



הלב פתוח לרווחה



מדינת ישראל

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים

האגף לשירותי רווחה ושיקום
השירות לעיוור

האגף למחקר,
תכנון והכשרה

בחינת האפקטיביות של שירותי הדרכה שיקומית המיועדים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה

אמוץ פרלמן
האגודה לבריאות הציבור
אוניברסיטת בר אילן

רמי כהן

איתי לוב

יותם רוזנר

האגודה לבריאות הציבור



המחקר נעשה ביוזמת משרד העבודה,
הרווחה והשירותים החברתיים ובמימונו

כסלו תשע"ז
דצמבר 2016



תודות

ברצוננו להודות לד"ר אילנה גלייטמן, ראש השירות לעיוור במשרד הרווחה ; למירי מאיר שטטמן, מפקחת ארצית בשירות לעיוור וליוכי בן מויאל, עובדת השירות ; לד"ר יוסף אהרונוב, מנהל תחום מחקר באגף בכיר למחקר תכנון והכשרה במשרד הרווחה, על הליווי והסיוע בכתובת עבודה זו. כמו כן, ברצוננו להודות לעוזרות המחקר של האגודה לבריאות הציבור, זוהרה מלכה וטלי סרבריאניקוב, שעשו את עבודתן נאמנה.

תודה גם לכל האנשים שהסכימו להשתתף בראיונות שנערכו.

תקציר

1. רקע

השירות לעיוור שבמשרד הרווחה במדינת ישראל פועל לטיפול באוכלוסיית העיוורים ולקויי הראייה ולשיקומם, באמצעות מתן שירותים שמטרתם הקניית כלים המאפשרים תפקוד עצמאי ובטוח ככל האפשר. אחד משירותי הליבה המוצעים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה הוא הדרכה שיקומית על ידי מורות מומחיות שהוכשרו לכך. ההדרכה השיקומית מכוונת לחיזוק ופיתוח מיומנויות – כגון: גהות, טיפול עצמי, כלכלת בית, טיפול בילדים, התמצאות וניידות, טכניקות תקשורת, שימוש במחשבים, אביזרי הנגשה ועוד. תכנית ההדרכה נקבעת לפי צרכיו המיוחדים של כל מקבל הדרכה, תוך התחשבות במאפייניו, ביכולותיו ובצרכיו. בנוסף לכך, ההדרכה השיקומית ניתנת גם להורים לילדים עם עיוורון בגיל הרך, לצורך קידום התפתחותם של הילדים והשתלבותם במסגרות החינוך (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2008). נכון לשנת 2016, שירותים אלה ניתנו ל-1,667 מקבלי הדרכה¹ ועלותם מוערכת בעשרה מיליון שקלים לשנה. מחקר זה בוחן את מידת יעילותם של שירותי ההדרכה השיקומית הניתנים לאנשים עם עיוורון ולקות ראייה בישראל ואת שביעות הרצון של מקבלי ההדרכה.

2. שיטה

יעילות ההדרכות השיקומיות נבחנה באמצעות שאלון שעליו ענו 188 נבדקים (להלן "מקבלי ההדרכה") בשלושה מועדים: לפני תחילת ההדרכה השיקומית, בסיומה ושישה חודשים לאחר מכן. השאלון כלל **מדדים תפקודיים**, ובהם: ניידות ואוריינטציה, טיפול עצמי, תקשורת ופנאי, **מדד איכות חיים ומדדי שביעות רצון מהטיפול**. כמו כן, נבדקה יעילות הגורמים המערכתיים בשירות, וזאת באמצעות ראיונות פתוחים עם מפקחים, עם עו"סים מהמחלקות לשירותים חברתיים, עם מורות שיקומיות ועם מקבלי ההדרכה השיקומית.

3. ממצאים

הממצאים מצביעים על השפעה חיובית מובהקת של ההדרכה השיקומית על מקבלי ההדרכה. השפעת ההדרכה השיקומית מתבטאת בשיפור משמעותי במדדים התפקודיים של המשתתפים, וכן בשיפור מתון במדדי איכות החיים ובשביעות רצון גבוהה של כלל המעורבים: מקבלי ההדרכה ועו"סים במחלקות לשירותים חברתיים.

¹ על פי עמותת מגדל אור. נכון לנובמבר 2016

באותה העת נמצא שבמקרים רבים מקבלי הדרכה נאלצים להמתין תקופות ממושכות עד לתחילת ההדרכה. עוד עולה מהראיונות כי לעתים העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים אינם מכירים באופן מעמיק את שירותי ההדרכה השיקומית, ולכן אינם מציעים אותם לזכאים. במקרים אחרים נמנעו עו"סים מהצעת השירות למטופליהם, בשל מחסור במורות באזורים מסוימים.

4. מסקנות

מהמחקר עולה שהדרכות שיקומיות המיועדות לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה מביאות לשיפור משמעותי במיומנויות התפקודיות של המשתתפים ולשיפור מתון באיכות חייהם. בנוסף לכך נמצאה שביעות רצון גבוהה מהשירות בקרב כלל הגורמים המעורבים: מקבלי ההדרכה, הורי המודרכים ועו"סים במחלקות לשירותים חברתיים. במקביל לכך ניכר צורך בתגבור מערך המורות השיקומיות, במטרה לקצר את ההמתנה של אוכלוסיית הזכאים, ולשפר את הידע המקצועי של המחלקות לשירותים חברתיים בנושא זה.

תוכן העניינים

רקע

1. מבוא

9	
9	1.1 הקדמה
9	1.2 מאפיינים של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה.....
11	1.3 הדרכות שיקומיות לאנשים עם עיוורון או לקויות ראייה.....
13	1.4 השפעת השיקום על תפקודם של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה.....
14	1.5 השפעת השיקום על איכות החיים של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה.....
15	1.6 רציונל המחקר.....

2. שיטה

17	
17	2.1 מטרות המחקר.....
17	2.2 כלים
18	2.3 אוכלוסיית המחקר.....
19	2.4 הליך.....

3. ממצאים

20	
20	3.1 תיאור משתתפי המחקר.....
23	3.2 בחינת השיפור במדדי ההצלחה של המשתתפים לאורך תקופת המחקר.....
27	3.3 שביעות הרצון של מקבלי ההדרכה.....
29	3.4 בחינת עבודת גורמי הרווחה ונותני השירות בנושא ההדרכה השיקומית.....
29	3.4.1 שיווק והפניית מטופלים לקבלת שירותי הדרכה שיקומית.....
31	3.4.2 הממשק בין המחלקות לשירותים חברתיים לבין העמותה המפעילה.....
32	3.4.3 התאמת היצע המורות השיקומיות לביקוש באוכלוסייה.....

4. דיון

34	
34	4.1 השפעת ההדרכה על הרמה התפקודית ועל איכות החיים של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה.....
36	4.2 בחינת יעילות עבודת גורמי הרווחה ונותני השירות בנושא ההדרכה השיקומית.....
37	4.3 מסקנות יישומיות.....
38	4.4 מגבלות המחקר.....
38	4.5 הצעות למחקר המשך.....

מקורות

נספחים

רקע למחקר

נכון לשנת 2016, אוכלוסיית נושאי תעודת העיוור במדינת ישראל מונה כ-23,000 אנשים² (מדריך הזכויות והשירותים החברתיים, 2016). על פי קריטריונים שהנהיג ארגון הבריאות העולמי ואומצו במדינת ישראל, עיוורון מוגדר כאחד משלושה מצבים: א. היעדר ראייה מוחלט; ב. חדות ראייה מרבית של 3/60 בעין הטובה לאחר תיקון ראייה (ניתוח או משקפיים). קרי: אדם שרואה ממרחק של שלושה מטרים מה שאדם אחר רואה ממרחק של שישים מטרים; ג. שדה ראייה מצומצם, כך ששדה הראייה איננו עולה על 20 מעלות בעין הטובה (גלייטמן, 2014). ממחקרים שנערכו בארץ ובעולם עולה שאנשים עם עיוורון או לקויות ראייה חווים בעקבות זאת פגיעה ביכולות התפקודיות שלהם, בחיי החברה ובאיכות חייהם בכלל. מחקרים אלה מדגישים את חשיבות השיקום וההעצמה של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, במטרה לבסס את עצמאותם. שיקומם של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה מתבסס על הקניית כלים המאפשרים להם תפקוד עצמאי ובטוח ככל הניתן. **השירות לעיוור שבמשרד הרווחה והשירותים החברתיים** אמון על מתן שירותים אלה. האחריות המשותפת של משרד הרווחה והשירותים החברתיים וזכייניו עניינה מתן שירותים לילדים, שיקום רגשי ותפקודי, שיקום חברתי, שיקום מקצועי ותעסוקתי, סיוע חומרי והגברת מודעות לנושא העיוורון ולקויות הראייה (השירות לעיוור באגף לשירותי רווחה ושיקום, 2016).

אחד משירותי הליבה המוצעים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה הוא הדרכה פרטנית שמעבירות מורות להדרכה שיקומית. מטרת ההדרכה היא לפתח מיומנויות הנחוצות לחיי היומיום של מקבל ההדרכה, על מנת לקדם את עצמאותו ולאפשר לו לנהל חיים מלאים – בהתאם ליכולותיו הפיזיות והנפשיות. שירותי ההדרכה השיקומית ניתנים לאנשים עם עיוורון, במימון השירות לעיוור במשרד הרווחה והשירותים החברתיים ובהשתתפות הרשות המקומית – שנושאת ברבע מהעלות. תקציבו של המשרד לתחום זה עומד על כעשרה מיליון שקלים בשנה.

ההדרכות הפרטניות מועברות בידי מורה שיקומית המתמחה בתחום זה. ההדרכות מתקיימות בבית מקבל ההדרכה ומחוצה לו ועוסקות במגוון נושאים בהתאם לבקשה. ההדרכות מקיפות טווח רחב של תחומים: נידות, התמצאות בבית ובחוץ, קריאה וכתביה, מטלות בית,

² יש יותר אנשים עם לקות ראייה שאינם עומדים בקריטריונים לקבלת תעודת עיוור

טיפול בילדים, הכנה לתעסוקה ועוד. שירותים אלו ניתנים בידי העמותות מגדל-אור ואל"ע שנבחרו לכך מכוח מכרז.³

תהליך ההפניה לקבלת שירותי ההדרכה השיקומית מתחיל באמצעות העו"ס במחלקה לשירותים החברתיים באזור מגוריו. אם האדם מעוניין בקבלת השירות הוא נדרש לספק מסמכים רפואיים ולמלא טפסים לצורך ההפניה לשירות. לאחר מכן הבקשה מועברת למחוז שבו הוא מתגורר, ושם הרכזת של הספק נותן השירות מנתבת את הבקשה אל המורה הרלוונטית, בהתאם לצרכי מקבל ההדרכה. לאחר שהמורה מקבלת את פרטיו של מקבל ההדרכה, היא יוצרת עמו קשר על מנת לתאם מפגש הערכת צרכים, שבו נקבעים מאפייני הטיפול. לאורך ההדרכה המורה שולחת דוחות התקדמות חודשיים אל העו"ס הממונה, ואם יש צורך בהדרכות נוספות או בשינוי נושאי ההדרכה, המורה מעבירה המלצה לעו"ס, לצורך אישור תקציבי של תוספת (ראו תרשים 1).

תרשים 1: תיאור הליך ההפניה והטיפול בשירות ההדרכה השיקומית



³ מחקר זה עוסק בשירותים הניתנים באמצעות עמותות מגדל-אור בלבד.

1. מבוא

1.1 הקדמה

מחקר זה בוחן את יעילות ההדרכות השיקומיות הממומנות לאנשים עם עיוורון או לקויות ראייה בישראל ואת שביעות רצונם של מקבלי ההדרכה. מטרת המחקר היא לבחון את השפעת ההדרכה על היבטים שונים בחייהם של אנשים עם עיוורון ולקויות ראייה בישראל, ובהם היבטים תפקודיים ורגשיים. הסקירה שלהלן תציג את מאפייני אוכלוסיית המחקר – אנשים עם עיוורון או לקות ראייה – ואת הקשיים התפקודיים והאפקטיביים המאפיינים את אוכלוסייה זאת.

1.2 מאפיינים של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה

בשנת 2013 חיו בישראל 23,102 אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה המוכרים למשרד הרווחה והשירותים החברתיים. מהם 51% הן נשים ו-49% גברים; כ-58% מבעלי תעודת העיוור הם מעל גיל 65, כ-36% בטווח הגילים 19-65, ו-6% הם מתחת לגיל 19 (משרד הרווחה והשירותים החברתיים, 2016). לפי דוח ארגון הבריאות העולמי, הגורמים העיקריים לעיוורון או ללקויות ראייה הם: **א.** לקויות ראייה מולדות כגון קוצר ראייה; **ב.** קטרקט שלא טופל ו-**ג.** גלאוקומה (World Health Organization, 2016). קיים קשר משמעותי בין מחלות גורמות עיוורון לבין גיל, נתון שמתבטא בכך ששיעור אובדן הראייה בקרב קשישים גבוה ב-15% אצל בני 65 ומעלה, וב-30% בקרב בני 75 ומעלה – ביחס לממוצע הכללי באוכלוסייה (Renaud & Bédard, 2013).

המודעות העולמית הגוברת לתופעה הביאה לכך שבשנים האחרונות נערכו מחקרים רבים במטרה לבדוק את ההשפעות של עיוורון ולקות ראייה על היבטים שונים בחיי האדם (Ballemans, Zijlstra, van Rens, Schouten & Kempen, 2012; Evans, Fletcher & Wormald, 2007; Hirai, Tielsch, Klein & Klein, 2011; Rees, Saw, Lamoureux & Keefe, 2007). מחקרים אלה הצביעו על כך שלקות ראייה מקושרת עם פגיעה משמעותית במיומנויות אישיות כגון: גהות (היגיינה אישית), ניקיון ובישול, תחזוקת הבית, טיפול עצמי, התמצאות במרחבים הביתיים והציבוריים וניידות מהבית ואליו (West, Rubin, Broman, Munoz, Bandeen-Roche & Turano, 2002; Rees et al., 2007). אלמנט אחר שמושפע מעיוורון או מלקות ראייה הוא הפגיעה ביכולת להפעיל אמצעים טכנולוגיים. פגיעה ביכולת להשתמש באמצעים כגון מחשב וטלפון סלולרי מגבילה את היכולת לבצע מטלות יומיומיות, וכן

את היכולת להשיג יעדים מורכבים כמו רכישת השכלה או השתלבות במקום עבודה (Hakobyian, 2013; Hirai et al., 2011; Lumsden, O'Sullivan & Bartlett, 2013).

