



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

**שיקום חולי נפש
עמדות עובדי שיקום כלפי
שיקום חולי נפש**

סקר מס' 103

ירושלים, טבת התשנ"ג, ינואר 1993

המוסד לביוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

שיקום חולי נפש -
עמדות עובדי שיקום כלפי
שיקום חולי נפש

לאה ענבר

ירושלים, סבת התשנ"ג, ינואר 1993

הקדמה

המינהל למחקר ותכנון מציג בזאת חוברת נוספת בסדרת הפרסומים בתחום השיקום במסגרת המוסד לביטוח לאומי.

בפרסום זה נבחנו השינויים שחלו בעמדותיהם של פקידי שיקום ושל מנהלי יחידות השיקום ועובדים בכירים בהן, בתחום הטיפול בחולי נפש, וזאת לאחר הדרכה ספציפית שהועברה להם בנושא שיקומם של נכים אלה.

הפרסום הוכן על ידי גב' לאה ענבר מהמחלקה להערכת גמלאות קצרות מועד בהדרכתה של גב' דליה גורדון.

תודתנו נתונה בראש וראשונה למנהל מחלקת השיקום מר שמואל פינצ'י על התיחסותו והערותיו החשובות לטיוטת הדו"ח.

תודה מיוחדת נתונה לד"ר רפי בן דרור, מנהל מכון צוהר לשיקום פסיכוסוציאלי ולמר חיים דויטש, מנהל מכון סאמט על תרומתם הנכבדה להדרכה של מנהלי יחידות השיקום, העובדים הבכירים בהן ועובדי השיקום, בתחום שיקום חולי הנפש. וכמובן נזכור את התרומה של ד"ר עמנואל כהן (ז"ל) בהדרכתם של מנהלי ועובדי השיקום.

עוד נודה לגב' חוה רונן, סגנית מנהל מחלקת השיקום על הכנתה את הסעיף המתייחס למסגרת ההדרכה ועל הערותיה לטיוטת הדו"ח כולו, כמו גם לגב' נורית קמינצקי על הערותיה המקצועיות.

לבסוף נודה לכל מנהלי יחידות השיקום, למדריכים בהן ולעובדי השיקום על שיתוף פעולתם במילוי השאלונים.

שלמה כהן

סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן העניינים

עמודים

1	סקירת ספרות
1	מבוא
2	הגישה המסורתית
5	הגישה הפונקציונלית
9	עמדות עובדי שיקום כלפי שיקום חולי נפש
11	מסגרת ההדרכה
11	כללי
12	ההדרכה - מטרות ותכנים
14	מערך המחקר
14	מטרות המחקר
14	אוכלוסיית המחקר
15	כלי המחקר והמשתנים
17	ממצאים
17	תכונות דמוגרפיות והרקע המקצועי של כלל המרואיינים
18	עמדות עובדי השיקום לפני קורס ההדרכה ובסיומו
27	עמדות מנהלים ועובדים בכירים בהשוואה לעמדות של עובדי השיקום
29	סיכום ודיון
	ביבליוגרפיה
	נספח

תחום הטיפול בחולי הנפש בתוך קהילה קיבל תאוצה בשנים האחרונות בשל קיצור אישפוזם הנגרם הן על רקע השיפור בתוצאות הטיפול התרופתי והן על רקע התפתחות גישות ליברליות הנוגעות לחירויות הפרט ולהתנגדות לאשפוז כפוי.

חולי הנפש נמנים על אחת הקבוצות העיקריות המקבלות שיקום מקצועי-תעסוקתי, עם זאת שיעור ההצלחה בשיקומם נמוך. באופן משמעותי מאשר זה של בעלי נכויות אחרות (MacDonald-Wilson et al, 1989, Marshak et al 1990, McCue et al 1983).

תעסוקה תופסת מקום מרכזי בתהליך השיקום הכללי של חולי נפש. תעסוקה משמשת עבורם זירה (arena) באמצעותה הם יכולים לשלוט במציאות (Leonard & Perlman 1980) ומספקת פעילות אפקטיבית המסייעת לחולים לא רק להשאר בקהילה, אלא גם נותנת משמעות לחייהם ותורמת לבריאותם הנפשית על ידי הגדלת תחושת ההערכה העצמית שלהם (Herbst 1984, Dunham 1978). תעסוקה מהווה גורם עיקרי בהפחתת הרצדיביזים של חולי הנפש (Eisenberg & Cole 1986). אך לחולי הנפש יש על פי רוב קשיים בתעסוקה, ולא רק במציאת תעסוקה מתאימה, אלא, ובעיקר, קושי בהתמדה ובהסתגלות (McCue et al 1983). יש ממצאים המצביעים על החשיבות הגדולה של תעסוקה לחולי הנפש, כשמאידך שיעור ההצלחה בשיקומם כאמור נמוך (Herbst 1984).

סוגיות מחלות הנפש ושיקום חולי נפש מעוררת עניין רב בקרב אנשי מקצוע העוסקים בשיקום נכים בכלל. היא ממשכה להיות בין הסוגיות הבעייתיות ביותר בפניהן הם ניצבים. Marshak et al (1990) סבורים כי אין עדויות אמפיריות באמצעותן ניתן להצביע היכן מערכות שיקום המטפלות בחולי נפש נכשלות.

נבחן בעבודה זו את עמדות המטפלים כלפי חולי נפש כגורם אחד ממכלול הגורמים המשפיעים על סיכויי ההצלחה בשיקומם. קודם לבחינת עמדות המטפלים כלפי חולי נפש וכלפי מחלות נפש, נסקור בקווים כלליים את הגישות העיקריות למחלות הנפש ולחולי הנפש.

בספרות המקצועית הדנה בסוגיית מחלות הנפש ושיקום חולי נפש רווחות תאוריות שונות, לעיתים אף סותרות זו את זו. איך תאוריה אחת מוסכמת ומקובלת באמצעותה ניתן להתייחס לסוגיה זו (1982 Beech). אפשר לסווג את מכלול התאוריות לשתי גישות עיקריות אותן מקובל לכנות הגישה המסורתית והגישה הפונקציונלית. נגדיר תחילה מהי בריאות נפש.

לבריאות נפש הגדרות שונות. הגדרה אחת רואה בריאות נפש כהליך ביולוגי תקין, דהיינו היעדר מחלה. הגדרה אחרת רואה בבריאות נפש התנהגות סתגלנית, לפיה אין הבחנה בין התנהגות בריאה לחולנית. ניתן למקם את מכלול אופני ההתנהגות על פני רצף. יש הגדרה הרואה בריאות נפש כקונפורמיות חברתית של הפרט לסיטואציה חברתית בה הוא מעורב או למצב לו הוא שואף. הגדרה נוספת מתייחסת ליכולת הפרט להתאים את עצמו למצבים שונים - קומפטיביות. בריאות נפש היא רב מימדית ובמהותה הינה דינמית וכוללת שינויים המתרחשים בקשרי הגומלין בין הפרט לסביבתו (Leonard & Perlman 1980).

הגישה המסורתית

הגישה מתמקדת בעיקר בסיבות ובגורמים למחלות הנפש וכן היא עוסקת בנסיונות להגדיר את מחלות הנפש ולסווגן.

Wright & Trotter (1968) מונים את הגורמים למחלת נפש: פגם אורגני, חבלה ושינויים פסיכוגניים הנעוצים בקונפליקטים רגשיים בלתי פתורים כגורמים למחלות הנפש. Browne (1982) סבור כי בהרבה מהמקרים הגורמים למחלות אינם ידועים.

למחלות הנפש הגדרות שונות. ההגדרה הרפואית מוגבלת לאנשים אשר ניתן לזהות אצלם נזק גופני. מחלת נפש מוגדרת גם כהליך אינטלקטואלי לא נורמלי המאופיין ע"י התנהגות רגשית הסוטה מהנורמה (Wright & Trotter 1968). אך לא כל סטיה כזאת היא בגדר מחלה. הגדרת המחלה היא במידה רבה קונבנציונלית ותלויה בהערכה חברתית - תלויה במקום ובזמן (Anderson 1982).

על פי הגישה המסורתית מקובל לסווג את מחלות הנפש לשתי קבוצות עיקריות: ניאורוזות ופסיכוזות. נציין כי ההבחנה בין שתי הקבוצות הללו היא קשה ושנויה במחלוקת.

ניאורוזות - קבוצת מחלות המבטאות נסיון בלתי מוצלח של החולה לזכות בכטחון ובשווי משקל נפשי המתערערים כתוצאה מחרדה, לחץ ומקונפליקטים. הסימפטומים מהם סובלים החולים הניאורוטיים הם אמצעים שונים להתגבר על החרדה והקונפליקטים. צורתם תלויה בהרבה באופיו ובמזגו של החולה. הם שונים בכמותם מאלה המתגלים בסיטואציות מסוימות אצל מי שאינם חולים, כך שאין קו מבדיל ברור בין הפעילות הנפשית התקינה וזו הבלתי תקינה. ההבדל הוא כמותי ולא איכותי. המנגנונים הנפשיים היוצרים את הסימפטומים של מחלת הנפש קימים אף אצל האדם הנורמלי, ובמקרים רבים אפשר לאמר שהסימפטומים של החולה הניאורוטי אינם אלא הפרזה או סטיה של תהליכים נפשיים הקיימים במקורם גם אצל האדם הנורמלי. כך לחולה הסובל מניאורוזת חרדה יהיו סמפטומים שניתן להבחיןם מאלה המתגלים בסיטואציות המעוררות חרדה כמו: בחינה, ראיון קבלה לעבודה וכו' (Hume & Pullen 1986).

קבוצת המחלות הניאורוטיות כוללת פוביות, דכאון תגובתי, סימפטומים היסטריים, מצבי חרדה ומצבים אובססיביים-קומפולסיביים שונים (Hudson 1982). החולה באחת מהמחלות הללו נמצא כמעגל הרסני של הימנעות ממעורבות מלאה בחיים משום שאינו מצליח לפתח כישורי התמודדות מתאימים עם הסכיבה. הוא מפתח דפוסי התנהגות ניאורוטיים (Dunham 1978). החולים הניאורוטיים, על פי רוב, אינם מנתקים את הקשר עם המציאות (Wright & Trotter 1968). הם אינם מבלבלים את

נסיונותיהם הסוביקטיביים והפנטזיות שלהם עם המציאות החיצונית. אישיות החולים הניאורוטיים נשארת על פי רוב מאורגנת.

