

ואיפה הרמפה שלי?

נגישות שירותי תרבות ופנאי לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית

מיכל טנא רינדה

"את יודעת מה זה? היא אומרת לי – את קמה מוקדם בבוקר, מתארגנת באיטיות אין קץ. בכוחותיך האחרונים, מתלבשת, מסתדרת, מתאפרת, לוקחת את התיק הגדוש ויוצאת החוצה מהבית.

את מגיעה סוף כל סוף לפתח המקום.

ואז... אז את נעמדת הרחק הרחק מהתור, מחכה, מחכה... מחכה...

עד, עד שההמון יתפזר ואז תוכלי גם את לעבור את בדיק הבית החודרני של אותו השומר בכניסה, שמזהם בכל פעם מחדש את התיק שלך, נוגע ומחטט בחפציך, מכניס זיהומים פנימה, מתקרב אליך עם כל גופו ולעתים, בחוצפה ובחוסר התחשבות, גם כך נוגע.

את הולכת לאטך, מתפללת שרק הפעם, לפני הפגישה לה חיכית שבועות, רק הפעם כך הוא לא יגע. את עוברת לצדו, הלמות לבך מתחזקת, הדופק עולה, הנשימה מתגברת והזיעה על בגדיך, עיגול עגול רוקמת.

אחרי, רק להיות אחרי... ואז... רק אז... תוכלי גם את להיכנס לקניון, להגיע לפתח בית הקפה ולחזור לנשום.

(אישה עם פוסט טראומה)

מיכל טנא רינדה, מרפאה בעיסוק (M.A), מורשה לנגישות השירות. דוקטורנטית בחוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, במסלול משולב עם הפקולטה לאדריכלות ובינוי ערים בטכניון. מרצה במכללה האקדמית אונו – קריית אונו, עובדת כיועצת בעמותת מילבת – תל השומר. מתמחה בתחומים של נגישות השירות והתאמת סביבות של מגורים, עבודה, לימודים ופנאי לאנשים עם מוגבלות, בהתמקדות באוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

הקדמה

בשנים האחרונות, המהפכה החברתית והחוקתית בתחום הנגישות פרחה והצמיחה שורשים עבים ועיקשים בתוך קרביה של החברה הישראלית, עד כדי כך שכל ילד יודע ומבין את מהותה של הרמפה ואת דמותו של האזרח הישוב על כיסא הגלגלים. אך מה קורה כשהרמפה אינה הפתרון, וכשהאדם הנמצא מולנו עומד, מדבר, מקשיב, שומע ורואה?! אז, לצערי, ידינו נרפות, גבנו הולך לאחור, חיוך מבויש עולה על פנינו ובפינו שתי מילים "אנו מצטערים..."

האם אנחנו כחברה, כנותני שירות, כאנשי מקצוע, יודעים להעניק מענה נגישותי הולם גם לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית?! האם אנו יודעים להגדיר מהי הרמפה עבור אדם המתמודד עם מוגבלות שכזו?

המאמר הנוכחי דן בהגדרה ובזיהוי של המאפיינים, הצרכים והקשיים שאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית מתמודדים עמם בקהילה, בשירותי הפנאי ובתרבות. המאמר מציע עקרונות וממדים רלוונטיים להנגשה תוך שזירת ציטטות של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית ודוגמאות הממחישות את הקשר בין הנגשת הסביבה ועיצובה לבין השתתפותם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בה. העקרונות והממדים הללו הנם יישומיים, ולעתים אף תיווכחו עד כמה הם פשוטים, זולים ונוחים – לכולנו.

רקע

הקבוצה הגדולה ביותר בעולם ובארץ של אנשים עם מוגבלות הנה קבוצת האנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית (אברם, 2005; אבני ועמיתיה, 2010). לפי דיווח של שירותי האיגוד הבין-לאומי לשיקום פסיכוסוציאלי, כחמישה עד שבעה אחוזים מכלל האוכלוסייה בארצות הברית מתמודדים התמודדות כרונית עם מוגבלות פסיכיאטרית חמורה עד כדי ירידה ביכולתם לבצע בעילות משימות יומיומיות ועבודה (Pratt, Gill, Barret & Roberts, 2007), כמו כן מחקרים מדווחים כי אחד מתוך 3-5 אנשים מכלל האוכלוסייה יחוו אפיזודה פסיכיאטרית זמנית (כגון דיכאון לאחר לידה) במהלך חייהם (Halpern, 2004).

מוגבלות פסיכיאטרית, לפי המהדורה הרביעית של ה־Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM), מוגדרת כסינדרום התנהגותי ו/או פסיכולוגי הקשור בקושי, במצוקה או בלקות

בתחום תפקודי כלשהו. האבחנות ניתנות לכל חולה בהתייחס למחלה הנפשית, להפרעות אישיות, למחלות גופניות נלוות, למצב פסיכוסוציאלי ולרמת התפקוד של האדם. כלומר, ההגדרה של מוגבלות פסיכיאטרית מכילה בתוכה את הפן התפקודי, החברתי והפסיכוסוציאלי גם יחד. קשת האבחנות הקיימות למוגבלות פסיכיאטרית רחבה מאוד וכוללת בתוכה הפרעות במצב הרוח (הפרעה ב־פולארית ודיכאון), הפרעות חרדה (פוביות, הפרעת חרדה, הפרעה אובססיבית־קומפולסיבית והפרעה פוסט־טראומטית) ומחלות נפשיות כדוגמת הסכיזופרניה (American Psychiatric Association, 2000). חשוב לציין כי לכל הפרעה או מחלה יש מאפיינים משלה, אך נראה כי יש כמה מאפיינים המייחדים את האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית כקבוצה. יתר על כן, חשוב להדגיש כי כל אחד ואחת מאתנו פוגשים סיטואציות או אפיזודות חולפות של מצבים נפשיים משתנים במהלך חיי היום יום (חרדה או פוביה, תחושת דכדוך קלה או דיכאון, מצבי דחק למיניהם וכדומה). כל אפיזודה כזו יכולה להשפיע על התפקוד היומיומי של כולנו ועל הדרך שבה אנו חווים את הסביבה ומגיבים אליה.

מאפיינים המייצגים את האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית הוצגו במחקרים שונים בתחום, אשר דיווחו על קשת רחבה של גורמים אשר עלולים לעכב, להגביל או למנוע את השתתפותם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרחב הציבורי (תרשים 1). גורמים אלו עשויים להיות קשורים בקשיים קוגניטיביים (קשיי קשב וריכוז, קשיים בעיבוד אינפורמציה, קושי בהבחנה בין עיקר וטפל, בעיות זיכרון, קושי בתכנון ובארגון זמן, בעיות התמצאות ובלבול ובעיות בשיפוט סיטואציה), קשיי הסתגלות, קשיים חברתיים (ביזמה, ביצירת קשרים ושמירה עליהם ובהבנת סיטואציות חברתיות ומחוות פיזיות) ובלקויות חושיות (רגישות־יתר/ת־רגישות חושית למגע, אור, צליל ועוד) (טאו, גולדהירש והדס־לידור, 2004; בוני והדס־לידור, 2007; Pratt et al., 2007). אחד הקשיים הגדולים ביותר שמוצג בספרות מתייחס להתמודדות של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית עם הסטיגמה החברתית שנוצרת כלפיהם. הדבר בא לידי ביטוי בייחוד במקומות שבהם נדרשת אינטראקציה אנושית בין־אישית (שרשבסקי, 2007; שור, 2008). יחד עם זאת, חלק ניכר מהמתמודדים נאלצים להתמודד גם עם

קשיים כלכליים, עם חסמים ערכיים-אישיים ("לא מגיע לי..."), עם קשיים טכניים ופיזיים של מרחבים צפופים והומים, עם פרוצדורות בירוקרטיות מורכבות ועוד (Weiner, 1996; Jacobs & Glater, 2007; Loewen, 1993; Pratt et al., 2007).

