



דוח מת"ת

מענים בית ספריים  
למניעת אובדנות בגיל הצעיר  
الخدمات والبرامج المدرسيّة لمنع الأفكار  
الانتحاريّة لدى صغار السنّ

מרכז לידע ולמחקר בחינוך  
مركز معلومات وبحث في التربية والتعليم  
Center for Knowledge and Research in Education  
האקדמיה הלאומית הישראלית למדעים



מחברת: שירה זיוון  
חוקר מלווה: פרופ' ניר מדג'ר  
פברואר 2021

[היחידה להתמודדות עם מצבי משבר, חירום ואובדנות ולשכת המדען הראשי](#) פנו ליוזמה - מרכז לידע ולמחקר בחינוך, בבקשה לבחון את הידע המחקרי העוסק בתופעת האובדנות בגיל הצעיר, בדגש על גילי בית הספר היסודי ותחילת גיל ההתבגרות (מתחת לגיל 14), להגדיר את ביטויי התופעה, לתאר את היקפה בגילים אלו ולהתמקד בתוכניות ומענים למניעה, התמודדות וטיפול באובדנות בבתי הספר.

דוח מת"ת (מידע תומך תכנון) נועד להשיב על שאלות ממוקדות בסוגיות אקטואליות של צוותים להתוויית מדיניות. התוצר הוא מסמך ממוקד, בהיר ומותאם אישית לצורכי הגוף המזמין. דוח מת"ת סוקר ספרות מחקר עדכנית וכן מדיניות חינוך. הסקירה נעשית בהתאם לנושא הנדון והיא מכנה את הקוראים והקוראות להרחבות.

על הפקת דוחות מת"ת אמון צוות היוזמה:  
ד"ר תמי חלמיש אייזנמן: מנהלת  
ד"ר עדו ליטמנוביץ ושירה זיוון: עורכי הסדרה  
מוריה יזרעאלב: עורכת הפרסומים  
אילה ולודבסקי-יובל: אחראית על הנגשת חומרים וידע ארגוני  
אמונה כרמל: מעצבת גרפית

כמו כן השתתפו בתהליך ההפקה:

עריכת לשון: טל רייך  
תרגום לערבית: נסים ח'ורי | עריכת לשון לתרגום: נביל ארמלי | Giocal - תרגום ושירותי תוכן  
ציור הכריכה: רונה נווה (בת 5), בהשראת "ליל כוכבים" של וינסנט ואן גוך.

בכל שימוש במסמך זה או ציטוט ממנו יש לאזכר את המקור כדלקמן: זיוון, ש' (2021). מענים בית ספריים למניעת אובדנות בגיל הצעיר. ירושלים: יוזמה - מרכז לידע ולמחקר בחינוך.

תהליך הכתיבה של דוחות מת"ת כולל ליווי אורך של חוקר או חוקרת מלווה, לצד התייעצות עם חוקרות, חוקרים, נשות שטח ואנשי שטח; זאת לצורך כתיבת דוח מקיף המותאם לשדה החינוך בישראל והולם את צורכי הגוף המזמין. רבות מן ההערות שקיבלנו הוטמעו בדוח זה. הערות כלליות על הדוח או כאלו העומדות בפני עצמן שולבו בחלק חוות הדעת.

תודה מקרב לב לפרופ' ניר מדג'ר מבית הספר לחינוך באוניברסיטת בר-אילן, אשר הליווי המקצועי כמו גם מחקריו על תפקידן של סביבות חינוכיות בקידום מוטיבציה ורווחה נפשית סייעו רבות להבניית הדוח ולטיובו.

תודה לכל מי שסייעו בהכוונות, הערות, הארות ומתן חוות הדעת (לפי סדר אלפביתי):  
פרופ' (אמריטוס) רמי בנבנישתי | בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים;

תמי ברוש | חוקרת בכירה במכון הנרייטה סאלד למדעי ההתנהגות ועו"ס קלינית;  
ד"ר שלמה גולדמן | מנהל תחום מחקרים וניסויים חינוכיים, לשכת המדען הראשי, משרד החינוך;  
אורה זינר | עו"ס, מנהלת אזור דרום מרכז ב'עמל ומעבר' ומיישמת התוכנית הלאומית למניעת אובדנות והתאבדות, משרד הבריאות;

פרופ' גיל זלצמן | מנהל המרכז לבריאות הנפש גהה; ראש החוג לפסיכיאטריה, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב; יו"ר המועצה הלאומית למניעת אובדנות ונשיא האקדמיה העולמית לחקר האובדנות (IASR);

ד"ר יוכי סימן טוב | מנהלת היחידה להתמודדות עם מצבי משבר, חירום ואובדנות, שפ"י, משרד החינוך;  
פרופ' ענת ברונשטיין-קלומק | ראשת התוכנית לפסיכולוגיה קלינית, בית ספר ברוך איבצ'ר לפסיכולוגיה, המרכז הבינתחומי הרצליה;

שני מאור | יועצת חינוכית ומטפלת CBT, מלמדת הנחיה ומנחת קבוצות;  
ד"ר אלה שראל-מחלב | חוקרת ביחידה להתמודדות במצבי משבר, חירום ואובדנות, שפ"י משרד החינוך. מרצה ומדריכה פדגוגית במכללת לוינסקי לחינוך.

## תוכן עניינים

4	הקדמה
5	المقدمة
6	1. מבוא: תופעת האובדנות בגיל הצעיר
6	1.1 התנהגות אובדנית - הגדרות
7	1.2 היקף תופעת האובדנות בראייה חוצת גיל
10	1.3 אובדנות בגיל הצעיר
15	1.4 גורמי סיכון להתאבדות בגיל הצעיר
20	2. תוכניות ומענים בבתי הספר למניעת אובדנות, להתמודדות עימה ולטיפול בה
20	2.1 תפקיד בית הספר בקידום בריאות הנפש ובמניעת אובדנות
32	2.2 מענים ותוכניות למניעת אובדנות בבית הספר
30	2.3 השוואה מסכמת בין מענים בית ספריים למניעת אובדנות
33	3. דיון: תפקיד בית הספר במניעת אובדנות בגיל הצעיר - אתגרים ותובנות
33	3.1 אתגרים בהערכת תוכניות למניעת אובדנות
34	3.2 אתגרים ותובנות ביישום תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות
37	חוות דעת מקצועיות
37	א. דגשים והמלצות
38	ב. סוגיות בהטמעת מענים למניעה ולטיפול באובדנות במערכת החינוך בישראל
39	ג. כיוונים להמשך מחקר
40	מקורות



**שלום לך שלומי היקר לי מאוד מאוד... בזמן האחרון אני חושבת שנמאס לי מאוד מהחיים ואני חושבת שהם לא נחמדים בשבילי בכלל, ובגלל זה אני הולכת לזרוק את עצמי, ורק היה לי חשוב מאוד שתדע מזה כי אתה יקר לי וגם אתה היחיד עכשיו שידוע, כי זה סוד כמוס. (עד שיום אחד, שמי זרחין, עמ' 37).**

קטע זה, שבו מקריאה אלה בת השבע את מכתבה לחברה שלומי, קודר ומכמיר לב כל כך עד כי קשה להאמין כי אכן מדובר במשאלת לב של ילדה כה צעירה. תקוות הקורא או הקוראת היא כי משאלה זו, המופיעה כבר בפתחו של הספר, יכולה להתקיים רק במישור הבדיוני שרוקם הסופר. האמת הכואבת היא כי על אף שעלילת הספר "עד שיום אחד" היא אכן בדיונית כמו דמויותיו, תרחישים שבהם ילדות וילדים מבקשים לשים קץ לחייהם, מאיימים בהתאבדות ואף מתאבדים אינם בדיה.

יש נטייה להניח ואולי אף לקוות כי ילדות וילדים צעירים אינם רוצים למות, שכוח החיים בגילים אלו חזק וסוחף וכי תפיסת המוות אינה מפותחת דיה כדי להבין את המשמעות הבלתי הפיכה של המוות. נהוג גם לחשוב כי תכנון התאבדות וביצועה הם מעל ליכולותיהם של ילדים וילדות צעירים. עם זאת, ככל שמתקדמים המחקר ואיסוף המידע השיטתי בנושא, מתברר כי לא לכל ההנחות הללו יש אחיזה איתנה דיה במציאות.

ב-40 השנים האחרונות התקדמו המחקר והידע בתחום ההתנהגות האובדנית אצל ילדות וילדים צעירים, ועם זאת, המחקר, המניעה והטיפול בגילים אלו עדיין מצומצמים בהשוואה לעיסוק באובדנות בגיל ההתבגרות. אף ששיעור מקרי ההתאבדות בגילים הצעירים (מתחת לגיל 14) הוא אכן קטן ביחס לזה שבגיל ההתבגרות, יש חשיבות רבה להמשך המחקר בתחום ולפיתוח תוכניות למניעה וטיפול. ראשית, כדי למנוע כל מקרה של מוות באשר הוא; שנית, כדי לקדם את הידע, דרכי המעקב והאבחון שכן ייתכן שמספר מקרי ההתאבדות בגיל הצעיר גבוה מהמשוער; שלישית, כדי לשפר את חייהם של ילדים וילדות צעירים שאף שאינם נוטלים את חייהם סובלים ממצוקה נפשית ורביעית, כחלק מתהליך איתור מוקדם של סכנת התאבדות בגיל מבוגר יותר.

על אף שהתנהגות אובדנית מטופלת לרוב במוקדי בריאות הנפש בקהילה, לבית הספר תפקיד מרכזי וחשוב במניעת אובדנות, החל משלב החינוך היסודי ועד התיכון. תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות יכולות להיות יעילות ומועילות מאחר שהן מאפשרות: (1) תהליכי איתור וסינון רחבים לכלל התלמידות והתלמידים; (2) יצירת הסברה והעלאת מודעות לסוגיות של בריאות הנפש אצל התלמידות והתלמידים, סגל ההוראה וההורים ו- (3) פיתוח מיומנויות רגשיות-חברתיות להתמודדות עם מצוקה נפשית. זאת ועוד, פעילות בבית הספר לרוב אינה מתייגת ומדירה ולכן יכולה לייצר לגיטימציה לשיח רגשי ולבקשת עזרה. מאחר שסממני אובדנות בגיל הצעיר יכולים לנבא התנהגות אובדנית והתאבדות בגיל ההתבגרות, יש חשיבות רבה ליישום תוכניות מניעה וקידום בריאות נפשית כבר בבית הספר היסודי.

בדוח נתמקד בתוכניות למניעת אובדנות בבית ספר, בדגש על הגיל הצעיר (מתחת לגיל 14). בחלק הראשון נסקור את תופעת האובדנות בגיל הצעיר דרך הבאת מידע עדכני על היקף התופעה, על גורמי סיכון ועל גורמי חוסן, בחלק השני, אשר משמש לב הדוח, נסקור מענים בית ספריים למניעה וטיפול באובדנות לפי סוגי המענה ומבנהו ובחלק האחרון נדון בתובנות לצד סייגים אשר עלו בספרות המחקר באשר לתוכניות ומענים אלו.

مرحبًا شلومي العزيز جدًا... في الفترة الأخيرة، أشعر باليأس من الحياة وأشعر أنها لا تروق لي بتاتًا، ولذلك سأرمي نفسي، ويهمني جدًا أن تعلم بالأمر لأنك عزيز عليّ، وأنت الوحيد الذي تعلم الآن بالأمر، وهذا سرّ خفيّ. (كتاب "73 טו שנים טובות", شيمي زارحين، ص 73).

هذا الاقتباس، الذي تقرأ فيه آلا، البالغة من العمر سبع سنوات، رسالتها لصديقتها شلومي، المحزنة والمؤلمة جدًا، لدرجة أنه يصعب علينا أن نصدق أنّ هذه أمنية بنت صغيرة جدًا في السنّ. أمل القارئ أو القارئة هو أن تكون هذه الأمنية، المقتبسة في بداية الكتاب، قابلة للتحقيق فقط في الخيال الذي يرسمه المؤلف. الحقيقة المؤلمة هي أنه بالرغم من أنّ حبكة الكتاب "73 טו שנים טובות" هي خيالية مثل شخصياته، إلا أنّ الأحداث التي ينوي فيها الأولاد والبنات وضع حدّ لحياتهم، تهدّد بالانتحار، بل أنّ الانتحار ليس بخرافة.

نحن نفترض، بل نأمل، أنّ الأولاد والبنات الصغار لا يريدون الموت، وأنّ التمسك بالحياة في سنّهم أقوى، وأنّ مفهوم الموت لديهم ليس متطورًا بما فيه الكفاية ليدركوا مفاهيم وجوانب الموت التي لا رجعة عنها. من المعتاد أن نعتقد أيضًا أنّ التخطيط إلى الانتحار وتنفيذه هو أكبر من قدرات الأولاد والبنات صغار السنّ. مع ذلك، كلّما تقدّم البحث وجمع المعلومات المنهجية في الموضوع، يتضح أنّه ليست كلّ هذه الفرضيات تستند إلى الواقع بما فيه الكفاية.

في السنوات الـ 04 الأخيرة، تطوّر البحث وازدادت المعرفة في مجال السلوك الانتحاري لدى البنات والأولاد صغار السنّ، إلا إنّ الأبحاث، المنع والعلاج في هذه السنّ ما زالت ضيّقة النطاق بالمقارنة مع بحث الأفكار الانتحارية في سنّ المراهقة. برغم أنّ نسبة حالات الانتحار في سنّ صغيرة (تحت سنّ 41) صغيرة مقارنةً لحالات الانتحار في سنّ المراهقة، إلا أنّ هناك أهميّة كبيرة للاستمرار في البحث في هذا المجال ولتطوير برامج للمنع والعلاج. أولًا، لكي نمنع كلّ حالة موت أيًا كانت؛ ثانيًا، من أجل تطوير المعرفة، طرق المتابعة والتشخيص، فقد تكون نسبة حالات الانتحار في سنّ صغيرة أكبر من المتوقع؛ ثالثًا، من أجل تحسين حياة البنات والأولاد صغار السنّ الذين لا يدركون أنّهم يعانون من ضائقة نفسية، ورابعًا، كجزء من عملية التشخيص المبكر لخطورة الانتحار في سنّ أكبر.

بالرغم من أنّ السلوك الانتحاري يعالج غالبًا في مراكز الصحة النفسية الجماهيرية، تلعب المدرسة دورًا مركزيًا ومهمًا في منع الأفكار الانتحارية، بدءًا من مرحلة التربية الابتدائية وانتهاءً بالمرحلة الثانوية. البرامج المدرسية لمنع الأفكار الانتحارية قد تكون ناجحة ومجدية لأنها: (1) تفسح المجال للتشخيص والتصفية واسعة النطاق لكلّ الطالبات والطلاب؛ (2) تخلق وتزيد الوعي تجاه قضايا الصحة النفسية لدى الطالبات والطلاب، الهيئة التدريسية والأهالي؛ (3) تفسح المجال لتطوير المهارات العاطفية-الاجتماعية من أجل مواجهة الضائقة النفسية. بالإضافة إلى ذلك، الأنشطة المدرسية غالبًا لا تكون انتقائية أو إقصائية، وبالتالي يمكنها أن تفسح المجال للتعبير عن الجانب العاطفي وطلب المساعدة. بما أنّ أعراض وعلامات الأفكار الانتحارية في سنّ صغيرة قد تشير إلى سلوك انتحاري وحالات انتحار في سنّ المراهقة، هناك أهميّة كبيرة لتطبيق برامج المنع وتعزيز الصحة النفسية من المرحلة الابتدائية.

سنتناول في التقرير البرامج المدرسية لمنع الأفكار الانتحارية، بالأخصّ لدى صغار السنّ (تحت سنّ 41). في القسم الأول، سنستعرض ظاهرة الأفكار الانتحارية في سنّ صغيرة من خلال توفير معلومات محدّثة حول حجم الظاهرة، عوامل الخطورة وعوامل الحصانة. في القسم الثاني، وهو جوهر التقرير، سنستعرض البرامج والخدمات المدرسية لمنع وعلاج الأفكار الانتحارية وفقًا لنوع الخدمة أو البرنامج، وفي القسم الأخير، سنناقش الاستنتاجات والحالات الاستثنائية التي وردت في الأدب البحثي حول هذه البرامج والخدمات.

## 1. מבוא: תופעת האובדנות בגיל הצעיר

"למה אתה מודאג כל כך? ממתי ילד בגיל שלך צריך להסתובב עם פרצוף כל כך מודאג?" שלומי מיד סיפר, "אלה אמרה לי שהיא הולכת למות כי נמאס לה מהחיים." היא ליטפה את ראשו ואמרה, "ילדים לא הולכים למות כי נמאס להם, אין דבר כזה בעולם ואני אף פעם לא שמעתי כאלה שטויות, ואתה אל תדאג לה, היא בטח אמרה את זה בגלל שהיא שמעה את אמא שלה אומרת את זה הרבה פעמים כי לאמא שלה באמת יש באמת הרבה סיבות להגיד דברים כאלה, אבל אלה היא רק ילדה" ... (עד שיום אחד, עמ' 38).

העיסוק במוות מאיים ומפחיד, ודאי כשמדובר על התאבדויות וודאי כשמדובר על התאבדויות בגיל הצעיר. אימוץ גישה מניעתית דורש מצד אחד הכרה בכובד הבעיה, אך מצד שני טומן בחובו תקווה ליכולת לשנות ולשפר. צעד ראשון בטיפול בתופעה ומניעתה הוא היוודעות לנתונים ולמחקר בנושא. הפרק יציג תחילה את ההגדרות הנגזרות מהמונח הרחב "אובדנות", לאחר מכן תוצג התופעה בראייה כלל גילית, בהמשך יתמקד הפרק במאפייני התופעה בגיל הצעיר ובתפיסות המוות בגילים אלו ולבסוף - יפרוס את גורמי הסיכון לצד גורמי החוסן להתנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים.

### 1.1 התנהגות אובדנית - הגדרות

המונח **אובדנות** (suicidality) כולל מגוון של רכיבים תודעתיים, רגשיים והתנהגותיים. להלן הגדרות מוסכמות לביטויי אובדנות הנגזרות מ-Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS), כלי לדירוג חומרת אובדנות אשר הפך לסטנדרט מקובל במחקרי מנהל המזון והתרופות האמריקאי (FDA) ובהנחיות הקליניות של אגודת הפסיכולוגים האמריקאית (APA):<sup>1</sup>

- **התאבדות (suicide)** - גרימת מוות עצמי של אדם מתוך כוונה (ישירה או מוסקת) למות.<sup>2</sup>
- **ניסיון התאבדות או ניסיון אובדני (suicide attempt)** - התנהגות של פגיעה עצמית שאינה מובילה למוות הנעשית בכוונה (גם אם חלקית) למות. ניסיון התאבדות יכול להיות יחיד או חוזר. יש מידות חומרה שונות לניסיונות התאבדות, לדוגמה, ניסיון שנקטע על ידי האדם עצמו או ניסיון שנקטע על ידי אדם אחר.
- **איום התאבדות (suicide threats)** - ביטוי מוצהר לרצון למות (עם או בלי כוונת ביצוע).
- **חשיבה אובדנית (suicide ideation)** - מחשבות ועיסוק רעיוני במוות באופן מתמשך, בין אם בצורה כללית ובין אם ממוקדת ברצון למות או באפשרות להוציא תוכנית התאבדות לפועל.

על בסיס הגדרות אלו נתפסת האובדנות בתור רצף הנע על כמה צירים - מרעיון אל פעולה, מאירוע יחיד לביטויים חוזרים, מביטוי משאלת מוות חלקית לביטוי מלא לרצון למות ומהתנהגות שאינה מסכנת חיים לקטלנות (lethality). לפיכך, כאשר נדון בדוח בטווח ההתנהגויות האובדניות נשתמש במונח "אובדנות" וכשנעסוק במקרי מוות נשתמש במונח "התאבדות".

1 על הכלי והפרוטוקול שפותח על בסיסו ראו כאן -

[/https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale](https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale)

2 לעיתים נעשה שימוש במונח "אובדנות מוגמרת" (completed suicided) כדי לציין התאבדות.

