

מידת האמון של המתמודדים עם מחלת נפש חמורה בספקי שירותי בריאות הנפש

אנואר ח'טיב

המאמר מתאר מחקר שבדק את מידת האמון שנותנים המתמודדים עם מחלת נפש חמורה בספקי שירותי בריאות הנפש (severe mental illness – SMI). השערת המחקר הייתה כי אצל הנבדקים תימצא רמת אמון גבוהה יותר בעובד הסוציאלי לעומת רמת האמון בפסיכיאטר, לאור ההבדלים בסמכות ובמאפייני תפקידיהם המקצועיים. במחקר השתתפו 60 מתמודדים החיים ומטופלים בקהילה, שחוו אשפוזים פסיכיאטריים, ומקיימים קשר רציף הן עם פסיכיאטר (9 פסיכיאטרים), והן עם עובד סוציאלי (11 עובדים סוציאליים) בתקופה של חצי שנה לפחות. הממצאים העלו כי בהתאם להשערה, מידת האמון בעובד הסוציאלי גבוהה באופן ניכר ממידת האמון בפסיכיאטר. נמצא קשר משמעותי בין משך הקשר עם הפסיכיאטר לבין רמת האמון בו. כמו כן, המשתנה היחיד שנמצא מנבא רמת אמון בפסיכיאטר הוא תדירות הקשר שמקיים הפסיכיאטר עם המטופל. לעומת זאת, משך זמן הטיפול, תדירות המפגשים ומספר האשפוזים החוזרים נמצאו מנבאים את רמת האמון בעובד הסוציאלי. העלאת תדירות המפגשים עם הפסיכיאטר תיצור תנאים חיוניים שיאפשרו לפסיכיאטר ליצור אמון ברמה גבוהה בקרב המטופלים, וצמצום מספר האשפוזים החוזרים עשוי לשמר את רמת האמון בעובד הסוציאלי.

מילות מפתח: אמון, ספקי שירות, בריאות נפש, פסיכיאטר, עובד סוציאלי

סקירת ספרות

שירותי בריאות הנפש: אמון, איכות ונגישות

מידת האמון של מטופלים בנותני שירותים בבריאות הנפש חשובה מאוד למגוון היבטים של איכות השירות: נגישות השירות, יכולת אבחון וטיפול אפקטיביים ושיתוף פעולה מתמשך של המטופל עם תוכנית הטיפול (Brown, Calnan, Scrivener, & Szmukler, 2009). שירותים אלה הם רק חלק מן ההיבטים המושפעים ממידת האמון

שנותן המטופל באיש המקצוע. בהקשר של נגישות השירותים, מידת האמון שחש המטופל עשויה להכריע בשאלה אם לפנות ולקבל שירותים. במקרים שבהם יש ניסיונות קודמים שליליים עם השירות וכן חוויה שלילית של תוצאות התערבות קודמת שנעשתה במסגרת שירותי בריאות הנפש, סביר כי המטופל יימנע מחזרה לשם. במקרים שבהם אין ניסיון ישיר קודם או שיש ניסיון מועט עם שירותי בריאות נפש, מטופלים משתמשים בידע שיש להם מניסיון קודם עם מוסדות בריאות או רווחה או מקשרים חברתיים קרובים (Appleby, 2008). הידע הקודם והקשרים החברתיים הקרובים הם בבחינת גשר של אמון בין אנשי המקצוע למקבל השירות, בייחוד בתקופות שבהן מקבל השירות חווה חוסר ביטחון וחוסר אמון בהם (National Institute for Clinical Excellence, 2003). בהעדר ידע קודם המאפשר להעריך את אמינות השירות, מטופלים עשויים להגיע להחלטה על פי מידת האמון שיש להם בגורם המפנה, וכך להתגבר על אי הוודאות לגבי היכולת והמניעים של השירות (Brown et al., 2009). אף על פי שתפיסות כלליות של שירותי בריאות הנפש חשובות לאמון, תקשורת יעילה בין איש המקצוע למטופל היא הכרחית (Brown, 2008; Calnan & Sanford, 2004). חוויה של תמיכה בשילוב תוצאות התערבות חיוביות הנגזרות מאינטראקציה טיפולית איכותית בין איש המקצוע והמטופל, היא חיוניות ליצירת אמון. האבחון הפסיכיאטרי, שלא כמו ברפואה הכללית, נשען ברובו על אינטראקציה בין איש המקצוע לבין המטופל. אינטראקציה טיפולית איכותית שבה המטופל מרגיש שהוא יכול לבטוח באיש המקצוע, עשויה להוביל את המטופל לחשוף את "ההיסטוריה" המדויקת והגלויה שלו, וכך לסייע למטפל בתהליכי אבחון והערכה מדויקים, ולקבוע תוכנית ההתערבות בהמשך (Dew et al., 2007). בהקשר זה, אמון הופך להיות חיוני ביותר לתהליך האבחון והטיפול, באפשרו למטופל חשיפה עצמית פתוחה וגלויה (Seale, Chaplin, Lelliott, & Quirk, 2006).

