14.3.19

לכבוד

גב' כרמלה קורש-אבלגון - מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים

גב' טניה ליף - רכזת תוכניות בקרן למפעלים מיוחדים

גב' תמי אליאב- רכזת המחקר בקרנות

המוסד לביטוח הלאומי

ירושלים

העתק:

ד"ר הילה הדס- מנכל"ית עמותת אנו"ש

מר ליאור ביטון- מנהל מרכז הדספייס

שלום רב,

הנדון: דו"ח מסכם מחקר הערכה מרכז הדספייס בת ים

צוות המחקר מתכבד להגיש את טיוטת הדו"ח המסכם למחקר הערכה במחקר הערכה לגבי תוכנית הדספייס. דו"ח זה מסכם את התקופה שבין דצמבר 2015 לדצמבר 2018. המחקר נעשה תוך שיתוף פעולה עם צוות התכנית ובעלי העניין, ואנו תקווה כי יתרום ללמידה לקראת פיתוח שירותים בעתיד.

אנו מקווים לראות בכך שלב נוסף של המשך שיתוף פעולה לעבודה פורייה .

בכבוד רב

צוות המחקר

פרופ' דיוויד רועה, ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין , ד"ר מיכל משיח איזנברג, גב' גילי חטר ישי

אוניברסיטת חיפה

תוכן עניינים

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **פרק 1: מבוא** |  | **5** |
|  | 1.1 סקירת ספרות | 6 |
|  | 1.2 פעילות תכנית הדספייס בישראל | 11 |
| **פרק 2: שיטה** |  | **14** |
|  | 2.1 אוכלוסיית המחקר | 14 |
|  | 2.2 מטרת המחקר | 14 |
|  | 2.3 שאלות המחקר | 15 |
|  | 2.4 מערך המחקר | 16 |
|  | 2.5 משתתפים | 17 |
|  | 2.6 כלי המחקר | 19 |
| **פרק 3: ממצאים כמותיים** | | **22** |
|  | 3.1. שאלת המחקר הראשונה : תיאור הפונים להדספייס | 22 |
|  | 3.2 שאלת המחקר השנייה: תיאור מאפייני השירות והגישה אליו | 31 |
|  | 3.3 שאלת המחקר השלישית: תוצאות לאורך זמן בקרב הצעירים ובני משפחה | 34 |
|  | 3.4 שאלת המחקר הרביעית: שביעות רצון הצעירים מהמרכז | 47 |
|  | 3.5 שאלת המחקר החמישית: שיתוף פעולה עם הקהילה | 48 |
| **פרק 4: ממצאי החלק האיכותני התורמים להבנת הגורמים המקדמים והמעכבים את הצלחת המרכז :** | | **49** |
|  | 4.1 ראיונות עם הצעירים(N=19): | 49 |
|  | 4.2 ראיונות עם בני משפחה (N=11) | 52 |
|  | 4.3 ראיונות עם מטפלים(N=15 ): | 53 |
|  | 4.4 ראיונות עם בעלי עניין בקהילה (N=11) | 56 |
| **פרק 5: תיאור תהליכים וסוגיות מרכזיות בפעילות המרכז במהלך שנות הליווי המחקרי** | | **58** |
|  | 5.1 טיוב תהליכי ניהול ומעקב במרכז | 59 |
|  | 5.2 התמקצעות ויצירת ייחודיות | 61 |
|  | 5.3 חיבור עם הקהילה והפצת ידע | 62 |
| **פרק 6: סיכום והשלכות יישומיות** | | **63** |
| **רשימה ביבליוגרפית** | | **66** |

**נספחים**

|  |  |
| --- | --- |
| נספח | עמוד |
| נספח 1 - שאלון דמוגרפי | 72 |
| נספח 2 - שאלון אפיון השירות | 75 |
| נספח 3 - שאלון מקור הפנייה | 76 |
| נספח 4 - שאלון K-10- | 78 |
| נספח 5 - שאלון SOFAS | 80 |
| נספח 6 - שאלון My Life Tracker- | 81 |
| נספח 7 - שאלון רווחה נפשית | 83 |
| נספח 8 - שאלון נטל משפחתי | 86 |
| נספח 9 - שאלון חוללות עצמית הורית | 88 |
| נספח 10 - שאלון יכולות וקשיים (SDQ) | 89 |
| נספח 11 - שאלון העתיד שלי | 90 |
| נספח 12 - שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז | 92 |
| נספח 13 – שאלון מטפלים | 93 |
| נספח 14 - סקר לבעלי עניין | 94 |
| נספח 15 – מדריכי ראיונות איכותניים | 96 |

**טבלאות**

|  |  |
| --- | --- |
| טבלה | עמוד |
| טבלה 1: מטרות המחקר ושיטת המדידה: איכתונית וכמותית | 15 |
| טבלה 2- זמני המדידה והכלים של החלק הכמותי הממולא על ידי המטופלים הצעירים , מטפלים ובני משפחה | 16 |
| טבלה 3- מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים | 22 |
| טבלה 4- מדדים סטטיסטיים למאפיינים הקליניים של הצעירים ומשפחתם בעת הפנייה למרכז | 27 |
| טבלה 5- מאפייני הפנייה למרכז | 32 |
| טבלה 6: מאפייני השימוש בשירות | 33 |
| טבלה 7: ממוצעים וסטיות תקן של ההערכה הראשונה, האחרונה וההפרש ביניהן, יחד עם גודל האפקט. | 35 |
| טבלה 8 :כמות הנבדקים שמילאו את שאלון איכות חיים בכל נקודת זמן | 43 |
| טבלה 9- הבדלים במדדים הקליניים בין סיום טיפול לבין כ- 4 חודשים אחרי | 45 |

**תרשימים**

|  |  |
| --- | --- |
| תרשים | עמוד |
| תרשים 1- תיאור הליך גיוס הנבדקים | 18 |
| תרשים 2:התפלגות גילאי הפונים | 23 |
| תרשים 3: סיבות הפנייה על פי דיווח הצעירים לפני האינטייק | 24 |
| תרשים 4: התפלגות הקשיים הרגשיים המדווחים על ידי הצעירים | 25 |
| תרשים 5: סיבות הפנייה להדספייס על פי דיווח המטפלים לאחר אינטייק | 25 |
| תרשים 6: סוגי אבחנות : התפלגות על פי דיווח מטפל (באחוזים) או אבחנה קודמת | 26 |
| תרשים 7: התפלגות מצוקה נפשית בעת הפנייה בחלוקה על פי מין וקבוצת גיל | 28 |
| תרשים 8: ממוצע הקשיים הרגשיים לפי קבוצות גיל ומין | 29 |
| תרשים 9: תחומי חיים בהם מדווח עיקר הנטל המשפחתי | 30 |
| תרשים 10: התפלגות הפונים לפי קופות חולים | 31 |
| תרשים 11: שיעורי השינוי השונים על פי מדד RCI | 36 |
| תרשים 12: חישוב שינוי לפי מדד RCI עבור נבדקים בשיש להם לפחות 3 נקודות מדידה | 38 |
| תרשים 13: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד K10 | 39 |
| תרשים 14: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SOFAS | 40 |
| תרשים 15: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SDQ | 41 |
| תרשים 16: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד well-being | 42 |
| תרשים 17: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד ימים ללא תפקוד | 43 |
| תרשים 18: עקומת ההתפתחות של כלל המדגם (שמאל) ועקומות התפתחות של תתי הקבוצות (ימין) | 44 |
| תרשים 19– שביעות רצון הצעירים מהמרכז- אמצע מול סוף טיפול | 47 |
| תרשים 20– שביעות רצון הצעירים מהמרכז- שנה ראשונה מול שנה שנייה | 48 |

# **תקציר מנהלים**

מסמך זה מהווה סיכום הממצאים של מחקר הערכה שנעשה על תכנית הדספייס – הטמעה של מודל לטיפול בבריאות הנפש של נוער וצעירים בבת ים.

**רקע**

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה מהווה נקודת מפנה בהתפרצותן של מחלות נפשיות. נמצא כי צעירים בגילאי 12-25 מציגים את השכיחות הגבוהה ביותר למחלות נפש, שמהוות את הגורם הראשון במעלה למוגבלות בגילאים אלה.

יחד עם זאת שימושם בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך במעגל החיים. מתן חשיבות יתרה להתערבויות המותאמות לשלבים מוקדמים של הופעת מצוקות נפשיות אצל צעירים בשלב ההתפתחותי של המעבר לבגרות עשוי לשפר את בריאותם הנפשית ורווחתם. שירות מותאם לצעירים יאפשר דיסקרטיות עם הקפדה יתרה על פרטיות, יתייחס לאתגרים התפתחותיים בגיל זה כמו פיתוח קריירה וחשיבה על העתיד, יסייע בהפחתת סטיגמה ויאפשר גישה קלה וזמינות.

מתוך ההכרה בצרכי הצעירים וההבנה כי הללו מהווים נקודת תורפה בשירותי בריאות הנפש, החלה באוסטרליה להתפתח תוכנית הדספייס לבריאות הנפש עבור צעירים בגילאי 12-25 . במודל יש התייחסות לארבעה תחומים: בריאות נפשית, שימוש באלכוהול וסמים, בריאות גופנית ושירותי תעסוקה.

**הדספייס בת ים**

ב2015 הוקם מרכז הדספייס בבת ים לאור המודל האוסטרלי ובמטרה לייצר נגישות והתאמה של שירותי בריאות הנפש לצעירים בגילאי 12-25. המרכז פועל בשני מישורים: עבודה פרטנית וקבוצתית עם הצעירים ומשפחותיהם ועבודה ברמת הקהילה : העלאת מודעות והכשרה של אנשי טיפול וחינוך. המרכז מציע טיפול קצר מועד (עד כ15 טיפולים) שניתן על ידי פסיכולוגים, עובדים סוציאליים קליניים ומטפלת משפחתית. המרכז מומן על ידי הקרן למפעלים מיוחדים של המוסד לביטוח לאומי ובמהלך שנות המחקר עבר למימון כנגד טפסי התחייבות של קופות החולים (לאומית, מאוחדת ומכבי).

**מתודולוגיה**

אוכלוסיית המחקר כללה 291 צעירים בגילאי 12-25, כ65% מכלל הצעירים אשר פנו לקבלת עזרה נפשית במרכז הדספייס בת ים בין מרץ 2016 ליוני 2018 (כולל) ו- 197 הוריהם. בנוסף השתתפו במחקר כ- 17 גורמים עירוניים מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה העובדים בשיתוף פעולה עם המרכז ו- 16 אנשי צוות.

# מטרת המחקר:

מחקר זה בחן את פעילותו של מרכז הדספייס במספר מישורים: עבור הפרט (המטופל), עבור משפחתו וברמה הקהילתית ומה השינוי שהושג.

**מערך המחקר**:

המחקר שילב שיטות איכותניות וכמותיות. החלק הכמותי הינו מחקר אורך פרוספקטיבי. בחלק זה נאספו נתונים בעזרת שאלונים ממטופלים, בני משפחה ומהמטפלים לפני קבלת הטיפול, טרום טיפול ראשון, במהלכו, בסיום הטיפול וכ 4 חודשים מסיומו. החלק האיכותני כולל ראיונות שנערכו עם אניש צוות, מטופלים צעירים והוריהם וגורמי עניין בקהילה.

# כלי המחקר:

# נתונים דמוגרפיים ונתונים על אופן הפנייה, זמני המתנה וכדומה נאספו על ידי מאגר הנתונים הדיווח במרכז הדספייס ושאלון דמוגרפי למשתתפים והוריהם. סימפטומים נפשיים נמדדו על ידי שאלון מצוקה נפשית (K-10), שאלון כוחות וקשיים (SDQ), שאלון רווחה נפשית (SWEMBS) ושאלון בנוגע לסיבת הפנייה למרכז. תפקוד הוערך על ידי שאלון SOFAS אותו מילאו המטפלים, ושאלה לדיווח עצמי של הצעיר. כמו כן הצעירים ציינו מידת חששותיהם לגבי העתיד בשאלון "העתיד שלי". בני המשפחה מילאו שאלון חוללות הורית ושאלון נטל משפחתי (BAS).

**ממצאים כמותיים:**

|  |  |
| --- | --- |
| **שאלת המחקר** | **ממצאים מרכזיים** |
| **מאפייני הפונים** | - מרבית הפונים היו צעירים בגילאי 12-18  - התפלגות דומה של בנים ובנות  - מעל גיל 15, למעלה מ50% עובדים או מחפשים עבודה  - בקרב כמעט מחצית הפונים הביקור בהדספייס הוא המפגש הראשון עם שירותי בריאות הנפש  - אחד משבעה דיווח על שימוש בחומרים  -מרבית הפונים מגיעים ממשפחות בעלות עד 5 נפשות בהן ההורים נשואים וההכנסה החודשית למשק בית בקרב כ95% מהמדגם נמוכה מהממוצע הארצי.  - ייצוג נמוך לצעירים חרדים ולמשפחות חד הוריות  - סיבת הפנייה המרכזית הינה קשיים רגשיים. מתוך הקשיים הרגשיים הרוב דיווחו על דיכאון, חרדה, סטרס וכעס.  - קשיים בעבודה או בבית הספר פחתו עם הגיל בעוד שקשיים רגשיים התגברו ככל שהגיל עלה.  - הצעירים מדווחים פי 3 יותר מהמטפלים כי פנו בעקבות תחושה של עצב או דיכאון ) 6% מול 18% בהתאמה ).  - האבחנה הראשונה בשכיחותה היא הפרעת קשב (15%) ומיד לאחריה הפרעות חרדה למיניהן (8%)  - מרבית הצעירים הפונים להדספייס אינם עומדים בתנאי הסף של קבלת אבחנה (60%)  - הצעירים מגיעים להדספייס כשהם מציגים רמת מצוקה נפשית גבוהה, קשיים רגשיים והתנהגותיים גבוהים מהממוצע באוכלוסייה ולאחד מתוך ששה צעירים יש הפרעה רצינית בתפקוד תעסוקתי וחברתי.  - בעת הפנייה הצעירים דיווחו בעיקר על חששות קיומיים הנוגעים למצבם הכללי: כ- 61% אחוז חוששים מ"מה יהיה איתם". קבוצת הגיל הבוגרת יותר (18 ומעלה) הציגה יותר חששות מהעתיד באופן מובהק מהקבוצות הצעירות.  -בני המשפחה של הצעירים מעידים על נטל משפחתי מסוים, בעיקר סביב דאגה לעתיד ילדם, לשינוי שחל בו ואשמה שאין ביכולתם לסייע מספיק. |
| **מאפייני הפנייה לשירות והגישה אליו** | - הגורמים העיקריים המפנים להדספייס הם גורמים בבתי הספר (29%) בני משפחה (23%) וגורמים אחרים שלא פורטו (17%). הגורם העיקרי המשפיע על הצעירים להגיע לטיפול הוא בני משפחתם (47%), אך גם הם עצמם (18%) ויועצי בית הספר (16%).  - כ- 80% מהצעירים המתינו לאינטייק עד שבועיים. מרבית הצעירים המתינו עד חודשיים בין מעמד האינטייק לתחילת הטיפול (70%) כשזמן ההמתנה החציוני היה 7 שבועות.  - לאחר האינטייק כ- 20% לא היו מעוניינים להמשיך וכ- 9% לא התקבלו לטיפול. מבין מי שלא התקבל לטיפול הסיבה העיקרית ( בקרב כ- 83%) על פי דיווח המטפל היתה כי הם זקוקים לטיפול ארוך טווח והם הופנו למרכזי טיפול ציבורי או פרטי.  - נמצאו הבדלים מובהקים בין מי שלא היה מעוניין, מי שלא התקבל ומי התחיל טיפול : הראשונים חוו מצוקה וקשיים תפקודיים קלים יותר ממי שהתחיל והשניים חוו מצוקה גבוהה וקשיים תפקודיים גבוהים יותר ממי שהתחיל טיפול.  - ממוצע מספר הטיפולים היה M=9.11 SD=4.9)). יחד עם זאת, לכמעט כחמישית מהטיפולים, הצעירים לא מגיעים ולא מודיעים.  - על פי דיווח המטפלים, גישות הטיפול השכיחות ביותר היו התערבויות דינמיות (73%) ולאחריהן גישה קוגניטיבית התנהגותית, CBT (10%).  - על פי דיווח המטפל, בקרב כ19% מהצעירים הטיפול הסתיים בהחלטת הצעיר ובקרב 32% יעדי הטפול הושגו ולא נדרש המשך טיפול |
| **שינוי לאורך בקרב הצעירים ובני משפחותיהם** | -נראה שינוי חיובי בכלל המדדים שנבדקו אם כי גודל האפקט ברובם, קטן.  -במדד התוצאה המרכזי, מצוקה נפשית, גודל האפקט בינוני והשינוי מובהק סטטיסטית. בכל אחת מנקודות המדידה נרשמה ירידה במצוקה הנפשית ואחד מכל שלושה צעירים דיווח על פחות מצוקה נפשית בסיום הטיפול באופן מובהק קלינית.  - בשקלול מספר מדדים יחד נמצא כי כ38% מהפונים להדספייס שהשתתפו לפחות ב6 טיפולים השתפרו לפחות במדד אחד מבין מצוקה נפשית ,קשיים רגשיים התנהגותיים ואיכות חיים.  - ממצא מעניין נוסף הוא כי גם רק לאחר מפגש האינטייק הצעירים מדווחים על שינוי הן סימפטומטי והן תפקודי.  -ממצא זה עקבי גם על פי דיווח המטפלים, בו נמצא שיפור מובהק בתפקוד הכללי של הצעירים (SOFAS), גם רק לאחר אינטייק.  - במדד איכות חיים לא נמצא שינוי מובהק סטטיסטי בין טיפול לטיפול. עבור קבוצה קטנה ניכר שיפור משמעותי בארבעת הטיפולים הראשונים.  - השינוי שהושג נשמר גם 4 חודשים אחרי  - בקרב בני המשפחה נמצא כי ככל שמספר הטיפולים של הילד עלה כך פחת הנטל המשפחתי.  - הורים אשר דיווחו כלא עובדים דיווחו גם על השינוי הגדול ביותר בתחושת החוללות ההורית שלהם ביחס להורים שדיווחו שהם מועסקים, בין אם במשרה מלאה ובין אם במשרה חלקית. |
| **שביעות רצון מהמרכז** | -ברמת המרכז, בכלל מדדי שביעות הרצון נרשמה שביעות רצון גבוהה. נרשמה שביעות רצון גבוהה יותר בשנת המחקר השנייה לעומת הראשונה.  -שביעות הרצון הגבוהה ביותר היתה מאנשי הצוות בהדספייס ושביעות הרצון הנמוכה ביותר היתה מתוצאות הטיפול.  - במהלך הטיפול, נמצא כי שביעות הרצון הכללית של הצעירים עלתה מאמצע הטיפול לסוף הטיפול בעיקר ביחס לתוצאות הטיפול. כלומר בסוף הטיפול צעירים היו יותר מרוצים מתוצאות הטיפול מאשר באמצעו |
| **שיתוף פעולה עם הקהילה** | -כלל גורמי הקהילה ציינו כי הדספייס נחוץ ביותר ורובם חושבים כי הוא מקדם את המענה שנותנים בעבודתם. רובם אף רואים בו מענה ייחודי לצעירים לעומת מרכזים אחרים ומעידים כי מכירים את הפעילות בו. יחד עם זאת עלה כי מרבית התקשורת היא סביב מעמד ההפנייה ואחר כך פעמים רבות הקשר מתנתק. יש צורך בהידוק הקשר גם במהלך הטיפול ובסיומו. |

**ממצאים איכותניים:**

|  |  |
| --- | --- |
| **קבוצת המרואיינים** | **תימות מרכזיות** |
| **צעירים מטופלים** | **שינוי רגשי ותפקודי בעקבות הטיפול בהדספייס-** רוב הצעירים, כ90%, ציינו באופן מפורש כי עברו שינוי במהלך הטיפולים. הם הדגישו כי מרגישים שהשינוי נשמר אפילו כשהטיפול נגמר והביעו תקווה שיישמר.  **המטפל המוערך : מקשיב , לא שיפוטי ,בעל כוונות אמיתיות וזמין-** הקווים המקושרים לדמות המטפל הרצוי מאופיינים בחוסר שיפוטיות, הקשבה, אמפטיה והבנה. זמינות גם נתפסה כחשובה ביצירת אמפתיה.  **טכניקה: כלים שסייעו ביצירת שינוי-** הצעירים ציינו את הגורמים שבעיניהם הביאו לשינוי: ראשית ההקשבה ושנית הטכניקות השונות. למשל, דמיון של מילים שליליות היוצאות מהחדר ובמקומן נכנסות מילים חיוביות , לצאת לסיבוב הליכה לצורך ונטילציה, נשימות עמוקות, למידה דרך סימולציות או דמיון מודרך ו"שיעורי בית".  **משמעות אורך הטיפול-** ניכרת אמביוולנטיות בקרב הצעירים לגבי אורך הטיפול ותחימתו מראש. מחד הם מעידים על הקושי להיפתח והזמן שזה לוקח מכלל הפגישות והקושי להיפרד בתום 15 מפגשים ומאידך מציינים את הזמן הקצוב כגורם מניע תהליכי שינוי. |
| **בני משפחה** | **הדרכה וטיפול כשיקוף של היחסים-** בני המשפחה מתארים את העבודה עם המטפל כמאירת עיניים, סייעה להם להבין את המניעים של הצעיר ובעיקר את ההתנהגות שלהם עצמם בסיטואציות שונות מול ילדיהם כתוצר של המענה שקבלו . הם נתרמים מהפגישות הטיפוליות ומעלים צורך בקבלת עזרה לאורך זמן ממושך יותר מזה שהוצע להם. בפרט, מפגשים דיאדים הוזכרו כנדרשים.  **המטפלים כדמויות מקצועיות משמעותיות-** בעיקר תיארו מטפל מבין ותומך, איש מקצוע, מרגיע ומדייק את החוויות של המטופל באמצעות הגדרות שנותן. מאפיינים אלה במטפלים צויינו כמקדמים את תחושת ההכלה שחשו במפגשים.  **חשיבות הנגשת המידע אודות הדספייס-** בני המשפחה התייחסו לחשיבות ההפצה של הדספייס כמקור עזרה להורים נוספים ואת תפקידו של בית הספר בהנגשת מידע. |
| **צוות המרכז** | **המשאב האנושי "כגב" וכמקור לטיפול איכותי -** בכל שנות המחקר המטפלים תפסו את עבודת הצוות כמשמעותית ביותר בעבודתם. לעומת זאת בכל הנוגע להכשרתם ולהשקעה במשאב האנושי ניכרת התפתחות אותה חשו המטפלים לאורך שנות המחקר.  **יחסים אמביוולנטיים עם טיפול קצר מועד-** המטפלים מתארים עמדות אמביוולנטיות מול הסטינג הטיפולי המוגדר, 15 טיפולים. מחד הם מכירים בערך התחימה והצורך במיקוד כמקדמים פנייה של הצעירים לטיפול ומותאמים להלך הרוח הצעיר ומאידך מעידים על הקשיים ביצירת קשר ופרידה מהירה ובתחלופה גבוהה של מטופלים כגורמי שחיקה שיש להתייחס אליהם כחלק מהעבודה במרכז*.*  **צורך בהתאמת המשאבים והדרישות-** עולה שביעות הרצון של המטפלים מעבודת הצוות המתקיימת ואף ניכרת ההתפתחות בהכשרתם והתמקצעותם לאורך שנות המחקר. יחד עם זאת, המשאבים שלרשותם אינם תומכים באופן מספק מבחינתם את צרכיהם(אקוסטיקה, חדר צוות). בנוסף טיפול קצר מועד מהווה אתגר מבחינתם אך גם מאפשר מפגש עם אוכלוסייה חדשה לטיפול נפשי**.** |
| **גורמי קהילה** | **ייחודיות השירות כמקדם פנייה-** הדספייס נותן מענה חשוב לאוכלוסייה שלא נוטה לפנות לטיפול. הטיפול בהדספייס מתואר כזמין, נגיש וידידותי לצעירים ומשפחותיהם ובכך פותח נתיב להפנייה לגורמי הקהילה .  **הטיפול כמנוף לשינוי-** בעיקר היועצות ציינו כי הבחינו בתוצאות הטיפול בחלק מהמקרים.הן מעריכות את השינוי שצעירים עוברים בהדספייס אך לעיתים מרגישות שאינן יודעות מספיק מה קורה שם או שמבינות כי התכנים הבעייתים מורכבים וכוללים אספקטים תפקודיים מחוץ לכותלי בית הספר  **צורך בקשר רציף עם המרכז והרחבת השותפות- עלה הצורך וה**חשיבות בקיום קשר רציף בין היועצות למטפלים. בנוסף, עלה רצון של גורמי קהילה להרחבת שיתוף הפעולה עם המרכז. |

# סיכום

דו"ח זה מהווה סיכום של שלוש שנות מחקר הערכה על תוכנית הדספייס שפותחה לאור המודל הלאומי האוסטרלי. עם פתיחתה ניכר כי צעירים, בני משפחה וגורמי הפנייה ראו בה משאב חשוב. הצעירים שפנו וקבלו טיפול אכן דיווחו על שיפור ברמת מצוקתם הנפשית ובתפקודם היומיומי שנשמר גם לאחר סיום הטיפול. עוד עלה כי ניכר שיפור גם רק אחרי מפגש האינטייק בלבד . גם בני המשפחה העידו על פחות נטל משפחתי ויותר תחושת חוללות עצמית לאחר המפגש עם הדספייס. הפונים היו בעיקר צעירים בגילאי 12-18 המדווחים על רמת מצוקה גבוהה שלרוב אינה עומדת בדרישות הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית. כלומר, תוכנית הדספייס עמדה במטרתה לפנות לפלח זה של צעירים במצוקה ובעקרון של מודל הדספייס האוסטרלי לפיו הדספייס מכוון לפנייה של צעירים כמה שיותר מוקדם בהופעת קושי נפשי. במהלך שנות המחקר המנהלים, עם צוות המטפלים שקדו על גיבוש מודל קליני שכן העבודה עם האוכלוסייה הספציפית בטיפול קצר מועד הצריכה שינוי עמדות ואף זיהוי גישות עבודה תואמות. ברמה הקהילתית, המרכז הצליח ליצור תהודה בכל המעגלים בהם פועל , ברמה העירונית, החינוכית והייעוצית הן בשכבת בני הנוער והן בגיל המעבר לבגרות.

המרכז הוקם על מנת לייצר מענה חדש וייחודי לצעירים בגיל המעבר לבגרות 12-25. במהלך שנותיו הראשונות המרכז מגבש לעצמו זהות של מודל הדספייס הישראלי וכאמור כיום מתבצע תהליך אחרון של גיבוש והידוק הקוים הקליניים והתפעוליים של מודל העבודה במרכז. במהלך שנות המחקר המרכז עבר שינוי אסטרטגי משמעותי עם המעבר לעבודה עם קופות החולים והדבר מצריך עוד למידה של התנהלות נכונה כלכלית ואף קלינית על מנת לדבוק בעקרונות המודל בהינתן דרישות המציאות.

חשוב לציין את הדיאלוג המפרה בין צוות התוכנית, צוות המחקר והגורמים המלווים לאורך כל שנות המחקר שהוביל בין היתר להתמקצעות וייעול תהליכי העבודה.

**Executive Summary**

This document summarizes the findings of an evaluation study conducted on the Headspace program - the implementation of an Australian model for the mental health treatment of young people in Bat Yam.  
**Background**  
Adolescence and young adulthood is a turning point in the outbreak of mental illness. It was found that young people aged 12-25 present the highest prevalence of mental illness, which is the primary cause of disability at these ages.However, their use of mental health services is the lowest. Giving greater importance to interventions adapted to early stages of psychological distress in young people at the developmental stage of transition to adulthood may improve their mental health and well-being. A youth friendly service will be tailored to the person, will allow privacy and address developmental challenges at this age such as career development and will help reduce stigma and allow easy access and availability.

Recognizing the needs of young people and understanding that these are a weak point in the mental health services, Australia developed a mental health program- Headspace for young people aged 12-25. The model relates to four areas: mental health, alcohol and drug use, physical health and employment services.

**Headspace Bat Yam**

In 2015, the Headspace Center was established in Bat Yam in light of the Australian model, with the aim of creating accessibility and adjustment of mental health services for young people aged 12-25. The Center operates on two levels: individual and group work with young people and their families, and community-level work: raising awareness and training of care and education personnel. The center offers short-term treatment (up to 15 treatments) given by psychologists, clinical social workers and family therapists. The center was funded by the National Insurance Institute's Special Projects Fund and during the years of research it was transferred to funding against liability forms of the health funds (Leumit, Meuhedet and Maccabi).

**Methodology**  
The study population consisted of 291 young people aged 12-25, about 65% of all young people who applied and sought help at the Bat-Yam Headspace Center between March 2016 and June 2018 and 197 of their parents. In addition, 17 municipal, education, health and welfare officials working in cooperation with the center and 16 staff members also participated in the study.  
  
**The purpose of the study**  
This study examined the activity of the Headspace Center on several levels: for the individual (the patient), for his family and at the community level, and in general, evaluating the change that was achieved.

**Study Design**  
The study combined qualitative and quantitative methods. The quantitative part is a prospective longitudinal study. In this section, data were collected using questionnaires filled by young patients and family members, prior to receiving the treatment, prior to the first treatment, during treatment, at the end of the treatment and 4 months after completion. The qualitative part includes interviews conducted with staff, the young patients, their parents and community stakeholders.

**Assessments**

Demographic data and data on the manner of referral, waiting times, etc. were collected by the database of Headspace Center and a demographic questionnaire for participants and their parents. Mental health symptoms were measured by a psychological distress scale (K-10), a questionnaire on strengths and difficulties (SDQ), a mental well being questionnaire (SWEMBS), and a questionnaire on the reason for referral to the center. Function was assessed by a therapist report of the SOFAS scale, and one self report . The young people also noted their concerns regarding the future in the "My Future" questionnaire. The family completed a questionnaire on parental self efficacy and a family burden questionnaire (BAS).

**Main Quantitative Findings**:

|  |  |
| --- | --- |
| key findings | Research question |
| **-Most of the applicants were adolescents aged 12-18**  **- A similar distribution of boys and girls**  **- Over the age of 15, more than 50% are working or looking for work**  **- Nearly half of the people who visit Headspace are the first to meet with mental health services**  **- One of seven reported of substance use**  **- Most of the applicants come from families with up to 5 persons in which the parents are married. The monthly income per household among 95% of the sample is lower than the national average.**  **- Low representation of Haredi youth and single-parent families**  **- The main presented concern of the young people is emotional difficulties. The most prevelant emotional difficulties reported were depression, anxiety, stress and anger.**  **- Difficulties in work or school decreased with age, while emotional difficulties increased as age increased.**  **- Young people report 3 times more then therapists of feeling of sadness or depression (6% versus 18%, respectively).**  **-The most common diagnosis is attention deficit disorder (15%) followed by anxiety disorders (8%).**  **- Most young people who turn to Headspace do not meet the threshold criteria for diagnosis (60%).**  **- Young people arrive at Headspace when they exhibit high levels of mental distress, emotional and behavioral difficulties that are higher than the average in the population, and one out of six young people has a serious disruption in their employment and social functioning.**  **- At entry level, young people mainly reported existential concerns regarding their general situation: about 61% of them are concerned about "what will happen to them." The older age group (18 and older) showed more concerns about the future than the younger groups.**  **- The family members of the young people present a certain family burden, especially around the concern for the future of their child, the change in him and the guilt that they can not help enough.** | Characteristics of Applicants |
| **- The main refferal sources are schools (29%), family members (23%) and other (17%). Their family (47%), themselves (18%) and school counselors (16%)were the most influencial in coming to treatment.**  **- About 80% of the young people waited for the Intake for up to two weeks. Most young people waited for up to two months between the Intake session and the beging of treatment (70%) while the median waiting time was 7 weeks.**  **- After the intake about 20% were not interested in continuing and about 9% were not accepted for treatment. Of those who did not receive treatment, the main reason (about 83%) reported that they needed long-term treatment and were referred to public or private treatment centers.**  **There were significant differences between those who were not interested, those who were not accepted, and those who started treatment. The first experienced lower levels of distress and functional difficulties than those who started , and the second experienced high distress levels and higher functional difficulties than those who started treatment.**  **- Mean number of treatments was M = 9.11 (SD = 4.9). However, for almost a fifth of the treatments, the young people do not come and do not inform.**  **According to the therapists' report, the most common treatment approaches were dynamic interventions (73%) followed by CBT (10%).**  **According to the therapist's report, among 19% of the young people, the treatment was end of treatment was declared by the young person's decision, and among 32% of them, treatment targets were achieved and no further treatment was required** | Pathways to care |
| **- A positive change was seen in all most all the variables examined, although the effect size was mostly small.**  **In psychological distress, the effect size is moderate and the change is statistically significant. At each of the measurement points, there was a decline in distress and one in three young people reported less clinical distress at the end of the treatment.**  **- The change achieved in all measures was also maintained 4 months later**  **- In a number of measures together, approximately 38% of theyoung people who participated in at least 6 sessions improved at least one indicator: psychological distress, emotional and behavioral difficulties, and quality of life.**  **Even after the intake session alone, they report a change in both symptomatic and functional conditions. This finding is also consistent with the reports of therapists, which showed a significant improvement in the overall functioning of young people (SOFAS), even after Intake.**  **- There was no statistically significant change in the quality of life between sessions. For a small group, there was a significant improvement in the first four treatments.**  **- Among the family members it was found that the higher the number of treatments for the child, the lower the burden of the family.**  **- Parents who reported not working also reported the greatest change in their parental mself efficacy in relation to parents who reported being employed, either full-time or part-time.** | Change over time- treatment outcomes |
| **At the level of the Center, high satisfaction was recorded. There was a higher level of satisfaction in the second study year than in the first.**  **- The highest satisfaction was from the staff and the lowest satisfaction was from the treatment outcomes.**  **- At the end of the treatment, young people were more satisfied with treatment outcomes than in the middle** | Satisfaction from the center |
| **- Community factors noted that Headspace is most needed and most of them think it promotes their work. Most see it as a unique response to young people as opposed to other centers, and indicate that they are familiar with its activities. At the same time it emerged that most of the communication is around the referral status and then many times the connection disconnects. It is necessary to tighten communication during and after the treatment ends.** | Community coopertaion |

**Main Qualitative Findings**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Main themes** | **population** |
| **Emotional and functional change following treatment -Most young people, about 90%, stated explicitly that there had been a change during treatment. They stressed that they felt the change was maintained even when the treatment was over and expressed hope that it would be preserved.**  **The therapist : Listens, nonjudgmental, accessible with real intentions - the desired therapist was characterized by lack of judgment, listening, empathy, and understanding. Availability was also seen as important in creating empathy.**  **Technique: Tools that helped create change - The young people noted some techniques that led to change. For example, the imagery of negative words coming out of the room and replacing them with positive words, taking a walk for ventilation, deep breathing, learning through simulations or guided imagery and "homework."**  **The significance of the length of treatment- There is considerable ambivalence among young people regarding the length of treatment . On the one hand, they testify to the difficulty of opening up and the time it takes from all the sessions and the difficulty of separattion after 15 session. On the other hand they mark the time frame as a factor in the process of change.** | Young headspace patients |
| **treatment as a reflection of the relationship - the family describes the work with the therapist as enlightening, helping them understand the motivations of their child and especially their own behavior in different situations with their children. They felt he contribution of the therapeutic sessions and raise the need for a longer period of time than what was offered to them. In particular, Diad sessions were mentioned as necessary.**  **The therapists as significant professional figures - mainly described a therapist who understands and supports, a professional, calms and corrects the patient's experiences through new definitions. These characteristics of caregivers were considered as promoting the sense of containment felt in the sessions.**  **The Importance of Access to Information about Headspace - Family members have addressed the importance of distributing Headspace as a source of help for additional parents and the role of the School in providing information.** | Family members |
| **The human resource "as an anchor” and as a source of quality care - throughout the years of research, the therapists perceived the work of the staff as highly significant in their work. in terms of their training and investment in human resources, there was a development that therapists felt during the years of research.**  **Ambivalent relationships with short-term care - therapists describe ambivalent attitudes toward the defined therapeutic set, 15 sessions. On the one hand, they recognize the value of the discipline and the need to focus on the young people's goals and are adapted to the younger mood. On the other hand, they report the difficulties in creating contact and rapid separation, and the high turnover.**  **The need to adapt resources and demands – the therapists express satisfaction of the staff work and even the development of their training and professionalization throughout the years of research. However, the resources they possess do not adequately support their needs (acoustics, staff room).** | **Headspace Staff** |
| The uniqueness of the service- in providing an important response to a population that do not tend to seek treatment. The treatment of Headspace is described as accessible and friendly to young people and their families, thus opening a path to referral of the community.  The treatment as a lever for change - mainly the counselors noted that they noticed the results of treatment in some cases. They appreciate the change that young people go through in Headspace but sometimes feel that they do not know enough about what is happening there or understand that the problematic content is complex and includes functional aspects outside the school.  The need for continuous contact with the Center and the expansion of the partnership - the need and importance of maintaining a continuous relationship between the counselors and the therapists. In addition, there was a desire by community leaders to expand cooperation with the Center. | Community steakholders |

# Summary

# This report is a three-year summary of an evaluation study on the Headspace program implemented in BAT YAM. The young people, their family members, and referral agencies found it as an important resource, and reported an improvement in their psychological distress and daily functioning. Interestingly, the improvement was evident even after the Intake alone.The family members also reported less family burden and more self-efficacy after attending Headspace. Participants were mainly young people aged 12-18 who reported high level of distress that usually did not meet diagnostic criteria. In other words, the Headspace program suucceded in addressing this segment of young people in distress and the principle of the model, according to which Headspace is aimed at young people as early onset as possible was maintained. During the research years, the therapists worked to formulate a clinical model, since working with the specific population in short-term treatment required changing attitudes . The Center has succeeded in creating an impact in all the circles in which it operates, at the municipal, educational and counseling level.

# The Center was established in order to create a new and unique solution for young boys and girls aged 12-25. During its early years, the Center has crystallized an identity for the Israeli Headspace model, and as stated, a final process of formulating and tightening the clinical and operational principles of the model is being carried out. During the years of research, the Center underwent a significant strategic change with the transition to working with the health funds, and this requires further study of economic and even clinical practice in order to adhere to the principles of the model, given the demands of reality.

# It is important to note the fruitful dialogue between the program team, the research team and the accompanying factors throughout the years of research, which led, among other things, to the professionalization and streamlining of the work processes.

# ..

# נושא המחקר:

# מחקר הערכה של תוכנית הדספייס לטיפול נפשי בנוער וצעירים בישראל

# שם החוקר הראשי ומחלקה:

# חוקר ראשי: פרופ' דיויד רועה, החוג לבריאות נפש קהילתית, הפקולטה למדעי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

חוקרים שותפים: ד"ר פאולה גרבר-אפשטיין, ד"ר מיכל משיח איזנברג

רכזת המחקר: גב' גילי חטר ישי

**פרק 1: מבוא**

להלן ממצאי מחקר הערכה על יישום והתאמת תכנית הדספייס האוסטרלית בישראל, בבת ים, שמטרתה יצירת מענה להתערבות מוקדמת בצעירים בגילאי 12-25. דוח זה מסכם איסוף מידע שארך כשנתיים בין מרץ 2016 ליוני 2018. תכנית הדספייס בת ים מאחדת ומציעה שירות ייעודי לנוער וצעירים בגילאים 12-25 ששם דגש על הדרישות והקשיים ההתפתחותיים של גיל זה ומציעה מענה ייחודי לצעירים בשלבים המוקדמים של הופעת סימפטומים ומצוקה נפשית תוך שימוש בהתערבויות ממוקדות צעירים.בנוסף, מודל זה מציע רפורמה תפיסתית לחלוקה הגילאית הקיימת בשירותי בריאות הנפש היום ומתייחס כקבוצת גיל אחת לצעירים בגילאי 12-25. תכנית הדספייס נותנת מענה טיפולי קצר מועד (עד 15 מפגשים) לכל צעיר הזקוק לו ולמשפחתו ללא תשלום או במימון קופות החולים. עם הפנייה למרכז נקבע אינטייק שבסופו מוחלט על המשך טיפול או הפנייה לגורם אחר. התכנית היא תוצר של שיתוף פעולה בין מספר גורמים: עמותת "אנוש", המוסד לביטוח לאומי, מרכז שניידר לרפואת ילדים, עיריית בת ים ומשרד הבריאות. התוכנית החלה לפעול בבת ים בדצמבר 2014.

המחקר מעריך את המידה בה תכנית הדספייס עמדה ביעדיה בשנים הראשונות לפעילותה ובפרט מכוון לענות על המטרות הבאות:

* תיאור אוכלוסיית הפונים למרכז (מאפיינים סוציודמוגרפיים וקליניים)
* תיאור מאפייני צריכת השירות ושביעות הרצון ממנו
* תוצאות הטיפול בהדספייס עבור הצעירים והוריהם
* מידת השגת יעדי התכנית

במחקר זה נעשה שימוש בכלים איכותניים וכמותיים ונאסף מידע ממקורות מגוונים ושונים : הצעירים המטופלים במרכז, הוריהם, מטפלי המרכז, גורמי הפנייה למרכז, וגורמים עירוניים שותפים.

* 1. **סקירת ספרות**

גיל ההתבגרות מאופיין בשינויים רבים וחוסר יציבות וזוכה לתשומת לב מחקרית רבה. בעשור האחרון זוהתה גם תקופת הבגרות הצעירה (18-30) כתקופה מאתגרת המצריכה הפניית משאבים ייחודים עבורה. תקופות אלה הן הרגישות ביותר להתפרצות מחלות והפרעות נפשיות ומוצגת בהן שכיחותן הגבוהה ביותר. יחד עם זאת, בתקופה זו צריכת שירותי בריאות הנפש הנמוכה ביותר.

