השפעת התערבות להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות

אורן דרעי

עבודת גמר מחקרית (תיזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"

אוניברסיטת חיפה
הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות
החוג לבריאות נפש קהילתית

נובמבר, 2010

השפעת התערבות להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות

אורן דרעי
בהנחיית פרופ׳ דיוויד רועה

עבודת גמר מחקרית (תיזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר ״מוסמך האוניברסיטה״

אוניברסיטת חיפה
הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות
החוג לבריאות נפש קהילתית

נובמבר, 2010

מאושר על ידי _____ תאריך _____
(מנחה העבודה)

מאושר על ידי _____ תאריך _____
(יו״ר הוועדה החוגית למ״א)

הכרת תודה

ברצוני להביע את תודתי לפרופ׳ דיויד רועה על כך שסיפק לי השראה, והשפיע על החלטתי לגשת למסלול תיזה ובכך פתח בפניי תחום מחקר מרתק וחשוב . כמו-כן תודתי לו על תמיכה נדיבה והנחייה מסורה, מדוייקת ומקצועית לאורך כל הדרך.

תודה מיוחדת נתונה לגב׳ יערה זיסמן על עזרתה המועילה מהשלבים הראשונים של עיבוד הנתונים ועד השלבים הסופיים של כתיבת עבודת הגמר המחקרית(תיזה).

כמו-כן, ברצוני להודות למועצה להשכלה גבוהה על תמיכתם בלימודים המתקדמים באוניברסיטת חיפה

ועל המילגה הכספית לה זכיתי.

תוכן עניינים

תקציר.....IV

רשימת טבלאות.....V

רשימת איורים.....VI

פרק 1: סקירת ספרות.....**1-10**
1.1 התפתחות הידע על אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות.....1-2
1.2 החלמה.....1
1.3 סטיגמה וסטיגמה עצמית.....2
1.3.1 השפעת הסטיגמה העצמית.....2-3
1.4 תקווה.....3-4
1.5 הערכה עצמית.....4-5
1.6 חמלה עצמית בהקשר בודהיסטי.....5
1.6.1 הרלוונטיות של חמלה עצמית כמושג בודהיסטי לסטיגמה עצמית ולמתמודדים....5-6
1.7 איכות חיים.....6-7
1.8 התערבויות קודמות להפחתת הסטיגמה העצמית.....7-8
1.9 הבסיס התיאורטי של ההתערבות המוצעת.....8
1.9.1 גישות קוגניטיביות התנהגותיות.....8
1.9.2 גישת העצמה נרטיבית.....9
1.9.3 ההתערבות המוצעת להפחתת סטיגמה עצמית (NECT) 9
1.9.4 סיכום, רציונל והשערות המחקר.....10
פרק 2: שיטה.....**11-17**
2.1 מסגרת תיאורטית.....11
2.2 מערך המחקר.....11-13
2.3 כלי המחקר.....13-16
2.4 ניתוח הנתונים.....16
2.5 תוקף ומהימנות.....16-17
פרק 3: ממצאים.....**18-29**
3.1 ממצאים כמותניים.....18-20
3.2 ממצאים איכותניים.....20-28
3.2.1 תימה 1: ייחודיות ההתערבות.....21-22
3.2.2 תימה 2: למידה.....22-23
3.2.3 תימה 3: שינוי קוגניטיבי.....23-24
3.2.4 תימה 4: שינוי רגשי.....24-26
3.2.5 תימה 5: שינוי בתפיסת העצמי.....26-27
3.2.6 תימה 6: שיפור בהתמודדות.....27-28
3.2.7 תימה 7: שיפור בתקווה.....28-29
פרק 4: דיון.....**30-34**
4.1 מגבלות המחקר.....33-34
4.2 מסקנות והשלכות לעתיד.....34
ביבליוגרפיה.....**35-48**
נספח 1: טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר.....49
נספח 2: שאלון פרטים אישיים.....50
נספח 3: שאלון סטיגמה עצמית.....51-52
נספח 4: שאלון תקווה.....53
נספח 5 שאלון הערכה עצמית.....54
נספח 6 שאלון חמלה עצמית.....55-56
נספח 7: שאלון איכות חיים.....57-58
נספח 8: ראיון ה-NEII.....59

השפעת התערבות להפחתת סטיגמה עצמית בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות

אורן דרעי

תקציר

סטיגמה עצמית מאופיינת באימוץ השקפות שליליות המופנות כלפי מתמודדים, הרווחות בסביבה, ומאוחר יותר הפנייתן אל העצמי. ישנן ראיות מתגברות לכך שתהליך הסטיגמה העצמית, תורם להתבססות זהות ה- "חולה", פוגע באופן חמור בהיבטים נרחבים בחיי האדם, ומהווה גורם מרכזי אשר מעכב החלמה בקרב אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות (מתמודדים).

התערבות ה- NECT (Narrative Enhancement/Cognitive Therapy), הינה התערבות שפותחה במיוחד כדי לעזור למתמודדים להפחית סטיגמה עצמית גבוהה. בישראל, נכון להיום ה- NECT הינה ההתערבות הראשונה המנסה לענות על צורך המתמודדים בהפחתת הסטיגמה העצמית. במקומות אחרים בעולם פותחו בסך הכל שלוש התערבויות להפחתת סטיגמה עצמית בקרב מתמודדים. מחקרים שבחנו התערבויות אלה הראו ראיות חלקיות בלבד באשר ליעילותן.

המחקר הנוכחי העריך את השפעתה של התערבות ה- NECT בקרב מתמודדים בשילוב של שיטות מחקר כמותניות ואיכותניות. מערך מחקר דמויי ניסויי נבנה כדי לחקור את השינוי מזמן 1 לזמן 2 של המחקר בקרב 21 מהמשתתפים שהשתתפו ב- NECT בהשוואה ל- 20 משתתפים שקיבלו טיפול כרגיל. עם סיום ההתערבות נערכו 18 ראיונות עם המתמודדים שסיימו את ה- NECT.

שיפור מובהק נמדד באיכות החיים של המתמודדים בקבוצת ההתערבות לעומת המתמודדים בקבוצת הביקורת. מגמת שיפור נמדדה בקרב המתמודדים בקבוצת ההתערבות גם בסטיגמה עצמית, הערכה עצמית וחמלה עצמית, אם כי השיפור במימדים אלו לא נמצא מובהק לעומת קבוצת הביקורת. הניתוח האיכותני של הראיונות מדגיש את ייחודיות ההתערבות וחושף שש תימות נוספות אשר מעידות על תרומתה החיובית של ה- NECT למשתתפים: למידה, שינוי קוגניטיבי, שינוי רגשי, שינוי תפיסת עצמי, שיפור בהתמודדות ושיפור בתקווה. הממצאים מחזקים באופן חלקי בלבד את השערות המחקר שחזו שיפור בקרב המשתתפים בכל מדדי המחקר כתוצאה מההתערבות, אך עם זאת מעודדים לגבי השפעתה החיובית של התערבות ה- NECT.

מחקרי אורך נוספים עם מספר משתתפים גדול יותר נדרשים על מנת לבסס את יעילות ההתערבות. כמו כן המשך מעקב גם לאחר תקופת זמן מתום ההתערבות. בנוסף נדרש גם המשך שילוב של מחקר איכותני אשר יסייע באיסוף אינפורמציה על החווייה הסובייקטיבית של המשתתפים בהתערבות, דבר אשר יעזור לנו ללמוד יותר על ההתערבות ועל השלכותיה בקרב מתמודדים.

רשימת טבלאות

טבלה 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים.....12

טבלה 2: רגרסיה לוגיסטית לבדיקת הבדלים בין הנושרים לנשארים.....12

טבלה 3: הבדלי ממוצעים במדדי המחקר בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת בזמן 1.....18

טבלה 4: ממוצעי מדדי המחקר בקבוצת ההתערבות ובקבוצת הביקורת בזמן 1 לעומת זמן 2....19

טבלה 5: מובהקות ההבדלים בקבוצת ההתערבות לאורך הזמן, לעומת קבוצת הביקורת וגודל אפקט אטה.....19

טבלה 6: רגרסיה מרובה לניבוי סטיגמה עצמית.....20

רשימת איורים

איור 1: שבע תימות העולות מתוך ניתוח הראיונות עם המשתתפים בתום ההתערבות.....21

פרק 1: סקירת ספרות

1.1 התפתחות הידע על אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות

התפתחות הידע לגבי אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות, להלן "מתמודדים", מאופיינת בשינויי תפיסה מרחיקי לכת. השינוי הוא מתפיסה שהתבססה על המודל הרפואי, תפיסה אשר ראתה את המחלה כחסרת תקווה אל תפיסה חיובית יותר אשר נוטעת תקווה בקרב המתמודדים. תפיסת המודל הרפואי טענה להידרדרות הדרגתית והחמרת הליקויים עקב "מחלת נפש". מחקרי אורך מאוחרים יותר הביאו לשינוי מהותי בתפיסה זו. מחקרים אלה הראו כי מהלך המחלה הוא הטרוגני ומושפע גם ממשתנים סביבתיים ולא רק מהאבחנה (Angst, 1988; Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, 1992; Harding, 1988; Harding, Zubin, & Strauss, 1992). בעקבות מחקרים אלה התפתחה תפיסה שונה אשר מעמידה את האדם במרכז, ורואה את הרבגוניות שבין המתמודדים . בהתאם לתפיסה רווחת זו נעשים כיום מאמצים להתאים את מערכות בריאות הנפש אל צרכי המתמודדים עצמם, ולחזק אידיאולוגיות המקדמות עזרה עצמית (לכמן ורועה, 2003). על הרקע הזה בשנות ה- 80 של המאה העשרים התפתח מאוד תחום השיקום הפסיכיאטרי בקהילה ויותר מאוחר בשנות ה- 90 התפתחו מודלים תיאורטיים חדשים של החלמה.

1.2 החלמה

החלמה קלינית בהקשרה בתחום הפסיכיאטרי היא מצב בו אדם עם הפרעה פסיכיאטרית מגיע למצב אשר הסימפטומים של המחלה אינם מתבטאים כבעבר ונעלמים לאורך תקופה ארוכה ויציבה (Slade , 2009). לעומת זאת החלמה אישית (להלן החלמה) הינה מושג רב פנים וחדשני אשר תוכנו נקבע על ידי אותו אדם השואף להיות בתהליך ההחלמה, לכן כל נסיון להגדיר מושג זה יהיה מוגבל ולוקה בחסר. אף על פי כן אנסה לאפיין את המונח בעזרת הסתמכות על דברי חוקרים מובילים בנושא. אם כן "החלמה היא האופן שבו האדם חי חיים מספקים, בעלי תקווה, חיים אשר תורמים לאדם ולסביבתו, וזאת למרות המגבלות שמציבה בפניו מחלתו. ההחלמה כרוכה בפיתוח משמעות ומטרות חדשות בחיי המתמודד, שיובילו אותו לצמיחה מעבר להשפעות ההרסניות של המחלה" (Anthony, 1993). ההחלמה מכילה הבטים סובייקטיביים של ערך עצמי, תקווה ורווחה נפשית (Ralph, 2005), לצד הבטים אובייקטיביים של תפקוד חברתי כגון עצמאות ותעסוקה (Liberman & Kopelowicz, 2005) . אפשרות ההחלמה נוטעת תקווה גדולה בקרב המתמודדים ובקרב אנשי המקצוע. ישנה הסכמה מתגברת בעולם שהמטרה הראשונית של מערכות בריאות הנפש הינה קידום החלמה (Slade , 2009). מדינות מספר אימצו את חזון ההחלמה והצהירו על כך במדיניותם, מדינות כגון ארצות הברית (Hogan, 2003), אוסטרליה (Australian Health Ministers ,2003), ניו זילנד (Mental Health Commission , 1998) אנגליה, (Department of Health, 2001) אירלנד (Mental Health Commission, 2005) וסקוטלנד (Scottish Executive, 2006). הנושא מושך עניין ומחקר גוברים ומחזק את הצורך לבנות את מערכות בריאות הנפש באופן שיקדם החלמה ויאפשר ליותר מתמודדים לצעוד

בתהליך ההחלמה. מבין הגורמים המעכבים את ההחלמה, סטיגמה וסטיגמה עצמית תופסים מקום מרכזי (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008).

1.3 סטיגמה וסטיגמה עצמית

מושג הסטיגמה מקורו ביוון ומשמעותו הצמדת תווית שלילית של בושה או חרפה לאדם או לקבוצה (הגדרה מילונית). הגדרה נוספת לסטיגמה היא "מצבו של הפרט הנפסל מלהתקבל לחברה באופן מלא" (Goffman, 1964). לסטיגמה שלושה מרכיבים: מרכיב קוגניטיבי (סטריאוטיפ שלילי), מרכיב רגשי (דיעה קדומה) ומרכיב התנהגותי (אפליה) (Corrigan & Penn, 1999). לדוגמא סטריאוטיפ שלילי שקובע כי מתמודדים הם אלימים. התגובה הרגשית לכך היא אם כן הדיעה הקדומה, והיא עלולה להתבטא למשל בפחד ממתמודדים. לבסוף הפחד יגרום להתנהגות מפלה, למשל לא להעסיק מתמודד למרות שמעולם לא היה קשור באלימות בעבר. במחקר מקיף בנושא סטיגמה, שנערך בישראל נמצאו בקרב הציבור בישראל השקפות סטיגמטיות, רגשות של פחד וכעס והתנהגות מפלה כלפי מתמודדים. הממצאים הללו מעידים על קיום סטיגמה בציבור בישראל (שטרוך, שרשבסקי, בידני- אורבך, לכמן, זהבי ,שגיב, 2007). נהוג להבחין בבריאות הנפש בין הסטיגמה הציבורית שהיא התוצאה של פעולת הציבור הנאיבי המאשר את הסטריאוטיפים על מחלות נפש, לבין סטיגמה עצמית שהיא ההשלכה העצמית של הסטיגמה הציבורית. השלכה כזאת על העצמי מחריפה את השפעת הסטיגמה על חייהם של המתמודדים (Corrigan & Kleinlein, 2005). במילים אחרות תהליך הסטיגמה העצמית המתרחש בקרב מתמודד, מתאפיין בתהליך של הפנמה בשלבים. האדם מפנים השקפות שליליות הרווחות בסביבתו כלפי מתמודדים וזאת עד לכדי יצירת זהות חדשה המבוססת על השקפות שליליות אלה (Link, 1987; Link & Phelan, 2001). תהליך השלבים בו הסטיגמה מופנמת מתואר כתהליך "היבלעות" [Role Engulfment] של העצמי "הבריא" על ידי העצמי "החולה" (Lally, 1989). במצב כזה תווית "החולה" מתרחבת עד לנקודה שבה היא משתלטת לגמרי על זהותו של האדם ונהפכת לעיקר חייו (Skaff & Pearlin, 1992). מתמודדים מגיבים לסטיגמה בדרכים שונות ולאו דווקא שליליות, לעיתים התגובות הן חיוביות המביאות להעצמה אישית (Corrigan & Watson, 2002; Deegan, 1990). למרות זאת עדיין כשליש מהמתמודדים סובלים מסטיגמה עצמית גבוהה (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007; Ritsher & Phelan, 2004).

1.3.1 השפעת הסטיגמה העצמית

ישנן ראיות מוצקות לכך שסטיגמה עצמית משפיעה באופן שלילי על תחומים רבים בחייהם של מתמודדים, בינהם מרכיבים החיוניים לתהליך ההחלמה (Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008) אשר יפורטו בהמשך. מחקר שנערך בנושא "נקודת מבט על שינוי תווית" (Link, Cullen, Struening, Shrout, & al, 1989), סיפק ראיות לכך שהפנמת התווית "חולה נפש" יכולה להיות בעלת השפעה על מגוון של תוצאות סובייקטיביות הקשורות להחלמה. בתיאוריה של לינק (Link et al., 1989) הוא משער שהימצאות סטריאוטיפים כלליים על אנשים עם "מחלת נפש" הופכים

להיות אישיים כאשר האדם המחזיק בהם מאובחן בעצמו ב"מחלת נפש". אנשים מפנימים לתוכם את הגישות הללו כך שהדבר משפיע על הדימוי העצמי בדרכים מגוונות.

להלן מוצגים מספר מחקרים השוואתיים ומחקר אמפירי אחד אשר מתייחסים לשינוי בתחושת העצמי בקרב מתמודדים עכב תהליכי הפנמת הסטיגמה. מחקר רוחב אחד מצא קשר חיובי חזק בין רמה גבוהה של "היבלעות" בקרב מתמודדים לבין חוסר תקווה, והערכה עצמית נמוכה (McCay & Seeman, 1998). אותו מחקר מצא שרמות גבוהות של "היבלעות" קשורות בנוסף עם תקופת מחלה ארוכה, אשפוזים רבים, מסוגלות עצמית נמוכה, ותפקוד סוציאלי נמוך. מחקרי רוחב מאוחרים יותר מחזקים את הראיות בדבר השפעתה השלילית של הפנמת הסטיגמה על הערכה עצמית, מסוגלות עצמית (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007), דימוי עצמי, תפקוד חברתי ותקווה (Lysaker et al., 2007). מחקר אמפירי שבדק התערבות להפחתת "היבלעות" וסטיגמה עצמית אצל המתמודדים עם סכיזופרניה, מראה קשר בין הפחתת ה"היבלעות" לבין שיפור באיכות חיים ותקווה בקרב המתמודדים שחוו את ההתערבות (McCay et al., 2007). מחקר נוסף אשר גם הוא מחזק את הראיות כי סטיגמה עצמית פוגעת ישירות בהערכה עצמית ובתקווה, מראה כי אלה מובילים לתוצאות שליליות הקשורות להחלמה כגון תסמיני דיכאון, הימנעות חברתית, והימנעות מהתמודדות (Yanos et al., 2008; Yanos, Roe, & Lysaker, 2009). מחקרים עדכניים מחזקים את חשיבות השפעתה של הסטיגמה העצמית על האנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות ומצאו כי סטיגמה עצמית אף מנבאת אשפוז פסיכיאטרי (Rüsch et al., 2009), ומנבאת איכות חיים נמוכה (Rüsch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2010). השפעת הסטיגמה העצמית הינה מכרעת עד כדי כך שהיא עלולה להביא את האדם הסובל ממנה לאובדן תקווה ולמחשבות אובדניות (Tarrier, Barrowclough, Andrews, & Gregg, 2004).

1.4 תקווה

תקווה היא היסוד הבסיסי לקיום האנושי (Vaillot, 1970). תקווה היא כוח ריפוי המקדם רווחה ובריאות (Holdcraft & Williamson, 1991), אשר הכרחית להתמודדות בריאה (Korner, 1970). מחקרים רבים נעשו בנושא תקווה עם אנשים המתמודדים עם מחלות כרוניות. מחקרים אלה התמקדו בעיקר באנשים המתמודדים עם סרטן (Lai, 2003; Lee, 2001). בשנים האחרונות ישנה גדילה במספר המחקרים המקשרים תקווה עם בריאות נפש, אך עדיין קיים מחסור במחקרים בנושא זה (Cutcliffe & Herth, 2002). אובדן תקווה נמצא כמאפיין מרכזי של דיכאון (Beck, Steer, Kovacs, & Garrison, 1985), של סכיזופרניה (Isohanni, 2003; Isohanni et al., 2005) ושל הפרעות נפשיות אחרות (Cutcliffe & Herth, 2002; Shea & Hurley, 1970). החשיבות של טיפוח התקווה הודגש על ידי המתמודדים עצמם (Borg & Kristiansen, 2004) ועל ידי צוותי הסיעוד שעבדו עם המתמודדים (Yamashita, Forchuk, & Mound, 2005). מחקר מצא כי צוות סיעודי עשוי לעזור למטופלים שאיבדו תחושת עצמי לבנות מחדש תחושת עצמי על

ידי נטיעת תקווה מחודשת באותם מטופלים (Czuchta & Johnson, 1998). תקווה היא מרכיב קריטי בפסיכולוגיה שיקומית (Adams & Jenkins Partee, 1998), ומהווה את אחד המרכיבים המרכזיים בתהליך ההחלמה (Onken, Craig, Ridgway, Ralph, & Cook, 2007). במאמר שסקר כ- 170 מאמרים מהספרות המקצועית בנושא החלמה בשפה האנגלית נמצא שתקווה היא אחת משש התמות המרכזיות העולות מניתוח של מאמרים אלה (Bonney & Stickley, 2008). ישנן הגדרות שונות לתקווה ורובן כוללות את הרעיון של עתיד חיובי (Landeen & & Seeman, 2000; Raab, 2005). להלן מספר הגדרות העולות מהספרות המקצועית : 1) תקווה היא מצב הכרתי המאופיין על ידי ציפייה להמשך המצב הטוב, לשיפור המצב או שחרור ממילכוד (Miller & Powers, 1988). 2) תקווה נמדדת כתחושה פנימית של זמניות ועתיד, מוכנות פנימית חיובית, ציפייה ויחסי תלות הדדית עם העצמי ועם אחרים (Herth, 1992). 3) תקווה היא היעדר חוסר תקווה (Lysaker, Clements, Wright, Evans, & Marks, 2001; Lysaker, Davis, & Hunter, 2004; Lysaker, Campbell, & Johannesen, 2005). 4) תקווה מורכבת הן מתחושה חיובית של נחישות מכוונת מטרה (Agency), והן מהיכולת לתכנון דרכים להשגת מטרות (Pathways), הנובעות באורח הדדי ויוצרות רצף הכרתי (Snyder et al., 1991). כדי לקוות להשגת מטרות, אנשים צריכים להיות משוכנעים שהם יכולים ליצור דרכים להשגת המטרות "אמצא דרך לעשות זאת" (Pathways). בנוסף לתפוס את הדברים בצורה כזאת שתאפשר להם להתחיל ולהמשיך את תנועתם על השביל המדומה של ההחלמה "אני יכול לעשות זאת" (Agency). תקווה קשורה בקשר חיובי עם הערכה עצמית, ובמחקרים ניתן לראות את הקשר והצימוד שנוצר בין תקווה להערכה עצמית (McCay & Seeman, 1998; Yanos et al., 2008). התייחסות לקשר שבין תקווה לסטיגמה עצמית ניתן למצוא בסקירה על השפעת הסטיגמה העצמית שמופיעה בעמוד 2.

