקים על פי החלוקה המסורתית לנוער ומבוגרים וכמעט שאין מחקר המייחד את אוכלוסיית הצעירים הנמצאת בתקופת המעבר (12-25) (זעירא, בבנישתי ורפאל, 2012).

תמונת המצב בישראל – תחלואה ושימוש בשירותי בריאות הנפש

מסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2013 בקרב אוכלוסייה מעל גיל 21 בישראל, עולה כי 18% מהאוכלוסייה דיווחו על מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד עימה לבדם בשנה שקדמה לסקר (אלרואי, רוזן, אלמקייס וסמואל, 2017)

בישראל, אחד מכל שמונה בני נוער לערך נמצא כמתמודד עם מצוקה נפשית הדורשת התערבות קלינית (Farbstein et al, 2010). מחקר שנערך בשנת 2005 על-ידי שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, משרד החינוך, בית החולים זיו ומרכז שניידר לרפואת ילדים מלמד כי 11.7% מבני - הנוער בגילאי 14-17 סובלים מתסמינים של הפרעה פסיכיאטרית הגורמת להם למצוקה ומפריעה לתפקודם (Farbstein et al, 2010).

במחקרים שנעשו בעולם ובישראל נמצא כי פעמים רבות ינסו בני נוער לפתור בעצמם את בעיותיהם ואם כבר יפנו לעזרה, הם יעדיפו פנייה לעזרה בלתי פורמלית (חברים, משפחה) על פני עזרה פורמלית (עובדי בריאות הנפש או יועץ) (Ciarrochi, Gilat, Ezer & Sagi, 2011; Tishby et al., 2001; Deane & Wilson, 2003). כמו כן, נמצא כי הצוותים החינוכיים הם הגורם העיקרי שאליו פונים בני הנוער, מה שמצביע על חשיבותם כגורם מפנה ומתווך של שירותי בריאות הנפש (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010b).

בסקר לאומי שנערך ב-2005 נמצא כי 21% מהנוער שלא אובחן עם הפרעה נפשית פנו לבקש עזרה, לעומת 34% מאלה שכן אובחנו. עם זאת, באותו הסקר נמצא כי רוב צרכיהם הנפשיים של הנוער בישראל ברובם (60%) אינם זוכים למענה. בפרט, מערכות הבריאות משמשות פחות כמקור להתייעצות בנושאים רגשיים המתעוררים אצל בני נוער. למשל, רק כ-4% מהאימהות פנו לגורם הפואי להתייעץ. אחת הסיבות לכך הוא חוסר נגישות והתאמת השירותים לצעירים (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010b). כמו בעולם, גם בישראל ניכר פער משמעותי – על אף הצרכים הנפשיים הגוברים בגילאי ההתבגרות והבגרות הצעירה, השימוש בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך ביותר במעגל החיים (Kessler et al., 2005; McGorry, Bates & Birchwood, 2013).

בדומה לממצאים ממדינות אחרות, גם בישראל אחת הסיבות המרכזיות לשיעור השימוש הנמוך היא הסטיגמה הקשורה לקבלת שירותי בריאות הנפש והחשש מחשיפה. כמו כן, ריבוי הגורמים הנותנים שירותים לבני הנוער (כחלק מהשירות לילדים ונוער) מייצרים חוסר בהירות בנוגע לגורם שאליו יש לפנות (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010b). נמצא גם כי אי אמון במהות ובאיכות השירות והשתייכות לקבוצת מיעוט קשורים לשימוש מופחת בשירותי בריאות הנפש (גרוס, באום ועובד אור, 2009; Stern & Porter, 2013; Kaim & Romi, 2015).

מעורבות בני המשפחה ותרומתם להצלחת הטיפול

במקביל, ההתמודדות עם הפרעה נפשית ועם הסטיגמות והחששות המלווים אותה, מטילה מעמסה כבדה על בני המשפחה שזקוקים גם הם למענה מהיר ואיכותי (Corrigan et al., 2012). בסקר לאומי מ-2003 שנערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות נמצא כי כחמישית (18%) מכלל בני 21 ומעלה דיווחו על עומס משפחתי לפיו בן משפחה אחד לפחות סובל ממחלה, מוגבלות או נכות ממושכת ונזקק לעזרה מצד המשפחה. הנשים דיווחו על עומס משפחתי גבוה יותר לעומת הגברים, במיוחד בגיל (45-64) 29.5% אצל נשים, ו-19.2% אצל גברים (משרד הבריאות, 2006). על אף העומס המתואר בממצאים אלה, בסקר נוסף מ-2005 נמצא כי רק 40% מהאימהות לצעירים הסובלים מהפרעות נפשיות פנו לסיוע מקצועי (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010b).

לשיתוף משפחות של נוער וצעירים יש ערך רב: שיתופם ומעורבותם בטיפול (בדרכים שונות) עשויים לסייע לתפקוד המשפחה, להפחית את תחושת הנטל האישי והמשפחתי, להגביר את תחושת

הרווחה הנפשית שלהם ולהגביר את ההיענות לטיפול של ילדיהם המתמודדים עם מגבלה נפשית (Birchwood, 2003).

צורך בשירותים ייעודיים לנוער ולצעירים

ההכרה בכך שמחלות נפשיות פורצות לרוב בגיל העשרה והבגרות הצעירה אמורה היתה להנחות הקצאת משאבים רבים לפיתוח התערבויות ייעודיות לגילאים אלה. עם זאת, במדינות מעטות בלבד (14 מתוך 191) קיימת מדיניות מוצהרת בנוגע לשירותי בריאות הנפש עבור נוער וצעירים (Shatkin & Belfer, 2004). במקביל לתמונת המצב העגומה בכל הנוגע לשימוש בשירותים, המחקר העדכני מצביע על חשיבות ההתערבות בשלבים המוקדמים כמשתלמת ביותר ועומדת במבחן עלות-תועלת בקרב צעירים (McGorry, Nelson, Goldstone & Yung, 2010). עם זאת, נמצא כי הפנייה לעזרה פורמלית בקרב בוגרים בישראל נעשית לרוב במצבי מצוקה מתקדמים ולא בשלבים הראשוניים של המצוקה (גרוס, באום ועובד אור, 2009). מכאן, שאתגר מרכזי בקרב אוכלוסייה זו היא הגברת הפנייה לעזרה מוקדם ככל האפשר. מתן חשיבות יתרה להתערבויות בשלבים מוקדמים של הופעת מצוקות נפשיות אצל צעירים בשלב ההתפתחותי של המעבר לבגרות עשוי לשפר את בריאותם הנפשית, רווחתם, יצרנותם וההגשמה העצמית שלהם (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). כמו כן, חוויות שליליות בשירותי בריאות נמצאו כמשפיעות על התנהגויות חיפוש עזרה בקרב צעירים, ממצא שמדגיש את הצורך לייצר חוויה חיובית ככל האפשר של שירותים מותאמים לצרכי הצעירים (Tylee et al., 2014).

שירות מותאם לצעירים מאפשר דיסקרטיות והקפדה יתרה על פרטיות, מתייחס לאתגרים התפתחותיים בגיל זה כמו פיתוח קריירה וחשיבה על העתיד, מסייע בהפחתת סטיגמה, מאפשר גישה קלה וזמינות (תחבורה מתאימה, בלי להמתין, הפנייה מותאמת), מכבד את רצון הצעירים בהתמודדות עצמית תוך קידום מיומנויות לניהול עצמי ומשתף צעירים בכל רמות הפעילות במרכז (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). יש חשיבות להבהרה של מטרות השירות ובמה אפשר לצפות שיעזור לצעיר (Silk, 2005; Tylee et al., 2007). מסגרת ההתייחסות בשירות לצעירים תהיה הוליסטית, אופטימית ומניעתית במסריה (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). כפי שתואר, חתך גילאים זה הוא גורם סיכון לפריצת מחלות נפשיות ועל כן על אחת כמה וכמה מודגש הצורך בהמשכיות הטיפול, ללא קטיעתו על ידי החלוקה המסורתית הנהוגה כיום לשירותי נוער ושירותי מבוגרים (Rickwood et al., 2014).

כמו כן, על אף הרפורמה בבריאות הנפש לא מתועדים שירותים ייעודיים לגילאים אלה בישראל. כיום עולה בישראל צורך להרחבת שירותי בריאות הנפש וייחודם לאוכלוסייה זו, להעלאת מודעות לבעיות נפשיות בקרב הצעירים ועובדי נוער, לסיוע בתיאום בין הגורמים השונים שעובדים עם נוער, לפיתוח מומחיות לעבודה עם צעירים בעלי בעיות נפשיות, לבניית התערבויות מתאימות וליצירת שיתופי פעולה של גורמי הרווחה והבריאות סביב הצעירים שנמצאים בתפר בין המשרדים (Sterne & Porter, 2013; ראובן ותורגימן, 2015).

גם בעולם זיהו את הפערים בין הצורך לבין היצע השירותים לאוכלוסייה זו. הנוער והצעירים אינם פונים לבקש עזרה, ממתנינים זמן רב בתור, ומופנים לשירותים מסורתיים שאינם מעודדים קבלת טיפול (Anderson et al., 2013; Reid et al., 2011; Poo, Tay, Lee, Lee & Varma, 2014). מתוך ההכרה בצרכי הצעירים וההבנה כי הללו מהווים נקודת תורפה בשירותי בריאות הנפש, פותחה באוסטרליה תוכנית ייעודית לנוער ולצעירים שמהותה הנגשת שירותי בריאות הנפש והגברת השימוש בהם לאותם הצעירים ומשפחותיהן בנקודה כה משמעותית בחייהם. (Poo, Tay, Lee, 2012; Lee & Varma, 2014; Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi & McGorry, 2012). תוכנית הדספייס (Headspace) מיושמת בפריסה ארצית רחבה באוסטרליה ומציעה מודל טיפולי המיועד לפתח מומחיות מקצועית בטיפול בנוער ובצעירים תוך דגש על הערכה מתמדת של השירות כחלק מהמודל, מעורבות הצעירים עצמם והמשפחות בתהליך הטיפול ועבודה משותפת עם גורמי קהילה (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014;).

לאחרונה, הועתק המודל של הדספייס לדנמרק, שם נפתחו שישה מרכזים ובמקביל נערך כעת מחקר הערכה. תוכניות נוספות ייעודיות לצרכי בריאות הנפש של צעירים בגילאים אלה פועלות בארה"ב, אירלנד, סינגפור, אנגליה וקנדה (McGorry, Bates & Birchwood, 2013; Iyer et al., 2015).

תוכנית הדספייס - אוסטרליה

הדספייס היא תוכנית הדגל הלאומית של אוסטרליה לבריאות הנפש עבור צעירים בגילאי 12-25 (Muir et al., 2009; Rickwood, Dean & Wilson, 2007). התוכנית הושקה ב-2006 וכיום קיימים למעלה משבעים מרכזים ברחבי אוסטרליה (Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGorry, 2014). המרכזים נועדו לתת מענה ראשוני לאוכלוסיית הצעירים שסובלים ממצוקות נפשיות ברמות קלות עד בינוניות ולבני משפחותיהם, תוך יצירת מרחב נגיש, נעים וידידותי שיגביר את צריכת השירותים המוצעים במערכת בריאות הנפש עבורם וירכו את כלל הרפואה הראשונית שהם זקוקים לה. במרכזים יש התייחסות לארבעה תחומים: בריאות נפשית, שימוש באלכוהול ובסמים, בריאות גופנית ושירותי תעסוקה.

עשרה עקרונות מנחים את פעילות המודל: שותפויות וקשרי קהילה, פעילויות למעורבות קהילתית, התמקצעות קלינית, סביבה ידידותית לצעירים, תיאום ומעורבות של כלל גורמי הטיפול, הפנייה ושיתוף פעולה בין צוות המרכז, הערכה מובנית, שיתוף ומשוב מהצעיר וממשפחתו, דגש על החלמה גם ברמה החברתית ואסטרטגיה ברורה לקידום ולפיתוח עובדים. כחלק מעקרונות אלה, פועלת הדספייס ליצירת מודעות קהילתית, חינוך והכשרה בקרב אנשי מקצוע ושימת דגש על מעורבותו של הצעיר בניהול מצבו הנפשי (Muir et al., 2009; Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014; Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGorry, 2014; Rickwood, Van Dyke & Telford, 2015). אחד העקרונות המהותיים של הדספייס הוא הבנייה של הערכת השירות הניתן כחלק בלתי נפרד מהמודל. קיימת חשיבות עליונה למרכיב ההערכה וכל עובד חדש במרכז הדספייס מוכשר

לאיסוף הנתונים כחלק אינטגרלי מהכשרתו. גישה זו משקפת את הצורך המתמיד ביעילות ובשיפור השירות כך שיענה על צרכי הצעירים (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014). גישת הטיפול הנהוגה במרכז היא אינטגרטיבית לרוב ומתבססת בעיקרה על שיטות קוגניטיביות התנהגותיות (Rickwood et al., 2017; Rickwood, Telford, Spittal, & Pirkis, 2017; Bassilios, 2015).

מניתוח בסיס הנתונים הראשוני שכלל 21,274 צעירים (Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGorry, 2014) עולה כי הסיבות שבגינן פונים צעירים באוסטרליה למרכזי הדספייס מגוונות ורובם פונים בשלבים מוקדמים מאוד בהתפתחותה של הפרעה נפשית. בקרב למעלה משליש מהצעירים שטופלו בהדספייס נמצאו ירידה מובהקת ברמת המצוקה הנפשית ושיפור מובהק בתפקוד הכללי. ההיענות הטובה ביותר לטיפול (השתתפו ביותר מפגשים) נרשמה בקרב צעירים שחוו מצוקה נפשית רבה יותר והתקשו לתפקד (Rickwood et al., 2015). כמו כן, 93% ממשתתפי התכנית העידו על שביעות רצון מהטיפול שקבלו וחשו שהטיפול במרכז סייע להם למצוא אסטרטגיות לניהול מצבם הנפשי. במחקר ההערכה הראשוני שנעשה, העידו גם בני משפחותיהם של הצעירים על שביעות רצון מהטיפול שהוגש לילדיהם וציינו שמצאו מקום להפניית דאגותיהם (Muir et al., 2009). עם זאת, במחקר באוסטרליה, מעבר לשביעות רצון המשפחות ושיתופם בפעילויות המרכז לא נמדד שינוי בתחושת הנטל של המשפחות.

במחקר ההערכה הלאומי השני על תוכנית הדספייס באוסטרליה נמצא כי להדספייס הגיעו אוכלוסיות מגוונות ואף אוכלוסיות מודרות המתקשות לצרוך שירותים באופן סטנדרטי. נמצאו מספר מאפיינים של הפונים לשירותי המרכזים: מצוקה פסיכולוגית גבוהה עד גבוהה מאד, יותר נשים מגברים (62.8%), אחד מחמישה מזדהה עם הקהילה הלהט"בית ואחד מחמישה אינו עובד או לומד (Hilferty et al., 2015). במחקר זה גם נמצא כי כמעט מחצית מהפונים להדספייס הציגו ירידה ברמת המצוקה הפסיכולוגית, כשליש לא הציגו שינוי וחמישית הציגו עלייה, קרי הדרדרות במצב מצוקתם הנפשית. על אף הממצאים שפורטו, ההיענות למילוי השאלונים בסיום הטיפול וכשלושה חודשים אחריו היתה נמוכה ביותר ולכן מגבילה את הבנת השפעת הדספייס לאורך זמן. מגבלה נוספת טמונה בקיומה של שונות רבה בהכשרות הצוותים, בסדרי העדיפויות, בסוגי הפעילויות שהתבצעו בעבודה השוטפת ובכמות העובדים בין מרכזי הדספייס השונים (Rickwood, Van Dyke & Telford, 2015).

לסיכום, מסקירת הספרות עולה פער בין הצרכים למיעוט תוכניות טיפול בבריאות הנפש הייעודיות לנוער ולצעירים בישראל. עם פתיחתו של מודל המאחד קבוצת גיל ייחודית בישראל, עלה הצורך בחקירה ובביסוס ראיתי של צרכים, מאפיינים אישיים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש של אוכלוסייה זו. כמו כן, יש צורך בהבנת המאפיינים הנדרשים משירותים מותאמים לאוכלוסייה זו שכוללת בתוכה גם את אוכלוסיית הנוער וגם את אוכלוסיית הבוגרים הצעירים בישראל, שכן היום הם ניזונים משתי מערכות נפרדות, מערכת שירותי הבריאות לילדים ונוער ומערכת השירותים למבוגר ומציגים שימוש מועט בשירותים. תחום בריאות הנפש של צעירים בגילאים המדוברים היא

דיסציפלינה חדשה המצריכה המשך ביסוס גוף ידע מחקרי ומומחיות כדי להיטיב לפתח שירותים ייעודיים עבורה בעולם בכלל (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014) ובישראל בפרט (ראובן ותורג'מן, 2015), ומחקר זה עשוי לסייע בכך.

פעילות תוכנית הדספייס בישראל

תוכנית הדספייס היא, כאמור, הזרוע הישראלית של התוכנית לבריאות נפשית של צעירים בגילאי 12-25 באוסטרליה. תוכנית הדספייס בישראל, בדומה למודל האוסטרלי, שמה לה למטרה, בשלב הראשוני (תקופת הפיילוט), לפעול בשלושה מישורים:

1. מתן שירות נפשי ייעודי והנגשתו לגילאי 12-25
2. יצירת מודעות קהילתית לתחום בריאות הנפש ועבודה קהילתית בשיתוף עם גורמי קהילה
3. פיתוח והעברה של הכשרה ייחודית בנושא בריאות נפש של צעירים שתופץ בקרב מרפאות ואנשי מקצוע בעיר. לאור מטרות אלו, כיוון המרכז את פעילויותיו ומאמציו ומטרות אלה ייבחנו בדוח זה.

תיאור המבנה הפיזי

מרכז הדספייס פועל בלב העיר בת ים, בבניין משרדים מרכזי אשר דרכי הגישה אל ומחוצה לו רבות ומגוונות. קיומו של המרכז בליבה של העיר הוא בסיס ראשוני לנגישות השירות. המרכז כולל חלל המתנה, חמישה חדרי טיפול, עמדת מזכירות, חדר צוות וחדר קבוצות ומטבח.

כוח האדם

במהלך שנות המחקר הושלם תהליך המעבר של המטפלים במרכז להעסקה ישירה על ידי אנוש באחוזי משרה לרוב של חצי משרה ומעלה (פירוט על התהליך בפרק 5). כיום פועלים במרכז 12 אנשי טיפול (חסר פסיכיאטר) ושלושה אנשי מנהלה ואדמיניסטרציה. במהלך שלוש שנות המחקר עזבו מנהל, כשישה מטפלים ומזכירה אחת. מדריך הצוות הוחלף וגויסה מדריכה חיצונית לחלק ממטפלי המרכז ואף הוקצה זמן של אחת המטפלות להתמקצעות והכשרה של המטפלים. בסך הכל, כולל צוות הטיפול 6.15 משרות כולל פסיכיאטר. צוות האדמיניסטרציה והניהול כולל כ-2.5 משרות. משרת המטפל מורכבת מתשעה מטופלים, הדרכות, ישיבת צוות פעם בשבוע וזמן תיעוד.

אוכלוסיית היעד

צעירים בגילאי 12-25 המתגוררים בעיר בת ים ופונים בשל חוויה של מצוקה נפשית. במהלך שנות המחקר גיבש הצוות פרופיל של מידת המצוקה הנפשית המתאימה ומשתנים נוספים של הצעיר שיעידו על התאמה או אי התאמה לטיפול במרכז. נושא זה ידון בהמשך.

תיאור הפעילות כיום

הדספייס פעיל חמישה ימים בשבוע בין השעות 8:30 - 20:00 ושעות קבלת הקהל הן בין 19:00- 9:00. בכל יום עובדים במקום לפחות שלושה מטפלים ומקבלים טיפול בין 10-15 מטופלים מדי יום. הטיפול בהדספייס הוא קצר מועד ומוגבל עד 15 מפגשים, כשכל מפגש טיפולי אורך כחמישים דקות.

הליך הפנייה למרכז

המטופלים פונים למרכז ונקבעת להם פגישת אינטייק בהקדם האפשרי. פעמים רבות נעשית ההפנייה באמצעות יועצות בית הספר ולפיכך בשנת המחקר השנייה הכין צוות המרכז טופס הפנייה, שמטרתו זיקוק ודיוק סיבת הפנייה כדי לאפשר התאמה מירבית, והעברת מידע מקדים למטפל. מכאן, שבמידת האפשר, מועבר למרכז טופס הפנייה מטעם הגורם המפנה, עוד לפני פגישת האינטייק. מטופלים מתחת לגיל 18 מחוייבים להגיע לאינטייק עם הוריהם. לאחר האינטייק מתקבלת החלטה אם הם מתאימים לטיפול או לא. אם מתאימים, הם נכנסים לרשימת המתנה. חשוב לציין שבמהלך שנות המחקר צומצמה רשימת המתנה משמעותית אך בימים אלה שוב קיימת המתנה גם לפגישת האינטייק. לעיתים, נדחית תחילת הטיפול בשל חוסר התאמה ופניות בימים המוצעים למטופלים. אם נמצא כי צעיר אינו מתאים לטיפול, נעשית חשיבה משותפת לאן כדאי שיפנה ובמקרים רבים אף נעשה קישור עם הגורם שאליו מפנים.

הפעילות שמתקיימת במקום

במישור הפרטני –

1. טיפולים פרטניים – באופן שוטף מתקיימים טיפולים קצרי מועד שמתבססים על גישות שונות: אוריינטציה דינמית, קוגניטיבית התנהגותית וטיפול מבוסס מנטליזציה.
2. הדרכות הורים – אם הצעיר/ה (בכל הגילאים) אינו מעוניין להגיע לטיפול יש אפשרות להדרכת ההורים בלבד על ידי צוות הדספייס. לצורך ייעוד זה בפרט הועסקה מטפלת משפחתית. מעבר לכך, במהלך הטיפול הפרטני בצעיר, אם עולה צורך בשיחה עם ההורים, מתקיימת פגישה שכוללת הדרכת הורים.
3. קבוצות טיפוליות – במרכז התקיימו מספר קבוצות: דינמיות תמיכתיות, קבוצת מיומנויות חברתיות, קבוצת חרדת בחינות וקבוצת חמלה שהרחיבה את פעילותה בשנה האחרונה. הקבוצות מוצעות לצעירים אחרי האינטייק על פי המלצת המטפל לתרומת הסטינג הקבוצתי.
4. בדיקה ואבחון פסיכיאטרי – כשעולה צורך במהלך אינטייק או טיפול, יש אפשרות לפגישה עם הפסיכיאטר במרכז לטובת אבחון והערכה או מתן טיפול נקודתי והפנייה. הפסיכיאטר נמצא במרכז פעם בשבוע. כיום עולה קושי בגיוס פסיכיאטר והתפקיד אינו מאויש.
5. פרויקט מנטורינג לקראת הצבא – כחלק מרצונם של יוצאי חיל האויר לתרום לחברה נוצר קשר עם מרכז הדספייס וגובש רעיון הפרוייקט. הפרוייקט מיועד לצעירים בני 16 לפני צו ראשון, שיש להם מוטיבציה להתגייס אבל הם חסרי עורף משפחתי / חברתי / כלכלי או בעלי קשיים רגשיים שיפגעו בסיכוייהם להתגייס לתפקיד משמעותי בצבא. מטרת הפרוייקט לסייע

לאותם צעירים להתגייס לצבא לתפקיד שיהיה עבורם מנוף להתקדמות אישית חברתית. החונכות היא ארוכת טווח ולמעשה כוללת ליווי של חונך, מנטור, יוצא צבא לאחר תפקיד בכיר ומשמעותי לרוב, שנפגש עם החונך בהתחלה פעם בשבועיים להיכרות וסביב הצו הראשון ובהמשך אחת לחודש או באופן תכוף יותר על פי הצורך, בעיקר סביב נקודות עניין חשובות כמו זימונים לראיונות או משברים בחייו של הנער ועד גיוסו לצה"ל ואף אל במהלך השירות. המנטורים מקבלים הכשרה והדרכה ממטפל מהדספייס ותמיכה שוטפת במידת הצורך. אפשר לקבל שירות טיפול פרטני בהדספייס וגם להשתתף בתוכנית המנטורינג. הפרוייקט פועל כשלוש שנים. היה ניסיון לקיימו כחלק משירותי הרווחה ולחבור אליהם אך זה לא צלח.

6. יצירת מענים ייחודיים – החל במחצית שנת המחקר השנייה החל הצוות במתן התערבויות ייעודיות לאוכלוסיות מוגדרות או כלים מובנים: טיפול משפחתי מבוסס מנטליזציה, פתיחת "יחידת טורט", טיפול בשיטת EMDR, הצוות עבר הכשרה להערכת אבדנות ועבודה בעזרת שימוש במציאות מדומה (VR).

במישור הקהילתי –

1. הדרכה וליווי של בעלי תפקידים בפרוייקטים עירוניים. צוות הדספייס משמש גוף בעל ידע בבריאות נפש של צעירים הכולל אבחון וטיפול במצבי משבר ומתוקף כך מדריך גופים שונים בעיר. פעילות זו ממומנת בחלקה על ידי החברה הכלכלית בעיריית בת ים.

א. קבוצת הדרכה לצעירים בשנת שירות – במשך שנתיים, קיים מטפל מטעם הדספייס קבוצת הדרכה לצעירים בעיצומה של שנת שירות שאליה נשלחו דרך תנועת קצ"ב העירונית של בת ים. רכזת תנועת הנוער פנתה להדספייס לאור מצוקה רגשית של מתנדבי שנת השירות והוחלט על קיום קבוצת הדרכה בהדספייס.

ב. הדרכת מנהלי ומדריכי מגדלור – רכזים ומדריכים במרכזי נוער בסיכון הפרושים ברחבי העיר מקבלים הדרכה מאנשי הצוות בהדספייס בהקשר של מצבים הנוגעים בבריאות הנפש של בני הנוער, זיהוי והתמודדות.

ג. מפגש הדרכה לאימהות חד הוריות

ד. ליווי צוות החממה

ה. ליווי מנהלת להקמת פרויקט עירוני לצעירות ממוצא אתיופי.

יצירת מערך הסברה קהילתי

1. שיתוף פעולה עם המרכז הבינתחומי הרצליה - צוות הדספייס הדריך וליווה סטודנטים לפסיכולוגיה בהכנת חומרי הסברה לצעירים בנושאי בריאות הנפש. הפרוייקט היה חלק מתוכנית הלימודים שלהם בחוג לפסיכולוגיה.

2. שיתוף פעולה עם מכללת מנשר - יצירת סרטונים שישמשו כחומרי הסברה או ככלי טיפולי מותאם לצעירים.

3. מפגשים עם רפואה ראשונית – יצירת מודל לעבודה משותפת עם רופאי משפחה במטרה להגביר את שיעור ההפניות וההכרה בצורך ובמענה הייחודי שניתן בהדספייס.
4. הפקת חומרי פרסום ועלונים מקצועיים והופעות בתוכניות טלוויזיה ליצירת שיח בנושא טיפול נפשי בצעירים.
5. קיום הרצאות וימי עיון – במרחבים קהילתיים עירוניים וארציים (למשל: הרצאה לגופים מטפלים בבת ים, יום עיון לעובדי מחלקת נוער במרכז לבריאות הנפש אברבנאל, הרצאה לעובדי תחום צעירים בגוינט)
6. השתתפות בכנסים ובימי עיון בתחום הצעירים (למשל: כנס ENMESH בהולנד ובהמשך השנה גם בפורטוגל, כנס צעירים במצבי סיכון בישראל)

פעילויות בשיתוף בתי ספר בעיר

1. במהלך השנה התקיימו קבוצות חמלה עצמית לנוער בבתי הספר בשיתוף פעולה עם אוניברסיטת חיפה, והפרוייקט עוד נמשך.
2. קבוצת "שגרירי הדספייס" - במהלך השנה קיימה קבוצת תלמידים במגמת פסיכולוגיה בתיכון בעיר מפגשים עם צוות הדספייס, במטרה להעלות את המודעות לבריאות הנפש ולקבלת עזרה.
3. הרצאות לצוותי חינוך ולהורים בבתי הספר.
4. יצירת תשתית להדרכות להורים במסגרת בית הספר – פרויקט שיחל בקרוב.

פרק 2: שיטה

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כוללת 291 צעירים בגילאי 12-25, שהם כ-65% מכלל הצעירים אשר פנו לקבלת עזרה נפשית במרכז הדספייס בת ים בין מרץ 2016 ליוני 2018 (כולל). במחקר השתתפו גם 197 הורים של אותם הצעירים-כ-17 גורמים עירוניים מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה העובדים בשיתוף פעולה עם המרכז ו-16 אנשי צוות.

מטרת המחקר

מחקר זה בחן את פעילותו של מרכז הדספייס בכמה מישורים: עבור הפרט (המטופל), עבור משפחתו וברמה הקהילתית. המחקר בחן האם מודל הדספייס מסייע בהפחתת מצוקה נפשית של הצעירים הפונים ומה טיב קשריו עם הקהילה העירונית. נוסף על כך, נבדקו מאפייני השירות והפונים אליו, מעכבי ומקדמי הטיפול על פי המודל הראשוני לקבוצת גיל זו (גילאי 12-25) בישראל, כל זאת בהתאם ליעדי התוכנית שנקבעו. לוח 1 מפרט את מטרות המחקר על פי חלוקה לכלים איכותניים וכמותיים.

לוח 1: מטרות המחקר ושיטת המדידה: איכותנית וכמותית

| נבדקו בשיטה כמותית | נבדקו בשיטה איכותנית | |
|--|--|-----------------------|
| נבדקו בשיטה כמותית | נבדקו בשיטה איכותנית | מקבלי השירות (צעירים) |
| כמות הפונים ושיעור נוכחותם בטיפול ופרופיל מקבלי השירותים | חוויתם בעת שנכנסו למרכז | |
| השפעת התוכנית על תפקוד, איכות חיים ורמת המצוקה הנפשית | תיאור השינוי ותרומת הטיפול למצבם הרגשי ולתפקוד היום-יומי | |
| שביעות רצון מהטיפול ומהמרכז | שביעות רצון מהטיפול מרכיבים בטיפול שסייעו/ הקשו על הצלחתו | |
| מידת הנטל המשפחתי הנחוה והחוללות ההורית והאם משתנה בעקבות הטיפול | תיאור השינוי של הצעיר או שלהם והאם בא לידי ביטוי מחוץ לטיפול | בני משפחה |
| | תפיסת התפקיד וחוויתם בעבודה עם צעירים במרכז | אנשי צוות של המרכז |

| | | |
|--|--|--|
| נבדקו בשיטה כמותית | נבדקו בשיטה איכותנית | |
| | קשיים ומשאבים שסייעו/ הקשו על הטיפול | |
| מידת ההיכרות עם המרכז וההפניות להדספייס, כמות פרויקטים משותפים | הבנתם את העשייה של המרכז, הבנת העניין בתוכנית | צוותים במוקדי עניין רלוונטיים בקהילה (צוותי חינוך, צוותים עירוניים וכו') |

שאלות המחקר

1. מהם המאפיינים הסוציו-דמוגראפיים והקליניים של הפונים למרכז ומשפחותיהם?
2. מהם מאפייני הפנייה וצריכת השירות של הדספייס (משך טיפול, סוגי התערבויות, זמני המתנה ועוד) והאם חל שינוי בצריכת השירותים לאורך זמן?
3. האם הטיפול במרכז מסייע במתן מענה לצעירים הפונים אליו, במדדים של: רווחה נפשית, הפחתת מצוקה נפשית, הגברת איכות חיים, שיפור ברמת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים הנחווים ושיפור בתחושת הנטל המשפחתי.
4. מה מידת שביעות הרצון של הצעירים מהמרכז ובאילו תחומים?
5. מה מידת שיתוף הפעולה עם הקהילה וההסברה הקהילתית של הדספייס (כחלק ממאפייני המודל)?

מערך המחקר

המחקר משלב שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות (mixed methods) במטרה להעריך את השירות שמעניק מרכז "הדספייס". החלק הכמותי הוא מחקר אורך פרוספקטיבי. בחלק זה נאספו נתונים בעזרת שאלונים ממטופלים, בני משפחה ומהמטפלים לפני קבלת הטיפול, טרום טיפול ראשון, במהלכו, בסיום הטיפול וכארבעה חודשים מסיומו. הליך המחקר הנבחר תואם את ההליך שנעשה באוסטרליה עם הפחתה של כמות המדידות לצורך הגברת ההיתכנות. גם במחקר הנוכחי וגם במחקר ההערכה האוסטרלי, מדי מפגש נערכה מדידה של איכות חיים, כחלק מהרצון לאפשר למטפל לקבל את המידע כל פגישה, וכך יוכל להעריך את השינוי בין המפגשים. עם זאת, לכל אורך שנות המחקר לא השתמשו קליני שוטף בתוצאות השאלונים והמטפלים טרם חשופים למידע שמולא בכל שאלון. כלי המחקר ונקודות המדידה מפורטים בלוח 2.

במחצית השנה הראשונה של המחקר נבנתה התשתית להעברת השאלונים ולממרץ 2016 החלו המטופלים למלא אותם. מילוי השאלונים במעמד האינטייק נטמע ולאחר הדרכה נעשה בצורה שוטפת ומוצלחת (כ-65% מהפונים נכנסו למחקר וענו על שאלוני האינטייק). במהלך השנה השנייה,

בין היתר בעקבות ממצאי המחקר הראשוניים, חל שיפור משמעותי במעקב השוטף אחר מספרי הטיפולים של הצעירים במרכז, דבר שאיפשר מעקב צמוד יותר של מילוי שאלונים בנקודות הזמן הנדרשות. במהלך השנה נעשה הידוק וסינכרון של אופן איסוף הנתונים לאחר נקודת האינטייק. ההצטרפות למחקר הסתיימה בסוף יוני 2018. כמות הנבדקים שענו על השאלונים בכל אחת מנקודות הזמן, מפורטת בתרשים 1 – תרשים גיוס הנבדקים.

יתרה מזאת, במטרה להבין את השפעתו הייחודית של הטיפול הניתן במרכז, מרכיבו הייחודיים והשפעתו על המטופלים, בני משפחותיהם ואנשי המקצוע, שולבה שיטה איכותנית. נערכו ראיונות חצי מובנים עם המטופלים, בני משפחתם, צוות הדספייס ובעלי עניין בקהילה בשלביה השונים של התוכנית (פירוט בתרשים 1 - תרשים גיוס הנבדקים). הראיונות סייעו ללמוד בצורה מקיפה ומעמיקה את תהליך יישום המודל של הדספייס ואת תוצאותיו.

