

המוסד לביטוח לאומי

האגף למחקר ותכנון

עמדות האוכלוסייה
כלפי שאלות של
בריאות הנפש

(ממצאים מתוך סקר בשכונות מצוקה בירושלים)

מס. 10

מפעלים מיוחדים

המוסד לביטוח לאומי
האגף למחקר ותכנון

עמדות האוכלוסייה
כלפי שאלות של
בריאות הנפש
(ממצאים מתוך סקר בשכונות מצוקה בירושלים)

מאת:
נעמי פנטון

ירושלים, נובמבר 1980, כסלו התשמ"א

ה ק ד מ ה

המוסד לביטוח לאומי במסגרת המפעלים הנסיוניים הנערכים בעידודו ובמימונו החליט להענות ליוזמתו של המרכז לבריאות הנפש "עזרת נשים" להקים במסגרת נסיונית שירות לפסיכולוגיה קהילתית בשתי שכונות מצוקה בירושלים: בשכונת רוממה ובשכונת שמואל-הנביא. שכונות אלה נבחרו מתוך הערכה שקיימת בהן אוכלוסיה שתזדקק לשירותים המוצעים במסגרת המפעל הנסיוני.

בשלב התכנון של השירות ערך האגף למחקר ותכנון סקר מוקדם במטרה לבדוק את עמדותיה של האוכלוסיה כלפי השירות המוצע, מתוך כוונה שהמצאים יסייעו לכוון ולמקד את השירות על הצרכים שיאותרו. ממצאים עיקריים מתוך סקר זה מתפרסמים בחוברת זו. בנספח ב' מוצגים בקצרה ההיבטים הטכניים והתפעוליים של השירות. סיכום מפורט של היבטים אלה הוכן ע"י המרכז לבריאות הנפש "עזרת נשים".

המפעל נערך במסגרת המפעלים הנסיוניים של ענף אמהות וילדים, בראשותה של גב' רינה ברקאי, וברכזה של גב' רבקה שי.

המחקר המדווח בחוברת זו נערך באחריותה של גב' געמי פינטון מהמחלקה להערכת גימלאות ארוכות מועד שבאגף מחקר ותכנון בראשותו של מר שלמה כהן.

תודתי נתונה לצוות המקצועי של מרפאת הצפון במרכז לבריאות הנפש "עזרת נשים", אשר ליוו את הפרוייקט, ונחננו תמיכה מתמדת ותגובות מועילות למחקר זה.

במיוחד תודה למר גבי שפיר אשר תרם פרספקטיבה והבנה פסיכולוגית, העשיר את כל הדו"ח ובמיוחד הסביר את הממצאים, וכן לפרופ' חיים דסברג עבור הערותיו הענייניות והקונסטרוקטיביות בעת קריאת טיוטת דו"ח זה.

תודה מיוחדת לר"ר אלכס קליין מהאגף למחקר ותכנון, אשר בנה והריץ את התוכנית הסטטיסטית שאפשרה ניתוח של תת-קבוצות.

לגב' טובה ידידיה תודה על ניהול צוות המראיינים; למראיינים ולמרואינים תודה עבור חלקם שבלעדיו לא מתבצע המחקר.

אני מקוה שדו"ח זה יתרום במידת מה להתפתחות העתידית של מסיכולוגיה קהילתית בצפון ירושלים.

גירה שמאי
סמנכ"ל מחקר ותכנון

תוכן עניינים

עמוד

הקדמה

רשימת פרסומי האגף למחקר ותכנות

1	.1	רקע
4	.2	יעדים
5	.3	השיטה
7-17	.4	ממצאים
7	א.	תיאור המדגם
8	ב.	גישות לבריאות הנפש
10	ג.	תת-קבוצות
18	.5	דיון
21	.6	מסקנות והמלצות
23		ביבליוגרפיה
25		נספח א' - השאלון
41		נספח ב' - המפעל המיוחד לפסיכולוגיה קהילתית בצפון ירושלים - סכום קצר

1. הקע

במרוצת 20 השנים האחרונות חלו שינויים מפליגים בגישתם של הגורמים המטפלים בבריאות הנפש, הן כלפי מגזר האוכלוסיה הבריאה, והן כלפי מיגזר האוכלוסיה החולה (קוון ואחרים 1967; איסקו ושפילברגר 1970; רפפורט 1977).

ניתן להיווכח בתהליך התקרבותן של המוסדות לבריאות הנפש לאוכלוסיות היעד שלהם - אפילו עד כדי הוצאת אנשי צוות מקצועיים מתוך סביבתם הרשמית, כדי שיוכלו לפעול ישירות בתוך מרחב המחיה האקולוגי של אוכלוסית החולים. בו בזמן הביא המגע ההדוק עם האוכלוסיה לאימוץ גישה של מניעה ראשונית, הלובשת צורה של מגמה גוברת והולכת להתערבות מוקדמת במישור האישי והקהילתי, וזאת, על מנת למנוע התפתחותן של מחלות נפש (קפלן 1964; דור 1977).

נראה שתהליך ההינתקות מן המודל הרפואי המסורתי של תוכן השירות ומתן השירות אינו מלווה בליברליזציה מקבילה בדרכי תכנונו (גרינבלט 1978). אוכלוסית- היעד הטיפוסית אינה נוטלת חלק בעיצובו של השירות, ומעבר לתפקידה כלקוח אינה זוכה אלא בהתחשבות עקיפה. מחקר זה טוען כי ביטוי ישיר של תקוות, ציפיות וחבנה מצד האוכלוסיה עשוי למלא תפקיד חיוני, עוד בשלב התכנון של שירותים שבסיסם בקהילה.

במקום בו הדברים הללו אינם קיימים, הובחן מזה זמן-מה בפער שקיים בין נותני השירות ומקבליו, ובהשפעתו השלילית על כושרו של השירות לתפקד ביעילות. ועידת ג'נבה לענייני הנירה, בריאות הנפש ובריאות הקהילה, הכירה בשנת 1966 בצורך לגשר על הפער הזה בין נותני השירות והאוכלוסיה המקבלת. הוטעם הצורך באימוץ גישות החורגות מהמקובל ע"י מוסדות קיימים, ובמיוחד ע"י פסיכולוגים, על מנת להגיע אל האנשים שאין מגיעים אליהם בהווה. המלצות הועידה כללו תכניות חינוך ציבוריות וסקרים אפידמיולוגיים.

מאידך כלל לא אוזכרו סקרי גישות הציבור. אין הכוונה כי לא נחקרו גישות הציבור בנושאי בריאות הנפש. הגישות כלפי מחלת הנפש וחולה הנפש נחקרו ממכלול טעמים, אך ככל הנראה לא למטרת שילובן בעיצוב השירותים. לרוב נערכו מחקרי הגישות הללו מתוך כוונה לעמוד על הגישות הרצויות בציבור בשאלת בריאות הנפש באורח כללי (רבקין 1979). מחקרים אחדים, ממוקדים יותר, מציבים לעצמם תחומי גישה מיוחדים. אחד מהם מודד את שיעור הדחייה החברתית של חולי נפש (קמניג וקמינג 1957). ביטויים שונים של דחייה נבדקו בגישות עוינות ומתאכזרות של הציבור (פרינה והולנד 1966) ואי-נכונותם של מעסיקים להעסיק חולי נפש לשעבר (אולשנסקי 1959).

מחקרים ממושכים יותר ניסו לערוך מעקב תקופתי (קרוע' טי ואחרים 1972), ומחקרים השוואתיים ערכו השוואת הברלים תת-אוכלוסייתיים (לומברוזו ואחרים 1976). כפי שנמצא, השתנו גישות גם בהתאם למקור הסיוע שהונש (פיליפס 1964). מאלף במיוחד לגבי מחקר זה הוא הממצא, כי במידה שבקשת הסיוע מופנית לפסיכיאטר או לפסיכולוג בבי"ח או במרפאה לבריאות הנפש, חזקה הדחייה החברתית, לדברי הפונה, מזו הבאה לידי ביטוי כאשר הוא פונה לאדם שפחות נוטים לזהותו עם מחלת נפש, כגון פסיכולוג בבי"ח.

בדרך כלל נחקרים מקבלי השירות במונחי תגובתם בתחום נסיבות השירות הנתונות. כקטגוריה זו נכללים הסקרים המתמקדים בשירות, הנערכים במטרה לאמוד את מידת שביעות הרצון של מקבלי השירות (ויינשטיין 1979; גורין ואחרים 1960). יתרה מזאת, מחקרים מסוג זה מבוססים יותר על הערכת מומחים מאשר על דיווחים עצמיים (קליין 1970). כך נחקרים מקבלי השירות במונחים של סיגנון הפנייה לעזרה ומניעתה (גורין ואחרים 1960), ולא לגבי השקפתם באשר לסוג השירות שהיו מעדיפים. צוינו מאפייני פסיכולוגיית הקהילה (מילר 1960), תוך עקיפת הצורך בשילובן של גישות המקבלים בתכנון השירות. אחרים (פולי 1975) מתארים נסיבות, בהן לא זיהה סגל המרכזים לבריאות הנפש צרכים בולטים לעין, פיוון שאמות המידה של השירות היו בלעדיות לאנשי מקצוע.

שירותי הקהילה תוארו ע"י חברי הצוות המקצועיים כשירותים חדשניים המופנים כלפי החלק חלא-חולה באוכלוסיה. בהתאם לכך מתאר גרינבלט (1978) את בדיקת רעיונות האוכלוסיה במונחים של סקר משאבים, אך לא בצורת סקרי גישה. "במידה רבה משקפים השירותים קונצמציות של אנשי מקצוע, לגבי ראייתם הם את צרכי הקהילה, העשויות לעתים להיות בעלות זיקה מועטת ביותר לקדימויות, כפי שאלה נראות בעיני החושבים עצמם" (עמ' 199).

מכל מקום ידוע לעוסקים בעבודה המעשית, כי הגישות הקהילתיות מהוות גורם החלטה נכבד, האם להסתייע בשירות כמקרה הצורך. מנקודת ההשקפה של הקהילה, מוכרת נטייה להימנעות בקרב הציבור, באשר להיזקקות לשירותים הפסיכיאטריים הקיימים. כתופעה ידועה למדי במרפאות חוץ מקומיות, ניתן לייחסה עפ"ר לסטיגמה החברתית המתלווה לאלה שהופנו לטיפול פסיכיאטרי, ובחלקה למכשולים בדמות ההליכים המינהליים המייגעים, אותם יש לעבור (פנצטה 1975).

השלב הבא בתכנון שירותי קהילה הוא הדגשת חשיבותה של הערכת האוכלוסיה את צרכיה היא, וגישותיה כלפי השירותים שניתנו לה (ברטון 1978). למרות המודעות לחשיבותן של עמדות וגישות האוכלוסיה, טרם השכילו לכלול אותן בתכנון השירותים, ומצויים תיאורים של פרויקטים קהילתיים גדולים, בהם נעדר גורם זה (גורין ואחרים 1960, סרול ואחרים 1962).

המחקר המתואר להלן מהווה נסיון לספק שלב זה, ולכלול בתכנון השירותים גישות קהילתיות. התחשבות הן בפרספקטיבות המקצועיות המתרחבות, והן בצרכי החולה, הובילה להצעתו של שירות בריאות נפש קהילתי כוללני, האמור לכלול את המרכיבים הבאים, כאשר מחקר זה מהווה בו את סעיף 4:

- (1) מתן ייעוץ מיידני וטיפול בבעיות יום-יומיות, שאינן מוגדרות בהכרח במונחים של הפרעה נפשית.
- (2) מניעת הפרעה נפשית חשודה באמצעות זיהוי והתערבות מוקדמים ככל האפשר.
- (3) קידום המודעות לשאלות בריאות הנפש בקהילה.
- (4) בדיקת המידע, העמדות, הגישות וההתנהגות של אוכלוסיית-היעד לגבי שאלות בריאות הנפש הקהילתית, והכללת המידע בפרוייקט המתוכנן.

2. י ע ד י ם

- א. תיאור האוכלוסיות עבורן תוצע התכנית הנסיונית למניעה ראשונית, במונחים של משתנים הקשורים בבריאות הנפש, והם:
- הגדרתם את בריאות הנפש ואת חולה הנפש.
 - מידת המידע שברשותם.
 - הבנתם לגבי השימוש הנכון בשירותים.
 - גישותיהם כלפי משתמשים אחרים.
 - הנכונות האישית להסתייע בשירותי בריאות הנפש.
- ב. זיהוי מאפיינים והכדלים בקרב הקהילה, כדי לקבוע את כוון וטיב התשומה הפסיכולוגית, שתרכה מכל לתרום לבריאות הנפש בקהילה האמורה.
- ג. ניסוח המלצות לאנשי מינהל בריאות הנפש באשר לתפקידיו האפשריים של הפסיכולוג בתכניות יזומות פעילות, במונחים של צרכי האזרח וגישותיו.

3. השיטה

נאסף מידע באמצעות שאלון, אשר חולק במסגרת ראיון למדגמים שנבחרו באקראי, לפני חקופת הנסיון.

מדגם - המדגמים שמהם נאספו כל הנתונים המפורטים להלן, נבחרו מתוך שלוש שכונות מגורים חדשות אפייניות, מעוטות הכנסה וצפופות אוכלוסין בירושלים: שמואל הנביא, רוממה וקריית מנחם. כל דגימה נבחרה ע"י פנייה אקראית אל מבקרים בוגרים (בני 16 ומעלה), בכל אחד משלושת המרכזים הקהילתיים שבשכונה. הבחירה נפלה על מרכזים קהילתיים, מאחר שהם נחשבים למוקד הפעילות לכל חלקי הקהילה, וככאלה מהווים את מקומם המיועד של השירותים הנסיוניים.

