

לומדים כשירות תרבותית בהספקת שירותי בריאות נפש בחברה הערבית בישראל

תקציר

מאמר זה מתאר יוזמה חדשנית של החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, אשר מאפשרת לסטודנטים ערבים לתואר שני לפתח כשירות תרבותית שמטרתה קידום נושא בריאות הנפש בקרב הציבור הערבי בישראל.

כשירות תרבותית בקרב הלומדים מושגת על ידי לימוד והיכרות מעמיקים עם התרבות הערבית בישראל, בשילוב עם לימוד תפיסות, גישות והתערבויות חדשניות בתחום בריאות הנפש הקהילתית. ההכשרה מתבצעת באמצעות סמינר שנתי, המועבר בשפה הערבית ועושה שימוש בחומרי קריאה ובספרות מחקרית מן העולם הערבי. הסמינר אושר על ידי הוועדה לתכנון ותקצוב (ות"ת) במסגרת "תכנית הדגל" למאבק בהדרה ולקידום סולידריות חברתית.

יובאו סקירה של האוכלוסייה הערבית בישראל, יחסה לתופעת החולי הנפשי ודרכי הטיפול בחולי, הרציונל ליוזמה, תיאור אוכלוסיית היעד, מבנה הסמינר ותהליך ההכשרה של הלומדים - המשלב לימוד תיאורטי עם חווייתיישומי.

לבסוף יובא דיון שיעסוק באתגרים ובהישגים בתהליך ההכשרה ובאופן שהמסגרת האקדמית, המתוארת כסביבה מגרה ומזינה, מסייעת להכשרת מנהיגים קהילתיים עתידיים, העשויים להוביל שינוי חברתי בנושאי בריאות הנפש בחברה הערבית בישראל.

מבוא

בריאות נפש קהילתית היא גוף של ידע וניסיון מעשי, שבו רווחת הפרט וחוסנו מושפעים באופן הדדי ממאמצי הקהילה ומכוחה. חוקרים ואנשי מקצוע בתחום זה לומדים כיצד הנורמות והערכים החברתיים משפיעים על בעיות בריאות הנפש, וכיצד, באמצעות שיתוף פעולה עם דמויות מפתח וארגונים בקהילה, ניתן לשנות את הנורמות הללו ולהתאימן לצרכים של אלו המתמודדים עם הפרעות פסיכיאטריות.

אנשי מקצוע בבריאות הנפש הקהילתית מחפשים אוכלוסיות חלשות, שבהן סביר יותר שיופיעו הפרעות פסיכיאטריות, ותרים אחר דרכים להעצים אנשים עם הפרעות אלו ולשפר את האינטגרציה החברתית שלהם. אחת האוכלוסיות הללו היא אוכלוסיית המיעוט הערבי בישראל, אשר נמצאת בתהליכי מעבר מחברה מסורתית קולקטיביסטית לחברה

ד"ר אנואר ח'טיב - מרצה בחוג לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית צפת ובחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה. dr.anwar.kh@gmail.com

מודרנית יותר. קבוצת הסובלים מהפרעות נפשיות בחברה הערבית בישראל סובלת מהדרה כפולה - גם בהיותה מיעוט לאומי וגם בהיותה סובלת מהפרעות נפשיות.

המאמר הנוכחי מתאר יוזמה חדשנית של החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, במסגרת "תכנית הדגל" למאבק בהדרה ולקידום סולידריות חברתית, להכשיר סטודנטים ערבים להיות סוכנים חברתיים וכשירים תרבותית על ידי שילוב הידע שלהם על תרבותם עם הידע התיאורטי והמעשי המתפתח בתחום בריאות נפש קהילתית.

אתחיל בתיאור המשימה של הכשרת אנשי מקצוע להתערבויות קהילתיות רגישות תרבותית על ידי שילוב הנורמות החברתיות וההתייחסות התרבותית עם מושגים ואסטרטגיות מתחום בריאות הנפש הקהילתית. לאחר מכן אתאר את האתגרים וההישגים בתהליך ההכשרה של הסטודנטים הערבים, המשתתפים בסמינר שנלמד בשפה הערבית באוניברסיטת חיפה, ואת התהליך ההתפתחותי שהם חווים בסמינר זה. מנחה הסמינר הוא עובד סוציאלי, בעל הכשרה בתחום הסיעוד הפסיכיאטרי ובוגר החוג לפסיכותרפיה, מרצה בחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה ובחוג לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית צפת, אשר עוסק מזה שנים בנושאי שיקום והחלמה בתחום בריאות הנפש ובפסיכותרפיה פרטנית.

תרבות מתייחסת למאפיינים שאנשים חולקים כמו שפה, גזע, דת, אתניות, נכויות, נטייה מינית ומעמד חברתי (Pernell-Arnold & Finley, 1999). בתוך התרבות, אנשים חולקים לעתים קרובות אמונות, ערכים ודרכים אופייניות של תחושה, חשיבה, התנהגות והסתכלות על העולם (Siegel, Haugland & Schore, 2005). קיימת הסכמה רחבה על אודות חשיבותה של הכשירות התרבותית בהספקת שירותים בתחום בריאות הנפש, בייחוד לאור הפערים בכמות ובמגוון של השירותים הניתנים ובגישה לשירותים אלה של צרכנים מתרבויות שונות, וכן בשיעורי ההערכה והאבחון ובמתן המלצות טיפוליות. ממצאים אלה מתועדים היטב והם עדות חזקה לנחיצותה של כשירות תרבותית בהספקת שירותי בריאות נפש בקהילה (דיאב וסנדלר, 2014).

חשוב להדגיש כי נעשים מאמצים להתמודד עם כמה מהסוגיות הללו על ידי אנשי שיקום, גם כאלה שאינם ערבים, במטרה לספק שירותי בריאות נפש מותאמים תרבותית (Coursey et al., 2000). עם זאת, אנשי שיקום מתוך האוכלוסייה הערבית המבקשים להעניק שירותי בריאות נפש קהילתיים חייבים להתנסות הן ביישום ידע הקשור לנורמות, לערכים ולתפיסות התרבותיות של האוכלוסייה שהם באים ממנה, והן ביישום ידע שהם רוכשים מתחום השיטות והגישות החדשניות בתחום בריאות הנפש הקהילתית. שילוב זה חיוני כדי לספק שירותי בריאות נפש ולהנגישם לאוכלוסייה הערבית בישראל.



ומערכתיות מותאמות (Esmiol, Knudson-Martin & Delgado, 2012; McGoldrick & Hardy, 2008). אולם יישומן של התערבויות אלה, המותאמות להקשר התרבותי, עלול להיות קשה, אפילו בקרב אנשי מקצוע מנוסים וגם אם יגיעו מאותה תרבות (Cardemil & Battle, 2003). לימוד וידיעה כללית של הנושאים התרבותיים אינם מספיקים כדי להכשיר אנשי בריאות נפש בעלי כשירות תרבותית (Harris, McQuery, Raab & Elmore, 2008). תהליך ההכשרה מחייב גישה של לימוד חווייתי, שמטרתו רכישת מודעות תרבותית וקונטקסטואלית המשלבת מושגי חשיבה וידע בתחום ההתערבויות בבריאות נפש קהילתית (Guanipa, 2003; Hampton & McCann, 2007).

