



המוסד לביטוח לאומי

האגף לפיתוח שירותים

מינהל המחקר והתכנון

תכנית "טיפול נמרץ" לגמילת אלכוהוליסטים

מאת:

ד"ר מרק ויסמן

ד"ר ריקי סויה

ירושלים, כסלו התשס"ב, דצמבר 2001

תודות

מחקר זה התבצע במסגרת המפעלים המיוחדים של המוסד לביטוח לאומי ואנו מבקשים להודות להם על האמון שנתנו בנו. במיוחד ברצוננו להודות לגב' שרית בייץ-מוראי, מנהלת תחום מפעלים מיוחדים באגף לפיתוח שירותים ולגב' כרמלה קורש-אבלגון, סגנית המנהלת, שריכזה את הפרויקט ואת המחקר מטעם הביטוח הלאומי, על הזמינות שלהן, על הנכונות שלהן לעזור ועל שיתוף הפעולה.

הערכה המתבצעת על-ידי גורמים שהם חיצוניים לארגון המפעיל את התכנית, אינה יכולה להתבצע ללא שיתוף פעולה מצדו. במקרה זה, ברצוננו לציין את שיתוף הפעולה המלא שלו זכינו מצד עמותת אפש"ר, ובמיוחד ממנהל היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול, מר נחום מיכאלי, ממנהלי המרכזים ברמת-גן ובחיפה, גב' חגית לוי ומר אלי ירום, ומרכזות התכנית גב' אורית דרור ברמת-גן, וגב' נחמה מידו וגב' איתנה שר-שלום בחיפה. למרות שההערכה מטבעה מעוררת חששות, צוות התכנית לא היסס לפתוח בפנינו את כל הרשומות שלהן נזקקנו, הם איפשרו לערוך תצפיות על הפעילות השוטפת ושימשו בעצמם כמקורות מידע חשובים. על כל אלה אנו מודים להם.

תודה מיוחדת לכל מטופלי התכנית, שחשפו את עולמם בפנינו והשיבו לשאלותינו בכנות ובפתיחות, הן בקבוצות המיקוד והן בראיונות הטלפוניים. בלעדי שיתוף הפעולה, האומץ והנכונות שלהם להחשף, לא ניתן היה לבצע מחקר זה.

לבסוף, ברצוננו להודות לעוזרי המחקר שלנו על המסירות ואיכות העבודה שלהם: נועה ארסט, גלי רביב ומוחמד אגברייה.

תוכן עניינים

תקציר

1 **מבוא**

1 רקע תיאורטי

4 תיאור תכנית "טיפול נמרץ" של עמותת אפש"ר

5 מטרות התכנית, עקרונותיה ומרכיביה

5 מטרות ההערכה

7 **שיטה**

7 הערכת היישום של התכנית

8 הערכה של תוצאות התכנית

9 המשתתפים במעקבים

12 **ממצאים**

12 1. ממצאים לגבי מאפייני רקע וחומרת הבעיות של המטופלים, קודם לכניסתם לתכנית

15 2. הממצאים לגבי יישום התכנית

20 3. הממצאים לגבי תוצאות התכנית

29 4. ניבוי מצב השתייה של המטופלים 6 חודשים לאחר סיום התכנית

32 **סכום והמלצות**

32 סכום

36 המלצות ממקורות מידע שונים

40 **מקורות**

41 **נספחים**

נספח א': שאלון ה-ASI

נספח ב': טופס הסכמה להשתתף במחקר

נספח ג': טופס לדיווח מנחים

נספח ד': לוחות ממצאים מפורטים

נספח ה': לוחות פעילות מפורטים של שני מחזורים (מחזור ד' חיפה, מחזור ב' רמת-גן)

נספח ו': שתי תצפיות לדוגמא

תמצית

דו"ח זה מציג את הממצאים של מחקר שהעריך תכנית חדשנית לטיפול בנפגעי אלכוהול. המודל שעל-פיו פותחה התכנית משלב עקרונות וכלים ממספר שיטות טיפול שונות והוא מאפשר לקבל תמיכה אינטנסיבית בקהילה, במסגרת מובנית של שלושה ימים בשבוע, לתקופה של ששה עד שמונה שבועות. התכנית הופעלה כפיילוט בשבעה מחזורי טיפול, בשני מרכזים של עמותת אפש"ר: ברמת-גן ובחיפה. למחקר היו שני מוקדים: הערכת היישום של התכנית והערכת תוצאותיה. נעשה שימוש במספר מקורות מידע (משתתפים בתכנית, צוות התכנית ותצפיתנית חיצונית) והופעלו שיטות מחקר מעורבות (כמותיות ואיכותניות), שכללו ראיונות, תצפיות ושאלונים, בנקודות זמן שונות (בתחילת התכנית, במהלכה, ובשני פרקי זמן שונים לאחר סיומה).

הממצאים מראים שהתכנית יושמה, במידה רבה, כפי שתוכננה. היא התקיימה במשך שלושה ימים בשבוע, שבמסגרתם ניתנו פעילויות שונות, לפי התכנית המקורית. מרבית המשתתפים שהתחילו את התכנית סיימו אותה ורק שיעור קטן מאד נשר בתחילתה. עם זאת, מיעוט ניכר השתתף בתכנית בצורה לא סדירה. כל המעורבים בתכנית, הצוות המקצועי והמשתתפים בה, היו מרוצים ממרכיביה ומאופן היישום שלהם. מנחי התכנית דיווחו שמרבית המטרות שהציבו לעצמם במפגשים הושגו באופן מלא. הם ציינו שניתן היה להבחין, כבר במהלך יישום הפעילות, בשינויים שהמשתתפים עוברים, שבאו לידי ביטוי ביכולת ריכוז גבוהה יותר, בהגעה לתובנות חדשות, במעבר מתחושת ייאוש לתחושת אופטימיות ובנכונות רבה יותר להתמודד עם קשיים. המשתתפים, גם הם, הביעו בדרך כלל שביעות רצון גבוהה ביותר מהתכנית, על מרכיביה השונים, מצוות המנחים שהפעיל אותה ומהאווירה והקשר התומך שנוצר בינם לבין עצמם ובינם לצוות התכנית. הם דיווחו על תחושת שייכות לקבוצה ועל כך ששאבו ממנה כוח להתמודד עם הקשיים בחייהם.

לגבי תוצאות התכנית, ממצאי המחקר הראו שבמהלך התכנית רוב המשתתפים דיווחו שרכשו ידע רב בנושא השתייה, שהם למדו להתרחק מהשתייה ולברוח ממצבים שיש בהם סיכון לשתייה. כמו-כן, מרבית המשתתפים דיווחו על הימנעות משתייה במהלך התכנית. במעקב אחר המטופלים שלושה חודשים לאחר סיום התכנית, נמצא שכמחציתם דיווחו כי לא שתו כלל בחודש האחרון. במעקב השני, כשלושה חודשים לאחר המעקב הראשון, הסתמנה יציבות אצל הרוב המכריע של בוגרי התכנית, יחד עם שינויים לשני הכיוונים (משתייה להימנעות ומהימנעות לשתייה) בקרב מיעוט קטן. זאת אומרת, שלא נמצאו סימנים המצביעים על דפוס עקבי של "שחיקה" ומספר הבוגרים שחזרו לשתות אֵינן הולך וגדל עם הזמן. הדו"ח מפרט גם ממצאים לגבי תחומי תוצאה נוספים ובין השאר, יציבות בטיפול, תעסוקה, בריאות, וקשרים עם משפחה. כמו-כן, את מידת ההשפעה של סדרה של משתנים (משתני הרקע ומשתני התכנית) על מצב השתייה של המטופלים. עם כל הקושי והזהירות הנדרשים בעריכת השוואה של תוצאות אלה עם ממצאים שפורסמו לגבי תכניות אחרות, ניתן להסיק שההישג של תכנית "טיפול נמרץ" בתחום הגמילה מאלכוהול לא נופל, ככל הנראה, מההישגים של תכניות אחרות ויתכן שהוא אף עולה עליהם. לסיכום, נראה שתכנית זו יכולה להוות תוספת טובה, באמצע הרצף הטיפולי הקיים, בין הטיפול הקהילתי שאינו אינטנסיבי לבין אשפוז.

מבוא

רקע תיאורטי

הטיפול באלכוהוליזם מהווה אתגר רציני לגורמים האחראיים ובמשך השנים פותחו ונוסו שיטות טיפול רבות ומגוונות שכוללות, בין השאר, גמילה גופנית, שיטות ביולוגיות-כימיות, שיטות פסיכולוגיות-חברתיות, ועוד. קבוצת השיטות הפסיכולוגיות-חברתיות, שהיא קבוצת הטיפולים הגדולה ביותר, כוללת בתוכה טיפול התנהגותי וקוגניטיבי-התנהגותי, גישות פסיכו-דינמיות שונות, טיפולים באומנויות, טיפול משפחתי מסוגים שונים, טיפולים קבוצתיים, קבוצות לעזרה-עצמית (שהבולטת ביניהן היא ה-AA, אלכוהוליסטים אנונימיים) וקהילות טיפוליות (לפירוט, ר' טייכמן וקידר, 1998).

רק מחקרים מעטים ניסו להעריך ולהשוות את האפקטיביות של השיטות השונות, והממצא העקבי ביותר שעולה מהם הוא, שאין שיטת טיפול אחת שמצליחה יותר מהשיטות האחרות להביא להחלמה בקרב נפגעי אלכוהול. עם זאת, למרות שאין, ככל הנראה, עדיפות לשיטה כלשהי עבור כלל המטופלים, הועלתה השערה, שיתכן, כי שיטה אחת תהיה עדיפה למטופלים מסוימים. ואמנם דווח לאחרונה על מחקר אמריקאי רחב היקף, בשם Project MATCH, שנועד לבחון אם ניתן להשיג תוצאות טיפול טובות יותר על-ידי נסיון להתאים את שיטת הטיפול למאפיינים האישיים והסביבתיים של המטופל הספציפי. התוצאות של שלוש שיטות טיפול שונות (12 הצעדים, טיפול קוגניטיבי-התנהגותי וטיפול להגברת מוטיבציה) נבחנו ביחס ל-21 מאפייני מטופל שונים. הממצאים העלו מעט מאד קשרים בין שיטת הטיפול למאפייני המקרה השונים שנבחנו, והמסקנה הכללית שהוסקה היתה שאין, ככל הנראה, הצדקה להציע סוגי טיפול שונים לאוכלוסיות שונות (Project MATCH Research Group, 1997).

הטיפולים בנפגעי אלכוהול נבדלים ביניהם לא רק בשיטות הטיפול אלא גם בהקשרים שבהם הטיפולים ניתנים. הטיפול יכול להנתן במסגרות פנים (inpatient), כגון אשפוז בבית-חולים או במעון טיפולי, או באופן אמבולטורי במסגרות חוץ (outpatient), כגון במרפאות או במרכזים טיפוליים בקהילה. הטיפול במסגרות פנים, מאפשר נגישות לאנשי המקצוע בכל שעות היממה, כדי לסייע בהתמודדות עם משברים רפואיים ונפשיים המתעוררים במהלך הטיפול, ובייחוד בשלבים הראשונים. אך, בשל העלויות הגבוהות הכרוכות בטיפול במסגרות פנים, מרבית האלכוהוליסטים בארצות הברית מקבלים היום טפול במסגרות חוץ, בכל שלבי החלמתם (Fuller & Hiller-Sturmhöfel, 1999).

מסגרות החוץ מציעות שירותים אמבולטוריים במגוון של משכי זמן ורמות אינטנסיביות. השירותים הפחות אינטנסיביים מספקים מפגשי ייעוץ (אישי, זוגי, משפחתי ו/או קבוצתי) בתדירות של פעם עד פעמיים בשבוע ותכנית זו מוצעת לרבים מהמטופלים כטיפול המשך, שנועד לשמר את השינויים שהושגו בטיפול אינטנסיבי יותר, שקיבלו קודם לכן. מסגרות החוץ מספקות גם תכניות המכוונות

IOT (intensive outpatient treatment; תכניות אמבולטוריות אינטנסיביות), הנחשבות לתחליף טוב לאשפוז, שיש להן עלויות נמוכות בהרבה, והן גם מתאימות לרוב המטופלים, ובמיוחד לאלה שיש להם תמיכה חברתית מספקת ושאינם סובלים בו-זמנית מבעיות רפואיות או פסיכיאטריות קשות לצד האלכוהוליזם (Finney, Hahn, & Moos, 1996).

המרכז לטיפול בהתמכרויות (Center for Substance Abuse Treatment; CSAT), ששייך ל-Substance Abuse and Mental Health Services Administration במשרד הבריאות האמריקאי הקים שלושה צוותים של אנשי מקצוע מומחים מהשירות הציבורי ומהמגזר הפרטי, שהתבקשו לסקור את עקרונות הטיפול החשובים ביותר ל-IOT, ולסכם אותם בפרוטוקול שישקף את הידע הטוב ביותר והעדכני ביותר שקיים במדינה כולה לגבי טיפול זה. בשנת 1994, המרכז פרסם חוברת שהציגה את תוצר העבודה של צוותים אלה וכוותרתו *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse* (Nagy, 1994). החוברת מסכמת את הידע שהצטבר בארה"ב משנים של התנסות בתכניות IOT ובין השאר, החוברת כוללת פרק שמציג את המרכיבים הכלולים בתכניות מעין אלו, כאשר היא מסווגת אותם לשלוש קבוצות, לפי מידת הנחיצות שלהן (בסדר יורד): מרכיבים חיוניים (core elements), מרכיבים רצויים (optimal elements) ומרכיבים נוספים שיכולים לשפר את התכנית (enhancing services). לוח 1 מציג את סיווג המרכיבים, כפי שהוא מופיע בחוברת.

לפי הקונספציה המוצגת בחוברת של ה-CSAT, כל מטופל נכנס לתכנית ע"פ בדיקה של עמידתו בקריטריונים ממייניים ומסיים אותה רק לאחר שהשיג את התוצאות שנקבעו לו בתכנית טיפול אישית, ולאחר שהוברר כי הוא עומד בקריטריונים לכניסה לשלב הבא (הפחות אינטנסיבי) ברצף הטיפולי. לפי קונספציה זו, לא ניתן לקבוע מראש את משך הזמן שמטופל ישהה בתכנית IOT ולכן היא צריכה להיות פתוחה ומתמשכת ולא מוגבלת למשך זמן שנקבע מראש.

הקריטריונים הנפוצים לבדיקה של התאמת המועמדים לתכניות IOT נקבעו על-ידי האגודה האמריקאית לרפואת התמכרויות (American Society of Addiction Medicine, 1996) וכוללים התייחסות לששה ממדים. הטיפול המוצע לכל לקוח, ברצף מטיפול אמבולטורי רגיל ועד לאשפוז עם השגחה רפואית מלאה) נקבע על-פי מצבו בששת הממדים הבאים:

לוח 1. סיווג ה-CSAT לגבי המרכיבים הכלולים בתכניות אמבולטוריות אינטנסיביות

מרכיבים חיוניים

- מנהיגות טיפולית וניהולית
- מיון ראשוני (screening)
- אבחון ואינטייק
- בדיקות נשיפה קבועות מראש וגם בדיקות פתע
- תכנית טיפול אישית לכל מטופל
- סידור לטיפול במשברים 24 שעות ביממה
- טיפולים תרופתיים ומעקב אחריהם
- ייעוץ פרטני
- טיפול קבוצתי
- הקניית מידע
- ייעוץ וחינוך לבני משפחה
- עידוד השתתפות בקבוצות לעזרה עצמית
- ניהול מקרים כוללני (case management)
- תכנון סיום ושירותי מעבר
- הערכה שוטפת של יישום התכנית ותוצאותיה

מרכיבים רצויים

- פיקוח רפואי אחר תהליך הגמילה הגופנית (detox)
- טיפול משפחתי או זוגי
- הדרכה לשיפור מיומנויות הורות
- סידורים לטיפול בילדים במהלך הטיפול
- סיוע בתחבורה
- פעילויות בילוי ופנאי מאורגנות
- שירותי המשך
- פעילויות משותפות לבוגרי התכנית
- פעילות קהילתית לגיוס והנעה של מועמדים לתכנית (outreach)

מרכיבים נוספים לשיפור התכנית

- התערבויות קוגניטיביות או התנהגותיות מובנות
 - פסיכודרמה
 - טיפול באומנות
 - טיפול בתנועה
 - אקופונקטורה
 - ביופיזיק
 - סיוע תעסוקתי
 - סיוע משפטי
-

1. רמת הסיכון לתופעות גמילה קשות.
2. בעיות רפואיות נלוות (עד כמה מצבו הרפואי של המטופל דורש טיפול או בקרה שוטפים ועד כמה בעיות אלה עלולות להפריע למהלך הטיפול).
3. בעיות רגשיות והתנהגותיות נלוות (עד כמה בעיות אלה עלולות להפריע לתהליך ההחלמה ועד כמה הן מחייבות מסגרת מובנית והשגחה פסיכיאטרית לצד הטיפול בהתמכרות).
4. מידת הרצון או ההתנגדות של המטופל לקבלת טיפול.
5. רמת הסיכון לחזרה לשתייה (relapse).
6. סביבת החלמה (עד כמה היא מספקת מובנות ותמיכה ועד כמה היא מסכנת את המטופל).

תיאור תכנית "טיפול נמרץ" של עמותת אפש"ר

תכנית "טיפול נמרץ לגמילת אלכוהוליסטים" אושרה כמפעל מיוחד על-ידי המוסד לביטוח לאומי, במימון משותף שלו ושל משרד העבודה והרווחה, בעקבות יוזמה של היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול בעמותת אפש"ר (האגודה לפיתוח שירותי רווחה, בחסות משרד העבודה והרווחה). התכנית שהוצעה שייכת לקבוצת התכניות המכונות IOT והיא תוכננה במקור למחזורי טיפול בני ששה שבועות, עם שלושה ימי פעילות אינטנסיביים בשבוע (בין השעות 15:00-30:00:8). כדי להתקבל לתכנית, על המטופלים להתקבל קודם לכן באחד ממרכזי הטיפול של העמותה ולהיות בקשר ראשוני עם מטפל אישי, שאמור לשמש כמעין case manager ולהמשיך אתו את הטיפול במהלך התכנית האינטנסיבית וגם לאחריה.

הרציונל לתכנית היה, ששתי החלופות הטיפוליות שהיו קיימות בארץ עד כה הציגו קצוות על רצף טיפולי: אשפוז בקצה האחד וטיפול אמבולטורי של מפגש אחד או שניים בשבוע, בקצה השני. מאחר שרק מיעוט מקרב נפגעי האלכוהול יכול לקבל טיפול אשפוזי, בגלל מספר המיטות הקטן שעומד לרשות המרכזים, הרי שמרבית האוכלוסייה הנזקקת לשירות מגיעה לטיפול אמבולטורי.

הטיפול האמבולטורי שהוצע עד כה לא תמיד עונה על הצרכים של הלקוחות, בעיקר בשלבי הטיפול הראשוניים, כאשר נפגעי האלכוהול מתחילים את תהליך הגמילה שלהם ונזקקים למסגרת מובנית יותר ותמיכה אינטנסיבית יותר. בנוסף, מחקרים מצביעים על אחוזי נשירה גבוהים בקרב לקוחות שהגיעו לטיפול אמבולטורי, בהשוואה ללקוחות שטופלו במרכזים אשפוזיים. במחקר של מיכאלי, אבני ושוויצר (1989), למשל, נמצא שבשנת 1987, 76.7% מהמטופלים במרכז לגמילה מאלכוהול ברמת-גן נשרו לפני סיום הטיפול, כאשר למעלה ממחציתם (57.6%) נשרו במהלך חמש הפגישות הראשונות. התכנית שהוצעה, "טיפול נמרץ לגמילה מאלכוהול", הוצגה כשיטת טיפול נוספת לאלה הקיימות, המתמקמת באמצע רצף האינטנסיביות, שיכלול מעתה אשפוז בקצה אחד, טיפול אמבולטורי אינטנסיבי באמצע, וטיפול אמבולטורי רגיל בקצה השני. בשונה מהמודל שהומלץ בחוברת של ה-CSAT, התכנית הישראלית הוגבלה מראש בזמן והוצגה כמערכת טיפול סגורה, שאינה מאפשרת כניסה באמצע התכנית או סיום מתוכנן של טיפול קודם לסיום התכנית.

מטרות התכנית, עקרונותיה ומרכיביה

בהצעה שאושרה על-ידי המוסד לביטוח לאומי, הוגדרו מספר מטרות מרכזיות לתכנית:

1. המשתתפים בתכנית יפסיקו לשתות
2. רמת המוטיבציה שלהם להמשך בטיפול אמבולטורי תעלה
3. מערכת היחסים הבין אישית שלהם, הן במסגרת המשפחה והן בקשר עם חברים, תשתפר
4. נזקי השתייה בתחום הפיזי והנפשי, מהם סבלו, יפחתו או ישארו קבועים
5. אלה שלא עבדו, ישתלבו במסגרות תעסוקה ואלה שעבדו, יתמידו במסגרות תעסוקה

כמו-כן, צוין בהצעה לתכנית, שבגלל מאפייני האוכלוסייה (מטופלים שנמצאים בשלבים הראשונים של הגמילה שמתקשים להתרכז לאורך זמן), היא נבנתה "על פעילויות קצרות, למספר שעות מצומצם, עם הפסקות" (עמ' 7). במסמך זה גם פורטו מרכיבי התכנית, שלהערכת מפתחיה יקדמו את השגת המטרות שהציבו לעצמם: "פעילויות מגוונות המשלבות עבודה טיפולית קבוצתית (קבוצת משפחות, 12 הצעדים) עם פעילות יצירתית-אמנותית, עבודה טיפולית גופנית (הרפיה, התעמלות מותאמת) וכן רכישת ידע ומידע רלוונטיים (שיחה עם דיאטנית, שיחה עם רופא, מפגשים עם פקיד השמה ו/או שיקום; עמ' 7).

הרציונל להכללת מרכיבים אלה בתכנית היה, שהידע והמידע שיינתן למשתתפים בתכנית לגבי האלכוהול, השפעתו ונזקיו הן על השותה והן על סביבתו, התמיכה הרגשית והאינסטרומנטלית בהתמודדות עם בעיות, שתינתן במסגרת העבודה הטיפולית-קבוצתית, והמיומנות שירכשו במסגרת הפעילויות השונות, יביאו בסופו של דבר להתמדה בהפסקת השתייה.

מטרות ההערכה

- מחקר ההערכה כלל שני מרכיבים עיקריים: הערכת יישום והערכת תוצאות. הערכת היישום כללה בדיקה של התחומים הבאים:
- מאפייני המשתתפים קודם להצטרפותם לתכנית: רקע סוציו-אקונומי, דפוסי שתייה, תפקוד תעסוקתי, רקע רפואי, רקע משפטי, יחסים משפחתיים וחברתיים.
 - מידת היישום של התכנית: עד כמה יושמו כל אחד מהמרכיבים, בהתאם לתכנית הרשומה.
 - איכות היישום: אופן הביצוע של התכנית, קשיים, הצלחות, נקודות מפנה בהפעלת התכנית והאווירה בקבוצה.
 - תגובות המשתתפים לתכנית: שביעות רצון מהתכנית ומשוב לגבי תחומים נוספים, כגון: המרכיבים ו/או הארועים שהשפיעו או עזרו ביותר; מרכיבים חסרים ומרכיבים מיותרים בתכנית.

ההערכה של תוצאות התכנית בקרב המשתתפים בחנה את הנושאים הבאים, בשתי נקודות זמן:
שלושה חודשים וששה חודשים לאחר סיום התכנית:

- בעיות שתייה.
- מצב המשתתפים בששה תחומי חיים: תעסוקה, בריאות פיזית ונפשית, משפחה, חוק ושימוש בסמים.
- קשר עם מסגרות טיפול.
- מנבאים של בעית השתייה לאחר סיום התכנית.

שיטה

כדי להשיג מטרות אלו, נאסף מידע ממספר מקורות ובאמצעות שיטות שונות, כמותיות ואיכותניות, בהתייחס לששת המחזורים הראשונים מבין שבעת מחזורי הפיילוט. לוח 2 מסכם את שיטות ההערכה העיקריות שיושמו במחקר זה, לפי מחזור, ובהמשך אני מציגים פירוט לגבי כל שיטה.

לוח 2. שיטות ההערכה שיושמו, לפי מחזור

מחזור						
6	5	4	3	2	1	
						<u>הערכת היישום של התכנית</u>
X	X	X	X	X		ראיונות אישיים עם מועמדים לתכנית
X	X	X	X	X	X	דיווח שוטף של מנחי התכנית
X	X	X	X	X	X	ראיונות קבוצתיים עם משתתפי התכנית
	X				X	תצפיות בעת הפעילויות השונות
X	X	X	X	X	X	דיווח שוטף לגבי נוכחות ונשירה מהתכנית
						<u>הערכה של תוצאות התכנית</u>
X	X	X	X	X	X	דיווח שוטף לגבי דפוסי שתייה במהלך התכנית
X	X	X	X	X		2 מעקבים אחר מצב המטופל לאחר סיום התכנית

א. הערכת היישום של התכנית

1. ראיונות אישיים עם מועמדים לתכנית. בעת הכניסה לתכנית, הרכזות של שני המרכזים ראינו את המועמדים לתכנית באמצעות כלי מובנה, שנמצא בשימוש נרחב בעולם להערכת טיפול במתמכרים: ה-ASI (Addiction Severity Index, גרסה 5, שפותח על-ידי A. Thomas McLellan ושותפיו). הכלי שימש לאיסוף מידע שיטתי על מאפייני רקע וחומרה של בעיות בתחומים שונים: פרטים סוציו-דמוגרפיים, מצב רפואי; השכלה, תעסוקה ומקורות הכנסה; שימוש באלכוהול וסמים; מעמד משפטי; רקע משפחתי; קשרים משפחתיים וחברתיים; ומצב פסיכיאטרי. השאלון, שעומד ברשות הציבור (public domain), תורגם לעברית לראשונה על-ידי חיים מקלר (מרכז מתדון, ס.ל.ע. ב', באר-שבע). בגרסה הנוכחית (ראה נספח א'), שהותאמה על-ידי החוקרים לצורך מחקר זה, רוב הפריטים תורגמו מחדש, ההנחיות למראיין הוכנסו לגוף הטופס (במקום במדריך נפרד), והעיצוב הגרפי נערך מחדש. במהלך ראיונות אלה, נאמר לכל המטופלים על-ידי הרכזות, שהתכנית תלווה במחקר הערכה, שתכלול תצפיות, ראיונות קבוצתיים וראיונות אישיים. כל מועמד התבקש לחתום על טופס הסכמה מדעת, כדי לאשר את הנכונות שלו להשתתף בתכנית המלווה על-ידי מחקר הערכה (הטופס מוצג בנספח ב').