1.5 הערכה עצמית

תחושת ערך עצמי משמש מרכיב החלמה חשוב אצל מתמודדים (Yanos et al., 2008). המושג של הערכה עצמית נמצא בשימוש רחב בתרבות הפופולארית (Blascovich & Tomaka, 1991) ובמחקר במדעי החברה (Robson, 1988). מושג זה מוגדר בדרכים רבות שכולן מדברות על הערכת האדם את עצמו במדדים של ערך, שווי או חשיבות (Blascovich & Tomaka, 1991). הגדרה אחת היא שהערכה עצמית היא תחושת הסיפוק או חוסר הסיפוק כלפי העצמי, אשר משקפת את רמת ההתאמה בין הדימוי העצמי המצוי של האדם לבין הדימוי העצמי האידיאלי שלו (Silber & Tippett, 1965). ההנחה היא שהערכה עצמית משתנה בתגובה לאירועי החיים ולהתערבויות טיפוליות (Robson, 1988). שינויים בחיים אשר מקרבים את האדם אל האידאל המוגדר על ידו נחשבים כמגדילים הערכה עצמית. הערכה עצמית מוגדרת גם כחוויה של להיות מסוגל להתמודד עם אתגרים בסיסיים של החיים ושל להיות ראוי לאושר. הגדרה זו מורכבת משני מרכיבים : 1) בטחון במסוגלות עצמית, ביכולת שלנו לחשוב, ללמוד, לבחור ולבצע החלטות נאותות ; ו- 2) בטחון בכבוד עצמי, בזכותנו להיות מאושרים ובאמונתנו שהישגים, הצלחה, חברות, כבוד, אהבה והגשמה הם ראויים לנו. הערכה עצמית גבוהה מאופיינת בחוסן, כוח, יכולת

התחדשות, מלווה בשאפתנות גדולה, במוטיבציה לבטא את עצמנו והתקשורת שלנו נעשית כנה ופתוחה. כשהערכה עצמית נמוכה העמידות שלנו בפני בעיות החיים נהרסת, אנחנו נוטים להתמקד בהתעלמות מהכאב שלנו במקום להתמקד בלהרגיש הנאה, השליליות תופסת יותר מקום אצלנו מאשר החיוביות, הדחף שלנו להוכיח את עצמנו גובר והעולם נראה מקום מפחיד להיות בו (Branden, 1994). הערכה עצמית נמוכה בקרב מתמודדים משפיעה על מהלך המחלה (Roe, 2003), ומובילה להתמודדות נמנעת, הימנעות חברתית אקטיבית, וסימפטומים של דיכאון (Yanos et al., 2008). על פי מחקרים מצבים קשים כגון אלה המתוארים לעיל נמצאו קשורים לחמלה עצמית נמוכה (Gilbert & Procter, 2006) . התייחסות לקשר שבין הערכה עצמית לסטיגמה עצמית ניתן למצוא בסקירה על השפעת הסטיגמה העצמית שמופיעה בעמוד 2.

1.6 חמלה עצמית בהקשר בודהיסטי

חמלה בהקשר בודהיסטי היא היכולת "להיות עם", להיות עם הכאב הבלתי נסבל של האחר (רז, 2006b). חמלה מתבטאת בהבנה, נדיבות, חום, דאגה ורצון לעזור לאחר כשהוא טועה או נכשל, וזאת במקום לשפוט אותו בביקורתיות חריפה. חמלה עצמית אם כן, היא היכולת שלנו להיות עם הכאב הבלתי נסבל של עצמנו, לגלות הבנה ונדיבות, להביע חום, דאגה ורצון לעזור לעצמנו. במילים אחרות כפי שהחוקרת קריסטיין נף מגדירה, "חמלה עצמית זוהי דרך של לב פתוח להתייחס לאספקטים השליליים של עצמנו ושל חוויותנו המאפשרת חוסן רגשי גדול יותר ורווחה פסיכולוגית" (Neff, 2003a). חמלה עצמית מאופיינת בשלושה מרכיבים עיקריים: 1) נדיבות עצמית- הרחבת הנדיבות וההבנה כלפי עצמנו בזמן שאנו מבחינים בחוסר התאמה, חוסר שלמות, כשלון או סבל. זאת במקום לשפוט בחריפות ולנהוג בביקורתיות עצמית. 2) אנושיות משותפת (Common Humanity)- ראיית החוויות שלנו כחלק מחוויה אנושית רחבה יותר. זאת במקום לראות אותן מבודדות ומופרדות משאר העולם. 3) שימת דעת (Mindfulness)- שמירה על המחשבות המכאיבות והרגשות המכאיבים בצורה מודעת ומאוזנת במקום להזדהות איתן בצורה מוגזמת. החמלה העצמית חשובה כיוון שהיא מציעה דרך פעולה על מנת לווסת את רגשותינו. כאשר מופיע אצלנו רגש מעיק או קשה ההנחייה היא לשהות במודעות אל אותו רגש עם נדיבות, הבנה ותחושת אנושיות משותפת כך שלמעשה הרגש השלילי מוחלף במצב רגשי חיובי יותר. מצב רגשי זה מוביל להבנה בהירה יותר של המצב ולנקיטת פעולות מתאימות יותר (Neff, 2003a). חמלה עצמית נחקרה יחסית מעט בפסיכולוגיה ובמדעי הבריאות והרווחה אך היא מקבלת תשומת לב גדולה בתרגול הבודהיסטי.

1.6.1 הרלוונטיות של חמלה עצמית כמושג בודהיסטי לסטיגמה עצמית ולמתמודדים

הבודהיזם מדגיש את האשליה הנעוצה בבסיס התפיסה האנושית את המציאות (רז, 2006a). המציאות כפי שהיא על פי התפיסה הבודהיסטית, מאופיינת בהשתנות בלתי פוסקת, התהוות יחסי גומלין והיעדר מוחלט של קיום עצמי נפרד וקבוע. אין דבר שנשאר קבוע בעולם. כמו כן אין דבר הנפרד מן המציאות הסובבת והכל מתהווה ביחסי גומלין. האנשים יוצרים אשליה שבה הם תופסים את עצמם נפרדים מהסובב אותם, ומאמינים כי אין קשר ממשי בינם לבין אנשים אחרים, בעלי חיים, צמחים וכדומה. אשליה זאת בבסיס תפיסת המציאות מסיבה סבל לאוחז

בה. תחושת נפרדות זו היא בסיסית גם בהבנתנו את הסטיגמה העצמית אשר בעקבותיה האדם מרגיש זר יותר ויותר לסביבתו. פטרישיה דיגן במאמרה על החלמה ותקווה (Deegan, 1996) עושה שימוש בביטוי המדוייק "אנושיות משותפת" (Common Humanity), אשר מהווה כאמור אחד המרכיבים של חמלה עצמית. דיגן טוענת כי כולנו חולקים אנושיות משותפת ואחריותנו היא להיות עדים לכך שמתמודדים הם קודם כל בני אדם ולא חפצים. מחקר שנעשה עם אוכלוסיית מתמודדים מציע התערבות המבוססת על חמלה עצמית (Gilbert & Procter, 2006). התערבות זו נמצאה יעילה בהפחתת ביקורת עצמית, בושה, דיכאון, תחושת נחיתות, התנהגות כנועה, ובהגברת היכולת להרגעה עצמית וביטוי של רגשות חום ועידוד כלפי העצמי. מחקר זה מצביע על הצורך בפיתוח חמלה עצמית בקרב מתמודדים, המאופיינים בביקורת עצמית גבוהה ובושה (Cox, MacPherson, Enns, & McWilliams, 2004; Gilbert & Procter, 2006; Mayhew & Gilbert, 2008; Thompson & Waltz, 2008). חמלה עצמית אף נמצאה קשורה להימנעות מהתמודדות עם חוויות פנימיות (Thompson & Waltz, 2008). הימנעות חברתית והימנעות מהתמודדות כאמור מאפיינת גם מתמודדים אשר סובלים מסטיגמה עצמית (Yanos et al., 2008). בנוסף חמלה עצמית נמצאה קשורה להערכה עצמית ושאלון הבודק חמלה עצמית אף מוצע ככלי מחקר יעיל יותר בחיזוי תחושות יציבות של ערך עצמי מאשר שאלון ההערכה העצמית המוכר של רוזנברג (Neff & Vonk, 2009). לאור הקשר התיאורטי בין המונח חמלה עצמית למונח סטיגמה עצמית ולשאר משתני המחקר, מסתמן כי חמלה עצמית עשוייה להוות מרכיב חשוב במחקר על סטיגמה עצמית.

1.7 איכות חיים

ב- 20 השנים האחרונות מדד איכות החיים במחקר בקרב מתמודדים הפך להיות כלי מחקר פופולרי, וכן נחשב לתוצאה חשובה במחקר הערכתי (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999). איכות חיים הפך ממדד אובייקטיבי ומוחלט למדד סובייקטיבי ויחסי המתחשב במטרות, בציפיות בנורמות ובמסגרת התרבותית שהיחיד חי בה. המעבר הזה נבע מתוך המגבלה של המדדים האובייקטיביים של איכות חיים להתחשב בערכים, בתרבות, ובגישות האידיאולוגיות של האדם (Evans, 1994). המחקר הגובר בנושא איכות חיים בא לענות על צורך של המחקר הפסיכולוגי לחקור את ההיבטים החיובים של החיים. הדבר מתאפשר עקב ההרחבה של המושג "בריאות", אשר היום הוא מכיל בתוכו גם מרכיבים של בריאות פסיכולוגית, קשרים חברתיים וכדומה. בנוסף האדם נתפס כצרכן של שירותי בריאות, החי בעולם מסחרי המתחרה על כיסו של הצרכן. אי לכך , עלה הצורך במחקר שיעריך את איכות החיים של האדם ביחס לטיפול הרפואי שקיבל (Resnick, Fontana, Lehman, & Rosenheck, 2005). כאשר מדובר במחלות כרוניות או במחלות שבהן הטיפול עצמו גורם לסבל מתמשך, מרכיב איכות החיים נעשה חשוב במיוחד בהערכת יעילות הטיפול (בן יעקב ואמיר, 2001). נמצא כי ישנו קשר שלילי בין איכות חיים לבין סימפטומים חיוביים ושליליים ותסמיני דיכאון אצל אנשים המתמודדים עם סכיזופרניה (Diwan et al., 2007). בנוסף במחקר אחר שנערך עם אוכלוסייה של מתמודדים נמצא קשר שלילי בין סטיגמה לבין איכות חיים (Depla, de Graaf, van Weeghel, & Heeren, 2005). איכות חיים

הינו מדד מרכזי וחשוב בשיקום פסיכיאטרי של אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות ומתמשכות (Sartorius, 1992), ומהווה אחד המרכיבים המשקפים החלמה באופן מובהק (Resnick et al., 2005). המדד איכות חיים מעריך שביעות רצון בתחומי חיים רבים ונחשב לתוצאה רבת מימדים (Diamond & Becker, 1999), בהערכת התערבויות פסיכוסוציאליות לדוגמא: (Barry & Crosby, 1996; Pinkney, Gerber, & Lafave, 1991). התייחסות לקשר שבין איכות חיים לסטיגמה עצמית ניתן למצוא בסקירה על השפעת הסטיגמה העצמית שמופיעה בעמוד 2.

1.8 התערבויות קודמות להפחתת הסטיגמה העצמית

נכון להיום נמצאו בסך הכל שלושה מאמרים מחקריים המציגים התערבויות נסיוניות להפחתת סטיגמה עצמית. שניים מהם בקרב מתמודדים (MacInnes & Lewis, 2008; McCay et al., 2007) ואחד בקרב אנשים עם הפרעה בצריכת חומרים ממכרים (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008). שני מחקרים נוספים שקשורים לנושא נמצאו כאשר מחקר אחד מכוון לשיפור תפיסת עצמי (McCay et al., 2006) ומחקר נוסף אשר מכוון להתמודדות עם סטיגמה (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2002).

המחקר הראשון שיוצג כאן נערך באנגליה והציע תכנית קבוצתית להפחתת הסטיגמה העצמית אצל מתמודדים (MacInnes & Lewis, 2008). ההתערבות מבוססת על גישה קוגניטיבית-פסיכוחינוכית עם הדגשה של קבלה עצמית ללא תנאים. הממצאים מראים ירידה מובהקת בממוצע רמת הסטיגמה העצמית וכמו כן שיפור בשלושת המדדים הערכה עצמית, קבלה עצמית ורווחה נפשית. לא נמצא קשר בין סטיגמה עצמית לבין שלושת המדדים לעיל. המחקר השני (McCay et al., 2007) מציע התערבות להפחתת "היבלעות" וסטיגמה עצמית. המבוססת על מדריך שנוסה כבר במחקר קודם (McCay et al., 2006) ויוצג בהמשך. התערבות זו נועדה כדי לקדם תפיסות של "עצמי בריא" על ידי הפחתת סטיגמה עצמית והפחתת "היבלעות" בקרב צעירים המחלימים מאפיזודה ראשונה של סכיזופרניה. הממצאים מראים שיפור מובהק ב"היבלעות", תקווה ואיכות חיים בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת. לא נמצא שיפור בהערכה עצמית, מסוגלות עצמית וסטיגמה. המחקר השלישי הוא מחקר קודם של אותה קבוצת מחקר לעיל אשר נערך בקרב צעירים המתמודדים עם סכיזופרניה לאחר אפיזודה ראשונה (McCay et al., 2006). מטרת ההתערבות היא לקדם תפיסת עצמי תוך הפחתת תוצאות ה"היבלעות" ושיפור באיכות חיים ובסימפטומים פסיכיאטרים. הממצאים מראים כי בקבוצת ההתערבות נמצא שיפור מובהק בכל המדדים בעוד שקבוצת הבקורת לא הראתה שינוי כלשהו. המחקר הרביעי שיוצג להלן הנו מחקר שמטרתו להפחית את הסטיגמה העצמית בקרב אנשים עם הפרעה של צריכת חומרים ממכרים (Luoma et al., 2008). מחקר זה מציע התערבות בת שלושה מפגשים של שעתים במהלך שבוע אחד. ההתערבות מתמקדת בשימת דעת (Mindfulness), קבלה, ועבודה עם ערכים בהקשר של סטיגמה עצמית. הממצאים מראים אפקט בינוני עד גדול בחלק מהמדדים בלבד כגון בושה וסטיגמה עצמית. המחקר האחרון (Link et al., 2002) מציג התערבות חינוכית עם אוכלוסיית מתמודדים. מטרת התערבות זו היא לעודד התמודדות מוצלחת עם

סטיגמה ולעזור בהפחתת השפעתה השלילית של הסטיגמה כגון הפחתת הסכמה עם השקפות המאשרות פחיתות ערך ואפליה. ממצאי המחקר מצביעים על קשר בין תפיסות וחוויות של סטיגמה לבין הערכה עצמית נמוכה ותסמיני דיכאון. אולם לא נמצא שיפור מובהק במדדים בעקבות ההתערבות.

ובכן, המחקרים המתוארים כאן בקצרה, בחלקם מספקים ממצאים מעודדים באשר לעצם יכולת השינוי בחווית הסטיגמה העצמית ותפיסות העצמי בקרב מתמודדים. אולם אין די בכך כדי לספק ראיות המאששות כי נמצאה התערבות היעילה בהפחתת סטיגמה עצמית. הסיבות לכך נעוצות במגבלות המחקר כגון: התערבויות לא מקיפות מספיק, מדגמים קטנים, לא בכולם ישנה קבוצת ביקורת, ולא תמיד רנדומליים. תפקידן העיקרי של התערבויות אלו הוא בנטיעת תקווה לעתיד כי ניתן לגרום לשינוי בסטיגמה עצמית ובתפיסות העצמי באמצעות התערבות מתאימה. בנוסף מחקרים אלה מדגישים את הפוטנציאל הגלום בשילוב אסטרטגיות טיפוליות מבוססות כגון טיפול קוגניטיבי התנהגותי. טיפול זה שימש בסיס תיאורטי בהתערבויות שהצגנו ומסתמן ככלי מבטיח להשגת שינוי בתפיסת העצמי המשתקפת מסטיגמה עצמית (Corrigan & Calabrese, 2005). מהאמור לעיל עולה צורך אמיתי בפיתוח התערבות מקיפה ויעילה להפחתת הסטיגמה העצמית בקרב מתמודדים. ההתערבות המוצעת במחקר זה משתמשת בעקרונות מהטיפול הקוגניטיבי התנהגותי, ובנוסף משלבת אסטרטגית טיפול העצמה נרטיבי, ליצירת התערבות מקיפה להפחתת הסטיגמה העצמית אצל מתמודדים.

1.9 הבסיס התיאורטי של ההתערבות המוצעת

ההתערבות משלבת עקרונות מהטיפול הקוגניטיבי התנהגותי עם גישה פסיכוחינוכית, ובנוסף עקרונות מפסיכותרפיה נרטיבית. לפני שתוצג ההתערבות המוצעת, יוצג רקע קצר של התיאוריות עליהן ההתערבות מתבססת.

1.9.1 גישות קוגניטיביות התנהגותיות

גישות קוגניטיביות התנהגותיות מציעות התערבויות פסיכולוגיות מובנות אשר מנסות לעזור לאנשים לזהות ולשנות תבניות קוגניטיביות אשר מפריעות להסתגלות האדם ומשמרות חוסר תפקוד (Rush, 1979). בנוסף תבניות אלה הופכות את האדם לרגיש ופגיע יותר למשברים (Young, Rygh, Weinberger, & Beck, 2008). טכניקות קוגניטיביות התנהגותיות מסתמנות כמבטיחות להשגת שינוי בתפיסת העצמי המשתקפת מסטיגמה עצמית (Corrigan & Calabrese, 2005). הטיפול נמצא יעיל ביכולתו להביא לשינוי תבניות קוגניטיביות המובילות לחרדה ודיכאון (Corrigan & Calabrese, 2005). כמו-כן הטכניקות הקוגניטיביות ההתנהגותיות נמצאו יעילות גם בטיפול באנשים המתמודדים עם הפרעות אישיות (Beck, 2004), תלות בחומרים (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002; Rotgers, 1985). ואף סכיזופרניה (Drury, Birchwood, Cochrane, & MacMillan, 1996; Haddock et al., 1998; Sensky et al., 2000; Turkington et al., 2008).

1.9.2 גישת העצמה נרטיבית

תצפיות פנומנולוגיות מציעות כי הפרעות נפשיות חמורות מכחידות באופן נרחב את יכולת האדם לספר את סיפור השתלשלות חייו (Gallagher, 2003; Lysaker, Wickett, Wilke, & Lysaker, 2003). במקרים בהם מתמודדים כן מספרים סיפורים מחייהם, ניתן לראות כי הם לא מתארים את עצמם בסיפורים אלה כגיבורים משמעותיים (Holmes & River, 1998; Young & Ensing, 1999), והם לא מצליחים בדרך כלל לספר את סיפורם בצורה מאורגנת (Lysaker, Lysaker, & Lysaker, 2001). בסיפוריהם ניתן להבחין בקושי שלהם להבדיל בינם לבין הפרעתם (Roe & Ben-Yishai, 1999). חלקם לא רואים את עצמם עוד כמישהו בעל משמעות שאפשר לספר עליו במקום כלשהו (Davidson, 2003). במילים אחרות הבנייה או פיתוח של סיפור משמעותי של אדם, הפרעה ושל חיים באופן שמקדם החלמה עשויים להיות קשים באופן מיוחד עבור מתמודדים. גישת העצמה נרטיבית עוזרת לאנשים להיות הבעלים של סיפורם, לפתח אותו ולספר על ההפרעה וגם על ההחלמה. הדבר מקנה הזדמנות יקרה לאנשים לבחון, לפתח או לשנות את הסיפור שלהם כרצונם (Hermans, 1996; Lysaker et al., 2001).

