



מאירס - ג'זינט - מכון ברזקדייל  
MYERS - JDC - BROOKDALE INSTITUTE  
مايرس - جوينت - معهد بروكديل

המרכז לחקר מוגבלויות  
ותעסוקת אוכלוסיות מיוחדות

## מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל

עורכת: דניז נאון

דוח זה הוזמן על-ידי ועדת היגוי מקצועית להקמת "מסד נכויות" -  
שותפות אסטרטגית בין ממשלת ישראל לבין ג'זינט-ישראל  
לפיתוח והקמה של שירותים לנכים מבוגרים הגרים בקהילה.

דוח מחקר



דמ-537-09

# מבוגרים בעלי מוגבלות בישראל

עורכת: דניז נאון

דוח זה הוזמן על-ידי ועדת היגוי מקצועית להקמת "מסד נכויות" - שותפות אסטרטגית בין ממשלת ישראל לבין ג'וינט-ישראל לפיתוח והקמה של שירותים לנכים מבוגרים הגרים בקהילה.

יוני 2009

ירושלים

תמוז תשס"ט

מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

ת"ד 3886

ירושלים 91037

טלפון : 02-6557400

פקס : 02-5612391

כתובת באינטרנט : [www.jdc.org.il/brookdale](http://www.jdc.org.il/brookdale)

דואר אלקטרוני : [brook@jdc.org.il](mailto:brook@jdc.org.il)

## **מחברים:**

נורית שטרסברג

יהודית קינג

אפרת בן

אלן מילשטיין

שלומית בן-נון

אברהם וולדה-צדיק

רחל רענן

אברהם שטרן

ענת זיו

## תמצית מחקר

דוח זה הוזמן על-ידי ועדת היגוי מקצועית להקמת "מסד נכויות" - שותפות אסטרטגית בין ממשלת ישראל לבין ג'וינט-ישראל לפיתוח והקמה של שירותים לנכים מבוגרים הגרים בקהילה. הדוח מביא מידע מקיף על אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות, ומהווה בסיס עשיר לקבלת החלטות לגבי פיתוח עתידי של שירותים לאוכלוסייה זו.

הנושאים הכלולים בדוח נבחרו על-ידי ועדת ההיגוי המקצועית שמלווה את תהליך ההקמה של מסד הנכויות. ממצאי הדוח ומסקנותיו מבוססים על ניתוח של סקרים ומחקרים קיימים, ועל ראיונות עומק עם קובעי מדיניות, ספקי שירותים, נציגי ארגוני נכים, חוקרים ואנשי אקדמיה ועוד.

מאחר שהצרכים של אנשים עם מוגבלות הם רבים ומגוונים, הדוח אינו מכסה את הצרכים של כל קבוצות האנשים עם מוגבלות, ולא את כל תחומי החיים שלהם. עם זאת, הוא מציג מידע מקיף וחשוב על המאפיינים והצרכים של אנשים מבוגרים עם מוגבלות (20-64), ושל אוכלוסיות מיוחדות בקרבם.

♦ לפי הסקרים החברתיים של הלמ"ס, שיעור האנשים גילאי 20-64, בעלי בעיה בריאותית או פיזית, שמפריעה או מפריעה מאוד, בפעילויות יומיומיות ונמשכת 6 חודשים לפחות הוא 17.9% (שיעור ממוצע בין השנים 2002-2006): 11.7% בעלי מוגבלות בינונית; ו-6.2% בעלי מוגבלות קשה (מתקשה בביצוע פעילויות של טיפול אישי: רחצה, הלבשה, אכילה; או בניידות).

♦ שיעורים אלה דומים לשיעור במספר מדינות מערביות: השיעורים נעים בין 11% בארצות-הברית לכ-21% בשבדיה, כאשר ברוב המדינות השיעורים נעים בין 16% ל-19%.

♦ לפי אומדן זה, סך-כל מספר בעלי מוגבלות גילאי 20-64 בסוף 2007 הוא 697,000; מתוכם 241,000 בעלי מוגבלות קשה, ו-456,000 בעלי מוגבלות בינונית.

♦ מספר מקבלי קצבאות נכות בישראל בגיל 18-64 הוא 253,000 (דצמבר 2006); מתוכם: 212,000 איש מקבלים קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי (נכות כללית, נכות מעבודה, איבה, ניידות ושירותים מיוחדים), ו-41,000 ממשרד הביטחון.

אחת הסוגיות החשובות בתכנון שירותים היא באיזו מידה שיעור האנשים בעלי מוגבלות נשאר קבוע לאורך זמן, או צפוי להשתנות בעתיד. יש הטוענים שבגלל הגידול בתוחלת החיים בכלל, ושל אנשים בעלי מוגבלות בפרט, צפוי גידול בשיעורי המוגבלות בעתיד. אחרים לעומתם, יש הטוענים שהתפתחות ידע וטכנולוגיה ברפואה יגרמו להקטנה של שיעורי המוגבלות, ובעיקר של מוגבלות קשה. בישראל אין נתונים לאורך זמן על מספר בעלי המוגבלות. עם זאת, חל גידול משמעותי מאוד במספר מקבלי קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי, כאשר בשנים האחרונות שיעור הגידול במקבלי הקצבה הוא כמעט פי שלושה משיעור הגידול של האוכלוסייה הכללית. גידול זה מוסבר בחלקו בגידול בשיעור בני 64-55 בקרב האוכלוסייה בגיל העבודה כתוצאה מהזדקנות דור ה-baby-boom.

לאנשים בעלי מוגבלות יש מספר מאפיינים דמוגרפיים וחברתיים ייחודיים בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות:

- ◆ שיעור המבוגרים בקרב בעלי מוגבלות גבוה יותר מהשיעור בקרב האנשים ללא מוגבלות.
  - ◆ שיעור המשכילים בקרב בעלי מוגבלות נמוך יותר מהשיעור בקרב האנשים ללא מוגבלות.
  - ◆ שיעור נמוך בהרבה מבעלי המוגבלות מועסקים.
  - ◆ ההכנסות של משקי בית של אנשים בעלי מוגבלות נמוכות בהרבה מאלה של משקי בית של אנשים ללא מוגבלות, למשל, ההכנסות של 40% ממשקי בית של יחיד בעל מוגבלות הם מתחת ל-2,500 ₪ לעומת 19% ממשקי בית של יחיד לא מוגבל.
  - ◆ שיעור גבוה יותר מבין בעלי המוגבלות, לעומת האנשים ללא מוגבלות, מרוצים פחות מהקשרים החברתיים, מרוצים פחות מהחיים, חשים יותר בדידות, פחות אופטימיים לגבי העתיד ופחות מעורבים בקהילה.
- להלן נציג בקיצור את המאפיינים, הבעיות והצרכים בתחום פיתוח שירותים של מספר קבוצות ייחודיות בקרב אנשים עם מוגבלות. הנתונים על היקף האוכלוסיות נכונים לסוף 2007.

## **אנשים עם מוגבלות במגזר הערבי בישראל**

### **גודל האוכלוסייה**

המספר הכולל של אנשים עם מוגבלות במגזר הערבי הוא 169,500; מתוכם 94,900 הם בעלי מוגבלות קשה. שיעור בעלי מוגבלות קשה בקרב כלל הערבים המבוגרים גדול פי שלושה מאשר בקרב כלל המבוגרים היהודים (14% לעומת 5%).

### **מאפיינים ובעיות**

- ◆ שיעור גבוה של בעלי השכלה נמוכה.
- ◆ שיעור גבוה של בעלי הכנסה נמוכה.
- ◆ בעיית נגישות לבתי המגורים ולסביבת המגורים.
- ◆ בעיית נגישות השירותים על רקע מיקום ושפת הדיבור של נותני השירותים.
- ◆ צורך ביותר טיפולים רפואיים, פרה-רפואיים, טיפול של עובד סוציאלי ועזרה ביתית.
- ◆ סטיגמה כלפי אנשים בעלי מוגבלות בחברה הערבית.

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ◆ ייעוץ מקצועי לאדם בעל מוגבלות בנושאי שימוש בשירותים ומיצוי זכויות.
- ◆ סיוע לבני המשפחה התומכים.
- ◆ פיתוח מסגרות תעסוקה מוגנת ואפשרויות תעסוקה בשוק החופשי.
- ◆ הגברת נגישות המרפאות והמוסד לביטוח לאומי.
- ◆ הכשרת כוח אדם במקצועות פרה-רפואיים.

## **נשים בעלות מוגבלות בישראל**

### **גודל האוכלוסייה**

המספר הכולל של נשים בעלות מוגבלות הוא כ-374,000, מתוכן כ-138,000 בעלות מוגבלות קשה.

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ שיעור בעלי מוגבלות קשה גבוה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים.
- ♦ שיעור הנשים בעלות מוגבלות קשה שאינן נשואות גבוה משיעור גברים בעלי מוגבלות קשה שאינם נשואים.
- ♦ נשים בעלות מוגבלות מתמודדות עם בעיות תעסוקה יותר מגברים בעלי מוגבלות.
- ♦ הן אחת הקבוצות הבולטות בהיותן קורבנות למעשי אלימות.
- ♦ חלק ניכר משירותי הבריאות הדחופים ושירותי הרפואה המונעת אינם נגישים לנשים עם מוגבלות.

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ♦ מרכזי חירום מותאמים.
- ♦ תכניות לקידום בריאות/רפואה מונעת.
- ♦ הכנה להיריון ולידה.
- ♦ שירותי שיקום תעסוקתי.

## **עולים חדשים בעלי מוגבלות**

### **גודל האוכלוסייה**

המספר הכולל של העולים בקרב בעלי מוגבלות הוא 124,000, מתוכם 34,000 בעלי מוגבלות קשה.

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ שיעור גבוה של בעלי השכלה גבוהה יחסית, בהשוואה לוותיקים בעלי מוגבלות.
- ♦ שיעור גבוה של בעלי הכנסות נמוכות.
- ♦ קשיים נפשיים.
- ♦ חוסר ידע לגבי קיום של שירותים תומכים.
- ♦ סטיגמה לגבי בעיות נפשיות והפניה לטיפול בהן.

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ♦ עידוד בעלי בעיות נפשיות לפנות לטיפול - צמצום הסטיגמה.
- ♦ עזרה בהשגת שירותים (טיפול אישי, נייודות).
- ♦ הקצאה והכשרה של כוח אדם מקצועי מתאים.

## **מעבר לגיל זקנה בקרב אנשים עם מוגבלות**

### **גודל האוכלוסייה**

המספר של בעלי המוגבלות גילאי 64-55 עומד על 215,000; כשליש מבעלי מוגבלות מכלל גילאי 20-64 הם בני 64-55.

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ גידול בתוחלת החיים של בעלי מוגבלויות שבעבר לא האריכו ימים עד לגיל מבוגר (לדוגמה, פיגור שכלי, ריבוי מחלות)
- ♦ "הזדקנות מוקדמת": החמרה תפקודית או בריאותית בגיל מוקדם יותר מאשר בכלל האוכלוסייה.
- ♦ שינוי ביכולות התמיכה של המשפחה על רקע הזדקנות ההורים והאחים המטפלים.

### **צרכים בתחום פיתוח שרותים**

- ♦ התערבות מוקדמת - הכנה למעבר לזקנה.
- ♦ הגדרה של זכויות קרובי המשפחה המטפלים באדם עם המוגבלות.
- ♦ איחוד כוחות ועבודה משותפת של משרדים/ארגונים המטפלים באדם עם מוגבלות בגלל הצרכים בתחומים שונים.

## **אנשים עם ריבוי מוגבלויות**

### **גודל האוכלוסייה**

אין נתונים ארציים על אנשים עם ריבוי מוגבלויות. עם זאת, ידוע שבקרב מקבלי קצבת נכות 43% סובלים ממוגבלות ביותר מתחום אחד (ליקוי פיזי, ליקוי נפשי, פיגור שכלי, ועוד).

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ היעדר שירותים ייחודיים לאוכלוסייה זו.
- ♦ השירותים ניתנים בהתאם לליקוי העיקרי ולא מותאמים ליתר המוגבלויות.
- ♦ "נפילה בין הכיסאות" מבחינת זכאות לשירותים, בגלל חלוקת אחריות לפי סוג ליקוי בין המשרדים ובין האגפים.
- ♦ בעיות של נגישות שירותי בריאות הנפש לבעלי מוגבלות פיזית.
- ♦ חוסר ידע של אנשי מקצוע, בעיקר בתחום הרפואה.

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ♦ הכשרה של אנשי מקצוע.
- ♦ תיאום בין השירותים.
- ♦ הגדלת נגישות שירותי בריאות הנפש.

## המעבר לבגרות של אנשים בעלי מוגבלות

### גודל האוכלוסייה

כ-7,000 צעירים בעלי מוגבלות מסיימים את מערכת החינוך בכל שנה.

### מאפיינים ובעיות

- ◆ קושי להתמודד עם חיים עצמאיים, במיוחד לצעירים שהתחנכו במסגרת חינוך מיוחד.
- ◆ היעדר הזדמנות שווה לקדם יעדים הקשורים לבגרות (השכלה, תעסוקה, ניהול כספים, משפחה, זוגיות ופנאי).
- ◆ צורך להגן על עצמם מפני ניצול ומניעת זכויותיהם בעבודה ובקהילה.

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ◆ הכנה למעבר לבגרות כבר במהלך ההימצאות במערכת החינוך ומניעת נשירה.
- ◆ מעורבות הצעירים עם מוגבלויות ומשפחותיהם בתכנון המעבר לחיים עצמאיים.
- ◆ מתן ידע, ייעוץ ותמיכה בנושאים: מגורים עצמאיים; עצמאות כלכלית; מענה על צרכי בריאות; נגישות לימודי המשך/תעסוקה.
- ◆ הקניית כישורים חברתיים/תעסוקתיים/ניהול כספים.
- ◆ למידה תוך התנסות.

## הורים בעלי מוגבלות

### גודל האוכלוסייה

336,000 אנשים שהם 48% מבעלי המוגבלות, הם הורים לילדים מתחת לגיל 18. מתוכם, 113,000 הם בעלי מוגבלות קשה.

### מאפיינים ובעיות

- ◆ סובלים מסטיגמה חברתית (בעיקר בעלי פיגור ונפגעי נפש) לגבי המסוגלות ההורית שלהם ומחשש שילדיהם יילקחו מהם.
- ◆ קשיים כלכליים בגידול הילדים בגלל רמות הכנסה נמוכות.
- ◆ בעיית נגישות השירותים לילדים, כגון בתי-ספר וגנים.
- ◆ שכיחות גבוהה של בעיות במשפחה.
- ◆ תקופות משבר (אשפוזים), בעיקר בקרב נפגעי נפש.

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ◆ שירותי תמיכה ייחודיים בהורים לפי סוג מוגבלות.
- ◆ שירותי טיפול בילדים, ואבזרי עזר להורים לטיפול בילדיהם.
- ◆ תמיכה לכל המשפחה.
- ◆ סגנון על הזכות להורות של אנשים בעלי מוגבלות.

## **המשפחה המטפלת באדם עם מוגבלות**

### **גודל האוכלוסייה**

לפחות שליש מאוכלוסיית ישראל הם בני משפחה מדרגה ראשונה של אדם עם מוגבלות.

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ בני המשפחה המטפלים נאלצים לוותר ולהתפשר בתחומי התעסוקה, הפנאי והחברה.
- ♦ המצב הכלכלי של המשפחה נפגע.
- ♦ עומס כבד, רגשי ופיזי, שיש לו השלכות שליליות על מצב הבריאות של התומך.
- ♦ בידוד חברתי של בני המשפחה, כולל ילדי האדם עם מוגבלות.
- ♦ ההתייחסות של מערכת השירותים לבני המשפחה היא כאל שותפים בטיפול ולא כמי שגם זקוקים לעזרה בעצמם.

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ♦ ידע ומידע, ייעוץ.
- ♦ תמיכה רגשית.
- ♦ עזרה בהשגת שירותים ותיאום ביניהם.
- ♦ הסדרים חברתיים שייקלו על המשפחות (למשל, שעות עבודה גמישות, נופשונים).

## **אנשים עם מוגבלות נרכשת (בעלי מוגבלות חדשים)**

### **גודל האוכלוסייה**

אין נתונים ארציים על השכיחות של אנשים עם מוגבלות נרכשת. עם זאת, ידוע שכ-10,000 איש מתחילים לקבל קצבת נכות מדי שנה.

### **מאפיינים ובעיות**

- ♦ משבר רגשי - הרגשה של אובדן שליטה.
- ♦ קושי לקבל שירותי שיקום מטעם רשויות הרווחה.
- ♦ חוסר מידע על מערכת השירותים.
- ♦ צורך בשינוי בהרגלי החיים (תעסוקה, חברה, פנאי, יחסים בתוך המשפחה), והיעדר הדרכה בתחום זה.
- ♦ התמודדות עם המערכות השונות ועם הביורוקרטיה (בריאות, ביטוח לאומי, רווחה).

### **צרכים בתחום פיתוח שירותים**

- ♦ שיקום תעסוקתי.
- ♦ התאמה של טכנולוגיה המסייעת לשיפור האוטונומיה.
- ♦ תמיכה רגשית בהתמודדות/הסתגלות פסיכולוגית.

## שימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות

בנוסף לבחינת צרכים של קבוצות ייחודיות של אנשים בעלי מוגבלות, בחנו את השימוש במחשב ובאינטרנט של כלל בעלי המוגבלות, מאחר שזה תחום עם פוטנציאל רב לאנשים בעלי מוגבלות. האינטרנט מציע שפע של מידע ואינטראקציות שאנשים בעלי מוגבלות מתקשים להשיג באופן אחר, בשל קשיי נגישות. באמצעות עזרים מיוחדים המותאמים לשימוש בעלי מוגבלות, המחשב יכול להוות כרטיס כניסה לחיים חברתיים ומקצועיים; ולאפשר חיים קלים יותר מבחינות רבות, החל מקניית מזון ומצרכים לבית, דרך קבלת מידע רפואי, ועד ליצירת חברויות וירטואליות והיכרויות רומנטיות.

- ♦ למרות נחיצות המחשב לתפקודו השוטף של אדם בעל מוגבלות, פערים גדלים מדווחים על אודות השימוש במחשב בהשוואה בין אנשים עם מוגבלות לאנשים ללא מוגבלות: 51% מבעלי מוגבלות בינונית ו-24% מבעלי מוגבלות קשה משתמשים במחשב, לעומת 71% מהאנשים ללא מוגבלות.
- ♦ נמצא שלשימוש במחשב יש תרומה משמעותית לחיי אדם עם מוגבלות: 30% דיווחו שהאינטרנט שיפר בצורה משמעותית את היכולת לתקשר עם החברים והמשפחה.
- ♦ כ-50% שיפרו משמעותית את יכולתם להתעדכן על אודות העולם הסובב אותם.
- ♦ החסמים בשימוש במחשב הם רבים: עלות כספית; נגישות האתרים; הכשרה ולימוד אופן השימוש שיהיו מותאמים לצורכיהם.

## סוגיות שעלו מתוך ראיונות עם אנשי מפתח

במסגרת הפרויקט רואיינו 49 אנשי מפתח בתחום המוגבלויות בישראל שכוללים קובעי מדיניות ושותפים למסד נכויות; נציגי רשויות הרווחה; בכירים בארגונים ובעמותות; נציגי ארגוני נכים ואנשים עם מוגבלות; נציגי המגזר השלישי; ואנשי אקדמיה.

המראיינים דיווחו על תחומים רבים בהם יש צורך בפיתוח שירותים:

- ♦ נושא ההסעות עלה כנושא בעל חשיבות רבה, במיוחד באזורי הפריפריה (הצפון והדרום). היעדר הסעות בצפון הארץ ובדרומה גורם לאי-ניצול של השירותים הקיימים.
- ♦ בדומה להסעות, הנגשה מהווה "תנאי מוקדם" לכל תחומי השירות. מדובר במספר סוגי הנגשה, כאשר מה שמאפיין את כולם זו האפשרות המלאה הניתנת לאדם עם מוגבלות להרגיש בעזרתם כמו "אדם רגיל" המסוגל לצרוך את השירותים הקיימים, לתקשר עם אנשים אחרים, לקרוא טקסטים וכדומה. בנושא ההנגשה צוינו במיוחד הצרכים בתחום ההנגשה הפיזית, ההנגשה של ציוד רפואי ועזרים מסייעים, נגישות המחשב, הנגשת המידע והנגשת שירותי בריאות.
- ♦ אחד מתחומי השירות החשובים ביותר, לדעת חלק מהמראיינים, הינו הדיור. תחום זה הועלה הן באופן כללי והן באופן ספציפי בנוגע לקבוצות בעלי מוגבלות מסוימות. בנושא זה צוין הצורך בפיתוח של רצף פתרונות שיתאימו לרמות תפקוד שונות. כמו-כן, הודגש הצורך בפיתוח פתרונות דיור קהילתיים, במיוחד בעבור בעלי פיגור שכלי, אוטיסטים ובעלי מוגבלות פיזית, ופתרונות לדיור לזוגות של אנשים עם מוגבלות.

- ♦ מרואיינים רבים ראו בנושא שירותי חברה ופנאי אחד התחומים החשובים ביותר שאינו מקבל את התקציבים הראויים, למרות שהיעדר שירותים אלה מביא להוצאת סכומי כסף רבים על-ידי המדינה כתוצאה מבעיות נפשיות, אשפוזים וכד' של בעלי המוגבלויות.
- ♦ מספר רב של מרואיינים התייחסו לנושא המשפחה ובעיקר למרכיב המשפחתי שבתוך תהליך ההתמודדות עם המוגבלות. פיתוח תמיכה, הכשרה ושירות בעבור המשפחות נתפס כחלק בלתי נפרד מהשילוב בתוך הקהילה. ככל שיהיו יותר שירותים המיועדים למשפחות של המתמודדים עם מוגבלות, כך פחות ופחות בעלי מוגבלות יזדקקו לפתרונות חוץ-ביתיים.
- ♦ צוין הצורך בפיתוח תכניות בנושא רפואה מונעת. הודגשה חשיבות קידום הבריאות במניעת התחלואה המשנית, על-ידי אימוץ אורח חיים בריא (כולל פעילות ספורטיבית ותזונה נכונה). קידום בריאות מקבל דחיפות לאור תהליכי הזדקנות מוקדמת האופייניים לחלקם הגדול של אנשים עם מוגבלות (כגון בעלי מוגבלות פיזיים, חולים כרוניים ועוד).
- ♦ אלימות כלפי נכים, ובעיקר כלפי נשים נכות, הינו נושא שהמודעות כלפיו הולכת וגבוהה, אך העשייה עדיין מועטה. המרואיינים מצביעים הן על הצורך בפתרון למצבי חירום והן בעבודה ארוכת-טווח עם גורמים שונים הקשורים לחיי היום-יום של אנשים עם מוגבלות.
- ♦ הכנה לחיים עצמאיים בכל תחומי החיים נתפסת חיונית בתהליך הכללי של העצמה ושילוב בעלי המוגבלויות בקהילה. מדובר בתהליך כוללני ומקיף המתחיל מהכנה והדרכה של בעלי המוגבלויות לחיים עצמאיים בתוך הקהילה, ומסתיים בהגברת תחושת ההעצמה והמסוגלות האישית של בעלי המוגבלות. דוגמאות של תכניות בתחום זה: המרכזים לחיים עצמאיים, ייעוץ עמיתים וקבוצות לעזרה עצמית. חשוב שהסיוע האישי יינתן תוך כדי שיתוף מלא של האדם עם המוגבלות עצמו בבחירת סוג הסיוע והתמיכה, המענים הדרושים והמלווים עצמם.
- ♦ שיתוף פעולה בין-משרדי ובין-ארגוני נתפס גורם חיוני בפיתוח השירותים החסרים. לפי המרואיינים, כמעט כל אחת מאוכלוסיות בעלי המוגבלות עשויה ליהנות משיתוף פעולה בין המשרדים והגופים השונים, אך אנשים עם ריבוי מוגבלויות ("מוגבלויות מרובות") נזקקים במיוחד ליצירת שיתופי פעולה בין-משרדיים. גם אוכלוסיות אחרות "הנופלות בין הכיסאות" עשויות לצאת נשכרות מקידום שיתוף הפעולה, כמו בעלי המוגבלויות בפריפריה, מתבגרים צעירים (הנמצאים על התפר בין מערכת החינוך לבין שירותי הרווחה), בעלי מוגבלות נרכשת, בעלי מוגבלויות עם בעיות גריאטריות.

בדוח מוצג מידע רחב על מספר רב של תחומים בחיי אדם עם מוגבלות ועל קבוצות ייחודיות בקרב בעלי המוגבלויות. ברור שהדוח אינו מתייחס לכל התחומים ולכל הצרכים של אוכלוסייה זו, וכמה נושאים חשובים לא נכללו. לגבי חלק מהנושאים קיים מידע, או ישנם מחקרים שהתייחסו באופן ספציפי לנושא; לגבי נושאים אחרים, רצוי בעתיד להרחיב את המידע. בין הנושאים החשובים, אשר הועלו על-ידי אנשי מקצוע, ולא נכללו בדוח באופן מפורט: קידום בריאות ומניעה בקרב אנשים עם מוגבלות, אלימות נגד בעלי מוגבלות, נגישות, פנאי, דיור ותעסוקה.

## תודות

חובה נעימה היא להודות למי שתרמו מניסיונם ומזמנם להצלחת הדוח. אנו תקווה שדוח זה יהיה לעזר לגופים רבים שבעלי המוגבלות עומדים במוקד העשייה שלהם:

תודה לחברי ועדת ההיגוי שליוו את תהליך התכנון והכנת הדוח.

למרואיינים: נציגי ארגוני נכים ולמען נכים, אנשי אקדמיה, אנשי מקצוע ונציגי משרדים ממשלתיים.

לד"ר שלמה אלישר ולתמרה ברנע שהובילו את התהליך, ולאביטל סנדלר-לף ולנילי דניאל שריכזו את עבודת הוועדה.

תודה לבלהה אלון שערכה את הדוח, וללסלי קליינמן שעיצבה והביאה לדפוס.

## חברי ועדת ההיגוי

יו"ר הוועדה: ארנון מנטבר, מנכ"ל ג'וינט-ישראל

**משרד הרווחה והשירותים החברתיים:** ד"ר שלמה אלישר - סמנכ"ל בכיר, שירותי שיקום; חנן פריצקי - מנהל אגף בכיר לתקצוב וכלכלה; ד"ר חיה עמינדב - מנהלת האגף לטיפול באדם המפגר; לילי אבירי - מנהלת היחידה לטיפול באדם עם אוטיזם; שוש רשף-זאב - מפקחת ארצית, היחידה לטיפול באדם עם אוטיזם; מיכל גולן - מנהלת השירות לשיקום בקהילה; נילי דניאל - מפקחת ארצית על שירותים בקהילה, אגף השיקום.

**משרד הבריאות:** יחיאל שרשבסקי - ממונה שיקום בבריאות הנפש; ד"ר מיכאל דור - ראש אגף רפואה כללית.

**משרד האוצר:** אהד רייפן - רפרנט הרווחה באגף התקציבים.

**המוסד לביטוח לאומי:** ברנדה מורגנשטיין - מנהלת אגף בכירה, אגף לפיתוח שירותים.

**ג'וינט-ישראל:** חיים פקטור - סמנכ"ל; פרופ' יוסי תמיר - מנכ"ל תב"ת; דרור רותם - מנהל תחום מחקר ופיתוח, אשל; תמרה ברנע - מנהלת היחידה לנכויות ושיקום; אביטל סנדלר-לף - ראש תחום חיים עצמאיים, היחידה לנכויות ושיקום.

**מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל:** פרופ' ג'ק חביב - מנכ"ל; דניז נאון - מנהלת המרכז לחקר מוגבלויות ותעסוקת אוכלוסיות מיוחדות.

# תוכן עניינים

1	מבוא
2	<b>1. אומדנים על שיעורי אנשים בעלי מוגבלות בישראל, גילאי 20-64</b>
2	1.1 מבוא
3	1.2 אומדנים מתוך הסקרים החברתיים של הלמ"ס
5	1.3 אומדנים מתוך סקר בריאות לאומי, 2003-2004
5	1.4 נתונים על שיעורי מוגבלות בעולם
6	1.5 שיעורים של מקבלי קצבאות נכות שונות בישראל
7	1.6 שיעורים של מקבלי קצבת נכות בישראל ובמדינות מערביות נוספות
8	<b>2. שינויים לאורך זמן במספר ובשיעור האנשים בעלי מוגבלות בעולם ובישראל</b>
8	2.1 מבוא
8	2.2 שינויים לאורך זמן בשיעורי מוגבלות בעולם
10	2.3 שינויים לאורך זמן בשיעור מקבלי קצבת נכות כללית בישראל
12	<b>3. מאפיינים של אנשים בעלי מוגבלות בישראל</b>
12	3.1 מבוא
12	3.2 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של אנשים בעלי מוגבלות
14	3.3 מאפיינים תעסוקתיים וכלכליים של אנשים בעלי מוגבלות
16	3.4 מאפיינים חברתיים של אנשים בעלי מוגבלות
18	3.5 מאפיינים של מקבלי קצבת נכות כללית
20	<b>4. אנשים עם מוגבלות במגזר הערבי בישראל</b>
20	4.1 מבוא
	4.2 שיעורים ומאפיינים של בעלי מוגבלויות בחברה הערבית לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס (2003-2006)
28	4.3 מקבלי קצבת נכות כללית מטעם המוסד לביטוח לאומי
35	<b>5. נשים בעלות מוגבלות בישראל</b>
35	5.1 מבוא
	5.2 שיעורים ומאפיינים של נשים בעלות מוגבלות בישראל לפי נתוני הסקר החברתי בשנים 2003-2006
36	5.3 מאפיינים של נשים בעלות מוגבלות בישראל לפי נתוני סקר ארצי על בריאות ורווחה של נשים בישראל (2000)
41	5.4 מאפיינים של נשים בעלות מוגבלות המקבלות קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי
47	<b>6. עולים חדשים בעלי מוגבלות</b>
47	6.1 מבוא
47	6.2 שיעורים ומאפיינים של עולים בעלי מוגבלות לפי נתוני הסקר החברתי
53	6.3 מאפיינים של עולים בעלי מוגבלות המקבלים קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי
58	<b>7. מעבר לגיל זקנה בקרב אנשים בעלי מוגבלות</b>
58	7.1 מבוא
58	7.2 היקף ומאפייני בעלי מוגבלות בגיל המעבר לזקנה
59	7.3 גידול באוכלוסיית בעלי המוגבלות המבוגרים
60	7.4 הזדקנות מוקדמת של אנשים בעלי מוגבלות ממושכת

62	7.5	התמיכה המשפחתית באנשים בעלי מוגבלות
65	7.6	תכניות בעולם למעבר לגיל זקנה
67		<b>8. אנשים עם ריבוי מוגבלויו</b>
67	8.1	מבוא
68	8.2	הבעיות שעמן מתמודדים אנשים עם ריבוי מוגבלויות
70		<b>9. המעבר לבגרות של אנשים בעלי מוגבלות</b>
70	9.1	מבוא
70	9.2	רקע
71	9.3	בעיות וצרכים לגבי המעבר
73	9.4	עקרונות בפיתוח תכנית מעבר
74	9.5	דוגמאות לתכניות מעבר
78	9.6	סיכום
79		<b>10. הורים בעלי מוגבלות</b>
79	10.1	מבוא
80	10.2	בעיות של הורים עם מוגבלויות
81	10.3	צרכים מיוחדים בקרב הורים עם מוגבלויות מסוגים שונים
84	10.4	תוצאות לגבי הילדים
85	10.5	מודלים של שירותי עזרה להורים בעלי מוגבלות
88		<b>11. המשפחה המטפלת באדם עם מוגבלו</b>
88	11.1	מבוא
88	11.2	מיעוט ההתייחסות לצורכי המשפחה המטפלת באדם עם מוגבלות
89	11.3	התמיכה שהמשפחה מספקת לאדם עם מוגבלות
90	11.4	השלכות הטיפול באדם עם מוגבלות על בני המשפחה
93	11.5	תכניות התערבות לבני משפחה המטפלים בנכה ותרומתן
96		<b>12. אנשים עם מוגבלות נרכשת (בעלי מוגבלות חדשים)</b>
96	12.1	מבוא
97	12.2	פגיעה מוחית טראומטית
98	12.3	בעיות פסיכו-סוציאליות כתוצאה מפגיעה מוחית
98	12.4	הסתגלות פסיכולוגית
99	12.5	תמיכה חברתית
99	12.6	שילוב חברתי
99	12.7	דגמים חדשים של שיקום
102		<b>13. שימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות</b>
102	13.1	מבוא
102	13.2	שכיחות השימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות בארץ ובעולם
105	13.3	תחומי השימוש באינטרנט
106	13.4	חסמים בשימוש במחשב
109	13.5	הנגשת השימוש במחשב על פי החקיקה בארץ ובארצות-הברית
110		<b>14. סוגיות שעלו מתוך ראיונות עם אנשי מפתח</b>
110	14.1	רקע
110	14.2	איתור השירותים והתשתיות החסרים כיום לאנשים עם מוגבלויות (בני 21-64)
		המתגוררים בקהילה

118	14.3 דירוג כמותי של תחומי השירות בהתאם למידת הדחיפות של הטיפול בהם
120	14.4 שירותים לבעלי מוגבלויות שונות
121	14.5 קבוצות שהצפי לגביהן הוא שצורכיהן יגדלו בעתיד
122	14.6 שיתוף פעולה בין-ארגוני ובין-משרדי
124	14.7 תכניות עם פוטנציאל להמשכיות
125	<b>15. נושאים שלא נכללו בהרחבה בדוח זה</b>
125	15.1 קידום בריאות ומניעה בקרב אנשים עם מוגבלות
126	15.2 אלימות נגד בעלי מוגבלות
128	15.3 נגישות
129	15.4 מעורבות חברתית ופנאי
130	15.5 תעסוקה
132	ביבליוגרפיה
142	נספח 1 : שיעורי אנשים עם מוגבלות לפי קבוצות גיל בשנים 2006-2003
143	נספח 2 : פירוט של בעלי תפקידים שרואיינו במסגרת המחקר

## רשימת לוחות

- 4 : לוח 1 : אנשים גילאי 20-64, לפי מצב מוגבלות
- 4 : לוח 2 : אנשים בעלי מוגבלות, מבוסס על שיעורים ממוצעים של מוגבלות בשנים 2002-2006 ועל נתוני האוכלוסייה בסוף 2007
- 5 : לוח 3 : אנשים גילאי 20-64, לפי מצב מוגבלות, בקבוצות אוכלוסייה שונות
- 6 : לוח 4 : מקבלי קצבאות נכות בישראל בגיל 18-64 (נכון לדצמבר 2006)
- 9 : לוח 5 : מוגבלות בסקרי בריאות האוכלוסייה בקהילה בקנדה בשנים 2000 ו-2003, לפי קבוצות גיל
- 9 : לוח 6 : מוגבלות בבריטניה בקרב בני 16 ומעלה, לפי מין, בשנים 1995 ו-2001
- 10 : לוח 7 : מוגבלות באוסטרליה בקרב בני 15-64, בשנים נבחרות
- 10 : לוח 8 : מוגבלות בסקרי בריאות האוכלוסייה בקהילה בארצות-הברית בשנים 2003-2006, לפי קבוצות גיל
- 11 : לוח 9 : גידול במספר ובשיעור מקבלי קצבת נכות כללית 1990-2008
- 11 : לוח 10 : גידול במספר מקבלי קצבת נכות לפי גיל בין 2001-2006
- 11 : לוח 11 : גידול של האוכלוסייה הכללית לפי קבוצות גיל משנת 2000 לשנת 2007
- 13 : לוח 12 : מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של אנשים ללא מוגבלות ובעלי מוגבלות בגיל 20-64
- 14 : לוח 13 : מצב תעסוקה ושביעות רצון מעבודה של בעלי מוגבלות בינונית וקשה
- 14 : לוח 14 : הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית אצל כלל האוכלוסייה בגיל 20-64 לפי טיפוס משפחות ומוגבלות
- 15 : לוח 15 : מאפיינים כלכליים של אנשים ללא מוגבלות ובעלי מוגבלות בגיל 20-64
- 16 : לוח 16 : שביעות רצון מהחיים וקשרים חברתיים של אנשים ללא מוגבלות, ושל אנשים בעלי מוגבלות בגיל 20-64
- 17 : לוח 17 : מעורבות חברתית של בעלי מוגבלות ושל אנשים ללא מוגבלות
- 19 : לוח 18 : מאפיינים דמוגרפיים של מקבלי קצבת נכות כללית, נכון לשנת 2006
- 21 : לוח 19 : אנשים עם מוגבלות גילאי 20-64 בקרב האוכלוסיות הערבית והיהודית, לפי דרגת המוגבלות

- 21 : לוח 20 : ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, גילאי 20-64, לפי מאפיינים דמוגרפיים
- 22 : לוח 21 : ערבים בעלי מוגבלות בינונית וחמורה לפי מגדר ומצב משפחתי
- 23 : לוח 22 : ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי השכלה ושימוש במחשב
- 24 : לוח 23 : ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי תעסוקה ושביעות רצון מהעבודה
- 25 : לוח 24 : הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית אצל יהודים וערבים גילאי 20-64 לפי טיפוס משפחות ומוגבלות
- 25 : לוח 25 : אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי אצל ערבים ויהודים גילאי 20-64
- 26 : לוח 26 : ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי נגישות פיזית
- 27 : לוח 27 : האנשים ביישובים ערביים ולא ערביים שהסכימו עם ההיגדים
- 28 : לוח 28 : ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי יחסים חברתיים
- 29 : לוח 29 : ערבים ויהודים מקבלי קצבת נכות כללית, לפי מאפייני רקע
- 30 : לוח 30 : ערבים ויהודים מקבלי קצבת נכות כללית לפי סוג הליקוי העיקרי ורמת התפקוד
- 31 : לוח 31 : סטטוס תעסוקתי בקרב מקבלי קצבת נכות כללית לפי לאום
- 32 : לוח 32 : דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים
- 32 : לוח 33 : שימוש בשירותים שונים בקרב מקבלי קצבת נכות כללית, לפי לאום
- 33 : לוח 34 : צרכים לא מסופקים בקרב מקבלי קצבת נכות כללית, לפי סוג שירות ולאום
- 34 : לוח 35 : עומס על התומכים העיקריים של מקבלי קצבת נכות כללית, לפי לאום
- 36 : לוח 36 : אנשים עם מוגבלויות בקרב נשים וגברים גילאי 20-64, לפי רמת המוגבלות
- 36 : לוח 37 : נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי מאפיינים דמוגרפיים
- 37 : לוח 38 : נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי השכלה ושימוש במחשב
- 38 : לוח 39 : נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי תעסוקה, שביעות רצון מהעבודה והשתתפות בהכשרה מקצועית (אחוזים)
- 39 : לוח 40 : הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית בקרב נשים וגברים גילאי 20-64, לפי טיפוס משפחות ומוגבלות

- 40 לוח 41 : אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי בקרב נשים וגברים בעלי מוגבלות גילאי 64-20
- 40 לוח 42 : נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 64-20, לפי יחסים חברתיים
- 42 לוח 43 : נשים בעלות מוגבלות ונשים ללא מוגבלות שנפגעו ממעשה אלימות
- 43 לוח 44 : נגישות רופאים וטיפולים לנשים בעלות מוגבלות, בהשוואה לנשים ללא מוגבלות
- 44 לוח 45 : מאפייני רקע של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות בגיל 59-18
- 44 לוח 46 : נשים וגברים מקבלי קצבת נכות כללית בגיל 59-18, לפי סוג הליקוי
- 45 לוח 47 : מוגבלות תפקודית של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות כללית גילאי 59-18
- 45 לוח 48 : סטטוס תעסוקתי וסוג המסגרת התעסוקתית של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות בגיל 59-18
- 46 לוח 49 : קבלת שירותים שונים בקרב נשים וגברים מקבלי קצבת נכות גילאי 59-18
- 46 לוח 50 : צרכים לא מסופקים בקרב נשים וגברים מקבלי קצבת נכות גילאי 59-18, לפי סוג שירות
- 48 לוח 51 : אנשים עם מוגבלות גילאי 64-20 בקרב העולים והוותיקים, לפי דרגת המוגבלות
- 48 לוח 52 : עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי מאפיינים דמוגרפיים
- 49 לוח 53 : עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה לפי מאפייני הון אנושי
- 50 לוח 54 : עולים ללא מוגבלות ועולים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי ידיעת עברית
- 51 לוח 55 : עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה לפי מאפייני תעסוקה
- 51 לוח 56 : הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית בקרב עולים ויהודים ותיקים גילאי 64-20, לפי טיפוס משפחות ומוגבלות
- 52 לוח 57 : אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי של עולים וותיקים בעלי מוגבלות
- 52 לוח 58 : עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי יחסים חברתיים
- 54 לוח 59 : עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית, לפי מאפיינים דמוגרפיים
- 54 לוח 60 : מוסד לימודים אחרון בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית
- 55 לוח 61 : מקבלי קצבת נכות כללית עולים וותיקים לפי הליקוי העיקרי

- 55 : עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית הזקוקים לעזרה בטיפול אישי
- 56 : סטטוס תעסוקתי בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות
- 56 : דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות
- 57 : קבלת שירותים שונים בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית
- 57 : המדווחים על צרכים לא מסופקים בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית
- 59 : אנשים בעלי מוגבלות בכלל האוכלוסייה בגיל המבוגר לפי קבוצות גיל
- 59 : מאפיינים נבחרים של בעלי מוגבלות גילאי 20-54
- 60 : מקבלי קצבת נכות כללית לאורך השנים 1996-2006, לפי קבוצות גיל
- 60 : מקבלי קצבת נכות כללית בני 55-64 לאורך השנים 1996-2006, לפי ליקוי עיקרי
- 63 : הקרבה המשפחתית של התומכים לפי גיל מקבל הקצבה
- 63 : הסדרי מגורים של התומך עם נתמך לפי גיל מקבל הקצבה
- 64 : התומכים המדווחים על קשיים רגשיים בעקבות הטיפול בבעל מוגבלות, לפי גיל מקבל הקצבה
- 64 : מאפייני התומכים הבלתי פורמליים לפי יחס הקרבה לנתמך
- 65 : עומס ומצב נפשי של התומכים הבלתי פורמליים בקרב הורים ואחים
- 103 : שימוש ביתי במחשב ובאינטרנט לפי מוגבלות בארצות-הברית
- 106 : פעולות חברתיות באינטרנט לפי קיום מוגבלות
- 119 : הקטגוריות שצוינו על-ידי המרואיינים כדחופות במידה רבה מאוד
- 120 : הנושאים החשובים ביותר לפיתוח

## רשימת תרשימים

- 6 תרשים 1 : בעלי מוגבלות בכלל האוכלוסייה בקהילה גילאי 20-64 במדינות שונות בעולם
- 7 תרשים 2 : מקבלי קצבת נכות בישראל ובמדינות שונות
- 18 תרשים 3 : בלמים למעורבות חברתית בקרב בעלי מוגבלות ובקרב אנשים ללא מוגבלות
- 19 תרשים 4 : מקבלי קצבת נכות כללית לפי ליקוי עיקרי, נכון לדצמבר 2006
- 104 תרשים 5 : פערים בקיום ובשימוש במחשב ובאינטרנט בישראל, לפי מידת מוגבלות
- 108 תרשים 6 : ידיעת השפה האנגלית ברמה טובה-טובה מאוד, בגיל 20-64 לפי מידת מוגבלות

## מבוא

דוח זה הוזמן על-ידי ועדת היגוי מקצועית להקמת מסד נכויות בשותפות ג'וינט-ישראל וממשלת ישראל. הדוח מביא מידע מקיף על אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות, ומהווה בסיס עשיר לקבלת החלטות לגבי פיתוח עתידי של שירותים לאוכלוסייה זו.

הנושאים הכלולים בדוח נבחרו על-ידי ועדת ההיגוי המקצועית שמלווה את תהליך ההקמה של מסד הנכויות. מאחר שהצרכים של אנשים עם מוגבלות הם רבים ומגוונים, הדוח אינו מכסה את הצרכים של כל קבוצות האנשים עם מוגבלות, ולא את כל תחומי החיים שלהם. עם זאת, הוא מציג מידע מקיף וחשוב על המאפיינים והצרכים של אנשים עם מוגבלות, ושל אוכלוסיות מיוחדות בקרבם.

הדוח כולל:

- ♦ מידע על שיעורי האנשים בעלי מוגבלות בדרגות שונות של מוגבלות (פרק 1), והשינויים לאורך זמן במספריהם (פרק 2).
- ♦ המאפיינים הדמוגרפיים והחברתיים של כלל בעלי המוגבלות ושל תת-קבוצה בקרבם - מקבלי קצבת נכות (פרק 3).
- ♦ מאפיינים וצרכים של אוכלוסיות מיוחדות של בעלי מוגבלות, וסוגיות הקשורות לפיתוח שירותים בעבורם: ערבים (פרק 4), נשים (פרק 5), עולים (פרק 6), מזדקנים (פרק 7), אנשים עם ריבוי מוגבלויות (פרק 8), צעירים בגיל המעבר לבגרות (פרק 9), הורים בעלי מוגבלות (פרק 10), המשפחה המטפלת בבעלי מוגבלות (פרק 11), בעלי מוגבלות חדשים (פרק 12).
- ♦ שימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות בארץ ובעולם (פרק 13).
- ♦ סיכום הסוגיות השונות שעלו מתוך הראיונות עם מספר רב של אנשי מקצוע בתפקידים בכירים, נציגים של ארגוני נכים, אנשי אקדמיה ועוד. הראיונות התמקדו בנושאים הקשורים לצורך בפיתוח שירותים בעבור אנשים עם מוגבלות, סדרי עדיפויות, אוכלוסיות שאינן מכוסות, או אינן מכוסות במידה מספקת, על-ידי מערכת השירותים (פרק 14).
- ♦ לבסוף, בפרק 15 מובאת רשימה של נושאים נוספים שלא נכללו בדוח הנוכחי, אף שאינם בהכרח פחות חשובים. לגבי חלק מנושאים אלה רצוי להרחיב את המידע בעתיד.

# 1. אומדנים על שיעורי אנשים בעלי מוגבלות בישראל, גילאי 20-64

## תקציר

**הגדרת האנשים בעלי מוגבלות** (מבוססת על סקרים חברתיים למ"ס, 2002-2006): אנשים בעלי בעיה בריאותית או פיזית שמפריעה או מפריעה מאוד בפעילויות יומיומיות ונמשכת 6 חודשים לפחות.

**הגדרת אנשים בעלי מוגבלות קשה/חמורה** (Severe/profound): כל מי שהוגדר כבעל מוגבלות לפי ההגדרה הכללית, שמתקשה בביצוע פעילויות של טיפול אישי (רחצה, הלבשה, אכילה) או בניידות.

**שיעור המוגבלות (ממוצע מהסקרים החברתיים 2006-2002) גילאי 20-64:**<sup>1</sup> 17.9% אנשים בעלי מוגבלות: 11.7% בעלי מוגבלות בינונית, ו-6.2% בעלי מוגבלות קשה.

**השוואה בינלאומית בשיעורי מוגבלות:** השיעורים נעים בין 11% בארצות-הברית לכ-21% בשבדיה, כאשר ברוב המדינות השיעורים נעים בין 16% ל-19%.

**היקף האוכלוסייה נכון לסוף 2007:** בסך-הכל 697,000 אנשים עם מוגבלות: מתוכם 456,000 בעלי מוגבלות בינונית, ו-241,000 בעלי מוגבלות קשה.

**מספר מקבלי קצבאות נכות בישראל בגיל 18-64 (בסך-הכל 253,000):** משרד הביטחון, 41,000; ביטוח לאומי (נכות כללית, נכות מעבודה, איבה, ניידות ושר"מ), 212,000.

## 1.1 מבוא

בישראל אין נתונים ארציים על שיעורי אנשים בעלי מוגבלות בכלל, ועל שיעורי המוגבלות בתחומים שונים בפרט, מכיוון שעד כה לא בוצע סקר בנושא זה באוכלוסייה הכללית. לפיכך, האומדנים על שיעורי המוגבלות בישראל במסמך זה מתבססים על ניתוחי משנה של נתוני סקרים ארציים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה - הסקרים החברתיים 2003-2006 וסקר בריאות לאומי 2003-2004. סקרים אלה לא נועדו לאמוד באופן ספציפי את שיעורי המוגבלות בתחומים שונים, וכוללים רק שאלות כלליות על מוגבלות. יתרה מזו, אנשים שלא ניתן היה לראיין אותם בגלל מוגבלות או מחלה (כ-2% מכלל האוכלוסייה בשני סוגי הסקרים) לא נכללו בסקרים הללו, ולכן, שיעורי המוגבלות שנמצאו בהם הם אומדני חסר של שיעורי מוגבלות. בנוסף, נעשה שימוש בנתונים על אודות מקבלי קצבאות נכות מתוך פרסומים של המוסד לביטוח לאומי ושל משרד הביטחון. האומדנים בישראל יוצגו תוך השוואה לנתונים על שיעורי מוגבלות במדינות שונות בעולם.

<sup>1</sup> הנתונים לגבי שיעורי המוגבלות (ממוצע מהסקרים החברתיים 2006-2002), ולגבי מספר מקבלי קצבאות נכות בישראל גילאי 18-64, מהווים, כנראה, תת-אומדן מכיוון ש-2% מהאוכלוסייה לא ענו על השאלה בגלל מוגבלות או מחלה.

## 1.2 אומדנים מתוך הסקרים החברתיים של הלמ"ס

הסקרים החברתיים של הלמ"ס הם סקרים ארציים המבוצעים מדי שנה, החל מ-2002, וכוללים מדגם מייצג של כתשעת אלפים איש מאוכלוסיית המדינה, בגיל 20 ומעלה. שוהים במוסדות אינם נכללים בסקר.

בסקרים אלה ניתן לזהות אנשים שיש להם בעיה בריאותית או פיזית הנמשכת לפחות שישה חודשים, כלומר, לזהות אנשים עם ליקויים שונים (impairments). מתוכם, ניתן לזהות אנשים בעלי מוגבלות (disability), שהבעיה הפיזית או הבריאותית מפריעה או מפריעה מאוד בפעולות יומיומיות. היתר, הם אנשים שיש להם אומנם בעיה פיזית או בריאותית אך היא איננה מפריעה, או מפריעה רק במעט, לפעולות יומיומיות, כך שהם אינם מוגדרים בעלי מוגבלות (כ-10% באוכלוסיית גילאי 20-64).

בכל הניתוחים המובאים להלן במסמך, שמתבססים על הסקרים החברתיים של הלמ"ס, נעשה שימוש בהגדרות לעיל על מנת להבחין בין שלוש קבוצות באוכלוסיית בני 20-64:

א. אנשים ללא מוגבלות - אנשים שאין להם בעיה בריאותית או פיזית; ואנשים עם בעיה בריאותית או פיזית, אך שאיננה מפריעה או מפריעה במעט בביצוע פעולות יומיומיות.

ב. בעלי מוגבלות בינונית - אנשים עם בעיה בריאותית או פיזית שמפריעה/מפריעה מאוד בביצוע פעולות יומיומיות אך שאינם מתקשים בפעולות ADL (ניידות מחוץ לבית, ניידות בתוך הבית, רחיצה, הלבשה, אכילה).

ג. בעלי מוגבלות קשה - אנשים עם בעיה בריאותית או פיזית שמפריעה/מפריעה מאוד בביצוע פעולות יומיומיות, ובנוסף, הם מתקשים לפחות באחת מפעולות ADL (ניידות מחוץ לבית, ניידות בבית, רחיצה, הלבשה ואכילה).

### א. שיעור בעלי מוגבלויות בכלל האוכלוסייה בישראל בגיל 20-64 ומספרם

בלוח 1 מובאים אומדנים על שיעורי מוגבלות מתוך הסקרים החברתיים האחרונים של הלמ"ס (2003-2006). מסקרים אלה עולה, כי סך-כל שיעור בעלי המוגבלות הבינונית והקשה בקרב בני 20-64, נע בין 17.6%-19.1%, בעוד שיעור בעלי המוגבלות הקשה בלבד נע בין 5.7%-6.7%. העקביות בשיעורי המוגבלות בסקרים השונים מחזקת את הטעון בדבר מהימנותם של אומדנים אלו.

לא נמצאה מגמה של עלייה בסך-כל שיעור האנשים בעלי המוגבלות לאורך השנים 2002-2006; עם זאת, נראית מגמה של עלייה בשיעור בעלי מוגבלות קשה. בקרב בעלי מוגבלות בינונית לא נמצאה מגמה ברורה.<sup>2</sup> יש צורך לעקוב אחרי שיעורי המוגבלות לאורך תקופה ארוכה יותר על מנת לזהות מגמות של שינוי. לכן, הוחלט להשתמש לאורך כל הדוח בשיעורים ממוצעים של מוגבלות בשנים

<sup>2</sup> בדקנו גם את השינוי בשיעורי המוגבלות בשתי קבוצות גיל 20-54 ו-55-64. נראה ששיעור המוגבלות בקרב הקבוצה הצעירה יותר יציב יחסית, כאשר ישנה עלייה בשיעורי המוגבלות לאורך השנים בקבוצה המבוגרת יותר, בעיקר עלייה בשיעורי בעלי מוגבלות קשה. בדיקה זו מופיעה בנספח 1.

**לוח 1: אנשים גילאי 20-64, לפי מצב מוגבלות (באחוזים)**

ללא מוגבלות <sup>1</sup>	בעלי מוגבלות בינונית <sup>2</sup>	בעלי מוגבלות קשה <sup>3</sup>	
82.3	12.0	5.7	2002
82.1	12.0	5.9	2003
82.5	11.1	6.4	2004
80.9	12.4	6.7	2005
82.4	11.0	6.6	2006
82.1	11.7	6.2	ממוצע 2006-2002

מקור: סקרים חברתיים של הלמ"ס 2006-2002

<sup>1</sup> כולל: מי שדיווח שאין לו בעיה בריאותית או פיזית, או מי שיש לו בעיה כזו אבל היא אינה מפריעה או מפריעה במעט בפעולות יומיומיות.

<sup>2</sup> כולל: מי שדיווח שיש לו בעיה בריאותית או פיזית כלשהי שמפריעה/מפריעה מאוד בפעולות יומיומיות ואינו מתקשה באף פעולה של ADL (ניידות מחוץ לבית, ניידות בתוך הבית, רחיצה, הלבשה, אכילה).

<sup>3</sup> כולל: מי שדיווח שיש לו בעיה בריאותית או פיזית כלשהי שמפריעה/מפריעה מאוד בפעולות יומיומיות, ובנוסף לכך, הוא מתקשה לפחות בפעולה אחת של ADL.

**לוח 2: אנשים בעלי מוגבלות, מבוסס על שיעורים ממוצעים של מוגבלות בשנים 2006-2002 ועל נתוני האוכלוסייה בסוף 2007 (במספרים ובאחוזים)**

מספר (באלפים)	שיעור	
3,895	100	כלל האוכלוסייה
697	17.9	בעלי מוגבלות
456	11.7	מתוכם בעלי מוגבלות בינונית
241	6.2	מתוכם בעלי מוגבלות קשה

מקור: סקר חברתי 2006-2002 ונתוני אוכלוסייה לשנת 2007

בסוף 2007, מנתה אוכלוסיית ישראל גילאי 20-64 כ-3,895,000 אנשים. מתוכם, קרוב ל-700,000 בעלי מוגבלות. מספר האנשים בעלי מוגבלות בינונית היה 456,000, ובעלי מוגבלות קשה - 241,000.

**ב. שיעורי מוגבלות בקבוצות אוכלוסייה שונות**

בלוח 3 מוצגים שיעורי המוגבלות בקבוצות אוכלוסייה שונות (נשים לעומת גברים, ערבים לעומת יהודים), על סמך נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס (2005), בעבור בני 20-64.

ניתן לראות כי בקרב הנשים יש שיעור גבוה יותר של מוגבלות מאשר בקרב הגברים. ממצא זה קשור לכך שיותר נשים מבוגרות סובלות ממוגבלות חמורה: מנתוני הוועדה למניעת תחלואה משנית במוגבלים, עולה ששיעורי המוגבלות גבוהים יותר בקרב הגברים עד גיל 34, בגיל 35-44 אין הבדל בין המינים, ומגיל 45 המגמה מתהפכת ושיעור המוגבלות גבוה יותר בקרב נשים (עורי ואחרים, 2008).

בלוח ניתן לראות כי שיעור בעלי המוגבלות גבוה באוכלוסייה הערבית לעומת השיעור באוכלוסייה היהודית, בעיקר משום ששיעור בעלי המוגבלות הקשה בקרב הערבים גבוה יותר מפי שניים מהשיעור בקרב היהודים. השיעור הגבוה של בעלי המוגבלות הקשה בקרב האוכלוסייה הערבית יכול לנבוע

**לוח 3: אנשים גילאי 20-64, לפי מצב מוגבלות, בקבוצות אוכלוסייה שונות (באחוזים)**

יהודים	ערבים	נשים	גברים	סך-הכל
100	100	100	100	ללא מוגבלות
82.2	74.1	79.6	82.2	בעלי מוגבלות בינונית
12.6	11.5	12.7	12.2	בעלי מוגבלות קשה
5.1	14.4	7.8	5.6	

מקור: סקרים חברתיים של הלמ"ס 2002-2006

**1.3 אומדנים מתוך סקר בריאות לאומי, 2003-2004**

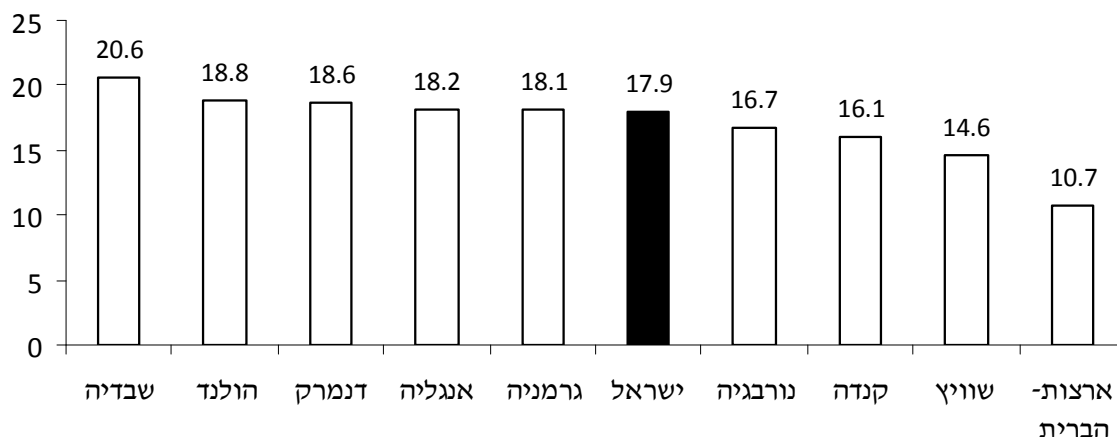
בנוסף לסקרים החברתיים, בוצע אומדן של שיעורי מוגבלות מתוך סקר הבריאות הלאומי 2003-2004, שכלל מגוון של שאלות בתחום הבריאות הכללית ובתחום בריאות הנפש, ונועד לספק נתונים על אודות מצב הבריאות של האוכלוסייה, התנהגויות הקשורות לבריאות ושימוש בשירותי בריאות. הסקר היווה חלק מסקר בריאות הנפש הבין-לאומי, שבוצע במקביל ב-27 מדינות בעולם. בסקר רואיינו קרוב ל-5,000 משיבים בני 21 ומעלה, המהווים מדגם מייצג של האוכלוסייה בגיל זה המתגוררת בקהילה (שאינה מאושפזת ואינה במוסדות). מדגם הסקר לא כלל את התושבים הערבים במזרח ירושלים.

בסקר הבריאות הלאומי הוגדרו בעלי מוגבלות מי שדיווחו שיש להם בעיה גופנית שנמשכת לפחות שישה חודשים (עקב מחלה, תאונה או מלידה), ויוצרת קשיים בפעולות יומיומיות במידה בינונית, רבה ורבה מאוד. לפי הגדרה זו, 14.6% מהמשיבים גילאי 21-64 הם בעלי מוגבלות. כמו-כן, 5.6% מהמשיבים בקבוצת הגיל דלעיל הם בעלי מוגבלות קשה הסובלים מבעיה תפקודית בתחום אחד או יותר בפעולות הבאות: הליכה בתוך הבית או מחוצה לו, רחצה, הלבשה, אכילה ללא עזרה. שיעור זה דומה לשיעור בעלי מוגבלות קשה שנמצא בסקרים החברתיים של הלמ"ס. עם זאת, השיעור הכולל של בעלי מוגבלות (14.6%) נמוך יותר מזה שנמצא בסקרים החברתיים (כ-18%). מאחר שבסקרים החברתיים נשאלו המרואיינים על אודות "בעיה בריאותית או פיזית" ולא על בעיה גופנית בלבד, כפי שהיה בסקר הבריאות הלאומי, ייתכן שהאומדן בסקר בריאות לאומי הוא נמוך יותר מכיוון שאיננו כולל את המדווחים על בעיות בריאותיות שאינן גופניות (למשל בעיות נפשיות, ליקויי למידה).