אמון כתהליך תקשורתי במפגש טיפולי

אמון הוא תהליך של הבניית ידע המשמש לאדם אמצעי להתגבר על האפשרות לפגיעות במצבים של אי ודאות (Mollering, 2006). האמון מתבסס על שימוש בידוע כדי להעריך את הבלתי ידוע ולפתח ציפיות חיוביות אליו. בעולם החברתי אנשים נוטים לסווג את זולתם בין היתר על פי המידה שבה הם יכולים לבטוח בהם, וזאת כחלק מתהליך של שיפוט מקדים (Schutz, 1972). אמון עשוי להיתפס כבלתי רציונלי, כיוון שההחלטה לבטוח בפלוני מעמידה את האדם הבוטח במצב של פגיעות, שכן אין לו ידע מלא על התוצאות (Brown et al., 2009). אמון, מעצם הגדרתו, מתרחש בנסיבות של אי-ודאות באשר למניעים וליכולת של מושא האמון. במובן זה, לאמון יש צדדים חיוביים ושליליים כאחד, שכן הוא נוצר

על בסיס מסוים של ניסיון קודם אך משתמשים בו כדי לבנות הנחות לגבי העתיד (Brown et al., 2009).

וויליאמס (Williams, 2007) רואה באמון ביטוי לאמונה הפנימית של האדם כי המקבל האמון ולנותן האמון יש מניע משותף, ואין למקבל האמון אינטרסים שעשויים לעמוד בסתירה לזה המעניק אותו. על דרך ההיפוך, אי אמון הוא בבחינת אי אמונה כי מקבל האמון הוא בעל אינטרסים דומים לנותן האמון: "אני חש אי אמון כאשר יש בי חשד כי האינטרסים והמטרות של האחר אינם נמצאים בהלימה עם האינטרסים שלי או עם הדברים שהאחר טוען להם" (Williams, 2007, p. 4).

בהקשר הטיפולי, המידה שבה המטפל ממוקד במטופל, נוהג במקצועיות, מעניק תשומת לב ועושה שימוש במומחיותו המקצועית – כל אלה מכתיבים את מידת האמון שיעניק לו המטופל (Calnan & Sanford, 2004). בימינו, שבהם למטופלים יש יותר ידע מאי פעם והם מודעים לכך שאנשי המקצוע עלולים לטעות, חייבת התקשורת להיות יעילה, הדדית ודו-כיוונית (Alaszewski & Brown, 2007). תקשורת כזו פירושה כי איש המקצוע מסוגל להקשיב, לעודד ולתקשר בבהירות עם המטופל (Allsop & Jones, 2008). על המטפל להוכיח את יכולתו. זאת שלא כמו בעבר, שבו היכולות של איש המקצוע נחשבו מובנות מאליהן. על המטופל להיות משוכנע, על סמך המסרים התקשורתיים ששולח המטפל, במניעים וברמת המומחיות של המטפל. כדי שיווצר אמון, נדרשת דרגה מסוימת של קרבה המאפשרת להקטין את ההישענות על הסקה טנטטיבית, ובכך להתגבר על פגיעות ועל אי-ודאות עתידית (Dunn, 1993). תקשורת טובה וקרבה בין המטופל למטפל הן בבחינת תנאי הכרחי ליצירת אמון.

בתחום בריאות הנפש, כך אבקש לטעון, יש לאמון השלכה לא רק על טיב הקשר הדיאדי מטפל-מטופל, אלא גם על האופן שבו מטופלים תופסים את איכות שירותי בריאות הנפש בכלל ואת מידת הנגישות שלהם עבורם. בשל כך, חשוב מאוד לבחון את מידת האמון של מטופלים באנשי המקצוע וכיצד הם תופסים את היחסים עם המטופלים שלהם, ובמיוחד עם העובד הסוציאלי והפסיכיאטר.

* שאלת המחקר: האם יש הבדל ברמת האמון בפסיכיאטר לעומת רמת האמון בעובד הסוציאלי בקרב מטופלים הסובלים ממחלת נפש קשה, ומהם המשתנים הבלתי תלויים שיימצאו קשורים בצורה ניכרת לרמת האמון של המטופל במטפל?
* השערת המחקר: יימצא הבדל ניכר ברמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי לעומת רמת האמון בפסיכיאטר: רמת האמון בעובד הסוציאלי תהיה גבוהה באופן ניכר מרמת האמון בפסיכיאטר.