"אתה יושב מול הקופאית במטרה לרכוש כרטיסים למופע בידור וכל שמעסיק אותך זו התמונה מאחורי גבה, השיח שמתרחש בין הקופאית הנוספת מימינך לבין האדם שיושב מולה, התאורה המרצדת והחלון המוגף שמקשה מאוד על הנשימה, הווילון עם הדמויות הגרוטסקיות, הדלת האוטומטית שנסגרה מאחורי גבך ללא מתן הזדמנות 'לברוח' והכיסא השקוע העשוי חומר מזיע ודביק, שמי יודע מי ישב עליו קודם. ועכשיו, בעודך חווה את הסיטואציה בצורה כזו, נסה להקשיב גם למה שאומרת לך הפקידה לאורך רבע השעה האחרונה..."

מאחר שמדובר על נגישות או התאמה של שירות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, לא מן הנמנע ואף חשוב ביותר לציין את הקושי הקיים באי-הנראות של המוגבלות הפסיכיאטרית, בהיותה מוגבלות סמויה. לפיכך נותני שירותים, למרות רצונם הטוב והכלים המקצועיים שבידם, מתקשים לזהות אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית ולהציע להם מענה הולם לצרכיהם (לכמן, 2007; Rickerson et al., 2004). הקושי מתגבר עוד יותר כאשר מהצד השני מקבלי השירותים עם מוגבלות פסיכיאטרית מתקשים (לרוב) לבקש עזרה או התאמה מכל סוג שהיא או אף נמנעים מכך (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1998).

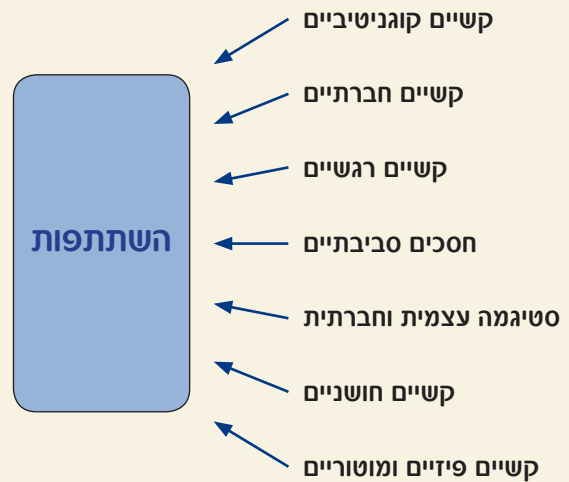
"אני בא מרקע של חרדה חברתית והתחלתי עם זה לפני עשרים ומשהו שנה, זה לא משהו ש... זה פוגע לי באיכות החיים. אז עם כל הנושא של בירוקרטיה, למשל להירשם לפה, להירשם לשם, לקנות כרטיס, להזמין... זה היה נופל מבחינה אפקטיבית, נניח לא היה נעים לי לבקש... אז הייתי אומר להורים שלי שיבקשו בשמי..."

(אדם עם חרדה חברתית)

פנאי, תרבות ומוגבלות פסיכיאטרית

ביוון העתיקה הוגדר הפנאי כפעילות המאפשרת להגיע להתמחות בתחומים מסוימים. לאחרונה הפך הפנאי לשיח ציבורי ומרכזי, המתאים בייחוד לאופי החיים בעולם המודרני. עם זאת, מעולם, לא ביוון העתיקה ולצדדי גם לא בימים אלה, לא היה הפנאי נחלתן של קבוצות 'מוחלשות', לרבות אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (גולדברג, 1995, בתוך הלפרין ובוז-מזרחי, 2009).

תרשים 1: מאפיינים של קשיים מייצגים אשר עלולים לעכב, להגביל או למנוע את השתתפותם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרחב הציבורי



עכשיו, נסו לדמיין איך באים קשיים אלה לידי ביטוי בסביבות ובמרחבים הציבוריים השונים. איך חווה אדם עם קשיים דומים מופע מוזיקלי, תערוכה אור-קולית במוזיאון, הצגה, מופעי רחוב או כל סיטואציה אחרת של אירוע תרבותי או חברתי כזה או אחר; נסו לדמיין איך מתחיל מסע שכזה מרגע חיפוש המידע על האירוע או קבלתו ועד לרגע שמסתיימת ההשתתפות בו. יש אנשים שתיארו זאת כמצב של שהייה בחו"ל ללא יכולת להבין או לקרוא את השפה הדבורה או את שפת הגוף של עוברי האורח. אחרים תיארו זאת כמצב שבו אדם עומד חסר אונים בתוך מרחב ציבורי הומה, אנשים חולפים על פניו, עוברים ושבים, והוא – עומד. עומד ולא זז. ללא יכולת להזיז את הרגל ולצעוד צעד אחד קדימה או להניף את היד לבקשת עזרה או הכוונה. יש שתיארו זאת כמבוך אינסופי בו הם צועדים הלך ושוב, ללא יכולת למצוא את נקודת היציאה או להבחין בה. יש שסיפרו כי הם חווים את כל הגירויים בו-זמנית באותה העוצמה בדיוק:

פסיכיאטרית להתמודד או להתעמת עם סביבות מסוימות, עם מפגשים עם נותני שירותים או עם אנשים אחרים בקהילה. כפועל יוצא הם מעדיפים או בוחרים להתבודד ולהסתגר ואף לוותר על רצונותיהם, במקום להתעמת ולהתמודד עם מפגש כזה או אחר (דהן והדס-לידור, 2007).

ההסבר האחרון אינו מפתיע, שכן בקרב האוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית נמדדה רמת החרדה הגבוהה ביותר ביחס לכלל האוכלוסייה (אדלר בן-דור, 2005; Ponizovsky, Grinshpoon, ; 2005). החרדה מתוארת על-ידי Lazarus & Folkman (1984), כמצב שאדם חווה באופן סובייקטיבי במהלך אינטראקציה בינו לבין הסביבה, כאשר יש פער או חוסר התאמה בין דרישות הסביבה או דרישות/ עיצוב המבנה ליכולות או לצרכים של האדם. מצב כזה עלול לעורר מצבי חרדה מינוריים או קיצוניים, מצבי דיכאון, פחד וכעס (Houston, 1987, in Kelly, 2011). על התחושות והחוויית המיידיות שבאינטראקציה יומיומית 'פשוטה' עם הסביבה סיפר לי אדם מבוגר עם מוגבלות פסיכיאטרית, באקדמיה, באומרו:

"יש כל מיני מודעות על לוחות המודעות... אני לא בטוח שלאנשים עם בעיה רגשית יש את הכוחות הנפשיים כדי להתעסק עם כל המידע שנמצא שם, עם כל הטלפונים, כדי להיכנס לזה (צריך) לאזור אומץ".