לוח 2: זמני המדידה והכלים של החלק הכמותי הממולא על ידי המטופלים הצעירים, מטפלים ובני משפחה

| צעירים | | | | | | | השאלון |
|---------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|---------|---------------------------|
| זמני המדידה | | | | | | | |
| אחרי 4 חודשים | טיפול אחרון | טיפול-8 14 | טיפול שביעי | טיפולים 2-6 | טיפול ראשון | אינטייק | |
| | | | | | | ✓ | טופס הסכמה מדעת |
| | | | | | ✓ | ✓ | שאלון דמוגרפי |
| | | | | | | ✓ | שאלון מקור הפנייה |
| ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | שאלון שביעות רצון מהתפקוד |
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון מצוקה נפשית |
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון שימוש בחומרים |
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון רווחה אישית |

| | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|--------------------------|
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון אפיון השירות |
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון יכולות וקשיים |
| ✓ | ✓ | | ✓ | | ✓ | ✓ | שאלון העתיד שלי |
| | ✓ | | ✓ | | | | שאלון שביעות רצון מהמרכז |

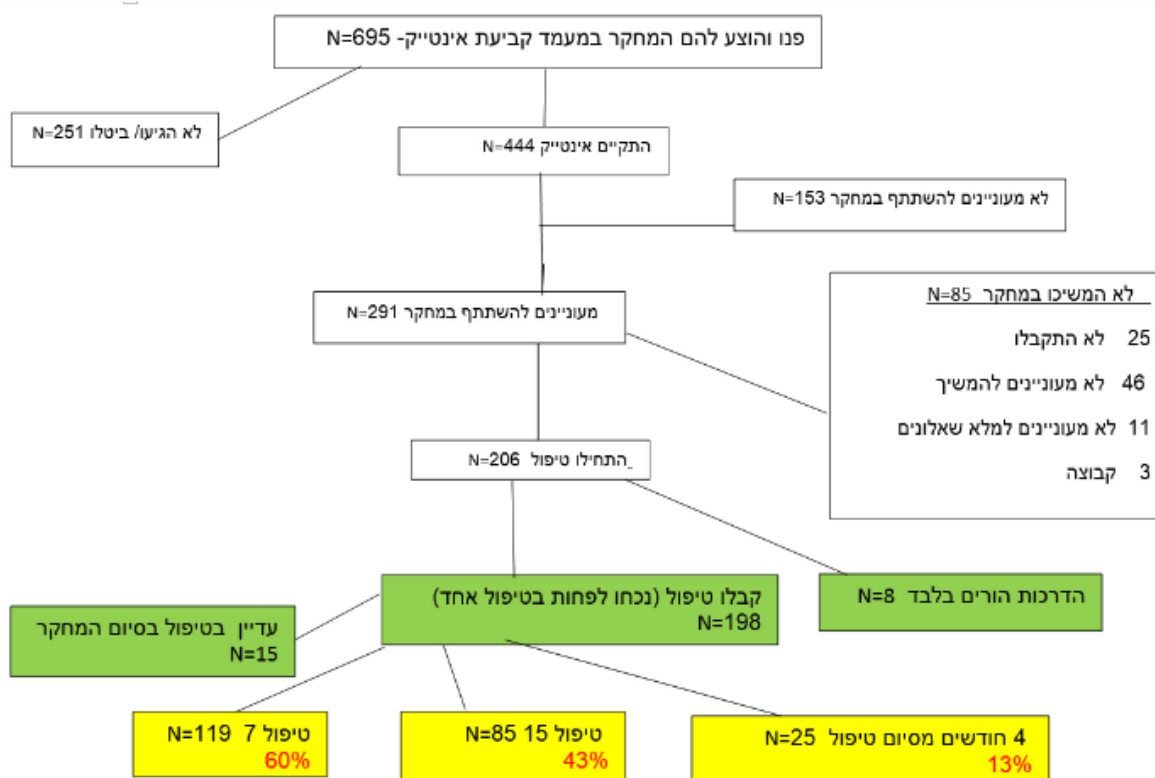
| הורים | | | |
|------------|------------|---------|--------------------|
| השאלון | | | זמני מדידה |
| מפגש אחרון | מהלך טיפול | אינטייק | |
| | | ✓ | טופס הסכמה מדעת |
| | | ✓ | שאלון דמוגרפי |
| ✓ | ✓ | ✓ | שאלון נטל משפחתי |
| ✓ | ✓ | ✓ | שאלון חוללות הורית |

| מטפלים | | | |
|------------------------------|---------|-------------|-------------|
| שאלון | אינטייק | טיפול ראשון | טיפול אחרון |
| תפקוד חברתי ותעסוקתי (SOFAS) | ✓ | ✓ | ✓ |
| שאלון מטפלים | ✓ | ✓ | ✓ |

משתתפים

במחקר הנוכחי הוצעה ההשתתפות לכלל המטופלים והוריהם שהגיעו למרכז הדספייס בת ים בשלוש שנות המחקר, ומתוכם השתתפו כ-65%, רק אלו שהסכימו לקחת חלק במחקר. איסוף הנתונים התקיים בין מרץ 2016 ליוני 2018. תרשים 1 מתאר את הליך גיוס הנבדקים.

תרשים 1: תיאור הליך גיוס הנבדקים



מהתרשים עולה כי כ-70% מאלה שנכנסו למחקר ומילאו שאלונים באינטייק ענו גם על השאלונים בטיפול הראשון, כלומר התחילו טיפול. מתוכם, 46 לא היו מעוניינים בטיפול, 25 לא התקבלו לטיפול, 11 לא היו מעוניינים למלא שאלונים ו-11 השתתפו בקבוצות/ רק בהדרכת הורים. כפי שמוצג בתרשים, מספר העונים על השאלונים הולך ופוחת ככל שמתקדמים בנקודות המדידה. מבין אלה שמילאו שאלונים בטיפול ראשון, 65% גם מילאו את השאלונים בטיפול ה-7 ואחוז מעט גבוה יותר (71%) מבין העונים בטיפול 7, ענה על השאלונים בסיום הטיפול. הסיבות לירידה במענה לשאלונים קשורה בעיקרה בסיום הטיפול. אחוז הנשירה מהמחקר לאחר הטיפול הראשון נמוך, ועומד על כ-6%. עם זאת הנשירה מהמחקר בין הטיפול השביעי לטיפול האחרון גדולה בהרבה (29%) שכן, הרבה מהצעירים סיימו את הטיפול באופן ספונטני ללא ידיעת המטפל או צוות המרכז ועל כן לא מילאו את השאלונים של הטיפול האחרון. המענה לשאלונים ארבעה חודשים לאחר סיום הטיפול נמוך במיוחד עקב קושי משמעותי בהיענות הצעירים למילוי השאלונים באופן מקוון ממחשבם הביתי.

בחלק האיכותני, במהלך שלוש השנים נערכו מפגשי עדכון עם אנשי הצוות ועם מנהל המרכז, לטובת הבנה ותיעוד דרכי העבודה השוטפת במקום ושינויים שהתרחשו. מעבר לכך, התקיימו ראיונות חצי

מובנים עם 15 מטפלים ושבעה אנשי מנהלה, 19 מטופלים, 11 בני משפחה ו-16 גורמים מעורבים בקהילה.

כלי המחקר

כלים כמותיים

1. **שאלון דמוגרפי** (נספח 1) – הוא חלק מהשאלונים המועברים באוסטרליה ותורגם בתרגום - תרגום חוזר לעברית ושאלותיו אף הותאמו לתרבות בישראל, באמצעות התייעצות עם מומחי תוכן ועם מנהל המרכז
2. **שאלון אפיון השירות** (נספח 2) – שאלון הנמצא במקבץ השאלונים של הדספייס אוסטרליה, תורגם על ידי צוות הדספייס וצוות המחקר וכולל ארבע שאלות בנוגע לזמן ההמתנה לטיפול ולסיבה שבגינה פנו לטיפול במרכז.
3. **שאלון מקור הפנייה** (נספח 3) – שתי שאלות המתייחסות לאופן שבו יצרו קשר עם הדספייס לראשונה. שאלות אלה לקוחות גם הן מסוללת האבחונים של הדספייס אוסטרליה.
4. **מאגר הנתונים האדמיניסטרטיבי של הדספייס ותוכנת "נתיב"** – מספר האינטייקים שנקבעו, מספר הטיפולים וסוגי סיום הטיפול.
5. **שאלון מצוקה נפשית** Kessler 10 (World Health Organization, 2006) (נספח 4) – הוא מדד גלובלי לבדיקת מצוקה נפשית, מתמקד בתדירות שבה אדם חש חרדה ודיכאון ב - 30 ימים האחרונים. השאלון משמש הן ככלי סינון והן ככלי למדידת תוצאות (outcomes). השאלון כולל עשרה פריטים, בסולם של 1 (כל הזמן) עד 5 (אף פעם). סוכמים את הציונים ומתקבל ציון בין 10-50. לפי הסכום המתקבל נקבעת חומרת המצוקה הנפשית. סולם הציונים המקובל מסווג ציון של 10-15 כמצוקה קלה, 16-21 מצוקה בינונית, 22-29 מצוקה גבוהה, 30-50 מצוקה גבוהה מאוד והמבחן נמצא רגיש בזיהוי מגוון מצבים נפשיים ובעל מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha=0.92$) (Andrews & Slade, 2001). השאלון נמצא בשימוש בסקר בריאות עולמי של ארגון הבריאות העולמי ותורגם לשלושים שפות בחסותו. כמו כן שאלה נוספת בנוגע לימים שבהם חווה חוסר תפקוד. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה לשאלון ($\alpha=0.89$).
6. **שאלון SOFAS (Functioning Assessment Social and Occupational)** (Goldman,) (Skodol & Lave, 1992) (נספח 5) סולם זה פותח כחלק מהציר החמישי ב-DSM IV, ומספק הערכת תפקוד חברתי תעסוקתי של האדם על סולם שבין 1-100. השאלון נמצא בשימוש בהערכת המודל האוסטרלי של הדספייס.
7. **שאלון My Life Tracker** (נספח 6) – (Kwan et al., 2018) שאלון דיווח עצמי שנבנה עבור מודל הדספייס האוסטרלי. השאלון כולל חמישה היגדים המתייחסים לשביעות רצון

מהתפקוד בשבוע האחרון בכמה תחומים: חברתי, משפחתי, כללי והסתגלות (איך אתה מסתדר). הצעיר מסמן את תשובתו על גבי סולם בין 1-100, על פי הרגשתו. במחקר הראשוני שנעשה על הכלי נמצאו לו מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha=0.84$) ומהימנות מבחן - מבחן חוזר סבירה (0.78). במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית דומה לזו שנמצאה באוסטרליה ($\alpha=0.85$).

8. שאלון רווחה נפשית Short Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale (SWEMWS)

(Clarke et al., 2011) (נספח 7) – השאלון המקורי כולל 14 היגדים הקשורים לרווחה נפשית והאדם מציין את התדירות שבה חש כל אחד מההיגדים בסולם של 1 (בכלל לא) - 5 (כל הזמן). השאלון נמצא בשימוש נרחב בבדיקת רווחה נפשית בסקרי אוכלוסייה גדולים ומציג מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha=0.87$). במחקר זה השתמשו בגרסה המקוצרת שלו הכוללת 7 היגדים ונמצאה מהימנות פנימית דומה ($\alpha=0.83$).

9. שאלון נטל משפחתי Burden Assessment Scale (Reinhard et al., 1994) (נספח 8) –

הערכה של המידה שבה בני המשפחה חווים עומס בגלל הצורך לדאוג לבן המשפחה המטופל בהדספייס. השאלון מכיל 19 פריטים העוסקים הן בעומס "טכני" ("נאלצתי לשנות את תכניותי האישיות") והן בעומס רגשי ("הרגשתי אשם בכך שלא עשיתי די כדי לעזור"). הפריטים מדורגים בסולם ליקרט בן ארבע דרגות, ומהימנות הסולם נמצאה גבוהה ($\alpha=0.91$) (Reinhard et al., 1994). הגרסה העברית של השאלון פותחה כחלק מפרוייקט מדדי תוצאה של שירותי השיקום בישראל ואין מידע על מהימנותה ותקפותה.

10. שאלון חוללות עצמית הורית (נספח 9) – שאלון זה מודד את התרשמות ואת ציפיות ההורה

בנוגע ליכולתו לבצע כראוי את תפקידיו כהורה. השאלון פותח על ידי רביב ובר - טל (ישי, כהן, שואב-כהן ופזי-מרטון, 1995) וכולל 15 פריטים. לגבי כל פריט מציין הנבדק, על גבי סולם ליקרט בן שש דרגות (1 = בכלל לא, 6 = במידה רבה מאוד) את מידת התאמתו לתחושותיו בהתייחס לילד שעליו הוא ממלא את השאלון. הציון המתקבל הוא סך הניקוד בפריטים. ציון גבוה בשאלון מעיד על מידת חוללות הורית גבוהה. בעבודותיהם של אלעד (2001) ושואב (1997) נמצאה מהימנות פנימית גבוהה של השאלון, $\alpha < 0.8$. בעבודות אלה מדד חוללות עצמית הורית הבחין בין אוכלוסיית המחקר (אמהות חסרות אוניס במחקרה של אלעד ואמהות לילדים עם סרבול מוטורי והיפראקטיביות במחקרה של שואב) לבין הורים בקבוצת הביקורת. במחקר נוסף נמצאה מהימנות שאלון גבוהה (אלפא של קרונבאך = 0.83) (כהן-ישורון, 2001). במחקר זה נמצאה מהימנות גבוהה ($\alpha=0.86$).

11. שאלון יכולות וקשיים Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (נספח 10) –

זהו שאלון לדיווח עצמי, הכולל עשרים היגדים, שמתייחסים לארבעה ממדי קושי שונים: סימפטומים רגשיים (למשל, "אני דואג הרבה"), בעיות התנהגות (למשל, "הרבה פעמים מאשימים אותי בשקר או רמאות"), היפראקטיביות (למשל, "אני חסר מנוחה, אני לא יכול להיות רגוע למשך זמן") ובעיות עם קבוצת השווים

(למשל, "ילדים אחרים בגילי בדרך כלל לא אוהבים אותי"), ועוד חמישה היגדים הנוגעים להתנהגות פרו-סוציאלית. התשובות להיגדים אלו נמדדות על סולם בן שלוש דרגות: $0 =$ לא נכון, $1 =$ די נכון ו- $2 =$ נכון מאוד. מדד הקשיים הכולל (Total Difficulties Score) נקבע על ידי סכימת הנקודות של ארבעת ממדי הקושי השונים. הציון של מדד הקשיים הכולל יכול לנוע בין 0 ל- 40 , וככל שציונו של הילד גבוה יותר, כך הוא סובל מקשיים רבים יותר. השימוש בשאלון קשיים ויכולות הוא נפוץ, ונעשה בו שימוש בכל העולם ככלי לסקירת מצבם הרגשי וההתנהגותי של ילדים ונוער. מאפיינים פסיכומטריים שנבחנו לאחרונה במחקר ישראלי וההתנהגותי של ילדים על 611 בני נוער הצביעו על מהימנותו ($\alpha = 0.72$) ותקפותו של הכלי (Mansbach-Kleinfeld, Apter, Farbstein, Levine & Ponizovsky, 2010). במחקר זה נמצאה מהימנות דומה וסבירה ($\alpha = 0.72$).

12. **שאלון "חששות מהעתיד"** (Seginer, 2009) (נספח 11). השאלון כולל 12 פריטים על סולם ליקרט ($1 =$ לעיתים רחוקות. $5 =$ לעיתים קרובות) הבודקים את תכיפות החשיבה על חששות מפני העתיד בשלושה תחומי עתיד: עבודה וקריירה, לימודים והשכלה ונישואין ומשפחה. בדרך כלל, כולל שאלון זה גם חלק על תקוות אך במחקר זה נבדקו החששות בלבד. שאלון זה מהווה חלק מאסופת שאלונים המודדים אוריינטציית עתיד וחלקה במדידת הייצוג הקוגניטיבי בחשיבה על העתיד. שאלון זה נמצא בשימוש במחקרים באוכלוסיית צעירים ונמצא שמהימנותו גבוהה, $\alpha = .88$ ובמחקר הנוכחי נמצאה מהימנות אלפא קרונבך זהה.

13. **שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז** (נספח 12) – השאלון מבוסס על שאלון המועבר באוסטרליה. הוא כולל 14 פריטים שבהם נשאל הצעיר באיזו מידה הוא מסכים עם הנאמר בסולם בו 1 מייצג "לא מסכים כלל" ו- 5 "מסכים במידה רבה מאוד". הפריטים מתייחסים לשביעות רצון מהמרכז עצמו וממשאביו, מהצוות, מההישגים האישיים ומשוב כללי. שאלון זה גם הוא תורגם במסגרת המחקר ונעשה תהליך של תרגום-תרגום חוזר והתייעצות עם צוות המרכז בדיוק השאלות. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה ($\alpha = 0.93$).

14. **שאלון מטפלים** (נספח 13) – שאלון שתורגם מהשאלון האוסטרלי. המטפלים נשאלים על סיבת הפנייה, הערכה של המצב הנפשי והאם עומד בתנאי סף לאבחנה, מה גישת הטיפול שבה נהגו, האם התקיימה הדרכת הורים וכולי.

15. **סקר לבעלי עניין ושותפים בקהילה** (נספח 14) – הועבר סקר אינטרנטי אנונימי לגורמים המקיימים שיתופי פעולה עם המרכז ובו נשאלו על אופי, תדירות ושביעות רצונם משיתוף הפעולה עם המרכז.

כלים איכותניים

(1) **ראיונות איכותניים** עם אנשי צוות, מטופלים צעירים ומשפחותיהם – צוות המחקר עורך ראיון למשתתפי הדספייס (צעירים, בני משפחה, אנשי צוות) כדי לקבל תמונה כוללת של השירות הניתן, מאפייניו, תוצאותיו ושביעות רצון מקבלי ונותני השירות. לשם כך, נבנה מדריך ראיון

חצי מובנה ושאלות פתוחות הנוגעות לשירות הניתן בהדספייס ולעבודה הקהילתית הנעשית (נספח 15).

(2) **דיווחי פעילות של המרכז** – במהלך השנה הראשונה למחקר, בחלק מהחודשים הועברו על ידי הצוות האדמיניסטרטיבי של הדספייס דיווחי פעילות הכוללים פגישות עם גורמי קהילה, תכנון פרויקטים ועוד. כמו כן הועברו סיכומי שנה.

(3) **ראיונות עם גורמי קהילה רלוונטיים** – צוות המחקר ערך ראיונות חצי מובנים עם גורמים עירוניים רלוונטיים המשתפים פעולה עם מרכז הדספייס, מפני ומקבלי הפניות מהמרכז. בראיונות נשאלו על טיב שיתוף הפעולה, ציפיות מהעבודה המשותפת ועוד.

פרק 3: ממצאים

שאלת המחקר הראשונה: תיאור הפונים להדספייס

כלל המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הפונים להדספייס מפורטים בלוח 3. המדגם כולל אחוז דומה של בנים (49.1%) ובנות (50.9%). מטופלים בגילאי 12-15 מהווים כ-45% מכלל הפונים, ומטופלים מעל גיל 18 מהווים כ-25% מהפונים - ההתפלגות של גילאי הפונים מוצגת בתרשים 1. באופן גורף הפונים יהודים, מרביתם חילונים (60%) וילידי ישראל (65%). מרבית הפונים מעידים על העדפה מינית הטרוסקסואלית ו-11% דיווחו שמשתייכים לקהילה הלהט"בית (לסביות, הומוסקסואלים, טרנס וביסקסואלים) ו-11% ציינו שאינם מעוניינים להעיד על נטייתם המינית. כדאי לשים לב כי האחוז שהעידו כי משתייכים לקהילה הלהט"בית גבוה מהאחוז באוכלוסייה הכללית כפי שעולה בסקירה של ארגון ה-OECD (Velfort, 2017), מכאן שמסתמנת אוכלוסייה שזקוקה לעזרה. עד כה בהדספייס התקיימה הרצאה בנושא, וכן הדרכות ייעודיות סביב מקרים הנוגעים לקהילה. כמו כן, גם ברמת הנראות, ישנו דגל גאוה בפינת ההמתנה, מדבקה של מרחב בטוח וכן דגל בחדר המנהל. כדאי לחשוב על המשך הרחבת המענה.

בקרוב בני 15 ומעלה, למעלה מ-50% עובדים או מחפשים עבודה. בקרב בני 21 ומעלה כ-70% עובדים או מחפשים עבודה ו-30% אינם משתתפים בעולם העבודה. רוב הפונים מעידים כי לא שתו אלכוהול (77%) בחודש האחרון ומעולם לא השתמשו במריחואנה (86%). מבין מי שענה שהוא משתמש במריחואנה, כ-13% משתמשים מדי יום. חשוב לציין כי אחוז הצעירים שהתנסו במריחואנה (14%) מעט גבוה מזה שנמצא בסקר אחרון של משרד הרווחה מ-2014 (הראל-פיש, וולש, שטיינמץ, לובל וטסלר, 2014) בקרב אוכלוסיית מתבגרים וכן אחוז השימוש באלכוהול שנמצא בקרב פוני הדספייס (23%) נמוך מעט מהשיעור שדווח בסקר שהוזכר (27%). כמו כן, למעלה ממחצית (55%) מהפונים מעידים כי היו בטיפול נפשי בעבר.

מרבית הצעירים מגיעים ממשפחות שבהן עד חמש נפשות (95.5%), ההורים נשואים (61%) וההכנסה החודשית למשק בית בקרב כ-95% מהמדגם נמוך מהממוצע הארצי (ממוצע ההכנסה המשפחתית לשנת 2017 עמד על 20,027 ש"ח), נתון זה מתיישב עם העובדה כי בת ים היא העיר עם ממוצע ההכנסה המשפחתי (נטו) הנמוך ביותר מבין הערים הגדולות בישראל (למ"ס, 2019).

לאור מיפוי המאפיינים של הפונים עולה שאלה לגבי ייצוג הולם לתת אוכלוסיות בעיר בת ים. למשל, בת ים נמצאה כעיר השנייה בישראל (אחרי באר שבע) עם אחוז המשפחות החד הוריות הגבוה ביותר (למ"ס, 2019) וכאמור אינה מיוצגת במדגם הפונים להדספייס. יתרה מכך, בסקר לאומי נמצא כי הורים גרושים/או חד הוריים נטו פחות לפנות לעזרה נפשית מאשר הורים נשואים (Ponizovsky & Mansbach Kleinfeld, 2015). כלומר, מסתמנת חשיבות לפנייה לאוכלוסייה זו, בפרט בעיר בת ים. אוכלוסייה נוספת שמיוצגת במידה נמוכה במרכז היא אוכלוסיית הבוגרים הצעירים, בני ה-18 ומעלה, שמהווים רק כרבע מהמדגם. בגילאים אלה יש מיעוט מסגרות שמאפשרות הפנייה לטיפול או שמספקות מידע אודות השירותים הקיימים ועל כן נדרשת פעילות שיווקית אינטנסיבית ייעודית עבורם. על אף המאמצים שנעשו במהלך השנים (פירוט בפרק 4), ניכר

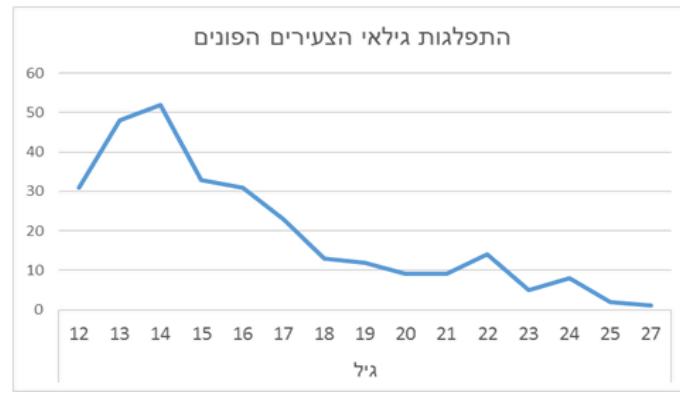
כי לא היתה עלייה משמעותית באחוז הפונים הבוגרים לאורך שנות המחקר. במדגם אחר, רק כ- 0.5% מהצעירים העידו כי הם חרדים; שיעור זה נמוך משמעותית מייצוגם באוכלוסיית העיר (9%). התקיימו מספר מגעים עם מנהלי מוסדות לימודיים של אוכלוסייה זו אשר נמנעת מלשלוח צעירים לטיפול אצל מטפלים חילוניים ועקב העדר משאבים אינה זוכה למענה. יחד עם זאת, חשוב לציין כי צעירים שהוריהם עלו מברית המועצות לשעבר מיוצגים במדגם בצורה התואמת למדי את שיעורם בעיר. לאורך השנים גויסו להדספייס מטפלות דוברות השפה הרוסית כדי להרחיב מענה לתת אוכלוסייה זו.

לוח 3: מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים

| משתנה | מספר נבדקים (N) | שכיחות | אחוזים |
|-----------------|-----------------|--------|----------------------|
| גיל (בשנים) | 291 | 131 | 45 |
| | | | 12-14 |
| | | | 29.9 |
| | | | 15-17 |
| מגדר | 291 | 143 | 11.7 |
| | | | 18-21 |
| | | | 13.4 |
| | | | 22-25 |
| מגדר | 291 | 143 | 49.1 |
| | | | בנים |
| ארץ לידת האם | 209 | 136 | 50.9 |
| | | | בנות |
| | | | ישראל |
| זיקה לדת | 283 | 102 | 65.1 |
| | | | רוסיה |
| | | | 22 |
| מצב משפחת המוצא | 270 | 168 | 12.9 |
| | | | אחר |
| | | | 60.1 |
| | | | 31.1 |
| מצב משפחת המוצא | 270 | 168 | 8.5 |
| | | | הורים נשואים |
| | | | 20 |
| | | | 0.4 |
| מצב משפחת המוצא | 270 | 168 | 30.7 |
| | | | הורים פרודים/ גרושים |
| | | | 7 |
| מצב משפחת המוצא | 270 | 168 | 19 |
| | | | משפחה חד הורית |

| משתנה | מספר נבדקים (N) | שכיחות | אחוזים |
|-----------------------------|-----------------|--------|--------|
| נטייה מינית | 271 | 211 | 72.5 |
| | | | 11.1 |
| | | | 11.1 |
| הטרוסקסואל | | | |
| להטי"בק | | | |
| לא מעוניין לענות | | | |
| הכנסה חודשית משפחתית | 176 | 36 | 20.5 |
| | | | 21 |
| | | | 30.1 |
| | | | 15.3 |
| | | | 5.1 |
| עד 5,000 | | | |
| 5,001-10,000 | | | |
| 10,001-15,000 | | | |
| 20,000-15,000 | | | |
| מעל 20,001 | | | |
| מצב תעסוקתי נוכחי (גיל +15) | 152 | 71 | 46.7 |
| | | | 17.8 |
| | | | 35.5 |
| לא עובד ולא מחפש עבודה | | | |
| מחפש עבודה | | | |
| עובד | | | |
| רקע בטיפול נפשי | 273 | 150 | 54.9 |
| | | | 45.1 |
| הייתי בטיפול בעבר | | | |
| לא הייתי בטיפול | | | |
| שתיית אלכוהול בחודש האחרון | 211 | 49 | 23.2 |
| | | | 76.8 |
| כן | | | |
| לא | | | |
| שימוש במריחואנה | 211 | 29 | 13.7 |
| | | | 86.3 |
| כן | | | |
| לא | | | |

תרשים 2: התפלגות גילאי הפונים

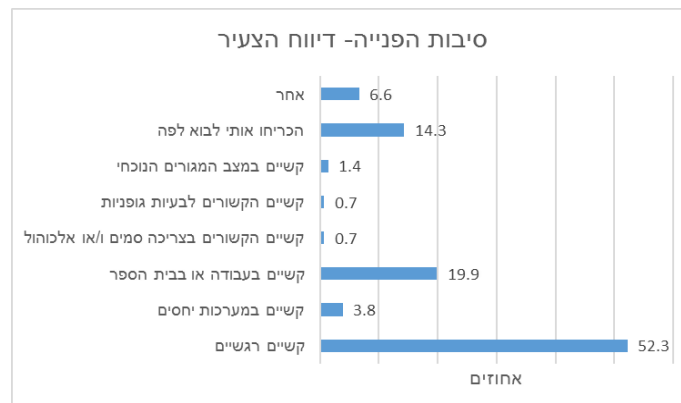


תיאור המאפיינים הקליניים של הפונים

סיבות הפנייה

כשהצעירים נשאלו אודות הסיבה שבגינה פנו להדספייס, ציינו מרביתם כי קשיים רגשיים הובילו לפנייה (52%), ולאחריהם קשיים בעבודה או בבית הספר (20%). אחוז לא מבוטל מהפונים ציינו כי "הכריחו אותם" לפנות (14%). בהשוואה לאוסטרליה, אפשר לראות כי גם שם הרוב דיווחו על קשיים רגשיים (68%) אך הסיבה השנייה בשכיחותה בניגוד לבת ים היתה קשיים ביחסים (11%). במדגם הנוכחי היתה הסיבה השנייה בשכיחותה קשיים בלימודים או בעבודה (כ-20%) בעוד באוסטרליה סיבה זו הניעה רק כ-6% מהצעירים לפנו. כמו כן, באוסטרליה לא עלתה כלל הסיבה "הכריחו אותי לבוא". מעניין כי על אף העובדה שאחד משבעה צעירים במדגם ציין כי התנסה בשימוש בחומרים, נושא זה לא עלה כסיבת הפנייה הן בקרב הצעירים (0.7%) והן בקרב המטפלים. תרשים 3 מציג את התפלגות סיבות הפנייה.

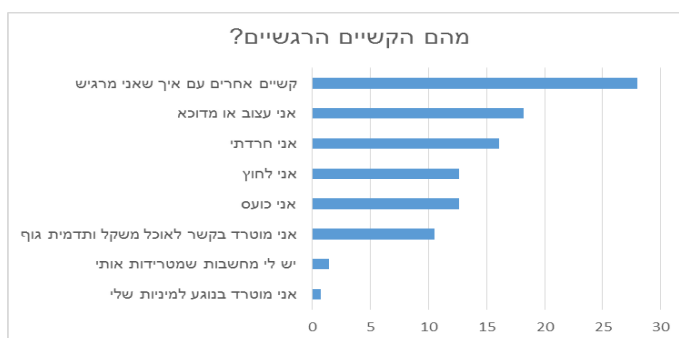
תרשים 3: סיבות הפנייה על פי דיווח הצעירים לפני האינטייק



נוסף על כך, נמצאו הבדלים בסיבות הפנייה בין בנים לבנות ובקבוצות הגיל השונות. קשיים בעבודה או בבית הספר פחתו עם הגיל בעוד קשיים רגשיים התגברו ככל שהגיל עלה. בנות דיווחו על יותר קשיים רגשיים מאשר בנים (57% ו- 45% בהתאמה). אחוז הבנים שדיווחו כי הכריחו אותם לבוא היה גבוה מזה של הבנות (22%-7% בהתאמה).

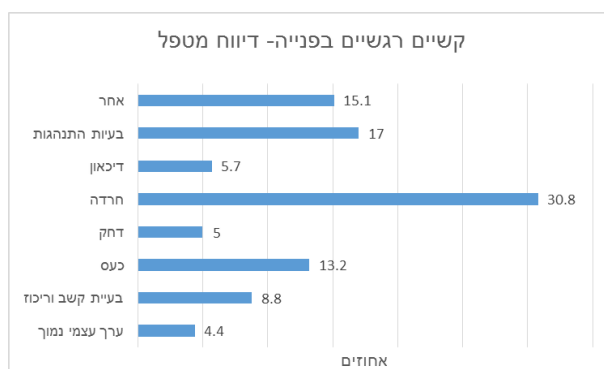
בקרב מי שציין כי קשיים רגשיים הם שהובילו לפנייתו להדספייס, כמעט שליש (28%) התקשו לציין מהם הקשיים שאותם חוו וציינו "קשיים אחרים". בקרב מי שכן ציינו, מרביתם הביעו עזב או דיכאון (18%), חרדה (16%), לחץ (13%) וכעס (13%). תרשים 4 מציג את הסיבות לפנייה. סיבות אלה מתיישבות עם הספרות המציגה שכיחות גבוהה של חרדה ודיכאון בגילאים אלה (Levinson, Zilber, Lerner, Grinshpoon, & Levav, 2007). באוסטרליה, דורגו הקשיים הרגשיים המדווחים באותו סדר חשיבות של המחקר בישראל, מלבד אחוז נמוך יותר שציין "קשיים אחרים" (16%) (Hilferty et al., 2015). ייתכן שהבדל זה נובע מהעיסוק הלאומי הרב בנושא בריאות הנפש של צעירים באוסטרליה בשנים שקדמו להערכה.

תרשים 4: התפלגות הקשיים הרגשיים המדווחים על ידי הצעירים



במקביל לדיווח הצעירים, התבקשו גם המטפלים לציין מה הסיבה העיקרית שהביאה את הצעיר להדספייס, מבין רשימת אפשרויות. על פי התרשמות המטפלים, מרבית הצעירים פנו בגלל קשיים רגשיים והתנהגותיים (74%) או קשיים הקשורים לנסיבות חייהם ויחסים (21%). מתוך המטפלים שדיווחו על קשיים רגשיים כסיבת הפנייה של המטופל, נמצא כי חרדה ובעיות התנהגות היו הסיבות השכיחות ביותר. עולה כי קיים פער בין תשובות המטפלים לאלו של הצעירים, בעיקר סביב דיווח על דיכאון או עזב. שיעור הצעירים שדיווחו כי פנו בעקבות תחושה של עזב או דיכאון גבוה פי שלושה משיעור המטפלים שענו תשובה זו (6% מול 18% בהתאמה). כדאי לבחון את הסיבות לפער זה – האם מדובר בתיעדוף שונה של המטפלים לעומת המטופלים או שמדובר בקושי בהגדרה ובשיום של המטופלים. כלל הקשיים הרגשיים שעליהם דיווחו המטפלים כסיבות הפנייה באינטיק מוצגות בתרשים 5.

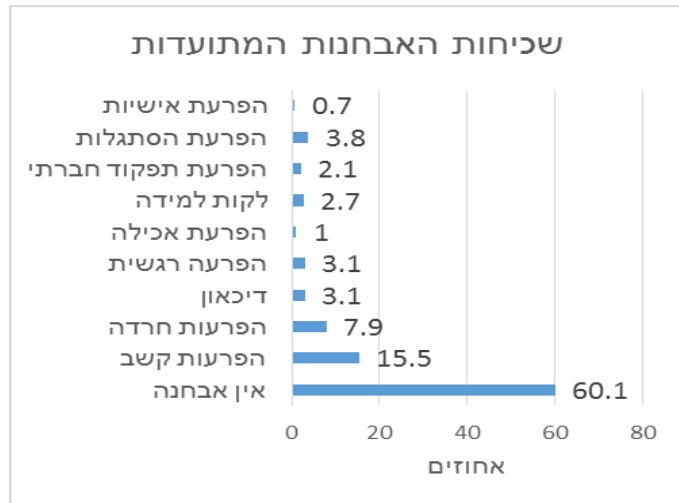
תרשים 5: סיבות הפנייה להדספייס על פי דיווח מטפלים לאחר אינטייק



אבחנה פסיכיאטרית

למרות שכיחות הסיבות הרגשיות המדווחות, חשוב לציין כי מרבית הצעירים הפונים להדספייס אינם עומדים בתנאי הסף של קבלת אבחנה (60%), נתון המתיישב עם אוכלוסיית היעד של המרכז. עם זאת חשוב לציין כי עד תחילת העבודה של המרכז (עם קופות החולים (מרץ 2017), מטפלים לא נדרשו לתת אבחנה. כעת, נדרשים מטפלים לתת אבחנה כדי לזכות בהשתתפות כספית מקופת החולים, במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש. לפני כניסת הקופות ניתנה אבחנה למטופל רק על בסיס התרשמות קלינית משמעותית, לעומת כעת, כשכל מטופל (למעט מטופלים משירותי בריאות כללית) נדרש לקבל אבחנה כלשהי לצורך אישור הטיפול. באופן כללי, שימוש באבחנות אינה האוריינטציה של מטפלים בהדספייס. אף על פי כן, נתוני האבחנות תועדו מתוך תיקי הצעירים ונתקבלו באחת משלוש דרכים: אבחנה שניתנה לאחר מפגש אינטייק בהדספייס על ידי המטפל שערך את האינטייק; לאחר מפגש עם פסיכיאטר בהדספייס ונקבעה על ידו; נקבעה על ידי רופא ילדים, נוירולוג או פסיכיאטר בקופת החולים שאליה משתייך, בטרם הגעת הצעיר למרכז. שכיחות האבחנות מוצגת בתרשים 6. האבחנה הראשונה בשכיחותה היא הפרעת קשב (15%) ומיד לאחריה הפרעות חרדה למיניהן (8%). ממצא זה דומה לממצא בסקר שנעשה בקרב בני הנוער בישראל ובו נמצא כי האבחנה השכיחה ביותר היתה קבוצת הפרעות החרדה, אחריהן דכאון ומיד אחר כך הפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות (Farbstein et al., 2010). כאשר נשאלו המטפלים האם להערכתם המטופל הצעיר שפגשו באינטייק עומד בתנאי הסף של אבחנה פסיכיאטרית, דיווחו המטפלים כי רק כ-15% מהצעירים אכן עומדים בקריטריוני אבחנה של מחלה או של הפרעה נפשית ועוד 1.4% אף מציגים תסמינים חמורים.