המחקר

אוכלוסיית המדגם

במחקר השתתפו 60 מטופלים, שבעת איסוף הנתונים (יוני 2011) חיו בקהילה במסגרת ארבעה שירותי דיור ושיקום (שני הוסטלים ושתי מסגרות לדיור מוגן) בצפון הארץ. כל הנבדקים אושפזו בבית חולים פסיכיאטרי ואובחנו במהלך אשפוזם הראשון כסובלים מהפרעות נפש חמורות, וכולם מקיימים קשר רציף (לפחות שישה חודשים) עם פסיכיאטר ועם עובד סוציאלי במסגרת תוכנית השיקום שלהם. המדגם כלל 9 פסיכיאטרים, מרביתם גברים (8, N=8, 87.5%) בגיל ממוצע של 44.78 שנים (ס.ת. 5.44), ו-11 עובדים סוציאליים, מרביתם נשים (10, N=10, 90%) בגיל ממוצע של 37.33 שנים (ס.ת. 2.96). לוח 1 מציג את תיאור אוכלוסיית המדגם.

לוח 1: פרטים של אוכלוסיית המדגם

%	N		
43.3	26	נשים	מין המטופל
56.7	34	גברים	
		37.7 (ס.ת. 10.3)	גיל המטופל
		3.8 (ס.ת. 3.5)	מספר אשפוזים חוזרים
		11.1 (ס.ת. 1.9)	השכלת המטופל (בשנים)
		24.08 (ס.ת. .92)	השכלת המטפל (בשנים)
		15.66 (ס.ת. .79)	עובד סוציאלי
53.3	32	רווק	מצב משפחתי של המטופל
26.7	16	נשוי	
20	12	גרש	
100	60	יהודי	דת המטופל
50	30	סכיזופרניה	אבחנה פסיכיאטרית
26.7	16	דיכאון מזוירי	באשפוז הראשון
16.7	10	מניה דפרסיה	
6.7	4	הפרעת אישיות	

כלי המחקר

כלי המחקר כלל שני חלקים: שאלון אודות מאפייני הרקע של המטופלים ושל המטפלים, ושאלון הבדק את רמת האמון של המטופל במטפלים.

שאלון מאפייני הרקע

השאלון שבדק מאפייני רקע של המטופלים כלל פרטים דמוגרפיים, היסטוריה פסיכיאטרית ובכללה המשך טיפול, ומעקב בקהילה. במרכיב זה נכללו המשתתפים: גיל, מין, מצב משפחתי, מספר ילדים, שנות לימוד, תאריך האשפוז הפסיכיאטרי הראשון, אבחנה פסיכיאטרית באשפוז הראשון, טיפול תרופתי שהמטופל מקבל, תאריך שחרור מהאשפוז הפסיכיאטרי הראשון, קיום קשר עם פסיכיאטר בקהילה, משך הקשר, תדירותו ומשך הפגישה, קיום קשר עם עובד סוציאלי בקהילה, משך הקשר, תדירותו ומשך הפגישה, ומספר האשפוזים הפסיכיאטריים שהנבדק צבר מאז שחרורו מהאשפוז הראשון.

השאלון שבדק את נתוני הרקע של המטפלים כלל: גיל, מין ומספר שנות השכלה. שאלון זה הועבר באופן נפרד לכל מטפל המקיים קשר עם הנבדקים.

שאלון רמת האמון של המטופל במטפלים

את המדד פיתחו אגד ואליס (Egede & Ellis, 2008), כדי להעריך רמת האמון בשלושה ממדים של מערכת הבריאות: ממד שבודק רמת אמון בנותן השירות וכולל 10 פריטים, ממד שבודק רמת אמון בביטוח הרפואי וכולל ארבעה פריטים, וממד שבודק רמת אמון במוסד הרפואי וכולל שלושה פריטים. 17 הפריטים בכלי הם משפטי הצהרה, והנבדק אמור לדרג את עצמו ביחס לכל הצהרה על פני סולם ליקרט בן חמש קטגוריות: תמיד אני מרגיש כך, לעתים קרובות אני מרגיש כך, לעתים אני מרגיש כך, לעתים רחוקות אני מרגיש כך ואף פעם לא הרגשתי כך. למחקר הנוכחי נבחר ממד אחד הבודק רמת האמון בנותן השירות שכלל 10 פריטים. מפתחי הכלי בדקו את מהימנות החלק הנבחר (Egede & Ellis, 2008), והתוצאה הייתה $\alpha = 0.89$. מהימנות הכלי נבדקה שוב במחקר הנוכחי והתוצאה הייתה $\alpha = 0.86$. מפתחי הכלי תיקפו אותו (Egede & Ellis, 2008) באמצעות בדיקת המתאם בין פריטי הכלי לבין מדדים מבוססים קיימים – תוקף קריטריון: עם המדד לטיפול ממוקד בחולה (טווח מקדמי המתאם של קורלציות נע בין $r = -.22$ ל- $r = .62$, עם המדד מוקד שליטה בבריאות (נמצא מתאם של $r = .42$, $p < .001$), עם המדד של היענות – דבקות בקבלת טיפול תרופתי (נמצא מתאם של $r = .25$, $p < .001$), עם המדד תמיכה חברתית (נמצא מתאם של $r = .25$, $p < .001$) ובמדד שביעות רצון של המטופל (נמצא מתאם של $r = .67$, $p < .001$). הציון המקסימלי של המדד לרמת האמון בספק השירות הוא 50 והציון המינימלי הוא 10.

