



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים
ירושלים, אב התשע"ד, אוגוסט 2014



ציפור הנפש: מרכז פעילות והדרכה למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של ההורים

ד"ר עתליה מוסק

מפעלים מיוחדים **155**



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן מפעלים מיוחדים

ציפור הנפש: מרכז פעילות והדרכה למשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של ההורים

ד"ר עתליה מוסק

מפעלים מיוחדים 155

ירושלים, אב התשע"ד, אוגוסט 2014

www.btl.gov.il

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

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מסכם את המפעל המיוחד **ציפור הנפש** – מרכז פעילות והדרכה להורים ולילדים במשפחות המתמודדות עם מחלת נפש של אחד ההורים או של שניהם.

התוכנית פותחה ביוזמתה של **גב' מרים זינגר**, לשעבר מנהלת השירות הארצי לעבודה סוציאלית בתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות, והיא התבססה על ההבנה שהנושא אינו זוכה להכרה ולתמיכה במסגרת שירותי הטיפול הקיימים ושיש לפתח מודל להתערבות מקצועית שיהיה אפשר להטמיע ולהפיץ בהמשך.

לפיתוח התוכנית היו שותפים **הקרן למפעלים מיוחדים** במוסד לביטוח לאומי, **אשלים-ג'וינט ומשרד הבריאות**. היא החלה לפעול ב-2009 **במית"ל** (מרכז ייעוץ ותמיכה למשפחות מתמודדות) במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע, וב-2011 באמצעות חברת **שלי** – שירותי שיקום בכפר סבא.

התוכנית פעלה לחיזוק תחומים של הורות, ילדים ומשפחה, להגברת שיתוף הפעולה בין השירותים הרלוונטיים בקהילה ולגיבוש רשת ביטחון קהילתית. האמצעים העיקריים היו עבודה קבוצתית להורים מתמודדים, חונכות אמהות, קבוצות תקשורת הורה-ילד, חונכות של ילדים באמצעות סטודנטים, ימי כיף ושיתוף בין ארגונים ובין צוותים.

כ-250 משפחות (חלקן חד-הוריות) השתתפו בתוכנית, כמחציתן באופן אינטנסיבי, ויותר מ-500 ילדים נחשפו להשפעתה בעקיפין או במישרין (השתתפו בקבוצה או היה להם חונך).

ברצוננו להביע את הערכתנו הרבה לחזון ולעבודה המקצועית והמסורה, במשך שנים רבות, של **גב' מרים זינגר** לקידום ומימוש התוכנית. תודה גם ל**גב' רות רגולנט לוי מאשלים**, שסייעה רבות לעיצוב התוכנית בשלביה הראשונים ובהמשך עזרה לקידומה המקצועי. תודה לצוותים המקצועיים שהתמודדו בהצלחה עם האתגרים שהציבה התוכנית.

חשוב לציין את חלקו של **המרכז לבריאות הנפש באר שבע** בפריצת הדרך בהתייחסות לתפקידם של ההורים נפגעי הנפש. תודה מיוחדת למנהלת השירות הסוציאלי בבית החולים, **גב' ענת שליו**, על מסירותה ותרומתה המקצועית לפיתוח והטמעת השרות.

הליווי המחקרי נעשה על ידי **ד"ר עתליה מוסק מהמכללה האקדמית תל-חי**, והוא סייע רבות לעיצוב התוכנית – הן בהדגשת החוזקות והן בהצבעה על הטעון שיפור ופיתוח. התוכנית לוותה בוועדת היגוי משותפת לשני האתגרים ובוועדות מקצועיות בכל אחד מהמקומות.

יש להדגיש את המקצועיות של כל הצוותים ואת ההבנה וההכרה של כל השותפים, שהתוכנית הגבירה את המודעות של המטפלים השונים לתת מקום **מרכזי** לנושא ההורות אצל הורים נפגעי נפש, גם כאשר תחום ההורות אינו חלק מהגדרת התפקיד שלהם. פיתוח התוכנית, הדיונים המקצועיים, הידע התיאורטי והמעשי שהצטבר במהלך הפיתוח – כל אלה הביאו להכרה שיש צורך לפתח ולקדם רשת ביטחון קהילתית, בנוסף לרשת הביטחון המשפחתית.

ברצוננו להודות לכל השותפים שפעלו לקידומה של התוכנית **ציפור הנפש**, שנגעה בכל מי שהתוודע אליה והושפע ממנה. משרד הבריאות מוסיף להפעיל את התוכנית ואנו מקווים שהיא תוטמע ותופץ כרשת ביטחון קהילתית כשירות ארצי.

שרית בייץ-מוראי
מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

חברי ועדת היגוי

ציפור הנפש בבאר שבע:

ענת שליו	מנהלת תכנית "ציפור הנפש", אחראית תחום משפחות במערך הרפואי, אגף בריאות הנפש
ללי קוסשוילי	רכזת קבוצות בתכנית "ציפור הנפש" באר שבע
רות רגולנט-לוי	פרויקטורית בתכנית "ציפור הנפש", מפתחת תכניות ופסיכותרפיסטית
רחל כרמלי	רכזת תכנית "ציפור הנפש" באר שבע
נעמי כמין	רכזת רשת הביטחון "ציפור הנפש" באר שבע
מלי הרצנו	יועצת מקצועית חונכות "דרור הנגב", וחונכות אימהות
ד"ר מרים לוינגר	מדריכת מנחי הקבוצות, המכללה האקדמית "ספיר"
מוניקה פרידמן	סגנית מנהלת השירות הסוציאלי, מרכז לבריאות הנפש, באר שבע
חווה שחק	אחראית נושא ילד ונוער באגף הרווחה, באר שבע
דורית מזוז	עובדת סוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים, באר שבע
מיכל כהן	עובדת סוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים, באר שבע
בסי שטייכמן	עובדת סוציאלית במחלקה לשירותים חברתיים, בית יציב
ליאורה שחר	מפקחת מחוזית דרום, משרד הבריאות
ד"ר ארי לאודן	פסיכיאטר מחוז דרום, קופת חולים מכבי
שירלי אשכנזי	רכזת שיקום מחוז דרום, לשכת הפסיכיאטר המחוזי, באר שבע
ד"ר שוש ארבל	המחלקה הפסיכיאטרית, בית חולים סורוקה, באר שבע
צפנת גולומב	עובדת סוציאלית במחלקה לגיל הרך, בית חולים סורוקה, באר שבע
טליה מגדסי	עובדת סוציאלית, יחידה לגיל הרך, בית חולים סורוקה, באר שבע
תרצה לין	פסיכולוגית, שירות פסיכולוגי חינוכי, באר שבע
שרה עמיאל	עו"ס אחראית מרכז טל, המרכז לבריאות הנפש באר שבע
ד"ר חנה נמץ	מנהלת "מרכז טל", המרכז לבריאות הנפש, באר שבע
ד"ר מרינה נורסי	מנהלת התחנה להתפתחות הילד, באר שבע
דבורה יוגב	מנהלת מחלקת שיקום, ביטוח לאומי
אורית אברמוביץ	אם מתמודדת
רותם גלית	אם מתמודדת
אורית מזרחי	בת של מתמודד
מיטל מסורי	בת של מתמודדת
רחל קריאף	אם מתמודדת
לימור שאול	אם מתמודדת
קרן בן-שלום	מנהלת מחוז מרכז "שלו שירותי שיקום"
סוזי ג'בטרו	רכזת "ציפור הנפש", "שלו שירותי שיקום", כפר סבא
מיכל גולן	ראש תחום ילדים עם צרכים מיוחדים, ג'וינט-אשלים
רבקה שי	ראש תחום ילדים עם צרכים מיוחדים, ג'וינט-אשלים
מיכל כהן-הטב	מנהלת תכניות בתחום ילדים עם צרכים מיוחדים, ג'וינט-אשלים
חיה ישראל	מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית בבריאות הנפש, משרד הבריאות
שרית בייץ-מוראי	מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
דבורה-חיה יוסף	מנהלת פרויקטים, הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
ד"ר עתליה מוסק	מרצה, עובדת סוציאלית ומעריכת התכנית, המכללה האקדמית תל-חי

ציפור הנפש בכפר סבא:

ענת שליו	מנהלת תכנית "ציפור הנפש", אחראית תחום משפחות במערך הרפואי, אגף בריאות הנפש
משה שלו	מנהל כללי, "שלו שירותי שיקום"
קרן בן-שלום	מנהלת מחוז מרכז, "שלו שירותי שיקום"
סוזי ג'בטרו	רכזת "ציפור הנפש" בכפר סבא, "שלו שירותי שיקום"
מרים זינגר	הוגת התכנית ומדריכה מקצועית
חיה אבירם	מנחת קבוצות ופסיכותרפיסטית
קוני אנגדה	משנה למנכ"ל, "שלו שירותי שיקום"
צחי שלו	מנהל פיתוח עסקי, "שלו שירותי שיקום"
אריאלה שקד	מפקחת יעוץ חינוכי, אזור השרון, משרד החינוך
גילה טייכר	מנהלת השירות הפסיכולוגי החינוכי, כפר סבא
עינת נאה-כשר	פסיכולוגית חינוכית, השירות הפסיכולוגי החינוכי, רעננה
אביטל בר	מנהלת אגף הרווחה, הוד השרון
שלומית רביד	ראש צוות, אגף הרווחה, הוד השרון
ענת ניסקי	מנהלת המחלקה לשירותים חברתיים, כפר סבא
רות נאור	מנהלת המחלקה לשירותים חברתיים, רעננה
ימית רווח	עובדת סוציאלית, המחלקה לשירותים חברתיים, רעננה
דינה ברק	אחראית תחום משפחות בשיקום, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
רונית דודאי	ממונה שיקום, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
טובה בניאל	רכזת שיקום מחוז מרכז צפון, האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות
תניה ינאי	מנהלת מחלקת שיקום, המוסד לביטוח לאומי, כפר סבא
אסתי הירשפלד	מנהלת השירות הסוציאלי, המרכז לבריאות הנפש, שלוותה
ד"ר חגי מעוז	המרכז לבריאות הנפש שלוותה
נועה ארסט	מנהלת מרכז יעוץ למשפחות מתמודדים, אנוש כפר סבא
רותי גרשון	אחות טיפת חלב קפלן, קופת-חולים כללית
דנה פדן	רכזת אזורית, שירות תיאום תכניות שיקום פרטניות, חברת משה הס
שלומית שולמן	מנהלת דיור מוגן מרכז, "שלו שירותי שיקום"
ניר שבי	אב מתמודד, מדריך שיקומי, סטודנט לעבודה סוציאלית
בוני כהן	אם מתמודדת
רחלי כרמלי	רכזת "ציפור הנפש", המרכז לבריאות הנפש באר שבע
מיכל גולן	ראש תחום ילדים עם צרכים מיוחדים, ג'וינט-אשלים
מיכל כהן-הטב	מנהלת תכניות בתחום ילדים עם צרכים מיוחדים, ג'וינט-אשלים
חיה ישראל	מנהלת המחלקה לעבודה סוציאלית בבריאות הנפש, משרד הבריאות
שרית בייץ-מוראי	מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
דבורה-חיה יוסף	מנהלת פרויקטים, הקרן למפעלים מיוחדים, המוסד לביטוח לאומי
ד"ר עתליה מוסק	מרצה, עובדת סוציאלית ומעריכת התכנית, המכללה האקדמית תל-חי.

תמצית מנהלים

הצורך במתן מענה לילדים ומשפחות עם הורים המתמודדים עם בעיה נפשית זוכה להכרה גוברת. כמו-כן, קיימות תמורות משמעותיות במדיניות החברתית, המדגישה את זכותם של אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית לחיות בקהילה, במידה והם הורים, להיתמך על ידי שירותים שיאפשרו את השארת ילדיהם בחיקם. יחד עם זאת, למרות המודעות לקשר האמיץ בין מחלת נפש של ההורה וקשיים בהתפתחות הפסיכו-סוציאלית וביכולתם של הילדים להסתגל לדרישות הסביבה, עדין לא קיים פיתוח נרחב של שירותים הנותנים מענה לצרכי ההורים והילדים. "ציפור הנפש" היא תכנית חדשנית וייחודית שמטרתה לתמוך בתפקוד ההורי של ילדים והורים המתמודדים עם מחלה נפשית.

"ציפור הנפש" פותחה ביוזמתה של גב' מרים זינגר, האחראית על השירות הארצי בעבודה סוציאלית בתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות ובשיתוף עם גב' רות רגולנט-לוי, מגויינט "אשלים". הצטרפותם של ג'וינט "אשלים", הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי ומשרד הבריאות, איפשרו למנף את הפעלת התכנית. התכנית החלה לפעול במרכז לבריאות הנפש, בבאר שבע, במסגרת מית"ל, בנובמבר 2009, והוטמעה בחברת "שלו" שירותי שיקום בכפר סבא, בדצמבר, 2011.

מטרות התכנית התמקדו בחיזוק התפקוד ההורי, מתן מענה לצרכי הילדים ובניית רשת ביטחון קהילתית שתציע שירותים נדרשים למשפחה המתמודדת בשגרה ובעת משבר. לשם כך נוצרו שיתופי פעולה מגוונים בין השירותים בתחום בריאות הנפש, הרווחה והשיקום. איסוף ידע לגבי צרכיהם של הורים מתמודדים וילדיהם, הווה בסיס לפיתוח מענים אפקטיביים בקהילה ובכך נסללה הדרך להמשך הטמעת התכנית במערך השירותים המוצעים למשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית.

הערכת התכנית מטעם הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, התבצעה על ידי ד"ר עתליה מוסק מהמכללה האקדמית תל חי. ההערכה החלה בנובמבר 2010, שנה לאחר תחילת התכנית, והסתיימה בינואר 2013, לאחר שנתיים וחצי של הערכה בבאר שבע, ושנה וחצי בכפר סבא. הערכת התכנית קיבלה את אישורה של וועדת הלסנקי, ופעלה בהתאם לכללי האתיקה המקצועית.

הערכת התכנית כללה הערכה מעצבת והערכה מסכמת. ההערכה התייחסה באופן נפרד לכל אחד ממרכיביה של התכנית, ולתכנית בשלמותה. כלי ההערכה כללו: סקירת תיאורטית של הידע הקיים בתחום ההורות בקרב נפגעי נפש בדגש על תכניות שפותחו בתחום, בדיקת מסמכים הקשורים לפעילות התכנית, תצפיות לא משתתפות, שאלונים, משובים, וראיונות עם צוות התכנית, המשתתפים בה, ובעלי מקצוע בשירותים משיקים.

אוכלוסיית התכנית – תכנית "ציפור הנפש" מיועדת למשפחות בהן הורה המתמודד עם בעיה נפשית, כולל משפחות בהן הילדים נמצאים במסגרת חוץ ביתית. רוב המופנים לתכנית "ציפור

הנפש" הופנו על ידי בעלי מקצוע מתחומי בריאות הנפש, ממסגרות השיקום והדיוור המוגן ומהמחלקות לשירותים חברתיים. במהלך פעילותה של התכנית, נבנה מאגר נתונים של הורים שהשתתפו בתכנית, שכלל בבאר שבע 140 הורים מתמודדים, ובכפר סבא – 110 הורים מתמודדים. מתוך מאגר זה כמחצית מההורים קיבלו התערבות טיפולית/שיקומית מהתכנית. חלק מהמשפחות השתתפו במספר תחומי פעילות. השילוב הנפוץ היה ימי כיף, קבוצת הורים מתמודדים וחונכות ילדים.

תיאור התכנית, ממצאים והמלצות

צוות תכנית "ציפור הנפש" מורכב ממנהלות ורכזות המועסקות במשרה חלקית. בשנתיים הראשונות ליוותה את התכנית פרויקטורית, שעסקה באיגום ידע, עבודה עם הצוות ופיתוח התכנית. אנשי מקצוע נוספים, גויסו למשימות ייעודיות, שכללו הנחיית קבוצות, הדרכה למנחות הקבוצות וריכוז חונכות אמהות וילדים. בתכנית משולבים גם מתנדבים, המקבלים הכוונה והדרכה מצוות התכנית.

תכנית "ציפור הנפש" פועלת בארבעה ערוצים מרכזיים: **חיזוק ההורות, חיזוק הילדים, חיזוק המשפחה, וחיזוק העבודה המקצועית בתחום.**

חיזוק ההורות – עבודה קבוצתית להורים מתמודדים

מרכיב מרכזי בחיזוק ההורות אצל הורים המתמודדים עם מחלה נפשית הוא השימוש במתודה הקבוצתית על פי הגישה הפסיכו-חינוכית. מטרת העבודה בקבוצה הייתה להקנות להורים המתמודדים תחושת לגיטימציה לכך שהם ראויים ויכולים להיות הורים מיטיבים. לאחר בדיקת ההשפעה של מחלת הנפש על התפקוד ההורי הושם דגש על שיפור ורכישת מיומנויות הוריות. במהלך הקבוצה הודגשה יכולתם של הורים להיות משמעותיים ביחסיהם עם הילדים, בני הזוג, המשפחה המורחבת והחברה, ועיבוד הסטיגמה העצמית והחברתית המלווה מחלה נפשית.

הנחיית הקבוצה התבצעה במשותף על ידי שתי מנחות בעלות ניסיון בעבודה עם נפגעי נפש והדרכה הורית. ההשתלבות בקבוצה היתה מותנה בקיום פגישת אינטייק. קבוצות שהצליחו להתגבש אופיינו על ידי: משתתפים, שהיו במצב נפשי יציב, חיו במסגרת זוגית, היתה להם מסגרת תעסוקתית ומצבם הכלכלי היה סביר. נתוני ההשתתפות בקבוצת ההורים המתמודדים מצביעים על אמביוולנטיות המלווה את ההצטרפות לקבוצה וקושי של ההורים להתחייב להשתתפות ממושכת ורציפה. ממוצע שיעורי הפרישה היה 45% מהמשתתפים. בקבוצות שהצליחו להתגבש, נותר גרעין יציב של כחמישה משתתפים, שאפשר את המשך הפעילות הקבוצתית. מרבית המשתתפים חשו, שמשך פעילות הקבוצה היה קצר מדי ולא הספיק כדי להטמיע את השינוי שנוצר.

הממצאים מחזקים את הצורך בקיום קבוצות ייחודיות להדרכת הורים מתמודדים, שתשלבנה תהליכים של קבלה ותמיכה, עם יכולת הפרדה בין קשיי הורות נורמטיביים לקשיים הנובעים מהמחלה הנפשית, לימוד המיומנויות ההוריות לצד התמודדות עם המחלה במסגרת קבוצת שווים תומכת. כדי לענות על מגוון הצרכים המאפיינים את ההורים המתמודדים, יש צורך בהפעלת קבוצות שיעסקו בהדגשים שונים מתוך ראיית הצרכים של כל הורה, כשברקע מתנהלות מספר

קבוצות בעלות מאפיינים שונים. בהתחשב בעומק התהליכים הקבוצתיים, יש צורך לבחון את משך חיי הקבוצה כדי לאפשר לא רק פתיחות והכרה עם הנושאים אלא גם עיבוד, יישום והטמעה. תפקוד תקין של הקבוצה מחייב שיפור של הליכי השיווק והפרסום של התכנית בקרב הקהילה המקצועית, ובמיוחד בקרב ציבור אוכלוסיית ההורים המתמודדים, שעדיין אינם מכירים את התכנית. הערכת ההתנסות בשמונה קבוצות, בעלות מאפיינים ותכנים שונים, מצביעה על הצורך להתחיל קבוצה עם 13 משתתפים, מתוך ציפייה לנשירה של כ-6 מהם בפגישות הראשונות, והמשך עבודה עם 7 משתתפים מתמידים. הודגש הצורך בשמירה על קשר עם המשתתפים במהלך הקבוצה, לצד העברת יותר אחריות להגעה והתמדה למתמודדים עצמם. כמוכן, מומלץ לגייס את הגורם הטיפולי, שהפנה את ההורה לקבוצה, לתמיכה בשימור השתתפותו בקבוצה.

חיזוק ההורות – חונכות אימהות

במהלך הפעלת התכנית, אותרו צרכים בתחום ההורות של אימהות מתמודדות לילדים בגיל הרך, בעיקר בראשית דרכן, שלא קיבלו מענה באמצעות שירותים אחרים בקהילה. לכן, נוספה חונכות אישית על ידי אמהות מנוסות. חונכויות שהתבצעו במהלך התכנית, היוו גורם מסייע רב ערך לאימהות. מספרן המצומצם נבע מקושי בגיוס אימהות ותיקות לעבודת החונכות שנעשתה בהתנדבות. הערכתנו היא כי הסיבה העיקרית לקושי בגיוסן נבע מסטיגמות חברתיות לגבי נפגעי נפש, וחשש מלקיחת אחריות על ההורות שלהם. התגברות על מחסומים אלה מחייבים שיווק של החונכות בליווי ידע והסבר לגבי הורותם של נפגעי נפש, הכנה מתאימה לתפקיד וליווי מקצועי מטעם התכנית לאורך תקופת החונכות.

חיזוק הילדים – קבוצת תקשורת הורה-ילד באמצעים אומנותיים

לאחר קשיים בגיוס משתתפים לקבוצת ילדים, הוחלט על הקמת קבוצה תקשורת הורה-ילד באמצעים אומנותיים. במהלך תקופה ההערכה התקיימה קבוצה אחת, שכללה 10 מפגשים של חמישה צמדים של אם וילד, בגיל 6 עד 11. היכולת של הצמדים ליצור מרחב יצירתי לעשייה משותפת, מלווה בכבוד הדדי, קבלת החלטות, ביצוע ותמלול תהליך היצירה – יצרה קרבה ביניהם. קשרים בין-אישיים, שהתפתחו במהלך הקבוצה בין האימהות ובין הילדים, תרמו רבות למשתתפים וחיזקו את התחושה, שהם מסוגלים לטפח יחסי חיברות, למרות הבדידות שחלק מהם חווה בדרך כלל. חלק מהאימהות ממשיכות לשמור על קשר גם לאחר סיום הקבוצה.

בראיונות לאחר סיום הקבוצה, דיווחו כל הצמדים על כך, שהם לא המשיכו בעבודת היצירה המשותפת מחוץ לקבוצה. כמו-כן, התלוננו האימהות והילדים על קוצר המפגש ומיעוט המפגשים. הצלחת הקבוצה מצביעה על הצורך להמשיך ולפתח קבוצות דומות תוך אפשרות תהליך ממושך יותר של עבודה בקבוצה.

חונכות "דרור הנגב"

חונכות "דרור הנגב", שפותחה בשותפות עם פר"ח באוניברסיטת בן גוריון, הציעה 20 חונכויות בשנה לילדי הורים המתמודדים עם מחלה נפשית. מטרתה לתמוך ולהעשיר את עולמו של הילד ולאפשר לו חוויה של ילדות נורמטיבית. החונכות כוללת הדרכה רצופה של החונך על ידי רכזת פר"ח, ליווי והעשרה בתחום בריאות הנפש על ידי רכזת מ"ציפור הנפש".

שיעור הנשירה הנמוך ורמת שביעות הרצון הגבוהה של החניכים, החונכים, ההורים ואנשי המקצוע, שהפנו את הילדים לחונכות, מעידה על כך, שחונכות ב"דרור הנגב" מוערכת כמענה מוצלח. במהלך החונכות נוצרו קשרים משמעותיים בין החניכים והחונכים, שאופיינו על ידי חום, עקביות וקרבה. קשרים אלו היוו מרחב בטוח, שסייע לחניך בחיזוק הדימוי העצמי, העניקו לו חוויות ופעילויות של כיף והנאה, תוך תחושה של דאגה וליווי אישי על ידי חונך צעיר בוגר. התמונה הכוללת מעידה על כך, שהחונכות הובילה לשינוי חיובי במיוחד בהתנהגותו של הילד, אך גם בתחום החברתי והחינוכי. בהתבסס על הרצון לשמר את אופייה הנורמטיבי של התכנית, הומלץ לחונך להימנע מהתייחסות ישירה להשלכות המחלה הנפשית של ההורה והשפעתה על הילד אם הילד עצמו אינו יוזם שיחה בנושא. כתוצאה מכך לא ניכרה השפעה של החונכות על הידע, ההבנה ויכולת ההתמודדות של הילד עם מחלת ההורה.

בעקבות מסקנות שהופקו במהלך התכנית, ניתנה העדפה לגיוסם של חונכים מתחומים שאינם טיפוליים, או בחירה של סטודנטים בשנת הלימודים הראשונה במקצוע הטיפול. להערכתנו, ייחודה של חונכות ילדי מתמודדים בתכנית "ציפור הנפש" מבוסס על הכרה בצורך של הילד באדם בוגר, שיהיה מוכן גם לתמוך בהתמודדותו עם סוגיות הקשורות למחלת ההורה. לכן, מומלץ שתמצאנה דרכים במסגרת התכנית "לשבור את קשר השתיקה" באמצעות הכנה מוקדמת של החונכים לשוחח עם הילד על נושאים אלה באופן בלתי מאיים ומתוך הכרה ביכולתו של הילד להבין ולהתמודד עם המצב.

ימי כיף

ימי הכיף, שאורגנו על ידי רכזות התכנית פעמיים או שלוש בשנה, הציעו בילוי למשפחות המתמודדות, שמשלב הפעלות רבות עבור הילדים, חלקן בשיתוף עם ההורים. הפעילויות האיכותיות הונחו על ידי מומחים בתחום ו/או מתנדבים, תוך תשומת לב רבה לילדים. צילום משפחתי ויצירות שהילדים לקחו הביתה, היוו תזכורת נאה עד למפגש ביום הכיף הבא. הכבוד ההדדי, הקרבה והשותפות המאפיינים את התכנית, בולטים בימי הכיף, בו משתתפות משפחות מתמודדות לצד צוות התכנית. במסגרת בילוי נורמטיבי עשויה להתגבש קהילה תומכת של משפחות מתמודדות.

ימי הכיף היוו מרכיב של התכנית שהתקבל בברכה רבה. המשפחות ציינו את ימי הכיף כחלק מהתכניות המשפחתיות בחופשות הילדים, תכניות שלרוב אינן מרובות. אנשי המקצוע הרבו להפנות הורים מתמודדים לימי הכיף, ובמקרים מסוימים אף ארגנו הסעות וליווי למטופליהם.

מן הראוי להמשיך בפעילות מבורכת זו ולהעצים אותה על ידי שיתוף ההורים בתכנון המפגשים.

שיתופי פעולה בין השירותים והתווית רשת ביטחון קהילתית

במהלך פיתוח התכנית, נרקמו שיתופי פעולה רבים בין "ציפור הנפש" לבין גורמים שונים בקהילה בתחום בריאות הנפש, הרווחה, החינוך והשיקום. כמחצית מההורים שעברו אינטייק הופנו גם לשירותים נוספים בקהילה ועם חלקם התבצעה עבודה משותפת גם בהמשך. אחת מתוצאותיה החשובות ביותר של תכנית "ציפור הנפש" באה לידי ביטוי בשינוי עמדות של המטפלים בהורים

המתמודדים. אנשי מקצוע שהתוודעו לתכנית מדווחים על מודעות רבה יותר לצורך שלהם כמטפלים לתת מקום מרכזי לנושא ההורות של המטופלים גם כאשר תחום ההורות אינו חלק מהגדרת התפקיד שלהם. מודעות זו מובילה אותם לשאול שאלות לגבי ילדיהם של ההורים המתמודדים; לבחון צרכים הקשורים לתפקוד ההורי, שאינם מקבלים מענה; עידוד המטפלים להתייעץ עם רכזות "ציפור הנפש" ולהפנות את מטופליהם לתכנית.

הכרה ביכולתם של הורים מתמודדים להיות הורים מיטיבים, אם וכאשר קיבלו מענים כנדרש, הובילה לתמיכה בצורך לבנות, בשיתוף כל הגורמים המטפלים, רשת ביטחון קהילתית. מדובר בעיצוב מערכת שירותים, שתיתן מענה למגוון מקיף של צרכים, שיחזקו את ההורות של נפגעי נפש בשגרה ובעת משבר. מערכת כזו עדיין זקוקה להבניה והפעלה. יצירת רשת ביטחון חשובה במיוחד עבור משפחות, שעדיין לא נמצאות בקשר עם המערך הטיפולי והשיקומי, ומחיבת דאגה להפעלת טכניקות של יישוג (reaching out) לשם איתור המשפחות במסגרות אוניברסליות.

הבניית ידע, הפצתו ופיתוח מענים נדרשים

במהלך התכנית, תוך כדי היכרות עם אוכלוסיית היעד ומערך השירותים הקיימים בקהילה, נצבר ידע רב בתכנית "ציפור הנפש" לגבי צרכיהם של הורים מתמודדים וילדיהם. ידע זה עובד ונותר באמצעות תהליכים של למידה משותפת. עם הזמן, ביססה התכנית את מעמדה כשירות מקצועי מוביל בתחום ההורות של מתמודדים, המציע לא רק פעילויות למשפחות מתמודדות, אלא גם תמיכה בידע ובפרקטיקה של אנשי מקצוע העוסקים בתחום. בוקרי הלמידה, וועדות ההיגוי והכנס המקצועי בהם לקחו חלק גם הורים מתמודדים, שימשו כבמה ללמידה והפקת לקחים. על פי חוות דעתם של אנשי הצוות בתכנית, החומרים שהופקו מתהליך ההערכה המעצבת תרמו לתהליכי הפקת הידע וקבלת החלטות לגבי יישומו בשטח.

לסיכום, "ציפור הנפש" הוכיחה את עצמה כתכנית פורצת דרך מבחינת המודעות לצורך בטיפול משמעותי בהורים המתמודדים עם מחלת נפש. באמצעות שינוי עמדות והפצת ידע בתחום נוצרו שיתופי פעולה מהותיים, המחזקים את הצורך בקיומם של שירותים ייחודיים לאוכלוסייה זו.

במהלך יותר משלוש שנים של פעילות גובשה קהילה של משפחות מתמודדות. הפעילויות השונות בתכנית מציעות הדרכת הורים, קבוצות תקשורת להורה וילדו, חונכות אישית לילדים ואימהות, וימי כיף לבילוי ממשותף.

למרות ההשקעה הרבה בתכנית, ניכר כי ההשפעה של כל רכיב בתכנית מוגבלת. לכן, המשך פיתוחה של התכנית מצריך חשיבה כוללת על מכלול הצרכים של חברי המשפחה המתמודדת, תוך שילוב מגוון של מענים במרכז אחד, שיאפשר לכל משפחה לבחור את המענים שיסיעו לה בחיזוק ההורות. לפיכך, מומלץ להתמקד בעתיד בפיתוח שירותים בראייה משפחתית לצד יצירת רשת ביטחון קהילתית, שתציע מענים מגוונים לצרכי כל בני המשפחה. המענים שפותחו במסגרת תכנית "ציפור הנפש" מהווים בסיס ליצירת שירותים כאלה.

תוכן העניינים

עמוד

		מבוא	.1
1		1.1 אוכלוסיית הורים נפגעי נפש בישראל	
1		1.2 מטרות התכנית	
2		1.3 הערכת התכנית	
2		1.4 אוכלוסיית התכנית	
3		1.5 תיאור התכנית	
4			
		סקירת ספרות	.2
11		2.1 תמורות בגישות הטיפוליות בתחום בריאות הנפש	
11		2.2 התפתחות הידע ואופיין של תכניות קיימות בעולם	
13		2.3 עבודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש	
14		2.4 עבודה קבוצתית עם ילדי הורים נפגעי נפש	
17		2.5 חונכות ילדים להורים נפגעי נפש	
18		2.6 יצירת רשת ביטחון למשפחות של נפגעי נפש	
18			
		ממצאי ההערכה	.3
		פרק א': חיזוק ההורות	
21		עבודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש	3.1
21		3.1.1 מטרות העבודה הקבוצתית	
21		3.1.2 הערכת העבודה הקבוצתית	
22		3.1.3 מאפייני המשתתפים בקבוצות	
22		3.1.4 דרכי העבודה בקבוצות	
24		3.1.5 תוצאות העבודה בקבוצות	
31			
		חונכות לאימהות נפגעות נפש	3.2
37		3.2.1 מטרות חונכות אימהות	
37		3.2.2 הערכת חונכות אימהות	
37		3.2.3 דרכי העבודה בחונכות אימהות	
38		3.2.4 תוצאות חונכות אימהות	
		קבוצת תקשורת הורים-ילדים	3.3
39		3.3.1 מטרות קבוצת תקשורת הורים-ילדים	
39		3.3.2 הערכת קבוצת תקשורת הורים-ילדים	
40		3.3.3 מאפייני המשתתפים בקבוצת תקשורת הורים-ילדים	
40		3.3.4 דרכי העבודה בקבוצת תקשורת הורים-ילדים	
41		3.3.5 תוצאות קבוצת תקשורת הורים ילדים	
42			
		פרק ב': חיזוק הילדים	
49		חונכות "דרור הנגב" לילדי הורים נפגעי נפש	3.4
49		3.4.1 מטרות חונכות "דרור הנגב"	
49		3.4.2 הערכת חונכות "דרור הנגב"	
49		3.4.3 מאפייני החניכים ב"דרור הנגב"	
50		3.4.4 מאפייני החונכים ב"דרור הנגב"	
52		3.4.5 דרכי העבודה בחונכות "דרור הנגב"	
53		3.4.6 תוצאות חונכות "דרור הנגב"	
57			

תוכן העניינים (המשך)

עמוד		
62		פרק ג': חיזוק המשפחה
62		3.5 ימי כיף למשפחות
62	מטרות ימי הכיף	3.5.1
63	הערכת ימי הכיף	3.5.2
63	מאפייני המשתתפים בימי הכיף	3.5.3
63	דרכי העבודה בימי הכיף	3.5.4
64	תוצאות ימי הכיף	3.5.5
66		3.6 רשת ביטחון
66	מטרות רשת הביטחון	3.6.1
66	הערכת רשת הביטחון	3.6.2
66	ניסיונות ראשונים לבנית רשת ביטחון	3.6.3
68	הגדרת רשת ביטחון	3.6.4
68	תפקידה של "ציפור הנפש" בהתוויית רשת ביטחון	3.6.5
72		4. סיכום, מסקנות והמלצות
72	סוגיות הקשורות לעבודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש	4.1
75	סוגיות הקשורות לשאר מרכיבי תכנית "ציפור הנפש"	4.2
79		ביבליוגרפיה

Executive summary

רשימת תרשימים ולוחות

	תרשים 1 בעלי תפקידים בתכנית "ציפור הנפש"	
5	במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע	
	תרשים 2 בעלי תפקידים בתכנית "ציפור הנפש"	
5	ב"שלו שירותי שיקום" בכפר סבא	
7	תרשים 3 תחומי הפעילות בתכנית "ציפור הנפש"	
4	מקבלי שירות בתכנית "ציפור הנפש"	לוח 1
23	מאפייני המשתתפים בקבוצות הורים נפגעי נפש	לוח 2
28	הפעלה והתנהלות קבוצות הורים נפגעי נפש	לוח 3
30	מועמדים, משתתפים ומתמידים בקבוצות להורים נפגעי נפש	לוח 4
50	התפלגות גיל החניכים ב"דרור הנגב" לפי שנים	לוח 5
51	התפלגות מגדר החניכים ב"דרור הנגב" לפי שנים	לוח 6
56	מידת העיסוק בפעילויות שונות ב"דרור הנגב"	לוח 7
58	אופי הקשר בין החונך להורה נפגע נפש ב"דרור הנגב"	לוח 8
58	נוכחות מחלת ההורה והשלכותיה על החניכים ב"דרור הנגב"	לוח 9
60	תחומי השינוי אצל החניכים בעקבות השתתפות ב"דרור הנגב"	לוח 10
63	השתתפות הורים וילדים בימי כיף	לוח 11

1. מבוא

"ציפור הנפש" היא תכנית חדשנית, שנועדה לחזק את ההורות של המתמודדים עם מחלה נפשית. בעוד מסגרות טיפוליות נותנות מענה לנפגעי נפש, או לילדיהם, באמצעות טיפול פסיכיאטרי ונפשי, ומסגרות שיקומיות נותנות מענים בתחומי הבטחת הכנסה, דיור ותעסוקה – חסרה מסגרת טיפולית/שיקומית, המעניקה למתמודדים ולילדיהם סיוע בחיזוק ההורות עצמה. תכנית "ציפור הנפש" מתמודדת עם אתגר זה באמצעות מגוון של פעילויות, המיועדות להורה מתמודד וילדיו, תוך יצירת שיתופי פעולה עם מגוון שירותים ואנשי מקצוע העוסקים בתחום.

היוזמה ופיתוח התכנית מבוססים על ידע רחב וניסיון מקצועי עשיר בתחום העבודה עם מתמודדים ומשפחותיהם ועל תפיסת עולם, הרואה בהורות של נפגעי נפש כזכות אנושית בסיסית, ומכירה ביכולתם לתפקד כהורים מיטיבים.

התכנית פותחה ביוזמתה של גבי מרים זינגר, אחראית על השירות הארצי בעבודה סוציאלית, בתחום בריאות הנפש במשרד הבריאות. תהליך אישור התכנית שנמשך 8 שנים, החל בוועדה בין משרדית בכנסת בראשות הרב וחבר הכנסת מלכיאור. הוועדה הכירה בחשיבות התמיכה בהורות של מתמודדים ובכך שהנושא אינו זוכה להכרה ותמיכה במסגרת השירותים הקיימים. ליוזמה חברו גיונט "אשלים", שיוצגה על ידי גבי רות רגולנט לוי (לימים פרויקטורית בתכנית), והקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי, בראשותה של גבי שרית בייץ. התכנית החלה לפעול בנובמבר 2009, במית"ל (מרכז יעוץ ותמיכה למשפחות מתמודדים), במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. והוטמעה בחברת "שלו" שירותי שיקום בכפר סבא, בדצמבר 2011.

1.1 אוכלוסיית הורים נפגעי נפש בישראל

הערכות בעולם אומדות את שיעור נפגעי הנפש ב-2-3 אחוזים מכלל האוכלוסייה. בישראל המצב קשה יותר בגלל שיעור ניצולי השואה, המצב הביטחוני, השירות הצבאי ונפגעי פעולות האיבה. אוכלוסיית נפגעי הנפש בישראל מהווה כ-30% מכלל הנכים בישראל ומוערכת כקרובה ל-100,000 איש (אבירם, 2010).

בישראל, בדומה למדינות אחרות, חסר מידע מדויק ועדכני לגבי שיעור נפגעי הנפש שהם הורים. ההנחה היא, ששכיחות ההפרעות הנפשיות בישראל בקרב הורים דומה למדינות מערביות אחרות (לוינסון, 2007). הערכות בעולם מצביעות על כך, ששיעור ההורות בקרב נפגעי נפש דומה לשיעור ההורות בקרב האוכלוסייה הכללית, ולפיכך, 68% מנשים מתמודדות ו-53% מגברים מתמודדים הם הורים (Nicholson et al., 2004; Oyserman et al., 2005).

על פי דיווחי המחלקה לשירותים חברתיים בבאר שבע ב-2012, 751 מתמודדים קיבלו סיוע, ביניהם 433 הם הורים (58%). מתוכם 319 (74%) ראשי משפחה, ו-114 אימהות חד הוריות (36%).

כמו-כן, טופלו 301 ילדים להורים מתמודדים: 73 ילדים עד גיל 6 (24%); 65 ילדים בגיל 6 - 12 (22%); 86 ילדים בגיל 12-18 (29%) ו-77 בוגרים מעל גיל 18 (26%).