מלבד הצורך בסיוע בתפקודים יומיומיים, מגבלת הניידות של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה פוגעת ביכולתם להשתתף בחיים הקהילתיים, ובכך מפריעה להשתתפותם באינטראקציות חברתיות ומביאה לתחושת בדידות (Rees et al., 2007; Renaud & Bédard, 2013). במקרים של עיוורון מולד, היכולת להבין ולהשתמש בשפה בדרכים שונות, כמו שפת גוף ויצירת קשרים חברתיים, נמוכה מלכתחילה (Dursin, 2012).

בנוסף למגבלות התפקודיות, קיים קשר הדוק בין עיוורון ולקויות ראייה לבין תופעות רגשיות (Peyron, Garweg, Wallon, Descloux, Rolland & Barth, 2011). אנשים עם עיוורון או לקות ראייה חווים סוגים שונים של מועקה פסיכולוגית, ובמיוחד דיכאון וחרדה, בשיעור גבוה בהרבה מהשיעור באוכלוסייה הכללית (Horowitz et al., 2006; Rees et al., 2010). אנשים שחוו אובדן ראייה דיווחו על תגובה רגשית הדומה לאבל (Murray, McKay & Nieuwoudt, 2010). בין יתר התסמינים, אנשים שראייתם אבדה או נפגעה מדווחים על נטייה להערכה עצמית נמוכה (Papadopoulos, Montgomery & Chronopoulou, 2013); על תחושות של תסכול, חוסר אונים ובושה (Rees et al., 2007) ועל ירידה באיכות החיים (Renieri, Pfeiffer, Beutel & Binns, 2013; Balleman et al., 2012; Zwerenz, 2013). הקשר בין לקות ראייה ודיכאון גבוה במיוחד בקרב קשישים (Renaud & Bédard, 2013; Tudor-Edwards, 2013; Binns, Bunce, Dickinson, Harper, 2013; Woodhouse & Wolffsohn, 2012).

כמו כן, מחקרים הצביעו על כך שאנשים עם עיוורון או לקות ראייה מאופיינים לרוב בסטאטוס בריאותי נמוך יותר מהאוכלוסייה הכללית. היעדר עצמאות מוביל לכך שאנשים עם עיוורון או לקות ראייה נוטים לבצע פחות פעילות גופנית מהאוכלוסייה הכללית, דבר שמשפיע הן על מצבם הבריאותי והן על מצבם הנפשי – ומסיבה זאת הם נוטים לצבור משקל עודף, בהשוואה לאנשים שראייתם תקינה (Jaarsma, Dekker, Koopmans, Dijkstra & Geertzen, 2014). יתר על כן, לקות ראייה ועיוורון נמצאו קשורים במגוון מחלות, כגון סוכרת (Assari, Lankarani & Capella-McDonnall, 2007; Lankarani, 2014), ואילו בקרב קשישים נמצא קשר משמעותי בין עיוורון לליקויים קוגניטיביים (Klein & Klein, 2013). בנוסף לכך, עיוורון ולקות ראייה

מקושרים להוצאות גבוהות על טיפול רפואי ולמספר רב של ימי אשפוז (Frick, Gower, Kempen & Wolff, 2007). לנוכח ממצאים אלה, פותחו מתודות לשיקום ואוכלוסייה זאת ולהעצמתה.

1.3 הדרכות שיקומיות לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה

מחקר זה עוסק בהערכת יעילותן של ההדרכות שמעבירות מורות שיקומיות לאנשים עם עיוורון או עם לקויות ראייה בישראל. הסקירה שלפנינו תציג את הרציונל של ההדרכות השיקומיות ברחבי העולם ואת השפעתן על מצבם של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה.

הדרכה שיקומית היא התערבות טיפולית, המבוססת על מפגשים אישיים או קבוצתיים בין אנשים עם עיוורון או לקות ראייה לבין מורים שהתמחו בתחום זה. המפגשים מקיפים מגוון רחב של נושאים, ומטרתם ליצור מערך שיקום תפקודי ואפקטיבי עבור אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, במטרה לאפשר להם תפקוד עצמאי ככל הניתן ולהקל את השתלבותם בחיים התעסוקתיים והקהילתיים. המיומנויות הנרכשות בהדרכות שיקומיות נקשרות עם מטרות כגון: השכלה אקדמית, הכנה והכשרה לתעסוקה, השתלבות בקהילה וגישה לרשתות חברתיות (Bischof, 2008; Langelaan et al., 2007).

ההדרכה השיקומית מבוססת על אסטרטגיות שמטרתן להכיר ולהנגיש לאדם עם עיוורון או עם לקות ראייה את הסביבה החיצונית (Lahav, Schloerb & Srinivasan, 2015). הדרכות אלה ניתנות בכמה מתכונות, אך בעיקרן הן מבוססות על העברת ידע מעשי ותרגול התורם לשיפור מיומנויות בנושאי נייודות והתמצאות, בטיחות בדרכים, תחבורה ציבורית, שימוש במכשירי עזר, היבטים פסיכולוגיים של לקות הראייה, נגישות במרחבים הציבוריים ועוד (Zijlstra, Ballemans & Kempen, 2013).

ההדרכות השיקומיות הראשונות בהיסטוריה נערכו בארצות הברית לאחר מלחמת העולם השנייה, כשחיילים רבים שהתעוורו בזמן המלחמה נזקקו לשיקום שיאפשר להם לפתח שגרת חיים חלופית. הנושא קודם בידי גופים ממשלתיים, כגון הלשכה הפדראלית לשיקום מקצועי, וב-1959 נערך כנס לאומי שבעקבותיו הוקמו בעשרות מוסדות להשכלה גבוהה ברחבי ארצות הברית, תכניות להכשרת מורים המתמחים בהדרכה שיקומית. בהמשך פותחו עבור אנשים עם לקויות ראייה – בעיקר ילדים ונוער – תכניות הדרכה המבוססות על שימוש בשרידי ראייה. לצורך כך פותחו טכניקות המסייעות לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה לשפר את ההתמצאות ואת הניידות במרחב, באמצעות זיהוי דפוסים התנהגותיים ותפישתיים (Otero-Fernandez, 2004).

אחת ההדרכות השיקומיות הנפוצות ביותר היא הדרכת התמצאות וניידות. ברחבי העולם הדרכה זו תופסת חלק משמעותי בטיפול השיקומי הניתן לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה. באופן כללי, מיפוי של מרחבים נסמך על חוש הראייה, ומידע חיוני זה חסר אצל עיוורים ולקויי ראייה (Balleman et al., 2012). למרות זאת, חוקרים שונים ובהם Espinosa, Ungar, Ochaíta, Blades & Spencer (1998) מצאו שחשיפה חוזרת ונשנית של אדם עם עיוורון או לקות ראייה אל הסביבה, משפרת משמעותית את יכולתו לארגן את המרחב של אותה סביבה. לפיכך, הדרכת התמצאות וניידות מהווה נדבך חשוב בקידום אדם עם עיוורון או לקות ראייה. כישורי ניידות טובים לא רק מסייעים בביסוס עצמאות, אלא גם מרחיבים את ההזדמנות לתעסוקה ולחיים בקהילה (Rahardja, 2013). יתר על כן, נמצא שפיתוח כישורי התמצאות וניידות בקרב לקויי ראייה עשוי לקדם אינטגרציה חברתית בקהילה וגישה לרשתות חברתיות. לעומת זאת, היעדר הדרכות שיקומיות נמצאו כקשורות באבטלה גבוהה (Bischof, 2008).

מספר מחקרים אמפיריים בחנו את ההשפעה של הדרכות התמצאות וניידות על חייהם של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה. Joffe & Rikhye (1995) למשל, בחנו את אפקטיביות מודל ההתמצאות והניידות, כפי שהונהג בקרב שישה ילדים עם עיוורון ולקויות ראייה בניו יורק. התלמידים עברו הדרכות שבהן למדו מיומנויות התמצאות, התגברות על מכשולים וחציית מתחמים פתוחים. החוקרים דיווחו כי תכנית הטיפול האישית סייעה בהקניית מיומנויות שניתן לתרגם לסביבות מגוונות. כל התלמידים הצליחו לתרגם את המיומנויות שלמדו למסלולים מוכרים מחייהם, כגון הליכה לקפיטריה בבית הספר או חזרה מבית הספר הביתה. במחקרם של Reniery et al. (2013) נבחן השיפור באיכות החיים של מקבלי שירותי הדרכה בתחום ההתמצאות והניידות, לפני ההדרכה ולאחריה. ממצאי המחקר העידו על שיפור מובהק ביכולות התפקוד החברתי ופיתוח העצמאות; מחקרם של Ajuwon & Craig (2008) עסק בהדרכות התמצאות וניידות, והמשתתפים בו דיווחו על שיפור במיומנויות שונות, ובהן: תקשורת, שימוש בטכנולוגיה, טיפול בילדים והתמצאות בתוך הבית ומחוצה לו. לעומת זאת, מחקרים אחרים שבחנו סוגיה זאת לא מצאו כי הייתה להדרכה השפעה משמעותית על תפקודים מעשיים ועל איכות חיים. מחקרם של Soong et al. (2001) לדוגמה, מצא שהדרכת התמצאות וניידות לא הגבירה את יכולות הניידות של מקבליה, בהשוואה לקבוצת הבקרה, וזאת כאשר התוצאות נבחנו מיד לאחר ההדרכה.

לסיכום, המחקר העוסק בהשפעה של הדרכה שיקומית, כלומר התערבות המבוססת על הקניית מיומנויות בעת מפגש אישי בין מורה שיקומית לבין אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, מצביע על השפעות חיוביות על חייהם של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה. עם זאת, למרות השימוש הרווח בשירותים אלה לקידום אנשים עם עיוורון ולקוות ראייה ברחבי העולם, השפעתם עדיין לא גובתה במחקר אמפירי רב (Zijlstra, Ballemans & Kempen, 2013).

1.4 השפעת השיקום על תפקודם של אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה

הצורך החברתי לשלב אנשים עם עיוורון בחיי הקהילה ולקדם את תפקודם העצמאי, הביא ליישום תכניות התערבות רבות החופפות במאפייניהם את תכנית ההדרכה השיקומית שאותה בוחן המחקר. השוני בין התכנית הנבדקת במחקר זה לבין התערבויות דומות ברחבי העולם, נובע מכך שברוב המודלים השיקומיים ברחבי העולם, מורים שיקומיים הם חלק מצוות מולטי-דיסציפלינארי שמספק שירותים עבור אנשים עם עיוורון או לקויות ראייה (Lewis & Patterson, 1998). לפיכך, **הסקירה הנוכחית תציג מחקרים שבחנו תכניות התערבות מסוג זה, במטרה לספק מסגרת מתודולוגית למחקר זה.**

מחקרים של Ryan, Khadka & Bunce (2013) בחן את יעילותה של תכנית התערבות לשיקום אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, שכללה גם רכיב של הדרכה שיקומית. תוצאות המחקר העידו על שיפור בתפקוד בין מדידת הבסיס ושנה וחצי לאחר מכן. מסגרת נוספת שעסקה בשיקום לקויי ראייה היא תכנית ה-VIPP (Visually Impaired elderly Persons Participating) שנועדה לשפר מיומנויות אישיות ולסייע בהסתגלות לקשיים בראייה. התכנית כללה חמישה רכיבים עיקריים: מיומנויות מעשיות, חינוך, אינטראקציה חברתית והדרכה שיקומית לעזרה בפתרון בעיות וביצוע פעילות גופנית בתוך הבית. ממצאי המחקר הראו שיפור מובהק במצב תפקודי, בתחושת רווחה וביכולת התמודדות עם קשיים (Alma, 2012). במחקר של Yildiz & Duy (2013) נבחנה היעילות של תכנית חינוך שיקומית בשיפור מיומנויות התקשורת של תלמידים בבית ספר ללקויי ראייה. התכנית נמצאה כמשפיעה לטובה על התלמידים, ונצפה שיפור במיומנויות התקשורת שלהם לאורך שלוש המדידות.

Liu, Brost, Horton, Kenyon & Mears (2013) ערכו סקירת התערבויות שיקומיות המבוססות על הדרכת מבוגרים שחוו אובדן ראייה. מטרת תכניות ההתערבות הייתה לשמר, לשחזר ולשפר את התפקודים היומיומיים של אנשים עם לקות ראייה ברחבי הבית. משתני המטרה שנבדקו היו שאלון דיווח עצמי שהעריך את מדדי התפקוד של כל אחד מהמשתתפים,

בשילוב עם תשובותיהם לשאלות שעסקו במצב הראייה ובאלמנטים בריאותיים אחרים. השאלות עסקו בהשפעה של מצב הראייה על חיי האדם בתחומים כמו פעילויות היומיום, השתתפות חברתית ועוד. הסקירה העלתה שמבין כלל סוגי ההתערבויות שניתנו, אלו שנמשכו מספר מפגשים רב והותאמו לצרכיו האישיים של האדם הביאו לתוצאות החיוביות המובהקות ביותר.

1.5 השפעת השיקום על איכות החיים של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה

איכות חיים הוא מושג רב-ממדי המתאר את חיי האדם בכמה מאפיינים, ובהם מצב סוציו-אקונומי, תמיכה חברתית ומשפחתית, רווחה נפשית ועוד (Walter, 2007). הקשר שבין עיוורון או לקות ראייה לבין איכות חיים נחקר רבות בשנים האחרונות (Glen et al., 2011; Hirai, Tielsch & Klein, 2011; Renieri et al., 2013). ממחקרים אלו עולה שלקות ראייה ועיוורון קשורים בירידה הדרגתית באיכות החיים המדווחת, כפי שמתבטאת בכמה תחומי חיים ובהם: פיזי, נפשי, חברתי, בילוי שעות הפנאי ופעילויות היומיום (Hirai, Evans, Fletcher & Wormald, 2007; Tielsch & Klein, 2011). כלומר, בנוסף ללקותם הפיזית, אנשים עם עיוורון או לקות ראייה מתמודדים גם עם קשיים רגשיים מורכבים. לפיכך, תפקידם של מומחי השיקום הוא, בין היתר, להציע ייעוץ המסייע למועקה הפסיכולוגית שחש האדם, ולעזור בקבלת הלקות כחלק בלתי נפרד מחייו. לנוכח זאת, מחקרים רבים בדקו את השפעתן של תכניות התערבות שיקומית על איכות החיים של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה (Lamoureux et al., 2007; Latham, 2013; Renieri et al., 2013; Scott et al., 1999). עיקרי המחקרים יוצגו להלן.