הליך המחקר

הצעת המחקר הוגשה לוועדת האתיקה במוסד האקדמי שבו התבצע המחקר. לאחר קבלת הסכמתם הראשונית של הממונים בארבעת השירותים, נוסחה פנייה בכתב למטופלים לשם קבלת הסכמתם להשתתף במחקר. הפנייה הועברה למטופלים באמצעות אנשי הצוות הנמצאים איתם בקשר ישיר בשירות. בפנייה ניתן הסבר קצר על המחקר ועל מטרתו, והמטופלים התבקשו להביע את הסכמתם בכתב להשתתף במחקר. החוקרים התחייבו לשמור על אנונימיות המשתתפים ולהשתמש בנתונים רק לצורך המחקר הנוכחי. מתוך 68 מטופלים הביעו 60 את הסכמתם להתראיין. הם הגיעו למפגש שנקבע לצורך כך במסגרת השירותים. 8 מטופלים שלא הגיעו לא נכללו במחקר. הנתונים נאספו באמצעות ריאיון ששערכו סטודנטים בשנתם השלישית ללימודי עבודה סוציאלית.

ממצאים

מטרת המחקר הייתה לבדוק את ההבדל ברמת האמון שנותנים מטופלים הסובלים ממחלת נפש קשה בפסיכיאטר לעומת רמת האמון שלהם בעובד סוציאלי. לשם בדיקת ההשערה, נערך מבחן t למדגמים מזווגים שהשווה בין שני ממוצעים של רמת האמון בשתי הקבוצות, פסיכיאטרים לעומת עובדים סוציאליים, ותוצאותיו מוצגות בלוח 2. לאחר מכן נערך ניתוח קורלציה לבדיקת הקשר בין המשתנים הבלתי תלויים (משתני רקע) לבין רמת האמון (לוח 3). לבסוף נערך ניתוח רגרסיה מרובה כדי לבדוק את תרומתו של כל משתנה בלתי תלוי להסברת השונות במשתנה התלוי, כאשר התרומה היחסית של שאר המשתנים הבלתי תלויים מבוקרת (לוח 4). לוח 2 מציג תוצאות ניתוח שונות ברמת האמון בפסיכיאטר לעומת האמון בעובד סוציאלי.

לוח 2: השוואת ממוצע רמת האמון: פסיכיאטר לעומת עובד סוציאלי

	עובד סוציאלי	פסיכיאטר	
$t = -7.89^*$	35.26	27.78	ממוצע רמת האמון
	6.27	3.32	סטיית תקן
	18.00	23.00	מינימום
	45.00	34.00	מקסימום

* $p < .001$

מידת האמון של המתמודדים עם מחלת נפש חמורה בספקי שירותי בריאות הנפש

מלוח 2 עולה, כי השוונות בממוצע רמת האמון של הנבדק בפסיכיאטר לעומת רמת האמון שלו בעובד סוציאלי היא בעלת מובהקות סטטיסטית לטובת העובד הסוציאלי, ממוצע רמת האמון בפסיכיאטר 27.78 (ס.ת. 3.32) לעומת 35.26 (ס.ת. 6.27) בעובד הסוציאלי.

לוח 3 מציג תוצאות ניתוח קורלציה לבדיקת הקשר של רמת האמון עם המשתנים הבלתי תלויים – משתני רקע: גיל, מין, שנות השכלה של המטופלים ושל המטפלים, מצב משפחתי, מספר ילדים, מספר האשפוזים הפסיכיאטריים מאז התפתחות ההפרעה, משך הקשר עם הפסיכיאטר, עם העובד הסוציאלי (בחודשים), תדירותו (בשבועות) ומשך הפגישה איתם (בדקות).

לוח 3: הקשר בין רמת האמון בפסיכיאטר ורמת האמון בעובד סוציאלי לבין המשתנים הבלתי תלויים

משתנים בלתי תלויים	ממוצע	סטיית תקן	רמת אמון בפסיכיאטר	רמת אמון בעובד סוציאלי
גיל המטופל	37.7	10.3	-.10	.11
מין המטופל	-	-	.09	.07
מצב משפחתי	-	-	-.21	.02
מספר ילדים	1.2	.93	-.03	-.14
מספר אשפוזים חוזרים	3.8	3.5	.16	-.74 **
השכלת המטופל (בשנים) משך הקשר (בחודשים)	11.1	1.9	.01	-.22
עם פסיכיאטר	8.97	3.17	.24 *	-
עם עובד סוציאלי תדירות מפגשים (בשבועות)	10.7	6.02	-	.77 **
עם פסיכיאטר	12.57	7.6	-.02	-
עם עובד סוציאלי משך פגישה (בדקות)	2.00	.08	-	.81 **
עם פסיכיאטר	13.50	4.14	-.10	-
עם עובד סוציאלי גיל	33.66	8.72	-	.02
הפסיכיאטר	44.78	5.44	-.03	-
העובד הסוציאלי	37.33	2.96	-	.09