(אדם עם מוגבלות פסיכיאטרית)

הסברים נוספים לפער שנוצר בין יכולות אדם עם מוגבלות פסיכיאטרית לבין דרישות הסביבה נמצאו במחקרים המצביעים על קשיים משולבים בין פירושם השגוי של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית את הסביבה או הסיטואציה שבה הם נמצאים וחששם ליצור שיח או מפגש, לבין תחושת האי-נוחות שחשים נותני השירותים במפגש שכזה (Becker et al., 2002; Barazandeh, 2005).

נגישות ומוגבלות פסיכיאטרית במרחב הציבורי של שירותי פנאי ותרבות

נגישות ומוגבלות פסיכיאטרית
בעשורים האחרונים חלו בארץ ובעולם שינויים חברתיים וחוקתיים בתחום של שוויון זכויות

עם השנים הוגדר מושג הפנאי בדרכים רבות. אחת ההגדרות העדכניות למונח מתייחסת לפנאי כעשיית דבר מתוך בחירה חופשית וכהשתתפות בפעילויות המביאות לשביעות רצון, השפעה חיובית והנאה (Kelly, 2011). איכות הפנאי במקרה זה תלויה בסוג המוטיבציה שהביאה את האדם לעשות את הפעילות, בסוג התגמול הצפוי מהפעילות ועוד (Cassidy, 1996 IN Kelly, 2011). גישה אחרת גורסת כי 'פנאי' הוא הזמן שנותר לאדם לאחר שמילא את צרכיו הבסיסיים (שרייבר, 1999, בתוך הלפרין ובוז-מזרחי, 2009). בדומה לכך, הגישה הרווחת כיום מתייחסת לפנאי כזמן 'חופשי' מאחריות או ממחויבות, המאפשר מנוחה או הקלה מלחץ החיים היום יומיים. כמו כן הפנאי מאפשר הזדמנויות לצמיחה אישית והתפתחות לאורך מעגל החיים (Kelly, 2011).

מחקר שבחן את פעילויות הפנאי, החברה והתרבות של סטודנטים עם מוגבלות פסיכיאטרית בארץ מצא כי מידת ההשתתפות החברתית והתרבותית של סטודנטים עם מוגבלות פסיכיאטרית נמצאה נמוכה בהשוואה לסטודנטים עם מוגבלות פיזית ולסטודנטים ללא מוגבלות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרים רבים המתוארים בספרות, אשר מצאו כי הרשת החברתית של אנשים המתמודדים עם מוגבלות פסיכיאטרית קטנה באופן מובהק ביחס לכלל האוכלוסייה, כמו גם יחסית לאוכלוסייה עם מוגבלות פיזית. זאת אף שהם כמהים לקשרים חברתיים, לחברות ולאהבה ככל אוכלוסייה אחרת (Dor & Savaya, 2007-Adler Ben). באופן דומה, מחקרים בארץ מדווחים כי התגמול לו מצפים אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית מפעילויות הפנאי השונות בקהילה אכן קשור בצפייה ליצור מפגשים וקשרים חברתיים (הורוביץ ווגנר, 1994). יתר על כן, מחקרים עדכניים מעידים כי המעורבות בפנאי הקשור בפעילות חברתית מפחיתה מחלות בכלל ובפרט בכל הקשור בבריאות הנפש של האדם (Kelly, 2011).

הסברים לעדות של מיעוט קשרים חברתיים והשתתפות מועטה באירועי תרבות נקשרו עם ההתנסויות המועטות שחוו הסטודנטים עם המוגבלות הפסיכיאטרית בתחומי החיים השונים, עם מצבור ההזדמנויות הדל שהם זכו לו ועם הקושי לבנות קשרים בין-אישיים משמעותיים וליצור רשת תמיכה חברתית משמעותית (אדלר בן-דור, 2005). עם זאת ייתכן שההסבר לכך הוא אחר והוא טמון בקשייהם של אנשים עם מוגבלות

ידע מעולם העיצוב ומגדיר ארבעה ערוצי השפעה עיקריים של הסביבה על השתתפותם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרחב ציבורי:

- מקורות סביבתיים ללחץ (אנושיים ומבניים)
- אינטראקציה בין-אישית, רשת חברתית ומקורות תמיכה
- אפקטים סימבוליים ותיוג חברתי
- תכנון הפעילות, דרישות הפעילות והפעילות עצמה

אחת ההנחות והאמונות הברורות מאליהן ש־Halpern מדגיש בספרו מתייחסת לסביבה כמשפיעה על מצבו הנפשי של האדם, על תפיסתו את איכות חייו ועל יכולת ההתמודדות שלו עם דרישות הפעילות או המבנה. זאת בדומה לאחד המשפטים המוכרים הנאמרים באופן יומיומי על-ידי כל אחד ואחת מאתנו: "החדר הזה כל כך מדכא". על כך מוסיף Halpern כי "אני בטוח שהחדר הזה אחראי לפחות למחצית מהדיכאון שלך". במשפט אחד הוא מסכם ואומר כי הגיע הזמן שנתחיל לחשוף את הקשר המורכב בין המוגבלות הפסיכיאטרית לבין הסביבה (Halpern, 2004).

פנאי ומוגבלות פסיכיאטרית

הזכות הבסיסית למעורבות, להשתתפות ולשתתפות בקהילה עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית קיבלה אישור חוקי־משפטי משמעותי עם חקיקת חוק שיקום נפגעי הנפש בקהילה (התש"ס, 2000). הגישה בה נכתב החוק הולכת יד ביד עם התפיסה המציעה את השילוב בקהילה כיעד מרכזי בשיקום אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (לכמן והדס־לידור, Halperin & Boz-Mizrahi 2009).

החשיבות להנגשת שירותים אלו גדלה עוד יותר בימים אלו, שבהם נעשית רפורמה בשירותי בריאות הנפש שמטרתה להעביר את כל השירותים המיועדים לאוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית לשירותים הקהילתיים הכלליים, המיועדים לכלל האוכלוסייה.

חשיבות זו מתעצמת עוד יותר לאור ממצאים מחקריים המדווחים על פעילויות הספורט, הפנאי והתרבות כמשמעותיות ביותר בתהליך ההחלמה של אדם עם מוגבלות פסיכיאטרית בקהילה (Davidson et. al, 2006 in Halperin & Boz-Mizrahi, 2009).

מחקר נוסף מדגיש את חשיבות המעורבות הקהילתית ויצירת הקשרים בקהילה בעודו

לאנשים עם מוגבלות, בהתפתחות ובהרחבה של מושג הנגישות ובהעברת האחריות לנגישות אל החברה כולה ואל נותני השירותים הציבוריים בפרט (פרבשטיין והידש, 1997; פלדמן, להב וחיימוביץ, 2006; שרשבסקי בתוך אבירם וגינת, 2006). ההבנה כי חלה עלינו, כחברה, האחריות להעניק שירות הולם, שוויוני ומכובד לכל אדם בכל תחומי החיים, מחדדת ומדגישה את הצורך לזהות ולהגדיר ממדי נגישות שיענו על צרכיה של כלל האוכלוסייה. במהלך השנים התרחב הידע בתחום ונראה כי היום המענה הנגישותי לאנשים עם מוגבלות פיזית, מוגבלות בניידות או/ו מוגבלות חושית ברור ובהיר למדי להפעלה וליישום במרחב הציבורי (טאו, גולדהירש, הדס־לידור, 2004; לכמן, 2007; טיוטת תקנות נגישות השירות, 2007; U.S. Department of Agriculture, 2007; Goldsmith, 1999). עם זאת, ההתייחסות לנגישות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, הן בחקיקה בארץ ובעולם והן התיאורטית, המשפטית והיישומית, עדיין בחיתוליה (טאו, גולדהירש, הדס־לידור, 2004; לכמן, 2007).

