



مؤسسة "شاليم"
تطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות

TEL AVIV UNIVERSITY אוניברסיטת תל-אביב

גורמים מנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימייה

רונית ארגמן

בהדרכת: דר' ברזון מרים, דר' כהן אורנה

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"
אוניברסיטת תל-אביב, בית-הספר לעבודה סוציאלית
ע"ש בוב שאפל



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2003

**עבודה זו מוקדשת באהבה רבה
לאבי, שלמה ארגמן ז"ל.**

תקציר

על-פי הספרות המחקרית, אנשים עם נכות התפתחותית בכלל ופיגור שכלי בפרט מצויים בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית לעומת אנשים ללא נכות. במחקר חלוצי זה, שנערך בארץ בשני מעונות פנימיה המטפלים באנשים עם פיגור שכלי, נבדקה תופעת הפגיעה המינית כפי שדווחה על-ידי הנפגעים עצמם. מטרת המחקר היתה לנסות לאתר גורמים שונים היכולים לעזור בניבוי פגיעות מינית.

חדשנותו של מחקר זה היא:

- א. בהיותו מחקר אקספלורטיבי ראשוני מסוגו בארץ.
- ב. בניסיון לבדוק קשר בין משתנים המופיעים בספרות כגורמי סיכון ופגיעה מינית.
- ג. בהוספת משתנים נוספים, אשר לא הופיעו כגורמי סיכון בספרות, אולם עולים בעבודה הקלינית, ובדיקת השפעתם על הפגיעות המינית.

המחקר ניסה לבדוק קשר בין משתנים של מודעות מינית (ידע מיני, התנהגות מינית, עניין מיני ועמדה לגבי מגעים מיניים), רמת תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות, אסרטיביות מינית ותלות בעזרה במשימות טיפול עצמי כגורמי ניבוי לפגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי. הונח גם כי הפגיעות המינית תהיה מושפעת משילוב של משתנים.

על-אף הקשיים הטמונים בראיון אנשים עם פיגור שכלי, נעשה במחקר זה שימוש בראיון אישי מובנה, מתוך הנחה כי ניתן להפיק מהמידע הסובייקטיבי הבנה מעמיקה יותר של תופעת הפגיעה המינית של אנשים עם פיגור שכלי. איסוף הנתונים נעשה באמצעות שימוש בשלושה שאלונים:

1. שאלון להערכת קשרים, הערכת תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות.
2. שאלון לבדיקת מודעות ואסרטיביות מינית, המתבסס על שני שאלונים העוסקים בידע, אסרטיביות והתנסות מינית של אנשים עם נכויות התפתחותיות: SexKen - ID (McCabe, 1992) ושאלון ידע והתנסות מינית (Ousley & Mesibow, 1991)
3. שאלון לבדיקת פגיעה מינית, המתבסס על שאלון להערכת פגיעה מינית בילדות שפותח ע"י J. Briere (1992).

כמו כן, הועברו שאלונים לצוות, שכללו משתני רקע אודות הנחקר ומשפחתו, הקשר עם המשפחה, דיווחים על פגיעות מיניות, תלות במשימות טיפול עצמי, והתנהגויות מיניות של הדיירים.

במסגרת המחקר רואיינו 103 בוגרים, המתגוררים בשני מעונות פנימיה, בגילאים 22 – 50 (M=32), מתוכם 58% גברים ו-42% נשים, ברמות תפקוד של פיגור שכלי קל עד בינוני-נמוך.

מתוצאות המחקר עולה, כי אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה נמצאים בסיכון גבוה לפגיעה מינית. 49.5% מהנחקרים דיווחו על 86 אירועי פגיעה שונים. 85% דיווחו על ריבוי פגיעות (יותר מאירוע אחד). ב-90% מהמקרים התוקף היה גבר, ובד"כ תוקף יחיד (87%). מחצית מהתוקפים היו אחרים עם פיגור שכלי, רבע מהתוקפים היו זרים והשאר היו אחרים מוכרים מהמשפחה, מהצוות או מסביבת המגורים. מחצית מהפגיעות התרחשו במסגרות דיור חוץ-ביתי, ומחצית - בקהילה (בית, סביבת מגורים, מקום עבודה). סוג הפגיעה השכיח היה אינוס, ובשליש מהמקרים דווח גם על אלימות פיזית. ב-88% מהמקרים דווח באופן ברור על אי-הסכמה למגע המיני, אולם רק כמחצית הצליחו להביע התנגדות ורבליית ו/או פיזית. 71% מהנפגעים דיווחו על האירוע, בדרך-כלל לבני משפחה או לאנשי צוות.

ביחס להשערות המחקר נמצאו הקשרים הבאים:

- א. להתנהגות מינית יש קשר חיובי מובהק עם הפגיעות המינית, ככל שיש התנהגות מינית מרובה יותר - הסיכון לפגיעה גדול יותר.
- ב. להעדר עניין מיני, יש קשר חיובי גבולי עם הפגיעות המינית, ככל שמבוטא פחות עניין מיני – הסיכון לפגיעה גדול יותר.
- ג. להחלטה עצמית לגבי פעילות מינית יש קשר שלילי מובהק עם הפגיעות מינית. כלומר, הסיכוי להיפגע גבוה יותר בקרב אלה שאינם מחליטים בעצמם לגבי פעילות מינית.
- ד. לתחושת הבדידות קשר חיובי מובהק עם פגיעות מינית. ככל שתחושת הבדידות חזקה יותר - הסיכוי להיפגע מינית גבוה יותר.
- ה. בניתוח רגרסיה לוגיסטית מרובה של שילוב ארבעת המדדים שצויינו, נמצאו כל המדדים כמנבאי פגיעות מובהקים. כמו כן נבדקה האפשרות, שמשותנים הקשורים למאפייני הנחקרים יכולים להיות משותנים מתערבים בקשר בין גורמי הסיכון הנבחנים והסיכוי להיפגע, אולם לא נמצא קשר מובהק.

נראה כי ממצאי המחקר תומכים בתיאוריות הטוענות, כי ישנם גורמי סיכון המגבירים את הפגיעות המינית של אנשים עם פיגור שכלי.

המחקר שהתבצע הינו ראשוני והוא מפנה את תשומת הלב כלפי אוכלוסייה פגיעה שאינה זוכה לתשומת לב ראויה. המחקר מאפשר לנו להתחיל לבנות תמונה תיאורטית, אמפירית ויישומית בהתייחס לתופעה במדינת ישראל. השלכות ממצאי המחקר על עבודת השדה מדגישות את הצורך באיתור אנשים עם פיגור שכלי הנמצאים בסיכון גבוה לפגיעה מינית ובפיתוח תוכניות מניעה מקיפות, לצמצום תופעה זו. חשוב להמשיך להרחיב בעתיד את בסיסי הידע המדעיים והאמפיריים באמצעות בדיקה במעונות נוספים, במסגרות דיור חוץ-ביתי אחרות ובקהילה.

תודות

ברצוני להודות לכל אלה שסייעו ותרמו לביצוע מחקר זה

בראש ובראשונה תודות לכל משתתפי המחקר, דיירי המעונות, שהיו מוכנים לשתף אותי בחלקים פרטיים, אינטימיים ומכאיבים בחייהם.

תודתי העמוקה למנחות המחקר: **דר' מרים ברזון ודר' אורנה כהן** על העצות המקצועיות והיסודיות, על התמיכה, הסבלנות והליווי לאורך כל הדרך.

תודות מיוחדות לאגף לטיפול באדם המפגר על המוכנות לאפשר בדיקה של נושא רגיש וכואב ובמיוחד **לגב' אהובה לוי, עו"ס** – מנהלת האגף לטיפול באדם המפגר **ומר גדעון שלום** - מנהל מחלקת מעונות הפנימיה, שאיפשרו את ביצוע המחקר במעונות.

לדר' חיה עמינדב – מנהלת ועמיתה על תמיכתה במחקר וסיוע בהגשמתו, שעודדה וליוותה אותי עד לסיום.

לדר' מרים מורבר - על אמונתה בחשיבות המחקר ועזרה במימושו.

לגב' לאה מאיר ולדר' אמיר שוורץ - פקידי סעד ארציים, על עזרתם באיסוף נתונים.

לכל אנשי הצוות במעונות אשר סייעו וקידמו את ביצוע המחקר, על שיתוף הפעולה ותרומתם ממרצם ומזמנם ובמיוחד ל: **בת-שבע פלג, בן פרהט, גרסיאלה בר-אל, איימי דנסקי וזוהר לב**.

לדר' חוה פרץ על עזרתה הרבה, הסבלנות והעידוד בעיבוד הנתונים.

לחברות: **אורנה פדואל, גילת הראל, מיכל שומר, לואיז גבע ו- צופי וולפסון** על העזרה והאכפתיות.

לקרן "שלם" לפתוח שרותים לאדם המפגר ברשויות המקומיות על מלגה לבצוע המחקר.

למשפחתי הנפלאה - בן-זוגי- רונן, ילדי - איתי, טל ונועה, אימי- תמר והורי בן-

זוגי – מזל ואברהם, תודה על התמיכה, הסבלנות והעזרה במשך ימים ולילות רבים וארוכים, אלו איפשרו את כתיבת העבודה והשלמתה.

תוכן העניינים

עמוד	
VII	תקציר
VII	מבוא
2	פרק ראשון - סקירת ספרות
29	פרק שני - השערות המחקר
32	פרק שלישי - שיטת המחקר
39	פרק רביעי - הצגת הממצאים
65	פרק חמישי - דיון
77	רשימת מקורות
86	נספחים
VII	תקציר באנגלית

מבוא

” כי מנצלים אותי שאני לבד או חלשה קצת, אני צריכה להתחזק יותר”, ”כי אני קטנה. בבית אמרו לי לא לשכב. אני לא אוהבת שעושים לי את זה” (מדבריהן של נשים עם פיגור שכלי שעברו פגיעות מינית).

בשנים האחרונות גוברת ההתעניינות הציבורית והמקצועית בקשר בין נכות למצבי סיכון, פגיעה וניצול. ההכרה כי אנשים עם פיגור שכלי משמשים קורבנות לפגיעה מינית זכתה להתייחסות חברתית רק בשנות השמונים והתשעים. מנתונים המובאים בספרות המקצועית עולה, כי אנשים עם פיגור שכלי חשופים, יותר מאשר אנשים ללא פיגור, למכלול המצבים הפוגעים, כולל פגיעה מינית. זאת ועוד: אפיוני הפגיעה המתוארים בספרות, קשים יותר בקרב אנשים עם פיגור שכלי (Lumly & Mansell & Sobsey, 2001; Miltenberger, 1997).

למרות המודעות הגוברת, הספרות העוסקת בנושא היא תיאורטית בעיקרה, ומרכיב המחקר בה קטן. גם כאשר נעשים מחקרים, הדבר כולל ברוב המקרים בדיקת דו"חות או דיווחים של אנשי מקצוע. רק חלק קטן מהמחקר מנסה לבחון את נקודת המבט הסובייקטיבית של הנפגעים, בעלי הפיגור השכלי. בארץ לא ידוע על מחקר אמפירי בתחום זה ואין מידע עדכני ושיטתי על תופעה זו.

מסקירת הספרות התאורטית והמחקרית עולה, כי בחקר תופעת הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי קיימים מספר קשיים. העיקריים שבהם: קושי באיתור ובזיהוי התופעה, הנובע בעיקר מקושי וחשש של הנפגעים לדווח (ומכאן - מיעוט תלונות של נפגעים); קושי בראיון אנשים עם פיגור שכלי; תפישות חברתיות מוטעות ביחס למיניות ופיגור שכלי; חוסר מודעות של הגורמים המטפלים והסובבים את הנפגע וחשש של הפוגעים מפני חשיפת המעשה. בהתייחסות לתופעה זו עולות מספר שאלות בסיסיות:

- מהו היקף התופעה במדינת ישראל ומהם אפיוניה?
- האם קיימים משתנים המשמשים גורמי סיכון לפגיעה מינית עבור אנשים עם פיגור שכלי?
- האם קיימים מאפיינים העלולים לגרום לבני משפחה, אנשי צוות, אנשים עם פיגור שכלי ואחרים לפגוע מינית דווקא באנשים עם פיגור שכלי?

מטרתו של מחקר זה היא לספק מידע ראשוני וכלים להבנת הפגיעה המינית של אנשים עם פיגור שכלי במעונות פנימיה, בעזרת דיווח הנפגעים, וכן איתורם של גורמי ניבוי לסיכון גבוה לפגיעה מינית. ידע זה יוכל להוסיף נדבך בבניית כלי איתור של אנשים הנמצאים בסיכון גבוה לפגיעה ופיתוח תוכניות מניעה מתאימות.

העבודה מחולקת לארבעה חלקים: בחלק הראשון תובא סקירה תיאורטית, העוסקת בהגדרת הפגיעה המינית והפיגור השכלי. יוצגו מודלים תאורטיים המסבירים את תופעת הפגיעה המינית באנשים עם נכות התפתחותית ובהמשך תיסקר תופעת הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור

שכלי. כמו כן, יוצגו מחקרים העוסקים בהשפעת החיים במעונות פנימיה על התחום המיני, מודעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי ובדידות.

בחלק השני יתוארו שיטת המחקר, כלי המחקר וההליך המחקרי והסטטיסטי.

בחלק השלישי יוצגו ממצאי המחקר וייבחנו אפיוני הפגיעה המינית, כפי שמדווח על-יד הנפגעים עצמם. כן ייבחנו השערות המחקר והמידה בה אוששו או הופרכו השערות אלו.

בחלק הרביעי יידונו תוצאות המחקר, מסקנות והמלצות יישומיות ומחקריות.

פרק ראשון – סקירת ספרות

א. מושג הפגיעה המינית

חלק זה יעסוק בהגדרות מושג הפגיעה המינית על-פי הספרות המקצועית ועל-פי החוק הישראלי.

א. 1 פגיעה מינית - הגדרות תיאורטיות

קיימים מונחים רבים המתקשרים לתופעת הפגיעה המינית: גילוי עריות, אלימות מינית, ניצול מיני, תקיפה מינית, עבירות מין, פשע מיני, אונס, ועוד. ריבוי השמות מצביע על בלבול הקיים בתחום, המבוכה הגדולה וחוסר הנוחות הקשורים בו (קדמן, בתוך: פארניס, 1995). הקושי בהגדרת מושג הפגיעה המינית אינו תיאורטי בלבד, אלא בעל השלכות מעשיות על שיעורי הדיווח והערכת השכיחות, ואופן הטיפול בנפגע ובתוקף, למשל: באיזה מקרה מדווחים על פגיעה מינית, כיצד הסביבה תגיב למצבים שונים ואיזו תמיכה היא תספק לקורבן (Glaser & Frosh, 1988; Finkelhor, 1984).

אחת ההגדרות הנורמטיביות והידועות ביותר היא של שכטר ורוברג' מ-1976, הגדרה אותה הרחיב פארניס (1995): "הניצול המיני של ילדים מתייחס לעירוב ילדים ומתבגרים תלתיים, שאינם בוגרים מבחינה התפתחותית, בפעילויות מיניות אותן אין הם מבינים לחלוטין, להן אינם מסוגלים לתת את הסכמתם המודעת (informed consent). פעילויות מיניות אלו מפירות את הטאבו החברתי של תפקידי המשפחה ומיועדות לסיפוק דרישותיו ורצונותיו המיניים של המתעלל". הגדרתו של Le Fontaine (בתוך: Harrison, 1998) פורצת את גבולות המשפחה. על-פיו, פגיעה מינית היא פעילות מינית המתבצעת על-ידי מבוגר בילד לשם סיפוק צרכיו המיניים ויכולה לכלול מגעים גופניים מכל הסוגים, כמו גם התנהגות מינית מרמזת שאינה קשורה במגע פיזי ישיר כמו אקסהיביזיוניזם (flashing). Driver & Droisen (בתוך: Harrison) מציינים כי התנהגות שכזו תיחשב לפגיעה בכל הקשר - הן בתוך המשפחה והן מחוצה לה (ברחוב, בתוך מוסדות וארגונים, בבתי ספר וכו'). Glass (בתוך: Aiello, Capkin & Catania, 1983) מציעה הגדרה רחבה יותר: "כל פעילות מינית, ויזואלית, ורבלית או פיזית שאינה רצויה לקורבן - או כאשר הקורבן מתחת לגיל הסכמה" (גיל ההסכמה משתנה בין מדינות). גם משרד החינוך והתרבות בחוזר מנכ"ל (1999) מגדיר מושג זה באופן רחב ביותר "התנהגות מינית לא חוקית שהתרחשה נגד רצון הנפגע, ללא הסכמה או בדרך תוקפנית, נצלנית או מאיימת (מאפיינים אלו יכולים להופיע כולם או חלקם)".

בבסיס ההגדרות שהוצגו עומדת התפישה הנורמטיבית, לפיה יחסי מין צריכים להתקיים בין שותפים השווים מבחינת התפתחותם ויכולתם לתת הסכמה מלאה ומודעת לכל פעולה מינית שאותה הם מבצעים. המונח "פגיעה מינית" מתייחס לטווח רחב של מצבים והתנהגויות מיניות מנצלות, אשר מטרתן לעורר גירוי מיני או להביא לסיפוק מיני לפוגע. ההגדרות השונות מדגישות את התלות המבנית של הילד/קורבן ואת חוסר יכולתו לתת הסכמה מודעת ליחסים מיניים, הן בתוך המשפחה והן מחוצה לה.

ניתן למיין את ההתנהגות המינית הפוגעת על פי הרשימה הבאה:

1. התנהגויות שאינן כוללות מגע: הערות מיניות; התבוננות בקורבן באופן מיני; חשיפת איברי מין ואיברים אינטימיים בפני הקורבן (אקסהיביזיוניזם); הצצה; פטישיזם (שימוש לא מקובל באיברי גוף או בביגוד); ניהול שיחות טלפון בעלות עניין מיני; צילום תמונות פורנוגרפיות של הקורבן; בקשה מהקורבן להסתכל על איברי גוף מסויימים, פעולות מיניות או חומרים מיניים (כמו סרט פורנוגרפי); הצעות או הערות מילוליות המכוונות לאיים מינית על הקורבן.
2. התנהגויות הכוללות מגע: נשיקה, נגיעה או ליטוף בעלי גוון מיני; מגע באיברי מין ואיברים אינטימיים של הקורבן; בקשה מהקורבן לגעת בעצמו או באחרים - המגע יכול להיות מעל הבגדים או מתחתם.
3. מין אוראלי: נשיקות עם הלשון; נשיקות, ליקוקים או נשיקות של חלקי גוף, כולל איברי המין ופי הטבעת - הפוגע יכול לעשות מעשים אלו לקורבן או לבקשו לעשות אותם לאחרים.
4. התנהגויות מיניות הכוללות חדירה: החדרת אצבעות, חפצים או איברי מין לווגינה, לפי הטבעת או לפה, חדירה וגינאלית או אנאלית - הפוגע יכול לעשות מעשים אלו לילד או לבקשו לעשות אותם לאחרים.
5. פגיעה מינית המלווה בריטואל, עינוי, אלימות פיזית או השפלה.
(משרד החינוך והתרבות, 1997; Harrison, 1998; Faller, 1990; Balderian, 1991)

כאשר מדובר בפגיעה מינית, קיימים מספר סוגי סיכון (Faller, 1990):

1. הסיכון לפגיעה מינית אפשרית (פוטנציאל) - מצבים בהם קיימים גורמי סיכון הקשורים לפוגע, לנפגע ולסיטואציה המאפשרת את הפגיעה המינית. ידוע, למשל, שאדם שנפגע מינית בעבר הוא בעל סיכון גבוה יותר לפגיעה מינית בעתיד; באופן דומה, ילדים שהיו חשופים בעבר למכלול סוגי הפגיעה יהיו חשופים יותר גם לפגיעות מיניות. ילדים עם נכות ופיגור שכלי, מצבים כמו סידור באומנה ובעיות בחיי בנישואין עלולים אף הם להוות גורמים המגבירים את הסיכון לפגיעה.
2. סיכון כי פגיעה מינית התרחשה – במקרים רבים קיים חשש כי מתקיימת פגיעה מינית, אולם קיים קושי באישושו בשל חוסר יכולת של הנפגע לדווח, חשש לדווח או חוסר אמון מצד הגורמים מטפלים.
3. חומרת הפגיעה המינית – קשורה לאפיוני הפגיעה המינית, אפיוני הנתקף והתוקף.
4. השלכות הפגיעה המינית והשלכות של פגיעות מיניות חוזרות.
5. סיכון לסידור מחודש (סידור חוץ-ביתי/העברה למסגרת חלופית) בשל פגיעה מינית.
6. סיכון לפגיעה נוספת (קורבנות מישנית) בשל תגובת הסביבה כלפי הנפגע (אשם, הכחשת הפגיעה וכו').

על-פי דוחי מרכזי הסיוע לנפגעי תקיפה מינית בישראל, אחת מכל ארבע בנות, ואחד מכל שישה בנים עלולים להיפגע מינית, לפחות פעם אחת, לפני גיל 18.

א. 2. פגיעה מינית - היבטים חוקיים

המודעות הישראלית לנושא, והחקיקה בתחום הגנת הילד וילדים בסיכון, התפתחה בארץ באופן הדרגתי החל משנות ה-60. בשנת 1960 חוקק חוק הנוער (טיפול והשגחה) התש"ך – 1960. חוק

זה מטיל על החברה את האחריות לטיפול ודאגה לילדים במצבי סיכון: (סעיף 2) "קטין הוא נזקק כשנתקיים בו אחד מאלה... (6) שלומו הגופני או הנפשי נפגע או עלול להיפגע מכל סיבה אחרת...". בשנת 1962 חוקק חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות. החוק מגדיר מיהו קטין ומסדיר את מעמדו המשפטי.

חוק העונשין התשל"ז - 1977 מתייחס לראשונה לתופעת הפגיעה המינית בקטינים ולעבירות כלפי ילדים ונכים. תיקון 26 לחוק זה, משנת 1989, מוסיף את חובת הדיווח לכל אזרח, ולאנשי מקצוע בפרט, בכל מקרה של ידיעה על פגיעה, כולל אחריות פלילית במקרה של ידיעה ואי-דיווח: (סעיף 368 ד') א. "היה לאדם יסוד לחשוב כי, זה מקרוב, נעברה עבירה בקטין או חסר ישע בידי אחראי עליו... חובה על האדם לדווח על כך בהקדם..". ב. "רופא, אחות, עובד חינוך, עובד סוציאלי... שעקב עיסוקם או בתפקידם היה להם יסוד סביר לחשוב כי נעברה עבירה בקטין או בחסר ישע... חובה עליהם לדווח על כך...".

בהתייחס לאנשים עם פיגור שכלי מודגשת חומרת הפגיעה על ידי אחראי על חסר ישע או ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך והשגחה. תפישה זו קיבלה ביטוי בחוק הישראלי המגדיר מדיניות ענישה של תוקפים הפוגעים מינית בחסרי ישע: "העושה בקטין או בחסר ישע מעשה התעללות גופנית, נפשית או מינית, דינו - מאסר שבע שנים; היה העושה אחראי על קטין או חסר ישע, דינו - מאסר תשע שנים" (חוק העונשין, תשל"ז - 1977, סימן ו' 1: פגיעה בקטינים, סעיף 368 ג.).

חוק העונשין, התשל"ז - 1977 (סעיפים 345 - 351) מגדיר את המעשים האלו כעבירות מין: החדרת איבר מאיברי הגוף או חפץ לאבר מינה של האישה (בעילת אישה), החדרת איבר מאברי הגוף או חפץ לפי הטבעת של אדם או החדרת איבר מין לפיו של אדם (מעשה סדום), או מעשה לשם גירוי, סיפוק או ביזוי מיניים (מעשה מגונה), כל אלה שלא בהסכמה חופשית עקב שימוש בכוח, גרימת סבל גופני, הפעלת אמצעי לחץ אחרים או איום באחד מאלה כלפי האדם או זולתו. חוק העונשין מדגיש מצבים מיוחדים: הסכמה שהושגה במרמה; ניצול מצב של חוסר הכרה שבו שריו הנפגע, או מצב אחר המונע התנגדות; או היות אדם חולה נפש או לקוי בשכלו; עשיית עבירה בקטין/ה (מתחת גיל 14) בין בהסכמה בין או לאו; בעילת קטינה בין הגילאים 14 - 16 שאינה נשואה לבועל או עשיית עבירה בקטין/ה בין הגילאים 16-18 תוך ניצול יחסי תלות, מרות, חינוך או השגחה או תוך הבטחת שווא לנישואין; עשיית עבירה תוך ניצול מרות ביחסי עבודה או בשירות או הבטחת שווא לנישואין.

ההגדרות, התיאורטיות והחוקיות, בוחנות את הפגיעה המינית על-פי שלושה פרמטרים: דמות הפוגע, דמות הנפגע ויכולתו לתת הסכמה מודעת לפעילות המינית, וסוג הפעילות הפוגעת (Faller, 1990). דמות הפוגע נתפשת כראויה לעונש כבד יותר מבחינה משפטית כאשר הפוגע אחראי על הקורבן. הנפגע, חסר הישע, ללא קשר לגילו, מעצם הגדרתו כחסר ישע עולה הקושי ליכולתו לתת הסכמה מודעת מרצון, במיוחד כאשר מדובר במצבים של תלות.