2. דיווח שוטף של מנחי התכנית: לצורך הערכה זו, המעריכים פיתחו טופס בעל שני חלקים (ר' נספח ג'), שכולל שאלות סגורות ופתוחות. החלק הראשון נועד למילוי לפני כל מפגש וכולל שאלות על המטרות של המפגש והפעילויות המתוכננות להשגת מטרות אלו. החלק השני נועד למילוי לאחר המפגש וכולל שאלות לגבי ביצוע הפעילויות שתוכננו, השגת המטרות הרצויות של המפגש, קשיים שהתעוררו במהלך המפגש, ארועים משמעותיים ושביעות הרצון של המנחה מן המפגש.

3. ראיונות קבוצתיים עם משתתפי התכנית. בכל מחזור, ערכנו ראיון קבוצתי אחד בכל מרכז, במהלך השליש האחרון של התכנית. הראיונות ארכו בין שעה לשעה וחצי והתבססו על תדריך, שכולל התייחסות לתהליך הגיוס והמיון, התנסויותיהם במהלך התכנית עד למועד הראיון, תגובות לפעילויות ספציפיות (קבוצת צעדים, פעילות יוצרת וכו'), התאמת הפעילויות לשלב ההחלמה שבו הם נמצאים, משימות שהיוו קושי עבורם, המלצות לשינויים בתכנית ושביעות רצון כללית.

4. תצפיות בעת הפעילויות השונות. בשניים מהמחזורים, עוזרת מחקר בעלת ניסיון וידע בעבודה טיפולית עם קבוצות, צפתה בסוגי הפעילות המרכזיים של התכנית (פעילות גופנית, פעילות יוצרת, שיחה עם רכזת, פסיכודרמה, קבוצת צעדים). העקרון המנחה היה לצפות כל שבוע באותו סוג פעילות בשני המרכזים (חיפה ורמת-גן). התצפיות היו פתוחות (ללא פורמט שנקבע מראש), כאשר ההנחיות היחידות שקיבלה התצפיתנית היו: להיות נוכחת מתחילת המפגש ועד סופו; לתפוס עמדת תצפית צדדית ולא להתבלט או להתערב באף שלב של המפגש; ולשים לב ל-setting, לאווירה, ליחסים בין המנחה לקבוצה ובין חברי הקבוצה לבין עצמם, ולתגובות של המטופלים למשימות המוצעות.

5. דיווח שוטף לגבי נוכחות ונשירה מהתכנית. רכזות התכנית והמנחים תיעדו את ההשתתפות של כל מטופל בכל מפגשי התכנית על גבי טפסי נוכחות, אשר נמסרו למעריכים בסוף כל מחזור.

ב. הערכה של תוצאות התכנית

מידע על תוצאות התכנית נאסף באמצעות הכלים ומקורות המידע הבאים:

1. דיווח שוטף לגבי דפוסי שתייה במהלך התכנית. רכזות התכנית תיעדו בתחילת כל יום פעילות את מספר הימים היבשים ומספר ימי השתייה של כל מטופל (מאז הרישום האחרון). תיעוד זה נמסר למעריכים בסוף כל מחזור.

2. מעקבים אחר מצב המטופלים לאחר סיום התכנית. ערכנו מעקבים טלפוניים עם המשתתפים בשתי נקודות זמן: שלושה ושישה חודשים לאחר סיום התכנית. התדריך לראיונות הטלפוניים הוכן על-ידי המעריכים והתבסס על גרסת המעקב המחקרי של שאלון ה-ASI, שכולל רק חלק מהמידע המפורט הכלול בגרסה המלאה (ר' לעיל), ומאפשר חישובם

של אינדקסים להערכה של חומרת הבעיות בשבעה תחומים שונים: מצב רפואי; תעסוקה; שימוש באלכוהול ובסמים; מעמד משפטי; קשרים משפחתיים וחברתיים; ובעיות פסיכיאטריות. הציונים בכל אינדקס נעים בין 0 "אין בעיות בכלל" ל-1 "בעיות חמורות ביותר".

המשתתפים במעקבים

כפי שכבר צוין, המעקבים נערכו לגבי חמישה ממחזורי התכנית (מחזורי 2 עד 6) בשני המרכזים, שבמסגרתם טופלו 156 אנשים (ר' פירוט בלוח 3).

לוח 3. מספר המטופלים שהתחילו את התכנית, לפי מחזור ומקום

מחזור	רמת-גן	חיפה	סך-הכל
2	13	18	31
3	16	19	35
4	18	12	30
5	14	*15	29
6	14	17	31
סך-הכל	75	17	156

* כדי להמנע מכפילות, 3 מטופלים נוספים שהתחילו את התכנית במחזור 5 בחיפה לא נספרו כאן, מאחר שנשרו בתחילת מחזור זה וחזרו על התכנית במחזור 6 (ולכן הם נכללים בחזור 6)

דפוסי ההשתתפות בתכנית

על-פי תכנית ההערכה המקורית, היה בכוונתנו לעקוב אחר כל מי שהתחיל את התכנית, תוך עריכת השוואה בין שתי קבוצות: מסיימי התכנית לעומת הנושרים ממנה. בפועל הסתבר שדפוסי ההשתתפות בתכנית היו מורכבים יותר וזיהינו ארבעה דפוסים שונים: (1) סיום התכנית לאחר השתתפות מלאה או כמעט מלאה בכל המפגשים (90 מתוך 156 = 57.7%); (2) סיום התכנית לאחר השתתפות בלתי סדירה והעדרות משליש מהמפגשים או יותר (40 מתוך 156 = 25.6%); (3) נשירה בתחילת התכנית (22 מתוך 156 = 14.1%) ו-(4) נשירה לפני סיום התכנית, לאחר השתתפות במחצית מהמפגשים לפחות (4 מתוך 156 = 2.6%). לוח 4 מציג את דפוסי ההשתתפות לפי מקום ומחזור.

לוח 4. דפוסי ההשתתפות בתכנית, לפי מחזור ומקום (במספרים מוחלטים)

מקום	מחזור	סיימו לאחר השתתפות סדירה	סיימו לאחר השתתפות לא סדירה	נשרו בהתחלה	נשרו באמצע	סך-הכל
רמת-גן	2	9	2	2	0	13
	3	10	3	3	0	16
	4	12	4	0	2	18
	5	9	2	3	0	14
	6	9	2	3	0	14
סך-הכל						75
חיפה	2	10	4	4	0	18
	3	10	6	3	0	19
	4	6	4	2	0	12
	5	6	6	*2	1	15
	6	9	7	0	1	17
	סך-הכל					
סך-הכל						156
						4
						22
						40
						90

* כדי להמנע מכפילות, 3 מטופלים נוספים שהתחילו את התכנית במחזור 5 בחיפה לא נספרו כאן, מאחר שנשרו בתחילת מחזור זה וחזרו על התכנית במחזור 6 (ולכן הם נכללים במחזור 6)

קבוצת הנושרים היתה קטנה יותר משציפנו כשתכננו את ההערכה: רק 26 מתוך 156 מטופלים נשרו מהתכנית בתחילתה ובמהלכה. יתר על כן, היה קשה מאד לאתר מטופלים אלה ולגייס את שיתוף הפעולה שלהם לצורך המעקבים. בנוסף, הרכזות הספיקו לראיין בפועל, רק 5 נושרים מתוך ה-22 שנשרו מהתכנית מיד בתחילתה, ולכן השגנו מדידה מלאה (בעת הכניסה לתכנית + שני מעקבים) לגבי נושרים ספורים בלבד, דבר שלא איפשר עריכת ניתוחים סטטיסטיים לגבי קבוצה זו. על-כן, הוחלט שלא לכלול במחקר המעקב את אלה שנשרו בתחילת התכנית. כמו-כן, הוחלט לשלב את הקבוצה הרביעית (נשירה לאחר השתתפות בלפחות מחצית מהתכנית), שמנתה רק ארבעה משתתפים, עם הקבוצה השנייה (השתתפות בלתי סדירה). חלוקה זו אפשרה לנו לבחון שתי קבוצות עיקריות, שכוללות יחד 134 לקוחות של התכנית במחזורים 2-6: (א) מטופלים שסיימו את התכנית לאחר השתתפות מלאה (קבוצה 1; $N = 90$) ו-(ב) מטופלים שהשתתפו בחלק ניכר מהתכנית, אך נעדרו ממפגשים רבים (קבוצה 2 + קבוצה 4; $N = 44$).

למרות שעשינו מספר ניסיונות לאתר ולראיין את כל המשתתפים משני המרכזים במחזורים 2-6, ההצלחה לא הייתה מלאה. בחלק מהמקרים הטלפונים היו מנותקים (ניסינו לאתר בעזרת הרכזות את אלה שהמשיכו בטיפול פרטני או קבוצתי לאחר סיום התכנית; אך לא יכולנו להגיע לאלה שניתקו קשר עם המרכזים). אחרים סרבו להתראיין או לא היו במצב שיכלו להתראיין. לוח 5 מציג את שיעורי ההיענות אליהם הגענו בסופו של התהליך.

לוח 5. אחוז המרואיינים מתוך סך-כל המטופלים (מחזורים 6-2) בשלוש נקודות זמן, לפי מרכז

סך-הכל		חיפה		רמת-גן		
%	N	%	N	%	N	
100%	134	100%	70	100%	64	טופלו בתכנית ולא נשרו במפגשים הראשונים
87%	117	81%	57	94%	60	רואיינו לקו בסיס
79%	106	83%	58	75%	48	רואיינו למעקב 1
75%	101	77%	54	73%	47	רואיינו למעקב 2
62%	83	61%	43	63%	40	רואיינו לכל 3 המדידות

כפי שניתן ללמוד מהלוח, בעת הכניסה לתכנית, רכזות התכנית ראינו 117 מתוך ה-134 (87.3%); במעקב הטלפוני הראשון, כשלושה חודשים לאחר שהסתיים המחזור שלהם, רואיינו 106 (79.1% מתוך ה-134) וכמו-כן, ראינו 101 (75.4% מתוך ה-134) בוגרים של התכנית כששה חודשים לאחר סיום כל מחזור. מדידה מלאה (בתחילת התכנית + שני מעקבים) התקבלה לגבי 83 מטופלים, שמהווים 62% מאלו שהשתתפו בתכנית ולא נשרו בתחילתה.

כדי לבחון שינויים לאורך זמן במצבם של מטופלים, מקובל לכלול בניתוחים רק את אלה שהשתתפו בכל המדידות. במקרה הנוכחי, 83 מטופלים השתתפו, כאמור, בכל המדידות (להלן, "מדגם כל המדידות"), ו-44 נוספים (33%) השתתפו בחלק מהמדידות (להלן "מדגם מדידות חלקיות"). מצב זה איפשר לנו לבחון אם קיימת הטיה כלשהי במדגם כל המדידות: אם מרואיינים אלה אינם בעלי אפיונים מיוחדים שאולי השפיעו על נכונותם להשתתף בכל המדידות. במקרה כזה קיים חשש, שתוצאות המעקב לגביהם לא יסקפו את התוצאות של כלל המשתתפים. מידת הייצוגיות שלהם נבחנה על-ידי השוואת מדגם כל המדידות למדגם המדידות החלקיות בסדרה של 26 מדדים שכללו מאפייני רקע (גיל, מצב משפחתי, שנות השכלה, מקצוע, רקע עדתי) וחומרת הבעיות בשבעה תחומים (בעיות שתייה, בעיות סמים, בעיות רפואיות, בעיות תעסוקתיות, בעיות משפטיות, בעיות משפחתיות/חברתיות, בעיות פסיכיאטריות) בשלוש נקודות זמן (תחילת התכנית, מעקב 1, מעקב 2). ממצאי הבדיקות הצביעו על הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות בארבע השוואות בלבד מתוך 26 ההשוואות שערכנו. לא נמצאו כלל הבדלים במאפייני רקע; בעת הכניסה לתכנית היו הבדלים בשני תחומי בעיה (מתוך שבעה); במעקב 1 היו הבדלים בשני תחומי בעיה אחרים; ובמעקב 2 לא נמצאו כלל הבדלים. הבדלים מעטים אלה שנמצאו בין הקבוצות לא הראו דפוס עקבי או שיטתי. יתירה מכך, כאשר עורכים השוואות מרובות, ניתן לצפות למספר קטן של הבדלים מקריים. ניתן להסיק, אם כן, שהמטופלים שיש לגביהם שלוש מדידות אינם שונים באופן מהותי מאלה שלא השתתפו בכל שלוש המדידות. במילים אחרות, ניתן לומר, ברמה סבירה של בטחון, שקבוצה זו מייצגת את כלל המשתתפים שלא נשרו בתחילת התכנית.

ממצאים

הממצאים של ההערכה מוצגים בשלושה פרקים עיקריים: (1) מאפייני רקע וחומרת הבעיות של משתתפי התכנית, קודם לכניסתם לתכנית; (2) יישום התכנית; (3) תוצאות התכנית. כדי להקל על הקורא, הנתונים מוצגים בעיקר באופן נרטיבי (נספח ד' מציגים את הממצאים בלוחות מפורטים).

1. ממצאים לגבי מאפייני רקע וחומרת הבעיות של המטופלים,

קודם לכניסתם לתכנית

גיל, מין, ארץ לידה, דת

הגיל הממוצע של משתתפי התכנית בשני המרכזים היה קרוב ל-45, כאשר טווח הגילאים של המשתתפים נע בין 26, גילו של המשתתף הצעיר ביותר, ל-65, גילו של המשתתף המבוגר ביותר. כמעט כל המשתתפים בתכנית (94.3%) היו גברים ולמעלה ממחציתם היו ילידי הארץ (59%). מבין אלו שלא נולדו בארץ, נמצא אחוז דומה לילידי מזרח אירופה (כולל חבר העמים), צפון אפריקה ואסיה (13.1%, 12.3% ו-10.7% בהתאמה). למעלה ממחצית המשתתפים היו יהודים (61.5%), והאחרים היו מוסלמים (27%), נוצרים (7.4%), או דרוזים (7.4%). הריכוז הגדול של המשתתפים היהודים היה ברמת גן (כ-92% מכלל המשתתפים במרכז זה) והריכוז הגבוה של המשתתפים הלא יהודים היה בחיפה (כ-71% מכלל המשתתפים במרכז).

השכלה, חודשי הכשרה מקצועית או חניכות

הממצאים מראים שממוצע שנות ההשכלה של המשתתפים בתכנית, בשני המרכזים, היה פחות מתשע שנות לימוד, כאשר בחיפה ממוצע שנות הלימוד היה 8.1 וברמת גן 9.5. כלומר, בסך הכל רמת השכלה נמוכה: סיום בי"ס יסודי או חטיבה בלבד. המרואיינים התבקשו לציין גם את מספר החודשים שהשתתפו בהכשרה מקצועית או חניכות. הממצאים הראו שמשתתפי התכנית דיווחו בממוצע על 6.4 חודשי הכשרה, כאשר ממוצע החודשים שדווח ברמת גן גבוה כמעט פי שניים מזה שדווח בחיפה (8.4 לעומת 4.3, בהתאמה).

מצב משפחתי ומגורים עם משתמשים באלכוהול או סמים

רוב המשתתפים בתכנית היו נשואים (60.5%), קרוב לשליש גרושים או חיים בנפרד מבן או בת הזוג שלהם (30.2%) והנותרים היו רווקים (8.5%) או אלמנים (0.8%). כאשר משווים בין שני המרכזים, ניתן לראות הבדלים בולטים בין משתתפי התכנית ברמת גן, למשתתפי התכנית בחיפה. בהשוואה לרמת גן, רוב המשתתפים בחיפה היו נשואים (75.5% בחיפה, לעומת 46.8% ברמת גן) ומן הצד השני אחוז הגרושים או אלה שחיו בנפרד מבני זוגם היה ברמת גן בשכיחות של כמעט פי שלושה, בהשוואה לחיפה (43.6% ברמת גן לעומת 15.8% בחיפה). בשני המרכזים, דיווח רק מיעוט מקרב

המשתתפים על מגורים עם אדם שיש לו בעיית אלכוהול (פחות מ- 7%), או בעיה של שימוש בסמים (פחות מ- 3%).

קשרים משמעותיים ובעיות קשות עם משפחה במהלך החיים

מרבית המשתתפים דיווחו שבמהלך חייהם היו להם קשרים אישיים משמעותיים עם המשפחה הגרעינית -- ילדים או בני זוג, או המשפחה מורחבת -- הורים או אחים. הקשר המשמעותי שדווח בשכיחות הגבוהה ביותר (מעל 80%) היה עם ילדים, והשכיחות הנמוכה ביותר (67.6%) דווחה לגבי קשר עם האב.

המרואיינים התבקשו לדווח גם על מצבים קשים שהיו להם עם בני משפחתם במהלך החיים, מצבים שסיכנו את המשך הקשר שלהם אתם. מהממצאים אנו למדים שהאדם אתו היו למשתתפים בתכנית בעיות קשות בשכיחות הגבוהה ביותר היו בני הזוג (80.6% מכלל המשתתפים בתכנית) ובשכיחות הנמוכה ביותר היו הילדים (33% מכלל המשתתפים בתכנית). בהמשך לכך, התבקשו המרואיינים לדווח אם משהו מבני המשפחה התעלל בהם בעבר: רגשית, פיזית או מינית. מתשובותיהם אנו למדים ש-42.6% מכלל המטופלים דיווחו על חשיפה לאחד או יותר משלושת סוגי ההתעללות, כאשר כשליש (36.8%) דיווחו על התעללות רגשית, כרבע (28.7%) דיווחו על התעללות גופנית ומספר קטן של מרואיינים (4.1%) דיווחו על התעללות מינית.

שימוש באלכוהול ובסמים

ותק בשתיית אלכוהול והשפעותיו (השתכרות ושינויים במצב הרוח) היו, כמובן, בין השאלות המרכזיות שהמטופלים התבקשו לענות עליהן. מן התשובות אנו למדים שממוצע זמן השתייה המדווח, מעבר למרכזים, היה 10.8 שנים (עם סטיית תקן של 8.6). לא נמצאו הבדלים גדולים בממוצע השתייה המדווח בשני המרכזים (ברמת גן דווח על 11.4 שנים בממוצע, בהשוואה לממוצע של 10.1 בחיפה).

המרואיינים התבקשו לדווח גם על מספר השנים, במהלך חייהם, שבהן השתמשו בסוגים שונים של סמים: הרואין או קוק פרסי, אדולן, קוקאין או קראק, כדורי מרץ, חשיש או מריחואנה, חומרים גורמי הזיהו ו/או משאפים שונים, טיפקס או דלק. מן התשובות אנו למדים על רמת שימוש נמוכה בקרב כל המשתתפים (ממוצע של 1.1 שנים בשימוש בחשיש או מריחואנה, ממוצע של 0.3 שנים בשימוש של הרואין, קוק פרסי, קוקאין או קראק וממוצע של 0.2 שנים בשימוש של כדורי מרץ, אדולן או מתדון).

לעומת ממוצע השנים הנמוך בשימוש בסמים, דיווחו המטופלים על ממוצע של 4.2 שנים בשימוש בתרופות נגד כאבים, על ממוצע של 3 שנים בכדורי שינה ועל ממוצע של 2.7 שנים בכדורי הרגעה. השוואה בין המטופלים של שני המרכזים מראה שבחיפה, בהשוואה לרמת גן, דווח על ממוצע שנים

גבוה יותר בשימוש בכדורים נגד כאבים (6.2 לעומת 2.4, בהתאמה) וממוצע שנים נמוך יותר בשימוש בכדורי שינה (2.2 לעומת 3.7, בהתאמה) ובכדורי הרגעה (2.2 לעומת 3.1, בהתאמה).

מצב בריאות

בריאות פיזית. כחמישים אחוז (53.3%) מכלל המטופלים ציינו, שקודם לכניסתם לתכנית, סבלו מבעיות רפואיות כרוניות ושליש (35%) ציינו שהם נוטלים תרופות באופן קבוע לטיפול בבעיות אלה. בנוסף, קרוב לחמישית (19.5%) ציינו שהם מקבלים קצבת נכות בגלל מגבלה גופנית כלשהי. כאשר משווים בין המטופלים של שני המרכזים אנו מוצאים, שבהשוואה לחיפה, ברמת גן מדווחים יותר על בעיות כרוניות (57.1% לעומת 49.2%), יותר על נטילת תרופות באופן קבוע (42.6% לעומת 27.1%) וכמעט באותה שכיחות על קבלת קצבת נכות (20.3% לעומת 18.6%).

בריאות נפשית. בהתייחס לרקע פסיכיאטרי, קרוב לעשרה אחוז (9.7%) מכלל המטופלים ציינו, שקודם לכניסתם לתכנית, אושפזו בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות, כרבע (27.4%) ציינו שנטלו תרופות לטיפול בבעיות אלה ומיעוט קטן בלבד (6.5%) ציינו שקיבלו גם קצבת נכות בגלל בעיות אלו. כאשר משווים בין המטופלים של שני המרכזים אנו מוצאים שבהשוואה לחיפה, ברמת גן מדווחים יותר על אשפוזים על רקע נפשי (12.3% לעומת 7.1%), יותר על נטילת תרופות פסיכיאטריות באופן קבוע (32.8% לעומת 21.4%) ובשכיחות גבוהה יותר על קבלת קצבת נכות בגלל בעיות אלה (8.9% לעומת 3.9%).

בנוסף, רשימה מפורטת של בעיות וסימפטומים פסיכיאטריים הוצגה בפני המטופלים ולגבי כל אחת מהן, הם התבקשו לציין, האם סבלו ממנו באיזשהו זמן במהלך חייהם, "שלא כתוצאה משימוש בסמים או אלכוהול וגם לא בזמן ניסיון להגמל מהשימוש בהם". רשימה זו כללה את המצבים הבאים: דכאון עמוק, חרדה גדולה או מתח רב, הזיות, קושי בשליטה על התנהגות אלימה, מחשבות אובדניות או ניסיונות התאבדות. מן הממצאים אנו למדים שלמעלה משני שלישי מכלל המרואיינים דיווחו שסבלו במהלך חייהם מדכאון עמוק (72.9%), מחרדה גדולה או מתח רב (70.4%), או מקושי בשליטה על התנהגות אלימה (66.7%). קרוב למחצית המטופלים (43.1%) ציינו שהיו להם במהלך חייהם מחשבות אובדניות וכרבע (25.6%) גם דיווחו על ניסיונות התאבדות. לבסוף, כחמישית מכלל האוכלוסייה דיווחה על מצבים שבהם היו להם הזיות. לא שלא היה הבדל בין המטופלים בשני המרכזים במרבית הסימפטומים הפסיכיאטריים. ההבדל הגדול ביותר נמצא בדיווח על מצבי חרדה גדולה או מתח רב במהלך החיים, כאשר המטופלים ברמת גן דיווחו על כך בשכיחות רבה יותר מהמטופלים בחיפה (83.1% לעומת 57.1%, בהתאמה).

מצב תעסוקה

בעוד שמרבית המשתתפים בשני המרכזים (76% ברמת גן ו- 66.1% בחיפה) ציינו שהם בעלי מקצוע, הרי כמחציתם (51% ברמת גן ו- 50.8% בחיפה) ציינו שהיו מובטלים בשלוש השנים שקדמו לכניסתם לתכנית. כעשירית מהם (13% ברמת גן ו-10.2% בחיפה) דיווחו שהם מתקיימים מקצבה ומיעוט (6% ברמת גן ו-6.8% בחיפה) ציינו שהם עצמאיים. כל השאר דיווחו שהיו שכירים במשרות חלקיות, קבועות או לא קבועות.

מצב משפטי

המטופלים נשאלו גם לגבי המצב המשפטי שלהם, קודם לכניסתם לתכנית: האם הופנו למרכז על ידי בית המשפט או שירות מבחן? האם הם נמצאים בתקופת מבחן או פיקוח? והאם הם מחכים להגשת כתב אישום נגדם, למשפט, או לגזר דין? מן הממצאים אנו למדים שקרוב לשליש (32.2% בקרב כל המשתתפים, 34.5% ברמת גן ו- 29.8% בחיפה) ציינו שהם מחכים להגשת כתב אישום נגדם, למשפט, או לגזר דין; ושכחמישית (19.2% בקרב כל המשתתפים, 22.6% ברמת גן ו- 15.5% בחיפה) נמצאים בתקופת מבחן או פיקוח. כמו כן אנו למדים, שכששית מקרב כלל המשתתפים, הופנו למרכז על ידי בית המשפט או שירות המבחן (19.4% ברמת-גן לעומת 12.1% בחיפה).

2. הממצאים לגבי יישום התכנית

כפי שכבר הוזכר בפרק השיטה, מידע לגבי אופן יישום התכנית התקבל ממספר מקורות מידע: מהרכזות בשני המרכזים, ממנחי התכנית, מתצפיתנית חיצונית מטעם צוות ההערכה ומהמשתתפים בתכנית. הערכת היישום בוצעה תוך כדי תהליך ההתערבות וממצאיה הועברו בפירוט בכתב, בשני דו"חות ביניים, שהוגשו בספטמבר 1998 ובמרץ 2000 והוצגו גם בעל-פה במסגרת הישיבות הקבועות של ועדת ההיגוי. לכן, מידע זה לא יוצג כאן שוב בפירוט ובמסגרת דו"ח זה, רק נחזור ונציג בקצרה את הממצאים העיקריים שהתקבלו מהתצפיות והראיונות הקבוצתיים עם המשתתפים וסוגיות מרכזיות שעלו מתוך הדיווחים של הרכזות והמנחים. מעקב אחר שתייה ונוכחות במהלך התכנית ודיווחי המנחים לגבי תכנון הפעילויות והערכתן, שהוצגו בפירוט רב בשני דו"חות הביניים, לא יוצגו כאן.