תרשים 6: סוגי אבחנות: התפלגות על פי דיווח מטפל (באחוזים) או אבחנה קודמת



תיאור המשתנים הקליניים בעת הפנייה למרכז

כאמור, הדספייס היא התערבות מוקדמת המכוונת לתת טיפול לצעירים המציגים מצוקה ופגיעה בתפקוד בשלביהם המוקדמים. לפיכך, נבחרו כלי מחקר המודדים רמות קלות של המשתנים המדוברים. בלוח הבא מוצגים הממוצעים וסטיות התקן של המשתנים הקליניים המרכזיים במחקר, כפי שהוצגו בעת הפנייה על ידי הצעירים.

לוח 4: מדדים סטטיסטיים למאפיינים הקליניים של הצעירים ומשפחתם בעת הפנייה למרכז

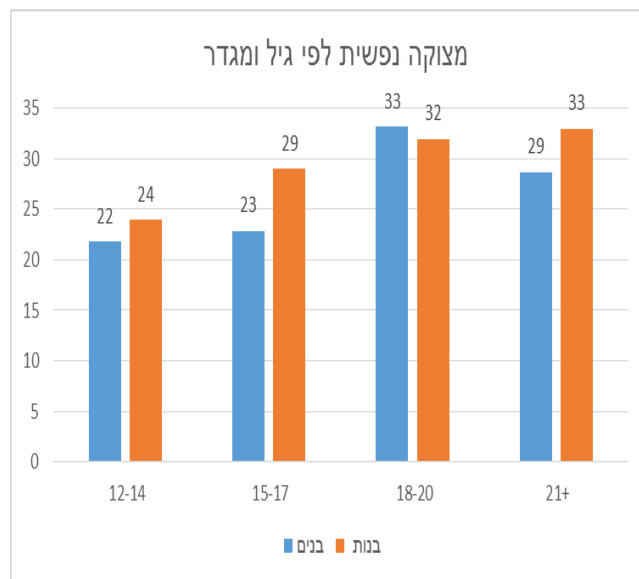
| משתנה | n | ממוצע | ס.ת. | טווח הערכים min/max |
|----------------------------------|-----|-------|------|---------------------|
| 1. מצוקה פסיכולוגית (K10) | 284 | 26.2 | 9.1 | 10-47 |
| 2. תפקוד כללי (דיווח מטפל) SOFAS | 212 | 64.5 | 21.2 | 35-95 |
| 3. נטל משפחתי | 831 | 35.16 | 10.7 | 5-68 |
| 4. מדד הקשיים הכללי (SDQ) | 280 | 15.68 | 6.3 | 2-35 |
| 4.1 מדד קשיי התנהגות | | 3.0 | 02.0 | 0-9 |
| 4.2 מדד קשיים רגשיים | | 5.1 | 2.5 | 0-10 |
| 4.3 מדד היפראקטיביות | | 4.6 | 2.4 | 0-10 |
| 4.4 מדד קשיים חברתיים | | 1.8 | 2.0 | 0-9 |
| 5. איכות חיים | 286 | 39.9 | 23.7 | 0-100 |
| 6. חששות מהעתיד | 285 | 3.1 | 0.9 | 1-5 |
| 7. רווחה נפשית | 214 | 23.6 | 5.4 | 7-35 |

מצוקה נפשית

הפונים להדספייס מדרגים את מצוקתם הפסיכולוגית (בשאלון K10) כגבוהה (ממוצע $M=26.2$) ($SD=9.1$). דירוג זה נקבע על פי החלוקה לרמות חומרה המוגדרת בהדספייס אוסטרליה (Hilferty et al., 2015) ומבוססת על סקר אוכלוסייה כללית של צעירים באוסטרליה, שבו נמצא קשר בין ציון גבוה בשאלון K10 לבין אבחנה של חרדה או הפרעות אפקטיביות אחרות כפי שנמדדה בראיון האבחנתי המקובל (ICID) (Andrews & Slade, 2001). במחקר הנוכחי, ההבדלים במצוקה הנפשית בין קבוצות הגיל ובין המגדרים נבדקו באמצעות ניתוח שונות דו כיווני (2 Way Anova) נמצא כי יש הבדל מובהק בין קבוצות הגיל ($p<.01$) וכי הפונים מעל גיל 18 חווים מצוקה נפשית רבה יותר, בממוצע. כמו כן, נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות ($p<.05$). בנות מצוקה נפשית רבה יותר, בממוצע. התפלגות המצוקה הנפשית על פי מין וגיל מוצגים בתרשים 7.

מאחר שלא קיימים נתוני השוואה באוכלוסייה הישראלית, הפירוש הניתן לממוצעים מתבסס על זה שנמצא בסקר לאומי באוכלוסייה נורמטיבית באוסטרליה שבו נמצא ממוצע של $M=14.2$ וציון חציוני של 13 (Slade, Grove & Burgess, 2011). כמו כן, בקרב הפונים להדספייס אוסטרליה נמצא ממוצע מצוקה מעט גבוה יותר מזה שנמצא בבת ים, $M=28.8$ אך דומה לזה הנמצא בסקר שבדק מצוקה נפשית בעת פנייה לשירותי טיפול בקהילה באוסטרליה (Hilferty et al., 2015). בדומה לממצא במחקר זה, בשני המדגמים המדוברים באוסטרליה, נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות.

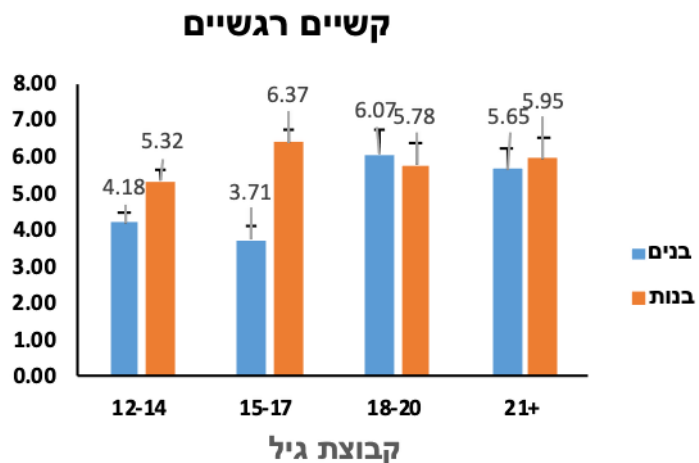
תרשים 7: התפלגות מצוקה נפשית בעת הפנייה, בחלוקה לקבוצות גיל ומגדר



קשיים רגשיים התנהגותיים

בכלל מדדי הקשיים הצעירים מציגים ממוצע גבוה, משמע יותר קשיים, מן הממוצע שנמצא באוכלוסייה הכללית, כאשר הפער המשמעותי ביותר נמצא במדד הקשיים הרגשיים. הממוצע באוכלוסיית הנוער בישראל עומד על $M=2.65$ ($SD=2.0$) ובמדגם הנוכחי הוא $M=5.1$ ($SD=2.5$). גם במדד זה בנות הציגו יותר קשיים מאשר בנים, באופן מובהק סטטיסטית ($p<0.05$), בעיקר בגיל הצעיר. קבוצות הגיל הצעירות יותר הציגו פחות קשיים רגשיים מאשר הקבוצות המבוגרות יותר. נמצאה אינטראקציה מובהקת בין מין לבין גיל ביחס לקשיים רגשיים ($F(3,271)=4.04$; $p<0.01$). כפי שאפשר לראות בתרשים 7, הבנים חווים בממוצע יותר קשיים בגיל הבוגר ואילו הבנות חוות בממוצע יותר קשיים בגיל הצעיר. גם במחקר שנעשה על אוכלוסיית נוער כללית בישראל נמצא שבנות מדווחות על יותר קשיים באופן כללי, ועל יותר קשיים רגשיים באופן פרטי, על פי מדדי שאלון SDQ ובאופן מובהק (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010).

תרשים 8: ממוצע הקשיים הרגשיים לפי קבוצות גיל ומין



תפקוד תעסוקתי וחברתי

על אף שהרוב המוחץ של הצעירים משתתפים בעיסוק משמעותי של עבודה או לימודים ורק כ-6.6% מהמדגם אינם עובדים או לומדים, המטפלים מתארים קשיים בתפקודם החברתי, התעסוקתי או הלימודי של הצעירים (ראו לוח 4 שורה 2). למעשה אחד מכל שישה צעירים בקירוב מציג הפרעה רצינית בתפקודים אלה (כפי שעולה מציוני שאלון SOFAS). ייתכן שפער זה קשור בכך שהצעירים דיווחו על מעורבות בעבודה או בלימודים אך לא על טיב ואיכות ההשתתפות בעיסוקים אלה, כפי שהעידו בהמשך כשנשאלו על ימים שבהם לא תפקדו. ממוצע המדגם גם נמצא נמוך מציון של 69 שבו השתמשו במחקר האוסטרלי כנקודת חתך המבדילה בין סבירות להשתייכות לאוכלוסייה קלינית ושאינה קלינית (Rickwood et al., 2015). בסוף שאלון 10K נשאלו הצעירים על המידה

שבה הפריעו קשייהם הרגשיים לתפקודם היום-יומי בשבועיים שקדמו להערכה. אחת מכל שלוש בנות ואחד מכל ארבעה בנים העידו כי לא תפקדו למעלה ממחצית מהימים. כמו כן, נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות והאחרונות דיווחו על יותר ימים שבהם לא תפקדו. כמו כן ניכר כי קבוצות הגיל הצעירה 12-18, חוו יותר קשיים בתפקוד היום-יומי מקבוצת הגיל הבוגרת, אך הבדל זה לא נמצא מובהק סטטיסטית ($p > .05$).

תפיסת עתיד

תפיסת עתיד במחקר זה נבדקה באמצעות שאלון "העתיד שלי" ומיוצגת על ידי תפיסת החששות מהעתיד שעליהם דיווחו הצעירים ביחס לכמה תחומי חיים: השכלה, מקצוע וקריירה עתידית, משפחה ונישואין וחששות קיומיים (כמו חשש לעצמי או לאחרים). בעת הפנייה, דיווחו הצעירים בעיקר על חששות קיומיים הנוגעים למצבם הכללי: כ-61% אחוז חוששים מ"מה יהיה איתם". החשש המשמעותי השני הוא חשש מעתידם הכלכלי (49%), והוא דווח יותר בקרב בנים. תפיסות עתיד שממוקדות בחששות קיומיים יותר מאשר משימות חיים עתידיות כמו לימודים ועבודה מקושרות לחוסר בהכוונה עצמית וממלאות פונקציה של שאיפה לשיפור עצמי (Seginer, 2005). מבחינת תכיפות המחשבה של הצעיר על אודות חששות מהעתיד נמצא כי התשובה הממוצעת היא 'לעיתים' ($M=3.1, SD=0.9$). כמצופה, קבוצת הגיל הבוגרת יותר (18 ומעלה) הציגה יותר חששות מהעתיד באופן מובהק מהקבוצות הצעירות, שכן ככל שמתקדמים בגיל ההתבגרות הצעיר מצופה לחשוב יותר על עתידו (Steinberg et al., 2009).

נטל משפחתי

בעת הפנייה להדספייס בני המשפחה נתבקשו להעיד על רמת העומס והנטל המשפחתי אותו חווים לאור מצבו הנפשי של ילדם. ההורים מדווחים בעיקר על נטל משפחתי סביב הנושאים: עתיד ילדם, השינוי שחל בו וחשים אשמה שלא עשו די כדי לסייע לו. הנושאים שבהם חווים בני המשפחה את עיקר הנטל מוצגים בתרשים 8. בקרב המשפחות נמצא נטל משפחתי ממוצע של 35.16. משמעות הנתון היא שמשפחות הצעירים מדווחות על נטל משפחתי נמוך ממה שנמצא במחקר שבדק את מידת הנטל בקרב אוכלוסיית הורים לנוער המתמודד עם קשיים נפשיים והפרעות התנהגות (אוכלוסייה דומה) ($M=49, SD=12.16$) (Murdoch, Rahman, Barsky, Maunula, & Cawthorpe, 2014) אך העידו על נטל גבוה יותר ממשפחות לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש חמורה ואינם פונים לעזרה ($M=32$) (Reinhard et al., 1994).

נמצא קשר מובהק בין הנטל המשפחתי לבין רמת המצוקה הנפשית של הצעיר ($r=.20; p<.01$) ולתפקודו הלימודי-חברתי ($r=-.26; p<.01$). ככל שרמת המצוקה גבוהה יותר כך גם הנטל גבוה יותר, ולחילופין, ככל שהמטפל העיד על תפקוד גבוה יותר כך גם משפחת הצעיר העידה על נטל נמוך יותר. נוסף על כך, נבדק הקשר בין משתנים אלה למשתני הרקע: מין הילד, גיל הילד, מין ההורה, השכלת ההורה, מצב התעסוקה של ההורה, המצב המשפחתי של ההורה ורמת המצוקה ההתחלתית, לבין המדידה הראשונה של כל אחד מהמשתנים: 'נטל משפחתי' ו-'חוללות הורית'. כפי

שצויין, לא נמצא קשר מובהק בין אף אחד מהמשתנים, למעט רמת מצוקה התחלתית במקביל, בשאלון SDQ, אחד מכל ארבעה צעירים העיד כי הקשיים שלו מכבידים על הסובבים אותו.

תרשים 9: תחומי חיים שבהם מדווח עיקר הנטל המשפחתי

שאלת המחקר השנייה: תיאור מאפייני השירות והגישה אליו

כאמור, בני נוער וצעירים לרוב אינם פונים לטיפול במצבי מצוקה ראשוניים. בפרט, מערכות הבריאות משמשות פחות כמקור להתייעצות בנושאים רגשיים המתעוררים אצל בני נוער. אחת הסיבות לכך הוא חוסר נגישות וחוסר התאמת השירותים לצעירים (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010b). מכאן חשיבות תיאור מאפייני פנייתם של הצעירים להדספייס.

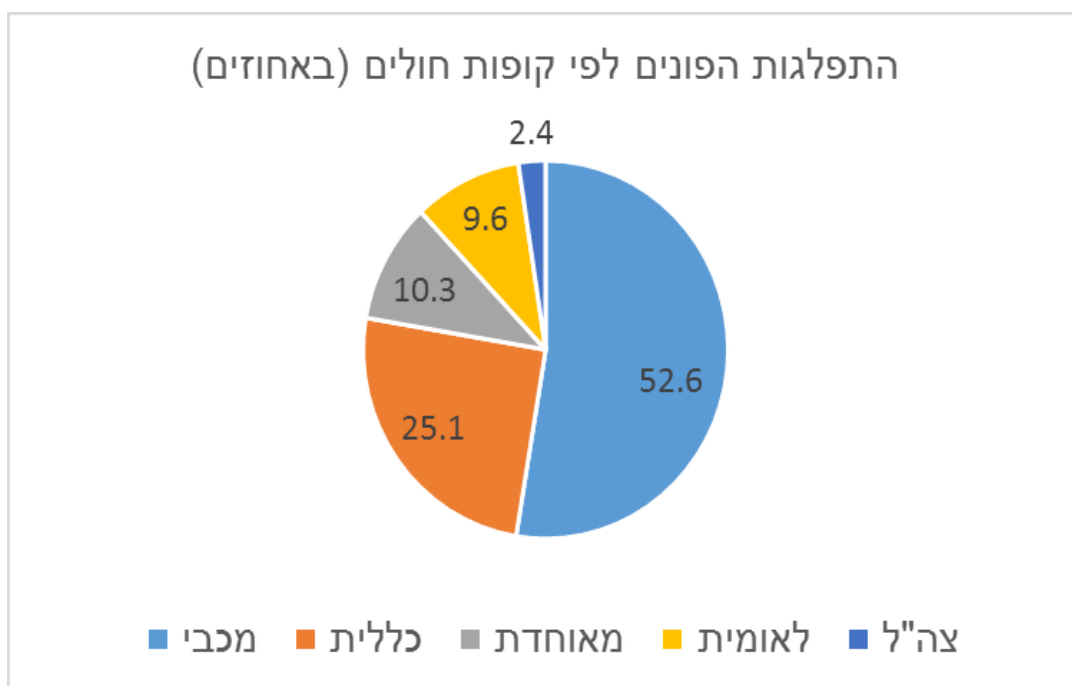
מאפייני הפנייה

מאפייני הפנייה למרכז מוצגים בלוח 5. הגורמים העיקריים המפנים להדספייס הם גורמים בבתי הספר (29%) בני משפחה (23%) וגורמים אחרים שלא פורטו (17%). הגורם העיקרי המשפיע על הצעירים להגיע לטיפול הוא בני משפחתם (47%), אך גם הם עצמם (18%) והיועצים בבית הספר (16%). בכל שנה, כ-43%-48% מהפונים היו צעירים שפונים לראשונה לקבלת סיוע נפשי. מרבית הפונים היו בני 18 ומטה, מאחר שבגילאים אלה קיימים משאבים מובנים המסוגלים לסייע בהפניית הצעירים למרכז. עם זאת, לאחר גיל 18 שני מקורות הפנייה העיקריים (כפי שזוהו במדגם) כבר לא זמינים: הם כבר לא משתייכים למסגרת חינוכית פורמלית מפנה וגם להוריהם פוחתים מקורות ההיוועצות ויכולת ההשפעה. גם כשנשאלו הצעירים האם חשים כי יש להם למי לפנות לעזרה, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ($p < .05$) בין הצעירים יותר במדגם לבין קבוצה הבוגרת יותר (גילאי +18) – האחרונים חשים שלעיתים רחוקות יותר יש להם למי לפנות לעזרה.

המחקר כלל מיפוי של כמות ההפניות מקופות החולים השונות (תרשים 10). מרבית ההפניות נעשות בקרב מבוסחי קופת חולים מכבי (52%). נתון זה מתיישב עם התפלגות השיוך לקופות החולים בבית

ים, לפיה כ-47% מהתושבים המשויכים לקופת חולים זו (המוסד לביטוח לאומי, 2019). כמו כן, חשוב לציין כי למעשה בתקופת הפיילוט נחתמו הסכמים עם שלוש מתוך ארבע קופות החולים, אך במרבית התקופה התקבלו מטופלים מכל הקופות.

תרשים 10: התפלגות הפונים לפי קופות חולים



לוח 5: מאפייני הפנייה למרכז

| משתנה | מספר נבדקים | אחוזים |
|---------------------------------|-------------|--------|
| מקור הפנייה | 79 | 27.8 |
| במקום הלימודים | 24 | 8.5 |
| דרך חבר/ה | 72 | 25.4 |
| מבן משפחה | 17 | 6 |
| נותני שירות בקהילה | 10 | 3.5 |
| דרך קופ"ח | 21 | 7.4 |
| אינטרנט (כולל רשתות חברתיות) | 12 | 4.5 |
| פרסומת (טלויזיה/ חוצות) | 7 | 2.5 |
| מצוות הדספייס | 17 | 6 |
| אחר | 24 | 8.5 |
| לא שמעתי/ לא יודע מה זה | | |
| גורם מניע | 52 | 18.3 |
| אני | 13 | 4.6 |
| חבר/ה | 129 | 45.4 |
| בן משפחה | 12 | 4.3 |
| מטפל/עו"ס רווחה/ רופא/ פסיכולוג | 49 | 17.3 |
| יועץ/ת ביה"ס | 16 | 5.6 |
| מורה בבית הספר | 5 | 1.8 |
| עובד קהילה (כיוונים/מגדלור) | | |

זמינות השירות

מבחינת זמינות הטיפול, כ-80% מהצעירים המתינו לאינטייק עד שבועיים. מרבית הצעירים המתינו עד חודשיים בין מעמד האינטייק לתחילת הטיפול (70%) כשזמן ההמתנה החציוני היה שבעה שבועות וזמן ההמתנה הממוצע שמונה שבועות. למעשה, מרבית הפונים היו ההורים ולא הצעירים עצמם. נקודה זו גם מחזקת את מקומם המשמעותי של ההורים בהפנייה ואת מרכזיותם בתהליכי שיווק ומבחינת הזמינות. זמני ההמתנה התקצרו משמעותית בשנה השנייה למחקר, ראו פירוט בלוח 6.

השוואה בין צעירים שקבלו טיפול לבין אלה שלא קבלו טיפול (לא מעוניינים ולא התקבלו)

לאחר האינטייק כ-20% לא היו מעוניינים להמשיך וכ-9% לא התקבלו לטיפול. מבין אלה שלא התקבל לטיפול הסיבה העיקרית (בקרב כ-83%) לכך שלא התקבלו לטיפול על פי דיווח המטפל היתה כי הם זקוקים לטיפול ארוך טווח והם הופנו למרכזי טיפול ציבורי או פרטי. סיבות נוספות

שצוינו (בקרוב 7%): אי קבלת אישור לטיפול מאחד ההורים, הפנייה למיון פסיכיאטרי, הפנייה לרווחה וחוסר שיתוף פעולה בבדיקה.

ההבדלים בין קבוצות אלה (לא התקבל, לא מעוניין והתחיל טיפול) נבדקו במבחן ניתוח שונות. נמצא הבדל מובהק בממוצע המצוקה נפשית בין הקבוצות ($F_{(2,270)}=4.01$; $p<.05$). נמצא כי ממוצע המצוקה הנפשית בקרב אלו שלא התקבלו לטיפול הוא הגבוה ביותר, ($M=30.13$, $SD=11.37$). נתון זה מתיישב עם העובדה כי מרבית אלה שלא התקבל לטיפול נמצאו לא מתאימים לטיפול קצר מועד והופנו לטיפול ארוך יותר. לעומת זאת, ממוצע המצוקה הנפשית בקרב אלה שלא מעוניינים בטיפול הוא הנמוך ביותר ($M=23.92$, $SD=9.29$). יתרה מזאת, נמצא הבדל מובהק בממוצע הקשיים הכללי בין הקבוצות ($F_{(2,266)}=8.49$; $p<0.01$). נמצא כי אלו שלא התקבלו לטיפול הם בעלי הקשיים הרבים ביותר בממוצע ($M=19.71$, $SD=6.28$) ואלה שלא מעוניינים בטיפול הם בעלי הקשיים המעטים ביותר בממוצע ($M=13.5$, $SD=6.46$). הבדלים אלה מתארים, למעשה, את המורכבות שעולה בדיוק אוכלוסיית היעד של המרכז. הממצאים מאוששים את הרציונל הקליני להפניית שאותם הצעירים לטיפול ארוך טווח ואת אי קבלתם למרכז. עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים ($p>.05$) בין מי שהתחיל טיפול לבין מי שלא התחיל טיפול בכל משתני הרקע (גיל, מגדר, ארץ מוצא, מצב משפחתי, מצב תעסוקתי).

יתרה מכך, נמצא קשר מובהק ($p<.05$) בין התחלת טיפול (התחיל או לא התחיל) לבין דיווח המטפל על עיסוק באבדנות באינטייך. בקרב מי שלא העלה את נושא האבדנות באינטייך, 21% לא התחילו טיפול, בעוד בקרב אלו שנושא האבדנות כן עלה, 40% לא התחילו. נתון זה מצביע למעשה על כך שמסתמן כי אוכלוסיית צעירים שנוקטת לטיפול לא התחילה טיפול (לא התקבלה לטיפול במרכז) (14%) או בחרה שלא להמשיך לאחר אינטייך (26%). מחד גיסא, מדובר באוכלוסייה שאינה אוכלוסיית היעד של המרכז באופן מובהק. מאידך גיסא, מסתמנת כאן אוכלוסייה בסיכון שפונה ולמעשה לא מקבלת מענה במרכז. חשוב לציין כי על בסיס התיעוד במערכת, כל מטופל שלא התקבל הופנה לשירות אחר. כחלק מגבולות המחקר הנוכחי לא היה אפשר לבדוק האם בסופו של דבר צעירים אלה אכן פנו וקבלו טיפול אחר. ממצא זה מדגיש את העובדה כי אף על פי שהאוכלוסייה המורכבת המדוברת כאן אינה אוכלוסיית היעד של המרכז, המרכז בכל זאת משמש מוקד לפנייה וייתכן שעם מאמץ קטן יחסית אך ממוקד לאוכלוסייה זו, הטיפול במרכז יוכל לתרום לצמצום הפער בפנייה לטיפול בקרב אוכלוסייה צעירה זו.

שיעור הנוכחות בטיפול

בקרב מי שהתחילו טיפול, ממוצע מספר הטיפולים היה ($M=9.11$, $SD=4.9$). עם זאת, הצעירים לא מגיעים ולא מודיעים על ביטול לכמעט חמישית מהטיפולים. הוריהם של כמחצית מהמטופלים קיבלו מפגש הדרכה אחד. בהשוואה בין שנת המחקר הראשונה לשנה השנייה, עולה כי בשנה השנייה מספר הטיפולים הממוצע עלה במעט, הצעירים נכחו במעט יותר טיפולים והתקיימו בממוצע פחות הדרכות הורים. כמו כן, נמצא קשר מובהק ($p<.01$) בין מספר הטיפולים שבהם

הצעיר נכח לבין רמת המצוקה הנפשית שעליה דיווח בתחילת התהליך. ככל שהמצוקה היתה גבוהה יותר, כך נכח הצעיר ביותר טיפולים. מאפייני השימוש בשירות מפורטים בלוח 6.

לוח 6: מאפייני השימוש בשירות

| משתנה | שנה ראשונה | | | שנה שנייה | | | סה"כ | | |
|-----------------------------|------------|-------|-------|-----------|-------|-------|------|-------|-------|
| | N | ממוצע | חציון | N | ממוצע | חציון | N | ממוצע | חציון |
| זמן המתנה לטיפול (שבועות) | 101 | 9.41 | 8 | 82 | 6.48 | 6 | 183 | 8.09 | 7 |
| מספר טיפולים (כולל אינטייק) | 105 | 8.89 | 10 | 81 | 9.41 | 10 | 186 | 9.11 | 10 |
| הדרכות הורים | 105 | 1.79 | 1 | 85 | 0.98 | .00 | 190 | 1.43 | 0.5 |
| מספר טיפולים שלא הופיעו | 159 | 1.95 | 2 | 132 | 1.58 | 1 | 197 | 1.78 | 1 |

גישות הטיפול הנהוגות

על פי דיווח המטפלים, גישות הטיפול השכיחות ביותר היו התערבויות דינמיות (73%) ולאחריהן גישה קוגניטיבית התנהגותית, CBT (10%). ממצא זה שונה משמעותית מהממצאים באוסטרליה, שם מדווחים המטפלים כי מרבית (43%) הטיפולים היו בגישת CBT. חשוב לציין כי בעת תרגום השאלון והתאמתו, לא צוינו גישות טיפוליות הנהוגות ומפותחות כיום במרכז, למשל, 'מנטליזציה' לא הופיעה כאחת האפשרויות. רובם המוחלט של משתתפי המחקר קבלו טיפול פרטני ושמונה צעירים לא נכחו בטיפול ולמעשה התקיימה הדרכת הורים בלבד. כמו כן, בשאלון המטפלים דווח כי הדרכות ההורים שהתקיימו במהלך הטיפול ובאינטייק התייחסו לנושאים הבאים: מתן מידע בנוגע למצב נפשי מסוים, הערכה משותפת של קשיי הצעיר, נושאים הקשורים לאופי האינטראקציה של ההורה עם הילד והתנהגויות מקדמות ומעכבות.

סיום טיפול

בסיום הטיפול, המליצו המטפלים ל-36% מהצעירים לפנות לשירות אחר וחשבו כי 11% צריכים להמשיך טיפול במרכז. על פי דיווח המטפל, בקרב כ-19% מהצעירים הסתיים הטיפול בהחלטה של הצעיר ובקרב 32% יעדי הטיפול הושגו ולא נדרש המשך טיפול. ממצאים אלה מתיישבים עם תימות שעלו בראיונות המטפלים, שבהם עלתה אמביוולנטיות בנוגע לטיפול קצר מועד והשגת יעדים באמצעות מספר הפגישות הנקוב (ראו פרק 4).

שאלת המחקר השלישית: תוצאות לאורך זמן בקרב הצעירים ובני המשפחה

שינוי במדדים הקליניים של הצעירים

כדי לבחון האם התרחש שינוי וכיצד נראה השינוי לאורך נקודות הזמן בטיפול ננקטו כמה דרכים שבבסיסן גישה המתחשבת במסלול הפרטני שעובר כל מטופל. הממצאים המרכזיים מעידים כי נראה שינוי חיובי בכלל המדדים שנבדקו, אם כי ברוב המדדים מידת השפעה הייתה קטנה. במדד התוצאה המרכזי, מצוקה נפשית, מידת ההשפעה הייתה בינונית והשינוי מובהק סטטיסטית. בכל אחת מנקודות המדידה נרשמה ירידה במצוקה הנפשית ואחד מכל שלושה צעירים דיווח על פחות מצוקה נפשית לאורך הטיפול, באופן מובהק קלינית. בשקלול מספר מדדים נמצא כי כ-38% מהפונים להדספייס שהשתתפו לפחות ב-6 טיפולים השתפרו לפחות במדד אחד מבין מדדי מצוקה נפשית(,קשיים רגשיים התנהגותיים ואיכות חיים. ממצא מעניין נוסף הוא כי גם רק לאחר מפגש האינטייק דיווחו הצעירים על שינוי – הן סימפטומטי והן תפקודי. ממצא זה עקבי גם על פי דיווח המטפלים, שבו נמצא שיפור מובהק בתפקוד הכללי של הצעירים (SOFAS), גם לאחר פגישת אינטייק בלבד. לבסוף, במדד איכות חיים לא נמצא שינוי מובהק בין טיפול לטיפול. עבור קבוצה קטנה ניכר שיפור משמעותי בארבעת הטיפולים הראשונים. בהמשך המסמך, יפורטו בהרחבה הממצאים והשיטות השונות למדידתם.

כאמור, השינוי במצבם הרגשי והתפקודי של הצעירים במדדים השונים נבחן בשלוש דרכים:

1. גודל ההשפעה: בדיקת ההבדלים וגודלי האפקט בין ההערכה בתחילת הטיפול לבין ההערכה האחרונה שנתקבלה במהלך הטיפול¹.
2. מהימנות קלינית: המהימנות הקלינית נבחנה בעזרת מדד Reliable Change Index - RCI (Jacobson & Traux, 1991). בחינה האם השינוי מהימן ברמה הקלינית ולמעשה מציין שינוי משמעותי מעבר לטעות של כלי המדידה. חושב RCI למדד המצוקה הנפשית (K10), מדד הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים (SDQ), מדד איכות חיים מותאמת לצעירים (MLT) ומדד התפקוד הכללי(,החברתי התעסוקתי על פי דיווח המטפל (SOFAS). בשאלון הרווחה הנפשית לא ניתן לחשב את המדד לאור נתונים חסרים על הכלי.
3. מדידת השינוי בעזרת עקומות התפתחות (Growth Curve Modeling): חישוב של מסלול השינוי עבור כל נבדק בפני עצמו לאורך נקודות הזמן ובחינה האם, אך בעיקר כיצד, משתנים הנבדקים במדגם, באופן מובהק סטטיסטית, לאורך נקודות הזמן.

¹ הערכה אחרונה שנתקבלה במהלך הטיפול – נקודת הזמן האחרונה שיש נתון לגביה.

גודל האפקט

לוח 7 מציג את הממוצעים ואת סטיות התקן עבור כל מדד של ההערכה הראשונה ושל ההערכה האחרונה המתועדת במהלך הטיפול, וכן את הממוצע וסטיית התקן של ההפרש וגודל האפקט עבור הפרש זה. אפשר לראות כי ברוב המדדים נמצאו אפקטים בעוצמה חלשה; רק עבור מדד ה-K10 נמצא אפקט בעוצמה בינונית, גבוה מזה שנמצא באוסטרליה ($d=0.34$). חשוב לציין כי ממצא זה מתיישב עם הממצא במטא-אנליזה רחבה ועדכנית (Weisz et al., 2017) שבדקה מגוון רחב של גישות וטיפולים פסיכולוגיים מבוססי ראיות – שם נמצא אפקט בינוני (0.46) לטיפול פסיכולוגי בנוער, אך אפקט חלש, קרוב לאפס, ביחס לטיפול לצעירים בעלי תסמינים מגוונים ולא לטיפול במצב מסוים כמו חרדה או דיכאון.

לוח 7: ממוצעים וסטיות תקן של ההערכה הראשונה, האחרונה וההפרש ביניהן, עם גודל

האפקט

| גודל האפקט ³ | Effect size (d) ² | הבדל | | | מדידה אחרונה מתועדת | | | מדידה ראשונה - לפני אינטייק | | | משתנה |
|-------------------------|------------------------------|-------|-------|-----|---------------------|-------|-----|-----------------------------|-------|------|------------------------------|
| | | SD | mean | N | SD | mean | N | SD | mean | N | |
| בינוני | 0.51 | 26.23 | 9.15 | 177 | 22.63 | 8.50 | 177 | 3.90 | 7.64 | 0.51 | מצוקה נפשית |
| חלש | 0.31 | 64.52 | 12.25 | 123 | 69.25 | 15.03 | 123 | -4.75 | 15.15 | 0.31 | תפקוד כללי – דיווח מטפל |
| קרוב לבינוני | 0.40 | 15.69 | 6.32 | 172 | 13.64 | 6.20 | 172 | 2.04 | 5.42 | 0.40 | SDQ קשיים התנהגותיים ורגשיים |
| חלש | 0.15 | 23.65 | 5.45 | 135 | 22.97 | 4.6 | 135 | 0.76 | 4.94 | 0.15 | רווחה נפשית Well-being |
| חלש מאד | 0.09 | 39.98 | 23.76 | 180 | 40.82 | 30.54 | 180 | -2.31 | 25.40 | 0.09 | MLT איכות חיים |

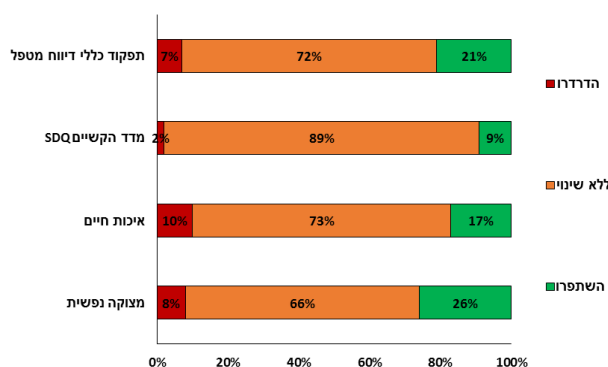
² https://memory.psych.mun.ca/models/stats/effect_size.shtml

³ Sawilowsky, S (2009). "New effect size rules of thumb". Journal of Modern Applied Statistical Methods. 8 (2): 467–474. <http://digitalcommons.wayne.edu/jmasm/vol8/iss2/2/>

מהימנות קלינית (RCI) Reliable Change Index:

בבדיקה האם השינוי שנמצא הוא בעל משמעות קלינית חושב RCI עבור כל אחד מהנבדקים. תרשים 11 מציג את שיעור הנבדקים שהשתפרו, הידרדרו או כאלו שלא חל בהם שינוי משמעותי, כפי שמופיע אצל Jacobson & Traux (1991). חשוב לציין כי תרשים 11 מציג שינוי שנמדד בנקודת הזמן הראשונה לפני האינטייק ושוב בנקודת הזמן האחרונה של כל נבדק. כלומר, גם צעירים שלהם שתי נקודות זמן בלבד, לפני אינטייק ולפני טיפול ראשון (למעשה קבלו רק אינטייק) נכללים בחישוב זה. אפשר לראות מתרשים זה ששיעור השיפור הגדול ביותר נמצא עבור מדד המצוקה הנפשית. כרבע מהצעירים השתפרו במדד זה, נתון דומה לזה הנמצא באוסטרליה (23%). מדד תפקודי נוסף הבודק איכות חיים בנושאי חיים מותאמים לצעירים ופותח בהדספייס אוסטרליה הוא ה-MLT. במדד זה השתפרו כ-17%, אחוז נמוך מזה שדווח באוסטרליה (23%). כמו כן, אחוז הצעירים שהדרדרו במדד ה-MLT (10%) גבוה משמעותית במדגם הנוכחי מאשר האחוז שנמצא באוסטרליה (4%). במדד התפקוד הכללי כפי שמדווח על ידי המטפל נמצא כי 21% השתפרו – שיעור גבוה משמעותית יותר מזה שנמצא באוסטרליה (14%) וגבוה מעט ממה שנמצא במחקר אחר שבדק שינוי בטיפול נפשי לצעירים בהולנד (Falkenstrom, 2010). עם זאת, במדד הקשיים, שכולל בתוכו קשיים רגשיים, התנהגותיים, היפראקטיביות וקשיים חברתיים, ניכר כי אחוז המשתפרים קטן (9%).