**1.4 נתונים על שיעורי מוגבלות בעולם**

בנוסף לאומדנים הישראליים, נעשתה בחינה השוואתית של שיעורי המוגבלות במדינות שונות בעולם. נתונים אלו מוצגים בתרשים 1. האומדנים בעולם מבוססים על סקרים בהם נשאלו שאלות על קיום מוגבלות בדרך דומה מאוד לזו בה השתמשו בסקרים החברתיים של הלמ"ס, ולכן ניתנים להשוואה.

**תרשים 1: בעלי מוגבלות בכלל האוכלוסייה בקהילה גילאי 20-64 במדינות שונות בעולם\* (באחוזים)**



מקור: פרסום של OECD, 2003.  
\* האומדן לגבי ישראל הוא ממוצע של נתוני הסקרים החברתיים של הלמ"ס 2003-2006.

**1.5 שיעורים של מקבלי קצבאות נכות בישראל**

לצורך השלמת התמונה על אודות שיעורי המוגבלות בישראל מוצג להלן מידע על אודות מספר מקבלי קצבאות נכות שונות בארץ (נכון לשנת 2006). קצבאות נכות בישראל מוענקות על-ידי המוסד לביטוח הלאומי ומשרד הביטחון. בשנת 2006 היו בישראל בסך-הכל כ-253 אלף מקבלי קצבאות נכות שונות אשר מתוכם 212 אלף קיבלו קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי והיתר, 41 אלף, קיבלו קצבאות ממשרד הביטחון (ראה לוח 4).

**לוח 4: מקבלי קצבאות נכות בישראל בגיל 18-64 (נכון לדצמבר 2006)**

מספר מקבלי הקצבה	מתוכם - בעלי נכות רפואית מ-40% ומעלה
<b>253,331</b>	<b>41,000</b>
<b>סך-הכל מקבלי קצבאות נכות שונות בישראל</b>	
<b>משרד הביטחון (10% נכות ומעלה)</b>	
<b>212,331</b>	<b>197,238</b>
<b>סך-הכל מקבלי קצבאות מהמוסד לביטוח לאומי:</b>	
181,747	181,747
21,559	7,703
1,967	730
1,158	1,158
5,900	5,900

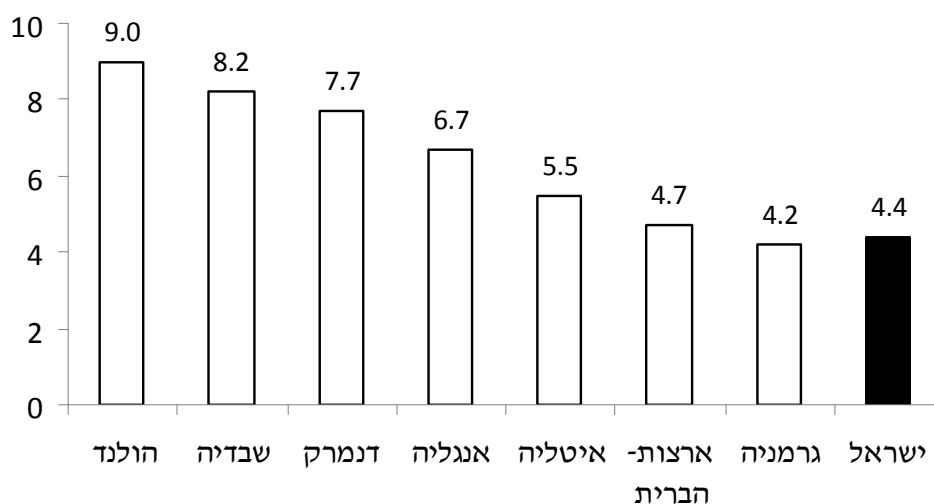
מקור: נתונים מהמוסד לביטוח לאומי וממשרד הביטחון

כפי שניתן לראות בלוח 4, היקף מקבלי קצבת נכות כללית של הביטוח הלאומי הוא הגדול ביותר מבין מקבלי הקצבאות השונות, וכלולים בו בעלי נכות רפואית של 40% ומעלה. על כן, בהמשך המסמך נתייחס ביתר פירוט לשיעור מקבלי קצבה זו ולמאפייניהם. יש לציין שתנאי הזכאות לקצבת נכות כללית מחמירים יותר מתנאי הזכאות לקצבאות במשרד הביטחון, נכות מעבודה או נפגעי פעולות

## 1.6 שיעורים של מקבלי קצבת נכות בישראל ובמדינות מערביות נוספות

להלן מוצגים השיעורים של מקבלי קצבת נכות כללית בישראל ושל מקבלי קצבת נכות במדינות מערביות שונות (תרשים 2). יש לקחת בחשבון שכללי הזכאות לקבלת הקצבה שונים במדינות השונות, ועל כן צפוי שהשיעורים יהיו שונים. כמו-כן, ההבדלים בשיעורים של מקבלי קצבת נכות מושפעים מהבדלים בהסדרים אחרים ומקיומן של תכניות נוספות הקשורות לנכות כמו קצבת נכות מעבודה. כך, למשל, ישנן מדינות שניתן בהן לפנות לקבלת קצבת נכות רק לאחר שנה; יש מדינות שניתן לפנות בהן רק לאחר שישה חודשים או אחרי שלושה חודשים. במשך תקופה זו - תקופת הכשרה - הפונים מקבלים דמי מחלה. לכן, ההשוואה בשיעורי קבלת גמלה צריכה לקחת בחשבון הבדלים אלה בין המדינות (OECD, 2003).

תרשים 2: מקבלי קצבת נכות בישראל ובמדינות שונות (באחוזים)



מקור: פרסום של OECD (2003). הנתון לגבי ישראל לקוח מפרסום של המוסד לביטוח לאומי 2003.

## 2. שינויים לאורך זמן במספר ובשיעור האנשים בעלי מוגבלות בעולם ובישראל

### תקציר

השינויים בשיעור ובמספר האנשים עם מוגבלות יכולים לנבוע מכמה סיבות:

- ◆ שינוי בשיעור המוגבלות בכל קבוצות הגיל או בגיל מסוים
- ◆ שינוי בהרכב הגילים של האוכלוסייה (למשל גידול בשיעור האנשים בני 50+ באוכלוסייה)
- ◆ ממצאים מתוך סקרים לאורך זמן בעולם אינם מצביעים על מגמה ברורה של שינוי בשיעורי מוגבלות בקבוצות גיל שונות
- ◆ במקומות שבהם נמצאה עלייה בשיעורי מוגבלות, ההסבר המוצע לכך הוא ההזדקנות של דור ה-Baby Boom (ילדים שנולדו בשנים שלאחר מלחמת העולם השנייה)
- ◆ בישראל, בין השנים 2000-2007 שיעור הגידול של כלל האוכלוסייה בגילים 18-54 הוא 11%. שיעור הגידול של האוכלוסייה בגילים 55-64 באותן השנים הוא 46%. כלומר, האוכלוסייה המבוגרת גדלה במהירות, ולכן שיעור בעלי המוגבלות גדל בקצב מהיר יותר מקצב הגידול של כלל האוכלוסייה.

### 2.1 מבוא

אחת הסוגיות החשובות בתכנון שירותים היא באיזו מידה שיעור האנשים בעלי מוגבלות נשאר קבוע לאורך זמן, או צפוי להשתנות בעתיד. יש הטוענים שבגלל גידול בתוחלת החיים בכלל, ושל אנשים בעלי מוגבלות בפרט, צפוי גידול בשיעורי המוגבלות בעתיד. לעומת זאת, יש הטוענים שהתפתחות ידע וטכנולוגיה ברפואה תגרום להקטנה בשיעורי המוגבלות, ובעיקר במוגבלות קשה. מספר מדינות ניסו לבחון את הסוגיה על-ידי ביצוע סקרים חוזרים לאורך זמן, אך הממצאים בנושא אינם חד-משמעיים.

יש לציין ששינוי בשיעורי מוגבלות של אוכלוסייה יכול לנבוע משינוי בשיעורי מוגבלות בקבוצות הגיל השונות, ו/או משינוי בהרכב הגילי של אוכלוסייה - ככל שהאוכלוסייה כוללת יותר אנשים מבוגרים, שיעור המוגבלות הכללי גדל, גם אם שיעור המוגבלות בכל קבוצת גיל אינו משתנה לאורך זמן.

בפרק זה נציג ממצאים על שינויים בשיעורי מוגבלות לאורך זמן. כמו-כן, נציג נתונים לגבי שינויים לאורך זמן במספר מקבלי קצבת נכות כללית בארץ.

### 2.2 שינויים לאורך זמן בשיעורי מוגבלות בעולם

הנתונים הקיימים בספרות על אודות שינויים בשיעורי מוגבלות במדינות שונות בעולם הינם חלקיים ביותר, ולעתים קרובות לא ניתן אף להשוות בין סקרים שבוצעו באותה מדינה בנקודות זמן שונות, קל וחומר בין סקרים שבוצעו במדינות שונות. הבעיות המתודולוגיות הנפוצות, המקשות על ההשוואה לאורך השנים ובין המדינות השונות נוגעות להבדלים משמעותיים בשיטות המדידה ובהגדרת המוגבלות. להלן מוצגות מספר השוואות לאורך זמן שניתן היה לעשות.

**קנדה** - בקנדה בוצעו סקרים על מוגבלות ב-1991, 2000, ו-2003. על פי מה שמציינת הלשכה הסטטיסטית הקנדית, חלו שינויים משמעותיים במבנה המדגם ובשאלות הסינון להגדרת המוגבלות

**לוח 5: מוגבלות\* בסקרי בריאות האוכלוסייה בקהילה בקנדה בשנים 2000 ו-2003, לפי קבוצות גיל (באחוזים)**

קבוצת גיל	סקר 2000	סקר 2003
34-20	20.2	20.7
44-35	24.7	26.2
64-45	36	36.5

מקור: אתר הלשכה הסטטיסטית הקנדית: <http://cansim2.statcan.gc.ca>  
 \* המדווחים על בעיה פיזית, נפשית או בריאותית המגבילה את התפקוד היומיומי ונמשכת שישה חודשים לפחות.

**בריטניה** - דיווחים על שינויים בשיעורי המוגבלות בבריטניה בין השנים 1995-2001 מעידים על מגמת ירידה בשיעורי מוגבלות מתונה אך מגמת עלייה בשיעורי מוגבלות קשה, במיוחד בקרב בני גיל 45 ומעלה אצל גברים ו-55 ומעלה אצל נשים. עם זאת, העלייה בשיעורי המוגבלות הקשה מוסברת בחלקה על-ידי מעבר של אנשים עם מוגבלויות קשות ממוסדות לקהילה, ומגמה להישארות אנשים אלו בקהילה - מגמה שהתעצמה בשנים אלה. מאחר שהסקרים מבוססים על אוכלוסיית בעלי המוגבלות המתגוררים בקהילה בלבד, ייתכן שזהו הגורם לעלייה בשיעורי מוגבלויות קשות בקהילה בין השנים 1995-2001 (מסמך מאתר המדפיס הממשלתי הבריטי [www.tso.co.uk](http://www.tso.co.uk)). בלוח 6 מוצגים נתונים לגבי שיעורי המוגבלות בבריטניה ב-1995 וב-2001, לפי מין.

**לוח 6: מוגבלות בבריטניה בקרב בני 16 ומעלה, לפי מין, בשנים 1995 ו-2001\* (באחוזים)**

	נשים		גברים	
	2001	1995	2001	1995
מוגבלות כלשהי	18	19	**16	17
מוגבלות מתונה	13	14	**11	13
מוגבלות חמורה	6	5	**4	3

מקור: אתר המדפיס הממשלתי הבריטי ([www.tso.co.uk](http://www.tso.co.uk))  
 \* השיעורים של מוגבלות מתונה ומוגבלות חמורה אינם מסתכמים לסך-הכל מכיוון שהם מעוגלים  
 \*\* השינויים שחלו ביחס לקבוצת הגברים הם מובהקים סטטיסטית ( $p < .05$ )

**אוסטרליה** - שיעור כלל האנשים בעלי מוגבלות בקרב האוכלוסייה בגיל העבודה (15-64), עלה באופן מתמיד בין השנים 1981 ו-1998 מ-12.4 ל-15.7 (ראה לוח 7). הגידול בשיעור בעלי מוגבלות מוסבר בחלקו בשינוי בהרכב הגילים של האוכלוסייה בעקבות הזדקנותו של דור ה-Baby-boom (ילדים שנולדו בתקופה שלאחר מלחמת העולם השנייה). שיעורי האנשים בעלי מוגבלות קשה יציבים יחסית בין השנים 1981-1993 (בין 2.2% ל-2.4%), אולם, משנת 1993 עד שנת 1998 חלה קפיצה בשיעורם מ-

**לוח 7: מוגבלות באוסטרליה בקרב בני 15-64, בשנים נבחרות (באחוזים)**

שנה	סך-הכל אנשים בעלי מוגבלות	אנשים בעלי מוגבלות קשה/חמורה
1981	12.4	2.2
1988	13.2	2.3
1993	13.9	2.4
1998	15.7	3.3

מקור: Australian Institute of Health and Welfare, 2003

**ארצות-הברית - בלוח 8 מוצגים שיעורי מוגבלות בין השנים 2003-2006 על פי סקרי בריאות ארציים של האוכלוסייה בקהילה בארצות-הברית ( US Census Bureau, Statistical Abstract Of The United States, 2007).** יש לציין שהחל מ-2003 שונה אופן סינון האוכלוסייה, על כן לא הוצגו כאן השיעורים משנים שלפני מועד זה. כפי שניתן לראות בלוח, בתקופה זו לא חלו שינויים גדולים לאורך זמן בשיעורי המוגבלות בקרב קבוצות הגיל השונות, אך ייתכן ששיעור המוגבלות בכלל האוכלוסייה משתנה כתוצאה מהשינוי בהרכב הגילים של האוכלוסייה.

**לוח 8: מוגבלות\* בסקרי בריאות האוכלוסייה בקהילה בארצות-הברית בשנים 2003-2006, לפי קבוצות גיל (באחוזים)**

קבוצת גיל	2003	2004	2005	2006
44-18	6.0	6.0	5.7	5.5
54-45	13.0	12.5	11.9	12.5
64-55	21.1	19.9	19.9	20.0

מקור: US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States, 2007  
 \* מוגבלות הוגדרה כקושי ביכולת לבצע פעולות יומיומיות כתוצאה מבעיה גופנית, מנטלית או רגשית

**2.3 שינויים לאורך זמן בשיעור מקבלי קצבת נכות כללית בישראל**

כאמור בפרק הקודם, בישראל אין נתונים ארציים על שיעור האנשים בעלי המוגבלות. על כן, ברור כי לא ניתן להציג שינויים לאורך זמן בממד זה. על מנת לאמוד חלקית שינויים שחלים במספר האנשים בעלי מוגבלות בישראל ניתן לבדוק את השינויים לאורך זמן בשיעור מקבלי קצבת נכות כללית על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי. עם זאת, יש לזכור כי לא נלקחת בחשבון קבוצה גדולה של בעלי מוגבלות ששייכים לכוח העבודה ומשתכרים מעל הרמה המזכה בקצבת נכות כללית.

הפרסומים של המוסד לביטוח לאומי מציגים עלייה במספר ובשיעור מקבלי קצבת נכות כללית בין השנים 1990-2008. בשנת 1990 מספר מקבלי קצבת נכות כללית הגיע ל-70,000 ושיעורם באוכלוסייה (דהיינו, מתוך אוכלוסיית הגברים בגיל 18-64 והנשים בגיל 18-59) היה 3%. ביוני 2008 הגיע מספרם ל-194,935 (המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, יולי 2008). השינויים במספר ובשיעור מקבלי הקצבה לאורך השנים מוצגים בלוח 9 להלן.

**לוח 9: גידול במספר ובשיעור מקבלי קצבת נכות כללית 1990-2008**

שנה	מספר המקבלים	שיעור באוכלוסייה
1990	70,000	3.0
2000	135,348	3.9
2003	157,000	4.3
2007	187,500	4.5
6/2008	194,935	*4.8

מקור: המוסד לביטוח לאומי, רבעון סטטיסטי, יולי 2008  
 \* הנתונים לגבי מספר הגברים בגיל 18-64 והנשים בגיל 18-59 ב-2008 אינם נתונים רשמיים של הלמ"ס. גודל האוכלוסייה הרלוונטית חושב לפי שילוב של נתוני כלל האוכלוסייה באוגוסט 2008 עם פירוט האוכלוסייה לפי גיל ומין של הלמ"ס בסוף 2007.

הגידול בשיעור מקבלי הקצבה גבוה מהצפוי מגידול האוכלוסייה: ב-2000-2007 גדלה אוכלוסיית גילאי העבודה ב-15%, ומספר מקבלי קצבה גדל ב-38%. גידול זה יכול לנבוע משינוי בשכיחות המוגבלות לפי גיל, ו/או משינוי בהרכב הגילים של האוכלוסייה.

בחנו את השינוי במספר מקבלי קצבת נכות בשתי קבוצות הגיל 18-54 ו-55-64 על בסיס הדוחות של המוסד לביטוח לאומי על מקבלי קצבת נכות ב-2001-2006.

**לוח 10: גידול במספר מקבלי קצבת נכות לפי גיל בין 2001-2006**

	54-18	64-55
2001	107,026	38,501
2006	123,900	54,394
שיעור גידול	15%	41%

מהלוח עולה גידול מהיר מאוד של מקבלי קצבת נכות בגיל 54-64. מספר מקבלי הקצבה בקבוצת גיל זו גדלה ב-41% לעומת גידול של 15% בקבוצת הגיל הצעירה יותר.

בחנו באיזו מידה גידול זה מבטא שינוי בהרכב הגילים של כלל האוכלוסייה לאורך השנים (לוח 11). כפי שניתן לראות, בין השנים 2000 ל-2007 גדלה האוכלוסייה הכללית ב-15%, אך הגידול היה שונה ביותר בין קבוצות הגיל השונות. האוכלוסייה בגיל 18-54 גדלה ב-11% לעומת האוכלוסייה בגיל 54-64 שגדלה ב-46% באותה התקופה. מכיוון ששיעור המוגבלות בקרב האוכלוסייה המבוגרת יותר גבוה יותר, ניתן להסיק שהגידול במספר מקבלי קצבת נכות כללית נובע, לפחות בחלקו, משינוי בהרכב הגילים של כלל האוכלוסייה, כלומר מהגידול המשמעותי ביותר בכלל האוכלוסייה של קבוצת הגיל 54-64.

**לוח 11: גידול של האוכלוסייה הכללית לפי קבוצות גיל משנת 2000 לשנת 2007 (במספרים ובאחוזים)**

אוכלוסייה כללית		סך-הכל גיל 18-64		
גיל 54-64	גיל 18-54	גיל 54-64	גיל 18-54	
424,350	3,168,810	3,593,160	2000	מספר בשנת
620,990	3,518,960	4,139,950	2007	מספר בשנת
46%	11%	15%		שיעור גידול

מקור: נתוני למ"ס

### 3. מאפיינים של אנשים בעלי מוגבלות בישראל

#### תקציר

##### מאפיינים סוציו-דמוגרפיים:

- ♦ שיעור המבוגרים בקרב בעלי מוגבלות גבוה יותר מהשיעור בקרב אנשים ללא מוגבלות
- ♦ שיעור המשכילים בקרב בעלי מוגבלות נמוך יותר מהשיעור בקרב אנשים ללא מוגבלות
- ♦ שיעור נמוך בהרבה מבעלי המוגבלות מועסקים

##### הכנסות:

- ♦ ההכנסות של משקי בית של אנשים בעלי מוגבלות נמוכות בהרבה מהכנסות משקי הבית של אנשים ללא מוגבלות
- ♦ ההכנסות של 40% ממשקי בית של יחיד בעל מוגבלות, לעומת 19% ממשקי בית של יחיד לא מוגבל, הן מתחת ל-2,500 ₪
- ♦ ההכנסות של 40% מבני-זוג שאחד מהם הוא בעל מוגבלות, לעומת 20% מבני-זוג שאין בהם מי שהוא בעל מוגבלות, הן מתחת ל-5,000 ₪

**מצב חברתי:** שיעור גבוה יותר מבין בעלי המוגבלות, לעומת האנשים ללא מוגבלות, מרוצים פחות מהקשרים החברתיים, מרוצים פחות מהחיים, חשים יותר בדידות, פחות אופטימיים לגבי העתיד ופחות מעורבים בקהילה.

#### 3.1 מבוא

בפרק זה יוצגו מאפיינים סוציו-דמוגרפיים, תעסוקתיים, כלכליים וחברתיים של אנשים בעלי מוגבלות בישראל, מתוך דוחות קיימים בנושא, ועל בסיס ניתוח נתוני הסקר החברתי של למ"ס (2005). הגדרת רמת המוגבלות בניתוחים של נתוני סקר זה נעשתה על פי ההגדרה בסעיף 1.2 בפרק הראשון.

#### 3.2 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של אנשים בעלי מוגבלות

בלוח 12 מוצגים המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של אנשים בעלי מוגבלות בגיל 20-64, לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס, 2005.

מהלוח ניתן לראות כי:

- ♦ שיעור הנשים בקבוצת בעלי מוגבלות קשה גבוה (59%) מזה של הגברים (52%).
- ♦ אנשים בעלי מוגבלות מבוגרים יותר מאנשים ללא מוגבלות: כמחצית מבעלי מוגבלות בינונית וכשני-שלישים מבעלי מוגבלות קשה הם בגיל 45-64, לעומת 30% בקרב אנשים ללא מוגבלות. כמחצית מהאחרונים הם בקבוצת הגיל הצעירה, 20-34, לעומת כרבע מבעלי המוגבלות הבינונית ו-14% מבעלי מוגבלות קשה.
- ♦ בקרב בעלי מוגבלות קשה, שכיחות יותר רמות נמוכות של השכלה, בהשוואה לאוכלוסייה ללא מוגבלות. לדוגמה, בקרב בעלי מוגבלות קשה, 34% הם בעלי 0-8 שנות לימוד ו-23% הם בעלי 9-11

- לשיעור גבוה יותר של בעלי מוגבלות יש ילדים, בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות. ניתן להניח שנתון זה קשור לשיעור הגבוה יחסית של צעירים, שעוד אין להם ילדים, בקרב אנשים ללא מוגבלות.
- שיעור גבוה של אנשים בעלי מוגבלות קשה מתגוררים באזור חיפה והצפון, יחסית למצופה על פי ההתפלגות באוכלוסייה הכללית. השיעור הגבוה נובע בעיקר מהשיעור הגבוה של מוגבלות בקרב האוכלוסייה הערבית, המתגוררת בשכונות גבוהה באזור זה.
- פלדמן ובן-משה (2007) קושרים ממצא זה גם למצב החברתי-כלכלי הקשה יותר של האוכלוסייה המתגוררת בפריפריה. שיעור נמוך יחסית של אנשים בעלי מוגבלות קשה מתגוררים באזור ירושלים (6% בלבד).

**לוח 12: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של אנשים ללא מוגבלות ובעלי מוגבלות בגיל 20-64 (באחוזים)**

ללא מוגבלות	בעלי מוגבלות בינונית	בעלי מוגבלות קשה	
50	52	59	<b>מין: נשים</b>
15	16	36	<b>קבוצת אוכלוסייה: ערבים</b>
			<b>גיל:</b>
48	28	14	34-20
22	22	18	44-35
30	50	68	64-45
			<b>השכלה (שנות לימוד):</b>
5	12	34	8-0
10	19	23	11-9
26	28	20	12
59	41	23	13+
			<b>מצב משפחתי:</b>
66	70	71	נשואים
68	78	85	יש ילדים
			<b>פיזור גאוגרפי:</b>
28	29	41	צפון + חיפה
44	43	34	מרכז + תל-אביב
11	10	6	ירושלים
17	18	19	דרום + אחר

מקור: על פי הסקר החברתי של הלמ"ס (2005)

### 3.3 מאפיינים תעסוקתיים וכלכליים של אנשים בעלי מוגבלות

#### א. תעסוקה

לוח 13: מצב תעסוקה ושביעות רצון מעבודה של בעלי מוגבלות בינונית וקשה (באחוזים)

בעלי מוגבלות קשה	בעלי מוגבלות בינונית	ללא מוגבלות	
23	57	69	מועסקים
29	32	52	מרוצים/מרוצים מאוד מהכנסה מעבודה
67	71	85	מרוצים/מרוצים מאוד מעבודתם

מקור: סקר חברתי של הלמ"ס 2005

- שיעור המועסקים בקרב אנשים בעלי מוגבלות בינונית הוא 57%, לעומת 23% בקרב בעלי מוגבלות קשה, ולעומת 69% בקרב אנשים ללא מוגבלות.
- שיעור המרוצים הן מהעבודה והן מהכנסתם מהעבודה נמוך בהרבה בקרב אנשים בעלי מוגבלות.

#### ב. מצב כלכלי

הנתונים המתאיחים למצב הכלכלי של האנשים בעלי מוגבלות כוללים נתונים אובייקטיביים (על פי דיווח עצמי), הערכה סובייקטיבית לגבי המצב הכלכלי האישי, ושביעות רצון ממנו.

לוח 14: הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית אצל כלל האוכלוסייה בגיל 20-64 לפי טיפוס משפחות ומוגבלות (באחוזים)\*

לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	טיפוס משפחה
100	100	100	סך-הכל
			<b>יחיד</b>
19	40	23	עד 2,500
27	36	29	5,000-2,501
27	9	23	10,000-5,001
14	3	12	מעל 10,001
13	13	13	לא ידוע
			<b>זוג</b>
6	9	7	עד 2,500
14	31	17	5,000-2,501
33	29	31	10,000-5,001
22	12	20	17,000-10,001
17	12	16	מעל 17,001
8	8	8	לא ידוע
			<b>זוג + 2 ילדים</b>
2	9	3	עד 2,500
12	18	13	5,000-2,501
31	34	32	10,000-5,001
24	16	22	17,000-10,001
22	11	20	מעל 17,001
10	13	11	לא ידוע

\* מקור: סקר חברתי 2006

בלוח 14 לעיל מוצגת התפלגות ההכנסות של שלושה טיפוסים משקי בית נפוצים בהם חיים בעלי מוגבלות. מהלוח עולה כי ההכנסות של משקי בית של אנשים בעלי מוגבלות נמוכות מההכנסות של משקי בית של אנשים ללא מוגבלות - בכל טיפוס משקי בית בהם חיים בעלי מוגבלות, ההכנסה נמוכה מזו של משקי בית של אנשים ללא מוגבלות.

ל-40% מבעלי מוגבלות המתגוררים במשקי בית של יחיד, ההכנסה החודשית של משק הבית נמוכה מ-2,500 ש"ח (נתונים מ-2006), לעומת 19% מהלא מוגבלים המתגוררים במשקי בית של יחיד.

ל-40% מבעלי מוגבלות המתגוררים במשקי בית של זוג, ההכנסה החודשית של משק הבית נמוכה מ-5,000 ש"ח, לעומת 20% מהלא מוגבלים המתגוררים במשקי בית של זוג.

- בלוח 15 מוצגים מספר מדדים של המצב הכלכלי כפי שנתפס על-ידי המרואיינים. ניתן לראות כי:
- ♦ ככל שעולה רמת המוגבלות, שיעור המרוצים והמרוצים מאוד ממצבם הכלכלי יורד - בעוד שלמעלה ממחצית האנשים ללא מוגבלות (54%) הביעו שביעות רצון ממנו, השיעור יורד ל-33% בקרב אנשים בעלי מוגבלות בינונית ול-22% בקרב בעלי מוגבלות קשה.
  - ♦ שיעור נמוך יותר של בעלי מוגבלות, בהשוואה למי שאינם מוגבלים, העריכו שמצבם הכלכלי יוטב בעתיד.
  - ♦ רמת המוגבלות קשורה ליכולת לעמוד בהוצאות משק הבית - משיעור של 53% שמצליחים בכך בקרב אנשים ללא מוגבלות השיעור יורד ל-35% בקרב בעלי מוגבלות בינונית ומגיע ל-15% בלבד בקרב בעלי מוגבלות קשה.

**לוח 15: מאפיינים כלכליים של אנשים ללא מוגבלות ובעלי מוגבלות בגיל 20-64 (באחוזים)**

ללא מוגבלות	בעלי מוגבלות בינונית	בעלי מוגבלות קשה	
54	33	22	מרוצים/מרוצים מאוד ממצבם הכלכלי
50	33	26	מצפים שמצבם הכלכלי יוטב בעתיד
53	35	15	מצליחים לעמוד בהוצאות משק הבית ללא קושי/עם קושי מסוים

מקור: סקר חברתי של הלמ"ס 2005

בנוסף ליכולת לעמוד בהוצאות משק הבית, נבדק עד כמה ההוצאות בעבור מסגרות הטיפול בילדים מכבידות על התקציב בקרב משיבים, בעלי מוגבלות וללא מוגבלות, שיש להם ילדים (על פי הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2004). שיעור גבוה בקרב כל הקבוצות ציינו שההוצאות הללו מכבידות, ולא נמצא הבדל גדול בין הקבוצות במדד זה (ל-76% מהאנשים ללא מוגבלות, 81% מבעלי מוגבלות בינונית, ו-82% מבעלי מוגבלות קשה, יש ילדים). עם זאת, 50% מבעלי מוגבלות בינונית, ו-68% מבעלי מוגבלות קשה, בהשוואה ל-40% בקרב אנשים ללא מוגבלות, שיש להם ילדים, ציינו שעלות המסגרות מחוץ לבית השפיעה מאוד או השפיעה על החלטתם להשאיר את הילד בטיפול קרוב משפחה ללא תשלום.

היבט נוסף בתחום הכלכלי שנבדק מתוך הסקר החברתי של הלמ"ס (2002) הוא שיעור בעלי מוגבלות שיש להם חיסכון פנסיוני. מנתוני הסקר עולה כי השיעור בקרב בעלי מוגבלות בינונית קטן יותר מהשיעור בקרב אנשים ללא מוגבלות - 52% לעומת 60%. כצפוי, בקרב בעלי מוגבלות קשה השיעור קטן עוד יותר, רק ל-31% מהם יש חיסכון פנסיוני. לכך יש, כמובן, השלכות על העתיד הכלכלי של בעלי מוגבלות בהגיעם לגיל הזקנה.

### 3.4 מאפיינים חברתיים של אנשים בעלי מוגבלות

מספר היבטים העוסקים בקשרים חברתיים ובשביעות רצון מהחיים בקרב אנשים בעלי מוגבלות נבחנו אף הם. בלוח 16 מוצגים מספר מדדים בתחום זה על פי הסקר החברתי של הלמ"ס (2005).

מהלוח עולה כי יש קשר בין מצב מוגבלות, ובעיקר מוגבלות קשה, לבין קיומה של רשת חברתית תומכת, לבין מידת שביעות רצון מהחיים החברתיים ומהחיים בכלל:

- ♦ שיעור המרוצים מחייהם הולך ויורד בהתאם למצב המוגבלות - משיעור של 88% בקרב אנשים ללא מוגבלות ל-69% בקרב בעלי מוגבלות בינונית ועד ל-54% בקרב בעלי מוגבלות קשה.
- ♦ מגמה דומה עולה לגבי הציפייה שהחיים יהיו טובים יותר בעתיד (מ-61% ל-46% ועד 37%, בהתאמה).

**לוח 16: שביעות רצון מהחיים וקשרים חברתיים של אנשים ללא מוגבלות, ושל אנשים בעלי מוגבלות בגיל 20-64 (באחוזים)**

בעלי מוגבלות קשה	בעלי מוגבלות בינונית	ללא מוגבלות	
54	69	88	מרוצים/מרוצים מאוד מהחיים
37	46	61	מצפים שחיהם יהיו טובים יותר בעתיד
31	16	5	חשים תחושת בדידות לעתים קרובות
86	91	95	מרוצים/מרוצים מאוד מהקשרים עם בני משפחתם
66	78	84	מרוצים/מרוצים מאוד מהקשרים עם חבריהם
75	81	91	יש על מי לסמוך בעת צרה

מקור: סקרים חברתיים של הלמ"ס 2006-2002

- ♦ אנשים בעלי מוגבלות חשים בדידות בשיעורים גבוהים יותר מאנשים ללא מוגבלות - למעלה מ-30% מבעלי המוגבלות הקשה ו-16% מהאנשים בעלי מוגבלות בינונית, לעומת 5% בלבד מהאנשים ללא מוגבלות, מדווחים על תחושת בדידות לעתים קרובות.
- ♦ שביעות הרצון מקשרים עם בני משפחה גבוהה בכל שלוש הקבוצות (בסביבות 90% מרוצים/מרוצים מאוד), עם זאת יש ירידה מתונה בשיעור המרוצים בהתאם לרמת המוגבלות (יש לציין של-2% מבעלי המוגבלות הקשה אין בני משפחה).
- ♦ שביעות רצון מקשרים עם חברים יורדת ככל שרמת המוגבלות עולה - 84% מרוצים בקרב אנשים ללא מוגבלות, 78% בקרב בעלי מוגבלות בינונית, ו-66% בקרב בעלי מוגבלות קשה (יש לציין של-16% מבעלי המוגבלות הבינונית ול-30% מבעלי המוגבלות הקשה אין כלל חברים, לעומת 8% מאלה שאין להם מוגבלות).

♦ כרבע מבעלי המוגבלות הקשה ציינו שאין להם על מי לסמוך בעת צרה, לעומת 18% מבעלי המוגבלות הבינונית, ו-8% מאלה שאין להם מוגבלות.

בנוסף לניתוחי קובצי הלמ"ס, נבחנו נתונים בתחום זה ממחקר ישראלי שהשווה את המעורבות החברתית של בעלי מוגבלות לזו של אנשים ללא מוגבלויות בגיל 18-65 (רימרמן, ארטן-ברגמן וגריפל, 2006). המחקר התבסס על מדגם ארצי מייצג של 597 בעלי מוגבלות ושל 591 ללא מוגבלות. הממצאים ממחקר זה מעלים תמונה דומה לזו שהתקבלה מניתוח קובצי למ"ס לגבי מידת המעורבות החברתית הנמוכה יותר של אנשים עם מוגבלות לעומת אנשים ללא מוגבלות (ראה לוח 17).

#### לוח 17: מעורבות חברתית של בעלי מוגבלות ושל אנשים ללא מוגבלות (באחוזים)

מדד	בעלי מוגבלות	אנשים ללא מוגבלות
יוצאים מהבית לפעילות כלשהי	66	81
לא מעורבים כלל בקהילה	45	27
לא מרוצים בכלל מרמת המעורבות	35	13
מעוניינים לעשות יותר	65	58

מקור: רימרמן, ואחרים, 2006

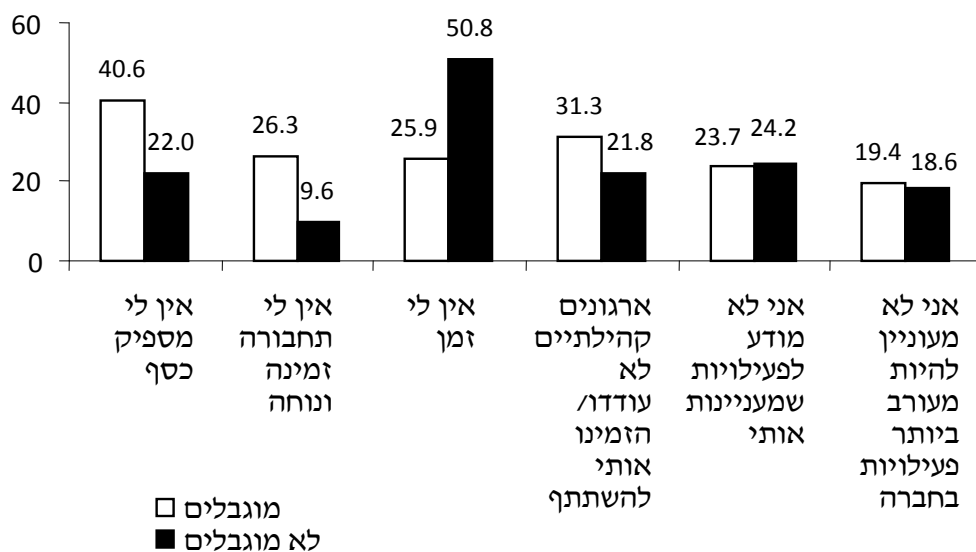
המחקר מצביע גם על כך שרמת המעורבות בפעילויות חברתיות פוחתת ככל שהמוגבלות קשה יותר: בעלי מוגבלות קלה נוטים יותר להשתתף בפעילויות אלו במידה דומה לאנשים ללא מוגבלות, אך בעלי המוגבלות הקשה יותר משתתפים בהן הרבה פחות.

במחקר נמצא כי אין הבדלים משמעותיים בין בעלי מוגבלות לבין אנשים ללא מוגבלות בסוגי המעורבות שבהם הם מעוניינים - כמחצית מעוניינים לבלות יותר עם חברים, קרובי משפחה או שכנים; ללכת לאירועי תרבות ולצאת למקומות פתוחים בקהילה כמו פארקים, חוף הים וטיולים בחיק הטבע; וכן, ליטול חלק בפעילויות כמו אירועי ספורט וסרטים.

במחקר לא נמצא הבדל משמעותי בין בעלי מוגבלות לבין אנשים ללא מוגבלות במספר החברים הקרובים, אך בעלי מוגבלות דיווחו על פחות ביקורים בבתי החברים בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות, על מעט פחות ביקורים של חברים אצלם ועל פחות שיחות טלפון עם חברים. שיעור בעלי המוגבלות שכמעט שאינם נפגשים עם חברים גבוה פי שלושה מהשיעור בקרב אנשים ללא מוגבלות.

בתרשים 3 מוצגות תשובות בעלי המוגבלות לגבי בלמים אפשריים שמפריעים למעורבותם החברתית, בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות.

### תרשים 3: בלמים למעורבות חברתית בקרב בעלי מוגבלות ובקרב אנשים ללא מוגבלות (באחוזים)



מקור: רימרמן ואחרים, 2006

מהתרשים עולה שבלמים מרכזיים למעורבות חברתית בקרב אנשים עם מוגבלות הם מחסור בכסף (כ-40% מבעלי המוגבלות לעומת 22% מהלא מוגבלים), והיעדר תחבורה זמינה ונוחה (26% מבעלי המוגבלות לעומת 10% מהלא מוגבלים), והיעדר תחושה של שירותים זמינים או שמעוניינים בהשתתפותם.

### 3.5 מאפיינים של מקבלי קצבת נכות כללית

קבוצה של בעלי מוגבלות שלגביה קיים מאגר נתונים, הינה אוכלוסיית מקבלי קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי.

בלוח 18 מוצגים מאפיינים דמוגרפיים של בעלי המוגבלות, ובתרשים 4 מוצגת התפלגותם על פי הליקוי העיקרי שלהם. זאת, על פי פרסום של המוסד לביטוח לאומי (וסרשטיין ופריאור, 2007).

מלוח 18 ניתן לראות כי 60% ממקבלי קצבת נכות כללית הם מבוגרים יחסית (45-64). כמחצית ממקבלי הקצבה נשואים (49%), לרוב גם עם ילדים (31%); והמחצית השנייה (51%) אינם נשואים, לרוב ללא ילדים (45%).

בחינת מקבלי הקצבה לפי ליקוי עיקרי (תרשים 4) מראה כי הקבוצה הגדולה ביותר, כשליש ממקבלי הקצבה, הם בעלי ליקוי עיקרי נפשי. קבוצות משמעותיות נוספות מבחינת גודלן הן בעלי מחלות פנימיות (כרבע ממקבלי הקצבה), ובעלי ליקויים פיזיים (ליקויים נוירולוגיים ומוטוריים) אשר ביחד מהווים כחמישית ממקבלי הקצבה.

**לוח 18: מאפיינים דמוגרפיים של מקבלי קצבת נכות כללית, נכון לשנת 2006 (באחוזים)**

אחוזים	סך-הכל
100	
	<b>מין:</b>
57	גברים
43	נשים
	<b>גיל:</b>
21	34-18
19	44-35
60	64-45
	<b>הרכב המשפחה:</b>
45	יחיד
6	יחיד עם ילדים
18	עם בן-זוג ללא ילדים
31	עם בן-זוג ועם ילדים

\* מקור: וסרשטיין ופריאור, 2007

**תרשים 4: מקבלי קצבת נכות כללית לפי ליקוי עיקרי, נכון לדצמבר 2006 (באחוזים)**



מקור: וסרשטיין ופריאור, 2007

מסקר ארצי של מקבלי קצבאות נכות של המוסד לביטוח לאומי (שטרסברג ואחרים, 2004), עולה כי רמת ההשכלה של מקבלי קצבת נכות כללית היא נמוכה יותר מזו של כלל האוכלוסייה בארץ. לדוגמה, כשליש ממקבלי קצבת נכות כללית סיימו רק בית-ספר יסודי או חטיבת ביניים, בהשוואה ל-13% באוכלוסייה הכללית בארץ. שיעור זה דומה לשיעור המסיימים 0-8 שנות לימוד בקרב בעלי המוגבלות הקשה בסקר החברתי של הלמ"ס.

## 4. אנשים עם מוגבלות במגזר הערבי בישראל

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** המספר הכולל של ערבים בעלי מוגבלות הוא 169,500, מתוכם 94,900 הם בעלי מוגבלות קשה. שיעור בעלי מוגבלות קשה בקרב כלל הערבים המבוגרים גדול פי שלושה מאשר בקרב היהודים (14% לעומת 5%).

### מאפיינים ובעיות

- ♦ שיעור גבוה של בעלי השכלה נמוכה
- ♦ שיעור גבוה של בעלי הכנסה נמוכה
- ♦ בעיית נגישות לבתי המגורים ולסביבת המגורים
- ♦ בעיית נגישות השירותים על רקע מיקום ושפת הדיבור של נותני השירותים
- ♦ צורך ביותר טיפולים רפואיים, פרה-רפואיים, טיפול של עובד סוציאלי ועזרה ביתית
- ♦ סטיגמה כלפי אנשים בעלי מוגבלות בחברה הערבית

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ ייעוץ מקצועי לאדם בעל מוגבלות בנושאי שימוש בשירותים ומיצוי זכויות
- ♦ סיוע לבני המשפחה התומכים
- ♦ פיתוח מסגרות תעסוקה מוגנת ואפשרויות תעסוקה בשוק החופשי
- ♦ הגברת נגישות המרפאות והמוסד לביטוח לאומי
- ♦ הכשרת כוח אדם במקצועות פרה-רפואיים.

## 4.1 מבוא

בפרק זה מובאים נתונים על מאפיינים של בעלי מוגבלויות בחברה הערבית ומצבם בתחומי חיים שונים: תעסוקה, המצב הכלכלי והחברתי, שימוש בשירותי בריאות ורווחה, וכו'. הנתונים מבוססים על שני מקורות: הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 2003-2006 על כלל האנשים בעלי מוגבלות לפי ההגדרות שהוזכרו בסעיף 1.2 בפרק הראשון, וסקר משותף של המוסד לביטוח לאומי ומכון ברוקדייל בקרב מקבלי קצבת נכות (שטרסברג ואחרים, 2005).

## 4.2 שיעורים ומאפיינים של בעלי מוגבלויות בחברה הערבית לפי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס (2003-2006)

### א. שיעורי מוגבלויות והיקף בעלי מוגבלות

בשל סיבות בעלות אופי תרבותי-חברתי (בין השאר, שכיחות יחסית גבוהה יותר של נישואי קרובים ומחלות תורשתיות), שיעור גבוה של תאונות מסוגים שונים ובעיות של נגישות מערכת הבריאות), שיעור האנשים עם מוגבלות בקרב האוכלוסייה הערבית בישראל גבוה מהשיעור המקביל באוכלוסייה היהודית: האחוז הממוצע לשנים 2003-2006 הינו 26%, בהשוואה ל-17% בקרב היהודים. בלוח 19 מפורטים שיעורי המוגבלויות בשתי האוכלוסיות, לפי דרגת המוגבלות. יש לציין ששיעורי האנשים עם

**לוח 19: אנשים עם מוגבלות גילאי 20-64 בקרב האוכלוסיות הערבית והיהודית, לפי דרגת המוגבלות (באחוזים)**

	יהודים	ערבים
בעלי מוגבלות בינונית	12	11
בעלי מוגבלות קשה	5	14

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

כפי שניתן לראות בלוח, קיים הבדל משמעותי מאוד בין שתי האוכלוסיות באחוז האנשים בעלי מוגבלות קשה: שיעורם בקרב הערבים גדול כמעט פי 3 (14%), בהשוואה לשיעור המקביל בקרב היהודים (5%). כלל האוכלוסייה הערבית בגיל 20-64 מנתה 678,000 אנשים בסוף 2007, לכן ניתן לאמוד את הערבים בעלי המוגבלות באוכלוסייה כ-169,500, מתוכם 94,900 בעלי מוגבלות קשה.

**ב. מאפיינים דמוגרפיים של בעלי מוגבלות ובעלי מוגבלות קשה בחברה הערבית**

כפי שניתן לראות בלוח 20, אחוז הגברים והנשים בקרב בעלי מוגבלות באוכלוסייה הערבית דומה, אולם ההבדל הוא ברמת המוגבלות: שיעור הנשים גבוה יותר בקרב בעלי מוגבלות קשה, ואילו בקרב בעלי מוגבלות בינונית שיעור הגברים גבוה יותר. לעומת זאת, באוכלוסייה היהודית מהוות הנשים רוב בקרב כלל בעלי מוגבלות וגם בקרב כל אחת מרמות המוגבלות.

**לוח 20: ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, גילאי 20-64, לפי מאפיינים דמוגרפיים (באחוזים)**

	יהודים בעלי מוגבלות			ערבים בעלי מוגבלות		
	קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל
	100	100	100	100	100	100
<b>סך-הכל</b>						
<b>מגדר</b>						
גברים	41	45	44	47	56	51
נשים	59	55	56	53	44	49
<b>גיל</b>						
29-20	7	16	13	10	17	13
44-30	19	29	26	32	45	38
65-45	74	55	61	58	38	49
<b>מצב משפחתי</b>						
נשוי	69	66	67	81	81	81
גרוש/פרוד	15	13	13	2	2	2
אלמן	6	3	4	5	2	4
רווק	10	18	16	12	15	13

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

בעלי מוגבלות באוכלוסייה הערבית צעירים בהשוואה לבעלי מוגבלות באוכלוסייה היהודית: 51% לעומת 39% הם מתחת לגיל 45. כצפוי, בשתי האוכלוסיות בעלי מוגבלות קשה הם מבוגרים יותר,

רובם הגדול של הערבים בעלי המוגבלות נשואים - 81%; שיעור גבוה במידה משמעותית מהשיעור המקביל במגזר היהודי, 67%. אחוז הגרושים/פרודים בקרב הערבים קטן בהרבה מזה שבקרב היהודים: 2% לעומת 13%, בהתאמה.

לוח 21 מובאים נתונים על ערבים בעלי מוגבלויות לפי מגדר ומצב משפחתי:

- שיעור הנשואות בקרב נשים מוגבלות נמוך מהשיעור המקביל בקרב גברים בעלי מוגבלות - 76% לעומת 85%. אין כמעט הבדל בשיעור הרווקות או הגרושות, אך שיעור האלמנות עולה על שיעור האלמנים - 7% לעומת 1%.
- בקרב נשים עם מוגבלות, שיעור הנשואות בקרב בעלות מוגבלות קשה נמוך מהשיעור המקביל בקרב בעלות מוגבלות בינונית: 73% לעומת 80%.

**לוח 21: ערבים בעלי מוגבלות בינונית וחמורה לפי מגדר ומצב משפחתי (באחוזים)**

	נשים בעלות מוגבלות			גברים בעלי מוגבלות		
	קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל
<b>סך-הכל</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
נשוי	73	80	76	89	82	85
גרוש/פרוד	4	3	3	1	0	1
אלמן	8	5	7	1	0	1
רווק	15	12	14	9	18	13

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006

### **ג. מאפייני הון אנושי: השכלה ושימוש במחשב**

ההשכלה נמדדה באמצעות התעודה הגבוהה ביותר בה מחזיק האדם בעל המוגבלות. השימוש במחשב משמש אותנו מדד קרוב (proxy) לשליטה במחשב, לאור זאת שהסקר אינו מכיל נתונים ישירים על מידת השליטה במחשב.

אוכלוסיית האנשים בעלי מוגבלות במגזר הערבי היא בעלת השכלה נמוכה בהרבה מזו של אנשים בעלי מוגבלות במגזר היהודי: 19% לא סיימו בית-ספר יסודי (חלקם לא למדו כלל), ו-53% לא סיימו בית-ספר תיכון; במגזר היהודי השיעורים המקבילים הם 5% ו-18%, בהתאמה. רק 7% מהערבים בעלי מוגבלות הם בעלי תעודה על-תיכונית, בהשוואה ל-38% בקרב היהודים בעלי מוגבלות.

במגזר הערבי ישנו פער השכלתי גדול בין אנשים שהם בעלי מוגבלות קשה לבין אנשים שהם מוגבלים פחות - 26% מהם לא למדו כלל או לא סיימו בית-ספר יסודי, בהשוואה ל-8% בעלי מוגבלות בינונית, ורק 11% בעלי מוגבלות קשה הם בעלי תעודת בגרות או תעודה על-תיכונית (כולל תואר אקדמי), בהשוואה ל-27% מהמוגבלים פחות. מרבית מבעלי המוגבלות הקשה (56%) סיימו לכל היותר חטיבת ביניים. פערי ההשכלה הללו קיימים גם באוכלוסייה היהודית אך נראה שהם מתונים יותר.

**לוח 22: ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי השכלה ושימוש במחשב (באחוזים)**

יהודים בעלי מוגבלות			ערבים בעלי מוגבלות			השכלה
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
						לא סיימו בית-ספר יסודי או לא למדו כלל
8	4	5	26	8	19	תעודת סיום בית-ספר יסודי/ חטיבת ביניים
27	15	18	56	49	53	תעודת סיום בית-ספר תיכון
21	22	22	7	16	11	ללא תעודת בגרות
12	19	17	7	16	10	תעודת בגרות
						תעודה של מוסד על-תיכוני
20	21	21	3	7	5	לא אקדמי
12	19	17	1	4	2	תואר אקדמי
						<b>שימוש במחשב</b>
						השתמשו במחשב בחודש האחרון
28	49	43	9	20	14	
						<b>שימוש באינטרנט</b>
						השתמשו באינטרנט בחודש האחרון
23	40	35	5	12	8	

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

ארבעה-עשר אחוזים בלבד מהערבים בעלי המוגבלות, לעומת 43% מהיהודים, משתמשים במחשב. האחוז הנמוך עוד יותר של ערבים המשתמשים באינטרנט מעיד כנראה על כך שחלק מאלה המשתמשים במחשב אינם יודעים כיצד להשתמש באינטרנט או שאין להם חיבור לאינטרנט. באוכלוסייה היהודית, הפער בשימוש במחשב בין מוגבלים יותר ומוגבלים פחות עולה בהרבה על הפער באוכלוסייה הערבית, שבה שיעור המשתמשים בכלל הוא קטן.

**ד. תעסוקה ומצב כלכלי**

**(1) תעסוקה, שביעות רצון מהעבודה והכשרה מקצועית**

עשרים ואחד אחוזים מהערבים בעלי מוגבלות מועסקים, רובם הגדול במשרה מלאה (81%), ו-6% נוספים מחפשים עבודה. בניגוד לכך, 73% אינם משתתפים בכוח העבודה. שלושים וארבעה אחוזים מבעלי מוגבלות בינונית מועסקים, שיעור גבוה כמעט פי 3 מהשיעור בקרב בעלי מוגבלות קשה, 12%. שיעורי התעסוקה בקרב כלל הערבים בעלי מוגבלות וגם בקרב תת-הקבוצות המוגדרות על פי חומרת המוגבלות, נמוכים בהרבה מהשיעורים המקבילים בקרב יהודים בעלי מוגבלות.

**לוח 23: ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי תעסוקה ושביעות רצון מהעבודה (באחוזים)**

יהודים בעלי מוגבלות			ערבים בעלי מוגבלות			סך-הכל
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
100	100	100	100	100	100	
						<b>תעסוקה עובדים</b>
30	57	49	12	34	21	
						<b>שביעות רצון מהכנסה מעבודה מרוצים/מרוצים מאוד</b>
31	36	35	27	27	27	
						<b>שביעות רצון כללית מהעבודה מרוצים/מרוצים מאוד</b>
70	75	74	53	59	57	

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

אחוז הערבים בעלי מוגבלות המועסקים המרוצים מהכנסתם מעבודה נמוך ב-8 נקודות אחוז מאחוז היהודים המרוצים - 27% לעומת 35%.

למעלה ממחצית הערבים המועסקים (57%) שבעי רצון באופן כללי מעבודתם, שיעור נמוך בהרבה משיעור העובדים היהודים המרוצים. אין הבדל משמעותי לפי דרגת המוגבלות.

**(2) מצב כלכלי**

הנתונים המתייחסים למצב הכלכלי של האנשים בעלי מוגבלות כוללים נתונים אובייקטיביים (על פי דיווח עצמי), הערכה סובייקטיבית לגבי המצב הכלכלי האישי, ושביעות רצון ממנו.

בלוח 24 מוצגת התפלגות ההכנסות של שלושה טיפוסי משקי בית נפוצים בהם חיים יהודים וערבים בעלי מוגבלות. כפי שצוין בפרק 3.3, ההכנסות של משקי בית של אנשים בעלי מוגבלות נמוכות מההכנסות של משקי בית של אנשים ללא מוגבלות. בכל טיפוסי משקי הבית בהם חיים ערבים בעלי מוגבלות, ההכנסה נמוכה מזו של משקי הבית של יהודים בעלי מוגבלות. לדוגמה, 27% מהמוגבלים המתגוררים במשק בית של זוג עם 2 ילדים, רמת ההכנסה של משק הבית אינה עולה על 2,500 ₪; בקרב יהודים באותו סוג משק בית, רק 1% נמצאים ברמת הכנסה זו.

**לוח 24: הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית אצל יהודים וערבים גילאי 20-64 לפי טיפוס משפחה ומוגבלות (באחוזים)\***

יהודים			ערבים			טיפוס משפחה
לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	
100	100	100	100	100	100	<b>סך-הכל</b>
<b>יחיד</b>						
19	38	23	20	100	31	עד 2,500
27	36	29	38	0	33	5,000-2,501
27	9	23	23	0	20	10,000-5,001
15	3	12	10	0	8	מעל 10,001
13	13	13	10	0	9	לא ידוע
<b>זוג</b>						
5	7	5	25	32	27	עד 2,500
12	30	15	39	42	40	5,000-2,501
33	29	32	25	26	25	10,000-5,001
23	13	21	9	0	7	17,000-10,001
18	13	17	2	0	1	מעל 17,001
9	9	9	0	0	0	לא ידוע
<b>זוג + 2 ילדים</b>						
1	4	1	7	31	14	עד 2,500
9	15	10	33	30	32	5,000-2,501
30	37	31	37	25	34	10,000-5,001
26	19	24	8	3	7	17,000-10,001
24	13	23	3	0	2	מעל 17,001
10	13	11	11	11	11	לא ידוע

מקור: סקר חברתי 2006, הלמ"ס

יותר ממחצית אוכלוסיית בעלי המוגבלות במגזר הערבי (53%) דיווחו כי הם "לא כל-כך מצליחים" לכסות את ההוצאות החודשיות של משק הבית שלהם, ו-31% נוספים דיווחו כי הם "בכלל לא מצליחים". אחוזי המתקשים לכסות את ההוצאות השוטפות של משק הבית במגזר היהודי נמוכים יותר: 38% ו-27%, בהתאמה. כצפוי, יש קשר בין רמת המוגבלות לבין היכולת לכסות את ההוצאות של משק הבית. שיעור אלה שאינם מצליחים כלל לכסות את ההוצאות עולה מ-25% בקרב בעלי מוגבלות בינונית ל-35% בקרב בעלי מוגבלות קשה.

**לוח 25: אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי אצל ערבים ויהודים גילאי 20-64 (באחוזים)**

יהודים בעלי מוגבלות			ערבים בעלי מוגבלות			יכולת לכסות הוצאות חודשיות של משק בית
לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	
25	38	35	12	22	16	מצליח
39	38	38	53	53	53	לא כל-כך מצליח
36	24	27	35	25	31	בכלל לא מצליח
<b>שביעות רצון מהמצב הכלכלי האישי</b>						
24	32	30	20	25	22	מרוצים מאוד/מרוצים

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

אחוז הערבים בעלי מוגבלות המרוצים ממצבם הכלכלי נמוך ב-8 נקודות אחוז מאחוז היהודים המרוצים: 22% לעומת 30%.

### ה. נגישות פיזית

בקבוצות מיקוד שהתקיימו עם בעלי מוגבלות ועם בני משפחותיהם בלט נושא הנגישות כקושי מרכזי עמו מתמודדים בעלי מוגבלות (סנדלר-לף ושחק, 2006). קשיי נגישות סביבתית נובעים מהטופוגרפיה: מיקומו של יישוב המגורים באזור הררי; היעדר תחבורה ציבורית ואי-יכולת לעבור ברחובות ובמדרכות; חוסר נגישות של המוסדות המטפלים בבעלי מוגבלות, למשל, היעדר חנייה לבעלי מוגבלות, וכניסות בלתי מותאמות למעבר בעלי מוגבלות; וקשיי הנגישות לבית המגורים.

מישור נוסף בו קיימת אי-נגישות הוא מידע על זכויות. ישנו מחסור בעלוני הסברה הכתובים בערבית מובנת ובנותני שירותים דוברי ערבית. אי-הנגישות למידע בנגב חמורה עוד יותר, במיוחד בעבור הנשים שרובן אינן יודעות קרוא וכתוב.

בסקר על מקבלי קצבת נכות דיווחו 52% מהמרואיינים שהם היו מעוניינים לקבל יותר מידע על נושאים שונים בתחום זכאותם במערכת הבריאות ו/או הרווחה; 29% ביקשו לקבל מידע נוסף לגבי זכאות לשירותים, 12% לגבי עזרה נוספת והטבות, 6% לגבי עזרה סיעודית; ואחוזים נמוכים יותר ביקשו מידע לגבי טיפולים רפואיים, עזרה בדיוור, במציאת עבודה, ונושאים נוספים.

#### לוח 26: ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי נגישות פיזית (באחוזים)

יהודים בעלי מוגבלות			ערבים בעלי מוגבלות			סך-הכל
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
100	100	100	100	100	100	
32	17	22	41	29	36	נגישות פיזית לדירת מגורים
מספר המדרגות עד לדירה מפריע						
מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס						

שלושים ושישה אחוזים מהערבים בעלי מוגבלות דיווחו כי מספר המדרגות הגדול עד לדירתם מקשה עליהם. כצפוי, הדיווח על הקושי שכיח יותר בקרב המוגבלים יותר 41%, לעומת 29% בקרב המוגבלים במידה בינונית. במגזר היהודי הקושי הכרוך בטיפוס במדרגות שכיח פחות (22%), אולי משום שבבתים רבים יותר ישנה מעלית, או חלקם גרים בדירות בקומות נמוכות.

### ו. קשרים חברתיים, התנדבות ושיעור רצון מהחיים

אנשים בעלי מוגבלות צפויים להתנסות בחסך בקשרים חברתיים על רקע המוגבלות, בייחוד בשל מגבלות ניידות ונגישות, וכתוצאה מכך לחוש בדידות יותר מאנשים ללא מוגבלות.

בקבוצות המיקוד שנערכו עם בעלי מוגבלות, שהוזכרו לעיל, עלו סיבות נוספות לקשיים עמו מתמודדים בעלי המוגבלות בתחום החברתי. המגזר הערבי אינו מקבל לתוכו את האדם עם מוגבלות, וקיימים בו דעות קדומות ותפיסות סטריאוטיפיות כלפי האדם עם מוגבלות. המגזר מתייחס בזלזול,

מחקר שבדק סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלת נפש מצא כי מרואיינים המתגוררים ביישובים ערביים נטו, יותר ממרואיינים ביישובים יהודיים, להסכים עם היגדים המבטאים עמדות שליליות כלפי חולי נפש (שטרוד ואחרים, 2007). כך, למשל, 61% מהמתגוררים ביישובים ערביים, לעומת 27% מהמתגוררים ביישובים יהודיים, הסכימו עם הטענה שלא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא ירבה להיעדר מהעבודה; 66%, לעומת 47%, היו מוכנים לעזור לחולה נפש אך לא להיות חברים שלו.