מבנה התכנית

כל הדיווחים שהתקבלו ממקורות המידע השונים הצביעו על כך, שמבנה התכנית היה כפי שתוכנן: שלושה ימים בשבוע של 5½ עד 6 שעות פעילות ביום. משך התכנית נקבע במקור לששה שבועות, כאמור. בעקבות המשוב של המחזור הראשון, הוחלט להאריך את התכנית והחל מהמחזור השני היא ארכה שמונה שבועות. התכנית כללה פעילויות מגוונות, שהתבססו על הרצאות (לדוגמא:

מרופא, מדיאטנית), הפעלות/התנסויות (למשל, פסיכודרמה, יצירה, פעילות גופנית), ו/או שיחות (כגון, תקשורת, 12 הצעדים, מפגש משפחות). נספח ה' מציג לוחות פעילות מפורטים של שני מחזורים לדוגמא: מחזור 1 מרמת-גן ומחזור 4 מחיפה.

הפעילות היחידה שהתגלעו קשיים ביישומה, עד כדי ביטול הפעילות בחלק מהמחזורים, היתה קבוצת המשפחות, שהיתה מיועדת למפגש משותף של המטופלים עם בני/בנות זוגם. הקשיים נבעו ממספר סיבות: לרבים מבין המשתתפים (כ-40%) לא היו בני זוג, דבר שגרם להם לאי נוחות, לרבים מבני הזוג היה קושי לדבר עברית (בעיקר בני הזוג של המשתתפים הערביים) ולחלק לא קטן היו קשיים לוגיסטיים להגיע לפגישות.

דיווח התצפיתנית

אחד ממקורות המידע המרכזיים לגבי אופן היישום של התכנית היה חישובי לה: תצפיתנית בלתי תלויה, מטעם צוות ההערכה, בעלת נסיון וידע בעבודה טיפולית עם קבוצות, שצפתה, החל מהשבוע השני של המחזורים הראשון והחמישי, בחמשת סוגי הפעילות המרכזיים של התכנית. תצפיות אלו הניבו חומר רב, עשיר ומפורט, שניתן היה להפיק ממנו לקחים במספר רמות: ברמת המנחה האינדיווידואלי, ברמת סוג הפעילות, וברמת התכנית בכללותה. בדו"ח זה אנו מציגים בקצרה ובאופן כללי את הממצאים המרכזיים ברמת התכנית. כדוגמא, אנו מציגים בנספח ו' דיווח מפורט לגבי שתי תצפיות מייצגות משתי פעילויות שונות.

ההתרשמות הכללית, מעבר למרכזים ומעבר לסוגי הפעילות השונים, היתה שנעשית עבודה מקצועית ורצינית ביותר. בפעילויות השונות צפינו בביטויים של פתיחות, הבעת רגשות, ואמון בין חברי הקבוצה, ובנכונות לנגוע בדברים ולהתמודד עם קונפליקטים בין-אישיים ותוך-אישיים. נראה היה שקורה משהו עם עוצמה ובעל משמעות עבור המשתתפים: הם עובדים ולא רק מעבירים את הזמן. כמו-כן, התרשמנו שהמנחים, מצדם, לא חששו לטפל בעוצמות אלה והתייחסו, מצד אחד, עם כבוד רב, ומצד שני, בהצבת גבולות. יוצאים מן הכלל היו פעילויות (כגון, ספורט) שבהן היה נראה כי המנחים, שלא היו אנשי טיפול בהכשרתם, התקשו להתמודד עם מצבים טעונים והיו זקוקים אולי להדרכה לגבי האופן שיש להגיב במצבים מעין אלה.

התצפיות שערכנו בשני המרכזים במהלך שני מחזורים שונים (מחזורים 1 ו-5) אפשרו לנו גם להתרשם משינויים שחלו באופן היישום של התכנית לאורך זמן. בתצפיות של מחזור 5, התרשמנו כי המנחים היו בטוחים יותר במקומם, שהם "הכילו" טוב יותר את המטופלים וגם דרשו מהם לקחת יותר אחריות אישית, בהשוואה למה שראינו במחזור הראשון. בנוסף, נראה היה שבהשוואה למחזור הראשון, היתה פחות מובנות והתרופפות מסוימת בכללי ההשתתפות במחזור החמישי: היתה פחות עמידה על השתתפות עקבית בכל הפעילויות ויותר תחושה של חופש בחירה. בחלק גדול מהפעילויות שבהן צפינו במחזור 5, היו מטופלים שישבו בחוץ והיו גם כאלה שעזבו באמצע הפעילות. למרות שהתרופפות זו נצפתה בשני המרכזים, התרשמנו שבחיפה היתה יותר בהירות בשני

המחזוריים שבהם צפינו, והמטופלים שם ידעו תמיד בדיוק אלה פעילויות אמורות היו להתקיים, לעומת מצב שנראה מעט פחות ברור ברמת-גן.

בנוסף, יש לציין, שמאחר שבשני המרכזים הפעילות התקיימה בחדרים קטנים, היתה תחושה של צפיפות וחוסר התאמה בין הפעילויות לבין התנאים הפיזיים, דבר שבלט בעיקר בפעילויות ההתנסותיות ובפעילות הגופנית.

דיווחי המשתתפים בתכנית

מסדרת הראיונות הקבוצתיים שקיימנו עם המטופלים, למדנו שבאופן כללי הם היו מרוצים מאד מהתכנית והם דיווחו שהתכנית תרמה להם במספר תחומים של חייהם. בין הדברים שצינו: הם קבלו ידע רב על נושא השתייה; הם למדו להתרחק מהשתייה ולברוח ממצבים שיש בהם סיכון לשתייה; הם הרגישו שייכות לקבוצה של אנשים ושאו ממה כוח להתמודד עם הקשיים בחייהם; הם קבלו הזדמנות להפתח בפני אנשים אחרים שנמצאים במצב דומה לשלהם; ההערכה העצמית שלהם גדלה; חל שיפור בקשר שלהם עם משפחותיהם; הם נהיו מודעים להשפעה השלילית של השתייה שלהם על אנשים אחרים בקרבתם; והם התחילו להיות מעורבים יותר ופעילים יותר בבית.

כשנשאלו לגבי המרכיבים בתכנית שתרמו להם במידה הרבה ביותר, רוב המרואיינים דיברו על התכנית בכללותה והתקשו להפריד בין המרכיבים. עם זאת, היו מספר דברים שצינו כתורמים באופן מיוחד. המרואיינים ציינו שהרישום היומי של מספר הימים היבשים של כל אחד מהם על לוח גדול, שהיה מוצב באופן קבוע בקדמת החדר בשני המרכזים, היה טוב והווה עבורם סמל מוחשי בולט להתקדמותם ולשינויים שהם עושים. הם גם הציגו בגאווה את העבודות שעשו במסגרת הפעילות היוצרת, שגם הן, ככל הנראה, סמלו עבורם באופן מוחשי את ההישג, היכולת והשינוי.

יחד עם המרכיבים החיוביים, המרואיינים ציינו גם היבטים של התכנית שהפריעו או היו חסרים להם. ראשית, דיברו המטופלים על החשש הגדול שלהם מן ההמשך (לאחר סיום התכנית), ללא התמיכה של התכנית ושל קבוצת החברים. בשני המרכזים ובכל המחזוריים, הם ציינו בנחישות רבה שהתכנית קצרה מדי וכדי שהמטופלים יספיקו לעבור את השינויים הנדרשים וגם לשמר אותם, היא צריכה להיות ארוכה יותר. האמירות בנושא זה היו בעלות עוצמה רבה, ואנו מציגים חלק מהן כלשונן:

- הפרויקט עזר לי אבל כל שנייה אני בסכנה. הבעיות לא נגמרות -- בבית, במשפחה, בהוצאה לפועל. אז אני אבוא פעם בשבוע לשעה וחצי, ומה אני אעשה בשאר הימים? אני בטח אפול. הביטוח לאומי לאחר 3 חודשים חושב שהשתקמנו ושולח אותנו לעבוד. פה אנחנו במסגרת ואנחנו מתחזקים ומעבירים את הזמן. מה יקרה כשהפרויקט יסתיים? כשאני אגמור כאן [את התכנית], לאף אחד לא יהיה איכפת ממני. אף אחד לא ישאל אותי, "אתה שותה או לא שותה?". כאשר אני פה, אני נפגש עם אנשים שמנסים לא לשתות. כאשר נצא עכשיו, כשאנחנו עדיין לא חזקים, אנחנו נחזור לחבריה הקודמים ששותים. פה גם למדנו להקשיב

אחד לשני. אני פוחד להפסיד את ההשגים שהשגנו פה. אם אני אפול שוב, בטח לא יהיה לי יותר כח לנסות להגמל שוב.

- אני עם פחד מה יהיה הלאה... עלינו על דרך המלך אבל צריך להמשיך לנסוע על דרך המלך. איך עושים את זה אם באים רק לפגישה של פעם בשבוע ללא מסגרת?
- עם כל השינוי, יש קושי. כאשר שתיתי לא הייתי מודע לבעיות שלי. כשהפסקתי לשתות אני מודע לבעיות ואני רואה הכל שחור. עוד שבוע אנחנו מסיימים ומה יהיה? אני לא יודע. אנחנו עדיין חלשים ומה יהיה אתנו?
- כשאני בא לפה אני יודע לאן אני צריך להגיע. השאלה, כשנגמור. מה יהיה הלאה? פעם אחת בשבוע לא תעזור.
- העובדה שהפעילות מתנהלת 3 פעמים בשבוע מאפשרת לנו, אם אנחנו מפספסים יום אחד, בכל זאת להשתתף ביומיים האחרים. אם מפספסים את מפגש הקבוצה השבועי, לעומת זאת, זה אומר שצריך לחכות שבוע שלם עד המפגש הקבוצתי הבא.

בשני המרכזים נאמר גם שחסרה להם עזרה בהתמודדות עם לחצים בחוץ שאינם קשורים לשתיה. מרואיין אחד ציין, למשל, ש"יש תחושה של וואקום בטיפול - צריך להוסיף אלמנט של המציאות". אחר טען ש"בחוץ מחכה לנו מצב מלחמה". חסר להם אדם שיעזור להם עם כל מיני גורמים חיצוניים - ייצוג, ליווי, תיווך - כדי לטפל בבעיות, להקפיד תהליכים ולקצר תהליכים של זכאות וכיו"ב בביטוח הלאומי -- מעין case manager שירכו להם את הטיפול מול גורמי חוץ ויסייע להם באופן פעיל בהתמודדות עמם. (אמנם, נמסר לנו שהמטפלים הפרטניים אמורים למלא תפקיד זה, אך נראה שרק מעטים מהם עושים זאת בפועל).

אחד הנושאים שעלו בעוצמה רבה היה הצורך בשיקום תעסוקתי. מאחר שרוב המטופלים נמצאו שנים רבות מחוץ למעגל העבודה המסודר, הם חסרי מיומנויות עבודה בסיסיות וכישורים מקצועיים ספציפיים ובנוסף, העלו את החשש שחוסר מסגרת לתעסוקה והזמן הפנוי שיעמוד לרשותם בעקבות כך יקשו עליהם להמנע משתייה.

אורך הימים הוזכר, גם כן, כקושי על-ידי חלק מהמטופלים. אלה שהיו צריכים להגיע מרחוק בתחבורה ציבורית התקשו להגיע בשעת בוקר מוקדמת והם דיווחו שהיו מעדיפים להתחיל בשעה מאוחרת יותר. אחרים אמרו שהם פשוט מעדיפים יום קצר יותר כי קשה להם לשבת זמן כה רב ברציפות. הם הציעו לפרוס את אותו מספר שעות על-פני ארבעה ימים בשבוע, ובכך להרוויח "כיסוי" של יום נוסף שבו ההימצאות במרכז מקלה עליהם את ההמנעות משתייה.

הדיווח של צוות התכנית

דיווח הרכזות

תפקיד הרכזות/ת הינו קריטי להצלחה של תכנית זו. כפי שהוגדר ויושם בפיילוט, התפקיד היה ריכוזי מאוד במהותו, וכלל אחריות לפיתוח התכנים המועברים בפעילויות השונות, לגיוס המשתתפים לתכנית ומיונם, לגיוס מנחים, להעברת חלק מהתכנים, ולניהול המקצועי והאדמיניסטרטיבי השוטף של התכנית. בנוסף, הרכז היה בעל התפקיד הקבוע היחידי בתכנית וכמעט היחידי שהיה לו גם תקן במרכז (כמעט כל המנחים האחרים היו עובדי חוץ שקבלו שכר על בסיס של שעות). על-כן, לאופן הביצוע של התפקיד על-ידי הרכז/ת היה משקל רב בהצלחת התכנית. מאחר שיש כוונה להפעיל תכנית זו במרכזים אחרים, חשבנו שיש מקום לבחון את הגדרת התפקיד ואת האופן שבו הוא נתפס על-ידי שתי הרכזות שמילאו את התפקיד במחוזות הראשונים. לשם כך, התקיים אתן דיון מעמיק ומקיף שבמהלכו נבחן האופן שבו הן תופסות את הגדרת תפקידן, הסוגיות המרכזיות אתן היה עליהן להתמודד במהלך עבודתן והאופן שבו הן ממליצות להתמודד עם סוגיות אלה.

הרכזות דיווחו שהעבודה בתכנית הקשתה על גמישות בתכנון החיים שלהם שמחוץ לעבודה בתכנית. מאחר שמדובר בתפקיד של אדם אחד, שאין לו עוזרים או מחליפים, והוא האחראי הבלבדי על תפקידים כה רבים, הרכזות לא היו יכולות להעדר מאף יום של פעילות. מצב זה הביא לעומס רגשי גדול עבורן וכל העדרות שלהן בגלל מחלה או חופשה יצרה עבור המרכז קושי רב בהפעלה השוטפת של התכנית. יתר על כן, מאחר שלוח הזמנים של המחוזות היה תלוי בגורמים משתנים (כגון, מספר המועמדים), מועד קיום המחזור נקבע בדרך כלל קרוב להתחלתו ולכן קשה היה גם לתכנן מראש העדרות מהעבודה.

הרכזות דיווחו גם שהצוות לא היה מעורב מספיק, לדעתן, בבנייה ובפיתוח של התכנית (למשל, בפיתוח קריטריונים לקבלה לתכנית) וכתוצאה מכך, התכנית נתפסה בתחילה על-ידי חלק מעובדי המרכז כפרויקט מיוחד ולא כחלק אינטגרלי של המרכז. על-כן, קרה לא פעם שהרכזות ספגו ביקורת אישית על התנהגות של משתתפים בתכנית. בנוסף, לדעת הרכזות, הצוות סייע רק באופן חלקי בהפניה של מועמדים ובאבחון שלהם. מצב זה הוביל את הרכזות למסקנה שיש חשיבות רבה בשיתוף מלא של המנהלים וצוות המרכז בתכנית, כדי שיעזרו, הן באיתור ובהפניה של מועמדים, והן בתמיכה שוטפת בהתמודדות עם סוגיות שונות, שעולות במהלך התכנית.

דיווח המנחים

מנחי התכנית דיווחו שהיו מרוצים ממרבית המפגשים שהתקיימו ושמרבית המטרות שהציבו לעצמם במפגשים הושגו באופן מלא. בנוסף, הם ציינו שניתן היה להבחין, כבר במהלך יישום הפעילות, בשינויים שהמשתתפים עוברים, שבאו לידי ביטוי ביכולת ריכוז גבוהה יותר, בהגעה

לתובנות חדשות, במעבר מתחושת ייאוש לתחושת אופטימיות ובנכונות רבה יותר להתמודד עם קשיים.

עם זאת, הם דיווחו גם על מספר קשיים שהתעוררו במהלך המפגשים. מן הדיווח של המנחים למדנו שהיו מספר סוגים של קשיים. ראשית, המצב הפיזי והמנטלי של המשתתפים, שלא תמיד איפשר שיתוף פעולה ומעורבות בפעילויות. למשל, כאשר התעוררו עוצמות רגשיות של זעם או תסכול, חלק מהמנחים התקשו להתמודד איתן ולנתב אותם. מצבים פיזיים שהוזכרו כללו כאבים ובחילות שהפריעו לריכוז ולהישארות בחדר. קושי נוסף שהוזכר התייחס לנוכחות בלתי סדירה של המשתתפים במפגשים, שעוררה שתי בעיות: מספר נוכחים קטן, שלא תמיד איפשר את ביצוע הפעילות המתוכננת, ומצבים שבהם נעדרים, שהפסידו חומר, העלו, לאחר חזרתם, נושאים שכבר טופלו או דרשו תשומת לב מיוחדת, כדי להתחבר חזרה לקבוצה. קושי נוסף, שדווח על-ידי המנחים, קשור, ככל הנראה, לתהליכים נורמטיביים בגיבוש של קבוצה, שלא נלקחו בחשבון והיה צורך להתייחס אליהם במפגשים (כגון, יצירת קואליציות, מאבקי כוח וכו'). ההטרוגניות של הקבוצה הוזכרה אף היא כמקור לקושי. הבדלים בין המטופלים במצב גופני, בשליטה בשפה העברית, בידיעת קרוא וכתוב, ובהיקף וחומרת הבעיות שיש להם מעבר לשתייה, הקשו על מציאת מכנה משותף בעבודת המנחים. לבסוף, הוזכרו קשיים הקשורים לתנאים הפיזיים במרכזים, שהפריעו ליישום של חלק מהפעילות המתוכננת (למשל, צפיפות, חוסר מקום ליד השולחן וכו').

3. הממצאים לגבי תוצאות התכנית

מצב שתייה

מצב שתייה בשלוש נקודות זמן

בראיונות עם המטופלים, שהתקיימו בעת כניסתם לתכנית ובמעקבים שלושה וששה חודשים לאחר סיומה, הם התבקשו לדווח על מספר הימים בחודש האחרון שבהם השתכרו ועל מספר הימים בהם שתו כמות כלשהי של אלכוהול.

בעת הכניסה לתכנית. כפי שניתן ללמוד מלוחות 6 ו-7, למעלה משני שלישי מהמטופלים (67.5%) דיווחו שלא השתכרו ולמעלה ממחצית מהמטופלים (56.6%) דיווחו שלא שתו כלל בחודש שלפני כניסתם לתכנית. יש לזכור, כי הפסקת שתייה הוצגה כתנאי לכניסה לתכנית ועל-כן, מרבית המטופלים הפסיקו לשתות עוד בטרם התחילה, כדי שיוכלו להתקבל אליה ומתוך ידיעה שהיא תספק להם מסגרת אינטנסיבית לסיוע בהתמודדות עם הקשיים הכרוכים בהפסקה זו. על-כן, ממצא זה לגבי קו בסיס, לכאורה, משקף, לפחות בחלקו, השפעה של התכנית ולא דווקא קו בסיס במובן המקובל של המונח. אמנם, ידוע לנו, שהיו גם כאלה, שהתקבלו לתכנית לאחר תקופה ארוכה יחסית של המנעות משתייה, אך אלה היו מקרים חריגים, שהופנו לתכנית מכיוון שנחשבו על-ידי

בעלי המקצוע ו/או חשו בעצמם שהם נמצאים בסיכון גבוה לחזור לשתייה, עקב משבר או מסיבות אחרות.

במעקבים. בשני המעקבים שלאחר סיום התכנית, התקבלו תמונות דומות: כשני שלישי מבוגרי התכנית דיווחו שלא השתכרו בחודש האחרון וכמחצית דיווחו שלא שתו כלל. מרבית הנותרים דיווחו על שתייה ניכרת: כשתי חמישיות (כ-40%) דיווחו על שתייה של כמות אלכוהול כלשהי ארבע פעמים או יותר במהלך החודש שקדם לראיון ובין רבע לשליש דיווחו על שתייה עד לשכרה במהלך תקופה זו.

לוח 6. מספר ימי שתייה בחודש האחרון, בשלוש נקודות זמן

6 ח' לאחר הסיום		3 ח' לאחר הסיום		בעת הכניסה לתכנית		מספר ימי שתייה
%	N	%	N	%	N	
54.2	45	51.8	43	56.6	47	0 ימים
4.8	4	9.6	8	13.3	11	1-3 ימים
41.0	34	38.6	32	30.1	25	4+ ימים
100.0	83	100.0	83	100.0	83	סך-הכל

לוח 7. מספר ימי השתכרות בחודש האחרון, בשלוש נקודות זמן

6 ח' לאחר הסיום		3 ח' לאחר הסיום		בעת הכניסה לתכנית		מספר ימי שתייה
%	N	%	N	%	N	
67.5	56	68.7	57	67.5	56	0 ימים
2.4	2	6.0	5	9.6	8	1-3 ימים
30.1	25	25.3	21	22.9	19	4+ ימים
100.0	83	100.0	83	100.0	83	סך-הכל

דפוסי שתייה

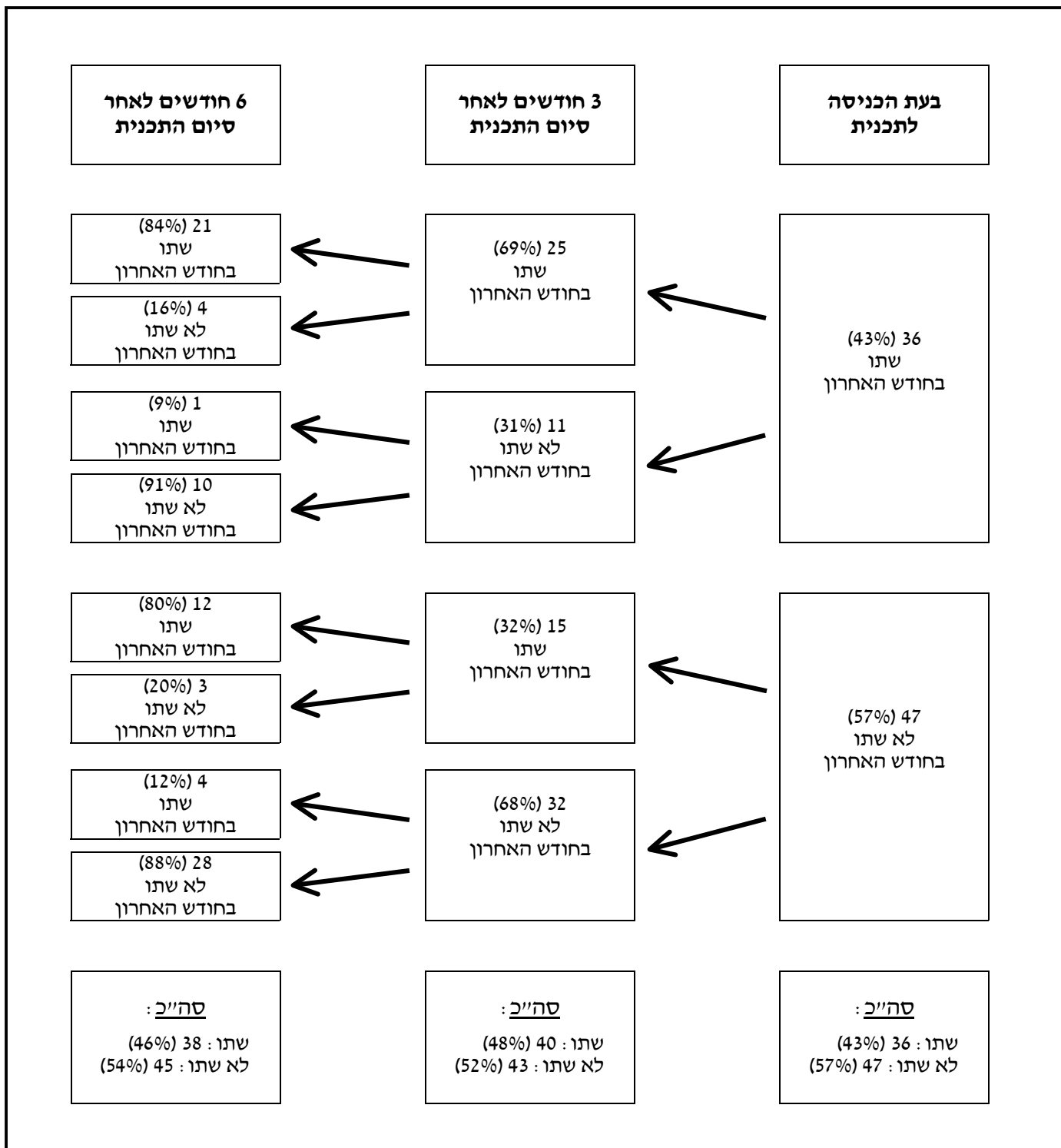
כדי להבין ממצאים אלה יותר לעומק, בדקנו את נתוני השתייה לא רק ברמת הקבוצה אלא גם ברמת הפרט. תרשים 1 מציג את אחוזי המטופלים שדיווחו על שתייה (יום אחד או יותר בחודש האחרון) ואי שתייה במעקב הראשון, בחלוקה לפי מצב השתייה שדווח בעת הכניסה לתכנית,

וכמו-כן, את אחוז המדווחים על שתייה ואי שתייה במעקב השני, בחלוקה לפי מצב השתייה שלהם במעקב הראשון. תרשים 2 מציג נתונים מקבילים לגבי השתכרות.

