



המוסד לביטוח לאומי

מנהל המחקר והתכנון

האגף לפיתוח שירותים

תחנות מידע וייעוץ לעיוורים וכבדי ראייה

מאת

אליאב ברמן נורית שטרוסברג דניז נאון

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל

ירושלים, תשרי התשס"ז, אוקטובר 2006

דמ-105-457 בסדרת הפרסומים של גוינט-מכון ברוקדייל

פתח דבר

אנו שמחים להגיש לעיונכם דוח מחקרי המסכם את הפעלת התוכנית "תחנות מידע וייעוץ לאנשים עיוורים", שאותה יזם השירות לעיוור במשרד הרווחה בשיתוף יחידת הנכויות בג'וינט ישראל, ושלפיתוחה סייעה הקרן למפעלים מיוחדים במוסד לביטוח לאומי (החל בשנת 2001 למשך 3 שנים).

התוכנית התמקדה בפיתוח והרחבה של תחנות מידע, איתור וייעוץ לאנשים עיוורים וכבדי ראייה. התחנות פעלו במרפאות עיניים במרכזי בריאות שונים, ובסיוע התוכנית פעל השירות ב-20 תחנות ברחבי הארץ. השירות לאוכלוסייה ניתן בידי סטודנטים הלומדים מקצועות טיפוליים או אנשי מקצוע מתחומים אלה, לקויי ראייה בעצמם, בפקוח ובהדרכת אנשי מקצוע. יש להדגיש שהתחנות הראשונות הופעלו בשנות ה-80 על ידי השירות לעיוור, אולם בשל סיבות ארגוניות ותקציביות מספרן צומצם.

היקף אוכלוסיית העיוורים בארץ המונה יותר מ-20,000 ומיעוט הפונים לשירותי שיקום של השירות לעיוור הביאו להחלטה משותפת לחדש ולפתח שירות חשוב זה.

לשירות היו שני יעדים: האחד –

לעיוורים ולבני משפחותיהם, בקבלת מידע בנושאי זכאות, שירותים, הפנייה לשירותים ותמיכה רגשית ראשונית, והאחר –

הגברת מודעות של רופאי עיניים ועובדי רווחה לשירותי השיקום המסופקים לעיוורים. העסקתם של סטודנטים עיוורים בתחנות היווה מקור תעסוקה ודוגמה למתעוררים החדשים לאפשרויות שילוב וניהול חיים עצמאיים. יוזמי התוכנית ראו את מרכיב ההעצמה וחיזוק קהילת העיוורים וכבדי ראייה את אחד מיסודות התוכנית.

יש לציין בהערכה את תרומתם של נציגי הארגונים, המשרדים והעמותות השונות לפיתוח התוכנית בעיקר את עמותת "על"ה" ו"מגדל אור". ועדת היגוי מורחבת וועדה מקצועית מצומצמת ליוו את המהלך:

מר יוסי קורסיה – מנהל השירות לעיוור, וגב' מליק גוזובסקי – רכזת תוכניות מיוחדות בשירות, הובילו את התוכנית מטעם משרד הרווחה והביאו להטמעתה ולהמשכיותה כחלק משירותי המשרד בתום התקופה הניסיונית. מטעם הג'וינט ריכזה את התוכנית במרץ ובמקצועיות הגב' אביטל סנדלר-לף, בראשותה של הגב' תמרה ברנע – מנהלת יחידת נכויות בג'וינט. מטעם הקרן למפעלים מיוחדים ליוותה את התוכנית ביסודיות רבה הגב' כרמלה קורש-אבלגון.

הליווי המחקרי לתוכנית בוצע ברגישות ובמקצועיות על ידי מר אליאב ברמן, הגב' נורית שטרוסברג והגב' דניז נאון – מ; מאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל – שסייעו רבות לעיצוב ופיתוח התוכנית. לצד צוות זה סייעו במאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל האנשים האלה: גב' מירב מרום, גב' ענת ברבריאן, גב' אילנה פרידמן, וכן למפעילות התחנות ובמיוחד לגב' מיכל הר-פלד ולגב' הלנה ידידיה – לכולם התודות. תודה מיוחדת לגב' אסתר בר-לב –

רכזת התוכנית, ולמפעילי ומדריכי התחנות. לרופאים, לאנשי שיקום, לפונים ולבני משפחה – תודה על הסבלנות ושיתוף הפעולה בביצוע המחקר.

אנו תקווה שהמהלך השיטתי והמקצועי של פיתוח התחנות יימשך ויתרחב ויביא להגברת המודעות ולשיפור איכות החיים של העיוורים וכבדי הראייה.

שרית בייץ-מוראי
מנהלת תחום מפעלים מיוחדים

חברי ועדת ההיגוי

- ❖ מר יוסי קורסייה (יו"ר הוועדה), מנהל השירות לעיוור, אגף השיקום – משרד הרווחה
- ❖ גב' מיכל גולן, מפקחת מחוזית השירות לעיוור, אגף שיקום – משרד הרווחה
- ❖ גב' כרמלה מגורי-הכן, מפקחת מחוזית השירות לעיוור, אגף השיקום – משרד הרווחה
- ❖ גב' מליק גוזובסקי, רכזת תוכניות מיוחדות השירות לעיוור, אגף השיקום – משרד הרווחה
- ❖ גב' ברכה ברכה, מפקחת ארצית על עיוורים וליקויי ראייה – משרד החינוך
- ❖ גב' יהודית נוי – משרד החינוך
- ❖ גב' נירית פסח, ראש תחום בריאות כללית, השירות הסוציאלי – משרד הבריאות
- ❖ מר בן דרור עמיחי – מרכז השלטון המקומי
- ❖ מר גיורא רוזנטל, מרכז השלטון המקומי
- ❖ גב' יוספה בן-משה, מנהלת תחום קידום בריאות – אשל – ג'וינט ישראל
- ❖ גב' תמרה ברנע, מנהלת יחידת נכויות ושיקום – ג'וינט ישראל
- ❖ גב' אביטל סנדלר-לף, היחידה לנכויות ושיקום – ג'וינט ישראל
- ❖ מר אליאב ברמן, עוזר מחקר בכיר – מאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל
- ❖ גב' דניז נאון – ג'וינט – מאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל
- ❖ גב' נורית שטרסברג, חוקרת בכירה – מאיירס-ג'וינט – מכון ברוקדייל
- ❖ מר משה עובד, מנכ"ל – עמותת על"ה
- ❖ מר משה משרקי, רכז ארצי – עמותת על"ה
- ❖ מר שמואל פינצ'י, מנהל אגף שיקום וסיעוד (בדימוס) – המוסד לביטוח לאומי
- ❖ גב' שרית בייץ-מוראי, מנהלת הקרן למפעלים מיוחדים – המוסד לביטוח לאומי
- ❖ גב' כרמלה קורש אבלגון, סגנית מנהלת קרן למפעלים מיוחדים – המוסד לביטוח לאומי
- ❖ מר ניסים בכר, מנכ"ל – עמותת "מגדל אור"
- ❖ גב' אסתר בר-לב, רכזת ארצית – תחנות מידע ואיתור לאנשים עיוורים וכבדי ראייה
- ❖ גב' מיכל הר פלד, פסיכולוגית רפואית מפעילת תחנת מידע – ביה"ח תל-השומר
- ❖ גב' גילה זיידל, יו"ר – ארגון "אופק לילדנו"
- ❖ גב' איילת חבקין, רכזת שיקום – עיריית רמת-גן
- ❖ פרופ' ענת לוינשטיין, מנהלת מח' עיניים – ביה"ח איכילוב
- ❖ מר הרצל מוכתר, מנהל – המרכז לעיוור
- ❖ ד"ר גדעון נאור, יו"ר - עמותת נמ"ג (ניוון מולקולרי גילי)

תמצית

פרויקט תחנות המידע הוקם בשנת 2001 על ידי משרד הרווחה וג'וינט ישראל ובסיוע המוסד לביטוח הלאומי, עמותת על"ה ועמותת מגדל-אור, כדי לסייע לאנשים שראיתם נפגעה מאוד. תחנות המידע נועדו לתת ללקויי ראייה חדשים מידע על שירותי השיקום העומדים לרשותם, ובמידת הצורך לתת להם תמיכה רגשית ראשונית. כדי לאתר את הלקוחות, סמוך ככל האפשר לירידה בראייה, מוקמו תחנות המידע במסגרות רפואיות (מרפאות עיניים). התחנות מופעלות על ידי סטודנטים למקצועות טיפוליים או על ידי אנשי מקצוע מתחומים טיפוליים – לקויי ראייה בעצמם.

המחקר נערך בין השנים 2001-2003. מקורות המידע במחקר היו ראיונות עם פונים לתחנות, עם בני משפחה, עם מפעילי התחנות, עם אנשי מקצוע בתחום השיקום ועם אנשי מקצוע מהתחום הרפואי. בנוסף לכך, הופק מידע מטופסי טיפול שאותם המפעילים היו צריכים למלא לאחר כל פגישה עם פונה.

ממצאי המחקר העלו מספר נקודות עיקריות:

- ♦ תחנת המידע היא גורם מרכזי וחשוב במסירת מידע. רובם הגדול של הפונים (78%) ציינו שהם קיבלו ממפעיל התחנה מידע על שירותים המגיעים להם ושהם לא ידעו עליהם לפני כן. עם זאת, רק שליש מהפונים חשבו שיש להם די מידע על השירותים הקיימים ללקויי ראייה או על זכויותיהם, ושלושים אחוזים מהפונים חשבו שהם יכלו להיעזר ביותר פגישות עם המפעיל. עניין זה מעלה את הצורך לראות את מסירת המידע כתהליך רציף ולא כאירוע חד-פעמי.
- ♦ שביעות הרצון הכללית מפעילות תחנות המידע הייתה גבוהה. רובם הגדול (86%) של הפונים היו מרוצים שפנו לתחנת מידע. תשעים וחמישה אחוזים אמרו שהיו מרוצים מתפקודו של מפעיל התחנה. נמצא ש-53% מהפונים חשבו שרצוי שהמפעילים יהיו לקויי ראייה בעצמם; ארבעים ושלושה אחוזים חשבו שזה לא משנה אם המפעיל לקוי ראייה או לא, ו-4% ציינו שלדעתם אין זה רצוי שהמפעיל יהיה לקוי ראייה.
- ♦ ההערכה היא שבמהלך השנתיים הראשונות להפעלתו של הפרויקט (בין יוני 2001 למאי 2003), כאשר רוב התחנות פעלו פעם בשבועיים, עברו כשמונה מאות פונים בתחנות המידע. שיעור זה נמוך יחסית ממספר סיבות: שיתוף פעולה חלקי עם הצוות הרפואי והקושי שבהטמעת שירות שיקומי במערכת רפואית; קושי אישי של המפעילים בשיווק התחנה ונוכחות מוגבלת במרפאה (פעם בשבועיים בלבד); מדיניות קופות החולים, למעט בהפניות למרפאות הממוקמות בבתי חולים ולהעדיף את מרפאות הקופה; וחסימים שונים בקרב החולים.

החוקרים סייעו בבניית מערך מידע מנהלי (טופסי מעקב) ובהתאמת הטפסים לכל אחד מהמפעילים. כמו כן נתנו החוקרים למנהלי התוכניות ולמפעיליה מידע ומשוב שוטפים על אופן יישום התוכנית. תוך כדי הליווי וההערכה, עשו מנהלי התוכנית שימוש במידע ובמשוב אלה כדי לשפר את עבודת תחנות המידע. נעשו פעולות שונות להגברת נושא השיווק של התחנות בקרב הרופאים ואנשי הצוות הרפואי ובקרב קהל היעד הפוטנציאלי. כמו כן, התחנות

החלו לעבוד פעם בשבוע במקום פעם בשבועיים. מאמצים אלו נשאו פרי. על פי הדיווח של מנהלי התוכנית, בשנת 2003 היו 1,000 פניות חדשות לתחנות המידע, ובשנת 2004 – 2,200 פניות. כיום פועלות ברחבי הארץ עשרים תחנות מידע ושלושה קווי טלפון (בערבית, ברוסית ובאנגלית) ומנהלי התכנית ממשיכים לשקוד על הטמעת התחנות במערך השירותים הניתנים ללקויי ראייה.

תוכן עניינים

i	תמצית
v	תקציר מנהלים
1	מבוא
1	רקע
3	תיאור התוכנית
4	מטרות המחקר
5	שיטת המחקר
5	מקורות המידע ושיטת איסוף הנתונים
7	כלי המחקר
10	מאפייני הפונים
10	מאפייני רקע
11	מאפייני הנכות
12	מאפיינים תפקודיים של הפונים
15	יישום התוכנית
15	היקף הפונים לתחנות
17	מידת שיתוף הפעולה עם הצוות הרפואי
18	חֲסָמִים בקרב החולים, המונעים מהם להגיע לתחנות המידע
19	תהליך קבלת השירות בתחנת המידע
23	שיתוף פעולה בין המפעילים לבין הצוות הרפואי
25	עבודת המפעילים
27	קשיים ביישום התוכנית
29	תרומת תחנות המידע לפונים
29	קבלת שירותים
33	שביעות רצון הפונים מפעילות התחנה
35	העסקת מפעיל לקוי ראייה
36	תרומת התחנות לתומכים
39	צרכים לא מסופקים
41	ביבליוגרפיה

רשימת לוחות

- 5 לוח 1: מספר הפונים במדגם, לפי תחנת המידע שבה קיבלו שירות
- 9 לוח 2: התפלגות הפונים, לפי מין, לאום, מצב משפחתי וגיל – במדגם ובטופסי הטיפול
- 11 לוח 3: הפונים במדגם, לפי מוסד הלימודים האחרון
- 12 לוח 4: הפונים, לפי גורם לקות הראייה - במדגם ובטופסי הטיפול
- 12 לוח 5: הפונים, לפי המרחק שממנו הם מתקשים לזהות אנשים
- 13 לוח 6: המוגבלים בטיפול אישי בקרב הפונים
- 13 לוח 7: המוגבלים בניהול משק בית בקרב הפונים
- 14 לוח 8: מקורות עזרה בקרב פונים המוגבלים בטיפול אישי, בניהול משק בית או בניידות מחוץ לבית
- 16 לוח 9: מועד הקמת תחנת המידע ומספר הפונים לתחנות
- 19 לוח 10: הגורם המפנה לתחנת המידע
- 20 לוח 11: הפונים לתחנה, לפי המלווה שלהם, לפי טופסי הטיפול, יוני 2001 עד מאי, 2003
- 21 לוח 12: שירותים שאליהם הומלץ לפונים לפנות, לפי טופסי הטיפול
- 31 לוח 13: הפונים ללשכת הרווחה/מרש"ל, לפי הגורם המפנה
- 31 לוח 14: פונים בעלי תעודות עיוור, לפי קבלת הטבות שונות
- 34 לוח 15: שביעות הרצון של הפונים מהפנייה לתחנה
- 35 לוח 16: שביעות הרצון של הפונים מתפקוד המפעיל
- 38 לוח 17: המידע שהתומכים היו מעוניינים לקבל
- 39 לוח 18: הפונים שאינם מקבלים את השירותים ומעוניינים בהם
- 30 **תרשים 1:** שיעור הפונים שקיבלו ו/או שהומלץ להם לקבל שירותים שונים בחלוקה, לפי שיעור הפונים שקיבלו שירותים לפני הפנייה לתחנת המידע; שיעור הפונים שהומלץ להם לקבל את השירותים והם קיבלו אותם, ושיעור הפונים שהומלץ להם לקבל את השירותים אך הם לא קיבלו אותם

תקציר מנהלים

רקע

בשנת 2002 היו בישראל 20,818 לקויי ראייה,¹ המוכרים כעיוורים על פי חוק.² מספר תעודות העיוור החדשות שהונפקו באותה שנה היה 2,117. בנוסף לאלו המוגדרים כעיוורים על פי חוק, יש כבדי ראייה רבים שחומרת הליקוי שלהם אינה מזכה אותם בתעודת עיוור, אך הם זכאים לשירותי שיקום שונים. להערכת אנשי המקצוע, על כל פנייה שמאושרת לקבלת תעודת עיוור, נדחות שתי פניות אחרות.

שירותי השיקום כוללים השתתפות כספית ברכישת עזרי ראייה ובהוראת השימוש בהם; תמיכה רגשית; הדרכה שיקומית, הכשרה מקצועית וסיוע במציאת עבודה; הטבות והנחות כספיות. עם זאת, לדברי נותני השירותים, ועל פי ממצאי סקרים שונים, עיוורים וכבדי ראייה רבים אינם מודעים לזכויותיהם ולאפשרויות השיקומיות העומדות בפניהם ולעתים עובר זמן רב עד שהם מקבלים אותם. בשל סיבות אלו הוקמו בשנות השמונים "תחנות מידע ואיתור". בתחנות עבדו אנשי מקצוע והם נתנו ללקויי הראייה שירותי ייעוץ ותמיכה ראשוניים והפנו אותם לשירותים המתאימים. לצדם עבדו בתחנות **מתנדבים** לקויי ראייה שתרמו לפונים מניסיונם. בשיא פעילותן פעלו תחנות מידע ב-14 מרכזים רפואיים שונים ברחבי הארץ. בשל סיבות ארגוניות ותקציביות נותרו עם הזמן רק ארבע תחנות מידע, אף שהן נמצאו כיעילות.

תיאור התוכנית

כיוון שהצורך לאתר ולספק מידע לאוכלוסיית לקויי ראייה עומד בעינו, פיתחו השירות לעיוור במשרד העבודה והרווחה בשיתוף עם ג'וינט-ישראל (היחידה לנכויות ולשיקום) ובסיוע המוסד לביטוח לאומי (הקרן למפעלים מיוחדים) ועמותת עלייה מודל לחידוש פעילותן של תחנות המידע והאיתור.

אוכלוסיית היעד של התוכנית כוללת עיוורים וכבדי ראייה בכל הגילים, שהירידה בראייתם גורמת להם בעיות תפקודיות ורגשיות, כולל כאלה שחומרת הליקוי שלהם אינה מזכה אותם בתעודת עיוור. מטרת התחנה לסייע להם בעניינים אלה:

- במתן מידע נרחב על התהליך שהם עומדים לעבור;
- בהפניה ספציפית לשירותים;
- בהבהרת דרכי הפנייה לכל אחד מן השירותים;
- בתמיכה רגשית ראשונית;

¹ במונח לקויי ראייה הכוונה לאנשים המוגדרים כעיוורים או ככבדי ראייה.

² ההגדרה החוקית של עיוורון בישראל היא העדר ראייה מוחלט או חדות ראייה שאינה עולה על 3/60 מ' בעין הבריאה ביותר אף בעזרת משקפיים או צמצום שדה הראייה כך שהוא אינו עולה על 20° בעין הבריאה ביותר. אדם המוגדר כעיוור עפ"י החוק זכאי לתעודת עיוור' המונפקת על ידי השירות לעיוור. תעודה זו מקנה שירותים וזכויות שונות כמו הקלות במס; נסיעות חינם באוטובוסים; הנחה בארנונה ועוד.

התחנות אמורות לאתר את אוכלוסיית היעד סמוך ככל האפשר לירידת כושר הראייה ועל כן התחנות ממוקמות במרפאות העיניים.

הפעלת התחנות נעשית על ידי סטודנטים הלומדים מקצועות טיפוליים (כגון עבודה סוציאלית וייעוץ חינוכי) שהם לקויי ראייה בעצמם. בשלב ראשון הם עובדים תחת פיקוחם והדרכתם של אנשי מקצוע. הפעלת התחנות אמורה לתת למפעילים לקויי הראייה הזדמנות להתנסות בעבודה.

התחנות הראשונות החלו לפעול בתחילת 2001. בעת כתיבת דוח זה פעלו ברחבי הארץ 20 תחנות מידע³ במרפאות עיניים שונות, בהפעלתם של 15 מפעילים (חלק מפעילים יותר מתחנה אחת) – סטודנטים ואנשי מקצוע. מפעיל התחנה פועל בדרך כלל מאחד מחדרי המרפאה. בחלק מהמרפאות מדובר בחדר קבוע ובחלק מהמרפאות המפעיל יושב בחדר פנוי כלשהו. בנוסף לתחנות שנמצאות במרפאות עיניים, פועלים שלושה 'קווים פתוחים' פעם בשבוע, בשפות ערבית, אנגלית ורוסית והם מאוישים על ידי שלושה ממפעילי תחנות המידע.

במסגרת תפקידם, על המפעילים להיות פעם בשבועיים (שתי תחנות פעלו במתכונת של פעם בשבוע) במרפאת העיניים במשך כ-5 שעות ולקבל את החולים שהופנו אליהם על ידי האחיות או הרופאים. המפעילים נדרשים לספק מידע ראשוני על השירותים ללקויי ראייה וכן לתת מענה רגשי ראשוני למשבר אובדן הראייה של החולים. לאחר כל פגישה כזו, על המפעילים למלא טופס טיפול ובו פרטים אישיים על הפונה; פרטים על לקות הראייה ועל יכולת התפקוד הכללית שלו; פרטים על שירותים וקצבאות שהפונה כבר מקבל ורשימת המלצות לפנייה לשירותי שיקום שהמפעיל נתן לפונה.

לאחר כשלושה חודשים, על המפעיל ליצור קשר עם הפונה ולבדוק אם הוא אכן פנה לשירותים שהומלצו לו ואם קיבל אותם. וכן לקבל ממנו משוב על השירותים העומדים לרשותו בכלל ועל שירות תחנות המידע בפרט. טפסים אלו נועדו ליצור מערכת מידע מנהלי, כדי לסייע למפעיל בקשר עם הפונה במהלך שלב המעקב; לספק למנהלי התוכנית מידע שוטף על פעילות התחנות וכן לסייע לקובעי מדיניות להעריך את הצרכים הקיימים בשטח.

מטרות מחקר ההערכה

בשנים 2001-2003 נערך מחקר הערכה של תוכנית זאת. מטרות המחקר היו אלו:

- ♦ ללוות את השלבים השונים ביישום הפרויקט, לזהות קשיים ובעיות כדי לשפרו בהמשך;

³ המרפאות בהם נמצאות כיום תחנות: בי"ח סורוקה, באר שבע; מרפאה ג' (קופ"ח כללית), באר שבע; בי"ח ברזילי, אשקלון; בי"ח קפלן, רחובות; מרפאת רוממה (קופ"ח כללית), ירושלים (תחנה ותיקה שאינה כלולה במימון הפרויקט הנוכחי); בי"ח הדסה עין כרם, ירושלים; בי"ח הדסה הר-הצופים, ירושלים; בי"ח אסף הרופא, צריפין; בי"ח שיבא, תל-השומר; מרפאת רוטשילד (קופ"ח כללית), פתח תקווה; מרפאת הרואה (קופ"ח כללית), רמת גן; מרפאת בלומנטל (קופ"ח כללית), בני ברק; בי"ח וולפסון, חולון; בי"ח איכילוב, תל-אביב; בי"ח מאיר, כפר סבא; ביה"ח הצרפתי, נצרת; מרפאת לין (קופ"ח כללית), חיפה; בי"ח רמב"ם, חיפה; בי"ח העמק, עפולה; ביה"ח לגליל המערבי, נהריה.

- ♦ לבחון את תרומת התחנות ללקויי הראייה (בעלי ירידה תפקודית או רגשית כתוצאה מהלקות);
- ♦ לבחון את יתרון של תחנות המידע הפועלות בתוך המסגרות הרפואיות;
- ♦ לבחון את תרומת שילובם של אנשי מקצוע עיוורים וכבדי ראייה בשירותי מידע ותמיכה ללקויי ראייה;
- ♦ לתרום לפיתוחה של מערכת השירותים לבעלי צרכים מיוחדים בכלל וללקויי ראייה בפרט בעתיד.

