

---

# מציאות קהילתית שיש בה הדרה חברתית - האם בכוחנו לשנות?

נאוה ז' רצון

---

נאוה ז' רצון, PhD, החוג לריפוי בעיסוק, בי"ס למקצועות הבריאות, הפקולטה לרפואה, אוניברסיטת תל-אביב.  
navah@post.tau.ac.il

המאמר נכתב על סמך ההרצאה שנישאה בכינוס ה-20 של המרפאים בעיסוק ב-2013 בעת קבלת פרס המצוינות של העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק.

מוקדש בהוקרה להורי **רבקה וישראל אפרי** זכרם לברכה.

**תודות:** תודות מקרב לב לחברותיי מן החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל-אביב שתמכו ועזרו בהגשמת חזון הקהילה, בגיבוש תוכני ההרצאה ובעריכתה. תודה מיוחדת ל**שרה גת** שסייעה להוציא את התכנית מן הכוח אל הפועל. תודה אחרונה לבתי **אנוה**, עו"ס קהילתית, שתרמה לי מניסיונה וחלקה אתי את רעיונותיה לאורך כל הדרך.

---

**מילות מפתח:** ריפוי בעיסוק, קהילה, סוכני שינוי

## תקציר

בעולם המערבי המודרני, המושג "זכויות אדם" הוא אחת מאבני היסוד החברתיות. על אף הטמעת המושג באמצעות חוקים והלכות, קבוצות ויחידים בחברה הישראלית מוצאים עצמם מודרים ממעגלי הפעילות היום-יומית. הקניית זכות באמצעות חוק, אינה מאפשרת בהכרח את מימושו ואת הוצאתו מן הכוח אל הפועל. המאמר יידון בהדרה חברתית, בהדרה בריאותית ובהדרה עיסוקית וכן ביחס החברה לנושא. המאמר יעסוק בחובת החברה לדאוג למימוש זכויות המוקנות באמצעות חוקים כגון "חוק זכויות החולה" ו"חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות" והחובה שלנו כמטפלים סוכני שינוי לקדם את השוויון. כמו כן, יוצגו במאמר מיזמים שבהם הייתה לנו, כמרפאות בעיסוק, הזכות למלא את החובה לקדם צדק עיסוקי באמצעות התערבות בקרב אוכלוסיות המודרות מן הקהילה. המיזמים המתוארים במאמר מציגים את ההתערבות הקהילתית לאורך שנות הפעילות של החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב בקהילה. את ההתערבות הקהילתית הובילו הסגל האקדמי והסטודנטיות, סקטור בעל משאבים אנושיים מגוונים. שילוב ציבור הסטודנטיות והצוות בפרויקטים חברתיים שונים תרם וסייע לקידום ולהשגת יעדים בריאותיים וחברתיים. הפעילות הקהילתית המשולבת במערכת ההשכלה הגבוהה היא בעלת משמעות רבה ומשמשת נדבך נוסף של חינוך מעצב ובעל השפעה ניכרת על המודעות של הקהילה האקדמית למצבי בריאות שונים, המאפיינים קהילות אחרות בעלות רקע תרבותי שונה. מעורבות של האקדמיה בקהילה תורמת לקהילה, תורמת לציבור הסטודנטיות ותורמת למוסדות האקדמיים.

**מבוא**

רק היבטים כלכליים אלא היבטים קהילתיים, פוליטיים, חינוכיים, עיסוקיים ואחרים. בחברה הישראלית, הסיכון להדרה חוצה גילים (ילדים, נוער, מבוגרים וקשישים), מגדרים (בעיקר נשים), השתייכות אתנית (המגזר הערבי, המגזר הבדואי), השתייכות דתית (חרדים), מעמדית (מעמד סוציו-אקונומי נמוך) ואנשים במצבי בריאות שונים (אנשים עם מוגבלות). הדרה חברתית מתייגת יחידים וקהילות בשולי המערך החברתי ומגבילה את יכולתם להשתלב בחברה. אוכלוסייה מוחלשת נמדדת לא רק במשאבי היחידים שבה אלא גם במשאבי הקבוצה והקהילה.

יש זיקה ישירה בין מציאות של הדרה חברתית של קבוצות שונות בחברה הישראלית ובין הפגיעה בזכויות האדם הבסיסיות שלהם. לכאורה, בחברה המערבית זכויות אדם הן מושג בסיסי המושתת על תפיסה מוסרית וזוכה להתייחסותם של המחוקקים. במדינת ישראל, זכויות האדם העיקריות מוגנות באמצעות חוק יסוד, כבוד האדם וחירותו (חוק כבוד האדם וחירותו התשנ"ב, 1992). החוק והתקנות הנלוות אליו הם הישגים חברתיים שכולנו גאים בהם, אבל בפועל הם אינם ממומשים תמיד משום שפעמים רבות, דווקא מי שנדרש ל"זכות" מוגבל ביכולתו לממש את הזכות.

שלוש הדתות המונותאיסטיות נדרשו לשאלות מוסריות לגבי חובתנו לסייע לאוכלוסיות מוחלשות לממש זכויות. פרופ' אליעזר שבייד במסה שלו "יסודות החירות והצדק החברתי לאור חזונו של נביאי ישראל" (1996) מציין כי המילה זכות, או כל מילה אחרת המקבילה לה, אינה נזכרת בתנ"ך כלל. ואף על פי כן לדבריו: "...נראה אפוא שהתורה הגדירה את הזכויות על-ידי החובות, והדבר אמנם בא לידי ביטוי במושגים "צדק" ו"צדקה". משמע שחובות היחידים כלפי זולתם וחובות החברה כלפי

המאמר נכתב על סמך ההרצאה שנישאה בכינוס ה-20 של המרפאים בעיסוק ב-2013 בעת קבלת פרס המצוינות מאת העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק ועל כן הוא אינו ערוך באחת מן המתכונות המוכרות של כתיבת מאמר, אלא במתכונת וברוח ההרצאה שניתנה בכנס.

המאמר יידון בהדרה חברתית, בהדרה בריאותית ובהדרה עיסוקית וביחס החברה לנושא. המאמר יתייחס לחובת החברה לדאוג למימוש זכויות המוקנות באמצעות חוקים כגון "חוק זכויות החולה" ו"חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות" והחובה שלנו כמטפלים סוכני שינוי לקדם את השוויון. כמו כן, יוצגו במאמר מיזמים שבהם הייתה לנו, כמרפאות בעיסוק, הזכות למלא את החובה לקדם צדק עיסוקי באמצעות התערבות בקרב אוכלוסיות המודרות מן הקהילה.

**הדרה חברתית ויחס החברה לנושא**

האקדמיה ללשון העברית גזרה את המילה הַדְרָה משם הפעולה של הַדִּיר - פועל בבנין הפעיל מן השורש נד"ר. מקורו של הפועל הַדִּיר בלשון חז"ל ופירושו "אָסַר בְּנִדְר", כגון "הדירו אביו מנכסיו" (ירושלמי נדרים ה, ו [לטב,]). מכאן כנראה קיבל הפועל הַדִּיר בימינו משמעות של "מְנַע דבר מעצמו או מאחר". כיום, המילה הַדְרָה משמשת כחלופה עברית למילה exclusion - הרחקה והוצאה של אנשים או קבוצות מן החברה הכללית. המושג נטבע במדעי החברה ובעקבות זאת בשיח הפוליטי, בניסיון להחליף את מושג העוני שאינו מייצג דיו את מצבן של האוכלוסיות המוחלשות (רונו, דורון וסלונים-נבו, 2008). בשונה מן העוני, תפיסת ההדרה החברתית מתמקדת במוחלשות רב-ממדית הכוללת לא

ישראל. מצווה מוטלת על ההורים לחנך את ילדיהם וחובה מוטלת על הקהילה להקים מוסדות חינוך ולאייש אותם במלמדים. בדורות שבהם לא היה קיים חוק חינוך חובה, מצווה זו זיכתה את בני כל המעמדות שהשתייכו לקהילה בחינוך.