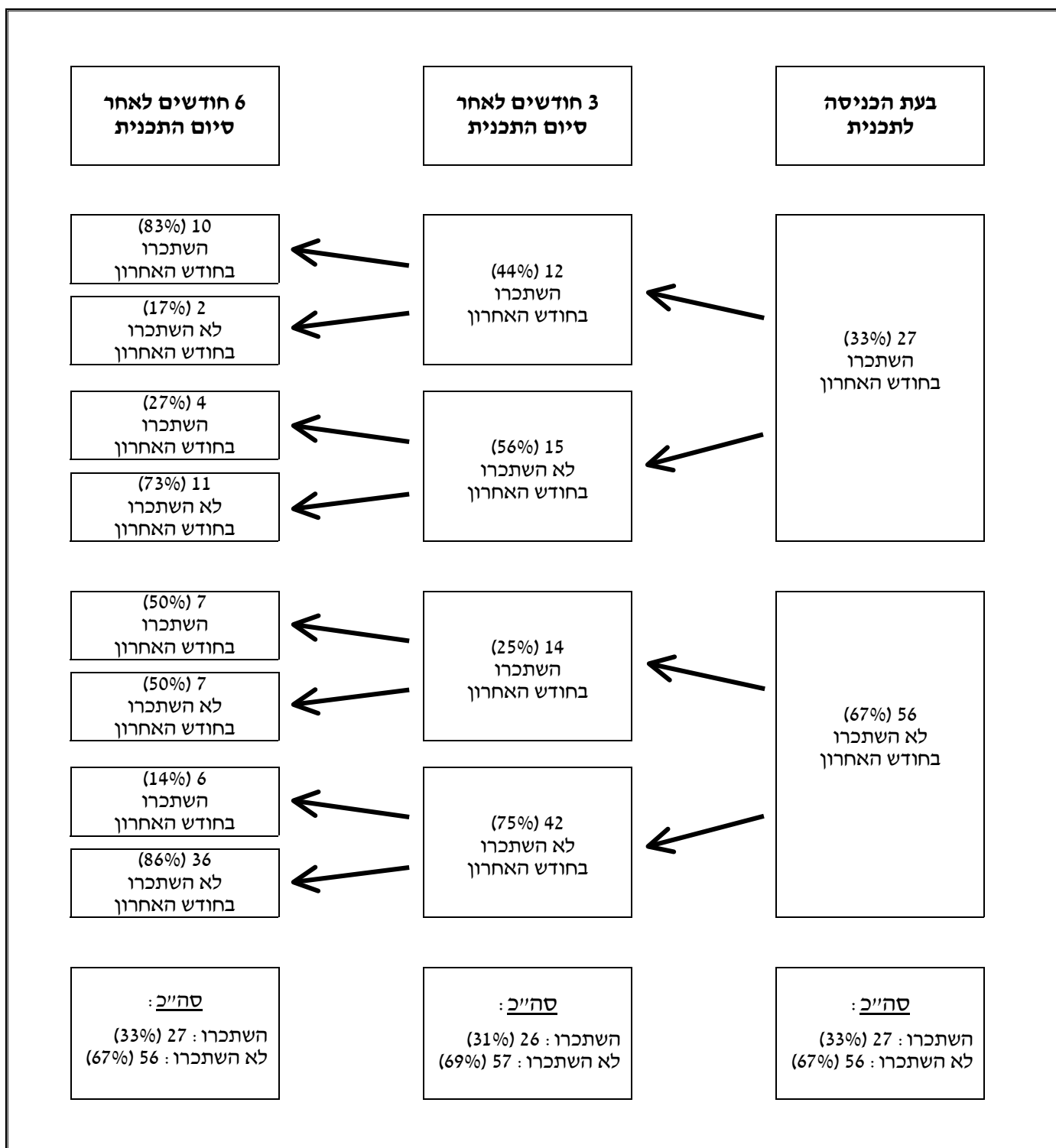
מצב שתייה במעקב ראשון בהשוואה לתחילת התכנית. כפי שניתן ללמוד מהתרשים, כאשר אנו בוחנים את הממצאים ברמת הפרט, אנו למדים שמצב השתייה לא היה יציב לאורך זמן עבור כל המטופלים, כפי שאולי ניתן היה להסיק מהיציבות שהצטיירה בממצאים הקבוצתיים. אמנם, מרבית המטופלים שדיווחו על שתייה בעת כניסתם לתכנית דיווחו על שתייה גם בעת המעקב הראשון (25 מתוך 36; 69%), כחמישה חודשים לאחר מכן (3 חודשים לאחר סיום התכנית). עם זאת, ניתן לראות שהיה גם מיעוט משמעותי שדיווח על שינוי: מתוך אלה שדיווחו על שתייה בחודש שלפני כניסתם לתכנית, כשליש (11 מתוך 36; 31%) דיווחו שהם נמנעים לחלוטין משתייה בעת המעקב הראשון. במקביל לכך, התקבלה תמונת היפוך בקרב המטופלים שדיווחו על המנעות משתייה בחודש שלפני כניסתם לתכנית: רובם הגדול דיווחו על המנעות משתייה גם בעת המעקב הראשון (32 מתוך 47; 68%). עם זאת, ניתן לראות גם כאן, שהיה מיעוט משמעותי שדיווח על שינוי, וכשליש (15 מתוך 47; 32%) מאלה שדיווחו על המנעות משתייה בחודש שלפני כניסתם לתכנית דיווחו על שתייה בעת המעקב הראשון.

לגבי רוב המטופלים, נראה, אם כן, שמצב השתייה המדווח בחודש שקדם לכניסתם לתכנית ניבא את מצב השתייה שלהם כשלושה חודשים לאחר סיום התכנית. עם זאת, כשליש מהמטופלים שעוד שתו בחודש שלפני כניסתם לתכנית דיווחו על המנעות משתייה במעקב הראשון ושיעור דומה מאלה שהתחילו את התכנית "יבשים" דיווחו על חזרה לשתייה בעת המעקב הראשון.

שינויים בין המעקב הראשון לשני. כדי לבחון עד כמה מצב השתייה של בוגרי התכנית נשאר יציב לאורך זמן לאחר סיום התכנית, ערכנו מעקב שני, כשלושה חודשים לאחר המעקב הראשון (כשמונה חודשים לאחר תחילת התכנית).



תרשים 1. שתייה בחודש האחרון, בשלוש נקודות זמן, בחלוקה לפי הדיווח הקודם (N = 83)



תרשים 2. השתכרות בחודש האחרון, בשלוש נקודות זמן, בחלוקה לפי הדיווח הקודם (N = 83)

לוח 8. מצב שתייה במעקב 2, לפי מצב שתייה במעקב 1

סך-הכל		מצב שתייה במעקב 1				מצב שתייה במעקב 2
		שתו בחודש האחרון		לא שתו בחודש האחרון		
%	N	%	N	%	N	
54.2%	45	17.5%	7	88.4%	38	לא שתו בחודש האחרון
45.8%	38	82.5%	33	11.6%	5	שתו בחודש האחרון
100.0	83	100.0	40	100.0	43	סך-הכל

כפי שניתן ללמוד מלוח 8, הרוב המכריע של בוגרי התכנית (71 מתוך ה-83 שבמדגם; 85.5%) לא שינו את מצבם בין המעקב הראשון לשני: 88.4% מאלה שדיווחו על המנעות משתייה במעקב הראשון דיווחו על כך גם במעקב השני ו-82.5% מאלה שדיווחו על שתייה במעקב הראשון דיווחו על כך שוב במעקב השני. מעט השינויים שדווחו במעקב השני בהשוואה למעקב הראשון, היו לשני הכיוונים: ממצב של שתייה להמנעות ומהמנעות בחזרה לשתייה.

לסיכום, בחינת מצב השתייה של המטופלים מצביע על כך שכשלושה חודשים לאחר סיום התכנית, כשני שלישי מבוגרי התכנית מדווחים שלא השתכרו בחודש האחרון וכמחצית מדווחים שלא שתו כלל. לעומת זאת, האחוזים המשלימים מלמדים שכמחצית מבוגרי התכנית חזרו לשתות לפחות במידה מסוימת לאחר סיום התכנית ושכשליש אף דיווחו שהם שותים לשכרה. במעקב השני, שלושה חודשים לאחר מכן, התקבלו נתונים כמעט זהים ברמה הקבוצתית, וגם ברמת הפרט מסתמנת יציבות אצל הרוב המכריע של בוגרי התכנית, יחד עם שינויים לשני הכיוונים (משתייה להמנעות ומהמנעות לשתייה) בקרב מיעוט קטן. זאת אומרת, שלא נמצאו סימנים המצביעים על דפוס עקבי של "שחיקה" ומספר הבוגרים שחזרו לשתות אינו הולך וגדל עם הזמן.

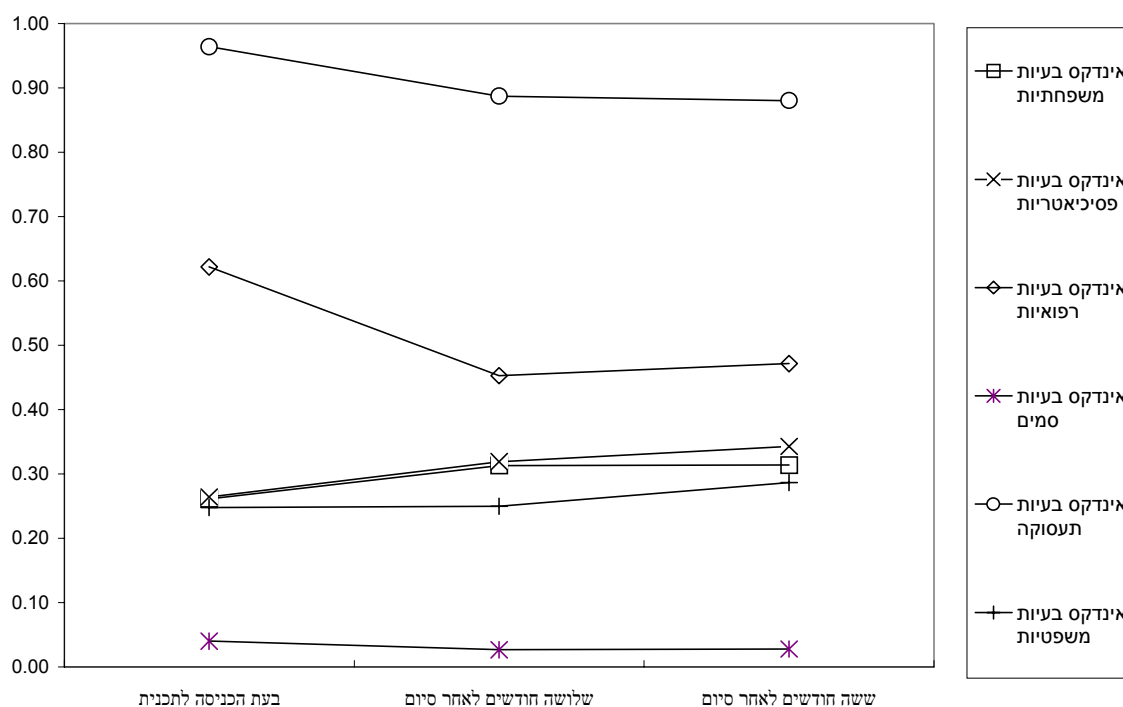
קשר עם מסגרות טיפוליות

כשלושה חודשים לאחר סיום התכנית, כמחצית מהמטופלים (51%) דיווחו שהם מגיעים באופן סדיר לפגישות של ייעוץ (פרטני, זוגי, משפחתי או קבוצתי) במרכז או במקום אחר, כרבע (26%) דיווחו כי גם הם מגיעים, אם כי באופן לא סדיר, והרבע הנותר (23%) דיווחו שאינם נמצאים כלל בקשר עם גורם טיפול מקצועי. במעקב השני, כשלושה חודשים לאחר מכן, מסתמנת ירידה בשיעור בוגרי התכנית המתמידים בטיפול: שיעור המטופלים שדיווחו שהם מגיעים לפגישות ייעוץ באופן סדיר ירד ל-39% וכמו-כן, ירד שיעור המשתתפים באופן לא סדיר לכשישית (17%). במקביל, שיעור הבוגרים שדיווחו כי אינם מגיעים כלל למפגשי ייעוץ עלה לכמחצית (45%).

המטופלים נשאלו גם על השתתפותם בקבוצות לעזרה עצמית (כגון AA). שיעור המשתתפים היה דומה בשני המעקבים: רק כרבע מבוגרי התכנית דיווחו שהם משתתפים באופן סדיר ורוב המטופלים דיווחו שאינם משתתפים בפגישות AA.

הערכה של חומרת הבעיות בתחומים שונים

שאלון ה-ASI, ששימש כבסיס לכל הראיונות, מאפשר חישובם של אינדקסים להערכה של חומרת הבעיות בתחומים שונים. הציונים בכל אינדקס נעים בין 0 "אין בעיות בכלל" ל-1 "בעיות חמורות ביותר". אנו נציג כאן את ציוני האינדקסים מעבר לתחומים השונים ובהמשך נבחן כל תחום בנפרד. תרשים 3 מציג את הממצאים שהתקבלו מהראיונות שהתקיימו בשלוש נקודות זמן (בעת הכניסה לתכנית ושלושה חודשים לאחר סיומה) והוא מאפשר להשוות את הציון הממוצע של חומרת הבעיות בכל תחום, עם אלה של התחומים האחרים, וכן לאמוד את מידת השינוי שחל בכל תחום בעקבות התכנית.



תרשים 3. אינדקסים להערכת בעיות בששה תחומים, בשלוש נקודות זמן

הממצאים מראים שבכל שלוש נקודות הזמן, תחום התעסוקה היה הבעייתי ביותר עבור משתתפי התכנית. התחום השני שדווח כבעייתי ביותר הוא התחום הרפואי ובמקום השלישי: בעיות

פסיכיאטריות, בעיות משפחתיות ובעיות משפטיות. בעיות סמים דווחו ברמה הנמוכה ביותר. כמו-כן, נראה שחלה ירידה ניכרת בחומרת הבעיות הרפואיות של המטופלים בעקבות השתתפותם בתכנית, אך עם זאת, רמת הבעייתיות נשארה עדיין גבוהה. בתחום התעסוקתי נראה שיפור קל בעקבות התכנית, אך חומרת הבעיות נותרה גבוהה מאד בתחום זה. כמו-כן מסתמנת עלייה קלה בבעיות הפסיכיאטריות, המשפחתיות והמשפטיות בעקבות התכנית. בהמשך אנו בוחנים את התחומים הללו בפירוט רב יותר.

מצב תעסוקה

ממצאי ההערכה מצביעים על רמה גבוהה מאד של בעיות בתחום התעסוקה, הן בעת הכניסה לתכנית והן בעת המעקבים שערכנו, שלושה ושישה חודשים לאחר סיום התכנית. אמנם, נראה מהאינדקס כי חל שיפור קל בתחום זה במהלך הזמן, אך המצב נותר חמור מאד: המטופלים דיווחו כי בממוצע קיבלו שכר עבור יום עבודה אחד בלבד בחודש האחרון לפני כניסתם לתכנית, לעומת שלושה ימים, חצי שנה לאחר סיומה. בהתאם לכך רמת ההכנסה הממוצעת מעבודה (לא כולל קצבאות) בחודש האחרון הייתה נמוכה מאד בשלוש נקודות הזמן: 170 ש"ח בעת הכניסה לתכנית, 435 ש"ח שלושה חודשים לאחר סיום התכנית ו-690 ש"ח שישה חודשים לאחר סיום התכנית. אחוז המטופלים שדיווחו על 0 ש"ח הכנסות מעבודה ירד מ-95% בתחילת התכנית ל-85% שישה חודשים לאחר סיומה. אחוז המטופלים המשתכרים מעל 3,000 ש"ח עלה מ-2% בתחילת התכנית ל-7% בלבד שישה חודשים לאחר סיומה. במילים אחרות, מרבית המטופלים היו ונשארו ללא מקורות פרנסה, ובקרב אלה שעובדים, רק מיעוט קטן ביותר מרוויח שכר, שנראה משמעותי באופן יחסי. מכך, ניתן להסיק, שלא היה שיפור אוטומטי במצב התעסוקה של המטופלים שהפסיקו לשתות, ועצם הפסקת השתייה לא הביאה בעקבותיה גם שיפור בתחום התעסוקה.

מצב רפואי

אחוז ניכר מהמטופלים דיווחו על בעיות רפואיות, הן בעת הכניסה לתכנית והן במעקבים (בין 49% ל-59%) ולא נראה דפוס ברור של שינוי בעקבות התכנית. הממצא שהתקבל מהאינדקס, המצביע על שיפור בתחום זה, נובע מירידה מסוימת ברמת המוטרדות שלהם מבעיות רפואיות אלה (מ-3.1 בממוצע בתחילת התכנית, בסולם מוטרדות שנע מ-1 עד 5, ל-2.0 ו-1.8 בשני המעקבים) ומירידה דומה בצורך הנתפס של המטופלים בטיפול רפואי. עם זאת, נמצא שהתחום הרפואי הוא אחד התחומים הבעייתיים ביותר עבור משתתפי התכנית (מקום שני, לאחר תחום התעסוקה) בכל שלוש נקודות המדידה (רי' תרשים למעלה).

מצב פסיכיאטרי

אחוז גבוה יחסית של מטופלים דיווחו על סימפטומים פסיכיאטריים ואף נראה כי חלה החמרה מסוימת בתחום זה עם הזמן. הסימפטום הנפוץ ביותר היה חרדה ומתח, שדווח ע"י כמחצית מהמטופלים בכל שלוש נקודות הזמן. רמה דומה של שכיחות דווחה לגבי דיכאון. קשיים בהבנה, בריכוז או בזיכרון דווחו ע"י כשליש מהמטופלים בכל שלושת נקודות הזמן. הזיות דווחו ע"י כ-14% מהמטופלים בעת הכניסה לתכנית ושיעור זה עלה ל-27% ו-31% במעקב הראשון והשני. עלייה משמעותית דווחה גם בשני תחומים נוספים: קושי בשליטה על התנהגות אלימה (14%, 22%, ו-24%) ובמחשבות אובדניות (10%, 26% ו-23%).

קשרים משפחתיים

כדי לבחון בעיות משפחתיות, המטופלים נשאלו אם היו להם קונפליקטים חמורים עם בני משפחה שונים בחודש האחרון. כפי שניתן ללמוד מלוח 9, לא נראה כי חל שיפור בתפקוד המשפחתי של המטופלים בעקבות התכנית, אלא להפך, נראה כי חלה עלייה מסוימת במספר הקונפליקטים המדווחים עם בני משפחה, ובמיוחד עם בני זוג, אבות ואחים. אחוז המטופלים המדווחים על עימות קשה עם אחד או יותר מבני משפחתו עלה מ-38.6% בעת הכניסה לתכנית ל-47% בעת המעקב הראשון ול-53.0% בעת המעקב השני.

לוח 9. עימותים חמורים* עם בני משפחה שונים בחודש האחרון

בעת הכניסה לתכנית		3 ח' לאחר סיום התכנית		6 ח' לאחר סיום התכנית		
N	%	N	%	N	%	
12	14.5	15	18.1	14	16.9	אמא
3	3.6	7	8.4	11	13.3	אבא
15	18.1	16	19.3	21	25.3	אחים / אחיות
13	15.7	27	32.5	27	32.5	בן/בת זוג
8	9.6	13	15.7	9	10.8	ילדים
32	38.6	39	47.0	44	53.0	אחד או יותר מהנ"ל

* השאלה התייחסה לבעיות קשות עם בני משפחה שונים, "מצבים שבהם היה חשש שתפסיקו לגמרי לדבר או להפגש אחד עם השני".

שימוש בסמים ובתרופות

שיעורי הדיווח על שימוש בסמים בלתי חוקיים (הרואין, קוקאין, כדורי מרץ, חומרים הלוצינוגניים) היו אפסיים בכל שלוש נקודות הזמן. השימוש העיקרי שדווח, היה בתרופות חוקיות, כגון כדורי שינה, כדורי הרגעה וכדורים נגד כאבים. לגבי השימוש בכדורים נגד כאבים, נראה כי חלה ירידה ניכרת בעקבות התכנית (מ-35% בעת הכניסה לתכנית לכ-14% בשני המעקבים) וכמו-כן נרשמה ירידה מסוימת בשימוש בכדורי הרגעה (מ-16% בעת הכניסה לתכנית לכ-13% במעקב ראשון ו-10% במעקב שני). שיעור השימוש בכדורי שינה היה קבוע, פחות או יותר בשלוש נקודות הזמן (בין 17% ל-20%).

4. ניבוי מצב השתייה של המטופלים 6 חודשים לאחר סיום התכנית

כדי לבחון אלו מבין משתני הרקע ומשתני התכנית מנבאים את התוצאות ארוכות הטווח של התכנית, בדקנו קשרים בין החומרה של בעיות השתייה במעקב השני (6 חודשים לאחר סיום התכנית) לבין סדרה של משתנים:

- ← משתני רקע אישיים ומשפחתיים: גיל, דת, מצב משפחתי, בעיות שתייה במשפחה הגרעינית או המורחבת
- ← היסטוריה אישית של שתייה וגמילה: נסיון קודם בהפסקת שתייה למשך חודש לפחות, מס' פעמים שסבל בעבר מ-DTs, מס' פעמים שטופל בגלל בעיות שתייה במהלך החיים
- ← משתנים הקשורים לתכנית: המרכז שבו השתתפו בתכנית, מידת ההשתתפות בתכנית
- ← חומרת הבעיות בתחומים שונים בעת הכניסה לתכנית: שתייה, רפואי, תעסוקתי, סמים, משפטי, משפחתי, פסיכיאטרי
- ← המצאות בקשר עם מסגרות טיפול במעקב הראשון (3 חודשים לאחר סיום התכנית)

כל הקשרים נבדקו באמצעות מתאמי פירסון (לגבי משתני הניבוי הרציפים) או באמצעות מבחני t (לגבי משתני הניבוי הקטגוריים).

לוח 10. ניבוי מצב שתייה של המטופלים 6 חודשים לאחר סיום התכנית

<i>r</i> או <i>t</i>	
	מאפייני רקע אישיים ומשפחתיים
<i>r</i> = -0.18 ns	גיל
<i>t</i> = 4.0 ***	דת (יהודים, לא יהודים)
<i>t</i> = 3.1 **	מצב משפחתי (נשואים, לא נשואים)
<i>t</i> = 0.89 ns	בעיות שתייה אצל משפחה גרעינית או מורחבת (כן, לא)
	שתייה וגמילה קודם להשתתפות בתכנית
<i>r</i> = 0.24 *	מסי פעמים שסבל בעבר מ-DTs
<i>t</i> = 2.7 **	נסיון קודם של הפסקת שתייה למעלה מחודש (כן, לא)
<i>r</i> = -0.25 *	מסי פעמים שטופל בגלל בעיות שתייה במהלך החיים
	משתני תכנית
<i>t</i> = 3.4 ***	מקום הטיפול (חיפה, רמת-גן)
<i>t</i> = 2.7 **	מידת ההשתתפות בתכנית (מלאה, חלקית)
	בעיות בעת הכניסה לתכנית
<i>r</i> = 0.21 ns	אינדקס של בעיות בתחום הרפואי
<i>r</i> = 0.07 ns	אינדקס של בעיות בתחום התעסוקתי (מותאם)
<i>r</i> = 0.35 ***	אינדקס של בעיות בתחום השתייה
<i>r</i> = 0.10 ns	אינדקס של בעיות בתחום הסמים
<i>r</i> = 0.02 ns	אינדקס של בעיות בתחום המשפטי
<i>r</i> = 0.09 ns	אינדקס של בעיות בתחום המשפחתי
<i>r</i> = 0.37 ***	אינדקס של בעיות בתחום הפסיכיאטרי
	במעקב 1 (3 חודשים לאחר סיום התכנית)
<i>r</i> = -0.23*	קשר עם מסגרות טיפול

הערה: ns = non-significant; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

כפי שניתן ללמוד מלוח 10, שני משתני רקע נמצאו קשורים למצב השתייה חצי שנה לאחר סיום התכנית: דת ($t = 4.0, p < .001$) ומצב משפחתי ($t = 3.1, p < .01$), כאשר מצב הלא יהודים (שהיו בעיקר מוסלמים) קשה יותר ממצב היהודים ומצב הנשואים קשה יותר ממצב הלא נשואים (גרופים, פרודים, אלמנים ורווקים). לא נראה שגיל המטופל או המצאותן של בעיות שתייה בקרב בני משפחה אחרים קשורים למידת ההחלמה.

שלושה משתנים הקשורים להיסטוריית השתייה והגמילה של המטופל נמצאו כמנבאים את מצב השתייה שלו לאחר סיום התכנית: מספר הפעמים בעבר שסבל מ-DTs (delirium tremens) $r = 0.24$,

, $(p < .05)$, התנסות קודמת אחת לפחות בהפסקת שתייה למשך מחודש לפחות ($t = 2.7, p < .01$), ומספר הפעמים שטופל בעבר בגלל בעיות שתייה ($r = -0.25, p < .05$). ככל שדווחו על יותר ארועים של DTs במהלך החיים, בעיות השתייה נמצאו חמורות יותר חצי שנה לאחר סיום התכנית. לעומת זאת, נסיונות קודמים של הפסקת שתייה למשך למעלה מחודש וקבלת טיפול בעבר ניבאו מצב טוב יותר.

לגבי משתני התכנית, נמצא שמצבם של אלה שטופלו בחיפה היה פחות טוב חצי שנה לאחר סיום התכנית בהשוואה לאלה שטופלו ברמת גן ($t = 3.4, p < .001$). כמו-כן, נמצא שמצבם של אלה אשר השתתפו באופן מלא בתכנית היה טוב יותר ששה חודשים לאחר סיום התכנית ממצבם של אלה שנשרו באמצע או השתתפו בה באופן לא סדיר ($t = 2.7, p < .01$).

מבין כל תחומי הבעיה שנבדקו עם הכניסה לתכנית, שניים נמצאו כמנבאים את החומרה של בעיות השתייה חצי שנה לאחר סיומה: בעיות שתייה ($r = 0.35, p < .001$) ובעיות פסיכיאטריות ($r = 0.37, p < .001$). החומרה של בעיות השתייה במעקב השני היתה רבה יותר ככל שהבעיות בשני תחומים אלה היו חמורות יותר בתחילת התכנית.

בנוסף למשתנים שהוזכרו למעלה, בדקנו גם עד כמה קשר עם מסגרת טיפולית 3 חודשים לאחר סיום התכנית מנבא חומרת השתייה שלושה חודשים מאוחר יותר. הממצא הראה שאלה, שבמעקב הראשון דיווחו כי הם ממשיכים בטיפול דיווחו על פחות בעיות שתייה במעקב השני, שלושה חודשים לאחר מכן ($r = -0.23, p < .05$).