מקורות המידע במחקר

- המחקר התבסס על איסוף נתונים מכמה מקורות מידע:
- ♦ שבעים ושישה ראיונות עם הפונים לתחנות;
 - ♦ ארבעים וארבעה ראיונות עם התומכים העיקריים של פונים אלו;
 - ♦ עשרה ראיונות עם מפעילי התחנות שעבדו בזמן ביצוע המחקר;
 - ♦ ארבעים ושלושה ראיונות עם אנשי מקצוע בתחום השיקום ועם אנשי מקצוע מהתחום הרפואי (רופאים ואחיות);
 - ♦ מידע מ-603 טופסי טיפול שהמפעילים מילאו לאחר כל פגישה עם פונה.

המחקר ליווה את הפרויקט במשך שלוש שנים. במהלך תקופה זו השתתפו החוקרים בישיבות ועדת הביצוע של המחקר וסייעו בבניית מערך מידע מנהלי (טופסי מעקב) ובהתאמת הטפסים באופן אישי ללקות הראייה של כל אחד מהמפעילים; כמו כן, החוקרים נתנו למנהלי התוכנית מידע ומשוב שוטפים על אופן יישום התוכנית. תוך כדי הליווי וההערכה, עשו מנהלי התוכנית שימוש במידע ובמשוב כדי לשפר ולייעל את עבודת תחנות המידע. מנהלי התוכנית ממשיכים לשקוד על הטמעת התחנות במערך השירותים הניתנים ללקויי ראייה.

מאפייני אוכלוסיית היעד

- מבחינת מאפייני הפונים לתחנות המידע עולה כי:
- ♦ חדות הראייה של רוב הפונים נמוכה מאוד. יותר ממחציתם (57%) אינם יכולים לקרוא כותרות עיתון גם
 - ♦ כאשר הם משתמשים באבזרי עזר. חמישים ושניים אחוזים מתקשים לזהות אנשים ממרחק של יותר ממטר אחד.
 - ♦ רוב הפונים קשישים (68% בני שישים ומעלה).
 - ♦ רבים מהפונים דיווחו על מחלות כרוניות (67%) או נכות פיזית (34%) בנוסף ללקות הראייה.
 - ♦ רוב הפונים דיווחו על חוסר יכולת לבצע לבד פעולה אחת של ניהול משק בית לפחות (72%) או לצאת לבד מחוץ לבית (79%). שלושים ותשעה אחוזים ציינו שאינם יכולים לעשות לבד לפחות פעולה אחת של טיפול אישי (רחצה, אכילה, שתייה, הלבשה או שימוש בשירותים).
 - ♦ מבחינת קשיים רגשיים, נמצא כי שיעור גבוה (70%) מהפונים חווים דיכאון. רובם ביטאו את הקושי שלהם בירידה בהיקף פעילויותיהם או תחומי העניין שלהם (80%) ובתחושת חוסר אונים (61%).

היקף הפונים לתחנות המידע

ההערכה היא שבמהלך השנתיים הראשונות להפעלתו של הפרויקט (בין יוני 2001 למאי 2003), כאשר רוב התחנות פעלו פעם בשבועיים, עברו בהן כשמונה מאות פונים ויותר (על פי טופסי הטיפול). שיעור זה יחסית נמוך ביחס למספר התחנות (סך הכול – 17) שפעלו באותה עת וההערכה של מנהלי התוכנית היא שיש אנשים רבים נוספים שהיו יכולים ליהנות מהשירות. נראה שהיו לכך כמה סיבות:

- ♦ חוסר מודעות של חלק מהרופאים והצוות הרפואי לגבי חשיבות התחנות והשיקום בכלל;
- ♦ רבים מהרופאים דיווחו על לחץ זמן בעבודה, שאינו מאפשר להם להתפנות ולבדוק את צרכיו של המטופל.
- ♦ חוסר ניסיונם של המפעילים, שהיו בדרך כלל אנשים צעירים, בעבודה ובשיווק;
- ♦ קושי של חלק מן המפעילים ביצירת קשר ושיתוף פעולה עם הצוות הרפואי. היו כמה גורמים שהקשו על יצירת קשר זה והם – היות המפעילים עצמם לקויי ראייה שרגילים להיות לקוחותיהם של רופאי העיניים ולא חלק מהצוות המטפל, וכן, הם לא היו שייכים רשמית לצוות והיו צריכים ליצור בעצמם את הסטטוס ואת התפקיד שלהם מול הצוות הרפואי.
- ♦ הייתה שונות בין המרפאות השונות מבחינת הקושי של המפעילים להשתלב בהן. במיוחד הייתה קשה השתלבות במחלקות העיניים האשפוזיות.
- ♦ רוב התחנות פעלו רק פעם בשבועיים; כך שנוכחותם של המפעילים בהן לא הייתה מספיק מורגשת.
- ♦ העובדה שהתחנות מוקמו רק בבתי החולים ולא במרפאות קופות החולים. לאחרונה מדיניות קופות החולים היא לתת את הטיפול במרפאות הקופה ולמעט בהפניות למרפאות בבתי חולים.
- ♦ חסמים שונים בקרב החולים המונעים מהם להגיע לתחנת המידע, כגון, קשיי נגישות, קשיים רגשיים, שכחה ועוד.

כדי להתמודד עם מיעוט הפונים, החליטו מנהלי התוכנית להדגיש מאוד את נושא השיווק – נערך מסע פרסום ברדיו; עוצבו עלונים שנשלחו לרופאי עיניים ברחבי הארץ; מפעילי התחנות עברו סדנה בשיווק; ושונה השם של הפרויקט מ"תחנות מידע וייעוץ לאנשים עיוורים וכבדי ראייה" ל"תחנות מידע וייעוץ לאנשים עם קשיי ראייה". התחנות גם החלו לעבוד פעם בשבוע במקום פעם בשבועיים, כדי להגדיל את הנגישות לתחנות וכדי להגביר את נוכחותם של מפעילי התחנות, כך שיוכלו להשתלב בקלות רבה יותר בצוות הרפואי. בנוסף, מנהלי התוכנית הגדירו את תפקידם של המפעילים כאחראים על כל האזור שמסביב למרפאה שבה ממוקמת תחנת המידע ועודדו את המפעילים לערוך הרצאות בקרב אוכלוסיות שונות כמו רופאי עיניים ואחיות, עובדי לשכות רווחה, וקשישים בבתי אבות, מועדונים חברתיים, מרכזי יום לקשיש או מסגרות רלבנטיות אחרות. זאת, על מנת להגיע לקהל נוסף שאיננו מגיע למרפאות בבתי החולים בהן ממוקמות התחנות.

נראה שמאמצים אלו נשאו פרי. על פי הדיווח של מנהלי התוכנית, בשנת 2003 הגיעו 1000 פניות חדשות לתחנות המידע ועוד 450 פניות חוזרות או ייעוצים טלפוניים. הפרויקט גם נחשף בפני 750 איש נוספים מחוץ למרפאות העיניים, כגון קשישים ואנשי מקצוע בבתי אבות או במרכזי יום; עובדי שיקום בלשכות הרווחה, רופאי עיניים ומשפחה בקהילה; ימי הסברה כלליים של בתי חולים והשתלמויות לאחיות. כתוצאה ממאמצים אלה הגיע היקף הפניות בשנת 2004 ל-2,200.

תהליך קבלת השירות בתחנת המידע

- ♦ רוב הפונים הופנו לתחנות על ידי הרופאים (55%) או אנשי צוות אחרים במרפאה (26%) והיתר על ידי פנייה אישית של המפעיל לחולה בזמן שהייתו במרפאה (9%) או על ידי גורמים אחרים (10%).
- ♦ בדרך כלל, המפעילים הקפידו להיפגש עם הפונים פנים אל פנים. למרות זאת, 5%-7% מהפונים שוחחו עם המפעיל בטלפון בלבד; מדובר בפונים שהתקשו להגיע בעצמם לתחנת המידע בשל מגורים במקומות מרוחקים או בשל קשיי ניידות. כמחצית (52%) מהפונים הגיעו לתחנה בליווי אדם אחר.
- ♦ על פי הגדרת תפקידם, המפעילים אמורים להיפגש עם הפונה פעם או פעמיים. ברוב המקרים (84%) הם אכן נפגשו עם הפונה פעם אחת (69%) או פעמיים (15%); בשאר המקרים הם ראו צורך להיפגש עם הפונה יותר; ייתכן שמשום שחשו שהפונים זקוקים לתמיכה רגשית נוספת ושאים היא לא תינתן להם בתחנה הם לא יקבלו אותה במקום אחר. אפשר להבין זאת על רקע העובדה שחלק מהמפעילים היו בעלי הכשרה מקצועית-טיפולית והם הרגישו שהם מסוגלים לתת בעצמם את התמיכה הרגשית הנדרשת. ייתכן שאכן יש מקום לאפשר במקרים מסוימים יותר פגישות עם הפונה. שלושים ושמונה אחוזים מהפונים חשבו שיכלו להיעזר ביותר פגישות עם המפעיל. עם זאת, בפגישות הנוספות הם רצו לקבל בעיקר הדרכה נוספת לגבי זכויות המגיעות להם ולא דווקא תמיכה רגשית. עניין זה מעלה את הצורך לראות את מסירת המידע כתהליך רציף ולא כאירוע חד-פעמי, מאחר שיתכן כי במפגש הראשון הפונים עדיין אינם מסוגלים לקלוט את כל המידע.
- ♦ על פי טופסי הטיפול, השירותים העיקריים שאליהם הופנו הפונים לתחנות היו לקבלת תעודת עיוור (67%); למכון לשיקום ראייה ירודה (63%); ללשכת הרווחה או למרש"ל⁴ (59%); והדרכה שיקומית (58%). שירותים מומלצים אחרים היו פנייה למוסד לביטוח לאומי, מועדון עיוורים, קבוצות תמיכה, קבוצות לעזרה עצמית, ספרייה ועוד. ראוי לציין ששיעור ההמלצות שעליהן דיווחו הפונים נמוך באופן משמעותי משיעור ההמלצות שעליהן דיווחו המפעילים. כדאי לבדוק האם הסיבות לכך הן שכחה (פעמים רבות הפונים טרודים גם במחלות אחרות), חוסר יכולת לקלוט את כל המידע במהלך הפגישה או סיבות אחרות.
- ♦ כרבע (24%) מאלו שהומלץ להם לפנות לשירותים שונים ציינו שמפעיל התחנה יצר עבורם את הקשר עם השירותים שאליהם הפנה אותם. כמחצית מהמפעילים אמרו שהם אכן יוצרים קשר עם נותני השירותים כאשר הם חשים שהפונה לא יסתדר בכוחות עצמו. היתר לא עשו זאת והדגישו את הצורך של הפונה להיות אחראי לעצמו. מנהלי התוכנית ציינו שבתחילה הם הנחו את המפעילים להימנע מליצור את הקשר בפועל עם השירותים השונים, אך לאחר זמן הם נוכחו לדעת שיש בכך צורך, והם הנחו את המפעילים לסייע לפונה להתקשר לשירות, רק כאשר להערכתם, הוא לא יוכל לעשות זאת בעצמו.
- ♦ לאחר כשלושה חודשים מעת הפנייה הראשונית על המפעיל ליצור קשר נוסף עם הפונה על מנת לוודא שהוא אכן פנה וקיבל את השירותים שאליהם הופנה. שני שלישים מהפונים אכן היו בקשר כזה עם המפעילים. עם זאת, לגבי היתר לא נעשה מעקב. דבר זה כנראה נובע מכך שרק חלק מהמפעילים עורכים מעקב טלפוני מסודר אחר כל מי שפונה אליהם. הסיבות שצוינו למעקב הלא סדיר היו בעיקר קשיי הראייה של המפעילים

⁴ מרכז רב שירותים לעיוור באחריות ובתפעול הרשות המקומית, מקביל למחלקה לשירותים חברתיים אך מיועד ללקויי ראייה בלבד.

(המקשים עליהם לאתר ניירות ולמצוא בהם את מה שמחפשים), חוסר זמן והנחיות לא מספיק ברורות בנוגע לצורך ולדרך של ביצוע המעקב.

תרומת תחנת המידע לפונים

תרומת תחנות המידע נבחנה משלושה היבטים: מבדיקת תפקיד התחנה במסירת מידע על השירותים שהפונים משתמשים בהם; מבדיקת עמדות הפונים לגבי תרומת התחנות; ומבדיקת תרומת התחנה לשיפור במצבם הרגשי של הפונים. להלן עיקרי הממצאים העולים מבחינת כל אחד משלושת ההיבטים הללו:

1. מבדיקת השירותים העיקריים שהפונים משתמשים בהם ותפקיד תחנת המידע במסירת המידע על שירותים אלה עולה כי:

- רוב הפונים במדגם (83%) פנו ללשכת הרווחה (60%) או למרש"ל (23%). כמחציתם (52%) פנו לשירותי הרווחה לאחר שפנו לתחנת המידע דבר היכול ללמד על תרומת תחנת המידע. על פי דיווח עצמי גורמי ההפניה העיקריים של אלו שפנו ללשכת הרווחה היו תחנת המידע (42%) והרופאים (24%).

- ליותר ממחצית הפונים (55%) יש תעודת עיוור. שישים אחוזים מהם קיבלו אותה לאחר שהופנו לתחנת המידע. מבדיקת מימוש ההטבות השונות שמקנה תעודת עיוור עולה כי רוב בעלי התעודה מימשו את ההנחה בתחבורה ציבורית (83%), את ההנחה בארנונה (78%) ופטור מאגרת רדיו וטלוויזיה (71%), שיעור נמוך יותר מימשו את קבלת ההנחה בדמי השימוש בטלפון (56%) ואת האפשרות שמקנה התעודה לקנות או לשאול עזרי ראייה במרכז לעיוור (24%). בדרך כלל, המידע על הזכויות שמקנה תעודת עיוור התקבל ממפעיל תחנת המידע או מחוברת הזכויות של השירות לעיוור (לדוגמה, לגבי הנחה בדמי שימוש בטלפון, 37% ציינו את חוברת המידע על זכויות של השירות לעיוור כמקור מידע ו-32% את תחנת המידע).

- שלושים ואחד אחוזים מהפונים לתחנות נעזרו במכון לשיקום ראייה ירודה. כמחציתם (53%) נעזרו במכון כזה לאחר שפנו לתחנת המידע ו-47% ציינו כי הופנו למכונים על ידי תחנת המידע.

- רק תשעה עשר אחוזים מהפונים קיבלו הדרכה שיקומית. רובם (69%) נעזרו בהדרכה השיקומית לאחר הפנייה לתחנת המידע. מקורות המידע של אלו שנעזרו בהדרכה השיקומית היו בעיקר תחנת המידע (43%) ולשכת הרווחה (29%).

- מעט מהפונים נעזרו בספרייה המרכזית לעיוורים ולכבדי ראייה בנתניה (14%); בקבוצות לעזרה עצמית (4%) או בקבוצות תמיכה ללקויי ראייה (3%).

2. מבדיקת עמדות הפונים לגבי תרומת התחנות עולה כי:

- רובם (78%) ציינו שהם קיבלו ממפעיל התחנה מידע על שירותים המגיעים להם ושהם לא ידעו עליהם לפני כן.

- רבים (61%) אמרו שהמפגש עם מפעיל תחנת המידע חסך להם או לבני משפחותיהם התרוצצות כדי להשיג מידע.

- לעומת זאת, רק שליש מהפונים (33%) חשבו שיש להם מספיק מידע על השירותים הקיימים לאנשים עם לקות ראייה או על זכויותיהם. השאר חשו שלא היה להם מספיק מידע. ייתכן שפגישה אחת עם מפעיל

תחנת מידע אינה מספיקה בשביל הפונה כדי לזכור את כל המידע והשירותים הקיימים. גם מהראיונות עם המפעילים עלה שלא תמיד הם מיידעים את הפונה על כל השירותים שלהם הוא זכאי, מכיוון שהם אינם רוצים להעמיס עליו יותר מדי מידע בבת אחת. הפנייה לשירות אחד או שניים עשויה להספיק כדי לקלוט אותו במערכת ולאפשר לו לקבל שירותים נוספים במשך הזמן. נקודה זו מדגישה שוב את הצורך במעקב אחר הפונים לאורך זמן. מעקב אחר הפונים או פגישות נוספות מאפשרות הזדמנויות נוספות שבהן המפעיל יכול ליידיע את הפונים על שירותים העומדים לרשותם ושעדיין לא נוצלו.

3. תחנות המידע תורמות לשיפור מצבם הרגשי של הפונים :

- שבעים וחמישה אחוזים מהפונים אמרו שלאחר הפגישה עם המפעיל הם הרגישו שיש להם עם מי לדבר או אל מי לפנות אם יתעוררו קשיים חדשים. לשם השוואה, במחקר של שטרוסברג ואחרים (2004), רק 57% ממקבלי קצבת נכות כללית שהליקוי העיקרי שלהם הוא עיוורון, דיווחו שיש להם למי לפנות כאשר מתעוררת בעיה הקשורה למצבם או כאשר הם מרגישים צורך להתייעץ. יתר על כן, מאחר שחלק גדול ממקבלי הקצבה נמצאים כבר זמן רב בקשר עם מערכת השירותים, יש להניח שהפער עוד יותר גדול אם מביאים בחשבון רק את מקבלי הקצבה החדשים.
- שני שלישים מהפונים לתחנות המידע (68%) ציינו שהם הרגישו שקיבלו מהמפעיל תמיכה רגשית לבעיות הקשורות לבעיות הראייה שלהם.
- יותר ממחצית (58%) ציינו שהפגישה עם המפעיל שיפרה את מצב רוחם בנוגע לקשיי הראייה שלהם.

שביעות רצון הפונים מתחנת המידע

שביעות הרצון הכללית מתחנות המידע הייתה גבוהה. רוב (86%) הפונים היו מרוצים. הם היו מרוצים בעיקר מקבלת מידע על זכויות (36%), מקבלת תמיכה רגשית (36%) ומאפשרויות הפעולה שנפתחו בפניהם בעקבות הפגישה עם מפעיל התחנה (27%). שמונים ושישה אחוזים אמרו שהיו ממליצים לחבר שסובל מבעיית ראייה לפנות לתחנת מידע ו-76% חשבו שיש לפתוח תחנות מידע נוספות במרפאות עיניים אחרות. גם שביעות הרצון מתפקוד מפעיל התחנה הייתה גבוהה. תשעים וחמישה אחוזים היו מרוצים מתפקודו של מפעיל התחנה, בעיקר מיחסו כלפיהם (72%); (דיבר בצורה מכובדת, נעימה, לאורך זמן וכו').

עמדות הפונים לגבי הפעלת התחנות על ידי אנשים עם ליקויי ראייה

לא תמיד ידעו הפונים שהמפעילים לקויי ראייה. עשרים ושישה אחוזים לא ידעו כלל שהמפעיל לקוי ראייה. מבדיקת עמדת הפונים בנושא זה עולה כי רבים מהם רואים בחיוב את העובדה שמפעילים יהיו לקויי ראייה בעצמם – 53% אחוזים מכלל הפונים חשבו שזה עדיף ועוד 43% חשבו שזה לא משנה אם המפעיל לקוי ראייה או לא. מתוך הפונים שידעו שהמפעיל לקוי ראייה, 53% ציינו שהדבר סייע להם. ההשפעה החיובית הייתה בתחושת הפונים שמבינים אותם טוב יותר, בעידוד שהם קיבלו מדוגמת ההתמודדות האישית של המפעילים ובתחושה שהם לא לבד. למרות זאת, היו גם הסתייגויות – 28% מהפונים שידעו שהמפעיל לקוי ראייה ציינו שהדבר הפריע להם. לעתים הפונים חשו צער למראה אדם אחר (במיוחד צעיר) שהיו לו בעיות דומות ולפעמים הם לא היו פנויים לשאוב כוח מההתמודדות האישית של המפעיל.

שביעות רצון התומכים העיקריים מפעילות תחנת המידע

התחנות סייעו גם לתומכים העיקריים (העוזר העיקרי לפונה שלא בתשלום בפעולות של טיפול אישי, ניהול משק בית או ניידות) של הפונים. חלק גדול מהתומכים תפסו את התחנות כגורם חשוב בהעברת המידע ובתמיכה הרגשית. לדוגמה, כמחצית (47%) מהתומכים שצינו שקיבלו מידע על שירותים שונים אמרו שקיבלו מידע זה מתחנת המידע. ארבעים ושניים אחוזים מהתומכים שהיו בתחנה ציינו שהתחנה סייעה להם להתמודד רגשית עם הירידה בראייה של הפונה "במידה בינונית" או "במידה רבה".

למרות זאת, עבור רוב התומכים תחנת המידע לא סייעה בהפחתת העומס והם לא הסתפקו במידע שקיבלו. רק 18% מהתומכים שהיו בתחנה חשו שהתחנה עזרה להם להפחית מהעומס המוטל עליהם "במידה בינונית" או "במידה רבה". שמונים וארבעה אחוזים מהתומכים ציינו שהיו מעוניינים לקבל מידע נוסף בנוגע לבעיית הראייה של הנתמך.

ממצאים אלו ממחישים עד כמה לא רק הפונים אלא גם תומכיהם זקוקים למידע ולתמיכה רגשית. מבחינה זו נראה שיש מקום לשקול את הכוונת פעילות התחנות גם כלפי התומכים. בנוסף לכך, כמו הפונים, גם לגבי התומכים יש לראות את העברת המידע כתהליך מתמשך ורציף ולא כאירוע חד-פעמי.

שביעות הרצון של מפעילי התחנות

כמעט כל המפעילים אמרו שבאופן כללי הם מרוצים מאוד או מרוצים מעבודתם בתחנות המידע. רובם גם הרגישו שעבודתם תרמה להתפתחותם המקצועית וחלקם אף אמרו שהיא תרמה להתפתחותם המקצועית במידה רבה. עם זאת, מספר מפעילים (3 מפעילים) הביעו חוסר שביעות רצון מהאפשרות המוגבלת למיצוי מלוא היכולת שלהם בעבודה זו או מהסמכויות המוגבלות שהיא מעניקה להם (3 מפעילים). תחושת חוסר מיצוי היכולת קשורה לשאלה האם המפעילים הם סטודנטים או אנשי מקצוע. סביר להניח שמפעיל שהוא איש מקצוע ירצה שיהיו לו יותר סמכויות ואפשרויות פעולה ולא יסתפק במתן מידע בלבד. לשאלת המעמד המקצועי של המפעילים יש השלכה נוספת - כמחציתם אמרו שהם מרוצים מגובה השכר, אלה שלא היו מרוצים היו בעיקר מפעילים שכבר סיימו את הלימודים באוניברסיטה והם בעלי מקצוע.

כמעט כל המפעילים היו מרוצים מההדרכה האישית. אף על פי כן, יש מקום לבדוק לגבי כל מפעיל את כמות ההדרכה הנחוצה לו ואת אופייה. רוב המפעילים הוותיקים הרגישו שהם לא היו זקוקים להדרכה באותה אינטנסיביות כמו בתחילת הפעלת התחנות. אלו שרצו עוד הדרכה רצו שהיא תתמקד בעיקר בתחום הטיפול הרגשי.

