

מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל
MYERS-JDC-BROOKDALE
مایرس - جوینت - بروکدیل



מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות

מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש – סיבות ופתרונות

אירית אלרועי ■ הדר סמואל ■ תמר מדינה-הרטום

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מן המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות
ומדיניות הבריאות

מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בשירותי בריאות הנפש – סיבות ופתרונות

אירית אלרועי הדר סמואל תמר מדינה-הרטום

המחקר מומן בסיוע מענק מחקר מן המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

עריכת לשון : רויטל אביב מתוק
תרגום לאנגלית (תקציר) : אוולין איבל
עיצוב גרפי : ענת פרקו-טולדנו

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל
מרכז סמוקלר לחקר מדיניות הבריאות
ת"ד 3886
ירושלים 9103702

טלפון : 02-6557400
פקס : 02-5612391

כתובת האינטרנט : brookdale.jdc.org.il

עוד פרסומים של המכון בנושא

הרן, ד.; נאון, ד. 2017. דפוסי השימוש של המתמודדים עם בעיות נפשיות קשות בשירותי בריאות הנפש: סקר צרכנים. דמ-17-750

אלרועי, א.; רוזן, ב.; אלמקייס, ע.; סמואל, ה. 2017. שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית. דמ-17-749

אשכנזי, י.; גורדון, מ.; ינקלביץ, א.; רוזן, ב. 2017. משיכת מתמחים לפריפריה ולמקצועות רפואיים במצוקה בעקבות ההסכם הקיבוצי משנת 2011. דמ-17-744

אלרועי, א.; שוסטר, מ.; אלמקייס, ע. 2016. כשירות תרבותית של בתי חולים כלליים בישראל. דמ-16-706

ניראל, נ.; סמואל, ה. 2013. לקראת הרפורמה הביטוחית בבריאות הנפש: דפוסי עבודה ומתן טיפול ועמדות כלפי הרפורמה בקרב פסיכולוגים, פסיכיאטרים ועובדים סוציאליים. דמ-13-639

סמואל, ה.; רוזן, ב. 2013. כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-13-636

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

תקציר

רקע

קופות החולים נדרשות לספק שירותים מותאמים תרבותית ולשונית כדי לצמצם את אי-השוויון בבריאות. התאמה תרבותית ולשונית חשובה במיוחד בשירותי בריאות הנפש, היות שהטיפול מתבסס בעיקר על תקשורת ועל דיאלוג בין המטפל למטופל. אחת הדרכים להשיג התאמה כזו היא לשלב מטפלים מקרב אוכלוסיית היעד במערך הטיפול. שיעור האוכלוסייה הערבית עומד בישראל על כ-21% מכלל האוכלוסייה, אך רק 1.9% מן הפסיכיאטרים ו-1.4% מן הפסיכולוגים הקליניים בארץ הם ערבים. הקושי של מערכת בריאות הנפש לגייס אנשי מקצוע מן החברה הערבית מקבל ביטוי בתת-ייצוג זה.

מטרות המחקר

המחקר נועד לזהות את החסמים העומדים בפני שילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בבריאות הנפש ובעולם התעסוקה; לזהות את הגורמים המסייעים להשתלבותם במסלולים אלה; ללמוד על הפתרונות שישנם בשטח להתמודדות עם החסמים; ולהציע עוד דרכי פעולה להגדלת היצע אנשי המקצוע מן החברה הערבית במקצועות אלו.

שיטה

בשנת 2016 קיים צוות המחקר 52 ראיונות עומק עם אנשי מטה במשרדי ממשלה ובקופות החולים, עם אנשי אקדמיה בכירים, עם אנשי מפתח בקהילה הערבית ועם אנשי מקצוע ערבים בבריאות הנפש משלושה מקצועות: פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש. המרואיינים גויסו למחקר בשיטת "כדור השלג". הם נשאלו על הסיבות למחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בבריאות הנפש, על מקומה של התאמה תרבותית בבריאות הנפש ועל פתרונות אפשריים להגדלת היצע המטפלים מן החברה הערבית.

עיקרי הממצאים

- רבים מן החסמים שזוהו במחקר אינם קשורים ישירות למערכת הבריאות, ונובעים מאי-שוויון במערכות אחרות בישראל (חינוך, רווחה, תשתיות)
- במערכת ההשכלה וההכשרה זוהו שני רבדים של חסמים: (א) חסמים העומדים בפני כלל הצעירים מן החברה הערבית בבואם להשתלב באקדמיה ובשוק התעסוקה; (ב) חסמים המקשים ספציפית על הבחירה בתחום בריאות הנפש.
- אף על פי שהנושא נמצא על סדר היום של מגוון גופים, הרבה מן הפתרונות המוכרים בשטח הם אקראיים ונקודתיים.

דיון וכיווני פעולה

ממצאי המחקר מעלים את הצורך ליישם פתרונות בהסתכלות רב-מערכתית ותוך שיתוף פעולה בין משרדי ממשלה ובינם לבין גופים שונים הקשורים לתהליך ההכשרה והעבודה. כמו כן, כדי שהפתרונות יהיו אפקטיביים חשוב שייעשו באופן שיטתי וממוסד, כאשר הם נתמכים במדיניות ברורה המגובה בתקציבים ייעודיים.

כיווני פעולה: (1) הגדלת מספר המועמדים להכשרה בתחום באמצעות הגדלת שיעור ההשתתפות בהשכלה גבוהה ושיפור תשתיות אקדמיות; (2) "הסטת" מועמדים פוטנציאליים ממקצועות אחרים אל מקצועות בריאות הנפש באמצעות מתן תמריצים לבחירה בתחום זה.

את שני כיווני הפעולה הללו צריכות ללוות פעולות רוחב לקידום המודעות לבריאות הנפש בחברה הערבית ולהפחתת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו. זאת תוך דאגה לכך שתהליכים אלו יתבצעו ברגישות תרבותית.

תמצית המחקר

רקע

ביולי 2015 החל יישום הרפורמה בבריאות הנפש. היישום מסדיר את הזכות החוקית לקבלת טיפול, תוך קביעת סל טיפולים ושירותים שקופות החולים חייבות לתת לכל מבוטח, וזאת בזמן ובמרחק סבירים. מטרת נוספות של הרפורמה כוללות, בין היתר, שילוב הטיפול בגוף ובנפש ויצירת רצף טיפולי, שיפור איכות הטיפול, הסרת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו והגדלת זמינות השירותים ונגישותם.

אחת מן ההנחות שליוותה את תכנון הרפורמה הייתה כי הרפורמה תגדיל את שיעורי הפנייה של אוכלוסיות שכיום ממעטות לפנות לטיפול בבריאות הנפש.

במחקר משנת 2012 נשאלו הנסקרים בנוגע לתפיסתם הסובייקטיבית את בריאותם הנפשית. 24% מן המשיבים מן החברה הערבית דיווחו כי בשנה הקודמת חשו מצוקה נפשית שעמה התקשו להתמודד לבד, זאת לעומת 17% בלבד מן המשיבים מן החברה היהודית. מתוך אלו שדיווחו על תחושת מצוקה נפשית, 14% בלבד מן המשיבים מן החברה הערבית פנו לקבלת טיפול, לעומת 36% מן המשיבים מן החברה היהודית (אלרועי ואחרים, 2017).

כחלק מן המאמץ של משרד הבריאות לצמצם פערים בין אוכלוסיות שונות בישראל, הנחה חוזר מנכ"ל מפברואר 2011 את קופות החולים לספק שירותי בריאות מותאמים תרבותית ולשונית. עדויות ממחקרים הראו כי להתאמה אתנית-תרבותית בין המטפל למטופל יתרונות רבים במתן טיפול מותאם תרבותית לאוכלוסיות מיעוט, וכי הדרך העיקרית ליצירת התאמה כזו היא פיתוח מערך מטפלים מגוון מבחינה אתנית ותרבותית. עם זאת, בשנים האחרונות נמצא תת-ייצוג של קבוצות מיעוט במגוון מקצועות בריאות הנפש בכמה מדינות בעולם, לרבות בישראל. כך למשל, במחקר שנערך במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות ובחן את היערכות קופות החולים לרפורמה, נמצא כי כבר בשלבים הראשונים של ההיערכות, דיווחו קופות החולים על קושי בגיוס אנשי מקצוע מן החברה הערבית בתחומי בריאות הנפש. דיווח זה מצטרף לממצאים שהתקבלו במחקר שבחן פערים מבניים וגאוגרפיים בשירותי בריאות הנפש הממשלתיים לילדים. ממצאי המחקר הצביעו על מחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית גם במערך הממשלתי של שירותי בריאות הנפש.

אף על פי שהנושא נמצא על סדר היום של גופים אחדים (כגון משרד הבריאות, המועצה להשכלה גבוהה והרשות לפיתוח כלכלי של המגזר הערבי, הצ'רקסי והדרוזי), עד כה טרם נערך בארץ מחקר מקיף בנושא זה, ועל כן חסר מידע על החסמים העומדים בפני הכשרת אוכלוסייה זו ושילובה במקצועות בריאות הנפש ועל הגורמים המסייעים בכך. מחקר זה מפנה לראשונה את הזרקור לבחינת סוגיות אלו. המחקר יסייע להבנת הסיבות למחסור באנשי מקצוע מקרב החברה הערבית, ויתרום לפיתוח אסטרטגיות מותאמות תרבות להתמודדות עמו.

מטרות המחקר

המחקר נועד לזהות את החסמים העומדים בפני שילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בבריאות הנפש – פסיכולוגיה, פסיכיאטריה ועבודה סוציאלית קלינית, ואת הגורמים המסייעים להשתלבותם במסלולים אלה. לצורך כך בחן המחקר את מסלול ההכשרה של כל אחד מן המקצועות, החל מן ההחלטה על תחום הלימודים הגבוהים ועד להשתלבות בעולם התעסוקה. מטרת נוספת של המחקר היו ללמוד על הפתרונות שישנם בשטח להתמודדות עם החסמים ולהציע עוד דרכי פעולה להגדלת היצע אנשי המקצוע מן החברה הערבית במקצועות אלו.

שיטה

המחקר כלל ראיונות עם ארבע קבוצות של מרואיינים: 15 אנשי מטה במשרדי ממשלה ובקופות החולים, 7 אנשי אקדמיה בכירים, 4 אנשי מפתח בקהילה הערבית ו-27 אנשי מקצוע מן החברה הערבית בבריאות הנפש (פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים בבריאות הנפש).

לכל אחת מן הקבוצות פותח פרוטוקול ריאיון חצי מובנה. כל קבוצות המרואיינים נשאלו על הסיבות למחסור, על מקומה של התאמה תרבותית בבריאות הנפש ועל פתרונות אפשריים לצמצום המחסור. נוסף לכך, כלל כל שאלון גם שאלות ייחודיות לקבוצה שאליה יועד. כך למשל, אנשי המקצוע נשאלו גם על חוויותיהם לאורך מסלול הקריירה, בעוד אנשי האקדמיה נשאלו על הקשיים העומדים בפני בני החברה הערבית בכל הקשור להשכלה גבוהה. לאחר שהראיונות הוקלטו ושוקלטו, ערכנו להם ניתוח תוכן לזיהוי תמות מרכזיות.

ניתוח התוכן (בעבור כל אחד מן המקצועות) נעשה על ציר הזמן של פיתוח קריירה בבריאות הנפש בנוגע לכל אחד מחמשת השלבים של מסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בבריאות הנפש, תוך התייחסות לכל אחת ממטרות המחקר: קבלה ללימודים גבוהים, הלימודים באוניברסיטה, הבחירה בתחום בריאות הנפש במהלך הלימודים, הלימודים המתקדמים וההתמחות והיציאה לשוק העבודה. ניתוח זה אפשר לנו לזהות את הדומה והשונה בין מסלולי ההכשרה ובין שלבי ההכשרה השונים, לזהות מוקדי התערבות אפשריים לאורך שלבי ההכשרה השונים ולגזור מן הממצאים המלצות המתייחסות למוקדים אלו.

ממצאים

עמדות כלפי התאמה לשונית ותרבותית של הטיפול בתחום בריאות הנפש

בראיונות נבחנו התפיסות הכלליות של המרואיינים כלפי הסוגיה של התאמה תרבותית של הטיפול בבריאות הנפש. ממצאי המחקר מעלים כי יש חשיבות הן להתאמה לשונית והן להתאמה תרבותית רחבה יותר הנוגעת לממדים נוספים, כגון ערכים, דת ונורמות. המרואיינים ציינו גם כי כדי לתת מענה מתאים לחברה הערבית על גווניה השונים, על המטפלים, יהודים וערבים כאחד, לקבל הכשרה בטיפול רגיש תרבותית.

החסמים בשילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בתחום בריאות הנפש

חסמים כלליים בדרך לרכישת מקצוע

ממצאי המחקר מעלים כי בדומה למתואר בספרות בנוגע לקבוצות מיעוט, על החברה הערבית בישראל להתגבר על מגוון חסמים מבניים, תרבותיים וכלכליים בדרך לרכישת מקצוע. חלק מן החסמים שתוארו בראיונות הם חסמים העומדים בפני כלל הצעירים מן החברה הערבית בבואם להשתלב בהשכלה הגבוהה, לרכוש מקצוע ולהשתלב בשוק העבודה הישראלי. אלה כוללים **חסמים מבניים**, כגון תשתית לימודית דלה במערכת החינוך המייצרת רמת מוכנות נמוכה ללימודים אקדמיים, לרבות קשיי שפה באנגלית ובעברית ומיומנויות למידה שאינן הולמות את הנדרש, לאורך כל מסלול ההכשרה; **חסמים כלכליים** הכוללים, בין היתר, קשיים הנובעים מצורך להתפרנס במהלך שנות הלימודים והיעדר "גב כלכלי" או תמיכה משפחתית, בפרט כשמדובר באוכלוסייה מעוטת משאבים; ו**חסמים תרבותיים** הקשורים להיעדר התאמה תרבותית של תכניות הלימודים וההכשרה המעשית.

חסמים ייחודיים למקצועות בריאות הנפש

בראיונות תוארו גם חסמים ייחודיים למסלולי ההכשרה והתעסוקה במקצועות בריאות הנפש, ובהם **חסמים מבניים** הקשורים לדרישות סף גבוהות לאורך כל מסלול הלימודים וההכשרה בלימודי הפסיכולוגיה, הרפואה והעבודה הסוציאלית, וכן חשיפה מוגבלת להכוונה ולייעוץ בנוגע לבחירה במקצועות הטיפוליים בבריאות הנפש, בשלבים שונים של המסלול; **חסמים כלכליים** בדמות תנאי השכר הנמוכים לעומת מקצועות מקבילים (כגון: ראיית חשבון, רוקחות, עריכת דין), וכן היותם של מסלולי ההכשרה ארוכים ותובעניים לעומת החלופות; ו**חסמים תרבותיים** הכוללים, בין היתר, תפיסות סטיגמטיות של בריאות הנפש והיעדר מודעות למקצועות הטיפוליים בתחום, וכן היעדר התאמה אקדמית (academic incongruity) שמקורה בסביבה אקדמית ומקצועית ללא דמויות לחיקוי (role models).

ממצא חשוב נוסף קשור **למגדר**. מן הראיונות עלה כי החסמים שהוזכרו מתעצמים בעבור נשים ערביות בחברה מסורתית, שכן עליהן מוטלות גם מחויבויות השמורות באופן מסורתי לנשים בלבד, כמו דאגה לבית, לילדים ולמשפחה המורחבת ומגורים ליד בית הורי הבעל. כיוון שמקצועות בריאות הנפש מאופיינים במסלולי הכשרה ארוכים לעומת מסלולי הכשרה של אפשרויות תעסוקה אחרות, נוצר קונפליקט בין מחויבויות מסורתיות לדרישות ההכשרה.

עוד נושא שעלה בראיונות קשור **להקשר הפוליטי-חברתי** בישראל ולהשתקפותו במרחב הטיפולי. אנשי המקצוע תיארו דילמות העולות בעבודה הטיפולית, כאשר מטופלים מבטאים מצוקות על רקע הסכסוך היהודי-ערבי, בעיקר בעתות משבר ומלחמה. בראיונות עלה כי מורכבות זו מציפה חששות ומערערת את הביטחון של המטפלים ביכולתם להתמודד עם סוגיות הנוגעות לביטחון, לפוליטיקה ולזהות לאומית.

הגורמים המסייעים בשילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה ובתעסוקה במקצועות טיפוליים בתחום בריאות הנפש

בראיונות תיארו המרואיינים מספר מועט של גורמים המסייעים בתהליך ההכשרה של אנשי מקצוע מן החברה הערבית למקצועות טיפוליים בבריאות הנפש. גורם מסייע מרכזי נוגע לתהליכים חברתיים רחבים שבמסגרתם חל שינוי ביחס לבריאות הנפש בחברה הערבית. הקמתן של מרפאות ייעודיות לבריאות הנפש ביישובים ערבים, כמו גם נוכחותם ההולכת וגדלה של פסיכולוגים חינוכיים בבתי הספר, מעלים את החשיפה לתחום בריאות הנפש ותורמים להעלאת המודעות למקצועות בריאות הנפש ולהפחתת הסטיגמה הכרוכה בקבלת טיפול.

חלק מאנשי המקצוע שרואיינו תיארו את העובדה שהם ידעו כי יש מחסור במטפלי בריאות הנפש מן החברה הערבית בתור גורם שסייע להם לבחור בתחום בריאות הנפש. נראה כי המחסור במטפלים נתפס בתור הזדמנות להשתלב בתחום בריאות הנפש, בין מתוך שיקולים של ביטחון תעסוקתי ובין מתוך תחושת ייעוד ומחויבות חברתית. התמיכה והעידוד שמעניקים מרצים באקדמיה ואנשי מקצוע בשטח להשתלבות של הסטודנטים מן החברה הערבית בתחום בריאות הנפש נתפסות אף הן כייחודיות וכמשמעותיות בתהליך.

בשלב של תהליך היציאה לעולם התעסוקה ובמציאת מקום עבודה, ציינו אנשי המטה במשרד הבריאות ובקופות החולים כי הם "מחפשים בנרות" מטפלים מן החברה הערבית בבריאות הנפש. כלומר, נראה כי ישנו ביקוש רב לעבודתם של המטפלים מן החברה הערבית. עם זאת, אנשי המקצוע עצמם לא ציינו אף גורם המסייע בשלב זה ולמעשה מן הראיונות עמם עולה התפיסה כי למקצועות בריאות הנפש אין אופק תעסוקתי בטוח. מכאן שיש אי-התאמה בין תפיסותיהם של המרואיינים ברמת השטח ובין תפיסותיהם של בעלי תפקידים ברמת המטה בנוגע לביטחון התעסוקתי של מטפלים מן החברה הערבית במקצועות אלו.

הפתרונות הקיימים לשילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בתחום בריאות הנפש

ממצאי המחקר העלו כי מוסדות ההכשרה להשכלה גבוהה, קופות החולים ומסגרות בריאות הנפש של משרד הבריאות פיתחו עם השנים מגוון פתרונות מקומיים וספורדיים למשיכת מועמדים מן החברה הערבית ולעידודם לעסוק בתחום בריאות הנפש. אסטרטגיות אלו מכוונות להתמודדות עם החסמים שתוארו לעיל. כך למשל, בראיונות עם אנשי המקצוע בבריאות הנפש, תיארו חלק מהם פעולות שלהן היו עדים אישית, שנועדו להקל על תהליך הקבלה וההסתגלות ללימודים גבוהים של הסטודנטים מן החברה הערבית, כגון העדפה מתקנת בקבלה ללימודים, יצירת מערכת תמיכה במכינות קדם-אקדמיות בעבורם, וכן פעולות יזומות למשיכת מתמחים במימון קופות החולים והפעלת מכרזים ייעודיים לחברה הערבית שיש בהם הקלה בתנאי הסף לקבלה לעבודה בתחום. מן הראיונות עם אנשי המטה של משרד הבריאות עלה כי נכון להיום יש התחלה של פעילות לקידום הנושא ברמה הארצית. הפתרונות כוללים לדוגמה מתן עדיפות למועמדים מן החברה הערבית בתור להתחלת התמחות קלינית, חשיפה לתחום בריאות הנפש בבתי הספר התיכוניים במגזר הערבי ומימון של משרד הבריאות להכשרת עובדים סוציאליים בפסיכותרפיה. עם זאת, יש לציין כי רוב אנשי המקצוע לא ידעו לספר על פתרונות מערכתיים אלו.

הפתרונות המוצעים לשילוב סטודנטים מן החברה הערבית במסלולי ההכשרה במקצועות טיפוליים בתחום בריאות הנפש

המרוויינים התבקשו להציע פתרונות משלהם להתמודדות עם החסמים שתוארו לעיל. הפתרונות שהוצעו היו דומים בכל קבוצות המסרנים (אינפורמנטים) וניתן לחלקם לשתי קבוצות עיקריות:

קבוצה אחת של פתרונות מכוונת להגדלת מאגר המתקבלים להכשרה בתחומי בריאות הנפש, באמצעות התמודדות עם החסמים המקשים על צעירים מן החברה הערבית להשתלב בהשכלה גבוהה בכלל ובתחומי בריאות הנפש בפרט. כך, פתרונות להתמודדות עם הקושי של צעירים מן החברה הערבית להתקבל ללימודים גבוהים בפסיכולוגיה כללו בעיקר הצעות להעדפה מתקנת של מועמדים אלה בצמתים שבהם תנאי הסף גבוהים בשל הביקוש הרב למקצוע. לדוגמה, הצעה לקבלה "על תנאי" לתואר ראשון לסטודנטים שלא עומדים בתנאי הסף, וכן מתן משקל נמוך יותר לציון מבחן המתא"ם ולציוני השנה הראשונה ללימודים כדי לאפשר ליותר בוגרים מן החברה הערבית להגיש מועמדות לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית. פתרונות הקשורים לקושי של סטודנטים מן החברה הערבית להסתגל ללימודים באקדמיה התמקדו בהתאמה לשונית ותרבותית של הלמידה, למשל מנטורינג של הסטודנטים הערבים באוניברסיטה על ידי סגל מן החברה הערבית והנגשת תוכני הלימוד לשפה הערבית. כמו כן הוצע לפתח הכשרה מיוחדת לאנשי אקדמיה יהודים בנושא של רגישות תרבותית.

קבוצה שנייה של פתרונות מכוונת לעידוד מועמדים פוטנציאליים (לרבות כאלו העומדים בדרישות הסף למסלולי בריאות הנפש), לבחור בתחום זה על פני מסלולי קריירה אחרים. קבוצה זו כוללת פתרונות המכוונים להתמודדות עם חסמים תרבותיים הנוגעים ליחס לבריאות הנפש בחברה הערבית, לחוסר ההיכרות עם בריאות הנפש בתור אפשרות קריירה ולסטיגמה על הנזקקים לשירותי בריאות הנפש ועל המספקים אותם. רעיונות שהועלו להעלאת המודעות לתחום בריאות הנפש כללו הגברת החשיפה לתחום בריאות הנפש במערכת החינוך, במדיה ובקהילה, וכן פיתוח שירותים קהילתיים לבריאות הנפש והגדלת מספר תקני הפסיכולוגים החינוכיים בבתי הספר. נוסף לכך הוצע לחשוף סטודנטים לרפואה ולעבודה סוציאלית לתחום בריאות הנפש במהלך הלימודים, כדי להגביר את היכרותם עם התחום ולהעלות את הסיכוי שיבחרו להתמחות בו.

פתרונות אחרים שהוצעו בראיונות נועדו להתמודד עם העול הכלכלי של מסלולי ההכשרה הארוכים, וכללו מתן מלגות ייעודיות ללימודי פסיכולוגיה, תמריצים כלכליים לבחירה בתחום בריאות הנפש לאורך מסלול ההכשרה (למשל בזמן בחירת ההתמחות ברפואה) וכן תמריצים להישארות במגזר הציבורי עם תום ההתמחות. כדי להתמודד עם חסם אי-הוודאות בנוגע לאפשרות התעסוקה בסוף מסלול ההכשרה הוצע להגדיל את מספר התקנים למתמחים ולמומחים במגוון המקצועות ולייעד את התקנים החדשים לאנשי מקצוע מן החברה הערבית. כמו כן הוצע לפתוח מסלול לימודי פסיכולוגיה ייעודי לחברה הערבית – מסלול ישיר מן התואר הראשון ועד לסיום ההתמחות.

דיון וכיווני פעולה

ממצאי המחקר מצטרפים לתמונה העולה מן המחקר הבין-לאומי, ולפיה בני מיעוטים נתקלים בקשיי השתלבות בתחום בריאות הנפש. המחקר מציף שלושה גורמי רקע התורמים לקושי: רקע אקדמי חלש המקשה על השתלבות בתעסוקה באופן כללי; רקע סוציו-אקונומי נמוך הדורש השתלבות מהירה בתעסוקה מכניסה; ורקע תרבותי הכולל תפיסות סטיגמטיות כלפי בריאות הנפש בכלל וכלפי מטפלים בתחום בפרט.

במחקר זה התמקדנו בזיהוי הצמתים, לאורך מסלולי הקריירה של מקצועות בריאות הנפש, שבהם ניתן להתערב כדי להגדיל את שיעור אנשי המקצוע מן החברה הערבית בתחום. מצאנו כי על אף שהנושא נמצא על סדר היום של מגוון גופים, הרבה מן הפתרונות הקיימים המוכרים בשטח הם נקודתיים ולא מקיפים.

מן הממצאים ניכר שהחסמים המונעים ממועמדים פוטנציאליים לפנות לתחום בריאות הנפש אינם מוגבלים לתחום לימודים מסוים, או לשלב מסוים במסלול ההכשרה. יתרה מזאת, רבים מן החסמים שעלו בראיונות נובעים מאי-שוויון במערכות שונות בישראל ואינם קשורים ישירות למערכת הבריאות, על אף שהיא מושפעת מהם. מכאן שההתמודדות עמם צריכה להיות רב-מערכתית ולהיעשות בשיתוף פעולה בין משרדי ממשלה (בריאות, חינוך, אוצר ורווחה) וכן בין אלו לבין גופים שונים הקשורים לתהליך ההכשרה והעבודה (המל"ג, מוסדות לימוד והכשרה, בתי חולים, קופות החולים וכדומה). כמו כן, כדי שהפתרונות יהיו אפקטיביים חשוב שייעשו באופן שיטתי וממוסד, כאשר הם נתמכים במדיניות ברורה המגובה בתקציבים ייעודיים. היות שמדובר במעורבות של מספר רב של גופים, שחלקם כבר מפעילים מגוון תוכניות לקידום החברה הערבית, חשוב יהיה למנות גוף שיתכלל את הפעילות בנושאי בריאות הנפש.

