



ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב

חגית סופר-פורמן ליטל ברלב נורית גדג'

הדוח כולל תקציר
בשפה הערבית



המחקר הוא חלק מסדרת מחקרי תוכנית החומש לפיתוח כלכלי חברתי
בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב 2017-2021 אשר בוצעו בשיתוף
האגף לפיתוח כלכלי חברתי בחברה הבדואית בנגב

דמ-883-21

עריכת לשון: רעיה כהן
תרגום לאנגלית (תקציר): עמי אשר
תרגום לערבית (תקציר): ג'לאל חסן
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

המחקר הוזמן על ידי האגף הבכיר לפיתוח כלכלי-חברתי בחברה הבדואית בנגב
במשרד הרווחה והביטחון החברתי ומומן בסיועו

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל
ת"ד 3886 ירושלים 9103702
טלפון: 02-6557400
brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | שבט תשפ"ב | ינואר 2022



על מחקר תוכנית החומש (2017-2021) לאוכלוסייה הבדואית בנגב

מחקר תוכנית החומש נערך במימון משותף של האגף לפיתוח כלכלי חברתי בחברה הבדואית בנגב ושל מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. המחקר נמשך שלוש שנים וחצי וכלל מחקרי משנה במגוון נושאים ובהם חינוך, ילדים עם מוגבלויות, תעסוקה והרשויות המקומיות. כמו כן כלל המחקר מחקרי משנה בנושאי רוחב כמו מערך תוכניות העבודה אשר ליווה את תוכנית החומש; הערכים, הכוחות והאתגרים בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב ומנהיגיה; ותמונת מצב של האוכלוסייה הבדואית בנגב – מדדים נבחרים. מלבד זאת שולב במחקר דוח הערכה כוללת של תוכנית החומש.

המחקר נעשה בשיתוף בין האגף לפיתוח כלכלי חברתי בחברה הבדואית בנגב ובין מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. אנשי האגף הובילו את התוויית נושאי המחקר ונתנו משוב למחקרים עצמם. מכון ברוקדייל תכלל את המחקר ואחראי מקצועית לביצועו.

את הדוחות שפורסמו במסגרת מחקר תוכנית החומש אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון:

<https://brookdale.jdc.org.il/publication/bedouin-population-five-year-plan/>

רקע

מידע על ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נאסף לפני יותר מעשור במחקר שערך מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל¹. מחקר זה מצא כי צריכת השירותים של ילדים עם מוגבלות נמוכה באוכלוסייה הבדואית לעומת הצריכה באוכלוסייה היהודית. המחקר הצביע גם על מחסור גדול בשירותים המיועדים לילדים בדואים עם מוגבלות. בשל הזמן הרב שעבר וכן בעקבות שינויים שחלו בתחום המוגבלויות התעורר צורך במחקר מעודכן בנושא זה.

מטרות

מטרותיו של המחקר היו: (1) למפות את השירותים עבור ילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב, בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה; (2) להצביע על החסמים לצריכת השירותים ועל הצרכים הלא מסופקים בתחומים אלו, בימי שגרה ובתקופת משבר מגפת הקורונה.

שיטה

המחקר התבסס על כמה מקורות מידע: מידע מאתרי אינטרנט רשמיים של גורמים המספקים שירותים לילדים עם מוגבלות; ניתוח נתונים מנהליים מן המוסד לביטוח לאומי, ממשד החינוך, ממשד הרווחה והביטחון החברתי, מ-360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ומ'שירותי בריאות כללית'; וראיונות עומק חצי מובנים עם אנשי מקצוע ועם הורים לילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב.

ממצאים

- **שיעור האיתור של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נמוך** ביחס לאוכלוסייה היהודית ולאוכלוסייה הערבית.
- **היקף המענים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב מצומצם** לעומת היקפם באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית.
- **היקף המענים לילדים עם מוגבלות ביישובים הבדואיים הבלתי מוכרים מצומצם** לעומת היקף המענים ביישובים המוכרים.
- **צריכת השירותים של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נפגעת בשל החסמים האלה:**
 - **המשאב האנושי המקצועי** – מחסור באנשי מקצוע (בעיקר דוברי ערבית) וידע מקצועי לא מספק

¹ שטרסברג, נ., נאון, ד. וזיו, ע. (2008). ילדים עם צרכים מיוחדים באוכלוסייה הבדואית בנגב: מאפיינים, דפוסי שימוש בשירותים והשלכות הטיפול בהם על האמהות. דמ-08-503. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/special-needs-children-bedouin-population-negev-characteristics-patterns-service-use-impact-caring-children-mothers/>

- **זמינות ונגישות של השירותים** – זמינות נמוכה של שירותים וקשיים בנגישות אליהם מבחינה גאוגרפית, תחבורתית, לשונית, תרבותית, כלכלית וטכנולוגית
- **ההיבט האישי, משפחה וקהילה** – דעות קדומות בנוגע למוגבלות; מחסור בידע בתחום המוגבלות ובמודעות לנושא; קשיים בביצוע הליכים בירוקרטיים למיצוי הזכויות והשירותים; עומס על בני המשפחה; תפיסות תרבותיות הנוגעות לחלוקת התפקידים במשפחה ולמחויבות למשפחה המורחבת
- **תשתיות מידע ותיאום בין גורמים** – מחסור במידע ובנתונים על ילדים עם מוגבלות והיעדר תיאום מספיק בין הגורמים המטפלים בילדים עם מוגבלות.
- **משבר מגפת הקורונה העצים חסמים לצריכת השירותים**, הקיימים גם בימי שגרה.

המלצות

- **המלצות בנוגע לגיבוש מדיניות לפיתוח כוח האדם המקצועי**
 - חיזוק מקצועי והעצמה של אנשי המקצוע הקיימים
 - תמרוץ אנשי מקצוע, בעיקר דוברי ערבית, לעבוד ביישובים הבדואיים
 - בניית מסלולים לעידוד, הכוונה ותמרוץ של צעירים מן הקהילה הבדואית ללמידת מקצועות נדרשים בתחומי התפתחות הילד
 - פיתוח תוכניות להכשרת אנשי מקצוע מן האוכלוסייה הבדואית
 - **המלצות בנוגע למתן שירותים**
 - השלמת מענים חסרים, כגון תוכניות הכנה לבגרות ולתעסוקה, תוכניות פנאי ומענים לילדים עם מוגבלויות נפשיות, שכליות והתפתחותיות ועם הפרעות התנהגות ואוטיזם
 - הנגשה גאוגרפית, שפתית, תרבותית, כלכלית וטכנולוגית
 - **המלצות בנוגע להיבט האישי, למשפחה ולקהילה**
 - נקיטת פעולות לעידוד האוכלוסייה לביצוע בדיקות גנטיות מוקדמות ובחינת האפשרות להקים מאגר גנטי לבדיקת התאמה בין בני זוג לפני אירוסים/נישואים
 - עריכת פעולות הסברה להפחתת התיג השלילי של מוגבלויות וכן להגברת המודעות לחשיבות הטיפול ולתרומתו לשיפור התפקוד
 - עריכת מעקב אחר ילדים עם מוגבלות שאותרו וליווי צמוד של הוריהם על ידי מתאמי טיפול
 - **המלצות תומכות מדיניות**
 - הוספת שדות למאגרי המידע של משרדי הממשלה הרלוונטיים לשם זיהוי מוגבלויות ומאפיינים מרכזיים נוספים
- לצורך יישום ההמלצות מוצע להקים צוות אזורי בין-משרדי ורב-תחומי לקידום מדיניות ופיתוח אזוריים של מענים לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם וכן להקים צוותים מקומיים רב-תחומיים לפיתוח מענים מקומיים, ובהם בניית מודלים של רצף טיפול וקידום מערך הסברה בשפה הערבית.

תמצית מנהלים

רקע

מידע על ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נאסף לפני יותר מעשור, בשנים 2006-2007, במחקר שערך מכון מאירס-גוינט-ברוקדייל² מחקר זה מצא כי צריכת השירותים (טיפולים כִּפְּה-רפואיים, שירותי חינוך מיוחד וטיפולים פסיכו-סוציאליים) של ילדים עם מוגבלות נמוכה באוכלוסייה הבדואית לעומת הצריכה באוכלוסייה היהודית. המחקר הצביע גם על מחסור גדול בשירותים המיועדים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית. בשל הזמן הרב שעבר וכן בעקבות שינויים שחלו בתחום המוגבלויות בעשור האחרון (למשל, פיתוח שירותים חדשים ועלייה במודעות למוגבלויות מסוימות כגון אוטיזם ולקות למידה) התעורר צורך של ממש במחקר מעודכן שישקף את צריכת השירותים בקרב ילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב ויצביע על החסמים לצריכת השירותים ועל הצרכים הלא מסופקים בתחומים אלו.

מטרות

מטרותיו של המחקר היו: (1) למפות את השירותים לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב, בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה; (2) לבחון את הצרכים הלא מסופקים ואת החסמים לצריכת השירותים בתחומים אלו, בימי שגרה ובתקופת משבר מגפת הקורונה. המידע מן המחקר ישמש בסיס לטיוב השירותים לאוכלוסייה הבדואית בנגב ולפיתוח שירותים חדשים, במידת הצורך.

שיטת המחקר

איסוף המידע נעשה במחצית השנייה של שנת 2020 והתבסס על שלושה מקורות:

1. **איתור מידע על שירותים** לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב, **באתרי אינטרנט רשמיים** של גורמים המספקים שירותים לילדים עם מוגבלות.
2. **ניתוח נתונים מנהליים** שהוכנו במיוחד לצורך מחקר זה ועוסקים בשירותים שילדים עם מוגבלות מקבלים מן המוסד לביטוח לאומי, ממשד החינוך, ממשד הרווחה והביטחון החברתי, מ-360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ומ'שירותי בריאות כללית' (כ-90% מן הבדואים בנגב מבוטחים בקופת חולים זו, ולכן אפשר היה להסתפק באיסוף נתונים ממנה).
3. **ראיונות עומק חצי מובנים:**
 - א. **עם 28 אנשי מקצוע** – מתחומי הבריאות, החינוך והרווחה ונציגי עמותות אשר עוסקים במתן שירותים לילדים עם

² שטרוסברג, נ., נאון, ד. וזיו, ע. (2008). ילדים עם צרכים מיוחדים באוכלוסייה הבדואית בנגב: מאפיינים, דפוסי שימוש בשירותים והשלכות הטיפול בהם על האמהות. דמ-503-08. מכון מאירס-גוינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/special-needs-children-bedouin-population-negev-characteristics-patterns-service-use-impact-caring-children-mothers/>

מוגבלויות למיניהן במגוון גילים, ובהם ילדים מן האוכלוסייה הבדואית. הראיונות נערכו בעברית או בערבית, פנים אל פנים או טלפונית, לפי העדפת המראיינים.

ב. **עם 12 הורים לילדים בדואים עם מוגבלות** (9 אימהות ו-3 אבות) המייצגים מגוון רחב של מאפייני רקע רלוונטיים. הראיונות נערכו בערבית, פנים אל פנים.

הראיונות בעברית בוצעו על ידי חוקרי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הראיונות בשפה הערבית בוצעו באמצעות עמותת "אג'יק – מכון הנגב" על ידי מראיינים שקיבלו הכשרה ייעודית.

ממצאים עיקריים

- שיעור האיתור של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נמוך לעומת השיעור בשאר האוכלוסייה:
 - א. שיעור תלמידי החינוך המיוחד מכלל התלמידים באוכלוסייה הבדואית (10.4%) נמוך מן השיעור באוכלוסייה היהודית (11.5%) ודומה לשיעור באוכלוסייה הערבית (10.2%).
 - ב. שיעור הילדים המקבלים קצבת ילד נכה באוכלוסייה הבדואית עומד על 1.82%, והוא נמוך מן השיעורים באוכלוסייה היהודית (2.86%) ובאוכלוסייה הערבית (2.24%).
 - ג. מכלל הילדים בסיכון שאותרו במסגרת 360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון, 24% מן הילדים הבדואים בנגב הם ילדים עם מוגבלות, על פי הגדרת התוכנית, לעומת שיעורים גבוהים בהרבה באוכלוסייה היהודית (41%) ובאוכלוסייה הערבית (34%).אפשר להניח כי תת-האיתור נרחב אף יותר מכפי שמציגים הנתונים לעיל, משום שאין נתונים עדכניים ומהימנים על היקף הילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית, אך מחקרים קודמים ועדויות של אנשי מקצוע במחקר זה מלמדים כי שיעור הילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית גבוה מן השיעורים באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית.
- היקף המענים (רווחה, חינוך, בריאות) שילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב צורכים, נמוך לעומת היקף המענים שילדים מן האוכלוסיות היהודית והערבית צורכים.
 - א. 0.42% מכלל הפעוטות באוכלוסייה הבדואית מטופלים במעונות יום שיקומיים, שיעור נמוך מן השיעור באוכלוסייה היהודית (0.57%) ובאוכלוסייה הערבית (0.46%).
 - ב. מספר גני הילדים של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 3-6 באוכלוסייה הבדואית (2.02) נמוך בהרבה ממספרם באוכלוסייה היהודית (5.36) ובאוכלוסייה הערבית (3.47).
 - ג. מספר בתי הספר של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 6-21 עומד על 0.10 באוכלוסייה הבדואית, ואילו באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית הוא עומד על יותר מפי שלושה (0.39 ו-0.32 בהתאמה).
 - ד. מספר כיתות החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים לכל אלף ילדים בגילים 6-17 באוכלוסייה הבדואית (2.08) נמוך ממספרן באוכלוסייה היהודית (2.93) ובאוכלוסייה הערבית (2.25).

ה. שיעור **התלמידים שזכאים להתאמות לבגרות** מכלל התלמידים בכיתות י' עד י"ב מן האוכלוסייה הבדואית בנגב (22.8%) נמוך בהרבה מן השיעורים באוכלוסייה היהודית (52.3%) ובאוכלוסייה הערבית (44.7%).

ו. שיעור **הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות במשרד הרווחה והביטחון החברתי**, מכלל הילדים הבדואים עם מוגבלות בנגב המוכרים במינהל, עמד על 23.7%, שיעור נמוך בהרבה מהשיעורים באוכלוסייה היהודית (38.8%) ובאוכלוסייה הערבית (28.8%).

ז. 3.4% מן הילדים הבדואים במחוז דרום של 'שירותי בריאות כללית' **מטופלים בשירותי התפתחות הילד**, לעומת 10.5% מקרב הילדים היהודים.

3. היקף **המענים שמקבלים ילדים עם מוגבלות מהיישובים הבדואיים הבלתי מוכרים** מצומצם מהיקף המענים שמקבלים ילדים עם מוגבלות מהיישובים הבדואיים המוכרים. למשל, שיעור הילדים מן היישובים הלא מוכרים המטופלים במסגרת שירותי התפתחות הילד של 'שירותי בריאות כללית' (2.9%) נמוך משיעור הילדים מן היישובים המוכרים (3.4%).

4. יש **מחסור חמור בעובדים מקצועיים (בעיקר דוברי ערבית)** בתחומים הנוגעים לילדים עם מוגבלות:

א. בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' במחוז דרום מועסקים 63 מטפלים בתחומים הפך-רפואיים ומהם רק שלושה (4.8%) דוברי ערבית. בכל מחוז דרום של קופת חולים זו לא מועסק פסיכולוג או קלינאי תקשורת דובר ערבית. זאת אף ששיעור הילדים הבדואים מן הילדים המבטחים במחוז עומד על יותר מ-40%.

ב. שיעור תקני העובדים הסוציאליים בתחום המוגבלות המאווישים ביישובים הבדואיים (77.3%) נמוך בהרבה מן השיעור ביישובים היהודיים (91.7%) וביישובים הערביים (91.5%).

ג. יש מחסור גם ברופאים בתחומי התפתחות הילד, באנשי מקצוע מתחום ניתוח ההתנהגות וכן במטפלים מתחומי התרפיה (כגון, תרפיה באומנות, במוזיקה, בתנועה ובדרמה).

ד. המחסור בעובדים מקצועיים מוביל לתורי המתנה ממושכים לאבחונים ולטיפולים.

5. מגוון **חסמים** פוגעים בצריכת השירותים לילדים עם מוגבלות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב:

א. **חסמים הנוגעים למשאב האנושי המקצועי** – מחסור באנשי מקצוע כמפורט לעיל; הכשרה חסרה של הצוותים בתחום המוגבלות ובתחום הרגישות התרבותית; קושי של העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים לספק טיפול מיטבי לילדים עם מוגבלות ולמשפחותיהם בשל עומס רב; נטייה בקרב נותני שירות להעדפת מקורבים; אובדן אמון של האוכלוסייה בגורמים מקומיים המספקים שירותים לילדים עם מוגבלות.

ב. **חסמי זמינות ונגישות** – מחסור במענים לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם; מרחק מנותני השירות; מחסור בכבישים סלולים ובתחבורה ציבורית בחלק מן היישובים; בעיות חוזרות במערך ההסעות למוסדות החינוך; מחסור במידע ובשירותים בערבית ובהתאמה תרבותית; קשיים בתשלום השתתפות עצמית ובמימון שירותים פרטיים; מחסור בתשתיות אינטרנט, בגישה למכשור מתאים ובמיומנויות מחשב. החסמים באים לידי ביטוי ביתר שאת ביישובים הלא מוכרים.

ג. **חסמים הנוגעים להיבטים אישיים, למשכחה ולקהילה** – דעות קדומות כלפי אנשים עם מוגבלות המובילות להסתרת המוגבלות; תפיסה דתית פטליסטית, המלווה לעיתים בהיעדר הנעה לקדם את הילד; מודעות נמוכה לחשיבות אבחון

המגבלות והטיפול בה, בפרט בגיל צעיר; מודעות נמוכה במיוחד לאיתור מוגבלויות בלתי נראות ולטיפול בהן; אוטיזם, מוגבלות נפשית, הפרעות התנהגות או הפרעות רגשיות ולקויות למידה; מודעות נמוכה לזכויות ילדים עם מוגבלות ולמגוון השירותים; היעדר היכרות עם התהליכים הבירוקרטיים לאבחון, לטיפול ולמיצוי זכויות ויכולת מוגבלת להתמודד עימם; תפיסה רווחת שעל ילדים בגיל הרך להישאר בבית עם אימם; עומס רב המוטל על המשפחות, ובפרט על האימהות; תפיסות הנוגעות לחלוקת התפקידים בין המינים (למשל, נשים יכולות לצאת מן הבית רק בליווי של גבר) ולמחויבות למשפחה המורחבת (למשל לחץ להעדפת קרובים במינויים ובמתן שירות); מחסור במנהיגות מאורגנת של הורים לילדים עם מוגבלות. גם חסמים אלו באים לידי ביטוי ביתר שאת בקרב תושבי היישובים הלא מוכרים.

ד. **חסמים שמקורם בתשתיות מידע לקויות ובהיעדר די תיאום בין הגורמים** – מחסור במידע ובנתונים, המקשה להבין אילו שירותים נדרשים ומקשה גם לתכנן ולספק שירותים אלו; היעדר תיאום בין הגורמים המטפלים בילדים עם מוגבלות (גורמי הבריאות, הרווחה והחינוך), המקשה לקיים רצף טיפול.

6. מגפת הקורונה

בחודשים הראשונים של תקופת מגפת הקורונה (המידע נאסף בחודשים יולי עד דצמבר 2020) פעלו ביישובים הבדואיים מענים אחדים לילדים עם מוגבלות בהתאמה לצורכי התקופה. היו בהם מוקדי טיפול של משרד החינוך שנפתחו בכמה מבתי הספר לחינוך מיוחד; ביקורים של אנשי מקצוע בבתיהם של תלמידים שלא יכלו להגיע למוקדים; תקשורת טלפונית או וירטואלית של צוותי החינוך והטיפול עם הילדים והוריהם; ומוקד חירום טלפוני של פסיכולוגים ברהט. עם זאת, תקופה זו הציפה ביתר שאת חסמים בצריכת השירותים שקיימים גם בימי שגרה. להלן כמה מן המרכזיים בהם:

א. **קושי של הרשויות המקומיות לתפקד, ותגובה איטית למשבר** – הסיוע התמקד בצרכים הבסיסיים בלבד – מזון ומוצרי היגיינה למשפחות נזקקות – ולא בצרכים נוספים, כגון סיוע והתאמות ללמידה מרחוק, טיפול וסיוע נפשי; התיאום בין נותני השירותים, ובהם מערכת החינוך, השירות הפסיכולוגי ומשרד הרווחה והביטחון החברתי, לקה בחסר.

ב. **חסמים לפעילות מקוונת** (כגון למידה מרחוק וכגישות אינטרנט) מנעו מחלק מן הילדים וההורים את האפשרות להצטרף לפעילויות. יתר על כן, פעילות מקוונת אינה מתאימה לחלק מן הילדים עם מוגבלות.

ג. **החרפת המחסור בעובדים מקצועיים** – מקורם של חלק מעובדי החינוך והטיפול הוא בצפון הארץ, ורובם חזרו לבתיהם בצפון עם תחילת המשבר. בעקבות זאת החרף המחסור בעובדים.

ד. **קשיים בעריכת ביקורי בית על ידי גורמים מטפלים** – קשיי נגישות בשל מרחק והיעדר כבישים סלולים ליישובים לא מוכרים; רגישות תרבותית בנוגע לכניסת אנשי צוות לבתים שנמצאות בהם רק נשים; סירוב לביקורי בית, בשל חשש של ההורים ששכני המשפחה יסיקו שיש בה ילד עם מוגבלות; חשש רפואי וחשש מרשויות האכיפה בקרב חלק מאנשי המקצוע עקב אי-בהירות של ההנחיות.

המלצות

1. **המלצות בנוגע לגיבוש מדיניות לפיתוח כוח אדם מקצועי באזור הנגב:** חיזוק מקצועי והעצמה של כוח האדם המקצועי הקיים; הענקת תמריצים לאנשי מקצוע, בעיקר דוברי ערבית, לעבוד ביישובים הבדואיים בנגב; בניית מסלולים לעידוד, הכוונה ומתן תמריצים לצעירים מן הקהילה הבדואית בנגב ללמוד מקצועות נדרשים בתחומי התפתחות הילד (חשיפה לתחומים אלו כבר בתיכון); פיתוח תוכניות להכשרת אנשי מקצוע מן האוכלוסייה הבדואית בנגב; הגברת הפיקוח החיצוני על מינויים לתפקידים ועל בחירת ספקים ברשויות המקומיות.

2. המלצות בנוגע למתן השירותים:

א. **הרחבת השירותים הקיימים:** פיתוח והקמה של שירותים נוספים לילדים עם מוגבלות והגברת המודעות לתועלת שבשימוש בשירותים אלו – בין השאר תוכניות הכנה לבגרות ולתעסוקה; פעילויות כנאי; הרחבת המענים לילדים עם מוגבלות נפשית, עם מוגבלות שכלית קלה ועם הפרעות התנהגות ואוטיזם – מענים שהחוסר בהם ניכר ביותר.

ב. הרחבת נגישות השירותים:

- **הנגשה גאוגרפית** – הקמת מערך ניידות להנגשת טיפולים פְּרָה-רפואיים לתושבים שמתקשים להגיע למכונים; הקמת שירותים, כגון יחידות התפתחות ומרכזים למשפחה, ביישובים נוספים
- **הנגשה תחבורתית** – שיפור מערך התחבורה הציבורית לשירותים; פיקוח הדוק יותר על ההסעות למוסדות החינוך
- **הנגשה שפתית** – הנגשת מידע בערבית באתרי אינטרנט וביישומונים של הגופים נותני השירות (קופות החולים, משרד הרווחה והביטחון החברתי, משרד החינוך) ובחומרים מתאימים לאוכלוסייה שאין לה אוריינות מחשב; העסקת מתרגמים או שירות תרגום מקוון בגופים אלו
- **הנגשה תרבותית** – התאמה תרבותית של המענים, למשל, אבחונים רגישים תרבותית ונציגות של אנשי מקצוע בדואים בוועדות מקצועיות רלוונטיות
- **הנגשה כלכלית** – פיתוח פתרון שימנע את הצורך בהמתנה לקבלת החזר על תשלום לטיפולים, למשל באמצעות שוברים לאבחונים ולטיפולים פְּרָה-רפואיים
- **הנגשה טכנולוגית** – הכשרת הילדים וההורים לשימוש במחשב במטרה לאפשר למידה מרחוק וצריכת שירותים דיגיטליים נוספים; הספקת תשתיות אינטרנט ומכשור מתאים

3. המלצות בנוגע להיבט האישי, למשפחה ולקהילה:

א. **נקיטת פעולות לעידוד האוכלוסייה לבצע בדיקות גנטיות מוקדמות** כדי לצמצם את שכיחות המומים והמחלות על רקע גנטי: הגברת המודעות לסיכון הכרוך בנישואי קרובים באמצעות פעולות הסברה לאוכלוסייה ואיתור זוגות בסיכון בשלבים מוקדמים לפני ההיריון; בחינת האפשרות להקים מאגר גנטי שיאפשר בדיקה מוקדמת ובחינת ההתאמה הגנטית לפני אירוסים/נישואים

ב. **מעקב אחר ילדים עם מוגבלות שאותרו וליווי צמוד להוריהם באמצעות מתאמי טיפול**, בין השאר כדי לסייע בתיאום בין הגורמים ובשמירה על רצף טיפול

ג. **הגברת מודעות האוכלוסייה לנושא המוגבלות**, במטרה להפחית את התיוג השלילי: הסברה לתלמידים בבתי הספר ולאוכלוסייה הכללית – בין השאר הגברת המודעות לחשיבות הרישום של פעוטות למסגרות לגיל הרך לצורך איתור מוקדם של מוגבלות וטיפול בה

4. **המלצות תומכות מדיניות: איסוף נתונים על מוגבלויות ומאפיינים** בעלי חשיבות של אוכלוסיית היעד, כגון זיהוי תושבי יישובים מוכרים ולא מוכרים על ידי משרדי הממשלה לצורך תכנון שירותים ומעקב אחר צריכתם.

לצורך יישום ההמלצות מוצע להקים, בשיתוף הרשויות המקומיות, צוות אזורי בין-משרדי ורב-תחומי, שיפעל בראייה אזורית לקידום מדיניות ולפיתוח מענים לילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם. כמו כן מומלץ להקים צוותים מקומיים רב-תחומיים לפיתוח מענים מקומיים. הצוותים יעסקו בנושאים כגון בניית מודלים של רצף טיפול, בחינת צרכי הילדים והמשפחות, קידום מענים ותוכניות מקומיות, קידום מערך הסברה בנושא זכויות ושירותים בשפה הערבית והקמת שירותי ייעוץ וליווי במיצוי זכויות למשפחות.

דברי תודה

צוות המחקר מודה לאנשי האגף לפיתוח כלכלי חברתי בחברה הבדואית בנגב על השותפות במהלך מחקר תוכנית החומש לפיתוח כלכלי חברתי בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב 2017-2021, כולל במהלך המחקר המוגש בזה. השותפות כללה דיונים והתייעצות בנוגע לכיווני המחקר, סיוע בהשגת מידע, פעולה מול גורמי ממשל שונים וכמובן מתן משוב והתייחסות למחקר עצמו.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
6	2. מטרות
7	3. שיטה
7	3.1 מערך המחקר
8	3.2 כלי המחקר
8	4. אתיקה במחקר
9	5. ממצאים
9	5.1 משרד החינוך
23	5.2 משרד הרווחה והביטחון החברתי
31	5.3 360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון
35	5.4 המוסד לביטוח לאומי
38	5.5 שירותי בריאות
42	5.6 'שירותי בריאות כללית'
46	5.7 היבטים נוספים בצריכת השירותים
49	5.8 גורמי חוזק
50	5.9 שירותים לילדים עם מוגבלות בתקופת מגפת הקורונה
53	6. מגבלות המחקר
54	7. סיכום
54	7.1 חסמים הנוגעים למשאב האנושי המספק את השירותים
55	7.2 חסמים הנוגעים לזמינות השירותים
57	7.3 חסמים הנוגעים להיבט האיש, למשפחה ולקהילה
58	7.4 חסמים הנוגעים לתשתיות מידע ולתיאום בין גורמים
60	8. המלצות
60	8.1 המלצות הנוגעות למשאב האנושי: עיצוב מדיניות לפיתוח כוח האדם המקצועי
61	8.2 המלצות הנוגעות למתן השירותים

62	8.3 המלצות הנוגעות להיבט האישי, למשפחה ולקהילה
62	8.4 המלצות תומכות מדיניות
64	עוד פרסומים של המכון בנושא
65	רשימת מקורות
71	נספחים
71	נספח א: גני החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים בנגב
73	נספח ב: בתי הספר לחינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב
74	נספח ג: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים ביישובים הבדואיים בנגב
76	נספח ד: מעונות היום השיקומיים שבהם מטופלים ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב
77	נספח ה: רשימת מרכזים למשפחה
78	נספח ו: התחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) המשרתות את תושבי היישובים הבדואיים בנגב
79	נספח ז: התפלגות סוגי המוגבלות בקרב הילדים במסגרות
85	נספח ח: היבטים הנוגעים למוגבלויות ספציפיות

רשימת לוחות

45	לוח 1: שיעור המטפלים בעברית ובערבית בשירותי התפתחות הילד 'שירותי בריאות כללית' במחוז דרום, על פי תחומי טיפול
71	לוח א1: גני חינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג מוגבלות, יישוב ומספר התלמידים
73	לוח ב1: בתי ספר לחינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב, מספר הכיתות ומספר התלמידים
74	לוח ג1: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב ומספר התלמידים בכיתה
76	לוח ד1: מעונות היום השיקומיים שבהם מטופלים ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב ומספר הילדים במעון
77	לוח ה1: רשימת המרכזים למשפחה הפועלים ביישובים הבדואיים בנגב
78	לוח ו1: תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) המשרתות את תושבי היישובים הבדואיים בנגב, לפי יישוב ומספר תחנות

רשימת תרשימים

- 10 תרשים 1: אחוז התלמידים עם מוגבלות בחינוך המיוחד מכלל התלמידים מאותה אוכלוסייה
- 12 תרשים 2: התפלגות תלמידי החינוך המיוחד בחלוקה לסוג מסגרת החינוך, לפי אוכלוסייה
- 13 תרשים 3: התפלגות התלמידים במסגרות החינוך המיוחד, בחלוקה למוסדות חינוך המתאימים לגיל התלמיד, לפי אוכלוסייה
- 14 תרשים 4: גני חינוך מיוחד לכל אלף ילדים בגילים 3 עד 6, לפי אוכלוסייה
- 16 תרשים 5: בתי ספר של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 21, לפי אוכלוסייה
- 17 תרשים 6: כיתות בבתי הספר של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 21, לפי אוכלוסייה
- 18 תרשים 7: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 17, לפי אוכלוסייה
- 19 תרשים 8: התפלגות התלמידים בכיתות החינוך המיוחד בבתי ספר רגילים, בחלוקה למוסדות חינוך המתאימים לגיל התלמיד, לפי אוכלוסייה
- 21 תרשים 9: שיעור התלמידים שאושרו להם התאמות לבחינות הבגרות (בעקבות בקשתם) ב-2020, מכלל התלמידים בכיתות " עד י"ב, לפי אוכלוסייה
- 23 תרשים 10: שיעור תלמידי החינוך המיוחד המוסעים למוסדות החינוך, לפי אוכלוסייה
- 24 תרשים 11: שיעור הילדים עם מוגבלות המוכרים במינהל מוגבלויות, מכלל הילדים בגיל לידה עד 17 באוכלוסייה
- 24 תרשים 12: שיעור הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות מקרב הילדים המוכרים במינהל, לפי אוכלוסייה
- 25 תרשים 13: שיעור הילדים עם מוגבלות המוכרים במינהל מוגבלויות מכלל הילדים בגיל לידה עד 17 באוכלוסייה, בחלוקה לסוג המוגבלות
- 26 תרשים 14: שיעור הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות, מן הילדים המוכרים למינהל, בחלוקה לסוג מוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 27 תרשים 15: שיעור התקנים המאוישים של עובדים סוציאליים בתחום המוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 29 תרשים 16: שיעור הפעוטות המטופלים במעונות יום שיקומיים מכלל הפעוטות בגילים לידה עד 3, לפי אוכלוסייה
- 31 תרשים 17: מרכזים למשכחה לכל עשרת אלפים ילדים, לפי אוכלוסייה
- 32 תרשים 18: שיעור הילדים עם מוגבלות מקרב הילדים בסיכון שאותרו בתוכנית הלאומית, לפי אוכלוסייה
- 33 תרשים 19: שיעור הילדים עם מוגבלות (מאובחנת ושאונה מאובחנת) מקרב הילדים שמקבלים מענים בתוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון, לפי אוכלוסייה
- 34 תרשים 20: התפלגות גילים של הילדים בסיכון עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים, לפי אוכלוסייה
- 36 תרשים 21: שיעור מקבלי קצבת ילד נכה, לפי אוכלוסייה
- 37 תרשים 22: התפלגות מקבלי קצבת ילד נכה, לפי עילת הזכאות, בחלוקה ליישובים מוכרים ולא מוכרים

- 38 תרשים 23: התפלגות מקבלי קצבת ילד נכה, לפי קבוצת גיל, בחלוקה לפי יישובים: מוכרים ולא מוכרים
- 43 תרשים 24: שיעור הילדים המטופלים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' מחוז דרום, מכלל הילדים המבוטחים, לפי אוכלוסייה
- 44 תרשים 25: שיעור הילדים המטופלים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' מחוז דרום, מכלל המבוטחים ביישובים המוכרים והבלתי מוכרים
- 44 תרשים 26: שיעור המטופלים בתחומי התפתחות הילד, מכלל המבוטחים במחוז דרום, לפי אוכלוסייה
- 45 תרשים 27: שיעור המטופלים בתחומי התפתחות הילד, מכלל המבוטחים במחוז דרום: יישובים מוכרים לעומת יישובים לא מוכרים

רשימת תרשימים בנספחים

- 79 תרשים 1: שיעור הילדים הלומדים בגני הילדים של החינוך המיוחד מכלל הילדים בגילים 3 עד 5, בחלוקה לסוג המוגבלות המאפיין את הכיתה, לפי אוכלוסייה
- 80 תרשים 2: שיעור הילדים הלומדים בבתי הספר של החינוך המיוחד מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 81 תרשים 3: שיעור הילדים הלומדים בכיתות החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 82 תרשים 4: שיעור הילדים המשולבים בכיתות רגילות מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 83 תרשים 5: שיעורי הילדים עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים בתוכנית הלאומית מכלל הילדים בגיל לידה עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה
- 84 תרשים 6: שיעור הילדים המקבלים קצבת ילד נכה מכלל הילדים בגיל לידה עד 17, בחלוקה לעילת הזכאות, לפי אוכלוסייה

1. מבוא

1.1 רקע

על פי האמנה בדבר זכויות אנשים עם מוגבלויות (Convention on the Rights of Persons with Disabilities [CRPD], 2007), **אנשים עם מוגבלות** הם "אנשים עם לקות גופנית, נפשית, שכלית או חושית, ארוכת טווח, אשר כתוצאה מיחסי גומלין בין לקות זו לבין חסמים שונים, עלולה להימנע מהם השתתפות מלאה ומועילה בחברה, בשוויון עם אחרים". האמנה עוסקת גם בילדים עם מוגבלות, ולפיה עומדת לילדים אלו הזכות ליהנות מכל זכויות האדם וחירויות היסוד במלואן, שווה בשווה עם ילדים אחרים. לילדים עם מוגבלות ישנם צרכים רבים, ועקב כך הם זכאים לשירותים מגוונים בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה. למרות זאת, אין כיום מאגר מידע המאגד נתונים על מספר הילדים עם מוגבלות בישראל, התפלגותם לפי סוג מוגבלות ורמת תפקוד וכן נתונים על צריכת שירותים על ידי ילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם. כל אחת מן המערכות המספקות שירות לילדים עם מוגבלות מחזיקה במידע נפרד, לעיתים חלקי ולא ממוחשב. למיטב ידיעתנו, עד היום מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל הוא היחיד שעשה מחקר בישראל כדי לאמוד את שיעורם של **ילדים עם מוגבלות בישראל** ולבחון את טיב השירותים הניתנים להם (נאון ואח', 1998). לפי מחקר זה, שיעור הילדים עם מוגבלות בישראל עמד בשנת 1998 על כ-8.7% מכלל ילדי ישראל. בשנת 2019 החל מכון ברוקדייל בביצוע מחקר נוסף על ילדים עם מוגבלות, בשיתוף ובסיוע של כמה משרדי ממשלה (משרד החינוך, משרד האוצר, משרד הרווחה והביטחון החברתי [להלן: **משרד הרווחה**] ומשרד הבריאות), המוסד לביטוח לאומי וג'וינט אשלים, כדי לספק אומדנים מעודכנים של שיעור הילדים עם מוגבלות בישראל.

בסוף שנת 2019 חיו בישראל כ-3,011,000 ילדים (מגיל לידה עד 17), והם היוו 33% מן האוכלוסייה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה [למ"ס], 2020). לפי הערכת נתונים שעשה מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (ברלב ואח', 2020), בשנת 2020 חיו בישראל כ-270,000 ילדים עד גיל 18 עם מוגבלות. ילדים אלו מהווים 17% מאוכלוסיית האנשים עם מוגבלות בישראל ו-9% מקבוצת גילם. באומדן זה נכללו ילדים עם לפחות אחד מסוגי המוגבלות האלה: ניידות ומוטוריקה; תקשורת, כולל דיבור, שמיעה וראייה; לקויות למידה; בעיות התנהגות; מוגבלות נפשית; מוגבלות שכלית התפתחותית; קושי בלפחות אחד מהתחומים להלן – רחצה, לבישה, אכילה, שליטה על הסוגרים ו/או שימוש בשירותים.

לפי נתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, בסוף שנת 2019 התגוררו **במחוז הדרום** 268,867 בדואים – כ-2.9% מאוכלוסיית ישראל. כ-70% מהם (כ-190,000) התגוררו ב-18 יישובים מוכרים: העיר רהט, 6 מועצות מקומיות (לקיה, תל-שבע, כסיפה, ערערה בנגב, שגב שלום וחורה) ו-11 יישובים נוספים המרוכזים במועצות האזוריות נווה מדבר ואל קסום. כ-30% מן הבדואים בנגב (כ-80,000 תושבים) התגוררו ביישובים לא מוכרים ובמקבצי מגורים לא מוסדרים מחוץ ליישובים המוכרים (אלמסי ווייטבלאי, 2020). מקומות מגורים אלו אינם מחוברים לתשתיות החשמל, המים והביוב; תשתית הדרכים בהם ירודה ופועלים בהם רק מעט שירותים ציבוריים. לפיכך מי שחיים בהם משתמשים לא פעם בתשתיות ובשירותים ציבוריים של יישובים סמוכים.

האוכלוסייה הבדואית בנגב נמנית עם האוכלוסיות החלשות במדינה. נוסף על מיקומה ב**כפריפריה** היא סובלת משוליות כלכלית וחברתית. על כך מעידים בין השאר **דירוג חברתי-כלכלי נמוך** של היישובים המוכרים (אשכול 1) ו**שיעור העוני הגבוה** – 66.6% בקרב האוכלוסייה הערבית במחוז דרום, לעומת 17.3% בקרב האוכלוסייה היהודית במחוז זה (המוסד לביטוח לאומי, 2019). שיעור הילדים הבדואים עד גיל 18 במחוז דרום מכלל האוכלוסייה הבדואית במחוז זה הוא 52%, והוא גבוה בהרבה ביחס לשיעור הילדים בגילים אלה בכלל האוכלוסייה (33%) (אלמסי וויסבלאי, 2020), זאת בשל **פריון גבוה במיוחד**: 5.5 ילדים בממוצע לאישה (לעומת 3.1 בממוצע בקרב שאר הנשים בישראל), (עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני הלמ"ס, נתוני 2015). הגידול המתמיד במספר הילדים מחייב גיוס והשקעה של משאבים הולכים וגדלים לפיתוח מסגרות ושירותים מקצועיים עבורם.

הקושי המתודולוגי בהערכת שיעור האנשים והילדים עם מוגבלות במדינת ישראל בכלל, ובקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב בפרט, נובע גם מן העובדה שהסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה המספק נתונים על אנשים עם מוגבלות עוסק רק באוכלוסייה מעל גיל 20, ולפיכך הוא אינו מסייע לאיתור ומיפוי של ילדים עם מוגבלות ולמיפוי המענים בעבורם. כמו כן הסקר החברתי אינו כולל תושבים הגרים מחוץ ליישובים מוכרים, ולפיכך הוא אינו מאפשר למפות ולאפיין אנשים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב. במחקר שערך מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל על אודות ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב (שטרסברג ואח', 2008) נמצא כי **שיעור הילדים עם מוגבלות או מחלה כרונית הדורשת טיפול או מעקב רפואי קבוע גבוה בקרב האוכלוסייה הבדואית** לעומת השיעור באוכלוסייה היהודית (9.1% לעומת 7.6%, בהתאמה) ואף לעומת השיעור באוכלוסייה הערבית (8.3%). החוקרות אף העריכו כי שיעור זה הוא תת-אומדן של שיעור הילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית. הסיבה לתת-האומדן היא מחסור באבחונים, מודעות פחותה ונטייה של האוכלוסייה הבדואית להסתיר מוגבלויות בשל התיג השלילי המתלווה אליהן. אנשי מקצוע בכירים במערכת הבריאות במחוז דרום שרואיינו לצורך מיפוי שערך ג'וינט ישראל-אשלים (קמינסקי, 2018) העריכו כי שיעורם של ילדים עם מוגבלות ועיכובי התפתחות בגיל הרך בקרב האוכלוסייה הבדואית הוא בין 15% ל-20%. השכיחות הגבוהה יחסית של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב נובעת מכמה סיבות, ובהן **שכיחות גבוהה של מומים מולדים ומחלות תורשתיות**, בעיקר על רקע המנהג של נישואי קרובים ונישואים בתוך השבט, והיענות נמוכה יחסית לביצוע הפסקות הריון אם מאותרים מומים (אבו רביעה, 2016; משרד הבריאות, 2014). **שיעור גבוה של עוני עמוק, מצוקה סביבתית ותנאי חיים קשים** מובילים אף הם לנטייה למצב בריאותי טוב פחות של ילדים בדואים לעומת מצבם הבריאותי של ילדים בשאר האוכלוסייה. תושבי הכפרים הלא מוכרים מתמודדים עם סיכויי בריאות ייחודיים הנובעים ממחסור בתשתיות, למשל של חשמל ושירותי תברואה, היעדר מים זורמים, סיכונים סביבתיים וקשיי נגישות לשירותי רפואה (יוגב, 2014). דוח של משרד הבריאות קבע כי מצב הבריאות של ילדים בדואים שגרים בכפרים הבלתי מוכרים טוב פחות ממצבם של ילדים בדואים שגרים בכפרים המוכרים (משרד הבריאות, 2008).