רוב ההכשרות להתערבויות מקצועיות מכוונות לשיפור הכשירות התרבותית של איש מקצוע מתרבות אחת, בכדי לעבוד עם צרכן שירות הבא מרקע ותרבות אחרים

אנשי מקצוע העוסקים בהענקת שירותי בריאות נפש בחברה הערבית זקוקים לכשירות תרבותית באופן מיוחד, משום שהם מייצגים עבור קהל היעד (צרכני שירותי בריאות נפש) את האידיאולוגיה המערבית של הרוב הדומיננטי, הנתפסת כמנסה להשפיע ולשנות תפיסות וערכים מסורתיים.

כדי להצליח בהשגת כשירות תרבותית משולבת, היישום חייב להתרחש בכמה רמות - מהכשרה והדרכה לאנשי שיקום ועד אימוץ מדיניות ותהליכים ארגוניים לצורך שיפור התרבות הארגונית התומכת ומכירה בחברה הישראלית כחברה רב-תרבותית.

בתהליך ההכשרה של אנשי שיקום חדשים, המסוגלים לספק שירותי בריאות נפש מותאמים ורגישים תרבותית, על מקבלי ההכשרה לזהות את הדינמיקה הקונטקסטואלית והמערכתית, כגון מין, גיל, מצב סוציו-אקונומי, תרבות, גזע, מוצא אתני, דת ומתן התערבויות אינדיבידואליות

קיימת הסכמה רחבה על אודות חשיבותה של הכשירות התרבותית בהספקת שירותים בתחום בריאות הנפש, בייחוד לאור הפערים בכמות ובמגוון של השירותים הניתנים ובגישה לשירותים אלה של צרכנים מתרבויות שונות



פורמליים ולשימוש בשירותי בריאות נפש המוצעים בקהילה הטיפולית, לצד גורמי "טיפול" בלתי פורמליים (אבו עסבה, ריאן ואבו נסרה, 2014; דיאב וסנדלר, 2011; Haj-Yehia, 1999). עם זאת, עדיין קיימת מחלוקת בין שתי הגישות - המסורתית, היונקת מתפיסה דתית, והקונבנציונלית, היונקת מתפיסה רפואית.

צריכת שירותי בריאות הנפש בקרב האוכלוסייה הערבית

הנתונים מצביעים על שיעור נמוך של צרכני שירותים פסיכיאטריים בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל, יחסית לשיעורם באוכלוסייה היהודית ובהתאמה לשיעורם היחסי באוכלוסייה הכללית (דיאב וסנדלר-לך, 2011; Al-Krenawi, 2002). קיימים אי-מיצוי זכויות וחוסר ניצול של מעט השירותים הקיימים (שטרך, שרשבסקי, גאון, דניאל ופישמן, 2009). הגורמים לצריכה נמוכה של שירותי בריאות נפש בקרב האוכלוסייה הערבית הם:

- 1. מחסור בשירותים בכלל ובשירותים מותאמים תרבותית בפרט.** המחסור קיים בשירותי טיפול ומעקב, בשירותי שיקום בתחומי המגורים, התעסוקה והפנאי, בשירותי ייעוץ ובשירותים של מקצועות הבריאות והמקצועות הפסיכוסוציאליים. שירותים אלה מיישמים תפיסות שהן מערביות ביסודן, ואינן בהכרח ישימות ביחס לאוכלוסייה עם זיקה חזקה למסורת.
- 2. מחסור באנשי מקצוע בעלי הכשרה מתאימה לעבודה עם האוכלוסייה הערבית.** הספקת שירותי בריאות נפש, הנשענים בעיקרם על תקשורת בין-אישית, מחייבת הכשרת אנשי מקצוע שיש להם היכרות טובה עם השפה ועם הטרמינולוגיה של הצרכנים בהקשר של שיקום ובריאות הנפש, וכן רגישות תרבותית שתאפשר להתאים את המודלים והשיטות החדשניות בתחום לערכים ולנורמות הקיימים בחברה הערבית על כל מרכיביה.
- 3. בהיעדר תכניות הכשרה בתחום בריאות הנפש המשלכות את שני המרכיבים שפורטו לעיל - היכרות עם השפה והטרמינולוגיה ורגישות תרבותית -** יתקשה נותן השירות, שממילא קיים כלפיו יחס אמביוולנטי, ליצור שפה משותפת עם מקבל השירות, וההיענות לקבלת השירות תישאר נמוכה. סביר להניח ששיתוף אנשי דת מהמגזר בתכניות ההכשרה ושילובם בצוות המעניק שירותי בריאות נפש לאוכלוסייה דתית ומסורתית, יוכל לקדם את נושא בריאות הנפש בחברה הערבית בישראל.
- 4. מחסור בתשתיות.** היעדר תשתיות ביישובים הערביים מונע מחלק מהלקוחות הפוטנציאליים את מימוש זכויותיהם בשירותים הקיימים. למשל, ברוב היישובים תשתית התחבורה הציבורית אינה מפותחת דיה, והאנשים מתקשים להגיע אל השירותים, המצומצמים בתפוצתם.
- 5. הסטיגמה והחשש מחשיפה.** בדומה לנעשה בחברות אחרות, נושא הסטיגמה בחברה הערבית הוא מורכב וסבוך. הוא גורם לבושה ולחשש מחשיפה ומהווה מחסום בפני נפגעי הנפש לקבלת טיפול הולם. הצורך לשמור את הסוד ולהימנע מחשיפה מוסבר גם כחשש מהשלכות שליליות ארוכות טווח של חשיפת בן המשפחה החולה על כלל בני המשפחה, ובעיקר הבנות - שסיכוייהן להינשא עלולים להיפגע בשל הסטיגמה.
- 6. היעדר מודעות לתחום הפסיכיאטריה במגזר הערבי.** ביסוד הקיום והשימור של התפיסות המסורתיות, הנשענות בעיקר על מקורות דתיים (Sayed, 2003), עומדים שלושה גורמים מרכזיים: (א) מחסור במקורות מידע זמינים, חדשניים ובשפה הערבית על אודות מהותו של החולי הנפשי ודרכי הטיפול בו; (ב) פרשנויות שונות לפסוקי הקוראן העוסקים בנפשו של האדם, שאין עליהן קונצנזוס בקרב אנשי הלכה מוסלמית; (ג) אמצעי התקשורת למיניהם, המציגים בסרטים או בסדרות תמונה מעוותת ושקרית של החולי הנפשי כחולי שיינו בריטיפול, ואת המטפלים - כדמויות לא יציבות נפשית (אבו הינדי, 2010).

Baarnheim, Edmund & Dahlin, 2014; Boehnlein, Leung & Kinzie, 2008; Celik, Abma & Widdershoven, 2012; Chiodo, Sonn & Morda, 2014; Duke & Ewen, 2009; Hampton & McCann, 2007; Harris, McQuery, Raab & Elmore, 2008; Hipolito et al., 2012). כמה תכניות התמקדו בשיפור המיומנויות של עובדי בריאות הנפש, במטרה לשפר את השירותים בקהילות המוצא שלהם (Kahn et al., 1975; Kanowski, Jorm & Hart, 2009). דו"ח אחד מתאר את הכשרתם של עובדי בריאות הנפש במהלך פיתוחם של שירותים פסיכולוגיים עבור התושבים המקוריים של ארה"ב (האינדיאנים) (Chiodo, Sonn & Morda, 2014). דווח על כמה יתרונות שיש להספקת שירותי בריאות נפש על ידי עובדי בריאות נפש הבאים מאותו רקע ומסגרת תרבותית של מקבלי השירות. דיווח אחר קשור לתכנית הכשרה חינוכית עבור אבוריג'ינים באוסטרליה (Kanowski, Jorm & Hart, 2009). שם נטען כי ההכשרה סיפקה תחושה של העצמה ומידע שהיה רלוונטי וחשוב לסיוע לאנשים עם מחלת נפש מקהילתם של אנשי המקצוע.