מחקר זה יעסוק באפיוני הפגיעה המינית כולל: אפיוני הנפגע, זהות התוקף, סוג הפגיעה וסביבת הפגיעה, וכן בנסיון לזהות גורמי סכון המגבירים את הסיכוי לפגיעה מינית פוטנציאלית.

ב. מושג הפיגור השכלי

חלק זה יעסוק בהגדרות מושג הפיגור השכלי בספרות המקצועית ועל-פי מערכת החוק והמשפט. כמו כן יוסברו רמות הפיגור השכלי ויוצגו נתונים על תופעת הפיגור השכלי בארץ.

ב.1 פיגור שכלי מהו

פיגור שכלי הוא תופעה חברתית הקיימת לפחות 2,500 שנה, ואשר במשך שנים רבות נעשו נסיונות להבינה ולהגדירה על-פי קריטריונים שונים. גם שמה של התופעה עבר שינויים רבים במהלך ההיסטוריה: Idiotic, Imbecile, Moron, Feeble-Minded, Mental Defective, ועוד (Luckasson & Reeve, 2001). בחברות שונות הוגדרה התופעה באופן שונה, וגם כיום אין הגדרה מקובלת ואחידה.

קיימות שלוש גישות כלליות להגדרת הפיגור :

א. גישה הרואה בפיגור השכלי מחלה.

ב. גישה המגדירה פיגור שכלי כתופעה חברתית.

ג. גישה התופשת פיגור שכלי כסטייה מן הממוצע.

גישות אלה, ששימשו במשך שנים בסיס להגדרת הפיגור, אינן מספקות בשל מורכבות הבעיה ולא ניתן לגזור מהן שיטות טיפול מתאימות.

האגודה האמריקאית לפיגור שכלי (American Association on Mental Retardation - AAMR) החלה ב-1921 להגדיר את תופעת הפיגור השכלי. הגדרה זו מתעדכנת מדי כמה שנים. ה-AAMR (2002) מגדיר פיגור שכלי כלקות המאופיינת במגבלות משמעותיות בתפקוד האינטלקטואלי (נמוך מן הממוצע לפחות בשתי סטיות תקן), הקיימת בקביעות עם פגיעה משמעותית בהתנהגות מסתגלת. פגיעה בהתנהגות מסתגלת תיבחן כירידה (שתי סטיות תקן ומטה) בתפקוד באחד מהתחומים הבאים: התפיסתי (קריאה וכתובה, למשל), החברתי (כמו: הימנעות מקורבנות, הערכה עצמית) והתפקודי (עזרה עצמית, חיי היום-יום, בריאות ובטיחות ועוד) או, לחילופין, ירידה במבחנים סטנדרטיים במכלול תחומים אלו. גילוי הפיגור השכלי צריך להיות לפני גיל 18.

ההגדרה המחודשת מתייחסת לפיגור כאל מגבלה תפקודית המתחילה בילדות ולה פנים רבות. הגישה האקולוגית הרב-ממדית בהגדרה זו מדגישה את השפעת הסביבה בה גדל הפרט עם הפיגור ובתוכה יוצר אינטראקציות שונות. השפעת הסביבה תבוא לידי ביטוי בעיקר בפיתוח עצמאות ומערכות יחסים, תרומה חברתית והשתתפות במסגרות ובקהילה ורווחה אישית.

פיתוח מערכות תמיכה לפרט יהיו אינדיבידואליות ותלויות במשתנים הבאים:

א. מידת המגבלה בהתאמה לקבוצת בני גילו ולמרכיבי התרבות בה חי היחיד.

ב. הבדלים תרבותיים, שפתיים, תקשורתיים, מוטוריים, סנסוריים והתנהגותיים.

ג. זיהוי הכוחות של הפרט, הקיימים לצד המגבלות.

ד. תיאור המגבלות באופן המאפשר פיתוח תוכנית תמיכה.

ה. מתן תמיכה המתאימה לפרט עם הפיגור כדי לשפר את תפקודו

(AAMR, 2002).

פיגור שכלי יכול להופיע עם או בלי הפרעה נפשית או גופנית אחרת. עם זאת, נמצאה שכיחות גבוהה פי 3-4, בכל טווח ההפרעות הנפשיות, בקרב אוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה הכללית (איגוד הפסיכיאטריה הישראלית ומשרד הבריאות, 1995).

על-פי סטטיסטיקות מקובלות בעולם המערבי, כ- 3% מהאוכלוסייה נולדים עם פגיעות ולקויות שונות, מתוכם 0.5% הם אנשים עם פיגור שכלי (בלאס ועמינדב, 2001; עמינדב 1997).

2. ב. פיגור שכלי - היבטים חוקיים

בשנת 1969 קבע המחוקק הישראלי חוק מיוחד לטיפול במפגרים: "חוק הסעד - טיפול במפגרים (טיפול במפגרים), תשכ"ט - 1969". עד אז חלו על האנשים עם הפיגור השכלי בישראל הוראות כלליות של חוק שירותי הסעד, תשי"ח - 1958 (שניט, תשמ"ח). חוק הסעד נכתב בהתאמה להגדרה המקובלת היום ברוב העולם המערבי, כפי שבא לידי ביטוי בהגדרות ה-AAMR (בלאס ועמינדב, 2001). החוק מגדיר מפגר "אדם שמחמת חוסר התפתחות, או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול. חולה נפש, כמשמעותו בחוק לטיפול בחולי נפש תשט"ו - 1955, אינו בבחינת מפגר לעניין חוק זה". חוק הסעד (טיפול במפגרים) מגדיר חמישה משתנים מרכזיים: הממד ההתפתחותי, הכושר השכלי, ההתנהגות המסתגלת, הזדקקות לטיפול, הבחנה בין פיגור שכלי לבין מחלת נפש. מתוקף חוק הסעד (טיפול במפגרים) תשכ"ט, 1969 פועלות ועדות אבחון, שתפקידן להחליט באם אדם הוא עם פיגור שכלי ועל דרכי הטיפול המתאימות עבורו (שניט, תשמ"ח).

3. ב. רמות פיגור

ה-DSM-4 (American Psychiatric Association, 1994) מסווג את הפיגור השכלי לארבע רמות תפקוד: פיגור קל, פיגור בינוני, פיגור קשה ופיגור עמוק. כמו כן מצויינת רמת פיגור לא ספציפית. ההבחנה נעשית בהתאם למנת המשכל, רמת ההתנהגות המסתגלת ומידת התמיכה והעזרה שלה זקוק האדם (בלאס ועמינדב, 2001).

פיגור קל (mild mental retardation) - מרבית האנשים עם פיגור שכלי (85%) מתאימים לקטגוריה זו, המכונה גם "ברי חינוך" ("educable"). מנת המשכל המאפיינת קבוצה זו היא בין IQ 55-70. כקבוצה, לאנשים עם פיגור קל יכולת ליצירת קשרים חברתיים ומיומנויות תקשורת, הם בעלי פגיעה מינימלית בתחום הסנסורי-מוטורי, וברמה האקדמית הם מסוגלים להגיע להישגים ברמה של כיתה ו' לערך. בבגרותם אנשים אלו יכולו להגיע לרמות בסיסיות של תמיכה עצמית בתחום החברתי והתעסוקתי, אולם יזדקקו להשגחה/הדרכה/ליווי מוגבלים, במיוחד במצבים חברתיים וכלכליים יוצאי-דופן. עם תמיכה מתאימה, יוכלו מרביתם להגיע לחיים מספקים בקהילה באופן עצמאי או במסגרות מוגנות.

פיגור בינוני (moderate mental retardation) - מנת המשכל המאפיינת אנשים בקטגוריה זו, הנקראת "ברי אימון" ("trainable") היא IQ 40-35 ועד 55-50. בקבוצה זו כלולים כ-10% מכלל האנשים עם פיגור שכלי. למרות יכולת הלמידה המוגבלת, אוכלוסייה זו יכולה להפיק ברמה הלימודית רכישת מיומנויות תקשורת, חינוך לתעסוקה, מיומנויות של טיפול עצמי וניידות, ואף להגיע

להישגים אקדמיים ברמה של כיתה ב' לערך. בבגרותם הם יכולים, בעזרת תמיכה מוגברת, להשתלב במסגרות תעסוקה מוגנות ובשוק החופשי ולחיות בקהילה, בדרך-כלל במסגרות מוגנות. פיגור קשה (severe mental retardation) – כ-3-4 אחוזים מכלל האנשים עם פיגור שכלי מוגדרים כבעלי פיגור קשה, ומנת המשכל שלהם היא בטווח של IQ 20-25 ועד 35-40. קבוצה זו מאופיינת בקושי ברכישת מיומנויות תקשורת ושפה, וביכולת לרכוש מיומנויות אלמנטריות בתחום הטיפול העצמי. עיקר הלמידה היא בתחום הפרה-אקדמי ובבגרותם יוכלו לתפקד תחת תמיכה מוגברת ומתמדת בתחום התעסוקתי, בעיקר בביצוע מטלות פשוטות ובמגורים בקהילה במסגרות מוגנות, אלא אם יש נכות נלווית, המצריכה טיפול ייחודי נוסף. פיגור עמוק (profound mental retardation) - בקבוצה זו כלולים בין 1% ל-2% מאוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי, ומנת המשכל היא IQ 20-25 ומטה. אנשים אלו מאופיינים, בדרך כלל, בפגיעה קשה בתפקוד הסנסורי-מוטורי, הם תלויים בסביבתם לחלוטין וזקוקים להשגחה ותמיכה מתמדת לאורך החיים. פיגור שכלי – רמת תפקוד לא ספציפית – מתייחס למצבים בהם קיימת סבירות גבוהה לפיגור שכלי, אולם לא ניתן לבצע את המבחנים המתאימים להערכת רמת התפקוד אם בשל ליקויים קשים, חוסר שיתוף פעולה או בשל גיל צעיר.

ועדות האבחון בארץ, הוסיפו בשנים האחרונות רמות ביניים בקביעת הפיגור השכלי: פיגור קל-בינוני ופיגור בינוני-נמוך (נהלי עבודה, מחלקת אבחון וקידום האגף לטיפול באדם המפגר, 1999). פיגור קל-בינוני - מתייחס לאנשים עצמאיים רק בחלק מהתחומים בחיי היום-יום, והזקוקים לתמיכה מוגבלת בתחומים אחרים כדי לכוון, להכשיר וללמד את הפרט ביצוע עצמאי יותר של מיומנויות אלו. פיגור בינוני-נמוך – אוכלוסייה הזקוקה לתמיכה מוגבלת בחלק מהתחומים בחיי היום-יום אך לתמיכה מוגברת באחרים.

4. המצב בישראל

כ-10% מהאוכלוסייה בישראל סובלת ממוגבלויות ומנכויות שונות: פיזיות, שכליות, נפשיות וחושיות. 3% מהילדים נולדים עם פגיעות שונות, מתוכם כ-0.5% עם פיגור שכלי. ההערכה היא, כי קיימים 40,000 איש בישראל עם פיגור שכלי, מתוכם מוכרים באגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה 23,000 איש. כ-8,000 ילדים, מתבגרים ובוגרים, מבין אלו המוכרים באגף, משולבים בדיר חוץ-ביתי, על-פי החלוקה הבאה: 6,100 איש מתגוררים ב-53 מעונות פנימייה (תשעה מעונות ממשלתיים, 12 מעונות ציבוריים, 32 מעונות פרטיים); 1,600 איש מתגוררים ב-161 מסגרות דיר בקהילה; 280 איש מתגוררים במשפחות אומנה.

מחקר זה יעסוק באנשים עם פיגור שכלי, ברמות תפקוד: קל, קל-בינוני, בינוני ובינוני-נמוך, המתגוררים במעונות פנימיה.

ג. נכות התפתחותית ומצבי סיכון ופגיעה

בחלק זה יוצגו מודלים תיאורטיים העוסקים בקשר בין נכות התפתחותית ומצבי סיכון ופגיעה. מודלים אלו אמורים לשמש בסיס להבנת הדינמיקה של הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי. בהמשך יוצגו נתונים ממחקרים שונים לגבי היקף התופעה.

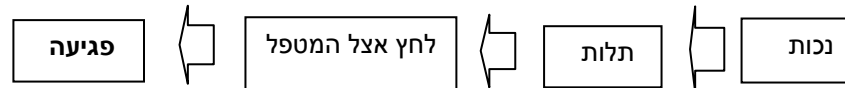
ג. 1. מודלים תיאורטיים לניבוי מצבי סיכון ופגיעה בקרב ילדים עם נכות התפתחותית

נכות התפתחותית משמעה "מי שהתפתחותו נעצרת או מופרעת בשל מחלה, פגם או טראומה מלידה, שאירעו במשך גיל ההתפתחות" (הייקילה, 1993). שם זה מתייחס לקבוצת נכויות ולקויות הכוללות: פיגור שכלי, אוטיזם, נכות פיזית, לקות ראייה, לקות שמיעה ולקות למידה.

שכיחות תופעת הפגיעה המינית באנשים עם נכות התפתחותית מצביעה על מצב שבו הפגיעה אינה מקרית או אקראית, ולנכות יש קשר ישיר או עקיף כגורם מגביר סיכון. ישנן כמה גישות תיאורטיות להסבר מצבי ההתעללות וההזנחה בקרב ילדים עם נכויות. מרבית המודלים המוצגים בספרות נכתבו בהקשר של ילדים ללא נכות שעברו פגיעות, ויושמו תיאורטית גם לתחום הנכויות ההתפתחותיות. חשוב להדגיש כי בהתייחס לאוכלוסייה של אנשים עם נכות התפתחותית אין בספרות הבחנה בין ילדים ובוגרים, זאת בשונה מהתייחסות לאוכלוסייה ללא נכות. המודלים מוצגים על-פי סדר כרונולוגי של הופעתם בספרות, ממודלים שהיו מקובלים בעבר למודלים המקובלים היום:

מודל תלות-לחץ / תסכול לחץ - הגישה המסורתית שהיתה שכיחה בין שנות ה-60' לשנות ה-90' היתה מודל התלות-לחץ (Dependency-Stress) ומודל התסכול-לחץ של Gelles (Frustration-) (Stress Model). הנחת היסוד היא, שתסכול ולחץ של המטפלים מסביר את ההתעללות והפגיעה בילדים בכלל (ללא קשר לנכות), במיוחד במצבים בהם ההורה או המטפל אינו מתפקד כראוי. שני המודלים מסבירים את הפגיעה כתוצאה מתלות, תסכולים ותחושת הלחץ סביב הדרישות התפקודיות שחוה המטפל, מעבר למקורות ההתמודדות שיש למשפחה. על-פי מודל זה ניתן להניח, כי אפיוני הנכות מהווים גורמי לחץ נוספים, המגבירים את הסיכון לפגיעה. הורים לילדים עם נכות, החווים מצבי לחץ ותסכול רבים ומתמשכים יותר, דרישות רבות יותר והתמודדות עם התנהגויות הילד הקשורות לנכות, ייטו בתנאי שחיקה ולחץ מצטבר לפגוע בילדם יותר מאשר הורים לילדים ללא נכות. הפגיעה תנוע על רצף שבין הזנחה בטיפול ועד ביטויים של אלימות מינית ופיזית (Sobsey 1994). הביקורות על מודל זה רבות. בראש ובראשונה, היות והמודל יוצר רושם שהקורבן עצמו אשם בפגיעה, מאפייני הנכות נתפשים כמזמנים את הפגיעה וניתנת הצדקה לפגיעה. מודל זה אינו מתייחס לאפיוני הפוגע ותפישתו את המצב, ומעודד צייתנות וכניעה לבעלי סמכות (היכולים להגביר את מידת הפגיעות). מודל זה מתייחס רק לפגיעה על-ידי בני משפחה, ואינו מסביר פגיעה על-ידי אחרים מחוץ למשפחה. לא נמצא כי הורדת הלחץ הטיפול על-ידי הגדלת מספר המטפלים תביא בהכרח להורדת אחוזי הפגיעה (אולם זה יכול להגביר את הסיכון לפגיעה). כמו כן, מבחינה אמפירית לא נמצא כי אוכלוסייה הנמצאת ברמת תפקוד נמוכה, והתלויה ביותר בזולת, פגיעה יותר מאחרים שרמת התפקוד שלהם גבוהה יותר. ממצאים נוספים מצביעים, כי מאפיינים של הנכות ישפיעו יותר מאשר מידת התלות (מרום, עוזיאל ונאון, 2002; Benedict, Wulff & White, 1992). למרות שלמודלים אלו אין היום התייחסות רבה כמסבירים את הפגיעה, אין ספק שהמתח המצטבר

כתוצאה מטיפול מתמשך משפיע על פגיעה, לפחות בחלק מהמקרים. ההתייחסות לגורם הדחק שמעורר הילד הנכה ומאפייני הנכות אינם מהווים פרה-דיספוזיציה לפגיעה (abuse provoking) אלא מהווים גורם סיכון נוסף (risk factor) (Ammerman, Van Hasselt, & Hersen, 1988). להלן יציג גרף מס' 1 את מודל תלות-לחץ.



גרף מס' 1: מודל תלות-לחץ של פגיעה - הפגיעה היא תוצר של לחץ הנוצר בשל תלות הילד הנכה בהורה המטפל.

מודל הלמידה החברתית – מודל זה, המתבסס על מחקריו של בנדורה משנות ה-60, מדגיש את השפעת הלמידה החברתית על התנהגות פוגעת. חשיפה למצב של פגיעה אשר מקבלת חיזוק חיובי מלמדת את הנחשף כי התנהגות שכזו היא מקובלת. זאת לעומת מצב פגיעה הזוכה לתגובה שלילית ולסנקציות. ניתן לראות את השפעת הלמידה החברתית כמשפיעה בתחום הפגיעה המינית בשני אופנים: א. אדם שעבר בעצמו פגיעה הופך להיות תוקף של אחרים (מקורבן לתוקף). ב. מי שעבר פגיעה מינית מאמץ לעצמו את תפקיד הקורבן (למידה של חוסר אונים נרכש) ויחזור עליו בנסיבות שונות. בתחום הנכות ההתפתחותית טוען Sobsey (1994) כי בחלק מהמסגרות המטפלות ננקטות גישות טיפול אגרסיביות הנתפשות כגישות חיוביות לטיפול. אלה מלמדות את הנכה נורמות התנהגות אלימות. מצב זה יסביר פגיעה בין אנשים עם נכות במסגרות הטיפוליות השונות ותואם ממצאים אמפיריים כי אנשים עם נכות התפתחותית שחוו פגיעה יפגעו באחרים בסביבתם.

להלן יציג גרף מס' 2 את מודל הלמידה החברתית.

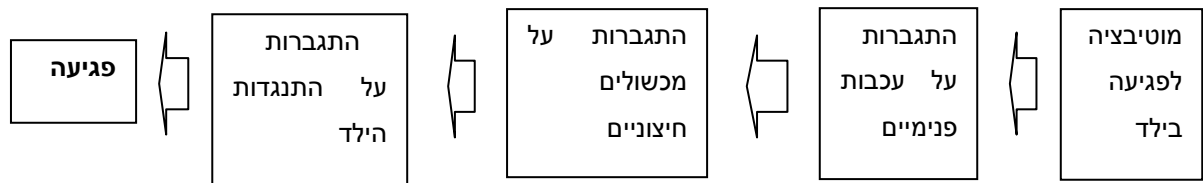


גרף מס' 2: מודל למידה חברתית של פגיעה - תפקיד התוקף / הקורבן נלמד דרך חשיפה למצבי פגיעה אשר מקבלים חיזוק חיובי מהסביבה.

המודל של Finkelhor (1984) לניצול מיני של ילדים – מודל זה מתייחס לפגיעה מינית בילדים. המודל מדבר על ארבעה תנאים הצריכים להתקיים כדי שתהיה פגיעה מינית בילד: א. תוקף פוטנציאלי בעל מוטיבציה לפגוע מינית בילד. ב. התוקף הפוטנציאלי מתגבר על עכבות נגד מימוש הדחף לפגיעה (למשל על-ידי צריכת אלכוהול או סמים). ג. התוקף הפוטנציאלי מתגבר על מכשולים חיצוניים המפריעים בביצוע הפגיעה. ד. התוקף הפוטנציאלי מתגבר על התנגדות אפשרית של הילד.

המודל מתייחס לנכות בהקשרים הבאים: עמדות חברתיות התופשות ילדים עם נכות כ"פחות אנושיים" מקילות על התוקף בהצדקת מעשיו; קיימת זמינות גדולה יותר לפגיעה בילדים עם נכות בשל תלותם הרבה בעזרה בפעולות אינטימיות, ריכוזם במסגרות מיוחדות ומגע רב עם דמויות טיפוליות שונות; לילדים עם נכות קושי גדול יותר לגלות התנגדות (בעיקר אם ישנם קשיי ניידות, תקשורת או מגבלות פיזיות) במיוחד מול סמכות.

להלן יציג גרף מס' 3 את המודל של Finkelhor לניצול מיני של ילדים.



גרף מס' 3: מודל הפגיעה המינית של Finkelhor - הפגיעה תתרחש כאשר יתקיימו 4 תנאים מקדימים: מוטיבציה לפגיעה, התגברות על עכבות, התגברות על מכשולים שונים ועל התנגדות הילד.

מודל ה-Counter control - על-פי מודל זה, אינטראקציות חברתיות הופכות להיות פוגעות כאשר קיים חוסר איזון בין שני אנשים. כאשר לאחד ישנה שליטה רבה יותר במרבית התוצאות, מערכת היחסים הנוצרת מאפשרת פגיעה (כמו, למשל, במערכת יחסים בין עבד לאדונו). על-פי מודל זה קיימים שני מנגנונים המסייעים במצבים של חוסר איזון: העצמת הפרט החלש או שימוש בחוק, הבא להגן על החלש. במודל זה אנשים נכים הם פגיעים כתוצאה ישירה מהלקות וכתוצאה של פעולות המפחיתות מכוחו של הנכה על-ידי המטפלים ואחרים בסביבתו (Sobsey, 1994).

המודל האקולוגי - מודל זה מתבסס על המודל האקולוגי שהוצג בשנות ה-60' על-ידי Bronfenbrenner (The Ecology of Human Development). מדובר במודל סוציו-תרבותי, המתמקד בקשר בין האדם וסביבתו והשפעה ההדדית ביניהם. הוא מדגיש את חשיבות התרבות או ההקשר של התרחשות הדברים כדי להבין התנהגות. המודל יושם להבנת מצבי ניצול של ילדים עם נכות התפתחותית על-ידי Sobsey (1994). המודל שפותח הוא מורכב ומשלב בתוכו גם אלמנטים מתיאוריות אחרות (Counter control, ומודל הלמידה החברתית). מודל זה מתייחס לתוקף, לנפגע ולמערכת יחסי הכוחות בקשר ביניהם במצבים של פגיעה בתוך ומחוץ לבית (Sobsey, 1994). לפי גישה זו, קיימות ארבע סביבות המשפיעות על היווצרות מצבי הפגיעה: 1. סביבת ה"מיקרו" - הסביבה המשפחתית של הילד, הכוללת את מאפייני הילד (ובכלל זה הנכות), מאפייני ההורים ומאפייני מערכת היחסים במשפחה (כולל תפישת הנכות והילד עם הנכות והתמודדות עם לחצים). 2. סביבת ה"מזו" - היא הסביבה החברתית הקרובה, עימה בא הילד במגע והיא כוללת פעילויות ויחסים בין-אישיים מחוץ למשפחה, כמו בית-ספר, שכונת מגורים ועוד. 3. סביבת ה"אקסו" - סביבה בה הילד אינו פעיל, אך קשורה לסביבות אחרות של הילד ומשפיעה עליו בעקיפין, כמו נגישות של גורמי תמיכה למשפחה. 4. סביבת ה"מאקרו" הסביבה החברתית והתרבותית הרחבה בה מצויים הילד ומשפחתו, הכוללת גם את המערכת הערכית החברתית (למשל, דעות קדומות על מיניות ופיגור שכלי).

על-פי מודל זה, הפתרון הטמון בטיפול בבעיית הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי צריך לכלול התערבות בכל אחת מהסביבות הנפרד והתערבות כלל-מערכתית (מרום, עוזיאל ונאון, 2002).

הטבלה הבאה (מס' 1) מציגה אספקטים מהמערכות השונות היכולים ליצור תנאים המאפשרים פגיעה, על-פי המודל האקולוגי.