מחקר שערכו Scott et al. (1999), כדי להעריך את השפעתן של הדרכות העוסקות בשימוש בעזרים אופטיים כמו זכוכית מגדלת מסוגים שונים ועזרים אלקטרוניים לאנשים עם לקות ראייה, בחן נבדקים בשתי נקודות זמן: שבוע לפני סיום ההדרכה וכשלושה חודשים לאחריה. ההשפעה נבדקה בכמה מדדי ראייה וברמת איכות החיים, כפי שדווחה על ידי המשתתפים. מסקנת המחקר היא שאף על פי שהתערבות לא הביאה לשיפור במיומנויות, היא הביאה לשיפור משמעותי באיכות החיים הנתפשת שלהם. בהתאם לכך מצאו Hinds et al. (2003) כי בעקבות שיקום הראייה חל שיפור משמעותי באיכות החיים של הנבדקים. גם במחקרם של Lamoureux et al. (2007) שבדק אפקטיביות של התערבות שיקומית, שכללה היבטים של איכות חיים, בקרב אנשים בני 70-80 עם עיוורון או לקות ראייה. במחקר נמצא שלאחר השיקום חל שיפור משמעותי

באיכות החיים וברווחתם הרגשית של המשתתפים. גם במחקר זה לא נמצא שיפור תפקודי, ואף על פי כן, להתערבות השיקומית הייתה השפעה על איכות החיים.

מחקרם של Kuyk et al. (2008) בחן את השפעות השיקום על תחושת הרווחה ועל התפקוד הפיזי והמנטאלי של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה. תכנית השיקום במחקר כללה התמצאות וניידות בבית ובחוץ, בישול, זיהוי כסף, טיפול עצמי, שימוש בטכנולוגיות מסייעות לראייה ועוד. החוקרים דיווחו שנצפה שיפור מובהק במדד הדימוי העצמי והבריאות הנפשית (אף על פי שהבריאות הפיזית של מרבית המשתתפים לא השתפרה ואף הידרדרה לאורך המחקר). החוקרים הסיקו שתכנית השיקום סייעה בשיפור ההערכה העצמית והבריאות המנטאלית של המשתתפים. לעומת זאת, מחקרם של Horowitz et al. (2006), לא מצא קשר בין שימוש באביזרי עזר לבין סימפטומים של דיכאון, כאשר אביזרי עזר ויזואליים נקשרו עם הפחתה בתסמיני הדיכאון, אולם אביזרי עזר לא ויזואליים לא הביאו לשינוי כלל. בהתאם לכך, מחקרם של Renieri et al. (2013) הראה שרמות הדיכאון והחרדה של מטופלים שעברו התערבות שיקומית, נמוכות משל אלה שלא עברו התערבות כלל. בהמשך בחנה סקירתם של Rees et al. (2010) את השפעתן של תכניות התערבות על תחושותיהם של לקויי ראייה. הממצאים מעידים שתכניות התערבות כוללניות עשויות להשפיע על תחושת רווחה והערכת איכות חיים נתפשת, אולם השפעותיהן על סימפטומים של דיכאון אינן משמעותיות.

לסיכום, הספרות העוסקת ביעילותן של תכניות התערבות איננה חד משמעית, אך מחקרים רבים הצליחו למצוא השפעות משמעותיות על תפקודיהם של המשתתפים ועל איכות חייהם. עם זאת, ניתן להסביר את היעדר הממצאים ביתר המקרים, במגבלות מתודולוגיות הנובעות מהקושי לבצע מבחנים מעשיים למשתתפי המחקרים, ברובם אנשים בגילים מבוגרים מאוד. למשל, מחקרם של Long & Giudice (2010) שבחן את תחום ההתמצאות והניידות וקבע שיש צורך במחקרים נוספים, על מנת לאשש את השפעת ההדרכות בתחום על חייהם של מקבלי ההדרכה. כך גם סקירת הספרות שערכו Ballemans et al. (2011) מעידה שמרבית המחקרים לא הצליחו לערוך מבחנים מבוקרים למשתתפי המחקר, דבר שפוגע במהימנות ובתוקף של ממצאיהם.

1.6 רציונל המחקר

אנשים עם עיוורון או לקות ראייה חווים קשיים רבים הגורמים לפגיעה במגוון תחומי חיים: טיפול עצמי, תעסוקה, חברות, חיי משפחה וחיי פנאי. לפגיעה זאת יש השפעה אקוטית על רמת עצמאותם ועל תחושת הרווחה שלהם, וכפועל יוצא על איכות חייהם. על כן, השירות לעיוור

שבמשרד הרווחה והשירותים החברתיים מממן שירותי הדרכה שיקומית שיסייעו בפיתוח מיומנויות ותחושת מסוגלות, שיאפשרו לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה עצמאות וביטחון מירבי.

המחקר בתחום זה עדיין חלוק בנוגע ליעילותם של שירותי התערבות דומים הניתנים לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה. מחקרים רבים מציגים שיפור בתפקודים אישיים ובאיכות החיים, בעקבות התערבויות פרטניות שמאפייניהן חופפים להדרכות שיקומיות, אך לעתים קרובות השפעות אלה באות לביטוי לזמן קצר בלבד ואינן מובילות בהכרח לשיפור משמעותי ברמת העצמאות של מקבלי ההדרכה (Binns et al., 2012; De Boer et al., 2006; Hinds et al., 2003).

נוכח החוסר במחקרים שנערכו בישראל בנוגע להשפעתן של הדרכות שיקומיות על רמת תפקודם של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה ועל איכות חייהם, נדרש מחקר כמותי שיבחן השפעה זו – במטרה לקבוע את יעילותן של ההדרכות ואת הגורמים המנבאים הצלחה בהדרכה שיקומית. לפיכך, מחקר זה ביקש לבחון את ההשפעה של ההדרכה השיקומית הניתנות לאנשים עם עיוורון או לקות ראייה בישראל, על מדדים תפקודיים כמו יכולת התמצאות במרחב מחוץ לבית, וכן על תחושת איכות החיים ושביעות הרצון של הנבדקים מההדרכות.

2. שיטה

2.1 מטרות המחקר

- א. בדיקת השפעת ההדרכה השיקומית על מצבם התפקודי של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה לפני תחילת ההדרכה, לעומת מצבם בסיום ההדרכה וחצי שנה לאחר מכן – וזאת באמצעות השוואה בין נתונים לפני ההדרכה ולאחריה.
- ב. זיהוי המשתנים – ובהם מאפייני הטיפול ואפיוני מקבלי ההדרכה – שמנבאים הצלחה של תכנית ההדרכה במועד סיום הטיפול ובמועד סיום המעקב.
- ג. בדיקת מידת שביעות הרצון של מקבלי ההדרכה מההתערבות הטיפולית.
- ד. פיתוח כלי מעקב תפעולי – למעקב אחר תוצאות שירות ההדרכה.
- ה. בחינת הגורמים המערכתיים העוסקים במתן שירותי ההדרכה השיקומית.

2.2 כלים

2.2.1 שאלון מעקב

- למקבלי ההדרכה השיקומית הועבר שאלון למילוי בשלוש נקודות זמן: לפני תחילת ההתערבות, עם סיומה ושישה חודשים לאחר סיום ההתערבות⁴. השאלון כולל כמה קטגוריות של משתנים:
- א. **נתונים סוציו-דמוגרפיים**: מגדר, גיל, סטאטוס משפחתי, מקום מגורים, רמת השכלה, מקום עבודה וכן נתונים בנוגע ללקות הראייה.
- ב. **הערכה תפקודית** באמצעות דיווח עצמי: פעולות יומיומיות כגון **מטלות בית** (בישול, ניקיון, הפעלת מכשירים, טיפול בכביסה), סידורים מחוץ לבית (קניות, שליחת דואר, בנק); **טיפול עצמי** (היגיינה אישית, לבוש, שימוש בתרופות); **ניידות והתמצאות** (עם עזרים או בלעדיהם, בשטחי הבית והחוץ); **תקשורת ופנאי** (שימוש בסלולרי, שימוש באביזרי עזר וכדומה).
- ג. **איכות חיים** (על פי מידת העצמאות, על פי היכולת לעסוק בתחביבים וכדומה). כלל הפריטים בשאלונים אלה סוכם לכדי ממוצע תפקודי שנע בין 1 ל-5, ובו 1 מבטא את רמת התפקוד המינימלית ואילו 5 את רמת התפקוד המקסימלית.
- ד. **תחושות ושביעות רצון**: שביעות הרצון מהמורה השיקומית, מתוכן המפגשים ועוד.
- ה. **מאפייני ההתערבות**: תוכן המפגש, משך הפגישות ותדירותן וכדומה.

⁴ ראה בנספח 1א' ו-1ב' את השאלונים שמילאו המשתתפים, לפני תכנית ההדרכה השיקומית ולאחריה.

2.2.2 ראיונות עומק

במקביל למחקר הכמותי שתואר לעיל נעשה שימוש בראיונות פתוחים עם גורמים שונים : עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים⁵, מורות שיקומיות, מנהלי מרש"לים ומקבלי ההדרכה. הראיונות נערכו במתכונת מובנית ונסבו סביב נושאים הקשורים לתהליכי ההפניה, המעקב והטיפול של ההדרכה השיקומית.

2.3 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כוללת אנשים עם עיוורון או לקות ראייה שהופנו לקבלת הדרכה שיקומית בעמותה הנבדקת. להלן טבלה המפרטת את מאפייניה של האוכלוסייה (ראו לוח 1).

לוח 1: תיאור סוציו-דמוגרפי של אוכלוסיית המחקר (N=1667)

משתנה	קטגוריה	Valid N*	%
מין	זכר	805	48.5%
	נקבה	859	51%
מגזר	יהודי	1240	83%
	ערבי	240	16%
מחוז	דרום	161	9%
	ירושלים	436	26%
	מרכז	531	31%
	צפון	539	32%
מצב הראייה	עיוורון מוחלט	397	26.5%
	שרידי ראייה	1103	73%
תעודת עיוור	כן	1080	70%
	לא	446	29%

*לחלק מהפרמטרים בטבלה זו יש ערכים חסרים, האחוזים מחושבים לפי הערכים הקיימים בלבד.

לפי הנתונים שסופקו בידי הגורם המטפל (עמותת מגדל-אור), אוכלוסיית המחקר, קרי: מקבלי ההדרכה על ידי מורות שיקומיות, כוללת כ-1,667 אנשים. האוכלוסייה מונה 1,240 יהודים (83%) ו-240 ערבים (16%); 805 גברים (48.5%) ו-859 נשים (51%). מהם 161 משתייכים למחוז דרום (9%), 436 למחוז ירושלים (26%), 531 למחוז מרכז (31%) ו-539 למחוז צפון (32%). 397 מוגדרים כבעלי עיוורון מוחלט (26%) ו-1103 בעלי שרידי ראייה (73%).

⁵ מרכזי שירות לעיוור הפזורים ברחבי הארץ

2.4 הליך

המחקר מכיל שני מרכיבים מתודולוגיים: **א.** החלק הכמותי, שבוצע באמצעות שאלונים למקבלי הדרכה; **ב.** חלק איכותני שכלל ראיונות עומק עם מקבלי ההדרכה, עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים, מורות שיקומיות ומנהלי מרש"לים.

החלק הראשון כלל העברת שאלונים למקבלי ההדרכה. לצורך בניית מאגר מרואיינים בלי לפגוע בפרטיותם של מקבלי ההדרכה, נערכה שיטת גיוס שבמהלכה העביר הגורם המטפל את רשימת הנבדקים הפוטנציאליים (מקבלי ההדרכה החדשים) אל הדרג הפיקוחי בשירות לעיוור, ועובדת מטעמו פנתה אל מקבלי ההדרכה וביקשה את הסכמתם להשתתף במחקר. פרטי הקשר של מקבלי ההדרכה שהסכימו להשתתף הועברו לצוות המחקר, שתיאם עמם מועד להעברת שאלון ובנה תכנית לראיונות המשך לפי אורך הטיפול המתוכנן. העברת השאלון נמשכה כחצי שעה בממוצע. במקרים שבהם גיל הנבדק היה פחות משש עשרה, הריאיון נערך עם אחד מההורים.

החלק השני של המחקר התבסס על ראיונות עומק עם גורמים שונים בנוגע לשירות. לצורך גיוס העו"ס והמורות השיקומיות הסתייעו עורכי המחקר במפקחות במשרד הרווחה שעזרו בגיוס מרואיינים: עו"סים ומורות שיקומיות. כמו כן, רואיינו גם אנשים שקיבלו שירותי הדרכה שיקומית והסכימו להשתתף בראיונות העומק.

הראיונות נמשכו כחצי שעה ונסבו סביב שירותי השיקום, כגון הפניית המטופל לשירות, מעקב אחר התקדמותו, פתרון בעיות חריגות ועוד. במסגרת ראיונות העומק רואיינו עשר מורות שיקומיות, 22 עו"סיות מהמחלקות לשירותים חברתיים ושישה מנהלי מרש"לים מכל רחבי הארץ. בנוסף, רואיינו חמישה מקבלי הדרכה שהסכימו להשתתף בריאיון העומק. מטרת הראיונות הייתה לקבל מידע מקיף על השירות שניתן, באמצעות בחינת הגורמים השונים בהליך ההפניה, הביצוע והמעקב של הדרכה.

3. ממצאים

3.1 תיאור משתתפי המחקר

ראשית, נעשה מיפוי סוציו-דמוגרפי של משתתפי המחקר, במטרה לבחון את מהימנות המדגם ביחס לאוכלוסייה הכללית של מקבלי ההדרכה בעמותה. המדגם כלל אך ורק נבדקים שקיבלו הדרכה שכללה ארבעה מפגשים ומעלה (ראו לוח 2).

