

---

# תפיסות עובדים במערכת בריאות הנפש כלפי מעורבות צרכנים בתחומי טיפול, מחקר, ניהול, תכנון, יישום והערכה

נעמי הדס לידור, ענת נצר

---

**נעמי הדס לידור**, PhD, OT, יו"ר בית הספר הארצי לשיקום בקריה האקדמית אונו, החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת ת"א.  
**ענת נצר**, BA בעבודה סוציאלית, MA במדיניות ציבורית. עובדת 12 שנים בתחום בריאות הנפש. anat.netzer@gmail.com

המאמר נכתב על בסיס עבודת תזה במסגרת הלימודים לתואר שני MA בחוג למדיניות ציבורית, אוניברסיטת תל אביב.

**תודות (Acknowledgments)** - לצוות המטה הבכיר של משרד הבריאות, מחלקת שיקום בבריאות הנפש ולכל אנשי המקצוע שהקדישו מזמנם למענה על השאלונים.

---

**מילות מפתח:** עמדות, צרכנים נותני שירות, שילוב

## תקציר

מחקר זה עסק בתפיסות שבהן מחזיקים העובדים בתכנון וביישום שירותי השיקום בבריאות הנפש באשר למעורבות צרכנים (אנשים המתמודדים עם קושי נפשי ומקבלים שירותי שיקום) בתחומי טיפול, מחקר, ניהול, תכנון ויישום והערכה. ידוע שהתפיסות שבהן מחזיק הפרט משפיעות באופן ישיר ובאופן עקיף הן על תכנון ויישום מדיניות בתחומים שונים והן על תחום בריאות הנפש, והיכולת לשנות תפיסות לא מועילות או מעכבות ולחזק תפיסות אחרות תאפשר מעורבות צרכנים באופן איכותי ומרבי. המחקר הגיע למדגם רחב של עובדים בתחום בריאות הנפש בקהילה, בתפקידי מטה, מחוז, ושירותים בשטח (N= 117). הובאו בחשבון משתנים בלתי תלויים כגון: גיל, ותק, סוג ההכשרה, תחום העיסוק ומסגרת התפקיד, שנבדקו אל מול המשתנים התלויים של העמדות בהם מחזיקים העובדים כלפי מעורבות צרכנים בתחומי טיפול, מחקר, ניהול, תכנון ויישום והערכה. נאספו נתונים איכותניים וכמותיים. נמצא כי עובדי המטה מראים עמדות תומכות יותר מעובדי השטח בתחומי התכנון והניהול. במטה ובשטח נמצאו עמדות תומכות בתחומי ניהול, תכנון ויישום יותר מאשר בתחומי טיפול, הערכה ומחקר. ותק נמצא כמנבא עמדות חיוביות בתחומי ניהול וטיפול, כמו כן נשים נמצאו בעלות עמדות תומכות יותר בתחומים אלה. לסכיום, זוהו ארבעה תחומים עיקריים שבהם אפשר להביא לשינוי בעמדות אנשי המקצוע: הפן הטיפולי, קבלת החלטות, הבנת החוויה האישית והטמעת מדיניות.

## מבוא וסקירת ספרות

תחום בריאות הנפש עבר שינויים רבים בעולם בחמישים השנים האחרונות, וכן גם בארץ בשלושים השנים האחרונות. מדיניות האל מיסוד, שהחלה בארה"ב בשנות ה-60 של המאה ה-20 ואומצה על ידי מדינות רבות, הגיעה לישראל בשנות ה-80, והביאה לשחרור של חולים רבים מבתי החולים והקמת שירותים בקהילה (אליצור, 1998).

בשנות ה-90 החלו לדבר בעולם על חזון ההחלמה (Recovery) (Anthony, 1993), לחקור, לכתוב, ללמוד ולתכנן שירותים על פיו. בין היתר, הודגשה החשיבות בהעצמת צרכנים של שירותי בריאות הנפש ושילובם כנותני שירות. בהמשך חוקק בישראל חוק שיקום נכה הנפש בקהילה (2000) ואוכלוסיית היעד התרחבה מאוד. ואולם, על אף שהגישה הדוגלת בשילוב צרכנים כנותני שירות נחשבת מובילה בתחום השיקום, לא ידוע כמה היא באמת חלחה במערכת הטיפולית/שיקומית, ויש עוד דרך ארוכה לעשות עד שישולבו ערכי ההחלמה באופן מלא בכל ההיבטים השונים (Drake, Hogan, Slade, & Thornicroft, 2011).

## התנועה הצרכנית בעולם ובישראל

התנועה הזאת מובילה עשייה של צרכנים למען עצמם ופועלת לשיפור זכויותיהם ומעמדם בחברה. Crossley (1999) זיהה את התנועה הצרכנית בתור כזאת כבר לפני יותר מעשור. הוא זיהה את הגורמים לצמיחתה ולביסוסה כשילוב של תמורות בתחום בריאות הנפש כפי שנידונו קודם לכן (גישת האל מיסוד), התערבות המדינה, החוק והשדה הפרלמנטרי. מחקרים שונים שנערכו במהלך השנים ברחבי העולם הראו כי יש חשיבות רבה לידע של הצרכנים ולחוויה הסובייקטיבית שלהם בתכנון ובשיפור שירותים (Farkas, 2007). מקובל לציין חמישה תחומים שבהם צרכנים פעילים: קבוצות לעזרה עצמית,

קבוצות לעזרה עצמית באינטרנט, שירותים המופעלים/אומנוהלים על ידי צרכנים, שירותים המבוססים על שותפויות וצרכנים שמועסקים בשירותים ובמחקר (Ramon, 1994; Solomon, 2004). הספרות מתארת צרכן שעובד בתחום בריאות הנפש במתן שירות כצרכן נותן שירות (סינגר, 2010). צרכן שעובד כנותן שירותים ייקרא במאמר צנ"ש.

שירותים שמסופקים על ידי צרכנים למען צרכנים נמצאו כיעילים באותה מידה, ואף יותר, משירותים דומים שאינם מופעלים על ידי צרכנים. כמו כן, נמצא יתרון נוסף בשירותים אלו בכך שהם מפחיתים שימוש באשפוז ובשירותי חירום ולפיכך מביאים לחיסכון כספי למערכת כולה (Solomon, 2004). עם זאת, מחקר שבדק למידה שהושגה ממעורבות צרכנים ובני משפחה כחוקרים, מצא כי הצרכנים ובני משפחה התקשו במעורבות, בהתגברות על השפה המקצועית, על השפעה רגשית ועל אי-שוויון בינם ובין אנשי המקצוע במובני כוח. השיפור צריך לבוא אפוא מצד המנהלים ואנשי המקצוע (Hitchen et al., 2011).

## מדיניות ציבורית - המדיניות שמאחורי החוק

מדינות שונות בחרו לעגן בחקיקה את זכויותיהם של אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות. ב-2003 ארגון הבריאות העולמי הוציא חוברת למתכנני מדיניות, ממשלות וארגונים המנחה כיצד לקדם נושאים אלה (World Health Organization, 2003). במדינות שעברו לגישת "האל-מיסוד", לקחו העובדים המקצועיים תפקידי סגור בתחומי זכויות הצרכן והעלאת מודעות לשיפור שירותים, מה שיצר לעתים ניגוד עניינים עם מקבלי השירות עצמם.