מודדים - נעשה שימוש בשאלון שעיקרו שאלות סגורות, אשר כלל 141 פריטים. גירסתו הסופית של השאלון נקבעה לאחר ניסוי שדה של שאלון-טיוטה, בפברואר 1978. ניסוח הנישוח דלהלן חואם ישירות את מינוח השאלון. יש לציין במיוחד, שלכל אורך הראיון מכוון המונח "פסיכולוג" לפסיכולוגים ופסיכיאטרים כאחד. ההבחנה בין שני המקצועות נראתה מסורבלת מדי, ולעתים קרובות בלתי מובנת, לאוכלוסייה הנחקרת.

איסוף נתונים - כל הראיונות נהלו ע"י שישה סטודנטים למדעי החברה, שתורגלו במיוחד למשימה זו. הראיונות, שארכו כ-40 דקות, נערכו בארבע עינים והתקיימו במרכז הקהילתי בחדשי מארס ואפריל 1978. אי-ביצוע ראיון כתוצאה מסירוב המראיין נמצא כגורם שניתן להזניחו.

טבלה מס' 1

ש כ ו נ ה	מס' הראיונות
שמאל הנביא	83
רוממה	75
קרית מנחם	75

שיטת הניתוח - כל השאלונים נבדקו, נערך ניתוח תוכן והמידע הועבר לדיסקת מחשב. כל הניתוחים בוצעו במחשב סי.די.סי. במוסד לביטוח לאומי. ממצאים תיאוריים וכן הממצאים ששימשו להשוואה בין הדגימות התבססו על שכיחויות, ממוצעים, סטיית תקן ומבחני χ^2 .

השיטה ששימשה לזיהוי מאפיינים והבדלים תוך-אוכלוסייתיים, ואשר איפשרה למקד את משתני המפתח, המאפיינים בבחירות מירבית את השונות הרבה ביותר בקרב האוכלוסייה, היתה "ניתוח גורמים של מקבילים" (בנזקרי 1976). שיטת ניתוח זו מעניקה תמונה סטטיסטית מרוכזת של כלל האוכלוסייה, כפי שהיא מתאפיינת ע"י 141 משתנים, וחושפת את הגורמים העיקריים להבדלים בקרב האוכלוסייה. היא מספקת בין היתר:

- את המאפיינים העיקריים, המסייעים להבחנה בקרב האוכלוסייה.
- את היחס בין המאפיינים הללו.
- את מיקומם של פרטי האוכלוסייה בהתאם למאפיינים שנתגלו.

ניתוח גורמים של מקבילים הוביל במחקר זה ל-5 צירים, המאפיינים את 5 ההבחנות התוך-מדגמיות במשתנים שנחקרו. כל ציר כלל מספר משתנים, בסדר חשיבות יורד, שעבורם צריך היה לזהות את המכנה המשותף. 5 הצירים הם בסדר חשיבות יורד.

פיזור המקרים הפרטיים לאורכו של כל ציר לובש צורת רצף, המתמשך מהתגובה השלילית ביותר, דרך הנקודה האמצעית הנייטראלית, אל הנקודה הקיצונית השנייה של תגובה חיובית. לצורך בדיקה מעמיקה יותר של ההבדלים התוך-דגמיים, חולק כל אחד מ-5 הצירים ל-3 קבוצות, כאשר הראשונה בהן כוללת את ה-20% התחתונים של הנבדקים, השנייה את הגוש האמצעי, המהווה כ-60% מהנבדקים, ואילו השלישית את ה-20% העליונים. השוואות המתבססות על נתונים אלה נערכו בין 3 התת-קבוצות באמצעות מבחן χ^2 . פירוטה הממצאים הללו מתקדים בשתי התת-קבוצות הקיצוניות אך ורק לשם השגת בחירות מירבית של ההבדלים.

4. ממצאים

מדור זה כולל 3 תת-מדורים: הראשון מהווה תיאור דמוגרפי של המדגם, השני מפרט את גישות הנבדקים במדגם לבריאות הנפש באופן כללי, ואילו השלישי מזהה את תת-המדגמים הניתנים להבחנה במונחים של תגובתם השונה לנושאי בריאות הנפש.

א. תיאור המדגם

מדגמי שלושת המרכזים הקהילתיים שנבדקו, נמצאו באופן כללי דומים וניתנים להתייחסות במדגם אחד. מבחינה דמוגרפית נמצאו הבדלים ב-3 מתוך 16 נקודות, אולם אלה לא היו משמעותיים דיים עד כדי גרימת הבדלי גישה בין הקבוצות.

טבלה מס' 2

השוואה בין שלושת המרכזים הקהילתיים, כפי שנמדדו ע"י ניתוח שונות חד-כיווני

רמת מובהקות	ערך	משתנים בעלי תיאור	מספר	סה"כ המשתנים שנמדדו	
				משתנים	סה"כ
$p < .04$	3.37	מידע על שירותי בריאות מקומיים	1	18	משתנים הקשורים לבריאות הנפש גישות לעצמו, למשפחה ולקהילה
$p < .04$	3.31	מדר שביעות הרצון עם הבית	4	9	
$p < .02$	3.99	קריאה עם הילדים			
$p < .01$	9.78	הגישה לשעורי הבית של הילדים			משתנים דמוגרפיים
$p < .01$	4.89	מדר הרגשה עצמית			
$p < .01$	18.44	גודל המשפחה	3	16	
$p < .01$	4.82	שנת לידה			
$p < .01$	6.60	שנות לימוד			
			8	42	סה"כ

כלל אוכלוסית המרכזים הקהילתיים שרואינה מנתה כשני-שליש נשים וכשליש גברים, כשני-שליש נשואים וכשליש לא-נשואים, כאשר מרבית הלא-נשואים הם רווקים. הגיל הממוצע בעת הראיון היה 29, עם פיזור רחב מ-16 עד 68 שנים. מכין ההורים היו כמחציתם הורים

לילד אחד או שנים, ואילו ליתר היו עד 9 ילדים. אם להתחשב בגיל הממוצע הנמוך, ברור שמדובר באוכלוסיית משפחות מרובות ילדים.

תנאי הדיור משתנים אך מעט. למעלה ממחצית האוכלוסייה התגוררה בדירות בנות שלושה חדרים, וחלקן הגדול של היתר בדירות בנות שני חדרים, ואילו ל-10% בלבד היו למעלה מ-3 חדרים. הצפיפות הממוצעת הסתכמה ב-1.7 נפשות לחדר.

מחצית האוכלוסייה היו ילידי הארץ. מבין היתר עלו כמחציתם מצפון-אפריקה ורבע ממדינות אמריקניות אחרות ומאסיה. היתר עלו ממדינות מזרח ומערב-אירופיות שונות.

כמעט כל האוכלוסייה זכתה בחינוך כלשהו, אולם 9% לא השלימו את החינוך היסודי. רבע נוסף חדלו ללמוד עם סיום ביה"ס היסודי. הרוב, מאידך, המשיכו בלימודיהם בבי"ס תיכון, בלימודים אקדמיים או בבי"ס מקצועי, וחמישית מתוכם זכו בחינוך על-תיכוני כלשהו.

קבוצת המקצוע הגדולה ביותר התרכזה בשירותים או במקצועות סקידות, אחריה בעלי המקצועות האקדמאיים, המדעיים והטכניים, ואילו הקטנה ביותר היתה קבוצת הפועלים, אך גם זו היוותה קבוצה בולטת והסתכמה ב-16% מהאוכלוסייה. רק מחצית מהנשים נכללות בניתוח זה, שכן המחצית השניה כוללת עקרות בית בלבד. מלבד עקרות הבית 10% מהאוכלוסייה לא היו מועסקים בעבודה כלשהי בעת הראיון. 35% עבדו במשרה מלאה, ו-22% הנוותרים עבדו במשרה חלקית.

לרשות המשפחה הממוצעת עמדה הכנסה של 4,500 ל"י בקירוב, אך הפיזור היה רחב. (ההכנסה הגלמית הלאומית הממוצעת למשפחה, כאשר אב המשפחה הוא עובד עירוני שכיר, הסתכמה באותה תקופה, מארס 1978, ב-10,160 ל"י¹).

ב. גישות לבריאות הנפש

נראה שגישה חברתית אחראית מוצאת את ביטוייה בעובדת הסכמתם של 90% מהמשיבים, כיראוי שהציבור ידע ויפעל יותר למען חולה הנפש, וכי ראוי שהשירותים ישופרו.

1) חושב ע"י האגף למחקר ותכנון במוסד לביטוח לאומי, בהתבסס על הירחון הישראלי לסטטיסטיקה, יוני 1978, (6), 37.

בקרב המשיבים לא רווחה בהירות יתרה באשר לגורמי מחלת הנפש. מעט למעלה משליש סברו כי ראשיתה בילדות. בה בעת נמצאה מודעות ברורה לאפשרות ההיזקקות לשירותי בריאות הנפש בשלב מאוחר יותר בחיים. למעלה מ-70% סברו כי מרבית האנשים עלולים להזדקק לסעד נפשי בתקופה זו או אחרת בחייהם, ולא היו סבורים כי אלה הבריאים בדרך כלל חורגים מגדר אפשרות זו. מתונה בהתאם היתה תדמיתם של מקבלי הטיפול הנפשי. מיעוט קטן ראה במקבלי הטיפול טיפשים מעיקרם, 13%; או תקפנים, 29%.

למעלה מ-60% הסכימו כי מרבית האנשים המצויים בתהליך טיפול נפשי כשרים למילוי תפקיד או לקבלת החלטות כאחד האדם, בעוד שמרבית הנוחרים חסרו וודאות וכ-10% ראו בהם אנשים הכשרים במידה פחותה מאד למילוי תפקידים וקבלת החלטות.

לצידן של גישות סובלניות ואפילו מתקדמות בכללן כלפי השירותים וחולה הנפש, מצוייה גישה נוקשה יותר באשר למגע האישי הישיר. גישה זו באה לידי ביטוי בדעה, כי על השירותים אשר כ-90% מהמשיבים תומכים בהם להימצא בריחוק מהחלק הבריא באוכלוסייה, ושותפים לדעה זו 40% מהם. למעלה ממחצית המרואיינים סברו כי נקל לזהות את חולי הנפש. כשליש סברו כי מי שאינו איש מקצוע אין בידו ליצור מגע עמם, ולמעלה משליש לא סברו כי יעלה בידם להבין את התנהגותם המוזרה של חולי הנפש, וכן סברו כי מגע הדוק עמם צפוי שיגרום להתמוטטות עצבים באדם הבריא.

גישה שלילית זו של מיעוט בלתי מבוטל מוצאת חיזוק מקביל בתדמיתו השלילית של הטיפול. למעלה משליש סברו שפסיכולוג עשוי יותר לגרום נזק מאשר לעזור ללקוחו. בדומה לכך סברו למעלה משליש כי אין הפסיכולוג עושה יותר מאשר לספר ללקוחו את מה שידוע לו ממילא אודות עצמו, וכמחציתם סברו כי דיבור אינו האמצעי היעיל לטיפול בבעיות.

ההערכה השלילית לגבי הפסיכולוג נחמצתה בגישתו של גרעין קטן מהמשיבים, שדבקו ברושם המופרך מיסודו, כי עבודתו של הפסיכולוג מסתכמת בבדיקות דם, צילומי רנטגן והלם חשמלי.

גם בתחומים קרובים אחרים נמצא המידע שברשות המשיבים דל למדי. לדוגמא, שליש מהם לא יכלו להצביע על מוסד המגיש שירותים פסיכולוגיים. המקום שהרבו ביותר בהזכרתו היה ביה"ח למחלות נפש, עליו הצביעו 26% מהמשיבים. לאיזכור מועט ביותר זכו מקומות יותר חדשניים, וכפי הנראה אף נעימים יותר, כגון פסיכולוג ביה"ח - 2%, המרפאה המקומית - 6% או המרכז להכוונה וטיפול בסטודנטים - 1%. נראה כי עובדה זו מצביעה על כך, שהתדמית

הרווחת של מרכזי הטיפול לבריאות הנפש מיושנת, וכי מעט מזעיר ידוע בדבר הגישות החדשות, המנסות להמעיט את היסוד המאיים.

כיוון שכך, אין בזאת משום הפתעה שכאשר עומתו המרואיינים עם סדרה של נסיבות נפשיות בעייתיות היפוטטיות ונתבקשו להגיב עליהן, השיבו 4%-3% בלבד כי יגיבו בהיוועצות בפסיכולוג. יוצאות דופן שתי נסיבות, שבהן מתואר ילד כבעל הבעיה, ופה עולה בצורה חדה אחוז המוכנים להיוועץ בפסיכולוג ומגיע ל-16% ו-25%.

בחייהם הפרטיים נועצו 30% מהמשיבים בפסיכולוג בזמן זה או אחר, בעיקר ע"פ המלצת איש מקצוע, אולם גם בעקבות המלצת קרוב משפחה או ביזמתם הם. מרבית קבוצה זו קטעו את המגע עם הפסיכולוג מיזמתם, לאחר פגישות ספורות בלבד, וסברו שהפסיכולוג סייע להם במידה מסויימת.

ג. תת-קבוצות

מניתוח הגורמים נבעו חמישה צירים עיקריים, הניתנים להנדרה, בסדר חשיבות יורד, והם:

1. ריחוק משאלות חיים בעייתיות
2. מגע עם פסיכולוג
3. גישות לבריאות הנפש
4. קבלת מחלת הנפש בקרב הקהילה
5. הכרה בצורך בפסיכולוגים

ראוי לציון כי אין חמשת הצירים תלויים זה בזה. אפילו הציר הראשון, החוק מכולם בניתוח זה, הוא חלש יחסית, ומצביע על מידת הומוגניות גבוהה בגישות כלפי בריאות הנפש לכל אורך המדגם שרואיין.

