

ההשקעה בתוכניות לשילוב צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית בשוק העבודה: מעקב אחר אסטרטגיית התערבות ותוצאותיהם של שני מודלים חלופיים

חן ליפשיץ¹ ואור כץ²

תקציר

החוקים שנחקקו בשנים האחרונות הביאו בעקבותיהם יוזמות של שיקום ושילוב חברתי ותעסוקתי של המתמודדים עם מגבלה נפשית בקהילה. אחד האתגרים הוא יצירת מענים המותאמים לצורכי אוכלוסיית המבוגרים הצעירים (גילאי 18-30). הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי ומשרד הבריאות מימנו שתי תוכניות שיקום והחלמה לקידום אוכלוסייה זו בתחום העבודה: מודל האחת "מכיל", ומודל האחרת "תובעני". במסגרת הערכת התוכניות נבדק בשנים 2009-2013 באיזו מידה הן

1 מרצה בכירה, בית הספר לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית אשקלון.

2 מרצה, המחלקה לפסיכולוגיה, המכללה האקדמית אשקלון.

ביטחון סוציאלי, מס' 102

נשלח לפרסום ב-12.8.2015, התקבל ב-15.8.2016

מותאמות למאפייני המשתתפים, מקדמות את רמת התפקוד שלהם לקראת חיים עצמאיים ונותנות מענה הולם לצורכיהם. נאסף מידע על כל המשתתפים שהשתתפו בתוכניות בתקופת המחקר – 53 משתתפים במודל ה"מכיל" ו-29 משתתפים במודל ה"תובעני". הממצאים מצביעים על התקדמות ראויה לציון של משתתפי שתי התוכניות מבחינת ההשתלבות בעבודה ובהיבטים אחרים (כמו השתלבות בלימודים גבוהים). המאפיינים המרכזיים בתוכניות שתרמו לכך הם תפיסת השיקום וההחלמה של הצוות, התאמת תוכנית אישית, מרכיבים קבוצתיים של למידה משותפת ופעילות חברתית והתנסות אינטנסיבית בשוק העבודה.

מלות מפתח: שיקום והחלמה, מתמודדים עם מגבלה נפשית, מבוגרים צעירים, מודלים של תוכניות התערבות, הערכת תוכניות, קידום תעסוקה

מבוא

אוכלוסיית המבוגרים הצעירים (בני 18-30) מאופיינת במספר היבטים ייחודיים הנוגעים, בין היתר, למעבר מתקופת ההתבגרות לבגרות המוקדמת (Masten, Burt, & Coastworth, 2006). זהו מעבר מכריע לכל צעיר המצוי בתהליך גיבוש זהות אישית וחברתית והמתמודד עם סוגיות של פיתוח תחושת אוטונומיה, בחירה ויוזמה, יצירת מערכת יחסים בוגרת עם ההורים ורכישת מיומנויות הכרחיות לתפקוד רגשי, חברתי וכלכלי כמבוגר עצמאי (Erikson, 1968). בזירה החברתית על הצעירים להתמודד עם הכשרה אקדמית או מקצועית, עם השתלבות בשוק העבודה ועם בניית זוגיות ומשפחה (Havighurst, 1972). אתגרים אישיים, רגשיים וחברתיים אלה קשים שבעתיים לצעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית, במיוחד עקב הקשיים הרגשיים, הפיסיים וההתנהגותיים הנובעים מהמגבלה וגם בשל תהליך החברות המקוטע שהם עוברים בגיל הנעורים ובבגרות הצעירה (עקב אשפוזים חוזרים, המייצרים מערכת חדשה של נורמות וחוקים חברתיים אחרים) (זעירא, בנבנישתי ורפאלי, 2012; נאור ובוני, 2010; 2013; Burt & Masten, 2010). מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית

דיווחו על מצוקה רגשית ועל תחושות של בדידות ואובדן במערכות היחסים הבין אישיות (Stein, Aguirre, & Hunt, 2013). מחקרים מצביעים על כך ששיעור הבוגרים הצעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית, שמסיימים את לימודיהם במוסדות להשכלה גבוהה, מתגוררים בגפם או עם שותפים ומשולבים בעבודה יציבה, נמוך משיעור הבוגרים הצעירים האחרים שהשלימו משימות אלה. למעשה, חלקם מתאשפזים שוב ושוב, צורכים מינונים גבוהים של חומרים ממכרים ועוברים על החוק (Cronce & Corbin, 2010; Davis, Koroloff, & Ellison, 2012; Gralinski-Bakker et al., 2005; Podmostko, 2007; Sheidow, McCart, Zajac, & Davis, 2012; Wagner & Newman, 2012). זאת ועוד, על צעירים אלה להינתק מהשירותים שצרכו כבני נוער ולעבור למערכת שירותי בריאות הנפש המורכבת והמקוטעת המוצעת למבוגרים (Burt & Masten, 2010; National collaborative on workforce and disability for youth, 2009; Podmostko, 2007).

זיהוי גורמי חוסן בקרב אוכלוסייה זו עשוי לסייע בגיבוש תוכניות אפקטיביות לקידומה. גורמי חוסן אחדים זוהו, למשל, אצל צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית שתפקודם לא נפגע והם לא הסתבכו בפלילים. צעירים אלה הציגו שליטה טובה יותר בדחפים – הם היו מסוגלים לעצור לפני תגובה ולשקול את מעשיהם ואת המוטיבציה שלהם, כדי להגיע לתוצאות טובות יותר; היה להם מוקד שליטה פנימי – הם לקחו אחריות על מעשיהם; יכולת ההתבוננות העצמית שלהם היתה טובה יותר – הם היו מסוגלים להבין את עצמם טוב יותר מצעירים אחרים המתמודדים עם מגבלה נפשית; הם היו פרואקטיביים – קבעו לעצמם מטרות וחתרו לקראתן בהתמדה. גם הנרטיב שלהם היה קוהרנטי יותר, והם ראו בחברויות וביחסים קרובים את אחד המשאבים העיקריים בחייהם (Gralinski-Bakker et al., 2005). מלבד זאת רכשו צעירים אלה השכלה גבוהה, צברו ניסיון במקומות עבודה שונים, עבדו שעות רבות יותר, השתלבו טוב יותר בעבודה והתמידו בה, והיתה להם תמונת עתיד בנוגע להתפתחותם המקצועית. בורק-מילר ועמיתיה העידו על כך שתמיכה כספית מהביטוח הלאומי פגעה בהשתלבות בעבודה, וייתכן שהיא מעבירה מסרים סותרים (Burke-Miller, Razzano, Grey, Blyler, & Cook, 2012).

מענים המותאמים לצורכי אוכלוסיית הצעירים

אחד האתגרים הנכבדים שהמערכת ניצבת מולם הוא יצירת מענים המותאמים למאפיינים ולצרכים הייחודיים של אוכלוסיית הצעירים (בני 18-30) המתמודדים עם מגבלה נפשית. מחקרים בתחום שליוו תוכניות המיועדות לאוכלוסייה זו זיהו מספר מרכיבים מרכזיים התורמים להצלחתן: התוכנית עצמה ואופן יישומה; הצוות המטפל; המשתתפים (GAO, 2008; National collaborative on workforce and disability for youth, 2009; Podmostko, 2007; Woolsey & Katz-Leavy, 2008). אלה ההמלצות מבחינת התוכנית עצמה: להפעיל אותה במקום נפרד, ולא בתוך השירותים לכלל ציבור המבוגרים המתמודדים עם מגבלה נפשית, כדי שהשירות לא ייצור תיוג; לאתר מקום לדיור מותאם; להתאים את התכנים הנלמדים לצורכי הצעירים ולמאפייניהם, ולכלול בהם הכנה לעולם העבודה; ללוות את הצעירים בשלבים הראשונים של ההשתלבות במקום העבודה (Burke-Miller et al., 2012); לזהות משאבים מקומיים של היישוב שבו התוכנית מופעלת ולמצותם תוך תיאום ועבודה משותפת עם השירותים המקומיים; לאמץ אסטרטגיה של חיפוש לקוחות מתוך הקהילה (מעסיקים); לעודד מעורבות של הצעירים בהפעלת המרכז ולחזק את הקשרים הבין אישיים ביניהם; לעודד מעורבות של משפחות הצעירים וגורמים בקהילה בהפעלת התוכנית (Brodie, Goldman & Clapton, 2011). מבחינת הצוות המטפל מומלץ להשקיע משאבים בליווי ובהכשרה של כל חבריו (McKay et al., 2012; Podmostko, 2007; Woolsey & Katz-Leavy, 2008). מבחינת הצעירים המשתתפים מומלץ להתמקד בזיהוי חוזקותיהם ובהרחבת יכולותיהם האישיות ולעודדם לנצל הזדמנויות לבחירה אישית ולקבל על עצמם אחריות חברתית. מלבד כל אלה מדגישים חוקרים ואנשי מקצוע את הצורך ללוות את התוכנית בהערכה שתתמקד בבדיקת תוצאות הפעלתה בקרב אוכלוסיית היעד שלה (Davis et al., 2012; Podmostko, 2007; Roe, Gross, Kravetz, Baloush-Kleinman, & Rudnick, 2008; Woolsey & Katz-Leavy, 2008).

יוזמות בתחום התעסוקה

בתחום העבודה, שהיא מרכיב נכבד בהשתלבותם העצמאית בקהילה של צעירים בכלל, וצעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית בפרט, זוהו מספר מאפייני הפעלה התורמים להצלחה בהקשר האישי והבין אישי: טיפוח מיומנויות בין אישיות; טיפוח מיומנויות אישיות, כולל זיהוי מטרות לחיים ותמונת עתיד אישית-מקצועית, וסיוע לצעירים במסע להשגתן; טיפוח מיומנויות הנוגעות לעולם העבודה ולקריירה, כולל זיהוי החוזקות והמיומנויות שיש לרכוש כדי להשיג את מטרות הקריירה; חשיפה לעולם העבודה; הכשרה מותאמת למאפייני המבוגרים הצעירים; התנסות תוך כדי עבודה והתאמת מקום העבודה לכישורי הצעיר; עידוד חיים עצמאיים באמצעות הנגשה לאפשרויות המותאמות למגורים בקהילה (Podmostko, 2007; Woolsey & Katz-Leavy, 2008).