טבלה מס' 1: אספקטים אינדיבידואליים, סביבתיים ותרבותיים של מודל הפגיעה האקולוגי אינטגרטיבי

קורבן פוטנציאלי	תוקף פוטנציאלי	סביבה	תרבות
• אפיוני הנכות	• צורך בשליטה	• גישה סמכותית	• מפחיתה מערך
• הגנה פיזית לקויה	• סמכותי	• המדגישה שליטה	• הנפגעים
• קשיי תקשורת	• דימוי עצמי נמוך	• חסות יתר	• תפיסת האדם הנכה
• חוסר ידע חשוב	• אגרסיה	• מושכת תוקפים	• כלא אנושי / כפגום
• חוסר אונים נרכש	• חשיפה למודלים של	• מבודדת מהחברה	• מלמדת צייתנות
• למידת צייתנות	• פגיעה	• מתגמלת לחיוב	• מדגישה קורבנות
• תחושת מרחב אישי	• פגיעה בתהליך	• התנהגות אגרסיבית	• מתעלמת מבעיות
• לא מפותחת	• ההתקשרות	• מסתירה האשמות	• מונעת התקשרות
• תלות	• עמדות מפחיתות ביחס	• ריבוי מטפלים	• מונעת פתרונות
	• לאנשים עם נכות	• תחלופת מטפלים רבה	
	• התנהגות אימפולסיבית	• דה-הומניזציה של	
		קורבן פוטנציאלי	

המודלים השונים שהוצגו מתייחסים לגורמים ותנאים המאפשרים לפגיעה בנכה להתרחש. למעשה קשה לדבר על מודל אחד שיסביר את הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי, שכן כל אחד מהמודלים מספק מסגרת להבנת התופעה, תוך שימת דגש על גורמים מסויימים ויחסי גומלין ביניהם. מודל תלות-לחץ / תסכול לחץ מתמקד בקשר בין הטיפול בנכה, הלחצים הנוצרים והפגיעה; מודל הלימדה החברתית מקשר בין נורמות פוגעות מקובלות בסביבה ולמידת תפקיד הקורבן/התוקף; המודל של Finkelhor המתמקד בתוקף הפוטנציאלי וההזדמנות לפגיעה; מודל ה-Counter control מתמקד בחוסר איזון באינטראקציות חברתיות כגורם סיכון; המודל האקולוגי מתייחס לשילוב של משתנים הקשורים לקורבן, לתוקף, לאינטראקציה ביניהם ולהיבטים חברתיים נוספים. המודל המקובל ביותר היום הוא המודל האקולוגי היות והוא לוקח בחשבון שילוב של גורמים רבים, מהמערכות השונות כגורמים המסבירים פגיעה.

ברור מכל המודלים המוצגים גם יחד, כי אנשים עם פיגור השכלי מצויים בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית מאשר אחרים ללא נכות, בתוך המשפחה ובסביבות אחרות. ישנה חשיבות רבה להבנת הדינמיקה של הפגיעה כאשר מתכננים תוכניות מניעה והתמודדות עם התופעה. בחירת מודל תשפיע על בחירת שיטת המניעה, למשל לפי מודל לחץ-תלות יש ללמד את הילד הנכה להיות צייתן כדי להפחית לחץ, לעומת מודל ה-Counter control המציע לפעול להעצמת הילד הנכה כדי לשנות את מאזן הכוחות ולמנוע פגיעה.

ג. 2 נכות התפתחותית ומצבי סיכון – ממצאי מחקרים

המחקר המשמעותי בנושא נפגעי עבירות בכלל, החל באמצע המאה ה-20. כבר בשנת 1948 זיהה Von Hentig את הקשר בין נכות וקורבנות. הוא טען, כי ישנן ארבע קבוצות אוכלוסייה פגיעות במיוחד: ילדים, קשישים, נשים ואנשים עם פיגור שכלי. אולם קשר זה בין פיגור שכלי וקורבנות לא נבדק עד שנות ה-60' (Petersilia, Foote & Crowell, 2001). בשנות ה-60', פגיעה בילדים (child abuse) נתפסה כפגיעה או כהזנחה פיזית, ונכות נתפסה כבעיה רפואית פרטית. עיקר המחקר עסק בילדים ללא נכות ובקשר בין הפגיעה ונכות כתוצאה ממנה. רוב המחקרים נעשו בארה"ב ונמצאו בהם אחוזים גבוהים של ילדים עם נכות בקרב ילדים שעברו פגיעות (Westcott & Jones, 1999). ב-1967 טענו Elmer & Gregg (בתוך: Sobsey, 1994) כי פגיעה יכולה להוביל לנכות - ונכות יכולה להגביר את הסיכון לפגיעה.

בשנות ה-80' וה-90' חלה עלייה במספר המחקרים בתחום שהתבססו על מדגמים גדולים יותר. עיקר המחקר עסק בשכיחות של מצבי הפגיעה השונים והתייחס לאוכלוסיות מחקר מגוונות יותר, ובכלל זה אוכלוסיות של אנשים עם נכות: נשים עיוורות, ילדים עם שיתוק מוחין, ילדים חירשים ואנשים עם פיגור שכלי (Westcott & Jones, 1999). המחקר לווה בהכרה של הרשויות המטפלות ובהתחלת פיתוח תוכניות התערבות (מרום, עוזיאל ונאון, 2002).

לקראת סוף שנות ה-90' עולה המודעות, והמחקר בנושא היקף תופעת הסיכון בקרב ילדים עם נכות זוכה להתקדמות גדולה. המחקרים השונים מראים בעקביות, כי רמת הפגיעה כנגד אנשים עם נכות גבוהה יותר מאשר כלפי אנשים ללא נכות, וכן על פגיעות גדולה יותר של אנשים עם נכויות למכלול המצבים הפוגעים: פגיעה והזנחה רגשית, פגיעות פיזיות (כולל הזנחה גופנית) ופגיעות מיניות. היקף הדיווח וההעמדה לדין על פשעים אלה נמוך בהרבה מאשר בפשעים המבוצעים כנגד אנשים ללא נכויות (בריינ, 2002).

מחקרם של Crosse, Kaye & Ratnofsky (1993) שהקיף 1,834 ילדים ובני נוער בארה"ב, מצא כי ילדים עם נכויות היו בסיכון גבוה של עד פי 1.7 לחוות התעללות לסוגיה, בסיכון גבוה יותר של עד פי 1.8 מאשר ילדים ללא נכות לפגיעה מינית, פי 2.8 להזנחה רגשית, פי 2.1 לפגיעה גופנית ופי 1.6 להזנחה גופנית. לטענת החוקרים, ב-47% מהמקרים הנכות הייתה גורם שהוביל לפגיעה, ושולוא היא הילד לא היה נפגע. גם מחקרם של Sullivan & Knutson (1998), שבחן תיקים רפואיים, סוציאליים ומשטריים של 3,000 ילדים, תומך בטענה זו ומציג נתונים הכוללים סיכון של פי 2.2 לפגיעה מינית, פי 1.8 להזנחה ופי 1.6 לפגיעה גופנית. הנכויות/לקויות השכיחות ביותר בקרב הילדים שנפגעו היו: לקות בדיבור ושפה, פיגור שכלי, לקות למידה ולקות שמיעה, וכן ילדים עם בעיות התנהגות. מבין סוגי הנכויות השונות, ילדים עם פיגור שכלי סבלו באופן הקשה ביותר משילוב של פגיעה פיזית ומינית. מרבית המקרים (88%) התרחשו בבית הילד על-ידי בן משפחה. ניתוח נוסף של נתוני המחקר נעשה בידי Sobsey, Randall & Parrila ב-1997. הם מצאו כי בנים עם נכות נפגעו יותר, בכל סוגי הפגיעה, כולל פגיעה מינית, באופן יחסי לבנים ללא נכות. מחקרה של Wescott (1993) שונה מהמחקרים הקודמים בכך שפנה באופן ישיר לאוכלוסייה הנבדקת לבדיקת ההתנסויות האישיות של הנפגעים, והתמקד בנסיבות המגבירות את הסיכון של אנשים עם נכות להיפגע. Verdugo, Bermejo & Fuertes (1995) מצאו, כי הסיכוי של ילד עם פיגור להיפגע, הוא פי 7 מילד ללא נכות. חומרת ההתעללות בילדים עם הפיגור השכלי לעומת ילדים עם נכויות אחרות היא הקשה ביותר (Sullivan & Knutson, 1998). כמו כן נמצא כי קבוצת הילדים הסובלת מריבוי נכויות נמצאת בסיכון הגבוה ביותר לפגיעה לעומת ילדים רק עם נכות אחת (מרום, ליאל ונאון, 2002).

על מנת להעריך את המצב בישראל, נעשו ניתוחים משניים של מחקרים שנערכו במכון ברוקדייל, העוסקים במצבי סיכון ונכות בישראל, ובבדקו מאגרי נתונים בג'וינט ישראל. נמצאה מגמה זהירה לפיה יש שיעור גבוה של ילדים עם בעיות הדומות למצבי נכות שונים, בקרב ילדים שאותרו כמצויים בסיכון. אולם, על-פי המידע הקיים, לא ניתן לקבל אומדן מדוייק ואי אפשר להצביע על כיוון הקשר הסיבתי שבין נכות לסיכון. עוד נמצא כי בקרב הילדים הנמצאים בסיכון יש ייצוג יתר לבעלי פיגור

שכלי של פי 10 ויותר לעומת שכיחות התופעה בקרב האוכלוסייה הכללית (מרום, ליאל ונאון, 2002)

בטבלה מס' 2 מוצגים ממצאי המחקרים העיקריים הבוחנים את שכיחות הנכות בקרב ילדים שעברו פגיעות שונות. המחקרים מוצגים בסדר כרונולוגי עולה של שנת פרסומם. הטבלה אינה מציגה את כל המחקרים בתחום אלא רק את הבולטים שבהם.

טבלה מס' 2: שכיחות נכויות בקרב ילדים שעברו פגיעות על-פי ממצאי מחקרים

מחברים	מאפייני המדגם	שיטת איסוף הנתונים	ממצאים
Elmer & Gregg (1967)	50 ילדים בארה"ב שעברו פגיעות.	מעקבים ובדיקת רישומים.	50% מהילדים היו עם פיגור שכלי.
Johnson & Morse (1968)	101 ילדים (מתחת גיל 15) בארה"ב, שעברו פגיעות.	בדיקת רישומים.	כ- 70% מהילדים היו עם פיגור שכלי או נכות פיזית.
Gill (1970)	12,610 ילדים (גילאי חצי שנה עד 15 שנים) בארה"ב שעברו פגיעות.	סקר	22% עם נכויות פיזיות או פיגור שכלי.
Buchanan & Oliver (1977)	140 ילדים עם פיגור שכלי באנגליה (מתחת גיל 16)	בדיקת רישומים	22% עברו פגיעות פיזיות ו-10% בסיכון לפגיעה.
Frish & Rhoads (1982)	430 ילדים בארה"ב עם קשיי למידה	בדיקת רישומים	6.7% הופנו בשל חשד לפגיעה. פי 3.5 מאשר באוכלוסיה הרגילה.
Diamond & Jauds (1983)	86 ילדים בארה"ב עם שיתוק מוחין	בדיקת רישומים	19% עברו פגיעה; 22% בסיכון לפגיעה.
Andre (1985)	609 ילדים עם נכות ו-614 ילדים ללא נכות במדגם אקראי (ארה"ב).	הצלבת מידע ורישומים בין שירותים חברתיים.	23% מהילדים עם הנכות עברו פגיעה לעומת 16% מהילדים ללא נכות.
Crosse, Kaye & Ratnofsky (1993)	מדגם מייצג של 1,834 ילדים ובני נוער בארה"ב המעורבים ב-1,249 מקרים של התעללות. מקור המידע ברישומים של 35 סוכנויות להגנת הילד בארה"ב.	המידע סופק בראיונות טלפוניים על-ידי צוותי הסוכנויות להגנת הילד.	שכיחות כל סוגי התעללויות הייתה גבוהה בקרב ילדים עם נכות פי 1.7 מאשר ילדים ללא נכות. ילדים עם נכות היו פי 2.8 בסיכון להזנחה רגשית, פי 2.1 להתעללות פיזית, פי 1.8 להתעללות מינית ופי 1.6 להזנחה פיזית.
Westcott (1993)	34 אנשים בוגרים באנגליה שעברו פגיעות בילדותם מתוכם 9 עם לקויות למידה ו-8 עם נכויות פיזיות או חושיות.	ראיונות אישיים וטלפוניים עם האנשים הנפגעים.	17 האנשים עם הנכויות דיווחו על 25 אירועים של פגיעות שונות על-ידי אנשי מקצוע וטיפול שונים.
Verdugo, Bermejo & Fuertes (1995)	445 ילדים ומתבגרים (גילאי 0-19) עם פיגור שכלי וקבוצת ביקורת של 403 ילדים ללא נכות בסיירה ליאונה.	שאלון להערכת סימני התעללות לילדים והשלמתו על-ידי אנשי מקצוע מטפלים (רופאים, עוסי"ם, פסיכולוגים).	שכיחות ההתעללות בילדים עם הפיגור הייתה 11.5% לעומת 1.5% בילדים ללא נכות. ההתעללות חלה לאורך השנים ללא קשר לגיל. נמצא קשר הפוך בין חומרת הפיגור לסכון לפגיעה ובין מצב סוציאקונומי ופגיעה. נמצא קשר ישר בין מוגבלות בשפה של הילד ובין הפגיעה. בקרב הילדים עם הפיגור שעברו התעללות הייתה החלוקה הבאה: 92% עברו הזנחה פיזית; 82% הזנחה רגשית; 65% התעללות רגשית; 31% התעללות פיזית.

מן המחקרים שבדקו את שיעור הפגיעה בילדים עם נכות התפתחותית עולה כי ילדים אלו נמצאים בסיכון גבוה לחוות פגיעה, ממכלול סוגי הפגיעות (פגיעה מיני, פיזית, הזנחה פיזית/רגשית), יותר מילדים ללא נכות. בהמשך יבדק הקשר בין אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי, המהווים חלק מקבוצת הנכויות ההתפתחותיות, והפגיעה המינית.

ד. פיגור שכלי ופגיעה מינית

להלן יוצגו גורמי סיכון עיקריים, המופיעים בספרות, לפגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי. בהמשך יוצגו ממצאי מחקר על היקף התופעה בעולם ונתונים מהארץ וממצאים לגבי אפיוני הפגיעה המינית.

1. ד. גורמי סיכון עיקריים לפגיעה מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי

העובדה כי אנשים עם פיגור שכלי פגיעים יותר לניצול מאשר אחרים ללא נכות יכולה להצביע על כך שמאפיינים שונים הקשורים לנכות בכלל ולמאפייני הפיגור השכלי בפרט, פועלים באופן ישיר או עקיף כגורמי סיכון. הספרות המקצועית מציעה רשימת גורמים מרכזיים. אלה כוללים אפיונים של האדם עם הפיגור, אפיונים של הסביבות המטפלות ותפישות חברתיות. להלן רשימת גורמי הסיכון העיקריים:

- **בעיות תקשורת** - חלק ניכר מהאנשים עם נכות התפתחותית לוקים בתחום השפתי, ובהפרעות תקשורתיות שונות, כמו: חירשות, אוצר מילים מצומצם או היעדר שפה, אוטיזם. בעיות התקשורת של חלק מאוכלוסייה זו הופך אותם לקורבן פוטנציאלי שאינו יכול להתנגד או לדווח על הפגיעה. גם צורות תקשורת חלופיות כמעט ואינן מתייחסות לתיאור פעולות אינטימיות ולתכנים של ניצול. לעיתים, גם כאשר הנפגע מנסה להתגבר על מעטה הסודיות ולדווח קיים קושי בהבנת המסרים (שפתיים או התנהגותיים).
- **מגבלות פיזיות** - מגבלות פיזיות המשפיעות על תנועה וניידות ומהוות מכשלה בנסיונות הימלטות.
- **תלות באחרים** – פיגור שכלי פירושו, לעיתים קרובות, תלות פיזית, חברתית ורגשית ארוכת-טווח שלא בהתאמה לגיל הכרונולוגי, למשל במטלות הטיפול האישי: לבוש, רחצה, עשיית צרכים. תלות זו מביאה גם לפגיעה בפרטיות, ולהתפתחות חוסר אונים נרכש ותחושת חוסר שליטה בגוף ובחיים. מידת תלותם הגבוהה היא הן בגורמים תוך משפחתיים והן בגורמים חוץ-משפחתיים, שלעיתים אף מחליפים את ההורים בטיפול העיקרי. למשל, כאלה הגרים במסגרות חוץ-ביתיות או ילדים הנמצאים מרבית שעות היום במסגרות טיפול יומיות וחוזרים הביתה רק בערב. אוכלוסייה זו חשופה לקשרים קרובים מרובים, המאפשרים גישה ישירה ואינטנסיבית במכלול של מצבים אינטימיים, כמו רחצה, עשיית צרכים ולבוש - ולכן מאפשרים גם יותר מגעים מיניים לאורך זמן. זאת, בניגוד לפגיעה מינית על-ידי גורם מרוחק או זר, שם קיים קושי במפגש עם הנפגע ומספר האפשרויות לפגיעה מועט יחסית. יתכן גם כי הפגיעה תתרחש על רקע הנסיבות המזמנות את הקרבה האינטימית, כפי שקורה בין הורה חורג וילד, ואשר במצבים אחרים לא היה מגיע למגע מיני (Oppportunistic Sexual Abuse) (Faller, 1990). לעיתים קיים קושי בהבחנת הפגיעה במקרים גבוליים, בהם לא ברור האם המגע הפיזי הוא מגע טיפולי, אוהב או מיני. Sobsey & Doe (1991) משערים, כי מגע אינטנסיבי עם כמות רבה של אנשי טיפול לאורך החיים מעלה את הסיכון לפגיעה מינית ב- 78%.

- **בידוד חברתי** - מרבית האנשים עם פיגור שכלי חיים בסביבה "מוגנת" יותר מאשר אחרים ללא נכות, ומאופיינים בבידוד פיזי וחברתי גדולים. קיים קשר מוגבל עם דמויות מחוץ למערכת המטפלת, תלות במסגרת המטפלת וקושי בפנייה לעזרה לגורמים חיצוניים.
- **פסיביות וצייתנות** - התפתחות התנהגות פסיבית וצייתנית לאחרים, בשל התלות הרבה, בעיקר כלפי דמויות טיפוליות וסמכותיות, תוך דחיית רצונות והעדפות אישיים מול רצונות של אחרים בהם הם תלויים לטיפול ורווחה. בנוסף, התנסות מצומצמת בקבלת החלטות ובחירות בחיים היומיומיים וחשש למסור מידע על הפוגע כאשר הנו דמות טיפולית מהווים אף הם גורמי סיכון.
- **מגעים פיזיים מרובים** - מגעים פיזיים מרובים עם דמויות רבות בסביבה, שלא בהתאמה לשלב ההתפתחות המתאים ולמרחק החברתי, נחשבים לגיטימיים. למשל, חיבוק צמוד גם עם אנשים זרים או הנחת ראש של אדם בוגר עם נכות על חזה של מטפלת במסגרת טיפולית. מצב זה יוצר בלבול ביחס לגבולות מגע מתאימים במסגרת קשרים שונים, מסמן לסביבה על למידה חברתית לא מתאימה ומאפשר מגעים פיזיים ומיניים פוגעים.
- **חוסר בכישורים חברתיים** - מיומנויות חברתיות לקויות וקושי בשיפוט חברתי מביאים לאי-יכולת לזהות מצבים מסוכנים ודרכי התגוננות, הימנעות ומילוט ממצבים אלו.
- **חוסר בחינוך מיני** - חסך בתחום זה הוא גורם מרכזי לסכנת הניצול המיני. זאת, בשל בלבול וקושי בהבנת מקום המגעים המיניים בקשרים חברתיים שונים וזיהוי מצבים מיניים, חוסר הבנת התנהגות מינית וחברתית מתאימה, אי-זיהוי אירוע של תקיפה מינית ככזה וחוסר מודעות באשר לזכותם לבחור את בני-זוגם המיניים. היעדר גישה לאינפורמציה מתאימה יוצרת אצל האדם עם הנכות בורות מינית, עמדות שליליות ביחס למיניות, קושי בהבנת ההתנהגות המינית המתאימה וקושי בקבלת החלטות בתחום המיני. בסביבה כזו האדם עם הנכות עלול להיות חשוף לאינטראקציות מיניות שליליות ופוגעות מטבען.
- **תפישה עצמית** - הפנמת התפישות החברתיות הרואות באדם עם נכות "מוגבל" ו"פחות שווה" תגרום להתפתחות דימוי עצמי נמוך, פיתוח התנהגות "קורבנית" וקבלת דין הפגיעה כדבר ברור מאליו.
- **תחלופה רבה בקרב הדמויות המטפלות** - Sobsey & Doe (1991) משערים, כי מגע אינטנסיבי עם כמות רבה של אנשי טיפול לאורך החיים מעלה את הסיכון לפגיעה מינית. מספרם של המטפלים המעורבים במשך השנים בטיפול רב, ואלה יכולים לנצל את תפקידם ומעמדם.
- **מאפייני הטיפול המוסדי** - גישת הטיפול המוסדי מובילה לבידוד והרחקה. מאפייני הטיפול במערכות מוסדיות מגבירים את פגיעות דיירי מסגרות אלו: איכות חיים ירודה בעיקר בתחומי החינוך והבריאות, איכות אנשי הטיפול הישיר, מיומנויות הטיפול של הצוות ובעיות בפיקוח.

• **תפישות חברתיות ביחס לפיגור שכלי ולפגיעות מינית** - תפישות חברתיות ודעות קדומות המפחיתות מערכם של אנשים עם פיגור שכלי, בעיקר בתחום המיני, מקנות לתוקף לגיטימציה לפגיעה דווקא באוכלוסייה זו. תפיסות אלו קיימות גם בקרב המערכות המטפלות והמערכת החוקית. לדוגמא: מערכת החוק אינה ערוכה לטיפול באנשים מוגבלים ואינה רואה בהם עדים אמינים למסירת עדות.

(Crossmaker, 1991; Furey & Niesen, 1994; Hughes & Hughes, 1998; Lumley & Miltenberger, 1997; Westcott & Jones, 1999)

ד. 2. פגיעה מינית ופיגור שכלי – היקף התופעה

התחלת המחקר על פגיעות מיניות בקרב נכים מופיעה בספרות המחקרית רק בשנות ה-80'. סקירת מחקרים באשר להיקף התופעה בקרב אנשים עם פיגור שכלי מגלה טווח שכיחות רחב, החל בממצאים המראים כי אין הבדלים באחוזי הפגיעה המינית בין אנשים עם פיגור שכלי לאוכלוסייה ללא פיגור שכלי (McCabe, Cummins & Ried, 1994) ועד כאלו הטוענים כי מרבית האנשים עם פיגור שכלי (90%) יעברו פגיעה מינית בחייהם (Crossmaker, 1991; Lumley & Miltenberger, 1997). הפערים בממצאים נובעים מהבדלים וחולשות מתודולוגיות הקשורים, בין השאר, גם להגדרות שונות לפגיעה וניצול מיני, להגדרות האוכלוסייה הנחקרת, לאופן עריכת המחקר ושימוש בכלי דיווח שונים.

אחד המחקרים הראשונים, שנערך בתחילת שנות ה-80' בידי Chamberlain et al. (1984) בדק 87 נשים עם פיגור שכלי ברמות תפקוד שכלי קל עד קשה, ומצא שכיחות של 25% שעברו ניצול מיני. גיל הפגיעה הממוצע היה 14. Hard (1986) מדווח (בתוך: Lumley & Miltenberger, 1997) כי 83% מהנשים ו-32% מהגברים במרכז תעסוקה מוגן עברו ניצול מיני טרם הגיעם לגיל 18. גם על-פי נתוני Roeher Institute (1994), 39-68% מכלל הבנות ו-16-30% מכלל הבנים עם נכות התפתחותית יעברו פגיעה מינית בטרם הגיעם לגיל 18.

תופעות הפגיעה נמשכות גם בגיל הבגרות, וניתן למצוא שכיחות גבוהה יותר של פגיעה באנשים בוגרים עם פיגור שכלי לעומת האוכלוסייה הכללית (McCormick, 1992). בסקר שנערך בשנים 1977-1979, דווחו 70% מהמשתתפים על פגיעה מינית, לפחות פעם אחת (The developmental disabilities project of the Seattle rape relief center בתוך: Furey, 1994). בסקר שנערך בידי Sobsey ב-1988, נמצא כי מתוך 100 דיווחים כלליים על פגיעות מיניות, ב-54% מהארועים הנפגעים היו אנשים עם פיגור שכלי (Sobsey, 1994). Elvick et al. (1990) מצאו במחקרם שבדק נשים עם פיגור שכלי, כי ב-43% מהמקרים היתה פגיעה מינית. Stormsness מצא ב-1993 (בתוך: Lumley & Miltenberger, 1997) כי כ-80% מקבוצת נשים עם פיגור שכלי קל שבדק, היו קורבנות לפגיעה מינית לפחות פעם אחת בחייהן. Wilson & Brewer (1992) מצאו במחקרם כי נשים עם פיגור שכלי, נפגעו מינית, פי 10 יותר מנשים עם נכויות אחרות. McCabe, Cummins & Reid (1994) מעריכים כי הסיכוי להיאנס, בקרב אנשים עם פיגור קל, הוא פי 3.6 מאשר אנשים ללא פיגור שכלי, פי 2.4 לחוות מגע מיני לא רצוי, ופי 1.8 לקיים מגע מיני עם קרובי משפחה.

למרות מחסור בנתונים סטטיסטיים מדויקים וחוסר עקביות בפרסומים הקיימים באשר להיקף התופעה, הערכות שונות מדברות על פגיעות של פי 2-3 מאשר באוכלוסייה הבריאה (Kvam, 2000). הסיכון גבוה יותר כאשר מדובר בפגיעות כרוניות או חוזרות (multiple victimizations) (McCormick, 1992). כאשר מביאים בחשבון צורות קשות של פגיעות ופגיעות חוזרות באותו יחיד, הסיכון היחסי של אנשים עם פיגור שכלי להיפגע הוא פי 2-5 מהאוכלוסייה הכללית (Sobsey, 1994). מול גישות אלו קיימים אחרים הטוענים, כי הנתונים המציגים תמונה זו מושפעים מעצם היות הילדים מוכרים לשירותי הרווחה, ולכן מתגלים אצלם יותר מקרי פגיעה לעומת ילדים ללא נכות (מרומ, עוזיאל ונאון, 2002).