1.9.3 ההתערבות המוצעת להפחתת סטיגמה עצמית (NECT)

ההתערבות המוצעת (Yanos et al., 2009) נקראת NECT (Narrative Enhancement/Cognitive Therapy). בהתערבות זו ננקטת גישת קוגניטיבית התנהגותית שמטרתה ללמד את האנשים כיצד לאתר אמונות שליליות של סטיגמה עצמית, ולאפשר תהליך של בחינה ובנייה מחדש של אותן אמונות. באופן דומה נעשה שימוש ברכיבים מפסיכותרפיה נרטיבית על-מנת לאתר בדרך נוספת אמונות שליליות של סטיגמה עצמית שהתבססו בסיפור החיים של האדם, ולאפשר לו לשכתב את סיפור חייו. ההתערבות כוללת 20 מפגשים שבועיים ובנוייה מארבעה חלקים. החלק הראשון מהווה הקדמה שמטרתה להעריך את רמת הסטיגמה העצמית של המשתתפים. את זאת משיגים על ידי הבאת המשתתפים למצב בו הם מנסים להעריך היכן הם נמצאים ביחס לחווית העצמי שלהם, ובמיוחד למצב בו הם מנסים להעריך את הקשר של העצמי שלהם עם המחלה. החלק השני הוא פסיכוחינוכי. מטרת חלק זה של ההתערבות היא לספק למשתתפים ידע מקצועי ועדכני לגבי האטיולוגיה, הדיאגנוזה והפרוגנוזה של אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות. החלק השלישי עושה שימוש בגישה קוגניטיבית התנהגותית. מטרתו של חלק זה היא להעניק כלים שיאפשרו בחינה מחודשת של האמונות וההשקפות הסטיגמטיות שהמשתתפים הפנימו במהלך חייהם. ההתערבות מסתיימת בחלק הרביעי העושה שימוש באסטרטגית העצמה נרטיבית, זאת לאחר שהמשתתפים השלימו את המפגשים עד כה ומרגישים בנוח יותר בתוך הקבוצה. חלק זה מתמקד בבניית סיפור חיים אישי. כל משתתף מקבל עידוד לכתוב את סיפור חייו כאשר מטרת ההתערבות היא סיוע לחיבור מקטעים ואספקטים מבודדים ונשכחים על ידי היות הקבוצה קהל לסיפור, חקירת התוכן והתהליך, תגובה לקושי של המשתתפים אשר חושבים על עצמם, הכרה בזכות המשתתפים ליצור את סיפורם בעצמם ושיקוף של המשתתפים כגיבורים מרכזיים של סיפורם.

1.9.4 סיכום, רציונל והשערות המחקר

לסיכום, מסקירת הספרות שהוצגה לעיל, נראה כי לסטיגמה העצמית ישנה השפעה שלילית רחבה על המתמודדים. השפעה זו פוגעת בסיכויי ההחלמה בקרב המתמודדים, שהיא כאמור המטרה המוצהרת של מערכות בריאות הנפש במדינות שונות כגון ארה"ב (Hogan, 2003), אוסטרליה(Australian Health Ministers ,2003), ניו זילנד (Mental Health Commission, 1998, אירלנד (Mental Health Commission, 2005) , סקוטלנד (Scottish Executive, 2006) ואנגליה(Department of Health, 2001). בנוסף נערכה סקירה ספרותית רחבה של מספר מדדים כגון תקווה, הערכה עצמית ואיכות חיים אשר נמצאים בקשר ישיר עם סטיגמה עצמית על פי מחקרים. ובנוסף הוצגה סקירה על המשתנה חמלה עצמית אשר נבדק לראשונה במחקר זה בהקשר של סטיגמה עצמית. ההשפעה השלילית הרחבה של סטיגמה עצמית על מתמודדים מדגישה את הצורך בפיתוח של התערבות ספציפית להפחתת סטיגמה עצמית. נכון להיום נעשו בעולם שלושה נסיונות התערבות להפחתת סטיגמה עצמית אשר סיפקו ראיות חלקיות באשר ליעילותן. מהתערבויות אלה ניתן ללמוד כי סטיגמה עצמית ניתנת לשינוי באופן עקרוני עם מתן התערבות מתאימה. כמו-כן התערבויות אלה ממחישות את הפוטנציאל הגלום בשימוש באסטרטגית טיפול קוגניטיבי התנהגותי, להפחתת הסטיגמה העצמית. ההתערבות המוצעת משתמשת באסטרטגית הטיפול הקוגניטיבי התנהגותי ובנוסף נעזרת באסטרטגית טיפול של העצמה נרטיבית, שמיושמת לראשונה במחקר זה למטרה של הפחתת הסטיגמה העצמית. השילוב הזה של אסטרטגיות הטיפול השונות נועד כדי ליצור התערבות עשירה ומגוונת, שמטרתה לעזור למתמודדים הסובלים מסטיגמה עצמית. מטרת המחקר הנוכחי אם כן היא להעריך את השפעת ההתערבות להפחתת הסטיגמה העצמית NECT בקרב המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות.

השערות המחקר

- בקרב המשתתפים בקבוצת ההתערבות צפוייה ירידה בדיווח על סטיגמה עצמית בתום ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת.
- בקרב המשתתפים בקבוצת ההתערבות צפוייה עלייה בתחושת תקווה, הערכה עצמית, איכות חיים וחמלה עצמית בתום ההתערבות בהשוואה לקבוצת הביקורת.
- צפוי קשר שלילי בין חמלה עצמית לבין סטיגמה עצמית בקרב כלל המשתתפים בשתי קבוצות המחקר טרם ההשתתפות בהתערבות.

בנוסף, מחקר זה מנסה ללמוד את חווית המשתתפים באמצעות ראיון אישי שנערך עימם עם תום ההתערבות. זאת על מנת להרחיב את יכולת המחקר להעריך את השפעת ההתערבות בקרב המשתתפים.

פרק 2: שיטה

2.1 מסגרת תיאורטית

מחקר זה הנו מחקר המשלב שיטות מחקר כמותיות לצד שיטות מחקר איכותניות. המחקר הכמותני שונה באופן מהותי מהמחקר האיכותני גם באופן איסוף הנתונים וגם בתפיסת העולם הפילוסופית (Denzin & Lincoln, 1994) . המחקר הכמותני נשען על פרדיגמה פוזיטיביסטית בעוד נקודת המוצא במחקר האיכותני מתבססת על השקפת עולם הבנייתית (פרדיגמה קונסטרוקטיביסטית), (Denzin & Lincoln, 1994). השוני המהותי בין שתי שיטות המחקר הופך את השילוב של השתיים במחקר אחד למעניין וחשוב במיוחד, ומאפשר לנו ללמוד בצורה רחבה יותר את ההשפעה של ההתערבות. ההיבט הכמותי של מחקר זה מתמקד בהיבטים הסובייקטיבים של ההחלמה כגון: סטיגמה עצמית, תקווה, הערכה עצמית, חמלה עצמית ואיכות חיים. מדדים אלה נבדקו באמצעות שאלונים כמותניים. במקביל נערכו ראיונות איכותניים על-מנת להעמיק את הלימוד מחוויות האנשים עצמם ולחקור כיצד הם מעריכים את תהליך ותוצאות ההתערבות בדגש על החוויה הסובייקטיבית שלהם והשינוי שעברו במידה והיה.

2.2 מערך המחקר

מדגם ואוכלוסיית המחקר

המחקר התבסס על מערך מחקר דמוי ניסוי. אוכלוסיית המחקר הורכבה מאנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות, אשר צורכים באופן פעיל שירותי בריאות נפש בקהילה. כל המשתתפים מוכרים בביטוח לאומי כבעלי 40% נכות לפחות. קריטריון זה מהווה סף לזכאות קבלת שירותי שיקום מהמדינה בהתאם לחוק שיקום נכי נפש בקהילה, שנת 2000, סעיף 3 ב'. הדגימה נלקחה בשיטת מדגם נוחות, מתוך אוכלוסיית עובדים כלל ארצית של ארגון שיקום תעסוקתי מוגן בשם "שכולו טוב". חלק מהקריטריונים להשתתפות במחקר כללו עברית שוטפת ויכולת חוקית לחתום על טופס הסכמה מדעת. קבוצת המחקר מנתה 43 איש בתחילת ההתערבות (זמן 1) והורכבה מחמש קבוצות משתתפים באזורים שונים בארץ. 21 איש מתוך קבוצת המחקר השלימו את כלל ההתערבות ומילאו את השאלונים בסיום ההתערבות (זמן 2). קבוצת הביקורת הורכבה מעובדים נוספים באותו פרוייקט תעסוקתי, אבל מאזורים אחרים בארץ. קבוצת הביקורת מנתה 39 איש בזמן 1 ובה נותרו 20 איש בזמן 2. להבדיל מקבוצת המחקר קבוצה זו לא עברה התערבות מיוחדת, מלבד הטיפול הרגיל. ניתן לראות כי אחוז הנשירה הינו דומה בשתי קבוצות המחקר כ- 50%. אחוז הנשירה הגבוה חייב לבצע רגרסיה לוגיסטית על מנת לוודא כי לא ניתן היה לנבא את נשירת המשתתפים על סמך נתוניהם הדמוגרפים או על סמך נתוני המדדים המחקר השונים שנלקחו מהם בתחילת המחקר. תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית (טבלה 2) מראים כי לא נמצא הבדל מובהק בין הנושרים לבין הנשארים, לכן ניתן לומר כי לא היתה אפשרות לנבא מי מהמשתתפים ינשור ומי ישאר. המחקר אושר על ידי ועדת האתיקה של אוניברסיטת בר אילן לאחר שהוצג בפניה מסמך הסבר מפורט על המחקר.

טבלה 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

מאפיין סוציו-דמוגרפי	קבוצת ההתערבות (N=21)	קבוצת הביקורת (N=20)
מגדר		
גברים	62%	70%
נשים	38%	30%
גיל		
ממוצע(ס"ת)	M=37*(8.53)	M=44*(11.35)
מצב משפחתי		
רווקים	76%(n=16)	47%(n=9)
נשואים	5%(n=1)	21%(n=4)
גרושים	19%(n=4)	32%(n=6)
רמת השכלה		
12 שנות לימוד	59%	61%
יותר מ-12 שנות לימוד	24%	11%
פחות מ-12 שנות לימוד	18%	28%

*p<0.05

בטבלה 1 ניתן לראות כי ממוצע גיל המשתתפים גבוה יותר באופן מובהק בקבוצת הביקורת לעומת קבוצת ההתערבות. לא נמצאו הבדלים מובהקים נוספים בין הקבוצות

טבלה 2: רגרסיה לוגיסטית לבדיקת הבדלים בין הנושרים לנשארים

מאפיין (זמן 1)	מקדם רגרסיה לא מתוקנן B	טעות תקן של מקדם רגרסיה S.E.	Wald (df=1)	Exp(B)	מובהקות
מגדר	17.78	11674.6	0.00	52644192.1	0.99
גיל	-0.84	0.187	0.2	0.92	0.65
מצב משפחתי	0.85	1.16	0.54	2.35	0.46
רמת השכלה	0.73	0.49	0.22	1.08	0.88
סטיגמה עצמית חדש	0.03	0.52	0.00	1.03	0.96
תקווה	0.05	0.2	0.06	1.05	0.8
חמלה עצמית	-0.54	0.63	0.72	0.58	0.4
איכות חיים	-0.24	0.3	0.63	0.79	0.43
הערכה עצמית	-0.38	0.65	0.33	0.69	0.56

הליך המחקר

במסגרת הליך גיוס המרואיינים נערכה הצגה בפני אוכלוסיית המדגם, במספר אזורים ברחבי הארץ. במצגת תואר מבנה ההתערבות ומטרתה. הודגש כי המחקר חסוי לחלוטין, וכי ניתן להשתתף בהתערבות גם ללא השתתפות במחקר. לבסוף נרשמו פרטיהם של האנשים שהביעו רצון לקחת חלק במחקר. ארגון השיקום התעסוקתי הציע תגמול למשתתפים בגובה של 25 ₪ למפגש (תגמול הבא במקום משמרת בעבודה) על מנת לעודד את השתתפותם ולהפחית שיקולים כספיים אשר עלולים למנוע מהאנשים להשתתף. ההתערבות כללה 20 מפגשים כאשר כל מפגש נערך במשך שעה אחת בשבוע. המפגשים הועברו על ידי אנשי מקצוע מתחום השיקום העובדים באותו ארגון שבו עובדים המשתתפים בהתערבות. המנחים עברו הכשרה מסודרת ומקיפה שליוותה את המנחים במהלך ההתערבות. בהכשרה הושם דגש על נאמנות למודל. הן לקבוצת ההתערבות והן לקבוצת הבקורת הועברו אותם השאלונים בשני זמנים, בזמן 1 (לפני ההתערבות) ובזמן 2 (מיד לאחר ההתערבות). העברת השאלונים נערכה באופן מקביל בהפרש זמנים דומה של כחמישה חודשים מזמן 1 לזמן 2. השאלונים בנושאים: סטיגמה עצמית, תקווה, הערכה עצמית, חמלה עצמית ואיכות חיים, ובנוסף הועבר שאלון סוציו-דמוגרפי וטופס הסכמה מדעת. בסוף ההתערבות קוימו ראיונות עם 18 מתוך 21 משתתפים שסיימו את קבוצת ההתערבות, כמובן בכפוף להסכמתם.

2.3 כלי המחקר

שאלון סטיגמה עצמית- ISMI (ראה נספח 3)

שאלון ה-ISMI (Internalized Stigma Of Mental Illness) הוא שאלון הבודק את מידת הסטיגמה עצמית אצל מתמודדים (Ritsher, Otilingam, & Grajales, 2003). כולל 29 פריטים אשר נועדו להעריך חוויה סובייקטיבית של סטיגמה. השאלון מציג למשתתפים הצהרות בגוף ראשון ומבקש מכל משתתף לדרג בסולם ליקרט הבנוי מ- 4 אפשרויות האם "לא מסכים בחוזקה", "לא מסכים", "מסכים", "מסכים בחוזקה" בנוגע לאותן הצהרות. השאלון מורכב מחמישה סולמות שונים: ניכור (הרגשת נחיתות כשותף בחברה), אישור סטריאוטיפ (הסכמה עם סטריאוטיפ שלילי על מחלת נפש), אפלייה (יחס אקוטי לא ראוי המיוחס לדיעות הקדומות של אחרים), נסיגה חברתית ועמידות לסטיגמה. ערך עקיבות פנימית הוא בהחלט גבוה ($\alpha=0.9$), במבחני מהימנות מבחן חוזר (test-retest) נמצא מתאם גבוה ($r=0.92$). בעבודה זו הוחלט להוציא את סולם העמידות לסטיגמה עקב ממצאים חדשים מהספרות אשר מעידים על חוסר עקיבות פנימית של המשתנה ועקב המתאם הנמוך שלו עם המשתנים האחרים (Brohan, Elgie, Sartorius, & Thornicroft, 2010). לפיכך, יצרנו משתנה סטיגמה עצמית חדש ללא סולם עמידות לסטיגמה, והוא כולל את ארבעת הסולמות: ניכור, אישור סטריאוטיפ, אפלייה ונסיגה חברתית. במדגם נתקבלו ערכי עקיבות פנימית גבוהים עבור שאלון סטיגמה עצמית החדש בזמן 1 ($\alpha=0.91$). כמו כן נמצאו ערכי עקיבות פנימית גבוהים גם עבור הסולמות, ניכור ($\alpha=0.74$), אפלייה ($\alpha=0.82$), ונסיגה חברתית ($\alpha=0.78$). עבור הסולם אישור סטריאוטיפים נמצא ערך עקיבות פנימית בינוני ($\alpha=0.55$).

שאלון תקווה- HOPE (ראה נספח 4)

שאלון תקוה (Snyder et al., 1991) בנוי מ- 12 פריטים המחולקים כך שארבעה פריטים מודדים תכנון דרכים להשגת מטרות (pathways), ארבעה פריטים מודדים נחישות מכוונת מטרה (agency), וארבעה פריטים מסיחים. השאלון מניב שני סולמות: נחישות מכוונת מטרה ותכנון דרכים להשגת מטרות. שני סולמות אלה יחדיו מרכיבים את ערך התקווה הכולל. ערך ה- α של קרונבך עבור נחישות מכוונת מטרה נע בין הערכים 0.71-0.76, ערך ה- α של קרונבך עבור תכנון דרכים להשגת מטרות נע בין הערכים 0.63-0.8 . כמו כן במבחני test –retest נמצאה קורלציה גבוהה (Snyder et al., 1991). במדגם שלנו מדדנו ערכים גבוהים של עקיבות פנימית בזמן 1, (α=0.79), שמונת הפריטים וגם עבור כל סולם בנפרד, סולם תכנון הדרכים להשגת מטרות (α=0.7), וסולם נחישות מכוונת מטרה (α=0.74).

שאלון הערכה עצמית- RSE (ראה נספח 5)

שאלון RSE (Rosenberg Self Esteem) נועד למדוד הערכה עצמית (Rosenberg, 1965). כולל עשרה פריטים המודדים הערכה עצמית, בשיטת הסקלה של גוטמן אשר מציעה ארבע תשובות אפשריות, מסכים בחוזקה, מסכים, לא מסכים, לא מסכים בחוזקה. השאלון מכיל עשר הצהרות אשר מבטאות הערכות של אינדיבידואלים את עצמם. חמישה פריטים מנוסחים באופן חיובי, וחמישה פריטים מנוסחים באופן שלילי. ניקוד גבוה ב- RSE מעיד על הערכה עצמית נמוכה. ה- RSE הוא גם בעל יציבות טובה בדיווח של מתאמים test-retest של 0.85 ו- 0.88 (Corcoran, 1987), מעיד על עקביות גבוהה. מחקר על תוקף מובנה (convergent and discriminant) חשף שה- RSE תואם באופן מובהק עם מצאי הערכה עצמית (Coopersmith, 1967) וכלים להערכת דיכאון, חרדה ומוניטין קבוצת עמיתים (Rosenberg & Cherbuliez, 1979) מחקרים רבים מאשרים את האחידות של ה- RSE (Carmines & Zeller, 1979). במדגם שלנו מדדנו ערכים גבוהים של עקיבות פנימית בזמן 1, (α=0.85), עבור עשרת הפריטים שמרכיבים את השאלון.

שאלון חמלה עצמית- SCS (ראה נספח 6)

שאלון SCS (Self Compassion Scale) פותח על מנת למדוד חמלה עצמית (Neff, 2003b; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007b). כולל 26 פריטים של דיווח עצמי המורכבים משישה מרכיבים משניים : נדיבות עצמית (הרחבת הנדיבות והבנה של העצמי); שיפוט עצמי (להיות שיפוטי וביקורתי בצורה חריפה כלפי עצמך); אנושיות משותפת (היכולת לראות את הנסיון שלך כחלק מן המצב האנושי); התבודדות (לראות את עצמך כנפרד ומבודד מאחרים); שימת דעת (mindfulness) (היכולת להשאר מודע לכאב שלך או של אחר מבלי להיטמע בתוכו); והזדהות יתר (הנטייה להזדהות יתר עם חויות מכאיבות). הפריטים מדורגים בסולם ליקרט הכולל חמש אפשרויות, מ- 1 (כמעט אף פעם לא) ועד 5 (כמעט תמיד). המרכיבים ה"חיוביים" נדיבות עצמית, אנושיות משותפת ושימת דעת, נוקדו כך שניקוד גבוה מבטא חמלה עצמית גבוהה. המרכיבים

ה"שליליים" שיפוט עצמי, התבודדות, והזדהות יתר נוקדו כך שניקוד גבוה מעיד על חמלה עצמית נמוכה. ניקוד סופי של ה- SCS חושב על ידי סיכום של כל ששת המרכיבים המשניים לאחר הפיכת הניקוד של שלושת המרכיבים ה"שליליים". ערך עקיבות פנימית של קרונבך עבור השאלון הינו α = 0.92. ובנוסף הראה אמינות test retest α = 0.93 (Neff, 2003a; Neff et al., 2007b). במדגם שלנו קיבלנו ערך של עקיבות פנימית גבוה (α=0.8) בזמן 1 עבור כלל השאלון הכולל 26 פריטים. שני הסולמות החיוביים הראו עקיבות פנימית גבוהה, נדיבות עצמית (α=0.74), ואנושיות משותפת (α=0.73). הסולם החיובי שימת דעת הראה עקיבות פנימית סבירה (α=0.65). שני הסולמות השליליים הראו עקיבות פנימית סבירה, שיפוט עצמי (α=0.6), והזדהות יתר (α=0.67). הסולם של התבודדות הראה עקיבות פנימית נמוכה (α=0.49),

שאלון איכות חיים -MANSA (ראה נספח 7)

שאלון MANSA (Manchester short assessment of quality of life) (Priebe et al., 1999), הינו גרסה מקוצרת לשאלון לנקשיר (Lancashir) לפרופיל איכות חיים (LQLP). שאלון MANSA המקורי כולל שלושה חלקים אשר שני החלקים הראשונים בודקים משתני רקע והחלק השלישי מורכב מ- 16 פריטים שארבעה מהם מוגדרים כפריטים שמודדים נתונים אובייקטיביים כגון חברים קרובים, כמות מפגש עם חברים, הרשעות בשנה האחרונה והתעללות פיסית. פריטים אלה הוצאו מהשאלון שלנו כמו גם משתני הרקע בשני החלקים הראשונים. והושארו רק 12 הפריטים הסובייקטיביים הבודקים שביעות רצון מהחיים, לדוגמא: "כמה אתה מרוצה מחייך באופן כללי?" ו"כמה אתה מרוצה מהפעילויות שלך בשעות הפנאי?" . כל פריט בשאלון הוערך בסולם הנע בין 1 ל-7 (1 = לא מסכים בכלל 7 = מסכים מאוד). ציון גבוה בשאלון מעיד על איכות חיים גבוהה. לצורך עיבוד הנתונים, חושב ממוצע אחד עבור מדד איכות החיים לכל נבדק. מהימנות אלפא של קורנבאך ל-12 הפריטים המודדים שביעות רצון מהחיים כפי שנמצאה במחקרם של פרייב וחבריו (Priebe et al., 1999) היא 0.74 והתוקף נמצא 0.83 ומעלה. כמו כן הקשר של MANSA עם פסיכופתולוגיה נמצא זהה לקשר של LQLP עם הפסיכופתולוגיה. במדגם שלנו מדדנו ערכים גבוהים של עקיבות פנימית (במדגם שלנו מדדנו ערכים גבוהים של עקיבות פנימית בזמן 1, (α=0.86) בזמן 1, עבור 12 הפריטים המרכיבים את שאלון איכות החיים.