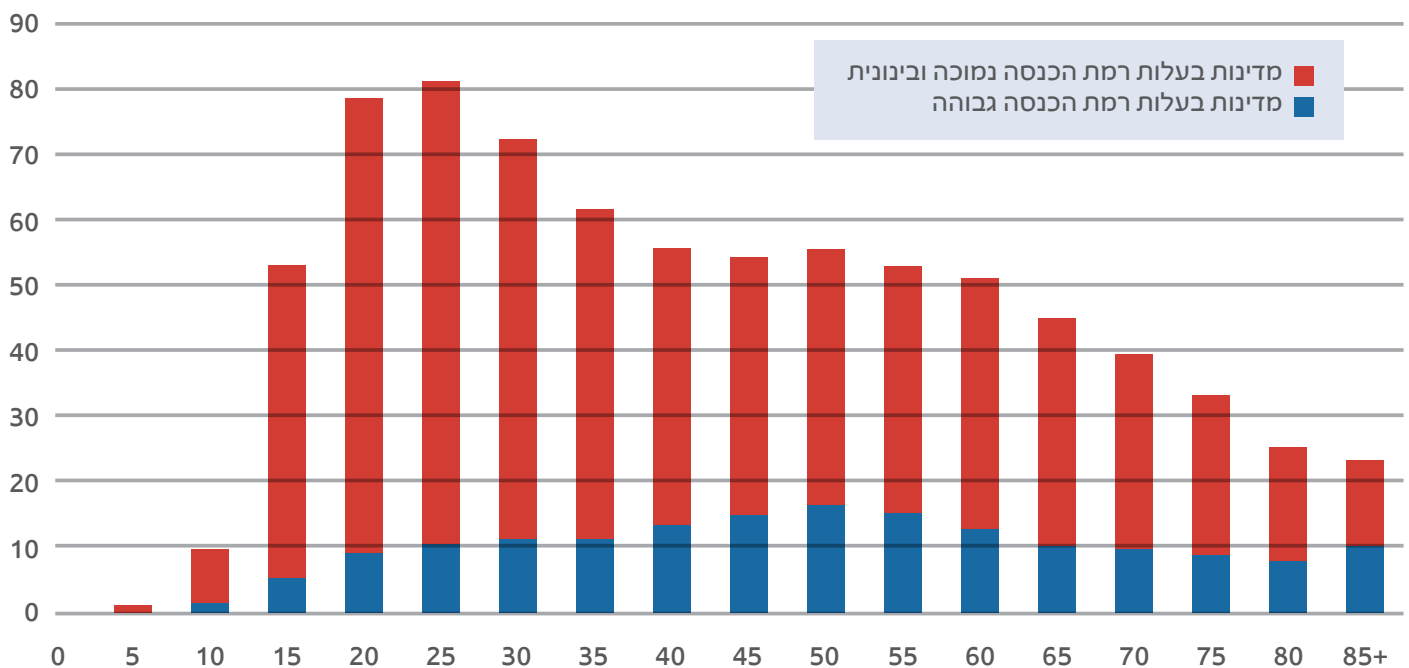
כפי שנראה בחלק הבא, שיעור ההתאבדות נמוך משיעור ניסיונות ההתאבדות המדווח (ובפועל נמוך בהרבה משיעור הניסיונות הכולל שאינו מדווח) ומשאר ביטויי האובדנות, ומכאן כי רצפי החוויה האובדנית אינם מחייבים. לא כל ביטוי אובדנות קל יגרור בהכרח ביטוי עוצמתי בעקבותיו, ודאי באוכלוסיית הילדות והילדים אשר בה יתמקד הדוח. עם זאת, אין להקל ראש באף ביטוי לאובדנות, הן בשל הסבל הנפשי אשר עליו מעידים ביטויים אלו, הן בשל החשש המבוסס (כפי שנראה בהמשך) כי ביטויים קלים יתפתחו לביטויים קשים יותר ואף להתאבדות.

## 1.2 היקף תופעת האובדנות בראייה חוצת גיל

**שיעור ההתאבדות בעולם:** לפי נתוני ארגון הבריאות העולמי, בכל שנה מתים כ-800,000 בני אדם מהתאבדות והשיעור העולמי עומד על 10.5 ל-100,000 נפש (WHO, 2019). ההנחה היא כי מדובר בהערכות חסר, ובפועל גבוהים המספרים בהרבה.

**התאבדות לפי אזורים גיאוגרפיים ורמת הכנסה:** מנתוני ארגון הבריאות העולמי מ-2016 עולה כי בראייה חוצת גיל, באזורי אפריקה, אירופה ודרום-מזרח אסיה שיעור ההתאבדות גבוה מן הממוצע העולמי, ואילו במזרח התיכון המערבי נמצא שיעור האובדנות הממוצע הנמוך ביותר. עוד עולה מן הנתונים כי רוב מקרי ההתאבדות (כ-79%) קורים במדינות בעלות שיעור הכנסה נמוך עד בינוני (ראו תרשים 1). עם זאת, בניית הנתונים בניטור משתנה הגיל, עולה כי דווקא במדינות בעלות שיעור הכנסה גבוה שיעור ההתאבדות גבוה יותר (ראו תרשים 2).

**תרשים 1: התאבדויות בעולם לפי קבוצות גיל ורמת הכנסת המדינה\* (באלפים), 2016**  
 על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2019)

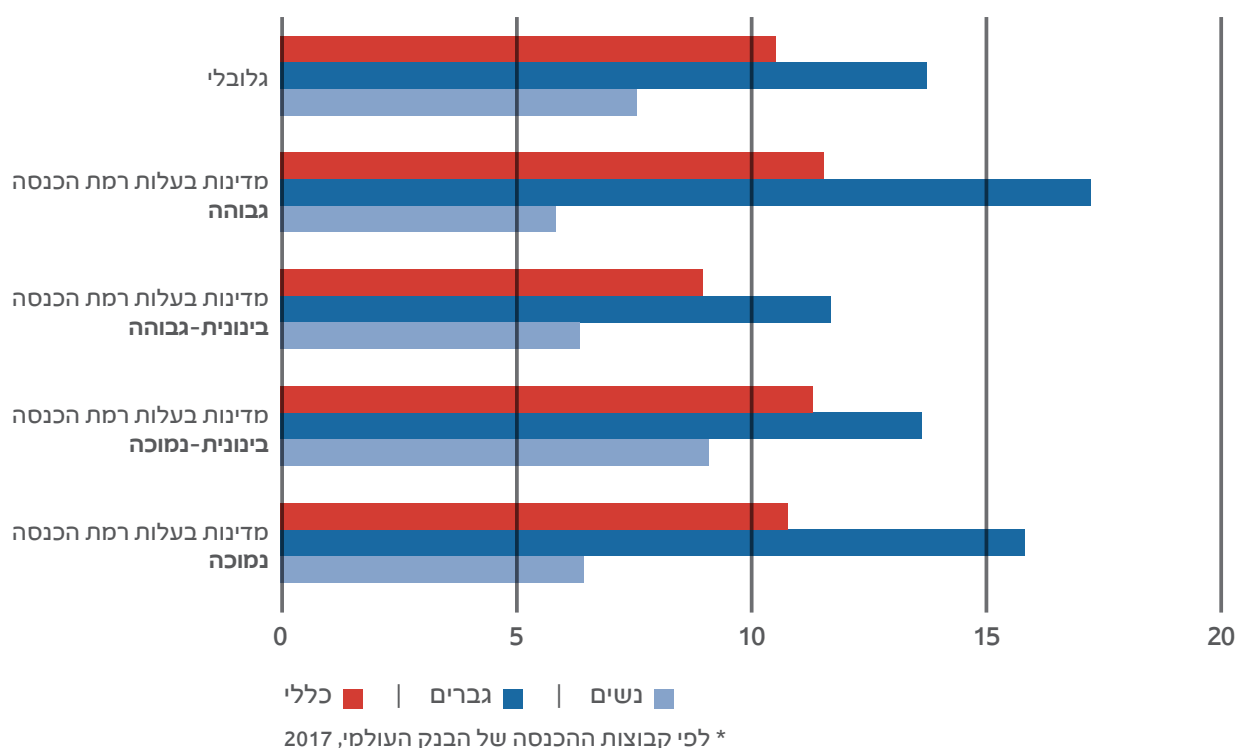


\* לפי קבוצות ההכנסה של הבנק העולמי, 2017

**שיעור התאבדות לפי קבוצות גיל:** מנתוני ארגון הבריאות העולמי עולה כי מעל למחצית מקרי ההתאבדות (52%) חלו מתחת לגיל 45. מהתרשים אפשר לראות בבירור כי שיעורי ההתאבדות עולים בעלייה חדה בגיל ההתבגרות. קבוצת הגיל שבה שיעור ההתאבדות הוא הגבוה ביותר היא 20-29. מגיל 15 ועד 29 התאבדות היא סיבת המוות השנייה בשכיחותה לאחר תאונות דרכים (WHO, 2019). לפי נתוני המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארצות הברית (CDC), כ-45,000 מיתות קורות בשנה מהתאבדות בארצות הברית, ובעוד שבראיה חוצת גיל התאבדות היא הסיבה העשירית לתמותה, בין הגילים 10-24 התאבדות היא סיבת המוות השנייה לאחר תאונות (Kann et al., 2018).

מכלל הנתונים עולה כי שיעורי ההתאבדות מתחת לגיל 15 נמוכים (כאחוז מכלל מקרי ההתאבדות בעולם) ומתחת לגיל 10 מקרי ההתאבדות נדירים מאוד. בחלק מדוחות המדינות, דיווחים על מקרי התאבדות מפורסמים רק מעל גיל 15<sup>3</sup>.

**תרשים 2: שיעורי התאבדות מתוקנני גיל (לכל 100,000 נפש) לפי רמת ההכנסה במדינה\*, 2016, על פי ארגון הבריאות העולמי (WHO, 2019)**



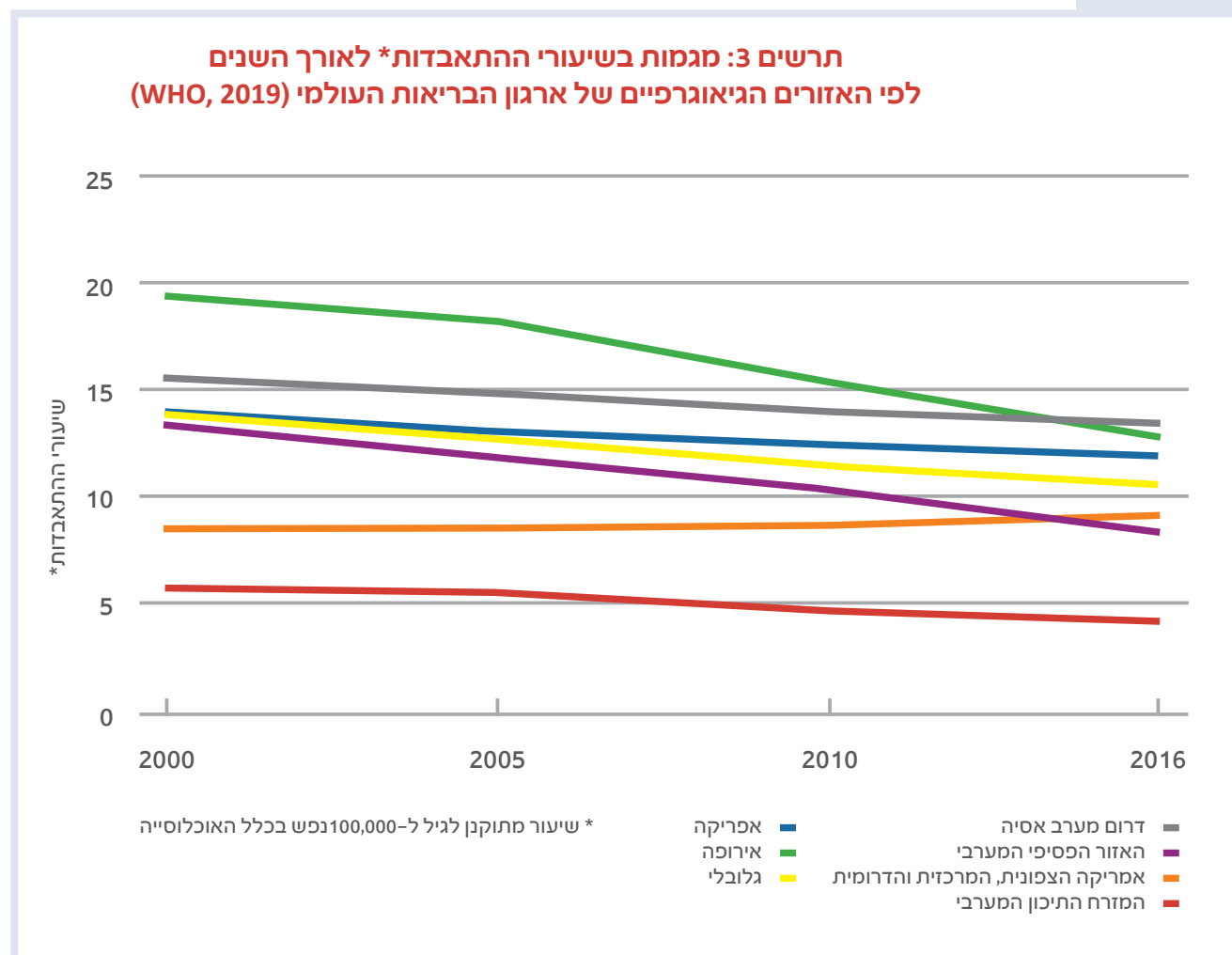
**התאבדויות בראיה מגדרית:** מריכוז מכלול הממצאים ובראיה בינרית שלהם, עולה כי התאבדות שכיחה יותר אצל גברים בכל שכבות הגיל (זלצמן, 2019; Barrio, 2007; Bridge et al., 2015; OECD, 2019; Rodway et al., 2020; Sheftall et al., 2016; Tishler, Reiss, & Rhodes, 2007; WHO, 2019).

על אף שאין נתונים מלאים על אובדנות בקהילת הלהטב"ק, עולה כי שיעורי ההתאבדויות באוכלוסייה זו גבוהים במידה ניכרת מאלה שבאוכלוסייה ההטרונורמטיבית, בדגש על נוער



(Hass et al., 2010). בשנים האחרונות מופנה יותר ויותר תשומת לב מחקרית, חינוכית וטיפולית לקהילה הטרנסית אשר בה גורמי הסיכון להתאבדות והתנהגות אובדנית גבוהים ורבים (Hass et al, 2010; Herman, Brown, & Haas, 2019).

**שיעור ההתאבדויות לאורך השנים:** בין השנים 2000 ל-2016 נמצאה בכל העולם ירידה בשיעור ההתאבדות, להוציא את אזורי אמריקה (ראו תרשים 3).



נתונים אלו עולים בקנה אחד עם דוחות הארגון לשיתוף פעולה ולפיתוח כלכלי (OECD), אשר מתארים מגמת ירידה בשיעורי ההתאבדות ברוב מדינות הארגון בשנים 1990-2017. למעשה, מבין 36 המדינות החברות בארגון, רק בשתיים נמצאה מגמת עלייה בשיעור ההתאבדות - בדרום קוריאה ובצ'ילה (OECD, 2019). חשוב להדגיש כבר כעת כי מגמת הירידה בשיעור ההתאבדות הכולל אינה מצביעה על ירידה בשיעור ההתאבדות בכל קבוצות הגיל. כפי שנראה בהמשך, חלה עלייה בשיעור ההתאבדות בגיל הצעיר.

מידע על התנהגות אובדנית שאינה התאבדות: אף שהמידע על שיעורי ההתאבדות אינו מלא, הוא מצוי בנתוני המדינות ומדווח גם בדוחות בין-לאומיים שנתיים. לעומת זאת, המידע על ביטויי אובדנות אחרים קשה בהרבה להשגה ולניתוח. מידע על מחשבות אובדניות נאסף לרוב בשאלונים ובראיונות עומק, אשר לרוב אינם מבוצעים על כלל האוכלוסייה ומשום כך קשה לנתחו ברמה הכוללת. מידע על ניסיונות התאבדות מגיע לרוב מדיווחי המחלקות

## כשמגפה פוגשת מגפה - אובדנות בצל משבר הקורונה

לרפואה דחופה בבתי החולים, ולכן רק מקרים של פגיעה עצמית שהגיעו לבתי החולים, תושאלו ודווחו בתור ניסיונות התאבדות מתווספים למאגרי המידע.

ההערכה היא כי שיעור ניסיונות ההתאבדות גבוה בהרבה משיעור ההתאבדות בפועל. מנתוני המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארצות הברית, ב-2018 מתו בארצות הברית 48,344 בני אדם כתוצאה מהתאבדות. לעומת זאת, באותה שנה דווח על כ-1,400,000 ניסיונות התאבדות - כך שמספר הניסיונות המדווחים היה גדול פי 30 ממספר ההתאבדויות.<sup>4</sup> בגיל ההתבגרות ההערכה היא כי מספר ניסיונות ההתאבדות גבוה פי 100 עד 200 ממספר ההתאבדויות (וורגן, 2007).

שנת 2020 עימתה את האנושות כולה עם מגפה אשר גבתה קורבנות בנפש וברכוש. על אף שעברה כשנה מפרוץ המגפה בעולם, קשה עדיין להעריך את גודל השפעתה במישור הבריאותי, הכלכלי והנפשי. נתונים המתחילים להגיע אל מוקדי בקרת בריאות הנפש ברחבי עולם מאותתים על עלייה בדיווח על דיכאון, מצוקה נפשית, תחושת ייאוש, חוסר ישע ואף התנהגות אובדנית. ממצאים אלו אינם מפתיעים נוכח ריבוי גורמי הסיכון (ראו סעיף 1.4) כמו התמודדות עם המוות, בידוד חברתי, איום כלכלי ותחושת חוסר ודאות (Brooks et al., 2020; Zalsman et al., 2020). במקורות שנסקרו לטובת דוח זה טרם נמצאו דיווחים על השפעות ישירות של משבר הקורונה על הבריאות הנפשית של ילדים וילדות. עם זאת, החלו להתפרסם מחקרים מהארץ ומהעולם אשר הראו את השפעות המשבר על הילדים בתיווך מצבם הנפשי של ההורים (ראו לדוגמה: בישראל השפעת המתח ההורי על הפרעות למידה של ילדים אצל Marchetti et al, 2020 והשפעת משבר הקורונה על הורים צעירים אצל Taubman-Ben-Ari & Ben-Yaakov, 2020).

### 1.3 אובדנות בגיל הצעיר

כפי שצוין למעלה, המידע על התאבדויות בפרט והתנהגות אובדנית בכלל בגילים הצעירים (מתחת לגיל 14) הוא מועט. חוסר דיווח, דיווח שגוי ודיווח מצומצם מקשים על ראייה כוללת של התופעה וניתוחה. דיווחים על מקרים של מחשבות אובדניות פסיביות מתמשכות (passive suicidal ideation), פגיעה עצמית, איומי התאבדות והתאבדויות אצל ילדים וילדות נחשפים יותר ויותר רק בשנים האחרונות, לצד התפתחות המענים ממוקדי הגיל הצעיר בתחום בריאות הנפש.

**התאבדות בגיל ההתבגרות:** לקראת גיל 15<sup>5</sup> עולה בצורה חדה שיעור ההתאבדות, ובגילים 15-24 התאבדות היא סיבת המוות השנייה בשכיחותה. מנתוני ארגון הבריאות העולמי (המובאים אצל Glenn et al., 2020) עולה כי בפילוח לפי מדינות שיעור ההתאבדות בגילים 15-19 נע בין 2.30 לכל 100,000 נפש (בישראל) לבין 17.6 לכל 100,000 נפש (בניו זילנד) - ראו לוח 1.

4 ראו נתונים באתר המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארצות הברית (CDC) - <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/suicide.htm>

5 בארצות הברית ובקנדה מדווח על עלייה במקרי ההתאבדות מגיל 10, כך שבגילים 10-24 התאבדות היא סיבת המוות השנייה בשכיחותה (HCM, 2014 ונתוני ה-CDC).

**לוח 1: שיעורי ההתאבדות במדינות שונות בעולם לכל 100,000 נפש, לפי קבוצות גיל (על פי Glenn et al., 2019)\***

**קבוצות גיל**

מדינה	14 - 10	19 - 15	19 - 10
ישראל		2.3	1.31
איטליה	0.42	2.58	1.5
ספרד		2.67	1.47
צרפת	0.66	3.45	2.04
ברזיל	0.59	3.56	2.07
הולנד		3.83	2.39
רומניה	1.52	3.98	2.77
סלובקיה		4.04	2.14
קובה		4.1	2.41
בריטניה	0.28	4.27	2.35
נורווגיה		4.59	3
גרמניה	0.51	4.75	2.75
הונגריה		4.81	2.54
בלגיה		4.9	2.78
קוסטה ריקה		5	3.45
אוסטריה		6.33	3.64
שוודיה		6.45	3.99
קרוואטיה		6.5	3.47
הרפובליקה של קוריאה	1.25	6.64	4.29
שווייץ		7.04	4.02
יפן	1.58	7.47	4.61
מקסיקו	2.07	7.57	4.81
אירלנד		7.65	3.94
קנדה	1.87	7.71	5.01
צ'כיה		8.07	3.9
צ'ילה	1.74	8.08	5.06
מולדובה		8.87	6.45
ליטא		8.88	6.25
פינלנד		8.93	4.96
ארה"ב	1.98	9.75	5.91
אוסטרליה	0.99	9.83	5.49
קירגיזסטן	4.71	10	7.38
אוזבקיסטן	3.98	11.46	7.98
אסטוניה		16.7	9.72
ניו זילנד		17.6	9.36

\*התאים הריקים מציינים מספר מקרים הנמוך מ-10.

**התאבדות בראשית גיל ההתבגרות:**

מנתוני ארגון הבריאות העולמי עולה כי שיעורי ההתאבדות בגילים 14-10 נע בין 0.28 לכל 100,000 נפש (בבריטניה) לבין 4.71 לכל 100,000 נפש (בקירגיזסטן) - ראו לוח 1.

מנתוני המרכז לבקרה ולמניעת מחלות בארצות הברית עולה כי ב-2018 התאבדו בארצות הברית 596 ילדות וילדים בגילים 10-14 - 1.2% מכלל מקרי ההתאבדות באותה שנה. בהשוואה, ב-2005 שיעור הילדות והילדים בגיל זה שהתאבדו היה 0.8% מכלל מקרי ההתאבדות. עלייה זו בשיעור מקרי ההתאבדות בגילים הצעירים דווחה גם בבריטניה, במחקר נתונים אפידמיולוגיים שנערך לאחרונה: לפי נתוני המחקר עמד שיעור מקרי ההתאבדות בשנים 2007-2000 בגילים 10-14 על 0.9 ל-100,000 נפש, ובמהלך השנים 2007-2017 טיפס ל-2.5 (Curtin & Heron, 2019).

**התאבדות בתחילת גיל החביון**

**ובגיל הרך:** מסקירה שנערכה בשנים האחרונות עולה כי בגילי הילדות (בדגש על גיל בית הספר היסודי) שיעור המחשבות האובדניות המדווח בספרות המחקר נע בין 6% לבין 14.9% מקרב האוכלוסייה הכוללת, בהתאמה למאפייני האוכלוסייה. עם זאת, מתוך כלל הילדים והילדות המביעים דפוסי חשיבה אובדניים, רק אחוז קטן מבצעים בסופו של דבר התאבדות (Ridge Anderson, Keyes, & Jobes, 2016).