קשיים ביישום התוכנית ופתרונות אפשריים

מילוי טפסים. אחד הקשיים הגדולים שעלו במהלך יישום התוכנית הוא מילוי טופסי הטיפול לאחר מפגש עם הפונים. לא כל המפעילים מילאו טפסים, וגם כשזה נעשה, המילוי היה לעתים רבות חלקי ולא מלא. נראה שהיו לכך שתי סיבות: ראשית, לקות הראייה של המפעילים דרשה מהם להשקיע מאמצים רבים וזמן רב במילוי הטפסים; שנית, חלק מהמפעילים לא ייחסו לכך די חשיבות. בעקבות זאת, במהלך המחקר שונה הטופס, כך

שיהיה קל יותר לשימוש; הוא הותאם באופן אישי ללקות הראייה של כל אחד מהמפעילים, ומנהלי התוכנית הקפידו ביתר שאת על מילוי הטפסים. על פי דיווח רכזת התוכנית, בשל שינויים אלו, כיום כמעט אין בעיה במילוי הטפסים.

הגדרת תפקידו של המפעיל. נראה כי יש לבחון מחדש את הגדרת התפקיד של מפעיל התחנה. אם תפקיד המפעיל לספק מידע בלבד, ניתן אכן להסתפק בסטודנטים. עם זאת, אם תפקיד המפעיל דורש התמקצעות גדולה יותר ביכולת לתת ייעוץ ובמתן תמיכה רגשית ראשונית, יש להעדיף אנשי מקצוע. במקביל, יש לבחון את האפשרות לתת להם יותר סמכויות, כדי שלא יחושו שאינם ממצים את כישוריהם. לדוגמה, אפשר להטיל על המפעילים לערוך סדנאות שבהם הרופאים ילמדו כיצד לספר לחולה שראייתו מידרדרת (סוגיה שאֵתה הרופאים צריכים להתמודד וכנראה מתקשים בכך) או להטיל עליהם את האחריות למציאת מתנדבים עבור הפונים (ר' להלן). אם אכן מדובר בעבודה מקצועית, היקף המשרה והמשכורת צריכים להיבחן בפרמטרים אחרים. במקרה כזה יש מקום להעדיף מספר קטן יותר של מפעילים שיהיו אחראים על אזורים שונים ובהם כמה מרפאות עיניים. מספר מצומצם יותר של מפעילים יאפשר לתת לכל מפעיל היקף משרה גדול יותר שיגביר את מחויבות המפעיל, יאפשר לו יותר זמן לביצוע כל המטלות שלו וייתן לו הרגשה יציבה יותר. הדבר גם יחייב את המפעיל לאתר פונים שלא דרך המרפאות.

גיוס מתנדבים. אחת ממטרות הפרויקט הייתה להקים מאגר מתנדבים שיוכלו לסייע לפונים להגיע לשירותים השונים שהופנו אליהם. מנהלי התוכנית נתקלו בקשיים רבים בהקמת מאגר כזה. הסיבה לכך היא שמתנדבים רבים מעוניינים במסגרת התנדבות קבועה ויציבה ולא על בסיס משתנה (לפי צורכי הפונים).
העדר מקום קבוע במרפאה. קושי שצינו חלק מהמפעילים היה העדר מקום קבוע במרפאה.

צרכים לא מסופקים לשירותים

- אחת ממטרות המחקר הייתה לעמוד על צרכים לא מסופקים של אוכלוסיית לקויי הראייה באמצעות בדיקת נושא זה בקרב הפונים לתחנות המידע. מבדיקה זו עלה כי:
- ♦ רבים מהפונים דיווחו על צרכים לא מסופקים לשירותים בתחום התפקוד היום-יומי – בניידות מחוץ לבית (50% מכלל הפונים), בניהול משק בית (46% מכלל הפונים) או בטיפול האישי (24% מכלל הפונים).
 - ♦ כמו כן, נמצאו צרכים לא מסופקים לשירותים מיוחדים ללקויי ראייה – הדרכה שיקומית (46%), קבוצות תמיכה (40%), קבוצות לעזרה עצמית (38%), מכון לשיקום ראייה ירודה (32%) וספרייה (27%).
 - ♦ רוב הפונים (96%) לא נעזרו במתנדב, אך נראה שיש צורך בכך. כמחצית מכלל הפונים (49%) ציינו שהיו מעוניינים לקבל סיוע ממתנדב.
 - ♦ ארבעים ושלושה אחוזים מתוך מי שנעזרו בשירות כלשהו (79%) נתקלו בקשיים בקבלת שירותים שונים. השירותים העיקריים שבהם צוינו קשיים היו קבלת תעודת עיוור וההטבות הכספיות הנלוות. הקשיים העיקריים שהיו לפונים היו קושי להגיע למקום השירות (27%); בעיות ביורוקרטיות (27%) וחוסר במידע על השירותים (15%).

מבוא

רקע

בשנת 2002 היו בישראל 20,818 לקויי ראייה,¹ המוכרים כעיוורים על פי חוק.² מספר תעודות העיוור החדשות שהונפקו באותה שנה היה 2,117. שישים ואחד אחוזים מהן הונפקו לקשישים בני 66 ומעלה (קורסייה וגוזובסקי, 2003). בנוסף לאלו המוגדרים כעיוורים על פי חוק, יש כבדי ראייה רבים שאינם זכאים לתעודת עיוור, אך זכאים לשירותי שיקום שונים. להערכת אנשי המקצוע, על כל פנייה שמאושרת לקבלת תעודת עיוור, נדחות שתי פניות אחרות.

רבים מהעיוורים וכבדי הראייה זכאים לשירותי שיקום ממשרד העבודה והרווחה. מדובר בהשתתפות כספית ברכישת עזרי ראייה ובהוראת השימוש בהם; בתמיכה רגשית; בהדרכה שיקומית, בהכשרה מקצועית ובסיוע במציאת עבודה; בהטבות ובהנחות כספיות. עם זאת, לדברי נותני השירותים, עיוורים וכבדי ראייה רבים אינם מודעים לזכויותיהם ולאפשרויות השיקומיות העומדות בפניהם ולעתים עובר זמן רב עד שהם מקבלים אותם (נוישטדט-נוי, 1988; Dickstein, and Gozovsky, 1994). היכולת להשתמש בסיוע ובתמיכה זמינים חשובה מאוד להסתגלות ולהתמודדות עם לחצים סביבתיים. בכר ושאן (Bachar and Shanan, 1997) מצאו כי סיוע ותמיכה חברתית הפחיתו מאוד את ההבדלים בין אוכלוסיית קשישים לקויי ראייה לאוכלוסיית קשישים ללא לקות ראייה ביכולת הסתגלותם החברתית והתמודדותם עם לחצים ועם דימוי עצמי ירוד. חשוב מאוד גם לתת את שירותי השיקום מוקדם ככל האפשר, שכן אז תהליך השיקום הוא היעיל ביותר (נוישטדט-נוי, 1988). במיוחד אמורים הדברים לגבי אוכלוסיית העיוורים הקשישים. פנייה יזומה לקשיש במסגרת תכניות מיוחדות לכך (outreach programs) עשויה לדרבן אותו לפעולה ולטיפול בעצמו (Dickman, 1977). בארה"ב הופעלה תוכנית מיוחדת שנועדה לסייע לקשישים שיכולת הראייה שלהם הידרדרה. מחקר הערכה שבדק את התוכנית מצא שהיא סייעה רבות במתן מידע גם למי שהוחלט לגביהם שהם אינם זקוקים לאבזרי עזר (Vaughan, and Hobson, 1990).

במדגם שערכו סמית וסמית (סמית וסמית, 1996) בקרב בעלי תעודת עיוור בישראל נמצא כי ל-33% מגילאי 64-19 חָסַר מידע על זכויותיהם וחובותיהם, ו-45% מגילאי 65 ומעלה לא ידעו אילו שירותים ניתן לקבל. עוד נמצא כי כ-33% מגילאי 19-64 קיבלו שירות ממורה להדרכה שיקומית, לעומת 9% בלבד מגילאי 65 ומעלה. זאת, אף שמדובר בשירות חשוב ביותר לתהליך שיקומם של לקויי ראייה. במחקר אחר שנערך על ידי מאירס-גיוינט-מכון ברוקדייל בשיתוף עם הביטוח הלאומי (שטרסברג ואחרים, 2004) נמצא כי 77% מהמרוויינים שהליקוי העיקרי שלהם הוא עיוורון היו מעוניינים לקבל יותר מידע על זכאותם לשירותים שונים. ארבעים ושלושה אחוזים דיווחו

¹ במונח לקויי ראייה הכוונה לאנשים המוגדרים כעיוורים או ככבדי ראייה.

² ההגדרה החוקית של עיוורון בישראל היא העדר ראייה מוחלט או חדות ראייה שאינה עולה על 3/60 מ' בעין הבריאה ביותר אף בעזרת משקפיים או צמצום שדה הראייה כך שהוא אינו עולה על 20° בעין הבריאה ביותר. אדם המוגדר כעיוור עפ"י החוק זכאי לתעודת עיוור' המונפקת על ידי השירות לעיוור. תעודה זו מקנה שירותים וזכויות שונות כמו הקלות במס; נסיעות חינם באוטובוסים; הנחה בארנונה ועוד.

שאינן להם למי לפנות (כולל פנייה טלפונית), כאשר מתעוררת בעיה הקשורה למצבם או כאשר הם מרגישים צורך להתיעץ (הכוונה לגורם פורמלי ולא לבני משפחה).

לחוסר מודעותם של לקויי הראייה לשירותים העומדים לרשותם ולשיעור השימוש הנמוך שלהם בשירותים אלה ייתכנו כמה הסברים: 1. תהליך הקבלה של שירותים שונים, דוגמת הדרכה שיקומית, עשוי להיות ארוך ומסורבל; 2. לעתים קרובות לקויי הראייה אינם פונים כלל לעובד הרווחה, שכן הם אינם מודעים לזכותם לקבלת שירותי השיקום; 3. חוסר תיאום בין ארגונים העוסקים במתן שירותים לאוכלוסיית הקשישים (חביב, ברודסקי, נאון, כורזים וברנע, 1992); 4. חוסר תיאום בין שירותי הרפואה המטפלים במחלות עיניים לבין שירותי השיקום. פעמים רבות אנשי הצוות הרפואי המטפלים בלקויי הראייה אינם מפנים את החולה לשירותי השיקום. הדבר עשוי לנבוע מחששו של הרופא שמא שלא יוכל לענות על ציפיותיו של החולה; מחוסר קשר ישיר בין הרופאים לבין שירותי השיקום בקהילה או מהעדרו של עובד רווחה קבוע במרפאות העיניים שבבתי החולים (נוישטדט-נוי, 1988). דוגמה לחוסר קשר בין שירותי השיקום והרפואה ניתן למצוא במחקר של Pankow and Luchins (1998) שנעשה בארצות הברית. החוקרים הגיעו למסקנה כי 47 מהפונים למרכז בריאות גריאטרי בשל בעיות ראייה היו מועמדים טובים להפניה למכון לראייה ירודה (low vision clinic). למרות זאת, רופאי העיניים במקום הפנו רק 13 ממקרים אלו למכון לראייה ירודה, אף שמכון זה היה באותו מתחם של מרכז הבריאות.

בשל סיבות אלו הוקמו בשנות השמונים "תחנות מידע ואיתור" (השירות לעיוור, 2000; Dickstein, and Gozovsky, 1994) על ידי השירות לעיוור. בתחנות עבדו אנשי מקצוע והם נתנו ללקויי הראייה שירותי ייעוץ ותמיכה ראשוניים והפנו אותם לשירותים המתאימים. לצדם עבדו בתחנות **מתנדבים** לקויי ראייה שתרמו לפונים מניסיונם. בשיא פעילותן פעלו תחנות מידע ב-14 מרכזים רפואיים שונים ברחבי הארץ. בשל סיבות ארגוניות ותקציביות נותרו כיום רק ארבע תחנות מידע, אף שהן נמצאו כיעילות. במחקר ראשוני (pilot test) שערכה נוישטדט-נוי (Neustadt-Noy, 1986; נוישטדט-נוי, 1988) נמצא הבדל כמעט מובהק בין לקויי ראייה שהופנו להדרכה שיקומית על ידי תחנות המידע (במרפאת העיניים שבהדסה עין כרם - התחנה הראשונה שהוקמה) לבין לקויי ראייה שהופנו להדרכה שיקומית על ידי לשכות הרווחה. שישים וארבעה אחוזים מאלו שהופנו על ידי תחנות המידע, נעזרו בהדרכה שיקומית בתוך שלוש השנים הראשונות לאבחון. לעומתם, רק 35% מבין לקויי הראייה שהופנו על ידי לשכת הרווחה, נעזרו בהדרכה השיקומית בשלוש השנים הראשונות לאבחון.

ההנחה שבבסיס העסקתם של מתנדבים לקויי ראייה במתן שירות ללקויי ראייה אחרים היא שהם יכולים להבין טוב יותר את אוכלוסיית הפונים ולתרום להם מניסיונם. בירס-לאנג (Byers-Lang, 1984) דיווחה על שירות של מתנדבים לקויי ראייה בארה"ב, שנתנו שירותי ייעוץ והכוונה ללקויי ראייה אחרים. לדבריה, השתקמותם של לקוחות שקיבלו סיוע ממתנדבים לקויי ראייה הייתה בדרך כלל מהירה יותר מהשתקמותם של לקוחות שלא נעזרו במתנדבים. מעבר לכך, גם המתנדבים הפיקו תועלת מכך שסייעו לאחרים. אמאראל ורינגרינג (Amaral and Ringerling, 1988) בדקו תוכנית תמיכה של קשישים לקויי ראייה בקשישים לקויי ראייה אחרים באמצעות

קשר טלפוני קבוע. ממחקרם עולה, כי ברמת הפעילות הכללית ובנכונות לקבל את הלקוח בקרב מי שנעזרו בייעוץ הטלפוני חלה עלייה משמעותית, לעומת המצב בקרב קשישים שלא השתתפו בתוכנית.

גם בקרב אוכלוסיות בעלות מוגבלויות אחרות מועסקים בעלי אותה מוגבלות במתן שירותי ייעוץ והכוונה. לדוגמה, נפגעי נפש שמסייעים לנפגעי נפש אחרים (Chinmanet et al., 2000; Mobray et al., 1996) וקשישים שמדריכים קשישים אחרים בנושא שימוש נכון בתרופות ומייעצים להם בנושאי בריאות אחרים (Lucchetti, 1997; Quine, and Chan, 1998).

העסקתם של מי שסובלים ממוגבלות במתן שירותי ייעוץ למי שסובלים מבעיה דומה עשויה להיות מורכבת. מהממצאים בקבוצות המיקוד שבמחקר של מובריי ואחרים (Mobray et al., 1996) עלה שתפקידם של היועצים נפגעי הנפש לא היה פשוט אלא מורכב ו"מקצועי". חלקם חשו כיעובדים סוג ב', בשל היותם חסרי השכלה פורמלית ומשום שתנאי השכר שלהם היו גרועים. גם שילוב שני 'תפקידים' – תפקיד הלקוח ותפקיד נותן השירות – יצר לא מעט מתח (role strain) ובלבול. חלק מחוסר הבהירות נסב על נושא הצבת הגבולות בין הלקוח לבין נותן השירות. העסקתו של מטפל לקוי ראייה עשויה להיות מלווה בבעיות אחרות, למשל, רוברטס, מטפל עיוור מלידה (Roberts, 1994), מציין שהמטפל העיוור מלידה עשוי להיות לא די רגיש לתחושת האובדן של מטופל שהירידה בראייה שלו הוחמרה; שכן הוא מעולם לא חש אובדן שכזה. עליו להיות ער לכך ולהיזהר מלהשליך מעולמו הפנימי על עולמו של הלקוח שלו.

תיאור התוכנית

כיוון שהצורך לאתר ולספק מידע לאוכלוסיית לקויי ראייה עומד בעינו, פיתחו השירות לעיוור במשרד העבודה והרווחה בשיתוף עם ג'וינט-ישראל (היחידה לנכויות ולשיקום) ובסיוע המוסד לביטוח לאומי (הקרן למפעלים מיוחדים) ועמותת על"ה מודל לחידוש פעילותן של תחנות המידע והאיתור. התחנות אמורות לאתר עיוורים וכבדי ראייה, סמוך ככל האפשר לירידת כושר הראייה שלהם, כדי שיוכלו להיעזר בשירותי השיקום השונים. על כן, התחנות ממוקמות במרפאות העיניים. התחנות אמורות לספק מידע ולשפר את הליכי קבלת שירותי השיקום. כמו כן, הפעלתן על ידי סטודנטים לקויי ראייה אמורה לתת למפעילים הזדמנות להתנסות בעבודה. על פי מודל זה, בשלב הראשון מופעלות תחנות המידע על ידי עיוורים או כבדי ראייה, הלומדים מקצועות טיפוליים (כגון עבודה סוציאלית וייעוץ חינוכי), תחת פיקוחם והדרכתם של אנשי מקצוע. זאת, מתוך הנחה, שלאחר שיסיים את לימודיו, יעבוד הסטודנט בתחנה או במסגרות אחרות כאיש מקצוע. התחנות אמורות להקטין את משך ההמתנה לקבלת שירותי השיקום ולהגדיל את מספר לקויי ראייה שיוכלו לקבל את הסיוע הדרוש להם (השירות לעיוור, 2000). התחנות הראשונות החלו לפעול בתחילת 2001. כיום פועלות ברחבי הארץ 20 תחנות מידע³ במרפאות

³ המרפאות שבהן נמצאות כיום תחנות: ביי"ח סורוקה, באר שבע; מרפאה ג' (קופ"ח כללית), באר שבע; ביי"ח ברזילי, אשקלון; ביי"ח קפלן, רחובות; מרפאת רוממה (קופ"ח כללית), ירושלים (תחנה ותיקה שאינה כלולה במימון הפרויקט הנוכחי); ביי"ח הדסה עין כרם, ירושלים; ביי"ח הדסה הר-הצופים, ירושלים; ביי"ח אסף הרופא, צריפין; ביי"ח שיבא, תל-השומר; מרפאת רוטשילד (קופ"ח כללית), פתח תקווה; מרפאת הרואה (קופ"ח כללית), רמת גן; מרפאת בלומנטל (קופ"ח

עיניים שונות, בהפעלתם של 15 מפעילים (חלק מפעילים יותר מתחנה אחת) – סטודנטים ואנשי מקצוע. מפעיל התחנה פועל בדרך כלל מאחד מחדרי המרפאה. בחלק מהמרפאות מדובר בחדר קבוע ובחלק מהמרפאות המפעיל יושב בחדר פנוי כלשהו. בנוסף לתחנות שנמצאות במרפאות עיניים, פועלים שלושה 'קווים פתוחים' פעם בשבוע, בשפות ערבית, אנגלית ורוסית והם מאוישים על ידי שלושה ממפעילי תחנות המידע.

הקריטריונים שעל פיהם מתבקשים אנשי הצוות הרפואי להפנות אנשים לקבלת סיוע בתחנת המידע הם בעיות רגשיות ותפקודיות או בעיות אחרות, הנובעות מלקות הראייה; מליקוי ראייה שהוחמר, מחדות ראייה של 6/60 ומטה או משדה ראייה של 30° ומטה.

במסגרת תפקידם, על המפעילים להיות פעם בשבועיים (שתי תחנות פעלו במתכונת של פעם בשבוע) במרפאת העיניים במשך כ-5 שעות ולקבל את החולים שהופנו אליהם על ידי האחיות או הרופאים. המפעילים נדרשים לספק מידע ראשוני על השירותים ללקויי ראייה וכן לתת מענה רגשי ראשוני למשבר אובדן הראייה של החולים. לאחר כל פגישה כזו, על המפעילים למלא טופס טיפול ובו פרטים אישיים על הפונה; פרטים על לקות הראייה ועל יכולת התפקוד הכללית שלו; פרטים על שירותים וקצבאות שהפונה כבר מקבל והמלצות המפעיל לפונה.

לאחר זמן מה על המפעיל ליצור קשר עם הפונה ולבדוק אם הוא אכן נעזר בהמלצות שקיבל וכן לקבל ממנו משוב על השירותים העומדים לרשותו ועל שירות תחנות המידע בפרט. טפסים אלו נועדו ליצור מערכת מידע מנהלי, כדי לסייע למפעיל בקשר עם הפונה במהלך שלב המעקב; לספק למנהלי התוכנית מידע שוטף על פעילות התחנות וכן לסייע לקובעי מדיניות להעריך את הצרכים הקיימים בשטח.

המחקר הנוכחי נועד ללוות תוכנית זו, לבחון את אופן יישומה בשטח ולהעריך את תרומתה לפונים, לתומכים בהם ולמפעילים עצמם.

מטרות המחקר

- ♦ ללוות את השלבים השונים ביישום הפרויקט, לזהות קשיים ובעיות כדי לשפרו בהמשך;
- ♦ לבחון את תרומת התחנות ללקויי הראייה (בעלי ירידה תפקודית או רגשית כתוצאה מהלקות);
- ♦ לבחון את תרומתן של תחנות המידע הפועלות במסגרות רפואיות;
- ♦ לבחון את תרומת שילובם של אנשי מקצוע עיוורים וכבדי ראייה בשירותי מידע ותמיכה ללקויי ראייה;
- ♦ לתרום לפיתוחה של מערכת השירותים לבעלי צרכים מיוחדים בכלל וללקויי ראייה בפרט בעתיד.

כללית), בני ברק; ביי"ח וולפסון, חולון; ביי"ח איכילוב, תל-אביב; ביי"ח מאיר, כפר סבא; ביה"ח הצרפתי, נצרת; מרפאת לין (קופ"ח כללית), חיפה; ביי"ח רמב"ם, חיפה; ביי"ח העמק, עפולה; ביה"ח לגליל המערבי, נהריה.

שיטת המחקר

מקורות המידע ושיטת איסוף הנתונים

הנתונים נאספו בין מאי 2002 לינואר 2003. להלן יתוארו מקורות המידע ושיטות איסוף הנתונים לגבי כל אחד מהם:

א. ראיונות טלפוניים עם 76 לקויי ראייה שפנו לתחנות בין אוקטובר 2001 לאוגוסט 2002 (להלן 'הפונים במדגם'). הראיונות נערכו בין יוני 2002 לפברואר 2003.

בשל סודיות רפואית לא ניתן היה לקבל מראש את רשימת שמות הפונים לתחנות, והיה צורך לקבל את הסכמתם של הפונים לכך ששםם יועבר למכון ברוקדייל לצורך ריאיון. משום כך נערכה דגימת זמן בהתאם למשקל היחסי של כל תחנה.

על פי נתונים משנת הפעילות הראשונה של התחנות, חושב משקלה היחסי של כל תחנה מבחינת מספר הפונים אליה בכל חודש. כיוון שמספר המרואיינים שנקבע היה 75, חושב מספר הפונים שיש לראיין בכל תחנה בהתאם למשקלה היחסי. כל מפעיל התבקש להתקשר לכל הפונים שהגיעו אליו לתחנה משלושה חודשים אחורה ועד למילוי המכסה, ולקבל את הסכמתם להתראיין. כ-46 סירבו להתראיין (כולל פונים שהיה קושי לתקשר אתם) ו-17 לא אותרו מכיוון שלא היו בבית בזמן שהמפעיל התקשר או שמספר הטלפון היה שגוי. כיוון שמדובר בדגימת זמן שבה צריך למלא מכסה מסוימת של מרואיינים, המפעילים לא התעכבו לקחת דווקא אותם, ובמקום זאת יצרו קשר עם פונים אחרים מאותו חודש או מחודשים קודמים. משך הזמן הממוצע בין הפנייה לתחנה לזמן הראיון היה 6.6 חודשים. בלוח 1 מוצג מספר הפונים שרואיינו בכל אחת מהתחנות.