פסיכוזות - קבוצת מחלות חמורות עליהן אין הסכמה בין אנשי מקצוע באשר לגורמיהן. לגבי חלק מהפסיכוזות אפשר להצביע על גורמים גנטיים, מבניים, כימיים ונוירופתולוגיים כגורמים למחלות אלה. יש פסיכוזות לגביהן לא ניתן להציע על מניעים פסיכיים כגורמיהן ולפיכך מיונן הוא סימפטומטולוגי ולא אטיולוגי. ככלל ניתן לאפיין את החולה הפסיכוטי, באשר יהא, בניתוק חמור של קשר עם המציאות ובהיעדר תובנה (Marshak et al 1990).

מחלת הנפש הנפוצה ביותר בקבוצת המחלות הפסיכוטיות בכלל, ובין הפונים לשיקום בפרט היא הסכיזופרניה. הגורמים לה, הפרוגנוזה שלה והטיפול בה שנויים במחלוקת (Beech 1982). מחלת הסכיזופרניה מתבטאת בהתפוררות איטית ומתמדת של כלל האישיות ומופיעה לרוב בגיל ההתבגרות. המחלה מאופיינת בנוכחות של סימפטומים פסיכוטיים אופייניים במהלך תקופת המחלה וכמו כן היא מאופיינת ברמת תפקוד נמוכה מרמת תפקודו של החולה בטרם חלה וזאת בתחומים שונים כמו: עבודה, יחסים חברתיים וטיפול עצמי. הסימפטומים הפסיכוטיים האופייניים הם: דלוזיות, הלוצינציות, הפרעות באפקט, בחשיבה ובהתנהגות. הגישות השונות להגדרת מחלת הסכיזופרניה מודגשות את הפרעה בתהליכים פסיכולוגיים. על פי ה-DSM אוסף של אפיונים מוגדרים כמחלת הסכיזופרניה רק כאשר הם אפיונים פסיכוטיים גלויים. הסימפטומים האופייניים הם בתוכן החשיבה כשהפרעות העיקריות הן דלוזיות רבות מקוטעות וביזריות. צורת החשיבה מאופיינת באובדן אסוציאציות, מעבר מאסוציאציה אחת לשניה. תחום התפיסה מאופיין בצורות שונות של הלוצינציות, בעיקר הלוצינציות שמיעתיות. בתחום האפקט ניתן להבחין באפקט שטוח - חוסר ביטוי של רגש, או אפקט לא תואם. בתחושת העצמי הפרעה מתבטאת באובדן גבולות האגו.

1. DSM - Diagnostic and Statistics Manual of Mental Disorders No. 3, New York, 1987.

התחום המוטורי מאופיין בפעילות מוטורית ללא מטרה. מקובל להבחין בין צורות שונות של סכיזופרניה: סימפלקס, פרנואידיה, קטאטוניה, הכפרנית וסכיזואפקטיבית (Dunham 1978).

יש הסבורים כי פסיכוזות הן פחות חמורות מאשר נארוזות. חולים ניאורוטיים עלולים להיות מוגבלים באופן חמור למשך תקופה ארוכה ואילו אפיזודה פסיכוטית ככל שתהא אקוטית, עלולה להמשך באופן יחסי זמן קצר. עם זאת מקובלת הדעה כי נארוזות מפריעות למהלך החיים הרבה פחות מאשר הפסיכוזות (Dunham 1978). וככלל, החולים הניאורוטיים מצליחים יותר בטיפול שיקומי מאשר הפסיכוטיים (Marshak et al 1990).

על פי אנטוני (Anthony 1980) הגישה המסורתית לשיקום חולי נפש מתמקדת בעיקר בסימפטומים של המחלה וכן בהתנהגות התוך נפשית של החולים. בהתאם לגישה זו הטיפול השיקומי בחולי נפש צריך להתמקד בפיתוח יכולת השליטה של הקליינט על דחפיו הפנימיים (Leonard & Perlman 1980).

הגישה הפונקציונלית

הגישה המועדפת לשיקום חולי נפש היא הגישה הפונקציונלית. היא אינה מתמקדת בסימפטומים בתור שכאלה וכן לא בתהליכים הפסיכודינמיים של הקליינט. בהתאם לגישה זו יש לשקם את חולה הנפש במסגרת הקהילה; השיקום צריך להיות מקיף וכולל שיקום חברתי, תעסוקתי, עזרה כספית וכן סידורי מגורים לפי הצורך; השיקום צריך להתמקד על החלק הבריא ובגורמים מציאותיים יותר מאשר בתופעות תוך נפשיות ובתהליכים קוגניטיביים וכן בשינוי התנהגותי יותר מאשר בשינוי המבנה הבסיסי של האישיות (Lamb and Associates 1971); סוכני הטיפול הראשיים על פי גישה זו הם כל הנמנים על רשת התמיכה החברתית של החולה (Leonard & Perlman 1980).

מודל טיפוס לשיקום חולי נפש בהתאם לגישה הפונקציונלית הוא המודל של אנטוני.

אנטוני (Anthony 1980, Anthony et al 1982) סבור כי שיקום חולי נפש מיועד להפחית ולצמצם את השפעת המוגבלות המתערבת ביכולת החולה לתפקד בקהילה,

קרי לסייע לפרטים הסובלים מהפרעות מנטליות ופיסיות המונעות מהם להשתתף בחברה בהתאם ליכולתם. אנטוני מציע מודל מובנה והכולל אלמנטים אופרטיביים לשיקום חולי נפש.

בדומה למודל הרפואי המתמקד בפיתוח ובבנייה של מיומנויות אצל המוגבל ובעיצוב סביבתו, כדי להשיג את רמת המיומנויות הנדרשת עבורו, מציע אנטוני מודל לשיקום חולי נפש המתמקד בבנייה והקנייה של מיומנויות לקליינט, שכן המיומנויות שיש או אין לו הן למעשה המשפיעות על תוצאות השיקום באופן ישיר ולא הסימפטומים כשלעצמם. טכניקות הטיפול הרפואי אינן מנסות להסיר את הסיבה להמפלגיה, לדוגמה, אלא מתמקדות בבנייה מחדש של מיומנויות שנזקו או בהקניית מיומנויות חדשות לפציינט. ניתן, אם כן, ללמד את הקליינט מיומנויות ללא התייחסות לסימפטומטולוגיה שלו. מוקד הטיפול השיקומי הוא פיתוח מיומנויות ולא רק רימסיה (החלמה) בסימפטומים או פיתוח תוכנה טרפוייטית. מודל השיקום מיועד להקנות לקליינט מיומנויות רגשיות, פיסיות, פסיכולוגיות ואינטלקטואליות הדרושות לו כדי לחיות לעבוד וללמוד בסביבתו הוא.

מרכיבי המודל לשיקום חולי נפש על פי אנטוני:

1. הערכה פונקציונלית של הקליינט על רקע דרישות הסביבה: שיקומו של קליינט מתייחס לאינטראקציה בין מיומנויות הקליינט ודרישות הסביבה. ההערכה הפונקציונלית צריכה לזהות את המיומנויות הרלבנטיות לקליינט. לזהות את נקודות התורפה והחוזק של הקליינט בתחומים בהם הוא רוצה או צריך לתפקד, שכן מטרת השיקום היא לקדם את הקליינט מהרמה העכשווית של מיומנויות ההתנהגות לרמה של מיומנויות ההתנהגות הנדרשת על ידי הסביבות המסויימות בהן הוא רוצה או צריך לתפקד. מרמת מיומנות מצויה לרמת מיומנות רצויה, כך לדוגמא בתחום חיי היום יום במסגרת היחסים המשפחתיים מטרת השיקום היא לפתח את המיומנות הטיפקודית - "שליטה עצמית" מהיעדר יכולת של הקליינט להביע כעס באופן בלתי אליים כלפי בת זוגו (מצב מצוי) לשלוש שיטות בלתי אלימות בהן הקליינט יכול להשתמש כדי להביע כעס כלפי בת הזוג (מצב רצוי).

2. מעורבות הקליינט בשלבי ההערכה וההתערבות במהלך השיקום: מעורבות הקליינט בשיקום פסיכיאטרי דורשת פרוצדורות הערכה והתערבות, אותן

ניתן להסביר לקליינט ואותן הוא יכול להבין. אפשר להגדיל את מעורבות הקליינט כאשר המטפל מאמין כי השיקום נעשה בשיתוף הקליינט ולא למען הקליינט. שיתוף הקליינט בתהליך האבחון מאפשר לו להיות פעיל בתכנון עתידו ומוציאו מהעמדה הפסיבית המאפיינת אותו.

3. **בניית תכנית שיקום אינדיבידואלית:** תכנית השיקום מורכבת מצעדים אותם צריך הקליינט לבצע. צעדי התכנית כוללים את הפעולות שהוא צריך לעשות כדי להתקדם מרמת המיומנות בה הוא נתון לרמה הנדרשת, כפי שזוהתה בהערכה הפונקציונלית, כלומר מרמת מיומנות מצוייה לרמת מיומנות רצוייה. הערכה תפקודית מזהה ומגדירה את היעדים שהקליינט צריך להשיג. בניית תכנית השיקום קובעת את הצעדים שקליינט צריך לבצע, בהתבססה על נקודות החוזק של הקליינט במטרה לשפר את נקודות התורפה שלו.

4. **הקנייה ישירה של מיומנויות לקליינט:** שיקום פסיכיאטרי כולל הקניית מיומנויות ספציפיות הנדרשות לתפקוד מוצלח בסביבות הרלבנטיות של הקליינט על מנת שיוכל כאמור לתפקד בקהילתו הוא. הקנייה ישירה של המיומנויות הנדרשות כוללת העזרות בתרשים בו נכלל הידע הנחוץ לביצוע המיומנויות וזאת במטרה להקל על רכישתן כך לדוגמא, בתחום הלימודים על המשתקם ללמוד התנהגויות פיסיות (כמו להיות דיקן) רגשיות (כמו לרכוש חברים) ואינטלקטואליות (למשל ללמוד להעלות שאלות).

5. **עיצוב והערכה של הסביבה:** לא כל המוגבלויות הפסיכיאטריות נוחות וניתנות לשיקום באמצעות שיפור במיומנויות ההתנהגות של הקליינט עצמו. יש צורך לעשות שימוש בקהילה על מנת להעריך את מידת הסתגלות הסביבה לנקודות התורפה של הקליינט. כך עבודה מוגנת היא דוגמא לסביבת עבודה המותאמת לעובדים שחסרים כישורים לעבודה בשוק התחרותי. שימוש בקהילה לחיזוק הקליינט מחייב, אם כן, להעריך את הסביבה, גם כן במונחי נקודות תורפה וחוזק, כך לדוגמא בתחום העבודה בסיטואציה של רכישת חברים במסגרת סדנאת עבודה: מיומנות ההתנהגות הטעונה שיפור מצד הסביבה היא הגדלת מספר הביקורים בשבוע שהחברים לעבודה מבקרים את הקליינט מאז אישפוזו.