כמות הנתונים הניכרת הנובעת מניתוח זה מוצגת באמצעות:

1. ציור מס' 1, הנותן תמונה מרוכזת כוללת של כל 5 הצירים.
2. מלים ספורות להבהרת כל ציר, המלוות ב-:
3. היסטוגרמות המתארות בצורה חזותית נקודות מסויימות המאפיינות ציר זה.

ציור מס' 1
תיאור מסכם של 5 הצירים המתקבלים ע"י ניתוח גורמים של מקבילים
בסדר חשיבות יורד

ציור מס' 1: ריחוק משאלות-חיים בעייתיות

מבחין בין	ובין	מבחין בין
<p>חרחוקים משאלות-חיים בעייתיות</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: מנסים להביא לתיקון מצבי-דחק היפוטטיים. טוברים כי שירותי בריאות הנפש הקיימים הם נאותים. בעלי גישה שלילית יותר לנושאי בריאות הנפש באופן כללי. אינם רואים מגע עתידי עם פסיכולוג כסביר.</p> <p>הנוטים להיות: (לא נשואים) _____ (חסרי ילדים) _____ (צעירים) _____</p>	<p>ובין</p>	<p>המדעים לשאלות-חיים בעייתיות.</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: פחות מרוצים משירותי בריאות הנפש הקיימים. בעלי גישה כללית חיובית יותר כלפי שירותי בריאות הנפש. מייחסים סבירות גבוהה יותר למגע עתידי עם פסיכולוג. מתעלמים או מתחמקים ממצבי-דחק היפוטטיים.</p> <p>הנוטים להיות: (נשואים) _____ (הורים) _____ (מבוגרים יותר) _____</p>
	P < .01	
	P < .01	
	P < .01	

ציור מס' 2: מגע עם פסיכולוג

מבחין בין	ובין	מבחין בין
<p>המצויים במגע עם פסיכולוג (בעבר, בהווה או עתיד בעתיד)</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: כמגע עם אחרים המצויים בטיפול. בעלי תחושה שלילית כלפי עצמם. חשים בחטטה רבה מצד ילדיהם. מעריכים באופן שלילי את סביבתם.</p> <p>הנוטים להיות: (משכילים פחות) _____ (עובדי-אקראי) _____ (בעלי מקצועות נחותים) _____</p>	<p>ובין</p>	<p>אינם מצויים במגע עם פסיכולוג (בעבר, בהווה או עתיד בעתיד).</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: אינם במגע עם אחרים בטיפול. בעלי תחושה חיובית כלפי עצמם. בעלי תחושה חיובית יותר באשר לילדיהם. מעריכים את סביבתם ביתר חיוב.</p> <p>הנוטים להיות: (משכילים יותר) _____ (עובדים סדירים) _____ (בעלי מקצועות גבוהים יותר) _____</p>
	P < .02	
	P < .02	

ציור מס' 3: גישות כלפי בריאות הנפש

מבחין בין	ובין	מבחין בין
<p>בעלי הגישות השליליות פחות לבריאות הנפש</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: בעלי נכונות מסוימת למגע עם חולי נפש. מכירים בבעיות בריאות נפש בסביבתם. גורסים אפשרות טיפול. פתוחים למגע אפשרי בעתיד עם פסיכולוג. פחות סובלנים לגורמי גירוי יום-יומיים בבית.</p> <p>הנוטים להיות: (משכילים יותר) _____ (בעלי חשבון בנק) _____ (יותר גרושים) _____ (ממוצא אמרי-אסייני) _____</p>	<p>ובין</p>	<p>הרוחים את נושא בריאות הנפש ורואים אותו כמאיים, מרוחק, בלתי-פתור.</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: גורסים הפרדה בין השירותים לאוכלוסייה הבריאה. רואים בטיפול סטיגמה ניכרת. מייחסים תדמית מוטעית לפסיכולוג. בעלי מידע מוטעה על מחלת הנפש בסתומה, מסוכנת והשוכת-מרפא. מגיבים כדחייה במצבים בעייתיים.</p> <p>הנוטים להיות: (משכילים פחות) _____ (חסרי חשבון בנק) _____</p>

ציור מס' 4: קבלת מחלת הנפש בקבילה

מבחין בין	ובין	מבחין בין
<p>הרואים את נושא בריאות הנפש כחלק אינטגרלי מהקהילה</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: מכירים בחיזוקות הקהילה לשירותים פסיכולוגיים. מוכנים למגע עם מחלת נפש.</p> <p>הנוטים להיות: (צעירים יותר) _____ (לא נשואים) _____ (משכילים יותר) _____ (מרבית יותר להעורר בבנק) _____</p>	<p>ובין</p>	<p>הגורסים כי מסומן של בעיות בריאות הנפש הוא מחוץ לקהילה.</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: גורסים פחות השירותים בריחוק מהאוכלוסייה הבריאה. אינם מסוגלים לברא במגע עם מחלת נפש.</p> <p>הנוטים להיות: (מבוגרים יותר) _____ (נשואים) _____ (משכילים פחות) _____ (ממעטים יותר לחינור בבנק) _____</p>
	P < .01	
	P < .01	

ציור מס' 5: הכרה בצורך בפסיכולוגים

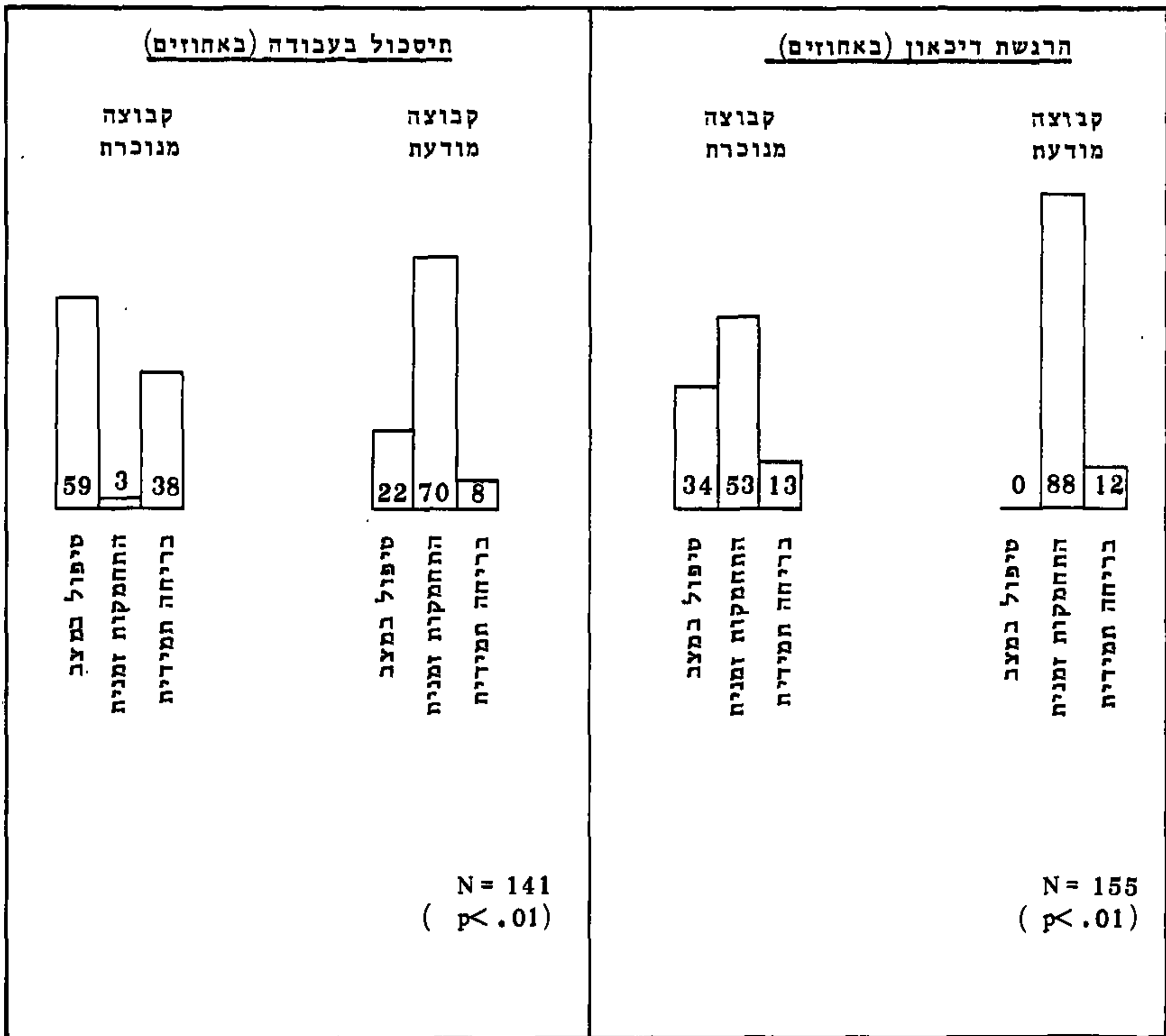
מבחין בין	ובין	מבחין בין
<p>בעלי גישה זהירה-חשדנית כלפי הפסיכולוג</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: מכירים בצורך בפסיכולוג - לאחרים בלבד. בעלי גישה חיובית יותר לשכונת מגוריהם. סבורים שדידיהם מרובים יותר. סבורים שמספר בעיותיהם הוא ממוצע.</p> <p>הנוטים להיות: (לא נשואים ברובם) _____ (צעירים יותר) _____ (משכילים יותר) _____</p>	<p>ובין</p>	<p>הרוחים כל תפקיד אפשרי לפסיכולוג.</p> <p>אשר ניתן לאפיינם כ: בעלי רגשות שליליים יותר כלפי השכנים ושכונת המגורים. חשים ריבוי בעיות אישיות בהשוואה לאחרים.</p> <p>הנוטים להיות: (נשואים ברובם) _____ (הורים) _____ (משכילים פחות) _____</p>
	P < .01	
	P < .05	
	P < .01	

ציר מס' 1 - הריחוק משאלום החיים הבעייתיות

שתי קבוצות שזוהו (בציר מס' 1) ניתנות להבחנה בשלושה מישורים: בחיים הפרטיים, בתגובה על מצבי לחץ היפותטיים, ובגישה לשאלות בריאות הנפש.

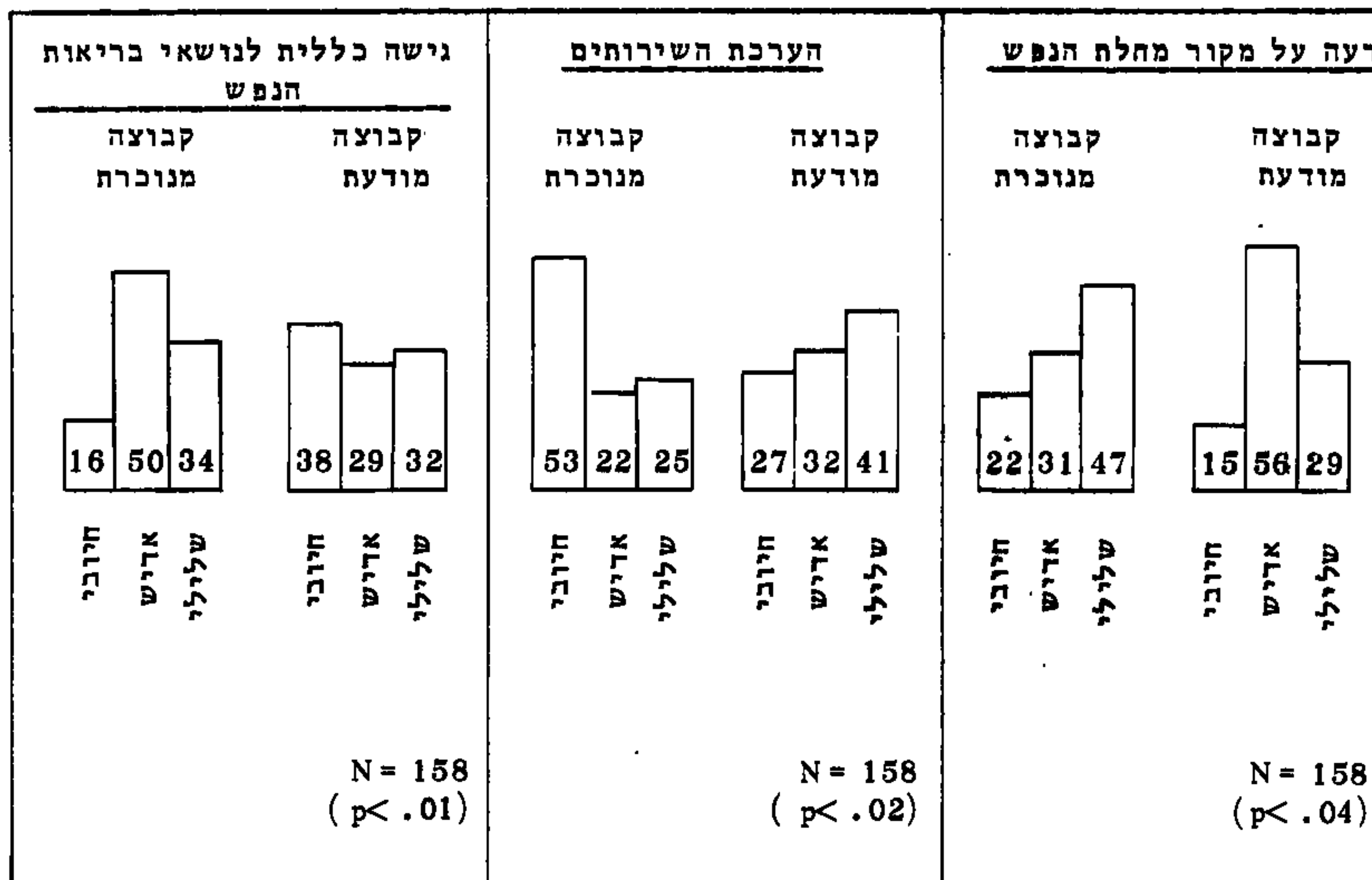
בתגובה למצבי לחץ יום-יומיים, נטו אלה המרוחקים משאלות חיים בעייתיות לנסות לתקן את המצב, בעוד שהקבוצה המודעת להן נטתה להתעלם או לנסות להתחמק מן הבעייה:

ציר 1 א'



מבחינת הנישה הראתה הקבוצה המנוכרת חחושה שלילית כלפי שאלת בריאות הנפש בכלל, תוך גילוי שביעות רצון רבה יותר מהשירותים הקיימים, וזאת בשל רמת המידע הכללית הנמוכה.