הרפורמה הארצית שנערכה בעשור האחרון בתחום השיקום בקהילה הביאה עמה עוד ועוד יוזמות המעודדות תוכניות לשיקום המתמודדים עם מגבלה נפשית ולשילובם החברתי והתעסוקתי בקהילה (רועה ועמיתים, 2011).

במסגרת חוק השיקום הוקצה לכל זכאי סל שיקום, המאפשר לו לרכוש שירותי שיקום בתוכניות פרטניות המציבות במרכז את האדם ואת שאיפותיו. הזכאות לשיקום חלה מגיל 18 ומעלה ומותנית בחוות דעת פסיכיאטרית, הקובעת ששיעור המגבלה הנפשית הוא 40% לפחות. אדם הזכאי לסל השיקום פונה לוועדת שיקום אזורית, המורכבת מאנשי מקצוע בתחום השיקום, ומבקש שירות שיקום מתוך סל השיקום שנקבע בחוק. סל זה כולל שירותים חיוניים, כגון מגורים, עבודה, השלמת השכלה, פעילות חברתית בשעות אחר הצהריים, סיוע למשפחות המתמודדים עם מגבלה נפשית ושירותי ניהול טיפול (אבירם, 2013; Aviram et al., 2012).

אחד האתגרים הנכבדים היה ליצור מענה המותאם למאפיינים ולצרכים הייחודיים של אוכלוסיית הצעירים. בעקבות המשאבים שמאפשרת הרפורמה יזמו הקרן למפעלים מיוחדים ומשרד הבריאות, וגם מימנו, שתי תוכניות שונות לשיקום חברתי ותעסוקתי של צעירים (בני 18-30), המתמודדים עם מגבלה נפשית בקהילה (ליפשיץ, 2014). כל תוכנית פועלת על בסיס מודל עם דגש שונה: המודל הראשון ה"מכיל"

מאופיין במרכיבים המבטאים נטייה להכיל את המשתתפים, והמודל השני ה"תובעני" מאופיין במרכיבים התובעים מהם תפקוד נורמטיבי כבר בעת ההצטרפות לתוכנית, ללא תקופת מעבר של תמיכה אישית וטיפולית אינטנסיבית. חשוב לציין שאין הכוונה שבמודל המכיל אין מצפים מהמשתתפים שיתפקדו באופן נורמטיבי או שבמודל התובעני אין הכלה של התנהגות המשתתפים, אלא שהדגשים של מרכיבי כל מודל ותהליכי ההשתלבות בו שונים. המודל המכיל הוא יחידה נפרדת של "מרכז צעירים" בתוך מרכז למבוגרים המתמודדים עם מגבלה נפשית, ואילו המודל התובעני מותאם לצעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית, המשרתים בשירות הלאומי (מסגרת התנדבותית), והתוכנית על פיו נערכת בסמוך לקיבוץ עירוני בצפון (התאגדות בתוך עיר שמתנהלים בה חיי שיתוף קיבוציים).

שתי תוכניות השיקום בקהילה, הן במודל המכיל והן במודל התובעני, דומות מבחינת פרופיל המשתתפים, תפיסה הצוות המטפל ומרכיבי ההפעלה. בשתיהן פרופיל המשתתפים הוא צעירים בני 18-30 שעברו אשפוז פסיכיאטרי (וחלקם מקבלים טיפול תרופתי). כל המשתתפים בשתי התוכניות מביעים רצון לנהל חיים נורמטיביים בקהילה ומציינים שהמוטיבציה העיקרית להצטרפותם היא הרצון לחזור לתפקוד עצמאי בקהילה ולהשתלב בעבודה. ניתן להצטרף לתוכניות במסגרת הזכאות לשירותי סל שיקום, והמועמדים בוחרים לאיזו מהן הם מעוניינים להצטרף. בשתי התוכניות תהליך הקבלה של המועמדים דומה, והוא כולל מפגש של המועמד והוריו עם איש צוות, השתתפות באחת הפעילויות החברתיות של התוכנית וריאיון אישי (אינטייך), שעל בסיסו נבנית תוכנית אישית.

יש עוד מספר קווי דמיון בין שתי התוכניות. הצוות המטפל בשתיהן פועל בהתאם לעקרונות המעודדים החלמה; הוא מכוון עם המשתתפים מערכת יחסים נעימה ומכבדת; הוא מכוון אותם לבנות חיים שיש בהם משמעות וסיפוק; הוא מעודד אותם להתפתח באמצעות בנייה משותפת של תוכנית אישית, זיהוי מטרות וחתימה להשגתן, כשהוא לוקח בחשבון את יכולותיהם ואת רצונותיהם (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008; Drake, Hogan, Slade, & Thornicroft, 2011; Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2007; Slade, 2009; Thornicroft & Tansella, 2009). בשתי

התוכניות המשתתפים נוטלים חלק פעיל בהפעלתן, יוזמים ומסייעים בשיווקן. התוכניות מעודדות קשרים בין המשתתפים, ועל פי רוב נוצר קשר הדוק עם איש הצוות המלווה.

התוכניות שונות זו מזו במאפייני הצוות המקצועי. הצוות במודל המכיל כולל מרפאות בעיסוק, עובד סוציאלי ומטפלת בתנועה (חמישה אנשי צוות, העובדים כל אחד כשלושה ימים בשבוע עם 20-25 משתתפים). עוד מועסקים סטודנטית לריפוי בעיסוק, מדריכה חברתית למועדון החברתי הפועל בשעות אחר הצהריים, שני מלווים בשכר ושני סטודנטים המלווים את המתמודדים למקומות ההתנסות בעבודה. הצוות במודל התובעני, לעומתו, מצומצם יותר: ארבעה אנשים (מנהלת בעלת תואר ראשון במדעי הרוח, עובדת סוציאלית אחת, אם בית ומדריך חברתי), העובדים כל אחד כיומיים בשבוע עם 10-15 משתתפים.

מבחינת מרכיבי ההפעלה בשתי התוכניות יש דמיון וגם שוני. המרכיבים המבטאים את התפיסה המקצועית של הצוות המקצועי דומים מאוד זה לזה: הפעילות במסגרת התוכניות היא פעילות אינטנסיבית של חמישה ימים בשבוע, הכוללת מפגשי מעקב וטיפול אישיים עם איש צוות מקצועי (מתחום העבודה הסוציאלית או הריפוי בעיסוק), מסגרות קבוצתיות לימודיות וחברתיות (כולל מפגשי אחר הצהריים וטיולים תקופתיים) וכן מרכיב של השתלבות בעבודה או בשירות לאומי, כמסגרת תעסוקה ועידוד מעורבות ואחריות של המשתתפים בהפעלת התוכנית (למשל בניקיון ובהעברת חלק מהפעילויות).

ההבדלים המהותיים בין שתי התוכניות מבחינת מרכיבי ההפעלה הם מידת החשיפה למרכיבי הלמידה, ההשתלבות בעבודה והליווי האישי. במודל התובעני ההשתלבות בעבודה אינטנסיבית ורצופה; כל משתתף משתלב במקום עבודה אחד בשוק החופשי, חמישה ימים בשבוע, במשך שנת לימודים אחת. רכזת תעסוקה מלווה את המשתתפים, ומתערבת רק אם המשתתף רואה בכך צורך (המעסיק לא תמיד יודע שהעובד משתתף בתוכנית שיקום). גם המפגשים האישיים עם איש הצוות נערכים, רק אם המשתתף פונה ומבקש זאת. במודל המכיל, לעומת זאת, ההשתלבות בעבודה הדרגתית – יום אחד בשבוע, בכשלושה מקומות עבודה במשך השנה, ארבעה-חמישה

חודשים בכל מקום, כדי שהמשתתף יוכל להתוודע למגוון מקצועות ומקומות עבודה. מתלווה אליו רכזת תעסוקה, והיא שוהה עמו במקום העבודה, עד שהוא חש שאין הוא זקוק לה עוד. ביתר ימי הפעילות נערכים במרכז המכיל מפגשי לימוד חווייתיים בתחומים הרלוונטיים למשתתפים, כמו, למשל, סגור עצמי, התארגנות יומיומית, כתיבת קורות חיים ודרכים לחיפוש עבודה, אמנות, ניהול תקציב אישי ועוד.

התוכניות נבדלות זו מזו גם בתהליך ההצטרפות לפעילות וההשתלבות בהן. ההשתלבות בתוכנית המכילה נעשית בהדרגה, וכוללת שבוע ניסיון וקבלה הדרגתית של תפקידים ותחומי אחריות וכן ליווי של משתתף ותיק כחונך. בתוכנית התובענית, לעומת זאת, המצטרף נדרש לתפקד באופן עצמאי ונורמטיבי במסגרות הדיור הפנימיית, בפעילויות החברתיות המשותפות ובעבודה במסגרת השירות הלאומי.

עוד הבדל בין שתי התוכניות הוא הקשר עם הגורמים בסביבת המשתתפים – ההורים והקהילה. במודל המכיל המשתתפים מתגוררים על פי רוב בבית ההורים, והצוות שומר על קשר רציף עם האחרונים. נערכים ערבי הורים, אך כמעט אין פעילות עם הקהילה. במודל התובעני, לעומת זאת, המגורים הם בתנאי פנימייה, והקשר עם ההורים הוא בעיקר בשלב ההצטרפות לתוכנית. המשתתפים קשורים לפעילות הקיבוץ העירוני (בשבתות, בחגים ובאירועים ציבוריים אחרים) ומעורבים בה, אם כי השתתפותם וולונטרית, ורק חלקם מצטרפים אליה.