6. שיקום על ידי צוות: מודל השיקום מחייב שכל חבר בצוות יטפל בכל פונקציה ולא רק בתחום הפרופסיונלי הספציפי שלו.

כדי להוציא לפועל את מודל הטיפול השיקומי יש לאבחן את הקליינט. האבחון השיקומי צריך להיות מקובל ומוסכם על הקליינט מאחר והוא מצופה לפעול בהתאם להבנתו את תפקודו הנוכחי. מיומנויות ההתנהגות של קליינט הן שמשפיעות על ההצלחה בשיקום, מכאן שחשוב להעריך ולזהותן במונחים של נקודות חוזק ותורפה, ותוך הבחנה בין הסביבות בהן מיומנויות אלה באות לידי ביטוי, שכן המיומנויות בלתי תלויות בסביבות. תפקוד קליינט בסביבה אחת, עבודה לדוגמא, אינו בהכרח זהה לתפקודו בסביבה אחרת. תפקוד בסביבה לא תעסוקתית אינו מנבא תפקוד בסביבה תעסוקתית. כך רואים אנו משתקמים, אשר עובדים בהצלחה, אך חוזרים ומתאשפזים בגלל סיבות שונות. לחולה יכול להיות קושי אמוציונלי שמגביל אותו כחי יום יום, אבל לא בתחום העבודה. המודל הדיאגנוסטי, על פי אנטוני מארגן אם כן את המידע בשני מימדים: במימד רמת המיומנויות: פיסיות, רגשיות ואינטלקטואליות ובמימד הסביבה בה המיומנויות באות לידי ביטוי: חי יום יום, לימודים ועבודה. ארגון כזה של המידע מובן על ידי רוב הקליינטים. ניתן באמצעותו להעריך את החומרה הכללית של המוגבלות ואת נקודות התורפה במיומנויות ספציפיות הדורשות התערבות. פרט המתקשה בתפקודו במספר קטן של מיומנויות ובסביבה אחת מוגבל פחות מזה החסר מיומנויות תפקוד ביותר מאשר בסביבה אחת.

אנטוני סבור אם כן כי שיקום חולי נפש מיועד להפחית ולצמצם את השפעת המוגבלות המתערבת ביכולת החולה לתפקד בקהילה, וזאת באמצעות הקניית מיומנויות תפקוד החסרות לתפקוד האופטימלי של החולה בסביבתו הוא. אנטוני אינו מתייחס לסימפטומים של החולה ולא למחלתו בתור שכאלה, כמו כן לא לתהליכים ולהתנהגות תוך נפשית. הוא מדגיש את תפקוד החולה בכל אחד ממה שקרוי "אזורי מחיה". עוד ניתן להבחין כי המודל של אנטוני מדגיש במיוחד את השינוי הסביבתי כמהותי לתהליך השיקום. כמו כן מבליט הוא את החשיבות הרבה של עבודת צוות בתהליך השיקום.

עמדות עובדי שיקום כלפי שיקום חולי נפש

עמדות שיש לפרטים כלפי זולתם משפיעות כמובן על האינטראקציה ביניהם. עמדות מטפלים נחשבות לגורם אחד ממכלול הגורמים אשר יש בהם כדי להשפיע על הצלחת שיקומם של מטופלים.

Kaplan (1982) מדווח על מחקרים שבחנו עמדות עובדי שיקום כלפי קבוצות קליינטים שונות בהתאם לתפיסתם את קשיי השיקום של אותם קליינטים. ככל שנתפסים הקליינטים קשים יותר לשיקום כך עמדות עובדי השיקום כלפי אותם קליינטים נוטות להיות שליליות.

ההבדלים בעמדות עובדי שיקום כלפי קליינטים יכולים ליצג הערכות ראליות של אותם קליינטים, אבל הם גם מהווים מקור להטייה אשר יכול להקטין את סיכויי ההצלחה בשיקומם. ההטייה היא בבחינת נבואה המגשימה את עצמה, באשר מראש קליינטים מסוימים עשויים לא לקבל את השירות באופן אופטימלי, כך שסיכוייהם להצליח בשיקום קטנים.

Krauff & Rubin (1976) הצביעו במחקרם על עמדות שליליות של עובדי שיקום כלפי חולי נפש לאחר אשפוז. אין עובדי שיקום מחוסננים מקטגוריזציה סטריאוטיפית של חולי הנפש הנמצאים בטיפולם. הם מצאו כי משתנים דמוגרפיים ואישיותיים של המטפלים, להוציא את המשתנה נסיונם בעבודה, כמו גם משתנים הקשורים בנכות המטופלים קשורים לעמדה שלילית שהביעו המטפלים כלפי חולי הנפש.

Creech & Prewett (1976) מדווחים על ממצאי מחקרים לפיהם לעמדות מטפלים יש קשר חיובי עם יעילות הטיפול בחולי נפש. במחקר שערכו הם בחנו והשוו דעות של נושאי תפקידים שונים (עובדים סוציאליים, עובדי שיקום, אחיות וכו') במסגרות טיפול שונות (בתי חולים פסיכיאטריים ומרכזים קהילתיים לבריאות הנפש) כלפי חולי נפש. הם הגדירו 5 מימדים לבחינת הדעות: מימד הסמכותיות, מימד טוב הלב (benevolence) - המימד מתייחס להומניות המאפיינת את נושא התפקיד שמקורה בדת ובהומניזם יותר מאשר במדע או בתחכום פרופסיונלי. מימד האידיאולוגיה של הגינה נפשית המצביע על אוריינטציה חיובית שיש לנושא התפקיד כלפי חולי הנפש. מימד נוסף הוא מימד ההגבלתיות החברתית (restrictiveness) המצביע על

נטייתו של נושא התפקיד לתפוס את חולה הנפש כאיום על החברה המחיב הצרה והגבלת תפקודו החברתי של החולה. המימד האחרון שהגדירו הוא הגורם הבין אישי המצביע על אמונת נושא התפקיד שמחלת הנפש צומחת מהתנסויות בין אישיות וביחוד מחסך הורי במשך ילדותו של חולה הנפש.

ממצאי המחקר מחזקים את ההוכחות הקיימות באשר להשקפות השונות הרווחות בקרב נושאי התפקידים השונים המטפלים בחולי נפש אודות הסיבות למחלות הנפש, הטיפול בחולי הנפש ואודות הפרוגנוזה שלהם.

הם מצאו כי אידיאולוגיה של היגיינה נפשית שמשקפת הומניות וקבלת האמונה שמחלות נפש עשויות להיות מטופלות בהצלחה כמו כן טוב לב - הן עמדות רצויות (במיוחד אצל אחיות ומסייעות - להן מגע קרוב עם החולים) לשם שיקום מוצלח של חולי נפש. ואילו עמדות סמכותיות ואפוטרופוסיות אינן אפקטיביות בסיטואציות טיפוליות.

יש הסבורים שהמאפיין את המטפלים בחולי נפש הוא חוסר תקווה, אכזבה ופסימיזם ביחס ליכולתם לחולל שינוי אצל חולים אלה. כמו כן חוסר אימוץ ביכולתם של חולי נפש להשתקם (Leonard & Perlman 1980, Hume & Pullen 1986). פסימיזם זה לדעת ספיבק (1981) מושלך על הקליינט על ידי כינויו ותיוגו כמחוסר תקווה המתבטא למשל באמירה כ"פעם סכיזופרני תמיד סכיזופרני". לדעת ספיבק (שם) פסימיות המטפל משמשת צידוק לכשלוננו הוא בטיפול בחולה ולדחייתו של אותו חולה שהטיפול בו נחל כשלון. הפסימיות היא רציונל בו משתמש מטפל להפניית מאמציו לקליינטים המוערכים על ידו כבעלי סיכוי רב יותר להצלחה. יתירה מזאת, Krauss & Slavinsky (1982) סבורים שעובדי שיקום נוטים להימנע מלטפל בקליינט פסיכיאטרי בשל מוזרותו ומשום שהתנהגותו אינה ניתנת לניבוי.

חולי נפש נמנים על אחת מהקבוצות הבעיתיות והקשות לטיפול מקרב נכים המקבלים טיפול שיקומי באמצעות מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי. הם מהווים כרבע² מהפונים למוסד לצורך קבלת טיפול שיקומי. הטיפול השיקומי ניתן על ידי אנשי מקצוע - עובדים סוציאליים בהכשרתם, המשמשים כעובדי שיקום הפועלים על פי מנדט חוקי שניתן להם. יעדו של השיקום במסגרת המוסד לשלב את הנכה בסיומו של תהליך הטיפול בתעסוקה בהתאם ליכולתו וכישוריו. ממצאים בארץ ובעולם מצביעים על שיעור נמוך של חולי נפש ששיקומם הצליח בהשוואה לשיעור ההצלחה בקרב נכים אחרים. נתוני המוסד מלמדים כי 44% מבין חולי הנפש השתלבו בעבודה בסיום הטיפול, וזאת לעומת 69% מבין קטועי ופגועי גפיים ו-57% מקרב הסובלים ממחלות שונות.

כאמור (ראה סקירת ספרות) הצלחתו של תהליך הטיפול קשורה, בין היתר, גם בעמדות האישיים והמקצועיות של המטפלים כלפי המטופלים. ההשערה היא כי עמדות אלה קובעות, הן את עצם הנכונות לקבל חולי נפש לטיפול שיקומי והן את דרך הטיפול. בהתאם להשערה זו הוחלט במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי לבצע תכנית מיוחדת של הדרכה, שכללה הקניית כלי טיפול מיוחדים לעובדים בצד עבודה אינטנסיבית על פיתוח עמדות חיוביות כלפי הטיפול בנכים אלה, הפגת חששות ועיבוד תסכולים מנסיון העבר.

מטרת המחקר לבדוק את העמדות האישיים והמקצועיות של עובדי השיקום ושל מנהלי מחלקות השיקום במוסד לביטוח לאומי בשאלת שיקום חולי נפש. כמו כן לבחון באיזו מידה חלו שינויים בעמדות אלה, בעקבות ההדרכה המקצועית המיוחדת שהוקנתה להם במסגרת עבודתם, ומהו הכיוון של השינויים הללו.

2. מקור: המאגר הממוכן של מינהל מחקר וחכנון במוסד לביטוח לאומי הכולל נתונים שונים על הפונים למחלקת שיקום של המוסד. הנתון מחייחס לפונים בשנת 1991.