מסקירת הספרות התיאורטית והמחקרית עולה, כי קיימים קשיים באיתור ובזיהוי היקפה של הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי בשל גורמים רבים: בעייתיות בהגדרת מושג הפגיעה המינית; גבולות פרטיות המשפחה ובידוד יחסי של משפחות לילדים עם נכות התפתחותית; גבולות המסגרות המטפלות, ריבוי ותחלופת אנשי צוות; התנהגויות היכולות להצביע על פגיעה יכולות להיחשב בטעות אצל הילד עם הפיגור כחלק מהנכות; בעיות תקשורת וחוסר בטכניקות דיאגנוסטיות מתאימות; קושי של הנפגע בתפישת האירוע כפוגע; תלות הנפגע בפוגע; חוסר אמון של המערכת המטפלת לדברי הנפגע הפגוע בשכלו והקושי במתן עדות; הקושי החברתי להאמין כי אירועים אלו אכן מתרחשים כלפי אוכלוסייה חלשה ומוגבלת - כל אלה ועוד ישפיעו על הדיווח בכל הקשור לממדי התופעה (Sobsey, 1994; Lumley & Miltenberger, 1997; Westcott & Jones, 1999).

חוקרים שונים טוענים, כי בנוסף לממצאים האמפיריים, הממצאים הקליניים משקפים מציאות קשה עוד יותר (בריון, 2002; Westcott & Jones, 1999; Burke, Bedard & Ludwig, 1998). על-פי Verdugo & Bermejo (1997) רק 20% ממקרים של פגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי מדווחים.

Moskal (בתוך: Mansell & Sobsey, 2001) טוען כי קיים פער באחוזי הדיווח בין נפגעים עם נכות התפתחותית לנפגעים ללא נכות. רק ב-58% מהמקרים של נפגעים עם נכות היה דיווח, לעומת 74% בנפגעים ללא נכות. גורם החשיפה של אירוע הפגיעה במקרים רבים של נפגעים עם נכות התפתחותית הם לעיתים סימני פגיעה פיזית או בעיות רפואיות (Mansell & Sobsey).

בטבלה מס' 3 מסוכמים ממצאי המחקרים העיקריים הבוחנים את שכיחות הפגיעות המינית בקרב אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי. המחקרים מוצגים בסדר כרונולוגי עולה של שנת פרסומם. הטבלה אינה מציגה את כל המחקרים בתחום אלא רק את הבולטים שבהם.

טבלה מס' 3: שכיחות פגיעות מיניות באנשים עם פיגור שכלי – על-פי ממצאי מחקרים

מחברים	מאפייני המדגם	שיטת הנתונים	איסוף	ממצאים
The Seattle Rape Relief Project on the Developmentally Disabled (1977-1979) (In: Furey, 1994)				70% מהמשתתפים בפרויקט דווחו שעברו לפחות פעם אחת פגיעה מינית. אף אחד מהנפגעים לא דווח קודם על הפגיעה.
Chamberlain, Rauh, Passer, McGrath & Burkett (1984)	87 נשים (גיל ממוצע 17) עם פיגור קל – קשה.	ראיונות ובדיקת רישומים.		25% מהנשים עברו פגיעה מינית, גיל הפגיעה הממוצע 14.
Hard (1986)	מרכז תעסוקה מוגן			83% מהנשים ו-32% מהגברים במרכז תעסוקה מוגן עברו ניצול מיני, טרם הגיעם לגיל 18.
Sobsey (1988) (In: Sobsey, 1994)	100 דיווחים כלליים על פגיעות מיניות	סקר		54% מהנפגעים היו אנשים עם פיגור שכלי.
Ammerman, Van-Haslett, Hersen, Mcgonigle & Lubetsky (1989)	150 ילדים בגילאי 3-19, עם ריבוי נכויות. 72% מתוכם היו עם פיגור שכלי ונכות נוספת.	רישומים רפואיים		בקרוב 39% מהילדים נראו סימני התעללות מתוכם 36% התעללות מינית. במרבית הפגיעות התוקפים היו הורי הילד. ב-40% ממקרי הפגיעה המינית הילד נפגע במקרים שונים על-ידי יותר מתוקף אחד.
Elvick, Berkowitz, Nicholas, Lipman & Inkelis (1990)	35 נשים בגילאי 13-55 עם פיגור שכלי	בדיקה פיזית ותיקים רפואיים		בקרוב 37% נמצאו סימנים פיזיים של פגיעה מינית, בקרב 6% נוספים ידוע על היסטוריה של פגיעה מינית ו-6% נוספים סבלו ממחלות מין.
Wilson & Brewer (1992)	סקר קורבנות פשיעה של אנשים עם נכות התפתחותית באוסטרליה			אנשים עם נכות התפתחותית נפגעים פי 2.6 במכלול סוגי הפשיעה יותר מאנשים ללא נכות. נשים עם פיגור שכלי נפגעו מינית פי 10.7 יותר מנשים עם נכויות התפתחותיות אחרות.
McCabe, Cummins & Reid (1993)	מחקר של 30 אנשים עם פיגור שכלי וקבוצת בקורת של 50 סטודנטים ללא פיגור שכלי.	שאלונים וראיונות ישירים.		אנשים עם פיגור קל בעלי סיכוי גבוה להפגע מינית: פי 3.6 יותר להאנס, פי 2.4 לחוות מגע מיני לא רצוי יותר מפעם אחת ופי 1.8 לקיים מגע מיני עם קרובי משפחה.
Stormsness (1993)				80% בקרב קבוצת נשים עם פיגור שכלי קל היו קורבנות לפגיעה מינית לפחות פעם אחת בחייהן.
Furey (1994)	461 מקרים מדווחים של פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי בגילאים 18-59.	ניתוח תיקים של תלונות על פגיעה מינית		37% מהמקרים אושרו במשטרה כפגיעה מינית. מתוכם 72% מהנפגעים היו נשים, גיל הפגיעה הממוצע 30.
Mansell & Sobsey) (The abuse & disability project at the University of Alberta, Canada) (2001)	215 מקרים מדווחים של פגיעה מינית בקרב ילדים ומבוגרים עם נכויות התפתחותיות	סקר דרך הפצת שאלונים במסגרות טיפוליות בקנדה, ארה"ב וניו זילנד.		80.1% מהנפגעים היו נשים, 91.2% מהתוקפים גברים. מחצית מהתוקפים היו קשורים לנפגע בשל נכותו. מחצית מהנפגעים (48%) עברו יותר מ-10 ארועי פגיעה. ב-50.8% מהמקרים היתה גם פגיעה פיזית.

בישראל אין עדיין בנמצא מידע שיטתי וזמין על היקף התופעה ואיפיונה. נתונים קיימים לגבי התופעה נאספו מפקידת הסעד הארצית בקהילה ומפקיד סעד ראשי במעונות הפנימיה, באגף לטיפול באדם המפגר. בשנת 2002 דווח למשטרה, על 102 ארועים של פגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי מתוכם 72 ארועים בקהילה ו-30 במעונות הפנימיה. על-פי הנתונים המדווחים בקהילה משנת 2000 ומהמעונות בשנת 2002 ניתן לראות כי התוקף הוא בד"כ דמות מוכרת לנפגע, מהמעגלים הקרובים אליו. במעונות עיקר התלונות הן נגד בני משפחה (80%) והיתר נגד אנשי צוות במסגרת הדיור. בבדיקת נתוני הדווח מהקהילה קיימת מגמה של עלייה בדווח ב-37% בין שנת 1999 ושנת 2002.

טבלה מס' 4 מציגה את נתוני פקידת סעד ארצית בקהילה, לגבי דווחים למשטרה על פגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי, בין השנים 1999 – 2002.

טבלה מס' 4: דיווחים למשטרה על פגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי בקהילה, בין השנים 1999-2002, על-פי נתוני פקידת סעד ארצית בקהילה.

שנה	נפגעים קטינים	נפגעים בוגרים	סה"כ דיווחים למשטרה	הערות
1999	30	22	52	
2000	14	27	41	ב - 73% מהמקרים הפוגע הוא אדם מהמעגלים הקרובים לנפגע: הורה, אח, קרוב משפחה, שכן, מדריך, מעסיק או חניך אחר.
2001	24	28	52	
2002	(לא ידוע)	(לא ידוע)	72	

טבלה מס' 5 מציגה את נתוני פקיד סעד ראשי במעונות הפנימיה לגבי בדיקת ארועים שיש בהם חשד לפגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי החוסים במעונות, בהליכי טיפול ע"י המשטרה ו/או לחילופין התיקים נסגרו, בשנת 2002-2003.

טבלה מס' 5: בדיקת אירועים שיש בהם חשד לפגיעה מינית באנשים עם פיגור שכלי במעונות פנימיה, בהליכי טיפול ע"י המשטרה ו/או לחילופין התיקים נסגרו, בשנת 2002-2003, על-פי נתוני פקיד סעד ראשי במעונות הפנימיה.

הארועים	החשוד	התהליך	מס' מקרים	סיום הליך
מעשה מגונה	בן-משפחה	בדיקת משטרה	24 מקרים	8 מקרים
מעשה מגונה	עובד במעון	בדיקת משטרה	6 מקרים	4 מקרים

מסקירת הספרות התיאורטית והמחקרית עולה, כי מרבית המחקרים מצביעים על שכיחות גבוהה של פגיעות מיניות בקרב אנשים עם פיגור שכלי, יותר מאשר אוכלוסיות אחרות ללא נכות. הנחת חוקרים רבים היא כי גם כאשר קיימים דווחים, אלו אינם משקפים את היקף הבעיה במלואה. בארץ המידע בנושא חסר, והנתונים היחידים הקיימים הם דיווחי פקידי הסעד.

ד. 3. פגיעה מינית ופיגור שכלי – אפיונים

בחלק זה יוצגו ממצאי מחקרים העוסקים באפיונים של הנפגע, אפיוני התוקף והקשר בין תוקף והנפגע, מקום הפגיעה ואפיוני ארועי הפגיעה.

אפיוני הנפגע

- מין: מרבית (כ-80%) הפגיעות המיניות המדווחות בקרב אנשים עם פיגור שכלי הן כלפי נשים (Sobsey & Mansell, 1990; Mansell & Sobsey, 2001). (Sullivan & Knutson, 1998) טוענים, כי מספר הבנים עם נכות הנפגעים, כולל פגיעות מיניות, גבוה יותר מאשר מספרם היחסי בקרב בנים ללא נכות. נמצא כי במעונות פנימייה גברים נפגעו בשכיחות גבוהה בהרבה מזו שבקהילה והרבה יותר לעומת גברים ללא פיגור שכלי. (Furey & Niesen, 1994) מצאו במעונות פנימייה של אנשים עם פיגור שכלי, כי 56% מהנפגעים היו נשים ו-44% היו גברים.

- רמת תפקוד : לא נמצא קשר ברור וחד-משמעי בין רמת הפיגור וסיכון לפגיעה מינית (Westcott & Jones, 1999). מספר מחקרים מדווחים, כי ככל שהנכות חמורה יותר הסיכון לפגיעה גבוה יותר (בריין, 2002). מחקרים אחרים טוענים דווקא, כי ככל שהנכות חמורה פחות הסיכון לפגיעה עולה, ויש מי שטוען כי הסיכוי הגבוה ביותר לפגיעה הוא בקרב בעלי הפגיעה ברמה הבינונית (מרומ, עוזיאל ונאון, 2002). במחקרם של Sobsey & Doe (1991), שבדק דיווחים על אנשים עם פיגור שכלי שעברו פגיעות מיניות, נמצאה החלוקה הבאה של הנפגעים על-פי רמות תפקוד: 28.4% בעלי פיגור קל, 25.7% בעלי פיגור בינוני, 36.5% בעלי פיגור קשה, 27% בעלי פיגור עמוק.
- קשיי תקשורת : מאפיין אחר שנמצא קשור ומגביר סיכון הוא קשיים בתקשורת ובעיות בדיבור, היות והקורבן "הטוב ביותר" הוא זה שאינו יכול לדווח או לפנות לעזרה (בריין, 2002; Westcott & Jones, 1999).

אפיוני התוקף

- מין : על-פי נתוני הספרות, במרבית (90.8%) הפגיעות המיניות כלפי אנשים עם פיגור שכלי התוקף הוא גבר (Lumley & Miltenberger, 1997 ; Sobsey & Doe, 1991).
- זהות התוקף: התוקף בדרך כלל הוא דמות מוכרת לקורבן מסביבתו ולעיתים דמות שעליה הוא סומך. על-פי Hard (בתוך: Lumley & Miltenberger, 1997), 97% - 99% מהתוקפים היו מוכרים לנתקף, והם כוללים : הורים, בני משפחה, אנשי חינוך וטיפול, כוח עזר, נהגים, מטפלים פארה-רפואיים, מדריכים, אנשים אחרים עם פיגור שכלי, שכנים וכד' (Baladerian, 1991). במחקרם של Sobsey & Doe (1991) נמצאה החלוקה הבאה באשר לזהות התוקף: 28% היו אנשי טיפול (מדריכים, מטפלים, פסיכיאטרים וכו'), 16.8% היו בני משפחה, 15.2% מכרים (שכנים, חברים של המשפחה), 9.8% אנשי טיפול לא-פורמאליים (כמו שמרטף), 6.5% אנשים אחרים עם פיגור שכלי, 5.4% אנשי הסעות, 4.3% הורים במשפחות אומנה, 3.8% בני זוג לבילוי, 2.2% בני משפחה חורגים. רק 8.2% מהתוקפים היו זרים.
- על-פי Mansell & Sobsey (2001), ב-46.6% ממקרי הפגיעה שהם בדקו, הקשר בין הפוגע והנפגע נבע מנכותו של הנפגע - אנשי טיפול (26.3%), אחרים עם נכות (9.3%), משפחות אומנה (6%), נהגים ומלווים בהסעות (5.1%).

המחקרים העוסקים באפיוני הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי מציגים תמונה קשה באשר לזהות התוקף. במרבית המקרים התוקף הנו אדם מקרב סביבתו של הקורבן, דמות המוכרת לקורבן, שבדרך-כלל יסמוך עליה ולעיתים יהיה תלוי בה לסיפוק צרכיו הבסיסיים, החינוכיים, הטיפוליים או השיקומיים ובביצוע משימות יומיומיות (Lumley & Miltenberger, 1997). המונח "גילוי עריות", המתייחס על-פי החוק למגע מיני לא מקובל בשל קירבת משפחה בין האובייקט המיני והפוגע (Maltz, 1992), ניתן כאן להרחבה. זאת, בשל המציאות ההופכת את מרבית הפגיעות המיניות באוכלוסייה זו ל"גילוי עריות" – על-ידי כל דמות בעמדת סמכות שהילד או הבוגר עם הפיגור מקיימת איתה מערכת של קשרי אמון ומצפה ממנה לחום, להגנה ולמרחק מיני. תלותו של הנפגע

בפוגע תשפיע על יכולתו לדווח ועל חומרת השלכות הפגיעה על תפקודו ועתידו (Benwar & Densen-Gerber, 1988, בתוך Courtois).

מקום הפגיעה

Furey & Niesen (1994) מצאו, כי 82% ממקרי הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי התרחשו במקום המגורים (מעון פנימייה, הוסטל, בית). Sobsey & Mansell (1990) טוענים, כי הסכנה לפגיעה בתוך מערכים פנימייתיים גבוהה פי 2-4 מאשר בקהילה. זאת בהתאמה לממצאים כלליים, כי מגורים בפנימיות מהווים, עבור כל סוגי האוכלוסייה, גורם סיכון לפגיעה מינית (Institutional abuse).

אפיוני ארועי הפגיעה

אפיוני הפגיעה המינית מציגים תמונה קשה ביותר: גיל הפגיעה הראשוני מתואר כצעיר מאוד, ולעיתים הפגיעה מתמשכת לאורך זמן וגם בבגרות, ואפיוניה קשים יותר: למשל, שילוב של פגיעה פיזית ומינית. בדיווח מ-2001 נמצא, כי 50% מאירועי הפגיעה המינית לוו בפגיעה פיזית קשה וכי ב-41% נוספים היו פגיעות פיזיות קלות יותר. דווח גם על 2.1% הריונות ו-7% הדבקות במחלות מיין (Mansell & Sobsey, 2001). לעיתים מדובר בפגיעות חודרניות גם בילדים צעירים ביותר. ב-62% מכלל המקרים באוכלוסייה זו היתה חדירה (אנאלית / וגינלית) לעומת 56% במקרים של ילדים ללא נכות (Sosbey & Doe, 1991).

ממצא שכיח נוסף מתייחס לריבוי פגיעות ופוגעים באותו נפגע עם נכות (רה-ויקטימיזציה) (Ammerman, Van Hasselt & Hersen, 1989; Ryan, 1992; Westcott, 1993): כ-80%

הנפגעים יעברו פגיעות מיניות חוזרות (Sosbey & Doe, 1991; Sullivan & Knutson, 1998). במחקרם של Mansell & Sobsey (2001) נמצא כי רק בחמישית מהמקרים המדווחים אירוע הפגיעה היה יחיד. 18.4% דווחו על שניים עד 10 אירועים, ו-48% על יותר מעשרה אירועים.

מסקירת הספרות המחקרית עולה, כי הפגיעה המינית מתרחשת לעיתים על-ידי דמויות מוכרות לנפגע, בדרך כלל במקום המגורים ואפיוניה כוללים ריבוי פגיעות ופגיעה פיזית נלווית. מנתונים אלו ברור כי לפגיעה המינית עלולה להיות השלכה רבת-השפעה על תפקודו של הקורבן ועל רווחת חייו. למרות האמור לעיל, ניתן לראות כי המחקרים הקיימים, ביחס לתופעה קשה כל-כך, מעטים.

ה. השפעת החיים במעונות על מיניות ופיגור שכלי

מחקר זה נערך בתוך מסגרות דיור חוץ-ביתי - מעונות פנימיה, בהם מתגוררים אנשים עם פיגור שכלי. החלק הבא ינסה לבחון את הידע הקיים ביחס להשפעת החיים במוסדות, של אנשים עם פיגור שכלי, על התנהגות מינית בכלל ועל פגיעה מינית בפרט.

ה. 1. התנהגות מינית במוסדות

לחיים במוסדות מגיל צעיר עשויות להיות השלכות על מהלך ההתפתחות הפסיכו-סקסואלית של האדם עם הפיגור השכלי. במחקרם של Painsky, Katz & Kravetz (1986), שכלל 60 אנשים עם פיגור, נמצא כי גברים עם פיגור שכלי, שהעבירו 75% מחייהם במוסדות, גילו קושי גדול יותר ביחס לזהותם המינית לעומת גברים שהעבירו 25% מחייהם במוסדות. בקרב נשים לא נמצא הבדל. מסקנות החוקרים קישרו בין קושי בהתפתחות הזהות המינית והגברית ובין מין הדמויות המטפלות, שהיו בעיקרן נשים, ומחסור בדמויות הזדהות גבריות ללמידת התנהגות מינית-חברתית גברית מקובלת. כן הניחו החוקרים, כי קיים קשר בין התנהגות מינית הומוסקסואלית לקשיים בהתפתחות הזהות המינית. ממצא זה קיים גם במחקרו של Gebhard (1973), שמצא בקרב 84 אנשים עם פיגור שכלי, התנהגות מינית הומוסקסואלית רבה יותר, מאשר בקבוצת ביקורת ללא פיגור שכלי. הסברו לכך היה ההפרדה המינית הקיימת בתוך המעונות וזמינות הקשר המיני ההומוסקסואלי לעומת קשר מיני הטרוסקסואלי. (Kempton & Gochros (בתוך: Furey & Niesen, 1994) טוענים, כי ההתנהגות המינית ההומוסקסואלית מקבלת יותר לגיטימציה מאנשי צוות לעומת התנהגות מינית הטרוסקסואלית, וזאת בשל חשש מהריונות לא-רצויים.

ה. 2. פגיעה מינית במסגרות מוסדיות (Institutional Abuse)

קבוצה הנמצאת בסיכון גבוה לעבור פגיעה והתעללות היא זו של השוהים במוסדות (מרום, עוזיאל ונאון, 1991; 2002; Crossmaker). משמעות הפגיעה במסגרת מוסדית היא הזנחה, פגיעה פסיכולוגית, פיזית או מינית המתרחשת במעון המטפל באוכלוסייה מסוימת. הכוונה אינה רק למעונות פנימיה, אלא למסגרות דיור מחוץ לבית המשפחה, כמו: בתי-חולים, הוסטלים, בתים קבוצתיים, פנימיות ועוד. הפגיעה יכולה להתרחש על-ידי אנשי צוות, דיירים ומבקרים בתוך גבולות המעון עצמו או מחוצה לו: בקהילה הסמוכה, בבית של איש צוות, בכלי רכב וכו' (Sobsey, 1994).

הגדרה אחרת, רחבה יותר, למושג הפגיעה המינית במסגרת מוסדית - של Furey & Niesen (1994) - מתייחסת למכלול ההתנהגויות המיניות של דיירים במוסד, שהן תוצאה של למידה לא מתאימה בכל הקשור לביטוי מיני. למידה זו יכולה להווצר בשל: איסור על התנהגות מינית, הפרדה מוסדית בין המינים, אי-מתן חינוך מיני ופגיעה מינית על-ידי אנשי צוות או דיירים.

על-פי Sobsey (1994), שהייה במסגרות מוסדיות עלולה להיות גורם סיכון חשוב לפגיעה בשל מספר גורמים:

1. חוסר שוויון במערכת הכוחות בין אנשי הצוות ודיירי המעון. אנשי הצוות שולטים במרבית פעולות היום-יום של דייריו. לצורך ניהול סדר היום משתמש הצוות במספר רב של כלים, כמו

פרסים, עונשים, שימוש בתרופות, ואפילו שימוש בכוח פיזי במידת הצורך. קיימת לגיטימיות לפגיעה בחופש ובזכויות הפרט לצורך הטיפול – למשל, בעבודה עם אוכלוסיות בעלות בעיות התנהגות נאלץ הצוות להגן על דיירים אחרים ועל עצמו תוך שימוש בכוח. לעיתים השימוש בכוח הופך להיות הרגל ו/או מופרז. חוסר השוויון פוגע בתחושת הכוח הפנימי של הדיירים, מחזק את חוסר-האונים הנרכש ואת התלות בצוות המטפלים.

2. במערך מגורים של קבוצה גדולה, הפגיעה היא מרובה, וכוללת בדרך-כלל, יותר מפוגע אחד ויותר מקורבן אחד. במוסדות מתפתחים דפוסים פנימיים של תגובות והתנהגויות, המושפעים מהסביבה ותלויים במשאבים הקיימים לפתרון בעיות. ניתן לדבר גם על תת-תרבות מוסדית מנצלת, שבה פגיעה אינה נתפסת כחריגה או כפוגעת, או שקיימת התעלמות או הפחתה של הפגיעה המינית (Crossmaker, 1991).

3. לצוות העובד במסגרות מוסדיות יש ידע על פגיעות, אולם קיימת נטייה לא לדווח לממונים. גם כאשר המקרים מדווחים, לעיתים קיימת נטייה לפתור את הבעיה בתוך המסגרת ולהמנע מעירוב של גורמים חיצוניים.

4. גישת הטיפול המוסדי מובילה לבידוד ולהרחקה. אלו מאפשרים לפגיעה להתרחש ללא יכולת דיווח מחוץ למסגרת או מבלי לאפשר לגורמים חיצוניים לאתר אותה (Westcott & Jones, 1999).

5. מאפייני הטיפול במערכות מוסדיות מגבירים את פגיעות דיירי מסגרות אלו: איכות חיים ירודה, בעיקר בתחומי החינוך והבריאות, איכות אנשי הטיפול הישיר, מיומנויות הטיפול של הצוות ובעיות בפיקוח.

6. ריבוי אנשי צוות בתוך המוסד ותחלופה מרובה שלהם.

מחקרים שונים מצביעים על שיעורי התעללות גבוהים במסגרות מוסדיות של ילדים עם נכות. Sullivan & Scanlan (1990) מצאו במחקרם על ילדים חירשים במעונות, כי מחצית מהם דיווחו על פגיעה מינית בידי אנשי צוות, דיירים אחרים או מבקרים. דו"ח אחר, מקנדה, מצביע על 250 תביעות של פגיעה מינית נגד 14 אנשי צוות במעון של אנשים עם פיגור שכלי (Van Dusen, בתוך: Sobsey, 1994).

הפגיעה בתוך המוסד עלולה להתרחש גם בין דיירי המוסד, היות ולעיתים יתגוררו יחד דיירים בעלי בעיות התנהגות או התנהגות אלימה ודיירים אחרים פגיעים (ההוצאה לסידור חוץ-ביתי מעוני קשורה לעיתים למצבים של בעיות התנהגות קשות, נכות מורכבת או נכות קשה). בתוך המוסד מתקיימים למידה וחיקוי של ההתנהגות הפוגעת. פרויקט הפגיעה ונכות של אוניברסיטת אלברטה בקנדה מצא, כי 10% מדיירי המוסדות היו קורבנות לפגיעה מינית על-ידי דיירים אחרים במוסד (Sobsey, 1994).

1. גורמים נוספים הקשורים לפגיעה המינית

בחלק זה תהיה סקירה של גורמים נוספים הקשורים לפגיעות מינית. הגורמים נבחרו בשל היותם משתנים מרכזיים בתוכניות למניעת פגיעה מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי ועל-פי הנסיון הקליני של החוקרת. גורמים אלו כוללים: מודעות מינית, אסרטיביות מינית ובדידות.