לוח 1: מספר הפונים במדגם, לפי תחנת המידע שבה קיבלו שירות

מספר הפונים במדגם	תחנת מידע*
76	סה"כ
15	רמב"ם, חיפה
12	איכילוב, ת"א
8	אסף הרופא, צריפין
*7	ליו, חיפה
6	הדסה, עין כרם, י-ם
6	שיבא, תל-השומר
5	ברזילי, אשקלון
4	וולפסון, חולון
3	הרואה, רמת גן
3	בלומנטל, בני ברק
3	מאיר, כפר סבא
2	לשכה לשירותים חברתיים, דיר חנא**
2	בי"ח הצרפתי, נצרת

* אף שמספר הפונים לתחנה זו היה הגדול ביותר, גם מספר הסירובים להתראיין היה הגדול ביותר.

** להבדיל מהתחנות האחרות, תחנה זו לא פעלה במרפאת עיניים אלא בלשכה לשירותים חברתיים.

ברוב המקרים (77%) התראיין הפונה לתחנת המידע בעצמו. בשאר המקרים רואיינו ילדיו (12%), הוריו (7%), או בן הזוג (4%) של הפונה, כיוון שהפונה עצמו לא יכול היה לענות (ילד, תשׁוש נפש וכד'). במקרים אלה, לא נשאלו השאלות על שביעות רצון מתחנות המידע או על תחושותיו האישיות של הפונה (ריאיון על-אודות). כל ריאיון ארך בין חצי שעה לשעה.

ב. ראינות טלפוניים עם 44 תומכים עיקריים של המרואיינים, כשהפונה מקבל עזרה ללא תשלום בטיפול אישי, בניהול משק בית או בניידות מחוץ לבית. התומך הוגדר כאדם העיקרי העוזר לפונה (שלא בתשלום) בפעולות אלו (בדרך כלל בן משפחה). שלושים ושישה מהתומכים היו בתחנת המידע עם הפונה ו-8 תומכים רק שמעו על התחנה באמצעות הפונה. במקרים אלו הם לא נשאלו על שביעות הרצון מפעילות התחנה. כל ריאיון ארך בין 10 ל-15 דקות.

ג. ראינות עומק מובנים למחצה (רובם טלפוניים) עם עשרת מפעילי תחנות המידע (בזמן ביצוע הראינות). חמישה מפעילים איישו כל אחד תחנת מידע אחת,⁴ שלושה מפעילים איישו שתי תחנות מידע⁵ ומפעיל אחד אייש שלוש תחנות מידע.⁶ מפעיל זה גם סייע למפעיל אחר באישׁ תחנה נוספת.⁷ בסך הכול, איישׁו המפעילים שרואיינו 15 תחנות מידע. אחד המרואיינים פרש מעבודתו בתחנת המידע בסוף שנת הלימודים.

ד. ראינות עם 43 אנשי שיקום ורפואה. רוב הראינות נערכו בטלפון ומיעוטם פנים אל פנים. נבחרו בעיקר מרואיינים שהיו בקשר עם תחנות המידע או שהיו מנהלי שירותים שונים ושהיה להם קשר עקיף עם תחנות המידע. רואיינו אנשי מקצוע אלה:

- תשעה רופאים (5 מהם מנהלי מרפאות או מחלקות) במקומות שבהם קיימת תחנת מידע;
- שישה רופאים (4 מהם מנהלי מרפאות או מחלקות) במרפאות שבהן אין תחנת מידע;
- שש אחיות במרפאות שבהן קיימת תחנת מידע ואחות אחת במרפאה שבה אין תחנת מידע;
- שש מדריכות של המפעילים (שתי מורות שיקומיות; מנהלת מרכז רב שירותים לעיוור - להלן מרש"ל, באחריות ובתפעול הרשות המקומית; מקביל למחלקה לשירותים חברתיים אך מיועד ללקויי ראייה)⁸;
- עובדת סוציאלית בלשכת רווחה; עובדת סוציאלית במרפאה ועובדת סוציאלית במרכז לשיקום ראייה (ירודה);
- שלוש מנהלות הפרויקט (רכזת התוכנית; נציגת הגוינט; ונציגת השירות לעיוור);
- שלוש מנהלות שירות סוציאלי בבתי חולים;

⁴ מרפאת לין (קופ"ח כללית), חיפה; בי"ח רמב"ם, חיפה; בי"ח סורוקה, באר שבע; בי"ח הדסה עין כרם, ירושלים; בי"ח ברזילי, אשקלון.

⁵ בי"ח הצרפתי בנצרת והלשכה לשירותים חברתיים בדיר חנא; בי"ח וולפסון בחולון ובי"ח אסף הרופא בצריפין; בי"ח איכילוב בת"א, ובי"ח שיבא בתל-השומר.

⁶ מרפאת רוטשילד (קופ"ח כללית) בפ"ת; מרפאת בלומנטל (קופ"ח כללית) בבני ברק; ובי"ח מאיר בכפר סבא (התחנה בבי"ח 'מאיר' נפתחה במהלך השנה).

⁷ תחנת הרוא"ה של קופ"ח כללית ברמת גן.

⁸ מרכז בעל סמכויות כלשכת רווחה המטפל בלקויי ראייה בלבד.

- שני מנהלי קבוצה לעזרה עצמית שהם גם לקויי ראייה בעצמם ;
- עו"ס מהאגודה למען העיוור, באחת הערים הגדולות ;
- ארבעה מנהלי מכונים לשיקום ראייה ירודה (שניים הפעילו תחנות מידע בעבר ואחת עדיין מפעילה תחנה כזו בהווה, אך לא במסגרת הפרויקט הנוכחי) ;
- מנהלת מכון למניעת עיוורון (רופאה) ;
- מנהל המרכז להדרכה שיקומית.

ה. נתונים מטפסים על 603 פונים שפנו לתחנות המידע בין יוני 2001 למאי 2003.

כל מפעיל התבקש למלא עבור כל אחד מהפונים טופס טיפול. הטופס נבנה במיוחד לתוכנית. פעמיים במהלך השנים 2001-2003 נאספו מהמפעילים הטפסים שמילאו ועובדו נתונים שהתייחסו ל-604 פונים לתחנות בין יוני 2001 למאי 2003 (220 בין יוני 2001 למאי 2002 ו-383 בין יוני 2002 למאי 2003). הנתונים מהשנה הראשונה התייחסו ל-13 תחנות מידע⁹ (מתחנה אחת לא התקבלו טפסים). חלקם החלו לפעול רק לאחר חודש יוני, 2001. הטפסים מהשנה השנייה התייחסו ל-17 תחנות מידע¹⁰ (כולל קו פתוח לדוברי השפה הרוסית; משלוש תחנות לא התקבלו טפסים) כשחלקם החלו לפעול רק לאחר יוני, 2002. הנתונים שיוצגו מטפסים אלו משוקללים משני העיבודים שנעשו.

כלי המחקר

א. שאלון מובנה לפונים. המרואיין נשאל שאלות על: פרטי רקע (לדוגמה: מין, גיל, לאום, השכלה); לקות הראייה והבריאיות; תפקוד בתחום הטיפול האישי, ניהול משק בית, נידות, ועוד; מצבו החברתי והרגשי לבחינת המצב הרגשי של הפונה נעשה שימוש בסולם הדיכאון הגריאטרי המקוצר של Galaria, Casten and Rovner (Shorter version of the Geriatric Depression Scale, 2000). סולם זה, המבוסס על ה-Geriatric Depression Scale, נבנה לצורך בדיקת דיכאון בקרב אוכלוסיית קשישים בעלי לקות ראייה והוא כולל בתוכו ארבעה פריטים ("האם בשבוע האחרון הרגשת ש: באופן כללי, אתה מרוצה מחייך?"; "הייתה ירידה בהיקף הפעילויות או תחומי העניין שאתה בדרך כלל עוסק בהם"; "אתה מרגיש חסר אונים; אתה מרגיש שיש לך יותר בעיות זיכרון מלאנשים אחרים בגילך?"). תשובה חיובית על שני פריטים ויותר מזהה עם דיכאון; קבלת עזרה מבני משפחה בתחומי התפקוד; קבלת שירותים (באילו שירותים נעזר; זמן הקבלה של השירותים; מי הפנה

⁹ ביי"ח ברזילי, אשקלון; ביי"ח אסף הרופא, צריפין; ביי"ח וולפסון, חולון; מרפאת הרואה, רמת-גן; מרפאת בלומנטל, בני-ברק; מרפאת רוטשילד, פתח תקוה; מרפאת לין, חיפה; ביי"ח רמב"ם, חיפה; לשכה לשירותים חברתיים בدير חנא; ביה"ח הצרפתי, נצרת; ביי"ח הדסה עין כרם, ירושלים; ביי"ח שיבא, תל-השומר; ביי"ח איכילוב, תל-אביב; ביי"ח סורוקה, באר שבע (מתחנה זו לא התקבלו נתונים).

¹⁰ ביי"ח ברזילי, אשקלון; ביי"ח אסף הרופא, צריפין; ביי"ח וולפסון, חולון; מרפאת הרואה, רמת-גן; מרפאת בלומנטל, בני-ברק; מרפאת רוטשילד, פתח תקוה; מרפאת לין, חיפה; ביי"ח רמב"ם, חיפה; ביה"ח הצרפתי, נצרת; ביי"ח שיבא, תל-השומר; ביי"ח איכילוב, תל-אביב; ביי"ח מאיר, כפר סבא; ביי"ח קפלן, רחובות; ביי"ח הגליל המערבי, נהריה; קופ"ח ג', באר שבע; קו פתוח לדוברי השפה הרוסית; ביי"ח סורוקה, באר שבע (מתחנה זו לא התקבלו נתונים); ביי"ח הדסה עין כרם, ירושלים (מתחנה זו לא התקבלו נתונים); ביי"ח הדסה הר-הצופים (מתחנה זו לא התקבלו נתונים).

לקבלת אותם שירותים; במידה ולא נעזר באותם שירותים, האם היה רוצה לקבל אותם וכדו'); אופן פעילות תחנות המידע; השפעת העובדה שהמפעילים הם לקויי ראייה; תרומת תחנות המידע ושיעור הרצון מהן.

ב. שאלון מובנה לתומכים. התומכים נשאלו על: פרטי רקע (כגון: גיל, מין, לאום); תרומת תחנות המידע ושיעור הרצון מהן; העומס המוטל עליהם. שאלות אלה כוללות סולם לבדיקה ראשונית של עומס (Screening version of the Zarit Burden Interview). הסולם מורכב מארבעה פריטים (באיזו מידה אתה מרגיש שאין לך מספיק זמן בשביל עצמך בשל הטיפול ב-____? לחוץ משום שאתה מנסה לטפל ב-____ ולמלא את שאר התחייבויותיך כלפי משפחתך או מקום עבודתך? מתוח/לחוץ מאוד כאשר אתה בסביבתו של ____? שאינך יודע מה לעשות לגבי הטיפול ב-____?). על המרואייין לתת תשובה שנעה על פני סקלה שבין 'אף פעם לא' (ציון אפס) ל-'כמעט תמיד' (ציון 4). ציון של 8 ומעלה מזוהה עם 'עומס כבד' (Bédard, Molloy, Squire, Dubois, Lever, and O'Donnell, 2001). התומכים גם התבקשו לדרג את סך העומס המוטל עליהם כתוצאה מהטיפול בפונה על פני סקלה שנעה בין 'עומס כבד מאוד' ל-'כלל לא כבד' (4 דרגות). בנוסף, התומכים נשאלו על הרגשות שלהם בנוגע לטיפול בפונה (לדוגמה: "האם קורה שאתה מרגיש מודאג או חרד בגלל המצב של ____?").

ג. שאלון מובנה למחצה למפעילי תחנות המידע. המפעילים נשאלו על: אופן ניהול התחנה; שיתוף הפעולה עם הצוות הרפואי; קשיים; תרומת התחנות לפונים; שביעות הרצון מהעבודה בתחנת המידע.

ד. שאלון מובנה למחצה לרופאים. הרופאים נשאלו על: הכרת השירותים השיקומיים הקיימים ללקויי ראייה; הצורך בתחנות מידע; הערכת מספר הפונים היכולים להיעזר בתחנה ועוד.

ה. שאלון מובנה למחצה למדריכיהם של מפעילי התחנות. המדריכים נשאלו על: אופן ניהולו של המפעיל את התחנה; הקשר בין המדריך למפעיל; הצורך בתחנות המידע; שיתוף הפעולה עם אנשי הצוות הרפואי ועוד.

ו. שאלון מובנה למחצה לאנשי קשר. שאלון שנועד למי שמקשרים במרפאה בין הפונים למפעילים (בעיקר אחיות). השאלות מתייחסות לאופן ניהול התחנה; תהליך ההפניה לתחנה והקשר עם מפעיל התחנה; הצורך בתחנות המידע; שיתוף הפעולה עם מפעיל התחנה ועוד.

ז. שאלון לאנשי השיקום. אנשי השיקום נשאלו על: מטרות התחנה, אופן ניהולה, הקשר עם מרפאות העיניים, מספר הפונים ועוד.

ח. טופס טיפול ומעקב. כל מפעיל נדרש למלא עבור כל פונה שהגיע לתחנה טופס טיפול ומעקב שכולל את הפרטים הבאים: פרטי רקע (מין, גיל, שפת דיבור, השכלה); פרטים על לקות הראייה של הפונה ומצבו הבריאותי באופן כללי; המצב התפקודי; צרכים; שירותים אותם הפונה כבר מקבל; המלצות שנתנו לפונה; מעקב אחרי תקופה של כשלושה חודשים שבו המפעיל היה צריך לחזור לפונה ולבדוק אם המלצותיו יושמו. אחת הבעיות של מקור מידע זה הייתה נתונים רבים חסרים, בעיקר בשל אי מילוי הטפסים על ידי המפעילים (מפעיל אחד כלל לא

מילא טפסים ו-4 מפעילים ערכו רק רשימות פרטיות עם נתונים כלליים על הפונים אליהם) או בשל מילוי חלקי שלהם. לאור בעיות אלו ואחרות, הופקו לקחים והוכנס לשימוש טופס חדש שהותאם באופן אישי לכל מפעיל על פי צרכיו הייחודיים שנובעים מלקות הראייה.

מאפייני הפונים

אחת ממטרות המחקר הייתה לעמוד על מאפייניה של אוכלוסיית הפונים לשירותי תחנות המידע כדי שיהיה אפשר להמשיך ולפתח אותם בהתאם לצרכיה. מדובר במשתני רקע (כגון גיל, מין, לאום, מצב משפחתי) ובמשתנים הקשורים לנכות ולמצב תפקודי. מקורות המידע לממצאים אלו הם טופסי הטיפול והראיונות עם הפונים עצמם.

מאפייני רקע

בלוח 2 מוצגים מאפייני הפונים מבחינת מין, לאום, מצב משפחתי וגיל, לפי המדגם ולפי טופסי הטיפול. ההשוואה בין מאפייני הרקע במדגם לבין מאפייני הרקע בטופסי הטיפול נערכה כדי לחזק את תוקף ממצאי הדגימה. בדרך כלל השיעורים משני מקורות אלה דומים, למעט ההתפלגות על פי מגדר.

ארבעים וחמישה אחוזים מהפונים במדגם היו נשים, שיעור נמוך משיעור הנשים שעברו בתחנות בין יוני 2001 למאי 2003 (55%). שיעור זה דומה לשיעור הנשים באוכלוסיית לקויי הראייה בעלי תעודות עיוור (49% ; גוזובסקי, 2001).

לוח 2: הפונים, לפי מין, לאום, מצב משפחתי וגיל – במדגם ובטופסי הטיפול (אחוזים)

על פי טופסי הטיפול	במדגם	סה"כ מגדר
100	100	
45	55	גברים
55	45	נשים
		לאום
93	91	יהודים
*7	9	ערבים
		מצב משפחתי
54	53	נשוי
32	28	אלמן
10	16	רווק
4	3	גרש
		גיל
10	7	עד גיל 18
7	13	19-40
17	12	41-60
18	14	61-70
25	30	71-80
23	24	+80

* בטופסי הטיפול, צוינו רק הפונים דוברי ערבית שאינם דוברי עברית.

הרוב המוחלט (97%) של הפונים הבוגרים (+18) למדו במוסד לימודים כלשהו. אולם, 29% הם בעלי השכלה יסודית בלבד (ר' לוח 3).

לוח 3: הפונים במדגם, לפי מוסד הלימודים האחרון* (אחוזים)

מוסד לימוד	%
סה"כ	100
לא למדו	3
בי"ס יסודי	29
בי"ס תיכון	37
מוסד על תיכוני/אקדמי	25
ישיבה	6

* רק בקרב בני 18+ ; N=71.

עשרים ושלושה אחוזים מהפונים גרים בגפם. השאר גרים עם אנשים נוספים. שבעים אחוזים מאלו שגרים עם אנשים נוספים, גרים עם בן/בת זוג.

ארבעים וחמישה אחוזים מהפונים גרים באזור ת"א והמרכז, 31% באזור חיפה והצפון ו-24% באזור ירושלים והדרום. התפלגות זו דומה להתפלגות של בעלי תעודת עיוור באוכלוסייה הכללית, שבה 41% הם מאזור ת"א והמרכז, 32% מאזור חיפה והצפון ו-27% מאזור ירושלים והדרום (גוזובסקי, 2001).

מאפייני הנכות

רוב הפונים (82%) אמרו שהם יודעים מה גרם ללקות הראייה שלהם. באופן מפתיע, 27% ציינו סוכרת ורק 16% ציינו AMD (Age related Macular Degeneration – ניוון מקולרי גילי – נמ"ג); (ר' לוח 4); זאת, אף ש-23.5% ממקבלי תעודת עיוור בשנת 2001 סבלו מ-AMD ו-14% מסוכרת (קורסייה, 2001). גם הנתונים מטופסי הטיפול שונים מאוד. שלושים ושניים אחוזים אובחנו כסובלים מ-AMD, 19% מקטרקט ו-21% מסוכרת. ייתכן כי הסיבה לפער הזה היא שמחלת הסוכרת ידועה ומוכרת יותר, בשל פגיעתה במערכות אחרות בגוף. לעומת זאת, AMD פוגעת בעיניים בלבד. ייתכן שרבים מאלו שלא ידעו לנקוב בשם הגורם למחלתם סובלים למעשה מ-AMD. הנתונים מטופסי הטיפול דומים יותר לנתונים הארציים על מקבלי תעודת עיוור, שכן לא מעט מפעילים ציינו את האבחנה הרפואית של הפונים על פי תיקם הרפואי.

לוח 4: הפונים, לפי גורם לקות הראייה – במדגם ובטופסי הטיפול (אחוזים)*

המחלה	במדגם	על פי טופסי הטיפול
סוכרת	27	21
ניוון מקולרי גילי; (AMD)	16	32
קטרקט (ירוד)	14	19
גלוקומה (ברקית)	13	14
היפרדות רשתית (retinal detachment)	8	3
רטיניטיס פיגמנטוזה (Retinitis Pigmentosa)	6	7
אחר	37	33

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100, שכן תיתכן יותר מבעיה רפואית אחת

כדי לנסות ולאפיין את חומרת לקות הראייה, נשאלו הפונים על יכולתם לקרוא כותרות עיתון ועל המרחק שממנו הם מתקשים לזהות אנשים. יותר ממחצית (57%) הפונים לא יכלו לקרוא כותרות עיתון גם באמצעות אבזרי עזר. חמישים ושניים אחוזים התקשו לזהות אנשים ממרחק של יותר ממטר אחד. עשרה אחוזים אמרו שהם אינם מתקשים כלל בכך (ר' לוח 5).

שני שלישים (67%) מהפונים במדגם דיווחו על מחלות כרוניות שונות בנוסף ללקות הראייה. המחלה השכיחה ביותר הייתה סוכרת (38%). שלושים ושישה אחוזים דיווחו על לקות שמיעה, 34% על נכות פיזית ו-8% על מחלה נפשית.

לוח 5: הפונים, לפי המרחק שממנו הם מתקשים לזהות אנשים (אחוזים)

המרחק	%
סה"כ	100
כלל אינו מזהה	26
עד 1 מ'	26
עד 2 מ'	20
עד 3 מ'	12
מעל 3 מ'	6
אינם מתקשים כלל	10

מאפיינים תפקודיים של הפונים

במקרים רבים לקות הראייה עלולה לפגוע בתפקודו היום-יומי של החולה ובחיי החברה שלו. שלושים ותשעה אחוזים מהפונים במדגם ציינו שאינם יכולים לעשות לבדם פעולה אחת של טיפול אישי לפחות. בעיקר הם התקשו בפעולות הלבשה (31%) ורחצה (28%); (ר' לוח 6). כמו כן, עשרים ושבעה אחוזים ציינו שאינם יכולים להישאר לבד בבית במשך שעות היום, וכ-49% ציינו שאינם יכולים ליטול תרופות ללא עזרה מאחרים.

לוח 6: המוגבלים בטיפול אישי בקרב הפונים (אחוזים)

פעולות טיפול אישי	%
עצמאיים	61
מוגבלים ב:	
הלבשה	31
רחצה	28
אכילה	19
שתייה	13
שימוש בשירותים	11

מלוח 7 עולה כי 72% מהפונים במדגם מוגבלים בניהול משק בית (12% נוספים לא רגילים לעשות פעולות אלו לבד). בנוסף לכך, ללקויי ראייה יש לפעמים קשיים הייחודיים להם בניהול משק בית. לדוגמה, חלק מהפונים (29%) ציינו שאינם יכולים לבצע לבד פעולות כמו חיוג בטלפון או למזוג לעצמם משקה חם (29%). יותר ממחצית (57%) ציינו שאינם יכולים להבחין בין מטבעות.

לוח 7: המוגבלים בניהול משק בית בקרב הפונים (אחוזים)

פעולות ניהול משק בית	%
עצמאיים	16
לא רגילים/לא יודעים כיצד לעשות פעולות אלו	12
מוגבלים ב:	
ניקיון הבית	67
קניות	57
הכנת ארוחות	53
סידורים (בבנק, בדואר וכד')	53
כביסה	51

שבעים ותשעה אחוזים מהפונים לא יכולים להגיע לטיפולים או להסתובב מחוץ לבית באופן עצמאי וזקוקים לעזרת אדם אחר בניידות מחוץ לבית. בדומה לכך, 76% אמרו שהם חוששים ליפול ברחוב או במדרגות בשל לקות הראייה.

הפונים המוגבלים בטיפול אישי, בניהול משק בית או בניידות מחוץ לבית ציינו מי מסייעים להם בפעולות אלו. כפי שניתן לראות מלוח 8, שני שלישים מהפונים המוגבלים בטיפול אישי (67%) נעזרו בבני משפחה, בעיקר בני

הזוג או הילדים. כרבע מהם (27%) נעזרו במטפלת בית או במטפל בתשלום. בדומה לטיפול אישי, גם בניהול משק בית, 71% מהזקוקים לסיוע נעזרים בבני משפחה, בעיקר בבן הזוג או בילדים. בקרב הזקוקים לעזרה בניידות מחוץ לבית, נמצא שיעור דומה (76%).

לוח 8: מקורות עזרה בקרב פונים המוגבלים בטיפול אישי, בניהול משק בית או בניידות מחוץ לבית (אחוזים)

מקור העזרה	טיפול אישי	ניהול משק בית	ניידות מחוץ לבית
סה"כ	100	100	100
בן/בת זוג	36	39	37
ילדים	21	19	29
מטפל בתשלום	17	13	7
מט"בית (ביטוח לאומי)	10	11	3
הורים	10	13	10
אחר	3	2	5
אף לא אחד	3	3	9

כשני שלישים מן הפונים המוגבלים בתפקודם דיווחו על צרכים לא מסופקים – 62% מהמוגבלים בטיפול אישי; 64% מהמוגבלים בניהול משק בית; ו-63% מהמוגבלים בניידות מחוץ לבית נזקקו לעזרה רבה יותר מזו שהם כבר מקבלים.