ציור 1 ב'



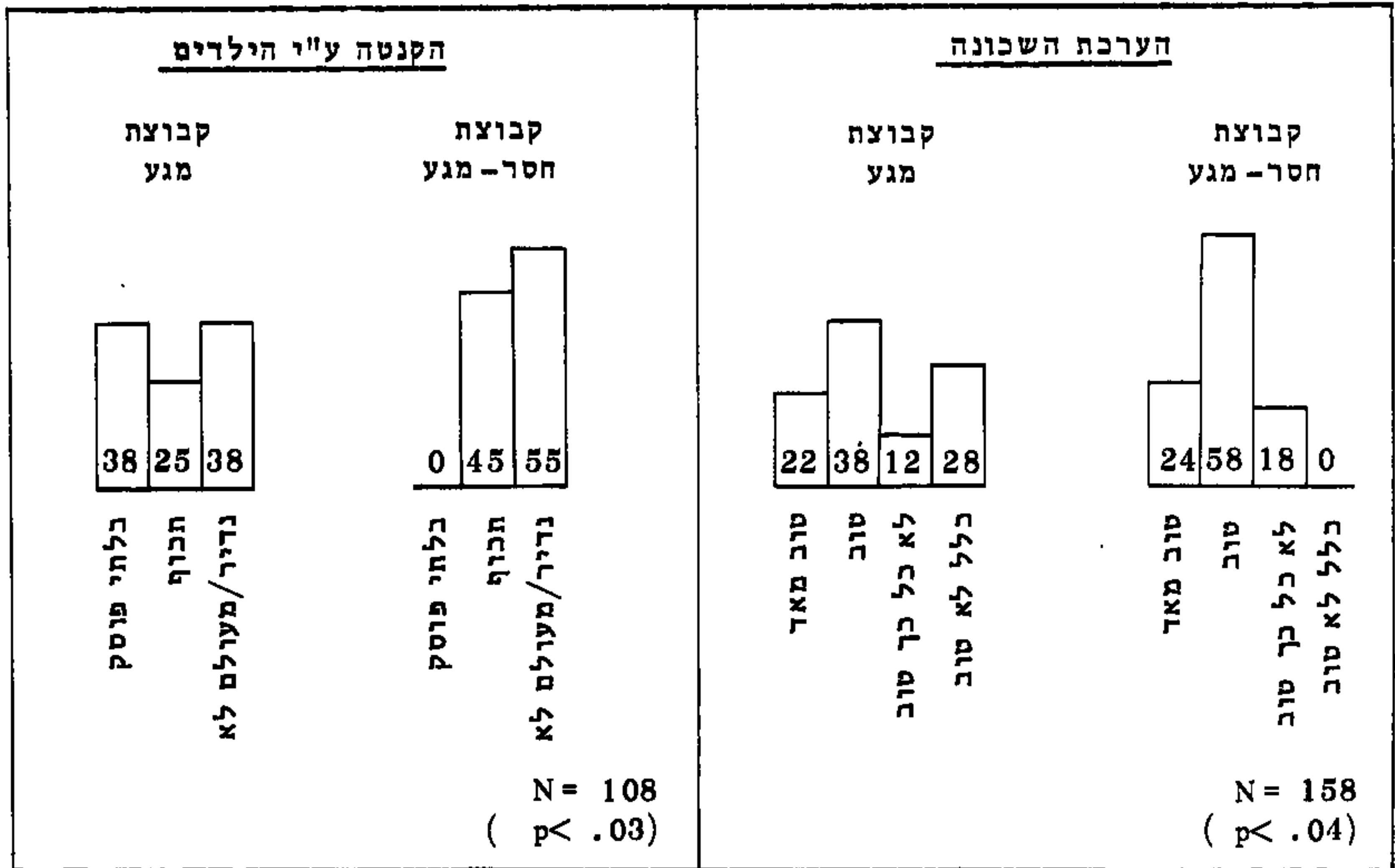
הריחוק ממצבי חיים בעייחיים אינו מתייחס למגע קודם עם פסיכולוג, אולם מתייחס לאפשרות מוחשית של מגע בעתיד. המודעים יותר לבעיות החיים נוטים יותר להאמין באפשרות כי יוועצו בפסיכולוג בזמן כלשהו בעתיד ($p < .02$).

אלה המצויים במגע עם פסיכולוג, מצויים בעימות הן עם עצמם, והן עם סביבתם. הם מגלים העדר הרמוניה הן במישורים המיידיים והן במישורי מעורבות רחבים יותר.

ציר 2 א'



ציור 2 ב'



לרשות בני הקבוצה המצויים במגע עם פסיכולוג כלים אינטלקטואליים מועטים יותר, העשויים לסייע להם, מאשר לחסרי המגע עם פסיכולוג. קבוצת בעלי המגע מצטיינת ברמת השכלה נמוכה יותר וברמת עיסוק נמוכה בהתאם. מעניין לציון שעיסוק עקרת הבית מפוזר במידה שווה בין שתי הקבוצות, וכמו כן גם המצב המשפחתי ומספר הילדים.

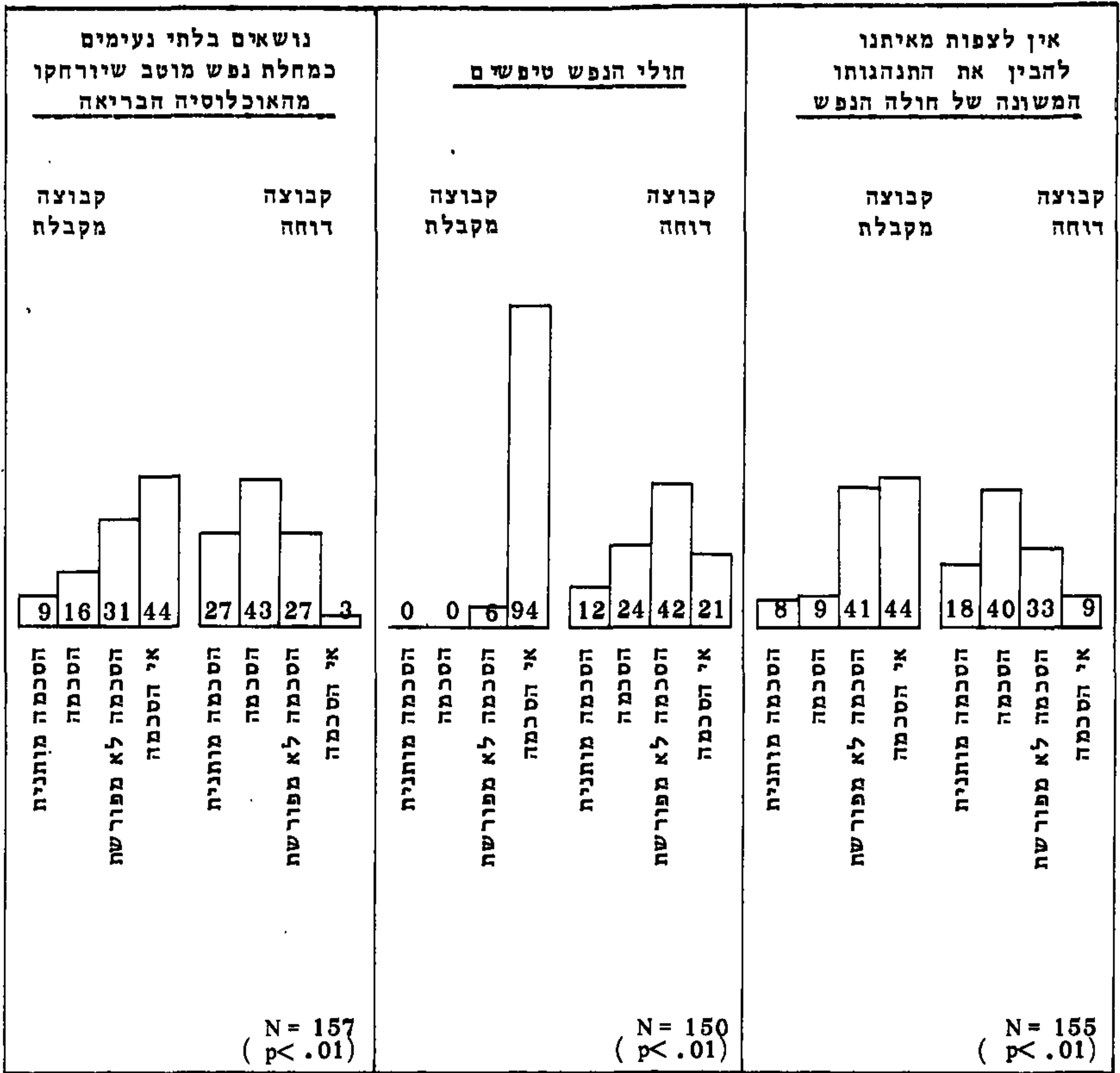
ציר מס' 3 - גישות כלפי בריאות הנפש

למרות שנמצא כי הגישות השליליות באופן כללי נפוצות לכל רוחב המדגם, נבדלו שתי תת-קבוצות במידת הדחייה. הקבוצה בעלת הדחייה החזקה התייחסה לנושא בריאות הנפש בדרך שהוציאה מכלל אפשרות כל מגע עמו. הקבוצה השניה נמצאה כפחות שלילית.

ציר מס' 4 - קבלת מחלת הנפש ע"י הקהילה

מידת ההבחנה הדיפרנציאלית בין שתי הקבוצות ביחס לנושאי בריאות הנפש היא ברורה:

ציור 3



כמו כן שונות שתי הקבוצות ברמת ההשכלה, כאשר הקבוצה המקבלת מתאפיינת בעיקר בהשכלה גבוהה, ואילו הקבוצה הדוחה מתאפיינת ב- 8 שנות לימוד לכל היותר. מצד מובהק אחר למעמד סוציו-אקונומי, השימוש בשירותי הבנקים, מבדיל אף הוא בין שתי הקבוצות, כאשר הקבוצה המקבלת עושה בהם שימוש נרחב הרבה יותר מאשר הקבוצה הדוחה.

ציר מס' 5 - ההכרה בצורך בפסיכולוגים

למרות הספקנות הנפוצה נתגלו כאן שתי קבוצות. הקבוצה הזוהירה- חשדנית מגיעה כמעט להסכמה פה אחד, שפסיכולוגים אכן מרפאים את חוליהם, ואילו קבוצת המתנגדים לפסיכולוגים מקיפה כ-40% הדוחים הגדרה זו.

הקבוצה המתנגדת לפסיכולוגים מורכבת רובה ככולה מנשואים, עם קשת רחבה של גדלי משפחה: מ-0 עד +9 ילדים. ההשכלה משתייכת ברוב המקרים לקטגוריה הנמוכה של סיום ביה"ס היסודי או לימודים חלקיים בו, כולל המקרים שכלל לא זכו בהשכלה פורמלית. קבוצת הזוהירים- חשדניים נבדלת, לעומת זאת, בכך, שהיא מורכבת ברובה מבודדים. רמת השכלתם גבוהה באורח משמעותי מזו של קבוצת המתנגדים לפסיכולוגים, כאשר מרביתם בעלי השכלה תיכונית.

ההשכלה היותר גבוהה והאחריות המשפחתית היותר קטנה של בני הקבוצה הזוהירה- חשדנית, מלווים בהרגשה טובה יותר בשכונתם ובתחושה כי מספר ידידיהם רב יותר. יש להם, לדעתם, מספר בעיות רומה לזה של אחרים, בניגוד לבני הקבוצה המתנגדת לפסיכולוגים, המעורים פחות מבחינה חברתית, והנוטים לחוש כי יש להם יותר בעיות מלאחרים. דומה שתמיכה סוציאלית פועלת כגורם ממתן בראיית הבעיות.

5. ד י ו ן

התוצאות שברשותנו מלמדות, כי בין הגישות הבאות לידי ביטוי לגבי נושא בריאות הנפש, מצוייה נטיה להימנע מפניה לפסיכולוג בעת הצורך. דומה שהדבר נובע מחדמית מיושנת ומידע מוטעה באשר לפסיכולוג ועבודתו. חורג מדפוס התנהגות זה הוא מקרה הילדים במצוקה, אשר לגביו מגלים ההורים נכונות רבה יותר להיעזר באנשי מקצוע. ניתן להבין זאת בהקשר עם הנטייה המקובלת כיום, לדון בבעיות הנוגעות לילדים במונחים פסיכולוגיים – וזאת במידה רבה בהשפעת הטלוויזיה, הרדיו ועיתוני משפחה, נטייה העשויה לגבור נוכח העובדה שלרוב קל יותר להבחין בבעיות אחרים ולהתייחס אליהן מאשר לבעיות האיטיות. במקום אחר (במחקר מאת המחברים המצוי בשלב הכנה) מוכח כי לא זו בלבד שאנשים מעלים את בעיות ילדיהם בקלות יחסית, אלא שבמקום בו הם מוצאים מידע מפורט וסביבה מקבלת, הם מתחילים להעלות מצוקות יום-יומיות פסיכולוגיות להיוועצות בפסיכולוג הקהילתי. עובדה זו מלמדת כי קיים צורך ברור במערכה מתוכננת כיאות לקידום המודעות הציבורית לשאלות בריאות הנפש.