#### לוח 27: האנשים ביישובים ערביים ולא ערביים שהסכימו<sup>1</sup> עם ההיגדים (באחוזים)

יישובים ערביים	יישובים לא ערביים	
48	39	אני דואג לילדים ולכן לא הייתי רוצה שאנשים עם מחלות נפש יהיו בשכונה שלי
34	29	לא הייתי רוצה קשר עם אדם עם מחלת נפש כי קשה לדבר איתו
35	21	לא כדאי להתחבר יותר מדי לאדם עם מחלת נפש כי זה יכול להשפיע על המחשבה שלך
88	87	לא הייתי רוצה שאדם עם מחלת נפש יהיה נהג אוטובוס כי זה מסוכן
61	27	לא כדאי להעסיק אדם שהייתה לו מחלת נפש כי הוא יחסיר הרבה ימי עבודה
66	47	הייתי מוכן לעזור לאדם עם מחלת נפש אבל לא הייתי רוצה להיות חבר שלו
89	52	אדם עם מחלת נפש לא יכול לעבוד כפקיד בבנק כי הוא עלול לעשות הרבה טעויות

מקור: שטרוד ואחרים, 2007א  
<sup>1</sup> חשבו שהאמירה די נכונה, נכונה ונכונה מאוד

בלוח 28 מוצגים נתונים לגבי הקשרים החברתיים המידיים של בעלי מוגבלות ערבים ויהודים. כמעט כל הערבים בעלי מוגבלות מרוצים מהקשר עם בני משפחתם (92%), והמצב דומה אצל היהודים.

במישור הקשר עם חברים המצב פחות חיובי, כאשר ל-64% יש חברים שאיתם הם נפגשים או לפחות משוחחים איתם בטלפון. ישנו פער משמעותי בין בעלי מוגבלות חמורה ובינונית: 58% מהמוגבלים מאוד מדווחים כי יש להם חברים, לעומת 71% מהמוגבלים פחות. נראה כי הקשרים החברתיים של ערבים בעלי מוגבלות מרוכזים בעיקר סביב המשפחה (מן הסתם, המשפחה המורחבת), ופחות סביב חברים, בעוד שאצל היהודים לשני המקורות של קשרים חברתיים יש בולטות דומה.

למרות הבדל מסוים בקשרים עם בני משפחה וחברים בין ערבים ליהודים, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שני המגזרים בדיווח בנוגע לתדירות של תחושת הבדידות. מעניין לציין שבשני המגזרים אנשים בעלי מוגבלות קשה דיווחו פחות על תחושת הבדידות, בהשוואה למוגבלים באופן בינוני, ללא קשר למשתני גיל ומצב משפחתי.

כ-70% מהערבים בעלי מוגבלות מרגישים שיש להם על מי לסמוך בעת מצוקה, שיעור קצת יותר נמוך מהשיעור בקרב היהודים (82%).

ערבים בעלי מוגבלות מרגישים פחות מיהודים בעלי מוגבלות שיש להם על מי לסמוך בעת מצוקה או משבר, ואין אצלם הבדל לפי רמת המוגבלות; בעוד שבקרב היהודים, המוגבלים מאוד מרגישים פחות שיש להם על מי לסמוך בהשוואה למוגבלים פחות.

**לוח 28: ערבים ויהודים בעלי מוגבלות בינונית וקשה גילאי 20-64, לפי יחסים חברתיים (באחוזים)**

סך-הכל	ערבים בעלי מוגבלות			יהודים בעלי מוגבלות		
	סך-הכל	בינונית	קשה	סך-הכל	בינונית	קשה
	100	100	100	100	100	100
<b>קשר עם בני משפחה</b> מרוצים מהקשר עם בני משפחתם	92	95	89	89	90	87
<b>קשר עם חברים</b> יש חברים שאיתם נפגש או מדבר בטלפון	64	71	58	83	86	75
<b>תחושת בדידות</b> מרגיש בודד לעתים קרובות	25	18	31	20	16	31
<b>הימצאות אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה</b> יש אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה	70	71	69	82	84	76
<b>פעילות התנדבותית</b> מרוצה מהחיים באופן כללי	58	64	54	66	70	56

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

ערבים בעלי מוגבלות מבטאים שביעות רצון מעט יותר נמוכה מהחיים באופן כללי מאשר יהודים בעלי מוגבלות: 58% לעומת 66%, בהתאמה, מרוצים מחייהם.

**4.3 מקבלי קצבת נכות כללית מטעם המוסד לביטוח לאומי**

להלן ייבחנו המאפיינים של ערבים מקבלי קצבת נכות. כאמור, מקבלי קצבת נכות הם קבוצה של בעלי מוגבלות קשה (מעל 40% נכות רפואית לפחות ושאיבדו את כושר ההשתכרות ב-50% לפחות).

**א. מאפייני רקע**

כפי שכבר הוזכר בתחילת הפרק, אחוז האנשים הסובלים ממוגבלות או נכות גבוה יותר בקרב האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית בישראל. נתונים כלליים אלה מקבלים משנה תוקף גם על בסיס הנתונים הקיימים בנוגע למספר מקבלי קצבת נכות כללית מטעם המוסד לביטוח לאומי: 4.8% מקרב כלל התושבים הבוגרים ביישובים הערביים ההומוגניים קיבלו קצבת נכות בשנת 2001-2000, בהשוואה ל-3.8% מקרב התושבים ביישובים יהודיים ומעורבים. גם שיעורם של מקבלי

בלוח 29 מפורטים מספר מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של ערבים מקבלי קצבת נכות כללית בהשוואה ליהודים מקבלי קצבה.

**לוח 29: ערבים ויהודים מקבלי קצבת נכות כללית, לפי מאפייני רקע (באחוזים)**

יהודים	ערבים	
100	100	סך-הכל
		<b>מגדר</b>
52	61	גברים
48	39	נשים
		<b>גיל</b>
14	21	29-18
30	31	44-30
56	48	65-45
		<b>השכלה</b>
5	16	לא למדו
28	53	בית-ספר יסודי/חטיבת ביניים
36	18	בית-ספר תיכון
21	8	על-תיכוני
7	5	בית-ספר לחינוך מיוחד
3	0	אחר
		<b>מצב משפחתי</b>
53	62	נשוי
16	5	גרש/פרוד
2	2	אלמן
29	31	רווק
		<b>הרכב משק הבית</b>
39	52	עם בן-זוג וילדים
15	10	עם בן-זוג ללא ילדים
9	4	עם ילדים ללא בן-זוג
22	28	עם הורים
4	3	עם אחרים
9	3	לבד
2	0	דיור מוגן/הוסטל

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005

בקרב ערבים מקבלי קצבת נכות הרוב (61%) הם גברים. בניגוד לכך, במגזר היהודי המשקל של גברים ונשים דומה.

הערבים מקבלי הקצבה צעירים יותר: 21% הם בני 18-29, לעומת 14% בקרב היהודים; 48% בקרב הערבים, לעומת 56% מהיהודים הם בני +45.

הערבים מקבלי הקצבה משכילים פחות: כ-70% למדו פחות מ-9 שנים לעומת 33% בקרב היהודים. יתרה מזו, 16% לא למדו כלל לעומת 5% מהיהודים. 8% בלבד למדו במוסד על-תיכוני, בהשוואה ל-21% מהיהודים.

רוב הערבים מקבלי הקצבה נשואים: 62% בהשוואה ל-53% מהיהודים. אחוז הגרושים/פרודים בקרב הערבים קטן בהרבה מהאחוז המקביל בקרב היהודים: 5% לעומת 16%, בהתאמה. שיעורים אלה נמוכים מהשיעורים בקרב כלל האנשים בעלי מוגבלות מכיוון שמקבלי קצבת נכות הם תת-קבוצה בעלת מוגבלות חמורה יותר.

כמחצית מהערבים מקבלי הקצבה מתגוררים עם בן-הזוג וילדיהם, ו-28% מתגוררים עם הוריהם. השיעורים המקבילים בקרב היהודים הם 39% ו-22%, בהתאמה. שיעור המתגוררים בגפם גבוה יותר בקרב היהודים - 9% לעומת 3%.

### **ב. מאפייני בריאות ותפקוד**

קיימים הבדלים מובהקים בין שתי האוכלוסיות מבחינת סוגי הליקוי ורמת התפקוד. בלוח 30 מפורטת התפלגות שתי האוכלוסיות לפי סוג הליקוי העיקרי ורמת התפקוד. כפי שניתן לראות בלוח, הערבים זקוקים יותר לעזרת הזולת בפעולות יומיומיות, הכוללות הלבשה, השגחה ביום ובלילה, ובעיקר רחצה.

**לוח 30: ערבים ויהודים מקבלי קצבת נכות כללית לפי סוג הליקוי העיקרי ורמת התפקוד (באחוזים)**

יהודים	ערבים	
100	100	סך-הכל
		הליקוי העיקרי
32	14	נפשי
24	33	פנימי
21	23	לוקומוטורי/נוירולוגי
9	10	פיגור שכלי
6	12	ראייה
8	8	אחר
		טיפול אישי
22	39	זקוק לעזרת הזולת בהלבשה
26	50	זקוק לעזרת הזולת ברחצה
43	51	זקוק להשגחה ביום/בלילה

מקור: שטרסברג ואחרים, 2005

כפי שניתן לראות עוד בלוח, הליקוי השכיח ביותר בקרב הערבים מקבלי הקצבה הוא ליקוי פנימי - 33% סובלים ממנו בהשוואה ל-24% בקרב היהודים. לעומת זאת, בעיות נפשיות שהן הליקוי העיקרי בקרב יהודים מקבלי קצבה (32%) מאפיינות פחות ממשותף השיעור בקרב הערבים מקבלי הקצבה (14%). שיעור בעלי ליקוי לוקומוטורי/נוירולוגי דומה בשתי הקבוצות ומגיע ל-21%-23%. שיעור הסובלים מבעיות ראייה בקרב הערבים מקבלי הקצבה כפול משיעורם בקרב היהודים.

שיעור מי שמוגבלים מאוד (אלה המוגבלים בטיפול אישי ובניידות בתוך הבית), על-פי דיווח עצמי, גבוה יותר בקרב הערבים: 50%, בהשוואה ל-38% בקרב היהודים.

### ג. מאפיינים תעסוקתיים וכלכליים

בלוח 31 מובאים נתונים על ההיסטוריה התעסוקתית של ערבים ויהודים מקבלי קצבת נכות כללית.

לוח 31: סטטוס תעסוקתי בקרב מקבלי קצבת נכות כללית לפי לאום\* (באחוזים)

תעסוקה	ערבים	יהודים
<b>סך-הכל</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
עובד היום	4	16
עבד בעבר אבל לא היום	55	68
אף פעם לא עבד	41	16
<b>מסגרת תעסוקתית (לגבי מועסקים)</b>		
מפעל/עסק פרטי	44	36
עסק משפחתי	-	7
ארגון/מפעל ציבורי	19	21
עבודה נתמכת/מוגנת	38	28
אחר	-	8

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005  
\* לא כולל בעלי פיגור שכלי

שיעור הערבים המועסקים במפעל או בעסק פרטי גבוה יותר בהשוואה ליהודים, 44% לעומת 36%. גם שיעור המועסקים במסגרת עבודה נתמכת גבוה יותר בקרב הערבים, 38% לעומת 28%. אף אחד מהערבים מקבלי קצבת נכות אינו עובד בעסק משפחתי, ואילו 7% בקרב היהודים עובדים במסגרת זו.

יש לציין שמחצית הנמצאים במסגרת תעסוקתית עובדים בשוק החופשי ומחציתם נמצאים במסגרות של עבודה מוגנת.

### ד. שימוש בשירותי הבריאות והרווחה וצרכים בלתי מסופקים

בקבוצות המיקוד שהוזכרו לעיל התלוננו בעלי המוגבלות כי הם מופלים לרעה בהשוואה לקבוצות אחרות, כגון קשישים וילדים, בטיפול ובשירותים הניתנים להם, וכי לא מאפשרים להם להשתתף בתהליך קבלת החלטות במישור הרשות המקומית.

בלוח 32 מתוארים דפוסי השימוש בשירותי הבריאות בקרב שתי האוכלוסיות. כפי שניתן לראות בלוח, למרות שערבים מקבלי הקצבה מוגבלים יותר בתפקודם, מספר הפונים לשירותי החירום ומספר המתאשפזים בקרב מגזר זה נמוך יותר, בהשוואה לאוכלוסייה היהודית. ייתכן שהדבר נובע מכך ששירותים אלה נגישים יותר בערים גדולות בהן מרוכזת האוכלוסייה היהודית. אולם, הקשר עם רופא המשפחה הוא תדיר יותר, כפי שהדבר מתבטא הן בביקור האדם עם מוגבלות אצל הרופא, הן בביקור הרופא בבית האדם עם המוגבלות והן במספר הפגישות השנתי הממוצע ביניהם.

**לוח 32: דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב ערבים ויהודים**

יהודים	ערבים	
12	22	שיעור מי שרופא משפחה/כללי ביקר בביתם בחצי שנה האחרונה
19	26	מספר פגישות ממוצע בשנה עם רופא משפחה/רופא כללי
1.22	0.95	מספר ממוצע של פניות לשירותי חירום בשנה
32	23	שיעור המתאשפזים בשנה האחרונה

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005

בלוח 33 מוצגים נתונים נוספים לגבי השימוש בשירותים רפואיים, פרה-רפואיים, פסיכו-סוציאליים ושירותי תמיכה פורמליים (כגון מטפלת, ליווי והסעות, עזרה ביתית).

**לוח 33: שימוש בשירותים שונים<sup>1</sup> בקרב מקבלי קצבת נכות כללית, לפי לאום (באחוזים)**

יהודים	ערבים	
81	61	<b>לפחות שירות אחד</b>
70	52	<b>טיפולים רפואיים</b>
66	42	טיפול רופא מומחה (כולל פסיכיאטר)
18	17	טיפולים רפואיים שונים (כגון זריקות, דיאליזה, אינהלציה)
18	9	<b>טיפולים פרה-רפואיים</b>
13	8	פיזיותרפיה
3	1	ריפוי בעיסוק
3	0	ספורט וטיפולים שיקומיים
2	0	טיפולים אלטרנטיביים
23	15	<b>שירותים פסיכו-סוציאליים</b>
7	4	טיפול של פסיכולוג
18	12	טיפול של עובד סוציאלי/רווחה
13	7	<b>שירותי תמיכה פורמליים</b>
5	3	עזרה בטיפול אישי (ADL)
3	3	ליווי והסעות
7	2	עזרה ביתית

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005  
<sup>1</sup> בחצי השנה האחרונה

שישים ואחד אחוזים בלבד בקרב הערבים מקבלי קצבת נכות מקבלים לפחות שירות אחד, זאת לעומת 81% מהיהודים מקבלי הקצבה.

רק 52% מהערבים מקבלים טיפולים רפואיים לעומת 70% בקרב היהודים. הפער בולט לגבי טיפול של רופא מומחה, הבדל של 24 נקודות אחוז (42% לעומת 66%). אחוז המקבלים טיפולים פרה-רפואיים בקרב יהודים מקבלי קצבה (18%) כפול בהשוואה לערבים מקבלי קצבה (9%).

חמישה-עשר אחוזים בלבד בקרב הערבים משתמשים בשירותים פסיכו-סוציאליים (בדרך כלל של עובדת סוציאלית), בהשוואה ל-23% בקרב היהודים; שיעור המשתמשים בשירותי תמיכה פורמליים

ניתן להציע מספר הסברים לשימוש המועט בשירותים: מחסור בשירותים ובעיות נגישות לשירותים אלה, השיעור הנמוך של הערבים מקבלי קצבה המתגוררים לבד, והתמיכה הבלתי פורמלית של בני המשפחה המורחבת שהיא זמינה יותר בעבורם, בהשוואה ליהודים מקבלי קצבה.

למרות שערבים מקבלי קצבת נכות משתמשים פחות בשירותים השונים, הם גם פחות מדווחים על צרכים בלתי מסופקים, בהשוואה ליהודים, כפי שניתן לראות בלוח 34.

**לוח 34: צרכים לא מסופקים בקרב מקבלי קצבת נכות כללית, לפי סוג שירות ולאום (באחוזים)**

סוג השירות	ערבים	יהודים
לפחות שירות אחד	21	38
טיפול רפואיים	8	13
טיפולים פרה-רפואיים	0	4
שירותים פסיכו-סוציאליים	1	3
שירותי תמיכה פורמליים	13	25
טיפול אישי (ADL)	8	6
עזרה ביתית (IADL)	6	21

מקור: שטרסברג ואחרים, 2005

עשרים ואחד אחוזים מהערבים מקבלי הקצבה, בהשוואה ל-38% מהיהודים, ציינו לפחות שירות אחד שבו יש להם צורך אך אינם מקבלים אותו, או מקבלים אך לא במידה מספקת. שיעור הערבים שצינו צרכים בלתי מסופקים גבוה יותר בכל אחד מהתחומים. ההבדלים הבולטים הם: שירותי תמיכה פורמליים (13% מהערבים לעומת 25% מהיהודים), טיפולים רפואיים (8% לעומת 13%) וטיפולים פרה-רפואיים (0% לעומת 4%).

כמעט שלא נמצאו הבדלים בין ערבים ויהודים במידת שביעות הרצון מהשירותים הניתנים על-ידי קופות-החולים והמוסד לביטוח לאומי, למעט תחומי שירות הבאים: 54% בקרב הערבים דיווחו על קושי להגיע למרפאת קופת-חולים או להסתובב בתוך בניין המרפאה, לעומת 39% בקרב היהודים; 57% מבין הערבים דיווחו על קושי להגיע לסניף של ביטוח לאומי או להסתובב בתוך בניין הסניף, לעומת 46% בקרב היהודים.

בקבוצות המיקוד של בעלי המוגבלות ובני משפחותיהם דיברו המשתתפים גם על קשיי התמודדות בתחום החינוך. מערכת החינוך בחברה הערבית אינה משלבת בעלי מוגבלות, ביחוד חירשים וכבדי שמיעה, בחינוך הרגיל בצורה הולמת. בנוסף לכך, קיים מחסור בתכניות לבעלי מוגבלות בתחום השלמת השכלה: תעודות גמר ובגרות לבעלי מוגבלות שלא למדו בהיותם צעירים. לאדם בעל מוגבלות קשה מאוד להשתלב בלימודים גבוהים מאחר שהוא אינו מודע לאפשרויות הסיוע הכספי ממוסדות כמו ביטוח לאומי ועמותות שונות, ולאפשרויות קבלת תמיכה מסוגים אחרים.

### ה. עומס על תומכים עיקריים של מקבלי קצבת נכות כללית

המשפחה היא הנושאת העיקרית בנטל הטיפול בנכה. הנכה תלוי מאוד במשפחתו שכן להורים הערביים יש נטייה להגנת-יתר על ילדם הנכה, והם פחות מעודדים אותו לעצמאות מאשר הורים יהודיים. המשפחה אינה זוכה לתמיכה ולסיוע והיא משלמת מחיר כבד בצורת ויתורים שונים, למשל, ויתור על יציאה לעבודה או מיצוי פוטנציאל התעסוקה שלה.

כפי שראינו, הערבים מקבלי הקצבה צורכים פחות שירותי תמיכה פורמליים, ועל-כן צפוי שעיקר הנטל בעקבות הטיפול ייפול על בני משפחתם. ואכן, כפי שמפורט בלוח 35, עומס רב יותר דווח על-ידי תומכים בקרב האוכלוסייה הערבית, בהשוואה לתומכים עיקריים בקרב היהודים, בכל המדדים שנבדקו.

#### לוח 35: עומס על התומכים העיקריים של מקבלי קצבת נכות כללית, לפי לאום (באחוזים)

יהודים	ערבים	
3.43	4.06	ממוצע של מספר התחומים בהם דווח על עומס*
46	55	מרגישים שאין לאן לפנות כאשר מתעוררת בעיה עם הנכה
52	56	הטיפול משפיע לרעה על בריאות התומך
62	73	דיווח על עומס כבד / כבד מאוד

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005

\* תחומים בהם נבדק העומס: מאמץ פיזי, פעילויות לא נעימות, מעט מדי זמן לעצמו, מתח בבית, מדוכא, מודאג וחרד, כועס.

## 5. נשים בעלות מוגבלות בישראל

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** המספר הכולל של נשים בעלות מוגבלות הוא כ-374,000, מתוכם כ-138,000 בעלות מוגבלות קשה. שיעורי המוגבלות גבוהים יותר בקרב נשים.

### מאפיינים ובעיות

- ♦ שיעור בעלי מוגבלות קשה גבוה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים
- ♦ שיעור גבוה מהן לא נשואות
- ♦ הן מתמודדות עם בעיות תעסוקה יותר מגברים בעלי מוגבלות
- ♦ הן אחת הקבוצות הבולטות בהיוטן קורבנות למעשי אלימות
- ♦ חלק ניכר משירותי הבריאות הדחופים ושירותי הרפואה המונעת אינם נגישים לנשים עם מוגבלות

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ מרכזי חירום מותאמים
- ♦ תכניות לקידום בריאות/רפואה מונעת
- ♦ הכנה להיריון ולידה
- ♦ שירותי שיקום תעסוקתי.

### 5.1 מבוא

בפרק זה מובאים נתונים על מאפיינים של נשים בעלות מוגבלות בישראל ומצבן בתחומי חיים שונים: תעסוקה, המצב הכלכלי והחברתי, שביעות רצון מהחיים, ניהול חיי היומיום, שימוש בשירותי בריאות ורווחה, ועוד. הנתונים מבוססים על שלושה מקורות: (1) הסקרים החברתיים של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בשנים 2003-2006; (2) המחקר של שטרוסברג ואחרים (2004) על מקבלי קצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי; ו-(3) מחקרן של גרוס וברמלי-גרינברג (2000) בנושא בריאות ורווחה של כלל הנשים בישראל. הגדרת האוכלוסייה הרלוונטית בניתוח נתוני הסקר החברתי מופיעה בסעיף 1.2 בפרק הראשון. בסקר על בריאות נשים ההגדרה דומה: היא מתבססת על דיווח עצמי של המרואיינת לגבי קיום מגבלה, נכות או מחלה כרונית המונעת ממנה להשתתף באופן מלא בלימודים או בעבודה; ולעסוק בעבודות בית או בפעילויות אחרות. בסקר על מקבלי קצבת נכות ישנה התייחסות רק לקבלת קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי. הצגת הנתונים בפרק זה נעשית בסדר הבא: תחילה מובאים נתונים מהסקר החברתי של למ"ס הכוללים השוואות בין נשים בעלות מוגבלות לנשים שאינן מוגבלות; בין נשים וגברים בעלי מוגבלות; ובין בעלות מוגבלות קשה לבינונית בקרב הנשים (סעיף 5.2). לאחר מכן מובאים עיבודים מיוחדים מתוך נתונים שנאספו במסגרת הסקר על בריאות ורווחת נשים (גרוס וברמלי-גרינברג, 2000), הכוללים השוואות נוספות בין נשים מוגבלות לבין לא מוגבלות (סעיף 5.3). הסעיף האחרון (5.4) מתמקד בתת-קבוצה בקרב בעלות המוגבלות: מקבלות קצבת נכות כללית, שהן בעלות מוגבלות קשה יחסית. הנתונים מתבססים על עיבודים מתוך נתונים שנאספו

## 5.2 שיעורים ומאפיינים של נשים בעלות מוגבלות בישראל לפי נתוני הסקר החברתי בשנים 2006-2003

### א. שיעורי מוגבלות בקרב נשים והיקף הנשים בעלות מוגבלות

שיעור האנשים בעלי מוגבלות גבוה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים, האחוז הממוצע לשנים 2006-2003 הינו 19% בקרב הנשים ו-17% בקרב הגברים. מכאן שמספר הנשים בעלות מוגבלות הגיע ל-374,000 בסוף 2007, מתוכן 138,000 בעלות מוגבלות קשה.

לוח 36: אנשים עם מוגבלויות בקרב נשים וגברים גילאי 20-64, לפי רמת המוגבלות (באחוזים)

	נשים	גברים
מוגבלים במידה בינונית	12	11
מוגבלים מאוד	7	6

מקור: סקרים חברתיים 2006-2003, הלמ"ס

### ב. מאפיינים דמוגרפיים של בעלי מוגבלות בינונית וקשה בקרב נשים וגברים (לוח 37)

- בקרבת הנשים בעלות מוגבלות יש שיעור גבוה של נשים מבוגרות בהשוואה לנשים הלא מוגבלות: 62% הן בנות 45-65, לעומת 30% בלבד מהלא מוגבלות, ורק 11% הן בנות 20-29, לעומת 33%.
- נשים בעלות מוגבלות מעט יותר מבוגרות מגברים בעלי מוגבלות.
- נשים בעלות מוגבלות קשה מבוגרות יותר מבעלות מוגבלות בינונית: 71% ו-58%, בהתאמה, בנות 45-65.

לוח 37: נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי מאפיינים דמוגרפיים (באחוזים)

נשים ללא מוגבלות	גברים בעלי מוגבלות			נשים בעלות מוגבלות			סך-הכל גיל
	קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
סך-הכל 100	100	100	100	100	100	100	
33	8	21	16	8	12	11	29-20
37	26	32	31	21	30	27	44-30
30	65	47	53	71	58	62	65-45
	<b>מצב משפחתי</b>						
67	79	70	73	69	67	68	נשוי
8	7	7	7	13	14	14	גרוש/פרוד
2	1	1	1	8	5	6	אלמן
23	12	22	19	10	14	12	רווק

מקור: סקרים חברתיים 2006-2003, הלמ"ס

- ♦ שיעור הנשואות דומה בקרב נשים בעלות מוגבלות וללא מוגבלות, ונמוך במקצת מאשר בקרב גברים בעלי מוגבלות; אולם שיעור הרווקות בקרב הלא מוגבלות גדול פי שניים (23% לעומת 12%), כנראה משום שהן צעירות יותר, ואילו שיעור הגרושות והאלמנות נמוך יותר.

### ג. מאפייני הון אנושי: השכלה ושימוש במחשב (לוח 38)

ההשכלה נמדדה באמצעות התעודה הגבוהה ביותר בה מחזיק האדם בעל המוגבלות. השימוש במחשב משמש אותנו כמדד קרוב (proxy) לשליטה במחשב, לאור זאת שהסקר אינו מכיל נתונים ישירים על מידת השליטה במחשב.

לוח 38: נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי השכלה ושימוש במחשב (באחוזים)

נשים ללא מוגבלות	גברים בעלי מוגבלות		נשים בעלות מוגבלות			השכלה	
	סך-הכל	קשה	סך-הכל	בינונית	קשה		
2	9	5	6	19	4	9	לא סיימו בית-ספר יסודי או לא למדו כלל
10	43	23	30	33	16	23	תעודת סיום בית-ספר יסודי/חטיבת ביניים
15	19	24	22	14	19	18	תעודת סיום בית-ספר תיכון ללא תעודת בגרות
24	9	17	15	10	19	16	תעודת בגרות
21	14	17	16	15	22	19	תעודה של מוסד על-תיכוני לא אקדמי
27	6	14	11	9	20	15	תואר אקדמי
64	26	48	40	18	43	33	שימוש במחשב השתמשו במחשב בחודש האחרון
52	21	39	33	13	33	26	שימוש באינטרנט השתמשו באינטרנט בחודש האחרון

מקור: הסקר החברתי 2003-2006

- ♦ רמת ההשכלה של נשים בעלות מוגבלות נמוכה במידה משמעותית מזו של נשים ללא מוגבלות: 32% מהן לא סיימו בית-ספר תיכון לעומת 12% מהלא מוגבלות, ורק 15% מהן בעלות תואר אקדמי לעומת 27% מהלא מוגבלות.
- ♦ נשים בעלות מוגבלות קשה הן פחות משכילות מבעלות מוגבלות בינונית: 52% לעומת 20% לא סיימו בית-ספר תיכון, ורק ל-24% לעומת 44% יש תעודה על-תיכונית או אקדמית.
- ♦ נשים בעלות מוגבלות הן בעלות השכלה מעט יותר גבוהה מהגברים בעלי מוגבלות: 32% לא סיימו בית-ספר תיכון בהשוואה ל-36% מהגברים; 34% מהנשים בהשוואה ל-27% מהגברים הן בעלות תעודה אקדמית.

- ♦ מידת השימוש של נשים בעלות מוגבלות במחשב בכלל, ובאינטרנט בפרט, נמוכה בהרבה הן מזו של הנשים הלא מוגבלות והן מזו של הגברים בעלי המוגבלות.
- ♦ גברים בעלי מוגבלות השתמשו במחשב, כולל שימוש באינטרנט, יותר מאשר הנשים; הדבר נכון הן בקרב בעלי המוגבלות הבינונית והן בקרב בעלי המוגבלות הקשה.

#### **ד. תעסוקה, הכשרה מקצועית ומצב כלכלי** **(1) תעסוקה ושביעות רצון מהעבודה (לוח 39)**

- ♦ 38% מהנשים בעלות מוגבלות מועסקות, לעומת 62% מהלא מוגבלות, ו-49% מהגברים בעלי מוגבלות. שיעור התעסוקה בקרב בעלות המוגבלות הקשה נמוך באופן משמעותי, כ-18% בלבד.
- ♦ אין הבדל בין הנשים לגברים המועסקים במידת שביעות הרצון מהכנסה מעבודה; רק כשליש מרוצים מהכנסתם מהעבודה.
- ♦ למרות זאת, הנשים המועסקות יותר שבעות רצון באופן כללי מעבודתן לעומת הגברים, בשתי רמות המוגבלות.
- ♦ בהשוואה לנשים ללא מוגבלות, נשים בעלות מוגבלות המועסקות מרוצות פחות מהכנסתן ומעבודתן באופן כללי.

#### **לוח 39: נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי תעסוקה, שביעות רצון מהעבודה והשתתפות בהכשרה מקצועית (אחוזים)**

נשים ללא מוגבלות	גברים בעלי מוגבלות			נשים בעלות מוגבלות		
	סך-הכל	קשה	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל
62	29	59	49	18	50	38
49	31	36	35	28	34	33
86	62	70	69	73	77	76

מקור: הסקרים החברתיים 2003-2006, הלמ"ס

#### **(2) מצב כלכלי**

- הנתונים המתוייחסים למצב הכלכלי של האנשים בעלי מוגבלות כוללים נתונים אובייקטיביים (על פי דיווח עצמי), הערכה סובייקטיבית לגבי המצב הכלכלי האישי, ושביעות רצון ממנו.
- בלוח שלהלן מוצגות ההכנסות של שלושה טיפוסים משקי בית נפוצים בהם חיים נשים וגברים בעלי מוגבלות.

לוח 40: הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית בקרב נשים וגברים גילאי 20-64, לפי טיפוס משפחות ומוגבלות (באחוזים)

גברים			נשים			סך-הכל	סך-הכל יחיד
לא מוגבלים	בעלי מוגבלות	סך-הכל	לא מוגבלות	בעלות מוגבלות	סך-הכל		
100	100	100	100	100	100	100	עד 2,500
17	23	18	22	52	30	30	2,500-5,000
25	38	27	31	34	32	32	5,000-10,000
27	13	25	27	6	21	21	10,000-17,000
18	4	16	9	3	7	7	מעל 17,000
14	21	15	10	7	9	9	לא ידוע
100	100	100	100	100	100	100	זוג סך-הכל
7	7	7	6	9	7	7	עד 2,500
12	24	14	15	34	20	20	2,500-5,000
32	29	32	33	28	32	32	5,000-10,000
23	10	21	21	13	19	19	10,000-17,000
21	20	21	14	8	12	12	17,000-20,000
5	11	6	12	7	11	11	מעל 20,000
100	100	100	100	100	100	100	זוג + 2 ילדים סך-הכל
1	12	3	2	6	3	3	עד 2,500
10	25	13	13	8	12	12	2,500-5,000
31	28	30	31	43	33	33	5,000-10,000
27	14	25	20	17	19	19	10,000-17,000
24	10	22	20	12	18	18	17,000-20,000
7	11	8	14	16	14	14	מעל 20,000

מקור: סקר חברתי 2006, הלמ"ס

כאמור, ההכנסות של משקי בית של אנשים בעלי מוגבלות נמוכות יותר מאשר ההכנסות של משקי בית של אנשים ללא מוגבלות (תת-פרק 3.3). יתרה מזו, בכל טיפוס משקי הבית (יחיד, זוג, זוג + 2 ילדים) בהם גרה אישה בעלת מוגבלות, ההכנסות נמוכות יותר מאשר במשקי בית בהם גר גבר בעל מוגבלות. לדוגמה, ההכנסות של 30% מהנשים בעלות מוגבלות הגרות לבד, הן מתחת ל-2,005 ₪ בחודש (בשנת 2006), לעומת 18% מהנשים ללא מוגבלות הגרות לבד.

ל-27% מהנשים בעלות מוגבלות הגרות במשק בית של זוגות, ההכנסות החודשיות של משק הבית נמוכות מ-5,000 ₪ (נכון ל-2006), לעומת 21% מהנשים ללא מוגבלות הגרות במשק בית של זוגות.

כ-70% מבעלי המוגבלות (נשים וגברים כאחד) דיווחו כי הם "לא כל-כך מצליחים" לכסות את ההוצאות החודשיות של משק הבית שלהם. האחוז בקרב בעלי המוגבלות קשה גדול יותר. אין הבדלים משמעותיים בין נשים לגברים (לוח 41).

כ-70% מבעלי המוגבלות (נשים וגברים כאחד) אינם שבעי רצון ממצבם הכלכלי. האחוז בקרב בעלי המוגבלות קשה גדול יותר. אין הבדלים משמעותיים בין נשים וגברים.

**לוח 41: אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי בקרב נשים וגברים בעלי מוגבלות גילאי 20-64 (באחוזים)**

גברים בעלי מוגבלות			נשים בעלות מוגבלות			יכולת לכסות הוצאות חודשיות של משק בית מצליח
סך-הכל	בינונית	קשה	סך-הכל	בינונית	קשה	
21	37	31	20	35	30	מצליח
43	41	42	45	39	41	לא כל-כך מצליח
36	22	27	35	26	29	בכלל לא מצליח
<b>שביעות רצון מהמצב הכלכלי האישי</b>						
23	33	29	23	30	28	מרוצים מאוד/מרוצים

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

**ה. קשרים חברתיים, התנדבות ושביעות רצון מהחיים**

אנשים בעלי מוגבלות צפויים להתנסות בחסך בקשרים חברתיים על רקע המוגבלות, בייחוד בשל מגבלות ניידות ונגישות, וכתוצאה מכך לחוש בדידות יותר מאנשים ללא מוגבלות (לוח 42).  
 • שביעות הרצון של נשים בעלות מוגבלות מהקשר עם בני משפחתן דומה לזו של נשים ללא מוגבלות (90% ו-96% בהתאמה, מרוצות), וזוהה לזו של גברים בעלי מוגבלות.

**לוח 42: נשים וגברים בעלי מוגבלות בינונית וקשה ונשים ללא מוגבלות גילאי 20-64, לפי יחסים חברתיים (באחוזים)**

נשים ללא מוגבלות	גברים בעלי מוגבלות			נשים בעלות מוגבלות			סך-הכל
	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	
100	100	100	100	100	100	100	קשר עם בני משפחה מרוצה מהקשר עם בני משפחתם
96	88	91	90	89	91	90	קשר עם חברים יש חברים שאיתם נפגש או מדבר בטלפון
91	74	85	82	65	82	76	תחושת בדידות מרגיש בודד לעתים קרובות
7	26	13	18	34	18	24	האם ישנם אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה יש אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה
93	68	79	76	77	84	82	שביעות רצון מהחיים באופן כללי
88	54	70	65	57	69	64	מרוצה מהחיים באופן כללי

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006, הלמ"ס

- ♦ במישור הקשר עם חברים המצב פחות חיובי ולנשים בעלות המוגבלות יש חסך גדול יותר : ל-24% מהן לעומת 9% מהנשים ללא מוגבלות, ול-18% מהגברים בעלי מוגבלות, אין חברים שאיתם הן נפגשות או לפחות משוחחות באמצעות הטלפון.
- ♦ נשים בעלות מוגבלות מרגישות בודדות יותר מאשר נשים ללא מוגבלות וגם יותר מאשר גברים בעלי מוגבלות. ככל שהמוגבלות קשה יותר שיעור המרגישים בדידות גדול יותר.
- ♦ נשים בעלות מוגבלות מרגישות קצת יותר מגברים בעלי מוגבלות וקצת פחות מנשים ללא מוגבלות, שיש להן על מי לסמוך בעת מצוקה ומשבר - 82% לעומת 76% ו-93%, בהתאמה.
- ♦ אחוז הנשים בעלות המוגבלות המבטאות שביעות רצון מהחיים באופן כללי דומה לאחוז הגברים בעלי המוגבלות, אולם נופל במידה משמעותית מהאחוז המקביל בקרב נשים ללא מוגבלות (64%, 65% ו-88%, בהתאמה).
- ♦ במישור הקשר עם בני משפחה אין הבדל בשביעות הרצון בין בעלות מוגבלות בינונית לבין בעלות מוגבלות קשה. אולם, במישור הקשר עם חברים ישנו פער מסוים : 35% מבעלות מוגבלות קשה מדווחות כי אין להן חברים בהשוואה ל-18% מבעלות מוגבלות בינונית.
- ♦ בקרב נשים בעלות מוגבלות, כמו גם בקרב גברים בעלי מוגבלות, בעלות מוגבלות קשה מרגישות פחות מבעלות מוגבלות בינונית שיש להן על מי לסמוך.

### **5.3 מאפיינים של נשים בעלות מוגבלות בישראל לפי נתוני סקר ארצי על בריאות ורווחה של נשים בישראל (2000)**

הנתונים בסעיף זה מתבססים על נתוני סקר בנושאי בריאות ורווחה שנערך בקרב כלל הנשים בישראל בגיל 22 ומעלה (גרס וברמלי-גרינברג, 2000).

#### **א. אלימות כנגד נשים בעלות מוגבלות**

פגיעותן הרבה של נשים בעלות מוגבלות ממעשי אלימות המופנים אליהן מהווה אחת הסוגיות המרכזיות העומדות על הפרק כיום בהקשר של נשים בעלות מוגבלות. מחקרים שנעשו בתחום זה מצביעים על כך כי המתעללים הם בדרך כלל גברים המוכרים לקורבן, וההתעללות נעשית בדרך כלל במקום מגוריהן. בשונה מנשים ללא מוגבלות, נשים עם מוגבלות חשופות להתעללות גם מצד מטפלים, נותני שירותים בתחום הבריאות והרווחה, ואנשים שבהם תלוי תפקודן היומיומי כגון ספקי הסעות (Curry et al., 2001; Nosek et al., 1997). החוקרים טוענים כי פגיעותן המיוחדת של נשים עם מוגבלות נובעת מסטריאוטיפים של א-מיניות ושל פסיביות המיוחסים להן, מחוסר הערכה בתרבות שלנו כלפיהן מצד אחד, ויחס של הגנת-יתר, של דחייה, ושל ציפיות חברתיות נמוכות מצד הסובבים אותן, אשר מונע מהן הזדמנויות ללמוד את הקודים בתחום החברתי והמיני, מהצד האחר. לעתים קרובות יש הפרדה בין האני של האישה לבין חלקי גופה המותקפים, הנובעת מהתנסותן עם כאבים בבדיקות רפואיות, חוסר פרטיות גופנית ויחס לא אנושי מצד רופאים ונותני עזרה אחרים (Womendez & Schneiderman, 1991; Fine & Asch, 1988).

לפי עיבודים של נתונים מתוך סקר על בריאות ורווחה של נשים בישראל בגיל 22 ומעלה שנערך בשנת 1998 על-ידי מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל (גרס וברמלי-גרינברג, 2000), נשים בעלות מוגבלות דיווחו

כפי שניתן לראות בלוח, נשים עם מוגבלות דיווחו על כך שחוו אלימות פיזית בשיעור גבוה פי שניים מנשים ללא מוגבלות (13% ו-6%, בהתאמה). ניתוח רב-משתני העלה כי למוגבלות יש השפעה עצמאית על סיכוי האישה לסבול ממעשי אלימות, ללא קשר לגיל, שפת דיבור ומצב משפחתי.

**לוח 43: נשים בעלות מוגבלות ונשים ללא מוגבלות שנפגעו ממעשה אלימות (באחוזים)**

סוג האלימות	נשים בעלות מוגבלות	נשים ללא מוגבלות
<b>לפחות סוג אחד של אלימות</b>	<b>17</b>	<b>9</b>
אונס	3	2
אלימות מינית	5	4
אלימות פיזית	13	6

מקור: גרוס וברמלי-גרינברג, 2000

יש להביא בחשבון כי התמונה שהתקבלה במחקר בנושא האלימות הינה חלקית, מכיוון שבמחקר זה לא רואיינו נשים עם בעיות תקשורת עקב מוגבלות קוגניטיבית או נפשית.

### **ב. השוואת השימוש בשירותי בריאות ורווחה בין נשים בעלות מוגבלות לבין נשים ללא מוגבלות**

לרוב הנשים בעלות מוגבלות יש רופא קבוע (88%), שיעור גבוה במקצת מאשר בקרב נשים ללא מוגבלות (81%). בניגוד לממצאים המדווחים בספרות המחקרית בנושא, במחקר של גרוס וברמלי-גרינברג על בריאות ורווחה של נשים בישראל (2000) לא נמצאו הבדלים בין שתי אוכלוסיות הנשים במדדים השונים להערכת הרופא הקבוע, כמו מידת ההקשבה של הרופא, הערכת טיב הטיפול, האם הרופא מקדיש מספיק זמן למטופלת, האם הוא משיב לשאלותיה ומוודא שהבינה, ועוד.

לא נמצאו עדויות לכך שרופאים מייחסים פחות חשיבות לנושאים מקדמי בריאות ורפואה מונעת כאשר מדובר בנשים בעלות מוגבלות. דווקא בקרב אוכלוסייה זו נמצאו שיעורים גבוהים יותר של נשים שקיבלו מידע מאחד הרופאים בנושאים של תזונה ופעילות פיזית. בעקבות ניתוח רב-משתני לבחינת השפעתם של שורת משתנים (בהם: מוגבלות, גיל, שפת דיבור, השכלה, הכנסה, מצב משפחתי) על סיכויי האישה לקבל מידע מרופא בנוגע להתנהגות בריאותית, נמצא כי סיכוייה של אישה בגיל מבוגר (+45) שרופא ישוחח איתה בנוגע להתעמלות וצריכת סידן, גבוהים מסיכוייה של אישה צעירה יותר. לאישה בעלת מוגבלות יש סיכוי גבוה יותר מאשר לאישה ללא מוגבלות שרופא ישוחח איתה על תזונה ומשקל. לא נמצאו הבדלים בין נשים ללא מוגבלות לבין נשים בעלות מוגבלות בשיעור קבלת מידע מרופא בנושאים אחרים הקשורים לרפואה מונעת, כגון עישון, מחלות מין ועוד.

במחקרן של גרוס וברמלי-גרינברג (2000) לא נשאלו שאלות לגבי השימוש בשירותי רפואה מונעת הקשורים לבריאות האישה. מחקרים שנעשו בעולם מצביעים על בעיות קשות של נגישות בעבור נשים בעלות מוגבלות בכל הנוגע לשירותי רפואה מונעת בנושאי בריאות האישה. לעתים קרובות, נשים בעלות מוגבלות נתפסות כא-מיניות, ועל-כן הן אינן זוכות להתייחסות שווה בקבלת שירותי בריאות האישה (Altman, 1997; Nosek et al., 1997; Nosek & Gil, 1998; Nosek, 1996; Stein & Allen, 1997).

כמו-כן, נמצא כי שירותי בריאות נגישים פחות בעבור הנשים בעלות מוגבלות, בהשוואה לנשים ללא מוגבלות. נתונים מפורטים מובאים בלוח 44.

**לוח 44: נגישות רופאים וטיפולים לנשים בעלות מוגבלות, בהשוואה לנשים ללא מוגבלות (באחוזים)**

המדד	נשים בעלות מוגבלות	נשים ללא מוגבלות
בשנה האחרונה נזקקה לטיפול ולא קיבלה אותו באופן כללי, קשה מאוד, קשה או די קשה לקבל טיפול רפואי כאשר נזקקת	19	13
הולכת לרופא נשים בנושאים הקשורים לבריאות נשים	41	23
מקור: גרוס וברמלי-גרינברג, 2000	65	80

אם כי נמצא כי פחות נשים בעלות מוגבלות נמצאות בקשר עם רופא נשים בנושאים הקשורים לבריאות האישה (65% לעומת 80% בקרב נשים ללא מוגבלות), ניתוח רב-משתני הדגים כי למוגבלות אין השפעה עצמאית על השימוש בשירותי בריאות האישה, וכי גיל, שפת דיבור ומצב משפחתי הינם הגורמים המשפיעים בנושא זה: לאישה מבוגרת (+45), לאישה דוברת רוסית ולאישה לא נשואה יש סיכוי קטן יותר לבקר אצל רופא נשים.

## 5.4 מאפיינים של נשים בעלות מוגבלות המקבלות קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי

להלן ייבחנו המאפיינים של תת-קבוצה מתוך הנשים בעלות מוגבלות - הנשים שמקבלות קצבת נכות. יש לציין שכרבע ממקבלות קצבת נכות מוגדרות כעקרות בית והללו נדרשות לסף של 50% נכות רפואית כדי לקבל את הקצבה, לעומת סף של 40% נכות רפואית הנדרש בעבור מבוטחים ומבוטחות שעבדו או עובדים. מאחר שבזמן ביצוע המחקר שמהווה בסיס לנתונים של פרק זה, הנשים היו זכאיות לקצבת נכות עד גיל 60 וגברים היו זכאים עד גיל 65, ההשוואה נעשתה רק לגבי גילאים 18-59.

### א. מאפייני רקע

בקרב מקבלי קצבת נכות קיים דמיון כללי בין נשים לגברים במשתני הרקע, כפי שניתן לראות בלוח 45. ההבדלים מבחינת מוצא, מצב משפחתי וגיל הם קטנים.

- ♦ בקרב הנשים מקבלות הקצבה יש שיעור מעט יותר גבוה בהשוואה לגברים של יוצאות אירופה-אמריקה, בעוד שבקרב הגברים ישנו שיעור מעט יותר גבוה של ילידי אסיה-אפריקה.
- ♦ שיעור הנשואות בקרב מקבלות הקצבה גבוה במעט (53%) בהשוואה לנתון המקביל בקרב הגברים מקבלי אותה הקצבה (49%).
- ♦ לגבי הרכב משק הבית, ניתן לומר על בסיס הנתונים הקיימים כי אין הבדל בין שתי האוכלוסיות בשיעור המתגוררים עם בני-זוג (כמחצית מכל קבוצה) ועם ההורים (כרבע מכל קבוצה). בדומה למצב האופייני לאוכלוסייה הכללית, אחוז הגרים עם הילדים ללא בני-זוג (משפחות חד-הוריות) גבוה יותר בקרב הנשים: 14% לעומת כ-3% בקרב גברים בעלי מוגבלות.

**לוח 45: מאפייני רקע של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות בגיל 18-59 (באחוזים)**

גברים מקבלי קצבה	נשים מקבלות קצבה	סך-הכל
100	100	גיל
20	16	29-18
33	39	44-30
47	48	45-59
58	52	יבשת לידה
21	26	אסיה/אפריקה
21	22	אירופה/אמריקה
		ישראל
39	39	השכלה
37	34	פחות מ-12 שנות לימוד
24	27	12 שנות לימוד
		13 שנות לימוד ויותר
49	53	מצב משפחתי
40	29	נשואים
10	14	רווקים
1	4	גרופים
		אלמנים

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

**ב. מאפיינים בריאותיים ותפקודיים**

נשים מקבלות קצבת נכות כללית סובלות בשיעור דומה מ-3 ליקויים עיקריים: נפשי (28%), פנימי (24%) וליקוי מוטורי (22%). אצל הגברים, לעומת זאת, ישנו ריכוז גדול של בעלי ליקוי עיקרי נפשי (36%), כאשר שכיחותם של ליקויים פנימיים ומוטוריים נמוכה בהרבה, וגם נמוכה מאשר בקרב הנשים (לוח 46).

**לוח 46: נשים וגברים מקבלי קצבת נכות כללית בגיל 18-59, לפי סוג הליקוי (באחוזים)**

גברים מקבלי קצבה	נשים מקבלות קצבה	סך-הכל	סוג הליקוי
100	100	100	סך-הכל
21	24	23	פנימי
19	22	20	לוקומוטורי/נוירולוגי
36	28	32	נפשי
11	10	10	פיגור שכלי
7	8	7	ראייה
8	9	8	אחר

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

שיעורי המוגבלות התפקודית גבוהים יותר בקרב הנשים בהשוואה לגברים ברוב המדדים שנבדקו, כולל ניידות, טיפול אישי או פעילויות הקשורות לניהול משק הבית. המוגבלות התפקודית הגבוהה יותר בקרב הנשים יכולה להיות מוסברת בחלקה על-ידי שיעור גבוה יותר של ליקויים פיזיים בקרב הנשים, בהשוואה לגברים מקבלי הקצבה. פירוט הנתונים לגבי המוגבלות התפקודית בטיפול אישי של נשים וגברים מקבלי הקצבה מופיע בלוח 47.

נשים זקוקות לעזרה בטיפול אישי בשיעורים קצת יותר גדולים מהגברים: 34%-35% מהן זקוקות לעזרה מלאה או חלקית בהלבשה וברחצה לעומת 26%-29% מהגברים; 41% זקוקות להשגחה ביום ו/או בלילה בהשוואה ל-28% מהגברים (כזקוק להשגחה ביום הוגדר מי שלא ניתן להשאירו לבד למשך יותר משלוש שעות ביום, וכזקוק להשגחה בלילה הוגדר מי שלא ניתן כלל להשאירו לבד בלילה).

**לוח 47: מוגבלות תפקודית של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות כללית גילאי 18-59 (באחוזים)**

טיפול אישי	נשים מקבלות קצבה	גברים מקבלי קצבה
זקוק לעזרת הזולת בהלבשה	34	29
זקוק לעזרת הזולת ברחצה	35	26
זקוק להשגחה ביום/בלילה	41	28

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

**ג. השוואת מצב התעסוקה של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות**

יש לזכור כי הסיבה לקבלת קצבת נכות היא אובדן או צמצום כושר העבודה, והיא מיועדת להיות תחליף להכנסות מעבודה. בדומה לאוכלוסייה הכללית בגיל המקביל, שיעור המועסקים (כולל בעבודה מוגנת ונתמכת, לא כולל בעלי פיגור שכלי) מקרב מקבלי קצבת נכות נמוך יותר בקרב הנשים לעומת הגברים: 10% לעומת 18%<sup>3</sup> (לוח 48).

**לוח 48: סטטוס תעסוקתי וסוג המסגרת התעסוקתית של נשים וגברים מקבלי קצבת נכות בגיל 18-59 (באחוזים)\***

סך-הכל	נשים מקבלות קצבה	גברים מקבלי קצבה
עובד היום	100	100
לא עובד היום ועבד בעבר	10	18
אף פעם לא עבד	59	66
<b>מסגרת תעסוקתית של העובדים כיום</b>		
עבודה מוגנת/נתמכת	31	16
מפעל/עסק פרטי	23	37
ארגון/מפעל ציבורי	35	34
עסק משפחתי	28	16
אחר	6	6
	8	7

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004  
\* לא כולל בעלי פיגור שכלי

בנוסף לכך, מקרב מקבלי הקצבה שאינם עובדים (ללא בעלי פיגור שכלי), יותר גברים דיווחו על כך שהם מחפשים עבודה (12%), בהשוואה ל-7% בלבד בקרב הנשים.

**ד. השוואת השימוש בשירותי בריאות ורווחה בין נשים וגברים מקבלי קצבת נכות**

נשים המקבלות קצבת נכות כללית נוטות יותר מגברים להשתמש בשירותי בריאות ורווחה. פירוט הממצאים לגבי היקף השימוש בשירותים רפואיים, פרה-רפואיים, פסיכו-סוציאליים ושירותי תמיכה מופיע בלוח 49.

<sup>3</sup> נתונים אלה אינם כוללים קבוצה קטנה של בעלי פיגור שכלי, מאחר שרובם לא ענו בעצמם על השאלון

**לוח 49: קבלת שירותים שונים בקרב נשים וגברים מקבלי קצבת נכות גילאי 18-59 (באחוזים)**

גברים מקבלי קצבה	נשים מקבלות קצבה	
73	82	קיבלו טיפול/שירות כלשהו
62	70	קיבלו טיפולים רפואיים
57	64	טיפול רופא מומחה (כולל פסיכיאטר)
15	20	טיפולים רפואיים שונים (כמו דיאליזה, הקרנות וכד')
13	19	קיבלו טיפולים פרה-רפואיים
9	14	פיזיותרפיה
2	4	ריפוי בעיסוק
8	16	קיבלו שירותי תמיכה פורמליים
4	6	עזרה בטיפול אישי (ADL)
2	9	עזרה ביתית (IADL)

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

שיעור הנשים המקבלות את השירות עולה על השיעור המקביל בקרב הגברים בכל אחד מסוגי השירותים. למגדר יש השפעה עצמאית על תדירות והיקף השימוש בשירותים השונים המוצעים לאדם עם מוגבלויות.

למרות שנשים המקבלות קצבת נכות משתמשות יותר מגברים בכל השירותים הרפואיים, הפרה-רפואיים והסוציאליים שנבדקו, שיעור המדווחות על צרכים בלתי מסופקים גבוה יותר אף הוא, בהשוואה לגברים מקבלי הקצבה - 44% ו-28%, בהתאמה (שטרוסברג ואיתן-ריבלס, 2006). הבדל זה נובע בעיקר מההבדל בצורך בתוספת בעזרה הביתית המדווח על-ידי הנסקרים: 28% בקרב הנשים לעומת 10% בקרב הגברים. לוח 50 מפרט את הדיווחים בנוגע לצרכים בלתי מסופקים בתחומי השירות השונים.

**לוח 50: צרכים לא מסופקים בקרב נשים וגברים מקבלי קצבת נכות גילאי 18-59, לפי סוג שירות (באחוזים)**

גברים מקבלי קצבה	נשים מקבלות קצבה	
28	44	טיפול/ שירות כלשהו
12	13	טיפולים רפואיים
2	3	טיפולים פרה-רפואיים
14	32	שירותי תמיכה פורמליים
5	7	טיפול אישי (ADL)
10	28	עזרה ביתית (IADL)

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

חלק מההבדל יכול לנבוע מהעובדה שנשים מקבלות קצבת מוגבלות יותר מאשר הגברים, ומחלק מההבדלים בין המינים בתפיסת הצרכים. ההבדל בין נשים לגברים בדיווח על צרכים בלתי מסופקים לשירותים אינו נעלם גם כאשר מפקחים על רמת המוגבלות התפקודית.

## 6. עולים חדשים בעלי מוגבלות

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** המספר הכולל של העולים בקרב בעלי מוגבלות הוא 124,000, מתוכם 34,000 בעלי מוגבלות קשה.

### מאפיינים ובעיות

- ◆ שיעור גבוה של בעלי השכלה גבוהה יחסית, בהשוואה לוותיקים בעלי מוגבלות
- ◆ שיעור גבוה של הכנסות נמוכות
- ◆ מעטים מעסיקים עזרה בתשלום
- ◆ קשיים נפשיים
- ◆ חוסר ידע לגבי קיום של שירותים תומכים
- ◆ סטיגמה לגבי בעיות נפשיות והפניה לטיפול בהן

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ◆ עידוד בעלי בעיות נפשיות לפנות לטיפול - צמצום הסטיגמה
- ◆ עזרה בהשגת שירותים (טיפול אישי, ניידות)
- ◆ הקצאה והכשרה של כוח אדם מקצועי מתאים.

## 6.1 מבוא

בפרק זה מובאים נתונים על המאפיינים של עולים חדשים בעלי מוגבלות בישראל ומצבם בתחומי חיים שונים: תעסוקה, המצב הכלכלי והחברתי, מאפייני בריאות ותפקוד, שימוש בשירותי בריאות ורווחה ושביעות רצון מהשירותים. הנתונים מבוססים על שני מקורות: (1) הסקרים החברתיים של למ"ס בשנים 2003-2006, ו-(2) עיבודים של נתונים מתוך סקר שנערך על-ידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי על מקבלי קצבת נכות מהמוסד לביטוח לאומי (שטרסברג ואחרים, 2004). הצגת הנתונים בפרק זה כוללת השוואות בין עולים ויהודים וותיקים בעלי מוגבלות, בין בעלי מוגבלות חמורה ובינונית בקרב העולים ובקרב הוותיקים, וכן בין עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות. כעולה הוגדר כל מי שהגיע לישראל מאז ינואר 1990. ההגדרה של בעלי מוגבלות מתבססת על דיווח עצמי של הנחקרים לגבי קיום בעיית בריאות או בעיה גופנית המפריעה להם בפעילות היומיומית וקיום בעיה תפקודית ב-ADL.

## 6.2 שיעורים ומאפיינים של עולים בעלי מוגבלות לפי נתוני הסקר החברתי

### א. שיעורי מוגבלות והיקף בעלי המוגבלות

האחוז הממוצע של בעלי מוגבלות בקרב העולים בין השנים 2003-2006 היה 22%, שיעור גבוה במידה משמעותית מהשיעור המקביל בקרב היהודים הוותיקים, 16%. עם זאת, אחוז המוגבלים מאוד דומה בין העולים לוותיקים. בלוח 51 מפורטים שיעורי המוגבלות בקרב עולים וותיקים, לפי דרגת

**לוח 51: אנשים עם מוגבלות גילאי 20-64 בקרב העולים והוותיקים, לפי דרגת המוגבלות (באחוזים)**

עולים	ותיקים	
16	11	בעלי מוגבלות בינונית
6	5	בעלי מוגבלות קשה

מקור: הסקר החברתי 2003-2006

בנוסף לשיעורים המובאים בלוח 51 לעיל המתייחסים ל"בעלי מוגבלות בינונית" ול"בעלי מוגבלות קשה", קיימת קבוצת אנשים אשר דיווחו כי יש להם בעיה בריאותית או פיזית כלשהי שלא כל-כך מפריעה להם בפעילות היומיומית. שיעורם בקרב העולים והוותיקים דומה, 6%.

**ב. מאפייני רקע של המוגבלים והמוגבלים מאוד (לוח 52)**

♦ אחוז הנשים בקרב העולים בעלי המוגבלות מעט יותר גדול מאשר בקרב הוותיקים - 60% לעומת 54%, בהתאמה. בקרב העולים אין הבדל באחוז הנשים על פי דרגת המוגבלות, בעוד שבקרב הוותיקים אחוז הנשים גדול יותר בקרב המוגבלים קשה.

**לוח 52: עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי מאפיינים דמוגרפיים (באחוזים)**

	ותיקים בעלי מוגבלות			עולים בעלי מוגבלות		
	קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל
	100	100	100	100	100	100
<b>סך-הכל</b>						
<b>מגדר</b>						
גברים	42	47	46	39	40	40
נשים	58	53	54	61	60	60
<b>גיל</b>						
29-20	6	15	13	8	18	15
44-30	18	29	26	22	28	26
64-45	76	55	61	70	54	59
<b>מצב משפחתי</b>						
נשוי	70	67	68	65	64	64
גרוש/פרוד	15	11	12	17	16	16
אלמן	5	3	4	6	4	5
רווק	10	19	16	12	16	15

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006

- ♦ בקרב העולים והוותיקים כאחד בעלי המוגבלות הם מבוגרים - כ-60% מהם בני 45-64. חלקם של בני 45-64 בקרב המוגבלים קשה גדול עוד יותר.
- ♦ משקלם של הנשואים בקרב העולים מעט יותר קטן ומשקלם של הגרושים מעט יותר גדול בהשוואה ליהודים הוותיקים - 64% לעומת 58%, ו-16% לעומת 12%.

**ג. מאפייני הון אנושי: השכלה ושימוש במחשב (לוח 53)**

ההשכלה נמדדה באמצעות התעודה הגבוהה ביותר בה מחזיק האדם בעל המוגבלות. השימוש במחשב משמש אותנו כמדד קרוב (proxy) לשליטה במחשב, לאור זאת שהסקר אינו מכיל נתונים ישירים על מידת השליטה במחשב.