* $p < .05$ ** $p < .001$

← המשך

לוח 3 (המשך)

משתנים בלתי תלויים	ממוצע	סטיית תקן	רמת אמון בפסיכיאטר	רמת אמון בעובד סוציאלי
גיל				
הפסיכיאטר	44.78	5.44	-.03	-
העובד הסוציאלי	37.33	2.96	-	.09
מין				
הפסיכיאטר	-	-	18.99	-
העובד הסוציאלי	-	-	-	10.34
השכלה (בשנים)				
הפסיכיאטר	24.08	.09	-.13	-
העובד הסוציאלי	15.66	.79	-	-.11

* $p < .05$ ** $p < .001$

מלוח 3 עולה כי יש קשר חיובי מובהק בין רמת האמון של הנבדק בפסיכיאטר לבין משך הקשר שהוא מקיים עמו. כך, ככל שהקשר עם הפסיכיאטר היה ארוך יותר כך עלתה רמת האמון בו ($r_p = .24, p < .05, df = 1$). בשאר המשתנים הבלתי תלויים – גיל, מין, שנות השכלה, מצב משפחתי, מספר ילדים, מספר האשפוזים הפסיכיאטריים מאז התפתחות ההפרעה, משך הפגישה ותדירות המפגשים עם פסיכיאטר – לא נמצא קשר משמעותי. עוד עולה מלוח 3 כי יש קשר שלילי ניכר בין רמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי שלו לבין מספר האשפוזים החוזרים שלו מאז התפתחות ההפרעה. ככל שהמטופל צבר יותר אשפוזים חוזרים כך רמת האמון שלו בעובד הסוציאלי ירדה, ולהפך ($r_p = -.74, p < .001, df = 1$). עוד נמצא קשר חיובי ניכר בין רמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי לבין משך הקשר שהוא מקיים עמו, כך שכלל שהקשר ארוך יותר כך רמת האמון בעובד הסוציאלי עלתה, ולהפך ($r_p = .77, p < .001, df = 1$). כך גם לתדירות המפגשים שהמטופל מקיים עם העובד הסוציאלי יש קשר חיובי ניכר, ככל שהמפגשים התקיימו בתדירות גבוהה יותר כך רמת האמון עלתה, ולהפך ($r_p = .81, p < .001, df = 1$). בשאר המשתנים הבלתי תלויים – גיל, מין, שנות השכלה, מצב משפחתי, מספר ילדים ומשך הפגישה – לא נמצא קשר מובהק.

כדי לבחון את תרומתו של כל משתנה בלתי תלוי להסברת השונות במשתנה התלוי, כאשר התרומה היחסית של שאר המשתנים הבלתי תלויים מבוקרת, בוצע ניתוח רגרסיה מרובה באופן נפרד על המשתנה התלוי לגבי הפסיכיאטר ולגבי העובד הסוציאלי. לוח 4 מציג את תוצאות ניתוח הרגרסיה המרובה: יכולת הניבוי של שמונה משתנים בלתי תלויים לרמת האמון.

מידת האמון של המתמודדים עם מחלת נפש חמורה בספקי שירותי בריאות הנפש

לוח 4: ניתוח רגרסיה מרובה על רמת האמון בפסיכיאטר ובעובד הסוציאלי
(N = 60)

המשתנה הבלתי תלוי	רמת האמון בפסיכיאטר			רמת האמון בעובד הסוציאלי		
	מקדם גולמי	טעות תקן	β	מקדם גולמי	טעות תקן	β
משך הקשר	.05	.07	.05	.13	.04	.23**
תדירות הקשר	.36	.03	.83***	3.99	.64	.56***
משך הפגישה	.01	.05	.01	.02	.04	.04
מספר אשפוזים חוזרים	.09	.06	.09	.40	.14	.34**
מספר ילדים	.19	.19	.07	.27	.31	.27
מין = 0 זכר	.63	.45	.09	.03	.72	.00
1 = נקבה	.10	.12	.06	.06	.19	.01
שנות השכלה	.02	.02	.07	.02	.03	.02
גיל	.03	.02	.06	.04	.02	.03
	R^2 (מתוקן) = .75			R^2 (מתוקן) = .82		

** $p < .01$ *** $p < .001$

הממצאים בשלוש העמודות הימניות בלוח 4 מלמדים, כי מבין כל המשתנים הבלתי תלויים המנבא הטוב ביותר לרמת האמון בפסיכיאטר הוא תדירות הקשר שהמטופל מקיים עימו ($\beta = .83$). השונות המוסברת היא .75. שאר המנבאים אינם עקביים. לגבי רמת האמון בעובד הסוציאלי, הממצאים בשלוש העמודות השמאליות בלוח 4 מלמדים, כי המנבא הטוב ביותר לרמת האמון בעובד הסוציאלי הוא תדירות הקשר ($\beta = .23$). שאר המנבאים אינם עקביים. השונות המוסברת היא .82.