ראיון ה- NEII (ראה נספח 8)

כלי המחקר האיכותני הנו ראיון ה- NEII (Narrative Evaluation Of Intervention Interview) להערכת התערבות פסיכוסוציאלית אצל אנשים עם הפרעות נפש חמורות (Hasson-Ohayon, Roe, & Kravetz, 2006). ראיון ה- NEII הוא ראיון איכותני חצי מובנה, בגישה נרטיבית המבקש לתאר ולהעריך באופן מקיף את תהליך ותוצאות התערבות אצל אנשים המתמודדים הפרעות נפשיות חמורות במילים שלהם. מדריך הראיון (ראה נספח) מורכב מ- 16 שאלות. אוכלוסיית המחקר לבדיקת הראיון מנתה 64 אנשים אשר מתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות וצורכים שירותי שיקום בקהילה (Hasson-Ohayon et al., 2006). ניתוח של תגובות

האנשים במהלך פיתוח ראיון ה- NEII העלה 13 תימות שונות אשר המהימנות שלהם נעה מבינונית לגבוהה (0.64-0.92).

2.4 ניתוח הנתונים

ניתוחים סטטיסטיים

הניתוחים הסטטיסטיים בעבודה זו נערכו באמצעות שימוש בתוכנת PASW גירסה 17. לבדיקת ההבדלים בין קבוצת ההתערבות לבין קבוצת הביקורת בזמן 1, טרם ההתערבות, נערכו מבחני T למדגמים בלתי תלויים. לבדיקת רמת השינוי של חמשת המשתנים לאורך הזמן והשוואה בין קבוצת הביקורת לקבוצת המחקר נערך ניתוח מדידות חוזרות מסוג "מודלים מעורבים" עם משתנה בין קבוצתי. ניתוח זה מאפשר בדיקת השינוי של כל קבוצה בין זמן 1 לזמן 2, ובנוסף גם מאפשר לקבוע האם השיפור של קבוצת המחקר היה מובהק לעומת קבוצת הביקורת (אינטראקציה קבוצה*זמן). בנוסף, נערכה רגרסיה לינארית לצורך ניבוי המשתנה "סטיגמה עצמית" על-ידי המשתנים האחרים.

ניתוח איכותני

הראיונות הוקלטו באמצעות מכשיר הקלטה ומיד לאחר מכן שוקלטו לצורך ניתוח. ניתוח הטקסט נעשה על פי מתודולוגייה של תיאורייה מעוגנת בנתונים כפי שמתוארת בספר מסורות וזרמים במחקר האיכותני (גבתון, 2001). תהליך הניתוח כלל את השלבים: 1) קידוד פתוח- כולל בעיקר שיום קטגוריות על פי השאלה המנחה: מה אני רואה פה? 2) קידוד צירי- מתן קריטריונים לקטגוריות, והכנסת כל הממצאים בתוך קטגוריות. 3) קידוד מוכוון- עיבוי הקטגוריות ותיקונים אחרונים. 4) בניית עץ קטגוריות- מציאת קשרי סיבה ותוצאה והיררכיה בין הקטגוריות. 5) יצירת תיאוריה- נסיון ליצור תיאוריה מהנתונים בשפה אוניברסלית, תוך התייחסות לספרות הרלוונטית, והקפדה על עיגון הנתונים בכתוב. נעשה הניתוח נערך על-ידי שלושה חוקרים. החוקרים איתרו נושאים חשובים העולים מהראיונות ובנוסף העריכו את מידת התרומה של הראיונות למשתתפים תחילה בנפרד ובמקומות שלא היתה הסכמה נערך דיון עד להסכמה. אופן הניתוח הניב שבע תימות מרכזיות העולות מהנתונים ומוסכמות על שלושת השופטים, עבור כל תימה חושב אחוז המתאר עד כמה התימה הזאת נוכחת בראיונות. ובנוסף חושב דירוג עד כמה המשתתפים חושבים שבם נתרמו מההתערבות, תרומה גבוהה, תרומה בינונית או תרומה נמוכה.

2.5 תוקף ומהימנות

החלק הכמותני

המהימנות והתוקף של החלק הכמותני נקבעים באמצעות תוקף ומהימנות של השאלונים שעשינו בהם שימוש אשר כולם כלים שפותחו במחקרים ונמצא כי התוקף והמהימנות של כל אחד מהם גבוהים. בחלק של כלי המחקר מפורט על כל כלי באופן נפרד. כל השאלונים תורגמו מהשפה האנגלית לעברית. תהליך התרגום כלל מספר שלבים. בשלב ראשון השאלונים תורגמו לעברית, בשלב שני אדם אחר תרגם את השאלונים בחזרה לאנגלית ובשלב השלישי השוו שני הנוסחים של השאלונים באנגלית. במקומות של אי ההתאמה בתרגום נערך דיון עד הסכמה ותיקון הנוסח

בשאלון המתורגם לעברית. כאשר מבחן המהימנות של התרגום היה כאשר התרגום בחזרה מעברית לאנגלית הביא לנוסח המקורי.

החלק האיכותני

מהימנות במחקר איכותני הבנייתי אין פירושה שניתן יהיה לשחזר את תוצאות המחקר במדוייק (Merrick, 1999) בעתיד, ובדומה תוקף בסוג מחקר זה אינו ניתן להערכה באופן מוחלט ואובייקטיבי. תוקף ומהימנות בסוג מחקר זה הינם חשיפה גלוייה של הפרספקטיבה המושגית והקריטריונים של החוקרים (Arksey, & Knight, 1999), המאפשרת לקורא לשפוט את הליך ותוצאות המחקר על סמך הקונטקסט וגישת המחברים. עם זאת ננקטו מספר פעולות כדי להגדיל את מהימנות המחקר ותוקפו, להלן פירוט הפעולות שננקטו: 1) הראיונות תועדו בהקלטות דיגיטליות ובשיקלוט מדוייק שהתבצע על ידי החוקר. כמו כן תהליך ניתוח הנתונים הינו מעוגן בנתונים מתועד ושמור , וניתן לחזור ולשלוף מידע בכל רגע נתון. 2) החוקר ערך את מרבית הראיונות בעצמו בהתאם למגבלה האובייקטיבית של להיות נוכח בשני מקומות במקביל. מראיינים אחרים תודרכו על ידי החוקר בפירוט ובהרחבה 3) במהלך הראיונות היתה הקפדה על ניסוח שאלות קרוב למקור ושאילת כל השאלות. למרות זאת לעיתים סדר השאלות השתנה בהתאם למהלך הראיון הספציפי, זאת על מנת ליצור אווירה נוחה של שיתוף והקשבה במהלך השיחה. 4) הראיונות בוצעו בחדר שקט עם אוירה נעימה ואינטימית, עם דגש על הקשבה אקטיבית ולא שיפוטית. 5) מרבית הראיונות בוצעו מיד בתום ההתערבות ובמקרים בודדים כמה ימים לאחר מכן אך לא יאוחר משבוע ימים לאחר תום ההתערבות.

פרק 3: ממצאים

3.1 ממצאים כמותניים

המשתתפים בקבוצת ההתערבות נתבקשו למלא שאלונים לפני ואחרי ההתערבות להערכת המדדים הבאים: סטיגמה עצמית, תקווה, איכות חיים, הערכה עצמית וחמלה עצמית,. בקבוצת הביקורת נאספו אותם הנתונים מהמשתתפים. על מנת לבדוק את הנחת היסוד כי אין הבדל בממוצעי המדדים השונים בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת בזמן 1, טרם העברת התערבות ה-NECT, נערך מבחן T למדגמים בלתי תלויים (ראה/י טבלה 3). ניתן לראות כי לא נמצאו הבדלים מובהקים במדדי המחקר השונים, סטיגמה עצמית חדש ($t=-0.79,\ p=0.43$), תקווה ($t=1.7,\ p=0.1$), חמלה עצמית ($t=1.68,\ p=0.1$), איכות חיים ($t=-0.15,\ p=0.88$) והערכה עצמית ($t=-0.66,\ p=0.51$).

טבלה 3: הבדלי ממוצעים במדדי המחקר בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת בזמן 1:

המדד	קבוצת התערבות			קבוצת ביקורת			t	p
	N	M	SD	N	M	SD		
סטיגמה עצמית חדש	21	2.08	0.47	20	2.2	0.56	-0.79	0.43
תקווה	19	6.35	1.1	20	5.68	1.3	1.7	0.1
חמלה עצמית	16	3.6	0.63	20	3.25	0.57	1.68	0.1
איכות חיים	19	4.3	1.1	20	4.34	1.1	-0.15	0.88
הערכה עצמית	20	1.93	0.59	20	2.06	0.64	-0.66	0.51

על מנת לבדוק את ההשערה כי חל שיפור בממוצעי המדדים השונים בקבוצת ההההתערבות בין זמן 1 לזמן 2 כתוצאה מההתערבות , וביחס לקבוצת הביקורת (ראה/י טבלה 4), ערכנו ניתוח מדידות חוזרות עם משתנה בין נבדקי ומשתנה תוך נבדקי (ראה/י טבלה 5) בו/לפיו נמצא שיפור עיקרי ומובהק לאינטראקציה שבין זמן וקבוצה במדד איכות חיים ($F=4.77, P<0.05$). כלומר בעקבות ההתערבות היה שיפור מובהק במדד איכות החיים של משתתפי קבוצת ההתערבות ($M=4.9,\ SD=0.83$) לעומת קבוצת הביקורת ($M=4.26,\ SD=1.18$). בנוסף נמצא שיפור מובהק לאורך הזמן בקבוצת ההתערבות בשלושה מדדים נוספים, סטיגמה עצמית ($F=4.22,\ P<0.05$), הערכה עצמית ($F=6.2,\ P<0.05$), וחמלה עצמית ($F=6.05,\ P<0.05$) הן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת. במדד תקווה לא נמצא שיפור מובהק כלשהו.

טבלה 4: ממוצעי מדדי המחקר בקבוצת ההתערבות ובקבוצת הביקורת בזמן 1 לעומת זמן 2:

מדד	זמן 1			זמן 2		
	N	M	SD	N	M	SD
קבוצת התערבות						
סטיגמה עצמית חדש	21	2.08	0.47	21	1.84	0.46
תקווה	19	6.35	1.1	21	6.5	0.87
חמלה עצמית	16	3.6	0.63	17	3.77	0.55
איכות חיים	19	4.3	1.1	21	4.9	0.83
הערכה עצמית	20	1.93	0.59	21	1.7	0.5
קבוצת ביקורת						
סטיגמה עצמית חדש	20	2.2	0.56	20	2.15	0.58
תקווה	20	5.68	1.3	20	5.82	1.7
חמלה עצמית	20	3.25	0.57	20	3.4	0.75
איכות חיים	20	4.34	1.1	20	4.26	1.1
הערכה עצמית	20	2.06	0.64	20	1.98	0.63

לבדיקת גודל האפקט לאורך הזמן עבור קבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת חושב ערך אטה (η_p^2) לאינטראקציה שבין זמן וקבוצה (טבלה 5) . בהסתמך על (Cohen, 1988, p 285-287), נמצא גודל אפקט חזק בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת במדד האיכות חיים לאורך הזמן. בנוסף בקבוצת ההתערבות נמצא גודל אפקט בינוני לאורך הזמן לעומת קבוצת הביקורת עבור המדדים סטיגמה עצמית והערכה עצמית. ולבסוף נמצא גודל אפקט חלש בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת לאורך הזמן במדדים תקווה וחמלה עצמית.

טבלה 5: מובהקות ההבדלים בקבוצת ההתערבות לאורך הזמן, לעומת קבוצת הביקורת וגודל אפקט אטה:

מדד	שינוי לאורך הזמן	אינטראקציה זמן*קבוצה	גודל אפקט (אינטראקציה זמן*קבוצה)
	F	F	(η_p^2)
סטיגמה עצמית חדש	4.22*	1.66	.04
תקווה	1.62	0.14	.00
חמלה עצמית	6.05*	0.06	.00
איכות חיים	2.79	4.77*	.11
הערכה עצמית	6.2*	1.41	.04

*P<0.05

על מנת לנבא את הסטיגמה העצמית על סמך המדדים תקווה, חמלה עצמית, איכות חיים והערכה עצמית נערך ניתוח רגרסיה מרובה עבור 77 נבדקים בזמן 1 של המחקר. מניתוח הרגרסיה (טבלה 4) עולה כי המודל מובהק וכי ניתן לנבא את המדד סטיגמה עצמית באמצעות המדדים הנ"ל, $\{F(1,75)= 47.165 , P<0.001\}$. המדדים המנבאים יחדיו הסבירו 43.1% מהשונות של המדד סטיגמה עצמית. ניתן לראות כי המדד היחידי שנמצא מובהק הוא חמלה העצמית, לכן הוא המדד היחידי שמנבא את הסטיגמה העצמית ללא תלות במדדים האחרים. ניתן לראות בטבלה כי מדד החמלה עצמית מסביר לבדו 39% מהשונות של הסטיגמה העצמית. המדדים האחרים מוסיפים 4.5% להסבר השונות של המדד סטיגמה עצמית.

טבלה 6: רגרסיה מרובה לניבוי סטיגמה עצמית

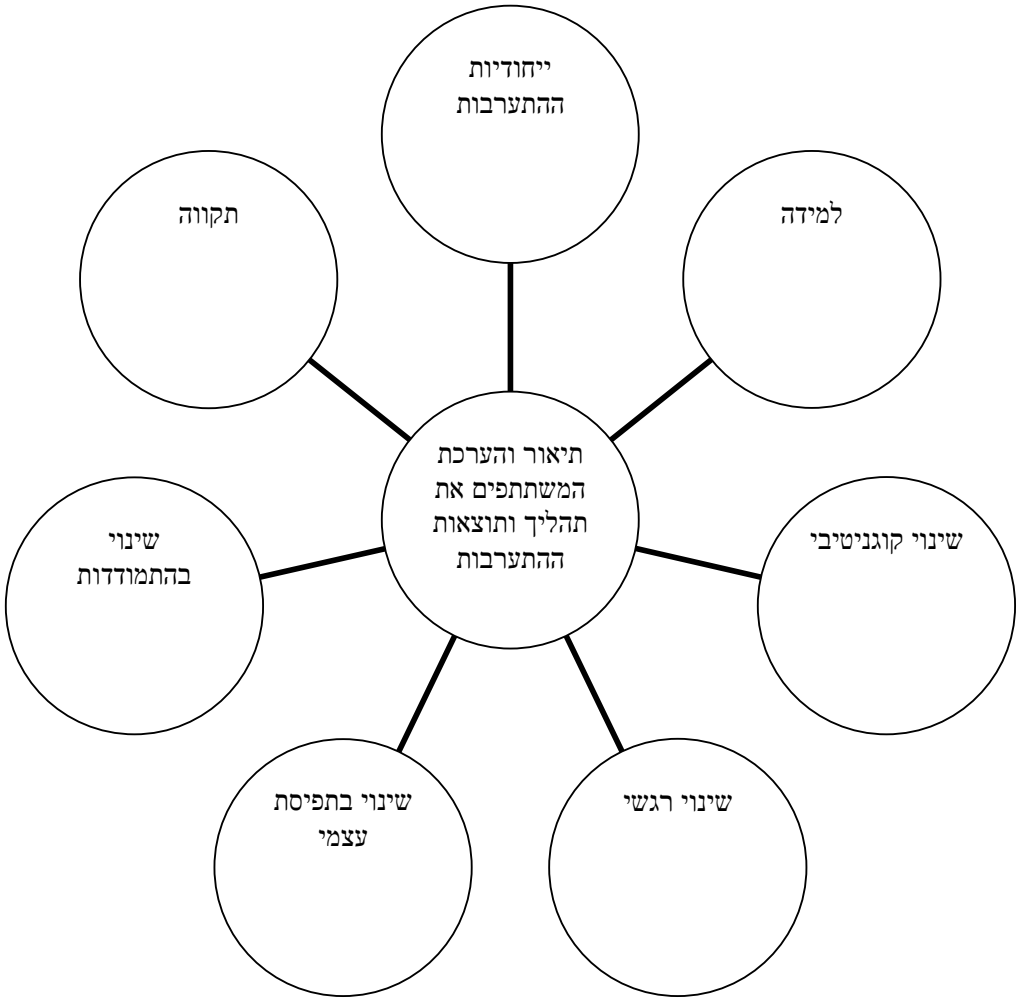
מדד	B	ביתא	T	R2
חמלה עצמית	-0.5	-0.56	-3.91 ***	0.39
הערכה עצמית	-0.02	-0.02	-0.155	0
איכות חיים	-0.04	-0.06	-0.54	0.02
תקווה	-0.07	-0.17	-1.60	0.02

***P<0.001

3.2 ממצאים איכותניים

ראיון ה- NEII הוא ראיון איכותני חצי מובנה, בגישה נרטיבית אשר מטרתו היא לתאר ולהעריך את תהליך ותוצאות ההתערבות כפי שעולה מדברי המשתתפים. הראיונות עם המשתתפים התנהלו באוירה נוחה וחיובית מאוד. בהסתמך על הראיונות המלאים העריכה ערכו שלושה חוקרים את תרומת ההתערבות בעיני המרואיינים (ראה פירוט בפרק השיטה). 12 משתתפים (67%) דירגו תרומה גבוהה, ארבעה משתתפים (22%) דירגו תרומה בינונית ורק 2 משתתפים (11%) דירגו תרומה נמוכה. בחלק הזה יוצגו שבע תימות נבחרות העולות מניתוח איכותני של 18 הראיונות השונים שנערכו עם המשתתפים מקבוצת המחקר אשר השלימו את ההתערבות. ניתן לראות כי התימות קשורות האחת לשנייה ומרכיבות יחדיו תמונה של תהליך שינוי הדרגתי אשר התרחש בקרב המשתתפים בהתערבות.

איור 1: שבע תימות העולות מתוך ניתוח הראיונות עם המשתתפים בתום ההתערבות



.

תימה 1: ייחודיות ההתערבות

כ- 89% מהמשתתפים תיארו כי ההתערבות שחוו הינה ייחודית. הייחודיות כפי שתוארה על ידם נובעת מההתמקדות המכוונת של ההתערבות בנושא הסטיגמה העצמית בקרב מתמודדים . נושא הסטיגמה עצמית הרלוונטי עורר עניין ותרם ליצירת אוירה נוחה של שיתוף והקשבה במהלך ההתערבות.

לדוגמא-

...תראה, זאת (ההתערבות) מתמקדת ספציפית במצב של הבן אדם שלי למשל! זה ספציפי במצב שלי, זה לא כמו על נושא אחר!.... מי שעשה את זה נראה לי עבד מאוד קשה! וגם מכיר את המחלה טוב מאוד... **(ראיון 5)**

המרואיין מדגיש את הרלוונטיות של ההתערבות עבורו על ידי התחושה שהוא קיבל שההתערבות מדברת אליו בשפה שהוא מכיר ופונה באופן המיוחד למצבו . בחירת הנושא סטיגמה עצמית העלתה תחושת הזדהות בקרב המשתתפים ותחושה כי את ההתערבות הזאת כתבו אנשים שעבדו קשה לדברי המרואיין ושמבינים את מצבם בצורה טובה מאוד.

דוגמא נוספת-

היא אישית! אישית, מאוד אישית! כי יכול להיות בגלל שהיינו רק ארבעה אבל נגעה בדברים מאוד רגישים והיה מקום לכל אחד ואחד לדבר ולשתף את כולם עם הכאב שלו והמחשבות שלו והרגשות שלו. הייתה אישית כזה. זה היה מין טיפול אישי, מין טיפול סדנה אישי כזה (ראיון 10)

המרואיינת מדברת על ההתערבות עצמה ומדגישה כי ההתערבות נגעה במקומות רגישים ומציינת כי היא אפשרה לכל אחד לשתף כרצונו במקומות שהוא רוצה אם זה ברמה הרגשית או ברמה המחשבתית כולל הכאב. המילה "אישית" מדגישה את האינטימיות והרלוונטיות של ההתערבות עבור המרואיינת בדומה לציטוט הקודם. דרך דברי המרואיינת ניתן לחוש את אוירת השיתוף וההקשבה שנוצרה בקבוצה הקטנה. אוירה זאת יחד עם ההנחייה המקצועית הטובה והאמון אפשרה את השיתוף בקבוצה אשר יחדיו העניקו למשתתפת תחושה של טיפול אישי.