בישראל יש שני חוקים שמעגנים במובהק את זכויותיהם של אנשים המתמודדים עם מחלות פסיכיאטריות: חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991 וחוק שיקום נכי נפש בקהילה

## **בדיקת עמדות בתחום בריאות הנפש ומדיניות ציבורית (Attitudes)**

סטיגמה פירושה החזקה בסדרת תפיסות שגויות לגבי קבוצה מסוימת. מעל יוצא שלה הוא אפליה לרעה בתחומי החיים השונים (Corrigan & Penn, 1999). הסטיגמה כלפי מחלות פסיכיאטריות וכלפי מוסדות פסיכיאטריים היא בעלת השפעה על המתמודדים. לסטיגמה יש השלכות שליליות על חייהם של אנשים שחלו במחלות פסיכיאטריות, על תפקודם, על שיקומם ועל השתלבותם בחברה. הסטיגמה פוגעת באיכות החיים ומתבטאת באפליה בדיור ובתעסוקה, בניכור ובמרחק חברתי, ולעתים אף בטיפול רפואי לקוי. הסטיגמה עלולה למנוע או לעכב פנייה לקבלת עזרה נפשית, על אף ההתפתחויות הניכרות שחלו בעשורים האחרונים בטיפול ובשיקום אנשים עם מחלות פסיכיאטריות (שטרך ועמיתים, 2009). כך למשל נמצא במדד הדמוקרטיה הישראלית 2010 כי 39% מן הציבור יעדיף שלא לגור בשכונת לאדם המוכר כחולה נפש (אריאן ועמיתים, 2010). כיום עדיין ידוע, כי על אף השינויים שהתרחשו ותוארו לעיל, רווחת סטיגמה רבה בקרב הציבור הרחב בנוגע לאנשים החולים במחלה פסיכיאטרית (Gaebel, 2002; WPA, 1998).

יש דרכים שונות להפחתת סטיגמה. נמצא שהיעילה ביותר היא מגע והיכרות אישית עם המתמודד בתהליך ההחלמה שלו (Corrigan & Lauber, 2004). בבחינת עמדותיהם של נותני שירותים בתחום בריאות הנפש, כלפי מעורבות צרכנים הדעות חלוקות: נמצא כי הם רואים את האנשים העובדים כצרכנים נותני שירות - ככאלה שאינם מייצגים את האוכלוסייה שמקבלת את שירותיהם. לכן המפגש איננו מפחית מן הסטיגמה של אנשי המקצוע (Crawford, 2003). במחקר שנעשה בשתי מחלקות בבית חולים פסיכיאטרי גדול באוסטרליה, נמצאו

התש"ס-2000. בחוק קבע המחוקק כי במועצה הארצית לשיקום נכי נפש בקהילה ישבו שני נציגי ארגונים המייצגים, לדעת השר, את אוכלוסיית המתמודדים, ושני נציגים של ארגונים המייצגים, לדעת השר, את המשפחות של המתמודדים. המחוקק ראה את החשיבות בהשמעת קול הצרכנים בכל הקשור לתכנון מערכת השיקום והשירותים הניתנים בה. עם זאת, בעת חקיקת החוק היה ארגון אחד שפעל לייצוג הצרכנים, ארגון "התמודדות" שהופעל על ידי מר צביאל רופא ולכן בשנים הראשונות ליישום החוק ישב ארגון "זיכרות" על תקן ארגוני המתמודדים.

על אף ביסוס הרקע התיאורטי הנחוץ על מנת לקדם מעורבות צרכנים בתחום השיקום, לא הרבה נעשה בתחום המחקר לגבי היישום בפועל (Crawford, 2003). מחקרים שנעשו לקו בדרך כלל במדגם לא מייצג ולכן לא ניתן להכלילם (Hitchen et al., 2011; Maccan, 2008). ואולם, מחקר מנקודת המבט של צרכנים מעורבים הורה על הצורך בשינויים בתפיסות אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש (סינגר, 2010; Mead, 2000). נמצא קשר ישיר בין התפיסות שבהן מחזיקים עובדים מקצועיים ובין גורמים שונים כגון: רמת השחיקה, רמת השיתוף, איכות מתן השירות (McCann, Baird, Clark, & Lu, 2008a; McCann, Clark, Baird, & Lu, 2008b; Tokuda, 2009). מחקרים אחרים מן השנים האחרונות התמקדו בהשפעת הכשרות שונות על העמדות שבהן מחזיקים אנשי מקצוע (Tsai, Salyers, & Lobb, 2010).

בארץ נושא זה רק בתחילת המחקר ועל כן מטרת מחקר זה היא לתרום למאגר הידע, להרחיבו ולספק מידע מהימן והשוואתי הנחוץ לקובעי המדיניות ולעובדים בשטח, שיהיה בעל ערך תיאורטי ומעשי.

חיוביות פחות בהשוואה לעובדי מטה ומשרד (דרג גבוה) באשר למעורבות צרכנים. ימצאו תפיסות תומכות יותר בתחומי טיפול, מחקר והערכה, לעומת תחומי ניהול, תכנון ויישום. ימצא הבדל בין התפיסות שבהן מחזיקים אנשי מקצוע בתחומים שונים בתוך תחום השיקום. למשל: אנשי מקצוע העובדים בתחומי השכלה יטו לתמוך במעורבות יותר מאשר אנשי מקצוע שעובדים בתחומי הדיור. בתוך התחומים השונים ימצאו עמדות תומכות בשירותים משלבים בקהילה כגון תעסוקה נתמכת ודיור לווין, יותר מאשר בשירותים מכילים ומוגנים כגון הוסטל כוללני ומועדון תעסוקתי. ימצא כי בעלי ותק רב יחזיקו בעמדות חיוביות (משתפות יותר) בהשוואה לבעלי ותק קצר.

### אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מנתה 117 נבדקים. מתוכם 37 היו עובדי מטה משרד הבריאות: רכזות ומתאמות (31.6%), 80 היו עובדי שטח מכלל השירותים שמופעלים במסגרת שירותי סל שיקום (68.3%). 88% מן הנשאלים היו נשים ו-12% גברים. מרבית הנשאלים מתגוררים במרכז (77%). המצב המשפחתי השכיח ביותר בקרב הנשאלים היה נשוי (65.8%). בקרב העונים היה ייצוג לכל שכבות הגיל שצוינו בשאלון, כשכמעט מחצית הנשאלים היו בקבוצת הגיל השנייה בין 31 ל-40 שנים (49.6%). יותר ממחצית הנשאלים היו בעלי הכשרה כעובדים סוציאליים (57.3%) וכרבע היו בעלי הכשרה של מרפאים בעיסוק (23.9%).

### כלי המחקר

השאלון שבו נעשה שימוש במחקר הורכב משילוב של שאלות מכלי המחקר ה-Consumer Participation and Consultant Questionnaire (McCann et al., 2008a; 2008b) (CPCQ) וה-Mental Health Consumer Participation

בקרב הצוות עמדות שיש בהן סתירה פנימית. מצד אחד עמדות חיוביות, שתומכות במעורבות צרכנים רבה, בתחומים שאינם קשורים באופן ישיר לתפקידם, ומצד אחר, עמדות שליליות בכל הנוגע למעורבות צרכנים בתחומים הנוגעים לתחומי האחריות המסורתיות יותר של אנשי המקצוע (McCann et al., 2008a; 2008b).

לסיכום, ידוע היום ממחקרים ומהתנסויות בעולם ששילוב צרכני בריאות הנפש במחקר, ניהול, תכנון והערכה משפיע באופן חיובי על רמת ההתאמה של השירותים, איכותם ויעילותם (Farkas, 2005). גם בארץ בשנים האחרונות יש תהליך הדרגתי של הכשרה ושילוב של צרכנים בעבודת השיקום, אך תהליך זה נעשה בקצב אטי, כמו גם רמת המעורבות של צרכנים בתחומים השונים. אחת השאלות שנשאלות בהקשר זה היא, מה מקומם ותפקידם של קובעי המדיניות בקידום תהליך זה. האם עמדותיהם תורמות, מעכבות או תומכות בה. מחקר זה בדק את התפיסות של אנשים שעובדים ואמונים על יישום חוק שיקום נכי הנפש בקהילה 2000, הן במטה של אגף שיקום במשרד הבריאות, אצל הרכזים האזוריים והן בשטח בשירותים השונים, באשר למעורבות צרכני בריאות הנפש, במחקר, ניהול, סגור, תכנון, יישום וטיפול.