מדינות מודרניות, שרובן ביססו בעשרות השנים האחרונות מדיניות רווחה בהיקפים שונים ותוך הקצאת תקציבים שונים לנושא, מבססות את מדיניותן על ההכרה בזכויות החברתיות של אזרחיהן. מדיניות רווחה מניחה כי אזרחי המדינה זכאים בנוסף לזכויות האזרחיות, גם לזכויות הקשורות לחינוך, לבריאות ועוד, וכי על המדינה מוטלת החובה לספק זכויות אלה (קטן, 2000). בעולם כולו, וכן גם בישראל חל תהליך הדרגתי של צמצום מדיניות הרווחה בגלל תהליכי קיצוץ והפרטה והחלטה על חלקים ניכרים מתחומי השירותים החברתיים. הדבר הביא לצמצום חלקו של המגזר הציבורי באספקה ישירה של שירותים חברתיים (גל, 1995; פז ולשם, 2011). התהליכים האלה מרחיבים אפוא את מעגלי ההדרה.

### **הדרה בריאותית**

הכללה בריאותית מתייחסת לזכותו של אדם מכל שכבה חברתית לקבל שירותים רפואיים בסיסיים באופן שגרתי במצבים שבהם הוא נזקק. ובלשון החוק: "ביטוח הבריאות הממלכתי... היא מושתתת על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית" (חוק ביטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד, 1994). מדובר לכאורה בהישג חברתי חשוב אבל גם כאן, למרות חוק הבריאות, אוכלוסיות רבות מצויות במעמד פסיבי, שבו אין זכות לרפואה שוויונית, וסובלות מהדרה בריאותית. הסיבות להיעדר רפואה שוויונית קשורות להיעדר שוויון חברתי, והמצב הזה כשלעצמו נובע מן המגמות שתוארו כאן, המשפיעות על מערכת הגומלין בין הממשלה לחברה. אי אפשר להפריד בין

יחידה הן הזכויות שהיחידים מבטיחים זה לזה וערבים באורח הדדי על קיומן, ונמצא שאם במצב הטבעי קודמת הזכות לחובה, במצב החברתי קודמת החובה לזכות..." (שבייד, 1996).

מדבריו עולה כי על פי המוסר היהודי, חובתנו החברתית מחייבת אותנו לקיים את אותה זכות מוסרית של הפרט שהיא טבעית ויסודית.

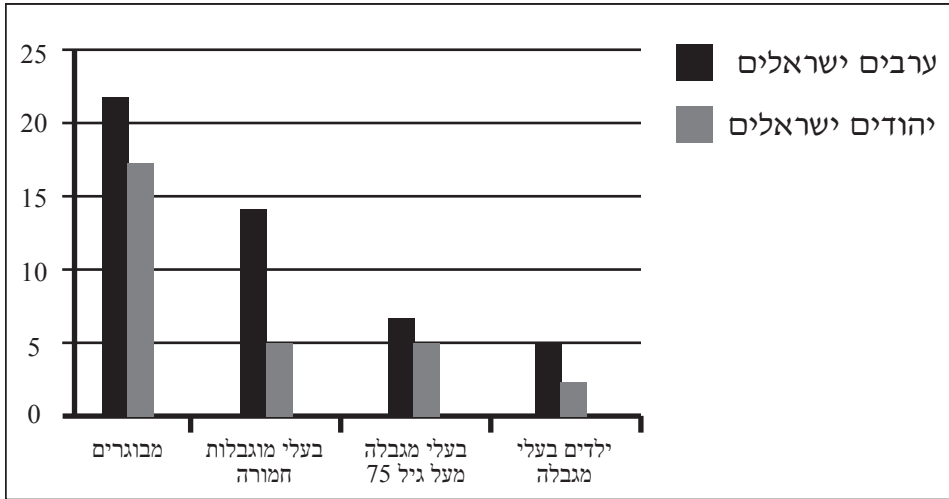
האסלאם, נדרש לסוגיית הצדק החברתי ומעגן אותה במסגרת מצוות היסוד "מצוות הזכאה" המחייבת לשלם מס המופרש לקופה הציבורית ומחולק על ידי מוסדות התנדבותיים באופן מאורגן. מטרתו של מס זה היא לחלק מחדש את העושר בין האנשים בחברה. יתר על כן, הקוראן מצווה את מאמיניו "אללה מצווה לכם לעשות רק את הצודק והטוב ועל מתן עזרה לקרובים. הוא אוסר את התועבה, החטא והעושק" (בשורת הדבורה, הקוראן).

בנצרות, מתן צדקה הוא חובה מרכזית. בקהילות נוצריות רבות רואים המאמינים חובה לעצמם לתרום מעשר מרכושם למימון פעולות הכנסייה ולפרנסת כוהני הדת. מצוות מתן הצדקה מודגשת בהטפותיו של ישו, המופיעות בברית החדשה. הכנסייה הנוצרית מקיימת מערכת ענפה של מוסדות צדקה: בתי-חולים, מוסדות לטיפול באנשים עם נכויות או מוגבלות, בתי ספר ובתי תמחוי, המסייעים בעיקר לקבוצות מודרות בקהילה.

המושג "צדקה" נפוץ בחברה המסורתית כחלק מן השיח על הכללה, ואולם, בכפוף לנאמר כאן הוא אינו עוסק בעוני בלבד. שורש המילה צדקה הוא צד"ק. וזהו מובנה העמוק של המילה. דוגמה הממחישה את מושג הצדק כחובה שאינה בהכרח צדקה, אלא כחובת היחידים כלפי זולתם וחובות החברה כלפי יחידה, היא מערך החינוך על פי מסורת

מצב בריאות למצב סוציאלי, כלכלי ופוליטי ומכאן נובעת הדרה חברתית-בריאותית כמגמה מתמשכת.

בישראל, וכן ברחבי העולם יש פערים בכל מדדי הבריאות בין אוכלוסיות מרקע סוציו-אקונומי שונה, רקע אתני שונה, השכלה שונה וכדומה. מדדים כגון תוחלת חיים, תמותת תינוקות, תחלואה ומדדי בריאות שונים חוזרים ומציגים פערים מובהקים (למ"ס, 2011). דוגמה לכך מוצגת בתרשים 1 שבו מודגם הפער בין ישראלים יהודים לישראלים ערבים בשיעור המוגבלויות לאורך מעגל החיים.



תרשים 1. שיעור המוגבלויות בקרב ישראלים יהודים וישראלים ערבים לאורך מעגל החיים

כסובל מאיחור התפתחותי. יתר על כן, נמצא שיעור אפסי של ילדים עם יכולת תפקוד גרפו-מוטורית התואמת תפקוד באחוזונים הגבוהים (Ratzon, Efraim, & Bart, 2007; Lahav, Apter, & Ratzon, 2008; Ratzon, Zabaneh-Tannas, & Ben-Hamo, & Bart, 2009).

### הדרה עיסוקית

הִדְרָה עיסוקית היא מצב שבו היכולת לביצוע עיסוקי נפגעת בגלל גיל, השתייכות לשכבה סוציו-אקונומית, מגזר או כל קהילה מודרת אחרת. ההדרה העיסוקית נעוצה בחסמים סביבתיים, פיזיים ואנושיים הגורמים או מעצמים את ההדרה העיסוקית (Wilcock,

מן התרשים עולה כי לאורך כל מעגל החיים שיעור המוגבלות בקרב האוכלוסייה הישראלית-ערבית גבוה מזו של האוכלוסייה הישראלית-יהודית.