בשנים האחרונות מתפתחות ברחבי העולם תוכניות שמטרתן לגשר על הפער בין הצורך להיצע השירותים המותאמים. בישראל טרם נקבעה מדיניות אחידה המייחדת את שירותי בריאות הנפש לנוער וצעירים ומגבירה את שימושם בשירותים. לפני כשלוש שנים, עמותת אנוש בשיתוף עם הביטוח הלאומי יזמו הקמתו של מרכז ייחודי הנשען על מודל אוסטרלי הנקרא "הדספייס" שנותן טיפול נפשי לצעירים בגילאי 12-25 ואף פועל ברמת הקהילה להעלאת מודעות לתחום בריאות הנפש. מחקר זה יבחן יישום והשפעות של המודל אוסטרלי , הדספייס, בישראל. המודל כולל טיפול מותאם לצרכיהם הייחודיים של צעירים ומדידה מתמדת של יעילותו בשיפור רווחתם הנפשית ,הגברת צריכת שירותים והפחתת נטל הטיפול ממשפחתם.

תוכניות המוגדרות עבור צרכיהם הנפשיים של צעירים בגילאים 12-25 בישראל חסרות. מחקר זה ישתמש בשיטות איכותניות וכמותיות כדי לשפוך אור על צרכים, מאפיינים וגורמים מקדמים ומעכבים בהקמת שירות עבור אוכלוסייה זו ויסייע בפיתוח גוף ידע מקומי בתחום בריאות הנפש עבור צעירים.

**בריאות נפשית בגיל ההתבגרות והבגרות הצעירה**

גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה מתאפיין בשינויים פיזיולוגיים, רגשיים, נפשיים ונקודת מפנה בהתפרצותן של מחלות נפשיות. נמצא כי צעירים בגילאי 12-25 מציגים את השכיחות הגבוהה ביותר למחלות נפש, שמהוות את הגורם הראשון במעלה למוגבלות בגילאים אלה (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014; Patel, Flisher & McGorry,2007). לפחות 75% מההפרעות הנפשיות מתחילות לפני גיל 25 (Kessler et al, 2005). רבות מהמצוקות הנפשיות עשויות להפוך לכרוניות אם יוותרו ללא מענה או יקבלו מענה שאינו תואם ועשויות להשפיע על בריאותו הנפשית, רווחתו האישית ואיכות חייו של הצעיר (McGorry et al, 2007). מצוקות נפשיות בקרב צעירים כוללות פגיעה בהיבטים תוך ובין אישיים ועשויות להתבטא בסימפטומים דיכאוניים, חרדתיים, קושי בקבלת החלטות, קונפליקטים במשפחה, בידוד חברתי ועוד (McGorry et al, 2007). גם ברמה התפקודית מחלת נפש בבגרות הצעירה מובילה לקשיים נרחבים, לרבות קשיים בהשתלבות בלימודים, עבודה ותפקוד משפחתי (Arnett, 2004; Scott et al, 2013; Gibb, Fergusson & Horwood, 2010 ).

על אף הצרכים הנפשיים המתוארים של צעירים, שימושם בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך ביותר לאורך מעגל החיים McGorry, Bates & Birchwood, 2013) Kessler et al, 2005;). רק שליש מבני הנוער והצעירים המאובחנים עם הפרעות נפשיות משתמשים בשירותי בריאות הנפש (Pattel, Flisher & McGorry,2007). הסיבות לחוסר השימוש בשירותי בריאות הנפש באוכלוסייה זו מגוונות וכוללות מספר רב של גורמים, בחלקם: חוסר הבנה של חומרת המצב, ידע מועט בנוגע לסימנים של תחלואה נפשית, חשש מחשיפה, חוסר התאמה ומשאבים של מערכות הטיפול השונות, תחושת יכולת לפתור את המצב בעצמם, קושי בתחבורה, חוסר זמן,פסימיות בנוגע ליעילות טיפול נפשי, חוסר אמון במערכות הטיפול הנפשי וחוסר התאמה של השירותים לצרכי הצעירים (Pattel, hetrick & McGorry,2007; Munson et al, 2012 VanHeusden et al, 2008; ). במטה אנליזה (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010) שבחנה מחקרים העוסקים בחסמים לשימוש בשירותים בקרב נוער וצעירים נמצא כי סטיגמה מהווה את המחסום השכיח ביותר ומיד לאחריה נושאים של חיסיון ואמון. בנוסף לתפיסות המשפחה ותמיכתה יש השפעה על השימוש בשירותים בקרב נוער וצעירים (Moses, 2011).

**שירותי בריאות נפש לנוער ולבוגרים צעירים**

שירותי בריאות הנפש בעולם מחולקים לרב לשירותים עבור ילדים ומתבגרים עד גיל 18 ושירותים עבור מבוגרים. הראשונים עובדים כחלק ממערכת כוללת של בריאות, רווחה וחינוך, והאחרונים עומדים בפני עצמם (Sterne & Porter, 2013). בשנים האחרונות עולה ההכרה בגיל הבגרות הצעירה כשלב חדש בהתפתחות ומציגה אתגרים ומאפיינים ייחודים. תקופה זו מתאפיינת בבלבול וחוסר בהירות בנוגע לעתיד, בצד ציפיות חברתיות להשלמת משימות התפתחותיות כגון השכלה ועבודה (Arnett, 2007;2004).

מתבגרים ובוגרים צעירים (12-25) מציגים מאפיינים ייחודים בכל הנוגע לבריאות הנפש: בגילאים אלה מתקיים המפגש הראשוני שלהם ושל בני משפחתם עם שירותי בריאות הנפש, הם מציגים קומורבידיות גבוהה עם שימוש בסמים ואלכוהול, סיכוייהם להישנות גבוהים כי הם עוד לא מתורגלים בניהול מחלתם והם מציגים יותר התנהגויות של פגיעה עצמית במצבים של קושי נפשי (McGorry, 1996; Patel, Flisher, Hetrick & McGorry, 2007).

עם זאת ועל אף הידע כי גילאי סוף העשרה ותחילת העשרים הם הגילאים הרגישים ביותר לתחלואה נפשית עדיין מרבית השירותים עבור גילאים אלה מחולקים באופן המסורתי ואינם מוכוונים ספציפית לתקופה ייחודית זו (Poon et al, 2014; Iyer et al, 2015). המתבגרים זוכים לקבלת מענה (סל שירותים) מכמה משרדים ממשלתיים (רווחה, בריאות וחינוך) במסגרות הייעודיות עבורם, ומגיל 18 סל השירותים מצטמצם וגם מספר המשרדים האמונים עליהם (ראובן ותורג'מן, 2015). בני הנוער והצעירים נדרשים לרוב לבקר באחד משניים: שירותים המיועדים לאוכלוסייה המבוגרת שלעיתים מציגה תמונה כרונית יותר או בשירותים המיועדים לילדים שלא בהכרח מציגים התייחסות לצרכים המאפיינים את ההכנה לבגרות (Sterne &Patel, 2013 ;מרכז המחקר והמידע של הכנסת, 2012 ). כמו כן מרבית הנתונים הקיימים בנוגע לצרכים ולדפוסי שימוש בשירותים בישראל מחולקים על פי החלוקה המסורתית לנוער ומבוגרים וכמעט ואין מחקר המייחד את אוכלוסיית הצעירים הנמצאת בתקופת המעבר (12-25) (זעירא, בנבנישתי ורפאל, 2012(.

**תמונת המצב בישראל- תחלואה ושימוש בשירותי בריאות הנפש**

בקרב אוכלוסייה מעל גיל 21 בישראל, מסקר שערך מכון ברוקדייל בשנת 2013, עולה כי 18% מהאוכלוסייה דיווחו על מצוקה נפשית שהתקשו להתמודד עימה לבדם בשנה שקדמה לסקר ((אירית, רוזן, אלמקייס, סמואל, 2017)

כמו כן, בישראל, אחד מכל שמונה בני נוער לערך נמצא כמתמודד עם מצוקה נפשית הדורשת התערבות קלינית (Farbstein et al, 2010). מחקר שנערך בישראל בשנת 2005 על-ידי שירותי בריאות הנפש במשרד הבריאות, משרד החינוך, בית החולים זיו ומרכז שניידר לרפואת ילדים (Farbstein et al, 2010) מלמד כי 11.7% מבני-הנוער בגילאי 17–14 סובלים מסימפטומים של הפרעה פסיכיאטרית הגורמת להם למצוקה ומפריעה לתפקודם.

במחקרים שנעשו בעולם ובישראל נמצא כי בני נוער פעמים רבות ינסו לפתור בעצמם את בעיותיהם ואם כבר יפנו לעזרה יעדיפו פנייה לעזרה בלתי פורמלית (חברים, משפחה) על פני עזרה פורמלית (עובדי בריאות הנפש, יועץ) (Gilat, ezer & Sagi, 2011; Tishby et al, 2001; Ciarrochi, Deane & Wilson, 2003). בנוסף נמצא כי הצוותים החינוכיים הם הגורם העיקרי אליו פונים בני הנוער מה שמצביע על חשיבותו כגורם מפנה ומתווך של שירותי בריאות הנפש (Mansbach-Kleinfeld et al, 2010b).

בסקר לאומי שנעשה ב-2005 נמצא כי 21% מהנוער שלא אובחן עם הפרעה נפשית פנה לבקש עזרה לעומת 34% מאלה שכן אובחנו. יחד עם זאת באותו הסקר נמצא כי צרכיהם הנפשיים של הנוער בישראל ברובם (60%) אינם נענים. בפרט מערכות הבריאות פחות משמשות כמקור להתייעצות בנושאים רגשיים המתעוררים אצל בני נוער. למשל, רק כ4% מהאימהות פנו לגורם רפואי להתייעץ. אחת הסיבות לכך הוא חוסר נגישות והתאמת השירותים לצעירים (Mansbach-Kleinfeld et al, 2010b). כמו בעולם, גם בישראל ניכר פער משמעותי- על אף הצרכים הנפשיים הגוברים בגילאים אלה של התבגרות ומעבר לבגרות השימוש בשירותי בריאות הנפש הוא הנמוך ביותר במעגל החיים (McGorry, Bates & Birchwood, 2013 Kessler et al, 2005;).

בדומה לנמצא במדינות אחרות, גם בישראל אחת הסיבות המרכזיות לכך היא הסטיגמה המשויכת לקבלת שירותי בריאות הנפש והחשש מחשיפה. כמו כן ריבוי הגורמים הנותנים שירותים לבני הנוער (כחלק מהשירות לילדים ונוער) מייצרים חוסר בהירות בנוגע לגורם אליו יש לפנות (Mansbach-Kleinfeld et al, 2010b). בנוסף נמצא גם כי אי אמון במהות ובאיכות השירות והשתייכות לקבוצת מיעוט קשורים לשימוש מופחת בשירותי בריאות הנפש (גרוס, באום ועובד אור, 2009 Stern & porter, 2013; Kaim & Romi, 2015; ).

**מעורבות בני המשפחה ותרומתם להצלחת הטיפול**

במקביל, ההתמודדות עם הפרעה נפשית ועם הסטיגמות והחששות המלווים אותה, מטילה מעמסה כבדה על בני המשפחה שזקוקים גם הם למענה מהיר ואיכותי (Corrigan et al, 2012). בסקר לאומי מ-2003 שנערך על ידי הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2006) נמצא כי כחמישית(18%) מכלל בני 21 ומעלה דיווחו על עומס משפחתי לפיו בן משפחה אחד לפחות סובל ממחלה, מוגבלות או נכות ממושכת ונזקק לעזרה מצד המשפחה. הנשים דיווחו על עומס משפחתי גבוה יותר לעומת הגברים, במיוחד בגיל (29.5% (64-45 אצל נשים, ו 19.2%- אצל גברים. על אף ממצאים אלה בסקר נוסף מ2005 נמצא כי רק 40% מהאימהות לצעירים הסובלים מהפרעות נפשיות פנו לסיוע מקצועי (Mansbach-Kleinfeld et al, 2010b).

בכל הנוגע לטיפול בנוער וצעירים לשיתוף המשפחות יש ערך עליון: שיתופם ומעורבותם בטיפול (בדרכים שונות) עשויה לסייע לתפקוד המשפחה, להפחתת תחושת הנטל האישי והמשפחתי, להגביר את תחושת הרווחה הנפשית שלהם ולהגביר את ההיענות לטיפול של ילדיהם המתמודדים עם מגבלה נפשית (Birchwood, 2003).

**צורך בשירותים ייעודיים לנוער וצעירים**

ההכרה בכך שמחלות נפשיות פורצות לרוב בגיל העשרה והבגרות הצעירה אמורה היתה להנחות הקצאת משאבים רבים לפיתוח התערבויות ספציפיות לגילאים אלה. יחד עם זאת מסקר עולמי עולה כי רק במספר מועט של מדינות (14 מתוך 191) קיימת מדיניות מוצהרת בנוגע לשירותי בריאות הנפש של נוער וצעירים Shatkin & Belfer, 2004)). במקביל לתמונת המצב העגומה בכל הנוגע לשימוש בשירותים, המחקר העדכני מצביע על חשיבות ההתערבות בשלבים המוקדמים כמשתלמת ביותר ועומדת במבחן עלות-תועלת בקרב צעירים (McGorry, Nelson, Goldstone & Yung, 2010). יחד עם זאת, נמצא כי הפנייה לעזרה פורמלית בקרב בוגרים בישראל נעשית לרוב במצבי מצוקה מתקדמים ולא בשלבים הראשוניים של המצוקה (גרוס, באום ועובד אור, 2009). מכאן, שאתגר מרכזי בקרב אוכלוסייה זו היא הגברת הפנייה לעזרה מוקדם ככל האפשר. מתן חשיבות יתרה להתערבויות בשלבים מוקדמים של הופעת מצוקות נפשיות אצל צעירים בשלב ההתפתחותי של המעבר לבגרות עשוי לשפר את בריאותם הנפשית, רווחתם, יצרנותם וההגשמה העצמית שלהם (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). בנוסף, חוויות שליליות נמצאו כמשפיעות על התנהגויות חיפוש עזרה בקרב צעירים, ממצא שמדגיש את הצורך לייצר חוויה חיובית ככל האפשר של שירותים מותאמים לצרכי הצעירים (Tylee et al,2014).

שירות מותאם לצעירים מאפשר דיסקרטיות עם הקפדה יתרה על פרטיות, מתייחס לאתגרים התפתחותיים בגיל זה כמו פיתוח קריירה וחשיבה על העתיד, מסייע בהפחתת סטיגמה, מאפשר גישה קלה וזמינות (תחבורה מתאימה, מבלי להמתין, הפנייה מותאמת) , מכבד את רצון הצעירים בהתמודדות עצמית תוך קידום מיומנויות לניהול עצמי ומשתף צעירים בכל רמות הפעילות במרכז (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). יש חשיבות להבהרה של מטרות השירות ובמה ניתן לצפות שיעזור לצעיר (Silk, 2005; Tylee et al, 2007). מסגרת ההתייחסות בשירות לצעירים תהיה הוליסטית, אופטימית ומניעתית במסריה (McGorry, Goldstone, Parker, Rickwood & Hickie, 2014). כפי שתואר חתך גילאים זה מהווה גורם סיכון לפריצת מחלות נפשיות ועל כן על אחת כמה וכמה מודגש הצורך בהמשכיות הטיפול ללא קטיעתו על ידי החלוקה המסורתית הנהוגה כיום, לשירותי נוער ושירותי מבוגרים (Rickwood et al, 2014).

כמו כן על אף הרפורמה בבריאות הנפש לא מתועדים שירותים ייעודיים לגילאים אלה בישראל. כיום עולה צורך בישראל, להרחבת שירותי בריאות הנפש וייחודם לאוכלוסייה זו, העלאת מודעות לבעיות נפשיות בקרב הצעירים ועובדי נוער, סיוע בתיאום בין הגורמים השונים שעובדים עם נוער, פיתוח מומחיות לעבודה עם צעירים בעלי בעיות נפשיות, בניית התערבויות מתאימות ויצירת שיתופי פעולה של גורמי הרווחה והבריאות סביב הצעירים שנמצאים בתפר בין המשרדים (Sterne &Porter, 2013 ;ראובן ותורג'מן, 2015).

גם בעולם זיהו את הפערים בין הצורך לבין היצע השירותים לאוכלוסייה זו. הנוער והצעירים אינם פונים לבקש עזרה, ממתינים זמן רב בתור, ומופנים לשירותים טיפוסיים שאינם מעודדים קבלת טיפול (Anderson et al, 2013; Reid et al, 2011; Poo, Tay, Lee, Lee & Varma, 2014). מתוך ההכרה בצרכי הצעירים וההבנה כי הללו מהווים נקודת תורפה בשירותי בריאות הנפש, החלה באוסטרליה להתפתח תוכנית ייעודית לנוער וצעירים שמהותה הנגשת שירותי בריאות הנפש והגברת השימוש בהם לאותם הצעירים ומשפחותיהן בנקודה כה משמעותית בחייהם. ( Poo, Tay, Lee, Lee & Varma, 2014; Girolamo, Dagani, Purcell, Cocchi & McGorry,2012). תוכנית הדספייס (Headspace) מיושמת בפריסה ארצית רחבה באוסטרליה ומציעה מודל טיפולי ששם לו למטרה לפתח מומחיות מקצועית בטיפול בנוער וצעירים תוך דגש על הערכה מתמדת של השירות כחלק מהמודל, מעורבות הצעירים עצמם והמשפחות בתהליך הטיפולי ועבודה משותפת עם גורמי קהילה (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014;).

לאחרונה, הועתק המודל של הד ספייס לדנמרק, שם נפתחו שישה מרכזים ובמקביל נערך כעת מחקר הערכה. תוכניות נוספות ייעודיות לצרכי בריאות הנפש של צעירים בגילאים אלה פועלות בארה"ב, אירלנד, סינגפור, אנגליה וקנדה (McGorry, Bates & Birchwood, 2013; Iyer et al, 2015).

**תוכנית הדספייס- אוסטרליה**

הדספייס היא תכנית הדגל הלאומית של אוסטרליה לבריאות הנפש עבור צעירים בגילאי 12-25 (Muir et al,2009; Rickwood, Dean & Wilson,2007). התוכנית הושקה ב-2006 וכיום קיימים למעלה מ70 מרכזים ברחבי אוסטרליה (Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGurry,2014). המרכזים נועדו לתת מענה ראשוני לאוכלוסיית הצעירים שסובלים ממצוקות נפשיות ברמות קלות עד בינוניות ובני משפחותיהם תוך יצירת מרחב נגיש, נעים, ידידותי שיעלה את צריכת השירותים המוצעים במערכת בריאות הנפש עבורם וירכז את כלל הרפואה הראשונית לה זקוקים. במרכזים יש התייחסות לארבעה תחומים: בריאות נפשית, שימוש באלכוהול וסמים, בריאות גופנית ושירותי תעסוקה.

קיימים 10 עקרונות לפעילות המודל: שותפויות וקשרי קהילה, פעילויות למעורבות קהילתית, התמקצעות קלינית, סביבה ידידותית לצעירים, תיאום ומעורבות של כלל גורמי הטיפול, הפנייה ושיתוף פעולה בין צוות המרכז, הערכה מובנית, שיתוף ופידבק מהצעיר ומשפחתו, דגש על החלמה גם ברמה החברתית ואסטרטגיה ברורה לקידום ופיתוח עובדים. כחלק מעקרונות אלה הדספייס פועלת ליצירת מודעות קהילתית, חינוך והכשרה בקרב אנשי מקצוע ושימת דגש על מעורבותו של הצעיר בניהול מצבו הנפשי (Muir et al, 2009; Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014; Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGorry,2014; Rickwood, Van Dyke & Telford, 2015 ). אחד העקרונות המהותיים של הדספייס הוא הבנייה של הערכת השירות הניתן כחלק בלתי נפרד מהמודל. קיימת חשיבות עליונה למרכיב ההערכה וכל עובד חדש במרכז הדספייס מוכשר לאיסוף הנתונים כחלק אינטגרלי מהכשרתו. גישה זו משקפת את הצורך המתמיד ביעילות ושיפור השירות כך שיענה על צרכי הצעירים (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014). גישת הטיפול הנהוגה במרכז היא אינטגרטיבית לרוב ומתבססת בעיקרה על שיטות קוגניטיביות התנהגותיות (Bassilios, Telford, Rickwood, Spittal, & Pirkis, 2017; Rickwood et al, 2015).

מניתוח בסיס הנתונים הראשוני שכלל 21,274 צעירים,(Rickwood, Telford, Parker, Tanti & McGorry,2014) עולה כי הסיבות בגינן פונים צעירים באוסטרליה למרכזי הדספייס מגוונות ורובם פונים בשלבים מאד מוקדמים בהתפתחותה של הפרעה נפשית. בנוסף בקרב למעלה משליש מהצעירים שטופלו בהדספייס הציגו ירידה מובהקת ברמת המצוקה הנפשית ושיפור מובהק בתפקוד הכללי. ההיענות הטובה ביותר לטיפול (לקחו חלק ביותר מפגשים) נרשמה בקרב צעירים שחוו מצוקה נפשית רבה יותר והתקשו לתפקד (Rickwood et al, 2015;). בנוסף 93% ממשתתפי התכנית מעידים על שביעות רצון מהטיפול שקבלו וחשו שהטיפול במרכז סייע להם במציאת אסטרטגיות לניהול מצבם הנפשי. במחקר ההערכה הראשוני שנעשה גם בני משפחותיהם של הצעירים העידו על שביעות רצון מהטיפול שהוגש לילדיהם ומצאו מקום להפניית דאגותיהם (Muir et al, 2009). כמו כן במחקר באוסטרליה, מעבר לשביעות רצון המשפחות ושיתופם בפעילויות המרכז לא נמדד שינוי בתחושת הנטל של המשפחות.

במחקר ההערכה הלאומי השני על תוכנית הדספייס באוסטרליה נמצא כי להדספייס הגיעו אוכלוסיות מגוונות ואף אוכלוסיות מודרות המתקשות לצרוך שירותים באופן סטנדרטי. כמו כן נמצאו מספר מאפיינים של הפונים לשירותי המרכזים: מצוקה פסיכולוגית גבוהה עד גבוהה מאד , יותר נשים מגברים (62.8%), אחד מחמישה מזדהה עם הקהילה הלהט"בית ואחד מחמישה אינו עובד או לומד (Hilferty et al, 2015). במחקר זה גם נמצא כי כמעט מחצית מהפונים להדספייס הציגו ירידה ברמת המצוקה הפסיכולוגית, כשליש לא הציגו שינוי וחמישית הציגו עלייה, קרי הדרדרות במצב מצוקתם הנפשית. על אף הממצאים שפורטו, ההיענות למילוי השאלונים בסיום הטיפול וכ-3 חודשים אחריו היתה נמוכה ביותר ומכאן מגבילה את הבנת השפעת הדספייס לאורך זמן. מגבלה נוספת טמונה בקיומה של שונות רבה בהכשרות הצוותים, סדרי העדיפויות, סוגי הפעילויות שהתבצעו בעבודה השוטפת וכמות העובדים בין מרכזי הדספייס השונים (Rickwood, Van Dyke & Telford, 2015).

לסיכום, מסקירת הספרות עולה פער בין הצרכים למיעוט תכניות טיפול בבריאות הנפש הייעודיות לנוער וצעירים בישראל. עם פתיחתו של מודל המאחד קבוצת גיל ייחודית בישראל, עלה הצורך בחקירה וביסוס ראייתי של צרכים, מאפיינים אישיים ודפוסי שימוש בשירותי בריאות הנפש של אוכלוסייה זו. בנוסף יש צורך בהבנת המאפיינים הנדרשים משירותים מותאמים לאוכלוסייה זו שכוללת בתוכה גם את אוכלוסיית הנוער וגם את אוכלוסיית הבוגרים הצעירים בישראל, שכן היום הם ניזונים משתי מערכות נפרדות, מערכת שירותי הבריאות לילדים ונוער ומערכת השירותים למבוגר ומציגים שימוש מועט בשירותים. תחום בריאות הנפש של צעירים בגילאים המדוברים היא דיסציפלינה חדשה המצריכה המשך ביסוס גוף ידע מחקרי ומומחיות כדי להיטיב לפתח שירותים ייעודיים עבורה בעולם בכלל (Howe, Batchelor, Coates & Cashman, 2014) ובישראל בפרט (ראובן ותורג'מן, 2015 ), ומחקר זה עשוי לסייע בכך.

**1.2 פעילות תכנית הדספייס בישראל**

כאמור תכנית הדספייס היא הזרוע הישראלית של התכנית לבריאות נפשית של צעירים בגילאי 12-25 באוסטרליה. תכנית הדספייס בישראל, בדומה למודל האוסטרלי, שמה לה למטרה, בשלב הראשוני (תקופת הפיילוט), לפעול בשלושה מישורים :

1. מתן שירות נפשי ייעודי והנגשתו לגילאי 12-25
2. יצירת מודעות קהילתית לתחום בריאות הנפש ועבודה קהילתית בשיתוף עם גורמי קהילה
3. לספק ולפתח הכשרה ייחודית בנושא בריאות נפש של צעירים שתופץ בקרב מרפאות ואנשי מקצוע בעיר.

לאור מטרות אלו המרכז כיוון את פעילויותיו ומאמציו ומטרות אלה ייבחנו בדוח זה.

*תיאור המבנה הפיזי*

מרכז הדספייס פועל בלב העיר בת ים, בבניין משרדים מרכזי אשר דרכי הגישה אל ומחוצה לו רבות ומגוונות. קיומו של המרכז בליבה של העיר מהווה בסיס ראשוני לנגישות השירות.

המרכז כולל חלל המתנה, 5 חדרי טיפול, עמדת מזכירות, חדר צוות וחדר קבוצות ומטבח.

*כוח האדם*

במהלך שנות המחקר הושלם תהליך המעבר של המטפלים במרכז להעסקה ישירה על ידי אנוש באחוזי משרה לרוב של חצי משרה ומעלה (פירוט על התהליך בפרק 5). כיום פועלים במרכז 12 אנשי טיפול (חסר פסיכיאטר) ו-3 אנשי מנהלה ואדמיניסטרציה.במהלך שלוש שנות המחקר עזבו מנהל, כ-6 מטפלים ומזכירה אחת. הוחלף מדריך הצוות וגויסה מדריכה חיצונית לחלק ממטפלי המרכז ואף הוקצה זמן של אחת המטפלות להתמקצעות והכשרה של המטפלים. בסך הכל צוות הטיפול כולל 6.15 משרות כולל פסיכיאטר. צוות האדמיניסטרציה וניהול כולל כ2.5 משרות. משרת המטפל מורכבת מ-9 מטופלים, הדרכות , ישיבת צוות פעם בשבוע וזמן תיעוד.

*אוכלוסיית היעד*

צעירים בגילאי 12-25 המתגוררים בעיר בת ים ופונים בשל חוויה של מצוקה נפשית. במהלך שנות המחקר הצוות גיבש פרופיל של מידת המצוקה הנפשית המתאימה ומשתנים נוספים של הצעיר שיעידו על התאמה או אי התאמה לטיפול במרכז. נושא זה ידון בהמשך.

*תיאור הפעילות כיום*

הדספייס פעיל חמישה ימים בשבוע בין השעות 8:30- 20:00 ושעות קבלת הקהל הן בין 9:00-19:00. בכל יום עובדים במקום לפחות 3 מטפלים ומקבלים טיפול בין 10-15 מטופלים מדי יום.

הטיפול בהדספייס הוא קצר מועד ומוגבל עד 15 מפגשים, כשכל מפגש טיפולי אורך כ50 דקות.

*הליך הפנייה למרכז*

המטופלים פונים למרכז ונקבעת להם פגישת אינטייק בהקדם האפשרי. פעמים רבות ההפנייה נעשית על ידי יועצות בית הספר ומתוך כך בשנת המחקר השנייה הוכן טופס הפנייה על ידי צוות המרכז שמטרתו זיקוק ודיוק סיבת הפנייה על מנת לאפשר התאמה מירבית, כמו כן העברת מידע מקדים למטפל. מכאן, שטרום האינטייק במידת האפשר מועבר טופס הפנייה על ידי גורם מפנה. מטופלים מתחת לגיל 18 מחוייבים להגיע לאינטייק עם הוריהם. לאחר האינטייק מתקבלת החלטה האם מתאימים לטיפול או לא. במידה ומתאימים הם נכנסים לרשימת המתנה. חשוב לציין שבמהלך שנות המחקר צומצמה רשימת ההמתנה משמעותית אך בימים אלה שוב קיימת המתנה גם לקיום אינטייק. לעיתים תחילת הטיפול נדחית בשל חוסר התאמה ופניות בימים המוצעים למטופלים. במידה ונמצא כי צעיר אינו מתאים לטיפול נעשית חשיבה משותפת לאן כדאי שיפנה ואף במקרים רבים נעשה קישור עם הגורם אליו מפנים.

*הפעילות שמתקיימת במקום*

*במישור הפרטני:*

1. *טיפולים פרטניים-* כאמור, באופן שוטף מתקיימים טיפולים קצרי מועד שמתבססים על גישות שונות : אוריינטציה דינמית ,קוגניטיבית התנהגותית וטיפול מבוסס מנטליזציה.
2. *הדרכות הורים*- במידה והצעיר/ה (בכל הגילאים) אינו מעוניין להגיע לטיפול יש אפשרות להדרכת ההורים בלבד על ידי צוות הדספייס. לצורך ייעוד זה בפרט הועסקה מטפלת משפחתית. מעבר לכך, במהלך הטיפול הפרטני בצעיר, במידה ועולה צורך בשיחה עם ההורים מתקיימת פגישה שכוללת הדרכת הורים.
3. *קבוצות טיפוליות* – במרכז התקיימו מספר קבוצות: דינמיות תמיכתיות , קבוצת מיומנויות חברתיות, קבוצת חרדת בחינות וקבוצת חמלה שהרחיבה את פעילותה בשנה האחרונה. הקבוצות מוצעות לצעירים אחרי האינטייק על פי המלצת המטפל לתרומת הסטינג הקבוצתי.
4. *בדיקה ואבחון פסיכיאטרי*- כשעולה צורך במהלך אינטייק או טיפול, יש אפשרות לפגישה עם הפסיכיאטר במרכז לטובת אבחון והערכה או מתן טיפול נקודתי והפנייה. הפסיכיאטר נמצא במרכז פעם בשבוע. כיום עולה קושי בגיוס פסיכיאטר והתפקיד אינו מאוייש.
5. *פרוייקט מנטורינג לקראת הצבא*- כחלק מרצונם של יוצאי חיל האויר לתרום לחברה נוצר קשר עם מרכז הדספייס וגובש רעיון הפרוייקט. הפרוייקט מיועד לצעירים בני 16 לפני צו ראשון, שיש להם מוטיבציה להתגייס אבל הם חסרי עורף משפחתי / חברתי/ כלכלי או בעלי קשיים רגשיים שיפגעו בסיכוייהם להתגייס לתפקיד משמעותי בצבא. מטרת הפרוייקט לסייע לאותם צעירים להתגייס לצבא לתפקיד שיהווה עבורם מנוף להתקדמות אישית חברתית.. החונכות היא ארוכת טווח ולמעשה כוללת ליווי של חונך, מנטור, יוצא צבא לאחר תפקיד בכיר ומשמעותי לרוב, שנפגש עם החונך בהתחלה פעם בשבועיים להיכרות וסביב הצו הראשון ובהמשך אחת לחודש או באופן תכוף יותר על פי הצורך, בעיקר סביב נקודות עניין חשובות כמו זימונים לראיונות או משברים בחייו של הנער ועד גיוסו לצה"ל ואף אל תוך השירות. המנטורים מקבלים הכשרה והדרכה על ידי מטפל מהדספייס ותמיכה שוטפת במידת הצורך. ניתן לקבל שירות טיפול פרטני בהדספייס וגם להשתתף בתכנית המנטורינג . הפרוייקט פועל כבר כשלוש שנים. היה ניסיון לקיימו כחלק משירותי הרווחה ולחבור אליהם אך זה לא צלח.
6. *יצירת מענים ייחודיים*: החל ממחצית שנת המחקר השנייה החל הצוות במתן התערבויות ייעודיות לאוכלוסיות מוגדרות או כלים מובנים: טיפול משפחתי מבוסס מנטליזציה, פתיחת "יחידת טורט" ,טיפול בשיטת EMDR , הצוות עבר הכשרה להערכת אבדנות ועבודה בעזרת שימוש במציאות מדומה VR.

*במישור הקהילתי:*

1. *הדרכה וליווי של בעלי תפקידים בפרוייקטים עירוניים*. צוות הדספייס משמש כגוף בעל ידע בבריאות נפש של צעירים הכולל אבחון וטיפול במצבי משבר ומתוקף כך מדריך גופים שונים בעיר*.* פעילות זו בחלקה ממומנת על ידי החברה הכלכלית בעיריית בת ים.
2. *קבוצת הדרכה לצעירים בשנת שירות* – במשך שנתיים מטפל של הדספייס קיים קבוצת הדרכה לצעירים בעיצומה של שנת שירות אליה נשלחו דרך תנועת קצ"ב העירונית של בת ים. רכזת תנועת הנוער פנתה להדספייס מאחר לאור למצוקה רגשית של מתנדבי שנת השירות והוחלט על קיום קבוצת הדרכה בהדספייס.
3. *הדרכת מנהלי ומדריכי מגדלור*- רכזים ומדריכים במרכזי נוער בסיכון הפרושים ברחבי העיר מקבלים הדרכה מאנשי הצוות בהדספייס בהקשר של מצבים הנוגעים בבריאות הנפש של בני הנוער, זיהוי והתמודדות.
4. *מפגש הדרכה לאימהות חד הוריות*
5. *ליווי צוות החממה*
6. *ליווי מנהלת להקמת פרוייקט עירוני לצעירות ממוצא אתיופי*
7. *יצירת מערך הסברה קהילתית*
8. שיתוף פעולה עם המרכז הבינתחומי הרצליה - במסגרתו צוות הדספייס הדריך וליווה סטודנטים לפסיכולוגיה בהכנת חומרי הסברה לצעירים בנושאי בריאות הנפש. הפרוייקט היה חלק מתוכנית הלימודים שלהם בחוג לפסיכולוגיה.
9. *שיתוף פעולה עם מכללת מנשר- יצירת סרטונים שישמשו כחומרי הסברה או אפילו ככלי טיפולי מותאם לצעירים.*
10. *מפגשים עם רפואה ראשונית* - יצירת מודל לעבודה משותפת עם רופאי משפחה במטרה להגברת ההפניות וההכרה בצורך ובמענה הייחודי שניתן בהדספייס
11. *הפקת חומרי פרסום וברושורים מקצועיים והופעות בתכניות טלוויזיה ליצירת שיח בנושא טיפול נפשי בצעירים*
12. *קיום הרצאות וימי עיון במרחבים קהילתיים עירוניים וארציים (למשל: הרצאה לגופים מטפלים בבת ים, יום עיון לעובדי מחלקת נוער באברבנאל, הרצאה לעובדי תחום צעירים בג'וינט)*
13. *השתתפות בכנסים וימי עיון בתחום הצעירים (למשל: כנס ENMESH בהולנד ובהמשך השנה גם בפורטוגל, כנס צעירים במצבי סיכון בישראל)*
14. *פעילויות בשיתוף בתי ספר בעיר*
15. במהלך השנה התקיימו קבוצות חמלה עצמית לנוער בבתי הספר בשיתוף פעולה עם אוניברסיטת חיפה, והפרוייקט עוד נמשך.
16. *קבוצת "שגרירי הדספייס"* –קבוצת תלמידים במגמת פסיכולוגיה בתיכון בעיר קיימו מפגשים במהלך השנה עם צוות הדספייס במטרה להעלות את המודעות לבריאות הנפש ולקבלת עזרה.
17. *הרצאות לצוותי חינוך והורים בבתי הספר*

*יצירת תשתית ל*הדרכות להורים במסגרת בית ספר- פרוייקט שיחל בקרוב

**פרק 2: שיטה**

**2.1 אוכלוסיית המחקר**

אוכלוסיית המחקר כוללת 291 צעירים בגילאי 12-25, כ65% מכלל הצעירים אשר פנו לקבלת עזרה נפשית במרכז הדספייס בת ים בין מרץ 2016 ליוני 2018 (כולל) ו- 197 הוריהם. בנוסף השתתפו במחקר כ- 17 גורמים עירוניים מתחומי החינוך, הבריאות והרווחה העובדים בשיתוף פעולה עם המרכז ו- 16 אנשי צוות.

# 2.2 מטרת המחקר:

מחקר זה בחן את פעילותו של מרכז הדספייס במספר מישורים: עבור הפרט (המטופל), עבור משפחתו וברמה הקהילתית. המחקר בחן האם מודל הדספייס מסייע בהפחתת מצוקה נפשית של הצעירים הפונים ומה טיב קשריו עם הקהילה העירונית. בנוסף, נבדקו מאפייני השירות והפונים אליו, מעכבי ומקדמי הטיפול על פי המודל הראשוני לקבוצת גיל זו (גילאי 12-25) בישראל, כל זאת בהתאם ליעדי התכנית שנקבעו. טבלה 1 מפרטת את מטרות המחקר על פי חלוקה לכלים איכותניים וכמותיים.

טבלה 1: מטרות המחקר ושיטת המדידה: איכתונית וכמותית

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **נבדקו בשיטה איכותנית** | **נבדקו בשיטה כמותית** |
| **מקבלי השירות (צעירים)** | חווייתם בעת שנכנסו למרכז | כמות הפונים ושיעור נוכחותם בטיפול ופרופיל מקבלי השירותים |
| תיאור השינוי ותרומת הטיפול למצבם הרגשי ולתפקוד היומיומי | השפעת התוכנית על תפקוד, איכות חיים ורמת המצוקה הנפשית |
| שביעות רצון מהטיפול  מרכיבים בטיפול שסייעו/ הקשו על הצלחתו | שביעות רצון מהטיפול ומהמרכז |
| **בני משפחה** | תיאור השינוי של הצעיר או שלהם והאם בא לידי ביטוי מחוץ לטיפול | מידת הנטל המשפחתי הנחווה והחוללות ההורית והאם משתנה בעקבות הטיפול |
| **אנשי צוות של המרכז** | תפיסת התפקיד וחוויתם בעבודה עם צעירים במרכז |  |
| קשיים ומשאבים שסייעו/ הקשו על הטיפול |
| **צוותים במוקדי עניין רלוונטיים בקהילה (צוותי חינוך, צוותים עירוניים וכו')** | הבנתם את העשייה של המרכז, הבנת העניין בתכנית | מידת ההיכרות עם המרכז וההפניות להדספייס, כמות פרויקטים משותפים |

**2.3 שאלות המחקר:**

1. מהם המאפיינים הסוציו-דמוגראפיים והקליניים של הפונים למרכז ומשפחותיהם?
2. מהם מאפייני הפנייה וצריכת השירות של הדספייס (משך טיפול, סוגי התערבויות, זמני המתנה ועוד) והאם חל שינוי בצריכת השירותים לאורך זמן?
3. האם הטיפול במרכז מסייע במתן מענה לצעירים הפונים אליו ? במדדים של: רווחה נפשית, הפחתת מצוקה נפשית, הגברת איכות חיים, שיפור ברמת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים הנחווים ושיפור בתחושת הנטל המשפחתי .
4. מה מידת שביעות הרצון של הצעירים מהמרכז ובאילו תחומים?
5. מה מידת שיתוף הפעולה עם הקהילה וההסברה הקהילתית של הדספייס (כחלק ממאפייני המודל)?

**2.4 מערך המחקר:**

המחקר משלב שיטות מחקר כמותיות ואיכותניות (mixed methods) במטרה להעריך את השירות הניתן על ידי מרכזי "הדספייס". החלק הכמותי הינו מחקר אורך פרוספקטיבי. בחלק זה נאספו נתונים בעזרת שאלונים ממטופלים, בני משפחה ומהמטפלים לפני קבלת הטיפול, טרום טיפול ראשון, במהלכו, בסיום הטיפול וכ 4 חודשים מסיומו. הליך המחקר הנבחר תואם את ההליך שנעשה באוסטרליה עם הפחתה של כמות המדידות לצורך הגברת ההיתכנות. גם במחקר הנוכחי וגם במחקר ההערכה האוסטרלי נעשתה מדידה מדי מפגש של איכות חיים, זאת כחלק מהרציונל לאפשר למטפל את המידע מדי פגישה כך שיוכל להעריך את השינוי בין המפגשים. יחד עם זאת, לכל אורך שנות המחקר לא נעשה שימוש קליני שוטף בתוצאות השאלונים והמטפלים טרם חשופים למידע שמולא בכל שאלון. כלי המחקר ונקודות המדידה מפורטים בטבלה 2.

במחצית השנה הראשונה של המחקר נבנתה התשתית להעברת השאלונים ולמעשה ממרץ 2016 החלו המטופלים ממלאים את השאלונים. מילוי השאלונים במעמד האינטייק נטמע ולאחר הדרכה נעשה בצורה שוטפת ומוצלחת (כ65% מהפונים נכנסו למחקר וענו על שאלוני האינטייק). במהלך השנה השנייה, בין היתר בעקבות ממצאי המחקר הראשוניים, חל שיפור משמעותי במעקב השוטף אחר מספרי הטיפולים של הצעירים במרכז, דבר שאיפשר מעקב צמוד יותר של מילוי שאלונים בנקודות הזמן הנדרשות. במהלך השנה נעשה הידוק וסינכרון של אופן איסוף הנתונים לאחר נקודת האינטייק. ההצטרפות למחקר הסתיימה בסוף יוני 2018. כמות הנבדקים שענו על השאלונים בכל אחת מנקודות הזמן, מפורטת בתרשים 1- תרשים גיוס הנבדקים.