ההורים המתמודדים מתחלקים באופן דומה בין נשואים לגרושים. לשני שלישים מהם ילד אחד או שניים. מחציתם בעלי השכלה תיכונית ושליש בעלי השכלה אקדמית. מחציתם ילידי הארץ, ומחציתם עולים חדשים. רבע יוצאי ברית המועצות לשעבר.

1.2 מטרות התכנית

במהלך יישום התכנית, תוך כדי למידת הקשיים והאתגרים בשטח, נערכו שינויים בהמשגה ובמיקוד של המטרות והיעדים. שינויים אלה והרציונל לביצועם, נדונו בוועדות ההיגוי, בוועדות הביצוע של התכנית והוצגו בראיונות שערכה המעריכה עם אנשי הצוות. כתוצאה מכך, ניסוח המטרות והיעדים המוצג להלן הוא שילוב בין המטרות שהוצעו בהצעה המקורית לבין אלו שהתווספו בהמשך על ידי שני צוותי התכנית, בבאר שבע ובכפר סבא.

להלן פירוט המטרות העיקריות של התכנית:

- ✓ תמיכה בהורות וחיזוק התפקוד ההורי של מתמודדים;
- ✓ תמיכה בילדי מתמודדים ומתן כלים להתמודדות עם השלכות מחלת ההורה עליהם.
- ✓ תמיכה במשפחות מתמודדות בשגרה ובעת משבר;
- ✓ יצירת שיתופי פעולה בין שירותים כדי ליצור מערך קהילתי מקצועי תומך בהורות של מתמודדים;
- ✓ הבניית ידע לגבי צרכיהם של הורים מתמודדים, פיתוח מעניינים אפקטיביים, והטמעת התכנית במערך השירותים המוצעים להורים נפגעי נפש.

1.3 הערכת התכנית

בנובמבר 2010 נחתם הסכם להערכת התכנית בין הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי לבין החוקרת, ד"ר עתליה מוסק, מרצה בכירה במכללה האקדמית תל חי. ועדת הלסנקי במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע נתנה את אישורה לביצוע ההערכה בבאר שבע, וועדת הלסנקי במכללה האקדמית בתל חי, אישרה את ביצוע ההערכה בכפר סבא. עבודת ההערכה התבצעה תוך שמירה על כללי האתיקה והסודיות המקצועית. משתתפי התכנית התבקשו לחתום על הסכמה מודעת להשתתפות במחקר הערכה, שלא הווה תנאי להשתתפות בתכנית. פרטיהם האישיים של המשתתפים קודדו וננקטו כל האמצעים הנדרשים להבטחת פרטיות וחיסיון המידע.

הערכת תכנית "ציפור הנפש" החלה כשנה לאחר הפעלת התכנית בבאר שבע והסתיימה לאחר שנתיים וחצי, בינואר 2013. התכנית העמידה לרשות המעריכה מסמכים, ששיקפו באופן חלקי את הפעילויות שקדמו לכניסתה לעבודת ההערכה. הדו"ח הנוכחי כולל את הטמעת התכנית באמצעות חברת "שלו שירותי שיקום" בכפר סבא החל מנובמבר 2011 עד לסיום ההערכה בינואר 2013.

ההערכה התייחסה לכל מרכיבי התכנית: מטרותיה, הכשרת העובדים, דרכי גיוס המשתתפים, מאפייני המשתתפים, תיאור הפעילויות ותוצאותיה. ההערכה התמקדה תחילה בהערכת הביצוע ובהמשך בהערכת תוצאות, שהתבצעה בסיומה של כל פעילות. כלי ההערכה בהם נעשה שימוש בהערכת התכנית כללו: סקירת רקע תיאורטי רלוונטי בארץ ובעולם, בדיקת מסמכים הקשורים לתכנית, תצפיות, ראיונות חצי מובנים, שאלונים, משוברים, דוחות של בעלי תפקידים בתכנית ותיעוד אירועים שונים.

שיטת ההערכה שנבחרה לתכנית "ציפור הנפש" היא הערכה איכותנית מעצבת, בה כל השותפים בתכנית נטלו חלק. הערכה מעצבת מתאימה במיוחד לקהילת עשייה, המעודדת את השותפים לקחת תפקידים, להתוות מטרות, לפתח פרקטיקות ונורמות דרך אינטראקציות, איסוף ופרשנות של ראיות, מתן משום ושימוש בו. הערכה מעצבת מאפשרת למעורבים בתכנית להכניס שינויים ולשפר את פעולת התכנית תוך כדי פעולה והתנסות (Rossi et al., 2004).

במהלך הערכה נערכו ראיונות של מעריכת התכנית עם אנשים רבים. ראיונות אלה שוקלטו והועברו למרואיינים לאישור והבהרה. כנהוג בהערכה מעצבת, ממצאי ההערכה הוצגו בפני צוות התכנית במסגרת וועדות ההיגוי, בוקרי למידה, דו"ח הביניים ובסיום עבודת ההערכה.

1.4 אוכלוסיית התכנית

תכנית "ציפור הנפש" מיועדת למשפחות בהן אחד ההורים או שניהם מתמודדים עם בעיה נפשית, כולל משפחות בהן הילדים נמצאים במסגרת חוץ ביתית. רוב המופנים לתכנית הופנו ידי בעלי מקצוע מארגונים משיקים, מתחומי בריאות הנפש: בתי החולים ומרפאות בקהילה, מסגרות השיקום והדיור המוגן והמחלקות לשירותים חברתיים.

במהלך פעילות התכנית נבנה מאגר נתונים של משתתפים בפעילויות השונות של התכנית. **בבאר שבע** המאגר כלל 140 הורים מתמודדים, מתוכם 55 (39%) עברו ראיון קבלה על ידי רכזת התכנית. ב-27 (49%) מקרים התבצעה גם הפנייה לשירותים נוספים בקהילה. בסיום ההערכה שיעור ההפניות החדשות לתכנית היו כ-2 בחודש.

בכפר סבא, במהלך שנה וחצי של פעילות, נבנה מאגר נתונים שהתבסס על כל המועמדים שפנו או הופנו לתכנית. המאגר כלל 110 הורים מתמודדים, מתוכם 46 (42%) עברו אינטייק, 41 (37%) היו עדיין בבירור ו-23 (21%) מהפניות לא היו רלוונטיות.

לוח 1: מקבלי שירות בתכניות "ציפור הנפש"

ילדים	הורים		אתר
	55	אינטייק	באר שבע
	27	הפנייה לטיפול ע"י גורם אחר	
5	45	משתתפי קבוצות	
40	3	מקבלי חונכות	
99	55	משתתפי יום כיף (בממוצע)	
	2	רשת ביטחון משפחתית	
	46	אינטייק	כפר סבא
	22	משתתפי קבוצות	
23	20	משתתפי יום כיף (בממוצע)	
	2	רשת ביטחון משפחתית	

ניתן לראות, שחלק ניכר מהמשתתפים בתכנית השתתפו במספר תחומי פעילות, שכללו קבוצות להורים מתמודדים, ימי כיף ובבאר שבע גם חונכות לילדים.

1.5 תיאור התכנית

הגורמים השותפים בהקמת התכנית, מימונה, פיתוחה והפעלתה

שותפים במימון תכנית "ציפור הנפש" הם עמותת "אשלים" בג'וינט ישראל, שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות והקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי.

וועדת ההיגוי מלווה את התכנית מראשיתה, ועוסקת בפיתוח התכנית באמצעות דיון בסוגיות המתעוררות בשטח וקבלת החלטות לגבי כיווני הפעולה הרצויות לייצוב התכנית. וועדת ההיגוי מורכבת מנציגי הגופים השותפים והמממנים, מפעילי התכנית, נציגי שירותים שונים בקהילה, צרכני שירות וממעריכת התכנית. בבאר שבע התכנסה וועדת ההיגוי אחת לארבעה חודשים (שלושה מפגשים בשנה) ובכפר סבא – פעמיים בשנה.

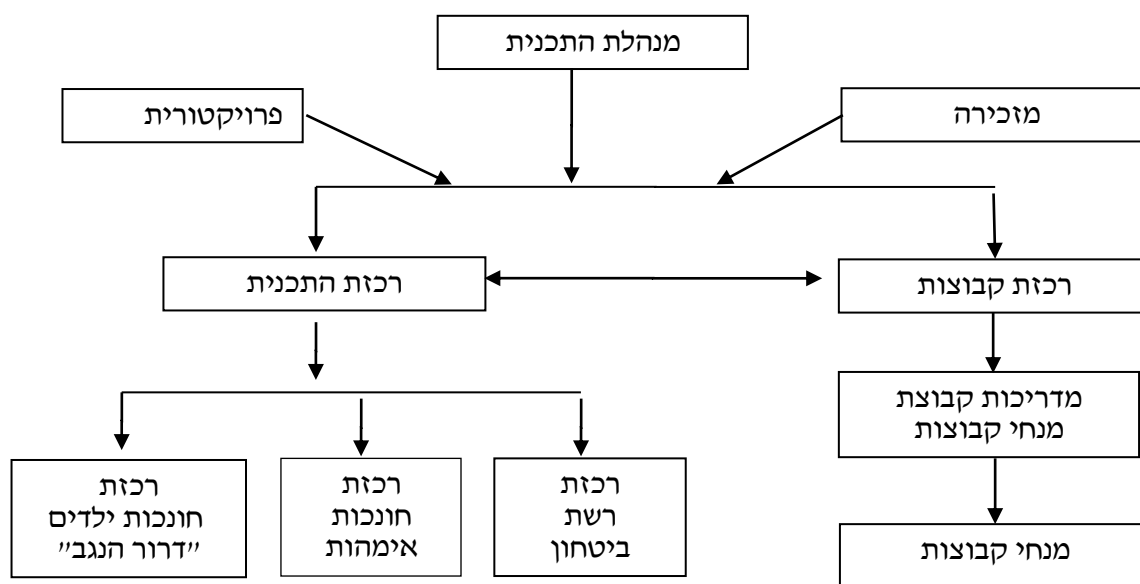
וועדת הביצוע, שנפגשה לאחר כל וועדת היגוי, נועדה לתרגם את ההחלטות המתקבלות בוועדת ההיגוי להחלטות ברות יישום בשטח. הוועדה מורכבת ממנהלות ורכזות התכנית, נציגי השותפים, נציגי המממנים ומעריכת התכנית.

בעלי תפקידים בתכנית

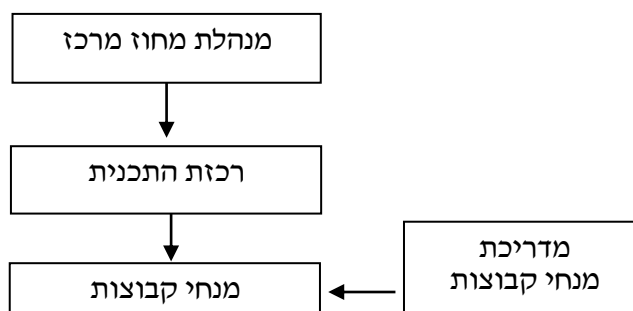
צוות "ציפור הנפש" מורכב ממנהלות ורכזות התכנית המועסקות במשרה חלקית. אנשי מקצוע נוספים גויסו למשימות ייעודיות של הנחיית קבוצות, הדרכה למנחות הקבוצות וליווי מקצועי של חונכות אמהות וחונכות ילדים. בתכנית שולבו גם מתנדבים, שקיבלו הכוונה והדרכה מצוות התכנית.

להלן, מפת מושגים, המתארת את הקשרים בין בעלי התפקידים השונים בתכנית. **בבאר שבע, מקום היווסדה של התכנית**, מוצג מגוון התפקידים שפותחו בתכנית במהלך שלוש וחצי שנים של פעילות. **בכפר סבא**, הוטמעה התכנית באופן חלקי ולפיכך מוצג מספר מצומצם יותר של בעלי התפקידים שפעלו במהלך שנה וחצי.

תרשים 1: בעלי תפקידים בתכנית "ציפור הנפש" במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע



תרשים 2: בעלי תפקידים בתכנית "ציפור הנפש" ב"שלו שירותי שיקום", כפר סבא



תיאור עבודת בעלי התפקידים

מנהלת התכנית "ציפור הנפש" היא המנוע בפיתוחה של התכנית מראשית דרכה. תפקידיה כמנהלת השירות הסוציאלי במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע וכמנהלת מית"ל (מרכז יעוץ ותמיכה למשפחות מתמודדות), יצרו בסיס איתן להתפתחות תכנית "ציפור הנפש". קשריה עם השותפים ומממני התכנית וכן עם גורמים נוספים בקהילה, סייעו ביצירת שיתופי פעולה פוריים. למנהלת התכנית חזון ברור ואורך הרוח, שנדרשו לקיומה של התכנית ולהתפתחותה בהדרגה בהתאם ליעודה ולתנאי השטח.

עם הטמעת התכנית **בכפר סבא**, הועבר ניהול התכנית לחברת "שלו" שירותי שיקום, בראשותה של מנהלת מחוז המרכז, בליווי והדרכה של מנהלת התכנית בבאר שבע.

מזכירות התכנית בבאר שבע ליוו את עבודת התכנית ותרמו רבות לתפעולה ולמענה החם שניתן למשתתפיה.

פרויקטורית ליוותה את התכנית בשנתיים הראשונות במתן ייעוץ לצוות העובדים ופיתוח התכנית. תרומתה ניכרה בפיתוח ואיגום ידע בתחום העבודה עם הורים מתמודדים והעברתו לצוות העובדים בבוקרי למידה, בפיתוח שיתופי פעולה עם אנשי מקצוע בשירותים משיקים ובארגון כנס מקצועי רב משתתפים בתחום.

רכזות התכנית הוו גורם מכריע בפיתוח התכנית, שיווקה והפעלתה. לרכזות היה תפקיד מרכזי בשינוי עמדות של אנשי מקצוע והבהרת חשיבות התמיכה בהורות של מתמודדים. שיתופי הפעולה, שנוצרו עם שירותים שונים בקהילה, היוו בסיס להפניית מועמדים לפעילויות השונות בתכנית. רכזות התכנית ערכו פגישות הכרות עם ההורים הפונים לתכנית, הציעו להם פעילויות שונות בתכנית, הפנו אותם לשירותים קיימים בקהילה ואף פיתחו מענים נוספים בהתאם לצרכי ההורים המתמודדים. רכזות התכנית הוו גורם מייעץ ומסייע לצוות העובדים בתכנית.

רכזת ומדריכות למנחות הקבוצות – בבאר שבע רכזת הקבוצות, אחות ועובדת סוציאלית במקצועה, הינה חלק מהצוות המוביל את התכנית ואחראית להתנהלות עבודת הקבוצות. מתחילת התכנית הנחתה רכזת הקבוצות את כל מנחות הקבוצות בשיתוף מדריכה נוספת, מרצה באקדמיה ומומחית בתחום העבודה הקבוצתית.

בכפר סבא ניתנה הדרכה למנחות הקבוצות על ידי יוזמת תכנית "ציפור הנפש", מומחית בעלת ניסיון רב בעבודה עם הורים וילדי מתמודדים.

מנחות הקבוצות – בבאר שבע גוייסו המנחות בחלקן מצוות העובדים במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. הכשרתן הייתה בתחומים שונים: עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, טיפול באומנות והוראה. בכל קבוצה השתתפה מנחה בעלת ידע וניסיון בעבודה עם הורים מתמודדים או ילדיהם ומנחה בעלת ידע וניסיון בהנחיית קבוצות.

בכפר סבא רכזת התכנית הייתה אחת ממנחות הקבוצות, ואליה הצטרפה מנחה להנחייה משותפת. בקבוצה אחת המנחה הייתה פסיכותרפיסטית, בעלת קליניקה פרטית, וניסיון רב בהנחיית קבוצות הורים ובקבוצה השנייה המנחה הייתה בעלת ידע וניסיון בהדרכת הורים ובעבודה קבוצתית.

רכזת חונכות ילדים "דרור הנגב" בשיתוף עם פר"ח באוניברסיטת בן גוריון בבאר שבע – הרכזת, עובדת סוציאלית בעלת ידע וניסיון רב בעבודה עם משפחות מתמודדות, גוייסה למען פיתוח משותף של התכנית, הכשרה, הדרכה וליווי של הרכזות והחונכים שעבדו עם ילדים להורים מתמודדים.

לאחר פיתוח **חונכות אימהות** כרכיב של התכנית בבאר שבע, מונתה רכזת זו גם גם כאחראית על תחום זה במטרה לסייע בגיוס חונכות מתנדבות לתכנית והדרכתן.

רכזת רשת ביטחון

בבאר שבע תפקידה של רכזת רשת הביטחון היה להגדיר ולנהל רכיב זה בתכנית. ניסיונות לפתח רשת ביטחון משפחתית לא צלחו. הגדרה מחודשת של רכיב זה הובילה ליצירת שיתופי פעולה ברמה הקהילתית.

בכפר סבא הייתה רכזת התכנית אחראית גם לפיתוח רשת הביטחון באמצעות חיזוק הקשר בין אמהות מתמודדות למערכת החינוכית.

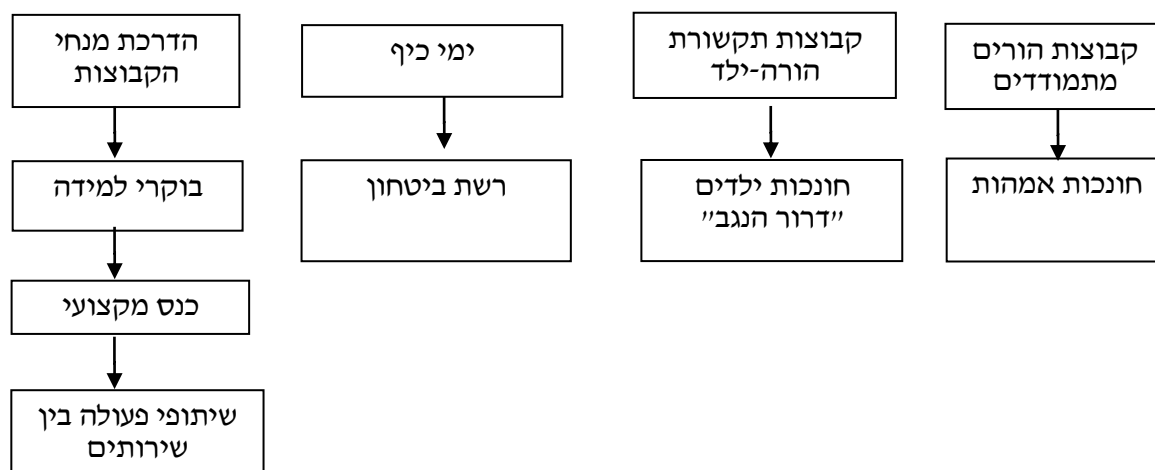
מובילי התכנית וצוות העובדים עסקו בפיתוח ידע בתחום ההורות של מתמודדים, תוך יישום הידע הנרכש בפרקטיקה והפצתו. הם קיימו קשרי עבודה עם מממני התכנית, חברי ועדת ההיגוי, סייעו בשיווק התכנית, יצרו שיתופי פעולה עם אנשי מקצוע בשירותים משיקים וסייעו רבות בהערכת התכנית.

תחומי הפעילות בתכנית "ציפור הנפש"

תכנית "ציפור הנפש" **בבאר שבע** פועלת בארבעה ערוצים מרכזיים: חיזוק ההורות, חיזוק הילדים, חיזוק המשפחה וחיזוק ההתערבות בתחום ההורות בקרב אנשי מקצוע. הדו"ח הנוכחי כולל תיאור מפורט והערכה של כל פעילות ופעילות.

להלן מפת מושגים, המתמצתת את סך הפעילויות המתבצעות על ידי התכנית **בבאר שבע**.

תרשים 3: תחומי הפעילות בתכנית "ציפור הנפש"



ערוץ ראשון – חיזוק ההורות

חיזוק ההורות מוצע לנפגעי נפש שהם הורים על ידי הצטרפות לקבוצות הורים מתמודדים, הפועלות על פי הגישה הפסיכו-חינוכית. המיקוד בקבוצה הוא סביב הדימוי ההורי ורכישת מיומנויות הוריות נורמטיביות, שלעתים מאתגרות בשל השלכותיה של המחלה הנפשית. הקבוצות מיועדות להוות מקור לתחושת שייכות ותמיכה מצד קבוצת השווים.

חונכות אימהות מציעה לאמהות לילדים בגיל הרך ליווי, תמיכה והכוונה במסגרת הבית על ידי אם בעלת ניסיון הורי. הסיוע ניתן תוך התאמה לצרכיה ורצונותיה של האם. החונכת מקבלת הדרכה מרכזת החונכות במהלך עבודתה.

ערוץ שני – חיזוק הילדים

ערוץ זה כולל השתתפות בקבוצת הורים-ילדים וחונכות ילדים ב"דרור הנגב". לצורך חיזוק התקשורת עם הילדים, מוצע להורים ולילדיהם להצטרף לקבוצת **תקשורת הורה-ילד בשילוב אומנויות**, תוך התנסות בתהליך של יצירה משותפת.

חיזוק ילדי מתמודדים באופן פרטני מוצע באמצעות **חונכות "דרור הנגב"**, המבוססת על שיתוף פעולה בין "ציפור הנפש" ופרוייקט פר"ח באוניברסיטת בן-גוריון. רכזת פר"ח ורכזת החונכות מ"ציפור הנפש" עובדות בשיתוף פעולה כדי לפתח תכנית ייחודית זו, להכשיר וללוות את החונכים בעבודתם. מטרת התכנית היא ליצור קשר אישי, חם ותומך בין החונך לבין החניך, שנועד להעשיר את עולמו של הילד ולתמוך בחוויה של ילדות נורמטיבית.

ערוץ שלישי – חיזוק המשפחה

חיזוק המשפחות המתמודדות מוצע באמצעות שניים עד שלושה **ימי כיף** בשנה, המאפשרים זמן איכות לביילוי והנאה משותפים, תוך מפגש עם משפחות מתמודדות אחרות.

רשת ביטחון מיועדת לתמוך בהורות של מתמודדים בשגרה ובמיוחד בשעת משבר על ידי יצירת שיתופי פעולה קהילתיים. בפועל, רשת הביטחון הקהילתית שפותחה סביב המשפחות המתמודדות, עסקה בהפניה של מתמודדים לשירותים משיקים, מתן יעוץ והכוונה מקצועיים לשירותים בקהילה וגם טיפול פרטני על ידי רכזת רשת הביטחון במשפחות בודדות.

ערוץ רביעי – חיזוק מקצועי

תכנית "ציפור הנפש" מקיימת, במקביל לפעילויות השונות, גם תהליך מתמשך של הכשרה ולימוד לצוות התכנית, כפי שנדרש מעבודה בתחום ייחודי העוסק ב"הורות של מתמודדים". חלק מן הפעילויות הללו מתבצעות באופן שוטף וקבוע לכל אורך השנה וחלק מהן במועדים משתנים.

קבוצת הדרכה למנחי הקבוצות מתקיימת באופן קבוע ומטרתה לסייע למנחות הקבוצות בהבנת התהליכים המתרחשים בקבוצה; דרכי עבודה בקבוצה; עבודה בקו ודרכי פיתוח וגיבוש צוות התכנית. **בבאר שבע** ניתנה הדרכה אחת לשבועיים לכל מנחי הקבוצות בקבוצות ההורים המתמודדים ובקבוצת תקשורת הורה-ילד. ההשתתפות בהדרכה מתקיימת גם בתקופות של גיוס המשתתפים, או המתנה לפתיחת הקבוצה הבאה. **בכפר סבא** ניתנה הדרכה פרטנית לרכזת והדרכה משותפת לשתי מנחות הקבוצה, החל מקבוצת ההורים השנייה.

בוקרי למידה של צוות התכנית מתקיימים לעתים מזומנות. במהלך התכנית התקיימו בבאר שבע בהשתתפות צוות העובדים בכפר סבא, 3 בוקרי למידה, שנועדו ללמידה משותפת וחיזוק גופי הידע המנחים את התכנית. בוקרי הלמידה עסקו בעבודה טיפולית עם ילדי מתמודדים; עמדות וסטריאוטיפים של מטפלים כלפי הורים מתמודדים ומשוב לגבי הצעת ההערכה של התכנית. בוקרי למידה הונחו על ידי פרויקטורית התכנית בשיתוף עם רכזת התכנית ונמשכו 3 שעות. הזמנות לבוקרי הלמידה נשלחו לעובדים בקהילה הקשורים לתכנית, לחברי וועדת ההיגוי ולאנשי מקצוע מארגונים שונים בתחום. ההשתתפות בפועל הייתה, בעיקר, של צוות התכנית. בוקרי הלמידה הוקלטו ותועדו לשימור הידע. בסיום כל מפגש, הועברו על ידי מעריכת התכנית שאלוני משוב למשתתפים.

כנס מקצועי רב משתתפים אורגן לאחר שלוש שנים של פעילות בתכנית בראשותה של פרויקטורית התכנית ובשיתוף וועדה מקצועית במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע. אורחת הכבוד בכנס הייתה יזמת תכנית "ציפור הנפש", גבי מרים זינגר. הכנס כלל הרצאת פתיחה של ד"ר יו קונטס מהמכון למצוינות ברווחה חברתית בלונדון, שהציג הערכה של עבודה משפחתית עם משפחות מתמודדות בלוי תובנות רלבנטיות לישראל. בנוסף, הוצגה תכנית "ציפור הנפש", סיפור האישי של אם ואב מתמודד והתקיימו חמישה מושבים מקבילים, שעסקו בסוגיות הכרוכות בהורות בצל מחלה נפשית מנקודת המבט של הורים, ילדים ואנשי מקצוע.

בכנס השתתפו 198 אנשי מקצוע והורים מתמודדים, בעיקר מאזורי הדרום, המרכז וירושלים. במהלך הכנס נכתב פרוטוקול מפורט, שנועד לשימור הידע והפצתו כתקציר למשתתפי הכנס. מעריכת התכנית העבירה משובים בין משתתפי הכנס, שהעידו על שביעות רצון והכרה בתרומת הכנס לשינוי עמדות בתחום וכן חיזוק המודעות לגבי הצורך בפיתוח שירותים הולמים לתמיכה בהורות של מתמודדים.

שיתופי פעולה בין שירותים

בשל חלוקת האחריות בין השירותים השונים העוסקים בטיפול בהורים וילדים בתחומי החיים השונים, הכרחי שיתוף פעולה בין השירותים למען חיזוק ההורות במשפחות מתמודדות. לשם כך, נבנו הליכי עבודה משותפים בין רכזות התכנית לבין שירותים מגוונים בתחום בריאות הנפש, השיקום והרווחה בקהילה.

דוגמאות לשיתופי פעולה יציבים בין "ציפור הנפש" בבאר שבע ובכפר סבא לבין ארגונים שונים:

- ✓ מגוון מסגרות שיקומיות בבריאות הנפש וועדות סל שיקום – הפנייה של מועמדים לקבוצות ולימי הכיף ב"ציפור הנפש".
- ✓ שירותי בריאות הנפש בבתי החולים סורוקה ושלוותה – הפניה של מועמדים לתכנית, חשיבה משותפת על פיתוח שירותים.
- ✓ מרפאות ציבוריות לבריאות הנפש – הפניה של מועמדים לתכנית וחשיבה משותפת.
- ✓ מחלקות לשירותים חברתיים – התייעצות פרטנית, העברת מידע וחשיבה על התערבויות משותפות.

- ✓ "מכללת קיי" – הרצאות בתחום הורות של מתמודדים והנחיה קבוצתית משותפת.
- ✓ "מכון אדלר" – הצעת חונכות לאימהות ב"ציפור הנפש" ושילוב בקבוצות הורים דרך תכנית מיוחדת של מסד נכויות.
- ✓ "מכללת ספיר" – הפקת ימי הכיף ב"ציפור הנפש" על ידי סטודנטים בקורס במכללה.
- ✓ סטודיו "אבני דרך" – שותפות בהקמת חנות מוצרי יד שנייה לתינוקות והנגשתה למשתתפי "ציפור הנפש".
- ✓ פסיכולוגיות ויועצות חינוכיות – הפניית של מועמדים לתכנית.
- ✓ מחוז ירושלים – סדרת ימי עיון כחלק מהבקשה לקדם גם שם תכנית דומה.

2. סקירת ספרות

2.1 תמורות בגישות הטיפוליות בתחום בריאות הנפש

ישראל, כמדינות מערביות אחרות בעולם, נמצאת בעיצומה של רפורמה במערכת הפסיכיאטרית הטיפולית והשיקומית. מתחילת 2001 פתח משרד הבריאות בתהליך מואץ של פיתוח שירותי שיקום בקהילה במסגרת אחריותו ליישום חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000. מטרת חוק זה לשקוד על שיקומם ושילובם בקהילה של נפגעי הנפש על מנת לאפשר להם להשיג דרגה מרבית של עצמאות תפקודית ואיכות חיים, תוך שמירה על כבודם ברוח חוק יסוד: "כבוד האדם וחירותו" (חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000).

במהלך המאה ה-20 נצפים בעולם שינויים משמעותיים בתחום הפסיכיאטריה הקהילתית, המתאפיינים בשלבים שונים. **בשלב הראשון**, בראשית העשור השני, שולטת עדיין התפיסה המסורתית של ציפייה לפרוגנוזה של הידרדרות הדרגתית והחמרת הליקויים עקב מחלת נפש. **בשלב השני**, בשנות ה-20, מתבססת הגישה של תנועת האל-מיסוד (deinstitutionalization), שדגלה בשחרור מטופלים מן המוסדות הפסיכיאטריים וטיפול בהם במסגרת הקהילה. תהליך זה חשף את ההטרונות של המטופלים בכל הקשור למהלך מחלתם וגרם לתמורות בתפיסת מחלת הנפש ולדרכי ההתמודדות של שירותי בריאות הנפש עמה. הטיפול התמקד עתה בשליטה בסימפטומים במטרה לסייע לאנשים לשמור על יציבות ולהימנע מאשפוז. **בשלב השלישי**, החל מאמצע שנות ה-80, ניכר שיפור באיכות הטיפול התרופתי במחלות נפש. הירידה הבולטת בתופעות הלוואי שינתה את חיי היום יום של המתמודדים, הורידה את הסיכונים להריונות והפכה את המחלה לניתנת לניהול טוב יותר. תמורות אלה סייעו במיקוד הטיפול השיקומי בסיוע לאנשים למלא בהצלחה תפקידים חברתיים כמועסקים, הורים ובני זוג. כמו-כן, הושם דגש על עבודה עם בני המשפחה מתוך הכרה בתפקידם כשותפים ומסייעים בניהול המחלה (Lefley & Johnson, 1990).

במקביל לעלייה במודעות לזכויות אדם ולתהליכי העצמה בקבוצות חברתיות מודרות אחרות (להט"בים, נשים קורבנות אלימות, פליטים ומהגרים), התפתחה מגמה של העצמת מתמודדים, הכרה ומימוש מלא יותר של זכויותיהם הן בעיני עצמם והן בעיני הקהילה המטפלת. ב-1990 הורחבה גישה זו, תוך הדגשת תהליך ההחלמה והיכולת לניהול המחלה, שנועדה לסייע לאנשים לשאוף לעצמאות, ניהול עצמי, עיסוק בפעילויות אישיות ברות משמעות והשגת איכות חיים טובה יותר (לכמן ורועה, 2003; Drake et al., 2003). כחלק מהכרה בזכויותיהם של מתמודדים, התחילו לשאול אותם לגבי צרכיהם והתברר שנושא ההורות מהווה מקור עיקרי הן לדאגה והן לאיתור כוחות להתמודדות. ניכר, כי הצלחה בהורות מהווה מוטיבציה מרכזית להחלמה והתמודדות פעילה (Diggin, 2012). בד בבד עם מגמות אלה, פותחו מודלים פסיכו-חינוכיים להתערבות שהוכחו כיעילים, הכוללים: חינוך, תמיכה וחיזוק כישורי ההתמודדות של המשפחה על מנת לחוש פחות מתח ולהפגין יותר יעילות בתפקודה, לצד הפחתת ההזדקקות לאשפוז (Dixon et al., 2001).

רק בשנות ה-90 התפתחה המודעות לכך, שמרבית נפגעי הנפש, כרוב האנשים, מסוגלים ומעוניינים לשאוף ולמלא תפקידי מבוגרים רגילים, אשר כוללים מעורבות במערכות יחסים אינטימיות והולדת ילדים (Apfel & Handle, 1993). בעוד חלק מאנשי המקצוע מתעלמים מתפקידם ההורי של מטופליהם (Zemencuk, Rogosch & Mowbray, 1995), אנשי מקצוע אחרים והמתמודדים עצמם מאמינים, שהשקעה בחיזוק ההורות של המתמודדים עם מחלה נפשית, עשויה לשפר את רווחתם של כל בני המשפחה (Brunette & Dean, 2002). ברוח השינויים הללו, ההתערבויות מדגישות היום את הסיוע לאנשים מתמודדים להיות עצמאיים, לנהל את מחלתם, להצליח במערכות יחסים ובפעילות קהילתיות שהם מגדירים כמספקים ובעלי משמעות (Drake et al., 2003).

יחסי גומלין בין הורות למחלה

אין חולק על כך, שמחלת נפש של הורה משפיעה על היכולת ההורית, על הילדים, על המשפחה בשלמותה ודורשת התערבות ושירותים ברמות שונות. להורים נפגעי נפש יש צרכים, הקשורים הן להורות והן למחלה. קיים קושי בהתמודדות עם צרכי היום יום, לצד התמודדות עם השפעותיו של הטיפול התרופתי והמוגבלויות הכרוכות בכך. לפיכך, נדרשת תמיכה פסיכיאטרית זמינה ורגישה, המכירה ומכבדת את התפקיד ההורי. ההורים זקוקים להכשרה בפיתוח מודל הורי, התומך בהתקשרות בטוחה ופיתוח מיומנויות הוריות מסתגלות. תמיכה משפחתית וקהילתית מהווה גורם משמעותי בחיזוק ההורות (Rogosch, Mowbray & Bogat, 1992).

ייחודה של "ציפור הנפש" הוא ביצירת מרחב לחיזוק ההורות גם במצבים שבהם קיים לכאורה סיכון לילדים. מצבים אלה, בהם ההורה המתמודד לא מצליח לתת מענה לצרכי הילד, מצבים בפני אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש אתגרים רגשיים והחלטות קשות כתוצאה מקונפליקט בין צרכי ההורה המבוגר לצרכי הילד. לשם כך נדרשת לקיחת אחריות לצד "ראיה כפולה", המאפשרת קבלת החלטה המגינה על הילד ויחד עם זאת מביאה בחשבון שיקולים אתיים ומוסריים הקשורים להורות (Cousins, 2004).

מחקרים שונים מצביעים על הצורך במתן מענה לילדים של הורים מתמודדים, המוערכים כנמצאים בסיכון התפתחותי (Flakov, 1998). סיכונים שכחים הם: תפקוד חברתי לקוי; העדר יכולת לקיים יחסי חברות קרובים; פיתוח תחושת אשמה; דימוי עצמי שלילי; התפתחות קוגניטיבית לקויה וקשיי למידה (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). בנוסף, על הילדים להתמודד עם שורה של סוגיות, כמו: הצורך בהתקשרות בטוחה עם ההורה המתמודד; צורך בדיור חלופי וניידות בזמנים בהם ההורה אינו מתפקד או מאושפז; עיוותי תפיסה לגבי המחלה וייחוס אשמה לעצמם כגורם למחלה. תופעה מוכרת אצל ילדי מתמודדים היא הנטייה להיפוך תפקידים בין הילד וההורה, סינדרום המכונה "הילד ההורי". הדאגה המוטלת על ילדים להורה מתמודד לטפל באחייהם/או בהורה החולה, הוערכה כגורם סיכון עבורו, שלעתים אינו מזוהה בשל היותם ילדים "בלתי נראים" במערך שירותי בריאות הנפש המיועדים למבוגרים מתמודדים (Reupert & Mayberry, 2007).

לעומת עמדה זו, יש הרואים ב"ילד ההורי" ביטוי לחוסנו של הילד ולמשמעות החיובית שיש לקשר ההורי עבורו. על פי נקודת מבט זו, באמצעות הדאגה להורה, מפתח הילד את עצמאותו, מבטא את שייכותו למשפחה ומדגיש את היחסים ההדדיים של תלות וחיבור למשפחה. גישה זו נתמכת בעדויות של ילדים להורים מתמודדים, הרואים בדאגתם להוריהם כהכרה באהבה כלפיהם ולא כנובעים ממניעים של מחויבות (Gladston, Boydell & McKeever, 2006).

2.2 התפתחות הידע ואופיין של תכניות קיימות בעולם

איסוף מידע לגבי הצרכים המיוחדים של משפחות מתמודדות ופיתוח תכניות ייחודיות עבורם, היא מגמה מתפתחת בעולם המערבי. עם תחילת המאה ה-21 קיימות עדויות להתפתחותן של ידע ייחודי בתחום ההורות של נפגעי נפש המכונה "parental mental illness". למרות שהפרסומים המדעיים בתחום עדיין אינם רבים, קיים ידע יישומי ואינטראקטיבי באתרי אינטרנט, שהבולטים ביניהם הם האתר של המכון למצויינות חברתית (Social Care Institute for Excellence – SCIE) בלונדון, והאתר של קומפי (Children of Parents with a Mental Illness – COPMI) באוסטרליה. כמו-כן, נערכים כינוסים בין-לאומיים, המוקדשים להורות של מתמודדים, דוגמת כינוס שנערך בוונקובר, קנדה במאי 2012, וכינוס של קבוצת חוקרים מובילים בתחום בפרטו, טוסקנה בדצמבר 2014.

במהלך תהליך ההערכה נפגשה מעריכת התכנית עם אנשי מקצוע, שעסקו בהערכת תכניות לחיזוק ההורות בבריטניה ובאוסטרליה.

בריטניה

המכון למצויינות חברתית בלונדון פיתח ב-1999 את תכנית "בנית גשרים: חשוב ילד, חשוב הורה, חשוב משפחה". התכנית החלה לפעול בלונדון וכיום היא פרושה על פני 12 אתרים ברחבי אנגליה ואירלנד. השירות גמיש ונועד לתת מענה למשפחות בעלות מגוון רחב של צרכים. ההשתתפות בתכנית מוגבלת לחצי שנה. מטרת השירות לשפר את דפוסי התקשורת בתוך המשפחה ולחזק את הקשר של בני המשפחה עם גורמי חוץ ומספקי השירותים השונים בקהילה באמצעות פעילויות של ליווי, תיווך וסנגור. מטרת ההתערבות נקבעת בשיתוף עם המשפחה ועל פי צרכיה. תכנון ההתערבות מתבצע על ידי איש מקצוע, אך ההתערבות מתבצעת על ידי תומך, ללא הכשרה מקצועית. תפקידו של תומך המשפחה הוא לתת לכל אחד מבני המשפחה סיוע רגשי ומעשי. ניתן לפנות אל התומך במהלך כל שעות היום, גם במועדים בהם שירותים רגילים אינם פועלים.

שירות זה מלווה בהערכה, שתוכננה על ידי המכון למצויינות חברתית, אך בוצעה בפועל על ידי צוות עובדי השירות. ההערכה דיווחה על שביעות רצון מצד המשפחות, ותחושה של הישג מצד התומכים. בתהליך ההערכה נעשה שימוש בשאלון בעל תוקף ומהימנות מוכחת, שמדד שינוי ביחסים המשפחתיים. התוצאות מעידות על שיפור משמעותי ביחסים המשפחתיים במהלך ההתערבות, אך במעקב לאחר 6 חודשים ממועד סיומה של התכנית, הישגים אלה לא נשמרו.