האוכלוסייה הערבית בישראל ויחסה לחולי הנפשי ולטיפול בו

האוכלוסייה הערבית בישראל נחשבת למיעוט חברתי-פוליטי המהווה כ-20.7% מכלל האוכלוסייה - כ-1,688.6 מיליון תושבים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2014). 83% מהאוכלוסייה הערבית הם בני הדת המוסלמית (כולל הצ'רקסים), 8.6% הם נוצרים ו-8.3% הם דרוזים. קיימת נטייה להתייחס לאוכלוסייה הערבית בישראל כאל מקשה אחת, על אף שבפועל היא מורכבת מפסיפס של תת-קבוצות הנחלקות ביניהן על פי ערכים דתיים ומסורתיים ועל פי מיקום גיאוגרפי. תת-הקבוצות הללו יפורטו בהמשך.

מקובל היום להתייחס לחברה הערבית כאל חברה הנמצאת בתהליך מעבר מחברה מסורתית, המתאפיינת במבנה פטריארכלי ומדגישה את יחסי הקרבה המשפחתיים והמורחבים, לחברה מודרנית המתאפיינת בקשרים אינסטרומנטליים ומצומצמים (Azaiza, 2008; Ben-Ari & Lavee, 2004). תופעת החולי הנפשי בתרבות הערבית בכלל, ובזו המוסלמית בפרט, אפופה בתפיסות מסורתיות ועל-טבעיות (Qutub, 1967). תפיסות אלו נשענות בעיקר על מקורות דתיים (Sayed, 2003) ומציעות טיפול רוחני, פנייה לעזרתם של אנשי רוח ודת והתמודדות משפחתית עם מה שנתפס כגזירת הגורל (Gayle et al., 2011). הן קשורות לאופן שבו דת האסלאם מתייחסת למושג ה"נפש" - אשר מופיע פעמים רבות בפסוקי ספר הקודש של המוסלמים, "הקוראן", ומשם שואב את הגדרותיו (Sayed, 2003). בכמה מקומות בקוראן, שבהם מופיעה המילה "נפש", היא מתוארת כדבר מוחשי. לעתים היא מתוארת כביטוי גשמי המיוחס לישות רוחנית (Al-Shareef, 1987). בתפיסתם של אנשי הדת, הופעתה של מחלת נפש מקבלת שני פירושים: הראשון - כאחד הסימנים לעונש אלוהי; השני - כמבחן מטעמו של האל, שבאמצעותו יטוהר האדם החולה מכל חטאיו (Aloud, 2004; Bener & Gholoum, 2011).

בחברה הערבית המסורתית, מתאפיין הטיפול במתמודדים עם חולי נפשי בפנייה לשני גורמים עיקריים: האחד, איש דת השולט בהלכה המוסלמית ובפסוקים מהקוראן, אשר מתייחס ל"חולה בנפשו" כאל אדם "חלש אמונה", "נגוע" בנפשו בשטן או בג'ין, והוא משתמש בפסוקים מהקוראן במטרה "לרפא" אותו מ"נגע" זה. השני הוא "מרפא", העוסק במאגיה שאין בה אלמנטים דתיים. שני סוגי מרפאים אלה זוכים למעמד מיוחד בקרב הקהילה ומכונים "שייח", למרות הסתייגותה החמורה של הדת ויחסה העוין כלפי העוסקים במאגיה. הסתייגות זו מתבטאת בכך שאנשים אלה נקראים "אלדג'אלין"; קרי, השקרנים והרמאים (Essawi, 2001).

בצד קיומן של הגישות המסורתיות ביחס לחולי הנפשי והטיפול בו, מתקיימת הרפואה הפסיכיאטרית הקונבנציונלית, שמעניקה טיפול על פי אמות מידה מערביות - למי שבוחר להגיע אליה מלכתחילה ולמי שנאלץ להגיע אליה לאחר שהשיטות המסורתיות לא הועילו. בשנים האחרונות יש עדויות להתרחבות מגמת הפנייה לגורמי טיפול ועזרה

לתרבות התרבות הקרובה ביותר לתרבות החילונית הישראלית והנגשת השירותים אליה דומה להנגשתם במגזר היהודי; והתרבות הדרונית, הנחלקת לשתי תתי-תרבויות בהתאם למיקום גיאוגרפי: היישובים הכפריים בצפון הארץ והיישובים הדרוזיים על הר הכרמל. היישובים הכפריים בצפון הם מסורתיים ושמרניים ביותר ונדרשות בהם התאמות הן מבחינת נותן/ת השירות, הן מבחינה מגדרית והן מבחינת מיקומו של השירות.

ההרצאה הדגישה את חשיבות הבנת המשמעויות של חלוקה זו בהקשר של הספקת שירותי שיקום ואת הצורך בהספקת שירות רגיש תרבות. **הסוג השני** הוא ידע שנוגע ישירות בנושאי המיזמים שבחרו הסטודנטים. כך למשל, סטודנטית בחרה במיזם שבו היא מלווה שני מתמודדים עם סכיזופרניה, החיים בבדידות קשה ובחוסר תעסוקה. הסטודנטית נדרשה למפות את הידע הקיים הקשור למיזם שלה בפרק זמן קצוב ובשפה הערבית: ידע על מחלתם של המתמודדים, מאפייניה ודרכי הטיפול בה; דרכים ליצירת קשר ולביסוס יחסי אמן עם המתמודדים ובני משפחותיהם; דרכים לשיפור איכות חייהם; דרכי "חיזור" אחר המתמודד

מסיבות פוליטיות, כלכליות, תרבותיות ודתיות, החברה הערבית בישראל אינה מגלה פתיחות לנושאי בריאות הנפש ואינה מרבה לצרוך שירותים בתחום זה. מתמודדים, בני משפחותיהם ואף נותני שירות במגזר הערבי, נחשפים יחסית פחות לתפיסות חדשניות בתחום בריאות הנפש

ו/או משפחתו כאשר הם אינם מראים רצון לשפר את מצבם; דרכים לגייס גורם משמעותי במשפחה או בקהילה, למשל איש דת, כדי לסייע בכל אלה. כמו כן, היה עליה לעסוק בפרקטיקה של הגישה השיקומית ושל תפיסת ההחלמה בהקשר החברתי-תרבותי של המתמודד ומשפחתו, ולאחר מקורות תמיכה, שירותים ומשאבים רלוונטיים וחיוניים בקהילה, העשויים לספק מענה לצורכי המתמודד.

סוג הידע השלישי קשור לפיתוח מיזמים בכלל, ובמסגרת הקהילה בפרט. נדרשה התייחסות רב-ממדית לפתוח המיזם: היכן יתבצע; למי הוא מיועד; תנאי הסביבה המידית; שותפות ודיאלוג עם אוכלוסיית היעד ו/או עם שירותים בקהילה הקשורים למיזם; עקרונות וערכים בפיתוח מיזם בקהילה; הנעת שינוי בקהילה - איך מממשים חזון? עבודה שיטתית בתכנון, בנייה ויישום של מיזם קהילתי, קביעת מדדים להצלחתו והתמודדות עם סוגיות קוגניטיביות ורגשיות במהלך בנייתו.