בנוסף, במטרה להבין את השפעתו הייחודית של הטיפול הניתן במרכז, מרכיביו הייחודיים והשפעתו על המטופלים, בני משפחותיהם ואנשי המקצוע, שולבה שיטה איכותנית. נערכו ראיונות חצי מובנים עם המטופלים, בני משפחתם, צוות הדספייס ובעלי עניין בקהילה בשלביה השונים של התוכנית (פירוט בתרשים 1- תרשים גיוס הנבדקים). הראיונות סייעו ללמוד בצורה מקיפה ומעמיקה את תהליך יישום המודל של הדספייס ותוצאותיו.

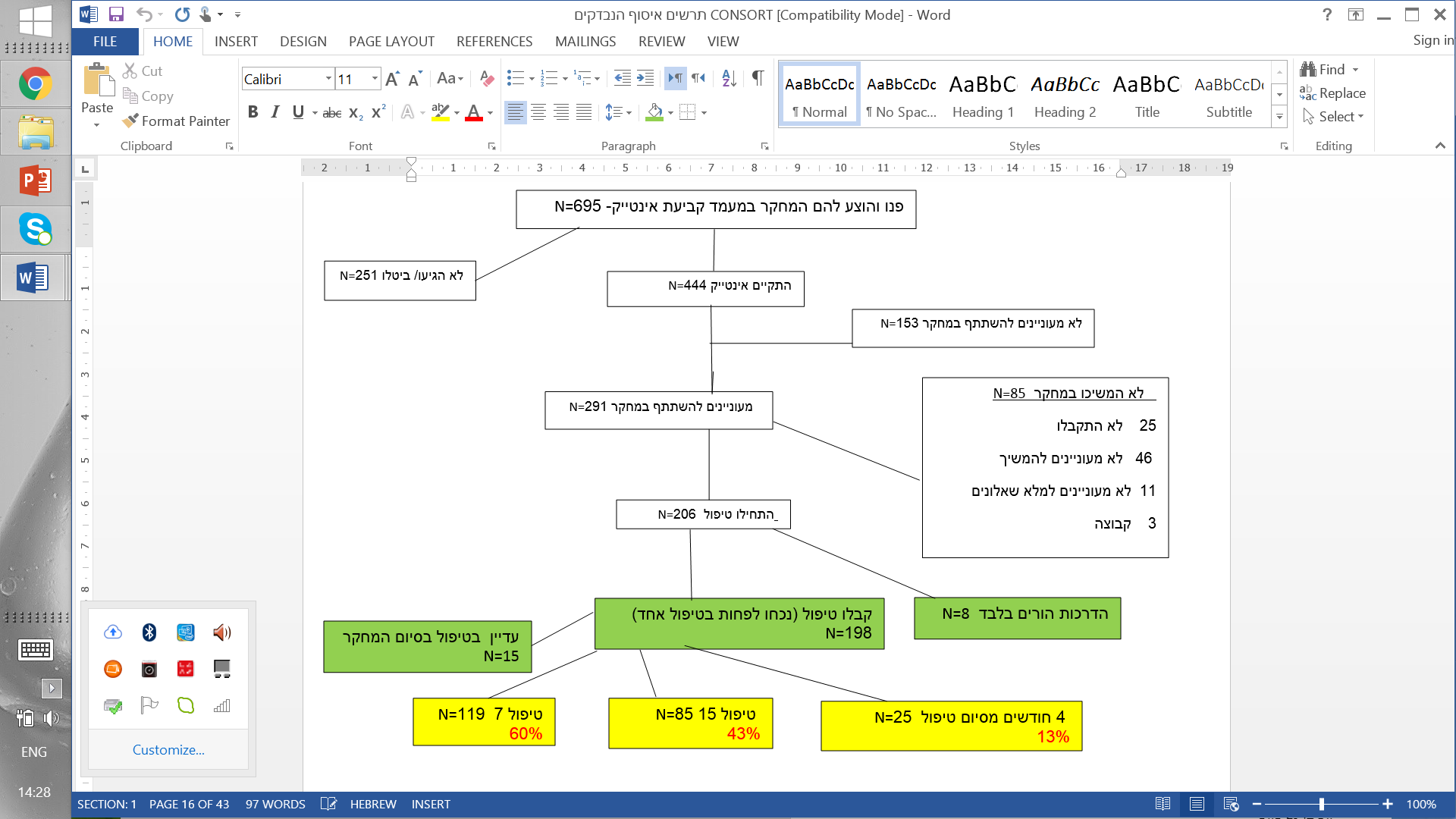
**טבלה 2- זמני המדידה והכלים (תיאורם מפורט מטה) של החלק הכמותי הממולא על ידי המטופלים הצעירים , מטפלים ובני משפחה**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **צעירים** | | | | | | | | | |
| השאלון | זמני המדידה | | | | | | | | |
| אינטייק | טיפול ראשון | טיפולים 2-6 | | טיפול שביעי | טיפול8-14 | | טיפול אחרון | אחרי 4 חודשים |
| טופס הסכמה מדעת | ✓ |  |  | |  |  | |  |  |
| שאלון דמוגרפי | ✓ | ✓ |  | |  |  | |  |  |
| שאלון מקור הפנייה | ✓ |  |  | |  |  | |  |  |
| שאלון שביעות רצון מהתפקוד | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| שאלון מצוקה נפשית | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון שימוש בחומרים | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון רווחה אישית | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון אפיון השירות | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון יכולות וקשיים | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון העתיד שלי | ✓ | ✓ |  | | ✓ |  | | ✓ | ✓ |
| שאלון שביעות רצון מהמרכז |  |  |  | | ✓ |  | | ✓ |  |
| **הורים** | | | | | | | | | |
| **השאלון** | **זמני מדידה** | | | | | | | | |
|  | **אינטייק** | | | **מהלך טיפול** | | | **מפגש אחרון** | | |
| טופס הסכמה מדעת | ✓ | | |  | | |  | | |
| שאלון דמוגרפי | ✓ | | |  | | |  | | |
| שאלון נטל משפחתי | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| שאלון חוללות הורית | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| **מטפלים** | | | | | | | | | |
| שאלון | אינטייק | | | טיפול ראשון | | | טיפול אחרון | | |
| תפקוד חברתי ותעסוקתי SOFAS) ( | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |
| שאלון מטפלים | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | |

**2.5 משתתפים**

במחקר הנוכחי הוצעה ההשתתפות לכלל המטופלים והוריהם שהגיעו למרכז הדספייס בת ים בשלושת שנות המחקר, ומתוכם השתתפו כ65%, רק אלו שהסכימו לקחת חלק במחקר. איסוף הנתונים התקיים בין מרץ 2016 עד ליוני 2018. תרשים 1 מתאר את הליך גיוס הנבדקים.

תרשים 1- תיאור הליך גיוס הנבדקים



מהתרשים עולה כי כ- 70% ממי שנכנס למחקר ומילא שאלונים באינטייק גם ענו על השאלונים בטיפול הראשון, כלומר התחילו טיפול. מתוכם, 46 לא היו מעוניינים בטיפול, 25 לא התקבלו לטיפול, 11 לא היו מעוניינים למלא שאלונים ו-11 השתתפו בקבוצות/ רק הדרכת הורים. כפי שמוצג בתרשים, מספר העונים על השאלונים הולך ופוחת ככל שמתקדמים בנקודות המדידה. מבין אלה שמילאו שאלונים בטיפול ראשון, 65% גם מילאו את השאלונים בטיפול ה- 7 ואחוז מעט גבוה יותר (71%) מבין העונים בטיפול 7, ענה על השאלונים בסיום הטיפול. הסיבות לירידה במענה לשאלונים קשורה בעיקרה בסיום הטיפול. אחוז **הנשירה מהמחקר** לאחר טיפול הראשון נמוך, ועומד על כ- 6%. יחד עם זאת הנשירה מהמחקר בין הטיפול ה- 7 לטיפול האחרון גדולה בהרבה (29%) שכן, הרבה מהצעירים סיימו את הטיפול באופן ספונטני ללא ידיעת המטפל או צוות המרכז ועל כן לא מילאו את השאלונים של הטיפול האחרון. המענה לשאלונים 4 חודשים מסיום טיפול נמוך במיוחד עקב קושי משמעותי בהיענות הצעירים למילוי השאלונים באופן מקוון ממחשבם הביתי.

בנוסף, בחלק האיכותני, במהלך שלושת השנים נערכו מפגשי עדכון עם אנשי הצוות ומנהל המרכז לטובת הבנה ותיעוד דרכי העבודה השוטפת במקום ושינויים שהתרחשו. מעבר לכך התקיימו ראיונות חצי מובנים עם 15 מטפלים ו-7 אנשי מנהלה, 19 מטופלים, 11 בני משפחה ו16 גורמים מעורבים בקהילה**.**

## 2.6. כלי המחקר:

**2.6.1 כלים כמותיים**

1. **שאלון דמוגרפי (נספח 1)-** מהווה חלק מהשאלונים המועברים באוסטרליה ותורגם בתרגום- תרגום חוזר לעברית ואף שאלותיו הותאמו לתרבות בישראל על ידי התייעצות עם מומחי תוכן ומנהל המרכז.
2. **שאלון אפיון השירות (נספח 2)** – שאלון הנמצא במקבץ השאלונים של הדספייס אוסטרליה ותורגם על ידי צוות הדספייס וצוות המחקר וכולל 4 שאלות בנוגע לזמן ההמתנה לטיפול, ולסיבה בגינה פנו לטיפול במרכז.
3. **שאלון מקור הפנייה (נספח 3)**- 2 שאלות המתייחסות לאופן בו יצרו קשר עם הדספייס לראשונה. שאלות אלה גם כן לקוחות מסוללת האבחונים של הדספייס אוסטרליה.
4. **מאגר הנתונים האדמיניסטרטיבי של הדספייס ותוכנת "נתיב"-**מספר האינטייקים שנקבעו, מספר הטיפולים, סוגי סיום טיפול.

5) **שאלון מצוקה נפשית Kessler 10 ((**World Health Oragnization, 2006 **(נספח 4)-** מהווה מדד גלובלי לבדיקת מצוקה נפשית, מתמקד בתדירות בה אדם חש חרדה ודיכאון ב- 30 ימים האחרונים. משמש הן ככלי סינון והן ככלי OUTCOMES. **השאלון הכולל 10 פריטים,**  בסולם של 1 (כל הזמן) עד 5 (אף פעם)**.** סוכמים את הציונים ומתקבל ציון בין 10-50. לפי הסכום המתקבל נקבעת חומרת המצוקה הנפשית כשסקלאת הציונים המקובלת מסווגת ציון של 10-15 כקלה, 16-21 כבינונית, 22-29 כגבוהה , 30-50 כגבוהה מאד והמבחן נמצא רגיש בזיהוי מגוון מצבים נפשיים ובעל מהימנות פנימית גבוהה )(α=0.92) (Andrews & Slade, 2001). נמצא בשימוש בסקר בריאות עולמי של ארגון הבריאות העולמי ובחסותו תורגם ל30 שפות.בנוסף שאלה נוספת בנוגע לימים בהם חווה חוסר תפקוד. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה (α=0.89).

**6) שאלון,SOFAS- social and occupational functioning assessment (**Goldman, Skodol & Lave,1992 **) (נספח 5)** סולם זה פותח כחלק מהציר החמישי ב DSM IV, ומספק הערכת תפקוד חברתי תעסוקתי של האדם על סולם שבין 1-100. נמצא בשימוש בהערכת המודל האוסטרלי.

**7**) **שאלון My Life Tracker(נספח 6)-** (Kwan et al, 2018)שאלון דיווח עצמי שנבנה עבור מודל הדספייס האוסטרלי**.** השאלון כולל חמישה היגדים המתייחסים לשביעות רצון מהתפקוד בשבוע האחרון במספר תחומים, חברתי, משפחתי, כללי, הסתגלות (איך אתה מסתדר). הצעיר מסמן על גבי סולם בין 1-100 על פי הרגשתו. במחקר הראשוני שנעשה על הכלי נמצאו לו מהימנות פנימית גבוהה (α=.84 ) ומהימנות מבחן –מבחן חוזר סבירה 0.78. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית דומה לזו שנמצאה באוסטרליה(α=.85 ).

8) **שאלון רווחה נפשית** [Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing scale](http://www2.warwick.ac.uk/fac/med/research/platform/wemwbs/researchers/wemwbs_14_item.pdf) Short (SWEMWS). (Clarke et al, 2011) **(נספח 7)** השאלון המקורי כולל 14 היגדים הקשורים לרווחה נפשית והאדם מציין את התדירות בה חש כל אחד מההיגדים בסולם של 1(בכלל לא) - 5 (כל הזמן). השאלון נמצא בשימוש נרחב בבדיקת רווחה נפשית בסקרי אוכלוסייה גדולים ומציג מהימנות פנימית גבוהה (α=.87 ). במחקר זה נעשה שימוש בגרסה המקוצרת שלו הכוללת 7 היגדים ונמצאה מהימנות פנימית דומה α=.83) ).

**9) שאלון נטל משפחתי** Burden Assessment scale (Reinhard et al., 1994)(**נספח 8**)- הערכה של המידה בה בני המשפחה חווים עומס בגלל הצורך לדאוג לבן המשפחה המטופל בהדספייס. השאלון, שמכיל 19 פריטים העוסקים הן בעומס "טכני" ("נאלצתי לשנות את תכניותי האישיות") והן בעומס רגשי ("הרגשתי אשם בכך שלא עשיתי די כדי לעזור"). הפריטים מדורגים בסולם ליקרט בן 4 דרגות, ומהימנות הסולם נמצאה גבוהה α=.91 (Reinhard et al., 1994). הגרסה העברית של השאלון פותחה כחלק מפרוייקט מדדי תוצאה של שירותי השיקום בישראל, לא ידוע על מהימנותה ותקפותה.

**10) שאלון חוללות עצמית הורית (נספח 9)-** שאלון זה מודד את התרשמות וציפיות ההורה בנוגע ליכולתו לבצע כראוי את תפקידיו כהורה. השאלון פותח על ידי רביב ובר -טל (ישי, כהן, שואב-כהן ופזי-מרטון, 1995) וכולל 15 פריטים. לגבי כל פריט הנבדק מציין על גבי סולם ליקרט בן 6 דרגות (כאשר =1 בכלל לא, ו =6- במידה רבה מאד) את מידת התאמתו לתחושותיו בהתייחס לילד עליו הוא ממלא את השאלון. הציון המתקבל הינו סך הניקוד בפריטים. ציון גבוה בשאלון מעיד על מידת חוללות הורית גבוהה. בעבודותיהם של אלעד (2001) ושואב (1997) נמצאה מהימנות פנימית גבוהה, α>0.8. בעבודות אלה מדד חוללות עצמית הורית הבחין בין אוכלוסיית המחקר (אמהות חסרות אונים במחקרה של אלעד ואמהות לילדים עם סרבול מוטורי והיפראקטיביות במחקרה של שואב) לבין הורים בקבוצת הביקורת. במחקר נוסף נמצאה מהימנות השאלון טובה (אלפא של קרונבאך=0.83) (כהן-ישורון, 2001). במחקר זה נמצאה מהימנות גבוהה (α=0.86).

**11) שאלון יכולות וקשיים** strengths and difficulties questionnaire **(SDQ)** (Goodman, 1997) **(נספח 10) -** זהו שאלון לדיווח עצמי, הכולל עשרים היגדים, שמתייחסים לארבעה ממדי קושי שונים: סימפטומים רגשיים (למשל ”אני דואג הרבה”), בעיות התנהגות (למשל ”הרבה פעמים מאשימים אותי בשקר או רמאות”), היפראקטיביות (למשל ”אני חסר מנוחה, אני לא יכול להיות רגוע למשך זמן”) ובעיות עם קבוצת השווים (למשל ”ילדים אחרים בגילי בדרך כלל לא אוהבים אותי”), ועוד חמישה היגדים הנוגעים להתנהגות פרו-סוציאלית. התשובות להיגדים אלו נמדדות על סולם בן שלוש דרגות: 0=לא נכון, 1=די נכון ו-2=נכון מאוד. מדד הקשיים הכולל (Total Difficulties Score) נקבע על ידי סכימת הנקודות של ארבעת ממדי הקושי השונים. הציון של מדד הקשיים הכולל יכול לנוע בין 0 ל- 40 ,וככל שציונו של הילד גבוה יותר, כך הוא סובל מקשיים רבים יותר. השימוש בשאלון קשיים ויכולות הוא נפוץ, ונעשה בו שימוש בכל העולם ככלי לסקירת מצבם הרגשי וההתנהגותי של ילדים ונוער. מאפיינים פסיכומטריים שנבחנו לאחרונה במחקר ישראלי וההתנהגותי של ילדים על 611 בני נוער הצביעו על מהימנותו ( α=0.72) ותקפותו של הכלי Mansbach-Kleinfeld, Apter, Farbstein, Levine & Ponizovsky, 2010) **).**  במחקר זה נמצאה מהימנות דומה וסבירה (α=0.72).

**12) שאלון "חששות מהעתיד"**(Seginer, 2009) **(נספח 11).**השאלון כולל 12 פריטים על סולם ליקרט (1 = לעיתים רחוקות. 5= לעיתים קרובות) הבודקים את תכיפות החשיבה על חששות מפני העתיד בשלושה תחומי עתיד: עבודה וקריירה, לימודים והשכלה ונישואין ומשפחה. בדרך כלל שאלון זה כולל גם חלק על תקוות אך בחקר זה נלקחו החששות בלבד. שאלון זה מהווה חלק מאסופת שאלונים המודדים אוריינטציית עתיד וחלקו במדידת הייצוג הקוגניטיבי בחשיבה על העתיד. שאלון זה נמצא בשימוש במחקרים באוכלוסיית צעירים בו הציג מהימנות גבוהה , α=.88 ובמחקר הנוכחי נמצאה מהימנות אלפא קרונבך זהה.

**13)שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז (נספח 12)-** השאלון מבוסס על שאלון המועבר באוסטרליה, הוא כולל 14 פריטים בהם נשאל הצעיר באיזו מידה מסכים עם הנאמר בסולם בו 1 מייצג לא מסכים כלל ו-5 מסכים במידה רבה מאד. הפריטים מתייחסים לשביעות רצון מהמרכז עצמו ומשאביו, מהצוות, מההישגים האישיים ומשוב כללי. שאלון זה גם הוא תורגם במסגרת המחקר ונעשה תהליך של תרגום-תרגום חוזר והתייעצות עם צוות המרכז בדיוק השאלות. במחקר זה נמצאה מהימנות פנימית גבוהה (α=0.93).

**14) שאלון מטפלים (נספח 13)-** שאלון שתורגם מהשאלון האוסטרלי. המטפלים נשאלים על סיבת הפנייה, הערכה של המצב הנפשי והאם עומד בתנאי סף לאבחנה, מה גישת הטיפול בה נהגו, האם התקיימה הדרכת הורים וכו'.

**15) סקר לבעלי עניין ושותפים בקהילה (נספח 14)-** הועבר סקר אינטרנטי אנונימי לגורמים המקיימים שיתופי פעולה עם המרכז בו נתבקשו נשאלו על אופי, תדירות ושביעות רצונם משיתוף הפעולה עם המרכז.

**2.6.2 כלים איכותניים**

1. **ראיונות איכותניים** עם אנשי צוות, מטופלים צעירים ומשפחותיהם - צוות המחקר עורך ראיון למשתתפי הדספייס (צעירים, בני משפחה, אנשי צוות) על מנת לקבל תמונה כוללת של השירות הניתן, מאפייניו, תוצאותיו ושביעות רצון מקבלי ונותני השירות. לשם כך נבנה מדריך ראיון חצי מובנה ושאלות פתוחות הנוגעות לשירות הניתן בהדספייס ולעבודה הקהילתית הנעשית (נספח 15).
2. **דיווחי פעילות של המרכז**- במהלך השנה הראשונה למחקר, בחלק מהחודשים הועברו על ידי הצוות האדמיניסטרטיבי של הדספייס דיווחי פעילות הכוללים פגישות עם גורמי קהילה, תכנון פרוייקטים ועוד. כמו כן הועברו סיכומי שנה.
3. **ראיונות עם גורמי קהילה רלוונטיים-** צוות המחקר ערך ראיונות חצי מובנים עם גורמים עירוניים רלוונטיים המשתפים פעולה עם מרכז הדספייס, מפני ומקבלי הפניות מהמרכז. בראיונות נשאלו על טיב שיתוף הפעולה, ציפיות מהעבודה המשותפת ועוד.

**פרק 3- ממצאים**

**3.1. שאלת המחקר הראשונה : תיאור הפונים להדספייס**

כלל המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הפונים להדספייס מפורטים בטבלה 3. המדגם כולל אחוז דומה של בנים (49.1%) ובנות (50.9%). מטופלים בגילאי 12-15 מהווים כ- 45% מכלל הפונים, ומטופלים מעל גיל 18 מהווים כ- 25% מהפונים- התפלגות גילאי הפונים מוצגת בתרשים 1. באופן גורף הפונים יהודים, מרביתם חילונים (60%), ילידי ישראל (65%). מרבית הפונים מעידים על העדפה מינית הטרוסקסואלית ו-11% דיווחו שמשתייכים לקהילה הלהט"בית (לסביות, הומוסקסואלים, ביסקסואלים ) ואותו אחוז ציינו שאינם מעונייינים להעיד על נטייתם המינית (11%). כדאי לשים לב כי האחוז שהעידו כי משתייכים לקהילה הלהט"בית גבוה מהאחוז באוכלוסייה הכללית כפי שעולה בבסקירה של ארגון ה OECD (Velfort, 2017) ,מכאן שמסתמנת אוכלוסייה שזקוקה לעזרה . עד כה בהדספייס התקיימה הרצאה בנושא, וכן התקיימו הדרכות ייעודיות סביב מקרים הנוגעים לקהילה. כמו כן, גם ברמת הנראות, ישנו דגל גאווה בפינת ההמתנה, מדבקה של מרחב בטוח וכן דגל בחדר המנהל.כדאי לחשוב על המשך הרחבת המענה.

בקרב בני 15 ומעלה, למעלה מ- 50% עובדים או מחפשים עבודה. בקרב בני 21 ומעלה כ- 70% עובדים או מחפשים עבודה ו- 30% אינם לוקחים חלק בעולם העבודה. רוב הפונים מעידים כי לא שתו אלכוהול (77%) בחודש האחרון ומעולם לא השתמשו במריחואנה (86%). מבין מי שענה שהוא משתמש במריחואנה, כ- 13% משתמשים מדי יום. חשוב לציין כי אחוז הצעירים שהתנסו במריחואנה (14%) מעט גבוה מזה שנמצא בסקר אחרון של משרד הרווחה מ- 2014 (הראל-פיש, וולש, שטיינמץ, לובל וטסלר, 2014) בקרב אוכלוסיית מתבגרים וכן אחוז השימוש באלכוהול שנמצא בקרב פוני הדספייס (23%) נמוך מעט מזה הנמצא בסקר שהוזכר (27%). כמו כן, למעלה ממחצית (55%) מהפונים מעידים כי היו בטיפול נפשי בעבר.

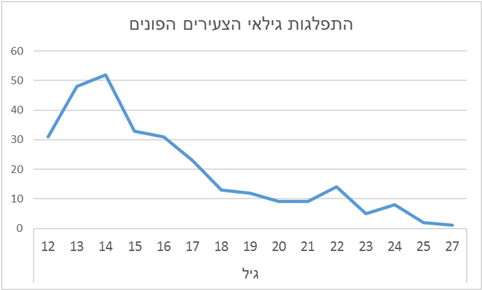
מרבית הצעירים מגיעים ממשפחות בעלות עד 5 נפשות (95.5%) בהן ההורים נשואים (61%) וההכנסה החודשית למשק בית בקרב כ95% מהמדגם נמוכה מהממוצע הארצי (ממוצע ההכנסה המשפחתית לשנת 2017 עמד על 20,027 ש"ח), נתון המתיישב עם העובדה כי בת ים היא העיר עם ממוצע ההכנסה נטו הנמוך ביותר מבין הערים הגדולות בישראל (למ"ס, 2019) .

1. לאור מיפוי המאפיינים של הפונים עולה שאלה לגבי ייצוג הולם לתת אוכלוסיות בעיר בת ים. למשל, בת ים נמצאה כעיר השנייה בישראל (אחרי באר שבע) עם אחוז המשפחות החד הוריות הגבוה ביותר (למ"ס, 2019) וכאמור אינה מיוצגת במדגם הפונים להדספייס, יתרה מכך נמצא בסקר לאומי כי הורים גרושים ו/או חד הוריים נטו פחות לפנות לעזרה נפשית מהורים נשואים (Ponizovsky & Mansbach Kleinfeld, 2015). כלומר, מסתמנת חשיבות לפנייה לאוכלוסייה זו בפרט בעיר בת ים. אוכלוסייה נוספת שמיוצגת במידה נמוכה במרכז היא אוכלוסיית הבוגרים הצעירים, בני ה- 18+, שמהווים רק כרבע מהמדגם. בגילאים אלה יש מיעוט מסגרות שמאפשרות הפנייה לטיפול או מספקות מידע אודות השירותים הקיימים ועל כן מצריכות פעילות שיווקית אינטנסיבית ייעודית עבורם. על אף המאמצים שנעשו במהלך השנים (פירוט בפרק 4 ) ניכר כי לא היתה עלייה משמעותית באחוז הפונים הבוגרים לאורך שנות המחקר. כמו כן, במדגם רק כ 0.5% מהצעירים העידו כי הינם חרדים, מס' זה נמוך משמעותית מייצוגם באוכלוסיית העיר (9%). התקיימו מספר מגעים עם מנהלי מוסדות לימודיים של אוכלוסייה זו אשר נמנעת מלשלוח צעירים לטיפול אצל מטפלים חילוניים אך עקב העדר משאבים אוכלוסייה זו אינה זוכה למענה. יחד עם זאת חשוב לציין כי צעירים שהוריהם עלו מרוסיה (ברית המועצות לשעבר) מיוצגים בצורה די תואמת במדגם. לאורך השנים גויסו להדספייס מטפלות דוברות השפה הרוסית על מנת להרחיב מענה לתת אוכלוסייה זו.

**טבלה 3- מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים (n=291):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **משתנה** | | **מספר נבדקים (N)** | **שכיחות** | **אחוזים** |
| גיל (בשנים) | 12-14  15-17  18-21  22-25 | 291 | 131  87  34  39 | 45  29.9  11.7  13.4 |
| מגדר | בנים  בנות | 291 | 143  148 | 49.1  50.9 |
| ארץ לידת האם | ישראל  רוסיה  אחר | 209 | 136  46  27 | 65.1  22  12.9 |
| זיקה לדת | חילוני  מסורתי  דתי  חרדי | 283 | 102  57  20  1 | 60.1  31.1  8.5  0.4 |
| מצב משפחת המוצא | הורים נשואים  הורים פרודים/ גרושים  משפחה חד הורית | 270 | 168  83  19 | 62.2  30.7  7 |
| נטייה מינית | הטרוסקסואל  להט"בק  לא מעוניין לענות | 271 | 211  30  30 | 72.5  11.1  11.1 |
| הכנסה חודשית משפחתית | עד 5000  5001-10000  10001-15000  -20000 15000  מעל 20001 | 176 | 36  37  53  27  9 | 20.5  21  30.1  15.3  5.1 |
| מצב תעסוקתי נוכחי (גיל 15+) | לא עובד ולא מחפש עבודה  מחפש עבודה  עובד | 152  גילאי 15+ | 71  27  54 | 46.7  17.8  35.5 |
| רקע בטיפול נפשי | הייתי בטיפול בעבר  לא הייתי בטיפול | 273 | 150  123 | 54.9  45.1 |
| שתיית אלכוהול בחודש האחרון | כן  לא | 211 | 49  162 | 23.2  76.8 |
| שימוש במריחואנה | כן  לא | 211 | 29  182 | 13.7  86.3 |

**תרשים 2:התפלגות גילאי הפונים**

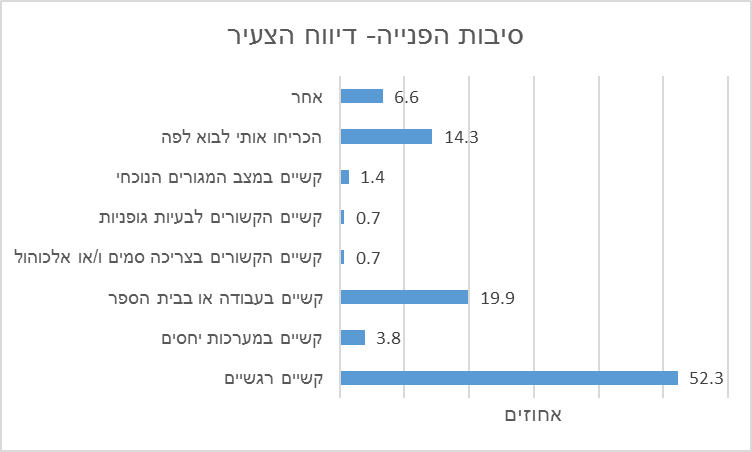
****

**תיאור המאפיינים הקליניים של הפונים**

**סיבות הפנייה**

כשהצעירים נשאלו אודות הסיבה בגינה פנו להדספייס, מרביתם ציינו כי קשיים רגשיים הובילו לפנייה (52%), ולאחריהם קשיים בעבודה או בבית הספר (20%). אחוז לא מבוטל מהפונים ציינו כי "הכריחו אותם" לפנות (14%). בהשוואה לאוסטרליה ניתן לראות כי גם שם הרוב דיווחו על קשיים רגשיים (68%) אך הסיבה השנייה בשכיחותה בניגוד לבת ים היתה קשיים ביחסים (11%). במדגם הנוכחי הסיבה השנייה בשכיחותה היתה קשיים בלימודים או בעבודה (כ-20%) בעוד שבאוסטרליה סיבה זו הניעה רק כ- 6% מהצעירים. כמו כן באוסטרליה לא עלתה כלל הסיבה "הכריחו אותי לבוא". מעניין כי על אף העובדה שאחד משבעה צעירים במדגם ציין כי התנסה בשימוש בחומרים , נושא זה לא עלה כסיבת הפנייה הן בקרב הצעירים (0.7%) והן בקרב המטפלים. תרשים 3 מציג את התפלגות סיבות הפנייה.

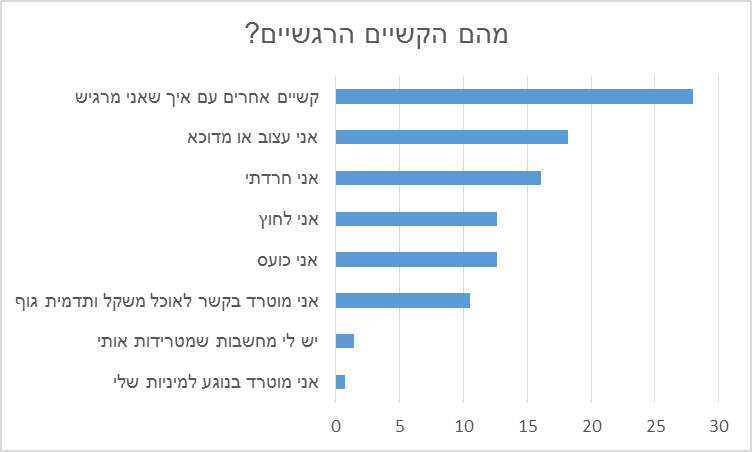
**תרשים 3: סיבות הפנייה על פי דיווח הצעירים לפני האינטייק**



בנוסף, נמצאו הבדלים בסיבות הפנייה בין בנים לבנות ובקבוצות הגיל השונות. קשיים בעבודה או בבית הספר פחתו עם הגיל בעוד שקשיים רגשיים התגברו ככל שהגיל עלה. בנות דיווחו על יותר קשיים רגשיים מבנים (57% ו- 45% בהתאמה). אחוז הבנים שדיווחו כי הכריחו אותם לבוא היה גבוה מזה של הבנות (22% ו-7% בהתאמה).

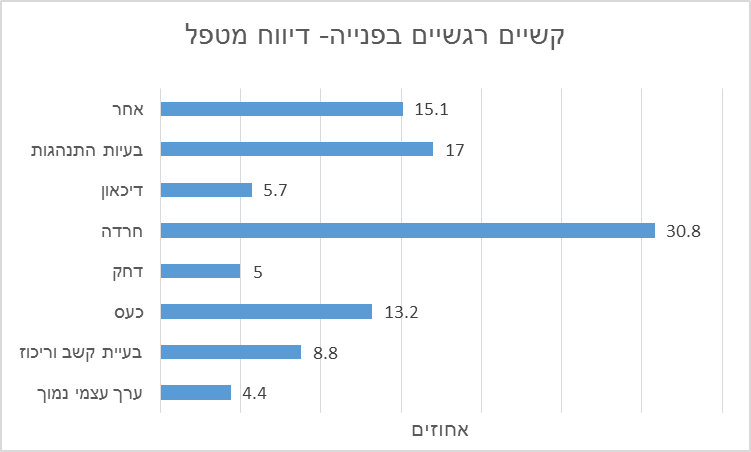
בקרב מי שציין כי קשיים רגשיים הם שהובילו לפניתו להדספייס, כמעט שליש ( 28%) התקשו לציין מהם הקשיים אותם חווים וציינו "קשיים אחרים". בקרב מי שכן ציינו, מרביתם הביעו עצב או דיכאון (18%), חרדה (16%), לחץ (13%) וכעס (13%). תרשים 4 מציג את הסיבות. סיבות אלה מתיישבות עם הספרות המציגה שכיחות גבוהה של חרדה ודיכאון בגילאים אלה (Levinson, Zilber, Lerner, Grinshpoon, & Levav, 2007). באוסטרליה הקשיים הרגשיים המדווחים דורגו באותו סדר חשיבות מלבד אחוז נמוך יותר שציין "קשיים אחרים" (16%) (Hilferty et al, 2015). ייתכן והבדל זה נובע מהעיסוק הלאומי הרב בנושא בריאות הנפש של צעירים באוסטרליה בשנים שקדמו להערכה.

**תרשים 4: התפלגות הקשיים הרגשיים המדווחים על ידי הצעירים**



במקביל לדיווח הצעירים גם המטפלים נתבקשו לציין מה הסיבה העיקרית שהביאה את הצעיר להדספייס מבין רשימת אפשרויות. על פי התרשמות המטפלים מרבית הצעירים פונים בגלל קשיים רגשיים והתנהגותיים (74%) או קשיים הקשורים לנסיבות חייהם ויחסים (21%). מתוך המטפלים שדיווחו על קשיים רגשיים כסיבת הפנייה של המטופל, נמצא כי חרדה ובעיות התנהגות היו הסיבות השכיחות ביותר. עולה כי קיים פער בין תשובות המטפלים לאלו של הצעירים בעיקר סביב דיווח על דיכאון או עצב. הצעירים מדווחים פי 3 יותר מהמטפלים כי פנו בעקבות תחושה של עצב או דיכאון ) 6% מול 18% בהתאמה ). כדאי לבחון את הסיבות לפער הזה – האם מדובר בתיעדוף שונה של המטפלים לעומת המטופלים או האם מדובר בקושי בהגדר ושיום של המטופלים. כלל הקשיים הרגשיים עליהן דיווחו המטפלים כסיבות הפנייה באינטיק מוצגות בתרשים 5.

**תרשים 5: סיבות הפנייה להדספייס על פי דיווח המטפלים לאחר אינטייק**

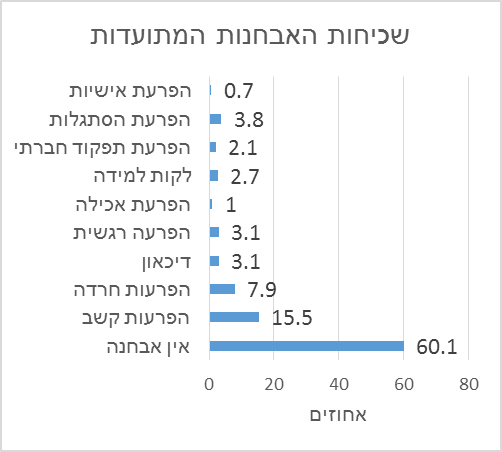


**ז**

**אבחנה פסיכיאטרית**

1. על אף שכיחות הסיבות הרגשיות המדווחות, חשוב לציין כי מרבית הצעירים הפונים להדספייס אינם עומדים בתנאי הסף של קבלת אבחנה (60%), נתון המתיישב עם אוכלוסיית היעד של המרכז. יחד עם זאת חשוב לציין כי עד תחילת העבודה של המרכז (מרץ 2017) עם קופות החולים מטפלים לא נדרשו לתת אבחנה. כעת נדרשים מטפלים לתת אבחנה על מנת לזכות בהשתתפות כספית מקופ"ח במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש. לפני כניסת הקופות ניתנה אבחנה למטופל רק על בסיס התרשמות קלינית משמעותית, לעומת כעת, בה כל מטופל (למעט מטופלי כללית) נדרש לקבל אבחנה כלשהי לצורך אישור הטיפול. באופן כללי שימוש באבחנות אינה האוריינטציה של מטפלים בהדספייס. אף על פי כן נתוני האבחנות תועדו מתוך תיקי הצעירים ונתקבלו באחת משלוש דרכים: אבחנה שניתנה לאחר מפגש אינטייק בהדספייס על ידי המטפל שערך את האינטייק או לאחר מפגש עם פסיכיאטר בהדספייס ונקבעה על ידו או נקבעה על ידי רופא ילדים, נוירולוג או פסיכיאטר בקופת החולים אליה משתייך, בטרם הגעת הצעיר למרכז. שכיחות האבחנות מוצגת בתרשים 6. האבחנה הראשונה בשכיחותה היא הפרעת קשב (15%) ומיד לאחריה הפרעות חרדה למיניהן (8%). ממצא זה דומה לנמצא בסקר שנעשה בקרב בני הנוער בישראל בו נמצא כי האבחנה השכיחה ביותר היתה קבוצת הפרעות החרדה, אחריהן דכאון ומיד אחר כך הפרעת קשב וריכוז עם היפראקטיביות (Farbstein et al, 2010). כמו כן, כאשר נשאלו המטפלים האם להערכתם המטופל הצעיר שפגשו באינטייק עומד בתנאי הסף של אבחנה פסיכיאטרית, המטפלים דיווחו כי רק כ- 15% מהצעירים אכן עומדים בקריטריוני אבחנה של מחלה או הפרעה נפשית ועוד 1.4% אף מציגים תסמינים חמורים.

**תרשים 6: סוגי אבחנות : התפלגות על פי דיווח מטפל (באחוזים) או אבחנה קודמת**

****

**תיאור המשתנים הקליניים בעת הפנייה למרכז**

כאמור הדספייס מהווה התערבות מוקדמת המכוונת לתת טיפול לצעירים המציגים שלבים מוקדמים של מצוקה ופגיעה בתפקוד. מכאן בחירת כלי המחקר המודדים רמות קלות של המשתנים המדוברים. בטבלה הבאה מוצגים הממוצעים וסטיות התקן של המשתנים הקליניים המרכזיים במחקר כפי שהוצגו בעת הפנייה על ידי הצעירים.

**טבלה 4- מדדים סטטיסטיים למאפיינים הקליניים של הצעירים ומשפחתם בעת הפנייה למרכז**

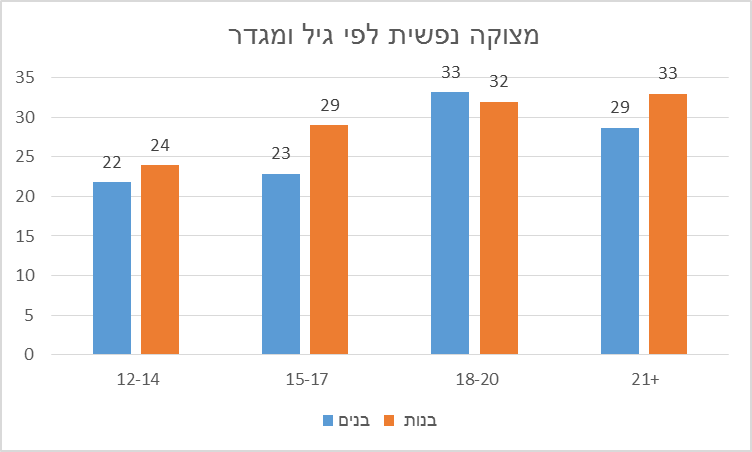
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| טווח הערכים min/max | ס.ת. | ממוצע | n | משתנה |
| 10- 47 | 9.1 | 26.2 | 284 | 1. מצוקה פסיכולוגית (K10) |
| 35-95 | 12.2 | 64.5 | 212 | 2. תפקוד כללי (דיווח מטפל) SOFAS |
| 5-68 | 10.7 | 35.16 | 183 | 3. נטל משפחתי |
| 2-35  0-9  0-10  0-10  0-9 | 6.3  2.0  2.5  2.4  2 | 15.68  3.0  5.1  4.6  2.8 | 280 | 4.מדד הקשיים הכללי (SDQ)  4.1 מדד קשיי התנהגות  4.2 מדד קשיים רגשיים  4.3 מדד היפראקטיביות  4.4 מדד קשיים חברתיים |
| 0-100 | 23.7 | 39.9 | 286 | 5.איכות חיים |
| 1-5 | 0.9 | 3.1 | 285 | 6. חששות מהעתיד |
| 7-35 | 5.4 | 23.6 | 214 | 7. רווחה נפשית |

**מצוקה נפשית**

הפונים להדספייס בממוצע מדרגים את מצוקתם הפסיכולוגית (בשאלון K10) כגבוהה M=26.2 (9.1SD=). דירוג זה נקבע על פי החלוקה לרמות חומרה המוגדרת בהדספייס אוסטרליה (Hilferty et al, 2015) ומבוססת על סקר אוכלוסייה כללית של צעירים באוסטרליה, בו נמצא קשר בין ציון גבוה ב K10 לאבחנה של חרדה או הפרעות אפקטיביות אחרות כפי שנמדדה בראיון האבחנתי המקובל () (ICID Andrews & Slade, 2001). במחקר הנוכחי, ההבדלים במצוקה הנפשית בין קבוצות הגיל ובין המגדרים נבדקו על ידי ניתוח שונות דו כיווני (2 Way Anova) נמצא כי יש הבדל מובהק בין קבוצות הגיל (p<.01). הפונים מעל גיל 18 חווים בממוצע יותר מצוקה נפשית. כמו כן נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות (p<.05). בנות חוות בממוצע יותר מצוקה נפשית. התפלגות המצוקה הנפשית על פי מין וגיל מוצגים בתרשים 7.