ממצאי המחקר שערך מכון ברוקדייל (שטרסברג ואח', 2008) הראו כי **צריכת השירותים של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית נמוכה** (טיפול פְּךָה-רפואיים, שירותי חינוך מיוחד וטיפול פסיכו-סוציאליים) לעומת הצריכה באוכלוסייה היהודית; בעוד 89% מן הילדים היהודים עם מוגבלות צרכו לפחות שירות אחד, בקרב הילדים הבדואים עם מוגבלות עמד שיעור זה על 66% בלבד. כמו כן המחקר הצביע על **מחסור גדול בשירותים המיועדים לילדים בדואים עם מוגבלות**.

יחסה של האוכלוסייה הערבית למוגבלות מורכב. מצד אחד, על פי הגישה הדתית (המשותפת למוסלמים, נוצרים ודרוזים), מוגבלות היא גורל שמיים וביטוי לרצון האל ולכן יש לקבלה באמונה ובהשלמה (Reiter et al., 1986). מצד אחר, הגישה המסורתית של האוכלוסייה הערבית כלפי ילד עם מוגבלות, בדומה לגישה באוכלוסיות מסורתיות נוספות (למשל באוכלוסייה החרדית [גרשוני, 2018]), היא גישה שלילית, בעיקר בקרב האוכלוסייה הלא משכילה (אלקרינאוי וסלונים נבו, 2009). בקרב חלק ניכר מן האוכלוסייה הערבית ילדים עם מוגבלות נחשבים חריגים ומוצמדות להם **תוויות שליליות**. פעמים רבות תוויות אלו פוגעות גם בבני המשפחה; לדוגמה, הן פוגעות באפשרויות החיתון של בנות המשפחה ומתייגות את האימהות בתור מי שילדו ילד עם מוגבלות (אלקרינאוי וסלונים נבו, 2009; סנדלר-לף ושחק, 2006; Duvdevany & Abboud, 2003). יחסה של האוכלוסייה הערבית כלפי אנשים עם מוגבלות נוטה להתאפיין ב**גישה פטרנליסטית** ובתפיסה של מסכנות ורחמנות. גישה זו מגבילה את יכולותיו של האדם עם המוגבלות להתפתחות נאותה ולהשתלבות חברתית הולמת. היא מתאפיינת בחוסר אמון ביכולת של אדם עם מוגבלות להיות עצמאי, להקים משפחה ולהשתלב במסגרות חברתיות. המשך ישיר לכך הוא שלהורים רבים באוכלוסייה הערבית יש נטייה להגנת-יתר על ילדם עם המוגבלות, וזו מונעת מהם לעודד את הילד לעצמאות. במקרים רבים יש נטייה להישען על קבלת קצבאות והטבות במקום לשים דגש על שילובו המלא של הילד בחברה ועל הגשמת הפוטנציאל הטמון בו. בשל היותה של האוכלוסייה הערבית פטריארכלית, הורים רבים מפלים בין בניהם לבנותיהם, ועושים זאת ביתר-שאת בילדים ובילדות עם מוגבלות. אפליית הבנות חמורה במיוחד ומתבטאת בין היתר בהיעדר מענה הולם לצרכים יום יומיים, בחוסר תמיכה בלימודים וביחס כללי שאינו תומך ואינו מכבד (סנדלר-לף ושחק, 2006; עבאס, 2013). בקבוצות מיקוד עם אנשים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הערבית עלה כי מצבם של אנשים עם מוגבלות מן היישובים הבדואיים בנגב הוא הגרוע ביותר, והזלזול כלפיהם מצד החברה הוא הקשה ביותר (סנדלר-לף ושחק, 2006).

סוגיה מרכזית נוספת המשפיעה על תפיסת המוגבלות באוכלוסייה הבדואית היא **היעדר מודעות**. יש בקרב ההורים מי שאינם מודעים למה שכרוך במוגבלויות מסוימות ולהשפעה שלהן על תפקודו של הילד (אלקרינאוי וסלונים נבו, 2009). כמו כן חסרה מודעות לצרכיו המיוחדים של הילד, לזכויותיו ולאפשרויות האבחון, הטיפול והקידום שלו. קיומן של תפיסות אלו, לצד כחד מתיוג חברתי ומהשפעותיו, מונעים מן הילד את קבלת השירותים שהוא זקוק להם, גוררים הסתרה של המוגבלות – מן הקהילה ומאנשי המקצוע – ומובילים לתת-איתור של אוכלוסיית הילדים עם מוגבלות (אברמוביץ' ואח', 2005; חג'אזי, 2018; טילוביץ' לוי ואח', 2015). עם זאת, בשנים האחרונות ניכר באוכלוסייה הבדואית שינוי בהקשר זה: יותר נשים רוכשות השכלה גבוהה ומביאות עימן רוח חדשה לקהילה, והצעירים נחשפים יותר למידע דרך רשתות התקשורת והמדיה החברתית. החשיפה מגבירה את המודעות של הורים צעירים לאפשרויות טיפול וליכולת לקדם ולשפר את תפקוד הילדים באמצעות התערבות טיפול מוקדמת ככל האפשר (קמינסקי, 2018).

לשנים הראשונות בחייו של תינוק ישנה השפעה מכרעת על התפתחותו לאורך החיים (קליין ויבלון, 2008). תקופת הגיל הרך מאופיינת בהתפתחות פיזית, מוחית ופסיכולוגית. זו מאפשרת רכישת מיומנויות וכישורים בתחום החברתי, הרגשי, המוטורי, השפתי והשכלי. תקופה זו היא חלון הזדמנויות להתערבות לצורכי מניעה או טיפול שתקדם את התפתחותו המיטבית של הילד. לפיכך, חשוב מאוד לאתר מוקדם ככל האפשר ילדים המתמודדים עם קשיי התפתחות ומוגבלויות וילדים במצבי סיכון (קרפלוס, 2015). **איתור מוקדם** מאפשר התערבות מוקדמת, ובעזרתה – הענקת מערך של כלים, טיפולים ושירותים לילד במטרה לקדם

את התפתחותו ואת בריאותו ולמנוע הידרדרות במצבו. לתוכניות לאיתור מוקדם ולהתערבות מוקדמת יש חשיבות מכרעת, מכיוון שהן מאפשרות להקטין פערים גם לטווח הארוך (קליינמן ומרעי, 2016). התערבות מוקדמת מגדילה גם את היכולת של המשפחה למלא טוב יותר את צורכי הילד במשך החיים (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020).

ממחקרה של וייסבלאי (2020) עולה כי חרף חוק לימוד חובה החל מגיל 3 (חוק לימוד חובה, תש"ט-1949, תיקון מס' 16) 17.3% מן הילדים בגילים 3 עד 5 ביישובים הבדואיים בנגב לא למדו בשנת הלימודים תש"ף (2019/20) בגני ילדים. כשני שלישים מן הילדים הללו מתגוררים במועצות האזוריות אל קסום ונווה מדבר, המעניקות שירותי חינוך לתושבי הפזורה הבדואית. אחת הסיבות לכך קשורה לריחוק של חלק מן הגנים ממקומות המגורים של הילדים. ילדי גן מן היישובים הבדואיים הלא מוכרים מוסעים לגנים ביישובים המוכרים. הנסיעה הממושכת בדרכים משובשות, לעיתים באוטובוסים ישנים, קשה לילדים קטנים ואף מהווה סכנה בטיחותית בעבורם. לפיכך הורים רבים נרתעים מלשלוח את ילדיהם לגנים (אייל ואח', 2016; וייסבלאי, 2017). סיבה נוספת לרתיעתם של הורים בדואים מגני הילדים היא התפיסה הרווחת בקרב חלק מן האוכלוסייה הבדואית, שעל ילדים עד גיל חמש להישאר בבית עם אימם (וייסבלאי, 2020; קמינסקי, 2018). סביר להניח כי תופעה זו רווחת גם בקרב ילדים עם מוגבלות, וזאת חרף החשיבות המכרעת של הטיפול בהם בגיל הרך. באופן זה נמנעת מילדים עם מוגבלות ההזדמנות להיות במסגרת חינוך המתאימה לצורכיהם המיוחדים, מסגרת שתאפשר גם הענקת טיפולים רפואיים ופְּרָה-רפואיים שיוכלו לקדם את התפתחותם ובריאותם.

צריכת שירותי הבריאות, החינוך והרווחה בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב מושפעת מגורמים נוספים, רחבים יותר, הנוגעים לשוליות הגאוגרפית והחברתית של האוכלוסייה, ובהם: **זמינות ונגישות של השירותים, נגישות שפתית ותרבותית ומצב חברתי-כלכלי** (Alhuzail & Levinger, 2018; Lubetzky et al., 2004). המחסור בשירותי חינוך המיועדים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב ניכר ביותר. כך לדוגמה, אין די גנים ובתי ספר לחינוך מיוחד. בעקבות מחסור זה, ישנם ילדים עם מוגבלות הנאלצים ללמוד במסגרות חינוך שאינן מתאימות לצורכיהם המיוחדים, וישנם אף ילדים שהוריהם מעדיפים להשאירם בבית ולא לשלוח אותם כלל למסגרת (שטרסברג ואח', 2008). תושבי היישובים הבדואיים בנגב, ובייחוד תושבי היישובים הבלתי מוכרים, סובלים גם מקשיי נגישות לשירותי רפואה, בין השאר בשל היצע מצומצם יחסית של שירותים אלו, מחסור חמור באנשי מקצוע (ובעיקר אנשי מקצוע דוברי ערבית), היעדר מודעות של האוכלוסייה למגוון השירותים, היעדר תחבורה ציבורית מסודרת למרכזים הרפואיים וקשיים בנגישות שפתית (יוגב, 2014; מבקר המדינה, 2017; קוך דבדוביץ, 2020; שטרסברג ואח', 2008). גורם נוסף המשפיע על צריכת השירותים הוא פיזורם הגאוגרפי הרחב ביחס ליישובים הבדואיים. במקרים רבים תושבי היישובים הבדואיים, ובייחוד התושבים שמתגוררים בכפרים שאינם מוכרים, נאלצים לעבור כבדת דרך ארוכה ומייגעת כדי לקבל את הטיפול שהם זקוקים לו (שטרסברג ואח', 2008; Manor-Binyamini & Abu-Ajaj, 2012; Manor-Binyamini, & Shoshana, 2018).

מחקרן של בן רבי ואח' (2009) בחן את המאפיינים, הצרכים ודפוסי השימוש בשירותים הניתנים לילדים בדואים בנגב. במחקר נמצא כי אימהותיהן של 39% מן הילדים הגרים ביישובים מוכרים דיווחו שהגישה אל שירותי הבריאות באמצעות תחבורה ציבורית אינה נוחה, זאת לעומת אימהותיהן של 70% מן הילדים המתגוררים ביישובים שאינם מוכרים. לזמינות ולנגישות של שירותי הבריאות יש השפעה ניכרת בייחוד על ילדים עם מוגבלות, משום שהם נזקקים לשירותי בריאות בקביעות ולעיתים קרובות. זמינות ונגישות נמוכות של שירותי התפתחות הילד עשויות למנוע טיפול בעיתו מפעוטות וילדים הנזקקים לאבחון, והן מקשות על משפחות להתמיד בטיפול, ובכך מביאות בסופו של דבר לידי החמרה בהתפתחות ובבריאות של הילד.

הרמה החברתית-כלכלית הנמוכה המאפיינת את היישובים הבדואיים משפיעה גם היא על היקף צריכת השירותים. כפי שצוין לעיל, בקרב האוכלוסייה הבדואית יש **מודעות נמוכה יחסית לזכויות ולשירותים** לאנשים עם מוגבלות בכלל, ולילדים עם מוגבלות בפרט (אדם, 2016; בן רבי ואח', 2009). נוסף על כך, למרבית האוכלוסייה אין יכולת כלכלית המאפשרת צריכת שירותים פרטיים, ולכן יש **תלות רבה במיוחד בשירותים ציבוריים**. במחקר שעסק בהערכת הצרכים של ילדים עם מוגבלות בישראל (נאון ואח', 2000) נמצא כי שיעור צריכת השירותים על ידי ילדים שמתגוררים ביישובים ברמה חברתית-כלכלית נמוכה הוא שיעור נמוך משיעור צריכת השירותים על ידי ילדים שגרים ביישובים ברמה חברתית-כלכלית גבוהה (69% לעומת 92%, בהתאמה).

האוכלוסייה הערבית המסורתית, ובכלל זה האוכלוסייה הבדואית, היא **חברה פטריארכלית** שבה לא מקובל שאישה תצא אל מחוץ לבית או אל מחוץ לקהילה ללא ליווי של גבר (בעל או בן משפחה אחר). בהמשך לכך, לרוב הנשים הבדואיות אין רישיון נהיגה. על כן, יציאתה של האישה אל מחוץ ליישוב, למשל כדי לקחת ילד לקבל שירות מסוים, מצריכה היערכות מוקדמת. לעיתים היא כרוכה בוותיק של אב המשפחה על יום עבודה, כדי שיוכל להסיע וללוות את האישה למקום השירות. הקושי גדל כאשר מדובר בטיפולים בתדירות גבוהה על פני זמן ממושך שנעשים הרחק מיישוב המגורים (קמינסקי, 2018). ישנם אף מקרים שהורים נמנעים מלהוציא את הילד אל מחוץ ליישוב המגורים לצורך קבלת שירות המותאם לצרכיו המיוחדים, וכך נמנע מן הילד השירות או הטיפול המתאים לצרכיו (שטרסברג ואח', 2008).

גידול ילד עם מוגבלות מלווה באתגרים רבים ומציב בפני המשפחה קשיים והתמודדויות העלולים לגרום להפרת האיזון המשפחתי ולפגיעה ברווחה הנפשית של ההורים (מרעי, 2017; Roth & Brown, 2017; Ha et al., 2008). כאמור, האוכלוסייה הבדואית מתאפיינת בריבוי ילדים, ולפיכך יש משפחות רבות שבשל בעיות גנטיות יש בהן כמה ילדים עם מוגבלות. גורמים אלו מטילים **עומס כבד על כתפי האימהות**, משום שתפקידן המסורתי מיעד אותן להיות האחראיות העיקריות לטיפול בילדי המשפחה (Kabiyea & Manor-Binyamini, 2019). מאחר שרמת השירותים הניתנים לילדים אלו נמוכה, הנטל על האימהות גובר עוד יותר והן חוות עומס רב, קושי רגשי וכלכלי ופגיעה בבריאותן. נמצא שהעומס והקושי שבטיפול נחוות ביתר שאת בקרב אימהות לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית מאשר בקרב אימהות לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה היהודית. כך למשל, 76% מן האימהות לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית דיווחו שחשו עומס כללי כבד עד כבד מאוד, לעומת 44% מן האימהות באוכלוסייה היהודית (שטרסברג ואח', 2008).

באוכלוסייה הערבית בישראל מתחוללים זה כמה עשורים תהליכי מודרניזציה הכרוכים בשינויים חברתיים, תרבותיים, פוליטיים וכלכליים. אולם למרות מגמות השינוי, עדיין היא מאופיינת במסורתיות ונשענת ברובה על המשפחה המורחבת ועל הקהילה (מוראד, 2009; Kandel et al., 2004; Manor-Binyamini et al., 2020). **תמיכת המשפחה** היא רכיב חשוב בהתמודדות הכרוכה בגידול ילד עם מוגבלות (לף וריבקין, 2017). במחקר שבחן אימהות לילדים עם אוטיזם נמצא כי תמיכת המשפחה הייתה קשורה לרמות גבוהות של אופטימיות, לתחושת סיפוק ולרווחה (Ekas et al., 2010). כמו כן נמצא כי קבוצות תמיכה להורים לילדים עם צרכים מיוחדים מאפשרות להורים ליצור קשר עם הורים אחרים המתמודדים עם מצב דומה וכך הן מסייעות בהפחתת הבדידות ובקבלת מידע בנוגע לטיפול בילד ובנוגע לזכויותיו (שגיב ואח', 2011).

כפי שעולה מן הסקירה לעיל, לאוכלוסייה הבדואית בנגב מאפיינים גאוגרפיים, חברתיים ותרבותיים ייחודיים, המשפיעים על צריכת שירותי החינוך, הבריאות והרווחה שילדים עם מוגבלות זכאים להם.

המחקר שמוצג בדוח זה בוצע במסגרת תוכנית החומש לפיתוח חברתי-כלכלי של האוכלוסייה הבדואית בנגב לשנים 2017 עד 2021 (החלטת ממשלה 2397). שילובם המיטבי של ילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בחברה משתלב במטרותיה של החלטת ממשלה זו, לצמצם את הפערים בין האוכלוסייה הבדואית בנגב ובין כלל אוכלוסיית המדינה ולקדם את שילובה של האוכלוסייה הבדואית בחברה ובכלכלה של ישראל.

2. מטרות

מטרתיו של מחקר זה היו למפות את השירותים לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב, בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה, ולבחון את החסמים לצריכת השירותים ואת הצרכים הלא מסופקים בתחומים אלו בקרב אוכלוסייה זו, בימי שגרה ובתקופת משבר מגפת הקורונה. מידע זה יהווה בסיס לטיוב השירותים לאוכלוסייה הבדואית בנגב ולפיתוח שירותים חדשים לפי הצורך.

3. שיטה

3.1 מערך המחקר

הפעולות בשלושת רכיבי המחקר נעשו במקביל בחודשים אוגוסט 2020 עד יוני 2021:

1. **איתור מידע על שירותים קיימים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב באתרי אינטרנט רשמיים של גורמים המספקים שירותים לילדים עם מוגבלות**, ובהם אתרי משרדי הממשלה הרלוונטיים (למשל משרד החינוך ומשרד הרווחה) וכן אתרים של עמותות המספקות שירותים לילדים בדואים עם מוגבלות ובני משפחותיהם. המידע שנאסף באופן זה סייע במיפוי המענים הקיימים.

2. **ניתוח נתונים מנהליים** על אודות שירותים וכלי סיוע, ממגוון גורמים – החוקרות הגישו בקשות לקבלת מידע על בסיס חוק חופש המידע לגורמי ממשלה שמעניקים שירותים לילדים עם מוגבלות (המוסד לביטוח לאומי, משרד החינוך ומשרד הרווחה), ל-360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ול"שירותי בריאות כללית" (כ-90% מן הבדואים בנגב מבוטחים בקופת חולים זו [כהן ורביין, 2017]), ולכן אפשר היה להסתפק באיסוף נתונים ממנה). הנתונים המבוקשים מן הגורמים לעיל היו על השירותים שילדים עם מוגבלות מקבלים, על מסגרות החינוך שבהן הם לומדים, על הטיפולים הרפואיים והפְּרָה-רפואיים שהם צורכים, על מקבלי קצבת ילד נכה ועוד. כל הנתונים נדרשו עבור שלוש אוכלוסיות: יהודים בכל הארץ, ערבים בכל הארץ, והבדואים בנגב, בחלוקה על פי יישובים מוכרים ולא מוכרים. מטרת ניתוח הנתונים הייתה לאפיין את צריכת השירותים של האוכלוסייה הבדואית בנגב לעומת צריכת השירותים של האוכלוסייה הערבית ושל האוכלוסייה היהודית, כדי להצביע על פערים בין האוכלוסיות הנחקרות ועל צורכי סיוע.

3. **ראיונות עומק חצי מובנים עם הגורמים האלה:**

א. **28 אנשי מקצוע:** 10 מתחום הבריאות, 7 מתחום החינוך, 6 מתחום הרווחה ו-5 נציגי עמותות – כולם עוסקים במתן שירותים ומענים לילדים עם מוגבלות במגוון גילים, ובהם ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית: רופא, מטפלים פְּרָה-רפואיים, מנהל מרכז משפחה, מנהל בבית ספר לחינוך מיוחד, גננות בגני חינוך מיוחד, מפקחים בתחום הרווחה ועוד. 20 ראיונות נערכו בשפה העברית, בטלפון; 8 ראיונות נערכו בשפה הערבית: 7 פנים אל פנים, 1 בשיחת וידאו. שפת הראיון נקבעה בהתאם למידת השליטה של המראיינים בשפה העברית.

ב. **12 הורים לילדים בדואים עם מוגבלות:** ההורים נבחרו באופן שייצג מגוון רחב של מאפייני רקע רלוונטיים, ובהם: מגדר המראיינים (9 אימהות ו-3 אבות), סוג המוגבלות של הילד (פיזית, חושית, שכלית, אוטיזם, מחלה כרונית), מגדר הילד (בנים ובנות), גילו (גיל רך, גיל בית ספר יסודי וגיל בית ספר תיכון) ויישוב המגורים (יישובים מוכרים ויישובים לא מוכרים). כל הראיונות התקיימו בשפה הערבית: 11 פנים אל פנים, 1 בשיחת וידאו. ההורים אותרו על ידי עובדי 'אג'יק-מכון הנגב', ארגון ערבי-יהודי הפועל לפיתוח חברתי-כלכלי באוכלוסייה הערבית הבדואית, בעזרת אנשי מקצוע, מכרים או קרובי משפחה. הראיונות בשפה העברית בוצעו על ידי חוקרי מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. הראיונות בשפה הערבית, הן של הורים הן של אנשי מקצוע, בוצעו באמצעות עמותת 'אג'יק – מכון הנגב' על ידי מראיינים שקיבלו הכשרה ייעודית. מטרת הראיונות הייתה

ללמוד על אופן צריכת שירותי הבריאות, החינוך והרווחה על ידי ההורים וילדיהם. הראיונות התמקדו במענים הקיימים, בחסמים לצריכת השירותים (בשגרה ובזמן מגפת הקורונה) ובצרכים הלא מסופקים של המשפחות. המראיינים הקליטו את כל הראיונות, בין כנים אל כנים ובין בשיחות וידיאו או בשיחות טלפון, וחברת תמלולים תמללה אותם.

3.2 כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בשני פרוטוקולים לראיונות עומק חצי מובנים. פרוטוקול אחד שימש לראיונות עם אנשי המקצוע, והפרוטוקול השני שימש לראיונות עם ההורים. הנושאים שבהם עסקו הפרוטוקולים היו זהים, אך השאלות היו מעט שונות: אל אנשי המקצוע כווננו שאלות על המצב מנקודת מבטם הכללית יותר, והם ענו על השאלות בתור ספקי השירותים; ואילו אל ההורים כווננו שאלות אישיות יותר, והם ענו מנקודת המבט של צרכני השירותים הללו.

הנושאים שבהם עסקו הראיונות:

1. רקע כללי (רקע על תפקידו של המרואיין ועל הארגון שמספק את השירותים – בראיונות עם אנשי המקצוע; רקע על המרואיין, על המשפחה ועל הילד עם המוגבלות – בראיונות עם ההורים)
2. שירותים בשגרה (לדוגמה: שירותים שסופקו בשגרה במוסדות החינוך, שירותים פְּרָה-רפואיים, שירותים פרטיים)
3. שירותים בזמן מגפת הקורונה (לדוגמה: האם היו שירותים שהספקתם נפגעה במהלך המגפה? מי סייע למשפחות?)
4. איתור חסמים לצריכת שירותים
5. איתור צרכים לא מסופקים
6. שאלות כלליות (לדוגמה: מאפייני צרכני השירותים, הבדלים בין אוכלוסיות בהתייחסות למוגבלות ובצריכת השירותים, שיתופי פעולה עם ארגונים אחרים והנגשת מידע להורים על זכויות ושירותים).

4. אתיקה במחקר

המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. המשתתפים במחקר אותרו בסיוע גורמים העוסקים במתן שירותים לילדים עם מוגבלויות בכל הארץ ובקרב ילדים בדואים בנגב בפרט. לפני כל ריאיון קיבלו המרואיינים הסבר על המחקר מן המראיין וכן הוצגו להם תנאי הסודיות ואופן שמירת המידע במחקר. צוין בפניהם כי החוקרים מתחייבים לשמור בסודיות מלאה את תוכן השיחות וכי בדוח המחקר לא יצוינו פרטים מזהים על המרואיינים, זאת בהתאם לנוסח טופס הסכמה מדעת אשר אושר על ידי ועדת האתיקה.

5. ממצאים

בפרק זה מוצגים נתונים על אודות שירותים וכלי סיוע הניתנים לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב בתחומי החינוך, הבריאות והרווחה. כאמור, נתונים אלו התקבלו מן הגורמים שאחראים לאספקת השירותים הללו: משרד החינוך, משרד הרווחה, המוסד לביטוח לאומי,³⁶⁰ – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון ו'שירותי בריאות כללית'. כמו כן מוצג בפרק זה מידע נוסף על השירותים הללו ושירותים נוספים, כגון שירותי משרד הבריאות וארגוני מגזר שלישי, המבוסס על מידע מאתרי אינטרנט רשמיים של גורמי השירות ומראיונות שנעשו במסגרת המחקר. המידע המוצג ממוקד במיפוי השירותים הקיימים ובפירוט החסמים לצריכתם וכן במענים שאינם מסופקים במסגרתם.

הנתונים והמידע מוצגים בחלוקה לפי הגורמים המספקים את השירותים, וככל האפשר עבור שלוש אוכלוסיות: יהודים בכל הארץ, ערבים בכל הארץ (ללא הבדואים בנגב) ובדואים בנגב. ככל שנתוני הבדואים בנגב מאפשרים זאת, הם מוצגים גם בחלוקה ליישובים מוכרים ויישובים לא מוכרים. ההצגה לפי אוכלוסיות נועדה להצביע על פערים בצריכת השירותים בין האוכלוסיות ועל צורכי סיוע שנובעים מפערים אלו. בהצגת הנתונים מן הגורמים השונים יש להביא בחשבון כי יש הבדלים ביניהם בהגדרות של אוכלוסיית היעד (ילדים עם מוגבלות) לצורך קבלת השירותים.

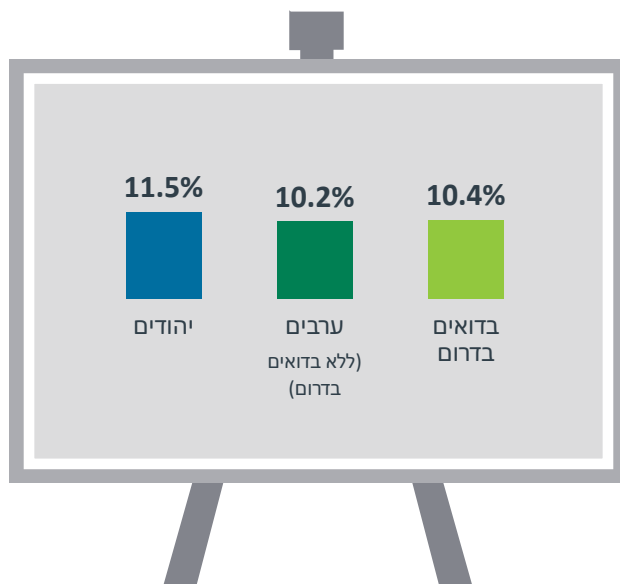
5.1 משרד החינוך

5.1.1 מערכת החינוך המיוחד – כללי

על פי חוק חינוך מיוחד (חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988; חוק חינוך מיוחד [תיקון מס' 11], התשע"ח-2018), כל ילד בגילים 3 עד 21, עם צרכים מיוחדים, כלומר שיש לו לקות (גופנית, שכלית, נפשית, רגשית-התנהגותית, חושית, קוגניטיבית או שפתית או לקות התפתחות כוללנית) משמעותית, המגבילה את יכולתו להתנהגות מסתגלת, זכאי לחינוך מיוחד. החינוך המיוחד ניתן חנים לילד באזור מגוריו או במקום אחר, קרוב ככל האפשר למקום מגוריו. חינוך מיוחד כולל טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק וטיפולים פְּרָה-רפואיים נוספים, לפי צורכי הילד. נוסף על כך הילד זכאי לשירותים נלווים, כגון הסעות, ארוחות ואביזרי עזר. זכאותו של ילד לחינוך מיוחד נקבעת על ידי ועדת זכאות ואפיון של משרד החינוך ברשות המקומית שבה הילד מתגורר. ההורים רשאים לבחור את סוג המסגרת שבה ילדם ילמד: כיתה רגילה במוסד לחינוך רגיל (שבה ישולב פרטנית), כיתה מיוחדת במוסד חינוך רגיל או מוסד לחינוך מיוחד. אם הורי התלמיד לא הודיעו באיזה סוג של מסגרת חינוך הם בוחרים, תינתן עדיפות ככל האפשר לשלב את התלמיד במסגרת החינוך הרגיל ולתת מענה לצרכיו במסגרת זו (כל זכות, 2021א; פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת1).

באוכלוסייה הבדואית בנגב לומדים 10,677 תלמידים בגילים 3 עד 21 במסגרת החינוך המיוחד, בכלל זה בגנים ובבתי הספר של החינוך המיוחד, בכיתות לחינוך מיוחד בבתי ספר רגילים ובכיתות רגילות. תלמידים אלו מהווים 10.4% מכלל התלמידים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב (כ-103 אלף). בהשוואה בין האוכלוסיות אפשר לראות ששיעור זה דומה לשיעור מקרב האוכלוסייה הערבית ללא הבדואים בנגב (10.2%) ונמוך מעט מן השיעור מקרב האוכלוסייה היהודית (11.5%) (עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני משרד החינוך, יולי 2020. מחושב מכלל תלמידי מערכת החינוך – בחינוך הרגיל בגילים 3 עד 17, ובחינוך המיוחד בגילים 3 עד 21) (תרשים 1).

תרשים 1: אחוז התלמידים עם מוגבלות בחינוך המיוחד מכלל התלמידים מאותה אוכלוסייה



לעומת זאת, מחקרן של שטרסברג ואח' (2008) העלה מגמה אחרת: שיעור הילדים עם בעיית תפקוד או מחלה כרונית הדורשת טיפול או מעקב רפואי קבוע גבוה באוכלוסייה הבדואית (9.1%) מן השיעור באוכלוסייה היהודית (7.6%) ואף מן השיעור באוכלוסייה הערבית (8.3%). החוקרות גם העריכו כי שיעור המוגבלות שהן מצאו בקרב הילדים הבדואים בנגב הוא תת-אומדן של השיעור האמיתי. נתוני משרד החינוך מציגים את הילדים עם מוגבלות המוכרים על ידי מערכת החינוך, ואילו מחקרן של שטרסברג ואח' (2008) חתר לאיתור כלל הילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית, ובהם ילדים שאינם מוכרים על ידי המדינה. הפער בין הנתונים מעלה חשש כי יש מספר לא מבוטל של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית שאינם מוכרים על ידי משרד החינוך. השערה זו זכתה לתמיכה בראיונות שבוצעו במחקר הנוכחי, ולפיהם באוכלוסייה הבדואית בנגב יש ילדים עם מוגבלות שלומדים במערכת החינוך הרגילה, אינם מזוהים בתור מי שיש להם מוגבלות ואינם מקבלים סיוע המותאם לצורכיהם. מן הראיונות עולה כי ילדים עם מוגבלות שאינם מקבלים מענים חינוכיים מתאימים מתקשים להשתלב היטב במערכת. חלק מהם ממשיכים לבוא לבית הספר אך נוכחותם פסיבית, הם אינם חווים תהליך למידה של ממש והם מסיימים את בית הספר עם כלים מצומצמים מאוד, לעיתים אף בלי ידיעת קרוא וכתוב; חלק אחר אינם מגיעים כלל לבית הספר, אך ממשיכים להיות רשומים במוסד. מן הראיונות עלה כי בתי הספר מתוקצבים על פי מספר הילדים הרשומים, ובכך יש אולי כדי לעודד אי-דיווח על נשירת תלמידים. עניין נוסף שצינו המראיינים הוא קיומם של ילדים עם מוגבלות שאינם מוכרים ברשויות ואינם נמצאים במסגרת חינוך או טיפול כלשהי.

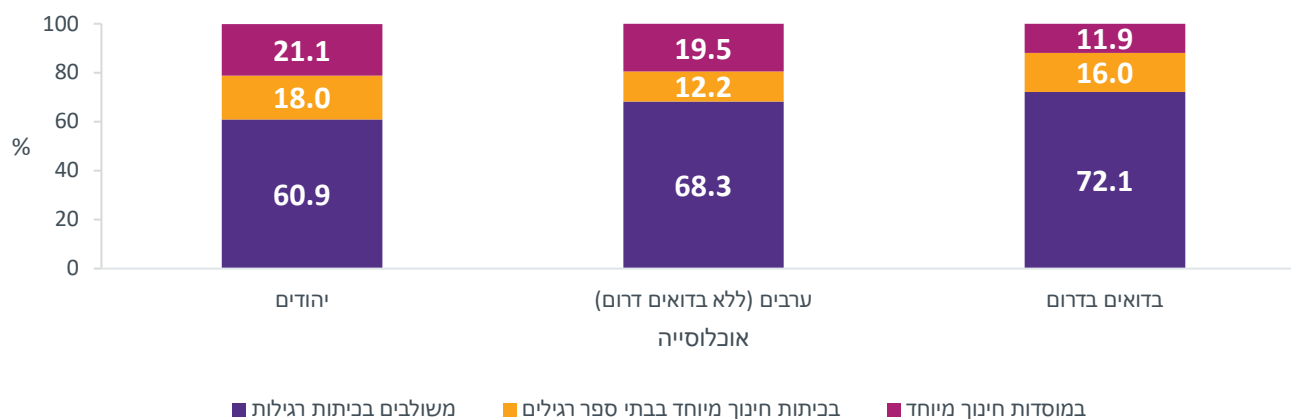
מן הראיונות עלה אפוא שבאוכלוסייה הבדואית בנגב יש **תופעה של תת-איתור ילדים עם מוגבלות**. לדברי המרואיינים יש לכך כמה סיבות:

1. **תפיסה דתית פטליסטית בנוגע למוגבלות** אשר רווחת בקרב חלק מן האוכלוסייה, ולפיה יש לקבל בהשלמה את המוגבלות, שכן ניתנה מידי האל. תפיסה זו מסייעת להתמודד עם המוגבלות אך היא מלווה לעיתים ברחמים על הילד ("הילד מסכן"), בהיעדר ציפיות ממנו ובהיעדר הנעה לקדם אותו באמצעות אבחון וטיפול.
 2. **מודעות נמוכה לחשיבות אבחון המוגבלות והטיפול בה** – להורים רבים באוכלוסייה הבדואית אין די ידע בנושא המוגבלות וחסרה מודעות לאפשרות לטפל בילד ולשפר את מצבו. עקב כך רבים אינם נוקטים צעדי אבחון וטיפול, או שהם נוקטים צעדים אלו בשלב מאוחר יחסית.
 3. **חשש מתיגו שלילי** – רבות מן המשפחות חוששות להיות מזוהות בתור משפחות שיש להן בני משפחה עם מוגבלות, ולכן יש בקרבן תופעה של הסתרת המוגבלות מן הסביבה. קשה להסתיר מוגבלויות חמורות, ועקב כך ההסתרה שכיחה יותר במוגבלויות קלות יחסית או בלתי נראות (למשל מוגבלות שכלית קלה, לקות למידה, מוגבלות נפשית). מוגבלויות אלו בדרך כלל אינן מזכות בקצבת נכות, דבר שמפחית אף הוא את המוטיבציה לאבחון אותן. גם במקרים שהילד מאובחן יש הורים הנמנעים מלשלוח אותו למסגרת של חינוך מיוחד, בשל החשש מתיגו; ובהיעדר אבחון וטיפול, מוגבלויות אלו נוטות להחמיר עם השנים.
 4. **מודעות נמוכה לזכויות המוקנות לילד עם מוגבלות** – חלק מן ההורים אינם מודעים לעובדה שעם ההכרה במוגבלות מוקנות לילד זכויות שעשויות לשפר את מצבו ולסייע למשפחה להתמודד עם גידולו. בכלל אלה אפשר למנות זכאות לקצבת ילד נכה, טיפולים פְּרָה-רפואיים, מסגרות חינוך מיוחד, סיוע במימון מכשור מותאם והנגשה פרטנית. כמו כן חסרות להורים רבים היכרות עם התהליכים הבירוקרטיים הנדרשים למיציא הזכויות הללו ויכולת להתמודד איתם. עם זאת בשנים האחרונות עלתה המודעות של האוכלוסייה לזכאות לקצבת ילד נכה.
 5. **איתור לא מספק במערכת החינוך** – מן הראיונות עלה כי לא מתבצע איתור של ילדים עם מוגבלות במערכת החינוך ולא מתבצעים אבחונים. זאת משום שלמורים רבים חסרה הכשרה באבחון וחסרה גם מודעות למוגבלויות מסוימות, כגון לקויות למידה ואוטיזם. בדרך כלל מאותרות מוגבלויות קלות יחסית (כגון לקות למידה או מוגבלות שכלית גבולית) רק אם נפתחת בבית הספר כיתה לחינוך מיוחד לשכבת הגיל הספציפית, ואז ילדים עם חשד למוגבלות יישלחו לאבחון. כל עוד לא נפתחת כיתה כזו אין לצוות בית הספר מניע לאבחון את הילד, מחשש שיעבור לבית ספר אחר.
 6. **מחסור באנשי מקצוע מאבחנים בשפה הערבית** – אין די אנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד, בכלל זה חסרים מאבחנים דידקטיים (פסיכולוגים) דוברי ערבית.
 7. **היעדר רצף טיפול** – לעיתים, בשל היעדר תקשורת בין גורמי המקצוע, ילדים עם מוגבלות אינם נרשמים במערכות ו/או אינם מטופלים. ייתכן למשל מקרה שילד אובחן במכון להתפתחות הילד והופנה למערכת הרווחה לצורך מציאת מסגרת חינוך מתאימה, אך המשפחה לא פנתה להמשך הטיפול ולא נעשה מעקב אחר הנושא מצד הגורמים הרלוונטיים.
- תופעה זו של תת-איתור מוגבלויות בקרב ילדים באוכלוסייה הבדואית עלולה לפגוע בזכויות הילדים להתפתחות תקינה, למנוע קבלת טיפול הולם לשם מיצוי כישוריהם ולהחרף בעיות לימוד ותפקוד ובעיות רפואיות, נפשיות וחברתיות. מן הראיונות עלה כי התופעה שכיחה יותר ביישובים הלא מוכרים, המרוחקים יותר ממקורות מידע ומגורמים נותני שירות, כגון טיפות חלב, מרפאות

ומכונים להתפתחות הילד. עם זאת ציינו המרואיינים כי התופעה הולכת ומצטמצמת בקרב האוכלוסייה הבדואית עם העלייה במודעות לזכויות המוקנות לילד עם מוגבלות (בעיקר מודעות לזכויות לקצבת ילד נכה) ובמודעות לחשיבות האבחון והטיפול המוקדם. במסגרת המחקר התקבלו נתונים מנהליים עדכניים מהעת האחרונה בלבד. מצב זה לא אפשר לבדוק שינוי לאורך זמן. עם זאת, מחקרן של נאון ואח' (2008) מצא כי שיעור הילדים הבדואים עם מוגבלות עמד על 9.7% (חלק מן הילדים שאותרו במחקר לא היו מוכרים על ידי מערכת החינוך), ואילו כעבור כעשור, בשנת 2020, עמד שיעור הילדים הבדואים עם מוגבלות המוכרים על ידי מערכת החינוך על 10.4%. נתונים אלו מעידים כי יש אכן מגמה של עלייה באיתור הילדים עם מוגבלות.

תרשים 2 מציג את התפלגות תלמידי החינוך המיוחד לפי סוג מסגרת החינוך שבה הם לומדים. שיעור תלמידי החינוך המיוחד המשולבים בכיתות הרגילות בקרב הבדואים בנגב (72.1%) גבוה במידה ניכרת מן השיעור בקרב האוכלוסייה היהודית (60.9%) וגבוה מעט מן השיעור בקרב שאר האוכלוסייה הערבית בארץ (68.3%). מדיניות משרד החינוך מעודדת שילוב של תלמידים עם מוגבלות במסגרות החינוך הרגיל. עם זאת נראה ששיעור השילוב הגבוה של ילדים עם מוגבלות מן האוכלוסיות הבדואית והערבית בכיתות רגילות נובע מאילוץ: היצע מצומצם של מסגרות לימוד מיוחדות, כפי שיוצג בהמשך מסמך זה (ר' סעיף 7.2.6 א). דיווחם של חלק מן ההורים על מחסור במסגרות חינוך המתאימות לצרכים המיוחדים של ילדיהם, בקרבת מקום מגוריהם, מאשש השערה זו. נסיעה של הילד לגן או לבית ספר ביישוב אחר, לעיתים במרחק ניכר, בשל הפריסה הגאוגרפית הרחבה של היישובים הבדואיים, מצריכה זמן ומאמץ ומקשה מאוד על הילד ועל הוריו. בשל כך יש הורים שאינם שולחים את ילדיהם לבתי ספר המתאימים לצורכיהם, אלא לבתי ספר רגילים הנמצאים בקרבת מקום מגוריהם. נוסף על קושי הנובע מן המרחק הגאוגרפי, לעיתים אין גם די מודעות מצד ההורים לחשיבות הלמידה במסגרת חינוך המותאמת לילד, לבריאותו ולהתפתחותו, ולכן השקעת המאמץ הנדרשת אינה נראית להורים מוצדקת.