אוסטרליה

באוסטרליה נערך מחקר מקיף, שזיהה 60 תכניות, שיועדו באופן ייחודי למשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית. 26 תכניות מתוכן נועדו לילדים ובני נוער; 6 תכניות להורים פגועי הנפש ו-24 תכניות התמקדו בהכשרת כוח אדם לעבודה עם נפגעי נפש. רק 4 תכניות התייחסו לצרכים ההוליסטיים והאינטגרטיביים של כל בני המשפחה (Reupert & Maybery, 2009c).

העבודה עם הילדים התבצעה לרוב במסגרת קבוצתית בבתי הספר. מטרות הקבוצה היו לחזק את תחושת השייכות והתמיכה מצד קבוצת השווים; מתן מידע לילדים, תואם לגילם, על מחלת הנפש של ההורה; ללמד את הילדים כישורי תקשורת, דרכי התמודדות ולחזק את הדימוי וההערכה העצמית של הילדים. בפיתוח תכניות אלה התבססו היוזמים על ניסיונם הקליני ופחות על ידע אמפירי או תיאורטי. הערכת התכניות התמקדה, בעיקר, בתיעוד סיפורי הצלחה ובדיקת רמת שביעות הרצון של המשתתפים בתכנית. אסטרטגיות ההערכה של התכניות לא עברו סטנדרטיזציה, לא דווח על שיעורי ההתמדה והנשירה מהתכנית.

באוסטרליה, פותח פרויקט ייחודי, שנועד לעבוד עם משפחות של הורים מתמודדים, שפיתחו גם תלות בסמים ו/או באלכוהול. המודל פועל במסגרת של מרכז קהילתי ומציע למשפחה מסלולי טיפול שונים: ימי כף, קבוצות תמיכה לילדים והורים וטיפול אינטנסיבי במשפחה במסגרת הבית. התכנית מופעלת על ידי עובד סוציאלי הפועל כמנהל המקרה. במהלך האינטייק נבנית יחד עם המשפחה תכנית לעבודה משפחתית בתיאום עם כלל המערכות המשפיעות על המשפחה. ראוי לציון הוא אחוז הנשירה הנמוך בתכנית זו שעמד על 23% (Reupert, Maybery & Goodyear, 2010).

לסיכום, סקירת הספרות המקצועית מעידה על כך, שפיתוח תכניות לתמיכה בהורות של מתמודדים מתרחשת בעולם המערבי. המאפיין את התכניות הללו הוא היותן תכניות קטנות המציעות טיפול למספר מועט של מתמודדים. תכניות המתבססות על פרטיקה ממוקדת במשפחה עוסקות בשיפור התפקוד ואיכות החיים של המשפחה ושיפור יחסיהם עם הסביבה הטיפולית. חלק אחר מהתכניות מציע מענים נפרדים להורים, לילדים ולבני זוג. בחלק מהתכניות נעשית העבודה בהדרכת אנשי מקצוע, בסיוע של אנשי תמך שאינם מקצועיים. למרות הכרה בצורך בבנית ידע והערכה שיטתית של תכניות קיימות, המידע האקדמי בתחום עדיין מועט.

2.3 בודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש

עבודה קבוצתית עם הורים מתמודדים על פי הגישה הפסיכו-חינוכית

עבודה קבוצתית היא המתודה הנפוצה בעבודה עם אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית. הסיבות לכך נובעות מכוחה של הקבוצה לסייע לאנשים, המבודדים מבחינה חברתית, בעלי קשיים בקיום יחסים בין אישיים, המעוניינים בפיתוח הפוטנציאל האישי שלהם (Toseland & Rivas, 2001). הגישה הפסיכו-חינוכית הולמת יותר את אופי העבודה הקבוצתית עם הורים מתמודדים מאשר פסיכותרפיה. שיקום פסיכו-חינוכי מעודד אנשים לפתח את יכולותיהם דרך למידת כישורים חדשים בסיוע תמיכה סביבתית (Sands, 2001). גרווין (Garvin, 2005) מציינ, שעבודה בקבוצה אינה

מתאימה לאנשים השומרים בקנאות על פרטיותם, אנשים המתקשים להיפתח, או בעלי התנהגות שלסביבה קשה לשאת אותה.

ביצוע העבודה הקבוצתית

מטרת העבודה בקבוצה עם הורים מתמודדים היא יצירת קבוצה, המעניקה לחבריה תמיכה, ייצוב ותחושת שייכות, באמצעות אינטרקציה של הפרט עם הקבוצה. על מנחה הקבוצה לפעול בו זמנית ברמת הפרט וברמת הקבוצה, לשתף את חברי הקבוצה בקבלת החלטות לגבי דרך עבודת הקבוצה ואף להעביר לידיהם חלק גדול מהאחריות. לפיכך, הדגש הוא על גיבוש תהליכים קבוצתיים, שייצרו רמת לכידות גבוהה בין חברי הקבוצה, יאפשרו רכישת מיומנויות הוריות וחיזוק התפקוד ההורי (קסן, 1994). יעילותה של העבודה הקבוצתית מותנית בהלימה בין מטרות הקבוצה לבין צורכי חבריה ובהסכמה ברורה של המשתתפים עם מטרות הקבוצה. תנאים הכרחיים הם: גיבוש תחושת אמון, ברית יעילה בין חברי הקבוצה למנחים, והשתתפות פעילה ועקבית של חברי הקבוצה (Garland, 2008).

גיוס המשתתפים צריך להישען על אסטרטגיה מתוכננת היטב, הפועלת למשיכת אנשים לקבוצה. הבטחת השתתפות רציפה של אנשים בקבוצה, מחייבת השקעת משאבים וזמן לאורך כל חיי הקבוצה.

קבוצות עבודה עם מתמודדים על פי הגישה הפסיכו-חינוכית הן בדרך כלל מוגבלות בזמן ובעלות מטרות מוגדרות. העבודה בקבוצות מבוססת על תכנית עבודה מובנית, הכוללת הצגת מידע, שימוש בפעילויות מובנות, זיהוי בעיות אותן יש לפתור והצגת שאלות יישומיות. תכנית עבודה לא מובנית עלולה להחוות כבובו זמן ולעורר לחץ בקרב המתמודדים. כמו-כן, היא עלולה לפגוע בהשתתפות רציפה של החברים, להתמקד בתלונות על "המערכת" ולתרום לשיח לא ממוקד (Garvin, 2003).

נושאים שכיחים שעולים בקבוצות של הורים מתמודדים כוללים: התייחסות לסטיגמה; השפעת המחלה והתרופות על התפקוד ההורי; יחסים עם בני הזוג בפרט ועם חברי המשפחה הרחבה בכלל; בילוי זמן (עם או בלי הילדים) וסוגיות הקשורות למערכת הטיפולית. רצוי, שהמפגש הקבוצתי יכלול התייחסות ומידע לסימפטומים הפסיכיאטרים המלווים את המחלה והשפעתם על תפקודי ההורות.

כדי לשמר את הקבוצה, חשוב, שכל אחד מהמשתתפים יחווה תגמול מיידית בכל אחד מהמפגשים, יחוש שרכש דבר מה בעל ערך בפגישה ויצא עם ציפייה חיובית למפגש הבא. זאת לאור המאמץ הרב שמרבית המתמודדים נדרשים להשקיע כדי להגיע למפגשים באופן קבוע, להתמודד עם החרדה שעולה במפגשים וגם להתגבר על העייפות שמתלווה למחלה (Garvin, 2003). לפיכך, על המנחה הקבוצתי להיות בעל ידע בעבודה קבוצתית, בהדרכה הורית ובעבודה עם נפגעי נפש. עליו לזהות התנהגות סימפטומטית ולהעביר לחברי הקבוצה תחושה של הכלה, הגנה וביטחון ביכולתו להגיב באופן הולם במקרה הצורך.

הערכת תכניות קבוצתיות להורים מתמודדים

הערכת ההצלחה בעבודה עם קבוצת הורים מתמודדים מתייחסת לכמה מרכיבים: הרקע התיאורטי, מודל העבודה, הליך גיוס המשתתפים ואופי העבודה בקבוצה.

תכניות מוצלחות נשענות על בסיס ידע תיאורטי ומודל התערבות מגובש, המאפשרים ניבוי של תהליכים ותוצאות צפויות בעבודה בקבוצה. הצלחות מוכחות מצביעות על התערבויות מניעתיות, הפועלות על פי גישות התנהגותיות וממוקדות בכישורים ספציפיים בתחום ההורות. הדגש צריך להיות על חיזוק היבטים חיוביים ביחסים הקיימים בין ההורה והילד והפחתת השימוש של ההורה בהנחיות והוראות כלפי הילד. ניתן לחזק את פיתוחם של מיומנויות הוריות בהתבסס על ידע מקצועי והמשך תרגול העבודה בבית. למען הבטחת יישום ההישגים שנרכשו בקבוצה, מומלצת התערבות נוספת לחיזוק ההורות עבור ההורה, המשפחה והילד, לא בהכרח בזמן קיום הקבוצה (Hurlburt, 2007; Piacentine, 2008).

את הצלחת הקבוצה יש להעריך בשתי רמות: האחת, היא המידה בה רכשו חברי הקבוצה מנגנוני הסתגלות חדשים והשתמשו בהם לחיזוק ההורות, והשנייה - המידה בה התלכדה הקבוצה ושימשה מקור תמיכה לחבריה (קסן, 1994).

עדויות מהערכות שיטתיות של עבודה בקבוצות להדרכה הורית "נורמטיביים" מעידות על כך, שהן יעילות בשיפור התפקוד ההורי, בקידום הסתגלותו הרגשית וההתנהגותית של הילד (Dretzk et al, 2005) וכן בשימור בריאותה הנפשית של האם (Patterson et al, 2002).

סקירת הספרות בתחום מעידה על מיעוט פרסומים אקדמיים, המציעים ידע לגבי עבודה בקבוצות להורים המתמודדים עם מחלה נפשית. מירב הידע מתייחס לעבודה עם הורים לילדים בגיל הרך. יוצא מהכלל הוא מאמרם של רופרט ומייברי (Reupert & Maybery, 2011), הסוקר הערכה של שש תכניות קבוצתיות באוסטרליה, העוסקות בהדרכת הורים המתמודדים עם מחלה נפשית והם הורים לילדים בני 5 עד 18. נתוני תכניות אלו מצביעים על כך, שמדובר לרוב בתכנית הנמשכת בין 6-8 שבועות עם מפגש שבועי. התכנים מתייחסים לנושאים שנקבעו מראש עם פתיחות לדון בנושאים שעולים על ידי ההורים. בחלק מהתכניות ההשתתפות בקבוצה מלווה גם בתמיכה אישית במהלך הקבוצה על ידי מנהל המקרה, שהפנה את ההורים לקבוצה, או באמצעות ביקורי בית בסיום הקבוצה על ידי מנחי הקבוצה כדי לתחזק את יישום הנלמד בקבוצה. המשתתפות בקבוצה הן לרוב אימהות ממעמד סוציו-כלכלי נמוך, ללא הגבלה לגבי טיב המחלה הנפשית, בתנאי שילדיהן בבית.

מטרותיהן של כל שש התכניות כללו שיפור הכישורים ההוריים וחיזוק הביטחון ההורי. בחמש תכניות הודגשו מתן לגיטימציה ונרמול הקושי הכרוך בהורות וכן הכרה בצורך בתמיכה חברתית. בארבע תכניות ניתן מקום לדאגות של האם לגבי עצמה, תוך שיפור אסטרטגיות התמודדות. שלוש תכניות עסקו גם בסיוע להורים בזיהוי כוחות, חיבור ההורים לשירותים נוספים בקהילה ופיתוח הבנת ההורה לגבי ההשלכות שיש למחלת הנפש על ההורות. רק שתי תכניות נתנו מידע וסייעו להורים בהסברת מחלת הנפש לילדיהם.

Lindsay, Strand & Davis (2011) מעידים, שבעקבות ההשתתפות בקבוצות, ניכרו שינויים משמעותיים בתפקוד הפסיכו-סוציאלי של ההורה מיד לאחר ההתערבות הקבוצתית במשתנים של דיכאון, חרדה, לחץ, כעס, אשמה, ביטחון וסיפוק ביחסים עם בן הזוג. השינוי המשמעותי בהפחתת הלחץ וחיזוק הביטחון נשמר לאחר ששה חודשים, אך במעקב לאחר שנה אף אחת מהתוצאות שהושגו לא נשמרו. הדבר מעיד על הצורך של ההורים לקבל תגבור או תמיכה נוספת לאחר סיום הקבוצה כדי לשמר הישגים שהושגו במהלך ההתערבות הקבוצתית. תוצאות אלה נמצאו בתכניות בעלות מספר מפגשים, תכנים ורקע תיאורטי שונה, כשהמשתנים המבחינים ביניהן היו מידת ההתמדה בהשתתפות של ההורים בקבוצה וסגנון ההנחיה.

2.4 עבודה קבוצתית עם ילדי הורים נפגעי נפש

רופרט ומאיברי (Reupert & Maybery, 2010) מדווחים על עבודה עם קבוצות של ילדים ברחבי אוסטרליה. קבוצות תמיכה לילדים להורה מתמודד נועדו: ליצור הזדמנויות לקשרים חברתיים; להעשיר את יכולת ההתמודדות וההערכה העצמית של הילד; להגביר את ההבנה לגבי מחלת נפש באופן כללי (סימנים, סימפטומים, טיפול ותרופות) ומחלת ההורה שלהם בפרט; להיות מודעים לשירותי סיוע נגישים לילדים ולהורים (Reupert & Maybery, 2009a). הגיל השכיח של הילדים בתכניות אלה היה בין 8-12 שנים. רק מיעוט מהעבודה התבצעה עם ילדים מתחת לגיל 8. פעילות הקבוצות התקיימה בדרך כלל בבית הספר, לאחר שעות הלימודים, על בסיס שבועי וכללה בין 6 ל-10 פגישות. דרכי העברת המידע בקבוצה היו מותאמות לגיל הילדים שהשתתפו בקבוצה.

בישראל מדווחות פינצי וסטנגה (1997) על עבודה קבוצתית עם תשעה ילדים להורים מתמודדים בגילאי 10-11. מטרת הקבוצה הייתה ליצור חוויה חברתית חיובית, דרך השתתפות בקבוצת תמיכה, כדי לשקם כישורים חברתיים ודימוי עצמי שנפגעו בשל מחלת ההורה. העבודה התבססה על מיקוד בכוחות ועל אמונה כי יחסים טובים עם קבוצת השווים יכולה להוות "קולט זעזועים" כנגד השפעות מזיקות של חיים עם הורה נפגע נפש, במיוחד בגיל החביון. למרות האמון והפתיחות שהושגו במהלך התהליך הקבוצתי, הילדים נמנעו מהתמודדות עם ה"בעיה האמיתית" – מחלת הנפש של ההורה. הילדים רמזו לקושי זה בדברם על התנהגות מוזרה של ההורה, אך הכחישו את קיומה של מחלה. המנחות השתמשו בתיאורי הילדים בהתייחסות להשפעת התנהגות ההורה, אך כיבדו את הצורך לשמור על המחלה כ"סוד" (Frinzi & Stange, 1997).

עבודה בקבוצת הורה-ילד באמצעים אומנותיים נמצאה כמסייעת בשיפור התקשורת בין ההורה והילד (מרקסמן-סימנס, 1994). עיסוק בחומרי אמנות מעודד אופני הבעה ראשוניים, מפחית הגנות ומעלה לתודעה נושאים לא מודעים. הייחוד בטיפול באמנות הוא בכך, שהתוצר האומנותי מספק תיעוד מוחשי של תהליכי תקשורת מופשטים באופיים, ולכן מסייע להורים להגיע לתובנה לגבי אופן ההתקשרות שלהם עם ילדיהם. באמצעות עבודת האמנות המשותפת, נוצר מרחב משותף לאם ולילד, או לקבוצה בכללותה. על פי הנעשה בתוך מרחב זה, ניתן להבין את דפוסי היחסים ולנסות למצוא דרכים לשינוי דפוסיים לא מסתגלים. העבודה בקבוצה מתבצעת על פי המודל

האינטראקטיבי (Cramer, 1990), השואף להתאמה מירבית בין האם והילד ובין חברי הקבוצה. העבודה בסגנון זה מתאימה הן לאוכלוסיות בעלות חשיבה קונקרטיית, המכוונות לסיפוק צרכים מידיים, והן לאוכלוסיות בעלות יכולת הפשטה גבוהה. (מרקמן-סינמנס, 1994).

2.5 חונכות ילדים להורים נפגעי נפש

חונכות ילדים מוערכת כבעלת השפעה חיובית על התפתחות הילד באמצעות בניית קשר של אמון בין הילד, הנמצא בעמדה של צופה, לבין החונך, המהווה דמות להזדהות ומודל לחיקוי (Bandura, 1977). הילד עשוי לחקות את החונך במידה ופעילויותיו ואישיותו נחווות על ידו כבעלות חשיבות, כוח, חום וטיפוח. החונך נחוה על ידי הילד כמבוגר דואג ותומך, איתו הוא יכול לחלוק את רגשותיו וקשייו, לקבל ממנו משוב וידע ואף לסייע לו להבין את ההפרעה שנגרמת לחייו המשפחתיים בעקבות מחלת ההורה (Turner & Scherman, 1996).

מחקר הערכה, שנערך על תכנית "אחות גדולה" בארה"ב, דיווח על עליה משמעותית בדימוי העצמי בקרב 45 בנים בגיל 7-15. השינויים באו לידי ביטוי בעלייה בשביעות הרצון מהופעתם החיצונית, תחושת הפופולריות שלהם בקבוצת השווים ובהפחתת רגשות של חרדה בהשוואה לקבוצת הביקורת (Tierney, Grossman, and Resch, 1995; Herrera et al, 2007). מנגד, מחקרם של אבוט ואחרים (Abbott et al, 1997), שעקבו לאורך שנה אחר התפתחותם של 120 בנים בגיל 8-14, לא הצביע על השפעות אותן ניתן לייחס ליווי זה.

בישראל מופעל פרויקט חונכות, הגדול מסוגו בעולם – פרויקט פר"ח (פרויקט חונכות), שנועד להעניק סיוע לימודי ורגשי לילדים במצוקה, הסובלים מחסך סביבתי (כלכלי, חינוכי ותרבותי). הקריטריון החשוב ביותר להפניה לפר"ח הוא קיומם של קשיים חברתיים ולאחריהם – קשיים רגשיים (מיכאל, 2009). מדי שנה פועלים בפר"ח כ-30,000 סטודנטים, שהם כ-15% מכלל הסטודנטים במוסדות להשכלה גבוהה. הערכות של פרויקט פר"ח נעשו בעיקר מנקודת מבט של החונכים, הרכזים, הורי חניכים ואנשי קשר עם הפרויקט בבתי ספר (מיכאל, 2009). מחקרים אלה הצביעו על שביעות רצון מהפרויקט, ותחושות שהחונכות תורמת לנחנכים בתחום הלימודי, ההתנהגותי והחברתי.

2.6 יצירת רשת ביטחון למשפחות של נפגעי נפש

משפחות, המתמודדות עם מחלת נפש של הורה, מאופיינות על ידי בידוד חברתי, קושי כלכלי, קשיים בזוגיות ורמת סיכון גבוהה לילדיהם בשל גורמים גנטיים, פסיכולוגיים וסביבתיים (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Beardslee, 2002). חלק מהמשפחות עשויות לחוות משברים כתוצאה מקשיי תפקוד ומאשפוזו של ההורה. תכנון מוקדם עשוי למזער את הלחצים והנזקים ונחשב כדרך אופטימלית לניהול המשבר (Reupert, Green & Maybery, 2008).

רשת הביטחון, שבאה לידי ביטוי בבניית תכנית טיפול משפחתית, הכוללת מטרות לטווח קצר וארוך, היא כלי שנועד לתאם בין המענה הנדרש עבור כל אחד מבני המשפחה לבין התמיכה הארגונית הניתנת למשפחה בכללותה. בניית התכנית המשפחתית יחד עם כל בני המשפחה מהווה הזדמנות לחנך את הילדים לגבי מחלת הנפש של ההורה באופן מותאם לגילם ורצונם (Falkov, 2004).

המסגרת לביצוע תכנון מוקדם היא בניית "תכנית טיפול" (Care Plan), המוגדרת כתכנית, שפותחה במשותף על ידי בני המשפחה וגורמים מקצועיים רלבנטיים. במסגרת תכנית זו, מתקבלות החלטות לגבי דרכי הפעולה הנדרשים במצבי משבר בהם ההורה מתקשה לתפקד בשל מחלתו ויש צורך לדאוג לילדים. כתיבת תכנית טיפול מחייבת יצירת ברית טיפולית עם המשפחה, שמבוססת על אמון, שיתוף והגנה. לשם כך, יש צורך ביצירת מרחב מכיל לרגשות וחוויות של ההורים ובני המשפחה, תוך שימוש בתיקוף ואמפטיה. תכנית מוצלחת תורמת להעצמת ההורה ולהדגשת כוחותיה הייחודיים של המשפחה.

דוגמה ל"תכנית טיפול", שנועדה לתמוך במשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית, היא תכנית הפועלת בקנדה, המכונה "הסכמה של יוליסס". מטרת התכנית היא לאפשר להורה מבעוד מועד לקבל החלטות לגבי ילדיו בשעת משבר. לשם כך כוללת התכנית תיאור האפשרות של החמרה בתסמיני המחלה, תיאור צרכי הילדים וציון מכלול מערכות תמיכה אותם ניתן להפעיל במקרה הצורך.

מרסר (Mercer, 2009), במחקר איכותני שכלל 11 ראיונות עומק עם אנשי מקצוע והורים מתמודדים, איתר מאפיינים שהקלו ומאפיינים שהקשו על ביצוע התכנית:

הקלו על ביצוע התכנית: (1) הורים, שחשו מועצמים ובעלי שליטה עצמית; מודעים למחלתם ומסוגלים לקחת אחריות לניהול המחלה; בעלי משאבים פנימיים ואמונה ביכולתם לטפל בעצמם, ומוטיבציה לדאוג לילדיהם. **(2) אנשי מקצוע** בעלי הגדרת תפקיד ברורה, הפועלים מתוך מחויבות ומוטיבציה לסייע למשפחות, נגישים ובעלי יכולת ליצור ברית טיפולית המאופיינת על ידי אמון.

הקשו על ביצוע התכנית (1) הורים, שהכחישו או היו חסרי מודעות למחלתם, התקשו לתת אמון בבני משפחה וביצירת ברית טיפולית עם אנשי מקצוע. **(2) אנשי המקצוע**, שנרתעו משיתוף מידע עם ההורה ומשפחתו ועם בעלי מקצוע אחרים, לעתים כתוצאה מנסיבות לוגיסטיות או מהעדר זמן ומשאבים.

בפועל, השימוש בהכנת תכנית לשעת משבר הינה מועטת. ההורים מסבירים, שהציפייה למשבר אינה נוחה להם מאחר והיא מתמקדת בהיותם חולים במקום בהדגשת כוחם וקיומן של מערכות תמיכה. לטעמם, יש להתמקד בחיזוק מערכות התמיכה הקיימות באמצעות הידוק הקשר בין אחים במשפחה ובינם לבין קרובים וחברים. אנשי המקצוע הרגישו, שבניית תכנית לשעת משבר מובילה לתלות רבה באנשי מקצוע ויוצרת תחושה, שאשפוז הוא בלתי נמנע. בשל השימוש המועט בתכנית

טיפול לשעת משבר בקרב משפחות מתמודדות באוסטרליה, הוחלט על בניית תכנית טיפולית בשגרה, שתוכל לסייע גם בשעת משבר (Reupert, Green & Maybery, 2008).

לסיכום, מבט על תכניות קיימות מוביל למסקנה, שלמרות שמתפתחת מודעות לצורך בתמיכה בהורות של מתמודדים, הרי פיתוח המענים עדיין מצומצם. המתודה השכיחה בעבודה עם הורים מתמודדים ועם ילדיהם היא המתודה הקבוצתית, בעיקר על פי הגישה הפסיכו-חינוכית. מנגד, מתפתחת מודעות לכך, שטיפול נאות והגנה על שלומם של ילדים להורים נפגעי נפש, דורש תיאום ועבודה משותפת של עובדים משירותים שונים כדי להבטיח רשת ביטחון למשפחה בשגרה ובעיתות משבר. המחסום העיקרי למתן שירות יעיל, הוא העדר שיתוף פעולה בין שירותים, שחלקם ממוקדים בהורים וחלקם בילדים. יש הסוברים, שהקושי בשיתוף פעולה זה הוא תוצר של הגדרות שונות של תפקידים והבדלים בהשקפת עולם בין העובדים בשירותים שונים. הדבר בולט במיוחד הוא כאשר ארגון אחד מתבסס על המודל הרפואי, או התערבות במשבר, והשני מציע מודל טיפולי הוליסטי ומערכתי (Maybery, Goodyear, & Reupert, 2010).

סקירת הספרות נועדה להציג את מכלול הנושאים הקשורים לרכיביה השונים של תכנית "ציפור הנפש". להלן נפנה להערכתו של כל מרכיב בנפרד.

3. ממצאי הערכה

פרק א': חיזוק ההורות

3.1 עבודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש

בתכנית "ציפור הנפש" מרכיב מרכזי בחיזוק ההורות אצל אנשים המתמודדים עם מחלה נפשית הוא השימוש במתודה הקבוצתית על פי הגישה הפסיכו-חינוכית. העבודה בקבוצה נועדה לסייע להורים לחוש מסוגלות הורית, להיות קשובים לילדיהם ולשפר את המיומנויות ההוריות וגם לחוש שייכות ותמיכה מצד הורים נוספים המתמודדים עם בעיות דומות.

3.1.1 מטרת העבודה הקבוצתית

המטרות והיעדים המובאים להלן קובצו מתוך ראיונות עם צוות התכנית, משתתפי הקבוצות להורים מתמודדים ותיעוד המפגשים הקבוצתיים.

מטרה 1: גיבוש קבוצה בעלת תחושה של שייכות, נכונות לשיתוף ותמיכה בהורות

- ✓ התייחסות של כבוד, שמירה על פרטיות וסודיות.
- ✓ קיום אווירה של פתיחות, תמיכה והקשבה.
- ✓ השתלבות בקבוצה והיכרות עם הורים מתמודדים.
- ✓ יצירת קשרים חברתיים גם מחוץ לקבוצה.
- ✓ חיזוק הביטחון העצמי ההורי.

מטרה 2: למידה ורכישת מיומנויות לחיזוק התפקוד ההורי

- ✓ רכישת ידע והבנה לגבי השפעות המחלה על התפקוד ההורי
- ✓ הרחבת הידע, המודעות וההקשבה לצרכי הילדים.
- ✓ רכישת ידע התפתחותי תואם לגיל הילדים.
- ✓ ביסוס סמכות הורית דרך הצבת גבולות ומשמעת.
- ✓ שיתוף חברי הקבוצה בהתמודדות ופתרון בעיות הוריות.

מטרה 3: ביצוע תפקוד הורי

- ✓ הפרדה בין רגשות ההורה להתנהגותו כלפי הילד.
- ✓ חיזוק התקשורת והסבלנות כלפי הילדים.
- ✓ פיתוח יכולת התמודדות עם הסטיגמה העצמית והחברתית המלווה מחלה נפשית.
- ✓ שיחה עם הילד על ההתמודדות עם מחלה נפשית.

3.1.2 הערכת העבודה הקבוצתית

הערכה שיטתית של העבודה הקבוצתית החלה בבאר שבע רק לאחר סיום עבודתן של שלוש הקבוצות הראשונות. כתוצאה מכך, הנתונים לגבי שלושת הקבוצות הראשונות מבוססים רק על דיווחים כתובים של מנחות הקבוצות וראיונות איתן.

כלי ההערכה:

- ✓ ראיונות תקופתיים עם מנהלת התכנית, רכזות התכנית, רכזות ומדריכות מנחי הקבוצות. הראיונות בוצעו על ידי מעריכת התכנית ונועדו להבהרת מטרות, ציפיות, דרכי עבודה, הבהרת תהליכים ותוצאות.
 - ✓ תיעוד המפגשים הקבוצתיים על ידי צופה בלתי משתתף. התיעוד נשלח למנחות הקבוצה לשם תיקוף ורפלקציה.
 - ✓ בתחילת ובסיום העבודה בקבוצה, מעריכת התכנית קיימה ראיונות אישיים עם מנחי הקבוצה.
 - ✓ בסיום הקבוצה, נערך ראיון טלפוני חצי מובנה על ידי מעריכת התכנית שנועד לשקף את חווית ותוצרי העבודה בקבוצה עם כל משתתף שהביע את הסכמתו להשתתף במחקר ההערכה.
- בעקבות איסוף הממצאים, נערך עיבוד איכותני של ממצאי התיעוד והם קובצו לתימות מרכזיות. חומר זה הועבר לעיון מנחות הקבוצות ולאחר הסכמתן גם לרכזות הקבוצות ומנהלת התכנית.

3.1.3 מאפייני המשתתפים בקבוצות

להלן יוצגו מאפייני המשתתפים בקבוצות הורים מתמודדים, תוך השוואה בין באר שבע לכפר סבא:

לוח 2 : מאפייני המשתתפים בקבוצות הורים נפגעי נפש*

חברת "שלו", כפר סבא		מרכז בריאות הנפש, באר שבע*							הקטגוריה
סך הכל	קבוצה 2	קבוצה 1	סך הכל	קבוצה 6	קבוצה 5	קבוצה 4	קבוצה 3	קבוצה 2	
N=22	N=11	N=11	N=37	N=6	N=5	N=5	N=10	N=11	
22	11	11	24	6	3	2	7	6	מרפאה טיפולית
0	0	0	11	0	2	1	3	5	יום
0	0	0	2	0	0	2	0	0	אשפוז
18	9	9	29	6	2	5	9	7	מגדר
4	2	2	8	0	3	0	1	4	אב
	38.5	40.2	39.5	34.2	39	38.6	42.3	43.5	גיל
29-51	33-51	29-46	25-51	25-42	36-45	30-48	33-49	37-51	ממוצע טווח
17	8	9	28	3	5	4	8	8	ארץ
5	3	2	9	3	0	1	2	3	ישראל
14	6	8	13	0	2	1	6	4	אחר
6	4	2	20	4	2	3	4	7	שטטוס משפחתי
2	1	1	4	2	1	1	0	0	נשוי
35	20	15	59	8	12	10	17	12	גרוש
13	4	9	18	0	2	0	8	8	רווק
0	0	0	11	4	2	2	1	2	עד 18
									מספר ילדים
									מעל 18
									מצב כלכלי
									בינוני
9	6	3	10	1	0	0	5	4	נמוך
9	3	6	12	1	3	2	3	3	בינוני
4	2	2	4	0	0	1	1	2	גבוה
									תעסוקה
15	7	8	16	2	2	1	2	9	שוק חופשי
3	1	2	7	2	0	2	0	3	נתמכת
2	1	1	9	0	1	0	3	5	מוגנת ללא
2	2	0	14	2	2	2	5	3	תעסוקה

*חסרים נתונים לגבי קבוצת ההורים הראשונה בבאר שבע.

תפקוד נפשי – כל משתתפי הקבוצות היו מטופלים, שאובחנו כסובלים ממגוון של מחלות נפשיות, כמו סוגים שונים של סכיזופרניה, דיכאון, חרדות והפרעות אישיות.

בבאר שבע, כשני שליש מהמשתתפים היו מטופלים במרפאות פסיכיאטריות (65%) לעומת כשליש (35%) שטופלו במרכז לבריאות הנפש במסגרת אשפוז או טיפול יום.

בכפר סבא, כל המשתתפים בקבוצות טופלו במרפאות פסיכיאטריות בבתי חולים או בקהילה.

מגדר – בשני אתרי התכנית, מרבית המשתתפים בקבוצות ההורים היו אימהות, ברוב של 80% לעומת 20%. קבוצה אחת כללה אימהות בלבד. מאחר ששיעור הנשירה אצל האבות היה גבוה ביחס לאימהות, חלק ניכר מהקבוצות התנהלו כקבוצת אימהות.

גיל – בשני אתרי התכנית, נמצא דמיון בגיל הממוצע של משתתפי הקבוצה שעמד על 39 שנים. טווח הגילאים בקבוצות בבאר שבע היה כ-15 שנים ובכפר סבא כ-18 שנים.

ארץ מוצא – בשני אתרי התכנית, נמצא דמיון לגבי המוצא של משתתפי הקבוצות. 75% מהמשתתפים היו ילידי הארץ, והשאר - עולים ותיקים, יוצאי ברית המועצות לשעבר, אתיופיה או מרוקו.

סטטוס משפחתי – שיעור הנשואים מקרב המשתתפים בכפר סבא היה גבוה משיעור המשתתפים הנשואים בבאר שבע (64% מול 35%). מנגד, שיעור המשתתפים הגרושים בבאר שבע היה כפול מכפר סבא (54% מול 27%). בשני אתרי התכנית היה שיעור האימהות הרווקות כ-10% מן המשתתפים.

ילדים – למשתתפי הקבוצה בבאר שבע ובכפר סבא היו בממוצע 1.6 ילדים מתחת לגיל 18, ולמחציתם היו גם ילדים מעל גיל 18.

מצב כלכלי – קיים שוני מהותי בין מצבם הכלכלי של המשתתפים בשני האתרים: 30% מהמשתתפים בבאר שבע שייכים למעמד כלכלי נמוך, שיוך שלא קיים בכפר סבא. מרבית המשתתפים בכפר סבא (82%) באו ממעמד בינוני נמוך או בינוני, לעומת 59% מבאר שבע. שיעור המשתתפים המשתייכים למעמד כלכלי גבוה היה 18% בכפר סבא ו-11% בבאר שבע.

מצב תעסוקתי – בתחום התעסוקה היה שוני בולט בין משתתפי הקבוצות בבאר שבע ובכפר סבא. בכפר סבא, 68% מהמשתתפים היו מועסקים בשוק החופשי, לעומת 19% בבאר שבע. בבאר שבע, 43% היו מועסקים בתעסוקה נתמכת ומוגנת, לעומת 23% בכפר סבא. בבאר שבע, 38% מהמשתתפים היו חסרי תעסוקה, לעומת 9% מהמשתתפים בכפר סבא.

לסיכום, למשתתפים בבאר שבע ובכפר סבא מאפיינים דומים מבחינת אופייה של מחלת הנפש, המגדר, הגיל, ארץ המוצא, מספר הילדים וגילאי הילדים. השוני בולט במשתנים של טיב המסגרת הטיפולית, סטטוס משפחתי, מצב כלכלי ותעסוקה. הצירוף של ארבעת מדדי השוני מצביע על כך, שמשתתפי הקבוצות בכפר סבא היו בעלי רמה תפקודית גבוהה יותר ממשתתפי הקבוצות בבאר שבע.

3.1.4 דרכי העבודה בקבוצות

ההנחייה בקבוצות

העבודה בקבוצות התבססה על הגישה הפסיכו-חינוכית, המדגישה את חשיבות התמיכה החברתית, מתן מידע פרקטי והצעת הכוונה קונקרטיית לפתרון בעיות ולהורדת לחצים. עבודת ההנחיה נעשתה בכל הקבוצות באמצעות הנחיה משותפת, בקו. מנחי הקבוצה היו בעלי הכשרה מקצועית שונה, אך בכל זוג היה לפחות לאחד מהם ניסיון מקצועי בעבודה בתחום בריאות הנפש, ולשני – ניסיון בעבודה בקבוצות ובהדרכת הורים.

אמנם ההנחיה בכל הקבוצות התבססה על הגישה הפסיכו-חינוכית, אך בכל קבוצה בחרו המנחות בדגשים שונים, שהובילו לגיוון בכלים ובאופייה של ההנחיה. דגשים שונים בסגנון ההנחיה הושפעו

מתפיסת העולם התיאורטית של המנחות, שהדגישו גישות טיפוליות שונות, כגון הגישה הנרטיבית, עיצוב התנהגות והגישה האדלריאנית.

עבודת מנחות הקבוצה הייתה כרוכה בשעות רבות של עבודה גם מעבר למפגש הקבוצתי. חלק מהמנחות הביעו, גם בקבוצת ההדרכה וגם בראיונות האישיים עם מעריכת התכנית, תחושות של עומס רגשי ומעשי. העבודה בקבוצה הייתה כרוכה בהקצבת זמן נאות לעבודה הקבוצתית, הכנה ועיבוד המפגשים, קיום קשר עם המשתתפים מעבר לשעות העבודה בקבוצה ומחויבות להשתתף בקבוצת ההדרכה. המנחות התקשו לעמוד בדרישות אלה מאחר והנחיית הקבוצות התבצעה לצד עבודתן במסגרות נוספות.

הדרכה למנחות הקבוצות

התכנית חייבה את מנחות הקבוצות להשתתף בקבוצת הדרכה כמערכת תמיכה חיונית לעבודתן עם הורים מתמודדים.

בבאר שבע, חשו מרבית המנחות, שההדרכה למנחות, שהתנהלה אחת לשבועיים, תומכת ומפתחת את יכולתן המקצועית. ההשתתפות בקבוצת ההדרכה סייעה להן בהתייחסות לדילמות שהתעוררו לגבי היכולות ההוריות של ההורים המתמודדים. דגש מיוחד ניתן לחיזוק ותמיכה בהנחיה בקו. המנחות ציינו, שההדרכה אף איפשרה להן להבין באופן רפלקטיבי את משמעות התפקוד ההורי שלהן עצמן. מטרה נלווית לקבוצת הדרכת המנחות הייתה פיתוח תחושת השתייכות לקבוצת המנחות, ששמשה גם גורם מגבש לצוות התכנית.

חלק מהמנחות חשו, שהייתה חסרה להן יותר הכוונה אישית לגבי המתרחש בקבוצה שלהן.

בכפר סבא, הדרכת המנחות החלה מהקבוצה השנייה וכללה הדרכה נפרדת ומשותפת, שניתנה על ידי יוזמת תכנית "ציפור הנפש". המנחות הדגישו שההדרכה לעבודת הקבוצה הייתה משמעותית עבורן.

תחלופת מנחות

תחלופת המנחות במהלך התכנית, בבאר שבע ובכפר סבא, הקשתה על העבודה בקבוצות. לפי דברי מדריכות קבוצת ההדרכה בבאר שבע, תחלופה המנחות פגעה ביציבות העבודה בקבוצת ההדרכה. בנוסף, עזיבת מנחות לאחר שרכשו ניסיון כלשהו, וכניסה של מנחות חדשות במהלך התכנית, היוו קושי ארגוני ומקצועי. לכן, רצוי לבנות צוות קבוע, שיוכל לעמוד במעמסה ויוכל לעבוד בתכנית לאורך זמן.

