

שיקום

בטאון עמותת חומש

גיליון מס' 15 יוני 2005

הוצאה מיוחדת

מיטב ההרצאות

מקס פליקוס

הארצי הרביעי

5-6/12/2004

מה בגליון:

- שיקום וזכויות נכים בישראל
מגמות וכיוונים עתידיים

Caregiving and
Caregiving Interventions
in Mental Illness

One Model of Community
Music Therapy

- חשיפה ממושכת -
הטיפול בפוסטראומה עפ"י
המודל של פרופ' עדנה פואה

- תפיסת ההורים לבוגרים
עם נכות פיזית

- המאפיינים של אנשים
עם פיגור שכלי
הנאשמים בפלילים

חומש

החטיבה
השיקומית
של העובדים
הסוציאליים
בישראל

2	דבר המערכת
3	דבר' היו"ר
4	כללי כתיבה
	שיקום וזכויות נכים בישראל - מגמות וכיוונים עתידיים
5	פרופ' אריק רימרמן
	Caregiving and Caregiving Interventions in Mental Illness
10	David E. Biegel, Ph.D.
	One Model of Community Music Therapy
14	Ronna S. Kaplan, MA, MT-BC
	חשיפה ממושכת - הטיפול בפוסטראומה עפ"י המודל של פרופ' עדנה פואה
18	עו"ס אתי שפריר
	תפיסת ההורים לבוגרים עם נכות פיזית
22	עו"ס לילית הדר
25	אותות הערכה למצוינות בתחום השיקום מאפיינים של אנשים עם פיגור שכלי הנאשמים בפלילים
29	אחדות אבנר
	הקליניקה המשפטית לזכויות אנשים עם מוגבלויות באוניברסיטת בר אילן
34	עו"ד רוני רוטלר
	מע"ש תלמים - תעסוקה בחקלאות
38	עו"ס אמיר אזולאי
	פיתוח שליטה עצמית באמצעות פעילות גופנית לנפגעי תגובת קרב בתר-חבלתיים (PTSD)
44	עו"ס ד"ר אורי ברגמן
	אלק, ילד שלי מוצלח" - תאור המקרה
43	עו"ס כלנית פנירי
	אנשים עם מגבלה - עובדים מצטיינים
48	עו"ס וסיליבר אילה
	ספרים ואתרים בהמלצה
50	עו"ס אהובה אוברשטיין

קוראים יקרים,
 העיתון הפעם רחב ומקיף. מטרת העיתון הינה להביא לחברי חומש ולקוראים ממיטב ההרצאות שהיו בכנס השיקום הארצי שאירגנה העמותה ב- 5-6.12.04 במלון דן פנורמה בתל אביב, וכן מאמרים נוספים המשקפים את העשייה המלהיבה בשדה השיקום.
 חברי המערכת מיצגים סקטורים שונים בתחומי השיקום ויצוג זה מתבטא במגוון המאמרים השונים המפורסמים בגיליון זה.
 כפי שכבר נכתב רבות קודם, אנו חנו שואפים להפוך את ביטאון חומש לבטאון מקצועי ברמה גבוהה ולדעתי התהליך כבר מתבטא בגליונות האחרונים ובמיוחד בגיליון זה.
 מאמץ נוסף במיקצוע העיתון היו כניסתו של ד"ר בני הוזמי כחבר מערכת. ד"ר הוזמי תורם רבות מהידע המקצועי הרב שלו ומסייע בהדרכה כיצד לכתוב מאמרים ברמה אקדמית. בבטאון הקרוב ובהמשך נחד פינה לפרסום מאמרים ברמה אקדמית על מנת לאפשר לכותבים אותם להציגם במסגרות הדורשות כתיבה מקצועית. בבטאון זה מספר הנחיות לכתיבת מאמרים אלו.
כיושבת ראש המערכת ברצוני להודות בהזדמנות זו לכל חברי המערכת על המאמץ הרב שהינם משקיעים בהבאת מאמרים, בדרבון חברי חומש לכתוב, ובהפיכתו לבטאון שגאוות כולנו בו.

קריאה מהנה

רחל נפתלי
 עו"ס אומחית ליקום

מערכת הביטאון

יו"ר המערכת:

עו"ס רחל נפתלי, המוסד לביטוח לאומי

עו"ס אהובה אוברשטיין, עיריית תל-אביב

המחלקה לשירותים חברתיים

עו"ס אבנר אחדות, משרד הרווחה, האגף לטיפול

באדם המפגר

עו"ס אלי גיל-עד, מערך דיור שקד/אונים

דר' בנימין הוזמי, מכון טראמפ, בית איזי שפירא

עו"ס איילה וסילבר, המשקם

עו"ס קרן יפה, מרכז שיקום הרצליה

עו"ס דני כץ, משרד הרווחה, האגף לטיפול

באדם המפגר

עו"ס נורית פינק, אק"ם

עו"ס חמדה צוקרמן, משרד הרווחה, אגף השיקום

עו"ס אמירה שניצר, משרד הרווחה

ורד ברק, מרכזת המערכת

נשמח לקבל מאמרים, תגובות והערות לכתובת:

עמותת חומ"ש, אצל איגוד העובדים הסוציאליים,

רח' ארלוזורוב 93, תל אביב 62098

טלפקס: 09-7429637

e-mail: homesh@zahav.net.il

הפקה ומודעות פרסום:

אמנון פרסום ודפוס

טל' 09-7405184 ת"ד: 054-4504644

של הכנס הרביעי לשיקום, נחמה בוט שתרמה לנו בועדות חקיקה ופרויקטים ומיכל פרידנטל אשר עמדה בראש הוועדה לקידום מקצועי.

בחרנו ועד מנהל חדש ואני מודה לו עד על שבחר בי להמשיך להוביל את חומ"ש לשנה נוספת. אני מקווה שבשנה זו נוכל להעמיק את הפעילות בתחום החקיקה בהנהגתה של לאה מאיר. נפעל להגברת המעורבות של החברים מהתחום של שיקום פסיכיאטרי אשר מיוצגים ע"י מירית כנעני, נערוך ימי עיון והשתלמויות בהנהגתה של יפה ארפה. אנחנו מקווים ליצור מחדש קשרים עם הקהילייה הבינלאומית של העוסקים בתחום בהובלתו של זאב וייסמן וכמובן נמשיך להיפגש על בסיס מקומי בהובלתה של שולי קוממי, על בסיס ארצי בהנהגתו של שלמה ז'ולטי, לקרוא חדשות באינטרנט בהשגחתה של אורה נורי ומאמרים מצוינים בבטאון שלנו בעריכתה של רחל נפתלי.

ברכות למשרד הביטחון על הקמת אגף נפרד לשיקום נכים. הטיכול במשפחות שכולות מתנהל מעתה באגף נפרד - אגף משפחות והנצחה.

שיהיה לנו המשך שנה טובה ופעילה.

צברא דוויק

*יו"ר אומחה ליקום
יו"ר עמותת חומש*



בית איזי שפירא
הספרייה ע"ש דוד הק ז"ל
מס. 2817 / 1

הכנס הסתיים ואנחנו ממשיכים בפעילות שוטפת. הכנס נחשב להצלחה - משתתפים רבים בסדנאות והרצאות מעניינות.

במליאות למדנו על המתרחש בארה"ב בתחום השיקום התעסוקתי, בהתערבות בתחום השיקום הפסיכיאטרי ובהישגים והכישלונות של חוק שוויון זכויות למוגבלים במלאת 10 שנים להפעלתו שם.

פרופ' רימרמן, שנטל על עצמו את האתגר הגדול של הובלת הכנס חלק עם המשתתפים את מחשבותיו על מקומו של תחום השיקום והתפתחותו בעולם ובארץ. האם התחום בסכנה בארץ? עולה הרושם שיש אי בהירות בארץ מה שייך לתחום העיסוק של העובדים הסוציאליים השיקומיים ומה לתחום הבריאות, החינוך, הריפוי בעיסוק ולפסיכולוגיה.

לדוגמא, השיקום הפסיכיאטרי - מתנדנד בין תחום השיקום לבין תחום הבריאות.

העבודה הסוציאלית בארץ השכילה לתחום את השיקום על כל היבטיו ולשייכו אליה כמובחן וברור, בעוד בארה"ב הוא מפוזר בין עיסוקים מקצועיים שונים וכך גם באנגליה. היתרון בישראל הוא בקורת גג מקצועית אחת הבוחנת את השיקום מכל היבטיו ולא צורך שנבחן ע"י מספר פרופסיות כשכל אחת מתערבת ונדרש מתאם תיק מתחום פרופסיונאלי נוסף להניע את כל אנשי המקצוע.

הישג זה של ישראל בסכנה ועלינו להמשיך לעמוד על המשמר למניעת זילות תחום השיקום.

שנה זאת הייתה טובה ומרגשת - הישגים גדולים שאף הוקרנו בטכס מרשים שחילק אותות למצוינות של מנהיגים ומובילים בתחום השיקום בארץ. הטכס התקיים במסגרת כנס השיקום הארצי והפך כבר למסורת. אנחנו נוהגים לשבח את אנשי המקצוע בתחום, אך לולא היו לנו פעילים העוסקים בתחום לקידום מקצועי לא היינו יודעים זה על קיומו של זה ולא על הפעילות הנפלאה, שנעשית בארץ בתחומים השונים של השיקום. המצטיינים שלנו הם כל הפעילים בחומ"ש שלא על מנת לקבל פרס, אלא מתוך אמונה והערכה לחשיבות התחום הפרופסיונאלי שלנו. וגם המרכזת של העמותה - ורד ברק - מצטיינת בעבודתה, בידועותיה ותרומתה לנו. שאו ברכה כל הפעילים, יישר כוחכם, ושאו תודה כל מי שהיה פעיל ובחר לפרוש השנה מפעילות - ד"ר נירה דנגור מהמוסד לביטוח לאומי, אשר עמדה במשך שנים רבות בראש ועדת חקיקה וכיהנה כיו"ר מדעית

C.P. 37

כללי כתיבה

חברים יקרים,

בשנה האחרונה מגיעות למערכת הביטאון פניות רבות לקבל פרטים אודות כותבי המאמרים וכן מקורות ספרות מלאים לאזכורים השונים המצוטטים. אשר על כן מצאנו לנכון להגדיר מספר כללי כתיבה אשר ישוו למאמרים צביון מקצועי ואקדמי ויאפשרו לקוראים להיעזר בהם בהקשרים שונים.

יצוין כי כללים אלה יחולו רק במקום בו הכותב בחר לפרסם את מאמרו כחיבור תיאורטי ו/או מחקרי.

יחד עם זאת, בפני כותבים אשר יהיו מעונינים לתאר פרוייקטים או שיטות טיפול מיוחדות, תשמר האפשרות לפרסם את עבודתם, כבעבר, במדור שיקרא "עו"סים-שיקום".



להלן כללי כתיבה:

חלק א': מבוא וסקירת ספרות.

חלק ב': הגדרת הנושא הנבדק או הנסקר ותיאור קהל היעד.

חלק ג': מתודולוגית הבדיקה.

חלק ד': הצגת ממצאי המחקר או הבדיקה.

חלק ה': הצגת דיון ומסקנות תוך הדגשת היישום האפשרי לעבודה בשדה השיקום.

ככל כתבה/מאמר ישולבו מקורות ספרות ורשימה ביבליוגרפית על פי כללי הכתיבה המקובלים כ- APA, שניתן למצוא באתר מכון הנרייטה סולד:

<http://www.szold.org.il/content/articles>

העבודות תודפסנה בתוכנת WORD, גופן דוד, גודל 12 ברווח כפול. ניתן להעביר את החומר הכתוב בשני אופנים:

א. באמצעות דואר אלקטרוני לכתובת: homesh@zahav.net.il

ב. כעותק מודפס בצירוף תקליטור ובציון שם הכותב, כתובת ומספרי טלפון להתקשרות לכתובת: **מערכת "בטאון חומ"ש", אצל איגוד העובדים הסוציאליים, ארלוזורוב 93, תל אביב.**

אנו מונים אליכם בבקשה להגיש עבודות למערכת, שכן יש מקום לתת במה לעשייה הברוכה המאומצת והמקורית בשדה. פרסומים מקצועיים יאפשרו לחברים נוספים להיתרם מניסיון זולתם וכך, תקוותנו, כי נוכל לקדם יצירת קהילת ידע מקצועי בשדה השיקום.

ח"ס חמדה צוקרמן

ד"ר בני ביטאון

מערכת חומ"ש

מאת: פרופ' אריק רימרן*

בהשוואה לאומדן אוכלוסיית המוגבלים, נתוני השוהים במסגרות דיור חוץ ביתי מבטאים שיעור גבוהה יחסית של לוקים בפיגור שכלי ונכות נפשית. משרד העבודה והרווחה דיווח בהצעת התקציב לשנת הכספים 2003 כי השרות לשיקום מעניק סידור חוץ ביתי ל 1,992 מוגבלים, החלק הארי הוא לבעלי הפרעות קשב ותת גבוליות (1,160) ונכים קשים. האגף לשירותי טיפול באדם המפגר אחראי לסידורם של כ-8,300 איש בסידור חוץ-ביתי. מאידך, משרד הבריאות דיווח בשנת 2000 על כ- 3,060 משתקמים הלוקים בנכות נפשית שסודרו במסגרות חוץ-ביתיות.

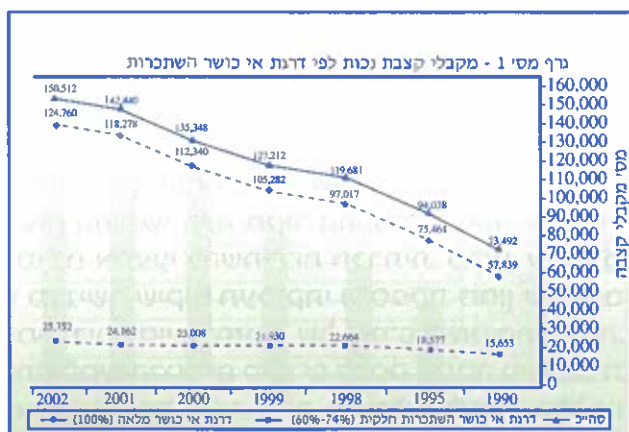
שיעור ההשתתפות של אוכלוסיית המוגבלים בשוק העבודה בישראל אינו ידוע. הערכה היא כי החלק הארי ממקבלי קצבאות נכות כללית (מעל ל-150,000) אינם מועסקים (ראה גרף מס' 1). משרדי הרווחה והבריאות מסבסדים תעסוקה מוגנת לאלפי מוגבלים שאין ביכולתם להשתלב בשוק החופשי. משרד העבודה והרווחה מדווח בהצעת התקציב 2003, על 2,450 ששהו בשנת 2002 במסגרות תעסוקה מוגנות (החלק הארי בקרן למפעלי שיקום) וכ-2,900 ששהו בחברת המשקם בשנת 2004. מאידך, האגף לשירותי טיפול באדם המפגר דיווח על כ-3000 מוגבלים המועסקים ב-61 מע"שים ברחבי המדינה. אם נצרף למשתתפים בתעסוקה מוגנת במימון ופיקוח משרד העבודה והרווחה גם את מספר המוגבלים נפשית המועסקים במפעלים מוגנים ומועדונים תעסוקתיים (2,970) נגיע למספר של 14,320 (ספר התקציב 2002, משרד העבודה והרווחה).

דו"ח מבקר המדינה לשנת 2002 (252') שעסק, בין השאר, בשילוב של אנשים בעלי מוגבלות בחברה ובעבודה קובע כי אין בישראל מסד נתונים מרוכז בנוגע לאנשים בעלי המוגבלות החיים בה, ואין מידע על הצרכים המיוחדים של בעלי המוגבלות ועל הפער בינם לבין המענה הניתן להם בתקציב המדינה. עוד קובע הדו"ח כי בהעדר נתונים מקיפים, מקצועיים ומוסמכים, כל רשות, ובכלל זה משרד האוצר, מסתמכת על אומדנים ונתונים חלקיים שמקורם במחקרים שבצעו מוסדות מחקר בארץ ובעולם.

על פי נתונים עדכניים של המוסד לביטוח לאומי, עמד מספר מקבלי קצבאות נכות או קצבת ילד נכה בחודש נובמבר 2002 על 205,730 איש לפי הפירוט הבא: נכות כללית - 151,900 (מתוכם קיבלו 20,947 קצבת שירותים מיוחדים ו-21,184 קצבת נידות); נכות עבודה - 23,610; נפגעי איבה (נכות צמיתה) - 1,827; אסירי ציון - 627; וקצבת ילד נכה - 17,747. התפלגות מקבלי קצבת נכות כללית בהקשר למשתני רקע מגלה כי אחוז הגברים הוא 57.4% ושל נכים יחידים 60.73% מסה"כ מקבלי קצבת נכות. אם נצרף למספר זה כ-53,000 נכי צ.ה.ל מקבלי קצבת נכות (מ-10% נכות רפואית ומעלה) (משרד הביטחון, אגף השיקום, 2001), עומד מספר הנכים מקבלי הקצבאות על כ-258,730 איש.

בהעדר מידע, העריכה יחידת הנכויות של מכון ברוקדייל בג'וינט-ישראל (2000) את שיעור הנכים והמוגבלים בישראל לזה המקובל בארצות המערב כ-10%. על פי אומדן זה, כ-400,000 איש לערך מכלל האוכלוסייה בקבוצת הגיל 18-65 הם בעלי נכות או מוגבלות. בנוסף, מעריכה יחידת הנכויות של מכון ברוקדייל (ג'וינט-ישראל), כי בשנת 2000 חיו בישראל 160,000 ילדים ונוער בעלי מוגבלות (7.7% מכלל אוכלוסיית הילדים ונוער בישראל). גם ארגון בזכות, שסייע בניסוח הצעת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, אומד את מספר האנשים בישראל להם מוגבלות פיזית, שכלית או נפשית בכ-600,000.

*** פרופ' אריק רימרן - ראש הקתדרה ע"ש ריצ'ארד קרוסמן למדיניות ותכנון חברתי, בית ספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוני' חיפה, הר הכרמל חיפה.**



שכושר השתכרותם נפגע באופן משמעותי עקב נכותם. כלומר, הזכאות לתגמולים מותנית בכך שנכותו פוגמת בכושר השתכרותו.

בניגוד ל"נכות כללית", החקיקה לגבי נכי צה"ל מבוססת על עקרון הפיצוי. תחיקת החוק, לאחר מלחמת העצמאות בשנת 1948, ובבסיסו עומדת מחויבותה של המדינה לדאוג לאלה אשר סייעו בגופם להקמתה. מאז חקיקתו הורחב החוק והוגמשו גבולותיו - אוכלוסיית הזכאים, הקף התשלומים ורמת ההטבות. הרחבת החוק משקפת את העובדה כי מאז חקיקתו, נותרה ישראל במצב של לוחמה. מצב זה הביא לא רק לעלייה במספר הזכאים לתגמולי החוק, אלא אף הרחיב את האמונה בדבר נחיצותו של הצבא, לעצם קיומה של המדינה. השירות הצבאי נתפס כחובה אזרחית לשם שימור קיום המדינה, ומכאן למדינה אחריות וחובה קולקטיבית כלפי אלה המשרתים בצבא. מכאן, שכל מי שנפצע במסגרת שירותו, זכאי לפיצוי מלא מהמדינה.

לבסוף, החקיקה לגבי נכי תאונות עבודה מספקת תגמול כספי - צמית או זמני - עבור אנשים אשר נפגעו או חלו במסגרת עבודתם או באופן הקשור לעבודתם. התגמולים מחושבים בעיקרם עפ"י הערכת השמעת הנכות על יכולת התפקוד של הנפגע, כמו גם על בסיס הכנסותיו טרם פציעתו. תכנית זו מבוססת על שילוב בין עקרון הפיצוי לעקרון הביטוח. העקרונות הביטוחיים מיוצגים ע"י הדרישה מכל המעבידים לבטח את עובדיהם, ובהתייחסות לרמת הכנסתם טרם הפציעה. פן הפיצוי בא לידי ביטוי בכך שהעובד אינו נדרש להוכיח כל זכאות או נזקקות, פרט לחובת ההוכחה כי נכותו קשורה לעבודתו. ביטוי נוסף לבסיס הפיצוי של החוק ניתן למצוא בעקרון אי-האשמה, בהבטחת התשלום על בסיס תקופתי, ובמתן עידוד כספי להשתלב בתכניות שיקום תעסוקתיות.

ניתן לסכם ולומר כי שלושת החוקים מושתתים על עקרונות דיפרנציאליים: נכות כללית מבוססת, באופן בלעדי, על עקרון הצורך; החקיקה לגבי נכי צה"ל נשענת על עיקרון הפיצוי; חקיקת נפגעי העבודה משלבת בין עקרונות הביטוח והפיצוי. יש לציין כי החקיקה לגבי נכי צה"ל, ובמידה מסוימת גם לנפגעי העבודה, היא מרחיבה ומפצה יותר בהשוואה לחקיקה הרלבנטית לנכים כלליים (Gal, 2001).

המדיניות כלפי אנשים עם נכות ומוגבלות

עד חקיקתו החלקית של חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות התשנ"ח (1998), הייתה החקיקה כלפי אנשים עם מוגבלויות בישראל סוציאלית בעיקרה. נבהיר, כי חקיקה סוציאלית בתחום הנכות והמוגבלות מתבססת על מבחני נכות וקונטקסט הפגיעה, במטרה להיענות לצרכים באמצעות תגמול כספי או/ו שרות ספציפי. מאידך, חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות מושתת על עיקרון של זכויות אדם ועל זכותו של כל אדם בעל נכות או מוגבלות לשוויון, לכבוד ולהשתתפות פעילה בחברה בכל תחומי החיים. כך למשל, מבוססים כל חוקי ותקנות הנכות מאז קום המדינה (חוק הנכים (תגמולים ושיקום) תשי"ט-1959 (נוסח משולב), וחוקי הביטוח הלאומי, נכות כללית, נייזות, נפגעי עבודה, נפגעי איבה וחוקי רווחה כמו חוק הטיפול במפגרי) על מבחני נכות, ולעיתים בהקשר לקונטקסט שבו אירעה הנכות הצמיתה (עבודה, צבא, פעולת איבה). מדיניות סלקטיבית זו תקנה תגמולים ושירותים רק לאותם אנשים העומדים במבחני נכות. זאת ועוד, החקיקה הדיפרנציאלית לגבי נכי צה"ל, נכי עבודה, איבה ונכים כלליים יוצרת פערים בין קבוצות של אנשים עם נכויות ומוגבלויות.

בישראל קיימים שלושה חוקים המסדירים מתן תגמולים, קצבאות ושירותי שיקום לנכים כלליים, נכי צה"ל ונפגעי עבודה - כמו גם מספר תכניות קטנות יותר המכוונות לאוכלוסיות נכים ספציפיות (כנפגעי פעולות איבה, ניצולי שואה או אסירי ציון). יש לציין כי בעוד שלושת החוקים מספקים תגמולים לאנשים עם נכויות דומה, גובה התגמול והיקפו, כמו גם הדרך בה נקבעת הזכאות, משתנים בין תכנית לתכנית.

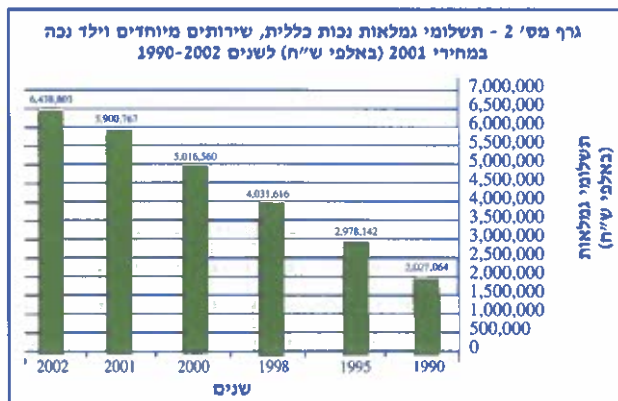
החקיקה העוסקת ב"נכים כלליים" מספקת הכנסה מינימאלית לאדם עם נכות, אשר אינו מקבל הכנסה מתכנית ביטוחית או אחרת. בבסיס התכנית עומד עקרון הצורך. הנחת היסוד של התכנית הינה כי עבודה בשוק החופשי הינה מקור ההכנסה העיקרי בחברה, כמו גם אמצעי להשתלבות חברתית. מכאן, שתכנית זו מדגישה שיקום תעסוקתי ומספקת מגוון שירותים המיועדים לסייע בחזרתו של האדם לשוק התעסוקה. התשלומים הכספיים מיעדים לספק הכנסה מינימאלית לאותם אנשים אשר אינם מסוגלים לעבוד כלל או

את הקצבאות או שמא תפגע בזכויות קיימות להם זכו בשביתות האחרונות. אנו עדים עתה למאבק חריף של נכי תאונות עבודה למניעת קיצוץ של 14% בקצבאות להם זכאים על פי חוק. קיים חשש כבד כי הממשלה לא מהססת לפגוע בעיקרון הביטחון הסוציאלי לגבי עובדים מבוססים במוסד לביטוח לאומי למקרה של פגיעה בעבודה.

נראה כי קיים מתח בין מדיניות סוציאלית (the Social Welfare Model) למדיניות זכויות (Civil Right Model). הגישה הסוציאלית היא מתייגת, מבדלת ומינימליסטית בכך שמעניקה תגמולים ושירותים לאנשים להם מוגבלות משמעותית תוך דחייה של אלה שאינם עונים לתנאי הסף. גישת הזכויות היא בעלת אוריינטציה מכלילה ומשלכת של אנשים עם מוגבלויות. נראה כי הסוגיה המרכזית העומדת בבסיס המדיניות כלפי אנשים נכים ובעלי מוגבלויות בישראל היא כיצד ליישב את הסתירה בין שתי האוריינטציות בעיקר בעידן של מתח ביטחוני ומשבר כלכלי.