לסיכום, הממצאים מאששים את השערת המחקר. רמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי גבוהה באופן ניכר מרמת האמון שלו בפסיכיאטר. ברמה הדור-משתנית נמצא קשר חיובי מובהק בין רמת האמון של הנבדק בפסיכיאטר ובעובד הסוציאלי לבין משך הקשר שהוא מקיים עמם. קשר שלילי ניכר בין רמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי לבין מספר האשפוזים החוזרים שלו מאז התפתחות הפרעה, קשר חיובי ניכר בין תדירות המפגשים עם העובד הסוציאלי לבין רמת האמון בו. בניתוח הרב-משתני נמצא כי המנבא הטוב ביותר לרמת האמון גם בפסיכיאטר וגם בעובד הסוציאלי הוא תדירות הקשר שהמטופל מקיים עימם.

הממצאים שהתקבלו מאששים את ההשערה כי רמת האמון בעובד הסוציאלי גבוהה באופן ניכר מרמת האמון בפסיכיאטר. המשתנים שנמצאו תורמים לניבוי רמת האמון בעובד הסוציאלי הם: משך הקשר, תדירות הקשר ומספר האשפוזים החוזרים של המטפל בבית חולים פסיכיאטרי. לעומת זאת, המשתנה היחיד שנמצא מנבא רמת אמון בפסיכיאטר הוא תדירות הקשר של הפסיכיאטר עם המטופל.

הסבר לממצאים עשוי להימצא בעובדה כי העובד הסוציאלי, שלא כמו הפסיכיאטר, מקדיש את המפגשים עם המטופל למתן תמיכה, להערכת יכולות וכישורים, לזיהוי ולסיפוק צרכים, ולאיתור משאבים הקיימים בסביבתו הטבעית של המטופל. במילים אחרות, הוא ממקד את תשומת לבו בשיפור איכות חייו של המטופל (Aviram, 2002; Foster, 2005). מנגד, הפסיכיאטר עסוק, מתוקף תפקידו, בהערכה ובאבחון של מסוכנות (Rose, 2002). לאור אחריות זו, הוא נדרש להקדיש מאמץ וזמן רב באבחון, בהערכה ובהתערבות (המשלבת לעתים קרובות שימוש כפוי בתרופות או אשפוז כפוי ושלילת חופש) ותיעוד התהליך. לא פעם קורה כי בתהליך ההערכה והמדידה לא נוצרת הקרבה הנדרשת ליצירת אמון וביסוסו. וכפי שעולה מהממצאים, לא נוצרת קרבה גם בגלל התדירות הנמוכה של המפגשים עם הפסיכיאטר.

הסבר אפשרי נוסף להבדל הניכר ברמת האמון של המטופל בפסיכיאטר לעומת העובד הסוציאלי, עשוי להיות קשור להבדלים במודל העבודה המקצועי של שני אנשי המקצוע. הפסיכיאטר נשען על המודל הביו-רפואי המטפל במחלה של הפרט (Engel, 1977), ואילו העובד הסוציאלי נוטה על פי רוב להישען על המודל הפסיכו-סוציאלי המטפל בפרט החולה (Aviram, 2002). ההתמקדות החד-ממדית של המודל הרפואי באבחון החולי ובזיהוי תסמיניו, בייחוד כשמדובר בתסמינים של מחלת נפש, עשויה להחמיץ את האדם שמאחורי המחלה. כמו כן, ייתכן כי המטופלים תופסים את הפסיכיאטר כמי שאמון על הטיפול בתסמיני המחלה, ומכאן על היבט מסוים של המחלה, ואילו העובד הסוציאלי נתפס כדמות שיכולה לסייע במגוון רחב יותר של נושאים. הניסיון למצוא מענה למגוון של בעיות בשילוב הליווי והתמיכה שהעובד הסוציאלי מעניק למטופל, מהווים, קרוב לוודאי, קרקע פורייה ליצירת אמון.

הממצא כי תדירות הקשר עם הפסיכיאטר מנבאת רמת אמון בפסיכיאטר, מתיישב עם הידוע לנו לגבי התפתחות של אמון במערכת יחסים, דבר הדורש זמן (Langley & Klopper, 2005). הסיבה לכך נמצאת באופן הגדרתו של אמון כתהליך של הבניית ידע המשמש את האדם כאמצעי להתגבר על בעיה של פגיעות במצבים של אי ודאות (Mollering, 2006). לתהליך זה של הבניית ידע דרוש זמן להכרות מעמיקה, ליצירת