סכום והמלצות

סכום

מודל ההתערבות

התכנית שהוערכה במחקר זה הכניסה לארץ מודל חדש לטיפול בנפגעי אלכוהול, שקיים כבר מספר שנים בארצות הברית. שם, המניע העיקרי לפיתוח מודלים של התערבות אינטנסיבית אמבולטורית היה כלכלי והיוזמה באה בעיקר מחברות הביטוח, שרצו לצמצם את עלויות האשפוז הגבוהות. בארץ, לעומת זאת, היוזמה באה מגוף מטפל, עמותת אפש"ר, שעוסק בטיפול אמבולטורי בלבד, ולכן מימון האשפוז אינו בתחום אחריותו. היוזמה לפיתוח מודל מקומי לטיפול אמבולטורי אינטנסיבי נבעה מנסיון העמותה, שהצביע על כך, שמצד אחד, לא היו מספיק מיטות כדי לענות על הצורך בטיפול אינטנסיבי במסגרות האשפוז, ומצד שני, היתה נשירה רבה מהטיפולים האמבולטוריים, שככל הנראה, לא היו אינטנסיביים מספיק כדי לענות על צרכי המטופלים בשלבי הגמילה וההחלמה הראשוניים (מיכאלי ושות', 1989). מודל ההתערבות שהוצע משלב עקרונות וכלים ממספר שיטות טיפול שונות -- טיפול התנהגותי-קוגניטיבי, טיפול באומנויות, טיפול משפחתי, קבוצות לעזרה עצמית וטיפול קבוצתי – והוא מאפשר לקבל תמיכה אינטנסיבית במסגרת מובנית של שלושה ימים בשבוע, הנפרסים לאורך כל השבוע, לתקופה של ששה שבועות (לפי התכנון המקורי).

האוכלוסייה

ממצאי המחקר מלמדים, שהאוכלוסייה שהשתתפה בתכנית, הן בחיפה והן ברמת גן, אופיינה בעת הכניסה לתכנית על ידי רמה גבוהה של בעייתיות. הדבר בלט בעיקר בתחום התעסוקה והבריאות הפיסית והנפשית: כמחצית מן המשתתפים דיווחו שהיו מובטלים בשלוש השנים שקדמו למועד הראיון; קצת למעלה ממחציתם ציינו שסבלו מבעיות רפואיות כרוניות וכשליש גם אמרו שהם נוטלים תרופות באופן קבוע לטיפול בבעיות אלה. בנוסף, למעלה משני שליש דיווחו, שבמהלך חייהם סבלו מדכאון עמוק, מחרדה גדולה או מתח רב, או מקושי בשליטה על התנהגות אלימה. לבסוף, קרוב למחצית המטופלים ציינו שהיו להם בעבר מחשבות אובדניות וכרבע גם דיווחו על נסיונות התאבדות.

נתונים אלה ניתנים להבנה על רקע דפוסי השתייה של המשתתפים, שדיווחו על שתייה שנמשכה שנים רבות, על בעיות קשות שהיו להם עם בני משפחה, שסיכנו את המשך הקשר שלהם אתם, ועל היות רבים מהם (קרוב למחצית) קורבנות להתעללות רגשית, פיסית או מינית מצד בני משפחה.

יישום התכנית

ממצאי ההערכה הראו שהתכנית יושמה, במידה רבה, כפי שתוכננה. היא התקיימה במשך שלושה ימים בשבוע, שבמסגרתם ניתנו פעילויות שונות, לפי התכנית המקורית. בתצפיות הרבות שערכנו בשני המרכזים (רמת-גן וחיפה) התרשמנו שהתכנית יושמה בצורה רצינית ומקצועית, ונראה היה שקורה משהו עם עוצמה ובעל משמעות עבור המשתתפים. המנחים, מצדם, לא חששו לטפל בעוצמות אלה והתייחסו למשתתפים, מצד אחד עם כבוד רב, ומצד שני בהצבת גבולות, שככל הנראה, עזרו, בין השאר, להחזיק את המשתתפים בתכנית. ואמנם, בדיקה של נוכחות המשתתפים במפגשים הראתה שמרבית המשתתפים שהתחילו את התכנית סיימו אותה ורק שיעור קטן מאד נשר בתחילתה. עם זאת, מיעוט ניכר השתתף בתכנית בצורה לא סדירה, כך שבעצם הפסידו שליש או יותר מהפעילויות.

במהלך היישום של שבעת מחזורי הפיילוט, נעשו מספר שינויים בתכנית תוך התייעצות עם וועדת ההיגוי, שהיו התאמות מתבקשות בעקבות הנסיון המצטבר של צוות התכנית, והמלצות שעלו מההערכה המעצבת. לדוגמא, בעקבות משוב שהתקבל ממשתתפי המחזור הראשון, התכנית הוארכה, והחל מהמחזור השני היא נמשכה שמונה שבועות. כמו-כן, הוחלט שהפעילות תתחיל כחצי שעה מאוחר יותר מכפי שתוכנן, בגלל הקושי של המשתתפים להגיע בשעה מוקדמת. בנוסף, חלק מהפעילויות ו/או המנחים הוחלפו במהלך התכנית מאחר שלא התאימו למאפייני המשתתפים או לשלב החלמה בו היו (ליתר פירוט ר' דו"חות ביניים 1 ו-2).

כל המעורבים בתכנית, הצוות המקצועי והמשתתפים בה, היו מרוצים ממרכיביה ומאופן היישום שלהם. מנחי התכנית, שהיו מרוצים ממרבית המפגשים שהנחו, דיווחו שמרבית המטרות שהציבו לעצמם במפגשים הושגו באופן מלא. הם ציינו שניתן היה להבחין, כבר במהלך יישום הפעילות, בשינויים שהמשתתפים עוברים, שבאו לידי ביטוי ביכולת ריכוז גבוהה יותר, בהגעה לתובנות חדשות, במעבר מתחושת ייאוש לתחושת אופטימיות ובנכונות רבה יותר להתמודד עם קשיים. המשתתפים, גם הם, הביעו בדרך כלל שביעות רצון גבוהה ביותר מהתכנית, על מרכיביה השונים, מצוות המנחים שהפעיל אותה ומהאווירה והקשר התומך שנוצר בינם לבין עצמם ובינם לצוות התכנית. הם דיווחו על תחושת שייכות לקבוצה ועל כך ששאבו ממנה כוח להתמודד עם הקשיים בחייהם (ליתר פירוט ר' דו"חות ביניים 1 ו-2).

תוצאות התכנית

כפי שצוין בפרק המבוא, התכנית הציבה לעצמה מספר מטרות שמידת השגתם תבחן כאן. בדומה לכל תכנית המיועדת לטיפול בהתמכרויות, הפסקת השימוש בחומר הממכר מהווה את התוצאה העיקרית שמבקשים להשיג. במקרה זה, אנו מדברים על הפסקה יציבה של שתייה לאורך זמן. בהקשר לתוצאה זו, ממצאי המחקר הראו שבמהלך התכנית רוב המשתתפים דיווחו שהם קבלו ידע רב על נושא השתייה, שהם למדו גם להתרחק מהשתייה ולברוח ממצבים שיש בהם סיכון לשתייה.

המעקב אחר השתייה במהלך התכנית הראה שמרבית המשתתפים אכן נמנעו משתייה במהלך התכנית (לפירוט ר' דו"ח 1). המעקב אחר המטופלים שלושה חודשים לאחר סיום התכנית הראה ממצאים מעורבים: כשני שלישי מבוגרי התכנית דיווחו שלא השתכרו בחודש שקדם לראיון וכמחצית דיווחו שלא שתו כלל. לעומת זאת, האחוזים המשלימים מלמדים שכמחצית מבוגרי התכנית חזרו לשתות לפחות במידה מסוימת לאחר סיום התכנית ושכשליש אף דיווחו שהם שותים לשכרה. במעקב השני, שלושה חודשים לאחר מכן, התקבלו נתונים כמעט זהים ברמה הקבוצתית, וגם ברמת הפרט הסתמנה יציבות אצל הרוב המכריע של בוגרי התכנית, יחד עם שינויים לשני הכיוונים (משתייה להמנעות ומהמנעות לשתייה) בקרב מיעוט קטן. זאת אומרת, שלא נמצאו סימנים המצביעים על דפוס עקבי של "שחיקה" ומספר הבוגרים שחזרו לשתות אנן הולך וגדל עם הזמן.

מתוך מסיימי התכנית, 45.8% מהמטופלים דיווחו באופן עקבי על המנעות מוחלטת משתייה בשני מועדי המעקב יחד וניתן להסיק מכך, שכמעט מחצית ממסיימי התכנית לא חזרו כלל לשתות. אין בידינו נתונים השוואתיים על מידת האפקטיביות של תכניות התערבות אחרות המופעלות בארץ, שיאפשרו לנו לבחון עד כמה אחוז זה של נגמלים משתייה מהווה שיפור ביחס לטיפולים האחרים המוצעים לנפגעי אלכוהול ישראליים. עם זאת, אנו יכולים להשוות אחוז הצלחה זה עם נתוני המעקבים שדווחו על-ידי ה-Project MATCH Research Group (1997), שהראו המנעות משתייה בקרב כ-35% מהמשתתפים בתכניות אמבולטוריות שניתנו לאחר טיפול אינטנסיבי. כלומר, כל מטופל קיבל שני מחזורי טיפול (הראשון אינטנסיבי והשני רגיל), שזה יותר משקיבלו המשתתפים בתכנית "טיפול נמרץ". עם כל הקושי והזהירות הנדרשים בעריכת השוואה מעין זו, ניתן להסיק שההישג של תכנית "טיפול נמרץ" בתחום הגמילה מאלכוהול לא נופל, ככל הנראה, מההשגים של תכניות אחרות ויתכן שהוא אף עולה עליהם.

מטרה נוספת של התכנית היתה להבטיח שהמשתתפים ימשיכו להגיע לטיפול אמבולטורי רגיל בקהילה גם לאחר סיום התכנית. הממצאים הראו ששלושה חודשים לאחר סיום התכנית, כשלושת רבעים מהמטופלים דיווחו שהם מגיעים לפגישות של ייעוץ במרכז או במקום אחר, אם כי כשליש מאלה דיווחו כי אינם מגיעים באופן סדיר. במעקב השני, כשלושה חודשים לאחר מכן, הסתמנה ירידה בשיעור בוגרי התכנית שדיווחו על התמדה בטיפול, כאשר קרוב למחציתם דיווחו שאינם בקשר טיפולי כלשהו. במקביל, רק כרבע מהמשתתפים דיווחו בשני המעקבים שהם מגיעים באופן סדיר לפגישות של AA.

ממצאים אלה מלמדים על שחיקה בקשר עם גורמים מטפלים. מתוך ההנחה שיש חשיבות להמשך קשר כדי לשמר את ההמנעות משתייה, נראה לנו, שיש מקום לשקול בניית מערך מסודר של מעקב כדי לגייס מחדש את בוגרי התכנית להמשך קשר טיפולי. בנוסף, יש לפעול גם בכיוונים של מניעת נשירה מטיפול לאחר סיום התכנית, אם על-ידי חיזוק הקשר בין המטפל הפרטני למטופל עוד במהלך יישום התכנית ובמקרים בהם מטופלים מופנים להמשך קשר במסגרות בקהילה, יש לתכנן

מראש את ההפניה כדי להבטיח רצף טיפולי ולמנוע היווצרות מצב שבו המטופלים נמצאים בהמתנה וללא קשר עם מסגרת טיפולית.

לגבי המטרות האחרות של התכנית בתחומי התעסוקה, הבריאות והקשרים עם המשפחה, נמצאו שינויים בעיקר בתחום הרפואי ובתחום זה, השינוי שדווח היה בעיקר בהתייחסות של המטופלים לבעיותיהם (רמת מוטרויות וצורך נתפס בטיפול) ופחות בשכיחות הבעיות עצמן. בנוסף, נמצא שהתחום הרפואי היה אחד התחומים הבעייתיים ביותר עבור משתתפי התכנית בכניסת לתכנית וגם בעת המעקבים.

בתחום התעסוקה, כמעט כל המטופלים דיווחו על בעיות תעסוקה קשות מאד לפני כניסתם לתכנית וכמעט ולא נצפה שינוי במצב זה בשני המעקבים. ואמנם, נושא התעסוקה היה אחד הנושאים היחידים, שלגביהם המטופלים הביעו ביקורת ותחושה שהתכנית אינה מטפלת בו כראוי.

כמו-כן, לא נראה כי חל שיפור בתפקוד המשפחתי של המטופלים בעקבות התכנית, אלא להפך, נראה כי חלה עלייה מסוימת במספר הקונפליקטים המדווחים עם בני משפחה, ובמיוחד עם בני זוג. התכנית המקורית כללה שני מרכיבים לטיפול במערכות היחסים במשפחה: עבודה במסגרת קבוצת המטופלים ועבודה משותפת עם המטופלים ובני משפחותם במסגרת קבוצת המשפחות. הרציונל היה שיש גם להכין את המשפחה לשינויים שחלים במטופל בעקבות תהליך הגמילה כדי לאפשר לו להשתלב מחדש (ואחרת) במערכת המשפחתית. כפי שכבר צוין, המרכיב של קבוצת המשפחות לא יושם כפי שתוכנן, בשל קשיים שונים. יתכן, שהממצא של עלייה בקונפליקטים משפחתיים מצביע על הצורך לתגבר ולשפר את ההתייחסות של התכנית ליחסי הגומלין בתוך משפחה.

משתנים הקשורים להצלחת התכנית

כדי לבחון אלו מבין משתני הרקע ומשתני התכנית מנבאים את התוצאות ארוכות הטווח של התכנית, בדקנו קשרים בין מצב השתייה של המטופלים במעקב השני (6 חודשים לאחר סיום התכנית) לבין סדרה של משתנים מתחומים שונים. הממצאים הצביעו על תמונה מורכבת ומשתנים רבים מתערבים, ככל הנראה, כגורמים ממתנים (moderators) ומשפיעים על האפקטיביות של התכנית. מצאנו תוצאות חיוביות יותר:

- ← בקרב לא נשואים (רווקים, גרושים או אלמנים) לעומת נשואים;
- ← בקרב יהודים לעומת לא יהודים;
- ← בקרב אלה שלא סבלו בעבר מתופעות גמילה קשות (DTs);
- ← בקרב אלה שכבר הפסיקו לשתות למשך חודש או יותר, לפחות פעם אחת בעבר;
- ← בקרב אלה שתכנית "טיפול נמרץ" אינה מהווה עבורם נסיון טיפולי ראשון;
- ← בקרב אלה שהשתתפו בתכנית באופן סדיר;
- ← בקרב אלה שטופלו במרכז ברמת-גן לעומת חיפה;
- ← בקרב אלה שדיווחו על בעיות שתייה פחות חמורות בעת כניסתם לתכנית;

- ← בקרב אלה שדיווחו על פחות בעיות פסיכיאטריות נלוות בעת כניסתם לתכנית;
- ← ובקרב אלה שנשארו בקשר עם גורם טיפולי גם לאחר סיום השתתפותם בתכנית "טיפול נמרץ".

לגבי הממצא של אפקטיביות טובה יותר בקרב המטופלים של המרכז בחיפה, בהשוואה לאלה של רמת-גן, ברצוננו לציין, שלא מצאנו שום עדות ליישום פחות טוב של התכנית בחיפה בהשוואה לרמת-גן. כפי שכבר ציינו קודם, התרשמנו מביצוע מוקפד ומקצועי של התכנית בשני המקומות. על-כן, לא נראה שיש מקום ליחס את הפער בין המרכזים לאופן היישום של התכנית. ניתן להעלות שתי השערות עיקריות להסבר ממצא זה: (א) נוכח העובדה שרוב המטופלים בחיפה היו ערבים ורוב המטופלים ברמת-גן היו יהודים, יתכן שתכנית "טיפול נמרץ" מתאימה פחות לתרבות הערבית מאשר לתרבות היהודית ושיש, על-כן, לערוך בה התאמות כדי שתתאים טוב יותר לחברה הערבית; (ב) יתכן, שנסיונות החיים והתנאים הסביבתיים הקשים של רוב המטופלים הערביים מקשים עליהם את שימור ההשגים של התכנית ושהם זקוקים, על-כן, לליווי, תמיכה ומעקב טובים יותר לאחר סיום התכנית.

משתנים נוספים שבדקנו אינם קשורים, ככל הנראה, למידת האפקטיביות של התכנית ואלה כוללים: גיל המטופל, קיומן של בעיות שתייה אצל בני משפחה אחרים, וחומרת הבעיות הרפואיות, המשפחתיות, התעסוקתיות והמשפטיות של המטופל בעת הכניסה לתכנית.

המלצות ממקורות מידע שונים

במהלך הראיונות אתם, גם רכזות התכנית וגם המשתתפים הציעו מספר המלצות לשיפור התכנית. להערכתנו המלצות אלה רלבנטיות ויכולות אמנם לתרום לשיפור התכנית ולכן החלטנו להציג אותם בחלק המסכם של דו"ח זה.

המלצות הרכזות

על בסיס הנסיון שצברו בהפעלת התכנית והאתגרים אתם הן היו צריכות להתמודד, הרכזות הציעו מספר המלצות לשיפור התכנית בהבטים הבאים: תפקיד הרכזות, שילוב התכנית בפעילות השוטפת של השירות, יצירת רצף טיפול בין התכנית לקהילה ויצירת קשר בין השירותים שמפעילים את התכנית.

המלצות המתייחסות לתפקיד הרכזות

- לבחור לתפקיד הרכזות לתכנית אדם שהוא בעל המאפיינים הבאים: (1) בעלת מיומנויות בהנחיית קבוצות, מאחר שהתפקיד שלו דורש התערבויות שוטפות ברמה הקבוצתית (לפתרון קונפליקטים, לטיפול במשברים קבוצתיים וכיו"ב); (2) עם יכולת לבניית תכניות התערבות

והתאמתן למאפיינים של המשתתפים בקבוצה; ו-3) עם הבנה (ולפחות ידע בסיסי) בכל שיטות ההתערבות המופעלות במסגרת התכנית (פסיכודרמה, עבודה יוצרת וכו').

- להגדיר באופן ברור ולעגן בכתב את תפקיד הרכז/ת, את גבולות הסמכות שלו ואת מידת הריכוזיות שלו: עם מי הוא אמור להתייעץ, מי קובע את מדיניות התכנית, ומי מקבל את ההחלטות השוטפות לגבי התכנית.

המלצות המתייחסות לשילוב התכנית בפעילות השירות

- למנות באופן פורמלי, מתוך צוות השירות, ממלא מקום לרכז/ת התכנית, על מנת למנוע סכנת פגיעה בפעילות השוטפת של התכנית במצבים בהם הרכז נאלץ להעדר מהעבודה.
- להעביר חלק מתפקידי הרכז/ת לגורמים אחרים במרכז. למשל, הומלץ להעביר חלק מהתפקידים המנהלתיים והטכניים (חלוקת כספים עבור נסיעות, קניית אוכל וכו') לצוות המנהלי. כמו-כן, הומלץ שעובדים אחרים מהמרכז יבצעו את סבב הבוקר בחלק מימי הפעילות.
- להגדיר באופן ברור ולעגן בכתב את תפקיד מנהל המרכז ביחס לתכנית וכן את סוג המעורבות הנדרשת ממנו.
- לשתף את כל הצוות בהכנסת התכנית ובהפעלתה, על מנת שלא תתפס כגוף זר שאינו שייך למרכז.
- לשתף את המטפלים האישיים בשיווק התכנית בקרב המטופלים שלהם ובגיוס מועמדים מתאימים לתכנית.
- לפתח נהלים מובנים וברורים לאיתור, לגיוס ולמיון המועמדים לתכנית, כדי להבטיח אחידות, כדי לסייע בעמידה מול לחצים וכדי שאנשים נוספים במרכז, מעבר לרכזות, יוכלו לעזור במשימה.
- לקיים באופן קבוע ישיבות צוות משותפות לעובדי התכנית ולעובדי המרכז, שבמסגרתן עובדי התכנית ידווחו לעובדים האחרים במרכז וישתפו אותם בקשיים, בהצלחות ובהתלבטויות שלהם בקשר למטופלים המשותפים.
- לקיים קשר שוטף, במהלך הפעלת התכנית, בין הרכז למטפלים האישיים, כדי לקדם את רמת התיאום בין מרכיבי הטיפול השונים ובכך לייעל את הטיפול ולנצל טוב יותר את משאבי המרכז.
- להקצות מקום וזמן ייעודיים בתכנית לטיפולים הפרטניים, כדי להבטיח את רצף הטיפול והמשכיותו במהלך התכנית ועם סיומה ולהפחית את מספר המקרים בהם המטופלים מנתקים קשר עם המרכז לאחר סיום התכנית האינטנסיבית.

המלצות לגבי רצף הטיפול בין התכנית לקהילה

- ליצור רצף של טיפול עם גורמים מטפלים בקהילה, קודם לסיום התכנית. הוצע שהמטפל האישי יהיה אחראי לכך.

המלצות לגבי קשר בין השירותים שמפעילים את התכנית

- ליצור פורום של רכזי התכניות, שיופעלו במרכזים השונים של העמותה ולמנות אדם שירכז את הפורום, ויתן תמיכה והדרכה לכל הרכזים.

ניתן להבין את מרבית ההמלצות שפורטו כאן על רקע שתי תפיסות שהתגבשו אצל הרכזות במהלך התכנית: (א) שיש לראות את הזמן של התכנית כחלון ייחודי של הזדמנות עבור המטופלים המשתתפים בה ו-(ב) שיש לראות את התכנית כחוליה אחת בתוך רצף הטיפול שנפגע האלכוהול מקבל ולמנוע את פיצול הטיפול ליחידות שאינן משולבות אחת עם השנייה. לכן, במקביל להתגייסות האינטנסיבית של המטופלים והשקעת המשאבים הגדולה מצדם, על המרכז לגייס גם הוא את משאביו כדי לתמוך במאמץ הזה במהלך התכנית. ההשלכה העיקרית של תפיסה זו היא על מקומו של המטפל האישי בתכנית ומידת המעורבות בתכנית הנדרשת מצדו, משלב הגיוס ועד לשלב שבו גורמים בקהילה קולטים את המטופל, לאחר סיום הטיפול במרכז.

המלצות המשתתפים

יחד עם המשוב החיובי מאד שמסרו המטופלים על מרכיבי התכנית, הם ציינו גם הבטים שהפריעו או היו חסרים להם, שיש לשנות או להוסיף, לפי דעתם. המלצות אלה מתייחסות בעיקר לאורך התכנית והמידה שבה היא מכינה אותם להתמודד עם הבעיות האחרות שמקשות על חייהם, מעבר לאלכוהול.

המלצות לגבי אורך התכנית

- המטופלים ציינו בנחישות רבה שהתכנית קצרה מדי וכדי שיוכלו לעבור את השינויים הנדרשים וגם לשמר אותם, היא צריכה להיות ארוכה יותר. ההמלצות שלהם לגבי משך הזמן הרצוי להפעלת התכנית נעו על הטווח שבין שלושה חודשים לשנה.

המלצות לגבי מרכיבים בתכנית, שיעזרו להם להתמודד עם בעיות נוספות לשתייה

- המטופלים ציינו, שבמהלך התכנית הייתה חסרה להם עזרה בהתמודדות עם לחצים, שאינם קשורים לשתייה (בעיות עם החוק, עם ביטוח לאומי, תעסוקה ועוד). בהמשך לכך הם המליצו: (1) שבתכנית יהיה איש מקצוע שישמש עבורם מעין case manager, שירכז להם את הטיפול מול גורמי חוץ ויסייע להם באופן פעיל בטיפול בבעיות, שאינן מטופלות במסגרת התכנית, באמצעות ייצוג, ליווי ותיווך. (2) הוספת מרכיב לתכנית שעוסק בשיקום התעסוקתי שלהם. אחת ההמלצות שניתנו דיברה על יצירת קשרים עם מרכזים לשיקום תעסוקתי ועם מעסיקים, כאשר עוד במהלך התכנית המטופלים ישתלבו, לפחות יום בשבוע, בשיקום התעסוקתי. כך, שכאשר הטיפול במסגרת התכנית יסתיים, המטופלים יהיו כבר במסגרת של תעסוקה.

המלצות המעריכים

יישום ההמלצות שניתנו הן על ידי הרכזות והן על ידי המטופלים, יכול, להערכתנו, להפחית את הקשיים והחרדות אתם התמודדו המטופלים במהלך יישום התכנית ואולי גם לתרום לאפקטיביות שלה. בנוסף להמלצות אלה שניתנו, אנו מציעים:

- לבחון מחדש את אורך התכנית, תוך התבוננות במודל שמיושם בארה"ב שבו התכנית מתקיימת ללא הגבלת זמן והמטופלים מצטרפים או מסיימים אותה לפי הצרכים וקצב ההחלמה שלהם.
- להמשיך ולקיים רישום יומי של מספר הימים היבשים של כל אחד מהמשתתפים, על לוח גדול שמוצב באופן קבוע בקדמת החדר בשני המרכזים. המשתתפים ציינו שהוא הווה עבורם סמל מוחשי בולט להתקדמותם ולשינויים שהם עושים. ולבסוף,
- בגלל הקלות הרבה שבה נערכים שינויים בתכניות כשהן מופצות לאחר סיום הפיילוט, עקב אילוצים מעשיים ואישיים והעדפות אישיות של אנשי צוות, עלולים להיווצר עם הזמן גרסאות של התכנית שאינן דומות למקור. אנו ממליצים, על כן, להגדיר ולרשום בכתב את התכנים החיוניים של התכנית, שבלעדיהם אין להפעיל אותה לעומת המרכיבים הניתנים להתאמה מקומית בכל סוכנות.

מקורות

- טייכמן, מ., וקידר, ת. (1998). הטיפול בהתמכרויות לחומרים פסיכואקטיביים: סקירת ספרות מקצועית. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד, המכון הארצי למחקר במדעי ההתנהגות.
- מיכאלי, נ., אבני, א., ושויצר, ר. (1989). נשירת אלכוהוליסטים מטיפול גמילה. *חברה ורווחה*, י', 148-157.
- American Society of Addiction Medicine. (1996). *Patient placement criteria for the treatment of substance-related disorders, 2nd edition (ASAM PPC-2)*. Chevy Chase: ASAM.
- Finney, J.W., Hahn, A.C., & Moos, R.H. (1996). The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: The need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 91, 1773-1796.
- Fuller, R.K. & Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). Alcoholism treatment in the United States. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 69-77.
- Nagy, P. D. (1994). *Intensive Outpatient Treatment for Alcohol and Other Drug Abuse: Treatment Improvement Protocol (TIP) series, Number 8*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58(1), 7-29.