ניתוח סוגיות עכשוויות ועתידיות

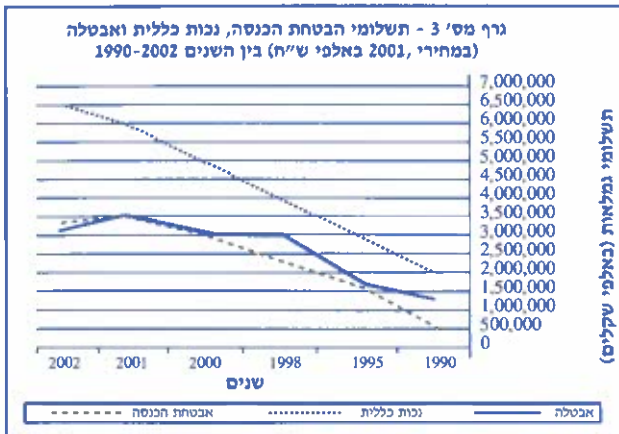
המעין בתקציבי המוסד לביטוח לאומי, משרד העבודה והרווחה, משרד הבריאות ומשרד הביטחון מתרשם כי מספר הנכים מקבלי קצבת נכות כללית עלה בהתמדה בעשור האחרון, כמו כן ההוצאות לקצבאות נכות כללית, שירותים מיוחדים, נידודות וילד נכה (ראה גרף מס' 2). קיימות הערכות שונות לגבי גורמי הגידול במספר מקבלי קצבאות נכות. יש הסוברים כי הגדול במספר מקבלי גמלאות נכות קשור במספר העולים שפקד אותנו בעשור האחרון. יש לציין כי עד כה לא נערך מחקר המאשש את התיזה אודות הקשר בין מספר עולים לגידול במספר הנכים הכלליים.



שלושת פרקי החוק לשוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות שחוקקו ב-1998, מיצגים מגמה עולמית של העתקת מודל המדיניות כלפי נכים בעולם מחקיקה סוציאלית לחקיקת זכויות אדם ומהשאלה הקרדינאלית של מי זכאי לקבל תגמולים ושירותים? לשאלה כיצד ניתן להביא להשתתפות פעילה של אנשים עם מוגבלות בחברה בכל תחומי החיים? ישראל נמצאת בראשיתו של תהליך שינוי באוריינטציה המדיניות כלפי אוכלוסייה זו ממדיניות סוציאלית למדיניות זכויות (Rimmerman & Herr, in press) ויתכן גם באופי התגמולים והשירותים שיוענקו לאוכלוסיית אנשים עם מוגבלויות.

יש לציין כי רמות המעורבות של אנשים עם נכות ומוגבלות בחברה הישראלית הם נמוכות. על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי ומשרד העבודה והרווחה, רבים אינם מעוסקים או שוהים במסגרות מוגנות כמשתקמים לטווח ארוך, עם שכר נמוך מאוד והעדר זכויות סוציאליות הולמות (רימרמן וכך, בהכנה). חלק ניכר מהאנשים עם מוגבלויות שכליות שוהה בדיוור מוסדי, אם כי ניכרת מגמה חיובית של פיתוח מסגרות דיוור קהילתי. הצעת התקציב של האגף לשירותי טיפול במפגש במשרד העבודה והרווחה מעידה כי מעל 4/5 מתקציב האגף בשנת 2003 (1,013,180) יוקדש לדיוור חוץ ביתי. יש לציין כי נתוני מחלקת השיקום במשרד העבודה והרווחה מצביעים על שיעור גבוה יותר המופנה לשירותי קהילה (רק 29.6% מהתקציב מיועד לדיוור חוץ ביתי). "חוק שיקום נכי נפש בקהילה תש"ס" שנכנס לתוקפו בינואר 2004, מכוון להפנות שיעור גבוה יותר של נכים פסיכיאטרים מאשפוז פסיכיאטרי למסגרות דיוור קהילתי.

נדמה כי שילובם החברתי של רבים בפעילות פנאי ובארגונים חברתיים הוא הנמוך ביותר. מרבית פעילות הפנאי של נכים עם מוגבלות קשה היא מועדונית ולא משולבת. דו"ח מבקר המדינה האחרון (2002, 252) מצביע על קשיים רבים בנגישותם של אנשים עם מוגבלות למבני צבור ולשירותים ציבוריים, לרבות המוסד לביטוח לאומי. גם שביתות הנכים האחרונות (Rimmerman & Herr, in press) מצביעות על מחאה הולכת וגוברת של נכים כלליים כלפי ממשלת ישראל לגבי הזכויות והתגמולים הלא מספיקים הניתנים להם בחוק. בקרב מנהיגי שביתות הנכים קיימת דריכות רבה וחשש כי התכנית הכלכלית של הממשלה תקפיא



האם שיעורי העלייה במקבלי קצבאות נכות כללית בישראל בעשור האחרון מבטאת מגמה דומה לזו שנצפתה בארה"ב? האם הגדול במספר העולים והמשבר הכלכלי הקשה על השתלבות בעבודה של אנשים עם מוגבלויות קשות והביאו לעלייה במספר מקבלי קצבת נכות כללית בעשור האחרון בישראל? סוגיה זו ראויה להיחקר בראייה רטרואספקטיבית ועתידית בשנים הקרובות במחקר אורך שיטתי.

נראה כי הבעיה המרכזית של אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות בישראל היא אי השתתפותם במעגל העבודה. להערכתנו רוב אוכלוסיית האנשים עם מוגבלויות, מרביתם בודדים, שוהה מחוץ לשוק העבודה התחרותי. מאידך, מספר האנשים השוהים במסגרות תעסוקה מוגנות אינו מספק את הדרישה. מבלי להעביר בקורת על מהות, אופי התעסוקה והתשלום הניתן למועסקים במסגרות מוגנות בארץ, על המדינה לספק חלופות תעסוקה לאלה הבוחרים שלא להשתלב בשוק העבודה החופשי. הערכה היא כי חלק מסוים ממקבלי קצבאות נכות יכול להשתלב בשוק העבודה וכי יש מקום להגביר את תכניות השיקום התעסוקתי בהתאם. נושא זה ראוי להבחן לאור ההתפתחות הטכנולוגית המאפשרת התאמה של עבודה וסביבות עבודה לצרכים הדיפרנציאליים של נכים קשים.

בעיה נוספת, שעד כה לא זכתה למחקר מעמיק היא השיעור הגבוה בישראל של אנשים נכים עם מוגבלויות

יש המעריכים כי העלייה בשיעור מקבלי קצבאות נכות כללית בעשור האחרון מבטא מגמה עולמית של עידוד עובדים בעלי מוגבלויות קשות והשכלה נמוכה לבקש קצבת נכות במקום קצבאות של הבטחת הכנסה או אבטלה. ההנחה כי גם בישראל ניכרת מגמה של עלייה גדולה יותר במספר המבקשים גמלאות נכות לעומת הבטחת הכנסה ואבטלה. יש גם להניח כי הקשחה של הקריטריונים לקבלת דמי אבטלה תביא לעלייה בפנייה או הפניית מוגבלים לקבל קצבת נכות. גרף מס' 3 מראה עלייה דרמטית כמהלך העשור האחרון במקבלי קצבת נכות כללית לצד עלייה מתונה יותר בדמי אבטלה והבטחת הכנסה. הנושא לא זכה עדין למחקר מעמיק בישראל, יחד עם זאת ראוי ללמוד ממגמה דומה שנצפתה בעשור האחרון בארצות הברית.

החוקרים באונד ווידמן (Bound & Waidmann, 2000) מהמשרד הלאומי למחקר כלכלי בארצות הברית העריכו כי בשנות ה-90 לא נצפתה עלייה בשיעור הגברים המועסקים בארצות הברית וכי שיעור הנשים המועסקות עלה בהדרגה. מאידך, בתקופה זו ניכרת מגמה של ירידה בהדרגתית בשיעור המועסקים עם מוגבלות ועלייה בשיעור מקבלי קצבאות נכות. החוקרים סבורים כי במשך שנים רבות הייתה בארצות הברית מדיניות מצמצמת וקפדנית של זכאות לקצבאות נכות כללית. רק בשנות ה-90 ניכרת הגמשה במבחני הנכות והפרוצדורות לזכאות שהביאה לעלייה בשיעור הפונים והזכאים. אוטור ודאגן (Author & Duggan, 2000) הציגו הסבר מורכב יותר לעלייה במספר מקבלי קצבאות נכות בארצות הברית. להערכתם, העלייה בשיעור מקבלי קצבאות נכות מ-3.1% ל-5.3% בארצות הברית בין השנים 1984-2000 נזקפת לשינויים בשוק העבודה ולהגמשת מבחני הזכאות לקצבאות נכות. רוב המוגבלים שפנו לקבל קצבת נכות בארצות הברית מאופיינים בהשכלה נמוכה (השכלה תיכונית חלקית) ובהעדר מיומנויות תעסוקתיות, המקשים על השתלבות בשוק העבודה התחרותי. להערכתם המעבר של אוכלוסייה זו מסטאטוס של מובטלים לזכאי קצבת נכות הפחית את שיעורי האבטלה בארצות הברית בכ-2/3 של האחוז.

- Autor, D.H., & Duggan, M.G. (June, 2001). *The rise in disability recipiency and the decline in unemployment*. National Bureau of Economic Research, Cambridge: MA. Retrieved from: <http://www.nber.org> , at 08/04/2003
- Bound, J., & Waidmann, T. (October, 2000). *Accounting for recent decline in employment rates among the working aged disabled - Working Paper 7975*. National Bureau of Economic Research, Cambridge: MA. Retrieved from: <http://www.nber.org/papers/w7975> at 08/04/2003.
- Gal, J. (2001). The perils of compensation in social welfare policy: Disability policy in Israel. *Social Service Review*, 75(2), 225-244.
- JDC-Brookdale Institute (2000). *People with Disability in Israel: Facts and Figures*. Disability Research Unit, JDC-Israel, Unit for Disabilities and Rehabilitation.
- Rimmerman, A. & Herr, S.S. (2003). The power of the powerless: A study of the 2000's disability strike in Israel. *Journal of Disability Policy Studies* (forthcoming).

קשות השהים במסגרות חוץ-ביתיות. ישראל הינה חריגה ביחס לארצות המערב במספר השהים במסגרות מוסדיות. ככלל, גבוה במיוחד שיעור האנשים הלוקים כפיגור שכלי ונכויות נפשיות המתגוררים במסגרות חוץ ביתיות. אף כי קיימת מגמה לשילובם בדיוור מוגן בקהילה, רוב תקציב האגף לשירותי טיפול במפגר מופנה עדיין למעונות פנימייה. להערכתנו ניתן להעביר חלק ניכר מהמתגוררים במוסדות פנימייה למערך דיוור קהילתי.

לבסוף, יש לבחון את דפוסי ההשתתפות של אנשים עם מוגבלות בחברה הישראלית, בפעילות קהילתית. הערכתנו כי חלק ניכר עדין משתתף בתכניות פנאי בדלניות למרות שרבים יכולים להשתלב בפעילויות רבות המוצעות לכלל האוכלוסייה. נושא זה ראוי להבחן לאור החוק של שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות שחוקקה הכנסת ב-1998. כן ראוי כי הכנסת הנוכחית תשלים את הפרקים הנוספים של החוק בהקדם. ■

מקורות

- משרד הביטחון, אגף השיקום (אפריל, 2001). דו"ח שנתי 2000.
- ספר התקציב, 2002, משרד העבודה והרווחה, ירושלים. רימרמן א., וכץ, ש. (בהכנה). מדיניות התעסוקה המוגנת כלפי אנשים עם מוגבלויות קשות בארצות המערב ובישראל.



כנס השיקום הארצי הרביעי 12/2005

מה באתר?
הנהלת חומש
ופעילות הוועדות
מאגר מידע
גדול ומעודכן
מידע על ימי עיון
וכנסים ועוד...

גולטים
בחומש



www.homesh.org.il

David E. Biegel, Ph.D.*

Family caregivers provide significant amounts of social support to their family members who have mental illness. My talk today, based upon my own research and the research of others concerning families of persons with serious and persistent mental illness addresses the following four

1. What are the gratifications, burdens and health effects of caregiving on the family caregiver?
2. What do family members say about their involvement with rehabilitation professionals?
3. What programs and services have been developed to address family member needs and how well do they work?
4. How can we best meet the needs of family caregivers in the future?

Chronic illnesses affect and involve entire family system and not just the individual who is ill. As Lubkin states chronic illness is “the... presence, accumulation, or latency of disease or impairments that involve the total human environment for supportive care and self-care, maintenance of function, and prevention of further disability” (p.6) (Lubkin, 1986).

Caregiving has been found to have positive aspects or gratifications, as well as stresses. For example, when asked about the gratifications of providing care to their ill relatives, over three-quarters of family members of persons with mental illness reported loving him/her, being happy to do things for him/her, enjoying being with him/her, and feeling that he/she is an important part of the family members' life (Tessler & Gamache, 2000). Clients can be care providers to their family members as well as recipients of care. Almost two-thirds of the family caregivers in the Tessler & Gamache (2000) study reported receiving some

benefits from the client, for example, giving companionship, giving news about friends and family, listening to their problems, and helping with meals and shopping.

However, research over the past two decades with families of adults with serious mental illness have identified a number of significant problems as follows, faced by family caregivers:

- Managing their mentally ill relatives' symptomatology and behaviors.
- Isolation of caregivers due in part to the stigma of mental illness.
- Interference with personal needs of family members.
- Inability of the client to carry out the tasks of daily living.
- Problems with clients' use of medications.
- Lack of involvement in their relatives' treatment.
- Failure to validate family perspectives on behavioral problems of clients.
- Lack of sufficient interaction and assistance from mental health, substance abuse, and human service professionals.
- Inadequacies of treatment systems for mental illness and especially, treatment systems for co-occurring substance and mental disorders.
- Not having enough informal support in providing care to their relatives with mental illness, even for those caregivers with strong overall social networks.
- Lack of adequate information about their family members' illness.
- Lack of respite from family caregiving responsibilities (Biegel & Wieder, 2003; Biegel & Schulz, 1999).

* David E. Biegel, PhD. - Henry Zucker Professor of Social Work Practice and Professor of Psychiatry and Sociology Co-Director, Center on Substance Abuse and Mental Illness - Mandel School of Applied Social Sciences, Case Western Reserve University.

Many family caregivers of adults with serious mental illness report significant levels of caregiver distress (burden and depressive symptomatology). Caregiver distress is impacted by stressors relative to the client's illness as well as social factors (i.e., stigma) related to mental illness. Given the chronic nature of mental illness, burden on families can continue for long periods of time, at varying levels of intensity. Family caregivers may also be at increased mortality risk. A recent study of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease who were providing care and experiencing caregiver strain had mortality risks that were 63% higher than non-caregiving controls (Schulz & Beach, 1999).

It is important for rehabilitation professionals to help address issues of family caregiver distress. Family caregivers are a principal provider of social support to their ill family members. If the caregiver is distressed, she/he may not be able to provide this support to their ill family member. In addition, stressed caregivers face health risks due to the stress of caregiving. In order to intervene to help family caregivers, professionals need to understand the causes of family caregiver distress.

Together with colleagues, I have conducted research studies of the predictors of burden and depressive symptomatology of lower socioeconomic family caregivers of adults with serious mental illness (Biegel, Johnsen, & Shafran, 1997; Biegel, Song, & Milligan, 1995; Song, Biegel, & Milligan, 1997). Findings from this research indicate that caregivers experience low to moderate levels of burden and high levels of depressive symptomatology (42% of Caucasian caregivers and 28% of African-American caregivers were at risk for clinical depression). Burden of family caregivers was predicted by greater frequency of client behavioral problems and lower perceived support from family members. Depressive symptomatology was predicted by lower social support and higher burden.

A number of studies have focused on the relationship between family caregivers and mental health professionals. When asked what they want from mental health professionals, family members are very clear and consistent in stating their needs:

- Information about specific techniques for managing family members' behaviors.
- Practical advice and assistance in caring for their family member with mental illness and help caring for themselves.
- Information about community resources.
- Desire for involvement in clients' treatment planning and decision making decisions.

Twenty five years ago families reported problems concerning insufficient knowledge/information about mental illness, and insufficient contact with mental health professionals. Today, though policy makers believe the family involvement in the design, implementation and evaluation of mental health services is desirable, family involvement in the treatment of their relatives with mental illness is still the exception rather than the rule. My research studies have found that about one-quarter of families reported no contacts at all within the past six months with mental health professionals who are providing care to their ill family members. Over one-third were not given information about mental illness and more than half were not consulted concerning their family members' treatment. Almost two-thirds were not given any advice or assistance about their own care needs (Biegel, Song, & Milligan, 1995). These findings are reinforced by a recent study that found that families were not satisfied with the amounts or types of contacts they had with professionals (Tessler & Gamache, 2000).

A variety of interventions, such as support groups, educational programs, psychoeducation groups and individual family support have been developed over the past two decades to help address the needs of family caregivers of adults with serious mental illness. A recent review that colleagues and I conducted of the effectiveness of these interventions found the following:

- All intervention modalities reported reductions in caregiving burden except the support group modality.
- Burden reductions in educational interventions were short-term but were longer lasting in psychoeducation interventions.
- Family functioning increased in education and psychoeducation interventions, but not in support groups.
- Few studies examined changes in caregiver mental health status—depression, anxiety, psychosomatic symptoms. There were improvements in these variables in the education and psychoeducation interventions.
- All modalities except for Individual Family Support showed positive changes in internal coping strategies, though this was differentially measured. These changes were the strongest in the education and psychoeducation interventions.
- Decreases in client symptomatology were associated with education and psychoeducation interventions, the only studies that measured this outcome. These changes persisted only in interventions of longer length.
- Family attitudes toward, and their relationships with, clients improved in the education and psychoeducation interventions (Biegel, Robinson, & Kennedy, 2000).

In conclusion, there are a number of things that rehabilitation professionals can do, now and in the future, to address the needs of family caregivers of adults with serious mental illness. First, rehabilitation professionals can work to increase involvement of families in the mental health treatment of their ill family members. In doing so, barriers to family involvement, such as confidentiality, and lack of knowledge by professionals of family needs and issues must be addressed.

Second, rehabilitation professionals help address barriers to involvement by families in family

interventions. Availability of programs for family members does not guarantee their use by family members due to barriers such as lack of awareness of programs by families or fear of using such programs due to the stigma of mental illness. Rehabilitation professionals can help address these problems through the use of community-based strategies that involve gatekeepers and community groups. The lack of referrals by clinicians to family support organizations should also be addressed.

Third, families should be provided more information about mental illness and should be given concrete advice about managing their relatives' illness, especially behavioral problems associated with the illness. Behavioral problems of clients is the strongest predictor of caregiver distress, yet many families don't know what to do to address such problems.

Fourth, interventions for families, especially evidence-based interventions, need to be more widely adopted by rehabilitation professionals. Interventions for family caregivers have not been widely adopted as standard practice by most mental health systems in the U.S.; so once again, the issue of barriers to adoption must be addressed.

Fifth, rehabilitation professionals need to be realistic about what specific interventions can accomplish. Too often, interventions promise more than they can deliver or are not focused on addressing the important determinants of the problems they are designed to mediate.

Sixth, there is a need for a variety of different types of interventions for family caregivers; one size does not fit all. The focus of education and psychoeducation interventions should be on client behavioral problems in order to help address the major predictor of caregiver burden. Though support groups did not affect levels of caregiver

burden, family functioning, or caregiver depression, they did increase caregiver social support and caregivers were positive in their evaluation of these groups. Thus, such groups can play an important role in addressing the isolation of families.

Finally, psychoeducational interventions need to be more widely used by public mental health systems; multi-family interventions are cost-effective and efficacious (McFarlane, 2002).

References

1. Biegel, D.E., Johnsen, J.A., & Shafran, R. (1997). Overcoming barriers faced by African-American families with a family member with mental illness. *Family Relations*, 46 (2), 163-178.
2. Biegel, D.E., Robinson, E.M., & Kennedy, M. (2000). A review of empirical studies of interventions for families of persons with mental illness (pp. 87-130). In J. Morrissey (Ed.), *Research in Community Mental Health, Volume II*. Greenwich, CT: JAI Press.
3. Biegel, D.E. & Schulz, R. (1999). Caregiving and caregiver interventions in aging and mental illness. *Family Relations, Special Issue*, 48 (4), 345-354.
4. Biegel, D. Song, L., & Milligan, S. (1995). A comparative analysis of family caregivers perceived relationships with mental health professionals.. *Psychiatric Services*, 46 (5), 477-482.
5. Biegel, D.E. and Wieder, B. (2003). Caregiving: Informal (pp.198-205). In J.J. Ponzetti (Ed. in Chief), *International Encyclopedia of Marriage and Family Relationships*. New York: Macmillan Reference.
6. Lubkin, I.M. (1986). *Chronic illness: Impact and intervention*. Boston: Jones & Bartlett Publishers, Inc.
7. McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: The Guilford Press.
8. Schulz, R., & Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *JAMA*, 282, 2215-2219.
9. Song, L., Biegel, D.E., & Milligan, E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 33 (4), 269-286.
10. Tessler, R., & Gamache, G. (2000). *Family experiences with mental illness*. Westport, CT: Auburn House.



כנס השיקום הארצי הרביעי 12/2005

Ronna S. Kaplan, MA, MT-BC*

Community music therapy is a growing movement which takes many forms in both the United States and Israel. This article discusses one model of community music therapy in the United States, the Music Therapy department at The Cleveland Music School Settlement.

Founded in 1912, The Cleveland Music School Settlement is a Community School of the Arts. In the late 19th century Community Schools of the Arts evolved from the settlement house movement that offered language, culture and arts services to new immigrant families. This sub-sector of the nonprofit arts world has several characteristics, including high-quality arts instruction by professional artists; access to programs regardless of age, or ability to pay or play; and community outreach and service to the community, often in partnership with other educational, cultural and social service organizations.

The mission of The Cleveland Music School Settlement (CMSS) is "to provide arts experiences which promote creativity, inspire success in education and transmit positive cultural values for the development of healthy communities". CMSS began with the Performing Arts department, whose goal is to "foster a life-long appreciation and love of the arts," offering "quality arts instruction and performance opportunities in instrumental music, vocal music and Suzuki". In 1955 work began to establish the Settlement's Early Childhood department, which encompasses numerous "programs designed to benefit children's intellectual, emotional and creative development". The arts are woven into all the children's experiences, making this a unique educational and social setting.

In 1966 CMSS's Music Therapy department was established. Music therapy is the "clinical and

evidence-based use of music interventions to accomplish individualized goals within a therapeutic relationship by a credentialed professional who has completed an approved music therapy program" (American Music Therapy Association, 2004). It combines music and therapeutic techniques to improve the psychosocial, cognitive, emotional and physiological well-being of children and adults facing a wide range of life's challenges. Our Board-Certified music therapists assist clients in addressing their need for self-expression by fostering creativity and musical skills using both traditional and adapted instructional techniques; increasing communication through individualized programs for specific language needs; enhancing socialization by focusing on behavioral needs and understanding in individual or group situations; strengthening motor development through the motivating use of instruments and movement experiences; improving cognition skills based on an individual's assessed learning process; and/or managing pain and reducing anxiety using music-making, music assisted relaxation and other methods.

The CMSS Music Therapy program has been a pioneer in serving people with special needs. Presently employing 10 music therapists, it is one of the largest programs in the country and the most comprehensive in the state. It was the first community-based program of its kind and the first to provide services on a contractual basis. Not only do we offer individual, partner and group music therapy sessions for clients of all ages and levels of functioning at our main campus, which is located in the heart of the cultural center of Cleveland, but we have developed partnerships with many other community agencies to offer expanded services to their clientele:

*Ronna S. Kaplan, MT-BC - Director of Music Therapy, The Cleveland Music School Settlement, Cleveland, Ohio USA.

- Public or alternative school systems, serving children and teens with special needs, including autism, severe emotional disturbance, developmental and multiple disabilities;
- Early childhood and day care centers, enhancing cultural programming for children who are “typically developing” or may be “at-risk”;
- Social service agencies, working with diverse populations including homeless men, women, and children; men in a forensic program, some with substance abuse and/or mental illness issues; adult day care clients with developmental disabilities or Alzheimer’s disease and other dementias; adults in a skilled nursing facility; adults with physical disabilities in a workshop setting; and children in a residential treatment center; and
- Hospitals, serving patients with chronic or terminal illness in palliative medicine and hospice settings; patients with severe burns; and infants, toddlers, children and teens with a variety of rehabilitative issues.

While Music Therapy services at the Settlement are data-based, our therapists are skilled at using a variety of approaches to best fit the needs and learning styles of our clients. Our music therapists are actively involved in research related to the effects of music therapy interventions. For example, we recently participated in a study examining the effects of playing recorded lullaby music on the hospital length of stay, days of oxygen use and daily weight gain of premature infants. Currently we are investigating the use of music therapy before, during and after dressing changes for patients in a hospital burn unit; as well as the effects of music therapy on hospice and palliative medicine patients’ perceptions of anxiety, fatigue, pain, shortness of breath, etc. We are also comparing the use of traditional group therapy with the use of group music therapy for children in a residential treatment center.

Why is music therapy so unique and successful? First, music possesses certain characteristics: Music is a “universal language” and it occurs naturally in our environment in many settings. It is a socially appropriate activity and leisure skill and is enjoyed by most people, especially children. It provides a predictable, time- and reality-ordered structure, with its rhythm, form, melody, harmony and other elements.

Secondly, music therapy serves many important purposes: It aids “self-organization” and self-expression and provides opportunities for experiences in relating to others. Not only does music therapy build a connection between the client and the music, but it fosters relationships between the client and music therapist and the client and his/her peers. Music therapy also offers participation at each individual’s own level, with the music therapist adapting music experiences to fit whatever the level of functioning might be. Music therapy may be adapted for group, partner, or individual experiences as well. It may reinforce non-musical skills, such as speech, language and mathematics. It may give people with disabilities who are not necessarily disabled in their musical skills a chance to excel.

Music may be used in a variety of ways in therapeutic settings: Music may be seen as a *setting for the therapeutic intervention and change*, where the structure of the music experience itself sets up the opportunity. For example, at the end of a verse of a song, it may be time to pass an instrument to someone else. Music may be a *carrier of information*, with the song lyrics giving directions, e.g., “If your name is _____, play the drum.” The music may serve as an *extra auditory stimulus or cue*. A change in the music may signal a change in response, e.g. a chord is played to instruct one to change instruments, or playing of quarter notes may indicate walking,

eighth notes signal jogging, and low notes cue to touch the floor, and so on. The music may be a *motivator or reinforcer* for completion of a task or response, providing a highly preferred activity upon completion of a less preferred activity. The music may serve as a *learning experience, a background for learning, a physical structure for learning, or a reflection of skills or processes to be learned*. For example, hitting a woodblock is a similar motion to hitting with a hammer, while reading music from left to right or from top to bottom involves a similar process to reading English sentences or paragraphs. The music may also serve as a *catalyst for discussion or processing*. Song lyrics or musical form may prompt discussion and analysis of relevant issues in clients' lives and provide opportunities for problem-solving and goal-setting.