תרשים 11: שיעורי השינוי השונים על פי מדד RCI

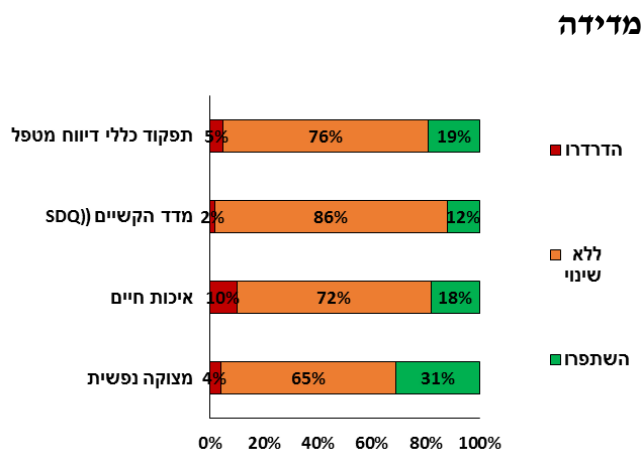


כדי לקבל מידע הנוגע רק לאלה שהתחילו טיפול וגם מילאו הערכה בנקודת הזמן השלישית (אמצע טיפול) או הרביעית (סיום טיפול) נעשה חישוב נוסף של RCI עבורם בלבד. הנתונים מוצגים בתרשים 9. אפשר לראות כי כאשר מוציאים מהחישוב את מי שקיבל רק אינטייק, עולה אחוז

המשתפרים באחוזים בודדים ברוב המדדים. מחד גיסא, נתון זה מראה כי כאשר בודקים רק את אלה שקיבלו לפחות חמישה טיפולים, שיעור המשתפרים באופן מהימן קליני גבוה יותר, לעומת המצב שבו נכללו במדידה גם מי שקיבלו רק אינטייק. עם זאת, השינוי אינו משמעותי מאוד, מה שמרמז אולי על המשמעות שיש אף למפגש האינטייק עצמו כחלק מהשינוי במדדים הקליניים. נתון נוסף שעולה הוא הירידה באחוז הצעירים שהתדרדרו במדד המצוקה נפשית (ירידה של 4%). ייתכן שנתון זה קשור לעובדה שבכל זאת חלק ממי שקיבל רק מפגש אינטייק הציג ירידה ברמת המצוקה הנפשית. על אף השיפור במדדי הדיווח העצמי של הצעירים שקבלו טיפול, דווקא במדד המוערך על ידי המטפלים – תפקוד כללי (SOFAS) – נרשמה ירידה באחוז המשתפרים, כאשר בניתוח הנתונים נכללו רק מי שקיבלו לפחות חמישה טיפולים. ייתכן שממצא זה קשור בעובדה כי בחלק מהמקרים מטפלים שונים העריכו את תפקוד המטופל בנקודת הזמן הראשונה לפני האינטייק ובנקודת הזמן השנייה לפני הטיפול הראשון. מכאן שהשונויות לא בהכרח מיוחסות למדד אלא למעריך.

כדי לבדוק תכלול של משתנים ולא רק כל מדד בפני עצמו נעשה חישוב כולל לבדיקת אחוז המשתפרים במדד אחד לפחות מבין הבאים: מצוקה נפשית (K10), מדד הקשיים הרגשיים התנהגותיים (SDQ) ואיכות חיים (MLT). מדדים אלה נבחרו שכן הם דווחו על ידי המטופל, הם המהימנים ביותר ומייצגים היבטים שונים של תוצאות טיפול: סימפטומטי, תפקודי ואיכות חיים. במיזוג של כלל המדדים נמצא כי 38% השתפרו לפחות במדד אחד ו-62% לא השתפרו.

תרשים 12: חישוב שינוי לפי מדד RCI עבור נבדקים שיש להם לפחות שלוש נקודות

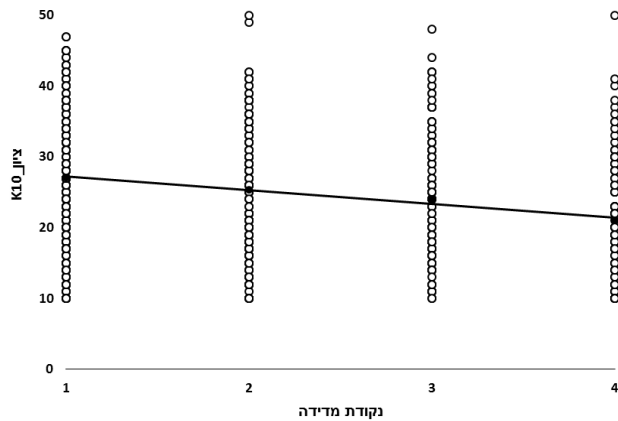


מדידת השינוי בעזרת עקומות התפתחות (Growth Curve Modeling)

שיטה זו מסייעת להבין אם היה שינוי מובהק באופן סטטיסטי בין נקודות המדידה אך גם כיצד נראה השינוי בין כל מדידה בהתייחס לדפוס האישי של כל אדם במדגם. הממצאים לגבי כל מדד מופיעים להלן:

שינוי במצוקה נפשית (K10) – נמצא כי המצוקה הנפשית פוחתת בין נקודות המדידה. דפוס השינוי במדד זה התאפיין במגמה ליניארית מובהקת. האפקט השלילי של השינוי הליניארי ($b = -1.94$, $F(1,136)=71.88$, $p<.001$) מצביע על ירידה בציון ה-K10 עם הזמן, כלומר על שיפור מובהק סטטיסטי במצבם של הפונים. נמצאו הבדלים מובהקים בערכי החותכים אשר מצביעים על הבדלים בין הנבדקים במדידה הראשונה של K10 ($b=60.12$, $Wald Z=6.34$, $p<.001$) ונמצא קשר שלילי מובהק בין החותכים לשיפועים ($b = -0.40$, $Wald Z = -2.31$, $p<.05$) אשר מצביע על כך שנבדקים אשר התחילו בציון K10 גבוה יותר, כלומר דיווחו על מצוקה גדולה יותר, נטו להשתפר בקצב מהיר יותר. תרשים 13 מציג את ציוני ה-K10 של הנבדקים בנקודות הזמן השונות עם מגמת השינוי הליניארית. כמו כן, נמצא קשר מובהק בין ציון ה-K10 לבין מספר הטיפולים, וכך נבדקים עם מספר טיפולים רב יותר התאפיינו בציון גבוה יותר, כלומר הם דיווחו על מצוקה רבה יותר ($b=0.30$, $F(1,285)=12.15$, $p<.001$).

תרשים 13: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד K10

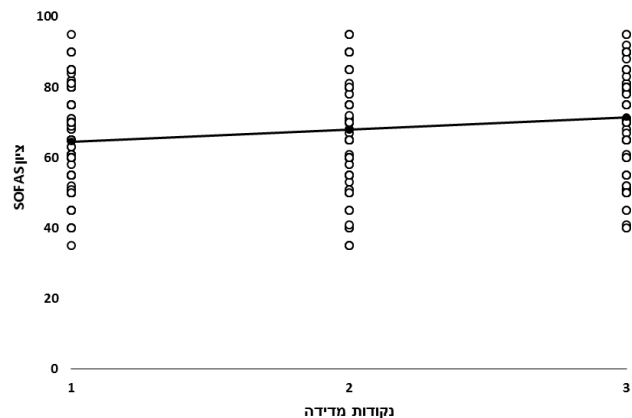


שינוי בתפקוד תעסוקתי וחברתי על פי דיווח מטפל (SOFAS)

המטפלים מדווחים על שינוי בתפקוד נמצא כי הצעירים התעסוקתי והחברתי של הצעירים, בהשוואה בין נקודת הזמן הראשונה, שבה הגיעו לאינטייק, הטיפול הראשון ועד הטיפול האחרון.

דפוס השינוי במדד זה התאפיין במגמה ליניארית מובהקת. האפקט החיובי של השינוי הליניארי (b=3.35, F(1,123)=22.12, p<.001) מצביע על עלייה בציון ה-SOFAS עם הזמן, כלומר שיפור מובהק סטטיסטית במצב הפונים. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין החותכים (p=.34), השיפועים (p=.92) ולקשר ביניהם (p=.30). תרשים 1 מציג את ציוני ה-SOFAS של הנבדקים בנקודות הזמן השונות עם מגמת השינוי הליניארית.

תרשים 14: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SOFAS



שינוי במידת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים (SDQ)

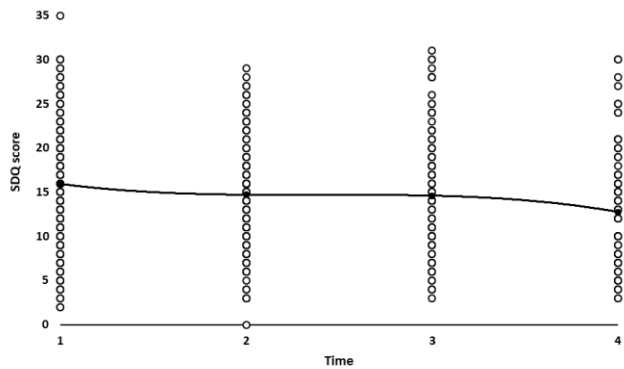
נמצא כי הצעירים מציגים פחות קשיים רגשיים והתנהגותיים לאורך הטיפול כשהשינוי אינו לינארי, כלומר השינוי אינו שווה בין נקודות הזמן השונות.

השינוי ב-SDQ התאפיין במגמה ליניארית מובהקת (b= -8.40, F(1,250)=6.15, p<.01), קוואדראטית מובהקת (b=3.55, F(1,251)=5.33, p<.05) וקיובית מובהקת (b= -0.50, F(1,252)=5.63, p<.05). משמעות ממצא זה היא שיש ירידה מובהקת סטטיסטית בציון ה-SDQ בהתחלה, כלומר שיפור במצבם של הפונים; לאחר מכן, מתמתנת הירידה, כלומר השיפור מתמתן, ולאחר מכן שוב יש ירידה בציון ה-SDQ, כלומר שוב חל שיפור במצבם של הפונים. עם זאת, יש לציין שהוספת הגורם הקיובי אינה משפרת באופן מובהק את המודל, אך היא קרובה מאוד לכך (נוסף על כך, נמצאו הבדלים מובהקים בערכי החותכים אשר מצביעים על הבדלים בין הנבדקים במדידה הראשונית של מדד הקשיים (b=32.51, Wald Z=6.46, p<.001) ונמצא קשר חיובי ומובהק בין החותכים לשיפועים אשר מצביע על כך שציון ה-SDQ נטה להתמתן יותר בקרב נבדקים אשר התחילו בציון SDQ גבוה יותר (b=1.41, Wald Z=2.44, p<.05); תרשים 13 מציג את ציוני ה-SDQ של הנבדקים בנקודות הזמן השונות עם מגמת השינוי הקיובית.

שינוי ברווחה נפשית (SWEMWBS)

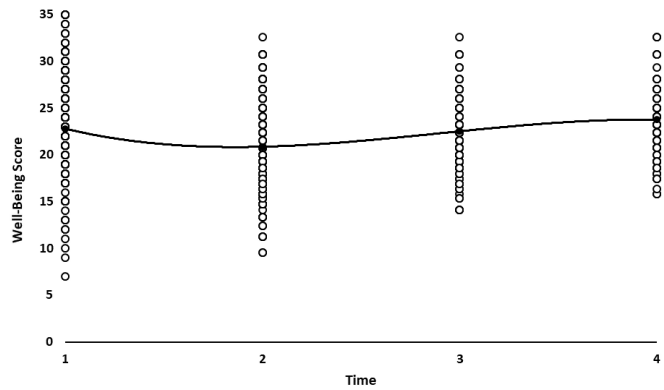
נמצא שינוי מובהק בתחושת הרווחה הנפשית של הצעירים בין נקודות הזמן שנמדדו. השינוי אינו לינארי וניכר כי בין לפני אינטייק לבין הטיפול הראשון הם חווים ירידה ברווחה הנפשית ולאחר תחילת הטיפול חווים עלייה ברווחה הנפשית.

תרשים 15: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SDQ



השינוי ברווחה הנפשית התאפיין במגמה ליניארית מובהקת ($b = -14.26$, $F(1,198)=20.15$, $p < .001$), קוואדראטית מובהקת ($b = 5.64$, $F(1,197)=15.43$, $p < .001$) וקיובית מובהקת ($b = -0.65$, $F(1,196)=11.12$, $p < .001$). משמעות ממצא זה שיש ירידה בציון במבחן SWEMWBS בהתחלה, כלומר הנבדקים מדווחים על פחות רווחה נפשית, לאחר מכן מתחילה עלייה בציון, כלומר הנבדקים מדווחים על יותר רווחה נפשית אך מגמה זו מתמתנת בהמשך. הוספת הגורם הקיובי משפרת באופן מובהק את המודל, הן ביחס למודל לינארי ($\chi^2(2)=48.25$, $p < .001$) והן ביחס למודל קוואדראטי ($\chi^2(1)=10.85$, $p < .001$). כמו כן, נמצא אפקט עיקרי מובהק ושילי למספר הטיפולים ($b = -0.16$, $F(1,272)=8.62$, $p < .01$), וכך נבדקים עם מספר טיפולים רב יותר התאפיינו בציון רווחה נפשית נמוך יותר, כלומר הם דיווחו על רווחה נפשית נמוכה יותר. כמו כן, נמצא קשר מובהק בין החותך לשיפוע אשר מצביע על כך שמי שהתחיל עם ציון רווחה נפשית גבוה יותר נטה גם יותר להשתפר בהמשך ($b = 2.17$, Wald $Z=3.63$, $p < .001$). תרשים 14 מציג את ציוני ה-WB של הנבדקים בנקודות הזמן השונות, עם מגמת השינוי הקיובית.

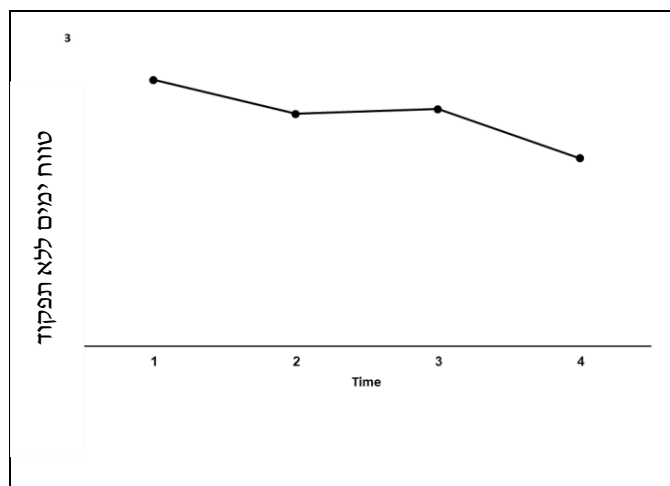
תרשים 16: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד well-being



שינוי במספר הימים ללא תפקוד

הצעירים דיווחו על מספר הימים שבהם לא תפקדו בשבועיים האחרונים (ממצאים פורטו בתיאור המשתנים הקליניים של הפונים, עמ' 38). גם כאן עולה כי לאורך הטיפול הצליחו הצעירים לתפקד במספר ימים רב יותר. מאחר שמשנתנה זה הוא משנתנה אורדינלי, נעשה עליו ניתוח מדידות חוזרות המתאים לסוג זה של משתנים⁴. נמצאו אפקטים מובהקים לזמן (Wald $\chi^2_{(3)}=22.10$, $p<.001$) כך שביחס לנקודת הזמן הראשונה, השינויים בנקודת הזמן הבאות היו כולם בכיוון שלילי (כלומר תפקוד טוב יותר) ומובהקים עבור נקודת זמן 2 – לפני טיפול ראשון ($b=-0.38$, $p<.01$) ונקודת זמן 4 – סיום טיפול ($b=-0.96$, $p<.001$). לא נמצא אפקט מובהק למין הנבדק ($p=.07$) ולגילו ($p=.54$). תרשים 17 מציג את הדירוג הממוצע של מדד זה על פני כל אחת מנקודות הזמן⁵. כלומר, ניכר כי גם אחרי פגישת האינטייק דיווחו הצעירים כי הצליחו לתפקד במשך יותר ימים וגם בסיום הטיפול תפקדו ברמה הטובה ביותר.

תרשים 17: שינוי במספר הימים ללא תפקוד לאורך זמן



איכות חיים מותאמת לצעירים

איכות חיים נבדקה בעזרת שאלון המותאם לצעירים שנבנה במיוחד לשימוש במודל הדספייס והועבר מדי פגישה. במדד איכות החיים לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ממפגש למפגש. עם זאת, כאשר נבדק האם יש תתי קבוצות שהשתנו באופן שונה לאורך המפגשים עלה כי יש קבוצה קטנה (כ-7%) שאכן השתפרה באופן מובהק, בעיקר בארבעת המפגשים הראשונים. המאפיין שמבדיל קבוצה זו מהאחרת היא העובדה שהם התחילו באיכות חיים נמוכה יותר. כמות הנבדקים שמילאו את השאלונים לפי מספרי פגישה מוצגת בלוח 8.

לוח 8: כמות הנבדקים שמילאו את שאלון איכות חיים בכל נקודת זמן

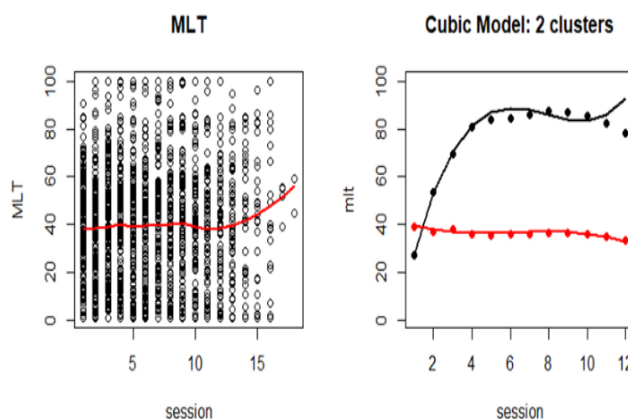
| מספר פגישה | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|----|----|----|
| N | 290 | 158 | 157 | 159 | 152 | 138 | 123 | 118 | 109 | 101 | 89 | 83 | 69 | 55 | 36 | 24 | 17 |

גם לניתוח ממצאים אלה השתמשנו בניתוח Growth Curve Modeling לבחינת עקומת ההתפתחות לאורך הזמן. לא נמצא מובהקות באף אחד מהמודלים שנבדקו ($b_{\text{linear}}= 1.347, p=.22$; $b_{\text{quadratic}}= -0.192, p=.25$; $b_{\text{cubic}}=0.008, p=.30$) אבל המודל הקיובי נמצא כמתאים ביותר. המודל מוצג בתרשים 18. משמעות ממצא זה היא שככל הנראה יש שונות רבה במסלולי השינוי של הנבדקים. מאחר שבמדד זה כולל מספר רב של נקודות זמן, אפשר לבדוק אקספלורטורית אם קיימות תתי קבוצות המשתנות באופן שונה. בדיקה זו נעשתה בעזרת ניתוח GMM (Growth Mixture Modeling), בתוכנת R. כדי למצוא תתי קבוצות, הוגבל מספר הנבדקים עד לפגישה מספר 12 שכן אחריה מספר הנבדקים נמוך מאד ($N > 55$). בבחינת תתי קבוצות נמצא כי אכן הקבוצה הגדולה (93%) לא השתנתה לאורך הזמן אבל נמצאה תת קבוצה

קטנה (7%) שמציגה עלייה משמעותית בארבעת המפגשים הראשונים ואף שומרת על השיפור שהושג. התיאור מוצג בתרשים 18.

כדי לבחון מה מנבא השתייכות לכל אחת מהקבוצות בוצעה רגרסיה לוגיסטית ונבדקו משתני רקע (גיל ומין) ומשתנים קליניים (אבחנה, תפקוד בהתחלה, מצוקה נפשית בהתחלה ואיכות חיים בהתחלה). המשתנה היחיד שנמצא קשור הוא איכות החיים (MLT) במדידה הראשונה: הממוצע של הקבוצה שהשתפרה היה נמוך ($M=26.7$) באופן מובהק ($p=0.05$) מהממוצע ההתחלתי של אלה שלא השתנו ($M=39.5$). כלומר, מי שהתחיל באיכות חיים נמוכה הציג שיפור מהיר בארבעת המפגשים הראשונים ואף שמר על השיפור. ממצא זה מתיישב עם ממצאי מחקרים שבחנו מסלולי שינוי בקרב נוער ודיווחו כי בטיפולים מובנים, בעלי כמה טיפולים מוגבל נראה שינוי מהר יותר (Jackson, Keir, Sender, & Mueller, 2017) ואף כי חומרה רבה יותר ניבאה שיפור מהיר יותר (Nelson, Warren, Gleave, & Burlingame, 2013).

תרשים 18: עקומת ההתפתחות של כלל המדגם (שמאל) ועקומות התפתחות של תתי הקבוצות (ימין)



האם השינוי נשמר לאורך זמן?

לכלל מסיימי הטיפול הוצע למלא את השאלון גם כארבעה חודשים מסיום הטיפול. עם זאת רק אחוז קטן (13%) מכל מי שהגיע לפחות לטיפול אחד נענה לבקשה.

כדי לבדוק האם חל שינוי במשתני המחקר בין נקודת הזמן הרביעית, בסיום הטיפול, לנקודת הזמן האחרונה, נערך מבחן t-test למדגמים מזווגים. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין הממוצעים בסיום טיפול לבין הממוצעים כ-ארבעה חודשים מסיום הטיפול. חשוב לציין כי מאחר שנמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין תחילת הטיפול לסיומו (כפי שעלה בממצאים הקודמים), ממצא זה מעיד על כך שהשינוי נשמר גם אחרי הטיפול. התוצאות מוצגות בלוח 9.

לוח 9: הבדלים במדדים הקליניים בין סיום טיפול לבין כארבעה חודשים אחריו

| <i>Time</i> | 4 חודשים אחרי | טיפול אחרון | N=25 |
|-------------|---------------|---------------|--------------------------|
| <i>t</i> | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | המשתנה |
| .44 | 12 (5.5) | 12.4 (5.7) | קשיים התנהגותיים ורגשיים |
| -.08 | 21.3 (7.1) | 21.2 (8.6) | מצוקה נפשית |
| -.43 | 3.2 (0.6) | 3.1 (0.8) | חששות מהעתיד |
| -.42 | 23.7 (3.8) | 23.3 (4.2) | רווחה נפשית |
| -.49 | 42 (27.6) | 39.9 (26.6) | איכות חיים |

סיכום השינוי בקרב הצעירים מטופלי הדספייס

ניתן לחלק את כלל מדדי השינוי לשלושה: סימפטומטי, תפקודי ורווחה ואיכות חיים. אפשר לראות כי במדד הסימפטומטי המרכזי, מצוקה נפשית, חל שיפור לינארי מתמיד לאורך הטיפול והאפקט שלו אף הוא המשמעותי ביותר. גם ברמה הקלינית, נמצא שהשינוי המהימן במדד זה הוא באחוזים הגבוהים ביותר. במדדים שבדקו תפקוד על פי דיווח הצעיר (SDQ וימים ללא תפקוד) נמצא שיפור מובהק לאורך הטיפול, כשהשינוי העיקרי ניכר לאחר האינטייק ושוב בסוף הטיפול. מבחינה קלינית כשני שלישים מהצעירים עברו בסיום הטיפול מאוכלוסייה קלינית ללא קלינית. על פי דיווח המטפל, השתפר התפקוד של הצעירים באופן לינארי בין לפני אינטייק, אחרי אינטייק - בטיפול הראשון, לטיפול האחרון. מעניין לראות שמגמת השיפור (השיפוע) היתה דומה בין לפני האינטייק ואחריו לבין תחילת הטיפול וסיומו סיום טיפול ותחילתו.

במדד איכות חיים נראה כי כחמישית מהצעירים הציגו שינוי מהימן קלינית. עם זאת בבחינת דפוס השינוי של המדגם כולו לא ניכר שינוי, אך נראה כי יש קבוצה קטנה שהתחילה באיכות חיים נמוכה והשתפרה מהר בארבעת המפגשים הראשונים. במדד רווחה נפשית אפשר לראות כי אחרי האינטייק חלה ירידה ברווחה הנפשית וכן ככל שהצעיר קיים יותר מפגשים כך ירדה רווחתו הנפשית. חשוב לציין כי גודל האפקט במשתנים אלה חלש, כלומר השינוי קטן. ייתכן כי מאחר שאיכות חיים ורווחה נפשית הם מדדים רחבים המתייחסים לשביעות רצון כללית ממגוון תחומי החיים ואף קשורים באופטימיות ותפיסה עצמית וייתכן שיהיה קשה יותר לראות בהם שינוי.

באופן כללי, חשוב לציין כי אחוז הצעירים שהשתפרו שנמצאו במחקר זה דומים לאלו הנמצאו באוסטרליה, במרכזי הדספייס, בחלקם אף גבוהים יותר. יתרה מזאת, השיפור נשמר גם ארבעה חודשים מסיום הטיפול. עם זאת במדדי רווחה נפשית ואיכות חיים נראו דפוסי שינוי משמעותיים פחות ואפקט חלש. ממצא זה מעלה שאלה באשר למטרות של הטיפול – האם מכוון להפחתה סימפטומטית ושיפור תפקודי או גם לשיפור וקידום רווחה נפשית חיובית ואיכות חיים.

שינוי בקרב בני המשפחה לאורך הטיפול בהזדספייס

בבדיקת השינוי בקרב בני המשפחה נמצא שינוי מובהק סטטיסטית בתחושת החוללות ההורית בין הפעם הראשונה (לפני אינטייק) שבה מילאו ההורים את השאלון לבין הפעם השנייה. ההורים דיווחו על חוללות גבוהה יותר בפעם השנייה. תחושת הנטל המשפחתי לא השתנתה באופן מובהק סטטיסטית בין נקודות המדידה, אך נמצא כי ככל שמספר הטיפולים של הילד עלה, כך פחת הנטל המשפחתי.

עם זאת יש לסייג את ממצאי האורך בקרב בני המשפחה, לאור שונות רבה בנקודת הזמן השנייה בה מולאו השאלונים. המשתתפים מילאו שאלונים בשתי נקודות זמן: נקודת הזמן הראשונה - באינטייק, אך בנקודת הזמן השנייה יש שונות רבה בזמן שעבר מהנקודה הראשונה וגם באופי ההתערבות שנעשתה בין הנקודות. השונות נובעת מהקושי לעקוב אחר המשפחות במהלך הטיפול והניסיון לקבל מהם מענה מעבר לאינטייק. המשתתפים שנבדקו לאורך זמן הם רמת הנטל המשפחתי הנחוה על ידי ההורה ומידת החוללות ההורית.

כדי לבדוק את ההבדל בין שתי נקודות המדידה של המשתתפים 'נטל משפחתי' ו'חוללות הורית' נערך מבחן t למדגמים מזווגים בין נקודת המדידה הראשונה של כל אחד מהמשתתפים הללו לבין נקודת המדידה האחרונה שיש נתון לגביה. לגבי 'נטל משפחתי', לא נמצא הבדל מובהק בין המדידות (T_1 : $M=34.87$, $SD=9.72$; T_{End} : $M=33.37$, $SD=10.48$; $t(54)=1.17$, $p=.25$). לגבי 'חוללות הורית', נמצא הבדל מובהק בין המדידות, וכך הציון במדידה השנייה היה גבוה יותר (כלומר, תחושת חוללות הורית גבוהה יותר) ביחס לראשונה (T_1 : $M=4.11$, $SD=0.43$; T_{End} : $M=4.62$, $SD=0.68$; $t(58)=-5.95$, $p<.001$).

כדי לנתח את השינוי במדידות של 'נטל משפחתי' ו - 'חוללות הורית' והקשר בינו לבין משתני הרקע השונים נערך ניתוח מסוג Mixed linear model for repeated measures.

לגבי נטל משפחתי, נמצא אפקט אינטראקציה מובהק בין רמת הנטל המשפחתי הנחוה לבין זמן המצוקה הראשונית ורמתה ($F_{(1,59)}=4.71$, $p<.05$) ובינה לבין זמן ומספר הטיפולים שעבר הילד ($F_{(1,59)}=5.75$, $p<.05$). משמעות האפקטים שנמצאו היא כזו: **בעוד בנקודת הזמן הראשונה יש קשר בין רמת המצוקה הראשונית לבין רמת הנטל המשפחתי, בנקודת הזמן השנייה אין קשר כזה. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין מספר הטיפולים לבין רמת הנטל המשפחתי בנקודת הזמן השנייה, קרי, תחושת הנטל המשפחתי יורדת ככל שמספר הטיפולים גדל.**

לגבי חוללות הורית, ברוב הניתוחים נמצא אפקט עיקרי מובהק לזמן, קרי, הרגשת החוללות ההורית מתגברת עם הזמן ללא תלות ברמה של משתני הרקע ונמצא אפקט אינטראקציה מובהק בין הזמן ומצב התעסוקה של ההורה לבין תחושת החוללות ההורית ($F_{(2,46)}=4.61$, $p<.05$). כלומר, הורים אשר דיווחו שאינם עובדים דיווחו גם על השינוי הגדול ביותר בתחושת החוללות ההורית שלהם, בהשוואה להורים שדיווחו שהם מועסקים, בין שבמשרה מלאה ובין שבמשרה חלקית.

שאלת המחקר הרביעית: שביעות רצון הצעירים מהמרכז

ברמת המרכז, נרשמה שביעות רצון גבוהה יותר בשנת המחקר השנייה לעומת הראשונה. שביעות הרצון הגבוהה ביותר היתה מאנשי הצוות בהדספייס ושביעות הרצון הנמוכה ביותר היתה מתוצאות הטיפול. עם זאת, נרשמה שביעות רצון גבוהה בכלל מדדי שביעות הרצון. התפלגות תוצאות שביעות הרצון מוצגת בתרשים 19.

בבחינת שביעות הרצון במהלך הטיפול נמצא כי שביעות הרצון הכללית של הצעירים עלתה מאמצע הטיפול לסוף הטיפול בעיקר ביחס לתוצאות הטיפול. כלומר, בסוף הטיפול צעירים היו מרוצים יותר מתוצאות הטיפול מאשר באמצעו. בתרשים 20 מפורטים ממצאי שאלון שביעות הרצון שהועבר לצעירים באמצע טיפול (כעבור שבעה טיפולים) ובסוף טיפול (טיפול 13-15).

תרשים 19: שביעות רצון הצעירים מהמרכז – השוואה בין אמצע הטיפול לסופו

תרשים 20: שביעות רצון הצעירים מהמרכז - שנה ראשונה מול שנה שנייה

שאלת המחקר החמישית: שיתוף פעולה עם הקהילה

כדי להעריך את המידה שבה הדספייס מעורב בקהילה המקומית בבת ים ומסייע להפצת הידע בנוגע לבריאות הנפש של צעירים בעיר ננקטו שיטות כמותיות ואיכותניות. השיטות האיכותניות יתוארו בהמשך ובחלק זה מפורטים ממצאי סקר אנונימי שנערך בקרב 17 גורמים שונים בקהילה הנמצאים בקשר עם מרכז הדספייס, יועצות (12) נציגי השירות הפסיכולוגי החינוכי (2), מרכז הצעירים (1) ורכזי תוכניות לנוער (2). מהסקר עולה כי רוב העונים, כ-70% (N=12) ציינו כי הקשר עם הדספייס מסתכם בהפניית צעירים למרכז. מיעוטם, כ-17% (N=3), ציינו שהם גם עוקבים אחר מקרים שהופנו על ידם להדספייס. כל המשתתפים בסקר (N=17), נתנו את הציון המרבי כאשר נשאלו באיזו מידה הם מרגישים שיש צורך בהדספייס. כלומר, **כולם רואים בהדספייס מרכז נחוץ ביותר**. רובם (70%) אף רואים בהדספייס מענה ייחודי לצעירים לעומת מרכזים אחרים. כ-76% מודעים לפעילות המרכז ומכירים אותו פעילות הדספייס במידה רבה או רבה מאוד. עם זאת, 82% ציינו

שהם כלל לא מעדכנים את הדספייס בשירותים או אירועים בארגון שלהם. יתרה מכך, רובם מרוצים מהקשר עם הדספייס אך כ-11% ציינו שהם מרוצים במידה מועטה ו-35% מרוצים במידה בינונית. רוב הנבדקים (70%) מרגישים שהדספייס מקדם את המענה שהם נותנים בעבודתם ואף מעוניינים להרחיב את הפעילויות המשותפות עם המרכז.

כ-64% מהעונים הבחינו בשיפור רב או רב מאוד בקרב צעירים שהפנו להדספייס, לדוגמה שינוי במצב הרגשי והחברתי ושינוי בקשר עם ההורים. כשנשאלו לגבי המשך שיתוף פעולה, ציינו משיבים רבים את הצורך בקשר גם במהלך הטיפול ובסיומו. בהקשר זה, המשיבים ציינו כי עיקר הקשר הוא סביב ההפנייה ואחר כך הוא מתנתק. יתרה מזאת, הם ציינו את הצורך בחיזוק הקשרים עם היועצות ובהגדלת כוח האדם. כמו כן, עלה רעיון לקיום ניוזלטר לשיתוף בשירותים המוצעים במקום. תיאור רחב יותר של שיתופי הפעולה מוצג בחלק האיכותני.

מתוך העדכונים השוטפים של צוות המרכז (חשוב לציין כי המידע מתבסס על מידע חלקי שהועבר לצוות המחקר לאורך שנות הפעילות) עולה כי לפחות פעמיים בחודש התקיימו פגישות של מנהל או מי מצוות המרכז עם גורמים בקהילה, אם מדובר בצוותים עירוניים (חינוך, רווחה) ואם מדובר בעמותה או ארגון לקידום נוער.

במהלך השנים התרחבו מעגלי שיתופי הפעולה והתבססו, הן עם גופים עירוניים, הן עם גופים מתחום הבריאות והן עם גורמים שמטרתם הפצת הידע והבניית מערך הדרכה. התייחסות נוספת לתחום זה באה לידי ביטוי בפרק התהליכים המרכזיים – פרק 5. חשוב לציין כי בשנה האחרונה פנו גורמים שונים בעירייה לצוות המרכז בבקשה לקיים הדרכות, לשתף פעולה עם פרויקט החונכות שמתקיים במרכז ועוד. נתון זה מחזק את ההנחה כי הדספייס נתפס כאוטוריטה בתחום בריאות הנפש בעיר.

פרק 4: ממצאי החלק האיכותני התורמים להבנת הגורמים המקדמים והמעכבים את הצלחת המרכז

במהלך השנים ערכו החוקרים שלושה סבבים של ראיונות חצי מובנים על פי מדריך ראיון (נספח 15). הראיונות הפרטניים התקיימו עם אנשי צוות התוכנית, עם צעירים שקבלו טיפול במרכז, עם בני משפחה ועם בעלי עניין בקהילה הנמצאים בקשר עם מרכז הדספייס. לאחר מכן, תומללו הראיונות וכמקובל במחקר איכותני נעשה תהליך של ניתוח הראיונות באמצעות ניתוח תוכן לכל קבוצת מרואיינים רלוונטית (צוות, צעירים, בני משפחה ובעלי עניין בקהילה) וזוהו תתי תמות שבהמשך קובצו לתמות מרכזיות שהרכיבו תמונה כוללת של חווית הטיפול בהדספייס ושל השלכותיו. חשוב לציין כי קיימת הטייה מובנית באופן בחירת מושאי הראיונות, שכן הראיונות התקיימו על בסיס התנדבותי ומי שהסכים להשתתף בהם היו לרוב צעירים ובני משפחה שסיימו טיפול מלא במרכז. בפסקאות הבאות מוצגות התמות שעלו מהניתוח.