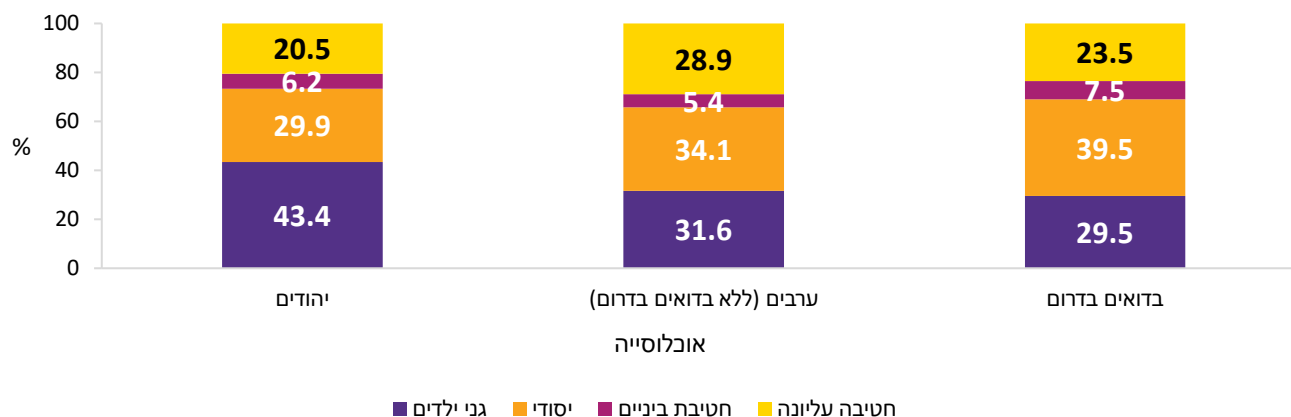
תרשים 2: התפלגות תלמידי החינוך המיוחד בחלוקה לסוג מסגרת החינוך, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים בחינוך המיוחד בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני משרד החינוך, יולי 2020).

תרשים 3 מציג את התפלגות התלמידים במוסדות החינוך המיוחד (גנים ובתי ספר) לפי מוסד החינוך המתאים לגילם. אפשר לראות שבכל האוכלוסיות שיעור הילדים בגיל גן ובית ספר יסודי הלומדים בחינוך המיוחד גבוה בהרבה משיעורם של הילדים המבוגרים יותר, הלומדים בחטיבת ביניים ובחטיבה העליונה. עם זאת, שיעור הילדים בגיל הגן מכלל הילדים הלומדים במוסדות החינוך המיוחד נמוך באוכלוסייה הבדואית בנגב (29.5%) במידה רבה מן השיעור באוכלוסייה היהודית (43.4%), והוא קרוב יותר לשיעור באוכלוסייה הערבית (31.6%). נראה כי נתונים אלו נובעים מכמה סיבות: התפיסה הרווחת באוכלוסייה הבדואית שיש להשאיר את הילדים בבית בגיל הגן¹; חוסר מודעות לחשיבות האיתור המוקדם של המוגבלות; חוסר מודעות לתרומה הפוטנציאלית של מסגרות המותאמות לצורכי הילד, לבריאותו ולהתפתחותו, כבר מגיל צעיר; ומיעוט מסגרות מתאימות לילדים עם מוגבלות בגילים אלו בקרבת הבית. עולה מכך שילדים רבים מן האוכלוסייה הערבית בכלל ומן האוכלוסייה הבדואית בפרט מגיעים למערכת החינוך בכניסה לכיתה א', ללא אבחון וללא טיפול.

תרשים 3: התפלגות התלמידים במסגרות החינוך המיוחד, בחלוקה למוסדות חינוך המתאימים לגיל התלמיד, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, נובמבר 2020

להלן יינתן פירוט של מסגרות הלימוד שבהן לומדים ילדים מן החינוך המיוחד: גני ילדים של החינוך המיוחד, בתי ספר של החינוך המיוחד, כיתות של החינוך המיוחד בבתי ספר רגילים וכיתות רגילות.

5.1.2 גני ילדים של החינוך המיוחד

גן ילדים של החינוך המיוחד נותן מענה חינוכי לתלמידים בגילים 3 עד 6 עם צרכים מיוחדים שזוועדת זכאות ואפיון (לשעבר: ועדת השמה) של משרד החינוך קבעה כי על פי חוק החינוך המיוחד תשמ"ח-1988 הם אינם מתאימים לשילוב בגן ילדים רגיל. גני החינוך

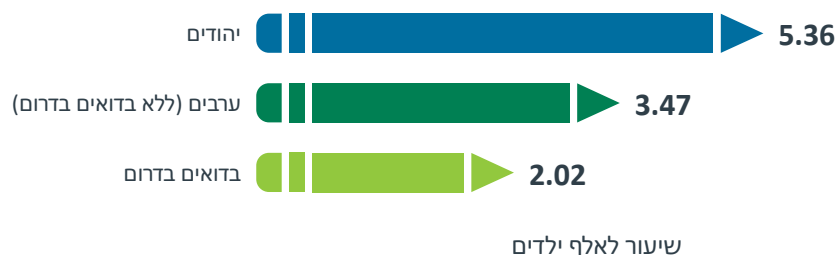
¹ ייתכן כי תפיסה זו רווחת במידה מסוימת גם באוכלוסייה הערבית הכללית. בבדיקת מבקר המדינה נמצא כי שיעור הלומדים בגנים ציבוריים באוכלוסייה הערבית נמוך במידה ניכרת משיעורם באוכלוסייה היהודית; ובאוכלוסייה הבדואית הוא נמוך אף יותר (מבקר המדינה, 2015).

המיוחד מתייחדים בלמידה בכיתות קטנות (לרוב 6 עד 12 ילדים לכל היותר), צוות מורחב, יום לימודים ארוך ושנת לימודים ארוכה מן הרגיל. כמו כן תוכנית הלימודים מותאמת ליכולותיהם ולכישוריהם של הילדים. לכל ילד נבנית תוכנית אישית, ובמהלך יום הלימודים ניתנים לילדים הטיפולים הפך-רפואיים הדרושים להם. יש מגוון סוגי גנים, בהתאם לסוג הלקות ולחומרתה. הלימודים בגני הילדים של החינוך המיוחד אינם כרוכים בתשלום (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת1).

ביולי 2020, 375 ילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב בגילים 3 עד 6 למדו ב-50 גנים של החינוך המיוחד הפועלים ביישובים הבדואיים, וכן בגן 'אלי"ע' בבאר שבע, המיועד לילדים עם ליקוי ראייה או עם עיוורון (נתוני משרד הרווחה, יולי 2020). **לוח א1 בנספח א** מציג את רשימת הגנים של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים, לפי יישוב, סוג המוגבלות המטופלות בגנים ומספר הילדים שלמדו בהם בינואר 2021 (290 ילדים), בעיצומו של הסגר השלישי בעקבות מגפת הקורונה. נראה כי הירידה במספר הילדים הרשומים לגני הילדים של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים בין שני המועדים נובעת ממגפת הקורונה, משום שבעקבותיה חלק מן ההורים חששו להביא את הילדים למסגרות. כמחצית מן הגנים מרוכזים ברהט וכן בתל שבע, אשר בה פועלת קריית חינוך לילדים עם מוגבלות מגיל 3 ועד גיל 21.

תרשים 4 מלמד כי מספר גני הילדים של החינוך המיוחד (2.02) ביחס לכל אלף ילדים בגיל 3 עד 6 באוכלוסייה הבדואית נמוך בהרבה מן המספר באוכלוסייה היהודית (5.36) ובאוכלוסייה הערבית (3.47).

תרשים 4: גני חינוך מיוחד לכל אלף ילדים בגילים 3 עד 6, לפי אוכלוסייה



מקור: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני משרד החינוך, יולי 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים (מגיל 3 ועד 6) בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים ז1 בנספח ז מציג את שיעור הילדים הלומדים בכיתות המיועדות למגוון סוגי מוגבלות בגני הילדים של החינוך המיוחד, מכלל הילדים בקבוצת הגיל הרלוונטית (3-5), בשלוש האוכלוסיות. שיעור הילדים הבדואים הלומדים בכיתות לילדים מעוכבי התפתחות (0.37%) נמוך במידה ניכרת מן השיעורים באוכלוסייה היהודית (0.68%) והערבית (2.00%). גם שיעור הילדים הבדואים הלומדים בכיתות לילדים על רצף האוטיזם (0.19%) נמוך יחסית לשיעורים באוכלוסייה היהודית (1.19%) והערבית (0.42%) וכך גם אצל ילדים מעוכבי שפה (0.45% באוכלוסייה הבדואית, לעומת 1.04% באוכלוסייה היהודית ו-0.83% באוכלוסייה הערבית). נראה כי נתונים אלו מלמדים על פערים בין האוכלוסיות באבחון ילדים עם עיכובי התפתחות, עם עיכובי שפה ועם אוטיזם,

הנובעים ממגוון הסיבות שצוינו לעיל (מודעות נמוכה, חשש מתיג שלילי, מחסור באנשי מקצוע מאבחנים ועוד). הסברים אלו עלו גם בראיונות. לעומת זאת שיעור הילדים הבדואים הלומדים בכיתות גן לילדים עם מוגבלות שמיעה או חירשות (0.33%) מכלל הילדים באוכלוסייה הבדואית, גבוה בהרבה מן השיעורים באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית (0.05% ו-0.02%, בהתאמה). גם שיעור הילדים הבדואים הלומדים בכיתות לילדים עם מוגבלות שכלית גבוהה מזה שבאוכלוסיות האחרות. ככל הנראה הדבר נובע משכיחות גבוהה יחסית של מוגבלויות אלו באוכלוסייה הבדואית. מן הנתונים, וכך גם מן הראיונות, עולה כי גני הילדים של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים אינם נותנים מענה לכל סוגי המוגבלות, ובכלל זה להפרעות התנהגות/רגשיות קשות, מוגבלות שכלית קלה ומוגבלות ראייה/עיוורון. מצב זה מוביל להשמה של חלק מן הילדים בכיתות שבהן לומדים ילדים עם מגוון גדול מאוד של צרכים (למשל גנים המיועדים לילדים עם מוגבלות שכלית התפתחותית [להלן: **מש"ה**] בדרגות שונות, שרמות התפקוד שלהם שונות מאוד זו מזו, עם ובלי הפרעות התנהגות), ובכך יש כדי להעמיס ביותר על הצוות ולפגוע ביכולתו להתאמה מיטבית של הפעילות לילדים. חלק מן הפעוטות עם מוגבלות שאין לה מענה במסגרות החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים לומדים בגנים ביישובים יהודיים, ואחרים אינם לומדים בגנים של החינוך המיוחד בשל כך.

מן הראיונות עלו כמה נקודות חשובות נוספות הנוגעות לגני החינוך המיוחד:

- בשל הפיזור הגאוגרפי הרחב של הגנים, פעמים רבות נדרשים הילדים הצעירים לנסוע מרחק רב (אם בהסעות מאורגנות ואם בהסעה על ידי הוריהם) כדי להגיע לגן המתאים לצורכיהם המיוחדים. התנהלות זו מקשה מאוד על המשפחות ומרתיעה אותן לעיתים מרישום לגן של החינוך המיוחד.
- חלק מן הצוותים העובדים בגני החינוך המיוחד, בעיקר גננות וסייעות, לא הוכשרו לעבוד עם ילדים עם מוגבלות והן חסרות ידע וכלים בתחום זה. בהמשך לכך עלה שיש נטייה לגיוס חלק מן הצוותים על בסיס קשרים או קרבה משפחתית, ולא על בסיס מקצועי.
- יש מחסור כללי בנגב באנשי מקצוע מתחום התפתחות הילד, ובעיקר באנשי מקצוע דוברי ערבית (ר' סעיף 5.5.2). מחסור זה בא לידי ביטוי גם בגני הילדים. בכלל זה חסרים קלינאי תקשורת, פיזיותרפיסטים ומרפאים בעיסוק.
- חלק מן ההורים אינם שולחים את ילדיהם למוסדות של החינוך המיוחד בשל חוסר שביעות רצון מרמת הטיפול, או שהם מעדיפים לשלוח אותם למוסדות ביישובים היהודיים. ילדים עם מוגבלות שאינם לומדים בגני החינוך המיוחד אינם מקבלים טיפולים במערכת החינוך, ולכן חלקם מגיעים לטיפולים במכון להתפתחות הילד או ביחידות ההתפתחות, ובכך יש כדי להגדיל את העומס על המכונים והיחידות ולהאריך את תורי ההמתנה.

5.1.3 בתי ספר של החינוך המיוחד

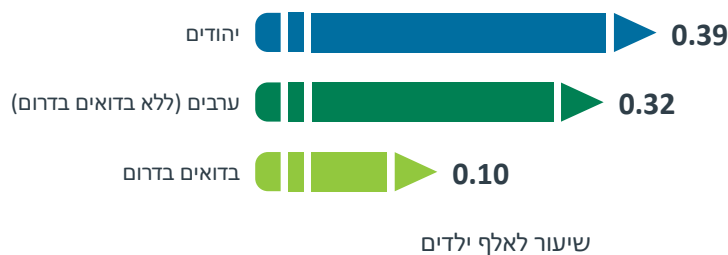
בית ספר של החינוך המיוחד הוא בית ספר באחריות משרד החינוך, הנותן מענה חינוכי לתלמידים בגילים 6 עד 21 עם צרכים מיוחדים שוועדת הזכאות והאפיין קבעה כי אינם מתאימים לשילוב בבית ספר רגיל (חוק חינוך מיוחד, תשמ"ח-1988). המאפיינים הייחודיים של בתי הספר של החינוך המיוחד הם למידה בכיתות קטנות (לרוב יש בהן 6 עד 12 תלמידים לכל היותר), יום לימודים ארוך, שנת לימודים ארוכה מבחינת הרגיל, התאמת תוכני הלימודים לרמת התלמידים, קבלת הטיפולים הפך-רכפואיים הנדרשים

במסגרת יום הלימודים מידי צוות מקצועי; מספר גדול מבחינוך הרגיל של אנשי צוות לכל תלמיד; ובניית תוכנית לימוד אישית, המפרטת את כלל התמיכות וההתאמות הנדרשות לצורך תפקוד התלמיד בסביבה החינוכית-חברתית. במערכת החינוך, בתי ספר לחינוך מיוחד מאופיינים לרוב על פי המוגבלות העיקרית של רוב התלמידים (פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת2).

בינואר 2021, 949 ילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב, בגילים 6 עד 21, למדו ב-137 כיתות, ב-11 בתי ספר של החינוך המיוחד הפועלים ביישובים הבדואיים (משרד החינוך, 2021). **לוח ב1 בנספח ב** מציג את רשימת בתי הספר של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים, לפי היישוב, סוג המוגבלות, מספר הכיתות ומספר התלמידים. מענה מרכזי בתחום החינוך המיוחד הוא הקריה השיקומית בתל שבע. הקריה כוללת כיתות גן ושני בתי ספר, האחד לילדים עם מוגבלות פיזית ויכולת קוגניטיבית תקינה, והשני לילדים עם מוגבלות פיזית ושכלית. בשלב זה בתי הספר בקריה הם רב-גיליים (6-21), בדומה למרבית בתי הספר של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים, אך בעתיד מתוכנן לקום בקריה בית ספר על-תיכוני נפרד.

תרשים 5 מלמד על מיעוט יחסי של בתי ספר של החינוך המיוחד באוכלוסייה הבדואית בנגב. מספר בתי הספר ביחס לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 21 עומד על 0.10 באוכלוסייה הבדואית, ואילו באוכלוסייה היהודית ובאוכלוסייה הערבית הוא עומד על יותר מפי שלושה (0.39 ו-0.32, בהתאמה).

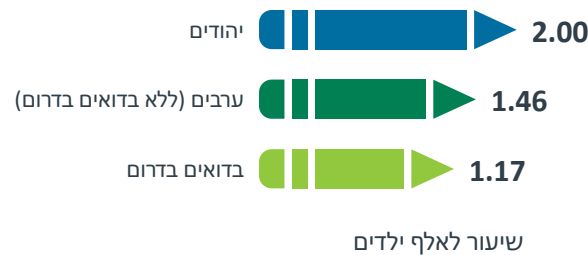
תרשים 5: בתי ספר של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 21, לפי אוכלוסייה



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים מגיל 6 עד 21 בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 6 מראה שיש פער של ממש בין האוכלוסיות גם במספר הכיתות בבתי הספר של החינוך המיוחד ביחס לכל אלף ילדים: 1.17 באוכלוסייה הבדואית בנגב לעומת 2.00 באוכלוסייה היהודית ו-1.46 באוכלוסייה הערבית.

תרשים 6: כיתות בבתי הספר של החינוך המיוחד לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 21, לפי אוכלוסייה



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים מגיל 6 עד 21 בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 2: בנספח ז מציג את שיעור הילדים הלומדים בבתי הספר של החינוך המיוחד לפי סוגי המוגבלות, מכלל הילדים בקבוצת הגיל הרלוונטית (6-17), בשלוש האוכלוסיות. ניכר כי כאשר מדובר בתלמידי בתי הספר של החינוך המיוחד, באוכלוסייה הבדואית נעשה שימוש רק בחלק מסיוגי המוגבלות של משרד החינוך. 0.67% מכלל הילדים הערבים ו-1.17% מכלל הילדים היהודים לומדים במוסדות חינוך מיוחד ומאובחנים בסוגי מוגבלות שאין להם ייצוג בקרב הילדים הבדואים מן הנגב שלומדים במוסדות חינוך מיוחד. בכלל אלה אפשר למנות הפרעות התנהגות או הפרעות רגשיות קשות, הפרעות נפשיות קשות, עיכוב שפתי, עיכוב התפתחות, ליקויי למידה, מוגבלות בשמיעה או חירשות, מוגבלות שכלית קלה ותפקוד שכלי גבולי. נראה כי הסיבה לכך היא העובדה שאין בתי ספר של החינוך המיוחד המתאימים לסוגי המוגבלות הללו ביישובים הבדואיים. גם מן הראיונות עם אנשי המקצוע וההורים עולה כי היצע בתי הספר של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים מצומצם יחסית לצורכי האוכלוסייה וכי בתי הספר הקיימים מלאים. הרשויות מתקשות למצוא קרקע מתאימה למימוש תוכנית להקמת בתי ספר ביישובים שגב שלום ולקיה. בולט במיוחד הצורך בבית ספר עבור ילדים עם אוטיזם, נוסף על שניים ביישובים רהט וחורה. בשנים האחרונות גברה מאוד המודעות לאוטיזם, מאובחנים יותר ילדים עם אוטיזם ויש תור לקבלה לבתי הספר הקיימים. ואכן אפשר לראות כי באוכלוסייה הבדואית שיעור הילדים עם אוטיזם הלומדים בבתי הספר של החינוך המיוחד, (0.15%) מכלל הילדים הבדואים, נמוך בהרבה מן השיעורים באוכלוסייה היהודית (0.34%) ובאוכלוסייה הערבית (0.18%). כמו כן חסר מוסד חינוך מתאים לילדים בדואים עם מוגבלות נפשית. מן הראיונות עלה כי בשל היעדרו של מוסד מתאים, ילדים עם מוגבלות נפשית מושמים במוסדות המיועדים לילדים עם מוגבלות שכלית או בבתי ספר רגילים. **בתרשים 2** אפשר לראות כי 0.80% מן הילדים באוכלוסייה הבדואית לומדים במוסדות חינוך מיוחד לילדים עם מוגבלות שכלית ברמה בינונית או קשה, ואילו השיעורים באוכלוסייה הערבית ובאוכלוסייה היהודית נמוכים בהרבה (0.48% ו-0.26%, בהתאמה). מן הראיונות עם אנשי המקצוע עלה שבאוכלוסייה הבדואית אין מוסד המתאים לילדים עם מוגבלות שכלית קלה. ייתכן כי זו אחת הסיבות לנטייה לאבחן ילדים עם מוגבלות שכלית קלה בתור מי שיש להם מוגבלות שכלית בינונית; אבחון כזה מאפשר לשלבם במסגרות הלימוד הקיימות. ואולם, מסגרות אלו אינן מתאימות לרמה השכלית ולרמת התפקוד של ילדים עם מוגבלות שכלית קלה, והן אינן מאפשרות להם למצות את יכולותיהם, כפי שעלה בראיונות. בדומה לנעשה בגני הילדים (ר' סעיף 5.1.2), בשל הפריסה הגאוגרפית הרחבה של היישובים הבדואיים חלק מן התלמידים נאלצים לנסוע מרחקים גדולים בין היישובים כדי להגיע לבית הספר.

המחסור החמור באנשי מקצוע בתחומים פְּרָה-רפואיים, ובייחוד בקלינאי תקשורת (ר' סעיף 5.5.2), בא לידי ביטוי גם במוסדות החינוך המיוחד; לדוגמה, בבית הספר לילדים עם מש"ה במועצה נווה מדבר לומדים כ-100 ילדים. בבית ספר זה עובדת קלינאית תקשורת יחידה, וזה שלוש שנים צוות בית הספר אינו מצליח לגייס קלינאית תקשורת נוספת. חסם ייחודי לגיוס מטפלים פְּרָה-רפואיים למערכת החינוך הוא ששכר המטפלים במערכת החינוך אינו תחרותי – הוא מקביל לשכר המורים ונמוך מן השכר המשולם במערכת הבריאות. עוד עלה בראיונות כי בבתי הספר של החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים חסרים פסיכולוגים קליניים ועובדים סוציאליים וכן לא מוצעים בהם כלל טיפולים באומנויות (אומנות, מוזיקה, מחול וכד').

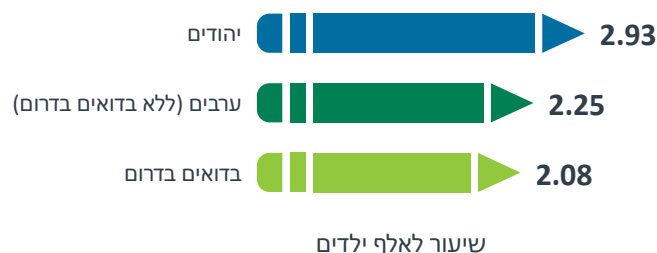
5.1.4 כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים

כיתה מקדמת היא כיתה "סגורה", כלומר היא מיועדת אך ורק לחינוך מיוחד, והיא נמצאת בתוך בית ספר רגיל. במסגרת זו, הילד בעל הצרכים המיוחדים לומד בכיתה המקדמת, ונוכחותו בסמוך לילדים ללא מוגבלות מאפשרת שילוב חברתי עימם (כל זכות, 2021).

ביוני 2020, 1,704 ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב למדו ב-180 כיתות של החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים. **לוח ג' בנספח ג** מציג את רשימת הכיתות של החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים ביישובים הבדואיים, לפי סוג המוגבלות, היישוב ומספר התלמידים (נתוני משרד החינוך, יולי 2020).

כפי שניתן לראות ב**תרשים 7**, בדומה לנתונים שהוצגו בנוגע לגני הילדים ובתי הספר של החינוך המיוחד, שיעור הכיתות של החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים נמוך באוכלוסייה הבדואית בנגב (2.08 כיתות לכל אלף ילדים) ביחס לשיעור באוכלוסייה היהודית (2.93) ובאוכלוסייה הערבית (2.25). גם בראיונות טענו הורים שיש מחסור בכיתות מתאימות לילדיהם בבתי הספר הרגילים.

תרשים 7: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים לכל אלף ילדים בגילים 6 עד 17, לפי אוכלוסייה

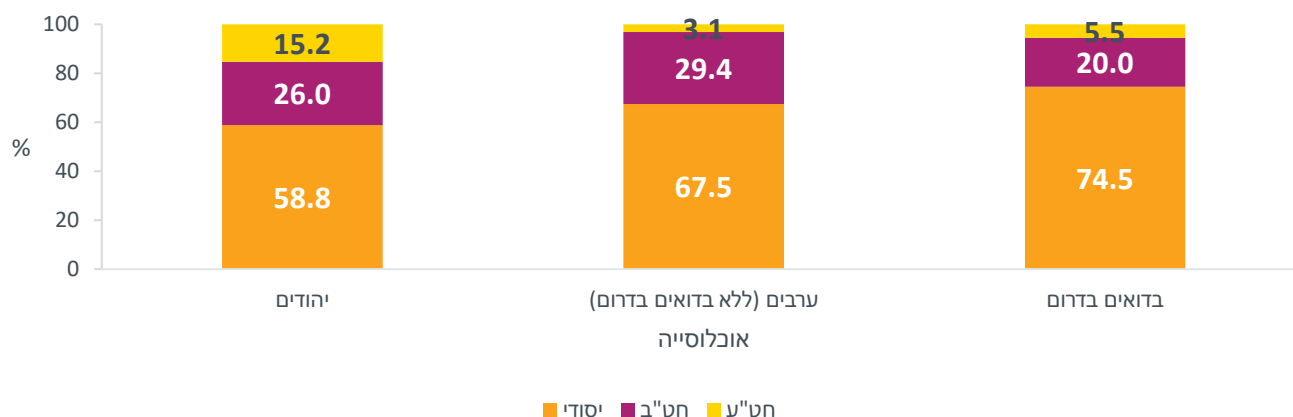


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים מגיל 6 עד 17 בכל אחת מהאוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 8 מלמד שמכלל הילדים הלומדים בכיתות של החינוך המיוחד, שיעור הילדים בגיל בית ספר יסודי גבוה בהרבה משיעור הילדים הבוגרים יותר. אפשר למצוא מגמה זו בכל האוכלוסיות, אף ששיעור המוגבלות נוטה לעלות עם הגיל (בשל מוגבלויות שמחמירות, מוגבלויות שמאותרות, מחלות או תאונות). כפי הנראה מגמה זו נובעת מצמצום המענים לילדים עם מוגבלות בחטיבות

העליונות במערכת החינוך הרגילה, כך שהילדים נאלצים להשתלב בכיתות רגילות או לעבור לבתי ספר של החינוך המיוחד. שיעורם של התלמידים בכיתות של החינוך המיוחד בגילי חטיבת ביניים ומעלה באוכלוסייה הבדואית בנגב (25.5%) נמוך בהרבה מן השיעור באוכלוסייה היהודית (41.2%) ובאוכלוסייה הערבית (32.5%).

תרשים 8: התפלגות התלמידים בכיתות החינוך המיוחד בבתי ספר רגילים, בחלוקה למוסדות חינוך המתאימים לגיל התלמיד, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, נובמבר 2020

תרשים 3: בנספח 2 מציג את שיעור הילדים הלומדים בכיתות החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות של הלומדים בכיתות החינוך המיוחד ומלמד כי שיעור הילדים עם לקות למידה (0.59%) ועם הפרעות התנהגות/רגשיות קשות (0.16%) הלומדים בכיתות אלו, מכלל הילדים באוכלוסייה הבדואית בקבוצת הגיל הרלוונטית (6 עד 17), נמוך בהרבה מן השיעור באוכלוסייה היהודית (1.39% ו-0.94% בהתאמה) ובאוכלוסייה הערבית (1.40% ו-0.39% בהתאמה). לעומת זאת, באוכלוסייה היהודית לא לומדים כלל ילדים עם מוגבלות שכלית קלה או תפקוד שכלי גבולי בכיתות החינוך המיוחד, ובאוכלוסייה הערבית שיעורם מכלל הילדים עומד על 0.07%, לעומת שיעור גבוה הרבה יותר באוכלוסייה הבדואית, העומד על 0.75%. גם שיעורם של ילדים עם מוגבלות שמיעה או חירשות בכיתות החינוך המיוחד מכלל הילדים באוכלוסייה הבדואית (0.38%) גבוה בהרבה מאשר באוכלוסייה היהודית (0.03%) ובאוכלוסייה הערבית (0.08%). נראה שהבדלים אלו נובעים מקיומם או היעדרם של מוסדות חינוך מיוחד המטפלים בסוגי המוגבלות הללו. למשל, באוכלוסייה הבדואית אין בית ספר המתאים לילדים עם מוגבלות שכלית קלה או עם תפקוד שכלי גבולי, ולפיכך ככל הנראה שיעור הילדים עם מוגבלות שכלית קלה או תפקוד שכלי גבולי בכיתות המיוחדות גבוה יחסית. לעומת זאת את השיעור הנמוך של ילדים עם לקויות למידה והפרעות התנהגות קשות בכיתות אלו ניתן להסביר בתת-איתור שלהן באוכלוסייה הבדואית, כפי שעלה בראיונות, בשל סיבות אחדות: היעדר מודעות לקיומן של לקויות אלו וליכולת לטפל בהן; חשש מתיגו שלילי; הקלות היחסית של הסתרת המוגבלות בשל העובדה שהיא בלתי

נראית; אי-ידיעה כיצד לבצע את תהליך האבחון; מחסור במאבחים, ובפרט במאבחים דוברי ערבית; ועלות האבחונים. אפשר לייחס חלק מן ההבדלים גם לשכיחות שונה של מוגבלויות בקרב האוכלוסיות, למשל שיעור לקויות שמיעה/חירשות גבוה יחסית באוכלוסייה הבדואית, כפי שניכר גם בנתוני מוסדות החינוך המיוחד.

5.1.5 תלמידי חינוך מיוחד המשולבים בכיתות רגילות

תלמידים עם צרכים מיוחדים משתלבים בכיתות החינוך הרגיל לפי חוק חינוך מיוחד (חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988). העיקרון המוביל את השילוב בכיתה רגילה הוא שהתלמיד ישתתף כמיטב יכולתו בתוכנית הלימודים ובמכלול העשייה הכיתתית של בני גילו וכך יצמצם פערים בתפקודו וברמת ההישגים לעומת בני כיתתו ואף יקבל מענה לצרכיו הייחודיים. שירותי תמיכה הנגזרים מחוק חינוך מיוחד ונכללים בתוכנית השילוב כוללים תוספת הוראה ולימוד ושירותים מיוחדים לתלמיד המשולב (עזרים מסייעים, שירותי סיוע, שירותים פסיכולוגיים ושירותים פְּרָה-רפואיים) (פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת3).

מספר תלמידי החינוך המיוחד המשולבים בכיתות רגילות באוכלוסייה הבדואית בנגב עמד ביולי 2020 על 7,691. תלמידים אלו היו 72.1% מכלל תלמידי החינוך המיוחד באוכלוסייה הבדואית (ר' **תרשים 2** לעיל) (נתוני משרד החינוך, יולי 2020; התפלגות התלמידים המשולבים בכיתות רגילות לפי מוסדות חינוך המתאימים לגיל התלמיד אינה מוצגת, שכן נתונים אלו לא התקבלו ממשרד החינוך).

בתרשים 4 בנספח 2 אפשר לראות שמגוון סוגי המוגבלות של ילדים המשולבים בכיתות רגילות באוכלוסייה הבדואית בנגב דומה למגוון באוכלוסיות הערבית והיהודית. ילדים עם הפרעות קשב וריכוז (AD(H)D – Attention Deficit (Hyperactivity) Disorder) מהווים את מרבית הילדים עם מוגבלות המשולבים, בשלוש האוכלוסיות. עם זאת שיעורם מן הילדים באוכלוסייה הבדואית גבוה מן השיעור באוכלוסייה הערבית ובאוכלוסייה היהודית. גם שיעורם של ילדים עם מחלה או תסמונת נדירה, מוגבלות פיזית, מוגבלות שמיעה/חירשות או מוגבלות ראייה גבוה בקרב הילדים המשולבים מן האוכלוסייה הבדואית לעומת השיעור באוכלוסיות האחרות (נתוני משרד החינוך, יולי 2020). ייתכן כי הדבר נובע ממיעוט מסגרות לימודים אחרות המתאימות לסוגי מוגבלות אלו וייתכן כי הוא קשור לשכיחות גבוהה של מוגבלויות אלו באוכלוסייה הבדואית. לעומת זאת שיעורם של ילדים עם מוגבלויות בלתי נראות: הפרעות נפשיות, הפרעות התנהגות/רגשיות ואוטיזם, נמוך יחסית לשאר האוכלוסייה. כפי שעלה מן הראיונות, אלו מוגבלויות שהמודעות להן נמוכה יחסית, יש להן תווית שלילית יותר ויש מקרים רבים יותר של הסתרתן.

בראיונות עם אנשי המקצוע עלו עדויות שיש ילדים עם מוגבלות המשולבים בבתי הספר הרגילים ביישובים הבדואיים שאינם מקבלים את שירותי הסיוע שהם זכאים להם, למשל ילדים עם לקויות למידה שאינם מקבלים סיוע בהוראה מתקנת.

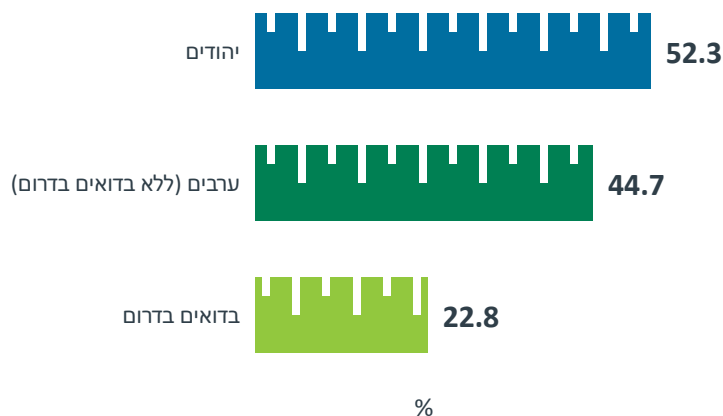
5.1.6 התאמות לבגרות

תלמידים עם לקויות למידה (לא בהכרח תלמידי החינוך המיוחד) זכאים לקבל תנאים מותאמים בבחינות הבגרות, במטרה להביא לידי ביטוי את ידיעותיהם על בסיס שוויון הזדמנויות. ההתאמות הניתנות משתנות לפי אופי הלקות וכוללות בין היתר הקראת השאלות, שאלון בחינה עם דפוס מוגדל, היבחנות בעל-פה, מבחן מותאם, הארכת זמן והתעלמות משגיאות כתיב. לצורך קבלת ההתאמות על התלמיד לבצע אבחון במכון המוסמך לכך ולקבל אישור מוועדה של בית הספר או המחוז, בהתאם לרמת ההתאמה (כל זכות, 2021).

נכון לחודש יולי 2020 עמד מספר התלמידים הבדואים בנגב מכיתות י' עד י"ב שקיבלו התאמות בבגרות על 1,219. **תרשים 9** מציג את שיעור התלמידים שאושרו להם התאמות מכלל התלמידים בכיתות י' עד י"ב. אפשר לראות ששיעור התלמידים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב שקיבלו אישור להתאמות (22.8%) נמוך בהרבה מן השיעורים באוכלוסייה היהודית (52.3%) ובאוכלוסייה הערבית (44.7%) (נתוני משרד החינוך, יולי 2020). ניתן לשער שפערים אלו נובעים ממודעות נמוכה באוכלוסייה הבדואית ללקויות למידה ו/או להתאמות שאפשר לקבל בגינן וכן מנגישות נמוכה לאבחונים בשל מחסור באנשי מקצוע מאבחנים ובשל עלות האבחונים. כאמור, נגישות נמוכה זו מובילה לתת-אבחון של לקויות למידה. נראה שישנם באוכלוסייה הבדואית ילדים רבים עם לקויות למידה שאינם מקבלים התאמות לבגרות וכך אינם מקבלים הזדמנות שוויונית להצלחה בבחינות.

מן הראיות עם אנשי המקצוע עלה שבעבר מרבית ההורים שילדיהם נזקקו לשירותי אבחון של לקויות למידה נאלצו לפנות לפסיכולוגים פרטיים לצורך אבחונים. אך לפני כשנתיים הוקם ברהט [מרכז 'מלקות למידה'](#). נעשים בו אבחונים ללקויות למידה על ידי פסיכולוגים של השירות הפסיכולוגי החינוכי (שפ"ח), במימון משרד החינוך. מאז הקמתו של המרכז הצטמצם היקף הפנייה לשירותים פרטיים בתחום זה.

תרשים 9: שיעור התלמידים שאושרו להם התאמות לבחינות הבגרות (בעקבות בקשתם) ב-2020, מכלל התלמידים בכיתות י' עד י"ב, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020

הערות:

- (1) ההתאמות לבחינות הבגרות כוללות התאמות ברמות 1, 2, ו-3. רמה 1 כוללת את הארכת זמן הבחינה ב-25%, באישור הוועדה הבית ספרית; רמה 2 כוללת את הקראת שאלון הבחינה (השמעת שאלון), באישור הוועדה המחוזית; רמה 3 כוללת היבחנות בעל פה, באישור הוועדה המחוזית (משרד החינוך, 2019).
- (2) שיעור התלמידים שביקשו התאמות זהה לשיעור התלמידים שאושרו להם התאמות – כל התלמידים מן האוכלוסייה הבדואית שביקשו התאמות קיבלו אותן. רק תלמידים בודדים מן האוכלוסייה היהודית והערבית ביקשו התאמות ולא קיבלו אותן.

5.1.7 הסעות למוסדות החינוך

משרד החינוך משתתף בהוצאות ההסעה של תלמידי החינוך המיוחד לבתי ספר ולגני ילדים, מגיל 3 עד גיל 21. מימון ההסעות נעשה על ידי המשרד ללא תלות במרחק מבית התלמיד למוסד, בתנאי שהילדים הם עם אחד מסוגי המוגבלות האלה: מש"ה, הפרעות נפשיות קשות או מחלת נפש, שיתוק מוחין או נכות פיזית קשה, אוטיזם, חירשות או כבדות שמיעה, עיוורון או כבדות ראייה. תלמידי החינוך המיוחד שיש להם מוגבלויות אחרות זכאים להסעה אם המרחק בין מקום מגוריהם למוסד עומד באמות המידה שנקבעו.² במקרים מסוימים יש זכאות גם למלווה בהסעה. האחריות לארגון ההסעות ולליווי נתונה לרשות המקומית שהילד גר בתחום שיפוט (כל זכות, 2021ד; פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת4).

תרשים 10 מציג את שיעורם של תלמידי החינוך המיוחד המוסעים למסגרות החינוך, בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב לעומת האוכלוסייה היהודית והערבית. אפשר לראות כי שיעור תלמידי החינוך המיוחד המוסעים, מכלל תלמידי החינוך המיוחד באוכלוסייה הבדואית בנגב (25.0%), גבוה מן השיעור בשאר האוכלוסייה בישראל (20.8%) (נתוני משרד החינוך, יולי 2020; פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת4). אפשר להניח שהפער נובע משיעור גבוה יותר של ילדים מן האוכלוסייה הבדואית שיש להם מוגבלויות שהמימון להסעות עבורן ניתן להם בלי תלות במרחק, ובהן מש"ה, מוגבלויות פיזיות קשות ומוגבלות שמיעה או חירשות. כמו כן ייתכן כי יש שיעור גבוה יותר של ילדים שמתגוררים במרחק שעומד במינימום הנדרש למימון הסעה, זאת בשל הפיזור הגאוגרפי הרחב של היישובים ומיעוט מוסדות החינוך המיוחד.

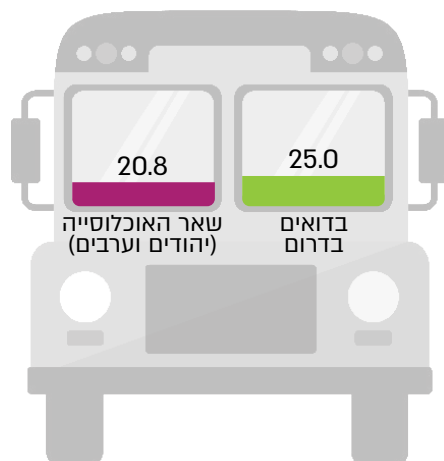
מן הראיות עלה שלרשויות יש קשיים רבים בתפעול מערך ההסעות מן היישובים למוסדות החינוך. קושי של ממש נובע ממרחקי הנסיעה הגדולים וממגורי ילדים רבים רחוק מן הכבישים הראשיים (בעיקר ביישובים הלא מוכרים). עוד עלו עדויות למקרים שילדים מועברים במהלך הנסיעה בין כלי רכב (קווי נסיעה שונים של חברת ההסעות) שלא בהתאם לתקנות, וכן מקרים שההסעה נמשכת זמן ארוך מאוד בשל איסוף ילדים המתגוררים במקומות מרוחקים זה מזה. נוסף על מקרים רבים של איחורים והיעדרויות של נהגים צוינו גם מקרים רבים של הסעות ברכבים לא בטיחותיים או לא תקינים (למשל בלי חימום בחורף או קירור בקיץ, בתנאי מזג אוויר קשים), ללא הקפדה על כיסאות בטיחות או על חגורת בטיחות, עם מספר ילדים ברכב גבוה מכפי שהתקנות מתירות וכן הסעות ללא מלווה.³ עלו עדויות לאירועים חמורים שהתרחשו במהלך הסעות, ובהם אובדן הכרה של ילד ופגיעה של ילד בילד אחר. בעת האירועים לא היה בהסעה מלווה שיוכל לסייע. נוסף על כך היו כמה מקרים שהורים התעקשו להסיע בעצמם את הילד למוסד, דרשו לקבל החזר כספי על כך (בניגוד לתקנות) ואף איימו כי לא יאפשרו לילד להגיע למעון אם לא יקבלו החזר. אנשי מקצוע שעובדים במסגרות חינוך התלוננו שזה שנים הם נאלצים להשקיע זמן וקשב רב בטיפול בבעיות בהסעות. לטענתם, כיום יש פחות בעיות מבעבר, אך המצב עדיין אינו משביע רצון ונדרש פיקוח הדוק יותר על ההסעות. עוד עלה כי ישנם הורים

² לתלמידים מגן חובה ועד כיתה ד': מרחק של יותר מ-2 ק"מ; לתלמידים מכיתה ה' ומעלה: מרחק של יותר מ-3 ק"מ; הסעת תלמיד בחינוך המיוחד לנ ילדים הנמצא במרחק העולה על 25 ק"מ ממקום מגוריו או לבית ספר הנמצא במרחק העולה על 35 ק"מ טעונה אישור של ועדה מחוזית או ועדת הסעות מרכזית של משרד החינוך (פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד, א"ת4).

³ זכאי לליווי בהסעות ילד שזכאי לחינוך מיוחד ושנקבע על ידי ועדת השמה כי הוא ילד עם לקות נפשית, אוטיזם, הפרעת התנהגות קשה או מוגבלות שכלית עמוקה (סיעודית), קשה או בינונית, ילד עם שיתוק מוחין או עם נכות פיזית קשה או ילד שוועדת חריגים קבעה כי הוא זכאי לליווי. או פעוט עד גיל 3 המבקר במעון יום שיקומי. מתוך אתר כל זכות (כל זכות, 2021ה).

שנמנעים משימוש בשירותי ההסעה בשל החשש שהשכנים יראו את רכב ההסעות הייחודי לנכים ויטיגו אותם בתור משפחה שיש לה ילד עם מוגבלות.