שלבי הלמידה בסמינריון

השלב הראשון, במהלך סמסטר א', התחיל בעיבוד חששותיהם וספקנותם של הלומדים, שנקשרו ליכולתם להתמודד עם משימות הסמינריון ברמת הידע וההכשרה שרכשו בשלב זה בחייהם המקצועיים. סביב תחושות ושאלות אלו התפתח בכיתה דיון פתוח, שעסק בין היתר בתפיסות ובעמדות אישיות של הלומדים ביחס לחולי נפשי ולדרכי הטיפול בו. הדיון התנהל באווירה פתוחה, מקבלת ומכילה, תוך מתן

מסקירה זו עולה כי מסיבות פוליטיות, כלכליות, תרבותיות ודתיות, החברה הערבית בישראל אינה מגלה פתיחות לנושאי בריאות הנפש ואינה מרבה לצרוך שירותים בתחום זה. מתמודדים, בני משפחותיהם ואף נותני שירות במגזר הערבי, נחשפים פחות יחסית לתפיסות חדשניות בתחום בריאות הנפש, כמו התפיסה השיקומית ותפיסת ההחלמה.

בניסיון להכשיר אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש שיקדמו את הנושא בקרב החברה הערבית, יזם החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה סמינריון אשר נלמד בשפה הערבית, כדי שהסטודנטים וגם המרצה ישיגו שליטה בטרמינולוגיה המקצועית של תחום בריאות הנפש בשפה הערבית ויוכלו לקדם את השירות בתחום עבור מתמודדים ו/או בני משפחותיהם בשפה המוכנת להם.

תיאור הסמינריון

השלבים המוקדמים לבניית הסמינריון לוו בלא מעט חששות והיסוסים, שמקורם בשני גורמים מרכזיים: (א) ניסיונות דומים בעבר לקדם את נושא בריאות הנפש במגזר, שלא צלחו מסיבות שונות והותירו תחושה של אכזבה; (ב) היעדר כל ניסיון בהוראת נושא בריאות הנפש בשפה הערבית, כאשר הטרמינולוגיה של תחום בריאות הנפש אינה מוכרת. בצד החששות וההיסוסים, היו גם גורמים שהניעו את המהלך וחיזקו את הצורך לנסות שוב. החשוב בהם הסטודנטים עצמם, שתרמו לקידום רעיון הסמינריון כשבהזדמנויות שונות הביעו את שאיפותיהם לקידום תחום בריאות הנפש בחברתם.

המטרה המרכזית של הסמינריון הייתה להכשיר סטודנטים דוברי השפה הערבית, במסגרת לימודיהם לקראת התואר השני, כאנשי מקצוע בבריאות נפש קהילתית אשר ישמשו סוכנים לקידום שינוי בגישה כלפי מחלות נפש והטיפול בהן בחברה הערבית.

אוכלוסיית היעד

המשתתפים בסמינריון היו קבוצה של כעשרה סטודנטים בכל שנה, מהחוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה. הם הצטרפו לסמינריון מרצונם החופשי, לאחר שקיבלו מידע על אודותיו. הקבוצה כללה מוסלמים, נוצרים ודרוזים. חלקם הגיעו מכפרים, חלקם מערים ערביות וחלקם מערים מעורבות.

ההטרוגניות בלטה גם ברמת הדתיות של המשתתפים וכן בשנת הלימוד. לחלק מהסטודנטים היו בשנה השנייה ללימודיהם ומרביתם בשנתם הראשונה. כמו כן, רוב הסטודנטים היו חסרי רקע וניסיון בתחום בריאות הנפש בכלל, וביישום שיטות חדשניות בתחום הגישה השיקומית וגישת ההחלמה בפרט. בודדים מהם היו אנשי סיעוד ועבודה סוציאלית; מרביתם היו בוגרים חדשים במדעי ההתנהגות, ללא ניסיון בתחום בריאות הנפש או בפיתוח מיזמים בקהילה.

מבנה התכנית

תכנית הלימודים שילבה לאורך כל הדרך לימוד תיאורטי ולימוד חווייתי-התנסותי. היא התחלקה לשלושה שלבים, שבהם רכש הלומד ויישם שלושה סוגים של ידע:

הסוג הראשון הוא ידע כללי על תפיסותיה ועמדותיה של החברה הערבית ביחס לחולי הנפש ולדרכי התמודדות של נפגעי הנפש ובני משפחותיהם בהקשר החברתי-תרבותי. כך למשל, הוכנה הרצאה שתיארה את ארבע תתי-תרבויות המרכיבות את האוכלוסייה הערבית בהקשר של התאמת שירותי שיקום: התרבות המוסלמית הדתית, הן בכפר והן בעיר, שמעדיפה לקבל שירות מנותן שירות אשר מכיר ומיישם ערכי דת ומסורת של האסלאם ומשתמש בטרמינולוגיה ובסמלים שלהן (למשל, לבוש); התרבות המוסלמית החילונית, בעיקר בסביבה עירונית, המגלה גמישות רבה יותר בעניין התאמת נותן השירות ומקום השירות, הן בהיבט הדתי והן בהיבט המגדרי. בסביבה הכפרית, תרבות זו היא שמרנית יותר ועדיין נדרש להתחשב בהתאמות - בעיקר ברמה המגדרית ופחות במידת הדתיות של נותן השירות; התרבות הנוצרית, הנחשבת



- בשל תפיסותיהם ועמדותיהם ובשל הסטיגמה והיחס של החברה, המשפחה ואף נותני השירות בקהילה כלפי חולי נפשי. חלק מהמפגשים הוקדשו לבירור, עיבוד ומתן מענה לקשיים העולים מול מתמודדים, בני משפחה, נותני שירות וגורמים נוספים בקהילה. התמודדויות אלו, שהיו כרוכות בלמידה רגשית רפלקטיבית, סייעו בביסוס ה"אני מאמין" המקצועי של הסטודנטים וחיזקו את תהליך הכשרתם, התפתחותם ועיצובם כאנשי מקצוע וכבני אדם. העצמתם של נותני השירות הייתה תנאי הכרחי להעצמתם של מקבלי השירות ושל גורמים נוספים בעלי השפעה בקהילה.

תהליך זה קיבל ביטוי בעבודות הסיכום הסמינריוניות, שנכתבו לסיכום המיזם.