נספח א'

Addiction Severity Index

טופס מידע על מועמד לתכנית "טיפול נמרץ" לנפגעי אלכוהול

מבוסס על ה-Addiction Severity Index (גרסה 5), שתורגם והותאם לצרכי התכנית¹

הוראות למראיין/ת

נא להסביר למרואיין שבראיון זה את/ה מבקש/ת ללמוד על הרקע שלו, על שימוש באלכוהול ובסמים ועל התפקוד שלו בתחומים שונים. יש להעביר את המסר, שדיוק המידע הוא חשוב מאד. לכן, אם קשה למרואיין להשיב על שאלה זו או אחרת, עדיף שלא יענה מאשר שייתן תשובה לא אמיתית. נא לא להשאיר משבצות ריקות בטופס. כאשר המרואיין אינו עונה לשאלה, יש לציין X במקום התשובה. כאשר השאלה לא רלוונטית עבור המרואיין, יש לציין N.

מועד/י הראיון

מפגש 1. תאריך _____ / _____ / _____ שעת ההתחלה _____ : _____ שעת סיום _____ : _____

מפגש 2. תאריך _____ / _____ / _____ שעת ההתחלה _____ : _____ שעת סיום _____ : _____

מפגש 3. תאריך _____ / _____ / _____ שעת ההתחלה _____ : _____ שעת סיום _____ : _____

שם המראיין: _____

שאלות רקע

שם פרטי של המרואיין: _____

שם משפחה של המרואיין: _____

תאריך הכניסה האחרונה למרכז: _____ / _____ / _____

< למראיין: לצורך המעקבים הטלפוניים המתוכננים לאחר סיום התכנית, מאד חשוב שתהיה לנו אפשרות ליצור קשר עם המטופלים. לכן, אנו מבקשים לרשום את כל מספרי הטלפון שניתן להשיג דרכם את המטופל.

מס' טלפון _____ (_____) _____
אזור חיוג _____

מס' טלפון _____ (_____) _____
אזור חיוג _____

מס' טלפון _____ (_____) _____
אזור חיוג _____

הערות: _____

¹ השאלון המקורי (באנגלית) פותח על-ידי A. Thomas McLellan ושותפיו ונמצא ברשות הציבור. השאלון תורגם לעברית לראשונה על-ידי חיים מקלר (מרכז מתדון - ס.ל.ע. ב', באר-שבע) והוצא לאור על-ידי משרד הבריאות, המחלקה לטיפול בהתמכרויות והאגודה לשירותי בריאות הציבור. הגרסה הנוכחית פותחה על-ידי דר' מרק ויסמן ודר' ריקי סויה (מרכז הערכה לשירותי אנוש, ראשון לציון) במסגרת מחקר הערכה, שהוזמן על-ידי המחלקה למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי. בגרסה זו, רוב הפריטים תורגמו מחדש, ההנחיות למראיין הוכנסו לגוף הטופס, והעיצוב הגרפי שונה.

השכלה, תעסוקה ומקורות הכנסה

הערות: _____

1. מספר שנות לימוד

< למראיין: תעודת בגרות (אפילו חיצונית), יש לרשום כ-12 שנות לימוד.

--	--

שנים

2. מספר חודשי הכשרה מקצועית או חניכות

< למראיין: כולל: כל תכנית הכשרה מוכרת או חניכות במקום עבודה במסגרת תכנית הכשרה מוכרת, שניתן לרשום כנתון בפנייה לבקשת עבודה.

--	--

חודשים

3. האם יש לך מקצוע?

0. לא

1. כן (נא לפרט בהערות)

4. האם אתה בעל רשיון נהיגה בר תוקף?

< למראיין: אם נמצא בשלילת רשיון, יש לסמן "לא".

0. לא

1. כן

5. האם עומד לרשותך רכב?

< למראיין: כולל רכב שאינו בבעלותו. אם התשובה בשאלה 4 היתה "לא", יש לרשום גם כאן את התשובה "לא".

0. לא

1. כן

6. מה משך הזמן הארוך ביותר שבו עבדת במשרה מלאה?

< למראיין: השאלה מתייחסת לכל החיים, ולא הכרח לעבודה האחרונה

--	--

חודשים

--	--

שנים

7. במה אתה עובד בדרך כלל? תן תיאור מפורט של העיסוק, נא לרשום את המידע בהערות

8. האם אתה מקבל תמיכה קבועה מבת-זוג, ממשפחה או מחברים -- בכסף, דיור או מזון?

< למראיין: למשל: האם אשתך עובדת? האם ישנם אנשים המרשים לך להתגורר איתם? האם מישהו עוזר לך לשלם את החובות שלך? אם גר אצל ההורים ואינו משלם עבור מזון ולינה, סמן "כן"

0. לא

1. כן

9. אם ענה "כן" בשאלה 8:

האם עזרה זו מהווה את עיקר אמצעי הקיום שלך?

0. לא

1. כן

< למראיין: לשאול רק אם בשאלה 19 דיווח על בעיות בעבודה או במציאת עבודה

20. עד כמה הטרידו אותך או הפריעו לך בעיות תעסוקה **אלה** ב-30 יום האחרונים?

אם שהה בכלל, במעצר או בבית-חולים, לא יכולות להיות לו בעיות תעסוקה, ויש לסמן N.

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

21. עד כמה חשוב לך לקבל **עכשין** ייעוץ בענייני עבודה?

< למראיין: הכוונה לעזרה במציאת עבודה או בהכשרה לעבודה **ולא** לאספקת עבודה

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

שאלות למראיין

22. איך אתה מדרג את הצורך של המרואיין לייעוץ בתחום התעסוקה?

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
בעיה חריפה, חייבים לטפל	בעיה ניכרת, ברור שנדרש טיפול	בעיה מתונה, יתכן שנדרש טיפול	בעיה קלה, לא נדרש טיפול כנראה	אין כל בעיה, לא נדרש טיפול					

האם המידע שנמסר כאן לגבי מצב תעסוקתי לוקה בחוסר דיוק בגלל . . .

23. תיאור לא נכון של הדברים על-ידי המרואיין?

< למראיין: נא להמנע כאן מפרשנות יתר. סמן "כן" רק אם יש סתירות גלויות במידע שהמרואיין מסר.

0. לא

1. כן

24. קשיי הבנה של המרואיין?

0. לא

1. כן

הערות: _____

שימוש באלכוהול וסמים

< למראיין: אנה, אמור למראיין, שבשאלות הבאות הוא יישאל לגבי שתי תקופות זמן: ראשית לגבי 30 הימים האחרונים ולאחר מכן, לגבי כל החיים.

1. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים שתית אלכוהול?
(כמות כלשהי)

--	--

2. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתכרת, או הרגשת שמצב הרוח שלך משתנה בגלל שתיית אלכוהול? (אם עונה שלא השתכר או לא הושפע, שאל את השאלה הבאה)
בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים שתית 5 כוסות או יותר, תוך שעה או שעתיים?

--	--

3. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בהרואין / קוק פרסי?

--	--

4. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת באדולן, מתדון, "מים"?

--	--

5. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בכדורים נגד כאבים?

--	--

6. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בכדורי שינה?

--	--

7. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בכדורי הרגעה?

--	--

8. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בקוקאין (קראק, רוק, קריסטאל)?

--	--

9. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בכדורי מרץ, כדורי הרזייה או ספידים?

--	--

10. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בחשיש או מריחואנה (גראס, כיף, עלים)?

--	--

11. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בחומרים גרמי הזיה, כמו LSD ואסיד?

--	--

12. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת במשאפים, כמו טיפקס או דלק?

--	--

13. בכמה ימים ב-30 הימים האחרונים השתמשת בשני חומרים או יותר מסך-כל החומרים שהזכרנו?

--	--

הערות: _____

< למראיין: לשאול רק אם בשאלות 22-25 דווח על בעיות משפטיות. יש להתייחס באופן קונקרטי לבעיות שהוזכרו בהקשר לשאלה 22. אין לכלול כאן תביעות אזרחיות.

26. לדעתך, עד כמה חמורות בעיות משפטיות אלה?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

27. עד כמה חשוב לך לקבל עכשיו ייעוץ או הפניה לטיפול בבעיות המשפטיות שהזכרת, מעבר למה שאתה כבר מקבל?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

שאלות למראיין

28. איך אתה מעריך את הצורך של המרואיין בייעוץ או סיוע משפטי?

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
בעיה חריפה, חייבים לטפל		בעיה ניכרת, ברור שנדרש טיפול		בעיה מתונה, יתכן שנדרש טיפול		בעיה קלה, לא נדרש טיפול כנראה		אין כל בעיה, לא נדרש טיפול	

האם המידע שנמסר כאן לגבי בעיות משפטיות לוקה בחוסר דיוק בגלל...

29. תיאור לא נכון של הדברים על-ידי המרואיין?

< למראיין: נא להמנע כאן מפרשנות יתר. סמן "כן" רק אם יש סתירות גלויות במידע שהמרואיין מסר.

0. לא

1. כן

30. קשיי הבנה של המרואיין?

0. לא

1. כן

הערות: _____

7. עם מי אתה מבלה את רוב זמנך הפנוי?

- 1. משפחה
- 2. חברים
- 3. לבד

8. האם אתה מרוצה מצורה זו של בילוי?

- 0. לא
- 1. אדיש
- 2. כן

9. כמה חברים טובים יש לך? אני מתכוון לאנשים מחוץ למשפחה, שאתה יכול לסמוך עליהם.

< למראיין: בשאלות 9א - 19 השתמש בסימנים הבאים:

- 0. לא
- 1. כן
- X. לא ברור, לא ידוע
- N. לא רלוונטי, אין קרוב משפחה כזה

9א. האם במהלך חיידך היה לך קשר אישי משמעותי עם מישהו מהאנשים הבאים? ב"משמעותי" אני מתכוון/ת, למישהו שהיית מוכן לעשות הכל כדי לעזור לו ושהוא היה מוכן לעשות אותו הדבר עבורך.

אמא

אבא

אחים / אחיות

בן/בת זוג

ילדים

חברים

האם היו זמנים שבהם היו לך בעיות קשות, שנמשכו זמן רב עם האנשים הבאים? ב"בעיות קשות" אני מתכוון/ת למצבים שסיכנו את המשך הקשר.

< למראיין: לגבי כל אחד מהאנשים ברשימה, יש לשאול לגבי 2 תקופות זמן: בחודש האחרון וכל החיים

כל החיים

חודש אחרון

10. אמא

11. אבא

12. אחים / אחיות

13. בן/בת זוג

14. ילדים

15. בני משפחה משמעותיים אחרים

16. חברים טובים

17. שכנים

18. חברים לעבודה

הערות:

האם מישוהו מהאנשים האלה שהזכרתי עכשיו התעלל בך?

0. לא

1. כן

- | כל החיים | בחודש אחרון | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18.א. התעללות רגשית (גרם לך להרגיש רע על-ידי מילים קשות)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18.ב. התעללות גופנית (גרם לך לפגיעה פיזית)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18.ג. התעללות מינית (ביצע בך מעשים מגונים או כפה עליך יחסי מין)? |

19.א. במשך החודש האחרון, כמה ימים היה לך וויכוח רציני עם המשפחה שלך?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

19.ב. במשך החודש האחרון, כמה ימים היה לך וויכוח רציני עם אנשים אחרים (מחוץ למשפחה)?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

< למראיין: לשאול רק אם בשאלות 19-10 דווח על בעיות בקשרים עם משפחה. יש להתייחס באופן קונקרטי לבעיות שהוזכרו בשאלות אלה.

20. במשך החודש האחרון, עד כמה הטרידו אותך בעיות משפחתיות אלה שהזכרת?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

< למראיין: לשאול רק אם בשאלות 19-10 דווח על בעיות במערכות יחסים עם אנשים מחוץ למשפחה. יש להתייחס באופן קונקרטי לבעיות שהוזכרו בשאלות אלה.

21. במשך החודש האחרון, עד כמה הטרידו אותך בעיות חברתיות אלה שהזכרת?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

22. עד כמה חשוב לך לקבל עכשיו ייעוץ או טיפול לבעיות המשפחתיות שהזכרת?

< למראיין: הכוונה כאן לחשיבות עבור המרואיין, גם אם לפי הערכתו משפחתו לא תשתף פעולה

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

הערות: _____

מצב פסיכיאטרי

הערות: _____

1. כמה פעמים במהלך חיך אושפזת בבית-חולים בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות?

< למראיין: אין לכלול כאן אשפוזים שהיו לצורך טיפול ישיר בהתמכרות (שהוזכרו כבר קודם).

--	--

1. כמה פעמים במהלך חיך טופלת במרפאה או באופן פרטי בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות?

< למראיין: יש לשאול לגבי מספר הפעמים שהתחיל סדרה של ביקורים פחות או יותר רציפים. לדוגמא: אם היה מטופל בין ינואר למרץ ולאחר מכן הפסיק והתחיל שוב טיפול בין יולי לאוקטובר, מדובר ב-2 טיפולים. לכן, כאשר שאלה זו נשאלת, יש לבדוק את מספר הפעמים שהיו התחלות והפסקות של טיפולים (שיחתיים ו/או תרופתיים). שים לב: אין לכלול טיפולים שהיו לצורך טיפול ישיר בהתמכרות (שהוזכרו כבר קודם).

--	--

2. האם אתה מקבל קצבת נכות בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות?

0. לא

1. כן

< למראיין: לגבי כל אחד מהפריטים ברשימה הבאה, יש לשאול לגבי 2 תקופות זמן: כל החיים (שאלה א') ובחודש האחרון (שאלה ב'). אם התשובה לשאלה א' היא שלילית, אין צורך לשאול על 30 הימים האחרונים וניתן לעבור לשאלה הבאה.

3. האם היתה לך תקופה בחיים, שבה הרגשת דכאון עמוק (תחושה של עצב, ייאוש, אובדן של עניין במה שקורה מסביבך, אדישות, קשיים בתפקוד יום-יומי, התקפי בכי וכו') -- שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם?

0. לא	1. כן
-------	-------

3. ומה לגבי התקופה האחרונה? האם הרגשת דכאון עמוק במהלך 30 היום האחרונים -- שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם?

0. לא	1. כן
-------	-------

4. האם היתה לך תקופה בחיים, שבה הרגשת חרדה גדולה או מתח רב (תחושה של מצוקה עמוקה, פחד בלתי סביר, קושי להרגע וכו') -- שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם?

0. לא	1. כן
-------	-------

4. ומה לגבי התקופה האחרונה? האם הרגשת חרדה גדולה או מתח רב במהלך 30 היום האחרונים -- שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם?

0. לא	1. כן
-------	-------

5. האם היתה לך תקופה בחיים, שבה היו לך הזיות (ראית דברים או שמעת קולות שלא היו) -- שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם?

0. לא	1. כן
-------	-------

< למראיין: יש לשאול שאלה זו רק אם המרואיין דיווח על בעיה נפשית ב-30 יום האחרונים. כלומר, ענה תשובה חיובית פעם אחת או יותר לשאלות 3ב' - 9ב'.

11. כמה ימים במהלך 30 היום האחרונים סבלת מ_____? (התייחס באופן קונקרטי לבעיות שדווחו על-ידי המרואיין)

--	--

< למראיין: אם בשאלה 11 נרשמו ימים, יש לשאול את השאלה הבאה.

12. עד כמה היית מוטרד מן הבעיות הנפשיות מהן סבלת ב-30 יום האחרונים?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

13. עד כמה חשוב לך לקבל עכשיו טיפול עבור בעיות נפשיות אלה?

N	4	3	2	1	0
לא רלוונטי	הרבה מאד	הרבה	במידה בינונית	קצת	בכלל לא

שאלות למראיין בסיום הראיון

בהתבסס על אופן התנהגותו של המרואיין במהלך הראיון ותוכן תשובותיו, רשום כאן את הערכתך המקצועית. היזהר מפירושים מיותרים ורשום רק הימצאותם של סימפטומים גלויים.

14. במהלך הראיון, האם המרואיין נראה מדוכא או מנותק באופן ברור?

0. לא	1. כן
-------	-------

15. במהלך הראיון, האם המרואיין ביטא עוינות גלויה?

0. לא	1. כן
-------	-------

16. במהלך הראיון, האם המרואיין נראה חרד או עצבני באופן ברור?

0. לא	1. כן
-------	-------

17. במהלך הראיון, האם המרואיין גילה קשיים בבוחן מציאות, הפרעות בחשיבה או חשיבה פרנואידית?

0. לא	1. כן
-------	-------

18. במהלך הראיון, האם המרואיין גילה בעיות בהבנה, בריכוז או בזיכרון?

0. לא	1. כן
-------	-------

19. במהלך הראיון, האם המרואיין הביע מחשבות אובדניות?

0. לא	1. כן
-------	-------

20. איך אתה מעריך את הצורך של המרואיין בטיפול פסיכולוגי / פסיכיאטרי?

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
בעיה חריפה, חייבים לטפל		בעיה ניכרת, ברור שנדרש טיפול		בעיה מתונה, יתכן שנדרש טיפול		בעיה קלה, לא נדרש טיפול כנראה		אין כל בעיה, לא נדרש טיפול	

הערות: _____

האם המידע שנמסר כאן לגבי בעיות נפשיות או פסיכולוגיות לוקה בחוסר דיוק בגלל . . .

21. תיאור לא נכון של הדברים על-ידי המרואיין?

< למראיין: נא להמנע כאן מפרשנות יתר. סמן "כן" רק אם יש סתירות גלויות במידע שהמרואיין מסר.

0. לא

1. כן

22. קשיי הבנה של המרואיין?

0. לא

1. כן

טופס הסכמה להשתתף במחקר הערכה של
תכנית "טיפול נמרץ" לנפגעי אלכוהול

שלום רב,

תכנית הטיפול שבה אתה עומד להשתתף היא תכנית חדשה ונסיונית. כדי ללמוד על התכנית ולשפר אותה עד כמה שניתן, התבקשנו לערוך מחקר שיעקוב אחר היישום והתוצאות של התכנית. לצורך כך, אנו מבקשים את הסכמתך להשתתף במחקר במהלך התכנית ולאחריה. ההשתתפות במחקר כוללת תצפיות בחלק מהפעילויות, ראיון קבוצתי עם כל המטופלים, ראיונות מעקב טלפוניים אחרי סיום התכנית וראיונות אישיים עם חלק מהמטופלים. ההשתתפות שלך במחקר מאד חשובה לנו. אתה יכול לתרום לנו מהנסיון שלך ולהביא לכך שהתכנית, בסופו של דבר, תהיה הטובה ביותר והמתאימה ביותר לאנשים במצב כמו שלך. נודה לך אם תתן את הסכמתך להשתתף במחקר. כמובן, במידה שתרגיש לא נוח, תמיד תוכל להתחרט.

בכבוד רב,

ד"ר מרק ויסמן וד"ר ריקי סויה

אני, _____ (שם) נותן את הסכמתי להשתתף במחקר הערכה זה. אני מבין שלצורך המחקר אני אתבקש להשתתף בראיון קבוצתי ובראיונות מעקב טלפוניים לאחר סיום התכנית. כמו-כן, אני מבין שיתכן שהחוקרים יצפו בחלק מהפעילויות שאשתתף בהן וגם יתכן שאתבקש להשתתף בראיון אישי.

_____/_____/_____
תאריך

חתימה

נספח ג'

עמותת אפש"ר - היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול - תכנית טיפול נמרץ
טופס תכנון מפגש

סוג הפעילות: _____ שם המנחה/מדריך/מטפל: _____

מפגש מספר _____ מתוך _____ מפגשים מתוכננים תאריך מתוכנן לקיום המפגש: ____ / ____ / ____

מטרות המפגש (מה אתם רוצים להשיג במפגש זה? מה הידע או המיומנויות שאתם רוצים להקנות? מה השינויים שאתם רוצים להשיג בהתנהגות, ביחסים בין-אישיים, ברגשות, בתפיסות, אובעמדות?): _____

הפעילויות המתוכננות להשגת מטרות אלו במפגש זה: (מה אתם מתכוונים לעשות על מנת להשיג אתהמטרות שציינתם בסעיף הקודם?): _____

עמותת אפש"ר - היחידה לטיפול בנפגעי אלכוהול - תכנית טיפול נמרץ
טופס סיכום מפגש

תאריך קיום המפגש: ___ / ___ / ___

האם בצעתם את הפעילויות שתכננתם למפגש זה? 1. כן, באופן מלא 2. כן, באופן חלקי 3. לא
אם הביצוע לא היה כפי שתוכנן, באופן מלא, אנא פרט כאן את הסיבות לכך: _____

האם הושגו המטרות שקבעת לפגישה זו? 1. כן, באופן מלא 2. כן, באופן חלקי 3. לא
אם המטרות לא הושגו באופן מלא, אנא פרט כאן את הסיבות לכך: _____

האם התעוררו קשיים במהלך המפגש? 1. לא 2. כן אם כן, איזה קשיים התעוררו? _____

האם קרו ארועים מיוחדים חיוביים במפגש? 1. לא 2. כן אם כן, נא לציין את הארוע: _____

עד כמה את/ה מרוצה מהמפגש? 1. מרוצה מאד 2. מרוצה 3. ככה ככה 4. לא כל כך מרוצה 5. בכלל לא מרוצה

הערות נוספות: _____

נספח ד'

לוחות ממצאים

גיל, מין, ארץ לידה, דת

סך-הכל		חיפה		רמת-גן			
%	N	%	N	%	N		
15.7	19	19.0	11	12.7	8	26-35	גיל
39.7	48	46.6	27	33.3	21	36-45	
33.1	40	27.6	16	38.1	24	46-55	
11.6	14	6.9	4	15.9	10	56-65	
100.0	121	100.0	58	100.0	63	סך-הכל	
94.3	116	100.0	59	89.1	57	זכר	מין
5.7	7	0.0	0	10.9	7	נקבה	
100.0	123	100.0	59	100.0	64	סך-הכל	
59.0	72	71.2	42	47.6	30	ישראל	ארץ לידה
12.3	15	8.5	5	15.9	10	צפון אפריקה	
4.9	6	6.8	4	3.2	2	מזרח אירופה	
8.2	10	5.1	3	11.1	7	חבר העמים	
2.5	3	0.0	0	4.8	3	ארצות המערב	
10.7	13	3.4	2	17.5	11	אסיה	
2.5	3	5.1	3	0.0	0	אחר	
100.0	122	100.0	59	100.0	63	סך-הכל	
61.5	75	28.8	17	92.1	58	יהודי	דת
27.0	33	49.2	29	6.3	4	מוסלמי	
7.4	9	13.6	8	1.6	1	נוצרי	
3.3	4	6.8	4	0.0	0	דרוזי	
0.8	1	1.7	1	0.0	0	אחר	
100.0	122	100.0	59	100.0	63	סך-הכל	

רקע משפחתי וחברתי

סך-הכלל		חיפה		רמת-גן		
%	N	%	N	%	N	
54.6	65	70.2	40	40.3	25	נשוי (או חי עם ידועה בציבור)
5.9	7	5.3	3	6.5	4	נשוי שנית
0.8	1	1.8	1	0.0	0	אלמן
6.7	8	3.5	2	9.7	6	פרוד
23.5	28	12.3	7	33.9	21	גרוד
8.4	10	7.0	4	9.7	6	רווק
100.0	119	100.0	57	100.0	62	סך-הכלל
6.7	8	7.0	4	6.5	4	גר עם מישהו שיש לו בעיה של אלכוהול
2.6	3	1.8	1	3.3	2	גר עם מישהו שמתמש בסמים
79.8	91	84.2	48	75.4	43	האם במהלך חייו היה לך קשר אישי משמעותי עם
67.6	73	73.6	39	61.8	34	מישהו מהאנשים הבאים? ב"משמעותי" אני מתכוונת, אבא
74.8	83	72.7	40	76.8	43	למישהו שהיית מוכן לעשות הכל כדי לעזור לו ושהוא היה אחים / אחיות
72.6	77	72.2	39	73.1	38	מוכן לעשות אותו הדבר עבורך? בן/בת זוג
83.3	85	84.0	42	82.7	43	ילדים
55.2	58	49.1	27	62.0	31	חברים
39.4	43	37.0	20	41.8	23	אמא האם, במהלך חייו, היו זמנים שבהם היו לך בעיות
50.0	52	50.0	26	50.0	26	קשות, שנמשכו זמן רב עם האנשים הבאים? ב"בעיות
50.0	53	50.9	27	49.1	26	קשות" אני מתכוונת למצבים שסיכנו את המשך הקשר. אחים / אחיות
80.6	83	73.1	38	88.2	45	בן/בת זוג
33.0	32	30.6	15	35.4	17	ילדים
26.3	26	18.4	9	34.0	17	בני משפחה משמעותיים אחרים
28.3	30	27.8	15	28.8	15	חברים טובים
26.7	28	24.1	13	29.4	15	שכנים
22.3	21	28.6	14	15.6	7	חברים לעבודה
40.2	45	35.8	19	44.1	26	האם, במהלך חייו, מישהו מהאנשים האלה שהזכרתי
31.3	35	26.4	14	35.6	21	עכשווית התעלל בך? התעללות רגשית (גרם לך להרגיש רע על-ידי מילים קשות)?
4.6	5	1.9	1	7.4	4	התעללות גופנית (גרם לך לפגיעה פיזית)?
						התעללות מינית (ביצע בך מעשים מגונים או כפה עליך יחסי מין)?