היבט ייחודי נוסף של ההתערבות כפי שעלה מדברי המרואיינים שמור לאווירה הנוחה והמאפשרת שנוצרה במהלך ההתערבות בקרב חבריה והודות להנחייה מקצועית וטובה. אוירה של שיתוף, הקשבה וחוסר שיפוטיות. האוירה הנוחה הזאת יצרה קרקע עבור המשתתפים לבטא את עצמם כרצונם באופן חופשי למדי ולשתף את חבריהם בקבוצה בהתמודדויות ובקשיים האישיים ביותר.

לדוגמא-

הן מקסימות. מאוד אנושיות, מאוד כיפיות מבחינת להיפתח בפניהם ולספר להם על ההתמודדות. חיברו אותנו מבחינה מחשבתית, הכוונה, הסבירו לנו טוב את השאלונים שהיו. היה עוד מצב של מקום חמים וכיף לבוא ולשתף אותם בכל הנושא הזה של המחלה עצמה (ראיון 12)

כאן אנו רואים עדות להנחייה מקצועית וטובה אשר אפיינה את ההתערבות לכל אורכה. הנחייה זו תרמה להבנת הנושאים המדוברים ותרמה ליצירת מרחב מאפשר, חמים ולא שיפוטי עבור המשתתפים.

התחושה של ייחודיות ורלוונטיות שעלתה מדברי המרואיינים והמרחב המאפשר שנוצר מעידים על התאמה טובה בין נושא ההתערבות לבין הצורך בקרב המשתתפים לדון וללמוד את נושא הסטיגמה העצמית. אלה תרמו למשתתפים להגיע למקום בו יכולה להתרחש למידה משמעותית.

תימה 2: למידה

האוירה כפי שראינו לעיל יצרה מצב של שיתוף וחשיפה בקרב המשתתפים, דבר אשר תרם מאוד להתרחשות למידה האחד מהשני. כל המרואיינים ללא יוצא מן הכלל דיברו על כך שלמדו משהו מן ההתערבות, בין אם הלמידה היתה חוויתית או למידה דרך העברת מידע.

המשתתפים ציינו כי למדו מחשיפה לאחרים תוך כדי ההתערבות. ההזדמנות ללמידה מאנשים בקבוצה שמתמודדים עם הפרעה דומה הינה מיוחדת ובמהלך ההתערבות היתה הזדמנות לכך. תהליך החשיפה אמנם במקרים מסויימים גרר תגובה רגשית שנמשכה מעבר למפגש בקבוצה. אך בסופו של דבר תהליך זה לדברי המרואיינים היה כרוך בלמידה ושיפר את ההרגשה.

לדוגמא-

זאת אומרת חשיפה של כל מיני אנשים שחוו את החוויה הזאת של הסכיזופרניה ודיברו על המחלה עצמה. ואז הרשיתי לעצמי להיכנס לאינטרנט ויותר להיכנס לפרטים. זה דברים שאתה לומד אותם. כמו למשל שאתה מפסיק על דעת עצמך את הכדורים. או באים ואומרים לך תשמע זה על אחריותך וזה דרך המאמרים של אותם פרופסורים שחוו את החוויה... קיבלנו כל מיני שאלונים שלפיהם דנו בהם וזה גם גלש יותר לשמוע את הקבוצה עצמה. אתה שומע כל מיני התמודדויות אחרות, שונות. ואז אתה לומד גם מהאחר איך הוא מתמודד עם בעיה מסוימת. אז אם אתה נתקל בבעיה הזאתי אתה יודע או זה קרה לו זה והוא ידע ידע איך לצאת מזה אתה לוקח את הדברים האלה ואתה מיישם אותם בעצמך (ראיון 12)

המרואיינת מדברת על למידה מחשיפה לסיפורים של אנשים אחרים בקבוצה המתמודדים עם סכיזופרניה, שככל הנראה היא בעצמה מתמודדת עם אותה ההפרעה. החשיפה עודדה אותה לקרוא יותר על הנושא וללמוד מאנשים שחוו את החוויה בעצמם. כמו כן רומזת לכך שלמדה בהתערבות את ההשלכות של הפסקת טיפול תרופתי כשהוא נעשה ללא התייעצות רפואית. לבסוף היא מסבירה בפירוט כיצד תהליך הלמידה מאחרים התרחש בפועל על ידי יישום של דברים בחייה, דברים שלמדה מנסיון התמודדות של אחרים בקבוצה.

בנוסף על הלמידה מחשיפה לאחרים המרואיינים ציינו כי צברו ידע ולמדו פרטים על המחלה ועל ההחלמה שלא ידעו קודם לכן.

לדוגמא-

תרמה לי בידע שלא ידעתי ועודד אותי. זה תרם לי לא רק באותו רגע , אלא בכלל, גיליתי שניתן להחלים ממחלת הנפש, דבר שלא ידעתי עד היום (ראיון 14)

המרואיין רכש ידע חדש בהתערבות תוך מתן דוגמא חשובה מאין כמוה והיא האפשרות להחלים ממחלת נפש. ההחלמה נעוצה בבסיס החשיבה השיקומית וכאן המרואיין לא היה מודע לאפשרות שניתן להחלים ממחלת נפש לפני ההתערבות. הגילוי החדש בנוכחות חבריו לקבוצה, מעודד את המרואיין, ויכול להוות התחלה של שינוי תפיסה בקרבו.

הלמידה מחשיפה והלמידה דרך העברת ידע תמכו בתהליך השינוי בקרב המשתתפים שתפס מקום במהלך ההתערבות.

תימה 3: שינוי קוגניטבי

הלמידה במהלך ההתערבות אפשרה בין השאר לשינויים להתרחש. 89% מהמשתתפים דיווחו על שינוי קוגניטיבי כתוצאה מההתערבות. בנוסף נתנו דוגמאות רבות הממחישות יישום של חשיבה חיובית וניפוץ סטריאוטיפים שליליים בנוגע למתמודדים. רובם של המשתתפים בדברם על השינוי הקוגניטיבי שהתרחש אצלם דיברו על חשיבה חיובית, שינוי תפיסה, פירוש מחשבות, ניפוץ סטריאוטיפים ועוד.

לדוגמא-

היה שינוי גדול! הרגשתי שעזרו לי יותר נכון להוציא הרבה כוחות שלא ידעתי שהם נמצאים בי... הבנתי שלמרות הקשיים ולמרות כל הבעיות שיש לי אני יכול לחשוב עליהם יותר בצורה חיובית... אה.. אני אגיד לך באופן כללי הרי הרבה דברים אני חושב שזה סוף העולם זהו, אני

מרגיש לא טוב אני חושב שזה סוף העולם ובזכות הקבוצה הזאת אני... הכול השתנה. יש לי חשיבה חיובית כזו. אני אומר: " לא נורא"...למשל.. השעו אותי מהעבודה לשבוע... וחשבתי כאילו: "מה, מה אני אעשה עכשיו, מה אני אעשה שבוע בבית"? הייתי קצת בבאסה וקצת דיכאון . ואמרתי לעצמי: "נו, לא קרה שום דבר. עוד שבוע אני אחזור לעבודה והכול יהיה בסדר ויקבלו אותי כמו שתמיד מקבלים אותי ומשהו כזה (ראיון 11)

המרואיין מציין כי עבר שינוי גדול ומצא כוחות רבים שלא ידע על הימצאותם הודות לעזרה שקיבל. בהמשך הוא ממחיש כיצד השינוי בא לידי ביטוי בחייו תוך שהוא מתאר את ההפנמה של החשיבה החיובית שלמד במהלך ההתערבות. לדבריו עדיין נותרו לו בעיות וקשיים אך כעת הוא מבין כי הוא יכול לחשוב עליהם בצורה חיובית יותר, ולא לחשוב שזה סוף העולם. לבסוף המרואיין נותן דוגמא ליישום החשיבה החיובית בדוגמא רלוונטית מהחיים.

מעבר לשינויים כגון זה שהוצג לעיל רבים מהמרואיינים סיפרו בשלל דוגמאות על ניפוץ סטריאוטיפים שליליים על אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות.

לדוגמא-

למדתי פרטים שלא ידעתי על המחלה עצמה ועל סטיגמות ששללנו בקבוצה, תהליך שבו אמרו דיעה רווחת והמשתתפים שללו אותה (ראיון 14)

המרואיין מתאר את אופן הלמידה בקבוצה בנושא הסטריאוטיפים. שלב זה בהתערבות עזר לו לנפץ לדבריו סטריאוטיפים שליליים וללמוד פרטים חדשים על המחלה. דוגמא זו הינה כללית וממחישה בצורה יפה את התהליך אך מעבר לכך המרואיינים סיפקו גם דוגמאות ספציפיות הממחישות את תהליך ניפוץ סטריאוטיפים.

לדוגמא-

הייתי אצל יוסף רבינוביץ (שם בדוי), אנשים כאן ברמה מאוד מאוד גבוהה, אינטיליגנטים. אצל יוסף רבינוביץ (שם בדוי) היו אנשים פחות ברמה. כעת אחפש קבוצות של אינטיליגנטים. כאן למדתי את זה שיש נפגעי נפש אינטילגנטים, וכאן מתייחסים בכבוד (ראיון 17)

דרך היכרות עם משתתפים אחרים בהתערבות המרואיין מגלה כי ישנם מתמודדים שהם אינטיליגנטים והם ראויים לכבוד. דוגמא זו ממחישה את ניפוץ הסטריאוטיפ השלילי שתפס מקום בקרב אותו מרואיין כי כל המתמודדים אינם אינטיליגנטים. הגילוי הזה זורע מוטיבציה אצל המרואיין להמשיך ולחפש קבוצות שמתאימות לו בהמשך עבודתו האישית.

השינוי הקוגניטיבי הכולל חשיבה חיובית וניפוץ סטריאוטיפים הוא שלב חשוב מאין כמוהו שההתערבות התכוונה מלכתחילה להשיג דרך השימוש בגישות התנהגותיות-קוגניטיביות. לצד שינוי זה ובמקביל התאפשר גם שינוי רגשי בקרב המרואיינים.

תימה 4: שינוי רגשי

סביר להניח כי התמורה הרגשית בקרב המשתתפים קשורה עם החשיפה העצמית והפורקן הרגשי במהלך ההתערבות. 67% מהמרואיינים דיברו על התמורה הרגשית שעברו. פתיחת הלב, האמון בחברי הקבוצה, החשיפה העצמית, והפורקן הרגשי היו מאפיינים דומיננטים שעלו בקרב המרואיינים.

לדוגמא-

.. זה זה פתח לי את הלב! זה נתן לי... אחרי כל פגישה זה נתן לי חופש.. הרגשתי חופשי יותר, תמיד חיכיתי ליום שלישי שאני אבוא..., כי זה נתן לי.... הייתי מפרק מעצמי גם, כי היינו מדברים בקבוצה וזה שיחרר אותי גם.. נפשית כאילו (ראיון 5)

המרואיין מתאר בהתרגשות גדולה כיצד ההשתתפות, הדיבור והפורקן שיחררו אותו והקלו עליו מבחינה נפשית. הוא מדבר על התמורה הרגשית שחלה בו ואת הרגשת החופש ופתיחת הלב. ניתן לראות בדוגמא זו גם את הציפייה הגדולה ממפגש למפגש, דבר שמדגיש את גודל התרומה שהוא הרגיש שהוא מקבל מהמפגשים.

דוגמא נוספת-

כן שגיליתי את עצמי, שלדבר, לא לפחד לדבר, לפתוח את הלב ולדבר. לא לא לפחד להגיד מה מה מה מציק לי בלב. כאילו מה מה מפריע לי, אם אני לא מרגישה פשוט להגיד את זה לא לפחד. ושאני לא, שלא רק אני חווה את הדבר הזה ופשוט לדבר על זה...הייתי, הייתי ילדה מאוד סגורה. בכלל כי כל החיים הייתי ילדה ביישנית, סגורה ולא מדברת ושומרת הכול בבטן. הסדנאות האלה פשוט גרמו לי להיפתח. להגיד מה שיש לי בלב. ולא, ולחפש פתרון ולא לאכול את עצמי מבפנים (ראיון 13)

תוך כדי תיאור הנטייה שלה מילדות לשמור בבטן דברים ולאכול את עצמה מבפנים המרואיינת מתארת את ההתגברות שלה על הפחד מלהגיד דברים באופן גלוי. שינוי זה גרם למרואיינת להיפתח ולהגיד מה שיש בלב תוך כדי התמודדות עם החששות, ותוך כדי הישענות על חברי הקבוצה וקבלת עזרה.

פתיחת הלב, החשיפה העצמית, והפורקן הרגשי כפי שהוצג הם מאפיינים דומיננטים בקרב המשתתפים והם גררו תגובה רגשית חזקה שהתבטאה בדרך-כלל בהקלה מיידית ובמקרים בודדים נמשכה גם מספר ימים לאחר ההתערבות עד הקלה.

היה לי, לפעמים היה לי קשה כשחזרתי הביתה אבל אני לא יודעת ממה, יכול להיות בגלל שהשתפכתי יותר מידי ונחשפתי יותר מידי, ונחשפתי לבעיות של אחרים שהם שותפות גם לי והם היו עמוק עמוק כאילו דחוסים והם עלו מחדש, וזה עשה לי מועקה. כאילו היה קשה עם זה. אבל אחרי כמה ימים הרגשתי טוב עם עצמי (ראיון 10)

לא תמיד החשיפה מביאה להקלה מיידית, ולעיתים מחייבת תהליך רגשי מורכב יותר . המרואיינת מתארת מצב בו היא נסחפה אחר רגשותיה ומתארת את התגובה הרגשית הקשה שהתלוותה לחשיפה העצמית שלה ולחשיפה לסיפוריהם של האחרים במהלך ההתערבות. החשיפה הביאה לתחושת מועקה שאיתה קשה היה לה להתמודד, אך לבסוף הרגשתה היתה טובה, והיא נתרמה מהעניין.

המרואיינים דיברו על האמון שיש להם בחברי הקבוצה ובאנשים אחרים. הביעו גם את האפשרות שלהם להיתמך ולהיעזר באחרים כאפשרות לגיטימית להתמודדות.

לדוגמא-

אני יותר פתוחה, אני בלשתף קשיים בכל מיני תיאורים שעברתי בחיים, אני יותר בטוחה, בוטחת באנשים. אני אני עכשיו יותר יודעת שאפשר לקבל עזרה מאחרים ברגע שמשתפים, מספרים על הבעיה ולעבוד על הבעיה. וזה משהו שצריך לעשות אותו כדי לקבל עזרה ותמיכה לפתרון הבעיה שקורה שאת נתקעת בו (ראיון 13)

החוויה של ההשתתפות בקבוצה עבור מרואיינת זו היתה חיובית מאוד ולימדה אותה כי כדאי לה לתת אמון וביטחון באנשים בסביבתה ורצוי לעשות זאת על מנת לקבל עזרה ותמיכה בהתמודדויות האישיות.

השינויי הקוגניטיבי ביחד עם השינוי הרגשי בקרב המשתתפים לווה גם בשינוי תפיסת העצמי כפי שהמרואיינים מתארים.

תימה 5: שינוי בתפיסת העצמי

השינויים הקוגניטיביים והרגשיים אפשרו שינוי בתפיסת העצמי אשר היה ניכר בכ- 89% מהמרואיינים.

השיפור בסטיגמה העצמית היה ניכר אצל משתתפי ההתערבות והם השכילו לתאר זאת בבהירות ובפשטות.

לדוגמא-

היה שינוי בסטיגמה העצמית ובשאיפה לאיכות חיים טובה בצל המחלה . אני פחות מתייחס לעצמי כמצורע שחלה במחלת נפש, אני מתייחס לעצמי כאדם שחלה במחלה שיכולה לקרות לכל אדם באשר הוא אדם בלי קשר לשיוך או רקע חברתי או אישי (ראיון 15)

המרואיין מתאר את השיפור המרגש בסטיגמה העצמית ובאיכות חיים כתוצאה מההתערבות. תפיסת המחלה אצל מרואיין זה השתנתה, מה שהביא לשינוי מהותי בתפיסת העצמי. השינוי הוא מתפיסתו את עצמו כאדם מוקצה שצריך לבודדו מהחברה בשל מחלתו הבזוייה אל אדם שווה בן שווים אשר חלה במחלה שיכולה לתקוף כל אדם ללא אבחנה.

דוגמא נוספת-

סיפרתי חוויות על עצמי שעברתי לפני שהייתי חולה וכשהייתי חולה, שאני עכשיו חולה, סיפרתי שהייתי זמר פעם והיה לי שירים שברדיו משדרים כל הזמן וכשאני הייתי חולה אז כל החברים עזבו אותי, כל הלהקה כאילו וכשאחד החברים בלהקה עמד להתחתן להתחתן אז שאלו אותו: "אתה מזמין את איציק (שם בדוי של המרואיין)?, הוא אמר: "לא, הוא בבית מפגרים". אז זה היה דבר שהיה לי קשה קצת בחיים והבנתי בגלל הקבוצה שאני יכול לשנות, ששיניתי הרבה דברים בחשיבה הזאת, מה שחשבו עליי, ש... כאילו מה אני בסופו של דבר חושב על מה שאמרו לי. אני אמרתי: זה שטויות, אני לא מתייחס לאנשים האלו, אני עובר הלאה, ממשיך את החיים, מרגיש טוב עם עצמי, לא מתבייש בזה שיש לי מחלת נפש, אין מה להתבייש בזה, אני בכלל לא מתבייש, אני יכול להיות..אני יכול להקים להקה עם אנשים רגילים כרגע ואני ולהשתלב בחברה פעילה רגילה ממש בקלות בזכות הסדנא הזאת (ראיון 11)

המרואיין מתאר דרך סיפור אישי של מפגש עם הסטיגמה בחייו, את השינוי המהותי בתפיסת העצמי שלו תוך ציון כי אינו מתבייש במחלתו יותר ומרגיש שהוא יכול להשתלב בקהילה הרגילה. המרואיין למד להמשיך הלאה ולא לאפשר לדברים מהסוג הזה להשפיע עליו. את השינוי בתפיסת העצמי הוא מייחס להתערבות.

בנוסף המשתתפים ביטאו בטחון עצמי משופר וכמו כן תחושה של ערך עצמי גבוה יותר ומסוגלות עצמית גבוהה.

לדוגמא-

מרואיין: האמת ש.. בהתחלת הסדנה אני התייחסתי לכולם כחולי נפש! או ש.. לא לא התייחסתי אליהם כמו כמו אחרי הסדנה! אחרי הסדנה הבנתי שלהיות חולה נפש זה בר מזל! כי חולה נפש או משוקם זה.. ממש מתנה _____ דברים כאלה, ואני רואה את עצמי שונה! יש לי ערך עצמי יותר גבוה! אה.. ראיתי אז את עצמי בערך יותר נמוך אהה פחות בטחון עצמי, עכשיו זה עזר לי גם בבטחון עצמי, נראה לי שאפשר להתקדם למרות המחלה (ראיון 5)

גם כאן המרואיין ממחיש לנו את השינוי המהותי בתפיסת העצמי שהוא עבר מתחושה של חולה נפש עם כל ההקונוטציה השלילית הנגועה במונח הזה אל אדם בר מזל. הוא רואה עצמו אחרת היום הודות להתערבות עם ערך עצמי גבוה יותר ובטחון עצמי משופר. השינוי בתפיסת העצמי מביאה לשינוי בהתייחסות שלו גם למתמודדים אחרים לדבריו. לבסוף הוא מסיים במשפט מלא בתקווה לעתיד.

דוגמא נוספת-

כי זה זה מוסיף. זה מלמד איך לחיות ואיך איך לחיות, איך איך איך להתארגן עם חיים, איך לקחת החיים, איך לחיות את החיים. איכות חיים, איך לשפר את איכות החיים...כן. זה זה נותן, בכלל הסדנה הזאת נתנה לי מוטיבציה ונתנה לי כוחות שלא היה לי לפני כן. וזה גרם לי כאילו להרגיש שאני שווה שאני יכולה לעשות כל מה שאני רוצה ולא לוותר ולא להתייאש פשוט לעשות הצעד הנכון את השלבים האלה. ושלבים שמתאימים לי (ראיון 13)

המרואיינת מתארת שינוי דרמטי בתפיסת העצמי. לדבריה היא קיבלה כלים פרגמטיים כיצד לשפר את איכות חייה, גילתה בעצמה כוחות מוטיבציה מחודשים שלא ידעה על קיומם, ומעל לכל המרואיינת מרגישה בעלת ערך עצמי גבוה יותר עם תקווה גדולה לעתיד.