תיאור של כמה ממיזמי הסטודנטים

במהלך ארבע השנים לקיומו של הסמינריון הוכנו ויושמו כ-20 מיזמים קהילתיים, שמטרתם מתן מענה לצורכיהם של יחידים וקבוצות המתמודדים בתחום בריאות הנפש, יחד עם הכשרתם של הלומדים כסוכני שינוי עתידיים בתחום בריאות הנפש בחברה הערבית בישראל. להלן תיאור של חלק המיזמים, שנבחרו באופן אקראי:

- מיזם להעצמת נשים הנשואות למתמודדים:** המיזם כלל תחילה מאמץ לאיתור נשים הנשואות למתמודדים עם חולי נפשי, בסיוע לשכת הרווחה המקומית. האתגר הגדול היה להפוך קבוצה של נשים החיות בבדידות רבה ומתמודדות עם סוגיה משותפת, מורכבת וקשה מאוד, לקבוצה שהיא מקור לתמיכה ולהעצמה לכל אחת מהן; קבוצה שבה חולקים את קשיי היום-יום וזוכים לסיוע מידי ולתמיכה זמינה ומתמשכת.
- במהירות ראויה לציון,** נוצרה במהלך המפגשים קבוצת תמיכה שהפכה להיות משמעותית עבור הנשים, גם מחוץ למסגרת המפגשים. הקבוצה עסקה בהתמודדויות שלהן, כנשים, בצל מחלתו של הבעל ובהשלכותיהן על חייהן ועל חיי הילדים במשפחה - כולל התמודדות עם סטיגמה חברתית, מיצוי זכויותיו של המתמודד ועוד.
- מיזם לגיוס מתמודדים למועדון החברתית-עסוקתי בשרעם:** שתי סטודנטיות הצטרפו למועדון החברתית-עסוקתי באחת הערים הערביות בצפון, שפרעם, במטרה לגייס אליו מתמודדים נוספים, אשר חיים בקהילה בבדידות קשה וללא כל תעסוקה.
- בשיתוף הלשכה לשירותים חברתיים והעו"ס של המועדון,** הצליחו הסטודנטיות לאתר שמונה משפחות שלהן בן משפחה המתמודד עם מחלה נפשית. האתגר היה להתגבר על התנגדותם של המתמודד ושל בני משפחתו להצטרפותו למועדון, שנבעה מחשש מסטיגמה ומחשיפה.
- מיזם להעלאת המודעות לנושאי בריאות הנפש בקרב תלמידי כיתות י' בבית ספר ערבי בחיפה:** המיזם עסק בהעלאת המודעות לנושאי

לגיטימציה לתחושות שעלו וניסיון לברר תפיסות אישיות ולשאול שאלות מעוררות מחשבה.

באופן זה נסללה בהדרגה הדרך לתחילת לימוד נושא בריאות נפש בהקשר של החברה הערבית, תוך התייחסות לסוגיות שיש להן זיקה לתחום. הסטודנטים, בהכוונת המנחה, למדו כמה נושאים והרצו בפני חבריהם בשפה הערבית. בהרצאות אלה נכללו הנושאים הבאים: יחס החברה הערבית בישראל - האסלאם, הנצרות והמשפחה - לחולי נפשי ולדרכי הטיפול בו; התמודדות נפגע הנפש בהקשר החברתי-תרבותי; התמודדות נפגע הנפש בהקשר המשפחתי והתמודדות המשפחה יחד אתו; הסטיגמה כלפי נפגע נפש וכלפי העוסקים בתחום בריאות הנפש בחברה הערבית; שירותי בריאות הנפש במגזר הערבי - המצוי לעומת הרצוי, והצורך בהתאמת השירותים לתז-התרבויות המרכיבות את החברה הערבית בישראל. מלבד אלה, שתי הרצאות בשפה הערבית, שניתנו על ידי מנחה הסמינר, הוקדשו לשיטות התערבות בבריאות הנפש - כולל מודלים טיפוליים, הגישה השיקומית ותפיסת ההחלמה. לבסוף עסקו בלימוד השיטות, העקרונות והערכים של פיתוח מיזמים קהילתיים - כולל הנעת שינוי בקהילה ונושאים נוספים הקשורים ישירות למיזמים של הסטודנטים.

גם בשלב זה עלו לא מעט קשיים, בחלקם טכניים ובחלקם מהותיים יותר - שנקשרו ללימוד ולהבנה של מונחים בתחום בריאות הנפש בשפה הערבית, שהסטודנטים לא הכירו ולא עשו בהם שימוש קודם לכן.

הלימוד בסמינריון בכלל, ופיתוח העצמי המקצועי בפרט, היו כרוכים בחיפוש אחר מקורות מידע, בארגון המידע ובהצגתו בפני הכיתה. אלה העשירו את הלומדים בגוף ידע משמעותי וחינוכי להמשך הכשרתם. לקראת סוף הסמסטר, החששות והספקנות התחילו להתחלף בחוויה חיובית ומצמיחה.

בודדים מבין משתתפי הסמינריון התקשו לחולל שינוי בעמדותיהם ובתפיסותיהם. ככל הנראה, שינוי כזה נתפס כמאיים על ערכים דתיים ואישיים שלהם. למשל, תלמידה המחזיקה באמונה כי מחלת נפש נובעת ממעשה כישוף ומבטאת את חולשת האמונה, המשיכה להאמין כי הטיפול בתופעה צריך להיעשות בשיטות מסורתיות-דתיות ולא בשיטות הקונבנציונליות וטענה: "אני רואה שהן לא מביאות תועלת".

השלב השני, גם הוא במהלך סמסטר א': לקראת סיום הלימוד של הנושאים התיאורטיים, וגם במהלכו, התחילו הלומדים להציע רעיונות למיזמים שברצונם להפעיל בקהילה. לעתים, בחירת נושא המיזם הקהילתי נקשרה לניסיון ולרקע קודמים של הלומד.

סביב כל רעיון שהעלו הלומדים התקיים דיון שעסק בתפיסות ובעמדות אישיות על אודות הרעיון שבבסיס המיזם. הדיון כוון כך שסייע בגיבוש הרעיון ובהבאתו לכלל תכנית פעולה.

במקביל לתהליך הלמידה התיאורטי של המיזם התרחשה למידה רגשית רפלקטיבית של התמודדויות רגשיות המופיעות בצד ההתמודדויות הקוגניטיביות. זו התבטאה בשאלות כגון: איך פותחים בשיחה ראשונה עם אדם עם סכיזופרניה שכמעט אינו מדבר ולא יצא מביתו מזה שנים? כיצד ניתן לעודד מתמודד להגיע לראשונה בחייו למסגרת טיפול? המענה לצרכים אלה ניתן על ידי תרגולם בסימולציות, שסייעו לרכישת ידע ומיומנויות רלוונטיים וגם הקנו לסטודנטים תחושת מסוגלות ואמונה בעצמם.

שני המפגשים האחרונים של הסמסטר הוקדשו בחלקם למתן משוב רפלקטיבי על ידי הלומדים על התהליך האישי שעבר כל אחד מהם, ובחלקם - להכנות רגשיות, מעשיות ומנטליות אחרונות לקראת המיזם. **השלב השלישי:** שלב זה, שבו התחילו הלומדים ליישם את הידע שרכשו בכיצוע המיזמים האישיים, היווה תפנית משמעותית עבורם. הם החלו לחוש עצמם כאנשי מקצוע בבריאות הנפש, בעלי תפיסה ברורה ומגובשת יותר, המבוססת על גוף ידע, ומצוידים בשיטות, כלים, ומיומנויות המספקים תחושת שליטה - גם אם "הדרך עדיין ארוכה".