1.1 מודעות מינית ופיגור שכלי

מודעות מינית פרושה במחקר זה היא תפיסה והבנה עצמית של כל הגורמים והתנאים המשפיעים על מיניות הפרט, כולל: ידע (חוויתי / נרכש), מוטיבציה, רגשות, ועמדות.

במשך שנים רבות נרשמה התעלמות ממיניותם של אנשים עם פיגור שכלי, ובהתאם - גם מפיתוח תוכניות חינוך וטיפול מתאימות. כאשר הנושא נדון היה זה, בדרך-כלל, תוך התייחסות שלילית להשפעות האפשריות של המיניות. זאת בהשפעת תורות גזע שונות, שקישרו בין מיניות ופיגור שכלי להולדת ילדים עם נכויות (Craft & Craft 1988).

על-פי החלטות האו"ם משנת 1977, לאנשים עם פיגור שכלי יש זכויות לידע וחינוך מיני, ולבחירה בתחום האישי, כמו לכל אדם. החל משנות ה-90 ניתן לראות עיסוק גובר בפיתוח תוכניות חינוך מיני לאוכלוסיות מיוחדות. אולם בפועל נראה, כי קיים חשש רב של בני משפחה ואנשי צוות במסגרות החינוך, השיקום והטיפול השונות, כמו גם חוסר ידע כיצד להתמודד עם הנושא. התוצאה היא, שהאנשים עם הפיגור השכלי לעיתים אינם מקבלים את המענה הרצוי בתחום זה: למרביתם אין גישות למידע רלבנטי בתחום או למידע מאחרים במצבם, בניגוד למצב אצל מתבגרים רבים ללא נכות. גם ההתנסויות וההזדמנויות החברתיות ללמידה חברתית וכן התנסות ביצירת קשרים חברתיים ומיניים מוגבלת יותר. כתוצאה מכך, אנשים רבים עם פיגור שכלי מגלים מבוכה ובלבול סביב מיניותם, ולוקים בחוסר ידע לגבי התנהגויות מיניות מתאימות ויצירת קשרים בין-אישיים ומיניים מתאימים (Furey & Niesen, 1994; Kempton & Kahn, 1991).

מחקרים שונים מצביעים על בעייתיות של אנשים עם פיגור שכלי בתחום זה. מחקרם של Edmonson & Wish (בתוך McCabe, 1999) עסק בבדיקת עמדות מיניות של אנשים עם פיגור שכלי. נמצא כי למרבית הנחקרים היו עמדות מיניות שליליות ביחס למגעים מיניים: שליש מהנחקרים, למשל, חשבו שאוננות יחסי-מין הטרוסקסואליים הם אסורים. McCabe & Cummins (1996) מצאו, שלמרבית המשתתפים במחקרם היו רגשות חיוביים ביחס למגע מיני בכלל. אולם, רק למחצית מהם היו דעות חיוביות בקשר לאוננות, הומוסקסואליות ומין אוראלי. McCabe (1999) מצאה, כי רמת הידע המיני של אנשים עם פיגור שכלי נמוכה מזו של אנשים עם נכות פיזית, ומשל אנשים ללא נכות כלל. הפערים בלטו גם סביב נושאים שהועברו לנחקרים בתוכניות לחינוך מיני (50% מהנחקרים התנסו בחינוך מיני). עוד נמצא, כי רמות ההתנסות המינית של אנשים עם פיגור היו נמוכות מאד בהשוואה לאנשים עם נכויות פיזיות ולאנשים ללא נכות - בעיקר בכל הקשור לחיזור ולקשרים מיניים, החל מהחזקת ידיים ועד לקיום יחסי מין. לא נמצא הבדל לגבי רמות אוננות והתנהגות מינית הומוסקסואלית.

השאלה כיצד אנשים עם פיגור שכלי תופשים את הצורך באינטימיות ובביטוי מיני היא סוגייה מרכזית במאמרו של Heshusius (1982). נמצא, כי העלאת הנושאים המיניים בשיחות נעשתה על-ידי הנחקרים (הראיונות עסקו בנושאים כלליים ולא כונו כלל לתחום זה). הקטגוריות שעלו: ביטויי הנאה ממין, רצון וציפייה לקשרים חושניים/מיניים; פחד/חרדה מפני מגע מיני; תפיסת הקשר מיני ואינטימיות כשייכים לנישואין; חוסר ידע של עובדות בסיסיות ביחס להתנהגויות ולקשרים מיניים. את אותו חוסר ידע ניתן לראות במגוון רחב של התנסויות והתנהגויות בחי היום-יום: אנשים המנסים לאונן ואינם מצליחים להגיע לסיפוק מיני או שגורמים לפגיעה עצמית במהלך הניסיונות; בני זוג החיים יחד ואינם יודעים כיצד מקיימים יחסי מין; רצון ליצור קשר זוגי עם בן המין השני, ללא ידע לגבי דרך החיזור ולעיתים אף ללא אפשרות פיזית למימוש יחסים בצורה אינטימית ופרטית; והתנהגויות מיניות שלא בהתאמה לכללים חברתיים מקובלים.

2.1 . אסרטיביות מינית

אסרטיביות מינית היא חלק מתחום רחב של הגדרה עצמית (self determination). משמעות המונח הגדרה עצמית היא היכולת להחליט בין אפשרויות שונות הקשורות לתחומי החיים השונים, ולהיות בעל שליטה על האפשרויות וההחלטות המשפיעות על חיי היום-יום של הפרט (Wehmeyer, 1992 ; Khemka, 2000).

אסרטיביות מינית כוללת ביטוי הצרכים והרצונות המיניים של הפרט, וההבנה שאף אדם אינו יכול לגעת בו ולקיים עמו מגע מיני, ללא רצונו והסכמתו, או תחת לחץ ואיום. אסרטיביות מינית כוללת הבנה בתחום המיני, הכרה ברצונות האישיים והגדרתם, וביטוי רצונות אלו בצורה ישירה, כנה, ברורה ובטוחה.

מושג נוסף בו נעשה שימוש רב, בעיקר בתחום החוקי, הוא היכולת להסכמה מינית. סוגייה זו מתעוררת ביחס ליכולתם של אנשים עם פיגור שכלי לתת הסכמה מודעת. הסכמה מינית כוללת: הסכמה מרצון, המושגת בצורה ישירה - ללא כפייה או מניפולציה; הפעילות המינית תואמת את הסכמת האדם; הפעילות המינית היא חוקית; לאדם יש יכולת חוקית לתת את הסכמתו (גיל, רמת תפקוד); לאדם יש מספיק מידע להבנת הפעילות המינית והשלכות אפשריות של הפעילות (מחלות-מין, הריון); יכולת האדם להגן על עצמו (Kaeser, 1992; Kennedy & Niederbuhl, 2001). פיתוח יכולת זו הוא חלק משמעותי באיכות החיים, ומבטיח שהיחיד מסוגל לבטא את רצונותיו ושמשפיקת לו סביבה מתאימה בה הוא יכול לשלוט באירועים המתרחשים במרחב חייו (בראון, 1996). אסרטיביות תהיה קשורה למיומנות של קבלת החלטות, ותשפיע במיוחד בתחומים של הסתגלות חברתית וקשרים בין-אישיים.

מחקרים שונים מצביעים על בעייתיות של אנשים עם פיגור שכלי בתחום זה. נמצא כי קיים קושי בהערכת תוצאות של התנהגויות שונות וקשרים עם אחרים בסביבתם, והיעדר יכולת זו מהווה גורם סיכון לפגיעה וניצול מיני (Furey, 1994; Sobsey, 1994; Lumley & Miltenberger, 1997; Khemka, 2000). קבלת החלטות בתחום הבין-אישי אינה קשורה רק לתהליך קוגניטיבי של רכישת ידע ולמידה על מצבים מסוכנים ודרכי התמודדות. למעשה, משתנים לא-קוגניטיביים - כמו תפישה סובייקטיבית של שליטה ומוטיבציה - יכולים להשפיע על יכולת הפרט להשתמש בידע

הנלמד בצורה אפקטיבית. תפישת היחיד כי הוא יכול להחליט ולהשפיע על המצבים השונים יביאו אותו לפעול בצורה מתאימה.

Sobsey & Mansell (1990) הוסיפו, כי חוסר-אונים נרכש ופגיעות לסיכון קשורים לשליטה מוגבלת בקבלת החלטות והעצמה אישית. אנשים עם פיגור שכלי הנם, לעיתים קרובות, פחות אסרטיביים מאשר אנשים ללא נכות. הם אינם מסוגלים להתנגד לשליטה המאסיבית של הסביבה על חייהם, וכתוצאה מכך נוצר חוסר יכולת לחוות את תוצאות הגירויים השונים בסביבתם (בראון, 1996). תהליך זה מתחיל מוקדם בחייהם, מתמשך ומצטבר ככל שהיחיד גדל, בכל תחומי החיים, ובודאי בתחום המיני-חברתי, תחום המעורר חרדות רבות בקרב בני המשפחה והמטפלים.

McCabe, Cummins & Reid (1994) ערכו מחקר ביחס לניצול מיני בקרב 30 גברים ונשים עם פיגור שכלי בגילאי 16-40, המתגוררים בדיר קהילתי. הממצאים המשמעותיים ביותר במחקר זה מתייחסים לאספקטים הקשורים לאסרטיביות מינית. 46% מהנבדקים עם פיגור שכלי אמרו, כי אינם יודעים מה לעשות במצב של מגע לא רצוי ואינם יודעים כיצד לומר "לא" במצבים אלו (לעומת בקבוצת הביקורת - סטודנטים), ו-36% מהנחקרים האמינו שמישהו אחר צריך להחליט עבורם לגבי ההתנסויות המיניות שלהם.

Sullivan & Scanlan (1990) מציגים תוכנית טיפול לילדים עם נכויות שעברו פגיעה מינית, ומדגישים את הצורך לפתח אצל הילדים מודעות לכוחם, ידע שיעזור להם לזהות מצבים פוגעים ומסוכנים ולהגיב בצורה אסרטיבית. התגובה האסרטיבית כוללת שפת גוף ויכולת ורבילית לבטא "לא", וכן יכולת לתקשר באופן יעיל בחיפוש עזרה.

תחום נוסף הוא הצורך בפיתוח עצמאות רגשית. משמעותה לימוד הילד לזהות רגשות ודרכי ביטוי, והבנת וקבלת תוצאות ביטוי הרגשות השונים. לצורך השגת מטרות אלה יש ללמד את הילד מיומנויות של קבלת החלטות, ובחירת הביטוי הרגשי המתאים למצבים משתנים. גם Sobsey & Mansell (1990) מציינים, כי רכישת אסרטיביות, קבלת החלטות וזכויות אישיות הם הבסיס למניעת פגיעה מינית. לדעתם, המערכות המטפלות באוכלוסיות מיוחדות מדגישות את הציות ואת מילוי ההוראות כמטרה חינוכית ושיקומית, ולמעשה הן פוגעות באוכלוסייה זו והופכות אותה לקורבנות של פגיעה פסיכולוגית, מינית ופיזית. המחקר מראה, כי הפוגע מחפש קורבנות הנתפשים בעיניו כחלשים ושאינם מסוגלים להתנגד, לדווח על הפגיעה או לחפש עזרה מתאימה (Lang & Frenzel, 1988).

3.1. בדידות ופיגור שכלי

בדידות היא תפישה סובייקטיבית, המלווה ברגשות שליליים והמייצגת מודעות לפער בין קשרים חברתיים רצויים לבין הקיים בפועל (Peplau & Perlman בתוך: מרגלית, 1999). תחושת הבדידות היא רב-ממדית וכוללת קושי ביצירת קשר אינטימי וקרוב עם "חברים טובים", דחייה חברתית וקושי להשתייך לקבוצה חברתית מועדפת וכן בדידות המזוהה עם שעמום (מרגלית, 1999).

ילדים עם פיגור שכלי מתאפיינים בקשיים קוגניטיביים, המשפיעים על כישורי שיחה מצומצמים, קושי בהבנת קודים חברתיים ומצבים מורכבים. אלה מגבילים את יכולתם ליצור קשרי חברות. גם בתוך קבוצה זו, קיימת לעיתים התייחסות לתת-קבוצות או לתסמונות שונות כבעלי שונות גדולה בתחום זה. למשל, ילדי תסמונת דאון / ויליאמס נתפשים חברתיים מאד לעומת ילדי תסמונת ה-X השביר, המאופיינים בהימנעות חברתית (באומינגר, 1998).

בנוסף לקושי הקוגניטיבי, מציעה מרגלית (1999), כי הקשיים החברתיים מושפעים מבסיס ידע חברתי מצומצם בכל הקשור ליחסים בין-אישיים, מחוסר מיומנות להתנהגות חברתית מבוקרת ומחוויות של דחייה. משמעות מצב זה היא, שילדים עם פיגור שכלי יחוו בדידות רבה יותר מבני גילם - והתנהגותם החברתית תאופיין בהתאם.

בהשוואה של רמות בדידות של תלמידים בעלי ליקויים נמצא, כי הם חשים בדידות רבה יותר מתלמידים שאין להם ליקויים. Buysse (1993) מצאה כי לילדים עם פיגור שכלי מספר נמוך ביותר של חברויות הדדיות. עם זאת, קיימים מחקרים המצביעים על כך, שבכל קבוצות המחקר הייתה גם קבוצה של כאלה שאינם מרגישים בדידות גדולה יותר מאחרים בני גילם. במחקר לגבי רשתות חברתיות של אנשים בוגרים עם פיגור שכלי נמצא כי הרשת החברתית של מרבית הנחקרים כללה שני אנשים. מתוכם, 83% התייחסו לאיש צוות, 72% לבן משפחה, 54% לאדם אחר עם פיגור שכלי ו-30% לאחר (Robertson et al, 2001). הקשרים העיקריים היו עם דמויות שהקשר איתם מאופיין בקירבה משפחתית, קשר סמכותי או טיפולי, ופחות קשרים עם קבוצת שווים.

קיימים סגנונות התמודדות שונים עם מצבי הבדידות החברתית: הימנעות ונסגה המאופיינת במצב רוח עצוב וסביל; עיסוק בפעילות שאינה מצריכה חברה, כמו האזנה למוזיקה; ביטוי תוקפנות והפרעות התנהגות כביטוי למצוקה; פנייה לדמויות סמכותיות לעזרה; וחיפוש פעיל אחר חברים - ילדים בחינוך המיוחד דווחו כי בשל מיעוט הקשרים החברתיים, הם מוכנים להתפשר בצפיפותיהם מהקשר החברתי, למשל לשחק עם ילדים קטנים מגילו או לקחת חלק במצבים חברתיים פוגעים או מנצלים (מרגלית, 1999).

אנשים רבים עם פיגור שכלי מדווחים, כי לעיתים הם מוכנים לעשות כל דבר כדי לרצות אחרים בסביבה, גם אם הדבר אומר קיום מגעים מיניים. כל זאת כדי לקבל התייחסות ולהרגיש מקובלים חברתית.

ז. תוכניות התערבות קיימות בארץ, בתחום הפגיעה המינית לאנשים עם

פיגור שכלי.

למעלה מעשור משקיע האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה משאבים רבים בפיתוח התחום המיני-חברתי. תחום זה נמצא באחריות מחלקת אבחון וקידום בכל הקשור לפתוח תוכניות לחינוך מיני-חברתי, הכשרת אנשי מקצוע מהשטח בתחום ומתן הדרכה ומענה טיפולי סביב בעיות בתחום זה. בשש השנים האחרונות מופעל מרכז ארצי לייעוץ, הדרכה וטיפול בתחום זה המשרת את הקהילה ואת מעונות הפנימיה. העלייה במודעות לתחום המיני-חברתי הביאה לכך שהנושא מוצג היום במערכי ההכשרה השונים של אנשי הטיפול מהמקצועות השונים כמו: קורסי הסמכת מטפלים, קורסי הכשרת פקידי סעד בתחום. כמו כן, מסגרות רבות בונות מערכי התערבות בתחום זה למשל הקמת יחידת זוגות בתוך מעון-פנימיה.

בשנים האחרונות חל שינוי וישנה עלייה במודעות גם לנושא הפגיעה המינית. קיים מערך של פקידי סעד (לחוק הסעד-טיפול במפגרים), הן בקהילה והן במעונות הפנימיה, התורמים רבות בשטח. מערך זה כולל פקידי סעד ארציים (אחד בקהילה ואחד במעונות), פקידי סעד אזוריים ומקומיים בקהילה ופקידי סעד בתוך המעונות. אלו מדווחים על כל מקרה בו יש חשש או דווח על לפגיעה מינית ופועלים מול המשטרה, המשפחה וגורמים אחרים בקהילה ובמסגרות. במקרים בהם יש קושי בדיבוב הנפגע עם הפיגור השכלי / או קיים צורך טיפולי מופנה הנפגע למרכז הייעוץ והטיפול.

מערך ההשתלמויות בנושא התרחב ונושא הפגיעה גם הוא עולה בהכשרות כלליות אחרות. כמו כן מתפתח מערך הכשרה ספציפי לנושא כמו: קורס שנתי לפקידי סעד בנושא הפגיעה המינית ; הכשרת אנשי טיפול העוסקים בתחום המיני-חברתי במסגרות למתן מענה טיפולי.

פרק שני- השערות המחקר

א. שאלת ומטרות המחקר

לאור המחקרים שסקרנו עד כה, עולה כי בעיית הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי היא קשה ביותר מבחינת היקפה, איפיוני הפגיעה וחוסר מודעות מספקת של הסביבה לנושא. כמו כן עולה מתוך התיאוריות המסבירות את התופעה, כי גורמים רבים קשורים לפגיעות זו: מאפיינים הקשורים לפרט ולנכותו, לסביבה הקרובה ולחברה כולה. גורמי הסיכון המוצגים הם רבים ומורכבים. זיהוי גורמי הסיכון הכרחי לצורך פיתוח תוכניות מניעה יעילות. הידע התאורטי לוקה בחסר בעיקר ברמה האמפירית ומאופיין בהעדר אחידות ובמחקר המתמקד בעיקרו באפיוני הפגיעה ולא בהבנת הפגיעה. אלו משפיעים על בלבול רב הקיים בשטח ופיתוח מוגבל בתחום המניעה.

שאלת המחקר:

שאלת המחקר הנוכחי היא מהם גורמי הסיכון האפשריים, המנבאים פגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי.

מטרות המחקר:

א. הערכת תופעת הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי במעונות הפנימיה.
ב. בדיקת משתנים המשפיעים – ביחד או לחוד - על מידת הפגיעות המינית של אנשים עם פיגור שכלי במעונות פנימייה, ויכולים לעזור בניבוי מידת הסיכון לפגיעה.

המשתנים שייבחנו במחקר זה הם:

מודעות מינית (ידע, התנסות ועניין מיניים): אסרטיביות מינית: קשרים משפחתיים וחברתיים ותחושת בדידות; תלות פיזית בטיפול עצמי; שילוב של המשתנים.
הפגיעה המינית מוערכת על-פי דיווחים סובייקטיביים של הנבדקים. כן נבדקו דיווחים, במידה וקיימים, בתיק האישי של הנבדק ו/או הידועים לצוות המטפל. בנוסף, נבדק הקשר בין משתנים דמוגרפיים שונים (גיל, מין, רמת תפקוד שכלי, מוצא, מספר שנים בדיוור חוץ-ביתי, מספר שנים במעון הנוכחי) לבין אירועים של פגיעה מינית.

ב. השערות המחקר

בהתבסס על מטרות המחקר, נוסחו ההשערות הבאות:

1. נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו בעלי רמת מודעות מינית נמוכה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.
2. נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו בעלי רמת אסרטיביות מינית נמוכה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.
3. נבדקים אשר עברו פגיעה מינית ידווחו על תחושת תמיכה חברתית ומשפחתית נמוכה יותר ותחושת בדידות גבוהה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.
4. נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו ברמת תלות פיזית בטיפול עצמי גבוהה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.
5. יימצא קשר שלילי בין מודעות ואסרטיביות מינית, תחושת תמיכה חברתית ועצמאות בטיפול עצמי - לבין רמת הפגיעות המינית של אנשים עם פיגור שכלי.

ג. הגדרות תצפיתיות

להלן ההגדרות התצפיתיות של המשתנים העיקריים אשר נבדקו במחקר:

- א. אנשים עם פיגור שכלי - אנשים אשר מוכרים כבעלי פיגור שכלי, על-פי חוק הסעד, טיפול במפגרים תשכ"ט, 1969 ואשר אובחנו בידי ועדות אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר של משרד העבודה והרווחה.
- ב. פגיעה מינית – מוגדרת כאן על-פי הגדרות חוק העונשין לבעילה ומעשים מגונים: נגיעות לא רצויות בחלקי גוף, מגע מיני אוראלי/ אנאלי / וגינאלי, החדרת חפצים.
- ג. מודעות מינית – כולל את התחומים הבאים: ידע בתחום המיני ביחס לחלקי הגוף והבדלים פיזיים בין המינים, היכרות עם מונחים בתחום המיני, התנסות מינית וזוגית, עניין בהתנסות מינית וזוגית ועמדת הפרט ביחס ליחסי מין.
- ד. תחושת תמיכה חברתית ומשפחתית - נמדדה על-פי תחושה סובייקטיבית של הנחקרים.
- ה. תחושת בדידות - נמדדה על-פי תחושה סובייקטיבית של הנחקרים.
- ו. תלות פיזית בטיפול עצמי - נבחנו מספר מטלות יומיומיות אינטימיות של טיפול עצמי בהן נזקק האדם לעזרת דמות טיפולית. המטלות הן: לבוש, רחצה, שירותים, שמירה על היגיינה בזמן קבלת הווסת.
- ז. קשר עם משפחת המוצא - לפי רישומים בתיק האישי, אם קיים, צורת הקשר של משפחת המוצא עם הדייר במעון (קשר טלפוני, ביקורים במעון, לקיחת הדייר לביקורים בבית), רמת הקרבה המשפחתית, ותדירות הקשר.
- ח. אסרטיביות מינית – יכולת הפרט להתנגד במצבים של הטרדה ו/או פגיעה מינית ולהרגיש בעל שליטה על גופו, על-פי דוח סובייקטיבי של הנחקר.
- ט. אפטרופסות – מינוי אפטרופוס על-פי חוק הכשרות המשפטית והאפטרופסות, תשכ"ב – 1962.

פרק שלישי - שיטת המחקר

פרק זה של העבודה כולל חמישה נושאים: תיאור הנחקרים (תיאור מפורט מופיע בפרק הממצאים); אופי המעונות; כלי המחקר; תהליך המחקר וניתוח סטטיסטי.

א. אוכלוסיית המחקר

למחקר זה נבחרו שני מעונות בהם מתגוררים אנשים עם פיגור שכלי. הסיבות לבחירת מעונות אלו הן:

1. הדיירים בעלי אפיונים בסיסיים המתאימים למחקר מבחינת הגיל ורמת התפקוד.
2. גודל המסגרת ומספר הדיירים כך, שמספר המעונות המשתתפים במחקר לא יהיה גדול.
3. בשני המעונות קיימת מודעות רבה לנושא המיני-חברתי והמוכנות לשתף פעולה במחקר רגיש זה הייתה חשובה ביותר.
4. בשל החשש של פתיחת נושא רגיש לצורך ראיון, הייתה חשיבות מרובה בבחירת מסגרת המסוגלת לתת מענה טיפולי לדיירים, בעת הצורך.

במחקר זה השתתפו אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים בשני מעונות פנימייה. הקריטריון להשתתפות במחקר היה בוגר מעל גיל 21, החוסה במעון ברמת תפקוד של פיגור קל-בינוני (על-פי אבחון האגף לטיפול באדם המפגר, משרד העבודה והרווחה) והמסוגל להשיב באופן מילולי לשאלות פשוטות. בשני המעונות רואיינו כל הדיירים העונים על מאפייני הגיל והתפקוד. לא רואיינו דיירים עם בעיות שפה וקשיי תקשורת. לגבי דיירים עם בעיות רגשיות או נפשיות ההחלטה לגבי ראיון הייתה של צוות המעון ובהתאם למצבו של הדייר בזמן המחקר. כמו כן, לא רואיינו דיירים שסירבו להתראיין או שנמנע מהם להתראיין בשל גורמים טכניים, כמו יציאה הביתה בזמן קיום הראיון. במעון א' 68 דיירים, מתוכם רואיינו 53 דיירים. להלן פירוט לגבי הדיירים שלא רואיינו: רמה נמוכה – 4; בעיות תקשורת / שפה -5; מצב נפשי לא טוב / אי שקט – 1; סירוב להתראיין – 3; יציאה הביתה – 1; תלמיד ב"ס – 1.

במעון ב' 90 דיירים, מתוכם רואיינו 55 דיירים. להלן פירוט לגבי הדיירים שלא רואיינו: רמת תפקוד נמוכה – 4; בעיות תקשורת / שפה – 4; מצב נפשי לא טוב/ אי שקט – 6; סירוב להתראיין – 7; סיבות טכניות – 5; תלמיד ב"ס – 9.

מספר המרואיינים הכללי, בשני המעונות היה 108.

ב. אופי המעונות

מעון א': מעון לאנשים עם פיגור קל עד בינוני, שבנוסף סובלים מהפרעות התנהגות. המעון נפתח בשנת 1996. רוב אוכלוסיית המעון מורכבת מחוסים שנפלטו ממסגרות חוץ-ביתיות קהילתיות. במעון מתגוררים 68 דיירים: 42 גברים ו-26 נשים. הגיל הממוצע של דיירי המעון הוא 35.