במחקר אפידמיולוגי שנערך בארצות הברית על נתוני המרכז לבקרה ומניעת מחלות (CDC) נמצא כי בשנים 2012-1993 מתו בממוצע כ-33 ילדים וילדות בגיל 5-11 בשנה כתוצאה מהתאבדות.

שיעורי ההתאבדות בשנים אלו היו נמוכים וקבועים יחסית ונעו בין 0.109 ל-0.18 לכל 100,00 נפש (Bridge et al., 2015). עוד נמצא במחקר זה כי כמו בגילים מבוגרים יותר, גם בטווח גיל זה שיעור ההתאבדות אצל הבנים היה גבוה בהרבה מזה של הבנות (פי חמישה). נוסף על כך, מהניתוח עלה כי שיעור ההתאבדות הקבוע לאורך השנים בגילים 5-11 מסתיר מגמה של עלייה בשיעור ההתאבדות של ילדים אפריקאים-אמריקאים לעומת שיעור ההתאבדות אצל ילדים אמריקאים שאינם ממוצא אפריקאי, אשר ירד בשנים אלו. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם המחקר של שפטל ושות' (Sheftall et al., 2016), אשר ניתחו נתונים ממערכת הדיווח האמריקאית על מקרי מוות אלימים (National Violent Death Reporting System - NVDRS). במחקר נבדקו שתי קבוצות גיל - גיל ההתבגרות המוקדם (14-12) וגיל הילדות (5-11) - ב-17 מדינות בארצות הברית בשנים 2003-2017. צוות המחקר מצא כי בקבוצת הגיל הצעירה היה שיעור הילדים האפריקאים-אמריקאים שהתאבדו גבוה במובהק משיעורם של אלו בקבוצת הגיל הבוגרת יותר.

ממצאיהם של שפטל ושות' אפשר ללמוד על ההבדלים הבולטים שבין דפוסי ההתאבדות בין שתי קבוצות הגיל. ראשית, **שיעור ההתאבדות** - בקבוצת גיל ההתבגרות המוקדם (14-12), סך מספר מקרי ההתאבדות בשנים 2003-2017 היה גבוה כמעט פי שבעה ממספר מקרי ההתאבדות בקבוצת גיל הילדות (5-11) (606 מקרים לעומת 87 מקרים בהתאמה). שנית, **מגמות ההתאבדות לפי קבוצות אתניות** - כפי שצוין קודם, בקבוצת הגיל הצעירה היה שיעור התאבדות הילדים האפריקאים-אמריקאים מתוך כלל מקרי ההתאבדות גבוה במובהק מהשיעור בקבוצת הגיל הבוגרת יותר (37% לעומת 12%). בבחינה לפי **חלוקה מגדרית** נמצא כי על אף שבשתי קבוצות הגיל שיעור מקרי המוות בהתאבדות אצל הבנים גבוה במובהק מזה של הבנות, הפער היה גדול בהרבה בקבוצת גיל הילדות (כשישה מקרי התאבדות של בנים לכל מקרה התאבדות של בנות, לעומת יחס של 2.3 מקרי התאבדות של בנים לכל מקרה התאבדות של בנות בקבוצת גיל ההתבגרות המוקדם). אשר ל**שיטת המוות**, בעוד שבקבוצת גיל ההתבגרות המוקדם שיטת ההתאבדות הנפוצה הייתה שימוש בנשק חם (64% ממקרי המוות), בגיל הילדות שיטת המוות הנפוצה הייתה תלייה או חנק (80% ממקרי המוות). ממצא מבחין חשוב נוסף אשר התגלה בהשוואה בין שתי קבוצות הגיל הוא כי מבין הילדים והמתבגרים אשר אובחנו עם **בעיות לימודים ובעיות נפשיות** - בקבוצת הגיל הצעירה האבחון השכיח (59%) היה הפרעות קשב (עם ובלי התנהגות היפר-אקטיבית), ואילו בקבוצת המתבגרים האבחון השכיח (66%) היה דיכאון או דיסתימיה.<sup>6</sup> מכלול ההבדלים בין שתי קבוצות הגיל מוצג בלוח 2.

בשתי קבוצות הגיל נמצא שיעור דומה של ילדים ומתבגרים אשר סיפרו על כוונת ההתאבדות שלהם לאדם נוסף (29%) וריבוי של מקרי מוות בבתי המגורים של המתאבדים.

6 **Dysthymia** - הפרעת מצב רוח כרונית הכוללת תסמינים של חוסר עניין, חוסר הנאה (Anhedonia, אי-בְּהֵנוּת), ירידה בפעילות, ירידה בריכוז וירידה בהנעה העצמית. ב-DSM 5 מוגדרת הפרעה "הפרעה דיכאונית מתמשכת" (Persisting Depressive Disorder). בשונה מדיכאון מזויר, תסמיני הפרעה זו בולטים פחות (אין הופעה חדה של התסמינים), אך היא ממושכת יותר.

**לוח 2: התאבדויות אצל ילדות וילדים בארה"ב בשנים 2003-2017:  
הבדלים בין קבוצות הגיל (מבוסס על Sheftall et al., 2016)**

גיל ההתבגרות המוקדם (12-14)	גיל הילדות (5-11)	
606	87	מספר מקרי ההתאבדות
לא נמצאה מגמת עלייה בשיעור ההתאבדות של אפריקאים-אמריקאים. סה"כ 12% ממקרי ההתאבדות.	עלייה בשיעור ההתאבדות של הילדים האפריקאים-אמריקאים לאורך השנים. סה"כ 37% ממקרי ההתאבדות.	הבדלים אתניים
שיעור הבנים גבוה במובהק מזה של הבנות, ביחס של 1:2.3.	שיעור הבנים גבוה במובהק מזה של הבנות, ביחס של 1:6.	חלוקה מגדרית
64% ממקרי ההתאבדות היו באמצעות נשק חם.	80% ממקרי ההתאבדות היו באמצעות חנק או תלייה.	שיטת המוות
66% אובחנו עם דיכאון או דיסתימיה.	59% אובחנו עם הפרעות קשב.	אבחון שכיח*

\* סך הילדים והילדות שאובחנו בקבוצת גיל הילדות - 27  
סך המתבגרים והמתבגרות שאובחנו בקבוצת גיל ההתבגרות המוקדם - 183.

ממצאים אלו ממחישים כי בתוך טווח הגילים הנמצא מתחת לשיא שיעור האובדנות (גיל 14 ומטה) יש לפחות שתי קבוצות המובחנות זו מזו מבחינת דפוסי ההתנהגות האובדנית שלהן - נערות ונערים בראשית גיל ההתבגרות, בגילי 12-14, וילדות וילדים צעירים בגילי 5-11.

**התאבדות בגילים רכים (מתחת לגיל חמש):** ארגון הבריאות העולמי מדווח על שיעור אובדנות זעום מתחת לגיל חמש - מקרים ספורים בכל שנה בכל העולם (WHO, 2019, ראו תרשים 1).

בספרו המפורסם ופורץ הדרך, "ילדים שאינם רוצים לחיות" (1987), תיאר ישראל אור-בך את תופעת ההתאבדות וההתנהגות האובדנית בגילים רכים. לצידו פעלו בשנים אלו עוד חוקרות וחוקרים בעולם אשר פיתחו את המחקר והידע בתחום, כמו סינת'יה פפר אשר כתבה על "הילד האובדני" ופריה וסטיוארט רוזנטל אשר בחנו התנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים בגיל הרך (Pfeffer, 1986; Rosenthal & Rosenthal, 1984). עם זאת, על אף שעברו מאז ראשית שנות מחקרם קרוב לארבעה עשורים, רב הנסתר על הגלוי באשר להתנהגות אובדנית מתחת לגיל חמש.

סביר להניח כי עמימות המידע על אובדנות בגילים רכים (עד גיל חמש) וגילים צעירים (עד גיל 10) נובעת מן הקושי לייחס לפעולת הפגיעה העצמית כוונה של חידלון ומוות (Wise & Spengler, 1997). טישלר ושות' (Tishler et al., 2007) מנו בסקירה שערכו את התפיסות המוטעות על התנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים צעירים:

- תפיסת המוות המורכבת מתפתחת רק סמוך לגיל 10, ולכן פגיעה עצמית בגילים צעירים אינה נובעת ממניעים אובדניים;
- לילדות וילדים צעירים אין בשלות קוגניטיבית מורכבת מספיק כדי לתכנן התאבדות;
- בגילים צעירים היכולת לקשר בין סיבה (פעולה או מערך פעולות) לתוצאה (חידלון או מוות) אינה שלמה, ולכן קשה להניח כי פעולה כל שהיא, גם אם גרמה לפגיעה עצמית או למוות עונה להגדרת ההתאבדות.



תפיסות אלו מחוזקות במערך עמדות ורגשות הן ברמה המשפחתית הן ברמה החברתית, כמו אשמה הורית, חשש מתיוג וסטיגמה, דעות קדומות על התמודדות נפש ופחד כי שיח גלוי על מוות, אובדן והתאבדות יוביל בעצמו להתנהגות דיכאונית או אובדנית (Matter & Matter, 1984; Testoni, Tronca, Biancalani, Ronconi., & Calapai, 2020).

לכך יש להוסיף כי שיטות ההתאבדות האופייניות לילדות וילדים שונות משל מתבגרים ומבוגרים. הן נסמכות בעיקר על אמצעים זמניים פשוטים יחסית כמו חנק ותלייה (Bridg et al., 2007; Tishler et al., 2016; Sheftall et al., 2015), קפיצה ממקום גבוה, התפרצות לכביש סואן, חבטה חוזרת של הראש, טביעה, הצתה או בליעת רעל או תרופות (Tishler et al., 2007). משום כך לא תמיד כוונת המוות ברורה דיה. בשל כל אלו רבים ממקרי ההתאבדות בגילים צעירים מוסוים ומדווחים בתור תאונה.<sup>7</sup>

המציאות המצערת היא שהתאבדויות והתנהגות אובדנית קורות גם בגילים צעירים, וכי הבנת המוות של אותם ילדים אובדניים, גם אם אינה שלמה, מפותחת דיה כדי להבין את הקשר בין מוות וחידלון (אור־בך, Rosenthal 1987; Matter & Matter, 1984; Joiner, 2010; Slaughter, 2005; Rosenthal, 1984; Joiner, 2010).

במחקר שנערך לאחרונה בארצות הברית נבחנה רמת הבנת המוות אצל 139 ילדים בגילי 3-6.<sup>8</sup> כל המשתתפים והמשתתפות במחקר עברו אבחון קליני לדיכאון<sup>9</sup> ולמחשבות אובדניות.<sup>10</sup> מתוצאות המחקר עלה כי ילדים וילדות שאובחנו עם דיכאון ואשר ביטאו גם מחשבות אובדניות (22 במספר) הראו הבנה גבוהה יותר של המוות גם בהשוואה לילדים עם דיכאון ללא מחשבות אובדניות (57 במספר) וגם בהשוואה לילדים בלי דיכאון (60 במספר). מחקר זה מחזק את הראיה לכך שגם בגילים צעירים מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית אינן נובעות מחוסר הבנת המוות, אלא להיפך (Hennefield, Whalen, Wood, Chavarria, & Luby, 2019).<sup>11</sup>

## 1.4 גורמי סיכון להתאבדות בגיל הצעיר

לפני שנציג תוכניות ומענים בית ספריים למניעת אובדנות, חשוב שנעמוד על גורמי סיכון להתאבדות ולהתנהגות אובדנית בגיל הצעיר, בדגש על גילי בית הספר היסודי. תחילה נציג גורמים ברמת הפרט - הילד או הילדה, לאחר מכן נציג גורמים ברמת התא המשפחתי ולבסוף נציג מאפיינים הקשורים בסביבה העוטפת.

חשוב להדגיש כבר כעת כמה נקודות חשובות: ראשית, על אף שיש בחלק מגורמי הסיכון

7 הסוואת סיבת המוות באה לידי ביטוי בהסתרה מצד ההורים (תקוה ומי־עמי, 2005; Prinstein, & Nock 2003), בתפיסה הרווחת, בתקשורת המדווחת על מקרי מוות (Joiner, 2010), בהערכות פסיכולוגיות או רפואיות במוקדי רפואה דחופה (זלצמן 2019; Tishler et al., 2007) ואף בתהליכי רישום המוות בדוחות הפתולוגיה של המשטרה (אור־בך, Rosental & Rosental, 1984; 1987).

8 בשל רגישות הנושא והגיל הצעיר של המשתתפות והמשתתפים נציין את כל מהלכי הראיונות במחקר פוקחו ואושרו על ידי ועדת האישורים של בית הספר לרפואה באוניברסיטת וושינגטון בסנט לואיס (WUSM). אישורי הסכמה מודעת נאספו מכל ההורים והסכמה בעל פה הושגה מכלל הילדים והילדות.

9 בכלי לאיתור הפרעות פסיכיאטריות בגיל הקדם־יסודי, בתת הסעיף לאבחון דיכאון (Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA)).

10 הערכת המחשבות האובדניות בקרב הילדים והילדות הוערכה על ידי ההורים באמצעות כלי לאיתור הפרעות אפקטיביות וסקיזופרניה בגיל הילדות בתת הסעיף להפרעות מצב רוח (Kiddie Schedule for Affective Disor- ders and Schizophrenia-Early Childhood (KSADS-EC-MDD)).

11 ראו בהקשר זה גם על הקשר בין מחשבות מוות ואיומי התאבדות אצל ילדים מחוננים צעירים (דויד, 2013).

דמיון וחפיפה גם לגילים מבוגרים יותר, כאן נתמקד בממצאי מחקרים שעסקו בגילים צעירים; שנית, על אף שהגורמים כאן מוצגים זה לצד זה, בפועל הם קשורים זה בזה ומושפעים זה מזה; שלישית, הופעה של גורם סיכון אינה מחייבת בהכרח ביטוי ישיר של התנהגות אובדנית, וחלק מן הגורמים מופיעים גם בהתפתחות נפשית טיפוסית שאינה אובדנית; רביעית, אין בהצגת גורם או מצב סיכון טענה כי בינו ובין התנהגות אובדנית יש קשר סיבתי (ישיר או עקיף). לבסוף, בתהליך בחינת מכלול גורמי הסיכון יש לקחת בחשבון גם את מערך גורמי החוסן אצל כל תלמיד ותלמידה (ראו סעיף 1.5 בהמשך).

### 1.4.1 גורמים ברמת הפרט

גורמים ברמת הפרט קשורים בתפיסות, ברגשות ובהתנהגויות של הילד או הילדה עצמם. לרוב מקרים אלו מאותרים במהלך טיפול או שהם עצמם הסיבה הראשונית להפניה לטיפול פסיכולוגי או פסיכיאטרי.

**ביטויי אובדנות קודמים:** ביטויי אובדנות לגווניהם הם גורם המנבא התאבדות. אחד הגורמים הקשורים בקשר הדוק ביותר להתאבדות הוא **ניסיונות התאבדות קודמים** (אורי־בך, 1987; Ridge Anderson et al., 2016; Miller, 2019; Brent, et al., 2015; Tishler et al., 2007). גורם זה נמצא מנבא להתאבדות (אף בעוצמה גבוהה יותר) בכל שכבות הגיל. אורי־בך תיאר בספרו את ההתפתחות ההדרגתית שבין ניסיון ההתאבדות לנקיטת תהליכים עוצמתיים וקטלניים יותר:

לעיתים אפשר להבחין אצל ילדים תהליך של התקרבות הדרגתית והססנית אל המוות. התהליך מתחיל בניסיון ראשוני ובלתי מסוכן לבדוק את השפעתו על הסביבה. ניסיון זה הוא גם מעין בדיקה עצמית בהתמודדות עם החרדה מפני המוות. הניסיון השני, שבא בהיעדר התייחסות רצינית מצד הסביבה, עלול להיות נועז יותר... הניסיון הראשון מקהה במעט את חרדת המוות ומקל על ההתנסות בניסיונות מסוכנים יותר... זהו כעין מפגש מבוקר ונשלט עם המוות (אורי־בך, 1987, עמ' 35).

על אף שיש פער בין **מחשבות אובדניות** והתאבדות, עיסוק רב במוות (מחשבות על המוות, דאגות מהמוות וחלומות על המוות), התוויית תוכניות התאבדות ואיומי התאבדות גם הם אותות מקדימים לסכנת התאבדות (אורי־בך, 1987; Miller, 2019; Bhattacharjee, 2019; Pfeffer, 1986; Tishler et al., 2007). במחקר אורך אשר העריך מחשבות אובדניות בשתי נקודות זמן (בגילי 3-7 ובגילי 7-12) אצל 306 ילדות, ילדים ומשפחותיהם, נמצא קשר בין מחשבות אובדניות בגיל הילדות לביטויי דיכאון ומחשבות אובדניות בגיל מבוגר יותר.<sup>12</sup> מסקנת המחקר הייתה כי לאיתור מוקדם (מתחת לגיל שבע) של מחשבות אובדניות בגיל הילדות (early childhood suicide ideations) חלק חשוב מאוד במאמץ

12 המחקר בוצע כחלק ממערך איסוף הנתונים במחקר האורך על דיכאון בגיל הקדם-יסודי של בית הספר לרפואה באוניברסיטת וושינגטון בסנט לואיס (Preschool Depression Study). בדומה למחקר של Hennefield et al., 2019 (ראו הערה 8), גם כאן מכלול מהלכי המחקר לוו ופוקחו על ידי ועדת האישורים של האוניברסיטה (WUSM), וגם כאן אישורי הסכמה מדעת נאספו מכל ההורים והסכמה בעל פה הושגה מכלל הילדים והילדות. גם כאן נעשה שימוש בכלי לאיתור הפרעות פסיכיאטריות בגיל הקדם יסודי (PAPA). בגילים מבוגרים מתשע נעשה שימוש בכלי דומה המותאם לילדי בית ספר (Child and Adolescent Psychiatric Assessment - CAPA), מעל גיל תשע נוספה לאבחון שאלת דיווח עצמי ישירה - I think about killing myself - אשר נלקחה מן השאלון לאבחון מצבי דיכאון (Children's Depression Inventor - CDI).

למניעת התאבדות (Whalen, Dixon-Gordon, Belden, Barch, & Luby, 2015).

**הפרעות קשב וריכוז:** מן המחקר של שפטל ושות' (Sheftall et al., 2016) עלה כי מבין מקרי המוות בהתאבדות של ילדים שעברו אבחון, 59% היו עם הפרעות קשב וריכוז (עם או בלי היפר־אקטיביות). שיעור זה אשר נמצא בקבוצת גיל הילדות (5-11) היה גבוה משיעור המקרים המאובחנים בקבוצת גיל ההתבגרות הצעיר (12-14), שעמד על 29%. ממצאים דומים עלו גם בסקירות מחקר אשר הראו קשר בין הפרעת קשב וריכוז והיפר־אקטיביות (ADHD) להתאבדות והתנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים (Bhattacharjee, 2019; Madjar et al., 2019; Miller, 2019; Ridge Andersom et al., 2016; Whalen et al., 2015). במחקר של מייס ושות' (Mayes et al., 2015) נבחן הקשר בין מחשבות אובדניות וניסיונות התאבדות לבין סוגים שונים של הפרעות קשב. אימהות ל-925 ילדות וילדים עם אבחנת הפרעות בגילי 3-16 מילאו שאלונים להערכת תדירות מחשבות אובדניות וניסיונות אובדנות של ילדיהן. בהשוואה בין סוגי הפרעות, נמצא כי אצל ילדות וילדים שאובחנו עם הפרעת ADHD משולבת (ADHD-Combined type - שילוב של הפרעות קשב, היפר־אקטיביות ואימפולסיביות), שיעור המחשבות האובדניות (19%) ושיעור ניסיונות האובדנות (7%) היה גבוה מאלו שאובחנו עם ADHD בלי מרכיב היפר־אקטיבי או אימפולסיבי (ADHD-Inattentive type - הפרעת קשב עם ביטוי נמוך של היפר־אקטיביות ואימפולסיביות) - 7% ו-3% בהתאמה. עוד נמצא כי שיעור המחשבות האובדניות וניסיונות ההתאבדות היה גבוה בשתי הקבוצות בהשוואה לזה שאצל ילדים וילדות בלי הפרעות קשב.

**היבטים התנהגותיים:** עדויות לקשר שבין התנהגות אימפולסיבית להתנהגות אובדנית אצל ילדים וילדות עלו בעוד מחקרים (Barrio, 2007; Bhattacharjee, 2019; Matter & Matter, 1984). לפי טישלר ושות' (Tishler et al., 2007) התנהגות אימפולסיבית מאפיינת בעיקר מקרי מוות בהתאבדות אצל בנים צעירים. בסקירה שערכו רידג' אנדרסון ושות' (Ridge Andersom et al., 2016) דווח על קשר האפשרי בין התנהגות אובדנית להתנהגויות של רדיפה אחר ריגושים והסתכנות.

במחקרים אחרים נמצא קשר בין אובדנות בגיל הילדות לבעיות התנהגות ילדיות נרחבות כמו הפרעת התנהגות מתריסה (oppositional defiant disorder – ODD), הפרעת התנהלות בהתנהגות (conduct disorder – CD) או הפרעות בוויסות רגשי (disruptive mood dysregulation disorder – DMDD), המתבטאות ברגזנות, התרסה וקשיים בוויסות הרגשי כבר מגיל צעיר (Bhattacharjee, 2019; HCM, 2014; Mayes et al., 2015; Whalen et al., 2015).