לוח 2: תיאור סוציו-דמוגרפי של מדגם המחקר (N=188)*
* ישנם ערכים חסרים בחלק מן המשתתפים

משתנה	קטגוריה	N	Valid%
מגדר	זכר	92	49%
	נקבה	96	51%
לאום	יהודי	172	91.5%
	ערבי	16	8.5%
מחוז	דרום	33	17.5%
	מרכז	79	42.5%
	צפון	45	23%
	ירושלים	31	16%
קבוצות גיל	מינימום-25	44	24.4%
	26-49	50	27.8%
	50-60	40	22.2%
	60-מקסימום	46	25.6%
הסדר מגורים	לבד	37	21%
	משפחה	141	78%
השכלה	פחות מ-12 שני"ל	101	56.1%
	בגרות מלאה	15	8.3%
	הכשרה	35	19.4%
	תואר ראשון	18	10.0%
	תואר שני	11	6.1%
תעודת עיוור	כן	146	79%
	לא	38	20%
מצב ראייה	עיוורון מוחלט	32	17.7%
	שרידי ראייה	149	82%
תעסוקה	כן	51	28.3%
	לא	129	71.7%

המשתתפים במדגם המחקר כוללים 51% נשים ו-49% גברים (בהשוואה ל-51% ו-48.5% באוכלוסייה הכללית); 91.5% יהודים ו-8.5% ערבים (בהשוואה ל-83% ו-16% באוכלוסייה הכללית); 17.5% מתגוררים בדרום הארץ (בהשוואה ל-9% באוכלוסייה הכללית), 42.5% מאזור המרכז (בהשוואה ל-31% באוכלוסייה הכללית), 23% מהצפון (בהשוואה ל-32%) ו-16% ממחוז ירושלים (בהשוואה ל-26%); 17.7% ממשתתפי המחקר מוגדרים כבעלי עיוורון מוחלט ו-82% בעלי שרידי ראייה (לעומת 26.5% ו-73% באוכלוסייה הכללית); ל-79% מהם תעודת עיוור ו-20% אין תעודה – (לעומת 70% ו-29% באוכלוסייה הכללית). מדגם המחקר דומה במאפיינים אלה למאפייני האוכלוסייה הכללית. כמו כן, נמצא ש-24.4% מהמשתתפים בני 25 או פחות, 27.8% בטווח הגילים 26-49, 22.2% בני 50-60 ו-25.6% מהאוכלוסייה מעל גיל 60.

כמו כן, נבדקו מאפייני ההדרכות השיקומיות. המשתתפים כללו את המאפיינים: נושא ההדרכה, משך המפגש, מספר המפגשים, תדירות המפגשים ומשך ההמתנה לתחילת ההדרכה (ראו לוח 3).

לוח 3: הצגת מאפייני ההדרכה השיקומית

מאפיין	קטגוריה	Valid %
נושא ההדרכה	התמצאות בבית	5.4%
	טיפול עצמי	8.1%
	מחשוב וסלולר	21.6%
	מטלות בית	6.1%
	הדרכות להורים	4.1%
	ניידות	45.3%
	שילוב של כמה נושאים	8.8%
משך המפגשים	20-60 דקות	30.8%
	80-105 דקות	45.9%
	120-300 דקות	23.3%
מספר המפגשים	4-6 מפגשים	25%
	6-10 מפגשים	32%
	10-20 מפגשים	30%
	20-80 מפגשים	13%
תדירות המפגשים	1-2 מפגשים בשבוע	65.5%
	מפגש בשבועיים	18.6%
	מעל שבועיים	15.9%
זמן המתנה לשירות (בחודשים)	עד חודש	16.4%
	חודש עד חודשיים	49.1%
	חודשיים עד חצי שנה	25.5%
	חצי שנה ומעלה	9.1%

ההדרכות כללו חמישה נושאים, בהתאם לתחומים העיקריים שביקשו המשתתפים: 45.3% ביקשו הדרכה העוסקת בניידות; 21.6% הדרכה העוסקת במחשוב ורק 6.1% ביקשו הדרכה העוסקת בסיוע לתפקוד הביתי של המשתתף. משך הזמן המינימלי לפגישה עם המורה השיקומית היה 20 דקות ואילו משך הזמן המקסימלי היה 5 שעות, אך מרבית הפגישות ארכו בין שעה ועשרים לשעה ו-45 דקות. 32% ממקבלי ההדרכה השתתפו ב-6-10 מפגשים; 30% השתתפו ב-20-10 מפגשים; 25% נכחו ב-4-6 מפגשים ויתר מקבלי ההדרכה נפגשו עם המורה 20-80 פעם. רוב המפגשים עם המורה נערכו בתדירות של פעם עד פעמיים בשבוע (65.5% מהמקרים); 18.6% ממקבלי ההדרכה נפגשו עם המורה אחת לשבועיים ו-15.9% נפגשו עם המורה בתדירות של יותר משבועיים בין מפגש למפגש. מקבלי ההדרכה המתווכים בין שבוע לשנתיים לקבלת השירות: 16.4% המתווכים עד חודש, 49% ממקבלי ההדרכה המתווכים בין חודש לחודשיים לקבלת השירות, 25.5% המתווכים בין חודשיים לחצי שנה ו-9% ממקבלי ההדרכה ציינו שתקופת ההמתנה לקבלת ההדרכה הייתה מעל שישה חודשים לקבלת השירות.

3.2 השיפור במדדי ההצלחה של המשתתפים לאורך תקופת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון אם ההדרכה השיקומית משפיעה על מקבליה – ואם כן, כיצד היא משפיעה. ההשפעה נמדדה בשני מדדים עיקריים: מדד תפקודי ומדד איכות חיים. פרק זה עוסק בממצאים הכמותיים שעלו מן השאלון התפקודי. בשאלון זה נמדדו ארבע קטגוריות עיקריות: 1. התמצאות וניידות; 2. טיפול עצמי; 3. עבודות בית; 4. תקשורת ופנאי, אשר הוגדרו כמדדים תפקודיים. בנוסף לכך נבחן מדד איכות החיים. הממוצעים נעים בין 1 (=נמוך מאוד) ל-5 (=גבוה מאוד). לוח 4 מציג מדדים אלה ביחס לתקופה שלפני ההדרכה.

לוח 4: תיאור מדדי הביצוע בחלוקה למאפיינים סוציו-דמוגרפיים לפני ההדרכה (T0)

מדד	קטגוריה	התמצאות וניידות	טיפול עצמי	עבודות בית	תקשורת ופנאי	איכות חיים
כללי	ממוצע	2.72	3.15	2.72	2.73	2.93
מגדר	זכר	2.72	2.97	2.48	2.63	2.86
	נקבה	2.71	3.31	2.90	2.80	2.98
לאום	יהודי	2.74	3.12	2.75	2.74	2.94
	ערבי	2.60	3.40	2.45	2.61	2.89
גיל	מינימום-25	2.72	2.92	2.76	2.86	2.99
	26-49	2.95	3.33	2.79	2.80	3.07
	50-60	2.63	3.28	2.75	2.76	2.82
	60-מקסימום	2.57	3.05	2.62	2.54	2.86
השכלה	פחות מ-12 שנים	2.66	3.05	2.58	2.62	2.99
	בגרות מלאה	2.70	2.94	2.83	2.77	2.59
	הכשרה/תעודה	2.65	3.31	2.73	2.77	2.81
	תואר ראשון	2.90	3.49	2.97	2.85	3.01
	תואר שני +	3.19	3.30	3.13	3.23	3.25
	עיוורון מוחלט	2.88	3.23	2.79	2.93	3.13
מצב הראייה	שרידי ראייה	2.63	3.10	2.68	2.60	2.86
	תחושת אור	2.91	3.31	2.77	3.07	3.03

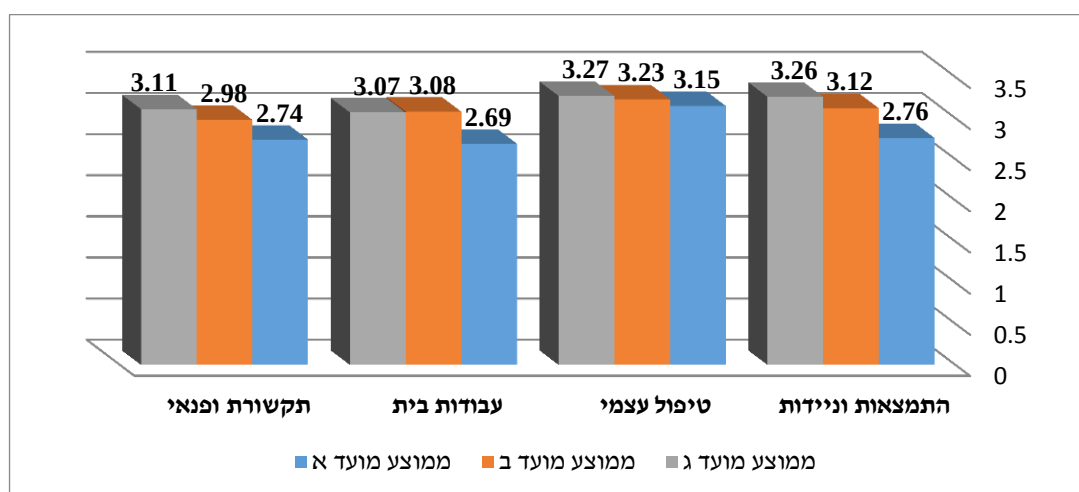
ניתוח ממוצעי התפקוד ואיכות החיים לא מצביע על קשר מובהק של רוב המדדים על התפקוד ואיכות החיים של משתתפי המחקר. כדי לבחון את השינוי בקרב אוכלוסיית מקבלי ההדרכה, נערכו מבחני שונות Repeated Measures (F), לבדיקת השינויים בכל מדד ביחס לשלושת מועדי המחקר (ראו לוח 5).

לוח 5: בחינת השינוי במדדי התפקוד בין שלושת המועדים

מדד	ממוצע מועד א'	ממוצע מועד ב'	ממוצע מועד ג'	F	Sig
התמצאות וניידות	2.76	3.12	3.26	13.02	.000
טיפול עצמי	3.15	3.23	3.27	.556	.575
עבודות בית	2.69	3.08	3.07	11.23	.000
תקשורת ופנאי	2.74	2.98	3.11	29.05	.000
ממוצע שאלוני תפקוד בחיים (GFS)	2.82	3.07	3.18	23.92	.000
ממוצע שאלות איכות חיים (QOL)	3.02	3.11	3.13	7.619	.007

ממצאי מבחן השונות מצביעים על שיפור מובהק סטטיסטית בין שלושת מועדי המחקר. בשלושה מתוך ארבעה מדדים תפקודיים – **התמצאות וניידות, עבודות בית ותקשורת ופנאי** – נמצא שיפור סטטיסטי מובהק ($p < .000$). המשתנה **טיפול עצמי**, למרות עלייה מתונה בממוצע, לא השתפר באופן מובהק סטטיסטית ($p > .05$). כמו כן, נמצאה עלייה מובהקת מבחינה סטטיסטית במדד **איכות חיים** ($p < .007$), אם כי עלייה זאת בולטת פחות מהעלייה במדדי התפקוד הכללי ($p < .000$). גם מניתוח העלייה בממוצעים, ניתן לראות שהשיפור בממוצע התפקודי (GFS) ($\text{Mean}=0.36$) גבוה לעומת עלייה המתונה יחסית במדד ה-QOL ($\text{Mean}=0.11$). (ראו תרשים 2).

תרשים 2: השיפור במדדים התפקודיים בין שלושת מועדי המחקר



כדי לבחון אם קיים קשר בין המדדים התפקודיים (אשר כוללים את מדד ההתמצאות והניידות, מדד הטיפול העצמי, מדד תקשורת ופנאי ומדד עבודות הבית) במועד הראשון של המחקר, לבין המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של המשתתפים, חושב סכום ממוצע של ארבעת המדדים התפקודיים (להלן: GFS - General Functioning Scale).

בהמשך נערך ניתוח רגרסיה ליניארית שבחן את הקשר בין השיפור במדד GFS לבין המאפיינים: מגדר, לאום, גיל, השכלה, מצב מגורים, מצב תעסוקה ומצב ראייה. כמו כן, נערך ניתוח רגרסיה שבדק את הקשר בין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים שתוארו לבין השיפור במדד איכות החיים (Quality of Life- QOL). התוצאות מוצגות להלן בלוח 6.

לוח 6: הקשר בין מדדים סוציו-דמוגרפיים לבין מידת השינוי במדדי תפקוד ואיכות החיים

המדד	B מדד תפקוד (GFS)	Sig. מדד תפקוד (GFS)	B מדד איכות חיים (QOL)	Sig. מדד איכות חיים (QOL)
לאום	-.149	.496	-.225	.226
גיל	.001	.720	.001	.730
מגדר	.065	.583	.137	.157
מצב ראייה	.044	.500	.034	.527
מצב מגורים	.179	.242	.290	.013*
השכלה	-.010	.833	.028	.483
מצב תעסוקה	.090	.366	-.025	.754

ניתוח הממצאים מצביע על כך שהמשתנים הסוציו-דמוגרפיים לא נמצאים בקשר סטטיסטי מובהק עם מידת השיפור בתפקוד בין שלושת המועדים. ניתוח השינוי במדד איכות החיים חושף קשר מובהק ($p < .02$) בין מצב המגורים לבין השיפור באיכות החיים. כלומר, השפעת ההדרכה על איכות החיים של מקבל ההדרכה גבוהה באופן מובהק כאשר הנבדקים חיים עם משפחה ולא כאשר הם מתגוררים לבד.

בהמשך, כדי לבחון אם יש קשר בין מאפייני ההדרכה (נושא ההדרכה, מספר מפגשים, רציפות המפגשים של ההדרכה ומשך ההמתנה לתחילת ההדרכה) לבין מידת השינוי במדדי איכות חיים (QOL) ומדד תפקודי (GFS) נערכה רגרסיה ליניארית (ראו לוח 7).

לוח 7: הקשר בין מאפייני ההדרכה לבין מידת השינוי במדדי תפקוד ואיכות החיים

מאפיין	מדד תפקוד (GFS) B	מדד תפקוד (GFS) Sig.	מדד איכות חיים (QOL) B	מדד איכות חיים (QOL) Sig.
מספר מפגשים	.001	.799	.002	.661
נושא ההדרכה	.091	.007**	.025	.413
זמן המתנה לתחילת ההדרכה	.013	.549	-.007	.720
רציפות מפגשים במהלך ההדרכה	.146	.029*	.085	.169

תוצאות הניתוח מצביעות על קיומו של קשר סטטיסטי מובהק בין נושא ההדרכה השיקומית ($p < .01$), ובין רציפות המפגשים במהלך ההדרכה השיקומית ($p < .05$) – לבין מידת השיפור במדד התפקוד הכללי. התוצאות מלמדות כי העלייה במדדי התפקוד הייתה נמוכה בהדרכות שיקומיות שבהן לא נשמרה רציפות המפגשים, והשיפור היה משמעותי יותר בהדרכות שעסקו במספר נושאים ולא בנושא אחד בלבד. לא נמצאה השפעה מובהקת של משך ההמתנה להדרכה או של מספר המפגשים על תוצאות ההדרכה. כמו כן, לא נמצא קשר בין מאפייני ההדרכה לבין השינוי במדד איכות החיים.