תכני מפגשי הקבוצות

למרות שלא נבנה מודל מובנה משותף להנחיה בקבוצות, נמצא דמיון בין תכני המפגשים בקבוצות השונות אף כי סדר הדיון ומשך הזמן שהוקצה לכל נושא היו שונים. השוני בתהליכי הלמידה בא לידי ביטוי במידתיות לגבי הצגת הסוגייה על ידי המנחות לעומת העלאת נושאים לדיון מצד המשתתפים; מיקוד בהקניית מיומנויות, לעומת הנעת תהליכים של תובנה ומודעות וכן שימוש במתודה של סיכום הלמידה בקבוצה ומתן שיעורי בית. במפגשי הקבוצות היו חלקים מובנים בהם הועלו או נלמדו נושאים רלוונטיים, לצד מתן מקום לעיבוד רגשי בקרב המשתתפים בקבוצות, שאיפשר שיח פתוח סביב הנושא שהובא ע"י המנחות ו/או לחלופין ע"י משתתפי הקבוצה.

במפגש הקבוצתי הראשון התקיים בכל קבוצה בירור ציפיות כחלק מבניית החוזה הקבוצתי. ניתן מקום להצגת מטרות אישיות, שכל משתתף הציב לעצמו, וגם התייחסות למטרות המשותפות לחברי הקבוצה. בכל הקבוצות בלט הרצון, שהקבוצה תאפשר פתיחות, שיתוף, תמיכה ותחושת השתייכות כבסיס ללמידה וחיזוק המיומנויות ההוריות.

בשאר המפגשים עסקו הקבוצות בנושאים דומים, שכללו בתחילה היכרות, הבהרת ציפיות וגיבוש חוזה קבוצתי. לאחר מכן, העמקת ההיכרות בין חברי הקבוצה, דרך התחברות להורות נורמטיבית. בהמשך, התקיימו מספר פגישות, שעסקו בהתמודדות עם קשיים בהורות בצל מחלת נפש. בכל הקבוצות עלו נושאים של עמידה על גבולות וחוקים מול הילדים; התמקדות בקשר בין ההורה המתמודד וילדיו; ההשפעה שיש למחלה על קשר זה; התחברות לזיכרונות ילדות הקשורים להורות, ודיון בשאלה האם וכיצד לשוחח עם הילד על מחלת ההורה. כמו-כן, עלו במפגשי הקבוצות סוגיות שהתייחסו לחלוקת תפקידי ההורות בין ההורה המתמודד ובן הזוג; מקומה של המשפחה המורחבת וטיב הקשר בין ההורה לגורמים פורמאליים, במיוחד לקשר עם מערכת החינוך. העיסוק בתחום זה העלה על פני השטח את תחושת הסטיגמה העצמית והחברתית המיוחסת למחלה נפשית. פרידה מהקבוצה והסתכלות לעתיד אפיינה את סיום העבודה בקבוצות.

הערכת המשתתפים את עבודת המנחות

מעדויות משתתפי הקבוצות ניתן ללמוד, שהם העריכו את המקצועיות של המנחות, היו מודעים לשימוש בדרכי הנחיה מגוונות והיו שבעי רצון מן התמיכה והעידוד לה זכו.

המנחות נתפסו כבעלות ידע:

היה די מעניין. יש שם פסיכולוגים שמבינים עניין, יודעים להסביר ולהבין ונותנים עצות טובות. כשאת צריכה משהו יש לאן לפנות.

לקראת הסוף, כשהמנחה הייתה אומרת את המסר שלה בנושא, זה תמיד הרגיש שהיא אומרת את זה ממקום של המון ניסיון. זה מה שקסם לי.

הטכניקות בהן השתמשו המנחות היו הקשבה, איכפתיות, תוך מיקוד השיח הקבוצתי:

המנחות היו תמיד קשובות ואכפתיות. הן ידעו מה הבעיה, הן כיוונו, מיקדו ואספו אותנו. לפעמים אם מישהי הייתה נסערת הן ידעו לעצור אותנו, וכשצריך גם לדרבן.

טכניקות של עידוד ליוו את העבודה בקבוצה :

את יודעת, בחיים הרגילים לא ידענו שאפשר לראות משהו טוב. בקבוצה עודדו אותנו, זה טוב, הרגשתי יותר ביטחון עצמי.

שימוש בעבודה רפלקטיבית :

המנחה ידעה להוציא מכל אחד מאתנו את התשובה הפנימית שלו. היא אמרה "בוא נראה מה התשובה הנכונה בשבילך". זאת אומרת, אין תשובה אחת. היא נתנה לנו להגיע ליכולות ולהוציא את הכוחות שלנו כדי להגיע למענה שלנו מתאים.

עידוד השתתפות בשיח הקבוצתי :

האמת, אני התביישתי לדבר כי זה פעם ראשונה שהייתי בקבוצה כזאת. היה לי קשה ממש לדבר. בקושי אמרתי משהו. המנחות רצו שאני אדבר, אבל אני לא רציתי לדבר. אחרי שהשתתפתי בקבוצה הזאת, השתתפתי בעוד קבוצה בדיור מוגן. שם הייתי כבר עם יותר ביטחון עצמי, וכל פעם שאני מספרת אני מרגישה יותר בנות.

מתן מקום לכל משתתף :

המנחה ידעה לתת לכל אחד מאתנו את המקום שהוא צריך באופן נורא חברי. אף אחד לא הרגיש שלוקחים ממנו את המקום ואף אחד לא הרגיש שכופים עליו לדבר.

המנחות איפשרו למשתתפים לקבל מהן סיוע גם מחוץ למפגש הקבוצתי :

התקשרתי פעם או פעמיים, כשבאמת הרגשתי צורך וקיבלתי מענה ממש מלא לבקשה שלי.

בחלק מהקבוצות, במהלך הזמן, העבירו המנחות את "המושכות" לחברי הקבוצה :

המרצות נהנו בקטע שראו שאנחנו כולנו מחליפים דעות בתוך הקבוצה והן צריכות רק להקשיב. הן לא צריכות אפילו לדבר, אנחנו סוגרים את הפינות.

במהלך שתי פגישות נערך עיבוד של תהליך העבודה בקבוצה ופרידה. הקבוצה לקחה אחריות על מפגש הפרידה :

התחבקנו והתנשקנו, קנינו מתנות למנחות. היו כאלו שעשו עוגות, הבאנו כיבוד, הייתה אווירה מאוד של פתיחות.

בחלק מהקבוצות, במפגש הסיום, הגישו המנחות למשתתפים סיכום של ה"חומרים" שהוצגו בקבוצה :

ממש יצא כמו ספר. כתבנו את כל הדברים, זה היה טוב, מאוד התגאתי.

לסיכום, העבודה הקבוצתית עם הורים מתמודים התבססה על הגישה הפסיכו-חינוכית והונחתה במשותף על ידי שתי מנחות בעלות ידע וניסיון מקצועי בתחום בריאות הנפש, הדרכה הורית ועבודה קבוצתית. למרות שלא נבנה מודל מובנה משותף להנחיה בקבוצות, נמצא דמיון בין תכני המפגשים ואופי העבודה בקבוצה לצד שוני בדרכי ההנחיה וסדר הבאת הנושאים השונים לקבוצה.

העבודה הקבוצתית דרשה מהמנחות פניות רגשית והקצאת שעות עבודה רבות מעבר למפגשים הקבוצתיים. ההדרכה על ההנחיה תרמה להתמודדות האישית והמקצועית של מנחות הקבוצות וסייעה בגיבוש צוות התכנית. משתתפי הקבוצות הדגישו את תרומתה של עבודת ההנחיה להצלחת הקבוצות.

למרות שניכרה ההכוונה של המנחות בתהליך הקבוצתי, ניתן גם מקום למשתתפים להעלות נושאים המעסיקים אותם ואף ניתנה אפשרות לקחת חלק בהחלטות המתייחסות לניהול הקבוצה. מרבית המנחות נתפסו על ידי המתמודדים כבעלות ידע וסמכות מקצועית. הזמינות של המנחות, גם במהלך הקבוצה וגם מחוצה לה, זכתה להערכה. משתתפי הקבוצות הביעו שביעות רצון גבוהה מהרגישות, האיכפתיות והמקצועיות של מנחות הקבוצה. המשתתפים ייחסו למנחות כמה תפקידים עיקריים: מיקוד השיח הקבוצתי, סיוע בעבודה רפלקטיבית, הכלה במצבים של חרדה וקושי אצל המשתתפים, תמיכה בנכונות להיפתח ולשתף, לצד כיבוד הקצב האישי.

גיוס המשתתפים לקבוצות

הקבלה לקבוצה הצריכה פעילות מוקדמת של שיווק התכנית ופעילות לאיתור מועמדים. נהלי הקבלה היו דומים בשני האתרים. השתלבות בקבוצה הייתה מותנית באינטייק, שנועד להכיר את המועמד ולהעריך את התאמתו להשתתף בקבוצה. במהלך הראיון הוערכה רמת התפקוד הנפשי של המתמודד, יכולת הביטוי המילולי, יכולת ההקשבה לזולת ורצונו להשתתף בקבוצה.

השוני בין באר שבע וכפר סבא בא לידי ביטוי בהליכי ההפנייה לאינטייק.

בבאר שבע, רכזת התכנית הפנתה למנחות הקבוצות מועמדים, שהביעו רצון בראיונות האינטייק להשתתף בקבוצה. המנחות קיימו ראיונות קבלה עם כל המועמדים לקבוצה.

בכפר סבא, התבצע גיוס המשתתפים לתכנית ולקבוצה במפגש האינטייק של המועמד עם רכזת התכנית, שהייתה גם אחת המנחות בקבוצות ההורים.

הפעלת הקבוצות

מאז תחילת התכנית ועד לסיום תקופת ההערכה, התקיימו בבאר שבע שש קבוצות הורים מתמודדים, ובכפר סבא שתי קבוצות. להלן מאפייני הפעלת הקבוצות:

לוח 3: הפעלה והתנהלות קבוצות הורים נפגעי נפש

אתר	קבוצה	התחלה	מספר פגישות	משך הקבוצה	מועד המפגש	משך המפגש
באר שבע	1	5.11.2009	12	12 שבועות	ה' 12:00-13:00	שעה
	2	30.12.2010	15	19 שבועות	ה' 10:00-11:30	שעה וחצי
	3	15.2.2010	15	16 שבועות	א' 16:00-17:30	שעה וחצי
	4	6.9.2011	12	14 שבועות	ג' 08:30-10:00	שעה וחצי
	5	5.3.2012	10	19 שבועות	ב' 10:00-11:30	שעה וחצי
	6	29.5.2012	10	10 שבועות	ג' 11:30-12:45	שעה ורבע
כפר סבא	1	1.5.2012	13	13 שבועות	ג' 17:00-18:30	שעה וחצי
	2	15.10.2012	15	15 שבועות	ב' 17:00-18:30	שעה וחצי

עיתוי פתיחת הקבוצות

בבאר שבע נפתחה הקבוצה הראשונה בצמוד לפתיחת התכנית. קבוצה חדשה להורים מתמודדים נפתחה במוצאע כל חצי שנה, אך ניכר טווח רחב של שונות בין פתיחת קבוצה חדשה לאחר חודשיים או שלושה, לבין המתנה של תשעה חודשים וגם שנה. בשל כך, נוצר מצב שבו לעתים פעלו בעת ובעונה אחת שתי קבוצות. לעומת זאת, היו תקופות בהן לא התקיימו קבוצות כלל. הדבר היה תלוי בזמינות המנחות ובמספר המועמדים הפוטנציאליים להשתתפות בקבוצה.

בכפר סבא נפתחה קבוצת ההורים המתמודדים הראשונה חמישה חודשים לאחר הפעלת התכנית. קבוצת ההורים השנייה נפתחה לאחר חמישה וחצי חודשים.

מספר המפגשים

מודל העבודה המתוכנן לעבודה הקבוצתית נקבע ל-15 מפגשים בני שעה וחצי.

בבאר שבע נע מספר המפגשים בכל קבוצה בין 10 ל-15, כשהמוצאע הוא 12.3.

בכפר סבא התקיימו בקבוצה הראשונה 13 מפגשים ובקבוצה השנייה – 15 מפגשים, כשהמוצאע הוא 14 פגישות.

זמני המפגשים

בשני האתרים משך הפגישה היה, לרוב, שעה וחצי. יוצאי דופן היו בבאר שבע מפגשי הקבוצה הראשונה, שארכו שעה, ובקבוצה השישית, ארכה כל פגישה שעה ורבע בשל מיעוט משתתפים.

בבאר שבע נקבעו זמני המפגש בהתאם לצרכי המשתתפים וזמינות המנחות. בקבוצה הראשונה, שכללה משתתפים ממסגרת אשפוז היום במרכז לבריאות הנפש, התקיימו המפגשים בשעות הצהריים, עם סיום הפעילות במחלקה. בקבוצה השלישית, שהייתה מורכבת גם מאימהות עובדות, התקיימו המפגשים אחר הצהריים. שאר הקבוצות התקיימו בשעות הבוקר בהתאם לזמינות מנחות הקבוצות.

בכפר סבא התקיימו מפגשי הקבוצות בשעות אחר הצהריים, לפי בחירת משתתפי הקבוצה, שהיו ברובם אנשים עובדים.

רצף הפגישות

בבאר שבע שמרו מרבית הקבוצות על רצף של מפגש שבועי. יוצאים מהכלל היו מפגשי קבוצות שנדחו בשל החגים, או בשל אירועים בלתי צפויים, כגון שביתת העובדים הסוציאליים, או אירועים ביטחוניים. הקבוצה החמישית נפגשה אחת לשבועיים בשל אילוצי המנחות.

בכפר סבא נשמר הרצף של פגישה שבועית במהלך פעילות שתי הקבוצות.

מועמדים ומשתתפים בקבוצות

מספר המועמדים לקבוצה ומספר המשתתפים המתמידים בה מוצגים בלוח 4 :

לוח 4: מועמדים, משתתפים ומתמידים בקבוצות להורים נפגעי נפש

אתר	מועמדים	סך הכל משתתפים		משתתפים מתמידים		משתתפים במפגש	
		מספר	אחוז	מספר	אחוז	ממוצע	אחוז מכלל המשתתפים
באר שבע							
קבוצה 1	14	11	79	6	55	5	45
קבוצה 2	15	12	80	5	42	4	33
קבוצה 3	14	11	79	5	45	4.8	44
קבוצה 4	13	6	46	3	50	2.5	42
קבוצה 5	10	9	45	4	44	3.8	38
קבוצה 6	13	7	54	2	29	2.6	52
ממוצע	13	9	57	4	44	3.8	41
כפר סבא							
קבוצה 1	28	11	39	8	73	8	73
קבוצה 2	20	11	55	6	55	5.8	53
ממוצע	24	11	47	7	64	6.9	63

* משתתפים מתמידים נחשבים אלו שהשתתפו במחצית ממפגשי הקבוצה לפחות.

התבוננות במספר המשתתפים בהשוואה למספר המועמדים לקבוצות מצביעה על כך, שכמחצית מהמועמדים אכן הגיעו לקבוצה. יוצאות דופן הן קבוצה אחת עד שלוש בבאר שבע, בהן כ-80% מהמועמדים השתתפו בקבוצה מאחר ורובם נבחרו מתוך המטופלים בטיפול יום או המרפאה במרכז לבריאות הנפש.

בבאר שבע התקבלו לקבוצה החל מהקבוצה הרביעית רוב המועמדים שהגיעו לאינטייק והגיעו רצון להשתתף. הם היוו רק כמחצית מהמועמדים הפוטנציאליים. הלחץ שחשו המנחות לפתוח את הקבוצה במועד שנקבע, תרם לכך, שהמנחות קיבלו לקבוצה גם מועמדים שלא הייתה להם, להערכתן, מספיק מוטיבציה ו/או מחויבות לעבודה בקבוצה.

בכפר סבא שיעור המשתתפים בקבוצה היה כמחצית מהמועמדים, אך בחירת המשתתפים נעשה על ידי רכזת התכנית.

הצפי המקורי היה לקבוצות בנות 12-13 משתתפים. הערכת הנשירה הייתה כ-20% מהמשתתפים בתחילת הקבוצה, ולאחריה עבודה רציפה עם 9-10 הורים.

בבאר שבע החלו שלושת הקבוצות הראשונות עם 11 עד 12 משתתפים, מתוכם 5 עד 6 הגיעו לפחות למחצית מהמפגשים הקבוצתיים, ובכל מפגש נכחו בממוצע בין 4 ל-5 משתתפים. שלושת הקבוצות הנוספות, החלו עם 6 עד 9 משתתפים, מתוכם 4-2 משתתפים מתמידיים וממוצע המשתתפים למפגש היה בין 2 ל-4. קבוצות אלה התקשו להתגבש ולמרות שהשלימו את כל המפגשים המתוכננים, סיימו את פעילות הקבוצה עם מספר מועט של משתתפים.

בכפר סבא החלו שתי הקבוצות עם 11 משתתפים, מתוכם 6 עד 8 התמידו וממוצע המשתתפים במפגש היה בין 5 ל-8. בשתי הקבוצות הייתה לכידות ועבודה משמעותית לאורך כל חיי הקבוצה.

מתוך ראיונות עם הורים שהשתתפו בקבוצות, ניתן ללמוד על המאמצים של המנחות לעודד השתתפות של הורים במפגשים ועל הקושי של הגעה לא סדירה של משתתפים:

המנחה דאגה שכולנו נגיע ולא נוותר. היא הייתה מתקשרת לכולנו מחוץ לקבוצה, זה נתן הרגשה נורא אישית ונורא חברתית.

רצף וקצב העבודה בקבוצה נפגע בשל השתתפות לא רצופה של המשתתפים:

אני לא אוהבת לחזור על הדברים שכבר נאמרו. יצא שבמפגש אחד מדברים על נושא מסוים, ואז במפגש הבא ממשיכים בכדי לתת הזדמנות למי שלא היה במפגש לדבר על הנושא. ובמפגש לאחר מכן שוב מזכירים את הנושא וזה הפריע לי.

לסיכום, הממצאים מעידים על כך, שכדי ליצור קבוצות לפעילות קבוצתית נדרשים מאמצי שיווק רבים. עד לסיום תקופת ההערכה, השתתפו בפעילות הקבוצתית להורים מתמודדים שמונה קבוצות. קבוצות חדשות נפתחו בממוצע כל חצי שנה, אך לא נוצר רצף קבוע של מועדים לפתיחת הקבוצה הבאה.

מספר המפגשים הקבוצתיים, שרובם התקיימו אחת לשבוע במשך שעה וחצי, נע בין 10 ל-15.

נתוני ההשתתפות בקבוצת ההורים המתמודדים מצביעים על אמביוולנטיות המלווה את ההצטרפות לקבוצה וקושי של ההורים להתחייב להשתתפות ממושכת ורציפה. הפעילות הקבוצתית החלה במרבית הקבוצות עם מספר משתתפים נמוך מן המצופה. נצפו שיעורי פרישה של כ-45% מהמשתתפים (גבוהים מן המקובל – 40%). בקבוצות שהצליחו להתגבש, נותר גרעין יציב של כ-5 משתתפים, שאיפשר את המשך הפעילות הקבוצתית.

3.1.5 תוצאות העבודה בקבוצות

בהערכת העבודה בקבוצות נעשה ניסיון לבדוק באיזו מידה הושגו המטרות שהוצבו לפעילות זו. הממצאים המובאים מטה מקורם בהתבוננות כוללת בעבודת הקבוצות, ללא מיקוד בכל קבוצה בנפרד או בכל אתר בנפרד.

מטרה 1: גיבוש קבוצה בעלת תחושה של שייכות, נכונות לשיתוף ותמיכה בהורות

תיעוד הפגישות הקבוצתיות וראיונות של מעריכת התכנית עם המשתתפים לאחר סיום הקבוצה, מצביעים על כך, שתחושת השייכות לקבוצה, ההיכרות עם הורים דומים ושמירה על קשר חברתי גם מחוץ לקבוצה, מקנים לגיטימציה להורות של המשתתפים ומחזקים את הביטחון העצמי שלהם.

בהדרגה מתפתחת בקבוצה היכולת לפתיחות ושיתוף :

את הסיפור שלי לא רציתי לחשוף ישר. לקח לי זמן, אבל אחרי שראיתי שהבנות נפתחות בקבוצה, אז אני הרגשתי בשלות להצטרף לאווירה שנוצרה בקבוצה.

הקבוצה הוותה הזדמנות לקבלת עצות מועילות :

היה קשר טוב עם הנשים בקבוצה. כל אחת הביעה את דעתה. אם הייתי באה עם בעיה, הם נתנו את העצות. אנשים בקבוצה גם נתקלו בבעיות דומות וידעו לענות. שיתוף הפעולה גם עזר.

הקשר בין משתתפים בודדים נמשך בחלק מהקבוצות גם מעבר לקבוצה :

עם חלק מהבנות אני ממשיכה לשמור על קשר גם כשעברה כבר יותר משנה.

לקחנו דף קשר, ואני דיברתי עם מישהי משם לא מזמן. קבענו שאנחנו ניפגש, נעשה טלפונים לכולם וניפגש, סתם לקפה ועוגה. דיברתי איתה לפני שבועיים בערך, אמרנו שנתקשר לכולם, מקווה שזה ייצא לפועל.

היכרות עם אנשים במצב דומה והתמיכה שלהם מחזקים את הנכונות להתמודד :

שמעתי משתתף אחר, שגם הוא התגרש וגם לו יש מצב דומה, וגם אתן (המנחות) נתת לי תמיכה. אמרת לי: אתה צריך ללכת לשמה ועזרתם לי. גם המילים של המשתתפת, שעזרה לי להבין את המצוקה של הילדים, שאומרים שהם לא אוהבים אותי, אבל מצד שני הם כן אוהבים ומתגעגעים.

בחורה, בת 40 ומשהו בקבוצה אמרה לי: "את מקור האושר שלי". כשאומרים לך דבר כזה, זה מעלה לך חיוך, ואת רואה שזה ממש מחזק.

הצורך החזק בתמיכה נדרש מאחר וחלק ניכר מהאנשים מגיעים לקבוצה בתחושה, שאינם ראויים להיות הורים בשל היותם בעלי מסוגלות הורית נמוכה, מלווה בחרדה, אשמה, בושה וחוסר ביטחון.

הכוח שהמשתתפים חשים מהקבוצה תומך בחיזוק הביטחון ההורי :

בעקבות הנושאים שעלו בקבוצה, אני חשה ביטחון גובר ומרגישה, שאני מיישמת כלים שרכשתי בקבוצה מול הילדים...

היום יש לי ביטחון. זה מחזיק אותי, אני רואה, שכשמדברים הדברים נפתרים. זה נותן לי הרגשה טובה. אני יוצאת עם מוטיבציה להמשיך ויכולת להתקדם.

כדי לשמר את ההורות המהווה תפקיד מרכזי בחיי המשתתפים, עליהם לוותר על השאיפה להיות הורים מושלמים :

זה עניין של לגיטימציה לא להרגיש שאני חייבת להיות מושלמת. נכון שזה נוגע לכל האימהות, לאו דווקא להורים מתמודדים, אבל, בכל זאת, אני מרגישה ככה. בגלל שאני מתמודדת אז אני יותר רגישה בקטע הזה.

התהליך התחיל ביכולת של משתתפת להביא לקבוצה את הקושי לתפקד כהורה בשל תחושה של הצפה, חוסר פניות להקשיב לילד ומסר שהיא מקבלת מהילדים על היותה "אימא רעה". בהדרגה מתפתחת אצלה הבנה: "אני אימא טובה למרות הכול..."

אם מספרת בקבוצה, כי שבוע קודם עשתה מעשה, שמעולם לא הרשתה לעצמה לעשות, וביקשה סיוע עם הילדים. בעבר חששה שמא יחשבו, שהיא אם לא מספיק טובה, וחששה שתסכן את הורותה אם תבקש עזרה. היום היא יודעת, שיש הורים רבים וטובים, שמתמודדים עם בעיות נפשיות, שלא הופכות אותם להורים פחות טובים. היא יודעת שהיא אימא טובה.

מטרה 2: למידה ורכישת מיומנויות לחיזוק התפקוד ההורי

השינוי מתחיל בהכרת ההורה בהשפעת המחלה על ההורות, המאפשרת לו "לנהל" את המחלה ואת ההורות.

זה הוציא אותי מעצמי. הצלחתי לראות פתאום את הילדה שלי, את הבעל שלי, את הסביבה שאני נמצאת בה. כי באופן טבעי אני כל כך מרוכזת בטיפולים שלי, שהבעל מרגיש בצד והילדה מרגישה בצד. פתאום זה חיבר אותי לבית, לחיים האמתיים ולא לחיים שכל הזמן קשים עבורי.

מכאן נובעת היכולת לראות את צרכי הילדים:

בתוך הסיטואציה אנחנו שוכחים לפעמים את הילד. אנחנו מביאים את רגשות האשמה שלנו ושוכחים את המקום של הילד. אז משהו שככה הפנמתי קצת זה לתת יותר דגש ותשומת לב איך לא להכניס לסיטואציה את רגשות האשם שלי.

אף פעם לא שמתי דגש על הבת שלי. בקבוצה קיבלתי את התחושה שאני מקבלת הדרכה לגבי הילדה שלי ולא רק לגבי. הבנתי מה אני צריכה לעשות וקיבלתי חיזוק על ההתקדמויות שלי מולה.

אם מספרת על שיפור בתפיסה העצמית שלה וקבלת אישור לכך מהילדים:
פעם הייתי בחורה מאוד קשה. חשבתי שמה שאני יודעת זה הכי טוב. היום אני יודעת להקשיב. באמת חשוב להקשיב לאנשים בעלי ניסיון. לא להגיד שמה שאני יודעת זה הכי טוב.

שינוי המודעות בא לידי ביטוי בתחומים שונים:

אף פעם לא חשבתי על זה בצורה הזו.

אני צריכה לעשות שינוי, צריכה לקחת את זה בידיים ולשקול מה לעשות כדי לשפר.

היום יש לי ביטחון. זה מחזיק אותי, כשאני רואה שכשמדברים הדברים נפתרים. זה נותן לי הרגשה טובה. אני יוצאת עם מוטיבציה להמשיך ויכולת להתקדם.

רכישת ההבנה והמודעות מובילה לתוצאות:

למדתי להיות יותר רגועה עם הילדים, לתת קצת את הגבולות וגם לשחרר את הילדים החוצה בשכונה עם חברים, זה בסדר.

בד בבד עם פיתוח המודעות וראיית התוצאות, קיימת פתיחות לרכישת ידע חדש. ישנם משתתפים המכנים את הקבוצה כ"קורס". אחת המשתתפות מגיעה עם מחברת ורושמת לעצמה דברים במהלך הפגישה. יש הקוראים חומר על התפתחות של ילדים, ואחת המשתתפות מביאה לפגישה ספר על פחדים של ילדים. בקבוצות ניתן ידע התפתחותי וסיכום הידע נדון בקבוצה לאורך המפגשים.

הפנמת הידע באה לידי ביטוי בדבריה של משתתפת בקבוצה:

כמו, למשל, שהילד מגיע לגיל 10. הוא בתקופה של התבגרות, ועליו לתת את הטון שלו ואת הביטוי לעצמאות שלו.

בשלב הבא, מחוזקות או נרכשות מיומנויות הוריות:

אני לקחתי מהקבוצה עבודה על נושא חשוב מאוד: להיות יותר פרקטי, לעשות את הדברים, להסביר ברוגע ולא להתפרץ, לא לכעוס, לשבת ולהקשיב לצד השני.

הצבת גבולות הוא נושא שנדון בהרחבה בכל הקבוצות, לעתים לאורך מספר מפגשים. ההתמודדות עם הצבת גבולות היא מורכבת עבור כל הורה, אך היא רגישה במיוחד עבור הורים עם מחלה נפשית בשל הסיכון בפריצת גבולות פנימיים:

גבולות ומשמעת בהחלט קיבלתי. הבנתי שאני צריכה להיות משוכנעת בעצמי על מנת שהמסר שלי יעבור. למדתי איך לא לוותר, איך לשמור על עקביות בגבולות. זה קרה ברגע שקיבלתי תמיכה והבנתי את ההיגיון שעומד מאחורי זה. גם כל שבוע היה סוג של שיעורי בית כאלו, כל אחד סיפר את החוויות שלו, על התמודדויות קטנות שהיו בשבילו צעד גדול.

הבת שלי כל הזמן בורחת מדברים: ניקיונות, מקלחת, צחצוח שיניים. אני התחלתי להגיד לה כל יום בזמן מסוים שהגיע זמן מקלחת. הפסקתי ללחוץ, רק להזכיר והייתי מוכנה לעזור בכול, עד שיום אחד החליטה לעשות הכול לבד, התקלחה כמו שצריך והלכה לישון.

חברת קבוצה ביקשה לשתף את הקבוצה בדרך בה יישמה את הכלי של "שכנוע פנימי" באמצעותו היא חשה שהצליחה לעמוד על שלה. להפתעתה, בתה קבלה את עמדתה הברורה ואף העריכה אותה.

מטרה 3: ביצוע תפקוד הורי

השינוי המשמעותי המתרחש בקבוצה הוא המעבר מעמדה של הורה פסיבי לאקטיבי שבא לידי ביטוי בלקיחת תפקיד של הורה משמעותי:

הקשר עם הילדים השתפר קצת. אני יכולה יותר לגייס סבלנות ולהתייחס אליהם כמו שמגיע להם. הייתי איתם במוזיאון המדע. נהגתי לשם וחזרה, ואולי אני גם אקח אותם לירושלים.

הקבוצה תרמה לי להבין, שצריך להיות סבלני. הבנתי שצריך תמיד לחשוב על טוב, שיהיה טוב לילדים, לדאוג לילדים, ב"ה הכול יהיה טוב.

התחלתי לשחק עם הילדים חי צומח דומם. עכשיו הקטן בכייף משחק בזה.

הרגשת השינוי, לדברי המשתתפים, מדווחת גם על ידי בני המשפחה:

בעלי פתאום אמר לי, שאני הרבה יותר סבלנית כלפיו, הרבה יותר חושבת על הילדה ולא על המקום שאני נמצאת בו כרגע ועל המתח שאני נמצאת בו, ואיך אני מתאפקת לא להראות ולהסתיר. היום הכול הרבה יותר טבעי בתוך הבית. אין לי את הלחץ שהיה לי.

הדברים נאמרו על ידי בעל, שלכל אורך דרכה השיקומית של האם לא תמך בתהליכים שהיא עושה.

בקבוצות השתתפו גם הורים שלא חלקו את חיי היום יום עם ילדיהם. בעקבות ההשתתפות בקבוצה חודשו קשרים עם ילדים לאחר שנים של ניתוק. אם הצליחה לקבוע מועד קבוע לשיחת טלפון יום יומית עם בתה.

ההתמודדות עם סטיגמה עצמית וסטיגמה חברתית, הקשורים למחלה נפשית, הם נושאים שעלו לדיון בכל הקבוצות.

ההתמודדות עם מחלה נפשית נחוות כאירוע טראומטי ומתמשך:

זה כמו בנין קלפים. זה משהו שנשבר בתוך הבנאדם, והוא בעצמו לא יודע למה זה קורה לו... אני לא אתן לדבר הזה לשבור אותי. התחלתי לעשות לעצמי שיחות בפנים שאני חזקה... אני קמה כל יום מחדש, לא נותנת לגרור דברים, שמה פסיק ונקודה. לפעמים הרצף הזה צריך להיפסק.

באותו שבוע הלכה המשתתפת לראיון עבודה.

תפקוד הורי כולל נכונות לפנות לגורמי סיוע פורמליים ובלתי פורמליים כדי לתת מענה הולם לצרכי הילדים. הדרת ההורה המתמודד עלולה להיות חלק מהסטיגמה החברתית:

יש מצבים שלא מערבים אותי. בית הספר לא יצר איתי קשר כדי לספר לי מה מצבו. זה פגע בי. בקבוצה אמרו שאני אלך ליועצת. דיברתי איתה על הילדים, והיום אני יודעת לאיפה ללכת כדי לשמוע מה קורה.

אם שיתפה את הקבוצה בשיחה, שהייתה לה עם המורה ועם יועצת בית הספר, אודות בנה הסובל מקשיי קשב וריכוז. היא סיפרה, שהשיחה הייתה לה קשה, אך בסופו של דבר הרגישה שהן מעוניינות לעזור לה. האם סיפרה, שלאחר שנרגעה מהמועקה שנגרמה לה עקב הפגישה, כתבה למורה מכתב תודה וגייסה אותה באופן חיובי לעבוד בשיתוף למען ליווי תואם של בנה בשנת הלימודים הבאה.

אם נוספת סיפרה, שגם היא הייתה בפגישה עם צוות בית הספר בנוגע לקשיים רגשיים של בתה. בית הספר המליץ על טפול רגשי והיא הסכימה שיש צורך בכך.

כבר בשלב ההיכרות בקבוצה עולה השאלה האם לשים את המחלה במרכז?

בהתחלה היו שניים או שלושה שהרגישו פתיחות מאוד גדולה וכבר סיפרו את סיפור חייהם ודרשו מאחרים לחשוף את האבחנה שלהם. לעומתם, היו כמוני ואחרים שהרגישו שזה יותר מדי במפגש ראשון. אתה חושב אני בסדר או לא בסדר? שאני לא נפתחת ככה? במהלך הזמן כל אחד מצא את מקומו.

מכאן עולות בקבוצות שאלות לגבי האם, מה ואיך מספרים על המחלה והשלכותיה?

חד משמעית לא. גם הפסיכולוגים לא ממליצים לספר לילדים. לספר לילד זה רק מסבך אותו, אולי יחשוב שאימא שלו עוד מעט תמות, חס וחלילה. אין צורך לילדים לדעת על הבעיה.

למרות שההורים שלי יודעים, קשה לי לדבר על הנושא של איבוד שפיות. זה מאוד קשה לי. אני טיפה רגישה לזה.

כן, דיברנו על זה בקבוצה, אבל לא הגענו לאיזו שהיא מסקנה. למשל, אני עדיין לא רציתי לספר לילדים והיו כאלו שכן רצו. אני רוצה שהם קצת יגדלו יותר, כדי שהם לא יסיקו מסקנות מטעות. ממה שאני זוכרת זה להסביר להם, שההתנהגויות שלנו זה לא אשמתם, הם לא קשורים וזה לא אחריות שלהם שאנחנו מוזרים או משהו כזה.

בהדרגה מתפתחת בקבוצה התחושה של "אנחנו באותה סירה", ואצל חלק מהמשתתפים הבנה, שיש מקום לפתוח את השיח אודות הסטיגמה והבושה מול הילדים:

בהתחלה הייתי בגישה, שזה דבר שצריך להסתיר, אולי זה ייפגע בה. בעקבות הקבוצה הבנתי, שזה לגיטימי כן להסביר, כן לספר. אבל עוד לא הייתה לי הזדמנות כי לא הייתה איזה שאלה מצידה של הילדה. אבל ברגע שמשוהו יפתח אני ארגיש יותר מוכנה.

רעיון יצירתי עולה בקבוצה על ידי אחת האימהות :

בעניין הזה הצלחתי לעמוד מול הילדה שלי בצורה מאוד יצירתית. היא הפתיעה אותי ושאלה: "אימא למה את לוקחת כל הזמן כדורים?" אז סיפרתי לה על החומר שחסר לי במוח ושהכדורים באים להשלים אותו כמו שהמרכיב של ביצים מאוד חשוב בעוגה. עוגה מקבלת ביצים, ולכן העוגה תופחת יפה ונראית רעננה. לעומת זאת, עוגה שאין בה ביצים, היא עייפה וחסרת כוחות. אין לה כוח לעלות. זה מקביל למטאפורה שאני כל היום ישנה, או שאני לא מסוגלת לתפקד. אז הצלחתי להעביר לה את החשיבות של הכדורים ובהמשך השיחה היא שאלה האם גם היא תצטרך את זה? וזה הוביל לשיחה הרבה יותר פתוחה, בלי לחץ וחשש איך אני אומרת לה את זה.

דיון עם הילדים אודות מחלת ההורה

מתן הסבר מצד ההורה לילד לגבי המחלה והשפעותיה, טומן בחובו קונפליקטים מרובים, הקשורים להבנה וקבלה של ההורה את מחלתו ומגבלותיה, תחושת אשם, כולל התמודדות עם הסטיגמה העצמית והחברתית הנלווים לכך. בשלב הראשוני, הקבוצה מהווה מקור של כוח להתבוננות בנושא מורכב זה. יישום התבוננות ושיחה עם הילד בנושא הוא תהליך שלוקח זמן ודורש עיבוד ותמיכה נוספים.

להלן, תאור תהליך שיטתי של עבודה לגבי שיחה עם הילד על מחלת ההורה, שהתבצע באחת הקבוצות בכפר סבא, בהנחיית מדריכת המנחות, יוזמת התכנית. השיח עם הילדים אודות מחלת ההורה עלה לדיון בפגישה העשירית. בפגישה ה-11 נדונו מרכיבים של תקשורת טובה עם ילדים, המאופיינים בפתירות, שותפות, נפרדות, אהבה, אמפתיה, העצמה ותקשורת מותאמת לגילו של הילד. בפגישה ה-12, בשל התנגדות להמשיך לשוחח על הנושא, הוצגה על ידי המנחות השאלה האם העלאת הנושא תואם את רצונן של האימהות?

תשובותיהן של האימהות מסויגות ונעות מתגובה של: "לא אכפת לי לדבר על זה"; "אני נוטה לטאטא את הנושא מתחת לשטיח" לבין - "אני יודעת שחשוב לדבר על זה", "אין לי התנגדות".

ספקות שעולות על ידי האימהות, מובילות להחלטה להמשיך בעיבוד הנושא בפגישה הבאה. בפגישה ה-13 נפתח הדיון בעד ונגד שיתוף הילדים במחלת ההורה. חלק מהאימהות מסבירות מדוע זה לא הכרחי: "לא מדובר במצב הכי גרוע, כמו לדוגמה אם שהיא נכה פיזית"; "אני דווקא מעדיפה לדבר כמה שפחות עם הילדים"; "בן זוגי לא רוצה שהילדים יבינו למה אני לא בסדר".

טיעונים בעד נשענים על ההכרה, שלא ניתן להסתיר את המידע אודות המחלה: "חשש שהילדים יפרו את ה"סוד": "הבן הגדול עשוי לספר לחבריו מה לא בסדר", "הילדה סיפרה למורה שהאם מחליפה תרופות".

לדברי המנחות, הבנת הילדים את מחלה ההורה יוצרת מודעות של הילד לכך, שהוא אינו אחראי למחלת ההורה; שהבעיה הנפשית היא שגורמת להתנהגויות החריגות של ההורה; שביכולתם ללמוד כיצד הם יכולים להקל על עצמם ועל ההורה כשיש צורך בכך, ולדעת שההורה הוא אחראי למצבו והוא מקבל סיוע מצד אנשי מקצוע. המנחות הדגישו, שזו זכותו של כל הורה לבחור מה, מתי וכיצד לשתף את ילדו במחלה. המנחות הזמינו את המשתתפים בקבוצה להיעזר בהן בחשיבה על הסבר תואם לגילם והבנתם של הילדים.

לסיכום, לפי הערכת המשתתפים, הצליחה הקבוצה בהשגת המטרות העיקריות: גיבוש קבוצה בעלת תחושה של שייכות; נכונות לשיתוף ותמיכה בהורות; למידה ורכישת מיומנויות לחיזוק התפקוד ההורי וקבלת הדרכה בביצוע התפקוד ההורי. בכך ניתנה אפשרות להורים לקחת על עצמם תפקוד הורי פעיל וליצור יחסים משמעותיים עם הילדים, בני הזוג, המשפחה המורחבת ומוסדות החברה. במפגשים הוקדש זמן להבנת ההשלכות של מחלת הנפש על התפקוד ההורי וניתנה תשומת לב רבה ליצירת תחושת לגיטימציה ובטחון בהורותם של המתמודדים, תוך הדגשת יכולתם להיות הורים ראויים ומיטיבים. כמו-כן, החלה התנסות ראשונית בעבודה בקבוצה עם ההורים לגבי האפשרות לשוחח עם הילדים אודות מחלתם.