ראיונות עם הצעירים

לכלל הצעירים שסיימו טיפול (קרי, קיימו שיחת סיכום) הוצע להתראיין, מתוכם התראיינו 19 – 13 בנות ושישה בנים, רובם מעל גיל 16 (N=14). מראיונות הצעירים עלו ארבע תימות מרכזיות הקשורות בשינוי שהושג ובהשפעת הגורמים השונים ביצירת השינוי.

תימה ראשונה: שינוי רגשי ותפקודי בעקבות הטיפול בהדספייס

רוב הצעירים, כ-90%, ציינו באופן מפורש כי עברו שינוי במהלך הטיפול. בתיאורם, הם התייחסו לנקודת ההתחלה ולשינוי שחוו במהלך או בעקבות הטיפול.

"לפני שהגעתי היה לי בעיות עצבים, הייתי עצבנית כל הזמן, הייתי מתוסכלת רוב הזמן, הייתי בדיכאון הרבה פעמים... לפחות בשישים שבעים אחוז אני יותר רגועה ממעוצבנת"

" יש המון דברים שכואבים לי יש המון דברים שצובטים לי עדיין, יש דברים שמכעיסים אותי, אבל הדרך התמודדות היא שונה מהדרך שהייתה לי בעבר"

" אני לא בוכה ואם אני בוכה אני לא נכנסת לדיכאונות של שלושה ימים"

כשהצעירים נשאלו באשר לגורמים שהובילו לשינוי, רובם הציגו את עצמם כגורם מניע משמעותי ביצירת השינוי. הם תיארו כי המוכנות, הרצון והעבודה שלהם אפשרו לשינוי להתרחש. למשל:

"הביא לשינוי שאני באתי כאילו פתוחה לעשות את השינוי. שכן אדם בא פתוח לעשות את השינוי זה נותן הרבה..."; "אני הבאתי המון הצפתי המון דברים."

" הפסיכולוג לא יכול לעשות כלום אם הבן אדם לא רוצה. אז אם הבן אדם רוצה אז כאילו הדבר הזה יכול באמת לעזור."

כלומר, הצעירים מדגישים את המרכיב המוטיבציוני והמשתתף כמשמעותי בתהליך השינוי. יתרה מכך, הם הדגישו כי מרגישים שהשינוי נשמר אפילו כשהטיפול נגמר והביעו תקווה שיישמר: " גם אחרי שיצאתי מפה עבדתי על עצמי, עבדתי עם הקשיים שלי, התמודדתי איתם". " אני חושבת שדברים נשמרו. זה כן נתן לי כמה דברים כאלה לחשוב עליהם זה נשמר אצלי". התימה הבאה מתארת את אחד ההסברים שחזרו על עצמם באשר לגורמים שסייעו להביא לאותו שינוי.

תימה שנייה: המטפל המוערך: מקשיב, לא שיפוטי, בעל כוונות אמיתיות וזמין

הצעירים תיארו מטפלים מכילים, אמפתיים ולא שיפוטיים. הם חשו שקבלו מקום, ושרצו לשמוע את קולם. המשיבים ציינו כי המטפלים צעירים והדגישו כי הבינו אותם. המטפלים אפשרו להם לדבר על כל דבר ולא הביכו אותם. הם הדגישו את התחושה שלא שופטים אותם: "הוא היה עדין מאוד והקשיב.. כשדיברנו אז הוא באמת... הוא פשוט הקשיב ובאיזשהו מקום ראיתי שהוא מבין אותי וכן מנסה להיכנס לראש שלי.... באמת הרגשתי שהוא הקשיב לי". " זה מה שהכי חשוב פה, ההקשבה וההבנה".

"היא הבינה אותי, היא אמרה באמת, הרגשתי שהיא לא תשפוט אותי שהיא תבין אותי"

"עזר לי זה שהרוגע והשלווה של המטפל לחפור בעניינים, לחפור בקטע טוב, לא בקטע רע, כדי לנסות עוד ועוד ועוד, אני חושבת שזה שהוא לא ויתר לי על 'נו תחשבי, נו תגידי'"

כלומר, הצעירים מתארים מטפל שמאפשר שיח בגובה העיניים, מכיל, קשוב ומכוון לצרכיהם. במקביל, נראה שהמטפל מוערך גם ביחס לגורמים הקשורים בסטינג הקבוע של הטיפול, למשל, ההקפדה היתרה של המטפלים על אורך הפגישה נתפסה כחוסר זמינות או כחוסר אכפתיות.

"הרגשתי שזה ככה כאילו. שאומנם אצל הפסיכולוגים השעון עומד מולם... ידעתי שבעשרים זה נגמר. כאילו אין מה להמשיך אפילו. גם אם הגענו עכשיו ל, פתאום בסוף השיחה הגענו לנקודה הכי קריטית שיש."

" הזמנים היו מאוד קשים. אני הרגשתי שאין את הדקה הנוספת."

לעומת זאת, כשהמטפלים הביעו זמינות גם מעבר למפגשים הדבר נתפס כחיובי ומעורר אמון:

" היא נתנה לי יחס וגם אחרי המפגש היא לפעמים גם דיברה איתי בטלפון והסבירה לי. "

העובדה שהצעירים לא משלמים על הטיפול נתפסה על ידם כגורם המחזק את אמינות דמותו של המטפל:

"באמת מקשיבים לך ומתייחסים למה שאתה אומר ורוצים לעזור ולא סתם רוצים להרוויח כסף."

".... זה לא איזה מטפל פרטי שיכול למרוח לך את הטיפול".

לסיכום, אפשר לראות כי הקווים המקושרים לדמות המטפל הרצוי מאופיינים בחוסר שיפוטיות, בהקשבה, באמפתיה והבנה. הזמינות גם נתפסה כחשובה ביצירת אמפתיה. הצעירים שיבחו את

חווית ההכלה וההבנה שקיבלו מהמטפלים. מאידך גיסא, כשלא היתה זמינות מעבר למפגש, הדברנתפס כחסר התחשבות ולא אמפתי.

תימה שלישית: טכניקה: כלים שסייעו ביצירת שינוי

חלק מהצעירים שהתראיינו תיארו כלים קונקרטיים שרכשו בהדספייס סביב סיטואציות מחיי היום יום שאותם שיתפו בטיפול. ניכר כי כלים אלה, שבהם התנסו הצעירים בטיפול, קשורים במנגנוני השינוי שהם חווים בטיפול.

כאשר הצעירים ניסו לבחון מה הביא לשינוי שחוו בטיפול הם ציינו ראשית את ההקשבה ושנית את הטכניקות השונות. למשל, דמיון של מילים שליליות היוצאות מהחדר ובמקומן נכנסות מילים חיוביות, לצאת לסיבוב הליכה לצורך ונטילציה, נשימת נשימות עמוקות, למידה דרך סימולציות או דמיון מודרך ו"שיעורי בית". הצעירים העידו על שימוש בכלים במהלך הטיפול ואף לאחר סיומו:

"המטפלת נתנה לי דרכים איך ללמוד למבחנים ואיך אתמיד בשיעורי בית... היא למדה אותי איך להתמודד בהתקפי כעס. נגיד יש לי התקף זעם פשוט להתרחק מאנשים לקרוע דפים או לכווץ דפים ולא להתקרב לאף אחד."

"למדתי שאוקי, זה מחשבות קצת מפחידות אבל צריך לבחון האם הם אמיתיות, האם יש איזה שהיא סכנה אמיתית?"

האופן שבו יושמו הכלים והשימוש בהם תואר כהדרגתי, מותאם ותומך:

"כמו מורה לנהיגה, מניעה לנו את האוטו ולאט לאט נותנת לנו פעם נסיעה אחת שהאוטו מונע כבר ואנחנו לידו פעם שנייה שהוא כבר, שאנחנו כבר יותר מקצוענים על הכביש, פעם שלישית הוא כבר נותן לנו להתניע לבד ולנסוע לבד חלק."

" היא מנתבת אותי בדרך שאני מסכימה איתה. כאילו זה לא איזשהו משהו שהוא בניגוד לרצוני בניגוד למחשבות שלי, לדעות שלי. היא נותנת לי מענה טוב."

ניכר כי הצעירים מציינים כלים קונקרטיים שבהם נעזרו בטיפול. כלומר, המטפל הקשוב, עם הכלי המתאים, מהווים גורמים מקדמים ליצירת שינוי סימפטומטי והתנהגותי. יחד עם זאת, הצעירים התייחסו למשך הטיפול כמאפיין נוסף המשפיע על עומק השינוי והתייחסו להגבלת המפגשים ל-15, ועל כך נרחיב בתימה הבאה.

תימה רביעית: משמעות אורך הטיפול

למעלה ממחצית מהצעירים (60%), ציינו כי 15 פגישות הן טיפול קצר מדי ואפילו התייחסו לטיפול כחלקי, שמתאים בעיקר בגלל היתרון הכלכלי.

"אם יש את הכסף כאילו לשלם על פגישות, אז עדיף שייקחו משהו לטווח ארוך יותר"

אותם הצעירים הרגישו שלא השלימו את העבודה על עצמם עקב קוצר הזמן, בין היתר עקב הקושי להיפתח בהתחלה והזמן שלקח להם להניע את השינוי.

" בהתחלה קצת אני זוכרת כאילו הייתי בכמה פעמים פה שלוש ארבע פעמים, ואז אני אומרת לעצמי טוב מה אני עושה פה. כאילו בהתחלה לא כזה ראיתי שינוי. אבל אז הבנתי כאילו עם כמה שדיברנו יותר ויותר, אז הבנתי שנכנסנו יותר עמוק ואני הרגשתי יותר שינוי, וגם כאילו בפנים יותר" "האמת הרגשתי שזה **קצת מעט**, אני חושבת שאם היו מוסיפים עוד איזה חמישה טיפולים זה היה סבבה, כי זה כזה קצת קשה לעזוב אחרי 15 טיפולים"

לעומת זאת, מעט ציינו דווקא את חשיבות תחילת הטיפול בכמות טיפולים קצרה וידועה מראש. "זה עבודה שאומנם היא קצת מהירה, אבל היא אינטנסיבית ואולי זה תורם 15 טיפולים, זה עושה את זה יותר מהר את התהליך של העבודה.... **מהיר אבל במובן טוב, במובן שזה לא נתקעים על דברים**, זה היה מהיר במובן של עושים עבודה ורואים שכן יש התקדמות".

ניכרת אמביוולנטיות בקרב הצעירים לגבי אורך הטיפול ותחילתו מראש. מחד גיסא הם מעידים על הקושי להיפתח והזמן שזה לוקח מכלל הפגישות והקושי להיפרד בתום 15 מפגשים ומאידך מציינים את הזמן הקצוב כגורם מניע תהליכי שינוי.

לסיכום, מדברי הצעירים המטופלים בהדספייס אפשר ללמוד כי הם חוו שינוי במהלך הטיפול במרכז. שינוי זה קשור בהם ובטויבציה עימה הגיעו לטיפול, ביכולת המטפל להיות קשוב, מכיל ולא שיפוטי ובטכניקות היישומיות שאותן הוא מלמד במהלך המפגשים, כמו דמיון מודרך, החצנת מחשבות וכולי. השינוי ממשיך להתרחש גם אחרי הטיפול אך ייתכן שטיפולים נוספים היו מגבירים את השינוי המושג ואת השפעתו על תפקוד.

ראיונות עם בני משפחה

בקרב מטופלים שסיימו טיפול (הגיעו לפגישת סיום) הוצע גם לבני משפחותיהם להתראיין. על אף המאמצים שנעשו, הצלחנו לראיין 11 בני משפחה בלבד, כולן אימהות, מלבד סבתא אחת. מניתוח הראיונות עימן עלו שלוש תימות מרכזיות. התימה הראשונה מדגישה את חשיבות הדרכות ההורים ואת הטיפולים להורים ביצירת נקודת מבט נוספת, חיצונית ליחסים עם ילדם והצורך בעוד מאלה. התימה השנייה, שעלתה גם בקרב הילדים המטופלים, מדגישה את דמות המטפל, כמקצועי, כמשמעותי וכקשוב. לבסוף, ההורים מציינים כי יש צורך בהנגשת המענים המוצעים.

תימה ראשונה: הדרכה וטיפול כשיקוף של היחסים

בני המשפחה מתארים את העבודה עם המטפל כמאירת עיניים, ומציינים כי סייעה להם להבין את המניעים של הצעיר ובעיקר את ההתנהגות שלהם עצמם בסיטואציות שונות מול ילדיהם כתוצר של המענה שקבלו:

"אני למדתי לא להיעלב, לא להיות פגועה בתקיפות שלה, בהתקפות שלה. הוא הצליח להסביר לי מאיפה זה בא.."

“אני מרגישה שאני במקומות של מודעות מאד גדולה, עשייה עדיין לא לגמרי. כן חלק מהדברים השתנו”

“כאילו מישהו לוקח את הסיפור שלך ומסכם לך אותו, כמו סיכום מאמר יפה שאת מתמצתת אותו ואת מגיעה למקומות שאת קוראת את התמצית”

על אף התהליך האישי שצינו כי עברו, ההורים אמרו כי היה צורך ביותר מפגשים משותפים עם ילדיהם כמנוף ליצירת שינוי:

“אפשר היה לשלב איזו פגישה או שתיים כדי לחבר ביני לבינו בקשר שלנו כי זה משהו שלא נפתח ולא נפתר”

“ כי מה שאת חושבת שאת יודעת על הבן שלך זה לא בהכרח מה שהוא חושב שאת יודעת, הוא חושב בכלל משהו אחר לכן חשוב שזה יהיה גם ההורים וגם הילדים ביחד.”

מעבר לצורך שהעלו ליותר מפגשים משותפים עם ילדיהם, עלה צורך כללי ביותר מפגשים. בדומה לילדיהם, מרבית ההורים ציינו כי 15 פגישות הן מעטות מדי, לאור מורכבות ההתמודדות עם ילד בגיל ההתבגרות. רוב ההורים הרגישו שמספר המפגשים שהוקצב להם לא הספיק לפתרון הבעיה שלשמה הגיעו לטיפול.

“להגיד לך שזה מספיק לי, לא. יש לי עבודה מאוד גדולה..”

“תשמעי, אני הייתי רוצה לקבל עוד עזרה, ועכשיו בתהליך ש... זה תהליך מאוד קשה לי, גם היום” כלומר, ההורים מציינים כי נתרמו מהפגישות הטיפוליות והם מעלים צורך בקבלת עזרה לאורך זמן ממשוך יותר מזה שהוצע להם. בפרט, הודגש הצורך במפגשים דיאדיים/פרטניים.

תימה שנייה: המטפלים כדמויות מקצועיות משמעותיות

בדומה להתייחסות הצעירים, גם בני המשפחה התייחסו לדמות המטפל. בעיקר, תיארו המשיבים מטפל מבין ותומך, איש מקצוע, מרגיע ומדייק את החוויות של המטופל באמצעות הגדרות שנותן. להלן מספר דוגמאות:

“את רואה מישהי שיש לה את כל הזמן שבעולם, והיא מקשיבה לך..”

“במקום הזה אין שיפוטיות, קודם כול יש לך אמון באדם שמולך, ואת מבינה שאת יכולה להכריע בדעות שלך, אבל את מבינה שיש פה מקצועיות”

“היא ידעה איך ללסף, היא ידעה איך להרגיע... (המטפלת)

“גילתה המון רגישות וגם התייחסה מעבר, זאת אומרת אחר כך צלצלה לבדוק שאנחנו בסדר ותמיד היתה קשובה”

מאפיינים אלה של המטפלים צוינו כמקדמים את תחושת ההכלה שחשו במפגשים. יתרה מכך, בדומה לצעירים נראה כי מתן מענה מחוץ לשעות המפגש היה חשוב ביותר:

"היה מעולה כי הן נתנו מעבר לשעות אם רציתי ייעוץ את יודעת לפני המפגש אחרי המפגש, זה לא עבד בדיוק על שעון.... עוד אוזן ששומעת ועוזרת"

" קודם כל חשוב אפילו שהורה יכול להתקשר זה עוזר כל שעה, כי יש סיטואציה שממש צריך עזרה" לסיכום, בני המשפחה תיארו את חשיבות ההקשבה, האמפטיה והרגישות כמאפיינים מרכזיים בקשר שלהם עם המטפלים.

תימה שלישית: חשיבות הנגשת המידע על אודות הדספייס

מספר הורים הביעו פליאה כי לא ידעו על המרכז וציינו כי בתי הספר הם סוכנים חשובים בהעברת האינפורמציה. הם ציינו כמה חשוב לפרסם את קיום המרכז, למען אלה שזקוקים לו.

" בבתי ספר, יועצים. הם לא יודעים.... יועצת שהיא בקשר עם ההורה.... לא אף אחד לא ידע. רק קב"סית היא העבירה לי את המידע הזאת"

"שביה"ס ידעו את זה אפילו להגיע לביה"ס ולתת קצת כיוונים קצת זה מה זה המרכז הזה כדי שההורים יפתחו לזה יותר וכן יבואו..."

בני המשפחה התייחסו לחשיבות ההפצה של הדספייס כמקור עזרה להורים נוספים ואת תפקידו של בית הספר בהנגשת מידע.

ראיונות עם מטפלים

בשלוש שנות המחקר נערכו 15 ראיונות עם 13 מטפלים: 3 גברים ו-10 נשים. שני מטפלים התראיינו בשני הסבבים. המטפלים שהתראיינו עובדים במרכז ברמות וותק שונות. הראיונות התקיימו בשלושה סבבים, הראשון ב-2016, השני ב-2017 והשלישי ב-2018. התימות המרכזיות שעלו בראיונות הן חשיבות העבודה הצוותית כמקור להנעה וללמידה, המקצועיות והייחודיות של המענה שהם נותנים, יחס אמביוולנטי לטיפול קצר מועד והקשיים להתנהלות בתנאים פיזיים ולוגיסטיים שלא תמיד מותאמים. המראיינים גם מתארים שינוי בהתייחסויות לאורך שנות המחקר. התימות המרכזיות מתוארות להלן:

תימה ראשונה: המשאב האנושי "כגב" וכמקור לטיפול איכותי

בראיונות עם המטפלים הם העידו על אווירה טובה ונעימה בין חברי הצוות, הפרייה הדדית, תמיכה מקצועית ובין-אישית. הצוות רואה את העמיתים כאיכותיים וכמקור לתמיכה והתייעצות.

"יש פה אנשי צוות שאני יכולה להתייעץ איתם יש הדרכה שהיום קצת יותר עוזרת... אני מרגישה שיש פה...די גיבוי...יש לי גב, לא הרגשתי לבד שזה משהו שעלול לקרות למטפלת"

"בסופו של דבר הגורם האנושי, המטפלים זה מה שעושה את המקום הזה מעבר לכיסאות ו...אני חושבת שהעבודה, ההדרכות הקבוצתיות הדיונים הקבוצתיים זה משהו שכשנעשה טוב אז הוא בונה.. מקדם מפרה"

”חוויה של מקום מקצועי...מי שעובד הוא מישהו שאכפת לו”

לפיכך, מטפלים חווים את העבודה הצוותית כמקדמת את עבודתם ומשפרת אותה. יחד עם זאת, על אף חווית ההתמקצעות מתוך העבודה הצוותית, המטפלים (בסבב הראשון, 2016) מציינים מחסור בהכשרה ובכלים לטיפול קצר מועד ובפרט באוכלוסייה המיועדת. לדבריהם, ניתנו להם הדרכות אך לא הכשרות. באמצעות ההכשרות, קיוו המטפלים לקבל כלים נוספים לשימוש בעת הטיפול, דבר שבעיניהם מתבקש לאור היצירתיות הגבוהה המתבקשת בטיפול קצר מועד.

”הייתי רוצה שיהיו יותר הכשרות מסודרות... יותר טיפול קצר מועד...”

” הייתי שמחה לקבל עוד כלים כל מיני סוגים של התערבויות...CBT, מיינדפולנס כל מיני כלים שנורא מתבקשים פה”

”למשל עושים המון הדרכת הורים...וזה משהו אחר זה לא משהו שלומדים בטיפול דינמי...זה למשל נושא...שאנחנו פחות מבינים בו”

”אנחנו עובדים עם בני נוער אבל יש דברים ספציפיים לבני נוער ואנחנו לא מדברים עליהם כאן כל כך...זה גיל שבפני עצמו, יש אנשים שמתמחים בטיפול בבני נוער...חשיפה באינטרנט ופורנו...”

בראיונות משנת 2018, לעומת זאת, הביעו המטפלים שביעות רצון גבוהה מנושא ההכשרות. בניגוד לדיווח הקודם ב-2016, כיום מדווחים המטפלים על העשרה רבה בידע.

”הדספייס הוא ביי”ס מאוד משמעותי מבחינה אישית ומקצועית”

”כל הזמן עובר עוד איזה שכבה של התמקצעות”

המקום נותן לי מענה שלי כאשת מקצוע של לפתח אותי וכולי ולדייק ורק ללמוד וללמוד ולהשתפר”
מתימה זו עולה כי בכל שנות המחקר תפסו המטפלים את עבודת הצוות כמשמעותית ביותר בעבודתם. לעומת זאת, בכל הנוגע להכשרתם ולהשקעה במשאב האנושי ניכרת התפתחות שאותה חשו המטפלים לאורך שנות המחקר. דברים אלה מתחברים לתהליכים והכשרות שהמרכז הוביל בשנה האחרונה.

תימה שנייה: עמדה אמביוולנטית ביחס לטיפול קצר מועד

בסבב הראיונות הראשון עלה כי הגדרת כמות הטיפולים ל-15 והגבלתם, מאתגרת את המטפלים. בין האתגרים – לחץ זמן, יצירת קשר וקבלת מקרים מורכבים מאוד:

”בהתחלה יש הרגשה של שעון שמתקתק כל הזמן”

”מגיעים נערים במצב מאוד מאוד קשה...עד שנוצר הקשר...לקח זמן ודווקא כשמגיעים לנקודה שבה משהו מבשיל, אז לפעמים צריך לסגור הכל ולעטוף ולשלוח למקום הבא...לא תמיד לטובת המטופל”

יחד עם זאת, המטפלים ציינו כי טיפול קצר מוד ותחום בזמן עשוי לקדם פנייה לטיפול. המספר המועט של הפגישות מאפשר לתת לצעירים מעין טעימה של חווית הטיפול ובו בזמן להפחית את הלחץ של הצעירים מהתחייבות לטיפול ארוך טווח.

" יש הרבה נערים שלא היו נכנסים לטיפול בכלל אם הם לא היו יודעים שזה מוגבל בזמן כי זה משהו שמאוד מאיים עליהם הטיפול וגם זה לא מעיק עליהם... "

מעבר לכך, המטפלים ציינו כי טיפול קצר מועד מתאים דווקא לקבוצת הגיל המדוברת:

"זו אוכלוסייה שהיא בשינוי גם ככה, כל הזמן קורים תהליכים ולכן טיפול קצר שבגילאים אחרים יכולה להוות מכשול מאוד גדול, בגילאים האלה... האישיות היא נורא דינמית ואפשר לעשות הרבה ב-15 פגישות"

מרביתם ציינו כי תוצאה של טיפול כזה תהיה בעצם ההכרה ביתרונו של טיפול וביכולת של הצעיר לפנות לטיפול בעתיד:

"אנחנו מחזקים את השריר של אנשים לקבל עזרה בנושאים שכאלה"

"מטופלים חוזרים אפשר להגיד כאילו זה סימן לא טוב, אבל אני אומרת שזה סימן חיובי. הצעירים מרגישים שזה מקום טוב שעזר להם, הקשר הטיפולי הוא קשר טוב שהם רוצים לחזור אליו... "

בראיונות שהתקיימו ב-2018, העידו המטפלים על צורך בתשומת לב מערכתית נוספת לעובדה שהתקשרויות ופרידות מרובות המאפיינות טיפול קצר מועד, עלולות לגרום לשחיקה מהירה של הצוות.

"יש הרבה יותר דחיסות מבחינת קצב של היכרויות יצירת קשר ופרידה באיקס זמן של העבודה של המטפל ויש מערכת שכביכול זה לא מעניין אותה"

"האתגר הוא איך עוזרים למטפל שעובד בטיפול קצר מועד לא להישחק... אני חושבת שנעשה פה אבל לא מספיק"

" 15 מפגשים... זה אומר תחלופה. ותחלופה מאוד גבוהה יוצרת... שחיקה"

"...לא יודעת איך מטפל יכול להחזיק בתפקיד הזה 3-4 שנים ככה"

לסיכום, המטפלים מתארים עמדות אמביוולנטיות מול הסטינג הטיפולי המוגדר, 15 טיפולים. מחד גיסא הם מכירים בערך התחיימה והצורך במיקוד כמקדמים פנייה של הצעירים לטיפול ומותאמים להלך הרוח הצעיר ומאידיך מעידים על הקשיים ביצירת קשר, בפרידה מהירה ובתחלופה גבוהה של מטופלים כגורמי שחיקה שיש להתייחס אליהם כחלק מהעבודה במרכז.

תימה שלישית: צורך בהתאמת המשאבים והדרישות

המטפלים מתייחסים למערכות התייעוד, למבנה המשרד ולחדרי הטיפול ותפקידם בתמיכת הטיפולים ובפרט מציינים את האקוסטיקה כבעייתית ולעיתים מקשה על פרטיות בשיחה. להלן מספר דוגמאות מראיונות שנערכו ב-2016:

"יש כאן בעיה מאוד קשה עם מזגן באחד החדרים...זה קשה לטפל כשאתה מת מחום והמטופל מת מחום..."

"...הכורסאות גדולות מדי, שומעים, אין פה מספיק חדרים...זה לא בנוי נכון...אין פה פרטיות באמת..."

"אנחנו משובצים במבנה שהאקוסטיקה שלו מזעזעת.. לא הגיוני שמטופל יישב וישמע מטופלים אחרים. זה מאוד מפריע..."

בראיונות המאוחרים יותר, ניכר כי הבעיות שעליהן דובר ב-2016, עדיין קיימות:

"שומעים את השיחות שלנו...המרחב הזה (המשרד) הוא מרחב חשוב לנו שאנחנו מתייעצים בו"

"משהו בתנאים הפיזיים יש משהו צפוף...אין מספיק חדרי טיפול אין חדר צוות...זה לא פשוט"

מעבר לקושי בגלל המבנה הפיזי, המטפלים ציינו קושי בעבודתם שנובע מהדרישות המרכיבות את תפקידם במרכז. הם ציינו כי אמורים בזמן הנתון גם לטפל אך גם לנהל שיחות מרובות עם גורמי הטיפול השונים של הצעירים וגם כל מטפל קיבל על עצמו תחום אחריות שאותו עליו לקדם. במקביל, המערכות הממוחשבות דורשות תיעוד רב כי אינן מסונכרנות.

"חלק מהסיפור של טיפול קצר מועד זה שאתה מתעסק הרבה עם ניהול טיפול אז אם הייתה עובדת סוציאלית שעושה את החלקים האלה, זה היה מאוד עוזר לנו..."

"הם לא מבינים מה הדספייס צריכים ומה המשמעות של טיפול בו. מערכת המחשוב שנתנו לא מתאימה (נתיב) יש שלוש מערכות במקום 1, מעצבן ולא יעיל"

" אין התחשבות בזמן שזה לוקח, זה לא מגולם איכשהו בשעות עבודה שלנו..העבודה של הכתיבה והעיבוד על המקרים"

מראיונות המטפלים עולה שביעות הרצון שלהם מעבודת הצוות המתקיימת וניכרת ההתפתחות בהכשרתם והתמקצעותם לאורך שנות המחקר. יחד עם זאת, מבחינתם המשאבים שלרשותם אינם תומכים באופן מספק את צרכיהם. יתרה מזאת, ניכר כי טיפול קצר מועד הוא אתגר מבחינתם אך גם מאפשר מפגש עם אוכלוסייה שלא נחשפה לפני כן לטיפול נפשי.

ראיונות עם בעלי עניין בקהילה

במהלך שנות המחקר התקיימו ראיונות עם נותני שירות ברווחה, במחלקת החינוך, בשירות הפסיכולוגי חינוכי ועם יועצות בתי ספר. בניתוח הראיונות עלו שלוש תימות מרכזיות: תפיסת המרכז כייחודי ונדרש(, הכרה בשינוי שמתרחש לאור הטיפול וצורך ביצירת קשר רציף והרחב המענים הקיימים.

תימה ראשונה: ייחודיות השירות כמקדם פנייה

הגורמים בקהילה (בעיקר יועצות) מעידים על הדספייס כמרכז שאינו מתוויג, ולכן קל יותר להפנות לשם משפחות וליידד אותן עם הטיפול. צוות המרכז ייעודי ומנוסה, והוא מכיר ומתאים לטיפול בשכבת הגיל הזו. כמו כן, מציינים המרואיינים כי מתן הטיפול ללא עלות (מסובסד) חשוב לאוכלוסייה בעיר.

".. הטיפול הוא בחינם. היום הוא קצת בסבסוד של הקופות, אבל עדיין זה משהו מאוד קריטי בעיר.."

"יש לנו בעיר עוד גורם שאפשר להפנות לטיפול שזה עונה על צורך מאוד מאוד גדול.."

נוסף על כך, הגורמים בקהילה ובארגונים השונים רואים במרכז שירות שנותן מענה שלא היה קיים. " השיתוף פעולה הוא בזה שיש לנו בעיר עוד גורם שאפשר להפנות לטיפול... מה שהיה בעבר במערכות האלה היינו לבד במערכה ואנחנו לא מרגישים ככה יותר זה שינוי שהדספייס הביא ואני מברכת על זה"

יתרון נוסף שמודגש הוא הנוחות, הזמינות והמרחב הלא סטיגמטי שנוצר בהדספייס שמקדם את פניית המשפחות לטיפול:

"כאן יש שירות מאוד נוח של התקשרות טלפוני...היה קל יותר להביא הורים לידי התקרבות לטיפול מאשר בשיטה הישנה...זו שיטה יותר ידידותית"

"יש בני נוער ומשפחות שהאפשרות היחידה שלי לקרב אותם לטיפול הוא דרך הדספייס כי כל דבר אחר מייצג להם כותונת לבנה קשורה.."

"המטפלים צעירים יותר...הבניין המקום הבנתי שהוא יפה...זה נותן להם תחושה שמכבדים אותם...גישה פחות שמרנית...העובדה שזה מוגבל בזמן...מסייעים להם בכתיבת מכתבים לצבא שזה משהו משמעותי ממש"

יחד עם זאת, יש שצינו צורך בהגברת הזמינות, התאמה לאוכלוסייה בעיר וצמצום התורים:

" לוקח לפעמים יותר מחודש...אנחנו לא מטפלות אנחנו מתחזקות ילדים...ואנחנו זקוקות לזמינות יותר גדולה לאוכלוסייה שלא תיקח את זה לעצמה באופן אחר.."

"יש משפחות חד הוריות שאחד ההורים נמצא בארץ אחרת ומבקשים אישור הורים אין קשר עם אותו הורה....צריך להתחשב בזה ולא להתחיל לסובב את ההורים... כי אז הילד לא יקבל טיפול"

לסיכום, מדברי גורמי הקהילה שנמצאים בקשר עם הדספייס עולה כי המרכז

נותן מענה חשוב לאוכלוסייה שלא נוטה לפנות לטיפול. הטיפול בהדספייס מתואר כזמין, נגיש וידידותי לצעירים ולמשפחותיהם ובכך פותח נתיב להפנייה לגורמי הקהילה.

תימה שנייה: הטיפול כמנוף לשינוי

גורמי הקהילה, בעיקר היועצות, תיארו כי הבחינו בתוצאות הטיפול בחלק מהמקרים. התוצאות הבולטות ביותר בעיני היועצות הן תוצאות הקשורות לשיפור תפקוד הצעיר בבית הספר, מוכנות לגיוס, התנהלות חברתית וקשר עם המורים.

"הייתה לי תלמידה... עם המון לחץ... התקפי חרדה.... וממש ראיתי את התהליך שעוברת שם, עשתה העברה ממה שדיברה שם לבית הספר.... החרדות עדיין הופיעו אבל ידעה להתמודד איתן"

"אני חייבת לציין שב-95% הייתה הצלחה... תפקוד תקין, התלמידים מדווחים על הפחתה של סימפטומים. חרדה למשל"

היועצות הזכירו כי מאחר שלא כל תוצאות הטיפול נוגעות למסגרת הבית ספרית וכן לאור הקשר השוטף הרופף בינו לבין המרכז, ייתכנו מקרים שבהם צעירים סיימו טיפול מוצלח אך הן לא עדות או מעודכנות בתוצאות הטיפול. הן גם ציינו את מורכבות הבעיות כהסבר לכך שהטיפול לא תמיד בא לידי ביטוי בהתנהגות הצעיר:

" יש בעיה עם בעיות שהן מורכבות דווקא בגיל חטה"ב... מכיוון שזה קשור גם להורים וגם לילדים אני פחות רואה תוצאות יפות כאלה מצטלמות טוב, אני כן רואה התקרבות להבנה"

מכאן שהיועצות ציינו בעיקר כי מעריכות את השינוי שצעירים עוברים בהדספייס, אך לעיתים הן מרגישות שאינן יודעות מספיק מה קורה שם או שמבינות כי התכנים הבעייתיים מורכבים וכוללים היבטים תפקודיים מחוץ לכותלי בית הספר.

תימה שלישית: צורך בקשר רציף עם המרכז והרחבת השותפות

תמה מרכזית שעלתה, בעיקר בקרב היועצות, היא המחסור בעדכון שוטף מצד המרכז. היועצות מתארות מצבים שבהם הן לא יודעות מה קרה עם תלמיד שהפנו, האם הפסיק להופיע לפגישות או שמא הטיפול הסתיים. לתחושתן, חוסר העדכון פוגע בהתקדמותו של התלמיד. כמו כן, הן מאמינות כי במצבים שבהם התלמיד מפסיק להגיע לפגישות, הן יכולות לתרום ומכאן חשיבות העדכון.

"היו מקרים שלא דווח לי למשל שילד לא מגיע, זה בעיני מהותי ביותר בקשר בינינו... מה שמטריד אותי זה ילד שהפסיק בעצמו טיפול ולא מגיע וזה מאוד חבל לי כי אני צריכה לדעת."

"אני אשמח אם המטפלים בעצמם ייצרו איתנו קשר. זה לא כל כך קורה, למרות שהם מבינים את הצורך."

"יש דוגמה שפחות הצליחה אבל שם גם לא יצרו איתי קשר... שם נודע לי בעקיפין שהאבא הפסיק ללכת להדרכה..."

יועצת אחת אף הציעה להסדיר את השיחות בזמנים קבועים בטיפול:

"לפרקי זמן מראש לקבוע שיחות שתלווינה את הטיפול... התחלה אמצע וסוף שלוש נקודות בזמן שחייבים לטפל."

מעבר לחשיבות הקשר הרציף בין היועצות למטפלים, עלה רצון של גורמי קהילה להרחבת שיתוף הפעולה עם המרכז. היועצות הביעו רצון להרחיב את שיתוף הפעולה בעיקר סביב קבוצות עבור התלמידים, הנוגעות לנושאים המעסיקים אותם, בעיקר צריכת אלכוהול וסמים קלים אך גם מיניות, חרדות מבחנים, גיוס מתקרב וכדומה. דוגמה נוספת שעלתה: הרצאות עבור ההורים במסגרת חד פעמית או תוכנית הרצאות.

”יש צורך גדול מאוד בנושא של סמים... בשלוש שנים האחרונות הוא מטורף.”