מן הפתרונות שהוצעו עולה כי הגדלת מצבת כוח האדם בבריאות הנפש יכולה לנבוע משני כיווני פעולה: הגדלת מספר המועמדים להכשרה בתחום באמצעות הגדלת שיעור ההשתתפות בהשכלה גבוהה ושיפור תשתיות אקדמיות מחד גיסא, ו"הסטת" מועמדים פוטנציאליים ממקצועות אחרים אל מקצועות בריאות הנפש באמצעות מתן תמריצים לבחירה בתחום זה מאידך גיסא. על כן, בטווח הקצר יש לפעול להכשרת כוח אדם ולהסבתו ממקצועות משיקים (כגון עבודה-סוציאלית או פסיכולוגיה חינוכית) ולמתן תמריצים לעבודה בתחום. בטווח הארוך יש לפעול להעלאת המודעות לתחום בריאות הנפש וליצירת מסלולי הכשרה מותאמים תרבותית. פעולות אלו צריכות להיעשות בשיתוף פעולה עם מגוון בעלי העניין ובתיאום ביניהם. את שני כיווני הפעולה הללו צריכות ללוות פעולות רוחב לקידום המודעות לבריאות הנפש בחברה הערבית ולהפחתת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו. בהחלטה על פעולות אלו וביישומן יש להביא בחשבון את המאפיינים התרבותיים הייחודיים במדינת ישראל, על גווניה השונים, ולדאוג לכך שתהליכים אלו יתבצעו מתוך רגישות תרבותית.

דברי תודה

תודה מקרב לב לשותפים שלנו: ד"ר איבון מנסבך-קליינפילד, ד"ר אילנה פרבשטיין וד"ר סאמי מחאגינה, שסיפקו תשומות חשובות לתכנון המחקר, לביצוע הראיונות ולפירוש הממצאים.

עוד אנו מבקשות להודות למספר רב של אנשי מפתח במשרד הבריאות, בקופות החולים, באקדמיה, ברשות לפיתוח כלכלי של המגזר הערבי, הדרוזי והצ'רקסי במשרד לשוויון חברתי, ולאנשי המקצוע בשירותי בריאות הנפש על שהקדישו לנו מזמנם והאירו בפנינו סוגיות הקשורות למחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית בתחום בריאות הנפש.

אנו חבות תודה גם לעמיתנו במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על הערותיהם המועילות במהלך כתיבת דוח זה. כמו כן אנו מודות לרויטל אביב-מתוק על עריכת הלשון, לאוולין איבל על התרגום לאנגלית ולענת פרקו-טולדנו על הפקת הדוח והבאתו לדפוס.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
6	2. תיאור המחקר
6	2.1 מטרות המחקר
7	2.2 מערך המחקר
7	3. סיכום ממצאי הראיונות
8	3.1 בין התאמה תרבותית לרגישות תרבותית בבריאות הנפש – עמדות המרואיינים
9	3.2 פיתוח קריירה בתחום בריאות הנפש על ציר הזמן
11	3.3 הצמתים העיקריים של פיתוח קריירה בבריאות הנפש
34	3.4 סיכום ודיון
38	4. כיווני פעולה
39	מקורות
48	נספח 1 : שלבים בפיתוח קריירה בפסיכיאטריה, בפסיכולוגיה ובעבודה סוציאלית

1. מבוא

בחוק ביטוח בריאות ממלכתי (1994) נקבע כי האחריות להספקת שירותי בריאות הנפש תעבור מן המדינה לקופות החולים. בהתאם לכך נעשו הכנות בקופות החולים ובמשרד הבריאות לקראת יישום הרפורמה, וכמה פעמים אף נקבעו תאריכי יעד לביצועה. ואולם, רצף של ניסיונות ליישם את הרפורמה נכשל. באפריל 2012, לאחר כשני עשורים מיום החלת החוק, התקבלה החלטת ממשלה להעביר בצו ממשלתי את האחריות על הספקת שירותים מתחום בריאות הנפש שבאחריות הממשלה אל סל שירותי הבריאות שבאחריות קופות החולים (ממשלת ישראל, תשע"ב-2012). צו הרפורמה קבע זמן ביניים של שלוש שנים שנועד לאפשר לקופות החולים לפתח תשתיות ושירותים ולמשרד הבריאות להיערך לתפקידו כמתווה מדיניות ומפקח. לבקשת משרד הבריאות, מכון מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל ממלא תפקיד מרכזי בעיצוב הערכה של הרפורמה בבריאות הנפש ובביצועה מאז 2007. ההערכה מספקת הן מידע על ביצוע הרפורמה והן אינדיקטורים של תוצאות ביניים ותוצאות סופיות ובכך תורמת להמשך עיצוב הרפורמה ולישומה בזמן אמת.

ביולי 2015 החל יישום הרפורמה בבריאות הנפש. היישום מסדיר את הזכות החוקית לקבלת טיפול, תוך קביעת סל טיפולים ושירותים שקופות החולים חייבות לתת לכל מבוטח, וזאת בזמן ובמרחק סבירים. מטרת נוספות של הרפורמה כוללות, בין היתר, שילוב הטיפול בגוף ובנפש ויצירת רצף טיפולי, שיפור איכות הטיפול, הסרת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו והגדלת זמינות השירותים ונגישותם (נירל ואחרים, 2008).

אחת מן ההנחות שליוותה את תכנון הרפורמה ותקצובה הייתה כי היקף הטיפול שיינתן על ידי קופות החולים לאחר הרפורמה, יעמוד על 4% מן האוכלוסייה המבוגרת ועל 2% מאוכלוסיית הילדים מדי שנה. היקף זה אמור להוות גידול ניכר לעומת שיעור המטופלים במערכת בריאות הנפש טרם הרפורמה. הנחה נוספת הייתה כי הרפורמה תגדיל את שיעורי הפנייה של אוכלוסיות שכיום ממעטות לפנות לטיפול בבריאות הנפש (טביביאן-מזרחי, 2007; האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות, תקשורת אישית 2014).

במחקר משנת 2012 נשאלו הנסקרים בנוגע לתפיסתם הסובייקטיבית את בריאותם הנפשית. 24% מן המשיבים מן החברה הערבית דיווחו כי בשנה הקודמת חשו מצוקה נפשית שעמה התקשו להתמודד לבד, זאת לעומת 17% בלבד מן המשיבים מן החברה היהודית. מתוך אלו שדיווחו על תחושת מצוקה נפשית, 14% בלבד מן המשיבים מן החברה הערבית פנו לקבלת טיפול, לעומת 36% מן המשיבים מן החברה היהודית (אלרועי ואחרים, 2017). ממצאים דומים עלו גם בנוגע לילדים ולבני נוער: בעוד יש שיעור דומה של הפרעות נפשיות הן בקרב החברה היהודית הן בקרב החברה הערבית (Farbstein et al., 2010), שיעורי הפנייה לטיפול נמוכים יותר בקרב החברה הערבית (Mansbach-Kleinfeld et al., 2013). מחקרים מצביעים על כך שחלק מן הסיבות לאי-פנייה לטיפול נפשי בחברה הערבית הן חוסר נגישות כלכלית, גיאוגרפית, לשונית ותרבותית (Mansbach-Kleinfeld et al., 2010). מנתוני אגף המידע במשרד הבריאות לשנת 2016 עולה כי רק 7% ממרפאות בריאות הנפש בארץ פועלות בקרב האוכלוסייה הערבית, נתון העולה בקנה אחד

עם הדיווח על חוסר נגישות גיאוגרפית לשירותים אלו (משרד הבריאות, 2016). תמונת המצב המצטיירת מן הנתונים לעיל דומה לממצאים שהתקבלו במחקרים שנעשו על צריכת שירותי בריאות נפש בקרב קבוצות מיעוט בארה"ב. כך למשל, נמצא כי לקבוצות מיעוט בארה"ב שיעור אשפוז פסיכיאטרי גבוה פי שלושה לעומת כלל האוכלוסייה וכי הן צורכות פחות שירותי בריאות נפש בקהילה (Snowden & Sanches, 1997; Clancy, 1990; Ying & Hu, 1994). בין הסיבות המיוחסות לדפוסים אלו צוינו אבחנה מוטעית, חסמי שפה, חסם כלכלי לפנייה לטיפול וחוסר זמינות של שירותים (SAMHSA, 1996).

כחלק מן המאמצים לצמצום אי-השוויון בבריאות והגדלת הנגישות לטיפול איכותי, מרבית המדינות המערביות פועלות בעשור האחרון לפיתוח התאמה תרבותית בשירותי בריאות (Brach & Fraserirector, 2000; Epstein, 2007; Cohen & Goode, 1999; National Alliance on Mental Illness, 2011; Horev & Avni, 2016; Cohen, Gabriel, & Terrell, 2002). גם בישראל, חוזר מנכ"ל מפברואר 2011, מנחה את קופות החולים לספק שירותי בריאות המותאמים תרבותית ולשונית. בהתאם להנחיות חוזר המנכ"ל, על הקופות לדאוג כי הטיפול הניתן מתייחס לצרכיו הלשוניים והתרבותיים של המטופל, לרבות ערכים, אמונות, נורמות ואורחות חיים (חוזר מנכ"ל מס' 7/11, 2011).

מן הספרות הבין-לאומית עולות מספר דרכים להספקת שירותי בריאות מותאמי תרבות, ביניהן: הכשרת אנשי המקצוע לרגישות תרבותית, שילוב מגשרים ומתרגמים מקרב אוכלוסיות המיעוט במערך הטיפול (USDHHD, Office of Minority Health, 2012), שימת דגש על ערכי המטופלים והנורמות הרווחות בתרבותם (Ell et al., 2009; Yeung et al., 2010), שיתוף קהילת המיעוט בעיצוב מערך הטיפול המותאם לה (USDHHS & Hoggs Foundation, 2012; Connecticut Latino Behavioral Health System) ומתן אפשרות למטופלים לבחור במטפלים מקרב הקבוצה האתנית-תרבותית שלהם, דבר התורם להשגת התאמה מרבית בין המטפל למטופל (racial-ethnic concordance).

עדויות מן המחקר הראו כי התאמה אתנית-תרבותית בין המטפל למטופל תורמת לעלייה בשיעור הפנייה של מיעוטים לטיפול (Flaskerud, 1986; Cohen et al., 2002); מגדילה את יכולת הבחירה של מטופלים מאוכלוסיות מיעוט (USDHHS, 2006); מעלה את הנגישות לשירותי בריאות הנפש ומקטינה את שיעורי הנשירה מטיפול (Flaskerud, 1986, 1991; Fujino et al., 1994; Sue et al., 1991; Hammond & Yung, 1993) ומשפרת את תפיסת איכות הטיפול ותוצריו (Cooper et al., 2004; Flaskerud, 1991; Fujino et al., 1994).

הדרך העיקרית ליצור התאמה תרבותית-אתנית מרבית היא פיתוח מערך מטפלים מגוון מבחינה אתנית ותרבותית (Siegel et al., 2000; Brach & Fraserirector, 2000; Cooper et al., 2004; USDHHS, 2006). לכוח עבודה מגוון מבחינה אתנית ותרבותית יתרון נוסף בכך שהוא מציב דוגמה בפני מועמדים ללימודים וסטודנטים מקרב אוכלוסיות מיעוטים ומעודד אותם לפנות למקצועות אלו (USDHHS, 2006).

על אף החשיבות הרבה של יצירת מערך מטפלים מגוון מבחינה אתנית ותרבותית, מתקשות מערכות הבריאות בעולם לעשות זאת, בעיקר במקצועות בריאות הנפש. תת-ייצוג של קבוצות מיעוט במקצועות בריאות הנפש השונים (פסיכיאטריה, פסיכולוגיה, עבודה סוציאלית, ייעוץ וסיעוד פסיכיאטרי) דווחו

במספר מדינות בעולם (The Annapolis Coalition on the Behavioral Health Workforce, 2007; Curtis et al., 2012; USDHHS, 2001 Hogg Foundation for Mental Health, 2007; Sullivan, 2004).

תמונה דומה עולה מנתוני אגף המידע במשרד הבריאות לפיהם בשנת 2015 עמד מספר המומחים מן החברה הערבית בפסיכיאטריה על 24 איש בלבד, שהם 1.9% מכלל הפסיכיאטרים בישראל. בהינתן ששיעור האוכלוסייה הערבית בישראל עומד על כ-21% מכלל האוכלוסייה (למ"ס, 2015), מדובר בתת-ייצוג ניכר. בדומה, נמצא כי יש שבעה מומחים בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר, שהם 2.5% מכלל אנשי המקצוע בתחום. גם בקרב פסיכולוגים קליניים ישנו תת-ייצוג לחברה הערבית – 58 מומחים בלבד משתייכים לאוכלוסייה זו ומהווים 1.4% מכלל אנשי המקצוע בתחום. מן המחקרים המעטים שנעשו בישראל עולה כי מערכת בריאות הנפש מתקשה לגייס אנשי מקצוע מן החברה הערבית. כך למשל, במחקר שנערך על היערכות קופות החולים לרפורמה, במימון המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות, נמצא כי כבר בשלבים הראשונים של ההיערכות, דיווחו קופות החולים על קושי בגיוס אנשי מקצוע מן החברה הערבית בתחומי בריאות הנפש (סמואל ורוזן, 2013). דיווח זה מצטרף לנתון המצביע על מחסור באנשי מקצוע מאוכלוסייה זו גם במערך שירותי בריאות הנפש הממשלתי (Mansbach-Kleinfeld et al., 2013). יתרה מכך, לפי נתון עדכני בנוגע למספר הרישיונות החדשים שנרשמו בתחומי הפסיכיאטריה, הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר והפסיכולוגיה בין השנים 2000-2013, לא צפוי בעתיד הקרוב גידול רב בהיצע אנשי המקצוע מן החברה הערבית: בין השנים האלה נרשמו 487 פסיכיאטרים חדשים, 117 פסיכיאטרים של הילד והמתבגר ו-5,664 פסיכולוגים חדשים. מתוכם, אחוז אנשי המקצוע מן החברה הערבית היה: 2.2% מתוך כלל הפסיכיאטרים, 2.6% מכלל הפסיכיאטרים לילד ולמתבגר ו-6.2% מכלל הפסיכולוגים (חטיבת מידע ומחשוב, משרד הבריאות, מידע שלא פורסם). נראה אם כן, כי ישנו תת-ייצוג של החברה הערבית גם בקרב הסטודנטים במקצועות הטיפול בבריאות הנפש.

מן הספרות הבין-לאומית עולה כי חברי קבוצות מיעוט צריכים להתגבר על מגוון חסמים מבניים, תרבותיים וכלכליים בדרך לרכישת השכלה גבוהה ומקצועית (Lee, 1991; Ntiri, 2001; Grumbach & Mendoza, 2008). חסמים כלכליים כוללים, בין היתר, קשיים הנובעים מצורך להתפרנס במהלך שנות הלימודים ומהיעדר "גב כלכלי" או תמיכה משפחתית (Landry, 2002; Swail, 2003) ולעתים גם מהיעדר ידע כיצד לפנות לקבלת סיוע כספי (Walker and Schultz, 2001). חסמים מבניים כוללים קשיים בקבלה למוסדות השכלה גבוהה וקושי להתמיד בלימודים בשל הכנה אקדמית בלתי מספקת המאפיינת בתי ספר יסודיים ותיכוניים המשרתים אוכלוסיות מיעוטים, וכן מחסור בהכוונה ובחשיפה לתחומי לימוד ומקצועות שונים (Seidman, 2005). חסמים תרבותיים כוללים חוסר התאמה אקדמית (academic incongruity) שמשמעה סביבה אקדמית שיש בה מחסור בדמויות לחיקוי (role models) מקרב בני אוכלוסיית המיעוט בסגל ההוראה; תכניות לימודים וסביבה פיזית הממוקדות בתרבות של קבוצת האוכלוסייה המרכזית (Rendón, 2000; Gonzalez, 2006); והתנגשות בין דרישות הסביבה האקדמית ובין ערכים הרווחים בתרבותם של בני קבוצת המיעוט, כגון ניגוד בין הדרישה ללמידה אקטיבית והבעת עמדה אישית לבין צו תרבותי המדגיש מתן כבוד למרצה והימנעות מסתירת דבריו (Lee, 2004; Yang & Feng, 2004).

מחקרים רבים שנערכו בישראל מצאו כי בפני צעירים מן החברה הערבית עומדים חסמים דומים בדרכם להשכלה גבוהה. ביניהם, חסמים מבניים הקשורים למערכת חינוך יסודי ותיכוני הלוקה בחסר מבחינת תשתיות ותשומות (אבו-עסבה, 2008), ושהלימודים בה מקטינים משמעותית את היכולות של התלמידים ואת סיכויי הקבלה שלהם למערכת ההשכלה הגבוהה בישראל (וייסבלאי, 2007; בלס, 2009; בן-דוד, 2011; הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, 2012; קונור-אטיאס וגרמש, 2012; Adalah, 2011). ואכן, נתוני הלמ"ס מעלים כי רק 36% מבוגרי בתי הספר בחברה הערבית בשנת 2011 היו זכאים לתעודת בגרות העומדת בדרישות הסף של האוניברסיטאות והמכללות (למ"ס, 2013). כלומר, היצע המועמדים מן החברה הערבית העומדים בתנאי הקבלה ללימודים גבוהים הוא מצומצם. יתרה מזאת, המתעניינים בלימודים גבוהים וגם אלו המתקבלים ללימודים נתקלים ברצף של אתגרים וחסמים מבניים וסביבתיים נוספים, ביניהם: קשיים כלכליים, חשיפה מוגבלת להכוונה ולייעוץ על אודות הבחירה בלימודים גבוהים, קשיי שפה בעברית ובאנגלית, ומיומנויות למידה שאינן הולמות את הנדרש בהשכלה גבוהה (גץ ודר, 2008; הנדן, 2011; עראר ואבו-עסבה, 2007; עראר וחאגי' יחיא, 2007; מוסטפא ועראר, 2009; למ"ס, 2012; בלס, 2009; בן-דוד, 2011; הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך, 2012; קונור-אטיאס וגרמש, 2012; אלחאג', 1996; דגן-בוזגלו, 2007; וולנסקי, 2005; Olshtain & Nissim, 1998; Roer-Strier & Haj-Yahia, 1998; Amitai, 2004; בן-רבי והנדן, 2013).

כדי להגדיל את שיעור הסטודנטים מן החברה הערבית הלומדים והמסיימים את לימודיהם ולצמצם את החסמים העומדים בפניהם במהלך הלימודים, גובשה במועצה להשכלה גבוהה תכנית חומש תשע"א-תשע"ו. התכנית פעלה ברמות שונות של המערכת ולאורך כל הרצף הלימודי במטרה להתמודד עם החסמים הייחודיים לחברה הערבית, לרבות הצורך בהגדלת המודעות להשכלה גבוהה וההכוונה אליה, התאמת מסלולי הכנה קדם-אקדמית לצרכים של סטודנטים מן החברה הערבית, הפעלת תכניות הכנה מזורזות לתואר ראשון, הפעלת תכניות לתלמידי שנה א' בתואר ראשון, הפעלת תכניות הכוון תעסוקתי בשנה האחרונה ללימודים וכן מתן מגוון מלגות לסגל ולסטודנטים ברמות לימודים שונות (בן-רבי והנדן, 2013). הגדלת שיעור ההשתתפות של החברה הערבית בהשכלה גבוהה נותר יעד מרכזי גם בתוכנית הרב שנתית תשע"ז-תשפ"ב (2017-2022) של המועצה להשכלה גבוהה (המל"ג, 2016).

יחד עם זאת, הגדלת שיעורי ההשתתפות של החברה הערבית במערכת ההשכלה הגבוהה אינה מבטיחה גידול במספר הפונים ללימודים בתחום בריאות הנפש, ונראה כי כבר כיום ישנה קבוצה מן החברה הערבית, העומדת בדרישות האקדמיות ללימודים גבוהים, אך אינה בוחרת במסלולי לימוד המובילים לקריירה בתחום בריאות הנפש. על פי נתוני הלמ"ס, בשנת הלימודים תשע"ב (2011-2012) עמד שיעור הסטודנטים מן החברה הערבית בלימודי סיעוד, רוקחות ורפואה על 42%, 42% ו-20% בהתאמה, שיעור גבוה הקרוב לשיעורם באוכלוסייה. לעומת זאת, רק 13% מן הסטודנטים לתואר ראשון בעבודה סוציאלית ו-7% מן הסטודנטים לתואר ראשון בפסיכולוגיה בשנה זו היו מן החברה הערבית. בתארים מתקדמים שיעור הסטודנטים מן החברה הערבית היה נמוך עוד יותר ועמד על 8% מן הסטודנטים לתואר שני בעבודה סוציאלית ועל 4% מן הסטודנטים לתואר שני בפסיכולוגיה (למ"ס, מידע שלא פורסם). יתרה מזאת,

לימודי הרפואה והרוקחות מבוקשים מאוד בקרב סטודנטים מן החברה הערבית עד כי רבים מאלו שאינם עומדים בדרישות הסף ללימודים בארץ, בוחרים ללמוד מקצועות אלו בחו"ל ולא לפנות למקצועות אחרים בתוך מערכת ההשכלה הגבוהה בישראל (עראר וחאג'י יחיא, 2011). בשנת 2014, עמד שיעור בוגרי לימודי רפואה מן החברה הערבית על 14% מכלל הבוגרים, עם זאת, פחות מ-2% בחרו להתמחות בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד (משרד הבריאות, 2016).

מחקר שבחן את הסיבות העיקריות לאי-בחירה של קבוצות מיעוט במקצוע הפסיכולוגיה באנגליה מצא כי הן כללו את זמן ההכשרה הארוך לעומת מסלולי קריירה אחרים, אי-ודאות בנוגע ליכולת להשתכר כראוי לאורך ההכשרה ובתחילת הדרך המקצועית והיעדר תמיכה משפחתית בבחירה בפסיכולוגיה בתור מקצוע (Meredith & Baker, 2007). מחקרים מן העולם, שבחנו את יחס הסטודנטים לרפואה כלפי הפסיכיאטריה בתור קריירה אפשרית העלו שהיא נתפסת בתור תחום מדעי פחות, שהטיפולים בו יעילים פחות מענפי רפואה אחרים ושהבוחרים בו זוכים למעמד חברתי נמוך יותר בקרב רופאים (Brockington & Mumford, 2002; Yager et al., 1982; Pailhez et al., 2005).

בישראל, במסגרת הסכם שכר הרופאים שנחתם ב-2011, הוכרזו מקצוע הפסיכיאטריה של הילד והמתבגר כמקצוע רפואי במצוקה, דבר המקנה תמריצים כלכליים לבוחרים בהתמחות זו. לדברי המרואיינים, תמריצים אלו סייעו במשיכת מועמדים להתמחות במקצוע, לרבות מועמדים מן החברה הערבית (תקשורת אישית, 2014). לעומת זאת, מסלול ההתמחות בפסיכיאטריה של המבוגר, שאינה מוגדרת כמקצוע במצוקה, סובל כיום ממחסור במועמדים להתמחות ואף ישנם תקני התמחות לא מאוישים (תקשורת אישית, 2014). כלומר, התמחות זאת אינה נתפסת כאטרקטיבית בקרב כלל האוכלוסייה, לרבות החברה הערבית. בהקשר זה נשאלת השאלה באיזו מידה ניתן לייחס את האטרקטיביות הנמוכה של הפסיכיאטריה לסטיגמה של בריאות הנפש, הן בקרב הסטודנטים מן החברה היהודית והן בקרב הסטודנטים מן החברה הערבית.

הספרות הבין-לאומית מתארת מגוון יוזמות לגיוס ולשימור אוכלוסיות מיעוט במקצועות בריאות שחשוב ליצור בהם גיוון אתני תרבותי. חלק מן המאמצים המתוארים כוללים תכניות שמטרתן להתגבר על חסמים מערכתיים במסלולים להכשרת אנשי מקצוע בבריאות. למשל, תכניות המיועדות למשוך ללימודים מועמדים מתאימים מאוכלוסיות מיעוט באמצעות יצירת אווירה פלורליסטית המקדמת גיוון תרבותי במוסדות ההשכלה הגבוהה ובמוסדות ההכשרה (Maton et al., 2006; Rogers and Molina, 2006; Institute of Medicine of the National Academies, 2004). אמצעי נוסף למשיכת מועמדים מתאימים מאוכלוסיות מיעוט, הבא להתמודד עם החסמים הכלכליים, הוא מתן מלגות לימודים ומחיה בתמורה להתחייבות לעבודה במקצוע בהמשך (למשל תכנית מלגות שמפעילה קרן Hogg במספר גדול של מוסדות השכלה גבוהה בטקסס). מאמצים אחרים מתמקדים בהתמודדות עם חסמי הידע שבקרב אוכלוסיות מיעוט. למשל, תכניות ייעודיות לתלמידים מקרב אוכלוסיות מיעוט הלומדים בבתי ספר יסודיים ותיכונים החושפות אותם למגוון תחומי בריאות, לרבות בריאות הנפש, במטרה לעודד אותם לבחור לעסוק בתחום בהמשך. תכניות אלה כוללות תכניות העשרה, מחנות קיץ לימודיים, התמחויות (internships) בארגוני בריאות (Smith et al., 2009; Brelvi, 2005; Lee et al., 2003; State of Washington; Governor's

Interagency Council on Health Disparities, 2008; Iowa Department of Public Health, 2006, 2007, בריאות (לרבות בריאות נפש) בתור קריירה אפשרית בקרב אוכלוסיות מיעוט (Chalal & Webster, 2009; Cantor et al., 1998; Grumbach & Chen, 2006; וקמפיינים להעלאת המודעות למגוון מקצועות (Jamieson & White, 2008).

מאמצים מופנים גם לגיוס אנשי מקצוע מקבוצות מיעוט לעבודה בארגוני בריאות נפש ולשימורם במקצוע. למשל באמצעות מתן אפשרות ללימודים מתקדמים, הצמדת מנחים/מדריכים (mentors) לעובדים חדשים ויצירת רשת מקצועית (network) להעצמה, שיתוף ותמיכה הדדית לאורך הקריירה, כגון קהילות ה-"Black and Asian Therapist Network" וה-"Minorities in clinical psychology training community" באנגליה או "Connecticut Latino Behavioral Health System" ו-"Cherokee Health Systems" בארה"ב (ראה רשימת אתרי אינטרנט רלוונטיים ברשימת המקורות המצורפת).