3.2 חונכות לאימהות נפגעות נפש

חונכות לאימהות לא נכללה בתכנית המקורית של "ציפור הנפש". הצורך עלה כמענה לאימהות, המתמודדות עם ילדים בגיל הרך, וזקוקות להדרכה אישית. הפנית אמהות מתמודדות לתכנית "אם לאם", הקיימת בחסות אוניברסיטת בן גוריון, נתקלה בסירוב, למרות שניתן ידע והסבר מקיף לגבי חשיבות הסיוע לאם המתמודדת באמצעות חונכות אישית. כדי לתת מענה לצורך זה, פותח רכיב זה במסגרת התכנית בשלב מאוחר יותר.

3.2.1 מטרות חונכות לאימהות:

- ✓ מתן תמיכה לאם מתמודדת עם גידול ילד בגיל הרך.
- ✓ מתן ייעוץ והדרכה בתחום ההורות.
- ✓ הצגת מודל להורות מיטיבה.

3.2.2 הערכת חונכות אימהות

- הערכת חונכות אימהות התבססה על ראיונות אישיים:
- ✓ ראיונות עם רכזות התכנית ורכזות חונכות אימהות.
 - ✓ ראיון עם חונכת.
 - ✓ ראיון עם אם נחנכת.

3.2.3 דרכי העבודה בחונכות אימהות

חונכות לאימהות פעלה בבאר שבע בלבד וכללה שלוש חונכות: יועצת הנקה, שסייעה בהדרכה של אימהות לאחר לידה, ושתי חונכות נוספות, שהן אימהות מנוסות, אחת מהן בוגרת מכון אדלר בהנחיית קבוצות.

בכפר סבא הופנו אימהות לחונכות אישית המוצעת על ידי מכון אדלר. הקריטריון לבחירת החונכות היה היותן אימהות מנוסות, שיכולות לפתח קשר תומך, לא פטרוני, עם האם הנחנכת. החונכות נדרשו לעשות את עבודת החונכות בהתנדבות. למרות מאמצים רבים

שנעשו לגיוס חונכות לאימהות, היה קושי רב להשיג מתנדבות נוספות לתפקיד זה. גיוס וליווי החונכות נעשה תחילה על ידי רכזת התכנית, ובשלב מאוחר יותר על ידי רכזת חונכות אימהות, עובדת סוציאלית מנוסה בעבודה בתחום בריאות הנפש. ההדרכה נועדה תחילה להיות קבוצתית, אך בשל מיעוט החונכות, היא ניתנת באופן אינדיבידואלי.

3.2.4 תוצאות חונכות אימהות

הקשר בין החונכת לאם התקיים במשך שעה בשבוע באופן קבוע. אם לילד בן 3 סיפרה למעריכה בראיון טלפוני על משמעות החונכות שקיבלה:

הקשר שלי עם "ציפור הנפש" החל לפני שנתיים בזמן אשפוז במרכז לבריאות הנפש. הם הציגו לי חונכת שתגיע אלי הביתה. התחברתי אליה מאוד. היא עזרה לי, הביאה לי דברים, תמכה בי. כמו משפחה. היינו משחקות יחד עם הילד בהרכבות, בכדור בחוץ, טיילנו והיא הייתה מקלחת אותו לפעמים. הקושי שלי עם הילד שהוא בן שלוש וארבעה חודשים, זה שאין לו גבולות. הוא משגע אותי, צועק, נוגע בי. היא הייתה מדברת איתי, תומכת בי, עוזרת לי. הקשר בינינו נמשך שנה והיא מאד חסרה לי.

להלן נקודת מבט של חונכת על עבודתה עם אימא אחרת. החונכות נמשכה כשנה וחצי במפגשים שבועיים של שעה עם אם מתמודדת לשני ילדים, הבכור בן 17 והצעיר בן 4:

אני הרגשתי, שהאימא הזו זקוקה לעזרה שלי בהקשבה. זרמתי איתה מההתחלה לכיוון שהיא רצתה. קודם כל שתבין, שאני נמצאת שם והיא יכולה לסמוך עליי, שאני לא בורחת לה. נתתי לה להיפתח בקצב שלה, לפי הצרכים שלה. כל פעם אנחנו מתחילות בנושאים שהיא מעלה ואני קושרת את הדברים לנושאים שאני רוצה שהיא תשמע, כדי שהיא תקבל כלים. בסוף המפגש אני שואלת אותה, מה אנחנו מקבלות מהמפגש הזה? מה למדנו היום? היא אוהבת את זה ככה.

למרות שההנחיה מטעם הרכזת של "ציפור הנפש" הייתה לפגוש את האם עם הילד כדי לשחק ביחד ולתת לאם חוויה ומודל של מערכת יחסים בריאה, האם מעדיפה להיפגש איתי בנפרד. השיחות בינינו מתמקדות בקשר שלה עם הילד. היא זקוקה למאה אחוז תשומת לב, ואני משתפת איתה פעולה. המחלה שלה לא עולה על הפרק. היא לא שונה בהרבה מאימא אחרת.

החונכת נותנת דוגמאות לגבי עבודתן המשותפת:

היה קטע, שכל הזמן הטלוויזיה דולקת. אני הבחנתי בזה, שהילד מאוד סקרן, אינטליגנטי, מאוד אקטיבי וקשה לו להתרכז בדברים שהוא עושה כשהטלוויזיה דולקת. אז החלטנו בהדרכה שלי, שאני מבקשת מהאם שבזמן שהיא מאכילה את הילד, יש לנסות לנטרל את הטלוויזיה ולראות איך הוא מסוגל להתמקד באכילה העצמאית שלו. הייתי שם פעם והטלוויזיה לא דלקה.

החונכת מסבירה את טיב הקשר בינה לבין האם:

היא מציגה אותי כחברה שלה, אבל אני לא באמת חברה שלה. אני רוצה שיהיה דיסטנס ואני רוצה שהיא תמשיך להתייחס אליי כאל מקור לפתרון בעיות, שהיא תסמוך עליי במקום הזה ולא כחברה.

החונכת חשה שהאם עוברת שינוי:

אני רואה הרבה יותר ביטחון אצל האם בהתמודדות שלה עם הבן הצעיר, בהצבת גבולות ובשיפור ההתנהגות שלו. היא למדה קודם כל, שהדרך שהיא מגדלת את הבן שלה זה בסדר גמור ושיש מקום לשינויים. היא הבינה, שהמצוקות שלו זה לא באשמתה, שהיא לא צריכה כל הזמן להתמודד לבד, יש מי שיכול לעזור לה. לקראת שנת הלימודים היא רוצה לגשת למרכז הילד ולעשות לו אבחון. תובנות אלה הן תוצאה מהשיחות שלנו.

החונכת מעריכה את השפעת ההדרכה שהיא מקבלת:

לשמחתי, עכשיו יש לי עזרה גדולה מאוד בהדרכה וזה אחרת לגמרי. החונכות קיבלה מפנה אחר לגמרי. אני ממש מודה על כך. באמת זה פשוט מרתק. המדריכה עוזרת לי למקד את הדברים איפה שלא בדיוק

ראיתי אותם, ומשם אני נפתחת למה שאני כן יכולה לתרום. אני ביקשתי ממנה, שתכתוב גם איזה משוב על הפעילות שלי. באמת אני עובדת כאילו בלי שום משוב, אף אחד לא יודע בעצם מה אני עושה שם.

החונכת העלתה גם את צורך לקבל יותר ידע בתחום בריאות הנפש כדי להבין טוב יותר את צרכיה של האם המתמודדת.

לסיכום, אין ספק, שחונכות אישית לאמהות יכולה להיות גורם מסייע רב ערך לאמהות מתמודדות, שמתקשות להשתלב בקבוצה, או שזקוקות להדרכה אישית כדי ליישם את הלמידה. הבסיס להצלחה טמון בכך, שהחונכות הן אמהות מנוסות, שיכולות להוות מודל להורות מיטיבה, התואמת את צרכיו של הילד, ויחד עם זאת ליצור קשר תומך בגובה העיניים עם אימהות צעירות. ההיקף המועט של החונכויות שבוצעו בפועל, הוא תוצאה של הקושי לגייס חונכות מתנדבות למשימה זו. ניתן לשער, שקיימת רתיעה של אמהות לעבוד באופן אישי עם אימהות מתמודדות בביתן, ללא הכשרה מראש לכך. הניסיון המועט שנרכש בתכנית מעיד על החשיבות בהצעת רכיב זה לאימהות מתמודדות.

עבודה עם ילדים של הורים נפגעי נפש התבצעה בתכנית "ציפור הנפש" באמצעות שתי פעילויות: קבוצת תקשורת הורה-ילד ופרויקט חונכות "דרור הנגב".

3.3 קבוצת תקשורת הורים-ילדים

הניסיון הראשון לעבודה עם ילדים בתכנית, התמקד בהקמת קבוצת ילדים. למרות ההשקעה הרבה בגיוס ילדים לקבוצה, לא הייתה היענות. צוות התכנית הסביר קושי זה בחשש מצד ההורים לשלב את ילדיהם בקבוצה שתחשוף את מחלתם. שאלות שהטרידו אותם כללו: אי בהירות לגבי מה הילדים ילמדו על המחלה? כיצד הם יגיבו? האם יוכלו להתמודד עם שאלותיהם של הילדים?

על מנת להתגבר על בעיית חוסר ההיענות לפעילות עם ילדים בלבד, נדרש פתרון יצירתי. צוות התכנית העריך, ששילוב ההורים בקבוצה יאפשר עבודה משותפת עם הילדים. לפיכך, הוגדרה הקבוצה כ"קבוצת תקשורת הורה-ילד בשילוב כלים אומנותיים".

עד לסיום ההערכה התקיימה קבוצת תקשורת הורה-ילד אחת בבאר שבע. קבוצה נוספת החלה בכפר סבא לאחר סיום ההערכה, ולכן אינה נכללת בדוח זה.

3.3.1 מטרת הקבוצה

מטרות המנחות:

- ✓ הנאה מחוויה יצירתית, ייחודית ומהנה של עבודה משותפת להורה ולילד.
- ✓ הקניית מיומנויות הוריות של הקשבה, הכלה, התמודדות עם כעס וקבלת החלטות.
- ✓ חיזוק הביטחון והשייכות לקבוצה.
- ✓ סיפוק מרחב בטוח להבעה ועיבוד רגשות וקונפליקטים.

ציפיות המשתתפים בקבוצה :

ציפיותיהם של המשתתפים, הורים וילדים כאחד, היו ליהנות, לשחק וליצור יחד. הם קיוו לקבל כלים כדי להתמודד עם קשיים ביחסים ביניהם. חשוב היה להם לחוש שייכות ולזכות בתמיכה מהקבוצה. המשתתפים הדגישו את הצורך במחויבות לקבוצה, שמירת סודיות, הימנעות מרכילות, מביקורתיות ושמירה על כללי הקבוצה.

המטרות והציפיות מהקבוצה מצד המנחים, ההורים והילדים, לא התייחסו למכנה המשותף של הקבוצה – הורות של מתמודדים.

3.3.2 הערכת קבוצת תקשורת הורים-ילדים

הערכת הפעילות התבססה על:

- ✓ תיעוד מפגשי הקבוצה על ידי צופה בלתי משתתף.
- ✓ רפלקציה של מנחות הקבוצה בסיום כל מפגש.
- ✓ ראיון אישי מונחה על ידי שאלות פתוחות, חצי מובנות, שהתבצע על ידי מעריכת התכנית עם כל אחד מהמשתתפים בקבוצה בביתם (הורים וילדים).
- ✓ משובי המנחות.

3.3.3 מאפייני המשתתפים בקבוצת תקשורת הורים-ילדים

בקבוצה השתתפו חמישה צמדים של אימהות מתמודדות וילדיהן.

מאפייני האמהות: האימהות היו ברובן בשנות ה-40; שלוש אימהות ילידות הארץ ושתיים שעלו מאוקראינה לפני 8 ו-10 שנים; ארבע אימהות נשואות ואחת גרושה; לשתיים מהנשים הנשואות היו ילדים נוספים; שלוש אימהות עבדו מחוץ למשק הבית, אחת בשוק הפתוח ושתיים בתעסוקה נתמכת; המצב הכלכלי של ארבע אימהות היה בינוני-נמוך ואחת – נמוך.

האימהות אובחנו כסובלות ממאניה דיפרסיה, סכיזופרניה ודיכאון. כולן קיבלו טיפול תרופתי, ושתי אימהות היו בטיפול נפשי. שתי אימהות השתתפו בעבר בקבוצת הורים מתמודדים ובימי כף, ושתיים רק בימי כף במסגרת "ציפור הנפש".

מאפייני הילדים: כל הילדים גרו עם ההורים. בשני מקרים האם הייתה הדמות המטפלת העיקרית. גיל הילדים נע בין 6 ל-11, ארבע בנות ובן אחד. ארבעה מהילדים לומדים בחינוך רגיל ואחד בחינוך משולב. הילדים פעילים במסגרות שונות, כגון, להקת מחול ונגינה בבית הספר, חוגי ריקוד וספורט. כל הבנות היו משולבות בזמן פעילות הקבוצה בחונכות ילדים בפרויקט "דרור הנגב".

גיוס המשתתפים לקבוצה

הגיוס לקבוצה החל בפברואר 2011, כשהמטרה הייתה לגייס שבעה צמדים של הורה-ילד, מגיל 6 עד 12. שיווק הקבוצה התבצע באמצעות פניה להורים מתמודדים, שהשתתפו בעבר בקבוצות להורים מתמודדים ובימי הכיף ב"ציפור הנפש". במקביל, פנו המארגנים לאנשי מקצוע במרכז לבריאות הנפש ובמוסדות השיקום והרווחה בקהילה בבקשה להפנות מועמדים לקבוצה.

הקבוצה נפתחה באוגוסט 2011 – חמישה חודשים לאחר המועד המתוכנן.

3.3.4 זרכי העבודה בקבוצה בקבוצת תקשורת הורים-ילדים

קבוצת "תקשורת הורים-ילדים באמצעות כלים אמנותיים" הונחתה במשותף על ידי שתי עובדות סוציאליות, האחת מומחית בטיפול באמנות והשנייה – מומחית בטיפול בילדים. עבודת הכנה רבה נעשתה לקראת העבודה בקבוצה ייחודית זו, תוך התייעצות עם הפרויקטורית של התכנית. המנחות השתתפו בקבוצת ההדרכה למנחי קבוצות של תכנית "ציפור הנפש".

הקבוצה החלה לפעול בתחילת אוגוסט והסתיימה בתחילת נובמבר לאחר 10 מפגשים בני שעה ורבע. הקבוצה החלה עם חמישה צמדי הורה-ילד. צמד אחד בלבד פרש מהקבוצה במפגש השלישי. בראיון עם המעריכה ציינה האם, שלא התחברה לעבודת היצירה בקבוצה, והילד בן ה-11 אמר, שהוא מצטער על עזיבת הקבוצה וביקש להצטרף לקבוצה נוספת במידה ותתקיים.

ארבעת הצמדים המתמידים השתתפו בממוצע בכ-8 פגישות. שלושה צמדים לא הגיעו לפגישה או שתיים והודיעו על כך מראש. לפגישת הסיום הגיעו ארבעת הצמדים המתמידים. ההשתתפות הרציפה בקבוצה ראויה לציון, למרות שורה של עיכובים: העברת הפעילות למיקום חדש - מגן עירוני למרפאת ילדים ונוער בתחום בריאות הנפש; הפסקה של 21 יום בין המפגש הראשון לשני וביטול שני מפגשים מתוכננים, בין המפגש השמיני והתשיעי, בשל המצב הביטחוני באזור.

הקבוצה איפשרה להורה ולידל לחלוק תהליך יצירה בעבודה באמנות, ודרכו לחזק את הקשר ביניהם. הפעילויות כללו: משחק היכרות, תכנון נופש משפחתי, הקמת גן זואולוגי ובניית מבנה של מרכז קניות ובידור, על ידי כל חברי הקבוצה.

הפעילות המשותפת כללה מגוון של פעילויות בתחום היצירה: ציור, פיסול, גזירה, הדבקה ובנייה. הדגש היה על אינטראקציה ולמידת גבולות וחוקים סביב היצירה: חלוקת הדף, גבולות, שיתופי פעולה, הגדרת המרחב, יצירת הדדיות, יכולת לנהל משא ומתן והפקת הנאה מהיצירה משותפת, תוך התייחסות לתכנים שעלו.

לפני כל פעילות ואחריה, התנהלה שיחה בהנחיית המנחות, שנועדה לעודד תהליכי גילוי והקשבה, ליצור בטחון ושייכות לקבוצה ולאפשר מרחב בטוח להבעה ועיבוד רגשות וקונפליקטים.

חברי הקבוצה התייחסו לעבודה המשמעותית בקבוצה והצטערו על כך שנעשתה בלחץ של זמן:

בקבוצה הייתה אפשרות לדבר עם הילדים וההורים כולם ביחד. בהתחלה בקבוצה רק דיברנו מה המצב, איך כל אחד מגיע, מה קרה בשבוע והיה לנו זמן לעשות ביחד משהו באומנות אבל מהר, קצת לחץ. הקבוצה זה היה שעה והיה חסר זמן. (אם בראיון)

בסיום פעילות הקבוצה וגם בראיונות האישיים התלוננו המשתתפים על קוצר הזמן בכל מפגש שלא איפשר להשלים תהליך של שיחה, יצירה ומשוב:

הכל היה נחמד, אבל זה היה מאד קצר. זה היה שעה. בשעה זה לא זמן שאפשר היה למצות את העיקר. רק חצי שעה היו דברי פתיחה, לא מספיקים וכבר זה נגמר (אם בראיון).

לטענת מנחות הקבוצה, מפגש של שעה לאורך עשרה מפגשים הוא המודל המקובל, התואם את טווח הקשב של הילדים. האימהות רצו להמשיך את תהליך ההעצמה שחשו שמתרחש.

3.3.5 תוצאות קבוצת תקשורת הורים-ילדים

הערכת התוצאות מתבססת על נקודת המבט של מנחות הקבוצה, האימהות והילדים כפי שהם באו לידי ביטוי במגוון הכלים ששומשו להערכת העבודה בקבוצה. להלן יוצגו תוצרים אלה ביחס למטרות הקבוצה:

מטרה 1: לאפשר חוויה יצירתית, ייחודית ומהנה של עבודה משותפת להורה וילד

המנחות הציבו כמטרה ראשונית לקבוצה יצירת חוויה מהנה עבור האם וכילד באמצעות יצירה. במהלך פעילות הקבוצה ועבודה משותפת, עבודות היצירה תרמו לבניית אמון ותמיכה הדדית שבאו לידי ביטוי בהמך יצירת פריטים לקניון שנבנה על ידי חברי הקבוצה גם בחופשת החגים. בראיון בביתם הציגו המשתתפים בפני מעריכת התכנית בגאווה את העבודות שיצרו בקבוצה.

כל המשתתפים ציינו את תחושת ההנאה מהעבודה המשותפת בקבוצה:
היה כיף לקחת ולתת אחד לשני, אבל יותר כיף לתת (ילדה בקבוצה).

האווירה הייתה כיפית. כל הפעילויות שהצעתן היו מעניינות. לא חשבנו יותר מדי, הייתה הרמוניה בלי תחרות (אם בקבוצה).

היה נחמד מאד דווקא. הילדה מאד אהבה לבוא לקבוצה, היה כיף לעשות שם יצירות (אם בראיון).

אני אומרת כן לבוא לקבוצה. אם מישהו לא יבוא, זה יהיה לו לא טוב, הוא יפסיד (ילדה בראיון).

התקשורת שהתפתחה בקבוצה, הן בפעילויות האומנותיות והן בעיבודן המילולי, יצרה אווירה תומכת, שלא בהכרח קיימת בבית. בראיונות שהתקיימו עם משתתפי הקבוצה לאחר סיום הקבוצה, דיווחו המשתתפות כי העבודה המשותפת בכלים אומנותיים לא נמשכה לאחר סיום הקבוצה.

מטרה 2: חיזוק מיומנויות הוריות של הקשבה והכלה, התמודדות עם כעס וקבלת החלטות

בקבוצה התפתחה היכולת של ההורים והילדים כאחד לקחת אחריות ולקבל החלטות באופן עצמאי והדדי. המנחות מדווחות על חיזוק יכולתה של ילדה להיות קשובה לאם, תוך תיאום החלטות הנוגעות ליצירה. האם מצידה שמה יותר גבולות.

במהלך הקבוצה נוצרה הזדמנות להורה ולילד להכיר זה את זה. אימהות למדו לתת משמעות לקולם של הילדים :

הקבוצה איפשרה לי לראות איך כל ילד מדבר, עונה תשובה לשאלות. זה היה נהדר. בשבילנו כהורים זה טוב לשמוע מה הוא חושב, מספר, מה קשה לו, מה הוא רוצה בכלל. אפשר לשמוע את הילד (אם בקבוצה).

היה לי נחמד לחלוק עם הבת שלי ולראות שהיא פעילה ושאוהבים אותה בכל מקום (אם בראיון).

אם ובת התנסו בבניית סיפור משותף, כשכל אחת בתורה מתבקשת להוסיף משפט. המשימה הייתה בתחילה מורכבת מאד עבורן, אך עם הזמן הן למדו לשתף פעולה ולתת מקום אחת לשנייה.

האם מתארת את התובנה שלה מהתהליך :

אני רוצה משהו אחד והיא רוצה משהו אחר. שמתני לב, שאני מנסה לומר את שלי וזה לא פשוט לשתף את הילדה. שמתני לב, שבעקבות הסימנים שקיבלתי מהמנחות, הייתי מוכנה לשנות. זה לא פשוט, אבל מעניין ומאתגר (אם בראיון).

באחד הזוגות, במהלך בניית הסיפור, באו לידי ביטוי דפוסי התקשורת בין הבת והאם. ניכרה התלות ביניהן, המלווה בהתנצחות מצד הבת במטרה לבטא את עצמה. האם לוקחת אחריות לנווט את הקשר על ידי הקשבה לבתה והימנעות משליטה. רמזים קלים מהסביבה מסייעים לה ליצור תקשורת מיטיבה, והבת מצטרפת ברצון. בהמשך הפגישה, המחשת הסיפור דרך היצירה מלווה בצחקוק, התלחשויות, דיבור ברוסית והנאה משותפת.

עבור הצמדים ההשתתפות בקבוצה היוותה זמן איכות והזדמנות ליצירה משותפת :

זה היה זמן איכות בשבילנו. אני המלצתי לה, והיא המליצה לי. פעם אני ויתרתי ופעם היא ויתרה. אני לא יודעת כמה היא למדה, אבל אני למדתי מהקבוצה שצריך להשקיע זמן איכות (אם בראיון).

שיתוף הפעולה בין המנחות נבנה במהלך ההכנה, ההקשבה ההדדית ותהליכי העיבוד והרפלקציה המשותפים. המשתתפים הרגישו וציינו את מה שבעיניהם נחוה כתקשורת מיטיבת בין השתיים :

אני אהבתי שאחת מאד מקשיבה לשנייה. איזה הקשבה, הן כאילו מבינות אחת את השנייה בלי מלים (צוחקת). זה פשוט הזוי. אפילו מתחילים לדבר ביחד ואחת ממשיכה, אחת שותקת. כמו שצריך, בלי שום סיבוכים וויכוחים. (אם בראיון)

הם אמרו משהו לעשות ואנחנו עשינו. הם היו מסבירות, וגם היא עזרה לנו לעשות משהו. (ילדה בראיון)

השיח של המנחות עם הילדים שימש מודל לחיקוי עבור האימהות, לימד אותן להקשיב ולתת מקום לדבריו של הילד בקשר ביניהן :

למדתי שאני צריכה קצת לשתוק ולשמוע את הילדה. שזה חשוב מאד. אני ראיית שצריך לתת לה יותר חופש. לשמוע. לפעמים אנחנו אומרים צריך לעשות ככה ומה את עושה. בקבוצה הזו אפשר היה להגיד לילדה שהיא צריכה להחליט (אם בראיון).

יחד עם יכולת ההקשבה, השתפרה היכולת לתמלל עבור הילד את צרכיו ורצונותיו. בביקורה של המעריכה בביתו של צמד, אם-ילדה, הילדה לוקחת פוך ומתכרבלת בו לצידה של האם :

את רוצה משהו? זה בסדר. בואי. היא רוצה להיות אתנו, היא לא רוצה לשכב שם לבד (אם בראיון).

במקביל התנסו האימהות בשליטה על רגשותיהן :

גיליתי שאני צריכה להיות יותר רגועה. במקום כזה שצריך להסתכל. הבעיה היא באמת אצלי. פתאום אני רואה שאני מגיבה מכעס, מרגיז אותי דברים מסוימים. זה משהו שהורס, הורס והורס (אם בראיון).

נושא שעובד במהלך מספר פגישות, היה הקשבה לאחר וסלילת דרך לקבלת החלטות משותפות בין חברי הקבוצה ובתוך הצמידים. קבלת החלטות היא בסיס לבניית תקשורת מיטיבה. דרך היצירה המשותפת, הצמד נדרש לקבל מספר רב של החלטות :

למדתי שיש החלטות שצריך לעשות ביחד, כמו כשבנינו את הקניון ואז עשינו ביחד (אם בראיון).

דיון בתהליך קבוצתי של קבלת החלטה בא לידי ביטוי לגבי בניית הקניון :

מנחה : איך נקבל החלטה כשכל אחד חושב אחרת?

אם : הצבעה או הגרלה.

אם אחרת : אז בואו נצביע.

מנחה : אולי אנחנו צריכות לקבל את ההחלטה כי אנחנו מנהלות את הקבוצה? ואולי אתן? נלך

להצבעה וזהו.

בעקבות ההצבעה הסתבר, שיש הסכמה בין המשתתפים בקבוצה. חוסר השקט והלחץ נבעו מחוסר הזמן שנדרש להשלמת המשימה. חברי הקבוצה מציעים להשלים את המלאכה בכך שהם לוקחים על עצמם עבודת בית להכנת הנדרש במפגש הבא.

מטרה 3 : חיזוק הביטחון והשייכות

במרחב הקבוצתי מתגבשות תת-קבוצות של ילדים ואימהות. כבר בפגישה הראשונה, בשעה שהאימהות ממלאות שאלונים, הבנות בוחרות צעצועים למשחק משותף. הבן היחיד בחבורה משחק לבד. בפגישה השלישית, הילדים עובדים יפה כקבוצה, כשכל אחת מתכננת נופש ייחודי עם האם. החל מהמפגש השישי, מתפתחת בקבוצה מסורת: הבנות הולכות יחד לשירותים והן חוזרות יחד לקבוצה בריצה עם חיוך :

כל פעם שגמרנו לעשות יצירה הלכנו כל הבנות לשירותים והיינו עושות תחרות (ילדה בראיון).

אחת האימהות מתבוננת בדינמיקה המתפתחת בין הבנות ומעריכה את התפקוד של בתה ביחס לבנות האחרות :

זה קרה לאט, לא מיד. הילדה הגדולה בקבוצה מאד חביבה, מובילה, מדברת, עושה. גם הילדה השנייה מאד נעימה, למרות שבהתחלה היה לה קשה להיות פתוחה. הבת שלי הייתה בהתחלה שותקת, אבל בסוף היא קצת יותר נפתחה. אבל את העבודות אהבה לעשות איתי (אם בראיון).

לפי דיווחי המנחות, הקבוצה יצרה עבור הילדים מרחב של ביטחון. ילדים שבראיונות לקבוצה סיפרו על בדידות, התנסו בתקשורת מול ילדים אחרים. הילדים חיזקו אחד את השני ואיפשרו אחד לשני להתנסות בתפקידים שונים בקבוצה. לדוגמה, ילדה הורית, שנוטה לקחת על עצמה גם אחריות כלפי ילדים אחרים, הצליחה לגלות עצמאות ולבטא את רצונותיה. ילדה, שבתחילת הקבוצה התקשתה לבקש מים לשתייה, למדה להיות יותר אסרטיבית ולבצע משימה עצמאית, כמו מיקום בית הקפה שהכינה במרכז הקניון.

בקבוצה המנחות שאלו את הילדים. אני ראיתי שזה נתן לילדים יותר ביטחון שהם חשובים. שחשוב לאנשים מה הם חושבים. זה ממש בא מהקבוצה. הקבוצה נתנה לה ביטחון, שהיא גם בן אדם חשוב (אם בראיון).

כשהקבוצה מתחלקת לעבודה נפרדת של אימהות וילדים, מתקיים שיח פתוח בין האימהות. האימהות מייצעות זו לזו לגבי סוגיות הוריות, כגון הקושי בהצבת גבולות וחינוך הילדים. בין האימהות מתפתחת הזדהות ואמפתיה לגבי הקשיים הכרוכים בהורות, כפי שניכר מההתבטאויות בקבוצה:

זה קשה. מה שלא נעשה, זה יהיה קשה. כל בעיה זה אתגר בפני עצמו. כל הזמן קורה משהו. קשה להיות הורה בזמננו! הכל תחרותי. גם להם (לילדים) זה לא קל (אם בראיון).

למרות הבדלי תרבות, שפה והשקפת עולם, נוצרת תת קבוצה של אימהות. המוטיבציה לכך היא הבדידות החברתית שהאימהות חוות ושאיפתן לרכוש בקבוצה חברות לבילוי משותף עם הילדים: אני הסברתי לבת שלי, שחסרות לנו חברות, ואני רואה שבקבוצה אנחנו נמצא עוד חברים. בהתחלה, כשסיפרתי לבעלי למה אנחנו הולכים, אמרתי שאני רוצה חברות. אין לי חברות (אם בראיון).

כבר בפגישה השלישית, שני צמדים מבליים יחד גם מחוץ לקבוצה. המפגשים ממשיכים בגינה הציבורית לאורך חיי הקבוצה וגם לאחר סיומה:

סוף סוף יש לנו חברה. כבר כמה פעמים הלכנו ביחד לחצר, למגלשות הגדולות. היא קטנה בשנה מהבת שלי, אבל ממש ילדה חמודה. היא ילדה שגרה פה בשכונה, זה נוח. וגם אימא שלה, יש דברים שאנחנו מסכימים. היא ואני. יש על מה לדבר (אם בראיון).

לילדות רצון לשמור על המשך קשר גם לאחר סיום פעילות הקבוצה:

אני לא מבינה מה יקרה אם אנחנו נרצה לראות אחד את השני? אנחנו רצינו להיפגש בקניון ולא יצא בסוף (ילדה בקבוצה)

הילדות הביעו רצון להמשיך להיות בקשר באמצעות המחשב, או במפגש משותף בגן המשחקים ובימי כיף במסגרת תכנית "ציפור הנפש".

מטרה 4: סיפוק מרחב בטוח להבעה ועיבוד רגשות וקונפליקטים

המנחות מציינות את השינויים שחלו בזוג אחד כתוצאה מהשגת יותר נפרדות בין האם והבת, תוך מתן מרחב אחת לשנייה. בזוג אחר ניכר יותר שיח הדדי, תוך פיתוח היכולת לקחת מקום בקבוצה ולבטא את רגשותיהם ביצירה באופן יותר חופשי.

בקבוצה היו חששות שהורגשו והוכחו על ידי הילדים:

רציתי שיהיה הכל בסדר, הכל רגיל, הכל בסדר, רק שיהיה בסדר (ילדה בראיון).

המנחות יצרו בקבוצה מרחב בטוח, שאיפשר לילדים ולאימהות להתמודד עם קונפליקטים שנוצרו ביניהם:

לילדים הן תמיד היו נותנות כזה ביטחון ורוגע, לא משנה מה קורה לפעמים בין האימהות והילדים. הן שואלות שאלה, איך את רוצה? מה כדאי לך? היה פשוט. הם היו תמיד מאד מקשיבות, מכוונות, או מזיזות את זה ככה, שהכול היה פשוט מצוין (אם בראיון).

למרחב היצירה היה תפקיד חשוב ביצירת המרחב הבטוח, הן ברמה הקבוצתית והן בתוך הצמידים. דוגמה אחת מיני רבות היא עבודתן של אם ובת בעיצוב חנות הפרחים שלהן. הן לא תיקשרו מילולית זו עם זו, אך ניכר שהאם קשובה לבת ומתואמת איתה. הבת מעצבת פרחים, והאם בונה עבורם כדים. הכדים לא תמיד מצליחים להכיל את הפרחים, אך שתיהן התייחסו לכך בקלילות, נהנו מהתהליך והתוצאה הייתה פחות חשובה עבורן. הצמד המשיך את עבודתו המשותפת גם בבית והביא למפגש הבא בגאווה את תוצרתן. בסיום פעילות הקבוצה, הילדה, שהייתה חסרת ביטחון בתחילת הקבוצה, פתחה את החנות שלהן לרווחה, חילקה פרחים לכל חברי הקבוצה, דאגה לקחת משהו מכל משתתף וגם חילקה לילדים ספרים, שהן הביאו מהבית, כולל למנחות.

התייחסות למחלה

מנחות הקבוצה וההורים לא הציגו כמטרה בקבוצה לקיים שיח גלוי אודות הקשר בין מחלת הנפש וההורות. להערכתן, העלאת תכני המחלה לא התאים לקבוצה היות וכל צמד היה במקום אחר עם ה"סוד". לכן, המחלה והשפעותיה על ההורות לא נדונו באופן גלוי בקבוצה. להערכת מנחות הקבוצה, הקושי בהתמודדות של ההורים והילדים עם השלכותיה של המחלה, בא לידי ביטוי באופן עקיף באמצעות הקושי להתחייב לנוכחות רציפה בקבוצה. לחלק מהמשתתפים היה קשה להתחייב להשתתפות רציפה:

*החיים לא צפויים. מנסים כמה שאפשר. אני לא יכולה להגיד שאני אבוא כל פעם בטוח (אם בקבוצה).
אף אחד לא יודע מי יגיע בפעם הבאה (אם בקבוצה).*

יחד עם זאת, לפרישה מהקבוצה הייתה השפעה רגשית ומוסרית על המשתתפים:

*אם: (מתייחסת לפרישה מהקבוצה): חבל. כי היינו בהרכב מלא ועכשיו אנחנו בהרכב חלקי, ועוד מעט נגמר. מרגישים שמישהו חסר... חבל כי הם מפספסים.
אם: אני תמיד אקבל כל אחד. אני אף פעם לא שופטת. הם לא חייבים להגיע. הם לא חייבים כלום...*

המנחות ראו בכך את דרכה של הקבוצה להתייחס להשפעותיה של המחלה הנפשית. לטענתן, בעקבות שיח זה, שתי אימהות, שעדיין לא סיפרו לבנותיהן על מחלתן באופן אישי, עשו זאת. ההשערה של המנחות היא, שלמרות שהנושא לא עלה באופן גלוי בקבוצה, ההשתתפות בקבוצה סייעה בפתיחת הנושא בעיתוי ובמקום המתאים לכל אחד מהצמידים.

בפגישה השנייה, במהלך פעילות שכללה מתן תשובות לשאלות שצוינו על גבי כרטיסיות, אם אחת הרימה כרטיס והקריאה את השאלה: "מה את הכי אוהבת בגוף שלך?" אם: כלום. מאז ששמנתי.

*ילד: בגלל המצב שעבר עליך, את לא אוהבת את עצמך. תגידי לפחות את הנעלים, למה להעליב?
הילד מכיר ומבין את השפעת המחלה על האם וגם מציע לה דרכים להתמודדות.*

ההורים יודעים, שהילדים מבינים, שמדובר בקבוצה של הורים מתמודדים, למרות שלא מדובר על כך בגלוי. רגישות הילדים באה לידי ביטוי בתובנה הבאה:

היא אף פעם לא שואלת למה אנחנו פה? היא לא מסתכלת על זה. כן, אין לחץ על זה. היא נותנת לי תחושה שהיא לא מתרגשת (אם בראיון)..

במהלך ריאיון משותף של מעריכת התכנית עם אם ובת, הילדה אינה מזהה את המכנה המשותף בקבוצה, והאם מכוונת אותה לכך:

האם שואלת את בתה: מה היה משותף לכולם בקבוצה, את יודעת?
ילדה (חושבת): ... כולם גרושים?
האם: לא, יש נשואים.
ילדה: כולן אימהות?
האם: נכון, כולן אימהות. את יודעת, זו קבוצה ב"ציפור הנפש".

למרות שמדובר בילדה נבונה ואם שמעוניינת לשוחח על המחלה, שתייהן ממשיכות לדבר בשפת סתרים. בסיום השיחה, ללא נוכחות הילדה, האם אמרה למעריכה:
הייתי רוצה להסביר לה את המצב שלי, אבל אני לא יודעת איך לעשות את זה...

גם בין האימהות עצמן לא התפתחה שיחה גלויה לגבי המחלה:

בסוף אני הבנתי, שאנחנו פה כולנו מתמודדות, אבל לא הייתה הרגשה כזאת. זאת אומרת, זה לא היה ברור, זה היה מאחורי הקלעים. גם בסוף לא דיברנו על זה (אם בראיון).

חלק מהאימהות שוחחו בבית על המחלה עם ילדם:

אני כן דיברתי איתה. היא רואה שאני שותה תרופות, ואני סיפרתי לה שלכל בן אדם יש מחלות שלו. יש בני אדם, למשל בעלי, יש לו בעיות בבטן, הוא לוקח תרופות בשביל בטן, יש אנשים שיש להם לחץ דם גבוה והם שותים תרופות. יש הרבה מחלות אחרות. צריך סבלנות, לי יש עצבים, אני צריכה יותר סבלנות ותרופות עוזר לי. זה אמת, לא אגדות. אני אומרת אמת (אם בראיון).

כפי שניתן היה ללמוד ממרבית הראיונות, הדיבור על המחלה עם בני המשפחה בכלל ועם הילדים בפרט, מלווה ברגשות אמביוולנטיים. הסברת המחלה וביטויה ושיחה עם הילד לגבי הבנתו את מחלת ההורה והתמודדותו עם השלכותיה, לא היוו מטרה מוצהרת בקבוצה.

לסיכום, נראה, שהמנחות השכילו ליצור אווירה חמה ותומכת וכי המשתתפים נהנו מן המפגשים אף כי הצרו על כך שהיו קצרים ומעטים מדי.

משאבים רבים הושקעו בחשיבה, בהכנה ובגיוס המשתתפים לקבוצה. נושאים שעלו שוב ושוב נגעו למסגרת הטיפולית (setting), לתוכן המפגשים, למחויבות של המשתתפים לקבוצה, לחוקים ובעיקר לחשיבות ההשתתפות הרציפה של המשתתפים במפגשי הקבוצה. ההשקעה המקצועית באה לידי ביטוי בהישגים משמעותיים, שנצפו אצל שלושה צמדים, שהוו את הגרעין היציב בקבוצה. הפעילות היצירתית נבחרה כאמצעי לעבודה משותפת למען מתן ביטוי לעולמו הפנימי של כל משתתף, שיקוף המרחב הבין אישי בין האם והילד ובין משתתפי הקבוצה.

נראה, שהשילוב בין שיח מילולי לבין הפעילות היצירתית, היה מוצלח והוביל לתובנות משמעותיות בעקבות היצירה ואף תרם לחיזוק הדיאלוג בין ההורה לילדו. מיעוט הזמן בקבוצה, גרם ללחץ ולעתים לחוסר יכולת להשלים את עבודות היצירה.