את חמשת הצירים שהוצגו לעיל ניתן להבין במונחים של ההשלכות המשתמעות מהם לגבי שירות פסיכולוגי קהילתי.

בהתייחס לציר הראשון, אלה הקרובים לבעיות החיים, בין אם ישירות ובין אם לא-ישירות, מגלים כלפיהן גישה חיובית. נראה שאנשים מסוג זה מסוגלים לפתח הבנה למצבים מסוג זה ולאנשים השרויים בהם, המביאה אותם לידי רמת סובלנות גבוהה יותר. מאידך אין הבנה זו מסייעת למשיבים להתמודד עם בעיות חיים הנתפשות כצו הגורל. בני קבוצה זו נוטים להיכנע לבעיות, בעוד אלה שאינם אכפתיים מביעים אמונה ביכולתם להתמודד עם מצוקות החיים.

הסבר הולם עשוי להמצא באפשרות, שאלה המודעים יותר לבעיות החיים מהווים את החלק התלותי יותר באוכלוסייה, המבקש סיוע חיצוני. מאידך, אלה המרוחקים יותר משאלות חיים בעייתיות, שהם בדרך כלל צעירים וחסרי ילדים, נוטים לפתח שיטה של "עשה זאת בעצמך" בבואם להתמודד עם בעיות החיים, ונמנעים מלבקש עזרת אנשי מקצוע. לאחרונים ניתן להתייחס במונחים של מערכת הסתגלותית או של גילוי צורך להתכחשות לבעיות החיים.

הוכח לעיל כי לקרבה לבעיות החיים זיקה לגישות כלפי שירותי בריאות הנפש. מעניין לציין כי אלה הקרובים יותר לבעיות החיים מדרגים שירותים אלה באורח חיובי. ניתן להסביר זאת בשתי דרכים, שאינן שוללות זו את זו:

1. אכזבה משירותי בריאות הנפש הקונבנציונליים, ורתיעה מחסרונותיהם כפי שתוארו לעיל, וכפי שנחוו ע"י בעלי המגע הקודם עם שירותים אלה.

2. הנטייה הרווחת בקרב חסרי ההתנסות הישירה עם השירותים הפסיכולוגיים, לרמיין שירותים אלה בכוח מופלא שבכוחו לפתור כל בעייה.

אנו מניחים שחרף כל הגישות הללו כלפי השירותים, יפנו אליהם, למרות הכל, הקרובים לבעיות החיים בבקשת עזרה, אך ככל הנראה יעשו כן מתוך ציפיות ספקניות ופסימיסטיות באשר לתוצאות, בהסתמך על נסיון קודם. הקבוצה האחרת, החסרה את הנסיון הזה, נוטה לפתח ציפיות המייחסות לנותני השירות כוח כל-יכול, תוך חששות כבדים מפניהם. הדעת נותנת ששירות פסיכולוגי קהילתי, השונה במהותו מהשירותים המסורתיים, ישאף למנוע את השפעות הלוואי הנילוות לטיפול המסורתי, ויענה על ציפיות הקהילה.

נמצא כי המודעות לגורמי מחלת הנפש היתה נמוכה אצל כל המשיבים. עובדה זו מעידה על הצורך הרב בתכנית הסברה להגברת המודעות בקרב כל הקהילה, דוגמת זו הכלולה בפרויקט הקהילתי שהוצע לעיל. כמו כן ניתן להניח שתכנית מעין זו תשפיע כללית על גישות האוכלוסיה כלפי שירותי בריאות הנפש.

הממצאים המבוססים על הציר השני מלמדים כי אלה המצויים במגע עם פסיכולוג, אפילו אם לא תוך קבלת טיפול אישי, הם אלה הסובלים ממצוקות החיים, ויתכן שהם מגששים אחר עזרה. משיבים אלה, שבאו במגע כלשהו עם פסיכולוג, חשו במצוקה בשל רגשות שליליים ביחס לעצמם, בטחון מעורער בכושר ההתמודדות שלהם ותחושה עזה של הקנטה מצד ילדיהם. עובדה זו קשורה קשר הדוק עם סטטוס סוציו-אקונומי ירוד ועם רמת השכלה נחותה יותר, ומקמת משיבים אלה בין האוכלוסיה הנתונה בסכנה, וכיעד ראשוני לתכנית יזומה. תכנית פסיכולוגית קהילתית חותרת לקרב את שירותי בריאות הנפש בצורה מאיימת פחות אל הבית, ולקדם בכך את יעדי המניעה שלהם.

בציר השלישי מתחלקת האוכלוסיה לשתי קבוצות, כאשר הראשונה מציבה עצמה בריחוק משאלות בריאות הנפש, בעוד השניה מגלה נכונות זהירה להכיר בנושא בריאות הנפש כחלק אינטגרלי מן הקהילה. עובדת קיומה של הקבוצה המגלה מידה ידועה של הכרה, נותנת בסיס לחתור לקהילה המתמודדת עם בעיות בריאות הנפש במישור הפשוט ביותר. עובדה זו נותנת תנופה לתכנית הפסיכולוגית הקהילתית המוצעת, הכוללת בעיקרה, בין שאר יעדיה, מידה מסוימת של אוטונומיה קהילתית בתחום זה.

הקבוצה הראשונה, מאידך, המתאפיינת בגישות שליליות חזקות לבריאות הנפש, בליווי תפוצה נרחבת של מצוקה, שוכנת בבירור בקרב האוכלוסייה החשופה לסכנה. מתוך הגישות העיוניות הנחרצות, המבוססות על ע"ר על מידע מופרך, ניתן להניח כי בני קבוצה זו לא ייטו לפנות בבקשת עזרה בעת הצורך. קבוצה זו זקוקה למידע מלא יותר ולסגנון מתן שירות מאיים פחות.

הציר הרביעי מהווה משום תמיכה רבה לקודמו. הוא מבחין בין שתי קבוצות: האחת, הרואה במחלת הנפש חלק אינטגרלי מן הקהילה, והשנייה, הרואה בנושא זה גורם שמחוץ לתחומי הקהילה. עובדת מציאותה של הקבוצה הראשונה מחזקת את גישת הפסיכולוגיה הקהילתית העיונית, הרואה את נושאי בריאות הנפש כמשתייכים לקהילה, וכמוראה בציר מס' 3, מצדיק הדבר את בחירת הקהילה כבסיס לפרוייקט המוצע. במלים אחרות, בעוד ניתן לראות את הקבוצה השנייה כאוכלוסיית-היעד, במונחים של קידום מודעות וטיפול מונע, ניתן לראות בקבוצה הראשונה קרש קפיצה לפיתוח קונצפציית בריאות הנפש הקהילתית.

בציר החמישי מופיעים חשדות באשר לטיפול הפסיכולוגי, אשר דומה כי הם מבוססים על פחדים והשגות דמיון לגבי טיבול של טיפול זה. ברי שהפחות חשדניים בייחסם לפסיכולוגים הם צעירים יותר, בעלי משפחות קטנות יותר, וטרם רואים את חייהם כבעייתיים במיוחד; אלה, לעומתם, הרואים את חייהם כבעייתיים, מגלים רתיעה עזה יותר מפני הפסיכולוגים והטיפול. ניתן להניח שהריחוק והרשמיות של השירותים הפסיכולוגיים המסורתיים, הם אשר חיזקו את התפתחותם של חשדות אלה. יתכן שגישה קרובה יותר ורשמית פחות תאפשר לאנשים לעמוד על מהותו הממשית של הטיפול הפסיכולוגי. גם בהקשר זה מתגלה שוב הצורך בקידום מודעות רבה יותר בקרב כל האוכלוסייה לשירותי בריאות הנפש.

במבוא צויין כי הפסיכולוג עשוי למלא תפקיד חיובי בקהילה (קפלן 1964, דור 1977). כן נרמז כי תפקיד זה עשוי להיות פורה יותר, ככל שתירבה ההתחשבות בגישות המקומיות (פולי 1975, וורטיס 1966). מחקר זה בחן את גישות הקהילה, על מנת שייכללו באורח שיטתי ומדעי בעיצוב תפקידו העתידי של פסיכולוג הקהילה.

6. זמס קנות ומהמ לצות

מחקר זה בחן גישות בקהילה המקומית, שנמסרו אישית, ביחס לשאלות בריאות הנפש, מתוך כוונה לכלול את הממצאים בתכנונו של שירות בריאות נפש נסיוני.

המסקנות שהוסקו מעידות על צורך ברור בתכנית, שתאפשר לקהילה להפיק תועלת מירבית מהשירותים הפסיכולוגיים. ניתן לראות דברים אלה כחלים על כל קהילה מעוטת הכנסה וצפופת אוכלוסין בישראל.

יתרה מזאת, הולך כי כדי שתכנית מסוג זה תצא אל הפועל, יש לסייע לקהילה להתגבר על אי-נכונותה העכשווית למגע עם שירותים פסיכולוגיים באופן כללי, אי-נכונות שמקורה במידה רבה בחשש הניזון ממידע בלתי מדויק והתנסות שלילית עם שירותי בריאות נפש מן הדגם המסורתי. השלב הראשון בהצגתו של כל דגם שירות חדש, צריך שיכלול לפיכך:

(א) הסרת מחסומים קיימים למודעות בצרכים. (ב) הבקעת הרתיעה הקיימת מפני מגע עם שירותים פסיכולוגיים.

במידה שילווה במסע קידום יעיל, יוכל שירות פסיכולוגי קהילתי, הנראה, הנגיש והנתפש בנקל ע"י התושבים המקומיים, לענות על הצורך הנ"ל. מומלץ לבצע זאת באמצעות המרכז הקהילתי המקומי, כדי להחליש את הרתיעה המקומית, בעוד שהנטל שבנקיטת היזמה אינו מושאר לאוכלוסייה בלבד, כי אם ניטל בחלקו ע"י הפסיכולוג. על הצעדים הראשונים לכלול מפגשים קבוצתיים בלתי רשמיים, שיאפשרו לאוכלוסייה ליצור מגע עם הפסיכולוג ולצבור נסיון אישי, תקשורת והיזון חוזר מאישיות זו, שנתפשה במושגים כה מאיימים.

הכשיר ביותר לעבודה קהילתית יהיה פסיכולוג שהתנסה בתפקידי ייעוץ בפסיכולוגיה חברתית והתפתחותית. כישורים קליניים, על אף ערכם, נודעת להם חשיבות משנית לגבי פרויקט זה.

תת-קבוצות מסוימות זוהו כזקוקות במיוחד לתשומת לב, והן:

- אלה השרויים בנסיבות בעייתיות, והנוטים להיכנע בעיתות משבר.
- אלה המצויים בשולי המגע, הנימנים על המשיבים בעלי הסטטוס הסוציו-אקונומי הנמוך.
- בעלי הגישות השליליות החזקות במיוחד, המגלים שכיחות גבוהה של מצוקה, תוך סירוב תקיף לפנות לעזרה.
- החשדנים הרואים את כלל שאלות בריאות הנפש כעניין שמקומו מחוץ לקהילה, המרוכזים במשפחות גדולות ובוגרות יותר, בעלות בעיות חמורות יותר.

מגזר האוכלוסיה שהוגדר לעיל כבעל נטייה שלילית פחות, הכולל בוגרים צעירים בעלי גסיון חיים בעייתי פחות ותפישת חיים בוטחת יותר, ניתן להפעלה ליצירת רצון טוב מצד הקהילה ונכונות שיתוף בשירות מסוג זה.

כן נראה שמוקד טיפולי ראשוני פרודוקטיבי עשוי להיות כזה, המתייחס לילדים וגידול ילדים, תחום בעיות מובהק שהאוכלוסיה מגלה לגביה פתיחות יחסית, שממנו ניתן יהיה להמשיך בכוון כל תחום טיפול רצוי. לאור זאת, על גורמי בריאות הנפש להקדיש יתר מחשבה לפסיכולוגיית התינוק והילד.

במחקר זה, דומה שבפעם הראשונה, נאסף ישירות מידע מהאוכלוסיה המקומית, המלמד כיצד האוכלוסיה ככלל - לא תת-קבוצות נבחרות הרלוונטיות לשירות, כגון מקבלי שירות מקומיים או מעצבי דעת הקהל - חשה כלפי בריאות ומחלת הנפש והטיפול בה באיזור אחד. הדבר מעניק בסיס אמפירי להנחות מקצועיות מסוימות (פנצטה 1975), ותורם היבטים מסויימים חדשים לתכנון השירות. בין ההיבטים הללו מצוייה הסתירה בין הרצון המוצהר בשירותים פסיכולוגיים קהילתיים ובין החשש להיזקק להם בעת הצורך. זיקה מיוחדת לתכנון השירותים ישנה לזיהוי האינדיקטורים האמפיריים, העשויים לאפיין את תת-קבוצות המחאימות לביצוע משימות שונות ביחס לשירות.

כך הוכח שניתן לחקור את גישות הקהילה, על מנת להעלות המלצות אמפיריות רלוונטיות לתכנון השירותים. כתוצאה מהנקודות שנחגלו פה, חשיבותן הרלוונטית והתייחסותן לתת-קבוצות שונות באוכלוסיה, עשוי השירות שיעזור בהן להיות משמעותי יותר לבני הקהילה, ולתרום בכך תרומה רבה יותר לרווחתם.