**לוח 53: עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה לפי מאפייני הון אנושי (באחוזים)**

ותיקים בעלי מוגבלות			עולים בעלי מוגבלות			השכלה
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
10	4	6	1	2	2	לא סיימו בית-ספר יסודי או לא למדו כלל
33	17	22	10	6	7	תעודת ביום בית-ספר יסודי/ חטיבת ביניים
27	28	27	6	6	6	תעודת סיום בית-ספר תיכון ללא תעודת בגרות
8	18	15	23	20	21	תעודת בגרות
14	17	16	38	35	36	תעודה של מוסד על-תיכוני לא אקדמי
7	16	14	22	30	27	תואר אקדמי
28	52	45	26	42	38	<b>שימוש במחשב</b> השתמשו במחשב בחודש האחרון
23	43	37	23	31	29	<b>שימוש באינטרנט</b> השתמשו באינטרנט בחודש האחרון

מקור: הסקר החברתי 2003-2006

- ♦ רמת ההשכלה של העולים בעלי מוגבלות עולה באופן משמעותי על זו של הוותיקים: שיעור המחזיקים בתואר אקדמי בקרבם כפול מהשיעור בקרב הוותיקים, 27% לעומת 14%; ושיעור המחזיקים בתעודה על תיכונית לא אקדמית יותר מאשר כפול, 36% לעומת 16%. רק 9% מהעולים, בהשוואה ל-28% מהוותיקים לא סיימו בית-ספר תיכון.
- ♦ הפער מורגש עוד יותר בקרב בעלי מוגבלות קשה: 11% בלבד מהעולים עם מוגבלות קשה לא סיימו בית-ספר תיכון לעומת 43% מהוותיקים.
- ♦ העולים משתמשים במחשב, כולל באינטרנט, פחות מהוותיקים, ייתכן שהסיבה לכך היא שבכלל ברית-המועצות השימוש במחשב היה פחות רווח מאשר בישראל גם בקרב בעלי השכלה אקדמית ובעלי מקצועות אקדמיים.

**לוח 54: עולים ללא מוגבלות ועולים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי ידיעת עברית (באחוזים)**

מוגבלות		סך-הכל	לא מוגבלים	סך-הכל עולים	ידיעת עברית
קשה	בינונית				
100	100	100	100	100	סך-הכל
					<b>דיבור</b>
32	46	42	70	64	טוב או טוב מאוד
21	24	23	17	18	סביר
47	30	35	14	18	חלש או לא יכול בכלל
					<b>קריאה</b>
10	22	19	46	40	טוב או טוב מאוד
21	26	24	26	25	סביר
69	52	57	28	35	חלש או לא יכול בכלל
					<b>כתיבה</b>
7	20	16	41	36	טוב או טוב מאוד
20	23	23	25	24	סביר
72	57	61	34	40	חלש או לא יכול בכלל

מקור: סקרים חברתיים 2006-2003

- רמת השליטה של העולים בעלי המוגבלות בעברית נמוכה בהרבה בהשוואה לעולים ללא מוגבלות. הדבר בולט במיומנויות הקריאה והכתיבה קצת יותר מאשר בדיבור. לדוגמה, רק 19% מהעולים בעלי מוגבלות, לעומת 46% מהעולים שאינם מוגבלים, שולטים טוב או טוב מאוד בקריאה, ואילו 57%, לעומת 28%, הם בעלי שליטה חלשה או אינם מסוגלים כלל לקרוא בעברית.
- באוכלוסיית העולים עם מוגבלות, בעלי מוגבלות קשה שולטים פחות טוב במיומנויות השונות בעברית מאשר בעלי מוגבלות בינונית. לדוגמה, 47% מבעלי מוגבלות קשה אינם מסוגלים כלל לדבר עברית או ששליטתם בדיבור חלשה, בהשוואה ל-30% מבעלי מוגבלות בינונית. בעלי המוגבלות הקשה מבוגרים יותר, וקליטת השפה העברית על-ידי העולים קשה יותר ככל שהגיל עולה. הסבר אפשרי נוסף הוא חוסר נגישות של האולפנים לבעלי מוגבלות קשה.

**ד. תעסוקה, הכשרה מקצועית ומצב כלכלי**

**(1) תעסוקה, שביעות רצון מהעבודה והכשרה מקצועית (לוח 55)**

- כמחצית העולים בעלי המוגבלות מועסקים - כ-60% מקרב בעלי מוגבלות בינונית, ורק כ-30% מקרב בעלי מוגבלות קשה. אין הבדלים בין העולים לוותיקים.
- העולים המועסקים מרוצים פחות מהכנסתם מעבודה מאשר הוותיקים: רק 26% מהם דיווחו כי הם מרוצים בהשוואה ל-38% מהוותיקים; האחוז בקרב המוגבלים קשה קטן יותר.
- העולים המועסקים שבעי רצון פחות מעבודתם באופן כללי לעומת הוותיקים. בקרב הוותיקים אין הבדל באחוז המרוצים מעבודתם בין המוגבלים בינונית לבין המוגבלים קשה. בקרב העולים אחוז נמוך יותר מהמוגבלים קשה מרוצים מעבודתם (52% לעומת 65%).
- הוותיקים השתתפו בקורסי הכשרה מקצועית יותר מאשר העולים.

**לוח 55: עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה לפי מאפייני תעסוקה (באחוזים)**

ותיקים בעלי מוגבלות			עולים בעלי מוגבלות			סך-הכל	תעסוקה עובדים
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל		
29	57	49	31	59	52		
34	39	38	23	26	26	שביעות רצון מהכנסה מעבודה מרוצים מאוד/מרוצים	
77	79	79	52	65	63	שביעות רצון כללית מהעבודה מרוצים/מרוצים מאוד	

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006

**(2) מצב כלכלי**

הנתונים המתייחסים למצב הכלכלי של האנשים בעלי מוגבלות כוללים נתונים אובייקטיביים (על פי דיווח עצמי), הערכה סובייקטיבית לגבי המצב הכלכלי האישי, ושביעות רצון ממנו.

**לוח 56: הכנסה חודשית ברוטו של משק הבית בקרב עולים ויהודים ותיקים גילאי 20-64, לפי טיפוס משפחות ומוגבלות (באחוזים)**

ותיקים			עולים			טיפוס משפחה
לא מוגבלים	מוגבלים	סך-הכל	לא מוגבלים	מוגבלים	סך-הכל	
100	100	100	100	100	100	סך-הכל יחיד
19	35	22	18	47	25	עד 2,500
24	34	26	36	41	37	2,501-5,000
26	10	23	30	8	25	5,001-10,000
17	5	15	6	0	5	מעל 10,001
14	17	14	10	3	8	לא ידוע
						זוג
5	6	6	3	8	4	עד 2,500
11	26	14	15	43	21	2,501-5,000
30	28	29	47	33	44	5,001-10,000
23	15	22	22	6	18	10,001-17,000
21	16	20	7	0	6	מעל 17,001
10	9	9	7	10	7	לא ידוע
						זוג + 2 ילדים
1	3	1	1	7	2	עד 2,500
9	13	10	8	18	10	2,501-5,000
26	33	27	44	45	45	5,001-10,000
26	18	25	23	20	22	10,001-17,000
26	17	25	18	5	15	מעל 17,001
11	16	12	6	6	6	לא ידוע

\* מקור: סקר חברתי 2006

בלוח 56 לעיל מוצגת התפלגות ההכנסות של 3 טיפוסים משקי בית נפוצים בהם חיים עולים ויהודים ותיקים בעלי מוגבלות. שיעור גבוה של עולים בעלי מוגבלות הגרים במשק בית של זוג ושל זוג עם 2

- כשני-שלישים מבעלי מוגבלות (עולים וותיקים) דיווחו כי הם "לא כל-כך מצליחים" לכסות את ההוצאות החודשיות של משק הבית שלהם. אחוז בעלי המוגבלות שדיווחו כי הם "בכלל לא מצליחים" גדול יותר בקרב הוותיקים יותר מאשר העולים.
- 82% מהעולים, בהשוואה ל-66% מהוותיקים, אינם שבעי רצון מהמצב הכלכלי האישי שלהם. בקרב העולים אין הבדל באחוז הלא מרוצים בין המוגבלים במידה בינונית לבין המוגבלים קשה. בקרב הוותיקים אחוז גבוה יותר מבעלי מוגבלות קשה לא מרוצים מהמצב הכלכלי האישי.

**לוח 57: אינדיקטורים סובייקטיביים של מצב כלכלי של עולים וותיקים בעלי מוגבלות (באחוזים)\***

ותיקים בעלי מוגבלות			עולים בעלי מוגבלות			יכולת לכסות הוצאות חודשיות של משק בית מצליח
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
24	37	33	27	39	36	מצליח
38	35	36	44	47	46	לא כל-כך מצליח
38	28	31	29	14	18	בכלל לא מצליח
<b>שביעות רצון מהמצב הכלכלי האישי</b>						
27	37	34	17	18	18	מרוצים מאוד/מרוצים

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006

**ה. קשרים חברתיים, התנדבות ושביעות רצון מהחיים**

אנשים בעלי מוגבלות צפויים להתנסות בחסך בקשרים חברתיים על רקע המוגבלות, בייחוד בשל מגבלות ניידות ונגישות, וכתוצאה מכך - לחוש בדידות יותר מאנשים ללא מוגבלות.

**לוח 58: עולים וותיקים בעלי מוגבלות בינונית וקשה, לפי יחסים חברתיים (באחוזים)**

ותיקים בעלי מוגבלות			עולים בעלי מוגבלות			סך-הכל
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
100	100	100	100	100	100	<b>קשר עם בני משפחה</b>
87	90	89	89	92	91	מרוצים מהקשר עם בני משפחתם
74	86	83	78	86	83	<b>קשר עם חברים</b>
						יש חברים שאיתם נפגש או מדבר בטלפון
31	15	19	30	18	21	<b>תחושת בדידות</b>
						מרגיש בודד לעתים קרובות
75	84	81	77	83	82	<b>האם ישנם אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה</b>
						יש אנשים שעל עזרתם אפשר לסמוך בעת מצוקה
60	75	70	47	57	54	<b>שביעות רצון מהחיים באופן כללי</b>
						מרוצה מהחיים באופן כללי

מקור: סקרים חברתיים 2003-2006

- ♦ 91% מהעולים בעלי מוגבלות מרוצים מהקשר עם בני משפחתם. השיעור דומה בקרב הוותיקים, וכמו-כן, אין הבדל בין בעלי מוגבלות ברמות שונות.
- ♦ במישור הקשר עם חברים המצב פחות חיובי, כאשר ל-17% מהעולים והוותיקים כאחד אין חברים שאיתם הם נפגשים או לפחות משוחחים באמצעות הטלפון. ישנו פער משמעותי בין בעלי מוגבלות קשה ובינונית: 14% מהעולים בעלי מוגבלות במידה בינונית מדווחים כי אין להם חברים, לעומת 26% מבעלי מוגבלות קשה.
- ♦ אחוז העולים המדווחים על תחושת בדידות גבוה מעט בהשוואה לוותיקים כאשר 19% מהוותיקים ו-21% מהעולים דיווחו שהם מרגישים בודדים לעתים קרובות. בשתי הקבוצות אחוז המרגישים בודדים גבוה יחסית בקרב בעלי מוגבלות קשה.
- ♦ קרוב ל-80% מבעלי המוגבלות, עולים וותיקים כאחד, מרגישים שיש להם על מי לסמוך בעת מצוקה או משבר. בעלי מוגבלות קשה מרגישים פחות מבעלי מוגבלות בינונית שיש להם על מי לסמוך.
- ♦ שביעות רצונם הכוללת של העולים מחייהם נמוכה מזו של הוותיקים: 54% מהעולים, בהשוואה ל-70% מהוותיקים, מבטאים שביעות רצון מהחיים באופן כללי. בשתי הקבוצות בעלי מוגבלות קשה פחות שבעי רצון, אולם הפער גדול יותר בקרב הוותיקים.

### **6.3 מאפיינים של עולים בעלי מוגבלות המקבלים קצבת נכות כללית מהמוסד לביטוח לאומי**

בחלק זה נתאר את המאפיינים של עולים (שהגיעו לארץ משנת 1990 ואילך) שהם מקבלי קצבאות נכות, דהיינו בעלי מוגבלות קשה. המאפיינים יוצגו תוך כדי השוואה לאלה של יהודים ותיקים. ההשוואות מבוססות על עיבודים של נתונים מסקר על מקבלי קצבת נכות כללית שנערך בשנת 1999 על-ידי מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בשיתוף עם המוסד לביטוח לאומי (שטרסברג ואחרים, 2004).

#### **א. מאפייני רקע**

- רוב העולים מקבלי קצבת נכות הינם יוצאי אירופה-אמריקה (93%), בעיקר ילידי ברית-המועצות לשעבר. בלוח 59 להלן מוצגים המאפיינים הדמוגרפיים של מקבלי קצבת נכות בקרב העולים והוותיקים.
- ♦ אין הבדלים משמעותיים בין מקבלי קצבה עולים לוותיקים בהתפלגות לפי מגדר וגיל: בשתי הקבוצות קצת יותר ממחצית הם גברים ומעל למחצית הינם בני 45 ומעלה.
- ♦ המצב המשפחתי בקרב שתי הקבוצות דומה - מעל מחצית הם נשואים; עם זאת, אחוז הגרושים גבוה יותר בקרב הוותיקים.
- ♦ העולים דומים לוותיקים גם מבחינת הרכב משק הבית: כ-40% מתגוררים עם בן-זוג וילדים, כחמישית מתגוררים עם הורים ללא בן-זוג או ילדים, ופחות מחמישית מתגוררים עם בן-זוג ללא ילדים.

**לוח 59: עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית, לפי מאפיינים דמוגרפיים (באחוזים)**

ותיקים	עולים	סך-הכל	
100	100	100	סך-הכל
			<b>מגדר</b>
53	51	52	גברים
47	49	48	נשים
			<b>גיל</b>
13	13	13	29-20
30	31	30	44-30
57	56	57	65-45
			<b>מצב משפחתי</b>
53	58	54	נשוי
31	23	30	גרוש/פרוד
14	16	14	אלמן
2	4	2	רווק
			<b>הרכב משק בית</b>
40	41	40	זוג עם ילדים
15	17	15	זוג
9	12	9	עם ילדים ללא בן-זוג
23	20	22	עם הורים
10	6	10	לבד
3	4	4	אחר

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

רמת ההשכלה של העולים מקבלי הקצבה עולה בהרבה על זו של מקבלי הקצבה הוותיקים (לוח 60). שיעור העולים שלמדו במוסדות על-תיכוניים (אקדמיים ולא אקדמיים) גבוה יותר מאשר פי שניים בהשוואה לשיעור המקביל בקרב הוותיקים. לעומת זאת, שיעור הוותיקים שלא למדו כלל או שבת-הספר האחרון שבו למדו היה בית-ספר יסודי או חטיבת ביניים גבוה פי שניים בהשוואה לעולים.

**לוח 60: מוסד לימודים אחרון בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית (באחוזים)**

ותיקים	עולים	סך-הכל	
100	100	100	סך-הכל
5	5	5	לא למד
31	15	28	בית-ספר יסודי/חטיבת ביניים
23	12	21	בית-ספר תיכון מקצועי
15	18	15	בית-ספר תיכון עיוני
2	0	1	ישיבה גדולה
7	18	9	על-תיכוני - לא לתואר אקדמי
9	27	12	מוסד לימודים לתואר אקדמי
8	5	8	חינוך מיוחד

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2004

**ב. מאפייני בריאות ותפקוד**

עולים מדווחים יותר מוותיקים על ליקויים פנימיים: 35% לעומת 24%. לעומת זאת, לפי המדווח, ליקויים נפשיים שכיחים פחות אצלם: 25% לעומת 32% בקרב הוותיקים (לוח 61). ייתכן שאחד

**לוח 61: מקבלי קצבת נכות כללית עולים וותיקים לפי הליקוי העיקרי (באחוזים)**

ותיקים	עולים	
100	100	<b>סך-הכל</b>
32	25	נפשי
24	35	פנימי*
21	20	לויקומוטורי/נוירולוגי
9	6	פיגור שכלי
6	7	ראייה
8	7	אחר**

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004

\* בקבוצה זו נכללים חולי לב, חולים במחלות כרוניות וחולים הסובלים מגידולים ממאירים  
 \*\* בקבוצה זו נכללים בעלי ליקויים ומחלות, כגון ליקויי שמיעה ומחלות עור

בלוח 62 מוצגים נתונים לגבי יכולתם של העולים והוותיקים מקבלי קצבת נכות כללית לבצע פעולות יומיומיות של טיפול אישי. כפי שניתן לראות בלוח, העולים זקוקים יותר לעזרת הזולת בפעולות יומיומיות, הכוללות הלבשה ורחצה והשגחה ביום ובלילה.

**לוח 62: עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית הזקוקים לעזרה בטיפול אישי (באחוזים)**

ותיקים	עולים	טיפול אישי
23	37	זקוק לעזרת הזולת בהלבשה
27	31	זקוק לעזרת הזולת ברחצה
27	38	זקוק להשגחה ביום/בלילה

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004

**ג. מאפיינים תעסוקתיים**

כצפוי מעצם הגדרתה של קצבת נכות כללית הניתנת עקב אובדן או צמצום כושר העבודה, אחוז המועסקים בקרב שתי האוכלוסיות הינו נמוך (לוח 63).

- ♦ בקרב העולים ישנו שיעור נמוך יותר של מקבלי קצבה המועסקים כיום בהשוואה לוותיקים - 11% לעומת 17%,<sup>4</sup> אך שיעור מעט גבוה יותר של מי שהיו מועסקים בעבר - 72% לעומת 67%.
- ♦ שיעור העולים המועסקים במפעל או עסק פרטי עולה בהרבה על השיעור המקביל בקרב הוותיקים, 49% לעומת 35%. גם שיעור המועסקים במסגרת של עבודה נתמכת גבוה יותר בקרב העולים, 33% בהשוואה ל-28% מהוותיקים. אף אחד מהעולים המועסקים אינו עובד בעסק משפחתי ואילו בקרב הוותיקים 7% עובדים במסגרת זו.

<sup>4</sup> הנתונים אינם כוללים בעלי פיגור שכלי.

**לוח 63: סטטוס תעסוקתי בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות\* (באחוזים)**

ותיקים	עולים	
100	100	<b>סך-הכל</b>
		<b>תעסוקה</b>
17	11	עובד היום
67	72	עבד בעבר אבל לא היום
16	17	אף פעם לא עבד
		<b>מסגרת תעסוקתית (לגבי המועסקים)</b>
35	49	מפעל/עסק פרטי
7	-	עסק משפחתי
21	19	ארגון/מפעל ציבורי
28	33	עבודה מוגנת/נתמכת
9	-	אחר

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004  
\* לא כולל בעלי פיגור שכלי

**ד. שימוש בשירותי בריאות ורווחה וצרכים לא מסופקים**

בלוח 64 להלן מוצגים דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב עולים וותיקים. כפי שניתן לראות מהלוח, מידת השימוש בשירותי בריאות בקרב הוותיקים עולה על זו של העולים, בעיקר מבחינת ביקור רופא, ופחות מבחינת אשפוז. הקשר עם רופא משפחה תדיר יותר בקרב הוותיקים: מספר הפגישות הממוצע בשנה גבוה יותר, ושיעור ביקורי הבית של הרופא כמעט כפול. כמו-כן, הוותיקים פונים יותר לשירותי חירום ומתאשפזים יותר בשנה, בהשוואה לעולים.

**לוח 64: דפוסי השימוש בשירותי בריאות בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות (באחוזים)**

ותיקים	עולים	
13	7	שיעור אלה שרופא משפחה/כללי ביקר בביתם בחצי שנה אחרונה
20	15	מספר פגישות ממוצע בשנה עם רופא משפחה/כללי
1.23	1.11	מספר ממוצע של פניות לשירותי חירום בשנה
32	29	שיעור המתאשפזים בשנה אחרונה

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004

מקבלי קצבת נכות זקוקים לשירותים רפואיים, פרה-רפואיים, פסיכו-סוציאליים ושירותי תמיכה פורמליים. בלוח 65 מוצגים נתונים נוספים לגבי השימוש בשירותים אלה בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית.

- ♦ העולים צורכים יותר שירותי בריאות ורווחה מהוותיקים: 86% מהעולים לעומת 80% מהוותיקים צורכים לפחות שירות אחד.
- ♦ ההבדלים העיקריים הם: העולים מרבים יותר לבקר אצל רופאים מומחים (72% לעומת 65%); אולם הם אינם משתמשים כלל בעזרה ביתית בעוד שבקרב הוותיקים 7% משתמשים בשירות תמיכה זה.

**לוח 65: קבלת שירותים שונים בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית (באחוזים)**

ותיקים	עולים	סך-הכל	
80	86	81	לפחות שירות אחד
69	75	70	טיפולים רפואיים
65	72	66	טיפול רופא מומחה (כולל פסיכיאטר)
17	16	17	טיפולים רפואיים שונים (כגון, זריקות, דיאליזה, אינהלציה)
13	14	13	טיפולים פרה-רפואיים פיזיותרפיה
5	4	5	שירותי תמיכה פורמליים (ADL) עזרה בטיפול
7	0	7	עזרה ביתית (IADL)

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004

**(1) צרכים לא מסופקים בשירותים וטיפולים**

מקבלי קצבת נכות כללית נשאלו בסקר האם ישנם שירותים או טיפולים שעל-אף הצורך הקיים בהם, אינם ניתנים, או שאינם ניתנים בהיקף הרצוי. בלוח 66 מובא דיווח של העולים והוותיקים לגבי צורכיהם הבלתי מסופקים בשירותים.

שיעור דומה של עולים וותיקים מדווחים לפחות על שירות אחד שבו יש להם צרכים בלתי מסופקים. עולים מדווחים יותר מוותיקים על חסך בטיפולים פרה-רפואיים (9% לעומת 2%), ופחות מהם על חסך בשירותי תמיכה פורמליים (20% לעומת 26%).

**לוח 66: המדווחים על צרכים לא מסופקים בקרב עולים וותיקים מקבלי קצבת נכות כללית (באחוזים)**

ותיקים	עולים	סך-הכל	
40	39	40	לפחות שירות אחד
13	13	13	טיפולים רפואיים
2	9	4	טיפולים פרה-רפואיים
3	2	3	שירותים פסיכו-סוציאליים
26	20	25	שירותי תמיכה פורמליים

מקור: שטרסברג ואחרים, 2004

## 7. מעבר לגיל זקנה בקרב אנשים בעלי מוגבלות

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** המספר של בעלי המוגבלות גילאי 64-55 עומד על 215,000; כשליש מבעלי המוגבלות מכלל גילאי 64-20 הם בני 64-55.

### מאפיינים ובעיות

- ♦ גידול בתוחלת החיים של בעלי מוגבלויות שבעבר הלוקים בהן לא האריכו ימים עד לגיל מבוגר (לדוגמה, פיגור שכלי, ריבוי מחלות)
- ♦ "הזדקנות מוקדמת": החמרה תפקודית או בריאותית בגיל מוקדם יותר מאשר בכלל האוכלוסייה
- ♦ שינוי ביכולות התמיכה של המשפחה על רקע הזדקנות ההורים והאחים המטפלים

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ התערבות מוקדמת - הכנה למעבר לזקנה
- ♦ הגדרה של זכויות קרובי המשפחה המטפלים באדם עם המוגבלות
- ♦ איחוד כוחות ועבודה משותפת של משרדים/ארגונים המטפלים באדם עם מוגבלות, בגלל הצרכים בתחומים השונים.

### 7.1 מבוא

בשנים האחרונות עולות שתי תופעות מרכזיות בהתייחס להזדקנות אנשים בעלי מוגבלות. האחת, העלייה המשמעותית בתוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות, הבאה לידי ביטוי בגידול מספר הזקנים עם מוגבלות, ובשיעור המבוגרים בעלי המוגבלות בקרב כלל בעלי המוגבלות. התופעה השנייה, מוגדרת כ"הזדקנות מוקדמת" של בעלי מוגבלות. רבים מן האנשים שסבלו ממוגבלות לאורך החיים החל מגיל צעיר, סובלים מהופעה מוקדמת של תהליכי ההזדקנות בהשוואה לכלל האוכלוסייה, והדבר מתבטא בהחמרה משמעותית ביכולת התפקודית ובמצב הבריאות. בפרק זה מובאים נתונים על היקף בעלי מוגבלות בגיל המעבר לזקנה (64-55), והמאפיינים שלהם ושל מקבלי קצבת נכות באותה שכבת גיל. כמו-כן, נציג סקירה של מחקרים שבחנו את תופעת ההזדקנות המוקדמת בקרב בעלי מוגבלות. הנתונים מבוססים על הסקרים החברתיים של הלמ"ס בשנים 2003-2006, על פרסומים של המוסד לביטוח לאומי ועל מחקר משותף של המוסד לביטוח לאומי ומאייס-ג'וינט-מכון ברוקדייל על מקבלי קצבת נכות (שטרסברג ואחרים, 2004). הגדרת המוגבלות על בסיס הסקרים החברתיים מופיעה בפרק הראשון בדוח הנוכחי בתת-סעיף 1.2.

### 7.2 היקף ומאפייני בעלי מוגבלות בגיל המעבר לזקנה

מלוח 67 עולה שבקרב כלל האנשים גילאי 64-20, 18% הם בעלי מוגבלות. בקרב אנשים בתחילת גיל המעבר (54-50), 28% הם בעלי מוגבלות, ובגיל 64-55 שיעור זה עולה ל-36%. בסך-הכל, בעלי מוגבלות גילאי 64-50 מהווים כמעט מחצית מבעלי המוגבלות גילאי 64-20, ובני 64-55 מהווים כמעט שליש מבעלי מוגבלות גילאי 64-20.

**לוח 67: אנשים בעלי מוגבלות בכלל האוכלוסייה בגיל המבוגר לפי קבוצות גיל (במספרים [באלפים] ובאחוזים)**

גיל 64-55		גיל 54-50		גיל 64-20		סך-הכלל
אחוזים	סך-הכלל	אחוזים	סך-הכלל	אחוזים	סך-הכלל	
100	596	100	390	100	3,895	סך-הכלל
64	381	72	281	82	3,194	לא מוגבלים
36	215	28	108	18	697	מוגבלים

מקור: סקרים חברתיים של הלמ"ס 2002-2006, הלמ"ס

בלוח 68 מוצגים מספר מאפיינים של בני 64-55 שנבחנו תוך השוואה לאוכלוסייה צעירה יותר בעלת מוגבלות. במספר תחומים, כמו התחום החברתי וכלכלי, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות ולכן לא מוצגים נתונים.

בקרב בני 64-55 גבוה יותר שיעור הנשים והנשואים מאשר בקרב בעלי מוגבלות צעירים יותר.

שיעור גבוה של בני 64-55 לא סיימו בית-ספר תיכון - 41%, לעומת 31% מהצעירים יותר. שיעור נמוך יותר עובדים.

**לוח 68: מאפיינים נבחרים של בעלי מוגבלות גילאי 54-20 (באחוזים)**

בעלי מוגבלות גילאי 64-55	בעלי מוגבלות גילאי 54-20	
59	52	נשים
77	68	נשוי
41	31	לא סיים בית-ספר תיכון
32	47	עובדים

מקור: סקרים חברתיים של הלמ"ס 2002-2006, הלמ"ס

**7.3 גידול באוכלוסיית בעלי המוגבלות המבוגרים**

לא קיימים נתונים לאורך זמן על כלל האנשים בעלי מוגבלות, ולכן לא ניתן לבחון את השינויים לאורך זמן במספר ובשיעור אנשים בעלי מוגבלות. עם זאת, מתוך נתונים של המוסד לביטוח לאומי על מקבלי קצבת נכות כללית, ניתן ללמוד על היקף התופעה של הגידול במספר האנשים בעלי מוגבלות שמקבלים קצבת נכות כללית במעבר לגיל זקנה. חשוב לציין, שמכיוון שמדובר במקבלי קצבה, הנתונים מתייחסים לאנשים עד גיל 64, גיל בו לרוב מומרת קצבת הנכות בקצבת זקנה. בלוחות הבאים יובאו נתונים על אודות מקבלי קצבת נכות כללית גילאי 64-55 לאורך 10 שנים.

מלוח 69 ניתן לראות כי מספר מקבלי קצבת נכות כללית גילאי 64-55 הלך וגדל בעשור האחרון, במיוחד מתחילת שנות ה-2000. מספר מקבלי הקצבה בגילים אלה גדל ב-77.4% בהשוואה לגידול של 66% בקרב הגילאים הצעירים יותר. בלוח 70 רואים כי בגיל 64-55 הגידול שונה אצל בעלי ליקויים שונים, וכי מספרם של בעלי פיגור שכלי ובעלי ליקוי נפשי גדל במיוחד (מעל 200% גידול לעומת כ-70% גידול אצל מי שהליקוי העיקרי שלהם הוא מחלה פנימית).

**לוח 69: מקבלי קצבת נכות כללית לאורך השנים 1996-2006, לפי קבוצות גיל**

שנה	סך-הכל מקבלי קצבה	מקבלי קצבה בגיל 54-18	מקבלי קצבה בגיל 64-55
1996	107,220	76,555	30,665
2001	145,527	106,962	38,565
2006	181,747	127,353	54,394
שיעור הגידול בין 1996-2006	69.5	66.0	77.4

מקור: וסרשטיין, 1998; וסרשטיין ופריאור, 2002, 2007

**לוח 70: מקבלי קצבת נכות כללית בני 55-64 לאורך השנים 1996-2006, לפי ליקוי עיקרי**

שנה	סך-הכל בגיל 55-64	פנימי	פיזי	ראייה	פיגור	נפש	אחר
1996	30,665	12,904	6,304	3,161	795	5,043	2,517
2001	38,565	16,677	8,253	3,057	1,117	6,463	2,933
2006	54,394	22,122	12,092	3,485	1,795	10,667	4,233
שיעור הגידול בין 1996-2006	77.4	71.4	91.8	102.5	225.8	211.5	68.2

מקור: וסרשטיין, 1998; וסרשטיין ופריאור, 2002, 2007

**7.4 הזדקנות מוקדמת של אנשים בעלי מוגבלות ממושכת**

רבים מן האנשים שהם בעלי מוגבלות ממושכת, גופנית או נפשית, מצליחים לחיות חיים עצמאיים ברמת תפקוד טובה, כולל ניהול קריירה מקצועית. הדבר מתאפשר, בין היתר, הודות לשימוש באבזרי עזר מותאמים לבעלי מוגבלות, והודות לטיפול רפואי ותרופתי משמר ארוך-טווח. למרות זאת, אצל רבים מהם חלה החמרה תפקודית או בריאותית בגיל המבוגר, מה שמכונה "הזדקנות מוקדמת" (עורי ועזריה, 1996). את המוגבלויות השונות ניתן לחלק לשתי קטגוריות מרכזיות: מוגבלויות קבועות, כגון פגיעה בחוט שדרה, קטיעות גפיים; ומוגבלויות מתקדמות, כגון טרשת נפוצה, מחלת פרקינסון, ותסמונת פוסט-פוליו. אנשים שיש להם מוגבלויות משני הסוגים עלולים לסבול מתופעה של הזדקנות מוקדמת, בשל החלשות מנגנוני ההגנה, אורח חיים בתת-פעילות וסיבוכים המופיעים בגיל המאוחר. לדוגמה, בשל ניוח ממושך ותת-פעילות עולה הסבירות לחלות באוסטיאופורוזיס, יתר-לחץ-דם ומחלות לב - תחלואה ששכיחותה עולה באוכלוסייה הנורמטיבית בגיל הזקנה. להלן מספר דוגמאות:

- ♦ פרופ' אבי עורי מבית-חולים רעות, מציג מודל להזדקנות מוקדמת אצל חולי חוט שדרה ובו שלושה שלבים: השלב הראשון קורה מיד עם הפגיעה, כאשר הנפגע במנוחה מלאה או לאחר ניתוח. בשלב השני, שלב ארוך וכרוני, כאשר החולה נהנה ממצב קבוע ויציב. בשלב האחרון מתחילים להופיע הסיבוכים, הניוון והדעיכה. בנפגעי חוט שדרה, בהשוואה לכלל האוכלוסייה, יש הופעה מוקדמת יותר של מחלות לב, סוכרת, סיבוכים במערכת השתן, עצירות ועוד.<sup>5</sup>
- ♦ תסמונת הפוסט-פוליו (Post-polio syndrome - PPS) מייצגת בצורה ברורה את התופעה של הזדקנות מוקדמת של אנשים שלקו במוגבלות פיזית מגיל צעיר. מחלת הפוסט-פוליו הינה מחלה נוירולוגית שמופיעה בקרב חלק ניכר מן האנשים שהבריאו ממחלת הפוליו בה לקו בילדותם. וירוס

<sup>5</sup> ראה מאמר באתר: <http://www.hebpsy.net/community.asp?id=96&cat=article&articleid=1533>

למרות זאת, במהלך שנות התשעים של המאה הקודמת, החלו להופיע מצבים של הידרדרות נוירולוגית בקרב רבים מן החולים במחלה, עשרות שנים אחרי התחלואה בפוליו. הסימפטומים העיקריים של תופעה זו הם היחלשות שרירים פרוגרסיבית, עייפות שרירים, עייפות כללית וכאב, אשר בחלקם נובעים משימוש יתר ושחיקה במשך שנים של השרירים שלא נפגעו. תופעות אלה הוגדרו "תסמונת הפוסט-פוליו", ושכיחות התופעה נאמדת בין 20% ל-60% בקרב מי שחלה בפוליו בילדות. מבין גורמי הסיכון למחלה מצוינת חומרה רבה של הופעת מחלת הפוליו, אבל גם החלמה טובה לאחר השלב האקוטי של המחלה. משמע, מדובר באנשים שבמידה רבה הצליחו להתגבר על המחלה, וחיו במשך שנים רבות (בממוצע 36 שנה) במוגבלות נמוכה בלבד (Trojan & Cashman, 2005). בארצות-הברית ממוצע גיל חולי הפוסט-פוליו עובר את ה-50 (Kemp & Kraus, 1999).

תחלואה בפוסט-פוליו עלולה לגרום למוגבלות חדשה, וההשפעה המדווחת ביותר היא מוגבלות בניידות בכלל, וביכולת לטפס מדרגות בפרט. גם תופעות של אובדן עצמאות ביכולת התפקוד האינסטרומנטלי מדווחות בשכיחות רבה (Kemp, & Kraus, 1999).

לתופעות אלו יש השלכות משמעותיות על חיי היום-יום של החולים במחלה: בנוסף על ירידה באיכות החיים בשל הכאב והמוגבלות בתפקוד היומיומי, רבים נאלצים לשנות את מקום העבודה, או להפסיק לעבוד לגמרי.

לטיפול במחלת הפוסט-פוליו דרוש צוות רב-מקצועי פיזיולוגי ופסיכו-סוציאלי, כולל אימונים לניהול הכאב והעייפות, חיזוק השרירים הנרפים, מענה לקשיים פסיכולוגיים, ועוד. כמו-כן מומלץ מתן אבזרי עזר בשלב מוקדם כדי לשמור על רזרבות השרירים שלא נפגעו. בתחום הפרמקולוגיה, דווקא יש המלצה לנסות להימנע מחלק מהתרופות בהן נעשה שימוש לאורך השנים, ומחלק מהתרופות הניתנות דווקא בגיל הזקנה בכלל האוכלוסייה (Trojan & Cashman, 2005). מומלץ גם לגבש מדיניות להספקת שירותים שלוקחת בחשבון את החיבור בין מוגבלות לזקנה (Harrison, 2006).

♦ קבוצה נוספת של אנשים בעלי מוגבלות כרונית המדווחת על הזדקנות מוקדמת היא אוכלוסיית החולים במחלת ה-FMS - פיברומיאלגיה. הפיברומיאלגיה הינה מחלת כאב רב-מערכתית, שמופיעה במערכת העצבים המרכזית, במערכת השריר והשלד, הקיבה, המעי, מערכת השתן, המין והעור. שמונים וחמישה אחוזים מן החולים במחלה הן נשים. זוהי מחלה פרוגרסיבית, משמע, ככל שהמחלה מתקדמת, עם העלייה בגיל של החולות בה, כך גדלה חומרתה. במחקר שערך השוואה בין נשים החולות במחלה לבין נשים בריאות, נמצא בקרב החולות אובדן של תאים אפורים במוח הגדול פי 3.3 מזה שבקבוצת הביקורת, אובדן תאים המתרחש באוכלוסייה הרגילה רק בגיל הזקנה. עוד נמצא שם שכל שנת חיים במחלה שווה ל-9.5 שנות אובדן תאים אפורים הנובע מהגיל (Kuchinad et al., 2007).

♦ קבוצה נוספת בסיכון להזדקנות מוקדמת הינה אנשים עם מחלות נפש, הנוטלים תרופות פסיכיאטריות במשך שנים רבות. למרות שאנשי מקצוע מדווחים על התופעה הזו, אף אחד מהם לא הכיר באופן ממשי מחקרים בנושא, ובסקירת הספרות המדעית, קיים תיעוד מחקרי מועט המעיד על התופעה.

למרות זאת, במאמר שנכתב על אודות חולי סכיזופרניה (Bartels, 2004) צוין שתמותה מוקדמת בקרב חולי סכיזופרניה, כמו גם מוגבלות פיזית, מקושרים לכמה גורמי סיכון בקבוצה זו. גורמי הסיכון הם אורח חיים לא בריא, תופעות לוואי מטבוליות ונוירולוגיות של תרופות פסיכיאטריות וטיפול רפואי מועט. גם במחקר שבו רואיינו נשים החולות במחלת נפש, הן דיווחו כי הן מרגישות שהתרופות גורמות להן להזדקנות מוקדמת (Wanda et al., 2000).

♦ לגבי הזדקנות אנשים עם פיגור שכלי, לאורך עשרות השנים האחרונות רווחה הטענה בקרב אנשי המקצוע כי אלה סובלים מהזדקנות מוקדמת, אפילו החל מגיל 40 (Kriger, 1975; Panitch, 1983; Seltzer & Krauss, 1987; Wood, 1979). נראה שהמצא העיקרי שהוביל לתפיסה זו, שזוכה להסתייגות רבה בשנים האחרונות, היה בפרסומים על תחלואה מוקדמת במחלת האלצהיימר בקרב אנשים עם פיגור שכלי, ובעיקר בקרב אנשים עם תסמונת דאון (Bush & Beail, 2004).

עם התקדמות המחקר בתחום זה, עולה ומתחזקת ההנחה שאנשים עם פיגור שכלי חווים תהליך הזדקנות הדומה לזה של כלל האוכלוסייה, למעט במקרים של מצבים או מחלות ייחודיים לסינדרום מסוים כמו תסמונת דאון; או מצבים או מחלות שמושפעים מאורח חיים, מגורמים סביבתיים ומרפואה מונעת (Evenhuis et al., 2000). עם זאת, בשל בעייתיות בדיווחי התחלואה בקבוצה זו הנובעת מתת-אבחון (Sutherland et al., 2002), ובשל השערת ההישרדות הטוענת לחוזק יחסי של אלה הזוכים להגיע לגיל המבוגר, קשה לקבוע באופן ברור כי קיים תהליך של הזדקנות מוקדמת של אוכלוסייה זו. יש לציין שתוחלת החיים של קבוצה זו גדלה באופן משמעותי בעשורים האחרונים, ומספר הולך וגדל של אנשים עם פיגור שכלי מגיעים לגיל הזקנה.

## 7.5 התמיכה המשפחתית באנשים בעלי מוגבלות

עד כה הוצגו שינויים המתרחשים בגיל המבוגר בקרב האנשים עם מוגבלות עצמם, מבלי להתייחס לשינוי מהותי נוסף, בעל משמעויות ברורות לרווחתם בגיל הזה - מערכת התמיכה המשפחתית. לאורך כל שנות החיים בצל המוגבלות, למערכת התמיכה המשפחתית יש חשיבות מכרעת בסיוע לאדם המוגבל באופן יומיומי ישיר; או, באופן עקיף. לקרבתם של בני משפחה תומכים יש חשיבות פסיכולוגית חסרת תחליף. בהגיעם לגיל המבוגר, חווים אנשים בעלי מוגבלות שינויים ברשת התמיכה הזו, כאשר רבים מן ההורים הופכים קשישים מאוד, ואף בעלי מוגבלות בעצמם, ובשלב יותר מאוחר נפטרים ומותירים חלל גדול אצל בן משפחתם המוגבל.

מאפייני בני המשפחה התומכים באדם מבוגר בעל מוגבלות, חשיבות המשפחה וצרכיה המשתנים כמערכת תומכת, יוצגו בהתבסס על שני מחקרים שבוצעו במכון ברוקדייל, האחד בשיתוף המוסד לביטוח לאומי על מקבלי קצבאות נכות ובני משפחתם (שטרסברג ואחרים, 2005א); והשני, על אודות

### א. מאפייני התומכים של מקבלי קצבת נכות כללית

מאפייני התומכים של מקבלי קצבת נכות כללית יוצגו לפי שתי קבוצות גיל של מקבלי הקצבה: בגילים 49-18, ו-64-50, גיל המעבר לזקנה. הצגה זו נועדה לזהות שינויים במאפייני התומכים או בצורכיהם בשלב המעבר לזקנה של הנתמך.

בלוח 71 מוצגת יחס הקרבה המשפחתית של התומך העיקרי. הבדל משמעותי נמצא בהשוואת שתי קבוצות הגיל של הנתמך במאפיין הזה ( $P=0.000$ ), כאשר ניתן לראות שמחצית מן התומכים של מקבלי הקצבה בגיל הצעיר הינם הורים, לעומת 3% בלבד בקרב בעלי מוגבלות שהינם בגיל המעבר. באופן טבעי, עם העלייה בגיל האדם עם המוגבלות, מטלות הטיפול מועברות לבני-הזוג או לדור הבא, בשל הפיכתם של ההורים לקשישים ולבעלי מוגבלות בעצמם, או עם פטירתם.

#### לוח 71: הקרבה המשפחתית של התומכים לפי גיל מקבל הקצבה (באחוזים)

גיל מקבל הקצבה		כלל התומכים	סוג הקרבה
65-50	49-18		
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>
68	28	41	בן-זוג
3	50	34	הורה
20	7	12	בן/בת/חתן/כלה
6	13	11	בני משפחה אחרים
3	2	2	אינם בני משפחה

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005א

גם בהסדרי המגורים של התומך ובעל המוגבלות יש שוני משמעותי לפי גיל בעל המוגבלות. בגיל הצעיר למעלה ממחצית התומכים גרים עם בעל מוגבלות שאינו בן-זוגם (רבים מהם הורים), ואילו בגיל המעבר של מקבל הקצבה, 68% מן התומכים הם בני-זוג שגרים איתם.

#### לוח 72: הסדרי מגורים של התומך עם נתמך לפי גיל מקבל הקצבה (באחוזים)

גיל מקבל הקצבה		כלל התומכים	סוג הסדר המגורים
65-50	49-18		
<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>סך-הכל</b>
21	56	44	התומך גר עם בעל המוגבלות ואיננו בן-זוגו
68	28	41	התומך גר עם בעל המוגבלות והוא בן-זוגו
11	16	15	התומך איננו גר עם בעל המוגבלות

מקור: שטרוסברג ואחרים, 2005א

התומכים דיווחו על קשיים רגשיים רבים ועומס כבד הנובעים מן הטיפול בבעל המוגבלות (ראה לוח 73). נמצא שהעומס על כל התומכים כבד ולא נמצאו הבדלים לפי גיל בעל המוגבלות. דיווחים אלו מעלים צורך במענה רגשי לתומכים בכל גיל.

**לוח 73: התומכים המדווחים על קשיים רגשיים בעקבות הטיפול בבעל מוגבלות, לפי גיל מקבל הקצבה (באחוזים)**

גיל מקבל הקצבה			מזדדים
65-50	49-18	כלל התומכים	
77	74	75	לעתים קרובות מודאג או חרד בשל המצב של בעל המוגבלות
73	70	71	הטיפול בבעל המוגבלות גורם לקשיים רגשיים
56	55	55	הטיפול בבעל המוגבלות גורם למתחים בבית
58	55	56	לעתים קרובות מדוכא בגלל המצב של בעל המוגבלות
31	29	30	לעתים קרובות חש כעס בגלל המצב של בעל המוגבלות
64	64	64	עומס כבד/כבד מאוד מוטל על התומך

מקור: שטרסברג ואחרים, 2005א

**ב. רשת תמיכה משפחתית למזדקנים עם פיגור שכלי**

להלן יפורטו המאפיינים של התומכים של אנשים עם פיגור שכלי בקהילה המוכרים למשרד הרווחה והשירותים החברתיים.

במחקר על אודות בני 40 ומעלה עם פיגור שכלי, נאספו נתונים על אודות אנשים בגיל זה המוכרים לאגף לטיפול באדם המפגר (n=800), בתוכם 180 איש שמתגוררים בבית המשפחה ומשתתפים במסגרות תעסוקה מוגנות שמפעיל האגף.

בקרב מזדקנים עם פיגור, המועסקים במסגרת מוגנת ומתגוררים בבית המשפחה, דווח שלגבי שליש מהם התומך העיקרי הוא הורה, כמחצית נתמכים בעיקר על-ידי אח/אחות, והיתר על-ידי בני משפחה אחרים. כפי שניתן לראות מן הלוח הבא, מאפייני התומכים שונים באופן מהותי לפי יחס הקרבה לנתמך.

**לוח 74: מאפייני התומכים הבלתי פורמליים לפי יחס הקרבה לנתמך (באחוזים)**

אחר	אח	הורה	סך-הכל	מאפייני התומכים
84	68	70	70	נשים
58	81	2	52	גיל עד 59**
65	53	14	41	ארץ לידה - ישראל**
33	11	42	24	השכלה - יסודית**
28	13	46	26	הכנסה למשק הבית - קצבאות בלבד**
41	21	45	32	הגדרת התומך את מצבו הכלכלי - לא טוב*
56	44	36	43	מטפלים באדם מוגבל נוסף

מקור: בן-נון ואחרים, 2008

\* p<0.05

\*\* p<0.001

מהשוואה של פרופיל של תומך שהוא הורה, לעומת פרופיל של תומך שהוא אח, הרי שכצפוי ההורה מבוגר באופן משמעותי - למעלה מ-70% מן ההורים הינם בני 70 ויותר; כ-40% מן ההורים אינם ילידי הארץ, שיעור דומה בעלי השכלה יסודית בלבד, ו-46% מתקיימים מכספי קצבאות בלבד, מה שמגדיר את מצבם הכלכלי כלא טוב. לעומתם, האחים צעירים יותר באופן טבעי, למעלה ממחציתם נולדו

חשוב לציין, שללא קשר ליחס הקרבה לנתמך, כ-70% מן התומכים הן נשים, ורבים מטפלים באדם מוגבל נוסף.

הבדלים בין הורים לאחים שהינם מטפלים עיקריים במזדקנים עם פיגור שכלי, נמצאו גם בדיווח על מצבם הנפשי והבריאותי (לוח 75).

**לוח 75: עומס ומצב נפשי של התומכים הבלתי פורמליים בקרב הורים ואחים (באחוזים)**

מאפייני עומס ומצב נפשי	סך-הכל	הורה	אח
ציון ממוצע בסקאלה למדידת עומס*	27	31	24
עומס טיפול כבד - כבד מאוד*	38	50	31
נטל כספי כבד - כבד מאוד**	45	65	32
מדוכא לעתים קרובות מהמצב**	21	36	12
יש אדם שיכול להחליף בטיפול*	73	62	81
חושב שבעתיד יוכל להמשיך בטיפול**	71	46	86

מקור: בן-נון ואחרים, 2008

\* p<0.05

\*\* p<0.001

מן הלוח עולה שמצבם של ההורים בהיבט העומס הטיפולי והנפשי חמור באופן משמעותי מזה של האחים המהווים מטפלים עיקריים. לדוגמה, כמחצית מן ההורים סובלים מעומס טיפולי כבד-כבד מאוד, לעומת פחות משליש מן האחים; פי שניים מן ההורים דיווחו על נטל כספי גבוה, לעומת האחים; ושיעור ההורים שמדוכאים לעתים קרובות מן המצב גבוה פי שלושה מן השיעור שדווח אודות האחים. אחד מן המאפיינים שיכולים להסביר פערים אלה הוא תחושת הרווחה שמקנה העובדה שקיים אדם אחר שיכול להחליף בטיפול בטיפול בעת הצורך. בהיבט הזה מצויים האחים ביתרון. בהמשך לכל זה, ובהתחשב בהבדלי הגיל וההבדלים האחרים שהוצגו קודם, כמעט פי שניים מן האחים לעומת ההורים חושבים שבעתיד יוכלו להמשיך בטיפול.

## 7.6 תכניות בעולם למעבר לגיל זקנה

נשאלת השאלה האם נותני השירותים ערוכים למעבר לגיל זקנה של אנשים בעלי מוגבלות - האם ישנן תכניות המסייעות בביצוע המעבר הזה? מה הם הצרכים הלא מסופקים של אנשים בתקופת המעבר? לאיזה סיוע זקוקה משפחתו התומכת של אדם מוגבל בשלב מעבר? האם יש הכנה לאובדנים הכרוכים בשלב זה? האם השטח נערך לגידול המשמעותי במספר האנשים שיזדקקו לסיוע בשלב זה?

ממשלת בריטניה קבעה ב-2007 תכנית אסטרטגית לשיפור ההזדמנויות לאנשים עם מוגבלויות (The Cabinet Office Strategy), בה צוין צורך מובהק בהעמקת הידע והמחקר על אודות מעברים שבהם נתקלים אנשים בעלי מוגבלות לאורך מחזור החיים. בתחום זה מונה הקבינט את המעבר מילדות לבגרות, ואת המעבר לקראת סוף גיל התעסוקה - טרם הזקנה. לפי נתוני הקבינט, כ-40% מהאנשים

1. החשיבות של התערבות מוקדמת.
2. צורך בהגדרות ברורות של זכויות קרובי המשפחה, תפקידים ומחויבותם.
3. החשיבות של מתן שירותים שתועלתם מצדיקה את עלותם (cost effectiveness).
4. צורך בשירותים המותאמים לצרכים האישיים של כל פרט.
5. החשיבות של איחוד כוחות ועבודה משותפת של סוכנויות.

כפי שנאמר לעיל, המחסור בתכניות לאנשים בעלי מוגבלות שמזדקנים רב מן הקיים. כמו-כן, נראה כי לא קיים דפוס אחיד במתן השירות במדינות שבהן כן ניתן מענה כלשהו לאוכלוסייה זו. להלן תובא סקירה קצרה של כמה תכניות שפותחו בארצות-הברית ובמקומות שונים בעולם.

למרות חשיבות הנושא לא מצאנו בספרות דוגמאות רבות של תכניות ייחודיות לאוכלוסייה זו. רוב התכניות הקיימות מופנות לאנשים עם פיגור שכלי: באוניברסיטת אילינוי בשיקגו, ישנו מרכז שיקום, מחקר והכשרה, בנושא של הזדקנות אנשים עם פיגור שכלי בראשותה של ד"ר תמר הלר ( RRTC on Aging and Development Disability). במרכז זה מבוצעים מחקרי הערכה על מצב מזדקנים עם פיגור שכלי בהיבטים שונים, כולל בחינת האפשרויות והשירותים העומדים לרשותם בגיל זקנה. לאור ממצאי המחקרים פותחו תכניות הכשרה שונות בעבורם כהכנה לגיל הזקנה, ובהן תכנית להכנה למוות, שתורגמה גם לעברית, גרמנית, הולנדית ויפנית. עוד תכנית שנכתבה שם, והופעלה באוהיו ובאילינוי, ולימים גם בישראל, נקראת Later Life Planning Program, שמטרתה להעשיר את המידע של המזדקנים לגבי האפשרויות העומדות בפניהם בזקנה, כולל הכשרה לקבלת החלטות. התחומים בהם עוסקת התכנית כוללים תעסוקה ופרישה מהעבודה; הכנה לקראת השינויים הפיזיים והבריאותיים בזקנה, כולל קבלת החלטות בנוגע לאורח חיים פעיל, תזונה בריאה וכן הלאה; הכנה להחלפת מסגרת דיור בזקנה; בחירה לבילוי שעות הפנאי וחיי חברה (Heller et al., 2000).

באוניברסיטת רוצ'סטר ישנו מרכז רפואי על שם Strong ובו פותחה תכנית למזדקנים עם פיגור שכלי בשם Program in Aging and Developmental Disabilities (PADD). התכנית מספקת הכשרה ומידע בנושא הגידול באוכלוסייה של מזדקנים עם פיגור שכלי. התכנית מבצעת הערכה, מפעילה מרפאה, ומעבירה סמינרים ותכניות הכשרה למגוון רחב של גופים ואנשי מקצוע.

בוורגיניה ישנה תכנית הקרויה Partner II שנועדה להגדיל את התיאום והקואורדינציה של שירותים והקמת תשתיות לאוכלוסייה של בעלי מוגבלות מזדקנים ברמה המקומית, כמו גם פיתוח מדיניות המכוונת למתן מענה למגבלות בשירותים ברמה הארצית (Coogler et al., 1995).

החל מ-1991 מופעל בקנדה פרויקט הכללה (Project inclusion) שממומן על-ידי האיגוד לדיור קהילתי של מניטובה. הפרויקט נותן מענה לצרכים של 600 איש בני 50 ומעלה עם פיגור שכלי, ועזרה סוציאלית לפיתוח אפשרויות לדיור קהילתי מוכלל עם אזרחים זקנים רגילים (Salvatory, et al., 1997).

## 8. אנשים עם ריבוי מוגבלויות

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** אין נתונים ארציים. בקרב מקבלי קצבת נכות 43% סובלים ממוגבלות ביותר מתחום אחד (ליקוי פיזי, ליקוי נפשי, פיגור שכלי ועוד).

### מאפיינים ובעיות

- ♦ היעדר שירותים ספציפיים לאוכלוסייה זו
- ♦ השירותים ניתנים בהתאם לליקוי העיקרי ולא מותאמים ליתר המוגבלויות
- ♦ "נפילה בין הכיסאות" מבחינת זכאות לשירותים, בגלל חלוקת האחריות לפי סוג ליקוי בין המשרדים ובין האגפים
- ♦ בעיות של נגישות שירותי בריאות הנפש לבעלי מוגבלות פיזית
- ♦ חוסר ידע של אנשי מקצוע, בעיקר בתחום הרפואה

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ הכשרה של אנשי מקצוע
- ♦ תיאום בין השירותים
- ♦ הגדלת נגישות שירותי בריאות הנפש.

## 8.1 מבוא

אנשים עם מוגבלויות מהווים אוכלוסייה רחבה ומגוונת, עם מגוון צרכים ושירותים נדרשים. הדבר נכון במיוחד לגבי אנשים שיש להם יותר ממוגבלות אחת. מכיוון ש"ריבוי מוגבלויות" יכול להתייחס לצירופים שונים של מוגבלויות (כגון ליקוי ראייה ובעיות בריאות נפש; ליקוי פיזי ופיגור שכלי), הרי שקבוצה זו כוללת את כל קשת המוגבלויות והיא בעלת צרכים ייחודיים, השונים מצורכייהם של בעלי מוגבלות אחת, ולעתים אף עולים עליהם. הצרכים הרבים של אנשים עם ריבוי מוגבלויות וקשיי תפקוד בתחומים השונים הכרוכים בכך, יוצרים חסמים נוספים אשר מגבילים את תועלתם של השירותים הקיימים, המיועדים לבעלי מוגבלות יחידה. התוצאה היא שזו אחת הקבוצות החלשות בחברה, הסובלת ממחסור חריף בשירותים.

הסברה היא ששיעור האנשים עם ריבוי מוגבלויות נמוך יותר מהשיעור של אנשים עם מוגבלות אחת, שכן הם מהווים תת-קבוצה בקרב האוכלוסייה הכללית של בעלי מוגבלות. בארצות-הברית, 15% מתוך שלושה מיליון איש בעלי פיגור שכלי נאמדים גם כבעלי בעיות של בריאות הנפש, כלומר, בין 300,000 ל-600,000 איש בארצות-הברית הם בעלי "אבחון כפול". אולם, לא ניתן למצוא נתונים לגבי שיעוריהם של בעלי צירופים אחרים של מוגבלויות. המחסור בנתונים באשר לגודלה של אוכלוסייה זו הוא החסם הראשון לפיתוח שירותים הולמים.

גם בישראל קשה לאמוד את מספר האנשים עם ריבוי מוגבלויות. בקרב מקבלי קצבת נכות כללית: האומדן הוא של-43% יש ליקויים לפחות בשני תחומים (פיגור שכלי, ליקוי נפשי, ליקוי פנימי, ראייה).

נכון להיום, אין בישראל שירותיים ייעודיים המתמקדים ספציפית בצרכים של קבוצה זו, ולכן סביר להניח שאנשים עם ריבוי מוגבלויות צורכים שירותים בהתאם למוגבלות העיקרית שלהם, למרות ששירותים אלה אינם הולמים כמענים לצרכים האחרים שלהם.

## **8.2 הבעיות שעמן מתמודדים אנשים עם ריבוי מוגבלויות**

הבעיות העיקריות במתן מענים לקבוצה זו, בישראל בפרט, ובעולם המערבי בכלל, הן חוסר הנראות שלהם והמחסור החמור בשירותים ייעודיים בעבור קבוצה זו. המחקרים המועטים שהתייחסו לקבוצה זו התמקדו בעיקר בילדים, בהקשר של החינוך המיוחד. חינוך מיוחד הוא שירות המעוגן בחוק בארצות המערב בעבור כל הילדים עם המוגבלויות, כולל אלה עם ריבוי מוגבלויות. עם זאת, אין שירותים מעוגני-חוק בעבור מבוגרים עם ריבוי מוגבלויות. כאשר הילדים ובני הנוער מתבגרים, הם זוכים לפחות תשומת-לב מקובעי המדיניות ומספקי השירותים, ונאלצים להסתפק בשירותים שאינם מתאימים לרמת הצורך שלהם.

כאמור, אחת הקבוצות באוכלוסיית האנשים עם ריבוי מוגבלויות שזכתה לתשומת-לב מחקרית גדולה יותר מאחרות היא זו של בעלי פיגור שכלי הסובלים גם ממחלות נפש, המכונים "בעלי אבחון כפול". מן הנתונים עולה כי אבחנה של פיגור שכלי מעלה את הסיכון למחלות נפש פי ארבעה (Reiss, 2001; Williams & Heslop, 2006). Allen (2008) מציין שלקות שכלית מהווה גורם סיכון להפרעות פסיכולוגיות, וגורמת לצמצום בפעילות יומיומית תקינה, ביחסי אנוש ובאפשרויות להגשמה עצמית. אולם, באופן פרדוקסלי, הסיכון המוגבר מלווה דווקא בנגישות פחותה של שירותי בריאות נפש. אנשים בעלי אבחון כפול מתגוררים במוסדות ובמעונות בשיעורים גבוהים יותר מאשר קבוצות אחרות של בעלי מוגבלות, בחלק בגלל התנהגותם. הסדרי מגורים אלה מונעים מהם להשתלב בקהילה ועלולים להגביר את צורכיהם בתחום בריאות הנפש.

שני מחקרים שנערכו באירלנד ובסקוטלנד, מיפו את שירותי הבריאות הקהילתיים ובריאות הנפש בקרב אוכלוסיות של בעלי מוגבלות, והצביעו על מחסור בשירותי בריאות כלליים ובשירותי בריאות הנפש, בעיקר בקרב אנשים עם ריבוי מוגבלויות. במחקר האירי, D'Eath ואחרים (2005) הגדירו שלוש קבוצות של בעלי מוגבלות מקופחים, במיוחד בגישה לשירותי בריאות. אחת מהן היא של אנשים בעלי מוגבלות שיש להם צרכים בתחום בריאות הנפש. D'Eath ואחרים טוענים שחוקרים ואנשי שטח כבר יודעים על מחסור בשירותי בריאות הנפש בקרב אנשים עם פיגור שכלי, אך אין מספיק מידע במסגרת המחקר והתייעוד מהשטח לגבי החסמים בקרב אנשים עם נכויות פיזיות וחושיות. שתי הקבוצות האחרות הן של בעלי מוגבלות קוגניטיבית ולקויי שמיעה. המחקר השני, שנערך בסקוטלנד, התמקד בתת-קבוצה אחת בקרב אנשים עם ריבוי מוגבלויות. החוקרים Orr ואחרים (2006) בחנו את הספרות

Ort ואחרים (2006) בוחנים את המחסור בשירותי בריאות הנפש מנקודת הראות של הפרט. הם טוענים כי מחסור כללי בשירותים, כולל בתחומים של השכלה ורווחה, יוצר תחושות של בידוד חברתי ובעיות בריאות נפש. על כן, מעבר להספקת שירותי בריאות נפש נוספים, הפיתרון דורש צמצום החסמים להשתתפות בחברה ושיפור הנגישות של השכלה, תעסוקה ורווחה, כולל פנאי. הם ממליצים לתאם בין שירותי הקהילה, שירותי הבריאות ושירותי בריאות הנפש, על מנת לטפל בצרכים של אנשים עם לקות חושים, ולצמצמם.