לסיכום, הפרק העוסק בשינוי במדדי התפקוד ואיכות החיים של הנבדקים בתקופת המחקר, קרי, לפני ההתערבות, בסיומה ושישה חודשים לאחריה, **מצביע על השפעה חיובית משמעותית של ההדרכה השיקומית – הן על מדדי התפקוד של המשתתפים והן (אם כי במידה מתונה יותר) על מדד איכות החיים שלהם.** העלייה בתפקוד לא נמצאה כקשורה למאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המשתתפים, אך נמצאה קשורה עם רציפות ההדרכות ועם מספר הנושאים שהועברו בעת ההדרכה. כמו כן, העלייה במדד איכות החיים נמצאה קשורה עם הסדר המגורים של המשתתפים, קרי, העלייה באיכות החיים הייתה גבוהה באופן מובהק בקרב משתתפים שחיו עם בני משפחה לעומת משתתפים שחיו לבד. עם זאת, לא נמצא כי למספר המפגשים יש השפעה על מידת השיפור במדדי התפקוד של הנבדקים. ניתן לייחס ממצא זה לעובדה שההדרכה השיקומית הייתה מותאמת באופן אישי לצרכי המשתתפים, וכאשר נדרשו מפגשים נוספים כדי להשיג את יעדי ההדרכה, ההדרכה הווארכה בהתאם לצורך.

3.3 שביעות הרצון של מקבלי ההדרכה

תת פרק זה בוחן את מידת שביעות הרצון של מקבלי ההדרכה. לצורך כך, הועבר בעת המועד השלישי למחקר שאלון שביעות רצון, שכלל שאלות שונות העוסקות בטיב המורה, בשביעות רצון ממספר המפגשים ומתוצאות ההדרכה וכיוצא באלה. שביעות הרצון הוערכה באמצעות הציונים 5-1 – הציון 1 מייצג את שביעות הרצון הנמוכה ביותר ואילו הציון 5 מייצג את שביעות הרצון הגבוהה ביותר (ראו לוח 8).

לוח 8: מדד שביעות רצון של המשתתפים בעת המועד השלישי של המחקר (N=138)

מדד	ממוצע	חציון	סטיית תקן
למידת כישורים חדשים בעקבות ההדרכה	3.3	4.0	1.3
שיפור כישורים קיימים בעקבות ההדרכה	3.1	4.0	1.3
השפעת ההדרכה על איכות החיים	3.5	4.0	1.2
הסבר שיטת הטיפול	4.4	5.0	0.8
עמידה בציפיות בנוגע להדרכה	3.8	4.0	1.1
בהירות הסברי המורה	4.4	5.0	0.8
מידת שביעות הרצון מעבודת המורה	4.2	5.0	1.1
נכונות להשתמש בשירות בעתיד	4.09	4.0	.89
שביעות רצון כללית מהשירות	4.10	4.0	1.0

מניתוח השאלון עולה כי רוב המשתתפים היו שבעי רצון מהשירות שקיבלו. שביעות רצון זאת מתבטאת הן במדד הכללי (Mean=4.1 מתוך 5), הן בשביעות רצון מעבודת המורה (Mean=4.2) והן בנכונות גבוהה מאוד להשתמש בשירות זה בעתיד (Mean=4.09).

מהנתונים עולה ששביעות הרצון של מקבלי ההדרכה משיפור בכישורים (Mean= 3.1 מתוך 5) וכן מלמידת כישורים חדשים (Mean=3.3), נמוכה בהרבה מהממוצע הכללי (Mean=4.1). נתון זה מלמד כי קיים פער בין הציפיות של מקבלי ההדרכה ללמידה או שיפור של מיומנויות וכישורים לבין המידה שבה הם רכשו מיומנויות וכישורים בפועל, כפי שעולה בשאלה העוסקת בעמידה בציפיות של ההדרכה (Mean=3.8).

בהמשך, נערך ניתוח רגרסיה לינארית על מנת לבחון את הקשר בין שביעות רצון מהשירות לבין המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים: מגדר, לאום, גיל, הסדר מגורים, השכלה ותעסוקה. הניתוח לא מצביע על קשר בין המשתנים המפורטים לבין שביעות רצון של מקבלי ההדרכה (ראו לוח 9).

לוח 9: הקשר בין שביעות רצון מההדרכה השיקומית למאפיינים סוציו-דמוגרפיים

מאפיין	קטגוריה	Mean	B	Sig.
מגדר	זכר	3.79	.08	.55
	נקבה	3.85		
לאום	יהודי	3.82	-.13	.13
	ערבי	3.80		
מחוז	דרום	3.61	-.15	.28
	מרכז	3.82		
	צפון	3.78		
	ירושלים	4.10		
גיל	מינימום-25	3.72	.17	.35
	26-49	3.89		
	50-60	3.81		
	60-מקסימום	3.82		
הסדר מגורים	לבד	3.83	.24	.10
	משפחה	3.81		
	אחר	3.87		
השכלה	פחות מ-12 שני"ל	3.73	-.07	.64
	בגרות מלאה	4.13		
	הכשרה מקצועית	3.75		
	תואר ראשון	4.02		
	תואר שני	4.01		
תעסוקה	כן	3.80	-.08	.54
	לא	3.82		

לסיכום, מהנתונים ניתן לראות ששביעות הרצון הכללית מהשירות גבוהה מאוד, ובייחוד מעבודת המורה, הבנת שיטת הטיפול והנכונות להשתמש בהדרכה בעתיד. אך באותה העת ניתן לראות שהציונים שניתנו לתפוקות השירות נמוכים ביחס למדדים המייצגים את עבודת המורה ואת שביעות הרצון מהשירות שניתן. ממענה המשיבים ניתן להצביע על פער מסוים בין הציפיות של המשיבים מההדרכה לבין התוצאות של ההדרכה בפועל.

3.4 בחינת עבודת גורמי הרווחה ונותני השירות בנושא ההדרכה השיקומית

מטרת פרק זה היא לבחון את התנהלות עבודת המעטפת של שירותי ההדרכה השיקומית – קרי עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים ובעמותה המטפלת (מגדל-אור) – הן בהפניית מטופלים להדרכה והן בבקרה ופיקוח על ההדרכה. לצורך כך רואיינו גורמים שונים הקשורים לתהליך ובהם: **א.** עו"סים ומנהלים (הן במחלקות לשירותים חברתיים והן במרש"לים), **ב.** מורות שיקומיות ו-**ג.** מקבלי ההדרכה השיקומית.

הראיונות שנערכו עם כלל הגורמים במערכת **הראו שהשירות נתפס כחיוני, שהשפעותיו חיוביות, עקביות ותורמות לשיפור חיי מקבלי ההדרכה בתחומים השונים.** עם זאת, בראיונות עלו כמה נושאים לשיפור: **א.** שיווק והפניה לשירותי ההדרכה; **ב.** הממשק בין המחלקה לשירותים חברתיים והעמותה המפעילה; **ג.** זמינותן של המורות השיקומיות.

3.4.1 שיווק והפניית מטופלים לקבלת שירותי הדרכה שיקומית

אחד מתפקידי העו"ס במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים הוא הצגת שירותי הדרכה שיקומית והפניית אנשים עם עיוורון או לקות ראייה לקבלת שירותים אלה. מדובר בהליך חיוני עבור אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, שללא הכוונה מקצועית יתקשו להשיג מידע על השירות ולפנות אליו. מהראיונות עולה שבמקרים מסוימים, העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים לא הכירו את מכלול השירותים וכלי השיקום הרלוונטיים שאליהם ניתן להפנות אנשים עם עיוורון או לקות ראייה. כתוצאה מפערי הידע הללו עלו שתי בעיות חוזרות: **א.** עו"סים שאינם מציעים את השירות לאנשים הזכאים לו. **ב.** עו"סים שמפנים להדרכה אנשים שאינם מתאימים לקבל הדרכה זאת (למשל, עקב היעדר מוטיבציה או מסיבות הקשורות למצב גופני ונפשי או למגבלות אחרות).

המרואיינים הצביעו על כך שלעתים יש חוסר מודעות בקרב עו"סים בחלק מהרשויות לשירותי ההדרכה, דבר שמביא לאי הפניית מטופלים שזקוקים לשירות זה. כפי שציינה אחת המורות השיקומיות:

"אני הייתי ממליצה על העלאת מודעות. העו"סים לא מודעים לשירות הזה, ולאופן שבו הוא מתנהל. לפעמים המודרך מבקש את השירות והעו"סים לא מבינים מה הוא מבקש. אני מציעה לשפר את המודעות של העו"סים להדרכה בנושא, כיוון שלא תמיד הם מבינים מה זה השירות הזה". מורה אחרת ציינה: **"אני עדיין מרגישה שיש חוסר מודעות בלשכות הרווחה, בעיקר במגזר הבדואי... לא מפנים לקוחות בהתאם לכך. הרכזות שלנו עושות הרצאות ומספרות על השירות, אבל עדיין יש חוסר מקצועיות."**

עמדה דומה העלה אחד ממקבלי ההדרכה השיקומית, שטען שהמידע על קיומו של השירות לא הגיע אליו מהמחלקות לשירותים חברתיים. לדבריו:

"הודיעו לי שאני עיוור ומאז 'תשחה בכוחות עצמך'. אשתי התחילה לברר והגיעה לאגודה למען העיוור. היא נפגשה שם עם העו"ס והם פנו למגדל אור. אם לא הייתה מבררת – לא היינו מגיעים אליהם". טענה דומה עלתה בריאיון עם מקבל הדרכה אחר: **"באופן כללי העו"ס ברווחה לא התמצאה ולא סיפקה מידע. מה שקרה זה שבסוף אשתי 'חפרה' בזמן הפנוי שלה ומצאה את המידע הנדרש – לגבי תעודת עיוור, תכנה קולית וכו'. נראה לי לא הגיוני, העו"ס אמורה לספק את המידע."**

לצד תופעה זאת הייתה גם תופעה הפוכה, שבמסגרתה הופנו לשירותי ההדרכה אנשים עם עיוורון או לקות ראייה שכלל לא היו מעוניינים בשירות, או שרמת מוכנותם לשירות הייתה נמוכה. כפי שדיווחה מורה שיקומית:

"יש תחושה שלעתים מפנים אנשים שלא פנויים נפשית להדרכה. לפעמים אומרים 'כדאי לכם', לפעמים הם לא יודעים או מבינים במה מדובר או שאין להם מוטיבציה. כ-20% מהמקרים הם כאלה! אני עולה על זה בדרך כלל בשיחת הטלפון עמם או בפגישה." מורה שיקומית נוספת התייחסה לנושא:

"יש לי מקרה של הפניה שהייתה פתוחה במשך שנתיים-האישה לא הייתה פנויה נפשית להדרכה והעו"ס מאוד רצתה בהמשך ההדרכה."

נקודה נוספת שעלתה בראיונות עוסקת בקושי בהפניה לשירות, עקב הדרישה של העמותה המבצעת למילוי והגשה של מסמכים רבים, כפי שעלה מן הראיונות עם כל גורמי המערכת. דרישה זאת מרתיעה חלק מאוכלוסיית היעד מלפנות לקבלת השירותים. כך עלה מדברי הורה לילד עם לקות ראייה:

"רופאת ההתפתחות שלו בקופת החולים הפנתה למגדל-אור שהפנו לרווחה של קריית אונו. ברווחה זה היה תהליך ארוך, מסובך ומייאש. לא היה עם מי לדבר שם. בכל פעם שהתקשרתי לקחו את הפרטים שלי, אמרו שמישהו יחזור אלי ולא חזרו. זה היה כך במשך כמה חודשים, עד שפנינו ישירות למגדל-אור. הם פנו לאחראי ברווחה ותוך כשבועיים התקשרה עו"ס מהרווחה שטיפלה בעניין. דרשו מאתנו לפתוח תיק ברווחה, למלא שאלון, להציג תלושי שכר, חוזה שכירות וכדומה – כל זאת למרות שצינתי שאיננו מבקשים סיוע כספי."

לסיכום, מהראיונות עלו ממצאים שמצביעים על מידע חסר בחלק מהמחלקות לשירותים חברתיים, בנוגע למכלול השירותים שלהם זכאים אנשים עם עיוורון או לקות ראייה מתוקף מצבם, והיעדר ידע מספק בקרב העו"סים האמונים על שיווק התכנית ועל קידום תהליך ההפניה

להדרכה השיקומית. כמו כן עלה שבמקרים אחרים יש נטייה מוגזמת להפנות אנשים עם עיוורון או לקות ראייה לשירותי ההדרכה השיקומית, גם כאשר מוכנותם נמוכה.

3.4.2 הממשק בין המחלקות לשירותים חברתיים לבין העמותה המפעילה

נוסף להפניה לשירותי ההדרכה השיקומית, אחד מתפקידי העו"ס הוא לקיים מעקב אחר תהליך ההדרכה ואחר התקדמותו של מקבל ההדרכה, ולהציע מענה, למשל כאשר מתעורר צורך בהארכת הטיפול. במסגרת המעקב, המורה השיקומית שולחת בכל חודש דוח התקדמות, המפרט את עיקרי העבודה שנעשתה עם מקבל ההדרכה, בעיות שעלו במסגרת הביקור ותכנית לחודש הבא. דוח זה מועבר לרכזת המחוזית של העמותה המספקת את השירותים ולעו"ס – ואם יש צורך בהארכת ההדרכה, על המורה לפנות לגורמים הממונים על התיק לאישור חריגה.