מלבד מימון שתי התוכניות לשיקום חברתי ותעסוקתי של הצעירים, כללה יוזמה זו של הקרן למפעלים מיוחדים ומשרד הבריאות גם מימון של מחקר מלווה, שנערך בידי צוות מחקר חיצוני, אשר נועד לעקוב אחר ההתערבויות השיקומיות שפותחו ולבנות מדדים מותאמים להערכתן ברמת הפרט וברמת התוכנית (ביץ מוראי, קורש אבלגון, ליפשיץ ובן ברוך, 2011; ; Podmostko, 2007; ; Davis et al., 2012; Aviram, 2011; Woolsey & Katz-Leavy, 2008). מכיוון ששתי התוכניות היו בתהליכי פיתוח, הושם דגש רב על ליווי בהערכה מעצבת, אשר סיפקה משוב שסייע בגיבושן תוך כדי הפעלתן. במסגרת המחקר נאסף מידע על משתתפי שתי התוכניות בתקופה שבין יולי 2009 למארכ 2011.

במאמר זה מוצגים ממצאים נבחרים ממחקר ההערכה. במסגרת המחקר נבדק באיזו מידה היו התוכניות מותאמות למאפייני המשתתפים, קידמו את יכולתם לתפקד כאנשים עצמאים ונתנו מענה הולם לצורכיהם. כמו כן נבדקו בשני המודלים התוצאות וההשלכות של החשיפה על המשתתפים.

שיטה

משתתפים

אוכלוסיית המחקר כללה 29 משתתפים במודל התובעני (על 19 משתתפים נאסף מידע בשתי מדידות) ו-53 משתתפים במודל המכיל (על 29 משתתפים נאסף מידע בשתי מדידות). המשתתפים הצטרפו לתוכניות לאורך השנה, אבל רובם הצטרפו בעיקר בחודשים יולי-אוקטובר בכל שנה וסיימו את השתתפותם לאחר כשנה עד שנה וחצי. גיוס המשתתפים למחקר נערך בעת הצטרפותם לתוכניות. הם נשאלו על נכונותם לחתום על טופס הסכמה מדעת, שהצהיר על היותם בגירים כשירים המסכימים להשתתף במחקר המלווה את התוכניות. הובטח להם שזהותם תישמר בסוד בכל הצגה של הממצאים (לפני הצוות או בכל פורום אחר), והוצגה לפניהם החוקרת הראשית של המחקר, שאליה ניתן היה לפנות בכל מקרה שבו התעוררה בעיה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין התוכניות בתקופת השתתפותם של המשתתפים, בהתפלגות המגדרית שלהם ובשיעור הזכאות לתעודת בגרות, אולם המשתתפים במודל המכיל היו מבוגרים במובהק מהמשתתפים במודל התובעני – ממוצע הגילים היה 23.4 ו-19.5 בהתאמה (ראו לוח 1). כל המשתתפים בשתי התוכניות אושפזו לפחות פעם אחת בבית חולים פסיכיאטרי, וכמעט כולם היו זכאים לסל שיקום ממשד הבריאות.

לוח 1: גיל הכניסה לתוכנית ומשך ההשתתפות בה של המשתתפים בשתי התוכניות (ממוצעים, סטיות תקן ומבחני שונות)

t	תוכנית המודל ה"תובעני" (n=29)		תוכנית המודל ה"מכיל" (n=53)		
	סטיות תקן	ממוצע	סטיות תקן	ממוצע	
*** t(46)=6.38	0.9	19.5	3.2	23.4	גיל הכניסה לתוכנית
t(46)=-0.65	5.4	10.2	5.5	11.3	משך ההשתתפות

*** p<.001

לוח 2: מגדר וזכאות לבגרות של המשתתפים בשתי התוכניות (אחוזים ומבחני חי בריבוע)

$\chi^2(1)$	תוכנית המודל ה"תובעני" (n=40)	תוכנית המודל ה"מכיל" (n=53)	
$\chi^2(1)=0.86$	14	20	נשים
$\chi^2(1)=0.18$	8	17	זכאים לתעודת בגרות
			מקום מגורים
$\chi^2(2)=0.48$	20	35	צפון
	45	20	מרכז
	35	45	דרום

הליך וכלים

המחקר היה מחקר אורך, בתפיסה של הערכה התפתחותית (developmental evaluation), המותאמת לתהליך ההתפתחות של תוכניות החלופי. הוא לווה בוועדת היגוי מקצועית, שכללה אנשי מקצוע בכירים ממשרד הבריאות, את הצוות המטפל ואת המשתתפים. בראשה עמדה עובדת בכירה מהקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. המחקר נמשך כשנתיים וחצי, ובמסגרתו נעשו חמש מדידות, שבהן נאסף מידע איכותני וכמותי ממשתתפי התוכניות ומהצוותים המקצועיים שליוו אותן, וכן

נערכו קבוצות דיון עם הצוותים וההורים. לאורך התקופה נאספו מצוותי התוכניות באופן שוטף מידע מנהלי וחומר תיעודי על מהלך התוכנית ועל משתתפיה. בינואר-פברואר 2012 נערכו עם הורי המשתתפים והבוגרים ראיונות עומק טלפוניים אישיים. המידע כולו נאסף בידי צוות מחקר חיצוני לתוכניות. כחודש לאחר כל מדידה הוצגו הממצאים לצוות המקצועי של התוכנית בכל אחת מהתוכניות, ולאחר מכן לוועדת ההיגוי המקצועית המלווה.

בראיונות עם המשתתפים השתמשנו בשאלון מובנה למילוי עצמי, שאותו העביר צוות המחקר באופן פרטני בחדר נפרד במקום הפעילות של התוכניות. המשתתף יכול היה למלא את השאלון לבדו או יחד עם נציג מצוות המחקר. מילוי ארך כ-30 דקות. השאלון למשתתף הותאם לפעילויות של התוכניות, למרכיביו ולמטרותיהן, והתבסס בחלקו על כלים פנימיים של התוכניות (טופסי אינטייק). הוא כלל שאלות סגורות ופתוחות על מספר סוגיות הרלוונטיות למטרות היוזמה של הקרן ומשרד הבריאות: (א) מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפים (גיל, מגדר, מספר שנות לימוד, מקום מגורים, שירות בצבא או בשירות לאומי); (ב) משוב על מרכיבי התוכנית – חמש שאלות על תרומתם של מרכיבים שונים, כמו פגישות אישיות, למידה קבוצתית, הניסיון בעבודה ופעילות חברתית, לרווחתם של המשתתפים וכן היגד כללי, "התוכנית עוזרת לי מאוד להתקדם בחיים" ($\alpha=.84$) (לוח 3). התשובות ניתנו על גבי סולם ליקרט שדורג מ-1 ("בהחלט לא מסכים") עד 4 ("מסכים בהחלט"); (ג) שאלון השתלבות בעבודה – 11 שאלות על השתלבותם ועל תפקודם של המשתתפים בעבודה, ובהן הגעה עצמאית לעבודה, דיוק בזמני ההתייצבות לעבודה, הקפדה על הופעה הולמת, עדכון מבעוד מועד על היעדרויות, פנייה לעזרה כשמתעוררת בעיה במהלך העבודה, עמידה בדרישות ($\alpha=.78$) (לוח 4).

עוד כלל השאלון מספר שאלות פתוחות שנגעו למאפיינים שונים של התוכנית ולתרומתה להתקדמות המשתתף. למשל: "האם אתה מרגיש שהתקדמת באופן כללי בחודשים האחרונים? ואם כן, במה התקדמת במיוחד?" "מה עזר לך במיוחד בתוכנית?" "מה היה קשה לך במיוחד בתוכנית?" "האם אתה מרגיש שהשגת את המטרות האישיות שלך בחצי השנה האחרונה?" חלק זה מולא על פי רוב בסיוע עוזר

המחקר. המידע האיכותני, שסיפקו המשתתפים, הצוות המקצועי, ההורים בקבוצות הדיון וראיונות העומק, עובד באמצעות ניתוח תוכן, שבמהלכו זוהו לפי שיטה תמות מרכזיות ששבו והופיעו בתשובות המשתתפים בשתי התוכניות. בממצאי המחקר הוצגו תמות שהעלו מספר מקורות מידע: המשתתפים, הצוות המקצועי וההורים. מידע על מספר האשפוזים ועל מועדם התקבל מהמשתתפים ומהצוות המקצועי.

נתונים על המשתתפים לאחר סיום השתתפותם בתוכניות נאספו באמצעות ראיונות טלפוניים מובנים למחצה עם המשתתפים ועם הוריהם. מכיוון שהיה קושי באיתורם, נאספו נתונים רק על 41 מהמשתתפים במודל המכיל (77%) ועל 16 מהמשתתפים במודל התובעני (55%), שהצלחנו לאתרם. המשתתפים נשאלו על עיסוקם העיקרי במועד הריאיון, על מקום מגוריהם, אם התוכנית תרמה להם, ואם כן, במה, על מספר האשפוזים לאחר סיום התוכנית ועל תוכניותיהם לעתיד. הורי המשתתפים נשאלו על משך ההשתתפות של ילדיהם בתוכנית, אם הם חשים שהתוכנית עזרה להם, ואם כן, במה, ואם היו משנים דברים כלשהם בתוכנית כדי שתעזור למשתתפים יותר.