למיטב ידיעתנו, עד כה לא נערך מחקר מקיף על החסמים העומדים בפני הכשרתם ושילובם של סטודנטים מן החברה הערבית במקצועות בריאות הנפש בישראל ועל הגורמים המסייעים בכך. זאת על אף שהנושא נמצא על סדר היום של משרד הבריאות. בפברואר 2016 התקיים אירוע "שולחנות עגולים" בנושא יישום הרפורמה בבריאות הנפש במגזר הערבי בהשתתפות נציגי אנשי המקצוע מן החברה הערבית, קופות החולים והאיגודים המקצועיים. במסגרת האירוע נערך סיעור מוחות בנוגע לפתרונות אפשריים, אשר חלקם נמצאים בראשית תהליך יישום. המחקר הזה נועד לסייע בהבנת הסיבות למחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית ולפתח אסטרטגיות מותאמות תרבותית להתמודדות עמו. ממצאי המחקר ישתלבו עם מאמצי משרד הבריאות לזיהוי חסמים ולפיתוח פתרונות להגדלת מספר אנשי המקצוע מן החברה הערבית בתחום בריאות הנפש.

2. תיאור המחקר

2.1 מטרות המחקר

1. לזהות את החסמים (למשל: האישיים, הכלכליים, המבניים והתרבותיים) העומדים בפני אנשי מקצוע מן החברה הערבית בהכשרתם ובשילובם במערך בריאות הנפש בקהילה.
2. לזהות את הגורמים המסייעים בתהליכי ההכשרה של אנשי מקצוע מן החברה הערבית ובשילובם במערך בריאות הנפש בקהילה.
3. ללמוד על דרכי הפעולה הקיימות בקופות החולים, במשרד הבריאות ובמוסדות ההכשרה שמטרתן להכשיר, לגייס ולשלב אנשי מקצוע מן החברה הערבית (פסיכיאטרים, פסיכולוגים ועובדים סוציאליים קליניים) במערך בריאות הנפש בקהילה.
4. להצביע על דרכי פעולה אפשריות להתמודדות עם החסמים שיביאו להגדלת היצע אנשי המקצוע מן החברה הערבית במקצועות בריאות הנפש.

2.2 מערך המחקר

2.2.1 שיטת המחקר ותכנית הביצוע

המחקר נערך בגישה איכותנית, שמטרתה לתאר ולהבין מציאות מורכבת ולעמוד על משמעותן של תופעות מנקודות מבט מגוונות.

2.2.2 אוכלוסיית המחקר והדגימה

אוכלוסיית המחקר כללה ארבע קבוצות של מרואיינים: אנשי מטה (9 במשרדי הבריאות והאוצר, 4 בקופות החולים, ו-2 מנהלי מרפאות בריאות הנפש), אנשי אקדמיה (7), אנשי קהילה מן החברה הערבית (4) ו-27 אנשי מקצוע מן החברה הערבית (9 פסיכולוגים, 8 פסיכיאטרים ו-10 עובדים סוציאליים בבריאות הנפש). היות שאין רשימות של אנשי מקצוע מן החברה הערבית בבריאות הנפש, המרואיינים אותרו בשיטת "כדור שלג", תוך הקפדה על יצירת קבוצה מגוונת של מרואיינים במשתנים האלה: מקצוע בבריאות הנפש, טיפול במבוגרים או ילדים ונוער, ותק במקצוע (לרבות הבחנה בין מתמחים, מומחים צעירים ומומחים בעלי ותק), מגזר עבודה (פרטי/ציבורי) ודת (מוסלמי/נוצרי).

2.2.3 כלי המחקר ושיטת איסוף הנתונים וניתוחם

פותחו ארבעה פרוטוקולי ראיונות חצי מובנים, שהותאמו לכל אחת מקבוצות המרואיינים. הפרוטוקולים כללו שאלות שהופנו לכלל המרואיינים וכן שאלות ייחודיות שהופנו לקבוצות המרואיינים השונות. למשל: בתוך קבוצת אנשי המקצוע, הופנו שאלות ייחודיות לכל מקצוע – פסיכיאטרים לעומת פסיכולוגים או עובדים סוציאליים – בהתאם לייחודיות של מסלול ההכשרה והתעסוקה.

את הראיונות ביצעו החוקרים באמצעות הטלפון או פנים אל פנים, בהתאם להעדפות המרואיינים. הראיונות הוקלטו ושוקלטו. במקרים שאי-אפשר היה להקליט נערך רישום ידני ולאחר מכן הקלדה של הראיון. הראיונות נותחו באמצעות ניתוח תוכן במטרה לאתר תמות מרכזיות.

3. סיכום ממצאי הראיונות

הראיונות כללו התייחסות לארבע מטרות המחקר כפי שפורטו בהרחבה לעיל: זיהוי החסמים, זיהוי הגורמים המסייעים, למידת המאמצים בפועל ואיתור הפתרונות המוצעים. נוסף על כך, כדי להבין את תפיסות המרואיינים ועמדותיהם בנושא טיפול מותאם תרבותית שאלנו: "באיזו מידה חשוב לדעתך שהמטפל יגיע מאותה תרבות של המטופל?" זאת מתוך הנחה שתפיסות אלו משפיעות על התשובות לשאלות המחקר האחרות.

בחרנו להציג את ממצאי הראיונות על פני ציר הזמן של פיתוח קריירה בתחום בריאות הנפש, תוך התייחסות לצומתי ההחלטה הקיימים לאורכו. זאת כדי לזהות מוקדי התערבות אפשריים לאורך מסלול הקריירה ולגזור מן הממצאים המלצות המתייחסות למוקדים אלו. לפיכך, פרק הממצאים בנוי כדלקמן: ראשית, נתאר את עמדות המרואיינים בנוגע לטיפול מותאם תרבות בבריאות הנפש. לאחר מכן, נתאר את

הצמתים העיקריים על ציר הזמן של פיתוח קריירה בבריאות הנפש: קבלה ללימודים גבוהים, הלימודים באוניברסיטה, הבחירה בתחום בריאות הנפש במהלך הלימודים, הלימודים המתקדמים וההתמחות, תוך פירוט הממצאים שהתקבלו בעבור כל אחת ממטרות המחקר. בחלק מנקודות הזמן יוצגו הממצאים בנפרד בעבור כל מקצוע.

3.1 בין התאמה תרבותית לרגישות תרבותית בבריאות הנפש - עמדות המרואיינים

במסגרת הראיונות נבחנו התפיסות הכלליות של המרואיינים בנוגע לסוגיה של התאמה תרבותית של הטיפול בבריאות הנפש. המרואיינים נשאלו עד כמה חשוב בעיניהם שהמטפל והמטופל יהיו מאותה תרבות, או אף מאותה קהילה (cultural concordance). בראיונות עם אנשי המקצוע קיימת תמימות דעים כי **תנאי הכרחי לטיפול נפשי הוא שהמטפל והמטופל ידברו באותה השפה** (התאמה לשונית): "אתחיל בשפה... אנחנו לא מדברים על מומחיות של רופא אף אוזן גרון, שצריך לתאר לו סימפטומים בשפה פשוטה. אנחנו מדברים פה על טיפול פסיכולוגי, על הבעה רגשית שגם בשפת האם קשה לספר על קשיים נפשיים וקונפליקטים ותסביכים. אז הקושי הוא כפליים כשמדובר בטיפול בשפה שנייה או שפה אחרת." חשיבות ההתאמה הלשונית בטיפול עלתה גם בראיונות עם אנשי קופות החולים ועם אנשי מטה משרד הבריאות: "בסופו של דבר בפסיכיאטריה ובבריאות הנפש בכלל כלי העבודה הוא לא סטטוסקופ ולא צילום רנטגן, כלי העבודה הוא שפה. כל האבחון נעשה על סמך שיחה בין המטפל למטופל ולכן אם אנחנו צריכים לתרגם שיעבירו את הדברים חלק מהדברים יכולים ללכת לאיבוד בתרגום."

מן הראיונות עלה עוד כי שפה משותפת היא אמנם תנאי הכרחי, אך לא מספיק. לדברי המרואיינים **יש חשיבות רבה להקשר התרבותי המתלווה לשפה** כגון ניואנסים, בחירת מילים, שפת גוף וכדומה: "זה כל כך טבעי שאתה צריך להיות בתוך התרבות, לדבר את השפה, מכיר את הדקויות כדי שאתה תוכל לטפל, כי אי-אפשר לטפל בתרגום ואי-אפשר שזה יהיה מישו מבחוץ זר." יתרה מזאת, בראיונות הדגישו המרואיינים כי **יש צורך בהתאמה תרבותית רחבה יותר**, קרי היכרות מעמיקה עם התרבות המתייחסת לממדים השונים שלה, כגון ערכים, אמונות, נורמות התנהגות ודת. התאמה כזו "חוסכת" מן המטופל את הצורך להסביר את עצמו למטפל: "זה שהמטפל מאותה תרבות זה עוזר המון מכיוון שדברים די מובנים. לא צריך להתאמץ על מנת להסביר אותם." התאמה תרבותית גם עשויה למנוע אבחנה שגויה, ישנם מצבים שבהם ההקשר התרבותי מסביר את התנהגות המטופל: "נגיד שדברים קורים אצל מטופל. מטפל מתרבות אחרת יחשוב שזה משהו פתולוגי, ומטפל מאותה תרבות יבין." התאמה תרבותית עשויה לתרום גם למהלך הטיפול ולהקל על יצירת הקשר בין המטפל למטופל. לדברי המרואיינים, יכולת המטפל להתאים את קצב התקדמות הטיפול לצורכי המטופל קשורה להיכרותו עם תרבות המטופל.

אנשי המקצוע התייחסו גם לחשיבות של **רגישות תרבותית**. גם במקרים שהמטפל והמטופל באים מאותה התרבות, על המטפל להיות רגיש להשפעת התרבות על תפיסותיו את המטופל ואת התכנים המועלים בטיפול: "מאוד חשוב שהמטפל יהיה מאותה תרבות, בתנאי שהוא גם רגיש לתרבות. לפעמים זה שאני מתוך החברה אני ביקורתי כלפי החברה שלי ופחות סובלני. זה לא לטובת החברה... הוא גם יכול להיות

שיפוטי בתחומים מסוימים, כמו דת או תחומים פוליטיים." רגישות תרבותית חשובה גם לאור השונות הקיימת בתוך החברה הערבית: "התרבות שבתוך התרבות הערבית, של דתות שונות, של אזורים שונים, של אנשים שהם יותר כפריים לעומת אנשים שהם טוענים שהם במודרניזציה... הרבה פעמים אנחנו בתוך המרפאה אנחנו גם עושים את הדיונים האלה נגיד של קצת יותר להתכוון לאוכלוסיות מיוחדות בשביל להבין את התכנים שלהם, את הקשיים שלהם." רגישות תרבותית של כל מטפל מאפשרת למטופלים מתרבות אחת להיות מטופלים על ידי מטפל מתרבות אחרת. לא כל המטופלים מן החברה הערבית רוצים מטפל ערבי. יש שיעדיפו להיות מטופלים אצל מטפל יהודי מתוך ניסיון לשמור על סודיות, מתוך רצון לפרוץ את גבולות התרבות, או בשל איכות המטפל. בכלל הראיונות יש הסכמה כי מעל לכול יש צורך להכשיר את אנשי המקצוע לתת טיפול רגיש תרבותית: "מה שחשוב זה שבמפגש הבין-תרבותי בטיפול זה שהמטפל יקבל הכשרה בנושא. כלומר הוא יודע איך להתמודד עם מפגש בין-תרבותי או מפגש של שוני של זהויות, ועל אחת כמה וכמה אם הן זהויות בקונפליקט." הכשרה ברגישות תרבותית חשובה גם בעבור אנשי המקצוע עצמם, המקבלים את רוב הכשרתם המעשית בקרב החברה היהודית ואחר כך גם עובדים במסגרות המספקות שירות לחברה היהודית: "בטיפולים שלי אני לומדת הרבה גם מהתרבות של האנשים של המגזר היהודי, זה מוסיף הרבה ואנחנו כל הזמן לומדים, מבינים, מתחשבים, אני גם צריכה להיות רגישת תרבות לאנשים מהמגזר היהודי."

אחד מאנשי המטה הדגיש בריאיון כי התאמה תרבותית מלאה בין מטפל למטופל לא יכולה להיות אסטרטגיית מענה יחידה לצורכי המטופלים. הוא הביע חשש שתיווצר היפרדות (סגרגציה) בטיפול, כך שאנשי המקצוע מן החברה הערבית יטפלו במטופלים מן החברה הערבית ואנשי המקצוע מן החברה היהודית יטפלו במטופלים מן החברה היהודית. לטענתו, חשוב לא לייצר פילוג בין שתי האוכלוסיות בבריאות הנפש, שכן משם קצרה הדרך לפילוג בשאר התחומים. לדבריו יש שונות בין מטפל למטופל בכל מיני רמות, גם כשמדובר באותו לאום ודת, ולכן יש חשיבות רבה להכשיר אנשי מקצוע להיות רגישים תרבותית למגוון המטופלים שלהם.

3.2 פיתוח קריירה בתחום בריאות הנפש על ציר הזמן

באיור 1 שבנספח 1, מוצגים הצמתים העיקריים במסלולי הקריירה של שלושת המקצועות שנבחנו במחקר. מן הראיונות עולה כי השיקולים בנוגע לבחירת קריירה בעתיד מנחים את ההחלטה בדבר לימודים גבוהים, ולכן נקודת הזמן הראשונה המופיעה באיור היא **סיום הלימודים בתיכון ותהליך הקבלה ללימודים** במוסדות להשכלה גבוהה. בשלב זה על הצעירים מן החברה הערבית להחליט באיזה תחום לימודים לבחור וגם היכן ברצונם ללמוד (בארץ או בחו"ל). נקודת הזמן השנייה היא **הלימודים לתואר ראשון** או לימודי רפואה באוניברסיטה. החשיפה לתחום בריאות הנפש בכל אחד מן המסלולים שונה בעיתוי ובהיקף. להלן פירוט מסלול הלימודים בכל אחד מן המקצועות:

לימודי רפואה: סטודנטים לרפואה נדרשים לעבור סבב בן שישה שבועות במחלקה פסיכיאטרית ולעמוד בבחינה ממשלתית בפסיכיאטריה בשנה החמישית ללימודים. הבחירה בתחום בריאות הנפש מגיעה

רק אחרי סיום לימודי הרפואה, בעת בחירת ההתמחות. ההתמחות בפסיכיאטריה נמשכת ארבע וחצי שנים וההתמחות בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר נמשכת חמש שנים, והן מתבצעות בחלקן במסגרת בית חולים ובחלקן בקהילה. לאחר כמחצית מתקופת ההתמחות על המתמחה לעמוד בבחינת שלב א' המתמחה על ידי עיוני בתחום הפסיכיאטריה. לקראת סיום תקופת ההתמחות, על המתמחה לעמוד בבחינת שלב ב', העוסקת ב"מקרים ממשיים בתחום מקצוע ההתמחות, שעליהם יצטרך המתמחה ליישם את ידיעותיו, מבחינת האבחון, מבחינת הטיפול ומבחינת ייעוץ מומחה במקצועות" (נוסח תקנות הרופאים "אישור תואר ומומחה ובחינות התשל"ג 1973" – פרק ה': בחינות). לאחר תום ההתמחות והעמידה בבחינות מקבל המתמחה תעודת מומחה בפסיכיאטריה או בפסיכיאטריה של הילד והמתבגר. בשלב זה יכול המומחה להתמודד על תקן במשרה ציבורית ו/או לפתח קליניקה פרטית.

לימודי פסיכולוגיה: הסטודנטים נחשפים לתכני בריאות הנפש במסגרת לימודיהם, אך אינם חייבים לבצע התנסות מעשית בתחום. לאחר התואר הראשון הם יכולים להמשיך לתואר שני במגמה קלינית, שיאפשר לפתח קריירה בבריאות הנפש. לחילופין, יכולים הסטודנטים לבחור בתואר שני במגמות אחרות (כגון פסיכולוגיה חינוכית, ארגונית, התפתחותית או מחקרית) שאינן מובילות בהכרח לעבודה בתחום בריאות הנפש. עם תום לימודי התואר השני, רשאים המסיימים להירשם בפנקס הפסיכולוגים במשרד הבריאות ולהגיש מועמדות להתמחות באחד מן המוסדות המוכרים על ידי משרד הבריאות לצורך התמחות. ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית נמשכת שנתיים במשרה מלאה או ארבע שנים בחצי משרה. חלק מן ההתמחות נעשה במסגרת אשפוזית וחלק בקהילה (משרד הבריאות, הנחיות לתהליך התמחות בפסיכולוגיה קלינית 2016). ריבוי המועמדים להתמחות בפסיכולוגיה קלינית הוביל בשנים האחרונות לתור המתנה ארוך להתמחות ולהתארכות משך הזמן שבין סיום הלימודים לסיום ההתמחות. במוסדות ציבוריים, הקבלה להתמחות מותנית, בין היתר, בזכאות למלגת התמחות במימון משרד הבריאות.¹ בדוח הקצאת המלגות בפסיכולוגיה, שפורסם בנובמבר 2015, נקבע תעדוף במתן מלגות לאוכלוסיות מיוחדות, ביניהן החברה הערבית. למתמחים שסיימו שנת התמחות ראשונה ניתנת רשות להתחיל במתן טיפול פסיכותרפויטי באופן פרטי, בכפוף לקניית שירותי הדרכה. עם סיום ההתמחות על המתמחים לעמוד בבחינת התמחות לצורך קבלת תעודת מומחה בפסיכולוגיה קלינית, שלאחריה ניתן להתמודד על קבלת תקן במסגרות ציבוריות ו/או לפתח קליניקה פרטית.

לימודי עבודה סוציאלית: סטודנטים לתואר ראשון בעבודה סוציאלית נדרשים להתנסות ב"עבודה מעשית" מודרכת במסגרת לימודיהם. עבודה מעשית יכולה להתבצע בכל מסגרת שמשולבים בה עובדים סוציאליים, לרבות מסגרות בריאות נפש. עם זאת, מי שאינו מעוניין בכך יכול לסיים את לימודיו מבלי

¹ יש גם מוסדות פרטיים המוכרים להתמחות, המממנים בעצמם את עלות המתמחים.

לאחרונה חל שינוי במודל הקצאת כספי המלגות כך שמוסדות המוכרים להתמחות במסגרות מרפאתיות מקבלים השתתפות חלקית בעלות המתמחים (עלות ההדרכה) ונדרשים להשלים את עלות ההעסקה (בשכר מינימום). מספר המלגות נותר על כנו והתקציב שהתפנה יופנה לתגבור מספר המלגות במסגרות אשפוזיות, המהוות צוואר בקבוק לסיום ההתמחות (משרד הבריאות, 2015).

לעסוק בתחום בריאות הנפש כלל. הבחירה בקריירה בתחום בריאות הנפש מגיעה לאחר סיום הלימודים בעת היציאה לשוק העבודה ו/או הלימודים המתקדמים. בוגרי עבודה סוציאלית רשאים להירשם בפנקס העובדים הסוציאליים במשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ולהתמודד במכרזים של מסגרות בריאות הנפש הממשלתיות (במרפאות ובבתי החולים). המעוניינים בפיתוח קריירה בתחום בריאות הנפש יכולים לפנות ללימודי תואר שני במגמה קלינית ולימודי פסיכותרפיה ובהמשך לעבוד במסגרות בריאות הנפש ציבוריות או לפתח קליניקה פרטית. תחום בריאות הנפש מוכר על ידי משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים כתחום מומחיות בעבודה סוציאלית.

3.3 הצמתים העיקריים של פיתוח קריירה בבריאות הנפש

3.3.1 הקבלה ללימודים גבוהים

חסמים העומדים בפני קבלה ללימודים גבוהים

מן הראיונות עלה כי חלק מן החסמים בפני הקבלה ללימודים גבוהים במוסדות להשכלה גבוהה בישראל עומדים בפני כלל הצעירים מן החברה הערבית הפונים ללימודים, וחלקם חסמים ייחודיים לפונים לתחום בריאות הנפש (כפי שיפורט בהמשך).

חסמים העומדים בפני כלל הצעירים מן החברה הערבית

מן הראיונות עם המסרנים (אינפורמנטים) השונים עולה כי למועמדים מן החברה הערבית נקודת פתיחה נמוכה יותר להתמודדות עם הדרישות במוסדות להשכלה גבוהה. אחד הביטויים לכך הוא **ציוני בגרות ופסיכומטרי הנמוכים** מציוני המועמדים מן החברה היהודית, וכן **רמה נמוכה של אנגלית ועברית**. בראיונות עם אנשי האקדמיה הסתמן הראיון האישי בתור חסם משמעותי נוסף בפני מועמדים מן החברה הערבית ללימודי רפואה. עוד עלה במספר ראיונות כי בחלק מבתי הספר לרפואה יש **מכסה קבועה** של סטודנטים מן החברה הערבית היכולים להתקבל בכל שנה ללימודי הרפואה. כל אלו מקשים על צעירים מן החברה הערבית להתמודד בתנאי הקבלה הנדרשים לחוגים מבוקשים כמו פסיכולוגיה ורפואה.

בחלק מבתי הספר לרפואה ולעבודה סוציאלית בארץ יש **מגבלת גיל**, לפיה לא ניתן להתחיל ללמוד לפני גיל 20. הסטודנטים מן החברה הערבית מתחילים לרוב את לימודיהם הגבוהים מיד לאחר התיכון, בגיל 18, כך שהם נאלצים לחכות או לבחור במקום לימודים אחר, או בתחום לימודים אחר.

חסמים בפני בחירה בתחום בריאות הנפש

בראיונות עלו מספר חסמים בפני בחירה במקצועות בריאות הנפש בתור מסלול קריירה. חלק מן החסמים משותפים לכל מקצועות בריאות הנפש וחלקם ייחודיים למקצוע מסוים. החסמים המשותפים כוללים, בין היתר, היעדר מודעות לתחום בריאות הנפש בתור מסלול קריירה, היעדר מודלים לחיקוי והסטיגמה הכרוכה במתן טיפול בבריאות הנפש ובקבלתו.

מן הראיונות עלה כי באופן כללי יש בחברה הערבית **מודעות נמוכה לתחום בריאות הנפש ולמטפלים**. הסיבות לכך נטועות בכמה גורמים: **מחסור בחשיפה והכוונה לתחום בריאות הנפש כאפשרות קריירה**:

"המקצוע הזה לרוב לא עולה על הפרק, מבחינת אנשים שרוצים ללכת וללמוד משהו. לא בגלל שזה לא מעניין אותם, בגלל שזה בכלל לא עולה על הפרק... גם מבחינת התודעה והנגישות של המקצוע בחברה, שזה משהו שבכלל לא רואים אותו, לא נתקלים בו ביום יום, לא שומעים על זה... זה לא נגיש... בלימודים בתיכון יש מגמות של פסיכולוגיה בתיכונים יהודיים, אצלנו אין שום זכר לזה." המודעות הנמוכה לאפשרויות הקריירה הטמונות בתחום בריאות הנפש קשורה גם לנגישות ולזמינות נמוכה של שירותי בריאות הנפש בחברה הערבית ומיעוט בדמויות לחיקוי בתחום: "בגלל שמספר הפסיכולוגים הערבים הוא מצומצם מאוד, אין מודלים לחיקוי. הם לא מופיעים בתקשורת, בטלוויזיה, לא מראיינים אותנו. אין לנו מעמד." בראיונות עם אנשי האקדמיה עלה עוד כי המחסור בדמויות לחיקוי מביא לכך שגם למי שמודע לתחום ומעוניין בפיתוח קריירה בבריאות הנפש, אין למי לפנות לקבלת ייעוץ והכוונה: "יש כמה צעירים שמעוניינים ללמוד את המקצועות האלו. אין להם דמויות שיתמכו או יכוונו. אין להם מנטורים מתאימים."

המרוויינים תיארו את החברה הערבית בישראל כחברה הנמצאת בתהליכי מעבר בכל הקשור ליחס לבריאות הנפש ולטיפול נפשי, אולם תפיסות סטיגמטיות בנוגע למצוקה נפשית ולטיפול נפשי עדיין רווחות. בעיות נפשיות נתפסות כדבר שיש להסתיר והטיפול בנפש כרוך בבושה ובפחד: "בושה, וסטיגמה ולא נעים ללכת וכולם מכירים, וזה פוגע במעמד, בתפקיד, בקשרים, באישה, בחברה, בילדים. אני מבחינתי הפסיכיאטריה לא השתנתה." אנשי המקצוע הסבירו עוד כי הסטיגמה כלפי הזקוקים לטיפול בבריאות הנפש משליכה גם על אנשי המקצוע ועל יוקרת המקצוע: "יש המון סטיגמה גם להיות מטפל, אם כבר להיות רופא ולא מטפל בבריאות הנפש כי אז אתה מטפל בדברים בשוליים, ואולי אתה משוגע אם אתה רוצה לטפל במשוגעים."

חסם נוסף שעלה בראיונות הוא משך מסלול ההכשרה הארוך ויכולת השתכרות נמוכה בראשית הדרך. לדברי המרוויינים, שיקול משמעותי של צעירים מן החברה הערבית בבואם לבחור תחום לימודים הוא הצורך ללמוד מקצוע שיאפשר השתלבות מהירה בשוק העבודה. שיקול זה מאפיל לעתים על שיקולים אחרים, לרבות משיכה אישית ותחומי עניין: "הסטודנטים הערבים כשמסתכלים לאקדמיה הם רוצים לצאת משם עם איזשהו מקצוע שיוכלו דרכו להשתלב בשוק העבודה ושיכולים לעבוד בכבוד... צריכים מקצוע שיחיו ממנו. הם לא פונים לעבודה סוציאלית ולא פונים לייעוץ, הם פונים למקצועות אחרים שהם יכולים להביא להם פרנסה... המניע הוא מניע של פרנסה. ומכיוון שהמניע שהוא מניע של פרנסה, אז יש מקצועות אחרים שיכולים להבטיח פרנסה יותר מעולם הרגש." מסלול ההכשרה הארוך מהווה לעתים גם עול כלכלי על משפחות הלומדים: "יש פער בין היכולות הכספיות של המשפחות. המשפחה ששלחה אותך ללמוד רוצה שתלמד 4 שנים, תהיה עורך-דין ותתקתק כסף. אין משפחה שתגיד: "בסדר, אני אתמוך בך 10 שנים עד שיהיה פסיכולוג מומחה. גם לא המשפחה שלי". נוסף על כך, כשמדובר בלימודי הפסיכולוגיה כולל המסלול הארוך צמתים מרובים שבהם עשויים לנשור מן המסלול ולכן יש אלמנט של סיכון בהשקעת זמן ומשאבים שעשויים לרדת לטמיון: "יש את התואר שני ויש את הסיכון, שבעצם אולי אתה לא תתקבל אם לא תשיג ציונים טובים... וההתלבטות הייתה בעצם האם בזמנו אני לוקח סיכון או לא לוקח סיכון מבחינה זו."