מאחר ולא קיימים נתוני השוואה באוכלוסייה הישראלית הפירוש הניתן לממוצעים מתבסס על זה שנמצא בסקר לאומי באוכלוסייה נורמטיבית באוסטרליה בו נמצא ממוצע של M=14.2 וציון חציוני של 13 (Slade, Grove & Burgess,2011). כמו כן, בקרב הפונים להדספייס אוסטרליה נמצא ממוצע מצוקה מעט גבוה יותר מזה שנמצא בבת ים, M=28.8 אך דומה לזה הנמצא בסקר שבדק מצוקה נפשית בעת פנייה לשירותי טיפול בקהילה באוסטרליה M=26.8 (Hilferty et al, 2015) . בדומה לנמצא במחקר זה, בשני המדגמים המדוברים באוסטרליה, נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות.

**תרשים 7: התפלגות מצוקה נפשית בעת הפנייה בחלוקה על פי קבוצת גיל ומגדר**



**קשיים רגשיים התנהגותיים**

בכלל מדדי הקשיים כפי שעולים בשאלון כוחות וקשיים (SDQ) הצעירים מציגים ממוצע גבוה מהממוצע שנמצא באוכלוסייה הכללית, כאשר הפער המשמעותי ביותר נמצא במדד הקשיים הרגשיים בו הממוצע באוכלוסיית הנוער בישראל עומד על M=2.65 (SD=2.0) ובמדגם הנוכחי הוא M=5.1 (SD=2.5 (. גם במדד זה בנות הציגו יותר קשיים מבנים באופן מובהק סטטיסטית p<.05)), בעיקר בגיל הצעיר. קבוצות הגיל הצעירות יותר הציגו פחות קשיים רגשיים מהמבוגרות. נמצאה אינטראקציה מובהקת בין מין לבין גיל בקשיים רגשיים ((F(3,271)=4.04; p<0.01. כפי שניתן לראות בתרשים 7, הבנים חווים בממוצע יותר קשיים בגיל הבוגר ואילו הבנות חוות בממוצע יותר קשיים בגיל הצעיר. גם במחקר שנעשה על אוכלוסיית נוער כללית בישראל נמצא כי באופן מובהק בנות מדווחות על יותר קשיים רגשיים וגם על יותר קשיים באופן כללי כפי שנמדדים במדדי שאלון ה- SDQ (Mansbach- Kleinfeld et al, 2010).

**תרשים 8: ממוצע הקשיים הרגשיים לפי קבוצות גיל ומין**

**תפקוד תעסוקתי וחברתי**

על אף העובדה כי הרוב המוחץ של הצעירים משתתפים בעיסוק משמעותי של עבודה או לימודים ורק כ- 6.6% מהמדגם אינם עובדים או לומדים, המטפלים מתארים קשיים בתפקודם החברתי, תעסוקתי או לימודי של הצעירים (ראה/י שורה 2 טבלה 4). למעשה 1 מכל 6 צעירים בקירוב מציג הפרעה רצינית בתפקודים אלה (כפי שעולה מציוני שאלון SOFAS). ייתכן ופער זה קשור בכך שהצעירים דיווחו על מעורבות בעבודה או בלימודים אך לא על טיב ואיכות ההשתתפות בעיסוקים אלה, כפי שהעידו בהמשך כשנשאלו על ימים בהם לא תפקדו. ממוצע המדגם גם נמצא נמוך מציון של 69 בו נעשה שימוש במחקר האוסטרלי כנקודת חתך המבדילה בין סבירות להשתייכות לאוכלוסייה קלינית ושאינה קלינית (Rickwood et al, 2015). בסוף שאלון K10 נשאלו הצעירים על מידת ההפרעה של הקשיים הרגשיים שלהם לתפקוד היומיומי בשבועיים שקדמו להערכה. אחת מכל 3 בנות ואחד מכל 4 בנים העידו כי לא תפקדו למעלה ממחצית מהימים. בנוסף, נמצא הבדל מובהק בין בנים לבין בנות, האחרונות דיווחו על יותר ימים בהם לא תפקדו. כמו כן ניכר כי קבוצות הגיל הצעירה 12-18, חוו יותר קשיים בתפקוד היומיומי מקבוצת הגיל הבוגרת, אך הבדל זה לא נמצא מובהק סטטיסטית (p>.05).

**תפיסת עתיד**

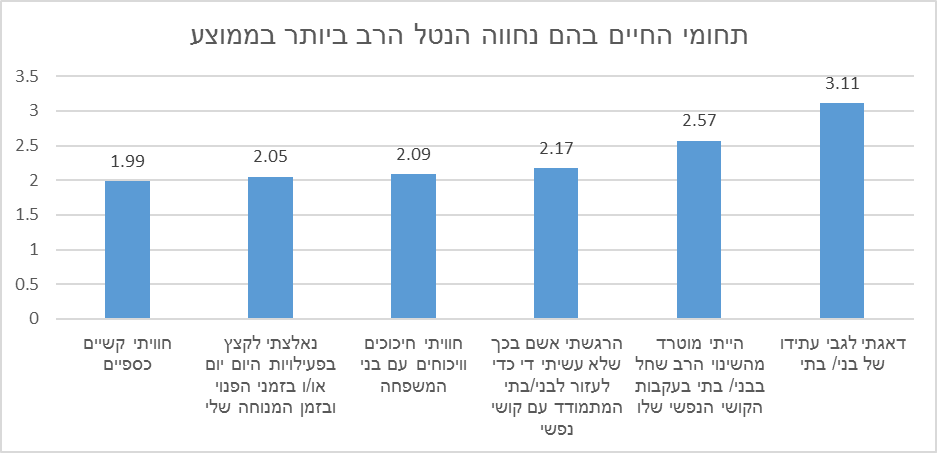
תפיסת עתיד במחקר זה נבדקה באמצעות שאלון "העתיד שלי" ומיוצגת על ידי תפיסת החששות מהעתיד עליהם דיווחו הצעירים ביחס למספר תחומי חיים: השכלה, מקצוע וקריירה עתידית, משפחה ונישואין וחששות קיומיים כמו חשש לעצמי או לאחרים. בעת הפנייה הצעירים דיווחו בעיקר על חששות קיומיים הנוגעים למצבם הכללי: כ- 61% אחוז חוששים מ"מה יהיה איתם". החשש המשמעותי השני הוא חשש מעתיד מצבם הכלכלי (49%), יותר בקרב בנים. תפיסות עתיד שממוקדות בחששות קיומיים יותר מאשר משימות חיים עתידיות כמו לימודים ועבודה מקושרות לחוסר בהכוונה עצמית וממלאות פונקציה של שאיפה לשיפור עצמי (Seginer, 2005). מבחינת תכיפות המחשבה של הצעיר אודות חששות מהעתיד נמצא כי הממוצע הוא לעיתים (*M*=3.1, *SD*=0.9). קבוצת הגיל הבוגרת יותר (18 ומעלה) הציגה יותר חששות מהעתיד באופן מובהק מהקבוצות הצעירות כמצופה, שכן ככל שמתקדמים בגיל ההתבגרות הצעיר מצופה לחשוב יותר על עתידו (Steinberg et al, 2009).

**נטל משפחתי**

בעת הפנייה להדספייס בני המשפחה נתבקשו להעיד על רמת העומס והנטל המשפחתי אותו חווים לאור מצבו הנפשי של ילדם. ההורים מדווחים בעיקר על נטל משפחתי סביב הנושאים של: עתיד ילדם, השינוי שחל בו וחשים אשמה שלא עשו די בכדי לסייע לו. הנושאים בהם חווים בני המשפחה את עיקר הנטל מוצגים בתרשים 8. בקרב המשפחות נמצא נטל משפחתי ממוצע של 35.16. המשמעות היא שמשפחות הצעירים מדווחות על נטל משפחתי נמוך ממה שנמצא במחקר (Murdoch, Rahman, Barsky, Maunula, & Cawthorpe, 2014) שבדק מידת הנטל בקרב אוכלוסיית הורים לנוער המתמודד עם קשיים נפשיים והפרעות התנהגות (אוכלוסייה דומה) M=49 (SD=12.16) אך נטל גבוה מזה שנמצא בקרב משפחות לאנשים המתמודדים עם מחלת נפש חמורה ואינם פונים לעזרה (M=32) (Reinhard et al., 1994).

הנטל המשפחתי נמצא קשור באופן מובהק סטטיסטית לרמת המצוקה הנפשית של הצעיר (r=.20; p<.01) ולתפקודו הלימודי חברתי (r=-.26; p<.01). ככל שרמת המצוקה גבוהה יותר כך גם הנטל גבוה יותר ולחילופין ככל שהמטפל העיד על תפקוד גבוה יותר כך גם משפחת הצעיר העידה על נטל נמוך יותר. בנוסף, נבדק הקשר בין משתנים אלה למשתני הרקע: מין הילד, גיל הילד, מין ההורה, השכלת ההורה, סטטוס התעסוקה של ההורה, הסטטוס המשפחתי של ההורה ורמת המצוקה ההתחלתית, לבין המדידה הראשונה של כל אחד מהמשתנים 'נטל משפחתי' ו-'חוללות הורית'. לא נמצא קשר מובהק בין אף אחד מהם, למעט רמת מצוקה התחלתית, כפי שכבר צויין. במקביל, בשאלון SDQ, גם כשנשאלו הצעירים, אחד מכל 4 העיד כי הקשיים שלו מכבידים על הסובבים אותו.

**תרשים 9: תחומי חיים בהם מדווח עיקר הנטל המשפחתי**



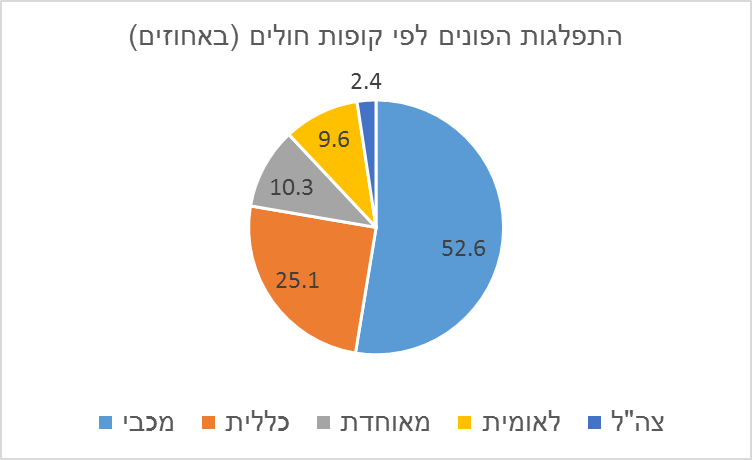
**3.2 שאלת המחקר השנייה: תיאור מאפייני השירות והגישה אליו**

כאמור, בני נוער וצעירים לרוב אינם פונים לטיפול במצבי מצוקה ראשוניים. בפרט מערכות הבריאות פחות משמשות כמקור להתייעצות בנושאים רגשיים המתעוררים אצל בני נוער. אחת הסיבות לכך הוא חוסר נגישות והתאמת השירותים לצעירים (Mansbach-Kleinfeld et al, 2010b). מכאן חשיבות תיאור מאפייני פנייתם של הצעירים להדספייס.

**מאפייני הפנייה**

מאפייני הפנייה למרכז מוצגים בטבלה 5. מהטבלה עולה כי הגורמים העיקריים המפנים להדספייס הם גורמים בבתי הספר (29%) בני משפחה (23%) וגורמים אחרים שלא פורטו (17%). הגורם העיקרי המשפיע על הצעירים להגיע לטיפול הוא בני משפחתם (47%), אך גם הם עצמם (18%) ויועצי בית הספר (16%). בכל שנה כ- 43%-48% מהפונים היו צעירים שפונים לראשונה לקבלת סיוע נפשי. מרבית הפונים היו בני 18 ומטה, בגילאים אלה קיימים משאבים מובנים המסוגלים לסייע בהפניית הצעירים למרכז. יחד עם זאת, לאחר גיל 18 שני מקורות הפנייה העיקריים (כפי שזוהו במדגם) כבר לא זמינים: הם כבר לא משתייכים למסגרת חינוכית פורמלית מפנה וגם להוריהם פוחתים מקורות ההיוועצות ואף יכולת ההשפעה. גם כשנשאלו הצעירים האם חשים כי יש להם למי לפנות לעזרה, נמצא הבדל מובהק סטטיסטית (p<.05) בין הצעירים יותר במדגם לקבוצה הבוגרת יותר (גילאי 18+) – האחרונים חשים שלעיתים רחוקות יותר יש להם למי לפנות לעזרה. כמו כן נעשה מיפוי של כמות ההפניות מקופות החולים השונות (תרשים 10). מרבית ההפניות נעשות בקרב מבוטחי קופת חולים מכבי (52%). נתון זה מתיישב עם התפלגות השיוך לקופות החולים הכללית בבת ים, המעידה על כ47% מהתושבים המשויכים לקופת חולים זו (ביטוח לאומי, 2019). כמו כן, חשוב לציין כי למעשה בתקופת הפיילוט נחתמו הסכמים עם שלוש מקופות החולים, אך במרבית התקופה התקבלו מטופלים מכל קופות החולים.

**תרשים 10: התפלגות הפונים לפי קופות חולים**



**טבלה 5- מאפייני הפנייה למרכז (N=284)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **משתנה** | | **מספר נבדקים** | **אחוזים** |
| מקור הפנייה | במקום הלימודים  דרך חבר/ה  מבן משפחה  נותני שירות בקהילה  דרך קופ"ח  אינטרנט (כולל רשתות חברתיות)  פרסומת (טלויזיה/ חוצות)  מצוות הדספייס  אחר  לא שמעתי/ לא יודע מה זה | 79  24  72  17  10  21  12  7  17  24 | 27.8  8.5  25.4  6  3.5  7.4  4.5  2.5  6  8.5 |
| גורם מניע | אני  חבר/ה  בן משפחה  מטפל/עו"ס רווחה/ רופא/ פסיכולוג  יועץ/ת ביה"ס  מורה בבית הספר  עובד קהילה (כיוונים/מגדלור) | 52  13  129  12  49  16  5 | 18.3  4.6  45.4  4.3  17.3  5.6  1.8 |

**זמינות השירות**

מבחינת זמינות הטיפול, עולה כי כ- 80% מהצעירים המתינו לאינטייק עד שבועיים. מרבית הצעירים המתינו עד חודשיים בין מעמד האינטייק לתחילת הטיפול (70%) כשזמן ההמתנה החציוני היה 7 שבועות וזמן ההמתנה הממוצע 8 שבועות. כמו כן, מרבית הפונים היו למעשה ההורים ולא הצעירים עצמם. נקודה זו גם מחזקת את מקומם המשמעותי של ההורים בהפנייה ומרכזיותם בתהליכי שיווק והן בבחינת זמינות. זמני ההמתנה התקצרו משמעותית בשנה השנייה למחקר, פירוט בטבלה 6.

**השוואה בין צעירים שקבלו טיפול לבין אלה שלא קבלו טיפול (לא מעוניינים ולא התקבלו)**

לאחר האינטייק כ- 20% לא היו מעוניינים להמשיך וכ- 9% לא התקבלו לטיפול. מבין מי שלא התקבל לטיפול הסיבה העיקרית ( בקרב כ- 83%) לכך שלא התקבלו לטיפול על פי דיווח המטפל היתה כי הם זקוקים לטיפול ארוך טווח והם הופנו למרכזי טיפול ציבורי או פרטי. סיבות נוספות שצוינו (בקרב 7%): אי קבלת אישור לטיפול מאחד ההורים, הפנייה למיון פסיכיאטרי, הפנייה לרווחה, וחוסר שיתוף פעולה בבדיקה.

ההבדלים בין קבוצות אלה (לא התקבל, לא מעוניין והתחיל טיפול) נבדקו במבחן ניתוח שונות. נמצא הבדל מובהק בממוצע המצוקה נפשית בין הקבוצות (F(2,270)=4.01; p<.05). נמצא כי ממוצע המצוקה הנפשית בקרב אלו שלא התקבלו לטיפול הוא הגבוה ביותר ,M=30.13) SD=11.37). נתון זה מתיישב עם העובדה כי מרבית מי שלא התקבל לטיפול נמצא שאינו מתאים לטיפול קצר מועד והופנה לטיפול ארוך יותר. לעומת זאת, ממוצע המצוקה הנפשית בקרב אלה שלא מעוניינים בטיפול הוא הנמוך ביותר SD=9.29) M=23.92,). בנוסף, נמצא הבדל מובהק בממוצע הקשיים הכללי בין הקבוצות (F(2,266)=8.49; p<0.01). נמצא כי אלו שלא התקבלו לטיפול הם בעלי הקשיים הרבים ביותר בממוצע M=19.71) SD=6.28) ואלה שלא מעוניינים בטיפול הם בעלי הקשיים המעטים ביותר בממוצע SD=6.46) (M=13.5.. הבדלים אלה למעשה מתארים את המורכבות שעולה בדיוק אוכלוסיית היעד של המרכז. הממצאים למעשה מאוששים את הרציונל הקליני להפניית אותם הצעירים לטיפול ארוך טווח ואי קבלתם למרכז. יחד עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים (p>.05) בין מי שהתחיל טיפול לבין מי שלא התחיל טיפול בכל משתני הרקע (גיל, מגדר, ארץ מוצא, מצב משפחתי, מצב תעסוקתי).

יתרה מכך, נמצא קשר מובהק (p<.05) בין התחלת טיפול (התחיל או לא התחיל) לבין דיווח המטפל על עיסוק באבדנות באינטייק. בקרב מי שלא העלה את נושא האבדנות באינטייק, 21% לא התחילו טיפול, בעוד שבקרב אלו שנושא האבדנות כן עלה, 40% לא התחילו. נתון זה מצביע למעשה על כך שמסתמן כי אוכלוסיית צעירים שנזקקת לטיפול לא התחילה טיפול (לא התקבלה לטיפול במרכז (14%) או בחרה שלא להמשיך לאחר אינטייק (26%)). מחד, מדובר באוכלוסייה שאינה אוכלוסיית היעד של המרכז באופן מובהק, מאידך, מסתמנת כאן אוכלוסייה בסיכון שפונה ולמעשה לא מקבלת מענה במרכז. חשוב לציין כי כל מטופל שלא התקבל, הופנה לשירות אחר, על בסיס התיעוד במערכת. כחלק מגבולות המחקר הנוכחי לא ניתן היה לבדוק האם בסופו של דבר צעירים אלה אכן פנו וקבלו טיפול אחר. ממצא זה מדגיש את העובדה כי על אף שהאוכלוסייה המורכבת המדוברת כאן אינה אוכלוסיית היעד של המרכז, הוא בכל זאת מהווה מוקד לפנייה וייתכן שעם מאמץ קטן יחסית אך ממוקד לאוכלוסייה זו, הטיפול במרכז יוכל לתרום לצמצום הפער בפנייה לטיפול באוכלוסייה צעירה זו.

**שיעור הנוכחות בטיפול**

בקרב מי שהתחילו טיפול, ממוצע מספר הטיפולים היה M=9.11 SD=4.9)). יחד עם זאת, לכמעט כחמישית מהטיפולים, הצעירים לא מגיעים ולא מודיעים. בנוסף, כמחצית ממי שהתחיל טיפול, הוריו קבלו מפגש אחד של הדרכה. בהשוואה בין שנת המחקר הראשונה לשנה השנייה, עולה כי בשנה השנייה מספר הטיפולים הממוצע עלה במעט, הצעירים נכחו במעט יותר טיפולים וקיימו בממוצע פחות הדרכות הורים. כמו כן נמצא קשר מובהק סטטיסטי (p<.01) בין מספר הטיפולים בהם הצעיר נכח לבין רמת המצוקה הנפשית עליה דיווח בהתחלה. ככל שהמצוקה היתה גבוהה יותר כך נכח ביותר טיפולים. מאפייני השימוש בשירות מפורטים בטבלה 6.

**טבלה 6: מאפייני השימוש בשירות**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **שנה ראשונה** | | | **שנה שנייה** | | | **סה"כ** | | |
| **משתנה** | **N** | **ממוצע** | **חציון** | **N** | **ממוצע** | **חציון** | **N** | **ממוצע** | **חציון** |
| זמן המתנה לטיפול  (שבועות) | 101 | 9.41 | 8 | 82 | 6.48 | 6 | 183 | 8.09 | 7 |
| מספר טיפולים (כולל אינטייק) | 105 | 8.89 | 10 | 81 | 9.41 | 10 | 186 | 9.11 | 10 |
| הדרכות הורים | 105 | 1.79 | 1 | 85 | 0.98 | .00 | 190 | 1.43 | 0.5 |
| מס' טיפולים שלא הופיעו | 159 | 1.95 | 2 | 132 | 1.58 | 1 | 197 | 1.78 | 1 |

**גישות הטיפול הנהוגות**

על פי דיווח המטפלים, גישות הטיפול השכיחות ביותר היו התערבויות דינמיות (73%) ולאחריהן גישה קוגניטיבית התנהגותית, CBT (10%). ממצא זה שונה משמעותית מהממצאים באוסטרליה שם מדווחים המטפלים כי מרבית )43%( מהטיפולים היו בגישת CBT. חשוב לציין כי בעת תרגום והתאמת השאלון לא צויינו גישות טיפוליות הנהוגות ומפותחות כיום במרכז, למשל מנטליזציה לא הופיעה באפשרויות השונות. רובם המוחלט של משתתפי המחקר קבלו טיפול פרטני ו- 8 צעירים לא נכחו בטיפול ולמעשה התקיימה הדרכת הורים בלבד. בנוסף, בשאלון המטפלים דווח כי הדרכות ההורים שהתקיימו במהלך הטיפול ובאינטייק התייחסו לנושאים של: מתן מידע בנוגע למצב נפשי מסוים, הערכה משותפת של קשיי הצעיר, נושאים הקשורים באופי האינטראקציה של ההורה עם הילד והתנהגויות מקדמות ומעכבות.

**סיום טיפול**

בסיום הטיפול המטפלים המליצו ל36% מהצעירים לפנות לשירות נוסף אחר וחשבו כי 11% צריכים להמשיך טיפול במרכז. על פי דיווח המטפל, בקרב כ19% מהצעירים הטיפול הסתיים בהחלטת הצעיר ובקרב 32% יעדי הטפול הושגו ולא נדרש המשך טיפול. ממצאים אלה מתיישבים עם תימות שעלו בראיונות המטפלים בהם עלתה אמביוולנטיות בנוגע לטיפול קצר מועד והשגת יעדים באמצעות מספר הפגישות הנקוב - ראה פרק 4.

**3.3 שאלת המחקר השלישית: תוצאות לאורך זמן בקרב הצעירים ובני משפחה**

**3.3.1 שינוי במדדים הקליניים של הצעירים**

על מנת לבחון האם התרחש שינוי וכיצד נראה השינוי לאורך נקודות הזמן בטיפול ננקטו מספר דרכים שבבסיסם גישה המתחשבת במסלול הפרטני שעובר כל מטופל. הממצאים המרכזיים מעידים על כי נראה שינוי חיובי בכלל המדדים שנבדקו אם כי גודל האפקט ברובם, קטן. במדד התוצאה המרכזי, מצוקה נפשית, גודל האפקט בינוני והשינוי מובהק סטטיסטית. בכל אחת מנקודות המדידה נרשמה ירידה במצוקה הנפשית ואחד מכל שלושה צעירים דיווח על פחות מצוקה נפשית לאורך הטיפול באופן מובהק קלינית. בשקלול מספר מדדים יחד נמצא כי כ38% מהפונים להדספייס שהשתתפו לפחות ב6 טיפולים השתפרו לפחות במדד אחד מבין מצוקה נפשית ,קשיים רגשיים התנהגותיים ואיכות חיים. ממצא מעניין נוסף הוא כי גם רק לאחר מפגש האינטייק הצעירים מדווחים על שינוי הן סימפטומטי והן תפקודי. ממצא זה עקבי גם על פי דיווח המטפלים, בו נמצא שיפור מובהק בתפקוד הכללי של הצעירים (SOFAS), גם רק לאחר אינטייק. לבסוף, במדד איכות חיים לא נמצא שינוי מובהק סטטיסטי בין טיפול לטיפול. עבור קבוצה קטנה ניכר שיפור משמעותי בארבעת הטיפולים הראשונים. בהמשך מטה מופיע פירוט על והרחבה על הממצאים שפורטו והשיטות השונות למדידתם.

כאמור, השינוי במצבם הרגשי והתפקודי של הצעירים במדדים השונים נבחן בשלוש דרכים:

1. גודל האפקט: בדיקת ההבדלים וגודלי האפקט בין ההערכה בתחילת הטיפול לבין ההערכה האחרונה שנתקבלה במהלך הטיפול[[1]](#footnote-1).
2. מובהקות קלינית: המובהקות הקלינית נבחנה בעזרת מדד RCI - Reliable Change Index (Jacobson & Traux, 1991). בחינה האם השינוי מהימן ברמה הקלינית ולמעשה מסמל שינוי משמעותי מעבר לטעות של כלי המדידה. חושב RCI למדד המצוקה הנפשית (K10), מדד הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים (SDQ), מדד איכות חיים מותאמת לצעירים (MLT) ומדד התפקוד הכללי ,החברתי התעסוקתי על פי דיווח המטפל (SOFAS). בשאלון הרווחה הנפשית לא ניתן לחשב את המדד לאור נתונים חסרים על הכלי.
3. מדידת השינוי בעזרת עקומות התפתחות (Growth curve modeling): חישוב של מסלול השינוי עבור כל נבדק בפני עצמו לאורך נקודות הזמן ובחינה האם, אך בעיקר **כיצד,** משתנים הנבדקים במדגם באופן מובהק סטטיסטית לאורך נקודות הזמן.

**3.3.1.1 גודל האפקט**

טבלה 7 מציגה את הממוצעים וסטיות התקן עבור כל מדד של ההערכה הראשונה ושל ההערכה האחרונה המתועדת במהלך הטיפול יחד עם הממוצע וסטיית התקן של ההפרש וגודל האפקט עבור הפרש זה. ניתן לראות כי ברוב המדדים נמצאו אפקטים בעוצמה חלשה; רק עבור מדד ה-K10 נמצא אפקט בעוצמה בינונית, גבוה מזה שנמצא באוסטרליה (0.34 d=). חשוב לציין כי ממצא זה מתיישב עם המימצא במטה אנליזה רחבה ועדכנית (Weisz et al., 2017) שבדקה מגוון רחב של גישות וטיפולים פסיכולוגים מבוססי ראיות נמצא אפקט בינוני (0.46) לטיפול פסיכולוגי בנוער, אך אפקט חלש , קרוב לאפס כשדובר על טיפול לצעירים בעלי תסמינים מגוונים ולא טיפול במצב מסוים כמו חרדה או דיכאון.

**טבלה 7: ממוצעים וסטיות תקן של ההערכה הראשונה, האחרונה וההפרש ביניהן, יחד עם גודל האפקט.**

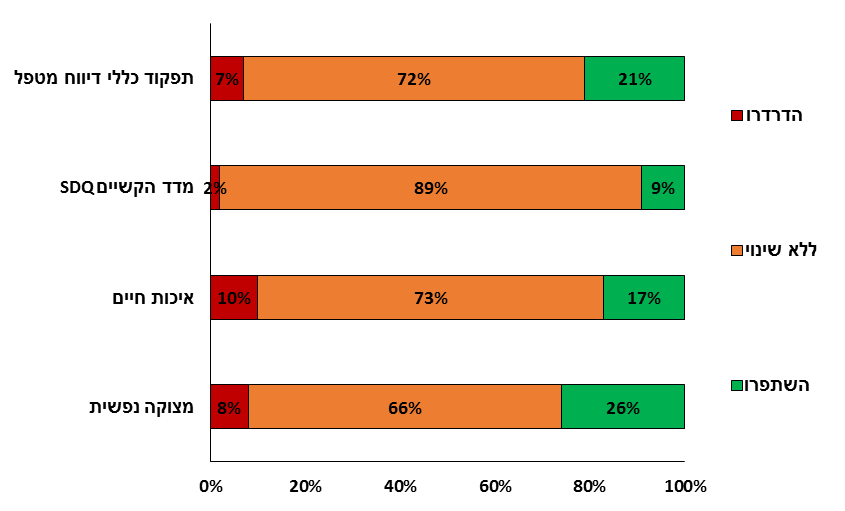
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| גודל האפקט[[2]](#footnote-2) | Effect size (d)[[3]](#footnote-3) | הבדל | | | מדידה אחרונה מתועדת | | | מדידה ראשונה-לפני אינטייק | | |  |
|  |  | SD | Mean | N | SD | Mean | N | SD | Mean | N | משתנה |
| בינוני | 0.51 | 7.64 | 3.90 | 177 | 8.50 | 22.63 | 177 | 9.15 | 26.23 | 284 | מצוקה נפשית |
| חלש | 0.31 | 15.15 | -4.75 | 123 | 15.03 | 69.25 | 123 | 12.25 | 64.52 | 212 | תפקוד כללי – דיווח מטפל |
| קרוב לבינוני | 0.40 | 5.42 | 2.04 | 172 | 6.20 | 13.64 | 172 | 6.32 | 15.69 | 280 | SDQ קשיים התנהגותיים ורגשיים |
| חלש | 0.15 | 4.94 | 0.76 | 135 | 4.06 | 22.97 | 135 | 5.45 | 23.65 | 214 | רווחה נפשית Well- being |
| חלש מאד | 0.09 | 25.40 | -2.31 | 180 | 30.54 | 40.82 | 180 | 23.76 | 39.98 | 286 | MLT איכות חיים |

* + - 1. **מהימנות קלינית**

Reliable Change Index (RCI):

בבדיקה האם השינוי שנמצא הוא בעל משמעות קלינית חושב RCI עבור כל אחד מהנבדקים. תרשים 11 מציג את שיעור הנבדקים שהשתפרו, הידרדרו או כאלו שלא חל בהם שינוי משמעותי, כפי שמופיע אצל Jacobson & Traux (1991). חשוב לציין כי תרשים 11 מציג שינוי שנמדד בנקודת הזמן הראשונה לפני האינטייק ושוב בנקודת הזמן האחרונה של כל נבדק. כלומר גם צעירים שלהם שתי נקודות זמן בלבד, לפני אינטייק ולפני טיפול ראשון (למעשה קבלו רק אינטייק) נכללים בחישוב זה. **ניתן לראות מתרשים זה ששיעור השיפור הגדול ביותר נמצא עבור מדד המצוקה הנפשית**. כרבע מהצעירים השתפרו במדד זה, נתון דומה לזה הנמצא באוסטרליה (23%). מדד תפקודי נוסף הבודק איכות חיים בנושאי חיים מותאמים לצעירים ופותח בהדספייס אוסטרליה הוא ה- MLT. במדד זה השתפרו כ- 17%, אחוז נמוך מזה שדווח באוסטרליה (23%). כמו כן, **אחוז הצעירים שהדרדרו במדד ה- MLT (10%) גבוה במדגם הנוכחי משמעותית מזה שנמצא באוסטרליה (4%). במדד התפקוד הכללי כפי שמדווח על ידי המטפל נמצא כי 21% השתפרו, שזה אחוז משמעותית גבוה יותר מזה שנמצא באוסטרליה** (14%) וגבוה מעט ממה שנמצא במחקר אחר שבדק שינוי בטיפול נפשי לצעירים בהולנד (Falkenstrom, 2010). יחד עם זאת, במדד הקשיים שכולל בתוכו קשיים רגשיים, התנהגותיים, היפראקטיביות וקשיים חברתיים ניכר כי אחוז המשתפרים קטן (9%).

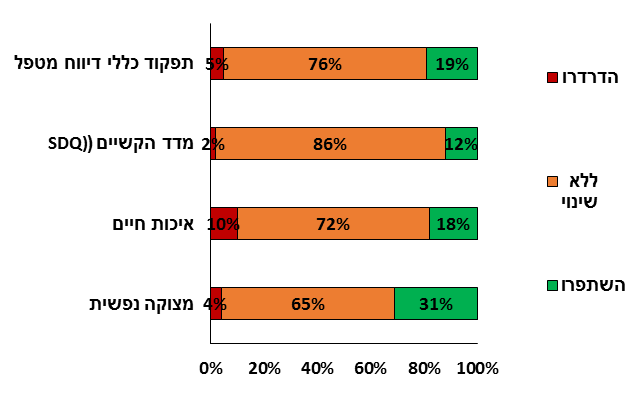
**תרשים 11: שיעורי השינוי השונים על פי מדד RCI**



על מנת לקבל מידע הנוגע רק לאלה שהתחילו טיפול וגם מילאו הערכה בנקודת הזמן השלישית (אמצע טיפול) או הרביעית (סיום טיפול) נעשה חישוב נוסף של RCI רק עבורם. הנתונים מוצגים בתרשים 9. ניתן לראות כי כאשר **מוציאים את מי שקיבל רק אינטייק מהחישוב, אחוז המשתפרים עולה באחוזים בודדים ברוב המדדים**. נתון זה מחד מראה כי כאשר בודקים רק את אלה שקיבלו לפחות חמישה טיפולים אז יש יותר משתפרים באופן מהימן קליני לעומת המצב בו נכנסו גם מי שקיבל רק אינטייק. יחד עם זאת, השינוי לא מאד משמעותי מה שמרמז אולי על **המשמעות שיש אף למפגש האינטייק עצמו כחלק מהשינוי במדדים הקליניים**. נתון נוסף שעולה הוא הירידה באחוז הצעירים שהתדרדרו במדד המצוקה נפשית (ירידה של 4%). ניתן להניח כי נתון זה ככל הנראה קשור לעובדה שבכל זאת חלק ממי שקיבל רק מפגש אינטייק הציג ירידה ברמת המצוקה הנפשית. על אף השיפור במדדי הדיווח העצמי של הצעירים שקבלו טיפול, דווקא במדד המוערך על ידי המטפלים, תפקוד כללי (SOFAS), נרשמה ירידה באחוז המשתפרים כשנכנסו לניתוח רק מי שקיבל לפחות 5 טיפולים. ייתכן וממצא זה קשור בעובדה כי בחלק מהמקרים היו אלו מטפלים שונים שהעריכו את תפקוד המטופל בנקודת הזמן הראשונה לפני האינטייק ובנקודת הזמן השנייה לפני הטיפול הראשון. מכאן שהשונות לא בהכרח מיוחסת למדד אלא למעריך.

על מנת לבדוק תכלול של משתנים ולא רק כל מדד בפני עצמו נעשה חישוב כולל לבדיקת אחוז המשתפרים בלפחות מדד אחד מבין : מצוקה נפשית ( K10), מדד הקשיים הרגשיים התנהגותיים (SDQ) ואיכות חיים (MLT). מדדים אלה נבחרו שכן הם דווחו על ידי המטופל, הם המהימנים ביותר ומייצגים אספקטים שונים של תוצאות טיפול :סימפטומטי, תפקודי ואיכות חיים. **במיזוג של כלל המדדים נמצא כי 38% השתפרו לפחות במדד אחד ו-62% לא השתפרו.**

תרשים 12: חישוב שינוי לפי מדד RCI עבור נבדקים שיש להם לפחות 3 נקודות מדידה

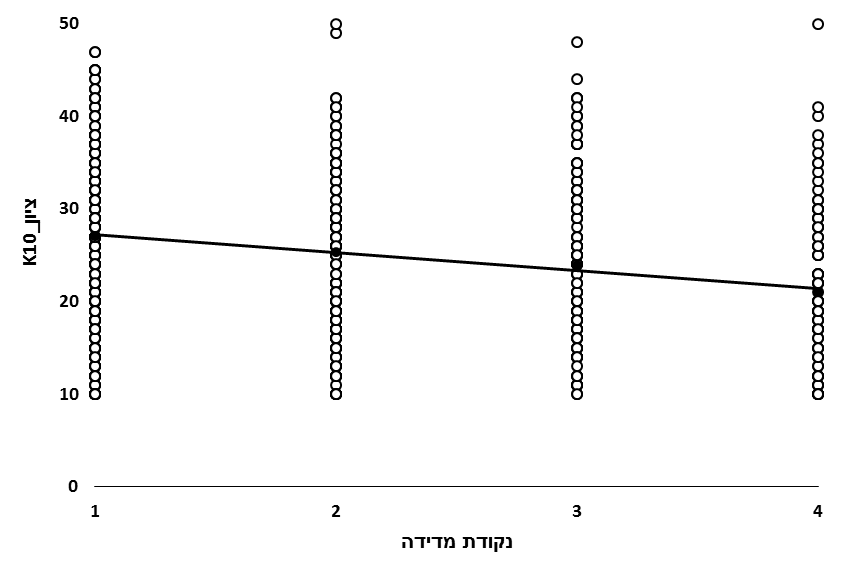


* + - 1. **מדידת השינוי בעזרת עקומות התפתחות (Growth curve modeling)**

שיטה זו מסייעת להבין האם היה שינוי מובהק באופן סטטיסטי בין נקודות המדידה אך גם כיצד נראה השינוי בין כל מדידה בהתייחס לדפוס האישי של כל אדם במדגם. הממצאים לגבי כל מדד מופיעים להלן:

**שינוי במצוקה נפשית (K10) –נמצא כי המצוקה הנפשית פוחתת בין נקודות המדידה.** דפוס השינוי במדד זה התאפיין במגמה ליניארית מובהקת. האפקט השלילי של השינוי הליניארי (b= -1.94, F(1,136)=71.88, p<.001) מצביע על ירידה בציון ה-K10 עם הזמן, **כלומר על שיפור מובהק סטטיסטית במצבם של הפונים.** נמצאו הבדלים מובהקים בערכי החותכים אשר מצביעים על הבדלים בין הנבדקים במדידה הראשונית של K10 (b=60.12, Wald Z=6.34, p<.001) ונמצא קשר שלילי מובהק בין החותכים לשיפועים (b= -0.40, Wald Z= -2.31, p<.05) אשר מצביע על כך **שנבדקים אשר התחילו בציון K10 גבוה יותר, כלומר דיווחו על מצוקה גדולה יותר, נטו להשתפר בקצב מהיר יותר.** תרשים 13 מציג את ציוני ה- K10 של הנבדקים בנקודות הזמן השונות יחד עם מגמת השינוי הליניארית. כמו כן נמצא קשר מובהק בין ציון ה-K10 לבין מספר טיפולים, כך שנבדקים עם מספר טיפולים רב יותר התאפיינו בציון גבוה יותר, כלומר הם דיווחו על מצוקה רבה יותר (b=0.30, F(1,285)=12.15, p<.001)).

**תרשים 13: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד K10**



**שינוי בתפקוד תעסוקתי וחברתי על פי דיווח מטפל (SOFAS)**

על פי דיווח המטפלים נמצא כי הצעירים משתנים בתפקודם התעסוקתי והחברתי מנקודת הזמן הראשונה , בה הגיעו לאינטייק, לטיפול הראשון ועד הטיפול האחרון. דפוס השינוי במדד זה התאפיין במגמה ליניארית מובהקת. האפקט החיובי של השינוי הליניארי (b=3.35, F(1,123)=22.12, p<.001) מצביע על עלייה בציון ה-SOFAS עם הזמן, כלומר **שיפור מובהק סטטיסטית במצב הפונים**. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין החותכים (p=.34), השיפועים (p=.92) ולקשר ביניהם (p=.30). תרשים 1 מציג את ציוני ה- SOFAS של הנבדקים בנקודות הזמן השונות יחד עם מגמת השינוי הליניארית.

|  |
| --- |
| **תרשים 14: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SOFAS** |

**שינוי במידת הקשיים ההתנהגותיים והרגשיים (SDQ)**

נמצא כי הצעירים מציגים פחות קשיים רגשיים והתנהגותיים לאורך הטיפול כשהשינוי אינו לינארי, כלומר השינוי אינו שווה בין נקודות הזמן השונות.