**ביטויים של דיכאון:** דיכאון מקושר להתאבדות ולהתנהגות אובדנית יותר מכל הפרעה נפשית אחרת (זלצמן, 2019; Miller, 2019). בעבר נהוג היה להתייחס לדיכאון בילדות בתור הפרעה מובחנת, אך כיום הנטייה היא לאבחן דיכאון אצל ילדים או ילדות לפי מערך התסמינים המקובל בספרות בריאות הנפש אצל מבוגרים. עם זאת, דיכאון בילדות יכול לבוא לידי ביטוי בצורה שונה מעט מדיכאון אצל מבוגרים. מצב הרוח הירוד או העצוב המופיע אצל מבוגרים יכול להופיע אצל ילדות וילדים החווים דיכאון בתור עצבנות, רגזנות וחוסר מנוחה. התנהגות אימפולסיבית, רגזנית והיפר־אקטיבית נמצאה קשורה להתנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים ועשויה להיות תסמין לדיכאון (ראו בסעיף הקודם). מחקרים העוסקים בדיכאון ילדי מדווחים בעיקר על מאפיינים דיסתמיים בדגש על אנהדוניה (אי־נהנות), איבוד עניין בפעילויות שהסבו לאותם ילדים וילדות הנאה והימנעות מהן. בחלק מן

המקרים מדובר גם באפתיה (Bhattacharjee, 2019).<sup>13</sup>

במקרים רבים מלווה הדיכאון או מתווך מערך אמונות ותפיסות של ייאוש, חוסר ישע ותקווה, תחושת כישלון, חוסר ערך עצמי ורצון להענשה עצמית ותחושת של דחייה מן הסביבה הקרובה. לצד אלו מדווח כי קיימות אצל ילדות וילדים אובדניים תפיסות כי המוות מספק מקום מפלט ממציות קשה, כי המוות מאפשר מפגש עם אנשים קרובים שהלכו לעולמם וכי התנהגות אובדנית היא כלי לנקמה בסביבה הקרובה או דרך להשגת שליטה בסביבה (אור־בך, 1987; Ridge Anderson et al., 2016; Miller, 2019; Bhattacharjee, 2019; Tishler et al., 2007).

**ביטויים גופניים:** בספרות המחקר הועלו מאפיינים גופניים שנמצאה זיקה בינם לבין התנהגות אובדנית והתאבדויות אצל ילדות וילדים, כמו תלונות מרובות על תחלואי הגוף ומכאובי (somatic complaints), הפרעות שינה ולעיתים גם הרטבת לילה (Miller, 2019; Ridge Anderson et al., 2016). אור־בך ומיקולינסר עסקו בחוויות הגוף האובדני (the suicidal body). הם מדברים על אנהדוניה בהיבטיה הגופניים, כמו דחייה מהגוף, התנתקות ממנו, חוסר הנאה מהגוף וחוסר הגנה עליו (Orbach, 2003; Orbach, & Mikulincer, 1998). במחקר שנערך בישראל נמצא כי כאשר אימהות למתבגרות ולמתבגרים אינן מזהות נכונה סימני דיכאון, כלומר כאשר יש פער בין דיווחי המתבגרים לדיווחי אימהותיהם, עולה הסיכוי לדיווחים על תסמינים גופניים מצד המתבגרים (Madjar et al., 2020a).

## 1.4.2 גורמי סיכון משפחתיים

גורמי סיכון במעגל המשפחה הם מכלול המצבים, היחסים וההיסטוריה המשפחתית המקיפים את הילד או הילדה. מספרות המחקר עולה כי משקלם של גורמי הסיכון המשפחתיים במערך ההשפעות על התנהגות אובדנית והתאבדות גדול במיוחד בגילים צעירים (Sheftall et al., 2016; Ridge Anderson et al., 2016). נדגיש כבר כעת כי בשל קוצר היריעה לא נוכל לפרוס את מכלול גורמי הסיכון המשפחתיים, ונציג בקצרה גורמים רחבים אשר חזרו ועלו בספרות המחקר.

מאפיינים נפשיים אצל ההורים: הורים הם לרוב המעגל הקרוב והמשפיע ביותר על הילד או הילדה. לסגנון ההורי יש השפעות מתמשכות על חיי הילדים - לטוב ולרע. הדבר נכון בכל רכיבי ההתפתחות, בין אם היא נורמטיבית ובין אם פתולוגית. מחקרים מצביעים על קשר בין פסיכופתולוגיה הורית לבין התנהגות אובדנית אצל ילדים וילדות, בדגש על הפרעות מצבי רוח של דיכאון (Ridge Anderson et al., 2016; Miller, 2019; Tishler et al., 2007).

ניסיונות התאבדות אצל ההורים נמצאו קשורים להתנהגות אובדנית אצל ילדות וילדים, אפילו יותר מדיכאון הורי שאינו מלווה בניסיונות אובדנות (Bhattacharjee, 2019; Brent et al., 2007; Matter & Matter, 1984; Melhem et al., 2007; Tishler, 2007).<sup>14</sup>

**מצבי סיכון משפחתיים:** מצבי קיצון כמו התעללות והזנחה הם גורם מעורר להתאבדויות ולהתנהגות אובדנית בגיל צעיר (Melhem et al., 2007; Miller, 2019; Ridge Anderson et al., 2007).

13 להעמקה בהבדלים שבין דיכאון לדיסתימיה אצל ילדים וילדות ראו את ההגדרה ל-"depressive disorders in children" במהדורה המעודכנת של המדריך לאבחון וסטטיסטיקה של הפרעות נפשיות - American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.

14 וראו על מודל הקשרים המשפחתיים לניסיונות התאבדות במחקר האורך רחב היקף של ברנט ושות' (Brent et al., 2015).

et al., 2016). לצד אלו נמצאו גם עדויות לקשר שבין **אובדן** בגיל הצעיר לאובדנות והתאבדויות. חוויית האובדן יכולה להיגרם ממות של הורים או בני משפחה קרובים או גם מאיבוד קשרים במשפחה בעקבות פרידת ההורים או גירושים. לצד אלו, בעיות משפחתיות שאינן פתורות, ריבים מתמשכים ומתח סביב גורמים במשפחה נמצאו קשורים לדיכאון ולאובדנות.

### 1.4.3 גורמי סיכון חברתיים

גורמי סיכון חברתיים מתמקדים במערכות היחסים של הילד או הילדה עם קבוצת הגיל, בית הספר והקהילה. בעוד שגורמים מסוג זה בולטים במחקר על מתבגרות ומתבגרים אובדניים, בגילים צעירים הם מקבלים פחות נפח מחקרי ופחות ביטויי השפעה (Ridge Anderson et al., 2016). עם זאת, בראייה אוניברסלית המסתכלת על מערך הגורמים המסכנים, יש לתת את הדעת גם על מצבי סיכון כמו **בריונות, דחייה חברתית ומתחים בקבוצת הגיל**.<sup>15</sup> לאלו יש להוסיף גם השפעות של **התאבדויות במעגל הקרוב** שאינו משפחתי - בקבוצת הגיל, אצל תלמידות ותלמידים בבית הספר, בצוות ההוראה ובהקהילה הסובבת או בחשיפה במדיות החברתיות (HCM, 2014; Ridge Anderson et al., 2016).<sup>16</sup>

### 1.4.4 מקדמי סיכון דמוגרפיים

**מגדר:** שיעור ההתאבדות אצל גברים, נערים ובנים גבוה מזה של נשים, נערו וננות (זלצמן, 2019; WHO, 2019; Sheftal et al., 2016; OECD, 2019; Bridge et al., 2015; Tishler et al., 2007). כפי שצוין בסעיף הקודם, מן המחקר של שפטל ושות' אף עולה כי בגילים הצעירים (5-11) שיעור הבנים אשר מתו מהתאבדות גבוה משיעורם בקבוצת גיל ההתבגרות (12-14). ממצא זה שונה מהערכות קודמות אשר הצביעו על הבדלי מגדר בהתנהגות אובדנית רק לקראת גיל 10 (Wise & Spengler, 1997).

**שיוך אתני ותרבותי:** במחקרים אפידמיולוגיים שנערכו על מקרי מוות בהתאבדות של ילדים וילדות בארצות הברית עלה גם כי למאפיין המוצא האתני יש משקל בעיקר בגילים הצעירים (5-11), שבהם נמצא שיעור גבוה מקרב המקרים של בנים ממוצא אפריקאי-אמריקאי (Bridge et al., 2015; Sheftal et al., 2016). מדוחות ומחקרים שנערכו במדינות נוספות נמצא כי אוכלוסיות מוחלשות מבחינות היסטוריות ואקטואליות כמו ילידים, מהגרים ומיעוטים אתניים נמצאות בסיכון סטטיסטי גבוה יותר לאובדנות.<sup>17</sup>

### 1.5 גורמי חוסן

גורמי חוסן או גורמים מגינים (protective factors) הם מכלול של נתונים, מצבים ותכונות המשפיעים לטובה על שלומות הפרט (well being). הקרן הבין-לאומית של האומות

15 ראו בהרחבה על הקשרים שבין היפגעות מבריונות, פגיעה עצמית, דיכאון ובדידות במחקר רחב ההיקף של קלומק ושות' (Klomek et al., 2016), אשר כלל 168 בתי ספר באירופה ומעל ל-10,000 תלמידים ותלמידות מתבגרים.

16 על אף שהחשיפה למדיה החברתית עולה ככל שעולה הגיל, יש עדויות לכך שילדות וילדים בימינו נחשפים בגיל צעיר למדיה החברתית וכי לחשיפה זו יש השפעה על שלומותם הנפשית. ראו למשל את המחקר של (Kashy-rosenbaum & Aizenkot, 2020), אשר בחנו את ההשפעות של השיח בקבוצות ה-WhatsApp הכיתתיות ואת השפעותיו על ילדים וילדות מגיל בית הספר היסודי ועד התיכון.

17 התוכנית החינוכית למניעת אובדנות במניטובה, קנדה, מדווחת כי שיעורי ההתאבדות של ילדים ונוער ממוצא ילידי (צאצאי האומות הראשונות ואוינוטאיטים) בקנדה גבוה פי חמישה עד שבעה מזה של ילדים ונוער שאינם ממוצא ילידי (HCM, 2014). ממצאים דומים עלו גם במחקרים על תלמידות ותלמידים אמריקאים ממוצא ילידי (Singer, Erbach, 2019). גם בישראל נמצאו יותר מקרי התאבדות בקבוצות מהגרים (עולים ועולות מחברה העמים) לשעבר ומאתיוסיה) וקבוצות מיעוט אתני (החברה הערבית), בדגש על בנים ומתבגרים (בורשטיין, 2009; גולדברגר ושות', 2020).

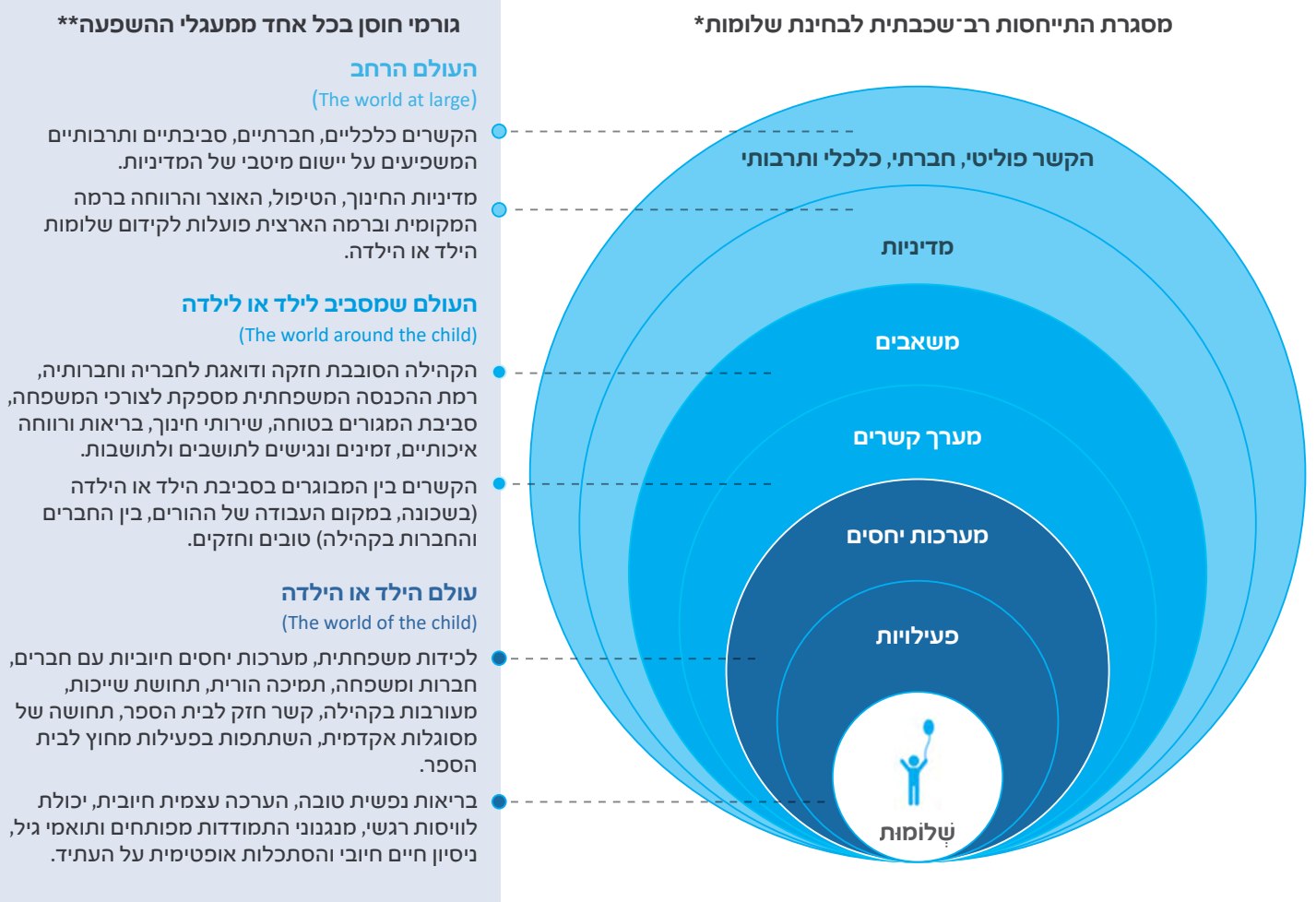


המאוחדות לילדים בוחנת את שלומות הילד או הילדה לפי שלושה סוגי מעגלים (ראו תרשים 4). לפי הקרן, ילדות טובה היא כזו שבה לילדות וילדים יש רווחה פיזית ונפשית, ניסיון חיים חיובי וראייה חיובית באשר לעתיד שלהם (UNICEF, 2020).

מהתרשים עולה כי גורמי חוסן או מקדמי חוסן יכולים לבוא לידי ביטוי בכל אחד מן המעגלים - נוכחותם מגבירה את הסיכוי לשלומות נפשית ומפחיתה את הסיכוי להתנהגות אובדנית ולהתאבדות. בדומה לגורמי הסיכון, גם גורמי החוסן משפיעים זה על זה. התרשים ממחיש כי הם פועלים ביחד בהשפעתם על הפרט - ולכן בבניית תוכנית למניעת התאבדות יש לקחת בחשבון את מכלול הגורמים המקיפים את הילד או הילדה (כפי שפורטו בסעיף זה ובסעיף 1.4).

לענייננו, גורמי החוסן המוצגים בתרשים 4 ממחישים את המשמעות של בית הספר בתור גורם מרכזי בהבניית שלומות התלמידים והתלמידות, שכן הוא חלק מהמעגל הפנימי ביותר של "עולם הילד".

### תרשים 4: גורמים המקדמים חוסן ושלומות נפשית בכל מעגלי החיים של הילד או הילדה



\* מעובד מתוך UNICEF, 2020

\*\* בהתבסס על UNICEF, 2020; Tishler, 2007; Miller, 2020; HCM, 2014; Battacharee, 2019

## 2. תוכניות ומענים בבתי הספר למניעת אובדנות, להתמודדות עימה ולטיפול בה

עיניו של שלומי המשיכו לנוע בין ילדי הכיתה, אוספות עוד ועוד ילדויות מחורבנות, עורמות אותן לערימה צבעונית... אולי אקח את כל הילדים ואכניס אותם למכונת כביסה, חשב שלומי, אשטוף מהם את הלכלוכים ואתלה לייבוש ברוח... אולי אבשל להם ארוחה גדולה, חשב, אזמין אותם הביתה... בראשו התחילו להתרוצץ מתכונים למאכלים שישכחו מהם את הרחמים העצמיים... מבטו המשיך לשוטט בכיתה וכמו תמיד נח לבסוף על אלה. רכונה קדימה... שרווליה מתוחים עד קצות האצבעות, מסתירים את סימני השריטות שעל פרקי ידיה (עד שיום אחד, עמ' 315-316).

תלמידים ותלמידות מבלים שעות רבות בבתי הספר מילדותם ועד להתבגרותם, רוכשים ידע ומטמיעים דפוסי חשיבה והתנהגות חברתיים. בתי הספר אמונים על רווחת התלמידים והתלמידות, ביטחונם הפיזי, בריאותם והכלתם. לבתי הספר תפקיד חשוב במאמץ לשמירת שלומות התלמידות והתלמידים. בפרק זה נפרוס את מכלול המאפיינים והרכיבים של תוכניות למניעת אובדנות בבתי ספר, בדגש על בתי ספר יסודיים או תוכניות המתמקדות בגילי 14 ומטה. תחילה נדון ברציונל העומד מאחורי תפיסת תפקיד בית הספר במניעת אובדנות ובהמשך נתמקד במרכיבים שונים למניעת התאבדות בבית הספר. את הפרק נסגור בהשוואה מסכמת בין סוגי המענים למניעת אובדנות שהוזכרו בו.

### 2.1 תפקיד בית הספר בקידום בריאות הנפש ובמניעת אובדנות

היום מקובלת התפיסה כי הישגים לימודיים אינם יכולים להיות מנותקים מרווחה פיזית ונפשית. יותר ויותר מערכות חינוך בעולם מציבות לעצמן יעדי חינוך בתחומי הרגש, כמו שיפור אקלים בית ספרי וטיפול למידה רגשית-חברתית במערכת החינוך.<sup>18</sup> עם זאת, בהשוואה לתחומי הטיפול והרווחה, השדה החינוכי עוסק פחות בסוגיות של אובדנות ובריאות הנפש. התאבדות והתנהגות אובדנית נתפסות לרוב בתור מקרי קצה, ודאי כשמדובר בגילי בית הספר היסודי. תוכניות למניעת אובדנות מיושמות לרוב בבתי הספר התיכוניים, מקצתן מיושמות גם בחטיבות הביניים ומספר התוכניות למניעת אובדנות המיועדות לבתי הספר היסודיים נמוך מאוד עד אפסי (Devaney, 2018; Singer, Erbacher & Rosen, 2019).

#### 2.1.1 מניעים לפיתוח תוכניות למניעת אובדנות בבית הספר

בחלק זה ננסה להשיב על שתי שאלות - למה לפתח תוכניות למניעת אובדנות דווקא בבית הספר ולמה להחילן דווקא בבתי ספר יסודיים.

תפקיד בית הספר הוא לדאוג לשלומות תלמידיו ותלמידותיו: בית הספר אמון על שלומות התלמידים והתלמידות - הן על השלומות הפיזית הן על השלומות הנפשית. בדוח להתערבות בית ספרית למניעת התאבדות אשר פרסם אתר הממשל בפרובינציית מניטובה בקנדה תחת יוזמת Healthy Child Manitoba (HCM) נכתב במפורש:

18 ראו על כך בהרחבה אצל בנבנישתי ופרידמן, 2020, בדוח [הוועדה לטיפול למידה רגשית-חברתית במערכת החינוך](#).

לכל צוות בית הספר תפקיד ביצירת סביבה מוגנת עבור התלמידים והתלמידות, אשר בה ירגישו מוגנים ומטופלים על ידי המבוגרים והמבוגרות שסביבם (HCM, 2014, עמ' 3 [במקור באנגלית]).<sup>19</sup>

**בית הספר הוא גורם משמעותי המשפיע על תחושת השלמות של תלמידיו ותלמידותיו:** לא בכדי עולה מספרות המחקר כי המענים הבית ספריים למניעת אובדנות הם מהכלים המועילים ביותר (Zalsman et al., 2016). בית ספר הוא אחת המסגרות היחידות היכולות להפעיל תוכניות מניעה בשלושה מעגלים - לכלל התלמידים והתלמידות, לאוכלוסיות בסיכון ולאוכלוסיות פרטניות (ראו על כך בהמשך ואצל Breux, Boccio, & Brodsky, 2017 וכן Madjar, Sarel Mahlev, & Brunshtein-Klomek, 2020b).

**בית הספר הוא מסגרת אוניברסלית:** עובדה זו רלוונטית לעניינינו בשני מישורים. ראשית, מדובר במסגרת כוללת, אשר ביכולתה להחיל תוכניות ומענים לכלל התלמידים והתלמידות שלה. במקרה של התאבדות, מאחר שקשה מאוד לנבא התאבדות והתנהגות אובדנית באוכלוסייה הכוללת, אשר אינה מטופלת במסגרות הפרטיות ובשירותי הקהילה (זלצמן, 2019), פיתוח תוכניות רחבות היקף יכול לסייע לאתר תלמידות ותלמידים אשר אינם מטופלים או אשר אינם מוכרים לשירותי בריאות הנפש והרווחה ולטפל בהם. שנית, תוכנית אוניברסלית במסגרת חינוכית אינה מתייגת, מבחינה או מדירה - היא מיועדת לכלל התלמידים והתלמידות הנמצאים בבית הספר בחוק לימודים חובה, ולרוב אינה דורשת מההורים תשלום נוסף, ומשום כך סיכויי ההשתתפות בה גדלים.