בנוסף למחסור בשירותים הקיימים מציין Reiss (2001) כי יש אך מעט רופאים ואנשי מקצוע אחרים שהוכשרו לספק את התרופות המתאימות והתמיכה הנכונה. מכיוון שרופאים רבים מתמחים בתחומים ספציפיים (כגון רפואת ילדים, בריאות נפש, בעיות התפתחותיות), אין להם התמחות רחבה הנדרשת לטפל באנשים עם ריבוי מוגבלויות באופן הולם - התמחות הדורשת התייחסות לבעיות, כגון התאמה נכונה של תרופות, מעקב הולם והספקת טיפול מועיל.

המחקרים שהוזכרו לעיל הדגישו גם את החשיבות של הגברת ההכשרה לאנשי מקצוע, ושל תיאום בין שירותים. בנוסף למחסור בשירותי בריאות הנפש, גם נגישותם של שירותי הבריאות ושירותי הקהילה היא בעייתית, והדבר גורם להחרפה של צורכי בריאות הנפש. על כן, תיאום בין השירותים צפוי להוות אמצעי משמעותי ומועיל לשיפור איכות החיים הכוללת של אנשים עם ריבוי מוגבלויות.

### **דוגמה לתכנית התערבות לאנשים עם ריבוי מוגבלויות**

Williams & Heslop (2006) מציגים סיכום של פיילוט של תכנית התערבות בתחום הכישורים החברתיים שנועדה לסייע לאנשים עם פיגור שכלי לשפר את תפקודם החברתי, כאמצעי לצמצום בעיות של בריאות הנפש, במיוחד בתקופת המעבר לבגרות. התכנית מורכבת מקורס קצר בנושא תמיכה רגשית המתמקדת בחמישה נושאים: חברות, רגשות, התבגרות וקשרים, קבלת תמיכה ועזרה עצמית. אחת ממטרות התכנית היא לעזור לבני הנוער לדבר על רגשותיהם ולבטא את הצרכים הרגשיים שלהם, קושי שמהווה מחסום באבחון הולם והשגת שירותים. בני הנוער סיפרו שהם נבוכים מכדי לדבר על הרגשות שלהם בפני אחרים, ולאור זאת, יועד חלק נוסף של התכנית להגביר את הביטחון העצמי שלהם. ההשתייכות לקבוצה גם היא עזרה להם לפתח יותר ביטחון עצמי. בנוסף לנושאים שנלמדו בקורס הקצר, המשתתפים יצרו קשרים עם שווים והרגישו מקובלים. החוויה הקבוצתית עזרה להם להיפתח רגשית. המסקנה העיקרית של החוקרים היא החשיבות של חברות בין שווים ויצירת תנאים המאפשרים לקשרים להתפתח.

## 9. המעבר לבגרות של אנשים בעלי מוגבלות

### תקציר

גודל האוכלוסייה: כ-7,000 צעירים בעלי מוגבלות מסיימים את מערכת החינוך בכל שנה.

### מאפיינים ובעיות:

- ◆ קושי להתמודד עם חיים עצמאיים, במיוחד לצעירים שהתחנכו במסגרת חינוך מיוחד
- ◆ היעדר הזדמנות שווה לקדם יעדים הקשורים לבגרות (השכלה, תעסוקה, ניהול כספים, משפחה, זוגיות ופנאי)
- ◆ צורך להגן על עצמם מפני ניצול ומניעת זכויותיהם בעבודה ובקהילה
- ◆ אי-בהירות לגבי תפקיד ההורה של הצעירים עם מוגבלות בתקופת המעבר

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ◆ הכנה למעבר לבגרות כבר במהלך ההימצאות במערכת החינוך ומניעת נשירה
- ◆ מעורבות הצעירים עם המוגבלויות ומשפחותיהם בתכנון המעבר לחיים עצמאיים
- ◆ מתן ידע, ייעוץ ותמיכה בנושאים: מגורים עצמאיים; עצמאות כלכלית; מענה על צרכי בריאות; נגישות לימודי המשך/תעסוקה
- ◆ הקניית כישורים חברתיים/תעסוקתיים/ניהול כספים
- ◆ למידה תוך התנסות.

### 9.1 מבוא

בפרק זה נדון בצרכים ובשירותים לבני נוער עם מוגבלויות בתקופת המעבר לבגרות. למרות שהאוכלוסייה הרלוונטית כוללת הן בני נוער המסיימים לימודים במסגרות חינוך מיוחד, והן את אלה שמסיימים לימודים במסגרות החינוך הרגיל. רוב המחקרים והדוגמאות של שירותים מתייחסים לבני נוער הלומדים בחינוך המיוחד.

### 9.2 רקע

המעבר מגיל הנעורים לבגרות, ומבית-הספר לחיים עצמאיים, מביא עמו שינוי בצרכים, בשירותים ובספקי השירותים. לאנשים עם מוגבלויות אין גישה והזדמנות שוות לקדם יעדים הקשורים בבגרות: חיים עצמאיים, השכלה, תעסוקה, פנאי ומשפחה. על כן, הם נזקקים לשירותים מיוחדים שיסייעו להם להגיע ליעדים אלה ולהשתלב בחברה. אולם, המעבר משירותים המסופקים לילדים אל שירותים המסופקים למבוגרים אינו פשוט וחלק, ויש צורך בשירותי מעבר ייחודיים שיכינו את האנשים, ויסייעו להם להתרגל לצרכים ולתפקידים חדשים, ולהתמודד עם תקופת המעבר בין שני שלבי חיים.

הצורך בשירותי מעבר עלה במודעות הציבורית בארצות-הברית בשנת 1984, אחרי פרסום דוח של המשרד לשירותי חינוך מיוחד ושיקום. בדוח הודגש חוסר ההצלחה של בוגרי החינוך המיוחד: מבוגרים צעירים אשר בילו את שנות הלימודים במסגרות החינוך המיוחד נטו להיות מובטלים, תת-

על מנת להבטיח מוכנות להתמודדות עם עולם המבוגרים לאחר סיום הלימודים, על שירותי המעבר להתחיל לפעול בתקופת הנעורים. לאור זאת, מצוין בתיקון לחוק החינוך המיוחד בארצות-הברית שיש לספק לתלמידים מגיל 14 ואילך שירותי מעבר "מתאימים" במסגרת החינוך המיוחד (Bowe, 2003). בישראל, מספר הצעירים עם מוגבלות שיזדקקו לשירותי מעבר, נאמד בלמעלה מ-7,000 צעירים המצטרפים מדי שנה לשורות האוכלוסייה הבוגרת. מספר זה חושב על בסיס הנתון ש-101,300 בני נוער יסיימו את בית-הספר התיכון בשנת הלימודים 2008-2009, וש-7% מגילאי 12-17 הם בני נוער עם מוגבלויות (נאון ואחרים, 1998; אתר משרד החינוך, הוצא בתאריך 4.11.08). האומדן של 7% נחשב תת-אומדן כי הוא אינו כולל בני נוער המתגוררים בהוסטלים ובמסגרות חוץ-ביתיות.

### 9.3 בעיות וצרכים לגבי המעבר

במעבר לבגרות, צעירים עם מוגבלות צריכים להתמודד עם מספר אתגרים שיש להם השלכות הדדיות.

**תעסוקה:** אחד האתגרים המרכזיים הניצבים בפני צעירים עם מוגבלות הוא השתלבות בתעסוקה. להצלחה בהשתלבות בתעסוקה יש השלכות על הרחבת קשרים חברתיים, פיתוח דימוי עצמי חיובי, ועוד. במחקר מעקב על מדגם של 300 צעירים עם מוגבלויות שנערך בקנטקי נמצא כי שיעור העובדים, כולל מי שעבדו רק בחופשות הקיץ, עלה במשך שנתיים מ-45% ל-51%, זאת בהשוואה ל-72% מהמבוגרים הצעירים שאינם מוגבלים (Bloomquist, 2007). למרות הגידול בשיעור המועסקים, עדיין 29% מן המרואיינים עם מוגבלויות הוגדרו חסרי תעסוקה, כלומר אינם עובדים, אינם לומדים ואינם נמצאים בבית לצורך טיפול בילדיהם. שישים ושלושה אחוזים מן הלא מועסקים דיווחו שהיו רוצים לעבוד.

**לימודים ורכישת השכלה ומקצוע כאמצעי להשתלבות בתעסוקה:** Nagle (2001) מצא כי צעירים בעלי ליקויי ראייה מאופיינים בתת-ייצוג בכוח העבודה, למרות שיעורי הנשירה הנמוכים שלהם מבית-הספר העל-יסודי, והשיעור הגבוה של השתתפותם בלימודים על-תיכוניים - הממוצע גבוה מזה של כלל התלמידים עם מוגבלויות, ונמוך רק במעט (10 נקודות אחוז) משיעור ההשתתפות בכלל האוכלוסייה. צעירים אלה היו מועסקים בשיעור נמוך באופן מובהק (29%) משיעור המועסקים בקרב כלל הצעירים עם מוגבלויות (57%), ומצעירים בכלל (69%). בנוסף, רק 40% מן המשתתפים בהכשרה מקצועית הושמו בעבודה בשוק החופשי לאחר ההכשרה. Nagle מסיק מכך שכישורים והסמכה שהושגו בחינוך הגבוה אינם בהכרח מיתרגמים לאפשרויות מוגברות בתעסוקה, ושההכשרה המקצועית אינה מאפשרת לבעלי ליקויי ראייה להיכנס לעבודה בשוק החופשי. כדי לשלב אותם בשוק העבודה, יש צורך להקנות להם כישורים משלימים, כגון הכשרה בהתמצאות ובניעות, גישה לחומרים מודפסים ושיטות לחיפוש עבודה.

**מגורים עצמאיים:** צעירים עם מוגבלות רוצים לעזוב את בית הוריהם לטובת מגורים עצמאיים, בדומה לעמיתיהם שאינם בעלי מוגבלות, אולם הם מתקשים בכך יותר. Bloomquist (2007) מצאה במחקרה כי עם תחילת הבדיקה, עלה כי 58% מהמרוויינים התגוררו עם הוריהם, ולאחר שנתיים ירד האחוז ל-43%, אולם, עדיין, שיעור זה היה גבוה בהרבה מהשיעור בקרב המבוגרים שאינם מוגבלים - 23%. גם Nagle (2001) מצא כי צעירים עם ליקויי ראייה חיים באופן עצמאי בשיעורים נמוכים בהרבה מאשר כלל הצעירים (46%-ו-60%, בהתאמה).

**ניהול כספים אישיים:** היבט זה הוא בעל חשיבות רבה נוכח העובדה שעל-פי-רוב אנשים עם מוגבלויות מועסקים בשכר נמוך, והתקציב העומד לרשותם הוא מוגבל, כך שעליהם לתכנן את הוצאותיהם בזהירות.

**קשרים חברתיים/השתייכות למסגרת חברתית:** צעירים בעלי מוגבלות חסרים, לעתים קרובות, כישורים חברתיים היכולים לסייע להם בפיתוח קשרים חברתיים. למעלה ממחצית הצעירים בעלי ליקויי ראייה במדגם של Nagle (2001) לא השתייכו למועדון קהילתי או חברתי.

**יכולת להגן על האינטרסים האישיים:** במקרה של אדם עם מוגבלות, יותר מאשר במקרה של אדם ללא מוגבלות, צפוי ניצול ואי-מתן זכויות במקום העבודה ובקהילה. על רקע זה, כישורים של ייצוג עצמי (self advocacy), כאשר מדובר בבעלי רמת תפקוד גבוהה, הם חשובים כדי שהאדם עם המוגבלות יבין את זכויותיו במקום העבודה ובקהילה, ויוכל למצותן (Bowe, 2003).

**חשש של הורי הצעיר המוגבל:** בקבוצות מיקוד שערכו Tarleton & Ward (2005) עם צעירים בעלי פיגור שכלי קל ומשפחותיהם באנגליה, הביעו הורי הצעירים תחושת פחד מכך שאין הם (כלומר, ההורים) מבינים את תפקידם בתקופת המעבר; דאגה מן המחסור בשירותים זמינים למבוגרים; וחשש מכך שיהיה עליהם להילחם על זכויות ילדיהם ועל קבלת שירותים בעבורם.

**הבדלים בין צעירות וצעירים בתכניות מעבר:** יש עדויות לאי-שוויון בין המינים בתכניות המעבר: נשים עם מוגבלויות נשרכות מאחורי עמיתיהן הגברים בכל הנוגע להשגת יעדים, כולל בשיעור המסיימים בית-ספר תיכון ורמת ההכנסה מעבודה (Hogansen et al., 2008). כדי לקבל תובנות לגבי החוויות של נשים צעירות, Hogansen ואחרים ערכו קבוצות מיקוד עם נשים צעירות בעלות מוגבלויות, הורים לצעירות עם מוגבלויות ואנשי מקצוע העובדים עם אוכלוסייה זו. נמצא כי יש פער בתפיסת היעדים המתאימים לצעירות בין הצעירות עצמן, לבין הוריהן ואנשי המקצוע. בנוסף, הצעירות הביעו אי-שביעות רצון מהקשר המוגבל בין תכניות מעבר מטעם מוסדות החינוך המיוחד לבין הרצונות והצרכים הלימודיים שלהן. הן דיווחו שהבנים בכיתה מקבלים יותר משאבים ותשומת-לב של הצוות, על חשבון הבנות. הבנות הדגישו את החשיבות של ביטחון עצמי ותפיסה עצמית בפיתוח היעדים האישיים והתעסוקתיים שלהן, על רקע העובדה שהמרכיבים האלה יותר חשובים ויותר שבריריים בחיי בנות מאשר בחיי בנים. כלומר, סטריאוטיפים שליליים וחוסר חונכות הולמת יכולים להזיק יותר לבנות מאשר לבנים, במיוחד כשיש ציפיות "אחרות" או נמוכות יותר בקרב בנות ממשפחות

## 9.4 עקרונות בפיתוח תכנית מעבר

### **א. תפיסה כוללנית של האדם: לימודים קודמים, חיי המשפחה והקהילה**

הדגש המושם על-ידי המורים בחינוך המיוחד על תכנית הלימודים הרגילה וההכנה ללימודים גבוהים, על חשבון גישה רחבה, ארוכת-טווח וממוקדת באדם עצמו, הוא מוטעה (Bowe, 2003). נחוץ תכנון ממוקד באדם, אשר מבוסס על תפיסה כוללנית המתייחסת למכלול צרכיו של הפרט. בנוסף על הכשרה מקצועית ותעסוקה נתמכת, יש להתייחס לסוגיות של השתתפות בחברה הכללית ואיכות חיים. תכנון המעבר דורש ראייה כוללת של לימודים קודמים של התלמיד, חיי המשפחה והחיים הקהילתיים, וההתנסות של בוגרי מוסדות הלימוד בחיים בוגרים.

### **ב. הספקת מגוון שירותי תמיכה**

כדי לסייע במעבר של אנשים עם מוגבלויות מבית-הספר לחיים בוגרים יש צורך בסוגים רבים של תמיכה, כולל דיור/מגורים עצמאיים; ייעוץ בתחום מיצוי זכויות והנחות, כגון פטור זמני מתשלום מסי ביטוח לאומי, כדי לעודד השתלבות בעבודה ולסייע בהשגת עצמאות כלכלית (economic self-sufficiency); מענים לצורכי בריאות; צרכים חברתיים ונגישות ללימודים על-תיכוניים (Bowe, 2003); לצעירים שלמדו במסגרת חינוך משולב יש צורך גם בהשתייכות למסגרת של קבוצת השווים, בנוסף לקשרים חברתיים עם אנשים ללא מוגבלות, מכיוון שאלה מספקים הזדמנות להכיר חברים עם רקע וחוויות דומים, לאחר שבבית-הספר המשלב חוו לפעמים דחייה חברתית והתעללות רגשית (ריאיון עם מנהל תכנית "כנפיים", 19.2.09).

### **ג. תיאום ושיתוף פעולה בין ארגונים**

**התחלת ההכנה לקראת המעבר במועד מוקדם:** Clegg ואחרים (2001) ממליצים שתכנון המעבר יתחיל מוקדם דיו כדי לאפשר לצוות המקבל את המתבגר עם מוגבלות ללמוד את ההיסטוריה שלו, להעריך את היכולות של ההורים ובני משפחה אחרים, ולהכין מבעוד מועד שירותים המתמחים בהתמודדות עם התנהגויות בעייתיות בעת המעבר. במחקר בו נבדקה איכות המעבר בקרב אנשים בעלי מוגבלות שכלית קשה, נמצא כי המעברים החלקים היו אלה שהתרחשו באופן הדרגתי ובשיתוף מטפלים שהתייחסו לעברו של המטופל, והורים שדיווחו על יחסים תקינים עם הצוות. בניגוד לכך, אלה שפיתחו התנהגויות בעייתיות היו מי שהתנסו במעברים חדים וטופלו על-ידי מטפלים שלא סמכו על דוחות כתובים.

### **ד. מעורבות המשפחה ושיתוף פעולה בינה ובין העובדים המקצועיים**

Clegg ואחרים (2001) דנים במחקרם בפערי התפיסות בין משפחות הצעירים בעלי המוגבלות לבין אנשי המקצוע המטפלים בהם, אשר מקשים על שיתוף הפעולה. צוות הטיפול תופס את המעבר כהתחלה חדשה והזדמנות להתחיל את החיים העצמאיים עם מעט התייחסות לעברו של האדם.

### ה. למידה תוך כדי התנסות תעסוקתית

מחקר (NLTS) National Longitudinal Transition Study (מצוטט אצל Bove, 2003), מדגיש את החשיבות של למידה כמצב המצריך מיומנויות, במקום למידה במסגרת ניטרלית. בנוסף, מחקרים מצאו שהתנסות בעבודה קשורה בהצלחה בעבודה לאחר סיום בית-הספר. בעוד שבת-ספר ומרכזים רבים מציעים הכשרה מקצועית וייעוץ בבחירת מקצוע, אין הם מספקים שירותי השמה בעבודה שיכולים לסייע לתלמיד לעבוד כחניך ולרכוש ניסיון מעשי. תעסוקה חלקית או עבודות קיץ בשכר מהוות ניסיון בעל ערך וניתן להציגן בפני מעסיקים כדוגמאות ממשיות של פעילות תעסוקתית. לומר לאנשים שהם יכולים "לעשות כל דבר" מבלי לתת להם במקביל הדרכה מעשית, איננו דבר מועיל. לכן, החוקרים מדגישים את החשיבות של התנסות תעסוקתית בתקופת המעבר כדי לתת לבני נוער הזדמנות להכיר את עולם התעסוקה ואת המיומנויות הקשורות לתעסוקה, כמו נסיעה בתחבורה ציבורית והכנת אוכל.

### ו. מתן אחריות על תכנון וניהול תכנית המעבר לצעיר בעל המוגבלות

במצבים שבהם הפרט אינו מוגבל מאוד, מומלץ לתת לבעל המוגבלות עצמו את האחריות על ניהול ותכנון התכנית. זהו פן נוסף של פיתוח כישורי ייצוג עצמי (Bowe, 2003). התלמיד הוא זה שתוצאת התכנית חשובה לו ביותר, ולקיחת תפקיד מוביל יכולה להביא לתכנית אפקטיבית יותר ולמעורבות רבה יותר בביצועה.

## 9.5 דוגמאות לתכניות מעבר

### א. "Check and Connect" ו-"TRAILS": תכניות למניעת נשירה מבתי-ספר על-יסודיים

תכנית מעבר איכותית היא זו המתמקדת ברמת התפקוד ובצרכים הצפויים של המשתתפים. Bove (2003) מדווח על שתי תכניות מעבר המשרתות בני נוער בעלי מוגבלות קלה עד בינונית: "Check and Connect" ו-"TRAILS". המטרה המשותפת לשתי תכניות אלה היא מניעת נשירה מבית-הספר. התכניות מציעות סיוע לתלמידים, מלמדות ייצוג עצמי ודורשות קשר שוטף בין הורים לצוות בית-הספר.

בתכנית "Check and Connect", קבוצת בני נוער בבית-ספר תיכון מקבלת מעין חונך המלווה אותם, מציע עזרה בעת הצורך ומתקשר עם ההורים באופן קבוע. בתכנית TRAILS (Transition: Responsible)

## **ב. *Postsecondary Academies*: סיוע בלימודים במוסדות על-תיכוניים**

לאור העובדה שרבים מצעירים אלה לומדים במכללות, תכנון מתואם של המעבר בין מוסדות השכלה גבוהה לבין שירותי השיקום הוא חיוני כדי להבטיח שצעירים אלה ישיגו יעדי חיים ארוכי-טווח. תכנית מעבר נוספת, *Postsecondary Academies*, מיועדת להתמודד עם החסמים העומדים בפני אנשים עם מוגבלות במוסדות להשכלה גבוהה. חסמים אלה, שאינם עומדים בפני אנשים ללא מוגבלויות, כוללים: חוסר מודעות של התלמידים, המשפחות וצוות בית-הספר, לגבי האפשרויות והדרישות של המוסדות להשכלה גבוהה; מחסור בסיוע להתמודדות עם דרישות אלה; וכישורים מוגבלים של ייצוג עצמי של התלמידים, כולל הכרה במוגבלות שלהם ובצרכים הנלווים (Kato et al., 2006).

התכנית, המתוארת על-ידי Kato ואחרים, מתמודדת עם חסמים אלה במטרה להקל על תהליך המעבר בין החינוך העל-יסודי לבין החינוך הגבוה בקרב אנשים עם מוגבלויות. התכנית מיועדת לתלמידי החינוך העל-תיכוני בעלי מגוון רחב של מוגבלויות (כגון ליקויי למידה, ליקויים פיזיים, אוטיזם), הוריהם, מוריהם ומומחי מעבר. במסגרת התכנית נערכים אירועים בקמפוסים של מכללות שונות, במתכונת של כנסים בני יום אחד. התכנים כוללים פאנל של תלמידים בעלי מוגבלויות הלומדים במכללה, סיור במכללה הכולל את המשרד לשירותים בעבור אנשים עם מוגבלויות, הספרייה, והמשרדים להדרכה ולייעוץ. כמו-כן, נערכים סמינרים לתלמידים בנושאים כגון שיפור כישורי למידה; ולהורים ולמורים בנושא כיצד לתמוך בתהליך המעבר. המשוב שהתקבל מהמשתתפים, כמו גם הגידול בהשתתפות בכל שנה, מעידים על הצורך בתכנית כאלה ועל התגובה החיובית של המשתתפים.

## **ג. תכנית מעבר בדגש על תעסוקה: *Career Transition Program***

"תכנית המעבר לתעסוקה", *Career Transition Program (CTP)*, מופעלת על-ידי עמותה המטפלת באנשים עם מחלות נפש ב-Montgomery County במדינת מרילנד בארצות-הברית. התכנית מלווה במחקר הערכה הנערך על-ידי *Mathematica Policy Research* (Rangarajan et al., 2008), והיא אחת משש תכניות מעבר המשתתפות בהערכה, אך היא היחידה המתמקדת בבני נוער עם בעיות נפשיות והתנהגותיות.

התכנית משרתת בני נוער עם מחלות נפש ובעיות התנהגות קשות בכיתות י"א וי"ב, וכן בני נוער שסיימו בית-ספר תיכון או נשרו ב-12 החודשים שקדמו לתחילת התכנית. מטרתה לעזור לבני הנוער לשפר את התפקוד הכללי שלהם, לסיים בית-ספר תיכון ולהשיג עבודה/ללמוד במוסדות להשכלה גבוהה. ההשערה היא שיש 1,650 בני נוער הזכאים להשתתף בתכנית. חמישה-עשר אחוזים מהמשתתפים מקבלים קצבת נכות, אך רובם מוגדרים "בסיכון" לקבלת הקצבאות והזכויות בעתיד. הייחודיות של תכנית CTP היא השילוב של שירותי טיפול נפשי פרטני, שירותי חינוך ושירותי

- ♦ התנסות תעסוקתית: כולל עזרה בהשגת עבודה בשוק החופשי או התנסויות, אימון אישי כדי להצליח במקום העבודה (job coaching), ושירותי מעקב בהקשר לתעסוקה;
- ♦ העצמת בני נוער: אבחון תעסוקתי, הגדרת מטרות אישיות לטווח קצר וטווח ארוך, היכרות עם השירותים הקהילתיים, ומיומנויות של דרישת ועמידה על הזכויות (self-advocacy skills);
- ♦ הדרכת המשפחה: ההורה ואיש צוות מהתכנית מגדירים את רמת העצמאות והאחריות המתאימות למהלך תקופת המעבר. ההורים לומדים על הלקות, השפעת הלקות על חינוך, תעסוקה וחיי יום-יום וזכויות;
- ♦ שיתוף פעולה עם ארגונים קהילתיים: התכנית מופעלת בשיתוף עם מערכת החינוך, יחידת השיקום מטעם המדינה, שירותי בריאות של המועצה, מרכז תעסוקה מטעם המועצה (one-stop workforce center), ומרכז תמיכה המספק הכשרה ותמיכה לצוות ולמשתתפי התכנית בהתאם לצורך.
- ♦ שירותי רווחה ובריאות: מנהל מקרה (case management) כללי, שירותי בריאות הנפש והפניות למטפלים ומשאבים בעמותה ובקהילה;
- ♦ ייעוץ בנושא זכויות של ביטוח לאומי ותמיכות סעד. בנוסף, ההשתתפות בתכנית מעניקה להם פטור זמני מתשלום מסי ביטוח לאומי בתקופת ההשתתפות בתכנית, כדי לעודד השתלבות בשוק העבודה.

#### **ד. תכנית של בית-ספר אילנות בירושלים**

תכנית המעבר של בית-ספר אילנות היא תכנית שפותחה במסגרת החינוך המיוחד בישראל מטעם משרד החינוך. בית-ספר אילנות הוא בית-ספר לחינוך מיוחד כוללני שלומדים בו ילדים ובני נוער עם מוגבלויות פיזיות קשות וקשיים נוספים, רובם עם תפקוד קוגניטיבי נמוך מטווח הנורמה. לקראת המעבר לחיים עצמאיים וכניסה לשוק העבודה, כיתת הבוגרים, גילאי 18 עד 21, משתתפת בתכנית המעבר. בתכנית יש 30 משתתפים, מחציתם בוגרי בית-ספר אילנות ומחציתם מסיימי בית-ספר תיכון במסגרת חינוכית רגילה, הכוללת שילוב פרטני וכיתות מקדמות. הנתון שמחצית ממשתתפי התכנית עוברים מחינוך רגיל לחינוך מיוחד כדי להשתתף בתכנית המעבר, מעיד על החשיבות של שירותים המתמקדים במעבר לבגרות, ומחסור בתכניות מסוג זה בישראל.

התכנית מתמקדת בתעסוקה, אך מתייחסת למעבר לחיים עצמאיים בראייה שיקומית כללית ומקיפה. בתכנית המעבר, בני הנוער עובדים בסדנאות בתוך בית-הספר, יוצאים להתנסויות מחוץ לבית-הספר ומשתתפים בארבע קבוצות הדנות בסוגיות אחרות של חיים עצמאיים. קבוצה אחת דנה בנושאים אישיים ופסיכולוגיים, כגון התמודדות עם עצמי, חוויות של התבגרות וחוויות העצמה. בקבוצת יוזמה, הקבוצה השנייה, בני הנוער יוצאים לקהילה לביצוע משימות שונות, ומתנסים בניהול עצמי בלי התמיכה והעזרה המצויות בבית-ספר לחינוך מיוחד. בקבוצה השלישית, קבוצת עבודה, הם דנים במהות העבודה, כגון ענייני תפוקה והמשמעות של לעמוד בלוח זמנים. קבוצה רביעית דנה בתחום של

### **ה. הכנה לחיים עצמאיים באופן כללי - "תכנית כנפיים"**

תכנית כנפיים מופעלת על-ידי אגף השיקום במשרד הרווחה והשירותים החברתיים, הקרן לפיתוח שירותים לנכים במוסד לביטוח לאומי, ואשלים, בסיוע קרנות פילנתרופיות (שיחה אישית עם נציג אשלים, 19.2.09). התכנית נמצאת בסיום שלב הפיילוט, אחרי שלוש שנים. המשתתפים הם בני נוער גילאי 18-20 בעלי נכות פיזית ולקות ראייה, הנמצאים אחרי סיום לימודיהם במסגרת חינוכית רגילה. משך התכנית הוא שנתיים ומשתתפים בה 10-15 בני נוער בשני מרכזים בצפון ובדרום. מאז תחילתה, השתתפו בה 60-70 בני נוער.

בתכנית, או "המכינה", המשתתפים גרים ביחד בבית אחד המהווה מסגרת כוללת בליווי צוות טיפולי וצוות רפואי במשך שנתיים. במסגרת הדיור המשותף, הם לומדים מיומנויות לחיים עצמאיים, כגון הכנת אוכל, פתיחת חשבון בנק וניהול כספי, עשיית סידורים וחיפוש עבודה. במקביל, הם מתחילים את החיים העצמאיים דרך השתלבות בשירות לאומי, השלמת בגרות ו/או התחלת לימודים אקדמיים במכללה קרובה לבית המגורים. התפקוד הקוגניטיבי של המשתתפים הוא ברמת הממוצע ואף למעלה מזה, אך חלקם לא סיימו את בית-ספר תיכון, וחלקם מגיעים ממשפחות מצוקה וממצבי סיכון.

שאיפת התכנית היא שהמשתתפים ישתלבו בחברה הנורמטיבית וימשיכו בלימודים שהם מתחילים במסגרת התכנית. תכנית כנפיים לא עוסקת ישירות בנושא התעסוקה בגלל הגיל הצעיר של המשתתפים. עם זאת, העבודה בשירות לאומי מאפשרת התנסות והסתגלות תעסוקתית.

קיים קושי באיתור משתתפים לתכנית, שזו בעיה נפוצה בקרב תכניות מעבר. הצעירים המתאימים להשתתפות לא בהכרח מוכרים על-ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים; ומשרד החינוך וביטוח לאומי, שכן מכירים אותם, מחויבים לסודיות. האיתור צריך לקרות בגילים 16 ו-17, אך קשה לאתר בני נוער משולבים ומפוזרים במערכות החינוך הרגילות. קושי נוסף באיתור מתייחס לדרך בה בני הנוער ומשפחותיהם תופסים את תכנית המעבר. הם אינם תמיד מבינים את הצורך והמשמעות של תכנית מעבר כדי להכניס לחיים עצמאיים במסגרת ייחודית. נדרש מעבר פסיכולוגי ותקופת הסתגלות עד שהם מבינים שתכנית מעבר לאנשים עם מוגבלויות יכולה לתת מענה לצרכים של הקבוצה הזו.

### **1. מרכזים לחיים עצמאיים**

בישראל קיימים שני מרכזים לחיים עצמאיים שמסוגלים לספק שירותי מעבר. מרכזים אלה, הממוקמים בירושלים ובבאר שבע בנויים במתכונת של כ-700 מרכזים מסוג זה הפועלים בארצות-הברית (JDC, 2008). המרכזים הם קהילתיים, כוללניים ורב-שירותיים, ומונים בין שירותיהם גם שירותי מעבר. אולם, שירותי המעבר הניתנים כיום אינם מתייחסים לקבוצת גיל ספציפית (כלומר, למתבגרים), אלא לכל גיל שבו אנשים נמצאים בשלב מעבר בחייהם. לדוגמה, כאשר אנשים מתכוונים

במתכונת הנוכחית, המרכז בירושלים מספק שירותים לכ-800 איש בשנה, והמרכז בבאר שבע מספק שירותים לכ-1,500 איש בשנה. רוב המשתתפים הם בעלי ליקויים פיזיים, אך יש מגוון של מוגבלויות בקרב מקבלי השירותים. השירותים כוללים: ייעוץ עמיתים, שבמסגרתו אנשים עם מוגבלויות מייעצים לאחרים בעלי מוגבלות דומה בנושאים, כגון התמצאות בבירוקרטיה, תעסוקה, חיים עצמאיים; קבוצת תמיכה להורים עם מוגבלויות; וסדנאות לכישורי חיים עצמאיים ושימוש בטכנולוגיה, כולל מחשבים ואבזרי עזר. המרכזים מנוהלים ומתופעלים בידי אנשים עם מוגבלויות, ופועלים גם כגוף סגור.

מבחינת הספקת השירותים, המרכזים לחיים עצמאיים הם גם כוללניים וגם גמישים. מכיוון שהם פועלים בקהילה, הם מכירים מקרוב את צרכיהם של מקבלי השירות והם מסוגלים לזהות צרכים דחופים באמצעות שאלות הנשאלות בסדנאות, בפגישות ייעוץ בתכניות, ובפעילויות אחרות. נגישות זו מאפשרת להם לקבל מידע מדויק באשר לצרכים, ולעמוד על מידת ההתאמה וההיענות של השירותים הקיימים. מכאן שהקשר הקרוב שלהם לקהילה המוגבלת המקומית מאפשר למרכזים להיענות בצורה אפקטיבית לצרכים חדשים ולפתח שירותים חדשים במידת הצורך.

## **9.6 סיכום**

תקופת המעבר כרוכה בשינויים בצרכים: מצרכים הקשורים לגיל ההתבגרות וללימודים אל צרכים הקשורים לחיים בוגרים; בשינויים בספקי השירותים - מעבר ממערכת החינוך המיוחד לאחריותם של משרדי ממשלה אחרים; ובשינוי פסיכולוגי, הקשור להתמודדות עם סדרת צרכים חדשה. תכניות המעבר הטובות ביותר הן אלה המתחילות כבר בזמן הנעורים, המתמקדות באדם עצמו והמעודדות שינויים אישיים והדרגתיים. על מנת להכין תכנית מעבר יש צורך בשותפויות ובקשרים עם שירותים למבוגרים, בראייה ארוכת-טווח ובגישה כוללת לאדם.

## 10. הורים בעלי מוגבלות

### תקציר

גודל האוכלוסייה: 336,000 אנשים שהם 48% מבעלי המוגבלות, הם הורים לילדים מתחת לגיל 18. מתוכם, 113,000 הם בעלי מוגבלות קשה.

### מאפיינים ובעיות

- ♦ סובלים מסטיגמה חברתית (בעיקר בעלי פיגור שכלי ונפגעי נפש) לגבי המסוגלות ההורית שלהם ומחשש שילדיהם יילקחו מהם
- ♦ קשיים כלכליים בגידול הילדים בגלל רמות הכנסה נמוכות
- ♦ בעיית נגישות השירותים לילדים, כגון בת-16 ופגרים
- ♦ שכיחות גבוהה של בעיות במשפחה
- ♦ תקופות משבר (אשפוזים), בעיקר בקרב נפגעי נפש

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ שירותי תמיכה ספציפיים בהורים לפי סוג מוגבלות
- ♦ שירותי טיפול בילדים/אבזרי עזר לטיפול בילדים
- ♦ תמיכה "לכל המשפחה"
- ♦ סנגור על הזכות להורות של אנשים בעלי מוגבלות.

## 10.1 מבוא

הורים עם מוגבלויות מתמודדים עם בעיות ואתגרים נוספים על האתגרים הרגילים הקשורים בהורות. בארצות-הברית יש 8.4 מיליון הורים עם מוגבלויות (Olkin et al., 2006), המייצגים 15% מכלל ההורים בארצות-הברית (TLG - Through the Looking Glass, 2008). Olkin ואחרים מצטטים מתוך סקר TLG המעריך כי ל-23% מההורים עם מוגבלות, לא כולל הורים חירשים, יש בן-זוג בעל מוגבלות. מכיוון שזו אוכלוסייה גדולה למדי, הממשיכה להתרחב, חשוב להבין היטב את צורכיהם של הורים אלה על מנת לפתח שירותים הולמים.

ניתוח של נתוני הלמ"ס בסקר החברתי לפי ההגדרה של בעלי מוגבלות המופיעה בפרק הראשון סעיף 1.2, מצביע על כך שבארץ יש כ-480,000 הורים עם מוגבלויות (למ"ס, נתוני אוכלוסייה של סוף 2007). על פי נתוני הלמ"ס, 78% (299,360 איש) מקרב בעלי מוגבלות בינונית, ו-85% (180,840 איש) מקרב בעלי מוגבלות קשה, הם הורים.

ל-48% מבעלי המוגבלות (כ-336,000 אנשים, מתוכם 123,000 בעלי מוגבלות בינונית וכ-113,000 בעלי מוגבלות קשה) יש ילדים מתחת לגיל 18. גם בסקר מקבלי קצבת נכות כללית (שטרוסברג ואחרים, 2004) נמצא ש-40% ממקבלי הקצבה, שהם בעלי מוגבלות קשה, הם הורים וגרים עם בן-זוג, ו-8% נוספים הם הורים יחידים. אחוז ההורים משתנה לפי סוג לקות: 65% מהאנשים עם נכות פנימית,

## 10.2 בעיות של הורים עם מוגבלויות

### א. סטיגמה חברתית ואפליה לרעה

אחד החששות העיקריים של הורים עם מוגבלויות הוא הסטיגמה החברתית והסיכון המוגבר שילדיהם יילקחו מהם (McConnell & Llewellyn, 2000). מאז ומתמיד, סבלו הורים עם מוגבלויות מאפליה בגלל ההנחה האוטומטית שבגלל מוגבלותם הם אינם הורים טובים. הדבר נכון במיוחד לגבי הורים עם ליקוי בתפקוד הקוגניטיבי (McConnell & Llewellyn, 2000), או מחלת נפש (Nicholson et al., 2006). מדינות שונות בארצות-הברית מכירות ב"מוגבלות נפשית" כסיבה מוצדקת לסיום יחסי הורים-ילדים, וניתן לבטל את זכויותיהם של הורים אלה מבלי להציע להם שירותי תמיכה עוד לפני הדיון בבית המשפט. בעוד שהורים ללא מוגבלות זכאים לבדיקה, וניתנת להם אפשרות לשכנע את בית המשפט שהם כשירים לשמש הורים, הרי הורים עם ליקוי קוגניטיבי נחשבים באופן אוטומטי ללא כשירים והם אינם זוכים לשימוע בפני בית המשפט, תהליך המנוגד לחוקי ארצות-הברית. סקירתו של Reinders משנת 2008 על זכויות הורים בהולנד, מעלה טיעון דומה לזה של McConnell & Llewellyn משנת 2000, לפיו הורים עם מוגבלויות נשפטים בעצם על פי סטנדרט גבוה יותר של הורות מאשר כלל האוכלוסייה, ועל כן הם קורבנות של אפליה. Reinders מציע להעמיד סטנדרט של "הורות טובה דיה", לפיו הסטנדרטים החוקיים להורות סבירה אחידים על פני כל קבוצות ההורים.

McGaw (2000) טוען שהורים עם ליקויים קוגניטיביים מיוצגים במידה הרבה ביותר בשירותי ההגנה לילד, כאשר 50% מילדיהם מוערכים כנמצאים בסיכון להתעללות או להזנחה, ו-25% נמצאים בסיכון להוצאה מהבית. גם בישראל יש עדויות לכך שהדעה הרווחת בנוגע להורים עם מוגבלויות איננה "האם" ייכשלו באחריותם כהורים, אלא "מת" (ור 2000). החוק בישראל אינו מתעלם מן ההורים עם המוגבלויות, אך העובדים הסוציאליים וספקי השירותים האחרים נאלצים לקבל החלטות באשר לכשירות ההורים ולמידת הסיכון של הילדים. מיעוט התמיכה והשירותים מחלישים את ההורים, ויוצרים מצב שבו תפקיד העובדים הסוציאליים הוא להוציא את הילדים מהבית, במקום לחזק את ההורים. נכון אומנם שרווחת הילד היא בעלת חשיבות מרבית, מעבר לדאגה לזכויות ההורים, אך אין זה הכרחי שתהיה התנגשות בין שני האינטרסים האלה, במיוחד אם קיימים שירותים מיוחדים והולמים המספקים את התמיכה הנחוצה להורים ולילדיהם.

מחקרים לא מעטים מוכיחים שהורים עם מוגבלויות מסוגלים להיות הורים כשירים, ועל כן יש להעביר את מוקד הדיון מן השאלה האם מותר לאנשים עם מוגבלויות להיות הורים, אל מציאת תמיכה וסיוע שיוכלו לשפר את איכות ההורות. אולם, הספקת תמיכה הולמת להורים היא מסובכת, עקב מיעוט שירותי התמיכה הזמינים והמחסור בהכשרת מומחים למתן שירות זה (McGaw, 2000).

## **ב. קשיים כספיים ודחק (stress)**

למרות המגוון הרב בקהילת בעלי מוגבלויות, אחד המאפיינים המשותפים לסוגים שונים של אנשים בעלי מוגבלות, וברמות תפקוד שונות, הוא רמה חברתית-כלכלית נמוכה ובידוד חברתי (Young & Hawkins, 2006). אבטלה ועוני נפוצים בקרב אנשים עם מוגבלויות, והורים שהכנסתם נמוכה במיוחד מתקשים להתמודד עם ההוצאות הנלוות הכרוכות בהורות, במיוחד לאור המחסור במימון ציבורי לאבזרי עזר וסיוע אישי בטיפול בפעוטות.

דפוס זה של רמה חברתית-כלכלית נמוכה נצפה גם בקרב אנשים עם מוגבלויות בישראל. ניתוח ראשוני של נתונים מסקרי ההכנסות של הלמ"ס מצביע על כך שהכנסתם של מבוגרים עם מוגבלויות בינוניות וקשות נופלת מהכנסתם של אנשים ללא מוגבלויות. הכנסתם של שליש מן האנשים עם מוגבלויות בינוניות (34.5%), ושל למעלה ממחצית מן האנשים בעלי מוגבלויות קשות (52.2%), נמוכה מ-4,000 ₪ בחודש, לעומת חמישית (20.6%) מהאנשים ללא מוגבלויות. בדומה לכך, הכנסתם של שליש מהאנשים ללא מוגבלויות (31%) מגיעה ל-12,000 ₪ או יותר לחודש, בעוד שרק 28% מבעלי המוגבלויות הבינוניות ו-7.8% מבעלי המוגבלויות הקשות מרוויחים ברמה זו.

ההכנסה הנמוכה בקרב אנשים עם מוגבלויות קשה במיוחד להורים. מצוקה כלכלית מהווה מקור לדחק ויכולה להשפיע שלילית על יכולתם של ההורים לספק גירויים הולמים לילדיהם (Ehlers-Flint, 2002). מצוקה כלכלית ובידוד חברתי מהווים גורמי דחק בקרב הורים בעלי מוגבלויות מסוגים שונים ורמות תפקוד שונות, דבר המדגיש עוד יותר את הצורך בהערכה רגישה ומיומנת.

## **10.3 צרכים מיוחדים בקרב הורים עם מוגבלויות מסוגים שונים**

להלן ייבדקו צורכיהם של הורים בעלי מוגבלות קוגניטיבית, ליקויים פיזיים וחושיים, ובעיות בריאות הנפש.

### **א. הורים בעלי מוגבלות קוגניטיבית**

הורים בעלי מוגבלות קוגניטיבית הם אלה שמצבם הכלכלי והחברתי הוא הגרוע ביותר (Young & Hawkins, 2006), ושסובלים יותר מאחרים מסטיגמה (Kirshbaum, 2000) ומבידוד חברתי (Ehlers-Flint, 2002). חששות לגבי כישורי ההורות של הורים עם לקות קוגניטיבית מתייחסים להבנה מוגבלת שלהם לגבי כוונותיהם והתנהגויותיהם של אחרים, דבר המונע מהם לקבוע גבולות לילדיהם ולהגן עליהם מפני פגיעה. בנוסף, יש חששות לגבי כישורי התקשורת החלשים שלהם והשפעתם הפוטנציאלית על התפתחות השפה אצל ילדיהם, חשש שהילד עלול לקחת על עצמו את תפקיד המטפל בהורה, וחשש שהילדים נמצאים בסיכון מוגבר למוגבלות קוגניטיבית.

אמהות בעלות לקות קוגניטיבית הראו כי הן יכולות לטפל בילדיהן, במיוחד כאשר יש להן רשת תמיכה נגישה, כולל תמיכה משפחתית, תמיכה קהילתית ותמיכה טיפולית (Ehlers-Flint, 2002). במחקר של Ehlers-Flint השתתפו 20 אמהות, שדיווחו, כצפוי, על תפיסה חיובית של תפקיד האמהות, ושלא כצפוי, על כך שהעובדת הסוציאלית מספקת להן יותר תמיכה מאשר התערבות. המסקנה הייתה

פעמים רבות, הורים בעלי מוגבלות קוגניטיבית זקוקים להתערבות ארוכת-טווח. על-פי-רוב הם אינם מסוגלים להתאים את עצמם לשינויים, כך שנותן השירות נאלץ לבצע את ההתאמות בעצמו, דבר שמאט את תהליך השינוי (Kirshbaum, 2000). חשיבותו של נותן השירות אינה מוטלת בספק, אך לרבים מאנשי המקצוע אין הכשרה מתאימה, חסר להם ניסיון עם הורים בעלי מוגבלות קוגניטיבית, וחסר להם מידע בנוגע להערכה ולהתערבות המבוססים על שיטת התאמה לשיפור ההורות. המדדים להערכת כישורי הורות דורשים פעמים רבות תפקוד לשוני וקוגניטיבי גבוה מצד ההורים מאחר שהם מבוססים על דיווח עצמי שלהם ואין בהם רכיבים הקשריים, כגון תצפיות בבית או בקהילה. על כן, הן אנשי המקצוע, והן כלי המדידה, אינם מספקים תמיכה הולמת להורים.

שירותי בריאות הנפש להורים עם ליקויים קוגניטיביים הינם חשובים במיוחד, בעיקר בגלל השיעור הגבוה של התעללות ופגיעה בקבוצה זו (Kirshbaum, 2000). בגלל תפקודי שפה מוגבלים, לא מומלץ על טיפול בשיחות. במקום זאת, הקשר בין נותן השירות לבין ההורה יכול להוות את הרכיב התרפויטי ביותר, והוא חיוני כי הוא מהווה דגם של קשר בטוח. קשר מסוג זה דורש הספקת שירות מעל ומעבר ליחסים השטחיים וקצרי-הטווח הרווחים בדרך כלל בתחום זה של טיפול. הסברה היא שקשר טיפולי מעין זה מסייע יותר בשיפור ההורות מאשר הכשרה המתמקדת בכישורים פרטניים. בניית הורות אפקטיבית דורשת מספקי השירות עבודה לקראת יעדים צנועים, סבלנות, ופיקוח מתמיד. בנוסף, ייתכן שיש צורך בטיפול משפחתי שיסייע לכל בני המשפחה, בכל הגילים, להתמודד עם תפקידים חדשים ולספק תמיכה חיובית ומכבדת. טיפול משפחתי חשוב במיוחד בקרב משפחות שיש בהן מבוגרים עם ליקויים קוגניטיביים, מכיוון שלעתים קרובות אנשים אלה מבודדים חברתית, ומשפחתם ממלאת תפקיד מרכזי בחייהם.

לבסוף, חשש נוסף הנוגע לטיפול בהורים עם ליקויים קוגניטיביים קשור לרגישות לנושא ההעצמה (Kirshbaum, 2000). אנשים עם מוגבלויות סבלו כל חייהם מבידוד ומתחושת אין-אונים. נדרשת גישה מכבדת שתבטיח אפקטיביות ללא התנשאות. ניתן להגיע לתוצאות על-ידי הצגת רעיונות בצורות שונות ובמצבים שונים (לדוגמה, ספרים, ציורים, סרטי וידאו), ועל-ידי מטפלים שונים. כאשר מנסים לקדם כישורי הורות, עדיף שהמטפלים יתגברו ויחזקו את ההיבטים החיוביים שביחסי ההורה והילד, במקום להדגים כישורים אלה או אחרים, דבר שעלול לפגוע בתחושת הערך העצמי של ההורה. ניתן להשתמש בפעילויות שההורה נהנה מהן כבסיס לפיתוח הקשר עם הילדים.

## **ב. הורים עם מוגבלויות פיזיות**

בנוסף להתמודדות עם חסמים הכרוכים בעמדות ובאפליה, הורים עם ליקויים פיזיים מדווחים שהם מתמודדים עם מגוון חסמים מעשיים (Kirshbaum, 2000). Kirshbaum מצטט סקר כלל-ארצי שנערך בארצות-הברית, אשר כלל למעלה מ-1,200 הורים, מהם 75% עם מוגבלויות פיזיות. ארבעה מכל חמישה מרואיינים הצביעו על חסמים בתחום התחבורה, 40% דיווחו על חסמים בתחום הדיור ו-66%

שלא כמו הורים עם מוגבלויות קוגניטיביות, הורים עם ליקויים פיזיים מסוגלים להסתדר גם ללא סיוע או בעזרת שירותים קצרי-מועד (Kirshbaum, 2000). Kirshbaum מציין כי השימוש באבזרים מותאמים לטיפול בתינוק מעצים את ההורים, מחזק את יכולותיהם לטפל בילד, מצמצם עייפות וכאב, וייתכן שגם ממזער פגיעות נלוות. השימוש באבזרים מאפשר להורים להתמקד ביצירת יחסים חיוביים עם התינוק, במקום להתמקד בהתמודדות הפיזית עם כל משימה. דוגמאות לכך הן החתלת התינוק ביד אחת לאם עם שיתוק מוחין ומשטח החתלה נגיש לכיסא גלגלים של אם אחרת. זוגות שבהם רק לאם הייתה מוגבלות דיווחו על שביעות רצון מן האבזרים שהותאמו להם, עד כדי כך ששביעות רצונם מחלוקת העבודה ביניהם בתחום הטיפול בילד הייתה גבוהה יותר מאשר בקרב זוגות ללא מוגבלות.

הטיפול בחסמים עשוי גם לחשוף צרכים בתמיכה נפשית ורגשית בתוך המשפחה, ולהצביע על יחסי הורים-ילדים שזקוקים להתערבות (Kirshbaum, 2000). שינויים בתפקוד ההורים יכולים להשפיע על תפקוד המשפחה כולה, משום שהם דורשים מכל בני המשפחה להגדיר מחדש את תפקידיהם, כולל במשפחות רב-דוריות. על כן, יש לבחון את הסיוע הפרגמטי, הכולל אבזרי עזר, במשקפיים של "תרבות המוגבלות", ולהקפיד על רגישות לבריאות הנפש ולתפקידי משפחה.

בעזרת הערכה מוצלחת ומתן שירות רגיש, נראה שהורים עם מוגבלויות פיזיות אינם זקוקים להתערבות אינטנסיבית, אלא להתאמת עזרים ספציפיים, והדרכה וסיוע בטיפול בילדים. הערכה מוצלחת דורשת היכרות וניסיון עם תחום המוגבלויות. מעריך בעל היכרות וניסיון עם התחום מסוגל להבחין בין מצבים ולהבהיר מה רגיל ונוח ומה מדאיג ובלתי רגיל.

### **ג. הורים עם מחלות נפש**

הורים עם מחלות נפש מהווים קבוצה נוספת לגביה אין מחקרים רלוונטיים רבים, וקיים מעט מידע באשר לשירותים ולהתערבויות מתאימים בעבורם (Nicholson et al., 2006). בארצות-הברית אין נתונים זמינים על שיעור ההורים עם מחלות נפש באוכלוסייה, אך ידוע כי 22% מאוכלוסיית ארצות-הברית זכאים לאבחון פסיכיאטרי בכל שנה (Hinden et al., 2005). בנוסף, נתונים מתוך ה-National Comorbidity Survey מצביעים על כך שלמעלה משני-שלישים מהנשים הסובלות בעת ובעונה אחת גם ממחלת נפש וגם מהתמכרות הן אמהות (Nicholson et al., 2006). מכאן ששיעור ההורות בקרב קבוצה זו הוא, כפי הנראה, גבוה למדי.

מנתונים מישראל עולה שיש כ-30,500 אנשים עם מחלות נפש משמעותיות שהינם הורים שמקבלים קצבת נכות כללית, כלומר מחצית מכל המבוגרים עם מחלות נפש משמעותיות. החישוב מבוסס על ניתוח ראשוני של נתונים שהתקבלו מהביטוח הלאומי (2007). אולם, נראה שמספר זה הוא תת-

להורים עם מחלות נפש יש צרכים מיוחדים, מעל ומעבר לצרכיהם של הורים ללא מוגבלויות. בקרב הורים עם מחלות נפש יש גם שיעור גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הרגילה של מי שסובלים מהתמכרויות שונות, של מי שלא סיימו לימודים על-יסודיים, של חסרי בית, של מי שהיו בכלא או במעצר כבני נוער, של מי שסבלו מאירועים טראומטיים בעבר, כולל התעללות (Nicholson et al., 2006). בנוסף לכך, בקרב הורים אלה יש שיעור גבוה של משפחות פרודות ומעוררות, עקב אשפוזים פסיכיאטריים, מצד אחד, ומעורבות של שירותי הרווחה לילד, מצד שני. שיעורי אובדן החזקה על הילדים יכולים להגיע עד 80% (Hinden et al., 2006). בקרב למעלה מ-2,700 אמהות שהשתתפו במחקר של Nicholson ואחרים, 71% דיווחו על משפחה מפורדת, ו-55% דיווחו שהפרידו אותן מכל ילדיהם. בנוסף, ב-27 מדינות בארצות-הברית, ניתן להגביל את זכויות ההורה רק על סמך אבחנה של מחלת נפש. בישראל אין חוקים מסוג זה.

חלק מהאמהות הסובלות ממחלת נפש מדווחות שהן מתקשות לאזן בין האחריות של טיפול בילדיהן לבין הטיפול במחלתן ובדרישות היומיום (Nicholson et al., 2006). כמו-כן, הן רואות באובדן חזקה משפטית על ילדיהן את החשש הגדול ביותר שלהן, ונראה שזהו חשש מבוסס, לאור האחוז הגבוה של משפחות מפורדות. עובדים סוציאליים ומטפלים בבריאות הנפש שואפים להגיע לשיתוף פעולה טוב יותר, הכולל תקשורת, ידע, תפקידים ברורים ומשאבים, על מנת לשרת את מטופליהם טוב יותר (Darlington et al, 2005). נקודות מתח התעוררו במיוחד לאור האופי הפתאומי והבלתי צפוי של המחלה, אשפוזים, הקושי בהערכת תפקוד פסיכיאטרי ומסוגלות הורית, בהספקת סיוע מתמשך ובאיזון בין צורכי הילדים לבין צורכי ההורים.

היחס בין קיום ילדים לבין קבלת טיפול הוא פרדוקסלי במידה מסוימת, שכן ילדים מהווים גורם מניע לאמהות לפנות לטיפול (Nicholson et al, 2006). אבל, הצורך בטיפול בילדים בגיל הרך יכול גם להוות מחסום לקבלת טיפול; ותכניות לטיפול במחלות נפש אינן עוסקות, בדרך כלל, בסוגיות של טיפול בילדים. בדומה להורים בעלי ליקויים קוגניטיביים או פיזיים, הסביבה החברתית היא הגורם המשפיע ביותר על חוויות ההורות ועל הסתגלות הילד, יותר מאשר מוגבלות ההורה (Nicholson et al, 2006).

## 10.4 תוצאות לגבי הילדים

אין לבלבל בין צרכיהם של הורים לבין מסוגלותם, ואין להסיק שצרכים אלה מביאים בהכרח לתוצאות שליליות מבחינת הילדים. למרות הסטריאוטיפ לפיו ילדים של הורים עם מוגבלויות נושאים בנטל כבד מדי, "הופכים להורי הוריהם" וסובלים מבעיות חברתיות, מחקר גדול שנערך באמצעות TLG (1997, כפי שצוטט על-ידי Kirshbaum, 2000) בקרב 1,200 הורים, לא מצא עדות לתמיכה בדעות אלה. מחקרים שנערכו לאחרונה מצאו בדרך כלל שילדים של הורים עם מוגבלויות דומים לילדים

שיעורי המצבים הפסיכיאטריים בקרב ילדים שלהוריהם יש מחלת נפש גבוהים באופן ניכר מן השיעורים בקרב כלל האוכלוסייה. ילדים שלהוריהם יש מחלת נפש נוטים במובהק לסבול מבעיה רגשית או התנהגותית, לקבל אבחון פסיכיאטרי או לסבול מבעיות פסיכו-סוציאליות (Tebes et al., 2001). אולם, Tebes ואחרים סבורים שהסתגלותו של הילד איננה תוצאה של מצב בריאות הנפש של ההורים, אלא של תפקודה הפסיכו-סוציאלי של המשפחה, הנובעת, אולי, מן האבחון הפסיכיאטרי. במדגם שלהם, שכלל 177 אמהות בעלות מחלת נפש קשה, הם מצאו שלתפקוד הורי לקוי ולדחק במשפחה יש יכולת ניבוי רבה יותר לגבי ההסתגלות של הילד. מאפיינים אלה משקפים את התהליכים והיחסים הפסיכו-סוציאליים במשפחה, שלא כמו האבחון הפסיכיאטרי של ההורה, אשר נמצא בעל יכולת ניבוי מוגבלת בלבד.

ממצאים נוספים לגבי קבוצות מוגבלות שונות היו: הורים כבדי שמיעה נטו, יותר מאחרים, לדווח על בעיות תקשורת מחוץ למשפחה, כולל בבתי-הספר של ילדיהם (Olkin et al., 2006). אולם, משפחות אלה דיווחו גם על רמות גבוהות יותר של אושר משפחתי. מדגם של בני נוער בישראל שהוריהם בעלי ליקוי ראייה לא דיווחו על הבדלים בזמן פנאי בהשוואה לעמיתיהם ללא מוגבלות, ולעומת זאת דיווחו על קשרים חברתיים איכותיים יותר (Duvdevany et al., 2007). לאור הממצאים החיוביים בדרך כלל, ברור שהורים עם מוגבלויות מסוגלים להיות הורים טובים ומטפחים.

## **10.5 מודלים של שירותי עזרה להורים בעלי מוגבלות**

### **א. תפקידם של אנשי המקצוע**

אחת הדאגות הגדולות באשר לשירותים להורים בעלי מוגבלויות קשורה במערכות השירות, כגון אלה הפועלות בארצות-הברית ובאנגליה, שם הן השירותים לילדים והן השירותים למבוגרים אינם גמישים ומתואמים דיים כדי לשרת את כל המשפחה (Young & Hawkins, 2006). בעיה זו מוזכרת גם על-ידי McGaw (2000), המעלה גם הוא את החשש שעובדים סוציאליים רבים, כמו גם עובדים בתחום הבריאות, אינם חשים שהם בעלי הכשרה מתאימה לספק שירותים להורים עם ליקויים קוגניטיביים. השירות להגנת הילד מתמקד בילד, והוא חסר מומחיות לטפל בהורים בעלי מוגבלות; והשירותים לאנשים עם מוגבלויות אינם ערוכים לטפל במבוגרים כהורים. יש צורך בסיוע כוללני ומתואם שיחלף את השירותים המפוצלים הקיימים, אשר אינם עונים על צורכי המשפחה.

קבוצת סנגור בארצות-הברית למען הורים עם מוגבלויות המכונה TLG (2008) מדגישה את החשיבות של שירותים להורים עם מוגבלויות המבוססים על אימוץ "תרבות של מוגבלות" (disability culture). על פי מודל זה, החסמים העיקריים העומדים בפני אנשים עם מוגבלויות ומשפחותיהם הינם סביבתיים בעיקרם, כולל עוני, התמכרויות, סטיגמה ומחסור בשירותים אפקטיביים ורגישים (Kirshbaum & Olkin, 2002). "תרבות של מוגבלות" מדברת על גישה לא-פתולוגית שבה מודגשת אי-ההתאמה בין האדם המוגבל לסביבתו (לדוגמה חסמים חברתיים ומעשיים).

מושגים עיקריים בתרבות המוגבלות הנם הבחנה (differentiation) ומוכרות (familiarity) (Kirshbaum, 2000). "הבחנה" מתייחסת לזיהוי צורכי ההורים על בסיס מצבם, והבחנה בין צורכי הורים עם מוגבלויות שונות. במקום לייחס להם פתולוגיות ולהחליט מראש שאין הם מסוגלים להיות הורים, על נותני השירותים לזהות את צורכיהם המיוחדים על מנת להגביר את האפקטיביות שלהם כהורים. "מוכרות" מתייחסת לצבירת ניסיון רב בתחום המוגבלות, והספקת התאמות פרטניות להורים על מנת לזהות את הצרכים שעדיין נותרו. לדוגמה, סביר להניח ששליחת הורים עם ליקוי קוגניטיבי לכיתת הורות שאיננה מותאמת להם לא תענה על צורכיהם ואף לא תספק בסיס הולם להערכת כישוריהם כהורים.