השינוי ב-SDQ התאפיין במגמה ליניארית מובהקת (b= -8.40, F(1,250)=6.15, p<.01), קוואדראטית מובהקת (b=3.55, F(1,251)=5.33, p<.05) וקיובית מובהקת (b= -0.50, F(1,252)=5.63, p<.05). משמעות ממצא זה היא שיש ירידה מובהקת סטטיסטית בציון ה-SDQ בהתחלה, כלומר שיפור במצבם של הפונים; לאחר מכן ירידה זו מתמתנת, כלומר השיפור מתמתן, ולאחר מכן שוב יש ירידה בציון ה-SDQ, כלומר שוב יש שיפור במצבם של הפונים. עם זאת, יש לציין שהוספת הגורם הקיובי אינה משפרת באופן מובהק את המודל, אך היא מאד קרובה לכך (χ2(2)=5.90, p=0.052). בנוסף, נמצאו הבדלים מובהקים בערכי החותכים אשר מצביעים על הבדלים בין הנבדקים במדידה הראשונית של מדד הקשיים (b=32.51, Wald Z=6.46, p<.001) ונמצא קשר חיובי ומובהק בין

החותכים לשיפועים אשר מצביע על כך שציון ה- SDQ נטה להתמתן יותר בקרב נבדקים אשר התחילו בציון SDQ גבוה יותר (b=1.41, Wald Z=2.44, p<.05); תרשים 13 מציג את ציוני ה- SDQ של הנבדקים בנקודות הזמן השונות יחד עם מגמת השינוי הקיובית.

|  |
| --- |
| **תרשים 15: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד SDQ** |
|  |

**שינוי ברווחה נפשית (SWEMWBS)**

נמצא שינוי מובהק בתחושת הרווחה הנפשית של הצעירים בין מדידות הזמן. השינוי אינו לינארי וניכר כי בין לפני אינטייק לטיפול ראשון הם חווים ירידה ברווחה הנפשית ולאלחר תחילת הטיפול חווים עלייה ברווחה הנפשית. השינוי ברווחה נפשית התאפיין במגמה ליניארית מובהקת (b= -14.26, F(1,198)=20.15, p<.001), קוואדראטית מובהקת (b=5.64, F(1,197)=15.43, p<.001) וקיובית מובהקת (b= -0.65, F(1,196)=11.12, p<.001). משמעות ממצא זה שיש ירידה בציון במבחן ה-  **SWEMWBS**בהתחלה, כלומר הנבדקים מדווחים על פחות רווחה נפשית, לאחר מכן מתחילה עלייה בציון, כלומר הנבדקים מדווחים על יותר רווחה נפשית אך מגמה זו מתמתנת בהמשך. הוספת הגורם הקיובי משפרת באופן מובהק את המודל, הן ביחס למודל לינארי (χ2(2)=48.25, p<.001) והן ביחס למודל קוואדראטי (χ2(1)=10.85, p<.001). כמו כן, נמצא אפקט עיקרי מובהק ושלילי למספר הטיפולים (b= -0.16, F(1,272)=8.62, p<.01), כך **שנבדקים עם מספר טיפולים רב יותר התאפיינו בציון רווחה נפשית נמוך יותר, כלומר הם דיווחו על רווחה נפשית נמוכה יותר**. בנוסף, נמצא קשר מובהק בין החותך לשיפוע אשר מצביע על כך **שמי שהתחיל עם ציון רווחה נפשית גבוה יותר נטה גם יותר להשתפר בהמשך** (b= 2.17, Wald Z=3.63, p<.001).תרשים 14 מציג את ציוני ה- WB של הנבדקים בנקודות הזמן השונות יחד עם מגמת השינוי הקיובית.

|  |
| --- |
| **תרשים 16: דפוס השינוי לאורך זמן עבור מדד well-being** |
|  |

**שינוי במספר הימים ללא תפקוד**

הצעירים דיווחו על מספר הימים בהם לא תפקדו בשבועיים האחרונים (ממצאים פורטו בתיאור המשתנים הקליניים של הפונים, עמ' 26). גם כאן עולה כי לאורך הטיפול הצעירים הצליחו לתפקד ביותר ימים. בשל היות משתנה זה משתנה אורדינלי נעשה עליו ניתוח מדידות חוזרות המתאים לסוג זה של משתנים[[4]](#footnote-4). נמצאו אפקטים מובהקים לזמן (Wald χ2(3)=22.10, p<.001) כך שביחס לנקודת הזמן הראשונה, השינויים בנקודת הזמן הבאות היו כולן בכיוון שלילי (כלומר תפקוד טוב יותר) ומובהקים עבור נקודת זמן 2- לפני טיפול ראשון (b= -0.38, p<.01) ונקודת זמן 4- סיום טיפול (b= -0.96, p<.001). לא נמצא אפקט מובהק למין הנבדק (p=.07) ולגילו (p=.54). תרשים 17 מציג את הדירוג הממוצע של מדד זה על פני כל אחת מנקודות הזמן[[5]](#footnote-5). כלומר ניכר כי גם רק אחרי האינטייק הצעירים דיווחו כי הצליחו לתפקד במשך יותר ימים וגם בסיום הטיפול תפקדו ברמה הכי טובה.

|  |
| --- |
| ימי |

**איכות חיים מותאמת לצעירים**

טווח ימים ללא תפקוד

איכות חיים נבדקה בעזרת שאלון המותאם לצעירים שנבנה במיוחד לשימוש במודל הדספייס והועבר מדי פגישה. במדד איכות החיים לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית ממפגש למפגש. יחד עם זאת כאשר נבדקו האם יש תתי קבוצות שהשתנו באופן שונה לאורך המפגשים עולה כי יש קבוצה קטנה (כ7%) שאכן השתפרה באופן מובהק בעיקר בארבעת המפגשים הראשונים. המאפיין שמבדיל קבוצה זו מהאחרת היא העובדה שהם התחילו באיכות חיים נמוכה יותר.

כמות הנבדקים שמילאו את השאלונים לפי מספרי פגישה מוצגים בטבלה 8.

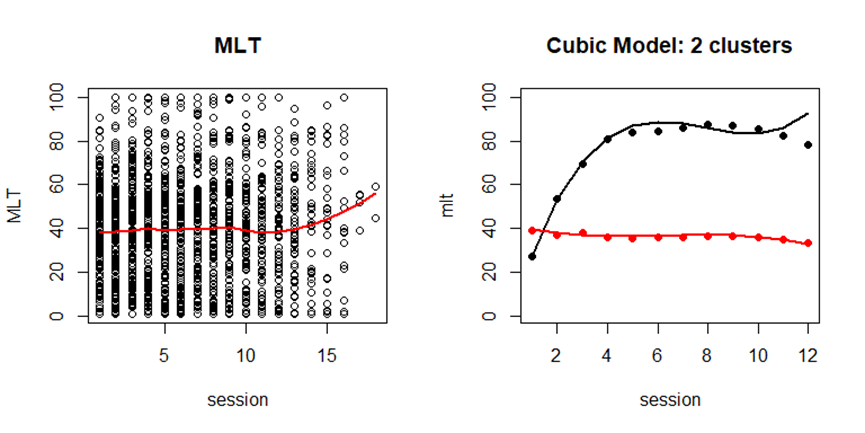
**טבלה 8 :כמות הנבדקים שמילאו את שאלון איכות חיים בכל נקודת זמן**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מספר פגישה | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| N | 290 | 158 | 157 | 159 | 152 | 138 | 123 | 118 | 109 | 101 | 89 | 83 | 69 | 55 | 36 | 24 | 17 |

גם כאן לניתוח הממצאים נעשה שימוש בניתוח Growth curve modeling לבחינת עקומת ההתפתחות לאורך הזמן. בבדיקת אפקט הזמן לא נמצא מובהק באף אחד מהמודלים שנבדקו (b\_linear= 1.347, p=.22; b\_quadratic= -0.192, p=.25; b\_ cubic=0.008, p=.30) ) אבל המודל הקיובי נמצא כמתאים ביותר. המודל מוצג בתרשים 18. משמעות ממצא זה היא שככל הנראה יש שונות רבה במסלולי השינוי של הנבדקים. מאחר ובמדד זה הכולל מספר רב של נקודות זמן, ניתן לבדוק אקספלורטורית האם קיימות תתי קבוצות המשתנות באופן שונה. בדיקה זו נעשתה בעזרת ניתוח GMM (Growth Mixture Modeling) , בתוכנת R. על מנת למצוא תתי קבוצות הוגבל מספר הנבדקים עד לפגישה מס' 12 שכן אחריה מספר הנבדקים נמוך מאד (N<55). בבחינת תתי הקבוצות נמצא כי אכן הקבוצה הגדולה (93%) לא השתנתה לאורך הזמן אבל נמצאה תת קבוצה קטנה (7%) שמציגה עלייה משמעותית ב- 4 המפגשים הראשונים ואף שומרת על השיפור שהושג. התיאור מוצג בתרשים 18 .

על מנת לבחון מה מנבא השתייכות לכל אחת מהקבוצות בוצעה רגרסיה לוגיסטית ונבדקו משתני רקע (גיל ומין) ומשתנים קלינים (אבחנה, תפקוד בהתחלה, מצוקה נפשית בהתחלה ואיכות חיים בהתחלה). המשתנה היחיד שנמצא קשור הוא איכות החיים (MLT) במדידה הראשונה: הממוצע של הקבוצה שהשתפרה היה נמוך (M=26.7) באופן מובהק (p=0.05) מהממוצע ההתחלתי של אלה שלא השתנו (M=39.5). כלומר, מי שהתחיל באיכות חיים נמוכה הציג שיפור מהיר ב- 4 המפגשים הראשונים ואף שמר על השיפור. ממצא זה מתיישב עם ממצאי מחקרים שבחנו מסלולי שינוי בקרב נוער ודיווח כי בטיפולים מובנים, בעלי מספר טיפולים מוגבל נראה שינוי מהר יותר (Jackson, Keir, Sender, & Mueller, 2017) ואף כי חומרה רבה יותר ניבאה שיפור מהיר יותר (Nelson, Warren, Gleave, & Burlingame, 2013).

**תרשים 18: עקומת ההתפתחות של כלל המדגם (שמאל) ועקומות התפתחות של תתי הקבוצות (ימין)**

****

* + 1. **האם השינוי נשמר לאורך זמן?**

לכלל מסיימי הטיפול הוצע למלא את השאלון גם כ- 4 חודשים מסיום הטיפול. יחד עם זאת רק אחוז קטן נענה (13%) מכל מי שהגיע לפחות לטיפול אחד.

על מנת לבדוק האם חל שינוי במשתני המחקר בין נקודת הזמן הרביעית, בסיום טיפול, לנקודת הזמן האחרונה נערך מבחן t-test למדגמים מזווגים. הממצאים מצביעים כי לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין הממוצעים בסיום טיפול לבין הממוצעים כ- 4 חודשים מסיום טיפול. חשוב לציין כי מאחר ונמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין תחילת הטיפול לסיומו (כפי שעלה בממצאים הקודמים) ממצא זה מעיד על כך שהשינוי נשמר גם אחרי הטיפול. התוצאות מוצגות בטבלה 9.

טבלה 9- **הבדלים במדדים הקליניים בין סיום טיפול לבין כ- 4 חודשים אחרי (N=25)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N=25** | **טיפול אחרון** | **4 חודשים אחרי** | ***Time*** |
| **המשתנה** | *M (SD)* | *M (SD)* | *t* |
| קשיים התנהגותיים ורגשיים | 12.4 (5.7) | 12 (5.5) | .44 |
| מצוקה נפשית | 21.2(8.6) | 21.3 (7.1) | -.08 |
| חששות מהעתיד | 3.1(0.8) | 3.2 (0.6) | -.43 |
| רווחה נפשית | 23.3(4.2) | 23.7(3.8) | -.42 |
| איכות חיים | 39.9(26.6) | 42 (27.6) | -.49 |

**סיכום השינוי בקרב הצעירים מטופלי הדספייס**

ניתן לחלק את כלל מדדי השינוי לשלושה: סימפטומטי, תפקודי ורווחה ואיכות חיים. ניתן לראות כי במדד הסימפטומטי המרכזי, מצוקה נפשית, יש שיפור לינארי מתמיד לאורך הטיפול ואף האפקט שלו הוא המשמעותי ביותר. גם ברמה הקלינית, נמצא שהשינוי המהימן במדד זה הוא באחוזים הגבוהים ביותר. במדדים שבדקו תפקוד על פי דיווח הצעיר (SDQ וימים ללא תפקוד) נראה שיפור מובהק לאורך הטיפול כשהשינוי העיקרי ניכר לאחר האינטייק ושוב בסוף הטיפול. מבחינה קלינית כשני שליש מהצעירים , בסיום הטיפול, עברו מאוכלוסייה קלינית ללא קלינית. על פי דיווח המטפל, התפקוד של הצעירים השתפר באופן לינארי בין לפני אינטייק, אחרי אינטייק –בטיפול הראשון, לטיפול האחרון. מעניין לראות שמגמת השיפור (השיפוע) היתה דומה בין לפני לאחרי האינטייק לבין סיום ותחילת טיפול.

במדד איכות חיים נראה כי כחמישית מהצעירים הציגו שינוי מהימן קלינית. יחד עם זאת בבחינת דפוס השינוי של המדגם כולו לא ניכר שינוי, אך נראה כי יש קבוצה קטנה שהתחילה באיכות חיים נמוכה והשתפרה מהר ב- 4 המפגשים הראשונים. במדד רווחה נפשית ניתן לראות כי אחרי אינטייק יש ירידה ברווחה הנפשית וכן ככל שהצעיר קיים יותר מפגשים כך ירדה רווחתו הנפשית. חשוב לציין כי גודל האפקט במשתנים אלה חלש, כלומר השינוי קטן. ייתכן כי מאחר ואיכות חיים ורווחה נפשית הם מדדים רחבים המתייחסים לשביעות רצון כללית ממגוון תחומי החיים ואף קשורים באופטימיות ותפיסה עצמית וייתכן ויהיה קשה יותר לראות בהם שינוי.

באופן כללי חשוב לציין כי אחוז הצעירים שהשתפרו שנמצאו במחקר זה דומים לאלו הנמצאו באוסטרליה, במרכזי הדספייס, בחלקם אף גבוהים יותר. בנוסף, השיפור נשמר גם 4 חודשים מסיום הטיפול. יחד עם זאת במדדי רווחה נפשית ואיכות חיים נראו דפוסי שינוי פחות משמעותיים ואפקט חלש. ממצא זה מעלה שאלה באשר למטרתו של הטיפול – האם מכוון להפחתה סימפטומטית ושיפור תפקודי או גם לשיפור וקידום רווחה נפשית חיובית ואיכות חיים.

**שינוי בקרב בני המשפחה לאורך הטיפול בהדספייס**

בבדיקת השינוי בקרב בני המשפחה נמצא שינוי מובהק סטטיסטית בתחושת החוללות ההורית בין הפעם הראשונה (לפני אינטייק) בה מילאו ההורים את השאלון לבין הפעם השנייה. ההורים דיווחו על חוללות גבוהה יותר בפעם השנייה. תחושת הנטל המשפחתי לא השתנתה באופן מובהק סטטיסטית בין נקודות המדידה, אך נמצא כי ככל שמספר הטיולים של הילד עלה כך פחת הנטל המשפחתי.

יחד עם זאת יש לסייג את ממצאי האורך בקרב בני המשפחה לאור שונות רבה בנקודת הזמן השנייה בה מולאו השאלונים. הם מילאו שאלונים בשתי נקודות זמן: נקודת הזמן הראשונה- באינטייק, אך בנקודת הזמן השנייה יש שונות רבה בזמן שעבר מהנקודה הראשונה וגם באופי ההתערבות שנעשתה בין הנקודות. השונות נובעת מהקושי לעקוב אחר המשפחות במהלך הטיפול וניסיון לקבל מהם מענה מעבר לאינטייק. המשתנים שנבדקו לאורך זמן הם רמת הנטל המשפחתי הנחווה על ידי ההורה ומידת החוללות ההורית.

כדי לבדוק את ההבדל בין שתי נקודות המדידה של המשתנים 'נטל משפחתי' ו'חוללות הורית' נערך מבחן t למדגמים מזווגים בין נקודת המדידה הראשונה של כל אחד מהמשתנים הללו לבין נקודת המדידה האחרונה שיש עליה נתון. לגבי נטל משפחתי לא נמצא הבדל מובהק בין המדידות (T1: M=34.87, SD=9.72; TEnd: M=33.37, SD=10.48; t(54)=1.17, p=.25). לגבי חוללות הורית נמצא הבדל מובהק בין המדידות, כך שהציון במדידה השנייה היה גבוה יותר (כלומר, תחושת חוללות הורית גבוהה יותר) ביחס לראשונה (T1: M=4.11, SD=0.43; TEnd: M=4.62, SD=0.68; t(58)= -5.95, p<.001).

כדי לנתח את השינוי במדידות של 'נטל משפחתי' ו- 'חוללות הורית' והקשר בינו לבין משתני הרקע השונים נערך ניתוח מסוג Mixed linear model for repeated measures.

לגבי נטל משפחתי נמצא אפקט אינטראקציה מובהק בין רמת הנטל המשפחתי הנחווית לבין זמן ורמת מצוקה ראשונית (F(1,59)=4.71, p<.05) ובינו לבין זמן ומספר הטיפולים שעבר הילד (F(1,59)=5.75, p<.05). משמעות האפקטים היא כזו: **בעוד שבנקודת הזמן הראשונה יש קשר בין רמת המצוקה הראשונית לבין רמת הנטל המשפחתי, בנקודת הזמן השנייה אין קשר כזה. כמו כן נמצא קשר שלילי בין מספר הטיפולים לבין רמת הנטל המשפחתי, בנקודת הזמן השנייה, קרי תחושת הנטל המשפחתי יורדת ככל שמספר הטיפולים גדל.**

לגבי חוללות הורית, ברוב הניתוחים נמצא אפקט עיקרי מובהק לזמן, קרי הרגשת החוללות ההורית מתגברת עם הזמן ללא תלות ברמה של משתני הרקע ונמצא אפקט אינטראקציה מובהק בין הזמן וסטטוס התעסוקה של ההורה לבין תחושת החוללות ההורית (F(2,46)=4.61, p<.05). כלומר, הורים אשר דיווחו כלא עובדים דיווחו גם על השינוי הגדול ביותר בתחושת החוללות ההורית שלהם ביחס להורים שדיווחו שהם מועסקים, בין אם במשרה מלאה ובין אם במשרה חלקית.

**3.4 שאלת המחקר הרביעית: שביעות רצון הצעירים מהמרכז**

ברמת המרכז, נרשמה שביעות רצון גבוהה יותר בשנת המחקר השנייה לעומת הראשונה. שביעות הרצון הגבוהה ביותר היתה מאנשי הצוות בהדספייס ושביעות הרצון הנמוכה ביותר היתה מתוצאות הטיפול. יחד עם זאת בכלל מדדי שביעות הרצון נרשמה שביעות רצון גבוהה. התפלגות תוצאות שביעות הרצון מוצגת בתרשים 19.

בבחינת שביעות הרצון במהלך הטיפול, נמצא כי שביעות הרצון הכללית של הצעירים עלתה מאמצע הטיפול לסוף הטיפול בעיקר ביחס לתוצאות הטיפול. כלומר בסוף הטיפול צעירים היו יותר מרוצים מתוצאות הטיפול מאשר באמצעו. בתרשים 20 מפורטים ממצאי שאלון שביעות הרצון שהועבר לצעירים באמצע טיפול (כעבור 7 טיפולים ) ובסוף טיפול (טיפול 13-15).

**תרשים 20– שביעות רצון הצעירים מהמרכז- שנה ראשונה מול שנה שנייה**

**תרשים 19– שביעות רצון הצעירים מהמרכז- אמצע מול סוף טיפול**

# שאלת המחקר החמישית: שיתוף פעולה עם הקהילה

על מנת להעריך את המידה בה הדספייס מעורבת בקהילה המקומית בבת ים ומסייעת להפצת הידע בנוגע לבריאות הנפש של צעירים בעיר ננקטו שיטות כמותוית ואיכותניות. האחרונות יתוארו בהמשך ובחלק זה מפורטים ממצאי סקר אנונימי שנערך בקרב 17 גורמים שונים בקהילה הנמצאים בקשר עם מרכז הדספייס, רובן יועצות (12) אך גם נציגי השירות הפסיכולוגי החינוכי (2), מרכז הצעירים (1) ורכזי תוכניות לנוער (2). מהסקר עולה כי רוב העונים, כ- 70% (N=12) ציינו כי הקשר עם הדספייס מסתכם בהפניית צעירים למרכז. מיעוטם, כ-17% (N=3), ציינו שהם גם נמצאים במעקב אחר מקרים שהופנו על ידם להדספייס. **כל** המשתתפים בסקר (N=17), נתנו את הציון המרבי כאשר נשאלו באיזו מידה הם מרגישים שיש צורך בהדספייס. כלומר, **כולם רואים בהדספייס מרכז נחוץ ביותר**. רובם (70%) אף רואים בהדספייס מענה ייחודי לצעירים לעומת מרכזים אחרים. כ76% מודעים ומכירים את פעילות הדספייס במידה רבה או רבה מאוד יחד עם זאת, 82% ציינו שהם כלל לא משתפים את הדספייס בשירותים או אירועים בארגון שלהם. יתרה מכך, רובם מרוצים מהקשר עם הדספייס אך בכל זאת כ11% מרוצים במידה מועטה ו35% מרוצים במידה בינונית. רוב הנבדקים (70%) מרגישים שהדספייס מקדם את המענה שהם נותנים בעבודתם ואף מעוניינים להרחיב את הפעילויות המשותפות עם הדספייס.

כ64% מהעונים רואים שיפור בצעירים שהפנו להדספייס במידה רבה ורבה מאוד ונתנו דוגמאות כמו: שינוי במצב הרגשי והחברתי ושינוי בקשר עם ההורים. כשנשאלו לגבי המשך שיתוף פעולה נושא שחזר על עצמו היה הצורך בקשר גם במהלך הטיפול ובסיומו. עוני הסקר ציינו כי עיקר הקשר הוא סביב ההפנייה ואחר כך הקשר מתנתק. בנוסף ציינו את הצורך בחיזוק הקשרים עם היועצות ובהגדלת כוח האדם. בנוסף עלה רעיון לקיום ניוזלטר לשיתוף בשירותים המוצעים במקום. תיואר רחב יותר של שיתופי הפעולה מתואר בחלק האיכותני.

מתוך העדכונים השוטפים של צוות המרכז (חשוב לציין כי המידע מתבסס על מידע חלקי שהועבר לצוות המחקר לאורך שנות הפעילות) עולה כי לפחות פעמיים בחודש התקיימו פגישות של מנהל או מי מצוות המרכז עם גורמים בקהילה, אם מדובר בצוותים עירוניים (חינוך,רווחה) ואם מדובר בעמותה או ארגון שפועל לקידום נוער.

# במהלך השנים מעגלי שיתופי הפעולה הלכו והתרחבו והתבססו הן עם גופים עירוניים, הן עם גופיים בריאותיים והן עם גורמים שמטרתם הפצת הידע והבניית מערך הדרכה. התייחסות נוספת לתחום זה באה לידי ביטוי בפרק התהליכים המרכזיים – פרק 5. כמו כן חשוב לציין כי בשנה האחרונה גורמים שונים בעירייה פנו לצוות המרכז בבקשה לקיום הדרכות, לשתף פעולה עם פרוייקט החונכות שמתקיים במרכז ועוד. נתון זה מחזק את ההנחה כי הדספייס נתפס כאוטוריטה בתחום בריאות הנפש בעיר.

# פרק 4 -ממצאי החלק האיכותני התורמים להבנת הגורמים המקדמים והמעכבים את הצלחת המרכז :

במהלך השנים נערכו 3 סבבים של ראיונות חצי מובנים על פי מדריך ראיון (נספח 15) על ידי החוקרים באופן פרטני עם אנשי צוות התוכנית, צעירים שקבלו טיפול במרכז, בני משפחה ואף עם בעלי עניין בקהילה הנמצאים בקשר עם מרכז הדספייס. לאחר מכן, הראיונות תומללו וכמקובל במחקר איכותני נעשה תהליך של ניתוח הראיונות באמצעות ניתוח תוכן לכל קבוצת מרואיינים רלוונטית ( צוות , צעירים, בני משפחה ובעלי עניין בקהילה) וזוהו תתי תמות שבהמשך קובצו לתמות מרכזיות שהרכיבו תמונה כוללת של חווית הטיפול בהדספייס על השלכותיו. חשוב לציין כי קיימת הטייה מובנית באופן בחירת מושאי הראיונות שכן הראיונות בוצעו על בסיס התנדבותי ומי שהסכים להשתתף בהם היו לרוב צעירים ובני משפחה שסיימו טיפול מלא במרכז. בפסקאות הבאות מוצגות התמות שעלו מהניתוח:

**4.1. ראיונות עם הצעירים(N=19):** לכלל הצעירים שסיימו טיפול (קיימו שיחת סיכום) הוצע להתראיין, מתוכם התראיינו כ-19: 13 בנות ו-6 בנים, רובם מעל גיל 16 (N=14). מראיונות הצעירים עלו ארבע תימות מרכזיות הקשורות בשינוי שהושג ובהשפעת הגורמים השונים ביצירת השינוי. התימות הבאות:

**4.1.1 תימה ראשונה: שינוי רגשי ותפקודי בעקבות הטיפול בהדספייס**

רוב הצעירים, כ90%, ציינו באופן מפורש כי עברו שינוי במהלך הטיפולים. הם תיארו זאת תוך התייחסות לנקודת ההתחלה ולשינוי שחוו במהלך או בעקבות הטיפול.

*"לפני שהגעתי היה לי בעיות עצבים, הייתי עצבנית כל הזמן, הייתי מתוסכלת רוב הזמן, הייתי בדיכאון הרבה פעמים... לפחות בשישים שבעים אחוז אני יותר רגועה ממעוצבנת"*

*" יש המון דברים שכואבים לי יש המון דברים שצובטים לי עדיין, יש דברים שמכעיסים אותי, אבל הדרך התמודדות היא שונה מהדרך שהייתה לי בעבר"*

*" אני לא בוכה ואם אני בוכה אני לא נכנסת לדיכאונות של שלושה ימים"*

כשהצעירים התייחסו לגורמים שהובילו לשינוי, רובם הציגו עצמם כמשמעותיים ביצירת השינוי. תיארו כי המוכנות, הרצון והעבודה שלהם אפשרו לו להתרחש. למשל:

*"הביא לשינוי שאני באתי כאילו פתוחה לעשות את השינוי. שבן אדם בא פתוח לעשות את השינוי זה נותן הרבה..;*

*"אני הבאתי המון הצפתי המון דברים."*

" *הפסיכולוג לא יכול לעשות כלום אם הבן אדם לא רוצה. אז אם הבן אדם רוצה אז כאילו הדבר הזה יכול באמת לעזור."*

כלומר הצעירים מדגישים את המרכיב המוטיבציוני והמשתתף שהציגו כמשמעותי בתהליך השינוי.

יתרה מכך הם הדגישו כי מרגישים שהשינוי נשמר אפילו כשהטיפול נגמר והביעו תקווה שיישמר:

" גם אחרי שיצאתי מפה עבדתי על עצמי, עבדתי עם הקשיים שלי, התמודדתי איתם"

" אני חושבת שדברים נשמרו. ....זה כן נתן לי כמה דברים כאלה לחשוב עליהם .....זה נשמר אצלי"

התימה הבאה מתארת את אחד ההסברים שחזרו על עצמם באשר לגורמים שסייעו להביא לאותו שינוי מדובר.

**4.1.2 תימה שנייה: "המטפל המוערך : מקשיב , לא שיפוטי ,בעל כוונות אמיתיות וזמין**

הצעירים תיארו מטפלים מכילים, אמפטיים ולא שיפוטיים. חשו שקבלו מקום, ורצו לשמוע את קולם, אף ציינו כי "ראו" זאת. אף צוין כי המטפלים צעירים והודגש כי הבינו אותם. המטפלים אפשרו להם לדבר על כל דבר ולא הביכו אותם. הם הדגישו את התחושה שלא שופטים אותם :

*"...הוא היה עדין מאוד והקשיב.. כשדיברנו אז הוא באמת...הוא פשוט הקשיב ובאיזשהו מקום ראיתי שהוא מבין אותי וכן מנסה להיכנס לראש שלי..... באמת הרגשתי שהוא הקשיב לי"."**זה מה שהכי חשוב פה, ההקשבה וההבנה".*.

*"היא הבינה אותי, היא אמרה באמת, הרגשתי שהיא לא תשפוט אותי שהיא תבין אותי"*

"עזר לי זה שהרוגע והשלווה של המטפל לחפור בעניינים, לחפור בקטע טוב, לא בקטע רע, כדי לנסות עוד ועוד ועוד, אני חושבת שזה שהוא לא ויתר לי על 'נו תחשבי, נו תגידי'"

כלומר, הצעירים מתארים מטפל שמאפשר שיח בגובה עיניים, מכיל , קשוב ומכוון לצרכיהם. במקביל ,נראה שהמטפל מוערך גם על גורמים הקשורים בסטינג הקבוע של הטיפול למשל, ההקפדה היתרה של המטפלים על אורך הפגישה, נתפסה כחוסר זמינות או חוסר אכפתיות.

*"הרגשתי שזה ככה כאילו. שאמנם אצל הפסיכולוגים השעון עומד מולם... ידעתי שבעשרים זה נגמר. כאילו אין מה להמשיך אפילו. גם אם הגענו עכשיו ל, פתאום בסוף השיחה הגענו לנקודה הכי קריטית שיש"*

*"* הזמנים היו מאוד קשים. אני הרגשתי שאין את הדקה הנוספת"

לעומת זאת, כשהמטפלים הביעו זמינות גם מעבר למפגשים הדבר נתפס כחיובי ומעורר אמון :

*" היא נתנה לי יחס וגם* *אחרי המפגש היא לפעמים גם דיברה איתי בטלפון והסבירה לי "*

כמו כן העובדה שהצעירים לא משלמים על הטיפול נתפסה על ידם כגורם המחזק את אמינות דמות המטפל:

*"באמת מקשיבים לך ומתייחסים למה שאתה אומר ורוצים לעזור ולא סתם רוצים להרוויח כסף"*

".... *וזה לא איזה מטפל פרטי שיכול למרוח לך את הטיפול"* .

לסיכום ניתן לראות כי הקווים המקושרים לדמות המטפל הרצוי מאופיינים בחוסר שיפוטיות, הקשבה, אמפטיה והבנה. זמינות גם נתפסה כחשובה ביצירת אמפתיה. הצעירים שיבחו את חווית ההכלה וההבנה שקיבלו מהמטפלים. מאידך כשלא היתה זמינות מעבר למפגש זה נתפס כחסר התחשבות ולא אמפתי.

**4.1.3 תימה שלישית: טכניקה: כלים שסייעו ביצירת שינוי -**

חלק מהצעירים שהתראיינו תיארו כלים קונקרטיים שרכשו בהדספייס סביב סיטואציות מחיי היום יום אותם שיתפו בטיפול. ניכר כי כלים אלה בהם התנסו הצעירים בטיפול קשורים במנגנוני השינוי שהם חווים בטיפול.

כאשר הצעירים ניסו לבחון מה הביא לשינוי שחוו בטיפול הם ציינו ראשית את ההקשבה ושנית את הטכניקות השונות. למשל, דמיון של מילים שליליות היוצאות מהחדר ובמקומן נכנסות מילים חיוביות , לצאת לסיבוב הליכה לצורך ונטילציה, נשימות עמוקות, למידה דרך סימולציות או דמיון מודרך ו"שיעורי בית". הצעירים העידו על שימוש בכלים במהלך הטיפול ואף לאחר סיומו:

"*המטפלת נתנה לי דרכים איך ללמוד למבחנים ואיך אתמיד בשיעורי בית... היא למדה אותי איך להתמודד בהתקפי כעס. נגיד יש לי התקף זעם פשוט להתרחק מאנשים לקרוע דפים או לכווצץ דפים ולא להתקרב לאף אחד"*

*"* למדתי שאוקי, זה מחשבות קצת מפחידות אבל צריך לבחון האם הם אמיתיות, האם יש איזה שהיא סכנה אמיתית?"

כמו כן האופן בו יושמו הכלים והשימוש בהם תואר כהדרגתי, מותאם ותומך:

*"כמו מורה לנהיגה, מניעה לנו את האוטו* ***ולאט לאט*** *נותנת לנו פעם נסיעה אחת שהאוטו מונע כבר ואנחנו לידו פעם שנייה שהוא כבר, שאנחנו כבר יותר מקצוענים על הכביש, פעם שלישית הוא כבר נותן לנו להתניע לבד ולנסוע לבד חלק"*

*"* היא **מנתבת אותי בדרך שאני מסכימה איתה**. כאילו זה לא איזשהו משהו שהוא בניגוד לרצוני בניגוד למחשבות שלי, לדעות שלי. היא נותנת לי מענה טוב"

ניכר כי הצעירים מציינים כלים קונקרטיים בהם נעזרו בטיפול. כלומר המטפל הקשוב עם הכלי המתאים מהווים גורמים מקדמים ליצירת שינוי סימפטומטי, התנהגותי. יחד עם זאת, הצעירים התייחסו למשך הטיפול כמאפיין נוסף המשפיע על עומק השינוי והתייחסו להגבלת המפגשים ל-15 בתימה הבאה*.*

**4.1.4 תימה רביעית: משמעות אורך הטיפול**

למעלה ממחצית מהצעירים (60%), ציינו כי 15 פגישות הן טיפול קצר מדי עד כדי התייחסות לטיפול כחלקי, שמתאים בעיקר בגלל היתרון הכלכלי.

"אם יש את הכסף כאילו לשלם על פגישות, אז עדיף שייקחו משהו לטווח ארוך יותר"

אותם הצעירים הרגישו שלא השלימו את העבודה על עצמם עקב קוצר הזמן. בין היתר עקב הקושי להיפתח בהתחלה והזמן שלקח להם להניע את השינוי.

" בהתחלה קצת אני זוכרת כאילו הייתי בכמה פעמים פה שלוש ארבע פעמים, ואז אני אומרת לעצמי טוב מה אני עושה פה. כאילו בהתחלה לא כזה ראיתי שינוי. אבל אז הבנתי כאילו עם כמה שדיברנו יותר ויותר, אז הבנתי שנכנסנו יותר עמוק ואני הרגשתי יותר שינוי, וגם כאילו בפנים יותר"

*"האמת הרגשתי שזה* ***קצת מעט,*** *אני חושבת שאם היו מוסיפים עוד איזה חמישה טיפולים זה היה סבבה, כי זה כזה קצת קשה לעזוב אחרי 15 טיפולים"*

לעומת זאת, מעט ציינו דווקא את חשיבות תחימת הטיפול במספר טיפולים קצר וידוע מראש.

"*זה עבודה שאמנם היא קצת מהירה, אבל היא אינטנסיבית ואולי זה תורם 15 טיפולים, זה עושה את זה יותר מהר את התהליך של העבודה....* ***מהיר אבל במובן טוב, במובן שזה לא נתקעים על דברים****,* *זה היה מהיר במובן של עושים עבודה ורואים שכן* *יש התקדמות".*

ניכרת אמביוולנטיות בקרב הצעירים לגבי אורך הטיפול ותחימתו מראש. מחד הם מעידים על הקושי להיפתח והזמן שזה לוקח מכלל הפגישות והקושי להיפרד בתום 15 מפגשים ומאידך מציינים את הזמן הקצוב כגורם מניע תהליכי שינוי.

לסיכום מדברי הצעירים המטופלים בהדספייס ניתן ללמוד כי הם חוו שינוי במהלך הטיפול במרכז, שינוי זה קשור בהם ובטויבציה עימה הגיעו לטיפול, ביכולת המטפל להיות קשוב, מכיל ולא שיפוטי ובטכניקות היישומיות אותן מלמד במהלך המפגשים כמו דמיון מודרך,החצנת מחשבות וכו'. השינוי ממשיך להתרחש גם אחרי הטיפול אך ייתכן וטיפולים נוספים היו מגבירים את השינוי המושג ואת השפעתו על תפקוד.

* 1. **ראיונות עם בני משפחה:** בקרב מטופלים שסיימו טיפול (הגיעו לפגישת סיום) הוצע גם לבני משפחותיהם להתראיין. התראיינו כ11 בני משפחה , כולן אימהות מלבד סבתא אחת. מניתוח הראיונות עימן עלו שלוש תימות מרכזיות. הראשונה מדגישה את חשיבות הדרכות ההורים והטיפולים להורים ביצירת נקודת מבט נוספת, חיצונית ליחסים עם ילדם והצורך בעוד מאלה. השנייה, בדומה לילדיהם, מדגישה את דמות המטפל, כמקצועי, משמעותי וקשוב. לבסוף ההורים מציינים כי יש צורך בהנגשת המענים המוצעים.

**4.2.1 תימה ראשונה: הדרכה וטיפול כשיקוף של היחסים –**

בני המשפחה מתארים את העבודה עם המטפל כמאירת עיניים, סייעה להם להבין את המניעים של הצעיר ובעיקר את ההתנהגות שלהם עצמם בסיטואציות שונות מול ילדיהם כתוצר של המענה שקבלו:

*"אני למדתי לא להיעלב, לא להיות פגועה בתקיפות שלה, בהתקפות שלה. הוא הצליח להסביר לי מאיפה זה בא.."*

*“אני מרגישה שאני במקומות של מודעות מאד גדולה, עשייה עדיין לא לגמרי. כן חלק מהדברים השתנו”*

*“כאילו מישהו לוקח את הסיפור שלך ומסכם לך אותו, כמו סיכום מאמר יפה שאת מתמצתת אותו ואת מגיעה למקומות שאת קוראת את התמצית”*

על אף התהליך האישי שציינו כי עברו, ההורים ציינו כי היה צורך ביותר מפגשים משותפים עם ילדיהם כמנוף ליצירת שינוי לדעתם*:*

*"אפשר היה לשלב איזו פגישה או 2 כדי לחבר ביני לבינו בקשר שלנו כי זה משהו שלא נפתח ולא נפתר"*

*" כי מה שאת חושבת שאת יודעת על הבן שלך זה לא בהכרח מה שהוא חושב שאת יודעת, הוא חושב בכלל משהו אחר לכן חשוב שזה יהיה גם ההורים וגם הילדים ביחד."*

מעבר לצורך שהעלו ליותר מפגשים משותפים עם ילדיהם, עלה צורך כללי ביותר מפגשים.בדומה לילדיהם, מרבית ההורים ציינו כי 15 פגישות הן מעטות מדי לאור מורכבות ההתמודדות עם ילד בגיל ההתבגרות. רוב ההורים הרגישו, שמספר המפגשים שהוקצב להם לא הספיק לפתרון הבעיה לשמה הגיעו לטיפול.

*"להגיד לך שזה מספיק לי, לא. יש לי עבודה מאוד גדולה.."*

*"תשמעי, אני הייתי רוצה לקבל עוד עזרה, ועכשיו בתהליך ש...., זה תהליך מאוד קשה לי, גם היום"*

כלומר, ההורים מציינים כי נתרמים מהפגישות הטיפוליות והם מעלים צורך בקבלת עזרה לאורך זמן ממשוך יותר מזה שהוצע להם. בפרט, מפגשים דיאדים הוזכרו כנדרשים.

**4.2.2 תימה שנייה: המטפלים כדמויות מקצועיות משמעותיות**

בדומה להתייחסות הצעירים, גם בני המשפחה התייחסון לדמות המטפל. בעיקר תיארו מטפל מבין ותומך, איש מקצוע, מרגיע ומדייק את החוויות של המטופל באמצעות הגדרות שנותן. להלן מספר דוגמאות:

*"את רואה מישהי שיש לה את כל הזמן שבעולם, והיא מקשיבה לך.."*

*"במקום הזה אין שיפוטיות, קודם כל יש לך אמון באדם שמולך, ואת מבינה שאת יכולה להכריע בדעות שלך, אבל את מבינה שיש פה מקצועיות”*

*"היא ידעה איך ללטף, היא ידעה איך להרגיע...(המטפלת)*

*“גילתה המון רגישות וגם התייחסה מעבר, זאת אומרת אחר כך צלצלה לבדוק שאנחנו בסדר ותמיד היתה קשובה “*

מאפיינים אלה במטפלים צויינו כמקדמים את תחושת ההכלה שחשו במפגשים. יתרה מכך, בדומה לצעירים נראה כי מתן מענה מחוץ לשעות המפגש היה חשוב ביותר:

*"היה מעולה כי הן נתנו מעבר לשעות אם רציתי ייעוץ את יודעת לפני המפגש אחרי המפגש, זה לא עבד בדיוק על שעון.... עוד אוזן ששומעת ועוזרת"*

*"* קודם כל חשוב אפילו שהורה יכול להתקשר זה עוזר כל שעה, כי יש סיטואציה שממש צריך עזרה"

לסיכום, בני המשפחה תיארו את חשיבות ההקשבה, אמפטיה ורגישות כמאפיינים מרכזיים בקשר שלהם עם המטפלים.

**4.2.3 תימה שלישית: חשיבות הנגשת המידע אודות הדספייס** –

מספר הורים הביעו פליאה כי לא ידעו על המרכז וציינו כי בתי הספר הם סוכנים חשובים בהעברת האינפורמציה. ציינו את החשיבות בעיניהם לפרסום המרכז למען הזקוקים לו.

*" בבתי ספר, יועצים. הם לא יודעים.... יועצת שהיא בקשר עם ההורה.... לא אף אחד לא ידע. רק קב"סית היא העבירה לי את המידע הזאת"*

"*שביה"ס ידעו את זה אפילו להגיע לביה"ס ולתת קצת כיוונים קצת זה מה זה המרכז הזה כדי שההורים ייפתחו לזה יותר וכן יבואו...*

בני המשפחה התייחסו לחשיבות ההפצה של הדספייס כמקור עזרה להורים נוספים ואת תפקידו של בית הספר בהנגשת מידע.