גם במדדים תפקודיים ההבדלים האלה ניכרים בעליל. במסגרת פרויקט ה.ק.מ.ה. שהופעל על-ידי החוג לריפוי בעיסוק (רב"ע), באוניברסיטת תל-אביב, ביוזמת כותבת המאמר, נבדקו בשנים תשס"א-תשס"ה כ-550 ילדים מדי שנה. ההערכות העלו כי בין 36%-44.5% מן הילדים בשכבות סוציואקונומיות נמוכות ביפו הדגימו איחור גרפו-מוטורי הנמוך מאחוזון 21 הנחשב ציון חתך שמתחתיו הנבדק מוגדר

1998 ;Whiteford, 2000; Rosenberg, Ratzon, Jarus, & Bart, 2010 ; Rosenberg, Ratzon, Jarus, & Bart, 2010; Ramugondo & Kronenberg, 2013). המונח הדרה עיסוקית עולה בקנה אחד עם מודל ה-ICF International Classification of Functioning Disability המציג את הקשר הבלתי נפרד בין גורמים אישיים לגורמים סביבתיים המעודדים או משמשים חסם לעיסוקים (Hemmingsson & Jonsson, 2005) יתר על כן, באוכלוסיות בריאות מגוון עיסוקים מספק נחשב גורם בריאותי מנן (Larson & Verma, 1999; Sandler, Ayers, Suter, & Twohey-Jacobs, 2004; Mahoney, Larson, & Eccles, 2005; Wright & Masten, 2005). מסקר שנערך בישראל על עיסוקיהם של סך הכול 477 ילדים ללא קשיים התפתחותיים וילדים עם קושי התפתחותי מתון בגילאי 4-7 ממגוון שכבות סוציאקונומיות, עולה כי ממוצע העיסוקים בשכבה הסוציו-אקונומית הגבוהה הוא הגבוה ביותר ועם סטיית התקן הנמוכה ביותר, וכי המגמה הפוכה באופן מדורג בשכבה הסוציו-אקונומית הבינונית והנמוכה. בטבלה 1 מוצגים ממוצעים וסטיות תקן של העיסוקים השונים על פי ריבוד סוציו-אקונומי.

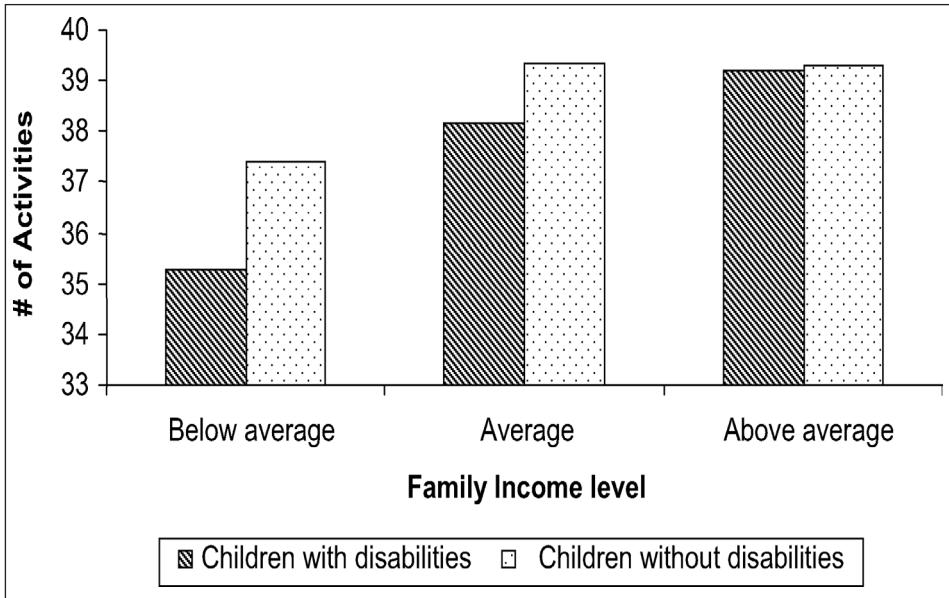
טבלה 1

ממוצעים וסטיות תקן של העיסוקים השונים על פי ריבוד סוציו-אקונומי

העיסוק	שכבה סוציו-אקונומית	ממוצע	F
<b>ADL</b>	גבוהה	4.99 (0.71)	12.587 ***
	בינונית	4.98 (0.11)	
	נמוכה	4.85 (0.51)	
<b>IADL</b>	גבוהה	3.88 (0.86)	NS
	בינונית	3.86 (0.9)	
	נמוכה	3.66 (0.96)	
<b>משחק</b>	גבוהה	4.88 (0.36)	17.056 ***
	בינונית	4.85 (0.41)	
	נמוכה	4.55 (0.79)	
<b>פנאי</b>	גבוהה	9.77 (0.49)	23.368 ***
	בינונית	9.74 (0.7)	
	נמוכה	9.08 (1.16)	
<b>פעילות חינוכית</b>	גבוהה	8.98 (0.79)	7.504 **
	בינונית	8.73 (0.88)	
	נמוכה	8.41 (1.16)	
<b>פעילות חברתית</b>	גבוהה	6.73 (0.78)	10.250 ***
	בינונית	6.54 (1.09)	
	נמוכה	6.05 (1.44)	

מן הטבלה עולה כי בכל תחומי העיסוקים למעט IADL ניכרים הבדלים מובהקים בין השכבות הסוציו-אקונומיות השונות וממוצע העיסוקים הנמוך ביותר מודגם בשכבה הסוציו-אקונומית הנמוכה (Rosenberg, Jarus, & Bart, 2010).

לעתים קרובות, השתייכות במקביל ליותר מקבוצת הדרה אחת (לדוגמה קבוצה הסובלת מהדרה בריאותית וחברתית) גוררת בעקבותיה הדרה עיסוקית. תרשים 2 מדגים כיצד הדרה כפולה הכוללת גם השתייכות לשכבה סוציו-אקונומית נמוכה וגם מוגבלות מחמירה את ההדרה העיסוקית. בתרשים מושווים הממצאים של הילדים עם מוגבלות לממצאים של חבריהם מאותו רובד סוציו-אקונומי ללא מוגבלות (Rosenberg, Jarus, & Bart, 2010).

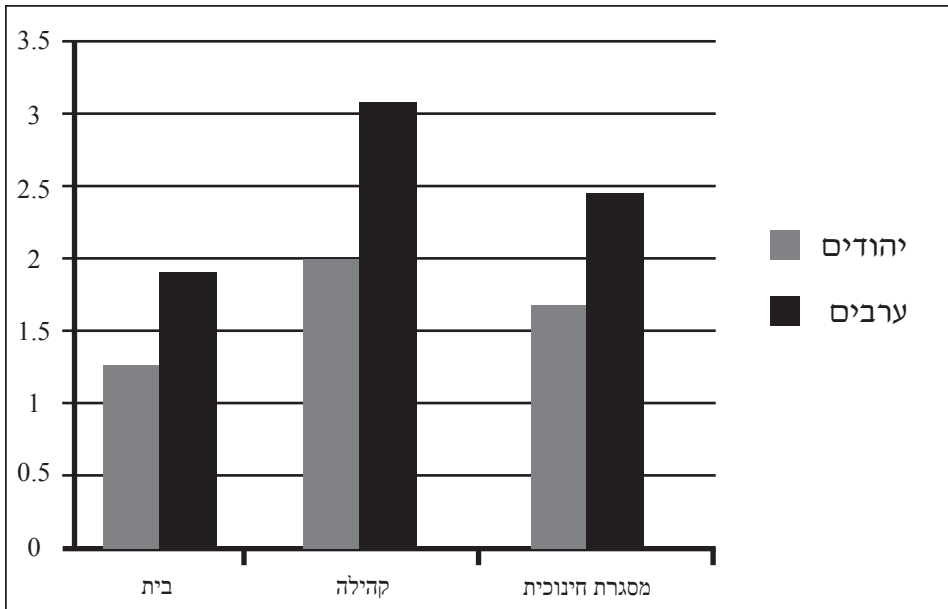


תרשים 2. מספר עיסוקים על פי שכבה סוציו-אקונומית ונוכחות או אי נוכחות מוגבלת

עלולה לשמש כחסם גם לגבי אוכלוסיות בריאות. תרשים 3 מדגים את תפיסת הסביבה כחסם בקרב הוריהם של ילדים ללא קשיים התפתחותיים. ההורים נשאלו באיזו מידה להערכתם הגורמים הסביבתיים מגבילים את השתתפות ילדם. במחקר השתתפו 87 הורים לילדים יהודים, 30 הורים לילדים ערבים בגילאי הגן, 80 הורים לילדים יהודים ו-40 הורים לילדים ערבים בגילאי בית ספר (רוזנברג, 2012).

מן התרשים עולה כי מספר עיסוקיהם של ילדים עם מוגבלות משכבה סוציו-אקונומית נמוכה נמוך באופן מובהק גם ממספר עיסוקיהם של ילדים ללא מוגבלות וגם מעיסוקיהם של ילדים עם מוגבלות משכבות סוציו-אקונומיות בינונית וגבוהה. אם כך, ההדרה העיסוקית אינה רק פועל יוצא של יכולות הילד אלא גם של הסביבה שעלולה לשמש חסם עיסוקי.