”הנושא של ההורים... נושא כאוב... יודעת שהם עושים (הדרכת הורים) אבל לא יודעת כמה זה האג'נדה שלהם. פוגשת יותר ויותר הורים שלא יודעים איך להתנהל עם בני הנוער שלהם, ברמה של חוסר אונים.”

לסיכום, מהחלק האיכותני עולה שביעות רצון מפתיחת המענה הייחודי של כלל המעורבים בתוכנית הדספייס. ניכר כי המטפלים מהווים משאב מרכזי ביצירת שינוי בקרב הצעירים ובני משפחתם. כמו כן, עולה כי מודל העבודה בהדספייס מצריך הכשרה והדרכה מתמדת של הצוות, לאור הקשיים של האוכלוסייה המדוברת ולאור אופי הטיפול.

פרק 5: תיאור תהליכים וסוגיות מרכזיות בפעילות

המרכז במהלך שנות הליווי המחקרי

מרכז הדספייס סיים לאחרונה את שנתו הרביעית, ואפשר לראות כי הוא נמצא בשלבים מתקדמים של תהליכי דיוק ופיתוח. במהלך שנות המחקר התקיימו מפגשים עם אנשי הצוות והמנהל ובהם צוות המחקר עודכן בתהליכים המתרחשים, הועלו שאלות, סוגיות ומחשבות להמשך. כמו כן, התקיימו ראיונות עם אנשי מפתח בקהילה הנמצאים בקשר עם המרכז והועבר סקר לגופים שעובדים עם הדספייס. מתוך תיעוד המפגשים התקופתיים עם מנהל המרכז וצוות המנהלה והאדמיניסטרציה, תיעוד הראיונות עם בעלי העניין בקהילה והראיונות שנערכו במהלך השנים עם המטפלים, סוכמו תהליכים מרכזיים בפעילות המרכז והאופן שבו סייעו להשגת המטרות והיעדים שהוצבו. להלן עיקרי הדברים:

טיוב תהליכי ניהול ומעקב במרכז

1. ייעול תהליכי התיעוד, המעקב והבקרה על פעילות המרכז – בשנת המחקר הראשונה עלו קשיים אדמיניסטרטיביים הקשורים בתיעוד ובמעקב אחר המטופלים וכמות הטיפולים שמתקיימת במרכז. בתום שנה זו ובמקביל לכניסתו של מנהל חדש למרכז, החלו להיווצר מנגנוני מעקב שבועיים שיסייעו בכימות ובמפוי שעות העבודה של המטפלים ותנועת המטופלים במרכז. תהליך זה היה ממושך ועודנו מוטמע אך התבצע באופן מוסדר על ידי צוות ההנהלה שאליו נוספה פונקציה של פיתוח ארגוני. במקביל, הוקצו משאבים לכתיבת ספר המרכז שכולל נהלים ועקרונות פעולה. כחלק מהסדרת התהליכים הוכנה חוברת למטפלים חדשים המארגנת במידת מה את הציפיות מהמטפלים. בשנתיים האחרונות החלו להיבנות כללי תיעוד חדשים המתבססים על תוכנת נתיב ועדכון שוטף של צוות המזכירות בטיפולים או ביטולי טיפולים. נקבעו תהליכים מסודרים לניהול רשימת ההמתנה. המרכז הכניס את תהליך ההערכה לחלק מהפעילות וכיום, על אף סיום איסוף הנתונים של מחקר ההערכה, המרכז מבנה תהליכי הערכה מוסדרים ומתמשכים. תהליך יצירת כלים לתיעוד פעילויות המרכז באופן מתמשך היווה אתגר בשנותיו הראשונות שכן מרבית ההתנהלות במהלך הטיפולים נעשית ישירות מול המטפלים, מבלי שהמידע הועבר בהכרח לצוות האדמיניסטרטיבי. אתגר נוסף שעיימו התמודדו הוא הצורך בתיעוד בכמה מערכות במקביל, נושא שנבדק בשנה האחרונה לטובת חלופות אפשריות. חשוב לציין כי הקשיים ברמת התיעוד והעדכון עלו ברמה הניהולית והתפעולית אך לא הועלו בקרב מקבלי השירות בהדספייס. גורמי הקהילה ציינו כי זמן ההמתנה ארוך ופוגם ביכולת לתת את המענה כשנדרש. ניכר כי בנושא זה קיימת מודעות גבוהה בקרב כלל אנשי הצוות ואף הופעלו כלים שמטרתם הפחתת זמן ההמתנה, כמו למשל: סגירת תיקי מטופלים שלא מגיעים ועדכון שבועי בכמות המטופלים פר מטפל.

2. מעבר להעסקה ישירה של הצוות והגברת מעורבותו – החל במחצית שנת המחקר השנייה, עברו כלל המטפלים להעסקה ישירה באמצעות אנוש בהיקף חצי משרה לפחות (מלבד הפסיכיאטר). כמו כן, לכל מטפל נוסף תחום אחריות ברמה הקהילתית שאותו הוא מרכז, למשל קשר עם יועצות

בתי הספר, קבוצות, הדרכות ועוד. מהלך זה נועד גם כדי להגביר מחוייבות בקרב אנשי הצוות אך גם ובעיקר כדי להפיק את המירב מכל משרה וכחלק משיפור המודל הכלכלי. מהלך זה הוא חלק מאותם מהלכים של התייעלות שמטרתם עמידה ביעדי התוכנית והמודל האוסטרלי ברמת ההשפעה הקהילתית, תוך התחשבות בכך שלמעשה "זמן הקהילה" אינו מתוקצב כחלק מהמימון של קופות החולים.

3. מעבר למימון על ידי קופות החולים ויצירת מודל כלכלי עצמאי – לאורך כל שנות המחקר עלה הנושא של ההיתכנות הכלכלית של המרכז, הן בשיחות עם אנשי הצוות והן עם ההנהלה. בתום שנת המחקר השנייה הסתיים המימון של הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. במקביל, התקיימו דיונים ומשא ומתן עם כלל קופות החולים ועם משרד הבריאות, בנוגע למימון הטיפולים הניתנים למבוטחי הקופות במסגרת הדספייס. נכון להיום, ישנה התקשרות חוזית עם קופת חולים לאומית (מה-11/16) מאוחדת (מה-12/16) ומכבי (מה-11/17). שירותי בריאות כללית לא הביעה עניין ועדיין מסרבת לשתף פעולה. בחודש מרץ 2017, טרם חתימת ההסכם עם מכבי, הפסיק צוות המרכז לקבל צעירים מכלל הקופות והגביל את גורמי הקהילה בקבלת מבוטחי מאוחדת ולאומית בלבד. צעד זה הוביל לירידה בכמות הפונים ולעצירה בהפניות של גורמי הקהילה, כדי לא להפלות מבוטחי קופה אחת על פני אחרת. במקביל, נשמעה אכזבה משמעותית בקרב הגורמים שהפנו להדספייס שכן הוא חדל מלהיות מענה עבורם. דיווחים אלה מעידים על המקום המכובד שהמרכז תפס בעבודה השוטפת של היועצות בעיר ושל גורמים ברווחה. בספטמבר 2017 הוחלט על קבלת כלל מבוטחי הקופות כדי לאפשר את הנגישות והזמינות שאליהן התחייב המרכז בהקמתו. מראיונות שהתקיימו עם נציגי הקופות עלה המענה הייחודי שניתן על ידי הדספייס, מענה הנחוץ בקופות הן מבחינת אוכלוסיית הגיל המדוברת והן ברמת המרכז הידידותי והלא מתייג. כמו כן, צויין כי ניכר שהמרכז ממוקד בלקוחות הצעירים ומעניק שירות מהיר ויעיל. כמו כן, נציגי הקופות התרשמו כי המענה במרכז טוב ומקצועי וכי התקשורת עם צוות המרכז טובה מאד. במקביל, צויין כי מדובר בהתחלת ההתקשרות ובתקופה הקרובה גם תיבחן לעומק העבודה שנעשית ויופקו נתונים כמותיים. חשוב לציין כי ההתקשרות עם קופות החולים היא על בסיס טיפולים המתקיימים בפועל וטרם הוסדר המימון לפעילות הקהילתית של הדספייס, שברובה ממומנת על ידי אנוש (מלבד ההדרכות שמשולמות על ידי עיריית בת ים). הדבר בא לידי ביטוי, למשל, בתחומי האחריות של המטפלים שהוזכרו קודם, המהווים חלק מהגדרת התפקיד של המטפל במרכז אך כרגע אינם כלולים במימון של קופות החולים. כיום נעשים מאמצים ליצירת מודל כלכלי שיציב את הדספייס כיחידה המסוגלת לייצר רווח ולהפחית את הגרעון. חלק מהפעולות המוצעות כיום כאפיק ליצירת רווח: תמחור שעות הרצאה וקורסים לאנשי טיפול וחינוך, פתיחת מסלול התמחות במרכז שיאפשר קבלת מתמחים לעבודה, ומיקסום שעות הביטולים לצרכי תיעוד.

4. הנגשת הטיפול – כחלק מעקרונות המודל האוסטרלי הדספייס פועלת להיות נגישה וידידותית ככל האפשר עבור אוכלוסיית הצעירים. הנושא עלה בראיונות עם המטפלים, עם גורמי הקהילה המפנים ועם הצעירים ובני המשפחה עצמם. ניכר כי נעשו מאמצים ראשוניים בכל הקשור בעיצוב, במיקום ובריהוט המותאם ולאורך שנות המחקר בלטו מספר פעולות מרכזיות להנגשת הטיפול:

- (1) **קיום קשר מתמיד** עם הגורמים שבאים במגע עם צעירים והנחייה של הרצאות, ימי עיון וסדנאות הן לצוותים והן לצעירים עצמם. קשר זה מיועד להפחית סטיגמה מהפנייה לטיפול.
- (2) בעת ההתקשרות עם קופות החולים וההכרה בכך שכדי לקבל את המימון הנדרש לטיפול יידרשו תהליכים בירוקרטיים (שליחת טופס 17, סיכומי אינטייק וכולי) נעשתה חשיבה לטובת **צמצום ההליכים הבירוקרטיים** והעברתם מהצעיר ומשפחתו לאחריות המרכז. על אף הקושי האדמיניסטרטיבי הכרוך בכך, כמעט כל הטיפול בבקשה לקבלת טופסי ההתחייבות והאישורים הנדרשים נעשה כיום על ידי המרכז. הזמינות והפשטות של הפנייה צוינו גם בראיונות עם הצעירים ועם בני המשפחה.
- (3) לכל אורך שנות המחקר ננקטו צעדים מתמשכים **להפחתת זמני המתנה**. צוות המרכז שם דגש מרכזי על קבלה לאינטייק תוך פרק זמן קצר מאד, שלא יעלה על מספר שבועות בודדים, כדי לספק את המענה הראשוני בזמן המתאים. עם זאת, לאחר קיום האינטייק, בתקופות זמן שונות במהלך השנים, נרשמו זמני המתנה של למעלה מחודשיים, על אף המאמצים מצד הצוות ליעול התהליך. ניכר כי אחת הסיבות לכך היא חוסר ההופעה של צעירים לטיפולים שנקבעים, באופן שמאריך את משך הזמן עד סגירת התיק.
- (4) התאמת הנהלים לאוכלוסיית היעד. לאור הקושי בהתמדה ובהגעה לטיפול עלה צורך בקיום תזכורות למטופלים עם מועד המפגש ויידוא ההגעה. בתחילה, היתה התנגדות לקיום המהלך מסיבות קליניות הקשורות בגישות המנחות את אנשי הטיפול. עם זאת, עם הזמן וההכרה שמדובר במאפיין של השימוש בשירותים של אוכלוסיית היעד של המרכז, שונה הנוהל והחלו לעשות תזכורות.

התמקצעות ויצירת ייחודיות

1. התמקצעות, הכשרות ויצירת מודל קליני - לאורך שנות המחקר ניכר כי המרכז מגבש את זהותו המקצועית. בתחילה הזיקה למודל המבני של הדספייס המקורי הייתה קלושה ומרבית המטפלים כלל לא ידעו במה מדובר. בשנת המחקר השנייה החלו מספר פעולות רב מערכתיות שמטרתן חיבור למטרות הדספייס המקוריות, איגום הידע שנצבר ועיגונו בבסיסי ידע קיימים ותייעודם באופן מסודר שאפשר יהיה לחזור עליו. בשנת המחקר השנייה הוקם צוות אקדמי במרכז שמטרתו פיתוח המודל הקליני שאמון על ארגון וסידור גופי הידע המצטברים בעבודת המרכז, והקמה של גוף מחקרי שיוכל ללוות באופן שוטף את עבודת המרכז. במקביל, חודש הקשר המשותף של צוות המחקר וצוות המרכז עם מובילי המודל באוסטרליה, עם מרכז אוריגין בפרט ואף נערך ביקור של מנהל המרכז באוסטרליה. בשנת המחקר הראשונה עלה צורך בהכשרה והדרכה על המענה קצר המועד המאפיין את העבודה במרכז. ניכר היה כי המטפלים מגיעים ממסגרות טיפוליות שבהן היה נהוג טיפול ארוך טווח וגישות דינמיות יותר והמעבר למסגרת הזמן התחומה היה לא פשוט. מתוך כך עלה צורך בהכשרות ייעודיות שיתמקדו גם בקבוצת הגיל הייחודית וגם בטיפול קצר מועד. נושאים אלה הועלו בשנת המחקר הראשונה ובשנתיים האחרונות נבנתה והופעלה תוכנית הכשרות ממוקדת למטפלים שכללה 22 מפגשים בארבעה תחומים: הדרכת הורים מבוססת מנטליזציה, חמלה עצמית,

אובדנות וסכמה תרפיה. נוסף על כך, מטפלים הוכשרו מחוץ למרכז בכלי טיפול שונים כמו שימוש במציאות מדומה, EMDR ועוד. במהלך השנים עלתה ההכרה בצורך במענים ייחודיים שיותאמו לאוכלוסייה ולצרכיה. למשל: נוספה מטפלת משפחתית לצוות המטפלים, ומטפלת המתמחה בהפרעות קשב וריכוז (ADHD), מטפלת דוברת השפה הרוסית והוקמה קבוצה עם מטפלות ייחודית לאוכלוסיית הבנות הלומדת באולפנה. עם זאת, על אף העובדה כי במודל המקורי וגם בבת ים, אוכלוסייה גדולה מהפונים גם עובדת, אין, למשל, מענה בתחום התעסוקה והייעוץ לקריירה, נושא שמתאים מאד לקבוצת הגיל המדוברת ומאפייניה בישראל (זעירא, בנבנישתי ורפאלי, 2012).

2. פיתוח מענים ייחודיים – כחלק מתהליך ההתמקצעות נעשה תהליך של דיוק אוכלוסיית היעד של המרכז. למשל, לאור צרכים שעלו, השקיע הצוות תשומות בעבודה מול משפחות, נושא שבאוסטרליה לא מקבל מענה. כמו כן, כחלק מהניסיון לדייק את אוכלוסיית היעד של המרכז, נערכו מפגשים עם גורמים מפנים שונים ונערכו דיונים על אודות הצרכים העירוניים ועל אופי המענה של המרכז. עם זאת לאור הצורך הרב שעלה בעת פתיחת המרכז ולאור הצהרות היועצות שהדספייס הוא מקום נגיש שאליו קל יותר לפנות, לעיתים מגיעים גם מקרים קשים יותר. לעתים, הצוות מרגיש קושי לקבל צעירים עם קשיים רב מערכתיים ועם זאת מציין כי לעיתים זה המענה היחיד שהצעיר יסכים לקבל. הצוות מדגיש עדיין את הצורך בדיוק המענה קצר המועד וההבנה של מי מתאים להדספייס ומי לא.

כחלק מזיהוי הצרכים הקיימים נפתחו יחידות התמחות לאוכלוסיות ספציפיות: יחידת טורט בשיתוף עם בית החולים לילדים שניידר, קבוצת חמלה בשיתוף עם אוניברסיטת חיפה, יחידה להדרכת הורים, וכיום גם ניסיון להקמת יחידה להתמודדות עם צעירים אובדניים.

בנוסף למענים הייחודיים, שוקד הצוות על יצירת מודל קליני מגובה במחקר, שהחל ברגע שהסתיים המחקר של קרן המפעלים של הביטוח הלאומי.

חיבור עם הקהילה והפצת הידע

1. הרחבה שיטתית ודיוק של שיתופי פעולה עירוניים – ניכר כי המרכז רואה חשיבות רבה בפיתוח קשרי הקהילה ובמתן מענה והסברה לקהילה. במהלך שנות המחקר חלה עלייה משמעותית בכמות שיתופי הפעולה ובמספר הארגונים שעימם נוצר קשר. בנוסף, במהלך השנים התקיימו מספר פרויקטים כחלק ממענה קהילתי ומספרם הולך ועולה. חלק משיתופי הפעולה העירוניים כוללים הדרכה של רכזי תוכניות כמו מגדלור, תנועת הנוער קצ"ב, הדרכת רכזי ומתנדבי שנת השירות בעיר וחברות בועדות היגוי עירוניות בנושאים שונים כמו הטרדה מינית ושיתוף פעולה עם בתי ספר ועמותות בפרוייקטים כמו שגרירי הדספייס, יצירת סרט עם בית ספר מנשר ועוד. במקביל, במהלך שנות המחקר עלה צורך לחדד את מהות את הקשר עם גורמים עירוניים שונים כמו יועצות בתי הספר, השירות הפסיכולוגי החינוכי והרווחה. בהקשר זה התקיימו מפגשים רבים של נציגי הדספייס עם גורמים עירוניים שונים, לטובת הבנה להדק את שיתוף הפעולה עמם. בשנתיים האחרונות נערכו בכל תחילת שנת לימודים מפגשים עם גורמי חינוך כדי לייצר שיח שיחדד את הקוים המנחים להפניית צעירים

להדספייס שכן לדברי הצוות נראה שלעיתים לא נעשתה אבחנה בהפנייה למרכז. דוגמה נוספת למאמצים לחזק את שיתוף הפעולה ולאגם משאבים הוא ניסיון להפעלת פרוייקט החונכים דרך מחלקת הרווחה ומשאב שהם כבר מקצים לעניין אך ניסיון זה לא צלח. עם זאת אפשר לראות כי בשנת המחקר הראשונה נעשו מאמצים להגיע לקבוצת הגיל הבוגרת יותר, בעזרת קמפיין בפייסבוק ופרסום או באמצעות הופעות בתוכניות טלוויזיה, אך בהמשך פחתו המאמצים בכיוון זה. ניכר כי פנייה של צעירים מעל גיל 18 נותרה עדיין סוגייה שיש לתת עליה את הדעת, שכן כפי שעולה גם מהמחקר, הם מעידים שיש להם פחות מקורות לקבלת עזרה מאשר הגילאים הצעירים יותר.

2. יצירת אפיקים להפצת ידע בבריאות הנפש בקהילה – עם הקמת המרכז הוחלט על שיתוף פעולה עם המרכז הבינתחומי הרצליה ליצירת מערך הסברה שיונהג על ידי סטודנטים לפסיכולוגיה. יוזמה זו לא יושמה מלבד ניסיון של סטודנטית אחת ליצור מספר מצגות שעומדות לרשות המרכז. כמו כן, כחלק משיתופי הפעולה הבית ספריים ופרוייקטים אחרים (מנשר למשל) נוצרו חומרי הסברה נוספים: סרטון והרצאות שבימים אלה מתוכננת דרך הפצתם. במהלך שנות המחקר הושקעו משאבים במתן הרצאות וימי עיון לצוותי חינוך, להורים ולצעירים, לצוותים מטפלים ולגורמים עירוניים העובדים עם צעירים. כחלק מהכרה בחשיבותם של רופאי ילדים ומשפחה כסוכני שינוי והפנייה נעשה ניסיון להיפגש עימם אך בפועל התקיימו כארבעה מפגשים בלבד עם רופאי משפחה.

3. פתיחת מרכז נוסף – במהלך שנות המחקר עלו כמה אפשרויות לשיתוף פעולה. התקיימו מגעים לפתיחת מרכז נוסף בירושלים, ופונקצייה ייעודית בעירייה ממונה על הקשר עם הדספייס ופועלת להקמת החזון של המרכז בעיר. כיום מתחיל שיפוץ במקום המיועד ואף גויס צוות ופתיחת המרכז צפויה לקראת מאי 2019.

פרק 6: סיכום והשלכות יישומיות

דו"ח זה הוא סיכום של שלוש שנות מחקר הערכה על תוכנית הדספייס, שפותחה לאור המודל הלאומי האוסטרלי. עם פתיחתה ניכר כי צעירים, בני משפחה וגורמי הפנייה ראו בה משאב חשוב. הצעירים שפנו וקבלו טיפול דיווחו על שיפור ברמת מצוקתם הנפשית ובתפקודם היום-יומי, שנשמר גם לאחר סיום הטיפול. גם בני המשפחה העידו על פחות נטל משפחתי ויותר תחושת חוללות עצמית לאחר המפגש עם הדספייס. סיכום הממצאים וההשלכות מופיעים בלוח 10.

הדו"ח מציג נתונים של פעילות המרכז ממרץ 2016 ועד יוני 2018. בתקופה זו פנו למרכז למעלה מ-600 צעירים ובני משפחה ומהם כשני שלישי גם הגיעו לאינטייק. מתוכם נכנסו למחקר 291 מטופלים צעירים שכ-70% מהם התחילו טיפול ונכחו בממוצע בתשעה טיפולים. הוריהם קבלו בממוצע הדרכת הורים אחת. הפונים הם בעיקר צעירים בגילאי 12-18 המדווחים על רמת מצוקה גבוהה שלרוב אינה עומדת בדרישות הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית. כלומר, תוכנית הדספייס עמדה במטרתה לפנות לפלח זה של צעירים במצוקה ומימשה את העקרון של מודל הדספייס האוסטרלי, לפיו המרכז מכוון לפנייה של צעירים בשלב מוקדם ככל האפשר של הופעת קושי נפשי. הצעירים מדווחים על קשיים רגשיים, שאותם התקשו רובם להגדיר, אך רוב אלו שידעו להגדירו ציינו שחוו עצב או דיכאון ולאחריו חרדה. עבור כמחצית הפונים להדספייס זהו המפגש הראשון שלהם עם שירותי בריאות הנפש ומהממצאים האיכותניים של המחקר אפשר להבין כי המרכז הוא מוקד הפנייה ידידותי לצעירים ולמשפחותיהם. עם זאת, למרכז פונים הרבה יותר בני נוער מאשר בוגרים צעירים וגם המענה שניתן מוכוון יותר אליהם. כחלק מהתכנון להמשך, כדאי לבחון אפשרויות גישה לאוכלוסייה הבוגרת יותר. כמו כן, מהמחקר עולה כי האוכלוסייה שמביעה יותר מצוקה ואף מעלה את נושא האבדנות מתקבלת פחות למרכז. כדאי לשקול יצירת מעקב מוסדר על המשך הטיפול והמענה שמקבלת אוכלוסייה זו, שכן הדספייס הוא שער כניסה לאוכלוסייה זו שלעיתים לא היתה פונה למקום אחר וזקוקה לטיפול. במהלך שנות המחקר המנהלים וצוות המטפלים גיבשו מודל קליני שכן העבודה עם האוכלוסייה הספציפית בטיפול קצר מועד הצריכה שינוי עמדות וזיהוי גישות עבודה תואמות. תהליך זה עודנו מתרחש. המטפלים שהשתתפו במחקר העידו שלרוב הם עובדים בגישה דינמית אך ממצא זה שונה מאד מהמצב באוסטרליה, שם הגישות המובילות הן קוגניטיביות התנהגותיות, תמיכתיות ופסיכו-חינוכיות.

בבחינת מדדי התוצאה המרכזיים עולה כי לאורך הטיפול ניכר שינוי חיובי שמתבטא הן בהפחתת המצוקה הנפשית, הן בשיפור התפקוד הכללי והן במדד הקשיים הרגשיים התנהגותיים. יחד עם זאת, במרבית המדדים השינוי הוא קטן, אך ממצא זה דומה לממצא באוסטרליה (Hilferty et al., 2015) ואף מציג אפקט גבוה מזה הנמצא במחקרי טיפול פסיכולוגי לצעירים בעלי תמונה קלינית רב סימפטומטית (Weisz, 2017). מעניין לראות כי למעשה בכל המדדים מלבד רווחה נפשית ואיכות חיים מושג שיפור גם אחרי מפגש אינטייק בלבד. ממצא זה מאשש את התפיסה המתגבשת במודל הקליני של הדספייס כי מפגש האינטייק אינו רק אבחוני אלא, למעשה, התערבות טיפולית ראשונה. לממצא זה חשיבות רבה שכן אחוז לא קטן (30%) מהצעירים לא חוזר למרכז אחרי מפגש האינטייק. בבדיקת איכות החיים המותאמת לצעירים, שבה הם נשאלו על שביעות רצונם הכללית

מהחיים, מהיחסים המשפחתיים, מהיחסים החברתיים ומהיכולת להתמודד, לא נראה שינוי ממפגש למפגש, מלבד קבוצה קטנה שהציגה איכות חיים ירודה בהתחלה אך ניכר שיפור מהיר כבר במפגשים הראשונים. ייתכן שנתון זה קשור במורכבות של המדד "איכות חיים" והיכולת לייצר בו שינוי בתקופת זמן קצרה וכן בשונות הרבה בקשיים ובסימפטומים שמציגה האוכלוסייה הצעירה כפי שנדון במבוא. מבחינת אחוז המשתפרים בכל אחד מהמדדים, נראה כי אחוזי המשתפרים, המדרדרים ואלה שלא משתנים, דומה מאוד לשיעור המדווח באוסטרליה וכי כ-40% מהפונים השתפרו לפחות במדד אחד סימפטומטי, תפקודי או במדד איכות חיים.

במקביל, מרבית בני המשפחה מתארים כי הנטל העיקרי שאותו חשו נוגע לדאגה לעתיד ילדם לאור מצבו הנפשי. רמת הנטל המשפחתי קשורה לחומרת המצב הנפשי של הילד לפני הטיפול אך לא בסיום הטיפול. עם זאת, אין הבדל מובהק ברמת הנטל המשפחתי בסיום הטיפול לעומת טרם האינטייק. לעומת זאת, רמת החוללות ההורית עולה בין נקודות המדידה, זאת אף שכאמור ההורים הגיעו להדרכת הורים אחת בלבד, בממוצעבראיונות האיכותניים, ציינו ההורים את הצורך בהדרכות נוספות ואת האמון שנותנים בצוות. מממצאי הדו"ח אפשר לומר בזהירות כי התוצאות מעידות על תרומה מסוימת של הטיפול לצעירים ברמה הרגשית והתפקודית ותרומה גם לבני משפחותיהם.

ברמה הקהילתית, המרכז הצליח ליצור תהודה בכל המעגלים שבהם פועל, ברמה העירונית, החינוכית והייעוצית הן בשכבת בני הנוער והן בגיל המעבר לבגרות. גורמי הקהילה השונים שמוקד עבודתם הוא נוער וצעירים רואים במרכז מענה ייחודי ונדרש. עם זאת הם מציינים את היעדר רציפות הקשר בינם לבין המטפלים האישיים לאורך הטיפול וחשבות העניין כחלק מאחריותם לניהול מצבו של הצעיר. מדבריהם עלה כי לרוב הקשר מתנתק אחרי שלב ההפנייה. במקביל, בקשה זו מקבלת משנה תוקף לאור הממצאים שהעידו כי מבין מי שלא ממשיך טיפול אחוז גבוה חווים מצוקה גבוהה ואף מעלה את נושא האבדנות, כדי לוודא קבלת טיפול. ניכר כי הדספייס מהדק את קשריו עם הגורמים העירוניים ואף מתמיד בקיום מפגשים עם עמותות שונות הפועלות בזירת בני הנוער. כדאי לשקול חבירה לגורמים המצויים בעולמות התוכן של בוגרים צעירים בגילאי 18 ומעלה ואולי פתיחת מענים הממוקדים במטרות ההתפתחותיות של גילאים אלה: בחירת תחום לימודים, עבודה. כחלק מהמטרה של הפצת הידע, הושקעו תשומות במרכז בתהליך יצירת גוף ידע ממוקד בבריאות נפש של צעירים אך במהלך שנות המחקר נעשו מעט פעולות של הפצת הידע ובעיקר הוכנו חומרים. כעת מן הנדרש כי ייעשה שימוש קהילתי בידע שנאגד והובנה, כפי שכבר החלו רופאים כלליים בקופות החולים.

המרכז החל לפעול על פי עקרונות המודל כפי שמושמים באוסטרליה. חשוב לציין כי המודל האוסטרלי פועל בתנאי מדיניות ולאור מאפיינים תרבותיים שונים מאלה הנהוגים בישראל. למשל, החוק האוסטרלי מאפשר לצעירים החל בגיל 14 לגשת לטיפול ללא הסכמת הוריהם. לנושאים אלה השלכות על הפרקטיקה ועל האפשרות להטמיע את המודל באופן זהה.

המודל האוסטרלי מספק בעיקר מבנה כללי ועקרונות פעולה המכוונים למעורבות ולהנהגת צעירים, עבודה פסיכו-חינוכית, זמינות ונגישות ואיגום צרכי צעירים במקום אחד. הדספייס בת ים פעל ליצירת סביבה ידידותית ומזמינה לצעירים ולמשפחותיהם, להרחבת המודעות לבריאות הנפש

בקהילה ולהרחבת שיתופי פעולה בין גורמים שעובדים עם צעירים - שלושה עקרונות מרכזיים במודל. עם זאת, חשוב לציין כי במודל הנוכחי בבת ים יש יישום חלקי של עקרונות המודל שכן המרכז נבנה למתן מענה של טיפולים פסיכולוגיים ומעקב פסיכיאטרי בלבד ולא מציע רשת רחבה של ייעוץ תעסוקתי, טיפול בשימוש בחומרים וטיפול רפואי פיזי ומיני כפי שמצויין בעקרונות הדספייס. מעבר לכך, גם בהתחשב בכך שהמודל הישראלי יישם רק חלק מהמענה בבריאות הנפש, אפשר לראות כי גישת הטיפול המרכזית המדווחת במחקר זה היא גישה דינמית שאינה מתיישבת עם הגישות הנהוגות במרכזי המודל באוסטרליה וחשוב להבין את מקורה ואת ההצדקה לבחירתה. ייתכן שממצא זה קשור במספר גורמים: הראשון, העובדה כי המודל האוסטרלי אינו כולל פרוטוקולים טיפוליים והכוונה לגישות הנדרשות מהמטפלים ועל כן גם הצוות בהדספייס בת ים לא הודרך לגישה כזו או אחרת. השני, קשור בתהליך של שינוי העמדות של המטפלים שהורגלו לשיטות עבודה ארוכות טווח או מסורתיות יותר, והאחרון, קשור, ככל הנראה, לעצם הדיווח בשאלון המטפלים שהתבסס על פריט אחד שאותו מילאו המטפלים, שהעידו בראיונות ובמפגשים שוטפים כי התקשו לבחור בגישה אחת על פני אחרת שכן הטיפול היה אינטגרטיבי. אפשר לראות, כי הדספייס בת ים מיישם חלק מהעקרונות הכלליים של המודל האוסטרלי אך לא את כולם. מאחר שהראשון מציג רק קוים כללים ולא פרוטוקולים מוסדרים, נעשית בבת ים עבודה מאומצת לגיבוש מודל עבודה שיכלול משנה סדורה יותר של תהליכי ההתערבות המתבקשים.

לבסוף, המרכז הוקם כדי לייצר מענה חדש וייחודי לצעירים בגיל המעבר לבגרות 12-25. במהלך שנותיו הראשונות, גיבש המרכז לעצמו זהות של מודל הדספייס הישראלי וכאמור כיום מתבצע תהליך אחרון של גיבוש הקוים הקליניים והתפעוליים של מודל העבודה במרכז. במהלך שנות המחקר עבר המרכז שינוי אסטרטגי משמעותי עם המעבר לעבודה עם קופות החולים והדבר מצריך למידה נוספת של התנהלות כלכלית והתנהלות קלינית נכונה, כדי כדי לדבוק במודל תוך התייחסות לדרישות המציאות. תהליך זה היווה זרז לתהליכי התיעוד והארגון שהמרכז עובר וכן הבנה של מקורות המימון האפשריים לעבודה הקהילתית הענפה שחרת על דגלו וטרם מימשה.

חשוב לציין את הדיאלוג המפרה בין צוות התוכנית, צוות המחקר והגורמים המלווים לאורך כל שנות המחקר, שהוביל בין היתר להתמקצעות ולייעול תהליכי העבודה.

לוח 10: סיכום מסקנות תוכנית הדספייס והשלכות להמשך

| השלכות להמשך | ממצאים ומסקנות | |
|--|---|---|
| <p>הדספייס הצליח להגיע לאוכלוסייה חדשה, כדאי לבחון אפשרויות גישה לאוכלוסייה מעל גיל 21</p> <p>כדאי ליצור מעקב מסודר אחר אוכלוסייה שלא מתקבלת</p> | <p>מרביתם בני נוער (גילאי 12-18) מציגים רמת מצוקה גבוהה בפנייה. עבור כמחצית מהצעירים, היה הדספייס המפגש הראשון עם מערכות בריאות הנפש. רובם אינם עומדים בתנאי סף של אבחנה, אך מדווחים בעיקר על דיכאון וחרדה. אוכלוסייה בעלת מצוקה גבוהה ואזכור של אבדנות מתקבלת פחות למרכז</p> | <p>מאפייני הפונים</p> |
| <p>המחקר מחזק הכרה בחשיבות מפגש האינטייק כהתערבות טיפולית ראשונה. יש להמשיך ולבחון את האופן שבו משתנים הצעירים בטיפול. ייתכן ששימוש בשאלונים גם למטרה קלינית יסייע בדיוק תוצאות הטיפול.</p> <p>המחקר מראה שיפור מהימן במדדים סימפטומטיים בקרב למעלה משליש מהפונים.</p> <p>הצעירים שומרים על השיפור גם לאורך זמן (כארבעה חודשים אחרי סיום הטיפול)</p> | <p>שינוי חיובי אך קטן המתבטא בהפחתת המצוקה הנפשית, בשיפור התפקוד הכללי ובמדד הקשיים הרגשיים וההתנהגותיים. בכלל המדדים מלבד רווחה נפשית ואיכות חיים מושג שינוי גם רק אחרי אינטייק בלבד. צעירים מרגישים שחל בהם שינוי לטובה.</p> | <p>שינוי בקרב הצעירים</p> |
| <p>יש צורך בגיבוש המודל הקליני והבהרת גישות הטיפול הנדרשות לכלל הצוות</p> | <p>נתפס בעיני הצעירים וההורים כמוקד פנייה ידידותי. הורים וצעירים מדווחים על שביעות רצון. ההורים היו שמחים לעוד קשר עם אנשי הצוות. גורמי הקהילה, בכללן היועצות של בתי הספר, העידו על מקור הפנייה חשוב אך במקביל הצורך בשותפות רבה יותר סביב סיום טיפול ועדכון שוטף.</p> | <p>במרכז שביעות רצון מהשירות</p> |

מגבלות המחקר

- מחקר זה הוא מחקר שדה ולא התקיימה בו השוואה לקבוצת ביקורת או הקצאה רנדומלית. מגבלה זו משמעותית שכן לא ניתן להשוות את הציונים במדדים לציונים של אוכלוסייה מקבילה וכן אי אפשר לייחס את השינוי לטיפול בלבד. כמו כן, מאחר שהמרכז קיים כיום רק בבת ים לא ניתן להכליל את התוצאות לגבי מרכזים אחרים שייפתחו באותו המודל. חשוב לציין כי מדובר במדגם נוחות ולכן יש לנקוט זהירות בהכללת הממצאים לכלל הפונים המרכז ולכלל מחפשי העזרה הנפשית בעיר.
- החלק האיכותני מתבסס על מספר מועט יחסית של ראיונות **איכותניים** עם בני משפחה ועם צעירים, שרובם התקיימו בשנת המחקר השנייה. עלה קושי בהיענות של צעירים לקיום הראיונות על אף ניסיונות, תגמולים ושיתוף הפעולה של המטפלים בהפנייה ויידוע צוות המחקר לקראת סיומי טיפול. חשוב לציין כי רוב המשתתפים שהתראינו הופנו על ידי המטפלים וסיימו את כלל הטיפולים בסל של הדספייס, כלומר אין ייצוג הולם לכלל מסיימי הטיפול.
- **מעקב אחר מילוי שאלונים** - צוות המחקר מעביר את השאלונים באמצעות תוכנת ניטוריקס שעימה התקשרה עמותת אנוש כגוף שינהל את פלטפורמת ההערכה. לאורך שנות המחקר הוטמע השימוש במערכת לטובת מילוי שאלונים ואיסוף הנתונים. על אף המאמצים שנעשו, בחלק מועט מהמקרים התפססו מועדי מפגשים וחלק מהמידע היה חסר. מצב זה התרחש בעיקר בשאלוני המטפלים שכן הללו התקשו למלא את השאלונים במועד הנדרש ולעיתים קרובות מילאו את השאלונים בדיעבד וזמן רב לאחר ביצוע האינטייק או הטיפול הראשון.
- **הערכה ברמת הקהילה** – עד כה ההערכה של פעילות הדספייס בקהילה התמקדה בראיונות ובסקר עם יועצות בתי הספר, שמהוות את הגורם המפנה העיקרי. במהלך השנה הסתמן שיתוף פעולה חלקי למילוי הסקר בקרב גורמי קהילה אחרים. נוסף על כך, ראיונות התקיימו עם מספר גורמים מפנים נוספים אך חשוב לציין כי מדובר בגורמים המצויים בשיתוף פעולה מתמיד ונענו לבקשה. נתונים אלה מטילים בסימן שאלה את אובייקטיביות הערכת התרומה הקהילתית של המרכז.
- **נתונים של תוצאות המשפחות** – היה קושי לקבל את היענות המשפחות למילוי שאלונים וכן לעקוב אחרי המועד שבו מגיעה משפחה לטיפול ולהכין עבורה את בטריית השאלונים. על כן, יש שונות רבה בין נקודות הזמן שבהן מילאו בני המשפחה את השאלונים בפעם השנייה. חלקם מילא אחרי הדרכת הורים אחת, חלקם בסיום הטיפול של ילדם וחלקם בזמן כלשהו במהלך הטיפול.