**4.3 ראיונות עם מטפלים(N=15):** בשלוש שנות המחקר נערכו 15 ראיונות עם 13 מטפלים: 3 גברים ו10 נשים, מהם שניים התראנו בשני הסבבים. התראיינו הן מטפלים ותיקים במרכז והן מטפלים בעלי ותק מועט.הראיונות התקיימו בשלושה סבבים, הראשון ב2016, השני ב2017 והשלישי ב2018.התימות המרכזיות שעלו בראיונות הן חשיבות העבודה הצוותית כמקור להנעה וללמידה, המקצועיות והייחודיות של המענה שהם נותנים במקביל לתפיסה אמביוולנטית מול טיפול קצר מועד ואף הזכירו את הקשיים להתנהלות בתנאים פיזיים ולוגיסטיים שלא תמיד מותאמים. כמו כן , מתואר שינוי בהתייחסויות לאורך שנות המחקר. התימות המרכזיות מתוארות להלן**:**

**4.3.1 תימה ראשונה: המשאב האנושי "כגב" וכמקור לטיפול איכותי**  - בראיונות עם המטפלים הם העידו על אווירה טובה ונעימה בין חברי הצוות, הפרייה הדדית, תמיכה מקצועית ובינאישית. הצוות רואה את העמיתים כאיכותיים וכמקור לתמיכה והתייעצות.

*"יש פה אנשי צוות שאני יכולה להתייעץ איתם יש הדרכה שהיום קצת יותר עוזרת... אני מרגישה שיש פה..די גיבוי...יש לי גב, לא הרגשתי לבד שזה משהו שעלול לקרות למטפלת”*

*"בסופו של דבר הגורם האנושי, המטפלים זה מה שעושה את המקום הזה מעבר לכיסאות ו...אני חושבת שהעבודה, ההדרכות הקבוצתיות הדיונים הקבוצתיים זה משהו שכשנעשה טוב אז הוא בונה.. מקדם מפרה"*

*"חוויה של מקום מקצועי...מי שעובד הוא מישהו שאכפת לו”*

לפיכך, מטפלים חווים את העבודה הצוותית כמקדמת את עבודתם ומשפרת אותה. יחד עם זאת, על אף חווית ההתמקצעות מתוך העבודה הצוותית, המטפלים (בסבב הראשון, 2016) מצייניםהיעדר בהכשרה וכלים לטיפול קצר מועד ובפרט באוכלוסייה המיועדת. לדבריהם ניתנו הדרכות אך לא הכשרות שתיתנה להם כלים נוספים לשימוש בזמן טיפול. על ידי הכשרות קיוו המטפלים לקבל כלים נוספים לשימוש בעת הטיפול, דבר שבעיניהם מתבקש לאור היצירתיות הגבוהה המתבקשת בטיפול קצר מועד.

*"הייתי רוצה שיהיו יותר הכשרות מסודרות... יותר טיפול קצר מועד..."*

*" הייתי שמחה לקבל עוד כלים כל מיני סוגים של התערבויות..CBT, מיינדפולנס כל מיני כלים שנורא מתבקשים פה"*

*"למשל עושים המון הדרכת הורים...וזה משהו אחר זה לא משהו שלומדים בטיפול דינמי...זה למשל נושא...שאנחנו פחות מבינים בו"*

*"אנחנו עובדים עם בני נוער אבל יש דברים ספציפיים לבני נוער ואנחנו לא מדברים עליהם כאן כל כך...זה גיל שבפני עצמו, יש אנשים שמתמחים בטיפול בבני נוער...חשיפה באינטרנט ופורנו..."*

בראיונות משנת 2018 לעומת זאת, המטפלים הביעו שביעות רצון גבוהה מנושא ההכשרות. בניגוד לדיווח הקודם ב2016, כיום מדווחים המטפלים על העשרה רבה בידע.

*"הדספייס הוא בי"ס מאוד משמעותי מבחינה אישית ומקצועית"*

*"כל הזמן עובר עוד איזה שכבה של התמקצעות"*

*המקום נותן לי מענה שלי כאשת מקצוע של לפתח אותי וכולי ולדייק ורק ללמוד וללמוד ולהשתפר"*

מתימה זו עולה כי בכל שנות המחקר המטפלים תפסו את עבודת הצוות כמשמעותית ביותר בעבודתם. לעומת זאת בכל הנוגע להכשרתם ולהשקעה במשאב האנושי ניכרת התפתחות אותה חשו המטפלים לאורך שנות המחקר. דברים אלה מתחברים לתהליכים והכשרות שהמרכז הוביל בשנה האחרונה*.*

**4.3.2 תימה שנייה: יחסים אמביוולנטיים עם טיפול קצר מועד**-

בסבב הראיונות הראשון עלה כי הגדרת ותחימת כמות הטיפולים ל15 הינה מאתגרת עבורם. בין הנושאים שעלו כמאתגרים עלה הנושא של לחץ זמן, יצירת קשר וקבלת מקרים מאד מורכבים:

*"בהתחלה יש הרגשה של שעון שמתקתק כל הזמן”*

*"מגיעים נערים במצב מאוד מאוד קשה...עד שנוצר הקשר ...לקח זמן ודווקא כשמגיעים לנקודה שבה משהו מבשיל, אז לפעמים צריך לסגור הכל ולעטוף ולשלוח למקום הבא...לא תמיד לטובת המטופל"*

יחד עם זאת, המטפלים אף ציינו כי טיפול מעין זה עשוי לקדם פנייה לטיפול. המספר המועט של הפגישות מאפשר לתת לצעירים מעין טעימה של חווית הטיפול ובו בזמן להפחית את הלחץ של הצעירים מהתחייבות לטיפול ארוך טווח.

*" יש הרבה נערים שלא היו נכנסים לטיפול בכלל אם הם לא היו יודעים שזה מוגבל בזמן כי זה משהו שמאוד מאיים עליהם הטיפול וגם זה לא מעיק עליהם…"*

*מעבר לכך אף ציינו כי טיפול קצר מועד מתאים דווקא לקבוצת הגיל המדוברת:*

*"זו אוכלוסייה שהיא בשינוי גם ככה, כל הזמן קורים תהליכים ולכן טיפול קצר שבגילאים אחרים יכולה להוות מכשול מאוד גדול, בגילאים האלה...האישיות היא נורא דינמית ואפשר לעשות הרבה ב15 פגישות"*

ואף מרביתם ציינו כי תוצאה של טיפול כזה תהיה בעצם ההכרה ביתרונו של טיפול והיכולת של הצעיר לפנות לטיפול בעתיד:

*"אנחנו מחזקים את השריר של אנשים לקבל עזרה בנושאים שכאלה"*

*"מטופלים חוזרים אפשר להגיד כאילו זה סימן לא טוב, אבל אני אומרת שזה סימן חיובי. הצעירים מרגישים שזה מקום טוב שעזר להם, הקשר הטיפולי הוא קשר טוב שהם רוצים לחזור אליו.. ".*

בראיונות שהתקיימו ב2018, המטפלים העידו על צורך בעוד תשומת לב מערכתית לעובדה שהתקשרויות ופרידות מרובות המאפיינות טיפול קצר מועד, עלולות לגרום לשחיקה מהירה של הצוות.

*"יש הרבה יותר דחיסות מבחינת קצב של היכרויות יצירת קשר ופרידה באיקס זמן של העבודה של המטפל ויש מערכת שכביכול זה לא מעניין אותה"*

*"האתגר הוא איך עוזרים למטפל שעובד בטיפול קצר מועד לא להישחק... אני חושבת שנעשה פה אבל לא מספיק"*

*" 15 מפגשים... זה אומר תחלופה. ותחלופה מאוד גבוהה יוצרת...שחיקה"*

*"...לא יודעת איך מטפל יכול להחזיק בתפקיד הזה 3-4 שנים ככה"*

לסיכום, המטפלים מתארים עמדות אמביוולנטיות מול הסטינג הטיפולי המוגדר, 15 טיפולים. מחד הם מכירים בערך התחימה והצורך במיקוד כמקדמים פנייה של הצעירים לטיפול ומותאמים להלך הרוח הצעיר ומאידך מעידים על הקשיים ביצירת קשר ופרידה מהירה ובתחלופה גבוהה של מטופלים כגורמי שחיקה שיש להתייחס אליהם כחלק מהעבודה במרכז*.*

**4.3.3 תימה שלישית: צורך בהתאמת המשאבים והדרישות** – המטפלים מתייחסים למערכות התיעוד, למבנה המשרד ולחדרי הטיפול ותפקידם בתמיכת הטיפולים ובפרט מציינים את האקוסטיקה כבעייתית ולעיתים מקשה על פרטיות בשיחה. להלן מספר דוגמאות מראיונות ב2016:

*"יש כאן בעיה מאוד קשה עם מזגן באחד החדרים...זה קשה לטפל כשאתה מת מחום והמטופל מת מחום"...*

*"...הכורסאות גדולות מדי, שומעים, אין פה מספיק חדרים...זה לא בנוי נכון...אין פה פרטיות באמת..."*

*"אנחנו משובצים במבנה שהאקוסטיקה שלו מזעזעת.. לא הגיוני שמטופל יישב וישמע מטופלים אחרים. זה מאוד מפריע.."*

בראיונות האחרונים שנעשו ניכר כי הבעיות עליהן דובר ב-2016, עדיין קיימות:

*"שומעים את השיחות שלנו...המרחב הזה (המשרד) הוא מרחב חשוב לנו שאנחנו מתייעצים בו"*

*"משהו בתנאים הפיזיים יש משהו צפוף...אין מספיק חדרי טיפול אין חדר צוות ...וזה לא פשוט"*

*מעבר לקושי בגלל המבנה הפיזי, המטפלים ציינו קושי בעבודתם שנובע מהדרישות המרכיבות את תפקידם במרכז. הם ציינו כי אמורים בזמן הנתון גם לטפל אך גם לנהל שיחות מרובות עם גורמי הטיפול השונים של הצעירים וגם כל מטפל קיבל על עצמו תחום אחריות אותו עליו לקדם. במקביל המערכות הממוחשבות דורשות תיעוד רב כי אינן מסונכרנות.*

*"חלק מהסיפור של טיפול קצר מועד זה שאתה מתעסק הרבה עם ניהול טיפול אז אם הייתה עובדת סוציאלית שעושה את החלקים האלה, זה היה מאוד עוזר לנו.."*

"הם לא מבינים מה הדספייס צריכים ומה המשמעות של טיפול בו. מערכת המחשוב שנתנו לא מתאימה (נתיב) יש 3 מערכות במקום 1, מעצבן ולא יעיל”

" אין התחשבות בזמן שזה לוקח, זה לא מגולם איכשהו בשעות עבודה שלנו..העבודה של הכתיבה והעיבוד על המקרים"

מראיונות המטפלים עולה שביעות הרצון של המטפלים מעבודת הצוות המתקיימת ואף ניכרת ההתפתחות בהכשרתם והתמקצעותם לאורך שנות המחקר. יחד עם זאת, המשאבים שלרשותם אינם תומכים באופן מספק מבחינתם את צרכיהם. בנוסף ניכר כי טיפול קצר מועד מהווה אתגר מבחינתם אך גם מאפשר מפגש עם אוכלוסייה חדשה לטיפול נפשי**.**

* 1. **ראיונות עם בעלי עניין בקהילה (N=11)-** במהלך שנות המחקר התקיימו ראיונות עם גורמים ברווחה, בחינוך,בשירות הפסיכולוגי חינוכי ויועצות בתי ספר.בניתוח הראיונות עלו שלוש תימות מרכזיות: תפיסת המרכז כייחודי ונדרש , הכרה בשינוי שמתרחש לאור הטיפול וצורך ביצירת קשר רציף והרחב המענים הקיימים.

**4.4.1 תימה ראשונה: ייחודיות השירות כמקדם פנייה**

הגורמים בקהילה (בעיקר יועצות) מעידים על הדספייס כמרכז שאינו מתוייג, קל יותר להפנות לשם משפחות וליידד עם טיפול. צוות המרכז ייעודי ומנוסה, אשר מכיר ומתאים לטיפול בשכבת הגיל הזו. כמו כן מציינים כי מתן הטיפול ללא עלות (מסובסד) חשוב לאוכלוסייה בעיר.

*".. הטיפול הוא בחינם. היום הוא קצת בסבסוד של הקופות, אבל עדיין זה משהו מאוד קריטי בעיר*.."

*"יש לנו בעיר עוד גורם שאפשר להפנות לטיפול שזה עונה על צורך מאוד מאוד גדול.."*

בנוסף הגורמים בקהילה רואים בו שירות שנותן מענה שלא היה קיים. על כך דיווחו גם יועצות בבתי הספר אך גם כל גורמי הקהילה האחרים שעובדים עם נוער וצעירים ואף נציגי קופות החולים:

*" השיתוף פעולה הוא בזה שיש לנו בעיר עוד גורם שאפשר להפנות לטיפול... מה שהיה בעבר במערכות האלה היינו לבד במערכה ואנחנו לא מרגישים ככה יותר זה שינוי שהדספייס הביא ואני מברכת על זה"*

יתרון נוסף שמודגש הוא הנוחות, הזמינות והמרחב הלא סטיגמטי שנוצר בהדספייס שמקדם את פניית המשפחות לטיפול:

*"כאן יש שירות מאוד נוח של התקשרות טלפוני...היה קל יותר להביא הורים לידי התקרבות לטיפול מאשר בשיטה הישנה...זו שיטה יותר ידידותית"*

*"יש בני נוער ומשפחות שהאפשרות היחידה שלי לקרב אותם לטיפול הוא דרך הדספייס כי כל דבר אחר מייצג להם כותונת לבנה קשורה.."*

*"המטפלים צעירים יותר...הבניין המקום הבנתי שהוא יפה...זה נותן להם תחושה שמכבדים אותם...גישה פחות שמרנית...העובדה שזה מוגבל בזמן...מסייעים להם בכתיבת מכתבים לצבא שזה משהו משמעותי ממש"*

יחד עם זאת יש שציינו כי יש צורך בהגברת הזמינות תוך התאמה לאוכלוסייה בעיר וצמצום התורים*:*

*" לוקח לפעמים יותר מחודש...אנחנו לא מטפלות אנחנו מתחזקות ילדים...ואנחנו זקוקות לזמינות יותר גדולה לאוכלוסייה שלא תיקח את זה לעצמה באופן אחר..*

*"יש משפחות חד הוריות שאחד ההורים נמצא בארץ אחרת ומבקשים אישור הורים אין קשר עם אותו הורה ....צריך להתחשב בזה ולא להתחיל לסובב את ההורים... כי אז הילד לא יקבל טיפול"*

לסיכום, מדברי גורמי הקהילה שנמצאים בקשר עם הדספייס עולה כי הדספייס נותן מענה חשוב לאוכלוסייה שלא נוטה לפנות לטיפול. הטיפול בהדספייס מתואר כזמין, נגיש וידידותי לצעירים ומשפחותיהם ובכך פותח נתיב להפנייה לגורמי הקהילה .

**4.4.2 תימה שנייה: הטיפול כמנוף לשינוי**

גורמי הקהילה, בעיקר היועצות, תיארו כי הבחינו בתוצאות הטיפול בחלק מהמקרים. התוצאות הבולטות ביותר בעיני היועצות הן תוצאות הקשורות לשיפור תפקוד הצעיר בבית הספר, מוכנות לגיוס, התנהלות חברתית וקשר עם המורים.

*"הייתה לי תלמידה...עם המון לחץ...התקפי חרדה ....וממש ראיתי את התהליך שעוברת שם, עשתה העברה ממה שדיברה שם לבית הספר....החרדות עדיין הופיעו אבל ידעה להתמודד איתן"*

*"אני חייבת לציין שב95% הייתה הצלחה...תפקוד תקין, התלמידים מדווחים על הפחתה של סימפטומים. חרדה למשל"*

היועצות הזכירו כי מאחר ולא כל תוצאות הטיפול בהכרח נוגעות למסגרת הבית ספרית וכן לאור הקשר השוטף הרופף בינן לבין המרכז, ייתכנו מקרים בהן צעירים סיימו טיפול מוצלח אך הן לא עדות או מעודכנות בתוצאות הטיפול. הן גם ציינו את מורכבות הבעיות כהסבר לכך שהטיפול לא תמיד בא לידי ביטוי בהתנהגות הצעיר:

*" יש בעיה עם בעיות שהן מורכבות דווקא בגיל חטה"ב...מכיוון שזה קשור גם להורים וגם לילדים אני פחות רואה תוצאות יפות כאלה מצטלמות טוב, אני כן רואה התקרבות להבנה"*

מכאן שבעיקר היועצות ציינו כי מעריכות את השינוי שצעירים עוברים בהדספייס אך לעיתים מרגישות שאינן יודעות מספיק מה קורה שם או שמבינות כי התכנים הבעייתים מורכבים ווללים אספקטים תפקודיים מחוץ לכותלי בית הספר.

**4.4.3 תימה שלישית: צורך בקשר רציף עם המרכז והרחבת השותפות**

תמה מרכזית שעלתה בעיקר בקרב היועצות היא המחסור בעדכון שוטף מצד המרכז. היועצות מתארות מצבים בהם הן לא יודעות מה קורה עם תלמיד שהפנו, האם הפסיק להופיע לפגישות או שמא הטיפול הסתיים. לתחושתן, חוסר העדכון פוגע בהתקדמותו של התלמיד. כמו כן, הן מאמינות כי במצבים בהם התלמיד מפסיק להגיע לפגישות, הן יכולות לתרום ומכאן חשיבות העדכון.

*"היו מקרים שלא דווח לי למשל שילד לא מגיע, זה בעיניי מהותי ביותר בקשר בינינו ...מה שמטריד אותי זה ילד שהפסיק בעצמו טיפול ולא מגיע וזה מאוד חבל לי כי אני צריכה לדעת "*

*"אני אשמח אם המטפלים בעצמם ייצרו איתנו קשר. זה לא כל כך קורה, למרות שהם מבינים את הצורך..".*

*"יש דוגמא שפחות הצליחה אבל שם גם לא יצרו איתי קשר...שם נודע לי בעקיפין שהאבא הפסיק ללכת להדרכה..."*

יועצת אחת אף הציעה להסדיר את השיחות בזמנים קבועים בטיפול:

*"לפרקי זמן מראש לקבוע שיחות שתלווינה את הטיפול...התחלה אמצע וסוף שלוש נקודות בזמן שחייבים לטפל."*

מעבר לחשיבות הקשר הרציף בין היועצות למטפלים, עלה רצון של גורמי קהילה להרחבת שיתוף הפעולה עם המרכז. היועצות הביעו רצון להרחיב את שיתוף הפעולה בעיקר סביב קבוצות עבור התלמידים, הנוגעות לנושאים המעסיקים אותם בעיקר צריכת אלכוהול וסמים קלים אך גם מיניות, חרדות מבחנים, גיוס מתקרב וכדומה. דוגמא נוספת שעלתה: הרצאות עבור ההורים במסגרת חד פעמית או תכנית הרצאות.

*"יש צורך גדול מאוד בנושא של סמים... בשלוש שנים האחרונות הוא מטורף"*

*"הנושא של ההורים...נושא כאוב...יודעת שהם עושים (הדרכת הורים) אבל לא יודעת כמה זה האג'נדה שלהם. פוגשת יותר ויותר הורים שלא יודעים איך להתנהל עם בני הנוער שלהם, ברמה של חוסר אונים"*

לסיכום, מהחלק האיכותני עולה שביעות רצון מפתיחת המענה הייחודי של כלל המעורבים בתכנית הדספייס. ניכר כי המטפלים מהווים משאב מרכזי ביצירת שינוי בקרב הצעירים ובני משפחתם. כמו כן עולה כי מודל העבודה בהדספייס מצריך הכשרה והדרכה מתמדת של הצוות לאור הקשיים של האוכלוסייה המדוברת ואופי הטיפול*.*

# פרק 5: תיאור תהליכים וסוגיות מרכזיות בפעילות המרכז במהלך שנות הליווי המחקרי

מרכז הדספייס סיים לאחרונה את שנתו הרביעית, וניתן לראות כי הוא נמצא בשלבים מתקדמים של תהליכי דיוק ופיתוח. במהלך שנות המחקר התקיימו מפגשים עם אנשי הצוות והמנהל בהם צוות המחקר עודכן בתהליכים המתרחשים, העלו שאלות, סוגיות ומחשבות להמשך. כמו כן התקיימו ראיונות עם אנשי מפתח בקהילה הנמצאים בקשר עם המרכז ואף הועבר סקר לגופים שעובדים עם הדספייס. מתוך תיעוד המפגשים התקופתיים עם מנהל המרכז וצוות המנהלה והאדמיניסטרציה, תיעוד הראיונות עם בעלי העניין בקהילה והראיונות שנערכו במהלך השנים עם המטפלים סוכמו תהליכים מרכזיים בפעילות המרכז וכיצד סייעו להשגת המטרות והיעדים שהוצבו. להלן עיקרי הדברים:

* 1. **טיוב תהליכי ניהול ומעקב במרכז**

1. ייעול תהליכי התיעוד, המעקב והבקרה על פעילות המרכז- בשנת המחקר הראשונה עלו קשיים אדמיניסטרטיביים הקשורים בתיעוד ומעקב אחר המטופלים וכמות טיפולים שמתקיימת במרכז. בתום שנה זו ובמקביל לכניסתו של מנהל חדש למרכז, החלו להיווצר מנגנוני מעקב שבועיים שיסייעו בכימות ומיפוי שעות העבודה של המטפלים ותנועת המטופלים במרכז. תהליך זה היה ממושך ועודנו מוטמע אך התבצע באופן מוסדר על ידי צוות ההנהלה אליו נוספה פונקציה של פיתוח ארגוני. במקביל, הוקצו משאבים לכתיבת ספר המרכז שכולל נהלים ועקרונות פעולה, כחלק מהסדרת התהליכים הוכנה חוברת למטפלים חדשים המארגנת במידת מה את הציפיות מהמטפלים. כמו כן בשנתיים האחרונות החלו להיבנות כללי תיעוד חדשים המתבססים על תוכנת נתיב ועדכון שוטף של צוות המזכירות בטיפולים או ביטולי טיפולים. נקבעו תהליכים מסודרים לניהול רשימת ההמתנה. המרכז הכניס את תהליך ההערכה לחלק מהפעילות וכיום על אף סיום איסוף הנתונים של מחקר ההערכה המרכז מבנה תהליכי הערכה מוסדרים ומתמשכים.תהליך יצירת כלים לתיעוד פעילויות המרכז באופן מתמשך היווה אתגר בשנותיו הראשונות שכן מרבית ההתנהלות במהלך הטיפולים נעשית ישירות מול המטפלים ללא דיווח בהכרח לצוות האדמיניסטרטיבי. אתגר נוסף עימו התמודדו הוא הצורך בתיעוד במספר מערכות במקביל, נושא שנבדק בשנה האחרונה לטובת חלופות אפשריות. חשוב לציין כי הקשיים ברמת התיעוד והעדכון עלו ברמה הניהולית והתפעולית אך לא הועלו בקרב מקבלי השירות בהדספייס. בקרב גורמי קהילה עלה כי זמן ההמתנה ארוך ופוגם ביכולת לתת את המענה כשנדרש. ניכר כי בנושא זה קיימת מודעות גבוהה בקרב כלל אנשי הצוות ואף הופעלו כלים שמטרתם הפחתת זמן ההמתנה, כמו למשל: סגירת תיקי מטופלים שלא מגיעים ועדכון שבועי בכמות המטופלים פר מטפל.
2. מעבר להעסקה ישירה של הצוות והגברת מעורבות: החל ממחצית שנת המחקר השנייה כלל המטפלים עברו להעסקה ישירה באמצעות אנוש באחוזי משרה של לפחות חצי משרה (מלבד הפסיכיאטר). כמו כן לכל מטפל נוסף תחום אחריות ברמה הקהילתית אותו הוא מרכז, כמו למשל קשר עם יועצות בתי הספר, קבוצות, הדרכות ועוד. מהלך זה נועד גם להגביר מחוייבות בקרב אנשי הצוות אך גם ובעיקר להפיק את המירב מכל משרה וכחלק משיפור המודל הכלכלי. מהלך זה מהווה חלק מאותם מהלכים של התייעלות שמטרתם עמידה ביעדי התכנית והמודל האוסטרלי ברמת האימפקט הקהילתי תוך התחשבות בכך שלמעשה "זמן הקהילה" אינו מתוקצב כחלק מהמימון של קופות החולים.
3. מעבר למימון על ידי קופות החולים ויצירת מודל כלכלי עצמאי- לאורך כל שנות המחקר עלה הנושא של ההיתכנות הכלכלית של המרכז, הן בשיחות עם אנשי הצוות ועם ההנהלה. בתום שנת המחקר השנייה הסתיים המימון של הקרן למפעלים מיוחדים של הביטוח הלאומי. במקביל, התקיימו חילופי דברים ומשא ומתן עם כלל קופות החולים ומשרד הבריאות בנוגע למימון הטיפולים הניתנים למבוטחי הקופות בהדספייס. נכון להיום, ישנה התקשרות חוזית עם קופת חולים לאומית (מה-11/16 ) מאוחדת (מה-12/16 ) ומכבי (מה-11/17). קופת חולים כללית לא הביעה עניין ועדיין מסרבת לשתף פעולה. בחודש מרץ 2017 טרם חתימת ההסכם עם מכבי, צוות המרכז הפסיק את קבלת כלל הצעירים והגביל את גורמי הקהילה בקבלת מבוטחי מאוחדת ולאומית בלבד. צעד זה הוביל לירידה בכמות הפונים ולעצירה בהפניות של גורמי הקהילה על מנת לא להפלות מבוטחי קופה אחת על אחרת. במקביל נשמעה אכזבה משמעותית בקרב הגורמים שהפנו להדספייס שכן הוא חדל מלהיות מענה עבורם. דיווחים אלה מעידים על המקום המכובד שהמרכז תפס בעבודה השוטפת של היועצות בעיר וכן גורמים ברווחה. בספטמבר 2017 הוחלט על קבלת כלל מבוטחי הקופות על מנת לאפשר את הנגישות והזמינות אליה התחייב המרכז בהקמתו. מראיונות שהתקיימו עם נציגי הקופות עלה המענה הייחודי שניתן על ידי הדספייס, מענה שנצרך בקופות הן מבחינת אוכלוסיית הגיל המדוברת והן ברמת המרכז הידידותי ולא מתייג. כמו כן צויין כי ניכר שהם מאד ממוקדים בלקוחות הצעירים ומתן שירות מהיר ויעיל. כמו כן, שיתוף הפעולה איתם טוב, נציגי הקופות מתרשמים כי המענה טוב ומקצועי והתקשורת עם צוות המרכז טובה מאד. במקביל, צויין כי מדובר בהתחלת ההתקשרות ובתקופה הקרובה גם תיבחן לעומק העבודה שנעשית ויופקו נתונים כמותיים. חשוב לציין כי ההתקשרות עם קופות החולים היא על בסיס טיפולים המתקיימים בפועל וטרם הוסדר המימון לפעילות הקהילתית של הדספייס שברובה ממומנת על ידי אנוש (מלבד ההדרכות שמשולמות על ידי עיריית בת ים). הדבר בא לידי ביטוי למשל בתחומי האחריות של המטפלים שהוזכרו קודם, המהווים חלק מהגדרת התפקיד של המטפל במרכז אך כרגע אינם כלולים במימון של קופות החולים. כיום נעשים מאמצים ליצירת מודל כלכלי שיציב את הדספייס כיחידה המסוגלת לייצר רווח ולהפחית את הגרעון. חלק מהפעולות המוצעות כיום כאפיק ליצירת רווח: תמחור שעות הרצאה וקורסים לאנשי טיפול וחינוך, פתיחת מסלול התמחות במרכז שיאפשר קבלת מתמחים לעבודה, ומיקסום שעות הביטולים לצרכי תיעוד.
4. הנגשת הטיפול**-** כחלק מעקרונות המודל האוסטרלי הדספייס שמה לעצמה להיות כמה שיותר נגישה וידידותית לאוכלוסיית צעירים.הנושא עלה הן בראיונות עם המטפלים, גורמי הקהילה המפנים והצעירים ובני המשפחה עצמם. ניכר כי נעשו מאמצים ראשוניים בכל הקשור בעיצוב, במיקום ובריהוט המותאם ולאורך שנות המחקר בלטו מספר פעולות מרכזיות להנגשת הטיפול:
5. קיום **קשר מתמיד** עם הגורמים שבאים במגע עם צעירים והנחייה של הרצאות, ימי עיון וסדנאות הן לצוותים והן לצעירים עצמם. זאת על מנת להפחית סטיגמה מהפנייה לטיפול.
6. בעת ההתקשרות עם קופות החולים וההכרה בכך שעל מנת לקבל את המימון הנדרש לטיפול יידרשו תהליכים בירוקרטיים (שליחת טופס 17, סיכומי אינטייק וכו') נעשתה חשיבה לטובת **צמצום ההליכים הבירוקרטיים** והעברתם מהצעיר ומשפחתו לאחריות המרכז.על אף הקושי האדמיניסטרטיבי הכרוך בכך, כמעט כל הטיפול בבקשה לקבלת טפסי ההתחייבות והאישורים הנדרשים נעשה כיום על ידי המרכז. גם בראיונות עם בני המשפחה והצעירים הזמינות והפשטות של הפנייה הוזכרו.
7. לכל אורך שנות המחקר ננקטו צעדים מתמשכים **להפחתת זמני ההמתנה.** צוות המרכז שם דגש מרכזי על קבלה לאינטייק בפרק זמן קצר מאד שלא יעלה על מס' שבועות בודדים, כדי לספק את המענה הראשוני בזמן המתאים. יחד עם זאת לאחר קיום האינטייק, בתקופות זמן שונות במהלך השנים, נרשמו זמני המתנה של למעלה מחודשיים על אף המאמצים מצד הצוות לייעול התהליך. ניכר כי אחת הסיבות לכך היא חוסר ההופעה של צעירים לטיפולים שנקבעים באופן שמאריך את משך הזמן עד סגירת תיק.
8. התאמת הנהלים לאוכלוסיית היעד . לאור הקושי בהתמדה ובהגעה לטיפול עלה צורך בקיום תזכורות למטופלים עם מועד המפגש ווידוא הגעתם. בתחילה היתה התנגדות לקיום מהלך מסיבות קליניות הקשורות בגישות המנחות את אנשי הטיפול. יחד עם זאת עם הזמן וההכרה שמדובר במאפיין של השימוש בשירותים של אוכלוסיית היעד של המרכז שונה הנוהל והחלו לעשות תזכורות.
   1. **התמקצעות ויצירת ייחודיות**
9. התמקצעות, הכשרות ויצירת מודל קליני– לאורך שנות המחקר ניכר כי המרכז מגבש את זהותו המקצועית. בתחילה הזיקה למודל המבני של הדספייס המקורי היה קלוש ומרבית המטפלים כלל לא ידעו במה מדובר. בשנת המחקר השנייה החלו מספר פעולות רב מערכתיות שמטרתן חיבור למטרות הדספייס המקוריות, איגום הידע שנצבר ועיגונו בבסיסי ידע קיימים ותיעודם באופן מסודר שניתן יהיה לחזור עליו. בשנת המחקר השנייה הוקם צוות אקדמי במרכז שמטרתו פיתוח המודל הקליני שאמון על ארגון וסידור גופי הידע המצטברים בעבודת המרכז, והקמה של גוף מחקרי שיוכל ללוות באופן שוטף את עבודת המרכז. במקביל, חודש הקשר המשותף של צוות המחקר וצוות המרכז עם מובילי המודל באוסטרליה, עם מרכז אוריג'ן בפרט ואף נערך ביקור של מנהל המרכז באוסטרליה. בשנת המחקר הראשונה עלה צורך בהכשרה והדרכה על המענה קצר המועד המאפיין את העבודה במרכז. ניכר היה כי המטפלים מגיעים ממסגרות טיפוליות בהן היה נהוג טיפול ארוך טווח וגישות דינמיות יותר והמעבר למסגרת הזמן התחומה היה לא פשוט. מתוך כך עלה צורך בהכשרות ייעודיות שיתמקדו גם בקבוצת הגיל הייחודית וגם בטיפול קצר מועד. נושאים אלה הועלו בשנת המחקר הראשונה ובשנתיים האחרונות נבנתה והופעלה תכנית הכשרות ממוקדת למטפלים שכללה 22 מפגשים בארבעה תחומים: הדרכת הורים מבוססת מנטליזציה, חמלה עצמית, אובדנות וסכמה תרפיה. בנוסף מטפלים הושכרו מחוץ למרכז בכלי טיפול שונים כמו שימוש במציאות מדומה, EMDR ועוד. כמו כן במהלך השנים עלתה ההכרה בצורך במענים ייחודיים שיותאמו לאוכלוסייה שמגיעה על שלל צרכיה. למשל: נוספה מטפלת משפחתית לצוות המטפלים ,מטפלת המתמחה בהפרעות קשב וריכוז (ADHD) ,מטפלת דוברת השפה הרוסית ויצירת קבוצה עם מטפלות ייחודית לאוכלוסיית הבנות באולפנה. יחד עם זאת על אף העובדה כי במודל המקורי וגם בבת ים אוכלוסייה גדולה מהפונים גם עובדת אין למשל מענה בתחום התעסוקה והייעוץ לקריירה, נושא שמתאים מאד לקבוצת הגיל המדוברת ומאפייניה בישראל (זעירה, בנבנישתי ורפאלי, 2012).
10. פיתוח מענים ייחודיים- כחלק מתהליך ההתמקצעות נעשה תהליך של דיוק אוכלוסיית היעד של המרכז. למשל לאור צרכים שעלו הצוות השקיע תשומות בעבודה מול משפחות, נושא שבאוסטרליה למלשל לא מקבל מענה. כמו כן, על מנת לדייק את ההפנייה כך שהמענה יתאים הצוות קיים דיונים ואף מפגשים רבים עם יועצות בית הספר וגורמים מפנים אחרים.. יחד עם זאת לאור הצורך הרב שעלה בעת פתיחת המרכז ולאור הצהרות היועצות שהדספייס מהווה מקום נגיש אליו יותר קל לפנות לעיתים מגיעים גם מקרים קשים יותר. הצוות מחד מרגיש קושי לקבל צעירים עם קשיים רב מערכתיים ויחד עם זאת מציין כי לעיתים זה המענה היחיד שהצעיר יסכים לקבל. כחלק מזיהוי הצרכים הקיימים נפתחו יחידות התמחות לאוכלוסיות ספציפיות: יחידת טורט בשיתוף עם בית החולים לילדים שניידר, קבוצות חמלה בשיתוף עם אוניברסיטת חיפה, יחידה להדרכת הורים וכרגע ניסיון להקמת יחידה להתמודדות עם צעירים אובדניים.

בנוסף למענים הייחודים כאמור הצוות שוקד על יצירת מודל קליני שיגובה במחקר שהחל ברגע שהסתיים המחקר של קרן המפעלים של הביטוח הלאומי. הצוות מדגיש עדיין את הצורך בדיוק המענה קצר המועד וההבנה של מי מתאים להדספייס ומי לא.

* 1. **חיבור עם הקהילה והפצת ידע**

1. הרחבה שיטתית ודיוק של שיתופי פעולה עירוניים - ניכר כי המרכז רואה חשיבות רבה בפיתוח קשרי הקהילה ומתן מענה והסברה לקהילה. במהלך שנות המחקר חלה עלייה משמעותית בכמות שיתופי הפעולה ובמספר הארגונים עימם נוצר קשר. בנוסף במהלך השנים התקיימו מספר פרוייקטים כחלק ממענה קהילתי ומספרם הולך ועולה. חלק משיתופי הפעולה העירוניים כוללים הדרכה של רכזי תוכניות כמו מגדלור, תנועת הנוער קצ"ב, הדרכת רכזי ומתנדבי שנת השירות בעיר וחברות בועדות היגוי עירוניות בנושאים שונים כמו הטרדה מינית ושיתוף פעולה עם בתי ספר ועמותות בפרוייקטים כמו שגרירי הדספייס, יצירת סרט עם בית ספר מנשר ועוד. במקביל, במהלך שנות המחקר עלה צורך לדייק את הקשר עם גורמים עירוניים שונים כמו יועצות בתי הספר, השירות הפסיכולוגי החינוכי והרווחה. למשל, בוצעו מפגשים רבים של נציגי הדספייס עם גורמים עירוניים שונים לטובת הבנה ודיוק שיתוף הפעולה עמם. בכל תחילת שנת הלימודים (בשנתיים האחרונות) נעשו מפגשים עם גורמי חינוך על מנת לייצר שיח שיחדד את הקוים המנחים להפניית צעירים להדספייס שכן לדברי הצוות נראה שלעיתים לא נעשתה אבחנה בהפנייה למרכז. דוגמא נוספת היא שנעשה ניסיון להפעלת פרוייקט החונכים דרך מחלקת הרווחה ומשאב שהם כבר מקצים לעניין אך ניסיון זה לא צלח. יחד עם זאת ניתן לראות כי בשנת המחקר הראשונה נעשו מאמצים להגיע לקבוצת הגיל הבוגרת יותר אם בעזרת קמפיין בפייסבוק ופרסום או בעזרת הופעות בתכניות טלויזיה אך לאחר מכן פחות מאמצים הופנו בכיוון הזה. ניכר כי פנייה של צעירים מעל גיל 18 נותרה עדיין סוגייה שיש לתת עליה את הדעת שכן כפי שעולה גם מהמחקר הם מעידים על פחות מקורות לקבלת עזרה מהגילאים הצעירים יותר.
2. יצירת אפיקים להפצת ידע בבריאות הנפש בקהילה: עם הקמת המרכז הוחלט על שיתוף פעולה עם המרכז הבינתחומי הרצליה ליצירת מערך הסברה שיונהג על ידי סטודנטים לפסיכולוגיה. יוזמה זו לא יושמה על אף ניסיון של סטודנטית אחת ויצירה של מספר מצגות שעומדות לרשות המרכז. כמו כן כחלק משיתופי הפעולה הבית ספריים ופרוייקטים אחרים (מנשר למשל) נוצרו חומרי הסברה נוספים : סרטון, הרצאות שבימים אלה מתוכננת דרך הפצתם. מעבר לכך במהלך שנות המחקר הושקעו משאבים במתן הרצאות וימי עיון לצותי חינוך, להורים ולצעירים, לצוותים מטפלים ולגורמים עירוניים העובדים עם צעירים. כחלק מהכרה בחשיבותם של רופאי ילדים ומשפחה כסוכני שינוי והפנייה נעשה ניסיון להיפגש עימם אך בפועל התקיימו מעט מפגשים עם רופאי משפחה (כ-4).
3. פתיחת מרכז נוסף - במהלך שנות המחקר עלו מספר אפשרויות לשיתוף פעולה התקיימו מגעים לפתיחת מרכז נוסף בירושלים, קיימת פונקציה ייעודית בעירייה שממונה על הקשר עם הדספייס ופועלת להקמת החזון של המרכז בעיר. כיום כבר מתחיל שיפוץבמקום המיועד ואף גויס צוות ופתיחת המרכז צפויה לקראת מאי 2019.

# פרק 6: סיכום והשלכות יישומיות

דו"ח זה מהווה סיכום של שלוש שנות מחקר הערכה על תוכנית הדספייס שפותחה לאור המודל הלאומי האוסטרלי. עם פתיחתה ניכר כי צעירים, בני משפחה וגורמי הפנייה ראו בה משאב חשוב. הצעירים שפנו וקבלו טיפול אכן דיווחו על שיפור ברמת מצוקתם הנפשית ובתפקודם היומיומי שנשמר גם לאחר סיום הטיפול. גם בני המשפחה העידו על פחות נטל משפחתי ויותר תחושת חוללות עצמית לאחר המפגש עם הדספייס. סיכום הממצאים וההשלכות בטבלה 10.