קיים צוות בכיר, המורכב מאב בית, רכזת חינוך, רכזת תעסוקה, עובדת סוציאלית, פסיכולוגית, מדריכת בית, רכזי משמרת וצוות מרפאה. בנוסף, מועסקים במעון כ-20 מדריכים. מנהלת המעון והעובדת הסוציאלית עברו קורס הכשרת מנחים לחינוך מיני-חברתי (במסגרת האגף לטיפול באדם המפגר).

העבודה שנעשתה במעון בתחום החינוך המיני-חברתי:

- א. סדנאות לצוות בנושא חינוך מיני-חברתי (שלוש סדנאות בין השנים 1999 ל-2003).
- ב. הקמת קבוצת נשים מהמעון, שעברו פגיעה מינית.
- ג. גיבוש קבוצת זוגות להדרכה בנושא הקשר הזוגי.
- ד. קיום שיחות והדרכה לדיירים באופן פרטני זוגי.
- ה. קיום שיחות והדרכה למשפחות ולצוות המעון בנושא.
- ו. ליווי והדרכה במקרים של אירועים חריגים בתחום המיני.

מעון ב': המעון קיים משנת 1956 ומתגוררים בו 90 דיירים ברמות תפקוד קל-בינוני עם הפרעות התנהגות והפרעות נפשיות. טווח גילאי הדיירים הוא 16-53, והגיל הממוצע 35. המעון פועל בשתי יחידות המחולקות לפי רמת תפקוד, כשכל יחידה מורכבת מקבוצות של 8-10 דיירים ולהם מדריך קבוע. למעון יש זיקה חזקה לחיי הקהילה. ולראייה, 30% מדיירי המעון עובדים בקהילה בשוק החופשי ו-60% צורכים באופן עצמאי שירותים בקהילה. מנהל המעון וראש אחת היחידות, השתתפו בקורס הכשרת מנחים לחינוך מיני-חברתי, במסגרת האגף לטיפול באדם המפגר.

עבודה שנעשתה במעון בתחום של החינוך המיני-חברתי:

- א. סדנא בנושא החינוך המיני-חברתי לכלל תוות המדריכים והצוות המוביל במעון.
- ב. סדנא לדיירים בנושא חינוך מיני-חברתי, ביחידת הדיירים בתפקוד גבוה.
- ג. הדרכה פרטנית לדיירים בנושא, כחלק מתכנית התמיכות הנבנית לדייר.

ג. כלי המחקר

במחקר זה נעשה שימוש במספר כלי המחקר (ר' השאלונים בנספחים):

1. שאלון פרטים סוציו-דמוגרפיים

לצורך המחקר הורכב שאלון שכלל משתנים סוציו-דמוגרפיים על הנחקר עצמו ועל משפחת המוצא.

הנחקר עצמו: גיל, מין, רמת פיגור (על-פי אבחון של האגף לטיפול באדם המפגר), ותק במעון ובסידור חוץ-ביתי, מחלות, בעיות התנהגות, טיפול תרופתי, אפוטרופסות ודיווח על פגיעות מיניות, במידה שישנן.

משפחת המוצא: הורים בחיים, מספר אחים, ביקורים בבית, ביקורי משפחה במעון וקשר טלפוני. שאלון זה מולא על-פי פרטים המופיעים בתיקו האישי של הדייר/ על-ידי העובדת הסוציאלית של המעון.

2. שאלון לבדיקת תלות פיזית במטלות טיפול אישי והתנהגות מינית

השאלון שהורכב לצורך מחקר זה בודק את מידת תלותו של הדייר במשימות טיפול אישי יומיומיות (רחצה, לבוש, ניקוי בשירותים, טיפול בווסת ואכילה) והתנהגויות מיניות נצפות. שאלון זה מולא על-ידי רכזי משמרת / ראש יחידה או מדריכים העוסקים בטיפול ישיר בדייר.

3. שאלון להערכת קשרים ותמיכה חברתית של המשפחה וחברים, ותחושת בדידות.

השאלון בודק את תפישת היחיד לגבי קשריו והרגשתו עם המשפחה והחברים ותחושת הבדידות. מכיוון שלא נמצא שאלון מתאים לבדיקת הנושא, בהתאמה לסוג אוכלוסייה זה, חובר השאלון על-ידי החוקרת.

על מנת לבדוק את מידת התאמתו ובהירותו של השאלון לאוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי נערך מבחן מוקדם (pre-test) לגבי השאלון המתורגם, על קבוצה של עשרה אנשים עם פיגור שכלי. השאלות הוצגו כשאלות פתוחות. למרות שמדובר באוכלוסייה עם לקות קוגניטיבית, מאחר שהשאלות עוסקות בהיבטים קונקרטיים של חייהם לא התגלה שום קושי במהלך הראיונות המוקדמים לגבי השאלות השונות.

שאלון כלל 10 פריטים על הקשר עם המשפחה, שישה פריטים על קשר עם חברים, שלושה פריטים על בן-זוג, פריט אחד על תחושת בדידות ושלושה פריטים על גורמי תמיכה ועזרה.

4. שאלון לבדיקת מודעות מינית

השאלון מבוסס על שני שאלונים העוסקים בידע, אסרטיביות והתנסות מינית של אנשים עם נכויות התפתחותיות (אוטיזם ופיגור שכלי):

- SexKen - ID (Sexual Knowledge, Experience and Needs Scale for People with Intellectual Disability) של McCabe (1992). למרות שנעשה שימוש בכלי זה במספר מחקרים אין ציון במאמרים לגבי תוקף ומהימנות.
- השאלון כולל שמונה חלקים (כ-170 שאלות) הנוגעים לידע ולהתנהגות מינית. מתוך שאלון זה נבחרו שני חלקים רלבנטיים, העוסקים באינטראקציה מינית ובידע מיני.
- שאלון ידע והתנסות מינית (Ousley & Mesibow, 1991). השאלון הנו בעל תוקף ומהימנות ($\alpha = .98$).

השאלונים תורגמו ועובדו לעברית על-ידי החוקרת, והורכבו כשאלון אחד, תוך התאמה לאוכלוסיית המחקר ובהתאם למחקרים שונים שנערכו בתחום (Konstantareas & Lunsky, 1997). נערך מבחן מוקדם (pre-test) לגבי השאלון המתורגם על קבוצה של עשרה אנשים עם פיגור שכלי. התברר כי קיים קושי לגבי המונח "אונס", שלא הופיע בשאלון ואשר 6 נחקרים התייחסו אליו. מונח זה הוסף לרשימת המונחים הנבדקים.

השאלון לבדיקת מודעות מינית מחולק לארבעה חלקים:

- א. ידע מיני - הכולל ארבעה פריטים על איברי המין (בעזרת תמונות של גוף גבר/אישה) – שמות ותפקוד איברי המין; ו-10 פריטים על התנהגויות ותופעות מיניות. השאלות הפתוחות בחלק זה נותחו בהתאם לתוצאות, כניתוח כמותי על-פי קריטריונים. בדיקת הידע בשאלון זה נבחנה על-פי קטגוריזציה ידועה מראש (סולם של 3 נקודות: 0 - אין ידע, 1 – ידע הקשור באופן כללי לנושא, 2- ידע חלקי, 3 - ידע מלא).
- ב. התנסות מינית-חברתית ועניין מיני - הכולל תשעה פריטים על התנהגות מינית, שישה פריטים על עניין מיני, פריט אחד על עמדה מינית. התשובות דורגו בסולמות של 1-3 / 1-4 נקודות.
- ג. אסרטיביות מינית - הכולל שלושה פריטים על תגובות בזמן מצבים של פגיעה מינית, פריט על יכולת ביטוי ורבליית להתנגדות ופריט על החלטה לגבי פעילות מינית. השאלות הוצגו כשאלות פתוחות ונותחו בהתאם לתוצאות, כניתוח כמותי.
- ד. שאלון להערכת פגיעה מינית - הכולל חמישה פריטים של מגע מיני לא רצוי / כפוי בשאלות "כן/לא". רק מי שענה "כן" לאחד מהפריטים נשאל בשאלון מורחב לגבי אירועי הפגיעה המינית המדווחים.

5. שאלון לבדיקת פגיעה מינית

השאלון הורכב לצורך מחקר זה, בהתבסס על שאלון להערכת פגיעה מינית בילדות שפותח על-ידי J. Briere (1992). מטרתו: קבלת דיווח סובייקטיבי מהנחקרים לגבי אירועים של פגיעה מינית. לגבי כל ארוע מדווח נשאלו הנחקרים על סוג המגע המיני, זהות התוקף, מקום הארוע, תגובות הנפגע בזמן הארוע, שימוש באלימות, דווח לאחר הארוע. כדי לצמצם דווח לא אמיתי, לא נעשה שמוש במונחים כמו "אונס" אלא נשאלה שאלה העוסקת במגע פיזי או מיני לא רצוי /ללא הסכמה.

נערך מבחן מוקדם (pre-test) לגבי השאלון המתורגם על קבוצה של 10 אנשים עם פיגור שכלי (נספח 3). לגבי 4 הנחקרים שדווחו כי עברו פגיעה מינית בראיון המוקדם, נמצא כי השאלון היה ארוך מדי ועם חזרות מרובות, ולכן נערכו בו התאמות – חיבור שאלות וקיצור השאלון.

השאלון הועבר רק למי שדיווח בשאלון מס' 4 על אירוע פגיעה מינית. השאלות הפתוחות בחלק זה נותחו בהתאם לתוצאות, כניתוח כמותי.

ד. הליך המחקר

להלן יתואר הליך המחקר, על כל שלביו:

1. הליך מקדים - היות וכל הנחקרים הם אנשים עם פיגור שכלי וחוסים במעונות, היה צורך לקבל אישור לעריכת המחקר והראיונות. ביצוע המחקר אושר על-ידי מנהלת האגף לטיפול באדם המפגר, מנהל השירות למעונות פנימייה באגף, ומנהלי המעונות האמורים. העובדות הסוציאליות בשני המעונות וראש יחידה במעון ב' שימשו כאנשי קשר ואפשרו את המהלך התקין של ביצוע המחקר.

2. תהליך העברת השאלונים - ההשתתפות במחקר הייתה על בסיס וולונטרי, ורוב הנחקרים בו שיתפו פעולה ברצון (מתוך 108 ראיונות הושלמו 103). בהנחה שהנחקר הוא המקור הטוב ביותר לקבלת מידע בנושא, כל נחקר רואין באופן אישי ופרטי בחדר שהוקצה לכך במעון. חשוב להדגיש, כי בשל רגישות הנושא, כל הראיונות התבצעו על-ידי החוקרת המיומנת בראיון ובטיפול בנושא המיני בכלל, ובפגיעות מיניות בפרט. מכיוון שמרבית הנחקרים אינם יודעים קרוא וכתוב, התבצע הראיון בצורת ראיון מובנה, בהתאם לשאלון המחקר. בתחילת הראיון התקיימה שיחת היכרות קצרה, הסבר על המחקר, בקשת אישור של הנחקר להשתתף והסבר כי ניתן להפסיק את הראיון בכל שלב אם ירצה בכך, או לבחור על אילו שאלות אינו מעוניין לענות. בשל הקושי בהבנת השאלות נעשתה חזרה על השאלות, בירור שהנחקר הבין את השאלות והסבר במידה שלא הבין. ניתן מלוא הזמן הדרוש עד לקבלת התשובה. כל ראיון נמשך בין 20 דקות לשעה. על מנת למזער נזק אפשרי למשתתפי המחקר, התבקש הצוות הטיפולי להגביר עירנות ולדווח לחוקרת בכל מקרה של תגובות חריגות העשויות להיות קשורות לראיון. הובטח, כי במידת הצורך תהיה התערבות אישית עם הנחקרים. שני נחקרים ביקשו לחזור ולהיפגש עם החוקרת בעקבות המחקר, ושניהם דיווחו על פגיעות שונות המתרחשות בזמן זה. הדיווח הועבר לטיפול כמקובל.

3. תהליך העברת שאלוני הפרטים האישיים - השאלונים הכוללים מידע אישי על הדייר (אפיוני רקע) מתוך תיקו האישי וקשר עם המשפחה הושלם על-ידי העובדות הסוציאליות במעונות. המידע הנוסף, לגבי עזרה במשימות הטיפול העצמי והתנהגויות מיניות נצפות/מדווחות של הדיירים, הועבר להשלמה על-ידי צוות המטפלים (ראש יחידה, רכז משמרת מדריכים). ידע לגבי פגיעות מיניות שהנחקר עבר נבדק הן דרך העובדת הסוציאלית והן דרך צוות המטפלים. כדי להבטיח סודיות, לאחר השלמת שלב איסוף הנתונים, הושמט הזיהוי האישי של הנבדק. לאחר קבלת כל השאלונים שמולאו נערך סימול, קידוד, והעברת הנתונים למחשב. בשלב האחרון נערכו עיבודים סטטיסטיים.

ה. ניתוח סטטיסטי

על מנת להשוות את משתני הרקע בין שני המעונות נעשו השוואות חד-משתניות באמצעות מבחן χ^2 (למשתנים מסולם שמי או סדר) ובאמצעות t-test (למשתנים רציפים). לגבי כל משתני המחקר, מדדי קשר בין המשתנים חושבו על-פי מתאם פירסון (למשתנים רציפים) או על-פי מתאם ספירמן (למשתנים מסולם סדר).

על מנת לבחון את השערות המחקר נעשה שימוש במודל של רגרסיה לוגיסטית מרובה. לא ניתן היה להשתמש במודל המקובל של רגרסיה מרובה מאחר והמשתנה התלוי במחקר זה הוא בינארי, כלומר, התרחשות או אי התרחשות ארוע של פגיעה מינית (תנאי הכרחי לשימוש במודל של רגרסיה מרובה הוא שהמשתנה התלוי יהיה רציף והוא צריך להתפלג נורמלית). מודל הרגרסיה הלוגיסטית המרובה במחקר זה, נותן ייצוג מתמטי באמצעות יחס צולב מתוקן (Adjusted Odds Ratio), המראה את החשיבות היחסית של כל משתנה, כגורם סיכון או כגורם מגן, על הסבירות לפגיעה.

השערות המחקר לגבי מנבאי פגיעות מינית נבדקו כדלקמן:

השערה 1: עסקה בקשר בין רמת המודעות המינית (ידע מיני, התנהגות מינית עניין מיני ועמדה) לפגיעות מינית. הוגדרו מדדי ידע מיני (רציפים) על-פי משתנים רלבנטיים. השוואה חד-משתנית, בין אלו שנפגעו מינית ואלו שלא נפגעו, לגבי משתני המודעות המינית נעשתה באמצעות מבחן t ומודל לוגיסטי. בהמשך, נעשה שימוש במודל לוגיסטי מרובה לבדיקת האפקט המשולב של ארבעה מדדי המודעות המינית על הסיכוי להיפגע מינית.

השערה 2: עסקה בקשר בין רמת האסרטיביות המינית לפגיעות מינית. הוגדרו שלושה מדדים דיכוטומיים. השוואה חד-משתנית, לגבי שלושת מדדים אלו, בין אלו שנפגעו מינית ואלו שלא נפגעו, נעשתה באמצעות מבחן χ^2 ומודל לוגיסטי. בהמשך, נעשה שימוש במודל לוגיסטי מרובה לבדיקת האפקט המשולב של שלושת המדדים על הסיכוי להיפגע מינית.

השערה 3: עסקה בקשר שבין רמת התמיכה המשפחתית, החברתית ותחושת הבדידות לבין פגיעות מינית. הוגדרו ארבעה מדדים (בסולם סדר) לגבי תמיכה חברתית ומשפחתית ותחושת בדידות. השוואה חד-משתנית לגבי משתנים אלו, בין אלו שנפגעו מינית ואלו שלא נפגעו, נעשתה באמצעות מבחן χ^2 ומודל לוגיסטי. בהמשך נעשה שימוש במודל לוגיסטי מרובה לבדיקת האפקט המשולב של מדדים אלו על הסיכוי להיפגע מינית.

השערה 4: בדקה את הקשר בין תלות במשימות עזרה עצמית לבין פגיעות מינית. הוגדר מדד אחד של עזרה בטיפול עצמי (בסולם סדר) ובאמצעות מבחן χ^2 נעשתה השוואה בין אלו שנפגעו מינית ואלו שלא נפגעו.

השערה 5: בדקה את השפעת שילוב המדדים שהוצגו לעיל: רמת מודעות מינית, רמת אסרטיביות מינית, רמת תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות – על הסיכוי להיפגע מינית. נעשה שימוש בארבעה מודלים של רגרסיה מרובה למציאת המנבאים של פגיעות מינית.

מודל I – מודל של רגרסיה לוגיסטית בצעדים.

מודל II – מודל שכלל את כל 13 המדדים.

מודל III – מודל מצומצם שכלל רק את המשתנים שנמצאו מובהקים במודל II.

מודל IV – מודל III עם משתנים מתערבים.

כדי לבדוק אפקטיביות של משתנים מתערבים (גיל, מין, רמת פיגור, מעון, בעיות התנהגות) נעשתה קודם לכן השוואה חד-משתנית בין נפגעים ללא נפגעים לגבי המשתנים הנ"ל באמצעות t-test (למשתנים רציפים) ו- χ^2 (למשתנים מסולם שמי או סדר). המשתנים שנמצאו מובהקים שולבו במודל הסופי של הניבוי לפגיעות מינית והוא מודל IV.

פרק רביעי – הצגת הממצאים

ממצאי המחקר מוצגים בשלושה חלקים. בחלק הראשון מתוארת אוכלוסיית המחקר לגבי משתני רקע, קשר עם המשפחה, והתנהגות מינית, על-פי דווח הצוות. בחלק השני מוצגים הממצאים בנוגע לאפיוני הפגיעה המינית של אנשים עם פיגור שכלי במעונות, על-פי הדיווח הסובייקטיבי של המרואינים ועל-פי דווח צוות המעונות. בחלק השלישי מוצגים מימצאים הקשורים בהשערות המחקר לגבי מנבאי הפגיעות המינית.

א. תאור אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר מנתה 108 אנשים מבוגרים, המאובחנים כבעלי פיגור שכלי, והחוסים בשני מעונות פנימייה. במהלך המחקר הופסקו חמישה ראיונות בשל קשיים שונים של המרואיינים: בעיית שפה (3), מצב רגשי (2). לפיכך, עיבוד הנתונים נעשה על-פי 103 נחקרים.

1.א. מאפייני הנחקרים: הנחקרים הם דיירים בשני מעונות פנימיה על-פי החלוקה הבאה: במעון א' (N=50) מתגוררים 48.5% מכלל הנחקרים; במעון ב' (N=53) מתגוררים 51.5% מכלל הנחקרים. הנחקרים בגילאי 22-50, כאשר הגיל הממוצע הוא 32 (SD=7). ניתן לקבצם ל-3 קבוצות עיקריות:

א. בגרות צעירה – גילאי 22-29 (N=45), המהווים 44% מכלל הנחקרים.
ב. בגרות תיכונה - גילאי 30-39 (N=39), המהווים 38% מכלל הנחקרים.
ג. בגרות מאוחרת – גילאי 40-50 (N=19), המהווים 18% מכלל הנחקרים.
מקרב הנחקרים 58% היו גברים (N=60) ו- 42% היו נשים (N=43). כמעט כולם (92.5%) הם ילידי הארץ (N=95).

טבלה מס' 6 מציגה מאפייני רקע נוספים של הנחקרים: רמת תפקוד, וותק במעון, מצב בריאותי, בעיות התנהגות וטיפול תרופתי פסיכיאטרי.

טבלה מס' 6: מאפייני רקע של הנחקרים, במספרים מוחלטים ובאחוזים (N=103).			
המשתנה	קטגוריה	שכיחות	%
רמת תפקוד*	קל	42	41.6
	קל-בינוני / בינוני גבוה	35	34.6
	בינוני / בינוני נמוך	24	23.8
	סה"כ	101	100.0
ותק במעון (שנים)	עד 2	16	15.5
	3 - 12	57	55.4
	13 - 22	22	21.3
	23 - 31	8	7.8
	סה"כ	103	100.0
בריאות	אין מחלות	70	67.9
	אפילפסיה	20	19.4
	מחלות אחרות	13	12.7
	סה"כ	103	100.0
בעיות התנהגות**	התפרצויות	62	60.2
	אלימות	46	33.0
	אי שקט	34	44.7
	הפרעות נפשיות	27	26.2
	אחר (שוטטויות, בריחות וכו')	17	16.5
	אשפוזים פסיכיאטרים	14	13.6
טיפול תרופתי פסיכיאטרי	כן	79	76.7
	לא	24	23.3
	סה"כ	103	100.0

- שני נתונים חסרים
- יתכן שלדייר תהיה יותר מבעיית התנהגות אחת.

כפי שניתן לראות מטבלה מס' 6, על-פי דווח צוות המעונות, הנחקרים מתפקדים ברמות פגור קל עד בינוני נמוך, לפי החלוקה הבאה: פיגור קל-41%, פיגור קל-בינוני-34%, והיתר ברמות פיגור בינוני – בינוני נמוך (24%). ותק ממוצע במעון 9 שנים (SD=8). למרביתם אין בעיות בריאות, כחמישית סובלת מאפילפסיה. לגבי 88% מהנחקרים מדווח גם על בעיות התנהגות ו-77% מקבלים טיפול תרופתי פסיכיאטרי (הרגעה, אנטי דכאון, אנטי פסיכוטי וכו').

2.א. קשר עם המשפחה: למרבית הדיירים יש לפחות הורה אחד בחיים (85%) ול-63% שני הורים בחיים. ל-90% מהנחקרים יש לפחות אח אחד, ולמחציתם יש 3 אחים ומעלה. למרביתם (90%) יש מינוי של אפוטרופוס, ב-60% מהנחקרים האפוטרופוס הוא בן משפחה (הורה / אח), בשליש נוסף של המקרים יש מינוי של עמותה.

טבלה מס' 7 מתארת את קשר הנחקרים עם משפחתם, על-פי דווח צוות המעון והרישומים בתיק האישי. ישנה התייחסות לגבי סוג הקשר באופן כללי, אפטרופסות, תדירות ביקורים של הדייר בבית המשפחה, תדירות ביקורים של המשפחה במעון וקשר טלפוני עם המשפחה.

טבלה מס' 7: קשר הנחקרים עם המשפחה, על-פי דווח הצוות, במספרים מוחלטים ובאחוזים.

המשתנה	קטגוריה	שכיחות	%
סוג קשר עם המשפחה ¹	קשר קבוע	73	73.7
	קשר חלקי סדיר	6	6.1
	קשר חלקי לא סדיר	16	16.2
	אין קשר	4	4.0
	סה"כ	99	100.0
ביקורים בבית ²	לפחות אחת לחודש	56	56.0
	מס' פעמים בשנה / חגים	32	32.0
	פעם בשנה	1	1.0
	אין ביקורים	11	11.0
	סה"כ	100	100.0
ביקורים של המשפחה במעון ³	לפחות אחת לחודש	35	34.3
	מס' פעמים בשנה / חגים	24	23.5
	פעם בשנה	1	1.0
	אין ביקורים	42	41.2
	סה"כ	102	100.0
זהות המבקר במעון ³	הורה	42	41.2
	אח	14	13.7
	מבקר	4	3.9
	אין ביקורים	42	41.2
	סה"כ	102	100.0
קשר טלפוני ³	יש	100	98.0
	אין	2	2.0
	סה"כ	102	100.0

1 – ארבעה נתונים חסרים

2 – שני נתונים חסרים

3- חסר נתון אחד

רמת הקשרים עם המשפחה מסתמנת כטובה. לכולם, למעט 4%, יש קשר עם המשפחה, מתוכם ל-74% קשר קבוע. מרבית הדיירים מבקרים בבית המשפחה (88%) וכמחציתם מבקרים בתדירות של לפחות פעם בחודש (56%). כ-60% מהמשפחות מבקרות את הדייר במעון לפחות מספר פעמים בשנה. קשר טלפוני עם המשפחה קיים כמעט לכל הדיירים (98%).

א. 3 התנהגות מינית של הנחקרים: טבלה מס' 8 מציגה את ההתנהגויות המיניות של נחקרים, כפי שדווח על-ידי צוות המעון. ההתנהגויות המיניות מחולקות לפי התנהגות מינית מתאימה ושאינה מתאימה. זאת לפי כללים חברתיים מקובלים מבחינת מקום (בפרטיות), ואופן ההתנהגות (בהסכמה/ללא פגיעה/ללא תשלום).

טבלה מס' 8: התנהגויות מיניות של הנחקרים, על-פי דווח הצוות, במספרים מוחלטים ובאחוזים (N=103)

התנהגות מינית #	קטגוריה	שכיחות %
התנהגות מתאימה	קיום יחסי מין בפרטיות	40.8
	אוננות בפרטיות	24.3
התנהגות שאינה מתאימה	הצעות / קללות מיניות	32.0
	התפשטות בפומבי	18.5
	קיום יחסי מין בפרטיות חלקית	17.5
	קיום מגע מיני הנכפה על-ידי אחר	12.6
	קיום יחסי מין בפומבי	10.7
	אוננות בפרטיות חלקית	8.7
	קיום יחסי מין תמורת "תשלום"	8.7
	כפיית מגע מיני על אחרים	8.7
	אוננות בפומבי	3.9
	אחר	2.9

לכל נבדק יכולות להיות כמה התנהגויות

ההתנהגויות המיניות השכיחות ביותר הן: קיום יחסי מין בפרטיות (41%), שימוש ורבלי בביטויים מיני (הצעות מיניות וקללות) (32%), ואוננות בפרטיות (24%). ניתן לראות כי מקרב הדיירים המקיימים יחסי מין, 41% עושים זאת בפרטיות מלאה ו- 28% אינם מקפידים על פרטיות. בקרב הדיירים המאוננים, 24% עושים זאת בפרטיות ו- 13% אינם מקפידים על פרטיות. התנהגויות מיניות בעייתיות במיוחד: התפשטות בפומבי – 18%, יחסי מין בפומבי – 11%, אוננות בפומבי – 9%. הצוות מדווח כי ידוע על 13% מהדיירים המקיימים יחסי מין תחת כפייה של אחרים, ו- 9% מהדיירים הנוהגים לכפות את עצמם מינית על אחרים. 9% מהדיירים מקיימים מגע מיני תמורת "תשלום".