תרשים 10: שיעור תלמידי החינוך המיוחד המוסעים למוסדות החינוך, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020
הערה: הנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך לא אפשרו לבצע הפרדה בין הסעות של תלמידים יהודים ובין הסעות של תלמידים ערבים (שאינם בדואים בנגב).

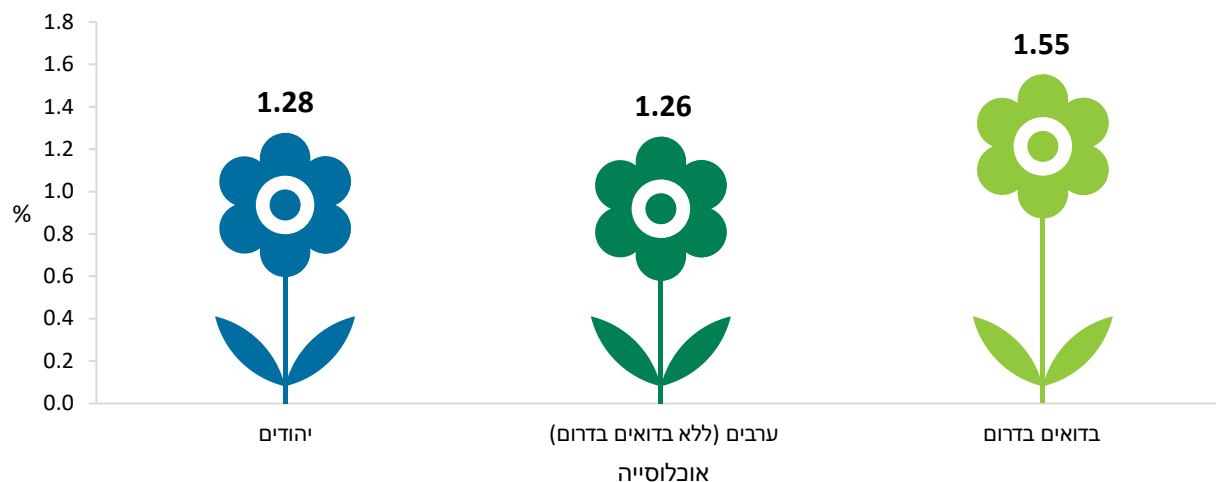
5.2 משרד הרווחה והביטחון החברתי

מינהל מוגבלויות שבמשרד הרווחה מופקד על מתן שירותים לאנשים עם מוגבלות בכל הגילים ורמות התפקוד, וכן על רווחתם של בני משפחותיהם. לשם כך הוא נשען על חוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958; חוק הפיקוח על המעונות, התשכ"ה-1965; חוק מעונות יום שיקומיים, התש"ס-2000; והוראות תקנון העבודה הסוציאלית. בשירותים נכללות תוכניות שמטרתן שילוב, קידום ושימור של רווחת הילדים המתקשים בתפקוד האישי בשל נכות, מחלה או מגבלה. תוכניות התמיכה ניתנות בדרך כלל על ידי עובדים סוציאליים, ויש בהן תמיכה וייעוץ פרטניים או קבוצתיים; קייטנות ונופשונים; מועדוניות אחר הצהריים; מטבח אישי; מעון יום שיקומי ועוד. מלבד השירותים הקבועים בחוק, המחלקות לשירותים חברתיים מפתחות ומספקות מענים מקומיים.

במינהל מוגבלויות רשומים 2,189 ילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב, אך רק 519 מהם מקבלים שירותים מן המחלקות לשירותים חברתיים (נתוני משרד הרווחה, נובמבר 2020). **תרשימים 11 ו-12** מלמדים כי שיעור הילדים עם מוגבלות המוכרים במחלקות לשירותים חברתיים, מקרב כלל הילדים מגיל לידה עד 17, עומד על 1.55% באוכלוסייה הבדואית בנגב, והוא גבוה מן השיעור באוכלוסייה הערבית (1.26%) ובאוכלוסייה היהודית (1.28%). נראה כי אפשר לייחס פער זה למאפיינים החברתיים-כלכליים של היישובים הבדואיים בנגב. עם זאת, שיעור הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות מקרב

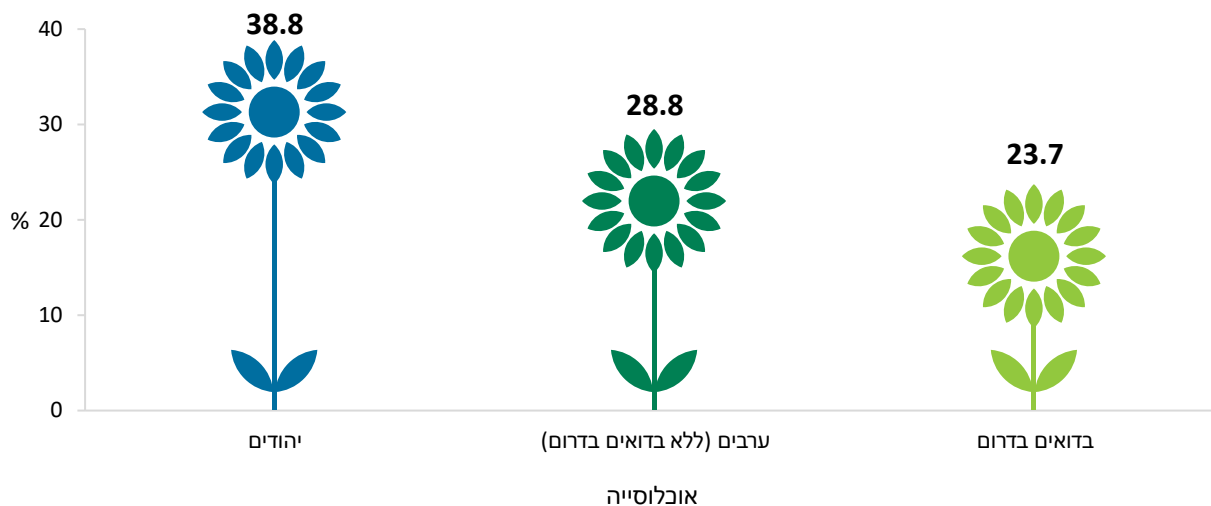
הילדים המוכרים במינהל באוכלוסייה הבדואית עומד על 23.7%, והוא נמוך בהרבה מן השיעורים באוכלוסייה הערבית (28.8%) ובאוכלוסייה היהודית (38.8%).

תרשים 11: שיעור הילדים עם מוגבלות המוכרים במינהל מוגבלויות, מכלל הילדים בגיל לידה עד 17 באוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020

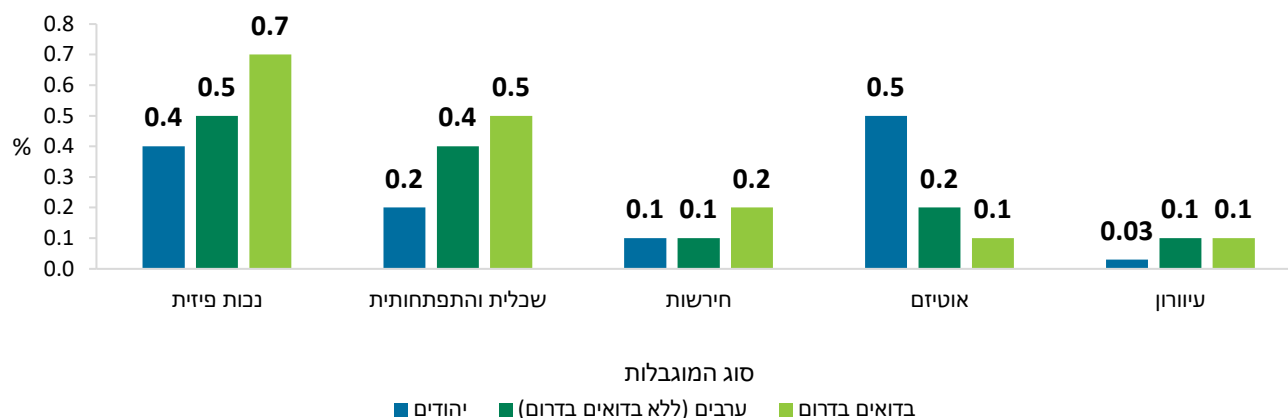
תרשים 12: שיעור הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות מקרב הילדים המוכרים במינהל, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020

התפלגות הילדים עם מוגבלות המוכרים למינהל מוגבלויות לפי סוג המוגבלות (**תרשים 13**) מלמדת כי שיעור הילדים הבדואים המוכרים בתור מי שיש להם מוגבלות פיזית, מש"ה וחירשות גבוה בהרבה מן השיעורים בקרב הילדים היהודים וגם בקרב הילדים הערבים. לעומת זאת שיעור הילדים הבדואים עם אוטיזם נמוך בהרבה לעומת שתי האוכלוסיות האחרות. נתונים אלו עולים בקנה אחד עם נתוני משרד החינוך שהוצגו לעיל על התפלגות סוגי המוגבלות. כאמור, באוכלוסייה הבדואית יש פחות מודעות למוגבלויות, ולאטיזם בפרט; יש חשש מתיוג שלילי; למשפחות יש נטייה להסתיר את המוגבלות; ויש מחסור במאבחינים.

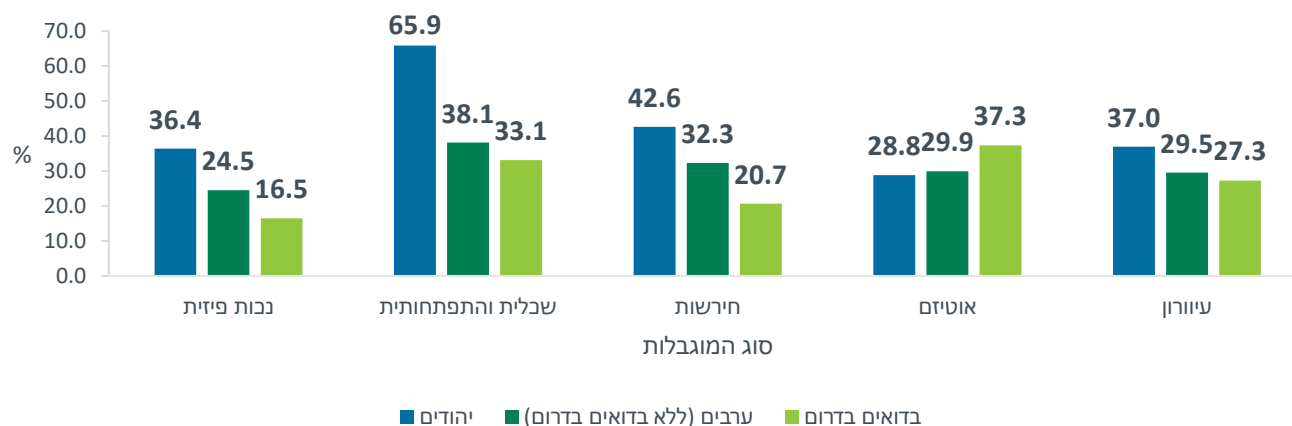
תרשים 13: שיעור הילדים עם מוגבלות המוכרים במינהל מוגבלויות מכלל הילדים בגיל לידה עד 17 באוכלוסייה, בחלוקה לסוג המוגבלות (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים באוכלוסייה (מגיל לידה ועד 17 שנים) בכל אחת מן האוכלוסיות, (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 14 מראה ששיעור הילדים הבדואים הצורכים שירותים ממינהל מוגבלויות, מכלל הילדים הבדואים המוכרים במינהל, נמוך מן השיעורים בקרב הערבים ומן השיעורים בקרב היהודים, בכל סוגי המוגבלות, מלבד אוטיזם. פער גדול במיוחד נמצא אצל ילדים עם חירשות, מש"ה ונכות פיזית. ככל הנראה הפערים מלמדים שביישובים הבדואיים בנגב יש פחות מענים מתאימים לילדים עם מוגבלות מאשר ביישובים הערביים והיהודיים. ואולם, שיעור הילדים המטופלים באוטיזם דווקא גבוה יותר בקרב הילדים הבדואים. ההסבר לכך, כפי שעלה בראיונות, נעוץ ככל הנראה באיתור בעיקר של מקרי אוטיזם קשים באוכלוסייה הבדואית בנגב המחייבים טיפול רב יותר.

תרשים 14: שיעור הילדים עם מוגבלות המקבלים שירותים מטעם מינהל מוגבלויות, מן הילדים המוכרים למינהל, בחלוקה לסוג מוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020

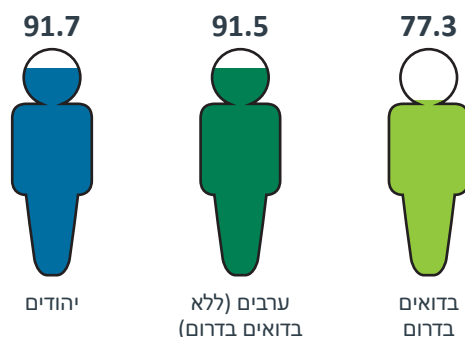
5.2.1 המחלקות לשירותים חברתיים

המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות פועלות מטעם משרד הרווחה ומעניקות שירותים חברתיים לפרטים, למשפחות ולקהילות הזקוקים לסיוע בתחום הרווחה, ובכלל זה למשפחות שיש בהן ילד עם מוגבלות. ברוב המחלקות מוקצה עובד סוציאלי במשרה מלאה או חלקית לריכוז עניין המוגבלות, אך בדרך כלל תיקי המשפחה נתונים לאחריות העובדים המטפלים במשפחה. מן הראיונות עלה כי תפקידו של העובד הסוציאלי המוקצה לעניין המוגבלות כולל סיוע לאנשים עם מוגבלות ולמשפחות שיש בהן ילד עם מוגבלות, בכלל זה במיצוי זכויות ובהפניה למענים שהרשות מספקת – השמה במוסדות חינוך מתאימים (כולל סיוע בתהליך הבריורקטי ובהכנה לוועדת הזכאות והאפיון) ותיווך לשירותים נוספים. הצורך בסיוע למיצוי זכויות ובתיווך לשירותים רב במיוחד באוכלוסייה הבדואית בנגב בשל אוריינות מחשב נמוכה, היעדר גישה לאינטרנט בקרב חלק מן האוכלוסייה, היעדר היכרות עם התהליכים הבריורקרטיים בעבודה מול רשויות ממשלה ולא אחת קושי בקריאה ובכתיבה בעברית (קמינסקי, 2018).

ביישובים הבדואיים בנגב מאוישים 5.75 תקנים של עובדים סוציאליים בתחום המוגבלות, מ-7.44 תקנים קיימים. **תרשים 15** מלמד כי שיעור תקני העובדים הסוציאליים המאוישים, בתחום המוגבלות, ברשויות הבדואיות בנגב (77.3%) נמוך בהרבה משיעור התקנים המאוישים ברשויות היהודיות (91.7%) וברשויות הערביות (91.5%) (נתוני משרד הרווחה, נובמבר 2020). גם מן הראיונות עלה כי ביישובים הבדואיים יש מחסור ניכר בעובדים מקצועיים, ובכלל זה בעובדים סוציאליים, וכי ככלל יש קושי של המחלקות לשירותים חברתיים להתמודד עם מכלול הצרכים של משפחות שיש בהן ילדים עם מוגבלות. כיוון שמרבית העובדים הסוציאליים הממונים על תחום המוגבלות מחלקים את זמנם בין טיפול בעניין זה לטיפול בנושאים אחרים, הם מתקשים להתמקצע בתחום

המוגבלות. יתר על כן, יש עליהם עומס רב והם שמים בראש סדר העדיפויות עניינים כגון מקרים של עוני קשה ואלימות. יש אפוא מקרים שבהם הטיפול בילדים עם מוגבלות נדחק בסדר העדיפויות. עובד סוציאלי עשוי לטפל בכ-200 משפחות, רובן מרובות ילדים, לחלקן יש ילדים עם מוגבלות, והעומס אינו מאפשר לו להקדיש לכל משפחה וילד את תשומת הלב הנדרשת. לא כל המשפחות שפותחות תיק במחלקות לשירותים חברתיים מקבלות מידע על זכויותיהן, לא תמיד העובד הסוציאלי מצליח להתעניין בכל משפחה (בביקורים או בטלפונים) וחלק מהמשפחות מקבלות סיוע מועט או שאינן מקבלות סיוע כלל. צוין גם כי רבים מן העובדים הסוציאליים באוכלוסייה הבדואית למדו ברשות הפלסטינית או בירדן וחלקם אינם מדברים עברית. בכך יש כדי להקשות על התקשורת שלהם עם גורמים מחוץ לאוכלוסייה הבדואית. כמה מן ההורים ציינו כי ההתייחסות אליהם מצד בעלי התפקידים במחלקות היא כאל מי שעושים עימם חסד ולא כאל תושבים בעלי זכויות. עוד ציינו כי לעיתים בעלי התפקידים במחלקות מעלים לראש סדר העדיפויות טיפול בקרובי משפחה ומקורבים, ולכן לא נוח לתושבים שאינם מקורבים לפנות אליהם. בראיונות עלו דוגמאות לטיפול לוקה בחסר של המחלקות לשירותים חברתיים, למשל: הורים שנאמר להם כי הם לא יכולים לקבל סיוע כיוון שהם עובדים או כיוון שהם זכאים לקצבת ילד נכה ולקצבת הבטחת הכנסה; ילד עם מש"ה שהועבר לבית ספר אחר, מבלי ליידע בכך את הוריו; והורים לילד מונשם שזקוק לטיפול סביב השעון שקיבלו מימון לסייעת רק לשעה ביום.

תרשים 15: שיעור התקנים המאוישים של עובדים סוציאליים בתחום המוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020

המרוויינים ציינו גם כי העברת המידע בין הגורמים – משרד הבריאות, משרד החינוך ומשרד הרווחה – באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים, לוקה בחסר. למשל במקרים רבים מידע על ילדים שבטיפות החלב או במכונים להתפתחות הילד אובחן כי הם עם מוגבלות אינו עובר למחלקות לשירותים חברתיים. באופן זה המחלקות יודעות על מצבו של הילד רק אם המשפחה פותחת תיק במחלקת הרווחה ברשות המקומית, בדרך כלל כאשר מתעורר הצורך לשלב את הילד במסגרת של חינוך מיוחד. כך קורה שבחלק מתיקי המשפחות לא מופיעים נתונים מעודכנים על אודות ילדים שאובחנה אצלם מוגבלות. דוגמה נוספת היא של ילד שהופנה למחלקה לשירותים חברתיים מן המכון להתפתחות הילד לצורך שילוב במעון יום שיקומי, לא אותר עבורו מעון מתאים אך המחלקה לא עדכנה בכך את המכון, והילד לא זומן לטיפולים במשך שנה.

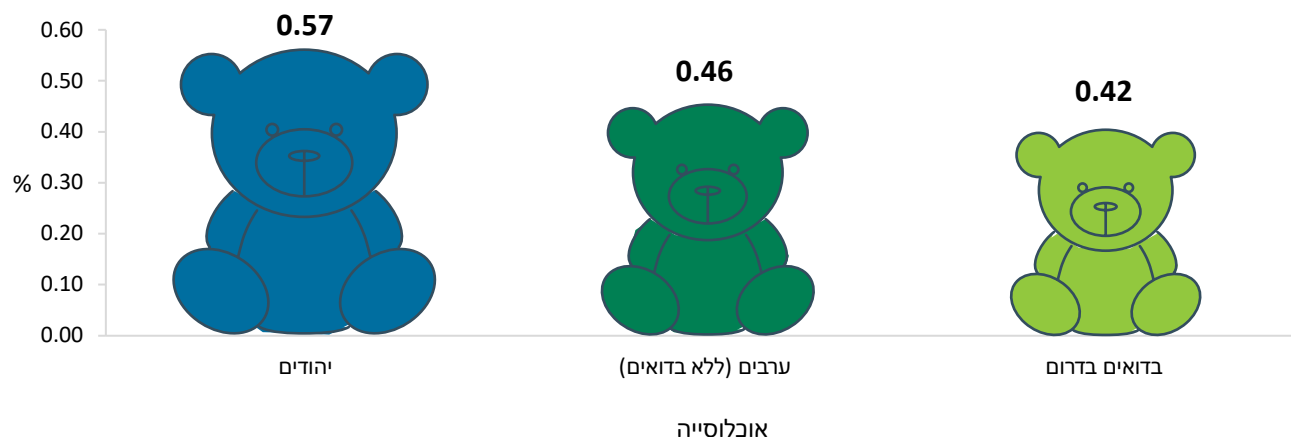
מן הראיונות עלה שמשפחות בדואיות רבות שיש להן ילד עם מוגבלות כלל אינן פותחות תיק במחלקות לשירותים חברתיים. הגורמים לכך הם חשש מן התיוג השלילי הנלווה למוגבלות, חשש שייוודע שהן נזקקות לסיוע וחוסר אמון שעובדי המחלקות יסייעו להם. יש הורים שמעדיפים לפנות לגורמים מן האוכלוסייה היהודית (למשל לעובד סוציאלי של המוסד לחינוך מיוחד ביישוב יהודי שבו הילד לומד, לרופא או למטפל יהודי) לצורך קבלת סיוע מאשר לגורמים במחלקה לשירותים חברתיים, כיוון שהם בוטחים בגורמים מן האוכלוסייה היהודית שישמרו על סודיות הפרטים ויטפלו בהם במקצועיות, ללא שיקולים של קרבה משפחתית או קשרים. חסם נוסף מבחינת תושבי המועצות האזוריות נווה מדבר ואל קסום הוא שמשרדי המועצות האזוריות נמצאים בבאר שבע, ואינם נגישים לתושבים.

5.2.2 מעונות יום שיקומיים

משרד הרווחה מפעיל, בשיתוף משרד הבריאות ובאמצעות ספקי שירות, מעונות יום שיקומיים המיועדים לפעוטות עם מוגבלות (חוק מעונות יום שיקומיים, תש"ס-2000). מעון יום שיקומי מספק לפעוטות עם מוגבלות (בגיל חצי שנה עד שלוש שנים) את צורכיהם הפיזיים ואת צורכי החינוך שלהם. פעוטות שזכאים לקצבת ילד נכה או שיש להם מש"ה או שעומדים בקריטריונים שהוגדרו בחוק מופנים למעון היום השיקומי על ידי מכון מוכר להתפתחות הילד. המעון מתנהל בדומה למעון יום רגיל אך בתוספת של טיפולים פְּרָה-רפואיים (למשל ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה וטיפול בדיבור) וליווי של עובד סוציאלי, לפי צורך. פעוטות עם צרכים רפואיים זכאים לקבל תוספת של שעות סייעת או אחות. קופת החולים שבה הפעוט מבוטח מממנת את הטיפולים הפְּרָה-רפואיים, והם מהווים תחליף לטיפולים הניתנים במסגרת קופת החולים. הפעוטות מוסעים למעונות במימון משרד הרווחה ונמצאים בהם בין השעות 7:30 ו-15:30. השהות במעון מסובסדת על ידי המשרד, אך ההורים משתתפים בעלות לפי מבחן הכנסה לנפש (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת2; משרד הבריאות, 2021א).

תרשים 16 מציג את שיעור הילדים בגיל לידה עד שלוש שנים המטופלים במעונות יום שיקומיים, מכלל הפעוטות בגילים אלו, לפי אוכלוסייה. שיעור הפעוטות עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב המטופלים במעונות יום שיקומיים הוא 0.42%, והוא נמוך משיעור הפעוטות המטופלים במעונות אלו באוכלוסייה היהודית (0.57%) ובאוכלוסייה הערבית (0.46%).

תרשים 16: שיעור הפעוטות המטופלים במעונות יום שיקומיים מכלל הפעוטות בגילים לידה עד 3, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הפעוטות באוכלוסייה (מגיל לידה ועד שלוש שנים) בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר, 2018).

באוגוסט 2020 טופלו 124 ילדים באוכלוסייה הבדואית בנגב במעונות יום שיקומיים, 90 מהם ביישובים הבדואיים. פירוט מעונות היום שבהם מטופלים ילדים מן האוכלוסייה הבדואית, לפי סוגי המוגבלות והיקף הילדים המטופלים בהם, מופיע ב**לוח 1, נספח ד**. ביישובים הבדואיים פעילים שלושה מעונות יום שיקומיים. שניים מן המעונות הם ברהט, ובהם שתי כיתות עבור ילדים עם אוטיזם; הכיתות האחרות הן רב-נכותיות. מעון נוסף נמצא בשגב שלום, והוא כולל ארבע כיתות רב-נכותיות. בראיונות שנערכו בחודש יוני 2021 עלה כי עתיד להיפתח עוד מעון יום שיקומי בקריה בתל שבע. גם במועצה האזורית אל קסום מסתיימת בנייתו של מעון יום שיקומי. נוסף על כך, ילדים מן היישובים הבדואיים מטופלים בשישה מעונות יום שיקומיים שנמצאים מחוץ ליישובים הבדואיים.

מן הראיונות שבוצעו במסגרת מחקר זה וממחקר קודם (קמינסקי, 2018) עולה כי יש מחסור של ממש הן במספר מעונות היום השיקומיים שיכולים למלא את צורכי האוכלוסייה הן במענים בתוך המעונות הקיימים. לפי דברי המרואיינים הסיבה היא שכדי להפעיל מעון יום שיקומי הרשות המקומית נדרשת להשלים את המימון מן הממשלה בגובה של 25% מעלות ההפעלה (matching). מרבית הרשויות אינן מסוגלות לעמוד בתשלום זה ולכן אינן מפעילות מעון יום שיקומי. גם ברשויות שיש בהן מעון קורה שהרשות אינה מצליחה לממן את חלקה בתקציב, ובמקרים אלו החברות שמפעילות את מעונות היום מסתפקות במימון חלקי והשירות שניתן לילדים נפגע (למשל במספר העובדים או בהיקף השעות). כמו כן צוין בראיונות כי בשל המחסור במעונות יום שיקומיים המעונות הקיימים קולטים ילדים עם מגוון סוגים של מוגבלות, וברובם אינם מתמחים בסוגי מוגבלות שמצריכים מענה ייחודי, כגון אוטיזם, מוגבלות פיזית או לקות שמיעה. עוד ציינו אנשי המקצוע את המחסור בכוח אדם במעונות היום השיקומיים, ובעיקר בגננות וסייעות בעלות הכשרה מתאימה. צוין גם המחסור בעובדים במקצועות הבריאות, ובעיקר בקלינאי תקשורת דוברי ערבית. חלק מן הילדים עם מוגבלות משולבים במעונות יום רגילים, ובהם אין כוח אדם מקצועי שהוכשר בתחום המוגבלות.

לחלק מן הילדים הזקוקים לשירותים של מעון יום שיקומי אין כיום פתרון. יש לכך כמה סיבות מרכזיות: מחסור במעונות יום שיקומיים; פיזור גאוגרפי לא מספק של כיתות מעון קיימות: הפיזור הנוכחי מחייב חלק מן הפעוטות לנסוע מרחקים גדולים יחסית וחלק מן ההורים אינם מוכנים לכך; תפיסה מקובלת באוכלוסייה הבדואית היא שעל פעוטות לשהות בבית עם אימם; לא תמיד ברורה להורים החשיבות של טיפול ושיקום בגיל הרך; וחסרה הבנה כי מעון יום שיקומי הוא לא רק גן ילדים, אלא מספק תוכנית התערבות טיפולית שיש בה פוטנציאל של ממש לקידום הילדים. בהמשך לכך עלה בראיונות כי פעמים רבות פעוטות משובצים במעון יום שיקומי רק בגיל מאוחר יחסית, שנתיים ויותר, בשל היעדר מודעות לחשיבות האבחון המוקדם או בשל התמשכות תהליך האבחון עקב תורים ארוכים.

פעוטות הזכאים למעון יום שיקומי אשר הוריהם מעדיפים שישתלבו במעון רגיל זכאים לקבל עד ארבע שעות סייעת ביום. שתי הסיבות המרכזיות לשילוב במעון יום רגיל הן סיבות חינוכיות, למשל רצון לשלב את הפעוט עם המוגבלות בחברה ללא מוגבלות כבר מגיל צעיר, וסיבות טכניות, למשל מגורים במרחק רב ממעון יום שיקומי והעדפת מסגרת הקרובה לבית. פעוטות עם עיכוב התפתחות קל, אשר אינם זכאים למעון יום שיקומי או לסייעת, יכולים להשתלב בתוכנית 'מסיכון לסיכוי' שמשרד הרווחה מפעיל כחלק מ-360 – התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (מוניקנדס גבעון, 2019). תוכנית זו מסייעת לקבוצת ילדים בסיכון להשתלב במעון יום רגיל. היא מספקת הן את השירותים הפְּרָה-רפואיים של קופות החולים במסגרת המעון הן מערך תומך למשפחות (משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד החינוך, 2021). ביישובים הבדואיים בנגב פועלת תוכנית זו רק בעיר רהט. פעוטות עם מוגבלות אשר אינם משולבים במעון יום שיקומי או בתוכנית 'מסיכון לסיכוי' זכאים לטיפולים פְּרָה-רפואיים במכון להתפתחות הילד או ביחידות התפתחות.

5.2.3 מרכזים למשפחה

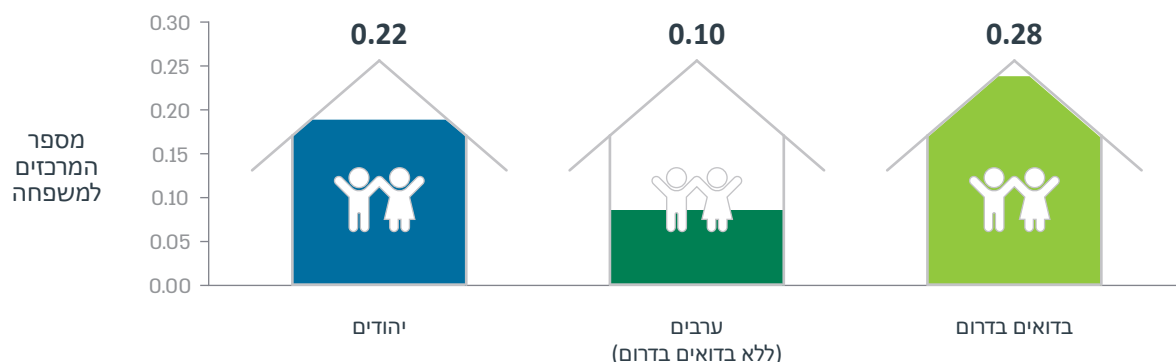
מרכז למשפחה הוא מסגרת מטעם משרד הרווחה, הנותנת מענה רחב למשפחות המתמודדות עם גידול של ילד עם מוגבלות. המקום מרכז את כל המידע הרלוונטי עבור משפחות לילדים עם מוגבלות, מתווך בין המשפחה לנותני השירותים ומעניק סיוע רגשי להתמודדות עם גידול ילד מיוחד. המרכז מציע פעילויות כגון הקמת קבוצת תמיכה של הורים ופעילויות הפוגה למשפחה. כמו כן המרכז מפתח ומפעיל תוכניות ושירותים משלימים לאלו הניתנים לילדים עם מוגבלויות במחלקות לשירותים חברתיים באזור המגורים (משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת³; לרשימת המרכזים למשפחה הפועלים ביישובים הבדואיים בנגב ר' **נספח ה, לוח ה1**).

תרשים 17 מציג את מספר המרכזים למשפחה לכל עשרת אלפים ילדים, לפי אוכלוסייה (נתוני משרד הרווחה, נובמבר 2020). אפשר לראות ששיעור המרכזים למספר הילדים באוכלוסייה הבדואית בנגב (0.28 לעשרת אלפים ילדים) גבוה כמעט פי שלושה מן השיעור באוכלוסייה הערבית (0.10) וגבוה אף מן השיעור באוכלוסייה היהודית (0.22). ביישובים הבדואיים בנגב יש ארבעה מרכזים למשפחה: ברהט, בלקיה, בחורה ובשגב שלום. מן הראיונות עם אנשי המקצוע עלה שכל מרכז למשפחה מספק שירותים רק לתושבי המועצה המקומית שבה הוא נמצא.

עוד צוינה בראיונות עם אנשי המקצוע תרומתם של מרכזי המשפחה להגברת המודעות בקהילה בנוגע למוגבלויות; לתמיכה במשפחות שיש להן ילד עם מוגבלות; ולהעצמת המשפחות כך שיפעלו למען קידום מטרותיהן. גם מן הראיונות עם הורים

שהשתתפו בפעילויות של המרכזים צוינה לחיוב תרומתם של המרכזים לרווחת המשפחה. המרואיינים ציינו חסם מרכזי לצריכת שירותי המרכז: החשש מן התיג השלילי הנלווה למגבלות. חלק מן ההורים נרתעים מלהצטרף לפעילות בשל חשש זה, ואחרים מוכנים להשתתף בפעילות בתנאי שלא ייחשף מידע על המגבלות של ילדם. כמו כן צוינה נטייתם של הורים להיעדר מפעילויות של המרכז שנקבעו מראש, נטייה שחזרה ועלתה בנוגע למגוון שירותים. עוד צוין כי לפחות אחד מן המרכזים אינו נגיש לכיסא גלגלים.

תרשים 17: מרכזים למשפחה לכל עשרת אלפים ילדים, לפי אוכלוסייה



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד הרווחה, נובמבר 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים באוכלוסייה (מגיל לידה ועד 17 שנים) בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018)

5.3 360° - התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון

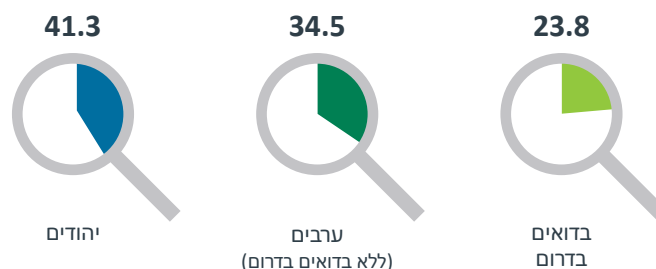
משרד הרווחה מוביל ומתכלל את 360° – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון (להלן: **התוכנית הלאומית**). שותפים לניהול התוכנית הלאומית משרדי החינוך, הבריאות, העלייה והקליטה וביטחון הפנים, וכן מרכז השלטון המקומי וג'וינט-אשלים. מטרת התוכנית הלאומית היא צמצום מספר הילדים ובני הנוער החיים במצבים המסכנים אותם, במשפחתם ובסביבתם, באמצעות חיזוק והרחבה של שירותי הקהילה המיועדים להם. התוכנית הלאומית מיועדת להפחית מצבי סיכון בשבעה תחומים שהוגדרו באמנה הבין-לאומית לזכויות הילד, ובהם גם מצבים העשויים להעיד על מגבלות, למשל התפתחות פיזית או קוגניטיבית לא תקינה ובעיות רגשיות (מוניקדם-גבעון, 2019; משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת4). אכן, ילדים עם מגבלות נתונים בסיכון גבוה להתעללות ולהזנחה לעומת ילדים ללא מגבלות (ברלב וקרן-אברהם, 2017).

התוכנית הלאומית מתמקדת ברשויות, שכונות ויישובים מוחלשים. בכל יישוב בוצע מיפוי של הילדים ובני הנוער בסיכון, של המענים והשירותים שהם מקבלים ושל צורכיהם שאינם מתמלאים, על פי מאגרי מידע של היישוב ושל משרדי הממשלה. לאחר מכן תוכננו בכל יישוב תוכניות ספציפיות, בכלל אלה תוכניות לילדים עם מגבלות (מוניקדם-גבעון, 2019; משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת4).

במסגרת התוכנית הלאומית נאסף מידע מגוון מן המשפחות המשתתפות בה, בין השאר מידע הנוגע למוגבלות. עם זאת אנשי מקצוע מן התוכנית הלאומית שרואיינו מעריכים כי נתוני הנוגעים לאוכלוסייה הבדואית בנגב מספקים הערכת-חסר של היקף המוגבלויות ואינם מדויקים בפילוח סוגי המוגבלויות, משום שהמידע נאסף על ידי אנשי צוות במגוון תפקידים, חלקם מדריכים שלא רכשו הכשרה מתאימה לזיהוי מוגבלות.

על פי נתוני התוכנית הלאומית (דצמבר 2020), בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב אותרו 19,850 ילדים בסיכון, מהם 4,730 (23.8%) הם ילדים עם מוגבלות, בכלל זה מוגבלות מאובחנת ומוגבלות שאינה מאובחנת. שיעור זה נמוך מאוד מן השיעורים בקרב שאר האוכלוסייה הערבית בארץ (34.3%) ובקרב האוכלוסייה היהודית (41.3%) (**תרשים 18**).

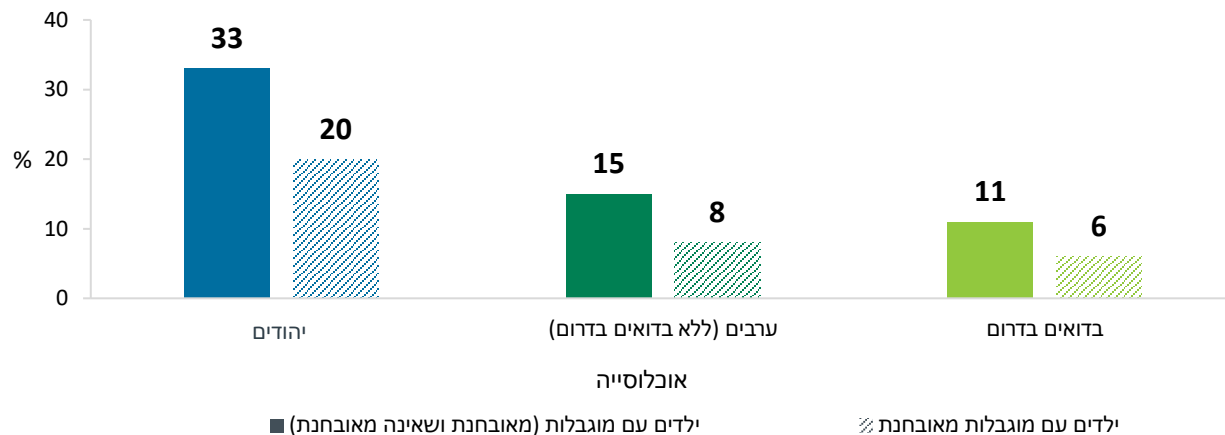
תרשים 18: שיעור הילדים עם מוגבלות מקרב הילדים בסיכון שאותרו בתוכנית הלאומית, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: נתוני מיכוי שנאספו בשנים 2008 עד 2016 (נתוני התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון, דצמבר 2020).

4,394 ילדים בדואים מן הנגב מקבלים מענים כלשהם במסגרת התוכנית הלאומית, 11% מהם עם מוגבלות (483 ילדים), רק 6% עם מוגבלות מאובחנת (281 ילדים). כפי שניתן לראות ב**תרשים 19**, שיעורים אלו נמוכים במידה ניכרת מן השיעורים בקרב האוכלוסייה הערבית (15%-8% בהתאמה) ובקרב האוכלוסייה היהודית (33%-20% בהתאמה). אפשר להניח שהשיעור הנמוך של ילדים עם מוגבלות שאיתרה התוכנית הלאומית באוכלוסייה הבדואית נובע הן מחוסר מקצועיות בזיהוי מקרים של מוגבלות, כמוסבר לעיל, הן מגורמים נוספים שפורטו בסעיפים קודמים: מודעות נמוכה לאבחון מוגבלות, חשש מתיוג שלילי, מיעוט אנשי מקצוע מאבחנים ואיתור לוקה בחסר על ידי מערכת החינוך. כמו כן ייתכן כי בקרב הילדים הבדואים יש שיעור גבוה יותר של ילדים בסיכון בשל גורמים אחרים, כך שחלקם היחסי של הילדים עם מוגבלות מקרב הילדים בסיכון קטן יותר.

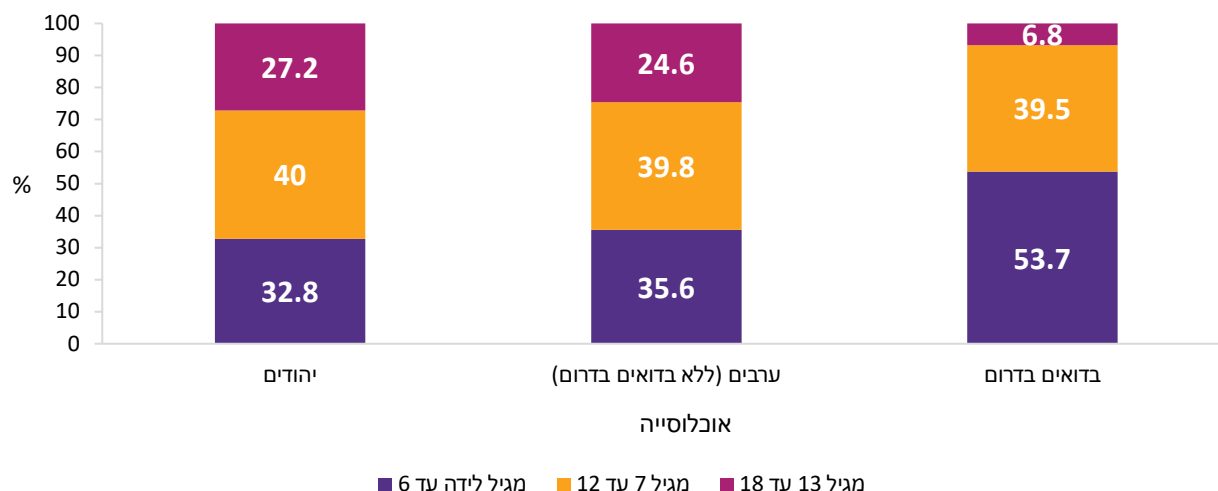
תרשים 19: שיעור הילדים עם מוגבלות (מאובחנת ושאינה מאובחנת) מקרב הילדים שמקבלים מענים בתוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מן התוכנית הלאומית, נתוני שנות הלימודים תשע"ט-תש"פ (3/2019–8/2020) הערה: הקטגוריות 'מוגבלות מאובחנת' ו'מוגבלות שאינה מאובחנת' אינן מוציאות זו את זו. כלומר ישנם ילדים שלהם הן מוגבלות מאובחנת הן מוגבלות שאינה מאובחנת.