ההדרכה - מטרות ותכנים

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי ראתה, כאמור לפניה את הצורך להקנות לעובדי השיקום כלים טיפוליים נוספים לכלים שבידם, במטרה לשפר את הטיפול בחולי הנפש. לעובדים ולמנהלי יחידות השיקום הועברה הדרכה קבוצתית על ידי מומחים לטיפול בחולי נפש.

המטרות העיקריות של ההדרכה היו לגרום לשינוי עמדות ביחס לטיפול בחולי הנפש ובתוך כך להגדיר ציפיות ברורות השגה אצל המטפלים, להפחית תסכולים לפתח את הנכונות לטיפול בחולי הנפש, תוך הגדרת מטרות ריאליות הניתנות להשגה. לעובדי השיקום נסיון וידע רבים יותר בשיקום נכים בעלי מוגבלויות פיזיות והתפתחויות ופחות התנסות בנושא שיקום של חולי נפש. מטרה מרכזית נוספת להקנות לעובדים כלים לאבחון חולי נפש בעיקר על פי קריטריונים תיפקודיים, וכמובן להדגיש את החשיבות של תמיכת הקהילה כולל עבודה עם תחנות לבריאות הנפש, לשכות הרווחה, אנוש וכו'.

במסגרת ההדרכה הועלו על ידי המשתתפים בה סוגיות שונות כמו: חרדה וכעס כלפי חולי הנפש, אלימות ותגובות אליה, השקעה גבוהה מול תגמול יחסית נמוך, בעיות אובדן שליטה, חוסר אמון מצד העובדים ביכולתם של חולי נפש להשתקם, ציפיות המטפל מעצמו ומהמשתקם. כמו כן הבדידות של חולי הנפש, בעיות המוטיבציה, חוסר היציבות בהתנהגותם ובעית חוסר הקשר עם דמויות משמעותיות ובעיות של קשר חברתי.

ההדרכה נועדה להתמודד עם בעיות וסוגיות אלה. הוצגו הבהרות שונות ביחס ל: הגדרת האוכלוסייה, הגדרתה על פי התנהגות - כוחות ומגבלות ולא על פי סימפטומים של המחלה; התייחסות לבעיות הבדיקות הרפואיות אל מול בדיקות התפקודיות שיש לערוך; הבהרות ביחס למוטיבציה לשיקום של חולי נפש; הצורך בהיצמדות לתהליכים מעשיים וקונקרטיים; התייחסות לצורך במערכות תומכות ובעבודה כוללנית עם הקהילה; עיבוד כעס המטפל הן כלפי עצמו והן כלפי המשתקם עקב ציפיות שלא התגשמו. דגש חזק הושם במסגרת ההדרכה על דרכי אבחון תוך הדגשת הצורך בהתמקדות על היבטים תפקודיים והערכה של חולי נפש. כמו כן הושם דגש על כל מרכיביו של התהליך השיקומי.

ההתייחסות לכל ההיבטים הללו היתה ברמה של מתן אינפורמציה וכך על ידי עיבוד ברמה הרגשית. מסגרת ההדרכה כללה הרצאות, דיונים, סדנאות וניתוח מקרים

מהשדה, כמו כן משחק תפקידים. ההדרכה נערכה בשני צירים מרכזיים: 1. במסגרת קורס מתמשך בנושא שיקום חולי נפש בהיקף של כ-120 שעות ובו השתתפו בעיקר מנהלים מדריכים ועובדים בכירים מיחידות השיקום. 2. במסגרת סדנאות סניפיות בהיקף של כ-10 מפגשים שהתקיימו אחת לשבועיים. כל מפגש נמשך מספר שעות. השתתפו בהן בעיקר עובדי שיקום המטפלים בחולי נפש בסניפי המוסד.

מ ע ר ד ה מ ח ק ר

מטרות המחקר

בעבודה זו נבחנו כאמור השינויים שחלו בעמדות המקצועיות של עובדי השיקום ומנהלי מחלקות השיקום בסניפים בשאלת שיקום חולי נפש בעקבות הדרכה שהוקנתה להם בנושא הטיפול בחולי נפש.

בחנו את עמדות עובדי השיקום לפני שהשתתפו בקורס ההדרכה הסניפית ולאחריה. נבדק האם חלו שינויים בעמדות העובדים ואצל מי חלו השינויים, וזאת באמצעות בחינת הקשר בין עמדותיהם לתכונות האישיות ולרקע המקצועי שלהם. כמו כן בחנו את עמדותיהם של מנהלים ועובדים בכירים גם כן בשני מועדים לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה ולאחריה. השונו בין עמדות עובדי השיקום לאלה של המנהלים והעובדים הבכירים.

אוכלוסיית המחקר

השתתפו במחקר עובדי שיקום המטפלים בחולי נפש בסניפי המוסד וכך מנהלי מחלקות השיקום ועובדים בכירים בהן, אשר קבלו הדרכה מיוחדת בנושא שיקום חולי נפש. הנחנו שותק בעבודה, נסיון והשכלה עשויים להשפיע על עמדות ועל כן בחנו לחוד עמדות של כל אחת מהקבוצות הללו.

מלכתחילה היתה כונה לבצע ראיונות הבוחנים את עמדות העובדים והמנהלים לפני ואחרי ההתערבות, דהיינו לפני קבלת ההדרכה בנושא הטיפול בחולי נפש ולאחריה. מאחר וחלק ממסגרות ההדרכה החלו לפעול לפני ראשיתו של המחקר ניתן היה לבצע לגבי המשתתפים במסגרות הללו רק ראיונות הבוחנים את העמדות לאחר סיום ההדרכה.

חלוקת הנחקרים היתה כדלקמן: קבוצה אחת מנתה עובדים מן השורה המטפלים בחולי נפש ואשר קיבלו הדרכה ברמה סניפית, עליהם נמנו עובדים מהסניפים נצרת, קריות, תל אביב, חיפה, נתניה, דמלה, רמת גן ונהריה. אלה רואינינו לפני קבלת ההדרכה ולאחריה.

קבוצה שניה כללה עובדים שהשתתפו בקורס הדרכה שהועבר למנהלים ולעובדים בכירים. אף אלה רואינו לפני קבלת ההדרכה ולאחריה. הלוח להלן מציג את הקבוצות בהתאם למועד הדיווח.

לוח 1: כלל המרואיינים* לפי מועד הדיווח (במספרים)

קבוצה	בטרם ההדרכה	בסיום ההדרכה
עובדי שיקום מן השורה (עובדי השיקום)	33	25
מנהלים ומדריכים (בכירים)	15	23

* נציין שהיו מרואיינים שלא מלאו את אחד משני השאלונים, דהיינו לא מלאו את השאלון שהועבר בטרם ההדרכה או את השאלון שהועבר בסיומה.

כלי המחקר והמשתנים

הנתונים למחקר נאספו במחצית השניה של שנת 1991 ובמהלך שנת 1992 באמצעות שתי גרסאות של שאלון עמדות למילוי עצמי (self report) שנבנו במתכונת של שאלות פתוחות וסגורות. השאלונים הועברו לעובדי השיקום ולבכירים. הועבר שאלון לבחינת עמדות עובדי שיקום והבכירים לפני שהחלו בקורס ההדרכה ושאלון נוסף לבחינת עמדותיהם אחרי השתתפותם בקורס (השאלון השני מצ"ב בנספח).

כללנו בשאלונים משתנים אותם ניתן לחלק ל-6 קבוצות: פרטים אישיים ורקע מקצועי של המרואיינים, משתנים המתייחסים לנכונות המרואיינים לטפל בחולי נפש, משתנים המתייחסים לתחום אבחון חולי הנפש ולתחום הטיפול בהם, משתנים המתייחסים לעמדות המרואיינים בתחום שיקומם התעסוקתי של חולי הנפש. קבוצות המשתנים הללו נכללו בשתי גרסאות שאלון העמדות. משתנים המתייחסים לציפיות המרואיינים ממסגרת ההדרכה שהועברה להם נכללו רק בשאלון שמולא על ידם לפני השתתפותם בקורס ההדרכה, והמשתנים המצביעים על השינויים שחלו בעמדותיהם בעקבות מה שנלמד במסגרת ההדרכה נכללו כמובן רק בשאלון שבחן עמדות עובדי השיקום והבכירים אחרי השתתפותם בקורס ההדרכה.

נציג להלן את הממצאים בהתאם לקבוצות המשתנים הללו ולמטרות העבודה. תחילה ננסה לאפיין את כלל המרואיינים מבחינת תכונותיהם הדמוגרפיות והרקע המקצועי שלהם.

מ מ צ א י ם

תכונות דמוגרפיות והרקע המקצועי של כלל המרואיינים

מקצוע העבודה הסוציאלית מאויש בעיקרו על ידי נשים, אף בקרב המשתתפים בסקר לנשים יש יצוג מכריע (94%) (31 מתוך 33). תמונה דומה נמצאה אף בקרב הבכירים - מרביתם נשים. הגיל הממוצע של עובדי השיקום 35 שנים. כצפוי, הגיל הממוצע של הבכירים היה גבוה יותר - 42 שנים.

עיסוק בתחום העבודה הסוציאלית מותנה בסיום תואר ראשון. כך מרבית עובדי השיקום סיימו תואר ראשון בעבודה סוציאלית (29 מתוך 33 מרואיינים). בודדים מקרב העובדים סיימו תואר שני - 4 מרואיינים. 5 מתוך 15 הבכירים סיימו תואר שני בעבודה סוציאלית. בממוצע עסקו עובדי השיקום במקצוע 10.5 שנים. רוב התקופה (בממוצע 8.3 שנים) במחלקת השיקום של המוסד. יש בממצא זה כדי לאשר את מה שכבר היה ידוע - תחלופת עובדי השיקום של המוסד קטנה ביחס לשיעורי תחלופה במסגרות אחרות המעסיקות עובדים סוציאליים. למנהלים ולעובדים הבכירים היה כמו כן ותק גדול יותר - 15.9 שנים בממוצע, מתוכם 13.1 שנים במוסד.

בחינת הרקע המקצועי והתעסוקתי של העובדים המתייחס באופן ספציפי לטיפול בחולי נפש מלמדת שלמרביתם 28 מרואיינים (85%) לא היה כל נסיון במסגרות עבודה שהתמחו בטיפול בחולי נפש. לבודדים - 5 מרואיינים היה נסיון של עד 3 שנים. כמו כן מרביתם (22 מרואיינים) לא קיבלו בעבר כל הכשרה מיוחדת לטיפול בחולי נפש.

מניתוח עומס העבודה (case load) של העובדים עולה כי, על פי דיווחיהם, בממוצע היו להם בעת מילוי השאלון 48 נכים לטיפול, מתוכם בממוצע 12 חולי נפש. אכן התפלגות ליקויי הפונים למחלקת השיקום של המוסד מלמדת שחולי הנפש מהווים כרבע מכלל הפונים.