**לבתי ספר יש ניסיון מערכתי וידע מקצועי מתאימים:** תוכניות למניעת התאבדות הן חלק ממערך גדול יותר של מאמצים לשמירה על רווחת התלמידות והתלמידים כמו תוכניות לטיפול באלימות, בריונות וצריכת חומרים ממכרים. נוסף לאלו, לבתי הספר יש ניסיון במניעה וטיפול במצבים של מגפות, תזונה לקויה ואלימות בקהילה (HCM, 2014; Breux et al., 2017). לכך יש להוסיף כי בתוך בתי הספר יש גורמים מטפלים האמונים על רווחת התלמידות והתלמידים, כמו יועצת חינוכית, פסיכולוגית ובחלק מבתי הספר אף עובדת סוציאלית (Singer et al., 2019).<sup>20</sup>

סינגר וסלובק (Singer & Slovak, 2011) ערכו סקר מקיף ל-399 עובדות סוציאליות בבתי ספר (school social workers) בכל שלבי החינוך (יסודי-תיכון). הסקר נועד לבחון את הרקע הקודם שלהן בעבודה עם ילדים ונוער אובדניים, את עמדותיהן כלפי אובדנות ואת תפיסת המסוגלות העצמית שלהן בהתמודדות עם מקרי אובדנות. מהמחקר עלה כי רוב רובן של העובדות הסוציאליות בבתי ספר עבדו בשנתיים שקדמו למחקר עם נוער אובדני (90% מהן), כמחצית ממשותפות המחקר ציינו כי התמודדו בעבר עם ניסיונות התאבדות של תלמידים או תלמידות ו-9% מכלל המשתתפות דיווחו כי התמודדו עם מקרה אחד לפחות של התאבדות. החוקרים מסכמים כי ממצאים אלו ממחישים את חשיבות הנוכחות של עובדות סוציאליות בבתי הספר ויכולתן להתמודד עם מקרים של אובדנות והתאבדות.

זאת ועוד, ממחקרים אשר בדקו בעיקר מתבגרות ומתבגרים עולה כי בעת מצוקה נפשית רובם אינם פונים לגורמים פורמליים או מוסמכים במתן סיוע נפשי, ומעדיפים לפנות לבני גילם או לאתר מידע במקומות אחרים (בורשטיין, 2009; Madjar et al., 2020b). לפיכך

19 על היוזמה לקידום בריאות במניטובה ראו כאן באתר הממשל: <https://www.gov.mb.ca/healthychild/>

20 במקומות שהדוח נוקט בהם בלשון אִשָּׁה הכוונה היא לכלל רצף המגדרים, אלא אם כן צוין אחרת.

חשוב כי בבית הספר, אשר בו מבליים התלמידים והתלמידות את מרב יומם, יוגברו מנגנוני האיתור לסיכון התאבדות ויוגשו המענים הנפשיים לתמיכה ולטיפול.

מורים ומורות הן מקור לתמיכה וסעד: כפי שתואר בפרק הקודם, הקרן הבינ-לאומית של האומות המאוחדות לילדים ממצבת את הקשר של הילד או הילדה עם בית הספר בתוך המעגל השני של גורמי החוסן הנפשיים (UNICE, 2020 וראו גם תרשים 4). מחקרים מראים כי למורה תפקיד חשוב ברווחת הכיתה. מורות שנתפסו בעיני תלמידיהן כתומכות יותר ומחוברות יותר לכיתתן קושרו עם רמות נמוכות יותר של עמדות אובדניות (Madjar, Walsh & Harel-Fish, 2018). במדינות אשר בהן מקובל להעמיד בראש הכיתה מחנך או מחנכת (home teachers), כמו בישראל, הקשר עם המורה יכול להיות מרכיב חשוב אף יותר ברווחתם הנפשית של התלמידים והתלמידות.

**בריאות נפשית קשורה בהישגים לימודיים:** בהמשך לסעיף הקודם, נראה כי בריאות נפשית ומסוגלות רגשית-חברתית מקדמות הצלחה בלימודים (Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor, & Schellinger, 2011), ולהיפך - קשיים בלימודים וכישלונות אקדמיים משפיעים לרעה על מצבם הנפשי של התלמידים והתלמידות, והם אף גורמי סיכון לאובדנות (Thompson, Connelly, Thomas-Jones, & Eggert, 2013). במחקר של שפטל ושות' (Sheftall et al., 2016) נמצא כי בשתי קבוצות הגיל (5-11 ו-12-14) מעל לשליש מהילדים והילדות שהתאבדו סבלו מקשיים הקשורים לבית הספר (32% בקבוצת גיל הילדות ו-34% בקבוצת גיל ההתבגרות). ממצאי הסקר השנתי של המרכז לבקרה ומניעת מחלות בארצות הברית מ-2015 עולה כי התנהגות אובדנית ומחשבות אובדניות נפוצות יותר אצל תלמידות ותלמידים בכיתות ט-יב שקיבלו ציונים נמוכים (מתחת לציון 69) וציונים נכשלים (מתחת לציון 60): 47% מתלמידים אלו מדווחים על מחשבות של ייאוש וחוסר תקווה, לעומת 21% מהתלמידים המצטיינים (שציוניהם נעים בין 90 ל-100) ו-36% מהם מדווחים על ניסיונות התאבדות, לעומת 14% מהתלמידים המצטיינים. לאלו יש להוסיף ממצאים על הקשר שבין התנהגות אובדנית לאיחורים, היעדרויות ואף נשירה.<sup>21</sup>

כל אלו ממחישים את החשיבות והרלוונטיות של מעורבות בית הספר הן בהפחתת מצבי סיכון הן בהעצמת גורמי חוסן (Singer et al., 2019). אשר לשאלת שלב החינוך שבו יש להחיל תוכניות למניעת התאבדות, המטרה המרכזית של התוכניות היא מניעה מוקדמת. כפי שראינו בפרק הקודם, בהשוואה לגיל ההתבגרות, מוות בהתאבדות אינו שכיח בגיל הילדות, ולפיכך רבות מתוכניות המניעה מיועדות לגיל המועד לסיכון להתאבדות - גיל ההתבגרות. עם זאת, התנהגות אובדנית, דיכאון ודיסטמיה יכולים, כאמור, להופיע גם בגילי הילדות, על אף שלעיתים התסמינים שלהם שונים במקצת משל גיל ההתבגרות. כמו בכל טיפול, לאבחון מוקדם של נטיות אובדניות יש משקל רב. על כך כותב אור־בך:

עובדת ריבוי מקרי ההתאבדות בגיל ההתבגרות אינה יכולה להיות מוסברת רק בהיווצרות פתאומית של מצבי חיים בלתי נסבלים, ואף לא בהתערעורת נפשית זמנית המלווה את תקופת ההתבגרות. נכון יותר להניח, כי בוחרים להתאבד אותם בני נוער שגרעין ההתאבדות נטוע בהם מגיל צעיר... מכאן החשיבות הרבה שיש לייחס לתופעת ניסיונות ההתאבדות בגילים הצעירים (אור־בך, 1987, עמ' 37).

21 ראו פירוט של ממצאי הסקר השנתי לנוער של המרכז לבקרה ומניעת מחלות מ-2015 בנתונים המופיעים כאן בחלוקה לפי ציונים וכאן בעיבוד הממצאים.

במחקר רחב היקף שנערך בשלושה מחוזות בארצות הברית ובדק תלמידים ותלמידות בגילי גן עד תיכון, נמצא כי התנהגויות אובדניות בסיכון נמוך, בינוני ואף גבוה נמצאו אצל תלמידי גן ויסודי. אחת ממסקנות המחקר הייתה כי על אף שהתנהגות אובדנית בולטת יותר בגיל ההתבגרות, היא נוכחת גם בגילים צעירים בשיעור לא מבוטל, ולכן תוכניות למניעת אובדנות צריכות להיות מיושמות בכל שלבי החינוך. ממצא חשוב נוסף שנמצא במחקר הוא כי תלמידים ותלמידות בסיכון לאובדנות שאותרו בשלב מוקדם (נמצאו 3,443 תלמידים בסיכון) לא ביצעו התאבדות במהלך שלוש שנות המחקר. (Crepeau-Hobson, 2013).

## 2.2 מענים ותוכניות למניעת אובדנות בבית הספר

תוכניות מיטביות למניעת אובדנות פועלות בשלושה מעגלים: מעגל המניעה הכוללנית המיועד לכל התלמידים והתלמידות בבית הספר, מעגל המניעה הבררנית הממוקד באוכלוסיות במצבי סיכון ומעגל המניעה הפרטנית המיועד לתלמידים ותלמידות אשר יש עדויות להתנהגות אובדנית מצידם (ראו תרשים 5).



בחלקים שלהלן נדון במרכיבים האופייניים של כל אחד ממעגלי המניעה והטיפול ונדגים את יישומם דרך תוכניות בית ספריות. כזכור, מטרת הדוח היא להתמקד בתוכניות ומענים לגילים צעירים (מתחת לגיל 14), בדגש על בתי ספר יסודיים. מכיוון שיש מעט מאוד תוכניות ייעודיות לגילים אלו המדווחות בספרות המחקר, הדוגמאות יובאו מתוך:

- תוכניות המיועדות לבתי הספר היסודיים, אשר על אף שאינן מוגדרות בתור תוכניות למניעת אובדנות, מועילותן נבחנה בהקשר למניעת אובדנות;
- תוכניות המיועדות לתלמידים ותלמידות מתחת לגיל 14 (גיל הילדות עד ראשית גיל ההתבגרות);
- תוכניות המיושמות בכלל שלבי החינוך בבתי הספר (מבית הספר היסודי ועד לתיכון).



בשל המיקוד בגילים הצעירים לא יובאו דוגמאות מתוכניות המיועדות רק לתלמידים ותלמידות בבתי הספר התיכוניים, ובשל המיקוד במענים בית ספריים לא יובאו דוגמאות מתוכניות שעיקר הפעלתן נעשית מחוץ לבית הספר (בקהילה או במשפחה).

### 2.2.1 מרכיבי מניעה כוללנית

מניעה כוללנית או אוניברסלית היא חלק חשוב בתהליכי קידום בריאות הפועלים בשיטת "במעלה הזרם" (upstream approach). שיטה זו פועלת באמצעות התחקות אחר גורמי הבעיה או הסיכון, מניעת הסיכון או צמצומו, ובמקביל חיזוק מקדמי חוסן והגנה. לדוגמה, מתן חיסון לכלל האוכלוסייה ממגר או מקטין את הסיכוי להידבק או לחלות ובכך מגן על כלל האוכלוסייה ועל פרטים באוכלוסייה הנמצאים בסיכון גבוה. רוב התוכניות למניעת אובדנות בבתי ספר הן כוללניות (Singer et al., 2019), במיוחד תוכניות ומענים המכוונים לגילים צעירים.

כמצוין לעיל, תוכניות כוללניות בבתי ספר (whole school approach) מיועדות לכל התלמידים והתלמידות הלומדים בהם. אפשר למנות ארבעה יעדים מרכזיים של תוכנית מניעה כוללנית (HCM, 2014; Singer et al., 2019):

- שיפור אקלים בית ספרי או כיתתי באמצעות טיפוח מיומנויות רגשיות-חברתיות.
- הגברת מודעות בקרב כלל התלמידים, התלמידות וסגל בית הספר לנושאי בריאות הנפש בדגש על איתותים לסיכון אובדנות.
- מתן לגיטימציה לבקשת עזרה ויידוע הצוות, התלמידים והתלמידות באשר למוקדי סיוע ועזרה בבית הספר ובקהילה.
- הסרת התיוג השלילי מעל סוגיות הקשורות בבריאות הנפש.

בהמשך נביא דוגמאות לתוכניות אשר מרכיביהן המרכזיים מכוונים ליעדי המניעה הכוללנית שמנינו לעיל.

**שיפור אקלים בית ספרי או כיתתי:** סוגיית האקלים הבית ספרי וטיפוח מיומנויות רגשיות-חברתיות נדונה בהרחבה בשדה המחקר החינוכי (ראו התייחסות בסעיף 2.1). בשל מיקוד הדוח בסוגיית האובדנות, לא ניכנס לסוגיות רוחב אלו, אלא נתמקד בתוכניות המיועדות למניעת אובדנות או שמועילותן נבחנה בהקשר זה.

אחת התוכניות הכוללניות המפורסמות שנועדו לשיפור אקלים כיתתי היא **PAX Good Behavior Game - (PAX GBG)**.<sup>22</sup> מדובר בתוכנית ותיקה, המיועדת לניהול התנהגות התלמידות והתלמידים בכיתות הנמוכות של בית הספר היסודי. התוכנית מציעה למורה אוסף של אסטרטגיות, דרכי פעולה ומשחקים לניהול הכיתה, ומתמקדת בהקניית מיומנויות לויסות עצמי. המורים והמורות עוברים השתלמות קצרה ומטמיעים את מערך האסטרטגיות והכלים שלמדו בשיעורים - פיתוח מיומנויות המוטמעות בתחומי דעת שונים.

על אף שהתוכנית אינה מיועדת למניעת התאבדות, היא אחת התוכניות היחידות אשר מועילותן בהפחתת מחשבות אובדניות ובמניעת ניסיונות התאבדות בגיל מבוגר יותר הוכחה מבחינת מחקרית במערך רחב ומחמיר של מחקרים (Katz et al., 2013; Singer)

(et al., 2019). נוסף לאלו, מועילות התוכנית בפיתוח מיומנות רגשית-חברתית נבחנה וממשיכה להיבחן במחקרי האורך המבוצעים על ידי אוניברסיטת ג'ון הופקינס. התוכנית הראתה גם שיפור באקלים בית ספרי בבתי ספר "אדומים" אשר בהם שיעור גבוה של תלמידים ממוצא ילידי בקנדה (Wu et al., 2019) (first nations).

דוגמה נוספת לתוכנית כוללנית לטיפול מיומנויות רגשיות-חברתיות היא תוכנית **Beyond the wall**.<sup>23</sup> מדובר בתוכנית ייעודית למניעת אובדנות בחטיבות הביניים (לגילי 12-14) אשר מופעלת בצפון איטליה. התוכנית פותחה על רקע שיעורי ההתאבדות במחוז ונטו (Veneto), הגבוהים משאר המחוזות באיטליה, ועל רקע קשיים במניעת התנהגות אובדנית בגילי ההתבגרות הצעירים. בשונה מ-PAX GBG, תוכנית זו ממוקדת בהכשרת התלמידים והתלמידות על ידי פסיכולוגיות. התוכנית כוללת ארבעה מפגשים של שעתיים ומתמקדת בלמידה חווייתית. התוכנית היא חלק מגישת החינוך על אודות המוות (death education). גישה זו רואה בשיח מתווך וגלוי על המוות דרך מועילה להבעת רגשות ופחדים כמו גם לפיתוח מיומנויות במרחב התוך-אישי בדגש על מודעות לרגשות (בנבנישתי ופרידמן, 2020). ההכשרה כוללת צפייה מודרכת בסרטים, השתתפות בסדנאות פוטותרפיה<sup>24</sup> ופסיכודרמה.

במחקר שנערך בשנה האחרונה וכלל מערך בדיקות לפני-אחרי וקבוצת השוואה<sup>25</sup> השתתפו 150 תלמידים ותלמידות (81 השתתפו בתוכנית ו-69 בקבוצת השוואה). קבוצת המחקר ערכה סדרה של תבחינים למשתתפים והמשתתפות - לפני ההשתתפות בתוכנית ולאחריה. ממצאי המחקר עולה כי המדד הבולט אשר בו נמצא שיפור מובהק בקבוצה שהשתתפה בתוכנית הוא מדד זיהוי הרגשות העצמיים והיכולת לדבר עליהם. מדד זה נמצא קשור למדד תחושת הייאוש, שכן עלייה ביכולת לזהות רגשות עצמיים קשורה בירידה בתחושת הייאוש. עם זאת, בטווח הזמן שבו נבחנו המשתתפות והמשתתפים לא נמצאו עדויות לשיפור במדדי העמידות הנפשית והשלמות הנפשית.<sup>26</sup>

**הגברת מודעות לסוגיות בריאות הנפש אצל הסגל:** תוכניות מסוג זה כוללות השתלמויות לצוות בית הספר. השתלמויות אלו כוללות פעמים רבות הכשרת שומרי סף (gatekeepers): הכשרה לזיהוי אותות וסיכונים להתנהגות אובדנית או להתאבדות אצל התלמידים והתלמידות בבית הספר.

תוכנית **Applied Suicide Intervention Skills Training - ASIST**.<sup>27</sup> היא תוכנית כוללנית ותיקה, אשר פותחה בקנדה וכיום מיושמת ברחבי העולם. התוכנית כוללת הכשרה בת יומיים (14 שעות), לצוותי בית ספר (הוראה, הנהלה, ייעוץ ומנהלה) שנועדה לפיתוח מודעות ולהכשרת שומרי סף למניעת התאבדות. ההכשרה מועברת לסגלי מוסדות חינוך מגיל הגן ועד התיכון (K-12).

23 לפירוט התוכנית ראו אצל Testoni et al., 2020.

24 Phototherapy - שימוש בצילום לפיתוח התבוננות עצמית והעצמה.

25 המונח "קבוצת השוואה" נועד לתאר את התלמידות והתלמידים שלא השתתפו בתוכנית. מכיוון שלא מדובר בחלוקה רנדומלית לא נשתמש כאן במונח "קבוצת ביקורת".

26 מודעות לרגשות עצמיים נבחנה דרך שימוש ב-Alexithymia Questionnaire for Children (כאמור נמצא שיפור מובהק במדד זה שהתבטא בירידה באלקסטמיה (קושי בביטוי זיהוי של רגשות). מידת הייאוש נבחנה דרך שימוש ב-Hopelessness Scale for Children (לא נמצא שיפור, אך נמצא קשר למדד זיהוי הרגשות). נוסף לאלה נמדדה עמידות נפשית ושלמות נפשית בכלים Stirling Children's Well-being-1 Resilience Scale for Adolescents (בהתאמה). ראו פירוט אצל Testoni et al. 2020.

27 לפירוט ראו באן באתר הרשמי של התוכנית.

על אף שמועילות התוכנית במניעת אובדנות לא נבחנה באופן ישיר (Singer et al., 2019), היא נבחנה באשר לרמת הידע והמסוגלות של סגל בית הספר. במחקר אשר נערך לפני כמה שנים בארצות הברית נבחנה רמת המסוגלות למניעת אובדנות של צוותי בית הספר אשר עברו את ההכשרה. המחקר כלל 104 משתתפים ומשתתפות (חברי סגל ממגוון בתי ספר) אשר הושוו לקבוצת ביקורת של 45 איש ואשה, שחבריה לא עברו את ההכשרה (אך הוצע להם לעבור אותה בשנה שלאחר מכן). נבחנו ארבעה מדדים: (1) מיומנות במניעת התאבדות; (2) עמדות כלפי התאבדות; (3) ידע על אובדנות; (4) מסוגלות אישית למתן מענה ראשוני לתלמידים ותלמידות בסיכון אובדני. ממצאי המחקר הראו שיפור בכל ארבעת הממדים וערכים גבוהים ביחס לקבוצת הביקורת (Shannonhouse, Lin, Shaw, & Porter, 2017). במחקר אחר אשר השווה בין תוכניות בעלות מרכיב של "שומרי סף", נמצא כי בהשוואה לתוכניות שהכשרתן קצרה וממוקדת, כמו למשל תוכנית Question, Persuade, Refer (QPR) שהכשרתה אורכת 90 דקות בלבד, תוכניות כמו ASIST, אשר משך ההכשרה שלהן נחשב ארוך באופן יחסי, הובילו לעלייה מובהקת בהפניית מתבגרים ונוער בסיכון למוקדי טיפול (Condrion et al., 2015).<sup>28</sup>

**הגברת מודעות לסוגיות בריאות הנפש אצל התלמידות והתלמידים:** בשונה מהתוכנית שתוארה בסעיף הקודם, בתוכניות מסוג זה השתלמות ישירה לתלמידים ולתלמידות.

אחת מהתוכניות המוכרות והנחקרות היא תוכנית **Signs of Suicide (SOS)** הפועלת בחטיבות הביניים ובתיכונים.<sup>29</sup> גם בתוכנית זו יש מרכיב של הכשרת שומרי סף, אך בהשוואה ל-ASIST המתמקדת בעיקר בהכשרת הצוות, תוכנית SOS מתמקדת בהכשרת קבוצת השווים - התלמידות והתלמידים. על אף שהתוכנית אינה מיושמת בבתי ספר יסודיים, משתתפים בה תלמידות ותלמידים צעירים מגיל 14, בחטיבות הביניים. בניגוד ל-PAX GBG ול-ASIST שאינן חלק מתוכנית הלימודים, תוכנית SOS כוללת שני שיעורים המועברים בכיתה בשני ימים עוקבים. התוכנית מעודדת תלמידים ותלמידות לזהות בעצמם ואצל חבריהם וחברותיהם סימנים ואותות למצוקה נפשית, ובכך מעלה את המודעות לנושאי בריאות הנפש ומייצרת לגיטימציה לחיפוש סיוע נפשי.