חלק מהמרואיינים סיפרו על ההתעמתות שלהם עם עצם קיום המחלה ובחירתם לקבל את המחלה. יש לציין כי ההתעמתות הזאת הינה ספונטנית ואינה מובנית כחלק מההתערבות.

לדוגמא-

קודם כל הכרתי אנשים מקסימים, ועוד הפעם אמרתי את זה בהתחלה: החשיבה. אתה מקבל את המחלה כמו שהיא, לחיות איתה. זאת אומרת יותר קל כשאתה מקבל את הכלים הנכונים ואת את התדרוך, אז אתה מבין שקל יותר לחיות בצד המחלה...קל יותר... אז בכלל התעלמתי, זאת אומרת לא לא הודיתי במחלה....היה לי יותר קל לדבר עליה בכלל. ולהבין שזה קיים וצריך להתמודד איתה (ראיון 12)

מרואיינת מתארת את הקבלה של המחלה איתה היא צריכה לחיות. מה שהקל עליה לעשות את הצעד הזה לדבריה הם הכלים שרכשה במהלך ההתערבות. המרואיינת שינתה את גישתה אל המחלה מהתעלמות אל התמודדות וקיום חיים לצד המחלה.

השינוי לטובה בתפיסת העצמי בקרב המתמודדים שלווה בשינוי קוגניטיבי ורגשי התבטא גם בהתמודדות המעשית עם מצבים מהחיים.

תימה 6:שיפור בהתמודדות

לבסוף המשתתפים סיפרו הלכה למעשה והמחישו את השינויים שעברו בתוך סיפורי התמודדות מהחיים. 66% מהמשתתפים דיווחו על שיפור מעשי בהתמודדות.

המרואיינים תיארו בסיפורים מהחיים כיצד הם מתמודדים כיום עם סטיגמה תוך יישום הידע והיכולות שרכשו במהלך ההתערבות.

לדוגמא-

שינוי שאני פתחתי את זה לעדנה פעם, עדנה פעם ביקשה מאיתנו אם אנחנו יכולות לכתוב על השינוי שחל אצלנו. אני יש לי עוד שלוש אחיות. אנחנו ארבע אחיות ואני הבכורה. האחיות שלי למרות שאני אני חולה 18 שנים אבל הם מסרבות לקבל את המצב שלי ואת המחלה שלי. שתיהן נשואות מחוץ לבית ואחת איתי בבית. והם כל הזמן למשל אם אני לא יכולה לעשות משהו כי אני במצב לא טוב אז זהו הם אומרות לי שאני מפונקת ועצלנית, כאילו כל כל מיני סיטואציות ושאני מתנהגת באופן מוזר בגלל המחלה אז הם יורדות עלי. עכשיו למדתי, זה היה הסטיגמה שלהם על המחלה שלי. בסדנה למדתי שלא לא לתת לסטיגמה שלהם עלי להיכנס אלי. פשוט לשים מרחק. לשים מחסום ולא ולא לתת לסטיגמה שלהם על המחלה שלי להשפיע עלי. וזה הקלה מאוד גדולה. תתאר לעצמך שהאחיות שלך שאתה רואה כל יום כל יום כל יום אתה נתקל עם אותם בעיות איתם וזה פוגע בך כל יום מחדש, זה הפסיק טוטאלית לפגוע בי(ראיון 10)

המרואיינת מתארת את השיפור המרשים בהתמודדות הקשה שלה מול הסטיגמה והיחס השלילי של אחיותיה. כיום לדבריה היחס מצד אחיותיה הפסיק לפגוע בה הודות למודעות שלה לסטיגמה

שהן מפעילות עליה, הודות לגבולות שהיא יודעת להציב והודות למרחק הנכון שכיום היא יודעת לקחת מהן. התמודדות נוספת שקיבלה ביטוי בסיפורים היא ההתמודדות עם המחלה.

לדוגמא-

מה שייחודי בה זה שאתה לומד דברים. אתה לומד, אתה מיישם דברים והרגשתי את זה שקל לך יותר להתמודד עם המחלה עצמה (ראיון 12)

מרואיין מתאר את ייחודיות ההתערבות תוך שהוא מציין את הכלים הישימים שרכש, כלים שמקלים בהתמודדות עם המחלה לדבריו. הדברים האלה ממחישים כי ההתערבות הצליחה להעביר וללמד כלים להתמודדות מעשית עם המחלה.

הכלים המעשיים שרכשו המשתתפים בהתערבות ישימים לא רק בנושא התמודדות עם הסטיגמה והמחלה אלא הם ישימים גם עבור תחומי חיים אחרים שקשורים ביומיום.

לדוגמא-

האמת מציאותי ונקודות חשובות אמרתי יש כאן, מה יכול להיות בן אדם בדיוק. הבן אדם זה מה יקרה לו או מה קרה לו, וגם זה אז (מילה לא ברורה) גם הדבר בדיוק לחיובי לשלילי או זה כל מחשבות לשנות. לצאת עם זה ולעבוד האמת לעבוד, אנחנו קיבלנו את הכלים פה לזה כל זה מידע. אנחנו צריכים לעבוד עם זה ממש עם זה, לא להשאיר פה ולקחת איתנו ולהשתמש בזה בכל החיים אני חושב. זה לא רק למדנו פה. יש סדנאות נשארים באותו כיתה, פה אנחנו לוקחים לכל החיים שלנו ויש כל יום זה יום יום אנחנו פוגשים את הדברים מה שלמדנו, יום יום וזה קרה, קורה כל הזמן, יש דברים כאלה, אז אנחנו צריכים להיות איתם כל הזמן. אז זה לא כמו סדנאות שמדברים ואומרים או רק מעודד וזה. אנחנו צריכים להיות עם זה כל החיים. אם זה יום יום, אם זה, זה, בכל דרכים. אם זה בעבודה אם זה במשפחה, בכל דרכים האלה. פה הנקודה החשובה, פה בסדנה הזה (ראיון 2)

מרואיין מדבר בצורה משכנעת על הכלים הישימים שקיבל בהתערבות, שלדעתו הם צריכים לשמש אותו לכל החיים בתחומים רבים. הדברים נאמרים עם תקווה ומוטיבציה גבוהים ליישם את הכלים בחיים ועם הערכה גדולה לכלים שקיבל.

תימה 7: שיפור בתקווה

כל המרואיינים ללא יוצא מן הכלל הביעו תקווה לעתיד. התקווה באה לידי ביטוי לרוב בהבעת תחושת אני יכול (Agency) ובראייה כי ישנן מספר דרכים העומדות בפניהם (Pathways).

לדוגמא-

הייתי יושב גם מחשבות כאלה קודם, גם יש אפשרות כזה, אבל לא הייתי בטוח ללכת על זה, אבל עכשיו אני בטוח ויש כל דרכים על זה. מחשבות לא הייתי בטוח, ועכשיו השתנה משהו אני בטוח ויש אפשרות כמה לעשות דברים עכשיו אני עובד בעמותה, אז הייתי מצמצם את יכולתי שלי לעבור למקומות אחר, אני פה (מילה לא ברורה) אני עובד, וזהו. כאילו אני פה רק ולא הייתי מחפש להתקדם או יותר עבודה רגילה וזה, או ללמוד משהו. עכשיו יש לי כמה דרכים ומצאתי בסדנה הזאתי איך, יש הרבה אפשרות לצאת מזה (ראיון 2)

מרואיין עם קשיים קלים בביטוי השפה מרגיש בטוח בעצמו ורואה לפניו מספר אפשרויות העומדות בפניו. המרואיין מבטא רצון להתקדם ורומז לכך כי ההתערבות פתחה עבורו כיווני מחשבה כיצד לקדם את חייו בתחומי עבודה ולימודים. דברים אלה של המרואיין המביעים Agency ו- Pathways הם ביטויים מובהקים של הבעת תקווה.

לדוגמא-

בהתחלה לא הבנתי את זה, מה זה בדיוק מה מה יש לי (אתנחתה) ,זה הסביר לי הרבה דברים על המצב שלי!...ש... שיש תקווה! שאסור להתייאש ואפשר להתקדם בחיים! למשל הגשתי

מועמדות להיות סוכן עכשיו... ו..התקבלתי שנה שעברה אבל לא הלכתי, אתה מבין? זה חת׳כת פרוייקט_____ אז אה.. מקווה שהשנה יהיה לי אומץ יותר להתקדם בחיים! נתן לי כלים להתמודד עם עצמי(אתנחתה)
להאמין בעצמי שאני יכול יותר(אתנחתה), ממה שהייתי בשנה שעברה, לפני הקורס (ראיון 5)

מרואיין מתאר בבהירות את התקווה לעתיד ואת האפשרות להתקדם בחיים. כמו כן נראה שיש לו כבר תכניות להגשמת מטרותיו

לסיכום הממצאים האיכותניים ניתן לראות באופן כללי כי המשתתפים בהתערבות מתארים בחיוב את ההתערבות ואת תוצאותיה. נאמר על ידם כי ההתערבות ייחודית בכך שהיא ממוקדת בנושא רלוונטי של הסטיגמה העצמית וכן היא התאפיינה באווירה הנוחה של שיתוף שנוצרה בקבוצות. המשתתפים מתארים תהליך משמעותי של למידה בדרכים שונות ומדגישים את הלמידה דרך חשיפה לסיפורים של אחרים. השינוי הקוגניטיבי היה נושא שבלט בקרב המשתתפים והוא התבטא בשני אופנים האחד הוא חשיבה חיובית והשני הוא ניפוץ מיתוסים וסטריאוטיפים שליליים לגבי אנשים המתמודדים עם הפרעות נפשיות חמורות. שינוי חשוב נוסף היה השינוי הרגשי בקרב המשתתפים שהתבטא בפתיחת הלב ואמון. יש להניח כי שינוי זה התאפשר בין השאר בזכות החשיפה העצמית של המשתתפים והפורקן הרגשי במהלך המפגשים. שינוי חשוב ביותר התרחש בתפיסת העצמי, והתבטא בשיפור מרשים בסטיגמה העצמית, בטחון עצמי, מסוגלות עצמית ערך עצמי וקבלה עצמית. לבסוף במישור המעשי היה שיפור בהתמודדות עם הסטיגמה, עם המחלה ועם מצבים בחיי היומיום. כמו-כן ניכר כי תקווה גדולה לעתיד נטעה בקרב המשתתפים.

פרק 4: דיון

מחקר זה נערך על מנת להעריך את השפעתה של ההתערבות להפחתת סטיגמה עצמית (NECT) בקרב מתמודדים. להלן נדון בממצאים שהוצגו בפרק הקודם.

הממצאים הכמותיים מעידים על שיפור מובהק באיכות החיים של המתמודדים בקבוצת ההתערבות לעומת המתמודדים בקבוצת הביקורת. עוד מעידים הממצאים על מגמת שיפור בקרב המתמודדים בקבוצת ההתערבות בסטיגמה עצמית, חמלה עצמית והערכה עצמית, זאת למרות שאלה לא נמצאו מובהקים לעומת קבוצת הביקורת. הממצאים האיכותניים של המחקר מעשירים את הממצאים הכמותיים ומלמדים כי התערבות ה- NECT אפשרה תהליך למידה הדרגתי שכלל חשיפה ושיתוף. החשיפה והשיתוף תרמו לשינויים קוגניטיביים ורגשיים להתרחש ואלו התבטאו בסוף ההתערבות בשינוי מרשים בתפיסת העצמי ואף בתקווה ששיפור בה לא נמדד באופן כמותי. שינוי זה עזר להתמודדות המעשית של המשתתפים עם הסטיגמה, ועם המחלה כפי שתיארו בדוגמאות מהחיים.. הממצאים הכמותיים תומכים באופן חלקי בלבד בהשערות המחקר שחזו שיפור לא רק במדד איכות החיים אלא בכל המדדים הנבדקים בקרב המשתתפים בקבוצת ההתערבות. הממצאים האיכותניים לעומת זאת חושפים שינויים מרשימים בקרב המשתתפים בתחומי חיים רבים. הפער הזה יוסבר בהמשך.

הממצא המרכזי של המחקר הנוכחי והוא כאמור שיפור מובהק של איכות החיים בקרב המשתתפים בקבוצת ההתערבות לעומת קבוצת הביקורת. ממצא זה חשוב משום החשיבות הרבה של איכות החיים בשיקום הפסיכיאטרי (Sartorius, 1992), והחשיבות במחקר הערכתי (Priebe et al., 1999). כיום מדד זה מהווה אחד המרכיבים המשקפים החלמה (Resnick et al., 2005). לאחרונה איכות החיים נלקחת בחשבון כבסיס לבניית מטרות בין הלקוח למטפל (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008). איכות חיים הוא מדד מורכב המעריך שביעות רצון בתחומי חיים רבים ונחשב לתוצאה רבת מימדים (Diamond & Becker, 1999), בהערכת התערבויות פסיכוסוציאליות לדוגמא (Barry & Crosby, 1996; Pinkney et al., 1991). איכות החיים גם קשורה באופן עקיף לסטיגמה, זאת אנו למדים דרך משתנים אשר נמצאו קשורים בספרות גם עם איכות חיים וגם עם סטיגמה כגון תמיכה חברתית (Sharir, 2006) ותובנה למחלה (Hasson-Ohayon, Kravetz, Meir, & Rozencwaig, 2009), איכות חיים גם נמצאה בקרב מתמודדים קשורה במחקרי עבר אל המשתנים הנבדקים בעבודה זו כגון הערכה עצמית, תקווה, סטיגמה עצמית וחמלה עצמית (Hasson-Ohayon ;Vauth et al., 2007;Lysaker et al., 2009 et al., 2009.

לאור הקשר המובהק שנמצא בספרות בין המדד איכות חיים למדדים סטיגמה עצמית, תקווה והערכה עצמית (Depla et al., 2005; Rüsch ; McCay & Seeman, 1998;Chiu, & Yiu, 2010 et al., 2010; Torrey et al., 2000, היינו מצפים למדוד שיפור מובהק לעומת קבוצת הביקורת גם במדדים אלה. אך השיפור המובהק כאמור שנמצא בעבודה זו הוא רק עבור המדד איכות חיים. לא נמצא שיפור מובהק עבור המדדים סטיגמה עצמית, תקווה, הערכה עצמית וחמלה עצמית. השערות לגבי הסיבות לחוסר ההתאמה הזאת יידונו בהמשך.

הסבר אחד אפשרי לתוצאות אלה הוא העובדה שמדד איכות חיים הינו כלי אשר מעריך שינוי מצב , כלומר נקודת זמן בה אדם מרגיש או חושב שחייו השתפרו במספר תחומים (Skevington & Wright, 2001). שינוי זה אינו בהכרח מלווה בשינוי במדדים כגון תקווה, הערכה עצמית, חמלה עצמית וסטיגמה עצמית הנחשבים מדדים תבניתיים יותר. לפיכך, אפשרי כי ההתערבות ה-NECT עוזרת להשיג תוצאות משמעותיות יותר בשינוי מצב מאשר בשינוי פנימי. עדיין נותר להסביר כיצד ייתכן שבספרות המקצועית נמצא קשר מובהק בין המדד איכות חיים לבין סטיגמה עצמית, תקווה והערכה עצמית. אם נתבונן במחקרים הניסויים שמצאו קשר בין המדדים הנ״ל ניתן לראות שבנוסף לשינוי במדד איכות החיים היה שינוי במדד תבניתי כגון הערכה עצמית (Torrey et al., 2000) או תקווה (McCay et al., 2007). ההנחה היא ששינוי במדדים תבניתיים אלה בהתאם להסבר לעיל גרם לשינוי גם באיכות חיים שהוא כאמור מעיד על שינוי מצב. שינוי כזה הוא שינוי בכיוון ההפוך לשינוי שהתרחש במחקר הנוכחי שהוא כאמור שיפור באיכות חיים. בנוגע למחקרי הרוחב שמצאו קשר בין המדדים ההסבר הוא שונה. מחקרים אלה מצאו קשר בין איכות חיים לבין תקווה (Chiu et al., 2010) או סטיגמה עצמית (Rüsch et al., 2010). הקשר נמדד בנקודת זמן אחת ומעיד על מצב קיים אצל מתמודדים ולא על שינוי בעקבות התערבות בין שתי נקודות זמן. לכן הממצאים ממחקרי הרוחב אינם אומרים דבר על הכיווניות שבין המדדים איכות חיים לבין תקווה, הערכה עצמית וסטיגמה עצמית ואינם עומדים בסתירה אמיתית לממצאים במחקר זה.

הסבר אחר נוסף קשור בתהליך השינוי ההתנהגותי אצל אנשים. שינוי התנהגותי מוסבר כתהליך שנחשף לאורך הזמן ומערב התקדמות דרך סדרה של ששה שלבים הדרגתיים הרי הם: קדם-התבוננותי, התבוננותי, הכנה, פעולה, תחזוקה ולבסוף שלב הסיום (Prochaska & Norcross, 2001). השאיפה היא שבכל שלב משלבי השינוי יתפוס את מקומו תהליך אחר של שינוי שיביא עמו התקדמות. לפי גישה זו רצוי לאתר היכן נמצא האדם בסולם שלבי השינוי ועל סמך זאת להתאים את ההתערבות לשלב שבו הוא נמצא. התאמה כזאת עשויה להגביר את התוצאות המושגות ולהאיץ את השינוי הנדרש (Prochaska & Norcross, 2001). ייתכן כי במחקר הנוכחי היה פער בין שלב השינוי של המשתתפים לבין השינוי שנדרשו לו בהתערבות. ישנן שתי אפשרויות: או שהמשתתפים באופן ממוצע היו בשלב מתקדם של שינוי לעומת השלב שאליו ההתערבות כיוונה או שהמשתתפים היו בשלב ראשוני של שינוי לעומת זה שנדרשו לו. כעת אבחן את האפשרות שהמשתתפים היו בממוצע בשלב מתקדם בתהליך השינוי. במצב כזה ייתכן כי ההתערבות לא אפשרה למשתתפים להתקדם הלאה בתהליך השינוי כיוון שהיתה מכוונת לאנשים בשלב התחלתי של שינוי. בנוסף ידוע כי קשה יותר להשיג שינוי בשלבים המתקדמים (Prochaska & Norcross, 2001). שלבים אלה מערבים פעולה מצד האדם ובאופן רעיוני שינוי בהם מתאים יותר לתיאור של שינוי פנימי או תבניתי אשר מאפיין את המדדים הערכה עצמית, סטיגמה עצמית ותקווה. מדדים אלה כאמור לא השיגו שינוי מובהק במחקר הנוכחי. אפשרות זו הינה פחות סבירה כיוון שהיא אינה מסבירה בצורה טובה מדוע בכל זאת הושג שינוי באיכות חיים לעומת המדדים האחרים שבהם לא הושג שינוי. האפשרות השנייה היא שהמשתתפים היו בממוצע בשלב

התחלתי בתהליך השינוי. במצב כזה מאוד ייתכן כי המשתתפים התקדמו במהלך ההתערבות לשלבים השני או השלישי בתהליך השינוי הקשורים יותר בהתבוננות, בתפיסה ובהכנה לקראת השינוי האקטיבי. שלבים אלה עשויים להיות מתאימים לתיאור של שינוי מצב אשר מאפיין איכות חיים כפי שמתואר בהסבר הקודם. אם כך האפשרות השנייה היא סבירה יותר כיוון שהיא מסבירה טוב יותר את השיפור המובהק באיכות החיים ואת חוסר השיפור המובהק במדדים האחרים התבניתיים.

בדומה להסבר הקודם ולאור הזמן הדרוש לשינוי התנהגותי (Prochaska & Norcross, 2001) ייתכן כי המדדים סטיגמה עצמית, הערכה עצמית ותקווה אשר כאמור לא נמצאו מובהקים בתום המחקר יראו שינוי דווקא זמן מה לאחר תום ההתערבות. מחקר איכותני אשר ניתח סיפורי החלמה של מתמודדים תומך בהסבר זה ומוצא בסיפוריהם כי שינוי קטן אצלם בנקודת זמן אחת הוביל להצתה של תהליך החלמה (Ridgway, 2001).

מהניתוח האיכותני עולות כאמור בפרק הממצאים שבע תימות שונות אשר בתוכן ניתן למצוא מידע רב המעיד על נוכחותן של שלושת הגישות בהן נעשה שימוש בהתערבות ה- NECT, הגישה הפסיכוחינוכית, הגישה הקוגניטיבית התנהגותית וגישת ההעצמה הנרטיבית. מידע זה מעיד על למידה, שינוי מחשבתי, ניפוץ סטריאוטיפים ושימוש בסיפורים. עובדה זו מצביעה על כך שההנחייה בהתערבות הצליחה במידה מסויימת ליישם את הגישות התיאורטיות עליהן מבוססת ההתערבות. כמו-כן התהליך המתואר על ידי המרואיינים מבטא בצורה יפה את הקשר ההדוק שבין התפיסה/מחשבה לבין הרגש/מצב הרוח לבין ההתנהגות/הפעולה. קשר אשר מהווה בסיס לגישה הקוגניטיבית-התנהגותית.