ההתייחסות לנגישות במרחב הציבורי, להבדיל ממרחבים ייעודיים (כדוגמת דיור מוגן, מפעל תעסוקתי וכיו"ב), עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית תוארה מעט בספרות התיאורטית והמחקרית (Salmi, 2008). עם זאת, בתוך המחקר הקיים ניתן לראות כי התאמות סביבה נכונות, בין-אישיות, מנהלתיות ומרחביות או פיזיות יכולות להיות יעילות ולאפשר השתתפות, שותפות ומעורבות גבוהה במכלול החיים הקהילתיים גם עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (טנא רינדה, הדס־לידור וזק"ש, 2009). התייחסות מעולם התכנון מדגישה את ההשפעה של פרמטרים כמו מיקום השירות וזמינותו, אופי השירות, מורכבות המבנה, התאורה, האקוסטיקה, הצבע, החומר, הצורה ואיכות האוויר, על רמת הערנות, הקשב והריכוז, ועל יכולתם לגרום לתחושת חוסר אונים, תסכול, עצבנות וחרדה בקרב כלל האוכלוסייה (Weich & Blanchard, 2002; Bluysen, 2009; Evans, 2003; Halpern, 2004; Frank, Engelke & Schmid, 2003; BBH, 2011), ועל אחת כמה וכמה בקרב אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (Halpern, 2004).

בספרו (2004) Halpern, More than Bricks and Mortar - Mental Health and the Built Environment מאחד בין גופי ידע מתחום בריאות הנפש לבין גופי

מעיד על קשר ישיר בין כמות הקשרים החברתיים בקהילה לבין איכות חיים גבוהה בקרב אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. (Rosenfield & Wenzel, 1997 in Halperin & Boz-) (Mizrahi, 2009).

לפיכך, הנוכחות של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרכזים קהילתיים ובאירועים חברתיים ותרבותיים בקהילה צריכה להיות אך טבעית, כשל כל אוכלוסייה אחרת.

נגישות בשירותי פנאי ותרבות לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית

לאחר הגדרת האוכלוסייה, הגדרת המאפיינים והקשיים המרכזיים בהשתתפות במרחב הקהילתי או הציבורי והגדרת הפעילויות הרלוונטיות להתייחסות – אנסה לפרוט את ממדי הנגישות הרלוונטיים ואופן יישומם בשטח. בדומה להתייחסות של המונח 'נגישות' עבור אנשים עם מוגבלות בניידות, גם בבואנו להגדיר נגישות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית נשאף ליצור

עקרונות ברורים להתייחסות. אמנם התמונה עדיין מעורפלת וסבוכה, אך נראה כי יש בנמצא ממדים אפשריים להנגשה עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרחב הציבורי. ממדים אלו נבנו על סמך נסיון קליני, תצפיות ושיחות אישיות עם פרטים באוכלוסייה המדוברת. אלו מפורטים בתרשים 2 שמוצג להלן. כל ממד מודגם באמצעות ציטוטים, דוגמאות ותמונות להמחשה.

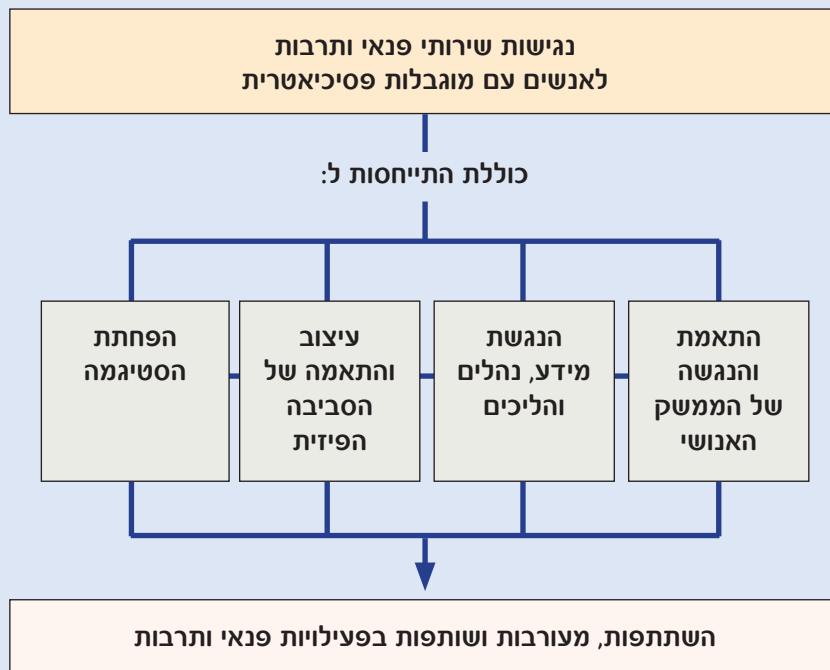
הערה: חשוב להבהיר כי לעקרונות אלו עדיין לא ניתן ביסוס מחקרי מעמיק ועל-כן חשוב לחקור תחום זה באופן סיסטמי ומעמיק יותר בעתיד. זאת חשוב שייעשה תוך התייחסות לתפיסות האנשים עצמם את ממדי הנגישות הרלוונטיים עבורם.

התאמה והנגשה של הממשק האנושי

הממשק האנושי מתייחס לגורם האנושי המתווך בתוך סיטואציה חברתית, תרבותית או מרחבית כזו או אחרת. את ההתאמות השונות הנדרשות לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית ניתן לקדם באמצעות סדנת הדרכה לנותני שירותים, שתכלול מתן כלים לזיהוי הצרכים של מקבל השירות והיצע

תרשים 2: ממדי הנגישות הרלוונטיים להנגשת מרחבים ציבוריים בשירותי פנאי ותרבות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית

הרחבת אפשרויות הבחירה, הקבלה של השירות או של השימוש בו



של חלופות נגישות אפשריות. חלופות אפשריות בממד זה יכולות להיות: אפשרות לשימוש במלווה לשם סיוע בניידות והתמצאות, סיוע בחיפוש מידע, סיוע בשימוש ובהפעלה של מתקנים שונים, אפשרות הקראה או הסבר באופן אישי של טפסים או פריטי מידע, אפשרות של ליווי טלפוני או מענה אנושי בנתב שיחות, עזרה בארגון והתארגנות, ליווי בהליך הבחירה וקבלת החלטות (כדוגמת בחירת קורס או חוג בתוך מתנ"ס מבין המבחר והמגוון הרב), התמודדות עם בירוקרטיה מול המערכת או המסגרת ועוד (אדמון, 2007; Sachs et al., 2009).

בתחום הממשק האנושי יש מגוון רב של אפשרויות להתאמות, אך החשוב מכול הוא שנותן השירות ידע להציע את ההתאמות והתמיכות האפשריות, יפרסם אותן וידע להסבירן. זאת מאחר שנמצא כי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית מתקשים להגדיר בדיוק מה הקושי שלהם או מה מפריע להם ויותר מכך להצביע ובוודאי לבקש את ההתאמה או התמיכה הנדרשת בעבורם (טנא רינדה, זק"ש והדס'לידור, 2009). התמיכה האנושית, המהווה את התמיכה השכיחה ביותר בעבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, נמצאה בספרות כתמיכה היעילה ביותר בעבורם (דהן, הדס'לידור, כסיף, טבקמן ולכמן, 2007; מלצר, 2007). לפיכך ישנה משמעות רבת-חשיבות לאפשר או לספק ממשק אנושי הולם בכל שירות, בפרט עבור אוכלוסייה זו.