בקבוצה עלו נושאים חשובים, הקשורים למתן מרחב לאחר, תקשורת הדדית של תן וקח, מקום לביטוי אישי וקבלת החלטות משותפות. נראה, שהמפגשים עודדו את האימהות להגיע לתובנות לגבי ההתנהלות שלהן עם ילדיהן, והיו אף ניסיונות שלהן לשנות את דפוסי ההתנהגות שלהן כאימהות, בעיקר תוך הדגשת הצורך בהקשבה, הכלה, שליטה על רגשות של הגנת יתר ונפרדות, עצמאות וגמישות במילוי תפקידיהן המשלימים. הניסיונות הללו צלחו במידה מסוימת, אך ניכר קושי בשימורן במסגרת הבית בשל העדר תמיכה נוספת. הקשרים בין האמהות ובין הילדים תרמו רבות למשתתפים וחיזקו את התחושה, שהם מסוגלים לטפח יחסי חיברות, למרות הבדידות שחלק מהן חוות בדרך כלל. חלק מהאמהות ממשיכות לשמור על קשר גם לאחר סיום פעילות הקבוצה.

פרק ב': חיזוק הילדים

3.4 חונכות "דרור הנגב" לילדי הורים עם מחלה נפשית

חונכות לילדי הורים מתמודדים לא נכללה בהצעה המקורית של תכנית "ציפור הנפש", אך היא משתלבת היטב בתפיסת העולם שלה.

"דרור הנגב" הוא פרויקט חונכות ייחודי משותף לפר"ח ו"ציפור הנפש", שהחל לפעול בבאר שבע בתשע"א כמענה לילדים במשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית.

הרעיון להקים פרויקט חונכות אישית לילדי הורים מתמודדים התבסס על חוויתה האישית של ענבר גרין, בזמנו תלמידת תיכון, במהלך השתתפותה ב-LEAD - תכנית לפיתוח מנהיגות בקרב בני נוער. ענבר שוחחה על הרעיון עם מנהלת "ציפור הנפש". מנהלת התכנית יזמה והובילה אותו לידי מימוש באמצעות התקשרות עם תכנית פר"ח באוניברסיטת בן גוריון בבאר שבע. הקמה ופיתוח פרויקט ייחודי זה התאפשרו הודות להבטחה מצד "ציפור הנפש" לתת ליווי מקצועי לרכזות ולחונכי פר"ח באמצעות הדרכה קבועה, העשרה ויעוץ בתחום ההורות של נפגעי נפש והשלכותיה על ילדיהם.

חונכות "דרור הנגב" מיועדת לילדי הורים המתמודדים עם מחלת נפש. ייעודה הוא לתמוך בילדים בסביבה הביתית ובמסגרות חוץ ביתיות כדי להבטיח להם חוויה של ילדות נורמטיבית.

3.4.1 מטרות חונכות "דרור הנגב" (כפי שנוסחו על ידי מעצבי התכנית):

- ✓ הענקת סיוע לילדים להורים נפגעי נפש ע"י יצירת קשר אישי בדמות אח בוגר בין סטודנט-חונך לילד לשם קידום הילד, הן בלימודים והן בתפקוד האישי והחברתי.
- ✓ הקניית ביטחון לילד ביכולתו, עידוד למאמץ, התמדה והרחבת אופקים בהתאמה לגילו.
- ✓ יצירת סביבה תומכת עבור הילד, המאופיינת על ידי אמון, ביטחון ויציבות.
- ✓ הכשרה ומתן כלים לחונכים להבין ולהתחבר לעולמו של ילד להורה מתמודד.
- ✓ הבטחת קיומה של מעטפת מקצועית, המאפשרת תמיכה והתייעצות בהתאם לצורך.

3.4.2 הערכת חונכות "דרור הנגב"

כלי ההערכה משלבים הערכה איכותנית וכמותית:

- ✓ ראיונות אישיים חצי מובנים עם הצוות המוביל (מנהלת פר"ח, שלוש רכזות ב"דרור הנגב", רכזת מ"ציפור הנפש").
- ✓ שאלון לחונכים להערכת עבודת החונכות ותוצאותיה נבנה בשותפות עם רכזות פר"ח ורכזות ציפור הנפש על סמך שאלון הערכה לפר"ח (מיכאל, 2009).
- ✓ תיקי חפיפה שנתיים, המסכמים את פעילות הרכזות וסיכום שנתי של העבודה בפרויקט.
- ✓ תיעוד המפגשים של החונכים במהלך השנה, כפי שסוכם על ידי הרכזות.

✓ תיעוד שיחות סיכום השנה עם החונכים, שקיימו הרכות והיועצת המקצועית מ"ציפור הנפש".

שאלון לחונכים הופץ לאחר קבלת הסכמה להעברתו מטעם משרד החינוך. בסך הכל נשלחו 21 שאלונים. רק שליש מהחונכים ענו על השאלון שנשלח אליהם במייל: 4 חונכים מתשע"א (44% מהחונכים), 5 מתשע"ב (29% מהחונכים) ו-12 מהחונכים מתשע"ג (71% מהחונכים).

היענות דלה מצד החונכים שהתבקשו לענות על השאלונים, לאחר סיום החונכות, הקשתה על עבודת ההערכה.

3.4.3 מאפייני החניכים

החניכים למדו ב-15 בתי ספר שונים בעיר באר שבע: בתי ספר דתיים וחילוניים (יסודיים ותיכונים) וכן בתי ספר של החינוך המיוחד.

לוח 5: התפלגות גיל החניכים ב"דרור הנגב" לפי שנים

סך הכל	גיל 17-13		גיל 13-10		גיל 10-7		שנה
	אחוז	מספר	אחוז	מספר	אחוז	מספר	
10	40	4	60	6	0	0	שנה ראשונה
16	25	4	12.5	2	62.5	10	שנה שנייה
14	28.5	4	28.5	4	43	6	שנה שלישית
40	30	12	30	12	40	16	סך הכל

במבט כולל, החונכויות מתחלקות באופן דומה בין שלוש קבוצות הגיל, אך התבוננות בחתך הגילאי בשנים השונות מצביעה על שינוי מגמה משנה לשנה.

בשנה הראשונה התקבלו לחונכות ילדים החל מגיל 10, והתפלגות דומה בין ילדים מבתי ספר יסודיים לבין ילדים מחטיבת הביניים.

בשנה השנייה ניכרה התמקדות בגיל הצעיר, כששני שליש מהחונכויות היו לילדים בגיל שבע עד 10. שינוי זה מקורו בחשיבה של צוות התכנית, שילדים צעירים חשים יותר בחיסרון התפקוד ההורי התקין ואף ישתפו פעולה טוב יותר מהמתבגרים, שמתקשים להקצות מזמנם לחונכות.

בשנה השלישית נשמר דגש מועט על ילדים בגיל הצעיר, וחלוקה דומה בין שתי קבוצות הגיל הנוספות.

נתונים אלה אינם מעידים על הכרעה ברורה לגבי העדפה של קבוצת גיל אחד לעומת אחרת.

מרבית החונכים שענו על השאלון חשבו, שהחונכות ב"דרור הנגב" מתאימה לילדים ובני נוער ללא הגבלה גילאית.

לדברי חונך : כל ילד, בכל גיל, צריך את החונכות, גם אם הוא קטן מאוד וגם אם הוא יחסית בוגר.

ארבעה חונכים חשו, שהחונכות אינה מתאימה לילדים בגיל ההתבגרות. לדברי חונכת:

החניכה שלי הייתה בת 15, גיל שלרוב ממעטים לדבר בייחוד על נושאים קשים כאלה. קשה לערוך הכללה שכזו, אך מניסיוני האישי, אני יודעת, שהחניכה שלי לא התאימה לפרויקט "דרור הנגב", וכי אינה זקוקה לחונך באופן כללי. אני חושבת, שהפרויקט הוא פרויקט מבורך וראוי, אך קל יותר להשמה בקרב ילדים צעירים.

הלוח הבא מתאר את התפלגות החניכים ב"דרור הנגב" על פי מגדרם:

לוח 6: התפלגות מגדר החניכים ב"דרור הנגב" לפי שנים

שנה	בנים		בנות	
	מספר	אחוז	מספר	אחוז
שנה ראשונה	3	30	7	70
שנה שנייה	7	44	9	56
שנה שלישית	12	85	2	15
סך הכל	22	55	18	45

במבט כולל, מספר הבנים והבנות שקבלו חונכות היה דומה, אך התבוננות בשנים השונות מצביעה על שינוי מגמה משנה משנה. בשנה הראשונה, שיעור הבנות גבוה משיעור הבנים, בשנה השנייה, יש מעט יותר בנות מבנים, ואילו בשנה השלישית, יש העדפה גורפת לחונכות לבנים.

שינוי המגמה מעלה שאלה, האם יש כאן מדיניות מכוונת של התכנית, או תוצאה של נטייה מצד גורמי ההפניה לתכנית, הרואים בנים כזקוקים לחונכות יותר מבנות?

החונכים היו חצויים לגבי שאלת הצורך בהתאמה מגדרית בין החניך לחונך (11 בעד לעומת 9 נגד). הדוגלים בהתאמה מגדרית ציינו:

היותי בן עזרה לי במשחקי ספורט, במחשב וגם בפתוחות עם הילד.

בגיל ההתבגרות, החיבור שנוצר הוא יותר עמוק ולכן חשוב שמין החונך והחניך יהיו זהים.

חונכים מתלבטים ציינו, שחיוני שלילד תהיה דמות שתתחבר אליו ממקום של דמות אח גדול או אחות גדולה לפי המין. יחד עם זאת, לפעמים יש יתרון בנסיבות מסוימות בקשרים של בן עם חונכת. המתנגדים טענו, שההתאמה המגדרית צריכה להביא בחשבון שיקולים נוספים, כגון צורך של הילד בתחליף לדמות אב או אם:

אני חושב, שלפעמים חסרה דמות אבהית או אימהית ולכן שיוך המגדר צריך להתייחס לכך.

ההתאמה המגדרית הוערכה כחשובה בהתייחס למשתנים של גיל הילד, רקע דתי, וסיכוי להיווצרות מתח מיני מצד החניך כלפי החונך.

3.4.4 מאפייני החונכים ב"דרור הנגב"

בתכנית השתתפו במהלך שלוש שנים של פעילות 26 חונכים, מהם 8 בנים ו-18 בנות.

החונכים היו סטודנטים מאוניברסיטת בן גוריון. גילם הממוצע היה 24.7 שנים ונע בטווח גילאי שבין 19.5 ל-28 שנה. החלוקה המגדרית הייתה בשנתיים הראשונות כשליש בנים ושני שלישי בנות, ואילו בשנה השלישית – יותר מחצי מהחונכים היו בנים.

מרבית הסטודנטים היו בשנת לימודיהם השנייה והשלישית. כמחצית מהחונכים למדו מקצועות טיפוליים (חינוך, שיקום, פיזיותרפיה, פסיכולוגיה ועבודה סוציאלית), ומחציתם – מקצועות אחרים (כימיה, הנדסה וניהול). בשנה השלישית של הפרויקט, בשל שיווק מכוון, גדל שיעור החונכים, שלמדו מקצועות טיפוליים, כשמרביתם היו בשנת לימודיהם הראשונה. מרבית החונכים לא עסקו בעבודה נוספת מעבר ללימודים.

גיוס החונכים

בשנה הראשונה נרשמו סטודנטים רבים לתכנית. מתוכם היה על הרכזת לבחור את עשרת החונכים המתאימים ביותר. לדברי הרכזת בראיון:

אני מודה, שלא לחלוטין ידעתי מה אני מחפשת בחונכים אלה. הראיונות היו מאוד ארוכים (כשעה כל ראיון) ובהם בחנתי דברים שונים גם באמצעות סימולציות.

בסיכום השנה הראשונה, חשו הרכזת והיועצת, שכדאי שהחונך יחזק את ה"נורמטיביות" אצל הילד וייצמד לתפקידו כ"אח בוגר" ולא כ"מטפל". מסקנה זו הובילה להחלטה להעדיף בחירת חונכים, שאין להם היכרות קרובה עם מתמודדים, והם אינם לומדים במקצועות טיפוליים.

בשנה השלישית, עקב קושי ארצי בגיוס סטודנטים לחונכות בפר"ח, שגרם גם לקושי בגיוס חונכים ל"דרור הנגב", בחרה רכזת התכנית בשיווק אקטיבי של החונכות בעיקר בקרב סטודנטים בשנת הלימודים הראשונה במסגרת קורסי פסיכולוגיה וחינוך.

הגדרת תפקיד החונך

תפקיד החונך הוגדר על ידי החונכים כלווי של "אח גדול" או "אחות גדולה". מושג זה נקשר לביטויים כגון: "להיות עמוד של שפיות להישען עליו"; "משהו חימוני ואובייקטיבי בחיי החניך"; "דמות להזדהות וחיקוי"; "מאפשר יחס אישי, אוזן קשבת, פתיחות, תמיכה, ביטחון ועזרה"; "מאפשר לילד מרחב ביטוי, שמבוסס על הבנת מצבו של הילד".

לדברי החונכים, מטרתו של הקשר הוא: "לאפשר לילד לצאת מהשגרה"; "להתנסות בחוויות מהנות, תוך מעורבות בפעילויות חברתיות גם מחוץ לבית"; "לסייע לילד בתחום החברתי, הרגשי והלימודי כנדרש".

ישנם חונכים שראו את תפקידם "כגורם מחנך ומעצב, המוביל את החניך לחיים טובים ואיכותיים יותר מתוך נתינה ערכית וחברתית" וכ"גורם מדרבן מוטיבציה, שאפתנות ותקווה".

הגדרות אלה תואמות לתפיסת התפקיד של חונך בפר"ח (מיכאל, 2009), בדגש על משמעותו של הקשר האישי השפוי, יכולת הקשבה, הכלה ותמיכה, המלווים בהבנה למצבו המיוחד של הילד בעקבות המצב המשפחתי. החונכים ב"דרור הנגב" ביטאו רצון לפצות את הילדים על מצבם על ידי הקניית חוויות ילדות נורמטיביות, דרבון ופתיחת הזדמנויות להצלחה.

ציפיות החונכים מן החונכות

רוב החונכים הגיעו לפרויקט באמצעות פרסומו באתר פר"ח באוניברסיטת בן גוריון. החונכים הסבירו את בחירתם להירשם ל"דרור הנגב" מתוך ציפייה, שמדובר בחונכות ייחודית, מעניינת ומאתגרת, שתאפשר להם להכיר את עולמם של ילדים המתמודדים עם סיטואציה מורכבת בבית. חלקם ראו בפרויקט זה אפשרות לתרום באופן מעשי ולהשפיע על חייו של ילד להורה מתמודד. חלקם ראו בחונכות הזדמנות לקבל רקע מעשי והתנסותי הקשור לתחום הלימוד שלהם. למחצית מהחונכים היה מידע בתחום בריאות הנפש כתוצאה מהיכרות עם אדם המתמודד עם בעיה רגשית במעגל היחסים הקרובים, או במסגרת עבודה התנדבותית, לרוב לא בתוך המשפחה.

מפגשי הנחיה והדרכה לחונכים

רכזת פר"ח - "דרור הנגב" נפגשה עם כל אחד מן החונכים לשיחה אישית פעם בחודש לחצי שעה עד שעה. מטרת הלווי הייתה, להתעדכן, לתת ייעוץ והכוונה לחונך, להציב מטרות לחונכות ולקיים מעקב לאורך השנה. במקרים דחופים, קיימו הרכזת והחונך שיחות באמצעות הטלפון. משאלוני החונכים ניתן ללמוד, שהחונכים חשו שביעות רצון גבוהה עד גבוהה מאד ממפגשים אלה.

במהלך השנה התקיימו מספר מפגשים של כל החונכים, שנועדו להכשיר או ללוות את תהליך החונכות:

1. מפגש פתיחת שנה לחונכים, שכלל היכרות מעמיקה יותר עם רכזת התכנית והיכרות ראשונה עם הרכזת מ"ציפור הנפש". במפגש התקיים דיון לגבי ציפיות וחששות של החונכים מהפרויקט, היכרות עם נוהלי פר"ח וחתימה על חוזה החונכות.
2. הרצאה מטעם "ציפור הנפש" לשם היכרות עם אופייה של מחלת נפש והשלכותיה על החניכים.
3. מפגש עם אם מתמודדת, שסיפרה את סיפורה האישי והשיבה לשאלות החונכים.
4. מפגש סיכום שנה לחונכים, בעל אופי בלתי פורמאלי, שכלל שיחה לסיכום השנה וחשיבה על שיפור התכנית.

3.4.5 דרכי העבודה בחונכות "דרור הנגב"

ניהול התכנית התבצע במשותף על ידי הנהלת פר"ח, רכזת "דרור הנגב" ורכזת שליוותה את התכנית מטעם "ציפור הנפש". רכזת התכנית אחראית על גיוס, קבלה ושיבוץ החונכים והחניכים לתכנית.

בדומה לתכנית פר"ח הארצית, החונך נפגש עם הילד פעמים בשבוע ומקדיש לו ארבע שעות שבועיות לאורך שנה אקדמית אחת. מרבית המפגשים הם פרטניים – חונך וילד נחנך. במהלך השנה תוכננו על ידי רכזת פר"ח ורכזת "ציפור הנפש" גם מפגשים קבוצתיים בהם פעלו יחד החונכים והחניכים. הנתונים מצביעים על רמת השתתפות גבוהה של החונכים והחניכים בפעילויות השונות ועל שביעות רצון גבוהה של רובם. הפעילויות כללו:

1. ביקור במוזיאון הילדים בחולון בתערוכה "הזמנה לשקט", כולל הסעה וארוחה.
2. פעילות מאתגרת בהנחיית עמותת "אתגרים".
3. ימי כיף משותפים לחונכים וחניכים.

הרכזת ומנהלת פר"ח נפגשו באופן קבוע בתדירות של אחת לשבועיים כדי לדון בסוגיות שונות, שעלו מתוך שיחות עם החונכים ומתוך דוחות חודשיים הנכתבים על ידי החונכים. הרכזת עבדה בשיתוף הדוק עם הרכזת מטעם "ציפור הנפש". לצורך כך, התקיימו מפגשים ביניהן פעם בשבועיים-שלושה. במפגשים הללו העלתה הרכזת קשיים ולבטים לגבי התנהלות הילד או משפחתו לצורך גיבוש דרכי פעולה ומציאת פתרונות. בחלק מן המקרים, זימנה הרכזת גם את החונך לפגישה משותפת עם רכזת "ציפור הנפש". מתוך 20 החונכים שהשיבו על השאלון, בתשעה מקרים (45%) התקיימה התייעצות משולשת כזו; במרבית המקרים שביעות הרצון של החונכים ממפגשים אלה הייתה גבוהה עד גבוהה מאוד. לדברי החונכים, התייעצויות אלה סייעו להם להבין את הקשר בין מצבו של הילד למצב המשפחתי, כפי שניתן לראות בדיווח הבא:

הייתה תקופה, שהחניכה שלי החלה למצמץ המון וללא הפסקה. הדבר הדליק לי נורה אדומה. הבנתי, שכנראה זה פסיכו-סומאטי ושה נובע ממצב נפשי. פניתי לרכזת שתראה מה ניתן לעשות בעניין, וזה עזר.

לדברי רכזת פר"ח, המפגשים איפשרו חשיבה משותפת ומפרה, שנתנה ביטוי לנקודות מבט שונות, סייעו בפיתוח משותף של התכנית וחיזקו את שיתוף הפעולה בין פר"ח ו"ציפור הנפש".

גיוס החניכים

תהליך גיוס החניכים לפרויקט התבצע בקיץ באמצעות פנייה למטפלים בהורים המתמודדים עם מחלה נפשית. ההפניות לחונכות הגיעו מהמרכז לבריאות הנפש בבאר שבע, משירותי הרווחה, במיוחד מעובדי מרכז הורים וילדים, שירותי שיקום והדיוור המוגן, מעובדות סוציאליות בבית חולים סורוקה ושתי פניות אישיות.

המטפלים התבקשו להעביר למטפליהם מידע לגבי החונכות לילדיהם ולהפנות אותם ל"ציפור הנפש" במידה והם מעוניינים בכך. כמו-כן, התבקשו ההורים לבדוק, האם הילד עצמו מעוניין להשתתף בתכנית. בשנה השנייה לפעילות התכנית, התבקשו הרכזות להיכנס בתחילת השנה לבתי הספר, לספר על הפרויקט, כמקובל בתכנית פר"ח, ולהציע להפנות ילדים מתאימים. לפנייה זו הייתה היענות מועטה בשטח.

קבלת ילד לתכנית לוותה בביקור בית ומפגש עם הילד וההורה. בעקבות חוק, המגן על זכויותיהם של המתמודדים לשמור על חיסיון לגבי מחלתם, לא התקיים קשר ישיר בין הרכזת לבין מורים

ויועצים בבתי הספר. במידה והתעורר צורך להתייעץ, או לעדכן בפרטים את היועץ/המחנך של החניך, הדבר נעשה תוך הסכמת ההורים ושמירה על סודיות המידע. בביקור הבית עצמו נפגשה רכזת פרי"ח עם ההורה (בחלק מן המפגשים השתתפו ההורה והילד, ובחלק אחר - ההורים לחוד והילד/הנער לחוד). הרכזת הציגה עצמה, סיפרה על הפרויקט, אופיו הייחודי ודרכי הפעולה שלו, תוך הדגשת חשיבות מעורבותם ותמיכתם של ההורים בחונכות. בביקור הבית הוסברה להורה חשיבות ההשתתפות הרציפה של החניך וכן המחויבות שלו לתכנית, כולל השתתפות במפגשים הקבוצתיים במהלך השנה. ההורה התבקש לספר על הילד (אם אינו נוכח בשיחה) ולהביע את ציפיותיהם מהחונכות. בשיחה עם הילד, נבחנו ציפיותיו של הילד מהחונכות והועלו שאלות לגבי העדפותיו, כגון: מאפייני החונך, מה ירצה לעשות עם החונך, וציון מועד החונכות המתאים. במהלך השנה יצרה הרכזת קשר טלפוני עם הורי הילד לקבלת משוב על החונכות.

למרות שהערכת המוטיבציה של ההורה והילד לקחת חלק בחונכות, היא אחת ממטרותיו החשובות של ראיון הקבלה במהלך ביקור הבית, הרכזות לא השתמשו במידע שקיבלו כדי לערוך סינון של הילדים שהתקבלו לחונכות:

סביב נושא המוטיבציה של החניך לקבלת חונך, עלתה בי השאלה, האם לאפשר לכל אחד מהילדים להיחנך בפרויקט במידה והוא מעוניין בכך, או שעלי לערוך סינון גם לילדים: בסופו של דבר, לא נפסלו ילדים, שהיו מעוניינים להשתתף בפרויקט, אלא באם הותירו רושם כי הם אינם פנויים לכך לחלוטין. תוצאות בחירה זו ניכרו במהלך השנה... (רכזת פרי"ח בראיון אישי)

מתוך הממצאים הללו נראה, שבהיעדר מוטיבציה של הילד להשתתף בחונכות, נשאלת השאלה אולי מוטב היה לוותר על מועמדותו. מנגד, יש מקרים רבים, שההתנסות עצמה, עשויה לסייע לילד להיות שותף ולהתמיד.

החונכויות שהתקיימו בפועל

בתשע"א התקיימו 10 חונכויות, מהן חונכות אחת לא התממשה וחונכות אחת הייתה לא רציפה. החל מתשע"ב הוקצו לתכנית 20 חונכויות. בתשע"ב היו 18 מועמדים לחונכות מהם נקלטו 16. בתשע"ג מומשו 14 חונכויות, כשארבע מהן היו המשך חונכות לשנה נוספת עבור אותו ילד.

שליש מהחונכים תמכו בהמשך החונכות לשנה נוספת:

הילדים האלה זקוקים לתמיכה ואהבה לתקופה ממושכת יותר. הם מתמודדים עם משהו לא קל בחיי היום יום, ולכן לדעתי חשוב שהחונכות תמשך שנתיים ואף יותר. המתנגדים ציינו:

המטרה של החונכות היא להקנות כלים לחניך ואם החונכות תהיה ארוכה יותר עלול להיווצר מצב של תלות וזה עלול להזיק לחניך.

בסוף השנה השנייה של הפרויקט, הוחלט לאפשר לכל חניך שירצה בכך להמשיך את השתתפותו בפרויקט לשנה נוספת.

לרוב, התקבל לחונכות אישית ילד אחד ממשפחת הורים מתמודדים. במספר מקרים, בשנים תשע"א ותשע"ב, ניתנה חונכות לשני ילדים באותה משפחה על ידי חונכים שונים. בשנה השלישית

היו ארבעה מקרים כאלה. ההסבר לכך היה מתן מענה לצרכיו האישיים של כל אחד מהילדים. לעתים, הדבר יצר קושי בשל רצון של החניכים להצטרף אחד לחונכות של השני.

שיעור ההשתתפות בחונכות

במהלך השנה, הציפייה הייתה למפגש בין החניך לחונך בתכיפות של פעמיים בשבוע למשך שעתיים. בפועל, 70% מהחונכויות עמדו בדרישה זו, וביתרת החונכויות המפגש התקיים אחת לשבוע למשך זמן ארוך יותר.

ב-15% מהמקרים בוטלו בין 4-6 מפגשים על ידי החניכים. על ידי החונכים בוטלו 10% מהמקרים. ביטול מעבר ל-7 מפגשים התרחש ב-15% מהמקרים בשיעור דומה בין החונכים והחניכים.

בהתחשב בנסיבות החיים, נתונים אלה מצביעים על כך, שרוב החונכויות הצטיינו בקשר יציב ורציף לאורך השנה. החונכים דיווחו על קשיים הנוגעים לחוסר התמדה מצד חניכים. הם חיפשו דרכים כיצד למנוע זאת מראש, ואם לא ניתן - התמודדו עם סוגיה זו במהלך השנה. במרבית המקרים, עם חיזוק הקשר בין החונך לחניך, ניכר שיפור בהתמדה בחונכות.

אופי הפעילויות

החונכים שהשתתפו בהערכה דיווחו על מידה שונה של עיסוק בפעילויות חברתית-רגשיות ובפעילויות לימודיות. לוח 7 מציג את סוגי הפעילות ומידת העיסוק בהם במהלך החונכות:

לוח 7: מידת העיסוק בפעילויות שונות ב"דרור הנגב"

סוג הפעילות	ממוצע	סטית תקן
חברתיות-רגשיות	4.18	0.55
לימודיות	3.16	1.02

(סולם מדורג מ-1 ל-5)

במהלך החונכות קיים עיסוק רב יותר בפעילויות בעלות אופי חברתי-רגשי מאשר בפעילויות לימודיות. בפעילויות חברתיות ורגשיות הילד הוא במרכז, והפעילויות נועדו לחזק את תחושת הביטחון והמסוגלות העצמית שלו מתוך הקשבה והכלה. דגש מושם גם על טיפוח הכישורים והיחסים החברתיים. התחום הלימודי, שכולל הקניית הרגלי למידה יעילים, הכנת שיעורי בית והכנה למבחנים, זכה לתשומת לב מועטה.

דירוג החונכים את הפעילויות לפי שכיחות העיסוק בהן מצביע על כך שהפעילויות התמקדו בעיקר: בבילוי משותף שיש בו כיף והנאה; מתן חיזוקים להתנהגויות חיוביות אצל הילד; הקשבה לסיפורי הילד; עידוד הילד להביע את עצמו ומחשבותיו; שיחה על נושאים שונים ויצירת מצבים בהם הילד יכול להצליח.

טיב הקשר שנוצר בין החונך והחניך

הצלחתה של החונכות תלויה במידה רבה במהות הקשר האישי שנוצר בין החונך לחניך. הערכת החונך את מהות הקשר נבחנה, תוך שימוש בטבלת הפכים, שכללה מושגים שונים: אמון-אי אמון; חריצות-עצלנות; פתיחות-סגירות; שיתוף פעולה-אי שיתוף פעולה; קירבה-ריחוק; הצלחה-כישלון; משמח-מאכזב.

מרבית החונכים ראו את הקשר בינם לבין החניך כמאופיין על ידי אמון וקרבה. העיסוק היה בעיקר בפעילויות חברתיות ורגשיות, בהן הייתה נכונות מצד החניכים לשיתוף פעולה, ותחושות של שמחה והצלחה. החניכים נטו פחות לשיחה פתוחה, בעיקר בתחום הרגשי, ולהשקעה בתחום הלימודי.

באמצעות שאלוני החונכים, נבדקה השפעת הידע וניסיון החיים של החונך על מהות הקשר עם החניך. כשני שליש מהחונכים (66%) הרגישו, שהידע וניסיון החיים האישי שלהם השפיעו על תפקודם כחונכים.

לדברי אחד החונכים:

כל מה שעשיתי נובע מניסיון החיים שלי וכך גם הסברתי לחניך. סיפרתי לו על הטעויות שאני ביצעתי והתחננתי שלא יחזור עליהם ושיחסוך לעצמו כאבי ראש שאני עברתי.

הניסיון אליו התייחסו החונכים כלל התנדבות לעבודה עם ילדי מתמודדים; רקע צבאי של עבודה עם אוכלוסיות של חיילים להורים נפגעי נפש; חונכות קודמת וקירבה לאיש טיפול בתחום. להערכתם, השפעתו של ניסיון זה באה לידי ביטוי בפיתוח אמפטיה ורגישות כלפי החניך והוריו, תוך מודעות להשפעה של המצב בבית על החוויה של הילד.

לדברי חונך:

חשתי אמפטיה ורגישות כלפי החניך וההורים, הבנה של המקום בו החניך נמצא ומתן מקום בו הוא יכול להשתחרר וליהנות ללא דאגה להורה.

סטודנטים, שלמדו מקצועות טיפוליים והיו בשנת הלימודים השנייה והשלישית, חשו, שגם הניסיון שרכשו במהלך הלימודים השפיע על תפקודם כחונכים. התרומה הייתה בעיקר בתחום רכישת ידע תיאורטי לגבי מחלות נפשיות, חידוד ההבנה לגבי חוויית הילד ויכולת ההתמודדות של החונך עם מצבו הרגשי של הילד.

צוות התכנית, לאחר הניסיון שנצבר במהלך השנה הראשונה, סבר, שלימודים בתחום טיפולי עשויים לפגוע ביכולתו של החונך להדגיש היבטים נורמטיביים של הילדות כתוצאה מהנטייה להתבונן בחניך בעיניים מקצועיות.

טיב הקשר שנוצר בין החונך להורה נפגע נפש ב"דרור הנגב"

למרות שהחונכות מדגישה את הקשר בין החונך לחניך, התמיכה של ההורה בחונכות חשובה להצלחתה. לפיכך, התבקשו החונכים (באמצעות שאלון) לתאר את אופי הקשר שלהם עם ההורה המתמודד:

לוח 8: אופי הקשר בין החונך להורה נפגע נפש ב"דרור הנגב"

לא קיים		קיים		אופי הקשר
אחוז	מספר	אחוז	מספר	
5	1	95	20	ברכות ונימוסים
29	6	71	15	תיאומי פגישות
24	5	76	16	שיחה על מצב הילד וצרכיו
62	13	38	8	שיחה על מצב ההורה וצרכיו
24	5	76	16	חשיבות ריצוי ההורה עבור החונך

נתוני הקשר בין החונך להורה מצביעים על קיומה של תקשורת מכבדת כלפי ההורה, ותיאום הפגישות מולו כגורם בעל האחריות והסמכות לגבי הילד. החונכים שיתפו את ההורים בראייתם את מצבו וצרכיו של הילד. החונכים השתדלו לחזק את מודעות ההורה לגבי חשיבות החונכות ושאפו לגייסו לטובת התמיכה בה. יחד עם זאת, נשמר המיקוד בילד ורק במספר מועט של מקרים כללה החונכות שיחה בין החונך להורה בנושאים הקשורים למצב ההורה וצרכיו.

נוכחות המחלה והשפעותיה

נוכחותה וביטויה של מחלת הנפש הייתה שונה ממקרה למקרה, ונעה בין מצב, שבו החונך לא חש בקיומה של הבעיה, לבין מצבים בהם ניכר אי סדר בבית, התפרצויות זעם, ריבים או מצבים של דיכאון, ניתוק וחוסר תפקוד הורי, עד כדי הזנחת הילד. רק במספר מועט של מקרים, התרחשו משברים שהובילו לאשפוז של ההורה בתקופת החונכות.

ייחודה של חונכות "דרור הנגב" היא הדגשת וטיפול מאפייני ילדות נורמטיביים עבור ילדים להורים המתמודדים עם מחלה נפשית. לפיכך, המסר שהועבר לחונכים על ידי הרכזת והיועצת המקצועית הוא, שהחונך אינו מצופה ליזום שיח הקשור למחלת ההורה עם החניך.

לוח 9: נוכחות מחלת ההורה והשלכותיה על החניכים ב"דרור הנגב" (N=20)

לא		כן		תחום
אחוז	מספר	אחוז	מספר	
29	6	71	15	החונך הבחין בקיומה של בעיה רגשית אצל ההורה
43	9	57	12	החונך הרגיש שיש בעיה בקשר בין הילד להורה
81	17	19	4	החונך חש שהחניך לוקח על עצמו תפקיד הורי
33	7	67	14	החונך זיהה מצוקה רגשית אצל החניך
86	18	14	3	הילד שיתף את החונך בתכנים הקשורים לבעייתו הנפשית של ההורה

הנתונים מצביעים על כך, שבמרבית המקרים, החונך הבחין בקיומה של בעיה רגשית אצל ההורה, זיהה מצוקה רגשית אצל החניך ואיתר בעיה בקשר שבין ההורה והילד.

בניגוד לכך, החונך לא חש, לרוב, שהילד לוקח על עצמו תפקיד הורי, או משתף אותו בתכנים הקשורים למחלת ההורה. ניכר, כי ההתמודדות של הילד עם המצוקה הנפשית, אינה בהכרח (כפי שלעתים מצופה על ידי אנשי מקצוע) באמצעות לקיחת תפקיד הורי. במדגם הנוכחי, רק שלושה ילדים הוערכו כילדים הלוקחים על עצמם תפקיד הורי. תיאור של חונך ממחיש את הנטל שנופל על הילד ההורי:

החניכה הייתה אחראית בבית על ניקיון וסדר, טיפלה גם באחיה ונראה שסומכים עליה שתחליף את ההורה כשצריך. היא סוג של המבוגר האחראי בבית. נראה כי הדבר מעיק עליה.

שכיח יותר היה דפוס התנהגות ילדוטי ונטייה למצבי רוח קיצוניים, כפי שמתואר על ידי חונך:
הילד היה עם מצבי רוח מאוד קיצוניים, נכנס למצבים מאוד ילדוטיים של בכי וחוסר שיתוף פעולה.

המצוקה הרגשית של הילדים באה לידי ביטוי במסגרת הבית, בבית הספר וגם ביחסים חברתיים. הרכזות והחונכים זיהו ביטויים של פחד, חרדה, פרפקציוניזם, כעס, תוקפנות וקושי בוויסות רגשי. התחושה הייתה, שביטויים אלה נשענים על חוסר ביטחון, דימוי עצמי נמוך ותחושה של חוסר מסוגלות עצמית.

דרכי ההתמודדות של החונכים עם המצוקה שחשו אצל חניכיהם, נשענו על הקשר הקרוב והחס שנבנה בין הילד ובינם, במאמץ להרגיע, לדובב את החניך ולאפשר ביטוי של הקושי באמצעות פעילויות יצירתיות. לדברי חונך:

לא התביישתי לחבק אותו כשהייתי פוגש אותו, או לתת לו צ'אפחה כשהיה מתנהג לא יפה, והכי חשוב זה הכנות שהיתה לי איתו. סיפרתי לו המון על עצמי, דבר שגרם לו לדבר המון על עצמו ולהיפתח.

חונכת מדווחת:

ניסיתי כמה שיותר לתת לחניכה שלי תשומת לב ואהבה, להקשיב לה, לעשות אתה פעילויות מהנות שיעשו לה טוב.

לעתים, יוחסו הסערות הרגשיות לתהליכים של התפתחות נורמטיבית:
החניכה שלי היא נערה מתבגרת וכל מצוקתה הייתה כשל כל בני הנוער.

במצבי קיצון נדרש החונך לעמוד בהתקף זעם של החניך:
היה לי חשוב פשוט להיות בסיטואציה (של התקף הזעם) ולתת לזה לחלוף, גם כאשר ההתקף יוצא עלי.

רק במקרים בודדים שיתף החניך את החונך בבעיותיו. לדברי חונך:
מעולם הוא לא דיבר על כך מלבד במשפטים כמו: "אין לך מושג מה אני כבר עברתי בחיים..."

שיחה אודות מחלת ההורה

החונכים קיבלו הנחייה, שבמידה והילד יוזם שיחה בנושא מחלת ההורה, יש להקשיב ולהתייחס לדבריו. בפועל, החונכים הסבירו את מיעוט העיסוק במחלת ההורה בפגישות בכך, שהפעילויות

הסיחו את דעתם של החניכים מדאגותיהם, כתוצאה מהקושי לפתוח את הנושא, או חוסר מודעות מצד הילד לקיומה של בעיה נפשית אצל ההורה.
לדברי חונך:

לא נראה לי, שהוא מודע למחלה של האם. המחלה אינה הגורם המרכזי הבעייתי בבית.

חלק מהחונכים, גם לאחר סיום החונכות, תהה, האם זה נורמלי, והאם חשוב לשאוף לכך שהילד ישוחח על המצב?

הערכת השינוי

דיווחים של הילדים, ההורים והחונכים מעידים על שינויים שחלו במהלך שנת החונכות. הערכת מידת השינוי, מנקודת מבט של החונך, התקבלה תוך שימוש בסולם בן חמש דרגות

(מ-2 -2+). ציון השינוי הגלובלי, מצביע על כך, שבשלושה מקרים בלבד (15%) חל שיפור משמעותי, ב-11 מקרים (50%) חל שיפור קל, וב-7 מקרים (35%) לא חל שיפור.

לוח 10 מציג השוני במידת השינוי בתחומים השונים, על פי דיווחי החונכים:

לוח 10: תחומי השינוי אצל החניכים בעקבות השתתפות ב"דרור הנגב"

הערכת השינוי		התחום
סטית תקן	ממוצע	
0.50	1.05	התנהגותי
0.61	0.78	לימודי
0.37	0.74	חברתי
0.58	0.39	קשר להורה והבנת מחלתו

כפי שניתן לראות בלוח מספר 10, השינוי הבולט ביותר התרחש בתחום ההתנהגותי. מבחן T מצביע על שינוי מובהק בין התחום ההתנהגותי ללימודי ($t(20)=2.537, p<.020$) ובין התחום ההתנהגותי לתחום החברתי ($t(20)=3.367, p<.003$). לא נמצא שוני משמעותי בין בתחום הלימודי לתחום החברתי.

לגבי הקשר של הילד להורה והבנתו את מחלת ההורה, ניכר שינוי מועט באופן משמעותי בהשוואה לתחומי השינוי האחרים, כפי שניתן ללמוד ממבחן T (השוואת ממוצע השינוי בין הקשר להורה והבנת מחלתו לתחום הלימודי ($t(20)=2.730, p<.013$), לתחום ההתנהגותי ($t(20)=5.423, p<.001$), ולתחום החברתי ($t(20)=3.107, p<.006$)).