פרופ' דיוויד רועה

ד"ר פאולה גרבר אפשטיין

ד"ר מיכל משיח אייזנברג

גבי גילי חטר ישי

רשימה ביבליוגרפית

אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע., וסמואל, ה. (2017). שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים- סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים

גרוס, ר., באום, נ. ועובד אור, מ. (2009). גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית באוכלוסייה הכללית בישראל. *ביטחון סוציאלי*, 79, 110-115

גרוס, ר., ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב., ניראל, נ., וייצברג, ר. (2009). מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות לבריאות הנפש לקופות-החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים. *מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל*.

זעירא, ע., בנבנישתי, ר., רפאלי, ת. (2012) צעירי פגיעים בתהליכי מעבר לבגרות- צרכים, שירותים ומדיניות. דו"ח מחקר מסכם, קרן גנדיר.

לבל, ש. (2008). *מדיניות צעירים בישראל*. דו"ח מדיניות- קרן גנדיר.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2012). ילדים ובני נוער עם הפרעות נפשיות: זכויות ושירותים במערכות הבריאות הרווחה והחינוך. כתבה אתי וייסבלאי.

קטן, י. (2009). *צעירים בישראל – בעיות, צרכים ושירותים – תמונת מצב ומבט לעתיד*. משרד הרווחה, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, ירושלים

ראובן, י. ותורגימן, ח. (2015). טיפול בצעירים בסיכון ובמצוקה בקהילה. תכנון ומדיניות רווחה, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

Arnett, J. J. (2004). A longer road to adulthood. In: J. J. Arnett (Ed.). *Emerging adulthood: The winding road from late teens through the twenties* (pp. 3-25).

Andrews, G. & Slade, T. (2001) Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10). *Australian and New Zealand journal of public health*, 25, 6, 494-497

Bassilios, B., Telford, N., Rickwood, D., Spittal, M. J., & Pirkis, J. (2017). Complementary primary mental health programs for young people in Australia: Access to Allied Psychological Services (ATAPS) and headspace. *International journal of mental health systems*, 11(1), 19.

De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry P (2011). Age of onset of mental disorder and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 21, 47–57.

- Farbstein, .I, Mansbach-Kleinfeld, I., Levinson, D. et al. (2010) Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 51, 630-9.
- Falkenström F.(2010) Does psychotherapy for young adults in routine practice show similar results as therapy in randomized clinical trials? *Psychotherapy Research*; 20: 181-192.
- Gilat, Y., Ezer, H., & Sagi, R. (2011). Adolescents' help seeking: Attitudes toward turning to online and traditional sources. *Megamot (Trends)*, 47, 405–414
- Glaser, B., Strauss, A., (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine Publishing Company, Hawthorne, NY.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E. & Lave, T.R. (1992) Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry* 149 :1148–1156
- Gulliver,A., Griffiths, K.M. & Christensen, H (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113
- Howe ,D, Batchelor, s., Coates' D. & Cashman, E. (2014). Nine key principles to guide youth mental health: development of service models in New South Wales. *Early Intervention In Psychiatry*, 8, 190-197.
- Iyer, S.N. Boksa, S. Lal, J. Shah, G. Marandola, G. Jordan, M. Doyle, R. Joober and A. K. Malla (2015). Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine* , 32 , 51 – 60
- Jackson, D. S., Keir, S. S., Sender, M., & Mueller, C. W. (2017). Reliable change and outcome trajectories across levels of care in a mental health system for youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(1), 141-154.
- Kessler, R.D., Berglund, P., Demler, O., Jin, R .& Walters, E.E.(2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatry*; 62: 593–602.
- Kaim, Z., & Romi, S. (2015). Help seeking in accordance with the Threat to Self-esteem Model: Comparing adolescents at risk with normative adolescents. *Megamot* (in press)

- Lloyd, S., Dixon, M., Hodges, C.A., Sanci, L.A., & Bond, L.(2004) Attitudes towards and pathways to and from the Young People's Health Service Mental Health Services. *Beyond Blue Research Report*. Melbourne: Beyond Blue
- Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Levinson, D., et al.(2010) "The Israel Survey of Mental Health Among, Adolescents: Aims and Methods", *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 4
- Mansbach-Kleinfeld I, Apter A, Farbstein I, Levin SA, Ponizovsky AM (2010a) A population-based psychometric validation study of the Strengths and Difficulties Questionnaire – Hebrew version. *Frontiers in Psychiatry* 151: 1-12.
- Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Levinson, D., et al. (2010b), "Service Use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel Survey on Mental Health Among Adolescents", *Psychiatric Services*, 61
- McGorry P.D., Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ & Hickie IB (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform. *Lancet Psychiatry* , **1**:559-568
- McGorry P.D, Bates T, Birchwood M.(2013) Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* , **202** (s54): s30–5.
- McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR: Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Can J Psychiatry* 2010, 55:486–497
- McGorry P.D., Tanti C, Stokes R, Hickie IB, Carnell K, Littlefield LK, et al.(2007) Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Medical Journal of Australia*; 187 (suppl 7): 68–70
- McGorry, P.D.(2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia* , 187,7
- McGorry P.D. (1996) The Centre for Young People's Mental Health: blending epidemiology and developmental psychiatry. *Australias Psychiatry* ;4: 243-247.
- Muir, K., Powell, A., Patulny, R., Flaxman, S., McDermott, S., Oprea, I., et al. (2009) Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health. *Social Policy Research Centre*, University of New South Wales.

- Moses, T. (2011). Adolescents' commitment to continuing psychotropic medication: a preliminary investigation of considerations, contradictions, and correlates. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 93-117.
- Nelson, P. L., Warren, J. S., Gleave, R. L., & Burlingame, G. M. (2013). Youth psychotherapy change trajectories and early warning system accuracy in a managed care setting. *Journal of Clinical Psychology*, 69(9), 880-895.
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., McGorry, P.(2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*;369 (9569): 1302–13.
- Patton, G, Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Service responses for youth onset mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 319-324
- Poon, L.Y, Tay, E., Ping Lee, Y., Lee, H & a Verma, S.(2014). Making in-roads across the youth mental health landscape in Singapore: the Community Health Assessment Team (CHAT). *Early Intervention in Psychiatry*, 12, 1-7
- Reinhard, S., Gubman, G., Horwitz, A., & Mintz, S. (1994). Burden assessment scale for families of the mentally ill. *Evaluation and Program Planning, forthcoming*.
- Rickwood, D.J., Deane, F.P., & Wilson, C.(2007) When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187, (7), p. S35–39.
- Rickwood, D.J., Telford N, Parker A, Tanti C, McGorry P.D. (2014) headspace—Australia's innovation in youth mental health: who's coming and why do they present? *Medical Journal of Australia* , 200,108-11
- Rickwood, D.J., Mazzer, K., Telford N.R., Parker, A., Tanti C. & McGorry, P.D.(2015).Changes in psychological Distress and psychosocial functioning in young people accessing headspace centers for mental health problems. *Medical Journal of Australia* , 202,(10), 537-543
- Rickwood, D.J., Telford, N.R., Mazzer, K., et al. (2015) The services provided to young people by *headspace* centres in Australia. *Medical Journal of Australia*, 202: 533-536.
- Rickwood, D.J., van Dyke, N., Telford, N.R.(2015). Innovation in youth mental health services in Australia: common characteristics across the first headspace centres. *Early Intervention Psychiatry*, 9: 29- 37.

- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Seginer, R. (2009). *Future orientation: developmental and ecological perspectives*. New York : Springer.
- Silk, J. (2005) *Getting it right! Models of better practice in youth health*. Sydney: New South Wales Association for Adolescent Health.
- Steinberg, L., Graham, S., O'Brien, L., Woolard, J., Cauffman, E., & Banich, M. (2009). Age differences in future orientation and delay discounting. *Child development*, 80(1), 28-44.
- Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A.(2007) Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369: p. 1565-1573.
- Tishby, O., Turel, M., Gumpel, O., Pinus, U., Ben-Lavy, S., Winokour, M., et al. (2001). Helpseeking attitudes among Israeli adolescents. *Adolescence*, 36(142), 249–264.
- Vanheusden K, Mulder, C.L., Van der Ende,J., Van Lenthe, F.J., Mackenbach, J.P., Verhulst, F.C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education and Counseling*, 73, (1), 97-104
- Valfort, M. (2017), "LGBTI in OECD Countries: A Review", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 198, OECD Publishing, Paris
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., . . . Chu, B. C. (2017). *What Five Decades of Research Tells Us about the Effects of Youth Psychological Therapy: A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice.*,

נספחים

נספח 1: שאלון דמוגרפי צעירים HSPROFILE

| _____Birthd | | שנת לידה: _____ | | |
|---------------|------------------------|-----------------|---|---|
| Familystatus_ | רווק/ה | 1 | ענה בנוגע להגדרת מצבך המשפחתי | סטטוס משפחתי |
| | נשוי/אה | | | |
| | פרוד/גרוש | | | |
| | אלמן/ה | | | |
| Gender_ | נקבה | 1 | בחרי את מינך : במקרה שאף תשובה אינה נכונה עבורך, בחרי "אחר" ותארי בקצרה את מינך. | 0 איך את/ה מגדיר/ה את מינך? |
| | זכר | 2 | | |
| | טראנסגינדר | 3 | | |
| | אינטרסקס | 4 | | |
| | אחר (אנא פרטי) | 5 | | |
| Sexpref_ | נמשך לבנות / בניים | 1 | בחרי את התשובה המתארת את העדפתך המינית. במקרה שאף תשובה אינה נכונה עבורך, בחרי "אחר" ופרט או סמני "מעדיף/ה לא להענות". | 1 מה מבין הבאים הוא התיאור הקרוב ביותר להעדפתך המינית? |
| | לסבית/ הומוסקסואל | 2 | | |
| | דו מינית | 4 | | |
| | לא בטוח/ה | 5 | | |
| | הגדרה אחרת (אנא פרטי): | 6 | | |
| | מעדיף/ה לא לענות | 7 | | |
| Relig_ | יהודיה | 1 | | |
| | מוסלמית | 2 | | |
| | נוצרית | 3 | | |
| | דרוזית | 4 | | |
| | אחר (אנא פרטי) | 5 | | |
| Birthcoun_ | ישראל | 1 | אנא סמני את ארץ הולדתך. | 3 מהי ארץ |

| | | | | |
|-------------|-------------------------------|----|--|---|
| | רוסיה (או ברית המועצות לשעבר) | 2 | אם ארץ הולדתך אינה מופיעה ברשימה, אנא בחר/י "אחר" והזין/י את ארץ הולדתך. | הולדתך? |
| | אתיופיה | 3 | | |
| | צרפת | 4 | | |
| | דרום אפריקה | 5 | | |
| | אנגליה | 6 | | |
| | ארצות הברית | 7 | | |
| | אחר (אנא פרט/י): | 8 | | |
| Language___ | לא | 1 | | |
| | ערבית | 2 | | |
| | רוסית | 3 | | |
| | צרפתית | 4 | | |
| | אנגלית | 5 | | |
| | אמהרית | 6 | | |
| | אחר (אנא פרט/י): | 7 | | |
| ___EDU | כיתה ה' ומטה | 1 | ציין/י מהי רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהשלמת. אם בזמן זה את/ה עדיין לומד/ת, ציין/י את רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהשלמת במלואה, ולא את לימודיך/לימודיך הנוכחים. במקרה שרמת השכלה זו אינה מופיעה ברשימה, בחר/י "אחר" והזין/י תיאור קצר. | 5 מהי הכיתה האחרונה שסיימת? לא הכיתה שלך עכשיו אלא האחרונה שסיימת |
| | כיתה ו' | 2 | | |
| | כיתה ז' | 3 | | |
| | כיתה ח' | 4 | | |
| | כיתה ט' | 5 | | |
| | כיתה י' | 6 | | |
| | כיתה י"א | 7 | | |
| | כיתה י"ב | 8 | | |
| | לימודי תעודה | 9 | | |
| | לימודי מכינה | 10 | | |
| | תואר ראשון | 11 | | |

| | | | | | |
|-------------|----|------------------------------|---|---|--|
| | 12 | תואר שני | | | |
| | 13 | דוקטורט | | | |
| | 14 | אחר (אנא פרט/י): | | | |
| Budget__ | 1 | לא | בחרי את התשובה המתארת באופן הטוב ביותר האם את/ה מקבל/ת קצבה כלשהי כרגע ואם כן, איזו. | 6 | האם את/ה מסתמך/ת על מקור הכנסה שאיננו משכורת? |
| | 2 | דמי אבטלה | | | |
| | 3 | דמי מזונות | | | |
| | 4 | קצבת נכות | | | |
| | 5 | מלגת לימודים | | | |
| | 6 | אחר | | | |
| Originfaml_ | 1 | הורי נשואים | אנא התייחס למשפחה בה גדלת (משפחת המוצא) | 7 | מהו מצב משפחתך? אנא התייחס למשפחה בה גדלת |
| | 2 | הורי פרודים/ גרושים | | | |
| | 3 | משפחה חד הורית | | | |
| | 4 | אחר (אנא פרט/י) | | | |
| CURREDU__ | 1 | לא | ציין/י אם את/ה כרגע לומד/ת בבית ספר או במוסד לימודי כלשהו. אם ענית "כן", סמן/י את רמת השכלתך. במקרה ורמת השכלתך אינה מופיעה ברשימה, בחר/י "אחר" והזן/י תיאור קצר. | 8 | האם את/ה כרגע לומד/ת בבית ספר או במוסד לימודי כלשהו? |
| | 2 | כן- חטיבת ביניים | | | |
| | 3 | כן- תיכון | | | |
| | 4 | כן- לימודי תעודה/ מכינה | | | |
| | 5 | כן- לימודים לקראת תואר ראשון | | | |
| | 6 | כן- לימודים לקראת תואר שני | | | |
| | 7 | אחר (אנא פרט/י): | | | |
| | 1 | | | | |
| | 2 | עובד/ת במשרה מלאה | | | |
| | 3 | עובד/ת במשרה חלקית | | | |
| | 4 | עובד/ת במשרה זמנית | | | |

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|----|--|-----------------------|
| | 1 | לא עובד ולא מחפש עבודה | | | 9 | האם אתה מועסק/ת כרגע? |
| | 2 | מחפש עבודה | | | | |
| | 3 | עובד/ת במשרה חלקית | | | | |
| | 4 | עובד במשרה מלאה | | | | |
| Home__ | 1 | יש לי איפה לגור, כך שאין לי בעיה בתחום זה | סמך/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את מצב המגורים הנוכחי שלך. | 10 | כיצד תתאר/י את מצב המגורים הנוכחי שלך? | |
| | 2 | יש לי איפה לגור אך המצב בעייתי (לדוגמה, לא בטוח/ה לכמה זמן, מתקשה בתשלום שכר הדירה, עימותים עם דיירים וכדומה) | | | | |
| | 3 | אני בסיכון להפוך לחסר/ת בית בקרוב (לדוגמה: כרגע לך/ה באופן זמני בין בתים מארחים, בדיור מוגן) | | | | |
| | 4 | אני חסר/ת בית | | | | |
| Army__ | 1 | כן, כרגע בשירות | מידע זה יישאר חסוי, יעשה בו שימוש למטרות מחקר בלבד. | 11 | האם את/ה כרגע משרת/ת בצה"ל? | |
| | 2 | עוד לא הגעתי לגיל שירות צבאי | | | | |
| | 3 | מעולם לא שירת/י בצה"ל ושחררתי מכלל שירות | | | | |
| | 4 | אני עושה שירות לאומי | | | | |
| | 5 | שירתי שירות חלקי ושחררתי | | | | |
| | 6 | שירתי שירות מלא ושחררתי | | | | |
| Prevtherap__ | 1 | אני כרגע נמצא/ת בטיפול נפשי | סמך/י האם היית, או נמצא/ת כרגע, בטיפול נפשי. בזאת יש לכלול יועץ/ת בית ספרי/ת, | 12 | האם נפגשת בעבר עם מטפל | |
| | 2 | הייתי בטיפול בחודש | | | | |

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|---|----|
| | האחרון | | פסיכולוג/ית, פסיכיאטר/ית, עובד/ת סוציאלית, פסיכולוג/ית תעסוקתית/ת. | מהתחום הנפשי כדי לקבל עזרה עם בעיה אישית או רגשית? | |
| | הייתי בטיפול בשנה האחרונה | 3 | | | |
| | הייתי בטיפול לפני למעלה משנה | 4 | | | |
| | לא הייתי בטיפול | 5 | | | |
| | ישראל | 1 | | | |
| | רוסיה (ברית המועצות לשעבר) | 2 | | | |
| | צפון אפריקה (מצרים, מרוקו) | 3 | | | |
| | אתיופיה | 4 | | | |
| | אירופה | 5 | | | |
| | ארה"ב קנדה | 6 | | | |
| | אמריקה הלטינית | 7 | | | |
| | אחר, פרט | 8 | | | |
| | לא יודע/ לא רלוונטי | 9 | | | |
| | ישראל | 1 | | | |
| | רוסיה (ברית המועצות לשעבר) | 2 | | | |
| | צפון אפריקה (מצרים, מרוקו) | 3 | | | |
| | אתיופיה | 4 | | | |
| | אירופה | 5 | | | |
| | ארה"ב קנדה | 6 | | | |
| | אמריקה הלטינית | 7 | | | |
| | אחר, פרט | 8 | | | |
| | לא יודע/ לא רלוונטי | 9 | | | |
| | כן | 1 | | | |
| | | | | מה ארץ הלידה של אימך? | 14 |
| | | | | מה ארץ הלידה של אביך? | 15 |
| | | | | בחודש | 16 |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|----|
| | לא | 2 | | האחרון , האם שתית משקה אלכוהולי? | |
| | 4 פעמים או יותר | 1 | | בחודש האחרון, כמה פעמים שתית 5 מנות או יותר של משקה אלכוהולי תוך מספר שעות? | 17 |
| | 3 פעמים | 2 | | | |
| | פעמיים | 3 | | | |
| | פעם אחת | 4 | | | |
| | לא שתיתי 5 משקאות אלכוהוליים או יותר תוך מספר שעות בחודש האחרון | 5 | | | |
| | מעולם לא שתיתי 5 משקאות אלכוהוליים או יותר תוך מספר שעות | 6 | | | |
| | כן | 1 | | האם התנסית בשימוש במריחואנה (גראס)? | 18 |
| | לא | 2 | | | |
| | מספר פעמים ביום | 1 | | בחודש האחרון באיזו תדירות השתמשת במריחואנה? | 19 |
| | פעם ביום | 2 | | | |
| | פעם-פעמיים בשבוע | 3 | | | |
| | פעם פעמיים בשבועיים | 4 | | | |
| | פעם בחודש | 5 | | | |
| | לא השתמשתי בכלל | 6 | | | |

נספח 2: שאלון אפיון השירות

| | | | | |
|---|-----|--|--|---|
| אינני יודע | 1 | <p>בחר/י את התשובה המתארת את פרק הזמן שעבר מאז נקבעה פגישה זו, על ידך או על ידי מישהו אחר, ועד לקיומה.</p> <p>אם אינך יודע/ת או אינך זוכר/ת, בחר/י "אינני יודע/ת".</p> | <p>כמה זמן חיכית לפגישה זו? (מהרגע שאתה או מישהו מטעמך תיאמתם אותה)</p> | 1 |
| 6-3 ימים | 2 | | | |
| 2-1 שבועות | 3 | | | |
| 4-3 שבועות | 4 | | | |
| 5-6 שבועות | 5 | | | |
| 7-8 שבועות | 6 | | | |
| למעלה מחודשיים | 7 | | | |
| כן | 1 | <p>ענה/י "כן" אם מועד הפגישה תואם את צרכיך/צרכיך.</p> <p>ענה/י "לא" אם לא הצלחת לקבוע פגישה כשרצית או במקרה שהמועד האפשרי פגע בלימודים, עבודה או במחויבות אחרות.</p> | <p>האם הצלחת לקבוע פגישה למועד שרצית?</p> | 2 |
| לא | 2 | | | |
| לא יודע, אני לא קבעתי | 3 | | | |
| קשיים רגשיים : מהו הקושי הרגשי העיקרי? | 1 | <p>בשאלה זו, בחר/י את הסיבה העיקרית שהביאה אותך ל headspace היום. במקרה שיש יותר מסיבה אחת, הזן/י כאן את הסיבה העיקרית, או זו שמעסיקה אותך ביותר. בשאלה הבאה תוכל/י להזין סיבה נוספת שהביאה אותך ל headspace היום.</p> <p>במקרה שאף תשובה אינה נכונה עבורך, בחר/י "אחר" והזן/י את הסיבה.</p> | <p>מהי הסיבה העיקרית שהביאה אותך ל headspace היום? (בחר/י תשובה אחת)</p> | 3 |
| אני עצובה או מדוכא/ת | 1.1 | | | |
| אני חרדתי/ת | 1.2 | | | |
| אני לחוץ/ה | 1.3 | | | |
| אני כועסת | 1.4 | | | |
| אני מוטרד/ת בקשר לאוכל, משקל ותדמית גוף | 1.5 | | | |
| יש לי מחשבות שמטרידות אותי | 1.6 | | | |
| אני מוטרד/ת בנוגע למיניות שלי וסוגיות של מגדר | 1.7 | | | |
| קשיים אחרים עם איך שאני מרגישה | 1.8 | | | |

| | | | | |
|---|-----|--|--|--|
| קשיים במערכות יחסים: מהי מערכת היחסים הבעייתית? | 2 | | | |
| קשיים במשפחה | 2.1 | | | |
| קשיים עם חברים | 2.2 | | | |
| קשיים עם בן/בת הזוג שלי | 2.3 | | | |
| קשיים הנובעים מבריונות | 2.4 | | | |
| קשיים הנובעים מבריונות ברשתות | 2.5 | | | |
| קשיים אחרים הקשורים למערכות יחסים | 2.6 | | | |
| קשיים בעבודה או בבית הספר : | 3 | | | |
| קשיים הקשורים לבידוד חברתי | 3.1 | | | |
| קשיים הנובעים מבריונות | 3.2 | | | |
| קשיים הנובעים מבריונות ברשתות החברתיות | 3.3 | | | |
| קשיים הקשורים לחרדה ודאגה | 3.4 | | | |
| קשיים הקשורים בחרדת בחינות ועומס לימודים | 3.5 | | | |
| קשיים הקשורים בעומס בעבודה | 3.6 | | | |
| קשיים אחרים הקשורים לבית הספר או לעבודה | 3.7 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| קשיים הקשורים בצריכת סמים ו/או אלכוהול | 4 | | |
| קשיים הקשורים לבעיות גופניות | 5 | | |
| קשיים במצב המגורים הנוכחי | 6 | | |
| סיוע תעסוקתי - עזרה במציאת עבודה או לימודים | 7 | | |
| הכריחו אותי לבוא לפה | 8 | | |
| אחר (אנא פרטי): | 9 | | |
| לא רלוונטי - אין סיבה נוספת | 1 | <p>בשאלה הקודמת בחרת את הסיבה העיקרית שהביאה אותך ל headspace היום. אם יש סיבה נוספת, יש לסמנה כאן.</p> <p>אם אין סיבה נוספת, בחר/י לא רלוונטי – אין סיבה נוספת.</p> | <p>האם ישנה סיבה נוספת שהביאה אותך ל headspace היום? (בחר/י תשובה אחת)</p> |
| קשיים רגשיים: | 2 | | |
| קשיים במערכות יחסים: | 3 | | |
| קשיים בעבודה או בבית הספר: | 4 | | |
| קשיים הקשורים לצריכת סמים ו/או אלכוהול | 5 | | |
| קשיים הקשורים לבעיות גופניות | 6 | | |
| תמיכה תעסוקתית - מציאת עבודה או לימודים | 7 | | |
| אחר (אנא פרטי): | 8 | | |

נספח 3 : שאלון מקור הפנייה

| | | | | |
|----|---|--|---|---|
| 1 | מנוע חיפוש (לדוגמה, גוגל) | | | |
| 2 | קישור באתר אחר | | | |
| 3 | רשתות חברתיות (פייסבוק, יוטיוב) | | | |
| 4. | פורום או צ'אט | | | |
| .5 | באתר של headspace | | | |
| 6 | פרסומת או מדיה אחרת בטלוויזיה | | | |
| 7 | פרסומת או מדיה אחרת ברדיו | | | |
| 8 | פרסומת או מדיה אחרת בעיתון | | | |
| 9 | פרסומת או מדיה אחרת בקולנוע | | | |
| 10 | פרסום בבית הספר, באוניברסיטה | | | |
| 11 | פרסומת חוץ | | | |
| 12 | שמעתי על headspace מחברה | | | |
| 13 | שמעתי על headspace מבן/בת משפחה | | | |
| 14 | שמעתי על headspace מבן/בת זוג | | | |
| 15 | שמעתי על headspace מבית הספר, אוניברסיטה, מורה, יועץ/ת | | | |
| 16 | שמעתי על headspace מנותני שירות בקהילה | | | |
| 17 | שמעתי על headspace מקופת חולים, רופא/ה, פסיכולוג/ית | | | |
| 18 | שמעתי על headspace מצוות headspace (ביקור בבי"ס, באוניברסיטה, אירוע בקהילה) | | | |
| 19 | אחר (אנא פרט/י): | | | |
| 1 | אני – זה היה בעיקר רעיון שלי | סמך/י מי הכי השפיע עליך/עלייך להגיע ל headspace - האם היה זה רעיון שלך, של חברה/ה של בן/בת משפחה או איש/אשת טיפול שהשפיע/ה עליך/עלייך ביותר? | מי הכי השפיע עליך/עלייך להגיע ל headspace היום? | 2 |
| | | אם אף תשובה אינה נכונה עבורך, סמך/י "אחר" ותארי בקצרה מי השפיע עליך/עלייך ביותר בהחלטה להגיע ל headspace היום. | | |

| | | | | |
|---|----|--|--|--|
| חברה בן/בת גילי | 2 | | | |
| בן/בת משפחה | 3 | | | |
| בן/בת זוג | 4 | | | |
| חברה מבוגר/ת ממני | 5 | | | |
| מטפל בתחום הבריאות (רופא/פסיכולוג) | 6 | | | |
| יועצ/ת בית הספר | 7 | | | |
| עובד סוציאלי במחלקת רווחה | 8 | | | |
| נציגי headspace שביקרו במוסד הלימודים שלי | 9 | | | |
| מורה בבית הספר | 10 | | | |
| יועץ רוחני (למשל רב) | 11 | | | |
| אחר (אנא פרט/י): | 12 | | | |

נספח 4: שאלון K10 מצוקה נפשית

| | | |
|--|---|---|
| <p>סולם התגובות: בכלל לא לעיתים נדירות לעיתים לעיתים קרובות כל הזמן</p> | <p>בהשלמת עשר השאלות הבאות, חשוב/י על איך הרגשת בשלושים הימים האחרונים. בכל אחת בחר/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את התדירות בה חשת ככה בין 'בכלל לא' עד 'ליכל הזמן'.</p> <p>אל תחשוב/י יותר מדי על התשובה, נסה /י לבחור את המחשבה הראשונה שעולה בראשך. חשוב/י כיצד הרגשת בשלושים הימים האחרונים</p> <p>אם ענית על שאלות אלה לאחרונה, אל תדאגי מתשובותיך/תשובותייך האחרונות, ופשוט חשוב/י כיצד הרגשת בשלושים הימים האחרונים עד היום.</p> | <p>1</p> <p>המשפטים הבאים שואלים על ההרגשה הכללית שלך בחודש האחרון. בכל שאלה סמן את המספר המתאר בצורה הטובה ביותר כמה זמן הרגשת את ההרגשה הזו.</p> <p>בחודש האחרון כמה זמן הרגשת עייף/ה מאד בלי סיבה ממשית?</p> |
| | | <p>2</p> <p>בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת עצבני/ת כל כך ששום לא דבר לא יכול היה להרגיע אותך?</p> |
| | | <p>3</p> <p>בחודש האחרון כמה זמן הרגשת חסר תקווה?</p> |
| | | <p>4</p> <p>בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת חסר/ת מנוחה וחסר/ת שקט?</p> |
| | | <p>5</p> <p>בחודש האחרון כמה זמן הרגשת חסר/ת מנוחה כל כך שלא יכולת לשבת במקום אחד?</p> |
| | | <p>6</p> <p>בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת מדוכא/ת?</p> |
| | | <p>7</p> <p>בחודש האחרון כמה זמן הרגשת מדוכא שכל דבר מחייב מאמץ ?</p> |

| | | | | |
|--|---|---|----|--|
| | | | 8 | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת כל כך מדוכא ששום דבר לא יכול היה לשמח אותך? |
| | | | 9 | בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת חסר/ת ערך? |
| | | | 10 | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת עצבני? |
| אפס – הייתי מסוגלת בכל יום | 1 | בחר/י את מספר הימים בהם הרגשת כי אינך יכול/ה לתפקד באופן מלא בפעילויותיך/פעילויותיך הרגילות בבית הספר, בעבודה, בלימודים, או בכל פעילות שגרתית אחרת. במקרה ותפקודך לא נפגע ואינך מרגישה ששאלה זו רלוונטית אליך/אלייך, בחר/י "אפס- הייתי מסוגלת בכל יום". | 11 | מה מספר הימים במהלך השבועיים האחרונים בהם לא היית מסוגלת לבצע את רוב הפעילויות היומיומיות שלך (בבית הספר, בעבודה או בבית)? |
| 3-1 ימים | 2 | | | |
| 6-4 ימים | 3 | | | |
| 9-7 ימים | 4 | | | |
| ברוב או בכל הימים – לא הייתי מסוגלת לבצע את הפעילויות היומיומיות שלי בשבועיים האחרונים | 5 | | | |
| לעולם לא | 1 | | 12 | בחודש האחרון, באיזו תדירות בעיות גופניות היו הסיבה העיקרית לרגשות שציינת? |
| לעיתים רחוקות | 2 | | | |
| לפעמים | 3 | | | |
| רוב הזמן | 4 | | | |
| תמיד | 5 | | | |
| לעולם לא | 1 | | 13 | האם אתה מרגיש שיש לך למי לפנות כשאתה זקוק לעזרה? |
| לעיתים רחוקות | 2 | | | |
| לפעמים | 3 | | | |
| רוב הזמן | 4 | | | |
| תמיד | 5 | | | |

נספח 5 : שאלון SOFAS

| | | |
|--|-----------------------------------|---|
| <p>יש להקליד ציון על סולם של מ-1 עד 100 כמפורט להלן :</p> <p>91-100 : תפקוד מעולה בקשת רחבה של פעילויות ;</p> <p>81-90 : תפקוד טוב בכל התחומים, תפקוד תעסוקתי וחברתי יעיל</p> <p>71-80 : הפרעה קלה בלבד בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי ;</p> <p>61-70 : קושי כלשהו בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי ;</p> <p>51-60 : קושי בינוני בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי ;</p> <p>41-50 : הפרעה רצינית בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי ;</p> <p>31-40 : הפרעה נרחבת בכמה תחומים, למשל בעבודה או בבית הספר, ביחסים משפחתיים ;</p> <p>21-30 : חוסר יכולת לתפקד כמעט בכל התחומים ;</p> <p>11-20 : לעתים אינו שומר על היגיינה אישית מינימאלית ;</p> <p>1-10 : חוסר יכולת קבוע לשמור על היגיינה אישית מינימאלית ;</p> <p>0 : מידע לא מתאים.</p> <p>למידע נוסף :</p> | <p>יש להקליד ציון בין 0 ל-100</p> | <p>סולם SOFAS תפקוד חברתי ותעסוקתי</p> |
|--|-----------------------------------|---|

נספח 6 : שאלון HSLT - My Life Tracker

| | | |
|------------------------------------|---|---|
| <p>סולם התגובות: 1-100</p> | <p>בהשלמת השאלות הבאות, חשוב/י על איך הרגשת בשבוע האחרון (או מאז פגישתך האחרונה במרכז). בכל אחת מהשאלות הניחו את הסמן על הקו במיקום שמתאר את תחושותיך/תחושותייך.</p> | <p>השאלות הבאות מתייחסות לאיך שהרגשת בשבוע האחרון (או מאז פגישתך האחרונה במרכז). איך אתה מרגיש באופן כללי? (רגשית, גופנית, רוחנית)</p> |
| | | <p>איך אתה מרגיש לגבי פעילות היום-יום שלך (לימודים, עבודה, פנאי, טיפול עצמי)</p> |
| | | <p>איך אתה מרגיש לגבי מערכות יחסים עם חבריך/חבריך</p> |
| | | <p>איך אתה מרגיש לגבי מערכות יחסים עם משפחתך</p> |
| | | <p>איך אתה מתמודד? (עם החיים, משתמש בעוצמות שלך)</p> |

נספח 7: שאלון רווחה נפשית

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>בכלל לא לעתים נדירות לעתים לעתים קרובות כל הזמן</p> | <p>בכדי לענות על שלוש השאלות הבאות, חשוב/י כיצד הרגשת במהלך השבועיים האחרונים. בכל שאלה, בחר/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את התדירות בה הרגשת ככה, בין – 'בכלל לא' עד ל- 'כל הזמן'.</p> | <p>השאלות הבאות עוסקות בתחושותיך/תחושותיך ומחשבותיך/מחשבותיך במהלך השבועיים האחרונים. אני מרגיש אופטימי לגבי העתיד</p> | 1 |
| | | <p>אני מרגיש מועיל</p> | 2 |
| | | <p>אני מרגיש רגוע</p> | 3 |
| | | <p>אני מתמודד טוב עם בעיות</p> | 4 |
| | | <p>אני חושב בבהירות</p> | 5 |
| | | <p>אני מרגיש קרוב אנשים אחרים</p> | 6 |
| | | <p>אני מצליח לחשוב עצמאית בנוגע לדברים</p> | 7 |

נספח 8 : שאלון נטל משפחתי

(Bas – Burden Assessment Scale)

ההיגדים הבאים מתייחסים להתנסויות שונות, שלעתים הורים של נוער ובוגרים המתמודדים עם קשיים נפשיים, מדווחים עליהן, בעקבות הטיפול בילדיהם. אנא דרג את המידה בה חווית התנסויות אלו, סביב הטיפול בילדך המתמודד עם קושי נפשי, במהלך החודשיים האחרונים

*בשאלון המקורי נשאלים המשיבים על חצי השנה האחרונה (ולא על החודשיים האחרונים)

| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
|------------|-----------|---------------|-------------|---------|--|
| לא רלוונטי | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה | בכלל לא | |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 חוויתי קשיים כספיים |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 2 הפסדתי ימי עבודה או ימי לימודים |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 3 התקשיתי להתרכז בפעילויות שלי עצמי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 4 נאלצתי לשנות את תוכניותי האישיות, למשל: לקבל תפקיד חדש בעבודה או לצאת לחופשה |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 5 נאלצתי לקצץ בפעילויות היום יום או/ו בזמני הפנוי ובזמן המנוחה שלי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 6 שיגרת חיי הבית והמשפחה הופרעה |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 7 היה לי פחות זמן לבילוי עם חברים שלי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 8 הזנחתי את צרכיהם של בני המשפחה האחרים |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 9 חוויתי חיכוכים וויכוחים עם בני המשפחה |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 10 חוויתי חיכוכים עם שכנים, חברים, וקרובי משפחה מחוץ לבית |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 11 הייתי נבוך בגלל התנהגותו של בני/ בתי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 12 הרגשתי אשם בכך שלא עשיתי די כדי לעזור לבני/בתי המתמודד עם קושי נפשי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 13 הרגשתי אשם בגלל שחשתי אחראי לגרימת הקושי הנפשי של בני/ בתי |

| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | |
|------------|-----------|---------------|-------------|---------|--|
| לא רלוונטי | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה | בכלל לא | |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 14 כעסתי על התובענות הרבה כלפי מצד בני/ בתי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 15 הרגשתי לכוד בתוך תפקידי כמטפל בבני/בתי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 16 הייתי מוטרד מהשינוי הרב שחל בבני/ בתי בעקבות הקושי הנפשי שלו |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 17 הייתי מודאג מכך שהתנהגותי כלפי בן משפחתי תחמיר את הקושי הנפשי שלו |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 18 דאגתי לגבי עתידו של בני/ בתי |
| 0 | 4 | 3 | 2 | 1 | 19 אני מודאג מהדעות הקדומות, הקיימות לגבי קשיים נפשיים |

נספח 9: שאלון חוללות עצמית הורית – אם/ אב HSSEF

שאלון זה נועד ללמוד על תחושותייך ואמונותייך ביחס לתפקידך כאם לילדך המציג קשיים רגשיים והופנה להדספייס.