הנגשת מידע, נהלים והליכים

הנגשת המידע, ההליכים והנהלים הנה חשובה ביותר – בזכות הנגשה זו יוכל אדם (אם ירצה) לפעול בעצמו, לקבל החלטות על חייו ולבחור בחירה חופשית ומודעת של דרכיו. רק באמצעות הנגשה זו יוכל אדם להבין מה שקורה סביבו, להשתתף בהליכי קבלת החלטות, להיות שותף פעיל בקהילתו וודאי להיות אדון לחייו. אמצעי העזר וההתאמות השונות בממד זה נמצאו כאופני פיצוי חיוניים לקשיים שעליהם מדווחים של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. יתרון נוסף של התאמות אלו הוא שהן יכולות גם לאפשר התמודדות עם הסביבה או הסיטואציה המדוברת בצורה מדורגת, מותאמת ומאיימת פחות (דהן ועמיתיה, 2007; Shouping & George, 2001).

הנגשת המידע צריכה להיעשות באמצעות שימוש בשפה פשוטה, תוך הדגשת העיקר לעומת

הטפל. ניתן להנגיש את המידע בצורות מגוונות ביניהן: הוצאת מסמכים או דפי מידע המסכמים את עיקרי הדברים בלבד (כדוגמת ביקורות על סרטים או הצגות, מידע על פעילויות קהילתיות ועוד), שימוש במדיה, מסירת המידע בעל פה ו/או שימוש בהמחשה דרך סרטונים, תמונות או סמלול של המידע לצד הכתוב. זאת במטרה לאפשר לאדם לקבל את עיקרי המידע בצורה נוחה, ברורה ובהירה ככל הניתן. בה בעת חשוב ביותר לפרסם הן מידע כללי על המקום והן מידע על הנגישות בו ואופן התנהלותו. לדוגמה: בכניסה למוזיאון, לתערוכה או למסלול טיול מכל סוג שהוא, חשוב ליידע את האנשים על זמן המסלול, נקודות היציאה מהמסלול, נקודות שבהן יש שירותים או אפשרות לעצירה, מנוחה, התארגנות וכיו"ב.

הנגשת הנהלים וההליכים מתייחסת, למשל, למתן אפשרות לקבל את השירות או המידע ב'שלט רחוק', למלא טפסים בבית, בטלפון או באמצעות הדואר האלקטרוני, או בדרך וירטואלית. דוגמה לכך יכולה להיות: הזמנת כרטיסים לקולנוע דרך האינטרנט או אפילו דרך הסקייפ (כדי לשלב גם ממשק אנושי המאפשר פידבק אנושי לאורך התהליך) או אפשרות לצפות בסרטון הכנה, הנותן הדרכה וירטואלית על המקום ומציג את המרחבים השונים בו. סרטון כזה יכול ליצור תחושה שהמקום מוכר, תחושה המפחיתה את רמת החרדה של האדם טרם ההגעה למקום, משפרת את יכולת ההתמצאות שלו בסביבתו, ומאפשרת לו להשתמש במידע שרכש להתמודדות במקום החדש, גם במצב שבו רמת החרדה שלו תעלה בעת הסיטואציה עצמה. היכרות מוקדמת זו עם הסביבה מעלה את תחושת השליטה והביטחון בסיטואציה וביכולת להתמודד עמה. להלן ציטוט מתוך ריאיון עם אדם עם מוגבלות פסיכיאטרית:

מראיינת: אנא תאר את הסביבה שאתה צריך בצורה טובה יותר

ה': תראי אני כן צריך סביבה רכה יותר.....

מראיינת: ולמה בדיוק אתה מתכוון?

ה': לא יודע, אולי נתחיל מזה שהיא תהיה מוכרת יותר (שתיקה ארוכה).



צילום: מיכל טנא רינדה

- מסדרון ארוך שמוביל ללובי המעליות המרכזי בתוך המרחב הציבורי – ללא שילוט או מידע מרמז על נוכחות המעליות בכיוון הזה. חוסר המידע עלול להעלות את רמת החרדה של המשתמש בשירות ועלול להוביל למצב של הימנעות (להיכנס למסדרון ולחפש נוכחות מעליות באזור).

עיצוב והתאמת הסביבה הפיזית

מחקרים עדכניים מצאו כי הנגישות הפיזית משמעותית ביותר עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. נתון זה מפתיע שכן לא מדובר במוגבלות פיזית. מתברר כי הספרות תומכת בממצא זה ומדגישה את חשיבות התאמת הסביבה הפיזית בעבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, והיא מגדירה נגישות זו כהתייחסות דואלית הן למרחב הגיאוגרפי והמרחבי והן למרחב הפסיכולוגי של האדם (לכמן, 2007; צ'רצ'מן ורמות, 2007). ואכן, מחקרים מעידים כי הנגשת המרחב הפיזי והתאמתו מסייעות לאנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית להתארגן ולהתמצא בצורה טובה יותר בסביבתם, להפחית את רמת החרדה שלהם ולחוש רמת עצמאות גבוהה יותר (דהן ועמיתיה, 2007).

ההנגשה בממד זה מתייחסת לעיצוב ולהתאמה של הסביבה הפיזית הכוללת את המבנה האדריכלי, החומרים, עיצוב הפנים והאביזרים הטכנולוגיים. להלן מספר עקרונות:

- עיצוב המרחב הסביבתי באופן פשוט, נעים ומוכר, המספק מקומות למנוחה, ליציאה,

דוגמאות לקשיים העולים

בנושא של הנגשת המידע

- עומס מידע, עומס גירויים – ללא הבחנה בין עיקר וטפל – ללא קשרים ברורים בין המיקום על הלוח לבין המידע הכתוב עליו – מקשים מאוד על הקושי להבין את המידע ולבחור את המידע הרלוונטי מתוך המצאי המוצע.



צילום: אמיר ביתן

מצב שבו ניתן מידע מועט או שחסר מידע מקשה מאוד על ההתמצאות, מעלה את סף החרדה של האדם ומביא לתחושה של חוסר שליטה בסיטואציה.



צילום: מיכל טנא רינדה

- אין הבחנה ויזואלית בין עיקר לטפל – כפי שרואים בתמונה, העיקר המודגש על ידי עיצוב המידע מתייחס לשלט "אסור לעשן", ואילו המידע לגבי השירותים מוצג בצורה מינורית מבחינת עיצובית, ללא שילוט ברור. בתמונה זו גם ניתן לראות שפתח הכניסה לשירותים אינו ברור ואינו מסומן דיו ולכן היא נבלע בתוך הרקע. עקב כך ניתן להתעלם ממנו בקלות במצב של חוסר תשומת לב רגעית.

עיצוב הריהוט והעמדתו כמאפשר ומעודד אינטראקציה חברתית (התמונה העליונה) או כמגביל או מעכב אותה (שתי התמונות התחתונות).