The following case examples illustrate two community music therapy stories:

G., a 12-year-old boy with autism, has participated in music therapy since he was 4 years old. He is nonverbal and can be physically aggressive to others. Through music therapy he has made great gains in his behavioral/psychosocial skills, including decreasing his aggression, increasing the variety of instruments with which he interacts and the length of time he spends manipulating them, staying in the area, compliance with choice of instrument he or the music therapist makes, turn-taking with the music therapist during music activities, and increasing the amount of the session spent in "joint attention" with the music therapist (hiding and finding a bean bag, sharing an instrument, playing and passing an instrument back and forth).

G has also improved in expressive communication, increasing his use of signs for "more," "finished," "help," and "my turn." He now uses an augmentative communication device or points to

pictures to choose instruments and songs from movies/musicals. In terms of receptive communication he has increased in his willingness and/or ability to follow one-step directions such as "pick up," "take out," "put in," "give me," etc. or two-step directions, such as "pick up the maraca and put it in the box," or "stand up and go get your shoes."

G has expressed a range of emotions through music, from sitting or lying on the floor crying and vocalizing in the key of C minor, with the music therapist then entraining her improvised piano playing, matching his tempo, key, and dynamics; to laughing and running joyfully about the room, stopping briefly to try to balance a drum mallet on the drum head or to strike the chime tree, again with the music therapist entraining her improvised piano playing to his vocalizations and moving, and singing about what G was doing. G greatly enjoys sitting under a parachute waved by the music therapist and G's aide after he has stayed in the designated area to play his chosen instrument and song. Not only has he participated in these ongoing individual sessions but he has been successful in joining in a music therapy group 3 times/year, with support from his music therapist.

Y, a 17-year-old teen with spina bifida, has participated in individual music therapy sessions for a number of years. Early on, his grandmother, who is raising him, noticed a strong musical interest and aptitude within him. He sings in tune, plays by ear and has perfect pitch. He recalls in what key a song was previously played and instinctively feels or knows when to make a chord change in a song accompaniment. He has made amazing gains in the area of fine and gross motor skills and eye-hand or eye-foot coordination. At a young age his attention span was very short and he had great difficulty matching letters from even one line of a song sheet to letter stickers on piano keys. He played with only one finger on each hand. Now, however, he has progressed to playing entire songs

or pieces on the piano with multiple pages of traditional music notation with letter names and finger numbers written in, isolating all fingers on each hand. He plays "warm-ups" and scales in a variety of keys and practices independently at least once a week at home, listening to a practice tape the music therapist recorded for him, breaking down each of his chosen classical pieces by phrases and then gradually increasing to two phrases at a time, 4 at a time, and so on. He is also able to play piano duets with the music therapist and records them to listen again at home. In addition, he plays and accompanies his own singing on the autoharp and on the guitar with the use of an "E-Z Chord" device. Y writes weekly emails to the music therapist, in response to her questions regarding his favorite composers, thereby gaining further fine motor skills on his computer keyboard. He is also extremely motivated by playing the drum set and has expanded the complexity of patterns he can play from using one or both hands to using hands and feet, with up to six components of the drum set. He maintains a steady beat and remembers each pattern that goes with a particular song or portion of a song.

Y's expressive language has increased in regard to his making comments or giving compliments after playing a song or piece. Initially he always simply said something was "good" or "nice," but recently he has expanded the variety and length of comments he makes, e.g. "That was excellent" or "You did a great job!"

Individuals are referred to the CMSS Music Therapy program from a variety of sources: They may refer themselves or may be referred by family members, caregivers, doctors, nurses, social workers, or other therapists or medical professionals; teachers or other school personnel; or friends. What has been outlined above has been mainly the model of direct service music

therapy, but music therapists may have other roles that fall on a continuum of service. The reader should keep an "open mind" and think creatively about how best to utilize these services, which also include:

- Consultation to music teachers, classroom teachers or other therapists to teach interventions, provide materials, etc.
- Bringing in a "typically developing peer model" as a partner in music therapy.
- Small group music therapy with clients with and without disabilities together (reverse mainstreaming).
- Combining mainstreaming/inclusion in regular music class or group with music therapy.
- Mainstreaming/inclusion in regular music class or group only.
- The music therapist as a participant in a "transition plan" for a student or client.

For further information, you may consult www.musictherapy.org, www.thecmss.org, www.nationalguild.org, or the author at rskaplan@thecmss.org or Dorit Amir, DA, ACMT, at Bar Ilan University.



כנס השיקום הארצי הרביעי 12/2005

מאת: עו"ס אתי שפירי*

בשלמותה תעשה כאשר הסימפטומים יתמידו והליקויים התפקודיים ימשכו יותר מחודש. אם ימשכו מעבר לשה חודשים, תוכרז ככרונית (PTSD).

**הפרעת דחק פוסטראומטית מתאפיינת ב-
3 סוגי סימפטומים:**

סימפטומים חודרניים: זיכרונות חודרניים, סיוטי לילה, מצוקה ועוררות פיזיולוגית כאשר נזכרים בטראומה, פלשבקים ועוד.

סימפטומים הימנעותיים: הימנעות מחשיבה על הטראומה או מחשיבה למקומות או אנשים שמזכירים את הטראומה, ירידה משמעותית בעניין, קהות רגשית וצמצום כללי בכל תחומי החיים.

סימפטומים של עוררות יתר: תגובת בהלה מוגזמת, דריכות יתר, רגזנות, התפרצויות זעם וקשיי הירדמות ושינה.

לסיכום ניתן לומר כי קיומם של מחשבות חודרניות, פלשבקים והימנעויות מפעילויות וממחשבות המזכירות את הטראומה, הינם עדות לכך שהחוויה הטראומטית לא עובדה.

כאנלוגיה לכך, ניתן לתאר סימפטומים המופיעים לאחר אכילה של מזון מקולקל, אשר גורמים לבחילות, כאבי בטן, חולשה ועוד. סימפטומים אלה לא יחלפו עד לעיכול או הוצאתו של המזון.

הקוגניציה העומדת בבסיס PTSD כרוני: העולם תמיד מסוכן ואני תמיד חסר יכולת (פואה, דורון, ידין, 2004) ההכללה זו מצד אחד ותחושת חוסר הקומפטנטיות מצד שני, מקשות על התפקוד היומיומי ומעכבות החלמה.

חשיפה ממושכת - הפרוטוקול הטיפולי:

ע"פ פואה, דורון וידין (2004) מדובר במודל קוגניטיבי התנהגותי קצר מועד, המתמקד בטיפול בסימפטומים ובכחדים עקב הטראומה. הוא נמשך בין 14-10 מפגשים וכולל מספר מרכיבים:

- מתן מידע על התסמונת הפוסטראומטית
- לימוד הרפיה
- חשיפה חיה
- חשיפה בדמיון

במאמר זה אתמקד בשני המרכיבים האחרונים, שהמהווים את לב ליבו של הטיפול - חשיפה חיה וחשיפה בדמיון.

בשנים האחרונות היינו עדים לרצף פיגועי הטרור, ואלה הפכו לחלק בלתי נפרד ממציאות חיינו. תדירותם הגוברת והולכת של פיגועי טרור רבי נפגעים גובה מחיר כבד של הרוגים, פצועים, משפחות מתייסרות וציבור גדול מוכה הלם.

Figley (1985) מאפיין אירוע טראומתי כאירוע עז ומפתיע, שעצמתו הפתאומית גורמת לנפגעים רגשי פחד, חרדה, נסיגה ובריחה. טראומה נפשית הנה מצב בו האדם עומד חסר אונים מול איום חיצוני על חייו, ואין לו משאבים פנימיים וחיצוניים להתמודדות. מצב זה, כאשר הוא מלווה בתחושה של בדידות והעדר תמיכה חברתית, יוצר רגשות של חוסר אונים וזעם ללא גבול אצל הקורבן או הניצול, ורגשות אלה מקבלים ביטוי גופני, רגשי וקוגניטיבי. הטראומה יוצרת תגובה נפשית שאינה פוסקת גם כאשר נעלם גורם הלחץ החיצוני. נותרת תחושה כי המצב עתיד להישנות ותחושה זו אינה מרפה. (נוי, 2000).

Folteron & Holloway (1995) מציינים כי אירוע טראומתי יוצר פחד קיצוני, הן אצל נפגעים והן בקרב הציבור או האוכלוסייה שבתוכה אירע. הוא יוצר תחושת חוסר ישע, אי ודאות ואיום על החיים. מרבית הנפגעים סובלים מסימפטומים כלשהם לרוב מדובר בסימפטומים זמניים חולפים, ללא השפעות ארוכות טווח, אך אצל אחרים נשארים הסימפטומים זמן ממושך יותר והתגובה הופכת פוסטראומטית.

כאשר האדם חווה חוסר ישע לנוכח האיום על חייו, הוא מגיב תגובה ממושכת גם לאחר תום האיום. ההתמודדות העיקרית הוא חווית חוסר אונים וניסיונות לחזור ולשלוט על המציאות ועל העצמי ומרכיביו. המאפיין המרכזי שמייחד את כל התגובות שלאחר הטראומה הוא הרגשת חוסר האונים מפני איום ותחושה מתמשכת של מצוקה, גם עם חלוף הלחץ החיצוני (גרנות וברנדר, 1987, קלינגמן, 1991).

הסימפטומטולוגיה האופיינית לתגובת דחק שלאחר הטראומה (Acute Stress Reaction) היא תגובה שכיחה, טבעית ובד"כ חולפת כעבור פרק זמן קצר. האבחנה

* עו"ס אתי שפירי - ס' מנהלת תחום שיקום, ביטוח לאומי נתניה.

- חשיפה מפחיתה את רמת ההכללה ומגבירה את היכולת להבחין בין הזיכרון הטראומתי לבין המאורע הטראומתי עצמו.

- החשיפה מגבירה את תחושת השליטה אותה איבד האדם, הן באירוע עצמו, והן לאחר מכן בפולשנות ובחודרנות של הזיכרונות והמחשבות, ללא כל הכנה ובזמנים בלתי צפויים.

- באמצעות החשיפה או מפעילים בעצם את תבנית הפחד באופן מבוקר, וכך מאפשרים להכניס מידע חדש המשנה ומתקן את תבנית הזיכרון.

תיאור מקרה

רן (שם בדוי) יליד 1970, נשוי + 1. עבד כנהג אוטובוס, עד אשר נפגע בפיגוע המוני ב- 11/00. במהלך הנסיעה אירע לפתע פיצוץ אדיר, אשר גרם למותם של שני נוסעים ולפיציעתם של רבים אחרים.

רן עצמו נפצע באורח קשה, הוא איבד את הראיה בעין אחת, נפגע בראשו ובידו ושמיעתו נפגעה. הוא זוכר את אובדן השליטה על האוטובוס, את הדהירה לעבר תנויות ברחוב הראשי ואת המשימה שהציב לעצמו במהלך אותן שניות: "לא לאבד את השליטה על האוטובוס".

האוטובוס התנגש בחנות בגדים ונעצר. רן אינו זוכר כיצד יצא מהאוטובוס. הוא זוכר את עצמו שוכב בחוץ, ללא יכולת לראות דבר. הוא התקשה לאמוד את חומרת מצבו, אך הדם הרב שהציף אותו ותחושת המחנק והחולשה ההולכת וגוברת, גרמו לחרדה עצומה ולחשש כי לא יצליח לצאת חי מן האירוע. להעצמת החרדה תרמו הקולות מסביב שהזעיקו בהיסטריה אמבולנס לטיפול בפצוע קשה...

רן ניסה לדלות אינפורמציה מאנשים שהגיעו לסייע, אך התקשה להאמין לניסיונות ההרגעה. הוא החל לחוש קור, צמרמורות וחולשה וניסה בכל מחיר לא לאבד הכרה ולהיאחז בחיים. תוך כדי כך חווה חזיון ובו בני משפחתו מתבשרים על מותו. הוא "צפה" בחוסר אונים בהוריו ובאשתו כוכים עם קבלת הבשורה המרה, וניסה בכל כוחו לזעוק שהוא חי, שלא יכאבו ולא ידאגו... הוא לא הצליח להשמיע קול... ברגע זה תש כוחו והוא הבין שהגיע לסוף הדרך.

חשיפה חיה מהי?

חשיפה למצבים השונים מהם נמנע האדם בחיי היומיום, כאשר קודם לכן מלמדים את המטופל להשתמש בסולם חרדה, 0 יסמל את המצב הרגוע והבטוח ביותר מבחינתו ו-100 את המצב שמעורר את החרדה הגבוהה ביותר. ההימנעויות ידורגו ע"פ רמת החרדה שהן מעוררות, ולשיעורי הבית תבחר סיוואציה שדורגה ברמת חרדה בינונית (40-50).

ההנחיה הניתנת למטופל היא להשאר בסיטואציה לפחות 40 דקות, גם אם יש עליה ברמת החרדה במהלך ההתנסות. בנוסף, עליו לרשום את רמת החרדה שחש לפני, במהלך ואחרי החשיפה.

הרציונל לחשיפה חיה:

- הימנעות ממצבים, זיכרונות ומחשבות שמזכירות את האירוע, מעכבת החלמה.
- הימנעות משתלמת לטווח הקצר, אולם בטווח הארוך מאריכה את התגובה הפוסטטראומטית וגובה מחיר יקר.
- התמודדות עם חוויות כואבות, מאפשרת עיבוד החוויה הטראומטית ומביאה להפחתת המצוקה באופן הדרגתי.
- התמודדות מאפשרת אבחנה בין מצבים מסוכנים באמת, לכאלה שאינם מסוכנים.
- התעמתות מאפשרת עיבוד ולמידה שהחרדה לא נמשכת לנצח.

חשיפה בדמיון מהי?

- חשיפה לחוויה הטראומטית במקום מוגן, כאשר השחזור נערך בעיניים עצומות ובלשון הווה, ע"מ להיכנס לחוויה בצורה טובה יותר.
- בדיקת רמת החרדה של המטופל תוך כדי השחזור (שימוש בסולם החרדה).
- בתום החשיפה יערך דיון בתכנים שעלו. בדיון זה מאפשרים למטופל לגלות תובנות חדשות ופרשנויות תואמות יותר ומקדמות החלמה.
- הנחיה להקשיב לקלטת פעם ביום ולרשום את רמת החרדה שמתעוררת תוך כדי כך.

הרציונל לחשיפה בדמיון

- החשיפה מסייעת בארגון הזיכרון ובעיבוד הטראומה ומלמדת שהרגשות הקשורים לטראומה, אמנם קשים וכואבים, אך אינם מסוכנים.
- חשיפה לאורך זמן מאפשרת הסתגלות, מפחיתה חרדה ומפריכה את האמונה שהחרדה נמשכת לנצח.

אך היא לא היתה משמעותית והסבל של רן היה עדיין רב.

ניתוח המצב העלה כי השחזור בעיניים עצומות מביא את רן לחוות שוב ושוב את האירוע הטראומתי, **כאילו הוא קורה כאן ועכשיו**. כזכור, איבד רן את הראיה בעת האירוע והוא חווה אותו באמצעות החושים האחרים ובתחושה של אובדן שליטה. השחזור בעיניים עצומות החזיר את אותה תחושה של חוסר שליטה שהייתה אז. מצב זה אינו רצוי, מאחר והמטופל מאבד את היכולת להיות "רגל פה ורגל שם" ואין לו את נקודת המבט של "צופה מהצד", המאפשרת לו להכניס פרשנויות חדשות ולעשות אבחנה בין המאורע הטראומתי- שהיה מסוכן- לבין הזיכרונות שאינם מסוכנים- גם אם מאוד כואבים.

לאור תובנה זו, הוחלט לאפשר לרן לשחזר את הטראומה בעיניים פקוחות. מרגע זה, חלה תפנית משמעותית בטיפול, רמת החרדה החלה לרדת מפגישה לפגישה, כאשר במקביל המשיך השיפור במטלות של החשיפה החיה.

אחת החשיפות המשמעותיות היתה להגיע למקום עבודתו, אשר ממנו נמנע במהלך כל התקופה, עקב הקרבה לאוטובוסים (שהיה באוטובוס או בקרבתו דורגה 90 בסולם החרדה).

רן ביצע מטלה זו מספר פעמים, עד אשר הגיע למצב בו השהייה במקום העבודה לוותה בחרדה נמוכה ביותר ואפשרה לו ניונות ופניות למשימות נוספות.

בשלב זה נסללה הדרך לחזרה לעבודה (הוא לא יכול היה לחזור לנהיגה עקב בעיית הראיה).

החזרה לעבודה היתה הדרגתית, תחילה במשרה חלקית, ולאחר כחודשיים עבר למשרה מלאה. הוא ממלא כיום תפקיד ניהולי, הדורש עמידה בתנאי לחץ ורמת ריכוז גבוהה.

בתחילה דווח על קושי להתמודד עם צלצולי הטלפון הרבים ועם הלחצים והרעש, אולם ככל שחלף הזמן, הוא חש כי רמת הריכוז עולה והוא מצליח לבצע את תפקידו כהלכה.

הצלחתו בתפקיד היתה כ"כ מרשימה, עד שלאחר כחצי שנה הורחב התפקיד ובעקבותיו גם תחומי האחריות של רן.

הרגע הבא שזכור לו הוא הפינוי באמבולנס. לפינוי לא התלוותה תחושת הקלה, עקב החרדה לגורלו ולמצבו הרפואי גם אם יישאר בחיים.

הטרידה אותו בעיקר השאלה האם יאבד את הראיה בשתי עיניו ויותר עיוור? האם יזכה לראות את ביתו אשר עמדה להיוולד מספר חדשים לאחר מכן? מחשבות אלה העלו את רמת החרדה והופיעו שוב ושוב בשחזור הטראומה.

רן הגיע לטיפול כשנתיים וחצי לאחר המאורע הטראומתי ולאחר מספר ניסיונות לעבור טיפול נפשי, הן ברמה הפרטנית והן ברמה קבוצתית. למרות הטיפולים הללו, לא חל שינוי מהותי במצבו, למעט הטבה זמנית לאחר כל מפגש.

הוא הסתגר בבית, נמנע מיציאה למקומות ציבוריים, לא השתתף באירועים חברתיים ומשפחתיים, התקשה לישון כלילה וכמעט שלא לקח חלק במטלות היומיום בבית.

בתו הבכורה נולדה מספר חודשים לאחר הפיגוע, והוא התקשה להתחבר אליה ולסייע בבידולה. יתרה מזאת, הוא לא היה מסוגל לשמוע את בכייה והעדיף להסתגר בחדר אחר. סף הסבלנות והגירוי היו כה נמוכים עד שהביאו, לא אחת, לתגובות זעם בלתי נשלטות. רן הגדיר את מצבו בתחילת הטיפול כ"מת - חי", כמי שאמנם נוכח, אך לא נוטל חלק במשחק החיים.

הטיפול ברן נמשך 14 מפגשים והוא כלל חשיפה הדרגתית לפעילויות ומצבים מהם נמנע במהלך השנים מאז הפיגוע. בכל שבוע נבחרו משימות בדרגת קושי עולה והוא התבקש לבצע אותן ולהשאר בסיטואציה מעוררת החרדה לפחות 40 דקות. רן דיווח כי ככל שנחשף יותר למצבים הללו, הלכה החרדה ופחתה. הוא החל לצאת למרכזי קניות, לקחת על עצמו מטלות וסידורים שונים, בהם לא היה מעורב עד כה, לצאת לאירועים משפחתיים, לסייע בבית ועוד.

לעומת ההתקדמות העקבית בחשיפה החיה, התעוררה בעיה בחשיפה בדמיון. במהלך השחזור הגיב רן בתגובות סומאטיות קשות. הוא חש בחילות, רעידות, סחרחורת והירדמות של הגפיים. תגובות אלה נמשכו עד הפגישה השמינית לפחות.

בבדיקת רמת החרדה, תוך כדי השחזור ובעת ההקשבה היומית לקלטת, היינו עדים אמנם לירידה ברמת החרדה,

מעקב:

כמהלך השנה הראשונה לאחר הטיפול נערך מעקב אחר מצבו של רן. לצורך המעקב השתמשנו בשאלון PDS לבדיקת PTSD (Foa et al; 1997).

(הציון המקסימלי בשאלון זה הנו 54 והוא מעיד על PTSD חמור. ציון שהנו מתחת ל- 15 מצביע על היעדר PTSD).

כתחילת הטיפול היה הציון של רן- 42 - PTSD חמור מאוד) ובמהלכו חלה ירידה משמעותית ועקבית בסולם. בתום הטיפול התקבלה תוצאה של 11- ובפגישות המעקב המשיכה לרדת, אף שהטיפול הסתיים. בפעם האחרונה בה נבדק, התקבלה תוצאה: 5-.

כיום, שנה וחצי לאחר הטיפול, חזר רן לפעילויות יומיומיות שגרתיות, הן במישור התעסוקתי, והן במישור המשפחתי והחברתי. הוא מגדיר את עצמו "כאדם רגיל לכל דבר" ורואה ביכולת לשמש אב לבתו הקטנה את ההישג הגדול ביותר שלו.

מקורות

1. גרנות, ח. ברנדדר, מ. (1987) **שירותי קהילה בשעת חירום- זווית מערכתית וטיפולית**. ירושלים, החברה למתנסים.
2. נוי, ש. (2000) **מצב לחץ טראומתיים**, הוצאת שוקן.
3. פואה, ע. דורון, מ. ידין, א. (2004) **חשיפה ממושכת, המדריך לטיפול בהפרעה פוסטראומטית**, בהוצאת זמרכז לפיתוח משאבי התמודדות.
4. קליבמן, א. (1999) **התערבות פסיכולוגית חינוכית בשעת אסון**, משרד החינוך.

5. Figlev: C. R. (1985) Trauma and its work: intervention, Traumatic stress theory; Research & N.Y., NT: Brummer/Mazel.
6. Foa, E. B. & Meadows, E. A. (1977). Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. Annual Review of Psychology, 48, 449-480.
7. Holloway, H.C., Fullerton, C.S., McGaughey, B. G(eds) Individual & community response & disaster, Structure of human chaos, Cambridge: Cambridge University Press.

תוכנית הכשרה בפסיכותרפיה התנהגותית קוגניטיבית מטעם התוכנית הישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי

באישורה ובחסותה של איט"ה -
אגודה ישראלית לטיפול התנהגותי קוגניטיבי
בהכרה של האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה
ובחסות אוניברסיטת בר-אילן,
היחידה להשתלמות ולהדרכה, בית הספר לחינוך

תוכנית הכשרה דו-שנתית ותלת-שנתית

המיועדת למטפלים שתייערך אחת לשבוע, החל מנובמבר 2005 בין השעות 14:15-19:45 בימי חמישי בשבוע, בתל-השומר ובימי שלישי במרכז הכרמל בחיפה. התוכנית מוכרת לגמול השתלמות.

קורסים מתקדמים שייערכו בימי ראשון בתל השומר לבעלי נסיון וידע ב-CBT

- מיינדפולנס וטיפול התנהגותי קוגניטיבי MBCT - ד"ר דינה וישוגרוד
- טיפול התנהגותי קוגניטיבי בדיכאון - ד"ר חסינטו ענבר
- טיפול התנהגותי קוגניטיבי בחרדות - אילנה גרנק
- EMDR והקשרו לטיפול התנהגותי קוגניטיבי - ד"ר אודי אורן
- טיפול התנהגותי קוגניטיבי במשפחות ובזוגות - ד"ר רות מלקינסון, פרופ' אבנר אליצור ואחרים
- פילוסופיה לפסיכותרפיסטים - ד"ר לידיה אמיר
- טיפול התנהגותי קוגניטיבי בפסיכוזות - ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי
- טיפול התנהגותי קוגניטיבי בהתמכרויות - ד"ר סרג'ו מרצ'בסקי, ד"ר אלי לונטל, מר נחום מיכאלי וד"ר יששכר הרמן
- הנחייה קבוצתית בגישה ההתנהגותית קוגניטיבית - ד"ר חן נרדי וד"ר רבקה נרדי

מרתה בתשלוח

לקבלת חומר, יש להתקשר ליעקב סיני:

טל' 03-5713902, 03-6290326

נייד: 052-2224959

sini5@netvision.net.il

משמעות הטיפול בבניהם/בנותיהם והקשר בינה לבין נטל אובייקטיבי, איכות היחסים ותקווה

עו"ס לילית הדר*

למצוא משמעות חיובית בסיטואציה קשה. הבסיס לגישה זו הוא התורה האקזיסטנציאליסטית (פראנקלף 1970). מטרת המחקר הייתה לבדוק האם הורים המטפלים בבנים/בנות עם נכות פיזית מסוגלים להצביע בנוסף על הקשיים הכרוכים בטיפול, גם על תמורות שהם מפיקים מהטיפול בכך/בת.

מטרה נוספת של מחקר זה הייתה לבדוק האם המשאב הפנימי של ההורה תקווה מסביר קבלת תמורות מטיפול. Snyder (1995) הציג את המשתנה תקווה כאנרגיה קוגניטיבית שקיימת בפרט במידה כלשהי. למשתנה זה שני מרכיבים. הראשון הוא מרכיב הפעולה: הפרט מזהה מטרה ומציב אותה כיעד להשגה. המרכיב השני הוא מרכיב המכונה דרכים: האמונה כי קיימות דרכים להשגת המטרה.

מהממצאים בספרות עולה כי אדם בעל רמה גבוהה של תקווה יתייחס לקשיים כאל אתגרים, יראה בהם חלק מהחיים, ויתמקד בבחירת הדרך להתמודד עמם (Horton & Wallander, 2001). הטיפול בכך/בת עם נכות פיזית כרוך בעמידה מול קשיים, לפיכך הגדרת מטרות, הצבתן ומציאת דרכים להשיגן, הן מרכיבי חשוב בהקשר למשימה זו. מטרה נוספת של מחקר זה הייתה לבדוק האם המשאב החיצוני איכות היחסים בין ההורה לבין הבן/בת מסביר קבלת תמורות מטיפול. ההגדרה של איכות יחסים בספרות כוללת את המדדים הבינאישיים: הבנה, אמון, הגינות, כבוד, חיבה תקשורת ואת היכולת להסתדר זה עם זה (Gronvold, 1988). הממצאים המובאים בספרות משקפים את קיומו של קשר בין איכות היחסים בין מטפל ומטופל (שהם בני משפחה) לאופן שבו המטפל תופס את תפקידו אם כנטל סובייקטיבי או כתפקיד שסיפוק בצידו, בהתאמה למהותם של היחסים (Pruchno & Patrick, 1999; Bulger et al., 1993).