### **ב. תפקידה של קהילת ההורים בעלי מוגבלות**

תפקידה של קהילת האנשים עם מוגבלות חשוב ביותר בהספקת הכשרה מעשית ותמיכה רגשית, ללא קשר לסוג המוגבלות, כפי שעולה מן המחקרים ומשירותי הסנגור של TLG (2008). הקהילה מגינה מפני הסטיגמה החברתית, מספקת שיטות מעשיות לפיתרון בעיות, ומהווה מקור לדגמי חיקוי. תפקידה הפעיל של הקהילה מתאים גם להעדפה שהמטפלים יהיו אנשים עם מוגבלות בעלי ניסיון אישי. דבר זה משתקף בשיעורי האיוש בארגונים קהילתיים כגון TLG, שבהם רוב אנשי הצוות הינם אנשים בעלי מוגבלות בעצמם.

TLG, המהווה דוגמה לקהילה מעין זו, פועלת כספקית של מידע, סנגור, ייעוץ ושירותי הכשרה בכל הארץ, ומציעה שירותים ישירים להורים המתגוררים בקרבת מקום למשרדה. ניתן להתייעץ עם TLG על נושאים הקשורים בהורות, כגון חזקה, אימוץ, אבזרי עזר להורים, היריון ולידה. באמצעות הפעילות שלהם בהפצת מידע, הם עונים על אלפי שאלות בכל שנה.

### **ג. מספר תכניות לדוגמה**

**(1) התכנית CASPS (The Child and Special Parenting Service)**, פותחה במטרה לשפר את רמת השירות למשפחות בעלות מוגבלות קוגניטיבית (Young & Hawkins, 2006). תכנית CASPS היא תכנית תמיכה בהורים ושירות למשפחות שיש בהן בעלי מוגבלות, שמשולבים בה ניסיון וידע על הגנת הילד וגם על ליקויים קוגניטיביים של מבוגרים, זאת במטרה לענות על צורכיהם של כל בני המשפחה. השירות מספק הערכה קצרת-מועד, מזהה צרכים ופוטנציאל בקרב המשפחה, ומציע סיוע ביתי ארוך-טווח למשך תקופת ההתפתחות של הילד.

הורים שהשתתפו בתכנית ואנשי מקצוע שהפנו אותם אליה, דיווחו שלתכנית יש השפעה חיובית (Young & Hawkins, 2006). המשתתפים היו שבעי רצון, ולא היו ילדים שהוצאו מבתיים במשך התקופה בה ההורים השתתפו בתכנית. השילוב בין מומחיות לבין גמישות אשר אפיינ את התכנית, אפשר הספקת טיפול ארוך-טווח ומתמשך, והתאמה לצורכי המשפחה. העובד הסוציאלי של המשפחה ממשיך במעורבותו עם המשפחה עד שהילד מתבגר - דפוס שונה מאוד מן השירות קצר-המועד, המאפיין את השירותים הרגילים להגנת הילד. המעורבות הממושכת מאפשרת ביסוס של ידע ואמון וכן התפתחות של השירות במקביל להתפתחות צורכי המשפחה.

**(2) תכנית נוספת** השואפת לשפר את רמת השירות להורים עם מוגבלויות היא IFT - הטיפול המשפחתי המשולב (Brunette et al., 2004). התכנית מיועדת להורים עם לקויות פסיכיאטריות קשות, ומספקת שירותים בבית להורים וילדים במקביל להשתתפותם בשירותי בריאות הנפש. לתכנית חמישה רכיבים והם: מתן טיפול להורים; מתן הערכה; קישור ההורים עם תמיכה סביבתית; חינוך ההורים לגבי התפתחות הילד; והספקת הכשרה, הדגמה והדרכה בכישורי הורות. ממצאי מעקב אחר אמהות שהשתתפו בתכנית, מגלים את הדברים הבאים: המשתתפות במחקר היו שמונה אמהות עם הפרעה פסיכוטית או דיכאונית, שלרובן יש הפרעות נוספות, וכולן עברו התעללות בילדותן. ההשתתפות בתכנית נעה בין שנה לחמש שנים. נמצא כי התכנית הייתה מקובלת על המשפחות וסייעה להורים לשפר את כישורי ההורות שלהם.

# 11. המשפחה המטפלת באדם עם מוגבלות

## תקציר

**גודל האוכלוסייה:** לפחות שליש מאוכלוסיית ישראל הם בני משפחה מדרגה ראשונה של אדם עם מוגבלות.

### מאפיינים ובעיות

- ♦ בני המשפחה המטפלים נאלצים לוותר ולהתפשר בתחומי התעסוקה, הפנאי והחברה
- ♦ המצב הכלכלי של המשפחה נפגע
- ♦ עומס כבד, רגשי ופיזי, שיש לו השלכות שליליות על מצב הבריאות של התומך
- ♦ בידוד חברתי של בני המשפחה, כולל ילדי המוגבל
- ♦ ההתייחסות של מערכת השירותים לבני המשפחה היא כאל שותפים בטיפול ולא כמי שזקוקים לעזרה בעצמם

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ♦ ידע ומידע, ייעוץ
- ♦ תמיכה רגשית
- ♦ עזרה בהשגת שירותים ותיאום ביניהם
- ♦ הסדרים חברתיים שייקלו על המשפחות (למשל, שעות עבודה גמישות, נופשונים).

## 11.1 מבוא

משפחות של אנשים בעלי מוגבלות הם המקור הראשוני לתמיכה בכל ההיבטים של החיים. לשיעור משמעותי בקרב אוכלוסיית ישראל יש יחס קרבה ראשוני עם אדם מוגבל - הורה, ילד, בן-זוג ואח. אם נביא בחשבון שלכ-700,000 יש מוגבלות, רובם נשואים ולרובם יש ילדים, ולחלקם יש הורים ואחים, ברור שמדובר בתופעה רחבה ביותר.

## 11.2 מיעוט ההתייחסות לצורכי המשפחה המטפלת באדם עם מוגבלות

למרות המגמה של פיתוח שירותים קהילתיים בעבור בעלי מוגבלות, עדיין משפחת האדם עם מוגבלות היא הגורם המרכזי המספק את הטיפול לאדם זה המתגורר בקהילה, ויש טוענים שחשיבותה אף גברה בעקבות מספר שינויים.

**(1)** העלייה בתוחלת החיים וצמצום מקרי המוות ממחלות מסוימות כגון מחלות לב, הביאו לגידול במספר הסובלים ממחלות כרוניות וממגבלות תפקודיות לאורך זמן, והזקוקים לעזרה בטיפול אישי (Biegel & Schultz, 1999).

**(2)** קיימת מגמה של קיצור משך האשפוז של חולים כרוניים בבתי-חולים והמרה חלקית של האשפוז במתן טיפול רפואי בבית החולה, על מנת לשפר את איכות הטיפול ולחסוך בהוצאות הטיפול (Lim & Zebrack, 2004). הפחתת היקף המיסוד לטובת טיפול בקהילה, כאשר מעטפת השירותים הקהילתיים

(3) גם כשבעלי המוגבלות זכאים לשירותים שונים, לעתים קרובות בני המשפחה הם שנמצאים בקשר עם מערכות השירות בתהליכים של אישור הזכאות (גלעד, 2007).

בספרות המקצועית ישנם דיווחים רבים על הקשיים עמם מתמודדים בני המשפחה המטפלים באדם עם מוגבלות (ראה פירוט בהמשך). אולם, הארגונים הרבים המסייעים לאנשים עם מוגבלות מתייחסים לבני המשפחה בעיקר כשותפים למאמץ לשפר את איכות החיים של האדם עם מוגבלות, ולא כמי שבעצמם זקוקים לעזרה בהתמודדות עם תפקידם כתומכים הראשיים. מחקרים שבדקו את התמודדות בני המשפחה מצאו שגם הם זקוקים לעזרה. כך, למשל, במחקר שנערך בישראל על בני משפחה התומכים בבעלי מוגבלות אשר מקבלים קצבת נכות כללית, אמרו מחצית התומכים שאין להם למי לפנות כאשר מתעוררת בעיה הקשורה בטיפול באדם עם מוגבלות. כרבע ציינו צרכים שלהם בעזרה, הן עזרה מעשית-חומרית, כגון סיוע כספי, עזרה בניקיון הבית, טיפול בילדים האחרים; והן עזרה במישור ההתמודדות הנפשית שלהם עם הטיפול באדם עם מוגבלות (שטרוסברג ואחרים, 2005א).

### **11.3 התמיכה שהמשפחה מספקת לאדם עם מוגבלות**

בספרות ישנם מספר סיווגים של התמיכה שמספקת המשפחה לאדם עם מוגבלות. גלעד (2007) מבחינה בין תמיכה אינסטרומנטלית, למשל, הסעות ועזרה בטיפול אישי, לבין תמיכה רגשית. Biegel & Schultz (1999) מבחינים בין תפקידים ישירים ועקיפים: הישירים כוללים הספקת טיפול אישי, כגון סיוע ברחצה והלבשה; טיפול רפואי, כגון מתן זריקות ופיקוח על נטילת תרופות; השגחה ופיקוח על האדם עם המוגבלות. תפקידים עקיפים כוללים ניהול טיפול, איתור ותיאום שירותים, סנגור; מטלות של משק הבית כמו בישול, ניקיון, קניות, הסעות של האדם עם מוגבלות. בקרב המטפלים ישנה שונות רבה באינטנסיביות של ביצוע המטלות הללו, והן עצמן משתנות בהתאם לסוג המחלה/מוגבלות ושלב התקדמותה.

במחקר על תומכים של מקבלי קצבת נכות כללית (שטרוסברג ואחרים, 2005א), נמצא כי רוב התומכים העיקריים של מקבלי הקצבה הם בני-זוג (41%) או הורים (34%). במקרה של אנשים עם פיגור שכלי, שרובם המכריע אינם מתחתנים, תפקיד התומך נופל על ההורים והאחים, ועם הזדקנות ההורים, מרכז הכובד עובר אל האחים ובני-זוגם (בן נון ואחרים, 2008). גם במקרה של נפגעי נפש

שלושים וחמישה אחוזים מהתומכים עוזרים לאדם עם המוגבלות בהיקף של 84 שעות בשבוע, להערכתם, ו-13% נוספים בהיקף של 43-83 שעות שבועיות.

#### **11.4 השלכות הטיפול באדם עם מוגבלות על בני המשפחה**

לחיים בצד המוגבלות בכלל, ולטיפול באדם עם מוגבלות בפרט, יש השלכות על בני המשפחה, במיוחד על בני-הזוג, בכל תחומי החיים. הם צריכים להתמודד עם מצבי לחץ הקשורים לעצם המוגבלות ולהשלכותיה, ולוויתורים על דברים רבים; ומאחר שמדובר במצב כרוני, כולל אפשרות של הרעה עם הזמן, נוצר אפקט מצטבר של עומס אובייקטיבי ורגשי. ניתן לומר שזה בעצם הציר המעצב את סדר היום המעשי והרגשי של התומכים המשפחתיים.

#### **א. תחום התעסוקה**

חלק משמעותי מהתומכים נאלצים לוותר על יציאה לעבודה, לעשות התאמות מבחינת סוג התעסוקה והיקפה, או להיעדר מן העבודה, כדי שיוכלו למלא את תפקידי הטיפול בבן המשפחה בעל המוגבלות. מהמחקר על תומכים של מקבלי קצבת נכות כללית (שטרסברג ואחרים, 2005א) עולה כי 45% מהתומכים בגיל העבודה היו מועסקים בעת הריאיון; 34% עבדו בעבר והפסיקו לעבוד ו-21% לא עבדו אף פעם. כרבע מאלה שעבדו בעבר ואינם עובדים כיום נימקו את הפסקת עבודתם בצורך לטפל באדם בעל המוגבלות. גם רבע מאלה שאף פעם לא עבדו נימקו זאת בצורך לטפל באדם בעל המוגבלות. ארבעים וארבעה אחוזים נוספים מהם ייחסו את העובדה שהם מעולם לא היו מועסקים, לטיפול בילדים או להיותן עקרות בית. ייתכן שלפחות בחלק מהמקרים, הבחירה להיות עקרת בית ולגדל את הילדים במקום לצאת לעבודה נעשית על רקע הימצאות אדם עם מוגבלות בבית.

ארבעים וארבעה אחוזים מהתומכים המועסקים עובדים בהיקף שעות מופחת עקב הטיפול באדם עם המוגבלות; 44% דיווחו כי החסירו ימי עבודה בשלושת החודשים האחרונים, ו-15% עבדו פחות שעות ביום בשלושת החודשים האחרונים בגלל הצורך לטפל באדם עם המוגבלות. הסיבה השכיחה ביותר להחסרת ימי עבודה או שעות עבודה היא סיוע בהסעות או בליווי האדם עם המוגבלות מחוץ לבית; 23% מהתומכים החליפו מקום עבודה או סוג עבודה כדי לאפשר להם לטפל באדם עם המוגבלות.

## **ב. המישור הכלכלי**

אם האדם בעל המוגבלות אינו מסוגל לעבוד ולפרנס את משפחתו, וגם התומך אינו מועסק, או מועסק חלקית בלבד, נותרת המשפחה עם פחות אמצעים המוקדשים לצורכי מחייה בסיסיים, ונאלצת לצמצם, או לוותר לגמרי, על כל מה שאינו הכרחי, כגון בילוי ופעילויות פנאי. תקציבי הניידות ושירותים מיוחדים משמשים לעתים להגדלת התקציב המשפחתי הבסיסי. אם חלה הרעה במצבו במשך הזמן צפוי גידול בעלויות הטיפול, אשר מקטין עוד יותר את ההכנסה הפנויה של המשפחה.

## **ג. פנאי ופעילות חברתית**

בני המשפחה המטפלים באדם בעל המוגבלות נאלצים לוותר על העיסוק בפעילויות פנאי וחברה, או לצמצמם, הן בשל סיבות תקציביות, הן בשל מחסור בזמן, והן בשל הסטיגמה המוטלת על אדם בעל מוגבלות, במיוחד על חולי נפש, ומוכללת למשפחת האדם עם המוגבלות. בני המשפחה, בייחוד בני-זוג, זוכים ליחס המוכלל מהיחס אל האדם בעל המוגבלות: מבטי רחמים, סקרנות, פליאה על בחירתם באדם בעל מוגבלות, גישה פטרונית או הימנעות מיצירת מגע איתם (Biegel & Schultz, 1999; גלעד, 2007). כחמישית מקבוצת הורים לבנים ובנות המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית דיווחו על התרחקות של שכנים מהם בעקבות המחלה, וכרבע דיווחו על התרחקות של אנשים שהיו קרובים להם בעבר (שטרוד ואחרים, 2007). במקרים רבים ההורים מצידם בחרו להתרחק מחבריהם בשל הרצון להימנע מהתמודדות עם יחסם של אלה כלפיהם, ומתוך תחושה שהם לא מבינים מה עובר עליהם. בראיונות עם ההורים הללו עלתה תחושת סטיגמה חזקה עוד יותר אצל האחים של נפגע הנפש: הם חששו כי המחלה תפגע בחיי החברה שלהם והעדיפו להסתיר אותה, למשל, באמצעות הימנעות מהזמנת חברים הביתה (שטרוד ואחרים, 2007).

חמישים ושבעה אחוזים מהתומכים במחקר על מקבלי קצבת נכות כללית טענו כי הטיפול באדם עם המוגבלות משאיר להם מעט מדי זמן לעצמם לבילויים, ניהול חיי חברה, טיפול בעניינים אישיים, מנוחה; 46% טענו כי הטיפול באדם עם המוגבלות מותיר להם מעט מדי זמן לטיפול בבני המשפחה האחרים; 19% מדווחים כי אין להם זמן לעשות דברים ללא האדם בעל המוגבלות. התוצאה היא התכנסות המשפחה בבית, איבוד קשרים חברתיים ובדידות. עם זאת, על רקע המוגבלות יכולים גם להתרקם קשרים חברתיים חדשים עם בני משפחות אחרים שגם להם יש קרוב בעל מוגבלות (שטרודסברג ואחרים, 2005).

## **ד. מצב הבריאות של התומך**

חלק לא מבוטל מבין התומכים אינם צעירים (26% מהתומכים של מקבלי קצבת נכות הם בני +60), ובעצמם מתקשים בתפקוד: 45% (64% מגילאי +60) דיווחו על מוגבלות כלשהי בתפקוד היומיומי במשק הבית, ו-17% (30% מגילאי +60) דיווחו על מוגבלות בתחום הטיפול האישי (ADL). רבים עוזרים לבעלי מוגבלות מבחינה סיעודית, עזרה שיכולה לכלול ביצוע פעילויות הדורשות מאמץ פיזי (47%), ואכן, 53% מדווחים כי הטיפול באדם עם המוגבלות משפיע לרעה על מצב בריאותם (שטרודסברג ואחרים, 2005).

## ה. עומס רגשי

החיים לצד מוגבלות, והטיפול המתמיד באדם עם המוגבלות, יוצרים עומס רגשי כבד על בן המשפחה התומך, אשר מתבטא ברגשות תסכול ואכזבה, תחושת קורבנות וסימפטומים דיכאוניים (גלעד, 2007). ממצאים אפידמיולוגיים מצביעים על שכחות גבוהה יותר של תחלואה ותמותה בקרב בנות-זוג של חולים כרוניים (גרוס וברמלי-גרינברג, 2000). רופאי משפחה מגדירים את בן המשפחה המטפל, בפרט בן-הזוג, כ"חולה נסתר". העומס הרגשי נובע משני מקורות: א) דאגה וחרדה של התומך לאדם עם המוגבלות; ב) מתחים במערכת היחסים והאינטראקציות בין התומך לבין האדם עם המוגבלות.

### (1) דאגה וחרדה לגורל האדם בעל המוגבלות

שבעים וחמישה אחוזים מהתומכים של מקבלי קצבת נכות כללית דיווחו כי הם מודאגים או חרדים לעתים קרובות בשל מצבו של בן המשפחה עם המוגבלות; 71% מדווחים כי הטיפול באדם בעל המוגבלות גורם להם לקשיים רגשיים ו-56% אומרים כי לעתים קרובות הם מדוכאים בגלל מצבו. מרבית התומכים (77%) מודאגים מעתידו של האדם בעל המוגבלות. כמחצית דואגים מי יטפל או ישגיח עליו בעתיד, שליש חוששים מהחמרה במצבו הבריאותי, שיעור דומה מודאגים מיכולתו הכלכלית. שיעורים נמוכים יותר הביעו דאגות לגבי סיכוייו להינשא, עצמאותו בתחומי תפקוד שונים, השכלה ותעסוקה. כאשר התומכים נתבקשו להעריך עד כמה סך-כל העומס המוטל עליהם הוא כבד, כשני-שלישים אמרו שהם חשים עומס כבד עד כבד מאוד. תומכים שהם הורים של האדם עם המוגבלות או בני-זוגו חשים עומס כבד יותר מתומכים שהם ילדיו של האדם עם המוגבלות (שטרסברג ואחרים, 2005א).

### (2) מתחים במערכת היחסים והאינטראקציות בין התומך לבין האדם עם המוגבלות

בבסיס המתחים קיים הפער בין האדם בעל המוגבלות לבין בני המשפחה בתפיסת החיים עם מוגבלות. בראיונות שערכה גלעד (2007) עם בעלי מוגבלות ובני משפחה עלתה, מצד אחד, תפיסתו של בעל המוגבלות שהחיים עם מוגבלות הם חוויה פרטית, ייחודית לו, שאינה קשורה לבני משפחתו, לא במישור המעשי ולא במישור הרגשי, והוא רוצה להתמודד לבד ולהימנע מהטלת עומס עליהם. לקבלת העזרה יש מחיר פסיכולוגי של תחושת תלות, איום על עצמאות וקומפוטנטיות. לכן, גם כשהוא מקבל עזרה הוא מפחית בהערכת הצורך שלו בעזרה ובחשיבות העזרה שהוא מקבל. מצד שני, בני המשפחה תופסים את החיים בצד המוגבלות כנושא המרכזי ביותר המעצב את חייהם. הם רואים עצמם שותפים מלאים לבעל המוגבלות ונותנים העדפה קבועה למתן קדימות להגשת העזרה לבעל המוגבלות על פני סיפוק הצרכים שלהם או של בני המשפחה האחרים.

בראיונות עם בני המשפחה עלה מקור נוסף של העומס הרגשי והוא: תחושת ההחמצה של הזדמנויות למפגשים חברתיים, בילויים ושאר הנאות שחווים אנשים שאינם מטפלים בבן משפחה בעל מוגבלות בבית.

מחקרים רבים עסקו בהשלכות הטיפול הממושך בחולה הכרוני/בעל המוגבלות על איכות החיים של בני המשפחה המטפלים. בסקירת ספרות מקיפה בנושא, המסתמכת על תיאוריית הלחץ המשפחתי (Family stress theory), מציינים Lim & Zebrack (2004) שבמחקרים שונים מוגדר המשתנה התלוי

במרבית המחקרים (Lim & Zebrack, 2004; Webb et al., 1998), שבחנו את הגורמים המשפיעים על איכות החיים של המטפלים, נמצא שהגורמים המנבאים באופן ישיר את איכות החיים, ולפעמים מתווכים בין המאפיינים של המטפל ושל המטופל לבין איכות החיים של המטפל, הם:

1. סגנון התמודדות של המטפל: שימוש באסטרטגיה של פיתרון בעיות, חיפוש מידע, ניהול הרגש (השפעה חיובית) לעומת התפרצויות רגשיות (השפעה שלילית), נמצאו קשורים באופן חיובי להערכה עצמית חיובית של הבריאות, לשביעות רצון מהחיים ולא-דיכאון.

2. הערכת הלחץ על-ידי המטפל: לדוגמה, כאשר מטפלים העריכו את הבעיות בהתנהגות המטופל ואת מוגבלותו כמלחיצות מאוד ואת עצמם כחסרי חוללות עצמית (self efficacy), הם היו מדוכאים יותר.

3. תמיכה חברתית.

גורמים אלה משפיעים יותר מאשר מאפייני החולה או המאפיינים של המטפל. עובדה זו היא בעלת חשיבות יישומית מכיוון שבתכניות התערבות פסיכו-חינוכיות (ראה בהמשך) ניתן להקנות למטפלים יכולות שישפרו את יכולתם להתמודד עם העומס המוטל עליהם.

### **1. השלכות על ילדי האדם עם המוגבלות**

ילדיו של האדם עם המוגבלות נתבעים לעזור יותר מילדים אחרים; במידה מסוימת יש כאן היפוך תפקידים של ילד והורה. בנוסף לכך, הילדים חשופים לסטיגמות כלפי מוגבלות וזו יוצרת אצלם תחושות של התביישות בהורה (או באח) והתרחקות רגשית ממנו. הם מתביישים להביא חברים הביתה, הם מודעים לכך שאינם יכולים לבלות עם ההורה בעל המוגבלות בדומה לחבריהם שאין להם הורה עם מוגבלות. בתחומי מוגבלות ספציפיים נוספות השלכות ספציפיות: לדוגמה, ילדים להורים חירשים גדלים בתרבות החירשות והשפה שלהם מוגבלת. הם גם צריכים לתווך בין הוריהם לבין עולם השומעים וגם בינם לבין האחים הקטנים. במקרה שהאדם בעל המוגבלות הוא אחד האחים, צפויים כעס וקנאה מצד הילדים האחרים על כך שהאח בעל המוגבלות מקבל כל-כך הרבה תשומת-לב ועזרה כספית (גלעד, 2007).

### **11.5 תכניות התערבות לבני משפחה המטפלים בנכה ותרומתן**

הספקת שירותים לאדם בעל מוגבלות מקטינה את הצורך במתן טיפול על-ידי המשפחה ולכן ברור שהיא מקטינה את העומס המוטל על המשפחות. שירותים, כמו מרכזים לטיפול במשך שעות היום, וכן סיוע מרוכז בבית, או מסגרת מוסדית המאפשרת למשפחה להתאוורר (נופשון), מסייעים למשפחה להתמודד עם הטיפול. אך למשפחה יש צרכים ייחודיים. צורכי העזרה של המשפחה המטפלת בחולה הכרוני/בעל המוגבלות הם במספר מישורים: ידע ומידע; תמיכה רגשית; השגת שירותים ותיאום ביניהם; הסדרים שיקלו עליהם את נטל הטיפול, כגון הסדרים של עבודה בשעות גמישות ומשרות חלקיות כדי לאפשר למטפל שילוב עבודה עם הטיפול בנכה; עזרה ביתית, ושירותי הסעה.

תכניות ההתערבות הראשונות לבני משפחה המטפלים בחולי נפש התמקדו בעיקר בתוצאות לגבי החולה, למשל, הפחתת שיעורי האשפוז החוזר, ולא בצורכי המטפל. תכניות אלה ניסו לשנות את ההתנהגויות של בן המשפחה המטפל שנמצאו קשורות להרעה במצב החולה, למשל, התפרצויות רגשיות. התערבויות נוספות כללו קבוצות לעזרה עצמית שפותחו על-ידי משפחות של חולי נפש ללא עזרת עובדים מקצועיים בבריאות הנפש. כיום, תכניות פסיכו-חינוכיות מתייחסות הן לצורכי החולה והן לצורכי המשפחות, ואנשי המקצוע מארגנים קבוצות תמיכה של בני משפחה, וממלאים תפקידי ייעוץ והנחיה.

בישראל קיימים שני חוקים המיועדים לסייע לבני משפחה מטפלים: חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות האוסר על אפליה בקבלה לעבודה של בני משפחה שעיקר פרנסתו של האדם בעל המוגבלות עליהם; ותיקון לחוק דמי מחלה משנת תשס"ח המאפשר היעדרות בשל ליווי אישי או סיוע לאדם בעל מוגבלות שהוא ילדו של העובד (בכל גיל) על חשבון ימי מחלה של העובד (מידע שהתקבל מעו"ד טובה רקנטי מנציבות שוויון לאנשים בעלי מוגבלות).

בתכניות התערבות שונות נמצאו הרכיבים הבאים:

1. קבוצות תמיכה.
2. תכניות חינוכיות וייעוץ, והדרכה קבוצתית.
3. תכניות המשלבות תמיכה, ייעוץ והדרכה אישית פרטנית.
4. תכניות התערבות עם מספר רכיבים.
5. התערבות המבוססת על טלפון/מחשב/אינטרנט: תכניות מסוג זה מיועדות להקל על המטפל שאינו יכול להגיע לתכניות אחרות מסיבות של חוסר אפשרות לעזוב את המטופל, ריחוק גיאוגרפי, חוסר תכניות באזור מגוריו וכו' - כך שיוכל לקבל מידע ותמיכה רגשית מעובד מקצועי או מקבוצת תמיכה.
6. מנהל טיפול: אדם האחראי על השגת ותיאום שירותים מותאמים לאדם בעל המוגבלות.
7. נופשונים.

Biegel & Schultz (1999) ו-Boschen ואחרים (2007) בדקו את השפעת תכניות ההתערבות על מגוון מדדי תוצאה: העומס על המטפל, תפקוד המשפחה, מצבו הנפשי של המטפל, התמודדות המשפחה וסימפטומולוגיה של החולה. מסקנתם היא שתכניות הדרכה ותמיכה, הן קבוצתיות והן פרטניות, תורמות להפחתת העומס על המשפחה ולשיפור בתפקודה. התכניות הקנו למטפלים מידע נחוץ ואסטרטגיות התמודדות מועילות, וסייעו לשיפור מצבם הנפשי. התכניות הארוכות יותר נמצאו קשורות גם לירידה בסימפטומולוגיה של המטופל ולשיפור ביחסי המשפחה עם המטופל. התוצאות החיוביות של התכניות שיש בהן רכיבים רבים מעידות על התועלת הטמונה ביכולת בני המשפחה לבחור את העזרה המתאימה להם, ביחוד האופציה של נופשון, שהיתה הפופולרית ביותר.

Boschen ואחרים (2007) ניתחו את ממצאיהם של 31 מחקרי הערכה עם מערך של הקצאה מקרית לקבוצת ניסוי וביקורת. הם הגיעו למסקנה שגם אם מרבית המחקרים לא מצאו עדות חד-משמעית



## 12. אנשים עם מוגבלות נרכשת (בעלי מוגבלות חדשים)

### תקציר

**גודל האוכלוסייה:** אין נתונים ארציים על השכיחות של אנשים עם מוגבלות נרכשת. עם זאת, ידוע שכ-10,000 איש מתחילים לקבל קצבת נכות מדי שנה.

### מאפיינים ובעיות

- ◆ משבר רגשי - הרגשה של אובדן שליטה
- ◆ קושי לקבל שירותי שיקום מטעם רשויות הרווחה
- ◆ חוסר מידע על מערכת השירותים
- ◆ צורך בשינוי בהרגלי החיים (תעסוקה, חברה, פנאי, יחסים בתוך המשפחה), והיעדר הדרכה בתחום זה
- ◆ התמודדות עם המערכות השונות ועם הביורוקרטיה (בריאות, ביטוח לאומי, רווחה)

### צרכים בתחום פיתוח שירותים

- ◆ שיקום תעסוקתי
- ◆ התאמה של טכנולוגיה המסייעת לשיפור האוטונומיה
- ◆ תמיכה רגשית בהתמודדות/הסתגלות פסיכולוגית.

## 12.1 מבוא

מוגבלות נרכשת, להבדיל ממוגבלות מולדת, מופיעה במהלך חייו של אדם. גורמים נפוצים של מוגבלות נרכשת בקרב מבוגרים הם: פגיעת מוח טראומטית (TBI), טרשת נפוצה, ושבץ כתוצאה מתאונה סרבירו-וסקולרית (CVA) (Johnstone et al., 2007). יש גם שהופכים בעלי מוגבלות במהלך חייהם הבוגרים בעקבות מחלה, הידרדרות אחרת בבריאותם, או תאונת דרכים. פרק זה עוסק בקשיים עמם מתמודדים אנשים בעלי מוגבלות נרכשת, ומתאר מספר מודלים של שיקום. חלק מהדברים מבוססים על מה שקורה לאנשים שסבלו פגיעה מוחית מבחינת המוגבלויות הנרכשות בתחום הלמידה ובתחום הפיזי ומבחינת הגישות והמודלים לטיפול בהם.

### נושאי התמודדות של בעלי מוגבלות נרכשת (כללי)

הפיכת אדם לבעל מוגבלות בגיל מבוגר מלווה במשבר אישי ומשפחתי קשה. בקבוצת מיקוד שנערכה עם בעלי מוגבלות נרכשת העלו המשתתפים את הקשיים הבאים (גזית וקינג, 2006):

- אדם שהפך בעל מוגבלות בעקבות מחלה או הרעה במצב בריאותו מתקשה לקבל שירותי שיקום מטעם רשויות הרווחה והוא נאלץ להתמודד בעצמו עם תנאי החיים החדשים. משום שאין תהליך מסודר של שיקום, הוא אינו מקבל מידע מוסמך לגבי זכויותיו, וגם לא הדרכה כיצד ליצור אורח חיים חדש שיתאים למוגבלותו. לדוגמה, כיצד להתאים את הבית לחיים עם כיסא גלגלים, איזה כיסא גלגלים לרכוש, כיצד לבצע מטלות יומיומיות שקודם האדם עשה מבלי לחשוב.

- ללא הדרכה מתאימה וידע על אפשרויות שיקום עובר זמן רב בין הפגיעה לבין תהליך השיקום, דבר הפוגע ביכולת ההשתקמות. למשל, בשירות לעיוור מדווחים על פער של מספר שנים בין מועד

- המשפחה נקלעת למצוקה מכיוון שאינה יודעת כיצד לנהוג בבעל המוגבלות, למשל, במה לעזור לו וכיצד. חלק מהקשיים קשורים במיומנויות מקצועיות, לדוגמה, כיצד להעביר אותו מכיסא הגלגלים למיטה, וחזרה. המצב החדש גם מצריך קבלת החלטות בעלות השלכות חשובות על המשך חייו של בעל המוגבלות הנרכשת, כגון האם להשאיר בעל המוגבלות שאינו נשוי בבית ההורים כדי שיוכלו לטפל בו, או לסייע לו לנהל חיים עצמאיים בדירה משלו.

- בקרב אנשים מבוגרים עלולים שני בני-הזוג להגיע למצב של מוגבלות בעקבות הידרדרות מצבם הבריאותי, ואז יכולת התמיכה המשפחתית מצטמצמת מאוד.

נושטדט-נוי (1988) מדגישה כי חשוב לספק את שירותי השיקום מוקדם ככל האפשר שכן אז תהליך השיקום הוא היעיל ביותר. על-פי רציונל זה הוקמו תחנות המידע והאיתור לאוכלוסיית לקויי הראייה, שתפקידן הוא לאתר עיוורים וכבדי ראייה סמוך ככל האפשר לירידה בכושר הראייה שלהם כדי שיוכלו להיעזר בשירותי השיקום השונים. כדי לייעל את הגעתן לאוכלוסיות היעד, ממוקמות התחנות במרפאות העיניים (ברמן ואחרים, 2006).

בעיה נוספת היא של בעלי מוגבלות שמתחילים תהליך שיקום אך נפטים ממנו לפני סיומו. פעמים רבות הדבר נובע מהתקדמות מהירה מדי של בעל המוגבלות בתהליך השיקום המביאה את נותני הטיפול לשחררו מוקדם מדי, מבלי שמיצה את התהליך, הן מבחינה פיזית והן מבחינה פסיכולוגית.

## 12.2 פגיעה מוחית טראומטית

בארצות-הברית מתרחשות 1.4 מיליון פגיעות מוחיות (TBI) בכל שנה, כולל 235,000 אשפוזים ו-50,000 פטירות (Langlois et al., 2006). ייתכן כי מספרים אלה הם תת-אומדן, מכיוון שאינם כוללים את מי שקיבלו טיפול בגין פגיעה מוחית במסגרות שאינן חדרי מיון, ואת מי שקיבלו טיפול במתקנים צבאיים. בני הנוער המבוגרים יותר (גילאי 15-19) מהווים את הקבוצה בעלת הסיכוי הרב ביותר להיפגע מ-TBI, כאשר הסיבות העיקריות לכך הן: נפילות, תאונות דרכים, חבלה כתוצאה מתקיפה (Langlois et al., 2004).

פגיעה מוחית טראומטית היא הסיבה העיקרית למוגבלויות נרכשות בקרב בני נוער וצעירים (Ponsford, 2004), הגורמות למוגבלות מתמשכת פיזית, פסיכו-סוציאלית ו/או קוגניטיבית. בנוסף למוגבלות, אנשים שנפגעו מ-TBI נמצאים בסיכון מוגבר למצבים רבים אחרים, כגון שתיית בולמוס (binge drinking) (Horner et al., 2005), סיכון מוגבר לדיכאון לאורך החיים (Holsinger et al., 2002), ואלצהיימר (Plassman et al., 2000).

### 12.3 בעיות פסיכו-סוציאליות כתוצאה מפגיעה מוחית

לעתים קרובות משפיעה הפגיעה המוחית הן על הבריאות הפיזית, והן על הבריאות הנפשית, של הנפגעים. הגורם הקובע בשיקום מוצלח הוא גישתו של הפרט כלפי המוגבלות שנרכשה זה עתה (Larner, 2005). ההשפעה הפסיכולוגית של פגיעת TBI על אדם יכולה להוות גורם משמעותי במסלול השיקום שלו, והיא עצמה מושפעת מגורמים רבים ומורכבים (Moos & Schaefer, 1986), כגון:

- ♦ יכולת נתפסת להתמודד עם תסמינים.
- ♦ היכולת להתמודד עם הרגשות לגבי המוגבלות.
- ♦ יצירת יחסים עם אנשים אחרים ושמירה עליהם לאחר רכישת המוגבלות.
- ♦ ההתמודדות עם העולם הרפואי ועם תהליכים רפואיים.

Larner (2005) מתאר שלושה גורמים פסיכולוגיים הקשורים לשיקום מוצלח:

1. שליטה: המידה שבה אדם מרגיש שיש לו שליטה ואחריות לגבי תוצאת השיקום שלו. ככל שתחושת השליטה שלו רבה יותר, כך עולה הסיכוי לשיקום מוצלח.
2. הבריאות כערך: הכוונה לערך שאדם מעניק לבריאותו. ככל שהוא מעריך יותר את הבריאות, כן עולה הסיכוי שיסכים עם יעדי הטיפול וישתף פעולה עם תהליך השיקום.
3. חוללות עצמית: המידה שבה אדם מאמין שהוא מסוגל לבצע משימה מסוימת. חוללות עצמית, וביטחון עצמי ביכולת להצליח, מהווים גורמים חיוניים להצלחת השיקום.

### 12.4 הסתגלות פסיכולוגית

Yates (2003) ערך סקירת ספרות על הסתגלות פסיכולוגית, מסוגלות חברתית ושילוב בקהילה, לאחר פגיעה מוחית נרכשת, ועל הקשר שבין גורמים אלה לבין איכות החיים. הוא מתאר את ההסתגלות הפסיכולוגית כביטוי של הצורך של החולה להגיע לקבלה של המוגבלות הנרכשת, כאשר התוצאה של תהליך זה מבוססת על הקשרים בין מערכת הערכים שלו, בגרותו הרגשית ומצב בריאותו הנפשית.

המסגרת המושגית להסתגלות מתבססת על עבודתה של Kubler-Ross (1973) בנושא מוות וגסיסה, לפיה התגובה הנורמלית כוללת שלבים אלה: כעס, הכחשה, הפנמה, התמודדות והמשך החיים. תגובות פתולוגיות כוללות אי-יכולת להתמודד, פניקה, תשישות, הכחשה קיצונית ושינוי אישיות. הגישה כיום לגבי תמיכה בהסתגלות פסיכולוגית של אדם עם מוגבלות נרכשת, מתמקדת בכך שלחולה יהיה תפקיד פעיל בשיקום שלו ובפיתוח אסטרטגיות התמודדות.

Bishop (2005) מצביע על כך שרוב הטיפולים השיקומיים אינם מביאים בחשבון את הרכיב של הסתגלות פסיכולוגית. הוא סבור שכתוצאה מכך אין הבנה מלאה לגבי החשיבות של הסתגלות והתאמה כלפי שיפור איכות החיים של אנשים עם מוגבלות נרכשת. Bishop רואה את ההסתגלות כמבנה רב-ממדי המקביל להשפעה הרב-ממדית של הפגיעה הנרכשת. הוא משתמש בהגדרה של Livneh & Antonak (1997) הכוללת:

1. השתתפות פעילה בפעילויות חברתיות או תעסוקתיות.

2. יכולת להסתדר בסביבה הפיזית.

3. הכרה בכוחות שעדיין קיימים ובמגבלות התפקודיות.

Bishop מדגיש גם שחשוב להתייחס להסתגלות פסיכולוגית כתהליך סובייקטיבי, שבו לכל אדם יש אופן הסתגלות ייחודי משלו למוגבלות נרכשת.

## 12.5 תמיכה חברתית

חלקה השני של הסקירה של Yates (2003) מתייחס לתמיכה חברתית, כמודל חברתי מובנה של מוגבלות, במובחן מן המודל הרפואי. הגדרות חדשות אלה של מוגבלות קשורות לתפיסה של החברה בכללותה את הפרט בעל המוגבלות. במיוחד, מופנית ביקורת כלפי הממסדים הרפואי, החינוכי ושירותי הרווחה, אשר רואים מוגבלות כמחלה. הטענה היא שמצבים פסיכולוגיים שליליים של אנשים עם מוגבלויות נובעים בחלקם מאפליה ומיחס לא מכבד. כפי שטוען Chinnery (1990): "חיייהם של רוב הקורבנות של תהליך המוגבלות מאופיינים בדיכאון, חרדה, שעמום, בדידות, התנתקות, ניכור, ומגוון רגשות אחרים של הרס עצמי. תלות, אבטלה, בידוד, הפרדה, עוני יחסי... ומגוון רחב של מצבים חברתיים חריגים הם הגורמים לרגשות אלה." (עמ' 48).

## 12.6 שילוב חברתי

חלקה השלישי של הסקירה של Yates (2003) בוחן את ההשלכות של שילוב בקהילה של אנשים עם מוגבלויות על איכות חייהם. המודל החברתי של מוגבלות דוגל בשילוב חברתי. בתחום הנוירו-שיקומי קיימת הכרה בכך שגישות מבוססות-קהילה הינן חיוניות לקבלת תוצאות חיוביות. כמובן ששילוב בקהילה איננו יכול להתקיים ללא תמיכה חברתית. לדוגמה, Karlovitz & McColl (1999) בחנו את השתלבותם בקהילה של 11 אנשים עם פגיעה מוחית וזיהו תשעה גורמי עקה (stress) הקשורים לתהליך זה: התמצאות, תחבורה, מצב מגורים, אובדן עצמאות, קשרים חברתיים, בדידות, סדר יום, בעיות בלימודים ובעבודה. כמעט כל הגורמים קשורים הדוקות לאתגרים של תמיכה חברתית רחבה באנשים עם מוגבלות.

## 12.7 דגמים חדשים של שיקום

### א. דגם חוט החיים (*The Life Thread Model*)

Eliss-Hill ואחרים (2008) מתארים את דגם חוט החיים כחלופה לדגמי השיקום המסורתיים ששלטו בדגם הרפואי והתעלמו מן ההשפעה של הסביבה החברתית על מוגבלות נרכשת. דגם חוט החיים שואף להתגבר על המגבלות של הדגם המסורתי, בעזרת:

- ♦ התחשבות במצבו החברתי של האדם ובהשפעתו על המוטיבציה בעבודת השיקום.
- ♦ התייחסות לחולה כאל שותף שווה-ערך ופעיל בתהליך ההחלמה.
- ♦ ראיית האדם עם המוגבלות כמי שיש לו צרכים ייחודיים ואישיים ולא רק במונחים של ליקויים ואובדנים.
- ♦ מודעות גבוהה יותר למצבו הרגשי והקיומי של האדם.

דגם חוט החיים הוא משל לסיפורים המהווים את החוט היוצר את מארג חיינו. הבניית הסיפור מאפשרת לאדם תחושה של זהות, ממקמת את מצבו הנוכחי בהקשר הולם, ופותחת פתח לאפשרויות עתידיות.

### **ב. שיפור ההבנה של תכנון יעדים**

אחד הרכיבים העיקריים של הטיפול השיקומי ב-35 השנים האחרונות היה השימוש ביעדים פרטניים ובתכנון יעדים (Barnes & Ward, 2000).

Levack ואחרים פרסמו בשנת 2006 סקירת ספרות נרחבת על תכנון יעדים והגיעו למסקנה שחשוב להבחין בין המטרות הבאות של תכנון יעדים:

- ♦ שיפור תוצאות של המטופל
- ♦ שיפור האוטונומיה של המטופל
- ♦ הערכת התוצאות
- ♦ היענות לדרישות חוזיות, משפטיות או מקצועיות.

יעדים אלה פועלים במישורים רבים ושונים. לגבי שיפור תוצאות המטופל, נמצא שהיעדים הביאו למוטיבציה של המטופל; שיפרו את הייעודיות של תכנית הטיפול על-ידי הבניה; סייעו להבטיח רווח משני באמצעות תהליך תכנון היעדים עצמו; ושיפרו את עבודת הצוות על-ידי שיפור התקשורת בין אנשי המקצוע למטופל.

לגבי שיפור האוטונומיה של המטופל, נמצא שהיעדים אפשרו למטופלים לפתח מנגנונים ששיפרו את תהליך השיקום שלהם, ושתהליך זה קשור לתוצאות טובות יותר. ניתן גם להשתמש בתכנון יעדים פרטני ככלי העומד בפני עצמו בהערכת האפקטיביות של תכניות שיקום. לדוגמה, סולם הערכת יעדים GAS (Goal Assessment Scale), שימש במחקרים שבחנו את האפקטיביות של טיפולים פיזיותרפיים לאנשים בעלי מוגבלות פיזית וקוגניטיבית חמורה (Brown et al, 1998). לבסוף, נעשה שימוש בתכנון יעדים להתמודדות עם צורכיהם של מממנים של שירותי בריאות, בקרי איכות, מוסדות אקרדיטציה וארגונים מקצועיים, באמצעות תיעוד של יעדי טיפול. עם הלחץ הגובר על המשאבים המוגבלים בתחומי הבריאות והרווחה, יגבר השימוש בתיעוד של טיפולים ספציפיים העומדים ביעדים שהוצבו ובשירותים שמספקים תמורה ברורה להשקעה.

### **ג. עידוד שיתוף קהילתי**

קיימים דגמים רבים של שיקום קהילתי לאנשים עם מוגבלויות (Finkenflugel et al., 2007), כחלק מן המעבר מן הדגם הביו-רפואי לדגם הפסיכו-סוציאלי. Kendall ואחרים (2000) רואים את דגמי השיקום הקהילתי כמקדמים את יכולתו של האדם עם המוגבלות להשיג את יעדיו ולהגיע להשתתפות מלאה בקהילה. הדגם שואף לטפל בפרט בעל המוגבלות בצורה הוליסטית ולאפשר לו לנהל את הטיפול בעזרת תומכים ומשאבים טבעיים הקיימים בקהילה. הם מציינים שקיימים שני רכיבים חיוניים בתכניות שיקום קהילתיות והם:

- ♦ העצמה של המטופל בקבלת החלטות לגבי הטיפול ולגבי חייו.

♦ שילוב קהילתי המבטא את ההכרה בכך שמסגרות רפואיות ומוסדיות לוקות במחסור בתמריצים ולעתים מזיקות לאנשים עם מוגבלויות.

Velema ואחרים (2008) מתארים תכניות שיקום קהילתיות כנסמכות על עובדים קהילתיים מקומיים אשר מדגימים ומלמדים כישורי חיים של היומיום לאנשים עם מוגבלויות. גישה זו עושה שימוש בטכנולוגיה המתקדמת ביותר ובעזרים המקדמים פעילות, ניעות ואוטונומיה.

#### **ד. שיקום תעסוקתי**

רכיב עיקרי נוסף של תכניות השיקום הקהילתיות הוא מתן תמיכה חברתית-כלכלית, בדרך כלל על-ידי סיוע למטופלים למצוא עבודה בשכר. יצוין כי ישנם סוגים רבים של דגמי שיקום תעסוקתי (ראו Velema et al., 2008), כולל:

- ♦ גישור בין מעסיקים פוטנציאליים ואנשים עם מוגבלויות
- ♦ מתן הכשרה מקצועית
- ♦ מתן תמיכה והזדמנויות לתעסוקה עצמאית
- ♦ יצירת סביבה מיוחדת לתעסוקה נתמכת.

בשנת 2006 פיתחו Murphy ואחרים מודל שיקום מקצועי בעבור אנשים עם פגיעה מוחית נרכשת באנגליה. המודל שלהם היה שילוב של תכניות שונות וכלל שלושה רכיבים: הרכיב הראשון כלל מתן הכשרה קוגניטיבית טרום-מקצועית והתנסות מקצועית במקום במשך 12 שבועות. הרכיב השני כלל השמה בעבודה של המטופלים, בתוספת פיקוח ומעקב של מאמן. השמות אלה ארכו על-פי-רוב כשישה עד תשעה חודשים. חלקה השלישי של התכנית כלל סיוע למשתתפים במציאת תעסוקה הולמת, סיוע בהכנת בקשות ופניות, והכנה לראיונות עבודה. סיוע המשכי בנושא תעסוקה עמד לרשות המשתתפים למשך תקופה של עד חמש שנים. תוצאות המודל הזה הצביעו על כך ש-72% מבוגרי התכנית המשיכו לפעילות עצמאית משמעותית, כולל 41% שהשיגו עבודה בשכר בשוק הפתוח.

#### **ה. טכנולוגיות מסייעות**

עידן הטכנולוגיה המודרנית מספק אפשרויות רבות לשיפור האוטונומיה והעצמאות של אנשים עם מוגבלויות נרכשות. Yates (2003) מתאר כיצד מערכות שליטה סביבתיות מאפשרות למטופלים לתקשר, להפעיל אות מצוקה, לתפעל מערכות אינטרקום או מתגי חשמל, לנהוג במכוניות מיוחדות וכדומה. היתרונות של השימוש בטכנולוגיות אלה הם עצמאות רבה יותר, חיזוק תחושות של ערך עצמי ואושר, והרגשה של יותר שליטה על הסביבה (Harmer & Barkheit, 1999).

טכנולוגיה נוספת שנמצאה בעלת פוטנציאל משמעותי לשיפור חייהם של אנשים שחוו פגיעה מוחית היא השיקום הקוגניטיבי (לדוגמה, Ponsford & Willmott, 2004). בגישה זו משתמשים באבזרים, כגון איתורית, אזעקה, יומן אלקטרוני ומחשב נייד, להשגת עצמאות קוגניטיבית מוגברת. בנוסף, פותחה תוכנה מיוחדת כדי לסייע לנפגעי מוח לבנות מחדש חלק מן היכולות הקוגניטיביות שאבדו, וכפי שתואר לעיל, לתמוך בפיתוח כישורים ספציפיים שניתן להשתמש בהם במסגרות תעסוקתיות.

## 13. שימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות

### תקציר

- ♦ קיים פער משמעותי בשימוש במחשב בין בעלי מוגבלות לבין אנשים ללא מוגבלות: 51% מבעלי מוגבלות בינונית ו-24% מבעלי מוגבלות קשה משתמשים במחשב, לעומת 71% מהאנשים ללא מוגבלות.
- ♦ לשימוש במחשב יש תרומה משמעותית לחיי בעל מוגבלות: 30% דיווחו שהאינטרנט שיפר בצורה משמעותית את היכולת לתקשר עם החברים והמשפחה.
- ♦ כ-50% שיפרו משמעותית את יכולתם להתעדכן על אודות העולם הסובב אותם.
- ♦ החסמים בשימוש במחשב הם רבים:
  - עלות כספית
  - נגישות האתרים
  - הכשרה ולימוד אופן השימוש מותאמים לצורכיהם.

### 13.1 מבוא

התפשטות השימוש במחשב ובאינטרנט בשנים האחרונות, טומנת בחובה פוטנציאל רב לאנשים בעלי מוגבלויות. האינטרנט מציע שפע של מידע ואינטראקציות שאנשים בעלי מוגבלות מתקשים להשיג באופן אחר, בשל קשיי נגישות. באמצעות עזרים מיוחדים המותאמים לשימוש בעלי מוגבלויות, המחשב יכול להוות כרטיס כניסה לחיים חברתיים ומקצועיים; ולאפשר חיים קלים יותר מבחינות רבות, החל מקניית מזון ומצרכים לבית, דרך קבלת מידע רפואי, ועד ליצירת חברויות וירטואליות והיכרויות רומנטיות.

למרות נחיצות המחשב לתפקודו השוטף של אדם בעל מוגבלות, מדיווחים על אודות השימוש במחשב עולים פערים גדולים בהשוואה בין אנשים עם וללא מוגבלות.

### 13.2 שכיחות השימוש במחשב ובאינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות בארץ

#### ובעולם

ניתוח נתוני סקר ארצי מייצג שנעשה בארצות-הברית על-ידי לשכת התעסוקה בשיתוף עם הלשכה לסטטיסטיקה שם בשנת 2003, מציג פער משמעותי בשימוש במחשב בקרב אנשים בעלי מוגבלות לעומת היתר, ומעלה הבדלים בשימוש במחשב בקרב אנשים בעלי מוגבלות לפי סוג לקות ( Dobransky & Hargittai, 2006).

להלן יוצגו השיעורים המדווחים לשימוש במחשב ביתי ולגלישה באינטרנט בקרב אנשים בעלי מוגבלות - לפי סוג מוגבלות, ובהשוואה לכלל האוכלוסייה ללא מוגבלות בארצות-הברית.

**לוח 76: שימוש ביתי במחשב ובאינטרנט לפי מוגבלות בארצות-הברית (באחוזים)**

משתמשים במחשב בבית		גולשים באינטרנט בבית	N=54,956
58	54	54	ללא מוגבלות
30	26	26	בעלי מוגבלות
<b>לפי סוג מוגבלות:</b>			
26	23	23	עיוורון או כבדות ראייה
29	26	26	חירשות או קשיי שמיעה
28	24	24	מוגבלות בהליכה
30	26	26	קושי בהקלדה
22	19	19	קושי ביציאה מן הבית לבד
22	19	19	ריבוי לקויות

מקור: Dobransky & Hargittai, 2006

שיעור האנשים המשתמשים במחשב בביתם כפול בקרב אנשים ללא מוגבלות לעומת בקרב אנשים בעלי מוגבלות (58% לעומת 30% בהתאמה), ושיעור האנשים שאינם מוגבלים המשתמשים באינטרנט בביתם אף יותר מכפול (54% לעומת 26%). בבחינת ההבדלים בין בעלי הלקויות השונות, מדווחים שיעורי שימוש דומים בקרב בעלי לקות בראייה, שמיעה, מוגבלות בהליכה או קושי בהקלדה (בין רבע לשליש), אך שיעור נמוך במקצת מבין המתקשים לצאת לבד מהבית, או בקרב הסובלים מריבוי לקויות (כחמישית).

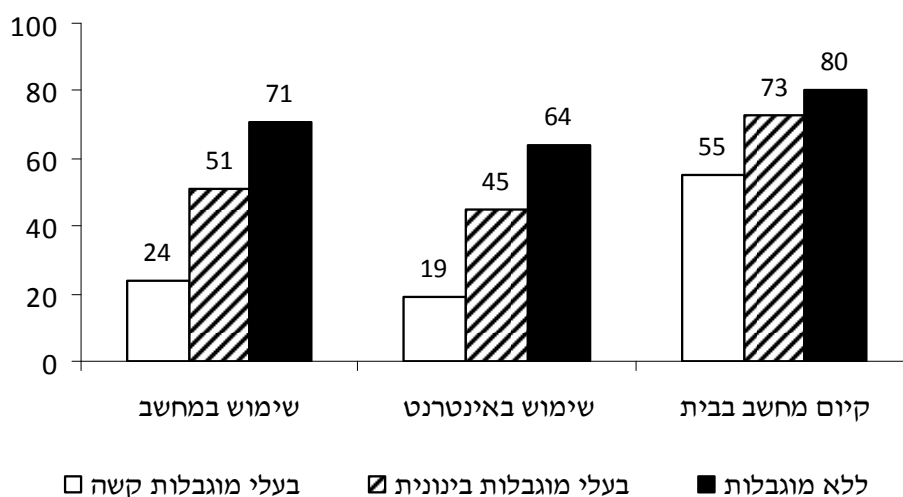
כדי לבדוק את ההשפעה העצמאית שיש למוגבלות על השימוש במחשב, נערכה במחקר של Dobransky & Hargittai בדיקת מודל רגרסיה לוגיסטית. בפיקוח על משתנים דמוגרפיים, כגון גיל, מגדר, מוצא, השכלה, הכנסה וכד', נמצא שלעצם המוגבלות יש השפעה עצמאית מובהקת על השימוש במחשב, וכי אנשים בעלי מוגבלות משתמשים פחות במחשב, לעומת האנשים ללא מוגבלות. בשלב הבא, נבדקה ההשפעה של סוג הלקות. עוד נמצא שללקות בשמיעה או למוגבלות בהליכה לא נמצאה השפעה על השימוש במחשב, אך מוגבלויות הקשורות באופן ישיר לשימוש במחשב כמו לקות ראייה וקושי בהקלדה כן מהוות חסם משמעותי לשימוש במחשב.

בישראל, נבדק השימוש במחשב בקרב כלל האנשים, כולל בקרב בעלי מוגבלות שאינם מוכרים לרשויות, ובקרב מי שאינם מקבלים קצבת נכות מן המוסד לביטוח לאומי (הלמ"ס, סקר חברתי 2005; רימרמן ואחרים, 2006). בסקר החברתי של הלמ"ס ב-2005, מובאים נתוני שימוש במחשב לפי מידת המוגבלות.

כפי שניתן להתרשם מן התרשים שמובא שם (תרשים 5), גם בישראל קיים פער משמעותי, בדומה לזה המדווח בארצות-הברית, בין בעלי מוגבלות לבין אנשים ללא מוגבלות בשימוש במחשב. ראשית, בבדיקת הימצאות של מחשב בדירה מדווחת שכיחות נמוכה יותר אצל אנשים בעלי מוגבלות: 55%- ו-73% בקרב אנשים בעלי מוגבלות קשה ובינונית בהתאמה, לעומת 80% ביתר האוכלוסייה. שנית, הפערים בין אנשים בעלי מוגבלות לאנשים ללא מוגבלות בשימוש במחשב ובאינטרנט גדולים עוד יותר: בקרב אנשים ללא מוגבלות 71% משתמשים במחשב, לעומת פחות מ-51% המשתמשים במחשב בקרב בעלי מוגבלות בינונית, ו-24% בקרב בעלי מוגבלות קשה. שיעור בעלי המוגבלות הגולשים

התרשים הבא מציג פערים בשכיחות בשימוש במחשב בישראל לפי מידת מוגבלות.

**תרשים 5: פערים בקיום ובשימוש במחשב ובאינטרנט בישראל, לפי מידת מוגבלות**



מקור: סקר חברתי של הלמ"ס

במחקר של רימרמן ואחרים שבוצע ב-2006, נערכה דגימה ארצית מייצגת של 600 אנשים בעלי מוגבלות, שזווגו ל-600 אנשים לא מוגבלים, שהוו את קבוצת הביקורת של המחקר. נושא המחקר היה בדיקת המעורבות החברתית של בעלי מוגבלות בישראל, ובתוך כך נבחנה גם מידת השימוש במחשב, ותרומתו למעורבות החברתית של בעלי המוגבלות. בדוח נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות, המבוסס על הסקר החברתי של הלמ"ס (פלדמן ובן משה, 2007), דווח על פער משמעותי בשיעור השימוש באינטרנט בין הקבוצות, כאשר בקרב בעלי המוגבלות (ללא הבדל במקום המגורים - בערים גדולות או בפריפריה) רק 37% משתמשים באינטרנט לעומת 61% בקרב הלא מוגבלים. בהשוואה בתוך קבוצת בעלי המוגבלות, דווחו כמה פערים משמעותיים בשימוש במחשב לפי המאפיינים הבאים:

תעסוקה - שיעור המשתמשים באינטרנט בקרב בעלי מוגבלות עובדים הוא 60%, לעומת 23% בקרב בעלי מוגבלות שאינם עובדים.

סוג ההכרה במוגבלות - כ-30% ממקבלי קצבת נכות כללית (המוסד לביטוח לאומי) משתמשים במחשב, לעומת 61% בקרב נכי איבה, עבודה וביטחון. שיעור השימוש במחשב בקרב אנשים שאינם מוכרים אך מגדירים את עצמם כבעלי מוגבלות (כפי שיוצג בהמשך), עומד על 42%.

חומרת המוגבלות - כמחצית מן האנשים עם מוגבלות קלה ובינונית משתמשים באינטרנט לעומת כרבע מן האנשים עם מוגבלות קשה וקשה מאוד.

כאשר נבדקו הבדלים בשעות הגלישה, בקרב המשתמשים במחשב, לא נמצאו הבדלים בין בעלי מוגבלות ללא מוגבלים, וגם לא לפי המאפיינים האחרים.

### 13.3 תחומי השימוש באינטרנט

לאחר הצגת הפערים בעצם השימוש במחשב ובאינטרנט, נשאלת השאלה האם מידת השימוש באינטרנט שונה בקרב האנשים שהמחשב והאינטרנט נגישים להם? או, מה הם הפערים במעורבות בתחומים שונים שמציע המחשב בהשוואה בין אנשים בעלי מוגבלות לבין יתר האוכלוסייה ללא מוגבלות?

כמענה לשאלה זו בדקו Dobransky & Hargittai (2006) 15 פעילויות שונות ובהן: שימוש בדוא"ל/מסרים מהירים, רכישת מוצרים ושירותים, עדכון חדשות/מזג אוויר/ספורט, משחקי מחשב, בנקאות ממוחשבת, ועוד. החוקרים מצאו שברוב הפעולות שנבדקו, שיעור המעורבים בפעילויות בקרב אנשים ללא מוגבלות היה גבוה יותר לעומת בקרב בעלי מוגבלות. שיעור בעלי המוגבלות היה גבוה יותר בשלושה תחומים: חיפוש מידע רפואי, חיפוש מידע על שירותים ממשלתיים, ומשחקים. הצורך הרב יותר במידע רפואי מובן בשל המוגבלות, ונראה שלאור העובדה שרבים מהם לא עובדים, משחקי מחשב הם דרך טובה להעביר את הזמן. לגבי מידע ממשלתי, ייתכן שבנוסף על הצורך הרב בשירותים אלה בקרב בעלי מוגבלויות, אתרי הממשלה מונגשים על פי החוק האמריקני (כפי שיוצג בהמשך), מה שיכול להסביר את היתרון של בעלי מוגבלות בגלישה באתרים אלה. עם זאת, השיעור של הורדת טפסים ממשלתיים באמצעות המחשב זהה בקרב שתי הקבוצות, ושיעור המילוי והשליחה של טפסים ממשלתיים באמצעות המחשב נמוך יותר בקרב בעלי מוגבלות, מה שיכול לרמוז על כך שככל הנראה שימוש בטפסים ממשלתיים מחייב התאמה רבה יותר לבעלי מוגבלות.