הגורמים המסייעים בבחירה בתחום בריאות הנפש בשלב הקבלה ללימודים גבוהים

לצד החסמים שתוארו, עלו בראיונות גם מספר גורמים המסייעים לצעירים מן החברה הערבית לבחור במסלול שיוביל אותם לתחום בריאות הנפש כבר בשלב הקבלה ללימודים גבוהים. הראשון שבהם הוא תחילתו של שינוי ביחס של החברה הערבית לבריאות הנפש: "ברחוב, אנשים מתחילים לדבר בשפה פסיכולוגית יותר, בשפה של רגשות. החברה עברה כבר דרך בעשרים השנה האחרונות... כל החשיפה במדיה, באינטרנט, בכל המודעות שיכולה לנבוע משם. גם היות והתפתחו עוד מוסדות במגזר. עוד אנשי מקצוע. זה עזר מאוד להגברת המודעות."

אנשי המקצוע מתארים את הקמת המרפאות לבריאות הנפש ביישובים ערבים כתורמת ל"נירמול" הטיפול בבריאות הנפש בחברה ולירידה בבושה ובסטיגמה הכרוכות בטיפול נפשי. זאת כיוון שאנשים רואים את ההשפעה הטובה שיש לטיפול על קרובים ושכנים: "זה שאנחנו [המטפלים] נמצאים כאן... אנשים פוגשים אותנו ואנחנו עושים איזושהי השפעה... שעושה גלים. קודם כל זה משפיע על האנשים המטופלים, אבל... המטופלים כבר יכולים להעביר את זה הלאה"; "ככל שמרכזים לטיפול בתחום בריאות הנפש זמינים יותר, היחס מתחיל להיות חיובי."

פיתוח שירותי בריאות הנפש במרכזי אוכלוסייה ערבית תורם גם לנראות של המקצועות המטפלים, וכן להנגשת תעסוקה בתחום הזה "קרוב לבית": "כל הקופות מתחילות לפתח שירותים קרובים פחות או יותר למרכזי אוכלוסייה, לקרב ולהנגיש את השירותים זה גם מעודד את אנשי המקצוע לעבוד במקצוע. כמו שפותרים מפעל בעיר אז אנשי מקצוע באים – אם מנגישים שירותים בתוך מוקדי האוכלוסייה ואז הסטודנט רואה שהוא יכול לעבוד בתחום במקום שרוצה, אז הוא ילך ללמוד וההיפך זה מקשה עליהם ללכת לתחומים האלו."

ריבוי הפסיכולוגים החינוכיים בבתי הספר תורם אף הוא לשינוי בתפיסה הסטיגמטית כלפי טיפול בבעיות נפש ובחירה בקריירה בתחום: "היום פחות סטיגמטי להתעסק בבריאות הנפש. מי שתרים לזה זה ריבוי הפסיכולוגים החינוכיים... [ש]העלה את המודעות למקצוע ואנשים ידעו שלהתעסק בבריאות הנפש זה לא כל כך נורא. זה אמנם לא בריאות הנפש פרופר, אבל זה כן עדיין בריאות נפש. אלו סוכנים של המקצוע שהם יותר נראים. הם בקהילה, חשופים בבתי הספר."

הפתרונות הקיימים להתמודדות עם החסמים בפני קבלה ללימודים גבוהים

בראיונות הוזכרו מגוון פתרונות קיימים כיום בשטח להתמודדות עם החסמים העומדים בפני צעירים מן החברה הערבית בבואם להתקבל ללימודים גבוהים. פתרונות שנועדו להתמודד עם חוסר המודעות של צעירים מן החברה הערבית לתחום בריאות הנפש בתור אפשרות קריירה כללו הכוון להשכלה גבוהה בתחומים אלה באמצעות חשיפה אליהם. איש מטה משרד הבריאות ציין כי החלה יוזמה לתת לתלמידי תיכון עלונים המפרטים את האפשרויות ללימוד מקצועות בבריאות הנפש, כבר בשלב בחירת מגמת הלימודים. על יוזמה דומה שמענו גם מאיש מקצוע שציין כי: "בעבר לא נחשפו הסטודנטים לאנשים שעבדו בבריאות נפש ומה הם יכולים לעשות. אבל לאחרונה כן שומעים על זה... עושים את התכנית של העבודה

עם בתי ספר בכיתות יא' יב'. אז מביאים מודלינג של אנשים שעובדים בתחומים שונים שהצליחו בעבודה שלהם... להראות להם מודלינג של אנשים שהצליחו בתחומים האלה." יוזמה שמטרתה התמודדות עם הסטיגמה האופפת את תחום בריאות הנפש כללה פעילות מקומית של רתימת איש דת לסיוע בנושא: "ביישוב שלהם היה איש דת מאוד משפיע, אימאם של היישוב, יש עיתון מקומי שהוא כותב שם כל שבוע משהו. והם פנו אליו בבקשה שיכתוב משהו נגד הסטיגמות ונגד היחס של החברה כלפי אנשים עם מחלת נפש מתוך מחשבה שאם זה יבוא מסמכות רוחנית כזאת אנשים יהיו מוכנים לחשוב על זה."

בראיונות סיפרו המרואיינים גם על פתרונות קיימים שנועדו להתמודד עם נקודת הפתיחה הנמוכה יותר של המועמדים מן החברה הערבית ללימודים גבוהים בארץ. נראה כי מוסדות ההשכלה הגבוהה נוקטים בפרקטיקות של העדפה מתקנת, מתן הקלות פרטניות בקבלה, יצירת מכינות ייעודיות לסטודנטים מן החברה הערבית ומאמץ אקטיבי של גיוס מועמדים מתאימים ללימודים על ידי האוניברסיטאות: "האוניברסיטה מנסה להביא סטודנטים ערבים. החומר עכשיו מתורגם לערבית, פרסומים של האוניברסיטה, שלטים." נוסף על כך, הסרת מגבלת הגיל המינימלי לקבלה ללימודי עבודה סוציאלית על ידי המל"ג, צוינה כגורם המעודד סטודנטים מן החברה הערבית לבחור בתחום זה כעת כשלא נדרשת המתנה אליו. יוזמה נוספת היא תכנית אימתיאז (מצוינות) להכוון השכלה גבוהה מכוונת תעסוקה. התכנית שהוקמה ביוזמה משותפת של משרד הכלכלה והגיוינט, פועלת באמצעות מרכזי הכוון התעסוקה "ריאן", ומיועדת לבני 18-26 המעוניינים להשתלב באקדמיה. התכנית מסייעת לכוונם ללמוד מקצועות הדרושים במשק כדי לבנות מסלול קריירה ולפתוח אופק תעסוקתי. התכנית מציעה מגוון כלים ושירותים שמסייעים למשתתפים להעלות את סיכוייהם להתקבל ללימודים גבוהים ולהשתלב בהם, כגון קורסי הכנה לבחינה הפסיכומטרית, קורס הכנה למבחני יע"ל ואמ"ר, קורס הכנה לאקדמיה, אבחון פסיכולוגי תעסוקתי, ליווי פרטני וקבוצתי, קורס כתיבה וקריאה אקדמית, השלמת בגרויות, הסבה מקצועית למקצוע דרוש, הפניה למלגות, סיוע ברישום, חיזוק בשפות העברית והאנגלית וכדומה.

ברוב הראיונות עלתה האפשרות ללמוד בחו"ל ולהשתלב בשוק בריאות הנפש בשלב מאוחר יותר בתור דרך לעקוף את הקושי הכרוך בקבלה ללימודים בארץ, את הקושי בלימודים עצמם ואת הצורך לשפר ציונים באמצעות מכינה: "לא עשיתי את כל הבחינות... בפסיכומטרי ואחר כך מבחן מור... וכל מיני... ראיתי המון עכבות בדרך. אני לא עשיתי את כל המבחנים אבל הייתי יכול מבחינת הציונים. היה לי ציון טוב אבל ראיתי שזה ככה מושך זמן עד שמקבלים, נכשלים בתואר ונכשלים ככה וזה, אז הדרך הכי קלה זה לצאת ללמוד בחו"ל."

הצעות לפתרונות אפשריים להתמודדות עם החסמים הכרוכים בקבלה ללימודים גבוהים

במסגרת הראיונות התבקשו המרואיינים להעלות רעיונות לדרכי התמודדות עם החסמים שעומדים בפני הצעירים מן החברה הערבית. הרעיונות שהועלו להתמודדות עם חוסר המודעות לתחום בריאות הנפש בתור אפשרות קריירה כללו הגברת החשיפה לתחום בריאות הנפש במערכת החינוך, במדיה ובקהילה, פיתוח שירותים לבריאות הנפש בקהילה והגדלת תקני הפסיכולוגים החינוכיים בבתי הספר. להלן הפתרונות המוצעים כפי שתיארו המרואיינים:

הגברת החשיפה לתחום בריאות הנפש במערכת החינוך

- **יצירת תכנית הסברה על בריאות הנפש:** "צריך יוזמה גם במשרד הבריאות וגם באקדמיה, לתקצב אנשי מקצוע ערבים, פסיכולוגים פסיכיאטרים, באיזה תכנית הסברה ארצית, מאז בית ספר תיכון ולאחר מכן סטודנטים שייחשפו למקצועות האלה תהיה להם יותר מודעות ואולי יותר מוטיבציה להירשם למקצועות האלה."
- **הקמת מגמות אטרקטיביות לפסיכולוגיה לבגרות: לפתוח ביותר בתי ספר בחברה הערבית מגמת פסיכולוגיה כמסלול לבגרות, ולמתג אותה כמגמה יוקרתית:** "אפשר ללמד פסיכולוגיה בתיכון ולהפוך אותו למקצוע יותר יוקרתי ולא מקצוע שבאים אליו לבגרות אנשים עם רמת ציונים מאוד נמוכה... להכניס את הפסיכולוגיה כאחד המקצועות הריאליים ולהעלות את הרמה של תכנית הלימודים. היום זה במדעי החברה ורוב מי שבא ללמוד הם ברמה נמוכה, זה נחשב פחות מ-5 יחידות פיזיקה. אולי אם בתי הספר יסבירו יותר על המקצוע ומה הוא דורש, יבואו יותר."
- **יצירת אופק תעסוקתי באמצעות רצף לימודי-תעסוקתי מן התיכון אל עולם הטיפול:** "פיתוח מגמה שהולכת לכיוון הזה כבר בתיכון... כשהכוונה זה שהבוגרים של המגמה הזאת ילכו למקצועות הטיפולים... עם שיעורים אינטנסיביים ועם הכנה לסוג המיליה כדי להתמודד עם השוק התרבותי. אפשר לחשוב על זה שבכיתה י"ב יבקרו באוניברסיטה שקרובה לאזור... שיעשו איזה קורס, כשומעים חופשיים או משהו כמו נוער שוחר מדע, משהו כזה למקצועות הטיפולים... ואז אני חושב שתכנית כזאת שגם מבטיחה אופק תעסוקתי אחרי זה הייתה מושכת דווקא טובים בין התלמידים... שילוב של העדפה מתקנת ותכנית שמתחילה עוד לפני האוניברסיטה שמיועדת לשמר את הסטודנטים הערבים בתוך המסגרת האקדמית."
- **יצירת חשיפה גדולה יותר לתחום בריאות הנפש במדיה, למשל באמצעות תכניות טלוויזיה בנושא:** "אני כתבתי לטלוויזיה הישראלית והצעתי שאני אבנה תכנית שבה אני כל פעם אני אקח סוגיה ואני אדבר לחברה הערבית על איך מתייחסים לסוגיה הזו בכדי ליצור בריאות נפש. ההצעה הזו הייתה משפרת א' את הסטיגמות הסטריאוטיפים של החברה הערבית על טיפול ובי' הייתה חושפת הרבה סטודנטים למקצוע והייתה מעודדת אותם ללכת וללמוד. הרבה פעמים מתבגרים שנמצאים כאן בטיפול אומרים לי, אה, אני רוצה ללכת ללמוד."
- **גיוס מטופלים שנעזרו בשירותי בריאות הנפש ב"שיווק" תחום בריאות הנפש והפסיכיאטריה לאוכלוסייה הכללית:** "לשווק את זה... כשמישהו כן היה מגיע וכן היה נעזר, גם היה חוזר עם עוד אנשים מהמשפחה. הם היו עושים פרומושן מהמקצוע... (צריך) לשווק את זה אחרת."
- **הקמת מערך של שירותים בתחום בריאות הנפש:** "ברגע שאתה מקים שירות, השירות הזה גם מייצר פוטנציאל של הכשרות שמתאימות... במקום שנגיד הנה חברה שעוברת שינוי אבל לא מייצרת מערך שירותים קהילתיים, להקים מטיפול מניעתי עד ייעוץ בתוך בית ספר, עד מסגרת מיוחדת, עד מסגרת מוגנת, את כל המסגרות וכמובן למסגרות האלה צריך להכשיר אנשים."

▪ **הכשרת יועצים חינוכיים מן החברה הערבית כנתיב מקובל לסיוע נפשי לחברה הערבית:** "היועץ החינוכי יכל להיות מאוד משמעותי דווקא בגלל שהוא לא פסיכולוג בגלל שזו אינסטנציה יותר רגילה, ולא פסיכולוג ועובד בתוך הקהילה, בתוך בית הספר – יותר מקובל. זה מקצוע יוקרתי, נחשב כמו פסיכולוגיה וקשה יחסית להתקבל."

פתרונות שהוצעו כדי להתמודד עם הקושי של צעירים מן החברה הערבית להתקבל ללימודים גבוהים כללו בעיקר הצעות להעדפה מתקנת של מועמדים מן החברה הערבית לתחומים שבהם מבקשים לעודד הרשמה:

▪ **גמישות מצד מוסד הלימודים בנוגע לדרישות הסף לקבלה:** "שייתנו קצת הקלות להתקבל לתואר ראשון בלי פסיכומטרי. אם סיימת י"ב בציון טוב, העדפה מתקנת, שאם אתה פחות או יותר 10% מתחת לממוצע ויש לך המלצות, כאילו קצת לדחוף."

▪ **קבלה על תנאי לחוגים מבוקשים והמשך לימודים על סמך עמידה בתנאי המעבר משנה לשנה:** "...הרי לא רוצים להוריד את הרמה של המטפלים, אז אפשר לעשות העדפה מתקנת של אנשים שמתקבלים על תנאי, בתנאי שבשנה הראשונה לא יהיה להם נכשל, הרי כל המטרה של הפסיכומטרי זה לנבא יכולת להצליח באוניברסיטה אז אפשר לקבוע העדפה מתקנת שמורידה בשביל הסטודנטים האלה."

3.3.2 הלימודים באוניברסיטה

החסמים במהלך הלימודים באוניברסיטה

מן הראיונות עולה כי בפני הסטודנטים שצלחו את מחסום הקבלה לאוניברסיטה עומדים **אתגרי הסתגלות ללימודים** הכוללים קשיים בשפות העברית והאנגלית, הסתגלות לצורת הלימודים באקדמיה וכן לחברה הישראלית. המראיינים מתארים את הסטודנטים מן החברה הערבית כמי שמגיעים לאקדמיה פחות מוכנים מחבריהם מן החברה היהודית: "נקודת הזינוק שלנו שונה מנקודת הזינוק של סטודנטים שבאים ממקומות אחרים בארץ שהם מקומות יותר מבוססים... אתה צריך להתאמץ פי שניים או שלושה על מנת להגיע למקום שעבור יהודי הוא מאמץ רגיל"; "צריך לזכור שמתחילת הקריירה האוניברסיטאית סטודנטים ערבים קודם כל מתמודדים עם לימודים בשתי שפות זרות לא צריך להקל ראש בעניין הזה. שפת ההוראה עברית ושפת הקריאה אנגלית הן לא השפות הראשונות שלהם וזה מאוד קשה גם בלי להיכנס לסוגיה של הרמה של בתי הספר באוכלוסייה הערבית."

מן הראיונות עולה עוד כי העובדה שהסטודנטים מן החברה הערבית לרוב צעירים יותר בגיל, ומהווים מיעוט, יוצרת לעתים **תחושה של בידוד חברתי**: "הייתי סטודנט ערבי יחיד בחוג לפסיכולוגיה, בין 280 סטודנטים אחרים. אני לא הספקתי לרשום את ההרצאות והייתי מאוד נבוך לגשת למישהו ולהגיד לו "אפשר לצלם"? זו לא השפה שלי ואלה אנשים מבוגרים ממני, אז צריך באמת כוחות-על נפשיים כדי לעבור את המחסום של השפה והתרבות."

בשל קשיי ההסתגלות לאקדמיה והצורך להסתגל לחיים עצמאיים בגיל צעיר, רבים מן המראיינים שיתפו כי **ציוניהם בשנה הראשונה היו נמוכים** משמעותית לעומת ציוניהם בשנות הלימודים המתקדמות. בעבור

הצעירים מן החברה הערבית היציאה ללימודים גבוהים היא לרוב ההתנסות הראשונה מחוץ לבית והיא כרוכה בהתמודדות עם הריחוק מן המשפחה ומן המוכר: "הקושי הוא... המעבר שלי מהבית לגור בתל אביב, וללמוד, להתחיל לימודים. אני גם הייתי אז בן 19-20 אז הייתי גם צעיר. גם קשיי שפה, גם קשיי הסתגלות, לבד, להיות עצמאי היה לי קשה באמת לקבל ציונים טובים. עד שככה התרגלתי, עד שלאט לאט התחלתי להבין עניין, גם מבחינת שפה, זה הסתדר... ובשנה שנייה ושלישית היה לי ציונים מאוד טובים אבל שנה ראשונה מאוד הורידה מהמוצע."

לתהליך ההסתגלות יש השלכות מרחיקות לכת על היכולת להתמיד בלימודים בכלל ועל הקבלה ללימודי תואר שני בתחום בריאות הנפש בפרט: "תנאי המעבר משנה א' לשנה ב' מכשילה הרבה סטודנטים ערבים. זאת בעיה כללית לא רק בפסיכולוגיה. בעיה של התאקלמות, של שפה... יש נשירה מהחוג ומעבר לחוג אחר ויש כאלה שנושרים מהלימודים. יש שעוזבים את החוג ומנסים להתקבל לחוג פחות קשה... סטודנטים שכן עומדים בדרישות של הלימודים ומסיימים את התואר הראשון שלהם בגלל הקשיים של שפה והתאקלמות והמבנה של הלימודים, מבנה המבחנים, לוקח להם כמעט שנה-שנה וחצי עד שהם לומדים איך לעמוד בדרישות של האקדמיה וזה משפיע על הממוצע שלהם בסוף הלימודים לתואר ראשון. כאשר סטודנטים ערבים מתחילים באמת להראות הצטיינות לקראת סוף שנה ב' ושנה ג', אז הממוצע הנמוך שלהם בשנה א' גורם להרבה מהם לא להגיע לסף הציון שבגיננו הם יכולים להתקבל ללימודי המשך ב-MA."

מן הראיונות עם אנשי האקדמיה עולה כי **התפיסות הסטיגמטיות של החברה הערבית בכלל לתחום בריאות הנפש** עשויות אף הן להקשות על הסטודנטים להתמודד עם הלימודים ועם המשימות הבסיסיות: "היו שנים שהייתי נותן עבודה ראשונה ללכת לראיין אדם שמתמודד עם מחלת נפש. שיבחרו מהרשימה הקרובה שלהם ולסטודנטיות ערביות היה הרבה יותר קשה למצוא, כי אנשים לא הסכימו להזדהות...".

הגורמים המסייעים בשלב הלימודים באוניברסיטה

משאבים אישיים ותמיכה משפחתית מתוארים על ידי אנשי המקצוע כגורמים המסייעים בהתמודדות עם תקופת ההסתגלות לאקדמיה. אנשי האקדמיה מציינים כי כיום הסטודנטים מן החברה הערבית עומדים יותר על כך שיינתן **מענה לצורכיהם הלימודיים**, כמו למשל, לקבל חומר מתורגם לערבית.

פתרונות קיימים להתמודדות עם החסמים בשלב הלימודים באוניברסיטה

הפתרונות שעלו בראיונות להתמודדות עם קשיי ההסתגלות האקדמיים של הסטודנטים מן החברה הערבית כללו בעיקר הפעלת **מערך תיגבור** בעבור סטודנטים אלה לגישור על פערי השפה בתואר הראשון. עם זאת, נראה כי בשלב זה ההיענות של הסטודנטים ליוזמות כאלו לא גבוהה. צוין גם סיוע שניתן על ידי אגודת הסטודנטים, בעיקר סיוע בנושא השפה וכן יצירת קבוצות למידה יעודיות שלא זכו להיענות מן הסטודנטים. יוזמה של הוועדה לתכנון ולתקצוב של המועצה להשכלה גבוהה (להלן, הוות"ת), במסגרת התכנית לעידוד השכלה גבוהה בקרב החברה הערבית, היא תכנית "צעד לפני כולם". זוהי תכנית מפגש ראשוני עם האקדמיה, השפה העברית והחברה הישראלית למתקבלים לתואר ראשון, שמתקיימת בחודשים שלפני פתיחת שנת הלימודים ונעשית ברמת המוסד. יוזמה נוספת של הוות"ת הן **תכניות קליטה**

באקדמיה. תכניות אלו מופעלות באמצעות מוסדות הלימוד בעיקר בעבור סטודנטים בשנה א' וכוללות מגוון תכניות חברתיות ולימודיות בהתאמה אישית לצורכי הסטודנטים. חשוב לציין גם כי הוות"ת מעורבת בתכנית פיילוט של האוניברסיטה הפתוחה שבמסגרתה מוצע לסטודנטים מן החברה הערבית לעבור מיון כדי להשתלב במסלול למידה ייחודי בארבעה תחומי לימוד מוגדרים ומובנים שיש בהם אופק תעסוקתי לאוכלוסיית היעד. התכנית כוללת מעטפת מוגברת בערבית לכל הקורסים בפרויקט, סדנאות לחיזוק המיומנות בשפה העברית, קורסים באנגלית, סדנאות ייחודיות לחיזוק מיומנויות אקדמיות בתחום הלימוד וכדומה. הסטודנטים מקבלים גם סיוע של מלגות לימודים ומלגות קיום חודשיות.

בראיונות עלה כי לעתים הפתרון הנבחר להתמודדות עם בעיית הציונים הנמוכים וקשיי ההסתגלות הוא **העלמת עין ו"התחשבות" על רקע תרבותי**, גם במקרים של העתקות ובעיות אתיות אחרות: "[יש] מין משהו מצד אחד כביכול "רגיש תרבותית" ומהעבר השני זה קצת מזיק לחברה. נגיד דברים מסוימים שמבחינה אתית סטודנט יהודי היה עושה אותם, היו מיד שולחים אותו לוועדת משמעת ועושים לו סיפור. לסטודנט ערבי היו מתלבטים, ואז יוצא שגם יוצאים למערכת אנשים שלא ראויים להיות. וגם המסר ככה של האוניברסיטה הוא לא בסדר... יש רצון לבוא לקראת סטודנטים ערבים כדי שכן יהיו יותר עובדים סוציאליים בתחום."

הצעות לפתרונות אפשריים להתמודדות עם החסמים בשלב הלימודים באוניברסיטה

ההצעות שעלו בנוגע לשלב זה מתמקדות בהתאמה לשונית ותרבותית של חומרי הלימוד, ליווי הסטודנטים על ידי אנשי סגל מן החברה הערבית, הנגשת תוכני הלימוד לשפה הערבית ומתן תמיכה כלכלית ייעודית לסטודנטים מן החברה הערבית לפסיכולוגיה.

- **ליווי אקדמי וחברתי של הסטודנטים באוניברסיטה על ידי אנשי סגל מן החברה הערבית:** "באוניברסיטה, לחשוב שאם אתה אחרי י"ב ובכל זאת התקבלת לפסיכולוגיה, זה אומר שבכל זאת יש בך משהו שונה מהשאר. אתה כבר נלחמת את המלחמות שלך והתקבלת, אז אולי שיהיו באוניברסיטה יותר מתרגלים ערבים במגמות של פסיכולוגיה, שילוו את הסטודנטים הערבים. אני זוכר שהכול היה זר לי, זר ומוזר... הכי חשוב שכשסטודנט מתקבל לאוניברסיטה יהיה מי שילווח אותו בתוך הקמפוס."
- **הנגשת תוכני הלימוד לערבית:** "כן, האוכלוסייה הערבית בכלל. צריך להתייחס אליהם אחרת, להתחשב, להבין שהם צריכים התאמות, שפה, שיהיה להם באמת חומר נגיש, אני צריך לקרוא פרויד, אני יכול ללכת לספרים ערבים לקרוא, אני יכול להבין. אבל לא, אין. הכל בעברית או באנגלית."
- **תרגום אתרי האינטרנט לערבית:** תרגום אתרי המוסדות ואתר המל"ג כדי לאפשר התמצאות טובה יותר של הסטודנטים מן החברה הערבית וקבלת מידע אקדמי טוב יותר.
- מתן אפשרות להיבחן בשפה הערבית
- **הענקת מלגות ללא תנאי של שירות בצבא/בשירות לאומי:** "הלכתי והגשתי בקשות למלגות מן העולם הערבי. לא היו מלגות בישראל שנתנו לסטודנטים הערבים. אם יהיו מלגות כבר בתואר ראשון, אולי זה יעודד סטודנטים לגשת בכלל לתחום"; "לימודים זה עולה הרבה כסף. והאוכלוסייה הערבית

אוכלוסייה ענייה. אין לנו סבסוד, אם אני צריך להגיש להביא איזה מידע שאני צריך יש שמה תנאים. עשית שירות לאומי? עשית צבא? לא עשית צבא? לא עשית שירות לאומי? אז לרוב אתה לא תקבל. אז כאילו הניקוד שאתה מקבל על המצב הסוציו-אקונומי לא יכול לזכות אותך באמת בסיוע."

▪ **מתן משקל קטן יותר לציוני שנה א' בחישוב ממוצע ציוני התואר הראשון:** עקב בעיות ההסתגלות שהסטודנטים מן החברה הערבית מתמודדים אתן במהלך שנה א' אשר משפיעות ישירות על ממוצע הציונים.

יש לציין כי חלק מן הפתרונות המוצעים מופיעים גם בתכנית החומש של המועצה להשכלה גבוהה. למשל, ברבים מאתרי האינטרנט של המוסדות להשכלה גבוהה כבר ניתן למצוא מידע בערבית וישנה תכנית להקמת קרן מלגות לסטודנטים מן החברה הערבית מרקע סוציו-אקונומי נמוך הפונים ל"תחומים מועדפים", ביניהם פסיכולוגיה (זינר, 2013).