בחלק זה של ההכשרה נדרש ללומדים ליווי שיספק להם תמיכה והדרכה בכל עת שמתעורר צורך, בהיות התהליך רצוף קשיים ומכשולים

נוצרה במהלך המפגשים קבוצת תמיכה שהפכה להיות משמעותית עבור הנשים, גם מחוץ למסגרת המפגשים. הקבוצה עסקה בהתמודדויות שלהן, כנשים, בצל מחלתו של הבעל ובהשלכותיהן על חייהן ועל חיי הילדים במשפחה

**נראה כי ההשתתפות
בתהליך הלמידה לאורך כל
שנת הלימודים תרמה לחיזוק
שתי הזהויות של התלמידים:
כערבים החיים בקרב רוב יהודי
וכאנשי מקצוע בתחום בריאות
הנפש. שתי הזהויות מבססות
תחושה חזקה של שייכות
לקהילה, החולקת ערכים ואמונות
ועוסקת בתכנון ובביצוע של
מיזמים לקידום בריאות הנפש
המשרתים את שתי הזהויות**



במפגשים עם מתמודדים ובני משפחותיהם או עם גורמים מעורבים ונותני שירות בקהילה.

תהליך זה של הכשרה מסייע בביסוס "אני מאמין" מקצועי בקרב הלומדים ותורם לתהליך התפתחותם ועיצובם, הן כאנשי מקצוע והן כבני אדם. הוא מלווה בהדרכה ובמתן משוב רצוף מאיש מקצוע מנוסה בתחום, במטרה להביא להעצמתם של הלומדים כסוכני שינוי עתידיים בנושא בריאות הנפש בחברה שלהם.

הפעילות הקהילתית המתבצעת בקרב האוכלוסייה הערבית במטרה לקדם שינוי בעמדות ביחס לחולי הנפש, כוללת התערבויות מערכתיות רגישות תרבות. היא כרוכה במורכבות רבה, בהיותה מתבצעת על ידי חברים בקבוצת מיעוט הנאבקת על שימור זהותה, על עמידותה ועל מאפייניה הייחודיים כקהילה (Gunnestad, 2006; Al-Krenawi & Kimberley, 2014). הניסיון להשפיע על עמדותיו המסורתיות של ציבור זה עלול להיתפס כאיום על זהותו ועל כוחו כקבוצה.

משימה זו נראתה לסטודנטים מורכבת ורגישה נוכח הקשיים הגדולים בחברה הערבית לקבל ערכים ועמדות מערביים בנושאי בריאות הנפש, וזאת בשל זיקת הנושא לערכיה הדתיים, החברתיים והתרבותיים של חברה זו. כחבר בקהילה הערבית, אני יודע שהבעת ביקורת על ערכיה המסורתיים וניסיון לאמץ את ערכי הרוב המערבי עלולים להיתפס כמעשה לעבד את רגשותיהם ועמדותיהם של הסטודנטים באמצעות דיונים רבים בכיתה. כך יכולנו לבסס את אמונותיהם ואת תחושת ההעצמה שהעניק להם תהליך הלמידה, באופן שיאפשר להם להעצים את מקבלי השירותים במיזמים השונים. סביר להניח שאם משתפי הסמינריון לא היו מאמינים במטרותיו, הם לא היו מצליחים בביצוע משימתם.

העיבוד הרגשי והקוגניטיבי של הלומדים והעצמתם כסוכני שינוי חברתי נעשו במסגרת לימודיהם באוניברסיטה. מסגרת זו סיפקה סביבת למידה בטוחה, מגרה ומזינה, שתרמה לייעול תהליך ההתפתחות והצמיחה שלהם כאנשי מקצוע, המסוגלים לבצע התערבויות קהילתיות רגישות ומותאמות תרבותית בתחום בריאות הנפש. סביבה כזו מאפשרת גירוי אינטלקטואלי ורגשי, תוך מתן הכרה אקדמית (Price-Dennis, 2011). הסמינר, כמיזם לשינוי חברתי, הוכיח כי סביבה אקדמית מומלצת לחיזוק צמיחתו של

בריאות הנפש בקרב 73 תלמידי כיתות י'. שני סטודנטים קיימו שמונה מפגשים עם התלמידים, בהם עסקו בנושאים כמו סטיגמה; סמים ובריאות נפש; טיפול במחלות נפש; לחץ פסיכולוגי ונידוי חברתי בקרב תלמידים והשלכותיהם על מצבם הנפשי. האתגר היה להביא לשינוי בתפיסותיהם ובעמדותיהם הסטיגמטיות של התלמידים ביחס לחולי הנפש ולדרכי הטיפול בו.

שאלון סטיגמה חברתית הועבר לתלמידים במפגש הראשון וכן בתום סדרת המפגשים, במטרה להעריך את מידת השינוי בסטיגמה. תוצאות סקר הסטיגמה הראו שינוי משמעותי בין שתי המדידות ברמת הסטיגמה החברתית ביחס למחלות נפש והטיפול בהן. תגובות המורים והמנהל למיזם היו מחמיאות מאוד.

דיון

המאמר תיאר פרויקט שיעודו הכשרת אנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש, אשר ישמשו כסוכני שינוי לקידום התחום בחברה הערבית בישראל. החברה הערבית בישראל עדיין אינה מגלה פתיחות מספקת בנושאי בריאות הנפש ואינה מפיקה די תועלת מהתפיסות החדשניות בתחום, שיש בהן פוטנציאל רב לשיפור ולשינוי מצבם של הסובלים ממחלות נפש קשות. את הפרויקט יזם ומיישם החוג לבריאות נפש קהילתית באוניברסיטת חיפה, כסמינריון שנתי המיועד לסטודנטים הערבים הלומדים בחוג ומועבר בשפה הערבית. הוא נועד להכשיר את הסטודנטים להתערבויות רגישות-תרבות, המנסות להתאים את המודלים והשיטות החדשניות בתחום לערכים ולנורמות הקיימים בחברה הערבית על כל מרכיביה.

תהליך ההכשרה של הלומדים בסמינריון מתבצע באמצעות תכנון, בנייה ויישום של מיזם קהילתי, שנועד לתת מענה ליחידים או לקבוצות עם צרכים בתחום בריאות הנפש או לקדם מניעה של מצוקות נפשיות. זהו תהליך מורכב, שבנוסף להתמודדות האקדמית עם לימוד הנושאים התיאורטיים, המודלים, השיטות והמיומנויות, כולל התמודדויות רגשיות. התמודדויות אלו עולות בעקבות תגובות הסטודנטים לשינויים החלים בתפיסותיהם העצמיות, בערכיהם ובעמדותיהם במהלך הדיונים והתרגולים בכיתה, ומתוך הניסיון ליישם התערבויות רגישות-תרבות