בבדיקת השימוש בשירותי מחשב בישראל, התמקדו החוקרים במעורבות בפעילויות חברתיות בלבד, ללא התייחסות ליתר השירותים שנמנו לעיל (רימרמן ואחרים, 2006). ליתר דיוק, במחקר זה בדקו באיזו מידה האינטרנט השפיע על היכולת לבצע פעולות חברתיות. כ-30% דיווחו שהאינטרנט שיפר בצורה משמעותית את היכולת לתקשר עם חברים ומשפחה, כחמישית דיווחו על שיפור משמעותי בקשר עם אנשים בעלי תחומי עניין דומים, קרוב למחצית שיפרו משמעותית את היכולת להתעדכן על אודות העולם הסובב, ולמעלה משליש מרגישים יותר מחוברים/שייכים לעולם בצורה משמעותית בגלל השימוש באינטרנט.

**לוח 77: פעולות חברתיות באינטרנט לפי קיום מוגבלות (באחוזים)**

שיפר בצורה משמעותית	שיפר במידה מסוימת	לא השפיע כלל	
			<b>לתקשר עם חברים ומשפחה (דרך דוא"ל, מסנג'ר וכד')</b>
28.3	29.8	42.0	נכים
28.3	31.3	40.4	לא נכים
			<b>ליזום קשר עם אנשים בעלי תחומי עניין וחוויות דומים לשלי</b>
19.4	25.2	55.3	נכים
13.3	25.5	61.2	לא נכים
			<b>לקחת חלק בארגונים בקהילה שלי</b>
5.9	10.8	83.0	נכים
3.6	11.1	85.2	לא נכים
			<b>להתעדכן על אודות העולם הסובב אותי (דרך עיתונים, מאגרי מידע באינטרנט)</b>
46.1	38.8	15.0	נכים
49.3	37.4	13.3	לא נכים

מקור: רימרמן ואחרים, 2006

בכל התחומים הללו דווחו שיעורים דומים של שיפור משמעותי בקרב המדגם המזווג, משמע בקרב האנשים שיש ברשותם מחשב, היכולת של אנשים בעלי מוגבלות להפיק שיפור משמעותי במעורבות חברתית לא נופלת מזו של אנשים ללא מוגבלות. בנוסף לכך, נבדקה המידה בה האינטרנט שיפר את איכות החיים של המשתתפים במחקר. בקרב בעלי המוגבלות, 36% דיווחו על שיפור במידה רבה, 49% על שיפור במידה מסוימת, ורק 15% דיווחו שהאינטרנט לא השפיע כלל על איכות חייהם. חשוב לציין שבקרב בעלי מוגבלות קשה מאוד, דווחו שיעורים גבוהים מאוד של שיפור משמעותי באיכות החיים - 58%, שיעור שגבוה ב-16 נקודות האחוז מזה שדווח בקרב הלא מוגבלים (רימרמן ואחרים, 2006).

בסקר למ"ס 2006 נמצא שכמחצית בעלי מוגבלות משתמשים במחשב, משתמשים בו לצורכי עבודה, שליש לצורך לימודים ולצורך משחקים, ורובם גלשו באינטרנט.

### **13.4 חסמים בשימוש במחשב**

לאחר הצגת הפערים בשימוש במחשב, נשאלת השאלה מה גורם לפערים אלה, או, במילים אחרות, מה הם החסמים העומדים בפני בעלי מוגבלויות בשימוש במחשב ובאינטרנט.

ניתן למנות כמה חסמים בשימוש במחשב בקרב אנשים בעלי מוגבלות, ובהם העלות הכספית, נגישות אתרים והכשרה בשימוש במחשב.

#### **א. עלות כספית**

רכישת מחשב לשימוש ביתי הינה הוצאה משמעותית למשפחה רגילה, ובוודאי לאדם שאינו עובד ומתקיים מקצבת נכות. בנוסף לעצם רכישת המחשב, נדרש אדם בעל מוגבלות לממן גם את אבזרי העזר הטכנולוגיים הנחוצים לו לשימוש יומיומי במחשב. לעתים קרובות, מחירם של אבזרים אלו

## **ב. נגישות אתרים**

כדי לאפשר התאמה של התכנים שבאינטרנט לצורכי אנשים בעלי מוגבלות, על האתר המספק אותם להיות אתר נגיש, משמע, אתר שיכול להיות מותאם באמצעות תוכנות או אבזרי עזר טכנולוגיים אחרים, כפי שנקבע על-ידי ה-WAI (Web Accessibility Initiative) בקובץ הנחיות וטכניקות למפתחי אתרים. איגוד האינטרנט הישראלי ISOC-IL בשיתוף עם עמותת "נגישות ישראל", יזמו את תו "אתר גמיש" שהצבתו באתר מעידה על כך שהינו עומד בקובץ ההנחיות הנ"ל, ושהינו אתר נגיש. לדבריהם, התוספת הכספית הכרוכה בפיתוח אתר נגיש לעומת אתר לא נגיש היא כ-2% מתקציב הפיתוח, אך עלות ההנגשה בדיעבד של אתר קיים, גבוהה הרבה יותר.

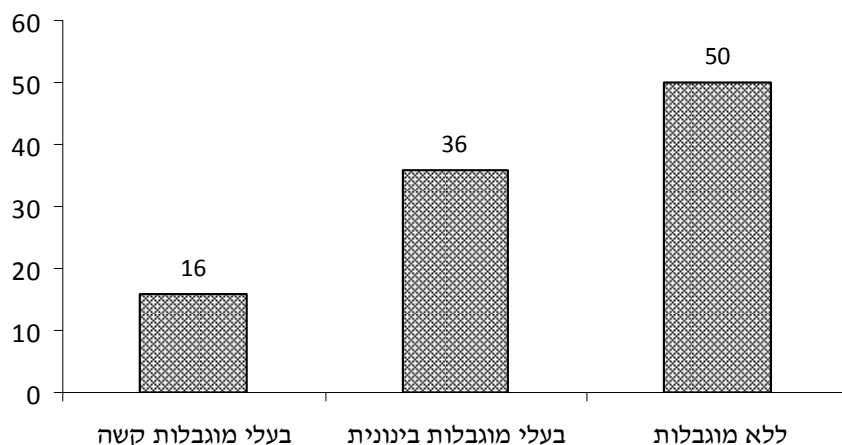
במחקר אמריקני שבדק נגישות של אתרים המספקים מידע רפואי לאנשים עם מוגבלויות, נמצא, שאף אחד מן האתרים שנבדקו (108 במספר) לא היה נגיש לגמרי לאנשים בעלי מוגבלות, אם כי באתרים ממשלתיים או אתרים של מידע חינוך/השכלה רפואית (educational health information) הנגישות היתה גבוהה יותר מבאתרים אחרים (Zeng & Parmanto, 2004).

מגבלת נגישות נוספת נובעת מכך שאתרים רבים כתובים בשפה האנגלית. גם בשליטה בשפה האנגלית מצויים אנשים בעלי מוגבלות בנחיתות מול היתר בפער של 25 נקודות האחוז, לפי מידע המופיע בסקרים החברתיים (תרשים 6).

---

<sup>6</sup> ליתר פירוט ראה קישור לאתר : <http://www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-2985539,00.html>

## תרשים 6: ידיעת השפה האנגלית ברמה טובה-טובה מאוד, בגיל 20-64 לפי מידת מוגבלות



מקור: הלמ"ס, סקר חברתי 2006

### ג. הכשרה

חסם נוסף בשימוש במחשב הינו מחסור בהכשרה ובלימוד אופן השימוש במחשב שיותאמו לצורכיהם המיוחדים של אנשים בעלי מוגבלות. הכשרה מותאמת מחייבת מדריך שמודע לאופן הפעלת והתאמת אבזרי העזר הטכנולוגיים, כמו גם לקשיי לימוד אחרים הנובעים מן המוגבלות (בעיות בקשב וריכוז, בעיות בתקשורת אנושית, הפרעות התנהגות וכד'). חברת מיקרוסופט מממנת ומפעילה ב-50 מדינות בעולם פרויקט בינלאומי שנקרא: "פוטנציאל ללא גבולות" להנגשת המחשב לבעלי מוגבלויות. בשנת 2004 הורחב הפרויקט הקהילתי של מיקרוסופט גם לישראל, ובשיתוף עם החברה למתנ"סים, עמותת נגישות ישראל ועמותת איל"ן, הוקם מיזם מרכזי מחשוב לאנשים עם מוגבלויות. מטרת הפרויקט היא להקים כיתות מחשב נגישות במרכזים הקהילתיים של החברה למתנ"סים בהן יוכלו אנשים עם מוגבלויות ללמוד שימושי מחשב בסיסיים ומתקדמים, וליהנות מגישה חופשית למחשבים. פרויקט זה נקרא בשם "בית החלונות", ועד כה נפתחו בארץ 13 כיתות נגישות במרכזים השונים.

במכון קארטן בחיפה,<sup>7</sup> ניתנות הכשרות פרטניות וקבוצתיות לשימוש במחשב לבעלי מוגבלויות בכלל, ולחירשים בפרט, כאשר קהל היעד המרכזי לקורסים אלה הם אנשים בעלי מוגבלות בתהליך שיקום, וניתן דגש להשתלבות בתעסוקה. במכון קארטן ניתן גם ייעוץ לאנשי מקצוע ולמוסדות בהתאמת המחשב לבעלי מוגבלות, לאנשים עם פיגור שכלי ולקשישים בעלי מוגבלות. השירות כרוך בתשלום ובקבלת מכסה ממשרד הרווחה והשירותים החברתיים, והדבר מהווה חסם לאנשים רבים. כלומר, מסיבה זו הפוטנציאל של קורסים אלה אינו בא לידי מימוש. מלבד התכניות האלה, ישנם כמה קורסים מצומצמים בכמה מקומות בארץ ובהם חוגי מחשב לבעלי מוגבלויות בכמה מסגרות דיוור מוגן (למשל באק"ים אשקלון), או בבית לוינסטיין ברעננה ובמרכז לחיים עצמאיים בירושלים, אך ההכשרות האלה ניתנות בהיקף מצומצם.

<sup>7</sup> ראה קישור לאתר של מכון קארטן <http://hw.haifa.ac.il/clinicalcenter/hebrew/karten.htm>

לסיכום הצגת החסמים יצוין שבחלק מן המקרים מדובר בחסמים הנובעים באופן ישיר מעצם המוגבלות, מה שמחייב התאמת אבזרי עזר טכנולוגיים (assistive technology) לשם פיצוי על הלקות, כמו, למשל, תוכנה המקריאה את הטקסט המופיע על צג המחשב בעבור אנשים עיוורים. במקרים אחרים החסמים נובעים באופן עקיף ממאפיינים שונים בהם קיימים הבדלים סטטיסטיים בין אנשים בעלי מוגבלות לבין אנשים אחרים, כמו, למשל, פערים ברמת ההכנסה, בשליטה בשפה האנגלית וכד', או מחוסר נגישות של אתרי האינטרנט. נראה, שלשם הגברת השימוש במחשב בקרב אנשים עם מוגבלות, אין די במציאת עזרים טכנולוגיים המותאמים אישית לכל אדם, ויש צורך בשילוב של פתרונות ובהסרת חסמים סביבתיים, כמו בעיות בנגישות האתרים עצמם (Turpin et al., 2005).

### **13.5 הנגשת השימוש במחשב על פי החקיקה בארץ ובארצות-הברית**

ההתייחסות הספציפית בישראל להנגשת המחשב לבעלי מוגבלויות היא מצומצמת למדי, והוראות ההנגשה אינן מפורטות למעשה. בחודש מארס 2005 התקבל תיקון לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח-1998, כולל פרק על הנגישות. לפי הפרק, כל מקום ציבורי וכל שירות ציבורי חייבים להיות נגישים לאנשים עם כל סוגי המוגבלויות. על פי החוק, נגישות משמעה "אפשרות הגעה למקום, תנועה והתמצאות בו, שימוש והנאה משירות, קבלת מידע הניתן או המופק במסגרת מקום או שירות או בקשר אליהם, שימוש במתקניהם והשתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בהם, והכל באופן שוויוני, מכובד, עצמאי ובטיחותי" (סעיף 19א לחוק השוויון). עוד מדגיש החוק, כי הנגישות כוללת, בין היתר, "אמצעים מותאמים לאנשים עם לקויות ראייה או לקויות למידה... לקויות שמיעה... מידע בשפה המובנת לאדם עם מוגבלות שכלית ועוד". במסגרת זו מחויב באופן רחב ומקיף מתן מידע מונגש לבעלי מוגבלויות על-ידי מוסדות ציבור, ובתוך כך נכללת גם רשת המידע האינטרנטי. החוק מאפשר מתן פטור מהנגשה לבעלי עסקים פרטיים שביצוע החוק בהקשר הזה עלול להוות נטל כלכלי כבד עליהם. משרדי ממשלה, רשויות מקומיות, קופות-חולים, מוסדות ציבור, וכיוצא באלה, לא יכולים ליהנות מקבלת הפטור, ומחויבים בביצוע ההסדרים הנדרשים למתן מידע באופן שוויוני ומונגש.

החקיקה בתחום הזה בארצות-הברית מפורטת הרבה יותר מאשר בישראל, וכוללת תקנים טכנולוגיים של יישומי תוכנה ומערכות הפעלה, יישומים ומידע של אינטרנט, שולחנות עבודה ומחשבים ניידים, מידע, תיעוד ותמיכה ועוד (Rehabilitation Act-ב section 508 משנת 1973). גם שם ניתן פטור מהחלת החוק כאשר מדובר בנטל בלתי ראוי, ובאופן כללי חובת ההנגשה מחייבת את הרשויות הפדרליות השונות (מתוך תרגום של מיקרוסופט ישראל לחוק הנ"ל).

## 14. סוגיות שעלו מתוך ראיונות עם אנשי מפתח

### 14.1 רקע

במסגרת הפרויקט רואיינו 49 אנשי מפתח בתחום המוגבלויות בישראל שכוללים קובעי מדיניות ושותפים למסד נכויות; נציגי רשויות הרווחה; בכירים בארגונים ובעמותות; נציגי ארגוני נכים ואנשים עם מוגבלות; נציגי המגזר השלישי; ואנשי אקדמיה. הפרק הנוכחי מבוסס על ניתוח ראיונות אלה. רשימת בעלי התפקידים שרואיינו מובאת בנספח 2.

### הנושאים העיקריים שנכללו בראיונות:

1. שירותים ותשתיות החסרים כיום לאנשים עם מוגבלויות (בני 21-64) המתגוררים בקהילה, וסדר העדיפות שלהם.
2. קבוצות באוכלוסייה שרמת ההזדקקות שלהם לשירותים בקהילה היא גבוהה יותר כיום, וקבוצות שהצפי לגביהן הוא צרכים גבוהים יותר בעתיד.
3. תחומים מרכזיים שבהם יש ערך מוסף לשיתוף פעולה בין ארגונים; איתור הגורמים המסייעים לקידום שיתוף פעולה אפקטיבי בין-משרדי ובין-ארגוני.
4. תכניות המתאימות לבעלי מוגבלויות שונות עם מגוון צרכים (תכניות לאנשים עם מוגבלויות מרובות).
5. תכניות בעלות סיכוי גבוה להמשכיות ותכניות בעלות סיכוי גבוה לשיתוף פעולה בין-משרדי ובין-ארגוני.

## 14.2 איתור השירותים והתשתיות החסרים כיום לאנשים עם מוגבלויות

### (בני 21-64) המתגוררים בקהילה

המרואיינים נשאלו אלה שירותים לאנשים עם מוגבלויות (בני 21-64) אינם קיימים כלל, או שהם אינם מעוגנים בתקנות מסודרות, ויש לפתח אותם. מספר מרואיינים ציינו את הצורך בעיגון שירותים בחקיקה לגבי קבוצות של אנשים בעלי מוגבלות שלגביהן לא נקבעה זכאות בחקיקה. חקיקה קיימת רק לגבי אנשים עם פיגור שכלי ובעלי מוגבלות נפשית של 40% ומעלה.

מרואיינים שונים ציינו תחומים שונים וכן הביאו את המלצותיהם לשינוי המצב הקיים. בלטה העובדה כי הושג עושר תוכני ורעיוני, משום שהמרואיינים הגיבו לשאלה מנקודות מבט שונות, בהתאם לתפקידם או לניסיונם האישי.

בהמשך המסמך נתאר את עיקר תחומי השירות אשר לגביהם קיים מחסור רב, לדעת המרואיינים, במיוחד בשירותים הניתנים לאוכלוסיות בעלות צרכים מיוחדים. חלק מהשירותים צוינו כחסרים בהקשר לאוכלוסייה ספציפית; חלקם האחר הועלו באופן כללי. כמו-כן, נתייחס בקצרה לעיגון השירותים בחקיקה, על-פי דיווחי המרואיינים.

## **א. השירותים החסרים** **(1) הסעות**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות בפריפריה, אוטיסטים, בעלי פיגור שכלי ולקויות קוגניטיביות, ובעלי ליקויי ראייה.
- ♦ נושא ההסעות, המצריך תיקון חקיקה, עלה כנושא בעל חשיבות רבה, לדעת אחת המרואיינות, במיוחד באזורי הפריפריה (צפון ודרום הארץ, ובייחוד אזור הנגב). לדבריה, היום אין חובה בהסעות למוסדות לימוד או למקומות העבודה. לעתים קרובות, חובת ההסעות נופלת על בני המשפחה, דבר העלול לגרום לנשירה מעבודתם. כפי שצינו מספר מרואיינים בעלי תפקידים שונים, היעדר הסעות בצפון הארץ ובדרומה גורם לאי-ניצול של השירותים הקיימים. לדוגמה, המועדונית בעבור הלוקים באוטיזם שהופעלה במשך שלוש שנים בתל אביב נסגרה בגין היעדר התקציב להסעות.

## **(2) נגישות פיזית ותקשורתית**

בדומה לנושא ההסעות, הנגשה מהווה "תנאי מוקדם" לכל תחומי השירות, לדעת חלק מהמרואיינים. מדובר במספר סוגי הנגשה, כאשר מה שמאפיין את כולם זו האפשרות המלאה הניתנת למוגבל להרגיש בעזרתם כמו "אדם רגיל" המסוגל לצרוך את השירותים הקיימים, לתקשר עם אנשים אחרים, לקרוא טקסטים וכדומה. ללא ההנגשה אנשים עם מוגבלויות שונות לא יוכלו לצרוך את שירותי היסוד הקיימים, כולל מבני ציבור ובתי שימוש, תחבורה, מרפאות ובתי-חולים, מרכזי תעסוקה, מקומות דיור, מוסדות לימוד וכו'.

## **ב. הנגשה פיזית**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות פיזית, בעלי מספר נכויות, אוטיסטים, בעלי מוגבלות הגרים בפריפריה.
- ♦ כפי שצוין, המרואיינים התייחסו למספר סוגי ההנגשה, בהם נגישות פיזית בתוך הבית ומחוצה לו. נגישות פיזית מושגת הן באמצעות אמצעים פיזיים (רמפות, מעליות וכד'), והן על-ידי עזרים מסייעים וציוד רפואי אישי. אם כי לדעת חלק מהמרואיינים, נציגי הארגונים השונים, יש הרבה מה לשפר בהנגשה הפיזית של מבנים ושירותים, אחד המרואיינים הדגיש כי עד כה הושקע תקציב רב בהנגשת התחבורה הציבורית ומוסדות אקדמיה, אך למרות זאת דרושים עוד מאמצים בתחום זה. כמו-כן, דרוש מידע לגבי מקומות נגישים על-מנת שבעלי מוגבלות יוכלו לנצל הנגשה זו.

## **ג. ציוד רפואי ועזרים מסייעים**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות קשה, חירשים, עיוורים.
- ♦ בנוסף להנגשת המבנים, גם מכשור רפואי אישי הועלה כתנאי בסיסי להנגשה. מכשירים רפואיים אמורים להינתן על-ידי קופות-החולים, אולם נושא זה אינו מעוגן בחקיקה, וכרגע יש מחסור בציוד בסיסי, ובעיקר בכיסאות גלגלים לבעלי מוגבלות קשה. נושאים חשובים נוספים ברמת הציוד: מכשירי שמיעה (זו הוצאה רצינית, כאשר קופות-החולים תורמות השתתפות קטנה מאוד), עזרים מסייעים לתקשורת אלטרנטיבית (כגון מחשב בעבור בעלי מוגבלות שאינם מסוגלים לדבר).

קיים קשר הדוק בין מידת ההנגשה של מבנים ושטחים ציבוריים לבין השימוש בציוד ובמכשור רפואי. חלק מהאנשים נמנעים מהשימוש בציוד הרפואי המותאם (כגון כיסאות גלגלים) בגין הנגשה בלתי מספקת של סביבתם הפיזית המיידית, למשל, בניין או דירת המגורים.

#### **ד. נגישות מחשב**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כל אוכלוסיות בעלי המוגבלויות.
- ♦ מספר מרואיינים התייחסו לחשיבות הנגשת המחשבים בעבור בעלי המוגבלויות. נגישות המחשב נתפסה הן כחלק משמעותי מהנגישות הכללית יותר למידע, הן כצד חשוב ביצירת קהילות בעלי מוגבלויות וקשירת קשרים חברתיים עם האוכלוסייה הרחבה, והן כדרישה בסיסית לחלק משמעותי מהתפקידים המוצעים היום בשוק העבודה.

#### **ה. הנגשת המידע**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כל אוכלוסיות בעלי המוגבלויות, ומשפחות של בעלי מוגבלות ובעלי מוגבלות נרכשת.
- ♦ היבט נוסף של ההנגשה מתייחס להתאמת התקשורת הבין-אישית לצורכיהם המיוחדים של בעלי המוגבלות. כחלק מנושא זה, מספר מרואיינים העלו את חשיבותה הרבה של הנגשת המידע לגבי הזכויות והשירותים הקיימים. היעדר מידע מותאם ונגיש מהווה אחת הסיבות הבולטות לאי-ניצול השירותים הקיימים. לדוגמה, התאמת דירות המגורים בקהילה אינה מספקת לשם ניצול יעיל של שירותי הדיור, אלא חייב להיות מידע נגיש וזמין על אודות השירותים הקיימים. קיימים ערוצי העברת מידע שונים, כגון שימוש במרכזי מידע טלפוניים, באינטרנט או בחומר מודפס (בעזרת עלונים ופרסומים נוספים). העברת מידע לגבי הזכויות והשירותים חשובה בעיקר לבעלי מוגבלות נרכשת. במיוחד הודגש הצורך של הנגשת מידע בשפה הערבית שכמעט אינו קיים.

#### **ו. הנגשת שירותי הבריאות**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כלל בעלי המוגבלות, נשים בעלות מוגבלות, הורים בעלי מוגבלות.
- ♦ יש צורך בהתאמה והנגשה של כל אחד מהשירותים הקיימים. חשיבות מיוחדת יוחסה להנגשת השירותים הרפואיים והפרה-רפואיים לצורכיהם המיוחדים של בעלי המוגבלויות השונות. יש צורך להקים מרפאות מיוחדות שיספקו שירותים רפואיים, פרה-רפואיים ושירותי בריאות הנפש, במיוחד בעבור בעלי המוגבלויות. לא מדובר אך ורק בהנגשה פיזית של המבנים, אלא גם בהכשרה מיוחדת של אנשי מקצועות הרפואה להתמחות בטיפול בבעלי המוגבלויות מסוגים שונים. לבעלי מוגבלויות פיזיות, שכליות ואחרות, יש צרכים רפואיים ודרכי תקשורת ייחודיים, ויש צורך להדריך ולהכשיר את אנשי מקצועות הרפואה בתחומי ההתמחות השונים, כמו אורתופדיה או

מספר מרואיינים התייחסו באופן מיוחד לחשיבות ההנגשה של שירותי בריאות הנפש. יש להתאים את הטיפול הפסיכולוגי והטיפול הפסיכיאטרי במיוחד לבעלי המוגבלויות. היום ישנם קשיי נגישות בקבלת טיפולים אלה: תורי המתנה ארוכים, ריכוז השירותים בבתי-חולים או במרפאות מיוחדות. חלק מהאנשים מעדיפים שלא להגיע למקומות אלה עקב החשש מהדבקת תוויות סטיגמטיות. לפי מספר מרואיינים, השלמת הרפורמה בשירותי בריאות הנפש והכנסתם לאחריות קופות-החולים, בדומה לכלל שירותי הבריאות, עשויים להפוך את השירות לפחות סטיגמטי וכתוצאה מכך, לנגיש יותר.

## **ז. הנגשת ההליך הפלילי**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: הורים בעלי מוגבלות, בעלי מחלות נפש, בעלי ליקוי שכלי.
- ♦ בנוסף להנגשת שירותי הבריאות, מרואיין אחד התייחס באופן ספציפי לחשיבות ההנגשה של ההליכים הפליליים בעבור אנשים עם בעיות קוגניטיביות ונפשיות. לדבריו, בפועל, לא קיימים הליכי מאסר/מעצר המותאמים לאוכלוסייה זו. אם כי קיימת בשבילם אפשרות של עבודות שירות, היא אינה מיושמת בפועל. בנוסף לכך, בשונה מהלוקים במחלות קוגניטיביות, כמו פיגור שכלי, אוכלוסיית האנשים עם מחלות פסיכיאטריות אינם זכאים לחוקר מיוחד. לדברי המרואיין, חייבים למצוא פתרונות דיור מותאמים בקהילה בעבור אנשים עם הפרעות נפשיות שביצעו עבירה ראשונה וקיבלו צו הרחקה מהבית. בנוסף לכך, יש להנגיש את בתי הכלא לאוכלוסיות אלה ולצורכיהן הייחודיים. היום רק בית כלא אחד בארץ מספק אפשרויות שיקום ופיקוח הנחוצים לאוכלוסיות בעלי מוגבלויות נפשיות או שכליות.

## **ח. דיור**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות פיזית, אוטיסטים, בעלי פיגור שכלי ולקויות קוגניטיביות, מוגבלים מזדקנים עם ריבוי מוגבלויות, זוגות של אנשים בעלי מוגבלות.
  - ♦ אחד מתחומי השירות החשובים ביותר, לדעת חלק מהמרואיינים, הינו הדיור. תחום זה הועלה הן באופן כללי והן באופן ספציפי בנוגע לקבוצות בעלי מוגבלות מסוימות.
- **צורך ברצף** - באופן כללי, נאמר כי מן הראוי להציע לבעלי מוגבלות את כל רצף פתרונות הדיור האפשריים, בהתאם לצורכיהם המיוחדים: "החל מהוסטלים קטנים, סידור חוץ-ביתי בתוך הקהילה, ועד לשילוב מלא". מספר מרואיינים נוספים הדגישו את חשיבותו הרבה במיוחד של הדיור בקהילה, לעומת ההסדר המוסדי. אחד המרואיינים אמר שאנשים שהיו יכולים לגור באופן עצמאי, מתגוררים היום במוסדות בגלל היעדר תמיכה מהמדינה לדיור בקהילה. לדבריו, היום רק אנשים שמסוגלים למצוא לעצמם דירה באופן עצמאי, ואשר יש להם מטפל צמוד, יכולים להגיע לדיור בקהילה. היעדר ההנגשה של הדיור והמידע על אודותיו, והבירוקרטיה הקיימת, מקשים היום בנושא.

- **פתרונות קהילתיים, במיוחד בעבור הלוקים בפיגור שכלי, אוטיסטים ובעלי מוגבלות פיזיים:** ישנן קבוצות שלגביהן צוין מחסור בדיוור בקהילה: האוטיסטים, בעלי פיגור שכלי ובעלי מוגבלות פיזיים. הבעיה בולטת בעיקר לגבי אלה שמתגוררים בפריפריה. לבוגרים אוטיסטים מוצעים הוסטלים, אולם זה לא בהכרח הפיתרון האידיאלי המאפשר חיים אמיתיים בקהילה. לדברי אחד המרואיינים, רוב הלוקים בפיגור שכלי אינם מתגוררים עדיין בקהילה. הסיבות לכך מורכבות, כלכליות וגם מקצועיות. למשרד הרווחה ישנם קריטריונים לזכאות לדיוור בקהילה, זכאות זו אינה אחידה היום והיא מושפעת מגורמים זרים: מאזור המגורים וממדיניות העירייה המקומית, מהמשאבים העומדים לרשות המשפחה וכדומה.

- **היעדר פתרונות לזוגות** - עוד אוכלוסייה שצוינה כנזקקת במיוחד למציאת פתרונות דיוור בקהילה היא זוגות של אנשים עם מוגבלויות. לדברי מספר מרואיינים, נושא הזוגיות כחלק ממגמה כללית יותר של השילוב בקהילה וחיים עצמאיים, עלה בשנים האחרונות למודעות, וישנם יותר ויותר זוגות של בעלי מוגבלות. ארגונים רבים של בעלי מוגבלויות נותנים תמיכה ודחיפה רבה מאוד לנושא הזוגיות. עם זאת, למשרד הרווחה אין פתרונות דיוור לזוגות בעלי המוגבלות. היום זוגות נשואים אינם מורשים להמשיך להתגורר במערכי דיוור של משרד הרווחה והשירותים החברתיים, והם זקוקים למערך דיוור מיוחד בעבורם. לאור המצב הקיים, קיימים "זוגות סמויים" שמכורח המציאות ממשיכים להתגורר בנפרד ואינם יכולים להתחתן, מכיוון שאינם מוצאים פיתרון דיוור חלופי. אחד המרואיינים המליץ על הקמת גוף מיוחד שיטפל בנושא הזוגיות של אנשים עם מוגבלויות, כולל הקמת מערך דיוור מיוחד בעבורם. חלק מהמרואיינים העלו היבטים ארגוניים וביורוקרטיים הקשורים לשירותי הדיוור הקיימים.

- **בעיות של ניצול זכאות** - קשיים ביורוקרטיים מקשים על ניצול הזכאויות לדיוור. למשל, המענק הניתן ממשרד השיכון הינו אך ורק לצורך רכישה של דירה או בית, אולם לא קיימת זכאות מוגדרת לצורך בניית בית חדש, דבר המקשה במיוחד על האוכלוסייה הערבית. יתרה מזו, הדירות המתאימות במיוחד לבעלי מוגבלות פיזיים הינן דירות קרקע, אך אלה הן גם הדירות היקרות במיוחד.

- **הפרדה בין שירותי דיוור ותעסוקה** - יש הפרדה בין מפעילי שירותי השיקום השונים, כך שמפעילים שונים אחראים על הפעלת שירותי הדיוור והתעסוקה. במצב הנוכחי, כאשר אין מתאם טיפול, חייבת להיות אינטגרציה בין שירותים אלה. על-כן, חשוב מאוד להדק את הקשר הארגוני בין שני התחומים (דיוור ותעסוקה) ולתאם את הטיפול בהם. קיום תיאום ארגוני חשוב גם בשאר תחומי השירות, אך תיאום ושילוב בין התעסוקה לדיוור חשוב במיוחד.

## **ט. תעסוקה**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כלל בעלי המוגבלות, בעלי מוגבלות נרכשת, ערבים ובדואים.
- ♦ מרואיינים רבים התייחסו לתחום התעסוקה במהלך הראיונות. תעסוקה חשובה לא רק כתחום נפרד, אלא גם כחלק בלתי נפרד מההשתלבות הכללית בקהילה, יציאה מהבית ושיקום באופן

- ♦ **צורך ברצף פתרונות** - היום, במקביל לשוק העבודה הכללי, קיימים מספר ענפי תעסוקה שפותחו במיוחד בעבור קבוצות בעלי המוגבלות השונות (תעשייה מוגנת/נתמכת). הודגשה החשיבות הרבה של פיתוח הרצף: החל מתעשייה מוגנת ונתמכת וכלה בשילוב בשוק העבודה הפתוח, בהתאם ליכולות ולצרכים האישיים של בעלי המוגבלויות. למשל, פתיחת עסק פרטי או עבודה כעצמאיים עשויים להוות פתרונות טובים בעבור קבוצות מסוימות של בעלי מוגבלות, כמו מי שמתמודדים עם בעיות נפשיות.
- ♦ **היעדר פתרונות לבעלי מוגבלות לא קשה** - בעלי מוגבלות פיזית לא קשה, בעלי בעיות חושיות, קוגניטיביות ונפשיות, שאינם מוכרים במשרד הבריאות, או בשירות למפגר, אינם משולבים בתעסוקה.
- ♦ **מחסור בחברה הערבית ובעיקר באוכלוסיית הبدوאים** - הודגשה חשיבות הפיתוח של המפעלים המוגנים בקרב המגזר הערבי. בקרב מגזר זה ישנן רשימות המתנה לשירות זה.
- ♦ **עבודה נתמכת** - בתקופה האחרונה ישנם מאמצים של פיתוח מסגרות עבודה נתמכת, אך המחסור עדיין גדול.
- ♦ **הכשרה** - מספר מרואיינים התייחסו להכשרה ולהדרכה מיוחדת אשר נדרשות הן בעבור בעלי המוגבלות עצמם, והן בעבור המעסיקים. יש צורך להקנות לבעלי מוגבלויות שונות מיומנויות והרגלים בסיסיים להתמודדות עם סביבת עבודה (כמו קימה בבוקר, התמדה, וכד'). במקביל, צוין הצורך בהכשרה והדרכה מתאימות בקרב המעסיקים לצורך העסקת אנשים עם מוגבלויות. נושא זה קשור קשר הדוק לנושא עידוד המעסיקים אותו הדגישו מרואיינים רבים. עידוד המעסיקים להעסקת בעלי המוגבלות כרוך בשינוי עמדות, המחייב להעלות את המודעות ולהפריך את הסטיגמות הקיימות בנושא. יש להכניס למודעות בקרב כלל החברה, ובייחוד בקרב המעסיקים, את העובדה כי קיימים תפקידים רבים ומגוונים שבעלי המוגבלויות השונות מסוגלים לבצע ברמה הדומה לזו של כלל אוכלוסיית המועסקים. העסקת אנשים עם מוגבלויות צריכה להפוך לטבעית בעיני החברה הרחבה, בעלי העסקים וגם בעיני בעלי המוגבלות עצמם.

#### **י. שירותי פנאי ושירותים חברתיים**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כלל בעלי המוגבלות.
- ♦ הצורך בשינוי עמדות ומתן לגיטימציה לקבלת השונה אינו מוגבל אך ורק לתחום התעסוקתי, אלא קיים בכל אחד מתחומי החיים, והוא בולט במיוחד בתחום החברתי. אם כי, לדעת אחת המרואיינות, תחום הפנאי פחות חשוב וגם אינו ניתן לעיגון בחקיקה, מרואיינים רבים נוספים ראו בנושא השירותים החברתיים את אחד מתחומי השירות החשובים ביותר שאינו מקבל את התקציבים הראויים, למרות שהיעדר השירות גורם להוצאת סכומי כסף רבים על-ידי המדינה כתוצאה מבעיות נפשיות, אשפוזים וכד'. היעדר טיפול מדיני בנושא הפנאי בהקשר של בעלי המוגבלויות בולט בהיעדר קורסי הכשרה ספציפיים לאוכלוסיית בעלי המוגבלות בתכניות

המרואיינים היו חלוקים בדעותיהם לגבי סדרי העדיפויות של סוגי שירותי הפנאי הספציפיים שעל המדינה לפתח. חלקם הדגישו את הצורך הקיים בפיתוח כל רצף השירותים, בהתאם לצורכיהן של קבוצות בעלי המוגבלויות השונות - החל מיצירת מסגרות פנאי ייעודיות, כמו מועדונים חברתיים, ועד לשילובן המלא בשירותי התרבות והפנאי הקיימים בעבור כלל האוכלוסייה. מספר מרואיינים הדגישו שעל בעלי מוגבלות להשתלב באופן מלא בפעילויות הפנאי הקיימות, ללא יצירת מסגרות נפרדות ייעודיות.

בנושא זה הדגישו מספר מרואיינים את הצורך לפתח את נושא ההתנדבות של אנשים עם מוגבלויות, בעבור כלל האוכלוסייה ובעבור קהילת האנשים עם מוגבלויות עצמם.

### **י"א. שירותי תמיכה למשפחה של אדם בעל מוגבלות**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות מזדקנים, מוגבלים עם ריבוי מוגבלויות, בעלי מוגבלות נרכשת, בני-זוג של אנשים בעלי מוגבלות, עולים ובני משפחה של אנשים עם מוגבלויות.
- ♦ מספר רב של מרואיינים התייחסו למרכיב המשפחתי שבתוך תהליך ההתמודדות עם המוגבלות. פיתוח תמיכה, הכשרה ושירות בעבור המשפחות נתפס כחלק בלתי נפרד מהשילוב בתוך הקהילה. ככל שיהיו יותר שירותים המיועדים למשפחות של המתמודדים עם מוגבלות, כך פחות ופחות בעלי מוגבלות יזדקקו לפתרונות חוץ-ביתיים.
- ♦ ועדת לביא דנה בנושא רווחת המשפחה והצביעה על כך שהטיפול במשפחות של האוכלוסיות במצוקה הינו לוקה בחסר, כולל, בין השאר, אנשים עם מוגבלויות.
- אין מספיק התייחסות לצורכי המשפחות והדבר חשוב מאוד בעבור כל סוגי המוגבלויות ותת-האוכלוסיות בקרב בעלי מוגבלויות. הנושא אינו מטופל כראוי בשל היעדר תקציבים וכוח אדם. חשיבות הטיפול והתמיכה בתא המשפחתי הועלו הן באופן כללי בנוגע לכלל אוכלוסיית בעלי המוגבלות, והן באופן ספציפי בהקשר לקבוצות בעלי מוגבלות מסוימות, בהן: משפחות עם הורים או ילדים בעלי מוגבלות, משפחות של אנשים עם בעיות קוגניטיביות ונפשיות ובעלי לקויות למידה.
- הורה למתמודד עם בעיה נפשית התייחס בהרחבה לנושא השיתוף והתמיכה בעבור משפחות בעלי המוגבלות. לדבריו, למרות שקיימת התקדמות בטיפול והמודעות לנושא, עדיין יש מקום להרחיב, הן מבחינת היקף המשפחות הנהנות מהשירותים והן מבחינת מידת נגישותם של השירותים באזורי הפריפריה.
- נושא נוסף שהועלה נוגע לשילוב המשפחות בתהליך השיקום. חשוב ליידע ולשתף את המשפחה בתהליך השיקום של המשתקם. לפי עדותו וניסיונו האישי של אב, המשפחות אינן מרגישות שותפות לתהליך.

- שירותי תמיכה למשפחות כוללים מגוון רחב של שירותים, כגון מתן מידע, הכשרה, תמיכה רגשית ועוד. הורים של בעלי מוגבלות מזדקנים זקוקים במיוחד לסיוע ותמיכה רבה בביתם. הורים אלה הם בעצמם כבר קשישים ומתקשים לטפל בבעל המוגבלות כפי שעשו בעבר, יש גם צורך להכין אותם להידרדרות הצפויה עם הגיל.

### **י"ב קידום בריאות ומניעה**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: אנשים עם ריבוי מוגבלויות, בעלי מוגבלות מזדקנים, בעלי מוגבלות נרכשת, אנשים עם בעיות נפשיות כמו הפרעות אכילה.
- ♦ נושא זה של קידום וחינוך לבריאות יחד עם רפואה מונעת, צוין כחשוב במיוחד על-ידי מספר מרואיינים. יש לפתח את התחום וליזום פרויקטים ותכניות בנושא. הודגשה חשיבות קידום הבריאות במניעת התחלואה המשנית, על-ידי אימוץ אורח חיים בריא (כולל פעילות ספורטיבית ותזונה נכונה). קידום בריאות מקבל דחיפות לאור תהליכי הזדקנות מוקדמת האופייניים לחלקם הגדול של בעלי מוגבלות (כגון בעלי מוגבלות פיזיים, חולים כרוניים ועוד). אף-על-פי כן, בעבור חולה פוליו, לדוגמה, קיים כיסוי ביטוחי במסגרת ביטוח בריאות, אך ורק ל-12 מפגשים פיזיותרפיים. קיימים מספר מרכזי ספורט המיועדים במיוחד בעבור בעלי המוגבלויות (דוגמת בית החייל), אולם מרכזים אלה אינם מסוגלים להכיל את כל הנזקקים, וגם אין בהם פיקוח שיטתי. יתרה מזו, למעט נכי צה"ל, לא קיים מעקב רפואי שוטף על מצבם הבריאותי של בעלי המוגבלות. מן ההכרח שיהיה מעקב שנתי אחרי מצבו הגופני והנפשי של כל אחד מהאנשים עם מוגבלויות. לדוגמה, בנוורוגיה כל אדם עם מוגבלות זכאי לשהות של שלושה שבועות במהלך השנה במעין "כפר בריאות", במהלכם הוא עוסק בפעילויות הבראה שונות (ספורט, סדנאות והרצאות וכד'), וגם עובר ביקורת רפואית שוטפת.

### **י"ג. הכנה לחיים עצמאיים**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: בעלי מוגבלות צעירים ובעלי מוגבלות נרכשת.
- ♦ הכנה לחיים עצמאיים בכל תחומי החיים נתפסת חיונית בתהליך הכללי של העצמה ושילוב בעלי המוגבלויות בקהילה. מדובר בתהליך כוללני ומקיף המתחיל מהכנה והדרכה של בעלי המוגבלויות לחיים עצמאיים בתוך הקהילה, ומסתיים בהגברת תחושת ההעצמה והמסוגלות האישית של בעלי המוגבלויות. קידום הנושא מתבצע בעזרת מרכזים לחיים עצמאיים, ייעוץ עמיתים וקבוצות לעזרה עצמית. חשוב שהסיוע האישי ינתן תוך כדי שיתוף מלא של האדם עם המוגבלות עצמו בבחירת סוג הסיוע והתמיכה, המענים הדרושים והמלווים עצמם. היום אין תקציב קבוע ומסודר לתחום שירות זה.

### **י"ד. השכלה**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כלל בעלי המוגבלות, בעלי מוגבלות צעירים ובעלי מוגבלות המתגוררים בפריפריה.
- ♦ נושא ההשכלה הפורמלית והבלתי פורמלית הועלה כבעל חשיבות רבה בתהליך של יצירת הזדמנויות לקידום בפירמידה חברתית. בנוסף לכך, למיצוי הפוטנציאל האינטלקטואלי של

### **ט"ו הכשרת כוח אדם**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: כלל בעלי המוגבלות, בעלי מוגבלות מזדקנים, ערבים בעלי מוגבלות.
- ♦ מספר מרואיינים ציינו את המחסור בכוח אדם מקצועי בכל התחומים. בתחום הרפואי רופאים אינם יודעים מספיק על הזדקנות של אנשים בעלי מוגבלות. במיוחד צוין המחסור בכוח אדם דובר ערבית באוכלוסייה הערבית (למשל, מחסור בעו"ס ועובדי רווחה אחרים דוברי ערבית).

### **ט"ז. תיאום טיפול**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: אנשים עם ריבוי מוגבלויות, בעלי מוגבלות מזדקנים, בעלי מוגבלות במעבר לבגרות.
- ♦ בולט חוסר התיאום בין השירותים הניתנים על-ידי המערכות השונות. בעלי מוגבלות מקבלים שירותים בתחומים שונים כמו דיור, תעסוקה, בריאות, ומערכות אלה אינן מתואמות ביניהן. הבעיה חמורה במיוחד אצל בעלי מוגבלות שיש להם ריבוי מוגבלויות אשר זקוקים לעתים לשירותים רבים המסופקים על-ידי ארגונים שונים, ולעתים באחריות משרדים שונים. אחד הפתרונות שהוצע על-ידי מרואיינים הוא יצירת תפקיד של מתאם טיפול שיוצמד לכל אדם עם מוגבלות ויהיה אחראי להשגת השירותים השונים ותיאום ביניהם.

### **י"ח. שירותים בתחום הזוגיות וההורות**

- ♦ אוכלוסיות עיקריות הזקוקות לשירות: זוגות בעלי מוגבלות, נשים בעלות מוגבלות בגיל הפוריות.
- ♦ בתחום זה לא קיימת מדיניות וכמעט שאין שירותים. עד לא מזמן לא התייחסו לאנשים בעלי מוגבלות כאל בעלי מיניות והורים פוטנציאליים, בעיקר לגבי מוגבלויות פיזיות קשות, אנשים עם פיגור שכלי ונפגעי נפש. לאחרונה עולה המודעות בתחום זה אך עוד לא פותחו שירותים מתאימים שיענו על צרכים אלה, בעיקר הכנה ללידה, היריון, שירותי היכרות וכד'.

## **14.3 דירוג כמותי של תחומי השירות בהתאם למידת הדחיפות של הטיפול בהם**

### **א. דירוג מידת הדחיפות של הטיפול בנושאים שונים**

המרואיינים התבקשו לדרג את מידת הדחיפות של הטיפול (במידה מועטה/בינונית/רבה/רבה מאוד) בתחומים הבאים: הסעות, פיתוח שירותים לעולים בעלי מוגבלות, שימוש במחשב ונגישות כלכלית למחשב, נגישות המידע על עזרים מסייעים וטכנולוגיה מסייעת, שיפור תשתית דיור והתאמות, מניעת אלימות, קידום בריאות ומניעה (ספורט, תזונה), הפגת בדידות ושירותי פנאי, הכנה לחיים עצמאיים.

שלושים ותשעה מתוך 49 המרואיינים (79.59%) השיבו על שאלה זו. בקרב אלה שלא השיבו על השאלה, צוינו הסיבות הבאות: השאלות אינן רלוונטיות לתחום העיסוק, או קושי בדירוג נושאים שכולם חשובים מאוד.

המרואיינים נטו לדרג את כל סוגי השירותים, מלבד פיתוח שירותים לעולים חדשים, כדחופים במידה רבה מאוד (לוח 78). אחוז המציינים את השירותים כדחופים במידה רבה מאוד, היה גבוה ביותר בעבור הפגת בדידות ושירותי פנאי (68.42%), הכנה לחיים עצמאיים (68.42%), הסעות (66.67%); והנמוך ביותר בעבור פיתוח שירותים לעולים בעלי מוגבלות (21.21%).

**לוח 78: הקטגוריות שצוינו על-ידי המרואיינים כדחופות במידה רבה מאוד (באחוזים)**

במידה רבה מאוד	
68.42	הפגת בדידות ושירותי פנאי
68.42	הכנה לחיים עצמאיים
66.67	הסעות
57.14	שיפור תשתיות דיור והתאמות
55.56	מניעת אלימות
54.05	קידום בריאות ומניעה
50.00	נגישות המידע על עזרים
47.22	שימוש במחשב ונגישות כלכלית למחשב
21.21	פיתוח שירותים לעולים בעלי מוגבלות

**ב. דירוג שני התחומים החשובים ביותר**

המרואיינים התבקשו לציין את שני הנושאים החשובים ביותר לדעתם, מתוך הנושאים שהוזכרו לעיל, ונושאים נוספים שלא צוינו, אך לדעתם הם בעלי חשיבות. כ-10% מכלל המרואיינים לא השיבו בגלל שטענו שלא ניתן לדרג נושאים שכולם חשובים מאוד.

**הנושאים שעלו כחשובים ביותר לפי סדר יורד הם:**

- א) הנגשה (הנגשת שירותים בקהילה; הסעות; נגישות המידע על עזרים; שימוש במחשב ונגישות כלכלית למחשב).
- ב) התחום החברתי (מודעות חברתית, התייחסות מקבלת, ועיסוק בסטיגמה חברתית ועצמית; הפגת בדידות ושירותי פנאי).
- ג) מניעה (מניעת אלימות; קידום בריאות ומניעה).
- ד) מתן כלים והשכלה (לימוד כישורי חיים - חברתי וזוגי; הכנה לחיים עצמאיים; השכלה; מתן הזדמנות שנייה להשכלה).
- ה) תעסוקה.
- ו) שיפור תשתיות דיור והתאמה.

הנושאים שצוינו מספר הפעמים הרב ביותר הם: הנגשה, כרבע מכלל התשובות; התחום החברתי, מניעה, ומתן כלים והשכלה - כחמישית מכלל התשובות (לוח 79).

**לוח 79: הנושאים החשובים ביותר לפיתוח (אחוז מכלל התשובות)**

נושאים	אחוז מכלל התשובות
N	69
הכנה לחיים עצמאיים	14
הסעות	10
הפגת בדידות ושירותי פנאי	10
מודעות חברתית, התייחסות מקבלת, ועיסוק בסטיגמה	10
קידום בריאות ומניעה	10
מניעת אלימות	7
נגישות המידע על עזרים וטכנולוגיה	7
שיפור תשתיות דיור והתאמות	6
תעסוקה	6
השכלה	4
שימוש במחשב ונגישות כלכלית למחשב	4
הנגשת שירותים בקהילה	2
אחר	10

יש לציין, שמספר נושאים נוספים הועלו על-ידי מספר קטן של מרואיינים. נושא אחד מתייחס לזכויות החולה, כמו זכות בחירה של טיפול, הסכמה מדעת לטיפול וכד'. נושא שני הוא פיתוח שירותים למשפחה מכיוון שהמשפחה אינו נושא מרכזי וצריך לבנות מערך תמיכה ליחידה המשפחתית. בנוסף צוין הנושא של מניעת סטיגמה ופיתוח שירותים לטיפול בבעית הסטיגמה החברתית והעצמית.

**14.4 שירותים לבעלי מוגבלויות שונות**

רובם הגדול של המרואיינים השיבו באופן חיובי לשאלה "האם יש אפשרות לפתח תכניות המתאימות לבעלי מוגבלויות שונות עם מגוון צרכים (תכניות לאנשים עם מוגבלויות שונות)". מספר מרואיינים ציינו שמן הראוי להתבסס על מודל תפקודי-חברתי בפיתוח שירותים, ללא קשר להגדרת הלקות. השיקול בו יש להתחשב הינו הסיוע לתפקוד ולא סוג המוגבלות. כחלק ממגמה זו משרד הרווחה והשירותים החברתיים מנסה היום לראות את כל המוגבלויות כחטיבה אחת, במטרה לאפשר פיתוח של שירותים כוללניים יותר. כשהתייחסו באופן ספציפי לשאלה אילו שירותים מתאים לפתח במסגרות למוגבלויות שונות, המרואיינים ציינו מספר רב של שירותים: פנאי (למשל, מועדונים חברתיים), תעסוקה, דיור, הסעות, הכנה לחיים עצמאיים (כולל מרכזים לחיים עצמאיים), הנגשת מידע, שיקום, התנדבות ועבודה קהילתית, שירותי סומכות, נופשונים, מרכזי יום שיקומיים, העצמת בעלי המוגבלות (כולל קורסי מנהיגות, הכשרה לייעוץ עמיתים). עם זאת, חלק מהנשאלים הביעו דעה חיובית בנוגע להקמת שירותים לבעלי מוגבלויות שונות, אך הדגישו קשיים בהקמת תכניות לבעלי ליקויים שונים.

- ♦ קשיים תקציביים - הקמת שירותים לבעלי מוגבלויות שונות דורשת השקעת משאבים כספיים ואנושיים נוספים והתאמה והנגשה הולמת בעבור בעלי מוגבלויות.
- ♦ סוגי הלקויות אותם ניתן לשלב בשירותים לבעלי מוגבלויות שונות. מרואיינים ציינו שישנן קבוצות של בעלי מוגבלות שקשה לשלב עם בעלי מוגבלויות אחרות. למשל, אוטיסטים או כבדי שמיעה בגלל בעיות תקשורת הייחודיות לאוכלוסיות אלה.

◆ עמדות וסטיגמות בקרב בעלי המוגבלות עצמם: שילוב בעלי מוגבלויות שכליות ונפשיות עורר מחלוקות בקרב המרואיינים. בעלי מוגבלויות פיזיות אינם בהכרח מעוניינים בשירותים חברתיים משותפים עם בעלי לקויות שכליות או נפשיות, ועל כן, אין סיבה ליצירת שירותי פנאי משותפים לבעלי לקויות אלה.

◆ התרומה הפוטנציאלית: לא תמיד ברור ששירותים לבעלי מוגבלויות שונות תורמים לאוכלוסייה עצמה. מהניסיון הקיים בעולם ניתן ללמוד, מצד אחד, כי אוכלוסייה של נפגעי נפש יוצאת נפסדת בדרך כלל מתכניות מעורבות. מצד שני, יש הטוענים שבעלי בעיות נפשיות יכולים להשתלב עם כל קבוצות הלקויות האחרות, ואף ניתן לרתום אותם למתן סיוע וליווי המוגבלים מבחינה פיזית. אולם, הדבר דורש שינוי סטיגמות קיימות הן בקרב הקהילה הרחבה והן בקרב נפגעי הנפש עצמם, אשר נוטים היום להסתגר בתוך קהילתם.

חשוב לציין כי מספר מרואיינים העלו את החשיבות העקרונית הניתנת לאיחוד כוחות של האנשים בעלי המוגבלות במאבקם החברתי הכללי. לדבריהם, אוכלוסיית בעלי המוגבלות היום אינה מלוכדת, דבר הפוגע במאבקה למען הזכויות. יש לאחד כוחות בין ארגונים שונים של בעלי מוגבלות ולפעול להשגת האינטרסים המשותפים של כל קהילת בעלי המוגבלות.

## **14.5 קבוצות שהצפי לגביהן הוא שצורכיהן יגדלו בעתיד**

המרואיינים הצביעו על מספר קבוצות של בעלי מוגבלות שלפי דעתם צורכיהן יגדלו בעתיד. להלן פירוט הקבוצות העיקריות:

◆ אוכלוסיית בעלי המוגבלות המזדקנים תגדל ותזדקק למענה שילך ויגדל בעתיד בשל הרפואה המתקדמת. השיפור בטיפולים הרפואיים גורם לכך שבעלי מוגבלות מגיעים לגילים מבוגרים יותר ולכן יזדקקו ליותר תמיכה בגיל זקנה. צרכיה של כל קבוצת אנשים עם מוגבלות צפויים לגדול עם ההזדקנות של אנשים אלה. יש לקחת זאת בחשבון בתכנון השירותים והיקפם, תוך התחשבות במגמה של טיפול במסגרת הקהילה לרוב אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות, בעוד שבמסגרות החוץ-ביתיות תטופל רק אוכלוסיית הקצה.

◆ אנשים בעלי מוגבלויות שונות הסובלים ממספר בעיות, למשל פיגור + עיוורון וחירשות.

◆ אנשים עם בעיות נפשיות - הרפורמה בשירותי בריאות והעברת הספקת שירותי בריאות הנפש לקופות וסגירת בתי-החולים הפסיכיאטריים תגביר את הצורך בשירותים בקהילה.

◆ מתמכרים - זה תחום שהולך ומתרחב ויש יותר אנשים עם אבחנה כפולה (dual diagnosis) (למשל בעיות נפשיות והתמכרות).

◆ אוכלוסיית התשושים שמשרד הרווחה ושירותים חברתיים אחראי עליה. גילה של אוכלוסייה זו יורד והיום ישנם תשושים בני 30-40, "תשושים צעירים", שמתרועעים בין הגופים השונים, ולא ברור מי האחראי עליהם. בין השאר, יש צורך לפתח הוסטלים מיוחדים לתשושים צעירים.

◆ דיירי רחוב עם מוגבלויות.

- ◆ לקויי שמיעה: על פי נתוני ארגון הבריאות העולמי, יש עלייה דרסטית במספר כבדי השמיעה במדינות המערב. כתוצאה מחשיפה מוגברת לרעש ומהזדקנות האוכלוסייה, יורד הגיל בו האדם לוקה במוגבלות.
- ◆ אנשים צעירים שנכנסים למעגל מוגבלויות - זו קבוצה שצפויה לגדול מכיוון שהאשפוזים היום קצרים יותר מאשר בעבר, ולפיכך אנשים יוצאים מהר וצריכים להשתלב בקהילה.
- ◆ חולים כרוניים שהזקנה שלהם מאוד מוקדמת וההידרדרות הפיזית מהירה מאוד, מעל גיל 40, אשר השירותים והצרכים שלהם עולים ומשתנים.
- ◆ אנשים בעלי בעיות פיזיות שנובעות מתופעות לוואי של תרופות, במיוחד של התרופות החדשות, שמובילות לבעיות גופניות רבות, כגון סוכרת, השמנת-יתר.
- ◆ האוטיסטים - מספר המאותרים גדל משנה לשנה, ולכן יש עלייה בצריכת השירותים וקיים קושי להדביק את הביקוש המתגבר. לאנשים שנמצאים על הספקטרום האוטיסטי יש בעיה משום שכישורים חברתיים הפכו לדרישה בסיסית להשתלבות בכל תחום שהוא בתעסוקה (גם בתחומים פחות רלוונטיים), וזה בהחלט יוצר מצוקות חדשות.
- ◆ בעלי לקויות למידה - הצורך בפיתוח שירותים לאוכלוסייה זו יגדל במהירות, והצרכים שלהם יתרבו.

## 14.6 שיתוף פעולה בין-ארגוני ובין-משרדי

בהמשך הריאיון, נשאלו המרואיינים אילו שירותים הם היו רוצים לפתח לאוכלוסיות בהן הם עוסקים, ואשר שיתוף פעולה בין-משרדי ובין-ארגוני יכול לתרום להקמתם. שאלה נוספת ביקשה לקבל מהמרואיינים את המלצותיהם לקידום שיתוף פעולה זה.

באופן כללי נאמר כי רמת שיתוף הפעולה הן בין המשרדים השונים, והן בין האגפים השונים של אותו משרד, הינה בעייתית מאוד היום. ההפרדה הקיימת בין הגופים השונים אינה מבוססת על שיקולים מקצועיים. שיתוף פעולה בין-ארגוני ובין-משרדי עשוי להביא לאיגום משאבים ופיתוח שירותים חסרים במלואם או בחלקם.

- ◆ תחומי שירות ושירותים ספציפיים רבים ומגוונים שהוזכרו על-ידי הנשאלים ככאלה ששיתוף פעולה בין-משרדי ובין-ארגוני עשוי לתרום להם במיוחד, כוללים: תעסוקה, שיקום (כולל מרכזי יום שיקומיים-טיפוליים), נגישות (פיזית, נגישות המידע, פרויקטים דוגמת "קהילה נגישה"), הסעות (למשל, הקמת מערך הסעות עירוני נגיש), הכנה לחיים עצמאיים (כולל מרכזים לחיים עצמאיים, הכשרה של כוח אדם מקצועי, קורסי מנהיגות והעצמה, מועדונים חברתיים בניהול עצמי, פרויקטים של "קהילה תומכת"), פנאי (כולל מרכזי יום לקשישים), דיור (כולל דיור בקהילה וגם הסדרים מוסדיים, כמו נופשוניים לאנשים עם מוגבלויות שונות), שירותים קהילתיים, שירותי בריאות (כולל מרכזי חירום לאנשים עם מוגבלויות שונות), תמיכה להורים בעלי מוגבלות, סיוע סיעודי (בין השאר, טיפול במטפלים זרים), שירותים למשפחה (מרכזים לטיפול במשפחה), הכשרת כוח אדם מקצועי לעבודה עם בעלי המוגבלות.

- ♦ גם נושא הסנגור בעבור בעלי המוגבלויות, ופעילות לשינוי העמדות והסטיגמות החברתיות הקיימות כלפי בעלי המוגבלות, דורשים התייחסויות שמעבר להפרדה הבין-ארגונית הקיימת היום במערכת.
- ♦ פיתוח שירותים בעלי השפעה רבה, כאלה הקיימים בפריסה ארצית, בניגוד לתכניות מקומיות. פיתוח כל אחד מתחומי השירותים הנזכרים לעיל דורש שיתוף פעולה בין משרדי ממשלה וארגונים המעורבים בנושא הספציפי.
- ♦ כמעט כל אחת מהאוכלוסיות של בעלי המוגבלות עשויה ליהנות משיתוף פעולה בין המשרדים והגופים השונים. אנשים עם ריבוי מוגבלויות ("רב-מוגבלויות") הועלו כזקוקים במיוחד ליצירת שיתופי פעולה בין-משרדיים. גם אוכלוסיות אחרות "הנופלות בין הכיסאות" עשויות לצאת נשכרות מקידום שיתוף-הפעולה: בעלי המוגבלויות בפריפריה; מתבגרים צעירים (הנמצאים על התפר בין מערכת החינוך לבין מערכת שירותי הרווחה); בעלי מוגבלות נרכשת; בעלי מוגבלויות עם בעיות גריאטריות; אוכלוסיות בעלי מוגבלות בסיכון (כמו דיירי רחוב עם מוגבלויות); בעלי מחלות כרוניות ה"מתפתחות" במהלך השנים (כמו ניוון שרירים); בעלי אינטליגנציה גבולית; ומי שסובלים מכל אחת מסוגי המוגבלויות האחרות, ובמיוחד נפגעי נפש.