תהליך גיוס המשתתפים והתמדתם בתוכנית

במהלך התוכנית, בין יולי 2009 למארכ 2011, נאסף מכל המשתתפים שנכחו בשתי התוכניות מידע פרטני. בתקופה זו הצטרפו למודל המכיל 53 משתתפים ולמודל התובעני 29 משתתפים בלבד. מעבר לקשיי ההליך של קבלת הזכאות לתוכניות (התקבלו רק צעירים שהוגדרו בידי ועדה של משרד הבריאות כבעלי 40% נכות או יותר ואשר בחרו לנצל את סל השיקום באמצעות השתלבות באחת התוכניות), הרתיע המודל התובעני רבים מהצעירים ומהוריהם, והם חששו שלא יצליחו להתמיד בו. כפי שצוין קודם לכן, תהליך ההצטרפות לתוכניות היה הדרגתי. הוא נפתח במפגש מקדים של צוות התוכנית עם המועמד ועם הוריו, נמשך בהשתתפות באחת הפעילויות הקבוצתיות של התוכנית ורק אז השתתפות מלאה בכל מרכיבי התוכנית לאורך כל השבוע.

שיעורי ההתמדה של המשתתפים בשתי תוכניות ההתערבות היו שונים בתכלית. במודל המכיל נרשמו 4% נשירה בלבד (שני משתתפים). ההשתלבות במודל זה היתה הדרגתית, נערך שבוע של היכרות, והצוות תמך במשתתפים באופן אינטנסיבי כדי לצמצם את הנשירה. במודל התובעני נרשמו 21% נשירה (שישה משתתפים), בעיקר בשל הקושי של המשתתפים להתמודד עם המעבר החד מבית ההורים למסגרת של פנימייה ובשל הצורך לתפקד באופן שוטף במסגרת נורמטיבית של השירות הלאומי, כמעט ללא מנגנוני תמיכה אישיים וטיפוליים (במודל זה אין הפניה לפסיכיאטר, אך המשתתף יכול ליזום זאת במימונו).

תוצאות

תרומת התוכנית למשתתפים

המשתתפים בשתי התוכניות נשאלו על תחושתם בדבר מידת תרומתם של מרכיבי המודל להתקדמותם האישית בסמוך להצטרפותם לתוכנית ולאחר החשיפה אליה. כדי לבחון אם יש הבדלים בין שני המודלים במדדים של תרומת כל אחד מהם למשתתפים וכן בין המדידה הראשונה (הסמוכה למועד ההצטרפות לתוכנית) לבין המדידה האחרונה בכל אחד מהם, נערכו חמישה ניתוחי שונות דו-כיווניים מסוג מדידות חוזרות (ראו לוח 3). עם סיום התוכניות הכירו משתתפי שתייהן, יותר מאשר בתחילתה, בתרומת המפגשים הקבוצתיים, הפעילות החברתית וההתנסות בעבודה. בבחינת תרומת ההתנסות בעבודה נמצא הבדל מובהק בציון שנתנו משתתפי שתי התוכניות – משתתפי המודל התובעני העניקו לתרומת ההתנסות בעבודה ציון גבוה יותר מאשר משתתפי המודל המכיל.

לוח 3: דיווח משתתפים על תרומת התוכנית לפי תוכנית זמן המדידה

תרומת התוכנית	מודל תובעני (n=19)		מודל מכיל (n=29)		תוכנית	זמן	אינטראקציה
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן			
להתקדם בחיים							
מדידה ראשונה	2.95	1.18	2.86	0.88	F(1,46)=0.68	F(1,46)=0.27	F(1,46)=0.18
מדידה אחרונה	3.13	0.78	2.88	0.98			
מפגשים אישיים							
מדידה ראשונה	2.63	1.3	2.72	0.92	F(1,46)=0.14	F(1,46)=1.89	F(1,46)=0.01
מדידה אחרונה	2.92	0.85	2.98	0.85			
למידה במפגשים קבוצתיים							
מדידה ראשונה	2.47	1.17	2.69	0.93	F(1,46)=0.04	F(1,46)=4.23*	F(1,46)=1.28
מדידה אחרונה	2.95	0.71	2.83	0.88			
התנסות בעבודה							
מדידה ראשונה	2.76	1.38	1.46	1.64	F(1,45)=9.81**	F(1,45)=11.49***	F(1,45)=2.11
מדידה אחרונה	3.26	0.73	2.71	1.21			
פעילות חברתית							
מדידה ראשונה	2.79	1.32	2.21	1.29	F(1,45)=2.75	F(1,45)=4.04*	F(1,45)=0.65
מדידה אחרונה	3.03	0.79	2.77	0.79			

p<.05 *

p<.01 **

p<.001 ***

הלוח כולל משתתפים שהמידע עליהם נאסף בשתי מדידות בלבד.

היבטים של השתלבות בעבודה

כפי שהצהירו יוזמי התוכניות, היתה אחת המטרות העיקריות שלהן לקדם את המשתתפים בתחום ההשתלבות בעבודה. גם בעיני המשתתפים היתה זו אחת המטרות העיקריות. כדי לבחון אם יש הבדלים בין שתי התוכניות ברמת תפקודם של המשתתפים וכן בין המדידה הראשונה למדידה האחרונה, נערכו מספר ניתוחי שונות דו-כיווניים מסוג מדידות חוזרות.

לוח 4: דיווח המשתתפים על רמת תפקודם לפי תוכנית זמן אינטראקציה

רמת התפקוד	המודל התובעני (n=19)		המודל המכיל (n=29)		תוכנית	זמן	אינטראקציה
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן			
תפקוד בעבודה (מדד כללי)							
מדידה ראשונה	4.34	0.47	2.18	1.24	*** F(1,45)=26.39	*** F(1,45)=41.71	*** F(1,45)=62.64
מדידה אחרונה	4.11	0.25	4.43	0.55			
הגעה עצמאית לעבודה							
מדידה ראשונה	4.44	0.86	2.14	1.55	*** F(1,45)=18.29	*** F(1,45)=33.29	*** F(1,45)=27.83
מדידה אחרונה	4.56	0.71	4.62	1.05			
דיוק בזמני הגעה לעבודה							
מדידה ראשונה	4.39	0.85	1.97	1.30	*** F(1,45)=26.61	*** F(1,45)=29.57	*** F(1,45)=47.95
מדידה אחרונה	4.11	0.58	4.28	0.80			
התמדה בהגעה לעבודה							
מדידה ראשונה	4.67	0.69	2.15	1.41	*** F(1,42)=30.59	*** F(1,42)=38.35	*** F(1,42)=42.03
מדידה אחרונה	4.61	0.61	4.58	0.81			
הקפדה על הופעה הולמת							
מדידה ראשונה	4.56	0.78	1.79	1.59	*** F(1,45)=33.18	*** F(1,45)=46.05	*** F(1,45)=42.69
מדידה אחרונה	4.61	0.70	4.72	0.65			

רמת התפקוד	המודל התובעני (n=19)		המודל המכיל (n=29)		אינטראקציה	זמן	תוכנית
	ממוצע	סטיית תקן	ממוצע	סטיית תקן			
עדכון על היעדרויות							
מדידה ראשונה	4.78	0.55	2.32	1.49	*** F(1,44)=25.62	*** F(1,44)=14.65	*** F(1,44)=38.90
מדידה אחרונה	4.50	0.62	4.32	0.86			
היעדרויות מוצדקות מעבודה							
מדידה ראשונה	4.00	1.03	2.00	1.58	*** F(1,41)=36.69	*** F(1,41)=33.54	*** F(1,41)=36.69
מדידה אחרונה	3.94	0.80	4.48	0.77			
פנייה לעזרה							
מדידה ראשונה	4.61	0.50	2.38	1.20	*** F(1,42)=47.11	*** F(1,42)=16.61	*** F(1,42)=23.71
מדידה אחרונה	4.11	0.76	4.35	0.80			
עמידה בדרישות							
מדידה ראשונה	4.03	0.55	2.28	1.37	*** F(1,41)=28.65	*** F(1,41)=21.92	** F(1,41)=8.54
מדידה אחרונה	3.89	0.76	4.36	0.86			
הממונה שבע רצון							
מדידה ראשונה	4.25	0.91	2.14	1.46	*** F(1,44)=53.51	** F(1,44)=9.63	F(1,44)=3.85
מדידה אחרונה	3.33	0.97	4.41	0.95			
תרומה לביטחון העצמי							
מדידה ראשונה	3.67	1.03	2.76	1.74	** F(1,41)=8.75	* F(1,41)=4.61	F(1,41)=0.12
מדידה אחרונה	3.44	0.86	4.16	1.11			

p<.05 *

p<.01 **

p<.001 ***

הלוח כולל משתתפים שהמידע עליהם נאסף בשתי מדידות בלבד.

לוח 4 מלמד על אינטראקציות מובהקות בכל תחומי התפקוד (הגעה עצמאית לעבודה, דיוק בזמני ההתייצבות לעבודה, התמדה בהגעה לעבודה, הקפדה על הופעה הולמת,

יידוע מראש על היעדרויות, פנייה לבקשת עזרה בעת הצורך, עמידה בדרישות מקום העבודה, תחושה שהממונה שבע רצון מהעבודה ותחושה שההשתלבות בעבודה תרמה לחיזוק הביטחון העצמי). בניתוחי המשך נמצא שהמשתתפים במודל המכיל דיווחו על שיפור מובהק בכל תחומי התפקוד, ואילו המשתתפים במודל התובעני לא דיווחו על שיפור כזה. הסיבה המרכזית להבדלים אלה היא נקודת הפתיחה של המשתתפים, שבמודל המכיל היתה נמוכה מזו שבמודל התובעני בכל המדדים שנבדקו.

זווית הראייה של ההורים

בשתי תוכניות ההתערבות העידו ההורים על שיפור מרשים שחל בתפקוד היומיומי, ביחסים הבין אישיים ובדפוסי בילוי הפנאי של ילדיהם. הם סיפרו שילדיהם היו עצמאים יותר, בילו יותר עם בני גילם ויצאו לבלות מחוץ לבית. חלק מההורים של משתתפי המודל המכיל ציינו שאילולא היו ילדיהם משולבים בתוכנית, היה מצבם הנפשי מידרדר והיה חשש לאשפוזם. ההורים של משתתפי המודל התובעני הדגישו עד כמה ילדיהם מוכשרים, ציינו בגאווה את תרומתם במסגרת השירות הלאומי והתייחסו לתוכניותיהם לעתיד (עבודה, לימודים ומגורים מחוץ לבית) על בסיס דיווחיהם.