תפיסת הסביבה כחסם לביצוע עיסוקים אינה רק פועל יוצא של מוגבלות. הסביבה



תרשים 3. רמת תפיסת הסביבה כחסם בקרב הוריהם של ילדים ללא קשיים התפתחותיים

ספורט ובלשכות רווחה הוכיחו כי בשום מקום מעשרות המקומות שנסקרו לא הייתה נגישות מלאה. כלומר, על אף תיקון 2 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות [תיקון מס' 2], (2005) שאמור היה לאפשר נגישות לכול, עדיין אין אפשרות מלאה של הגעה, תנועה והתמצאות במקומות שנסקרו, של שימוש והנאה מן השירות, של קבלת מידע נגיש ושל השתתפות בתכניות ובפעילויות המתקיימות בהם באופן שוויוני, מכובד, עצמאי ובטיחותי (רצון, אברך-בר והלוי, 2006).

### האם בכוחנו להפוך הדרה עיסוקית להכללה עיסוקית?

האם בכוחנו להפוך הדרה עיסוקית להכללה עיסוקית? האם מחובתנו לקדם שירותי בריאות על עקרונות של צדק, שוויון ועזרה הדדית על מנת לאפשר הכללה עיסוקית?

מן התרשים עולה שההורים לילדים הערבים תפסו את כל מדדי הסביבה האנושית והפיזית, בבית, במסגרת החינוכית ובעיקר בקהילה, כמגבילים יותר בהשוואה להורים מן המגזר היהודי.

ההדרה העיסוקית עקב חסמים סביבתיים מתקיימת באוכלוסיות בריאות לאורך כל מעגל החיים. אפשר להבחין בהן באוכלוסיית הילדים, כמותואר בדוגמה שהוצגה כאן, והן בקרב קשישים בריאים המודרים מהשתתפות עיסוקית בגלל חסמים סביבתיים הקשורים לניידות, לתקשורת ועוד. ההדרה העיסוקית גוררת בעקבותיה פגיעה באיכות החיים (Patterson & Chapman, 2004).

בישראל, הסביבה מתאפיינת בחסמים רבים. ממצאי סקר נגישות שנערך על ידי סטודנטיות בחוג לרב"ע באוניברסיטת תל אביב בעשרות מרכזים קהילתיים, במרפאות לבריאות המשפחה, במרכזים לבריאות האישה, במרכזי

2003). האסטרטגיה כוללת איגום משאבים אנושיים וחומריים בקהילה על מנת לשפר ולסייע לפרט ולחברה לפתח מערכת גמישה לחיזוק השתתפות קהילתית שתקדם בריאות (WHO, 2004). כחלק ממדיניות ארגון הבריאות הבין-לאומי, ה-CBR הוטמע גם במודלים תיאורטיים של רב"ע (Townsend & Polatajko, 2007) וגם כשיטת טיפול מקובלת ברב"ע (Scaffa, Desmond, & Brownson, 2001).

### **סגל החוג וציבור הסטודנטיות בחוג לרב"ע אוניברסיטת תל אביב כסוכני שינוי**

מתוך אמונה כי מעורבותם של הסגל האקדמי וציבור הסטודנטיות במיזמים חברתיים שונים עשוי לתרום ולסייע לקידום ולהשגת יעדים בריאותיים וחברתיים, פותחה בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת תל אביב יחידת הוראה בנושא קהילה. יחידת ההוראה כוללת לימודים תיאורטיים ולימודים קליניים בנושא הקהילה. בשלב ראשון, היחידה משולבת בשנה השנייה ללימודים, בשנה זו הסטודנטיות נחשפות לנושא באמצעות תיאור מקרה במסגרת לימודי ה-Problem Based Learning. במקביל, לחלק מן הסטודנטיות מתאפשר שיבוץ בהכשרה קלינית בתחום הקהילה. יש לציין כי לסטודנטיות מתאפשר שיבוץ בהכשרה קלינית כל השנה השלישית משולב סמסטר של לימודים תיאורטיים.

הלימודים התיאורטיים כוללים היכרות עם הגדרות שונות של המושג קהילה (קהילה כמקום בעל גבולות גאוגרפיים, קהילה המוגדרת על ידי החברים בה, קהילה על פי ה"מתבונן", קהילה על פי נותני שירותים מסוגים שונים, קהילות וירטואליות, קהילה לצורכי מחקר ועוד). הושם דגש על היכרות עם קהילה כהון חברתי

אם נידרש שוב לעניין הזכות והחובה, באחת מפסיקותיו של פרופ' מ' אלון הוא כותב: "מצווה על האב לחנך את בנו וללמדו תורה ואומנות. אך קיומה של מצווה זו אין לה ולא כלום עם זכות הורית - במובן של זכות במשמעות משפטית-קניינית, כשם שהמצווה המוטלת על האב ללמד תורה בינו לבין עצמו אין לה ולא כלום עם זכות במשמעות מעין זו. הזכות שיש להורים בחינוך, בלימוד ובכל ענייני האפטרופוסות, היא הזכות למלא את חובתם כאפטרופוסים כלפי ילדיהם" (כב' השופט אלון, 1981).

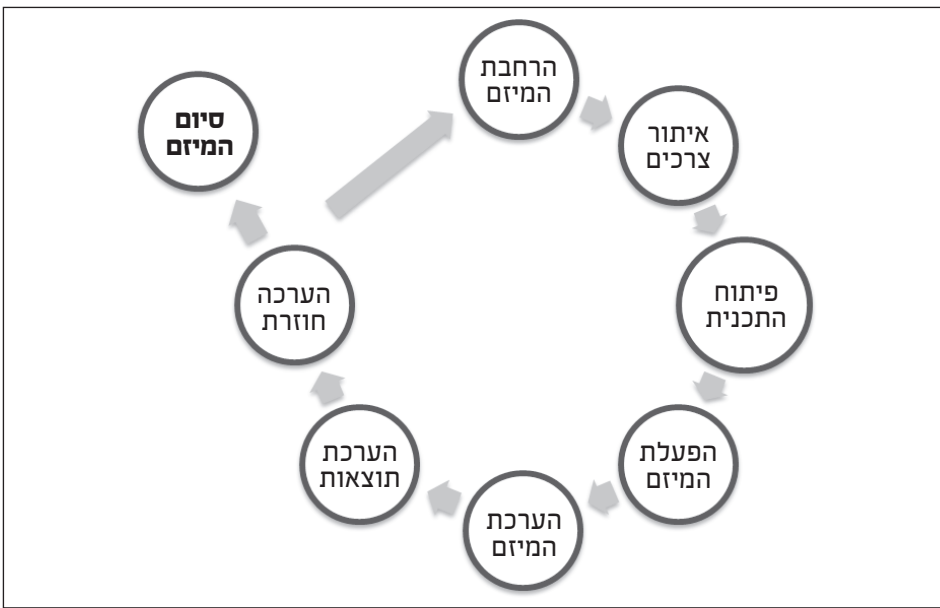
ברוח דבריו של פרופ' אלון ברצוני לטעון שלנו כמטפלים יש זכות למלא את חובתנו לקדם ולבסס את השוויון הבריאותי-עיסוקי, ובהמשך לדבריו של פרופ' שבייד יש לנו מחויבות לחיי ולאושרו של הזולת ושל הכלל. לא זאת אף זאת, זה כשני עשורים התאגדו ארגון הבריאות העולמי, ארגון העבודה הבין-לאומי, ארגון החינוך, המדע והתרבות של האו"ם (UNESCO), והקרן הבין-לאומית למען ילדי העולם (UNICEF) ונתנו בידינו המטפלים כלים ושיטות לשיתוף של קהילות, להעצמתן, לשיפור הנגישות בעבורן, וכלים לקידום שוויון הזדמנויות להן. השיטה קרויה (CBR) Community Based Rehabilitation. היא אסטרטגיה טיפולית-שיקומית המיועדת להכללה ולשיתוף חברתי של ילדים, של נוער, של מבוגרים עם מוגבלות ושל משפחותיהם ושיתוף של הקהילות עצמן. על אף שהמילה "שיקום" היא בעלת הקשר רפואי, המושג CBR נדרש להיבט הרחב של המילה, כלומר, CBR מתייחס לקידום זכויות אדם באשר הן לכל אזרח שאינו זוכה לשוויון הזדמנויות בקהילה (World Health Organization, 2004). ארגון הבריאות העולמי כאחד מן השותפים לפיתוח האסטרטגיה רואה בהשתתפות קהילתית אסטרטגיה לקידום בריאות (WHO,