מרבית עובדי השיקום היו, אם כן, נשים; גילם הממוצע 35 שנים; בוגרי תואר ראשון בעבודה סוציאלית וללא כל רקע ספציפי לטיפול בחולי נפש, לא רקע מקצועי ולא תעסוקתי.

3. ראה לעיל הערה מס. 2.

עמדות עובדי השיקום לפני קורס ההדרכה ובסיומו

נכונות העובדים לטפל בחולי נפש - המרואיינים נתבקשו להשוות את נכונותם לטפל בחולי נפש עם נכונותם לטפל בנכים אחרים. נמצא הכרל במידת הנכונות לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה לבין הנכונות בסיום ההדרכה. כך 17 מרואיינים (52%) סברו לפני קורס ההדרכה שמידת נכונותם לטפל בחולי נפש פחותה מנכונותם לטפל בנכים אחרים. בסיום הקורס מספרם ירד ל-9 (36%).

השוואת דרוגי העובדים לפני קבלת ההדרכה עם דרוגיהם בסיום ההדרכה בשאלת מידת הנכונות לטיפול בחולי נפש מחזקת את הממצא, לפיו ההדרכה שקיבלו העובדים שינתה אצל חלקם את הנכונות לטפל בחולי נפש. כך לפני קורס ההדרכה 66% מהעובדים (שהם 21 מרואיינים) דרגו עצמם כבעלי נכונות בינונית עד גבוהה (דרגות 4 עד 6 בסולם בין 6 דרגות), בסיום קורס ההדרכה עלה השיעור ל-84%.

העובדים נשאלו באופן ישיר על מידת השינוי שחל בנכונותם לטפל בחולי נפש בעקבות ההדרכה שקיבלו. אצל 10 מהעובדים (שהם 42%) חל שינוי במידה די רבה אם לא רבה בנכונותם. שינוי קל חל אצל 9 מהעובדים (שהם 37%). כחמישית מהעובדים ציינו כי לא חל שינוי בנכונותם לטפל בחולי נפש בעקבות ההדרכה. עוד נוסף שהפער בין הנכונות לטפל בחולי נפש לנכונות לטפל בנכים אחרים היה גדול יותר לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה בהשוואה לפער שהסתמן בסיום הקורס.

נציין שההדרכה לפי דיווחי העובדים הפחיתה במידת מה את רמת החרדה ואת החששות שהתעוררו אצל העובדים במהלך טיפולם בחולי נפש. כך 72% דיווחו על חרדה מועטה או די רבה לפני קורס ההדרכה ואילו בסיומו 51% דיווחו שעדיין הטיפול בחולי הנפש היה כרוך בחרדה, גם אם מועטה. 40% דיווחו על היעדר כל חרדה. בחינת התפלגות הגורמים לחרדה אצל העובדים העלתה 4 קבוצות של גורמים:

1. הקושי לנבא שינוי אצל החולה, תגובות בלתי צפויות וחוסר יציבות במצבו.
2. קשיי העובדים בהתמודדות עם מצבים פסיכוטיים ופרנואידיים, פחדים בלתי מציאותיים של החולים, כמו כן קשיי העובדים בהתמודדות עם דברים החוזרים על עצמם.
3. אלימות, תוקפנות ואיומי התאבדות של החולים.
4. כשלונות וירידה דרסטית בתפקוד.

נציין שהיו עובדים שדיווחו על שילוב של מספר גורמים.

מעבר להבעת נכונות או אי נכונות לטפל בחולי נפש העובדים נתבקשו לפרט את השיקולים שהנחו אותם בקבלת חולי נפש לטיפול. אלה היו ונשארו גם לאחר ההשתתפות בקורס ההדרכה: מוטיבציה מילולית לשיקום, שיתוף פעולה של הנכה, רצון לצאת לעבודה, מוכנות לקשר, כמו כן המצאותו של הנכה בקשר עם גורמים בקהילה, כולל קשר ומעקב של גורמים רפואיים. ההדרכה שהוקנתה לעובדים לא שינתה, אם כן, את מערכת השיקולים שעמדה לנגד עיניהם בקבלת חולי נפש לטיפול שיקומי.

נסכם ונאמר כי ההדרכה שהועברה לעובדים הגדילה, על פי דיווחיהם, את מידת נכונותם לטפל בחולי נפש והפחיתה במידת מה את החששות ואת החרדה שהיו לעובדים בטיפולם בחולי הנפש. השיקולים בקבלת חולי נפש לטיפול לא השתנו בעקבות קורס ההדרכה, כאשר השיקול העיקרי היה: מוטיבציה של החולה לשיקום. העובדים ביטאו מוטיבציה זו באופני ביטוי שונות.

עמדות העובדים בתחום אבחון חולי הנפש - מהלוח להלך עולה כצפוי שההדרכה הקנתה לעובדים גישות וכלים מיוחדים לאבחון חולי נפש. אם בטרם ההשתתפות בקורס ההדרכה 39% מהעובדים דיווחו על נקיטת גישות כאלה הרי שבסיום הקורס 68% דיווחו כי במהלך טיפולם במקרים רבים, אם לא כמעט בכלם, הם נקטו בגישות מיוחדות. עוד ראוי לציין שמספרם של העובדים שדיווחו כי כלל לא נקטו בגישות מיוחדות בטרם ההדרכה היה גדול לעומת מספרם בסיום ההדרכה, 9 לעומת 3, בהתאמה.

לוח 2: עובדי השיקום, לפי דיווחיהם על גישות מיוחדות שנקטו לאבחון חולי נפש, ולפי מועד הדיווח (במספרים)

בסיום ההדרכה	בטרם ההדרכה	עמדת עובדי השיקום בשאלת גישות מיוחדות לאבחון חולי נפש
25	28	סך הכל
5	5	כמעט בכל המקרים
12	6	במקרים רבים
5	8	במקרים מועטים
3	9	בכלל לא

תשומת לב מיוחדת הושמה כאמור במסגרת קורס ההדרכה להקניית כלי אבחון, אשר יסייעו לעובדים לאבחן את חולי הנפש במידה רבה ללא תלות בעזרתם של גורמים חיצוניים. לאור החשיבות שיוחסה לנושא זה נתבקשו העובדים להעריך באופן ישיר את מידת השינוי שחל בשיטות האבחון בהן נקטו הם בבואם לאבחן את חולי הנפש שבטיפולם. כשלושה רבעים מתוכם דיווחו על שינוי במידה די רבה, אם לא רבה. בחינת הגישות בהן נקטו העובדים באבחון חולי נפש העלתה שאכן נמצא הבדל בין הגישות שנקטו לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה ובין הגישות אותן אמצו העובדים, על פי דיווחיהם, בסיום ההדרכה.

בטרם ההדרכה נועצו והסתייעו למעלה ממחצית העובדים (18 איש) בגורמים קהילתיים שונים לצורך אבחון חולי נפש כמו: בית חולים, תחנה לבריאות הנפש, מרכזי שיקום וכדומה. כך נציין ש-5 עובדים נקטו בגישה התנהגותית: בחינת תפקוד חולי הנפש כביצוע משימות קטנות (כמו בחינת היכולת להגיע לפגישה בזמן). בולט הממצא שבסיום ההדרכה דווחו רבים מהעובדים (כשני שלישים מתוכם) על שימוש בכלי אבחון מובנה - אבחון לפי "איזורי מחיה". הכלי נלמד במסגרת קורס ההדרכה וקרוי "קוביה אבחונית". הוא פותח במרכז השיקום (ראה להלן מקור⁴) ברוח הגישה של אנטוני (ראה לעיל סקירת ספרות). הכלי משמש לאבחון פונקציונלי על פי פירוט מדוקדק של פוטנציאל החולה בשלושה תחומים: דימוי

4. מקור: דויטש, ח. ומוטר, ש. (1990) "הקוביה האבחונית: הערכת תכנון וחקשורת בתהליכי שיקום מקצועי של אנשים עם בעיות נפשיות" חברה ורווחה, 268-253.

עצמי כעובד, יכולת בין אישית ותפקוד. בתהליך האבחון משתתפים משתקם ומדריך, כמהלכו הם מדרגים באמצעות טופס הערכה את המשתקם בפריטים שונים בכל אחד מהתחומים הנ"ל. על סמך טופס ההערכה ניתן לשרטט באופן גרפי קובייה המבטאת ברמה כללית את דירוגי המדריך והמשתקם. "הקובייה האבחונית" מאפשרת לתאר באופן סכמטי את יכולתו ומגבלותיו של המשתקם, כפי שהם נתפסים על ידי המדריך ועל ידי המשתקם. היא מאפשרת לעמוד על הפער בין דירוגיהם. הקובייה עוזרת באינטגרציה של הנתונים הרבים העולים מטופס ההערכה ל-3 קטגוריות.

נראה כי כלי האבחון שנלמדו בקורס צמצמו באופן משמעותי את תלותם של העובדים בגורמי חוץ לשם אבחון חולי נפש. מידת העזרותם בגורמי חוץ ירדה מ-23 עובדים (המהווים 70%), אשר על פי דיווחיהם לפני הקורס שהם נעזרו במדה רבה ואף רבה ביותר בגורמי חוץ לשם אבחון חולי נפש ל-10 עובדים (שהם 40%) שהסתייעו, לפי דיווחיהם, במידה רבה ואף רבה ביותר בגורמי חוץ בסיום ההדרכה. מגמה דומה הסתמנה בהשוואה בין מספר העובדים שדווחו לפני ההשתתפות בקורס כי כלל אינם נוהגים לאבחן חולי נפש בעצמם לבין מספרם בסיום ההדרכה. אנו עדים לירידה במספרם, מ-11 ל-2, בהתאמה.

בעיקרו של דבר, ההשתתפות בקורס ההדרכה לא שנתה את תפיסת העובדים באשר לבעיות בהן היה כרוך לדעתם אבחון חולי הנפש. אלה היו ונשארו בעיקר: חוסר יציבות במצב החולה, פער בין מציאות לציפיות ולכוחות הנפשיים - פער בין כישורים לתפקוד בפועל. כמו כן היעדר תובנה של החולה, העמדת פנים, הכחשה, אי ורבליות ועוד כיוצא באלה בעיות.

חל אם כן, שינוי בגישות שנקטו העובדים באבחון חולי הנפש. קודם להדרכה נועצו העובדים בגורמים קהילתיים שונים לצורך אבחון. בסיום ההדרכה דווחו רבים מהעובדים שהכלים שנרכשו בקורס ההדרכה אפשרו להם לאבחן את חולי הנפש בעצמם. כך צומצמה תלות העובדים בגורמי חוץ למטרות של אבחון.