במחקר תוארה חווית הטיפול וממצאיו ועולה כי ההורים, חרף הקשיים הכרוכים בטיפול, יודעים לספר על תמורות רגשיות ועל תמורות שמעניקה הבן/בת.

המאמר המובא הנו חלק מעבודת תיזה שנעשתה במסגרת לימודי תואר שני במגמה השיקומית באוניברסיטת בר-אילן בהנחיית ד"ר שוורץ חיה.

בשנים האחרונות, בעקבות המגמה לשלב אוכלוסייה עם מוגבלות בקהילה, ולאור העלייה בשיעור הממוצע של תוחלת החיים של ההורים, גדל והולך מספרם של ההורים המטפלים בכך/בת בוגרים עם נכות פיזית. לפיכך חשיבות רבה נודעת, הן להבנת המשמעות של הטיפול על-ידי ההורים, והן לחקירתו במגמה לסייע בפיתוח דרכי התערבות ולהרחיב את שירותי התמיכה במשפחות.

לאורך השנים תוארה בספרות חווית הטיפול, תוך שימת דגש על מצב הדחק של ההורים המטפלים ושל המשפחה כולה. תואר הנטל האובייקטיבי של ההורים, שהנו ביטוי למכלול הפעולות שהמטפל מבצע עבור המוגבל בתפקודו כגון: סיוע ביציאה מכיסא גלגלים או מיטה, לבישה, אכילה רחצה וכד' וגם ארגון ההתקשרות עם הקהילה וניהול כספים (Schofield et al., 1997). וכן תואר הנטל הסובייקטיבי, שמוגדר כמכלול התגובות האמוציונאליות השליליות, שמקורן בטיפול בכך משפחה עם נכות. תגובות אלו כוללות בין היתר תחושות של כעס, אשמה, בושה ועייפות (Lawton, 1991; Zarit et al., 1980; et al., 1991). יש הטוענים, כי הנטל הסובייקטיבי הנו הערכה קוגניטיבית סובייקטיבית של המטפל את הנטל האובייקטיבי (Lawton, 1991; Heru, 2000). גישה זו הנה בסיס למחקר זה. בעשור האחרון יש התעניינות גוברת גם בהיבטים החיוביים הנלווים לטיפול בכך/בת עם מוגבלות, הקשורים בתמורות שההורה זוכה להן כנגד טיפולו. ממצאי מחקר קודמים מצביעים על כך שהורים מדווחים על תמורות רגשיות שהם מפיקים מהטיפול בכך/בת עם מוגבלות (Schwartz, 2003; Sandler & Mistretta, 1998) וכן על תמורות שהם מקבלים מהבן/בת עצמם (Schwartz & Gidron, 2002). תמורות אלו הן ביטוי ליכולת ההורים

*עו"ס לילית הדר - עובדת סוציאלית (מ.א.) במחלקת שיקום ונכויות במינהל לשילוב חברתי בראשון לציון.

(Burden Interview). השאלון נבנה בהתבסס על שאלון שבנו (Zarit, Reever & Peterson (1980). שאלון תמורות מטיפול (Gratifications Scales). השאלון התבסס על שאלון שבנו משני כלים שהותאמו לשימוש ע"י Greenley & Greenberg במסגרת מחקריהם על הורים המטפלים בבנים/בנות עם נכויות (4) שאלון למדידת איכות היחסים בין ההורה לבין הבן/הבת (Affectual Solidarity). השאלון התבסס על שאלון, שפותח על ידי Gronvold (1988). שאלון למדידת רמת תקווה (The Hope Scale). השאלון התבסס על שאלון שנבנה על ידי Snyder et al., (1991). שאלון דמוגרפי. (6)

תוצאות המחקר

ממצאי המחקר מצביעים על כך שההורים אכן דיווחו על קבלת תמורות מטיפול בבן/בת עם נכות פיזית. ההורים דיווחו על קבלת תמורות רגשיות רבות יותר מאשר תמורות שמעניקה הבן/בת. התמורה שנתפסה על-ידי ההורים כחשובה ביותר הייתה: הקניית רגישות כלפי אנשים עם נכויות. ההורים דיווחו על תמורות נוספות, כגון הבנה מה באמת חשוב בחיים, תחושה של מילוי חובה הורית והכרה בכוחות פנימיים. דוגמאות לתמורות שהבן/בת מעניקים להורה, עליהן דווחו ההורים הן: חברה וכן לווייה, מידע על בני המשפחה ויעוץ. נמצא קשר בין איכות היחסים הורה-בן/בת לבין קבלת תמורות רגשיות מטיפול. ככל שאיכות היחסים בין ההורה לבין הבן/בת הייתה טובה יותר כך דיווחו ההורים על תמורות רבות יותר שהם מפיקים מהטיפול. קשר זה נמצא לגבי ארבעת המדדים של איכות היחסים (הערכת ההורה את תחושת הבן/בת כלפיו, הערכת תחושותיו כלפי הבן/בת, הערכת איכות היחסים באופן כללי והמדד הכולל לאיכות יחסים). כמו כן ככל שאיכות היחסים הורה-בן/בת הייתה טובה יותר (קשר חזק נמצא בין המדד הכללי והכולל של איכות יחסים לבין תמורות שמעניקה הבן/בת), כך דיווחו ההורה על תמורות רבות יותר שמעניקה הבן/בת. נמצא גם שאיכות היחסים הורה-בן/בת (לפי מדד כולל) מהווה מדד שמסביר קבלת תמורות רגשיות מטיפול. נמצא שככל שאיכות היחסים הורה-בן/בת הייתה טובה יותר כך ההורים דיווחו על נטל סובייקטיבי נמוך יותר. נמצא גם קשר

נבחנו מאפייני ההורה ומאפייני הבן/בת, רמת הנטל האובייקטיבי, איכות היחסים בין ההורה לבנו/בתו והוערכה רמת התקווה של ההורה. נבדק כיצד משפיעים מדדים אלו על תפיסת ההורה את משמעות הטיפול אשר כוללת: נטל סובייקטיבי (תפיסה שלילית לגבי הטיפול) ותמורות מטיפול (תפיסה חיובית לגבי הטיפול).

השערות המחקר

- 1) ימצא קשר בין נטל אובייקטיבי לבין נטל סובייקטיבי. ככל שהנטל האובייקטיבי יהיה גבוה יותר הנטל הסובייקטיבי יהיה גבוה יותר;
- 2) ימצא קשר בין איכות היחסים הורה-בן/בת לבין תמורות מטיפול שעליהן ידווח ההורה המטפל, כאשר איכות היחסים תהיה טובה יותר ידווחו ההורים על יותר תמורות מטיפול;
- 3) איכות יחסים הורה-בן/בת, תהווה משתנה ממתן לקשר בין הנטל האובייקטיבי לבין הנטל הסובייקטיבי. לפיכך, הקשר בין הנטל האובייקטיבי לבין הנטל הסובייקטיבי יהיה שונה ברמות השונות של איכות היחסים הורה-בן/בת;
- 4) ימצא קשר בין תקווה לבין תמורות מטיפול. ככל שרמת התקווה של ההורה המטפל תהיה גבוהה יותר כך התמורות מטיפול כפי שידווח עליהן ההורה תהיינה רבות יותר;
- 5) המשתנה תקווה ימתן את הקשר בין הנטל האובייקטיבי לבין הנטל הסובייקטיבי. לפיכך, הקשר בין הנטל האובייקטיבי לבין הנטל הסובייקטיבי יהיה שונה ברמות השונות של תקווה.

שיטת המחקר

מדגם: המחקר הקיף 82 הורים לבנים/בנות בוגרים עם נכות פיזית, אשר מתגוררים עם הוריהם. המשתתפים נדגמו באמצעות דגימה מכוונת בלתי אקראית בלשכות הרווחה ובסניפי איל"ן בראשון לציון ובסביבתה. כלי המחקר: הנתונים נאספו באמצעות שאלונים לפי הפירוט כדלקמן:

- 1) שאלון למדידת נטל אובייקטיבי (The Family Burden Interview Schedule). השאלון נבנה בהתבסס על שאלון שבנו Tesler, Fisher & Gamache (1992);
- 2) שאלון למדידת נטל סובייקטיבי של המטפל

ועדת השתלמויות

שיקום בנגב -

נכות ושיקום באוכלוסיית הבדואים

ביום נעים ואביבי יצאנו לסיור לימודי. נסענו, קבוצה של מעל 60 עובדי שיקום, לגלות איך משקמים בדרום. רצינו לגלות עולמות חדשים, מה משמעות נכות ושיקום אצל הבדואים? הביקור בפרויקט "ריקמה במדבר" והרצאתה של נעמה הנעימה והלוחמת מהכפר לקיה לימדו אותנו, שהעצמת נשים בדואיות דומה להעצמה ושיקום בכל אוכלוסיה: לימוד הבעיה, הערכת יכולות ומכשולים, בניית תכנית במשותף עם הלקוחות וחיזוק מתמשך של הכוחות.

ארחו אותנו עם ארוחת בקר בדואית - פיתה, לבנה, תה מר וקפה מתוק לעתיד יותר טוב. המשכנו לקיבוץ להב ושמענו הרצאה נוקבת על מצב האוכלוסיה במדינה: החינוך, נכים, מגורים ושאר בעיות החיים אצל הבדואים. בהמשך שמענו על עבודת שיקום מעשית עם האוכלוסיה וסיפורים מן השדה. היה יום מרתק, מלמד, מהנה ומגבש.

להתראות בימי העיון הבאים

נ"ס יפג ארנב
יו"ר ועדת השתלמות

קורס גישור

אנו מעונינים לבדוק את הביקוש לקורס גישור בסיסי או לקורס המשך עם העמקה בנושא גישור במשפחה.

עלות כל אחד מהקורסים:

1,600-2,200 ש"ח.

באם אתם מתעניינים באחד מהקורסים אנא פנו אלינו:

עמותת חומש, אצל איגוד העובדים הסוציאליים, ארלוזורוב 93, תל אביב

טל': 09-7429637.

בין רמת התקווה של ההורה לבין קבלת תמורות רגשיות. ככל שרמת התקווה של ההורה הייתה גבוהה יותר כך ההורים דיווחו על קבלת תמורות רגשיות רבות יותר. נמצא שהמשתנה תקווה מסביר קבלת תמורות רגשיות. נמצא קשר שלילי בין רמת התקווה של ההורה לבין נטל סובייקטיבי. ככל שרמת התקווה של ההורה הייתה גבוהה יותר כך ההורה דיווח על נטל סובייקטיבי נמוך יותר. ממצאי המחקר מצביעים גם על קשר בין נטל אובייקטיבי לבין נטל סובייקטיבי. ככל שהנטל האובייקטיבי היה גבוה יותר כך דיווח ההורה על נטל סובייקטיבי גבוה יותר. לא אוששו ההשערות כי איכות היחסים הורה-בן/בת ותקווה בכוחם למתן את הקשר בין נטל אובייקטיבי לבין נטל סובייקטיבי. כמו כן לא נמצא קשר בין רמת התקווה של ההורה לבין תמורות שמעניקה הבן/בת. במחקר זה לא נמצא קשר בין מאפייני ההורה ומאפייני הבן/בת לבין תמורות מטיפול (תמורות רגשיות שמפיק ההורה ותמורות שמעניקה הבן/בת).

ממצאי מחקר זה מצביעים על כך שבחוויה הטיפולית של ההורים קיימים היבטים חיוביים והיבטים שליליים זה לצד זה. לצד ההיבטים השליליים של הטיפול בבן/בת עם נכות פיזית, מהווה הטיפול בסיס לצמיחה אישית ולהנאה מהטיפול וכן לקבלת תמיכה, רגשית בעיקר, מהבן/בת. המשאבים של ההורה, איכות היחסים עם הבן/בת (משאב חיזוני) ותקווה (משאב פנימי) נמצאו חשובים לתפיסה חיובית של משמעות הטיפול.

המלצות המחקר

על בסיס ממצאי המחקר ניתן להמליץ לעובדים הסוציאליים המטפלים בהורים אשר משמשים כמטפלים ראשוניים בבנים/בנות עם נכות פיזית, לסייע להורים לזהות את התמורות שיוכלו להפיק מן הטיפול, וללמדם כי עליהם להזכיר לעצמם מפעם לפעם את קיומן. על מנת להגביר את התחושה בדבר קבלת תמורות מטיפול, רצוי לסייע להורים לשפר את איכות יחסיהם עם בנם/בתם ולהעלות את רמת התקווה שלהם. כמו כן יש לסייע להורים בכל אמצעי שניתן, להפחית את הנטל האובייקטיבי ולאפשר להם להביע, במהלך הטיפול, את דאגותיהם לבנים/בנות, כדי שיוכלו לקבל תמיכה נפשית מן העובדים הסוציאליים. ■

**במסגרת כנס השיקום שהתקיים בתאריך - 6-7.12.04
במלון דן פנורמה בתל אביב חולקו אותות הערכה
למצויינות בתחום השיקום. מקבלי האותות הינם :**

דר' נעימה ארליך -

אות הערכה על מפעל חיים

ד"ר נעימה ארליך היא דמות מפתח בשדה העבודה הסוציאלית ב-3 עשורים האחרונים ומחלוצות השיקום במדינת ישראל. היא הייתה סטודנטית במחזור הראשון של הפסיכולוגיה השיקומית באוניברסיטת בר אילן ומאוחר יותר החלה ללמד בבי"ס לעבודה סוציאלית והתמידה בכך במשך שלושים שנה. במהלך שנות עבודתה יזמה תוכניות מקוריות והקימה שירותי עבודה סוציאלית בתקופות שבהן העבודה הסוציאלית טרם עוגנה באופן פורמלי, כמו התוכנית לטיפול בית לחולי סרטן בביה"ח תל השומר בשנים 1962 - 1964, והשירות הסוציאלי בלשכת הבריאות המחוזית בחיפה בשנים 1965 - 1968. כמו כן הייתה ד"ר נעימה ארליך פעילה בתפקידים ציבוריים רבים כמו בועדת היגוי בנושא משפחה וזוגיות, תוכניות העשרה במשרד העבודה והרווחה, ועדת תכנון ימי עיון במסגרות צבאיות ועוד.

מחלקת השיקום של הבטוח

לאומי בירושלים אות הערכה

למצויינות על שירות יחודי

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי סניף ירושלים, על עובדיה, פועלת "תחת אש" מאז תחילת האינתיפדה השניה, ולפניה, כשפיגוע רודף פיגוע בתוככי העיר ירושלים וסביבותיה. צוות המחלקה עובד סביב השעון במסירות אין קץ כדי לתת שרותי טיפול, שיקום וליווי לפצועים, קורבנות הפיגועים בדרגות פגיעה שונות, ליווי וטיפול במאות משפחות הנפגעים וליווי ותמיכה במצבים קשים שונים כגון - משפחות ששכלו בן משפחה אחד או יותר, ילדים שאבדו את שני הוריהם, או מספר פצועים באותה משפחה. עבודת מחלקת השיקום נעשית ברמה מקצועית גבוהה, בתנאי עומס נפשיים ופיזיים קשים ביותר, בתקופות של פיגועים המוניים רצופים. באותה עת, נדרשת מחלקת השיקום לשלב את הטיפול בנפגעי הטרור בעבודה השוטפת הכרוכה במתן מענים לאלפי אנשים הנזקקים לשירותי שיקום.

אל"מ רוני זריצקי -

מגן הערכה לגורם התנדבותי

אל"מ רוני זריצקי - מפקד יחידת ממכ"א במחנה מקל"ף וחיילי יחידתו עוסקים בפעילות התנדבותית במסירות ללא לאות, מזה מספר שנים, עבור אוכלוסיית אנשים עיוורים וכבדי ראייה בגילים שונים, ומאמצים את מרש"ל - מרכז רב שירותי לעיוורים בת"א, ופרויקט "גשר של אור".

פעילותם ההתנדבותית של אל"מ זריצקי וחייליו הינה מגוונת וכוללת הפעלת תוכניות העשרה לעיוורים ולקויי ראייה במרש"ל ת"א, הפעלת מועדון זמר ושירה בציבור לעיוורים בהשתתפות חיילי היחידה וקציניה, ייזום ואירגון טיולים וליווי סיורים לבאי המרש"ל במתקני צבא (מוזיאון חיל האוויר, פס ייצור טנק המרכבה ועוד), סיוע פרטני למשפחות שיש בהם חבר עיוור, שיעורי עזר לילדים לקויי ראייה וילדים פקחים של הורים עיוורים, ארגון מסיבות בני ובנות מצווה לילדים לקויי ראייה ועיוורים, גיוס תרומות של מיכשור למשפחות נזקקות ועוד.

גב' אהובה לוי -

אות הערכה למצויינות

על מפעל חיים

גב' אהובה לוי, מותיקי העובדים הסוציאליים, עסקה במהלך שנות עבודתה בתפקידים מגוונים בתחומי העבודה הסוציאלית, החל מעו"ס במחלקה לשירותים חברתיים, מנהלת מחלקה לשירותים חברתיים, מרכזת אגף השיקום במחוז המרכז וסגנית מנהלת המחוז במשרד העבודה והרווחה; בשנים 1993 - 2004 מילאה את התפקיד של מנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי. במסגרת עבודתה תרמה הגב' אהובה לוי לפיתוח מגוון רחב ביותר של שירותי שיקום לאנשים עם מוגבלויות. כמנהלת אגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי שקדה על קידום איכות החיים של אנשים עם פיגור שכלי במעונות פנימייה ועל קביעת סטנדרטים מקצועיים גבוהים בתחומי הטיפול השיקומי. פעלה ליצירת מגוון מסגרות חוץ ביתיות שאיפשרו להורים לילדים עם פיגור שכלי לבחור את המסגרת המתאימה לילדיהם, ואף לצמצם בכך את תור הממתינים למעונות פנימיה.

מר אפרים רז -

אות הערכה למצויינות לגורם התנדבותי

במסגרת פעילותו ההתנדבותית, הקדיש מר אפרים רז כ- 50 שנים ימים כלילות ממרצו ומזמנו לשיקום אנשים עם נכויות במדינת ישראל. פעילותו ההתנדבותית למענם הפכה למשימת חייו העיקרית. מר אפרים רז יזם והקים בהתנדבות את המפעל המוגן של איל"ן, המספק תעסוקה לבוגרים עם נכויות פיזיות קשות ותרם לניהולו ולשגשוגו המוצלח.

בשנת 1977 היה יוזם ושותף להקמת מעון לנכים צעירים בנתניה, שהיה המעון הראשון מסוגו לאנשים עם שיתוק מוחין. פעילותו ההתנדבותית הענפה של מר אפרים רז עבור אנשים עם מוגבלויות לא ידעה גבולות: מר אפרים רז היה פעיל בהקמת "אירגון הגג של ארגוני הנכים" והיה חבר בהנהלת הארגון, סייע בתכנון ובהקמה של גנים לילדים עם נכות בת"א וברמת גן, היה יו"ר ועדת הבניה ושותף פעיל בהקמת בריכת מים מחוממת במרכז הספורט לנכים ספיבק, פעיל בתיכנון ובהקמת מעון לנכים בגילה, ירושלים, ומסייע בהקמת מעון לנכים "בית קסלר" בחיפה.

מר קלמן סמואלס - פרס על פתוח שירות יחודי

מר קלמן סמואלס, ביחד עם אשתו מלכי, יזמו והקימו את עמותת "שלוה" - מרכז טיפולי מתקדם, הנותן מגוון רחב של פתרונות למצוקתן של משפחות לילדים בעלי צרכים מיוחדים באמצעות תוכניות טיפול ושיקום.

התוכניות ב"שלוה" פותחו ע"י מר קלמן סמואלס ורעייתו כתגובה וכמענה לסבל שחשו לאורך שנים בהם גידלו את ילדם יוסי, אשר בעקבות חיסון משולש שקיבל הפעוט, הפך לילד עם נכות קשה ביותר. מרכז "שלוה", שהוקם בכספי תרומות, נותן שירותים לכ- 350 ילדים בעלי מוגבלויות ומשפחותיהם ללא תמורה, כספית ונותן ביטוי לשאיפה למצויינות, אהבת הזולת, אמונה ברוח האדם ואופטימיות. מגוון רחב של פעילויות ותוכניות מתקיימות ב"שלוה", כגון - "אני ואמי" - תוכנית התערבות מוקדמת ותמיכה להורים הניתנת לפעוטות המגיעים עם אמותיהם לטיפול, מרכז פעילות נוער, מגוון טיפולים כרא-רפואיים ואחרים הניתנים בהתאם לתוכנית אישית והתפתחות, חוגי העשרה שונים, מועדון חברתי לנשים צעירות עם פיגור שכלי, נופשון, תוכניות סופי שבוע ומחנה קיץ.

ספרית
בית איזי שפירא

מר עמנואל שן ופרויקט שיאים -

אות הערכה למצויינות על פתוח שירות יחודי

מר עמנואל שן ופעילי פרויקט "שיאים" בעמותת שקל עוסקים מזה 15 שנים ויותר בפעילות יצירתית וחדשנית בעלת תרומה מיוחדת לשילובם של אנשים עם פיגור שכלי ומוגבלויות שונות בחיי החברה והתרבות בישראל.

פרויקט "שיאים", בניצוחו של מר עמנואל שן, שוקד על פיתוח וקידום תחום היצירה, האומנות, התרבות ושעות הפנאי של אנשים עם מוגבלויות. במסגרת פעילות זו, פרויקט "שיאים" יוזם ומארגן הצגות ומופעים נפלאים, כגון - דון קישוט, אוליבר ועוד, המוצגים ע"י אנשים עם מוגבלויות, על במות תיאטרון בכל רחבי הארץ וזוכים להצלחות מרשימות.

פרופ' שלמה (סולי) כץ -

אות הערכה למצויינות על מפעל חיים ע"ש אהרון פרייברון ז"ל

לפרופ' כץ תרומה יחודית בפיתוח תחום הפסיכולוגיה השיקומית בישראל, הקמת המגמה השיקומית באוניברסיטה בארץ אשר עודנה היחידה בתחום (אונ' בר אילן) ובקביעת סטנדרטים לפסיכולוגיה השיקומית שמנחים את הועדות המקצועיות שעוסקות בתחום. לפרופ' כץ זכות יחודית ביוזמה, הקמה ועיצוב של המרכז לשיקום נפגעי ראש (משרד הבטחון, מרגוזה - יפו) המשרת אוכלוסית נכים קשים ביותר תוך טיפוח כבודו וצרכיו של כל משתקם. העמדת מגוון שירותים עשיר וטיפוח אווירה של חברות, אופטימיות והרמוניה. דרך פעולת המרכז משקפת את תזונו, אישיותו, מירצו והידע הרחב של פרופ' כץ.

חותמו של פרופ' כץ ניכר גם בתחום הטיפול באנשים וילדים עם תסמונת דאון והתמיכה במשפחותיהם. ביחד עם אשתו ז"ל, פרופ' שירה כץ, יזמו והקימו קבוצות תמיכה והעשרה להורים של אוכלוסיות אלה ולאנשים עם התסמונת. הידע, המסירות ומאור הפנים של פרופ' כץ ואשתו העניקו לילדים אלה ומשפחותיהם איכות חיים ותקווה. פרופ' כץ תרם רבות לתחום המחקר בפסיכולוגיה שיקומית, והוסיף ליוקרת התחום בפרסומים רבים על עבודתו בשדה ועל היבטים תאורטיים בתחום ההתמודדות עם נכות ואובדן. הוא העמיד דורות רבים של תלמידים, וכל זאת בצניעות רבה מתוך אמונה ואופטימיות. הוא משמש השראה לעוסקים בשיקום בתחומים שונים.

קבוצת פישמן - אות הערכה למצויינות לקהילה עיסקית

קבוצת פישמן, הכוללת שורה ארוכה של פירמות עסקיות: טויס אר אס, קלאב מרקט, גלובס, הום סנטר ועוד, חרטה על דיגלה את המחוייבות לקהילה ולאדם עם מוגבלות, ופועלת ללא לאות למען עמותות רבות כגון - אקי"ם, איל"ן, קשר, נגישות ישראל, אתגרים, מילב"ת, אנוש, בית איזי שפירא, עמותת שמע, עמותת "מפנה", ועוד עמותות רבות המסייעות לאנשים עם מוגבלות. קבוצת פישמן, על עובדיה ומנהליה תורמת, לצד משאבים, כוח אדם ומוצרים, תפיסת עולם של התנדבות לקהילה ומפגינה מחויבות אמיתית ועמוקה לאוכלוסיות של אנשים עם מוגבלויות. קבוצת פישמן מתאפיינת במגוון רחב של פעילויות ועשייה. נמנים על אלה, בין השאר, גיוס משאבים למען פעילויות מגוונות המבוצעות ע"י אקי"ם ואירגוני נכים נוספים, השתתפות בקמפיין פירסום לימי התרמה, שיפוץ מבנים ומועדונים חברתיים וציודם, ליווי מקצועי של אנשי מקצוע באקי"ם המומחים בכספים, הסברה ודוברות-באמצעות עמיתים ובעלי מקצוע בקבוצה, פעילות התנדבותית במועדונים והוסטלים של אנשים עם מוגבלויות ועוד.

אחדות אבנר *

הסתכלותי ואבחוני לעבריינים צעירים). קנדל גרוס מציינת כי הנתונים נאספו בין השנים 1968 - 1970 (חלק מהסקר נערך לפני שנחקק חוק הסעד ב-1969 שהגדיר מיהו "מפגר" ובטרם תוקן חוק הסעד ונוסף לו הסעיף המתייחס לאנשים עם פיגור שכלי): נמצא "כי כמחצית מהמופנים למוסד מנת המשכל שלהם הייתה נמוכה מהנורמלית במידה זו או אחרת. אצל 32% נמצאה מ"מ 70-79, אצל 13.9% נמצאה מ"מ 60-69 ול- 3% מהמופנים הייתה מ"מ 50-59 (עמ' 158). באותו מאמר מתארת המחברת גם סקר שנערך ב- 1966 במחוז המרכז ונמצא "כי בין הילדים שהופנו לשירות מבחן 76% היו מפגרים בשכלם פיגור קל ואילו 20% היו בעלי רמה שכלית גבולית. שכיחות הפיגור השכלי בין עבריינים צעירים הייתה גבוהה פי 3 מאשר אצל הלא עבריינים". מדרך איסוף הנתונים לא ניתן ללמוד על היקף התופעה בקרב אנשים עם פיגור שכלי ועל מאפייני האוכלוסייה.