הדו"ח מציג נתונים של פעילות המרכז ממרץ 2016 ועד יוני 2018. בתקופה זו פנו למרכז למעלה מ600 צעירים ובני משפחה ומהם כשני שליש גם הגיעו לאינטייק. מתוכם נכנסו למחקר 291 מטופלים צעירים שכ70% מהם התחילו טיפול ונכחו בממוצע ב9 טיפולים. הוריהם קבלו בממוצע הדרכת הורים אחת. הפונים הם בעיקר צעירים בגילאי 12-18 המדווחים על רמת מצוקה גבוהה שלרוב אינה עומדת בדרישות הסף לקבלת אבחנה פסיכיאטרית. כלומר, תוכנית הדספייס עמדה במטרתה לפנות לפלח זה של צעירים במצוקה ובעקרון של מודל הדספייס האוסטרלי לפיו הדספייס מכוון לפנייה של צעירים כמה שיותר מוקדם בהופעת קושי נפשי. הצעירים מדווחים על קשיים רגשיים, אותם הרוב התקשו להגדיר, אך בקרב מי שכן ידע להצביע על הקושי הרגשי הרוב חוו עצב או דיכאון ולאחריו חרדה. בקרב כמחצית הפונים להדספייס זהו המפגש הראשון שלהם עם שירותי בריאות נפשית ואף מהממצאים האיכותניים של המחקר ניתן להבין כי הוא מהווה מוקד הפנייה ידידותי לצעירים ומשפחותיהם. יחד עם זאת יש הרבה יותר בני נוער שפונים למרכז מאשר בוגרים צעירים וגם המענה שניתן מוכוון יותר אליהם. כחלק מהתכנון להמשך כדאי לבחון אפשרויות גישה לאוכלוסייה הבוגרת יותר. כמו כן מהמחקר עולה כי האוכלוסייה שמביעה יותר מצוקה ואף מעלה את נושא האבדנות פחות מתקבלת למרכז. כדאי לשקול יצירת מעקב מוסדר על המשך הטיפול והמענה שמקבלת אוכלוסייה זו שכן הדספייס מהווה שער כניסה לאוכלוסייה זו שלעיתים לא היתה פונה למקום אחר וזקוקה לטיפול. במהלך שנות המחקר המנהלים, עם צוות המטפלים שקדו על גיבוש מודל קליני שכן העבודה עם האוכלוסייה הספציפית בטיפול קצר מועד הצריכה שינוי עמדות ואף זיהוי גישות עבודה תואמות. תהליך זה עודנו מתרחש. כמו כן הובא כאן כי המטפלים העידו שלרוב הם עובדים בגישה דינמית אך ממצא זה שונה מאד מהמצב באוסטרליה שם הגישות המובילות הן קוגניטיביות התנהגותיות, תמיכתיות ופסיכו-חינוכיות. בבחינת מדדי התוצאה המרכזיים עולה כי לאורך הטיפול ניכר שינוי חיובי שמתבטא הן בהפחתת המצוקה הנפשית, הן בשיפור התפקוד הכללי והן במדד הקשיים הרגשיים התנהגותיים. יחד עם זאת, במרבית המדדים השינוי הוא קטן, אך ממצא זה דומה לנמצא באוסטרליה ( Hilferty et al, 2015) ואף מציג אפקט גבוה מזה הנמצא במחקרי טיפול פסיכולוגי לצעירים בעלי תמונה קלינית רב סימפטומטית (Weisz, 2017) . מעניין לראות כי למעשה בכל המדדים מלבד רווחה נפשית ואיכות חיים מושג שיפור גם רק אחרי מפגש אינטייק בלבד. ממצא זה מאושש את התפיסה המתגבשת במודל הקליני של הדספייס כי מפגש האינטייק, אינו רק אבחוני אלא מהווה התערבות טיפולית ראשונה. לממצא זה חשיבות רבה שכן אחוז לא קטן (30%) מהצעירים לא חוזר אחרי מפגש האינטייק. בבדיקת איכות החיים המותאמת לצעירים, בה הם נשאלו על שביעות רצונם הכללית מהחיים,מהיחסים המשפחתיים, החברתיים ויכולת להתמודד לא נראה שינוי ממפגש למפגש, מלבד קבוצה קטנה שהציגה איכות חיים ירודה בהתחלה והשתפרה מהר במפגשים הראשונים. ייתכן ונתון זה קשור במורכבות של המדד "איכות חיים" והיכולת לייצר בו שינוי בתקופת זמן קצרה והשונות הרבה בקשיים ובסימפטומים שמציגה האוכלוסייה הצעירה כפי שנידון במבוא. מבחינת אחוז המשתפרים בכל אחד מהמדדים, נראה כי אחוזי המשתפרים, המדרדרים ואלה שלא משתנים לרוב, מאד דומה לזה המדווח באוסטרליה וכ40% מהפונים השתפרו לפחות במדד אחד סימפטומטי, תפקודי או במדד איכות חיים. במקביל, מרבית בני המשפחה מתארים כי הנטל העיקרי אותו חשים הוא סביב דאגה לעתיד ילדם לאור מצבו הנפשי. רמת הנטל המשפחתי קשורה לחומרת המצב הנפשי של הילד לפני הטיפול אך כבר לא בסיום הטיפול. יחד עם זאת אין הבדל מובהק ברמת הנטל המשפחתי בסיום הטיפול. לעומת זאת, רמת החוללות ההורית עולה בין נקודות המדידה, זאת על אף שכאמור ממצוע ההדרכות ההורים הוא 1. בראיונות האיכותניים ההורים מציינים את הצורך בעוד הדרכות ואת האמון שנותנים בצוות. מממצאי הדו"ח ניתן לומר בזהירות כי עולות תוצאות המעידות על תרומה מסוימת של הטיפול לצעירים ברמה הרגשית והתפקודית ולבני משפחותיהם.

ברמה הקהילתית, המרכז הצליח ליצור תהודה בכל המעגלים בהם פועל , ברמה העירונית, החינוכית והייעוצית הן בשכבת בני הנוער והן בגיל המעבר לבגרות. גורמי הקהילה השונים שמוקד עבודתם הוא נוער וצעירים רואים במרכז מענה ייחודי ונדרש. יחד עם זאת הם מציינים את היעדר רציפות הקשר בינם לבין המטפלים האישיים לאורך הטיפול וחשבות העניין כחלק מאחריותם לניהול מצבו של הצעיר. מדבריהם עלה כי לרוב הקשר מתנתק אחרי שלב ההפנייה. במקביל, בקשה זו מקבלת משנה תוקף לאור הממצאים שהעידו כי מבין מי שלא ממשיך טיפול אחוז גבוה חווים מצוקה גבוהה ואף מעלה את נושא האבדנות, על מנת לוודא קבלת טיפול. ניכר כי הדספייס מהדק את קשריו עם הגורמים העירוניים ואף מתמיד בקיום מפגשים עם עמותות שונות הפועלות בזירת בני הנוער. כדאי לשקול חבירה לגורמים המצויים בעולמות התוכן של בוגרים צעירים בגילאי 18 ומעלה ואולי פתיחת מענים הממוקדים במטרות ההתפתחותיות של גילאים אלה: בחירת תחום לימודים, עבודה. כחלק מהמטרה של הפצת הידע, הושקעו תשומות במרכז בתהליך יצירת גוף ידע ממוקד בבריאות נפש של צעירים אך במהלך שנות המחקר נעשו מעט פעולות של הפצת הידע ובעיקר הוכנו חומרים. כעת מן הנדרש כי ייעשה שימוש קהילתי בידע שנאגד והובנה , כפי שכבר החלו מול רופאים כלליים בקופות החולים.

המרכז החל לפעול על פי עקרונות המודל כפי שמיושמים באוסטרליה. חשוב לציין כי המודל האוסטרלי פועל בתנאי מדיניות ולאור מאפיינים תרבותיים שונים מאלה הנהוגים בישראל. למשל, החוק האוסטרלי מאפשר לצעירים החל מגיל 14 לגשת לטיפול ללא הסכמת הוריהם. לנושאים אלה כמובן השלכות על הפרקטיקה וגם על האפשרות להטמיע את המודל באופן זהה.

המודל האוסטרלי מספק בעיקר מבנה כללי ועקרונות פעולה המכוונים למעורבות והנהגת צעירים, עבודה פסיכוחינוכית, זמינות ונגישות ואיגום צרכי צעירים במקום אחד הדספייס בת ים פעל ליצירת סביבה ידידותית ומזמינה לצעירים ומשפחותיהם, להרחבת המודעות לבריאות הנפש בקהילה ולהרחבת שיתופי פעולה בין גורמים שעובדים עם צעירים- שלושת אלה עקרונות מרכזיים במודל. יחד עם זאת, חשוב לציין כי במודל הנוכחי בבת ים יש יישום חלקי של עקרונות המודל שכן המרכז נבנה למתן מענה רק של טיפולים פסיכולוגיים ומעקב פסיכיאטרי ולא מציע רשת רחבה של ייעוץ תעסוקתי, טיפול בשימוש בחומרים וטיפול רפואי פיזי ומיני כפי שמצויין בעקרונות הדספייס. מעבר לכך, גם בהתחשב שהמודל הישראלי יישם רק את החלק של מענה בבריאות הנפש ניתן לראות כי גישת הטיפול המרכזית המדווחת במחקר זה היא גישה דינמית שאינה מתיישבת עם הגישות הנהוגות במרכזי המודל באוסטרליה וחשוב להבין את מקורה וההצדקה לבחירתה. ייתכן וממצא זה קשור במספר גורמים: הראשון, העובדה כי המודל האוסטרלי אינו כולל פרוטוקולים טיפוליים והכוונה לגישות הנדרשות מהמטפלים ועל כן גם הצוות בהדספייס בת ים לא הודרך לגישה כזו או אחרת. השני, קשור בתהליך של שינוי עמדות המטפלים שהורגלו לשיטות עבודה ארוכות טווח או מסורתיות יותר, והאחרון, ייתכן וקשור בעצם הדיווח בשאלון המטפלים שהתבסס על פריט אחד אותו מילאו המטפלים שהעידו בראיונות ובמפגשים שוטפים כי התקשו לבחור בגישה אחת על פני אחרת שכן הטיפול היה אינטגרטיבי. ניתן לראות, בהתייחס למודל האוסטרלי כי הדספייס בת ים מיישם חלק מהעקרונות הכלליים של המודל אך לא את כולם. מאחר והראשון מציג רק קוים כללים ולא פרוטוקולים מוסדרים כיום נעשית עבודה מאומצת לגיבוש מודל עבודה שיכלול מנה סדורה יותר של תהליכי ההתערבות המתבקשים.

לבסוף, המרכז הוקם על מנת לייצר מענה חדש וייחודי לצעירים בגיל המעבר לבגרות 12-25. במהלך שנותיו הראשונות המרכז מגבש לעצמו זהות של מודל הדספייס הישראלי וכאמור כיום מתבצע תהליך אחרון של גיבוש והידוק הקוים הקליניים והתפעוליים של מודל העבודה במרכז. במהלך שנות המחקר המרכז עבר שינוי אסטרטגי משמעותי עם המעבר לעבודה עם קופות החולים והדבר מצריך עוד למידה של התנהלות נכונה כלכלית ואף קלינית על מנת לדבוק בעקרונות המודל בהינתן דרישות המציאות. תהליך זה היווה קטליזטור לדיוק והדגשת החשיבות הגדולה לתהליכי התיעוד והארגון שהמרכז עובר וכן הבנה של מקורות המימון האפשריים לעבודה הקהילתית הענפה שחרט על דגלו וטרם מימשה.

חשוב לציין את הדיאלוג המפרה בין צוות התוכנית, צוות המחקר והגורמים המלווים לאורך כל שנות המחקר שהוביל בין היתר להתמקצעות וייעול תהליכי העבודה.

טבלה 10- סיכום מסקנות תכנית הדספייס והשלכות להמשך

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ממצאים ומסקנות** | **השלכות להמשך** |
| **מאפייני הפונים** | מרביתם בני נוער (גילאי 12-18)  מציגים רמת מצוקה גבוהה בפנייה  הדספייס היה המפגש הראשון עם מערכות בריאות הנפש עבור כמחצית הצעירים.  רובם אינם עומדים בתנאי סף של אבחנה, אך מדווחים בעיקר על דיכאון וחרדה.  אוכלוסייה בעלת מצוקה גבוהה ואזכור של אבדנות פחות מתקבלת למרכז | * הדספייס הצליח להגיע לאוכלוסייה חדשה, כדאי לבחון אפשרויות גישה לאוכלוסייה מעל 21 * כדאי ליצור מעקב מסודר אחר אוכלוסייה שלא מתקבלת |
| **שינוי בקרב הצעירים** | שינוי חיובי אך קטן המתבטא בהפחתת המצוקה הנפשית, שיפור התפקוד הכללי ובמדד הקשיים הרגשיים וההתנהגותיים.  בכלל המדדים מלבד רווחה נפשית ואיכות חיים מושג שינוי גם רק אחרי אינטייק בלבד.  צעירים מרגישים שחל בהם שינוי לטובה | המחקר מחזק הכרה בחשיבות מפגש האינטייק כהתערבות טיפולית ראשונה .  יש להמשיך ולבחון את האופן בו משתנים הצעירים בטיפול. ייתכן ושימוש בשאלונים גם למטרה קלינית יסייע בדיוק תוצאות הטיפול.  המחקר מציג כי מושג שיפור מהימן במדדים סימפטומטיים בקרב למעלה משליש מהפונים.  הצעירים שומרים על השיפור גם לאורך זמן (כ-4 חודשים אחרי) |
| **במרכז שביעות רצון מהשירות** | נתפס כמוקד פנייה ידידותי על ידי ההורים והצעירים עצמם.  הורים וצעירים מדווחים על שביעות רצון. ההורים היו שמחים לעוד קשר עם אנשי הצוות.  גורמי הקהילה, בכללן היועצות של בתי הספר העידו על מקור הפנייה חשוב אך במקביל הצורך בשותפות רבה יותר סביב סיום טיפול ועדכון שוטף. | יש צורך בהידוק המודל הקליני והבהרת גישות הטיפול הנדרשות לכלל הצוות |

# מגבלות המחקר

* מחקר זה הינו מחקר שדה ולא התקיימה בו השוואה לקבוצת ביקורת או הקצאה רנדומלית. מגבלה זו משמעותית שכן לא ניתן להשוות את הציונים במדדים לציונים של אוכלוסייה מקבילה וכן לא ניתן לייחס את השינוי לטיפול בלבד. כמו כן מאחר והמרכז קיים לבסוף רק בבת ים לא ניתן להכליל את התוצאות לגבי מרכזים אחרים שייפתחו באותו המודל. כמו כן חשוב לציין כי מדובר במדגם נוחות וללכן יש לנקוט זהירות בהכללת הממצאים לכלל הפונים המרכז ולכלל מחפשי העזרה הנפשית בעיר.
* החלק האיכותני מתבסס על מספר מועט יחסית של ראיונות **איכותניים** עם בני משפחה וצעירים שברובם התקיימו בשנת המחקר השנייה. עלה קושי בהיענות של צעירים לקיום הראיונות על אף ניסיונות , תגמולים ושיתוף הפעולה של המטפלים בהפנייה ויידוע צוות המחקר לקראת סיומי טיפול. כמו כן חשוב לציין כי המשתתפים שאכן התראיינו לרוב הופנו על ידי המטפלים ולרוב סיימו את כלל הטיפולים בסל של הדספייס, כלומר אין ייצוג הולם לכלל מסיימי הטיפול.
* **מעקב אחר מילוי שאלונים**- צוות המחקר למעשה מעביר את השאלונים באמצעות תוכנת ניטוריקס עימה התקשרה עמותת אנוש כגוף שינהל את פלטפורמת ההערכה. לאורך שנות המחקר הוטמע השימוש במערכת לטובת מילוי שאלונים ואיסוף הנתונים. על אף המאמצים שנעשו בחלק מועט מהמקרים התפספסו מועדי מפגשים וחלק מהמידע היה חסר. מצב זה התרחש בעיקר בשאלוני המטפלים שכן הללו התקשו למלא את השאלונים במועד הנדרש ולעיתים קרובות מילאו את השאלונים בדיעבד וזמן רב לאחר ביצוע האינטייק או הטיפול הראשון.
* **הערכה ברמת הקהילה-** עד כה ההערכה של פעילות הדספייס בקהילה התמקדה בראיונות ובסקר עם יועצות בתי הספר שמהוות את הגורם המפנה העיקרי. במהלך השנה הסתמן שיתוף פעולה חלקי למילוי הסקר בקרב גורמי קהילה אחרים. בנוסף, ראיונות התקיימו עם מספר גורמים מפנים נוספים אך חשוב לציין כי מדובר בגורמים המצויים בשיתוף פעולה מתמיד ונענו לבקשה. נתונים אלה מטילים בסימן שאלה את הצלחת הערכת התרומה הקהילתית של המרכז.
* **נתונים של תוצאות המשפחות-** היה קושי להשיג את היענות המשפחות למילוי שאלונים וכן לעקוב אחרי המועד בו מגיעה משפחה לטיפול ולהכין עבורה את בטריית השאלונים. על כן, יש שונות רבה בין נקודות הזמן בהן מילאו בני המשפחה את השאלונים בפעם השנייה. חלקם מילאו אחרי הדרכת הורים אחת , חלקם בסיום הטיפול של ילדם וחלקם מתישהי באמצע תקופת הטיפול.

בכבוד רב

פרופ' דיוויד רועה

ד"ר פאולה גרבר אפשטיין

ד"ר מיכל משיח אייזנברג

גב' גילי חטר ישי

**רשימה ביבליוגרפית**

גרוס, ר., באום, נ. ועובד אור, מ.(2009). גורמים הקשורים בפנייה לעזרה נפשית פורמלית ובלתי פורמלית באוכלוסייה הכללית בישראל. *ביטחון סוציאלי,* 79, 110-115

גרוס,ר., ברמלי-גרינברג, ש., רוזן, ב., ניראל, נ., וייצברג, ר. (2009). מצוקה נפשית ודפוסי קבלת טיפול לפני העברת האחריות

לבריאות הנפש לקופות-החולים: נקודת המבט של צרכני השירותים. *מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.*

זעירא, ע., בנבנישתי, ר., רפאלי, ת. (2012) צעיריפ פגיעים בתהליכי מעבר לבגרות- צרכים, שירותים ומדיניות. דו"ח מחקר מסכם, קרן גנדיר.

לבל, ש.(2008). *מדיניות צעירים בישראל*. דו"ח מדיניות- קרן גנדיר.

מרכז המחקר והמידע של הכנסת (2012). ילדים ובני נוער עם הפרעות נפשיות: זכויות ושירותים במערכות הבריאות הרווחה והחינוך. כתבה אתי וייסבלאי.

קטן, י.(2009). *צעירים בישראל – בעיות, צרכים ושירותים – תמונת מצב ומבט לעתיד*. משרד הרווחה, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה, ירושלים

ראובן, י. ותורג'מן, ח. (2015). טיפול בצעירים בסיכון ובמצוקה בקהילה. תכנון ומדיניות רווחה, אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

Arnett, J. J. (2004). A longer road to adulthood. In: J. J. Arnett (Ed.). *Emerging adulthood: The winding road from late teens through the twenties* (pp. 3-25).

Andrews, G. & Slade, T.(2001) Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale (K10).*Australian and New Zealand journal of public* , 25 , 6, 494-497

Bassilios, B., Telford, N., Rickwood, D., Spittal, M. J., & Pirkis, J. (2017). Complementary primary mental health programs for young people in Australia: Access to Allied Psychological Services (ATAPS) and headspace. *International journal of mental health systems*, *11*(1), 19.‏

De Girolamo G, Dagani J, Purcell R, Cocchi A, McGorry P (2011). Age of onset of mental disorder and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles. *Epidemology and Psychiatric* *Sciences* 21, 47–57.

Farbstein, .I, Mansbach-Kleinfeld, I., Levinson, D. et al. (2010) Prevalence and correlates of mental disorders in Israeli adolescents: results from a national mental health survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* , 51, 630-9.

Falkenström F.(2010) Does psychotherapy for young adults in routine practice show similar results as therapy in randomized clinical trials? *Psychotherapy Research*; 20: 181-1 92.

Gilat, Y., Ezer, H., & Sagi, R. (2011). Adolescents' help seeking: Attitudes toward turning to online and traditional sources. Megamot (Trends), 47, 405–414

Glaser, B., Strauss, A., (1967). The Discoveryof Grounded Theory. Aldine Publishing Company, Hawthorne, NY.

Goldman, H.H., Skodol, A.E. & Lave, T.R. (1992) Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry* 149 :1148–1156

Gulliver,A., Griffiths, K.M. & Christensen, H (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review***. BMC Psychiatry*, 10, 113**

Howe ,D,  Batchelor, s., Coates, D. & Cashman, E. (2014). Nine key principles to guide youth mental health: development of service models in New South Wales. Early Intervrntion In Psychiatry, 8, 190-197.

Iyer, S.N. Boksa, S. Lal, J. Shah, G. Marandola, G. Jordan, M. Doyle, R. Joober and A. K. Malla (2015). Transforming youth mental health: a Canadian perspective. *Irish Journal of Psychological Medicine* , 32 , 51 – 60

Jackson, D. S., Keir, S. S., Sender, M., & Mueller, C. W. (2017). Reliable change and outcome trajectories across levels of care in a mental health system for youth. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 44*(1), 141-154.

Kessler, R.D., Berglund, P., Demler, O., Jin, R .& Walters, E.E.(2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch General Psychiatry*; **62**: 593–602.

Kaim, Z., & Romi, S. (2015). Help seeking in accordance with the Threat to Self-esteem Model: Comparing adolescents at risk with normative adolescents. *Megamot* (in press)

Lloyd, S., Dixon, M., Hodges, C.A., Sanci. L.A., & Bond, L.(2004) Attitudes towards and pathways to and from the Young People’s Health Service Mental Health Services. *Beyond Blue Research Report*. Melbourne: Beyond Blue

Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Levinson, D., et al.(2010) "The Israel Survey of Mental Health Among, Adolescents: Aims and Methods", *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47, 4

Mansbach-Kleinfeld I, Apter A, Farbstein I, Levin SA, Ponizovsky AM (2010a) A population-based psychometric validation study of the Strengths and Difficulties Questionnaire – Hebrew version. Frontiers in Psychiatry 151: 1-12.

Mansbach-Kleinfeld, I., Farbstein, I., Levinson, D., et al. (2010b), "Service Use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel Survey on Mental Health Among Adolescents", *Psychiatric Services*, 61

McGorry P.D., Goldstone SD, Parker AG, Rickwood DJ & Hickie IB (2014). Cultures for mental health care of young people: an Australian blueprint for reform**.** *Lancet Psychiatry* , **1:**559-568

McGorry P.D, Bates T, Birchwood M.(2013) Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK. *Br J Psychiatry* , **202** (s54): s30–5.

McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, Yung AR: Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. Can J Psychiatry 2010, 55:486–497

McGorry P.D., Tanti C, Stokes R, Hickie IB, Carnell K, Littlefield LK, et al.(2007) Headspace: Australia’s National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Medical Journal of Australia*; 187 (suppl 7): 68–70

McGorry, P.D.(2007). The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Medical Journal of Australia* , 187,7

McGorry P.D. (1996) The Centre for Young People’s Mental Health: blending epidemiology and developmental psychiatry. *Australias Psychiatry* ;4: 243-247.

Muir, K., Powell, A., Patulny, R., Flaxman, S., McDermott, S., Oprea, I., et al. (2009) Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health. *Social Policy Research Centre*, University of New South Wales.

Moses, T. (2011). Adolescents’ commitment to continuing psychotropic medication: a preliminary investigation of considerations, contradictions, and correlates. *Child Psychiatry and Human Development*, 42(1), 93-117.

Nelson, P. L., Warren, J. S., Gleave, R. L., & Burlingame, G. M. (2013). Youth psychotherapy change trajectories and early warning system accuracy in a managed care setting. *Journal of Clinical Psychology, 69*(9), 880-895.

Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick, S., McGorry, P.(2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*;*369*(9569): 1302–13.

Patton, G, Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Service responses for youth onset mental disorders.

*Current Opinion in Psychiatry*, 20, 319-324

Poon, L.Y, Tay, E., Ping Lee, Y., Lee, H & a Verma, S.(2014). Making in-roads across the youth mental health landscape in Singapore: the Community Health Assessment Team (CHAT). *Early Intervention in Psychiatry*, 12, 1-7

Reinhard, S., Gubman, G., Horwitz, A., & Mintz, S. (1994). Burden assessment scale for families of the mentally ill. *Evaluation and Program Planning, forthcoming*.

Rickwood, D.J., Deane, F.P., & Wilson, C.(2007) When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187, (7), p. S35–39.

Rickwood, D.J., Telford N, Parker A, Tanti C, McGorry P.D. (2014) headspace―Australia’s innovation in youth mental health: who’s coming and why do they present? *Medical Journal of Australia* , 200,108-11

Rickwood, D.J., Mazzer, K., Telford N.R., Parker, A., Tanti C. & McGorry, P.D.(2015).Changes in psychological Distress and psychosocial functioning in young people accessing headspace centers for mental health problems. *Medical Journal of Australia* , 202,(10), 537-543

Rickwood, D.J., Telford, N.R., Mazzer, K., et al. (2015) The services provided to young people by *headspace* centres in Australia. *Medical Journal of Australia,* 202: 533-536.

Rickwood, D.J., van Dyke, N., Telford, N.R.(2015). Innovation in youth mental health services in Australia: common characteristics across the first headspace centres. *Early Intervention Psychiatry*, 9: 29- 37.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52, 141-166.

Seginer, R. (2009). *Future orientation : developmental and ecological perspectives*. New York : Springer.

Silk, J. (2005) *Getting it right! Models of better practice in youth health*. Sydney: New South Wales Association for Adolescent Health.

Steinberg, L., Graham, S., O’Brien, L., Woolard, J., Cauffman, E., & Banich, M. (2009). Age differences in future orientation and delay discounting. *Child development*, *80*(1), 28-44.‏

Tylee, A., Haller, D.M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L.A.(2007) Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet*, 369: p. 1565-1573.

Tishby, O., Turel, M., Gumpel, O., Pinus, U., Ben-Lavy, S., Winokour, M., et al. (2001). Helpseeking attitudes among Israeli adolescents. *Adolescenc*e, 36(142), 249–264.

[Vanheusden](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108002231), K, [Mulder](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399108002231), C.L., Van der Ende,J., Van Lenthe, F.J., Mackenbach, J.P., Verhulst, F.C. (2008). Young adults face major barriers to seeking help from mental health services.[*Patient Education and Counseling*](http://www.sciencedirect.com/science/journal/07383991), 73, (1), 97-104

Valfort, M. (2017), "LGBTI in OECD Countries: A Review", *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 198, OECD Publishing, Paris

Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., . . . Chu, B. C. (2017). *What Five Decades of Research Tells Us about the Effects of Youth Psychological Therapy: A Multilevel Meta-Analysis and Implications for Science and Practice.,*

**נספחים**

**נספח 1**

שאלון דמוגרפי צעירים HSPROFILE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שנת לידה:\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | Birthd\_\_ |
|  | סטטוס משפחתי | ענה בנוגע להגדרת מצבך המשפחתי | 1 | רווק/ה | Familystatus\_ |
| נשוי/אה |
| פרוד/גרוש |
| אלמן/ה |
| **0** | איך את/ה מגדיר/ה את מינך? | בחר/י את מינך:  במקרה ואף תשובה אינה נכונה עבורך, בחר/י "אחר" ותאר/י בקצרה את מינך. | 1 | נקבה | Gender\_ |
| 2 | זכר |  |
| 3 | טראנסג'נדר |  |
| 4 | אינטרסקס |  |
| 5 | אחר (אנא פרט/י) |  |
| **1** | מה מבין הבאים הוא התיאור הקרוב ביותר להעדפתך המינית? | בחר/י את התשובה המתארת את העדפתך המינית.  במקרה ואף תשובה אינה נכונה עבורך, בחר/י "אחר" ופרט או סמן/י "מעדיף/ה לא לענות". | 1 | נמשך לבנות / בנים | Sexpref\_ |
| 2 | לסבית/ הומוסקסואל |  |
| 4 | דו מיני/ת |  |
| 5 | לא בטוח/ה |  |
| 6 | הגדרה אחרת (אנא פרט/י): |  |
| 7 | מעדיף/ה לא לענות |  |
| **2** | כיצד את/ה מגדיר/ה את עצמך? | סמן/י כיצד את/ה מגדיר/ה את עצמך. | 1 | יהודי/ה | Relig\_\_ |
| 2 | מוסלמי/ת |  |
| 3 | נוצרי/ה |  |
| 4 | דרוזי/ת |  |
| 5 | אחר (אנא פרט/י) |  |
| **3** | מהי ארץ הולדתך? | אנא סמן/י את ארץ הולדתך. אם ארץ הולדתך אינה מופיעה ברשימה, אנא בחר/י "אחר" והזין/י את ארץ הולדתך. | 1 | ישראל | Birthcoun\_\_ |
| 2 | רוסיה (או ברית המועצות לשעבר) |  |
| 3 | אתיופיה |  |
| 4 | צרפת |  |
| 5 | דרום אפריקה |  |
| 6 | אנגליה |  |
| 7 | ארצות הברית |  |
| 8 | אחר (אנא פרט/י): |  |
| **4** | את/ה מדבר/ת שפה נוספת פרט לעברית בבית? | סמן/י האם מדוברת שפה נוספת בביתך, פרט לעברית. סמן/י מהי שפה זו. במקרה והשפה המדוברת בביתך אינה מופיעה ברשימה, אנא בחר/י "אחר" והזין/י את השפה. | 1 | לא | Language\_\_\_ |
| 2 | ערבית |  |
| 3 | רוסית |  |
| 4 | צרפתית |  |
| 5 | אנגלית |  |
| 6 | אמהרית |  |
| 7 | אחר (אנא פרט/י): |  |
| **5** | מהי הכיתה האחרונה שסיימת?לא הכיתה שלך עכשיו אלא האחרונה שסיימת | ציין/י מהי רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהשלמת. אם בזמן זה את/ה עדיין לומד/ת, ציין/י את רמת ההשכלה הגבוהה ביותר שהשלמת במלואה, ולא את לימודיך/לימודייך הנוכחים.  במקרה ורמת השכלה זו אינה מופיעה ברשימה, בחר/י "אחר" והזן/י תיאור קצר. | 1 | כיתה ה' ומטה | EDU\_\_\_ |
| 2 | כיתה ו' |  |
| 3 | כיתה ז' |  |
| 4 | כיתה ח' |  |
| 5 | כיתה ט' |  |
| 6 | כיתה י' |  |
| 7 | כיתה י"א |  |
| 8 | כיתה י"ב |  |
| 9 | לימודי תעודה |  |
| 10 | לימודי מכינה |  |
| 11 | תואר ראשון |  |
| 12 | תואר שני |  |
| 13 | דוקטורט |  |
| 14 | אחר (אנא פרט/י): |  |
| **6** | האם את/ה מסתמך/ת על מקור הכנסה שאיננו משכורת? | בחר/י את התשובה המתארת באופן הטוב ביותר האם את/ה מקבל/ת קצבה כלשהי כרגע ואם כן, איזו. | 1 | לא | Budjet\_\_\_ |
| 2 | דמי אבטלה |  |
| 3 | דמי מזונות |  |
| 4 | קצבת נכות |  |
| 5 | מלגת לימודים |  |
| 6 | אחר |  |
| **7** | מהו מצב משפחתך? אנא התייחס למשפחה בה גדלת | אנא התייחס למשפחה בה גדלת (משפחת המוצא) | 1 | הורי נשואים | Originfaml\_ |
| 2 | הורי פרודים/ גרושים |  |
| 3 | משפחה חד הורית |  |
| 4 | אחר (אנא פרט/י) |  |
| **8** | האם את/ה כרגע לומד/ת בבית ספר או במוסד לימודי כלשהו? | ציין/י אם את/ה כרגע לומד/ת בבית ספר או במוסד לימודי כלשהו. אם ענית "כן", סמן/י את רמת השכלתך.  במקרה ורמת השכלתך אינה מופיעה ברשימה, בחר/י "אחר" והזן/י תיאור קצר. | 1 | לא | CURREDU\_\_ |
| 2 | כן- חטיבת ביניים |  |
| 3 | כן- תיכון |  |
| 4 | כן- לימודי תעודה/ מכינה |  |
| 5 | כן- לימודים לקראת תואר ראשון |  |
| 6 | כן- לימודים לקראת תואר שני |  |
| 7 | אחר (אנא פרט/י): |  |
| 1 |  |  |
| 2 | עובד/ת במשרה מלאה |  |
| 3 | עובד/ת במשרה חלקית |  |
| 4 | עובד/ת במשרה זמנית |  |
| **9** | האם אתה מועסק/ת כרגע? |  | 1 | לא עובד ולא מחפש עבודה |  |
| 2 | מחפש עבודה |  |
| 3 | עובד/ת במשרה חלקית |  |
| 4 | עובד במשרה מלאה |  |
| **10** | כיצד תתאר/י את מצב המגורים הנוכחי שלך? | סמן/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את מצב המגורים הנוכחי שלך. | 1 | יש לי איפה לגור, כך שאין לי בעיה בתחום זה | Home\_\_\_ |
| 2 | יש לי איפה לגור אך המצב בעייתי (לדוגמה, לא בטוח/ה לכמה זמן, מתקשה בתשלום שכר הדירה, עימותים עם דיירים וכדומה) |  |
| 3 | אני בסיכון להפוך לחסר/ת בית בקרוב (לדוגמה: כרגע לן/ה באופן זמני בין בתים מארחים, בדיור מוגן) |  |
| 4 | אני חסר/ת בית |  |
| **11** | האם את/ה כרגע משרת/ת בצה"ל? | מידע זה יישאר חסוי, יעשה בו שימוש למטרות מחקר בלבד. | 1 | כן, כרגע בשירות | Army\_\_ |
| 2 | עוד לא הגעתי לגיל שירות צבאי |  |
| 3 | מעולם לא שירתי בצה"ל ושוחררתי מכלל שירות |  |
|  | 4 | אני עושה שירות לאומי |  |
| 5 | שירתי שירות חלקי ושוחררתי |  |
| 6 | שירתי שירות מלא ושוחררתי |  |
|  |  |  |  |  |
| **12** | האם נפגשת בעבר עם מטפל מהתחום הנפשי כדי לקבל עזרה עם בעיה אישית או רגשית ? | סמן/י האם היית, או נמצא/ת כרגע, בטיפול נפשי. בזאת יש לכלול יועץ/ת בית ספרי/ת, פסיכולוג/ית, פסיכיאטר/ית, עובד/ת סוציאלית, פסיכולוג/ית תעסוקתי/ת. | 1 | אני כרגע נמצא/ת בטיפול נפשי | Prevtherap\_\_ |
| 2 | הייתי בטיפול בחודש האחרון |  |
| 3 | הייתי בטיפול בשנה האחרונה |  |
| 4 | הייתי בטיפול לפני למעלה משנה |  |
| 5 | לא הייתי בטיפול |  |
| **14** | מה ארץ הלידה של אימך ? |  | 1 | ישראל |  |
| 2 | רוסיה (ברית המועצות לשעבר) |  |
| 3 | צפון אפריקה (מצרים, מרוקו) |  |
| 4 | אתיופיה |  |
| 5 | אירופה |  |
| 6 | ארה"ב קנדה |  |
| 7 | אמריקה הלטינית |  |
| 8 | אחר, פרט |  |
| 9 | לא יודע/ לא רלוונטי |  |
| **15** | מה ארץ הלידה של אביך ? |  | 1 | ישראל |  |
| 2 | רוסיה (ברית המועצות לשעבר) |  |
| 3 | צפון אפריקה (מצרים, מרוקו) |  |
| 4 | אתיופיה |  |
| 5 | אירופה |  |
| 6 | ארה"ב קנדה |  |
| 7 | אמריקה הלטינית |  |
| 8 | אחר, פרט |  |
| 9 | לא יודע/ לא רלוונטי |  |
| **16** | בחודש האחרון , האם שתית משקה אלכוהולי? |  | 1 | כן |  |
|  |  |  | 2 | לא |  |
| **17** | בחודש האחרון, כמה פעמים שתית 5 מנות או יותר של משקה אלכוהולי תוך מספר שעות? |  | 1 | 4 פעמים או יותר |  |
|  |  |  | 2 | 3 פעמים |  |
|  |  |  | 3 | פעמיים |  |
|  |  |  | 4 | פעם אחת |  |
|  |  |  | 5 | לא שתיתי 5 משקאות אלכוהוליים או יותר תוך מספר שעות בחודש האחרון |  |
|  |  |  | 6 | מעולם לא שתיתי 5 משקאות אלכוהוליים או יותר תוך מספר שעות |  |
| **18** | האם התנסית בשימוש במריחואנה (גראס)? |  | 1 | כן |  |
| 2 | לא |  |
| **19** | בחודש האחרון באיזו תדירות השתמשת במריחואנה? |  | 1 | מספר פעמים ביום |  |
|  |  |  | 2 | פעם ביום |  |
|  |  |  | 3 | פעם-פעמיים בשבוע |  |
|  |  |  | 4 | פעם פעמיים בשבועיים |  |
|  |  |  | 5 | פעם בחודש |  |
|  |  |  | 6 | לא השתמשתי בכלל |  |

**נספח 2**

שאלון אפיון השירות:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | כמה זמן חיכית לפגישה זו? (מהרגע שאתה או מישהו מטעמך תיאמתם אותה) | בחר/י את התשובה המתארת את פרק הזמן שעבר מאז נקבעה פגישה זו, על ידך או על ידי מישהו אחר, ועד לקיומה.  אם אינך יודע/ת או אינך זוכר/ת, בחר/י "אינני יודע/ת". | 1 | אינני יודע |
| 2 | 6-3 ימים |
| 3 | 2-1 שבועות |
| 4 | 4-3 שבועות |
| 5 | 5-6 שבועות |
| 6 | 7-8 שבועות |
| 7 | למעלה מחודשיים |
| **2** | האם הצלחת לקבוע פגישה למועד שרצית? | ענה/י "כן" אם מועד הפגישה תואם את צרכיך/צרכייך.  ענה/י "לא" אם לא הצלחת לקבוע מועד פגישה כשרצית או במקרה שהמועד האפשרי פגע בלימודים, עבודה או במחויבות אחרות. | 1 | כן |
| 2 | לא |
|  | 3 | לא יודע, אני לא קבעתי |
| **3** | מהי הסיבה **העיקרית** שהביאה אותך ל **headspace** היום? (בחר/י תשובה אחת) | בשאלה זו, בחר/י את הסיבה העיקרית שהביאה אותך ל **headspace** היום. במקרה ויש יותר מסיבה אחת, הזן/י כאן את הסיבה העיקרית, או זו שמעסיקה אותך ביותר. בשאלה הבאה תוכל/י להזין סיבה נוספת שהביאה אותך ל**headspace** היום.  במקרה ואף תשובה אינה נכונה עבורך, בחר/י "אחר" והזן/י את הסיבה. | 1 | קשיים רגשיים:  מהו הקושי הרגשי העיקרי? |
| 1.1 | אני עצוב/ה או מדוכא/ת |
| 1.2 | אני חרדתי/ת |
| 1.3 | אני לחוץ/ה |
| 1.4 | אני כועס/ת |
| 1.5 | אני מוטרד/ת בקשר לאוכל, משקל ותדמית גוף |
| 1.6 | יש לי מחשבות שמטרידות אותי |
| 1.7 | אני מוטרד/ת בנוגע למיניות שלי וסוגיות של מגדר |
| 1.8 | קשיים אחרים עם איך שאני מרגיש/ה |
| 2 | קשיים במערכות יחסים:מהי מערכת היחסים הבעייתית? |
| 2.1 | קשיים במשפחה |
| 2.2 | קשיים עם חברים |
| 2.3 | קשיים עם בן/בת הזוג שלי |
| 2.4 | קשיים הנובעים מבריונות |
| 2.5 | קשיים הנובעים מבריונות ברשתות |
| 2.6 | קשיים אחרים הקשורים למערכות יחסים |
| 3 | קשיים בעבודה או בבית הספר: |
| 3.1 | קשיים הקשורים לבידוד חברתי |
| 3.2 | קשיים הנובעים מבריונות |
| 3.3 | קשיים הנובעים מבריונות ברשתות החברתיות |
| 3.4 | קשיים הקשורים לחרדה ודאגה |
| 3.5 | קשיים הקשורים בחרדת בחינות ועומס לימודים |
| 3.6 | קשיים הקשורים בעומס בעבודה |
| 3.7 | קשיים אחרים הקשורים לבית הספר או לעבודה |
| 4 | קשיים הקשורים בצריכת סמים ו/או אלכוהול |
| 5 | קשיים הקשורים לבעיות גופניות |
| 6 | קשיים במצב המגורים הנוכחי |
| 7 | סיוע תעסוקתי - עזרה במציאת עבודה או לימודים |
| 8 | הכריחו אותי לבוא לפה |
| 9 | אחר (אנא פרט/י): |
| **4** | האם ישנה סיבה נוספת שהביאה אותך ל**headspace**  היום? (בחר/י תשובה אחת) | בשאלה הקודמת בחרת את הסיבה העיקרית שהביאה אותך ל**headspace** היום. אם יש סיבה נוספת, יש לסמנה כאן.  אם אין סיבה נוספת, בחר/י 'לא רלוונטי – אין סיבה נוספת'. | 1 | לא רלוונטי - אין סיבה נוספת |
| 2 | קשיים רגשיים: |
| 3 | קשיים במערכות יחסים: |
| 4 | קשיים בעבודה או בבית הספר: |
| 5 | קשיים הקשורים לצריכת סמים ו/או אלכוהול |
| 6 | קשיים הקשורים לבעיות גופניות |
| 7 | תמיכה תעסוקתית - מציאת עבודה או לימודים |
| 8 | אחר (אנא פרט/י): |

**נספח 3**

שאלון מקור הפנייה

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | .1 | מנוע חיפוש (לדוגמה, גוגל) |
| .2 | קישור באתר אחר |
| 3 | רשתות חברתיות (פייסבוק, יוטיוב) |
| .4 | פורום או צ'אט |
| .5 | באתר של headspace |
| 6 | פרסומת או מדיה אחרת בטלויזיה |
| 7 | פרסומת או מדיה אחרת ברדיו |
| 8 | פרסומת או מדיה אחרת בעיתון |
| 9 | פרסומת או מדיה אחרת בקולנוע |
| 10 | פרסום בבית הספר, באוניברסיטה |
| 11 | פרסומת חוץ |
| 12 | שמעתי על headspace מחבר/ה |
| 13 | שמעתי על headspace מבן/בת משפחה |
| 14 | שמעתי על headspace מבן/בת זוג |
| 15 | שמעתי על headspace מבית הספר, אוניברסיטה, מורה, יועץ/ת |
| 16 | שמעתי על headspace מנותני שירות בקהילה |
| 17 | שמעתי על headspace מקופת חולים, רופא/ה, פסיכולוג/ית |
| 18 | שמעתי על headspace מצוות headspace (ביקור בבי"ס, באוניברסיטה, אירוע בקהילה) |
| 19 | אחר (אנא פרט/י): |
| **2** | מי הכי השפיע עליך/עלייך להגיע  ל **headspace** היום? | סמן/י מי הכי השפיע עליך/עלייך להגיע ל **headspace** - האם היה זה רעיון שלך, של חבר/ה של בן/בת משפחה או איש/אשת טיפול שהשפיע/ה עליך/עלייך ביותר?  אם אף תשובה אינה נכונה עבורך, סמן/י "אחר" ותאר/י בקצרה מי השפיע עליך/עלייך ביותר בהחלטה להגיע ל **headspace** היום. | 1 | אני – זה היה בעיקר רעיון שלי |
| 2. | חבר/ה בן/בת גילי |
| 3 | בן/בת משפחה |
| 4 | בן/בת זוג |
| 5 | חבר/ה מבוגר/ת ממני |
| 6 | מטפל בתחום הבריאות (רופא/פסיכולוג) |
| 7 | יועצ/ת בית הספר |
| 8 | עובד סוציאלי במחלקת רווחה |
| 9 | נציגי headspace שביקרו במוסד הלימודים שלי |
| 10 | מורה בבית הספר |
| 11 | יועץ רוחני (למשל רב) |
| 12 | אחר (אנא פרט/י): |