במחקרי מטה-אנליזות שנערכו על תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות, נמצא כי תוכנית SOS ותוכנית PAX GBG היו היחידות שהראו ירידה בניסיונות ההתאבדות של תלמידים ותלמידות בהשוואה לקבוצות הביקורת (Singer et al., 2019; Katz et al., 2012). נוסף על כך נמצא במחקרים מבוקרים כי תלמידות ותלמידים אשר השתתפו בתוכנית SOS הראו שיפור מובהק בידע שלהם על דיכאון וסממניו, בעמדותיהם כלפי דיכאון והתאבדות ובמידה שבה יבקשו בעתיד סיוע לטיפול במצוקה נפשית (בהשוואה לקבוצת ביקורת בתום שלושה חודשים מסיום התוכנית - Aseltine, James, Schilling, & Glanovsky, 2007). ובהשוואה לקבוצת ביקורת ולעצמם (Schilling, Aseltine, & James, 2016).

**הובלת מדיניות מניעה מקיפה בבתי ספר:** מיזמים מסוג זה שנדגים כאן אינם למעשה תוכניות, כי אם מערך הנחיות מפורט ומבוסס מחקר המיועד להנהגת בית הספר.

28 הפנייה למוקדי בריאות הנפש חשובה ואף יכולה להיות מצילת חיים. עם זאת, יש לקחת בחשבון כי הפנייה מרובה אינה מוכיחה את מועילות התוכנית במניעת אובדנות והפחתת מקרי התאבדות. נוסף לכך, הפניות מרובות עלולות ליצור עומס על שירותי בריאות הנפש.

29 לפירוט ראו כאן באתר הרשמי של התוכנית.

גישת המניעה המקיפה באה לידי ביטוי במדיניות קידום בריאות הנפש בבתי הספר של פדרציית מניטובה בקנדה. מיזם [Healthy Child Manitoba](#).<sup>30</sup> הוא תוצר של מדיניות זו, ונועד לקדם בריאות נפשית אצל ילדים, נוער ובני משפחותיהם במניטובה. במסגרת התוכנית פורסם מדריך מפורט לבתי הספר ליישום תוכנית למניעת אובדנות. המדריך מיועד לצוותי הובלה בבתי ספר (מנהלים, מנהלות וועד מנהל) ופורסם קווים מנחים ליישום תוכנית מניעה בית-ספרית.

המדריך ממליץ על פעולה בשלושת מעגלי המניעה, אך מדגיש את העבודה הכוללת "במעלה הזרם". נוסף על כך הוא מפרט פעולות נוספות שיש לייצר כהכנה ליישום התוכנית (יצירת פרוטוקולים מוסכמים לטיפול בתלמידים ותלמידות בסיכון ומיפוי כלל המענים הנפשיים בבתי הספר ובקהילה) ופעולות שיש לבצע לאחר מקרה של משבר (התאבדות של תלמיד, תלמידה או חבר משפחה).

המרכיבים הכוללניים במדריך הם:

1. טיפוח אקלים בית ספרי חיובי: המדריך מסביר על חשיבות האווירה הטובה בבית הספר לשמירה על שלומות התלמידים והתלמידות ומפנה לתבחין ראשוני לאבחון אקלים בית ספרי המכוון למניעת מקרי התאבדות המיועד למנהל או למנהלת בית הספר.
2. הפעלת מערכי הסברה והכשרות לצוות בית הספר, לתלמידות ולתלמידים אשר נועדו להגביר מודעות לנושאי בריאות הנפש ודרכים לקבלת סיוע נפשי. המדריך מפנה לנספח קווים מנחים באשר לתכנים רצויים להוראה וללימוד במדיה, לצד תכנים שאינם רצויים.
3. הכשרות שומרי סף המועברות לרוב לסגל ההוראה ולצוות בית הספר ובשלבי חינוך מתקדמים (בתיכון) מועברות גם לתלמידים ותלמידות המוכשרים להיות שומרי סף.

## 2.2.2 מרכיבי מניעה בררנית

על אף שרוב תוכניות מניעת ההתאבדות בבתי ספר מכילות בעיקר מרכיבים כוללניים (Singer et al., 2019), רבות מהן מכילות גם מרכיבים המכוונים לקהל יעד מסוים - תלמידות ותלמידים במצבי סיכון לאובדנות. מרכיבים אלו הם חלק משיטת מניעה בררנית המיועדת לצמצם עד כמה שניתן גורמי סיכון ולחזק גורמי חוסן אצל תלמידות ותלמידים הנמצאים בסיכון גדול יותר לאובדנות.

נדגיש כי תלמידים ותלמידות הנמצאים במצבי סיכון אינם מפגינים בהכרח התנהגות אובדנית (בניגוד לתלמידים במעגל המניעה הפרטני, כפי שיוצג בהמשך), אך יש חשש גדול יותר לשלומותם הנפשית בשל: גורמים מסכנים ברקע האישי כמו עדויות לדיכאון או פסיכופתולוגיה אחרת (אשר אינה מתבטאת בהתנהגות אובדנית), גורמים מסכנים ברקע הדמוגרפי כמו השתייכות לקבוצות מוחלשות באוכלוסייה, גורמים מסכנים בהיבט המשפחתי כמו עדויות למתחים גדולים וריבים משפחתיים, גורמים מסכנים חברתיים כמו בדידות או קשר חלש עם בית הספר או אירועים מעוררי סיכון שחוו כמו אובדן או כישלון (ראו בפירוט בסעיף 1.4).

מרכיבי מניעה בררנית כוללים לרוב (Singer et al., 2019):

- איתור וסינון של תלמידות ותלמידים במצבי סיכון.
- השתלמויות ייעודיות לסגל בית הספר המטפל (פסיכולוגיות, יועצות ועובדות סוציאליות).
- השתלמויות ייעודיות לתלמידות ותלמידים בסיכון לחיזוק מנגנוני התמודדות.

**כלים לאיתור וסינון של תלמידים ותלמידות בסיכון:** יישום כלים מעודכנים ותקפים לאיתור תלמידות ותלמידים בסיכון צריך להיעשות כבר בשלב ההתחלתי של יישום תוכנית בית ספרית למניעת אובדנות (HCM, 2014). עם זאת חשוב מאוד להפנות תלמידות ותלמידים אשר יש חשש כי הם בסיכון גבוה יותר לאובדנות לאבחון מקצועי ומדוקדק יותר. כלים אלו צריכים לשמש את המטפל בבית הספר לא רק לאבחון ראשוני, כי אם גם לניטור ומעקב. לרוב אבחון וניטור מקצועיים אלו מבוצעים במוקדי הקהילה לבריאות הנפש, אך יש כלים המותאמים ליישום בתוך מסגרות החינוך (Erbacher & Singer, 2018).

במאמרים שנסקרו לטובת דוח זה לא נמצאו כלי מעקב ייעודיים לתלמידים ותלמידות במצבי סיכון המכוונים לאיתור בגיל הצעיר, אך בהמשך כשנדון במניעה פרטנית נביא דוגמה לכלים מסוג זה.

**השתלמויות ייעודיות לסגל הטיפול בבית הספר:** על אף שתוכנית SOS אשר תוארה בסעיף הקודם היא תוכנית כוללת בעיקרה, יש בה מרכיב בררני המכיל הכשרה ייעודית לצוותי הטיפול בבית הספר. ההכשרה בת השעה נועדה לעורר מודעות אצל צוות בית הספר לאיתור של תלמידות ותלמידים הנמצאים בסיכון לאובדנות, ובהמשך לטפל בהם ולהפנותם, בהתאם לצורך, לגורמי טיפול נפשי בקהילה.

**השתלמויות ייעודיות לתלמידים ותלמידות בסיכון:** במדריך תוכנית HCM מומלץ כי לצד תהליכי איתור וסינון יש להרכיב בעבור אותם תלמידות ותלמידים שאותרו במצבי סיכון לאובדנות תוכניות לטיפול מנגנוני התמודדות עם מצוקה ולחיזוק גורמי חוסן שיועברו בקבוצות קטנות.

במאמרים שנסקרו לטובת דוח זה לא נמצאו תוכניות השתלמות ייעודיות לתלמידות ותלמידים בסיכון לאובדנות בגיל הצעיר. בבתי ספר תיכוניים תוכניות מניעה בררנית הכוללות השתלמויות לתלמידות ותלמידים בסיכון מיועדות פעמים רבות לתלמידים בסכנת נשירה (גלויה או סמויה) מבית הספר (Singer et al., 2016). ייתכן שזו הסיבה לכך שבבתי ספר יסודיים, אשר בהם נשירת תלמידות ותלמידים אינה נפוצה, תוכניות מסוג זה נדירות.

### 2.2.3 מרכיבי מניעה פרטנית

מניעה פרטנית מתאפיינת בעבודה ישירה עם תלמידות ותלמידים אשר יש עדויות להתנהגות אובדנית מצידם. מרכיבי מניעה פרטנית מופיעים לעיתים במערכי תוכניות כוללתיות, אך כמעט שאינם קיימים בבתי ספר יסודיים. הסיבה לכך היא כי מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית פחות מאותרות ופחות נפוצות בגילים הצעירים וכי מאפייניהן לעיתים שונים מהתנהגות אובדנית בגיל ההתבגרות.

מרכיבי מניעה פרטנית כוללים לרוב (Singer et al., 2019; HCM, 2014; Erbacher & Singer, 2018; Singer):



- מעקב וניטור אחר תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות.
- טיפול פרטני בתלמידות ותלמידים המועבר על ידי הצוות הטיפולי בבית הספר.
- יצירת רצף טיפולי בין הבית, בית הספר ומוקדי בריאות הנפש בקהילה.

כדי להעריך סכנת התאבדות, יש לערוך איתור מדויק של מידת הסכנה ומיידיותה ולבצע מעקב חוזר כדי לבחון שינויים בהתנהגות ובדפוסי החשיבה. כפי שצוין בסעיף הקודם, מעקב רגיש מסוג זה לרוב אינו מבוצע בבתי הספר, אלא במענים מקצועיים לבריאות הנפש. הדבר יוצר קושי בשתי רמות, ראשית, שליחת תלמידות ותלמידים להערכה חיצונית בלבד מייצרת "צוואר בקבוק" ומעכבת את הטיפול אשר לפעמים נדרש במהירות, ושנית, הדבר משפיע על תפיסת האחראיות של הסגל הטיפולי בבית הספר כלפי תלמידות ותלמידים בסיכון לאובדנות. נוסף על כך, בתי ספר צריכים להתמודד עם מניעת התנהגות אובדנית בכל גיל ולהעניק טיפול מותאם לתלמידים ותלמידות בשוכם לבית הספר לאחר ניסיון אובדני או לאחר אשפוז בתר־אובדני. לשם כך נדרשים כלים המותאמים למסגרות חינוך (Erbacher & Singer, 2018).

תוכניות למניעת אובדנות אשר מפעילים בתי ספר כוללות לרוב רק רכיב של איתור ראשוני של מחשבות אובדניות או התנהגות אובדנית והפנייה לגורמים המטפלים בקהילה להמשך טיפול ומעקב. אירבחר וסינגר (Erbacher & Singer, 2018) העלו את הטענה כי הדבר יוצר פער ופוגם ביכולת בית הספר לנהל בצורה טובה את סיכוני ההתאבדות של התלמידים והתלמידות שבו. התנהגות אובדנית, בעיקר בגיל ההתבגרות ובגיל הילדות, מלווה בתנודות ואינה עקיבה בהכרח. מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית יכולות לחלוף לתקופות או להשתנות באופיין, ולכן דרוש כלי מעקב רגיש.

אירבחר וסינגר פיתחו את ה-Suicide Risk Monitoring Tool (SMT)<sup>31</sup>, כלי למעקב וניטור אחר תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות. הכלי עוצב במיוחד למסגרות חינוך והותאם לכלל שלבי החינוך, ובכך יתרונו על כלי הערכה וסינון קיימים כמו ה-C-SSRS. הכלי מבוסס על דיווח עצמי בתיווך הסגל הטיפולי ועוקב אחר חמישה מדדים של אובדנות: מחשבות אובדניות, כוונות אובדניות, תוכנית התאבדות, אותות סכנה להתאבדות וגורמי חוסן. כל מדד נבחן בשלושה מישורים: משך, תדירות ועוצמה.

במצבים של סכנת התאבדות חמורה או לאחר ניסיונות התאבדות הכלי נועד למילוי מדי שבוע. לאחר התייצבות המצב הנפשי תדירות המילוי יכולה לרדת לפעם בשבועיים, פעם בחודש ופעם בכל שנת לימודים.

אירבחר וסינגר המליצו כי המעקב יהיה משותף עם גורמים מקצועיים בבריאות הנפש בקהילה.

הכלי נמצא כעת בשלבי פיתוח וטרם עבר תיקוף. עם זאת, הוא נוסה על קבוצות קטנות של תלמידים ותלמידות ושני מקרי מחקר מוצגים בתור דוגמה למילוי במאמר.

**טיפול פרטני בתלמידות ובתלמידים:** בדומה למרכיבי מניעה במעגל הבררני, במעגל הפרטני נעשית עבודה טיפולית עם תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות באופן פרטני. מדובר בהתערבויות טיפול שאינן מחליפות טיפול נפשי על ידי גורמי בריאות הנפש בקהילה, אלא נלוות אליו.

במאמרים שנסקרו לטובת דוח זה לא נמצאו תוכניות או מענים הכוללים טיפול פרטני למניעת התאבדות בבתי הספר היסודיים או בחטיבות הביניים. עם זאת, תוכניות רוחב למניעת מצבי משבר בבית הספר הכוללות מרכיבי מניעה בכלל סוגי המעגלים מכילות פעמים רבות גם מענים לתלמידים ותלמידות בסכנת התאבדות הכוללים התערבויות טיפול פרטניות (Singer et al., 2019). במדריך של תוכנית HCM מפורטים מענים אפשריים לתלמידים ותלמידות בסכנת התאבדות, כמו עבודה על כישורי חיים בקבוצות קטנות עם הסגל הטיפולי בבית הספר, פיתוח מיומנויות התמודדות עם מצוקות רגשיות וטיפולים פרטניים. נוסף על אלו ממליץ המדריך גם על הקמת צוות תמיכה ייעודי לאותם תלמידים ותלמידות במעגל הפרטני המורכב מתלמידות ותלמידים וגורמים נוספים בבית הספר (סגל טיפולי וצוותי הוראה). נציין בהקשר זה כי תמיכת קבוצת השווים (peer group support) נפוצה בעיקר בגילים מבוגרים יותר ופחות מצויה בבתי הספר היסודיים.

**עירוב משפחה וקהילה:** בהשוואה למעגלי המניעה הכוללנית והבררנית, אשר במקרה הצורך מפנים תלמידות ותלמידים לטיפול ומעקב במוקדי בריאות הנפש בקהילה, מעגל המניעה הפרטני שואף ליצירת רצף טיפול הוליסטי בין בתי הספר, המשפחה והקהילה. זאת מתוך תפיסה כי טיפול במקרים מורכבים וקשים של אובדנות דורש מערך תמיכה רב-מימדי הכולל את ההורים והמשפחה (במידת האפשר ובהתאם למצב העורף המשפחתי), את גורמי בריאות הנפש בקהילה ואת בית הספר.

על אף שלא נמצאו תוכניות מניעה בעלות מרכיבים מסוג זה המיועדות לגיל הצעיר, במדריך של תוכנית HCM מפורטים המניעים לעירוב הורים וגורמי תמיכה בקהילה ומוצעות דרכים לעירוב ההורים והמשפחה כבר בשלבים הראשונים של יישום תוכניות מניעה בבית הספר (למשל ערבי הסברה להורים, שליחת אגרות מידע בנושא, יידוע על שירותי בריאות הנפש בקהילה והנחיות כיצד לשוחח עם הילדים והילדות במקרה של התאבדות במעגל הקרוב).

### **2.3 השוואה מסכמת בין מענים בית ספריים למניעת אובדנות**

בלוח 3 שבהמשך מובאים כלל המענים שהוצגו בסעיפים הקודמים. כפי שכבר צוין, אין תוכניות ייעודיות למניעת אובדנות המיועדות רק לבתי הספר היסודיים. עם זאת, יש תוכניות לקידום בריאות נפשית ולטיפול מיומנויות רגשיות-חברתיות המיועדות לבתי ספר יסודיים אשר מטרתן לצמצם גורמי סיכון ולחזק גורמי חוסן בתחום בריאות הנפש. לצד תוכניות אלו יש תוכניות המיועדות לכלל שלבי החינוך בבית הספר ותוכניות המיועדות לגיל ההתבגרות המוקדם (גילי 12-14).

תוכניות מניעה בבתי הספר פועלות לרוב בשלושת מעגלי המניעה - הכוללנית, הבררנית והפרטנית. עם זאת רוב התוכניות, ובפרט אלה המיועדות לגיל הצעיר, מתמקדות במעגל המניעה הכוללנית, הפועל בשיטת "במעלה הזרם".

מרכיבים משותפים לכלל מעגלי המניעה, אשר באים לידי ביטוי בצורה מעט שונה בכל אחד מהם:

- סינון ואיתור
- הכשרות והשתלמויות לצוות
- השתלמויות לתלמידים ולתלמידות.

במעגל המניעה הכוללנית נפוצים גם מרכיבים של קידום בריאות הנפש, הסברה והסרת התיוג השלילי של התמודדויות נפש. במעגלי המניעה הממוקדים יותר, מניעה בררנית ומניעה פרטנית, נפוצים יותר מעקב וניטור, טיפול נפשי, תמיכה מקבוצת השווים ויצירת רצף טיפולי עם המשפחה והקהילה.

לוח 3 ממחיש כמה מעט תוכניות למניעת אובדנות ישנן בעבור הגיל הצעיר ועד כמה תוכניות מסוג זה אשר מועילותן נבחנה באופן מחמיר נדירות אף יותר (Katz et al., 2013; Singer et al., 2019; Zalsman et al., 2016). למעשה, מועילות במניעת אובדנות (הפחתת מחשבות אובדניות וניסיונות אובדנות) נמצאה רק בשתי תוכניות - PAX GBG ו-SOS - הראשונה נועדה לשיפור אקלים כיתתי והשנייה מכוונת למניעת אובדנות אך מופעלת בעיקר בחטיבות הביניים והתיכונים. בשני המקרים מדובר בתוכניות רחבות היקף, אשר נחקרו ותוקפו לאורך השנים במחקרים בעלי מערך מחמיר הכולל קבוצות גדולות, חלוקה רנדומלית לקבוצת ניסוי וביקורת ומדידה לפני-אחרי. עם זאת, חשוב לציין כי עיקר המידע על מחשבות אובדניות וניסיונות התאבדות מגיע מדיווח עצמי, אשר יכול להיות מוטא (Singer et al., 2019).

תוכנית נוספת אשר מועילותה נבחנה ברמת התלמידות והתלמידים היא התוכנית Beyond the wall. מדובר בתוכנית חדשה באופן יחסי אשר מיושמת רק בחטיבות הביניים בערים מסוימות בצפון איטליה. ייחודה הוא כי היא עוסקת באופן ישיר במוות, מתוך תפיסה כי שיחות ישירות על המוות בשילוב סדנאות חווייתיות מאפשרת טיפוח של מנגנוני התמודדות. מחקר על התוכנית שנערך בשנה האחרונה גילה כי בדומה ל-PAX GBG, התוכנית משפרת מיומנויות רגשיות-חברתיות, אך בשונה ממנה מועילותה בחיזוק מנגנוני התמודדות ובמניעת אובדנות עוד לא הוכחה.

בדומה ל-PAX GBG ו-SOS, תוכנית ASIST המכשירה את סגל ההוראה בבית הספר ופועלת להסברה והכשרת שומרי סף היא תוכנית ותיקה. יעילותה בהכשרת הצוות החינוכי בבית הספר נבנתה ואושרה, אך עם זאת מועילותה במניעת אובדנות אצל התלמידות והתלמידים עוד לא הוכחה.

לצד תוכניות אלו הוצגו בסעיף הקודם עוד שני מענים - הראשון הוא תוצר של מיזם רחב בהובלת ממשל פדרציית מניטובה בקנדה - HCM, והשני הוא כלי לניטור ומעקב אחר תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות - STM. אפשר לראות במדריך של HCM דוגמה ליישום מדיניות מקיפה ומבוססת מחקר של מניעת אובדנות. המדריך מיועד להנהגת בית הספר (ניהול והורים). המענים המפורטים בו והקווים המנחים שלו מבוססי מחקר וראיות. לעומתו, כלי הניטור והמעקב STM הוא דוגמה להתאמת רכיב טיפולי למסגרות חינוך. מאחר שמדובר בפיתוח חדש יחסית, יידרש עוד זמן כדי לבחון את מידת התאמתו לבתי ספר בכלל ולבתי ספר יסודיים בפרט.

בפרק הבא נרכז תובנות באשר לממצאים אשר עלו בספרות המחקר על תפקידו של בית הספר במניעת אובדנות בגיל הצעיר, לצד הבאת מגבלות הדוח, הקשיים המתודולוגיים בהערכת תוכניות למניעת אובדנות (בעיקר בגילים צעירים) וסוגיות אתיות ביישום תוכניות מניעה בבתי הספר.