### שיטה

#### מערך המחקר

המחקר, מסוג Mixed Method, משלב בין שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות.

#### השערות המחקר

ימצאו הבדלים בתפיסות שבהן מחזיקים אנשים שמועסקים במידת קרבה שונה לצרכנים. כלומר, אנשי מקצוע שעובדים בשירותים עצמם ובמוע יום-יומי (דרג נמוך) עם צרכנים יחזיקו בעמדות

ולשיקום שלהם), מעורבות צרכנים בתכנון ובניית שירותים (6) (דירוג מידת ההסכמה עם אמירות כגון - מידע מצרכנים צריך להיות מרכזי בתכנון שירותים בבריאות הנפש; צרכנים צריכים ללמוד ולרכוש את השפה המתאימה כדי שיוכלו להשפיע ברמה המקצועית), מעורבות צרכנים במחקר (6) (דירוג מידת ההסכמה עם אמירות כגון - צריך לעודד יותר צרכנים להשתלב בלימודים לתארים מתקדמים ולהקצות לכך משאבים; מטרת מחקרים אקדמיים היא לעזור לאנשי מקצוע), ושאלות פתוחות בסוף כל קטגוריה (סה"כ 6 שאלות פתוחות בכל השאלון, לדוגמה - מהי לדעתך התשתית ההכרחית על מנת לאפשר שיתוף של צרכנים ותרומתם למערך בריאות הנפש).

לצורך בדיקת השערות המחקר חולק השאלון לארבעת הצירים כפי שהוצגו לנשאלים: ניהול, טיפול, תכנון ומחקר. נערך הליך מהימנות פנימית באמצעות Cronbach's Alpha: ניהול (שאלות 10 עד 13 בשאלון ללא שאלה 12) מהימנות 0.617; טיפול (שאלות 16 עד 22 בשאלון) מהימנות 0.637; תכנון (שאלות 24 עד 29 בשאלון) מהימנות 0.485; מחקר (שאלות 31 עד 36 בשאלון) מהימנות 0.525. (ראו שאלון בנספח 1).

### הליך המחקר

לאחר קבלת אישור ועדת האתיקה, נוסח מכתב למטה משרד הבריאות ולעובדי שטח. מכתב הפניה וכן שאלון המחקר הופצו בדוא"ל למנהלי שירותים שונים והוחזר בדוא"ל לחוקרת על ידי הנשאלים. בתוך שבועיים נאספו די שאלונים מאנשי השטח ששימשו מדגם מייצג לתחומים השונים. השאלון הועבר לעובדי משרד הבריאות במהלך ישיבת הצוות החדשית שלהם, השאלונים מולאו במקום והוחזרו לחוקרת.

Happell et al.,) Questionnaire (MHCPQ) (2002). שאלון ה-MHCPQ הוא גרסה מותאמת של שאלון ה-Consumer Participation Questionnaire (CPQ) (Kent & Read, 1998) שפותח במקור לבדיקת דעותיהם ותפיסותיהם של אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש בניו זילנד. שאלון ה-MHCPQ כולל 24 פריטים שלגביהם יש לדרג את מידת ההסכמה על סולם ליקרט, וכן 3 שאלות נוספות של כן/לא. הוא מחולק ל-6 קטגוריות העוסקות במעורבות צרכנים בניהול, בטיפול, בתכנון ובניית שירותים, במשרות אקדמיות, במתן שירותים, ופרספקטיבה של הצרכן. שאלון ה-CPCQ פותח במיוחד למחקרם של (McCann et al., 2008a; 2008b), כגרסה מותאמת של שאלון ה-MHCPQ (Happell et al., 2002). שאלון ה-CPCQ כולל 36 שאלות סגורות ופתוחות ומחולק אף הוא ל-6 קטגוריות הכוללות: שאלות דמוגרפיות, עמדות ביחס למעורבות צרכנים בניהול, בטיפול, בתכנון ובניית שירותים, ובמערך הייעוץ ביחידות האשפוז, וכן 2 שאלות נוספות פתוחות. עמדותיהם של אנשי המקצוע מדורגות על פי מידת ההסכמתם לפריטים השונים על סולם ליקרט (McCann et al., 2008a; 2008b).

שאלון המחקר הנוכחי כלל 38 שאלות המחולקות ל-6 קטגוריות: שאלות דמוגרפיות (9) (בנוגע למגדר; מקום מגורים; גיל; מצב משפחתי; הכשרה; ותק בתחום השיקום; תפקיד וניסיון בעבודה עם צנ"ש), מעורבות צרכנים בניהול (4) (דירוג מידת ההסכמה עם אמירות כגון - לצרכנים צריך להיות חלק חשוב מהו שירות בריאות נפש איכותי; מעורבותם תעלה את רמות הלחץ בקרב הצוות), מעורבות צרכנים בטיפול (7) (דירוג מידת ההסכמה עם אמירות כגון - לצרכנים יכולה להיות אמירה מועילה בנוגע לטיפול התרופתי שלהם; חשוב שיהיה לצרכנים תפקיד מרכזי בקבלת החלטות באשר לטיפול

## ניתוח הנתונים

### הבדלים בין מטה לשטח. ההשערה הייתה

כי יימצאו עמדות תומכות יותר בקרב עובדי המטה מאשר בקרב עובדי השטח. תחילה נבדקה ההתפלגות של ארבעת הצירים ביחס למטה ולשטח באמצעות מבחני t-test או Mann Whitney (במקרה שלא הייתה הנחה של התפלגות נורמלית) ונמצא כי תחומי הטיפול, התכנון והמחקר מתפלגים באופן נורמלי. השערה זו אוששה בתחומים מסוימים: בתחום התכנון נמצא הבדל מובהק (0.039) ובתחום הניהול הבדל מובהק (0.028) בין תשובות המטה והשטח בחישוב סך כל השאלות בכל אחד מן התחומים האלה. שאלות Q3, Q14, Q20, Q25 אף הן נמצאו בהבדל מובהק בין תשובות המטה והשטח. טבלה 1 מציגה את ההבדלים בין המטה ובין השטח בחישוב סך כל השאלות בתחומי הניהול והתכנון.

ניתוח הנתונים נעשה תוך שימוש בתוכנת IBM-SPSS version 19 (מובהקות סטטיסטית  $P < 0.05$ ). נבחנו ארבעת הצירים של השאלון. בהמשך הניתוח חולק השאלון לשני צירים: ניהול ותכנון (וישום) מול טיפול ומחקר (והערכה) מכיוון שנמצא מתאם בין תחומים אלו ובין העמדות שהביעו הנשאלים.

נערך שימוש במבחני t-test או Mann Whitney לבדיקת ההבדלים בתפיסות שבהן מחזיקים אנשים שמועסקים במידת קרבה שונה לצרכנים, כלומר - אנשי שטח ומטה.

נערך שימוש במבחן paired t-test כדי להשוות בין הציונים שהתקבלו מתחומי טיפול, מחקר והערכה מול הציונים שהתקבלו מתחומי ניהול, תכנון ויישום.

כדי להשוות את ערכי התפיסות שהתקבלו בתחום הניהול בין סוגי השירותים ובתוך השירותים השונים נערך שימוש בניתוח שונות א-פרמטרי Kruskal-Wallis. אותם ההבדלים בתחומי הטיפול, התכנון והמחקר נבדקו ב-ANOVA.

לבדיקת הקשר בין ותק לארבעת הצירים (ניהול, טיפול, תכנון ומחקר) נערך שימוש במתאם Speraman.

נערכו עיבודים נוספים על מנת לבדוק קשר בין המשתנים הדמוגרפיים השונים לתפיסות ולעמדות בשימוש בכל המבחנים שצוינו לעיל.

הניתוח האיכותני נעשה על ידי מציאת תמות משותפות בתשובות הנשאלים על פי עקרונות הניתוח האיכותני (שקדי, 2004).