ומאופיינות ברקע תרבותי מגוון. לאחר יצירת הקשר הראשוני נעשה תהליך של איתור קבוצות תיוג והובלת תהליכים הקשורים לביצוע עיסוקי המקדם את הקהילה. התהליך נעשה על פי המלצתם של Scaffa, Desmond & Brownson (2001) והוא כולל: איתור צרכים, גיבוש יעדים ופיתוח תכניות מותאמות, הפעלת המיזם תוך קבלת החלטות על דרכי ביצוע. בעבור כל מיזם נבחרו מראש כלים שישמשו להערכת המיזם ובסוף ביצוע המיזם נעשה תהליך ההערכה. נעשה ניסיון לעשות הערכות חוזרות כעבור פרק זמן שהתאפשר, מטרת ההערכות החוזרות הייתה לבדוק באיזו מידה פחת שיעור ההדרה והקהילה מצליחה לקיים פעילויות משמרות בכוחות עצמה. אם אכן זה המצב, מתקבלת החלטה על סיום המיזם, במקרים שבהם תוצאות הערכה מראים כי ההדרה נשארה בעינה, או לחלופין לקהילה עדיין נדרש ליווי למיגור ההדרה העיסוקית, נעשית פעולת הרחבה של המיזם. התהליך מסוכם בתרשים 4.

הכולל מצרף של משאבים הקשורים לשייכות, לרשתות קשרים חברתיים ממוסדים ושאינם ממוסדים (סדן, 2009). בקורס נלמדים מושגים בסיסיים בבריאות הציבור ויישומים במדע העיסוק ובריפוי בעיסוק (Scaffa, Desmond, & Brownson, 2001). כמו כן, נלמדים בקורס מודלים של התערבות קהילתית, לדוגמה, נלמד ה-PEOP (Personal Environment) המרכזי של מודלים בתחום הרב"ע, המותאם להתערבות בקהילה ומתמקד בשלבי האיתור, באופן ההערכה, הטיפול והמעקב בקהילה (Christiansen, Baum, & Bass-Haugen, 2005). נלמד מודל ה-Community-Built Practice שחובר כמענה הקהילתי ל-Community Based Practice. המודל מדגיש את הצורך בהעצמה ובחזוקת הלקוח, מתוך אוריינטציה בריאותית, ומסייע לפתור בעיות של הלקוח באמצעות הידע המקצועי והכוחות בקהילה. ההתערבות מסתיימת בעת שהקהילה המסוימת בנתה והעצימה את יכולות הלקוחות שלה (Perrin & Wittman, 2001). בהמשך, ניתנים לסטודנטיות כלים לביצוע הערכת צרכים של קהילה, בניית כלים למדדי תוצאה ותוצרת, סגור קהילתי ועוד. מתוך ההבנה ששירותים קהילתיים של רב"ע אינם בהכרח מוכרים למוסדות ולפרטים בקהילה זכו הסטודנטיות לכמה מפגשים בנושא שיווק ומכירת שירותים מקצועיים ולבסוף מוצגים לסטודנטיות פרויקטים נבחרים של ריפוי בעיסוק קהילתי בישראל וברחבי העולם.

הלימודים הקליניים הם חלק בלתי נפרד מן התפיסה של "הזכות למלא את החובה" לקדם ולבסס את השוויון הבריאותי-עיסוקי. סגל החוג בנה מערך לימודים קליניים מדורג (על פי שנת הלימוד) שכלל איתור ובניית קשר עם קהילות מודרות וארגונים הפועלים בקרב אוכלוסיות המודרות מן הקהילה



תרשים 4. תרשים זרימה מומלץ להתערבות קהילתית

למיזם. אם ההדרכה הקלינית נעשית על ידי מרפאה בעיסוק ואם היא נעשית על ידי איש טיפול אחר, במידה שנדרש, המדריכה זוכה לליווי בנושא ריפוי בעיסוק קהילתי.

בשל אופן ההדרכה הייחודי, נמצא לנכון לבדוק את מאפייני התפיסה העצמית של סטודנטיות במהלך הכשרה קלינית מסורתית לעומת הכשרה קלינית בתחום הקהילתי. ממצאי המחקר הראו כי הציון הכולל של התפיסה העצמית לא היה שונה בין שתי הקבוצות, ולעומת זאת, היו תת תחומים שבהם תפיסתן המקצועית והאישית של סטודנטיות שקיבלו את הכשרתן הקלינית בתחום הקהילה היה גבוה יותר באופן מובהק בהשוואה לסטודנטיות המקבילות להן שעשו הכשרה קלינית מסורתית. מאפייני התפיסה העצמית של סטודנטיות במהלך הכשרה קלינית בקהילה שבלטו היו יוזמה, יצירתיות, חשיבה קלינית, מסוגלות תרבותית ועצמאות (Gat & Ratzon, 2014).

תהליך ההתערבות הקהילתית דורש מגוון סוגי התערבויות ובהן: פנייה לשלטון מקומי ולארגונים ומוסדות קהילתיים, התערבות בעיצוב והבניית קהילה, התערבויות לשיפור ממשקים ביחסים בין-ארגוניים ובין חברי הקהילה, והיחסים בתוך הקהילה, לעתים אף התערבויות הקשורות ליחסים הבין-אישיים בקהילה. בעת בניית תכנית הלימודים הקליניים הסתמכנו על תהליך שהוצג בספרה של Meyers (2010). התהליך דורש הן מן הסגל והן מן הסטודנטיות ראייה רב מערכתית, מודעות ורגישות לנושא הרב תרבותי ויצירת תנאים לביטחון אישי. במקביל, מן הסטודנטיות השוהות בשטח נדרשת אוטונומיה, יצירתיות ויכולת ניהול זמן.

במהלך הלימודים הקליניים, כל הסטודנטיות מקבלות הדרכה שוטפת, אך לעתים ההדרכה אינה נעשית על ידי מרפאה בעיסוק המועסקת בקהילה אלא בשילוב שבין איש מקצוע טיפולי המועסק בקהילה לבין מרפאה בעיסוק שנלווית

### מייזמים בקרב אוכלוסיות מודרות 2008-2014

ההשראה לפיתוח מייזמים קהילתיים מקורה בפרויקט שהחל ביוזמת כותבת המאמר (נ"ר) ובמימון קרן פרייס ברודי וקרן פרויקט "ה.ק.מ.ה" (התפתחות, קידום, מניעה והעשרה). המיזם התבצע בקרב קהילות מודרות ביפו ומטרותיו היו: העשרה וטיפוח ילדים שאותרו כילדים בסיכון התפתחותי, הרחבת האפשרויות הטיפוליות של ריפוי בעיסוק בקהילה, שיתוף הורים בתהליכים טיפוליים המתרחשים במערכת החינוך ומתן אפשרות להתפתחות מקצועית לאנשי צוות של ריפוי בעיסוק בקהילה. במסגרת המיזם הופעלה תכנית מניעתית בקרב ילדים מן המגזר הערבי ומן המגזר היהודי (75% מן המגזר הערבי ו-25% מן המגזר היהודי) ובה נקבעו מטרות על ומדי שנה מטרות ייחודיות. מודל ההתערבות נבנה בשיתוף פעולה עם הקהילה ותכנית שיתוף הורים נבנתה עם אנשים בעלי ניסיון עם שיתוף הורים בקהילה ועם ההורים עצמם. התכנית פעלה בשנים תשס"א-תשס"ה. סיכום כמותי המתייחס לאוכלוסייה ולהתערבות שנעשתה בפרויקט מצוי בטבלה 2.

טבלה 2

היקף ההתערבות בשנים תשס"א-תשס"ה

שנה	מספר ילדים	כמות טיפולים
תשס"א	299	695
תשס"ב	536	1572
תשס"ג	418	1323
תשס"ד	306	1000
תשס"ה	346	1000

שבהם סגל החוג וציבור הסטודנטיות בחוג לרב"ע באוניברסיטת תל אביב פעלו כסוכני שינוי. התפיסה שעמדה בבסיס כל המיזמים דגלה בהתמקדות במיזמים המקיפים את הקהילה עצמה ואת הסובבים אותה (בתוך הקהילה ומחוץ לקהילה) תוך מעורבות של כמה שיותר אנשים מקרב האוכלוסייה ומתן מענה לצורכי האוכלוסייה.