לוח 3: מענים למניעת אובדנות בבית הספר

שם המענה	סוג	רקע לפיתוח המענה	מטרות מרכזיות	אסטרטגיה	קהל יעד ליישום המענה	שלב חינוך	האם נבחנה מועילות המענה במניעת אובדנות?	מקורות	סרטונים לדוגמה
<a href="#">PAX Good Behavior Game (PAX GBG)</a>	מערך אסטרטגיות למורה הכולל דרכי פעולה ומשחקים.	הכלי פותח לראשונה בשנות ה-60 של המאה ה-20, על ידי מורה בבית ספר יסודי אשר ביקשה למצוא מענה לקשיי התנהגות בכיתה.	שיפור אקלים בית ספרי בדגש על פיתוח מיומנויות ויסות עצמי ואתגרים.	הפחתת גורמי סיכון	מורים ומורות	הכיתות הנמוכות בבית הספר היסודי	כן. בסדרת מחקרים שנערכו על התוכנית עלה כי תלמידות ותלמידים שהשתתפו בה נמצאו בסיכון נמוך יותר למחשבות אובדניות ולניסיונות התאבדות בגילים מבוגרים יותר.	Singer et al., 2019; Katz et al., 2013	<a href="#">PAX Good Behavior Game   2017</a> <a href="#">PAX in First Nation Schools   2014</a>
<a href="#">Beyond the wall</a>	השתלמות לתלמידות ותלמידים בנושא המוות (death education) הכוללת ארבעה מפגשים בני שעות.	התוכנית פותחה על רקע שיעור התאבדות גבוה במחוז ונטו בצפון איטליה ומקרים רבים של התנהגות אובדנית בגיל ההתבגרות הצעיר.	שיפור מיומנויות רגשיות-חברתיות בדגש על פיתוח מיומנויות במרחב התוך-אישי.	הפחתת גורמי סיכון והעצמת גורמי חוסן	תלמידות ותלמידים	חטיבת הביניים	לא באופן ישיר. נמצא כי השתתפות בתוכנית שיפרה את מדד הזיהוי של רגשות וביטויים. לא נמצא שיפור במדדי העמידות הנפשית והשלומות הנפשית.	Testoni et al., 2020	
<a href="#">Applied Suicide Intervention Skills Training-ASIST</a>	הכשרת סגל בית הספר - סדנה בת 14 שעות (יומיים מרוכזים).	התוכנית פותחה בקלגרי, קנדה בשנות ה-80 של המאה ה-20. הרעיון שעמד מאחורי התוכנית היה להכשיר כל אדם לפיתוח מודעות לאיתותי התאבדות סביבו (בדגש על מקומות עבודה).	הקניית כלים לצוותי בית הספר למניעת אובדנות ולזיהוי גורמי סיכון.	הסברה ואיתור	מורים ומורות וכלל צוות בית הספר	כלל בית הספר (גן עד תיכון)	לא. מועילות התוכנית נבחנה ברמת סגל בית הספר. נמצא שיפור מובהק בידע שרכשו המשתתפים והמשתתפות, בעמדות שלהם כלפי אובדנות ובמסוגלות העצמית שלהם להתמודד עם מניעת אובדנות.	Shannonhouse et al., 2017	<a href="#">ASIST Training   2014</a>
<a href="#">Signs of Suicide - SOS</a>	הכשרה בת 90 דקות לכלל צוות בית הספר, הכשרה בת 60 דקות לסגל בית הספר המטפל (פסיכולוגיות ויועצות) ושיעורים ייעודיים לתלמידים ולתלמידות.	התוכנית פותחה על ידי צוות ההיגוי של מיזם היום הלאומי לאיתור דיכאון בארצות הברית ונועדה להגביר מודעות לסוגיית האובדנות ולחשיבות של איתור סימנים ואותות מטרימים להתאבדות.	מתן כלים לתלמידות ולתלמידים לזיהוי עצמי של סימנים ואותות למצוקה נפשית; מתן כלים לזיהוי סימנים ואותות למצוקה נפשית אצל חברים בקבוצת השווים; מתן לגיטימציה לקבלת סיוע ועזרה.	איתור עצמי ואיתור בקבוצת השווים	סגל בית הספר וכלל התלמידים והתלמידות	חטיבת הביניים ותיכון	כן. בסדרת מחקרים שנערכו על התוכנית עלה כי תלמידות ותלמידים שהשתתפו בה נמצאו בסיכון נמוך יותר למחשבות אובדניות ולניסיונות התאבדות בגילים מבוגרים יותר.	Singer et al., 2019; Katz et al., 2013	<a href="#">Time to Act: SOS Signs of Suicide Middle School Program   2013</a>
<a href="#">Best Practices in School-based Suicide Prevention: A Comprehensive Approach (Healthy Child Manitoba)</a>	מדריך המתווה קווי מדיניות מקיפים למניעת אובדנות בבתי ספר.	בפרובינציית מניטובה בקנדה נמצא שיעור גבוה של אוכלוסייה ילידית הנמצאת בסיכון להתנהגויות סיכון בכלל ולהתנהגות אובדנית בפרט.	יצירת תוכנית בית ספרית מבוססת מחקר למניעת אובדנות, בהובלת צוות הניהול וההנהגה ההורית.	העצמת ההנהגה הבית ספרית	מנהלים ומנהלות	כלל בית ספרי (יסודי עד תיכון)	לא. המדריך הוא תוצר של פרקטיקות מבוססות מחקר ומענים שמועילותן הוכחה במחקרים כמו PAX ו-ASIST (ראו בהמשך).	HCM, 2014	
<a href="#">Suicide Risk Monitoring Tool (SMT)</a>	כלי לניטור ומעקב אחר סכנת ההתאבדות.	הכלי פותח לאחרונה בתור מענה לפער שבין תהליכי האיתור לתהליכי המעקב והטיפול בבית הספר.	ניטור ומעקב אחר סיכויי ההתאבדות של תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות.	ניטור ומעקב אחר סיכויי ההתאבדות של תלמידות ותלמידים בסכנת התאבדות.	הצוות הטיפולי בבית הספר	כלל בית ספרי (יסודי עד תיכון). בחלק מהשאלות טווח התשובות הותאם לתלמידות ותלמידים בבית הספר היסודי.	מדובר בפיתוח ראשוני הנמצא כעת בשלבי תיקוף.	Erbacher & Singer, 2018	

### 3. דיון: תפקיד בית הספר במניעת אובדנות בגיל הצעיר - אתגרים ותובנות

**החיים הם שיר והשיר מעמיד אותי עכשיו במבחן, מבקש ממני את שורת הסיום, או אולי את שורת הפתיחה (עד שיום אחד, עמ' 461).**

שורת הפתיחה שבה התחלנו את הדוח קשה לעיכול - יש ילדות וילדים אשר חושבים על קיצם, עוסקים בו ואף מנסים להביא אותו על עצמם. עם זאת, ראינו בדוח כי יש יסוד סביר להניח כי תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות יכולות לסייע לתלמידים ותלמידות במצוקה, להגביר את מודעות הסגל לנושא, ליצר רצף טיפולי בין הבית לבית הספר והקהילה, להכשיר תלמידים וסגל לזהות אותות סיכון ולשפר את האקלים הבית ספרי. זיהוי מוקדם של התנהגות אובדנית וטיפול מוקדם בה הם גורמי מפתח בשמירה על בריאותם הנפשית של ילדים וילדות ובשמירה על חייהם. לפיכך, יישום של תוכניות מניעה מותאמות גיל כבר בבית הספר היסודי יכול לסייע במאמץ למניעת אובדנות.

בדוח התמקדנו בתוכניות ומענים בית ספריים למניעת אובדנות. בתחילה הגדרנו אובדנות מהי, סקרנו את היקף התופעה בעולם והצגנו גורמי סיכון לאובדנות בגיל הצעיר (מתחת לגיל 14) לצד גורמי חוסן. בהמשך סקרנו את המניעים להפעלת התוכניות במסגרת בית הספר והבאנו את ממצאי המחקר באשר לתוכניות והמענים המיועדים לגיל הצעיר. בפרק זה נדון באתגרים הכרוכים בחילוץ תובנות ממחקר על תוכניות למניעת אובדנות וכן באתגרים הכרוכים ביישום תוכניות למניעת אובדנות בבית הספר. לצד האתרים נציג גם תובנות יישומיות העולות מהדוח.

#### 3.1 אתגרים בהערכת תוכניות למניעת אובדנות

לפני שנדון באתגרים ובתובנות העולים מהדוח, חשוב להציג כמה סייגים מתודולוגיים באשר ליכולת להסיק מסקנות רוחב מהמחקר על תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות. לסייגים אלו שני יסודות - מיעוט המידע המחקרי על תוכניות אלו וחוסר אחידות בהגדרת המדדים:

**מיעוט המידע:** כדי לחלץ תובנות באשר ליעילותן ומועילותן של תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות יש צורך בקרקע עשירה של תוכניות בעלות ותק. למרבה הצער, המידע והמחקר על תוכניות אלו מצומצם מאוד. בסקירות הרוחב שנדונו בדוח הועלו תוכניות ומענים בית ספריים למניעת אובדנות אשר נחקרו. מתוך התוכניות הללו רק תוכנית אחת יועדה לבתי הספר היסודיים - PAX GBG - תוכנית לשיפור אקלים כיתתי בכיתות הנמוכות של בית הספר היסודי (Katz et al., 2013; Singer et al., 2019; Zalsman et al., 2016). זוהי גם התוכנית היחידה המכוונת לגיל היסודי אשר נמצאה מועילה בהפחתה של ניסיונות אובדנות ומחשבות אובדניות. שאר התוכניות כוונו לגילים מבוגרים יותר.

לטובת הדוח דנו גם במענים רחבים מבוססי מחקר כמו תוכנית HCM, תוכניות ראשוניות כמו Beyond the wall וכלים לניטור ומעקב SMT ואליהן הוספנו תוכניות אשר פועלות בחטיבות הביניים כמו SOS או תוכניות הפועלות ברמת כלל בית הספר כמו ASIST. אומנם הצלחנו לאתר מגמות בחינוך למניעת אובדנות כמו פעולה בשלושת מעגלי המניעה,

דגש על פיתוח מיומנויות רגשיות-חברתיות ומתן הכשרות ייעודיות לצוות, לתלמידות ולתלמידים - אך כדי להסיק מסקנות באשר למרכיבים ממוקדים אשר מועילים לעומת מרכיבים שאינם מועילים, נדרשים:

- עוד מענים ותוכניות המיועדים לבתי הספר היסודיים
- עוד מחקרי הערכה הכוללים מערך קפדני של קבוצת ניסוי, קבוצת ביקורת ומדידה בשתי נקודות זמן לפחות.

**חוסר אחידות ביעדי המדידה:** כאמור, אחד הקשיים המתודולוגיים בהערכת יעילות התוכניות המעטות שבנמצא הוא קביעת יעדי מדידה. בתוכניות אחדות בלבד נבדקה המועילות במניעת אובדנות אצל התלמידות והתלמידים. תוכניות אחרות מדדו את יעילות התוכניות מבחינת השתתפות התלמידים והצוות, את מועילות התוכנית ברמת צוות ההוראה ואת מועילות התוכנית במדדים נפשיים רחבים יותר.

נציין כי גם בתוכניות שמועילותן במניעת אובדנות אכן נמדדה, מדובר לרוב בממצאים מדיווח עצמי של תלמידים ותלמידות על המחשבות האובדניות שלהם ועל ניסיונות ההתאבדות שביצעו. על אף שאין להקל ראש בדיווחים עצמיים למדידת שלומות נפשית, לא מדובר בנתונים "קשים" ואובייקטיביים (Singer et al., 2019). לכך יש להוסיף את הקושי שבאיתור סממנים אובדניים בגיל הצעיר (בייחוד באוכלוסייה הכוללת של הילדים והילדות) ואת חוסר ההתאמה של מרב כלי הניטור והמעקב לגיל הצעיר.

## 3.2 אתגרים ותובנות ביישום תוכניות בית ספריות למניעת אובדנות

**הכרה בנחיצות המענה:** הצעד הראשון בפיתוח ויישום מענים בית ספריים הוא הכרה בכך שאובדנות היא אכן בעיה הדורשת מענה בגיל הצעיר. גיל ההתבגרות נחשב בצדק לגיל שבו רמת סיכון גבוהה לאובדנות (ראו תרשים 1), ולעומתו התאבדות בגילים צעירים יותר היא נדירה. זאת ועוד, גם בגיל ההתבגרות שיעורי ההתאבדות במדינות כמו יוון, פורטוגל וישראל נמוך מאוד ביחס למדינות אחרות כמו ליטא, למשל, אשר בה שיעור ההתאבדות המדווח גבוה פי שמונה (ראו תרשים 3). לכך יש להוסיף את התפיסה המוטעית שלפיה (1) מקרי מוות הנובעים מפגיעה עצמית בגילי הילדות הם תוצאה של תאונה ולא פעולת חידלון עצמי מכוונת ו- (2) שיח על התאבדות עם ילדות וילדים יגרום לעלייה במקרי האובדנות כיוון שהוא "יכניס רעיונות לראשם" (ראו סעיף 1.3). ואכן, בפרק 2 נוכחנו כי בפועל לא מדווח בספרות המחקר על מענים למניעת אובדנות המכוונים לבית הספר היסודי (Singer et al., 2019).

לפיכך, צעדים ראשונים ביישום תוכנית למניעת אובדנות תלויים במהלכי הסברה הכוללים שירוש של תפיסות מוטעות על תפיסת המוות בגיל הצעיר ועל תפיסת המוות אצל ילדות וילדים אובדניים, לצד חשיפה לכאב הגלום בחוויית האובדנות, גם אם אינה מסתיימת במוות בגיל הצעיר.

חשוב גם להציג נתוני התאבדות והתנהגות אובדנית (אם ישנם) לפי חתכים באוכלוסייה, הממחישים את העובדה כי קבוצות מסוימות נמצאות בסיכון גבוה יותר לאובדנות. מחקרים אפידמיולוגיים אשר הוצגו בפרק 1 חושפים כי לעיתים הסתכלות כוללת על



מקרי התאבדות מסתירה מגמות של עלייה בשיעור ההתאבדות בקבוצות סיכון לצד ירידה בשיעור ההתאבדות באוכלוסייה הכללית (Bridge et al., 2015; Sheftall et al., 2016).

**הכרה בתפקיד בית הספר במניעת אובדנות:** המכנה המשותף לכלל התוכניות והמענים שהוצגו בפרק 2 הוא תפיסת בית הספר בתור גורם מפתח במניעת אובדנות, ומכאן גם תפיסת מערכת החינוך בתור אחראית על קידום בריאות נפשית, איתור מוקדם של סממנים למצוקה נפשית ופיתוח מענים עבודה. תפיסה זו צריכה להיות מגובה במדיניות המחזקת את תפקיד בית הספר במישור הרגשי-חברתי של תלמידיו ותלמידותיו ומאפשרת לו לייצר תוכנית מניעת אובדנות המותאמת למאפייניו (HCM, 2014).

**הכשרת הצוות בבית הספר:** כאמור, תוכניות מניעה מיטביות פועלות בבית הספר בשלושת מעגלי המניעה, ולפיכך כלל הצוות צריך להיות ערוך ומצויד בידע ובמימוניות הרלוונטיות. כפי שראינו בסעיף 2.2 בדוח, למורים ולמורות בבית הספר, ובעיקר למחנכים ולמחנכות בכיתות, תפקיד מפתח בשמירה על שלומות התלמידים והתלמידות (Madjar et al., 2018). משום כך, גם סגל ההוראה בבית הספר אשר אינו אמון על טיפול נפשי וייעוץ ירוויח מהשתלמות ומהכשרות בנושא (Shannonhouse et al., 2017). אשר לצוות הטיפולי, גם לו כמובן תפקיד חשוב הן בהכשרת מורים ומורות, הן בהסברת הנושא להורים והן בתהליכי איתור, טיפול ומעקב של תלמידות ותלמידים במעגל המניעה הבררנית והפרטנית (Erbacher & Singer, 2018; Singer & Slovak, 2011). סינון וסלובק אף ממליצים לאייש את בתי הספר בעובדות סוציאליות חינוכיות אשר להן ניסיון בעבודה עם ילדים ונוער אובדניים. פתרון נוסף יכול להיות הכשרת יועצות בבית הספר בהערכת סיכון לאובדנות.

יש לתת את הדעת לכך שצורכי ההכשרה של צוותים בבתי ספר יסודיים יהיו שונים במובנים מסוימים מצורכי ההכשרה של צוותים בחטיבות הביניים ובתיכונים. ראשית מכיוון שלצוותים האמונים על תלמידות ותלמידים בגיל ההתבגרות יש לרוב ניסיון גדול יותר בנושאי אובדנות (Singer & Slovak, 2011), ושנית מכיוון שסממני אובדנות בגיל הצעיר עשויים להיות שונים מן הסממנים בגיל ההתבגרות (ראו סעיף 1.4.1).

**רתימת ההורים והמשפחה הקרובה:** על אף שהקשרים עם המשפחה חשובים בכל גיל, הם בעלי משקל גדול יותר בגילים הצעירים, אשר בהם לקבוצת השווים משקל נמוך יותר (ראו סעיפים 1.4.1 ו-1.4.2). לכך יש להוסיף כי רוב מקרי ההתאבדות בגיל הצעיר קורים בבית (Sheftall et al., 2016).

לפיכך, רתימת ההורים והמשפחה הקרובה למהלכים שמבצע בית הספר במניעת אובדנות יכולה להיות אחד ממפתחות ההצלחה ליישום מוצלח של התוכנית. במדריך למניעה בית ספרית של ממשל פרובינציית מניטובה בקנדה מפורטים המניעים לעירוב הורים וגורמי תמיכה בקהילה ומוצעות דרכים לעירוב ההורים והמשפחה כבר בשלבים הראשונים של יישום תוכניות מניעה בבית הספר, כמו למשל ערבי הסברה להורים, שליחת אגרות מידע בנושא, יידוע על שירותי בריאות הנפש בקהילה והנחיות כיצד לשוחח עם הילדים והילדות במקרה של התאבדות במעגל הקרוב (HCM, 2014).<sup>32</sup>

32 מכיוון שבדוח עסקנו בתוכניות במוקד בית ספרי נמנענו מלהיכנס לתוכניות המופעלות בבית או בקהילה, אך חשוב לזכור כי תוכניות מעין אלו הנכנסות לתוך מערך המענים של תוכנית המניעה הבית ספרית יכולות להועיל רבות לא רק ברתימת ההורים, אלא גם בטיפול הדינמי שלהם (ראו Gordon, 2003).

**פיתוח מענים מותאמים תרבותית:** היחס של צוות בית ספר, הורים, תלמידות ותלמידים למעשה ההתאבדות תלוי בתרבות שממנה הגיעו ובערכים שעליהם התחנכו. על אף שלא נכנסנו לנושא זה בדוח, יש עדויות לכך שאמונות ערכיות ודתיות יכולות להיות גורמי חוסן נפשי בעבור הפרט (ראו למשל הבדלים בשיעור התנהגות ומחשבות אובדניות בבתי ספר תיכוניים בישראל, Madjar et al., 2018).

לפיכך, תוכנית בית ספרית למניעת אובדנות צריכה להיות קשובה לצרכים התרבותיים והדתיים של אוכלוסיית היעד שלה ומותאמת אליהם. חשוב לזכור כי שיוך תרבותי אינו רק תוצר של מוצא אתני או אמונה משותפת, אלא גם תוצר של שותפות בחוויות חיים כמו, לדוגמה, השתייכות לקהילת הלהטב"ק או לחלופין השתייכות לתרבות החירשים (deaf culture).

המדריך למניעה בית ספרית של ממשל פרובינציית מניטובה בקנדה מדגיש את סוגיית הרגישות התרבותית במספר הצעות לבית הספר המפתח תוכנית למניעת אובדנות (HCM, 2014):

- להיות רגיש לגורמי סיכון המאפיינים את הקבוצה התרבותית
- להיות מודע לגורמי החוסן אשר אפשר לאתר דווקא בקבוצה התרבותית
- להיות מודע לאופן שבו נתפסת התאבדות בקבוצה התרבותית
- להביע כבוד והבנה לתרבות שממנה מגיעים התלמידים, התלמידות ובני משפחותיהם.

שורת הסיום של הדוח מבקשת לנסוך מעט אופטימיות בקוראים ובקוראות: עצם הבקשה לחקור את הנושא הרגיש הזה, להתמקד במאפייני הגיל הצעיר שבו רב הנסתר (או המוסתר) על הגלוי ולאחר מענים ברמת בית הספר, מעיד בראש ובראשונה על הדאגה לחיי כל תלמיד ותלמידה באשר הם, על הכרה בבעיה ועל הרצון האמיץ למצוא לה מענה.

**מוזר, חשב שלומי, תמיד אומרים שרגע לפני המוות עוברים כל החיים מול העיניים... אצלי בדיוק ההיפך. כל החיים עוברים עכשיו מול עיניי תמונות תמונות בדיוק רגע לפני שאני מתחיל לחיות, רגע לפני שנשימתי נולדת (עד שיום אחד, עמ' 462).**

## חוות דעת מקצועיות

עם סיום כתיבת טיוטת הדוח פונה היוזמה לחוקרים וחוקרות וכן למומחים ולמומחיות בתחום כדי לקבל חוות דעת על הדוח - על הסוגיות שהוא מציף, על הסתייגויות שיכולות לעלות מקריאתו ועל הרלוונטיות שלו למקרה הישראלי. שמות הקוראים והקוראות מופיעים בפתח הדוח. בחלק זה יופיעו ההערות וההארות הרוחביות על הדוח ועל המגמות שהוא מעלה לפי נושאים.

### א. דגשים והמלצות

**תפיסת בית הספר בתור סביבת מפתח בקידום שלומות:** כפי שעלה בדוח, בית הספר נתפס בעיקר כמקום לאיתור ולטיפול, לפיכך בדרך כלל מדובר על "תוכניות מניעה" בדגש על תוכניות. גישות אחרות רואות בבית הספר עצמו סביבת מפתח היכולה לעודד או למנוע אובדנות. מכך משתמע כי יש להתמקד בסביבות הסיכון או החוסן בתוך בית הספר לפני איתור התלמידים עצמם. אחרי איתור בתי ספר אלו ומציאת הבעיות שבהם (בהנחה כי האמצעים לרוב יהיו דלים מן הצרכים), יש להתאים מענה בית ספרי רחב המקדם מודעות ומונע אובדנות.