3.3.3 הבחירה בתחום בריאות הנפש בהמשך הלימודים

החסמים לבחירה בתחום בריאות הנפש בהמשך הלימודים

סיום הלימודים באוניברסיטה (לימודי רפואה או תואר ראשון) מהווה צומת החלטה בנוגע לכניסה לתחום בריאות הנפש. על הרופאים הצעירים לבחור תחום התמחות, בוגרי החוג לפסיכולוגיה צריכים להחליט האם להמשיך לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית ועל בוגרי החוג לעבודה סוציאלית להחליט באיזה תחום של עבודה סוציאלית ברצונם לעבוד ולהתמקצע.

בראיונות עם אנשי המקצוע עלו מספר שיקולים שעשויים להכריע את הכף כנגד בחירה בהתמחות בתחום בריאות הנפש בשלב זה. אחד החסמים נוגע לרמת השכר הנמוכה לעומת זו של מקצועות מקבילים. חסם זה עלה בראיונות כשיקול גם בצומת הכניסה לאוניברסיטה וההחלטה מה ללמוד, וגם בצומת ההחלטה על תואר שני ובחירת התמחות.

המרוויינים מציינים כי יכולת ההשתכרות של הפסיכיאטרים נמוכה מזו של רופאים עם מומחיות אחרת: "פסיכיאטריה זה... מתחת לממוצע ממה שיכול בן אדם להרוויח. אני לא מדבר על השפיצים, על המובילים... אני מדבר על... מומחה (בפסיכיאטריה)... (הוא) מרוויח פחות ממומחה רגיל למשל בכירורגיה או במקצוע אחר". זאת, בעיקר בשל אופי העבודה הדורש השקעת זמן רבה בכל מטופל, דבר ההופך את העבודה במסלול הרפואה העצמאית בקופות החולים ללא כדאית ומקשה על פיתוח קליניקה פרטית רווחית: "אין רפואה עצמאית בפסיכיאטריה... לנו [זה] לא משתלם... כי המחיר הוא נמוך... היום רופא אף-אוזן-גרון, אורתופד, ועור, ועיניים, ואוזניים... מקבלים איזה 120 שקל אבל לפעמים יכולה להיות הבדיקה חמש דקות. אצלנו בפסיכיאטריה אין חמש דקות... אחרי הצהריים מארבע עד שמונה רופא אף אוזן גרון יכול לראות איזה שלושים-ארבעים מטופלים ואני בקושי רואה איזה שלושה-ארבעה...". לדברי המרוויינים, התגמול הנמוך במסגרות ציבוריות מעלה את הצורך של פסיכיאטרים להשלים הכנסה "מן הגורן ומן היקב": "אנחנו קוראים לזה "חלטורות"... כי זה קצת פה וקצת שם... קצת משרד הביטחון, קצת ביטוח לאומי, קצת פרטי, קצת מוסדות ציבוריים, קצת ייעוצים... צריך לאסוף, אז קוראים לזה "חלטורה"... גם השם שאנחנו משתמשים בו מעיד גם על המצב."

בדומה, ציינו מרואיינים מקרב הפסיכולוגים כי **שכרם של פסיכולוגים קליניים מומחים במגזר הציבורי נמוך מאוד**: "הרבה אנשים נפלטים מהמסלול של פסיכולוגיה באוניברסיטה... הבעיה היא במעבר בין תואר ראשון לתואר שני. זו לא רק בעיה של ציונים. הבעיה היא שאנשים מבינים כמה הם ישתכרו כפסיכולוגים מתמחים ופסיכולוגים מומחים ונפלטים החוצה, לא ממשיכים. בלי צל של ספק, הבעיה היא בעיקר השכר." נראה כי שכר הפסיכולוגים הקליניים נמוך גם לעומת מקצועות מקבילים כגון פסיכולוגיה חינוכית. גם תפקידי ניהול במערכת הציבורית אינם מתכוון לשיפור תנאי השכר: "ברמה שלי, איפה שאני נמצא מבחינת ההתפתחות המקצועית, אין שום דבר שמדברן אותי היום להישאר במערכת חוץ מאשר הקשר הרגשי שלי למערכת... אפילו על זה שאני עושה את הניהול אני לא מקבל שום תמריץ של ניהול. אפילו לא שיפור במשכורת."

לנושא השכר הנמוך מצטרפת **דאגה בנוגע לאפשרות לפתח קליניקה פרטית** בשל היעדר המודעות לתחום במגזר הערבי ובשל עלות הטיפול הגבוהה: "פסיכולוגיה במגזר הערבי זה לא מפותח, אנשים אין להם מודעות. אז אם אני הולכת יהיה לי איפה לעבוד? אנשים יבינו מה אני עושה? אני אצליח לתקשר עם אנשים? אני אצליח לטפל באנשים?"; "בפרקטיקה הפרטית, לצערי הרב, האוכלוסייה הערבית לא מתמידה בטיפול. האוכלוסייה ענייה, רובה מתחת לממוצע מבחינה סוציו-אקונומית. זה לא שבלתי אפשרי לפתח פרקטיקה פרטית, אבל זה קשה." מצד שני, מן הראיונות עולה כי דווקא בשל הבושה והסטיגמה האופפת את הנושא, פסיכיאטרים עשויים לקבל יותר פניות לטיפול פרטי.

בדומה לנאמר בשלב הבחירה בתחום לימודים לתואר ראשון, גם בשלב זה של ההחלטה על תחום התמחות והמשך לימודים צוין **היעדר חשיפה לתחום בריאות הנפש** בתור חסם. למשל, הבחירה בהתמחות בפסיכיאטריה קשה יותר ללא חשיפה לתחום במהלך לימודי הרפואה: "אנחנו בכלל... כמעט ולא למדנו פסיכיאטריה, כמעט ולא למדנו [את] כל הדברים האלה... לא היה לנו את המגע הזה של חינוך... של מטפל מטופל ואיך לבנות קשר... כל מיני דברים שכן יכולים להתחבר אליי דווקא לפסיכיאטריה, לא היה לנו... אנשים בפועל לא יודעים בדיוק מה המקצוע הזה... מה זה העבודה הזאת ומה זה מחייב." מציאות דומה תיארו גם העובדים הסוציאליים. כזכור, במהלך הלימודים לתואר ראשון אין חובה להתנסות בתחום בריאות הנפש או ללמוד קורסים הקשורים לו. מראיונות עם אנשי האקדמיה עלה כי השיבוץ למקומות ההכשרה בעבודה סוציאלית נעשה על פי צרכים ארגוניים של האוניברסיטה ומקומות ההכשרה, כך שגם מי שמביע רצון להיחשף לבריאות הנפש עשוי למצוא את עצמו בתחום אחר. חשוב לציין גם כי לעתים החשיפה לתחום עשויה להביא לתוצאות הפוכות מן הרצוי. מן הראיונות עם העובדים הסוציאליים עלה כי **הסטודנטים מן החברה הערבית שמגיעים לעבודה מעשית בבריאות הנפש מתקשים לעתים לעמוד בדרישות בשל פערי תרבות**: "צריך הרבה הכלה והרבה ליווי. בהתחלה היו סטודנטיות של שנה ב', שעניין ההישגי הוא מאוד חשוב להן. ובעבודה הזאת אי-אפשר לתפוס את הדברים של הנה 1, 2, 3 עשית וזהו, יופי, מצוין. צריך איזשהו משהו שהוא קצת יותר לשבת להתבונן בדברים וצריך יותר רוגע... היה להן קשה עם זה, זה היה משהו שאי-אפשר לתפוס מה זה העבודה הזאת... או למשל, לסטודנטיות יהודיות שהיו לי בהכשרה שבהדרכה אצלי יכולתי להגיד "לכו לטיפול זה משהו שיעזור לכם" והם קיבלו את זה כמשהו

שהוא חלק מהתהליך של ההכשרה, כמו שחייבים בפסיכולוגיה. אצל סטודנטיות ערביות קודם כל היה צריך להגיד להן: "לא שאתן משוגעות או משהו, אבל זה משהו שיעזור לכן", אבל גם אחרי שהן הבינו שהכוונה היא שזה משהו שהוא מאוד חיוני לתהליך הצמיחה שלהן כנשות מקצוע, לא עשו את זה."

נוסף על כך, עלה בראיונות כי יש **קושי למצוא מקומות הכשרה לסטודנטים מן החברה הערבית**, אם בשל חוסר רצון של מקומות הכשרה מסוימים לקלוט סטודנטים אלה, ואם בשל המרחק הגדול של מקומות ההכשרה ממקום המגורים של הסטודנטים וחוסר התאמה בין צורכי הסטודנט לבין צורכי מקום ההכשרה: "הקשיים שעולים... סביב מציאת מקומות הכשרה... אני מכיר את זה שאומרים שהלקוחות של השירות לא יסכימו לסטודנטית ערבייה בעיקר אם היא עם כיסוי ראש... שירותים שאומרים שהם לא מוכנים לקבל סטודנטים ערבים... הבעיה מבחינת מקומות הכשרה, זה שחלק גדול מאוד מהסטודנטיות הערביות גרות במעונות. והמעונות הם ברמת אביב... אז גם אם אני מוצא [מקום] בטייבה, יותר קשה לי לשלוח אותם לטייבה מהמעונות."

חסם נוסף בשלב זה של בחירה במסלול קריירה בבריאות הנפש הוא **מחסור בדמויות לחיקוי והזדהות של אנשי מקצוע בחברה הערבית**: "אין לנו, לא שיש מישהו שמוביל ורוצים להתקרב אליו, לא כמו במקצועות הרפואה אחרים, כמו בפנימית ויש כאלה ממש שהם גאוה למגזר... אני רואה הרבה אנשים לא איכותיים גם במגזר, במיוחד מאנשים הוותיקים... (וכאלו) שאיכשהו הגיעו לשם מחוסר ברירה."

מלבד החסמים המשותפים, ישנם חסמים ייחודיים לכל מקצוע. כך למשל **חסם בפני בחירה בפסיכיאטריה הוא תפיסת המקצוע כלא יוקרתי לעומת האלטרנטיבות**: "הרגשתי שאם אני הולך לפסיכיאטריה אני יוצא מהרפואה הקלאסית ואני הולך למשהו... כזה עם הרוח, מדעי נפש, אין לו קשר עם הרפואה, שאני מבזבז שבע שנות לימודים, אם דיברנו על הסטיגמה זו סטיגמה גם מול החברים שלי ברפואה, יגידו שאם הלכתי לרפואת פסיכיאטריה, זה אומר שנכשלת."

בפסיכולוגיה **תנאי הקבלה הגבוהים מאוד למגמה הקלינית** מהווים חסם בפני סטודנטים מן החברה הערבית. כדי להיות זכאים להגיש מועמדות לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית, על בוגרי החוג לפסיכולוגיה **להציג גיליון ציונים מצטיין**, שכזכור אצל הסטודנטים מן החברה הערבית מושפע לרוב מן הציונים הנמוכים בשנה א': "אחרי שמסיימים תואר ראשון צריך ממוצע מאוד גבוה כדי להתקבל לתואר שני. אני קיבלתי 93 ובריאיון שאלו אותי "איך עם ציון כזה אתה ניגש בכלל למגמה קלינית?" בראש של המראיון אין את כל המאבקים שאני עשיתי בחיים האישיים שלי כדי להגיע ל-93 כי שאר המועמדים מגיעים עם 96. לסטודנט ערבי להגיע עם ממוצע 93 זה משהו סופר-סופר." נוסף לציונים הגבוהים, על המועמדים לעמוד **בבחינת המתא"ם**² המהווה חסם נוסף בפני קבלה של סטודנטים מן החברה הערבית לתואר שני

² בחינת הקבלה לתואר מתקדם בפסיכולוגיה (מתא"ם) כוללת הערכה של ידע והבנה בשיטות מחקר בפסיכולוגיה וכן יכולת הבנה של טקסטים מדעיים באנגלית. ציוני המתא"ם יחסיים ומשקפים את הישגיו של הנבחן לעומת הישגי שאר הנבחנים. למידע נוסף ראה פרק המתא"ם באתר המרכז הארצי לבחינות והערכה:

<https://www.nite.org.il/index.php/he/tests/mitam/mitam-test-format.html>

בפסיכולוגיה קלינית: "המתא"ם... זה פשוט מאוד. זו [האנגלית] שפה שלישית עבורנו, זו שפה שנייה עבור האוכלוסייה היהודית ואותם תנאים, אותו זמן, אותו מבחן, וזה מבחן יחסי... הייתי ממש נעול על תואר שני בפסיכולוגיה. הכול היה לי, המלצות, התנדבויות, הכשרה מעשית, תואר ראשון גם היו לי ציונים מעל 90. הכול היה שם אבל המתא"ם זה מה שהפיל את הכול. עשיתי את המתאם שלוש פעמים וגם הייתי בקורסים להכנה. הייתי פעמיים בקורס כזה ולא קיבלתי ציון טוב וזהו."

סיכויי הקבלה עולים אם המועמד יכול להציג השתתפות בפעילויות נוספות, כגון התנסות מעשית, השתתפות במחקר אקדמי והתנדבות במסגרות בריאות נפש. מן הראיונות עלה כי חלק מן הסטודנטים מן החברה הערבית אינם מודעים לצורך לעמוד בדרישות אלו, או סובלים מהיעדר זמן וקושי להתקבל למסגרות התנדבות: "מעט מאוד מקומות מקבלים סטודנטים ערבים או סטודנטים ערבים מרגישים שהם עמוסים בלימודים ואין להם זמן פנאי בכדי שהם יוכלו להתנדב באחד המרכזים."

בעבור העובדים הסוציאליים יש רף כניסה גבוה לעבודה בתחום בריאות הנפש. מן הראיונות עלה כי אף על פי שמבחינה חוקית כל עובד סוציאלי הרשום בפנקס העובדים הסוציאליים רשאי להגיש מועמדות לתקן במערך הפסיכיאטרי, בפועל המרפאות וקופות החולים מעדיפות להעסיק עובדים סוציאליים בעלי תואר שני קליני והתמחות בפסיכותרפיה. חסם נוסף העומד בפני בחירה בקריירה של עבודה סוציאלית בבריאות הנפש קשור לכך שהסטודנטים מן החברה הערבית מתחילים ללמוד בגיל צעיר ופחות בוחרים בבריאות נפש, כיוון שתחום זה מצריך מידה מסויימת של בגרות: "כדי לעבוד בבריאות הנפש אתה צריך גם להתנסות בטיפול בעצמך, ואתה צריך להיות יותר מוכן לפגוש אנשים עם תחלואה נפשית, עם זה מתעסקים. אז יש משהו שהוא קצת לא קל להתעסק, במיוחד אם זה צעירים."

מן הראיונות עלתה התפיסה, שלאחר פיתוח קריירה במסלול אחר בתוך העבודה הסוציאלית, לא כדאי לשנות כיוון אל בריאות הנפש בשל סיבות כלכליות ומקצועיות: "הרבה מהסטודנטים הערבים הולכים ללמוד עבודה סוציאלית בסיום תיכון, אחר כך הדאגה היא לעניין של מציאת מקום ופרנסה. ואחרי זה בתוך מערכת לבוא לקום ולעזוב זה החלטה לא פשוטה. לא קל לעשות צעד כזה, כי זה חתיכת סיכון." מן הראיונות עם העובדים הסוציאליים עלה גם כי לתפיסתם בתחום בריאות הנפש מסלול הקידום איטי יותר לעומת בתחומי עבודה אחרים: "גם כדי לקבל דרגה ולהגיד לעצמי הנה התקדמתי וקודמתי, בבריאות הנפש לוקח מלא זמן... בשירות מבחן או נגיד כעובדת סוציאלית מחלקת הרווחה את יכולה לעבוד כעובדת סוציאלית נגיד שנתיים ואז את יכולה ללכת לתחום של סמים, אלימות, כאילו יש עוד משהו שבתוך התחום שאפשר ללכת אליו וזה ייחשב כקידום."

גורמים המסייעים בבחירת תחום בריאות הנפש בהמשך הלימודים

הגורם התומך המשמעותי ביותר, שחזר לא אחת בראיונות עם אנשי המקצוע, עסק במוטיבציה אישית חזקה לעסוק בבריאות הנפש: "ההחלטה ללמוד פסיכולוגיה התגבשה בי מאז היותי בבית ספר תיכון, למרות שלא היה במודעות של הציבור דאז לא היו כמעט אנשי מקצוע בתחום אצלנו במגזר."

בעבור חלק מן המרואיינים הרצון לתרום לחברה הערבית עומד בבסיס המוטיבציה לפנות למסלול קריירה בבריאות הנפש: "מצאתי שזה מאוד חשוב לתרום לאנשים שלי, לעם שלי, בדרך שאני הכי טוב בה שזה הדרך של בריאות הנפש." כך גם תיארו את זה אנשי האקדמיה: "רובם כמו היהודים... רוצים לתרום לקהילות שלהם, זה מניע יותר נפוץ וכולל אצל הערבים לעומת היהודים... המניע של לעזור לקהילה אצל האוכלוסייה הערבית יותר בולט." חלק מן המרואיינים סיפרו כי **המחסור במטפלים שיטנו בחברה הערבית היווה שיקול בבחירתם את המקצוע**: "בעצם כשבחרתי בפסיכולוגיה ידעתי שאין הרבה פסיכולוגים מהמגזר הערבי והתחלתי להבין שזה משהו שהוא באמת מחסור שצריך קצת להתחיל לתת מענה."

מן הראיונות עולה כי **חשיפה של הסטודנטים לתחום בריאות הנפש במהלך הלימודים**, מסייעת בבחירת מסלול קריירה בבריאות הנפש. נושא זה עלה בתור גורם מסייע בקרב הפסיכיאטרים: "למדתי רפואה בגרמניה ושם הייתה ההיכרות הראשונה בבריאות הנפש, בגרמניה. וכבר בסבב של בריאות הנפש, זה חלק מהסבב של הלימודים... נתקלתי וידעתי שאני רוצה להיות פסיכיאטר." כמו גם בקרב הפסיכולוגים: "מה שכן עזר לי אז לגעת בתפקיד הזה ולדעת שזה אכן מה שאני רוצה זה הרבה התנסויות בשדה שעשיתי. התנסות בשדה בתחנה טיפולית עם הדרכה וליווי של פסיכולוגית, "פרח" טיפולי שעשיתי... מדובר בתואר ראשון וככה באמת זה התבסס הלך והתבסס אצלי... כאילו הרגשתי שזה מתאים לי", ובקרב העובדים הסוציאליים: "הייתה לי בשנה האחרונה בתואר הראשון את עבודת הסיכום שלי היה בבריאות נפש ביפו, זה השנה האחרונה ושמה הרגשתי שאני ממש מחובר לעולם הזה."

מן הראיונות עם הפסיכיאטרים עולה כי הייחודיות של הפסיכיאטריה בתוך עולם הרפואה, **בתור מקצוע המאפשר עבודה עם אנשים**, וכן התפיסה שלה בתור **מקצוע בהתפתחות, המאפשר יותר התקדמות** של העוסק בו, לעומת מקצועות רפואיים אחרים (בין היתר בשל המחסור במומחים בפסיכיאטריה), תורמים לבחירה בתחום.

הכוונה ועידוד של סטודנטים בידי מרצים להשתלבות בתחום בריאות הנפש עלתה בתור גורם המסייע בבחירה בקריירה בתחום בקרב פסיכולוגים ועובדים סוציאליים: "כשהייתי במהלך הלימודים בתואר הראשון ופגשתי אנשי סגל אז הם כן תמכו וכן עודדו אותי להמשיך וכמה זה חשוב במיוחד במגזר הערבי וכמה חשוב כן להכשיר פסיכולוגים ואנשי מקצוע במגזר הערבי. זאת אומרת גם בתוך הלימודים."

הפתרונות הקיימים לעידוד הבחירה בבריאות הנפש בהמשך הלימודים

כדי לתת מענה לחוסר המודעות ולחוסר ההיכרות של מתמחים פוטנציאליים בפסיכיאטריה עם תחום בריאות הנפש, נוקטים אנשי מקצוע מנוסים במסגרות ההתמחות **בטקטיקות של שיווק וגיוס אקטיבי ויזום של מתמחים פוטנציאליים**: "לא חשבתי בזמן שהייתי סטודנט ללמוד פסיכיאטריה אבל מנהל בית החולים שכנע אותי. הוא ישב אתי כמה פעמים והשתכנעתי ולקחתי את ההתמחות"; "[אנחנו עושים] הרבה עבודה על המודעות בעניין הזה. אנחנו מנסים... ברוטציה של רופא משפחה, לפחות שכן נכניס אותם למרפאה שלנו... אנחנו יושבים אתם ומנסים לשכנע... ממש ככה פנים לפנים, לשבת ולשכנע... לתת להם גם לראות איך זה ולהתנסות." כדי למשוך מועמדים להתמחות בפסיכיאטריה, מציעות קופות החולים

שכר גבוה יחסית והטבות כלכליות למתמחים ולמומחים העובדים אצלן, וממנות להם את ההתמחות כתנאי לכך שבסיומה הם יעבדו בקופה.

כדי לקדם את לימודי הפסיכולוגיה בקרב סטודנטים מן החברה הערבית שהתקשו להתקבל לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית בשל תנאי הסף הגבוהים, הוקם בחיפה **מסלול ייעודי ללימודי פסיכולוגיה בעבור החברה הערבית**. המסלול נסגר בהמשך, אך הפעלתו תרמה לגידול במספר הפסיכולוגים מן החברה הערבית בארץ.

באחד הראיונות דווח על כך שבאוניברסיטה הפעילו **אפליה מתקנת בקבלה לתואר שני** במגמה הקלינית, כדי לאפשר גם לסטודנטים מן החברה הערבית להתקבל לתכנית: "שכאילו ממש אמרו אנחנו הולכים לעשות אפליה מתקנת, מקבלים את הסטודנט הערבי שקיבל הכי גבוה [במתא"ס] וגם אם לא עבר את הדרישות של כל המחזור, של כל הקבלה. אז לדוגמה הייתי קצת פחות מהמתא"ס שדרשו, כלומר, אם לא היו עושים את ההחלטה של אפליה מתקנת, לא הייתי מתקבל."

בראיונות אחדים עלה כי **מכרזים ייעודיים לעובדים סוציאליים מן החברה הערבית** שיש בהם הקלה בתנאי הסף לקבלה לעבודה בתחום בריאות הנפש, מהווים הזדמנות להתחיל לעבוד במרפאת בריאות נפש ולפתח את המסלול המקצועי תוך כדי העבודה.

הפתרונות המוצעים לעידוד הבחירה בבריאות הנפש בהמשך הלימודים

פסיכיאטריה:

- אחת ההצעות לעידוד סטודנטים לבחור בבריאות הנפש נוגעת ליצירת יותר חשיפה לתחום בזמן הלימודים, בדגש על העבודה הקלינית: "לשלב אותם גם בלימודים אבל גם בעבודה הקלינית, ואני חושב ש... העבודה הקלינית עוד יותר חשובה, כי זה גם מה שייתן לאנשים באמת לטעום ולהעריך איזה סוג עבודה בעתיד יהיה להם."
- מתן אפשרות להתמחות בפסיכיאטריה בבתי חולים כללים (ולא רק בבתי חולים פסיכיאטריים): "כשבחרתי ללמוד פסיכיאטריה אחד הדברים שעזרו כן לבחור (היה) לא לעשות את ההתמחות בבית חולים פסיכיאטרי... אני את ההתמחויות שלי עשיתי רק... בבתי חולים כלליים... אחד הדברים (החשובים)... זה המגוון היותר רחב שאתה פוגש בפסיכיאטריה כשאתה נוסע לבית חולים כללי... יש לך יותר... רפואת ייעוצים ומחלות רציניות שמתלווים אליהם סימנים פסיכיאטריים. המגוון שמגיע אליך... (ב)בית חולים פסיכיאטרי... הרבה יותר מצומצם, יותר של חולי. פה זה מחלות סכיזופרניה...".
- להגדיל את מספר התקנים להתמחות, בעיקר בבתי החולים בפריפריה שם מרוכזת מרב החברה הערבית.

פסיכולוגיה:

- פתיחה של מסלול לימודים רב-תרבותי ישיר עד להתמחות בפסיכולוגיה היא אחת היוזמות של משרד הבריאות שנמצאות בימים אלה בתהליך התהוות. המסלול מיועד ל-20-25 סטודנטים מאוכלוסיות שאין להן ייצוג הולם במקצוע. התכנית היא בשיתוף מכללת אחווה ומרכז בריאות הנפש בבאר שבע.

▪ **מתן הקלות בקבלה לתואר שני במגמה קלינית הייתה הצעה שחזרה על עצמה בראיונות עם הפסיכולוגים:** "צריך פה לעשות אפליה מתקנת, מדיניות חדשה ולהקל בתנאי קבלה לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית. אני לא אומר שהתנאים יהיו קלים אבל להקל קצת, לאפשר. קודם כול לעודד אותם מהתחלה להירשם למקצועות האלה ולא לחשוב אוי למה לא נרשמים." דוגמאות להקלות שניתן לתת מבלי לפגוע באיכות ההכשרה היו השמטת ציוני שנה א' מממוצע הציונים של התואר הראשון ומתן פחות משקל לציון המתא"ם.

▪ **הגשת מועמדות ללימודי תואר שני בפסיכולוגיה ללא מבחן מתא"ם:** מן הנתונים עולה כי רק 2%-5% מן הסטודנטים שניגשים למבחן המתא"ם הם מן החברה הערבית, המשמעות היא שהם לא מנסים להתקבל לתואר שני. היות שהמבחן הוא דרישה של האוניברסיטה ולא של המל"ג, קיימו נציגי משרד הבריאות פגישה עם ראשי האוניברסיטאות כדי לאפשר לסטודנטים מן החברה הערבית להגיש מועמדות לתואר שני בלי מבחן מתא"ם או עם ציון נמוך יחסית במבחן. ראשי האוניברסיטאות התחייבו לראיין מועמדים כאלו.

▪ **בניית קורסי העשרה לסטודנטים מן החברה הערבית לקראת בחינות המעבר להמשך הכשרתם בתחום** היה רעיון שעלה בראיונות עם אנשי האקדמיה: "לגבי סטודנטים שרוצים להמשיך לפסיכולוגיה קלינית. הייתי מציעה שבאיזשהו שלב בהתחלת שנה ג' למשל בלימודי תואר ראשון, שייפתח קורס העשרה לסטודנטים ערבים, אולי קורס ארצי. או קיי? שיהיו בו סטודנטים מכל הארץ, אולי הקורס הזה יכול להיות ממוקד סופי שבוע, סדנאות, קורס מרחוק, יכולים לקבץ קבוצה של סטודנטים ערבים מכל האוניברסיטאות או המכללות בכדי לתת להם העשרה, בכדי להגביר את אפשרות ההצלחה שלהם במבחן והאפשרות שהם יתקבלו ל-MA בפסיכולוגיה קלינית."