## תוצאות

### עמדות אנשי מקצוע - בדיקת השערות המחקר הכמותיות

טבלה 1

הבדלים בין מטה ושטח בקטגוריות ניהול, תכנון ויישום (מבחני *t-test/Mann Whitney*)

P	עובדי מטה			עובדי שטח			שאלות
	ממוצע	סטיית תקן	חציון	ממוצע	סטיית תקן	חציון	
0.028*	4.72	0.381	4.67	4.52	0.492	4.67	סה"כ ניהול**
0.039*	3.65	0.480	3.67	3.85	0.480	3.83	סה"כ תכנון ויישום

\*P<0.05

\*\*בלי שאלה Q4

( $p < 0.01$ ). בהשוואה בין עובדי מטה לעובדי שטח: נמצא שבשטח יש הבדל מובהק בין תשובות שניתנו בחלקים של טיפול + מחקר והתשובות שניתנו בחלקים של ניהול + תכנון ( $p < 0.01$ ) במטה לא נמצא הבדל מובהק בין חלקים אלו. נמצא מתאם בינוני בין תחומי הטיפול ובין תחומי הניהול, מי שמחזיק בתפיסות יותר תומכות, חשב כך בכל התחומים באופן יחסי ( $r = 0.58$ ;  $p < 0.01$ ). באופן כללי יש תמיכה חזקה מאוד במעורבות של צרכנים בנתינת שירותים, והתשובות הן מעל החציון של סקלת השאלון (2.5).

**ההבדלים בין תחומי טיפול, מחקר והערכה ותחומי ניהול, תכנון ויישום.** ההשערה השנייה הייתה כי ימצאו עמדות תומכות יותר בקרב אנשי המקצוע לתחומי טיפול, הערכה ומחקר. נערך שימוש במבחן *paired t-test* כדי להשוות בין הציונים שהתקבלו מתחומי טיפול, מחקר והערכה מול הציונים שהתקבלו מתחומי ניהול, תכנון ויישום, אולם, בניגוד להשערה, נמצא כי בתחומי ניהול, תכנון ויישום התקבלו תפיסות תומכות יותר. נמצא הבדל מובהק בין תחומי הניהול ובין תחומי הטיפול ( $\text{paired } t\text{-test} = 3.74$ ).

טבלה 2

הבדלי עמדות בין שטח למטה בתחומי ניהול, תכנון ויישום לעומת טיפול, מחקר והערכה

כלל הנשאלים N=117					
ממוצע	סטיית תקן	קורלציה	מובהקות סטטיסטית		
4.05	0.411	0.585	P<0.001	ניהול, תכנון, יישום	
3.93	0.398			טיפול, מחקר, הערכה	

**הקשר בין סוגי השירותים ובתוך השירותים.** ההשערה השלישית הייתה כי ימצא קשר בין עמדות חיוביות לסוג השירות שבו עובד הנשאל (הבדלים בין שירותי דיור לשירותי תעסוקה למשל). בתחום הניהול התשובות לא התפלגו באופן נורמלי ולכן נעשה שימוש במבחן *K-W*. בתחומים האחרים נמצאה התפלגות נורמלית ולכן נעשה שימוש ב-ANOVA. לא נמצא הבדל מובהק בעמדות שהביעו אנשי מקצוע מתחומים שונים בתוך שירותי השיקום.

וכשנבחנה כל קבוצה בנפרד, רק בקבוצת המטה היה מתאם בינוני בין ותק לבין אספקט המחקר, אך לא בשאר העמדות. בציר הראשון של: טיפול, מחקר והערכה נמצא מתאם בינוני בקרב אנשי המטה, אך לא אנשי השטח. בחישוב הכללי נמצא קשר חלש אך מובהק. אפשר לראות את התוצאות בטבלה 3.

**הקשר בין ותק ובין עמדות חיוביות.** ההשערה הייתה שככל שהוותק גבוה יותר, כן העמדות שהציג הנשאל היו חיוביות יותר. בחישוב מקדם מתאם Spearman נמצא קשר מובהק בין ותק ועמדות תומכות בתחום הניהול ובין תחום הטיפול. בחלוקה לפי צירים נמצא הבדל מובהק לכל המדגם. חשוב לציין שהמתאם היה חלש

### טבלה 3

#### מקדם מתאם Spearman לבדיקת הקשר שבין ותק ועמדות תומכות לשילוב צרכנים

Total N=117		מטה N=37		שטח N=80		
מובהקות סטטיסטית	מתאם spearman	מובהקות סטטיסטית	מתאם spearman	מובהקות סטטיסטית	מתאם spearman	תחום
*0.016	0.223	0.517	0.110	0.230	0.136	ניהול
*0.011	0.235	0.152	0.240	0.141	0.166	טיפול
0.870	0.015	0.546	0.102	0.183	0.150	תכנון
0.226	0.113	*0.003	0.473	0.264	0.126	מחקר
*0.011	0.233	*0.012	0.407	0.076	0.200	ציר 1: טיפול, מחקר, הערכה
0.260	0.105	0.392	0.145	0.114	0.178	ציר 2: ניהול, תכנון, יישום

לא הייתה השפעה להוצאתם מניתוח שאר הנתונים.

#### תוצאות הניתוח האיכותני

בחלק זה נציג את הממצאים שעלו מניתוח השאלות הפתוחות:

**שאלה ראשונה: האם לדעתך יש לתת לצרכנים גם תפקידי ניהול בשירותים במערך השיקום בקהילה?**

**קשרים בין נתונים סוציו דמוגרפיים אחרים ובין העמדות שהביעו הנשאלים.** לא נמצאו קשרים בין נתונים סוציו דמוגרפיים ובין העמדות של הנשאלים. כך בהתאמה נמצא כי גיל, מקום מגורים, מצב משפחתי והכשרה לא נמצאו כמנבאים. בבדיקת המגדר נמצא הבדל מובהק בין נשים לגברים באשר לעמדות בתחומי הניהול והטיפול בלבד והנשים נמצאו כבעלות עמדות תומכות יותר מגברים. ראוי לציין, שמכיוון שהיה מיעוט גברים במדגם,



בניתוח התשובות שניתנו זוהו שלוש קבוצות בחלוקה פנימית של שש תמות. מניתוח התמות עולה כי אופן ניסוח השאלה (להוביל) והתחום שעליה נשאלה (טיפול) הם שהובילו לתשובות שהתקבלו. ככלל אנשי המקצוע מתקשים לראות את הצרכנים כמובילים את טיפולם ומוכנים לראותם כבעלי דעה, אך שההובלה והאחריות תישאר בידי גורמים רפואיים. תחום הטיפול פורש במרבית המקרים על ידי הנשאלים כנוגע לתרופות שהאדם נוטל.

### **שאלה שלישית: האם לדעתך צרכנים צריכים לשבת בוועדות תכנון של שירותים והכשרות?**

בסך הכול ענו על השאלה 114 נשאלים. ארבע תמות עיקריות המהוות כ-88.24%, שיקפו עמדות תומכות במעורבות צרכנים ובהעצמתם. כך נמצאו תמות המתייחסות לחשיבות החוויה האישית, לנקודת המבט האחרת, לכך שלצרכנים יש ידע ללמד את אנשי המקצוע מתוך חוויותיהם והם אף נמצאו על ידי חלק מן הנשאלים כמומוחים לתחומם. במידה רבה חשו הנשאלים כי צרכנים שיתאפשר להם לשבת בוועדות יכולים לייצג את קול הצרכנים. 10 ציטוטים, המהווים 11.7%, התייחסו למחלה, למצב הנפשי ועם המוגבלות אך ללא הפליה, מה שגם תומך בנימה הכללית שעלתה מכלל התשובות. הנשאלים שצוטטו לא ראו בהתמודדות האדם גורם שיש להתחשב בו בהחלטה אם לשתף בוועדות או לא, ומה שכן נחשב בעיניהם הוא רק הידע המקצועי שבו האדם מחזיק או יכול לתרום לשיח.