רשימת המקורות

- אבו הינדי, ו' (2010). *ההסתייעות בקוראן בטיפול פסיכיאטרי מודרני*. קהיר, המרכז למחקר בבריאות הנפש (בשפה הערבית).
- אבו עסבה, ח', ריאן גרה, נ', ואבו נסרה, מ' (2014). טיפול נפשי בחברה הערבית בישראל: בין מסורת למודרנה. *חברה ורווחה*, 4, עמ' 1-25.
- אלסבאג, ר' (2011). *בסיסי המחלוקת בין אנשי בריאות הנפש והתרבות בחברה הערבית*. סוריה: הרשת הערבית לבריאות נפש חברתית (בשפה הערבית).
- ברקאת, ח' (2000). *החברה הערבית במאה ה-21*. ביירות: מרכז המחקר של האיחוד הערבי (בשפה הערבית).
- דיאב, ס', וסנדלרלף, א' (2011). *בריאות הנפש ונפגעי נפש בחברה הערבית בישראל - תמונת מצב על אזור המשולש*. "מסירה" - התוכנית לקידום מעמדם של אנשים עם נכויות בחברה הערבית בישראל. ירושלים: ג'וינט ישראל.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2014). *שנתון סטטיסטי לישראל מס' 65*. ירושלים: www.cbs.gov.il
- לכמן, מ', ורועה, ד' (2003). *התפתחות הידע על החלמה מסכיזופרניה ומחלות נפש ממושכות*. *שיחות*, י"ח(1), עמ' 32-64.
- קאמאר, ע' (2008). *כניסה לחקר החברה הערבית*. רמת-עמון, דאר אלפקר (בשפה הערבית).
- שטרן, נ', שרשבסקי, י', ניאון, ד', דניאל, נ', ופישמן, נ' (2009). *אנשים עם בעיות נפשיות קשות בישראל: ראייה משולבת של מערכת השירותים*. ירושלים: מאיר גוינט מכון ברוקדייל.
- Abdel-Satar, I. (2006). Cultural Perspectives on Mental Health Practice in Arab countries. *Arabpsynet Journal*, 12, pp. 170-174.
- Al Haj, M. (1995). *Education, empowerment, and control: The case of the Arabs in Israel*. New York: SUNY Press.
- Al-Krenawi, A. (2002). Mental health service utilization among the Arabs in Israel. *Social Work in Health Care*; 35(1/2), pp. 577-589.
- Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health Soc Work*, 25, pp. 9-22.
- Al-Krenawi, A., Graham, J. R., Al-Bedah, E. A., Kadri, H. M., & Sehwal, M. A. (2009). Crossnational comparison of Middle Eastern university students: Help-seeking behaviors, attitudes toward helping professionals, and cultural beliefs about mental health problems. *Community Ment Hlt J*, 45, pp. 26-36.
- Al-Krenawi A, & Kimberley A. (2014). Palestinian youth and their families: Paradoxes of resilience in the cultural and sociopolitical context of conflict, stress and trauma in the Middle East. *International J Child Health Hum Dev*, 7, pp.101-112.
- Aloud, N. (2004). *Factors affecting attitudes toward seeking and using formal mental health and psychological services among Arab-Muslims population*. DOCTORAL DISSERTATION, Ohio State University.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, pp.11-23.
- Barakat, H. (1993). The Arab family and the challenge of change. In: *The Arab World: Society, Culture, and State*. University of California Press, pp. 97-118.
- Baarnheim, S., Edlund, A. S., Ioannou, M., & Dahlin, M. (2014). Approaching the vulnerability of refugees: Evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Medical Education*, 14, pp. 207-212.
- Ben-Ari, A., & Lavee, Y. (2004). Cultural orientation, ethnic affiliation, and negative daily occurrences: A multi-dimensional cross-cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*; 74, pp. 102-111.
- Bener, A., & Gholoum, S. (2011). Ethnic differences in the knowledge, attitudes and beliefs towards mental illness in a traditional fast developing country. *Psychiatria Danoubina*, 23(2), pp. 157-164.

הסטודנט - כסוכן לשינוי חברתי, כאיש מקצוע וכאדם. נראה כי ההשתתפות בתהליך הלמידה לאורך כל שנת הלימודים תרמה לחיזוק שתי הזהויות של התלמידים: כערכים החיים בקרב רוב יהודי וכאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש. שתי הזהויות מבססות תחושה חזקה של שייכות לקהילה, החולקת ערכים ואמונות ועוסקת בתכנון ובביצוע של מיזמים לקידום בריאות הנפש המשרתים את שתי הזהויות.

נוכח נגישותם הדלה של השירותים בבריאות הנפש, שאינם מותאמים תרבותית לצרכנים הערבים בישראל, נראה שיש צורך רב לגייס ארגוני קהילה, מנהיגים חברתיים ומנהיגים דתיים, שיפגינו נכונות לעבוד יחד עם אנשי מקצוע בבריאות נפש - במטרה לקדם את השימוש בשירותי בריאות נפש מותאמים תרבותית ולשלב בהם צרכנים מהקהילה שלהם. על מדיניות זו להיות מיושמת בשפה הערבית, על ידי אנשי מקצוע ערבים הפועלים בגישות רגישות-תרבות ומתמודדים שוב ושוב עם הבעיות והמכשולים העומדים בפניהם ומלווים באנשי מקצוע ערבים מנוסים, שיכולים להעצימם כסוכנים של שינוי חברתי וכמנהיגים בקהילה.

מסקנות והמלצות

- השילוב של לימוד תיאורטי עם לימוד התנסותי, באמצעות תכנון וביצוע של מיזמים קהילתיים בתחום בריאות הנפש, מסתמן כיעיל מאוד בהכשרתם של סטודנטים חסרי ניסיון בתחום והפיכתם לאנשי מקצוע ולסוכני שינוי חברתי.
- המסגרת האקדמית להכשרת הסטודנטים כסוכני שינוי חברתי, המסוגלים לבצע התערבויות קהילתיות רגישות ומותאמות תרבותית בתחום בריאות הנפש, התגלתה כמספקת סביבת למידה בטוחה, מזינה ומגרה - אינטלקטואלית ורגשית - תוך מתן הכרה אקדמית בלימודים.
- הלימוד בשפה הערבית, שפת אמם של המשתתפים, חייב את הלומדים ללמוד את הטרמינולוגיה של תחום בריאות הנפש בשפה הערבית; טרמינולוגיה שלא הייתה מוכרת להם קודם לכן. כך נוצרה שפה משותפת ומובנת למקבלי השירות ולנותני השירות כאחד, שתרמה רבות הן לביטחונם העצמי של נותני השירות והן להנגשת השירותים למקבלי השירות.
- בשל הזיקה הקיימת בחברה הערבית בין חולי נפשי לנושאים דתיים, יישום המיזמים הקהילתיים מעלה את הצורך במדיניות המצדדת בגיוס ארגוני קהילה, מנהיגים חברתיים ומנהיגים דתיים, שיהיו מוכנים לעבוד יחד עם אנשי מקצוע בבריאות הנפש במטרה להגדיל את השימוש בשירותי בריאות נפש מותאמים תרבותית.
- מדיניות זו צריכה להיות מיושמת בשפה הערבית, על ידי אנשי מקצוע ערבים, שיהיו נכונים לעבוד יחד עם מנהיגים דתיים וחברתיים בגישות רגישות-תרבות, תוך התמודדות מתמדת עם הבעיות והמכשולים המאתגרים אותם שוב ושוב.
- לימוד כשירות תרבותית בתחום בריאות הנפש יוצר בקרב סטודנטים ערבים קונפליקט בין הצורך בשימור התרבות הערבית המסורתית על כל מרכיביה, לבין הצורך לאמץ ערכים ועקרונות מערביים שהם חלק מהזהות של אנשי המקצוע בתחום בריאות הנפש. הדיונים ומשימות הלמידה סייעו ללומדים לגבש זהות עצמית הן כאנשי מקצוע והן כערבים.
- כשירות תרבותית בתחום בריאות הנפש בחברה מסורתית מציבה בפני הפועלים בתחום הרבה מאוד בעיות ומכשולים. אלה מחייבים ליווי של אנשי מקצוע מנוסים מתוך החברה, המסוגלים להעצים אותם כסוכני שינוי חברתי וכמנהיגים בקהילה.

מחקר עתידי אמור לבחון את יעילותה של הכשרה ייחודית זו בקידום בריאות הנפש הקהילתית בחברה הערבית בישראל.