שימוש באלכוהול ובסמים במהלך החיים

סך-הכל		חיפה		רמת-גן		
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
8.7	21.3	8.1	19.9	9.1	22.6	במשך כמה שנים במהלך חיך שתיית אלכוהול באופן קבוע, אפילו כמויות קטנות?
8.6	10.8	6.9	10.1	9.9	11.4	במשך כמה שנים במהלך חיך השתכרת באופן קבוע, או הרגשת שמצב הרוח שלך השתנה בגלל שתיית אלכוהול?
שנות שימוש בסמים במהלך החיים						
1.8	0.3	2.0	0.4	1.6	0.3	הרואין / קוק פרסי
1.4	0.2	2.0	0.3	0.0	0.0	אדולן, מתדון
1.8	0.3	2.5	0.5	0.3	0.0	קוקאין, קראק
1.5	0.2	2.1	0.4	0.0	0.0	כדורי מרץ
4.2	1.1	4.4	1.3	3.9	1.0	חשיש או מריחואנה
0.5	0.0	0.7	0.1	0.0	0.0	חומרים גורמי הזיה
0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	משאפים (טיפקס, דלק)

תעסוקה בעת הכניסה לתכנית

סך-הכל		חיפה		רמת-גן		
%	N	%	N	%	N	
71.3	87	66.1	39	76	48	דיווחו שהם בעלי מקצוע
11.5	14	16.9	10	6	4	מעמד תעסוקתי עיקרי בשלוש השנים האחרונות שכיר במשרה מלאה
0.8	1	0.0	0	2	1	שכיר במשרה חלקית (קבוע)
15.6	19	15.3	9	16	10	שכיר במשרה חלקית (לא קבוע)
6.6	8	6.8	4	6	4	עצמאי
11.5	14	10.2	6	13	8	מתקיים מפנסיה או קצבת נכות
50.8	62	50.8	30	51	32	מובטל
3.3	4	0.0	0	6	4	מאושפז / אסיר
100.0	122	100.0	59	100	63	סך-הכל

מצב משפטי בעת הכניסה לתכנית

סך-הכל		חיפה		רמת-גן		
%	N	%	N	%	N	
15.8	19	12.1	7	19.4	12	הופנו לתכנית על-ידי בית משפט או שירות מבחן
19.2	23	15.5	9	22.6	14	נמצאים בתקופת מבחן או בפיקוח של שירות בתי הסוהר או שירות מבחן? כן
32.2	37	29.8	17	34.5	20	מחכים להגשת כתב אישום נגדם, למשפט, או לגזר דין כן

רקע פסיכיאטרי

סך-הכל		חיפה		רמת-גן		
%	N	%	N	%	N	
9.7	11	7.1	4	12.3	7	אשפוז/ים בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות
6.5	7	3.9	2	8.9	5	מקבלים קצבת נכות בגלל בעיות נפשיות או פסיכולוגיות
<u>בעיות פסיכיאטריות במהלך החיים (שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם)</u>						
72.9	86	70.2	40	75.4	46	דכאון עמוק
70.4	81	57.1	32	83.1	49	חרדה גדולה או מתח רב
19.7	23	21.1	12	18.3	11	הזיות
66.7	78	67.9	38	65.6	40	קושי בשליטה על התנהגות אלימה
43.1	50	39.3	22	46.7	28	מחשבות אבדניות
25.6	30	26.3	15	25.0	15	נסיונות התאבדות
27.4	32	21.4	12	32.8	20	קבלת תרופות עבור בעיות נפשיות או פסיכולוגיות
הערכה קלינית של המראיין						
14.3	16	21.2	11	8.3	5	נראה מדוכא או מנותק
3.5	4	0.0	0	6.7	4	מבטא עוינות גלויה
19.6	22	21.2	11	18.3	11	נראה חרד או עצבני
3.6	4	1.9	1	5.1	3	מגלה קשיים בבחון מציאות, הפרעות בחשיבה או חשיבה פרנואידית
12.5	14	13.2	7	11.9	7	מגלה בעיות בהבנה, בריכוז או בזיכרון
0.0	0	0.0	0	0.0	0	מביע מחשבות אובדניות

קשר עם גורמי טיפול בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
%	N	%	N	%	N	
44.9	35	23.4	18			לא
16.7	13	26.0	20			כן - באופן לא סדיר
38.5	30	50.6	39			כן - בדרך כלל באופן סדיר
100.0	78	100.0	77			סך-הכל
63.9	53	60.2	50	89.0	73	לא
12.0	10	14.5	12	7.3	6	כן - באופן לא סדיר
24.1	20	25.3	21	3.7	3	כן - בדרך כלל באופן סדיר
100.0	83	100.0	83	100.0	82	סך-הכל

שהייה במוסדות בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
%	N	%	N	%	N	
6.0	5	2.4	2	7.8	6	במוסד לטיפול באלכוהול או בסמים
3.7	3	6.0	5	4.2	3	בבית חולים כללי
0.0	0	0.0	0	0.0	0	בבית חולים פסיכיאטרי
1.2	1	7.3	6	4.0	3	במאסר או במעצר

מצב רפואי בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		סבלו מבעיות רפואיות ב-30 הימים האחרונים מספר הימים שסבלו מבעיות רפואיות אלה ב-30 הימים האחרונים
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
49.4	41	59.3	48	56.6	47	
13.5	11.7	13.2	11.9	12.4	11.0	

עבודה בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		מספר ימי עבודה שעבורם קיבלו משכורת במהלך 30 הימים האחרונים, כולל: עבודות מזדמנות, עבודות "מהצד", ימי מחלה וימי חופשה השכר שהרוויחו ב-30 יום האחרונים מעבודה (נטו)
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
8.5	3.4	8.0	3.2	4.8	1.0	
2522.5	689.0	1449.9	435.3	1037.1	170.7	

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		שכר בשקלים	
%	N	%	N	%	N		
85.4	70	86.4	70	95.1	78	0	השכר שהרוויחו ב-30 יום האחרונים מעבודה (נטו)
2.4	2	1.2	1	2.4	2	1-1000	
2.4	2	6.2	5	0.0	0	1001-2000	
2.4	2	2.5	2	0.0	0	2001-3000	
7.3	6	3.7	3	2.4	2	מעל 3000	
100.0	82	100.0	81	100.0	82	סך-הכל	

שתייה בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית			
%	N	%	N	%	N		
54.2	45	51.8	43	56.6	47	0	מספר הימים בחודש האחרון ששתו אלכוהול
4.8	4	9.6	8	13.3	11	1-3	
41.0	34	38.6	32	30.1	25	4+	
100.0	83	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
67.5	56	68.7	57	67.5	56	0	מספר הימים בחודש האחרון שבהם השתכרו
2.4	2	6.0	5	9.6	8	1-3	
30.1	25	25.3	21	22.9	19	4+	
100.0	83	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית			
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע		
8.5	4.1	8.1	3.9	11.9	10.4		מספר הימים בחודש האחרון שבהם היו בעיות בגלל שתייה (מצבים של "דודה" או "קריז"; הסתבכויות ממוצע + ס"ת בעבודה בגלל שתייה; או מחסור בכסף בגלל הוצאות על השתייה)

שימוש בסמים ובתרופות בחודש האחרון (שכיחויות)

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		פעמים בחודש האחרון	
%	N	%	N	%	N		
85.4	70	85.5	71	65.1	54	0	כדורים נגד כאבים
2.4	2	3.6	3	8.4	7	1-3	
12.2	10	10.8	9	26.5	22	4+	
100.0	82	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
79.0	64	83.1	69	83.1	69	0	כדורי שינה
3.7	3	3.6	3	1.2	1	1-3	
17.3	14	13.3	11	15.7	13	4+	
100.0	81	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
90.2	74	86.7	72	84.3	70	0	כדורי הרגעה
0.0	0	1.2	1	0.0	0	1-3	
9.8	8	12.0	10	15.7	13	4+	
100.0	82	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
98.8	81	100.0	82	100.0	83	0	הרואין / קוק פרסי
0.0	0	0.0	0	0.0	0	1-3	
1.2	1	0.0	0	0.0	0	4+	
100.0	82	100.0	82	100.0	83	סך-הכל	
100.0	82	100.0	82	100.0	83	0	אדולן, מתדון
0.0	0	0.0	0	0.0	0	1-3	
0.0	0	0.0	0	0.0	0	4+	
100.0	82	100.0	82	100.0	83	סך-הכל	

שימוש בסמים ובתרופות בחודש האחרון (המשך)

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		פעמים בחודש האחרון	
%	N	%	N	%	N		
100.0	81	100.0	83	100.0	83	0	קוקאין, קראק
0.0	0	0.0	0	0.0	0	1-3	
0.0	0	0.0	0	0.0	0	4+	
100.0	81	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
98.8	79	100.0	83	98.8	82	0	כדורי מרץ
0.0	0	0.0	0	1.2	1	1-3	
1.3	1	0.0	0	0.0	0	4+	
100.0	80	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
96.3	77	96.4	80	96.4	80	0	חשיש או מריחואנה
0.0	0	1.2	1	0.0	0	1-3	
3.8	3	2.4	2	3.6	3	4+	
100.0	80	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
100.0	80	100.0	83	100.0	83	0	חומרים גורמי הזיה
0.0	0	0.0	0	0.0	0	1-3	
0.0	0	0.0	0	0.0	0	4+	
100.0	80	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	
100.0	80	100.0	83	98.8	82	0	משאפים (טיפקס, דלק)
0.0	0	0.0	0	0.0	0	1-3	
0.0	0	0.0	0	1.2	1	4+	
100.0	80	100.0	83	100.0	83	סך-הכל	

שכיחות הדיווח על בעיות קשות* עם בני משפחה וחברים בחודש האחרון

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
%	N	%	N	%	N	
16.9	14	18.1	15	14.5	12	בני משפחה
13.3	11	8.4	7	3.6	3	אמא
25.3	21	19.3	16	18.1	15	אבא
32.5	27	32.5	27	15.7	13	אחים / אחיות
10.8	9	15.7	13	9.6	8	בן/בת זוג
12.0	10	12.0	10	4.8	4	ילדים
						בני משפחה משמעותיים אחרים
						חברים
7.2	6	8.4	7	3.6	3	חברים טובים
9.6	8	13.3	11	2.4	2	שכנים
6.0	5	4.8	4	1.2	1	חברים לעבודה

* הוגדר למרואיינים כ-"מצבים שבהם היה חשש שתפסיקו לגמרי לדבר או להפגש אחד עם השני".

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	
6.1	10.5	5.7	8.6	4.0	8.3	מספר הימים בחודש האחרון, שבהם היה וויכוח רציני עם המשפחה

שכיחות הדיווח על בעיות וסימפטומים פסיכיאטריים בחודש האחרון *

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
%	N	%	N	%	N	
53.0	44	45.8	38	44.3	35	דכאון עמוק
46.3	38	50.0	41	46.8	37	חרדה גדולה או מתח רב
31.3	26	26.5	22	13.8	11	הזיות
31.3	26	38.6	32	34.2	27	קשיים גדולים בהבנה, בריכוז או בזיכרון
24.4	20	21.7	18	13.9	11	קושי בשליטה על התנהגות אלימה
22.9	19	25.6	21	10.4	8	מחשבות רציניות על התאבדות
0.0	0	3.6	3	3.8	3	נסיונות התאבדות
10.0	8	10.8	9	9.6	8	קבלת מרשם רפואי לתרופות עבור בעיות נפשיות או פסיכולוגיות

* שלא כתוצאה משימוש באלכוהול או בסמים ולא בזמן של גמילה מהם

מוטרדות לגבי בעיות בחודש האחרון *

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
1.9	1.8	1.8	2.0	1.2	3.1	לגבי בעיות רפואיות
1.7	1.0	1.7	1.2	1.7	2.2	לגבי בעיות שתייה
0.4	0.1	0.4	0.0	0.4	0.1	לגבי בעיות סמים
1.6	1.0	1.5	0.9	1.5	0.9	לגבי בעיות משפטיות
1.8	1.7	1.7	1.8	1.7	1.5	לגבי בעיות משפחתיות
1.8	2.1	1.8	1.9	1.7	1.6	לגבי בעיות פסיכיאטריות

* בסולם מ-0 "בכלל לא" עד 4 "הרבה מאד"

רצון לקבל טיפול

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
1.8	1.6	1.9	1.9	1.5	2.3	עבור בעיות רפואיות
1.7	1.0	1.7	1.2	1.8	2.4	עבור בעיות שתייה
0.4	0.1	0.3	0.0	0.5	0.1	עבור בעיות סמים
1.7	1.1	1.5	0.9	1.4	0.8	עבור בעיות משפטיות
1.7	1.5	1.7	1.9	1.6	1.4	עבור בעיות משפחתיות
1.9	2.2	1.9	2.1	1.7	1.6	עבור בעיות פסיכיאטריות

* בסולם מ-0 "בכלל לא" עד 4 "הרבה מאד"

אינדקסים* להערכת החומרה של בעיות בתחומים שונים

מעקב 2		מעקב 1		בכניסה לתכנית		
ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	ס"ת	ממוצע	
0.32	0.26	0.30	0.27	0.27	0.34	אינדקס בעיות שתייה
0.30	0.31	0.27	0.31	0.24	0.26	אינדקס בעיות משפחתיות
0.29	0.34	0.30	0.32	0.27	0.26	אינדקס בעיות פסיכיאטריות
0.44	0.47	0.43	0.45	0.29	0.62	אינדקס בעיות רפואיות
0.06	0.03	0.06	0.03	0.08	0.04	אינדקס בעיות סמים
0.30	0.88	0.28	0.89	0.15	0.96	אינדקס בעיות תעסוקה
0.43	0.29	0.38	0.25	0.38	0.25	אינדקס בעיות משפטיות

* טווח האינדקסים נע בין 0 (אין בכלל בעיות) ל-1 (בעיות חמורות ביותר)

נספח ה'

תכנית של המחזור הרביעי בחיפה - 9/5/99-1/7/99

שבוע 1:

שעות	יום א' 9/5	יום ג' 11/5	יום ה' 13/5
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	חווה קבוצתי (נחמה + יוסי)	צעדים (יוסי)	ספורט (דניאל)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	הכרות (נחמה)	הרצאת רופאה (דר' שורה)	פסיכודרמה (צביקה)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	קבוצת הפסקת שתייה (נחמה)	תקשורת (צביקה)

שבוע 2:

שעות	יום א' 16/5	יום ג' 18/5	יום ה' 20/5
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)	ספורט (דניאל)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	משפחה (אסתי)	הרצאת רופאה (דר' שורה)	פסיכודרמה (צביקה)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	צעדים (יוסי)	הפסקת שתייה (יוסי)

שבוע 3:

שעות	יום א' 23/5	יום ג' 25/5	יום ה' 27/5
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)	ספורט (דניאל)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	משפחה (אסתי)	סיוע משפטי	פסיכודרמה (צביקה)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	קבוצת הפסקת שתייה (נחמה)	צעדים (יוסי)

שבוע 4:

שעות	יום א' 30/5	יום ג' 1/6/5	יום ה' 3/6
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	צעדים (יוסי)	ספורט (דניאל)	נחמה
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	משפחה (אסתי)	הפסקת שתיה (נחמה)	פסיכודרמה (צביקה)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)

שבוע 5:

שעות	יום א' 6/6	יום ג' 8/6	יום ה' 10/6
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)	ספורט (דניאל)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	משפחה (אסתי)	הפסקת שתיה (נחמה)	שיקום מקצועי (ענת)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	צעדים (יוסי)	פסיכודרמה (צביקה)

שבוע 6:

שעות	יום א' 13/6	יום ג' 15/6	יום ה' 17/6
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)	ספורט (דניאל)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30	יצירה (אינגה)	צעדים (יוסי)	ראיון קבוצתי
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30	יצירה (אינגה)	צעדים (יוסי)	תקשורת (צביקה)

שבוע 7:

שעות	יום א' 19/6	יום ג' 22/6	יום ה' 25/6
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30		תקשורת (צביקה)	שקום (ענת)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30		הפסקת שתיה (נחמה)	פסיכודרמה (צביקה)
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30		צעדים (יוסי)	יצירה (אינגה)

שבוע 8:

שעות	יום א' 28/6	יום ג' 30/6	יום ה' 1/7
9:00-9:30	סבב בוקר	סבב בוקר	סבב בוקר
9:30-10:30		תקשורת (צביקה)	משוב (נחמה + יוסי + צביקה)
10:30-11:00	הפסקה	הפסקה	הפסקה
11:00-12:30		הפסקת שתיה (נחמה)	מסיבת סיום
12:30-13:00	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל	הפסקת אוכל
13:00-14:30			פיקניק בחוף קרית ים

שתי תצפיות לדוגמא

תצפית במפגש תקשורת, בחיפה בתאריך 23/9

מנחים: נחמה, אסתי, צביקה, יוסי

מהלך המפגש. בחדר יושבים 12 משתתפים בחצי מעגל. מולם יושבים שלושה מבין המנחים, צביקה יושב בקצה המעגל [עם המשתתפים]. על הקירות תלויות כרזות שמציגות: מאפיינים פסיכולוגיים, פיזיים וחברתיים של אלכוהוליזם; לוח שתייה, עליו רשומים שמות המשתתפים בתוכנית ומספר ימי "היובש" שלהם; חוזה הכולל את תנאי ההשתתפות, לוח פעילות שבועי של הקבוצה; וסיסמאות שונות שנכתבו על ידי משתתפי הקבוצה.

נחמה פותחת את המפגש ומציינת כי כל המנחים נוכחים בגלל אירוע שהתרחש יום קודם. מתוכן הדברים ניתן להבין שהיה "פיצוץ" בין חברי הקבוצה לצוות, סביב נושא האוכל. ככל הנראה המשתתפים התלוננו על כמויות האוכל ואיכותו, והתפתח ויכוח קולני בינם לבין מנחי התוכנית ומנהל המרכז. אחד המשתתפים פותח את הדיון ואומר כי המנהל לא מתייחס אליהם ולא איכפת לו מהם. נחמה מקשיבה ומבקשת את התייחסותם של אנשים, שלא דיברו יום קודם [בויכוח שפרץ].

מתוך דברי המשתתפים, ובעזרת שאלות הבהרה של יוסי, ניתן להבין שהם מתלוננים על "יחס מזלזל מצד הצוות" [כלפיהם] ועל כך שהם מרגישים שמתייחסים אליהם כאל "אנשים סוג ב'". נחמה ויוסי מקשרים בין הדברים שנאמרים בקבוצה, לבין העולם של המשתתפים מחוץ לקבוצה (האם גם במקומות אחרים הם מרגישים תחושות אלה של זלזול מצד הסביבה, ואיך הם מגיבים במצבים מעין אלה). צביקה מבקש מאחד המשתתפים (בתגובה לדבריו החמורים) להתחלף במקומות עם נחמה. המשתתף מתקשה להיכנס ל"תפקיד" וממשיך לטעון כי מתייחסים אליו כאל "אדם סוג ב'".

המנחים מנסים לשקף למשתתפים את המצב בדרכים שונות. יוסי, למשל, מספר לקבוצה "סיפור": פעם הלך בכפר של אחד המשתתפים והיה מאד רעב. הוא דפק על דלתו וזה הוציא "מה שהיה במקרר", הבנתי, ממשיך יוסי, "שהוצאת את הלב שלך". כלומר, מה שחשוב לא האוכל אלא ש"נתת כל מה שיכולת". המשתתפים מתקשים להבין את הסיפור ומתעקשים "שאצלם זה לא קורה", ותמיד "יפתחו שולחן". הדיון עובר לעסוק במה מגיע למשתתפים לקבל מהמדינה, ועולה נושא החזרי הוצאות הנסיעה. אסתי קוטעת את הדיון, ופונה למשתתפים: "אני יושבת פה ושומעת. אתם באים בתלונות על האוכל, על הנסיעות, איפה האחריות שלכם? מה אתם עושים לטובת הטיפול שלכם? זה כמו באלכוהוליזם... אשתי עצבנה אותי". אחד המשתתפים מתחיל להתווכח איתה ולבסוף אומר: "את מקבלת כסף בשביל לטפל בנו".

ניכר כי מתח רב שורר בחדר. אחד המשתתפים יוצא, נחמה מנסה לשכנעו להישאר. יוסי אומר "אני אש" ומוסיף שיפתח את הנושא מאוחר יותר במפגש שלו אתם. אסתי פונה אליו בשקט ואומרת שנכון לפתוח את זה עכשיו. מתפתח ויכוח בין שני משתתפים כאשר אחד מהם (שעד כה לא דיבר הרבה) טוען כי "באנו להחלים ולא לאכול". יוסי מנסה להראות להם כי מה שקרה נובע מכך

שהם אלכוהוליסטים (ולכן הם חושבים שהם סוג ב' ושמזלזלים בהם. הם מאשימים אחרים ולא לוקחים אחריות). הוא משתמש בעצמו ("אני אלכוהוליסט, אני כמוכם") וחוזר ואומר שהענין אינו האוכל, שנכון מצידם לעמוד על שלהם אך הם לקחו את זה למקומות אחרים. הוא ממשיך ואומר שהוא כבר נקי 16 שנה ו-8 חודשים אך "על ידם", על יד המנחים האחרים הוא מרגיש סוג ב'. הוא מדגיש שזה לא שהמנחים האחרים (הקולגות שלו) נותנים לו להרגיש כך, אלא שהוא חש כך לידם. הוא שם את הדגש על תחושותיו שלו ביחס לעצמו, ועל כך שאלכוהוליסטים רואים את הכל בשחור ובדרך כלל דורשים שהסובבים אותם "יעשו להם כבוד". בנקודה זו חלה תפנית. חברי הקבוצה מתחילים להתייחס ולספר מחד על תחושות דומות שהם חווים, ומאידך דורשים ממנו שלא ידבר בכזאת חומרה על עצמו ובעצם עליהם ("לא כל כך קשה, לא זבלה"). צביקה, בתגובה, שואל את יוסי מדוע הוא חש שהוא (צביקה) יותר טוב ממנו? יוסי משיב: "מפני שאני אלכוהוליסט ואתה לא, מפני שאני לא יכול ללכת לחתונה ולשתות ואתה יכול, מפני שאני הרבצתי לאשתי ולילדים ואתה לא".

כעת לאחר שמורגש שינוי האקלים בחדר, הוא חוזר לנושא שואל את המשתתף, שהיה הלוחמני ביותר, איך היה מרגיש אם היה הולך וקונה את האוכל ואז "חמישה ווזבוזים" היו מתחילים להתלונן על האוכל. הוא מספר להם שנחמה קונה מתקציב מאד מצומצם ("הולכת, קונה, סוחבת"), ולאחר מכן "חוטפת גם מכס וגם מההנהלה". ניכר כי כעת יש הקשבה ומוכנות לראות גם את הצד השני, מה שלא היה קודם לכן. נחמה ממשיכה ומסבירה כי מה שקרה היום, למרות שהיה קשה, היה חיובי משום שמאפשר למידה: אפשר ללמוד מה קורה לי מחוץ לקבוצה, איך התגובות שלי, מה אני יכול לעשות אחרת. היא חוזרת ועושה את ההקבלה לסיטואציות מהחיים שלהם: "מה יכול לקרות אם תצטקו בביטוח לאומי, כמו שצעתם כאן?". מספר משתתפים מתחילים לספר על סיטואציות בהם היו אסרטיביים אך לא תוקפניים, במיוחד מול גורמים רשמיים, ואיך הדבר הביא לתוצאות חיוביות. צביקה אומר כי מה שקרה במפגש היה טוב, למרות הקושי. הוא שואל איך אפשר לשנות דברים מבלי לומר אתם (המנחים) פה בשבילי. הוא מציע להם לקנות את האוכל בעצמם, ומסביר שיש בצעד כזה משום לקיחת אחריות. אחד המשתתפים מצטרף לדבריו ואומר שזה מה שהציעו אתמול ושהם מאד מוכנים לעשות זאת. נחמה מציעה שיעשו תורנות. אסתי מסכמת את מה שקרה ומסבירה כי ממה שקרה במפגש אפשר ללמוד, שזה לגיטימי לא להיות מרוצים ולכעוס, אך אם מדברים ושואלים מה אני יכול לעשות ולא רק מאשימים. ע., שהוביל את הויכוח, משיב: "זה כמו שאדם לומד מהטעויות שלו". ניכר כי הוא מפויס. המנחים אומרים כי גם הם לומדים מהטעויות של עצמם. נחמה מדגישה שעכשיו יש אוירה אחרת, חוזרת ומדברת על הקושי שהיה, ועל כך שכולם למדו משהו כולל היא.

אחד המשתתפים מספר שכמעט ומעד אתמול, וגם כעת הוא מרגיש קרוב לכך. צביקה מחדד, ואומר לקבוצה כי המשתתף זקוק לעזרה. נחמה שואלת אותו מה עשה, ומשתתף אחר מציע לו מה לעשות ("תחשוב על דברים אחרים"). נחמה מציעה שיימנעו ממתן עצות וכל אחד יספר כיצד הוא מתמודד עם דחף שתיה. משתתף אחר מספר על שכן שלו בכפר, אלכוהוליסט אשר בנו בן ה-16 התאבד יום קודם לכן. האוירה בחדר טעונה. הוא מציג שלושה פוסטרים, שהכין בבית, עם סיסמאות שכתב. צביקה ונחמה מראים לקבוצה את הכרזות וקוראים אותן בקול. מספר חברים מתייחסים.

נחמה מפנה שוב לקבוצה את השאלה כיצד הם מתמודדים עם דחף שתיה. המשתתפים מתייחסים. צביקה חוזר למשתתף הראשון שספר שכמעט ומעד, הוא עושה איתו הסכם שישאר עד סוף היום. נחמה מחזקת אותו על האופן בו התמודד עם הדחף יום קודם. צביקה מסכם ואומר, שמה שקרה במהלך המפגש היה טוב וכי למרות שהיוכוח החל יום קודם "הדברים לא נסגרו אתמול". הוא מבקש ממי שעוד לא דיבר לדבר.

אחד המשתתפים פונה לקבוצה ואומר שהוא אוהב אותם ודואג להם, כאשר לא מגיעים. עכשיו, הוא מוסיף, הוא מתחיל להכיר אותם "מבפנים". משתתף נוסף אומר כי כולם עזרו לפי, שדיווח שכמעט מעד אתמול, אך לא עזרו לו, שגם הוא אמר שרצה לשתות. נחמה פונה לו. והוא מספר את מה שקרה לו יום קודם. אחד החברים מתייחס. נחמה מציעה שיעלה את זה בקבוצה של יוסי, במהלך היום. היא מדווחת שהיא רועדת מהתרגשות, וכי היא מקווה כי גם הם יוצאים מהפגישה בהרגשה טובה.