ביבליוגרפיה

- Barton, A.K. "A problem, policy, program model for planning community mental health services," *Journal of Community Psychology*, 1978, 6 (1), 37-41.
- Benzécri, J.P. *L'Analyse des données* (T.Z.). Paris: Dunod, 1976.
- Caplan, G. *Principles of preventive psychiatry*. London: Tavistock Publications, 1964.
- Cowen, E.L., Gardner, E.A. and Zax, M. *Emergent approaches to mental health*. New York: Appleton-Century Crofts, 1970.
- Crocetti, G.M., Spiro, N.R., Lemham, P.V. and Siassi, I. "Multiple models of mental illness," *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1972, 39 (1), 1-5.
- Cumming, E. and Cumming, J. *Closed rank - an experiment in mental health education*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.
- Dorr, D. "Preventive intervention." In: I. Iscoe, B.L. Bloom and C.D. Spielberger, *Community psychology in transition*. New York: Halsted Press Book, 1977.
- Farina, A. and Holland, C.H. "The role of stigma and set in interpersonal interaction," *Journal of Abnormal Psychology*, 1966, 71 (6), 421-428.
- Foley, A.R. "Perspectives on delivery of mental health services." In: Arieti, S. (Ed.) *American Handbook of Psychiatry* (Second Edition) (Vol. 6). New York: Basic Books Inc. Publications, 1975.
- Greenblat, M. *Psychopolitics*. London: Grune and Stratton, 1978.
- Gurin, G., Veroff, J. and Feld, S. *Americans view their mental health. A nationwide interviews survey*. New York: Basic Books Inc. Publishers, 1960.
- Iscoe, I. and Spielberger, C.D. *Community psychology: perspectives in training and research*. New York: Appleton-Century Crofts, 1970.
- Klein, C.D. "The community and mental health: an attempt at a conceptual framework." In: P.E. Cook (Ed.), *Community psychology and community mental health*. San Francisco: Holden-Day, 1970.
- Lombroso, D., Tyano, J. and Apter, A. "Attitudes of Israeli adolescents to the mentally ill and their treatment," *Israel Annals of Psychiatry*, 1976, 14 (2), 120-131.
- Miller, L. (Ed.). *Mental health in rapid social change*. Jerusalem: Academic Press, 1960.
- Olshansky, S. "Employer receptivity." In: M. Greenblat and S. Benjamin (Eds.), *Rehabilitation of the mentally ill - social and economical aspects*. Washington: American Association for the Advancement of Science, 1959.
- Panzetta, A.F. and Stunkard, A.J. "Planning the delivery of mental health services to seriously disadvantaged populations." In: S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry* (Second Edition) (Vol. 6). New York: Basic Books Inc. Publications, 1975.
- Phillips, D.L. "Rejection of the mentally ill: the influence of the behavior and sex," *American Sociology Review*, 1964, 29, 679-687.
- Rabkin, J.C. "Who is called mentally ill? Public and professionals view," *Journal of Community Psychology*, 1979, 7 (3), 253-258.
- Rappaport, J. *Community psychology: values, research and action*. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1977.
- Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, M.K. and Rennie, T.A. *Mental health in the metropolis. The Midtown Manhattan Study*. New York: McGraw Hill, 1962.
- Weinstein, R.M. "Patient attitudes towards mental hospitalization: A review of quantitative research," *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, 20 (3), 237-258.
- Wortis, S.B. "Ten commandments in organizing community mental health services." In: *Migration, mental health and community health*. Proceedings of a conference held in Geneva, Switzerland, 1966.

השאלון

המוסד לביטוח לאומי
אגף למחקר ותיכנון

שלום אדוני/גברת,

אני באה מהמוסד לביטוח לאומי.

אנו מעוניינים לדעת את הרגשת הציבור כלפי שירותים לבריאות הנפש בירושלים. היינו רוצים לקבל דעתך על מספר שאלות.

אותן שאלות הופנו למספר אנשים המתגוררים בשכונות אחרות, ואנו מעוניינים לשמוע דעתך כאן בשכונת שמואל הנביא/רוממה.

נשתדל לא לגזול זמן רב, ואנו מעריכים מאד באם תענה על כל אחת מן השאלות.

כל האינפורמציה היא סודית.

כרטיס 01

לשימוש משרדי

1	2	3

4-27. על כל אחד מהמשפטים הבאים, סמן בחשובה אחת מבין 4 האפשרויות: מסכים בהחלט - מסכים - לא כל כך מסכים - בכלל לא מסכים (למראינת - הקיפי בעיגול את המספר המתאים, בהתאם לחשבת המרואיין - לגבי כל אחת מן השאלות).

מסכים בהחלט	מסכים	לא כל כך מסכים	בכלל לא מסכים	
1	2	3	4	4. הציבור חייב לדעת יותר על מחלות נפש.
1	2	3	4	5. הציבור חייב לעשות יותר למען חולי הנפש.
1	2	3	4	6. שירותי בריאות הנפש חייבים לפעול יותר למען האוכלוסייה.
1	2	3	4	7. דברים לא נעימים כמו מחלות נפש, חייבים להיות מורחקים מהאוכלוסייה הבריאה.
1	2	3	4	8. ישנו בהחלט מספיק מקומות העוסקים בבריאות הנפש בירושלים.
1	2	3	4	9. יותר אנשים זקוקים לעזרה נפשית, ממה שאנחנו חושבים.
1	2	3	4	10. פסיכולוג אומר לך רק דברים על עצמך, שאתה כבר יודע.
1	2	3	4	11. היית מעדיף לא לעבוד עם אדם שעבר טיפול פסיכולוגי.
1	2	3	4	12. אחת הסיבות העיקריות למחלות נפש היא חוסר כוחות נפשיים.
1	2	3	4	13. קשר קרוב עם חולה נפש, עלול לגרום להתמוטטות עצבים לאדם נורמלי.
1	2	3	4	14. בעיות אמיתיות אינן נפתרות ע"י שיחה.
1	2	3	4	15. אי אפשר לצפות שנבין את התנהגותם המוזרה של חולי נפש.
1	2	3	4	16. רוב האנשים עלולים אי פעם במשך חייהם להזדקק לטיפול נפשי.
1	2	3	4	17. חולי נפש בדרך כלל טפשים.
1	2	3	4	18. רק אדם מקצועי יכול ליצור קשר עם חולי נפש.
1	2	3	4	19. יש מחלות נפש מדבקות.
1	2	3	4	20. בעל הגיון בריא לא יזדקק לעולם לפסיכולוג.
1	2	3	4	21. פסיכולוג עלול להיות יותר מזיק מאשר מועיל.

מסכים בהחלט	מסכים	לא כל כך מסכים	בכלל לא מסכים
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

- 22. אפשר לראות בקלות הבדל בין חולה נפש לאדם בריא.
- 23. רוב מחלות הנפש מתחילות בחקופת הילדות.
- 24. חולה נפש אינו מסוגל לקבל החלטות, גם כאלה הקשורות בחיי יום יום.
- 25. פניה מוקדמת לפסיכולוג יכולה למנוע סיבוכים בשלב מאוחר יותר.
- 26. רוב האנשים שבטיפול פסיכולוגי יכולים לבצע עבודה, באותה מידת כמו כל אדם אחר.
- 27. חולי נפש בדרך כלל חוקפניים.

28-32. מה תעשה/י במקריה הבאים:

(למראינת - נא כוונתי את המרואיין לחשובה מפורטת ומלאה, לגבי כל מצב המתואר מטה, גם אם הוא מתקשה בכך).

מופנה לאשה

במשך החודש האחרון, רוב הזמן את מרגישה שנמאס לך, משטיפת הכלים, מהילדים, מהבשול, ואין לך יותר חשק לטפל בענייני הבית. את לא יכולה יותר להמשיך בצורה זו. מה תעשי?

מופנה לגבר

28. אחת עובד כבר שנים רבות באותו מפעל. יום אחד מגיע בחור צעיר, בעל השכלה, אך בלי ניסיון רב כשלך. ההנהלה ממנה אותו להיות האחראי עליך. מאז אתה כועס כל כך שאינך יכול להתרכז ולעבוד כמו בעבר. מה תעשה?

ואם זה לא יעזור - מה עוד תעשה/י?

29. מופנה לגבר ולאשה

בנך בן ה-17 עזב את ביה"ס, ועומד להתגייס לצבא בעוד כשנה. הוא אינו מוכן לעבוד באופן מסודר, אלא מעדיף "לעשות חיים", לקום מאוחר, לבלות עם חברים, וגורם לבעיות. דיברת איתו מספר פעמים, אך הדבר לא עזר. אח/ת לא ישן לילות רבים מרוב דאגה. מה תעשה/י?

ואם זה לא יעזור - מה תעשה/י?

30. מופנה לגבר מספר פעמים לא מתחשה לך ללכת לעבודה, אתה לא חולה (אין לך חום או כאבים), אבל אתה מרגיש מיואש ואין לך חשק וכוח ללכת לעבודה. מה תעשה?

מופנה לאשה בזמן האחרון, מספר פעמים קרה, שגמרת עם טידורי הבית, ביטלת, ניקית והילדים כביה"ס. אין לך מה לעשות. השכנה שהיא זברתך עזבה. מאוד משעמט לך והכל נראה לך עצוב ומדכא, בימיט אלה. מה תעשי?

ואם זה לא יעזור - מה עוד תעשה/??

31. מופנה לגבר מזה מספר שבועות אתה מרגיש שינוי בבית. אתה חוזר מהעבודה, אשתך לא נמצאת, הבית לא מסודר ואין אוכל מוכן. ניסית לדבר עם אשתך, אך זה לא עזר. מה תעשה?

מופנה לאשה בעלך חזר מאוחר מהרגיל כמה פעמים. דיברת איתו על כך מספר פעמים - אך הוא מתעצבן ואינו נותן לך תשובות ברורות. מה תעשי?

ואם זה לא יעזור - מה תעשה/??

32. מופנה לגבר ולאשה בנך, תלמיד טוב בבית-הספר. לדברי המורה, אין הוא מעורר בעיות מיוחדות - אבל בבית הוא מאד חוקפני, אינו מוכן להקשיב לך ומסרב לעשות מה שאתם מבקשים ממנו, הוא אפילו מרביץ לך. מה תעשה/??

ואם זה לא יעזור - מה עוד תעשה/??

33-36. (למראיינת - השאלות הבאות יש להפנות גט למרואיין וגם למרואיינת, ילא לקרוא את התשובות למרואיין, יסמני בעיגול במספר לגבי תשובה אחת עיקרית בלבד).

33. יש לך מטפלת לבייתך - היא מאוד טובה. את מרוצה מעבודתה, ובייתך קשורה מאוד אליה. יום אחד מספריט לך שהיא נמצאת בטיפול אצל פסיכולוג. מה את/ה עושה?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1 | לא עושה דבר |
| 2 | מתייעץ/ת עם בעלך/אשתך |
| 3 | מנסה להתעניין אצל אנשים שמכירים אותה |
| 4 | מדבר/ת איתה |
| 5 | מציעה/ה לה עזרה |
| 6 | מבקט/ת דעהו של פסיכולוג |
| 7 | מפטר/ת אותה |
| 8 | אחר. פרט |

34. גילית שבנך קט בלילה ומסתובב בבית, דבר זה קרה מספר פעמים. נראה לך שהוא סהרורי (מסתובב תוך כדי שינה - חולה ירח). מה תעשה/תעשי?

1	לא עושה דבר
2	מדבר/ח עם בנך
3	מתייעץ/ח עם בעלך/אשתך
4	מתייעץ/ח עם אדם מקצועי (למשל: רופא, פסיכולוג). עם מי: _____
5	פונה עם הילד לבדיקה אצל רופא. אצל מי: _____
9	אחר. פרט: _____

35. הציעו לביתך עבודה בבית-חולים לחולי נפש. איך תרגישי/י?

1	מרוצה מאד
2	מרוצה
3	לא כל כך מרוצה
4	בכלל לא מרוצה

36. שכנים חדשים נכנסו לגור בדירה שמולכם. הבעל מאוספז בבית-חולים לחולי-נפש, וחוזר בשבתות חביתה. איך תתייחס/י אליהם?

1	תדבר/י דווקא איתו.
2	תפתח/י יחסי שכנות כפי שיש לך עם שאר השכנים.
3	תפתח/י פחות יחסים איתם מאשר עם שאר השכנים.
4	תשתדל/י לא להיתקל או להיפגש בהם.
5	תפתח/י קשרים עימם, במידה שהם יגלו יוזמה.
6	אחר. פרט/י _____

37-72. לאן יכול אדכ לפנות לקבלת ייעוץ ועזרה בבעיית נחשית?
נא הזכיר/י כל מקוט המוכר לך בירושלים.

(למראינת - נא רשמי כל מקום שהוזכר ע"י המרואיין בצורה מדוייקת.
לדוגמא: אם הזכיר "מרפאה" נא בקטי שינקוב בשם המרפאה או המרפאות
שהוא מכיר, וכן מלאי שני הטורים הנוספים בשאלה לגבי כל אחד מן המקומות
שהוזכרו, ויש להעתיק את המספר המתאים (1, 2, 3, 9), לפי החשובה שניתנה).

למילוי משרדי	איך מחקבלים למקום?	למילוי משרדי	כמה עולה ביקור?
מס' שאלה	1. הפניות רופא 2. כל אחד יכול לגשת לבד 3. אחר. איך:	מס' שאלה	1. לא עולה. 2. לא עולה לחבר קופיח אלא לאחרים. 3. עולה _____ ל. 9. לא יודע.