תרשים 20 מציג את התפלגות הגילים של ילדים עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים, לפי אוכלוסייה. יותר ממחצית (53.7%) מן הילדים הבדואים עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים במסגרת התוכנית הלאומית הם ילדים צעירים עד גיל 6, זאת לעומת שיעורים נמוכים יותר בקרב האוכלוסייה הערבית (35.6%) והאוכלוסייה היהודית (32.8%). לעומת זאת רק 6.8% מן הילדים הבדואים עם מוגבלות המקבלים מענים הם בני 12 עד 17, ואילו השיעורים בקרב האוכלוסייה הערבית (24.6%) והאוכלוסייה היהודית (27.2%) גבוהים בהרבה. מגמה זו של מענים רבים יותר לילדים צעירים עלתה גם בנתונים קודמים שהוצגו בדוח זה (לדוגמה ר' סעיף 5.1). יש לכך כמה הסברים: ראשית, שיעור הילדים בגיל הרך (גילי לידה עד 5) מקרב כלל הילדים (גילי לידה עד 17) באוכלוסייה הבדואית (38.6%) גבוה מן השיעורים באוכלוסייה הערבית (33.1%) ובאוכלוסייה היהודית (37.6%) (עיבוד של מכון ברוקדייל לנתוני הלמ"ס, 2018). שנית, לדברי המרואיינים פעילותה של התוכנית הלאומית מתמקדת בייחוד בגיל הרך ומגמה זו בולטת אף יותר בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב. נוסף על כך, דיווחן של רשויות מקומיות בדואיות אחדות על בני נוער בתוכנית לוקה בחסר.

תרשים 20: התפלגות גילים של הילדים בסיכון עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: נתוני התוכנית הלאומית, נובמבר 2020
הערה: חושב מכלל הילדים שמקבלים מענה בתוכנית (נתוני התוכנית הלאומית, נובמבר 2020).

תרשים 52 בנספח ז מציג את שיעורי הילדים עם מוגבלויות מאובחנות המקבלים מענים בתוכנית הלאומית, מכלל הילדים בכל אחת מן האוכלוסיות. שיעורן של כמה מוגבלויות נמוך בהרבה בקרב הילדים מן האוכלוסייה הבדואית לעומת השיעור בקרב הילדים מהאוכלוסיות הערבית והיהודית. ילדים עם הפרעת קשב וריכוז המקבלים מענים בתוכנית מהווים רק 0.01% מכלל הילדים הבדואים, לעומת שיעור של 0.16% בקרב הילדים היהודים ו-0.09% בקרב הילדים הערבים. גם ילדים עם לקות למידה ועם עיכוב התפתחות שהתוכנית נותנת להם מענה מהווים אחוז קטן יותר בקרב הילדים הבדואים מאשר באוכלוסיות האחרות. כמו כן שיעור הילדים עם אוטיזם המקבלים מענים נמוך בקרב הילדים הבדואים והערבים לעומת היהודים. נראה כי סיבה אחת היא מודעות נמוכה לסוגי המוגבלות הללו, שכן קל יחסית להתעלם מהן או להסתירן בשל היותן בלתי נראות; סיבה נוספת, כאמור, היא מיעוט אנשי מקצוע מאבחנים. עם זאת מש"ה שכיחה יותר מן המוגבלויות האחרות בקרב הילדים הבדואים, גם כן בדומה לעולה מנתונים קודמים שהוצגו. מוגבלות פיזית שכיחה יותר בקרב הילדים הבדואים והערבים לעומת הילדים היהודים. מראיונות עם אנשי המקצוע עלה שפעילות התוכנית הלאומית ביישובים הבדואיים בנגב מהווה נתח ניכר מן הפעילות המכוונת ביישובים אלו לילדים ולבני נוער בסיכון; ביישובים יהודיים לעומת זאת, יש פעילות רבה נוספת לילדים ובני נוער בסיכון, ואילו פעילות התוכנית היא תוספתית. במועד בקשת המידע (נובמבר 2020) לא היו ברשות התוכנית הלאומית נתונים על התפלגות סוגי המענים הניתנים לאוכלוסייה.

5.4 המוסד לביטוח לאומי

5.4.1 קצבת ילד נכה

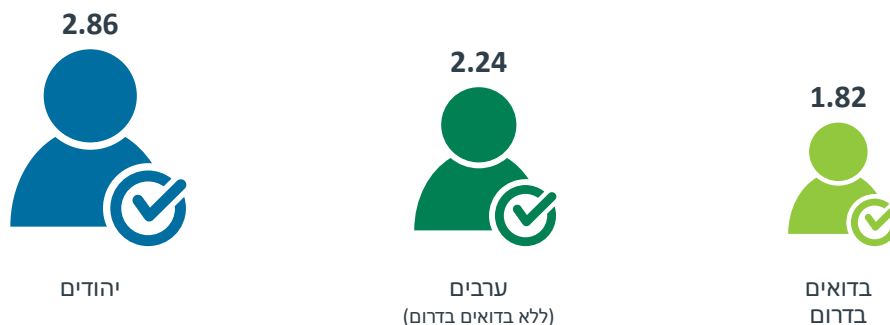
חוק הביטוח הלאומי ([נוסח משולב], התשנ"ה-1995) מכיר בעומס הטיפול הכבד הכרוך בגידולו של ילד עם מוגבלות קשה ומשתתף בהוצאות הכספיות שיש למשכחה במסגרתה המצומצמת ובקהילה, כדי להקל עליה את גידולו של הילד. המוסד לביטוח לאומי משלם קצבה בעבור ילדים עם מוגבלות בגילים שבין 91 ימים⁴ ובין 18 שנים ו-3 חודשים, לפי הלקות שיש לילד ולמידת תלותו בזולת (המוסד לביטוח לאומי, 2021).

על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, 2,570 ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב היו זכאים לקצבת ילד נכה (נתוני המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 2020). **בתרשים 21** אפשר לראות כי ילדים אלו היוו 1.82% מכלל הילדים מגיל לידה ועד גיל 18 באוכלוסייה הבדואית. שיעור זה נמוך משיעור מקבלי קצבת ילד נכה בקרב הילדים היהודים (2.86%) ובקרב הילדים הערבים (2.24%). נתונים אלו עולים בקנה אחד עם נתונים קודמים שהוצגו לעיל, המעידים על שיעור איתור נמוך יחסית של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הערבית, ובאוכלוסייה הבדואית בפרט. הגורמים המרכזיים לכך הם כאמור מודעות נמוכה לחשיבות של איתור המוגבלות והטיפול בה ולזכויות המוקנות לילד עם מוגבלות, חשש מתיוג שלילי, מחסור באנשי מקצוע מאבחנים וכשלי מערכת החינוך באבחון. מראיונות עם אנשי מקצוע עלה כי המודעות למיצוי הזכות לקצבת ילד נכה גברה מאוד בשנים האחרונות, גם בקרב תושבי הכפרים הלא מוכרים, שהנגישות שלהם למידע נמוכה. מן הראיונות עלה כי באוכלוסייה הבדואית פועלים עורכי דין ובעלי עניין המתמחים בתחום זה ויש בקרבם מי שמנצלים את מצוקתם של ההורים וגוברים מהם סכומים מופרזים בעבור השירותים. ההורים יכולים להיעזר בצוותי מחלקות הרווחה ברשויות המקומיות ללא תשלום, אך לא תמיד הם מודעים לכך, וכפי שצוין לעיל, פעמים רבות אין להם ארון בצוותים אלו.

מן הראיונות עלה כי חלק מן ההורים אינם מנתבים את הקצבה לטובת מענים שדרושים לילד עם המוגבלות. תופעה זו רווחת גם בקרב אוכלוסיות נוספות במצב כלכלי קשה, והיא נובעת הן מהיעדר מודעות עד כמה חשוב הטיפול (למשל טיפולים פְּרָה-רפואיים ועזרים מסוימים) להתפתחותו המיטבית של הילד, הן ממצבן הכלכלי הקשה של חלק מן המשפחות. מצב זה מוביל אותן לשימוש בקצבה לצורכי כלל המשפחה.

⁴ אצל ילדים עם ליקוי שמיעה, תסמונת דאון ובמקרים מסוימים אצל ילדים המקבלים טיפול ממושך בבית חולים, הזכאות לקצבה מתחילה כבר מיום הלידה.

תרשים 21: שיעור מקבלי קצבת ילד נכה, לפי אוכלוסייה (באחוזים)

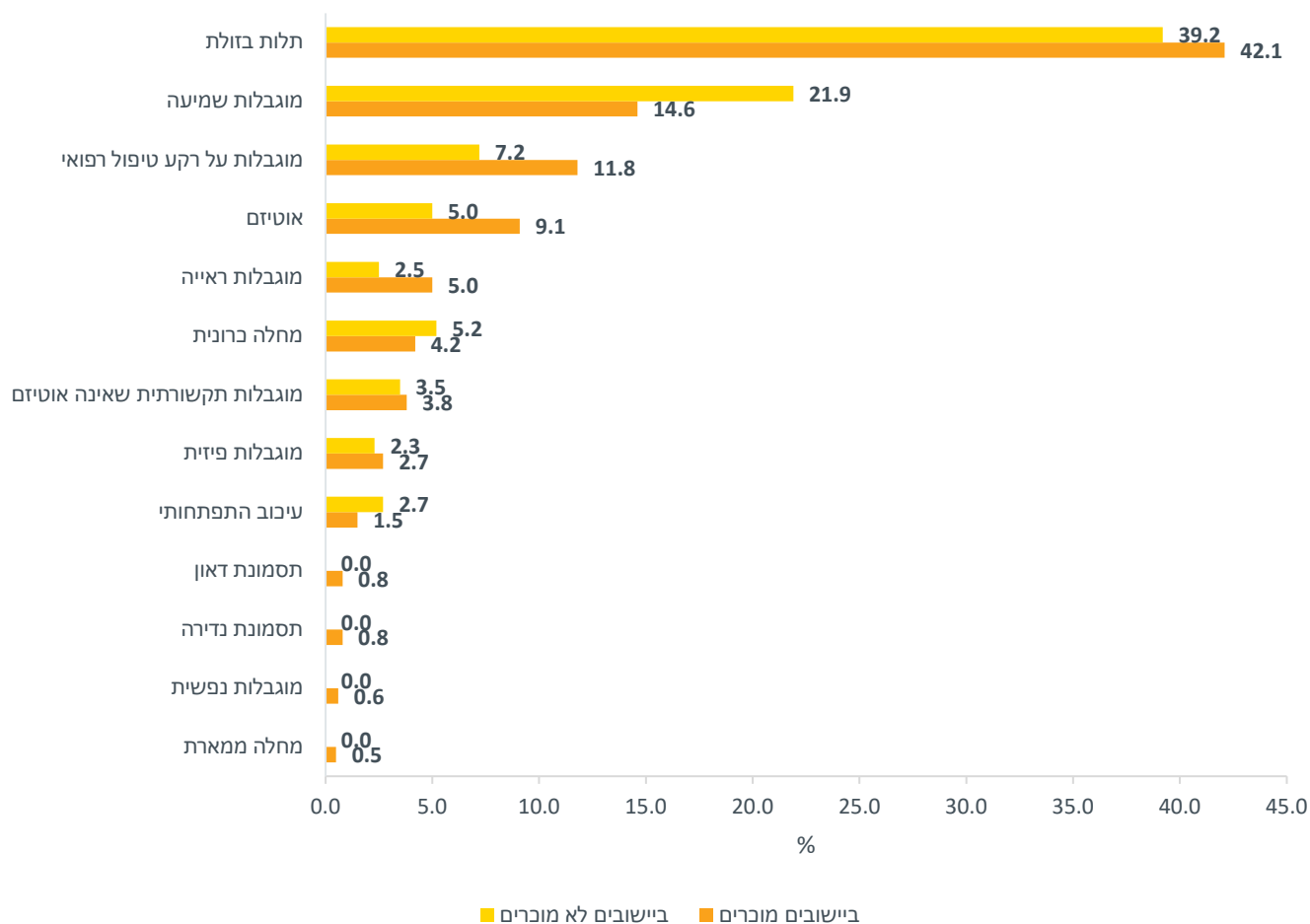


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מן המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 2020
הערה: השיעור חושב מכלל הילדים (מגיל לידה ועד 17 שנים) בכל אחת מן האוכלוסיות (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 26 בנספח ז מציג את שיעור עילות הזכאות לקבלת קצבת ילד נכה בקרב הבדואים בנגב ובקרב שאר האוכלוסייה (הנתונים התקבלו ללא חלוקה לערבים ויהודים). מן העילות לזכאות, שכיחות האטיזם בקרב הילדים הבדואים (0.15%) נמוכה בהרבה משכיחותה בקרב שאר הילדים (0.93%). נתון זה דומה לעולה מנתוני משרד החינוך ומשרד הרווחה ומצביע ככל הנראה על תת-איתור של ילדים עם אטיזם. גם שכיחותן של העילות 'תלות בזולת', 'מוגבלות על רקע טיפול רפואי', 'מחלה כרונית', 'מוגבלות תקשורת שאינה אוטיזם', 'תסמונת נדירה' ו'מוגבלות נפשית' נמוכה לעומת שכיחותן בשאר האוכלוסייה, והיא מצביעה ככל הנראה על תת-איתור של מוגבלויות אלו באוכלוסייה הבדואית. העילות ששכיחותן בקרב הילדים הבדואים בנגב גבוהה יחסית לשכיחותן בשאר האוכלוסייה הן מוגבלות שמיעה, מוגבלות ראייה ועיכוב התפתחות.

יש הבדלים בהתפלגות העילות לקצבת ילד נכה בין תושבי היישובים המוכרים לתושבי היישובים הלא מוכרים (**תרשים 22**). ייתכן כי הסיבה לכך היא מודעות שונה, למשל מודעות גבוהה יותר לאבחון אוטיזם ביישובים המוכרים בשל נגישות רבה יותר למידע; וייתכן כי הסיבה היא גנטית, למשל שכיחות גבוהה יותר של מוגבלות שמיעה בקרב שבטים מסוימים המתגוררים ביישובים הלא מוכרים. אכן מן הראיונות עלה כי רשויות מקומיות/שבטים שונים נבדלים ביניהם בשכיחות סוגים של מוגבלות.

תרשים 22: התפלגות מקבלי קצבת ילד נכה, לפי עילת הזכאות, בחלוקה ליישובים מוכרים ולא מוכרים (באחוזים)

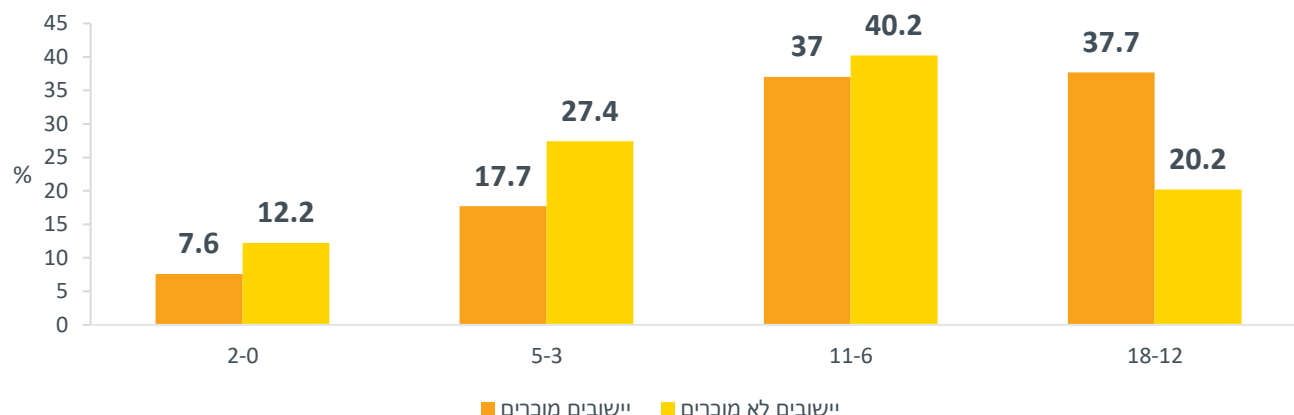


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מן המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 2020

אין הבדלים של ממש בין התפלגות הגילים של מקבלי קצבת ילד נכה בקרב הבדואים בנגב ובין ההתפלגות בקרב שאר מקבלי הקצבה בארץ. עם זאת נמצאו הבדלים ניכרים בין היישובים הבדואיים המוכרים ובין היישובים הלא מוכרים (**תרשים 23**). שיעור מקבלי קצבה עד גיל 6 מכלל מקבלי הקצבה ביישובים הלא מוכרים עומד על 39.6%, ואילו ביישובים המוכרים הוא עומד על 25.3% בלבד. לעומת זאת שיעור מקבלי הקצבה מעל גיל 12 עומד בקרב תושבי היישובים הלא מוכרים על 20.2%, ואילו ביישובים המוכרים הוא עומד על 37.7%. יש לציין כי ביישובים הלא מוכרים יש שיעור גבוה יותר של ילדים צעירים בהשוואה לשיעורם

ביישובים המוכרים (למ"ס, 2021), אולם ייתכן כי פערים אלו מעידים על עלייה במודעות לזכאות לקצבה בקרב תושבי היישובים הלא מוכרים (כפי שדווח בראיונות), המובילה לעלייה בשיעור הגשת הבקשות לקצבה כבר בגיל צעיר.

תרשים 23: התפלגות מקבלי קצבת ילד נכה, לפי קבוצת גיל, בחלוקה לפי יישובים: מוכרים ולא מוכרים (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מן המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 2020

5.5 שירותי בריאות

בפרק זה יוצגו שירותי הבריאות המרכזיים הניתנים לילדים עם מוגבלות בכלל, וילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בנגב בפרט. צוות המחקר פנה למשרד הבריאות בבקשה לקבל נתונים על השירותים הניתנים מטעם המשרד לילדים עם מוגבלות. נציגי המשרד הפנו את החוקרים אל קופות החולים. לפיכך יוצגו להלן נתוני 'שירותי בריאות כללית' (מחוז דרום); כ-86% מן המבוטחים ביישובים הלא מוכרים מבוטחים במסגרתה, ובחלק מן היישובים הבדואיים המוכרים שיעור זה אף גבוה מ-90% (דמרי וכהן, 2020). 'לאומית שירותי בריאות', קופת החולים הקטנה בישראל, היא הקופה השנייה בגודלה ביישובים הבדואיים בנגב, והיא מבטחת כ-8% מן האוכלוסייה (קוך דבדוביץ', 2020).

5.5.1 טיפות חלב (תחנות לבריאות המשפחה)

טיפות חלב היא תחנה המספקת שירותי בריאות ורפואה בתחום קידום הבריאות ומניעה – לנשים הרות, תינוקות וילדים (גיל לידה עד 6) ולמשפחותיהם. בטיפות החלב מתחיל בדרך כלל תהליך האיתור של עיכובי התפתחות ושל מוגבלות בילדים בגיל הרך. ילדים שבמבחני הסינון של התחנות מזהים שהם בסיכון לעיכוב התפתחות מופנים למכונים להתפתחות הילד – הגורם המקצועי האמון על אבחון התפתחות של פעוטות וילדים ועל מתן המלצה בנוגע לסל הטיפולים והשירותים שהילד זקוק לו (משרד הבריאות, 2021ב; קוך דבדוביץ', 2020).

ביישובים הבדואיים בנגב פועלות 25 תחנות טיפת חלב. תחנה נוספת פועלת בבאר שבע ומספקת אף היא שירות לאוכלוסייה הבדואית. רשימת תחנות אלו מופיעה **בלוח 11, בנספח ו**. תחנות טיפת חלב ביישובים הבדואיים בנגב מופעלות על ידי משרד הבריאות, מלבד שתי תחנות ביישוב חורה; אחת מהן מופעלת על ידי 'שירותי בריאות כללית' והשנייה על ידי קופת חולים 'לאומית'. תושבי היישובים הלא מוכרים באים לקבל שירות בתחנות הנמצאות ביישובים הסמוכים למקום מגוריהם. את תחנות טיפת חלב מנהלות אחיות בריאות הציבור של המחוז; רופאי הילדים נמצאים בתחנות פעם או פעמיים בשבוע.

נכון לאוקטובר 2020, בתחנות טיפת חלב ביישובים הבדואיים בנגב טופלו 7,747 תינוקות (קוך דבידוביץ', 2020). ישנם תינוקות נוספים מאוכלוסייה זו המטופלים בטיפות חלב ביישובים אחרים. לדברי אנשי מקצוע שראיינו במחקר זה, שיתוף הפעולה של האוכלוסייה הבדואית בנגב עם תחנות טיפת חלב גבוה ורוב התושבים מגיעים בקביעות לתחנות. עם זאת עלה מן הראיונות כי יש מחסור רב באחיות טיפת חלב. גם אצל קוך דבידוביץ' (2020) עלה המחסור הקשה באחיות וברופאים בכל תחנות טיפת החלב בנגב. גורם מרכזי שמקשה על איוש תקני כוח האדם הוא הפער הניכר ברמת ההשתכרות הבסיסית בין אחות בריאות הציבור (אחיות טיפות חלב ואחיות בית ספר) לאחיות הקהילה (קופות החולים) ואחיות בתי החולים.

האחיות מגיעות אל האוכלוסייה ביישובים הלא מוכרים ברחבי הנגב באמצעות נידת חיסונים. השירות הניתן כיום חלקי בלבד, ובמשרד שואפים להפעיל טיפת חלב נידת שתאפשר טיפול מיטבי שיגיע אל כל תושבי הפזורה. מן הראיונות עלה כי יש יתרון לטיפות חלב שהן חלק מיחידת התפתחות, שכן בזכות שיוך זה מתאפשר רצף טיפול טוב יותר.

5.5.2 מערך התפתחות הילד

חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע כי על המדינה לספק טיפולים פְּרָה-רפואיים (שירותי התפתחות הילד) לילדים הזקוקים להם בשל בעיות התפתחות ובעיות רפואיות. הילדים זכאים לקבל את הטיפולים מקופת החולים שהם מבוטחים בה, על פי אבחון הצוות המקצועי. הטיפולים הפְּרָה-רפואיים הנכללים בסל הם פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי ופסיכו-סוציאלי ועבודה סוציאלית. לילדים המקבלים טיפולים פְּרָה-רפואיים במסגרות החינוך המיוחד עשויה להיות זכאות גם לטיפולים מכוח סל הבריאות. במקרים שבהם ההמתנה לשירותי אבחון וטיפול עולה על הזמן שנקבע בכללי משרד הבריאות, קופות החולים עשויות לתת החזר עבור רכישה פרטית של השירות (כל זכות, 2021).

מערך התפתחות הילד מורכב משלושה רבדים עיקריים: מכונים ויחידות להתפתחות הילד, יחידות קהילתיות להתפתחות הילד (ספקים בהסכם) ומערך של עובדי מקצועות בריאות פרטיים:

מכונים להתפתחות הילד

המכונים להתפתחות הילד עוסקים באבחון ובטיפול בילדים שיש להם בעיות התפתחות קשות ומורכבות. צוות המכונים כולל כוח אדם מקצועי בכל תחומי התפתחות הילד, ובכלל זה יועצים בתחומי הרפואה הרלוונטיים, כגון גנטיקאים, אורתופדים ורופאי עיניים. בבאר שבע יש שלושה מכונים להתפתחות הילד, והם משרתים גם את האוכלוסייה הבדואית בנגב: מכון של משרד הבריאות, מכון של 'מכבי שירותי בריאות' ומכון של 'שירותי בריאות כללית' במרכז הרפואי 'סורוקה'. בשל העובדה שרוב האוכלוסייה הבדואית בנגב מבוטחת ב'שירותי בריאות כללית', המכון במרכז הרפואי 'סורוקה' משרת את רוב הילדים מן היישובים הבדואיים בנגב.

המופנים לאבחון התפתחות (משרד הבריאות, 2021ב). נוסף על כך, המחלקה לפסיכיאטריה של ילדים ונוער במרכז הרפואי 'סורוקה' עוסקת באיתור ילדים עם בעיות רגשיות ונפשיות ועם אוטיזם, בכלל זה ילדים מן האוכלוסייה הבדואית, וכן היא מספקת טיפול אמבולטורי. במרכז לבריאות הנפש בבאר שבע פועלת מחלקת נוער המספקת שירותי אבחון וטיפול (כולל אשפוז) לבני נוער בגילים 12–18 (המרכז לבריאות הנפש, באר שבע, א"ת). בבאר שבע פועל גם 'מכון אלראזי', מכון שמספק שירותי אבחון והערכה למבוגרים וילדים עם מוגבלות (מש"ה, אוטיזם, מוגבלויות פיזיות), בכלל זה מן האוכלוסייה הבדואית. המרכז כפוף לפיקוח של משרד הרווחה (אלראזי, אבחון טיפול ושיקום, א"ת2).

יחידות קהילתיות להתפתחות הילד

כדי להנגיש את הטיפולים לילדים עם ליקויי התפתחות ולמנוע את הצורך בנסיעה לצורכי טיפול אל מחוץ ליישוב, משרד הבריאות מאפשר לרשויות המקומיות ולעמותות להקים יחידות התפתחות. יחידת ההתפתחות היא יחידה רב-מקצועית העוסקת באבחון, באיתור ובעיקר בטיפול בילדים עם מגוון הפרעות התפתחות. היחידות מספקות טיפולי התפתחות לילדים מבטחי כל קופות החולים, עם איחור התפתחות מכל סוג, מגיל לידה עד גיל 9. זכאים לשירותים אלו גם ילדים עם הפרעה על רצף האוטיזם או עם הפרעת התפתחות סומטית⁵ עד גיל 18. שירותי רפואה משלימה מאפשרים להרחיב את הזכאות לטיפולים פְּרָה-רפואיים (למשל גם מעבר לגיל 9, לילדים עם מוגבלות שאינה סומטית) אך על פי אנשי המקצוע שרואיינו במחקר, שיעור המבטחים מן האוכלוסייה הבדואית שיש להם ביטוח משלים נמוך מאוד בשל העלויות שכרוכות בביטוח כזה. בעבר הייתה המשפחה מחויבת לבטח בביטוח משלים את כל בני המשפחה, אבל 'שירותי בריאות כללית' הגמישה את הכללים והיא מאפשרת לבטח בן משפחה יחיד אם יש בכך צורך. התוכנית הלאומית מממנת חלק מפעילות היחידות. מרבית היחידות מופעלות על ידי עמותות ציבוריות, בעזרת הרשות המקומית. קופות החולים ורשת המתנ"סים מפעילות גם הן יחידות (משרד הבריאות, המחלקה להתפתחות הילד ושיקום, 2021).

עיקר שירותי התפתחות הילד ניתנים לאוכלוסייה הבדואית בנגב על ידי יחידות ההתפתחות ('שירותי בריאות כללית', תקשורת בין-אישית, 21 בספטמבר 2020). ביישובים הבדואיים פועלות ארבע יחידות קהילתיות להתפתחות הילד, המשמשות ספקיות של משרד הבריאות: ביישובים רהט, חורה, נווה מדבר ותל-שבע. לכל היחידות הללו יש הסכם עם 'שירותי בריאות כללית'. המרואיינים דיווחו (ספטמבר 2020) כי עתידה להיפתח יחידה נוספת ביישוב שבג שלום. מן הראיונות עלה כי יחידות אלו אינן נותנות מענה מספק לצורכי התושבים. אין בהן די כוח אדם מקצועי, במיוחד קלינאיות תקשורת, ותורי ההמתנה לטיפולים ארוכים בדרך כלל ועשויים לארוך כמה חודשים. המרואיינים ציינו בבירור צורך בהקמת יחידות התפתחות נוספות ביישובים הבדואיים.

מטפלים פרטיים

קופת החולים רשאית להפנות ילדים עם הפרעה בתחום אחד בלבד אל מטפלים פרטיים. אחת התוצאות היא שאנשי מקצוע פרטיים מטפלים בדרך כלל במקרים הקלים יותר וכן בילדים הגדולים (לרוב מעל גיל 9). המטפלים הפרטיים מחויבים לעבוד שנתיים לפחות ביחידה או במכון התפתחות מוכר טרם קבלת ההרשאה ממשרד הבריאות לטיפול פרטי בילדים, וכן להשתלם בתחום (משרד הבריאות, 2021ג).

⁵ נכות התפתחותית סומטית היא נכות הנגרמת ממחלה או מתהליך שפוגעים במערכת העצבים המרכזית וההיקפית או במערכת שרירי השלד (כל זכות, 2021ז).

על פי הראיונות יש כמה חסמים מרכזיים שמקשים על האוכלוסייה הבדואית בנגב לצרוך את שירותי מערך התפתחות הילד:

- יש **מחסור של ממש באנשי מקצוע מתחומי התפתחות הילד במחוז הדרום**. המחסור חמור במיוחד בפסיכולוגים התפתחותיים ובקלינאי תקשורת דוברי ערבית (מקצועות שבהם הכרחי לקיים את הטיפול בשפת הילד) וכן ברופאים ניירו-התפתחותיים ובמרפאים בעיסוק. עניין זה עלה גם בדוחות קודמים בעשור האחרון (אלקרינאוי וסלונים נבו, 2009; מבקר המדינה, 2017; קמינסקי, 2018; קוך דבידוביץ', 2020). המחסור החריף במטפלים דוברי ערבית נובע מכמה סיבות, ובהן קושי באוכלוסייה הבדואית להתקבל לתוכניות הלימוד בתחומים אלו, מחסור בתוכניות הכשרה לסטודנטים בדואים במקצועות פְּרָה-רפואיים ומחסור במקומות להכשרה מעשית בתחומים אלו. לא אחת מגיעים מטפלים מן האוכלוסייה הערבית בצפון הארץ לעבוד בנגב, חלקם בוגרי תוכניות לימודים ברשות הפלסטינית או בירדן; ואולם, לדברי אנשי המקצוע, רמת הלימודים בתוכניות האלה נמוכה מרמת הלימודים בארץ, ובין השאר היא אינה מאפשרת התנסות מעשית איכותית. חלק מן המטפלים משתתפים בקורס התאמה בשנת עבודתם הראשונה בארץ, ובכך משתפרת במידה מסוימת רמתם המקצועית. אם הם משתלבים במסגרת שמספקת הכשרה איכותית, כגון קופות החולים, הם רוכשים ידע וניסיון טובים, אך אם הם משתלבים ישירות ביחידות התפתחות ביישובים הבדואיים, לעיתים קרובות ההכשרה שלהם לוקה בחסר. מטפלים מן הצפון נוטים לעבוד בנגב כמה שנים כדי לצבור ניסיון, ולאחר מכן הם חוזרים לביתם שבצפון, ובכך נפגעים רצף הטיפול וצבירת הידע של הצוותים המקצועיים בנגב. נוסף על כך, יש מחסור חמור גם במטפלים רגשיים במקצועות האומנות (כגון פסיכודרמה או ביבוליותרפיה) בדרום הארץ בכלל, וביישובים הבדואיים בפרט. נראה שישנו מחסור תרבותי באוכלוסייה הערבית בפני טיפול במקצועות האומנות, מפני שהם נחשבים למקצועות טיפול בילדים עם מוגבלות נפשית. המחסור גורם למחסור בסטודנטים המעוניינים ללמוד תחום זה ולרתיעה של ההורים מטיפולים אלו.
- המחסור באנשי מקצוע בתחומי הבריאות מוביל **לתורי המתנה ארוכים לטיפולים**, למשל תורים לטיפולים פְּרָה-רפואיים במכונים להתפתחות הילד, האורכים לעיתים חצי שנה ואף שנה. בנסיבות אלו הילדים אינם מקבלים את מספר הטיפולים הנחוץ להם ואינם מקבלים אותם בזמן המתאים להתפתחות מיטבית.
- בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב יש תופעה רחבה של **אי-התייבבות** (ללא הודעה מראש) **למפגשים עם אנשי המקצוע** שנקבעו לילדים וכן של איחורים. להערכת המרואיינים הסיבה היא הן קשיי נגישות (מרחק והיעדר תחבורה טובה) הן **חוסר מודעות** לחשיבות הרבה של הטיפולים לבריאותם ולהתפתחותם של הילדים.
- בהמשך לנקודה האחרונה, במקרים של כמה היעדרויות מטיפולים נוטה צוות המכון, שמתמודד עם עומס רב, לסגור את התיק של הילד ולשלוח על כך הודעה לרופא המטפל. לטענת אנשי הצוות במכון, במקרים אלו **אין המשך מעקב** מצד הרופאים המטפלים כדי לוודא שהילד יגיע לבדיקה אצלם, והטיפול בילד נזנח.
- **נגישותם של מבוססים בקופות החולים 'מאוחדת' ו'לאומית' נמוכה במיוחד**, שכן לקופות אלו אין מכונים להתפתחות הילד בנגב והם עובדים עם רופאים המספקים שירותי התפתחות הילד באזורים אחרים. מחסור זה רלוונטי לכ-10% מתושבי היישובים הבדואיים בנגב.

5.5.3 בדיקות סקר גנטיות

אחד הגורמים המרכזיים לשכיחות הגבוהה של מוגבלות בקרב ילדים באוכלוסייה הבדואית הוא שכיחות של מומים מולדים ומחלות תורשתיות, בעיקר על רקע המנהג של נישואי קרובים ונישואים בתוך השבט. משרד הבריאות מפעיל תוכנית סקר לשם איתור זוגות בסיכון גבוה לילד עם מחלה גנטית חמורה בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב, במטרה לצמצם מקרים של מוגבלות על רקע גנטי. השירות ניתן במסגרת מרפאות קופות החולים (משרד הבריאות, המחלקה לגנטיקה קהילתית, 2014). מדברי אנשי המקצוע עלה שההיענות לבדיקות אלו באוכלוסייה הבדואית גוברת עם הזמן, אך דרושים מאמצים כדי להגבירה עוד וכן כדי להגיע לזוגות בסיכון בשלב מוקדם יותר, לפני ההיריון. חלק מן הזוגות שילדם סובל מבעיית התפתחות, ממחלה כרונית או ממום מולד, מוכנים אף הם למכונים גנטיים לצורך קביעת אבחנה ולצורך הערכה אם מדובר בבעיה תורשתית. הדבר נעשה במטרה להעריך את הסיכון להישנות התופעה בהריונות עתידיים ולבחון את האפשרויות לאבחון טרום-לידה. מן הראיונות עלה כי ההמתנה לתורים אלו ממושכת ועלולה לארוך יותר משנה.

5.6 'שירותי בריאות כללית'

תת-פרק זה מבוסס על נתוני 'שירותי בריאות כללית' (מחוז דרום). כאמור, כ-86% מן המבוטחים בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב ביישובים הלא מוכרים מבוטחים בקופה זו. בחלק מן היישובים הבדואיים המוכרים שיעור זה אף גבוה מ-90% (דמרי וכהן, 2020). 'לאומית שירותי בריאות', קופת החולים הקטנה בישראל, היא השנייה בגודלה ביישובים הבדואיים בנגב, והיא מבטחת כ-8% מן האוכלוסייה (קוך דבדוביץ', 2020). בשנת 2019 היו מבוטחים במחוז דרום של 'שירותי בריאות כללית' 106,344 ילדים (מגיל לידה ועד 17 שנים) מן האוכלוסייה הבדואית. 86% מהם התגוררו ביישובים מוכרים, ו-14% מהם ביישובים לא מוכרים. לא התקבלו נתונים על בדואים המתגוררים בערים יהודיות. כמעט כל האוכלוסייה הערבית במחוז דרום משתייכת לאוכלוסייה הבדואית, ולכן הנתונים מוצגים בחלק זה בהשוואה בין האוכלוסייה הבדואית לאוכלוסייה היהודית בלבד, ללא האוכלוסייה הערבית הכללית.

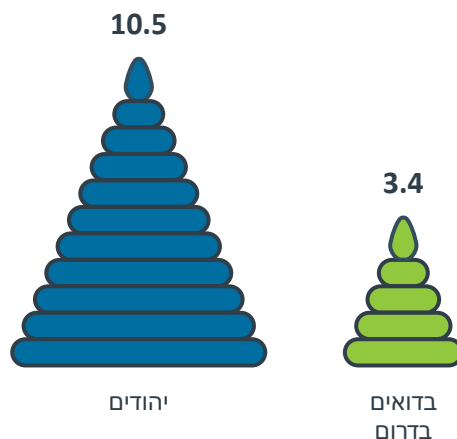
על פי המלצת משרד הבריאות, על ילד עם מוגבלות להימצא בטיפול של רופא ילדים מומחה. מדברי המרואיינים עלה כי בשנת 2019 החלה לפעול במסגרת 'שירותי בריאות כללית' תוכנית של רצף טיפול בין בית החולים לקהילה: מידע על ילדים שנולדים עם מחלות או סיבוכים שעלולים להתפתח למוגבלות עובר באמצעות אחות מתאמת בבית החולים לרופאים בקהילה, וכל ילד משויך לרופא ילדים. בחלק מן המקרים מעדיפים ההורים שהילד יטופל על ידי רופא משפחה שקרוב יותר לביתם. כאשר הרופא מפנה ילד לאבחון או לטיפול התפתחות, המידע על הילד עובר לוועדה להתפתחות הילד של הקופה המחוזית, הכוללת אנשי מקצוע מתחומי התפתחות הילד, והיא מחליטה אם יש צורך באבחון ובטיפול ומפנה את הילד למקום השירות המתאים, הן מבחינת צרכיו הן מבחינת הזמינות לתורים (כל זכות, 2021ח).

5.6.1 טיפולי התפתחות הילד

להלן יוצגו נתוני קופת החולים בנוגע להיקף טיפולי התפתחות הילד הניתנים לילדים במחוז דרום. נתוני קופות החולים אינם מאפשרים איתור של כלל הילדים עם מוגבלות (מלבד זיהוי של מצבים רפואיים ספציפיים), לפיכך יוצגו נתונים על כלל הילדים הבדואים מן הנגב המבוטחים בקופה. יש לציין שטיפול התפתחות הילד ניתנים לילדים עם מגוון בעיות התפתחות ובעיות רפואיות,

לעיתים זמניות, ולא רק לילדים עם מוגבלות קבועה. כפי שמלמד **תרשים 24** שיעור הילדים המטופלים בטיפולי התפתחות הילד במחוז דרום עומד על 3.4% מקרב הילדים הבדואים, והוא נמוך בהרבה מן השיעור בקרב האוכלוסייה היהודית (10.5%). בחלוקה בתוך האוכלוסייה הבדואית בנגב (**תרשים 25**) אפשר לראות ששיעור הילדים המטופלים מן היישובים המוכרים (3.4%) גבוה מן השיעור ביישובים הבלתי מוכרים (2.9%). בתשובת קופת החולים לבקשת הנתונים לצורך מחקר זה נמסר כי המודעות באוכלוסייה הבדואית לטיפולי התפתחות הילד נמוכה מאשר באוכלוסייה היהודית ואחוז הילדים המופנים לטיפול נמוך. עוד נמסר כי גם לאחר הפנייה לטיפולים, ההיענות נמוכה ולעיתים ילדים שהופנו אינם מגיעים למפגשים שנקבעו בעבורם. נציגי הקופה הסבירו את ההיענות הנמוכה בקשיי נגישות (מרחק, תחבורה, קשיים של נשים להגיע עצמאית ועוד) ובמודעות הנמוכה יחסית לחשיבותם של הטיפולים להתפתחות הילדים. מן הראיונות עלה שכל החסמים הללו באים לידי ביטוי ביתר שאת בקרב תושבי היישובים הלא מוכרים, ובכך יש כדי להסביר את הפער בין נתוני היישובים הלא מוכרים לנתוני היישובים המוכרים.

תרשים 24: שיעור הילדים המטופלים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' מחוז דרום, מכלל הילדים המבוססים, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מ'שירותי בריאות כללית', נובמבר 2020
הערה: ילדים מגיל לידה עד 17

תרשים 25: שיעור הילדים המטופלים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' מחוז דרום, מכלל המבוטחים ביישובים המוכרים והבלתי מוכרים (באחוזים)

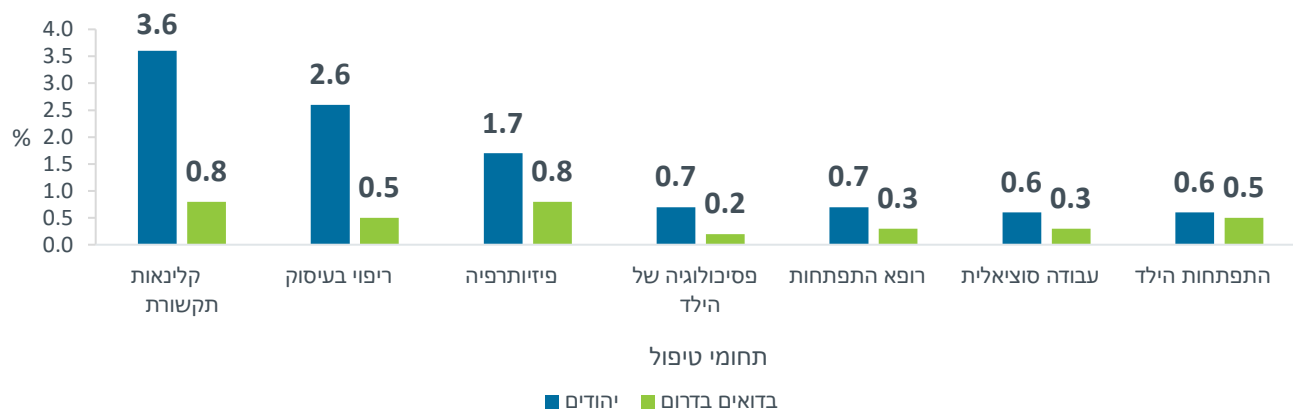


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מ'שירותי בריאות כללית', נובמבר 2020
הערה: ילדים מגיל לידה עד 17

תרשימים 26 ו-27 מציגים את שיעור המטופלים במגוון התחומים של התפתחות הילד, מכלל המבוטחים באוכלוסיית הבדואים בנגב ובאוכלוסיית היהודים. שיעור הילדים המטופלים מן האוכלוסייה הבדואית נמוך מן השיעור באוכלוסייה היהודית בכל קטגוריות הטיפול, אך הפערים בולטים במיוחד בתחומי הריפוי בדיבור (קלינאות תקשורת) והריפוי בעיסוק. בתחומים אלו יש מחסור במטפלים בשפה הערבית. גם בהשוואה בין שיעורי הטיפול ביישובים המוכרים ליישובים הלא מוכרים ניכר כי הפער הגדול ביותר הוא בקלינאות תקשורת. בתחום זה יש מצוקה חמורה במיוחד של כוח אדם.