שואם, רהב ואדר (1980) התייחסו באופן כללי לממדי הפשיעה בקרב המפגרים בשכלם, בהתאם לרמת הפיגור השכלי, תוך התייחסות למחקרים ישנים מאוד מחו"ל, אשר השתמשו בהגדרות שונות של הפיגור השכלי וכמובן שאינם משקפים את המציאות. בנוסף, במאמרם הם מזכירים גם את הסקר שנערך ב-1966 במחוז המרכז ומציינים כי "מסתבר שילדים מופרעים נחשבו, לעיתים קרובות, למפגרים, ולכן האבחון של הפיגור השכלי אצל העבריינים הצעירים לא היה מדוייק". עיקר העבירות של אנשים עם פיגור שכלי הן כלפי בני אדם (Baroff, 1996) ומבצעים עבירות כחות חמורות משל כלל האוכלוסייה (Leigh, 1995).

במאמרי זה אתייחס למאפיינים השונים של אנשים עם פיגור שכלי בישראל (אנשים שועדת האבחון החליטה שהם עם פיגור שכלי), שהאשמו בפלילים, מכל הארץ ובכל הגילאים.

איסוף הנתונים

נבדקו כל המופנים לועדות האבחון, ע"י בתי המשפט, בהליך פלילי, מכל הארץ, בין השנים 1998 ועד 6/2003. מתוך כ- 800 מופנים נמצאו 114 אנשים, שועדות האבחון קבעו כי הם אנשים עם פיגור שכלי - כל

מבוא וסקירת ספרות

רמות (1983) מציין, כי מקובל לציין את שיעור האנשים עם פיגור שכלי בין 1% לבין 3% מכלל האוכלוסייה ובישראל ישנם למעלה מ- 50000 ילדים ומבוגרים, המוגדרים כמפגרים בשיכלם. אביעד (1986) מציין כי השיעור השכיח של אנשים עם פיגור שכלי באוכלוסייה הכללית הוא בסביבות 3% וש"השיעורים מושפעים מגורמים מספר וביניהם שיטת המחקר, הגדרת הפיגור שבה השתמשו החוקרים, טיב הרישום במקורות ואחרים". עפ"י נתוני האגף לטיפול באדם המפגר, בשנת 2003 טופלו על ידו כ- 23.000 אנשים עם פיגור שכלי (משרד העבודה והרווחה, 2003).

חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט - 1969 (להלן "החוק"), קובע כי ועדת אבחון היא הגוף המוסמך להחליט מיהו אדם עם פיגור שכלי. בועדת האבחון 5 אנשי מקצוע: פקיד סעד, פסיכולוג, מחנך, רופא ופסיכיאטר. בשנת 1975 תוקן החוק ונוסף לו סעיף מיוחד:סעיף 19, על תת סעיפיו השונים. תיקון זה בא להסדיר את כל נושא ההתייחסות לאנשים המואשמים בביצוע עבירות פליליות, ויש סיבה לחשוב כי מדובר באנשים עם פיגור/ליקוי שכלי (במאמר זה אתייחס רק לאנשים שאובחנו, ע"י ועדות האבחון, כאנשים עם פיגור שכלי).

תיקון זה של החוק, הביא לידי ביטוי גישה הקובעת, כי יש לתת מענה והליך מיוחד במסגרת ההליך הפלילי לאנשים עם פיגור שכלי, משלב המעצר ועד ריצוי מאסר (בזק, 1985). מדי שנה מופנים ע"י בתי המשפט, במסגרת ההליך הפלילי כ- 150 אנשים לועדות האבחון. בד"כ מבקשים בתי המשפט מועדת האבחון חו"ד בעניינו של הנאשם ודרכי טיפול.

מעט נכתב בישראל על אנשים עם פיגור שכלי, אשר ביצעו עבירות פליליות. חלק מהכותרים עסקו בתאור המצב החוקי והשלכותיו (שניט, 1988) ועל אחריותו הפלילית של האדם עם פיגור שכלי (בזק, 1985, 1994). מעט גם נכתב על מאפייני האנשים עם פיגור שכלי, המעורבים בפלילים:

אביעד(1974) וקנדל גרוס (1989) התייחסו לשכיחות התופעה בקרב אוכלוסייה שהופנתה ל"מצפה ים"(מוסד

*אחדות אבנר, M.S.W : מפקח ארצי על ועדות האבחון - מחלקת איבחון וקידום האגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה.

האנשים עברו קודם לדיון בועדת האבחון תהליך של אבחון מקיף, בהתאם לנהוג באגף לטיפול באדם המפגר (עמידב, 1998). בענינם של 114 המקרים הנתונים נאספו מתוך ועדות האבחון ומתוך כתבי האישום. 6 אנשים הואשמו במספר סעפי אישום: עבירות מין ואלימות - התייחסות לעבירת המין **כעבירה עיקרית**. במקרים אחדים, הואשמו אנשים במספר עבירות מאותו סוג, כגון: עבירות מין, עבירות רכוש ואלימות - התייחסותי לכך כאל מקרה 4.

הממצאים

1. סוגי העבירות.

מין	מין במשפחה	אלימות	אלימות במשפחה	רכוש	אחר
34 (30%)	7 (6%)	18 (16%)	26 (23%)	19 (17%)	10 (8%)

מין/מין במשפחה - מעשים מגונים ומעשים מגונים כפומבי (76% מעבירות המין), אונס - 6 מקרים (11%), מהם 4 במשפחה (כל מבצעי האונס ברמת פיגור שכלי קל), מעשה סדום - 4 מקרים (9%), ניסיון לאונס - 2 מקרים (4%).
רכוש מבצעי עבירות המין (32) מתפקדים ברמת פיגור שכלי קל ו - 5 ברמת פיגור שכלי קל בינוני. 3 מתפקדים ברמת פיגור שכלי בינוני ו - 1 ברמת פיגור שכלי בינוני נמוך.
עבירות מין לפי דת הנאשם: 86% יהודים (35 מקרים), 12% מוסלמים (5 מקרים) ו - 2% נוצרים (מקרה 1).
אלימות - תקיפה ואיומים.
אלימות במשפחה - כלפי הורים ואחים (12 מקרים) ובת הזוג (9 מקרים).
רכוש - כמעט כולם על פריצה וגניבה לרכב ודירות.
אחר - סמים (3), בנייה לא חוקית (2), יידוי אבנים (2), זיוף מסמך, בריחה ממשמורת ושהייה בלתי חוקית בישראל.

2. רמת תפקוד (פיגור שכלי).

קל	קל - בינוני	בינוני	בינוני - נמוך	ללא רמה
82 (72%)	22 (19%)	6 (5%)	3 (3%)	1 (1%)

רוב מוחלט של העבירות מבוצעות ע"י אנשים עם פיגור שכלי קל וקל - בינוני (91%) והם אלו שמבצעים את כל סוגי העבירות ואת רוב העבירות החמורות.
אנשים עם פיגור שכלי בינוני (6) בצעו עבירות של אלימות במשפחה (תקיפת בת הזוג), עבירות מין - 3 (מעשה מגונה במשפחה, מעשה סדום בקטין, מעשה מגונה), רכוש(פריצה וגניבה מרכב) ואלימות - תקיפת קטינה.
אנשים עם פיגור שכלי בינוני נמוך (3) בצעו עבירות של בנייה לא חוקית, אלימות במשפחה ומעשה מגונה בקטינה.

3. מצב משפחתי.

רווק	נשוי	גרוש
84 (74%)	24 (21%)	6 (5%)

הנשואים: 20 גברים ו - 4 נשים בצעו עבירות אלימות במשפחה (15), רכוש (4) מין (2), מין במשפחה (2) ובנייה לא חוקית. רמת הפיגור השכלי של הנשואים: גברים: קל - 14, קל בינוני - 4, בינוני - 2. נשים: קל - 3, קל בינוני - 1. ל - 16 מהנשואים יש ילדים. דת הנשואים: מוסלמים - 13 (מתוכם 2 נשים), יהודים - 11 (מתוכם 2 נשים).

4. מין.

גברים	נשים
106 (93%)	8 (7%)

מבין הנשים - 4 נשואות (3 ברמת פיגור שכלי קל ואחת קל-בינוני), בצעו עבירות של: אלימות במשפחה (3) תקפו את בנותיהן ו - 1 תקפה את בעלה). 2 נשים גרושות (ברמת פיגור שכלי קל וקל בינוני) - בריחה ממשמורת ואלימות. 2 נשים רווקות בצעו עבירות של: בנייה לא חוקית - פיגור שכלי בינוני נמוך, רכוש - פיגור שכלי קל. לכל הנשים הנשואות ואשה גרושה 1 - יש ילדים.

5. דת.

יהודי	לא יהודי
71 (62%)	43 (38%)

כיהודים נחשבו גם כל העולים מחבר העמים. לא יהודים הם כולם מוסלמים, למעט נוצרי 1. מספרם של הלא יהודים הנו גבוה במידה ניכרת מגודלם באוכלוסייה. אולם, בבדיקה של מבצעי עבירות המין עולה, כי מספרם של הלא יהודים (5 מוסלמים ו-1 נוצרי) יורד ל-14% בלבד.

6. גיל.

18 תי	39-18	59-40	+60
18 (16%)	65 (57%)	29 (25%)	2 (2%)

הקטינים (עד גיל 18), בצעו בעיקר עבירות מין (7) מתוכם 3 במשפחה, רכוש (4) ואלימות (5) - מתוכם 2 במשפחה). 11 מתוך הקטינים הם מוסלמים. 2 המקרים מעל גיל 60 היו רווקים ובצעו עבירות מין: אונס ומעשה מגונה בקטינה.

7. סוג מגורים

מכון	דיוור קהילתי	בבית ההורים	בביתו
4 (4%)	9 (8%)	67 (58%)	34 (30%)

רוב מוחלט (88%) של העבירות מתבצע ע"י אנשים שגרים בבית משלהם (בעיקר הנשואים) או שגרים בבית ההורים. רוב עבירות המין (35 מקרים) בוצעו ע"י אנשים הגרים בביתם או בבית ההורים. 5 מתוך 6 עבירות האונס בוצעו ע"י אנשים הגרים ב: בית ההורים (3 מקרים), 1 גר עם אשתו, 1 גר לבד. אונס 1 בוצע ע"י אדם שגר בהוסטל בקהילה. מתוך 6 מקרי האונס 1 היה קטין בעת ביצוע העבירה ו-1 היה מעל לגיל 60 (רווק שגר לבד). 6 מתוך 9 העבירות שבוצעו ע"י אנשים שגרים בדיוור בקהילה הם עבירות מין ו-2 מתוך 4 העבירות שבוצעו ע"י אנשים שגרים במעון פנימייה הם עבירות מין.

כל עבירות המין בוצעו ע"י גברים.

8. ארץ לידה.

ישראל	חבר העמים	צפון אפריקה	אחר
94 (82%)	9 (8%)	8 (7%)	3 (3%)

צפון אפריקה - עיראק (4), מרוקו (2), טוניס (2). אחר - אתיופיה והודו.

9. רקע אישי.

ב-58 מקרים, מתוך 114 המקרים, נמצא שיש ברקע האישי מאפיינים מסוימים - בקרב מספר נאשמים נמצאו מספר מאפיינים.

טיפול פסיכיאטרי	הפרעות התנהגות	מחלות	רקע פלילי	חומרים ממכרים
22	21	21	11	8

מחלות: אפילפסיה - 14, סכרת - 7. שמוש בחומרים ממכרים: סמים - 5, אלכוהול - 3.

10. רקע משפחתי

ב-49 מקרים, מתוך 114 המקרים, נמצא שיש ברקע המשפחתי מאפיינים מסוימים - במשפחות שונות נמצאו מספר מאפיינים.

פגור שכלי/עכוב התפתחותי	קרבת דם בין ההורים	מחלות אחים	מחלות הורים
27 (45%)	17 (28%)	10 (16%)	7 (11%)

41. שלוב במסגרת חינוכית/תעסוקתית:

תעסוקה		חינוך	
לא	כן	לא	כן
62 - 25 מוסלמים 371- יהודים	33 - 6 מוסלמים 1 נוצרי ו-26 יהודים	10 - כולם קטינים מהם 9 מוסלמים	8 - כולם קטינים. מהם 2 מוסלמים

לגבי מקרה 1 לא היה מידע.

רוב מוחלט (885) של מבצעי העבירות גרים בקהילה: עם ההורים או בבית משלהם - היותם בתוך הקהילה חושף אותם למצבים, שלא תמיד יש להם את הכלים והיכולת להתמודד איתם כראוי. זאת ועוד, עבירות המתרחשות בקרב הקהילה, הקורבנות והוריהם פחות סלחניים ולכן גם מזעיקים את המשטרה ומגישים תלונות. אין ספק, שבתוך מסגרות המגורים בקהילה (הוסטלים, דירות וכד') ובמעונות הפנימייה, מתבצעים עבירות(מין ואלימות בעיקר) ע"י אנשים עם פיגור שכלי כלפי חבריהם - אך לא תמיד מקרים אלו ידועים ואם הם ידועים הם מטופלים בתוך המסגרת/מערכת, ולא מובאים לידיעת המשטרה (מדובר בעבירות "קלות"). בנוסף, דיירי המסגרות החוץ ביתיות נמצאים פחות זמן (מי יותר ומי פחות) במגע עם הקהילה "הרגילה", וגם אם הם נמצאים בתוך הקהילה, לעיתים קרובות יש איתם מלווה, עובדה החושפת אותם פחות לאירועים בעיתיים.

זאת ועוד, במעונות הפנימייה נמצאים כ-6000 דיירים שחלק ניכר מהם מתפקד ברמת פיגור שכלי בינוני עד עמוק. (משרד העבודה והרווחה, 1999). רוב העברות מבוצעות ע"י אנשים המתפקדים ברמת פיגור שכלי קל (72%) וקל-בינוני (19%).

מיניות היא חלק מרכזי בחיי כל אדם. לכן, חשוב ביותר לתת כלים לאוכלוסייה של האנשים עם פיגור שכלי בכדי שיוכלו להביא לידי ביטוי את התנהגותם המינית באופן נורמטיבי וסביר להניח שידע/חינוך זה יסייע להפחית (במידה כלשהי) את ההתנהגות המינית הלא מקובלת. איסור/כעס על ביטוי מיניות בקרב אנשים עם פיגור שכלי לא יביאו לידי הפחתת הצורך אלא להסתרתו וביטוי, לעיתים, שלא כראוי. התעלמות מהתנהגות מינית חריגה לא תביא להפחתתו אלא תביא, עם הזמן, להחמרה ואולי גם להסתככות כללית.

דין

במדינת ישראל אין נתונים מדויקים בנוגע לגודל האוכלוסייה של האנשים עם מוגבלות, כולל אנשים עם פיגור שכלי. הועדה הציבורית לבדיקת ענייני הנכים וקידום שילובם בקהילה (ועדת לרון) התייחסה לכך זו והמליצה על "הקמת מאגר נתונים מקיף וכולל של אוכלוסיית אנשים עם מוגבלות, אשר יסייע בקביעת המדיניות ויתרום לשיפור ולייעול עבודת הגורמים המטפלים..". (משרד ראש הממשלה, 2005). בעבודה זו נבדקו 114 מקרים לאורך 5 חצי שנים: ממוצע של קרוב ל- 21 מקרים לשנה.

רוב העבירות, של אנשים עם פיגור שכלי, הן כלפי בני אדם, כאשר בקרב האוכלוסייה הכללית טווח/רפרטואר העבירות רחב יותר: אנשים עם פיגור שכלי מבצעים עבירות פחות חמורות משל שאר האוכלוסייה. אנשים עם פיגור שכלי מבצעים עבירות פליליות, אך מספר מבצעי העבירות קטן באופן משמעותי ממספרם בקרב האוכלוסייה הכללית. סביר להניח שמספר מבצעי העבירות גדול יותר מהמתואר(ייתכן שישנם מספר מקרים לא גדול שעקב חוסר נתונים לא נכללו בעבודה זו), אך גם אם לוקחים בחשבון מקרים של אנשים עם פיגור שכלי שניתפסים (אנשים עם פיגור שכלי נתפסים בקלות רבה מאוד, בהשוואה למבצעי העבירות "הרגילים", אשר אחוז גדול מהם כלל לא ניתפס) ומוחלט שלא להגיש בעניינם כתב אישום, עקב היותם אנשים עם פיגור שכלי - עדיין המספרים קטנים באופן משמעותי ממספרם בקרב האוכלוסייה הכללית.

במסגרות המגורים של האגף לטיפול באדם המפגר, נמצאים כ- 8000 דיירים, המהווים קרוב ל- 35% מהאוכלוסייה המטופלת ע"י האגף.

חובה לטפל באנשים המבצעים עבירות מין - אבחון והערכה הנם שלב חשוב וחיוני לקביעת תכנית טיפולית לאוכלוסייה זו וחשוב שזה ייעשה ע"י אנשי מקצוע מומחים, מתחום הפיגור השכלי (מורבר, 2001). מספרם של הלא יהודים בקרב מבצעי העבירות הוא גבוה במיוחד - הסיבה לכך לא ברורה דיה (בהעדר נתונים על מספר היהודים והלא יהודים בעלי פיגור שכלי אינני יכול להשוות עפ"י גודלם). ניתן לנסות ולהסביר זאת: א. אי שילוב במסגרת חינוכית ותעסוקתית - דבר המוביל לחוסר מעש ולשוטטות, המוביל, לעיתים, למעשים פליליים: מתוך 11 קטינים מוסלמים בגיל חינוך 9 לא היו במסגרת חינוכית ומתוך 62 בוגרים, שלא היו משולבים במסגרת תעסוקתית, 25 היו מוסלמים. כלומר, 34 אנשים מוסלמים מתוך 42 לא היו משולבים במסגרת כלשהי, בעת ביצוע העבירה. לשאלה, מדוע רבים כל כך מקרב האוכלוסייה המוסלמית לא משולבים במסגרות אין לי מענה, אך ייתכן כי חלקה נובע מכך שאין מספיק מסגרות תעסוקתיות באזור המבורים, בכדי לתת מענה לאוכלוסייה זו (שלחלקה בעיות התנהגות) ובחוסר פיקוח הולם על שילוב במסגרות חינוך. ב. אכיפת יתר וגורמי החוק אופיים יותר כלפי אוכלוסייה זו, אם מסיבות של דעה קדומה ואם עקב אפלייה. ייתכן שבתחום עבירות המין יש פחות כתבי אישום בקרב המוסלמים עקב החשש/בושה לדוות. 17 מתוך 24 מהאנשים הנשואים ביצעו עבירות של אלימות במשפחה (15) ומין במשפחה (2) - אין ספק כי אנשים אלו זקוקים לתמיכה, סיוע והכוונה מקצועית בכל הקשור לחיי משפחה וזוגיות. מומלץ לבדוק בעתיד האם יש קשר, בין הרקע האישי והמשפחתי של האדם עם הפיגור השכלי לבין היותו מבצע עבירה. ■

מקורות:

1. אביעד, י. (1974). פיגור שכלי ועבריינות בישראל. השרות למפגר, משרד הסעד, ירושלים.
2. אביעד, י. (1986). תהליך התוויית הפיגור השכלי ושכיחות המפגרים בשכלם בארבעה יישובים עירוניים בגוש דן. בתוך א. רימרמן, ש. רייטר ומ. חובב (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי (עמ' 57 - 74), ת"א: צ'ריקובר.

3. בזק, י. (1985). אחריותם הפלילית של מפגרים ושל מסיכופתים. אחריותו הפלילית של הלקוי בנפשו, 187 - 192. ירושלים: קרית ספר.
4. בזק, י. (1991). אחריותו הפלילית של המפגר. הרצאות בנושא הפיגור השכלי (עמ' 9 - 12), יום עיון שנערך במעון "שקמה", "קן משולם". ירושלים. חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט - 1969. ירושלים: הוצאת גדעון.
5. מורבר, מ. (2001). עבריינות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי. משרד העבודה והרווחה, האגף לטיפול באדם המפגר, ת"א.
6. משרד העבודה והרווחה (1999). **יעדים, תכניות, שירותים, הישגים**. האגף לטיפול באדם המפגר, ירושלים.
7. משרד העבודה והרווחה (2003). תוכנית עבודה לשנת 2003. האגף לטיפול באדם המפגר, ירושלים. משרד ראש הממשלה (2005). ועדת לרון. <http://www.gov.il/PMO/Communication/EventsDiary/eventlaron21045.htm>
8. עמינדב, ח. (1998). תהליך האבחון לקביעת קיומו של פיגור שכלי. בתוך א. רימרמן, מ. חובב, א.
9. דבדבני וא' רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (עמ' 15 - 36), ירושלים: מאגנס.
10. רמות, א. (1983). הידעת ש. השירות למפגר, משרד העבודה והרווחה, ירושלים.
11. קנדל-גרוס, י. (1989). העברייני הפסאודו-מפגר. בתוך י. ווזנר, מ. גולן, ומ. חובב (עורכים), שירותי תקן והעבודה הסוציאלית (עמ' 155 - 176), ת"א: כפירוס.
12. שוהם, ש. רהב, ג. ואדר, מ. (1980). ליקויים במבנה האישיות ועבריינות. קרימינולוגיה, 149 - 152. ירושלים ות"א: שוקן.
13. שניט, ד. (1988). מפגרים. החוק הפרט ושירותי הרווחה, 285 - 290. ירושלים: מאגנס.
14. Baroff, G.S. (1996). The mentally retarded Mulick offender. In J. W. Jacobson, & J. A. (Eds.) (1996). **Manual of Diagnosis and Professional Practice in Mental Retardation**. Washington, DC: American Psychological Association, pp 311-321.
15. Leigh, A. D. (1995). People with Mental Retardation in the Criminal Justice System. In <http://thearc.org/faqs/crimqa.html>

מאת: עו"ד רוני רוטלר*

א. היא אם לילד בן 3 המקבל גמלת ילד נכה מהמוסד לביטוח לאומי. א. מחזיקה ברכב, השייך לאמה, על מנת להסיע את בנה לטיפולים הרבים להם הוא נזקק. לאחרונה, נשללה מא. גמלת הבטחת ההכנסה שקיבלה, מאחר והיא מחזיקה ברכב.

המשותף לכל האנשים הללו הוא מוגבלותם. כולם מוגדרים על פי חוק כאנשים בעלי מוגבלות, או הורים לאנשים בעלי מוגבלות. כולם פנו אלינו, אל הקליניקה המשפטית לזכויות אנשים עם מוגבלויות, מאחר וחשו כי זכויותיהם הופרו על ידי גורמים שונים.

פעילות הקליניקה בתוך מערך הקליניקות באוניברסיטת בר אילן

הקליניקה החלה לפעול בפקולטה למשפטים באוניברסיטת בר אילן בשנה"ל תשס"ד, וזו לה שנת הפעילות השניה. בבסיס פעילותה של הקליניקה עומד חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח - 1998, אשר עיבן את זכותם החוקית של אנשים עם מוגבלות לשוויון, וכן הצעת חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשס"א - 2000, אשר מרחיבה את זכות השוויון ופורשת אותה על פני תחומים חברתיים רבים נוספים. חלק נכבד של הצעת החוק, הנוגע להנגשתם של מקומות ושירותים ציבוריים, עבר לפני שבועות מספר בקריאה שניה ושלישית בכנסת.

הרעיון להקמת הקליניקה נולד בעקבות קורס שהתקיים בפקולטה, ביוזמה משותפת של הפקולטה ומכון טראמפ לזכויות התפתחותיות בבית איזי שפירא, ואשר עסק בזכויותיהם של אנשים בעלי מוגבלות. הסטודנטים אשר השתתפו בקורס כיקשו ליישם את תכני הקורס באופן מעשי, בשדה, ואכן בשנה שלאחר מכן הוקמה הקליניקה על ידי ד"ר גדעון ספיר, בעיקר מתוך מודעות כואבת לכך, שאנשים בעלי מוגבלות, המהווים כעשרה אחוזים מכלל האוכלוסייה בישראל, עדיין מופלים בכל תחומי החיים, והמציאות היום יומית עבורם היא של מחסומים פיסיים וחברתיים המוצבים בפניהם על ידי החברה.

המושג "קליניקה" שאוב מהפרקטיקה הנוהגת בארצות הברית, שם קיימות קליניקות משפטיות בבתי הספר למשפטים מזה עשרות שנים. הרעיון העומד מאחורי

ה, בת 26, עבדה במעבדה בחברה גדולה. עוד בילדותה אובחנה ר. כבעלת בעיה נפשית, אשר החמירה והתפרצה לאחר כמה חודשי עבודה. ר. יצאה לחופשת מחלה קצרה, וכשחזרה וביקשה לעבור, באופן זמני, לעסוק בעבודה משרדית וגמישה יותר במסגרת החברה, נענתה בשלילה. מנהלת כוח האדם בחברה אמרה לר. כי עדיף שתתפטר, הכתיבה לה מכתב התפטרות, ור. עזבה את החברה עוד באותו היום.

ג. הוא ילד בן 11 עם שיתוק מוחין, הלומד בבית ספר מיוחד הרחוק ממקום מגוריו. ע. מוסע לבית הספר מטעם הרשות המקומית בה הוא גר על ידי נהג מונית, לבדו, ללא ליווי, וללא קשירה מתאימה למושב.

ד. הוא ילד בן 3. כאשר החל ללכת לבגן התברר כי הוא סובל מבעיות התנהגות, והגננת הודיעה להוריו כי אינו יכול לבקר עוד בגן רגיל, וכי עליו ללכת לבגן של החינוך המיוחד. מאחר ושנת הלימודים כבר החלה, לא יכול היה ל. לגשת לוועדת ההשמה על מנת שזו תקבע לאיזו מסגרת חינוכית ילך, ולכן נשאר בבית במהלך כל השנה.