73. האם שמעת או הכרת מישהו שהתייעץ עם פסיכולוג?

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | אף פעם לא שמע |
| 2 | שמע אך לא מכיר אישית |
| 3 | מכיר מישהו |
| 4 | חבר |
| 5 | קרוב משפחה |
| 6 | בן משפחה |

74-78. לשאלות הבאות הינך מתבקש/ת לבחור באחת התשובות האפשריות:

כן - לא - לא יודע/ת

כן	לא	לא יודע/ת
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

74. האם פגשת אי פעם פסיכולוג? (לא לייעוץ)

75. האם התייעצת אי פעם בפסיכולוג?

76. האם יש לך קרוב משפחה שיכול להיעזר בייעוץ פסיכולוגי?

77. האם יש לך חבר שיכול להיעזר בייעוץ פסיכולוגי?

78. האם תתייעץ אי פעם בפסיכולוג?

80. סוף כרטיס ראשון

כרטיס 02

לשימוש משרדי
1 2 3

4-9 יש אנשים שחושבים שהתייעצות עם פסיכולוג זה דבר סודי, ויש החושבים שאין זה עניין סודי. למי את/ה היית מספר על ייעוץ כזה?

לא	כן
2	1
2	1
2	1
2	1
2	1
2	1
1	1

4. לאף אחד

5. בן-זוג

6. קרוב משפחה

7. חברים טובים

8. ידידים

9. לא הייתי מסתיר/ה מאף אחד

10. איך פסיכולוג מטפל בפונה, מה הטיפול?

11-21 - איזה מין הדברים הבאים נעשה כחלק מעבודת הפסיכולוג לגבי כל אחד מהדברים.
בחר/י באחת התשובות האפשריות - תמיד - בדרך כלל כן - בדרך כלל לא -
אף פעם לא.

אף פעם לא	בדרך-כלל לא	בדרך-כלל כן	תמיד
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1
4	3	2	1

11. לחת הכוונה

12. לערוך בדיקת-דם

13. להבריא

14. לחת תרופות

15. לעשות צליל ראש

16. לשמוע

17. לתמוך

18. לא עושה כלום

19. לשנות אופי

20. לחת שוק חשמלי

21. לעזור לך לפתור בעיות

22-28. (למראינח - נא להפנזה אח השאלות הבאות 22-28 לאלה שענו כן (1) על השאלה 75 בלבד).

22. האט אחה עדיין בקשר עם אותו פטיכולוג?

- | | |
|----|---|
| כז | 1 |
| לא | 2 |

23. במשך כמה זמן נפגשת עימו?

- | | |
|--------------|---|
| פעם אחת בלבד | 1 |
| מספר פעמים | 2 |
| מספר חודשים | 3 |
| בשנה | 4 |
| מספר שנים | 5 |

24. איך הסתיים הקשר ביניכם?

- | | |
|------------------|---|
| מיוזמתך | 1 |
| מיוזמת הפטיכולוג | 2 |
| בהסכמה הדדית | 3 |
| הקשר עדיין קיים | 4 |

25. איך הגעת אליו?

- | | |
|----------------------------------|---|
| מיוזמתך | 1 |
| לפי הצעת קרוב משפחה | 2 |
| לפי הצעת חבר | 3 |
| לפי המלצת אדם מקצועי (כגון רופא) | 4 |
| לא פניתי כלל | 5 |
| אחר. פרט | 6 |

26. היכן הוא קיבל אותך?

- | | |
|--------------|---|
| במשרד פרטי | 1 |
| במרכז קהילתי | 2 |
| במרפאה | 3 |
| בבית חולים | 4 |
| אחר. פרט | 5 |

27. האם הוא עזר לך?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | עזר מאוד |
| 2 | עזר |
| 3 | לא כל כך עזר |
| 4 | כלל לא עזר |

28. האם הוא הזיק לך?

- | | |
|---|----------|
| 1 | כן. במה? |
| 2 | לא. |

29-30. (למראיבנת - שאלות אלה יש להפנות לכל המרואייבים)

29. האם בשנה האחרונה השתתף אחד מבני המשפחה באסיפת הדיירים?

- | | |
|---|----------------|
| 1 | כן |
| 2 | לא |
| 3 | לא יודע |
| 4 | לא הייתה אסיפה |

30. האם אחד מבני המשפחה חבר בוועד הבית?

- | | |
|---|--------------|
| 1 | כן |
| 2 | לא |
| 3 | אין וועד כזה |

31. האם את/ה מבקר/ת במרכז קהילתי?

- | | |
|---|------------------|
| 1 | כל יום |
| 2 | מספר פעמים בשבוע |
| 3 | פעם בשבוע |
| 4 | מספר פעמים בחודש |
| 5 | פעם בחודש |
| 6 | לא מבקר כלל |

32. בשכונה שלך -

- | | |
|--------------|---|
| טוב מאד | 1 |
| טוב | 2 |
| לא כל כך טוב | 3 |
| בכלל לא טוב | 4 |

33. בשכונה יש לך -

- | | |
|-----------------|---|
| הרבה חברים/ות | 1 |
| כמה חברים/ות | 2 |
| מעט חברים/ות | 3 |
| אין לי חברים/ות | 4 |

34. רוב השכנים שלך הם -

- | | |
|-----------------|---|
| נחמדים מאוד | 1 |
| נחמדים | 2 |
| לא כל כך נחמדים | 3 |
| כלל לא נחמדים | 4 |

35-41 - האם הדברים הבאים מפריעים לך ומרגיזים אותך - בביתך?

כל הזמן	לעתים קרובות	לעתים רחוקות	בכלל לא	אין	
1	2	3	4	—	
1	2	3	4	—	35. רעש
1	2	3	4	—	36. אי-סדר
1	2	3	4	—	37. לכלוך
1	2	3	4	—	38. צפיפות
1	2	3	4	9	39. ילדים
1	2	3	4	9	40. בן-זוג
1	2	3	4	9	41. הזרים

42. מתי קראת ספר לילדך, בפעם האחרונה?
(למראינת - לגבי ילדים עד גיל 10).

- | | |
|----------------------|---|
| היום או אתמול | 1 |
| במשך השבוע האחרון | 2 |
| לפני כשבועיים | 3 |
| לפני כחודש | 4 |
| לפני יותר מחודש | 5 |
| אף פעם לא | 6 |
| אין ילד מתחת לגיל 10 | 9 |

43. מתי בדקה לאחרונה, שיעורי-בית של ילדך?
(למראינך - לגבי ילדים עד גיל 14).

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | היט או אחמול |
| 2 | במשך השבוע האחרון |
| 3 | לפני כשבועיים |
| 4 | לפני בחודש |
| 5 | לפני יותר מחודש |
| 6 | אף פעם לא |
| 9 | אין ילד מתחת לגיל 14 |

44. מתי יצאי בפעם האחרונה לנילווי עם בן/בת זוגך?

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | בשבוע האחרון |
| 2 | לפני כשבועיים |
| 3 | לפני כחודש |
| 4 | לפני 3 חודשים |
| 5 | לפני יותר מ-3 חודשים |
| 6 | אף פעם לא יוצא |
| 9 | אין בן/בת זוג |

45-46. האם את/ה מרגיש/ה ש...

45. יחסית לאנשים אחרים יש לך -

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | יותר צרות |
| 2 | בערך אותו מטפר צרות |
| 3 | פחות צרות |

46. ככל שהזמן חולף, את/ה מרגיש/ה ש -

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | את/ה מסתדר/ת יותר טוב בחיים |
| 2 | את/ה מסתדר/ת כמו קודם |
| 3 | את/ה מסתדר/ת פחות טוב מאשר פעם |

47. כשאת/ה מתעורר/ת בבוקר -

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | את/ה שמח/ה לקראת יום חדש |
| 2 | את/ה לא מרגיש/ה שום דבר מיוחד. |
| 3 | את/ה חושש/ת מהבאות |

48. לרוב אח/ה מרגיש/ה -

1	רגוע/ה
2	לא רגוע ולא במתח
3	מתוח/ה, עצבני/ת

49. מה מצבך המשפחתי?

1	רווק
2	רווקה
3	נשוי
4	נשואה
5	גרוש
6	גרושה
7	אלמן
8	אלמנה
9	חי בנפרד
0	חיה בנפרד

50. כמה ילדים יש לך? (למראיתך - נא כתבי את מספר הילדים במשפחה, אם יש במשפחה 9 ילדים או יותר, סמני כ-9).

51. כמה ילדים עדיין לא לומדים ונמצאים בבית?

(למראיתך - נא סמלי כנייל).

היכן הם נמצאים בשעות הבוקר?

52. כמה ילדים לומדים?

(למראיתך - נא סמלי כנייל).

53. כמה ילדים הפסיקו/סיימו לימודיהם?

מה העסקתם?

54. באיזו שנה נולדת?

19

מהי ארץ מוצאך? ומהי ארץ מוצא בן/בת זוגך?
(למראינת - נא רשמי שם הארץ וכמו כן סמני לפי קטיגוריה מתאימה)

56. שם הארץ: _____ 57. שם הארץ: _____

המראיין:

בן/בת הזוג

1	ישראל	1
2	צפון-אפריקה	2
3	אסיה-אפריקה	3
4	מזרח-אירופה	4
5	מערב אירופה-אמריקה	5
6	אחר. פרט	6

58. באיזו שנה עליה לארץ?

19

60-61. מהו ביה"ס האחרון בו למדת וסיימת? מהו ביה"ס האחרון בו למד/ה בן/בת זוגך וסיים אותו?

61. בן/בת הזוג

60. המראיין

1	לא למד כלל	1
2	יסודית חלקית	2
3	יסודית	3
4	חיכונית	4
5	מקצועית	5
6	על-חיכונית	6
7	חדר	7
8	ישיבה	8
9	אחר	9

62. מהו מקצועך?
 (למראיינת - נא רשמי את שם המקצוע _____ וגם סמני את מקצוע המרואיין לפי אחת הקטיגוריות).

- | | |
|---|---|
| 1 | מקצועות אקדמאיים ומדעיים |
| 2 | מקצועות חופשיים וטכניים |
| 3 | מנהלים |
| 4 | פקידות |
| 5 | מכירה, סוכנים וזבנגים |
| 6 | שירותים |
| 7 | חקלאות |
| 8 | פועלים מקצועיים בתעשייה, במחצבים, בנייה, תחבורה. |
| 9 | פועלים פשוטים ועובדים אחרים בתעשייה, תחבורה ובנייה. |
| 0 | עקרת-בית |

63-64. האם את/ה עובד מחוץ לבית? האם בן/בת זוגך עובד/ת מחוץ לבית?

63. תמראיין 64. בן/בת הזוג

- | | | |
|---|----------------------------|---|
| 1 | כן, עובד/ת משרה מלאה | 1 |
| 2 | כן, עובד/ת משרה חלקית | 2 |
| 3 | כן, עובד/ת לפעמים | 3 |
| 4 | לא, עובד/ת בבית עבור תשלום | 4 |
| 5 | לא, לא עובד/ת כלל | 5 |

65. מי בעל הדירה בה אתם גרים?

- | | |
|---|--|
| 1 | המשפחה |
| 2 | הדירה בשכירות מחברת "עמידר" (כולל "פרזות") |
| 3 | הדירה בשכירות מגורם אחר |

66. כמה חדרים יש למשפחתך?
 (למראיינת - מטבת, שירותים, שטח קטן מ-2x2 מ' אינו נחשב כחדר).

- | | |
|---|----------------|
| 1 | חדר אחד |
| 2 | 2 חדרים |
| 3 | 3 חדרים |
| 4 | 4 חדרים |
| 5 | 5 חדרים |
| 6 | יותר מ-5 חדרים |

67. כמה אנשים גרים באופן קבוע בבית?
(למראיתך - נא רשמי מחסר האנשים במטבעת. במקרה של 9 או יותר אנשים, סמני 0.)

68. כמה כסף עומד לרשות המשפחה כולל גם משכורות, קצבאות וכל מקור אחר. אין צורך לציין מקור הכסף. (למראיתך - נא לחצי על המרואיין לתת מפילו הערכה לא מדייקת).

עד 2000	1
2001 - 3000	2
3001 - 4000	3
4001 - 5000	4
5001 - 6000	5
6001 - 7000	6
7001 - 8000	7
יותר מ-8000	8
לא יודע	9

69. האם יש לך או לבן/בת זוגך חשבון צ'קים בבנק?

לא	1
כן, לבן/בת זוג בלבד	2
כן, יש לי בלבד	3
כן, יש חשבון משותף לשנינו	4
כן, יש לשנינו חשבונות נפרדים	5
לא יודע/ת	6

70. סוף כרטיח 02.

אנו מודים לך על שיתוף פעולתך. תשובותיך עזרו לנו להבין טוב יותר את הרגשת החושבים במקום. קיימת אפשרות לפיתוח טירותי הבריאות בקהילה בעתיד. נשמח לטמוע דעתך בעוד כשנה - דבר שיעזור לנו בשנית, לכן אנו מבקשים את שמך וכתובתך -

שם: _____
 כתובת: שכונה _____
 רחוב _____
 מטי בלוק _____
 מטי דירה _____

שם המראיתך: _____
 תאריך: _____
 הערות: _____

המפעל המיוחד לפסיכולוגיה קהילתית בצפון ירושלים - סכום קצר
(סכום הדו"ח של הפסיכולוג גבי שפיר והערות כוללות)

המרכז לבריאות הנפש "עזרת נשים", אשר אחראי על בריאות הנפש בצפון ירושלים, הפעיל מרפאה מקומית במטרה להקל על גישת הנזקקים לשירות. לאחרונה הורגש הצורך לפעול יותר בקרב האוכלוסייה באזור כדי להפחית מתחום הקשורים בבעיות נפשיות ולצמצם את הנטיה לדחות שירות פסיכולוגי; וזאת ע"י התייחסות לא רק להפרעות נפשיות מקובלות אלא גם להפרעות בתפקוד יום-יומי, הבולטות במיוחד בשכונות עירוניות המאופיינות במצוקה כלכלית ונפשית.