עשרים ושמונה אחוזים מהפונים היו בגיל העבודה (18 עד 65 לגברים או 60 לנשים). רק 29% מהפונים בגיל העבודה עבדו. זה שיעור דומה לשיעור המועסקים בעלי תעודת העיוור (סמית וסמית, 1996). כמחצית מאלו שלא עבדו אמרו שהם אינם עובדים בשל לקות הראייה, כרבע בשל בעיות בריאות או תפקוד אחרות והיתר בשל סיבות אחרות.

לקות ראייה עשויה לפגוע גם בתפקודו הרגשי-חברתי של האדם. יותר ממחצית המרואיינים (56%) אמרו שהם נמנעים מהשתתפות באירועים חברתיים או מביקור בני משפחה או חברים בשל לקות הראייה, ושיעור דומה (56%) אמרו שהם חשים בודדים בשל לקות הראייה.

כדי לנסות ולבחון את מצב הרוח של המרואיינים נעשה כאמור שימוש בסולם הדיכאון המקוצר של גלריה ואחרים (Galaria et al., 2000); (ר' עמ' 7) נמצא כי רבים (70%) מהפונים ענו בחיוב על שני פריטים או יותר, דבר המצביע על שיעור גבוה של סובלים מדיכאון. רוב הפונים ביטאו את הקושי שלהם בירידה בהיקף הפעילויות או בתחומי העניין שלהם (80%) ובתחושת חוסר אונים (61%).

יישום התוכנית

אחת ממטרות המחקר הייתה לבחון האם הפרויקט בוצע כמתוכנן והאם ניתן לשפרו ולייעלו. הנושאים שנבחנו במסגרת זו הם היקף הפונים לתחנות; תהליך קבלת השירות בתחנות המידע; שיתוף הפעולה בין המפעילים לבין הצוות הרפואי; עבודת המפעילים וקשיים שעלו במהלך היישום של התוכנית. לשם כך נעשה שימוש בראיונות עם הפונים עצמם, עם מפעילי התחנות, עם מנהלי התוכנית, עם מדריכיהם של המפעילים ועם אנשי הצוות הרפואי בתחנות. כמו כן, נעשה שימוש בטופסי הטיפול כדי להעריך את היקף הפונים לתחנות.

היקף הפונים לתחנות

כפי שכבר צוין לעיל, נבדקו טופסי הטיפול שמולאו במשך שנתיים, החל ביוני 2001 עד מאי 2003. בסך הכול נאספו טפסים של 603 פונים (ר' לוח 9). מכיוון שידוע בוודאות על עוד פונים שלגביהם לא מולאו טפסים אך נערך רישום ועל מקרים אחרים שבהם גם לא נערך רישום, ניתן להעריך שלכל התחנות פנו בתקופה זו בסביבות 800 איש ויותר (בשנה הראשונה כ-300 פונים ובשנה השנייה כ-500). בהנחה שהיו 10 מפעילים, פירוש הדבר שכל מפעיל ראה בממוצע כ-40 פונים לשנה, כלומר, מעט יותר משלושה פונים לחודש. שיעור זה נמוך מאוד, שכן המפעילים מקדישים בממוצע כ-14 שעות בחודש לכל תחנה.¹¹ נראה שגם ביחס לאוכלוסייה הנזקקת זה שיעור נמוך. בכל שנה, מעל 2000 איש מקבלים זכאות לתעודת עיוור (ראה לדוגמה קורסייה וגוזובסקי, 2002). חשוב עם זאת להדגיש כי חלק מהתחנות היו פעילות הרבה יותר מאחרות וכי לא כל התחנות החלו לפעול ביוני 2001, ורוב התחנות פעלו בתדירות של פעם בשבועיים בלבד.

כדי לנסות להבין טוב יותר מדוע היו כה מעט פונים, במהלך חודש יולי 2002 התבקש צוות האחיות באחת המרפאות הגדולות לערוך רישום של כל הפונים בעלי חדות ראייה של 6/60 ומטה בעין הטובה ביותר. המרפאה גדולה מאוד ופונים אליה אלפי אנשים בחודש. גם תחנת המידע במרפאה זו פעילה מאוד ומספר הפונים בה הוא הגדול ביותר (בזמן הבדיקה, מרפאה זו פעלה פעם בשבוע שלא כמו רוב התחנות האחרות שפעלו פעם בשבועיים). מפעיל התחנה ראה בממוצע כ-8 אנשים לחודש). נמצא כי במהלך החודש פנו למרפאה כ-75 חולים בעלי חדות ראייה של 6/60 ומטה בעין הטובה ביותר, ולא מעט חולים אחרים בעלי חדות ראייה קרובה לכך. אין נתונים מדויקים על מספר הפונים לתחנת המידע באותו חודש, אך ניתן לומר בוודאות שלא היו יותר מ-12 פניות לתחנה. אף שנבדק רק חודש אחד ולא נעשתה בחינה שיטתית של מספר הפונים למרפאות נוספות, נראה שנתון זה משקף נאמנה את מיעוט הפונים לכלל תחנות המידע.

¹¹ זמן זה כולל הפעלה של התחנה פעמיים בחודש למשך 4-5 שעות בכל פעם, זמן נוסף בבית במתן מענה טלפוני לפונים ומילוי טפסים וזמן נסיעות ממוצע של $\frac{3}{4}$ שעה לכל כיוון.

לוח 9: מועד הקמת תחנת המידע ומספר הפונים לתחנות

תחנת מידע*	מועד הקמת תחנת המידע	מספר הפונים הכללי לתחנה בין יוני 2001 למאי 2002	מספר הפונים הכללי לתחנה בין יוני 2002 למאי 2003	סה"כ
סה"כ		(279) 220	(475) 383	(754) 603
שיבא, תל-השומר	9.2000	(23) 2	(68) 65	(91) 67
הרואה, רמת גן	11.2000	(13) 9	4	(17) 13
בלומנטל, בני ברק	11.2000	(6) 4	10	(16) 14
אסף הרופא, צריפין	12.2000	22	(42) 23	(64) 45
ליו, חיפה	1.2001	**80	18	98
איכילוב, ת"א	1.2001	(44) 12	(66) 61	(110) 73
וולפסון, חולון	1.2001	7	8	15
הדסה, עין כרם, י-ם***	1.2001	7	-	7
לשכת רווחה, דיר חנא	5.2001	-	-	-
רמב"ם, חיפה	6.2001	41	(65) 44	(106) 85
בי"ח הצרפתי, נצרת	9.2001	****19	25	44
ברזילי, אשקלון	10.2001	8	(17) 12	(25) 20
מאיר, כפר סבא	2.2002	-	17	17
תחנות שלא נכללו במדגם*****				
רוטשילד, פתח תקווה	9.2000	9	35	44
סורוקה, באר שבע	12.2001	-	2	2
קפלן, רחובות	1.2002	-	(45) 39	(45) 39
קו פתוח לדוברי רוסית*****	6.2002	-	(40) 7	(40) 7
קופ"ח ג, באר שבע	8.2002	-	4	4
הדסה, הר-הצופים, י-ם	11.2002	-	-	-
בי"ח העמק, עפולה	1.2003	-	-	-
בי"ח הגליל המערבי	2.2003	-	9	9

* הנתונים מתייחסים למספר טופסי הטיפול שהתקבלו. עם זאת, ידוע מרשימות של המפעילים שהיו עוד פונים.

נתונים אלו כלולים במספרים שמופיעים בסוגריים. כמו כן, ידוע שהיו עוד פונים לגביהם לא התקבלו טפסים או לא נערך רישום כלשהו ולכן זהו כנראה תת-אומדן למספר האמיתי של הפונים.

** נתונים אלו התקבלו מרשימה (ולא מטופסי הטיפול) ונכללו בניתוחים שנעשו על טופסי הטיפול. מכיוון שהרשימה כללה מספר פונים בתקופה שגדולה משנה (ולא צוין תאריך), נעשה אומדן לגבי מספר הפונים בשנה.

*** מספר הפונים הקטן יחסית לבית חולים זה נבע מכמה גורמים: מדיניות מנהל מח' עינים (הפנייה רק לאחר סיום טיפול רפואי), שיפוץ המרפאה בשנת 2002, מדיניות קופות החולים להפנות את הלקוחות למרפאות קהילתיות. לאחרונה חלו שינויים בשלושה תנאים אלה אשר הביאו לעלייה במספר הפונים וכיום יש כ-10 פונים בחודש.

**** ייתכן שהנתונים מטופסי הטיפול בתחנה זו כוללים גם את הנתונים של הלשכה לשירותים חברתיים בדיר חנא.

***** חלקן לא היו פעילות בזמן ביצוע הראיונות או שהן עדיין לא הוקמו.

***** היו שלושה קוים פתוחים בהם הפונים קיבלו מידע דרך הטלפון בשפות אנגלית, ערבית ורוסית. הקוים בערבית ואנגלית אוישו על ידי מפעילים של תחנות קיימות והנתונים לגביהם כלולים במידע על התחנה עצמה. לקו ברוסית היה מפעיל מיוחד ולכן הנתונים לגבי קו זה מופיעים בנפרד.

מצד אחד, ממצא זה מעיד על הפוטנציאל הרב של התחנות שעדיין לא מומש, אך מצד אחר עולה השאלה מדוע כה מעט פונים לתחנות המידע? כיוון שלא ניתן היה לשאול את החולים, ניסינו לענות על שאלה זו באמצעות אנשי המקצוע (אנשי השיקום והרפואה).

מתשובותיהם הסתמנו שני הסברים: א. אנשי הצוות הרפואי אינם מפנים מספיק לתחנות המידע; ב. תסמים בקרב חולים המופנים לתחנות.

מידת שיתוף הפעולה עם הצוות הרפואי

חלק גדול מאנשי השיקום שרואיינו ציינו שקשה לזכות בשיתוף פעולה של הרופאים; לדעתם זה נובע בעיקר מחוסר ידע ומודעות לחשיבות השיקום ולקיומם של השירותים וייתכן כי גם מדעות קדומות כלפי שירותי השיקום וחוסר נכונות כללית מצד המרפאה לקבל את תחנת המידע.

טענות אלו קיבלו חיזוק חלקי מהשיחות עם הרופאים. רבים מהם אמרו שהם אינם מכירים את השירותים הקיימים ושבאופן כללי רופאים אינם מודעים במיוחד לנושא השיקום. גם רופאים בעלי אוריינטציה שיקומית שמודעים לצורך בשיקום, אינם בקיאים כל כך בשירותים הקיימים. זאת, אף שמדובר בכמה שירותים בסיסיים.

גורם אחר לכך שהרופאים לא מפנים לשירותי השיקום, ושהוזכר הן על ידי אנשי השיקום והן על ידי הרופאים, הוא מיעוט זמן. מיעוט הזמן גורם לכך שבדרך כלל הרופא לא מתפנה לשאול את המטופל אם יש לו קשיי תפקוד. ממילא, הוא גם מתקשה מאוד לפנות זמן כדי לספר לחולה על שירות תחנת המידע הקיים במרפאה, כפי שאפשר ללמוד מדברי אחד הרופאים במרפאה שבה קיימת תחנת מידע:

”אם אני אשאל את החולה איך הוא מתפקד, הוא יבכה חצי שעה... ובחוף מחכים לי עוד אנשים שיצטרכו לחכות עוד חצי שעה. צריך לשבת עם אדם כזה חצי שעה – שלושת-רבעי השעה ורק אז לחשוב איך ניתן לעזור לו, וזה ממש לא במסגרת התפקיד שלנו... מעבר לבדיקת העין אנחנו כמו כל אדם אחר ברחוב”

לכאורה, ההפניה לתחנת המידע הייתה אמורה לחסוך מהרופא את זמן הישיבה עם המטופל, אך נראה שגם זו נתפסת בעיני חלק מהצוות הרפואי כפעולה הדורשת מהם לפנות זמן כדי להסביר לפונה במה מדובר ולשכנע אותו לפנות לשירות. אחות ראשית במרפאת עיניים גדולה אמרה בריאיון שייתכן שבמקרים מסוימים הדבר קשור גם ללקות הראייה של המפעילים. היא ציינה שהיא תמיד מיידעת את הפונה על כך שהמפעיל לקוי ראייה. משום כך היא אינה מסתפקת בהעברת מספר הטלפון של המפעיל לפונה אלא היא מייחדת מעט זמן כדי להסביר לחולה שהמפעיל לקוי ראייה. חשוב עם זאת לציין שמפעיל התחנה במרפאה שלה הוא בעל לקות ראייה שיחסית בולטת ונראית לעין.

עוד טענה שהושמעה מפי אנשי השיקום כלפי הרופאים היא שהאחרונים אינם מפנים לקויי ראייה לתחנות המידע, כל עוד הם חושבים שהאדם עדיין יכול להסתייע בטיפול רפואי. בעיה נוספת, הקשורה לכך, היא שבעיני הרופאים שירותי השיקום נתפסים כמכוננים לעיוורים בלבד. משום כך, הם נמנעים מלהפנות אדם שעומד לעבור ניתוח למסגרות שיקומיות, שכן הם אינם רוצים שהוא יחשוש שהניתוח לא יצליח ושהוא יתעוור.

הרבה מהרופאים אכן איששו טענות אלו ואמרו שלדעתם אין טעם להפנות אדם לתחנת המידע כאשר הוא עדיין יכול להסתייע בטיפול רפואי. זאת, כדי לא להעמיס על האדם את כל המשמעויות החברתיות הכרוכות במושגים "עיוורון" ו"כבדות ראייה". סיבה נוספת שציין אחד הרופאים היא שכשהמצב דינמי אין טעם להתאים לחולה עזרים שאחר כך אולי כבר לא יתאימו לו.

חלק מאנשי השיקום גם אמרו שהרופאים אינם יודעים כיצד לספר לאדם על כך שראייתו מידרדרת ושהם אינם יכולים לעזור לו, וייתכן כי משום כך הם אינם מפנים את החולה לקבלת שירותים. הרבה מהרופאים אמנם אמרו שהם מתקשים לספר לאדם על מצבו, אך הם דחו את הטענה שמשום כך הם מונעים ממנו גישה לשירותים. ייתכן שיש מקום לשווק את התחנות לרופאים כגורם היכול לסייע להם לספר לחולה על מצבו הרפואי.

בעיה נוספת שצינו חלק מהמפעילים ומאנשי הצוות הרפואי היא מגמתן של קופות החולים להקטין את מספר המופנים למרפאות עיניים בבתי חולים מטעמי חיסכון והתייעלות. במקום זאת מופנים החולים הזקוקים להתערבויות כירורגיות או אחרות לקבלת שירות אמבולטורי במרפאות עיניים של קופת החולים. ממילא קטן מאוד מספר הפונים למרפאות העיניים שבבתי החולים. בעיה זו מעלה את הצורך לבחון בכל מרפאת עיניים אם יש הצדקה להפעיל בה תחנת מידע. בנוסף לכך, במהלך הפרויקט, החליטו מנהלי התוכנית להגדיר את עבודתו של מפעיל התחנה כאחראי על אזור שלם שמסביב למרפאה שבה נמצאת התחנה ולא רק כאחראי על מרפאת העיניים הספציפית שבה ממוקמת התחנה. במסגרת תפקידו הוא צריך ליצור קשר גם עם רופאי עיניים, עם מרפאות עיניים קהילתיות, עם בתי אבות ומסגרות דיור מוגן, עם מרכזי יום לקשישים, עם מועדונים חברתיים ועם מסגרות רלבנטיות אחרות באזור התחנה.

חֲסָמִים בְּקֶרֶב הַחֹלִים, הַמוֹנְעִים מֵהֵם לְהִגִּיעַ לְתַחֲנוֹת הַמִּידַע

אמנם, המפעילים, המדריכים והאחיות התקשו להעריך באיזו מידה חולים מופנים לתחנות ונמנעים מלהגיע, אך רבים חשבו שהדבר אכן קורה לפעמים. המפעילים ואנשי המקצוע ציינו חסמים אפשריים. אחד החסמים הוא קושי רגשי. בהרבה מהתחנות המפעילים נתפסים כעובדים סוציאליים (גם אנשי הצוות הרפואי תופסים אותם ככאלה ופעמים רבות הם נקראים – 'העובד סוציאלי'). פונים רבים (במיוחד קשישים) אינם רוצים להזדקק לסיוע של עו"ס, בשל הסטיגמה הנלווית הן לבקשת עזרה משירותי הרווחה והן להזדקקות לשירות לעיוור. אחד הרופאים שיער שבשל הבדלים תרבותיים ומעמדיים בין החולים למפעיל (החולים בדרך כלל קשישים ופחות משכילים לעומת המפעילים שהם צעירים בעלי השכלה), הם יימנעו מלפנות לתחנות המידע (לדעתו של רופא זה, קיים מעבר של מידע בין חולים על הנעשה במרפאה. כך, גם חולים שלא נפגשו עם מפעיל התחנה עשויים לשמוע על פעילותו).

חסם נוסף שצוין הוא אי-נגישותן של התחנות לפונים. מכיוון שהתחנות פועלות רק פעם בשבועיים, הדבר מצריך מהפונה להגיע למרפאה במיוחד. ייתכן שהחולה יוותר על הפגישה בשל המאמץ הרב הכרוך בהגעה למרפאה. במיוחד אמורים הדברים לגבי פונים הזקוקים לליווי של בן משפחה כאשר הם יוצאים מביתם. כפי שאמר אחד הרופאים:

”יש לנו גם חולים שבאים ממקומות מרוחקים, ואם אתה אומר לו לבוא לעו”ס הוא עושה את החשבון אם כדאי לו להטריח בן משפחה כדי שיבוא אתו. כשזה ‘available’ מיד והוא לא צריך לבוא לכך במיוחד [זה הרבה יותר יעיל]”.

עוד חסמים שצוינו הם: שְׁכַחָה – הפונים שוכחים שנקבע להם תור אצל המפעיל; עייפות ואי הבנת התועלת שעשויה לצמוח מהפגישה עם המפעיל. מעבר לחסמים אלו, ייתכן שחולים מסוימים אינם מעוניינים להגיע לתחנה, כיוון שהם מסתדרים בכוחות עצמם או שיש להם משפחה תומכת והם אינם זקוקים לעזרה נוספת. כאמור, קשה מאוד לקבוע באיזו מידה הפונים אכן נמנעים מלהגיע לתחנות המידע בשל סיבות אלו.

תהליך קבלת השירות בתחנת המידע

הפניה לתחנה

על פי התכנון, כאשר רופאי העיניים ו/או האחיות במרפאות מבחינים באדם במצב תפקודי או רגשי קשה, בשל לקות הראייה או בשל חדות ראייה נמוכה מאוד, או בשל שדה ראייה מצומצם מאוד, עליהם להפנות אותו לתחנת המידע. איש הצוות הרפואי מספר לחולה על השירות ושואל אותו אם הוא מעוניין להיפגש עם מפעיל תחנת המידע. אם החולה מעוניין בכך, מזכירת המרפאה קובעת לו פגישה עם המפעיל במחברת מיוחדת המיועדת לכך. רכזת התוכנית (בעקבות יוזמה של אחת המפעילות והמדריכה שלה) גם בנתה טופס מיוחד עבור איש המקצוע המְפָנֵה ובו פרטים על המחלה ועל חדות/שדה הראייה של החולה. הטופס אמור לסייע למפעיל התחנה לדעת את סוג המחלה ואת חדות הראייה של הפונה. בפועל, במרבית התחנות אנשי הצוות כמעט ולא השתמשו בטופס זה והם הסתפקו בהפנית האדם למזכירות.

מהמחקר עולה כי המְפָנֵים העיקריים לתחנת המידע הם הרופאים. חמישים וחמישה אחוזים מהפונים מופנים על ידי הרופאים לתחנת המידע. כרבע מההפניות (26%) נעשות על ידי מישהו אחר מצוות המרפאה, בעיקר על ידי האחיות במרפאה (ר' לוח 10).

לוח 10: הגורם המפנה לתחנת המידע (אחוזים)

הגורם המפנה	%
סה"כ	100
רופא	55
אחות	16
מישהו אחר מהמרפאה/ביה"ח*	10
המפעיל פנה אליו**	9
חבר / קרוב	3
אחר***	7

* בקטגוריה זו כלולים: פקידה; עו"ס; אופטומטריסטית; טכנאית צילום.

** כולל מקרה אחד בו הפונה שמע על פעילות התחנה בעקבות פרסום של המפעיל בטלוויזיה המקומית.

*** בקטגוריה זו כלולים: עמותת על"ה; היכרות אישית עם המפעיל; עו"ס; משרד הרווחה ומקרים שהאדם לא ידע כיצד שמע על התחנה.

ברוב המקרים (75%) נקבעת לפונה פגישה מראש עם המפעיל והוא מתבקש להגיע למרפאה במועד מסוים. למרות זאת, בלא מעט מקרים (20%) הפונה נעזר בתחנה כשהוא כבר נמצא במרפאה למטרה אחרת, ומאחר שהתחנה פעילה באותו יום הוא ניגש גם אליה. גם הרופאים והמפעילים אמרו שבדרך כלל נוטים להפנות יותר אנשים כשהתחנה פעילה ממילא. בימים אלו הרופאים מודעים יותר לפעילות תחנת המידע והיא גם זמינה ונגישה יותר לפונים עצמם. כפי שאמר אחד המפעילים:

"ברור שזה היה שונה אם אתה כל יום [במרפאה]. כשאני נמצא שם אז מפנים אליי גם אנשים שלא הזמנו [מראש]".

חמישה אחוזים מהפונים רק שוחחו עם המפעיל בטלפון. בטופסי הטיפול מהחודשים יוני 2001 עד מאי 2003 נמצא שב-7% מהמקרים הייעוץ היה טלפוני, שיעור דומה לזה שנמצא במדגם (ר' לוח 11). מפעילי התחנות אמרו שהם בדרך כלל נמנעו לתת ייעוץ טלפוני מלבד במקרים שבהם הפונים היו חולים מאוד או שגרו רחוק מאוד. המפעילים ראו חשיבות רבה בפגישת פנים אל פנים עם האדם גם אם הדבר הצריך מאמץ מיוחד מצד הפונים כדי להגיע.

על פי טופסי הטיפול שבין יוני 2001 למאי 2003, במחצית מהמקרים (52%) לפחות הפונה מגיע לתחנה בליווי של אדם אחר (ר' לוח 11).

לוח 11: הפונים לתחנה*, לפי המלווה שלהם (על פי טופסי הטיפול, יוני 2001 עד מאי, 2003); (אחוזים)

מלווה	%
סה"כ	100
הפונה הגיע לבד	28
אחד הילדים	24
בן/בת זוג	17
הורים	7
טלפוני	7
מטפל	4
אחר / לא ידוע	13

* התקבלו נתונים על 81% מהמקרים בלבד.

באופן עקרוני המפעילים צריכים להיפגש פעם או פעמיים עם הפונה. ואמנם, ברוב המקרים (69%) הפונים נפגשו עם המפעיל פעם אחת או פעמיים (15%). עם זאת, היו גם מקרים (16%) שבהם המפעילים ראו צורך להיפגש עם הפונה יותר. על פי הדיווח, מספר הפגישות המרבי היה 7. אחד המפעילים אמר כי לפעמים הוא נפגש כמה פעמים עם פונים, כאשר הוא יודע שהחולה אינו מוכן לפנות ללשכת הרווחה, בשל הסטיגמה הכרוכה בכך או בשל סיבה

אחרת. עניין זה גם קשור לכך שחלק מהמפעילים היו בעלי הכשרה מקצועית-טיפולית, וכפי שאמר אחד המפעילים:

"אתה יודע שיש לך את הכלים לתת את הטיפול והרבה פעמים מתפספסים אנשים [אם לא תיתן]".