עמדות העובדים בתחום הטיפול בחולי נפש - מצאנו ש-12 עובדים לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה התייחסו להיבטים התנהגותיים בתפקוד חולי הנפש. הם בטאו זאת כהצבת מטרות לטוח קצר, התקדמות בצעדים קטנים לשם ביצוע משימות מוגדרות וקונקרטיות, עמידה בלוח זמנים, לוי צמוד יותר של חולי נפש, שימת דגש על תפקוד יומיומי, ובמה שניתן לכנות "כאן ועכשיו". מספר קטן של עובדים (3)

דווחו על שימוש בכלים יצירתיים כמו: פסיכודרמה, כלי ציור, כתיבה ומשחק תפקידים - טכניקות שונות להפחתת חרדה. ואותו מספר של עובדים דיווח על שיתוף משפחת החולה במהלך הטיפול בו במסגרת "טיפול משפחתי".

ראוי לציין שמספרם של העובדים שדיווחו כי נקטו במקרים רבים בגישות מיוחדות לטיפול בחולי נפש עלה מ-2 לפני ההדרכה ל-12 בסיומה. במקביל ירד מספרם של העובדים שדיווחו כי כלל לא השתמשו בגישות מיוחדות במהלך הטיפול בחולי נפש מ-5 ל-1, בהתאמה.

העובדים נשאלו באופן ישיר על השינוי שחל בשיטות הטיפול ובדרכי הדיבור של חולי נפש בעקבות ההדרכה המיוחדת שקיבלו. דיווחיהם מלמדים כצפוי, שאכן אצל הרוב המכריע של העובדים שיטות הטיפול השתנו, אם כי מידת השינוי היתה שונה, כפי שעולה מהלוח להלן. עוד נציין שנמצא מתאם מובהק ($R^2=.56$ $P=.000$) בין מידת השינוי בשיטות הטיפול ובין השינוי בדרכי הדיבור. המתאם הגבוה מצביע על היעדר יכולת של העובדים להבחין בין מידת השינוי בשיטות הטיפול ובין מידת השינוי בדרכי הדיבור.

לוח 3: עובדי השיקום, לפי השינוי המדווח בשיטות הטיפול ובאופן הדיבור (במספרים)

מידת השינוי	בשיטות טיפול	בדרכי הדיבור
במידה רבה	3	1
במידה די רבה	10	8
חל שינוי קל	8	9
לא חל שינוי כלל	2	4

מעניין מאוד לציין שבסיום ההדרכה העובדים זיהו מוטיבציה גדולה יותר לשיקום אצל חולי הנפש בהשוואה לזו שיוחסה על ידם לנכים אחרים, כפי שניתן ללמוד מהלוח להלן.

לוח 4: עובדי השיקום, לפי דיווחיהם על מידת המוטיבציה לשיקום של חולי נפש בהשוואה לזו של נכים אחרים, ולפי מועד הדיווח (במספרים)

מידת המוטיבציה	בטרם ההדרכה	בסיום ההדרכה
סך הכל	31	25
אין הבדל משמעותי בין חולי נפש לנכים האחרים	8	9
למעשה אין הבדל בין חולי נפש לנכים האחרים	5	10
לחולי נפש מוטיבציה גבוהה מזו של הנכים האחרים	2	1
לחולי נפש מוטיבציה נמוכה מזו של הנכים האחרים	16	5

נראה כי הגישות החדשות שרכשו העובדים בקורס ההדרכה סייעו להם בזיהוי מוטיבציה גדולה יותר לטיפול אצל חולי הנפש.

הטיפול בחולי הנפש נועד בסופו של תהליך השיקום לשלבם במסגרת תעסוקתית המתאימה כאמור ליכולתם וכישוריהם.

עמדות העובדים בתחום השיקום התעסוקתי של חולי הנפש - העובדים נתבקשו להביע עמדות כלליות בנוגע לקשיי ההשמה של חולי הנפש בעבודה בהשוואה לקשייהם של נכים אחרים, ובאשר לשאלה האם הם נוהגים ליידע מעסיקים פוטנציאליים בדבר מחלתם הנפשית של המועמדים לעבודה. באופן מפורט יותר נתבקשו העובדים לתאר את קשייהם של חולי הנפש בהיקלטות בעבודה ואת קשייהם בשמירה על מקום העבודה.

בחינת דיווחי העובדים בלוח להלן בהתייחס לקשיי ההשמה של חולי הנפש בעבודה העלתה שבסיום קורס ההדרכה ירד מספרם של העובדים שסברו כי השמת חולי הנפש בעבודה כרוכה בקשיים רבים מאלה של הנכים האחרים, מ-31 עובדים שדווחו כך לפני קורס ההדרכה ל-20 בסיום ההדרכה.

לוח 5: עמדות העובדים באשר לקשיי ההשמה של חולי נפש בעבודה בהשוואה לאלה של הנכים האחרים, לפי מועד הדיווח (במספרים)

הכדל בקשיי השמה בעבודה	בטרם ההדרכה	בסיום ההדרכה
במידה רבה ביותר	14	12
במידה רבה	17	8
במידה מסוימת	2	4
בכלל לא	-	-

מעניין מאוד לציין כי חלה ירידה במספרם של העובדים שדווחו כי בחלק מהמקרים, אם לא במרביתם, הם נהגו להביא לידיעתם של מעסיקים כי מועמדם לעבודה סובל מבעיות נפשיות, מ-31 שדווחו כן לפני קורס ההדרכה ל-19 בסיומו. השיקולים העיקריים ביידוע המעסיקים היו ונשארו גם לאחר ההדרכה סיכויי ההצלחה של תהליך השיקום, טובת החולה, כמו כן האם הוא מהווה סכנה, התשלכות התפקודיות של המחלה על העבודה ורלבנטיות המחלה לעיסוק הנדון.

מהנתונים שלהלן ניתן ללמוד שקשיי חולי הנפש בהיקלטות בעבודה, לפי דיווחי העובדים, היו שונים מהעמדות שהציגו העובדים באשר לקשיים בשמירה על מקום העבודה. נראה כי בעצם השתלבותם והיקלטותם של חולי נפש במעגל העבודה אין די, מדר נוסף להצלחתו של תהליך שיקומם של נכים, וביחוד זה של חולי נפש הוא ההתמדה במקום העבודה. קשיי חולי הנפש בהיקלטות בעבודה היו נעוצים לדעת העובדים, כפי שהובעה לפני השתתפותם בקורס ההדרכה, בהתייחסות המעסיקים לחולי הנפש, דהיינו בדעות קדומות שהיו להם ביחס לחולים אלה, בסטיגמה השלילית המאפיינת את היחס לחולי נפש וכיו"ב. בסיום ההדרכה דווחו העובדים בעיקר על אי יציבות והיעדר התמדה של חולי נפש כמקשים על קליטתם בעבודה.

לוח 6: דיווחי העובדים באשר לקשיי* חולי הנפש בהיקלטות בעבודה, לפי מועד הדיווח (במספרים)

קשיי הקלטות במקום עבודה	בטרם ההדרכה	בסיום ההדרכה
התייחסות המעסיק, דעות קדומות	13	7
קשיי הסתגלות של הנכה	6	4
אי יציבות והיעדר התמדה	14	11
פחדים וחרדות	3	3
אחר**	9	9

* לעיתים ציינו העובדים יוחר מקושי אחד בקליטתם של חולי נפש בעבודה.

** כגון הנכה לא מספקת של הגורמים המטפלים, אי הגעה בזמן למקום העבודה, חוסר בטחון של הנכה וכו'.

מעניין לציין את הירידה במספר העובדים שתלו את קשיי הקליטה של חולי הנפש בעבודה ביחסו של המעסיק, מ-13 לפני ההשתתפות בקורס ההדרכה ל-7 בסיום ההדרכה (בלוח לעיל). כנראה שכלי הטיפול אותם רכשו העובדים בקורס ההדרכה שינו את עמדתם באשר לאופן הצגתו ו"מכירתו" של חולי הנפש למעסיק הפוטנציאלי וכך אף בהפחתת הסטיגמה השלילית הכרוכה כאמור ביחס לחולה הנפש. אולי היכולת להבחין בין כישורי החולה בתחומי תפקוד שונים עשויה להקל על הצגתו של החולה בפני המעביד.

לעומת שינויים אלה, בולט הממצא כי השתתפות בקורס ההדרכה לא שינתה, בעיקרו של דבר את דעתם של העובדים ביחס לקשיי חולי הנפש בשמירה על מקום העבודה: הקושי העיקרי, כפי שניתן לראות בלוח הבא היה ונשאר היעדר הרגלי עבודה. עוד מעניין לציין את הקשיים ביחסים הבין אישיים אשר תרמו גם הם לקושי בשמירה על מקום העבודה.

לוח 7: דיווחי העובדים באשר לקשיי* חולי הנפש בשמירה על מקום העבודה, לפי מועד הדיווח (במספרים)

קשיי שמירה על מקום עבודה	בטרם ההדרכה	בסיום ההדרכה
היעדר הרגלי עבודה ואי התמדה	27	18
אישפוזים חריפים ושינויים במצב הרפואי	1	2
קשיים ביחסים הכינאישיים, חשדנות	6	5

* לעיתים ציינו העובדים יותר מקושי אחד בשמירה של חולי נפש על מקום העבודה.

לסיכום סעיף זה נציין שחלק מעמדות העובדים בתחום התעסוקתי של חולי הנפש השתנה לאחר ההדרכה וחלק מהעמדות לא השתנה. ניתן יהיה לצפות שהשמתם של חולי נפש בעבודה תתקל בפחות קשיים עם הקניית כלי טיפול ואבחון נוספים לעובדים.

ציפיות העובדים מקורם ההדרכה ומימושן - בחינת ציפיות העובדים מקורם ההדרכה העלתה שהם לא יכלו להגדיר אותן באופן ספציפי ומפורט. הם הגדירו ציפיות כלליות. מרבית העובדים ציפו מההדרכה שתיתן להם כלי אבחון חדשים לשם קביעת התאמתם של חולי הנפש לשיקום תעסוקתי, היתה להם ציפיה לרכוש מיומנויות אבחון, כמו כן הם ציפו להעמיק את הידע התאורטי וללמוד שיטות וגישות שונות לטיפול (18 ו-19 עובדים, בהתאמה). בודדים (2 עובדים) ציפו שההדרכה תסייע להם בהתמודדות עם סמפטומים של מחלות הנפש, ל-7 עובדים היתה ציפיה לקבל בהדרכה גיבוי לאופן טיפולם בחולי הנפש, כמו כן ללמוד מתי יש להפסיק את הטיפול. עוד נציין של-10 עובדים היו ציפיות לרכוש כלי אבחון וכלי טיפול גם יחד.