לפרטיות, להתארגנות ולרגיעה ומקנה למשתמש בו תחושת שליטה (כדוגמת האפשרות להזיז כיסאות במרחב המתנה, כלומר, היכולת לשלוט על המרחב האישי של המשתמש בעת ההמתנה, או היכולת לראות את המרחב המרכזי ואת הכניסות והיציאות הראשיות מכל נקודה שהיא במרחב ההמתנה - כדי לראות את הנעשה סביב ובכך להפחית את החרדה של המשתמש מהבלתי צפוי).

- מרחב שמאפשר התמצאות אינטואיטיבית בתוכו, כלומר שאופן עיצובו מוביל את המשתמש באופן אינטואיטיבי למוקדי העניין.
- מרחב מופחת גירויים מסיחים ככל הניתן. חשוב שהוא יהיה גדול ומואר ויכלול חלונות רבים ככל הניתן כדי להקנות למשתמש תחושה של שליטה בסיטואציה ושקיפות המידע כמו גם כניסה של אור יום רב ככל הניתן, המשפיע השפעה חיובית על עוררות ועל קשב האדם הפועל בתוכו.

- עיצוב המתבסס על חשיבה לוגית תהליכית של פונקציונאליות המקום (לדוגמה: רכישת כרטיסים בכניסה הראשית ורק לאחר מכן תהיה הכניסה לבית הקולנוע עצמו - כלומר, עיצוב המקום יצביע על שלבי התהליך) ואשר נמנע מעיצובים לא צפויים (לדוגמה: קיר שצורתו בלתי צפויה או אינה ברורה או ריהוט מודרני אשר אינו דומה למוצר הבסיסי).

- שימוש בטכנולוגיה מסייעת. למשל, שימוש באוזניות ללקויות שמיעה - כדי לעזור בהפחתת גירויים מסיחים ולמקד את הקשב של המשתמש לגירוי המרכזי, שימוש בתמלול ומתן חייווי ויזואלי או קולי - לדוגמה, במכונת כרטיסים בקולנוע, במכונות ממכר אוטומטיות של משקה ומזון, בדלתות או במתקנים אוטומטיים ועוד. כמו כן חשוב לבחון מהו זמן התגובה הנדרש ממי שמשתמש בכל מתקן או אביזר טכנולוגי הדורש הפעלה (ממעליות ודלתות אוטומטיות שנפתחות על ידי חיישנים ועד למכונות ממכר אוטומטיות, מכונת צילום, מכונות כרטוס שמופעלות באופן יזום). כאן יש להביא בחשבון שייתכן שבפעולות מסוימות זמן התגובה של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית יהיה אטי יותר.

דוגמאות לקשר בין עיצוב הסביבה לבין השתתפות אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית במרחב הציבורי:



עיצוב אינטואיטיבי, נעים ונוח למשתמש של תאי שירותים ציבוריים:

הנושא של עיצוב שירותים ציבוריים עבור אנשים עם מוגבלות בניידות מדובר ומתואר רבות בספרות התיאורטית, הקלינית, המחקרית והמשפטית. אולם הנושא של הנגשת שירותים ציבוריים עבור אנשים עם מוגבלות קוגניטיבית או פסיכיאטרית נשאר עלום לחלוטין. מחקרים עדכניים מלמדים כי הנגשת השירותים הציבוריים עבור אוכלוסייה זו חשובה מעין כמוה, שכן שירותים שאינם נגישים מונעים את הגישה לכל השירותים הציבוריים, החברתיים והתרבותיים. נגישות של שירותים ציבוריים הפכה למשהו סימבולי המתאר את הנגישות של החברה כולה. אם כן, מעבר להתקנת מאחזים, הגבהות אסלה ומרחב תמרון מתאים לכיסאות גלגלים, חשוב מאוד גם להתייחס לפן הקוגניטיבי והפסיכיאטרי; לבטיחות, לאמצעי ההפעלה, להתמצאות, לפרטיות, לנוחות, לניקיון, לאפשרות לשליטה בסיטואציה ועוד. יש להביא בחשבון שאדם שמגיע לשירותים ציבוריים ואינו מצליח להפעיל את מנגנון הדחת המים, לפתוח את ברז המים, להוציא את הסבון, לנעול את דלת השירותים בבטחה או ליישב ידיים בהצלחה – לא יגיע פעם נוספת למתחם ציבורי זה, או גרוע מכך, ימנע מעצמו ומהחברה כולה את נוכחותו בקהילה (Bichard, Hanson & Greed, 2005).

מרחב וארגון הסביבה והפרטים בתוכה ספרייה ציבורית במוסד אקדמי:

"ללכת לספרייה, להיכנס לספרייה. מקום שמהווה בשבילי, עושה לי חרדות. קשה לי להיכנס למקום הצפוף הזה עם כל כך הרבה אנשים. לנפגעי טראומה יש שם המון אנשים. מאחורי כל מדף אני מסתכלת שמישהו לא מחכה לי שם לתקוף אותי... זה מפחיד אותי, זה קשה לי... לוקח לי המון זמן למצוא כל החומר, ויוצא שיותר משעה וחצי אני מבזבזת על כל כניסה לספרייה...."

(אישה עם פוסט טראומה).

תכנון מרחב להתארגנות - בהתאם לשירות הניתן ספרייה ציבורית במוסד אקדמי:

"את עומדת בכניסה ועושה חישובים, מה החוצה ומה אתי נכנס לבפנים. שהרי התיק חייב בחוץ להיות, שם מי יודע אילו מחלות? את מוציאה סדין נקי ושופכת את כל תכולת התיק על הספסל הצדי ומתחילה לארגן, החוצה, פנימה, החוצה, פנימה... הלחץ גואה, החפצים נופלים, נוגעים ברצפה, המלוכלכת, המזהמת, ואָתם – אבוי, המחברת האדומה. את נחרדת. נעמדת משתנקת לצד הספסל כשכל חפציך פזורים, חלקם על הרצפה, חלקם בתיקים. והנה המון אנשים מתקרבים, בוהים, כך צופים..."

אישה עם הפרעה של OCD
(obsessive-compulsive disorder)



www.dreamstime.com : צילום

לצורכיהם והאופן שבו ניתנים השירותים השונים המוצעים להם. חשוב לציין כי מחקרים מדווחים שישנה חשיבות גבוהה למתן התאמות ותמיכות זהות לכלל האוכלוסייה, ללא צורך ביצירת קבוצה שמקבלת שירותים ייחודיים ושונים. לדוגמה: חשוב שכל אדם שצריך לקבל סיוע במילוי טופסי הרשמה יוכל לקבל סיוע זה, ללא רלוונטיות למצבו הרפואי. כפועל יוצא מדרישה זו יש חשיבות רבה למתן תמיכות או התאמות אשר אינן מחייבות נראות או חשיפה של המוגבלות לצורך השימוש בהן מאחר שלעתים "מחיר החשיפה כמוהו כמחיר התיג" (דהן ועמיתיה, 2007). הסיכון שבחשיפה או הפחד שבגילוי המוגבלות מעוררים דאגה כה רבה בקרב אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית, עד שהם מוכנים להתמודד עם קשייהם לבדם, ללא כל עזרה, התחשבות או תמיכה ולעתים מעדיפים להימנע ממעורבות או השתתפות חברתית או אף לוותר עליה או להתבודד. הדבר נעשה קשה עוד יותר כאשר ההתאמות הנדרשות הן ייחודיות, בלתי-מוכרות ודורשות התארגנות מיוחדת מצד המסגרת, שעלולה להתייחס בחשדנות כלפי הפונה (Jung, 2003).