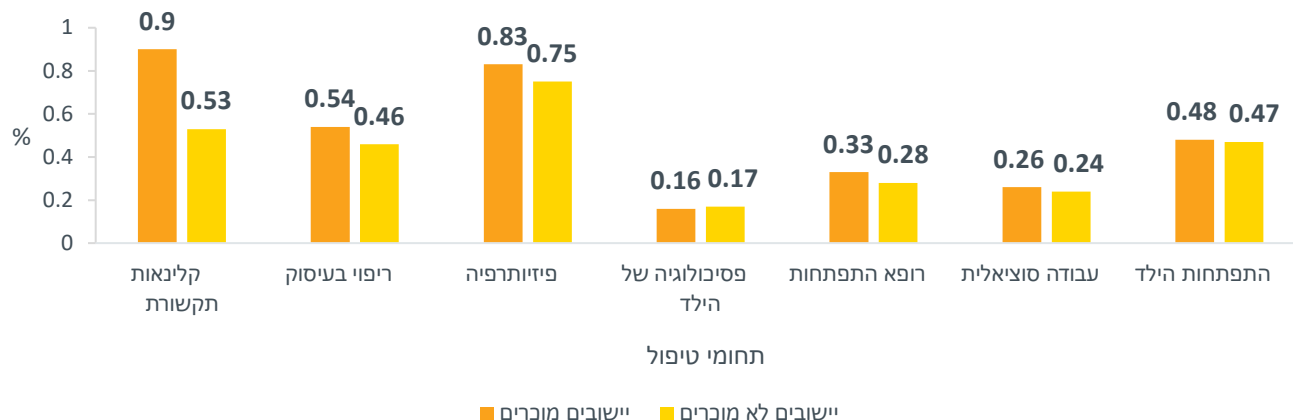
היו מראיינים שהעלו ביקורת על מקצועיות הצוות הרפואי המספק שירות לאוכלוסייה הבדואית בנגב. לטענת המראיינים, הדבר נובע מכך שמרבית האוכלוסייה מבוטחת ב'שירותי בריאות כללית' ואין לה תחרות ממשית, וכן מכך שהאוכלוסייה אינה נוטה להתלונן כאשר השירות אינו מיטבי.

תרשים 26: שיעור המטופלים בתחומי התפתחות הילד, מכלל המבוטחים במחוז דרום, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מ'שירותי בריאות כללית', נובמבר 2020

תרשים 27: שיעור המטופלים בתחומי התפתחות הילד, מכלל המבוטחים במחוז דרום: יישובים מוכרים לעומת יישובים לא מוכרים (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מ'שירותי בריאות כללית', נובמבר 2020

לוח 1 מציג את מספר המטופלים בעברית ובערבית בתחומים הפך-רפואיים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' (מחוז דרום): מ-63 מטופלים במחוז, רק 3 (4.8%) הם דוברי ערבית, אף ששיעור הילדים הבדואים מקרב הילדים המבוטחים במחוז דרום עומד על יותר מ-40%. בכל המחוז הדרומי של קופת החולים לא מועסק פסיכולוג או קלינאי תקשורת דובר ערבית, וגם בתחום הריפוי בעיסוק והפיזיותרפיה יש מחסור של ממש במטופלים דוברי ערבית.

לוח 1: שיעור המטופלים בעברית ובערבית בשירותי התפתחות הילד, 'שירותי בריאות כללית' במחוז דרום, על פי תחומי טיפול (במספרים ובאחוזים)

תחום	מספר מטופלים בשפה העברית	מספר מטופלים בשפה הערבית	אחוז המטופלים בשפה הערבית
פיזיותרפיה	10	2	16.6%
ריפוי בעיסוק	26	1	3.7%
פסיכולוגיה	4	0	0%
קלינאות תקשורת	20	0	0%
סך הכול	60	3	4.8%

הערות:

- (1) מחושב מכלל המטופלים בשירותי התפתחות הילד ב'שירותי בריאות כללית' במחוז דרום
- (2) נתונים אלו משקפים את מספר העובדים השכירים במחוז ואינם כוללים מטופלים במסגרות עצמאיות.

5.7 היבטים נוספים בצריכת השירותים

בפרק זה יוצגו נושאים שלא עלו בפרקים הקודמים וכן נושאים שהוזכרו בפרקים הקודמים וראוי להדגישם מכיוון שיש להם השפעה על צריכת השירותים בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב.

בנספח ח אפשר למצוא היבטים שעלו במסגרת המחקר ונוגעים למוגבלויות ספציפיות, ובהן אוטיזם, מוגבלות שכלית התפתחותית, לקות שמיעה/חירשות, לקות למידה והפרעת קשב וכן מוגבלות נפשית.

5.7.1 ארגוני המגזר השלישי בתחום החינוך הלא פורמלי

ביישובים הבדואיים בנגב יש מעט מאוד פעילויות חינוך לא פורמלי לילדים עם מוגבלות. יוצאות מכלל זה פעילויות לילדים עם מש"ה וילידים עם אוטיזם/PDD הזכאים ליום לימודים ארוך (כל זכות, 2021ט; כל זכות, 2021י).⁶ כמו כן לא פועלים מועדוניות שיקום ומרכזי נוער לילדים עם מוגבלות מטעם משרד הרווחה (כל זכות, 2021יא).⁷ מועדונית שיקום פועלת במכון להתפתחות הילד במרכז הרפואי 'סורוקה', אך בשל קשיי הנגישות, רק ילד אחד מן האוכלוסייה הבדואית משתתף בפעילותה. פעילויות פנאי (כדוגמת ספורט ומוזיקה) חסרות באוכלוסייה הבדואית בכללה. המחסור מכביד במיוחד אצל ילדים עם מוגבלות, מפני שהיכולת שלהם לשחק עם חברים בסביבת הבית מוגבלת יותר. מן הראיונות עלה כי חוגים לילדים עם מוגבלות מתקיימים בדרך כלל בסבסוד הרשות המקומית, ואולם מאחר שהרשויות הבדואיות בנגב מעוטות משאבים, תחום הפנאי, ובייחוד פעילויות פנאי לילדים עם מוגבלות, נוטה להידחק בסדר העדיפויות. קושי נוסף נובע מאי-תקצוב הסעות לפעילות לא פורמלית. כאמור, בארבעת המרכזים למשפחה בנגב יש פעילויות פנאי לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם – ובהן סדנאות חווייתיות, ימי כיף וטיולים – המתקיימות באמצעות עמותות. מן הראיונות עלה כי בעיר רהט מציינים בחודש פברואר מדי שנה בשנה חודש מודעות לזכויות אנשים עם מוגבלות, ביוזמת העירייה, המחלקה לשירותים חברתיים והמתנ"ס, ובו למשל צעדה, סדנאות או הקרנת סרטים בבתי הספר, במתנ"סים ובמועדונים. הפעילות משלבת ילדים עם ובלי מוגבלות, הורים, מורים ועובדים בעירייה.

קשה לאתר מידע מלא על העמותות הפועלות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב. עם זאת, בראיונות הוזכרו כמה עמותות שיש להן פעילויות פנאי לילדים עם מוגבלות מן היישובים הבדואיים. בכלל אלה למשל, תנועת הנוער 'כנפיים של קרמבו'. במסגרת תנועת נוער זו נערכת פעילות לילדים ובני נוער עם ובלי צרכים מיוחדים ביישובים רהט, תל שבע, ערעה וחורה (<https://www.krembo.org.il/>); עוד תנועה שהוזכרה היא עמותת 'בית הגלגלים'. היא מקיימת בבאר שבע פעילות אחר צוהריים ומפגשי סוף שבוע לילדים מגיל 9, לבני נוער ולבוגרים עם מוגבלות פיזית (<https://www.beitgalgalim.org.il/>).

⁶ ילדים עם מש"ה ברמה סיעודית או טיפולית או עם בעיות התנהגות קשות, הלומדים במסגרת של החינוך המיוחד, זכאים ליום שהות ארוך במימון משרד הרווחה. מסגרת זו כוללת מועדונית הפועלת בשעות אחר הצוהריים, עם סיום יום הלימודים של משרד החינוך, מן השעה 14:30 ועד השעה 19:00. ברוב המקרים השירותים ניתנים במתחם בית הספר והם כוללים פעילויות חינוך, שיקום וחברה ופעילויות (כל זכות, 2021ט). גם ילדים עם אוטיזם/PDD הלומדים בבתי ספר ייעודיים או בכיתות תקשורת ייעודיות בבתי ספר רגילים זכאים ליום לימודים ארוך (עד השעה 16:45) במימון משרד החינוך (כל זכות, 2021י).

⁷ מועדונית שיקום: מסגרת המיועדת לילדים בגילים 3-14 עם מוגבלות, הפועלת לאחר שעות הלימודים ומספקת פעילות חברתית ושיקומית. מרכז נוער: מסגרת המיועדת לבני נוער עם מוגבלות בגילים 15-21 הפועלת בשעות אחר הצוהריים ומספקת שירותי פנאי, חברה והכנה לחיים עצמאיים (כל זכות 2021יא).

5.7.2 חלוקת התפקידים במשפחה

מן הראיונות עלה כי במרבית המשפחות הבדואיות מן הנגב שיש בהן ילד עם מוגבלות, האם היא המטפלת העיקרית בו, בוודאי בגיל הרך. הנשים הבדואיות בנגב ברובן אינן עובדות מחוץ לבית, והן נושאות בנטל הטיפול בילדים, בכלל זה גם בטיפול בילד עם המוגבלות. עם זאת בשל מגבלות התרבות החלות על יציאה של נשים מחוץ לבית וליישוב ללא ליווי של גבר, האב משמש פעמים רבות "שר חוץ". הוא (או גבר אחר במשפחה, למשל דוד או סב) מסייע את הילד, או את הילד ואימו, למפגשים שנקבעו ולטיפולים. בדרך כלל רמת העברית של האבות טובה מזו של האימהות משום שהם עובדים מחוץ לבית בשיעור גבוה יותר מאשר הנשים, ולכן הם שמנהלים בדרך כלל את התקשורת עם גורמי הממסד. לא אחת הגברים הם שמקבלים את ההחלטות המרכזיות בנוגע לילד. עלה כי ככל שמתרחקים מן העיר אל היישובים הבלתי מוכרים התפיסה הרווחת היא מסורתית יותר ופערי המגדר הללו בחלוקת התפקידים בולטים יותר. בשל השכיחות של נישואים פוליגמיים (ריבוי נשים) באוכלוסייה הבדואית בנגב יש מקרים של נשים שהבעל שלהן נישא לאישה חדשה ועובר לגור עימה, והן מגדלות לבד את ילדיהן, ובהם ילד או ילדים עם מוגבלות. במקרים אלו הנטל על האישה גדול במיוחד. בראיונות עלה כי לסבים ולסבתות יש מעמד של כבוד במשפחות רבות, ולעיתים יש להם, או לקרובים אחרים במשפחה המורחבת, מעורבות רבה בטיפול בילד, ודעתם עשויה להיות מכריעה בקבלת ההחלטות הנוגעת לו.

5.7.3 הכנה לקראת המעבר לבגרות

מן הראיונות עלה מחסור במענים לילדים עם מוגבלות עם הגיעם לבגרות, כמפורט להלן:

- **תוכניות הכנה לקראת המעבר לבגרות** – בגיל 21 מערכת החינוך המיוחד מפסיקה לתת מענה לצעירים עם מוגבלות, והם נותרים ללא מסגרת. מן הראיונות עלה שבאוכלוסייה הבדואית בנגב ישנו היצע נמוך מאוד של מענים: הכנה לתעסוקה לבני נוער עם מוגבלות ותעסוקה לבוגרים. יש כמה תוכניות, כגון התוכנית "יוצרים עתיד" הפועלת באל סייד – משולבים בה כ-40 נערים ונערות עם חירשות/ליקוי שמיעה; תוכנית בבית הספר לילדים עם מש"ה בנווה מדבר; ותוכנית עבור ילדים עם נכויות פיזיות, הפועלת בתל שבע. בתחום התעסוקה לבוגרים עם מוגבלות פועלים בכסייפה ובלקיה מפעלים רב-נכוניים (מע"ש) מטעם ארגון 'מעונות סאלם'. כמו כן כמה אנשים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית עובדים במפעלים מוגנים בבאר שבע. יש גם פעילות מצומצמת של תעסוקה נתמכת באמצעות עמותת 'אלווין' – משתתפים בה בעיקר צעירים בני 18 עד 21. מן הראיונות עלה שגם פתרונות של דיור קהילתי לאנשים עם מוגבלות כמעט לא קיימים ביישובים הבדואיים בנגב וכי לאחרונה נעשה ניסיון ראשוני בתחום זה ברהט.
- **קביעת אפטרופוסות או חלופה לאפטרופוסות לבוגרים** – כאשר אדם מגיע לגיל 18 הוא הופך בעיני החוק לבוגר בעל אחריות משפטית. הוריו, שהיו עד כה 'האפטרופוסים הטבעיים' שלו, מנועים מלבצע במקומו כל פעולה או לקבל החלטות בעבורו. ישנם מקרים שילדים עם מוגבלות המגיעים לגיל 18 אינם מסוגלים לנהל בעצמם את ענייניהם ויש למנות להם אפטרופוס שיהיה בעל סמכות חוקית לדאוג לצורכיהם, לקבל החלטות בעבורם ולפעול למענם ובמקומם. במקרים מסוימים, בתור חלופה לאפטרופוס אפשר למנות 'תומך בקבלת החלטות'. חלופה זו מתאימה לאדם עם מוגבלות המתקשה בקבלת החלטות בענייניו או בהבנת מידע, אך אם הוא מקבל עזרה ותמיכה מתאימות הוא מסוגל להחליט. לרוב ימשיכו ההורים לשמש אפטרופוסים לילדיהם, אך יש צורך בהליך משפטי להסדרת העניין וישנה חשיבות להגשת הבקשה למינוי סמוך למועד הגעת הילד לגיל 18. ההליך

כרוך בבדיקה של גורמים מקצועיים, למשל עובדים סוציאליים, יועצים משפטיים ושופטים, שתפקידם לבחון את הבקשה ולהביע דעה מקצועית אם ההורים ראויים להמשיך בתפקיד. במקרים שההורים מחליטים, מסיבות שונות, כי אינם יכולים או מעוניינים לשמש אפוטרופוסים לילדם, אפוטרופוס חלופי ימונה לצעיר, מטעם גוף חיצוני (כל זכות, 2021; משרד הרווחה והביטחון החברתי, א"ת 5). מן הראיונות עלה כי בקרב הורים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית חסרה מודעות לצורך בקביעת אפוטרופוס לילדיהם. רבים אינם מטפלים בהליך זה וממשיכים לקבל החלטות עבור ילדיהם גם לאחר גיל 18, שלא כדין. החלופה של מינוי תומך בקבלת החלטות כלל אינה מוכרת באוכלוסייה הבדואית.

5.7.4 דגשים להתאמה תרבותית של המענים

מן הראיונות עלה כי חלק מן המענים הניתנים לילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית בנגב אינם מותאמים מבחינה תרבותית לאוכלוסייה המקומית. הדבר נובע מן העובדה שחלק גדול מבעלי התפקידים המתכננים את המענים לילדים עם מוגבלות, המפעילים אותם והמספקים שירות במסגרתם, הם יהודים או ערבים מצפון הארץ, המגיעים מחוץ לאוכלוסייה הבדואית. במקרים רבים הם אינם מכירים היטב את התרבות הבדואית, על הרגישויות שבה, ולכן המענה שהם מציעים אינו מותאם. להלן מפורטים כמה נושאים שעלו בראיונות, שיש בהם הבדלי תרבות בין האוכלוסייה הבדואית (לעיתים הערבית הכללית) ובין האוכלוסייה היהודית, והם רלוונטיים לתכנון והפעלה של מענים לילדים עם מוגבלות:

- חלק מן **האבחונים** אינם מותאמים לתרבות הבדואית. ילדים יהודים נמצאים בדרך כלל במסגרות חינוך מגיל ינקות, אך ילדים בדואים רבים משתלבים לראשונה במסגרות חינוך רק בגיל שלוש או מאוחר יותר. לכן בעוד ילד יהודי מצופה להכיר מגיל צעיר שלל נושאים, משום שנחשף להם במעון או בגן (כגון הבחנה בין צבעים), ילד בדואי עשוי שלא להכיר אותם, ואין בכך בהכרח כדי להעיד על עיכוב בהתפתחות.
- באוכלוסייה הבדואית יש פחות נכונות לקבל **סיוע נפשי/פסיכולוגי** ויש פחות פתיחות **לדבר על רגשות ולשתף בדילמות ובקשיים**. יתר על כן, ההתייחסות אל בנים היא כאל גברים צעירים, ומצופה מהם שלא להיות רגשניים.
- באוכלוסייה הבדואית **ההתייחסות אל נערות** לאחר קבלת המחזור היא כאל נשים צעירות. עקב כך, לאחר קבלת המחזור, בחלק מן המשפחות המסורתיות מפסיקים את לימודי הנערות בבית הספר וכן פעילויות נוספות מחוץ לבית.
- בשל התיוג השלילי של מוגבלות, בקרב הורים רבים לנערות עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית אין ציפייה כי ביום מן הימים הנערות יפתחו **חיי זוגיות** ויקימו משפחה. לפיכך הרצאות בנושא זוגיות לנערות עם מוגבלות עלולות לעורר התנגדות.
- ישנם **טיפולים מסוימים** שהאוכלוסייה הבדואית אינה נחשפת להם ולכן המודעות להם נמוכה, בהם למשל טיפול באמצעות בעלי חיים, טיפולים באומנויות וטיפולים במים.
- האוכלוסייה הבדואית היא בחלקה הגדול **מסורתית ופטריארכלית**. לנשים רבות לא מתאפשר להיות מי שיביאו את הילד לטיפול, והן נאלצות להסתמך על ליווי של הבעל או של גבר אחר במשפחה; כמו כן לא מקובל שנשים ינהגו; יש גם קושי שנשים יקבלו ביקורי בית של אנשי מקצוע, בוודאי גברים.
- באוכלוסייה הבדואית יש **נאמנות למשפחה המורחבת** ויש קושי לתת אמון בבעלי תפקידים מן האוכלוסייה הבדואית שהם

מחוץ למשפחה, למשל: קושי לקבל סייעת לטיפול בילד, שאינה מן המשפחה וקושי לפנות לבעלי תפקידים (למשל ברשות המקומית) אשר משתייכים למשפחה אחרת, בוודאי אם יש סכסוך בין המשפחות.

- האוכלוסייה נמצאת על **מנעד רחב שבין מסורתיות ובין פתיחות ומודרניות**. בדרך כלל ביישובים המוכרים הפתיחות של האוכלוסייה רבה מזו שבכפרים הלא מוכרים. הדבר ניכר בהיבטים רבים, ובהם חלוקת התפקידים המגדרית, השכלה, אוריינות מחשב, ידע על מוגבלות ומודעות לאבחון ולטיפול במוגבלות.

5.7.5 שימוש בשירותים פרטיים

מן הראיות עלה שהשימוש בשירותים פרטיים עבור ילדים עם מוגבלות מועט מאוד בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב. זאת משום שלמרבית האוכלוסייה אין יכולת כלכלית המאפשרת צריכת שירותים פרטיים ולעיתים חסרה גם מודעות לחשיבות צריכתם של השירותים הללו. גם במקרים שניתן החזר עבור שירותים שנצרכו באופן פרטי, ישנן משפחות שאינן יכולות לעמוד מבחינה כלכלית בהמתנה להחזר. עוד עלה שהמודעות לשימוש בשירותים פרטיים עלתה בשנים האחרונות, אך יש שונות בין הכפרים הלא מוכרים, שבהם המצב הכלכלי קשה יותר והמודעות לעניין נמוכה יותר, ובין היישובים המוכרים. כמו כן בקרב הורים מבוגרים המודעות נוטה להיות נמוכה מאשר בקרב הורים צעירים. נמצא שעיקר הצריכה של שירותים פרטיים היא עבור אבחונים, שכן פעמים רבות התור לאבחון דרך המערכת הציבורית אורך חודשים רבים, ואילו האבחון נדרש מוקדם יותר לצורך מיצוי זכויות המוקנות לילד עם מוגבלות מוכרת, כגון רישום למסגרות חינוך מיוחד. כמו כן לעיתים משתמשים בשירותים פרטיים מן הסיבות האלה: אכזבה מן הטיפול על ידי גורמים ציבוריים; שמירה על פרטיות, אם ההורים חוששים מתיוג בשל המוגבלות ומעדיפים להימנע מרישום המוגבלות ברשויות. הצורך בשירותים פרטיים כמעט שאינו עולה אם הילד נמצא במוסד חינוך שמספק לו את הטיפול הראוי; הוא נדרש יותר אם הטיפול במוסד החינוך אינו מיטבי, לעיתים בשל מחסור בעובדים מקצועיים מתאימים. חלק מן ההורים לוקחים את ילדיהם לטיפולים בשטחי הרשות הפלסטינית או בירדן. ברשות פועלים כמה אנשי מקצוע מוכרים, בעיקר רופאים, וכן מטפלים בשיטות מסורתיות (דרוישים), למשל קריאת פסוקים מן הקוראן.

5.8 גורמי חוזק

מן הראיות עלו כמה גורמי חוזק של האוכלוסייה הבדואית בנגב, אשר מסייעים לקדם סוגיות הנוגעות לילדים עם מוגבלות:

1. **דת** – באוכלוסייה הערבית המוסלמית יש לדת תפקיד חשוב, ולפיכך גם בחיי רבים באוכלוסייה הבדואית בנגב. האמונה הדתית מסייעת לרבים מן ההורים ובני משפחותיהם של ילדים עם מוגבלות לקבל את המוגבלות בהשלמה ומחזקת אותם. התפיסה הרווחת היא שהמנהיגים הדתיים הם דמויות סמכות; בראיות עלו עדויות שכמה מהם התגייסו למען העניין, ובדרשות יום שישי במסגדים העבירו מסרים המעודדים קבלת אנשים עם מוגבלות.
2. **המשפחה המורחבת** – החמולה היא היחידה המשפחתית המרכזית באוכלוסייה הבדואית, וקשרי הדם בה חזקים מכל מחויבות אחרת. במרבית המקרים המשפחה המורחבת מקבלת בהשלמה את הילד עם המוגבלות ומהווה משאב תמיכה של ממש לו ולהוריו. הילד מוקף בילדים נוספים, אחים ובני דודים, ואינו סובל מבדידות; קרובי משפחה מסייעים בכל מיני דרכים,

למשל בהסעות של האם למפגשי טיפול, בשמירה על הילד ובטיפול בו. בכמה ראיונות עלה כי הסייעת הקבועה של הילד עם המוגבלות היא קרובת משפחה וכי להורים היה קושי לבטוח בסייעת שאינה חלק מן המשפחה. המבנה המשפחתי המורחב שכיח יותר ביישובים הלא מוכרים ובמועצות האזוריות אך הוא מתקיים גם בקרב חלק מן המשפחות במועצות המקומיות וברהט.

3. **מתנדבים מן האוכלוסייה המקומית** – בראיונות עלו דוגמאות לפעילות של מתנדבים מן האוכלוסייה הבדואית למען ילדים עם מוגבלות. לדוגמה, עמותת 'בית הגלגלים' מסתמכת על פעילותם של מתנדבים קבועים; סטודנטים מעמותת 'אג'יק' הנחו פעילויות בגני ילדים של החינוך המיוחד; בתקופת מגפת הקורונה התנדבו צוותי רווחה וחינוך לחלוקת ציוד למשפחות של ילדים עם מוגבלות.

4. **הדור הצעיר** – מדברי המראיינים עלה שהדור הצעיר של ההורים משכיל יותר, חשוף יותר לאינטרנט ולרשתות החברתיות ומביא איתו פתיחות ומודעות רבה יותר לנושא המוגבלות.

5.9 שירותים לילדים עם מוגבלות בתקופת מגפת הקורונה

הראיונות במסגרת המחקר נעשו בין יולי לדצמבר 2020, בעיצומה של מגפת הקורונה, ולכן תיאור הדברים המובא להלן מעודכן לתקופה זו.

עם תחילתה של מגפת הקורונה והסגר הראשון במארס 2020 נסגרו כל השירותים לילדים עם מוגבלות ביישובים הבדואיים בנגב, מלבד השירותים הרפואיים הדחופים, בדומה להתנהלות בשאר היישובים בארץ. בחלק ממוסדות החינוך, המכונים יחידות ההתפתחות המשיך הצוות לקיים קשר טלפוני עם ההורים. רק כחודשיים מתחילת המשבר, לאחר חודש הרמדאן שחל בין סוף אפריל לסוף מאי 2020, החלה חזרה חלקית לפעילות בכמה מן השירותים, אם באמצעות הפעלת מוקדי חירום ואם באמצעות עבודה מקוונת. מסגרות החינוך המיוחד ומעני הטיפול לילדים עם מוגבלות הוחרגו ונפתחו לפעילות פנים אל פנים, אך המעונות, הגנים ובתי הספר הרגילים, ובכלל זה הפעילות עבור ילדים עם צרכים מיוחדים, לא נפתחו, כמו שהיה בכל הארץ. תהליך קבלת ילדים חדשים למוסדות הלימוד הופסק בתקופה זו ונדחה בכמה חודשים, בשל העובדה שוועדות הזכאות והאפיון נדחו. מסגרות יום לימודים ארוך מטעם משרד הרווחה לא חזרו לפעילות, אך בחלק מן המקרים הן הוחלפו בחונכות בבתי. יחידות ההתפתחות אף הן לא חזרו לפעילות עד אמצע-סוף מאי. חלק מן הפעוטות עם בעיית בריאות שלא אפשרה להם לשוב למעון (מחשש להידבקות בנגיף) קיבלו שירות של מטפלת בבית, באמצעות משרד הבריאות – חלופה למעון. הורים לפעוטות המשתתפים בתוכנית 'מסיכון לסיכון', במעונות היום הרגילים, קיבלו אפשרות להמיר תוכנית זו בשירות אחר מטעם המשרד. תחנות טיפת חלב הפסיקו בתקופת המשבר לערוך בדיקות התפתחות, שהיו גם קודם לכן לוקות בחסר בשל מחסור בכוח אדם. התחנות עברו להתמקד בחיסונים בלבד, ונושא האיתור המוקדם נזנח.

מן הראיונות עלה כי החודשים שבהם לא הייתה כל פעילות היו מאתגרים מאוד לילדים עם מוגבלות ולבני משפחותיהם. היציאה משגרה, הסגירות בבתי, עודף הפנאי והלחץ הנפשי הקשו במיוחד על הילדים עם מוגבלות. גם מצבם הבריאותי נפגע בשל חוסר הנגישות לטיפולים הפך-רפואיים, נוסף על פגיעה בלימודים ובקשרים החברתיים בשל הריחוק ממוסדות הלימוד. אנשי המקצוע שרואיינו דיווחו על עלייה בכניות של ילדים לטיפולים רגשיים ונפשיים בשל חרדות ובשל קשיי חזרה למוסדות, לאחר ההפסקה

הממושכת, בעיקר בקרב ילדים עם מש"ה, אוטיזם וכן הפרעות רגשיות ונפשיות. ההורים התמודדו עם קשיים רבים בשל הצורך לטפל בילדים עם מוגבלות ימים שלמים במשך תקופה ארוכה, בד בבד עם טיפול בילדים נוספים. ההורים חששו מאוד מהדבקה בנגיף, ולכן גם כאשר נפתחו חלק מן המוסדות, ילדים רבים לא חזרו ללימודים. הורים לילדים עם מוגבלות שהאבחנה שלהם נעשתה סמוך לתקופת הסגר או במהלכו חוו קשיים גדולים שכן לא ידעו כיצד לטפל בילדים. מראיונות שהתקיימו בתקופת הסגר השני (ספטמבר 2020 ואילך) עלה שהצוותים הפיקו לקחים והיערכות השתפרה.

ראוי לציין כי בתקופת משבר מגפת הקורונה פעלו ביישובים הבדואיים מענים אחדים לילדים עם מוגבלות שהותאמו לצורכי התקופה. להלן כמה דוגמאות:

1. משרד החינוך באמצעות מוקדי התמיכה האזוריים או היישוביים (מתי"א) פתח 9 **מוקדי הפעלה בבתי ספר לחינוך מיוחד** ביישובים הבדואיים, לצורך מתן טיפולים פְּרָה-רפואיים, טיפולים פולשניים במידת הצורך והדרכות להורים לביצוע טיפולים מסוימים בבית. המוקדים סיפקו שירות לכל תושבי היישובים, ללא הגבלה גאוגרפית. אם הורים לא יכלו להביא ילד למוקד, הצוות ערך ביקורי בית או תמך מרחוק – בטלפון או בשיחות וידאו. מן הראיונות עלה כי פעילות המוקדים הייתה סיוע טוב למשפחות עם ילדים שלהם מוגבלות קלה יחסית אך לא סיפקה מענה מלא למשפחות עם ילדים שלהם מוגבלות מורכבת. אנשי מקצוע ציינו שתוצאה חיובית של פעילות זו הייתה הגדלת החשיפה של הורים לתהליך החינוכי והטיפולי שהילד עובר, ובכך הגדילה את מעורבותם וחיצקה את הקשר שלהם עם הילד.
2. **במוסדות החינוך המיוחד בוצעו התאמות** למיניהן. כך למשל בגן לחינוך מיוחד נשמר קשר עם ההורים לאורך כל התקופה, ובהתאם להנחיות משרד הבריאות ולהעדפות ההורים ניתן סיוע באמצעות ביקורי בית של הצוות, ב'זום' או ב'וואטסאפ'; ההורים קיבלו מן הצוות הדרכות לטיפול בילד בבית; הושאל ציוד שיקום יקר ערך למשפחות שלא היה בבעלותן מכשור מתאים; וחולקו משחקים. כמו כן ניתן סיוע נפשי להורים במפגשי 'זום' על ידי העובדת הסוציאלית והפסיכולוגית. פעילות זו זכתה לשיתוף פעולה טוב מאוד מצד ההורים. עם קבלת האישור נפתחו המוסדות והתאפשרו מפגשי פנים אל פנים, לפי הנחיות משרד הבריאות, בתחילה רק לטיפולים ביחידים ובהמשך לקבוצות קטנות.
3. ברהט נפתח **מוקד חירום של פסיכולוגים**. הם יצרו קשר עם ילדים על פי הפניות, ואפשר היה לפנות אליהם לפי צורך. מן הראיונות עלה כי חלק ניכר מן הפונים לא היו מוכרים למחלקות לשירותים חברתיים טרם מגפת הקורונה.
4. **במרכז למשפחה** המיועד לתמיכה ולבירור צרכים, בלקיה, ערך הצוות שיחות עם המשפחות הפעילות. הועברו להן הנחיות משרד הבריאות ונשלחו אליהן הצעות לפעילויות עבור הילדים. כמו כן הועברו משלוחי מזון ומשחקים באמצעות מחלקות הרווחה או עמותות למיניהן, וכמה משפחות קיבלו טבלטים באמצעות התוכנית 'נושמים לרווחה'. בחודש יוני נפתחו מחדש חלק מן הפעילויות, ובהן מפגשים פרטניים לכל משפחה במרכז. בסגר השני שוב הופסקה הפעילות. בתקופת מגפת הקורונה הצטרפו משפחות לפעילות במרכז, בעקבות חשיפה לסיוע שהצוות הושיט.

תקופת מגפת הקורונה הציפה ביתר שאת חסמים בצריכת השירותים, שקיימים גם בימי שגרה. להלן כמה מן המרכזיים שבהם:

1. **הרשויות המקומיות התקשו להציע מענים מתאימים והגיבו למשבר באיטיות** – הסיוע התמקד בצרכים הבסיסיים בלבד, מזון ומוצרי היגיינה למשפחות נזקקות, ולא בצרכים נוספים, כגון סיוע והתאמות ללמידה מרחוק וטיפול וסיוע נפשי. לסיוע הייתה חשיבות גדולה במיוחד למשפחות של ילדים עם מוגבלות, שהתמודדו עם הצורך לטפל בילדים במסגרת הביתית. הורגש חסרוננו של גוף שינהל ויארגן את יוזמות הסיוע לילדים עם מוגבלות והוריהם ויתאם ביניהן; התיאום בין נותני השירותים, ובכלל אלה מערכת החינוך, השירות הפסיכולוגי ומשרד הרווחה, לקה בחסר.
2. **חסמים לפעילות וירטואלית** – המחסור בתשתיות אינטרנט בחלק מן היישובים (בעיקר בכפרים הלא מוכרים), היעדר גישה למכשור מתאים (מחשב, טבלט או טלפון חכם) והיעדר מיומנויות מחשב בקרב חלק מן ההורים מנעו מחלק מן הילדים וההורים את האפשרות להצטרף לפעילות המקוונת. נוסף על כך, פעילות מקוונת אינה מתאימה לכל הילדים עם מוגבלות, למשל ילדים בגיל הרך וילדים עם סוגים מסוימים של מוגבלות (כגון אוטיזם ומש"ה).
3. **החרפת המחסור בעובדים מקצועיים** – מקורם של חלק מעובדי החינוך והטיפול ביישובים הבדואיים בנגב הוא צפון הארץ, ורובם חזרו לבתיהם בצפון עם תחילת המגפה. כך החרף המחסור בעובדים, הקיים גם בשגרה. נוסף על כך, חלק מאחיות טיפת חלב הוקצו לחקירות אפידמיולוגיות לחולי קורונה, ולפיכך גדל העומס בתחנות, המפגש עם המטופלים התקצר והתמקד בחיסונים ולא כלל מעקב וזיהוי של עיכובי התפתחות.
4. **מחסור בציוד שיקום** – חסר ציוד שיקום לילדים עם מוגבלות מורכבת, שבדרך כלל מקבלים את הציוד הדרוש במקומות שבהם הם מטופלים. בחלק מן המוסדות הושאל ציוד להורים.
5. **חשש של ההורים** שהילדים, בייחוד ילדים עם מחלות מורכבות, יידבקו בקורונה, גרם להורים להימנע מלבוא עם הילדים למוקדי החירום לצורך קבלת טיפולים או למסגרות החינוך המיוחד כשנפתחו. חלקם חששו גם מביקור של אנשי צוות בביתם.
6. **קשיים בעריכת ביקורי בית על ידי גורמים מטפלים** – קשיי נגישות בשל מרחק והיעדר כבישים סלולים ליישובים בלתי מוכרים; רגישות תרבותית בכניסת אנשי צוות לבתים שנמצאות בהם רק נשים; חשש של חלק מן ההורים מביקורי בית, שמא יזהו השכנים שבמשפחה יש ילד עם מוגבלות, בשל התיג השלילי של המוגבלות; חוסר הבהירות של ההנחיות בקרב חלק מאנשי המקצוע וחשש שמא ייעצרו על ידי שוטרים בבואם לביקורי בית.
7. **קשיים בנגישות לתרופות** – שירות אספקת תרופות עד הבית מטעם 'שירותי בריאות כללית' פעל אומנם, אולם ביישובים הבדואיים החל באיחור יחסי, וכשפעל היו חסמים לשימוש בו בקרב האוכלוסייה, כגון הצורך במתן הרשאה לחיוב חשבון או תשלום בכרטיס אשראי.
8. **מכירת מחשבים וטבלטים** – עלו עדויות שבחלק מן המקרים משפחות שילדן קיבל מחשב או טבלט לשימוש בתקופת המגפה מכרו את המכשיר, והילד לא זכה להשתמש בציוד שנתרם לו.

6. מגבלות המחקר

במחקר זה שתי מגבלות מרכזיות הנוגעות לנתונים המוצגים:

א. כפי שנכתב לעיל **אין אומדן מעודכן למספרם של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית**. לפיכך חושב היקף השירותים הניתנים לילדים עם מוגבלות ביחס למספרם הכולל של הילדים באוכלוסיות. עם זאת ההערכה, המסתמכת על מחקר קודם (שטרסברג ואח', 2008) ועל חוות דעת של אנשי מקצוע, היא שבאוכלוסייה הבדואית שכיחות המוגבלות גבוהה משכיחותה באוכלוסייה היהודית ומשכיחותה באוכלוסייה הערבית. מכאן שככל הנראה הפערים בין האוכלוסיות המוצגים במחקר זה מהווים אומדן-חסר והם קטנים מן הפערים בפועל.

ב. **חלק מן הנתונים המנהליים שהתבקשו ממשרדי הממשלה חסרים**. כך למשל, במשרד הבריאות וב'שירותי בריאות כללית' אין דרך לאתר ילדים עם מוגבלות. כמו כן חלק מנתוני משרד החינוך ומשרד הרווחה אינם מאפשרים הבחנה בין נתוני היישובים המוכרים לנתוני היישובים הלא מוכרים, שכן מסגרות החינוך נמצאות ביישובים מוכרים בלבד. ניתוח נתונים ייעודי למחקר זה התאפשר רק בחלק מן הנתונים המנהליים.

7. סיכום

ממצאי המחקר מצביעים על **פערים גדולים** בין האוכלוסייה הבדואית בנגב ובין שאר האוכלוסייה בישראל **בשיעור האיתור** של ילדים עם מוגבלות **ובהיקף המענים** שילדים עם מוגבלות צורכים בתחומי החינוך, הרווחה והבריאות. הממצאים מעידים על חסמים לצריכת השירותים בימי שגרה ועל התעצמות החסמים בתקופת מגפת הקורונה. בהמשך הפרק יפורטו החסמים המרכזיים שנמצאו. בפרק 8 יפורטו המלצות לטיוב השירותים הקיימים ולפיתוח שירותים חדשים. החסמים – ובעקבותיהם ההמלצות – מאורגנים על פי ארבעה נושאים:

1. חסמים הנוגעים למשאב האנושי המספק את השירותים, ובכלל זה מחסור בכוח אדם וידע מקצועי לא מספק
2. חסמים הנוגעים לזמינות השירותים בשל בעיות בנגישות גאוגרפית, תחבורתית, לשונית, תרבותית, כלכלית וטכנולוגית וכן היעדר מענים במגוון תחומים
3. חסמים הנוגעים להיבט האישי, למשפחה ולקהילה, ובכלל זה העומס על בני המשפחה, חלוקת התפקידים במשפחה, תפיסת המוגבלות, מחסור בידע על מוגבלות ובמודעות להיבטים הקשורים למוגבלות
4. חסמים הנוגעים לתשתיות מידע ולתיאום בין גורמים

7.1 חסמים הנוגעים למשאב האנושי המספק את השירותים

- **מחסור חמור בעובדים מקצועיים (בעיקר דוברי ערבית) בתחומים הנוגעים להתפתחות הילד** – ובכלל זה בפסיכולוגים, התפתחותיים וקלינאי תקשורת (תחומים שהטיפול בהם נעשה בערבית), מרפאים בעיסוק, פיזיותרפיסטים, רופאים התפתחותיים, פסיכיאטרים, אנשי מקצוע מתחום ניתוח ההתנהגות, מטפלים מתחומי התרפיה (כגון תרפיה באומנות, במוזיקה, בתנועה, בדרמה ובבעלי חיים) ועובדים סוציאליים. המחסור בא לידי ביטוי בכל המסגרות המעסיקות עובדים בתחומי החינוך, הרפואה והרווחה. במקרים רבים אנשי מקצוע מן האוכלוסייה הערבית בצפון באים לעבוד ביישובים הבדואיים בנגב, אך לאחר שרכשו כמה שנות ניסיון הם חוזרים לצפון. המחסור באנשי המקצוע נובע משתי סיבות מרכזיות: הראשונה, צעירים מן האוכלוסייה הבדואית אינם נוטים ללמוד חלק מתחומי עיסוק אלו (למשל טיפול בתחומי התרפיה); השנייה, צעירים ערבים מתקשים להתקבל ללימודים בתחומים אלו במוסדות ההשכלה הגבוהה בארץ. המחסור בעובדים מוביל לתורי המתנה לטיפולים, ואלו עלולים לארוך חודשים רבים ולעכב את האבחון ואת הטיפול בילדים. כמו כן יש מחסור באחיות טיפת חלב. חלקית הוא נובע מפער בשכר בין אחיות בריאות הציבור (אחיות טיפות חלב ואחיות בית ספר) ובין אחיות הקהילה (קופות החולים) ואחיות בתי החולים.
- **הכשרה לוקה בחסר של הצוותים המקצועיים בתחום המוגבלות** – תופעה זו בולטת בקרב גננות וסייעות בגני החינוך המיוחד ובקרב עובדים סוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים. למורים בבתי הספר הרגילים חסרה הכשרה באיתור ילדים עם עיכובי התפתחות ולקויות למידה.

- **הכשרה לוקה בחסר או היעדר הכשרה של עובדים מקצועיים שאינם מן האוכלוסייה המקומית בנושא רגישות תרבותית לאוכלוסייה הבדואית** – תופעה זו פוגעת באיכות השירות והטיפול שניתן לאוכלוסייה.
- **העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים מתקשים לספק טיפול מיטבי לילדים עם מוגבלות ולמשפחותיהם** – יש לכך כמה סיבות: עומס העבודה המוטל על עובדים סוציאליים אלו נובע הן ממחסור בתקנים הן מקשיי גיוס של עובדים, והוא מקשה עליהם לבצע יישוג (reaching out) למשפחות שלא פנו ביוזמתן ולערוך מעקב יעיל אחר המשפחות המוכרות במחלקה; בשל תעדוף נושאים אחרים העובדים הסוציאליים מתקשים להתמקצע בתחום המוגבלות; רבים מהם אינם מדברים עברית, ובכך יש כדי להקשות את התקשורת עם גורמים מחוץ לאוכלוסייה הבדואית; משפחות רבות אינן פותחות תיק במחלקה בשל חשש מתיוג או מחוסר אמון שיקבלו סיוע.
- **נטייה בקרב גורמי שירות להעדפת מקורבים** בגיוס עובדים, בבחירת ספקים ובמתן שירות.
- **אובדן אמון בגורמים המספקים שירותים לילדים עם מוגבלות** – יש ביקורת על עבודת המחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות ועל הרמה המקצועית של חלק מן העובדים המקומיים בתחומי החינוך, הרפואה והפֶּךָ-רפואה. בקרב ההורים יש המעדיפים להשתמש בשירותים ביישובים היהודיים, משום שאלה נחשבים איכותיים יותר מבחינת המקצועיות והמוטיבציה של הצוות, המינהל בהם נחשב תקין יותר, יש בהם יותר שמירה על דיסקרטיות ורמת התשתיות והציוד גבוהה יותר. ישנן אף משפחות שמעבירות את כתובתן לבאר שבע או עוברות לגור בבאר שבע כדי לקבל שירותים בעיר.