ממצאי הניתוח האיכותני של שאלה זו עולים בקנה אחד עם הניתוח הסטטיסטי הכמותי שהוצג כאן ומראים כי בתחומי הניהול, תכנון ויישום אנשי המקצוע מחזיקים בעמדות חיוביות יותר באשר למעורבות הצרכנים. ייתכן גם שעצם ניסוח השאלה היה פחות מאיים לגבי הנשאלים

בסך הכול ענו על השאלה 109 נבדקים. בניתוח השאלה נמצאו חמש תמות. תמות 3 עד 5 נמצאו ביחס קרוב מאוד. מרבית הנשאלים אמרו כי יש לבחון את האדם על פי כישוריו ויכולותיו הניהוליות בלבד. כשליש מן הנשאלים ראו במצב הפסיכיאטרי יתרון המספק ניסיון ששאוב מחוויות החיים, נקודת מבט נוספת לזו שיש לאנשי המקצוע בעלי ההכשרות, וכן שצרכן בתפקיד ניהולי יכול להיות מודל השראה וחיקוי למתמודדים אחרים. בניתוח כולל, רוב ההתייחסויות בתשובות לשאלה זו היו שליליות בתוכן או בהקשר.

הנשאלים הביעו בתשובותיהם אמביוולנטיות רבה באשר לשאלה אם צרכנים צריכים לקבל תפקידי ניהול בשירותים. מצד אחד הבנה כי זה מה שמצופה שיקרה, אך מצד אחר עלו חששות רבים בנוגע ליכולות שלהם למלא תפקידים אלה ולהשפעת מצבים נפשיים שונים על מילוי התפקיד. ככלל, אנשי המקצוע תמכו בפיתוח מודלים חדשים בשטח שיאפשרו עבודה בקו ניהול שיאפשרו להם להישאר במסגרת כלשהי של פיקוח על הנעשה. עוד עלה מן התמות כי אנשי המקצוע עצמם חשים כי הם צריכים הדרכה וידע כיצד לבצע זאת הלכה למעשה, וכי הם חסרים את הכלים. אמביוולנטיות נוספת שעלתה היא מצד אחד הקשיים שמערים המצב הנפשי שבגללם לא מתאים לשלב צרכנים בתפקידי ניהול מול החשיבות שלא להפלות את האדם על רקע ההתמודדות שלו. כפי שהוזכר כאן, אפשר שבפועל הדבר מלמד על כך שהחוויה האישית נחשבת יותר כשלילית בעיני אנשי המקצוע ופחות כחלק מן הכוחות, היכולת, הידע של האדם.

### **שאלה שנייה: האם לדעתך צרכנים צריכים להוביל את תכנון הטיפול, ביצועו והערכתו?**

113 ענו בסך הכול על השאלה. את שש התמות שזוהו אפשר לחלק לשלוש קבוצות גדולות.

## דין

מחקר זה התמקד בבחינת העמדות של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש במסגרת חוק שיקום נכי הנפש בקהילה (2000), באשר למעורבות צרכנים בתחומי טיפול, מחקר, ניהול, תכנון יישום והערכה, תוך השוואה בין העובדים במטה לבין עובדים בשטח בשירותים עצמם.

שילוב צרכנים נותני שירות מתרחב בעולם. מחקר זה הוא הראשון בארץ הבודק את עמדות אנשי המקצוע ובכך מבקש להוסיף לידע יישומי ותיאורטי בעבור קובעי מדיניות והעובדים בשטח. למעשה, מממצאי מחקר זה עולה כי התהליך המורכב של מעורבות צרכנים אמיתית ומלאה ועבודה בשותפות, עשוי לשקף את תהליך ההחלמה עצמו: תהליך ארוך טווח, הכרוך בהבניית זהות אישית וחברתית מתוך הכרה במחסומים ובכוחות; תהליך של עליות ומורדות, הכרוך במעורבות רגשית עמוקה (Anthony, 1993; Deegan, 1988).

בניתוח הכמותי נמצאו ארבעה ממצאים עיקריים: המטה מראה עמדות תומכות יותר מן השטח בתחומי התכנון והניהול, במטה ובשטח נמצאו עמדות תומכות יותר בתחומי ניהול, תכנון ויישום מאשר בתחומי טיפול, הערכה ומחקר, כשניכרת תמיכה חזקה מאוד במטה ובשטח במעורבות של מטופלים בנתינת שירותים. ותק נמצא כמנבא עמדות חיוביות בתחומי ניהול וטיפול, כמו כן נשים נמצאו כבעלות עמדות תומכות יותר בתחומים אלו.

בניתוח האיכותני נמצאה התאמה ונמצא אישוש לניתוח הכמותי. באשר להובלת הטיפול עלו עמדות תומכות פחות והעדפה למודל הרפואי של קבלת החלטות. מן התשובות עולה התחושה כי אנשי המקצוע עצמם חוששים מפני

מכיוון שבמונח "לשבת בוועדות" אין מן המחייב שהצרכן יהיה בעל המילה וזכות הקביעה. כשהוצגה השאלה באופן שבו הוצגה, זיהו אנשי המקצוע שנשאלו יתרונות רבים לנוכחות צרכנים. רק חלק קטן מן הנשאלים (11.7%) לא ראו בהתמודדות ידע רלוונטי לתכנון שירותים וסברו שיש לתת לאנשים להשתתף רק על פי ידע מקצועי. במרבית הציטוטים זוהו הצרכנים על ידי הנשאלים כבעלי חוויה אישית, נקודת מבט ייחודית על הצרכים והמענים הנחוצים ואף כמומחים לתחומם. כל אלו נמצאו כסיבות ראויות בעיני הנשאלים לשיתופם בוועדות תכנון.

### שאלה רביעית: מהי לדעתך התשתית ההכרחית על מנת לאפשר שיתוף של צרכנים ותרומתם למערך בריאות הנפש?

בסך הכול ענו על השאלה 88 נבדקים. על אף שיעור ההיענות הנמוך ביותר מבין השאלות הפתוחות האיכותניות, זוהו מבין התשובות שש תמות שונות שהתייחסו לצדדים שונים של תשתית הכרחית על מנת לאפשר שיתוף של צרכנים. כרבע מכלל התשובות ציינו צורך בבניית תכניות הכשרה לצרכנים שיקנו להם את המיומנויות של עבודה בצוות מולטידיספלינרי. התייחסות להכשרות בתוך סל שיקום ומחוצה לו, הכשרות אקדמאיות ומקצועיות, פורמליות ובלתי פורמליות.

על אף שיעור ההיענות הנמוך באופן יחסי לשאלה זו לעומת שאלות אחרות, ניכר כי שאלה זו עוררה עניין רב בקרב העונים. כשנשאלו לדעתם בנוגע לתשתית ההכרחית ליצירת שיתוף ותרומה למערכת, ידעו הנשאלים מן השטח ומן המטה להורות על הכלים החסרים להם. המענים הנחוצים שעלו מכלל התשובות דרושים גם להכשרת הצרכנים, להכשרת אנשי המקצוע, לבניית בסיס לעבודה משותפת וגם לתמיכה בתקנים, במשאבים ובהורדת סטיגמה.

2010). ב-2010 הזמין המכון למחקר מדיניות הבריאות בישראל ארבעה חוקרים בעלי שם עולמי בתחום מחקר בריאות הנפש לסקור את הנעשה בתחום מאז חקיקת החוק. חוקרים אלו זיהו כי נעשה רבות בתחום בנושא שותפות ומעורבות צרכנית, אך יש צורך בעבודה על יצירת שותפויות אמיתיות שיגיעו מעבר ליחסים המסורתיים לפי המודל הרפואי (Drake, Hogan, Slade, & Thornicroft, 2011).