ה. כבת 40, קנתה דירה וביקשה לקחת משכנתא. כאשר ביקשה לערוך לעצמה ביטוח חיים, הודיעה לה חברת הביטוח כי לא תבטח אותה מאחר והיא בעלת נכות כרגליה ואינה יכולה ללכת.

ו. בת 25, לוקה בדיסקלקוליה, ואינה מסוגלת ללמוד מתמטיקה, ולו הפשוטה ביותר. מ. רוצה ללמוד עבודה סוציאלית, אבל היא יודעת שלא תוכל לעבור את החלק המתמטי של המבחן הפסיכומטרי, ולכן תקבל ציון נמוך שלא יאפשר את קבלתה ללימודים.

ז. הוא ילד בן 10, אשר אובחן לאחרונה כבעל אוטיזם. הוריו של א. פנו למוסד לביטוח לאומי לקבלת גמלת ילד נכה, אולם הגמלה אושרה רק מיום האבחון. הוריו של א. יודעים, כי אוטיזם נחשב כיום לליקוי מולד, ולכן הם רוצים לקבל גמלה מיום הולדתו של א.

*עו"ד רוני רוטלר - הקליניקה לזכויות אנשים עם מוגבלויות, הפקולטה למשפטים, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן 52900; פקס: 03-5351856; טלפון: 03-5348373; דוא"ל: rothler@mail.biu.ac.il

המשפטית פועלת לרעתם, קבלת סיוע וייצוג משפטי עשויים לפעול לחיזוק האמון במערכת זו, ובכך לחזק את המערכת עצמה.

העבודה בקליניקה

בחלקה העיוני של הקליניקה משתפים פעולה ד"ר גדעון ספיר, המרצה האחראי על הקליניקה, ד"ר בנימין הוזמי מהמכון לנכויות התפתחותיות ב"בית איזי שפירא" ועו"ד נטע דגן, היועצת המשפטית של "בזכות", המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלויות. במהלך חלק זה רוכשים הסטודנטים ידע מקיף לגבי מהותן של זכויות, המצב החוקי בכל הנוגע לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות בארץ ובעולם, וכן ידע סוציאלי בנוגע למוגבלויות השונות, לחייו של האדם בעל המוגבלות ולמשפחתו.

חלקה המעשי של הקליניקה מתבצע בליווי משפטי צמוד שלי, כמנהלת הקליניקה, וכן בייעוץ סוציאלי של עו"ס לואיז גבע מעמותת "קשר". במהלך שנת הלימודים מטפלים הסטודנטים המשתתפים בקליניקה בפניותיהם המשפטיות של אנשים בעלי מוגבלות - פיזית, חושית, שכלית או נפשית, במתן מידע, יעוץ משפטי, תכתובות עם רשויות ותביעות משפטיות. "לקוחות הקליניקה" מופנים אליה על ידי ארגוני אנשים עם מוגבלויות הנמצאים בקשר עם הקליניקה, כמו גם מחלקות הרווחה ברשויות מקומיות.

הסטודנטים לומדים לא רק את רזי העבודה המשפטית, אלא גם, ולא פחות חשוב מכך, איך לנהל ראיון, לדלות מידע, ולקיים קשר תקשורתי אמפטי עם הפונים. חשוב לציין כי האחריות לטיפול בתיק מוטלת על הסטודנט - הוא זה שצריך להיות בקשר עם הפונה ועם הרשויות, לברר את ההיבט המשפטי של הסוגיות השונות, לכתוב את המסמכים ולעקוב אחר ההתפתחויות בתיק.

במהלך העבודה המעשית נוטלים הסטודנטים חלק בדינמיקות קבוצתיות, שמטרתן להעלות ולנסות ולפתור את הבעיות שבהן הם נתקלים וללכת בקרב הקבוצה. במהלך פגישות אלה אנו מנסים לפתור בעיות כגון - מה אומרים לפונה המאיים בהתאבדות?

המושג, המזכיר לרבים קליניקה לסיוע רפואי ולא דווקא מרכז לסיוע משפטי, הוא החינוך הקליני, ההכשרה המעשית של הסטודנטים, אשר זוכים ליישם בפועל את הידע המשפטי שהם רוכשים במהלך לימודיהם.

הקליניקה מהווה נדבך אחד במערך הקליניקות המשפטיות הקיימות בפקולטה למשפטים של אוניברסיטת בר אילן. על אף שהיום קיימות קליניקות משפטיות ברובם ככולם של מוסדות הלימוד הגבוה, אוניברסיטת בר אילן היא האוניברסיטה היחידה בה השתתפות בקליניקה משפטית הינה חובה לכל תלמידי שנה ג'.

מטרות הקליניקה

הקליניקות הוקמו על ידי האוניברסיטה על מנת לשרת שתי מטרות עיקריות. לאחת יש הרכב מעשי וחיוני - להעניק לכל סטודנט אפשרות להתנסות מעשית בעבודה משפטית בליווי מקצועי צמוד, מעין "חממה משפטית", ולחנך דור משפטנים בעל מודעות משפטית-חברתית, המבינים את אחריותם כסוכניו המורשים של המשפט. האוניברסיטה מאמינה, כי על מנת ללמד "זכויות אדם" אין די בישיבה בין כתלי האוניברסיטה, אלא יש לצאת ולפגוש את אותם אנשים אשר על זכויותיהם אנו מנסים להגן. כך, במהלך העבודה בקליניקה נחשפים הסטודנטים למרכיבים השונים מהם עשויה ההכרעה השיפוטית, ולא רק לפסק הדין הסופי. המטרה האחרת נובעת מההכרה בכך שהמשפט הינו משאב ציבורי שאמור להיות עד כמה שיותר נגיש. הקליניקות, אשר מעניקות את שירותיהן לקהילה ללא תמורה כספית, מנסות לאזן ולו במעט את הפער הקיים בין אנשים אשר ידם משגת קבלת ידע וייצוג משפטי, לבין אלה שגורלם שפר עליהם פחות על אף שהקליניקה איננה מבדילה בין הפונים אליה על פי הכנסותיהם, ומדיניותה היא לנסות ולעזור לכל אדם שבשל מוגבלותו נמנעת ממנו זכות או הטבה כלשהי, הרי שמטבע הדברים רוב האנשים שמגיעים אלינו אינם יכולים להרשות לעצמם לשכור את שירותיו של עורך דין. הדבר נובע פעמים רבות מהמוגבלות עצמה, אשר אינה מאפשרת לפונים לממש את מלוא פוטנציאל ההשתכרות שלהם. עבור פונים אלה, אשר פעמים רבות איבדו את האמון בשלטון החוק ומרגישים כי המערכת

הקשר בין העבודה המשפטית בקליניקה לעבודתו של העובד הסוציאלי

במסגרת עבודת הקליניקה, באות לידי ביטוי נקודות השקה רבות בין עבודת עורך הדין עם עבודתו של העובד הסוציאלי. לכאורה, המדובר בשני תחומים שונים - האחד עוסק בשאלה מהי ה"שורה תחתונה", ואילו השני הוא תהליכי במהותו. אולם, כאשר מדובר בעריכת דין חברתית, קיים קשר הדוק ובלתי ניתן להפרדה בין שני התחומים.

על אף שהקליניקה מעניקה סיוע משפטי, היא שונה בתכלית ממשדד - פרטי או ממשלתי - העוסק במתן שירותים משפטיים. ראשית, בכל הנוגע ללקוחותינו, הרי שלא מדובר, מן הסתם, בחברות גדולות או מנהלים מעונים. כמו כן, בניגוד לעורך דין המקבל לקוחות במשרדו, לעתים קרובות לקוחותינו אינם יכולים להגיע אלינו ואנו נדרשים להגיע אליהם.

מעבר לכך, אנו מנסים להעניק לסטודנטים כישורים שאנחנו מגדירים אותם כאלו של עובד סוציאלי. אנחנו רוצים שהסטודנטים ירכשו ראייה כוללת של פני הדברים, של הלקוח כחלק בלתי נפרד מחברה, להבדיל מהתיק הספציפי שמולו. כמשפטנים חברתיים, אנחנו גם יכולים לסרב לטפל בתיק מסויים, אם אנחנו סבורים שהדבר יזיק בסופו של דבר לקבוצה אליה משתייך הפונה. דוגמא לכך היא האמורפיות העוטפת לפעמים פעולות שלטוניות - לעתים מוענקת הטבה כלשהי לאדם גם ללא בסיס חוקי מסויים. כאשר הטבה זו אינה מוענקת לאדם אחר, יש לשקול בזehירות את הפניה לרשות, על מנת שלא להזיק לאלה שכן זכו לה. מאידך, לפעמים מתוך פניות דומות רבות שמגיעות אלינו אנו למדים על תופעה רחבת היקף, ויכולים להחליט לתקוף אותה ברמה המערכתית, במקביל לרמה הפרטנית.

אנחנו מנסים גם לפעול תוך הבנה, שפנייה לערכאות משפטיות לא תמיד תיטיב עם הלקוחות שלנו. הלקוחות מגיעים אלינו כשהם נתקלים בבעיה, שמקורה לרוב ברשות הממונה על רווחתם. אנו מנסים לפעול למיצי

מה אומרים לפונה הפורץ בכי? מה אומרים לפונה שלא פועל על פי עצנתנו? ומה אומרים לאלה שאין לנו אפשרות לעזור להם?

בנוסף לטיפול פרטני בפניות, עוסקים הסטודנטים באיסוף וריכוז המידע הקיים בנושא זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות, ו"הנגשתו" לציבור הזקוק לו, בין השאר באמצעות אתר האינטרנט של עמותת "קשר" - "מקום מיוחד", במסגרתו גם עונה צוות הקליניקה על שאלות משפטיות של הגולשים. איסופו וריכוזו של המידע נדרש, שכן פעמים רבות הזכויות השונות אינן מעוגנות בחקיקה או תקינה מפורשת, וכך אי הידיעה בדבר הזכות לבדה מובילה, הלכה למעשה, לשלילתה של הזכות. כמו כן, פעמים רבות לשונו המשפטית של החוק מקשה על הבנתו, ועל כן יש צורך "לתרגם" את השפה המשפטית לשפה יומיומית אשר תאפשר את יישומם המעשי של הדברים. אחת המטרות החשובות שלנו היא לאפשר לכמה שיותר אנשים לדעת את זכויותיהם, וכפועל יוצא מכך - לעמוד עליהן.

הנושאים בהם עוסקת הקליניקה הם רבים ומגוונים, וביניהם ביטוח לאומי (עם דגש מיוחד על זכויותיהם של ילדים עם אוטיזם לגמלה רטרואקטיבית), נגישות, נייודות, הסעות לילדים, שילוב ילדים עם מוגבלויות בחינוך הרגיל, זכויות של תלמידים וסטודנטים עם ליקויי למידה, זכויות הקשורות לקופות החולים וסל הבריאות, דיוור, תעסוקה, ביטוח ואפוטרופיסות. המדובר במיצוי זכויות קיימות, אשר פעמים רבות אינן נאכפות ולחלופין - יישומן מסורבל ומפלה (באופן לא מפליא, אותם מגזרים שהם חלשים יותר ממילא, כגון המגזר הערבי, סובלים מ"כפל מוגבלות" בכל הנוגע למיצוי זכויותיהם), וכן בקידומן של יוזמות חדשות.

מעבר להתנסות המעשית בעבודה משפטית בליווי מקצועי צמוד, לצד פעילות חברתית ותרומה לקהילה, מאפשר אופייה המיוחד של הקליניקה לסטודנטים הצצה מרתקת לעולמם של אנשים אשר מהווים פעמים רבות "נוכחים נפקדים" בחברתנו, עבודה עם משפחות המתמודדות באופן יומיומי עם מציאות קשה ומתסכלת, והבנה מעמיקה יותר של מושג החריגות בחברה, אשר ללא ספק מתפרש אל מעבר להגדרה הפורמלית של מוגבלות, ונוגע לכל אחד ואחת מאתנו.

על האינטרס של הלקוח. עבור עורך הדין, כל עוד המטרות של הלקוח הן במסגרת החוק, עליו לעזור לו להשיג אותן, אך אם הוא חושב שהשגת המטרות עלולה להזיק לאחרים. הקוד המקצועי של העובדים הסוציאלים, לעומת זאת, מתמקד במנדט האתי לעבוד עבור הצדק וכלל החברה. בהקשר זה עולות פעמים רבות שאלות שאנו נאלצים להתמודד איתן - מהי טובת הפרט לעומת טובת הכלל? והאם ראוי לבחון את צרכיו של הפונה אלינו, אשר ידו אינה משגת העסקת עו"ד פרטי, אל מול צרכי הכלל, בעוד הפונה המבוסס יותר יקבל ייצוג ללא קשר להקשרים כלליים וחברתיים?

עריכת דין היא הרבה פעמים עבודה שסובבת סביב קונפליקט - הלקוח שלי מול הלקוח של מישהו אחר, והשופט הוא זה שמחליט. כעורכי דין חברתיים אנחנו לא מקבלים את הפטור מהחלטה. בכל קייס שמגיע אלינו אנחנו צריכים להחליט האם בעינינו השירות ללקוח ישרת גם את הצדק, וכפי שנאמר קודם, לא תמיד רק את הצדק של הפונה הספציפי. במהלך העבודה מצאתי, כי הסטודנטים מפנימים את רעיון העבודה המשפטית-סוציאלית להפליא. לעתים קרובות דווקא הם אלה אשר מעלים הצעות "סוציאליות" במהותן, כגון ליווי צמוד יותר של הפונים לרשויות השונות. למיטב זכרוני, מעולם לא הייתי צריכה לנהל ויכוח עם סטודנט שסבר שהמשימה שהוטלה עליו איננה "משפטית מספיק".

אני סבורה, כי הכישורים אותם רוכשים הסטודנטים במהלך העבודה בקליניקה, גם אם אינם משפטיים טהורים, ישמשו אותם הלאה בעבודתם, ומקווה, כי בהמשך דרכם, כאשר ישבו במשרדים ובלשכות המשפטיות, יזכרו ויישמו את מה שראו ולמדו כאן. כמו כן אני חושבת, כי ראוי לתת יותר כלים וידע משפטי בידיהם של העובדים הסוציאלים, על מנת שיוכלו לעזור לאוכלוסיות הנזקקות לשירותיהם למצות את זכויותיהן באופן רחב ויעיל יותר. אין לי ספק, שהעובדים הסוציאלים, המשפטנים, וגם הציבור הרחב, יהנו מפתיחת פתח במחיצה המפרידה בין שני המקצועות. ■

זכויות הלקוח בדרך שתפגע בצורה המינימלית ביותר ביחסים בינו לבין הרשות, אשר תמשיך ללוות אותו למשך כל חייו, גם הרבה אחרי שתיפטר או תחלוף הבעייה שבשלה פנה אלינו. דווקא בשל כך, חשוב לנו מאוד להניח את התשתית המשפטית המדוייקת בפני הלקוח, ולתת לו לבחור בעצמו את הדרך בה יפעל, מתוך הכרה בכך שהלקוח, ולא אנחנו, הוא המומחה בכל הקשור לסביבתו הקרובה.

בכל הנוגע ליחסים עם הלקוחות, הרי שגם אלה שונים בתכלית השינוי מיחסי עו"ד-לקוח במשרד. אנחנו, למשל, נקדיש ללקוחות שלנו זמן רב, נאזין לא רק לבעיה המשפטית הספציפית שעלתה אלא למכלול הדברים. בתיקים שאנחנו לוקחים על עצמנו אנחנו מרגישים חובה ללוות את הפונה באופן שחורג ממתן סיוע נקודתי לשאלה שעלתה. לפעמים יש צורך במעקב, לפעמים לבעיה אין פתרון משפטי ויש לחשוב על פתרונות אחרים, ולפעמים עצם ההאזנה והענקת תשומת הלב מספקות כשלעצמן צרכים רבים. ואכן, היו מקרים שבהם הודענו לפונה אחרי שיחות ארוכות כי אין כל פתרון משפטי לבעיה שהעלה, ובכל זאת הפונה הודה לנו רק על עצם ההקשבה.

כמו כן, אנחנו עושים עבור הלקוחות שלנו דברים שעורכי דין לא עושים לרוב עבור לקוחותיהם. למשל, בדרך כלל נבקש מהלקוחות להשיג את כל המסמכים הרלוונטים ולהביא אותם אלינו, לפני שנתחיל בטיפול. אבל אם ללקוח מסוים יש בעיה נפשית, למשל, אשר בגללה הוא לא מצליח להשיג את הטפסים, אנחנו נעזור לו ונלך איתו להשיג אותם, למרות שלא מדובר בעבודה "משפטית". אותו רעיון תקף גם לגבי לקוחות שמסיבות שונות אינם מצליחים לפעול על פי עצותינו וליישמן. המטרה שלנו היא לא רק לתת שירות משפטי טוב, אלא גם לוודא שהשינוי נעשה בפועל.

אנחנו משתדלים לאמץ את החינוך, האתיקה ודרך העבודה של העובדים הסוציאלים. כפי שצוין קודם, בניגוד לראיה המשפטית והאינדיווידואלית המאפיינת את חשיבתו של עורך הדין, לעובדים סוציאלים יש ראייה רחבה, גמישה ורב פנית. הם לא מתמקדים רק בלקוח הספציפי, אלא גם במשפחתו ובקהילה שלו, כולל גורמים סוציאליים, כלכליים, אתניים ודתיים, שמשפיעים על חייו.

כללי המקצוע של עורך הדין הם הגנה ללא פשרות

עו"ס אמיר אזואלי*

משנת 1971. תפיסה זו משקפת חתירה לאיזון בין שתי מגמות, האחת היא טיפוח היכולת האישית של כל אדם בהתאם ליכולותיו האישיות והשנייה היא כיוון המאמץ לשילוב האדם עם הפיגור השכלי במערכות חברתיות שונות. שיילוק (1996) טוען שאיכות חיים לאנשים עם מוגבלויות מורכבת מאותם גורמים ויחסים החשובים לאנשים ללא מגבלות. תפיסה דומה ניתן למצוא אצל רבין (1992), כהן (1987), רימרמן (1994) ושוסטר (1990), לטענתם תפיסת העבודה אצל אנשים עם פיגור שכלי זהה ובעלת יתרונות חשובים בעיני אנשים עם פיגור שכלי:

1. העבודה מחברת למציאות.
2. העבודה מובילה לעצמאות אישית, כלכלית ושיפור באיכות החיים.
3. העבודה מובילה לאינטראקציה ואינטגרציה חברתית.
4. העבודה גורמת לתחושת סיפוק.
5. העבודה מפחיתה את תחושת הבדידות.
6. העבודה מובילה לתהליך של העצמה.

רציונל הפרויקט

עד תחילת שנות מסגרת התעסוקה המוגנת (מפעלי שיקום ומע"שים) הייתה המסגרת היחידה, כמעט, עבור אנשים עם פיגור שכלי. גם כיום סוג התעסוקה העיקרי לבוגרים עם פיגור שכלי הינו המסגרת המוגנת. תעסוקה בשוק החופשי נחשבת לייעילה יותר מבחינה שיקומית והולמת את תפיסת הנורמליזציה והאינטגרציה (פלין וניץ', 1980). בארה"ב פותחו תוכניות לתעסוקה נתמכת בשוק החופשי. מדיניות זו של העדפת התעסוקה הנתמכת בשוק החופשי תורגמה בשנים האחרונות לתקנות חדשות, המקצות משאבים גדולים יותר לאלטרנטיבות תעסוקה וכן חקיקה שנועדה להרחיב את שילובם של אנשים עם נכויות בעבודה בשוק הפרטי.

הקדמה

בנובמבר 2002 יצא לדרך פרויקט תעסוקה בתחום החקלאות. פרויקט זה, שהיה כרי עבודת גמר של מנהלות מערכי דיור טבריה ועפולה בקורס למנהלי הוסטלים, הפך ברבות הימים למע"ש החקלאי הראשון מסוגו בארץ, מע"ש "תלמים". בתהליך הגיבוש הרעיוני נטלו חלק צוותי חשיבה משתי מסגרות הדיור הקהילתי (טבריה ועפולה). במסגרת הפרויקט, טרם הפיכתו למע"ש, הועסקו 6 דיירים ממערך דיור עפולה, במגוון ענפי חקלאות, לול, רפת, גינון וני, אורווה וחממה טיפולית, בכפר הנוער החקלאי "ניר העמק" הנמצא בסמוך לעיר עפולה. לאור הצלחת הפרויקט ולאור הביקוש הרב בעקבות פיתוח והרחבת ההיצע ומתוך מגמת התייעלות הוחלט להעתיק את מיקומו של "תלמים" לקיבוץ מגידו, על מנת לאפשר פתרונות תעסוקה למספר גדול יותר של עובדים. מע"ש תלמים של ימים אלו הינו מע"ש הנותן פתרונות תעסוקתיים והשמה במגוון ענפי חקלאות לאנשים עם פיגור שכלי. כיום מועסקים ב"תלמים" כ-30 אנשים.

קונספט הפעלה רעיוני - ערכי

אנשים עם פיגור שכלי הינם חלק טבעי של האוכלוסייה, בעלי אותן זכויות אזרח וזכויות אנוש. בשנים האחרונות התגבשה אידיאולוגיה המאמצת גישה המעודדת שילוב מקסימאלי של אנשים עם פיגור שכלי בקהילה, מתוך ראייתם כחלק אינטגרלי של הקהילה. בכואנו ליישם תפיסה זו של שילוב אדם עם פיגור בתעסוקה בקהילה, עומדים בפנינו מספר ערכים מרכזיים: נורמליזציה ואינטגרציה, בחירה והעדפה. ערכים אלו טומנים בתוכם את הכוונה הכנה לשילוב בתעסוקה, תוך כדי התאמה מרבית, של העבודה ליכולותיו צרכיו וכישוריו של האדם. ביטוי לתפיסה זו ניתן למצוא בהחלטת העצרת הכללית של האו"ם (מס' 2856)

*אמיר אזואלי, עו"ס חבר בצוות הגיבוש הרעיוני מע"ש תלמים תעסוקה.

יעדים:

- שיקום והקמת משק חי.
- גן ירק וצמחי תבלין.
- החכרת קרקע חקלאית לעיבוד וגידול ירקות בהיקף מסחרי (קיימת תשתית לקבלת כל השירותים הנלווים כמו יעוץ חקלאי, ציוד מכני - טרקטורים ואחרים).
- עבודה כלול וברפת.
- הקמת לול עופות אורגני.
- עיבוד מזון.
- בניית חממה.
- הקמת דיר לגידול כבשים (לרשותנו עומד שטח למרעה טבעי).
- במישור החינוכי - מכירת ימי חוויה לתלמידי בתי"ס יסודיים וחטיבות ביניים, תוך כדי גיבוש תכנים שתהה בהם התנסות ועבודה משותפת עם העובדים ב"תלמים". התכנים יכללו בין השאר, התנסות בייצור גבינות, חליבה, עבודה במשק חי, עבודה בשדה, סיור על גבי עגלה רתומה לטרקטור סביב המשק.
- עבודה במסגרת הקרן הקיימת לישראל - נחל קייני עובר בסמוך לקיבוץ מגידו, בכוונתנו להקים קבוצת עבודה של "תלמים" שתבצע עבודות אחזקה וניקיון לאורך ערוץ הנחל.
- תלמים תבחן אפשרות להקמת עסקים נוספים באורחן מגידו הנמצא בשלבי סיום בנייה. הכוונה להקים גלידריה, פנקייק ודברי מתיקה אחרים. במקום יעבדו אנשים מן הישוב ואנשים מ"תלמים".

שיטת ותפיסת העבודה:

"תלמים" שוכרת מהקיבוץ מבנים המשמשים את העובדים (אולם עבודה). אולם זה משמש אנשים בעלי יכולת תפקודית או בריאותית המחייבת עבודה בתנאים מוגנים. באולם ישנם את כל המתקנים הנדרשים, כולל מלתחות ושירותים וכן שני אולמות וחדרים נוספים. התפיסה שמנחה אותנו היא העבודה שכל העובדים הינם חברים

דו"ח ועדת החקיקה של משרד הרווחה (1993) ממליץ על השמת אדם עם פיגור שכלי במסגרת תעסוקתית, בשוק החופשי, משני נימוקים: 1. אלטרנטיבה פחות מגבילה - מיצוי היכולת התעסוקתית. 2. עיקרון הניידות - לפיו יכולתו התעסוקתית של אדם עם פיגור שכלי שהושם במסגרת מסוימת, תשוב ותיבחן, על מנת, שבמידת הצורך, יועבר למסגרת מתאימה יותר.

במטרה להבטיח שילוב של אנשים עם פיגור שכלי בעבודה, וכדי להביא לידי ביטוי את הסוגיות בהן דנו קודם לכן ולאפשר שילוב מוצלח בעבודה, בנינו מודל שיש בו, לדעתנו, פתרון תעסוקתי הולם, תוך כדי יישום ההיבטים הערכיים, הנפשיים והשיקומיים. במודל זה יש, לדעתנו, פתרון תעסוקתי הולם, תוך מתן אפשרות לבחירה והעדפה וכן ניידות במקום העבודה. העקרונות המנחים אותנו הם מחד נורמליזציה ואינטגרציה הדוגלים בשילוב חברתי מרבי של אנשים עם פיגור שכלי בתוך מסגרות קהילתיות, ומאידך עיקרון האינדיבידואציה (קורץ, 1977), הדוגל בחתירה למיצוי הפוטנציאל האישי של כל אדם.

מבנה הפרויקט

מטרת העל: הקמת מיזם חקלאי ויצירת מקומות תעסוקה לאנשים פיגור שכלי בענפי חקלאות שונים, כמו כן פיתוח מיזמים נלווים אחרים.

אוכלוסיית היעד: אנשים עם פיגור שכלי, ברמות תפקוד שונות, לצד אנשים אחרים מן הקהילה.

מקום ההפעלה: קיבוץ מגידו.

מטרות העבודה בחווה חקלאית:

1. הקניית מיומנויות מקצועיות.
2. רכישת הרגלי עבודה והגברת מוטיבציה לעבודה.
3. שיפור הדימוי העצמי ויצירת תחושת אדם יצרני אצל העובד.
4. אבחון כישורי העובד על פני רצף של מיומנויות מוטוריות, שכליות ורגשיות.
5. קיום אינטראקציה חברתית על בסיס העבודה בחווה חקלאית, תוך יצירת תחושה ואווירת השתייכות ("גאווה יחידה").