לעובדים היו, אם כן, ציפיות כלליות וניתן לאמר אף צפויים. בחינת הדברים שנלמדו בקורס ההדרכה הראתה שהיתה בקורס, על פי דיווחי העובדים, התייחסות להבטים ספציפיים באבחון חולי נפש ובטיפול בהם. כך רבים מהעובדים (11 מרואיינים) למדו, על פי דיווחיהם, שיטות לאבחון פונקציונלי ("קוביה אבחונית"), תוך התייחסות למיומנויות החולה בכל אחד ממה שקרוי כאמור "אזורי החיים", וזאת כזכור ברוח הגישה של אנטוני (ראה סקירת ספרות). עוד סייעה ההדרכה (על פי דיווחי 7 מהעובדים) בפיתוח ציפיות ראליות ביחס לסיכויי ההצלחה בטיפול בחולי נפש ובפיתוח היכולת לקבל את חולי הנפש כמו שהם ולהיות

אמפטיים עמם. 6 עובדים נוספים דיווחו שההדרכה סייעה להם במיון האוכלוסייה המתאימה לטיפול בקרב חולי הנפש, תוך מתן לגיטימציה לרחייתם של הלא מתאימים לטיפול. מעניין לציין שרק 4 עובדים דיווחו שלמדו חומר תאורטי חדש ומיומנויות שונות באיסוף סיסטמטי של מידע על הפונים. 3 עובדים דיווחו שההדרכה למדה אותם ליצור, ולו הצלחות "קטנות" במהלך הטיפול בחולים ועל ידי כך סייעה בידם לשבור את מעגל הכשלונות המאפיין על פי רוב את הטיפול בחולי הנפש.

ניתן אם כן לראות שהגדרת ציפיות העובדים היתה על פי רוב כללית. בעקבות ההדרכה דיווחו העובדים על שלמדו דברים ספציפיים. בסך הכל ההדרכה המיוחדת לטיפול בחולי נפש סייעה לעובדים על פי דיווחיהם, אף בטיפולם ביתר הנכים. 20 עובדים דיווחו כי הסתייעו במידה די רבה בשיטות הטיפול והאבחון שלמדו, מתוכם היו עובדים שהסתייעו בהן אף במידה רבה במהלך הטיפול בנכים האחרים.

עמדות מנהלים ועובדים בכירים בהשוואה לעמדות של עובדי השיקום

הבחנו אם כן בין עמדות עובדי השיקום לאלה של מנהלי מחלקות השיקום והעובדים הבכירים בהן (להלן הבכירים) מתוך הנחה כפי שאמרנו שאלה עשויות להיות מושפעות מגיל, השכלה, ותק ונסיון בעבודה. כפי שראינו הרקע האישי והתעסוקתי של הבכירים היה שונה במידת מה מזה של עובדי השיקום.

בחינת עמדות הבכירים העלתה שעל פי רוב העמדות שהם בטאו בתחומים השונים והשינויים שחלו בהן היו דומים, אם לא זהים, לאלה של עובדי השיקום. כך למשל מחצית מהבכירים ציינו שאין כל הבדל בין מידת נכונותם לטפל בחולי נפש לבין מידת נכונותם לטפל בנכים אחרים וכמחצית ציינו שההבדל במידת הנכונות הוא קטן. אך בתשובה לשאלה ישירה רוב הבכירים 21 מתוך 23 (שהם 91%) השיבו כי חל שינוי בנכונות לטפל בחולי הנפש בעקבות ההדרכה המיוחדת שקיבלו, מתוכם 9 אף ציינו שחל שינוי במידה די רבה. כזכור בקרב 80% עובדי השיקום סברו שחל שינוי במידת נכונותם לטפל בחולי נפש. אלה גם אלה סברו אם כן, על פי רוב, שחל שינוי כלשהו במידת הנכונות בכיוון של יתר נכונות לטפל בחולי נפש. חשוב לציין כי לשינוי עליו דיווחו הבכירים במידת נכונותם לטפל בחולי הנפש בעקבות ההדרכה עשויה להיות במהלך הקשר המקצועי בין הבכירים לעובדים מהשורה השפעה גם על שינוי עמדות של אלה האחרונים. עוד נציין שעדיין מידת נכונותם של הבכירים לטפל ביתר הנכים גדולה יותר מאשר נכונותם לטפל בחולי נפש כמו גם זו של עובדי השיקום.

ההבדל העיקרי בין עמדות הבכירים לאלה של עובדי השיקום היה נעוץ בעמדה שהביעו באשר ליידוע המעסיק כי משתקם שהופנה אליו לעבודה סובל מבעיות נפשיות. מחצית הבכירים נהגו כך לגבי מרבית המקרים ומחציתם לגבי חלק מהמקרים. השואה לכלל עובדי השיקום העלתה תמונה שונה, 64% מתוכם נהגו כך בחלק מהמקרים, 23% במרבית המקרים. עוד נוסף ש-3 עובדים (14%) נהגו שלא ליידע כלל את המעסיק.

סיכום ודיון

אפשר לעמוד על התנהגותם של מרואיינים בכל תחום שהוא בשתי דרכים עיקריות: תצפית ישירה על התנהגותם - דרך יקרה ולא תמיד מעשית או בדרך של בחינת עמדותיהם בתחום. בחינת התנהגותם של אנשי מקצוע כלפי מטופליהם ניתנת לבחינה בעיקר באמצעות בדיקת עמדותיהם בתחום מתוך הנחה שאלה עשויות ללמד על התנהגותם בתחום הנחקר.

על פי רוב מחקר עמדות הנו בעייתי בעיקר בשל שתי סוגיות מתודולוגיות:

סוגיית תוקף ומהימנות כלי המחקר: בחינת עמדות באמצעות שאלון למילוי עצמי מעלה את השאלה האם הכלי תקף, דהיינו האם הוא מתאים למדוד את מה שבפועל מודדים וכך את שאלת המהימנות, דהיינו האם בשימוש חוזר יתן הכלי תוצאות אחידות ועקביות בין המרואיינים ובתוכם, מה שקרו מהימנות בין אישית ומהימנות תוך אישית.

סוגיית הרציות החברתית: שאלון לבחינת עמדות מעורר בעיה של רציות חברתית, דהיינו תשובות המרואיינים עשויות לשקף את מה שמקובל להשיב או באופן שרואים המרואיינים כתשובות רצויות למראין. יש כאן פער בין התנהגות בפועל לבין עמדה מובעת ובעיה של דיווח בדיעבד כאשר לדעות ועמדות המרואיינים.

בעיות אלה מאפיינות גם עבודה זו, בנוסף להן חשוב לציין שממצאי העבודה מתבססים על מדגם קטן ולא בהכרח אקראי. אקראיות של מדגם הנה תנאי הכרחי לאפשרות של הכללת הממצאים מעבר למדגם הנתון, מכאן שממצאי העבודה תקפים לגבי עובדי שיקום של המוסד, ונראה שרק לחלקם.

למרות הבעיות המתודולוגיות בהן לוקה העבודה ועם כל ההסתייגויות, אנו רואים את חשיבותה ברמה של תיאור עמדות, ולו תיאור עמדותיהם של חלק מעובדי השיקום וחלק ממנהלי מחלקות השיקום בסניפים בהם הועברו שאלוני העמדות. לא יכלנו לעמוד על קשרים בין משתנים, אלא לתאר ברמה ראשונית את העמדות ולהציג לרוב שכיחות של העמדות השונות, כפי שבאו לידי ביטוי בטרם השתתפו המרואיינים בקורס ההדרכה ולאחריו.

נסכם ונאמר כי למרות שהמרואינים טיפלו בחולי נפש למרביתם לא היה כל נסיון תעסוקתי או הכשרה קודמים ספציפיים לטיפול בחולי נפש בטרם השתתפו בקורס ההדרכה.

המטרה הכללית של מסגרת ההדרכה היתה לשנות את עמדות ודעות המרואינים כלפי הטיפול בחולי נפש וזאת בתחומים שונים. בבחינת השגתה של מטרה זו מצאנו שמסגרת ההדרכה אכן תרמה לשינוי עמדות עובדי השיקום כמו גם אלה של הבכירים. השינוי הגדול ביותר התבטא בנושא עמדותיהם בתחום האבחון. מרבית המרואינים (הן מקרב עובדי השיקום והן מקרב הבכירים) דווחו בסיום ההדרכה על רכישת כלי האבחון "הקוביה האבחונית" לשם אבחון חולי נפש. כלי האבחון הנרכש צמצם את מידת תלותם של המרואינים בגורמי חוץ לצורך אבחונם של חולי נפש. עמדת המרואינים באשר לקשיי חולי הנפש בשמירה על מקום העבודה בעיקרו של דבר לא השתנתה: הקושי העיקרי היה ונשאר היעדר הרגלי עבודה.

ככלל המסקנה המתבקשת היא שההדרכה המיוחדת שהועברה למרואינים אכן תרמה לשינוי עמדותיהם, אם כי לא באותה מידה ביחס לעמדות שהובעו בתחומים השונים. על סמך ההנחה כאמור שעמדות עשויות להשפיע על התנהגות היה מעניין לבחון בעתיד האומנם חל גידול במספר חולי הנפש המטופלים על ידי עובדי השיקום וכמובן היה מעניין להשוות אצל אותם מרואינים את שיעור ההצלחה בשיקומם של חולי הנפש לפני שהחלו בקורס ההדרכה ולאחריו.

ב י ב ל י ו ג ר פ י ה

1. ספיבק, מ. (1981) "שיקום קהילתי של אנשים במצב של דה-סוציאליזציה" בתוך: אבירם א. ולכבי (עורכים), בריאות נפש קהילתית בישראל 365-347.
2. Anderson D. (1982) Social Work and Mental Handicap, British Association of Social Workers.
3. Anthony, W.A. (1980) "A Rehabilitation Model for Rehabilitation of the Psychiatrically Disabled," Rehabilitation Counseling Bulletin, September.
4. Anthony, W.A. et al (1982) "A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I Recognise One if I See One?," Community Mental Health Journal vol 18(2) Summer.
5. Beech, D. (1982) Mental Illness & The Social Worker.
6. Browne, E.T. (1982) Mental Handicap: The Role for Social Workers.
7. Creech, S.K. and Prewett, R.C (1976) "Opinions about Mental Illness Held by Personnel of a State Psychiatric Hospital and Community Mental Health Centers", Journal of Community Psychology, 4 pp. 347-356.
8. Dunham C.S. (1978) "Mental Illness" in Goldenson (ed) Disability and Rehabilitation Handbook.