להלן מוצג סיכום של מייזמים בקרב אוכלוסיות מודרות בשנים 2008-2013 (טבלה 3) ודוגמאות נבחרות למיזמים שבהם סגל החוג לריפוי בעיסוק והסטודנטיות בחוג קידמו הכללה עיסוקית וצדק עיסוקי-חברתי.

מן הטבלה עולה כי סך כל הילדים שקיבלו טיפול במהלך השנים הנקובות היה 1905 עם ממוצע שנתי של 381 ילדים לשנה וסך הכול 5590 טיפולים עם ממוצע של 1118 טיפולים בשנה. המפגשים עם הילדים כללו: אבחון והערכה, טיפול פרטני, טיפול קבוצתי והדרכת הורים. כמו כן, המיזם כלל הדרכה והשתלמויות לאנשי הצוות. פרטי המיזם פורסמו בעבר (Ratzon, & Bart, 2007; Lahav, Apter, Efraim, & Ratzon, 2008; Ratzon et al., 2009; Ratzon et al., 2010; Lahav, Apter, & Ratzon, 2013). כאמור, מיזם ה.ק.מ.ה. סייע בגיבוש התפיסה והקווים המנחים למיזמים קהילתיים

סיכום מיזמים בקרב אוכלוסיות מודרות 2008-2014

סוג האוכלוסייה	מספר מרכזים	מספר סטודנטיות
ילדים	10	41
נוער*	14	22
מבוגרים וקשישים	7	32

\*במקרים שבהם ההתערבות התקיימה בקרב אוכלוסייה עם פיגור טווח גילים היה 18 ועד 50.

**תיאור מקבץ מיזמים לדוגמה בעבור ילדים**

מקבץ המיזמים המתואר כאן נבנה בעבור ילדים ישראלים יוצאי העדה האתיופית במסגרת פרויקט PACT (Parents And Children Together), בניהולו של ארגון ג'וינט ישראל הפועל למען קידום ילדים יוצאי העדה האתיופית והוריהם בכמה ערים בישראל. באחת מן הערים שבהן פועל ה-PACT, במסגרת מעונות יום לילדים לגיל הרך ובמסגרות גני טרום חובה של החינוך הרגיל, הופעלו מיזמים על ידי הצוות והסטודנטיות של אוניברסיטת תל אביב. יוצאי העדה האתיופית בעיר שבה הופעלו המיזמים, התגוררו בשכונה אחת המשתייכת למעמד סוציו-אקונומי נמוך המתאפיין בצפיפות דיור, בריבוי משפחות חד-הוריות (24%), בשיעורי אבטלה גבוהים (12%), ובריבוי עובדים בעבודות בלתי-מקצועיות המרוויחים שכר מינימום (דולב ועמיתים, 2001). תכנית PACT בעיר שבה בוצעו המיזמים היא תכנית קהילתית הפועלת כחלק מטווח פעילויות רחב המלווה את ילדי העדה והוריהם מן הלידה ועד ההכנה לבגרות. הפעילויות השונות מתקיימות בשיתוף עם גופים רבים, כגון: האגף לשירותי הרווחה ושירותים חברתיים בעירייה, משרד הבריאות, משרד החינוך, ויצ"ו, נעמ"ת, ארגון יוצאי אתיופיה בישראל. על אף מעורבם של

כפי שעולה מטבלה 3 סך הסטודנטיות שהתנסו במהלך 2008-2014 בלימודים קליניים בתחום הקהילה היה 95, וסך הקהילות שזכו להתערבות קהילתית היה 31 קהילות. בניית מערך דינמי רב תחומי של קליניקות קהילתיות הייתה תהליכית: המערך התפתח עם השנים והביא לכך שיכולת החוג להפעיל מיזמים קהילתיים הלכה וגדלה. התהליך החל עם 4 סטודנטיות בשנה הראשונה ועומד כיום על כ-30 סטודנטיות לשנה. עם שכלול שיטות ההנחיה והמימונות של הסגל באיתור קהילות מודרות ופיתוח מיזמים עלתה גם מידת ההתעניינות הסטודנטיות בתחום.

שלושה מיזמים נבחרו להיות מוצגים במאמר, אבל אין הם בהכרח מיזמים מייצגים. הם נבחרו כדי להעמיק את ההבנה על מאפייני אוכלוסיות היעד, על צורכי אוכלוסיית היעד ועל המיזמים עצמם. המכנה המשותף למיזמים הוא עירוב של אנשים בתוך הקהילה ומחוצה לה (האוכלוסייה עצמה, הצוותים הפעילים בקהילה והארגונים הפעילים בקהילה), התמקדות בעיסוקים משמעותיים וגיבוש התערבויות שיוכלו להתקיים גם לאחר שהותם של הסטודנטיות במקום.

שוהים, לדוגמה: בניית פינה בגן לפעילויות סנסו-מוטוריות, הקמת פינה בחצר לפעילות מוזיקלית כאמצעי לקידום מיומנויות הקשבה ולהקניית מושגים בסיסיים של צבע, צליל, כמות וכדומה.

### **תיאור מייזם מקבץ מייזמים לדוגמה בעבור בני נוער**

מקבץ המייזמים המתואר להלן התמקד במתבגרים ובבוגרים צעירים עם לקויות למידה, קשיי הסתגלות ותפקוד המתגוררים במערך דיור שיקומי בקהילה. מערך הדיור באזור שבו פעלו המייזמים כלל 13 דירות, שבהן התגוררו כ-40 דיירים ודיירות. החיים במסגרת קהילה מוגנת בעיר כללו שני שלבים: בשלב הראשון דיור בדירת הכשרה (שנתיים ראשונות) ולאחריה מעבר לבית קבוע הקרוי "דירת לווין" או "דירה טיפולית". בכל דירה מתגוררים 1-5 דיירים (ברוב הדירות יש 2-3 דיירים) ולכל דייר חדר פרטי משלו. למייזמים שהתקיימו במערך הדיור השיקומי בקהילה היו שותפים "ניצן", עמותת הורים, עובדים ומתנדבים, הפועלת לקידום ילדים עם לקויות למידה, קשיי הסתגלות ותפקוד, הביטוח הלאומי ומשרד הרווחה.

דיירי הדירות מנהלים אורח חיים מלא ועשיר, ומשתתפים בתחומי עיסוק רבים הכוללים: ADL, IADL, פעילות פנאי וחברה ויציאה לעבודה. יש לציין כי כל הדיירים עובדים בעבודות שונות ומגוונות, כל אחד לפי יכולותיו: מסעדות, מחסנאות, עבודות משרד פשוטות, סיעות בגני ילדים, מפעל מוגן וכדומה. בנושא התפקוד היום-יומי ראוי לציין כי כל דייר מנהל שגרת ADL, ומקבל עזרה והכוונה במידת הצורך, רובם עצמאיים בתחום הבסיסי ביותר של ADL, אך עיקר הקשיים באים לידי ביטוי בתפקודי IADL בעיקר סביב הטיפוח העצמי, תחזוקת הדירות, קניות, וסידורים הנדרשים בקהילה. הקשיים ב-IADL כללו קושי לשמר טיפוח בסיסי ביותר באופן רציף (הסרת שיער,

אנשי צוות מתחומים שונים במגוון מייזמים, בעת כניסתנו למעורבות במייזם הראשון לא הועסקה בפרויקטים שבהם התמקדנו מרפאה בעיסוק (כיום מועסקות שם מרפאות בעיסוק).