ייתכן שבמקרים מסוימים אכן יש מקום לאפשר יותר פגישות עם הפונה. שלושים ושמונה אחוזים מהפונים חשבו שיכלו להיעזר ביותר פגישות עם המפעיל. עם זאת, הדבר העיקרי שהם רצו לקבל בפגישות הנוספות היה הדרכה לגבי זכויות המגיעות להם ולא דווקא לקבל תמיכה רגשית או עידוד. עניין זה מעלה את הצורך לראות את מסירת המידע כהליך רציף ולא כאירוע חד-פעמי. ניתן לראות תמיכה למסקנה זו במחקר האיכותני של Mitchell & Sloper (2000) על הורים לילדים בעלי מוגבלות. המחקר העלה שהיתרון בקבלת מידע מאדם הוא שהמידע יכול להינתן במינונים שונים, בתקופות שונות ולאורך זמן על פי צורכי הלקוח.

המלצות וקישור לשירותים אחרים

עיקר תפקידו של מפעיל התחנה הוא לתת לפונה מידע רלבנטי ולהמליץ לו על שירותים מתאימים. רוב הפונים (83%) אמרו שהמפעיל אכן המליץ להם לפנות לשירותים כלשהם. מטופסי הטיפול עולה שהפונים הופנו בעיקר לשירותים אלה: בדיקת זכאות לתעודת עיוור (67%), מכון לשיקום ראייה ירודה (63%), לשכת רווחה (59%) והדרכה שיקומית (58%); (ר' לוח 12). כאשר הם נשאלו לאילו שירותים הומלץ להם לפנות הם ציינו שיעורים נמוכים בהרבה מאלו שלעיל; דבר העשוי להצביע על כך שפעמים רבות הם אינם זוכרים את כל ההמלצות הניתנות להם. הסבר אפשרי אחר לפער הוא שהם מתקשים לקלוט בפגישה את כל המידע הנמסר להם. הדבר מדגיש את הצורך במעקב אחר הפונים לאורך זמן.

לוח 12: שירותים שאליהם הומלץ לפנות (על פי טופסי הטיפול); (אחוזים)

שירותים מומלצים*	%
תעודת עיוור	67
מכון לשיקום ראייה ירודה	63
לשכת רווחה / מרש"ל	59
הדרכה שיקומית	58
ביטוח לאומי	39
מועדון עיוורים	30
קבוצת תמיכה/קבוצה לעזרה עצמית	26
ספרייה	25
מורה תומכת	7
חנויות לאבזרי עזר**	6
מרכז יום לקשיש	3
שיקום מקצועי	3
אחר***	14

* בשל שינויים בטפסים במהלך פעילות התחנות, נתונים אלו לקוחים מהטפסים החדשים בלבד שהועברו בין יוני, 2002 למאי, 2003. מתוך 175 מקרים התקבלו נתונים על 137 – 147 מקרים (תלוי בהמלצה).

** כולל מקומות בהם ניתן להשיג אבזרי עזר כמו המרכז לעיוור ואופטומטריסטים פרטיים.

*** המלצות אחרות כוללות מועדון עולים; הפניה לקו הפתוח ברוסית; הפניה לשירותי הייעוץ לקשיש; המלצות על הנחה בארנונה או שיחות טלפון; מתנדב ועוד.

לעתים, המפעיל לא מסתפק בהמלצות בלבד אלא יוצר בעצמו את הקשר עם שירותים אחרים ומתאם עמם את המשך הטיפול בפונה. כרבע (24%) מאלו שהומלץ להם לפנות לשירותים שונים ציינו שמפעיל התחנה יצר עבורם את הקשר עם שירותים אלה. שישים ואחד אחוזים אמרו שהמפעיל לא יצר עבורם קשר עם השירותים ו-15% אמרו שלא נזקקו לכך. מהראיונות עם המפעילים עולה שמחציתם אכן מתאמים את המשך הטיפול עם נותני שירותים אחרים, כמו עו"ס בלשכת הרווחה או במרכז לשיקום ראייה ירודה, כאשר הם חשים שהפונה לא יסתדר לבדו. תיאום זה נעשה לפעמים באופן מידי, כאשר האדם מולם, וכשהדבר לא מתאפשר, לאחר הפגישה ובהסכמת הפונה. המפעילים האחרים בדרך כלל אינם עושים זאת והם מדגישים את הצורך של הפונה לדאוג לעצמו. המפעילים מבינים את המתח שבין מתן סיוע לפונה בקבלת השירותים במהירות וביעילות וללא הטרדה מיותרת, לבין ההכרה שמבחינה שיקומית-רגשית חשוב שהפונה הוא זה שיפעל לקבלת זכויותיו. מנהלי התוכנית ציינו שבתחילה הם הנחו את המפעילים להימנע מליצור את הקשר בפועל עם השירותים השונים, אך לאחר זמן הם נוכחו לדעת שיש בכך צורך, והם הנחו את המפעילים לסייע לפונה להתקשר לשירות, רק כאשר להערכתם, הוא לא יוכל לעשות זאת בעצמו.

מעקב אחר הפונים

על פי הנחיות התוכנית, על המפעילים לבצע מעקב אחר הפונים, כדי לראות אם הם אכן פנו לקבלת השירותים באמצעות שיחת טלפון. יישום חלק זה בתוכנית מראה כי רק 60% מהפונים דיווחו שהמפעיל יזם עמם קשר כזה. שבעה אחוזים דיווחו על קשר טלפוני שנערך ביוזמתם ושליש מהפונים (33%) אמרו שלא היה להם קשר טלפוני עם המפעיל לאחר הפגישה אתו.

מהראיונות עם המפעילים עלה שאמנם רובם עורכים מעקב כלשהו אחר הפונים, אך יש הבדלים משמעותיים בין המפעילים באופן ביצוע המעקב:

- חמישה מפעילים דיווחו שהם עורכים מעקב סדיר אחרי כל פונה; בערך בין שבועיים לחודש מיום המפגש, תלוי במפעיל ותלוי במצב הפונה (לפי הערכתם).
- שני מפעילים דיווחו שהם עורכים מעקב אך הוא אינו סדיר. לדוגמה, אחד מהם עורך מעקב כשיש פחות לחץ של פונים המגיעים לתחנה והשני דיווח שהוא עורך מעקב מלבד במקרים של פונים שקשה לתקשר אתם או שהוא יודע שהם הגיעו לטיפול בלשכת הרווחה.
- שני מפעילים דיווחו שהם עורכים מעקב רק כשהם חשים שיוכלו לעזור לפונה בצורה קונקרטיית או כשהוא זקוק לתמיכה רגשית.¹²

שונות זו בין המפעילים לגבי עצם קיום המעקב עשויה להסביר מדוע כשליש מהפונים דיווחו שלא נערך מעקב לגביהם. נראה שאחת הסיבות לאי עריכת המעקב נעוצה בקשיי הראייה של המפעילים. אחד המפעילים אמר שאינו עורך מעקב בשל קשיי הראייה שלו:

¹² לגבי מפעיל אחד נושא המעקב לא היה רלבנטי שכן ראה מעט מאוד פונים ולרובם היו בעיות רבות אחרות מעבר לבעיית הראייה.

"הראייה פה משחקת תפקיד. יש לי קושי להתחיל לחפש בניירות".

ייתכן שלעתים הקושי עקיף – בשל קשיי הראייה שלהם, המפעילים נאלצים להקדיש זמן רב במילוי טופסי הטיפול, ואין להם די זמן כדי להתקשר לאנשים ולבצע את המעקב.

בעיה נוספת הקשורה למעקב ושעולה מהראיונות עם המפעילים ועם מנהלי התוכנית היא שאין הנחיות ברורות לגבי אופן ניהול המעקב וכל מפעיל פועל על פי הבנתו. מומלץ לקבוע נהלים ברורים יותר לגבי אופן עריכת המעקב ולוודא שהמפעילים אכן עורכים מעקב. כל המפעילים ציינו שהם מוסרים את מספר הטלפון שלהם לפונים למקרה שם ירצו ליצור אתם קשר במועד מאוחר יותר.

שיתוף פעולה בין המפעילים לבין הצוות הרפואי

אחד החידושים בפרויקט תחנות המידע הוא שהתחנות נמצאות במסגרות הרפואיות עצמן. זאת, כדי שיהיה ניתן לאתר את הלקוחות ביתר קלות במסגרות אלו וסמוך למועד הירידה בראייה. כמו כן ניתן לתת תמיכה רגשית ראשונית ללקוחות המבינים לראשונה שלא ניתן לסייע להם יותר מבחינה רפואית. משום כך חשוב היה לבחון האם הפעלת התחנות במרפאות אכן יעילה וכן לבדוק את מידת שיתוף הפעולה בין המפעילים לבין הצוות הרפואי במרפאות. כפי שכבר צוין, רק מעטים פונים לתחנות המידע. ייתכן שזאת בשל הקושי בהשגת שיתוף פעולה עם הצוות הרפואי.

ברוב המרפאות, הצוות הרפואי מורכב בעיקר מרופאים, ממעט אחיות ומאנשי מנהלה נוספים. משום כך, שיתוף הפעולה עם הצוות הרפואי נבחן בעיקר על פי הקשר עם הרופאים. אחד המדדים לבחינת שיתוף הפעולה בין המפעילים לבין הרופאים הוא מידת היכרותם של המפעילים עם הרופאים במרפאה והאם הם נפגשו עם מנהל המרפאה שהם עובדים בה. ברוב התחנות¹³ אמרו המפעילים שהם אכן מכירים את רוב הרופאים. לגבי שלוש תחנות, המפעילים אמרו שהם מכירים רק מספר מועט של הרופאים. בתשע תחנות המפעילים נפגשו גם עם מנהל המרפאה. לדברי שניים מהמפעילים, הקשר שלהם עם מנהל המרפאה הדוק. בתחנות האחרות המפעילים מעולם לא נפגשו עם מנהל המרפאה.

מדד אפשרי נוסף לבחינת הקשר עם צוות המרפאה עשוי להיות בהרשאה שהם נותנים למפעילים לעיין בתיקים הרפואיים של החולים. הרשאה כזו עשויה להצביע על אמון של הארגון במפעיל ובהכרה בו כאיש צוות. ב-12 מהתחנות אפשרו למפעילים לעיין בתיקים הרפואיים של החולים וב-2 תחנות לא אפשרו לעיין בתיקים. מבחינה זו נראה שהמפעילים נתפסים כאנשי צוות לכל דבר שמותר וצריך שתהיה להם נגישות למידע רפואי על הפונים אליהם.

¹³ ההתייחסות היא לתחנות (היו 14) ולא למפעילים מכיוון שהיו מפעילים שהפעילו יותר מתחנה אחת ולא תמיד הכרות עם רופאים במרפאה אחת הצביעה על הכרות עם הרופאים במרפאה אחרת. לגבי תחנה אחת (לשכה בדיר חנא) שאלה זו לא היתה רלבנטית שכן היא לא היתה ממוקמת במרפאת עיניים.

אף שעל פי מדדים אלו נראה כי ברוב התחנות יש שיתוף פעולה טוב בין המפעילים לבין הרופאים, רוב המפעילים לא היו שבעי רצון מהקשר שלהם עם הרופאים או שהיו שבעי רצון רק באופן חלקי. חוסר שביעות הרצון היה קשור לכך שהרופאים לא מוצאים עניין בנעשה בתחנות המידע. לדוגמה:

"זה לא בראש מעייניהם..." ; "כשנכנסתי לישיבת צוות של הרופאים, חצי מהם לא הקשיבו..." ; "אני לא הולך להיות חבר שלהם [של הרופאים]. הם מאוד עסוקים בעולם הרפואי שלהם. הרופאים שומרים על מרחק מקצועי".

ייתכן שחוסר העניין של הרופאים בתחנות המידע קשור לבעיה שכבר הוזכרה והיא לחץ הזמן בו נתונים הרופאים. בעיה נוספת שמעיבה על שיתוף הפעולה עם הרופאים היא שלא תמיד הרופאים מבינים את מטרות תחנות המידע:

"גם כשהם הקשיבו הם לא כל כך קלטו, וגם כשהסברתי להם הם לא ידעו מה להפנות אלי".

נראה שהקושי בהבנת מטרות תחנות המידע קשור להגדרת התפקיד של המפעילים. הפרויקט הנוכחי בעצם יצר תפקיד חדש – "מפעיל תחנת מידע" – אדם המתמחה במתן מידע על שירותים לאוכלוסייה ספציפית ובה בעת מספק תמיכה רגשית ראשונית לפונים אליו. כפילות זו בהגדרת התפקיד של המפעילים עלולה ליצור חוסר בהירות לגבי תפקידם. למשל, אחת האחיות שהתראיינה אמרה:

"נורא קשה גם לדעת איך להגדיר אותם, איך לקרוא להם. בנות שעובדות בתחנת מידע? תבואו עם העזרים כי אז גם אני אדע במה מדובר. אני לא יודעת במה מדובר. נורא קשה לי להסביר. אם היה לנו משהו הרבה יותר קונקרטי להסביר היה לנו הרבה יותר קל"

עוד נקודה המשפיעה מאוד על שיתוף הפעולה עם הרופאים בפרט ועם הצוות הרפואי בכלל קשורה לעובדה שבכל מרפאה אקלים תרבותי משלה המשפיע מאוד על העבודה בה. שיתוף פעולה במרפאה מסוימת לא בהכרח מעיד על שיתוף פעולה דומה במרפאה אחרת. לדוגמה, מפעיל אחד דיבר על שיתוף פעולה במרפאה אחת, אך על קשר פחות טוב במרפאה אחרת.

סוגיה נוספת שעלתה היא הקשר עם האחיות, שלפעמים שונה מהקשר עם הרופאים. אחד המפעילים אמר כי בתחנה אחת יש לו קשר רק עם האחיות ואילו בתחנה האחרת עיקר הקשר שלו הוא עם הרופאים ולא עם האחיות. מפעיל אחר ציין יותר שיתוף פעולה מצד האחיות ופחות מצד הרופאים.

גם באותו בית חולים עלולים להימצא הבדלים בין יחידות שונות הפועלות בו. חלק מהמפעילים ציינו שיתוף פעולה טוב עם **צוות מרפאת העיניים** אך לא עם **צוות מחלקת העיניים**. אחד המפעילים אמר שבמחלקה הרופאים עסוקים יותר ורואים חולה מדי כמה דקות, לעומת זאת במרפאה "צורת העבודה מאפשרת תחושה 'שכונתית' יותר".

נראה שהקושי בשיתוף הפעולה של המפעילים עם הצוות הרפואי נובע גם מקשיים אישיים של חלק מהמפעילים ליצור את הקשרים הנחוצים עם הצוות הרפואי. לדוגמה, אחד המפעילים אמר ש :

"אם אני אפנה לרופא ואתייעץ אתו לגבי מישהו אז יהיה שיתוף פעולה מלא [אבל מיוזמתם הם לא יפנו אנשים] .. ולי קשה לשווק את התחנה".

למרות כל האמור לעיל, חלק מהמפעילים היו שבעי רצון מהקשר שלהם עם הרופאים ולעתים אף מאוד שבעי רצון. לדוגמה :

"נהדר (הקשר עם הצוות הרפואי). ברמה מעולה... לעתים די קרובות [מגיעים אליי] פונים שלא כל כך ברור מה הבעיה. אז אני מרים טלפון והרופא מגיע לחדר ... [והוא] מסביר לי מה הבעיה.. כולל מזכירות ואחיות... אני חושב [שזה] בגלל הקשרים שיצרת...".

אגב, מפעיל זה עבד בתחנה שפעלה פעם בשבוע. ייתכן שבתחנות שפעלו פעם בשבועיים נוכחותם של המפעילים הייתה מורגשת פחות, דבר שפגע בשיתוף הפעולה עם הרופאים.

עבודת המפעילים

אחת ממטרות התוכנית הייתה לספק לסטודנטים לקויי ראייה הזדמנות להתנסות בעבודה. מבחינה זו הם בעצם לקוחות של הפרויקט, וחשוב לבחון את הקשיים בעבודתם ואת מידת שביעות רצונם, כדי לוודא שהתוכנית אכן מצליחה לממש מטרה זו.

חמישה מפעילים הם גברים וחמש - נשים. שמונה כבדי ראייה ושניים עיוורים לחלוטין. בעת עריכת הראיונות, ארבעה מפעילים עדיין למדו לתואר ראשון; מפעיל אחד היה בעל תואר ראשון וחמישה מפעילים נוספים היו בעלי תואר שני או למדו לקראתו. מלבד מפעיל אחד, כולם למדו מקצועות טיפוליים – עבודה סוציאלית, פסיכולוגיה או ייעוץ חינוכי. רוב המפעילים (8) עבדו בעבודה נוספת בעת עריכת הראיונות. שניים ציינו שהם תופסים את עבודתם בתחנת המידע כעבודתם העיקרית.

כמעט כל המפעילים אמרו שבאופן כללי הם מרוצים מאוד (4) או מרוצים (5) מעבודתם בתחנות המידע. מפעיל אחד לא היה מרוצה והתפטר מתפקידו.

למרות שביעות הרצון הגבוהה, כמה מפעילים (3) חשו שאינם ממצים את מלוא יכולתם או שסמכויותיהם מוגבלות. הם לא רצו להסתפק במתן מידע בלבד :

"אני לא מרגיש שיש הערכה אמיתית של מה באמת אנחנו עושים. פתאום אומרים לי שאני מידען רווחה. מצד אחד עושים פרויקט כדי להכניס אנשים עם מוגבלות לעבודה ומצד שני מחזיקים אותם עם מוגבלות... מצד אחד רוצים שתהיה איש מקצוע ומצד שני רוצים שתיתן רק מידע".

רוב המפעילים אמרו שהם מרגישים שעבודתם תורמת להתפתחותם המקצועית וחלקם אף אמרו שהיא תורמת במידה רבה. מדובר בתחום הכרת השירותים הקיימים (במיוחד בתחום לקויות הראייה) וכן בתחום הטיפול. שני מפעילים ציינו גם את נושא הצמיחה האישית ורכישת תחושת ביטחון עצמי. מפעילים אלו אף היו מרוצים מכך שהם עוסקים בעבודה מועילה התורמת לחברה ומשפרת את הדימוי העצמי שלהם:

"אני מרגיש סיפוק שאני נותן לחברה, נותן את החלק שלי. עד עכשיו אני רק נעזרתי בחברה. עכשיו אני מרגיש שאני גם נותן.. וזה מעלה את הערך העצמי שלי...".

תרומות מקצועיות נוספות שצוינו היו הקשר עם אנשי מקצוע אחרים (בייחוד רופאים) וההדרכה. עם זאת, שני מפעילים לא חשו שהעבודה בתחנה תרמה להם מבחינה מקצועית. למפעיל אחד היא לא תרמה מכיוון שהוא לא הגיע מתחום טיפולי. לעומתו, המפעיל השני לא חש שעבודתו הייתה די טיפולית.

שביעות הרצון תלויה גם בתגמול החומרי עבור העבודה. במועד ביצוע הראיונות קיבלו רוב המפעילים את משכורתם כמלגה מעמותת על"ה. מאוחר יותר (לאחר ביצוע הראיונות) הוחלט להעביר את כל המפעילים למערכת של שכר חודשי קבוע. כמחציתם היו מרוצים מגובה השכר וכמחציתם – לא. נראה שחוסר שביעות הרצון מהשכר נבעה בעיקר מההוצאות הנלוות שהיו כרוכות בנסיעות (כסף וזמן). שביעות הרצון מהשכר כנראה גם תלויה בתפיסתם של המפעילים את עצמם כאנשי מקצוע. רוב אלה שהביעו שביעות רצון מהמשכורת היו סטודנטים לתואר ראשון. המפעילים האחרים כבר היו עם תואר ראשון וחלקם גם מבוגרים יותר. סביר שהיקף המשרה הנמוך גם תורם לחוסר שביעות הרצון מהשכר. כפי שאמר אחד המפעילים:

"התפיסה של השכר מתאימה לסטודנט אבל התפקיד מתאים לאיש מקצוע וזה דורש הערכה מחדש של השכר".

כמה מפעילים הביעו חוסר שביעות רצון מכך שהשכר לא הגיע בצורה סדירה.

ייתכן שנושא השכר תלוי בתפיסת התפקיד של המפעילים. אם מדובר בעבודה של מתן מידע בלבד המתאימה לסטודנטים, גובה השכר ומתן השכר באמצעות מלגה אכן נראים כמתאימים לאופי העבודה. לעומת זאת, אם תפיסת התפקיד מתאימה לאנשי מקצוע אין מקום לתת את המשכורת כמלגה ויש לבחון את הרחבת המשרה ומתן שכר המתאים לשכרם של אנשי מקצוע.

דגש רב הושם על הדרכת המפעילים. בתחילת ביצוע התוכנית, נערכה תוכנית הכשרה מרוכזת בת שלושה ימים. בנוסף, אחת לחודשיים-שלושה נערך יום צוות למפעילים ובו הם דנים בנושאים שעולים במהלך עבודתם, שומעים הרצאה על נושא הקשור לעבודתם ועוברים הפעלה קבוצתית בהנחיית מנחה מקצועי. מעבר לכך, כמעט לכל מפעיל מוצמד מדריך שצריך לפקח על עבודתו להדריך אותו במהלך פעילות התחנה (למפעיל אחד שהפעיל תחנת מידע באופן עצמאי זמן רב לפני תחילת הפרויקט אין כלל מדריך).

באופן כללי, כמעט כל המפעילים היו שבעי רצון מההדרכה האישית. עם זאת, היו הבדלים גדולים בסגנון ההדרכה הפרטנית. בחלק מהמקרים המפעילים הפעילו את התחנה יחד עם המדריך בתחילת הפעילות. אצל אחד המפעילים המדריכה אף הפעילה בעצמה את התחנה והמפעיל צפה בה ומאוחר יותר הם הפעילו את התחנה יחד עד שלבסוף הוא הפעיל את התחנה לבד. היו גם מפעילים שכבר מהתחלה הפעילו את התחנות בעצמם.

בתדירות ההדרכה הייתה שונות: היו שהודרכו פעם בשבוע-שבועיים והיו שהודרכו פעם בחודש-חודשיים. ככל שהמפעילים היו בטוחים יותר בעצמם הם גם הרגישו פחות צורך להיות בקשר רציף עם המדריכים ובשלב מסוים אף הרגישו את ההדרכה כמעמסה. עם זאת, היו גם מפעילים שאמרו שהיו רוצים יותר הדרכה ונראה שהם רצו בעיקר הדרכה עם דגש טיפולי יותר.

קשיים ביישום התוכנית

מטבע הדברים, יישום התוכנית לונה בקשיים. אחד מהם הוא מילוי טופסי הטיפול בעקבות המפגש עם הפונים. טופסי הטיפול נועדו כדי לתת מידע עדכני, הן למנהלי התוכנית - על מספר הפונים לתחנה ועל מאפייניהם; והן לקובעי מדיניות - על בעיות ספציפיות לאוכלוסיית לקויי הראייה, לצורך פיתוחם של השירותים ושיפורם. כאמור, לא כל המפעילים מילאו טפסים, וגם כשזה נעשה, פעמים רבות הטפסים מולאו באופן חלקי בלבד. נראה שהיו לכך שתי סיבות. ראשית, עקב לקות הראייה של המפעילים היה עליהם להשקיע מאמצים רבים וזמן רב במילוי הטפסים. חלקם לא הצליחו להתמודד עם משימה זו והדבר גרם להם לתסכול רב. לדברי רכזת התוכנית, מפעיל אחד לפחות בחר להפסיק את עבודתו (לאחר ביצוע המחקר), בשל הקושי הרב שבמילוי הטפסים.