עבודה סוציאלית:

▪ **הפיכת העבודה המעשית בבריאות הנפש (במסגרת לימודי עבודה סוציאלית) לידידותית יותר לסטודנטים מן החברה הערבית,** למשל במתן יותר ליווי והכלה לתהליכים האישיים שהם עוברים במסגרת ההתנסות. זאת, כדי לעודד יותר בוגרים לפנות לתחום: "אני חושב שאם היו נותנים יותר ליווי לסטודנטים בתואר ראשון סביב ההתנסות בבריאות הנפש, והכלה לדברים שהם עוברים, יכול להיות שאחר כך הם יותר יוכלו לראות מה מספק בעבודה הזאת... אם היו, כחלק מהיום של הכשרה מעשית, עושים איזה קבוצה דינמית לסטודנטים, קבוצה קטנה שהסטודנטים ידברו על הדברים שעוברים עליהם. זה היה יכול לעזור." דרך נוספת להפוך את ההכשרה המעשית בבריאות הנפש לידידותית יותר קשורה לבעיית המרחק של מקומות ההכשרה ממוסדות הלימוד. **שינוי יום ההכשרה** ליום חמישי, סמוך לחזרה של הסטודנטים הביתה לסוף השבוע, יכול להרחיב את היצע המקומות לביצוע עבודה מעשית בתחום: "ההכשרה המעשית... לפעמים אני מנסה להעביר את ההכשרה ליום חמישי ואז היא כן תוכל לעשות למשל ליד טייבה. או ליד אום אל פחם."

▪ **הפעלת תכנית בעבור סטודנטים מן החברה הערבית הדומה לזו שהופעלה לעידוד בוגרי עבודה סוציאלית אתיופים בבריאות הנפש:** התכנית פועלת בעשר מסגרות בריאות נפש (בתי חולים ומרפאות

בקהילה). במסגרת התכנית, העובדים הסוציאליים מקבלים שכר מוגדל וכן הכשרה (נוספת על ההדרכה הפרטנית הניתנת במסגרת העבודה) ללא עלות. יש לציין כי הפעלת התכנית התאפשרה הודות לתקציב של משרד העלייה והקליטה, המממן את עלות העסקת העובדים במסגרות השונות.

3.3.4 הלימודים המתקדמים וההתמחות

החסמים במהלך הלימודים המתקדמים וההתמחות

מן הראיונות עם אנשי המקצוע עולה כי סטודנטים מן החברה הערבית מתקשים לעתים בלימודים המתקדמים בשל הבדלי תרבות וחוסר היכרות עם "שפת הרגש" שהתיאוריות והפרקטיקות המערביות בבריאות הנפש מתבססות עליה. אחד המרואיינים הרחיב בנושא: "כשאני אומר מודעות אני מתכוון להרבה דברים, כלומר ההבנה של מה זה עולם הרגש? ההבנה של מה זה שפה רגשית? שזו תרבות שזה בהקשר תרבותי, ואצלנו החברה הערבית המודעות בשפת הרגש היא אחרת, התהליכים הנפשיים, התיאור מה שעובר עליך במונחים פסיכואנליטיים או פרוידיאניים הוא משהו ששזור ומשולב בשפה המערבית מתוך שפת היום יום... אצלנו בתרבות העניין של ביטוי רגש הוא שונה. אפילו אין את האמירה של איך אתה מרגיש כן? יש "כיף חלק"... אז העניין של העולם הרגשי ותיאור תהליכים נפשיים הוא במינימום, המודעות אליו היא נמוכה... לי לא הייתה את המודעות לשפה הזאת וכשהלימודים התחילו אני עברתי סוויץ' מאוד גדול, מלימודי סוציולוגיה וחינוך ללימודי עולם הרגש. היו לי המון שאלות, מה זה? האם זה מתאים לי? ומה זה כל שני שיעורים איך אתם מרגישים ויושבים בקבוצות ועושים סדנאות, ואתה צריך לדבר ולתאר, זה דבר שלא היה לי קל, אני עברתי עם עצמי תהליך מאוד רציני... כמעט נכשלתי בשנה א' בהכשרה כי לא הייתה לי את המודעות הזאת של להתבונן על עצמי אינטרוספקציה ותיאור תהליך וטעיתי בקונקרטי ולא במופשט. לקח לי שנה כדי להבין איפה אני נמצא."

בדומה, עלה בראיונות כי לעתים ההוראה וההדרכה בתחום בריאות הנפש אינן רגישות תרבותית לאנשים שאינם מגיעים עם רקע תרבותי מתאים. בראיונות עלה כי הסטודנטים מן החברה הערבית נמצאים תדיר בעמדה של הסברה על החברה שממנה הם באים, על התפיסות הרווחות בה ועל התרבות השלטת בה. מן הראיונות עלה כי אחת הסיבות לכך נעוצה במחסור במדריכים מן החברה הערבית: "אנחנו עשינו הכשרה למשל במזרח העיר או ביישובים ערביים שהם לא הכירו, אנחנו היינו מביאים את העולם של ההכשרה, מביאים אותו להדרכה מבלי שהם יכירו מה זה... היה חסר שם משהו שאנחנו היינו צריכים תמיד להסביר אותו על מנת שיבינו איך ומה הדינמיקה בתוך החברה... אני כמישהו שעבר הכשרה באקדמיה ישראלית, עם מדריכים ומרצים יהודים אני סבלתי מזה שכל הזמן אני צריך להסביר את עצמי. לא היו דברים שהם מובנים מאליהם. אני לא אומר שהם לא גילו רגישות או לא הבינו, אני אומר שאני הייתי צריך להתאמץ על מנת להסביר דברים שהיו מובנים מאליהם, אם המדריך היה ערבי." יש לציין כי הרחבת שורות המדריכים מן החברה הערבית אינה ערובה למשיכת יותר מועמדים למסגרות המיועדות לחברה הערבית. למעשה, מראיונות עם אנשי האקדמיה עלה שיש תפיסה של סטודנטים לפיה מקומות ההכשרה של העובדים הסוציאליים בחברה הערבית נופלים באיכותם מאלו שבחברה היהודית: "סטודנטיות ערביות לא מעט ביקשו לעשות הכשרה בשירותים של יהודים באמירה שהם שירותים יותר טובים והאפשרות ללמוד היא יותר טובה. זה היה די מדכא."

בראיונות עם אנשי האקדמיה עלה חסם נוסף העומד בפני סטודנטים לפסיכולוגיה מן החברה הערבית, **ההתמודדות עם הכנת עבודת התזה**. נראה שלסטודנטים מן החברה הערבית קשה יותר למצוא מנחים בעבור עבודות התזה וכן להתמודד עם הדרישות שכרוכות בביצועה: "לסטודנטים ערבים לוקחים המון זמן. לוקח זמן למצוא מנחה. בדרך כלל המנחים לא מכירים את החברה הערבית. המנחים מאוד איטיים עם הסטודנטים הערבים. סטודנטים ערבים בדרך כלל, כאשר הם מגיעים לתואר שני, הם כבר נשואים עם ילדים עם מחויבויות חברתיות. כי הם מתחילים את הכול יותר מוקדם. לרוב זאת התקופה של הקמת משפחה והריונות וגידול ילדים. התנאים האלו יחד עם זה שהמנחה איננו מכיר את הנושא בתוך החברה הערבית, שהסטודנט הערבי בא לחקור, גורמים לזה שהתהליך יהפוך להיות איטי."

אחד המכשולים הבולטים של פסיכיאטרים ופסיכולוגים מן החברה הערבית בדרך להתמחות בבריאות הנפש קשור **לצורך במציאת מקום התמחות קרוב לאזור המגורים ולמשפחה**. זאת הן כדי להקל על נטל הנסיעות והן כדי לקבל תמיכה משפחתית בעת ההתמחות: "קיבלתי פסיכיאטריה קרוב לבית. מבחינתי זה מאוד משמעותי. גם לקבל תמיכה מהמשפחה וגם מבחינת לנסוע." בהקשר זה נציין כי מנתוני משרד הבריאות עולה כי רק 3% מן המרפאות הקהילתיות בבריאות הנפש המוכרות לצורך הכשרת מתמחים בפסיכולוגיה קלינית, ממוקמות ביישובים ערביים (משרד הבריאות, אגף המידע 2016). ולכן במקרים רבים ההתמחות במרפאות הקהילתיות נעשית במיקום מרוחק. לטענת אנשי המקצוע, הנסיעות הארוכות גובות מחיר כבד ופוגעות בתהליך ההתמחות. אחת הפסיכולוגיות שרואיינו הסבירה זאת כך: "לגבי הנושא של המרחק זה מפחית מ... בתהליך ההתמחות יש הרבה מה שאפשר לקחת כשאתה יותר פנוי. אבל לא כשאתה מגיע אחרי שעתיים וחצי נסיעה וגם [עושה] יום ארוך... כאילו באו לקראתי ועשו לי יומיים ארוכים במקום שלושה ימים... אחר כך כשעשיתי קרוב פה בצפון, קודם כל זה משמעותי שאין את הנסיעה הארוכה הזו וגם הייתה לי משפחה." הנסיעות הארוכות גובות גם **מחיר כלכלי בלתי מבוטל**, שכן המתמחים הנוסעים מרחקים גדולים אל מקום ההתמחות נדרשים לשלם על הנסיעות מכיסם: "אני עכשיו רואה את המתמחות שלי, הן סובלות, הן במצוקה כלכלית מאוד קשה. המשכורת מאוד נמוכה, הן עושות את הדרכים ומשלמות דלק לפעמים זה ממש שלישי אם זה לא מתקרב לחצי מהמשכורת שלהן... והן עושות את זה כי הן מבינות שזה חשוב אבל עם המון תסכול שהחיים שלהן זה לחיות בגרושים."

התשלום על הנסיעות מצטרף **למשכורת הנמוכה מאוד המשולמת למתמחים בפסיכולוגיה**. ברבים מן הראיונות הוגדר השכר כ"שכר רעב". בחלק מן הראיונות עלה כי המתמחים עסוקים לאורך שנות ההתמחות בחיפוש אחר הכנסה נוספת כדי לשרוד מבחינה כלכלית: "היו כל מיני דרכים בשביל לשפר את ההכנסות שלנו. נגיד היינו עושים אבחונים, כי לא היו פסיכולוגים שנוסעים לכל מקום אז היינו עושים לפעמים אבחונים במין מבצע כזה של אבחונים בבית הספר בשביל התאמות לילדים. וזה היה קצת מצ'פר אותנו כלכלית. כי אז מועצות מקומיות היו משלמות על האבחונים האלה אז אולי זה היה מצ'פר אבל זה היה מתוך, כאילו ממש תחושה שצריך לחיות בכבוד."

מן הראיונות עולה כי החסמים שהוזכרו לעיל (משך מסלול ההכשרה, המרחק של מקום ההתמחות והעבודה ממקום המגורים, ויכולת ההשתכרות הנמוכה) הם **חסמים המועצמים כשמדובר בנשים**

ערביות בחברה מסורתית. זאת כיוון שלמסלול הארוך והתובעני של בריאות הנפש מתווספות מחויבויות השמורות באופן מסורתי לנשים בלבד. כך למשל, אחת מנשות המקצוע ציינה כי משך ההכשרה הארוך בבריאות הנפש מקשה על עמידה בציפייה החברתית להינשא ולהקים משפחה בגיל צעיר יחסית: "הורים ערבים [מתנגדים] במיוחד שיש להם את הציפייה שהבת שלהם תתחתן ותבנה משפחה, אם התהליך של הלימודים הוא כל כך ארוך אולי היא תדחה את תהליך בניית המשפחה." לדברי המרואיינות, מובן מאליו כי עליהן לגור בקרבת הורי הבעל לאחר החתונה, וכפועל יוצא, הן נאלצות לנסוע רחוק לקבלת ההכשרה: "נסעתי מהצפון לשמה [הכשרה במרכז הארץ]. כשכבר הייתי נשואה. ואגב, לא הייתה אפילו אופציה כזו שנעבור לגור בתור זוג, למרות שהיינו צעירים וזה. יש הרבה דברים שאפילו, לצערי, לא חשבנו על זה ולא הייתה האופציה אפילו. מרוב שזה לא מקובל אז יש דברים שאת לא חושבת עליהם." כמה מנשות המקצוע סיפרו כי ללא קשר לעבודתן בחוץ, הן מצופות להיות הנושאות העיקריות בנטל ניהול משק הבית: "מעמד האישה לעומת הגבר משחק תפקיד מאוד חשוב. אני כאישה צריכה לעשות הכול, גם לטפל בילדים, גם להיות בבית, יש לי יותר אחריות מאשר לגבר." לדברי המרואיינות, גם כשמדובר במשפחות מודרניות בחברה המסורתית, השותפות בין בני הזוג מוגבלת: "גם זוג ערבים מודרניים, מה שמוטל על האישה, למרות כל השותפות והעזרה... זה ממש הרבה תיקים ועכשיו בדיעבד, עם כל המסלול הארוך הזה, זה סימן שאלה מאוד גדול. הסיבה היחידה שמחזיקה אותי זה הסיפוק וההנאה מהמקצוע הזה... מעבר לזה הקשיים הם מאוד גדולים, מאוד ומכבידים." המרואיינות מתארות את הטיפול בילדים ובבית כראשון בסדר העדיפויות: "אני אימא שמבשלת כל יום, ואם אין אוכל הילדים שואלים. כשלמדתי לתואר שני נשארתי עד 2 בבוקר כדי ללמוד, כי קודם צריך לבשל ולהכין בגדים." בראיונות תיארו נשות המקצוע צורך בכוח רצון וחוסן אישי ניכר כדי לשלב בין מסלול הקריירה בבריאות הנפש והדרישות החברתיות מהן בתור נשים: "ונראה לי זה קצת משפיע על נשים בבחירת הקריירה, גורם להן לא ללכת בתחום הזה... אם מישהי שלא הייתה כל כך חזקה ולא הייתה רוצה להגיע, לא הייתה בוחרת בדרך הזאתי, במיוחד אם היא רוצה להביא ילדים בדרך."

מן הראיונות עלה כי השפעת המחסור הכללי במקומות התמחות ותורי ההמתנה הארוכים לקבלה להתמחות לא פוסחת גם על החברה הערבית. לטענת אנשי המקצוע, על אף המחסור בפסיכולוגים קליניים מן החברה הערבית, אין עדיפות למועמדים אלה בקבלה להתמחות: "בפועל כשאתה רוצה להיכנס להתמחות... הם לא קופצים עליך כשאתה מנסה לגשת להתמחות, אתה לא בקלות מוצא מקום התמחות." טענה דומה נשמעה בנוגע לתקני מתמחים בפסיכיאטריה: "(ש)במגזר צריכים... כאן הבעיה. שאתה מפנה אנשים ואומרים לך אין תקנים, בינתיים אנחנו לא יכולים לקלוט... בעיקר הקופה שאומרים אין תקנים... היום יש הרבה שרוצים. הם כולם יודעים שיש אפשרויות התקדמות וכבר יש מרפאות ויש את הרפורמה וכולם מחפשים... אבל מה שחוסם אותם כרגע זה עניין התקנים, שאין בינתיים תקנים. פנו אליי שלושה-ארבעה רופאים שרצו וזה מה שחוסם את זה שכאילו אין בינתיים תקנים להתמחות."

מן הראיונות עלה עוד כי במערכת הבריאות קיימת העדפה לקבלת מתמחים שלמדו בארץ. רבים מן הסטודנטים לרפואה מן החברה הערבית לומדים רפואה בחו"ל ולא בישראל, דבר המקשה עליהם

להתקבל להתמחות בפסיכיאטריה: "במקצוע הרפואה מי שלמד בחו"ל, יש לו פחות סיכוי להתקבל, למרות שהוא טוב וגם האיכות האישית ובהשוואה למישהו שלמד בארץ. זה ברור, זה לא שאלה." בדומה, מן הראיונות עלה כי סטודנטים לפסיכולוגיה שלמדו בחו"ל מתקשים להתקבל להתמחות בארץ, בין היתר בשל **מחסור במידע על הדרישות שיש לעמוד בהן כדי להתקבל להתמחות קלינית**: "יש סטודנטים שלמדו בירדן והאוניברסיטאות שם מצויינות, אבל יש את כל החסמים של מועצת הפסיכולוגים. מבחינת פסיכולוגיה חינוכית, המסלול ברור. מי שסיים באוניברסיטה פלסטינית או ירדנית יודע איזה השלמות הוא צריך אחרי תואר שני כדי להתקבל להתמחות בישראל. יש לו מסלול ברור. מועצת הפסיכולוגים הקליניים לא הגדירה את המסלול להתמחות קלינית אחרי לימודים בחו"ל. לא ברור איזה השלמות צריך לעשות. יש סטודנטים שמסיימים וכן רוצים התמחות קלינית והם פשוט לא מתקבלים כי הם לא עומדים בתנאים והם אומרים: "אנחנו רוצים להשיג את התנאים. תגידו לנו מהם התנאים", אבל הם לא מוגדרים." לטענת המרואיינים, רבים מבעלי תואר שני בפסיכולוגיה שלמדו בחו"ל, בוחרים בשלב זה לפנות להתמחות בפסיכולוגיה חינוכית.

היו מרואיינים שצינו כי לעתים הסטודנטים לפסיכיאטריה מן החברה הערבית נתקלים **בקשיים לעבור את מבחני ההסמכה**, עקב מאפייני תרבות שונים: "נתקלתי בהרבה בעיות. בחלק המקצועי, בחלק האקדמי של ההתמחות... נתקלתי הרבה במבחנים... אני מניח שזה לא רק שפה, אני חושב שגם בחלק התרבותי." נראה שחלק מן הקושי קשור גם הוא לעובדה שרבים מן המתמחים מן החברה הערבית למדו רפואה בחו"ל ולא "ספגו" במהלך לימודיהם את המנטליות הישראלית, החיונית להתנהלות במערכת המקומית: "אתה לא סתם לומד במקום, אתה לומד גם את המנטליות של איך שמערכת הרפואה הולכת, איך רופאים חושבים וכשאתה עושה את זה במדינה אחרת, משהו במנטליות אובד לך ואתה צריך לעבוד עליו בשביל לרכוש אותו, זה לא רק הלמידה של חומר עיוני שאתה צריך."

חסם נוסף הוא **תפיסת החברה הערבית את המתמחים בפסיכיאטריה ככאלו שבחרו בה מתוך חוסר ברירה**, היות שלא התקבלו להתמחויות האחרות. זה בתורו יוצר להתמחות הפסיכיאטריה תדמית נמוכה בעבור אלו ששוקלים ללכת אליה: "אותם רופאים ערבים שבאו אלי והתעניינו בהתמחות היו כאלו שאני לא רוצה אותם, הם באו אחרי שנדחו מכל דבר אפשרי. ולכן כשמשהו נתפס כנחות, כפחות נחשב אז אנשים טובים פחות נוטים ללכת אליו."

חסם נוסף שעלה במהלך הראיונות עם מרואיינים מן החברה היהודית וגם מן החברה הערבית הוא **ההקשר הסוציו-פוליטי ויחסי הכוחות**. הקשר הזה קיבל ביטוי במפגש של המטפל-מטופל, ערבי-יהודי: "אני יכול להגיד לך שבאתי לריאיון... והצוות שאל אותי שם בריאיון הזה כאילו איך אני ארגיש בתור פסיכיאטר ערבי שאני אטפל במטופל יהודי שמגיע ממלחמה או מפיגוע? שלי זה היה כאילו מאוד מוזר." הקשר זה הציף דילמות מקצועיות ואישיות גם כשמדובר במפגש בין מטפל ומטופל מן החברה הערבית. העבודה הטיפולית מתקיימת בסביבה של מתחים פוליטיים וחשש מהבעת דיעה בעלת אופי לאומי פוליטי. הדילמה מקבלת ביטוי אצל המטפלים מן החברה הערבית גם בחדר הטיפולים: "בייחוד במקרים האקוטיים, כשהיה בלגן או מלחמה... הילדים היו מגיעים עם חרדות מאוד מאוד קשות והם (המטפלים) כל הזמן לא

ידעו איך הדעה שלהם תשפיע בטיפול. כן נגיד שזה בסדר המלחמה, לא נגיד שזה בסדר המלחמה. היהודים צודקים, היהודים זבל, היהודים מה, אז הם היו משותקים, הם לא יוכלו לטפל כמו שרצו בעניינים כי הם פחדו כל הזמן להביע איזשהו רמז על מה שהם חושבים או שמישהו ישמע אותם."

גורמים מסייעים בתקופת הלימודים המתקדמים וההתמחות

היו מרואיינים שטענו כי תנאי ההתמחות בפסיכיאטריה השתנו עם השנים וכי כיום **תכנית הלימודים וההכשרה נוחות יותר לעומת העבר**: "היום יותר מלמדים, יותר אכפת להם... המתמחים (מקבלים) תנאים יותר טובים... אני חושב שהיום יותר קל מאשר בתקופתנו".

גורם מסייע להתמדה במסלול ההתמחות הארוך הוא **משוב חוזר חיובי** שמתמחים מקבלים ממסגרת העבודה וההתמחות: "יש פה אנשים טובים שמעניקים מכל הלב... לא סתם בגלל שהם (המנהלים שלי. באמת, אני לא מרגיש... שיש אפליה או שיש... יחס שונה... ממש, כמו כולם. מרגיש שאנחנו כולם כמו ילדים שלהם, אוהבים אותנו, אוהבים אותם... אין מה לעשות, זה.. מרגיש כמו בבית". גם **תמיכה של מרצים ומדריכים באקדמיה ובשטח** עלתה בתור גורם מסייע לאורך מסלול ההכשרה הארוך: "מהניסיון האישי שלי, כל המורים והמדריכים שלי היו יהודים היו נפלאים וכל המסגרות הישראליות שלמדתי בהם פשוט חיבקו אותי, נתנו לי הזדמנות, גם לעבוד באקדמיה. מאוד מאוד העריכו את זה שאני מהמגזר הערבי שאני בא ועוסק בתחום ושהחלטתי ללמוד ולעבור את כל מה שעברתי למרות כל הסטיגמה שהייתה וכל הדרך הקשה... ואני הייתי בחוג שלי הסטודנט הערבי היחיד. מאוד עזרו, מאוד. גם מבחינה חברתית ורגשית."

בין המרואיינים היו שטענו כי **המחסור באנשי מקצוע מן החברה הערבית מהווה גורם מסייע** בקבלה להתמחות ולהמשך הכשרה בפסיכיאטריה: "אני חושב שאיך שסיימתי ממש היו לא מעט מקומות שהציעו שאני אבוא לעשות את ההתמחות אצלם. דווקא מבחינה זו אני חושב שברגע שאיש מקצוע ערבי מסיים הוא באמת בעמדה מאוד טובה. אם הוא מסיים לימודים אז תהליך ההכשרה שלו הוא בדרך כלל ממש טוב."

פתרונות קיימים בלימודים המתקדמים ובהתמחות

בראיונות הוזכרו הפתרונות שלהלן:

בפסיכיאטריה: הקצאת תקני התמחות ייעודיים למתמחים מן החברה הערבית במימון קופות החולים, תמורת התחייבות לעבוד בקופה עם תום ההתמחות.

בפסיכולוגיה: מתן עדיפות למסיימי תואר שני קליני בתור להתמחות בפסיכולוגיה, במטרה לקצר את תורי ההמתנה להתמחות בעבור מתמחים מן החברה הערבית. יש לציין כי מדובר בתעדוף בתוך מסגרת התקציב הקיימת ולא בתוספת תקני התמחות ייעודיים.

בעבודה סוציאלית: התאמה של תכנית הלימודים לסטודנטים מן החברה הערבית ולחברה הערבית ופתיחת קורסים ייחודיים בנושא טיפול בחברה הערבית; העדפה מתקנת לקבלת מדריכים מן החברה הערבית במוסדות ההשכלה הגבוהה; יוזמה של האגף לבריאות הנפש במשרד הבריאות במסגרתה יוכשרו עובדים סוציאליים מן החברה הערבית בתחום הפסיכותרפיה, כך שיוכלו להשתלב במערך המרפאות.

הפתרונות המוצעים לעידוד בחירה בתחום בריאות הנפש בתקופת הלימודים המתקדמים וההתמחות

ההצעות לפתרונות בשלב זה התמקדו בדרכים למשיכת מועמדים להתמחות בתחום בריאות הנפש וכן בדרכים לשפר את מערך ההדרכה וההכשרה, כך שיהיה רגיש תרבותית ומותאם לחברה הערבית. אחת ההצעות שחזרה על עצמה בראיונות נגעה להקצאת תקני התמחות ייעודיים לחברה הערבית שיאפשרו ליותר מועמדים להשתלב בתחום. בהקשר זה הדגיש אחד המרואיינים כי חשוב שהתקנים הייעודיים יבואו נוסף לתקני המתמחים הרגילים בבתי החולים וינתנו למתמחה ולא לבתי החולים, כך תיווצר גמישות מקסימלית בעבור המתמחים מבלי שבתי החולים עצמם יפסידו: "לתת תקנים ספציפית לאוכלוסייה הערבית, שהם יתפסו אותה... היה מאוד עוזר להגיד "יש לי תקן, אני בוחר את המקום", זה מאוד היה עוזר... לפחות שיהיה תקן שהמחלקה לא תפסיד תקן אחר אלא תרוויח... אין מחלקה שלא רוצה הרבה מתמחים. כולם רוצים מתמחים אבל מי רוצה לשלם על המתמחים זו שאלה אחרת... אם אין תקנים אז בוחרים. אם יש תקנים אז זה יותר קל להתקבל ואז זה מעודד אנשים איכותיים." לבסוף הדגישו המרואיינים כי לפני הכול מדובר בהחלטת מדיניות עקרונית שצריכה להיות מגובה בתוספת תקציב: "אם משרד הבריאות ישם את זה על האג'נדה שלו שאם ייצר תקנים להתמחות פסיכיאטרית לרופאים מתוך האוכלוסייה הערבית ויהיה שיווק של זה, אני מאמין שזה יעזור וודאי... מבחינה תקציבית. כי התקציב מוגבל. התקנים במשרד הבריאות גם להתמחויות הם מוגבלים וכאן אתה בא ואומר יש חברה שלא פותחו בה מערך השירותים וצריך לפתח אותם ועל מנת לפתח אותם אתה צריך לייצר תקנים גם של פסיכיאטרים שיטפלו גם בחברה הערבית. אז אתה בונה אופק. אז מי שלומד רפואה יודע, הנה יש, הוא מתחיל לשמוע שיש תקן של פסיכיאטרי שיכול לעשות, כאילו, התמחות בפסיכיאטריה מתוך החברה הערבית."