א. 4 השוואה בין שני המעונות: נערכה השוואה בין שני המעונות באשר לאפיוני הדיירים, לפי דווח הצוות (על-פי מבחן χ^2). ההשוואה נעשתה כדי לבדוק האם מקום המגורים משפיע על המשתנים השונים ובכך גורם להטיית תוצאות המחקר. נמצא הבדל מובהק לגבי משתנה הגיל ($P < .05$). הדיירים במעון ב' צעירים יותר מהדיירים במעון א'. הגיל הממוצע במעון א' הוא 35 (SD=7) ובמעון ב' 31 (SD=6).

טבלה מס' 9 מציגה השוואה בין המעונות לגבי: מין, רמת פיגור, בעיות התנהגות, טיפול תרופתי פסיכיאטרי ועזרה במשימות טיפול עצמי.

טבלה מס' 9 : השוואה בין שני המעונות לגבי אפיוני נחקרים, על-פי מבחן χ^2 : מין, רמת פיגור, בעיות התנהגות, טיפול תרופתי פסיכיאטרי ועזרה במשימות טיפול עצמי.

P	מעון ב'		מעון א'		קטגוריה	משתנה
	%	שכיחות	%	שכיחות		
	56.6	30	60.0	30	גברים	מין
	43.4	23	40.0	20	נשים	
.0080 *	28.3	15	54.0	27	קל	רמת פיגור
	71.7	38	46.0	23	בינוני	
	41.5	22	38.0	19	אין	בעיות התנהגות
	58.5	31	62.0	31	יש	
	30.2	16	16.0	8	אין	טיפול תרופתי פסיכיאטרי
	69.8	37	84.0	42	יש	
	58.5	31	64.0	32	אין	עזרה בטיפול עצמי
	41.5	22	36.0	18	יש	

* $p < .01$

לא נמצאו הבדלים מובהקים בין המעונות לגבי מין (מגדר), בעיות התנהגות ועזרה במשימות טיפול עצמי ולגבי טיפול תרופתי פסיכיאטרי. נמצא הבדל מובהק לגבי רמת הפיגור של הדיירים ($\chi^2 = 7.0357$, $P < .01$) מחצית מהדיירים במעון א' ברמת פיגור קל לעומת 28% בלבד במעון ב'.

ב. אפיוני הפגיעה המינית

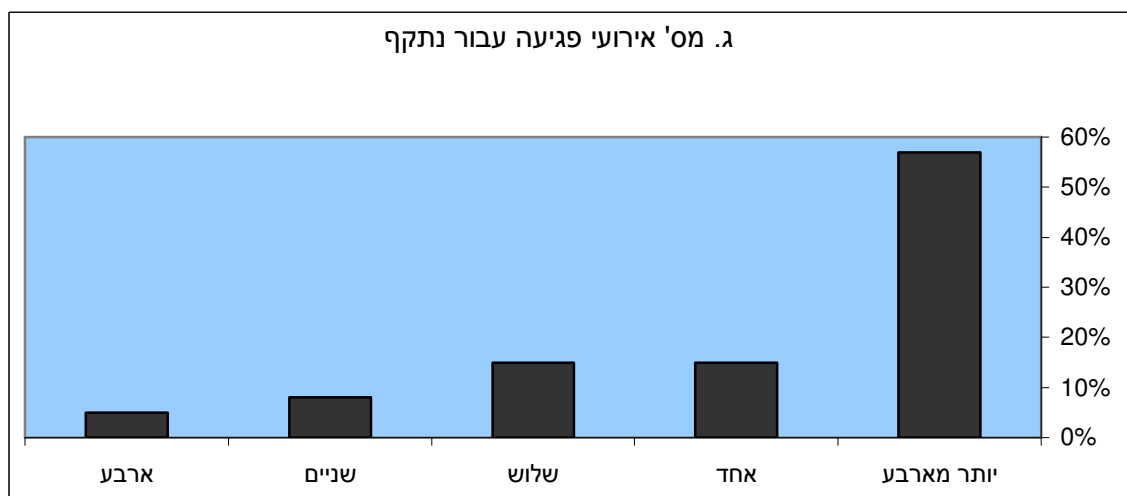
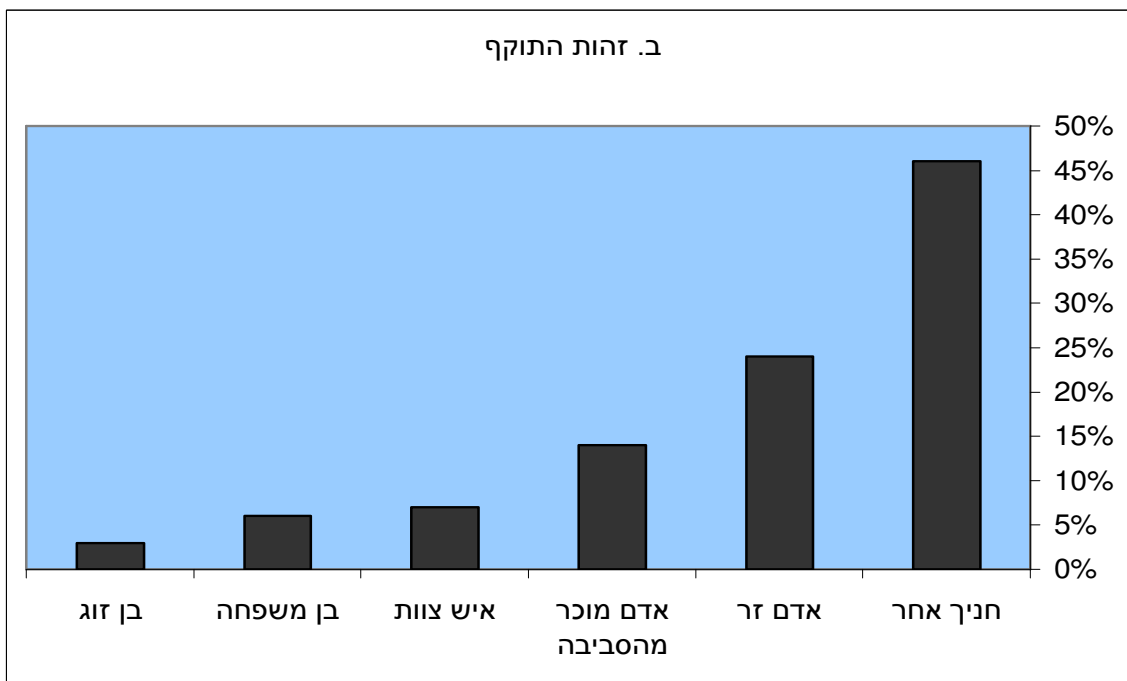
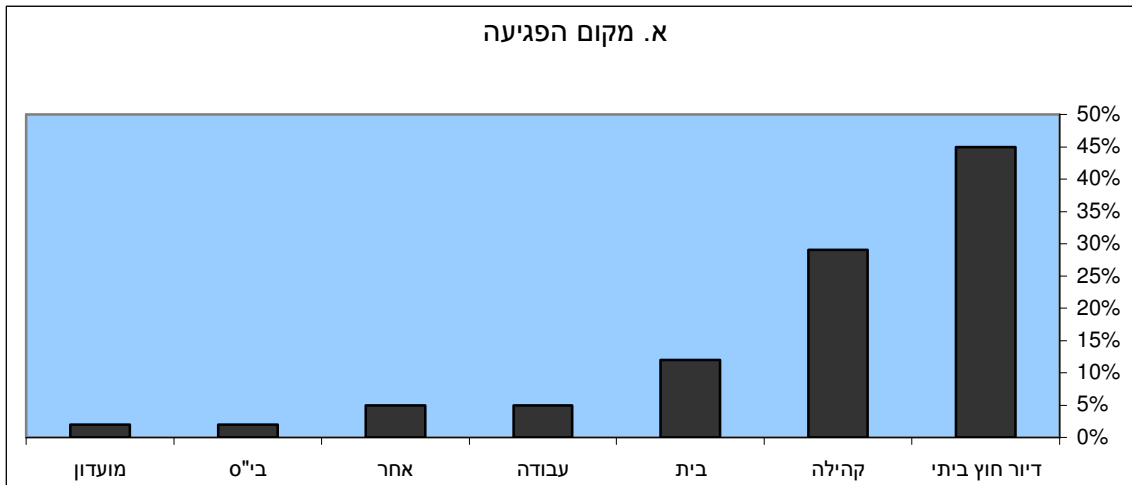
בחלק זה מוצגים אפיוני הפגיעה המינית כפי שדווח על-ידי הנחקרים, וכפי שדווח על-ידי צוותי המעונות.

ב. 1 אפיוני הפגיעה המינית, כפי שדווח על-ידי הנחקרים: אפיוני הפגיעה המינית מוצגים על-פי : מין התוקף, מקום הפגיעה, זהות התוקף ומס' ארועי הפגיעה עבור נפגע, סוג הפגיעה המינית, מס' תוקפים בארוע, שמוש באלימות פיזית וזמן פגיעה משוער.

מתוך קבוצת המחקר (N=103), 51 נחקרים דווחו על 86 ארועים שונים של פגיעה מינית (כלומר, יתכן ואותו נחקר דווח על מספר ארועים). חלוקת הארועים לפי מעון: במעון א' 62% מסך הארועים המדווח (N=53), במעון ב' 38% מסך הארועים המדווח (N=33). מין התוקף הוא זכר ב- 90% מהמקרים (N=77) ונקבה ב- 10% (N=9).

גרף מס' 4 מציג את התפלגות ארועי הפגיעה על-פי מקום הפגיעה (גרף 4 א'), זהות התוקף (גרף 4 ב') ומס' ארועי התקיפה עבור נפגע (גרף 4 ג'). ההתפלגות המוצגת מתייחסת לארועי הפגיעה המדווחים על-ידי הנחקרים (N=86). אם הנחקר עבר את אותו סוג ארוע כמה פעמים, הוא מדווח כאן כארוע אחד מייצג. לכן, מספר הארועים המדווחים אינו זהה למספר הארועים הכללי שעברו הנפגעים, אלא נמוך ממנו.

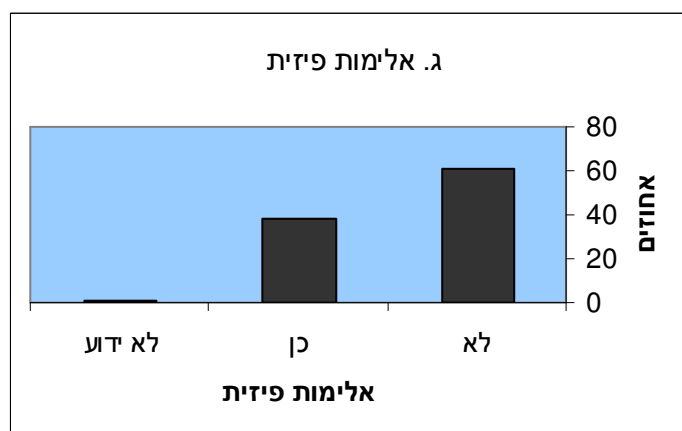
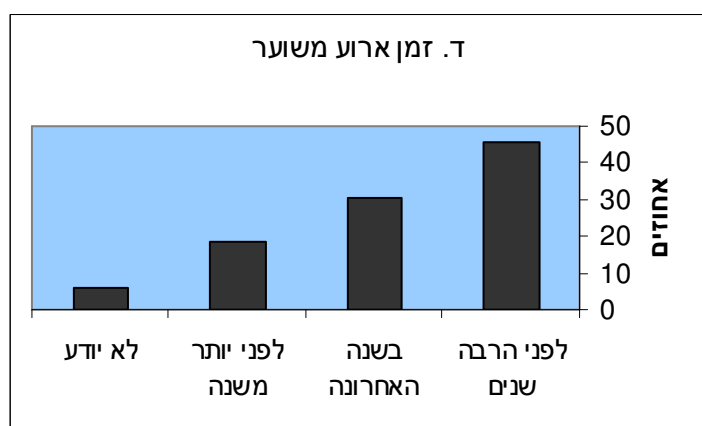
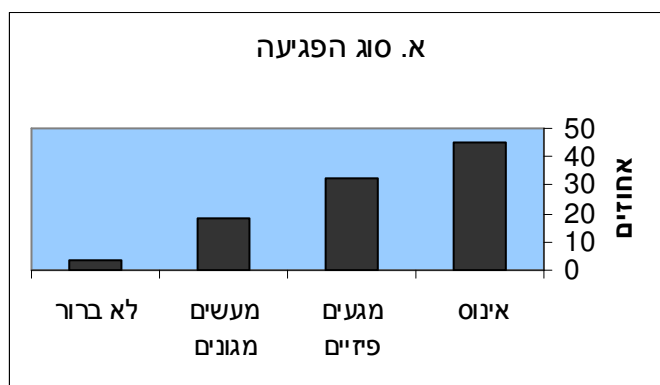
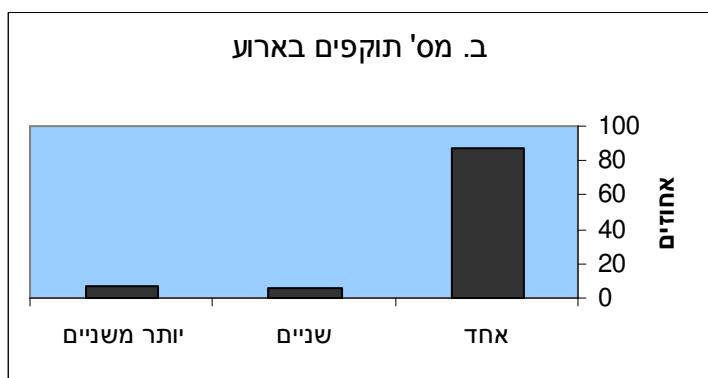
גרף מס' 4: התפלגות ארועי הפגיעה המינית באחוזים, לפי דווח הנחקרים, על-פי מקום (א'), זהות התוקף (ב') ומספר ארועים לנתקף (ג') (מס' ארועים 86)



כמחצית מהפגיעות התרחשו בתוך מסגרות דיור חוץ ביתי (45%) והמחצית הנוספת בקהילה (בית, עבודה, סביבת מגורים) (גרף 4 א'). מרבית הפגיעות נעשו על-ידי אדם מוכר (75%). כמחציתן נעשו על-ידי חניכים אחרים עם פיגור שכלי (46%), רבע על-ידי זרים (24%) וכל השאר נעשו על-ידי אחרים מוכרים (משפחה, אנשי צוות, אדם מוכר מהסביבה) (30%) (גרף 4 ב'). מרבית הנחקרים עברו יותר מארוע פגיעה אחד (85%) וכמחצית מהנפגעים עברו יותר מ-4 ארועים שונים של פגיעה מינית (57%) (גרף 4 ג').

גרף מס' 5 מציג את אפיוני הפגיעה המינית, כפי שדווח על-ידי הנחקרים.

גרף מס' 5: התפלגות אפיוני ארועי הפגיעות המיניות באחוזים, לפי דווח הנחקרים, על-פי סוג הפגיעה (א'), מס' תוקפים בארוע (ב'), אלימות פיזית (ג'), זמן ארוע משוער (ד') (מס' ארועים 86)



ארוע הפגיעה השכיח ביותר היה אינוס (45%), אחריו מגעים פיזיים לא-רצויים באיברים אינטימיים (32%) ומעשים מגונים (19%) (גרף 5 א'). בד"כ התוקף היה יחיד (87.2%) (גרף 5 ב'). בשליש מהמקרים סבלו הנפגעים גם מאלימות פיזית (38.4%) (גרף 5 ג'). זמן הארועים המשוער מצביע כי כמחצית מהמקרים התרחשו לפני שנים רבות ומחציתם התרחשו בשנים האחרונות (גרף 5 ד').

ב-88% מהארועים, הנפגעים מבטאים חוסר הסכמה למגע המיני. בטבלה מס' 10 מוצגות תגובות הנפגעים בזמן ארועי הפגיעה, על-פי דווחי הנחקרים.

טבלה מס' 10: תגובות הנפגעים בזמן ארוע התקיפה, במספרים מוחלטים ובאחוזים (מס' ארועים 86).

תגובה בזמן הפגיעה #	שכיחות	%
ביטוי ורבלי לאי הסכמה	36	41.9
לא עושה כלום	12	14.0
נסיון להתגונן	7	8.1
נסיון לברוח	7	8.1
לא יודע	5	5.8
בכי	3	3.5
לא ענו	24	27.9

יתכן ואותו נחקר דווח על יותר מתגובה אחת בזמן ארוע מספר הארועים המדווחים קטן ממספר הארועים הכללי שעברו הנפגעים

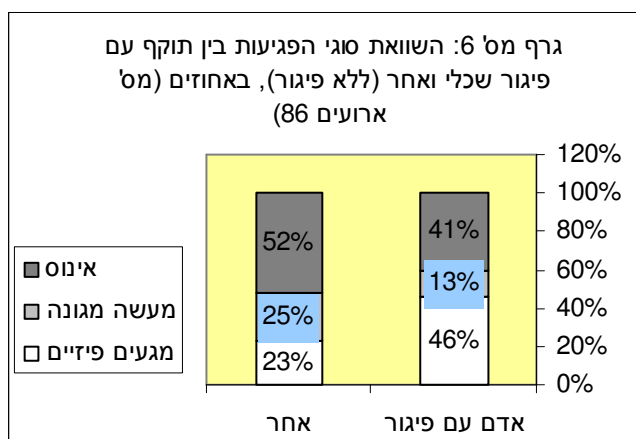
רק ב- 65% מהארועים, ניסו הנפגעים להביע התנגדות כלשהי (ביטוי ורבלי, נסיון לברוח, נסיון להתגונן), 14% מדווחים כי לא עשו כלום. 28% מהנחקרים בחרו לא לענות על שאלה זו. בטבלה מס' 11 מוצגים הנתונים המדווחים על-ידי הנחקרים לגבי דווח הארוע, לאחר הפגיעה והגורם אליו פנו הנפגעים לדווח על הפגיעה.

טבלה מס' 11: דווח של הנפגע לאחר הארוע, במספרים מוחלטים ובאחוזים (מס' ארועים 86).

התנהגות	קטגוריה	שכיחות	%
דווח לאחר הפגיעה	כן	61	70.9
	לא	23	26.8
	לא ענו	2	2.3
	סה"כ	86	100.0
גורם אליו דווח הנפגע	בן-משפחה	27	31.4
	איש צוות	24	27.9
	אחר	6	7.0
	לא ענו	29	33.7
	סה"כ	86	100.0

ניתן לראות מטבלה מס' 11 כי הנפגעים דווחו על הפגיעה ב- 70% מהארועים. הדווח נעשה בעיקר לבן-משפחה או לאיש צוות (59%).

גרף מס' 6 מציג השוואה בין סוגי הפגיעות המיניות, בין תוקפים עם פיגור שכלי לעומת תוקפים אחרים ללא פיגור שכלי, כפי שדווח על-ידי הנחקרים (מס' ארועים 86).



בקרב התוקפים עם הפיגור השכלי הפגיעה השכיחה ביותר, היא מגעים פיזיים באיברים אינטימיים ללא הסכמה (46%) לעומת 23% אצל תוקפים ללא פיגור שכלי. אינוס שכיח יותר בקרב תוקפים ללא פיגור שכלי (52%) לעומת 41% אצל תוקפים עם פיגור שכלי.

ב. השוואה בין שני המעונות לגבי אפיוני הפגיעה המינית, על-פי דוחי הנחקרים: בטבלה מס' 12 מוצגת השוואה לגבי ארבעה משתנים הקשורים לאפיוני הפגיעה המינית בין שני המעונות (מס' ארועים 86). ההשוואה נעשתה לגבי מס' ארועי הפגיעה המינית המדווחים, מקום הפגיעה וסוג הפגיעה.

טבלה מס' 12: השוואה בין המעונות לגבי אפיוני הפגיעה, לפי דוח הנחקרים, על-פי מבחן χ^2 : מס' ארועי הפגיעה, מקום הפגיעה, סוג הפגיעה.

χ^2	מעון ב'		מעון א'		קטגוריה	משתנה
	%	שכיחות	%	שכיחות		
12.8713 **	26.5	9	7.8	4	1	מס' ארועי הפגיעה
	8.8	3	41.1	21	2-4	
	64.7	22	51.0	26	5+	
7.2257 **	63.6	21	34.0	18	דירור חוץ-ביתי	מקום הפגיעה
	36.4	12	66.0	35	אחר	
4.0559 *	45.4	15	24.5	13	מגע באיברים	סוג הפגיעה
	54.6	18	75.7	40	אינוס ומעשה מגונה	

*p < .05 **p < .01

הבדל מובהק בין המעונות נמצא לגבי: מס' ארועי הפגיעה, מקום הפגיעה וסוג הפגיעה. במעון א' מרבית הדיירים הנפגעים (92%) עברו יותר מפגיעה אחת לעומת 73% במעון ב' (P = .0016). על-פי דיירי מעון א' פחות ארועי פגיעה התרחשו בתוך מסגרות דירור חוץ-ביתי (34%) לעומת 64% במעון ב' (P = .0072). במעון א' דווח על מס' רב יותר של פגיעות חמורות (מעשה מגונה ואינוס) (76%) לעומת 55% במעון ב' (P = .0440).

ב.3 אפיוני הפגיעה המינית על-פי דוח צוות המעונות: על-פי תשובות צוות המעון, 16 דיירים (16% מכלל הנחקרים) עברו 20 ארועי פגיעה מינית. מתוכם דווחו למשטרה 12 מקרים. למעט 3 דיירים, כל השאר עברו ריבוי פגיעות (יותר מאחד). כמו כן דווחו 7 חשדות על פגיעה מינית. החשדות, מרביתם כלפי ארועים שהתרחשו בבית המשפחה על-ידי הורה/בן משפחה אחר.

טבלה מס' 13 מציגה את אפיוני מקום הפגיעה וזהות התוקף, לפי דוחי צוות המעונות. ההתפלגות המוצגת מתייחסת לארועי הפגיעה המדווחים על-ידי הצוות (N=20) (מספר הארועים המדווחים אינו מספר הארועים הכללי שעברו הנפגעים, יתכן ועברו את אותו ארוע מספר פעמים).

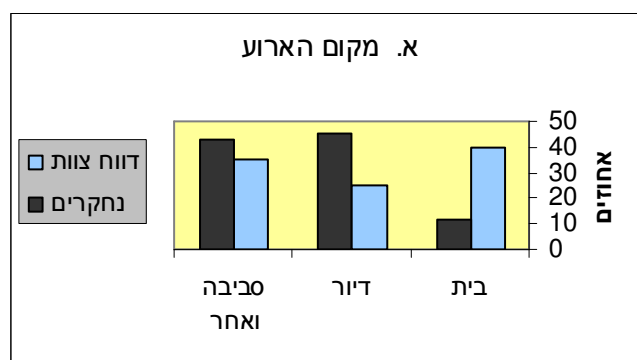
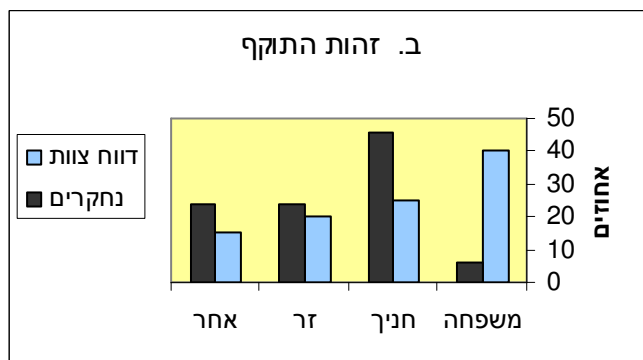
טבלה מס' 13 : מקום הפגיעה וזהות תוקף לפי דווחי הצוות, במספרים מוחלטים ובאחוזים (מס' ארועים כולל- 20)

משתנה	קטגוריה	שכיחות	%
מקום	בית	8	40.0
	סביבה	7	35.0
	דיוור חוץ ביתי	5	25.0
	סה"כ	20	100.0
זהות התוקף	בן-משפחה	8	40.0
	אחר עם פיגור שכלי	5	25.0
	זר	4	20.0
	אחר	3	15.0
	סה"כ	20	100.0

מהטבלה ניתן לראות כי, על-פי דווח הצוות, מקום הפגיעה השכיח ביותר היה הבית (40%) וזהות התוקף השכיח ביותר היה בן משפחה (40%).

גרף מס' 7 מציג השוואה לגבי מקום הפגיעה וזהות התוקף בין דווחי הנחקרים (מס' ארועים 86), ודווח הצוות (מס' ארועים 20) (באחוזים).

גרף מס' 7: השוואה לגבי מקום הפגיעה (א') וזהות התוקף (ב') בין דווחי הנחקרים (מס' ארועים 86), ודווח הצוות (מס' ארועים 20), באחוזים.