דבר נוסף שבולט מהניתוח האיכותני הוא החשיבות של הקבוצה שאיפשרה שיתוף ולמידה באווירה נוחה דרך חשיפה, לאחרים ופורקן רגשי. האפשרות הזאת של חשיפה ופורקן רגשי הינה מיוחדת ומזכירה מעט את האוירה שנוצרת בקבוצות העמיתים, הלא אלה הן קבוצות אשר מורכבות ממתמודדים בלבד ומאפשרות תמיכה מאנשים שחוו חוויות דומות ויכולים לעזור האחד לשני מנסיון משותף. ידוע לנו מהספרות המקצועית כי תמיכת העמיתים חשובה מאוד ומקדמת את ההחלמה בקרב מתמודדים (Corrigan, 2006). בנוסף ידוע על החשיבות של המגע עם מתמודדים נוספים, השיתוף של המתמודד את סיפורו בקרב מתמודדים אחרים. שיתוף זה תורם ישירות לשינוי גישות סטיגמטיות (Corrigan et al., 2001), ובנוסף תורם לניסוח מחדש של סיפור החיים האישי (Moran et al., 2010). לניתוח האיכותני חשיבות מיוחדת במחקר זה כיוון שהוא מספק לנו מידע מגוון על החוויה החיובית של המשתתפים בהתערבות, מידע ייחודיות שהגיע מהמשתתפים בשפתם שלהם. כמו-כן הניתוח האיכותני מעגן את ממצאיו בדוגמאות הממחישות את השיפור שנמדד באיכות חיים באופן כמותי ובנוסף בתחומי חיים נוספים כגון תקווה, סטיגמה עצמית, ערך עצמי וכו' שבהם נמדדה רק מגמת שיפור אך לא שיפור מובהק.

כעת אדון בפער בין הממצאים הכמותיים לבין הממצאים האיכותניים שהוזכר בתחילת הדיון. כאמור הממצאים האיכותניים ממחישים בדוגמאות משכנעות שיפור נרחב בתחומי חיים רבים ולעומת זאת הממצאים הכמותניים אינם מצליחים לשכנע באותה מידה. עשויות להיות מספר סיבות לפער שנמצא. ההסבר הראשון נוגע להבדל העקרוני בין שיטות המחקר השונות. בשאלון

כמותי השאלות הן סגורות ואינן מאפשרות לנשאל לספר בשפתו שלו את מה שנשאל עליו אלא הוא נדרש לבחור תשובה מבין מספר אפשרויות מאוד מצומצם. המשתתפים לכן לא יכלו לחלוק את חווייתהם העשירות מההשתתפות בהתערבות באמצעות השאלונים אך לעומת זאת סיפרו על כך בהרחבה במהלך הראיונות האיכותניים. המחקר הכמותי אם כן מצמצם את עושר החוויה אל מספרים צרים. על פי הסבר זה עולה חשיבותו של המחקר איכותני אשר יודע לחשוף את עושר החוויה שנותרת מצומצמת דרך הכלים הכמותיים. הסבר נוסף נוגע לאופן העברת ראיון ה- NEII. הראיון כזכור הינו ראיון חצי מובנה אשר מתחיל בשאלה ספר על השינוי שעברת במהלך ההתערבות. ייתכן כי שאלה זאת מעודדת את הנשאלים לדבר על השינוי ועל ההיבטים החיוביים של ההתערבות ולכן הראיונות מלאים בתיאורים על שינוי חיובי. בדיעבד עדיף אולי היה להשתמש בשאלות פתוחות ולאפשר לנשאלים לספר תחילה על חוייתם בהתערבות באופן פתוח וחופשי ורק בשלב מאוחר יותר בראיון להוסיף את השאלות המובנות במידת הצורך. נקודה נוספת היא שהשאלון הכמותי קדם לראיון בכל המקרים. עובדה זו על-פי הסבר זה עזרה למשתתפים לעבד את השינוי שעברו ולהעלות אותו למודעות ביתר חשיבות ודגש. לכן ייתכן כי במידה והשאלונים הכמותיים היו מועברים לאחר הראיונות הממצאים היו מובהקים יותר.

הנושא האחרון שאדון בו קשור לממצא הבא: חמלה עצמית הוא המדד היחידי מבין כל המדדים במחקר זה שמנבא באופן מובהק את הסטיגמה עצמית. ממצא זה מבוסס על 77 אנשים מזמן 1 של המחקר. נתון זה הינו נתון רוחבי בנקודת זמן אחת שהיא לפני ההתערבות ואין לו קשר לזמן 2 של המחקר. הממצא תואם את השערת המחקר כי ישנו קשר שלילי בין החמלה העצמית והסטיגמה עצמית ומדגיש את הרלוונטיות של החמלה העצמית לסטיגמה העצמית. ממצא זה מצטרף לממצאים מתגברים המעידים כי חמלה עצמית מנבאת בריאות נפשית (Neff, 2010). אם כן היכן עשוייה לתרום החמלה העצמית במחקר על סטיגמה עצמית. פיתוח חמלה עצמית עשויי לעזור למתמודדים במקומות שנראה שהם צריכים עזרה כגון גילוי נדיבות והבנה כלפי עצמם בהתמודדותם היומיומית עם המחלה והסטיגמה העצמית המלווים לעיתים בתחושת חוסר התאמה, חוסר שלמות, כשלון או סבל. זאת במקום לשפוט בחריפות ולנהוג בביקורתיות עצמית. החמלה העצמית עשוייה לעזור למתמודדים לראות את החוויות שלהם כחלק מחוויה אנושית רחבה יותר ובכך להרגיש שווים ושייכים, זאת במקום לראות אותן מבודדות ומופרדות משאר העולם. חמלה עצמית עשויה לתרום למתמודדים לשמור את המחשבות המכאיבות והרגשות המכאיבים בצורה מודעת ומאוזנת במקום להזדהות איתן בצורה מוגזמת.

מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות מרכזיות. ראשית מגבלת גודל המדגם. המדגם כלל מספר משתתפים קטן יחסית בקבוצת המחקר (n=21) ובקבוצת הביקורת (n-20). לאור כיוון השיפור החיובי שנמצא במדדים יש להניח שבגודל מדגם גדול יותר היינו מקבלים תוצאות מובהקות עבור משתנים נוספים והפער בין הממצאים האיכותניים והכמותיים היה מצטמצם. הממצאים אשר תומכים בהשערה זאת הם מגמת השיפור שנמדדה בקבוצת ההתערבות בכל המדדים ובנוסף הממצאים מהראיונות האיכותניים התומכים בשיפור שחל בקרב המשתתפים בתחומי חיים רבים ובין השאר בתחומים שנמדדו כמותית כגון הערכה עצמית, תקווה וסטיגמה עצמית ואיכות

חיים. ממצא נוסף התומך בהסבר זה הוא גודל אפקט אטה בינוני שנמצא עבור המדדים סטיגמה עצמית והערכה עצמית. ממצא זה מרמז כי במידה והמדגם היה גדול יותר סביר שהתוצאות לפחות עבור סטיגמה עצמית והערכה עצמית היו מובהקות.

מגבלה נוספת של מחקר היא ההבדל בנתונים הסוציו-דמוגרפים בין שתי קבוצות המחקר. אמנם נמצא רק הבדל מובהק בגיל אבל ניתן לראות שקבוצת ההתערבות התאפיינה לא רק בגיל צעיר יותר של המשתתפים אלא גם באחוז גבוה של רווקים וברמת השכלה גבוהה יותר.

מגבלה נוספת של המחקר היא אופן הדגימה הלא רנדומלי. הדגימה התבססה על רצונם החופשי של המשתתפים להשתתף במחקר. שתי מגבלות אלו מחלישות את עוצמת הנתונים וכפי שראינו מלבד שינוי מובהק באיכות החיים לא נמצאו שינויים מובהקים נוספים בחלק הכמותי.

מסקנות והשלכות לעתיד

ממחקר זה עולות מספר מסקנות, תחילה, התערבות ה-NECT עשוייה להועיל למתמודדים בשיפור איכות חייהם ובמגוון תחומי חיים נוספים. עובדה זו נוטעת תקווה גדולה בקרב העוסקים בשיקום פסיכיאטרי ובקרב המתמודדים. למרות האמור לעיל מחקרי אורך נוספים עם מספר משתתפים גדול יותר נדרשים על מנת לבסס את יעילות ההתערבות, וכמו-כן מעקב אחר השינוי בקרב המשתתפים גם לאחר זמן מתום ההתערבות. במידה והתערבות ה- NECT תימצא יעילה בעתיד עבור מתמודדים בהפחתת סטיגמה עצמית ותחומי חיים נוספים עשויות להיות לה השלכות מרחיקות לכת.

מסקנה נוספת היא שבמחקר המשך בעתיד יש לבחון את השפעת התערבות ה- NECT בקרב מתמודדים עם סטיגמה עצמית גבוהה. אוכלוסייה זו של אנשים היא אוכלוסיית היעד עבורה פותחה התערבות זו. במחקר הנוכחי לא נעשה מיון כזה של המתמודדים ורמת הסטיגמה העצמית בקרב המתמודדים לא נבדקה והיתה מגוונת ולא בהכרח גבוהה.

מסקנה נוספת היא שיש להמשיך לצמד למחקרי האורך מחקרים איכותניים אשר יאספו אינפורמציה על החווייה הסובייקטיבית של המשתתפים וילמדו אותנו יותר על ההתערבות ועל השלכותיה עבור המשתתפים.

ביבליוגרפיה

Adams s.m. & Jenkins Partee D. (1998). Hope: The critical factor in recovery. *Journal of Psycosocial Nursing and Mental Health Services, 36*, 29-32.

Angst, J. (1988). European long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 14*(4), 501-513.

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 16*(4), 11-23.

Arksey, H. & Knight, P. (1999). Interviewing for social scientists.

Australian Health Ministers (2003) *National Mental Health Plan 2003-2008*,

Canberra: Australian Government
http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EE630ADE7F40F80FCA2572220002D081/$File/plan03.pdf

Barry, M. M., & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry, 168*(2), 210-216.

Beck, A. T. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: New York : Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142*(5), 559-563.

Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. P. Robinson, P. R. Shaver & L. S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes.* (pp. 115-160) Academic Press: San Diego.

Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the british literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(2), 140-153.

Borg, M., & Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health, 13*(5), 493-505.

Branden, N. (1994). *The six pillars of self-esteem* New York, NY, England: Bantam Books, Inc.

Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., & Pickar, D. (1992). Course of illness and predictors of outcome in chronic schizophrenia: Implications for pathophysiology. *British Journal of Psychiatry, 161*, 38-43.

Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 european countries: The GAMIAN-europe study. *Schizophrenia Research, 122*(1-3), 232-238.

Carmines, E.G, Zeller, R.A. (1979). *Reliability and validity assessment*. Beverly Hills: Sage Publications.

Chiu, M. Y. L., Ho, W. W. N., Lo, W. T. L., & Yiu, M. G. C. (2010). Operationalization of the SAMHSA model of recovery: A quality of life perspective. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation, 19*(1), 1-13.

Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.

Corcoran, K. &. F., J. (1987). *Measures for clinical practice:A sourcebook* New York : Free Press.

Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (2005). In Corrigan P. W. (Ed.), *On the stigma of mental illness : Practical strategies for research and social change*. Washington, DC: Washington, DC : American Psychological Association.

Corrigan, P. W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services, 57*(10), 1493-1496.

Corrigan, P. W., & Calabrese, J. D. (2005). Strategies for assessing and diminishing self-stigma. *On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change.* (pp. 239-256) Washington, DC, US: American Psychological Association.

Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Solomon, P. (2008). *Principles and practices of psychiatric rehabilitation: An empirical approach* New York, NY, US: Guilford Press.

Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist, 54*(9), 765-776.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., et al. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*(2), 187-195.

Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 35:53.

Cox, B. J., MacPherson, P. S. R., Enns, M. W., & McWilliams, L. A. (2004). Neuroticism and self-criticism associated with posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Behaviour Research and Therapy, 42*(1), 105-114.

Cutcliffe, J., & Herth, K. (2002). The concept of hope in nursing 2: Hope and mental health nursing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing), 11*(13), 885-9, 891-3.

Czuchta, D. M., & Johnson, B. A. (1998). Reconstructing a sense of self in patients with chronic mental illness. *Perspectives in Psychiatric Care, 34*(3), 31-36.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* New York, NY, US: New York University Press.

Deegan, P. E. (1990). Spirit breaking: When the helping professions hurt. *The Humanistic Psychologist, 18*(3), 301-313.

Deegan, P. E. (1996). Recovery and the conspiracy of hope. Brisbane, Australia.

Denzin, N. K. (., & Lincoln, Y. S. (. (1994). In Denzin N. K. (., Lincoln Y. S. (. (Eds.), *Handbook of qualitative research* Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Department of Health (2001) *The Journey to Recovery*- The Government's vision for mental health care. London: HMSO.

Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., van Weeghel, J., & Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*(2), 146-153.

Diamond, R., & Becker, M. (1999). The wisconsin quality of life index: A multidimensional model for measuring quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry, 60*, 29-31.

Diwan, S., Cohen, C. I., Bankole, A. O., Vahia, I., Kehn, M., & Ramirez, P. M. (2007). Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: Prevalence and associated factors. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(12), 991-998.

Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & MacMillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: II. impact on recovery time. *British Journal of Psychiatry, 169*(5), 602-607.

Evans, D. R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. *Social Indicators Research, 33*(1-3), 47-88.

Gallagher, S. (2003). Self-narrative in schizophrenia. *The self in neuroscience and psychiatry.* (pp. 336-357) New York, NY, US: Cambridge University Press.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353-379.

Goffman, E. (1964). *Stigma : Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, N.J.: Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.

Haddock, G., Tarrier, N., Spaulding, W., Yusupoff, L., Kinney, C., & McCarthy, E. (1998). Individual cognitiveâ€“behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: A review. *Clinical Psychology Review, 18*(7), 821-838.

Harding, C. M. (1988). Course types in schizophrenia: An analysis of european and american studies. *Schizophrenia Bulletin, 14*(4), 633-643.

Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1992). Chronicity in schizophrenia: Revisited. *British Journal of Psychiatry, 161*, 27-37.

Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2006). A qualitative approach to the evaluation of psychosocial interventions for persons with severe mental illness. *Psychological Services, 3*(4), 262-273.

Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Meir, T., & Rozencwaig, S. (2009). Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Research, 167*(3), 231-238.

Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin, 119*(1), 31-50.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing, 17*(10), 1251-1259.

Hogan, M. F. (2003). The president's new freedom commission: Recommendations to transform mental health care in america. *Psychiatric Services, 54*(11), 1467-1474.

Holdcraft, C., & Williamson, C. (1991). Assessment of hope in psychiatric and chemically dependent patients. *Applied Nursing Research : ANR, 4*(3), 129-134.

Holmes, P. E., & River, L. P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(2), 231-239.

Isohanni, M. (2003). What gives hope to schizophrenia sufferers and their ralatives? *Papar Presented in 27th Nordic Psychiatric Congress. Promoting Psychiatric Care.* reykjavik,island.

Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kemppainen, L., Koponen, H., et al. (2005). Predictors of schizophrenia: Evidence from the northern finland 1966 birth cohort and other sources. *British Journal of Psychiatry, 187*, s4-s7.

Korner, I. N. (1970). Hope as a method of coping. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 34*(2), 134-139.

Lai Y.-H. (2003). Symptom distress, catastrophic thinking and hope in nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer Nursing, 26*, 485-493.

Lally, S. J. (1989). How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self concept: "does being in here mean there is something wrong with me?". ProQuest Information & Learning: US). *Dissertation Abstracts International, 50* (1-), 347-348.

Landeen, J., & & Seeman M.V. (2000). Exploring hope in individuals with schizophrenia. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 5*, 45-52.

Lee, E. H. (2001). Fatigue and hope: Relationships to psychosocial adjustment in korean women with breast cancer. *Applied Nursing Research : ANR, 14*(2), 87-93.

Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A criterion-based definition. In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness.* (pp. 101-129) American Psychological Association: Washington.

Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review, 52*(1), 96-112.

Link, B. G., Cullen, F. T., Struening, E. L., Shrout, P. E., & al, e. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: An empirical assessment. *American Sociological Review, 54*(3), 400-423.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*, 363-385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2002). On describing and seeking to change the experience of stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 6*(2), 201-231.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K., & Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory, 16*(2), 149-165.

Lysaker, P. H., Campbell, K., & Johannesen, J. K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: Evidence of an interaction. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(5), 287-292.

Lysaker, P. H., Clements, C. A., Wright, D. E., Evans, J., & Marks, K. A. (2001). Neurocognitive correlates of helplessness, hopelessness, and well-being in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(7), 457-462.

Lysaker, P. H., Davis, L. W., & Hunter, N. L. (2004). Neurocognitive, social and clinical correlates of two domains of hopelessness in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 70*(2-3), 277-285.

Lysaker, P. H., Roe, D., & Yanos, P. T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 192-199.

Lysaker, P. H., Vohs, J. L., & Tsai, J. (2009). Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: Associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophrenia Research, 110*(1-3), 165-172.

Lysaker, P. H., Wickett, A. M., Wilke, N., & Lysaker, J. (2003). Narrative incoherence in schizophrenia: The absent agent-protagonist and the collapse of internal dialogue. *American Journal of Psychotherapy, 57*(2), 153-166.

Lysaker, P. H., Lysaker, J. T., & Lysaker, J. T. (2001). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(3), 252-261.

MacInnes, D. L., & Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15*(1), 59-65.

Mayhew, S. L., & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(2), 113-138.

McCay, E. A., & Seeman, M. V. (1998). A scale to measure the impact of a schizophrenic illness on an individual's self-concept. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(1), 41-49.

McCay, E., Beanlands, H., Leszcz, M., Goering, P., Seeman, M. V., Ryan, K., et al. (2006). A group intervention to promote healthy self-concepts and guide recovery in first episode schizophrenia: A pilot study. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 30*(2), 105-111.

McCay, E., Beanlands, H., Zipursky, R., Roy, P., Leszcz, M., Landeen, J., et al. (2007). A randomised controlled trial of a group intervention to reduce engulfment and self-stigmatisation in first episode schizophrenia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health, 6*(3), 1-9.

Mental Health Commission (2005) *A vision for a recovery model in*

Irish mental health services, Dublin: Mental Health Commission http://www.mhcirl.ie/documents/publications/Qualitative%20Analysis%20A%20Vision%20for%20A%20Recovery%20Model%20in%20Irish%20MHS%202008.pdf

Mental Health Commission (1998) *Blueprint for Mental Health Services*

in New Zealand, Wellington: Mental Health Commission http://www.mhc.govt.nz/users/Image/Resources/1998%20Publications/BLUEPRINT1998.PDF

Merrick, E. (1999). An exploration of quality in qualitative research: Are "reliability" and "validity" relevant? *Using qualitative methods in psychology.* (pp. 25-36) Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research, 37*(1), 6-10.

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide (2nd ed.)* New York, NY, US: Guilford Press.

Moran, S. G., Russinova, Z., Gidgu, V., Yim, J., & Sprague, C.(2010) (in press). Investigation of recovery and growth processes among peer providers with psychiatric disabilities.Qualitative Health Research.

Neff, . (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*(3), 225.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*(2), 85-101.

Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250.

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*(4), 908-916.

Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality, 77*(1), 23-50.

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., & Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9-22.

Pinkney, A. A., Gerber, G. J., & Lafave, H. G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: The clients' perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*(2), 86-91.

Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the manchester short assessment of quality of life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry, 45*(1), 7-12.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 443-448.

Raab K.A. (2005). Fostering hope in psyciatric hospital. *Paper Presented at Yhe Probing the Boundaries Conference,* praque.

Ralph, R. O. (2005). Verbal definitions and visual models of recovery: Focus on the recovery model. In R. O. Ralph, & P. W. Corrigan (Eds.), *Recovery in mental illness: Broadening our understanding of wellness.* (pp. 134-145) American Psychological Association: Washington.

Resnick, S. G., Fontana, A., Lehman, A. F., & Rosenheck, R. A. (2005). An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophrenia Research, 75*(1), 119-128.

Ridgway, P. (2001). ReStorying psychiatric disability: Learning from first person recovery narratives. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 24*(4), 335-343.

Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research, 121*(1), 31-49.

Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatry Research, 129*(3), 257-265.

Robson, P. J. (1988). Self-esteem: A psychiatric view. *British Journal of Psychiatry, 153*, 6-15.

Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*(1), 45-49.

Roe, D., & Ben-Yishai, A. (1999). Exploring the relationship between the person and the disorder among individuals hospitilized for psychosis. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 62*(4), 370-380.

Rosenberg M. (1965). *Society and the adolescent self image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, J., & Cherbuliez, T. (1979). Inpatient group therapy for older children and pre-adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy, 29*(3), 393-405.

Rotgers, F. (1985). Relapse prevention: Strategies for maintaining behavior change. *Carrier Foundation Letter, 108*, 1-4.

Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit self-stigma in people with mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(2), 150-153.

Rüsch, N., Corrigan, P. w., Wassel, A., Michaels, P., Larson, J. E., Olschewski, M., et al. (2009). Self-stigma, group identification, perceived legitimacy of discrimination and mental health service use. *British Journal of Psychiatry, 195*(6), 551-552.

Rush, A. J. (1979). Cognitive therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 13*(1), 13-16.

Sartorius, N. (1992). Rehabilitation and quality of life. *Hospital & Community Psychiatry, 43*(12), 1180-1181.