במחשבה זאת, פנה "עזרת נשים" למוסד לביטוח לאומי בבקשה לסייע בפתוח חוכנית נסיונית במסגרת המפעלים המיוחדים. החוכנית התקבלה והופעלה במשך שנתיים, מינואר 1978 עד דצמבר 1979.

הפרוייקט נערך בשתי שכונות מצוקה בצפון ירושלים, שמואל הנביא ושכונת רוממה. הראשונה היא שכונה בעלת צפיפות אוכלוסייה ודיור גבוהה אשר היתה אזור עוני גבולי של עולים חדשים; השנייה היא יותר מגוונת וכוללת גם קהילה דתית. בשתי שכונות אלה קיים מתנ"ס המתפקד כמרכז הפעילות החברתית והתרבותית ומציג את עצמו כמכוון את הקהילה בתחומים אלה. לכן הוא נבחר כגוף המתאים ביותר למקום בו את הפסיכולוג של הפרוייקט. הפרוייקט פורסם בעתונות מקומית וע"י עובדים קהילתיים.

במרכז הפרוייקט עמדה מרפאה מיוחדת, ללא תור, הממוקמת במוקד הפעילות הקהילתית. הפסיכולוג הקהילתי שהווה חוליה חשובה בפרוייקט, נבחר מתוך הצוות האזורי של "עזרת נשים" וקבל הדרכה שוטפת מקצועית במשך כל תקופת הפרוייקט. הוא קבל חדר במרכז הקהילתי ועמד לרשות כל הקהילה באופן חופשי. היו לו חמישה סוגים עיקריים של קשרים:

1. אנשי השכונה יכלו להתייעץ איתו ללא תאום מראש, ללא הנדירה פורמלית של הבעיה וללא תשלום.
2. קבוצות וחוגים קיימים אשר גפגשו במרכז הקהילתי. הפסיכולוג נפגש אתם במסגרת החוג, הציג את עצמו והזמין פניות פרטיות אליו.
3. צוות העובדים של המרכז הקהילתי אשר התייעץ עם הפסיכולוג גם בעניינים אישיים וגם בנוגע לתפקודם כלפי הקהל וכלפי יתר חברי הצוות.

4. גורמים לא מקצועיים אשר קשורים למרכז הקהילתי כגון עובדי בלוקים ומתנדבים.
5. גורמים אחרים בקהילה, בעיקר אחיות ומשפחות המטופלות ע"י התחנה לאם ולילד.

בכל המצבים האלה הפסיכולוג הקהילתי קבל מקרים שבדרך כלל אינם מוגדרים כ"חולי נפש". כל מקרה שאופיין כשייך לאחת מהקטגוריות המקובלות של "חולי נפש" הופנה למרפאה האזורית. המקרים שהחקבלו אצל הפסיכולוג הקהילתי דרשו בדרך כלל 2-3 פגישות, ובשום מקרה לא יותר מ-10 פגישות.

בכל תקופת הנסיון (שנתיים), המרפאה ללא חור היתה פתוחה פעמיים בשבוע במשך שעתיים בבקר, בצהריים ובערב.

להלן תמצית הממצאים בהתאם ל-5 סוגי הקשרים שהוגדרו לעיל:

1. במשך השנתיים היו 147 פונים למרפאה ללא חור. החלוקה כמעט שווה בין שני המרכזים והיו 17 פונים בתחנה לאם ולילד.

כ-80% מכלל הפונים היו בגילים 20-50. ניצול השירותים ע"י צעירים וקשישים היה בשעור קטן יחסית. שני שלישים מכל הפונים היו גשים וקצת יותר מחצי היו נשואים. גם בודדים היו מיוצגים אך גרושים ואלמנים פנו לפסיכולוג לעתים רחוקות.

איך הגיעו לשירות? הקבוצה הגדולה ביותר הגיעה על פי המלצת עובד קהילתי (39%), הקבוצה השניה בגודלה היתה קבוצת הפונים מיוזמתם (36.3%). המלצת חברים וקרובי משפחה הביאה לשירות מספר קטן של אנשים ונדירה היתה ההתייעצות על בסיס המלצה או הפניה מקצועית (של רופא או עובד רווחה).

מה היא הבעיה המוצגת כסיבת הפניה? הבעיה המוצגת ביותר היתה קשורה לדחק משפחתי (43.6%); גם דחק אישי היה בולט (36.1%). נזירות הסבירה 12.2% מהבעיות. נדירים המקרים שניתן להגדיר במונחים רפואיים מדויקים יותר: פסיכוזת 2.7%, התמכרות לסמים 3.4%, פיגור שכלי 2.0%.

2. בנוגע לקשר הפסיכולוג עם קבוצות וחוגים הקיימים במרכז הקהילתי, היה לו קשר עם הקבוצות הבאות לפעמים ביוזמתו ולפעמים ביוזמת הקהילה:

- קבוצת דיור המכוססת על חוכנית הטלויזיה "מצב משפחתי" המכוונת באופן בלתי ישיר לענייני רווחה של הבלוק.

- קבוצת אמהות של משפחות גדולות אשר נפגשו באופן סדיר במרכז הקהילתי לשם פעילויות יצירתיות וחברתיות. במשך סדרה של 6 פגישות הפסיכולוג שוחח עם האמהות על נושאים כגון גיל ההתבגרות, הרטבת מיטה, קנאה בין אחים, תגובות המשפחה לתינוק חדש, בעיות זקנה וכו'.

- חורי הילדים בפעוטון נפגשו עם הפסיכולוג כדי לדון על נושאי הגיל הדרך.

- התחנה לאם ולילד ברוממה היתה שותפה לפרוייקט. הפסיכולוג ניהל דיונים עם נשים צעירות שזה להן הריון הראשון.

3. הפסיכולוג הקדיש הרבה מזמנו לפגישות עם הצוות, אשר עסקו ב:

א. תמיכה באוריינטציה טיפולית בצוות ובחברים בו, לשם שיפור תפקודם כסוכני שנוי בחברה.

ב. הדרכה והנחיה של פעילויות אנשי הצוות - מבחינה מקצועית.

ג. הגברת המודעות של חברי הצוותים לבריאות נפשית קהילתית.

באחד המרכזים, בו הצוות מגובש ולו מנהיגות ברורה ואפקטיבית, הווה הפסיכולוג חבר צוות, והשתתף בדיונים באופן חופשי. זה הביא לקיום סידרה של סדנאות לצוות אשר טפלו ביחסי אנוש ובנושאי ארגון ונוהלו ע"י הפסיכולוג.

במרכז השני היה הצוות מלכתחילה פחות יציב, עם תחלופה גבוהה, אי-שביעות רצון מהעבודה, וחוסר מנהיגות ברורה. בהסכמה הדדית, בנוסף לפגישת צוות שבועית קבועה, התקיימו פגישות שבועיות נוספות עבור כל הצוות בדינמיקה קבוצתית, בהדרכת הפסיכולוג. פעילות זו נמשכה שנה אחת עד שמשבר כללי גרם לשיבושים בפעילות המרכז. בשני המרכזים, הפסיכולוג נפגש גם עם חברי הצוות ונתן להם יעוץ אישי.

4. באחד המרכזים, שמואל הנביא, אירגנו נשים לא מקצועיות, שיצרו קשר בלתי פורמלי עם משפחות בעייתיות בשכונה ע"י פגישות בבתיהן. המטרה היתה להגביר את רמת החיים בבלוקים ולהקים מסגרת קהילתית ע"י ארגון ועד בית. נשים אלה, עובדות הבלוקים, נפגשו עם הפסיכולוג מדי שבוע לשעתיים ובמשך הזמן הן גם הרגישו חופשיות להתייעץ עם הפסיכולוג לפי הצורך ועשו כך באופן סדיר. במקרים מסויימים הפסיכולוג ביקר אצל משפחה בעייתית יחד עם עובדת הבלוק אך בדרך כלל עובדת הבלוק היתה המתווכת בין הפסיכולוג ובין המשפחות. כך יכול היה הפסיכולוג לכוון את דרכי הקשר של העובדות עם המשפחות הבעייתיות. בדרך זו הגיע למשפחות הנזקקות אשר לא היו מגיעות אליו למרכז הקהילתי.

5. באחד המרכזים, רוממה, עבד הפסיכולוג במקביל גם עם התחנה לאם ולילד. גוערו פגישות סדירות עם האחיות - לפי בקשתן - כדי לדרון ביחסי עבודה, נושאי בריאות הנפש בנוגע להריון והורות, ובאבחון הבעיות המתאימות להפניה ישירה לפסיכולוג.

הפסיכולוג עמד לרשות המטופלות, התחנה ליעוץ בהמלצת האחיות או לפי בקשה ישירה של המטופלת. במשך התקופה הנסיונית יעץ הפסיכולוג ל-17 מקרים כאלה.

הפרוייקט כתגובה לנושאים שעלו בסקר

הפרוייקט חמך באופן ברור בממצא הסקר שלפיו קהילות עירוניות המאופיינות במצוקה כלכלית וחברתית יכולות להפיק תועלת רבה יותר משירות פסיכולוגי חדשני מאשר מהשירות הפסיכולוגי המקובל.

השיטה החדשה והחדשה שבאמצעותה הציג הפסיכולוג את עצמו איפשר לו להגיב לסדרה של צרכים קהילתיים, שעד כה לא הגיעו אליו ולא נחשבו כמתאימים לחשומת לבו.

מיקום הפסיכולוג במרכז קהילתי נראה חיובי ומחאים לתפקידו. זה מאפשר לו ליצור קשר עם מגוון רחב של אנשי השכונה, נותני השירות, מקבלי השירות, נזקקים ולא נזקקים. בדרך זו הוא מגביר את הערנות לנושאי בריאות הנפש. התערבותו בשלב מוקדם מונעת או מצמצמת התפתחות חמורה.

הרוב הגדול של הבעיות המוצגות בפני הפסיכולוג - דחק אישי ודחק משפחתי - מתאים בדיוק לממצא הסקר שלפיו הנזקקים העיקריים לשירות הם אלה המוקפים בבעיות ונוטים לא להתמודד אתן. מבחינה זו השירות תפקד בדיוק כפי שתוכנן. הוא שרת את אלה שאינם מוגדרים כמתאימים לטיפול במרפאה, והוא עזר להקל על מחחים וקשיים בקהילה אשר לא הגיעו לפני כן לטיפולו של הפסיכולוג המקצועי.

קהילה למדה להעריך את השירות זאת תרומתו ואת גבר והתרחב השמוש בו. גם עבודת הפסיכולוג עם צוות המרכזים הייתה פוריה. וההוכחה לכך שיותר מ- $3/4$ מההפניות נעשו באופן שווה ע"י צוות המרכז ויוזמה אישית, מה שנוגד את השיטה המקובלת של הפניה רפואית ומקצועית.

כמובן, אין שום סיבה שאנשים מקצועיים לא יופנו גם כן, ואולי כדאי לפרסם את דבר קיומו של הפסיכולוג הקהילתי גם במרפאה המקומית של קופת חולים, אצל מוסדות דתיים מקומיים וכו'.

כנראה שהתדמית השלילית של הפסיכולוג ושירותיו הופרכה בחלקה אך נדרש עוד יותר מאמץ
בכוון זה. סה"כ מספר הפניות לפסיכולוג הקהילתי עדיין נמוך מאוד, מתחת לשעור המצופה.
גם נראה שהסטיגמה הורחקה באופן מוצלח יותר אצל חלקים מסויימים של הקהילה ופחות אצל
אחרים. נשים צעירות נשואות הגיבו בחיוב לשירות – עובדה המצביעה על תדמיתו החיובית
בעיני הנשים. השירות הפסיכולוגי-קהילתי לא נתפס כספציפי לאנשים חולים, אלא כשירות
שכל אחד יכול להעזר בו. מספר כפול של נשים פנו לפסיכולוג לעומת הגברים. יש להניח שקל
יותר ליצור קשר איתן מאשר עם גברים (ולא שבעיותיהם של אלה פחותות). אמנם נכון שנשים
משתתפות במידה רבה יותר בפעילויות המרכז הקהילתי והיו מיוצגות יותר בקבוצות ובחוגים
השונים איתם הפסיכולוג נפגש. נובע מזה שמאמצים נוספים ומכוונים נדרשים כדי ליצור קשר
עם הגברים בקהילה. כמו-כן אנשים זקנים ומשפחות חד-הוריות כמעט ולא יצרו קשר עם
הפסיכולוג. אין לחשוב שהם חסרי בעיות, אלא שעדיין לא נמצאה הדרך להגיע אליהם.

נוצר קשר עם חלק מתוך התת-קבוצות שאופיינו באופן ספציפי בסקר. אלה שהגיעו לפסיכולוג
עשו כך בעיקר בגלל "מצבים בעייתיים" שהוגדרו בסקר. גם עם המשפחות השוליות והמשפחות
המכוננות הבעייתיות יותר נוצר קשר מסויים, בעיקר בזכות התווך של עובדות הבלוקים.

בגלל מספר מוגבל של פונים יש להניח שלא נוצר קשר עם הקבוצה שהתנגדה מראש לכל מגע
עם הפסיכולוג. ההענות הגבוהה של נשים צעירות נשואות, והתגובה החיובית לפסיכולוג במעון,
תומכות בהמלצת הסקר – שהמוקד הראשון של השירות יהיה בתחום הילדים וגדולם.

.....

.....