מקורות:

1. מדינת ישראל - משרד העבודה והרווחה. (1993). דו"ח ועדת חקיקה לטיפול באנשים עם פיגור שכלי. ע"מ 3-4, 28-33.

2. רבין, ר. (1992). עמדות מעסיקים וסביבת העבודה כגורמים בשיקום תעסוקתי של אנשים עם פיגור שכלי. עבודת גמר לתואר "מוסמך", בי"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

3. רימרמן, א. (1994). תעסוקה נתמכת לאנשים הלוקים בנכויות התפתחותיות ופסיכיאטריות בארה"ב: לקחי מחקר. בטחון סוציאלי, 42, 118-127.

4. Flynn, R.J & Nitsch, K.E. (1980).

Normalization, Social Integration and Community Services. Univ Park Press.

5. Kurtz, R.A. (1977). *Social Aspects of Mental Retardation.* Lexington MA & Toronto.

6. Shalock, R.L. (1996). *Quality of Life – Conceptualization and Measurement.* AAMR.

7. Schuster, J.W. (1990). Sheltered Workshops: Financial and Philosophical Liabilities. *Mental Retardation.* 28 (4), 233-239.

8. United Nations' General Assembly. (1971). *United Nations Declaration on the Rights of Mentally Retarded Person – Resolution 2856.*

ב"תלמים", כולל אנשי הצוות המלווים. המשמעות היא שגם הצוות נושאים בתורנויות כמו כל חבר אחר ואין הבחנה או העדפה של חבר אחד על פני אחר. ניהול "תלמים" מופקד אף הוא, בחלקו, בידי העובדים. המשמעות היא שלבניית מדיניות "תלמים" ולקבלת ההחלטות שותפים החברים ב"תלמים".

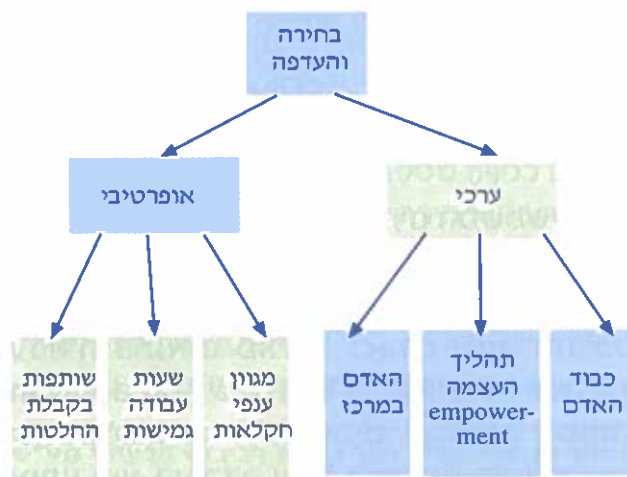
לסיכום:

במודל העוסק בחקלאות, המוצג לפניכם יש לדעתנו מתן פתרון תעסוקתי הולם המאפשר: א. בחירה מתוך מגוון עשיר של עיסוקים, אפשרות לניידות במקום העבודה, היות ותחומי העבודה מורכבים ממגוון עיסוקים.

ב. טווח המטלות והעיסוקים גדול והוא כולל: טיפול בחיות, זריעה, שתילה, גידול ופרודוקציה. ג. את מרבית העובדים ניתן להכשיר למיומנות הנדרשת במהירות יחסית. המשמעות היא, אפשרות לשילוב אנשים בעלי רמות תפקוד שונות.

בבסיס התפיסה להפעלת המודל עומד ערך כבוד האדם. מתוך ראיית העובד במרכז, המודל בנוי כך שהעובדים שותפים לתהליך קביעת המדיניות, ניתנת להם האפשרות והזכות לבחור. כמו כן, עומדת בפניהם האופציה להחליט ולעשות שינוי.

לפניכם תרשים המודל המנחה אותנו:



עו"ס ד"ר אורי ברגמן*

כלל המטופלים חולקו לשתי קבוצות (כנות 50 מטופלים כל אחת) בצורה אקראית ע"י הצוות המטפל במרכז (עפ"י רשימות קיימות ושימוש בתיקים רפואיים).

ההפעלה הגופנית התבצעה ע"י שני מורים קבועים לחינוך גופני, מומחים בתחום הפעילות הגופנית לנכים ולחולים פסיכיאטריים (בוגרי המגמה לחינוך גופני שיקומי במכללת וינגייט). ההפעלה הגופנית היתה במשך שנה שלמה, שלוש פעמים בשבוע, ארבעים וחמש דקות כל שיעור.

תכני הפעילות הגופנית היו ממוקדים בפיתוח שליטה עצמית, דרך שליטה גופנית בענפי הספורט ברמה האישית והקובצתית. התכנים היו מגוונים מאוד והתקיימו הן ברמת חן והן מחוצה לה במכון ווינגייט ובבסיס הדרכה ואימון גופני בווינגייט (בה"ד 8 - צה"ל). סה"כ השעות הטיפוליות (ספורט טיפולי) היו 152 שעות לאורך שנת הפעילות שהתפלגו כדלהלן:

אומנויות לחימה (ג'ודו / קראטה) - 10 שעות, לימוד ותרגול מסלול מכשולים צבאי - 20 שעות, עבודה בחדר כושר - 8 שעות, משחקי כדור קבוצתיים (כדורסל, כדורגל, כדורעף וכדור יד) - 20 שעות, פעילות נופש בים - 4 שעות, ריצת ניווט - 4 שעות, משיכת חבל - 4 שעות, שחיה וכדורמיים - 16 שעות, קיאקים בירקון ובנמל תל אביב - 8 שעות, מפרשיות בנמל תל אביב ונמל יפו - 8 שעות. קליעה ברובה אוויר במטווח - 8 שעות, רכיבת סוסים - 8 שעות, קליעה בחץ וקשת - 8 שעות, טניס שולחם - 16 שעות, סיירת ומחנאות - 3 שעות ומתיחות והרפיה 5 שעות. מניתוח תוצאות המחקר ניתן ללמוד איזה ענפי ספורט ובאיזה תדירות מומלץ להפעיל נפגעי תגובת קרב בתר חבלתיים (PTSD). חשוב לציין כי מחקר זה הוא ראשון מסוגו ויש מקום להמשך מחקרים והרחבתם בתחום ההתערבות הגופנית הספורטיבית לנפגעים פוסטראומטיים על רקע מלחמתי.

תקציר עבודת הדוקטורט

בהנחיית פרופ' גיורא רהב -

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב, תשס"ג

עבודה זו עוסקת בפעילות גופנית והשפעתה על פיתוח שליטה עצמית לנפגעי תגובת קרב בתר-חבלתיים (PTSD). התסמונת הבתר-חבלתית על רקע מלחמתי היא אחת התסמונות הקשות אשר פוגעת בתחומי חיים ותפקודים רבים: הגופני, הפסיכולוגי, הבינאישי-חברתי, התעסוקתי, הזוגי משפחתי, ובתיפקוד המיני (אליצור ואחרים, 1987; סולומון ואחרים, 1987).

סקירות ספרות מדווחות על ממצאים מחקריים מגוונים באשר לתרומה של פעילות גופנית בתחום בריאות הנפש.

בחינה מדוקדקת של מחקרים אודות פעילות גופנית לנפגעים בתר-חבלתיים מצביעה על עבודות בודדות המשלבות פעילות גופנית כחלק ממערך טיפולי במוסדות אמריקניים לנפגעים בתר-חבלתיים ממלחמת ויטנאם (Reed & Cobble, 1986; Valdes, 1989; Ochberg, 1991).

כמו כן מתוארות בספרות מספר עבודות אשר נעשו בישראל בנושא פעילות גופנית לנפגעי תגובת קרב (CSR) ולנפגעי תגובת קרב בתר-חבלתיים (PTSD). (לופי, 1994; סגל ואחרים, 1982; לופי ורש, 1989; סולומון ואחרים, 1987; הוצלר, ברגמן וטנאי, 1994; ענבר ווינגרטן ובראור, 1975).

במחקר הנוכחי השתתפו 100 מטופלים, נפגעי תגובת קרב בתר-חבלתיים (PTSD) אשר מטופלים ביחידה לטראומה במרכז לבריאות הנפש ברמת חן.

*ד"ר אורי ברגמן, עובד סוציאלי מומחה בשיקום.

קודמים (סולומון ואחרים, 1987). בנוסף לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בהשפעה על כמות וסוגי התרופות. מחקר זה מספק הסבר לתרומת הפעילות הגופנית להעלאת השליטה העצמית בקרב נפגעים בתר-חבלתיים וזאת כתוצאה משיפור השליטה העצמית הגופנית תפקודית.

כד בכד עם פיתוח מיומנויות השליטה העצמית, לא הוכחו שינויים סימפטומטולוגיים חיוביים, הן פסיכופתולוגיים והן בתר-חבלתיים. דבר זה יכול להיות מוסבר בקשיי הסתגלות של הנבדקים מול המערכות הטיפוליות קרי משרד הבטחון ומשרד הבריאות, וחשש מהורדת אחוזי נכות ופגיעה בהם ובמשפחתם מבחינה כלכלית. צוינה ונדונה הבעייתיות הכרוכה באפיון הסוביקטיבי של מדדים אלו הנסמכים על שחזור חוויה אשר ארעה לפני זמן רב, העברתה ודרוג חומריתה. גם במחקר זה, נלקחת האפשרות כי הנבדק יעצים או ימעיט בחומרת האירוע אותו הוא עבר. תרומת ממצאי המחקר הנוכחי הינם בארבעה מישורים: התיאורטי, המתודולוגי, הקליני טיפולי, והחברתי קהילתי. אוכלוסיית נפגעי תגובת קרב בתר-חבלתית מהווה בעיה רגישה הן במערכת הצבאית והן במערכת שירותי הבריאות בישראל. יש אם כן חשיבות רבה בחיפוש ובמציאת פתרונות טיפוליים לבעיה כה מורכבת, ופעילות גופנית עשויה להוות גורם מסייע בכך. ■

מה באתר?
הנהלת חומש
ופעילות הוועדות
מאגר מידע
גדול ומעודכן
מידע על ימי ציון
וכנסים ועוד...

גולשים
בחומש



www.homesh.org.il

השערות המחקר היו:

1. שיפור בשליטה העצמית החווייתית התנסותית. (Rosenbaum, SCS – Experiential Self Control Scale, 1993).
2. שיפור בשליטה העצמית (SCS – Self Control Scale) (Rosenbaum, 1980).
3. שיפור בשליטה הפסיכומטרית LOFOPT; (Van Coppenolle, Simmons, Pierlott & Knapen, 1989).
4. שיפור בתחושת החוללות העצמית הגופנית PSE – Physical Self Efficacy (Ryckman et al, 1982).
5. שיפור בתחושת החוללות העצמית, (ברגמן והוצ'ר, SE – Self Efficacy (1994).
6. הפחתה בסימפטומים בתר-חבלתיים (IES – Impact of Event Scale (Horowitz et al. 1979).
7. הפחתה בסימפטומים פסיכיאטריים SCL 90 - Symptom Checklist 90 (Derogatis, 1977).
8. הפחתה בסוגי התרופות הניתנות למטופלים: (1) תרופות אנטי דיכאוניות, (2) תרופות אנטי חרדתיות (3) תרופות מייצבות מצב רוח (4) תרופות אנטי פסיכוטיות.

בפרדיגמת המחקר הנוכחי נעשה שימוש במיגוון רחב של כלים הבודקים מימדים שונים של שליטה עצמית בתחום התוך אישי ובתחום הבין-אישי. בהתאם להשערות נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות במימדי השליטה העצמית בשליטה העצמית החווייתית, בשליטה הפסיכומטרית, בתחושת החוללות העצמית הגופנית ובתחושת החוללות העצמית. לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בסימפטומטולוגיה פסיכיאטרית ובסימפטומטולוגיה בתר-חבלתית. נהפוך הוא, קבוצת הניסוי הגיבה בשיעורים גבוהים יותר מאלו של קבוצת הביקורת, דבר אשר נמצא לו סימוכין חלקית במחקרים

אלק, "ילד שלי מוצלח" - תאור המקרה

עו"ס כלנית פנירי*

מרכז שיקום נוער תל-אביב הינו מסגרת ייחודית על-אזורית, שהוקמה ע"י אגף השיקום ומוכר ע"י משרד החינוך כבית ספר לחינוך מיוחד. מטרתנו היא ללוות ולסייע לצעירים/ות בעלי לקויים התפתחותיים הנמצאים בשלב המעבר ממערכת הלימודים לעולם העבודה. גישתנו היא אינטגרטיבית. התוכנית כוללת מגוון שירותים שיקומיים: חינוכיים, תעסוקתיים וטיפוליים, ומושתתת על תוכניות פרטניות התואמות את הפוטנציאל האישי של כל תלמיד ותלמיד. השרות נועד לנוער בגילאי 16-24, זכאי החינוך המיוחד, הסובלים מריבוי מגבלות התפתחותיות, הבאות לידי ביטוי בתחומי תפקוד שונים.

להלן מובא תאור טיפול מנקודת מבטה של מנהלת תיק במרכז*, הכולל את הדילמות המקצועיות שעמדו בפני הצוות המלווה את אלק - חניך במרכז, לאורך תקופת שיקומו. אתאר כאן את השתלשלותן של שלוש שנות שיקום שעבר אלק ואת הדרך שעשה מיום שהגיע למרכז ועד השתלבותו בעולם העבודה. אנסה להביא בתאור מקרה זה את נקודת החיבור בין התובנה הטיפולית שלי כעו"ס - מנהלת התיק - לתוכנית שיקומית.

לא ממומש, על רקע קשיים רגשיים וסביבתיים. נמצא שחשיבתו מצומצמת, התפתחות המושגים בסיסית, והוא פועל בעיקר באמצעות חיקוי, ללא יכולת לתהליכי אנליזה וסינטזה. צוינו גם קשיים בקואורדינציה ויזומוטורית, בתפישת מושג המספר וכן ריכוז וקשב קצרי טווח. מבחינה רגשית נמצא כי אלק תלתי ומעוניין לרצות את הסביבה. יש נטייה לעצב, הדימוי העצמי אינו בשל. קיימת תחושה פנימית של חוסר התאמה לסביבה, חוסר קשר וחוסר כלים לקשר.

חצי שנה לאחר הגעת המשפחה ארצה, לבקשת אימו ובשל חשש המוסדות להזנחה שלו על ידה, שולב אלק בפנימיה ובמקביל למד בבי"ס לחינוך מיוחד. אלק שהה בפנימיה תשע שנים, במהלכן ניסה לשמור על קשר טלפוני עם האם, אך לא תמיד נענה בחיוב. יחד עם זאת, אמו דרשה ממנו את הכסף שהרוויח במהלך לימודיו מעבודתו במאפייה כחלק מתוכנית הלימודים.

עם סיום הפנימיה ולאחר מספר חודשים בהם היה ללא כל מסגרת חברתית או תעסוקתית, הופנה אלק ע"י עו"ס הקהילה, בהסכמת אמו, למרכזנו. עו"ס הקהילה שלחה לנו את כל החומר המצוי בידיה לגבי אלק (דוחות סוציאליים, פסיכולוגים וחינוכיים) על מנת שנשקול התאמתו למרכז. עם קבלת החומר אלק עבר את התהליך השגרתי שעובר מועמד למרכז:

1. החומר נקרא ברמה הגולמית ונשקל התאמתו למרכז ברמה הניהולית.
2. החומר נקרא ע"י צוות רב מקצועי במרכז - עובדת

לאלק אכפת מאמא שלו. הוא מוכן לעזור לה בכל מה שתצטרך. הוא יודע שהחיים שלה לא קלים והוא יודע שהיא זקוקה לו. האם אמא של אלק אוהבת אותו? סביר להניח שכן, אלא שאין בה פניות ללוות אותו ולדאוג לו. לאימא של אלק יש המון מה לעשות, הראש שלה עמוס ויש לה בלאגן. אין לה מקום בעיניים מרוב שהיא דואגת לזה שהיא בחובות מהקיוסק שפתחה, ומזה שהיא צריכה לפרנס את עצמה ואת אלק ואת התינוק החדש שנולד לה לאחרונה מקשר מזדמן. מזל שאלק מקבל קצבת נכות, ככה הוא לפחות יכול לשלם את שכר הדירה בחדר שהם שוכרים... אשה צעירה וקשת יום היא אמו של אלק. מחפשת מישהו שידאג לה ויטול ממנה מעט אחריות ומצד שני כל כך חשדנית כלפי כל סוג של הצעת עזרה. החיים קשים לה. הרי בתוך תוכה היא ילדה קטנה שעול החיים קפץ עליה מוקדם מידי...

אלק נולד לה ברוסיה כשהיתה בת 17. מאז הלידה נותק הקשר עם האב והיא גידלה את אלק לבדה. מאז הגיעו לארץ, עברו דירות רבות והיא החליפה מספר מקומות עבודה.

אלק נולד לאמו בנובמבר 1982. כבר ברוסיה זיהו שיש לו צרכים מיוחדים והוא שולב בגן של החינוך המיוחד. באבחון שעבר עם הגעתו לארץ, ביולי 1991, הוא נמצא כמתפקד ברמה אינטלקטואלית גבולית, עם פוטנציאל

*עו"ס כלנית פנירי - מרכז שיקום נוער תל-אביב.

האמונה בעצמה כאם מעורער, או אז יאלץ הילד במהלך שלב האינדבידואציה להסתדר, מבלי שיוכל להישען על הביטחונות של מסגרת התייחסות אמינה, המספקת משוב וקנה מידה רגשי מצד הפרטנר הסימביוטי שלו.

ואכן ההתרשמות מאלק היתה שאין לו מסגרת התייחסות אמינה.

עם כניסתו למרכז אלק השתלב בסדנת ארוח ומשק בה עוסקים החניכים בהכנת מזון והעבודה בה מתאפיינת בדינמיות רבה ובתנועה. בנוסף, הוא הופנה לאבחון דידיקטי שנערך ע"י מורה לחינוך מיוחד במרכז, על מנת לשלבו בשיעורים השונים, וכן היה בשיחות מעקב אצל העו"ס במרכז המנהלת את התיק.

כסדנא אלק הראה יכולות תפקודיות טובות. יחד עם זאת, עלו בעיות התנהגותיות בהתייחסותו לחניכים האחרים. הוא הרבה לצעוק על החניכים, להעיר להם הערות בצורה פוגעת ולהתערב בעבודתם כל אימת שיכל. גם בשיעורים השונים בהם השתתף במרכז, דווח כי הוא צועק על חניכים, דיכורו בוטה וקולני. התנהגויות אלה הפריעו למהלך העבודה, השרו איורה לא נעימה וגרמו לדחייה מצד החניכים האחרים. אלק התקשה לתת הסבר להתפרצויותיו ויחד אתו נכנתה תוכנית התנהגותית במטרה לאפשר לו לקחת אחריות על התנהגותו. תוכנית זו סייעה לו לשלוט על התנהגותו ולהפחית את רמת התוקפנות שביטא כלפי החניכים.

בבקרים אלק הגיע למרכז באיחור, רעב, טרוט עיניים ועייף. אט אט חשף מעט מן הקורה אתו לאחר שעות המרכז: עם סיום יום הפעילות במרכז ועד שעות הלילה המאוחרות, אלק דיווח כי הוא עובד בקיוסק של אמו בפריקת סחורה וסידורה. אז, היה חוזר לבדו אל הבית הריק כיוון שאמו הלכה לישון אצל חבר שהיה לה. לפעמים האם והחבר היו מגיעים אל הבית באמצע הלילה שיכורים, והתפתחה ביניהם קטטה אלימה. על כל אלו דיווחתי לעו"ס הקהילה כמתחייב.

במהלך השנה, הצוות המלווה את החניך (עו"ס, מרפאה

סוציאלית, מרפאה בעיסוק, מורה לחינוך מיוחד וכן נירופסיכולוגית שיקומית היועצת למרכז.

3. במידה והחניך נמצא מתאים למרכז, הוא מוזמן לאינטייך ע"י עו"ס המרכז יחד עם הוריו והעו"ס הקהילתית.

4. במידה והאינטייך אכן מאשר את ההתרשמות הראשונית, והחניך והוריו מביעים הסכמתם, אנו נערכים לקליטתו. כלומר, ניבנת לו תוכנית שיקום ראשונית לחודש הראשון ע"י מנהל המרכז, מנהלת ביה"ס והעו"ס במרכז המנהלת את התיק.

לאחר קריאת החומר התקבל הרושם שאלק עשוי להיות מועמד מתאים לתהליך שיקום במרכזנו והוא הוזמן עם אמו ועו"ס הקהילה לאינטייך. בסיום האינטייך התרשמנו שאכן אלק מתאים למרכז וגם הוא הביע את רצונו להשתלב בו. התפישה המקצועית של המרכז שמה דגש על שיתוף ההורים בתהליך השיקום של החניך, הכוללת השתתפות בקבוצת הורים במרכז. באשר לאלק, התעוררה השאלה לגבי הנכונות והיכולת של האם לשתף פעולה עם תהליך השיקום שלו ולהיות חלק מקבוצת ההורים. בדיעבד מסתבר, כי זו היתה השאלה שחזרנו ושאלנו עוד הרבה פעמים. ייתכן וזה היווה את ציר התנועה העיקרי בשיקומו של אלק. תהליך השקום במרכזנו מתחולל בעיצומו של גיל ההתבגרות. בתקופה זו עולות מחדש סוגיות התפתחותיות שעלו בעבר בתהליכי התפתחותו של הילד. בטבורו של תהליך השקום נמצא שלב הספרציה-אינדידואציה - הנפרדות והמובחנות מן ההורים. כפי שניתן לראות עד כה, אמו של אלק זקוקה לו על מנת שישפך את צרכיה. היא מסכימה שהוא יהיה במרכז אך אינה מוכנה ליטול חלק פעיל בתהליך שקומו. היא אינה פנויה לשחרר אותו לעצמאותו ממקום מסייע, מאמין ותומך. במקביל, אלק מתקשה שלא לרצות את האם ושלא להיענות לציפיותיה ממנו. הוא אינו יכול לוותר על הכמיהה שאמו תכיר בנאמנות ובמסירות שלו אליה.

מילר (1992)** מילר, מסבירה, ש"כאשר העיסוק הראשוני של האם בילדה - תיפקוד השיקוף שלה בתקופת ילדותו המוקדמת אינם ניתנים לחיזוי, וכשהם חסרי ביטחון, מלאי חרדה או עוינים, וכאשר

ללא השתקפות ובהמשך חיי לא יחדל לתפס אחריה ולשווא".

בשנת השקום השניה של אלק, נפתח לראשונה קורס טכחות במלון "דויד אינטרקונטיננטל". קורס זה, הנערך מאז זו השנה השלישית, נמשך שמונה חודשים. במהלך הקורס, החניכים נמצאים ארבעה ימים במלון. אלה ארבעה ימים של לימודים ועבודה מעשית במטבחים השונים במלון, וכן יומיים לימודים במרכז. את הקורס במלון מלוות מרפאה בעיסוק ומורה מן המרכז, אשר עוקבות ומסייעות לחניכים במהלך לימודיהם ועבודתם. במהלך הימים בהם מגיעים החניכים למרכז הם מעבדים את החומר שלמדו בשיעורים השונים במלון וכן משתתפים בקבוצה המונחת ע"י עו"ס ומרפאה בעיסוק במרכז ומטרתה לעבד את הדילמות שמתעוררות במהלך הקורס תוך דגש על מיומנויות תקשורת בעבודה.

לאלק, שנראה בשל מבחינה תפקודית, הוצע להגיש מועמדות להשתתפות בקורס. תחילה הוא סירב לפנייתנו וטען כי אמו אינה מסכימה שישתתף בקורס מחשש שינוצל בעבודה. בברור עמוק יותר, התברר כי היא מעוניינת שסדר יומו של אלק יהיה כזה שבבקרים הוא יעבוד וירוויח כסף ובצהריים יעזור לה בקיוסק. כאשר פנינו לאם וניסיונו להזמין לשיחה במרכז ע"מ לספר לה עד כמה אלק יכול להיתרם מהשתתפותו בקורס, היא דחתה את הזמנתנו וטענה שאין לה זמן להגיע למרכז. מתוך מגוונות לצרכיו השיקומיים של אלק, הצוות החליט לצאת ולפגוש את האם בקיוסק. פגישה, שבסופה האם השתכנעה לאפשר לאלק להגיש מועמדותו לקורס.

מילר (1992) מתארת: "אם נתמזל מזלו של הילד, והוא גדל אצל אם המחזירה לו את השתקפותו, מאפשרת לו להשתקע בה באופן נרקיססטי, עומדת לרשותו ומתאימה את עצמה אליו, דהיינו: נותנת שישתמש בה להתפתחותו הנרקיססטית, כפי שתיארה זאת מרגרט מאהלר, או אז תצמח באופן הדרגתי אצל הילד הרגשה עצמית בריאה. במצב האופטימלי תהא זאת האם שתספק לילדה אקלים רגשי ידידותי והבנה

בעיסוק, מחנכת הכיתה והמדריכה בסדנא), מקיים מספר ישיבות על מנת לכחון את התקדמותו של החניך בתהליך השיקום ואת צרכיו המשתנים.

בנוסף, לקראת סוף שנת השקום הראשונה אנו מקיימים ישיבת סיכום שנה בנוכחות ההורים והעו"ס בקהילה. במפגש סיכום שנת השיקום הראשונה של אלק, העלתי את בעיית ההעדפויות של אלק מן המרכז וניסיתי להבהיר לאם את חשיבות העניין. סוכם עמה שאלק יגיע למרכז מידי יום.

כיוון שגם עו"ס הקהילה וגם אני חשבנו שכדאי ל"שחרר" מעט את אלק מהמחויבות הגדולה לאמו, הצענו לו להשתלב פעמיים בשבוע לאחר שעות הפעילות במרכז, במועדון חברתי לבני גילו. האם הביעה התנגדות נחרצת לעניין, כיוון שטענה שהיא חוששת שאלק יסתובב עם חבריה מפוקפקים. כאשר שוחחנו על האופק השיקומי של אלק ועו"ס הקהילה העלתה את אופציית הדיור החוץ ביתי, האם סרבה לשמוע על כך בכל תוקף וטענה כי היא זקוקה לאלק. אלק התקשה לצאת כנגד האם וקיבל את דבריה בציטנות. מצאתי את עצמי מאזינה לשני צרכיו המנוגדים של אלק: מחד, הרצון להיות אהוב ומקובל ע"י אמו ומאידך, דחף פנימי שטרם הוכחד לצמוח. הפרדוקס הוא, איך יוכל אלק לשמור על אהבתה ועל מקומו אצלה ובמקביל להתפתח.