תפקוד עצמאי של הבוגרים (השתלבות בלימודים או בעבודה)

מעקב אחר בוגרי שתי התוכניות (41 מהמודל המכיל ו-16 מהמודל התובעני) (לוח 5) מעלה שכמעט כל בוגרי המודל התובעני השתלבו במסגרות נורמטיביות למבוגרים – בלימודים או בעבודה. חלקם המשיכו לשלב ב של המודל, שבו ניתן לבחור באחד משלושה נתיבים שונים: שנה ב של שירות לאומי, לימודים במכינה או במוסד להשכלה גבוהה או עבודה בשוק החופשי. הבוגרים המשיכו להשתתף בפעילויות הלימודיות והחברתיות של התוכנית בשעות הערב ובחגים ושמרו על הקשר עם חברים מהקיבוץ העירוני. רוב בוגרי המודל המכיל השתלבו גם הם בעבודה, אך מחציתם

השתלבו ב"תעסוקה נתמכת" (עבודה בשוק החופשי בליווי זמני או ממושך – על פי הצורך – של איש מקצוע, לקראת השתלבות מלאה בעבודה) או ב"תעסוקה מעברית" (העסקה כקבוצה בליווי מדריך שיקומי, כשלב מעבר המאפשר תרגול והתנסות הדרגתיים לקראת השתלבות בעבודה בשוק הפתוח) (משרד הבריאות, 2016). כרבע מבוגרי תוכנית זו חיפשו עבודה.

לוח 5: עיסוק הבוגרים לאחר סיום התוכנית, לפי מודל התערבות, ינואר-פברואר 2012 (במספרים מוחלטים ובאחוזים, לפי דיווח צוות התוכנית והראיונות עם הבוגרים)

המודל ה"תובעני" (n=16)	המודל ה"מכיל" (n=41)	מסגרות המשך
n	n	
4 (25%)	6 (15%)	עובדים במסגרת עבודה נורמטיבית
4 (25%)	2 (5%)	לומדים במסגרת אקדמית נורמטיבית
7 (44%)	אין נתונים	ממשיכים לשנה ב (לומדים או עובדים במסגרת נורמטיבית וממשיכים להגיע לפעילויות של התוכנית)
0 (0%)	3 (7%)	מחפשים עבודה בשוק החופשי
1 (6%)	12 (29%)	תעסוקה נתמכת (בשוק הפתוח בליווי איש מקצוע, בהתאם לצורך)
0 (0%)	6 (14%)	תעסוקה מעברית (העסקה כקבוצה בליווי מדריך שיקומי, לקראת השתלבות בעבודה בשוק הפתוח)
0 (0%)	12 (29%)	לא מועסקים
15 (94%)	8 (20%)	משולבים באופן כללי במסגרת נורמטיבית

הנתונים על התעסוקה הנתמכת והתעסוקה המעברית נלקחו מתוך אתר משרד הבריאות: תחומי סל שיקום בתעסוקה.

היקף האשפוזים במהלך התוכנית ובסופה

כל המשתתפים בשתי התוכניות אושפזו במוסד פסיכיאטרי לפחות פעם אחת לפני הצטרפותם לתוכנית. במודל המכיל יצאו 25% ממשתתפי התוכנית לאשפוז וחזרו במהלך תקופת המחקר. במודל התובעני, לעומת זאת, יצאו בתקופה זו לאשפוז 4% בלבד. ייתכן שסיבת ההבדל היא שהמודל המכיל קיבל מלכתחילה משתתפים ברמת תפקוד נמוכה יותר. נראה שניתן לזקוף את השיעור הגבוה של החוזרים אליו לזכות צוות המרכז, ששמר על קשר רציף עם המשפחה והמשתתף, ביקר את המשתתף המאושפז, המליץ לו לשוב בתום האשפוז לתוכנית ונתן לו את התחושה של "אנחנו מחכים לך" (כך לפי עדויות הצוות, ההורים והמשתתפים עצמם). גישה זו אפשרה למשתתף לחוש ש"יש לו לאן לחזור, וזה לא סוף העולם שעכשיו הוא צריך עזרה", כדברי מנהלת המרכז. בסיום התוכנית, בתקופת המדידה החוזרת (ינואר-פברואר 2012), אף לא אחד מהמשתתפים היה במסגרת אשפוז.

דיון

בעקבות הרפורמה בתחום השיקום בישראל וההשקעה המתרחבת בתוכניות התערבות במגזר הציבורי והפרטי (רועה ועמיתים, 2011; Aviram et al., 2012), מימנה הקרן למפעלים מיוחדים, בשיתוף משרד הבריאות, שתי תוכניות התערבות לטובת מבוגרים צעירים, הגורסות תפיסה טיפולית של שיקום והחלמה. במסגרת המחקר שליווה את התוכניות נבדק עד כמה הן הותאמו למאפייני המשתתפים, קידמו את רמת התפקוד שלהם לקראת חיים עצמאיים ונתנו מענה הולם לצורכיהם. בבסיס כל אחת מהתוכניות עמד מודל התערבות עם דגשים שונים במקצת: המודל המכיל הדגיש קבלה והכלה של המשתתפים בתוכנית, והמודל התובעני הדגיש תפקוד נורמטיבי שלהם לכל אורכה. כאן חשוב לחזור ולציין שאין הכוונה שבמודל המכיל אין ציפייה מהמשתתפים לתפקוד נורמטיבי או שבמודל התובעני אין הכלה שלהם, אלא שהדגשים של מרכיבי התוכניות ותהליך ההשתלבות בשתיהן שונים.

מטרת המחקר היתה לבחון דרך מספר היבטים מרכזיים את תוצאות ההפעלה של שני מודלים שונים של התערבות ואת השלכותיהם: גיוס המשתתפים והתמדתם בתוכנית; שביעות רצונם ממרכיביה; שיפור בהיקף ההשתלבות בעבודה; תפקוד עצמאי של הבוגרים (השתלבות בלימודים או בעבודה); היקף האשפוזים במהלך התוכנית ובסופה.

גיוס המשתתפים והתמדתם בתוכנית

בשלב גיוס המשתתפים הצליחה התוכנית המכילה לגייס משתתפים רבים יותר מאשר התוכנית התובענית, ואף הצליחה להביאם לידי התמדה רבה יותר לאורך תקופת ההשתתפות בה (משך ההשתתפות המצופה למשתתף היה כשנה עד שנה וחצי). תוכנית זו אפשרה למשתתפים "נחיתה רכה". היא יצרה אצלם תחושה של מקום בטוח, שעודד מעורבות שלהם בהפעלתה ובשיווקה. כך גם כשהם התאשפזו במהלכה, הם חשו שמחכים להם בזרועות פתוחות עם סיום האשפוז. התוכנית התובענית, לעומתה, היתה גמישה פחות ודרשה מהמשתתפים לנהל אורח חיים נורמטיבי כבר בתחילת הדרך. לכן מלכתחילה חשו רק מעטים שהם מוכנים להשתלב בתוכנית זו ומסוגלים לנהל לאורך זמן אורח חיים כזה. עם זאת, אלה שהצליחו להשתלב זכו לתמיכתם של חברי הקבוצה, לחיזוק תחושת המסוגלות שלהם ולחיזוקים מהסביבה שהשתלבו בה (עבודה וקהילה); כל אלה סייעו להם רבות עם סיום השתתפותם בתוכנית.

שביעות רצונם של המשתתפים ממרכיבי התוכנית

ככלל חלה בשתי התוכניות עלייה מרשימה ומובהקת בשביעות רצונם של המשתתפים מהלמידה בקבוצה, מהפעילות החברתית ומההתנסות בעבודה. נראה שצוותי התוכניות הצליחו לבנות קבוצות השתייכות שמשתתפיהן ראו את הפעילויות המוצעות בהן כפעילויות המקדמות אותם, הן כמשתתפים והן כתורמים בעלי משמעות לאחרים. כמו כן דיווחו המשתתפים שהתוכנית אכן הצליחה לחשוף אותם להתנסות ראויה לציון בעבודה. המשתתפים במודל התובעני העניקו לתרומת

ההתנסות בעבודה ציון גבוה יותר מאשר משתתפי המודל המכיל. ייתכן שהחשיפה להתנסות אינטנסיביות יותר בעבודה לאורך זמן (מקום עבודה אחד, במשך כל ימות השבוע, לאורך כל השנה) הביאה לכך שהמשתתף יכיר בצורה אינטנסיבית ומעמיקה יותר את מקום העבודה, את משימות העבודה ואת עמיתיו והממונים עליו. היכרות זו אפשרה השתלבות משמעותית יותר, מילוי משימות מאתגרות יותר ותהליך של שיפור בתפקוד במקום העבודה.