קשר טיפולי וביסוסו וליצירת קרבה. סביר להניח כי המחסור בשירותי בריאות הנפש הקהילתיים, ובייחוד בפריפריה, והמחסור במספר הפסיכיאטריים (משרד הבריאות, 2012), הם הסיבה לנתונים שנמצאו והמלמדים על התדירות הנמוכה של המפגשים בין המטופל לבין הפסיכיאטר (בממוצע מדי 12.56 שבועות לעומת מדי שבועיים בממוצע עם העובד הסוציאלי). המחסור בשירותים ובפסיכיאטרים מטיל על הפסיכיאטר המטפל עומס גדול מאוד. עומס זה יש בו כדי לפגוע באיכות האינטראקציה הטיפולית בינו לבין המטופל, ולהוריד את תדירות המפגשים עם כל מטופל. ייתכן שעובדה זו מסבירה את הממצא העיקרי של המחקר הנוכחי, שמטופלים נוטים לתת פחות אמון בפסיכיאטר, וכן מסבירה מדוע עלייה בתדירות הקשר עם הפסיכיאטר משפרת את רמת האמון בו, כיוון שנדרש זמן להתפתחות אמון (Langley & Klopper, 2005). יתרה מזאת, ייתכן שעלייה בתדירות הקשר עם הפסיכיאטר היא שתאפשר לו הכרות יותר מעמיקה עם המטופל, וכך יתאפשר לו להרפות מניהול מסוכנות, ולהתייחס לסיטואציה בעלת פוטנציאל לפגיעות עבור המטופל, ואף לייחס מספיק חשיבות לחרדה שהוא חווה, וכך לשלב תמיכה וטיפול יעילים, המחזקים את רמת האמון בו.

בשאר המשתנים הבלתי תלויים (גיל, שנות השכלה, מצב משפחתי, מספר ילדים, מספר האשפוזים הפסיכיאטריים, משך הקשר עם הפסיכיאטר ומשך הפגישה) לא נמצא קשר משמעותי לאמון של המטופל בפסיכיאטר.

הממצא כי רמת האמון בעובד הסוציאלי יורדת עם העלייה במספר האשפוזים החוזרים, כנראה מלמד על הנוזק שנגרם למטופלים עקב ריבוי אשפוזים חוזרים בבית החולים הפסיכיאטרי. יש לשער כי המטופל חווה את החזרה לאשפוז לא רק ככישלון שלו בהתמודדות עם דרישות החיים במסגרת הקהילה, אלא גם ככישלון של המערכת להכין אותו לכך. מכאן שרמת האמון שלו במערכת, ובכללה בעובד הסוציאלי, הולכת ופוחתת עם הישנות חויית הכישלון המתלווה לאשפוזים חוזרים.

הסבר נוסף אפשרי עשוי להיות טמון במאפיינים של מתמודדים החוזרים לאשפוז בתכיפות גבוהה. הם עשויים להיות אנשים בעלי הפרעה נפשית חמורה במיוחד, המתבטאת בקושי לבטוח באחרים (פרנויה), בשילוב עם חוסר תובנה או תובנה מצומצמת למצבם, המקשה עליהם מלכתחילה לבטוח במערכת המטפלת בכלל ובתוכה בעובד הסוציאלי. הסיבה לכך שקשר ממושך ותדיר עם העובד הסוציאלי מעלה את רמת האמון של המטופל בעובד הסוציאלי היא ככל הנראה כיוון שהוא מאפשר היכרות מעמיקה ויצירת קרבה, כי כאמור דרוש זמן כדי לפתח אמון, וכן יש משמעות לריבוי המפגשים, לאכפתיות ולדאגה למטופל, מה שמעלה את רמת האמון שלו בעובד הסוציאלי.

מסקנות והמלצות

העובדה כי יש פערים גדולים במידת האמון שנותנים המטופלים בפסיכיאטרים לעומת מידת האמון בעובדים סוציאליים צריכה להדליק נורה אדומה אצל מעצבי המדיניות. זאת לאור התפקיד המרכזי שממלאים פסיכיאטרים בתהליכי האבחון, הטיפול והשיקום בתחום בריאות הנפש, ולאור המשמעות הקריטית של האמון שיש לחשיפה של מידע לצורך אבחון, לקביעת תוכנית טיפול ושיקום, לשיתוף פעולה ולהתמדה בתוכנית הטיפול והשיקום בקרב המטופלים. רמת האמון הנמוכה שנותנים המטופלים בפסיכיאטר היא דורשת בדיקה נוספת שתנסה לבחון באופן מעמיק יותר את הסיבות לממצא הנוכחי.

כיוון שהמשתנה היחיד שנמצא מנבא את רמת האמון בפסיכיאטר הוא תדירות הקשר של המטופל עמו, מן הראוי לבחון דרכים להגדיל את תדירות המפגשים ביניהם, זאת כדי שיהיו תנאים מינימליים ליצירת אמון.