המראיינים ציינו לגבי התנאים שמאפשרים שיתוף פעולה, שקודם כל נדרשות נכונות והסכמה עקרוניות של כל הצדדים המעורבים לניהול הפעילות המשותפת. הסכמה ונכונות אמיתיות אמורות להתבסס על תחושת שותפות ומחויבות אמיתית לאורך כל הדרך, כולל נכונות לוותר על האינטרסים הפרטיים לטובת העניין המשותף. חשוב מאוד לזהות נכונה את הצרכים האמיתיים של אוכלוסיית הצרכנים, ולכוון את שיתופי הפעולה למילוי צרכים אלה. כפי שנאמר על-ידי מרואיין אחד: "ברגע שהשירותים מגיעים מתוך ראייה של המשתמש ולא מתוך ראייה של הארגון, שיתוף פעולה אמור לקרות מעצמו". לשם זיהוי הצרכים האמיתיים של המערכת, חשוב מאוד לאורך כל התהליך, החל מהגדרת היעדים והמטרות וכלה בהערכה ובבקרה, לערב ולשתף את צרכני השירותים עצמם, כלומר, את בעלי המוגבלות. שיתוף אקטיבי של בעלי צרכים מיוחדים בעיצוב השירותים עשוי לקדם את שיתוף הפעולה, ואף לתרום לשינוי פנימי והעצמת בעלי המוגבלות עצמם.

מלבד שיתוף בעלי המוגבלות, חשוב מאוד לכלול את כל השותפים הנכונים בתהליך ולערב אותם באופן פעיל כבר מתחילת התהליך. בנוסף, על-מנת לאפשר שיתוף פעולה, נדרשת הגדרה ברורה בנוגע לכל אחד משלבי התהליך ומרכיביו, בין השאר: זיהוי מטרות ואוכלוסיות יעד; חלוקת התפקידים בין השותפים לתהליך, ותיאום ציפיות ביניהם; קביעה מדויקת ומפורטת של מנגנון ונוהלי העבודה; תכנון תקציבי לטווח ארוך וקביעת תהליך ההערכה. זמינות משאבים הועלתה כתנאי בסיסי לקיום התהליך.

מרואיינים רבים העלו את מגמת המרכז הארגוני (צנטרליזציה) המושתתת, בין השאר, על צמצום ארגוני בעלי מוגבלות ויצירת גוף מוביל אחד, כגורם בעל חשיבות מכרעת בקידום שיתוף פעולה בין-משרדי ובין-ארגוני. חלק מהמראיינים התייחסו ליצירת גוף מרכזי אחד שירכז את הטיפול בתחום שירות נפרד, כגון יצירת רשת שיקום לאומית. כוונת האחרים הייתה לארגון-על שירכז וייצג את בעלי

## 14.7 תכניות עם פוטנציאל להמשכיות

המרואיינים נשאלו על מהות המאפיינים של תכניות עם סיכוי גבוה להמשכיות, כלומר תכניות שלאחר הפעלתן הראשונית על-ידי מסד הנכויות, התכניות תיקלטנה על-ידי המשרדים או הארגונים השונים. המרואיינים התייחסו למספר רב של מאפייני התכניות שלפי דעתם יש סיכוי גבוה להמשכיות.

♦ מידת נחיצות התכנית: לתכניות הנוגעות בלב הבעיה אשר נותנת מענה לצרכים האמיתיים והמשמעותיים, יש סיכוי גבוה יותר להיקלט. לכן, התכנית צריכה להתבסס על ידע קיים לגבי אוכלוסיית היעד וצרכיה, ועל תכניות קיימות בארץ ובעולם. יש צורך לקיים התייעצות עם אוכלוסיית היעד, ודיונים מסודרים לגבי נחיצות התכנית.

♦ עלות התכנית ובניית התקציב עלו כנושאים קריטיים אשר יקבעו את מידת ההמשכיות של התכנית. על-מנת להגדיל את הסיכוי להמשכיות הוצע לערב גורמים שונים בשלב התכנון וההחלטה על התכנית. מרואיינים אמרו, לדוגמה, שרצוי לכלול את נציגי משרד האוצר בתוך השותפות. מספר מרואיינים המליצו לערב את החשבים של המשרדים, לפי דעתם, משום שהסכם בין-משרדי צריך לכלול חשבים ואנשי תקציב ראשיים. בנוסף, בשלב התכנון יש להבטיח שהגורמים הנכנסים לתהליך יהיו מוכנים להקצות משאבים גם במחיר שינוי סדר עדיפויות בארגונים שלהם, ולצורך כך מן הראוי שהתכנית תהיה מחוברת לחזון ולתכניות עתידיות של המשרד.

♦ מאפייני התכנית: תכניות מוצלחות זוכות, בדרך כלל, להמשך גיוס תקציבי, ועל כן יש לשים דגש על מאפייני התכניות שיבטיחו את הצלחתן. גורמים שונים, כמו פיקוח ובקרה, קביעת חלוקת תפקידים ברורה, ועדת ביצוע שתפגש בצורה שוטפת, אמורים לתרום להצלחת התכנית. גורם נוסף המשפיע באופן משמעותי על הצלחת התכניות הוא שיתוף הפעולה של אוכלוסיית היעד בעיצוב התכנית, בכל שלבי התכנית ובכל הרמות. יש לבדוק את המוטיבציה והאפשרות של בעלי המוגבלות להגיע ולהשתתף (נגישות וכד'). מאפיינים נוספים של התכניות שעשויים לתרום להצלחתן הם: התאמה תרבותית לאוכלוסיות השונות, גמישות שתאפשר לבצע את השינויים הדרושים במהלך ההפעלה, חדשנות.

♦ כוח אדם: ברור שלכוח אדם איכותי, להכשרה הולמת של המפעילים, לחיזוק העובדים המקצועיים (כולל השתלמויות), יש השפעה מכרעת על הצלחת התכנית.

♦ הערכה מחקרית: ממצאים המתקבלים מהערכת התרומה של התכניות לאוכלוסיות היעד יכולים לתרום רבות לסיכוייה של תכנית להמשיך בעתיד. לכן, רצוי ללוות את התכניות בבדיקת תוצאותיהן. לעתים הערכה מתמשכת לאורך מספר שנים ויש צורך באינדיקציות ממוקדות בנקודות זמן נבחרות לגבי תרומת התכנית. בנוסף להערכת התכנית לעתים יש צורך במחקר מקדים, או, לפחות, בהערכת הצרכים של אוכלוסיית היעד ובזיהוי השירותים הנחוצים לה והדרכים המומלצות לספק אותם.

## 15. נושאים שלא נכללו בהרחבה בדוח זה

בדוח הוצג עד כה מידע רחב על מספר רב של תחומים בחיי אדם עם מוגבלות ועל קבוצות ייחודיות של בעלי מוגבלויות. ברור שהדוח אינו מתייחס לכל התחומים ולכל הצרכים של אוכלוסייה זו ונושאים חשובים לא נכללו. לגבי חלק מהנושאים קיים מידע או ישנם מחקרים שהתייחסו באופן ספציפי לנושא, לגבי חלק מהנושאים רצוי בעתיד להרחיב את המידע. נציין כמה מהנושאים החשובים שלא נכללו בדוח באופן מפורט:

1. קידום בריאות ומניעה בקרב אנשים עם מוגבלות
2. אלימות נגד בעלי מוגבלות
3. נגישות
4. פנאי
5. תעסוקה.

### 15.1 קידום בריאות ומניעה בקרב אנשים עם מוגבלות

בשנים האחרונות הולכות ומתרבות העדויות המחקריות לא רק לקשר בין מוגבלות לבין תחלואה כרונית, אלא גם לקשר בין אורח חיים לבין מצב בריאות ותפקוד של אנשים עם מוגבלות. גם בישראל גוברת המודעות לנושא ובמסגרת מהלך של משרד הבריאות "לעתיד בריא 2020" אף הוקמה ועדה מיוחדת ל"מניעת תחלואה משנית במוגבלים" (עורי ואחרים, 2008).

טיוטת דוח הוועדה (דצמבר 2008) מציגה נתונים בינלאומיים מהם עולה כי אנשים עם מוגבלות חשופים יותר לתחלואה משנית בהשוואה לשאר האוכלוסייה. ממחקר שנערך בקרב אלפי נסקרים במדינת צפון קרוליינה בארצות-הברית בשנת 2001, עולה שהסיכון היחסי של בעלי מוגבלות לסבול ממחלות כרוניות היה גבוה יותר מזה של שאר האוכלוסייה: הסיכון ליתר-לחץ-דם היה גבוה פי 2.3, לסוכרת פי 3.5 ולמחלות לב וכלי דם פי 6.5. במחקר אחר, שנערך במדינת וושינגטון בשנת 2001, נמצא כי ב-14 מתוך 16 מצבים בריאותיים, הסיכון היחסי לסבול ממחלות או היפגעויות היה גבוה בצורה משמעותית בקרב אנשים עם מוגבלות: סיכון פי 4.12 לנפילות והיפגעויות, פי 2.70 לבעיות שינה, ופי 2.18 לתקופות דיכאון.

בניסיון לבדוק האם המוגבלות אחראית לכך, או גורמים אחרים, השוו חוקרים את אורח החיים של אנשים עם מוגבלות בני 65 ומעלה לאורח החיים של האוכלוסייה הכללית בארצות-הברית. מהממצאים עולה כי אחוז נמוך יותר מקרב האנשים עם מוגבלות ביצעו הנחיות לפעילות גופנית, הקפידו על תזונה נכונה וביצעו בדיקות סקירה בריאותיות (כגון ממוגרפיה ומשטח מצוואר הרחם). שיעור המעשנים בקרב אנשים עם מוגבלות בקרב קבוצת הגיל 21-39 היה גבוה יותר מאשר בשאר האוכלוסייה.

לשימור היכולת התפקודית של אנשים עם מוגבלות ולמניעת הידרדרות יש חשיבות רבה ביותר משום שהמשאבים הגופניים והנפשיים שלהם דלים משל אנשים ללא מוגבלות, חלופות הפיצוי על ירידה

מדוח הוועדה עולה כי יש לפעול להגברת שיעור הפעילות הגופנית בקרב אנשים עם מוגבלות, להפחתת שיעורי השמנת היתר, להקטנת שיעורי העישון בקבוצת הגיל 21-39; כמו-כן יש לאסוף מידע על ביצוע בדיקות סקירה, ולפעול להגברת ההיענות לבדיקות סקירה לסרטן; וכן לבנות בסיס מידע מקיף על המצב הבריאותי, התפקודי והתנהגויות בריאות של אנשים עם מוגבלות.

השגת היעדים הללו מחייבת אימוץ של המדיניות ברמה לאומית, הקצאת משאבים ייעודיים לנושא והתגייסות משותפת של מערכת הבריאות, הרווחה, האקדמיה ומסגרות וארגונים המשרתים את האנשים עם מוגבלות בקהילה.

## **15.2 אלימות נגד בעלי מוגבלות**

אנשים עם מוגבלות מצויים בסיכון להיפגע מאלימות פיזית, מינית ונפשית באחוזים הגבוהים מהמקובל באוכלוסייה הכללית (פי שניים עד חמישה). סוגי האלימות הם: התעללות נפשית; התעללות מינית; ניצול כספי, רמייה ושיד; הזנחה מכוונת ובלתי מכוונת; מניעת מכשירי עזר, תרופות עזרה בטיפול אישי; פגיעה פיזית (מצגת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת, יום מניעת אלימות כלפי אנשים עם מוגבלות 18.7.2005). האלימות כלפי אנשים עם מוגבלות נמשכת לאורך זמן ולעתים קרובות מתבצעת על-ידי גורם מוכר, כגון בן משפחה או מטפל, בו האדם עם המוגבלות תלוי מבחינה פיזית ונפשית (מורבר, 2009). להלן דוגמאות להסברים להתעללות המתמשכת.

**תלות וריבוי מטפלים.** המצב העשוי לגרום לחוסר אונים נרכש - האמונה שהאדם אינו יכול להשפיע על מה שקורה לו. כאשר המטפל הישיר הוא הפוגע נותרות בידי האדם עם המוגבלות מעט אפשרויות בחירה. לעתים קרובות הוא בוחר באי-עשייה, בחוסר התגוננות, בצייתנות ובכניעה.

**הבדידות** בה מצוי לעתים קרובות האדם עם מוגבלות מקילה על הפוגע ועל תחושת חוסר האונים של הנפגע.

**קשיי תקשורת** - מחקרים מהעולם מצביעים על כך שנשים חירשות ונשים עם פיגור שכלי חשופות יותר לניצול מיני בגלל היעדר אוצר מילים לתקשר, לשים גבולות ולדווח על חוויותיהן.

**עמדות קדומות** הן בין הגורמים העיקריים לפגיעותם של אנשים עם מוגבלות. עמדות אלה, כגון אנשים עם מוגבלות הם א-מיניים, ללא תחושות מיניות, וללא יכולת להבין את מיניותם; אישה עם מוגבלות "אינה אישה אמיתית" וכו'.

**אלימות.** ממחקרים שנערכו במאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל עולה שמידת הפגיעות לאלימות בקרב נשים עם מוגבלות גבוהה יותר מאשר בקרב נשים ללא מוגבלות - 17% מהן סבלו מאלימות כלשהי

בספרות המקצועית מוזכרים תנאי יסוד למתן שירותים יעילים לנשים עם מוגבלויות שהן קורבנות להתעללות:<sup>8</sup>

- ♦ הכשרה לאנשי מקצוע כדי לאתר צרכים הקשורים במוגבלות ולהגיב ביעילות.
- ♦ צמצום המחסומים לשירותים; הבטחת נגישות פיזית לגורמי סיוע ונגישות מידע, כולל נגישות לתחבורה, למתורגמנים ולסיוע בתקשורת.
- ♦ אנשים עם מוגבלויות, התלויים במטפלים בבית ובמוסדות, יהיו זקוקים להגנה משפטית מפני המתעלל.

למרות הנתונים שצינו לעיל, וחשיבות הנושא לאנשים עם מוגבלות, בישראל יש תכניות מעטות בלבד למניעה וטיפול בנושא האלימות. חברי הוועדה שליוותה את תכנון המסד חשבו שיש לפתח את הידע המקצועי ואת פיתוח השירותים למניעה ולטיפול לצמצום מרבי של תופעה כאובה זו.

להלן דוגמאות של תכניות הפועלות כיום בשטח:

- ♦ **חומרים מקצועיים** (<http://www.homesh.org.il/rec/5>): עיריית תל אביב עם שותפים הפיקה סקירת ספרות בנושא "אלימות כלפי ושל אנשים עם נכויות": תקציר הכשרה לאנשי מקצוע בנושא "איתור ואבחון אנשים עם נכויות וזקנים הסובלים מהתעללות". תדריך ראשוני לאנשי מקצוע בנושא: "טיפול באלימות כלפי ושל אנשים עם נכויות". התדריך מביא בפני הקורא הגדרות של אלימות, תהליכי ריאיון ראשוני לפנייה בנושא של אלימות, הנחיות דיפרנציאליות על פי סוגי הנכויות, כלים לזיהוי, אבחון ומיפוי התופעה, כתובות של עזרה. חוברת מידע בנושא "חוקי הגנה על אנשים עם נכויות" מרכזת וממקדת את כל החוקים הנוגעים לנושא: חוקים כלליים לטיפול באנשים עם נכויות, חוקי הגנה וחוקים המעגנים זכויות. בחוברת גם דוגמאות ליישום החוקים וכן שאלות ותשובות.
- ♦ **המרכז הראשון בארץ לטיפול באנשים עם מוגבלות שהם נפגעי אלימות**. המרכז מיועד לטפל בילדים ובוגרים הסובלים מאלימות מינית, פיזית, נפשית, פגיעה או הזנחה מבני משפחתם. אנשים אלה נמצאים בסיכון גבוה יותר מאנשים ללא מוגבלות ומספרם גדל מדי שנה. עד היום הם טופלו במסגרות שאינן נגישות או ערוכות לטיפול באנשים עם צרכים מיוחדים. המרכז הינו פרי שיתוף פעולה בין הגיוינט, אשלים, הקרן למפעלים מיוחדים של ביטוח לאומי, עיריית ירושלים ומשרד הרווחה (אגף שיקום, אגף פיגור - היחידה לאוטיסטיים), שחברו כולם יחד על מנת לתת מענה לצרכים של אנשים בעלי מוגבלויות אשר נפגעו מאלימות. עמותת שק"ל נבחרה להפעיל את המרכז

---

<sup>8</sup> ראו הגדרות של מוגבלות (נכות) והתעללות באתר של האגודה לקידום בריאות נשים בישראל - <http://www.la-briut.org.il>

- ♦ **פרויקט הליך הוגן:** במקביל להליכי חקיקתו של חוק הליכי חקירה והעדה, הקים ארגון בזכות מלווים אנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית, נפגעי עבירה, או חשודים ונאשמים בהליך הפלילי. עד סוף שנת 2007 ליווה הפרויקט מעל 200 תיקים, שבהם היו מעורבים אנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית. הליווי מאפשר לאנשים עם מוגבלות שכלית ונפשית להעיד עדות קוהרנטית בבית המשפט, ומאפשר להם להביא את גרסתם במלואה באופן קביל.
- ♦ **נעם לנעם - פורום נשים עם מוגבלות למען נשים עם מוגבלות במילב"ת,** בשיתוף היחידה לנכויות ושיקום בגיוינט הפועל לקידום מעמדם של נשים עם מוגבלות ולמניעת אלימות המופנית כלפיהן (<http://www.milbat.org.il/scripts/articles.asp?pc=159858483>).

### 15.3 נגישות

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח-1998 נכנס לתוקף ב-1 בינואר 1999. ב-22 במארס 2005 התקבל בכנסת תיקון מספר 2 לחוק זה, המכונה "פרק הנגישות".

ב-4 בפברואר 2009 אישרה ועדת העבודה, הרווחה והבריאות של הכנסת את החלק הראשון (מבנה ציבורי) של פרק ח-1 בתקנות התכנון והבנייה בהתאם להנחיות והוראות חוק השוויון בפרק הנדון. התקנות, שיבטיחו נגישות אנשים עם מוגבלות למבני ציבור חדשים שייבנו, ושעל פיהן יתוכננו מבנים חדשים בישראל, ייכנסו לתוקף (לאחר חתימת שר הפנים) ב-1 לאוגוסט 2009. מרכיב זה איננו מצריך מימון ממשלתי או עירוני משום שהעלות תכלול מלכתחילה בתחשיב המתכננים והבונים.

החוק מגדיר נגישות כ"אפשרות הגעה למקום, תנועה והתמצאות בו, שימוש והנאה משירות, קבלת מידע הניתן או המופק במסגרת מקום או שירות או בקשר אליהם, שימוש במתקניהם והשתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בהם, והכול באופן שוויוני, מכובד, עצמאי ובטיחותי".

נגישות סביבתו של האדם היא המפתח לשילובו האמיתי בחברה ולשוויון הזדמנויות. החוק קובע חובה להנגיש כל מקום שפתוח לציבור וכל שירות שניתן לציבור, לאנשים עם כל סוגי המוגבלות.

בחוק נקבע שבתקנות שיותקנו מכוחו יקבעו הוראות בדבר יישום הנגישות ברשויות המקומיות. תקנות הנגישות מתייחסות לתחומי חיים שונים, כגון בניינים קיימים וחדשים, מקומות ציבוריים (כגון גן או חוף רחצה) ואתרי טבע, התאמות למוסדות חינוך, התאמות בדרכים ומעברים, הנחות באגרה למפעילי מוניות נגישות, נגישות אוטובוסים, נגישות שירותי חירום, נגישות שירותי בריאות, התאמות למתקני תקשורת, תעסוקה ועוד.

יציקת תוכן מעשי בהוראת החוק מחייבת התקנת תקנות והסדרת נושא המימון, מכיוון שבתקציבי הממשלה אין סעיף תקציבי לנושא הנגישות. לדוגמה, עלות הנגשת מבנים קיימים מוערכת בכ-2.5 מיליארד ש"ח, וכל עוד לא נמצא התקציב הזה ספק אם הרשויות המקומיות יוכלו להתמודד איתו ולעמוד בדרישות החוק שהקציב 11 שנה לביצוע.

גופים הפועלים לקידום נושא הנגישות הם: נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות במשרד המשפטים, המוסד לביטוח לאומי, ארגון "בזכות", עמותת "נגישות ישראל", המרכז הישראלי לנגישות - שק"ל, ארגוני אנשים עם מוגבלויות, רשויות מקומיות ועוד.

#### **15.4 מעורבות חברתית ופנאי**

חוק "שוויון לאנשים עם מוגבלות" התשנ"ח-1998, מגדיר את זכותו של אדם בעל מוגבלות למעורבות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים. אחד התחומים המרכזיים המוזכרים הוא מעורבות חברתית. בדוח הנוכחי מובאים מספר ממצאים מהסקרים החברתיים של למ"ס לגבי הקשרים החברתיים והרגשת בדידות של כלל בעלי המוגבלות ושל קבוצות מיוחדות בקרבם. רימרמן ואחרים (2006) בחנו לעומק את המעורבות החברתית של אנשים עם מוגבלויות בישראל בהשוואה לאנשים ללא מוגבלות. כמו-כן, הם בחנו את החסמים למעורבות בפעילויות חברתיות של כלל בעלי המוגבלות ושל תת-קבוצות באוכלוסיית בעלי המוגבלות (רימרמן ואחרים, 2006). להלן יוצגו מספר ממצאים עיקריים כפי שפורסמו בדוח שרימרמן ואחרים הגישו למוסד לביטוח לאומי.

- ♦ מעורבות חברתית: החוקרים מצאו שהן במדדים אובייקטיביים (זמן שאדם מבלה מחוץ לביתו) והן במדדים סובייקטיביים (רמת המעורבות החברתית הנתפסת), לבעלי מוגבלות יש מעורבות חברתית קטנה בהרבה מזו של אנשים ללא מוגבלויות. בעלי המוגבלות דיווחו שהם חשים היעדר עידוד להשתתפות מצד ארגונים חברתיים, וכי החברה אינה מאפשרת להם גישה למידע והזדמנות למעורבות חברתית. המחקר הדגיש את התרומה של השכלה ותעסוקה למעורבות חברתית ואזרחית. ככל שאנשים משכילים יותר, הם מעורבים יותר בחברה ורואים את עצמם רצויים יותר.
- ♦ מעורבות בפעילויות קהילתיות: לא נצפו הבדלים מובהקים בין בעלי מוגבלות ללא מוגבלים בפעילויות קהילתיות של התנדבות ופעילות ציבורית. שיעור ההשתתפות עמד על 20%.
- ♦ השתתפות דתית: החוקרים מצאו שלבעלי מוגבלות יש שיעור השתתפות גבוה בפעילויות דתיות בהשוואה למי שאינם בעלי מוגבלות. בעבור חלק ניכר מבעלי המוגבלות הכלליים, ההשתתפות בפעילות דתית הייתה החוויה היחידה של קשר בלתי פורמלי עם אחרים. החוקרים מסבירים זאת בכך שבית הכנסת הינו המקום היחיד בו האדם המוגבל חווה קבלה ללא סייג ותנאי.
- ♦ מעורבות חברתית בעולם הווירטואלי: למרות הפוטנציאל האדיר שמציג האינטרנט למשתמשים בעלי מוגבלות הגלישה באינטרנט אינה כה נפוצה ביניהם. שיעור המשתמשים מבין בעלי המוגבלות הוא מחצית מאשר מבין הלא מוגבלים. לבעלי מוגבלות משכילים פחות, ובמעמד חברתי-כלכלי נמוך, אין גישה לאינטרנט.

כאמור, נושא המעורבות החברתית והפנאי הוא חלק מהפרקים בחוק שוויון הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות שבעבורו יש להאיץ את תהליך החקיקה וקביעת התקנות.

## 15.5 תעסוקה

סוגיה מרכזית בחיי אנשים עם מוגבלות היא יכולתם להשתלב בתעסוקה. השתלבות בתעסוקה משפיעה על רוב תחומי החיים - המצב הכלכלי, הזדמנויות לקשרים חברתיים, דימוי עצמי ועוד.

מרכזיות התעסוקה בחיי אנשים עם מוגבלות משתקפת בהמלצות הוועדה הציבורית בראשות השופט לרון שבדקה את הצרכים של אנשים עם מוגבלות, ושמה דגש מיוחד על שילובם של בעלי המוגבלות בשוק העבודה.

בדוח הצגנו מספר נתונים לגבי שיעורי התעסוקה, שביעות הרצון מהתעסוקה ומההכנסות מתעסוקה של כלל בעלי המוגבלות, ושל קבוצות ייחודיות מתוכם. נתונים מפורטים לגבי בעלי מוגבלות שאינם מועסקים, לגבי סיכוייהם להשתייך לשוק העבודה ולגבי מאפיינים תעסוקתיים של תת-קבוצה בקרב בעלי המוגבלות - מקבלי קצבת נכות, מופיעים בדוח שהוכן כבסיס לפיתוח תכנית העבודה של תב"ת (נאון ואחרים, 2006).

חשוב לציין שבתקופה האחרונה קיים רצון לעודד השתלבותם של אנשים עם מוגבלות בשוק העבודה, והדבר מתבטא בחקיקה ובהשקעה של משאבים רבים בתחום זה, חלקם בעקבות ההמלצות של ועדת לרון. שינויים אלה אמורים לשנות את התמריצים לשילוב בעלי מוגבלות בשוק העבודה הן בעבור בעלי המוגבלות והן בעבור המעסיקים. נפרט את השינויים העיקריים:

- חקיקה של שכר מינימום מותאם: בעלי מוגבלות יכולים לפנות למשרד התעשייה המסחר והתעסוקה (תמ"ת) בבקשה להערכת מסוגלות תעסוקתית וקביעת שכר מינימום מותאם ליכולתם (75%, 50% או 33% משכר המינימום). חוק זה מיועד לעודד מעסיקים להעסיק עובדים בעלי מוגבלות, שאינם מסוגלים לתת תפוקה שווה לאדם ללא מוגבלות, מבלי להיות מחויבים לשלם שכר מינימום.

- חוק התאמת מקום העבודה: בעל מוגבלות יכול לקבל החזר בגין הוצאות של התאמת מקום העבודה. הממשלה מממנת עד 19,000 ₪ בעבור התאמה פיזית או טכנולוגית של מקום העבודה. המימון כולל גם הדרכה, במידת הצורך.

- שינוי בתנאי הזכאות ומבנה קצבת הנכות של המוסד לביטוח לאומי באופן כזה שיהוו תמריץ לעבודה. החוק, שיופעל החל מאוגוסט 2009, אמור לעודד אנשים עם מוגבלות להשתלב בעבודה ולהשתכר סכומים גבוהים בהרבה ממה שהיה מקובל עד כה, מבלי לאבד את זכאותם לקצבה. כמו-כן, החוק קובע שאם אדם עם מוגבלות שהשתלב בעבודה מאבד את מקום עבודתו, הוא יכול לחזור להיות זכאי לקצבה ללא מבחנים חדשים במשך שלוש שנים.

- השקעת סכומים נכבדים על-ידי משרדי ממשלה (רווחה ושירותים חברתיים ובריאות) לפיתוח התחום של עבודה נתמכת.

- השקעה של תב"ת (שיתוף פעולה בין ממשלת ישראל וגוינט-ישראל) בפיתוח תכניות מיוחדות לשילוב בתעסוקה של בעלי מוגבלות.

לבסוף, יש לזכור שאנשים עם מוגבלות, כמו גם מעסיקים, הם חלק מהחברה ומושפעים מהסטיגמה ומהעמדות הנפוצות בחברה כלפי שילובם של אנשים עם מוגבלות בתעסוקה. סקר שבוצע על-ידי משרד התמי"ת בקרב מעסיקים, מצביע על עמדות שליליות של שיעור לא מבוטל של מעסיקים כלפי העסקת אנשים עם מוגבלות (43% מהמעסיקים טענו שנדרש יותר פיקוח עליהם, 30% טענו שבעלי מוגבלות יוצרים מעמסה רבה יותר על מחלקת כוח אדם) (סקר תמי"ת, 2008, לא פורסם) גם בציבור הרחב קיימת סטיגמה לגבי תעסוקה של בעלי מוגבלות. שליש מהציבור מסרבים לעבוד עם נפגע נפש, 72% מתנגדים שאדם המתמודד עם מחלת נפש יהיה ממונה עליהם בעבודה (שטרוך ואחרים, 2007א).

## ביבליוגרפיה

- אלישר, ש. 2007. הקשר בין מידת האוטונומיה האישית לבין חומרת המוגבלות הפיזית ורמת ההסתגלות התפקודית בתחומי חיים שונים אצל בני אדם עם נכות פיזית. מ-122-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בן נון, ש.; נאון, ד.; ברודסקי, ג'.; מנדלר, ד. 2008. הזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשרד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. דמ-505-08. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברמן, א.; שטרוסברג, נ.; נאון, ד. 2006. תחנות מידע ויעוץ לעיוורים וכבדי ראייה. המוסד לביטוח לאומי, מפעלים מיוחדים (פרסום 104), ירושלים.
- גזית, נ.; קינג, י. 2006. מעצ"ם-מערך תומך חיים עצמאיים של נכים פיזיים בקהילה. דמ-483-06. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- גלעד, ד. 2007. חיים עצמאיים של אנשים עם מוגבלות בקהילה: מקומה של המשפחה. אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, וג'וינט-ישראל, היחידה לנכויות ושיקום.
- גרוס, ר.; ברמלי-גריןברג, ש. 2000. בריאות ורווחה של נשים בישראל - ממצאי סקר ארצי. דמ-361-00. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. נתוני אוכלוסייה של סוף 2007. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר הכנסות 2007. פ"מ 1357. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר הבריאות הלאומי, 2003-2004. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2006. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2005. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2004. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2003. ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. סקר חברתי 2002. ירושלים.
- המוסד לביטוח לאומי. רבעון סטטיסטי, יולי 2008. ירושלים.
- וסרשטיין, ש.; פריאור, ר. 2007. מקבלי קצבת נכות כללית 2006. מס' 213 מנהל המחקר והתכנון המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- וסרשטיין, ש.; פריאור, ר. 2002. מקבלי קצבת נכות ומקבלי קצבה לשירותים מיוחדים 2001 מס' 181 מנהל המחקר והתכנון המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- וסרשטיין (ורנט), ש. 1998. מקבלי קצבת נכות כללית 1996-1997. מס' 152 מנהל המחקר והתכנון המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

ועדת לרון. 2007. **דוח הוועדה הציבורית לבדיקת ענייני הנכים ולקידום שילובם בקהילה**. מדינת ישראל, ירושלים.

ור, א. 2002. **הורות אצל אנשים עם פיגור שכלי**. עבודת גמר בעבור קורס פקידי סעד לחוק הסעד (טיפול במפגרים). משרד העבודה והרווחה, האגף למחקר תכנון והכשרה בשיתוף עם ליגת נשים למען ישראל, ירושלים.

מורבר, מ, 2009. **איתור ילדים, צעירים ובוגרים בעלי מוגבלות המצויים בסיכון להתעללות ולהזנחה - מהלכה למעשה**. גף הפרסומים, משרד החינוך, ירושלים.

מצגת לוועדת העבודה, הרווחה והבריאות בכנסת. 2005. יום מניעת אלימות כלפי אנשים עם מוגבלות. 18.7.2005. ירושלים.

משרד הבריאות. **שנתון סטטיסטי 2006**. ירושלים

משרד התמ"ת. **סקר תמ"ת 2008**. ירושלים (לא פורסם).

נאון, ד.; קינג, י.; וולדה-צדיק, א. 2006. **אוכלוסיות שאינן משתתפות באורח מלא בשוק העבודה: גודלן, מאפייניהן ותכניות לקידום תעסוקתן ולהגברת ניידותן בתעסוקה**. הדוח הוכן במסגרת התכנון האסטרטגי בעבור המיזם התעסוקתי תב"ת (תנופה בתעסוקה), שהוא שותפות בין ממשלת ישראל וגיוינט-ישראל, מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

נאון, ד.; יפרח, א.; בייץ-מוראי, ש. 1998. **סקר ארצי על ילדים עם נכויות בישראל שלב I: הסינון**. דמ-98-324 דוח ברוקדייל, ירושלים.

נושטדט-נוי, נ. 1988. "כיצד ניתן להקדים את השיקום התפקודי של העיוורים?" **חברה ורווחה ט(1)**: 86-77.

סנדלר-לף, א.; שחק, י. 2006. **הנכים בחברה הערבית בישראל: הזדמנות לשינוי חברתי**. דוח מחקר. מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

עורי, א.; עזריה, מ. 1996. "סיבוכים מאוחרים בקרב אנשים עם נכויות 'קבועות'". **הרפואה 130(ב)**: 117-116.

עורי, א.; פרג, א.; רוזנברג, א. 2008. **הוועדה למניעת תחלואה משנית במוגבלים - לעתיד בריא 2020**. משרד הבריאות, ירושלים.

פלדמן, ד.; בן משה, א. 2007. **אנשים עם מוגבלות בישראל 2006**. נציבות שוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים, ירושלים.

קינג, י.; גזית, נ. 2006. **מעצ"ם - מערך תומך חיים עצמאיים של נכים פיזיים בקהילה**. דמ-483-06. מאיירס-גיוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

רימרמן, א.; ארטן-ברגמן, ט.; גריפל, א. 2006. **פערי השתתפות ומעורבות חברתית בין נכים ללא נכים בישראל**. המוסד לביטוח לאומי, והקתדרה לרווחה ותכנון חברתי ע"ש קרוסמן, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

שטרוד, נ., שרשבסקי, י., בידני-אורבך, א., לכמן, מ., זהבי, ט., שגיב, נ. 2007. סטיגמה אפליה ובריאות הנפש בישראל: סטיגמה כלפי אנשים שחלו במחלה פסיכיאטרית וכלפי טיפול נפשי. דמ-478-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ומשרד הבריאות-שירותי בריאות הנפש, ירושלים.

שטרוד, נ.; שרשבסקי, י.; בידני-אורבך, א.; לכמן, מ.; שגיב, נ.; זהבי, ט. 2007. סטיגמה בתחום בריאות נפש: עמדות, התנסויות והתמודדויות של הורים לאנשים המתמודדים עם מחלה פסיכיאטרית. דמ-468-07. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

שטרוסברג, נ.; איתן-ריבליס, ג. 2006. נשים בנות 18-60 עם מוגבלות בישראל: ממצאים נבחרים מניתוח משנה של נתוני סקרים ארציים. דמ-425-06. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

שטרוסברג, נ.; נאון, ד.; בר, ש.; מורגנשטיין, ב. 2005. מקבלי קצבאות של המוסד לביטוח לאומי: מאפיינים וצרכים של תומכים במקבלי קצבת נכות כללית. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים (לא פורסם).

שטרוסברג, נ.; שגיב, נ.; גרינשטיין, מ. 2005. מאפיינים וצרכים של נכים בחברה הערבית בישראל: סקירת ספרות וממצאים נבחרים מניתוח משנה של נתוני סקרים ארציים. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים (לא פורסם).

שטרוסברג, נ.; נאון, ד.; בר, ש.; מורגנשטרן, ב. 2004. מקבלי קצבת נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה בישראל: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי. דמ-428-04. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.

שמלצר, מ.; קורן, א. 2002. מקבלי גמלאות לפי יישוב 2000-2001. סקרים מיוחדים, 184, המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.

שרון, א.; נאון, ד. 2003. דוח משנה לסקר מקבלי קצבאות נכות של המוסד לביטוח לאומי: ממצאים על השוואה בין עולים לבין ותיקים מקבלי קצבת נכות כללית. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי. ירושלים (לא פורסם).

Allen, D. 2008. "The Relationship Between Challenging Behaviour and Mental Ill-health in People With Intellectual Disabilities: A Review of Current Theories and Evidence". *Journal of Intellectual Disabilities* 12(4):267-294.

Altman, B.M. 1997. "Does Access to Acute Medical Care Imply Access to Preventive Care? A Comparison of Women With and Without Disabilities". *Journal of Disability Policy Studies* 8(1&2):99-128. University of Arkansas, Department of Rehabilitation Education and Research.

Australian Institute of Health and Welfare. 2003. *Disability - Prevalence and Trends*.

Barnes, M.P.; and Ward, A.B. 2000. *Textbook of Rehabilitation Medicine*. Oxford University Press, Oxford,

Bartels, S. J. 2004. "Caring for the Whole Person: Integrated Health Care for Older Adults With Severe Mental Illness and Medical Comorbidity". *Journal of the American Geriatrics Society* 52:249-257.

Biegel, D.; and Schultz, R. 1999. "Care-giving and Caregiver Interventions in Aging and Mental Illness". *Family Relations* 48(4):345-354.

Bishop, M. 2005. "Quality of Life and Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Acquired Disability: A Conceptual and Theoretical Synthesis". *Journal of Rehabilitation* 71(2):5-13.

Bigby, C. 2002. "Aging People With Lifelong Disability: Challenges For the Aged Care and Disability Sector". *Journal of Intellectual Disability* 27(4):231-241.

Blalock, G.; and Patton, J.R. 1996. "Transition and Students With Learning Disabilities". *Journal of Learning Disabilities* 29(1):7-17.

Bloomquist, K.B. 2007. "Health and Independence of Young Adults With Disabilities: Two Years Later". *Orthopaedic Nursing* 26(5):296-309.

Boschen, K.; Gargaro, J.; Gan, C.; and Brandys, C. 2007. "Family Interventions after Acquired Brain Injury and Other Chronic Conditions: A Critical Appraisal of the Quality of the Evidence". *Neuro-Rehabilitation* 22:19-41

Bowe, F.G. 2003. Transition for Deaf and Hard of Hearing Students: A Blueprint for Change". *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 8(4):485-493.

Brown, D.A.; Effegn, S.K.; and Palisano, R.J. 1998. "Performance Following Ability-focused Physical Therapy Intervention in Individuals With Severely Limited Physical and Cognitive Abilities". *Physical Therapy* 78(9): 934-947.

Brunette, M.F.; Richardson, F.; White, L.; Bemis, G.; and Eelkema, R. E. 2004. "Integrated Family Treatment for Parents With Severe Psychiatric Disabilities". *Psychiatric Rehabilitation Journal* 28(2):177-180.

Bush, A.; and Beail, N. 2004. "Risk Factors for Dementia in People with Down Syndrome: Issues in Assessment and Diagnosis". *American Journal on Mental Retardation* 109(2):83-97.

Chernomas, W.M.; Clarke, D.E.; and Chisholm, F.A. 2000. "Perspectives of Women Living With Schizophrenia". *Psychiatric Services* 51:1517-1521

Chinnery, B. 1990. "The Process of Being Disabled". *Practice* 4(1): 43-48.

Clegg, J.; Sheard, C.; Cahill, J.; and Osbeck, L. 2001. "Severe Intellectual Disability and Transition to Adulthood". *British Journal of Medical Psychology* 74:151-166.

Coogle, C.L.; Ansello, E.F.; Wood, J.B.; and Cotter, J.J. 1995. "Partners II - Serving Older Persons with Developmental Disabilities: Obstacles and Inducements to Collaboration Among Agencies". *Journal of Applied Gerontology* 14(3):275-288.

Curry, M.A.; Hassouneh-Philips, D.; and Johnston-Silverberg, A. 2001. "Abuse of Women with Disabilities: An Ecological Model and Review". *Violence Against Women* 7(1):60-79. Thousand Oaks.

Darlington, Y.; Feeney, J.A.; and Rixon, K. 2005. "Practice Challenges at the Intersection of Child Protection and Mental Health". *Child and Family Social Work* 10:239-247.

D'Eath, M.; Sixsmith, J.; Cannon, R.; and Kelly, L. 2005. *The Experience of People With Disabilities in Accessing Health Services in Ireland: Do Inequalities Exist?* Center for Health Promotion Studies, National University of Ireland, Galway.

Dobransky, K.; and Hargittai, E. 2006. "The Disability Divide in Internet Access and Use". *Information, Communication & Society* 9(3):313-334.

Duvdevany, I.; Moin, V.; and Yahav, R. 2007. "The Social Life and Emotional State of Adolescent Children of Parents who are Blind and Sighted: A Pilot Study". *Journal of Visual Impairment and Blindness* 101(3):160-171.

Ehlers-Flint, M. L. 2002. "Parenting Perceptions and Social Supports of Mothers With Cognitive Disabilities". *Sexuality and Disability* 29(1):29-51.

Ellis-Hill, C.; Payne, S.; and Ward, C. 2007. "Using Stroke to Explore the Life Thread Model: An Alternative Approach to Understanding Rehabilitation Following an Acquired Disability". *Disability & Rehabilitation* 30:2:150-159

Evenhuis, H.; Henderson, C.M.; Beange, H.; Lennox, N.; and Chicoine, B. 2000. *Healthy Aging - Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Fine, M.; and Asch, A. 1988. *Women with Disabilities: Essays in Psychology, Culture, and Politics*. Temple University Press, Philadelphia, PA.

Finkenflugel, H.; Cornielje, H.; and Velema, J. 2007. "The Use of Classification Models in the Evaluation of CBR Programmes". *Disability & Rehabilitation* 30(5): 348-354.

Harmer, J.; and Barkheit, A.M.O. 1999. "The Benefits of Environmental Control Systems as Perceived by Disabled Users and Their Carers". *British Journal of Occupational Therapy* 62(9): 394-398.

Harrison, T. 2006. "A Qualitative of the Meaning of Aging for Women With Disabilities With Policy Implications". *Advances in Nursing Science. Philosophy and Ethics* 29(2):E1-E13.

Heller, T.; Miller, A.B.; Hsieh, K.; and Sterns, H. 2000. "Later-life Planning: Promoting Knowledge of Options and Choice-making". *Mental Retardation* 38(5):395-406.

Hinden, B.R.; Biebel, K.; Nicholson, J.; and Mehnert, L. 2005. "The Invisible Children's Project: Key Ingredients of an Intervention for Parents With Mental Illness". *Journal of Behavioral Health Services and Research* 32(4):393-408.

Hogansen, J.M.; Powers, K.; Geenen, S.; Gil-Kashiwabara, E.; and Powers, L. 2008. "Transition Goals and Experiences of Females With Disabilities: Youth, Parents, and Professionals". *Exceptional Children* 74(2):215-234.

Holsinger, T.; Steffens, D.C.; Phillips, C.; Helms, M.J.; Havlik, R.J.; Breitner, J.C.S.; Guralnik, J.M.; and Plassman, B.L. 2002. "Head Injury in Early Adulthood and the Lifetime Risk of Depression. *Archives of General Psychiatry* 59(1):17-22.

Horner, M.D.; Ferguson, P.L.; Selassie, A.W.; Labbate, L.A.; Kniele, K.; and Corrigan, J.D. 2005. "Patterns of Alcohol Use One Year After Traumatic Brain Injury: A Population Based, Epidemiological Study". *Journal of the International Neuropsychological Society* 11(3):322-330.

JDC Israel 2008. *The Unit for Disabilities and Rehabilitation: Activity Report 2006-2008*. JDC, Jerusalem.

Johnstone, B.; Walsh, J.; Carton, S.; and Fish, R. 2007. "Rehabilitation Psychology: Meeting the Needs of Individuals With Acquired Disabilities in Ireland". *Disability & Rehabilitation* 30(9):709-715.

Kale, H.S. 2000. *Computer and Internet Use Among People With Disabilities*. Disability Statistics Report (13) U.S. Department of Education, National Institute on Disability and Rehabilitation Research, Washington DC.

Karlovitz, T.; and McColl, M.A. 1999. "Coping With Community Integration After Severe Brain Injury: A Description of Stresses and Coping Strategies". *Brain Injury* 13(11): 845-862

Kato, M.M.; Nulty, B.; Olszewski, B.T.; Doolittle, J.; and Flannery, K.B. 2006. "Postsecondary Academics: Helping Students With Disabilities Transition To College". *Teaching Exceptional Children* 39(1):18-23.

Kemp, B.J.; and Kraus, J.S. 1999. "Depression and Life Satisfaction Among People Ageing With Post-polio and Spinal Cord Injury". *Disability and Rehabilitation* 21(5/6):241-249.

Kendall, E., Buys, N. and Larner, J. 2000. "Community-based Service Delivery in Rehabilitation: The Promise and the Paradox". *Disability & Rehabilitation* 22(10):444-355.

Kirshbaum, M. 2000. "A Disability Culture Perspective on Early Intervention With Parents With Physical or Cognitive Disabilities and their Infants". *Infants and Young Children* 13(2):9-20.

Kirshbaum, M.; and Olkin, R. 2002. "Parents With Physical, Systemic, Or Visual Disabilities". *Sexuality and Disability* 20(1):65-80.

Kockin, S. 2005. "Market VII: Hearing Loss Population Top 31 Million People". *Hearing Review* 12(7):16-29

Kruger, S.F. 1975. "On Aging and Mental Retardation". In: *Proceeding of a Consolation-conference on the Gerontological Aspects of Mental Retardation*. Segal, J.C.; and Hamilton, R.M. (Eds.), The University of Michigan, Ann Arbor, MI.

Kubler-Ross, E. 1973. *On Death and Dying*. Routledge.

- Kuchinad, A.; Schweinhardt, P.; Seminowicz, D.A.; Wood, P.B. Chizh, B.A.; and Bushnell, M.C. 2007. "Accelerated Brain Gray Matter Loss in Fibromyalgia Patients: Premature Aging of the Brain?" *The Journal of Neuroscience* 27(15):4004-4007.
- Langlois, J.A.; Rutland-Brown, W.; and Wald, M. 2006. "The Epidemiology and Impact of Traumatic Brain Injury". *Journal of Head Trauma and Rehabilitation* 21(5):375-378.
- Langlois, J.A.; Rutland-Brown, W.; and Thomas K.E. 2004. *Traumatic Brain Injury in the United States: Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.
- Larner, S. 2005. "Common Psychological Challenges for Patients With Newly Acquired Disability". *Nursing Standard* 28(19):33-39.
- Levack, W.M. 2006. "Is Goal Planning in Rehabilitation Effective? A Systematic Review". *Clinical Rehabilitation* 20(9):739-755.
- Lim, J.W.; and Zebrack, B. 2004. "Caring for Family Members With Chronic Physical Illness: A Critical Review of Caregiver Literature". *Health and Quality of Life Outcomes* 2:50.
- Livneh, H.; and Antonak, R.F. 1997. *Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability*. Aspen, Gaithersburg, MD.
- Marin, B.; and Prinz, C. 2003. *Facts and Figures on Disability Welfare. A Pictographic Portrait of an OECD Report*. OECD, Geneva.
- McGaw, S. 2000. *What Works for Parents With Learning Disabilities? Summary*. [www.barnardos.org.il/resources](http://www.barnardos.org.il/resources) (Retrieved 1/12/08).
- McConnell, D.; and Llewellyn, G. 2000. "Disability and Discrimination in Statutory Child Protection Proceedings". *Disability & Society* 15(6):883-895.
- Moos, R.H.; and Schaefer, J.A. 1986. *Coping With Life Crises An Integrated Approach*. Plenum Press, New York.
- Murphy, L.; Chamberlain, E.; Weir, J.; Berry, A.; Nathaniel-James, D.; and Agnew, R. 2006. "Effectiveness of Vocational Rehabilitation Following Acquired Brain Injury: Preliminary Evaluation of a UK Specialist Rehabilitation Programme". *Brain Injury* 20(11): 1119-1129.
- Nagle, K.M. 2001. "Transition to Employment and Community Life for Youths With Visual Impairments: Current Status and Future Directions. *Journal of Visual Impairment and Blindness* 725-738.
- Nicholson, J.; Finkelstein, N.; Williams, V.; Thom, J.; Noether, C.; and DeVilbiss, M. 2006. "A Comparison of Mothers With Co-occurring Disorders and Histories of Violence Living With or Separated from Minor Children". *Journal of Behavioral Health Services and Research* 33(2):225-243.

Nosek, M.A. 1996. "Wellness Among Women with Physical Disabilities". In: ***Women with Physical Disabilities: Achieving and Maintaining Health and Well-being***. Krotoski, D.M.; Nosek, M.A. and Turk, M.A. (Eds.) pp. 17-34. Paul H. Brooks Publishing, Baltimore, MD.

Nosek, M.A.; and Gill, C.J. 1998. "Use of Cervical and Breast Cancer Screening Among Women With and Without Functional Limitations, United States, 1994-5". ***Morbidity and Mortality Weekly Report*** 47(40):853-856.

Nosek M.A.; Howland, C.A.; Rintala, D.H.; Young, M.E.; and Chanpong, G.F. 1997. ***National Study of Women with Physical Disabilities: Final Report***. Center for Research on Women with Disabilities, Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Baylor College of Medicine, Houston.

OECD. 2003. ***Transforming Disability into Ability, Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People***. OECD, Geneva.

Olkin, R.; Abrams, K.; Preston, P.; and Kirshbaum, M. 2006. "Comparison of Parents With and Without Disabilities Raising Teens: Information from the NHIS and Two National Surveys". ***Rehabilitation Psychology*** 51(1):43-49.

Orr, K.S.; Leven, T.; Bryan, R.; and Wilson, E. 2006. ***Community Care and Mental Health Services for Adults With Sensory Impairment in Scotland***. Scottish Executive Social Research.

Pakenham, K.I.; and Bursnall, S. 2006. "Relations Between Social Support, Appraisal and Coping and Both Positive and Negative Outcomes for Children of a Parent With Multiple Sclerosis and Comparisons With Children of Healthy Parents". ***Clinical Rehabilitation*** 20(8):709-723.

Panitch, M. 1983. "Mental Retardation and Aging". ***Canada's Mental Health*** 31:6-10.

Plassman, B.L.; Havlik, R.J.; Steffens, D.C.; Helms, M.J.; Newman, N.T.; Drosdick, D.; Phillips, C.; Gau, B.A.; Welsh-Bohmer, K.A.; Burke, J.R.; Guralnik, J.M.; and Breitner, J.C.S. 2000. "Documented Head Injury in Early Adulthood and Risk of Alzheimer's Disease and Other Dementias". ***Neurology*** 55(8):1158-1166.

Ponsford, J. 2004. "Rehabilitation Following Traumatic Brain Injury and Cerebrovascular Accident". In: ***Cognitive And Behavioral Rehabilitation: From Neurobiology To Clinical Practice***. Pp. 299-342. Guilford Press, New York.

Ponsford, J.; and Willmott, C. 2004. "Rehabilitation of Nonspatial Attention". In: ***Cognitive And Behavioral Rehabilitation: From Neurobiology To Clinical Practice***. Pp. 59-99. Guilford Press, New York.

Rangarajan, A.; Fraker, T.; Honeycutt, T.; Mamun, A.; Martinez, J.; O'Day, B.; and Wittenburg, D. 2008. ***The Social Security Administration's Youth Transition Demonstration Projects: Evaluation Design Report***. Mathematica Policy Research.

Reiss, S. 2001. "People With Dual Diagnosis: America's Powerless Population". In: *The Forgotten Generation: The Status and Challenges of Adults With Mild Cognitive Limitations*. Tymchuk, A.J.; Lakin, K.C.; and Luckasson, R. (Eds.), pp. 275-298. Paul H. Brookes Publishing, Baltimore.

Reinders, H.S. 2008. "Persons With Disabilities as Parents: What is the Problem?" *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21:308-314.

Salvatory, P.; Tremblay, M.; Sandys, J.; and Marcaccio, D. 1997. "Aging With an Intellectual Disability: A Review of Canadian Literature". *Canadian Journal on Aging* 17(3):249-271.

Seltzer, M.M.; and Krauss, M.W. (Eds.) 1987. *Aging and Mental Retardation: Extending the Continuum*. American Association of Mental Retardation, Washington, DC.

Stein, K.; and Allen, N. 1999. "Cross Sectional Survey of Cervical Cancer Screening in Women with Learning Disability". *British Medical Journal*, London.

Sutherland, G.; Couch, M.A.; and Iacono, T. 2002. "Health Issues for Adults with Developmental Disability". *Research in Developmental Disability* 23:422-445.

Tarleton, B.; and Ward, L. 2005. "Changes and Choices: Finding Out What Information Young People With Learning Disabilities, Their Parents and Supporters Need at Transition". *British Journal of Learning Disabilities* 33:70-76.

Tebes, J.K.; Kaufman, J.S.; Adnopoz, J.; and Racusin, G. 2001. "Resilience and Family Psychosocial Processes Among Children of Parents With Serious Mental Disorders". *Journal of Child and Family Studies* 10 (1):115-136.

Through the Looking Glass <http://lookingglass.org/parents/> Retrieved 1/12/08

Trojan, D.A.; and Cashman, N.R. 2005. "Post-poliomyelitis Syndrome". *Muscle & Nerve* 31:6-19.

Turpin, G.; Armstrong, J.; Fine, B.; Wards, C.D.; and Pinnington, L.L. 2005. "Evaluation of Alternative Computer Input Devices Used by People With Disabilities". *Journal of Medical Engineering & Technology* 29(3):119-129.

US Census Bureau. 2007. *Statistical Abstract Of The United States*.

Velema, J.P.; Ebenso, B.; and Fuzikawa, P.L. 2008. "Evidence for the Effectiveness of Rehabilitation-In-The-Community Programmes". *Leprosy Review* 79:65-82.

Wanda M.; Chernomas, R.N.; Clarke, D.E.; and Chisholm, F.A. 2000. "Perspectives of Women Living With Schizophrenia". *Psychiatric Surveys* 51:1517-1521.

Webb, C.; Pfeiffer, M.; Mueser, K.T.; Gladis, M.; Mensch, E.; DeGirolamo, J.; and Levinson, D.F. 1998. "Burden and Well-being of Caregivers for the Severely Mentally Ill: the Role of Coping Style and Social Support". *Schizophrenia Research* 34:169-180.

Williams, V.; and Heslop, P. 2006. "Filling the Emotional Gap at Transition: Young People With Learning Difficulties and Friendship". *Tizard Learning Disability Review* 11(4):28-37.

Womendez, C.; and Schneiderman, K. 1991. "Escaping from Abuse: Unique Issues for Women with Disabilities". *Sexuality and Disability* 9(3):273-280.

Wood, J. 1979. "Residential Services for Older Developmentally Disabled Persons". In: *Gerontological Aspects of Developmental Disabilities: The State of the Art*. Daniels, O.J. (Ed.), University of Nebraska, Gerontology Program, Omaha.

Yates, P.J. 2003. "Psychological Adjustment, Social Enablement and Community Integration Following Acquired Brain Injury". *Neuropsychological Rehabilitation* 13(1/2):291-306.

Young, S.; and Hawkins, T. 2006. "Special Parenting and the Combined Skills Model". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 19(4):346-355.

Zeng, X.; and Parmanto, B. 2004. "Web Content Accessibility of Consumer Health Information Web Sites for People With Disabilities: A Cross Sectional Evaluation". *Journal of Medical Internet Research* 6(2):e19.

#### אתרים באינטרנט

<http://www.bizchut.org.il/heb/upload/.peoples/peoples.html>

[http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/work\\_areas/disability/priority.aspx](http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/work_areas/disability/priority.aspx)

<http://www.education.gov.il> (Retrieved 4.11.08)

<http://hw.haifa.ac.il/clinicalcenter/hebrew/karten.htm>

<http://www.hebpsy.net/community.asp?id=96&cat=article&articleid=1533>

<http://www.homesh.org.il/rec/5>

<http://www.la-briut.org.il/>

[http://www.pigur.co.il/links/maagar/pakid142002.htm#\\_Toc35006187](http://www.pigur.co.il/links/maagar/pakid142002.htm#_Toc35006187) (Retrieved 23.12.08)

<http://www.shekel.org.il/?CategoryID=197>

<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-577-x/index-eng.htm>

<http://www.tso.co.uk>

<http://www.ynet.co.il/articles/1,7340,L-2985539,00.html>

## נספח 1: שיעורי אנשים עם מוגבלות לפי קבוצות גיל בשנים 2006-2003

גילאי 64-55 בעלי מוגבלות			גילאי 20-54 בעלי מוגבלות			שנים
קשה	בינונית	סך-הכל	קשה	בינונית	סך-הכל	
15.1	18.7	<b>33.9</b>	4.5	10.9	<b>15.4</b>	2003
14.9	20.3	<b>35.3</b>	5.0	10.8	<b>15.8</b>	2004
17.0	18.3	<b>35.3</b>	4.9	11.5	<b>16.4</b>	2005
17.4	18.9	<b>36.2</b>	4.7	9.5	<b>14.2</b>	2006

מקור: סקרים חברתיים 2006-2003, הלמ"ס

## נספח 2: פירוט של בעלי תפקידים שרואיינו במסגרת המחקר

### קובעי מדיניות

בין קובעי המדיניות נכללו אנשים מתחומים שונים; ורואיינו כל ראשי האגפים הרלוונטיים. במשרד הרווחה והשירותים החברתיים רואיינו בכירים מאגף השיקום, השירות לפרט ולמשפחה, שירות לעבודה קהילתית וקליטת עלייה, המשנה למנכ"ל, האגף לטיפול באדם המפגר, השירות לאדם האוטיסטי, אגף התכנון; משרד הבריאות רואיינו בכירים באגף נכות כללית, ממונה שיקום ארצי שירותי, מרכז תחום רווחה וביטוח לאומי; במשרד האוצר: אגף תקציבים, רכז תחום בריאות (בעבר: רפרנט לענייני נכויות שלווה את ועדת לרון); במוסד לביטוח לאומי - האגף לפיתוח שירותים לבעלי מוגבלות, נציג התאחדות התעשיינים וראש הוועדה הציבורית לענייני המוגבלים, אגף השיקום משרד המשפטים - נציב השוויון לאנשים עם מוגבלויות.

### רשויות הרווחה המקומיות

משרד הרווחה והשירותים החברתיים: סגן מנהל מחוז דרום, מפקח אזור צפון, עיריית ירושלים: מנהלת מחלקת שיקום באגף הרווחה; עיריית תל אביב: מנהלת תחום נכויות.

### ארגונים, עמותות, המגזר השלישי, נציגי בעלי מוגבלות

ורואיינו אנשי מפתח ונציגי בעלי מוגבלות מהארגונים השונים הפועלים עם אוכלוסיות בעלי המוגבלות בישראל. בין המרואיינים נכללו אנשים העוסקים בסוגי מוגבלויות שונות (פיזית, נפשית, קוגניטיבית, תקשורת, וחושית). בנוסף, המרואיינים נבחרו מתחומי פעילות ושירות שונים, בנושא מוגבלויות (טיפול במשפחה, ציוד, נגישות).

בעלי התפקידים: יו"ר מטה מאבק נכים; מנהל מערך הרווחה במטה מאבק הנכים ויו"ר לשמ"ה; מנהלי המרכז לחיים עצמאיים: ירושלים ובאר שבע; מנכ"ל אגון בקול; מנהל מערך הרווחה במטה מאבק הנכים; מנהלת מקצועית עמותת מילב"ת; רכז פרויקטים עמותת עלייה; מנכ"ל אגודת ניצן; מנהלת יחידה למשפחה ופיתוח קהילתי - בית איזי שפירא; מנכ"ל ארגון בזכות; מנכ"ל אקיי"ם; מנכ"ל שק"ל; מנהלת שתי"ל; מנכ"ל עמותת נגישות; מנכ"ל ויו"ר אסיי; מנכ"ל איל"ן; סמנכ"ל עמותת כיוונים; מנהלת המכון לקידום החירש; החברה למתנסיים - רכזת ארצית של תכנית קהילה נגישה; נציג ארגון הורים לנפגעי נפש; ומרואיין שהתמודד עם מחלה פסיכיאטרית וייסד את עמותת "התמודדות - עמותת נפגעי הנפש בישראל".

## **אנשי אקדמיה**

פרופ' אריה רימרמן - ראש הקתדרה למדיניות ותכנון חברתי אוניברסיטת חיפה; ד"ר דבורית גלעד - בית-הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה; ד"ר נעמי הדס לידור - בית-ספר למקצועות הבריאות, החוג לריפוי בעיסוק אוניברסיטת תל אביב; מנהלת בית-הספר הארצי להכשרה בשיקום, שילוב והחלמה בבריאות הנפש; מנהלת תכנית קשת להורים לילדים עם מוגבלויות פסיכיאטריות; ומי שהיה יו"ר המועצה הארצית לשיקום נכי נפש.

## **נציגי ג'וינט ישראל**

מנהלת היחידה לנכויות ושיקום, מנהלת תכניות בקהילה, מנהלת תכנית בחברה הערבית, רכזת קהילה תומכת בסכנין, מרכז קהילה נגישה בחברה הערבית.