העלייה בהכרת משתתפי שתי התוכניות בתרומת המרכיבים הקבוצתיים (הלמידה בקבוצה והמפגשים החברתיים) מעידה על כך שבשתיהן הצליחו להשרות תחושה שקבוצת הצעירים והפורום הקבוצתי הם משאב בעל ערך. ממצא זה עולה בקנה אחד עם יתרונות הטיפול הקבוצתי, כפי שצינו יאלום ולשץ' (2006). במישור האישי, הטיפול הקבוצתי מפיח תקווה, משרה את התחושה שהבעיה האישית היא בעיה אוניברסלית, מאפשר ללמוד ממנחה הקבוצה ומחבריה, מעודד רגש אלטרואיזם, משום שהמשתתף עוזר, לא רק לעצמו, אלא גם לחברי הקבוצה, ויוצר חוויה מתקנת של תחושת השתייכות לפורום משפחתי. במישור הבין אישי, הקבוצה מזמינה התנסות ביחסים בין אישיים ופיתוח טכניקות של תְּכָרוֹת ולמידה משותפת, כולל יכולת הקשבה, יישוב קונפליקטים וקבלת משוב על ההתנהגות האישית מחברי הקבוצה. הפורום הקבוצתי גם יוצר לכידות קבוצתית, המעודדת לרקום יחסים, להתנסות בתפקיד בקבוצה, כמו גם תמיכה וקבלה הדדית. יתרונות אלה של העבודה בקבוצה חיוניים למבוגרים צעירים המתמודדים עם קשיים שונים (ירון, 2011), ובהם מבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית (McKay et al., 2012; Odlaug). ממצאי מחקר זה מלמדים, שבשני המודלים עודד הצוות דיאלוג בעל ערך בין חברי הקבוצה, וחלוקת התפקידים והתורנויות שילבה אותם בפעילות. בדרך זו חיזק הצוות בקרב המשתתפים את התחושה שהם משאב התורם לקבוצה. בתשובותיהם לשאלות הפתוחות דיווחו המשתתפים, שהם חשו שהם תורמים לקבוצה, ושהשתתפותם בקבוצה חיזקה את הרווחה האישית שלהם, תהליכים של התבוננות עצמית ("השתייכות לקבוצה, להיות חלק מקבוצה, זה מחבר אותי לעצמי ומאפשר לי לבחון בי צדדים שאני לא מכיר") ואת ביטחונם העצמי ("הדיבור בקבוצה זה דבר מתגמל ומחזק, במיוחד את הביטחון העצמי. יש לך מקום

בטוח שבו אפשר להביע את הדעות שלך"). המשוב ההדדי והשיח הפנימי בין חברי הקבוצה סייעו להם לסגל התנהגויות נורמטיביות ("למדתי נימוס ולשוחח בדרך מכבדת מהמשוב שקיבלתי על ההתנהגות שלי מחברי הקבוצה") וללמוד תכנים חדשים ("רוב הדיונים שלנו מסתיימים בהארה גדולה עבורי"). מסגרת הפעילות הקבוצתית אפשרה למשתתפים להיפגש ולהעמיק את יחסיהם ("הכרתי חברים חדשים שאני יכול לבלות איתם ביחד לפעמים אחר הצהריים"). משתתפי המודל התובעני הדגישו את התחושה שהשתייכות לקבוצה תרמה להתקדמותם ודיווחו על החברים לקבוצה שהיו משאב בעבורם ("כשאני מוקף בחברה, אני מחייך יותר ויותר שמח"), תופעה שרווחה פחות במודל המכיל.

במקביל להידוק היחסים בין חברי קבוצת השווים, היו משתתפי שתי התוכניות עסוקים בסוגיית הדיור העצמאי, כחלק מהצורך בשחרור מהתלות הכלכלית והרגשית בהורים. דיור הולם הוא אחד האתגרים המרכזיים שעל הצעיר עם המגבלה הנפשית לחצות, כדי להשתלב בחברה באופן תקין ועצמאי (בנבנישתי וזעירא, 2008; עומר ועמיתים, 2011; קטן, 2009). העדר יציבות במקום המגורים עלול להביא לאשפוזים חוזרים ולהקשות על סיפוק צרכים בסיסיים ועל תחזוקה עצמית. מקום מגורים מוגן כמסגרת משקמת מאפשר הדרכה לרכישת מיומנויות של תפקוד יומיומי וכן סיוע בחיבור למשאבים הקהילתיים בסביבת המגורים והזדמנות להשתלב בקהילה. כדי לתת מענה לסוגיה זו, פותחו בעולם מודלים שונים של רצף דיורי (שרשבסקי, 2006; Corrigan et al., 2008). בישראל מוצעים במסגרת סל השיקום מספר מודלים של שירותי דיור שנועדו לעודד דיור עצמאי בקהילה, בליווי עובדים מקצועיים או סמך-מקצועיים (גרינשטיין, 2009; רועה ובלוש-קליינמן, 2011). ההזדמנויות המוצעות במסגרות דיור שיקומי בקהילה באו לידי ביטוי בדברי המשתתפים במודל התובעני. אלה הדגישו בשאלות הפתוחות את התרומה כבדת המשקל של "דירה משל עצמי" ושל מגורים ללא ההורים לתפקודם העצמאי (בין היתר במשימות הכרוכות בניהול משק בית), לתחושת הרווחה האישית ולהתפתחות היכולת לחלוק מגורים עם עמיתים שותפים. במקביל דיווחו רבים מהמשתתפים ומהבוגרים במודל המכיל על רצונם להתגורר בדיור עצמאי, ללא ההורים, ועל הצורך שלהם בסיוע בתחום זה.

בשנים האחרונות מתרחבת ההכרה בחשיבות העבודה עם משפחות והורים לילדים המתמודדים עם מגבלה נפשית, מתוך ההבנה שיש להם תפקיד מרכזי במניעת החמרה במצבם ובסיוע בתהליך שיקומם. העבודה עם משפחות המתמודדים מרחיבה את הידע שלהם על בריאות הנפש ועל דרכי התמודדות מתאימות ומשאבי קהילה העשויים לסייע לבני משפחתם. על בסיס הבנה זו פותחו מודלים שונים של עבודה עם משפחות המתמודדים (עומר ועמיתים, 2011; שור, 2009; Pharoah, Mari, Rathbone, ; 2009; Pickett-Schenk, Lippincott, Bennett, & Steigman, 2008; Pitschel- & Wong, 2010; Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2015). אחת ההתלבטויות של הצוות המקצועי בתוכנית למתמודדים צעירים היא אופי הקשר עם הוריהם ומידת שיתופם בקבלת ההחלטות הנוגעות לילדיהם ובקצב התקדמותם במסגרת התוכנית. ההורים של משתתפי המודל המכיל ציינו לטובה את הקשר הרצוף שלהם עם צוות המרכז וסיפרו שהוא סייע להם להבין את התהליכים שעברו ילדיהם ועודדם לשתף פעולה ולתמוך בהם. ההורים של משתתפי המודל התובעני דיווחו על תחושה של ניתוק מצוות התוכנית ועל הצורך בתקשורת עמו. בה בעת היו רובם מעודכנים בעשייה היומיומית של ילדיהם באמצעות שיחות שוטפות עמו. הממצאים מעלים את הדילמה באשר למידת האינטנסיביות הרצויה של הקשר המשולש הורים-צוות מקצועי-משתתף.

שיפור בהיבטי ההשתלבות בעבודה

בשתי התוכניות ראו כמעט כל המשתתפים ביציאה לעבודה (התנסות בעבודה או בשירות הלאומי) תרומה נכבדה להתקדמות בתפקוד היומיומי ושלב לקראת תפקוד עצמאי (גם בהיבטים הכלכליים). במודל המכיל דיווחו המשתתפים בשאלות הפתוחות על שביעות רצונם ועל שביעות רצון מעסיקיהם מהתפקוד השוטף שלהם (הגעה לעבודה, התמדה וביצוע המשימות, תקשורת בין אישית), ובמודל התובעני הדגישו המשתתפים את התרומה הנכבדה של הצוות המטפל במקום העבודה ושל עבודתם עם מקבלי השירות במקום העבודה לחיזוק תדמיתם האישית. בתוכנית המודל המכיל חלה התקדמות מרשימה ומובהקת מנקודת ההתחלה הנמוכה של המשתתפים,

ובתוכנית המודל התובעני נשמרה הרמה הגבוהה של המשתתפים במגוון היבטים של תפקוד בעבודה, גם לאחר שהות ממושכת בתוכנית וחיפה לעולם העבודה הנורמטיבי. כאן ניתן לראות את היתרונות של כל מודל: המודל המכיל קידם את המשתתפים צעד צעד. נקודת ההתחלה שלהם היתה נמוכה יחסית – הם היו חסרי ניסיון וחסרי ביטחון. בעבודה נכונה, מכילה ומשתפת הם השתפרו באופן מרשים בתחום העבודה ורכשו בהדרגה את הכלים, הידע, הביטחון והיכולת. ממצאים אלה תומכים במחקרים ובאנשי המקצוע הדוגלים במעבר הדרגתי לשוק העבודה, המלווה בהדרכה ובהכשרה (Burke-Miller et al., 2012). במודל התובעני נדרשו המשתתפים כבר מיומם הראשון לעמוד בדרישות רבות. למרות החשש שהם ייסוגו וינשרו, הקפיד הצוות על העמידה בדרישות התובעניות לכל אורך התוכנית. משתתף שלא עמד בדרישות אלה כבר בשלביה הראשונים נאלץ לפרוש ממנה.

תפקוד עצמאי של הבוגרים ואשפוזים לאחר סיום התוכנית

עם סיום התוכניות השתלבו כל בוגרי המודל התובעני בהצלחה בעבודה או בלימודי המשך. לעומתם דיווחו רוב בוגרי המודל המכיל שהם חוו "נפילה" רגשית, התקשו למצוא מקום עבודה ולהתמיד בו וחשו מנותקים מהשירותים ומהגורמים המטפלים, למרות ההתקדמות מרחיקת הלכת שחלה בתפקודם במהלך התוכנית. אם כן, בוגרי המודל התובעני, שהצליחו לעמוד במשך כשנה בדרישות התובעניות של התוכנית, הצליחו להשתלב בעולם העבודה גם עם סיומה; ואילו בוגרי המודל המכיל התקשו במעבר זה. העולם בחוץ אינו מכיל או מקבל כמו צוות התוכנית, ושוק העבודה אינו סובלני כמו מסגרות העבודה שסיפקה להם התוכנית, ונראה שהמפגש עם הדרישות הנורמטיביות היה קשה להם. נדרש אפוא תהליך מתווך, הן במהלך התוכנית והן בסיומה, שיסייע לבוגריה להשתלב בהצלחה בשוק החופשי. ממצאי מעקב אלה מאששים מחקרים שנערכו בשנים האחרונות, המצביעים על עדיפות להשתלבות ישירה ואינטנסיבית בשוק העבודה על פני הכנה איטית של המתמודדים לעבודה בשוק החופשי כדרך המבטיחה בצורה הטובה ביותר השתלבות ארוכת טווח בשוק זה. על פי

מחקרים אלה, בוגרי מודל העבודה התהליכי משתלבים בסופו של דבר בעבודות חלקיות ובשכר נמוך (Davis, Delman, & Duperoy, 2013).