7.2 חסמים הנוגעים לזמינות השירותים

7.2.1 נגישות גאוגרפית

- הפיזור הגאוגרפי הרחב של היישובים, לצד שונות בתמיכות הנדרשות לילדים עם מאפיינים שונים, מקשה על הרשויות המקומיות, החלשות ממילא, להציע מענים קרובים למקומות המגורים. במועצות האזוריות קושי זה גדול במיוחד.
- מצד המשפחות הפיזור הגאוגרפי של רבים מן השירותים לילדים עם מוגבלות, ובהם מוסדות החינוך, המכונים ויחידות ההתפתחות, אינו מספק, ויש קושי להגיע אליהם בשל מרחקם הרב ממקומות המגורים. קושי זה מוביל לעיתים לווייתור על השימוש בשירותים אלו.
- המחלקות לשירותים חברתיים במועצות האזוריות נווה מדבר ואל קסום נמצאות בבאר שבע, ובכך יש כדי להקשות על תושבי המועצות להגיע לשירותי הרווחה.

7.2.2 נגישות תחבורתית

- הנגישות לשירותים קשה במיוחד עבור תושבי היישובים הלא מוכרים, משום שאין בהם כבישים סלולים או תחבורה ציבורית. גם בחלק מן היישובים המוכרים התחבורה הציבורית לוקה בחסר וקשה להגיע למקומות השירות.
- יש בעיות במערך ההסעות למוסדות החינוך, המתופעל על ידי הרשויות המקומיות, למשל העברת ילדים בין קווי נסיעה, רכבים לא תקינים והיעדר מלווה.

7.2.3 נגישות לשונית ותרבותית

- השירותים אינם נגישים דיים מבחינה לשונית ותרבותית. בין השאר יש מחסור בעובדים מקצועיים דוברי ערבית, יש קושי בהנגשת מידע למשפחות בערבית, ואין התאמה תרבותית לאוכלוסייה הבדואית. כך למשל האבחונים וההדרכות אינם רגישים מבחינה תרבותית.

7.2.4 נגישות כלכלית

- מצבה הכלכלי הקשה של חלק מן האוכלוסייה מקשה עליה לשלם את סכום ההשתתפות העצמית במימון השירותים ולממן את הטיפול עד לקבלת החזר.

7.2.5 נגישות טכנולוגית

- בחלק מן היישובים, בעיקר בכפרים הלא מוכרים, אין די תשתיות אינטרנט, מכשור מתאים (מחשב, טבלט או טלפון חכם) ומיומנויות מחשב אצל חלק מן ההורים. כל אלה מקשים עליהם את הנגישות הן למידע בנוגע לזכויות ולשירותים עבור ילדים עם מוגבלות הן לשירותים דיגיטליים כגון הגשת בקשה לקצבה ומפגש בווידיאו עם רופא. בגלים הראשונים של מגפת הקורונה נמנעה בשל כך האפשרות מחלק מן הילדים וההורים להצטרף לפעילות המקוונת.

7.2.6 מחסור במענים לילדים עם מוגבלות ולמשפחותיהם

א. בתחום החינוך

- מחסור במסגרות חינוך מיוחד בכל טווח הגילים, בכלל זה במעונות יום שיקומיים, בגני ילדים ובבתי ספר של החינוך המיוחד וכן בכיתות של החינוך המיוחד בבתי ספר רגילים, מוביל לשיעור שילוב גבוה במסגרות החינוך הרגילות, הנובע מאילוף. במקרים רבים התמיכות שהילדים המשולבים בחינוך הרגיל מקבלים אינן מספיקות.
- בגלל קושי של חלק מן הרשויות המקומיות לעמוד במימון התואם את מימון הממשלה (matching) יש מחסור במעונות יום שיקומיים ובמענים בתוך המעונות הקיימים. בשל המחסור, המעונות הקיימים קולטים ילדים עם מגוון סוגי מוגבלות. רובם אינם מתמחים בסוגים ספציפיים של מוגבלות, כגון אוטיזם, מוגבלות פיזית או לקות שמיעה.
- גני הילדים של החינוך המיוחד אינם נותנים מענה לכל סוגי המוגבלות, בכללם למוגבלות שכלית קלה ולהפרעות התנהגות. עקב כך חלק מן הילדים מושמים בכיתות שלומדים בהן ילדים עם מגוון רחב של צרכים ואינם זוכים לטיפול המותאם להם.
- גם בתי הספר של החינוך המיוחד אינם נותנים מענה לכל סוגי המוגבלות. בייחוד חסרים מוסדות חינוך המתאימים לילדים עם מוגבלות שכלית קלה, מוגבלות נפשית והפרעות התנהגות קשות. כמו כן חסר בית ספר נוסף לילדים עם אוטיזם. בשל היעדרם של מוסדות מתאימים, ילדים עם מוגבלות שכלית קלה או עם מוגבלות נפשית מושמים במוסדות המיועדים לילדים עם מוגבלות שכלית בינונית או בבתי ספר רגילים, ואלה אינם מותאמים לרמה השכלית והתפקודית שלהם ואינם מאפשרים להם למצות את יכולותיהם.

ב. בתחום הרווחה

- חסרים מענים לתמיכה, ליווי והכוון למשפחות שיש להן ילד עם מוגבלות. מרכזי המשפחה הפועלים ביישובים רהט, לקיה, שגב שלום וחורה מסייעים באמצעות קבוצות תמיכה, פעילויות הפוגה והדרכה, אך הם משרתים רק את תושבי היישובים הללו.
- הורים לילדים עם מוגבלות מתקשים לממש זכויות המוקנות לילדיהם באמצעות המחלקות לשירותים חברתיים, למשל מימון לחונך בשעות אחר הצהריים עבור ילד עם אוטיזם ומימון סייעת לילד מונשם שזקוק לטיפול בכל שעות היממה.
- היקף המענים הייעודיים לילדים עם מוגבלות שהתוכנית הלאומית מפעילה ביישובים הבדואיים בנגב מצומצם בלבד.

ג. בתחום הבריאות

- מחסור ביחידות התפתחות – היחידות הקיימות אינן נותנות מענה מספק לצורכי התושבים, ותורי ההמתנה לטיפולים במסגרתן אורכים לעיתים חודשים רבים.
- לחברי קופות החולים 'לאומית' ו'מאוחדת' (מיעוט בקרב הבדואים בנגב) קשה לקבל שירותים עבור ילדים עם מוגבלות, משום שלקופות אלו אין מכונים להתפתחות הילד בנגב והן עובדות עם רופאים המספקים שירותי התפתחות הילד באזורים אחרים בארץ.
- השימוש במערכות של טכנולוגיה מסייעת לילדים עם מוגבלות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב מצומצם ביותר, בין השאר בטכנולוגיה לתקשורת חלופית לילדים עם מוגבלות חמורה בדיבור ומוגבלות חמורה בתפקוד מוטורי שאין להם דרך אחרת לתקשר.

ד. בתחום ההכנה לבגרות

- יש רק היצע מצומצם של תוכניות הכנה לבגרות לילדים עם מוגבלות והיצע מצומצם של פתרונות תעסוקה ודיור עם ההגעה לבגרות.

ה. בתחום החינוך הלא פורמלי

- חסרות פעילויות חינוך לא פורמלי עבור ילדים עם מוגבלות, ובכלל זה פעילות של מועדוניות שיקום ומרכזי נוער לילדים עם מוגבלות. כמו כן פעילות ארגוני המגזר השלישי מעטה יחסית בתחום זה. הרשויות הבדואיות בנגב מעוטות משאבים, ופעילויות פנאי לילדים עם מוגבלות אינן מתועדפות. יתר על כן, הסעות לפעילויות לא פורמלית אינן מתקצבות.

7.3 חסמים הנוגעים להיבט האישי, למשפחה ולקהילה

- **דעות קדומות ותיג חברתי שלילי** כלפי אנשים עם מוגבלות גורמים לתופעה של הסתרת המוגבלות מן הקהילה ומאנשי המקצוע ומובילים לתת-איתור של ילדים עם מוגבלות ולהימנעות משימוש בשירותים עבורם. ילדים אלו מתקשים להסתגל למערכת החינוך הרגילה וחלקם נושרים, בנשירה גלויה או סמויה.
- **תפיסה דתית פטליסטית בנוגע למוגבלות**, ולפיה יש לקבלה בהשלמה שכן ניתנה מיד האל, מלווה לעיתים קרובות ברחמים על הילד, בהיעדר ציפיות ממנו ובהיעדר הנעה לקדם אותו באמצעות אבחון וטיפול.

- **המודעות לחשיבות האבחון של המוגבלות והטיפול בה**, בפרט בגיל צעיר, **נמוכה**.
- **המודעות נמוכה במיוחד בנוגע לאיתור מוגבלויות בלתי נראות ולטיפול בהן**: אוטיזם, מוגבלות נפשית, הפרעות התנהגות/רגשיות ולקויות למידה.
- **המודעות לזכויותיהם של ילדים עם מוגבלות ולמגוון השירותים הניתנים להם נמוכה**.
- **אין היכרות עם התהליכים הבירוקרטיים לאבחון, לטיפול ולמיצוי זכויות**, והיכולת להתמודד עימם מוגבלת. גם אם ישנו מידע נגיש בערבית (למשל באתר 'כל זכות' ובאתר ארגון 'קשר – הבית של המשפחות המיוחדות'), חסרה היכרות עימו בקרב אנשי המקצוע והורים.
- **עומס רב מוטל על המשפחות ובפרט על האימהות, שהן בדרך כלל המטפלות העיקריות בילד**. משפחות רבות הן מרובות ילדים. בשל שכיחות גבוהה של מומים ומחלות על רקע גנטי יש לחלקן יותר מילד אחד עם מוגבלות. לפיכך העומס שמוטל עליהן גדול במיוחד. במקרים של פוליגמיה, העומס על האימהות גדל אף יותר.
- **המנהג שנשים אינן יוצאות ללא ליווי של בעל או גבר אחר מן המשפחה מקשה על הגעה למפגשים שנקבעו עם רופאים ומטפלים**, משום שההגעה למפגשים כרוכה פעמים רבות בויתור של המלווה על יום עבודה לצורך הליווי.
- **פעוטות רבים אינם הולכים לגן בשל התפיסה הרווחת שעל ילדים בגיל הרך להישאר בבית** עם אימם. כך נמנעת מילדים אלו ההזדמנות להיות במסגרת חינוכית שמתאימה לצורכיהם ומאפשרת איתור מוקדם של מוגבלות וטיפולם כפרה-רפואיים שיוכלו לקדם.
- **חסרה מנהיגות קהילתית מאורגנת של הורים לילדים עם מוגבלות**, שתוביל להשפעה על קביעת מדיניות בנושאים רלוונטיים לחייהם.
- **המחויבות למשפחה המורחבת** יוצרת לחץ על נושאי משרות במוסדות וברשויות המקומיות להעדיף את קרובי משפחתם במינוי לתפקידים, בבחירת ספקים ובמתן שירות, ובכך יש כדי לפגוע במקצועיות השירות. כמו כן הורים לילדים עם מוגבלות נמנעים לעיתים מפנייה לבעלי תפקידים ממשפחה אחרת, בוודאי ממשפחה יריבה, וכך עלולים להימנע מילדיהם שירותים חיוניים.
- **מרבית החסמים באים לידי ביטוי ביתר שאת בקרב תושבי היישובים הלא מוכרים**: חשש מתיוג, ידע לוקה בחסר בנוגע למוגבלות, מגבלות המסורת הנוגעות לנשים ולמשפחה המורחבת וקשיי נגישות גאוגרפית, תחבורתית, שפתית וטכנולוגית.

7.4 חסמים הנוגעים לתשתיות מידע ולתיאום בין גורמים

- **מחסור במידע ובנתונים** מקשה להבין מה הם השירותים הנדרשים לטיפול בצרכים של ילדים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית, לתכננם ולספקם. אין כיום מאגר מידע המאגד נתונים על מספר הילדים עם מוגבלות בישראל, בכלל זה ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב, התפלגותם לפי סוג מוגבלות ורמת תפקוד וכן נתונים על אודות צריכת שירותים על ידי ילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם. כל אחת מן המערכות המספקות שירות לילדים עם מוגבלות מחזיקה במידע נפרד, לעיתים חלקי ולא ממוחשב. בנתוני חלק מן המשרדים חסרים שדות שיאפשרו לזהות את הילדים עם מוגבלות בכלל ואת הילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בפרט וכן שדות המפרטים מאפיינים חשובים, כגון הבחנה בין יישובים מוכרים ליישובים לא מוכרים.

- **קשה לאתר מידע מלא על אודות העמותות הפועלות בקרב האוכלוסייה הבדואית בנגב** בתחום החינוך הלא פורמלי ובתחום הסנגור, מיצוי זכויות ושינוי תפיסות חברתיות.
- **אין די תיאום בין הגורמים המטפלים בילדים עם מוגבלות.** שיתוף המידע בין מערכות הממשל לוקה בחסר ולא תמיד יש רצף טיפול המאפשר לעקוב אחר אבחונים, טיפול וליווי. למשל, לעיתים המכונים ויחידות ההתפתחות אינם מעבירים מידע על ילדים עם מוגבלות לידי העובדים במחלקה לשירותים חברתיים.

8. המלצות

8.1 המלצות הנוגעות למשאב האנושי: עיצוב מדיניות לפיתוח כוח האדם המקצועי

לעובדים מקצועיים שיגיעו מן האוכלוסייה הבדואית בנגב יש יתרון בהפחתת ההסתמכות על עובדים שמגיעים לנגב מצפון הארץ, בדרך כלל לתקופות קצובות; בהיכרות העמוקה עם התרבות המקומית; וברצון לחזק את האוכלוסייה המקומית. מומלץ אפוא לגייס עובדים כאלה ולטפחם.

- **חיזוק העובדים והעצמתם** בתחומי התפתחות הילד, באמצעות פיתוח תוכניות לרענון, העשרה וליווי מקצועי על ידי אנשי מקצוע מנוסים – בין השאר מומלץ להכשיר את צוותי החינוך (גננות, מורים, פסיכולוגים חינוכיים) לאיתור ליקויי למידה ולהגברת מודעות ההורים וכן מומלץ לעודד עובדים לרכוש הכשרה בהתמחויות ספציפיות נדרשות, כגון פיזיותרפיה לילדים, קלינאות תקשורת עם התמחות בתחום האכילה, תקשורת תומכת חלופית וניתוח התנהגות.
- **הענקת תמריצים לאנשי מקצוע, בעיקר דוברי ערבית, לעבוד ביישובים הבדואיים**
- **בניית מסלולים לעידוד והכוונה של צעירים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב ללמוד מקצועות נדרשים בתחומי התפתחות הילד ומתן תמריצים**
- **פיתוח תוכניות להכשרת אנשי מקצוע מן האוכלוסייה הבדואית בנגב במוסדות ההשכלה הגבוהה בנגב:** מסלולי לימוד מקצועיים בתחומי התפתחות הילד שיש בהם מחסור, שימת דגש על מערך ייעודי של מכינות ומעטפת תומכת לסטודנטים
- **הכשרת מתאמי טיפול** שילוו את ההורים לילדים עם מוגבלות החל משלב האיתור בבית החולים, בקופת החולים ובמכונים ויסייעו להם בהיכרות עם השירותים והזכויות שילדם זכאי להם, בהליכים הבירוקרטיים הנדרשים לצורך אבחון וקבלת טיפול, בהבנת האפשרויות העומדות בפניהם, באיתור פתרונות מתאימים לילדם ובקבלת ההחלטות המיטביות בעבורו – מומלץ לקיים שירות זה ללא תשלום, כך שיהיה נגיש לכלל ההורים.
- **הכשרת עובדים מקצועיים** שאינם מקומיים, יהודים וערבים, **להיכרות עם התרבות הבדואית**
- **הגברת הפיקוח החיצוני על מינויים לתפקידים ועל בחירת ספקים** ברשויות המקומיות, במוסדות החינוך ובקרב גורמי הטיפול, במטרה למנות עובדים על בסיס כישורים ולצמצם את תופעת מינויי הקרובים
- **חיזוק העובדים הסוציאליים במחלקות לשירותים חברתיים** באמצעות הוספה ואיוש של תקני עובדים סוציאליים המתמחים בתחום המוגבלות, כדי שיוכלו להקדיש את מלוא זמנם לעניין; עריכת פעולות יישוג (outreach) מצד עובדי המחלקות במטרה להגיע למשפחות שיש בהן ילד עם מוגבלות; מעקב שוטף אחר מצבם של הילדים וביקורים בבתיהם, כדי לקדם היכרות טובה ולחזק את אמון האוכלוסייה בשירות.

8.2 המלצות הנוגעות למתן השירותים

- **הרחבת המענים** במקביל להגברת המודעות לחשיבות השימוש בהם:
 - פיתוח מענים לנוער עם מוגבלות לקראת בגרות: הכנה לתעסוקה ולחיים עצמאיים
 - הרחבת פעילות הפנאי: הקמה והפעלה של מועדוניות שיקום ומרכזי נוער לילדים עם מוגבלות; עידוד ארגוני המגזר השלישי לפתח ולהפעיל פעילויות פנאי נוספות
 - הקמת מענים לילדים עם מוגבלות נפשית, שכלית קלה, הפרעות התנהגות קשות ואוטיזם
- **הנגשת המענים מבחינה גאוגרפית:**
 - הקמת מערך ניידות להנגשת טיפולים פְּךָה-רפואיים לתושבים שמתקשים להגיע למכונים, בין בשל מגורים ביישוב בלתי מוכר ובין בשל מוגבלות קשה
 - הנגשת שירותים ביישובים בדואיים נוספים, ובהם מסגרות חינוך מיוחד, יחידות התכתחות ומרכזי משפחה
 - ריכוז מענים ברמה אזורית (אשכול יישובים) על מנת ליהנות מיתרון לגודל
- **שיפור ההנגשה התחבורתית:**
 - שיפור מערך התחבורה הציבורית אל השירותים למיניהם
 - פיקוח הדוק יותר על ההסעות למוסדות החינוך (למשל באמצעות מצלמות או GPS)
- **שיפור ההנגשה השפתית:**
 - הנגשת מידע על מוגבלות ומיצוי זכויות בערבית באתרי אינטרנט וביישומונים של גורמי שירות ובחומרים המתאימים לאוכלוסייה שאין לה אוריינות מחשב (כגון חומרים כתובים או קו סיוע טלפוני)
 - העסקת מתרגמים או שירות תרגום מקוון בגופים נותני שירות שהצוות בהם אינו דובר ערבית
 - הגברת המודעות לאתרים שיש בהם מידע בערבית, כגון [אתר 'כל זכות'](#) ואתר [עמותת 'קשר – הבית של המשפחות המיוחדות'](#)
- **שיפור ההנגשה התרבותית:**
 - מינוי נציגות של אנשי מקצוע בדואים בוועדות מקצועיות רלוונטיות לאוכלוסייה המקומית
 - התאמה תרבותית של המענים, למשל באבחונים רגישים תרבותית ובכניסת אנשי צוות לבתים (ובמיוחד אם נמצאות בהם רק נשים)
- **שיפור ההנגשה הכלכלית:**
 - פיתוח פתרון שימנע את הצורך בהמתנה לקבלת החזר עבור טיפולים שהמשפחה שילמה בעבורם, למשל באמצעות שוברים לאבחונים ולטיפולים פְּךָה-רפואיים

■ שיפור ההנגשה הטכנולוגית:

- הכשרת הילדים וההורים במוסדות החינוך, במרכזים למשפחה ובתוכניות נוספות בשימוש במחשב. ההכשרה יכולה לאפשר למידה מרחוק וצריכת שירותים דיגיטליים נוספים, כגון מילוי טפסים ופגישות מקוונות עם רופאים ואנשי מקצוע
- הנגשת תשתיות אינטרנט ומכשור מתאים, למשל באמצעות תוכניות לסבסוד מחשבים או טבלטים

8.3 המלצות הנוגעות להיבט האישי, למשפחה ולקהילה

- **קידום פעולות לעידוד האוכלוסייה לבצע בדיקות גנטיות מוקדמות**, כדי לצמצם את שכיחות המומים והמחלות על רקע גנטי: פעולות הסברה ואיתור כדי להגיע לפני ההיריון אל זוגות בסיכון; מינוי יועצים גנטיים בקהילה להדרכת הזוגות כדי לצמצם את התיג השלילי הנוגע לבדיקות; בחינת האפשרות להקמת מאגר גנטי בדומה למאגר שקיים בירושלים (<http://www.doryes.com>), כדי לאפשר בדיקה מוקדמת ובחינת ההתאמה הגנטית לפני אירוסים ונישואים
- **הגברת מודעות האוכלוסייה לעניין המוגבלות**, במטרה לצמצם מן התיג השלילי שדבק במוגבלויות ולהרחיב את היקף האבחון, את היקף הטיפול ואת הקבלה בחברה. בכלל זה חשוב לעשות פעולות אלו:
 - **הסברה בנושא מוגבלות** לתלמידים בבתי הספר ולאוכלוסייה הכללית, למשל במתנ"סים ובמסגרת דרשות במסגדים, באמצעות: מפגשים עם ילדים ומבוגרים עם מוגבלות וחשיפה למודלים של הצלחה והרצאות של אנשי מקצוע. בין השאר חשוב להגביר את המודעות לסיכון הכרוך בנישואי קרובים, לחשיבות של עריכת בדיקות גנטיות מקדימות וכן לרישום של פעוטות למסגרות לגיל הרך לצורך איתור מוקדם של מוגבלות וטיפול בה
 - **הדרכות של אנשי מקצוע להורים לילדים עם מוגבלות** במסגרת גופים למיניהם (טיפות חלב, מרכזים למשפחה, התוכנית הלאומית ועוד) – בין השאר שימת דגש על חשיבות האבחון והטיפול המוקדם, זכויות הילד והתהליך למיצוי הזכויות, בחירת מסגרת חינוך מתאימה, חשיבות עידוד העצמאות של הילד (כולל הצורך בקביעת אפוטרופוס לקראת גיל 18), תמיכה במשפחות, העצמתן ועידוד המעורבות שלהן בקידום ילדיהן וכן טיפוח מנהיגות הורית
- **מעקב אחר ילדים שאובחן שהם עם מוגבלות** – בבתי חולים, בתחנות טיפת חלב, במכונים להתפתחות הילד, בקופות החולים ובמסגרות החינוך, והענקת ליווי צמוד להוריהם. מומלץ לעשות זאת באמצעות **מתאמי טיפול**, כמפורט לעיל, כדי לשמור על רצף טיפול
- **רתימת האבות לצד האימהות למעורבות גדולה יותר** בטיפול ובקידום של ילדיהם עם המוגבלות, למשל באמצעות עמידה של גורמי החינוך והטיפול על נוכחות האבות בפגישות מרכזיות, בשיחות ובהדרכות הורים. אם מבוגרים אחרים במשפחה מעורבים בחיי הילד, מומלץ לשתף גם אותם בתהליך

8.4 המלצות תומכות מדיניות

- **מומלץ להוסיף שדות למאגרי המידע של משרדי הממשלה המספקים שירות לילדים עם מוגבלות**, כדי לאפשר זיהוי ילדים עם מוגבלות בכלל וילדים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הבדואית בפרט, וכן שדות על מאפיינים בעלי חשיבות, כגון הבחנה בין יישובים מוכרים ליישובים לא מוכרים.

לצורך יישום ההמלצות המפורטות לעיל, מוצע (כפי שעלה גם אצל קמינסקי, 2018) להקים צוות אזורי בין-משרדי ורב-תחומי שיפעל לקידום של מדיניות ושל כיתוח מענים לילדים עם מוגבלות ובני משפחותיהם, בראייה אזורית. כמו כן מומלץ להקים צוותים מקומיים רב-תחומיים שיפתחו מענים מקומיים. הצוותים המקומיים יעסקו בנושאים כגון בניית מודלים של רצף טיפול, בחינת צרכי הילדים והמשפחות, קידום מענים ותוכניות מקומיות, קידום מערך הסברה על זכויות ושירותים בשפה הערבית והקמת שירותי ייעוץ וליווי במיצוי זכויות למשפחות.

עוד פרסומים של המכון בנושא

ברלב, ל., נמר-פורסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). ילדים עם מוגבלות בישראל: מחקר ארצי. טרם פורסם.

ברלב, ל., פור (ורד), י. ובכר, י. (2021). אנשים עם מוגבלות בישראל 2021: עובדות ומספרים.

רימון גרינשפן, ה., יאבו, מ. וגדג', נ. (2021). מענים אינטגרטיביים בקהילה לילדים, נוער וצעירים עם קשיים נפשיים: סקירה בין-לאומית. דמ-878-21.

בן רבי, ד., עמיאל, ש., ניג'ם, פ. ודולב, ט. (2009). ילדים באוכלוסייה הבדווית בנגב: מאפיינים, צרכים ודפוסי שימוש בשירותים. דמ-532-09.

שטרוסברג, נ., נאון, ד. וזיו, ע. (2008). ילדים עם צרכים מיוחדים באוכלוסייה הבדואית בנגב: מאפיינים, דפוסי שימוש בשירותים והשלכות הטיפול בהם על האמהות. דמ-503-05.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

רשימת מקורות

- אבו רביעה, ר. (2016). נגישות השירות ומאפייני המשתמשים כגורמים המשפיעים על דפוסי שימוש בשירותים גנטיים פרינטאליים באוכלוסייה הבדואית בנגב. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- אברמוביץ, ל., אזרן, ו., אלטוס, ד., ארזי-שיף, ר., בלום, א., בן-ארי, א., ברשאי, ב., גושן, א., דניאל, נ., הורביץ, ד., וייסברג, ר., זאב-רשף, ש., יוגב, א., לייבוויץ, ש., מושייב, ד., מזעקי, י., נבו, ח., סמדג'ה, נ., פליאל-טרוסמן, ע. ... שמאש, א. (2005). תכנית אב לפיתוח שירותי רווחה בפזורה הבדואית. משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- אדם, ל. (2016). נשים עם מוגבלות ואימהות לילדים עם צרכים מיוחדים באוכלוסייה הבדואית בנגב. מען – הפורום למען נשים ערביות בנגב.
- אייל, י., חסן, ס., פרנקל, מ. וקינג, י. (2016). התכנית לקידום הצמיחה והפיתוח הכלכליים של האוכלוסייה הבדואית בדרום: חינוך – דוח שני על החלטת הממשלה 3708. דמ-738-16. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- אלמסי, א. ווייסבלאי, א. (2020). אוכלוסיית הבדואים בנגב מבחר נתונים. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- אלקרינאוי, ע. וסלונים, נבו, ו. (2009). תפיסת הילד החרוג במשפחה הבדואית והשפעתה על דימויה ותפקודה של היחידה המשפחתית. אוניברסיטת בן גוריון.
- אלרזי – אבחון, טיפול ושיקום. (א"ת1). מעון יום שיקומי – רהט. נדלה ב-12 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/21aba6>
- אלרזי – אבחון טיפול ושיקום. (א"ת2). מרכז אבחון – באר שבע. נדלה ב-23 בפברואר 2021, מתוך <https://elrazi.org/he/elrazi-center-for-diagnosis-and-evaluation-beer-sheva>
- הביטוח הלאומי. (2021). ילד נכה. נדלה ב-24 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/1593e8>
- בלמקר, א., לנדרס, מ., אלסאנע, פ., בילנקו, נ., דוחן, ל., סבג, מ., פוליאקוב, מ. בריל, ג. ושחר-רוטברג, ל. (2008). מצב הבריאות של תינוקות וילדים בדואים בישובי קבע ובכפרים הבלתי מוכרים בנגב. משרד הבריאות.
- בן רבי, ד., עמיאל, ש., ניג'ם, כ. ודולב, ט. (2009). ילדים באוכלוסייה הבדווית בנגב: מאפיינים, צרכים ודפוסי שימוש בשירותים. דמ-532-09. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ברלב, ל., פור (ורד), י. ואורן, י. (2020). אנשים עם מוגבלות בישראל 2020: נתונים סטטיסטיים נבחרים. משרד המשפטים, נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות ומכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.
- ברלב, ל. וקרן-אברהם, י. (2017). ילדים ובני נוער עם מוגבלות נפגעי התעללות והזנחה: אומדן היקף התופעה בישראל. דמ-751-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

גרשוני, ח. (2018). שיח שוויון הזכויות של אנשים עם מוגבלויות בחברה החרדית. *משפט חברה ותרבות*, א, 323.

דמרי, נ. וכהן, ר. (2020). חברות בקופות חולים 2018-2019, סקרים תקופתיים. מינהל המחקר והתכנון, המוסד לביטוח לאומי.

וייסבלאי, א. (2017). *חינוך בחברה הבדואית בנגב – תמונת מצב*. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.

וייסבלאי, א. (2020). *יישום חוק לימוד חובה מגיל 3 בחברה הבדואית בנגב – מסמך עדכון*. מרכז המחקר והמידע של כנסת.

חג'אזי, א. (2018). *איכות חיים של הורים המטפלים בילדיהם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בבתי אב יהודיים וערביים*. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה". אוניברסיטת חיפה.

חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה-1995, ס"ח 1522.

חוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988, ס"ח 2734. נדלה ב-1 במאי 2021, מתוך https://www.nevo.co.il/law_html/law01/152_048.htm

חוק חינוך מיוחד (תיקון מס' 11), התשע"ח-2018, ס"ח 2734. נדלה ב-26 בינואר, 2021 מתוך [חוק חינוך מיוחד \(תיקון מס' 11\), התשע"ח-2018, 762 \(education.gov.il\)](https://www.nevo.co.il/law_html/law01/152_004.htm)

חוק לימוד חובה, תש"ט-1949, ס"ח 26. נדלה ב-24 בינואר, 2021 מתוך https://www.nevo.co.il/law_html/law01/152_004.htm

חוק מעונות יום שיקומיים, תש"ס-2000, ס"ח 2181. נדלה ב-21 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/a29181>

טילוביץ' לוי, ש., אהודה גמליאל, א., ליבנה חדר, פ., שניר, י., אלטורי, ע. וחלאחלה, ר. (2015). *תכנית לאבחון מוגבלות שכלית התפתחותית. בטאון לעובד החינוכי-סוציאלי*. גיליון כפול 25-26. 54-57.

יוגב, ת. (2014). *אי-שוויון בבריאות: החברה הערבית-בדואית בנגב, סוגיות מוקד והמלצות לטיפול*. עמותת יסמין אלנגב לבריאות האשה והמשפחה.

כהן, ר. ורבין, ח. (2017). *חברות בקופת חולים 2016*. המוסד לביטוח לאומי.

כל זכות. (2021א). *הזכות לשירותי חינוך מיוחדים*. נדלה ב-27 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/821866>

כל זכות. (2021ב). *מסגרות שילוב לילדים עם צרכים מיוחדים בגיל בית ספר*. נדלה ב-27 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/5ae714>

כל זכות. (2021ג). *התאמות בבחינות הבגרות לתלמידים הלומדים במסגרות של החינוך המיוחד*. נדלה ב-1 במאי 2021, מתוך <https://katzr.net/3c9724>

כל זכות. (2021ד). *הסעות תלמידים הלומדים בחינוך המיוחד או משולבים בחינוך הרגיל*. נדלה ב-11 במאי 2021, מתוך <https://katzr.net/f47664>

כל זכות. (2021ה). *ליווי בהסעות לתלמידים עם צרכים מיוחדים*. נדלה ב-29 במארס 2021, מתוך <https://katzr.net/9f2952>

כל זכות. (2021ו). טיפולים פרא רפואיים לילדים (שירותי התפתחות הילד). נדלה ב-1 בפברואר, 2021 מתוך <https://did.li/SQKw5>

כל זכות. (2021ז). נכות התפתחותית סומטית. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/0791c3>

כל זכות. (2021ח). טיפולים פרא רפואיים לילדים (שירותי התפתחות הילד). נדלה ב-1 בפברואר, 2021 מתוך <https://did.li/SQKw5>

כל זכות. (2021ט). יום שהות ארוך לתלמידים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/063311>

כל זכות. (2021י). מסגרות חינוכיות לאוטיסטים בגיל בית ספר. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/893780>

כל זכות. (2021יא). מועדונית שיקומית ומרכז נוער לילדים ולצעירים עם מוגבלות הגרים בקהילה. נדלה ב-11 במאי, 2021 מתוך <https://katzr.net/b6a24a>

כל זכות. (2021יב). אפוטרופסות לבוגרים עם מוגבלויות. נדלה ב-7 במאי, 2021 מתוך <https://katzr.net/6a0f9b>

למ"ס (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה). (2021). שנתון סטטיסטי 2020. לך, י. וריבקין, ד. (2017). מרכזים למשפחות של ילדים ובני נוער עם מוגבלות, מחקר הערכה – דוח מסכם. דמ-743-17. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

מבקר המדינה. (2015). דוח שנתי 65 ג, לשנת 2014 ולחשבונות שנת הכספים 2013.

מבקר המדינה. (2017). משרד הבריאות, טיפולים בתחום התפתחות הילד, דוח שנתי 67ב.

מוניקנדם-גבעון, י. (2019). התוכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון - 360°. מרכז המידע והמחקר של הכנסת.

המוסד לביטוח לאומי. (2019). ממדי העוני והפער החברתיים – דוח שנתי.

מוראד, מ. (2009). נגישות שירותי בריאות לילדים עם מוגבלויות במגזר הבדואי בנגב. עניין של גישה, 9, 43-50.

המרכז לבריאות הנפש, באר שבע. (א"ת). מחלקת הנוער. נדלה ב-3 ביוני, 2021 מתוך <http://www.nefeshb7.org.il/?CategoryID=229>

מרעי, מ. (2017). השפעת סטיגמה ואיכות חיים בקרב אימהות ערביות לילדים עם נכות התפתחותית מורכבת בגיל הרך על מידת שיתוף הפעולה שלהן עם אנשי מקצוע. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה". אוניברסיטת חיפה.

משרד הבריאות. (2021א). מעונות יום שיקומיים. נדלה ב-21 בינואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/9971cb>

משרד הבריאות. (2021ב). טיפות חלב – תחנות לבריאות המשפחה. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/8cd56f>

משרד הבריאות. (2021ג). מערך התפתחות הילד. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך <https://katzr.net/9d6ec4>

משרד הבריאות. (2021ד). רשימת טיפות חלב וזימון תורים. נדלה ב-2 בפברואר, 2021 מתוך [רשימת טיפות חלב וזימון תורים](https://katzr.net/9d6ec4), [משרד הבריאות \(health.gov.il\)](https://katzr.net/9d6ec4).

משרד הבריאות, המחלקה לגנטיקה קהילתית. (2014). מומים מולדים ומחלות גנטיות בקרב הבדואים בנגב.

משרד הבריאות, המחלקה להתפתחות הילד ושיקומו. (2021). יחידות טיפוליות להתפתחות הילד מוכרות (ינואר 2021). [יחידות טיפוליות להתפתחות הילד מוכרות \(ינואר 2021\) \(health.gov.il\)](#)

משרד החינוך. (2019). יישום התאמות בדרכי היבחנות בבחינות הבגרות לתלמידים עם לקויות למידה והפרעת קשב.

משרד החינוך, מינהל תקשוב ומערכות מידע. (2021). (כמעט) הכול אודות מוסדות החינוך. נדלה ב-12 בינואר 2021, מתוך <https://apps.education.gov.il/imsnet/itur.aspx>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת1). חינוך לגילאי 0-3. נדלה ב-7 בינואר 2021, מתוך <https://katrz.net/170d9f>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת2). חינוך לגילאי 3-6. נדלה ב-26 באוגוסט 2021, מתוך <https://katrz.net/377372>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת3). מערך תמיכה באנשים עם מוגבלות שכלית ובני המשפחה. נדלה ב-19 בינואר 2021, מתוך <https://katrz.net/8d1e92>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת4). 3600 – התכנית הלאומית לילדים ולנוער בסיכון. נדלה ב-7 בפברואר 2021, מתוך <https://katrz.net/55ffa9>

משרד הרווחה והביטחון החברתי. (א"ת5). אודות מוגבלות שכלית התפתחותית. נדלה ב-7 במאי 2021, מתוך <https://katrz.net/92104a>

משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים ומשרד החינוך. (2021). מסיכון לסיכוי בגיל הרך – שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים. נדלה ב-7 במאי 2021, מתוך ["מסיכון לסיכוי בגיל הרך" – שילוב ילדים עם צרכים מיוחדים \(molsa.gov.il\)](#).

נאון, ד., יפרח, א. ובייץ-מוראי, ש. (1998). סקר ארצי על ילדים עם נכויות בישראל: שלב 1: הסינון. דמ-324-98. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי.

נאון, ד., מורגנשטיין, ב., שימל, מ. וריבליס, ג. (2000). ילדים עם צרכים מיוחדים: הערכת צרכים וכיסויים על-ידי השירותים. דמ-335-00. ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי.

סנדלר-לף, א. ושחק, י. (2006). הנכים בחברה הערבית בישראל: הזדמנות לשינוי חברתי, תכנית מסירה. ג'וינט ישראל – היחידה לנכויות ושיקום.

עבאס, ע. (2013). לשון המופלים כעממים, האנשים עם מוגבלות בחברה הערבית בישראל. אלמנארה, עמותה לקידום אנשים עם מוגבלות.

פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד. (א"ת1). אודות האגף. משרד החינוך. נדלה ב-27 בינואר 2021, מתוך <https://katrz.net/cc432a>

פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד. (א"ת2). בית ספר לחינוך מיוחד. משרד החינוך. נדלה ב-3 בפברואר 2021, מתוך <https://katrz.net/f8a9f2>

- פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד. (א"ת3). שילוב תלמידים בכיתה לחינוך רגיל. משרד החינוך. נדלה ב-1 במאי 2021, מתוך <https://katzr.net/aa95b9>
- פורטל הורים, שילוב וחינוך מיוחד. (א"ת4). זכאות להסעות בחינוך המיוחד. משרד החינוך. נדלה ב-26 בינואר 2021, מתוך <https://katzr.net/444692>
- קוך דבדוביץ', פ. (2020). שירותי רפואת המשפחה, בריאות האישה ותחנות טיפת החלב ביישובים הבדואיים בנגב – מסמך מעודכן. מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- קליין, פ.ש. ויבלון י.ב. (עור'). (2008). ממחקר לעשייה בחינוך לגיל הרך. הוועדה לבחינת דרכי החינוך לגיל הרך.
- קליינמן, ד. ומרעי, מ. (2016). תכנית להתערבות מוקדמת בביתם בקהילה הערבית בישראל. בית איזי שפירא.
- קמינסקי, ש. (2018). מיפוי ילדים עם מוגבלות בגיל הרך בחברה הבדואית בנגב. ג'וינט ישראל-אשלים.
- קרפלוס, י. (2015). מיפוי לגיל הרך בחברה הבדואית בנגב. ג'וינט ישראל-אשלים.
- שגיב, נ., מילשטיין, א. ובן, א. (2011). מיפוי מרכזים למשפחות לילדים עם צרכים מיוחדים. דמ-581-11. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל.
- שחק, מ. וחטיב, א. (2018). נתונים על אנשים עם אוטיזם במגזר הערבי. הכנסת – מרכז המחקר והמידע.
- שטרסברג, נ., נאון, ד. וזיו, ע. (2008). ילדים עם צרכים מיוחדים באוכלוסייה הבדואית בנגב: מאפיינים, דפוסי שימוש בשירותים והשלכות הטיפול בהם על האמהות. דמ-503-05. מכון מאיר-ג'וינט-ברוקדייל.
- Alhuzail, N. A., & Levinger, M. (2018). A "Stora Environment": How hearing Bedouin mothers of children with hearing loss perceive the education system. *The Volta Review*, 118 (1/2), 60-87.
- CRPD (Convention on the Rights of Persons with Disabilities). (2007). A/RES/61/106, Adopted without a vote, United Nations 76th plenary meeting. *GAOR*, 61st sess., Suppl. No. 49, 2-29.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2020). *Learn the Signs. Act Early*. Retrieved October 28, 2021 from <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/whyActEarly.html>
- Duvdevany, I., & Abboud, S. (2003). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4-5), 264-272.
- Ekas, N. V., Lickenbrock, D. M., & Whitman, T. L. (2010). Optimism, social support, and well-being in mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(10), 1274-1284.

- Ha, J. H., Hong, J., Seltzer, M. M., & Greenberg, J. S. (2008). Age and gender differences in the well-being of midlife and aging parents with children with mental health or developmental problems: Report of a national study. *Journal of Health and Social Behavior*, 49(3), 301-316.
- Kabiyeh, F., & Manor-Binyamini, I. (2019). The relationship between stress and stigma, somatization and parental self-efficacy among fathers of adolescents with developmental disabilities in the Bedouin community in Israel. *Research in Developmental Disabilities*, 90, 31-40.
- Kandel, I., Morad, M., Vardi, G., Press, J., & Merrick, J. (2004). The Arab community in Israel coping with intellectual and developmental disability. *The Scientific World Journal*, 4. Article ID 836937. <https://doi.org/10.1100/tsw.2004.31>
- Lubetzky, H., Shvarts, S., Merrick, J., Vardi, G., & Galil, A. (2004). The use of developmental rehabilitation services. Comparison between Bedouins and Jews in the south of Israel. *The Scientific World JOURNAL*, 4. 186-192. Doi: 10.1100/tsw.2004.18.
- Manor-Binyamini, I., & Abu-Ajaj, O. (2012). Coping of siblings of children with developmental disabilities in the Bedouin community. *Research in Developmental Disabilities*, 33(3), 825-831.
- Manor-Binyamini, I., Benatov, J., & Abu-Kaf, S. (2020). Social support, depression, and somatization among Bedouin mothers of adolescents with or without developmental disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 45(3), 245-253.
- Manor-Binyamini, I., & Shoshana, A. (2018). Listening to Bedouin mothers of children with autism. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 42(2), 401-418.
- Roth, D., & Brown, I. (2017). Social and cultural considerations in family quality of life: Jewish and Arab Israeli families' child-raising experiences. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 14(1), 68-77.