התפקידים המסורתיים שבהם החזיקו אנשי מקצוע ותפיסות כגון פסיביות הצרכן מוכרות כמעכבות מדיניות מכוונת החלמה, בתחום הטיפול, בארגונים בקהילה ובבתי חולים (Tsai, 2008). אנשי מקצוע מפרשים שותפות עם צרכנים ונתינת המושכות בידיהם כווייתור על תפקיד שמאז ומתמיד היה בבעלותם. לדעתו של דוידסון, אנשי המקצוע אינם מוותרים על הידע המקצועי שלהם ואינם מתעלמים ממנו, כי אם משתמשים בו ורוכשים מיומנויות נוספות שמטרתן הנגשת הידע לאדם בדבר המגבלות שמציב מצבו בדרך להשגת מטרותיו האמיתיות בחיים (Davidson, 2012). הכלת גישה כזו בשירותי השיקום בארץ תביא לראיית התחום הטיפולי כחלק אחד מתוך מכלול חיו של האדם. זה יקרה כשאישי המקצוע יראה את הצרכן כשותף ומוביל תחומים אחרים בחיו ויוכל להבנות אמון ביכולותיו טרם ההתמקדות בתחום הטיפולי.

### קבלת החלטות

הממצאים הכמותיים עולים בקנה אחד עם התוכן שעלה מניתוח השאלות האיכותניות באשר לתפיסת הצרכן כשותף לגורמים המקצועיים שיש להתחשב בדעתו ולשומעה, אך אין הוא מקבל החלטות על עצמו או אף נתפס כשווה במשקל דעותיו. מבחינת המדיניות, אין ספק כי המודל הרפואי לקבלת החלטות עדיין הוא המודל הבולט בשטח. לפי המודל הרפואי קבלת החלטות

מה שעלול לקרות, משחרור האחריות וההובלה. עם זאת הוטמעה "שפת ההחלמה". ניתוח התמות מאשש ומחזק את הממצא הכמותי של ההשערה השנייה שבו נמצא כי בתחומי ניהול תכנון ויישום התקבלו תפיסות תומכות יותר מתחומי טיפול, הערכה ומחקר.

בשאלה באשר למעורבות צרכנים בוועדות תכנון, נצפו עמדות חיוביות מאוד, ממצא שעולה בקנה אחד עם הממצאים הכמותיים גם כן. כדי לאפשר שילוב בתפקידי ניהול נמצא צורך בהכשרות הן לצרכנים והן לצוות המקצועי, וכן צורך במיגור סטיגמה בקרב אנשי המקצוע. בשאלה מהי התשתית ההכרחית לדעת הנשאלים כדי לאפשר שיתוף ותרומת צרכנים נמצאו ממצאים דומים באשר לצורך בהכשרות לצרכנים ולצוות והפחתת סטיגמה, וכן גם צורך בהתאמת המדיניות מבחינת הגדלת תקנים והגמשתם, נתינת כלים והדרכות.

המחקר זיהה ארבעה תחומים עיקריים שבהם אפשר לעשות שינוי בעמדות אנשי המקצוע:

### התחום הטיפולי

הממצאים האיכותנים במחקר זה הראו ששפת ההחלמה מושרשת היטב. נמצאו ציטוטים רבים של מונחים כגון: "שותפות", "ביחד", "בשיתוף פעולה". עם זאת ניכר מניתוח התכנים כי בעיני אנשי המקצוע עדיין חלוקת הכוח והכות ההחלטה נשארת בידי הגורם המקצועי. בייחוד בלט הפער בתחום הטיפולי ובו סברו מרבית אנשי המקצוע כי הצרכן רק מחווה דעה אך אינו בעל ההחלטה הסופית. ממצא זה אושש בניתוח הכמותי והאיכותני גם יחד. ממצא זה תואם את הממצאים של מחקרים נוספים שנעשו בארץ בשנים האחרונות על בדיקת תפקיד הצנ"ש והיעדר ההלימה מול המערך הטיפולי (סינגר,

בעבור המשתתפים בו (הדס לידור, 2016). ייתכן שפעילותו יכולה להסביר מדוע מחקר זה לא מצא הבדלים של ממש בעמדות אנשי מקצוע בפריפריה בהשוואה למרכז.

### חוויה אישית כנסיון נדרש לתפקיד

מן הממצאים עולה כי רוב אנשי המקצוע חשו שהחוויה האישית של הצרכן אין בה די ויש צורך בהכשרה נוספת או בהדרכה אינטנסיבית לצרכנים כדי לדעת להשתמש בה בעבודתם. עוד נמצא במחקר כי אנשי המקצוע אינם יודעים תמיד להכיל את החוויה של הצרכנים ולהמשיך לשמור על הגבולות המסורתיים שאליהם התרגלו ועל הסטטוס של ההכשרות הפורמליות. קושי נוסף קשור לסטיגמה שבה מחזיקים אנשי המקצוע המקשה עליהם לראות במטופליהם עמיתים, ואפילו מקשה יותר כשהמעורבות נוגעת בתחומים שעד כה נחשבו למעוזם כגון תחום הטיפול. קושי זה תואר בספרות העולמית (McCann et al., 2008a; 2008b). זאת ועוד, כפי שנידון בסקירת הספרות ובמגבלות מחקר זה, אנשי מקצוע רואים באנשים העובדים כצרכנים נותני שירות - ככאלה שאינם מייצגים את האוכלוסייה שמקבלת את שירותיהם ולכן המפגש איננו מפחית את הסטיגמה על אוכלוסיית הצרכנים (Crawford, 2003). על מנת לשנות את העמדות המגבילות שנמצאו במחקר זה, על אנשי המקצוע להבין שניסיון החיים שהאדם מביא עמו חשוב כשהוא לעצמו כמו שמבקשים ניסיון קודם בתחום (צין, 2008). יש לזכור שעל חשיפה משלמים הצרכנים מחיר ולהשאיר את ההחלטה אם להיחשף או לא בידי הצרכן. הכוח שבחוויה האישית של האדם בא לידי ביטוי גם ללא חשיפה והחשיפה בעצם מאפשרת לתמוך באדם אם הוא בוחר בכך אך לא לאלצו (צין, 2008). תמיכת עמיתים (Peer Support) היא עזרה ספונטנית או מאורגנת שמספקת על ידי ולמען אנשים עם מצבים דומים, בעיות, ניסיון. תמיכת

נעשית בעיקרה על ידי איש המקצוע, הרופא, ומבוצעת על ידי הצרכן. עם זאת בתחום השיקום, שבו מקודמת גישת ההחלמה, מאמצים בשנים האחרונות את מודל השותפות לקבלת החלטות, כזה שיתן מקום לאיש המקצוע, לצרכן ולקהילה/ משפחה. בעולם, בתחום המחקר ובקרב התנועות הצרכניות, מקובלת האמירה "Nothing about us without us". עם זאת ממצאי המחקר מעלים צורך מצד אנשי המקצוע לכלים נוספים וחדשים לקבלת החלטות ולפעולות להפחתת סטיגמה על מנת שיווצרו הזדמנויות חדשות לקבלת החלטות משותפת באופן מלא יותר. למשל: דיודיסון במאמרו מבהיר מה מבדיל תכנית החלמה מתכנית טיפול או מתכנית שיקום ואומר שתכנית החלמה צריכה להיות קצרת טווח, והטיפול הוא רק מרכיב אחד בתכנית, מה שיעודד שותפות מלאה בקבלת ההחלטות והעברת ההובלה לצרכן (Davidson, 2012). דיגן במחקרה בנוגע לקבלת החלטות משותפת מצאה כי כשהשתמשו בהתערבות שנבדקה שעזרה לצרכן להיות פעיל בשיח ובקבלת ההחלטות על טיפולו, נמצא שההתערבות עזרה ליצור שיח יותר ממוקד אדם וצרכיו (Deegan, 2008).

בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש בקריה האקדמית אונו בארץ (להלן בית ספר לשיקום), מהווה דוגמה לפלטפורמה שבה נעשית קבלת החלטות משותפת באופן מלא. מתוך בדיקת ועדות היגוי של הקורסים, הסילבוס ורשימת המרצים ודפים פנימיים של בית הספר עולה כי הקורסים נהגו, נכתבו ומועברים על ידי צנ"שים ואנשי מקצוע יחד, בית הספר מעביר קורסים גם בפריפריה בדרום ובצפון על מנת להיות נגיש לאנשי מקצוע וצרכנים בכל הארץ. יש קורסים שמיועדים לצרכנים ולאנשי מקצוע יחד, מה שמעמיד אתגר ומעלה קשיים, אך גם נותן מרחב למודלינג

שיקומי של איש (Drake et al., 2011). הבחנה זו עלתה גם מניתוח התמונה כשפעמים רבות שימוש במונחי החלמה כגון שותפות ומעורבות שימש על ידי אנשי המקצוע לתיאור רציה ולא שותפות. לפיכך, המערכת צריכה למצוא דרכים להבדיל בין שותפות (Collaboration) לרציה (Compliance). הערכת המדיניות הבאה של החוק לשיקום נכי נפש בקהילה צריכה להבהיר שהשירותים והתמיכות צריכים להינתן לפי מטרות החיים של האדם ולא לפי מה שהוא לטובתו בעיני אנשי המקצוע (Deegen 1998; Farkas, 2007). עם זאת, כל עוד המערכת ממוקדת שירותים, וועדות מעקב נעשות לשירות ולא לאדם הדבר משמר רציה מצד הצרכנים ומעכב תהליכי שותפות אמיתיים.

סטיגמה וסטיגמה עצמית נמצאו כמעכבות שותפות אמיתית בין אנשי המקצוע לצרכנים. פיתוח תכניות למתן מידע לכלל הציבור ולאנשי המקצוע כדרך להפחתת סטיגמה יהיו יעילות ביותר כאמצעי להטמעת המדיניות הרצויה והקטנת פערי המידע והאסימטריה הקיימת בין השטח למטה כיום כפי שעלה מממצאי המחקר. ראשית, כדי שצרכנים יוכלו להשתלב כמורים בתוך השטח ובכלל האוכלוסייה עולה צורך בשינוי של השם: "צרכן נותן שירות", על מנת שהשם יאפשר גאווה ונטילת בעלות של המתמודדים שחוויות חייהם הם נסיונם וגם למתמודדים שהם גם אנשי מקצוע בהכשרתם ושתתמוך ב"ציאה מן הארון". הצעות חלופיות מוצעות יכולות להיות: "עמית תומך החלמה" או "מומחה מתוך חוויה". שנית, רק מיעוט מחקרים מוכרים לשטח ונלמדים על ידי אנשי מקצוע (Ragins, 2009). במשרד הבריאות נלמדים מחקרים חדשים שנעשים ועובדי המטה באגף נוטלים חלק בארגון כנסים שונים והעברתם בשיתוף עם ארגונים שונים בעבור העובדים בשטח. בארץ, באקדמיה, תחום ההחלמה כמעט אינו נלמד כגישה העומדת

עמיתים היא המקצוע הגדל במהירות הרבה ביותר בתחום בריאות הנפש. זה כוח עבודה זול וזמין ומתאים גם לתקופה של חיסכון במשאבים באנגליה ובעולם כולו, ומתחיל להיות מקובל בקרב השמרנים בתחום (Mary O'hagan). בארץ אין תנועה צרכנית משמעותית והתמיכות הקיימות המאפשרות מרחב לשוחח על משמעות החוויה האישית מסופקות רובן על ידי האקדמיה ושירותי השיקום.

הצרכנים מחזיקים במידע בעל ערך רב לתכנון נכון ומותאם של שירותים ומדיניות, ויש ליצור אפשרויות נוספות למעורבות בתפקידים יעודיים אך לא רק, אלא בכל סוגי התפקידים, כאשר החוויה האישית תיחשב לניסיון הכרחי לקבלת התפקיד בתיאורי העבודה. השם המקובל בארץ "צרכן נותן שירות" מקבע את מעורבות הצרכנים ואינו יוצר הזדהות עם הצרכנים עצמם. כדי שאנשי המקצוע יוכלו לראות בצרכנים שעובדים לצדם שווי ערך יש לבחון את שינוי השם לשם שישקף זאת.

### הטמעת מדיניות

כפי שנסקר בסקירת הספרות, הגישה המובילה את קובעי המדיניות בארץ ובעולם בשני העשורים האחרונים היא תפיסת ההחלמה התומכת ומעודדת מעורבות צרכנים ובניית מודלים לעבודה משותפת. בשנה האחרונה התרחש צעד חשוב מאוד כאשר לראשונה, מאז חקיקת החוק שיקום נכי נפש בקהילה בשנת 2000, מונה צרכן של שירותי שיקום כלליים, לתפקיד יו"ר המועצה הארצית. הטמעת המדיניות של האדם במרכז נמצאה כיעילה והממצאים הראו שאנשי המקצוע רואים את האדם במרכז. בסקירת החוק שנעשתה במלאת עשור נמצא כי במרבית ההתערבויות עוזרים לאדם להגדיר מטרות פונקציונליות כבעלות משמעות אישית, אך ברור שהסתמכות על שירותים איננה חלום

## מקורות

אליצור, א' (1998). מיסוד ואל-מיסוד: ארגון שירותים אזורי לבריאות הנפש כתחליף. *חברה ורווחה*, י"ח, 13-32.

אריאן, א', הרמן, ת', לבל, י', פיליפוב, מ', צבן, ה' וקנפלמן, א' (2010). *מדד הדמוקרטיה הישראלית 2010*. המכון הישראלי לדמוקרטיה, מרכז גוטמן לסקרים. נדלה מתוך: <http://www.idi.org.il/media/487041/madad%202010%20sofi.pdf>

דו"ח שנתי של מבקר המדינה 2007 <http://www.mevaker.gov.il/serve/folderAdmin.asp?id=188&opentree>

הדס לידור, נ' (2016). *סיכום פעילות בית הספר (נייר פנימי)*. בית הספר הארצי לשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש, הקריה האקדמית אונו.

חוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א-1991

חוק שיקום נכי נפש בקהילה התש"ס-2000

לכמן, מ' (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? *חברה ורווחה*, י"ח, 63-45.

לכמן, מ' (שנה). *מרכיב התעסוקה בתהליכי שיקום והחלמה של חולי-נפש*. מכון סאמיט. נדלה מתוך: [http://www.summit.org.il/articles\\_rehab](http://www.summit.org.il/articles_rehab)

סינגר, י' (2010). *חווית המעבר ממתמודד עם מוגבלויות פסיכיאטריות ממושכת לצרכן נותן שירות*. עבודת גמר מחקרית, החוג לבריאות נפש קהילתית, אוניברסיטת חיפה.

לעצמה, באף לא אחד מן התארים הראשונים המקובלים בקרב אנשי מקצוע העובדים בתחום (ריפוי בעיסוק, עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה, פסיכיאטריה). אנשי מקצוע בתחומי השיקום בבריאות הנפש בתחילת עבודתם, חווים פערי מידע מעמיתיהם המנוסים ו/או מעובדי המטה. צריך לעזור לאנשי המקצוע להתחבר לתהליך ההחלמה האישי שלהם, להתחבר לסיבות שבגללן באו לעבוד בתחום, חיזוק התקווה, המשמעות שמקבלים בתפקיד ועוד. כמו גם חיזוק אמונתם בכך שהחלמה אפשרית וקורית כל הזמן, על ידי יצירת פלטפורמה לשיח שמביא סיפורי הצלחה מן העולם, ממחקרים וחזקות שנוצרו בשטח, ובכך גם לתת מקום ואסמכתא לפרקטיקות שצומחות מן השטח (Bottom up). אנשי המקצוע בתחום עוברים תהליך החלמה מקביל. בלי להט, חזון, תקווה ומטרות אי אפשר לעזור לצרכנים לעבור את התהליך בעצמם באופן מלא ושלם. השטח צריך לקבל התייחסות החלמתית מן המטה באותו אופן שרוצים שהם יעבדו עם המטופלים (Ragins, 2009).