לסיכום

יש להביא בחשבון כי ככל הנראה הנגשת הממשק האנושי, הסביבה הפיזית, המידע, הנהלים וההליכים או הפחתת הסטיגמה לבדה, אינן מספקות דיין כדי להנגיש הנגשה מלאה את המרחב הציבורי-קהילתי עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. לפיכך, רק הנגשת מכלול ממדי הנגישות (כפי שתוארו בתרשים 2), תביא להנגשה מלאה של המרחב והשירות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.

נראה כי הנגשה מקיפה זו תוכל לאפשר השתתפות, מעורבות והכלה גבוהה יותר של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית בפעילויות פנאי, תרבות וספורט בקהילה הפתוחות לציבור הרחב, ואף תוכל לאפשר להם לבצע פעילויות אלו בשביעות רצון גבוהה ובהנאה. חשיבות הנגישות עבור אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית משמעותית ביותר דווקא בימים אלה של יציאה מהמוסדות הסגרגטיביים הכוללניים, בימים של רפורמה בבריאות הנפש (אבירם ורוזן בתוך אבירם וגינת, 2006) וביתר שאת בימים של שוויון הזדמנויות לאנשים עם מוגבלות, בהם גם אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית.



צילומים: מיכל טנא רינדה

התמונות הללו הן דוגמה לשירותים ציבוריים עם גירויים רבים (תאורה, צבע, כיתוב, השתקפות של אור על המרצפות ועוד). גירויים אלה עלולים להוות גורם מפריע או מגביל, שעלול להשפיע באופן שלילי על יכולת המשתמש להתמצא בסביבה זו ולחוש בה בנוח. כמו-כן, הקבועות עצמן (אסלה, ברזים וכיורים) אינן מעוצבות כמו מוצר הבסיס, המוכרים לכל אדם וצבעיהן עלולים להיבלע ברקע. הדבר ניכר ומשמעותי ביותר עבור אנשים המתקשים להבחין בין דמות ורקע או בין עיקר וטפל.

שינוי או הפחתה של הסטיגמה

חלק מהותי בהנגשה הוא מתן הדרכה לנותני שירותים וחינוך החברה כולה בנוגע להפחתת הסטיגמה כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית. הפחתת הסטיגמה צריכה להיעשות גם באמצעות שינוי עמדות כלפי אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית (נושא זה לא נידון במאמר הנוכחי) וגם על-ידי התאמה של העיצוב הסביבתי

וכאן אני פונה אליכם בנימה אישית ומבקשת בקשה חשובה, במילותיהם של אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית שביקשו לקדם את הנגישות עבורם ועבור האוכלוסייה שהם מייצגים... אדריכלים, מעצבים, אנשי טיפול ורפואה, נותני שירותים, החברה כולה – אנא אפשרו לנו להיות "סוף סוף על אותו המדף עם אנשים אחרים", כי "אם אתם תוותרו – בשבילנו זה אבוד".

המחברת מבקשת להודות: לכל אחד ואחת מהאנשים שהשתתפו במחקר (מתוכו הוצאו הציטטות למאמר הנוכחי). אני רוצה להודות לכם באופן אישי על שאפשרתם לי להיכנס לחייכם, על שפיניתם לי זמן יקר מזמנכם, על ששיתפתם במחשבות, רגשות, חוויות וסיפורים אישיים ועל שחיזקתם את דרכי.

לד"ר דליה זק"ש ולד"ר נעמי הדס-לידור, תודה רבה על ההנחיה, ההכוונה, המקצועיות, הסבלנות, העידוד והתמיכה לאורך כל עבודת המאסטר ולאחריה. תודה על שאפשרתן לי את ההיכרות העמוקה עם התחום. לאסנת להט, עורכת לשון, עמותת מילבת – על העזרה בעריכה הלשונית של המאמר הנוכחי.

הערה: כל הציטוטים לקוחים מתוך עבודת גמר מחקרית לתואר מוסמך בריפוי בעיסוק (טנא רינדה, זק"ש והדס-לידור, 2009). נעשו מעט שינויים בטקסט המקורי לצורך הצגת התכנים במאמר הנוכחי.

מקורות

אברם, א. (2006). מגמות במדיניות בריאות הנפש בישראל: גורמים מסייעים ומעכבים רפורמה למעבר לשירותי בריאות נפש קהילתיים – דו"ח מחקר. האוניברסיטה העברית, ירושלים. בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית על שם פאול ברוואלד.

אבני, ש., אדוט, ר., נדב דוידוביץ', נ., יפה, ע., חטיב, מ., ופילק, ד. (2010). לצמצם היום את פערי המחר – יעדים לצמצום פערים בבריאות. נייר עמדה משותף מטעם: מרכז אדוה, רופאים לזכויות אדם – ישראל, האגודה לזכויות האזרח, אגודת הגליל – האגודה הערבית הארצית למחקר ולשירותי בריאות וטנא-בריאות. **אדלר בן-דור, ע.** (2005). הערכת האפקטיביות בקרב נפגעי נפש, של שתי תוכניות לשיקום פסיכוסוציאלי בתחום הפנאי והחברה: תוכנית "עמיתים" והמועדון החברתי. עבודת גמר לתואר מוסמך בעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.

אדמון, צ. (2007). הזכות לנגישות בחקיקה הישראלית ובחקיקה בעולם. בתוך: ד. פלדמן, י. דניאלי-להב, ו.ש. חיימוביץ'. (2007). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21. הוצאת משרד המשפטים, התשס"ז.

בוני, א. והדס-לידור, נ. (2007). השתתפות, החלמה ומה שביניהן: תפיסות חדישות בעולם הבריאות. בתוך: ד. פלדמן, י. דניאלי-להב, ו.ש. חיימוביץ'. נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21. הוצאת משרד המשפטים, התשס"ז.

גולדברגר, ד. (1995). בתוך: ג. הלפרין וט., בוז-מזרחי. תוכנית עמיתים.

דהן, א., הדס-לידור, נ., כסיף, ל., טבקמן, מ. ולכמן, מ. (2007). מה אפשר ללמוד מליווי סטודנט עם ליקויי למידה עבור סטודנט עם מוגבלות פסיכיאטרית – הנגשה והתאמה. בתוך נ. הדס-לידור ומ. לכמן (עורכים), שיקום והחלמה בבריאות הנפש. ליתם הוצאה לאור.

הורוביץ, מ.ווגנר, ע. (1994). שיקום חולי נפש בקהילה דרך המרכז הקהילתי – עבודה במסגרת החברה למתנ"סים.

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מגבלה – התשנ"ח, 1998.

חוק שיקום נכי נפש בקהילה, התש"ס, שנת 2000.

טאו, ע., גולדהירש, ע. והדס-לידור, נ. (2004). בדיקת צרכים של נפגעי נפש המשתתפים בתוכנית ל"השכלה נתמכת" ושל נפגעי נפש שאינם משתתפים בתוכניות, על פי הערכתם ועל פי הערכת מטפליהם. כתב העת הישראלי לריפוי בעיסוק. 13 (4), H229-H209.

טיוטת תקנות נגישות השירות (תקנות 30(א)(1), 94(2) – טופס בדיקת התאמות נגישות לשירות. (2007). נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים.