9. Eisenberg, M.G. and Cole, H.W (1986), "A Behavioral Approach to Job Seeking for Psychiatrically Impaired Persons", Journal of Rehabilitation, April.
10. Greenblatt, M. and Simon B. (eds) (1959) Rehabilitation of the Mentally Ill.
11. Herbst, K.G. (ed) (1984) Rehabilitation: The Way Ahead or the End of the Road.
12. Hudson, B.H. (1982) Social Work with Psychiatric Patients.
13. Hume, C. and Pullen, L. (1986) Rehabilitation in Psychiatry.
14. Kaplan, S.P. (1982) "Rehabilitation Counselors' Attitudes Toward Their Clients", Journal of Rehabilitation, October.
15. Katz, L.J. et al (1990) "A Survey of Perception and Practice: Interagency Collaboration and Rehabilitation of Persons with Long-Term Mental Illness", Rehabilitation Counseling Bulletin, June vol 33, no. 4 pp. 290-300.
16. Krauss, J.B. and Slavinsky A.T. (1982) The Chronically Ill Psychiatric Patient and the Community.
17. Kunce, J.T and Angelone E.O. (1990) "Personality Characteristics of Counselors: Implications for Rehabilitation Counselor Roles and Functions", Rehabilitation Counseling Bulletin vol 34, no. 1, September.
18. Lamb, H.R. and Associates (1971) Rehabilitation in Community Mental Health.

19. Lamson, A. (1986) Guide For the Beginning Therapist.
20. Leonard, G. and Perlman D. (eds) (1980) Rehabilitation of the Mentality Ill in the 1980's.
21. MacDonald - Wilson, L. et al (1989) "Supported Employment for People with Psychiatric Disability", Journal of Applied Rehabilitation Counseling, vol 20, no. 3.
22. Marshak, L.E et al (1990) "Closure Outcomes for Clients with Psychiatric Disability Served by the Vocational Rehabilitation System", Rehabilitation Counseling Bulletin, March, vol 33, no. 3.
23. McCue, M. et al (1983) "The Severely Disabled Psychiatric Patient and the Adjustment to Work", Journal of Rehabilitation vol 49, no. 4.
24. Rothschild C.S (1970) The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation ch.3.
25. Watts, F.N. and Bennett D.H (eds) (1983) Theory and Practice of Psychiatric
26. Wright, G.N and Trotter, A.B. (1968) Rehabilitation Research

נ פ ט ח

שאלון

עמדות עובדי שיקום כלפי שיקום חולי נפש

נא עני/ה לשאלות שלהלן בקצרה ובכתב יד ברור במקום המיועד לכך. לשאלות שנתנו להן מספר תשובות אפשריות, נא עגל/י את הסיפורה שליד התשובה המתאימה.

- (א) פרטים אישיים
1. מי: 1. אישה
2. גבר
2. גיל: שנים
3. הכשרה מקצועית: 1. ב.א. בעבודה סוציאלית
2. מ.א. בעבודה סוציאלית
3. ב.א. בפסיכולוגיה
4. אחר, פרט: _____
-
4. שנות עבודה בתחום העבודה הסוציאלית: שנים
5. שנות עבודה במחלקת השיקום של המוסד: שנים
6. האם עבדת במקום עבודה קודם במסגרת המתמחה בטיפול בחולי נפש?
1. לא
2. כן, כמה שנים? שנים
7. האם עברת הכשרה מיוחדת לטיפול בחולי נפש?
1. לא
2. כן, איזו? _____
-
8. סך כל הנכים הנמצאים עתה בטיפולך: נכים
9. מזה: מספר חולי הנפש הנמצאים עתה בטיפולך: (אם אין כאלה נא רשם/י 00). חולי נפש

ב. אפיוני האבחון והטיפול בחולי נפש:

10. באיזו מידה נכונותך לטיפול בחולי נפש פחותה מנכונותך לטיפול בנכים אחרים?
 1. אין כל הבדל
 2. הבדל קטן
 3. הבדל גדול
 4. הבדל גדול מאוד

11. באיזו מידה חל שינוי בנכונותך לטיפול בחולי נפש בעקבות ההדרכה המיוחדת שקבלת לאחרונה בנושא?
 1. במידה רבה
 2. במידה די רבה
 3. חל שינוי קל
 4. לא חל שינוי כלל

12. באבחון ובטיפול בחולי נפש, באיזו מדה את/ה נוקט/ת בגישות/כלים מיוחדים, בנוסף לוגיליים?

טיפול	אבחון	
1	1	כמעט בכל המקרים
2	2	במקרים רבים
3	3	במקרים מעטים
4	4	בכלל לא

13. האם תוכל/י לפרט באילו גישות/כלים מיוחדים את/ה נוקט/ת באבחון חולי נפש?

14. באיזו מידה חל שינוי בשיטות הטיפול, בדרכי הדיבור ובאופן האבחון שלך לגבי חולי נפש בעקבות ההדרכה המיוחדת שקבלת לאחרונה בנושא?
 שיטת גיטור | גיבוי וזיקוק | אלטן האבחון
 1 במידה רבה
 2 במידה די רבה
 3 חל שינוי קל
 4 לא חל שינוי כלל

15. באיזו מידה את/ה נעזר/ת בגורמי חוץ באבחון חולי נפש ובאבחון נכים אחרים?

נכים אחרים	חולי נפש	
1	1	במידה רבה ביותר
2	2	במידה רבה
3	3	במידה מסוימת
4	4	בכלל לא

16. באיזו מידה את/ה נוהג/ת לאבחן חולי נפש ונכים אחרים בעצמך, ללא עזרה של גורמי חוץ?

נכים אחרים	חולי נפש	
1	1	במידה רבה ביותר
2	2	במידה רבה
3	3	במידה מסוימת
4	4	בכלל לא

17. האם תוכל/י לאפיין את חולי נפש שאת/ה נוהג/ת לאבחן בעצמך? 1. אין כאלה 2. יש כאלה. נא אפיין/י אותם: _____

18. האם ידוע לך על קיום כלים מיוחדים לטיפול ואבחון חולי נפש שהיית רוצה ללמוד/לקבל? 1. כן, נא פרט/י: _____ 2. לא.

19. האם ישנם כלים לטיפול/אבחון חולי נפש העומדים לרשותך שהיית רוצה שיהיו יותר זמינים מכפי שהנם היום? 1. כן, נא פרט/י: _____ 2. לא.

20. בהשוואה לנכים אחרים, באיזו מידה את/ה מתקשה במיוחד בדיבוב חולי נפש לצורך אבחון ומיון? 1. במידה רבה ביותר 2. במידה רבה 3. במידה מסוימת 4. בכלל לא

21. כיצד תעריך/כי את המוטיבציה לשיקום של חולי נפש בהשוואה לזו שאת/ה מוצא/ת אצל נריח אחרים? 1. אין הבדל משמעותי בליחס 2. אולי יש הבדל במוטיבציה מוצהרת אך לא למעשה 3. לחולי נפש יש, בממוצע, מוטיבציה גבוהה יותר לשיקום מאשר לנכים אחרים 4. לחולי נפש יש, בממוצע, מוטיבציה נמוכה לשיקום מאשר לנכים אחרים.

22. מה הם השיקולים העיקריים שעומדים לנגד עיניך כשהנך מחליט/ת לקבל חולי נפש לטיפול? _____

23. באיזו מידה לדעתך קיים קושי מיוחד בהשמת חולי נפש בעבודה, בהשוואה לנכים אחרים?
1. במידה רבה ביותר
2. במידה רבה
3. במידה מסויימת
4. בכלל לא.

24. האם את/ה נוהג/ת לידע מעסיק בדבר מחלת נפש/בעיות נפשיות של משתקם שאת/ה מפנה?
1. כן, במרבית המקרים
2. כן, בחלק מהמקרים
3. בכלל לא.

25. מה הם השיקולים המנחים אותך בעניין זה?

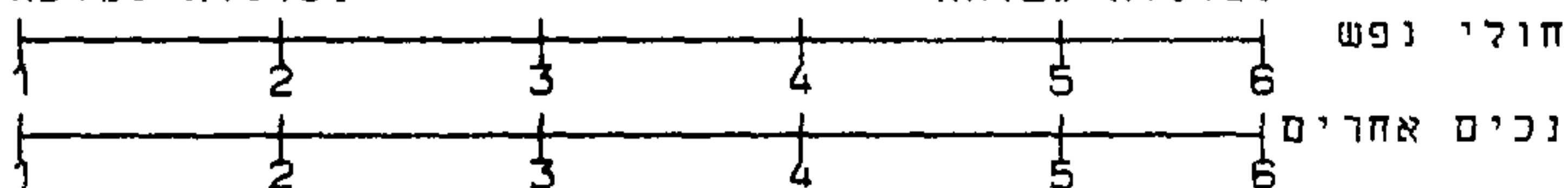
26. מהו לדעתך הקושי העקרי של חולי נפש בהקלטות בעבודה?

27. מהו לדעתך הקושי העקרי של חולי נפש בשמירה על מקום עבודה?

28. נא פרט/י בקיצור מה הן הבעיות המיוחדות שאת/ה נתקל/ת בהן בבואך לאבחן/לטפל בחולי נפש?

29. האם תוכל/י לתאר מקרה מוצלח של שיקום חולה נפש שהיה בטיפולך?

30. נניח שהקו שלהלן הינו רצף שבקצהו האחד נכונות גבוהה לטיפול ובקצהו השני נכונות נמוכה לטיפול, היכן היית ממקם/ת את עצמך מבחינת העדפותיך בבחירת נכים לטיפול?
נכונות גבוהה נכונות נמוכה



31. באיזו מידה שיקום חולי נפש כרוך אצלך בחרדה או בחששות מיוחדים?
1. בכלל לא - עבור לשאלה 33
2. במידה מעטה
3. במידה די רבה
4. במידה רבה.

32. נא פרט/י ככל יכולתך מה הם הדברים באבחון/בטיפול בחולי נפש הגורמים לך חששות?

33. באיזו מידה שיטות הטיפול/אבחון שלמדת ביחס לחולי נפש עוזרים לך גם בטיפול בנכים אחרים?
1. בכלל לא
2. במידה מעטה
3. במידה די רבה
4. במידה רבה.

34. נא פרט/י בקיצור מה הדברים העיקריים שלמדת בהדרכה שקבלת לאחרונה בנושא:

שם ממלא השאלון

תאריך מילוי השאלון

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. (02)709579