מראיונות שהתקיימו עם העו"ס, עולה שמרבית המורות מקפידות על שליחת הדוח מדי חודש בחודשו. עם זאת, העו"סיות הממונות דיווחו שלעיתים לא מתקבל דיווח ישיר מהמורה או מנציג העמותה אלא מפי מקבל ההדרכה, שמעדיך אותן במצבו. במקרים רבים דיווחו עו"סים שהתראיינו למחקר כי אינם עומדים בעומס העבודה, ועל כן לא מתאפשר להם לבקר את קצב ההדרכה ותוצאותיה. כפי שציינה עו"ס במחלקה לשירותים חברתיים: **"זה שאני לא שומעת מהפונים שום דבר זה אומר שהם מרוצים. אם יש בעיות לרוב פונים (אליי)."**

גם בנושא זה, חלק ממקבלי ההדרכה דיווחו על היעדר מידע במחלקות לשירותים חברתיים בנוגע לטיפול בצרכים של מקבלי ההדרכה. כפי שסיפר אחד המראיינים: **"העו"ס לא הבין מה הוא צריך לעשות. לקח לו כארבעה שבועות לשאול איך עושים ומה עושים. הייתה לי הדרכה קודמת – תיק פתוח. אמרתי לו – 'אין לי מורה והתיק פתוח עד אוגוסט'. אמר ל – 'לא, אתה חייב לסיים את זה בשביל לפתוח תיק חדש...'. העניין הוא שלא יכולתי לנצל את התיק הפתוח, היות שלא הייתה לי מורה."**

כמו כן, בראיונות רבים עלה כי יש קושי משמעותי בנגישות לעו"ס במחלקות לשירותים חברתיים. אמנם צוין שישנן עו"סיות שיוזמות שיחות ומפגשים באופן קבוע, אך ברוב המקרים העו"סיות אינן פנויות למעקב רצוף אחר ההדרכה. לפי אחת המורות: **"מה שקורה זה שמאוד קשה להשיג אותן ולא תמיד הן חוזרות. לדעתי העו"סיות צריכות להיות זמינות, נגישות ומעורבות. הקשר צריך לבוא מהן"**. מורה אחרת אף אמרה: **"יש הרבה מקום לשפר, כל המורות אצלנו התייאשו והרימו ידיים, כי אין היענות מצד הלשכות. לא עונים לטלפונים."**

עם זאת, יש מורות שציינו שבמקרים ספציפיים הן יוצרות קשר עם העו"ס: **"במקרה הצורך יש קשר ישיר ביני לבין העו"ס. למשל, אם יש התנגדות לשימוש במקל נחייה, העו"ס יכולה**

לסייע. גם אם המודרך נוטה לסכן עצמו, אעזבן את העו"ס ישירות". עניין זה רלוונטי בעיקר במועצות מקומיות שבהן יש קשר טוב בין המורה השיקומית או הרכזת לבין העו"ס במחלקה, ורק במקרים חריגים הדורשים התערבות.

לסיכום, מן הראיונות עולה שמעורבות העו"ס בתהליך המעקב אחר התקדמות ההדרכות איננה משמעותית, וכי הנגישות שלהן למקבלי ההדרכה לוקה לעתים בחסר. ממצא זה עולה הן בראיונות עם מורות שיקומיות, הן מדיווחי מקבלי ההדרכה והן מפי העו"סים עצמם. עם זאת, לא ברור אם להיעדר הנגישות והמעקב מצד העו"ס יש השפעה על ההדרכות ועל תהליך השיקום של מקבל ההדרכה.

3.4.3 התאמת היצע המורות השיקומיות לביקוש באוכלוסייה

אחד מהממצאים שעלו בשאלונים שחולקו למשתתפים במחקר הוא שזמני ההמתנה לשירות היו לעתים ארוכים מהצפוי. 35% מהמשתתפים במחקר דיווחו על המתנה של למעלה מחודשיים ובמקרים מסוימים אף למעלה משנה. מנהלת המרש"ל תיארה את זמני ההמתנה לשירות: **"בשנה האחרונה זמני ההמתנה היו מאוד ארוכים אבל עכשיו זה מתקצר. יש הרגשה שזה משתנה. יש המתנה של מינימום חודש וחצי, מקסימום חצי שנה"**.

למשך ההמתנה עשויות להיות השלכות משמעותיות על חייהם של מקבלי ההדרכה. למשל, במקרה מסוים ביקשו הורים לילד לקוי ראייה הדרכת התמצאות בבית הספר החדש של ילדם. אולם עד שהתחילה ההדרכה השיקומית חלפה חצי שנת לימודים, וההדרכה כבר לא הייתה רלוונטית עבור הילד. במקרה אחר אדם שהיה אמור לקבל הדרכת ניידות לצורך הגעה למקום עבודה חדש, נאלץ להמתין כמה חודשים עד לקבלת ההדרכה, ולפיכך התעכבה גם התחלת עבודתו.

כמו כן, 30 מקבלי ההדרכה ציינו שההתערבות הייתה קצרה או שהיא הופסקה בטרם עת – בעקבות מחסור בשעות. גם בראיונות עם העו"סיות עלה נושא העומס על המורות, כפי שציינה אחת העו"סיות: **"(כשאני מפנה) אני צריכה לקוות שהמודרך לא יהיה ברשימת המתנה, כי אנחנו מקום קטן ויש לנו רק מורה אחת"**. במקרים אחרים, מקבלי הדרכה התלוננו על הדרכה מסוימת שניתנה להם רק במשרדי מגדל-אור, כגון הדרכת מחשוב שלוקחת זמן ומתבצעת בקבוצות, אף שהציוד המחשובי שמצוי במשרדי מגדל-אור איננו תואם למה שנמצא בביתו של מקבל ההדרכה, ולפיכך אין הלימה בין ההדרכה המתקבלת לבין הציוד שאותו מפעיל מקבל ההדרכה בחיי היומיום. למעשה, התערבות קצרה יותר והגדלת כמות ההדרכות בקבוצות מעידים על מחסור בכוח אדם שפוגע במתן שירות יעיל ומהיר לאוכלוסייה הזכאית.

נושא נוסף שעלה בראיונות הוא המחסור בכוח אדם במגזר הערבי, שבניסיון למצוא לו פתרון מורות מהמגזר מתבקשות להתנייד למרחקים ארוכים על מנת לספק את השירות. בעקבות זאת מתעכב מתן השירות וההדרכה מתקצרת. עו"ס במגזר תיארה זאת כך: **"לא היו הרבה מורות דוברות ערבית אז הייתה בעיה בנושא. בינתיים הם מסמיכים דוברי ערבית, אבל אין הרבה מורים ובעבר זה היה קשה"**.

לסיכום, כלל הגורמים שיבחו בראיונות את עבודתן של המורות השיקומיות והגדירו אותה כמצוינת. בעיקר צוינו לטובה סבלנותן והיכולת שלהן להגביר את המוטיבציה ואת תחושת המסוגלות בקרב מקבלי ההדרכה. חוות דעת זאת משקפת הן את מקבלי ההדרכה שהתראיינו והן את העו"סים הפועלים במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים. כפי שציינה אחת העו"סיות שהתראיינו: **"השירות חשוב כי זה מהווה את ההבדל בין להיות תלוי ומדוכא לבין לחזור לחיים, כי המורות האלו נותנות גם בהיבט של המיומנויות וגם בהיבט הרגשי של הנושא – וזה מסייע מאוד בהתמודדות"**.

עם זאת, בראיונות עלו כמה נקודות לשיפור. רוב הטענות שהתקבלו עסקו בהיבט התפעולי של השירות, והעיקרית שבהן היא המחסור במורות שיקומיות. מחסור זה הוביל להמתנה ממושכת לתחילת הטיפול (בין שישה חודשים לשנתיים), לתדירות מפגשים נמוכה מהרצוי או להפסקת ההדרכה לתקופות ממושכות. כמו כן צוין המחסור במורות דוברות השפה הערבית. נוספת על כך הבעייתיות הכרוכה בהדרכה טכנולוגית במשרדי מגדל-אור, שיוצרת אי-הלימה בין המכשור שעליו מתבססת ההדרכה והציוד שבידי מקבלי ההדרכה בפועל.

4. דיון

ההתמודדות עם עיוורון או עם לקות ראייה מובילה לפגיעה בעצמאותו של האדם. פגיעה זאת הופכת את האדם עם העיוורון או לקות הראייה לתלוי באחרים בחיי היומיום, ומובילה לבידוד חברתי, להפחתת היכולת להשתלב בחיים התעסוקתיים והקהילתיים וכתוצאה מכך אף לפגיעה באיכות החיים ובמצב הנפשי והבריאותי. בשל כך, פועלות בישראל וברחבי העולם תכניות התערבות רבות, שנועדו לאפשר לאדם עם עיוורון או לקות ראייה להשתלב בכל סביבה, מוכרת ובלתי מוכרת, ולתפקד באופן בטיחותי ועצמאי.

מחקר זה בחן את יעילות שירותי ההדרכה השיקומית המיועדים לאנשים עם עיוורון או עם לקות ראייה המוכרים כזכאים לשירות זה על ידי משרד הרווחה והשירותים החברתיים. שירותים אלה מסופקים בידי מורות מומחיות לשיקום המועסקות בעמותת מגדל-אור.⁶ המחקר נועד לבדוק את שירותי ההדרכה המועברת בידי המורות – באמצעות בחינה כמותית ואיכותנית של השפעת השירות – וזאת באמצעות ראיונות שנערכו למקבלי ההדרכה, למפעיליו ולעו"סים המפנים את מטופליהם לקבלת השירות.

ממצאי המחקר מצביעים על השפעה חיובית מובהקת של שירותי ההדרכה השיקומית על אוכלוסיית מקבלי ההדרכה, הן במהלך ההדרכה והן לאחריה. ההשפעה החיובית התבטאה בשיפור משמעותי במדדים התפקודיים, בשיפור מובהק אך מתון יותר בתפישת איכות החיים ובשביעות רצון גבוהה של המשתתפים במחקר מהשירות שקיבלו ומרמתן המקצועית של המורות השיקומיות. כמו כן, עלה כי גם הגורמים המפקחים על ההדרכה, ובכללן עו"סיות במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים, ביטאו בראיונות שנערכו עמם הערכה גבוהה מאוד למורות השיקומיות ולעבודתן. **להלן ייערך דיון בעיקרי הממצאים.**

4.1 השפעת ההדרכה על רמת התפקוד של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה ועל איכות חייהם

השאלה המרכזית שבה עסק המחקר היא אם יש לשירותי ההדרכה השיקומית השפעה חיובית על מקבלי ההדרכה. המחקר בחן את מידת ההשפעה באמצעות שני מדדים: מדד תפקודי ומדד איכות חיים – שנבחנו בשאלון בשלושה מועדים: לפני תחילת ההדרכה, בסיומה וכשישה חודשים לאחר סיום ההדרכה. כמו כן, טיב ההדרכה הוערך באמצעות שאלון שביעות רצון, שהועבר למקבלי ההדרכה במועד השלישי של המחקר (כשישה חודשים לאחר סיום ההדרכה).

⁶ שירותים נוספים ניתנו באמצעות עמותת אלי"ע, המספקת שירותים למטופלים בגיל הרך ולפיכך לא התאימה למתכונת של המחקר הנוכחי.

בדיקת מידת השינוי במדדים התפקודיים העלתה כי חל שינוי משמעותי מובהק כתוצאה מההדרכה. השיפור התמיד גם לאחר סיום ההדרכה (אם כי חלק מהנבדקים החלו לקבל הדרכה אחרת בחודשים שלאחר הסיום). משתתפי המחקר הראו שיפור מובהק סטטיסטית בשלושה מתוך ארבעה מדדים שנבחנו: התמצאות וניידות, עבודות בבית ושימוש בתקשורת ופנאי. הנתון היחיד שלא הושפע באופן מובהק סטטיסטית מההדרכה הוא מדד הטיפול העצמי. ממצאי המחקר מצביעים על כך שמאפיינים סוציו-דמוגרפיים אינם קשורים למידת השינוי במדדים התפקודיים.

השינוי החיובי במדדים התפקודיים עולה בקנה אחד עם מחקרים רבים שעוסקים בנושא שיקום תפקודי של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, באמצעות מערך שיקומי המבוסס על הדרכה שיקומית או מערך הכולל הדרכה לצד טיפול שיקומי אופטומטרי (Alma, 2012; Ballemans et al., 2012; Bischof, 2008; De Boer et al., 2006; Stelmack et al., 2008). מחקר זה העלה ממצאים משמעותיים התומכים בנחיצות של שיקום המבוסס על הדרכה פרטנית ולא רק בשיקום המבוסס על כלים אופטומטריים.

הממצאים שעסקו בנושא ההשפעה של ההדרכה על תפישת איכות החיים של הנבדקים העלו ממצאים מובהקים אך בולטים פחות. בעקבות ההדרכה השיקומית נראה אמנם שיפור מסוים בתפישת איכות החיים, אך מדובר בשיפור מתון יחסית לשיפור שנמצא במדדים התפקודיים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים נוספים שנערכו (Hinds et al., 2003; Kuyk et al., 2008; Renieri et al., 2013; Scott et al., 1999). ממצא זה זכה לאישוש גם בתשובות לשאלה העוסקת בשיפור איכות החיים – בשאלון שביעות הרצון שהועבר במועד השלישי של המחקר. המשתתפים לא העניקו ניקוד גבוה לשאלה הועסקת בהשפעת ההדרכה השיקומית על איכות החיים שלהם (3.5 מתוך 5).

כמו כן, סוג ההדרכה נמצא קשור למידת השיפור בממד התפקודי. מידת השיפור הגבוהה ביותר נצפתה אצל מקבלי ההדרכה שבהדרכה השיקומית שקיבלו שולבו כמה תחומי עיסוק, לעומת הדרכות שהתמקדו בנושא אחד בלבד. כמו כן, נמצא קשר קרוב למובהק בין רציפות המפגשים לבין מידת השיפור בממד התפקודי. כלומר, ככל שרציפות המפגשים גבוהה יותר, כך נצפה שיפור רב יותר במדדי התפקוד. לא נמצא קשר מובהק בין מאפייני הטיפול האחרים (מספר מפגשים, משך כל מפגש) לבין מידת השינוי במדדי ההצלחה, בממד התפקוד ובאיכות החיים. ניתן להסביר ממצא זה בכך שהמשתתפים במחקר קיבלו התערבות אינדיבידואלית המתאימה

לצרכיהם האישיים וליכולתם האישית. ממצא זה מסביר את היעדר ההבדלים בין משתתפים שקיבלו הדרכות ממושכות למשתתפים שקיבלו הדרכות קצרות במידת השיפור התפקודי. יתרונות שירותי ההדרכה השיקומית זכו לביטוי גם בשאלון שביעות הרצון שמילאו המשתתפים במועד השלישי. שאלונים אלה הצביעו על שביעות רצון רבה מצד המשתתפים בכלל, ומעבודת המורה בפרט (ממוצע של 4.2 מתוך 5). ממוצעים גבוהים ניתנו גם לפרמטרים: נכונות להשתמש בשירות בעתיד (4.1 מתוך 5), ושביעות רצון כללית מהשירות (4.1 מתוך 5). עם זאת, שאלוני שביעות הרצון מראים כי הנבדקים מייחסים להדרכה השיקומית השפעה מתונה בלבד על רכישת מיומנויות חדשות (ממוצע של 3.3 מתוך 5) או על שיפור מיומנויות קודמות (ממוצע של 3.1 מתוך 5).