ניכרים פערים בכל תחומי ההתפתחות בין ילדים יוצאי העדה האתיופית לילדים ממשפחות ישראליות ותיקות. נמצא כי עיקר העיכוב נובע מחסכים סביבתיים. עוד נמצא כי כמעט לא מבוצעות פעולות יזומות של המשפחה עם ילדיה (משחקים, פעילויות חינוכיות ועוד). כמו כן, היעדר שליטה של ההורים בשפה העברית ואי היכרות עם מושגי בריאות הרווחים בחברה הישראלית, מקשים על מתן שירותי בריאות לאוכלוסיית יוצאי אתיופיה (מאירס-ג'וינט-ברוקנדייל, 2001). לנוכח האמור כאן ולאור הידיעה כי מידת השתתפותו של ילד בעיסוקים שונים מושפעת מסך ההקשרים שבהם הוא פועל ומשתנים פסיכו-סוציאליים הם בעלי משקל מכריע (King, Law, Petrenchik, & Hurley, 2013) תוכננו כמה מייזמים לקידום השתתפות עיסוקית בקרב אוכלוסייה זו.

מטרת המייזמים הייתה לקדם את ההשתתפות העיסוקית של אוכלוסיית הילדים הישראלים יוצאי אתיופיה שסבלו מהדרה עיסוקית. המייזמים שהופעלו במסגרת השכונה כללו טיפול קבוצתי לקידום ולשיפור מיומנויות (מיומנויות ביצוע, מיומנויות תהליך ומיומנויות תקשורת), פיתוח יכולת משחק בכלל ומשחק סימבולי בפרט, מייזמים לעידוד השתתפות פעילה של הורים במפגשי הורים וילדים בשעות אחר הצהריים וקבוצת משחק עם אחים בוגרים. זאת ועוד, כחלק מן המייזמים נעשתה הדרכת גנות, העשרת צוות הגנים בטרמינולוגיה מעולם הריפוי בעיסוק באופן המאפשר שיח הדדי בין צוות הריפוי בעיסוק הפועל בקהילה לבין צוות הגנים והמעון ומעורבות גנות בפרויקטים השונים. לעתים נדרשה התערבות לשינוי הסיבה שבה הילדים

עם או בלי המטפל העיקרי), אחרים אלמנים או בודדים, שמתגוררים עם המטפל (לרוב עם עובד זר שמצוי אתם גם במרכז יום). הירידה הקוגניטיבית מחד גיסא ומגבלת התקשורת מאידך גיסא גרמה להדרה עיסוקית. על אף שמרכז היום מספק מסגרת חברתית הכוללת עיסוקי פנאי והשתתפות חברתית בקבוצות המותאמות לפי הרמה הקוגניטיבית ותחומי עניין אישיים, ניכרת הדרה עיסוקית הקשורה למחלה עצמה, לתחלואה נלווית, להיעדר יוזמה, לאין-אונים ולהיעדר אמצעים של הסביבה המקיפה.

כדי להתמודד עם ההדרה העיסוקית המתוארת, צוות החוג, הסטודנטיות וצוות המרכז פיתחו מיזמים שונים בתחום המוזיקלי. הבחירה במוזיקה התבססה על מחקרים שמצאו כי מוזיקה ככלי התערבות בקשישים מקדמת בריאות, משפרת דימוי עצמי, מפחיתה דיכאון וחרדה ומשפרת איכות החיים (Cohen, Bailey, & Nilson, 2002; Hays & Minichello, 2005). המיזמים כללו סדנאות מוזיקליות (מוזיקה קלאסית, מזרחית, מוזיקה חסידית, מוזיקה פופולרית ועוד), קונצרטים חגיגיים לקשישים, למטפליהם ולאנשי הצוות ונגינה בפסנתר בזמן ההמתנה להסעות. כמו כן, במסגרת אחד המיזמים נכתבה חוברת הדרכה ואליה צורף דיסק למשפחות וניתנה הדרכה טלפונית לבני המשפחה להגברת המעורבות בסביבה הקרובה של הקשישים, לשיפור האינטראקציה עם בני משפחותיהם ולעידוד השתתפות בפעילויות פנאי גם במסגרת הביתית. כמו כן, המיזמים נועדו לאפשר רצף חיים והשתתפות בפעילויות פנאי, כדי לשפר דימוי עצמי, רווחה אישית, איכות חיים ולשפר את הסתגלות האדם והמשפחה לחיים עם המחלה, בייחוד בקרב אנשים בשלבים התחלתיים של המחלה בעלי מודעות עצמית.

גזיזת ציפורניים, טיפוח השיער, התארגנות בעת קבלת המחזור החודשי, איפור, יכולת לבחור בגדים מתאימים לאירועי חיים שונים ועוד).

לנוכח הקשיים האלה, מטרת המיזמים הייתה לקדם את ההשתתפות העיסוקית של בנות מערך הדיור להשתתפות רחבה יותר בפעילות יום-יומית של טיפוח עצמי, תוך הבנת חשיבות העניין ותוך לימוד ותרגול של מיומנויות הביצוע הנדרשות לשם כך. המיזמים שהופעלו כללו סדנת טיפוח (שימוש בקרמים, איפור, לק ותסרוקות) ובכללה התנסות והדגמה, ארגון אירועים כגון יום האישה, התנסות בהתארגנות לקניית מוצרים (רשימת המוצרים הנדרשים, התקציב וכדומה), קניית מוצרים (ביקור משותף בחנויות לטיפוח עצמי) ושימוש במוצרי טיפוח, קבלת חוברת מסכמת על טיפוח כדי שיוכלו לרענן את הידע שרכשו. במהלך המיזמים שהופעלו בקבוצות בלטו בתחילת הדרך דפוסי תקשורת אגרסיביים ועברייניים ולכן עלה הצורך בקידום מיומנויות תקשורת בין-אישיות. כל המיזמים לוו בהתערבות קהילתית לשיפור תקשורת פנים קבוצתית וחוץ קהילתית (מחוץ לקבוצה).

### **תיאור מקבץ מיזמים לדוגמה עבור מבוגרים עם מוגבלות וקשישים**

הדוגמה המובאת בזאת מתארת מקבץ של מיזמים מוזיקליים שהתבצעו במרכז הפסיכו-גריאטרי ע"ש מרגולץ, בתל אביב-יפו בהדרכה משותפת עם גב' דבי להב. המיזמים היו מיועדים לקשישים עם ירידה קוגניטיבית. פיתוח ויישום המיזמים נעשה תוך שיתוף הקשישים, בני משפחותיהם, מטפלים עיקריים וצוות רב מקצועי. הגופים המעורבים במרכז הקהילתי הזה היו בית החולים איכילוב ועיריית ת"א, הביטוח הלאומי, עמותת אלצהיימר בישראל ומשרד הרווחה.

במרכז הפסיכו-גריאטרי, כל המטופלים מתגוררים בבתיהם, כמה מהם עם בני הזוג

סוויצקי, ס', קוזמרסקי, ד', קינג, י', ברבריאן, ע', ויינשטיין, מ', קפלן, א', רוזנפלד, ג' וגביה, א' (2001). *שילוב עולים יוצאי אתיופיה בחברה הישראלית: אתגרים, מדיניות, תוכניות וכיווני פעולה*. המרכז לילדים ולנוער ותוכנית המחקר על קליטת עלייה בג'וינט-ברוקדייל. גוינט מכון ברוקדייל.

הקוראן (1978). *בשורת הדבורה*. תרגם מערבית א' בן שמש. תל אביב: קרני. עמ' 163.

חוק בטוח בריאות ממלכתי תשנ"ד (1994). נדלה מתוך: [http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah\\_01.pdf](http://www.health.gov.il/LegislationLibrary/Bituah_01.pdf)

חוק כבוד האדם וחירותו התשנ"ב (1992). נדלה מתוך: [http://www.nevo.co.il/law\\_html/Law01/184\\_001.htm](http://www.nevo.co.il/law_html/Law01/184_001.htm)

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות (תיקון מס' 2), התשס"ה (2005). נדלה מ, מתוך: <http://www.tamas.gov.il/NR/exeres/052798FD-6067-42AE-8528-AEF88DF24FD8.htm>

סדן, א' (2009). *עבודה קהילתית שיטות לשינוי חברתי*. חלק ב' (133-168). הקיבוץ המאוחד.

פז-פוקס א' ולשם, א' (2012). *"בין הציבורי לפרטי: הפרטות והלאמות בישראל"*. מכון ואן ליר, דו"ח שנתי 2011.

קטן, י' (2000). *מדינת הרווחה לפתחה של מאה חדשה*. ירושלים: מכון סאלד.

רוזנברג, ל' (2012). *תיקוף שאלון השתתפות עבור ילדים בגיל 4-6*. עבודה שלא פורסמה. תל אביב: אוניברסיטת תל אביב.