ביחס לכל היגד אנא הקיפי את התשובה המתאימה ביותר עבורך באופן כללי.

היעזרי בסקלה הנעה מ: 1- כלל לא, עד: 6- במידה רבה מאוד.

| מאוד רבה | במידה רבה | כלל לא | | | | |
|----------|-----------|--------|---|---|---|---|
| 6 | 5 | 4 | 3 | | | |
| 2 | 1 | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 1. באיזו מידה את שבעת רצון מהאהבה שאת מפנה לילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 2. באיזה מידה את מאבדת את סבלנותך כלפי ילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 3. עד כמה את שבעת רצון מהעזרה שאת נותנת לילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 4. באיזה מידה את עקבית בגידול ילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 5. באיזו מידה את שבעת רצון מהאופן בו את מביעה אהבה לילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 6. באיזה מידה את מרוצה מהאופן בו את מטילה משמעת על ילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7. באיזה מידה את מרוצה מהכישורים שלך בגידול ילדים? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 8. לעיתים קרובות אני צועקת על ילדי ללא סיבה מוצדקת. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9. באיזו מידה את שבעת רצון מתשומת הלב שאת נותנת לילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 10. לעיתים אני חושבת שילדי היה מאושר יותר אם היו נופלים בחלקו הורים טובים יותר. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 11. באיזה מידה את מרגישה עצמך כהורה אחראי? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 12. לעיתים אני מרגישה שאני נכשלת בתפקידי כהורה. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 13. באיזו מידה את שבעת רצון ממידת מעורבותך בחיי ילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 14. באיזו מידה את מסוגלת להתמודד בהצלחה עם קשיים המתעוררים בחינוך ילדך? |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 15. כשאני חושבת על עצמי כהורה אני מרגישה תכופות אשמה או רע לגבי עצמי. |

נספח 10: שאלון יכולות וקשיים (SDQ)

| נכון מאד | נכון חלקית | לא נכון | | |
|----------|------------|---------|----|--|
| | | | 1 | אני משתדל להיות נחמד לאנשים אחרים. אכפת לי מה הם מרגישים |
| | | | 2 | אני חסר מנוחה אני לא יכול לשבת בשקט |
| | | | 3 | לעיתים קרובות יש לי כאב ראש, כאבי בטן או הרגשה לא טובה |
| | | | 4 | בדרך כלל אני מתחלק עם אחרים (אוכל, משחקים, עטים) |
| | | | 5 | אני מתרגז מאד, לעיתים קרובות יש לי התקפי כעס |
| | | | 6 | אני בדרך כלל לבד, אני משחק לבד או נמצא ביחידות |
| | | | 7 | בדרך כלל אני עושה מה שמבקשים ממני |
| | | | 8 | אני "דאגן" |
| | | | 9 | אני עוזר כארש מישהו נפגע, מצוברח או מרגיש לא טוב |
| | | | 10 | אני לא מפסיק להתנועע, יושב על "קוצים" |
| | | | 11 | יש לי לפחות חבר טוב אחד |
| | | | 12 | אני רב הרבה עם אחרים, אני יכול לגרום לאנשים אחרים לעשות מה שאני רוצה |
| | | | 13 | לעיתים קרובות אני מצוברח, בוכה או לא מאושר |
| | | | 14 | אחרים בגילי בדרך כלל אוהבים אותי |
| | | | 15 | קל להסיח את דעתי, קשה לי להתרכז |
| | | | 16 | במצבים חדשים אני מאבד ביטחון עצמי בקלות |
| | | | 17 | אני נחמד לילדים צעירים ממני |
| | | | 18 | לעיתים קרובות מאשימים אותי בשקר או במרמה |
| | | | 19 | ילדים אחרים מציקים לי או מתנהגים אליי בריונות |
| | | | 20 | אני מתנדבר לעזור לאחרים לעיתים קרובות (להורים, למורים, ילדים) |
| | | | 21 | אני חושב לפני שאני פועל |
| | | | 22 | אני לוקח דברים שאינם שלי מהבית, מבית הספר או ממקומות אחרים |

| | | | | |
|--|--|--|----|--|
| | | | 23 | אני מסתדר יותר טוב עם מבוגרים מאשר עם ילדים |
| | | | 24 | יש לי הרבה פחדים, קל להפחיד אותי |
| | | | 25 | אני מסיים משימות יש לי יכולת ריכוז טובה |
| | | <p>1- בכלל לא</p> <p>2- רק קצת</p> <p>3- הרבה</p> <p>4- הרבה מאד</p> | | <p>באופן כללי האם אתה חושב שיש לך קשיים באחד או יותר מהתחומים הבאים: רגשות, ריכוז, התנהגות או היכולת להסתדר עם אנשים אחרים?</p> <p>1- לא</p> <p>2- כן קשיים קלים</p> <p>3- כן, קשים ממש</p> <p>4- כן, קשיים חמורים</p> <p>אם ענית כן, ענה על השאלות הבאות:</p> <p>כמה זמן קשיים אלו נמשכים?</p> <p>1- פחות מחודש</p> <p>2- 1-5 חודשים</p> <p>3- 6-12 חודשים</p> <p>4- למעלה משנה</p> <p>האם קשיים אלה מציקים או מלחיצים אותך?</p> <p>האם קשיים אלו מפרייעים לך בחיי היום יום בתחומים הבאים:</p> <p>1- המשפחה</p> <p>2- חברים</p> <p>3- לימודים בבית הספר</p> <p>4- פעילות פנאי</p> <p>האם קשיים אלו מכבידים על הסובבים אותך?</p> |

נספח 11: שאלון העתיד שלי

ככל כשאתה חושב על העתיד, כמה פעמים מעסיקות אותך חששות לגבי כל אחד מהנושאים המפורטים בלוח?

אם הנושא מעסיק אותך יום יום, הקף את הספרה 5. אם הנושא אינו מעסיק אותך אף פעם, הקף את הספרה 1. סמן בספרות האמצעיות אם את/ה נמצא בין שני הקצוות.

| יום יום | לעיתים קרובות | לעיתים | לעיתים רחוקות | אף פעם | | |
|---------|---------------|--------|---------------|--------|--|----|
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | הלימודים שלי אחרי בית הספר (אקדמיה, הכשרה מקצועית) | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | המקצוע שאעסוק בו | 2 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | מקום העבודה העתידי שלי | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | בן/ בת הזוג שלי | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | המשפחה שאקים (הילדים שלי) | 5 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | מצבי הכלכלי (הכסף שלי) | 6 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | באופן כללי מה יהיה איתי | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | גורל המדינה והעולם | 8 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | החברים הקרובים שלי | 9 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | עם מי אגור כשאתבגר | 10 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | באיזו מידה אוכל להסתדר באופן עצמאי | 11 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | מי הם האנשים שאתחבר אליהם | 12 |

נספח 12: שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז

| | | |
|---|--|---|
| <p>מסכים/ה במידה רבה מאד</p> <p>מסכים/ה במידה רבה</p> <p>מסכים/ה במידה בינונית</p> <p>במידה מועטה</p> <p>לא מסכים כלל</p> <p>לא רלוונטי</p> | <p>סקר מידת שביעות רצון</p> <p>השאלות הבאות יבחנו מהי דעתך על מרכז headspace, הצוות, והשירות אותו קיבלת. נודה מאוד לרגע מזמנך, שכן אנו רוצים לשמוע ממך כיצד נוכל לספק שירות טוב יותר עבור צעירים וצעירות. אולם, אינך חייבת/ת למלא שאלון זה אם אינך מעוניינת בכך.</p> <p>חשוב שתדע/י כי תשובותיך/תשובותייך לא יקראו ולא יחשפו בפני אף איש/אשת צוות של המרכז, והן אינן משויכות לפרטיך/פרטייך האישיים. יתרה מכך, תשובותיך/תשובותייך יועברו יחד עם תשובות שאר הצעירים והצעירות ויבדקו באופן קבוצתי.</p> <p>אם ברצונך לשתף אותנו במחשבותיך/מחשבותייך על המרכז, לחץ/י על "הבא", אחרת, לחץ/י על "דלג".</p> | <p>מידת שביעות הרצון ממרכז headspace</p> <p>1</p> <p>אנא סמן/י את מידת הסכמתך עם המשפטים הבאים/ באיזו מידה את/ה מסכים/ה עם המשפט הבא: הרגשתי נוח במרכז headspace</p> |
| | <p>מידת שביעות הרצון ממרכז headspace</p> <p>2</p> <p>היה לי קל מאד להגיע למרכז headspace</p> | |
| | <p>מידת שביעות הרצון ממרכז headspace</p> <p>3</p> <p>יכולתי לקבוע פגישות בזמנים הנוחים לי</p> | |

| | | | |
|--|--|--|-----------|
| | | (ללא הפרעה ללימודי או לעבודתי) | |
| | | מידת שביעות הרצון מצוות headspace | 4 |
| | | הרגשתי כי הצוות ב headspace הקשיב לי | |
| | | מידת שביעות הרצון מצוות headspace | 5 |
| | | הרגשתי שהצוות שיתף אותי בקבלת החלטות לגבי מה שיקרה בהמשך | |
| | | מידת שביעות הרצון מצוות headspace | 6 |
| | | הרגשתי כי עמדותיי וחששותיי נלקחו ברצינות | |
| | | מידת שביעות הרצון מצוות headspace | 7 |
| | | הרגשתי שיכולתי לשתף בדברים שמטרידים אותי | |
| | | מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי | 8 |
| | | קיבלתי עזרה בדברים בהם רציתי לקבל עזרה | |
| | | מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי | 9 |
| | | אני מרגישה/ שמצבי הנפשי השתפר בעקבות הקשר עם headspace | |
| | | מידת שביעות רצון מההישגים | 10 |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>אליהם הגעתי</p> <p>אני מרגישה שיפור בתחומים אחרים בחיי בעקבות הקשר עם headspace</p> | |
| | | <p>מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי</p> <p>11</p> <p>אני מרגישה שאני מתמודדת/ת טוב יותר עם בעיותיי בעקבות הקשר עם headspace</p> | |
| | | <p>מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי</p> <p>12</p> <p>אני מרגישה שאני יודעת יותר על קשיים נפשיים באופן כללי בעקבות הקשר עם headspace</p> | |
| | | <p>מידת שביעות רצון כללית ומשוב</p> <p>13</p> <p>הייתי מרוצה מ headspace באופן כללי</p> | |
| | | <p>מידת שביעות רצון כללית ומשוב</p> <p>14</p> <p>אם חבר או חברה היו צריכים עזרה מסוג זה, הייתי מציעה את headspace</p> | |
| | | <p>15</p> <p>השאלונים שאני ממלא חשובים בתהליך הטיפול שלי עובר בהדספייס</p> | |

נספח 13: שאלון מטפלים

| | | |
|---|--|---|
| | <p>1. ללא גורם מפנה 2. רופא המשפחה; 3. שירות בית-ספרי – פסיכולוג חינוכי, מדריך או עובד סוציאלי; 4. שירות בקהילה/ לשכת רווחה; 5. שירות בקהילה לבריאות הנפש (למשל, שירותי בריאות הנפש לילד ולמתבגר, שירות בריאות הנפש למבוגרים); 6. מומחה בטיפול נפשי – פסיכיאטר/ רופא ילדים/ שירות אשפוז) 7. משפטית, חוקית, מטעם שירות ענישה או בתוקף צו; 8. לשכת התעסוקה; 9. שירות אחר;</p> | <p>1. מי הגורם המפנה?</p> |
| <p>יש לבחור את הנושא העיקרי שהוצג על-ידי הצעיר/ה בהזדמנות זו. אם יש נושאים רבים לצעיר/ה יש להזין נושא משני בשאלה הבאה. אם אין זה ברור מהו הנושא העיקרי (או המשני), יש לבחור בנושאים שהקדשת לעבודה עליהם את רוב הזמן במהלך פגישה זאת. אם הנושא המסוים שהוצג אינו מופיע, יש לבחור את הנושא השייך ביותר לעניין, או לבחור "אחר".</p> | <p>1. נושאים הקשורים לבריאות הנפש והתנהגות: 1.1 תסמינים דיכאוניים; 1.2 תסמיני חרדה; 1.3 נושאים של כעס; 1.4 נושאים הקשורים לדחק; 1.5 מחשבות/ התנהגות אובדניות; 1.6 בעיות התנהגות; 1.7 פגיעה עצמית מכוונת; 1.8 בהפרעת אכילה; 1.9 תסמינים פסיכויטיים; 1.10 סימנים של הפרעת אישיות גבולית; 1.11 ערך עצמי נמוך; 1.12 אחר; 1.13 קשיי קשב וריכוז 2. נושאים הקשורים לנסיבות חייו: 2.1 קשיים בסביבה הביתית (גירושין, אלימות במשפחה, הזנחה) 2.2 קושי ביחסים אישיים (זוגיים/ עם גורמי ביהס/ חבריים/ משפחתיים) 2.3 אָבָל;</p> | <p>10. מה הנושא העיקרי שהוצג על-ידי הצעיר/ה בפגישה הזאת:</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>2.4 בריונות (פרונטלית או ברשת)</p> <p>2.5 טראומה או קושי סביב מצב בטחוני</p> <p>2.6 קשיים סביב השירות הצבאי</p> <p>2.7 קשיים חברתיים משמעותיים/ בדידות</p> <p>2.8 אחר, פרט</p> <p>.3 בריאות גופנית</p> <p>.4 מיניות וילודה</p> <p>.5 סיוע תעסוקתי/ לימודי:</p> <p>5.1 נושאים הקשורים בכהונה ללימודים אקדמיים/ להכשרה;</p> <p>5.2 נושאים הקשורים בתעסוקה/ מציאת עבודה;</p> <p>5.3 הישגים נמוכים ביותר בביה"ס, באוניברסיטה או בהכשרה טכנית מקצועית.</p> <p>.6 אלכוהול או סמים אחרים</p> <p>.7 אחרים</p> <p>7.1 הפרעת קשב</p> <p>7.2 ליקוי התפתחותי</p> <p>7.3 נושאים מגדריים;</p> <p>7.4 ליקוי למידה</p> <p>7.5 הפרעת תקשורת</p> <p>7.6 הפרעת התנהגות חמורה</p> <p>7.7 אחר, פרט</p> | | |
| <p>אם יש צעיר/ה עם נושאים רבים, יש לבחור בפריט זה נושאים רבים ככל שיתאימו.</p> <p>אם לא קיימים נושאים אחרים, יש לבחור "לא זוהו נושאים אחרים".</p> | <p>.1 לא זוהו נושאים אחרים;</p> <p>.2 יש לחזור על פריטים הנזכרים לעיל.</p> | <p>11. מהם הנושאים האחרים מוצגים על-ידי הצעיר/ה בפגישה זאת:</p> | |
| <p>יש לבחור את שלב המחלה השייך ביותר למצב הצעיר/ה. אם פניית הצעיר/ה לheadspace היא בנושא שאינו שייך לבריאות הנפש או שאינך יכול להעריך כראוי את שלב המחלה שלו/ה בו בחר "בלתי ישים".</p> <p><u>שלב 0</u> - אין תסמיני דיכאון או חרדה או אחרים או שהם מועטים ואין ליקוי בתפקוד או שאינו קיים.</p> | <p>.1 אין תסמינים להפרעה נפשית, אין ליקוי בתפקוד</p> <p>.2 תסמינים כלליים קלים עד בינוניים; ליקוי קל עד בינוני בתפקוד</p> <p>.3 תסמינים המתקרבים לדרישת הסף לאבחנה;</p> <p>.4 עומד בקריטריוני אבחנה של מחלה/ הפרעה נפשית</p> | <p>12. מצב מחלת הנפש של הצעיר/ה: יש לבחור את שלה המחלה השייך ביותר למצב הצעיר</p> | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p><u>שלב 1א'</u> - תסמינים קלים עד בינוניים (קלים עד בינוניים לפי ה-DSM-IV בהפרעת דיכאון או בהפרעת חרדה מוכללת או תסמינים אחרים) וליקוי קל עד בינוני בתפקוד.</p> <p><u>שלב 1ב'</u> - שלב 1א' ועוד מאפיינים נוספים אך שאינם עונים על שלב 2 (למשל, אי התאמה לדרישות הסף של תסמינים פסיכויטיים, תנודתיות במצב הרוח ורגיזות, הפרעה בדימוי הגוף, וכו').</p> <p><u>שלב 2</u> - תסמינים בינוניים עד חמורים שעונים על אבחוני דרישת סף.</p> <p><u>שלב 3</u> - תקופות של נסיגת המחלה (>שישה חודשים של שיפור בתסמינים) אבל אין החלמה.</p> <p><u>שלב 4</u> - התסמינים החמורים נמשכים ואין תקופות נטולות תסמינים.</p> | <p>5. תקופה של נסיגת המחלה ;</p> <p>6. תסמינים חמורים נמשכים ;</p> <p>7. לא ניתן להעריך</p> | | |
|---|---|--|--|

| מס' | שאלה | אפשרויות לתשובה | הערה |
|-----|---|--|---|
| 2. | איזו פגישה זו? | 1. אינטייק 2. טיפול ראשון 3. טיפול 2-14 4. טיפול אחרון | 1- שאלות 12,17, |
| 13. | מה השירות העיקרי שניתן במהלך הפגישה הזאת: | 1. אינטייק 2. טיפול בבריאות הנפש: מהי גישת הטיפול: 2.1 טיפול קוגניטיבי-התנהגותי; 2.2 התערבויות דינמיות 2.3 טיפול פסיכו-חינוכי; 2.4 טיפול בכישורים (כישורים חברתיים וכישורי תקשורת, ניהול כעסים); 2.5 ייעוץ כללי או תומך; 2.6 התערבות במשבר/ ניהול סיכונים. 2.7 DBT 2.8 אחר, פרט 3. טיפול קבוצתי: 7.1 טיפול קבוצתי דינמי 7.2 טיפול קבוצתי קוגניטיבי התנהגותי 7.3 טיפול קבוצתי למשתמשי אלכוהול וסמים אחרים; 7.4 טיפול קבוצתי תעסוקתי 7.5 טיפול קבוצתי אחר, פרט____ 4. התערבות משפחתית: 4.1 הדרכת הורים מתמשכת 4.2 הדרכת הורים נקודתית 5. בריאות הגוף 6. בריאות מינית 7. תעסוקתי 8. התערבות לאלכוהול ו/או לסם מסוים 9. סיוע כללי (למשל ניהול המקרה, תיאום טיפול) 10. פגישה עם פסיכיאטר: 10.1 הערכה 10.2 טיפול תרופתי 10.3 מעקב | <p>יש לציין את סוג השירות העיקרי שניתן. אם נתת כמה סוגים של שירות בזמן הפגישה יש לרשום את סוג השירות שהקדשת לו זמן רב ביותר.</p> <p>הערה: הניפוי/ ההערכה הראשונית שבוצעה בטלפון היא השירות הטלפוני היחיד שמותר לרשום במלואו במערך נתונים מינימאלי. את השירותים האחרים שניתנו בטלפון יש להכליל תחת "סוגי תמיכה אחרים שניתנו" המופיעים בהמשך.</p> <p>כאשר הניפוי הראשוני מבוצע בטלפון, על המטפל לשאול שאלות את הצעיר/ה בטלפון ולמלא אותן.</p> <p>ניתן למצוא מידע נוסף על סוגי הטיפולים הללו בפרק What Works באתר headspace באנגלית (www.headspace.org.au/what-works)</p> |

| מס' | שאלה | אפשרויות לתשובה | הערה |
|-----|---|---|---|
| 14. | משך השירות שניתן : | 1. עד 20 דקות ; 2. 20-39 דקות ; 3. 40-59 דקות ; 4. 60-89 דקות ; 5. 90-120 דקות ; 6. מעל שעתיים | יש לציין את משך של כל השירותים שניתנו ישירות לצעירה/ה במהלך הפגישה הזאת (דהיינו לא רק את אורך הזמן שהוקצה לסוג העיקרי של השירות). |
| 15. | ההחלטה שהתקבלה על הטיפול העיקרי בעתיד : | 1. להתחיל טיפול בheadspace (אחרי אינטייק) ; 2. להמשיך בטיפול הנוכחי ; 3. החלטת הצעירה/ה היא לא להמשיך בטיפול ; 4. יעדי הטיפול הושגו ; אין כרגע צורך בטיפול המשכי ; 5. מומלץ לפנות לשירות אחר נוסף על הטיפול הנוכחי : 5.1 שירות בריאות הנפש בקהילה (למשל שירות בריאות הנפש לילד ולמתבגר ושירות בריאות הנפש למבוגרים). 5.2 טיפול נפשי של מומחה – לפסיכיאטר/ לרופא ילדים/ לפסיכולוג 5.3 לרופא המשפחה ; 5.4 שירות קהילתי/ לשכת רווחה ; 5.5 שירות בית ספרי : פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי ; 5.6 שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים ; 5.7 שרותי תעסוקה ; 5.8 שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה. 6. מומלץ לפנות לשירותים אחרים ולהפסיק את הטיפול הנוכחי : 6.1 רופא משפחה 6.2 בחבירה לאנשי מקצוע בשירותי בריאות קהילתיים ; 6.3 שירות בית ספרי : פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי ; | יש לציין מהי ההחלטה שהתקבלה על הטיפול העיקרי בעתיד לצעירה/ה כתוצאה משירות הפגישה הזאת. |

| מס' | שאלה | אפשרויות לתשובה | הערה |
|-----|--|--|---|
| | | <p>6.4. שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים ;</p> <p>6.5. שירות קהילתי/ לשכת רווחה ;</p> <p>6.6. לשירותי תעסוקה ;</p> <p>6.7. שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה.</p> <p>6.8. שירותים מקוונים אחרים</p> <p>6.9. הפנייה למומחה פרטי לטיפול ארוך טווח</p> <p>7. הוחלט שאינו מתאים לטיפול בהדספייס</p> | |
| 16. | שירותים אחרים שהומלצו לצעיר/ה (יש לסמן רבים ככל שניתן) | <p>1. שירות אחר לא הומלץ ;</p> <p>2. שירותים אחרים כן הומלצו :</p> <p>2.1. רופא המשפחה ;</p> <p>2.2. בחבירה לאנשי מקצוע בשירותי בריאות קהילתיים ;</p> <p>2.3. שירות בית ספרי : פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי, יועצת בית ספרית.</p> <p>2.4. שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים ;</p> <p>2.5. שירות קהילתי/ לשכת רווחה ;</p> <p>2.6. לשירותי תעסוקה ;</p> <p>2.6. שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה.</p> <p>2.7. שירותים מקוונים אחרים</p> <p>2.8. הפנייה למומחה פרטי לטיפול ארוך טווח</p> | יש לציין שירותים אחרים שהומלצו על-ידך לצעיר/ה בפגישה הזאת (אך בלי הפניה רשמית). |
| 17. | איזה סוג אחר של תמיכה ניתן לצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה שלהם (יש לסמן רבים ככל שניתן). | <p>1. לא ניתן סוג תמיכה אחר.</p> <p>2. נוצר קשר עם הצעיר מחוץ לפגישה (למשל טלפון או דוא"ל)</p> <p>3. התקיימה שיחה טלפונית עם ההורים</p> <p>4. נוצר קשר עם גורמי תמיכה אחרים מחוץ להדספייס</p> <p>5. נוצר קשר עם גורמים בתוך הדספייס</p> <p>6. סקירת המקרה בישיבת צוות /הדרכה</p> | <p>יש לרשום כל סוג תמיכה אחר שניתן לצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה שלך איתנו. יש לציין כל סוג אחר של תמיכה שלפי מיטב ידיעתך ניתנה על-ידך או על-ידי מטפל אחר של headspace. אך במקרה כזה לא בוצעה טיפול ישיר למטופל ולא מולאו פרטים על כך באינטייק של המטפל הזה.</p> <p>אם פריט זה של השאלון אינו מקבל סימון מפורש הרי שניתן</p> |

| מס' | שאלה | אפשרויות לתשובה | הערה |
|-----|--|--|---|
| | | | להעריך לפיו אלה סוגי תמיכה נוספים נחוצים למטופלים של headspace. |
| 18. | משך הזמן שהוקצה לתמיכה נוספת מאז הפגישה האחרונה: | 1. לא ניתנה תמיכה נוספת. 2. עד 20 דקות; 3. 20-39 דקות; 4. 40-59 דקות; 5. 60-89 דקות; 6. 90-120 דקות; 7. למעלה משעתיים. | יש לרשום את הסך הכולל של זמן שהוקדש למתן סוג אחר של תמיכה לטובת או בשביל הצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה. אם לא ניתן סוג אחר של תמיכה, יש לסמן ל"ך – "לא ניתנה תמיכה נוספת". |
| 19. | מי היה המקור המממן לפגישה הזאת: | 1. headspace; 2. במסגרת הכיסוי הבריאותי של קופ"ח; | יש לבחור את מקור המימון שהעביר את מירב הכספים לשירות הזה. אם אינך בטוח/ה יש לברר עם מנהל המרכז שלך |
| 20. | בטיפול אחרון: כמה טיפולים היו? | מ1-20 | |
| 21. | בטיפול האחרון: מהם הנושאים האחרים שהוצגו על ידי הצעיר בפגישה זו? | שאלה פתוחה לכתיבה. | |
| 22. | בטיפול הנוכחי האם הצעיר הציג עיסוק באובדנות? | -1 ברמת המחשבות -2 ברמת התוכניות -3 ברמת המעשים -4 כלל לא עלה | |
| 23. | בטיפול האחרון: האם ההורים קבלו הדרכה? | -1 כן, אם כן סביב איזה נושא? _____ (פתוח) -2 לא | |

נספח 14: סקר לבעלי עניין- תוכנית הדספייס בת-ים

ציין את תפקידך (יועצ/ת בית ספר/ עובדת רווחה וכו')

סמן באיזו מידה אתה מקיים שיתוף פעולה עם הדספייס :

תאר בקצרה את שיתוף הפעולה וכיצד משפיע על עבודתך

ציין באיזו מידה אתה מרגיש שיש צורך בשירות של הדספייס ?

סמן באיזו תדירות :

| בכלל לא | פעם בחודשיים/שלושה | פעם בחודש | פעמיים בחודש | פעם בשבוע | |
|---------|--------------------|-----------|--------------|-----------|---|
| | | | | | אני מפנה צעירים להדספייס |
| | | | | | אני משוחח בטלפון עם אחד המטפלים של הדספייס |
| | | | | | אני מתייעץ עם הצוות של הדספייס |
| | | | | | אני מעדכן את הדספייס בשירותים / ארועים בארגון שלי |
| | | | | | צוות הדספייס מפנים אליי צעירים |
| | | | | | אני מעודכן בנעשה בהדספייס |

ציין באיזו מידה אתה: (בכלל לא, במידה מועטה, במידה בינונית, במיה רבה, במידה רבה מאוד)

| בכלל לא | במידה מועטה | במידה בינונית | במידה רבה | במידה רבה מאוד | |
|---------|-------------|---------------|-----------|----------------|--|
| | | | | | מכיר ויודע על פעילותו של מרכז הדספייס |
| | | | | | חושב שהדספייס נותן מענה ייחודי לצעירים לעומת שירותים אחרים |
| | | | | | מרוצה מהקשר שלי עם הדספייס |
| | | | | | חשוב לי להיות בקשר עם הצוות של הדספייס |
| | | | | | רואה שיפור בקרב צעירים שהפניתי להדספייס |
| | | | | | מקבל מענה מהיר וטוב מהצוות בהדספייס |
| | | | | | מעוניין להרחיב את הפעילויות המשותפות שלך עם הדספייס |
| | | | | | מרגיש שפעילות הדספייס מקדמת את המענה שאני נותן |

במידה וראית שיפור/ שינוי, ציין בקצרה במה?

הצעות להמשך שיתוף הפעולה

ציין אם קיימים צרכים שעדיין לא מקבלים מענה

נספח 15: ראיון חצי מובנה לצעירים - מדריך ראיון

1. תיאור תהליך ההתערבות:

1. האם אתה מרגיש שחל שינוי בעקבות השתתפותך בתוכנית הדספייס? אם כן תאר את השינוי. מה לדעתך הביא / תרם לשינוי? האם השינוי נשמר או אפילו המשיך גם אחרי שסיימת לקבל טיפול ולהגיע להדספייס? אם כן, תאר (איך נשמר או אפילו התחזק)?
 2. האם לדעתך לביקוריך בהדספייס היתה השפעה לא רק עליך אלא גם על אנשים אחרים בחייך שבמעגלים קרובים (הורים/ אחים/חברים)? אם כן במה השפיעו?
 3. האם היית בטיפול מתישהו בחיך בעבר? אם כן, האם הדספייס דומה לטיפול/ מסגרת טיפולית שהכרת בעבר? במה דומה? במה שונה?
 4. תאר את המטפל האישי שלך בהדספייס
 5. תאר בקצרה את הקשר עמו.
- האם תוכל לתאר נקודות משמעותיות בקשר ביניכם? חלקים שעזרו לך וחלקים שפחות עזרו לך?

2. הערכת תהליך ותוצאות ההתערבות:

1. אילו חלקים בטיפול הועילו וקידמו?
2. אילו חלקים בטיפול לא הועילו ולא קידמו?
3. מה עשית במהלך הטיפול שעזר לך?
4. מה עשה המטפל שעזר לך?
5. היית ממליץ לצעיר אחר להגיע לטיפול במרכז? למה?

3. שאלות הנוגעות לשימוש בשירותים והנגשת השירות:

1. תאר את הרגשתך בנוגע להגעה להדספייס. איך ההגעה למקום גרמה לך להרגיש?
2. בקרוב יפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?

ראיון חצי מובנה לבני משפחה - מדריך ראיון

1. תאר את הקשר שהיה לך עם הדספייס (צוות טיפולי/ אדמיניסטרטיבי/ מנהלה) במהלך התקופה שבו משפחתך טופל במרכז (לדוג' האם קבלת הדרכה טלפונית/ פגישות/ לא היה קשר/ רק באינטייך וכו').

2. הערכת תוצאות ההתערבות

1. האם חל שינוי בקרב בן משפחתך במהלך השתתפותו בהדספייס? אם כן, תאר במה (אם עבר הדרכה – האם הוא חש בשינוי בעקבות ההשתתפות בהדספייס?)
2. האם בן משפחתך הפיק לדעתך תועלת מהטיפול בהדספייס? במה? במידה וכן מה תרם לזה?
3. האם אתה ו/או בני משפחתך הפיקו תועלת מטיפולו של בן משפחתך בהדספייס? במה?
4. ממה היית מרוצה בטיפול בן משפחתך בהדספייס? ממה לא היית מרוצה?
5. אם היית יכול היית משנה משהו בתהליך שעברת ועבר בן משפחתך בהדספייס? אם כן, מה?

3. בקרוב ייפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?

ראיון לבעלי עניין – הדספייס

1. האם תוכל לתאר את שיתוף הפעולה שלך עם הדספייס עד כה, והאם יש לך השפעה על עבודתך?

אילו ממשקים יש לך עימו?

2. במידה ואין הרבה ממשק, מה יכול לקדם את שיתוף הפעולה?
3. באיזו תדירות יש לך ממשק עם הדספייס?
4. האם בעינייך המענה שהדספייס נותן הוא ייחודי? אם כן, במה?
5. האם את יכולה להעיד על תוצאות של הטיפול בקרב הילדים ההמופנים?
6. מה הציפיות שלך מהדספייס להמשך הפעילות? האם היית מעוניינת להרחיב / להפחית / להשאיר כמו הקיים את הפעילות איתם?
7. האם תוכלי לתאר את המענה שקבלת מהם? מהירות / זמינות/ יחס וכו'?

בהתאם למה שמתאים, אם לא עולה :

8. מה יכול לשפר את המענה הניתן?
9. במהלך השנה האחרונה המרכז עבר שינוי והחל לעבוד עם קופות החולים , האם זה הורגש?
10. אם מספר/ת על שיתופי פעולה, האם תוכלי לפרט על הפרוייקט שתיארת...

ראיון חצי מובנה לצוות מטפלי הדספייס - מדריך ראיון

1. תאר את עבודתך במרכז
2. מעבודתך במרכז עד כה, האם אתה חושב שאנשים שצורכים את שירותי הדספייס נתרמים מהם? אם כן, באילו דרכים? (מה התרומות או השיפור ? מה מאפיין אותן?)
3. האם את/ה חש/ה כי מודל הדספייס אפקטיבי בטיפול בצעירים בגילאי 12-25? במה? ובמה הוא ייחודי?
4. האם עבדת כמטפל במסגרת טיפול נפשית בעבר? במה , אם בכלל, אתה מרגיש שהדספייס דומה למקומות שעבדת בהם בעבר? במה , אם בכלל, זה שונה?
5. מנסיוןך עד כה, מה בהדספייס תורם ומקדם (מייצר שינוי חיובי) ? ומה לא מייצר שינוי חיובי?
6. תאר את המשאבים שעומדים לרשותך ומסייעים לעבודתך ואת אלה שהשפעתם אינם רצויה או שחסרים.
7. תאר את הקשר עם הארגון המנהל- אנוש
8. תאר את הקשר עם המודל האוסטרלי
9. בקרוב ייפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?