לפי מילר (1992): "לכל ילד צורך נרקיססטי לגיטימי שאמו תראהו, תבין אותו, תתיחס אליו ברצינות ותכבד אותו. בשבועות ובחודשי חיי הראשונים חיונית עבורו האפשרות לתפעל את אמו ולהעמידה לרשותו ולשירותיו ולקבל ממנה את השתתפותה. ויניקוט תיאר זאת כך: האם מתבוננת בתינוק בזרועותיה, התינוק מביט בפניה של אמו ומגלה בהם את עצמו. זאת בתנאי, שהאם אכן מתבוננת בישות הקטנה, הייחודית וחסרת האונים, ולא באינטרוויקטים שלה, שאותם היא משליכה על הילד, או בציפיותיה, חרדותיה או תוכניותיה עבור הילד. במקרה השני, אין הילד מוצא בארשת פניה של אמו את בבואת עצמו, אלא את מצוקתה של האם, בעוד שהוא עצמו נותר

בנוסף לקשייו עם החניכים, אלק אחר לשיעורים, לא היה פנוי ללמידה, התקשה להשתלב בדיונים הקבוצתיים והעדיף להיות פאסיבי.

ניכר היה, שמשוה עובר על אלק ומטריד אותו מאוד. בהדרגה סיפר אלק, כי אמו נפרדה מכן זוגה לפני מספר חודשים וכעת היא בהריון מתקדם מגבר אחר ועומדת ללדת בקרוב. לאחר מספר שבועות נולד לאלק אח.

למרות כל הקשיים שתוארו לעיל, אלק סיים את הקורס ועבר בהצלחה את המבחנים העיוניים והמעשיים כאחד. יחד עם זאת, הוא החליט כי אינו רוצה בשלב זה לעסוק בתחום המזון.

בשנת השקום השלישית והאחרונה במרכז, אלק יצא לשנה של שרות לאומי חינוכי במסגרת פרויקט ניסויי לתלמידי בתי הספר לחינוך מיוחד. במסגרת שנת השרות החניכים, נמצאים ארבעה ימים בשבוע במקום השרות הלאומי ויומיים בשבוע מגיעים למרכז לקבלת תמיכה וחיזוק. החניכים מקבלים גמול חודשי, הוצאות נסיעה ובסיום שנת השרות זכויות חלקיות של חייל משוחרר, כמקובל לאחר שנת שירות אחת. אלק שרת במחסן ציוד משקי בבית חולים. הוא לווה ע"י מרפאה בעיסוק מן המרכז וע"י בת שרות לאומי שביקרה אותו אחת לשבוע במקום עבודתו והעבירה דיווח למרפאה בעיסוק לגבי תפקודו. תקופת ההסתגלות של אלק בעבודה היתה קצרה יחסית ותפקודו התאפיין ברצון ללמוד ולהצליח במשימותיו. גם כאן בתחילה אחר בבקרים לעבודה, אך כאשר הוסבר לו כי במידה וימשיך לאחר שרותו יופסק, הוא החל להגיע בזמן. תפקידו במחסן כלל הבאת עגלות עם ציוד למחלקות השונות בבית החולים, סידור המחסן ועזרה בהכנת הציוד על העגלות לפי הזמנה. תפקיד הדורש מאמץ פיזי, הכרות עם בית החולים ומתן שירות ואינטראקציה עם אנשים רבים בבית החולים.

אלק השתלב יפה בצוות המחסן וזכה לסביבה מקבלת ותומכת. הוא יצר קשרי עבודה טובים הן עם הצוות והן עם המנהל וחש שייכות וכשווה בין שאר העובדים.

לצרכיו. אך גם אמהות שלא נחנו בחום רב עשויות לאפשר התפתחות כגון זו, ודי אם הן אינן מעכבות אותה. שהרי אז יוכל הילד ליטול לעצמו מאנשים אחרים את מה שחסר לאמו".

רבות התלבטנו בשאלה, איך אנחנו יכולים להשלים לאלק את מה שחסר לו מהאם. איך ניתן לתמוך וללוות אותו בתהליך הגדילה. כיצד נוכל לאפשר לאלק להקשיב לצרכיו באופן שלא יחוה על ידו כבגידה באמו, או כנטישה שלו אותה.

לאחר אישורה של האם את השתתפותו בקורס, עבר אלק את שלבי הקבלה לקורס כיתר החניכים:

1. ראיון קבלה ע"י הצוות המלווה את הקורס מטעם המלון.
2. בחינה מעשית ע"י שני שפים מן המלון.
3. במהלך הקורס החניכים עוברים מספר בחינות ועם סיומו הם עוברים מבחן עיוני ומעשי. החניך המצטיין מוזמן להשאר ולעבוד במלון והחניכים האחרים מקבלים תעודת גמר ומכתב המלצה שיאפשר להם להשתלב בעבודה במלונות אחרים.

אלק עבר את בחינות הקבלה לקורס. הוא השתלב בקורס יחד עם שבעה חניכים נוספים מן המרכז. הוא תפקד היטב בעבודה המעשית במטבחי המלון ופיתח יחסים טובים עם צוות המלון. אך שוב חזר על עצמו הדפוס המוכר והבעייתי של יחסיו הקשים עם החניכים: הוא צעק על החניכים והסתכסך איתם, התעצבן מהר וחוה דחיה.

ייתכן והזעם הבלתי ברור אותו הפנה אלק כלפי חניכי המרכז, מקורו בזעם הנרקיססטי, כפי שמתארת זאת מילר (1992): "זעמו הנרקיססטי של הילד בשל אי היענותה של אמו ובשל דחייתה חלקים ממנו מוצא תחילה את ביטוייו באותם האופנים עצמם, שבהם הילד חש את דחייתה של אמו.

הבוז הוא נשקו של החלש והגנתו מפני רגשותיו הבלתי רצויים. יחס הבוז אל הקטנים והחלשים יותר מהווה את ההגנה הטובה ביותר כנגד פריצת רגשות חולשה עצמיים, כאשר הבוז הוא ביטוי לחולשה שפוצלה מהאני".

אל מול המשאלה להיות אדם בוגר בעל רצונות נפרדים משל עצמו - את זאת הראה לנו אלק.

כאמור, הצלחתו של חניך בתהליך שיקום במרכזו, מסתייעת על ידי שיתוף הפעולה בין החניך, המשפחה והקהילה עם צוות המרכז. בתהליך השיקום של אלק, למרות חוסר שיתוף הפעולה של האם עמו, היה לנו חשוב ביותר לשמור על קשר עמה ולערכה בקבלת החלטות שיקומיות. במובן זה, שמרנו על מקומה המשמעותי אצל אלק וחיפשנו את כל הדרכים להשאיר אותה בתמונה.

מרכז שיקום נוער, אינו מתיימר להוות תחליף להורים. גם כאשר נראה שההורה אינו גורם מיטיב ומזין, חשוב לנו למצוא את הדרך להמשך הקשר עמו. אחרת, אם יאלץ החניך לבחור בין ההורה לבין המרכז, הוא יתקשה להצליח בתהליך השיקום. ■

* המאמר הנ"ל הינו עיבוד של הצגת מקרה שהובאה במסגרת יום עיון שנערך במרכז שיקום נוער תל-אביב 2-16.105.

** מילר, אליס: "הדרמה של הילד המחונן", דביר הוצאה לאור, תל-אביב 1992.

הודעה על בחירות לאיגוד

ביום שלישי 21.6.05

**יתקיימו הבחירות ליו"ר ולמוסדות
איגוד העובדים הסוציאליים.**

**בידכם היכולת לקבוע כיצד תיוצגו
נעו"סים בכלל וכעובדי שיקום בפרט
במוסדות האיגוד.**

בואו להצביע כדי להשפיעו

במהלך שנה זו, אלק הגיע משך יומיים בשבוע למרכז, בהם השתתף בשיעורים השונים, ביניהם בטיפול פרטני אצל המרפאה בעיסוק, בקבוצת התנסויות בהנחיית מרפאה בעיסוק ותרפיסטית באמנות וכן בקבוצת לימוד עפ"י עקרונות תוכנית "לב 21", המיועדת לתלמידים המשולכים בשירות הלאומי, לעיבוד קוגניטיבי של סיטואציות מחיי העבודה.

אט אט הוא נראה רגוע ונינוח, וההתנהגויות הבעייתיות הלכו וכחתו. הסטטוס של בן שרות לאומי לצד הצלחתו בעבודתו, חיזקו מאוד את בטחונו ואת דימויו העצמי. לקראת סוף השנה, אלק קיבל מכתב הערכה ממנהל מחלקת לוגיסטיקה בבי"ח, בו הוא מציין את הצטיינותו בעבודה.

יש לציין, כי כל חניך שמסיים את תהליך השיקום במרכז מושם בעבודה ע"י רכזת התעסוקה של המרכז ומועבר חזרה לטיפול ומעקב ע"י העו"ס בקהילה. מן המרכז הוא מצויד בדו"ח המסכם את תהליך שיקומו וכולל המלצות המתייחסות לצרכיו המיוחדים של החניך במישור התעסוקתי, הרגשי והמשפחתי.

בשיחת הסיכום של השנה השלישית והאחרונה במרכז, דיווחתי על הצעדים המשמעותיים שעשה אלק בשנת השיקום. בפגישה זו אלק זכה לחוות את חווית ההתפעלות וההערכה הגדולה שרחשנו לו על הישגיו ועל כך שלא ויתר על עצמו במאבקו על היות אדם בוגר ונפרד.

בעקבות השתלבותו המוצלחת, עם סיומה של שנת השירות, אלק המשיך וממשיך כיום לעבוד בבית החולים, במסגרת תעסוקה נתמכת.

מה אפשר בסופו של דבר לאלק להצליח? סביבה יציבה ועקבית בתגובותיה, המסוגלת להיענות לצרכים הנרקציסטים שלו: גישה אמפטיית, משוכ רציף להתנהגות חיובית, התפעלות, תמיכה וליווי אלו מילאו אותו והווו בסיס להתפתחותו הפסיכולוגית.

כמה פתלתלה הדרך הזאת שבין הפחד לאכז את אמא ולהידחות על ידה והרצון העז לזכות באישורה,

עו"ס וסיליבר אילה*

בארכיון של התפתחות הילד ובחודשים האחרונים במרכז הארצי לפיזיו נפגעי גזות. כאשר נכנס אמיר לתפקידו כאחראי ארכיב קיבל אחריות על 12 אלף תיקים לא מקוטלגים ולא מסודרים. תוך חודשיים חודשיים הקים אמיר ארכיב לתפארת, תוך המלצה על אופן קיטלוג באמצעים ויזואליים. על-ידי כך הקטין למינימום את התקלות, שיפר וייעל נוחות, מהימנות ומהירות הגישה לארכיב.

אמיר בעבר ובהווה ממלא תפקידים מגוונים - החל מחיפוש והגשת תיקים, ביצוע זימונים, שרות ומתן מענה לנזקקים לשירותי המכון והמרכז ולמשפחותיהם ועד להדפסת דוחות סופיים. אמיר מתבלט גם בהתנדבותו ובפעילותו כעזר לחולים מחוץ לשעות העבודה. עבודתו של אמיר מתאפיינת בדיוקנות, יעילות מהירות ויצירתיות. הוא מסייע לעובדים אחרים מבלי שנדרש, והכל תוך הקשבה לצרכי הסובבים אותו. אמיר נרתם לכל בקשה, קטנה כגדולה, תמיד עם חיוך ובסבר פנים יפות. באותה שלוה ונינוחות עובד אמיר עם רופאים ושופטים, חברי ועדות המומחים ועם עובדים אחרים. ממכתבי ההמלצה החמים שקיבל אמיר, ממנהלי המכון להתפתחות הילד בו עבד בעבר וממנהל המרכז הארצי לנפגעי גזות בו עובד כיום, עולה תמונה של עובד אהוב ואהוד על כל הצוות, שיודע לנווט היטב בין כל בעלי המקצוע השונים. אמיר מלבד היותו נכס הוא עובד חייכן, נעים הליכות וצנוע, אשר משרה אוירה חיובית בסביבתו.

סיכום

שילוב העובדים בעלי כושר עבודה מוגבל במסגרת מבצע העובד המצטיין נובע מהגישה הדוגלת בשוויון הזכויות לאדם עם הנכות והשתלבות במסגרות הנורמטיביות של החברה.

חברת "המשקם" משתתפת מזה למעלה מעשור במבצע "העובד המצטיין" ע"ש נח מוזס מטעם "ידיעות אחרונות", מבצע התורם רבות לעידוד ההצטיינות והמצוינות של העובדים בישראל.

העובדים המצטיינים נבחרים ונבחרים על-פי הקריטריונים האוניברסליים שנקבעו על-ידי הועדה הציבורית המפקחת והשופטת במבצע של "העובד המצטיין", בתחילה בתוך האזורים ואחר-כך בועדה ארצית של חברת "המשקם" שהוקמה לצורך זה.

למקום הראשון הארצי בחברת "המשקם" נבחרים רק העובדים המצטיינים מקרב הנכים על רקע הסתגלותם האישית וההתמודדות החיובית. מיגבלותיהם וכישוריהם, יעילותם, יוזמתם והישגיהם בעבודה ובשל פעילותם החברתית וסיועם לעובדים אחרים ולקהילה.

בשנים האחרונות שלושה עובדים נכים שנבחרו להיות "עובד מצטיין ארצי" זכו לקבל את "אות העובד המצטיין" מידי נשיא המדינה ועוד 3 זכו ב"מגן העובד המצטיין" מידי השרה הממונה באותה עת על משרד התמ"ס.

"העובד המצטיין הארצי" של חברת "המשקם" לשנת 2003, אשר זכה לקבל "אות העובד המצטיין" בטקס רב משתתפים בבית הנשיא ובמעמד הנשיא, יחד עם 23 מקבלי אות העובד המצטיין, היוו מר שרעבי המתמודד יום יום בנכותו שאינה מצליחה להאפיל על רצונו לעבוד ולסייע לאחרים, אם במקום העבודה ואם במשפחה ובקהילה.

הנימוקים לבחירה:

"אמיר שרעבי (35) עובד חברת המשקם מאז 1987 מועסק מטעמה כאחראי ארכיב, במרכז הרפואי "שיבא" בתל-השומר. בעבר עבד אמיר

*עו"ס וסיליבר אילה, חברת "המשקם".

באותה שנה שנבחרתי לעובדת מצטיינת נבחרו עובדים נוספים שאיני מכירה היה עובד מסויים עם מגבלה מאד משמעותית. התקשורת איתו היתה מאד קשה כי הוא היה אילם וחרש וגם עיוור ובכל זאת אנשי המקצוע הצליחו להגיע איתו להישגים של מועמד לעובד מצטיין וזה מאד ריגש אותי אפילו יותר מזה שאני נבחרתי וגם עכשיו שאני מעלה את זה על הכתב זה מרגש אותי מאד. ■



כנס השיקום הארצי הרביעי 12/2005

אלט'ים בתול"ע

www.homesh.org.il

מה באתר?

הנהלת חומש ופעילות הוועדות

מאגר מידע גדול ומעודכן

מידע על ימי עיון וכנסים ועוד...

העובדים אשר אף זכו לתואר זה ברמותיו השונות, גברו בהם רגשות הגאווה בהישג האישי, ההזדהות עם מקום העבודה, תחושת הבטחון העצמי, תחושת שליחות ודוגמא אישית וגברה הנכונות להתנסות, להתפתח ולהרחיב היכולות ולפעול בתנאי לחץ ואי ודאות, כל אלו העצימו כוחם עד מאוד לעשייה ברמה האישית וברמה החברתית.

פעילות זו תורמת מחד לשינוי עמדות של העובדים הנכים כלפי עצמם והכרתם בערך עצמם כשוויים וכראויים לכלל העובדים בשוק הטבעי ומאידך ההשתלבות במבצע העובד המצטיין והפרסום ברבים תורם גם לשינוי העמדות של החברה להכרה בהם כשוויים ובעלי תרומה ומועילות.

חוויותי כעובדת מצטיינת בחברת "המשקם"
אני נ. עובדת בחברת המשקם מזה כ-19 שנים נבחרתי כעובדת מצטיינת לפני כ-4 שנים.

מאד ריגש אותי להיות עובדת מצטיינת מכיון שנתקלתי בהמון קשיים בתחילת דרכי הן במסגרת תיפקוד בעבודה והן בתיפקוד החברתי.

במעמד הזה הבנתי שכל ההשקעה בלימוד, בלהקשיב לסובבים אותך ולדעת לקבל הערות מלמדות פותחות דלתות שתמיד ציפיתי שיפתחו ויאמינו ביכולתי לתרום ולהרגיש שהערך העצמי שלי עולה, דבר שמאד חשוב לאוכלוסיית הנכים שרוצים להרגיש שהם שווים משהו ולא רק נטל על החברה. באופן אישי החוויה הזאת מלווה אותי מאז שאני זוכרת את עצמי.

ההערכה של עובדת מצטיינת נתנה לי פידבק חיובי להשקעה שנדרשת ממני כעובדת ורצון לעשות יותר, ללמוד יותר על מסגרת העבודה לה אני משתייכת כדי לתרום ולהביא תועלת.



עו"ס אהובה אוברשטיין

עם האנשים האהובים עלי. בתי מספרת לי.....אבי מספר לישני אדם אלה הם החוליות שבשני קצות שרשרת האהבה המקיפה אותי ומגנה עלי. לעתים קרובות אני תוהה מהי השפעת השיחות החד צדדיות הללו על אלה שמצידו האחר של הקו. אני נפעם מהן". המשפחה חוגגת איתו את יום האב "כדי לאשר לעצמנו שגם דמות שונה, צל או חלק קטן מהאבא, גם הם עדיין אבא".

"חיי החדשים" הוא קורא למצבו. "בעבר הייתי רב אמן במחזור שאריות מזון. בהווה אני משכלל את אומנות בישול הזיכרונות.....על פי מצב רוחי אני מפנק עצמי בתריסר חלזונות....." "אהבתי לטייל, למזלי, אגרתי במשך השנים תצלומים, ריחות והנאות בכמות המאפשרת לי לעזוב.....לצאת החוצה. אלה שיטוטים במקומות זרים...."

אפשר לצטט עוד ועוד כי הספר הוא מסמך אנושי מופלא, מרתק ומרגש. מומלץ!
ז'אן-דומיניק בובי / פעמון הצלילה והפרפר, הוצאת מטר, 1997.

ועוד ספר, באותו העניין - ספרו של כריסטופר ריב "עודני אני". הסופרמן הכל יכול הועף מסוסו בתחרות רכיבה ושבר את חוליות הצוואר. הפגיעה גרמה לו לשיתוק מלא, אף ללא יכולת נשימה. ריב נשאר בחיים וכל עוד חיי, נלחם להגיע לעוד ועוד השגים, עוד ועוד תפקודים והיה למופת ולסמל המאבק במוגבלות, נחישות ועצמה, עוז רוח ופעילות ללא לאות למען פגועים כמוהו - מאז מאי 1995 עת ארעה התאונה, ועד פטירתו לפני כחצי שנה. הוא היה סמל עולמי למאבקם של הנכים למען מקומם בחברה וניהול חיים נורמאליים ככל שמתאפשר. והרי המפגש שלו עם רכיבה על סוסים יותר ממנבא את התמודדותו עם קשיי הנכות:

לאחרונה הגיע לידי ספר קטן, אך מסתבר רב עצמה, "פעמון הצלילה והפרפר" של ז'אן - דומיניק בובי הוא ספר גבורה של אדם שנכלא בגופו ושר שיר הלל לחיים.

המחבר - עורך ראשי של כתב העת ELLE, בעל משפחה, חברים, פרסום ועוצמה - לקה בסוג נדיר של שבץ בגזע המוח והתעורר מתרדמת ארוכה לחיים בגוף משותק כשרק עינו השמאלית מתפקדת. הראיה בעין זאת ועפעוף בה אפשרו לו לתקשר עם הסביבה..

בעזרת המרפאה בדיבור, ע"מ לתקשר ברור יותר ולכתוב יומנו, הוא יוצר שפה בה האותיות מסודרות בצורה מיוחדת: " זהו מצעד להיטים שבו מיקומה של כל אות נקבע על פי שכיחות השימוש בה בשפה הצרפתית.קוראים בקול את האותיות לפי הסדר עד שאני מסמן בעפעוף עין לעצור באות המתאימה. תרגיל זה חוזר על עצמו....לא הכל מסתדר בקלות אצל כל מבקרי...." כך נכתב הספר. ועל המרפאה בדיבור הוא כותב: "על תג הזהוי.... של סנדרין כתוב "מרפאת דיבור", אך למעשה צריך להיות כתוב שם "מלאכית שומרת".

כיצד אדם משותק ומוגבל כל כך משקם את חייו עד כדי מיצוי מרבי של העולם וחושב לא רק על עצמו אלא גם על האחרים המקיפים אותו, מחבר את ההווה עם העבר, חי חוויות רגשיות וחושיות באמצעות הדמיון והזיכרונות ?

הוא מדמה עצמו כשרוי בפעמון צלילה וכל קשר המתאפשר לו עם יקיריו הוא "צייד רסיסי חיים חולפים, כמו שלוכדים פרפר". תוך כדי רפוי בדיבור "לעתים קוטע הטלפון את עבודתנו ואני נעזר בנוכחותה של סנדרין המאפשרת לי להיות בקשר



וכך כתב רוני ביומנו על מות ריב: "חשבתי שכריסטופר ריב יחיה לנצח. בחיי, כך האמנתי. טוב, אם לא לנצח, אז לפחות עד גיל מאה. מגיע לו, לא? לא בגלל שהוא סופרמן (לא אהבתי את ההקבלה הזו מעולם) - אלא פשוט משום שלא היה חולה. נכות זה מצב פיזי, לא מחלה. ובכל זאת, ההקבלה הזו, מצד אחד סופרמן, מצד שני הנכה כריסטופר ריב, היא הסיבה לכך שהמאבק שלו נגע עמוק בלב של כולנו. הרי זה ברור: לולא גילם ריב את סופרמן, הנכות שלו לא היתה מקבלת את ההד העולמי העצום, והאישיות האמיתית שלו לעולם לא היתה מצליחה לחרוג מדמותו של היפיון המעופף מהמסך הגדול. והאישיות שלו זהרה כמו גביש קריפטונייט דווקא אחרי שהוא הפסיק להיות סופרמן, בעיקר בגלל המאבק שלו בנכות, בגלל כוחות הנפש, בגלל שהתעקש לעשות למען אנשים למרות הכל". www.ynet.co.il/articles/0,7340,L-2988871,00.html

באינטרנט מצאתי סיפורי התמודדות רבים. למשל, באתר האגודה למלחמה בסרטן www.cancer.org.il, במדור "סיפורי ניצחון" משך את תשומת ליבי אתרה של טליה בן ציון www.taliabz.co.il אמנית ושורדת כשהתמודדות עם המחלה ומגבלותיה והשיקום שזורים בחייה הפעילים כאומנית.

באתר הבית של איל"ן

www.geocities.com/ilanisrael2001

נמצא סיפורו של איציק ממיסטבלוב, שחיין בוגר איל"ן, זוכה במדליית הזהב באולימפיאדת הנכים. שיקום חיים לאחר משבר, התמודדות עם מוגבלויות, התגברות על קשיים - שירת הניצחון של רח האדם. ■

ספרים קריאה ואילוף נצימה!
 ספרים
 חיים ציוני שייך

"מימי ילדותי הייתי אלרגי לסוסים, אבל לצורך התפקיד (בסרט) הצטיידתי בתרופות אנטי אלרגיות וקיבלתי מדי יום שעורי רכיבה..."
 בספרו האוטוביוגרפי "עודני אני" שפורסם כשלוש שנים אחרי התאונה מספר ריב על חייו לפני התאונה, על התאונה ועל מסע השיקום שלו אחריה. את ספרו הוא בחר לפתוח בציטוט של הלן קלר, אף היא סמל לעוצמה אנושית שאין מוגבלות יכולה לה: "העושר המדהים של החוויה האנושית עלול היה לאבד מעט מהשמחה המתגמדת לולא היו מגבלות שיש להתגבר עליהן. ראש ההר לא היה יכול להיות נפלא כ"כ לולא היו עמקים חשוכים אותם יש לחצות".

הספר מרגש, במיוחד לאור הידוע לנו על חייו של ריב לאחר כתיבת הספר ועד מותו.
 כריסטופר ריב / "עודני אני", הוצאת כנרת, 2000.

ובאותו הנושא, באינטרנט: ב ynet, במדור "בריאות" נמצא יומנו של רוני כורת "מחובר לחיים" - יומן מחלה אופטימי:
<http://www.ynet.co.il/home/0,7340,L-2441,00.html>

26 פרקי יומנו של רוני מאז התגלתה מחלתו - als = מחלת ניוון שרירים מתקדמת, אשר טרם נמצאה לה תרופה. התקדמות המחלה גורמת לניוון שרירים הדרגתי המשפיע על כל הגוף (שרירי רגליים וידיים, שרירי הבליעה והדיבור, שרירי הנשימה וכו') עד לשיתוק מוחלט. היומן מתאר את התמודדותו עם המחלה והמוגבלות, יחסיו עם הסביבה החברתיים, צילומי חיים ועוד. מסמך מעניין, חי, אפשר להגיב לו ולתקשר עמו. וכך הוא כותב: "על המחשב שלי מותקן מכשיר קטן וחכם, שעוקב אחרי תנועות הראש שלי. על המצב שלי יש מדבקה עגולה קטנה, שבעזרתה, ובתנועות ראש קטנות, אני מזיז את הסמן. ההקלקה מתבצעת כשאני משהה את מבטי על האובייקט (ומשך השהייה ניתן לכיוונון).

אצל איגוד העובדים הסוציאליים
רח' ארלזורוב 93 תל-אביב 62098
טל/פקס 09-7429637
E-mail: homesh@zahav.net.il
www.homesh.org.il