במהלך ביצוע מחקר ההערכה, נבדק עם כל אחד מהמפעילים כיצד ניתן להתאים עבורו באופן אישי את הטפסים (מבחינת סגנון ה'פונט'; גודל ה'פונט'; העימוד וכד') כך שהוא יוכל להתמודד אתם בקלות רבה יותר. מעבר לכך, חלק מהשאלות בטפסים נוסחו מחדש ונעשה ניסיון להפוך את הטופס ל"ידידותי" יותר בעקבות הערות המפעילים. הסיבה השנייה למילוי הטפסים החלקי עשויה להיות שחלקם לא ייחסו לכך מספיק חשיבות. חיזוק לסברה זו נעוץ בעובדה שחלק מהמפעילים הצליחו למלא את הטפסים למרות קשייהם. חיזוק נוסף לכך ניתן לראות בעובדה שחלק מהמפעילים בחרו להתעלם משאלות מסוימות (כמו השכלה) משום שנראו להם לא רלבנטיות. בעקבות בעיה זו, החלו מנהלי התוכנית להקפיד ביתר שאת על מילויים של הטפסים. על פי דיווח רכזת התוכנית, בשל שינויים אלו, כיום כמעט אין בעיה במילוי הטפסים.

מהראיונות עם מנהלי התוכנית עלה גורם נוסף שהשפיע על עבודת המפעילים. לדבריהם, קיים הבדל בין המפעילים הצעירים שרובם סטודנטים, לבין המפעילים המבוגרים יותר שכבר סיימו את לימודיהם. מנהלי התוכנית חשו שהמפעילים הסטודנטים חשו פחות מחויבות לעבודתם מאשר המפעילים שכבר סיימו לימודיהם. בראש סדר העדיפויות של הסטודנטים עמד מילוי דרישות הלימודים, והעבודה נתפסה כצדדית או זמנית. לעומתם, המפעילים המבוגרים יותר תפסו את פעילות תחנות המידע כמקום עבודה לכל דבר. משום כך הם היו גם מוכנים להשקיע הרבה יותר מאמצים ואנרגיה כדי לוודא שהעבודה מתבצעת כראוי.

עוד קושי קשור להקמת מערך מתנדבים שתוכנן. מערך המתנדבים היה אמור להיות משאב היכול לסייע לפונים הזקוקים לכך כדי להגיע לשירותים השונים. בפועל, מנהלי הפרויקט נתקלו בקושי רב במימוש חלק זה של הפרויקט. הקושי נבע מכך שקשה לגייס אנשים לפעילות התנדבותית הדורשת מהם להיות בכוננות למצב שבו יזקקו להם ושאינה נעשית על בסיס קבוע ויציב. מטרה נוספת של מערך המתנדבים הייתה לסייע למפעילים הזקוקים לכך במילוי הטפסים או בביצוע פעולות משרדיות אחרות שהם התקשו לבצע. שניים מהמפעילים אכן נעזרו במתנדבים אך אחד המפעילים הרגיש שלא בנוח עם סיוע זה וויתר עליו. שאר המפעילים לא היו מעוניינים בסיוע כזה.

בנוסף לקשיים אלו, ציינו המפעילים גם קשיים בעבודתם, למשל, העדר מקום קבוע במרפאה ומיעוט פונים לתחנות; דבר המקטין מאוד את נפח העבודה. העדר מקום קבוע במקום העבודה מעביר מסר של ארעיות וחוסר יציבות. כפי שכבר צוין לעיל, מיעוט הפונים לתחנות נבע בחלקו גם בשל הפניה לא מספקת של הצוות הרפואי לתחנת המידע. משום כך, ניתן לראות בשני קשיים אלו כמבטאים קושי כללי יותר והוא הקושי שבהשתלבות בסביבת בית החולים או המרפאה.

קשיים נוספים שהמפעילים ציינו היו תסכול מחוסר היכולת לסייע באופן קונקרטי ומעשי לפונים ("אתה יודע שאין הרבה מה לעשות ואז איך תוציא אותנו מהחדר בלי שנתת לו משהו"); קושי בתקשורת עם אוכלוסיית הפונים בשל מגבלות שפה וכד'; העדר טלפון רגיל (כל מפעיל קיבל תקציב מיוחד עבור פלאפון) ממנו ניתן לבצע טלפונים; קושי אישי בשיווק התחנה; שיתוף פעולה לקוי עם שירותי הרווחה; אי בהירות לגבי גבולות ההתערבות של המפעיל ועוד.

תרומת תחנות המידע לפונים

בפרק זה נבחנת תרומתן של תחנות המידע לפונים אליהן. השאלות הנבחרות הן: האם הפונים אכן מקבלים את השירותים השיקומיים הדרושים להם ומה מקומן של תחנות המידע בהפנייתם לקבלת שירותים אלה; האם הפונים ותומכיהם מרוצים מהשירות הניתן להם בתחנות המידע ומהי עמדתם של הפונים בנוגע לקבלת שירות מאדם שהוא עצמו לקוי ראייה.

קבלת שירותים

מטרתן העיקרית של תחנות המידע היא לתת לפונים אליהן מידע על זכויותיהם ועל שירותי השיקום השונים העומדים לרשותם. חלק זה יתמקד במידה שבה מקבלים הפונים שירותים המיועדים ללקויי ראייה. כמו כן, ייבחן הקשר בין הפנייה לתחנת המידע לבין קבלת השירותים.

מניתוח טופסי הטיפול נמצא שהשירותים העיקריים שתחנות המידע ממליצות עליהם הם: קבלת תעודת עיוור (67%); פנייה למכונים לשיקום ראייה ירודה (63%); פנייה ללשכת הרווחה או למרש"ל (59%); והדרכה שיקומית (58%).

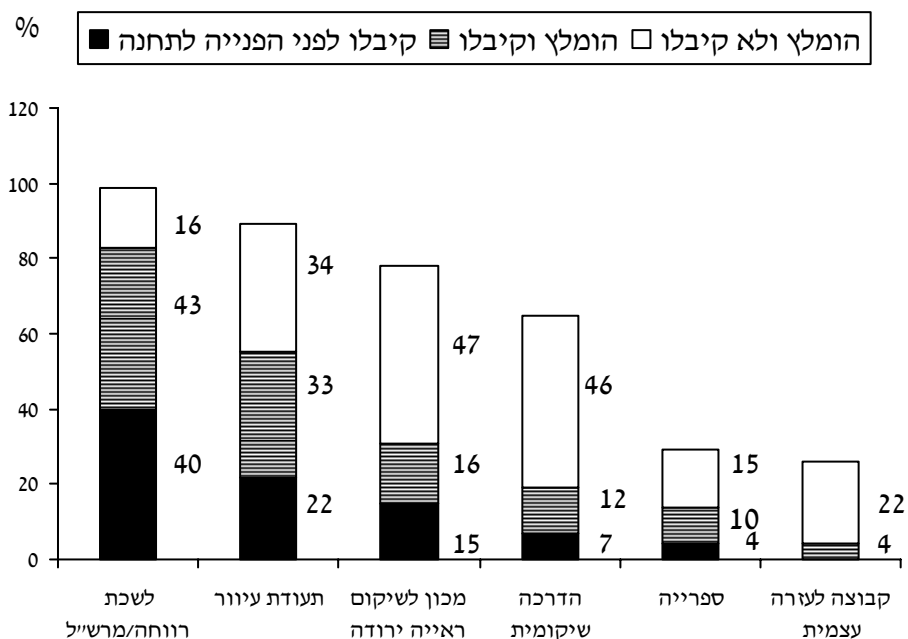
בתרשים 1 מוצג שיעור הפונים שקיבלו שירותים מרכזיים לפני הפנייתם לתחנת המידע ושיעור הפונים שלא קיבלו שירותים אלו לפני פנייתם לתחנת המידע ובתחנה המליצו להם לקבל אותם. את האחרונים חילקנו לשתי קבוצות: אלה שקיבלו את השירות לאחר ההמלצה ואלה שלא קיבלו את השירות לאחר ההמלצה. הנתונים מבוססים על שני מקורות מידע: א). טופסי הטיפול שבהם קיים מידע על שיעור הפונים שהומלץ להם לפנות לקבלת שירותים שונים.¹⁴ ב). ממצאי המדגם, שם קיים מידע על שיעור הפונים שקיבלו שירותים לפני הפנייה לתחנת המידע ולאחריה. ההנחה שעומדת בבסיס התרשים היא שהפונים שקיבלו שירותים לאחר פנייתם לתחנת המידע עשו זאת בעקבות המלצה של מפעילי תחנות המידע. למשל, ידוע מטופסי הטיפול שהומלץ ל-67% מהפונים לפנות בבקשה לקבלת תעודת עיוור. מהפונים במדגם שהיו בעלי תעודת עיוור (55%), ידוע ש-22% קיבלו את התעודה לפני הפניה לתחנת המידע ואילו 33% קיבלו את התעודה לאחר הפניה לתחנת המידע. מכאן הנחנו של-34% (33%-67%) מהפונים הומלץ לפנות בבקשה לתעודת עיוור אך הם לא קיבלו אותה או לא פנו לקבל אותה.

מתרשים 1 ניתן להסיק מהו שיעור הפונים מתוך אלה שהומלץ להם לפנות. כשלושה רבעים מאלה שהומלץ להם על פי טופסי הטיפול לפנות ללשכת הרווחה/למרש"ל אכן פנו על פי דיווח עצמי (43% מתוך 59%), לגבי תעודת עיוור השיעור הוא כמחצית (33% מתוך 67%), לגבי ספרייה, קרוב למחצית (10% מתוך 25%) ואילו לגבי המכון לראייה ירודה, הדרכה שיקומית וקבוצות לעזרה עצמית השיעורים נמוכים יותר. לא ידוע מה הסיבות לאי מימוש

¹⁴ בשל שינויים בטפסים במהלך פעילות התחנות, נעשה שימוש רק בטפסים החדשים שהועברו בין יוני, 2002 למאי, 2003. מתוך 175 מקרים התקבלו נתונים על 137-149 מקרים (תלוי בשירות ובהמלצה).

ההמלצות, אך ניתן לשער שסיבות אפשריות לכך הם קושי להגיע לשירותים; חלק מהפונים עדיין היו בתהליכי קבלה של השירותים; חוסר זכאות וחוסר עניין או מודעות לחשיבות קבלת השירות.

תרשים 1: שיעור הפונים שקיבלו ו/או שהומלץ להם לקבל שירותים שונים בחלוקה לפי שיעור הפונים שקיבלו שירותים לפני הפניה לתחנת המידע; שיעור הפונים שהומלץ להם לקבל את השירותים והם קיבלו אותם, ושיעור הפונים שהומלץ להם לקבל את השירותים אך הם לא קיבלו אותם (%)



להלן נתאר באופן מפורט את שיעור המשתמשים בכל שירות ותרומת התחנות לשימוש זה:

לשכת רווחה/מרש"ל – כפי שניתן לראות בתרשים 1, רוב הפונים במדגם (83%) פנו ללשכת הרווחה או למרש"ל. כמחציתם פנו לשירותי הרווחה לאחר שפנו לתחנת המידע דבר היכול ללמד על תרומת תחנת המידע לפניה ללשכות. ואמנם, כשנשאלו הפונים ללשכות/למרש"ל מי הפנה אותם, 42% ענו שהם הופנו על ידי מפעיל תחנת המידע (ר' לוח 13).

לוח 13: הפונים ללשכת הרווחה/מרש"ל, לפי הגורם המפנה (אחוזים)

הגורם המפנה	%
סה"כ	100
מפעיל תחנת מידע	42
רופא	24
חבר/מכר	9
אחות	3
אחר*	22

* כולל: עו"ס (5 מקרים); מגדל אור (3 מקרים); חוברת מידע (2 מקרים); מרכז יום; עמותת עלי"ה; קבוצת עזרה עצמית ל-RP.

תעודת העיוור – תעודת עיוור מקנה לנושאה זכויות כספיות שונות, כגון הנחות בתחבורה ציבורית, הנחה בארנונה, פטור מאגרת רדיו וטלוויזיה, הנחה בדמי השימוש בטלפון, פטור ממסים ועוד. בעלי תעודות עיוור יכולים לשאול או לקנות בהנחה עזרי ראייה במרכז לעיוור (ארגון הגג של הארגונים הפועלים למען עיוורים). כפי שניתן לראות בתרשים 1, ליותר ממחצית (55%) מהפונים יש תעודת עיוור. יש להוסיף כי עוד 17% אמרו שהם זכאים לתעודה זו (בדרך כלל, הללו היו בתהליך קבלתה של התעודה). ממוצע ארבעה עשר אחוזים אמרו שהם אינם זכאים לתעודת עיוור ו-14% לא ידעו אם הם זכאים. משך הזמן בין הופעת הלכות (הזמן בו התחילו בעיות הראייה להפריע בתפקוד הרגיל) ועד לקבלת תעודת העיוור הוא 6.7 שנים. כפי שניתן לראות בתרשים 1, רוב (60%) בעלי תעודת העיוור קיבלו את התעודה לאחר פנייתם לתחנת המידע.

כפי שניתן לראות בלוח 14, רוב בעלי תעודת העיוור השתמשו בהנחות שמקנה התעודה מלבד קבלת הנחה בדמי השימוש בטלפון שממנה נהנו רק כמחציתם (56%) וקנייה או שאילת עזרי ראייה במרכז לעיוור שבה נעזרו רק כרבע מהם (24%). בדרך כלל, המידע על זכויות אלו התקבל ממפעיל תחנת המידע או מחוברת הזכויות של השירות לעיוור. לדוגמה, בקרב אלו שנעזרו בהנחה בטלפון, 37% ציינו את חוברת הזכויות של השירות לעיוור כמקור המידע ו-32% ציינו את תחנת המידע כמקור המידע. בקרב אלו שנעזרו בהנחה בארנונה, 29% ציינו את תחנת המידע כמקור המידע ו-25% ציינו את חוברת הזכויות כמקור המידע. נראה אם כן, שתחנת המידע מהווה גורם מרכזי (אם כי לא בלעדי) בהעברת המידע על זכויות שונות שמקנה תעודת עיוור.

לוח 14: פונים בעלי תעודות עיוור, לפי קבלת הטבות שונות (אחוזים)

ההטבה / הנחה	%
הנחות בתחבורה ציבורית	83
הנחה בארנונה	76
פטור מאגרת רדיו וטלוויזיה	71
הנחה בדמי שימוש בטלפון	56
קניית/שאילת עזרים במרכז לעיוור	24

בנוסף להטבות שהוזכרו בלוח 14, מספר מועט (20%) מבעלי תעודת העיוור קיבלו הטבות נוספות בזכות התעודה. מדובר בתו חניה לרכב, בהנחה בטסט לרכב, בהנחה על אגרת רישוי לרכב, בהקלות במס לבני משפחה, בפטור משכר לימוד באוניברסיטה, בהנחה באגרת רישוי בקניית דירה ועוד.

מכונים לשיקום ראייה ירודה. מעבר לתעודת העיוור ולזכויות שהיא מקנה יש עוד שירותים שאינם תלויים בתעודת העיוור ושנועדו לסייע ללקויי הראייה, כגון ארבעת המכונים לשיקום ראייה ירודה. במכונים אלו מאבחנים את תפקודי הראייה בפעולות יום-יומיות, מבצעים בדיקות אופטומטריות הייחודיות לראייה ירודה, מתאימים ומדריכים כיצד להשתמש בעזרים לראייה ירודה ונותנים טיפול תמיכתי. שלושים ואחד אחוזים מכלל הפונים נעזרו במכון לשיקום ראייה ירודה. כמחציתם (53%) נעזרו במכון כזה לאחר הפנייה לתחנת המידע ושיעור דומה (47%) דיווחו כי הופנו על ידי תחנת המידע. כרבע הופנו על ידי רופא או אחות.

הדרכה שיקומית. אחד השירותים השיקומיים העיקריים הוא ההדרכה השיקומית הניתנת באמצעות עמותת "מגדל אור". באמצעות שירות זה האדם לומד כיצד להתמודד טוב יותר עם הירידה בראייה מבחינת נייחות והתנהלות בחיי היומיום. רק 19% מהפונים עשו שימוש בהדרכה שיקומית. רובם (62%) נעזרו בהדרכה השיקומית לאחר הפנייה לתחנת המידע. הגורמים העיקריים שהפנו לקבלת הדרכה שיקומית היו בעיקר תחנות המידע (43%) ולשכות הרווחה (29%).

ספרייה ללקויי ראייה בנתניה. זהו שירות שהיקף השימוש בו קטן יחסית. ארבעה עשר אחוזים מכלל הפונים נעזרו בספרייה זו. רובם (71%) החלו לקבל את השירות לאחר פנייתם לתחנה, ורובם (63%) גם שמעו על כך ממפעיל תחנת המידע.

קבוצות לעזרה עצמית. קבוצות לעזרה עצמית הן קבוצות המאגדות בתוכן לקויי ראייה (בדרך כלל בעלי אותה מחלה). בקבוצות אלו המשתתפים מחליפים מידע חשוב על לקות הראייה וההתמודדות עמה, עוסקים בפעילות פנאי ודואגים לקידום עניינים הנוגעים ללקות הראייה. קבוצות התמיכה נועדו לסייע ללקויי הראייה להתמודד רגשית עם מוגבלותו. קבוצות אלה הן בדרך כלל קטנות יותר ומנוהלות על ידי איש מקצוע בתחום הנחיית קבוצות. חשוב לציין שאין הרבה קבוצות כאלו והם בדרך כלל נמצאות בערים הגדולות בלבד, ואמנם, רק 4% מכלל הפונים השתתפו בקבוצה לעזרה עצמית ללקויי ראייה. באופן דומה, רק 3% מכלל הפונים השתתפו בקבוצת תמיכה ללקויי ראייה. ארגונים ועמותות המסייעים ללקויי ראייה כוללים את 'הפורום', 'ששת', המרכז לעיוור, עמותת נמ"ג, עמותת על"ה, מגדל אור ועוד. שמונה-עשר אחוזים מהפונים ציינו שהם שייכים לארגון כלשהו ללקויי ראייה או קיבלו שירות מארגון כלשהו (לא כולם ידעו את שם הארגון וייתכן שהיו כאלה שקיבלו שירות מארגונים המסייעים לנכים באופן כללי). ארבעה אחוזים מכלל הפונים נעזרו במתנדב. אף לא אחד מהמקרים לא הופנה על ידי מפעיל התחנה, אך פונה אחד קיבל את הסיוע של המתנדב לאחר הפניה לתחנת המידע.

קצבאות. מפעילי תחנות המידע צריכים בין השאר לוודא שהפונה מקבל את הקצבאות שלהן הוא זכאי. נמצא כי:

- חמישים ושבעה אחוזים מהפונים בגיל העבודה (18-65 לגברים ו-18-60 לנשים) קיבלו קצבת נכות (25% מקרב כלל הפונים).
- שלושים ושניים אחוזים מהפונים הקשישים (65+ לגברים ו-60+ לנשים) קיבלו גמלת סיעוד (21% מקרב כלל הפונים).
- ארבעים ושמנה אחוזים מהפונים שדיווחו שאינם יכולים לעשות לבד פעולות של טיפול אישי (בני 18 ומעלה) קיבלו קצבת סיעוד או שירותים מיוחדים (שמונה אחוזים מקרב כלל הפונים).
- תשעה עשר אחוזים מהפונים בגיל העבודה (18-65 לגברים ו-18-60 לנשים) קיבלו דמי ליווי, קצבה המיועדת לסייע בניידות ללקויי ראייה (5% מקרב כלל הפונים).
- אחד עשר אחוזים מקרב כלל הפונים קיבלו קצבאות אחרות. הקצבאות האחרות כללו בעיקר דמי שילומים מגרמניה וקצבה ממשרד הביטחון.

נמצא כי אחד עשר אחוזים מהפונים בגיל העבודה (18-65 לגברים ו-18-60 לנשים) ורבע מהפונים הקשישים (65+ לגברים ו-60+ לנשים) החלו לקבל את קצבת הנכות לאחר שפנו לתחנת המידע.

שביעות רצון הפונים מפעילות התחנה

האם הפונים מרוצים מכך שפנו לתחנה? האם הם חשים שתחנת המידע אכן עוזרת להם להשיג מענים לצרכים שלהם? בחלק זה מוצגים ממצאים על עמדותיהם ועל שביעות רצונם של הפונים מתחנות המידע. בגלל אופי הנושא, הממצאים שיוצגו בפרק זה יתייחסו רק לפונים שהתראיינו בעצמם (N=59) ולא לפונים שתומכיהם התראיינו במקומם (אלא אם כן צוין אחרת).

רוב הפונים (78%) ציינו שהם קיבלו ממפעיל התחנה מידע על שירותים המגיעים להם ושהם לא ידעו עליהם לפני כן. שישים ואחד אחוזים אמרו שהמפגש עם מפעיל תחנת המידע חסך להם או לבני משפחותיהם התרוצצויות כדי להשיג מידע. למרות זאת, רק שליש (33%) חשבו שיש להם די מידע על שירותים הקיימים או על זכויותיהם שלאנשים לקויי ראייה. השאר אמרו שהם חשים שאין להם די מידע. גם כאן, נראה שיש לראות את העברת המידע כתהליך מתמשך ולא כאירוע חד פעמי. ניתן למסור מידע בפגישה אחת, אך לא ניתן למסור את כולו, ויש צורך בקשר ממושך יותר כדי שהפונה יחוש שהוא אכן מקבל את כל המידע שהוא זקוק לו.

אחת מהמטרות של הקמת תחנות המידע הייתה מתן מענה רגשי ראשוני למשבר הנובע כתוצאה מהפגיעה בראייה. אמנם, בדרך כלל בעיות הראייה מלוות את האדם לאורך זמן ואינן מתרחשות באופן פתאומי. למרות זאת, ידוע שהידרדרות הראייה היא תהליך טראומטי העשוי לערער את יציבותו הרגשית של האדם. ואמנם, נמצא כי רבים מהפונים חוו דיכאון, כפי שכבר הוזכר לעיל (ר' פרק מאפיינים תפקודיים של הפונה). משום כך, חשוב לבחון האם תחנות המידע אכן מספקות תמיכה רגשית ראשונית לפונים.

שלושה רבעים מהפונים אמרו שלאחר הפגישה עם המפעיל הם חשו שיש להם עם מי לדבר או אל מי לפנות אם יתעוררו קשיים חדשים. שני שלישים (68%¹⁵) ציינו שהם הרגישו שקיבלו מהמפעיל תמיכה רגשית לבעיות הקשורות לבעיות הראייה שלהם, ויותר ממחציתם (58%) ציינו שהפגישה עם המפעיל שיפרה את מצב רוחם בנוגע לקשיי הראייה שלהם. נראה אם כן, שבאופן כללי התחנה מספקת תמיכה רגשית כלשהי לרוב הפונים.

רובם הגדול (86%¹⁶) של הפונים מרוצים שפנו לתחנת מידע; שמונה אחוזים אינם מרוצים, ו-6% אמרו שאינם יודעים או שאינם יכולים לענות על השאלה. הפונים היו מרוצים בעיקר מקבלת מידע על זכויות (36%) ותמיכה רגשית (36%) (ר' לוח 15). מבין אלה שלא היו מרוצים (5 מקרים), 3 לא היו מרוצים כי חשו שזה לא עזר להם; אחד חש שעצם הפנייה לתחנת המידע קיבעה את הנכות שלו ואחד חשב שלא היה מספיק קשר בין המפעיל לבין הרופאה שטיפלה בו.

כדי לבדוק את שביעות הרצון מפעילות התחנות, שאלנו על כך גם בצורות עקיפות. שמונים ושישה אחוזים אמרו שהיו ממליצים לחבר שסובל מבעיית ראייה לפנות לתחנת מידע (7% אמרו שלא היו ממליצים ו-7% אמרו שאינם יודעים). שבעים ושישה אחוזים חשבו שיש לפתוח תחנות מידע נוספות במרפאות עיניים אחרות (13% לא ידעו אם כדאי לפתוח תחנות מידע נוספות ו-11% חשבו שאין צורך לפתוח תחנות מידע במרפאות עיניים אחרות). נראה אם כן שבאופן כללי הייתה שביעות רצון גבוהה מפעילות תחנות המידע.