טנא רינדה, מ., זק"ש, ד והדס-לידור, נ. (2009). נגישות ההשכלה הגבוהה לסטודנטים עם מוגבלות פסיכיאטרית. עבודת גמר מחקרית (תזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר מוסמך האוניברסיטה, אוניברסיטת חיפה.

לכמן, מ. (2007). אנשים עם מוגבלות פסיכיאטרית: נגישות והשתתפות. עניין של גישה, 5.

לכמן, מ. והדס-לידור, נ. (2007). בדרך אל החלמה – שיקום ושילוב אנשים עם מוגבלויות נפשיות בקהילה. בתוך: נ, הדס-לידור ומ, לכמן (עורכים). שיקום והחלמה בבריאות הנפש. הוצאת ליתם.

מלצר, י. (2007). מודל נגישות לאקדמיה לסטודנטים עם לקות למידה. בתוך ד. פלדמן, י. דניאלי להב וש. חיימוביץ' (עורכים), נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21. לשכת הפרסום הממשלתית, נציבות השוויון לאנשים עם מוגבלות, משרד המשפטים.

פלדמן, ד. (2007). זכויות אדם של אנשים עם מוגבלות נפשית בישראל. בתוך נ. הדס-לידור ומ. לכמן (עורכים). שיקום והחלמה בבריאות הנפש. ליתם הוצאה לאור.

פלדמן, י. דניאלי-להב, וש. חיימוביץ'. (2007). נגישות החברה הישראלית לאנשים עם מוגבלות בפתח המאה ה-21. הוצאת משרד המשפטים, התשס"ז.

פרבשטיין, מ., הידש, ג. (1997). שיקום נפגעי נפש בקהילה. הוצאת נורד.

צ'רצ'מן, א. ורמות, א. (2007). נגישות לאנשים עם מוגבלות בזירה העירונית. עניין של גישה, 6.

שור, ר. (2008). בנפשנו: מוקד נגישות בבריאות הנפש. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, האגף לפיתוח שירותים.

שרשבסקי, י. (2006). שיקום נכי נפש בקהילה – תהליכים ואתגרים. בתוך: א. אבירם וי.גינת. (2006). שירותי בריאות הנפש בישראל: מגמות וסוגיות. צ'ריקובר, מוציאים לאור.

שרשבסקי, י. (2007). הגורם האנושי בתחום הנגישות. בתוך: נ. הדס-לידור ומ. לכמן (עורכים). שיקום והחלמה בבריאות הנפש, הוצאת ליתם.

Adler Ben-Dor, I., & Savaya., R. (2007). Community rehabilitation for persons with psychiatric disabilities: Comparison of the effectiveness of segregated and integrated programs in Israel. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(2), 139148–.

American Psychiatric association. (2000). *Diagnostic and Statistical manual of Mental disorder: DSM-IV*. Washington, D.C.

Barazandeh, G. (2005). Attitudes towards disabilities and reasonable accommodation at the university. *The Undergraduate Research Journal*, 7, 12–.

Becker, M., Martin, L., Wajeeh, E., Ward, J & Shern, D. (2002). Student

Richard, J.A., Hanson, J. & Greed, C.(2005). *Cognitive aspects of public toilet11 design*. Faculty of the Built Environment, London.

Bluyssen, M.(2009). *The indoor environment handbook – how to make buildings healthy and comfortable*. RIBA publishing.

Building Better Healthcare (BBH). (2011). *Designing for mental health: conference explores how the built environment can help with the healing process*. BBH.

Cassidy, T. (1996). All work and no play: an empirical analysis of the relationship between leisure and health. IN: Kelly, B.A. *Leisure participation and mental health in Tasmania: A lifecycle approach*. Faculty of education, center of human movement, university of Tasmania.

Davidson, L., Shahar, G., Staeheli, M., Sells, D., & Tondrorra, J. (2006). IN: G, Halperin. & T, Boz-Mizrahi. *The Amitim Program: An Innovative Program for the Social Rehabilitation of People with Mental Illness in the Community*. *Isr J.Psychiatry Relat Sci* 46(2). 149–156.

Evans, G.W.(2003). The built environment and mental health. *Journal of urban health*. 80, (4).

- Frank, L.D., Engelke, P.O. & Schmid, T.L. (2003).** Health and community design — the impact of the built environment on physical activity.
- Goldsmith, S. (1999).** Designing for the disabled — the new paradigm. Planta Tree publisher.
- Halperin, G. & Boz-Mizrahi, T. (2009).** The Amitim Program: An Innovative Program for the Social Rehabilitation of People with Mental Illness in the Community. *Isr J.Psychiatry Relat Sci* 46(2). 149–156.
- Halpern, D. (2004).** Mental health and the built environment. Taylor & Francis, publishers.
- Houston, B.K. (1987).** Stress and coping. IN: Kelly, B.A. Leisure participation and mental health in Tasmania: A lifecycle approach. Faculty of education, center of human movement, university of Tasmania.
- Jacobs, E. & Glater, s. (1993).** Students, staff and community: A collaborative model of college services for students with psychological disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 201209–.
- Jung, K.E. (2003).** Chronic illness and academic accommodation: meeting disabled "Unique Needs" and preserving the institutional order of the university. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 30(1), 91112–.
- Kelly, B.A.(2011).** Leisure participation and mental health in Tasmania: A lifecycle approach. Faculty of education, center of human movement, university of Tasmania.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984).** Kelly, B.A. Leisure participation and mental health in Tasmania: A lifecycle approach. Faculty of education, center of human movement, university of Tasmania.
- Lowen, G. (1993).** Improving access to post secondary education. *Psychological Rehabilitation Journal*. 17, 151155– .
- Ponizovsky A.M., Grinshpoon A., Sasson R, & Levav, I. (2004).** Stress in adult students with schizophrenia in a supported education program. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 401407–.
- Pratt, C.W., Gill, L.K., Barrett, N.M. & Roberts, M .M. (2007).** *Psychiatric rehabilitation (second ed.)*, Chapter 10, 275302 –.
- Rickerson, N., Souma, A. & Burgstahler, S.(2004).** Psychiatric disabilities in postsecondary education: universal design, accommodations and supported education. Retrived 15.11.09, from the site of University of Washington. For more information: www.morris.umn.edu.
- Rosenfield, S.,& Wenzel, S. (1997).** IN: G, Halperin. & T, Boz-Mizrahi. The Amitim Program: An Innovative Program for the Social Rehabilitation of People with Mental Illness in the Community. *Isr J.Psychiatry Relat Sci* 46(2). 149–156.
- Sachs, D., Schreuer, N., & Adato-Biran, I. (2008).** Academic, physical and human support to promote participation of people with disability in higher education. Poster at Conference of the Council of occupational Therapists in European Countries (COTEC). Hamburg, Germany.
- Salmi, P. (2008).** Wayfinding Design: Hidden Barriers to Universal Access. *InformeDesign*, 5.
- Shouping, H. & George, D. K. (2001).** Computing Experience and Good Practices in Undergraduate Education: Does the Degree of Campus "Weirdness" Matter? *Education Policy Analysis Archives*, 9(49).
- U. S. Department of agriculture. (2007).** Building/site accessibility compliance checklist (As Pertains to Persons with Disabilities).
- Weich, S.& Blanchard, M. (2002).** Mental health and the built environment: cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British journal of psychiatry*, 180 (428433–).
- With mental illness in a university setting: faculty and student attitudes, beliefs, knowledge, and experiences.** *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4).
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Fairley, G.K.(1998).** The ultidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 3041–.