**איתור אותות לאובדנות בשאלוני המיצ"ב:** נוכח מורכבות איתור התלמידים והתלמידות שבסיכון לאובדנות, מוצע להטמיע בכלי הניטור המקובלים של מיצ"ב האקלים הבית ספרי שאלות מספר העוסקות במחשבות אובדניות ובהתנהגות אובדנית. שאלות מסוג זה מופיעות באופן קבוע בשאלוני אקלים שונים בארצות הברית ובשאלונים בין-לאומיים, ואין מידע כי גרמו נזק. שיעור גבוה במיוחד של תלמידים ותלמידות בבית ספר העונים בחיוב על שאלות אלו יכול להצביע על צורך במבט נוסף בבית הספר ובניתוח המצב המיוחד בו.

**התמודדות עם השכיחות הנמוכה של תופעת האובדנות בגיל הצעיר:** לגישה רחבה יותר המקדמת שלומות ותמיכה יש יתרון על פני מיקוד במספר (כנראה קטן מאוד) של תלמידים ותלמידות בגיל הצעיר הנוטים לאובדנות. יש לקחת בחשבון כי כלי "מיון וזיהוי" שיטתיים המופעלים באופן מערכתי נוטים להיכשל כאשר מדובר בתופעות כה נדירות, שכן מתקבלות הרבה מאוד תוצאות חיוביות כוזבות (false positive).

**עבודה סוציאלית בבתי הספר:** מן הדוח עולה כי לעובדים סוציאליים יש יותר ניסיון בעבודה עם ילדים ונוער אובדניים, ולכן חשוב למצבם בתור גורמי טיפול בבתי הספר. לפני שנאמץ גישה זו, חשוב לזכור כי לשם הטיפול המעמיק ישנם אנשי מקצוע ונשות מקצוע מהתחום הקליני. הערך המוסף אשר מביאים העובדים הסוציאליים לבתי הספר הוא לא בטיפול כי אם ביכולת להטמיע גישה מערכתית בבתי הספר הכוללת עבודה עם מקורות בקהילה כדי לשנות את הסביבה שבה פועל בית הספר.

**דגש על רצף איתור-טיפול ועבודה עם ההורים והמשפחה:** משמח לראות בדוח את ההמלצות לשילוב ההורים והמשפחה ואת ההבנה כי צריך לפעול בשיתוף פעולה רב-מערכתי כדי ליצור מוגנות. בית הספר לבדו לא יכול לחולל שינוי. הסביבה המיידית של ילדים וילדות (ודאי בגילים הצעירים) היא הבית - לטוב ולרע. לפיכך יש להמשיך ולהדגיש את:

- העבודה עם ההורים והמשפחה כחלק מרצף הטיפול,
- עירוב ההורים והקהילה כבר בפעולות המשותפות למעגל המניעה השני (הבררני),

- חשיבות מתן הכשרות, השתלמויות וסדנאות להורים בבית הספר להגברת המודעות לנושא ולטיפול במידת הצורך.

**פיתוח מענים לטיפול בדיכאון לשם מניעת אובדנות:** הדוח מדגיש את הקשר החזק שבין דיכאון לאובדנות. חשוב להדגיש כי הקשר אינו רק משמש לצורכי אבחון מוקדם (דיכאון כגורם סיכון לאובדנות), אלא משמש גם אסטרטגיה למניעת אובדנות, שכן ספרות המחקר מצביעה על כך שטיפול בדיכאון אצל ילדים ומתבגרים מסייע גם בהפחתת הסיכון להתאבדות. לפיכך - טיפול בדיכאון במסגרת מעגל המניעה השני והשלישי יכול לסייע בהפחתת מחשבות אובדניות והתנהגות אובדנית. מסיבה זו חשוב גם לאתר סממני דיכאון (ולא רק אובדנות) כבר בגיל הצעיר ולתת להם מענה.

**מניעת אובדנות בגיל הרך:** הדוח מתמקד בבתי הספר, בדגש על בתי ספר יסודיים. אומנם מדובר בחידוש בשיח החינוכי, אך בשיח הטיפולי וגם הרווחתי העוסק בילדים ונוער סיכון עולה יותר ויותר חשיבותה של ההתערבות כבר בגיל הרך. לפיכך יש לחשוב על הטמעה של מענים מותאמי גיל לא רק בבית הספר, אלא כבר בגן, דרך עבודה עם גנות, הורים וגורמים בקהילה.

## **ב. סוגיות בהטמעת מענים למניעה ולטיפול באובדנות במערכת החינוך בישראל**

באופן מכוון אין דוחות מת"ת עוסקים במקרה הישראלי. זאת מתוך כוונה להרחיב את זווית הראייה ולסקור את הדיווחים על הנעשה בעולם בספרות המחקר, ומתוך כך לרכז תובנות, מחשבות ומידע רלוונטי לעולם החינוך בישראל. ההערות והתובנות שיובאו בחלק זה עוסקות במידת הרלוונטיות של הדוח למקרה הישראלי.

התמודדות עם התנגדויות להטמעת תוכניות למניעת אובדנות בבתי הספר וברשויות המקומיות: הדוח יכול לתרום להבנת הצורך לטפל בנושא מניעת האובדנות כבר בגיל הצעיר ובכך למנוע מקרים טרגיים של אובדנות בגילים אלו ואף בגילים בוגרים יותר. התוכניות המוצגות בו בהחלט נותנות תמונה מקיפה של האפשרויות הקיימות ואכן יש צורך לבחון את התאמתן ויעילותן עבור תלמידי החינוך היסודי הישראלי. האתגר בהכנסת תוכניות מניעה לבתי הספר היסודיים הוא הקושי וההתנגדות שעלולים לעלות מן הצוות החינוכי והרשות המקומית. תוכנית "בוחרים בחיים" אשר מיועדת לחטיבה ולתיכון לא מוטמעת במקרים רבים בשל חששות והתנגדויות. אפשר להתמודד עם חלק מהתנגדויות אלו באמצעות הסברה, אך יש להיערך לכך.

אתגר הטמעת מערכות איתור וניטור בבתי הספר: הטמעת מנגנוני איתור וניטור בבתי הספר יכולה לאתגר את מערכת החינוך לא רק ברמת בית הספר, כי אם גם ברמת צוותי קבלת ההחלטות במשרד החינוך, שכן איתור דורש לקיחת אחריות מצד המערכת והודאה בכך שיש בעיה. הודאה בקיום בעיה מחייבת פעולה, וכאן טמון הקושי. נראה כי בהיעדר מענים אין המערכת מבקשת לאתר בעיות. אכן, בשנים האחרונות הושקעו משאבים ומאמצים רבים בפיתוח מענים ובחקירת הנושא. דוח זה הוא עדות לכך. עם זאת, הגישה המאוימת מהכנסת כלי איתור לאובדנות עדיין נוכחת.

יצירת שותפות רב-מערכתית בין בית הספר לשירותי הפסיכולוגיה החינוכית ברשות: יועצות בית הספר מרעננות בכל שנה בהדרכות חדר מורים לצוות את נושא מניעת האובדנות. יש

לבחון את ההדרכות הללו בפועל בהתחשב בכך שהשונות בין בתי הספר גדולה מאוד - הן ברמת מקצועיות ההדרכה, הן ברמת הטמעתה בשטח.

בהמשך לכך יש לבחון האם אכן יש צורך בהכשרת יועצות חינוכיות בבתי הספר בביצוע הערכות סיכון או האם מספיק להסתמך בהערכות אשר נעשות בישראל כיום בחלק ממוקדי השירות הפסיכולוגי-יעוצי (שפ"ח) ומיועדות להיעשות בכל הארץ בהתאם לשיתוף הפעולה ברשות ובשפ"ח במסגרת התוכנית הלאומית למניעת אובדנות והתאבדות. חשוב מאוד לוודא שיש יכולת לביצוע הערכות ברשות לפני פתיחת תוכניות אשר עשויות להעלות את איתור הילדים בסיכון.

תפקיד החינוך הבלתי פורמלי בשיפור שלומות תלמידים ותלמידות: בישראל החינוך הבלתי פורמלי מתנהל במקביל בבית הספר (במסגרת החינוך החברתי-ערכי) ובמסגרות חוץ בית ספריות. עובדת היותו של החינוך הבלתי פורמלי בישראל ענף ומקיף כל כך יכולה לשמש את מערכת החינוך בהטמעה של מענים חברתיים, רגשיים וקהילתיים ובכך לסייע בשיפור האקלים הכיתתי והבית ספרי.<sup>33</sup>

## ג. כיוונים להמשך מחקר

**השפעת הסגנון ההורי על הצלחת תוכניות המניעה:** אין להפחית בחשיבות השפעת הסגנון ההורי והמשפחתי על מצבם הנפשי של ילדים וילדות. לפיכך ראוי להמשיך ולחקור את ההשפעות המתווכות של ההורים, של נכונותם להשתתף בתוכנית ושל מידת שיתוף פעולתם על הצלחת ההטמעה של תוכניות מניעה בבתי הספר ועל הגברת שלומות התלמידים והתלמידות.

**השפעות הרשתות החברתיות על אובדנות בגיל הצעיר:** נהוג לחשוב כי השפעתן של הרשתות החברתיות על תלמידים ותלמידות מתחילה בגיל ההתבגרות. היום, כאשר יורד גיל החשיפה למסך ולקבוצות חברתיות במרשתת, חשוב להמשיך ולבחון את השפעתן על מצבי דחק, דיכאון ואובדנות גם בגילים הצעירים.

**תוכניות לחינוך על אודות המוות בבית הספר היסודי:** בדוח מוזכרת התוכנית האיטלקית "Beyond the wall" המציפה את חשיבות השיח הגלוי על המוות, זיהוי רגשות והכרה בהם כמפתח למניעת אובדנות. מעניין להמשיך ולחקור נושא זה בגילים צעירים יותר, שכן כפי שמתואר בדוח, דווקא בגילים הצעירים שבהם מתפתחת תפיסת המוות חשוב לשוחח עם הילדים והילדות ולסייע להם בעיבוד החוויה המורכבת הזו. עוד מעניין להמשיך ולחקור כיצד אפשר לשלב שיח על המוות המותאם לא רק לגיל התלמידות והתלמידים, כי אם גם לרקע התרבותי שממנו באו.

## מקורות

- אור־בך, י' (1987). ילדים שאינם רוצים לחיות. ירושלים: אוניברסיטת בר־אילן.
- בורשטיין, ס' (2009). [התנהגות אובדנית בילדים ובני נוער – סקירת ספרות](#). השירות הפסיכולוגי־ייעוצי, משרד החינוך.
- בנבנישתי, ר' ופרידמן, ט' (עורכים) (2020). [טיפוח למידה רגשית־חברתית במערכת החינוך – סיכום עבודתה של ועדת המומחים, תמונת מצב והמלצות](#). ירושלים: יוזמה – מרכז לידע ולמחקר בחינוך, האקדמיה הלאומית הישראלית למדעים.
- גולדברגר, נ' אבורבה, מ' וחקלי, צ' (2020). [אובדנות בישראל: התאבדויות 2000–2017, ניסיונות התאבדות 2005–2019](#). משרד הבריאות, אגף המידע.
- דויד, ח' (2013). [מחשבות מוות ואימי התאבדות של מחוננים צעירים](#). פסיכולוגיה עברית.
- וורגן, י' (2007). [התאבדות וניסיונות התאבדות בקרב בני נוער](#). הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- זיוון, ש' (2020). [החינוך הבלתי־פורמלי: ממדים משותפים ודרכי ביטוי](#). ירושלים: יוזמה – מרכז לידע ולמחקר בחינוך.
- זלצמן, ג' (2019). [התאבדות: אפידמיולוגיה, אטיולוגיה, טיפול ומניעה](#). הרפואה, 158(7), 468–472.
- זרחין, ש' (2011). [עד שיום אחד](#). ירושלים: כתר.
- תקוה, ר' ומי־עמי, נ' (2005). [התאבדות וניסיונות התאבדות בקרב בני־נוער: התופעה ודרכים למניעתה](#). הכנסת, מרכז המידע והמחקר.
- Aseltine, R. H., James, A., Schilling, E. A., & Glanovsky, J. (2007). Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. *BMC public health*, 7(1), 161.
- Barrio, C. A. (2007). Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interviewing. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66.
- Bhattacharjee, S. (2019). Child and Adolescent Suicide: Facts, Assessment and Preventive Strategies. *Eastern Journal of Psychiatry*, 21(2).
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B., et al., (2015). Familial pathways to early-onset suicide attempt: a 5.6-year prospective study. *JAMA psychiatry*, 72(2), 160-168.
- Breux, P., Boccio, D. E., & Brodsky, B. S. (2017). Creating Suicide Safety in Schools: A public health suicide prevention. *Suicidologi*, 22(2).
- Bridge, J. A., Asti, L., Horowitz, L. M., Greenhouse, J. B., Fontanella, C. A., Sheftall, A. H., et al., (2015). Suicide trends among elementary school-aged children in the United States from 1993 to 2012. *JAMA Pediatrics*, 169(7), 673–677.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.



Condrón, D., Garraza, L. G., Walrath, C. M., McKeon, R., Goldston, D. B., & Heilbron, N. S. (2015). Identifying and referring youths at risk for suicide following participation in school-based gatekeeper training. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*(4), 461-476.

Crepeau-Hobson, F. (2013). An exploratory study of suicide risk assessment practices in the school setting. *Psychology in the Schools, 50*(8).

Curtin, S. C. & Heron, M. (2019) Death rates due to suicide and homicide among person ages 10- 24: United States, 2000-2017. *NCHS Data Brief, No. 352*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Devaney, K. (2018). *Examining the Needs of Suicide Prevention and Intervention in Elementary Schools: An Exploratory Study with Elementary School Counselors* (Doctoral dissertation), Virginia Tech.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development, 82*(1), 405-432.

Erbacher, T. A., & Singer, J. B. (2018). Suicide risk monitoring: The missing piece in suicide risk assessment. *Contemporary School Psychology, 22*(2), 186-194.

Glenn, C. R., Kleiman, E. M., Kellerman, J., Pollak, O., Cha, C. B., Esposito, E. C., et al. (2020). Annual research review: a meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, 61*(3), 294-308.

Gordon, M. (2003). Roots of empathy: Responsive parenting, caring societies. *The Keio journal of medicine, 52*(4), 236-243.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., et al., Russell, S. T. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality, 58*(1), 10-51.

HCM – Healthy Child Manitoba (2014). *Best Practices in School-based Suicide Prevention: A Comprehensive Approach*.

Herman, J. L., Brown, T. N., & Haas, A. P. (2019). Suicide thoughts and attempts among transgender adults: Findings from the 2015 US Transgender Survey.

Hennefield, L., Whalen, D. J., Wood, G., Chavarria, M. C., & Luby, J. L. (2019). Changing conceptions of death as a function of depression status, suicidal ideation, and media exposure in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 58*(3), 339-349.

Joiner, T. (2010). *Myths about suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Queen, B., et al. (2018). Youth risk behavior surveillance – United States, 2017. *MMWR Surveillance Summaries, 67*(8), 1.

Kashy-Rosenbaum, G., & Aizenkot, D. (2020). Exposure to cyberbullying in WhatsApp classmates' groups and classroom climate as predictors of students' sense of belonging: A multi-level analysis of elementary, middle and high schools. *Children and Youth Services Review, 108*, 104614.

Katz, C., Bolton, S. L., Katz, L. Y., Isaak, C., Tilston-Jones, T., Sareen, J., & Swampy Cree Suicide Prevention Team. (2013). A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depression and anxiety, 30*(10), 1030-1045.

Klomek, A. B., Snir, A., Apter, A., Carli, V., Wasserman, C., Hadlaczky, G., et al., (2016). Association between victimization by bullying and direct self injurious behavior among adolescence in Europe: a ten-country study. *European child & adolescent psychiatry*, 25(11), 1183-1193.

Madjar, N., Mansbach-Kleinfeld, I., Daeem, R., Farbstein, I., Apter, A., Fennig, S., et al. (2020a). Discrepancies in adolescent-mother dyads' reports of core depression symptoms: Association with adolescents' help-seeking in school and their somatic complaints. *Journal of Psychosomatic Research*, 137, 110222.

Madjar, N., Sarel-Mahlev, E., & Brunshtein-Klomek, A. (2020b). Depression symptoms as mediator between adolescents' sense of loneliness at school and non-suicidal self-injury behaviors. *Crisis, Advance online publication*.

Madjar, N., Shlosberg, D., Leventer-Roberts, M., Akviv, A., Ghilai, A., Hoshen, M., et al. (2019). Childhood methylphenidate adherence as a predictor of antidepressants use during adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(10), 1365-1373.

Madjar, N., Walsh, S. D., & Harel-Fisch, Y. (2018). Suicidal ideation and behaviors within the school context: perceived teacher, peer and parental support. *Psychiatry research*, 269, 185-190.

Marchetti, D., Fontanesi, L., Di Giandomenico, S., Mazza, C., Roma, P., & Verrocchio, M. C. (2020). The Effect of Parent Psychological Distress on Child Hyperactivity/Inattention During the COVID-19 Lockdown: Testing the Mediation of Parent Verbal Hostility and Child Emotional Symptoms. *Frontiers in Psychology*, 11, 3417.

Matter, D. E., & Matter, R. M. (1984). Suicide among elementary school children: a serious concern for counselors. *Elementary School Guidance & Counseling*, 18(4), 260-267.

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Baweja, R., Feldman, L., Syed, E., Gorman, A. A., et al. (2015). Suicide ideation and attempts are associated with co-occurring oppositional defiant disorder and sadness in children and adolescents with ADHD. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 37(2), 274-282.

Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., et al. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1364-1370.

Miller, D. N. (2019). Suicidal behavior in children: Issues and implications for elementary schools. *Contemporary school psychology*, 23(4), 357-366.

OECD (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. doi.org/10.1787/4dd50c09-en

Orbach, I. (2003). Suicide and the suicidal body. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 1-8.

Orbach, I., & Mikulincer, M. (1998). The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale. *Psychological assessment*, 10(4), 415.

Pfeffer, C. R. (1986). *The suicidal child*. New York, NY: Guilford Press.

Prinstein, M. J., & Nock, M. K. (2003). Parents under-report children's suicide ideation and attempts. *Evidence Based Mental Health*, 6(1), 12.

Ridge Anderson, A., Keyes, G. M., & Jobes, D. A. (2016). Understanding and treating suicidal risk in young children. *Practice Innovations*, 1(1), 3.

Rodway, C., Tham, S. G., Ibrahim, S., Turnbull, P., Kapur, N., & Appleby, L. (2020). Children and young people who die by suicide: childhood-related antecedents, gender differences and service contact. *BJPsych open*, 6(3).

Rosenthal, P. A., & Rosenthal, S. (1984). Suicidal behavior by preschool children. *The American journal of psychiatry*.

Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & James, A. (2016). The SOS suicide prevention program: Further evidence of efficacy and effectiveness. *Prevention science*, 17(2), 157-166.

Shannonhouse, L., Lin, Y. W. D., Shaw, K., & Porter, M. (2017). Suicide intervention training for K-12 schools: A quasi-experimental study on ASIST. *Journal of Counseling & Development*, 95(1), 3-13.

Sheftall, A. H., Asti, L., Horowitz, L. M., Felts, A., Fontanella, C. A., Campo, J. V., & Bridge, J. A. (2016). Suicide in elementary school-aged children and early adolescents. *Pediatrics*, 138(4), e20160436.

Singer, J. B., & Slovak, K. (2011). School social workers' experiences with youth suicidal behavior: An exploratory study. *Children & Schools*, 33(4), 215-228.

Singer, J. B., Erbacher, T. A., & Rosen, P. (2019). School-based suicide prevention: A framework for evidence-based practice. *School mental health*, 11(1), 54-71.

Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40(3), 179-186.

Taubman-Ben-Ari, O., & Ben-Yaakov, O. (2020). Distress and apprehension among new parents during the COVID-19 pandemic: The contribution of personal resources. *American Journal of Orthopsychiatry*, 90(6), 810.

Testoni, I., Tronca, E., Biancalani, G., Ronconi, L., & Calapai, G. (2020). Beyond the wall: death education at middle school as suicide prevention. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2398.

Thompson, E. A., Connelly, C. D., Thomas-Jones, D., & Eggert, L. L. (2013). School difficulties and co-occurring health risk factors: Substance use, aggression, depression, and suicidal behaviors. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(1), 74-84.

Tishler, C. L., Reiss, N. S., & Rhodes, A. R. (2007). Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel. *Academic Emergency Medicine*, 14(9), 810-818.

UNICEF (2020). Worlds of influence understanding what shapes child well-being in rich countries. Innocenti Report Card 16. Florence: UNICEF Office of Research.

Whalen, D. J., Dixon-Gordon, K., Belden, A. C., Barch, D., & Luby, J. L. (2015). Correlates and consequences of suicidal cognitions and behaviors in children ages 3 to 7 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(11), 926-937.

WHO - World Health Organization (2019). *Suicide in the World: Global Health Estimates*.

Wise, A. J., & Spengler, P. M. (1997). Suicide in children younger than age fourteen: Clinical judgment and assessment issues. *Journal of Mental Health Counseling*, 19(4), 318.

Wu, Y. Q., Chartier, M., Ly, G., Phanlouvong, A., Thomas, S., Weenusk, J., et al. (2019). Qualitative case study investigating PAX-good behaviour game in first nations communities: insight into school personnel's perspectives in implementing a whole school approach to promote youth mental health. *BMJ open*, 9(9).

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659.

Zalsman, G., Stanley, B., Szanto, K., Clarke, D. E., Carli, V., & Mehlum, L. (2020). Suicide in the Time of COVID-19: Review and Recommendations. *Archives of Suicide Research*, 24(4), 477-482.