- Kanowski, L. G., Jorm, A. F., & Hart, L. M. (2009). A mental health first aid training program for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander population: Description and initial evaluation. *Ment Health Systems*, 3, pp. 10-17.
- Kurman, J. (2001). Self-enhancement: Is it restricted to individualistic cultures? *Pers Soc Psychol B*, 27, pp. 1705-1716.
- Lysaker, P. H., & Buck, K. D. (2008a). Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts, evidence, and clinical implications. *Primary Psychiatry*, 15(6), pp. 60-65.
- McGoldrick, M., & Hardy, K. V. (2008). *Re-visioning family therapy: Race, culture, and gender in clinical practice* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Florian V., & Weller, A. (1993). Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol*, 64, pp. 817-829.
- Patai, D. (1983). Beyond defensiveness: Feminist research strategies. *Women's Studies International Forum*, 6(2), pp. 177-189.
- Pernell-Arnold, A., & Finley, L. (1999). Integrating multicultural competence into psychosocial rehabilitation. In R. Hughes, & D. Weinstein (Eds.), *Best practices in psychosocial rehabilitation* (pp. 213-244). Columbia, Md. International Association of Psychosocial Rehabilitation Services.
- Pines, A. M., & Zaidman, N. (2003). Gender, culture, and social support: A male-female, Israeli Jewish-Arab comparison. *Sex Roles*, 49, pp. 571-586.
- Price-Dennis, D., & Souto-Manning, M. (2011). (Re)Framing diverse pre-service classrooms as spaces for culturally relevant teaching. *The Journal of Negro Education*, 80(3), pp. 223-238.
- Pyke, K. (2000). "The normal American family" as an interpretive structure of family life among grown children of Korean and Vietnamese immigrants. *Journal of Marriage and the Family*, 62(1), pp. 240-255.
- Qutub, S. (1967). *In the shadow of the Quran*. (In Arabic), Vol. 23, 5th Ed. Lebanon: Dar Ihia Althorath Alarabi Press.
- Sagy, S., Orr, E., Bar-On, D., & Awwad, E. (2001). Individualism and collectivism in two conflicted societies: Comparing Israeli-Jewish and Palestinian-Arab high school students. *Youth Soc*, 33, pp. 3-30.
- Sayed, M. A. (2003). Conceptualization of mental illness within Arab cultures: Meeting challenges in cross-cultural settings. *Social Behavior and Personality*, 31(4), pp. 333-342.
- Seiffbe-Krenke, I., & Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21(3), pp. 351-377.
- Siegel, C., Haugland, G., & Schore, R. (2005). The interface of cultural competency and evidence-based practices. In R. E. Drake, M. R. Merrens, & D. W. Lynde (Eds.), *Evidence-based mental health practice: A textbook* (pp. 273-299). New York: WW Norton & Company.
- Spaniol, L., Wewiorski, N., Gagne, C., & Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 4, pp. 327-336.
- Steffen, J., Chao, J., & Heidy, M. E. (2011). The Effects of Working Alliance and Client-Ethnic Match on Recovery Status. *Community Mental Health Journal*, 2(3), pp. 384-295.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Tabareh, A. A. (1978). *Sins as perceived by Islam*. (In Arabic). London: Dar Eilmlyayeen Press.
- Tianusta Garrett, M. (1999). Understanding the "medicine" of Native American traditional values: An integrative review. *Counseling and Values*, 43(2), pp. 84-98.
- Boehnlein, J. K., Leung, P. K., & Kinzie, J. D. (2008). Cross-cultural psychiatric residency training: The Oregon experience. *Acad Psychiatry*, 32, pp. 299-305.
- Buchbinder E, & Siman, L. (2013). Between the cultural and the professional in management: The experiences of Arab public welfare agency managers in Israel. *J Soc Work*, 21, pp.13-27.
- Cardemil, E. V., & Battle, C. L. (2003). Guess who's coming to therapy? Getting comfortable with conversations about race and ethnicity in psychotherapy. *Prof Psychol- Res Pr*, 34, pp. 278-286.
- Celik, H. T. A., Abma, I., & Widdershoven, G. A. (2012). Process evaluation of a diversity training program: The value of mixed method strategy. *Evaluation of Program Planning*, 35(1), pp. 54-65.
- Chioldo, L. N., Sonn, C., & Morda R. (2014). Implementing an intercultural psychology undergraduate unit: Approach, strategies and outcomes. *Australian Psychologist*, 49, pp. 181-192.
- Coursey, R. D., Curtis, L., Marsh, D. T., Campbell, J., Harding, C., Spaniol, L., Lucksted, A., McKenna, J., Kelley, M., Paulson, R., & Zahniser, J. (2000). Competencies for direct services staff members who work with adults with severe mental illnesses: Specific knowledge, attitudes, skills, and bibliography. *Psychiatr Rehabil J*, 23, pp. 378-392.
- Duke, M., & Ewen, S. (2009). Implementation of indigenous mental health training in Victoria. *Aust Psychiatry*, 17, pp. 228-232.
- Esmiol, E., Knudson-Martin, C., & Delgado, S. (2012). Developing a contextual consciousness: Learning to address gender, social power, and culture in clinical practice. *J Marital Fam Ther*, 38, pp. 573-578.
- Essawi, A. R. M. (2001). *Islam and mental health*. Faculty of Arts, Alexandria University Press.
- Furnham, A., & Andrew, R. (1996). A cross-cultural study of attitudes towards seeking psychological help. *Psychological Reports*, 79, pp. 289-290.
- Guanipa, C. (2003). Sharing a multicultural course design for a marriage and family therapy program: One perspective. *Assoc Fam Ther Systemic Pract*, 25, pp. 86-106.
- Gunnestad, A. (2006). Resilience in a cross-cultural perspective: How resilience is generated in different cultures. *Journal of Intercultural Communication*, 11, pp. 14-34.
- Haj-Yahia, M. M. (1995). Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy*, 17(4), pp. 429-447.
- Haj-Yahia, M. M. (1999). Attitudes towards mentally ill people and willingness to employ them in the Arab society. *International Sociology*, 14(2), pp. 173-193.
- Haj-Yahia, M. M., & Sadan, E. (2008). Issues in intervention with battered women in collectivist societies. *J Marital Fam Ther*, 34, pp. 1-13.
- Hampton, R., & McCann, W. (2007). Developing a postgraduate program in Indigenous mental health and wellbeing at University of Southern Queensland. *Aust Psychiat*, 15, pp. 75-79.
- Harris, T. L., McQuery, J., Raab, B., & Elmore, S. (2008). Multicultural psychiatric education: Using the DSM-IV-TR outlines for cultural formulation to improve resident cultural competence. *Acad Psychiatry*, 32, pp. 306-312.
- Hildebrand, J., & Markovic, D. (2007). Systemic therapists' experience of powerlessness. *Australian and New Zealand J Fam Ther*, 28, pp. 191-199.
- Hipolito, M., Malik, M., Carpenete-Song, E., & Whitley, R. (2012). Capacity-building for African American mental health training and research: Lessons from Howard-Dartmouth collaborative summer school. *Acad Psychiatry*, 36, pp. 47-50.
- Kahn M. W., Williams, C., Galvez, E., Lejero, L., Conrad, R., & Goldstein, G. (1975). The Papago psychology service: A community mental health program on an American Indian reservation. *Am J Com Psychol*, 3, pp. 81-97.