משך הקשר של המטופל עם העובד הסוציאלי ותדירותו, שנמצאו תורמים לניבוי רמת האמון בו, מלמדים על חשיבות משאב הזמן ליצירה וביסוס של רמת אמון נאותה בינו לבין המטופל. לאור חיוניותו של אמון לתהליכי השיקום וההחלמה של המטופל, שמטבעם הם תהליכים ממושכים, מן הראוי לאפשר לתהליכים אלו להתקיים מבלי לקצוב אותם בזמן מוגדר מראש.

העובדה שמספר האשפוזים החוזרים של המטופל בבית חולים פסיכיאטרי נמצא תורם לניבוי רמת אמון נמוכה מחייבת השקעת מאמצים בצמצום מספרם. מעבר לנזק שהם מסבים לסיכויי המטופלים להשתקם ולחזור ולהשתלב בחיי הקהילה, הם גם מקטינים את יכולתם לבטוח במערכת, ולכך השלכות שליליות רבות.

מגבלות המחקר

במחקר הנוכחי לא נעשתה הקצאה מקרית של המטופלים לפסיכיאטר ולעובד סוציאלי, משום כך התקפות הפנימית אינה מושלמת וקריטריון הבקרה אינו מתקיים במלואו. במערך מסוג זה אפשר להצביע על קשר אך לא על סיבתיות, אם כי כפתרון חלקי לבעיית הבקרה בוצע ניתוח רב-משתני. מאחר שארבעת השירותים שבהם נערך המחקר משרתים אוכלוסייה המוגדרת גיאוגרפית ולא את כלל האוכלוסייה, אין הצדקה להכליל את ממצאי המחקר על כלל המטופלים המקיימים קשר עם פסיכיאטר ועם עובד סוציאלי במסגרות שירותי בריאות נפש בקהילה. מגבלה נוספת למחקר הנוכחי, שמן הראוי לציין, היא כי את המחקר ערך עובד סוציאלי ללא שיתוף של פסיכיאטר. יחד עם זאת, ממצאי המחקר עשויים לעורר את תשומת לבם של אנשי מקצוע ושל קובעי מדיניות לסוגיית האמון, שהוזנחה עד כה, ושהיא כה חיונית באספקת שירות איכותי בתחום בריאות הנפש.

- משרד הבריאות (2012). סיכום מנהלת הרפורמה מיום 9.9.2012. ירושלים: משרד הבריאות.
- Alaszewski, A., & Brown, P. (2007). *Making health policy: A critical introduction*. UK: Polity Press.
- Allsop, J., & Jones, K. (2008). Withering the citizen, managing the consumer: Complaints in healthcare settings. *Social Policy & Society*, 7, 233–243.
- Appleby, L. (2008). Services for ethnic minorities: A question of trust. *Psychiatric Bulletin*, 32, 401–402.
- Aviram, U. (2002). The changing role of the social worker in the mental health system. *Social Work Health Care*, 35, 615–632.
- Brown, P. R. (2008). Trusting in the New NHS: Instrumental versus communicative action. *Sociology of Health & Illness*, 30, 349–363.
- Brown, P., Calnan, M., Scrivener, A., & Szmukler, G. (2009). Trust in mental health services: A neglected concept. *Journal of Mental Health*, 18, 449–458.
- Calnan, M. W., & Sanford, E. (2004). Public trust in health care: The system or the doctor? *Quality & Safety in Health Care*, 13, 92–97.
- Dew, K., Morgan, S., Dowell, A., McLeod, D., Bushnell, J., & Collings, S. (2007). It puts things out of your control: Fear of consequences as a barrier to patient disclosure of mental health issues to general practitioners. *Sociology of Health & Illness*, 29, 1059–1074.
- Dunn, J. (1993). Trust. In R. Goodin & P. Pettit (Eds.), *A companion to contemporary philosophy* (pp. 638–644). Oxford, England: Blackwell.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 808–815.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Foster, J. (2005) *Where are we going? The social work contribution to mental health services*. A discussion paper drafted on behalf of and with contributions from SCIE, NIMHE, GSCC, Skills for Care, ADSS, BASW, DH. London, England.
- Langley, G. C., & Klopper, H. (2005). Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 23–32.
- Mollering, G. (2006). *Trust: Reason, routine, reflexivity*. Oxford, England: Elsevier.
- National Institute for Clinical Excellence (2003). *Schizophrenia: Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London, England: Gaskell, and The British Psychological Society.
- Rose, N. (2002). At risk of madness. In T. Baker & J. Simon (Eds.), *Embracing risk: The changing culture of insurance and responsibility* (pp. 209–237). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Schutz, A. (1972). *The phenomenology of the social world*. London: Heinemann.

אנואר ח'טיב

- Seale, C., Chaplin, R., Lelliott, P., & Quirk, A. (2006). Sharing decisions in consultations involving anti-psychotic medication: A qualitative study of psychiatrists experiences. *Social Science & Medicine*, 62, 2861–2873.
- Williams, R. (2007). *Tokens of trust*. Norwich: Canterbury Press Norwich.