רונן, י', דורון, י' וסלונים-נבו, ו' (2008) *הדרה חברתית וזכויות אדם בישראל*. תל אביב: רמות.

שלוש הדוגמאות המתוארות כאן סוקרות מיזמים שבהם הייתה לנו, בתור מרפאות בעיסוק, הזכות למלא את החובה לקדם צדק עיסוקי. התהליך כלל איתור קהילות מודרות, סיוע לקהילה להגדיר את צרכיה, לעתים הקהילה למדה לקדם את צרכיה ולעתים הצוות והסטודנטים פעלו כסוכני שינוי וכמתווכים. התהליך כלל גם בניית קשר אינטראקטיבי בין היחיד לקהילה המצומצמת ולקהילה המורחבת: הקהילה למדה לאפשר ולקדם את ביטוי ומיצוי יכולות היחיד. בתהליך ההתערבות הוצעו למשתתפים עיסוקים מכלילים, במאמץ לביטול ההדרה העיסוקית ולקידום הצדק העיסוקי.

לסיכום, המאמר התמקד בהדרה עיסוקית והחובה שלנו כמטפלים סוכני שינוי לקדם שוויון עיסוקי. כמו כן, תוארו מיזמים שבהם הייתה לנו הזכות למלא את החובה לקדם צדק עיסוקי באמצעות התערבות בקרב אוכלוסיות המודרות מן הקהילה. כאמור, לאורך שנות פעילותנו בקהילה, היו מעורבים בתהליכים האלה הסגל האקדמי והסטודנטיות. שילוב ציבור הסטודנטיות והצוות במיזמים חברתיים שונים תרם וסייע לקידום ולהשגת יעדים בריאותיים וחברתיים. מעורבות האקדמיה בקהילה נמצאה תורמת לקהילה, תורמת לציבור הסטודנטיות ותורמת למוסדות האקדמיים.

## מקורות

ביד"מ 1/81 פרופ' מ. אלון, נגר נ' נגר, פ"ד לח (1981) 393, 365 (1).

גל, ג' (1995). מסחור מדינת הרווחה והפרטתה - השלכות לגבי ישראל. *כתב העת חברה ורווחה*, טו (7-24), 1.

דולב, ט', לייטנר, י', ליפשיץ, ח', ניראל, נ',

- Gilmartin, A., & Slevin, E. (2009). Being a member of a self-advocacy group: Experiences of intellectually disabled people. *British Journal of Learning Disabilities*, 38, 152–159.
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health—Some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 569–576.
- King, G., Law, M., Petrenchik, T., & Hurley, P. (2013). Psychosocial determinants of out of school activity participation for children with and without physical disabilities. *Physical & Occupational therapy in Pediatrics*, 33(4), 384–404.
- Lahav, O., Apter, A., & Ratzon, N. (2008). A comparison of the effects of directive visuomotor intervention versus nondirective supportive intervention in kindergarten and elementary school children. *Journal of Neural Transmission*, 115(8), 1231–1239.
- Lahav, O., Apter, A., & Ratzon, N. Z. (2013). Psychological adjustment and levels of self-esteem in children with visual-motor integration difficulties influences the results of a randomized intervention trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 56–64.
- רצון, נ', אברך-בר, מ' והלוי, צ' (2006). סקרי נגישות ככלי הוראה וכמכשיר לקדום נושא הנגישות בקהילה. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק, 15, 83–91.
- שבייד, א' (1996). יסודות החירות והצדק החברתי לאור חזונו של נביאי ישראל. רמת גן: המחלקה למדעי המדינה: אוניברסיטת בר אילן, והמרכז לחקר הקהילה היהודית, המרכז הירושלמי לענייני ציבור ומדינה. עמ' 15–16.
- השנתון הסטטיסטי לישראל, הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2011. נדלה מתוך: <http://www.cbs.gov.il>
- Christiansen, I. C., Baum, C. M., & Bass-Haugen, J. (2005). Person-environment-occupation-performance: An occupation-based framework for practice. *Occupational therapy: Performance, participation and well-being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Cohen, A., Bailey, B., & Nilson, T. (2002). The importance of music to seniors. *Journal of Psychomusicology*, 18, 89–102.
- Hays, T., & Minichiello, V. (2005). The contribution of music to quality of life in older people: An Australian qualitative study. *Ageing & Society*, 25, 261–278.
- Gat, S., & Ratzon, N. Z. (2014). Comparison of occupational therapy students' perceived skills after traditional and nontraditional fieldwork. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(2), e47–e54.



- Ratzon, N. Z., Efraim, D., & Bart, O. (2007). A short-term graphomotor program for improving writing readiness skills of first-grade students. *American Journal of Occupational Therapy*, *61*(4), 399-405.
- Ratzon, N. Z., Lahav, O., Cohen-Hamsi, S., Metzger, Y., Efraim, D., & Bart, O. (2009). Comparing different short-term service delivery methods of visual-motor treatment for first grade students in mainstream schools. *Research in Developmental Disabilities*, *30*(6), 1168-1176.
- Ratzon, N. Z., Zabaneh-Tannas, K., Ben-Hamo, L., & Bart, O. (2010). Efficiency of the home parental programme in visual-motor home activity among first-grade children. *Child: Care, Health and Development*, *36*(2), 249-254.
- Rosenberg, L., Jarus, T., & Bart, O. (2010). Development and initial validation of the Children Participation Questionnaire (CPQ). *Disability & Rehabilitation*, *32*(20), 1633-1644.
- Rosenberg, L., Ratzon, N. Z., Jarus, T., & Bart, O. (2010). Development and initial validation of the Environmental Restriction Questionnaire (ERQ). *Research in Developmental Disabilities*, *31*(6), 1323-1331.
- Sandler, I., Ayers, T., Suter, J., & Twohey-Jacobs, J. (2004). Investing in children, youth, families and communities: Larson, R. W., & Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: Work, play, and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, *125*(6), 701.
- Mahoney, J. L., Larson, R. W., & Eccles, J. S. (Eds.). (2005). *Organized activities as contexts of development: Extracurricular activities, after school and community programs*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum & Associates
- Meyers, S. K. (2010). *Community practice in occupational therapy: A guide to serving the community*. Mississauga, Ontario: Jones and Bartlett Publishers.
- Patterson, P. K., & Chapman, N.J. (2004). Urban form and older residents' service use, walking, driving, quality of life, and neighborhood satisfaction. *American Journal of Health Promotion*, *9*, 45-52.
- Perrin, K., & Wittman, P. P. (2001). Educating for community-based occupational therapy practice: A demonstration project. *Occupational Therapy in Health Care*, *13*(3-4), 11-21.
- Ramugondo, E. L., & Kronenberg, F. (2013). Explaining collective occupations from a human relations perspective: Bridging the individual-collective dichotomy. *Journal of Occupational Science*, (ahead-of-print), 1-14.

CBR: A Strategy for Rehabilitation, Equalization of Opportunities, Poverty Reduction and, Social Inclusion of People with Disabilities.

Wright, M. O. D., & Masten, A. S. (2005). Resilience processes in development. In R. B. Brooks & S. Goldstein (Eds.). *Handbook of resilience in children* (pp.17-37). New York: Springer.

Strengths-based research and policy. *American Psychological Association*, 380, 31-49.

Scaffa, M. E., Desmond, S., & Brownson, C. A. (2001). Public health, community health, and occupational therapy. In M. E. Scaffat (Ed.), *Occupational therapy in community-based practice settings* (pp. 35-50). Philadelphia, PA: FA Davis.

Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation*. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.

Tsuda, E. & Smith, J. (2010). Defining and organizing self-advocate centered groups: Implications of survey research on self-advocacy groups in Japan. *Disability & Society*, 19(6), 2-21.

Whiteford, G. (2000). Occupational deprivation: Global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 201-204.

Wilcock, A. A. (1998). Occupation for health. *The British Journal of Occupational Therapy*, 61(8), 340-344.

World Health Organization. (2003). International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (CBR): Helsinki 25-28 May 2003.

World Health Organization. (2004).

**חדש!**

**חברי העמותה יכולים לבחור האם לקבל לביתם גיליון אלקטרוני או גיליון מודפס.**

**חשבו ירוק!**