4.2 בחינת יעילות גורמי הרווחה ונותני השירות בנושא ההדרכה השיקומית

מטרת נוספת של המחקר הייתה לבחון את תהליך ההפניה, המעקב והטיפול של דרג המטה, הכולל עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים ובמרש"לים וכן את דרג המטה בעמותה המטפלת בנושא ההדרכה השיקומית. מחקר זה נעשה באמצעות ראיונות עומק שנערכו עם מנהלים ועו"סים (הן במחלקות לשירותים חברתיים והן במרש"לים), מורות שיקומיות ומקבלי הדרכה ספציפיים שנבחרו לשם כך. מהראיונות עולות כמה סוגיות.

ראשית, עולה שבמקרים רבים קיים חוסר ידע בנוגע לשירות ההדרכה השיקומית, הן בקרב מקבלי ההדרכה והן בקרב העו"סים, שלעתים אינם מכירים את השירות ואינם מפנים אליו את הזכאים. היעדר הידע בנושא ההדרכות עלה ברבים מן הראיונות. חלק מהמראיינים הצביעו על היעדר מערך שיווק והדרכה שיכול לסייע להם בעת ההסבר על השירות ועל יתרונותיו. היעדר הידע בנוגע לשירות זה הביא לעתים לתוצאה ההפוכה, עו"סים הפנו לשירותי ההדרכה אנשים שלא הבינו מה כולל השירות ובאיזה אופן הוא יכול לתרום להם, והסכימו לקבלו ללא מוכנות אמיתית לעמידה בדרישות ההדרכה.

שנית, הדרג המפנה, העו"סים במחלקות לשירותים חברתיים, העידו כי הקושי הכרוך במילוי הטפסים ובהמצאת המסמכים מביא לעתים לכך שעו"סים נמנעים מלהפנות את מטופליהם לשירותי ההדרכה השיקומית. קושי זה מתחבר לסעיף הקודם, המתאר את פערי הידע בקרב עו"סים במחלקות לשירותים חברתיים בנוגע לשירותים שלהם זכאים אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, ואת האופן שבו יש לפעול כדי לממש זכאות זאת.

שלישית, עולה כי קיים פער בין הצורך במורות שיקומיות לבין זמינותן בפועל. פער זה שדווח בראיונות רבים, מתבטא גם בתקופות המתנה ארוכות מאוד שלעתים מבטלות את הצורך

בהדרכה, וגם בכך שעו"סים מאזורים גיאוגרפיים מסוימים נמנעים מהפניה, היות שהם תופסים את תקופת ההמתנה והיעדר הזמינות של מורות שיקומיות כמייתרות את התהליך כולו. כמו כן, עלה צורך בגיוון מערך המורות, כך שיתאימו לאוכלוסייה שאיננה דוברת את השפה העברית. עם זאת, המרואיינים הסכימו פה אחד כי המורות השיקומיות עושות עבודה מצוינת במתן כלים ובהעצמת אנשים עם עיוורון או לקות ראייה. מן הראיונות עלה שהבעיות בשירות, אם ישנן, נובעות מדרג המטה (בשיווק, בהדרכה ובזמינות של המורות), ולא מעבודתן של המורות עצמן.

4.3 מסקנות יישומיות

מהמחקר עולה שעבודת המורות השיקומיות יעילה ומוערכת על ידי כלל הגורמים המעורבים. מקבלי ההדרכה דיווחו על שיפור במגוון נושאים, הן בהשפעה על תפקודים והן (באופן מתון יותר) בהשפעה על איכות החיים. הערכה דומה לעבודתן של המורות השיקומיות דווחה גם מצד העובדים הסוציאליים שהתראיינו לצרכי המחקר, הן במחלקות לשירותים החברתיים והן במרש"לים. מדבריהם של מקבלי ההדרכה ומדברי העו"סיות עולה שהמורות מספקות את השירות באופן מקצועי ואמפתי, שמייצר מוטיבציה רבה אצל מקבל ההדרכה ומשפר את מצבו הנפשי לעתים קרובות. **במקביל עלו בראיונות כמה היבטים הדורשים שיפור:**

א. שיווק ההדרכה בקרב אנשים עם עיוורון או לקות ראייה: מהראיונות שבוצעו עולה שעיקר האחריות להכרת השירות לזכאים לקבלו מוטלת על העו"ס, אולם במקרים מסוימים העו"סים אינם בקיאים במגוון האפשרויות הקיימות, ולפיכך הזכאים לשירות אינם מקבלים את מכלול המידע הרלוונטי בנוגע לשירותים. בהקשר זה נמליץ על גיבוש חוברת מידע שתפרט את השירותים הרלוונטיים ואת הדרכים לקבלתם, ותופץ בקרב הגורמים המעורבים במתן השירות.

ב. תהליך ההפניה לשירות: במקרים רבים הצביעו מקבלי ההדרכה על הקושי הרב הכרוך בהמצאת מכלול האישורים והטפסים, כגורם שמעכב את הפנייה לקבלת שירותי ההדרכה ולעתים אף מונע אותה.

ג. הגדלת כמות המורות בכלל ומורות מהמגזר הערבי בפרט: מהראיונות עולה שעומס העבודה הוא גדול, וכתוצאה מכך תקופת ההמתנה לשירות ארוכה יחסית. בנוסף לכך עלה הצורך בהגדלת ההיצע של הדרכות קבוצתיות, בעיקר בנושאי מחשבים, ואף מעבר ליותר הדרכות פרטניות.

4.4 מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי נמצאו כמה מגבלות: ראשית, לנוכח מגבלות בהליך הגיוס והצורך לשמור על פרטיותם של אנשים עם עיוורון או לקות ראייה, אוכלוסיית המחקר כללה אך ורק מופנים לקבלת שירותי הדרכה שיקומית שהביעו הסכמה מפורשת להשתתף במחקר. מסיבה זאת לא נבדקו אנשים עם לקות ראייה או עיוורון שלא הופנו לקבלת שירותי הדרכה שיקומית.

שנית, מבחינה מתודולוגית, ההסתמכות על שאלונים טומנת בחובה בעייתיות בכל הנוגע להערכה אישית של יכולת תפקודית. המחקר היה יוצא נשכר לו הייתה נערכת במקביל לשאלונים גם תצפית לביסוס ההערכה, הבוחנת את תפקודי היומיום השונים של המשתתפים במחקר ואת השינויים שחלו בתפקודים אלה בעקבות ההדרכה השיקומית. יתר על כן, משך תקופת המעקב אחרי המשתתפים במחקר עמדה על כשנה וחצי, אולם שירותי ההדרכה נמשכים לעתים למעלה משנתיים, ולפיכך יש מקום לביצוע מחקר ארוך טווח – שיבחן את הנבדקים במשך תקופה ארוכה בהרבה, לאחר סיום ההדרכה.

4.5 הצעות למחקר המשך

לנוכח המגבלות שצינו, נמליץ על מחקר המשכי שיבחן כמות נבדקים קטנה יותר, תוך שילוב כלי תצפית וניסוי בנוסף לשאלונים. באופן זה יוכל צוות המחקר להתרשם באופן בלתי תלוי ביכולותיו של הנבדק למלא מטלות, ולקבוע את יעילות השירות הנבדק – לפי אופן הביצוע.

מקורות

- הוראות והודעות, (2008). שירותי ההדרכה השיקומית לעיוורים ולקויי ראייה. בתוך: הוראה 6 לפרק 6 בתע"ס. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ירושלים.
- גלייטמן, א. (2014). אנשים עם עיוורון ולקות ראייה. בתוך: סקירת השירותים החברתיים לשנת 2013. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, ירושלים. ע' 589-608.
- גלייטמן, א., גוזובסקי מ. (2016). מדריך זכויות ושירותים לעיוורים בישראל. משרד הרווחה והשירותים החברתיים, השירות לעיוור. ירושלים.
- Alma, M. A. (2012). *Participation of the visually impaired elderly: determinants and intervention*. University Library Groningen.
- Assari, S., Lankarani, R. M., & Lankarani, M. M. (2014). Cross-country differences in the association between diabetes and disability. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 13, 1.
- Ajuwon, P. M., & Craig, C. J. (2008). Distance education in the preparation of teachers of visually impaired and orientation and mobility specialists: Profile of a new training paradigm. *Rehabilitation Education for Blindness and Visual Impairment*, 39, 9-14.
- Ballemans, J., Zijlstra, G. R., van Rens, G. H., Schouten, J. S., & Kempen, G. I. (2012). Usefulness and acceptability of a standardised orientation and mobility training for partially-sighted older adults using an identification cane. *BMC health services research*, 12, 141.
- Bischof, E. M. (2008). *Practices for Determining the Provision of Orientation and Mobility Instruction for Students with Low Vision*. ProQuest.
- Binns, A. M., Bunce, C., Dickinson, C., Harper, R., Tudor-Edwards, R., Woodhouse, M., & Margrain, T. H. (2012). How effective is low vision service provision? A systematic review. *Survey of ophthalmology*, 57, 34-65.
- Capella-McDonnall, M. (2007). The need for health promotion for adults who are visually impaired. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 101, 133.
- De Boer, M. R., Twisk, J., Moll, A. C., Völker-Dieben, H. J., De Vet, H. C., & Van Rens, G. H. (2006). Outcomes of low-vision services using optometric and multidisciplinary approaches: a non-randomized comparison. *Ophthalmic and Physiological Optics*, 26, 535-544.
- Dursin, A. G. (2012). Information design and education for visually impaired and blind people. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 46, 5568-5572.
- Evans, J. R., Fletcher, A. E., & Wormald, R. P. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*, 114, 283-288.
- Espinosa, M. A., Ungar, S., Ochaíta, E., Blades, M., & Spencer, C. (1998). Comparing methods for introducing blind and visually impaired people to unfamiliar urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 277-287. *Fact Sheet*

N°282 .(2016) Visual impairment and blindness. In <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en>

Frick, K. D., Gower, E. W., Kempen, J. H., & Wolff, J. L. (2007). Economic impact of visual impairment and blindness in the United States. *Archives of Ophthalmology*, 125, 544-550.

Glen, F. C., Crabb, D. P., & Garway-Heath, D. F. (2011). The direction of research into visual disability and quality of life in glaucoma. *BMC ophthalmology*, 11, 19.

Hakobyan, L., Lumsden, J., O'Sullivan, D., & Bartlett, H. (2013). Mobile assistive technologies for the visually impaired. *Survey of ophthalmology*, 58(6), 513-528.

Hinds, A., Sinclair, A., Park, J., Suttie, A., Paterson, H., & Macdonald, M. (2003). Impact of an interdisciplinary low vision service on the quality of life of low vision patients. *British Journal of Ophthalmology*, 87, 1391-1396.

Hirai, F. E., Tielsch, J. M., Klein, B. E., & Klein, R. (2011). Ten-year change in vision-related quality of life in type 1 diabetes: Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. *Ophthalmology*, 118, 353-358.

Horowitz, A., Brennan, M., Reinhardt, J. P., & MacMillan, T. (2006). The impact of assistive device use on disability and depression among older adults with age-related vision impairments. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, S274-S280.

Jaarsma, E. A., Dekker, R., Koopmans, S. A., Dijkstra, P. U., & Geertzen, J. H. (2014). Barriers to and facilitators of sports participation in people with visual impairments. *Adapt Phys Act Q*, 313, 240-64.

Joffe, E., & Rikhye, C. H. (1995). Orientation and mobility for students with severe visual and multiple impairments: A new perspective. *Hand in Hand: Selected Reprints and Annotated Bibliography on Working with Students who are Deaf-blind*, 2, 51.

Klein, R., & Klein, B. E. (2013). The Prevalence of Age-Related Eye Diseases and Visual Impairment in Aging: Current Estimates. *Prevalences of Age-Related Eye Diseases. Investigative ophthalmology & visual science*, 54, ORSF5-ORSF13.

Kuyk, T., Liu, L., Elliott, J. L., Grubbs, H. E., Owsley, C., McGwin Jr, G., & Fuhr, P. S. (2008). Health-related quality of life following blind rehabilitation. *Quality of Life Research*, 17, 497-507.

Lahav, O., Schloerb, D. W., & Srinivasan, M. A. (2015). Virtual environments for people who are visually impaired integrated into an orientation and mobility program. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109, 5-16.

Lamoureux, E. L., Pallant, J. F., Pesudovs, K., Rees, G., Hassell, J. B., & Keeffe, J. E. (2007). The effectiveness of low-vision rehabilitation on participation in daily living and quality of life. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, 48, 1476-1482.

- Langelaan, M., van Nispen, R. M., & van Rens, G. H. (2007). Rehabilitation for visually impaired adults: a systematic review. *Quality of Life of Visually Impaired Working Age Adults*, 63.
- Latham, K. (2013). Evaluation of an emotional support service for the visually impaired. *Optometry & Vision Science*, 90, 836-842.
- Lewis, S., & Boland Patterson, J. (1998). Training Needs of Rehabilitation Counselors and Rehabilitation Teachers in State Vocational Rehabilitation Agencies Serving Individuals with Visual Disabilities. *The Journal of Rehabilitation*.
- Liu, C. J., Brost, M. A., Horton, V. E., Kenyon, S. B., & Mears, K. E. (2013). Occupational therapy interventions to improve performance of daily activities at home for older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 279-287.
- Long, R. G., & Giudice, N. A. (2010). Establishing and maintaining orientation for orientation and mobility. In B. B. Blasch, W. R. Wiener & R. W. Welch (Eds.), *Foundations of orientation and mobility* (3rd ed., Vol. 1: History and Theory, pp. 45-62). New York: American Foundation for the Blind.
- Murray, S. A., McKay, R. C., & Nieuwoudt, J. M. (2010). Grief and needs of adults with acquired visual impairments. *British Journal of Visual Impairment*, 28(2), 78-89
- Otero-Fernandez, R. (2004). Puerto Rican family involvement in the orientation and mobility training of their children with visual impairments. *ProQuest*
- Papadopoulos, K., Montgomery, A. J., & Chronopoulou, E. (2013). The impact of visual impairments in self-esteem and locus of control. *Research in developmental disabilities*, 34(12), 4565-4570.
- Peyron, F., Garweg, J. G., Wallon, M., Descloux, E., Rolland, M., & Barth, J. (2011). Long-term impact of treated congenital toxoplasmosis on quality of life and visual performance. *The Pediatric infectious disease journal*, 30, 597-600.
- Rahardja, D. (2013). Analysis of Orientation and Mobility Skills in Persons with Visual Impairment. *International Journal of Education*, 33, 18-26.
- Rees, G., Saw, C. L., Lamoureux, E. L., & Keeffe, J. E. (2007). Self-management programs for adults with low vision: needs and challenges. *Patient education and counseling*, 69, 39-46.
- Rees, G., Ponczek, E., Hassell, J., Keeffe, J. E., & Lamoureux, E. L. (2010). Psychological outcomes following interventions for people with low vision: a systematic review.
- Renaud, J., & Bédard, E. (2013). Depression in the elderly with visual impairment and its association with quality of life. *Clinical interventions in aging*, 8.