עוד מרכיב מכריע שנכלל במודל התובעני ונפקד מהמודל המכיל הוא שלב ב, המאפשר להמשיך ולהשתתף בתוכנית גם לאחר סיום שנה א בשירות הלאומי, בעבודה או בלימודים. לאחר פרסום הממצאים הראשוניים של ההערכה הוסיף גם צוות המודל המכיל מרכיב של ליווי וסיוע לבוגרי התוכנית בהשתלבות בעבודה וכן הקים למען המשתתפים והבוגרים מועדון חברתי בשעות אחר הצהריים, המאפשר להם מידה של תמיכה והמשכיות. מלבד זאת שולב בתוכנית רכז תעסוקה, המלווה את משתתפיה בשלבי ההשתלבות בשוק העבודה.

כאמור, שיעור גבוה יותר של משתתפי המודל המכיל יצא לאשפוז במוסד במהלך ההשתתפות בתוכנית – 25% לעומת 4%. נראה שהסיבה המרכזית לכך היא שבתוכנית המכילה קולטים משתתפים ברמת תפקוד נמוכה יותר. ואולם במודל זה חזרו רוב המתאשפזים לתוכנית, בעקבות הקשר הרציף של הצוות עם ועם משפחותיהם. מן הראוי לציין שבסיומה, בתקופת המדידה החוזרת (ינואר-פברואר 2012), אף לא אחד מהמשתתפים היה במסגרת אשפוז.

מסקנות והשלכות ליישום בשדה

ממצאי המחקר נוגעים בשלוש סוגיות מרכזיות: (א) יכולתם של נותני השירות למבוגרים צעירים, המתמודדים עם מגבלה נפשית, לספק במסגרת התוכנית שירות הולם לצורכיהם; (ב) מידת ההתקדמות של המשתתפים בעקבות החשיפה לתוכנית; (ג) יכולתם של בוגרי התוכנית להמשיך ולתפקד עם סיומה באופן עצמאי בלימודים ובעבודה.

בשתי התוכניות דיווחו המשתתפים על התקדמות מרחיקת לכת או על תפקוד יציב במפגש עם האתגרים בעבודה. נראה ששלושה גורמים מרכזיים השפיעו על תחושה זו: (א) תפיסת השיקום וההחלמה של צוות התוכנית – הצוות נתן מקום נכבד לקולם של

המשתתפים ועודד אותם לקחת חלק פעיל בהפעלת התוכנית ובשיווקה; מלבד זאת נבנתה לכל משתתף תוכנית אישית, והוענק לו ליווי אישי וטיפולי של איש צוות מקצועי מתחום העבודה הסוציאלית או הריפוי בעיסוק. (ב) המרכיבים הקבוצתיים בשתי התוכניות (למידה ופעילות חברתית) – הקבוצה היתה מקור כוח למשתתפים; הם חשו שייכים וגילו שיש להם יכולת לתרום לחבריהם וגם להיתרם. (ג) החשיפה לשוק העבודה – חוויית ההשתתפות האינטנסיבית לאורך זמן תרמה תרומה של ממש להתקדמות המשתתפים, לביטחונם העצמי ולאמונה שלהם ביכולתם.

מכיוון שתוכניות אלה מיועדות לקלוט קהל רחב של צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית, מן הראוי שיכללו בראשיתן מרכיבים "מכילים" (כמו ליווי שוטף של איש צוות ומטפל מקצועי וכן כניסה הדרגתית לשוק העבודה), כדי להנגישן לצעירים ולמנוע נשירה מהן. גם הקשר ששמר הצוות המטפל עם הורי משתתפים שאושפזו במהלך ההשתתפות בתוכנית ועם המשתתפים עצמם עודד אותם לחזור לתוכנית ולהמשיך במסעם לעצמאות.

הממצאים בדבר הצלחה רבה יותר של בוגרי המודל התובעני, להשתלב עם סיום התוכנית במסגרות נורמטיביות של לימודים ועבודה, מצביעים על כך שבתוכניות שיקום למבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית כדאי לעבור בהדרגה למודל פעולה תובעני יותר ולזמן למשתתפים התנסויות הקרובות למציאות שיפגשו בסיום התוכנית. מודל זה מצריך תמיכה אינטנסיבית של הצוות המקצועי, התנסות אינטנסיבית ומתמשכת במקום העבודה וקשר עם שירותים ציבוריים בתחומי הבריאות, הרווחה והעבודה. סוגיה זו נבחנה ביתר העמקה במאמר אחר (Lifshitz & Catz, 2015). עוד נראה שלאחר כשנה של חשיפה, לקראת סיום ההשתתפות בשלב הראשון של התוכנית, רצוי להוסיף שלב ב, שלב מעבר המבטיח המשכיות ושירותי מעטפת (כמו ליווי אישי והדרכה של איש צוות או השתתפות בפעילות חברתית קבוצתית) והמסייע בתהליכי ההשתלבות במסגרות לימודים או בעבודה עם סיום התוכנית. המודל התובעני מציע שלב ב, שחסך מהמשתתפים עוד מעבר שהיה מקשה עליהם (Podmostko, 2007; Woolsey & Katz-Leavy, 2008). הם המשיכו במסגרת מוכרת, ועשו עוד כפרת דרך ביכולת התפקוד העצמאי שלהם בלימודים ובעבודה, בלי

לאבד את קבוצת ההשתייכות התומכת ואת הנגישות לאנשי מקצוע (עובד סוציאלי או מרפאה בעיסוק).

למרכיב הדיור העצמאי, שמציע המודל התובעני, יש משמעות רבה מבחינת המשתתפים והוריהם. המגורים בתנאי פנימייה מאפשרים למשתתפים להתנסות במשימות יומיומיות שוטפות (ניקיון הבית, כביסה, בישול והכנת ארוחות) ומסייעים להם בתהליכי ההיפרדות מההורים לטובת ניהול עצמאי של חייהם ותפקוד עצמאי בקהילה, כולל רכישת מיומנויות של ניהול תקציב ודירה ויכולת להתגורר עם שותפים. נראה שיש לעשות את המעבר לדיור עצמאי בהדרגה ובהתאם ליכולת של המשתתף.

אחת הדילמות המרכזיות המלוות את יישום התוכניות היא הקשר עם ההורים. בתוכנית המודל המכיל יש קשר רציף עם ההורים, המאפשר תיאום וחשיבה משותפת על הדרכים המתאימות ביותר לסיוע למשתתפים בתהליכים שהם עוברים לקראת תפקוד עצמאי בקהילה. בה בעת עבודה עם המשתתפים בלבד מעודדת את המוטיבציה שלהם להגיע לתפקוד עצמאי, ללא תלות בהורים. גם כאן יש לשקול מעבר הדרגתי מקשר רציף עם ההורים בתחילת התוכנית לקשר עם המשתתפים בלבד בסיומה.

מגבלות המחקר

נדרש לבחון את המגמות המזוהות במחקר זה במדגם רחב יותר של משתתפים ולאורך זמן. יש להרחיב, לבחון ולאשש את ממצאי המחקר, באמצעות מעקב, מספר שנים לאחר סיום ההשתתפות בתוכנית.

ראוי לבחון היטב את העלויות הכלכליות של שני המודלים: המודל התובעני כולל עובד סוציאלי אחד ושני אנשי צוות סמך-מקצועיים (מדריך חברתי ואם בית) ואת האפשרות להתגורר בתנאי פנימייה. המודל המכיל, לעומתו, כולל שלושה אנשי צוות

מקצועיים העובדים במשרה חלקית (עובד סוציאלי, מרפאה בעיסוק, מרפאה באמנות) ומנהלת תוכנית (מרפאה בעיסוק), ללא השקעה בעלויות דיוור.

המחקר לא בחן משתנים אחרים שהיו עשויים להשפיע על השיפור ברמת התפקוד של המשתתפים, כמו קשר עם גורמים בקהילה, אופי מקומות העבודה שהשתלבו בהם והיקף שירותי השיקום ביישוב.

המחקר השתמש בשאלונים שבהם נבדקה המהימנות הפנימית של המדדים בלבד (באמצעות אלפא של קרוונבך), ולא נעזר בכלי מחקר מתוקפים שנעשה בהם שימוש במחקרים קודמים בתחום זה.

לסיכום, ייתכן ששילוב שתי התוכניות לכדי תוכנית אחת, מכילה ומקבלת בתחילתה והופכת תובענית יותר בהמשך, יכול להיות פתרון למבוגרים צעירים המתמודדים עם מגבלה נפשית. עם זאת יש לשים דגש על תוכנית המותאמת למשתתף; כלומר: יש משתתפים שמתאימה להם תוכנית שמתחילה ברמת דרישות נמוכה, ויש משתתפים שמתאימה להם תוכנית שמתחילה ברמת דרישות גבוהה – כל משתתף על פי יכולתו, בתוכנית המותאמת לו אישית. מנקודה זו על המשתתפים להתקדם בהדרגה לאורך השתתפותם בתוכנית, כל משתתף בקצב שלו עד סיומה, שאז יתנסו כולם בדרישות תובעניות המדמות את הדרישות הנורמטיביות ממבוגרים צעירים. עם סיום שלב א של התכנית, נדרש שלב ב שיסייע בהשתלבות בקהילה (תוך לימודים או עבודה) ויכלול גם מרכיב חברתי-קהילתי, מעין מעטפת הוליסטית, שתמצה את הכישורים שרכש הבוגר במהלך שהותו בתוכנית ותאפשר לו לצעוד קדימה.