Scottish Executive(2006)Delivering for mental health.Edinburgh.

Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., et al. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry, 57*(2), 165-172.

Sharir, D. (2006). Social support and quality of life among psychiatric patients in residential homes. US: ProQuest Information & Learning). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66* (10-), 5319.

Shea F. & Hurley E. (1970). Hopelessness and helplessness. *Perspectives in Psychiatric Care,*

Silber, E., & Tippett, J. S. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports, 16*(3), 1017-1071.

Skaff, M. M., & Pearlin, L. I. (1992). Caregiving: Role engulfment and the loss of self. *The Gerontologist, 32*(5), 656-664.

Skevington, S. M., & Wright, A. (2001). Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: Validation of the WHOQOL-100. *British Journal of Psychiatry, 178*, 261-267.

Slade, M., & , . (2009). *Personal recovery and mental illness : A guide for mental health professionals*

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*(4), 570-585.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Risk of non-fatal suicide ideation and behaviour in recent onset schizophrenia: The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*(11), 927-937.

Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(6), 556-558.

Torrey, W. C., Mueser, K. T., McHugo, G. H., & Drake, R. E. (2000). Self-esteem as an outcome measure in studies of vocational rehabilitation for adults with severe mental illness. *Psychiatric Services, 51*(2), 229-233.

Turkington, D., Sensky, T., Scott, J., Barnes, T. R. E., Nur, U., Siddle, R., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for persistent symptoms in schizophrenia: A five-year follow-up. *Schizophrenia Research, 98*(1-3), 1-7.

Vaillot, M. C. (1970). Living and dying. hope: The restoration of being. *The American Journal of Nursing, 70*(2), 268 passim.

Vauth, R., Kleim, B., Wirtz, M., & Corrigan, P. W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Research, 150*(1), 71-80.

Watson, A. C., Corrigan, P., Larson, J. E., & Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318.

Yamashita, M., Forchuk, C., & Mound, B. (2005). Nurse case management: Negotiating care together within a developing relationship. *Perspectives in Psychiatric Care, 41*(2), 62-70.

Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2009). *Narrative enhancement and cognitive therapy: A new group-based treatment for internalized stigma among persons with severe mental illness.* Unpublished manuscript.

Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services, 59*(12), 1437-1442.

Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy for depression. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.).* (pp. 250-305) US: Guilford Press, New York, NY.

Young, S. L., & Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 22*(3), 219-231.

בן יעקב, י ואמיר, מ. (2001). איכות חיים סובייקטיבית: המשגה ומדידה על-פי ארגון הבריאות העולמי . *גרונטולוגיה ,כח*.(4-3), 169-185 גבתון, ד. (2001). *מסורות וזרמים במחקר האיכותי* .צבר בן יהושוע נ.(Ed) תל-אביב : דביר .

רועה, ד. & .לכמן, מ. (2003). התפתחות הידע על ההחלמה מסכיזופרניה וממחלות נפש ממושכות .*שיחות: כתב-עת ישראלי לפסיכותרפיה* .18(1), 38-46.

רז, י. (2006a).*זן בודהיזם - פילוסופיה ואסתטיקה* . תל-אביב : משרד הביטחון- ההוצאה לאור .

רז, י. (2006b) *ריקות חוכמה וחמלה: שלושה שהם אחד. האתגר הבודהיסטי:דרך הבודהה בלשון הווה* [Video/DVD]..אוניברסיטת ת"א נלקח בתאריך 1/3/2010 מ:
http://video.tau.ac.il/Lectures/The_Rector_Wednesday/Raz_2006/

שטרוך נ .,שרשבסקי י.,בידני- אורבך א., לכמן מקס.,זהבי ט., שגיב נ. (2007) .בשרותי בריאות הנפש (Ed.), *סטיגמה, אפליה ובריאות הנפש בישראל סטיגמה ואפליה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי* .ירושלים : מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, המרכז לחקר מוגבלויות ואוכלוסיות מיוחדות .

נספח 1: טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר

אני הח"מ:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' ת.ז. _____

כתובת _____ מיקוד _____

א. מצהיר/ה בזה כי אני מסכים/ה להשתתף במחקר כמפורט במסמך זה.

ב. מצהיר/ה בזה כי הוסבר לי ע"י:

שם החוקר/ת פרופ' דיויד רועה וד"ר אילנית חסון-אוחיון או עוזר/ת מחקר באחריותה כדלהלן:

1. כי החוקרת ד"ר אילנית חסון-אוחיון קיבלה מוועדת האתיקה של המחלקה לפסיכולוגיה באוניברסיטת בר-אילן אישור לביצוע המחקר.
2. כי המחקר נערך בנושא "הערכת התערבות טיפולית המתמקדת בסטיגמה של אנשים עם מחלות נפש".
3. כי אני חופשי/ה להפסיק בכל עת את השתתפותי בניסוי.
4. כי מובטחת סודיות באשר לזהותי האישית.
5. כי בכל בעיה הקשורה למחקר אוכל לפנות לחוקרים דיויד רועה ו/או אילנית חסון-אוחיון להתייעצות נוספת.

ג. הנני מצהיר/ה כי נמסר לי מידע מפורט על המחקר ובמיוחד הפרטים הבאים הקשורים: למטרות המחקר, לשיטות, למשך הזמן הצפוי, לסיכונים הטמונים הנפוצים ולאי הנוחות העלולה להיגרם.

ד. הנני מצהיר/ה בזה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי וכי הבינותי את כל האמור לעיל.

_____	_____	_____
שם משתתף/ת במחקר	חתימה	תאריך

ה. <u>הצהרת החוקר/ת</u>

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתף/ת במחקר כל האמור לעיל ווידאתי שכל הסברי הובנו על ידו/ידה.

_____	_____	_____
שם החוקר המסביר	חתימה	תאריך

נספח 2: שאלון פרטים אישיים

1) א. שם מלא :_____
ב. גיל: _____ .
ג. מין: זכר / נקבה.

2) א. מצב משפחתי:
1. רווק/ה
2. נשוי/אה
3. חי/ה עם בן/ת זוג ללא נישואין
4. גרוש
5. פרוד
6. אלמן\ה

ב. דת/לאום:
1. יהודי/ה
2. נוצרי/ה
3. מוסלמי/ת
4. דרוזי/ת
5. אחר (פרט) _____

3) א. ללא ילדים
ב. ___ ילדים (אנא רשום/י מספר ילדים).

4) השכלה נוכחית :
1. השכלה אקדמאית
2. השכלה אקדמאית נתמכת
3. קורס/ים על תיכונים
4. השכלה תיכונית
5. בגרות
6. השכלה נתמכת
7. עשר שנות לימוד
8. השכלה יסודית (עד כיתה ו')
9. ישיבה
10. אחר (פרט/י) _____

5) ארץ לידה_____.

6) המחלה איתה אני מתמודד_____.

7) גיל אשפוז ראשון_____.

8) מספר אשפוזים_____.

נספח 3: שאלון סטיגמה עצמית ISMI

	מאוד לא מסכים	לא מסכים	מסכים	מאוד מסכים
1. אני מרגיש שאני לא שייך לעולם משום שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
2. אנשים עם מחלת נפש נוטים להיות אלימים.	1	2	3	4
3. אנשים מפלים אותי לרעה משום שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
4. אני נמנע מלהתקרב לאנשים שאין להם מחלת נפש על מנת להימנע מדחייה.	1	2	3	4
5. אני מתבייש או נבוך מכך שיש לי מחלת נפש	1	2	3	4
6. אנשים עם מחלת נפש לא צריכים להתחתן.	1	2	3	4
7. אנשים עם מחלת נפש תורמים תרומות חשובות לחברה.	1	2	3	4
8. אני מרגיש נחות בהשוואה לאחרים שאין להם מחלת נפש.	1	2	3	4
9. אני לא מתרועע עם אנשים כפי שנהגתי בעבר משום שמחלת הנפש שלי עשויה לגרום לי להיראות או להתנהג "מוזר".	1	2	3	4
10. אנשים עם מחלת נפש אינם יכולים לחיות חיים טובים ומספקים.	1	2	3	4
11. אני לא מדבר הרבה על עצמי בגלל שאני לא רוצה להכביד על אחרים עם מחלת הנפש שלי.	1	2	3	4
12. סטריאוטיפים שליליים לגבי מחלות נפש גורמים לי להיות מבודד מהעולם "הנורמאלי".	1	2	3	4
13. הימצאות בחברת אנשים שאין להם מחלת נפש גורמת לי לחוש לא במקום או לא מתאים.	1	2	3	4
14. אני מרגיש בנוח להיראות בציבור עם אדם שהוא בבירור חולה נפש.	1	2	3	4
15. לעיתים קרובות אנשים מתנשאים עליי או מתייחסים אליי כמו אל ילד רק בגלל שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
16. אני מאוכזב מעצמי על כך שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
17. מחלת הנפש שיש לי קלקלה את חיי.	1	2	3	4

	מאוד לא מסכים	לא מסכים	מסכים	מאוד מסכים
18. אנשים יכולים לדעת שיש לי מחלת נפש לפי המראה החיצוני שלי.	1	2	3	4
19. בגלל שיש לי מחלת נפש אני צריך שאחרים יחליטו עבורי את רוב ההחלטות.	1	2	3	4
20. אני מתרחק מסיטואציות חברתיות במטרה להגן על משפחתי או חברי ממבוכה.	1	2	3	4
21. אנשים שאין להם מחלת נפש אינם יכולים להבין אותי.	1	2	3	4
22. אנשים מתעלמים ממני או לוקחים אותי פחות ברצינות רק בגלל שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
23. אני לא יכול לתרום כלום לחברה משום שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
24. החיים עם מחלת נפש הפכו אותי לשורד קשוח.	1	2	3	4
25. אף אחד לא יהיה מעוניין להתקרב אליי בגלל שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
26. באופן כללי, אני מסוגל לחיות את חיי בדרך שאני רוצה.	1	2	3	4
27. אני יכול לחיות חיים טובים ומספקים למרות מחלת הנפש שלי.	1	2	3	4
28. אחרים חושבים שאני לא יכול להשיג הרבה בחיים בגלל שיש לי מחלת נפש.	1	2	3	4
29. סטריאוטיפים לגבי חולי נפש מכוונים אליי.	1	2	3	4

נספח 4: שאלון תקווה- HOPE

	בהחלט לא נכון	לרוב לא נכון	לפעמים לא נכון	מעט לא נכון	מעט נכון	לפעמים נכון	לרוב נכון	בהחלט נכון
1. אני יכול לחשוב על דרכים רבות לצאת מתסבוכת	1	2	3	4	5	6	7	8
2. אני חותר בנמרצות להגשמת מטרותיי	1	2	3	4	5	6	7	8
3. רוב הזמן אני חש עייף	1	2	3	4	5	6	7	8
4. לכל בעייה קיימים פתרונות רבים	1	2	3	4	5	6	7	8
5. אני מנוצח בקלות בעת ויכוח	1	2	3	4	5	6	7	8
6. אני יכול לחשוב על דרכים רבות להשיג את הדברים החשובים בחיי	1	2	3	4	5	6	7	8
7. אני מודאג בקשר לבריאותי	1	2	3	4	5	6	7	8
8. גם כשאחרים מתייאשים, אני יודע שאני יכול למצוא דרך לפתור את הבעיה	1	2	3	4	5	6	7	8
9. ניסיון העבר הכין אותי היטב לעתידי	1	2	3	4	5	6	7	8
10. די הצלחתי בחיים	1	2	3	4	5	6	7	8
11. בדרך כלל אני מודאג ממשהו	1	2	3	4	5	6	7	8
12. אני משיג את המטרות שאני מציב לעצמי	1	2	3	4	5	6	7	8

נספח 5: שאלון הערכה עצמית- RSE

	מסכים בחוזקה	מסכים	לא מסכים	לא מסכים בחוזקה
1) אני חש שאני אדם בעל ערך, לפחות כמו כל האחרים	1	2	3	4
2) אני חש שיש בי מספר צדדים חיוביים	1	2	3	4
3) בסך הכל אני נוטה לחוש שאני כישלון	1	2	3	4
4) אני מסוגל לעשות דברים בצורה טובה כמו רב האנשים	1	2	3	4
5) אני חש שאין לי במה להתגאות	1	2	3	4
6) יש לי עמדה חיובית ביחס לעצמי	1	2	3	4
7) בסך הכל אני מרוצה מעצמי	1	2	3	4
8) הלוואי ויכולתי לחוש יותר כבוד כלפי עצמי	1	2	3	4
9) בהחלט לעיתים קורה שאני חש חסר ערך	1	2	3	4
10) לעתים אני חושב שאני לא שווה כלום	1	2	3	4

נספח 6: שאלון חמלה עצמית- SCS

	1 כמעט ואף פעם לא	**2**	**3**	**4**	**5 כמעט תמיד**
1. אני שיפוטי כלפי הפגמים והליקויים שלי ואיני מסכים עימם.	1	2	3	4	5
2. כשאין לי מצב רוח, אני נוטה להתקבע על כל מה שלא בסדר ולהתעסק בכך באובססיביות.	1	2	3	4	5
3. כשדברים הולכים בכיוון רע עבורי, אני רואה את הקשיים כחלק מהחיים שכולם חווים.	1	2	3	4	5
4. כשאני חושב על הליקויים שלי , זה גורם לי להרגיש מופרד יותר ומנותק משאר העולם.	1	2	3	4	5
5. אני מנסה להתנהג בצורה אוהבת כלפי עצמי כשאני מרגיש כאב רגשי.	1	2	3	4	5
6. כשאני נכשל בדבר שחשוב לי אני נאכל ע"י רגשות של חוסר התאמה.	1	2	3	4	5
7. כשאני מבואס, אני מזכיר לעצמי שיש הרבה אנשים אחרים בעולם שמרגישים כמוני.	1	2	3	4	5
8. כאשר הזמנים באמת קשים, אני נוטה להיות קשה עם עצמי.	1	2	3	4	5
9. כשמשהו מבאס אותי אני מנסה לשמור את הרגשות שלי באיזון.	1	2	3	4	5
10. כשאני מרגיש חוסר התאמה בצורה כלשהי, אני מנסה להזכיר לעצמי שרגשות של חוסר התאמה משותפות לרוב האנשים.	1	2	3	4	5
11. אני חסר סובלנות וסבלנות כלפי הצדדים באישיותי שאני לא אוהב.	1	2	3	4	5
12. כאשר אני עובר תקופה קשה , אני מעניק לעצמי את כל הדאגה והרכות שאני צריך.	1	2	3	4	5
13. כשאני מבואס , אני נוטה להרגיש שסביר להניח שרוב האנשים מאושרים ממני.	1	2	3	4	5

	1 כמעט ואף פעם לא	**2**	**3**	**4**	**5 כמעט תמיד**
14. כשקורה משהו מכאיב, אני מנסה להסתכל על הסיטואציה בצורה מאוזנת .	1	2	3	4	5
15. אני מנסה להסתכל על רגשותיי כחלק מהתנאים האנושיים.	1	2	3	4	5
16. כאשר אני רואה צדדים בעצמי שאני לא אוהב, אני יורד על עצמי.	1	2	3	4	5
17. כאשר אני נכשל בדבר שחשוב לי אני מנסה לשמור את הדברים בפרספקטיבה.	1	2	3	4	5
18. כשאני באמת נאבק, אני נוטה להרגיש שבוודאי אנשים אחרים עוברים את זה בצורה קלה יותר.	1	2	3	4	5
19. אני נדיב כלפי עצמי כאשר אני חווה סבל.	1	2	3	4	5
20. כאשר משהו מבאס אותי אני נסחף עם רגשותיי.	1	2	3	4	5
21. אני יכול להיות מעט קר לב כלפי עצמי כאשר אני חווה סבל.	1	2	3	4	5
22. כשאין לי מצב רוח אני מנסה לגשת לרגשותיי עם סקרנות ופתיחות.	1	2	3	4	5
23. אני סובלני כלפי הפגמים והליקויים שלי .	1	2	3	4	5
24. כאשר קורה משהו שפוגע, אני נוטה להוציא את המקרה מפרופורציה.	1	2	3	4	5
25. כאשר אני נכשל במשהו שחשוב לי, אני נוטה להרגיש לבד עם כשלוני.	1	2	3	4	5
26. אני מנסה להיות מבין וסובלני כלפי הצדדים באישיותי שאני לא אוהב.	1	2	3	4	5

נספח 7: שאלון איכות חיים- MANSA

1. כמה אתה מרוצה מחייך באופן כללי?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
2. כמה אתה מרוצה מעבודתך (עבודה או עבודה מוגנת, או ההכשרה/לימודים שמהווים את עיסוקך הראשי)? אם אינך עובד או שפרשת לגמלאות, אז כמה אתה מרוצה מכך שאינך מועסק/שאתה גמלאות?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
3. כמה אתה מרוצה ממצבך הכלכלי?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
4. כמה אתה מרוצה ממספר החברים שיש לך ומאיכות הקשר שלך איתם?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
5. כמה אתה מרוצה מהפעילויות שלך בשעות הפנאי?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
6. כמה אתה מרוצה ממקום המגורים שלך?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
7. כמה אתה מרוצה מביטחונך האישי?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
8. כמה אתה מרוצה מהאנשים איתם אתה גר?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
9. כמה אתה מרוצה מחיי המין שלך?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר

10.כמה אתה מרוצה ממערכת היחסים שלך עם משפחתך?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
11. כמה אתה מרוצה ממצב בריאותך?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר
12.כמה אתה מרוצה ממצב בריאותך הנפשי?	1 לא יכול להיות יותר גרוע	2 לא מרוצה	3 בעיקר לא מרוצה	4 מעורב	5 בעיקר מרוצה	6 מרוצה	7 לא יכול להיות טוב יותר

נספח 8: ראיון חצי מובנה(NEII) להערכת תוצאות התערבות עבור אנשים עם הפרעת נפש חמורה (חסון אוחיון,רועה,קרביץ 2006)

תיאור תהליך ההתערבות

1. מה השינוי,(במידה והיה) שהתרחש במהלך ההשתתפות בפעילות? במידה ולא היה שינוי תאר מה קרה במהלך ההשתתפות בפעילות?
2. מה עשה המנחה שהעביר את הפעילות במהלכה?
3. מה עשית במהלך הפעילות?
4. כיצד פעילות זו שונה מפעילויות אחרות שהשתתפת בהם בעבר?
5. באיזה מובן פעילות זו דומה לפעילויות אחרות שהשתתפת בהם בעבר?

תיאור תוצאות ההתערבות

6. בבקשה תאר מה תרמה לך הפעילות. מה היתה ההשפעה של הפעילות לאחר סיומה?

הערכה של תהליך ההתערבות

7. אילו חלקים בפעילות הועילו?
8. אילו חלקים בפעילות לא היו רצויים?
9. מה עשית במהלך הפעילות שעזר לך?
10. מה עשה המנחה שהעביר את הפעילות שעזר לך?
11. האם הפעילות עזרה לך באופן אחר מאשר סדנאות אחרות שהשתתפת בהם בעבר?
12. באיזה דרך פעילות זו הועילה לך שהיתה דומה לדרך שהועילו לך פעילויות שהשתתפת בהם בעבר?

הערכה של תוצאות ההתערבות

13. האם הפקת תועלת מהסדנה?
14. מה היו,אם בכלל ההשפעות הלא רצויות של הסדנה?
15. האם היית רוצה להמשיך להשתתף בסדנה דומה? מדוע?
16. האם היית ממליץ לאחרים להשתתף בסדנה זו? מדוע?

The impact of an intervention designed to reduce self stigma among people with serious mental illness

Oren derhy

ABSTRACT

There is accumulating evidence that approximately one third of people with a serious mental illness (SMI) suffer from elevated self-stigma. Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT) is a structured group-based intervention aimed to decrease self-stigma and promote recovery.

The current study uses quantitative and qualitative methods in order to evaluate the impact of the NECT among persons with SMI who participate in NECT. A quasi experimental design was used In order to investigate the effectiveness of NECT using and compared the outcome measures of 21 persons with SMI who participated in NECT to 20 persons who received treatment as usual (TAU). In addition qualitative analysis of semi-structured interviews conducted with 18 NECT completers.

The NECT treatment group improved significantly in quality of life (QOL) between time 1 and time 2, in contrast to the control group. Both treatment and control groups improved significantly in self-stigma, self-esteem and self compassion between time 1 and time 2, although there was a trend for the NECT group to show greater improvement. Qualitative analysis revealed the uniqueness of the NECT and six other domains of improvement participants attributed to participating in the intervention: learning, cognitive change, emotional change, self perception change, improved coping and enhanced hope. Randomized controlled studies are needed in order to further evaluate the effectiveness of the NECT .

The impact of an intervention designed to reduce self stigma among people with serious mental illness

Oren Derhy

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE

University of Haifa
Faculty of social welfare & health sciences
Department community mental health

November, 2010

The impact of an intervention designed to reduce self stigma among people with serious mental disorder

By: Oren Derhy

Supervised by: Prof. David Roe

THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE MASTER DEGREE

University of Haifa
Faculty of social welfare & health sciences
Department of Community Mental Health

November, 2010