- Renieri, G., Pitz, S., Pfeiffer, N., Beutel, M. E., & Zwerenz, R. (2013). Changes in quality of life in visually impaired patients after low-vision rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36, 48-55.
- Ryan, B., Khadka, J., & Bunce, C. (2013). Effectiveness of the community-based Low Vision Service Wales: a long-term outcome study. *British Journal of Ophthalmology*, 97, 487-491.
- Salomone, P. R., & Paige, R. E. (1984). Employment problems and solutions: Perceptions of blind and visually impaired adults. *Vocational Guidance Quarterly*, 33(2), 147-156.
- Scott, I. U., Smiddy, W. E., Schiffman, J., Feuer, W. J., & Pappas, C. J. (1999). Quality of life of low-vision patients and the impact of low-vision services. *American journal of ophthalmology*, 128, 54-62.
- Soong, G. P., Lovie-Kitchin, J. E., & Brown, B. (2001). Does mobility performance of visually impaired adults improve immediately after orientation and mobility training?. *Optometry & Vision Science*, 78, 657-666.
- Stelmack, J. A., Tang, X. C., Reda, D. J., Rinne, S., Mancil, R. M., & Massof, R. W. (2008). Outcomes of the veterans affairs low vision intervention trial (LOVIT). *Archives of Ophthalmology*, 126, 608-617.
- Swanson, M. W., Bodner, E., Sawyer, P., & Allman, R. (2012). Visual Acuity's Association with Levels of Leisure-Time Physical Activity Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of aging and physical activity*, 20, 1.
- Walter, C., Althouse, R., Humble, H., Smith, W., & Odom, J. V. (2007). Vision rehabilitation: Recipients' perceived efficacy of rehabilitation. *Ophthalmic epidemiology*, 14, 103-111.
- West, S. K., Rubin, G. S., Broman, A. T., Munoz, B., Bandeen-Roche, K., & Turano, K. (2002). How does visual impairment affect performance on tasks of everyday life? The SEE Project. *Archives of Ophthalmology*, 120, 774-780.
- Yildiz, M. A., & Duy, B. (2013). Improving Empathy and Communication Skills of Visually Impaired Early Adolescents through a Psycho-Education Program. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 13(3), 1470-1476.
- Zijlstra, G. R., Ballemans, J., & Kempen, G. I. (2013). Orientation and mobility training for adults with low vision: a new standardized approach. *Clinical rehabilitation*, 27(1), 3-18.

נספחים

נספח 1 א: שאלון הערכה – מועבר למשתתפים בשלושת מועדי המחקר

הנחיות לפנייה

הצגת המראיין: שמי ("המראיין"), אני עובד באגודה לבריאות הציבור שמבצעת עבור השירות לעיוור ואגף המחקר במשרד הרווחה מחקר בדבר טיב שירותי ההדרכה הניתנים לעיוורים וללקויי ראייה, והשפעותיהם על תחומי החיים.

רקע כללי (להקריא למראיין):

משרד הרווחה רוצה לבחון באמצעות מחקר זה את טיב שירותי ההדרכה הניתנים לאוכלוסיית היעד של השירות לעיוור. נודה לך על שיתוף הפעולה במענה לשאלות. כמו כן, לאחר סיום ההדרכה שתעבור, נבקש ממך לענות שוב על אותן השאלות. תשובותיך יעזרו לנו מאוד להעריך את השפעת ההדרכה שעברת. אם תרגיש שלא בנוח, תוכל להפסיק לענות על השאלון בכל שלב.

תאריך הריאיון: _____, שם המראיין: _____,

*** למראיין, אנא התאם את נוסח השאלה למגדר המשיב/ה**

חלק א: פרטים אישיים

1. שם מלא: _____
2. שנת לידה: _____
3. עיר מגורים: _____
4. מקום מגורים: א. בית; ב. בית אבות; ג. דיור מוגן; ד. אחר – יש לציין איזה _____.

5. מצב משפחתי:

א. נשוי
ב. גרוש
ג. רווק
ד. פרוד
ה. אלמן

6. עם מי אתה מתגורר: א. לבד; ב. משפחה; ג. מטפלת; ד. אחר – יש לציין עם מי _____.

7. רמת השכלה:

א. פחות מ-12 שנות לימוד ;
ב. השכלה תיכונית (תעודת בגרות) ;
ג. הכשרה מקצועית / לימודי תעודה ;
ד. תואר ראשון ;
ה. תואר שני ומעלה.

8. האם אתה עובד עתה? א. כן ; ב. לא.

9. מהו היקף עבודתך במונחי חלקיות משרה, כאשר עבודה במשרה מלאה שקולה ל-8 שעות

עבודה ביום _____ .

10. בעיות בריאותיות נוספות: לא ; כן פרט:

11. _____

12. הדרכה שיקומית בעבר: כן/לא (אם כן, באילו מההדרכות השתתפת בעבר? ניתן לבחור

יותר מאחת).

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| א. התמצאות וניידות בתוך מבנה ; | ז. מחשבים ; |
| ב. התמצאות וניידות בחוץ ; | ח. טיפול בתינוק בידי הורים עיוורים ; |
| ג. טיפול עצמי ; | ט. טיפול בתינוק העיוור בידי הורים |
| ד. עבודות מטבח ; | רואים ; |
| ה. תחזוקת בית ; | י. הכנה לשעת חירום ; |
| ו. תקשורת (בטלפון [נייד ונייח], | יא. ניצול שעות הפנאי. |
| כתיבה וקריאה וזיהוי כסף) ; | |

13. מהי ההדרכה השיקומית שאתה אמור לקבל עתה? _____ .

14. מהן ציפיותיך מהשירות שביקשת:

1. _____ .

2. _____ .

3. _____ .

4. חלק ב: פרטים על מצב הראייה

1. בעל תעודת עיוור כן / לא. אם כן, שנת הנפקת תעודת העיוור _____.
2. מצב הראייה: עיוור מוחלט / עיוור עם תחושת אור / בעל שרידי ראייה.
3. מגבלה בשדה הראייה: קיימת / לא קיימת.
4. מגבלה בחדות: קיימת / לא קיימת.
5. משתמש בעזרים לקריאה: לא/כן. אם כן, פרט באילו _____.
5. ראייה שימושית לטווח הארוך (לניידות): קיימת / לא קיימת.
7. רגישות לאור חזק (סנוור): קיימת / לא קיימת.
8. ראיית צבע: קיימת / לא קיימת.

חלק ג: הערכת מסוגלות תפקודית

הסוקר: כעת אשאל אותך על כמה סוגי משימות שעליך לבצע בחיי היומיום. אנא הערך את רמת יכולתיך בסולם שבין 1 – "אינני יכול לבצע פעילות זאת", ל-5 – "אני מבצע פעילות זאת טוב מאוד".

התמצאות וניידות

התמצאות וניידות	טוב מאוד	די טוב	בינוני	במידה מעטה	לא יכול
1. התמצאות באזור הבית					
2. ניידות באזור הבית					
3. הליכה נכונה עם מקל או כלב נחייה					
4. ניידות בכבישים וצמתים					
5. שימוש בתחבורה ציבורית					

טיפול עצמי

טיפול עצמי	טוב מאוד	די טוב	בינוני	במידה מעטה	לא יכול
6. בחירה, ארגון וטיפול בפריטי לבוש					
7. היגיינה אישית (רחצה, גילוח, סירוק וכדומה)					
8. שימוש בתרופות					
9. אכילה עצמאית					

עבודות בית

לא יכול	במידה מעטה	בינוני	די טוב	טוב מאוד	עבודות בית
					10. איתור פריטים במטבח
					11. מזיגת נוזלים / הכנת משקאות חמים
					12. קילוף ושימוש בסכין לחיתוך
					13. הדלקת גז / כירה חשמלית
					14. הפעלת מכשירים במטבח
					15. הכנת ארוחה – עריכה, טיגון, אפייה ובישול
					16. הדחת כלים
					17. סידור וניקיון
					18. טיפול בכביסה
					19. הפעלת מכשירים (כביסה, מייבש וכדומה)
					20. תחזוקת הבית

תקשורת ופנאי

לא יכול	במידה מעטה	בינוני	די טוב	טוב מאוד	תקשורת ופנאי
					21. שימוש בשעון
					22. שימוש במזגן
					23. שימוש בטלפון (נייד/נייח)
					24. זיהוי מטבעות ושטרות
					25. שימוש במעלית
					26. שימוש בכספומט
					27. שימוש במחשב
					28. שימוש בנגן, רדיו או מערכת קולית
					29. שימוש בשירותי הספרייה לעיוורים ולקויי ראייה

לא יכול	במידה מעטה	בינוני	די טוב	טוב מאוד	תקשורת ופנאי
					30. מיומנות קריאה (כולל כתב ברייל)
					31. מיומנויות כתיבה (כולל כתב ברייל)
					32. הכרה ושימוש בטכנולוגיה מסייעת, דוגמת זכוכית מגדלת, טמסי"ם, מזהה צבע, פן פרינד.
					33. שימוש במשחקים
					34. ביצוע עבודות מלאכת יד
					35. פעילות פנאי (הערכה כללית)

36. האם ישנן פעילויות שאינך מבצע מהסיבות הללו :

א. פעילויות שאינני מבצע מפני שאני חש שאיני יכול לבצען : כן/לא.

אם כן, אנא פרט פעילויות אלו : _____ , _____ , _____ ,

_____.

ב. פעילויות שאינני מבצע מפני שזו חלוקת התפקידים בבית. כן/לא.

אם כן, אנא פרט פעילויות אלו : _____ , _____ , _____ ,

_____.

ג. פעילויות שאינני מבצע מפני שבני הבית אינם מאפשרים/מעוניינים כי אבצע אותן.

כן/לא.

אם כן, אנא פרט פעילויות אלו : _____ , _____ , _____ ,

_____.

חלק ד: הערכת תחושות ושביעות רצון.

הסוקר : כעת אשאל אותך על תחושותיך ביחס למצב ראייתך. אנא הערך את רמת הסכמתך

למשפטים הבאים, אנא הערך את מידת הסכמתך בסולם שבין 1 – " חוסר הסכמה מוחלט", ל-5

– "הסכמה מלאה".

במידה מועטה מאוד	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	בדרך כלל אני חש....
					1. תחושת ביטחון בבית
					2. תחושת ביטחון מחוץ לבית
					3. תחושה שכל מה שיכולתי לעשות בעבר אני יכול לעשות גם עתה
					4. תחושת שביעות רצון מתפקודי באופן כללי
					5. שביעות רצון ממידת עצמאותי מחוץ לבית
					6. שביעות רצון מחיי הפנאי שלי
					7. שביעות רצון ממידת עצמאותי בתוך הבית
					8. שביעות רצון מעצמאותי הכלכלית

תודה רבה על שיתוף הפעולה.

נספח 1 ב: שאלון הערכה – לאחר קיום תכנית ההדרכה (מצורף לשאלון השלישי)

חלק ד: הערכת טיב השירות של המורה השיקומית

- א. כמה מפגשים התקיימו עם המורה השיקומית?
- ב. מה משך פגישה ממוצעת?
- ג. בהערכה גסה, מה משך פגישה ממוצעת עם המורה?
- ד. באיזו מידה ידעת את משך הטיפול (מספר הפגישות) המתוכנן?
- ה. באיזו מידה הוסברה לך שיטת הטיפול על ידי המורה?
- ו. מי היה העו"ס שהפנה אותך למורה (ובאיזו רשות)?

נספח 2 א: ריאיון עם מורות שיקומיות

במסגרת המחקר שעוסק בשירותים לעיוור, ועל מנת שנוכל להבין לעומק את תהליך העבודה שמתנהל מול העו"ס, נשמח אם תוכלי לענות על כמה שאלות.

ריאיון עם מורות שיקומיות:

פרטים	תשובת המרואיין
שם המרואיין/ת:	
שעת השיחה:	
תאריך:	
מקום העבודה:	

1. ספרי לי על אופן בניית תכנית העבודה לכל מקבלי ההדרכה.
2. כיצד מתנהל תהליך אישור תכנית העבודה המוצעת על ידי הגורם המפנה?
3. באיזה אופן מתנהל הקשר מול הגורם המפנה (המחלקה לשירותים חברתיים)?
4. מה מידת ההתאמה בין אופי השירות שניתן למקבל ההדרכה ותכנית העבודה שהומלצה בעבורו?
- יש להתייחס לכמות שעות, לסוג השירות וכדומה).
5. באיזה אופן ניתן היה לשפר את התקשורת בין המורים לעובדים הסוציאליים?

נספח 2ב: ריאיון עם עובדות סוציאליות

במסגרת המחקר שעוסק בשירותים לעיוור ועל מנת שנוכל להבין לעומק את תהליך העבודה, נשמח אם תוכלי לענות על כמה שאלות.

ריאיון עם עובדות סוציאליות:

פרטים	תשובת המרואיינת
שם המרואיינת:	
שעת השיחה:	
תאריך:	
מקום העבודה ותפקיד (רשות מקומית/יחידה (רווחה/מרש"ל/ אחר):	
כמה עיוורים/לקויי ראייה את מלווה נכון להיום:	
בשנה האחרונה (מיוני) כמה עיוורים/לקויי ראייה הפנית להדרכה שיקומית:	

1. איך מתנהל תהליך ההפניה להדרכה השיקומית?
2. כמה זמן חולף מרגע הפנייה למגדל-אור עד שמתקבלת תכנית עבודה?
3. מהרגע שקיבלת תכנית עבודה והיא אושרה, האם מתקיימת תקשורת נוספת עם המורה השיקומית (אם כן, באיזה אופן ותכיפות)?
4. אם מקבל ההדרכה מעוניין להאריך או לשנות את ההדרכה השיקומית – איך זה מתנהל? זה מגיע מהמורה? ממקבל ההדרכה?