מקורות

אבירם, א' (2013). **חוק שיקום נכי נפש בקהילה: הערכת ביניים**. ירושלים: מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל.

בייץ מוראי, ש', קורש אבלגון, כ', ליפשיץ, ח' ובן ברוך, ש' (2011). **ביצוע הערכה מתפתחת (developmental evaluation) בהערכת תכניות לשיקום בקהילה של צעירים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית: הישגים ואתגרים לעתיד**. אסופת מאמרים של הכנס ה-11 של האגודה הישראלית להערכת תכניות. תל אביב: איל"ת והמרכז לטכנולוגיה חינוכית.

בנבנישתי, ר' וזעירא, ע' (2008). הערכת מידת השליטה של מתבגרים בהשמה חוץ-ביתית במיומנויות חיים וצורכיהם לקראת עזיבתם את המסגרת. **מפגש לעבודה חינוכית-סוציאלית**, 28, 17-44.

גרינשטיין, ג' (2009). **השוואת מידת השילוב בקהילה ומידת הבחירה לגבי היבטי חיים בקרב מתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות בין דיירי הוסטל לדיירי "קהילה תומכת"**. עבודת מוסמך. חיפה: אוניברסיטת חיפה.

זעירא, ע', בנבנישתי, ר' ורפאלי, ת' (2012). **צעירים פגיעים בתהליכי מעבר לבגרות: צרכים, שירותים ומדיניות, דוח מחקר מסכם**. ירושלים: האוניברסיטה העברית ואוניברסיטת בר-אילן.

יאלום, א' ולשץ' מ' (2006). **טיפול קבוצתי – תיאוריה ומעשה**. ירושלים: מאגנס וכנרת.

ליפשיץ, ח' (2014). **תכניות לשיקום בקהילה של צעירים המתמודדים על מחלה פסיכיאטרית: הישגים ואתגרים**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

משרד הבריאות (2016). **תחומי סל שיקום בתעסוקה**. אוחזר מ-

http://www.health.gov.il/Subjects/mental_health/rehabilitation/rehab_sub/employment/Pages/employment.aspx

נאור, ר' ובוועז, ע' (2013). **שוברים את מעגל הכרונות באלמו"ג צעירים – יחידה לפיתוח כישורי חיים ושיקום תעסוקתי בשיקום פסיכיאטרי**. **כתב עת לריפוי בעיסוק**, 22 (4), 229-245.

עומר, ח', דולברגר, ד', נחום, א', נוס, י', מור, ד', נורטוב, א' וליבוניץ, א' (2011).
מלכודת הקן הלא המתרוקן. אוחזר מאתר פסיכולוגיה עברית

<http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=2621>

קטן, י' (2009). **צעירים בישראל – בעיות, צרכים ושירותים בתחומי הרווחה, תמונת מצב ומבט לעתיד**. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

רועה, ד', אמיר, ט', בלוש-קליינמן, ו', שרשבסקי, י', הדס-לידור, נ', תלם, ע' ולכמן, מ' (2011). השיקום הפסיכיאטרי בדרך לפרופסיה. **ביטחון סוציאלי**, 86, 85-105.

רועה, ד' ובלוש-קליינמן, ו' (2011). **התפתחויות בתחום השיקום בבריאות הנפש**. חיפה: אוניברסיטת חיפה והאגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות. אוחזר מ-

<http://homesh.org.il/2-uncategorised/167>

שור, ר' (2009). **תכנית קש"ת – קידום, שיתוף ותקשורת. קורס להכשרת בני משפחה של אנשים המתמודדים עם פגיעות נפשיות**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.

שרשבסקי, י' (2006). שיקום נכי נפש בקהילה בישראל – תהליכים ואתגרים. בתוך י' גינת וא' אבירם (עורכים), **שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות** (עמ' 387-357). אזור: צ'ריקובר.

Aviram, U. (2011). The rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law of Israel: Challenge and opportunity in a changing mental health service system. In U. Aviram (Ed.), *Rehabilitation and community integration of persons with psychiatric disabilities: The first ten years and beyond* (pp. 39-54). Ramat Gan: Tel Hashomer.

Aviram, U., Ginath, Y., & Roe, D. (2012). Mental health reforms in Europe: Israel's rehabilitation in the community of persons with mental disabilities law: Challenges and opportunities. *Psychiatric Services*, 63, 110-112.

- Brodie, I., Goldman, R., & Clapton, J. (2011). Mental health services transitions for young people. *Research briefing*, 37, 1-20 .
- Burke-Miller, J., Razzano, L. A., Grey, D. D., Blyler, C. R., & Cook, J. A. (2012). Supported employment outcomes for transition age youth and young adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 171-179.
- Burt, K. B. & Masten, A. S. (2010). Development in the transition to adulthood: Vulnerabilities and opportunities. In J. E. Grant & M. N. Poztenza (Eds.), *Young adult mental health* (pp. 5-18). Oxford: Oxford University Press.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Cronce, J. M. & Corbin, W. R. (2010). College and career. In J. E. Grant & M. N. Poztenza (Eds.), *Young adult mental health* (pp. 80-95). Oxford: Oxford University Press.
- Davis, M., Delman, J., & Duperoy, T. (2013). Employment and careers in young adults with psychiatric disabilities. *Tools for system transformation for young adults with psychiatric disabilities: State of science papers*. (pp. 59-94). Worcester, MA: U Massachusetts Transitions Research and Training Center. Available at <http://labs.umassmed.edu/TransitionsRTC> .
- Davis, M., Koroloff, N., & Ellison, M. L. (2012). Between adolescence and adulthood: Rehabilitation research to improve services for youth and young adults. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 167-170.

- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's psychiatric rehabilitation law. *Israel Journal of Psychiatry, 48*, 227-229.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity*. New York: Norton .
- GAO (United States Government Accountability Office) (2008). *Young adults with serious mental illness: Some state and federal agencies are taking steps to address their transition challenges*. Washington, DC: GAO .
- Gralinski-Bakker, J. H., Hauser, S., Billings, R., Allen, J., Lyons, P., & Melton, G. (2005). *Transitioning to adulthood for young adults with mental health issues*. Policy Brief. Philadelphia: Network on Transition to Adulthood, University of Pennsylvania. Retrieved from <http://transitions.s410.sureserver.com/wp-content/uploads/2011/09/mental-health-formatted.pdf>
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: David McKay Company .
- Lifshitz, C. C. & Catz, O. (2015). Supportive versus demanding intervention programs for young adults with severe mental illness. *Psychiatric Services, 66* (11), 1138-1140.
- Masten, A. S., Burt, K. B., & Coatsworth, J. D. (2006). Competence and psychopathology in development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (pp. 696-738). New York: Wiley.
- McKay, C. E., Osterman, R., Shaffer, J., Sawyer, E., Gerrard, E., & Olivera, N. (2012). Adapting services to engage young adults in ICCD clubhouses. *Psychiatric rehabilitation journal, 35* (3), 181-188.

Ministry of Health (2009). *Mental health in Israel: Annual statistics*. Jerusalem: Health economic and insurance division .

Ministry of Health (2011). *Mental health in Israel: Annual statistics*. Jerusalem: Health economic and insurance division.

National Collaborative on Workforce and Disability for Youth. (2009, May 23). *Successful transition models for youth with mental health needs: A guide for workforce professionals*. Info brief. Washington DC: National Collaborative on Workforce and Disability for Youth .

Odlaug, B. L., Mahmud, W., Goddard, A., & Grant, J. E., (2010). Anxiety disorders. In J. E. Grant & M. N. Poztenza (Eds.), *Young adult mental health* (pp. 80-95). Oxford: Oxford University Press.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12, 1-105 .

Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C., & Steigman, P. J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *Psychiatric Services*, 59 (1), 49-56 .

Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2015). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 73-92.

Podmostko, M. (2007). *Tunnels and cliffs: A guide for workforce development practitioners and policymakers serving youth with mental health needs*. Washington DC: National Collaborative on Workforce and Disability for Youth .

Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2007). *Psychiatric rehabilitation* (2nd ed.). Amsterdam, Boston etc.: Elsevier. Retrieved from

https://www.researchgate.net/profile/Werner_Kissling/publication/12114918_The_effect_of_family_interventions_on_relapse_and_rehospitalization_in_schizophrenia-a_meta-analysis/links/00b4952947ed98bdae000000.pdf

- Roe, D., Gross, R., Kravetz, S., Baloush-Kleinman, V., & Rudnick, A. (2008). Assessing Psychiatric Rehabilitation Service (PRS) outcomes in Israel: Conceptual, professional and social issues. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 46 (2), 103-110.
- Sheidow, A. J., McCart, M., Zajac, K., & Davis, M. (2012). Prevalence and impact of substance use among emerging adults with serious mental health conditions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 235-243.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stein, C. H., Aguirre, R., & Hunt, M. G. (2013). Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: A family perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 15-21.
- Struch, N., Shereshevsky, Y., Naon, D., & Fischman, N. (2011). *The contribution of community rehabilitation to reducing psychiatric hospitalization in the mental health system*. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute. TM-36-11 .
- Thornicroft, G. & Tansella, M. (2009). *Better mental health care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wagner, M. & Newman, L. (2012). Longitudinal transition outcomes of youth with emotional disturbances. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35, 199-208.
- Woolsey, L. & Katz-Leavy, J. (2008). *Transitioning youth with mental health needs to meaningful employment and independent living*. Washington, DC: National Collaborative on Workforce and Disability for Youth.