ממצאים אלה מאשרים את הנתונים שהובאו לעיל לגבי המיקוד של פעילויות החונכות בתחום ההתנהגותי והלימודי, בדגש מועט על התחום החברתי, ועל הדגשת מרכיביה של ילדות נורמטיבית בקשר בין החונך והחניך ב"דרור הנגב".

לסיכום, "דרור הנגב" מהווה ביטוי לשותפות פוריה בין חונכות פר"ח ל"ציפור הנפש". תכנית פר"ח מציעה לסטודנט מלגת השתתפות בשכר לימוד כתגמול להקדשת זמן ביצירת קשר אישי שבועי עם ילד הזקוק לעידוד וטיפוח. ליווי החונכות על ידי "ציפור הנפש" מכשירה את הסטודנט להתמודד עם מצבם הייחודי של ילדים המתמודדים עם מחלה נפשית של הוריהם, ומסייעת לרכזת פר"ח בפיתוח התכנית ובלייווי שוטף של עבודת החונכים כנדרש. ממצאי ההערכה מצביעים על תהליכי חשיבה מעמיקים, שותפות כנה, והתפתחויות משמעותיות שהתרחשו במהלך שלושת השנים לפעילותה של "דרור הנגב", כולל אישור להכפלת מספר החונכויות בתכנית.

בפועל, מרבית החונכים זיהו תחושות של חוסר ביטחון, דימוי עצמי ותחושת ומסוגלות עצמית נמוכים כמאפיין שקיים אצל חלק ניכר מהילדים. במספר מקרים נדרשו החונכים להתמודד עם מצבי רוח והתנהגויות קיצוניות אצל החניכים. החונכים חשו, שהקשר החם והאמיץ שנרקם בינם לבין החניך איפשר להם להרגיע, לדובב ולהפיג את המצוקה של הילד דרך פעילות יצירתית. ישנן עדויות לכך, שהחונכות תורמת לחניכים בעיקר בתחום ההתנהגותי והחברתי ופחות בתחום הלימודי.

בהתאם לגישה של התכנית, המדגישה את טיפוחה של חוויות ילדות נורמטיביות עבור החניכים, לא נמצא שינוי בהבנתו של הילד את מחלת ההורה וביכולתו להתמודד עם השלכותיה. המעטפת המקצועית של החונכים מצד רכזת פר"ח ורכזת "ציפור הנפש", תוך השתתפות במפגשים אישיים וקבוצתיים, לחוד ועם החניכים, הובילה לרמת שביעות רצון גבוהה מאד מהחונכות מצד החונכים והחניכים כאחד.

פרק ג': חיזוק המשפחה

3.5 ימי כיף למשפחות

פעילויות "ציפור הנפש" כללו גם פעילויות שנועדו לחיזוק המשפחה כמו ימי כיף ובנית רשת ביטחון למשפחה.

התכנית המקורית הציעה תכנית לנופשון במלון ברמה בינונית עבור 50 משתתפים. לשם כך נדרש גיוס משאבים נוספים דרך עמותות שותפות (אנוש, קשר) ותרומות. לאור העדר היענות מצד הורים מתמודדים ליציאה לנופש, הוחלט על המרתו בימי כיף, בהסכמת ועדת ההגוי.

3.5.1 מטרות ימי הכיף

- ✓ יצירת הזדמנות להנאה ובילוי נורמטיבי למשפחות מתמודדות.
- ✓ חיזוק הקשר ההורי בין הילדים והוריהם.
- ✓ בניית מאגר משתתפים פוטנציאליים לתכנית.

3.5.2 הערכת ימי הכיף

- הערכת ימי הכיף כללה:
 - ✓ רישום המשתתפים בימי הכיף בכניסה.
 - ✓ תיאור ומשוב מרכזות התכנית ואנשי צוות "ציפור הנפש" שהשתתפו בימי הכיף.
 - ✓ ביקור של המעריכה באחד מימי הכיף, תיעוד וצילום האירוע, כולל שיחה עם הורים וילדים.
 - ✓ ראיונות משוב של הורים וילדים שהשתתפו בימי הכיף.

3.5.3 מאפייני המשתתפים בימי הכיף

ימי הכיף נועדו להורים מתמודדים, ילדיהם ובני זוגם.

בבאר שבע הגיעו לימי הכיף הראשון והשני בעיקר הורים וילדים מהוסטלים שיקומיים בבאר שבע, לעתים בליווי מדריך. בהמשך, עלה שיעור המשתתפים בקרב משפחות המעורבות בתכנית "ציפור הנפש" ונוצר מאגר של משפחות המגיעות באופן קבוע לימי הכיף.

בכפר סבא המשתתפים בימי הכיף היו הורים שעברו אינטייק לתכנית, חלקם השתתפו גם בקבוצות להורים מתמודדים. כמו-כן, היו משפחות שהשתתפות בימי הכיף היוותה עבורם היכרות ראשונה עם התכנית.

לוח 11 מציג את מועדי ימי הכיף ומשתתפיהם :

לוח 11 : השתתפות הורים וילדים בימי כיף

השתתפו	נרשמו	הורים	ילדים	מועד	אתר
132	91	32	59	חנוכה 2010	באר שבע
150	150	52	98	פורים 2011	
188	188	76	112	קיץ 2011	
204	127	47	80	חנוכה 2011	
204	124	41	81	פורים 2012	
250		85	165	חנוכה 2012	
27	27	13	14	קיץ 2012	כפר סבא
59	59	27	32	חנוכה 2012	

עד לסיום ההערכה, בינואר 2013, התקיימו בבאר שבע ששה ימי כיף, ובכפר סבא שניים. **בבאר שבע** השתתפו ביום כיף בממוצע 144 משתתפים, שני שלישי ילדים ושליש הורים. **בכפר סבא** השתתפו ביום כיף בממוצע 43 איש, במספר דומה של ילדים והורים.

3.5.4 דרכי העבודה בימי הכיף

ימי הכיף אורגנו על ידי רכזות התכנית. בבאר שבע הייתה מעורבת בכך בתחילה גם אם מתמודדת, ובשלב נוסף שולבו בהפקה סטודנטים ממכללת ספיר ומתנדבים נוספים. לא נעשה שילוב משמעותי של המשתתפים בקביעת התכנים וארגונם של ימי הכיף.

בבאר שבע נערכו ימי הכיף באולמות ייעודיים לפעילות ציבורית, כגון ה"חלל המופלא" ו"אולם תבל". רוב המשפחות הגיעו לאתר באופן עצמאי לפעילות של חמש עד שמונה שעות, כולל ארוחת צהרים. צלם ליווה את ימי הכיף ונתן תמונה משפחתית ממוגנטת במתנה לכל משתתף. ימי הכיף כללו מגוון של פעילויות, כגון: סדנאות יצירה, ג'אגלינג, מעגל תיפוף, משחקים, פינת איפור, הפעלות ומופעים. במקום נכחו מפעילים, חלקם בתשלום, חלקם סטודנטים מהמכללה בספיר וכן בני נוער מתנדבים, שהתמקדו בהפעלת הילדים ובעידוד ההורים לקחת חלק בפעילויות השונות. אנשי צוות מתכנית "ציפור הנפש" נכחו ביום הכיף ושוחחו עם המשתתפים.

בכפר סבא התקיימו ימי הכיף באתרים העוסקים בהפעלה ייחודית למשפחות, אליהם סודרה הסעה מאורגנת, שיצאה מאתר התכנית בכפר סבא. יום הכיף הראשון נערך במושב משמרת בשרון והוקדש לדבורים והכנת הדבש. הפעילות כללה: רידוד בצק, התבוננות בדבורים ואיסוף צוף מהפרחים לכוורת. בפינת יצירה הכינו הילדים וההורים נרות משעוות דבורים ואף ביקרו בפינת החי במקום.

יום הכיף הסתיים בארוחת צהרים משותפת. יום הכיף השני התקיים בחנוכה, במושב קדימה, והוקדש לבניית צעצועי עץ. במהלך הסדנה, בחר כל ילד צעצוע, קיבל ערכות עם חלקי הצעצוע שבחר, ויחד עם הורה יצר את הצעצוע בהנחיה וליווי של אנשי הסדנה. במקום נערך ביקור מקיף בנגריה, המתמחה בבניית צעצועי עץ, ביניהם סוס העץ הגדול בעולם, עליו התנדנדו יחד כל הילדים שהגיעו ליום הכיף. לסיום, קינחו הילדים בהדלקת נרות חנוכה, שירי חג, פיצה וסופגניות.

3.5.5 תוצאות ימי הכיף

בבאר שבע, בשיחה עם מעריכת התכנית, הביעו ההורים את החשיבות של ימי הכיף עבורם כמלווים את התכנית המשפחתית לימי החופש של הילדים. בימי הכיף נוצרו היכרויות חדשות בין ילדים ובין הורים, והם חיכו להיפגש שוב ביום הכיף הבא. ימי הכיף היוו עבור המשפחות עדות לכך, שצוות "ציפור הנפש" חושב ודואג להם. ניכר, כי ההשתתפות של צוות "ציפור הנפש" בימי הכיף, באמצעות שיחה חופשית עם בני המשפחה, נחוות על ידי המשתתפים כחוויה נעימה, תומכת ומוערכת.

אם מתמודדת כתבה ב"רוח דרומית", עיתון של קהילת השיקום בדרום, על משמעותו של יום כיף ב"ציפור הנפש" עבורה:

המקום היה מסודר בצורה מאד יפה, והתפעלתי מהארגון ומההפעלות השונות, כמו מעגל המתופפים שהשתתפנו בו ופינוט היצירה. שמחתי לעבוד בהן עם הילדים (מה שלא עשיתי כבר שנים).

בבאר שבע בלט השילוב הבין תרבותי המוצלח בין אוכלוסיות שונות, ובעיקר שילובן של משפחות מהמגזר הבדואי, שהגיעו לימי הכיף גם מערד ומהסביבה באופן מאורגן עם מדריכי שיקום.

בכפר סבא, רק מיעוט ממשותפי התכנית לקחו חלק ביום הכיף הראשון. תכנית. לעומתם, בלטה השתתפות יפה של אנשי מקצוע מחברת "שלו שירותי שיקום" ושותפים בתכנית "ציפור הנפש".

מרבית המשתתפים דיווחו על חוויה ייחודית ביום הכיף. כדברי אחת המשתתפות בראיון:

היה לנו יום כיף, וזה היה ממש יפה. העיתוי של הטיול, שבוע לפני שנפרדנו מהקבוצה, ממש חיבר בינינו. כל כך שמחתי לראות את הילדה שלי מתחברת לילדים אחרים. פתאום ראיתי דברים שלא ראיתי בה, למרות שאני כל כך קרובה אליה. היא הייתה כל כך חברותית ועסוקה עם הילדים האחרים, הרגישה חלק. משהו נתן לה ביטחון.

ביום הכיף השני הייתה נוכחות רבה יותר של משתתפים בתכנית, ורשמים ממנו הועלו על ידי הורה מתמודד לקבוצת פייסבוק בשם "גם אני תומך בזכויות פגועי נפש":

*למי שעדיין לא התנסה בימי הכיף של מרכז "ציפור הנפש" - מומלץ בחום!
חזרנו הביתה שמחים עם הסחרחרות שעשינו. יופי של פעילות עם הילדים. כל הכבוד למארגנים.*

ההורים והילדים כאחד נהנו בימי הכיף, שהיו משופעים בפעילויות מהנות.

באמצעות ימי הכיף נוצרת הזדמנות לבילוי משותף, שאינו שכיח בין הורים מתמודדים וילדיהם. לדברי אחת המשתתפות:

"הוזמנתי למסיבה דרך קבוצת הורים מתמודדים של "ציפור הנפש" בה השתתפתי. היו לי חששות כבדים, מפני שמאז שאני מטופלת בבריאות הנפש, לא העזתי לצאת עם בתי הקטנה בת השבע ושני נכדיי, בני שש ושמונה, לבילוי במקום הומה אדם. בנות הקבוצה עודדו אותי ואמרו, כי במסיבה אפגוש אחרים המתמודדים עם קשיים דומים... אני רוצה לציין את עוצמת החוויה – למשך כמה שעות, בזמן המסיבה, שכחתי שאני "מטופלת", שכחתי מהבעיות שלי. הרגשתי סבתא ואימא נורמטיבית. גם הילדים כל הזמן מדברים על החוויה של סוף סוף לבלות עם סבתא, כמו שעושים עם סבתות אחרות".

רישום המשתתפים בימי הכיף יצרה מאגר נתונים לגבי קהילת המשפחות המתמודדות באזור, שאיפשר המשך קשר איתם באמצעות הזמנתם להשתתף בפעילויות השונות ב"ציפור הנפש". תחושת בנית קהילה של הורים מתמודדים הורגשה גם על ידי המתמודדים:

הייתה אווירה מאוד נחמדה, להרגיש חלק מכולם, יש לך משהו משותף איתם אבל לא היה מקום באותם רגעים או באותן שעות לדבר חוץ מכיף, היינו רק בכיף, בלי לדבר, בלי לחשוב על.. הרגשתי כמו אדם רגיל.

עבור חלק מהמשפחות, השייך הקהילתי עדיין הווה גורם מרתיע:

אני מאוד רציתי ללכת ליום הכיף, אבל בעלי לא רצה. הילדים לא כל כך יודעים את המצב שלי, אז הוא לא רצה שמישהו בלי כוונה ידבר על כך. אם יעשו יום כיף רק לי או עם בן הזוג אני אשמח לבוא, אבל עם הילדים הם עדיין לא מוכנים לזה.

ימי הכיף, הוערכו על ידי חלק המשתתפים כמתאימים בעיקר לילדים החל מבית ספר יסודי, ובכך הגבילו חלק מהם את השתתפותם. לדברי הורה שהשתתף בקבוצת הורים מתמודדים: אנחנו לא הלכנו ליום כיף, כי הקטנה פיצקלה הייתה בת שנתיים וחצי בזמנו. נורא קטנטונת בשביל זה, זה התאים יותר לילודס בין 5-8 נגיד. אז לא הלכנו לזה וחבל.

לסיכום, ימי הכיף "רכשו לעצמם" משתתפים קבועים ומצטרפים חדשים. הם היוו הזדמנות לבילוי משפחתי איכותי, מהנה ומאורגן היטב עבור הילדים וההורים. במסגרת בילוי נורמטיבי, מתגבשת קהילה תומכת של הורים מתמודדים. הכבוד ההדדי, הקרבה והשותפות המאפיינים את תכנית "ציפור הנפש", בלטו בימי הכיף, בו משתתפות משפחות לצד צוות התכנית.

3.6 רשת ביטחון

בתכנון המקורי של תכנית "ציפור הנפש" נכלל מרכיב של "רשת בטחון", שתבטיח סיוע בשימור תפקוד הורי הולם למשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית בעת שגרה ובעיתות משבר. ניסיונות לבנות תכנית טיפול עם משפחות בודדות, כהכנה לשעת משבר, לא צלחו. לאחר דיונים בצוות התכנית ובוועדת ההיגוי, הוחלט על המשגה מחודשת של "רשת הביטחון" כרשת קהילתית, שתבסס דפוסי עבודה של שיתוף פעולה בין שירותי בריאות הנפש, הרווחה והשיקום, ותדאג לפיתוח מענים קהילתיים למגוון הצרכים של הורים מתמודדים עם מחלה נפשית בשגרה ובעת משבר. בפרק הנוכחי נעקוב אחר השינויים שליוו את פיתוחו של מרכיב של "רשת הביטחון" ואת תפקידה של "ציפור הנפש" בהפעלתו.

3.6.1 מטרת רשת הביטחון

- ✓ הכרה, שינוי עמדות ופרקטיקה של אנשי מקצוע למען תמיכה בהורות של נפגעי נפש.
- ✓ הבניית דפוסי עבודה משותפים בין גורמי הטיפול בהורים ובילדים בתחומי בריאות הנפש, הרווחה והשיקום, למען תמיכה בהורות של נפגעי נפש.
- ✓ בניית רשת ביטחון קהילתית, שתבטיח תמיכה נגישה בתפקוד ההורי של משפחות מתמודדות בעת שגרה ומשבר.

3.6.2 הערכת רשת הביטחון

הערכת רשת הביטחון כללה:

- ✓ ראיון עם רכזת "רשת ביטחון" בבאר שבע.
- ✓ ראיון עם רכזת תכנית "ציפור הנפש" בכפר סבא בנושא "רשת הביטחון".
- ✓ מעקב אחר התפתחות המשגת "רשת הביטחון" כהליך התערבות בתכנית.
- ✓ ראיון של אנשי מקצוע בשירותים משיקים ששולבו בבניית "רשת הביטחון".

3.6.3 ניסיונות ראשוניים לבניית רשת ביטחון

בבאר שבע החלה בניית "רשת ביטחון" משפחתית בלמידת הצרכים ודרכי ההתערבות המתאימים להורים מתמודדים. הלמידה התקיימה באמצעות טיפול פרטני של רכזת "רשת הביטחון" בשתי משפחות. המטרה הייתה לבדוק מה חושבות המשפחות על תכנון התארגנות אפשרית במקרה של החמרה במצבו של ההורה המתמודד או אשפוז. המשפחות התמידו בטיפול, אך לא שיתפו פעולה בבניית "רשת ביטחון" בטענה, שאין סיכוי להחמרה במצבם.

חשיבה אחרת התמקדה באיתור התקופה הקריטית לבניית רשת הביטחון. ההשערה של צוות התכנית היתה, שיש לבנות "רשת ביטחון" עם משפחות הנמצאות בפועל בתקופה של משבר. הקשר הטיפולי הקיים בשעת משבר, הוערך כגורם מסייע בתכנון תכנית טיפול, שתסייע בהתמודדות עם המשבר הנוכחי, ותהווה תשתית לרשת ביטחון בעת שגרה ובמשברים עתידיים.

ניסיון ליישם תפיסה זו, באמצעות גיוס אימהות בעת שהותן באשפוז במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע לחשיבה ותכנון של רשת ביטחון משפחתית, לא צלח. בשיחות עם האימהות ניכר כי הן מרוכזות בפתרון המשבר הנוכחי ומאמינות שבעתיד הכול יהיה בסדר. היה להן קשה לקבל את האפשרות של החמרה במחלה והן העדיפו לא לדבר על אפשרות של הידרדרות במצב.

בכפר סבא החל ישום מרכיב "רשת הביטחון" לקראת סיום תקופת ההערכה. הדבר נעשה באמצעות עבודה עם שתי משפחות, שביקשו את תיווכה של רכזת "ציפור הנפש" למען חיזוק שיתוף הפעולה בינו לבין המסגרת החינוכית של ילדם. לצורך כך, נערכה של כל אחת מהאימהות עם צוות בית הספר בנוכחות רכזת "ציפור הנפש", שסייעה לחיזוק ההבנה והקשר בין ההורה המתמודד למסגרת החינוכית.

כדי להבין את תפיסותיהם של אנשי מקצוע לגבי "רשת ביטחון" נערכו ראיונות טלפוניים עם 17 אנשי מקצוע, שנבחרו על ידי רכזות התכנית בבאר שבע ובכפר סבא. **בבאר שבע** רואיינו 11 אנשי מקצוע, רובם חברי וועדת ההיגוי של תכנית "ציפור הנפש": מנהלי יחידות, מדריכים וראשי צוותים בתחום הרווחה, אנשי בריאות הנפש בשירותי הקהילה ובית החולים ועובדי הדיור המוגן. בין המרואיינים שתי בנות להורים מתמודדים. **בכפר סבא** רואיינו 6 אנשי מקצוע, חלקם חברי ועדת ההיגוי, רובם מתחום השיקום והדיור המוגן, שהפנו הורים מתמודדים לשילוב בתכנית "ציפור הנפש".

מראיונות אלו ניתן ללמוד על התפיסות המקצועיות של המרואיינים לגבי הגדרתה וחשיבותה של "רשת ביטחון", מרכיביה ועל תפקידה של "ציפור הנפש" בעיצובה והתנהלותה.

שינוי עמדות כבסיס ל"רשת ביטחון" קהילתית

הבנייה של רשת ביטחון קהילתית חייבה שינוי עמדות ודפוסי עבודה בקרב אנשי המקצוע. הראיונות הצביעו על שינויים משמעותיות שנוצרו בעקבות היכרות עם תכנית "ציפור הנפש", לצידם של שינויים נדרשים:

הקמתה של תכנית "ציפור הנפש" עשתה שינוי במערכת. הגישה היום בקהילה היא, שמתמודד יכול לתפקד, לטפל בילדיו. כשהורה מאוזן, הוא יכול להיות הורה נהדר. לכן, כשיש מתמודד שהוא הורה, אנחנו רואים את עצמנו כחלק ממערכת התמיכה של המשפחה (מדריכה במרכז ילדים הורים, באר שבע).

"ציפור הנפש" הפכה את השיח על קשיי ההורות של מתמודדים ליותר פתוח ופחות מפחיד:

"ציפור הנפש" מעלה את נושא ההורות למודעות של אנשי מקצוע, שלא מתעסקים עם ההורות באופן רגיל. זה נותן למתמודדים לגיטימציה לדבר על הקשיים בהורות. אם פעם זה היה נתפס, שאם אני אדבר על הקשיים, העובדת הסוציאלית תדווח לרווחה ומשם זה יגיע למקומות פחות נעימים, אז היום מותר לדבר על הקשיים. היום זה ממקום של לתמוך, לעזור, לתת את הסיוע הנכון, וגם מתן לגיטימציה לכך שקשה לגדל ילדים, גם בלי קשר למחלה (מנהלת רווחה בדיור מוגן, כפר סבא).

הפעלתה של רשת ביטחון קהילתית חייבה מודעות והכשרה מתאימה לשותפי הרשת:

חשוב, שתהיה מודעות לרופאים שמטפלים בהורים לשאול את השאלות הנכונות. אנחנו רואים עד היום רופאים, שלא שואלים מטופל אם יש לו ילדים, באיזה גיל הם, מי מטפל בהם, אם יש עוד הורה פעיל ומי עוזר לו בבית? אני חושבת, שבתוך רשת הביטחון צריך להיות מישהו ששואל ודואג לזה.

ברמה היום יומית חשוב, שיהיה מי שדואג כי יש הורים שלא מצליחים לתפקד והם לא תמיד יודעים לדווח על זה (עובדת סוציאלית במחלקה לגיל הרך, בבית חולים סורוקה, באר שבע).

אחד הקשיים ביצירת רשת ביטחון קהילתית נעוץ בכך, ששירותים שונים מתמקדים בהורה או בילד, ופחות ביחידה המשפחתית ובקשר בין ההורה והילד.

הייחודיות שלנו היא, שלמרות שאנחנו עובדים לרוב עם ההורה, אנחנו תמיד רואים גם את הילד, ותמיד יש לנו עניין בדיאדה הורה-ילד (עובדת סוציאלית ביחידה לגיל הרך, בית חולים, באר שבע).

3.6.4 הגדרת רשת הביטחון

במהלך הראיונות עם אנשי המקצוע, ניתנו הדגשים שונים להגדרתה של "רשת ביטחון", שנועדה לשמר את התפקוד ההורי במשפחות המתמודדות עם מחלה נפשית.

הגדרתה של רשת הביטחון מבוססת על תרומתם היחסית של השותפים השונים, תוך הבחנה בין שירותים מקצועיים לסביבה הטבעית של המשפחה:

רשת הביטחון כוללת דבר ראשון את הטיפול והמעקב הפסיכיאטרי, קשרים עם שירותים בקהילה, במיוחד עם עובדים סוציאליים והמשפחה המורחבת. רשת ביטחון פירושה לדעת, שיש במי להיעזר ולמי לפנות גם במצבי חירום וגם בשגרה (עו"ס במחלקת נשים, מרכז לבריאות הנפש, באר שבע).

רשת הביטחון צריכה לכלול את מכלול השירותים להם זקוקים הורים מתמודדים. חשוב להבטיח להם את המשאבים הכלכליים הנחוצים לגידול ילדים, נגישות לשירותים שתומכים בהם במצבי משבר, שיוכלו לסייע בתקופות של אשפוז ויהוו מעטפת של רשת תמיכה משפחתית וחברתית (מנהלת מחלקה לשירותים חברתיים, באר שבע).

אני חושבת, שרשת הביטחון צריכה להיות מורכבת מכל הגורמים שנוגעים במשפחה: גן, בית ספר, שכנים, אפילו בעל המכולת. כמובן, שגורמי טיפול נכללים ברשת, אבל הם כבר שם. בכל משפחה שיש הורה מתמודד, יש בדרך כלל מעורבות של אנשי שיקום, בית חולים. זה מובן מאליו. מה שלא מובן זה לגייס את הסביבה לתמוך במשפחה כשצריך, במשבר או סביב איזו שהיא מצוקה (מנהלת הרווחה בדיר מוגן, כפר סבא).

יש צורך בסביבה תומכת, הן באמצעות אנשי מקצוע בקהילה והן באמצעות משפחה וחברים קרובים, אשר יקבלו הכוונה והנחייה כיצד לתמוך ולעזור. זאת כדי שההורה המתמודד יוכל לקבל את הכלים, אשר יאפשרו לו לתת מענה טוב לילדיו בכל עת (אם לבת מתמודדת, באר שבע).

התווית רשת ביטחון לתמיכה בהורות של נפגעי נפש, דורשת איגום משאבים בקרב מגוון רחב של שירותים מקצועיים ומחייבת הרחבה של מערכת תמיכה משפחתית וחברתית.

3.6.5 תפקידה של "ציפור הנפש" בהתווית רשת ביטחון

המרוואיינים התבקשו בראיון הטלפוני להתייחס לתפקיד, שהם מצפים מצוות "ציפור הנפש" בהבנייה והפעלה של רשת הביטחון.

חלק מהמרוואיינים ייחסו ל"ציפור הנפש" תפקיד מרכזי בהתווית רשת הביטחון:

תכנית "ציפור הנפש" אמורה להוות עוגן הכרחי בכל התהליך של בניית "רשת הביטחון" יחד עם המתמודד. עליה לתת הדרכה לאנשים אשר ייטלו חלק ברשת הביטחון וכמובן לחזק את רשת הביטחון באם קיים צורך לשנות ולעדכן (בת לאם מתמודדת, באר שבע).

מיקומה של "ציפור הנפש" כחלק ממרכז בריאות הנפש, בבאר שבע, מייצב אותה כגורם מקשר בין הטיפול הנפשי לבין הקהילה:

אני חושבת, של"ציפור הנפש" יש מקום מאוד חשוב כי יש פה שילוב של עבודה על התמיכה בתוך המסגרת הבריאותית וקשר עם הקהילה (מנהלת מרכז ילדים הורים, באר שבע).

שירותי הרווחה אמורים על יצירת רשת ביטחון משפחתית בדגש על שלום הילד, אך חסר להם ידע הנדרש כדי להעריך את ההשלכות שעשויות להיות למצב הנפשי על התפקוד ההורי:

כשאומרים לנו, שהורה לא מסוכן, צריך להבין יותר חלקים של בריאות הנפש ולקבל יחד החלטות ואחריות משותפת לגבי הביטחון של הילדים במשפחה. בעבר נתלינו בחוות דעת פסיכיאטרית. היום אנחנו מבינים, שזה חלק מהתפקיד שלנו, אבל אנחנו צריכים יותר ידע ושותפות בנושא מאנשי "ציפור הנפש" (מדריכה במרכז ילדים הורים, באר שבע).

הציפייה היא ששותפות זו תמוסד:

הייעוץ של "ציפור הנפש" בקהילה צריך להיות מובנה ומתוקצב על ידי התכנית כמו החונכים או הקבוצות (מנהלת מרכז ילדים הורים, באר שבע).

במסגרות הדיור המוגן, למרות שקיימת הכרה בהורות, אין עיסוק ישיר בנושא:

אנחנו נותנים שירותי שיקום בדיור מוגן. הליווי הוא שיחה שבועית בשיתוף עם מדריך שיקומי, בהתאם לצרכים של המשתקמים, שאותו בתכנית השיקום. אם המתמודד הוא הורה, זה חלק בלתי נפרד מהשיח, וחלק מהותי מהחיים שלו, אבל התפקיד שלנו בשיקום ממוקד במתמודד עצמו (מנהלת רווחה ב"שלו").

אנשי הדיור המוגן, המלווים בחיי היום יום את ההורה המתמודד, ללא מנדט לטיפול בנושא ההורות, מדגישים את הצורך שלהם בשיתוף פעולה עם "ציפור הנפש":

הרבה פעמים אנחנו הדמויות הראשונות בטיפול, שנמצאות עם המתמודדים בקשר יום יומי, לפני הרווחה והרופאים - אנו חייבים שיהיה שיתוף פעולה ברמה הבסיסית ביותר עם גורם מקצועי נגיש (מנהלת הרווחה, חברת דיור מוגן, באר שבע).

לכן ישנה ציפייה מ"ציפור הנפש" להרחיב ולגוון את השירותים המוצעים:

חשוב שתהיה קבוצה, שתמשיך לפעול לאו דווקא עם מנחה, אחת לשבוע. הייתי רוצה, שתהיה כניסה לבתים. ככה גם אימהות, שאני הפניתי ולא הצטרפו לקבוצה, יוכלו לקבל ליווי בתוך הבית (מתאמת טיפול, דיור מוגן, כפר סבא).

יש מתמודדים, שמתלבטים האם להביא ילד לעולם. היתרון של מסגרת רפואית טיפולית הוא, שיש בה מקום לעבד את הרגשות סביב השאלה והמשתמע ממנה, כגון הסיכוי של הילד להיות נפגע נפש (דיור מוגן, באר שבע).

הפניית מטופלים משירות אחד לשני אינה מספקת. יש צורך בתיווך ומעקב כדי להתגבר על קשיים בדרך:

אני חושבת, שזה שיכולתי לתווך בין "ציפור הנפש" לבין המשתקמים שלי - זה כבר הישג. אני חושבת, שזה מאוד תרם. אני חושבת, שאם הייתי מביאה את הכתובת ואת השם של הרכות ומניחה להם לעשות את הדברים, הדברים היו נופלים בין הכיסאות (מתאמת טיפול, כפר סבא).

מצד חלק מהגורמים בקהילה, ישנו רצון להרחיב את העבודה המקצועית המשותפת עם ההורה המתמודד:

יכול להיות שפגישות משותפות עם אם מתמודדת שהשתתפה בקבוצה, כדי לבדוק לעומק אילו דברים המשתקמת שלי העלתה בקבוצה, ולחבר את זה ממש לתכנית שיקום, יכולות לייעל את העבודה המשותפת בעתיד (מתאמת טיפול, כפר סבא).

קיימת דאגה לגבי אוכלוסיות של ילדים להורים מתמודדים שאינם מוכרים ואינם מטופלים:

יש אלפי ילדים שלא איתרנו אותם, לא רק של חולי נפש. אם הורה מתמודד לא נמצא ב"ציפור הנפש" או בקשר אינטנסיבי עם שירותי בריאות הנפש, הוא לא משתף פעולה והוא מגדל ילדים, ואף אחד לא מתלונן על התפקוד שלו. יש ילדים שסובלים ואנחנו לא יודעים עליהם (מנהלת מרכז ילדים הורים, באר שבע).

פעילותה של רשת הביטחון מותנית בקיומם של גורמים, שיכולים לאתר ולהתריע על קיומו של מצב חירום:

מה שיש לעשות הוא להגיע לכל מתמודד ומתמודד, לבחון את הסביבה שלו, למצוא מי תומך בו ולהיות אתו בקשר. זה הרבה עבודה, שדורשת גם הסכמה מצד המתמודד. מתוך ההתנסות שלי עם אבא שלי, אני יודעת כמה חשוב, שרשת הביטחון תפעל בזמן של נפילות, אבל מישהו צריך להיות עם יד על הדופק, לראות שזה מגיע ולעזור להתארגן בהתאם. העשייה של "ציפור הנפש" בתחום זה היא חלקית (בת של מתמודד).

כדי להגיע למשפחות, שאינן נמצאות בקשר עם המערך הטיפולי, יש לפעול במסגרות נורמטיביות:

כדי להגיע לאוכלוסייה שלא נמצאת במערך הטיפולי, לאור הסתייגות של ההורים לחשוף את המחלה שלהם ולשלוח את ילדיהם לקבוצת ילדים שהתקיימה במסגרת "ציפור הנפש", לעומת המוכנות להשתתף בחונכות ב"דרור הנגב", היה לי רעיון לעשות קבוצת ילדים להורים מתמודדים בבית הספר, אבל בינתיים זה לא הצליח (בת של מתמודד).

במהלך פיתוח התכנית נרקמו שיתופי פעולה רבים בין נציגיה לבין גורמים שונים בקהילה. כמחצית מההורים שעברו אינטייק הופנו גם לשירותים נוספים בקהילה, ועם חלקם התבצעה עבודה משותפת גם בהמשך. במהלך תקופת הדוח, ניתן למצוא עדויות רבות לשיתופי פעולה בין "ציפור הנפש" למגוון שירותים בקהילה. בנוסף לכך, מפגשים סביב שיווק התכנית, עדויות של מטופלים, התייעצויות וכנס מקצועי רב משותפים, ביססו את מעמדה של "ציפור הנפש" כשירות מקצועי מוביל בתחום ההורות של מתמודדים, המציע לא רק פעילויות למשפחות מתמודדות, אלא גם תמיכה בידע ובפרקטיקה של אנשי מקצוע העוסקים בתחום. בהסתמך על ההכרה של הקהילה הטיפולית ברצון ובצורך לעבודה משותפת בבניית רשת הביטחון הקהילתית, יש להגשים תכנית זו באמצעות הבנייה ברורה יותר של המטרות, השותפים דרכי העבודה והתוצאות המצופות.

לסיכום, בעקבות שינוי בעמדותיהם של אנשי המקצוע והכרה בצורך בחיזוק ההורות של נפגעי נפש, קיימת הסכמה בנחיצותה של רשת ביטחון קהילתית. עם זאת, עדיין חסרה הבנייה מוקפדת של הרשת, תוך איגום משאבים להפעלתה. רשת ביטחון שכזו עשויה להבטיח מתן מענה הולם למגוון הצרכים של משפחות מתמודדות בשגרה ובעת משבר.

בין השותפים הטבעיים בגיבוש רשת הביטחון הקהילתית, הכוללים את שירותי בריאות הנפש, הרווחה והשיקום, יש הדגשים שונים לגבי חלוקת האחריות בין מערכות פורמליות ובלתי פורמליות, ומעט התייחסות למעורבותם של ההורים בתהליך זה. ביסוסה של "ציפור הנפש" כשירות מקצועי מוביל בתחום ההורות של נפגעי נפש, המציעה לא רק פעילויות למשפחות, אלא גם תמיכה בידע ובפרקטיקה של אנשי מקצוע העוסקים בתחום, מקנה לה תפקיד משמעותי בעיצוב והבניית רשת הביטחון הקהילתית.

4. סיכום, מסקנות והמלצות

תחום ההורות של נפגעי נפש (Parental Mental Illness) הוא תחום התערבות חדש וייחודי בעולם בכלל ובישראל בפרט. נפגעי נפש מהווים כ-2-3% מהאוכלוסייה הכללית, ושיעור ההורות בקרב נפגעי נפש דומה להורות בקרב האוכלוסייה הכללית. פירוש הדבר, שמדובר בפלח משמעותי באוכלוסייה. תכנית "ציפור הנפש" הובילה שינוי בהתייחסות להורים מתמודדים, תוך מתן לגיטימציה להיותם הורים מיטיבים הראויים להכרה ולווי. תפיסה זו מחייבת שינויים משמעותיים בהתייחסות החברתית ובפרקטיקה של אנשי מקצוע.

4.1 סוגיות הקשורות לעבודה קבוצתית עם הורים נפגעי נפש

העבודה הקבוצתית עם הורים מתמודדים הינה ההתערבות הטיפולית המרכזית בתכנית "ציפור הנפש". מודל העבודה פותח תוך כדי התנסות, בהסתמך על ידע וניסיון רב של מנחות הקבוצות בעבודה עם נפגעי נפש וניסיון משתנה בעבודה קבוצתית. המנחות השתתפו בקבוצת הדרכה מתמשכת גם בתקופות בהן לא עסקו בהנחיית קבוצה.

שאלות הערכה רלוונטיות הן:

1. האם העבודה בקבוצות השיגה את מטרותיה?
2. האם תהליכי גיוס, גיבוש הקבוצה ושימור ההשתתפות היו אפקטיביים?
3. האם גובש מודל עבודה מובנה ומותאם לקבוצות הורים מתמודדים?
4. כיצד ניתן לתת מענה קבוצתי רלוונטי לצרכיהם השונים של הורים מתמודדים?

האם העבודה בקבוצות השיגה את מטרותיה?

העבודה בקבוצה נועדה לחזק את התפקוד ההורי בקרב הורים מתמודדים. לשם כך נדרש תיקון הדימוי ההורי הפגוע בשל השלכותיה של מחלת הנפש על התפקוד ההורי. ההורים נזקקו לחוש לגיטימציה להיותם הורים ראויים, יכולים ומצליחים במילוי תפקידם כהורים משמעותיים עבור ילדיהם. ראיונות עם משתתפי הקבוצה הצביעו על כך שמשותפים מתמידים, שהשתתפו במחצית המפגשים הקבוצתיים לפחות חוו שינוי משמעותי בדימוי ההורי שלהם, רכשו מיומנויות הוריות, ובמיוחד חשו תמיכה, השתייכות וההתחברות לחברי הקבוצה, יחסים שנמשכו לעיתים גם לאחר סיומה של הקבוצה.

ממצאים אלו מחזקים את הצורך בקיום קבוצות ייחודיות להדרכת הורים מתמודדים, שתשלבנה תהליכים של קבלה ותמיכה עם יכולת הפרדה בין קשיי הורות נורמטיביים לקשיים הנובעים מהמחלה הנפשית, לימוד המיומנויות ההוריות לצד התמודדות עם המחלה במסגרת קבוצת שווים תומכת.

בהתחשב בעומק התהליכים הקבוצתיים, יש צורך לבחון את משך חיי הקבוצה כדי לאפשר לא רק פתיחות והכרה עם הנושאים, אלא גם עיבוד, יישום והטמעה. מרבית המשתתפים חשו, שמשך פעילות הקבוצה היה קצר מדי ולא הספיק כדי להטמיע את השינוי שנוצר.

האם תהליכי הגיוס, הרכבת הקבוצה ושימורה הם אפקטיביים?

גיוס המועמדים לקבוצות נשען על הורים, שלקחו חלק בפעילויות התכנית, והורים נוספים, שהופנו לקבוצה בעקבות פרסומה בין אנשי מקצוע בשירותי בריאות הנפש, השיקום והרווחה. בבאר שבע, גם לאחר שלוש שנות פעילות, לא נמצאו מספיק מועמדים לקבוצות. ממצאים אלה מצביעים על הצורך לשפר את הליכי השיווק והפרסום של התכנית בקרב הקהילה המקצועית, ובמיוחד בקרב אוכלוסיית ההורים המתמודדים, שעדיין אינם מכירים את התכנית.

קבוצות שהצליחו להתגבש אופיינו על ידי: משתתפים, שהיו במצב נפשי יציב, חיו במסגרת זוגית, הייתה להם מסגרת תעסוקתית ומצבם הכלכלי היה סביר. קריטריונים אלה סייעו למידת הפניות, הזמינות והמחויבות של ההורים לפעילות בקבוצה.