כמו כן, מציאת דרכים לעידוד אנשי המקצוע לראות שותפות לא רק במשהו שנעשה בתוך השירותים (מנהלת מתפרה שיקומית, בוועד ההוסטל), אלא גם ייצוג בפורומים האזוריים, פגישות רבעוניות עם רכז המחוזי וכיוצא באלה. כן נמצאו הבדלים בתפיסות בין מטה ובין שטח בתחומים מסוימים ויש למצוא דרך שהעמדות המגבילות לא ימנעו מצרכנים להביע את רצונותיהם ודעותיהם. מתכנן המדיניות המעוניין בהרחבת מעורבות צרכנים בתחום בריאות הנפש בארץ ובעיקר בשירותים השיקומיים, ראוי שייצור מנגנון תגמול בעבור עבודת שותפות אמיתית בשירותים על ידי משאבים, תקנים והעדפה מתקנת וזה לפחות עד שעמדותיהם המגבילות של אנשי המקצוע והסטיגמה יחדלו מלהיות מכשול בדרך לשותפויות ולמעורבות אמיתית.

- technician implementation in the Veterans Administration. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(4), 269.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765.
- Crawford, M. J., Aldridge, T., Bhui, K., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., ... & Fulop, N. (2003). User involvement in the planning and delivery of mental health services: A cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 410-414.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer, P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 325(7375), 1263.
- Crossley, N. (1999). Fish, field, habitus and madness: The first wave mental health users movement in Great Britain\*. *The British Journal of Sociology*, 50(4), 647-670.
- Davidson L. (2012), Why adding 'recovery' to a treatment plan does not make it a 'recovery' plan. *Recovery to Practice*, 10(3), Retrieved from <http://www.dsgonline.com/rtp/wh/2012/2012.05.10/WH.2012.05.10.html>
- Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. צין, א' (2008). דילמת החשיפה. גדלה מתוך: <http://www.themedical.co.il/Article.aspx?itemID=1574>
- שטרך, נ', שרשבסקי, י', נאון, ד', דניאל, נ' ופישמן, נ' (2009). אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכות השירותים. מאירס ג'וינט. מכון ברוקדייל. גדלה מתוך: [http://brookdaleheb.jdc.org.il/\\_Uploads/PublicationsFiles/549-09-SevereMentalDisorders-REP-HEB.pdf](http://brookdaleheb.jdc.org.il/_Uploads/PublicationsFiles/549-09-SevereMentalDisorders-REP-HEB.pdf)
- שקדי, א' (2004). מילים המנסות לגעת: מחקר איכותני - תיאוריה ויישום. תל-אביב: רמות עמ' 67-93, 103.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Blackledge, J. T., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (Eds.). (2009). *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice*. Queensland, AU: Australian Academic Press.
- Castelein, S., Bruggeman, R., Van Busschbach, J. T., Van Der Gaag, M., Stant, A. D., Knegtering, H., & Wiersma, D. (2008). The effectiveness of peer support groups in psychosis: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 64-72.
- Chinman, M., Shoai, R., & Cohen, A. (2010). Using organizational change strategies to guide peer support

- Work Clinical Research Papers*. Paper 120. Retrieved from [http://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/120](http://sophia.stkate.edu/msw_papers/120).
- Gaebel, W., Baumann, A., Witte, A. M., & Zaeske, H. (2002). Public attitudes towards people with mental illness in six German cities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(6), 278-287.
- Happell B., Pinikahana J. & Roper C. (2002) Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, 240-250.
- Hitchen, S., Watkins, M., Williamson, G. R., Ambury, S., Bemrose, G., Cook, D., & Taylor, M. (2011). Lone voices have an emotional content: Focusing on mental health service user and carer involvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(2), 164-177.
- Jacobson, N., & Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services*, 52(4), 482-485.
- Kent, H. & Read, J. (1998). Measuring consumer participation in mental health services: Are attitudes related to professional orientation? *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 295-231.
- Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.
- Deegan, P., Rapp, C., Holter, M., & Riefer, M. (2008). Best practices: A program to support shared decision making in an outpatient psychiatric medication clinic. *Psychiatric Services*, 59(6), 603-605.
- Drake, R. E., Hogan, M. F., Slade, M., & Thornicroft, G. (2011). Editorial: Commentary on Israel's Psychiatric Rehabilitation Law. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(4), 227.
- Drake, R., Wilkniss, S., Frounfelker, R., Whitley, R., Zipple, A., McHugo, G., & Bond, G. (2009). Public-academic partnerships: The Thresholds-Dartmouth partnership and research on shared decision making. *Psychiatric Services*, 60(2), 142-144.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2007). Bridging science to service: Using the Rehabilitation Research and Training Center program to ensure that research-based knowledge makes a difference. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(6), 879.
- Fox, D. (2012) Burnout among mental health workers in a nonprofit organizational setting. *Master of Social*



- Journal of Social Psychiatry*, 40(4), 246-257.
- Salyers, M. P., Hudson, C., Morse, G., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., Wilson, C., & Freeland, L. (2011). BREATHE: A pilot study of a one-day retreat to reduce burnout among mental health professionals. *Psychiatric Services*, 62(2), 214.
- Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392.
- Spaniol, L., Koehler, M., & Hutchinson, D. (1994). *The recovery workbook: Practical coping and empowerment strategies for people with psychiatric disability*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Tokuda, Y., Hayano, K., Ozaki, M., Bito, S., Yanai, H., & Koizumi, S. (2009). The interrelationships between working conditions, job satisfaction, burnout and mental health among hospital physicians in Japan: A path analysis. *Industrial Health*, 47(2), 166-172.
- Tsai, J., Salyers, M. P., & Lobb, A. L. (2010). Recovery-oriented training and staff attitudes over time in two state hospitals. *Psychiatric Quarterly*, 81(4), 335-347.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2004). Factors influencing social distance toward people with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 40(3), 265-274.
- McCann, T. V., Baird, J., Clark, E., & Lu, S. (2008a). Mental health professionals' attitudes towards consumer participation in inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 10-16.
- McCann, T. V., Clark, E., Baird, J., & Lu, S. (2008b). Mental health clinicians' attitudes about consumer and consumer consultant participation in Australia: A cross-sectional survey design. *Nursing & Health Sciences*, 10(2), 78-84.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-328.
- Ragins, M. (2005). Creating a recovery transformation plan. Exploring recovery: The collected village writings of Mark Ragins. MHA Mental Health America of Los Angeles. WWW.MHALA.org
- Ragins, M. (2009). Strategies for promoting recovery to mental health professionals. Exploring recovery: The collected Village Writings of Mark Ragins. MHA Mental Health America of Los Angeles. WWW.MHALA.org
- Ramon, S. (1994). British approaches to the continuing care client. *International*

positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320.

World Health Organization, (2003). *Advocacy for mental health: Policy and service guidance package*. Geneva, Switzerland: Authors.

World Psychiatric Association (1998). *Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia*. New York: Authors.

## הצטרפות לעמותה - זו ההזדמנות שלך להיות שותף בקידום מקצוע הריפוי בעיסוק בישראל!

### יתרונות נוספים של חברות בעמותה:

- ← כתב עת מדעי - 4 גיליונות בשנה
- ← צפייה בגיליונות הישנים באתר העמותה
- ← הנחה בימי עיון, כנסים והשתלמויות של העמותה ושל ארגונים אחרים
- ← פרסום חינמי במדור קליניקות ומטפלים
- ← הנחה בפרסומים במידעון ובאתר

אגודת ההרשמה לשנת 2016

[www.isot.org.il](http://www.isot.org.il)