ממנהלת מרפאה שמענו כי תוספת תקני מתמחים בפסיכולוגיה, גם בחלק ההתמחות המתקיים במרפאות, תוכל לתרום רבות לשיפור המצב הקיים: "אני רוצה שיגידו לי, תשמעי יש לך עוד שני תקנים של פסיכולוגים מתמחים. בואי תראייני. זה מה שאני רוצה... אני מבקשת ממתמחים לעשות 12 טיפולים בשבוע, מתמחים בתחילת הדרך, בשביל לכסות את השכר שלהם. המטפלים מאוד לחוצים מהמשימות האלה ו[עוד] הלמידה בבית שהם צריכים לעשות גם בשביל ההתמחות. אם היו יותר תקנים, אז העבודה הייתה נראית קצת יותר שפויה."

הצעה נוספת שחזרה על עצמה בראיונות הייתה שימוש בתמריצים כלכליים כדי למשוך מועמדים מן החברה הערבית להתמחות בפסיכיאטריה: "כדי לעודד את הפסיכיאטריה קודם כל צריך לתגמל נאות כדי שיהיה תמריץ לאנשים באמת ללכת ולבחור את הפסיכיאטריה"; "כירורגים ורופאי משפחה... מרוויחים יותר ואין מה לעשות, יש הרבה אנשים בתחילת הדרך שלהם העניין הכלכלי מאוד משמעותי, ואפשר, כן אפשר למשוך הרבה אנשים אם יש פוטנציאל להתקדמות כלכלית." במטה המשרד המליצו על מתן תגמול דיפרנציאלי לפסיכיאטרים מן החברה הערבית ולעובדים בפריפריה.

בקרב אנשי האקדמיה עלה הרעיון להתמודד עם המחסור במדריכים בעבור הסטודנטים מן החברה הערבית באמצעות שילוב אנשי שטח בתור מנחים ומדריכים בתארים מתקדמים, במקום להסתמך על אנשי הסגל האקדמי בלבד: "יש היום הרבה אנשים בשטח שיש להם תואר דוקטור בתחום הקליני, הם

לא אנשי אקדמיה, הם אנשי שטח. הייתי כן מאפשרת לאנשים האלו להנחות... ". אפשרות נוספת להגדלת מאגר המנחים המתאימים לסטודנטים מן החברה הערבית היא **קליטת סגל חדש** באמצעות מלגות ייעודיות למרצים ערבים מצטיינים.

בקשר לחשיבות הרגישות התרבותית בתהליך ההכשרה, הוצע בראיונות עם אנשי האקדמיה שתינתן **הכשרה מיוחדת לאנשי אקדמיה מן החברה היהודית בנושא של רגישות תרבותית**: "להביא את המרצים היהודים לקורסים של רגישות תרבותית ופשוט להפוך את הסטודנט הערבי מסטודנט לא נראה לסטודנט שהמרצה מתעניין בו וגורם לו לדבר ומעודד אותו לשתף ומבקש ממנו ללמד את הקבוצה על התרבות שלו וככה, אותו סטודנט היה מתרגל בתוך השיעור איך להיחשף ואיך להפוך להיות הנציג של החברה והאנתרופולוג שכן מלמד את המרצה שלו על התרבות שלו... ולהפוך מסטודנט פסיבי לסטודנט אקטיבי... זה היה משפר את הציונים שלו, כי הוא הופך להיות הרבה יותר פעיל בתוך אותו קורס."

3.3.5 היציאה לעולם התעסוקה ומציאת מקום העבודה

החסמים ביציאה לעולם התעסוקה ובמציאת מקום עבודה

בראיונות טענו אנשי המקצוע כי בסיום ההתמחות מוצאים עצמם המומחים הצעירים מול קושי במציאת מקום עבודה במגזר הציבורי בשל **מחסור בתקנים ייעודיים למומחים פסיכיאטריים מן החברה הערבית**: "בתוך ההתמחות קלטנו שגם יש חוסר במגזר הערבי. כמה פעמים ניסיתי דרך התכתבויות ככה לקלוט אותי... כפסיכיאטר לילדים ונוער ולא הצלחנו, אמרו לי אחרי שלב א' ואחר כך עוד מעט עוד מעט, אין תקנים ואין דברים. למרות שאמרו שיש ביקוש"; "אין תקנים – אני 9 שנים במרפאה, וכל שנה כשמבקשים שעוד משהו יבוא.... יש הרבה אנשים שמחפשים להיכנס לתחום, ואין לתת תקנים."

מצד שני, בקופות החולים מציינים שיש תקנים לאנשי מקצוע מן החברה הערבית, בעיקר תקני פסיכולוגים ועובדים סוציאליים קליניים, אך לא מצליחים לאייש אותם כיוון שיש מחסור אבסולוטי במטפלים: "יש להם תקנים לזה. הם אמרו לנו בפירוש, יש לנו תקנים גם לפסיכולוגים וגם לעובדים סוציאליים. אבל קשה למצוא אנשי מקצוע. אין אנשי מקצוע. אנחנו לא מצליחים למצוא פסיכולוגים קליניים לבוא לעבוד אצלנו. כאילו אין. בגלל שאין... פסיכולוגים קליניים כמעט ואין. אנחנו מחפשים בפינצטה פסיכולוגים ולא מוצאים." מנהל שירותי בריאות הנפש באחת מקופות החולים סיכם זאת כך: "בכל מקום בארץ שיבוא היום פסיכולוג קליני או פסיכולוגית דוברי ערבית או פסיכיאטר ילדים או פסיכיאטר מבוגרים או עובדת סוציאלית, אם אנשים עונים לקריטריונים המקצועיים שלי אז אני לוקח אותם מיד."

חלק מן הקושי נעוץ בהיקף השירותים **הקטן המיועד לחברה הערבית**, כפי שהסביר אחד המרואיינים: "מקומות העבודה האלה מצומצמים, כאילו כמה מקומות עבודה כאלה, כמה משרות יכולות להיות, כל המקומות עבודה... זה לא מפעל גדול שיכול להעסיק כל כך הרבה אנשים." בראיונות ציינו אנשי המקצוע את המתח שבין הרצון להגדיל את מספר המטפלים מן החברה הערבית בבריאות הנפש ובין התשתית המוגבלת להעסקתם אחר כך: "ברגע שאני הולך ומשווק את עצמי אני צריך לצפות לנהירה, ואם (את) הנהירה הזאתי אני לא יכול לשרת ולספק ולתת למקומות, אז בעצם אני מקלקל לעצמי ואני מחבל... יש

מחסור בתקנים... תראה את האבסורד, מצד אחד אנחנו בוכים שאין לנו ומצד שני אנחנו לא פותחים את הארנק יותר מדי."

בראיונות הדגישו אנשי המקצוע והאקדמיה כי מדובר **בהחלטת מדיניות עקרונית שצריכה לבוא ממשרד הבריאות**: "אם יש אנשי מקצוע ואין תקנים אז זה שוב זה משרד הבריאות כי משרד הבריאות צריך לדאוג שיהיו תקנים זה חלק מהרפורמה... צריך לראות... כמה תקנים צריך להפשיר וברגע שמפשירים כמה תקנים אפשר לאייש עם אנשי המקצוע הקיימים היום וכמה עוד חסרים." בראיונות עם אנשי המטה במשרד הבריאות הוסבר כי המטה כפוף להנחיות הדרג הפוליטי המתווה מדיניות, וכי יש צורך בהעלאת הנושא על סדר היום של שר הבריאות והמנכ"ל: "צריכים להבין ששרים ומנכ"לים שהיו פה במשרד, לא נתנו לזה עדיפות, כן, זה תמיד נפל בין הכסאות לעומת בתי החולים ועשרים אלף בעיות של המערכת הציבורית... אתה צריך לסמן את זה כאחת המטרות שלך, אתה צריך מנכ"ל עם אג'נדה חברתית... אי-אפשר לצפות במדיניות הציבורית שהפקיד יוביל, כי ברגע שלא נותנים לו משאבים, קושרים לו את הידים."

נושא **השכר בשירות הציבורי** עלה גם כאן, בשלב היציאה אל שוק העבודה. לטענת המרואיינים הפערים בין השכר המשולם במשרה ציבורית לבין אפשרויות ההשתכרות במגזר הפרטי גדולים מאוד. אחת הפסיכולוגיות שרואיינו הסבירה זאת כך: "אני עובדת 21 שעות תמורת ששת אלפים שקל בקושי, שלושה ימים בשבוע, זה גרושים מבחינתי. כשאני עובדת ביום הפרטי אני יכולה להרוויח את זה ביום, יום וחצי אם אני בוחרת את זה... אז כל שיפור במשכורת צריך להיות משמעותי. כאילו אני לא מדברת על 100 שקלים 200 שקלים, כי הפערים הם מאוד גדולים."

נוסף לשכר הנמוך, המומחים בפסיכולוגיה בשירות הציבורי מקבלים הרבה **פחות שעות הדרכה והעשרה** ממתמחים, דבר שמהווה תמריץ שלילי להישאר במערכת הציבורית: "כשביררתי והייתי ממש כמעט, עם רגל אחת בפנים לגבי תקן קבוע, הבנתי שמתוך ה-20 שעות יש לנו איזה 16, 17 טיפולים, כלומר עבודה נטו. ואיזה ישיבת צוות אחת וסמינר אחד. אז זה ממש יוצא אפילו לא מקום להתפתחות מקצועית." התחושה **שהעבודה במגזר הציבורי אינה מותירה מקום מספק להתפתחות אישית** מועצמת בקרב מי שמבקש להמשיך ולהכשיר את עצמו בלימודי המשך, כפי שמקובל בתחום: "נגיד, כשעשיתי את הדוקטורט שלי, אף אחד לא רצה, כאילו לא תמכו בזה. איבדתי המון כסף כשעשיתי את הדוקטורט מבחינת השעות עבודה שירדו לי... מתוך הדוקטורט שלי [שנמשך] כבר השנה החמישית, שנתיים היה לי זכות לקבל 4 שעות בשבוע ללימודים וכל השאר הם הורידו לי מהמשכורת... אין את הלחץ הזה שנגדל אותך, נאפשר ללמוד, נאפשר לך להתפתח מסמינר לסמינר וגם אפילו אולי כנסים בחוץ לארץ או לעשות דברים שבאמת מאפשרים לך להיות על המפה המקצועית בכלל. אז זה דברים שלא רואים אותם, שלא מתייחסים אליהם וזה מאוד חבל." העבודה האינטנסיבית במגזר הציבורי באה לידי ביטוי לא רק בחלוקת השעות בין טיפול להעשרה אלא גם **בעומס הנובע ממחסור בתקנים**. כל אלו מובילים **לשחיקה של כוח העבודה**, בעיקר לאור האלטרנטיבה של עבודה במגזר הפרטי: "אני יודע שאני לא אחזיק מעמד עם זה עוד הרבה שנים כאלה כי אני מרגיש שאני כבר רוצה לנוח קצת מהחיים הקשים האלה, מהריצות, מהשעות המטורפות, מכל זה. וקצת להיות בבית להירגע יותר ובעצם אני לא יודע עוד כמה זמן אני עוד אחזיק בשירות הציבורי."

נציין כי לא הוזכרו גורמים מסייעים לשלב זה של תהליך היציאה לעולם התעסוקה, כמו כן לא הוזכרו פתרונות קיימים לחסמים שהוזכרו.

הצעות לפתרון החסמים בשלב היציאה לעולם התעסוקה ומציאת מקום העבודה

ההצעות לפתרון בשלב זה נגעו בעיקר להגדלת כמות התקנים המיועדים למומחים מן החברה הערבית, הן על ידי הוספת תקנים בשירות הקיים והן על ידי הרחבת השירותים המיועדים לחברה הערבית. נוסף על כך, הועלו הצעות לשימור כוח אדם מומחה במערכת הציבורית על ידי מתן תמריצים הקשורים להתפתחות מקצועית והמשך למידה. כמו כן הועלו הצעות להכשרת כוח אדם ולהסבה מקצועית של כוח אדם העוסק במקצועות משיקים לבריאות הנפש והיכול לעבור הסבה. כך למשל הוצע לפתח מסלול הסבה לפסיכולוגים חינוכיים לפסיכולוגיה קלינית והוזכרה יוזמה של משרד הבריאות להכשיר עובדים סוציאליים מן החברה הערבית בתור פסיכותרפיסטים במימון משרד הבריאות. איש מטה במשרד הבריאות עדכן כי אושר תקציב בעבור לימודי פסיכותרפיה ל-40 עובדים סוציאליים שיוכשרו בשני מחוזים במכון שזכה במכרז. גם כאן הדגישו המרואיינים כי מדובר בהחלטת מדיניות שצריכה להתקבל בדרגים הגבוהים של משרד הבריאות וחשוב שהיישום יהיה מערכתי ולא מקומי.

3.4 סיכום ודיון

ממצאי המחקר מצטרפים לתמונה העולה מן המחקר הבין-לאומי, לפיה המשתייכים לקבוצות מיעוט נתקלים בקשיי השתלבות בתחום בריאות הנפש. המחקר מציף שלושה גורמים התורמים לקושי: רקע אקדמי חלש, המקשה על השתלבות בתעסוקה באופן כללי; רקע סוציו-אקונומי נמוך, הדורש השתלבות מהירה בתעסוקה מכניסה; ורקע תרבותי הכולל מודעות נמוכה לתחום בריאות הנפש ותפיסות סטיגמטיות כלפי הזקוקים לטיפול ואלו המספקים אותו.

3.4.1 חסמים בתהליך הלימודים וההכשרה

במחקר זיהינו שני רבדים של חסמים. האחד כולל חסמים העומדים בפני כלל הצעירים מן החברה הערבית בבואם להשתלב באקדמיה ובשוק התעסוקה, והשני כולל חסמים המקשים על הבחירה במסלול לימודים והכשרה בתחום בריאות הנפש.

ברובד הראשון מצאנו חסמים מבניים, כמו תשתית לימודית דלה במערכת החינוך, המייצרת רמת מוכנות נמוכה ללימודים אקדמיים; חסמים כלכליים הכוללים, בין היתר, קשיים הנובעים מצורך להתפרנס במהלך שנות הלימודים, היעדר "גב כלכלי" וקושי בקבלת מלגות; וחסמים תרבותיים הקשורים להיעדר התאמה תרבותית של תכניות הלימודים ולקשיי הסתגלות לאקדמיה ולתרבות הרוב היהודית.

ברובד השני מצאנו חסמים מבניים הקשורים לדרישות סף גבוהות בצמתים שונים לאורך מסלול הלימודים וההכשרה וכן חשיפה מוגבלת למקצועות בריאות הנפש; חסמים כלכליים בדמות תנאי השכר הנמוכים לעומת מקצועות מקבילים, וכן היותם של מסלולי ההכשרה ארוכים ותובעניים לעומת החלופות; וחסמים תרבותיים הכוללים, בין היתר, תפיסות סטיגמטיות של בריאות הנפש, היעדר מודעות למקצועות

הטיפוליים בתור אפשרות קריירה, ומחסור בדמויות לחיקוי. חשוב לציין כי רוב החסמים שעלו מקורם באי-שוויון בחברה הישראלית ואינם קשורים ישירות למערכת הבריאות, על אף שהיא מושפעת מהם.

מצאנו גם כי אותם חסמים יכולים להופיע במגוון צורות לאורך מסלול הלימודים וההכשרה. לדוגמה, היעדר מודעות לתחום בריאות הנפש וחוסר היכרות עם דמויות לחיקוי בתחום, גורמים לכך שהמקצועות הטיפוליים בבריאות הנפש אינם עולים בתור אפשרות קריירה בקרב המועמדים בצומת ההחלטה על לימודי תואר ראשון, זאת על אף שחלקם עומדים בתנאי הסף ללימודים בתחום. מידת החשיפה המוגבלת לתחום בריאות הנפש במהלך לימודי הרפואה והעבודה הסוציאלית ומיעוט מודלים לחיקוי מן החברה הערבית משפיעים גם בשלב הבא של ההחלטה על לימודי המשך או התמחות ומקטינים את הסיכוי לבחור בהתמקצעות בתחום. לבסוף, המחסור בדמויות לחיקוי מקשה על סטודנטים בשלבים מתקדמים של ההכשרה וההתמחות, הנדרשים לפרוץ לעצמם דרך מבלי שיהיה להם במי להיוועץ.

דוגמה נוספת לחסם העולה בכמה נקודות זמן לאורך מסלול ההכשרה הוא הקושי הכלכלי. בשלב בחירת תחום לימודי תואר ראשון, מושפעים צעירים מן החברה הערבית מן הצורך ללמוד מקצוע שיאפשר השתלבות מהירה בשוק העבודה. ולכן, משך מסלול ההכשרה הארוך בבריאות הנפש ויכולת ההשתכרות הנמוכה בראשית הדרך מהווים שיקול נגד בחירה בתחום. כלומר, גם אם יש מי ששוקל ללמוד פסיכולוגיה, הדרך הארוכה עד הרגע שבו ניתן להתפרנס מן המקצוע עלולה להרתיע אותו מלהתחיל את התהליך. בעבור הסטודנטים לעבודה סוציאלית, צומת הבחירה בתחום בריאות הנפש מגיע אחרי הלימודים לתואר ראשון. הצורך להשתלב בשוק העבודה עשוי להסיט גם עובדים סוציאליים מן המסלול של בריאות הנפש, זאת בשל הדרישה להשלמת תואר שני ולעתים גם לימודי פסיכותרפיה. החסם הכלכלי משפיע שוב בשלב ההחלטה על לימודים מתקדמים והתמחות כאשר מתברר כי השכר בתחום בריאות הנפש נמוך יחסית לשכר במקצועות מקבילים. לבסוף, גם בנקודת היציאה לשוק העבודה נתקלים המומחים הצעירים בקושי כלכלי בדמות מחסור בתקנים בשירות הציבורי לצד קושי בפיתוח קליניקה פרטית יציבה. כל אלו מקטינים את הסיכוי לבחירת מסלול קריירה בבריאות הנפש.

מן הראיונות עלה כי החסמים שהוזכרו מתעצמים בעבור נשים ערביות בחברה מסורתית. זאת כיוון שמוטלות עליהן גם מחויבויות השמורות באופן מסורתי לנשים בלבד, כמו דאגה לבית, לילדים ולמשפחה המורחבת, מגורים ליד בית הורי הבעל וכדומה.

נושא נוסף שעלה בראיונות קשור להקשר הפוליטי-חברתי בישראל והשתקפותו במרחב הטיפולי. אנשי המקצוע תיארו דילמות העולות בעבודה הטיפולית, כאשר מטופלים מבטאים מצוקות על רקע הסכסוך היהודי-ערבי, בעיקר בעתות משבר ומלחמה. בראיונות עלה כי מורכבות זאת מציפה חששות ומערערת את הביטחון של המטפלים ביכולתם להתמודד עם סוגיות הנוגעות לביטחון, לפוליטיקה ולזהות לאומית.

3.4.2 גורמים מסייעים לתהליך ההכשרה בבריאות הנפש

בראיונות תיארו המרואיינים מספר מועט של גורמים המסייעים לתהליך ההכשרה של אנשי מקצוע מן החברה הערבית במקצועות בריאות הנפש. גורם מסייע מרכזי נוגע לתהליכים חברתיים רחבים,

במסגרתם חל שינוי ביחס לבריאות הנפש בחברה הערבית. הקמתן של מרפאות ייעודיות לבריאות הנפש ביישובים ערביים, כמו גם נוכחותם ההולכת וגדלה של פסיכולוגים חינוכיים בבתי הספר, מעלים את החשיפה לתחום בריאות הנפש ותורמים להעלאת המודעות למקצועות בריאות הנפש ולהפחתת הסטיגמה הכרוכה בקבלת טיפול.

גורם נוסף שתואר בראיונות כמסייע בבחירה במסלולי קריירה בבריאות הנפש הוא תמיכה ועידוד שמעניקים מרצים באקדמיה ובשטח לסטודנטים מן החברה הערבית להשתלב בתחום. עם זאת, תמיכה זו מתוארת בראיונות כמבוססת על קשר אישי ונקודתי ולא בתור מדיניות כוללת.

מודעות למחסור הקיים באנשי מקצוע מן החברה הערבית בתחום תוארה אף היא בחלק מן הראיונות בתור שיקול המטה את הכף לטובת בחירה במסלול קריירה בתחום. נראה כי המחסור במטפלים נתפס בתור הזדמנות להשתלב בתחום בריאות הנפש, בין מתוך שיקולים של ביטחון תעסוקתי ובין מתוך תחושת ייעוד ומחויבות חברתית. בשלב של תהליך היציאה לעולם התעסוקה ובמצאית מקום עבודה, ציינו אנשי המטה במשרד הבריאות ובקופות החולים כי הם "מחפשים בנרות" מטפלים מן החברה הערבית בבריאות נפש. כלומר, נראה כי ישנו ביקוש רב לעבודתם של המטפלים הערבים. עם זאת, אנשי המקצוע עצמם לא ציינו אף גורם המסייע בשלב זה, ולמעשה מן הראיונות עמם עלתה התפיסה כי למקצועות בריאות הנפש אין אופק תעסוקתי בטוח.

נראה, אם כן, כי ישנה אי-התאמה בין התפיסות של המרואיינים ברמת השטח לבין תפיסות המרואיינים ברמת המטה בנוגע לביטחון התעסוקתי של מטפלים מן החברה הערבית במקצועות אלו. הסבר אפשרי לכך הוא שבמסגרת ההיערכות לרפורמה בבריאות הנפש, פתחו קופות החולים מרפאות בקהילה והכפילו את השירות הניתן במרפאות בארץ. חלק מן המרפאות נפתחו במגזר הערבי, ובכך יצרו ביקוש לכוח אדם שלא היה קודם. דבר זה הוביל לקושי בגיוס אנשי מקצוע מן החברה הערבית, אך עדיין לא השפיע על התפיסות של אנשי המקצוע עצמם, שהם מקור המידע למועמדים פוטנציאליים. נוסף על כך, רוב המרפאות החדשות שנפתחו במסגרת הרפורמה בבריאות הנפש אינן מוכרות בתור מקום להתמחות ולכן לא גדל היצע התקנים להתמחות בקהילה.

3.4.3 פתרונות קיימים

ממצאי המחקר העלו כי מוסדות ההכשרה להשכלה גבוהה, קופות החולים ומסגרות בריאות הנפש של משרד הבריאות, פיתחו עם השנים מגוון אסטרטגיות מקומיות למשיכת מועמדים מן החברה הערבית ולעידודם לעסוק בתחום בריאות הנפש. אסטרטגיות אלו מכוונות להתמודדות עם החסמים שתוארו לעיל. כך למשל, בראיונות עם אנשי המקצוע בבריאות הנפש, תיארו חלק מהם פעולות, שלהן היו עדים אישית, שנועדו להקל על תהליך הקבלה וההסתגלות ללימודים גבוהים בקרב הסטודנטים מן החברה הערבית, כגון העדפה מתקנת בקבלה ללימודים, או יצירת מעטפת תמיכה בעבורם במכינות קדם-אקדמיות, וכן פעולות יזומות למשיכת מתמחים במימון קופות החולים והפעלת מכרזים ייעודיים לחברה הערבית שיש בהם הקלה של תנאי הסף לקבלה לעבודה בתחום. לצד זאת, מן הראיונות עם אנשי המטה של משרד

הבריאות עלה כי יש התחלה של פעילות לקידום הנושא ברמה הארצית, כגון מתן עדיפות למועמדים מן החברה הערבית בתור להתמחות קלינית, חשיפה לתחום בריאות הנפש בתיכונים הערבים ומימון הכשרת עובדים סוציאליים ערבים בפסיכותרפיה על ידי משרד הבריאות. עם זאת, יש לציין כי רוב אנשי המקצוע לא ידעו לספר על פתרונות מערכתיים אלו.

3.4.4 פתרונות מוצעים

המרוויינים התבקשו להציע פתרונות משלהם להתמודדות עם החסמים שתוארו לעיל. ניתן לחלק את הפתרונות שהוצעו לשתי קבוצות עיקריות:

קבוצה אחת של פתרונות מכוונת להגדלת מאגר המתקבלים להכשרה בתחומי בריאות הנפש, באמצעות התמודדות עם החסמים המקשים על צעירים מן החברה הערבית להשתלב בהשכלה גבוהה בכלל ובתחומי בריאות הנפש בפרט. כך, פתרונות להתמודדות עם הקושי של צעירים מן החברה הערבית להתקבל ללימודים גבוהים בפסיכולוגיה כללו בעיקר הצעות להעדפה מתקנת של מועמדים אלה בצמתים שבהם תנאי הסף גבוהים בשל הביקוש הרב למקצוע. הצעות אלה כללו לדוגמה הצעה לקבלה "על תנאי" לתואר ראשון לסטודנטים שלא עומדים בתנאי הסף, וכן מתן משקל נמוך יותר לציון מבחן המתאיים ולציוני השנה הראשונה ללימודים כדי לאפשר ליותר בוגרים מן החברה הערבית להגיש מועמדות לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית. פתרונות הקשורים לקושי של סטודנטים מן החברה הערבית להסתגל ללימודים באקדמיה התמקדו בהתאמה לשונית ותרבותית של הלמידה, למשל ליווי של הסטודנטים באוניברסיטה על ידי סגל מן החברה הערבית והנגשת תוכני הלימוד לשפה הערבית. כמו כן הוצע לייצר הכשרה מיוחדת לאנשי אקדמיה יהודים באופן כללי בנושא של רגישות תרבותית.

קבוצה שנייה של פתרונות מכוונת לעידוד מועמדים (לרבות כאלו העומדים בדרישות הסף למסלולי בריאות הנפש), לבחור בתחום זה על פני מסלולי קריירה אחרים. קבוצה זו כוללת פתרונות המכוונים להתמודדות עם חסמים תרבותיים הנוגעים ליחס לבריאות הנפש בחברה הערבית, לחוסר ההיכרות עם בריאות הנפש בתור אפשרות קריירה ולסטיגמה על הנזקקים לשירותי בריאות הנפש ועל המספקים אותם. רעיונות שהועלו להעלאת המודעות לתחום בריאות הנפש כללו הגברת החשיפה לתחום בריאות הנפש במערכת החינוך, במדיה ובקהילה, וכן פיתוח שירותים קהילתיים לבריאות הנפש והגדלת מספר תקני הפסיכולוגים החינוכיים בבתי הספר. נוסף לכך הוצע לחשוף סטודנטים לרפואה ולעבודה סוציאלית לתחום בריאות הנפש במהלך הלימודים, כדי להגביר את היכרותם עם התחום ולהעלות את הסיכוי שיבחרו להתמחות בו.