מבנה המפגש. המפגש מתחיל ומסתיים בזמן. מי שמאחר מודע לכך, ומתנצל על האיחור כאשר נכנס. כאשר שני משתתפים מתלוצצים ביניהם בערבית, צביקה קוטע אותם ואומר כי אם זה משהו חשוב שיאמרו בעברית.

אופן ההנחיה. הנחיה מכבדת וקשובה. כאשר ע, לדוגמא, התקשה להיכנס למשחק התפקידים, צביקה אומר: "טוב אתה מתעקש לא להיות נחמה. אבל אולי בכל זאת, למה היא קונה את הדברים האלה ולא דברים יקרים יותר?". המנחים מנסים להעלות את הצדדים הרגשיים וכן להתייחס למה שמכונה ממד היחסים (להבדיל מממד התוכן): התייחסות לתכנים רגשיים, קריאת תוכן סמוי, מסרים למנחה וכד'. לדוגמא, נחמה "מחברת" בין המשתתפים. כלומר, מוציאה מתוך דבריהם את הרגש המרכזי וכך מראה להם שהם חשים באופן דומה. כאשר משתתף מסוים מספר מה הרגיש, ביחס לאירוע שהיה אתמול, היא אומרת: "אז אתה מצטרף לכעס של גי". או כאשר משתתף אחר מציין, בתגובה לאירוע ולמפגש הטעון מאד: "לא איכפת לי", היא מגיבה ואומרת: "גם לא לכעוס זאת עמדה". גם יוסי מתרגם את דבריהם לרגשות, וכאשר המשתתפים מתלוננים על האוכל: "נותנים לנו אוכל שעמד במקרר 8 ימים", "שתי קופסאות טונה לעשרה משתתפים", "איזה מין אוכל זה", "מה הם חושבים שאנחנו חיות" וכד', הוא שואל אותם אם הם מדברים רק על האוכל עצמו, או גם על היחס שהם חשים שהם מקבלים.

האווירה בקבוצה, בין המשתתפים. נראה כי החלק הדומיננטי בקבוצה הוא החלק ה"לוחמני", זה שתקף את המנחים (והיה מיוצג ע"י ע.). החלק השקט, המבין לכאורה את המנחים, שיוצג ע"י ז'. נתפס כ"מתחנף" למנחים. נראה כי בשלב זה קשה להיות אופוזיציה בקבוצה, וכי הצד נגד הוא החזק בקבוצה. לקראת סוף המפגש היתה מעין התקרבות בין הצדדים וניתן לומר כי תחושת הלכידות בקבוצה גברה.

האווירה בקבוצה, בין המנחים למשתתפים. יש לקחת בחשבון כי היחסים בין הצוות למשתתפים עמדו במוקד מפגש זה. הדבר הגיע לשיא כאשר המשתתפים הטיחו לעבר המנחים כי לולא הם לא היתה למנחים עבודה. מאידך, ניכר היה כי המנחים אינם אדישים לטענה. הנושא היהודי – ערבי עומד בחדר, גם אם לא מדברים עליו (מנחים יהודיים – מטופלים ערבים). אחד המשתתפים מזכיר את הנושא, כאילו בשקט "אצלנו במגזר הערבי". ע. מספר בכעס למנחים כי המשתתפים הגיעו ממשפחות מכובדות ומבוססות כלכלית וסובלים מבעיה ספציפית של

אלכוהוליזם. נחמה מנסה לקשור את זה לנושא המפגש, והמשתתף בפנים חתומות עונה "אני לא רוצה לדבר על זה", ויותר זה לא עולה אלא בצורה עקיפה: "אצלנו", "אנחנו" ועוד. לאורך המפגש המנחים משתפים את הקבוצה בהרגשותיהם ומחשבותיהם. לדוגמה, נחמה: "זו גם תקיעות שלי", "גם אני למדתי היום", "אני רועדת מהתרגשות"; יוסי: "אני אש"; צביקה: "אני מתלבט", ועוד. ניכר כי לאחר תהליך ארוך של עיבוד (ר' מהלך) שוררת בחדר, בין הצוות למטופלים, אוירה מפויסת.

אופי הפעילות. המנחים מכוונים את הדיון לאירוע, שהיה לא צפוי, כך שגם ממנו אפשר ללמוד על תקשורת: איך אני מרגיש ביחס לסביבה, מה אני עושה כאשר אני מרגיש כך, האם אני מרגיש כפי שמרגיש בגלל הנסיבות עצמן, או שמא מאפיינים אישיותיים (תחושות נחיתות) שהיו קיימים בי והאירוע הספציפי הינו טריגר בלבד, איך אני מתמודד. כאשר המתח בחדר גובר ואחד המשתתפים יוצא, נחמה מנסה להשאירו בחדר ואומרת: "זה לא חוכמה לבא בטענות ולצאת", או כאשר שני משתתפים מתווכחים ביניהם נחמה פונה לקבוצה ושואלת אם לדעתם היתה הקשבה. המנחים מנסים לעשות הקבלה בין מה שהמשתתפים מעלים, לדרך ההתמודדות שלהם בחיים בכלל, ועם האלכוהוליזם בפרט. אסתי, לדוגמה, שואלת אותם על האחריות שלהם ועל מה שהם יכולים לעשות, לבד מלהאשים אחרים במצבם. נחמה שואלת את ע. אם הוא יכול להכנס לנעליים שלה (לנסות להבין למה היא קונה את מה שהיא קונה), ולא נשאר ברמה של היחסים הספציפיים. היא גם מיד מוסיפה: "זה יכול להיות גם עם אשתך או הילד שלך". בהזדמנות אחרת היא שואלת את הקבוצה מה היה קורה אם היו צועקים כך בביטוח לאומי, ומה אפשר ללמוד ממה שקרה בקבוצה.

בדרכים שונות המנחים מנסים לגרום למשתתפים לראות את הצד השני (שבמקרה זה אלו הם המנחים), אם בצורה ישירה: "עכשיו זה אני, במקרה אחר זו יכולה להיות גם אשתך", או בהתאם לגישה ולסגנון האישי של כל מנחה. נחמה מסבירה כי אלה שיצאו עשו זאת כי היה להם קשה לשבת בחדר, ובכך מגבירה מודעות, לפחות ברמה התיאורטית. יוסי מדבר על תחושות הנחיתות שלו מול המנחים האחרים, תוך דגש רב על עצמו ועל כך שזה הוא ולא משהו שאחרים עשו לו. צביקה מנסה בעזרת טכניקות של פסיכודרמה (החלפת תפקידים, להיכנס לנעליים של השני). כל המנחים מנסים להראות כיצד הדברים שקרו יום קודם, וכיצד הדרך שבה מתנהל הדיון כעת, מייצגים את האופן שבו המשתתפים מתקשרים ביום יום, וכיצד הם מתמודדים עם קונפליקטים בינאישיים. באופן שבו המנחים מדברים ביניהם, מציגים חילוקי הדעות, מחליפים דעות ומבררים רגשות, הם מאפשרים למשתתפים לראות כיצד מתנהלת תקשורת בונה, בכאן ובעכשיו.

קבוצת התמודדות – ר"ג – 21/10

מהלך המפגש. 11 משתתפים, מתוכם, שניים במרפסת בחוץ (הדלת החוצה פתוחה). מנחים בל ודניאל. בל יושבת לפני הקבוצה, דניאל יושב עם המשתתפים. על הלוח כתוב "לקום בבוקר בלי אלכוהול". ז' לא נכנסת, היא טורקת את הדלת, ככל הנראה, היה קודם לכן ריב על מקומות הישיבה. בל מנסה לברר מה קרה, שתיקה בקבוצה וצ' מציין כי: "לא קרה שום דבר". בל מציינת, כי יש שתי אפשרויות, או להתחיל במה שהמנחים תיכננו או לדבר. היא מוסיפה ואומרת, כי יש בעיה לנהל דיון, כאשר שניים מחברי הקבוצה נמצאים בחוץ. צ' אומר, כי כבר חודש וחצי שהוא יושב באותו המקום ואינו רואה מדוע עליו לוותר עכשיו. מ' מזכיר שהיה ריב דומה בפסיכודרמה. בל שואלת אם כקבוצה שעובדת כבר חודש ביחד הם מוותרים על אלה שבחוץ. מתפתח ויכוח בין צ' וני, האחרון אומר, כי לפעמים צריך לוותר ולא להתעקש. ק' מציינת, כי היא מתחרטת שבאה. ש' מתחיל לתאר את מה שקרה ומה שקרה כמה ימים קודם לכן (קשה לעקוב אחר הסיפור: "זה ישב פה והוא ישב שם..."), נ' יוצא למרפסת ומנסה לקרוא לז' וי' פנימה, הם מסרבים וצועקים משהו. בל פונה לדניאל ושואלת: "מה אנחנו עושים, אי אפשר בלי לדבר על זה". בל אומרת לקבוצה שזו התמודדות וכי אפשר לראות, שכאשר יש קונפליקט, יש מי שקם והולך ולא מתמודד. אחד המשתתפים תוהה בקול: "אבל זה מה שמלמדים אותנו פה, אם יש ריב אז ללכת", בל מסבירה שלא מדובר באלימות (מסיטואציות אלימות אכן כדאי שהתרחקו), אלא בפתרון בעיה. דניאל מציין, כי הוא אינו חושב שהעניין הוא הכסא ושואל אותם על ההקבלה לחיים שלהם. בל כותבת על הלוח אופציות שונות להתמודדות: לוותר, לקום וללכת ומבקשת מן המשתתפים שיעלו אפשרויות תגובה נוספות, מ' מוסיף: "לדבר וללבן את העניין". נ' ודניאל מחליפים מקומות.

מתפתח ויכוח בין נ' ושי' לבין צ'. דניאל לא מתייחס לויכוח ברמה הקונקרטי וחוזר ואומר שהם בעצם מדברים על איך להתמודד. מספר משתתפים מתייחסים. בל קוראת מהלוח ארבע אופציות להתמודדות (כולן מתוך הדברים שעלו בקבוצה: לקום וללכת, ל"עשות פרינציפ" ועוד) הם מתבקשים לומר ליד כל אופציה את היתרונות והחסרונות. למשל, מאופציה היותר אפשר להרויח שקט אך, החסרון שאני עלול לחוש מנוצל, וכך המשתתפים עוברים על האופציות השונות, ובל כותבת את דבריהם על הלוח. בל שואלת אותם כיצד היו מגיבים תחת השפעה של אלכוהול, כולם צוחקים ויש הסכמה בקבוצה שהיו מגיעים לאלימות. הם ממשיכים לדון ביתרונות של האופציה: "ללבן ולדבר על הדברים", בל מסבירה שכאשר מדברים שומעים את השני ודניאל מוסיף ש"עוד לא מסכימים רק מקשיבים". בל שוב מקבילה את הנושא לחייהם מחוץ לקבוצה: "זה יכול להיות עם האשה, חבר, משרד השיכון". שוב מתפתח ויכוח בין ש' לצ' (ויכוח אשר אפשר לאפיינו כקונקרטי). בל יוצאת החוצה ומנסה לשכנע את ז' וי' להיכנס. דניאל מדבר על תפיסת עצמי כקורבן ועל נוקשות, הוא קושר זאת לשתיה, ושוב פורץ ויכוח בין נ' לצ'. בל ממשיכה לכתוב, בעזרת התייחסויותיהם של המשתתפים, את היתרונות והחסרונות של אפשרויות התגובה השונות. המנחים מציינים שהכסא מסמל את המקום בקבוצה, ובתגובה נ' אומר לבל, שאין זה הוגן, שהיא ממשיכה את הדיון כאשר שניים יושבים בחוץ. דניאל אומר לני, כי הוא (ני), לא הצליח להביא אותם לבד, בל מוסיפה שגם היא לא הצליחה ורי' קובע כי צ' צריך לקום ולפנות את מקומו.

בל מציעה לעשות סבב ושכל אחד יאמר מה הוא חושב שצ' צריך לעשות. המשתתפים קצת סוטים מההנחיה שניתנה ע"י בל, שוב צ', נ', וא' מתבטאים, לעיתים, תוך הרמת קול. ל' (הראשון בסבב) מדבר ותוהה מה יהיה אם כולם יילכו, המשתתפים צוחקים, דניאל קוטע אותם וקובע כי "זה לעניין" ובל שואלת את ל' מה הוא היה עושה. המשתתפים ממשיכים להתייחס, דרך תשובתה של ק' מגיעים לנושא הגמישות וגם כאן הם מדברים על היתרונות והחסרונות. המשתתפים ממשיכים לענות בסבב, כיצד הם היו נוהגים: "יש תמיד אחוז קטן שאני טועה", "הייתי מדבר" ועוד. ר' אומר: "צריך לשמוע אותם (ז' וי') בחוץ" ובל משיבה כי זו הבחירה שלהם, דניאל מציין כי לא חייבים לברוח פיזית "יש כאלה שיושבים (בקבוצה) ובורחים". ש' פונה לצ' ואומר לו שיש להסתכל גם על האחרים הוא חוזר ומספר כיצד ויתר, בעבר, על מקומו, לטובת מישהו אחר. דניאל מעיר, כי הקבוצה "עברה את הקטע של הכסא", ומ' מבקש לספר סיפור מעברו כאשר ברח במקום להתמודד. הוא מסכם ואומר: "ככה למדתי שמי שבורח מפסיד". הסבב ממשיך ולבסוף, בל פונה לצ' ואומרת: "אחרי ששמעת את כולם... " צ' קוטע אותה ומבקש להסביר מדוע הוא רוצה לשבת במקומו, בל מבקשת ממנו שיבחר את אחת מאפשרויות התגובה אשר רשומות על הלוח, צ' מתעקש שהוא ידבר ומסרב בתוקף לבחור אחת מן האופציות. דניאל משקף לו שגם עכשיו הוא "עושה פרינציפ" (כזכור זאת אחת מאפשרויות התגובה), צ' לא שועה לדבריו, הוא מנסה לומר, כי י' ביקש ממנו את המקום, בדרך אלימה ושוב מתפתח ויכוח בין נ' לצ'. א' אומר לפתע, כי אם זה היה מישהו אחר, לא י', אז ז' לא היתה בחוץ (הוא ככל הנראה מתייחס ליחסים בין ז' וי') ש' מעיר לא' בכעס שהוא נכנס לפרטיות. בשלב זה י' נכנס לחדר ומטיח לעבר א': "אתה תסתכל על עצמך", בל לא מאפשרת לו להמשיך ומבקשת שיחליט אם הוא בחוץ או בפנים. י' יוצא ונ' יוצא אחריו ושוב מנסה לשכנע אותם להיכנס. דניאל מציע כי אולי יצאו כמה אנשים, ש' יוצא ואז י' וז' נכנסים. ז' נכנסת ואומרת "שמענו הכל", ובל שואלת אותה איזה, מבין האפשרויות, היא בחרה. ז' משיבה: "קמתי והלכתי". י' עונה כמותה ובל שואלת אותם אם ככה הם מגיבים בד"כ, ז' לא עונה ומנסה לספר את האירוע מנקודת מבטה. י' מתחיל לספר שבעבר הוא פינה את מקומו למישהו. בל מבקשת ממנו שיפנה לצ' אך הוא משיב בכעס: "הוא לא שווה שישתכלו עליו". שני המנחים כל אחד בדרכו דורשים מי' לא לנהוג באלימות (מילולית) ולא להעליב, י' מנסה להמשיך ולהעליב את צ', אך דניאל קוטע אותו ואומר לו בתקיפות "אתה מבין בלי אלימות, לא פיזית ולא מילולית".

דניאל שוב אומר כי המשתתפים אינם מדברים על הכסא אלא על התמודדות עם בעיות. בל שואלת את הקבוצה, מדוע, לדעתם, כל התוקפנות בקבוצה יוצאת לכיוונו של צ', אך ההתייחסויות של המשתתפים הן קונקרטיות. דניאל משקף, שהם מציעים פתרון פרקטי, אבל "אולי" הוא אומר: "יש פה בעיה שאתם צריכים לפתור... כמשפחה". לקראת סוף המפגש, המשתתפים מעלים ביוזמתם בעיות ביניהם אשר פתרו בקבוצה. י' וש', כל אחד בדרכו, מאשימים את צ' בניסיון לפגוע בחברים ולהרוס את הקבוצה. דניאל אומר שכל אחד צריך לחשוב על עצמו, מה עליו לשנות באישיות שלו, ברמה התנהגותית, מה עליו לעשות כדי לא לחזור לשתות, ז' מגיבה ואומרת, כי לא נראה לה ש"יתרוץ לשתייה" לאחר מקרה כזה. דניאל מקשר בין העמדה (עליה דיברו במהלך המפגש) של "לעשות דברים בפרנציפ" והשתייה, וחוזר ומחזק את המשתתפים על המפגש. בל מציינת כי נותרו כ- 10 דקות לסיום המפגש וכי היא אינה מרגישה שאפשר לסכם, אך היא סומכת על המשתתפים שימצאו פתרון. לסיכום, היא מבקשת שכל משתתף יאמר במשפט מה מרגיש ומה למד במהלך

המפגש. מבין התשובות: "שאפשר לדבר", "צריכים להיות גמישים", "העניין נופח מעבר לכך פרופורציה" ועוד. ז' וי' מתייחסים, ניכר כי הם עדיין מאד כועסים וכי קשה להם להיפרד מהריב. לבסוף מ' מעיר בשקט: "אולי כדאי לעשות כסא חשמלי..". כולם צוחקים, ובל מציינת כי גם הומור זו דרך התמודדות, ש' מציין, כי כעת כולם מרגישים טוב יותר, דניאל מסכם ואומר, שהוא מאמין כי כל אחד ימצא איך אפשר לפתור את הבעיה באופן פרקטי ובלי אלימות מילולית, בל מציירת סמיילי על הלוח, מודה למשתתפים ומציינת כי יפגשו בשבוע הבא.

אופי הפעילות. פרשנות ברמה קבוצתית – המנחים נותנים פירושים למה שקורה בקבוצה, על רקע תהליכים שקורים בקבוצה מעבר לפרטים המרכיבים אותה דוגמאות: "איך קבוצה שעובדת חודש ביחד מוותרים על אלה שבחוץ", "כקבוצה אתם אומרים היום יש בעיה". בל אומרת לצי, בשלב מסוים: "אתה אולי מרגיש שהקבוצה נגדך אבל יש גם הרבה איכפתיות כלפיך, זו הזדמנות ללמוד משהו על עצמך". דניאל אומר כי הכסא הוא סמל, ובל ממשיכה את דבריו ואומרת, כי אם הכסא הוא סמל, אז אולי המשתתפים בודקים מה המקום שלהם בקבוצה ואיך אנשים יראו אותי בקבוצה, במשפחה בחברה. בל שואלת את הקבוצה, מדוע, לדעתם כל התוקפנות בקבוצה יוצאת לכיוונו של צ'.

בסוף המפגש, כאשר המשתתפים התבקשו לומר במשפט מה הם מרגישים ומה למדו, ז' וי' ממשיכים לומר כי לא יוותרו (הם למעשה מדברים על הכסא והריב עם צ') היות והקבוצה עומדת להסתיים, אין טעם לפתוח איתם שוב את הדברים, המנחים מגדירים מחדש את דבריהם כך שיהיו קומוניקטיביים לקבוצה לדוגמא: י' אומר: "אני לא מוותר על המקום שלי" דניאל שואל אותו מה למד וי' לא מקשיב וניכר כי הוא מקובע בריב, דניאל אומר: "אמרת אני אדם שלא מוותר, אז זה מה שלמדת". לדעתך, פרשנויות מעין אלה מעשירות את הדיון ומעמיקות אותו.

הקבלה בין מה שקורה בקבוצה למה שקורה (או עשוי לקרות) בחייהם מחוץ לקבוצה – כבר בדקות הראשונות המנחים מראים למשתתפים כי לא מדובר על הכסא, אלא, על האופן בו הם מתמודדים עם בעיות. לאחר שדנים ביתרונות והחסרונות של אופציות ההתמודדות השונות, בל שוב מזכירה שזה יכול להיות גם עם האשה, משרד השיכון וכו'. כאשר מדברים על בריחה במקום התמודדות, דניאל מציין, כי זו הסיבה שאנשים שותים "כדי לברוח". כאשר י' וז' אומרים שהם הלכו במקום להתמודד, בל שואלת אותם אם הם בד"כ נוהגים כך.

דיון באוריינטציה פסיכו-חינוכית – מלווה בכתיבה על הלוח, ארבע אופציות להתמודדות, כולן נגזרות מתוך דברים שחברי הקבוצה העלו, היתרונות והחסרונות של כל אופציה. ניכר כי חברי הקבוצה "עובדים", כלומר, חושבים על מה שקורה, מתלבטים ומפנימים למשל: אחד המשתתפים אומר במהלך המפגש: "אני במקומו הייתי הולך הביתה" ומשתתף אחר עונה לו: "אז אתה לא יודע להתמודד". בסוף המפגש, נ' מציין, למשל, שלמד "שבקבוצה תמיד יהיו קונפליקטים וצריך ללבן אותם".

האווירה בקבוצה, בין המשתתפים. יש לציין, כי במוקד המפגש עמדו היחסים בין חברי הקבוצה, יחד עם זאת, בלט, כי המשתתפים דיברו זה עם זה (גם כאשר התעמתו או אמרו דברים לא נעימים) ישירות ולא דרך המנחים, ושררה אוירה שאפשר "לפתוח את הדברים", למשל, נ' שואל את צ' מדוע בגלל התעקשותו הם צריכים להפסיד את הקבוצה, או למשל א' אומר, כי יודע להתמודד

בחברה היות והיה בצבא וני' מזכיר לו, שבאחד המפגשים, אמר שלא היה יכול לקום ולרקוד בחברה אם לא שתה קודם, א' מכחיש בכעס.

האווירה בקבוצה, בין המנחה למשתתפים. פתיחות – כאשר בל מציינת, כי מי שהולך אינו מתמודד עם הקונפליקט, אחד המשתתפים שואל: "אבל זה מה שמלמדים אותנו פה, אם יש ריב אז ללכת" בל מסבירה לו כיצד היא רואה את ההבדל, יש מקום בקבוצה להביא התלבטות. קירבה – נ' ודניאל מחליפים מקומות לבקשתו של נ'.

צ' (בנקודות שונות במהלך הדיון) התעקש לדבר על הכסא וסידורי הישיבה – בל ודניאל אומרים לו: "צ' אתה מפספס את הנקודה" – הדבר נאמר בטון חברי, כחלק מדיאלוג מנסה לשכנע ולא באופן מתנשא.

העצמה – לקראת סוף המפגש בל אומרת למשתתפים כי סומכת עליהם שימצאו פתרון. בתרגיל הסיום ז' אומרת שלא תוותר (על הריב עם צ'): "זה לא פרנציפ, אני עקשנית בל, בתגובה, אומרת: "קחי את הכח הזה כדי לא לוותר על הגמילה".

יחידת ההנחיה. המנחים מדברים זה עם זה – modeling לתקשורת פתוחה, לדבר על ההתלבטות, הם לא בהכרח מסכימים ביניהם: בתחילת המפגש כאשר לא יודעים אם להמשיך במה שתכננו או להתייחס למה שקרה, בל פונה לדניאל ושואלת: "מה אנחנו עושים, אי אפשר בלי לדבר על זה". או מאוחר יותר: "דניאל אני מרגישה שכולם בסערה ויושבים שניים בחוץ ואולי אנחנו מפספסים משהו". כאשר בל מציינת בפני צ' שזו הזדמנות ללמוד משהו על עצמו, דניאל אומר: "להיות גמיש אולי" ובל משיבה: "לא יודעת אולי..".

שליטה – קיבלתי תחושה שהמנחים שולטים במפגש ומכוונים אותו באופן בונה ותוך שמירה על כללים מחד, ומיקוד של תכנים, מאידך – כאשר ש' מתבטא, המשתתפים צוחקים, דניאל קוטע אותם ואומר: "זה לעניין". כאשר עושים סבב בו מתבקשים לומר מה היו עושים לו היו במקומו של צ', מגיעים, די מהר, לצי' עצמו (הסדר עפ"י מקום הישיבה). בל אומרת מיד: "נחזור אליך אח"כ, הדבר נותן תחושה של בטחון. כאשר י' מגיע בסערה מבחוץ ומתחיל לדבר בל לא מאפשרת לו להמשיך ודורשת ממנו שיחליט אם הוא משתתף בקבוצה או יושב בחוץ. כאשר י' מנסה להעליב את צ', המנחים לא מאפשרים לו לעשות כן.

מיקוד – בסבב בו המשתתפים מתבקשים לומר מה היו עושים לו היו צ', ש' אומר: "אני מקווה שאני לא אהיה". בתגובה דניאל אומר לו: "אל תתחמק". כאשר י' וז' נכנסים, בל ישר שואלת אותם, באיזה מאפשרויות התגובה הם בחרו וכך "מחברת" אותם לקבוצה. בתרגיל הסיום, כאשר כל משתתף מתבקש לומר מה הוא מרגיש ומה למד, המשיבים הראשונים מתייחסים באופן שטחי, הם חוזרים לנושא הכסא ומקומות הישיבה, בל מבקשת שיאמרו משפט אשר מתחיל במילים: "אני חושב.. אני מרגיש" וכך עוזרת להם לעשות את התרגיל, כפי שהתבקשו ולא לסטות מהנושא.

מתן חיזוקים – כאשר דנים על התמודדות לעומת בריחה – ש' מספר שצחקו עליו בקבוצה ובעזרת שיחה בקבוצה הבעיה נפתרה והפסיקו לצחוק עליו, בל בתגובה: " נהדר". לקראת סוף המפגש דניאל מסכם ואומר להם, שוב, שהם לא מדברים על כסא, אלא על איך כל אחד מתמודד עם הכעס שלו. הוא אומר: "עשיתם פה משהו טוב, לא רע.. זה מאד חשוב.. השאלה איך ללמוד". בל מחזקת את ז' וי' על שבחרו לבסוף להיכנס לקבוצה ולדבר.