בהרכבת הקבוצה, יש לשקול את המאפיינים ההומוגניים, לעומת המאפיינים ההטרוגניים של הקבוצה ותרומתם לגיבושה ולהצלחתה. הומוגניות קבוצתית תרמה לתחושת הביטחון וההזדהות בין חברי הקבוצה. דוגמה לכך היו קבוצות, שהחלו כקבוצות מעורבות של אימהות ואבות, עם רוב נשי, אך כבר במפגשים הראשונים נשרו מרבית האבות. קבוצות אלה התנהלו בפועל כקבוצות אימהות, בהן ניכרה תחושה של סולידריות, תמיכה הדדית, שיתוף והזדהות.

ההטרוגניות בקבוצה נבעה מפער גילאי, שהגיע גם לעשרים שנה בין משתתפים. לכן, השתתפו בקבוצה הורים שילדיהם היו בגיל הינקות לצד הורים לילדים בוגרים. ההטרוגניות איפשרה, מצד אחד, שיתוף במגוון רחב של התנסויות הוריות, כמענה לצרכים התפתחותיים שונים, אך, מנגד, נחוותה על ידי חלק מהמשתתפים כלא רלבנטית לבעיותיהם העכשוויות.

בקבוצה אף השתתפו מעט הורים שלא גידלו את ילדיהם. השיח על התמודדות עם בעיות יום יומיות, הפגיש אותם עם נקודות כאב ואשמה לגבי תיפקודם ההורי, והפך חלק מהנושאים שעלו בקבוצה ככאובים ולא רלוונטיים עבורם.

חלק קטן מהמשתתפים ביטאו, כבר בראיונות הקבלה, ובמיוחד בסיום הקבוצה, את הרצון לשלב את בן-זוגם, לפחות בחלק מהפעילויות בקבוצה. היה להם חשוב, שגם בני הזוג, השותפים בהורות, יעברו שינוי מקביל, שיאפשר יישום משותף של הלמידה בקבוצה.

האם גובש מודל עבודה מובנה ומותאם לקבוצות הורים מתמודדים?

בתכנון הראשוני הוצע מודל לעבודה קבוצתית פסיכו-חינוכית, הפותח את הפעילות עם 12-13 הורים מתמודדים, מתוך הערכה, שתהיה נשירה של שני משתתפים במהלך הקבוצה. השערה זו לא לקחה

בחשבון את אחוז הנשירה המדווח בספרות, שמתייחס לנשירה של 40% מהמשתתפים בקבוצות להורים מתמודדים (Reupert & Maybery, 2011).

בפועל, המספר השכיח של משתתפים בתחילת פעילות הקבוצה היה 11. מספר המשתתפים המתמידים היה במוצע 5. במרבית הקבוצות היו מפגשים דלי משתתפים. צוות התכנית ייחס את הנשירה והקושי בהתמדה לצורך של ההורים המתמודדים בהכלה רבה יותר מצד המנחות, ולכן המליץ על הפחתת מספר המשתתפים בתחילת פעילות הקבוצה ל-8-9.

התבוננות בשיעור הנשירה לאורך חיי הקבוצה מראה, שבמרבית הקבוצות, התרחשה נשירה משמעותית בתחילת העבודה בקבוצה, שנבעה מקושי להתחבר לעבודה בקבוצה. לאחר נשירה זו, התגבש גרעין יציב של משתתפות, שכלל כ-5-6 אימהות. היעדרויות נוספות נבעו בעיקר מתנודות נפשיות שחוו המתמודדות. בחלק קטן מהקבוצות, נמשכה הנשירה לאורך כל פעילות הקבוצה, ונסיונות לצרף משתתפים חדשים לא צלח.

התכנון הראשוני היה לקיים 15 מפגשים בני שעה וחצי כל אחד. בפועל, רק שלוש קבוצות השלימו 15 מפגשים. ביתר הקבוצות נע מספר המפגשים בין 10 ל-13. בקרב צוות התכנית הייתה הסכמה, ש-15 מפגשים אינם מספיקים להשגת מכלול המטרות שהוצבו לקבוצה. מצד שני, הובע קושי, בעיקר מצד מנחות הקבוצות, להתחייב למפגשים נוספים בשל עומס עבודתן. מרבית משתתפי הקבוצות הביעו רצון להמשיך במפגשי הקבוצה מעבר למתוכנן.

לסיכום, מומלץ, שהעבודה הקבוצתית תתבסס על הגישה הפסיכו-חינוכית. ההתנסות בשמונה קבוצות, בעלות מאפיינים ותכנים שונים, מאפשרת היום להבנות מודל הכשרה לעבודה קבוצתית עם הורים מתמודדים, שיוכל להצביע על מטרות הקבוצה, יעדיה, דרכי העבודה בקבוצה ותוצאות מצופות. מומלץ, קיום 15 מפגשים באורך של שעה וחצי. נתוני ההערכה מצביעים על כך, שיש מקום לפתוח קבוצה להורים מתמודדים עם 13 משתתפים, שהוערכו כבעלי יכולת ומוטיבציה להשתתף בקבוצה. יש לצפות, שכבר בפגישות הראשונות ינשרו כ-6 מהם, ובהמשך תתמקד העבודה בקבוצה בגיבוש 7 משתתפים מתמידים. מספר זה יאפשר עבודה משמעותית גם במפגשים מהם ייעדרו חלק מהמשתתפים. בהתחשב בשיעור הנשירה, המאפיין קבוצות של הורים מתמודדים, יש לתגבר את הקבוצות בסיוע מנהלי, שישמור על קשר עם המשתתפים, לצד העברת יותר אחריות להגעה והתמדה למתמודדים עצמם. ניתן גם לגייס את הגורם הטיפולי, שהפנה את ההורה לקבוצה, לצורך תמיכה בשימור השתתפותו בקבוצה.

האם ניתן לתת מענה קבוצתי רלוונטי לצרכיהם השונים של הורים מתמודדים?

הורות של מתמודדים היא נושא מורכב, הדורש מענים מורכבים. לא ניתן לצפות, שהשתתפות בקבוצה פסיכו-חינוכית קצרת מועד תיתן מענה כולל לחיזוק ההורות של הורים מתמודדים. מנגד, נדרשת חשיבה על מאפייני המשתתפים, שיכולים להפיק תועלת מקבוצות ההדרכה להורים מתמודדים. מכאן עולה השאלה: האם כל הורה מתמודד מתאים לעבודה בקבוצה של הורים מתמודדים?

הקושי בגיוס משתתפים לקבוצה, לצד נשירה של כ-40 אחוזים מהמשתתפים במהלך העבודה הקבוצתית, מוביל למסקנה, שיש לבחון היטב את הרכב הקבוצה, תוך התייחסות למאפייני ההורים שהוזכרו לעיל כתורמים להשתלבות מוצלחת בקבוצות. מנתוני ההערכה עולה, שחלק מן ההורים שהתקבלו לקבוצות, לא התאים לפעילות זו.

כדי לענות על מגוון הצרכים המאפיינים את ההורים המתמודדים, מומלץ להפעיל קבוצות, שיעסקו בנושאים שונים, המותאמים לצרכים ולרצון המשתתפים. קבוצות כאלו יאפשרו להורים להתמקד ולהתקדם בנושאים המועדפים על ידם. לדוגמא, ניתן יהיה להתחיל בכל הקבוצות בחיזוק המסוגלות העצמית והדימוי ההורי, ולאחר מכן להתמקד ברכישת מיומנויות הוריות והתמודדות עם קשיים לפי בחירת המשתתפים. למשל, קבוצה שתתמקד בתקשורת בין ההורה המתמודד לבין בני משפחתו וילדיו; קבוצה שתתדגיש לימוד ויישום מיומנויות הוריות; קבוצת למידה שתקנה ידע והיכרות עם היבטים שונים של הורות בקרב מתמודדים ועוד. כדי לתת מענה לצרכים השונים של המועמדים לקבוצה, מן הראוי, שהשיבוץ בקבוצה יעשה מתוך ראיית הצרכים של כל הורה, כשברקע מתנהלות מספר קבוצות בעלות מאפיינים שונים.

4.2 סוגיות הקשורות לשאר מרכיבי תכנית "ציפור הנפש"

האם חונכות אימהות הוא רכיב נדרש בתכנית "ציפור הנפש"?

תכנית "ציפור הנפש" בבאר שבע פיתחה חונכות אישית לאימהות לילדים בגיל הרך לאחר סירובה של תכנית קיימת לקבל אליה אימהות מתמודדות. בכפר סבא, הפנייתן של אימהות מתמודדות לקבלת חונכות אישית במכון "אדלר", נענתה בחיוב. חונכויות שהתבצעו במהלך התכנית, היוו גורם מסייע רב ערך לאימהות. מספרן המצומצם נבע מקושי בגיוס אימהות ותיקות לעבודת החונכות שנעשתה בהתנדבות. להערכתנו, הסיבה העיקרית לקושי בגיוס אימהות חונכות נבע מסטיגמות חברתיות לגבי נפגעי נפש, וחשש מלקיחת אחריות על ההורות שלהם. התגברות על מחסומים אלה מחייבת שיווק של החונכות בליווי ידע והסבר לגבי הורותם של נפגעי נפש, הכנה מתאימה לתפקיד וליווי מקצועי מטעם התכנית לאורך תקופת החונכות.

האם עבודה קבוצתית משותפת של הורה-ילד מחזקת את הקשר ההורי?

למרות שהתקיימה בתקופת ההערכה רק קבוצה אחת של תקשורת הורה-ילד באמצעים אומנותיים, הישגיה היו מרשימים. פתיחת קבוצת צמדי הורה-ילד היוותה ברירת מחדל, לאור הקושי לגייס את הסכמת ההורים להשתתפות ילדיהם בקבוצת ילדים. בעקבות התנסות זו, נראה, ששילוב זה הוא הדרך הנכונה להעצים את ההורות של מתמודדים ולחזק את הקשר בין ההורים וילדיהם. היכולת של הצמדים ליצור מרחב יצירתי לעשייה משותפת, מלווה בכבוד הדדי, קבלת החלטות, ביצוע ותמלול תהליך היצירה - יצר קרבה וגאווה בקרב המשתתפים. בראיונות לאחר סיום הקבוצה, דיווחו כל הצמדים על כך, שהם לא המשיכו בעבודת היצירה המשותפת מחוץ לקבוצה. כמו-כן, התלוננו האימהות והילדים על משך הזמן הקצר של המפגש ומיעוט המפגשים (10 מפגשים בלבד).

הצלחת הקבוצה ותוצאותיה היו תוצר של השקעה ורמת מחוייבות מקצועית ורגשית גבוהה של המנחות. יתכן שהדרישות הרבות הן אלה שהקשו על המנחות להאריך את משך פעילות הקבוצה.

האם החונכות האישית תומכת בהתפתחותם הנורמטיבית של ילדים להורים מתמודדים?

תכנית "דרור הנגב" נועדה לתת סיוע פרטני לאוכלוסייה ייחודית של ילדים להורים מתמודדים. רמת שביעות הרצון הגבוהה של החניכים, החונכים, ההורים ואנשי המקצוע, שהפנו את הילדים לחונכות, מעידה על כך, שחונכות ב"דרור הנגב" מוערכת כמענה מוצלח. השיעור הנמוך של חונכויות שלא צלחו, מעיד על כך, שנוצרו קשרים משמעותיים בין החניכים והחונכים, שאופיינו על ידי חום, עקביות וקרבה. קשרים אלו היוו מרחב בטוח, שסייע לחניך בחיזוק הדימוי העצמי, העניקו לו חוויות ופעילויות של כף והנאה, תוך תחושה של דאגה ותמיכה אישית. בהתחשב בכך, שתהליכי שינוי לוקחים זמן, ותוצאותיהם לרוב אינן ניכרות באופן מיידי, התמונה הכוללת מעידה על כך, שהחונכות הובילה לשינוי חיובי, במיוחד בהתנהגותו של הילד, אך גם בתחום החברתי והחינוכי.

במהלך התכנית השתנו הציפיות מהחונכים ובהתאם לכך השתנה תהליך גיוס ומיון החונכים. בניגוד לתפיסה הראשונית, שהעדיפה גיוס סטודנטים בתחומי המקצועות הטיפוליים, התגבשה בהמשך תפיסה, שנותנת העדפה לסטודנטים מתחומים אחרים, או סטודנטים בשנת הלימודים הראשונה, במקצוע הטיפולי. מגמות אלה מצביעות על הרצון לשמר את אופייה הנורמטיבי של התכנית, המדגישה את תפקידו של החונך כ"אחות/בוגר/ת", ולא כמטפל.

בניגוד לתהליך גיוס חניכים לפר"ח, המתבצע על ידי יועצות בתי הספר, גיוס חניכים ל"דרור הנגב" נעשה, מטעמי שמירת פרטיות וסודיות, תוך יצירת קשר עם גורמים מטפלים, המכירים את ההורה המתמודד ולא בהכרח מכירים את הילד. הסכמתו של ההורה לחונכות, לוקחת בחשבון את כניסתו של החונך הביתה תוך ידיעה כללית על מצב ההורה המתמודד. נמצא, שהקשר בין החונכים להורי החניכים מעוצב על פי כללי האתיקה והכבוד הבין אישי המקובלים. הדפוס השכיח של יחסים בין החונך והחניך הם יחסים המכבדים את הסמכות ההורית, תוך קיום שיחות מזדמנות לגבי צרכי הילד, לצד הימנעות מדיון בהשלכות של מצב ההורה על הילד. רכזת "דרור הנגב", המבקרת את ההורה והילד בביתם כתנאי לקבלה לתכנית, משוחחת על ציפיות ההורה או הילד מהחונכות אך אינה מתייחסת לנושא המחלה הנפשית. לפיכך, מלכתחילה, נרקם קשר של שתיקה, שנמשך לאורך כל תהליך החונכות. התוצאה היא, שחונכות "דרור הנגב", מקדמת את הילדים, אך לא נותנת להם ידע, הבנה וסיוע בהתמודדות עם השלכותיה של מחלת ההורה על הילד.

להערכתנו, ייחודה של תכנית "ציפור הנפש" מבוסס על הכרה בצורך של ילד להורה מתמודד באדם בוגר, שיהיה מוכן גם לתמוך בהתמודדותו עם סוגיות הקשורות למחלת ההורה. בשל הסטיגמה וקשר השתיקה סביב מחלת נפש, הילדים האמונים על שמירת הסוד המשפחתי, מוצאים את עצמם לעתים בודדים. נראה, שעל התכנית למצוא דרכים "לשבור את קשר השתיקה" באמצעות הכנה מוקדמת של החונכים לשוחח עם הילד על נושאים אלה באופן בלתי מאיים ומתוך הכרה ביכולתו של הילד להבין ולהתמודד עם המצב.

האם הייתה לימי הכיף תרומה למשתתפים בתכנית?

ימי הכיף אורגנו על ידי רכזות התכנית ונועדו להציע למשפחות המתמודדות בילוי, שמשלב הפעלות רבות עבור הילדים, חלקן בשיתוף עם ההורים. הפעילויות האיכותיות הונחו על ידי מומחים בתחום ו־או מתנדבים, תוך תשומת לב רבה לילדים. צילום משפחתי ויצירות שהילדים לקחו הביתה, היוו תזכורת נאה עד למפגש ביום הכיף הבא. אנשי המקצוע נהנו להפנות הורים מתמודדים לימי הכיף, ובמקרים מסוימים אף ארגנו הסעות וליווי למטופליהם.

ימי הכיף היוו מרכיב של התכנית שהתקבל בברכה רבה, הן על ידי המשפחות המתמודדות והן על ידי אנשי מקצוע בתחום. המשפחות ציינו את ימי הכיף כחלק מהתכניות המשפחתיות בחופשות הילדים, תכניות שלרוב אינן מרובות.

ימי הכיף מצטיינים בהנאה צרופה, שאין להשביטה בנושאים מטרידים, כגון המחלה. לכן, למרות שבימי הכיף הייתה התחושה של המשתתפים שנוצרה קהילה של משפחות מתמודדות, ייחודה של הקהילה וחוסנה לא צוינו באופן מפורש. מן הראוי להמשיך בפעילות מבורכת זו ולהעצים אותה על ידי שיתוף ההורים בתכנון המפגשים.

כיצד ניתן לתמוך בפיתוח דיאלוג משותף של ההורה המתמודד וילדיו לגבי מחלת הנפש?

למרות האווירה הפתוחה והמכבדת שאפיינה את התכנית, השיח הגלוי לגבי ההתמודדות עם מחלה נפשית, היה מוגבל. דיון במחלת ההורה ליווה את העבודה בקבוצות ההורים. ניכר, שההורים זקוקים גם לליגטמציה וגם למידע כדי להבין את השלכות שיש למחלתם על תפקודם ההורי. הסטיגמה העצמית והחברתית המלווה את המחלה גם היא הוותה חלק מהנושאים שנדונו בקבוצות. ברוב הקבוצות נדונו השלכות המחלה במסגרת היחסים עם בני הזוג והמשפחה המורחבת. לעומת זאת, ניסיונות להעלות בקבוצה מתן הסבר ושיחה עם הילדים על המחלה, נתקלו בהסתייגות. חברי הקבוצה נתקלו בקושי בפתיחת נושא טעון זו. התוצאה היא, שאחד הגורמים המרכזיים לפיתוח התכנית, לא קיבל מענה. התכנית מקדישה תשומת לב למתן "פיצוי" לילדים על אובדן הילדות הנורמלית, אך אינה נותנת להם ידע וכלים להבנה והתמודדות עם המורכבות של מחלת ההורה. חשוב לגבש דרכים וכיווני מחשבה בקרב אנשי מקצוע - האם וכיצד להסביר לילדים, בהתאם לגילם ההתפתחותי, מה טיבה של מחלת ההורה וכיצד להתמודד עם השפעותיה על ההורות. בתחום רגיש זה יש לבחון את מוכנות ההורה והילד ולזכור, שלצד התועלת, עלול גם להיגרם נזק.

מה תפקידה ויתרונותיה של רשת ביטחון משפחתית/או קהילתית?

בתחילת התכנית, המחשבה הייתה להתוות רשת ביטחון משפחתית בשיתוף כל בני המשפחה וגורמים מקצועיים רלבנטיים, כדוגמת תכנית טיפול "הסכמה של יוליסס" (Mercer, 2009). בתכנית הנ"ל, מתקבלות החלטות לגבי דרכי הפעולה הנדרשים במצבים בהם ההורה מתקשה לתפקד בשל מחלתו ויש צורך לדאוג לילדים. ההשערה הייתה, שתכנית מוצלחת תורמת להעצמת ההורה ולהדגשת כוחותיה הייחודיים של המשפחה. ניסיונות לעשות זאת במסגרת תכנית "ציפור הנפש" לא צלחו בשל התנגדות ההורים, שהכחישו את האפשרות של קיום משבר עתידי. בפועל, לא

הומשג מודל מובנה לפיתוח רכיב "רשת הביטחון" בתכנית. אחת השאלות שנשאלה הייתה האם לעסוק בנושא בפיתוח רשת ביטחון משפחתית בתקופת משבר או להמתין לתקופות רגיעה במחלה?

האלטרנטיבה הייתה- פיתוח רשת ביטחון קהילתית, שתהיה מורכבת מאנשי מקצוע אליהם תוכל המשפחה לפנות בשגרה וגם בעיתות משבר. השותפים ברשת הם נציגי השירותים השונים המטפלים בהורות של מתמודדים בתחומי בריאות הנפש, הרווחה והשיקום. במהלך ראיונות עם חברים פוטנציאליים לרשת הביטחון הקהילתית, הובהר הצורך בשינוי עמדות ובחיזוק ההורות של מתמודדים. ביסוסה של "ציפור הנפש" כשירות מקצועי מוביל בתחום ההורות של מתמודדים, המציעה לא רק פעילויות למשפחות מתמודדות, אלא גם תמיכה בידע ובפרקטיקה של אנשי מקצוע העוסקים בתחום, מקנה לה תפקיד משמעותי בעיצוב והבניית רשת הביטחון הקהילתית.

יחד עם זאת, הובעה דאגה לגבי היכולת של תכנית "ציפור הנפש", בדומה לקושי הקיים בשירותים האחרים, להגיע לאוכלוסייה לא מבוטלת של הורים, הנמנעים מפנייה לטיפול לשירותים הקהילתיים ומותירים גם את ילדיהם ללא תמיכה. נראה, שעל התכנית להפעיל יותר טכניקות של יישוג (reaching out) במסגרות המשרתות את כלל האוכלוסייה, לשם איתור ושילוב משפחות מתמודדות, שעדיין לא נמצאות בקשר עם המערך הטיפולי והשיקומי.

לסיכום, "ציפור הנפש" הוכיחה את עצמה כתכנית פורצת דרך מבחינת חיזוק המודעות לגבי הצורך בטיפול משמעותי בהורים המתמודדים עם מחלת נפש. באמצעות שינוי עמדות והפצת ידע בתחום, נוצרו שיתופי פעולה מהותיים, המחזקים את הצורך בקיומם של שירותים ייחודיים לאוכלוסייה זו. במהלך יותר משלוש שנים של פעילות, גובשה קהילה של משפחות מתמודדות. הפעילויות השונות בתכנית מציעות הדרכת הורים, קבוצות תקשורת להורה וילדו, חונכות אישית לילדים, חונכות אישית לאימהות, וימי כיף לבילוי משותף.

למרות ההשקעה הרבה בתכנית, ניכר כי ההשפעה של כל רכיב בתכנית מוגבלת ולכן המשך פיתוחה של התכנית מצריך חשיבה כוללת על מכלול הצרכים של חברי המשפחה המתמודדתשילוב מגוון של מענים במרכז אחד, יאפשר לכל משפחה לבחור את המענים שיסייעו לה בחיזוק ההורות. לפיכך, מומלץ, בשלב הבא, להתמקד בפיתוח שירותים בראייה משפחתית, לצד יצירת רשת ביטחון קהילתית, שתציע מענים מגוונים לצרכי כל בני המשפחה. המענים שפותחו במסגרת תכנית "ציפור הנפש" מהווים בסיס ליצירת שירותים כאלה.

ביבליוגרפיה

- אבירם, א. (2010). חוק שיקום נכי נפש בקהילה - הערכת ביניים והיערכות לעתיד: לקראת העשור השני ליישום החוק, סקירת המערך שהוקם, דרכי העבודה, התוצאות והתיקונים הנדרשים. *Medicine*, כתב עת רפואי בנושא פסיכיאטריה, 14, 14-23.
- חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס-2000, ספר החוקים, 1746, 231.
- לוינסון, ד. (2007). הפרעות נפשיות ופניה לטיפול נפשי בישראל: תוצאות ראשונית סקר בריאות לאומי 2003-2004, משרד הבריאות, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, חלק מסקר רב לאומי של ארגון הבריאות העולמי, 2002.
http://www.cbs.gov.il/publications/briut_survey/social_survey_h.htm
- מיכאל, ר. (2009). פרויקט פר"ח - דיווחי חונכים, רכזים ואנשי קשר לשנת תשס"ח, המכללה האקדמית בית ברל, היחידה למחקר והערכה.
- לכמן, מ. ורועה, ד. (2003). התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות, *שיחות*, י"ח (1), 38-46.
- מרקמן-סינמנס, ד. (1994). תיאור מודל של התערבות על ידי טיפול באמצעות אמנות, בקבוצות הורה-ילד, לילדים מעוכבי רישום, *תרפיה באמצעות אומנות*, 1 (3), 34-50.
- קסן, ל. (1994). סיווג ותכנון עבודה בקבוצות במסגרת התערבות ישירה בעבודה סוציאלית, *חברה ורווחה*, ט"ו (1), 43-62.
- Abbott, D.A., Meredith, W.H., Self-Kelly, R., & Davis, E.M. (1997). The influence of a big brothers program on the adjustment of boys in single-parent families, *Journal of Psychology*, 131(2), 143-156.
- Apfel, R.J., & Handel, M.H. (1993). *Madness and loss of motherhood: Sexuality, reproduction, and long-term mental illness*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Beardslee, W.R. (2002). *Out of the Darkened Room: When a Parent is Depressed: Protecting the Children and Strengthening the Family*, Boston, New York, London: Little, Brown and Company.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R.G., (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Brunette, M.F., & Dean, W. (2002). Community mental health care for women with severe mental illness who are parents, *Community Mental Health Journal*, 38(2), 153-165.
- Cousins, C. (2004). When is it serious enough? The protection of children of parents with a mental health problem, tough decisions and avoiding a 'martyred' child, *Australian Journal for the Advancement of Mental Health*, 3 (2), 59-66.

- Cramer, B., Robert, T.C., & Stern, D.N. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 278-300.
- Diaz-Caneja, A. & Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study, *Social Psychiatry*, 39, 472-482.
- Diggins, M. (2012). *What works? Researching success in parental mental health and child welfare work*, Literature review chapter, Unpublished Dissertation.
- Dixon, L., McFarlane, W., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, C., Falloon, I., Mueser, K.T., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to family members of people with psychiatric disabilities, *Psychiatric Services*, 52, 903–910.
- Drake, R.E., Green, A.I., Mueser, K.T., Goldman, H.H. (2003). The history of community mental health treatment and rehabilitation for persons with severe mental illness, *Community Mental Health Journal*, 39(5), 427-440.
- Finzi, R., & Stange, D. (1997). Short term group intervention as a means of improving the adjustment of children of mentally ill parents, *Social Work with Groups*, 20 (4), 69-81.
- Fraser, C., James, E. L., Anderson, K., Lloyd, D., & Judd, R. (2006). Intervention programs for children of parents with a mental illness: A critical review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(1), 9-30.
- Garvin, C. (2005). Group work with seriously mentally ill people, In Geoffrey L. Grief & Paul H. Ephross (eds.) *Group work with populations at risk* (2nd Edition), Oxford University Press, 31-45.
- Herrera, C., Kauh, T.J., Cooney, S.M., Grossman, J.B., & McMaken, J. (2007). *Making a Difference in Schools: The Big Brothers Big Sisters School-Based Mentoring Impact Study*, Philadelphia, Pa.: Public/Private Ventures.
- Lefley, H.P., & Johnson, D.L. (1990). *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill: New Directions for Mental Health Professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lindsay, G., Strand, S. & Davis, H. (2011) A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental-well-being and children's behaviour when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: the parenting early intervention pathfinder (PEIP), *BMC Public Health*, 11, 962-975.
- Manning, S. S. (102). Building an empowerment model of practice through the voices of people with serious psychiatric disability, in Wes Shera & Lilian M. Wells (Eds.) *Empowerment Practice in Social Work: Developing Richer Conceptual Frameworks*, Toronto: Canadian Scholars' Press Inc., 102-118.

- Maybery, D., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657–664.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2011). Programs for parents with a mental illness, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 257–264.
- Maybery, D., Goodyear, M., & Reupert, A. (2010). *Family focused mental health practice questionnaire*.
- Maybery, D., Reupert, A., Goodyear, M., Patrick, K., & Crase, L. (2009). Prevalence of children whose parents have a mental illness, *Psychiatric Bulletin*, 33, 22–26.
- Nicholson, J., Biebel, K., Williams, V.F., & Katz-Leavy, J. (2004). Prevalence of parenthood in adults with mental illness: Implications for state and federal policy, programs, and providers. In Manderscheid, R.W., & Henderson, M.J., (Eds). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, Chapter 10, pp. 120-137. United States: Center for Mental Health Services.
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C., & Harr-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: Parenting as proximal mediator, *Journal of Adolescence*, 28, 443-463.
- Patterson J., Mockford C., Barlow J., Pyper C., Stewart-Brown S., (2002). Need and demand for parenting programs in general practice, *Archives of Disease in Childhood*, 87, 468-487.
- Reupert, A., Green, K., & Maybery, D., (2008). Family care plans for families effected by parental mental illness. *Families in society: The Journal of Contemporary Social Sciences*, 89(1), 39-43.
- Reupert, A., & Maybery, D., (2007). Families affected by parental mental illness: A multi-perspective account of issues and interventions, *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 362-369.
- Reupert, A., & Maybery, D., (2009a). Don't forget the kids: Working with families affected by parental mental illness. In E. Moore (Ed). *Case management for community practice: A textbook for students and practitioners*. Sydney: Oxford University Press.
- Reupert, A., & Maybery, D., (2009b). Fathers' experience of parenting with a mental illness, *Families in Society, The Journal of Contemporary Social Science*, 90(1), 61-68.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2009c). A “snapshot” of Australian programs to support children and adolescents whose parents have a mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 125–132.
- Reupert, A. E. & Maybery, D. (2010) “Knowledge is power”: Educating children about their parent's mental illness', *Social Work in Health Care*, 49: 7, 630 – 646.

- Reupert, A., Maybery, D. & Goodyear, M. (2010) *A model of care for families where parents have drug and alcohol and mental health issues: Northern Kids Care – on track community program*, Unpublished manuscript.
- Reupert, A & Maybery, D. (2011). Programs for parents with a mental illness, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 257–264.
- Rogosch, F.A., Mowbray, C.T. & Bogat, G.A. (1992). Determinants of parenting attitudes in mothers with severe psychopathology, *Development and Psychopathology*, 4, 469-487.
- Rossi, P.H., Lipsey, M.W. & Freeman, H.E. (2004). *Evaluation: A systematic Approach* (7th edition). Newbury Park: Sage.
- Tierney, Joseph P., Jean Baldwin Grossman, and Nancy L. Resch, (1995) *Making a Difference: An Impact Study of Big Brothers Big Sisters*, Philadelphia, Pa.: Public/Private Ventures.
- Toseland & Rivas, (2005). *An Introduction to Group Work Practice*, Pearson/Allyn and Bacon.
- Turner, S. & Scherman, A. (1996). Big brothers: Impact on little brothers' self-concepts and behaviors, *Adolescence*, 31(124), 875-882.
- Zemencuk, J., Rogosch, F.A., and Mowbray, C.T. (1995). The seriously mentally ill woman in the role of parent: Characteristics, parenting sensitivity, and needs. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 77–92.

opportunities for mutual learning and drawing conclusions. According to the program staff, the material distributed as part of the formative and summative evaluation was valuable and contributed to their understanding and application of the findings.

Summary

"Apple of My Eye" was a pioneer program who succeeded in raising awareness for the need to provide unique services to support families who are dealing with parental mental illness. During more than three years of operation, a community of families coping with parental mental illness was developed through the different activities offered by the program, which included parenting groups, a parent-child communication group, mentoring of young mothers and children, and recreation days. A professional process that combined change of attitudes, distribution of knowledge, and mutual learning resulted in the emergence of an inter-organizational partnership geared to create a system of care.

"Apple in My Eye" was developed in congruence with needs that emerged from practice. Despite the large investment and positive findings, it is apparent that the impact of each element in the program is limited. What are needed for continued program development are a comprehensive view of the family as a unit and the provision of an array of services that would allow each family to choose the kind of support they prefer. This would mean utilizing 'family-based practice' and building communities that can offer families collaborative 'systems of care'. The knowledge and services developed by the program are valuable for further development and implementation of programs for families dealing with parental mental health.

Recreation days

The program coordinators organized recreation days two or three times a year. Family photographs and the children's creative art, which were taken home, assured that this day, would not be easily forgotten. The mutual respect, closeness, and togetherness that characterized the program were particularly noticeable on the recreation days, in which both family members and the program staff participated. The recreation days were a valued element of the program. Parents and children mentioned them as part of the family's plans for the children's vacations, which were usually uneventful. Professionals in the community encouraged their clients to participate and in some instances they organized transportation and accompanied them. Such normative families gathering can help create a supportive community of families who are coping with parental mental illness. These positive activities should be continued and empowered by involving the parents and the children in planning and implementing the recreation days.

Creating a system of care for families

An integral part of the program's development included creating partnerships with adult and child mental health, welfare, education, and rehabilitation organizations in the community. About half of the parents who participated in the program were also referred to other services in some cases with further collaboration between agencies.

An important contribution of the program was reflected by a noticeable change in the attitude of professionals concerning parental mental health. The professionals who were acquainted with the program reported awareness of the need to give more attention to the central role of parenting in their clients' life, even though this was not defined as part of their job. In light of this awareness, they asked the parents questions about their children, examined needs related to parental functioning that had not been adequately addressed, encouraged their clients to contact "Apple of My Eye", and when necessary referred them to the program.

The recognition that parents coping with mental illness are capable of being "good enough" parents, if and when they receive the necessary assistance, resulted in mutual work with a number of community-based organizations to create a community safety network that would support families in routine times and during crises. Maintenance of a system of care requires further development, funding, and implementation. A working model consisting of collaborative systems of care which provide a community safety network, is especially important for identifying families that are not yet known to or have a connection to mental health care and rehabilitation services.

Building and distributing knowledge and developing proper solutions

In the course of operating the program and becoming familiar with the target population and services available in the community, substantial knowledge was gathered regarding the needs of families who are coping with parental mental illness. This knowledge was processed and analyzed by means of collaborative learning. Eventually, the program established itself as a leading professional service in the area of parental mental health, offering not only interventions for families but also support and consultation to professionals working in this field. Learning groups, a steering committee, and a professional conference provided

service along with information and advice about parental mental illness, as well as providing suitable preparation and professional guidance during the mentoring.

Parent-child communication group using artistic tools

Due to difficulties in recruiting participants for separate children groups, it was decided to open a parent-child communication group using artistic tools. One such group was completed during the evaluation period. The group, held for 10 sessions, included 5 mother-child pairs, with the children's age ranging from 6 to 11. Closeness among and between the pairs was achieved within a creative space that was characterized by respect, collaborative decision making, and joint performance. The interpersonal ties that were established between the mothers and the children supported the participants' feelings regarding their social capabilities in contrast to the loneliness that most of them experienced, most of the time. Some of the mothers continued to stay in touch after the group ended.

During personal interviews with the evaluator, most mothers and children reported that they enjoyed the group experience and were aware of its contribution to their relationship with their child, but felt the meetings were too short and too few. The success of this group indicates the need to continue to run similar groups, enabling more time for group work.

***"Dror HaNagev"* – Big brother/sister program**

A unique big brother/sister program for children of parents with mental illness was developed in collaboration with Ben-Gurion University in Beersheba. The program, staffed by students, offered 20 mentoring sessions each year. Its goal was to support and enrich the children's world and to enable them normative childhood experiences. The mentors were supervised by a university coordinator, and received knowledge concerning parental mental illness and consultation from "Apple of My Eye" program.

During the mentoring, close relationships were established between the children and the mentors, which were characterized by warmth, continuity, and dedication. These relationships provided a safe space that enabled the children to build their self-esteem and experience enjoyable activities, in an atmosphere that conveyed a sense of caring and guidance. The findings indicated positive change in the children's behavior, as well as significant gains in the social and educational domains. The low dropout rate and high satisfaction among the children, mentors, parents, and the professionals who referred the children to the program indicate that this was a successful program.

In line with the goal of maintaining the normative character of the program, the mentors were instructed to avoid direct conversations about the parent's mental illness and its effect on the child, unless the child raised the subject. As a result, the findings did not show an impact of the mentoring relationship on the children's knowledge, understanding, and coping abilities concerning their parents' mental illness. Since, an important goal of the mentoring program is to respond to the children's need for support in working with concerns related to coping with the effects of their parent's illness, we recommend finding ways to "break the silence" by preparing mentors to talk about these issues with the children in an unthreatening manner, in correspondence with the individual child's ability to understand and cope with the situation.

facilitation of parenting groups. Volunteers served as mentors for young mothers and children, with staff supervision and training.

"Apple of My Eye" functioned in four main areas: *supporting parents, supporting children, supporting families, and supporting professional work in the field of parental mental illness.*

Group work with parents coping with mental illness

Psycho-educational parenting groups were the primary intervention used to support the parents. The main goals of the group work were to help parents gain belief in their legitimate right and capability to be beneficial parents, while strengthening family ties and parental skills. During the group work, emphasis was placed on working through self and social stigma, which frequently accompanies mental illness.

Two moderators, who had experience in work with parenting groups and people coping with mental illness, led the groups. Participants were accepted after an intake meeting with the program coordinator. Successful groups were characterized by participants who were in a stable state of mind, were in a couple relationships, and had an employment framework, and were in a fairly good financial situation. The data regarding the parents' participation in the group reflected their ambivalence about joining the group and difficulties in committing to sustained and continuous participation. The average rate of participant dropout from the project was 45%. The successful groups were able to retain a stable nucleus of about five participants, enabling continuation of the group activities. Data based on work with eight parenting groups of diverse characteristics and contents suggested that groups should be started with 13 participants, with the anticipation that about 6 would drop out after a few meetings and 7 would continue to attend regularly. The need to keep in touch with the participants during the group work was emphasized. It was also suggested that the professional who referred the parents to the group should also take responsibility for encouraging their attendance.

The evaluation indicated that proper and continuous functioning of the group required improvement in marketing and publicity of the program in the professional community, and especially among the population of coping parents, many of whom were unfamiliar with the program.

The findings confirmed the need for running special groups for parents who are coping with mental illness. Considering the depth of the group processes, it is necessary to reconsider the optimal duration of the group. Most of the participants felt that the group was too short and did not include enough time to practice suggested changes.

Mentoring mothers

In the course of running the program, the staff identified special needs of young mothers raising preschoolers that were not addressed by other services in the community. Therefore, they offered these women additional individual mentoring by experienced mothers. The mentoring relationships proved to be a valuable source of aid. However, only a small number enjoyed this service, due to the difficulty in recruiting veteran mothers on a voluntary basis. In our view, the difficulty in recruiting mentors can be attributed mainly to the social stigmas attached to mental illness. Overcoming this barrier would require marketing this

Executive Summary

Meeting the needs of children whose parents suffer mental illness is an increasingly common problem. Contemporary social policy emphasizes that people with mental illness should optimally be based in the community and that those who are parents should be supported so that they can continue to care for their children. However, the awareness of the strong association between parental mental illness and difficulties in the development and psychosocial adaptation of their children has yet to lead to broad support for service initiatives that address the needs of both mentally ill parents and their children. "Apple of My Eye": activities and counseling center for parents and children coping with parental mental illness, is a unique innovative program.

Goals of the program

The aim of the program was to strengthen parental functioning, provide responses to children's needs, and develop a community safety network to serve families coping with mental illness, routinely and in times of crisis. For this purpose, collaborations were established between mental health, social welfare, and rehabilitation services. Knowledge of the needs raised by the parents and children who participated in the program was used to develop effective solutions in the community. This paved the way for further implementation of services offered to families who are coping with mental illness.

Evaluation of the program

The research, which included formative and summative evaluations, monitored the program's implementation for three and a half years at its original site, a mental health center in Beersheba, and its adoption two years later by the Shelav Rehabilitation Company in Kfar Saba. The evaluative research was based on data collected using a variety of research tools: review of the literature; analysis of documents related to the program; non-participant observations; documentation of events; and questionnaires and interviews with staff and clients in the program and with professional in adjacent services.

Program population

"Apple of My Eye" was designed for families who were coping with parental mental illness, including families whose children had been placed in out-of-home care. In most cases, the families joined the program through referral by professionals in mental health, rehabilitation, and social welfare services. The client population was comprised of 140 families from Beersheba and 110 families from Kfar Saba. Half of them received therapeutic interventions. The most common combination of activities was participation in recreation days, parenting groups, and child mentoring.

Description of the Program, Findings & Recommendations

The program staff included a part-time director and coordinator for each site. During the first two years, a project manager worked with the program, pulling together resources, working with the staff, and developing the program. Other professionals were recruited for special tasks, such as supervision and



The National Insurance Institute

Funds for Service Development – Demonstration Projects

"Apple in My Eye":
Activities and Counseling Center for Families
Coping with Parental Mental Illness

by

Atalia Mosek, DSW

Jerusalem, August 2014