פתרונות אחרים שהוצעו בראיונות נועדו להתמודד עם העול הכלכלי של מסלולי ההכשרה הארוכים, וכללו מתן מלגות ייעודיות ללימודי פסיכולוגיה, תמריצים כלכליים לבחירה בתחום בריאות הנפש לאורך מסלול ההכשרה (למשל בזמן בחירת ההתמחות ברפואה) וכן תמריצים להישארות במגזר הציבורי עם תום ההתמחות. כדי להתמודד עם חסם אי-הוודאות בנוגע לאפשרות התעסוקה בסוף מסלול ההכשרה הוצע להגדיל את מספר התקנים למתמחים ולמומחים במגוון המקצועות ולייעד את התקנים החדשים לאנשי מקצוע מן החברה הערבית. כמו כן הוצע לפתוח מסלול לימודי פסיכולוגיה ייעודי לחברה הערבית – מסלול ישיר מן התואר הראשון ועד לסיום ההתמחות.

4. כיווני פעולה

במחקר זה התמקדנו בזיהוי הצמתים, לאורך מסלולי הקריירה של מקצועות בריאות הנפש, שבהם ניתן להתערב כדי להגדיל את שיעור אנשי המקצוע מן החברה הערבית בתחום. מצאנו כי על אף שהנושא נמצא על סדר היום של מגוון גופים, הרבה מן הפתרונות הקיימים המוכרים בשטח הם נקודתיים ולא מקיפים.

מן הממצאים ניכר שהחסמים המונעים ממועמדים פוטנציאליים לפנות לתחום בריאות הנפש אינם מוגבלים לשלב מסוים במסלול ההכשרה, או לתחום לימודים מסוים. יתרה מזאת, רבים מן החסמים שעלו בראיונות נובעים מאי-שוויון במערכות שונות בחברה הישראלית ואינם קשורים ישירות למערכת הבריאות, על אף שהיא מושפעת מהם. מכאן שההתמודדות עם החסמים צריכה להיות רב-מערכתית ולהיעשות בשיתוף פעולה ובתיאום בין משרדי ממשלה וכן בינם לבין גופים שונים הקשורים לתהליך ההכשרה והעבודה. יצירת פתרונות רחבים כדוגמת פתיחת מסלול לימודים ייעודי לחברה הערבית תלויה בקידום בין-משרדי של הנושא ובקביעת מדיניות מול האקדמיה, הוות"ת, המל"ג, משרד הבריאות ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ולעתים גם מול משרד הכלכלה. היות שמדובר במעורבות של מספר רב של גופים יהיה חשוב למנות גוף שיתכלל את הפעילות בנושא. יש לציין כי נושא קידום החברה הערבית בכלל ושילובה באקדמיה ובשוק העבודה בפרט, כבר נמצא על סדר היום המוסדי. פעולות הרשות לפיתוח כלכלי של המגזר הערבי, הדרוזי והצ'רקסי, תכניות החומש של הוות"ת להגדלת שיעור ההשתתפות של החברה הערבית בהשכלה הגבוהה במקצועות שזוהה בהם מחסור, ותכנית "תקווה ישראלית" שמקדם נשיא המדינה ראובן ריבלין – פותחות כולן פתח ליצירת שיתופי פעולה רחבים. לכן, נוסף לפיתוח יוזמות חדשות וליישומן, יש מקום לזהות יוזמות שכבר פועלות בשטח ולשלב בהן חשיפה למקצועות בריאות הנפש. מן הפתרונות שהוצעו עולה כי הגדלת מצבת כוח האדם בבריאות הנפש יכולה לנבוע משני כיווני פעולה: הגדלת מספר המועמדים להכשרה בתחום באמצעות הגדלת שיעור ההשתתפות בהשכלה גבוהה ושיפור תשתיות אקדמיות מחד גיסא, ו"הסטת" מועמדים פוטנציאליים ממקצועות אחרים אל מקצועות בריאות הנפש באמצעות מתן תמריצים לבחירה בתחום זה מאידך גיסא. הפתרונות שהוצעו במחקר מכוונים רובם ככולם ליצירת שינוי בטווח הארוך. קרי, הגדלת כמות הפונים לתחום בריאות הנפש, תוך מתן מענים לחסמים המקשים על סיום מסלול ההכשרה. נוסף ליישום פתרונות אלו וכדי להתמודד עם המחסור שישנו כעת באנשי מקצוע מן החברה הערבית, מוצע בטווח הקצר להמשיך לפעול להכשרת כוח אדם ולהסבתו ממקצועות משיקים (כגון עבודה סוציאלית או פסיכולוגיה חינוכית), ולמתן תמריצים לעבודה בתחום. את שני כיווני הפעולה הללו צריכות ללוות פעולות רוחב לקידום המודעות לבריאות הנפש בחברה הערבית ולהפחתת הסטיגמה הכרוכה במתן טיפול ובקבלתו.

בהחלטה על פעולות אלו וביישומן יש לדאוג לכך שהן תעשנה ברגישות תרבותית. כמו כן, כפי שהדגישו המרואיינים במחקר, כדי שהפתרונות המוצעים יהיו אפקטיביים חשוב שיישומם יהיה תוצאה של מדיניות ברורה המגובה בתקציבים ייעודיים.

מקורות

- אבו-עסבה, ח. 2008. "מערכת החינוך הערבית וסוגיית השוויון". **מפנה במה לענייני חברה**. 58 : 43-50.
- אלחאג', מ. 1996. **חינוך בקרב הערבים בישראל**. הוצאת מאגנס ומכון פלורסהיימר, ירושלים.
- אלרועי, א., רוזן, ב., אלמקייס, ע., סמואל, ה. 2017. **שירותי בריאות הנפש בישראל: צורך, דפוסי שימוש וחסמים – סקר באוכלוסיית המבוגרים הכללית**. דמ-749-17. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בלס, נ. 2009. **אינדיקטורים הנוגעים לנושא פערים ואי שוויון במערכות החינוך**. סקירה מוזמנת כחומר רקע לעבודת ועדת אינדיקטורים למערכת החינוך, בעבור האקדמיה הישראלית הלאומית למדעים, ירושלים.
- בן-רבי, ד., והנדין, א. 2013. **הכנה להשתלבות מוצלחת בהשכלה גבוהה של סטודנטים ערבים: מחקר הערכה על תכנית לשיפור המכינות הקדם-אקדמיות**. דמ-643-13. ירושלים: מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- בן-דוד, ד. 2011. "הישגים בחינוך - השוואה בינלאומית מעודכנת, נייר מדיניות מס' 2011.12". **חינוך**, נייר דיון, תכנית מדיניות 2011, מרכז טאוב, ירושלים.
- גץ, ש.; דר, י. 2008. "יכולת למידה ומיצב חברתי-כלכלי בהצבה ללימודי התואר הראשון בישראל". **מגמות מ"ה**(4): 696-723.
- דגן-בוזגלו, נ. 2007. **הזכות להשכלה גבוהה בישראל - מבט משפטי ותקציבי**. הוצאת מרכז אדווה, תל-אביב.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2012. **שנתון סטטיסטי לישראל 2012**. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2013. **שנתון סטטיסטי לישראל 2013**. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2015. הודעה לתקשורת מתאריך 25 באפריל 2015. http://www.cbs.gov.il/reader/newhodaot/hodaa_template.html?hodaa=201511099 (נדלה: מרץ 2016)
- הנדין, א. 2011. **השתלבות סטודנטים ערבים במערכת ההשכלה הגבוהה הישראלית**. הסדרה הכתומה. מכון פהר והאוניברסיטה העברית בירושלים, ירושלים.
- המועצה להשכלה גבוהה (המל"ג), הוועדה לתכנון ולתקצוב. 2016. התכנית הרב-שנתית לשנים תשע"ז-תשפ"ב. בתוך: **מערכת ההשכלה הגבוהה בישראל**. <https://goo.gl/CYBzqc> (נדלה: מאי 2017)
- הרשות הארצית למדידה והערכה בחינוך. 2012. **מיצ"ב תשע"ב - מבחני הישגים**. משרד החינוך. <http://cms.education.gov.il/educationcms/units/rama/meitzav/dochotmaarachtim.htm> (נדלה: מרץ 2016)

וולנסקי, ע. 2005. אקדמיה בסביבה משתנה: מדיניות ההשכלה הגבוהה של ישראל 1952-2004. מוסד שמואל נאמן והוצאת הקיבוץ המאוחד, תל-אביב.

ויסבלאי, א. 2007. מסלולים ייעודיים לאוכלוסייה הערבית במכינות הקדם-אקדמיות. מרכז המחקר והמידע של הכנסת, ירושלים.

זינר, א. 2013. פרויקט הרחבת הנגישות לחברה הערבית לתשע"ד: מכתב לאחראים המוסדיים על הרחבת הנגישות לסטודנטים ערבים במוסדות המתוקצבים מתאריך 19 במאי 2013.

טביביאן-מזרחי, מ. 2007. הרפורמה בבריאות הנפש - סוגיות מרכזיות לדיון. מרכז המידע והמחקר, הכנסת. <https://www.knesset.gov.il/mmm/data/pdf/m02003.pdf> (נדלה: מרץ 2016)

מדינת ישראל. משרד הבריאות 2011. חוזר מנכ"ל בנוגע להתאמה תרבותית ולשונית ושיפור הנגישות לשירותי בריאות (מס'7/11). http://www.health.gov.il/hozer/mk07_2011.pdf (נדלה: מרץ 2016)

מוסטפא, מ., ועראר, ח. 2009. "נגישות של מיעוטים להשכלה גבוהה: המקרה של החברה הערבית בישראל". בתוך: חמאיסי, ר. (עורך). ספר החברה הערבית בישראל: אוכלוסייה, חברה, כלכלה עמ' 226-204. מכון ואן ליר, ירושלים; והוצאת הקיבוץ המאוחד, תל אביב.

משרד הבריאות. אגף משאבי אנוש. 2016. דוח סיכום שולחנות עגולים בנושא הרפורמה בבריאות הנפש במגזר הערבי.

משרד הבריאות. 2016. הנחיות לתהליך התמחות בפסיכולוגיה קלינית https://www.health.gov.il/PublicationsFiles/Clinical_Psychology_internship_Guidelines.pdf (נדלה: מאי 2017)

משרד הבריאות. 2015. סיכום עבודת הצוות לבדיקת נוסחת הקצאת מלגות ההתמחות בפסיכולוגיה. http://www.health.gov.il/PublicationsFiles/psychology_inter_sikum.pdf (נדלה מאי 2017)

ניראל, נ., אקר, נ., רוזן, ב., ברמלי-גרינברג, ש., וגרוס, ר. 2008. הרפורמה בבריאות הנפש: מסמך רקע לתכנון הערכות. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל.

http://brookdaleheb.jdc.org.il/_Uploads/dbsAttachedFiles/EvaluatingMentalHealthReform-Nov07-HEB.pdf (נדלה: מרץ 2016)

סמואל, ה., רוזן, ב. 2013. כיצד נערכות קופות החולים להספקת שירותי בריאות הנפש? דמ-636-13. ירושלים: מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל.

עראר, ח., ואבו-עסבה, ח. 2007. "השכלה ותעסוקה כהזדמנות לשינוי מעמדן של נשים ערביות בישראל". בתוך: עראר, ח.; חאג'י יחיא, ק. (עורכים). האקדמאים וההשכלה הגבוהה בקרב הערבים בישראל - סוגיות ודילמות עמ' 73-103. הוצאת רמות, תל אביב.

עראר, ח., וחאגי' יחיא, ק. 2007. "סטודנטים ערבים מישראל באוניברסיטאות בירדן: סוגיות ודילמות". בתוך: עראר, ח. וחאגי' יחיא, ק. (עורכים). תשס"ח. **האקדמאים וההשכלה הגבוהה בקרב הערבים בישראל - סוגיות ודילמות עמ' 229-256**. הוצאת רמות, תל אביב.

עראר, ח., חאגי-יחיא, ק. 2011. "ירדניזציה" של ההשכלה הגבוהה בקרב הערבים בישראל. מחקרי פלורסהיימר - המכון ללימודים עירוניים ואזוריים - האוניברסיטה העברית בירושלים.

קונור-אטיאס, א., וגרמש, ל. 2012. זכאות לתעודת בגרות לפי יישוב, 2009-2010. מרכז אדוה, תל אביב.

Adalah. 2011. **The Inequality Report - the Palestinian Arab Minority in Israel**. The Legal Center for Arab Minority Rights in Israel.

https://www.adalah.org/uploads/oldfiles/upfiles/2011/Adalah_The_Inequality_Report_March_2011.pdf (last accessed: March 2016)

Betancourt, J.R.; Green, A.R.; Carrillo, J.E. 2002. **Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches**. Commonwealth Fund, Quality of Care for Underserved Populations.

Brach, C.; Fraserirector, I. 2000. "Can Cultural Competency Reduce Racial and Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual Model". **Medical Care Research and Review** 57(4 suppl):181-217.

Brelvi, S. The California Wellness Foundation. 2005. **Reflections on Increasing Diversity in the Health Professions Reflections, 7(2)**.

<http://www.calwellness.org/assets13/docs/reflections/dec2005.pdf> (last accessed: March 2016)

Brockington, I.; Mumford, D. 2002. "Recruitment into Psychiatry". **The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science** 180: 307-312.

Cantor, J.C.; Bergeisen, L.; Baker, L.C. 1998. "Effect of an Intensive Educational Program for Minority College Students and Recent Graduates on the Probability of Acceptance to Medical School". **Jama** 280(9): 772-776.

Chalal, K.; Webster, A. 2009. **Psychology in Partnership: Working with Black and Minority Ethnic (BME) Voluntary and Faith Groups (Final Report to the Kings Fund, SLaM Trustees & SLaM Lambeth AMH Directorate)**. South London and Maudsley NHS Trust, London.

Cohen, E.; Goode, T. 1999. "Policy Brief 1: Rationale for Cultural Competence in Primary Health Care". Washington, DC. **National Center for Cultural Competence, Georgetown University Center for Child and Human Development**.

https://nccc.georgetown.edu/documents/Policy_Brief_1_2003.pdf (last accessed: March 2016)

Cohen, J.J.; Gabriel, B.A.; Terrell, C. 2002. "The Case for Diversity in the Health Care Workforce". **Health Affairs (Project Hope)** 21(5): 90-102.

Cooper, L.A.; Powe, N.R.; Fund, C. 2004. **Disparities in Patient Experiences, Health Care Processes, and Outcomes: The Role of Patient-Provider Racial, Ethnic, and Language Concordance**. Commonwealth Fund New York, NY,

Commission on Social Determinants of Health (CSDH). 2008. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. final report of the commission on social determinants of health.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf (last accessed: May 2017)

Curtis, E.; Wikaire, E.; Stokes, K.; Reid, P. 2012. "Addressing Indigenous Health Workforce Inequities: A Literature Review Exploring 'best' Practice for Recruitment into Tertiary Health Programmes". **Int J Equity Health** 11:13.

Ell, K.; Katon, W.; Cabassa, L.J.; Xie, B.; Lee, P.; Kapetanovic, S.; Guterman, J. 2009. "Depression and Diabetes among Low-Income Hispanics: Design Elements of a Socio-Culturally Adapted Collaborative Care Model Randomized Controlled Trial". **The International Journal of Psychiatry in Medicine** 39(2): 113-132.

Epstein, L. (2007). "Culturally Appropriate Health Care by Culturally Competent Health Professionals". **International Workshop Report**. The Israel National Institute for Health Policy and Health Services Research.

Farbstein, I.; Mansbach-Kleinfeld, I.; Levinson, D.; Goodman, R.; Levav, I.; Vograft, I.; Kanaaneh, R.; Ponizovsky, A.M.; Brent, D.A.; Apter, A. 2010. "Prevalence and Correlates of Mental Disorders in Israeli Adolescents: Results from a National Mental Health Survey". **Journal of Child Psychology and Psychiatry** 51(5): 630-639.

Flaskerud, J.H. 1986. "The Effects of Culture-Compatible Intervention on the Utilization of Mental Health Services by Minority Clients". **Community Mental Health Journal** 22(2): 127-141.

Flaskerud, J.H.; Liu, P.Y. 1991. "Effects of an Asian Client-Therapist Language, Ethnicity and Gender Match on Utilization and Outcome of Therapy". **Community Mental Health Journal** 27(1): 31-42.

Fujino, D.C.; Okazaki, S.; Young, K. 1994. "Asian-American Women in the Mental Health System: An Examination of Ethnic and Gender Match between Therapist and Client". **Journal of Community Psychology** 22(2): 164-176.

- Gonzalez, K.P. 2000. "Toward a Theory of Minority Student Participation in Predominantly White Colleges and Universities". **Journal of College Student Retention** 2(1): 69-91.
- Grumbach, K.; Chen, E. 2006. "Effectiveness of University of California Postbaccalaureate Premedical Programs in Increasing Medical School Matriculation for Minority and Disadvantaged Students". **Jama** 296(9): 1079-1085.
- Grumbach, K.; Mendoza, R. 2008. "Disparities in Human Resources: Addressing the Lack of Diversity in the Health Professions". **Health Affairs (Project Hope)** 27(2): 413-422.
- Hammond, W.R.; Yung, B. 1993. "Minority Student Recruitment and Retention Practices among Schools of Professional Psychology: A National Survey and Analysis". **Professional Psychology: Research and Practice** 24(1): 3.
- Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions. 2006. **The Rationale for Diversity in the Health Professions: A Review of the Evidence**. U.S. Department of Health and Human Services.
- Hogg Foundation for Mental Health. 2007. **The Mental Health Workforce in Texas: A Snapshot of the Issues**.
- Hogg Foundation for Mental Health. 2012. **Eliminating Disparities through the Integration of Behavioral Health and Primary Care Services for Racial and Ethnic Minority Populations, Including Individuals with Limited English Proficiency - A Literature Review Report**.
- Horev, T. and Avni, S. 2016. "Strengthening the capacities of a national health authority in the effort to mitigate health inequity - the Israeli model". **Israel Journal of Health Policy Research** 5:19.
- Jamieson, J.; White, J. 2008. "Ethnic Minority Mental Health: Opening the Doors of a Primary Care Mental Health Service". Lecture presented at the conference Clinical Psychology Forum.
- Landry, C.C. 2002. "Retention of Women and People of Color: Unique Challenges and Institutional Responses". **Journal of College Student Retention: Research, Theory and Practice** 4(1): 1-13.
- Lee, C. 1991. **Achieving Diversity. Issues in the Recruitment and Retention of Underrepresented Racial/Ethnic Students in Higher Education: A Review of the Literature**. Alexandria, VA: National Association of College Admission Counselors.
- Lee, C.; Ameill-Py, A.; Keefer, B. 2003 **A Guide for Developing Mental Health Components in High School Academies**. https://www.cibhs.org/sites/main/files/file-attachments/a_guide_for_developing_mh_comonents_in_hs_academies.pdf (last accessed: May 2017)

- Lee, W.Y. 2004. "Transforming the First-Year of Experience of African Americans". **Transforming the First-Year Experience for Students of Color** 38: 93-107.
- Levav, I.; Al-Krenawi, A.; Ifrah, A.; Geraisy, N.; Grinshpoon, A.; Khwaled, R.; Levinson, D. 2007. "Common Mental Disorders among Arab-Israelis: Findings from the Israel National Health Survey". **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 44(2): 104.
- Mansbach-Kleinfeld, I.; Farbstein, I.; Levinson, D.; Apter, A.; Erhard, R.; Palti, H.; Geraisy, N.; Brent, D.; Ponizovsky, A.; Levav, I. 2010. "Service use for Mental Disorders and Unmet Need: Results from the Israel Survey on Mental Health among Adolescents". **Psychiatric Services** 61(3): 241-249.
- Mansbach-Kleinfeld, I.; Farbstein, I.; Saragusti, I.; Karmon, G.; Apter, A.; Ifrah, A.; Lubin, G. 2013. **Mapping of Mental Health Clinics for Children and Adolescents in Israel: Geographic and Structural Disparities**. Poster presented at the 5th International Jerusalem Conference of Health Policy, June 3 -5, 2013.
- Maton, K.I.; Kohout, J.L.; Wicherski, M.; Leary, G.E.; Vinokurov, A. 2006. "Minority Students of Color and the Psychology Graduate Pipeline: Disquieting and Encouraging Trends, 1989-2003.". **American Psychologist** 61(2) :117.
- Meredith, E.; Baker, M. 2007. "Factors Associated with Choosing a Career in Clinical psychology—undergraduate Minority Ethnic Perspectives". **Clinical Psychology & Psychotherapy** 14(6): 475-487.
- Ntiri, D.W. 2001. "Access to Higher Education for Nontraditional Students and Minorities in a Technology-Focused Society". **Urban Education** 36(1): 129-144.
- Olshtain, E.; Nissim-Amitai, F. 2004. "Curriculum Decision-Making in a Multilingual Context". **International Journal of Multilingualism** 1(1): 53-64.
- Pailhez, G.; Bulbena, A.; Coll, J.; Ros, S.; Balon, R. 2005. "Attitudes and Views on Psychiatry: A Comparison between Spanish and US Medical Students". **Academic Psychiatry** 29(1): 82-91.
- Rendón, L.I. 2006."Reconceptualizing Success for Underserved Students in Higher Education". Lecture presented at the conference Meeting of **the 2006 National Symposium on Postsecondary Student Success**, Washington, DC.
- Roer-Strier, D.; Haj-Yahia, M.M. 1998. "Arab Students of Social Work in Israel: Adjustment Difficulties and Coping Strategies". **Social Work Education** 17(4): 449-467.

- Rogers, M.R.; Molina, L.E. 2006. "Exemplary Efforts in Psychology to Recruit and Retain Graduate Students of Color.". **American Psychologist** 61(2): 143.
- Sanches, A.M. 1997. **Cultural Competence Standards in Managed Care Mental Health Services for Four underserved/under- Presented racial/ethnic Groups**. Boulder, Co, Western Interstate Commission for Higher Education.
- Seidman, A. 2005. **Minority student retention: Resources for practitioners**. New directions for institutional research 125: 7-24.
- Siegel, C.; Davis-Chambers, E.; Haugland, G.; Bank, R.; Aponte, C.; McCombs, H. 2000. "Performance Measures of Cultural Competency in Mental Health Organizations". **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research** 28(2): 91-106.
- Smedley, B.D.; Butler, A.S.; Bristow, L.R. 2004. **In the Nation's Compelling Interest: Ensuring Diversity in the Health Care Workforce**. The National Academies Press.
- Smith, S.G.; Nsiah-Kumi, P.A.; Jones, P.R.; Pamies, R.J. 2009. "Pipeline Programs in the Health Professions: Part 1: Preserving Diversity and Reducing Health Disparities". **Journal of the National Medical Association** 101(9): 836-851.
- Snowden, L.R.; Clancy, T. 1990. "Service Intensity and Client Improvement at a Predominantly Black Community Mental Health Center". **Evaluation and Program Planning** 13(3): 205-210.
- State of Washington Governor's Interagency Council on Health Disparities. 2008. **Progress Report**. http://healthequity.wa.gov/Portals/9/Doc/Publications/Reports/HDC-Reports-ProgRpt_2008.pdf (last accessed: May 2016)
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMSHA). 1996. **Consumer Mental Health Report Card - Mental Health Statistics Improvement Program, Taskforce on a Consumer-Oriented Mental Health Report Card**. Rockville, MD.
- Sue, S.; Fujino, D.C.; Hu, L.; Takeuchi, D.T.; Zane, N.W. 1991. "Community Mental Health Services for Ethnic Minority Groups: A Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis.". **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 59(4): 533.
- Sullivan, L.W. 2004. Missing Persons: **Minorities in the Health Professions, A Report of the Sullivan Commission on Diversity in the Healthcare Workforce**.
- Swail, W.S. 2003. **Retaining Minority Students in Higher Education: A Framework for Success**. ASHE-ERIC Higher Education Report. Jossey-Bass Higher and Adult Education Series. ERIC.

The Annapolis Coalition on the Behavioral Health Workforce. 2007. **An Action Plan for Behavioral Health Workforce Development: A Framework for Discussion.**

Turpin, g.; Coleman, G. 2010. "Clinical Psychology and Diversity: Progress and Continuing Challenges". **Psychology Learning & Teaching** 9(2): 17-27.

U.S. Department of Health and Human Service - Office of Minority Health. 2012. **HHS Promotores De Salud Initiative.**

U.S. Department of Health and Human Service and Hogg Foundation for Mental Health. 2012. **Eliminating disparities through the integration of behavioral health and primary care services for racial and ethnic minority populations, including individuals with limited English proficiency. A literature review report.**

U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions. 2006. **The Rationale for Diversity in the Health Professions: A Review of the Evidence.**

U.S. Department of Health and Human Services. 2001. **Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report to the Surgeon General.** Rockville, MD.

Walker, D.A.; Schultz, A.M. 2001. "Reaching for Diversity: Recruiting and Retaining Mexican-American Students". **Journal of College Student Retention: Research, Theory & Practice** 2(4): 313-325.

World Health Organization. 2008. **Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health: Commission on Social Determinants of Health Final Report.** World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health.

Yager, J.; Lamotte, K.; Nielsen, A.; Eaton, J. 1982. "Medical Students' Evaluation of Psychiatry: A Cross-Country Comparison". **Am J Psychiatry** 139(8): 1003-1009.

Yang, X.; Feng, X. 2004. "Transforming the First-Year Experience for Asian/Pacific Americans". **Transforming the First-Year Experience for Students of Color:** 123-135.

Yeung, A.; Shyu, I.; Fisher, L.; Wu, S.; Yang, H.; Fava, M. 2010. "Culturally Sensitive Collaborative Treatment for Depressed Chinese Americans in Primary Care.". **American Journal of Public Health** 100(12): 2397-2402.

Ying, Y.; Hu, L. 1994. "Public Outpatient Mental Health Services: Use and Outcome among Asian Americans". **American Journal of Orthopsychiatry** 64(3): 448-455.

Connecticut Latino Behavioral Health System, website- <http://www.ctlbhs.org/training.html> (last accessed: May 2017).

Cherokee Health Systems, website- <http://www.cherokeehealth.com> (last accessed: May 2017).

Hogg Foundation, website- <http://www.hogg.utexas.edu> (last accessed: May 2017).

Minorities in Clinical Psychology Training, website- <http://www.meetup.com/Minorities-in-clinical-psychology-training-group/> (last accessed: May 2017).

The Black and Asian Therapist Network, website- <http://www.baatn.org.uk/> (last accessed: May 2017).

The National Alliance of Mental Illness, website- <https://www.nami.org> (last accessed: May 2017).

נספח 1: שלבים בפיתוח קריירה בפסיכיאטריה, בפסיכולוגיה ובעבודה סוציאלית