לוח 15: שביעות הרצון של הפונים מהפנייה לתחנה (אחוזים)*

הפונים היו מרוצים מ:	%
קבלת מידע על זכויות	36
קבלת תמיכה רגשית	36
אפשרויות הפעולה/ ההפניה לשירותים	27
קבלת תחושה שיש למי לפנות	16
ההתנהגות הנעימה של המפעיל	13

* האחוזים אינם מסתכמים ב-100 שכן תיתכן יותר מתשובה אחת.

כמו שביעות הרצון הגבוהה מפעילות תחנות המידע, כך גם שביעות הרצון מתפקוד מפעיל התחנה הייתה גבוהה. תשעים וחמישה אחוזים אמרו שהם היו מרוצים מתפקודו של מפעיל התחנה. הדבר העיקרי (72%) שממנו הם היו מרוצים היה אופן התייחסותו של המפעיל אליהם (דיבר בצורה מכובדת, נעימה, לאורך זמן וכו'); (ר' לוח 16).

¹⁵ N=47 10 לא נשאלו, שכן השאלה בניסוח הזה לא הופיעה בשאלונים הראשונים ו-2 מקרים חסרים.
¹⁶ N=53 5 לא נשאלו, שכן השאלה בניסוח הזה לא הופיעה בשאלונים הראשונים ומקרה אחד חסר.

לוח 16: שביעות הרצון של הפונים מתפקוד המפעיל (אחוזים)*

הפונים היו מרוצים מ:	%
מאופן התייחסות המפעיל	72
נתן מידע	44
תמיכה ועידוד	28
שמר על קשר	4
אחר	4

* האחוזים אינם מסתכמים ל-100 שכן תיתכן יותר מתשובה אחת.

שלושים ושבעה אחוזים מהפונים הציעו כיצד לשפר את השירות בתחנות המידע, למשל, ליצור יותר קשר בין המפעיל לפונה, להרחיב את השירות, להעלות את מודעותו של הציבור בכלל ושל הרופאים בפרט לתחנות המידע.

העסקת מפעיל לקוי ראייה

אחת השאלות שמתכנני הפרויקט רצו לברר הייתה כיצד תשפיע לקות הראייה של המפעילים על שביעות רצונם של הפונים. מעט יותר ממחצית (53%) הפונים במדגם (שהתראיינו בעצמם) חשבו שבאופן תאורטי עדיף שמפעילי התחנות יהיו לקויי ראייה. ארבעים ושלושה אחוזים חשבו שזה לא משנה אם המפעיל לקוי ראייה או לא ו-4% חשבו שעדיף שהמפעיל לא יהיה לקוי ראייה. רובם הגדול של מי שאמרו שעדיף שמפעיל התחנה יהיה לקוי ראייה, סברו כך משום שחשבו שמפעיל לקוי ראייה עשוי להבין אותם טוב יותר.

מעבר לעמדתם ה**תאורטית** כלפי מפעילים לקויי ראייה, נשאלו הפונים על **ניסיונם** במפגש עם המפעיל לקוי הראייה. שבעים וארבעה אחוזים **ידעו** שמפעיל התחנה לקוי ראייה (מתוך המקרים שבהם הפונה הוא זה שהתראיין בעצמו); 53%¹⁷ מהם אמרו שזה עזר להם. בעיקר: הדוגמה האישית של המפעיל, התחושה שהוא מבין אותם טוב יותר והידיעה שהם אינם לבד ויש עוד אנשים במצבם; ועשרים ושמונה אחוזים¹⁸ אמרו שזה הפריע להם - רובם ציינו שכאב להם לראות אדם אחר (שהוא גם צעיר) במצב דומה לשלהם. פונה אחד אמר שזה הפריע לו מכיוון שהוא לא האמין שלקוי ראייה יוכל לעזור לו. גם מהראיונות עם המפעילים עלה שלעתים הפונים אינם פנויים רגשית לראות את המפעיל ולשאוב ממנו כוח ולפעמים הם גם מפקפקים ביכולתו לסייע להם. אחד המפעילים גם ציין שלפעמים הפונה חש מעט מבולבל ועם תחושות מעורבות מפגישה עם מפעיל לקוי ראייה.

"יש תחושות מעורבות 'אוי אתה נראה כזה...'... צער מהול בשמחה... זאת הרגשה מאוד מעורבת של מצד אחד אתה נמצא במקום שעוזר לי, אתה נראה כמו כולם... בתפיסה אתה במקום של הנעזר ובמציאות אתה נמצא במקום של עוזר..."

¹⁷ N=34 9 לא נשאלו, שכן השאלה בניסוח זה לא הופיעה בשאלונים הראשונים.
¹⁸ N=32 9 לא נשאלו, שכן השאלה בניסוח זה הוכנסה רק בשלב מאוחר יותר ו-2 מקרים חסרים.

גם רוב המפעילים (8) דיווחו על תגובות חיוביות של הפונים לעובדה שהמפעיל לקוי ראייה והם ציינו סיבות דומות לאלו שנתנו הפונים. לדוגמה:

"הרבה אמרו שעד עכשיו עם אנשי המקצוע איתם הם נפגשו, מאוד ניסו להבין אותם אבל במקרה הזה [הפגישה עם המפעיל] הם חשו שהם לא צריכים להכביר במילים כדי שיבינו אותם"

"היו הרבה פונים שנכנסו עם בעיה כל כך גדולה של ירידה בתפקוד ובמפגש שלהם איתי הם הבינו שהבעיה מתגמדת וש אפשר לחיות עם זה... אני מהווה עבורם דוגמה לאדם [שיכול] לחיות עם זה".

"הם מאוד מתחברים ומרגישים שייכות. אנחנו ביחד, קבוצת שייכות. פתאום הם מרגישים שיש להם חבר חדש".

כיוון שהיו מעט מאוד מקרים שבהם המפעיל היה עיוור לחלוטין, לא ניתן להשוות בין מפעילים עיוורים למפעילים כבדי ראייה, אף שיתכן שלחומרת הנכות תהיה השפעה על שביעות הרצון. כפי שאמר אחד ממנהלי הקבוצות לעזרה עצמית:

"יש לנו הסתייגויות לאיוש התחנות האלה על ידי עיוורים... יש לי רושם שחלק מהמאובחנים, הדבר האחרון שהם רוצים לראות ברגע המשבר זה עיוורים אחרים. חלק מהם בורחים מכל דבר שיש לו את השם 'עיוור'..."

תרומת התחנות לתומכים

הקשיים הנובעים מלקות הראייה אינם נחלתו של החולה בלבד. פעמים רבות גם בני המשפחה הקרובים נושאים בנטל השיקום והטיפול. משום כך חשוב היה לבחון האם תחנות המידע מסייעות גם למי שתומכים בנכה. על כן, נבדק העומס על תומכיהם העיקריים של פונים; באיזו מידה הם חשו שתחנת המידע היא הכתובת לפתרון בעיות הקשורות ללקות הראייה של הפונה; באיזו מידה הם קיבלו מידע על שירותים שבהם הפונה יכול להסתייע והי מידת שביעות רצונם הכללית מפעילות תחנות המידע. כאמור לעיל, רואיינו 44 תומכים. מתוכם, 36 היו בתחנת המידע יחד עם הפונה ו-8 תומכים לא היו בתחנה ושמעו עליה רק דרך הפונה.

שבעים ושלושה אחוזים מתומכיהם של הפונים היו נשים. ארבעים ושלושה אחוזים מהתומכים היו בני 41 עד 60 ו-21% היו בני 61 עד 70. רוב התומכים (57%) היו בני זוג של הפונה. עשרים וחמישה אחוזים היו מילדי הפונה ו-18% היו מהורי הפונה. שבעים ושבעה אחוזים מהתומכים גרו יחד עם הפונה בדירה.

רובם הגדול של התומכים (82%) אמרו שהם מרגישים שסך העומס המוטל עליהם כתוצאה מהטיפול בפונה "כבד" או "כבד מאוד". כאמור, נעשה גם שימוש בסולם מקוצר (4 פריטים) לבחינת עומס (Zarit Burden Interview); (Bédard, et al., 2001). שישים וארבעה אחוזים ציינו שחוו עומס כבד בטיפול בפונה. התומכים שהיו בתחנת המידע גם נשאלו עד כמה התחנה סייעה להפחית מהעומס המוטל עליהם. רק מעטים

מאוד (18%) חשו שהתחנה עזרה להם להפחית מהעומס המוטל עליהם במידה בינונית או רבה. שבעים אחוזים אמרו שהתחנה כלל לא סייעה להם להפחית את העומס.

פעמים רבות העומס על התומכים רגשי. שבעים וחמישה אחוזים מהתומכים דיווחו שהם מודאגים לעתים קרובות בשל מצבו של הפונה. יותר ממחציתם (59%) דיווחו שהם לעתים קרובות מדוכאים בגלל מצבו של הפונה ו-30% דיווחו שלעתים קרובות הם מרגישים כעס בשל מצבו של הפונה. בנושא זה התחנה עזרה יותר. ארבעים ושניים אחוזים מהתומכים שהיו בתחנה ציינו שהתחנה סייעה להם להתמודד רגשית עם הירידה בראייה של הפונה במידה בינונית או רבה.

כאשר נשאלו התומכים באופן כללי אם יש להם למי לפנות, כאשר מתעוררים קשיים הקשורים ללקות הראייה של הנתמך, ענו 61% שאין להם למי לפנות. בקרב אלו שצינו שיש להם לאן לפנות כאשר מתעוררת בעיה הקשורה ללקות הראייה של הנתמך (39%), ציינו הרוב את הרופאים (41%) או את העו"ס (29%). למרות זאת, כאשר התומכים שהיו בתחנה נשאלו באופן ספציפי יותר אם הרגישו לאחר הפגישה עם מפעיל התחנה שיש להם עם מי לדבר או למי לפנות אם יתעוררו קשיים חדשים, יותר ממחציתם (56%) ענו שחשו כך במידה בינונית או רבה. נראה שהתומכים ראו את הסיוע של תחנות המידע בעיקר ברובד הרגשי ופחות ברובד המעשי. בהתאם לכך, רק רבע מהתומכים שהיו בתחנה ציינו שהתחנה עזרה בזירוז אספקת שירותים עבור הפונה במידה בינונית או רבה.

כיוון שפעמים רבות התומכים הם אלה הדואגים שלקוי הראייה יקבל את השירותים והתמיכה שלהם הוא זקוק, חשוב שגם להם יהיה מידע על השירותים הקיימים. פחות ממחצית התומכים (43%) ציינו שקיבלו מידע ממקור כלשהו על שירותים שניתן לקבל עבור לקויי ראייה. עם זאת, 47% ממי שקיבלו מידע על שירותים, אמרו שקיבלו מידע זה מתחנת המידע ורק מיעוטם ציינו גורמים אחרים. באופן דומה, כאשר התומכים שהיו בתחנה נשאלו האם התחנה עזרה להם במתן מידע על שירותים שונים שלהם הפונה זכאי ושלא ידעו עליהם לפני כן, כמחציתם (49%) ציינו שהיא עזרה להם במידה בינונית או רבה. עדיין, רובם הגדול (84%) של התומכים היו מעוניינים לקבל מידע נוסף בנוגע לבעיית הראייה של הנתמך. כשליש רצו מידע באופן כללי, ללא יכולת לציין מידע ספציפי שחסר להם; כשליש רצו מידע על זכויות (רי לוח 17). נראה אם כן שחלק גדול מהתומכים תפסו את התחנות כגורם חשוב בהעברת המידע, אך עדיין רבים מהם חשו מחסור במידע. התחושה הזו של העדר מידע מדגישה שוב את הצורך לראות בהעברת המידע תהליך מתמשך. גם התומכים אינם יכולים לקלוט את כל המידע בפגישה או בשיחה אחת ויש צורך בכמה התקשרויות כדי שהאדם יחוש שקיבל את כל המידע שהוא זקוק לו.

לוח 17: המידע* שהתומכים היו מעוניינים לקבל (אחוזים)

מידע שהתומכים היו רוצים לקבל	%
אינו יודע/ בכל התחומים/ עזרה באופן כללי	35
זכויות (כולל הדרכה שיקומית)	33
מידע על קבלת עזרה בניהול משק בית או ליווי	23
מידע על גורמים אליהם אפשר לפנות לקבלת עזרה	5
אחר *	7

* כולל: מידע על עזרה לימודית ופסיכולוגית; מידע על עזרה רפואית וחברתית; מידע על זכויות תומכים.

שבעים ושבעה אחוזים היו רוצים לקבל מתחנת המידע עזרה ב: סיוע לפונה; הטבות שונות; מידע נוסף על זכויות או שירותים; סיוע לעצמם בהתמודדות עם הפונה ועוד.

בסך הכול נראה שרוב התומכים ראו בחיוב את פעילות התחנות. שבעים ושמונה אחוזים חשבו שיש לפתוח תחנות מידע נוספות (19% לא ידעו אם כדאי לפתוח תחנות נוספות ו-3% חשבו שאין לפתוח תחנות נוספות). הסיבות לפתיחת תחנות נוספות היו הצורך במידע והכוונה לשירותים והגברת הנגישות לתחנות. סיבות נוספות היו כדי לסייע לפונים להתמודד עם המצב ובשביל התחושה שיש למי לפנות או בשביל התמיכה הרגשית.

חלק מהתומכים (39%) גם נתנו הצעות לשיפור השירות. ההצעות כללו הגברת הנגישות לתחנות; מסירת יותר מידע על זכויות ושירותים; יותר קשר בין התחנות לשירותים שאליהם הם מפנים; ויותר פרסום של תחנות המידע.

צרכים לא מסופקים

אחת ממטרות המחקר הייתה לדווח על צרכים לא מסופקים בקרב אוכלוסיית לקויי הראייה כדי לסייע לקובעי המדיניות להיענות לצרכים אלו.

לא מעט מהפונים דיווחו על צרכים לא מסופקים בתחום הטיפול האישי, ניהול משק בית וניידות מחוץ לבית. מחצית מכלל הפונים דיווחו על צורך ביותר עזרה בניידות מחוץ לבית (63% מתוך המוגבלים בניידות מחוץ לבית). כמחצית (46%) מכלל הפונים דיווחו על צורך ביותר עזרה בניהול משק בית (64% מתוך המוגבלים בניהול משק בית) וקרוב לרבע (24%) מכלל הפונים דיווחו על צורך ביותר עזרה בתחום הטיפול האישי (62% מתוך המוגבלים בטיפול אישי).

נמצאו צרכים לא מסופקים גם לגבי שירותים ספציפיים, המיועדים ללקויי ראייה. הצרכים הלא מסופקים (שירותים שהפונים אינם מקבלים אך מעוניינים לקבל) העיקריים היו הדרכה שיקומית (46%) וקבוצות תמיכה (40%) או קבוצות לעזרה עצמית (38%). כשליש מהפונים גם דיווחו על רצון להיעזר במכון לשיקום ראייה ירודה או בספרייה (ר' לוח 18). כפי שכבר צוין, סיבות אפשריות לאי קבלת שירותים יכולות להיות קושי להגיע לשירותים; חלק מהפונים עדיין היו בתהליכי קבלה של השירותים או שלא הייתה להם זכאות. בנוסף, ייתכן גם כי חלק מהפונים לא ידעו על כל השירותים בשל שכיחה או שלא יידעו אותם על השירותים; שכן לא תמיד תחנת המידע מיידעת את הפונה על כל השירותים הקיימים מתוך כוונה שלא "להציף" אותו במידע. אפשרות אחרת היא שקיים מחסור בשירותים.

כאמור, לרוב הפונים (96%) לא היה מתנדב אך רבים רצו סיוע כזה. כמחצית מכלל הפונים (49%) ציינו שהיו מעוניינים לקבל סיוע ממתנדב.

לוח 18: הפונים שאינם מקבלים את השירותים ומעוניינים בהם (מתוך כלל הפונים); (אחוזים)

השירות	%
הדרכה שיקומית	46
קבוצת תמיכה	40
קבוצה לעזרה עצמית	38
מכון לשיקום ראייה ירודה	32
ספרייה	27
קניית/שאילת עזרים לראייה במרכז לעיוור*	25
הנחה בשיחות טלפון*	20
הנחה באגרת טלוויזיה*	14
הנחה בארנונה*	12
סיוע בשיקום תעסוקתי	12

* הזכאות לשירותים/הנחות אלו ניתנת רק לבעלי תעודת עיוור.

לעתים, גם כשהאדם מקבל שירותים שהוא זכאי להם, הוא נתקל בקשיים שונים. ארבעים ושלושה אחוזים מתוך מי שנעזרו בשירות כלשהו (79%) התקשו לקבל שירותים שונים. השירותים העיקריים שבהם צוינו קשיים היו קבלת תעודת עיוור וההטבות הכספיות הנלוות. הקשיים העיקריים שהיו לפונים היו: להגיע למקום השירות (27%); בעיות ביורוקרטיות (27%) וחוסר במידע (15%).

ביבליוגרפיה

- חביב, ג'; ברודסקי, ג'; נאון, ד'; כורזים, מ'; ברנע, ת'. 1992. "תיאום ושילוב בשירותים לקשישים (פרק ח)". בתוך: ת. ברנע ו-ג'. חביב (עורכים). **הזדקנות בישראל בשנות ה-90**. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- נוישטדט-נוי, נ'. 1988. "כיצד ניתן להקדים את השיקום התפקודי של העיוורים?" **חברה ורווחה**, ט, 1, 77-86.
- סמית, ח'; סמית, ר'. 1996. **דוח מחקר בדיקת צרכי האדם העיוור בישראל עבור השירות לעיוור**. משרד העבודה והרווחה, ירושלים.
- קורסייה, י'; גוזובסקי, מ'. 2003. **דוח מסכם – זכאות לתעודת עיוור/לקוי ראייה**. 2002. השירות לעיוור, משרד העבודה והרווחה, ירושלים.
- השירות לעיוור. לא פורסם. **תחנות מידע ואיתור לאנשים עיוורים ולקויי ראייה – הצעה לפרויקט**. השירות לעיוור- משרד העבודה והרווחה בשיתוף עם גוינט ישראל, ירושלים.
- שטרסברג, נ'; נאון, ד'; בר, ש'; מורגנשטיין, ב'. 2004. **מקבלי קצבאות נכות כללית ומקבלי קצבת נכות מעבודה בישראל: מאפיינים וצרכים בתחומי הבריאות והתפקוד הפיזי והנפשי** גוינט – מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- שטרסברג, נ'; סנדלר-לף, א'; נאון, ד'. 2000. **סל שירותים התפתחותיים לילדים עם נכויות: התאמה לצרכים ודרכי הספקה לאחר החלת חוק ביטוח בריאות ממלכתי**. המכון הלאומי לחקר שירותי בריאות ומדיניות בריאות וגוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- Amaral, P. and Ringering, L. 1988. "Enhancing Low Vision Rehabilitation Through Peer Telephone Counseling". **Journal of Vision Rehabilitation** 2:61-68.
- Bachar, E. and Shanan, J. 1997. "Long Lasting Blindness, Availability of Resources, and Early Aging". **Perceptual and Motor Skills** 84:675-688.
- Bédard, M.; Molloy, W.; Squire, L.; Dubois, S.; Lever, J.A.; O'Donnell, M. 2001. "The Zarit Burden Interview: A New Short Version And Screening Version". **The Gerontologist** 41:652-657.

Chinman, M.J.; Rosenheck, R.; Lam, J.A.; and Davidson, L. 2000. "Comparing Consumer and Nonconsumer Provided Case Management Services for Homeless Persons with Serious Mental Illness". **The Journal of Nervous and Mental Disease** 7:446-452.

Dickman, I.R. 1977. **Outreach to the Aging Blind: Some Strategies for Community Action**. New York: American Foundation for the Blind.

Dickstein, N. and Gozovsky, M. 1994. "Information Centers for Newly Blind Persons in Israel". **Journal of Visual Impairment and Blindness** 88:512-515.

Galaria, I.I.; Casten, R. and Rovner, B.W. 2000. "Development of a Shorter Version of the Geriatric Depression Scale for Visually Impaired Older Patients". **International PsychoGeriatric Association** 12:435-443.

Hendriks, A.H.; De Moor, J.M.; Oud, J.H. and Franken, W.M. 2000. "Service Needs of Parents with Motor or Multiply Disabled Children in Dutch Therapeutic Toddler Classes". **Clinical Rehabilitation** 14:506-517.

Hollingsworth, J. 1992. "Service Needs of Children with Disabilities and their Families". **Journal of Pediatric Child Health** 28:283-285.

Lucchetti, M. 1997. "Medical Information and Health Promotion for the Elderly: The First Steps of a Comparative Program". **Educational Gerontology** 23:515-523.

McLean, J.; Roper-Hall, A.; Mayer, P. and Main, A. 1991. "Service Needs of Stroke Survivors and their Informal Careers: A Pilot Study". **Journal of Advanced Nursing** 16:559-564.

Mitchell, W. and Sloper, P. 2000. **User-Friendly Information for Families with Disabled Children**. York: York Publishing Services Ltd.

Mobray, C.T.; Moxley, D.P.; Thrasher, S.; Bybee, D.; McCrohan, N.; Harris, S. and Clover, G. 1996. "Consumers as Community Support Providers: Issues Created by Role Innovation". **Community Mental Health Journal** 32:47-67.

Neustadt-Noy, N. 1986. "Rehabilitation Information Station (RIS): An Outreach Approach that May Save the Independent Lifestyle of the Visually Impaired". In N. Neustadt-Noy, S. Merin and Y. Schiff (eds). **Orientation and Mobility of the Visually Impaired**. Jerusalem: Heiliger.

Pankow, L. and Luchins, D. 1998. "Geriatric Low Vision Referrals by Ophthalmologists in a Senior Health Center". **Journal of Visual Impairment and Blindness** 92:748-753.

Quine, S. and Chan, Y. 1998. A Role for Older Volunteers in the Health Care System? Views of Health Professionals. **Education and Ageing** 13:229-240.

Roberts, A.H. 1994. "Congenitally Blind Counselor, Adventitiously Blind Client". **JVIB News Service** 88:1-4.

Saywell, R.M.; Zollinger, T.W.; Schafer, M.E.; Schmit, T.M. and Ladd, J.K. 1993. "Children with Special Health Care Needs Program: Urban/Rural Comparisons". **Journal of Rural Health** 9:314-325.

Sloper, P. and Turner, S. 1992. "Service Needs of Families of Children with Severe Physical Disability". **Child Care Health and Development** 18:259-282.

Subaşıoğlu, F. 2000. "Access to Information by People with Visual Impairments in Turkey". **Journal of Visual Impairment and Blindness** 95:366-368.

Treneman, M.; Corkery, A; Dowdney, L. and Hammond, J. 1997. Respite-Care Needs – Met and Unmet: Assessment of Needs for Children with Disability. **Developmental Medicine and Child Neurology** 39:548-553.

Tuttle, D.W. and Tuttle, N.R. 1996. **Self-Esteem and Adjusting with Blindness**. Illinois: Charles C. Thomas.

Vaughan, C.E. and Hobson, S. 1990. "Reducing Late-Life Dependence Resulting from Declining Visual Acuity". **Journal of Visual Impairment and Blindness** 84:370-372.

Yeadon, A. 1991. "Far too Little, Far too Slow: Toward a New and Immediate Strategy of Rehabilitation for the Elderly Visually Handicapped". **Journal of Gerontological Social Work** 17:181-196.