נספח א: גני החינוך המיוחד ביישובים הבדואיים בנגב

לוח א1: גני חינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג מוגבלות, יישוב ומספר התלמידים

סוג המוגבלות	מועצה אזורית/יישוב	מספר תלמידים בגן	סך הכול תלמידים
מוגבלות בינונית מורכבת	אל קסום (סעווה)	6	31
	נווה מדבר (אבו קרינאת)	0	
	נווה מדבר (אבו קרינאת)	8	
	רהט	7	
	רהט	4	
	רהט	6	
מוגבלות בשמיעה/חירשות	אל קסום (אל סייד)	8	83
	אל קסום (אל סייד)	6	
	אל קסום (אום בטין)	10	
	אל קסום (סעווה)	8	
	אל קסום (סעווה)	9	
	נווה מדבר (קצר א-סר)	0	
	ערערה בנגב	4	
	רהט	5	
	רהט	6	
	שגב שלום	8	
	שגב שלום	8	
	תל שבע	6	
	תל שבע	5	
מוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית	כסיפה	5	22
	רהט	6	
	תל שבע	5	
	תל שבע	6	

סוג המוגבלות	מועצה אזורית/יישוב	מספר תלמידים בגן	סך הכול תלמידים
מוגבלות שכלית בינונית	חורה	4	9
	תל שבע	5	
מעוכבי התפתחות	אל קסום (אום בטיין)	8	75
	אל קסום (סעווה)	9	
	חורה	6	
	כסיפה	8	
	לקיה	7	
	נווה מדבר (אבו תלול)	0	
	נווה מדבר (אבו קרינאת)	0	
	רהט	8	
	רהט	8	
	שגב שלום	8	
	תל שבע	7	
	תל שבע	6	
מעוכבי שפה	רהט	7	15
	רהט	8	
CP ונכויות פיזיות קשות רב-בעייתיות	תל שבע	5	14
	תל שבע	4	
	תל שבע	5	
רצף האוטיזם	אל קסום (סעווה)	5	41
	חורה	5	
	חורה	5	
	רהט	5	
	רהט	5	
	רהט	5	
	רהט	6	
	תל שבע	5	
סך הכול	50 גנים	290 תלמידים	

מקור הנתונים: נתוני משרד החינוך, ינואר 2021

נספח ב: בתי הספר לחינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב

לוח ב1: בתי ספר לחינוך מיוחד ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב, מספר הכיתות ומספר התלמידים

סוג המוגבלות	היישוב	שם בית הספר	קבוצת הגיל שבית הספר מיועד לה	מספר כיתות	מספר תלמידים
אוטיזם	חורה	אוטיסטים		15	91
	רהט	אלופאא		7	44
אוטיזם	תל שבע	יסודי ב' חינוך מיוחד		16	108
מוגבלות בינונית מורכבת					
מוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית					
מוגבלות שכלית בינונית					
מוגבלות בינונית עד מורכבת	נווה מדבר (אבו קרינאת)	חינוך מיוחד נווה מדבר	יסודי עד חטיבה עליונה	13	100
מוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית	חורה	חינוך מיוחד חדש		22	159
מוגבלות שכלית בינונית	רהט	אל חנאן		11	77
מוגבלות שכלית בינונית	רהט	בית הספר לחינוך מיוחד אלאמל	חטיבת ביניים וחטיבה עליונה	11	91
מוגבלות בינונית עד מורכבת	כסיפה	בית הספר לחינוך מיוחד		6	39
מוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית					
מוגבלות בינונית מורכבת	מולדה, מועצה אזורית אל קסום	חינוך מיוחד מולדה		12	82
מוגבלות שכלית בינונית					
מוגבלות שכלית בינונית	ערערה בנגב	בית הספר לחינוך מיוחד	יסודי עד חטיבה עליונה	11	81
CP	תל שבע	אפאק		13	77
נכויות פיזיות קשות רב-בעייתיות					
סך הכול		11 בתי ספר		137 כיתות	949 ילדים

מקור הנתונים: משרד החינוך, מינהל תקשוב ומערכות מידע, 2021

נספח ג: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים ביישובים הבדואיים בנגב

לוח ג1: כיתות חינוך מיוחד בבתי ספר רגילים ביישובים הבדואיים בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב ומספר התלמידים בכיתה

סוג המוגבלות	יישוב	מספר כיתות	מספר תלמידים בכיתה	סך הכול תלמידים בכיתות לסוג המוגבלות
הפרעות התנהגות/רגשיות קשות	אל קסום	1	8	135
	חורה	1	7	
	לקיה	2	10	
	נווה מדבר	2	17	
	רהט	11	77	
	שגב שלום	1	8	
	תל שבע	1	8	
ליקויי למידה רב-בעייתיים	אל קסום	14	143	507
	חורה	4	51	
	כסיפה	3	30	
	לקיה	3	24	
	נווה מדבר	7	66	
	רהט	10	120	
	שגב שלום	5	60	
	תל שבע	1	13	
מוגבלות בשמיעה/חירשות	אל קסום	15	100	332
	כסיפה	3	16	
	נווה מדבר	3	16	
	ערערה בנגב	4	26	
	רהט	7	45	
	שגב שלום	12	88	
	תל שבע	6	41	

סך הכול תלמידים בכיתות לסוג המוגבלות	מספר תלמידים בכיתה	מספר כיתות	יישוב	סוג המוגבלות
256	118	10	אל קסום	מוגבלות שכלית
	31	3	כסיפה	קלה
	94	9	נווה מדבר	
	13	1	ערערה בנגב	
67	19	2	חורה	מעוכבי
	-	-	נווה מדבר	התפתחות
	27	3	רהט	
	8	1	שגב שלום	
	13	1	תל שבע	
10	10	1	רהט	מעוכבי שפה
397	81	7	אל קסום	תפקוד שכלי
	82	7	כסיפה	גבולי רב-בעייתי
	52	4	נווה מדבר	
	40	3	ערערה בנגב	
	95	8	רהט	
	12	1	שגב שלום	
	35	3	תל שבע	
1,704 ילדים		180 כיתות		סך הכול

מקור הנתונים: נתוני משרד החינוך, יולי 2020

נספח ד: מעונות היום השיקומיים שבהם מטופלים ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב

לוח ד1: מעונות היום השיקומיים שבהם מטופלים ילדים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב, לפי סוג המוגבלות, יישוב ומספר הילדים במעון

סוג המוגבלות	שם המעון	יישוב	מספר ילדים המטופלים במעון [^]
אוטיזם ומוגבלויות שונות	אלראזי	רהט	14
מוגבלויות שונות ^{^^}	אלראזי	רהט	39
מוגבלויות שונות	מעון שיקומי	שגב שלום	37
מוגבלויות שונות		תל שבע	עתיד להיפתח בשנה"ל תשכ"ב
מוגבלויות שונות	שמעיה	באר שבע	2
מוגבלויות שונות	עלה נגב – נחלת ערן	מרחבים	1
לקות שמיעה/חירשות	מיח"א ^{^^^}	באר שבע	20
ליקויי ראייה ועיוורון	אלי"ע ^{^^^}	באר שבע	7
שיתוק מוחין	צעד קדימה	באר שבע	3
עיכוב התפתחות			
אוטיזם			
אוטיזם	א.ד.נ.מ.	באר שבע	1
סך הכול			124

מקור הנתונים: נתוני משרד הרווחה, נובמבר 2020

[^] מספר הילדים מעודכן לאוגוסט 2020

^{^^} אוטיזם או מוגבלות פיזית, חושית או שכלית התפתחותית או עם עיכוב התפתחות ניכר (אלראזי, א"ת1)

^{^^^} במעונות אלו יש כיתות נפרדות בערבית לילדים מהאוכלוסייה הבדואית וזאת בשל החשיבות הרבה של הנושא השפתי עבור ילדים עם לקות שמיעה או לקות ראייה

נספח ה: רשימת מרכזים למשפחה

לוח ה1: רשימת המרכזים למשפחה הפועלים ביישובים הבדואיים בנגב

מחוז	יישוב	כתובת המרכז
דרום	לקיה	לקיה
דרום	חורה	מרכז אזרחי חורה 1
דרום	שגב שלום	
דרום	רהט	מתנ"ס רהט

מקור הנתונים: מנהלת תוכנית 'מרכזים למשפחה', תקשורת בין-אישית, 27 באוקטובר 2020

נספח ו: התחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) המשרתות את תושבי היישובים הבדואיים בנגב

לוח ו1: תחנות לבריאות המשפחה (טיפות חלב) המשרתות את תושבי היישובים הבדואיים בנגב, לפי יישוב ומספר תחנות

היישוב	מספר התחנות
רהט	5
חורה	4
כסיפה	2
לקיה	2
תל שבע	1
שגב שלום	1
ערערה בנגב	1
נווה מדבר:	
ביישובים דריג'ת, מולדה (שבט אל אטרש), א-סייד, אום בטיין (אבוכף)	4
אל קסום:	
ביישובים אבו תלול (שבט אל-עסם), אבו קורנאת, קאסר-א-סיר (שבט אל הוואשלה),	
ביר הדאג' (שבט אלעזמה)	5
באר שבע (אבו רביע)^	1
סך הכול	26

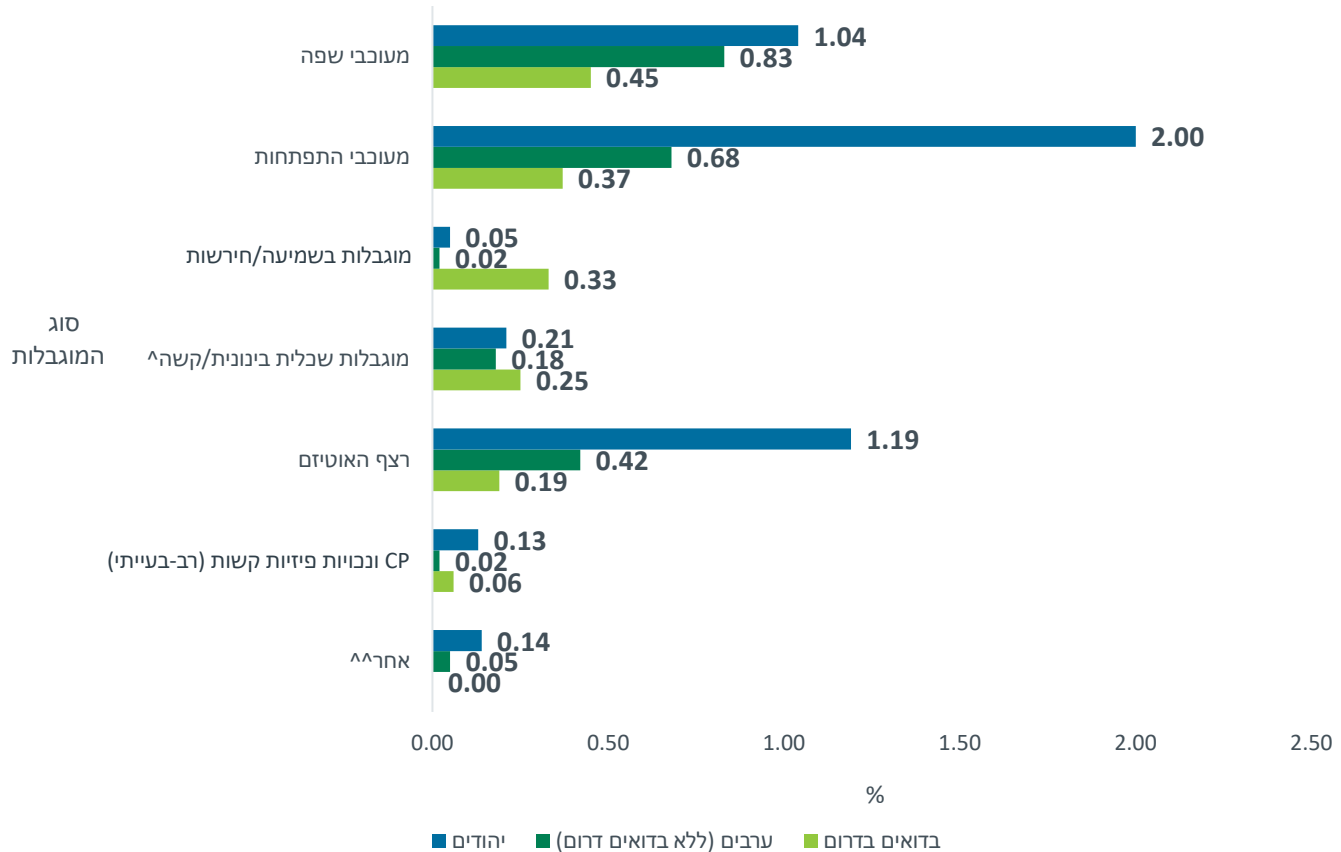
מקור הנתונים: משרד הבריאות, 2021ד

הערה: התחנות לבריאות המשפחה ביישובים הבדואיים מופעלות על ידי משרד הבריאות, מלבד שתי תחנות ביישוב חורה – אחת מהן מופעלת על ידי 'שירותי בריאות כללית' והשנייה על ידי 'לאומית שירותי בריאות'.

^ משרתת בעיקר את תושבי היישובים הלא מוכרים

נספח ז: התפלגות סוגי המוגבלות בקרב הילדים במסגרות

תרשים ז: שיעור הילדים הלומדים בגני הילדים של החינוך המיוחד מכלל הילדים בגילים 3 עד 5, בחלוקה לסוג המוגבלות המאפיין את הכיתה, לפי אוכלוסייה (באחוזים)

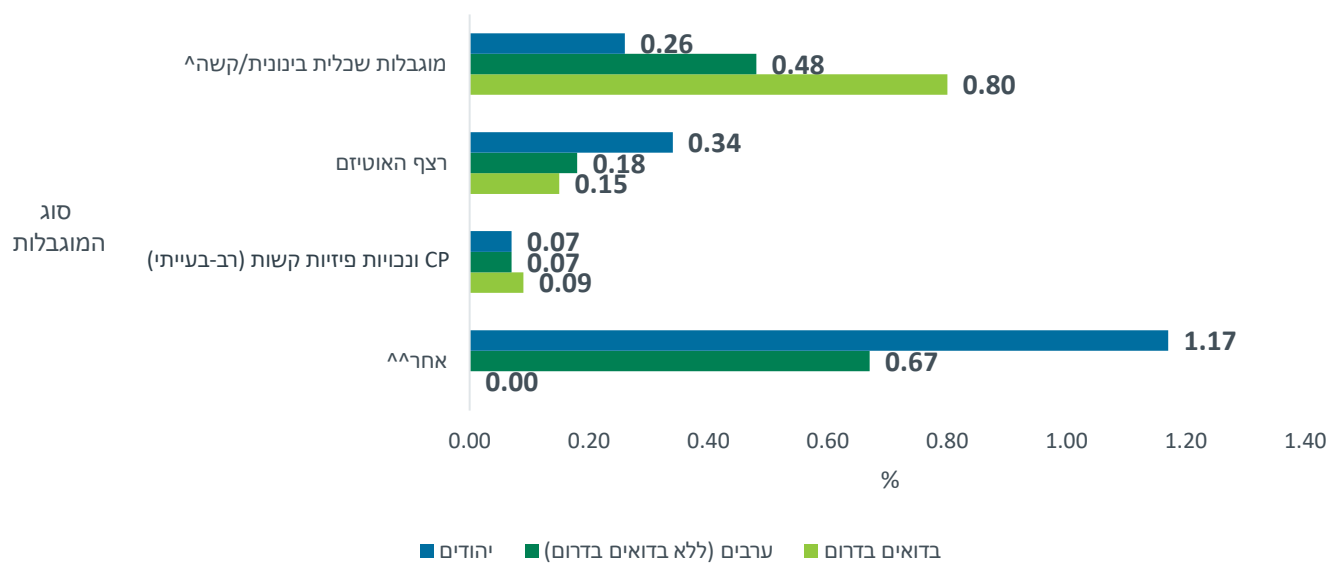


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, נובמבר 2020

[^] כולל את הקטגוריות האלה: מוגבלות שכלית בינונית, מוגבלות בינונית מורכבת ומוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית

^{^^} כולל הפרעות התנהגות/רגשיות קשות, מוגבלות שכלית קלה ומוגבלות בראייה/עיוורון

תרשים 2: שיעור הילדים הלומדים בבתי הספר של החינוך המיוחד מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)

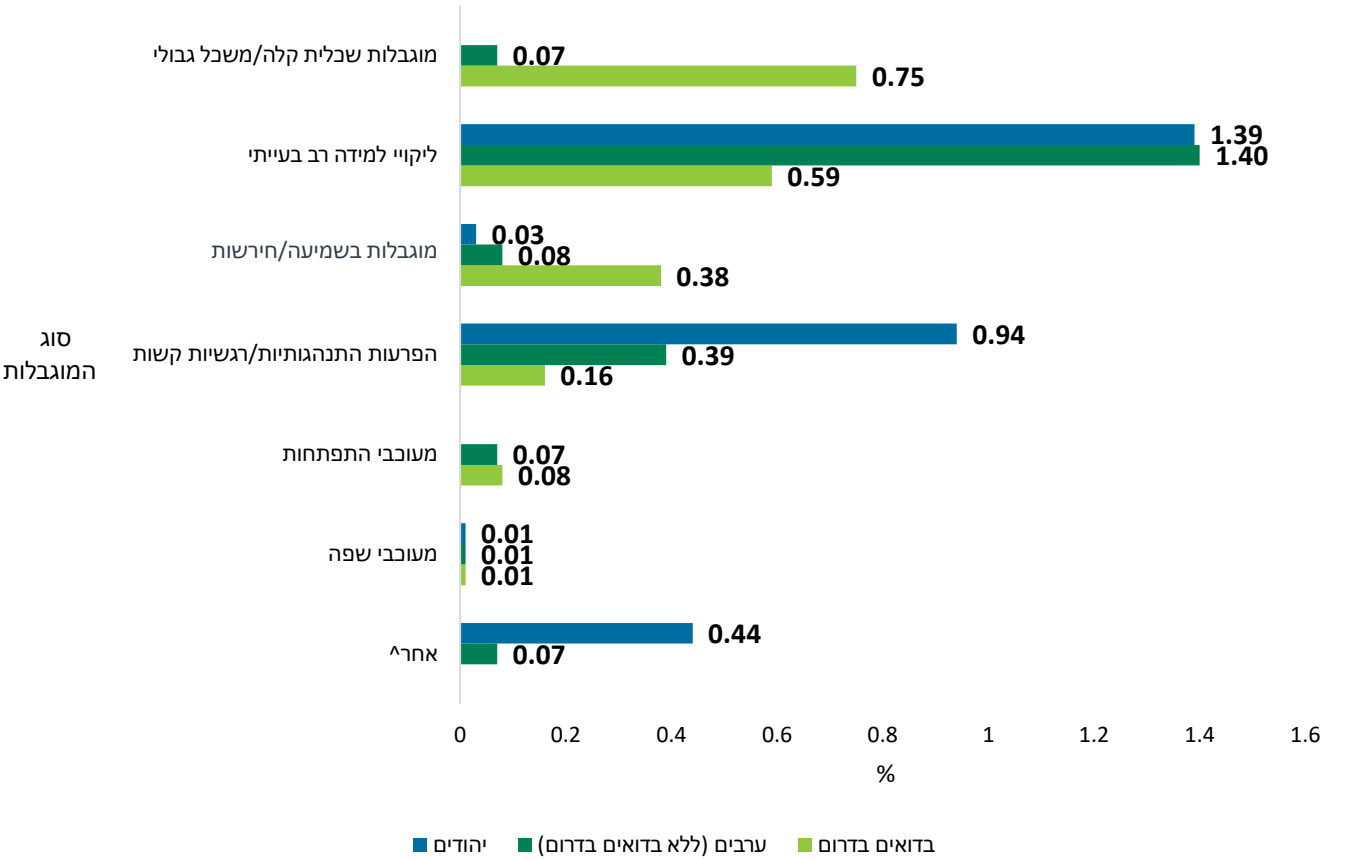


מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020

^ כולל מוגבלות שכלית בינונית, מוגבלות בינונית מורכבת ומוגבלות קשה/עמוקה/סיעודית

^^ כולל הפרעות התנהגות/רגשיות קשות, הפרעות נפשיות קשות, חולים בבתי חולים רגילים, ליקוי למידה רב-בעייתי, מוגבלות שכלית קלה, תפקוד שכלי גבולי רב בעייתי, מעוכבי התפתחות, מעוכבי שפה, מוגבלות בשמיעה/חירשות, טכנולוגי מקצועי, בחינוך מיוחד על-תיכוני

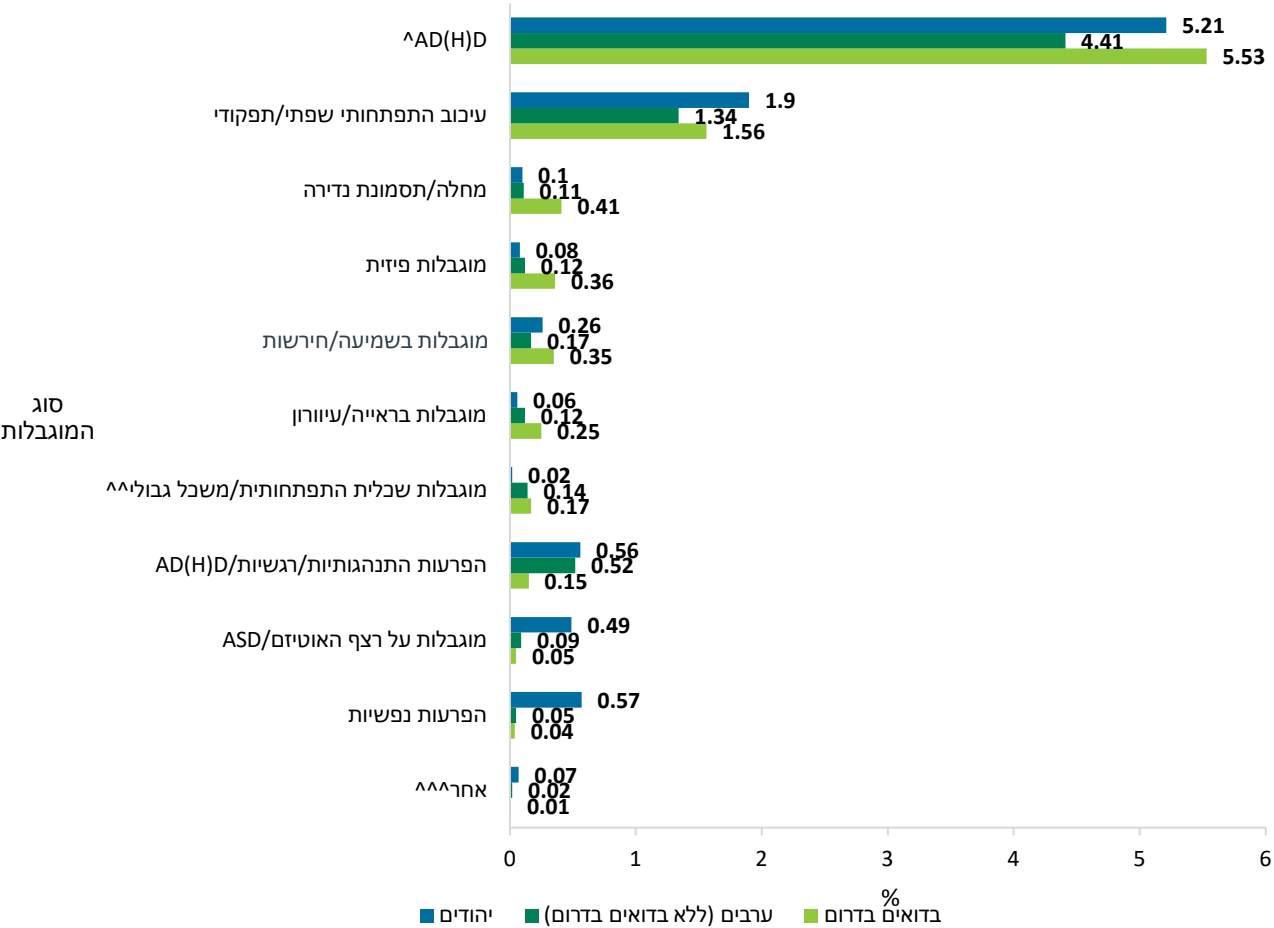
תרשים 3: שיעור הילדים הלומדים בכיתות החינוך המיוחד בבתי הספר הרגילים מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020

^א קטגוריית 'אחר' כוללת: הפרעות נפשיות קשות; טכנולוגי מקצועי, חינוך מיוחד על-תיכוני; מוגבלות שכלית בינונית, CP ונכויות פיזיות קשות רב-בעייתיות ורצף האוטיזם

תרשים 4: שיעור הילדים המשולבים בכיתות רגילות מכלל הילדים בגיל 6 עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



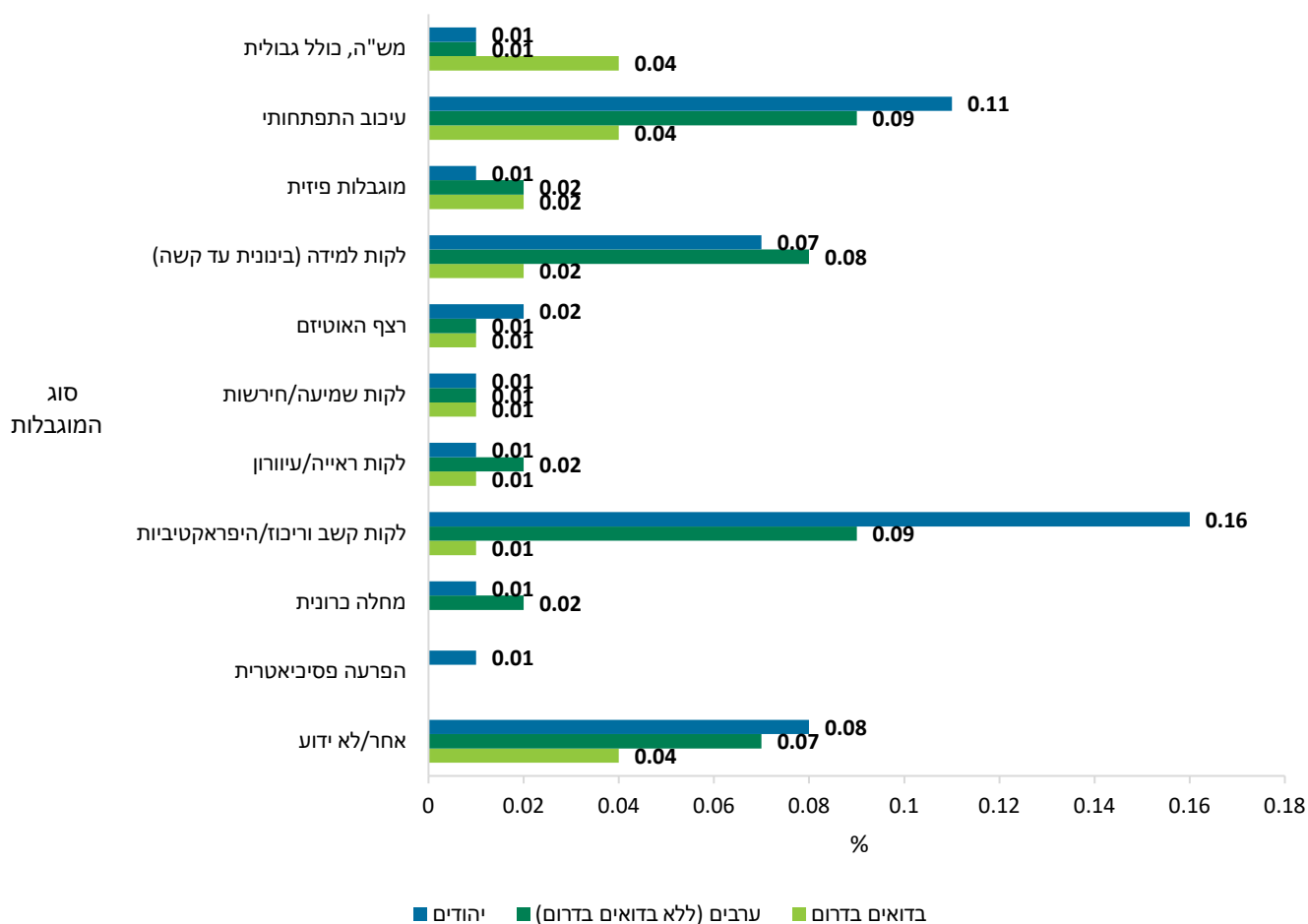
מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו ממשרד החינוך, יולי 2020

^ כולל ADHD ו-ADHD/לקות למידה

^^ כולל גם תלמידים עם חשד למוגבלות שכלית התפתחותית

^^^ כולל לקות מוחרגת ולקויות נוספות שאינן מסווגות

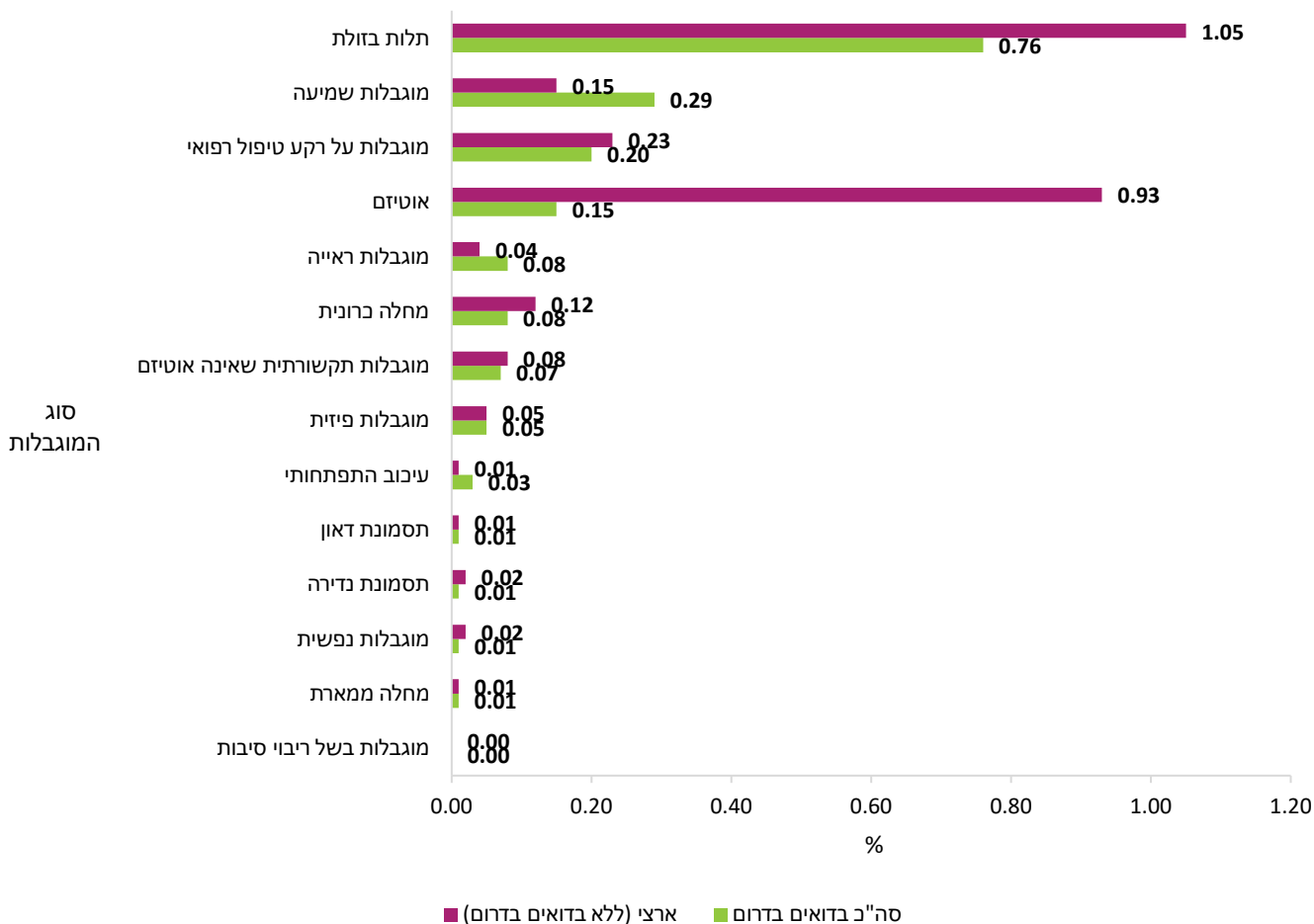
תרשים 5: שיעורי הילדים עם מוגבלות מאובחנת המקבלים מענים בתוכנית הלאומית מכלל הילדים בגיל לידה עד 17, בחלוקה לסוג המוגבלות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מהתוכנית הלאומית, דצמבר 2020

הערה: חושב מכלל הילדים באוכלוסייה, גילאי לידה עד 17, (נתוני למ"ס, דצמבר 2018).

תרשים 62: שיעור הילדים המקבלים קצבת ילד נכה מכלל הילדים בגיל לידה עד 17, בחלוקה לעילת הזכאות, לפי אוכלוסייה (באחוזים)



מקור הנתונים: עיבוד של מכון ברוקדייל לנתונים שהתקבלו מן המוסד לביטוח לאומי, אוקטובר 2020

נספח ח: היבטים הנוגעים למוגבלויות ספציפיות

נושאים ייחודיים הרלוונטיים לכמה סוגי מוגבלות שעלו במחקר מפורטים להלן.

אוטיזם

מן הראיות עלה כי עד לפני שנים אחדות המודעות לאוטיזם ולבעיות תקשורת בכלל הייתה נמוכה מאוד באוכלוסייה הבדואית בנגב ולא נעשו כמעט אבחונים של ילדים על רצף האוטיזם. בשנים האחרונות גברה המודעות לעניין, יותר ילדים מאובחנים ונפתחו מסגרות חינוך ייעודיות לילדים עם אוטיזם, כמפורט בנספחים א עד ד. לעלייה במספר האבחונים תרם גם מינויו של אח ייעודי לעניין זה ביחידה לגיל הרך במרכז הרפואי 'סורוקה', שתפקידו כולל העברת שאלוני איתור לאוטיזם וקישור בין המשפחות מן האוכלוסייה הבדואית ובין מערכת הרפואה.

בראיונות עלו כמה חסמים בתחום זה:

1. עיקר האבחונים לאוטיזם באוכלוסייה הבדואית בנגב הם בילדים ברמת תפקוד נמוכה, ולהם מיועדות גם המסגרות הייעודיות הקיימות. ילדים רבים ברמת תפקוד גבוהה אינם מאובחנים ואינם מטופלים, בשל חוסר מודעות לנושא, בשל החשש מתיוג ובשל נגישות נמוכה לשירותי אבחון. תופעה זו מאפיינת את כלל האוכלוסייה הערבית בארץ (שחק וחטיב, 2018).
2. בשל המחסור באנשי מקצוע רלוונטיים (ניורולוגים, פסיכיאטרים ופסיכולוגים התפתחותיים) ההמתנה במכונים להתפתחות הילד וביחידות ההתפתחות כדי להגיע לאבחונים ולטיפולם לילדים עם חשד לאוטיזם, עלולה להימשך חודשים רבים ואף שנה.
3. הורים לילדים עם אוטיזם מן האוכלוסייה הבדואית מדווחים על קושי לממש זכויות המוקנות לילדיהם, ובכלל זה מימון לחונך בשעות אחר הצהריים (באמצעות מחלקות הרווחה) ושעות טיפול נוספות.

מוגבלות שכלית התפתחותית

חסמים אחדים עלו בנוגע לניצול השירותים עבור ילדים עם משה:

1. יש נטייה להסתרת מוגבלויות קלות של ילדים, מחשש לתיוג שלילי, בכלל זה מוגבלות שכלית קלה ותפקוד שכלי גבולי. ילדים אלו נושרים ממערכת החינוך או ממשיכים את הלימודים בבית הספר הרגיל ללא למידה של ממש.
2. ביישובים הבדואיים אין מסגרת לתלמידים עם מוגבלות שכלית קלה. לעיתים ילדים עם מוגבלות שכלית קלה מאובחנים כבעלי מוגבלות שכלית בינונית כדי שיימצא בעבורם מקום באחד המוסדות הקיימים. מסגרות אלו אינן מתאימות לרמה השכלית והתפקודית של הילדים ואינן מאפשרות להם למצות את יכולותיהם.
3. באוכלוסייה הבדואית לא משתמשים כמעט במערכות טכנולוגיות לתקשורת חלופית (למשל מערכות מיקוד מבט)⁸ בעבור ילדים שאינם מדברים, וכך נמנעת מילדים אלו היכולת לתקשר ולשפר את רמתם הקוגניטיבית. כך מאובחנים לעיתים ילדים עם רמה קוגניטיבית תקינה כאילו היו ילדים עם מוגבלות שכלית.

⁸ מערכת מיקוד מבט מיועדת לאנשים אשר אינם מסוגלים להפעיל מחשב באמצעות עכבר או מתגים. המערכת מבוססת על מצלמה אשר מזהה את תנועות העיניים ומאפשרת שליטה על סמן העכבר ועל אפליקציה המפעילה את המקלדת.

לקות שמיעה/חירשות

בקבוצות מיקוד שנעשו בעבר עם אנשים עם מוגבלות מן האוכלוסייה הערבית (סנלדר-לף ושחק, 2006) עלה כי מקרב אנשים עם מוגבלות באוכלוסייה הבדואית, החירשים הם בעלי המעמד הנחות ביותר, ולעיתים בגלל קשיי השפה והתקשורת הם נחשבים לאנשים עם מוגבלות שכלית. עם זאת, מן הראיונות שנעשו לצורך המחקר הנוכחי עלה ששכיחות גבוהה יחסית של ילדים עם חירשות או ליקוי שמיעה באוכלוסייה הבדואית בנגב מאפשרת את קיומם של מענים ייעודיים לקבוצה זו. במענים הללו נכללות מסגרות ייעודיות לחינוך מיוחד בכל טווח הגילים (בכלל זה כיתות בארבעה ישובים וגן ייעודי לילדים עם שתל קוכליארי⁹ באל-סייד (יישוב שיש בו ריכוז גבוה של חירשים ולקוי שמיעה), תוכנית הכנה לתעסוקה באל-סייד, מועדוניות וקבוצות ללימוד שפת הסימנים עבור הורים לילדים עם חירשות או ליקוי שמיעה). חלק מפעילות זו נעשית באמצעות עמותות שפועלות עבור חירשים ולקוי שמיעה. עוד עלה שיש פעילות של קבוצות 'ווטסאפ' ארציות להעברת מידע לחירשים ולקוי שמיעה, ובדואים מן הדרום משתתפים בהן.

לקות למידה והפרעת קשב וריכוז

מן הראיונות עלה תת-איתור של לקויות למידה באוכלוסייה הבדואית בנגב בשל סיבות אחדות: חוסר מודעות לקיומן של לקויות אלו וליכולת לטפל בהן; חשש מתיוג שלילי; מחסור בידע כיצד לבצע את תהליך האבחון; היעדר הכשרה לאיתור לקויות למידה בקרב צוותי החינוך (גננות, מורים ופסיכולוגים חינוכיים); מחסור במאבחים דידקטיים (פסיכולוגים) ובפרט במאבחים דוברי ערבית; ועלות האבחונים. משרד החינוך או קופות החולים אומנם מסבסדים את האבחונים על רקע מצב כלכלי, אך בכל זאת יש השתתפות עצמית, וזו עלולה להרתיע את המשפחה.

גם אם ההורים מודעים להפרעת הקשב והריכוז של ילדם, רבים באוכלוסייה הבדואית חוששים מטיפול תרופתי, זאת בשל תפיסות רווחות על נזקי השימוש בריטלין. עם זאת בשנים האחרונות ניכרת עלייה במודעות לנושא. בדרך כלל גננות ומורות שמות לב לקשיי של ילד ומפנות אותו לפסיכולוג חינוכי, וזה ממליץ אם לקחת את הילד לאבחון. אבחון הפרעת קשב וריכוז מתבצע על ידי רופא מומחה רלוונטי (נירולוג, פסיכיאטר או רופא ילדים עם התמחות בקשב וריכוז).

לצורך קבלת התאמות ממשרד החינוך נדרש אבחון דידקטי. יש חשיבות לביצוע אבחון דידקטי או פסיכו-דידקטי כדי לאתר לקויות למידה ולאפשר בניית תוכנית אישית מותאמת לקשיי התלמיד. בדרך כלל בישראל אבחונים אלו מבוצעים באופן פרטי וכרוכים בעלות של כמה אלפי שקלים. משרד החינוך מממן אבחונים למשפחות מעוטות יכולת, וקופות החולים מסבסדות אותם חלקית. כפי שהוצג לעיל, שיעור התלמידים מן האוכלוסייה הבדואית בנגב שמקבלים אישור להתאמות לבחינות הבגרות נמוך בהרבה מן השיעור בשאר האוכלוסייה. סביר להניח כי הסיבה לכך היא ששיעור נמוך יותר של תלמידים בדואים פונים לאבחון דידקטי, אם בשל העלות הגבוהה, אם בשל מחסור במאבחים בשפה הערבית ואם בשל מחסור במידע על ההליך ועל דרכים למימונו. נראה כי ישנם באוכלוסייה הבדואית ילדים רבים עם לקויות למידה שאינם מקבלים סיוע והתאמות, ובכך אינם מקבלים הזדמנות שווה להצלחה בלימודים.

⁹ שתל קוכליארי מבוסס על טכנולוגיה של המרת מידע קולי למידע חשמלי המועבר ישירות אל עצב השמיעה בעזרת מערכת אלקטרונית המוחדרת לאוזן הפנימית. השתל הקוכליארי מהווה תחליף לתאי חישה חסרים או פגועים באוזן הפנימית (<https://www.scsnsshneider.org.il/?CategoryID=241&ArticleID=642>)

מוגבלות נפשית

מן הראיונות עלה כי באוכלוסייה הבדואית בנגב יש תת-איתור של ילדים עם מוגבלות נפשית, בשל חוסר מודעות לסוגיות של בריאות הנפש וחשש מן התיוג השלילי הנלווה אליהן. מוגבלות נפשית מאובחנת ומטופלת בדרך כלל רק במקרים שמגיעים לכדי פסיכوزה או התנהגות לא מותאמת תרבותית, כגון התערטלות. ככלל, חסרה באוכלוסייה הבדואית מודעות לטיפולים רגשיים באמצעות טיפול פסיכולוגי, טיפול בבעלי חיים, אומנות וכדומה, וילדים רבים עם קשיים רגשיים לא זוכים למענה.