**נספח 4**

שאלון K10 מצוקה נפשית-

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | המשפטים הבאים שואלים על ההרגשה הכללית שלך בחודש האחרון. בכל שאלה סמן את המספר המתאר בצורה הטובה ביותר כמה זמן הרגשת את ההרגשה הזו.   בחודש האחרון כמה זמן הרגשת עייף/ה מאד בלי סיבה ממשית? | בהשלמת עשר השאלות הבאות, חשוב/י על איך הרגשת בשלושים הימים האחרונים. בכל אחת בחר/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את התדירות בה חשת ככה בין 'בכלל לא' עד ל'כל הזמן'.  אל תחשוב/י יותר מדי על התשובה, נסה /י לבחור את המחשבה הראשונה שעולה בראשך. חשוב/י כיצד הרגשת בשלושים הימים האחרונים   אם ענית על שאלות אלה לאחרונה, אל תדאג/י מתשובותיך/תשובותייך האחרונות, ופשוט חשוב/י כיצד הרגשת בשלושים הימים האחרונים עד היום. | סולם התגובות: בכלל לא לעיתים נדירות לעיתים לעיתים קרובות כל הזמן | |
| **2** | בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת עצבני/ת כל כך ששום לא דבר לא יכול היה להרגיע אותך? |  |
| **3** | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת חסר תקווה? |  |
| **4** | בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת חסר/ת מנוחה וחסר/ת שקט? |  |
| **5** | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת חסר/ת מנוחה כל כך שלא יכולת לשבת במקום אחד? |  |
| **6** | בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת מדוכא/ת? |  |
| **7** | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת מדוכא שכל דבר מחייב מאמץ ? |  |
| **8** | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת כל כך מדוכא ששום דבר לא יכול היה לשמח אותך? |  |
| **9** | בחודש האחרון, כמה זמן הרגשת חסר/ת ערך? |  |
| **10** | בחודש האחרון כמה זמן הרגשת עצבני? |  |  | |
| **11** | מה מספר הימים במהלך השבועיים האחרונים בהם לא היית מסוגל/ת לבצע את רוב הפעילויות היומיומיות שלך (בבית הספר, בעבודה או בבית)? | בחר/י את מספר הימים בהם הרגשת כי אינך יכול/ה לתפקד באופן מלא בפעילויותיך/פעילויותייך הרגילות בבית הספר, בעבודה, בלימודים, או בכל פעילות שגרתית אחרת.  במקרה ותפקודך לא נפגע ואינך מרגיש/ה ששאלה זו רלוונטית אליך/אלייך, בחר/י "אפס- הייתי מסוגל/ת בכל יום". | 1 | אפס – הייתי מסוגל/ת בכל יום |
| 2 | 3-1 ימים |
| 3 | 6-4 ימים |
| 4 | 9-7 ימים |
| 5 | ברוב או בכל הימים – לא הייתי מסוגל/ת לבצע את הפעילויות היומיומיות שלי בשבועיים האחרונים |
| **12** | בחודש האחרון, באיזו תדירות בעיות גופניות היו הסיבההעיקרית לרגשות שציינת? |  | 1 | לעולם לא |
|  |  |  | 2 | לעיתים רחוקות |
|  |  |  | 3 | לפעמים |
|  |  |  | 4 | רוב הזמן |
|  |  |  | 5 | תמיד |
| **13** | האם אתה מרגיש שיש לך למי לפנות כשאתה זקוק לעזרה? |  | 1 | לעולם לא |
| 2 | לעיתים רחוקות |
| 3 | לפעמים |
| 4 | רוב הזמן |
| 5 | תמיד |

**נספח 5**

שאלון SOFAS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| סולם **SOFAS** תפקוד חברתי ותעסוקתי | יש להקליד  ציון בין 0 ל-100 | יש להקליד ציון על סולם של מ-1 עד 100 כמפורט להלן:  91- 100:    תפקוד מעולה בקשת רחבה של פעילויות;  81- 90:      תפקוד טוב בכל התחומים, תפקוד תעסוקתי וחברתי יעיל  71- 80:      הפרעה קלה בלבד בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי;  61- 70:      קושי כלשהו בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי;  51- 60:      קושי בינוני בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי;  41- 50:      הפרעה רצינית בתפקוד החברתי, התעסוקתי או הבית ספרי;  31- 40:      הפרעה נרחבת בכמה תחומים, למשל בעבודה או בבית הספר, ביחסים משפחתיים;  21- 30:      חוסר יכולת לתפקד כמעט בכל התחומים;  11- 20:      לעתים אינו שומר על היגיינה אישית מינימאלית;  1- 10:        חוסר יכולת קבוע לשמור על היגיינה אישית מינימאלית;  0:מידע לא מתאים.    למידע נוסף: |

נספח 6

**שאלון My Life Tracker- HSLT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| השאלות הבאות מתייחסות לאיך שהרגשת בשבוע האחרון (או מאז פגישתך האחרונה במרכז).  איך אתה מרגיש באופן כללי?  (רגשית, גופנית, רוחנית) | בהשלמת השאלות הבאות, חשוב/י על איך הרגשת בשבוע האחרון (או מאז פגישתך האחרונה במרכז). בכל אחת מהשאלות הניחו את הסמן על הקו במיקום שמתאר את תחושותיך/תחושותייך. | סולם התגובות: 1-100 |
| איך אתה מרגיש לגבי פעילות היום-יום שלך (לימודים, עבודה, פנאי, טיפול עצמי) |
| איך אתה מרגיש לגבי מערכות יחסים עם חבריך/חברייך |
| איך אתה מרגיש לגבי מערכות יחסים עם משפחתך |
| איך אתה מתמודד ?(עם החיים, משתמש בעוצמות שלך) |

**נספח 7**

**שאלון רווחה נפשית**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | השאלות הבאות עוסקות בתחושותיך/תחושותייך ומחשבותיך/מחשבותייך במהלך השבועיים האחרונים.   אני מרגיש אופטימי לגבי העתיד | בכדי לענות על שלוש השאלות הבאות, חשוב/י כיצד הרגשת במהלך השבועיים האחרונים. בכל שאלה, בחר/י את התשובה המתארת בצורה הטובה ביותר את התדירות בה הרגשת ככה, בין – 'בכלל לא' עד ל- 'כל הזמן'. | בכלל לא לעתים נדירות לעתים לעתים קרובות כל הזמן |
| **2** | אני מרגיש מועיל |
| **3** | אני מרגיש רגוע |
| **4** | אני מתמודד טוב עם בעיות |
| **5** | אני חושב בבהירות |
| **6** | אני מרגיש קרוב אנשים אחרים |
| **7** | אני מצליח לחשוב עצמאית בנוגע לדברים |

**נספח 8**

שאלון נטל משפחתי

**Bas – Burden Assessment Scale**

ההיגדים הבאים מתייחסים להתנסויות שונות, שלעתים הורים של נוער ובוגרים המתמודדים עם קשיים נפשיים, מדווחים עליהן, בעקבות הטיפול בילדיהם. אנא דרג את המידה בה חווית התנסויות אלו, סביב הטיפול בילדך המתמודד עם קושי נפשי, במהלך ***החודשיים האחרונים***

\*בשאלון המקורי שואלים על חצי השנה האחרונה (ולא חודשיים אחרונים)....

|  | | **1**  **בכלל לא** | **2**  **במידה מועטה** | **3**  **במידה בינונית** | **4**  **במידה רבה** | **0**  **לא רלוונטי** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | חוויתי קשיים כספיים | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 2 | הפסדתי ימי עבודה או ימי לימודים | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 3 | התקשיתי להתרכז בפעילויות שלי עצמי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 4 | נאלצתי לשנות את תוכניותיי האישיות, למשל: לקבל תפקיד חדש בעבודה או לצאת לחופשה | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 5 | נאלצתי לקצץ בפעילויות היום יום או/ו בזמני הפנוי ובזמן המנוחה שלי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 6 | שיגרת חיי הבית והמשפחה הופרעה | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 7 | היה לי פחות זמן לבילוי עם חברים שלי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 8 | הזנחתי את צרכיהם של בני המשפחה האחרים | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 9 | חוויתי חיכוכים וויכוחים עם בני המשפחה | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 10 | חוויתי חיכוכים עם שכנים, חברים, וקרובי משפחה מחוץ לבית | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 11 | הייתי נבוך בגלל התנהגותו של בני/ בתי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 12 | הרגשתי אשם בכך שלא עשיתי די כדי לעזור לבני/בתי המתמודד עם קושי נפשי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 13 | הרגשתי אשם בגלל שחשתי אחראי לגרימת הקושי הנפשי של בני/ בתי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 14 | כעסתי על התובענות הרבה כלפי מצד בני/ בתי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 15 | הרגשתי לכוד בתוך תפקידי כמטפל בבני/בתי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 16 | הייתי מוטרד מהשינוי הרב שחל בבני/ בתי בעקבות הקושי הנפשי שלו | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 17 | הייתי מודאג מכך שהתנהגותי כלפי בן משפחתי תחמיר את הקושי הנפשי שלו | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 18 | דאגתי לגבי עתידו של בני/ בתי | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |
| 19 | אני מודאג מהדעות הקדומות, הקיימות לגבי קשיים נפשיים | **1** | **2** | **3** | **4** | **0** |

**נספח 9**

**שאלון חוללות עצמית הורית – אם/ אב HSSEF**

שאלון זה נועד ללמוד על תחושותייך ואמונותייך ביחס לתפקידך כאם לילדך המציג קשיים רגשיים והופנה להדספייס.

ביחס לכל היגד אנא הקיפי את התשובה המתאימה ביותר עבורך באופן כללי.

היעזרי בסקלה הנעה מ: 1- כלל לא, עד: 6- במידה רבה מאוד.

|  |  |
| --- | --- |
|  | במידה כלל  רבה לא  מאוד |
| 1. באיזו מידה את שבעת רצון מהאהבה שאת מפנה לילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 2. באיזה מידה את מאבדת את סבלנותך כלפי ילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 3. עד כמה את שבעת רצון מהעזרה שאת נותנת לילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 4. באיזה מידה את עקבית בגידול ילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 5. באיזו מידה את שבעת רצון מהאופן בו את מביעה אהבה לילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 6. באיזה מידה את מרוצה מהאופן בו את מטילה משמעת על ילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 7. באיזה מידה את מרוצה מהכישורים שלך בגידול ילדים? | 6 5 4 3 2 1 |
| 8. לעיתים קרובות אני צועקת על ילדי ללא סיבה מוצדקת. | 6 5 4 3 2 1 |
| 9. באיזו מידה את שבעת רצון מתשומת הלב שאת נותנת לילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 10. לעיתים אני חושבת שילדי היה מאושר יותר אם היו נופלים בחלקו הורים טובים יותר. | 6 5 4 3 2 1 |
| 11. באיזה מידה את מרגישה עצמך כהורה אחראי? | 6 5 4 3 2 1 |
| 12. לעיתים אני מרגישה שאני נכשלת בתפקידי כהורה. | 6 5 4 3 2 1 |
| 13. באיזו מידה את שבעת רצון ממידת מעורבותך בחיי ילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 14. באיזו מידה את מסוגלת להתמודד בהצלחה עם קשיים המתעוררים בחינוך ילדך? | 6 5 4 3 2 1 |
| 15. כשאני חושבת על עצמי כהורה אני מרגישה תכופות אשמה או רע לגבי עצמי. | 6 5 4 3 2 1 |

**נספח 10**

שאלון יכולות וקשיים (SDQ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | לא נכון | נכון חלקית | נכון מאד |
| **1** | אני משתדל להיות נחמד לאנשים אחרים. אכפת לי מה הם מרגישים |  |  |  |
| **2** | אני חסר מנוחה אני לא יכול לשבת בשקט |  |  |  |
| **3** | לעיתים קרובות יש לי כאב ראש, כאבי בטן או הרגשה לא טובה |  |  |  |
| **4** | **בדרך כלל אני מתחלק עם אחרים (אוכל, משחקים, עטים)** |  |  |  |
| **5** | אני מתרגז מאד, לעיתים קרובות יש לי התקפי כעס |  |  |  |
| **6** | אני בדרך כלל לבד, אני משחק לבד או נמצא ביחידות |  |  |  |
| **7** | בדרך כלל אני עושה מה שמבקשים ממני |  |  |  |
| **8** | **אני "דאגן"** |  |  |  |
| **9** | אני עוזר כארש מישהו נפגע, מצוברח או מרגיש לא טוב |  |  |  |
| **10** | אני לא מפסיק להתנועע, יושב על "קוצים" |  |  |  |
| **11** | יש לי לפחות חבר טוב אחד |  |  |  |
| **12** | אני רב הרבה עם אחרים, אני יכול לגרום לאנשים אחרים לעשות מה שאני רוצה |  |  |  |
| **13** | **לעיתים קרובות אני מצוברח, בוכה או לא מאושר** |  |  |  |
| **14** | אחרים בגילי בדרך כלל אוהבים אותי |  |  |  |
| **15** | קל להסיח את דעתי, קשה לי להתרכז |  |  |  |
| **16** | במצבים חדשים אני מאבד ביטחון עצמי בקלות |  |  |  |
| **17** | אני נחמד לילדים צעירים ממני |  |  |  |
| **18** | לעיתים קרובות מאשימים אותי בשקר או במרמה |  |  |  |
| **19** | ילדים אחרים מציקים לי או מתנהגים אליי בבריונות |  |  |  |
| **20** | אני מתנדבר לעזור לאחרים לעיתים קרובות (להורים, למורים, ילדים) |  |  |  |
| **21** | אני חושב לפני שאני פועל |  |  |  |
| **22** | אני לוקח דברים שאינם שלי מהבית, מבית הספר או ממקומות אחרים |  |  |  |
| **23** | אני מסתדר יותר טוב עם מבוגרים מאשר עם ילדים |  |  |  |
| **24** | יש לי הרבה פחדים, קל להפחיד אותי |  |  |  |
| **25** | אני מסיים משימות יש לי יכולת ריכוז טובה |  |  |  |
|  | באופן כללי האם אתה חושב שיש לך קשיים באחד או יותר מהתחומים הבאים: רגשות, ריכוז, התנהגות או היכולת להסתדר עם אנשים אחרים?   1. לא 2. כן קשיים קלים 3. כן, קשים ממשיים 4. כן, קשיים חמורים   אם ענית כן, ענה על השאלות הבאות:  כמה זמן קשיים אלו נמשכים?   1. פחות מחודש 2. 1-5 חודשים 3. 6-12 חודשים 4. למעלה משנה   האם קשיים אלה מציקים או מלחיצים אותך?  האם קשיים אלו מפרייעים לך בחיי היום יום בתחומים הבאים:   1. המשפחה 2. חברים 3. לימודים בבית הספר 4. פעילות פנאי   האם קשיים אלו מכבידים על הסובבים אותך? | 1. בכלל לא 2. רק קצת 3. הרבה 4. הרבהמאד |  |  |

**נספח 11**

שאלון העתיד שלי

ככל כשאתה חושב על העתיד, כמה פעמים מעסיקות אותך **חששות** לגבי כל אחד מהנושאים המפורטים בטבלה?

אם הנושא מעסיק אותך יום יום, הקף את הספרה 5. אם הנושא אינו מעסיק אותך אף פעם, הקף את הספרה 1. סמן בספרות האמצעיות אם את/ה נמצא בין שני הקצוות.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **אף פעם** | **לעיתים רחוקות** | **לעיתים** | **לעיתים קרובות** | **יום יום** |
| 1 | הלימודים שלי אחרי בית הספר (אקדמיה, הכשרה מקצועית) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | המקצוע שאעסוק בו | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | מקום העבודה העתידי שלי | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | בן/ בת הזוג שלי | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | המשפחה שאקים (הילדים שלי) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | מצבי הכלכלי (הכסף שלי) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | באופן כללי מה יהיה איתי | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | גורל המדינה והעולם | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | החברים הקרובים שלי | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | עם מי אגור כשאתבגר | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | באיזו מידה אוכל להסתדר באופן עצמאי | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | מי הם האנשים שאתחבר אליהם | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**נספח 12**

**שאלון שביעות רצון מהטיפול במרכז**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **מידת שביעות הרצון ממרכז headspace** אנא סמן/י את מידת הסכמתך עם המשפטים הבאים/ באיזו מידה את/ה מסכים/ה עם המשפט הבא: הרגשתי נוח במרכז headspace | סקר מידת שביעות רצון  השאלות הבאות יבחנו מהי דעתך על מרכז **headspace**, הצוות, והשירות אותו קיבלת. נודה מאוד לרגע מזמנך, שכן אנו רוצים לשמוע ממך כיצד נוכל לספק שירות טוב יותר עבור צעירים וצעירות. אולם, אינך חייב/ת למלא שאלון זה אם אינך מעוניין/ת בכך.  חשוב שתדע/י כי תשובותיך/תשובותייך לא יקראו ולא יחשפו בפני אף איש/אשת צוות של המרכז, והן אינן משויכות לפרטיך/פרטייך האישיים.  יתרה מכך, תשובותיך/תשובותייך יועברו יחד עם תשובות שאר הצעירים והצעירות ויבדקו באופן קבוצתי.  אם ברצונך לשתף אותנו במחשבותיך/מחשבותייך על המרכז, לחץ/י על "הבא", אחרת, לחץ/י על "דלג". | מסכים/ה במידה רבה מאד מסכים/ה במידה רבה מסכים/ה במידה בינונית במידה מועטה לא מסכים כלל לא רלוונטי |
| **2** | **מידת שביעות הרצון ממרכז headspace**  היה לי קל מאד להגיע למרכז headspace |  |
| **3** | **מידת שביעות הרצון ממרכז headspace**  יכולתי לקבוע פגישות בזמנים הנוחים לי  (ללא הפרעה ללימודי או לעבודתי) |
| **4** | **מידת שביעות הרצון מצוות headspace** הרגשתי כי הצוות ב headspace הקשיב לי |
| **5** | **מידת שביעות הרצון מצוות headspace** הרגשתי שהצוות שיתף אותי בקבלת החלטות לגבי מה  שיקרה בהמשך |
| **6** | **מידת שביעות הרצון מצוות headspace**   הרגשתי כי עמדותיי וחששותיי נלקחו ברצינות |
| **7** | **מידת שביעות הרצון מצוות headspace**  הרגשתי שיכולתי לשתף בדברים שמטרידים אותי |
| **8** | **מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי** קיבלתי עזרה בדברים בהם רציתי לקבל עזרה |
| **9** | **מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי**   אני מרגיש/ה שמצבי הנפשי השתפר בעקבות הקשר עם  headspace |
| **10** | **מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי**   אני מרגיש/ה שיפור בתחומים אחרים בחיי בעקבות הקשר עם headspace |
| **11** | **מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי**    אני מרגיש/ה שאני מתמודד/ת טוב יותר עם בעיותיי בעקבות הקשר עם headspace |
| **12** | **מידת שביעות רצון מההישגים אליהם הגעתי**  אני מרגיש/ה שאני יודע/ת יותר על קשיים נפשיים באופן כללי בעקבות הקשר עם headspace |
| **13** | **מידת שביעות רצון כללית ומשוב**  הייתי מרוצה מ headspace באופן כללי |
| **14** | **מידת שביעות רצון כללית ומשוב**  אם חבר או חברה היו צריכים עזרה מסוג זה, הייתי מציע/ה את headspace |
| **15** | השאלונים שאני ממלא חשובים בתהליך הטיפולי שאני עובר בהדספייס |  |  |

**נספח 13**

שאלון מטפלים-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **מי הגורם המפנה?** | 1. ללא גורם מפנה 2. רופא המשפחה; 3. שירות בית-ספרי – פסיכולוג חינוכי, מדריך או עובד סוציאלי; 4. שירות בקהילה/ לשכת רווחה; 5. שירות בקהילה לבריאות הנפש (למשל, שירותי בריאות הנפש לילד ולמתבגר, שירות בריאות הנפש למבוגרים); 6. מומחה בטיפול נפשי – פסיכיאטר/ רופא ילדים/ שירות אשפוז) 7. משפטית, חוקית, מטעם שירות ענישה או בתוקף צו; 8. לשכת התעסוקה; 9. שירות אחר; |  |
|  | **מה הנושא העיקרי שהוצג על-ידי הצעיר/ה בפגישה הזאת:** | 1. נושאים הקשורים לבריאות הנפש והתנהגות:   תסמינים דיכאוניים;  תסמיני חרדה;  נושאים של כעס;  נושאים הקשורים לדחק;  מחשבות/ התנהגות אובדניות;  בעיות התנהגות;  פגיעה עצמית מכוונת;  בהפרעת אכילה;  תסמינים פסיכוטיים;  סימנים של הפרעת אישיות גבולית;  ערך עצמי נמוך;  אחר;  קשיי קשב וריכוז   1. נושאים הקשורים לנסיבות חייו:   קשיים בסביבה הביתית (גירושין, אלימות במשפחה, הזנחה)  קושי ביחסים אישיים (זוגיים/ עם גורמי ביהס/ חבריים/ משפחתיים)  אֵבֶל;  בריונות (פרונטלית או ברשת)  טראומה או קושי סביב מצב בטחוני  קשיים סביב השירות הצבאי  קשיים חברתיים משמעותיים/ בדידות  אחר, פרט   1. בריאות גופנית 2. מיניות וילודה 3. סיוע תעסוקתי/ לימודי:   נושאים הקשורים בכהוונה ללימודים אקדמיים/ להכשרה;  נושאים הקשורים בתעסוקה/ מציאת עבודה;  הישגים נמוכים ביותר בביה"ס, באוניברסיטה או בהכשרה טכנית מקצועית.   1. אלכוהול או סמים אחרים 2. אחרים   הפרעת קשב  ליקוי התפתחותי  נושאים מגדריים;  ליקוי למידה  הפרעת תקשורת  הפרעת התנהגות חמורה  אחר, פרט | יש לבחור את הנושא העיקרי שהוצג על-ידי הצעיר/ה בהזדמנות זו. אם יש נושאים רבים לצעיר/ה יש להזין נושא משני בשאלה הבאה. אם אין זה ברור מהו הנושא העיקרי (או המשני), יש לבחור בנושא/ים שהקדשת לעבודה עליהם את רוב הזמן במהלך פגישה זאת.  אם הנושא המסוים שהוצג אינו מופיע, יש לבחור את הנושא השייך ביותר לעניין, או לבחור "אחר". |
|  | **מהם הנושאים האחרים מוצגים על-ידי הצעיר/ה בפגישה זאת:** | 1. לא זוהו נושאים אחרים; 2. יש לחזור על פריטים הנזכרים לעיל. | אם יש צעיר/ה עם נושאים רבים, יש לבחור בפריט זה נושאים רבים ככל שיתאימו.  אם לא קיימים נושאים אחרים, יש לבחור "לא זוהו נושאים אחרים". |
|  | **מצב מחלת הנפש של הצעיר/ה: יש לבחור את שלה המחלה השייך ביותר למצב הצעיר** | 1.. אין תסמינים להפרעה נפשית, אין ליקוי בתפקוד  2. . תסמינים כלליים קלים עד בינוניים; ליקוי קל עד בינוני בתפקוד  3. . תסמינים המתקרבים לדרישת הסף לאבחנה;  4. . עומד בקריטריוני אבחנה של מחלה/ הפרעה נפשית  5. . תקופה של נסיגת המחלה;  6. . תסמינים חמורים נמשכים;  7. . לא ניתן להעריך | יש לבחור את שלב המחלה השייך ביותר למצב הצעיר/ה. אם פניית הצעיר/ה לheadspace היא בנושא שאינו שייך לבריאות הנפש או שאינך יכול להעריך כראוי את שלב המחלה שלו/ה בו בחר "בלתי ישים".  **שלב 0 - אין תסמיני דיכאון או חרדה או אחרים או שהם מועטים ואין ליקוי בתפקוד או שאינו קיים.**  **שלב 1א' - תסמינים קלים עד בינוניים (קלים עד בינוניים לפי ה-DSM-IV בהפרעת דיכאון או בהפרעת חרדה מוכללת או תסמינים אחרים) וליקוי קל עד בינוני בתפקוד.**  **שלב 1ב' - שלב 1א' ועוד מאפיינים נוספים אך שאינם עונים על שלב 2 (למשל, אי התאמה לדרישות הסף של תסמינים פסיכוטיים, תנודתיות במצב הרוח ורגיזות, הפרעה בדימוי הגוף, וכו').**  **שלב 2 - תסמינים בינוניים עד חמורים שעונים על אבחוני דרישת סף.**  **שלב 3 - תקופות של נסיגת המחלה (<שישה חודשים של שיפור בתסמינים) אבל אין החלמה.**  **שלב 4 - התסמינים החמורים נמשכים ואין תקופות נטולות תסמינים.** |

| **מס'** | **שאלה** | **אפשרויות לתשובה** | **הערה** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **איזו פגישה זו?** | 1. **אינטייק** 2. **טיפול ראשון** 3. **טיפול 2-14** 4. **טיפול אחרון** | 1. שאלות 1-12,17, |
|  | **מה השירות** העיקרי **שניתן במהלך הפגישה הזאת:** | 1. אינטייק   טיפול בבריאות הנפש: מהי גישת הטיפול:   * 1. טיפול קוגניטיבי-התנהגותי;   2. התערבויות דינמיות   3. טיפול פסיכו-חינוכי;   4. טיפול בכישורים (כישורים חברתיים וכישורי תקשורת, ניהול כעסים);   5. ייעוץ כללי או תומך;   6. התערבות במשבר/ ניהול סיכונים.   7. DBT   8. אחר, פרט   טיפול קבוצתי:  7.1 טיפול קבוצתי דינמי  7.2 טיפול קבוצתי קוגניטיבי התנהגותי  7.3 טיפול קבוצתי למשתמשי אלכוהול וסמים אחרים;  7.4 טיפול קבוצתי תעסוקתי 7.5 טיפול קבוצתי אחר, פרט\_\_\_   1. התערבות משפחתית:    1. הדרכת הורים מתמשכת   4.2 הדרכת הורים נקודתית   1. בריאות הגוף   בריאות מינית  תעסוקתי   1. התערבות לאלכוהול ו/או לסם מסוים 2. סיוע כללי (למשל ניהול המקרה, תיאום טיפול)   פגישה עם פסיכיאטר:  הערכה  טיפול תרופתי  מעקב | יש לציין את סוג השירות העיקרי שניתן. אם נתת כמה סוגים של שירות בזמן הפגישה יש לרשום את סוג השירות שהקדשת לו זמן רב ביותר.  הערה: הניפוי/ ההערכה הראשונית שבוצעה בטלפון היא השירות הטלפוני היחיד שמותר לרשום במלואו במערך נתונים מינימאלי. את השירותים האחרים שניתנו בטלפון יש להכליל תחת "סוגי תמיכה אחרים שניתנו" המופיעים בהמשך.  כאשר הניפוי הראשוני מבוצע בטלפון, על המטפל לשאול שאלות את הצעיר/ה בטלפון ולמלא אותן.  **ניתן למצוא מידע נוסף על סוגי הטיפולים הללו בפרק *What Works*  באתר headspace באנגלית** **(www.headspace.org.au/what-works)** |
|  | **משך השירות שניתן:** | 1.עד 20 דקות;  2. 20- 39 דקות;  3. 40- 59 דקות;  4. 60- 89 דקות;  5. 90- 120 דקות;  6. מעל שעתיים | יש לציין את משך של כל השירותים שניתנו ישירות לצעיר/ה במהלך הפגישה הזאת (דהיינו לא רק את אורך הזמן שהוקצה לסוג העיקרי של השירות). |
|  | **ההחלטה שהתקבלה על הטיפול העיקרי בעתיד:** | 1. להתחיל טיפול בheadspace (אחרי אינטייק); 2. להמשיך בטיפול הנוכחי; 3. החלטת הצעיר/ה היא לא להמשיך בטיפול; 4. יעדי הטיפול הושגו; אין כרגע צורך בטיפול המשכי; 5. מומלץ לפנות לשירות אחר נוסף על הטיפול הנוכחי:    1. שירות בריאות הנפש בקהילה (למשל שירות בריאות הנפש לילד ולמתבגר ושירות בריאות הנפש למבוגרים).    2. טיפול נפשי של מומחה – לפסיכיאטר/ לרופא ילדים/ לפסיכולוג    3. לרופא המשפחה;    4. שירות קהילתי/ לשכת רווחה;    5. שירות בית ספרי: פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי;    6. שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים;    7. שרותי תעסוקה;    8. שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה. 6. מומלץ לפנות לשירותים אחרים ולהפסיק את הטיפול הנוכחי:    1. רופא משפחה    2. בחבירה לאנשי מקצוע בשירותי בריאות קהילתיים;    3. שירות בית ספרי: פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי;    4. שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים;    5. שירות קהילתי/ לשכת רווחה;    6. לשירותי תעסוקה;    7. שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה.    8. שירותים מקוונים אחרים    9. הפנייה למומחה פרטי לטיפול ארוך טווח 7. הוחלט שאינו מתאים לטיפול בהדספייס | יש לציין מהי ההחלטה שהתקבלה על הטיפול העיקרי בעתיד לצעיר/ה כתוצאה משירות הפגישה הזאת. |
|  | **שירותים אחרים שהומלצו לצעיר/ה (יש לסמן רבים ככל שניתן)** | 1 . שירות אחר לא הומלץ;  2 . שירותים אחרים כן הומלצו:  2.1 רופא המשפחה;  2.2 בחבירה לאנשי מקצוע בשירותי בריאות קהילתיים;  2.3 שירות בית ספרי: פסיכולוגית חינוכית, עובד סוציאלי, יועצת בית ספרית.  2.4 שירות גמילה מאלכוהול או מסמים אחרים;  2.5 שירות קהילתי/ לשכת רווחה;  2.6 לשירותי תעסוקה;   * 1. שירות משפטי, חוקי, שירותי ענישה.   2. שירותים מקוונים אחרים   2.9 הפנייה למומחה פרטי לטיפול ארוך טווח | יש לציין שירותים אחרים שהומלצו על-ידך לצעיר/ה בפגישה הזאת (אך בלי הפניה רשמית). |
|  | **איזה סוג אחר של תמיכה ניתן לצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה שלהם (יש לסמן רבים ככל שניתן).** | 1. לא ניתן סוג תמיכה אחר.  2. נוצר קשר עם הצעיר מחוץ לפגישה (למשל טלפון או דוא"ל)  3. התקיימה שיחה טלפונית עם ההורים  4. נוצר קשר עם גורמי תמיכה אחרים מחוץ להדספייס  5. נוצר קשר עם גורמים בתוך הדספייס  6. סקירת המקרה בישיבת צוות /הדרכה | יש לרשום כל סוג תמיכה אחר שניתן לצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה שלך איתו/ה. יש לציין כל סוג אחר של תמיכה שלפי מיטב ידיעתך ניתנה על-ידך או על-ידי מטפל אחר של headspace. אך במקרה כזה לא בוצעה טיפול ישיר למטופל ולא מולאו פרטים על כך באינטייק של המטפל הזה.  אם פריט זה של השאלון אינו מקבל סימון מפורש הרי שניתן להעריך לפיו אלה סוגי תמיכה נוספים נחוצים למטופלים של headspace. |
|  | **משך הזמן שהוקצה לתמיכה נוספת מאז הפגישה האחרונה:** | 1. לא ניתנה תמיכה נוספת.  2. עד 20 דקות;  3. 20- 39דקות;  4. 40- 59 דקות;  5. 60- 89 דקות;  6.. . 90- 120 דקות;  7. למעלה משעתיים. | יש לרשום את הסך הכולל של זמן שהוקדש למתן סוג אחר של תמיכה לטובת או בשביל הצעיר/ה מאז הפגישה האחרונה.  אם לא ניתן סוג אחר של תמיכה, יש לסמן ל"ך – "לא ניתנה תמיכה נוספת". |
|  | **מי היה המקור המממן לפגישה הזאת:** | 1. headspace; 2. במסגרת הכיסוי הבריאותי של קופ"ח; | יש לבחור את מקור המימון שהעביר את מירב הכספים לשירות הזה. אם אינך בטוח/ה יש לברר עם מנהל המרכז שלך |
|  | **בטיפול אחרון: כמה טיפולים היו?** | מ1-20 |  |
|  | **בטיפול האחרון: מהם הנושאים האחרים שהוצגו על ידי הצעיר בפגישה זו?** | שאלה פתוחה לכתיבה. |  |
|  | **בטיפול הנוכחי האם הצעיר הציג עיסוק באובדנות?** | 1. ברמת המחשבות 2. ברמת התוכניות 3. ברמת המעשים 4. כלל לא עלה |  |
|  | **בטיפול האחרון: האם ההורים קבלו הדרכה?** | 1. כן, אם כן סביב איזה נושא? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(פתוח) 2. לא |  |

**נספח 14**

סקר לבעלי עניין- תוכנית הדספייס בת-ים

**ציין את תפקידך (יועצ/ת בית ספר/ עובדת רווחה וכו')**

**סמן באיזו מידה אתה מקיים שיתוף פעולה עם הדספייס:**

**תאר בקצרה את שיתוף הפעולה וכיצד משפיע על עבודתך**

**ציין באיזו מידה אתה מרגיש שיש צורך בשירות של הדספייס ?**

**סמן באיזו תדירות :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | פעם בשבוע | פעמיים בחודש | פעם בחודש | פעם בחודשיים/ שלושה | בכלל לא |
| אני מפנה צעירים להדספייס |  |  |  |  |  |
| אני משוחח בטלפון עם אחד המטפלים של הדספייס |  |  |  |  |  |
| אני מתייעץ עם הצוות של הדספייס |  |  |  |  |  |
| אני מעדכן את הדספייס בשירותים / ארועים בארגון שלי |  |  |  |  |  |
| צוות הדספייס מפנים אליי צעירים |  |  |  |  |  |
| אני מעודכן בנעשה בהדספייס |  |  |  |  |  |

**ציין באיזו מידה אתה: (בכלל לא, במידה מועטה, במידה בינונית, במיה רבה, במידה רבה מאוד)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | במדה רבה מאד | במידה רבה | במידה בינונית | במידה מועטה | בכלל לא |
| מכיר ויודע על פעילותו של מרכז הדספייס |  |  |  |  |  |
| חושב שהדספייס נותן מענה ייחודי לצעירים לעומת שירותים אחרים |  |  |  |  |  |
| מרוצה מהקשר שלי עם הדספייס |  |  |  |  |  |
| חשוב לי להיות בקשר עם הצוות של הדספייס |  |  |  |  |  |
| רואה שיפור בקרב צעירים שהפניתי להדספייס |  |  |  |  |  |
| מקבל מענה מהיר וטוב מהצוות בהדספייס |  |  |  |  |  |
| מעוניין להרחיב את הפעילויות המשותפות שלך עם הדספייס |  |  |  |  |  |
| מרגיש שפעילות הדספייס מקדמת את המענה שאני נותן |  |  |  |  |  |

**במידה וראית שיפור/ שינוי , ציין בקצרה במה?**

**הצעות להמשך שיתוף הפעולה**

**ציין אם קיימים צרכים שעדיין לא מקבלים מענה**

**נספח 15**

**ראיון חצי מובנה לצעירים - מדריך ראיון**

1. **תיאור תהליך ההתערבות:**

1. האם אתה מרגיש שחל שינוי בעקבות השתתפותך בתוכנית הדספייס? אם כן תאר את השינוי. מה לדעתך הביא / תרם לשינוי ? האם השינוי נשמר או אפילו המשיך גם אחרי שסיימת לקבל טיפול ולהגיע להדספייס ? אם כן, תאר (איך נשמר או אפילו התחזק) ?
2. האם לדעתך לביקורייך בהדספייס היתה השפעה לא רק עליך אלא גם על אנשים אחרים בחייך שבמעגלים קרובים (הורים/ אחים/חברים) ? אם כן במה השפיעו?
3. האם היית בטיפול מתישהו בחייך בעבר? אם כן, האם הדספייס דומה לטיפול/ מסגרת טיפולית שהכרת בעבר? במה דומה? במה שונה?
4. תאר את המטפל האישי שלך בהדספייס
5. תאר בקצרה את הקשר עמו.

האם תוכל לתאר נקודות משמעותיות בקשר ביניכם? חלקים שעזרו לך וחלקים שפחות עזרו לך?

2.**הערכת תהליך ותוצאות ההתערבות**:

1. אילו חלקים בטיפול הועילו וקידמו?
2. אילו חלקים בטיפול לא הועילו ולא קידמו ?
3. מה עשית במהלך הטיפול שעזר לך?
4. מה עשה המטפל שעזר לך?
5. היית ממליץ לצעיר אחר להגיע לטיפול במרכז?למה?

**3. שאלות הנוגעות לשימוש בשירותים והנגשת השירות**:

1.תאר את הרגשתך בנוגע להגעה להדספייס. איך ההגעה למקום גרמה לך להרגיש?

2.בקרוב ייפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?

**ראיון חצי מובנה לבני משפחה - מדריך ראיון**

1. תאר את הקשר שהיה לך עם הדספייס (צוות טיפולי/ אדמיניסטרטיבי/ מנהלה) במהלך התקופה שבן משפחתך טופל במרכז (לדוג' האם קבלת הדרכה טלפונית/ פגישות/ לא היה קשר/ רק באינטייק וכו').
2. **הערכת תוצאות ההתערבות**
3. האם חל שינוי בקרב בן משפחתך במהלך השתתפותו בהדספייס? אם כן, תאר במה (אם עבר הדרכה – האם הוא חש בשינוי בעקבות ההשתתפות בהדספייס?)
4. האם בן משפחתך הפיק לדעתך תועלת מהטיפול בהדספייס? במה? במידה וכן מה תרם לזה?
5. האם אתה ו/או בני משפחתך הפיקו תועלת מטיפולו של בן משפחתך בהדספייס? במה?
6. ממה היית מרוצה בטיפול בן משפחתך בהדספייס? ממה לא היית מרוצה?
7. אם היית יכול היית משנה משהו בתהליך שעברת ועבר בן משפחתך בהדספייס? אם כן, מה?
8. בקרוב ייפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?

**ראיון לבעלי עניין – הדספייס**

1. האם תוכל לתאר את שיתוף הפעולה שלך עם הדספייס עד כה , והאם יש לו השפעה על עבודתך ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. אילו ממשקים יש לך עימו?
2. במידה ואין הרבה ממשק, מה יכול לקדם את שיתוף הפעולה?
3. באיזו תדירות יש לך ממשק עם הדספייס
4. האם בעינייך המענה שהדספייס נותן הוא ייחודי? אם כן, במה?
5. האם את יכולה להעיד על תוצאות של הטיפול בקרב הילדים ההמופנים?
6. מה הציפיות שלך מהדספייס להמשך הפעילות? האם היית מעוניינת להרחיב / להפחית / להשאיר כמו הקיים את הפעילות איתם?
7. האם תוכלי לתאר את המענה שקבלת מהם? מהירות / זמינות/ יחס וכו'

בהתאם למה שמתאים, אם לא עולה:

1. מה יכול לשפר את המענה הניתן?
2. במהלך השנה האחרונה המרכז עבר שינוי והחל לעבוד עם קופות החולים , האם זה הורגש?
3. אם מספר/ת על שיתופי פעולה, האם תוכלי לפרט על הפרוייקט שתיארת...

**ראיון חצי מובנה לצוות מטפלי הדספייס - מדריך ראיון**

1. תאר את עבודתך במרכז
2. מעבודתך במרכז עד כה, האם אתה חושב שאנשים שצורכים את שירותי הדספייס נתרמים מהם? אם כן, באילו דרכים? (מה התרומות או השיפור ? מה מאפיין אותו?)
3. האם את/ה חש/ה כי מודל הדספייס אפקטיבי בטיפול בצעירים בגילאי 12-25? במה? ובמה הוא ייחודי?
4. האם עבדת כמטפל במסגרת טיפול נפשית בעבר? במה , אם בכלל, אתה מרגיש שהדספייס דומה למקומות שעבדת בהם בעבר? במה , אם בכלל, זה שונה?
5. מנסיונך עד כה, מה בהדספייס תורם ומקדם (מייצר שינוי חיובי) ? ומה לא מייצר שינוי חיובי?
6. תאר את המשאבים שעומדים לרשותך ומסייעים לעבודתך ואת אלה שהשפעתם אינם רצויה או שחסרים.
7. תאר את הקשר עם הארגון המנהל- אנוש
8. תאר את הקשר עם המודל האוסטרלי
9. בקרוב ייפתח מרכז הדספייס חדש. מבקשים ממך לייעץ לפתיחתו. מה הדגשים החשובים עליהם היית ממליץ למקימי המרכז?

1. הערכה אחרונה שנתקבלה במהלך הטיפול פירושו נקודת הזמן האחרונה שיש עליה נתון. [↑](#footnote-ref-1)
2. Sawilowsky, S (2009). "New effect size rules of thumb". Journal of Modern Applied Statistical Methods. 8 (2): 467–474. <http://digitalcommons.wayne.edu/jmasm/vol8/iss2/26/> [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://memory.psych.mun.ca/models/stats/effect_size.shtml> [↑](#footnote-ref-3)
4. Generalized estimating equations (GEE) for ordinal logistic data. [↑](#footnote-ref-4)
5. [↑](#footnote-ref-5)