ניתן לראות כי קיים פער גדול בין דווחי הצוות לדווחי הנחקרים לגבי מקום הפגיעה העיקרי: לפי הצוות מקום הפגיעה השכיח ביותר הוא בית הנפגע (40%), לפי הנחקרים - דיוור חוץ ביתי (45%). פער קיים גם לגבי זהות התוקף: לפי צוות, התוקף העיקרי הוא בן-משפחה (40%), לפי נחקרים – חניכים אחרים (46%).

ג. בדיקת ההשערות – לגבי מנבאי פגיעות מינית

1.ג השערה ראשונה: נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו בעלי רמת מודעות מינית נמוכה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.

נבדק הקשר בין מודעות מינית ופגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי (על-פי דווח אישי של הנחקרים). זאת כאשר רמת המודעות המינית הוגדרה על-ידי ארבעה מדדים:

1. ידע מיני –

א. ידע על איברי מין - 4 פריטים המתייחסים לידע בהגדרת שמות איברי המין ותפקודם (0- אין ידע – 1- ידע מלא).

ב. ידע על התנהגויות מיניות - 10 פריטים על תופעות והתנהגויות מיניות, על-פי רמת ידע (0-אין ידע – 3- ידע מלא).
חושב מדד ממוצע של ידע מיני.

2. התנהגות מינית –

א. מגע ראשוני - 4 פריטים על התנסות במגעים ראשוניים- החזקת יד, חיבוקים ונשיקות (1 אין התנסות – 3- התנסות מרובה).

ב. מגע מיני - 2 פריטים על התנסות במגעים מיניים – מזמזמים וקיום יחסי מין (1 אין התנסות – 3- התנסות מרובה).

ג. אוננות - פריט אחד על התנסות באוננות (1 אין התנסות – 3- התנסות מרובה).
חושבו שני מדדים ממוצעים של התנהגות מינית (מגע ראשוני, מגע מיני ואוננות) – "התנהגות מינית ממוצעת" ו"התנהגות מינית על-פי ממוצע משוקלל" (עם משקל יתר למגע מיני היות ומגע מיני הוא המדד העיקרי, בהתאמה לגילם הכרונולוגי של הנחקרים).

3. עניין מיני - 6 פריטים על עניין אישי במגעים מיניים (1- מאד רוצה – 3- אינו רוצה).
חושב מדד ממוצע של עניין מיני.

4. עמדה ביחס למגעים מיניים – פריט אחד, על-פי תפיסה אישית (1- חיובית – 3 תפיסה שלילית).

קשרים בין מדדים: ראשית נבדקו קשרים דו-משתניים בין ארבעת המדדים שצוינו לעיל (ידע מיני, התנהגות מינית, עניין מיני ועמדה ביחס למגעים מיניים). טבלה מס' 14 מציגה את מקדמי מתאם פירסון לכלל קבוצת החקרים (n=103).

טבלה מס' 14: מקדמי מתאם (Pearson - r) – בין ארבעת מדדי המודעות המינית: ידע מיני, התנהגות מינית, עניין מיני ועמדה, בקרב הנחקרים (N=103)

מדד	ידע מיני	התנהגות מינית	עניין מיני	עמדה #
ידע מיני	1	.51 *	-.39	-.35
התנהגות מינית		1	-.61 *	-.46 *
עניין מיני			1	.57 *
עמדה				1

*P<.001 r>0.40

עמדה - עמדה ביחס למגעים מיניים

מטבלה מס' 14 ניתן לראות כי נמצאו הקשרים המובהקים הבאים: התנהגות מינית קשורה בידע מיני (r=.51), בעניין מיני (r=-.61) ובעמדה ביחס למגעים מיניים (r=-.46); עניין מיני קשור בעמדה ביחס למגעים מיניים (r=.57), בכולם P<.001.

נבדקו קשרים דו-משתניים בין שבעת הגורמים המרכיבים את המדדים הנ"ל (ידע על איברי מין, ידע על התנהגויות מיניות, מגע ראשוני, מגע מיני, אוננות, עניין מיני ועמדה ביחס למגעים מיניים). טבלה מס' 15 מציגה את מקדמי מתאם פירסון בסך כל קבוצת הנחקרים (N=103).

טבלה מס' 15: מקדמי מתאם (pearson -r) בין שבעת הגורמים המתייחסים לרמת המודעות המינית, בקרב הנחקרים (N=103).

גורם	ידע מיני - איברי מין	ידע מיני - התנהגויות	ידע מיני - התנהגויות ראשונים	ידע מיני - מגע מיני	התנהגות - אוננות	עניין מיני	עמדה
ידע מיני - איברי מין	1	.69 *	.42 *	.45 *	.24	-.34	.33
ידע מיני - התנהגות		1	.34	.43 *	.18	-.37	-.32
התנהגות - מגעים ראשונים			1	.66 *	.16	-.53 *	-.35
התנהגות - מגע מיני				1	.24	-.56 *	-.48 *
התנהגות - אוננות					1	-.28	-.21
עניין מיני						1	.57 *
עמדה							1

* P < .001 ; r > .40

מטבלה מס' 15 ניתן לראות כי נמצאו הקשרים המובהקים (P<.001) הבאים:

- ידע מיני (איברי מין) קשור ל: ידע מיני (התנהגות) (r=.69); התנהגות מינית (מגעים ראשונים) (r=.42); התנהגות מינית (מגע מיני) (r=.45).
- ידע מיני (התנהגות) קשור ל: התנהגות מינית (מגע מיני) (r=.43).
- התנהגות מינית (מגעים ראשונים) קשור ל: התנהגות מינית (מגע מיני) (r=.66); עניין מיני (r=-.53).
- התנהגות מינית (מגע מיני) קשור ל: עניין מיני (r=-.56); עמדה ביחס למגעים מיניים (r=-.48).
- אוננות אינו קשור לאף אחד מן הגורמים.

השוואה חד-משתנית בין נפגעים ללא נפגעים: טבלה מס' 16 מציגה השוואה לגבי רמת מודעות מינית בין כאלו שעברו פגיעה לכאלו שלא עברו פגיעה, לגבי 4 המדדים עם פירוט לגבי הגורמים המרכיבים, על-פי מבחני t ומודל לוגיסטי דו-משתני. המשתנה התלוי הוא התרחשות או אי התרחשות ארוע של פגיעה מינית, והמשתנים הבלתי תלויים הם: ידע מיני (איברי מין, התנהגות מינית וידע מיני ממוצע), התנהגות מינית (מגע ראשוני, מגע מיני, אוננות, התנהגות מינית ממוצעת והתנהגות מינית משוקללת), עניין מיני ועמדה ביחס למגעים מיניים.

טבלה מס' 16: השוואה לגבי רמת מודעות מינית בין כאלו שעברו פגיעה לכאלו שלא עברו פגיעה, על-פי מודל לוגיסטי חד-משתני (N=103).

מדד	גורם	לא נפגעו פגיעה (N=52)		נפגעו (N=51)		מבחן t t (df=101)	P	מודל לוגיסטי P
		Med	SD	M	SD			
ידע מיני	ידע על איברי מין	.23	(.12)	.26	(.12)	-1.79	לא מובהק	לא מובהק
	ידע על התנהגות מינית	.95	(.64)	.90	(.55)	-.89	לא מובהק	לא מובהק
	ידע מיני ממוצע	.28	(.16)	.28	(.14)	-1.32	לא מובהק	לא מובהק
התנהגות מינית	מגע ראשוני	3	(.87)	2.43	(.78)	-1.00	לא מובהק	לא מובהק
	מגע מיני	2	(.97)	2.27	(.92)	-1.18	.0957 *	.0957 *
	אוננות	1	(.75)	1.75	(.82)	-1.21	לא מובהק	לא מובהק
	התנהגות מינית ממוצעת	2	(.77)	2.08	(.72)	-.80	לא מובהק	לא מובהק
	התנהגות מינית משוקללת	2	(.86)	2.33	(.79)	-1.34	לא מובהק	לא מובהק
עניין מיני		1	(.77)	1.73	(.80)	-1.36	לא מובהק	לא מובהק
עמדה		2	(.83)	2.29	(.76)	-.31	לא מובהק	לא מובהק

* P < .10

M – ממוצע ; Med – חציון

לא נמצא הבדל מובהק בין קבוצת הנפגעים לאלו שלא נפגעו, לגבי כל הממדים. נמצא שינוי הבדל גבולי (t=-1.18, P=.0957) בין שתי הקבוצות לגבי מגע מיני. אצל אלו שנפגעו היה דווח על יותר מגע מיני, ציון ממוצע של מגע מיני – 2.27 לעומת 1.96 בקרב אלו שלא עברו פגיעה מינית. כללית ניתן לראות, אך באופן שאינו מובהק סטטיסטית, שלגבי כל ההתנהגות המינית ואוננות, הציון הממוצע גבוה יותר בקרב נפגעים בהשוואה ללא נפגעים.

השוואה רב-משתנית בין נפגעים ללא נפגעים: כדי לראות מהם הגורמים המנבאים את הפגיעות המינית, מתוך מדדי המודעות המינית, נעשה שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מרובה. המודל כלל את ארבעת מדדי המודעות המינית כגורמי פגיעות אפשריים, והמימצאים מוצגים בטבלה מס' 17.

טבלה מס' 17: מודל רגרסיה לוגיסטית מרובה לניבוי פגיעות מינית על-פי מדדי מודעות מינית (N=103)

מדד	יחס צולב #	95% CI	P
ידע מיני	3.24	(0.06 – 184.18)	לא מובהק
התנהגות מינית	2.00 *	(1.02 – 4.16)	.0516
עניין מיני	1.86	(0.90 – 4.02)	.1017
עמדה	1.17	(0.63 – 2.22)	לא מובהק

* P < .05

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 הערה : חותך - OR = .03

לסכום ההשערה הראשונה, נמצא שלהתנהגות מינית קשר חיובי מובהק עם הפגיעות המינית (OR=2.00, P=.0516) ולהעדר עניין מיני יש קשר חיובי גבולי עם הפגיעות המינית (OR=1.86, P=.1017). התוצאות מצביעות על כך שהפגיעות המינית מושפעת מהתנסות בהתנהגות המינית וממשתנה העניין המיני, אך במידה פחותה יותר. ההסתברות להפגע עולה כאשר יש פעילות מינית רבה יותר, והעניין המיני משפיע כאן בכוון הפוך. כלומר ככל שמבטא פחות עניין מיני הפגיעות עולה. יחד עם זאת יש לזכור כי נמצא שלהתנהגות מינית קשר מובהק עם ידע מיני, ועמדה ויתכן והיא משקפת את כל הגורמים הנ"ל, בקשר עם פגיעות מינית.

ג. 2. השערה שנייה: נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו עם רמת אסרטיביות מינית נמוכה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.

- נבדק הקשר בין אסרטיביות מינית ופגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי (על-פי דווח אישי של הנחקרים). זאת כאשר רמת האסרטיביות המינית הוגדרה על-ידי שלושה מדדים:
1. תגובה יעילה במצבים של פגיעה מינית - שלושה פריטים (1- כן – 0-לא).
 2. תחושה אישית האם מסוגל להגיד לא במצבים של פגיעה מינית – פריט אחד (1- מסוגל - 0-לא מסוגל).
 3. יכולת קבלת החלטה לגבי פעילות מינית – פריט אחד (1- אני מחליט - 0-אחר מחליט).

קשרים בין מדדים: ראשית נבדקו קשרים דו-משתניים בין שלושת המדדים שצוינו לעיל (תגובה אפקטיבית, מסוגל להגיד "לא", יכולת קבלת החלטה לגבי פעילות מינית). טבלה מס' 18 מציגה את מקדמי מתאם ספירמן בסך כל הקבוצה (N=103)

טבלה מס' 18 : מקדמי מתאם (Spearman-r) ביו מדדי אסרטיביות מינית בקרב הנחקרים (N=103).

מדד	תגובה	מסוגל להגיד "לא"	אני מחליט
תגובה יעילה	1	.28	.28
מסוגל להגיד "לא"		1	.27
אני מחליט			1

הערה: קשר מובהק - $r > 0.40$; $P < .05$

על-פי נתוני הטבלה (מס' 18) לא נמצאו קשרים מובהקים בין שלושת המדדים, לגבי כלל הקבוצה.

השוואה חד-משתנית בין נפגעים ללא נפגעים: טבלה מס' 19 מציגה השוואה לגבי רמת האסרטיביות המינית בין כאלו שעברו פגיעה לכאלו שלא עברו פגיעה, לגבי שלושת המדדים, על-פי מבחני χ^2 ומודל לוגיסטי (המשתנה התלוי הוא התרחשות או אי התרחשות ארוע של פגיעה מינית, והמשתנים הבלתי תלויים הם: תגובה יעילה במצבים של פגיעה מינית, תחושה אישית האם מסוגל להגיד "לא" במצבים של פגיעה מינית, יכולת קבלת החלטה לגבי פעילות מינית).

טבלה מס' 19: השוואה לגבי רמת האסרטיביות המינית בין כאלו שעברו פגיעה מינית לכאלו שלא עברו פגיעה, על-פי מבחני χ^2 ומודל לוגיסטי (N=103).

מודל	מבחן χ^2	נפגעו (N=51)	לא נפגעו (N=52)		מדד		
			לא	כן			
לוגיסטי P	P	כן	לא	כן	לא		
		27	24	26	26	שכיחות	תגובה
לא מובהק	.7652	55	47	50	50	%	אפקטיבית
		24	27	32	20	שכיחות	מסוגל להגיד
לא מובהק	.1395	47	53	52	38	%	"לא"
		14	37	25	27	שכיחות	אני מחליט
	.0327	27	73	48	52	%	

* $P < .05$

נמצא כי רק למשתנה של קבלת החלטה עצמית לגבי פעילות מינית ("אני מחליט") קשר מובהק עם הפגיעה המינית ($P=0.0309$). מקרב הנפגעים, רבע (27%) מחליטים בעצמם לגבי הפעילות המינית לעומת מחצית מאלו שלא נפגעו (48%).

השוואה רב משתנית בין נפגעים ללא נפגעים: כדי לראות מהם הגורמים המנבאים את הפגיעות המינית מתוך מדדי האסרטיביות המינית נעשה שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מרובה. המודל כלל את שלושת מדדי האסרטיביות המינית כגורמי פגיעות אפשריים, והמימצאים מוצגים בטבלה מס' 20.

טבלה מס' 20: מודל רגרסיה לוגיסטית מרובה לניבוי פגיעות מינית על-פי מדדי אסרטיביות מינית (N=103).

מדד	יחס צולב #	95% CI	P
תגובה יעילה	1.70	(.72 – 4.17)	לא מובהק
מסוגל להגיד "לא"	.60	(.25 – 1.40)	לא מובהק
אני מחליט	.40 *	(.16 – .95)	.0416

* $P < .05$

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 הערה: חותך - OR = 1.40

לסכום ההשערה השנייה, נמצא שליכולת קבלת החלטה לגבי פעילות מינית ("אני מחליט") קשר שלילי מובהק עם הפגיעות המינית ($OR=0.40$, $P=0.0416$). התוצאות מצביעות על כך שהפגיעות המינית מושפעת ממשתנה ההחלטה העצמית. כלומר, ההסתברות להיפגע עולה בקרב אלו שאינם מחליטים בעצמם לגבי פעילות מינית.

ג.3. השערה שלישית : נבדקים אשר עברו פגיעה מינית ידווחו על תחושת תמיכה חברתית ומשפחתית נמוכה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.

נבדק הקשר בין תחושה של רמת התמיכה החברתית והמשפחתית, תחושת הבדידות ופגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי, (על-פי דווח אישי של הנחקרים). רמת התמיכה החברתית והמשפחתית הוגדרה על-ידי ארבעה מדדים:

1. קשר עם המשפחה - שלושה פריטים על ביקורים בבית וביקורי המשפחה במעון (0 – אין ביקורים, 1- מעט ביקורים, 2 – הרבה ביקורים).

חושב מדד ממוצע של ידע מיני.

פריטים נוספים שהופיעו בשאלון לא נכללו במדד זה מאחר וכל התשובות היו זהות (לא היתה התפלגות בתוך הקבוצה).

2. קשר עם חברים – פריט אחד (0 – אין חברים, 1 – מעט חברים, 2 – קשר עם הרבה חברים).
3. קשר עם בן-זוג – פריט אחד (0 – אין בן-זוג, 1 – יש בן-זוג, 2 – יש בן-זוג והרגשה שאהוב).
4. בדידות – פריט אחד (0- אין תחושת בדידות, 1 – תחושת בדידות לפעמים, 2 – תחושת בדידות חזקה / רוב הזמן).

כל שלושת מדדי הקשר הם בסולם סדר כאשר ערך נמוך מצביע על העדר קשר וערך גבוה על קשר טוב. במדד הבדידות הסולם הוא הפוך כאשר ערך נמוך מצביע על העדר תחושת בדידות וערך גבוה על תחושת בדידות חזקה.

קשרים בין מדדים: ראשית נבדקו קשרים דו-משתניים בין ארבעת המדדים שצוינו לעיל (קשר עם משפחה, חברים ובן-זוג ותחושת בדידות). טבלה מס' 21 מציגה את מתאמי ספירמן בסך כל הקבוצה (N=103).

טבלה מס' 21 : מקדמי מתאם (Spearman-r) לגבי תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות, בקרב הנחקרים (N=103)

מדד	משפחה	חברים	בן-זוג	בדידות
משפחה	1	.14	.08	-.24
חברים		1	.18	-.27
בן-זוג			1	-.06
בדידות				1

הערה: קשר מובהק - $r > 0.40$; $P < .05$

על-פי נתוני הטבלה (מס' 21) לא נמצאו קשרים מובהקים בין ארבעת המדדים, לגבי כלל הקבוצה.

השוואה חד-משתנית בין נפגעים ללא נפגעים: טבלה מס' 22 מציגה השוואה לגבי רמת התמיכה החברתית והמשפחתית ותחושת בדידות בין כאלו שעברו פגיעה לכאלו שלא עברו פגיעה על-פי מבחן χ^2 ומודל לוגיסטי. המשתנה התלוי הוא התרחשות או אי התרחשות ארוע של פגיעה מינית, והמשתנים הבלתי תלויים הם : רמת התמיכה המשפחתית, חברתית –בן-זוג ותחושת הבדידות.

טבלה מס' 22 : השוואה לגבי רמת תמיכה משפחתית, חברתית ותחושת בדידות בין כאלו שעברו פגיעה מינית לכאלו שלא עברו פגיעה, על-פי מבחני χ^2 ומודל לוגיסטי (N=103).

מודל לוגיסטי P	מבחן χ^2 (df=2)	P	נפגעו (N=51)			לא נפגעו (N=52)			מדד
			גבוה	בינוני	נמוך	גבוה	בינוני	נמוך	
לא מובהק	4.1089		16	15	20	14	25	13	משפחה
לא מובהק			32	29	39	27	48	25	%
לא מובהק	.9741		14	23	14	16	26	10	חברים
לא מובהק			27	45	27	31	50	19	%
לא מובהק	.7007		32	6	13	32	4	16	בן-זוג
לא מובהק			63	12	25	61	8	31	%
			28	14	9	19	15	18	בדידות
.0319	4.7486 *	.0931	55	27	18	36	29	35	%

*P < .01

נמצא כי רק לתחושת הבדידות יש קשר מובהק עם הפגיעה המינית (P= .0931). מקרב הנפגעים, מחצית (55%) מדווחים על תחושת בדידות גבוהה לעומת 36% מאלו שלא נפגעו.

השוואה רב- משתנית: כדי לראות מי הם הגורמים המנבאים את הפגיעות המינית מתוך מדדי רמת התמיכה המשפחתית והחברתית ותחושת הבדידות נעשה שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מרובה. המודל כלל את ארבעת ממדי התמיכה והבדידות כגורמי פגיעות אפשריים (טבלה מס' 23).

טבלה מס' 23: מודל רגרסיה לוגיסטית מרובה לניבוי פגיעות מינית על-פי מדדי רמת תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות (N=103)

מדד	יחס צולב #	95% CI	P
משפחה	.97	(.58 – 1.65)	לא מובהק
חברים	.91	(.51 – 1.64)	לא מובהק
בן-זוג	1.14	(.72 – 1.81)	לא מובהק
בדידות	1.67 *	(1.01 – 2.85)	.0500

* P ≤ .05

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 הערה: חותך - OR = .50

לסכום ההשערה השלישית, נמצא שלתחושת הבדידות קשר חיובי מובהק עם הפגיעות המינית (OR=1.67, P= .0500). התוצאות מצביעות על-כך שהפגיעות המינית מושפעת ממשנתה הבדידות. כלומר, ככל שרמת הבדידות גבוהה יותר, הסיכוי להפגע מינית גבוה יותר

ג.4. השערה רביעית : נבדקים אשר עברו פגיעה מינית יהיו ברמת תלות פיזית בטיפול עצמי גבוהה יותר מאשר נבדקים שלא עברו פגיעה מינית.

טבלה מס' 24 מציגה את התפלגות מאפייני עזרה בביצוע משימות של טיפול עצמי (רחצה, לבוש, שרותים), לגבי כלל הנחקרים, על-פי דיווחי הצוות המטפל.

טבלה מס' 24: מאפייני עזרה בטיפול עצמי של הנחקרים, על-פי דוח הצוות במספרים מוחלטים ובאחוזים (N=103)

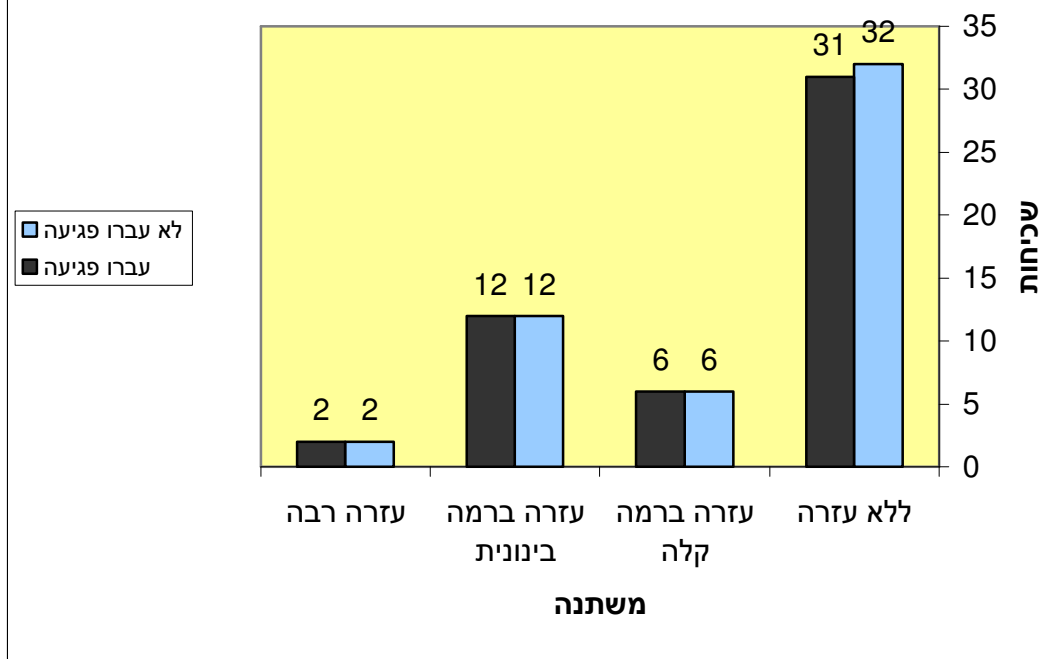
משתנה	גורם	שכיחות	%
עזרה ברחצה	אין	73	70.9
	הדרכה / השגחה	22	21.4
	עזרה ברחצה	8	7.7
	סה"כ	103	100.0
עזרה בלבוש	אין	77	74.8
	הדרכה / השגחה	15	14.6
	עזרה בלבוש	11	10.6
	סה"כ	103	100.0
עזרה בשרותים	אין	99	96.1
	הדרכה	4	3.9
	סה"כ	103	100.0

ניתן לראות כי מרבית הדיירים אינם זקוקים לעזרה בביצוע מטלות של טיפול עצמי (71% ברחצה, 75% בלבוש, 96% בשרותים). במידה ויש צורך בעזרה, עיקר העזרה היא בהדרכה והשגחה ופחות בטיפול פיזי ישיר בדייר. נושא העזרה בטיפול בוסת אצל נשים לא נכלל במחקר בשל מיעוט בנשים המקבלות מחזור חודשי. זאת היות ורובן מקבלות זריקות למניעת הריון המונעות גם את הופעת הוסת.

רמת התלות הפיזית בטיפול עצמי הוגדרה בארבע רמות (0 אין עזרה – 4 עזרה רבה), על-פי שלושת סוגי העזרה (לבוש, רחצה ושרותים). נבדק הקשר בין רמת התלות הפיזית בטיפול עצמי ופגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי, על-פי דוח צוות המעונות.

גרף מס' 8 מציג השוואה בין אילו שעברו פגיעות מיניות לאילו שלא עברו לגבי רמת העזרה בביצוע מטלות טיפול עצמי.

גרף מס' 8: השוואה לגבי רמת תלות בטיפול עצמי בין כאלה שעברו פגיעה (N=51) לאלו שלא עברו פגיעה (N=52), באחוזים.



ניתן להתרשם בברור שאין הבדל בין נפגעים ללא נפגעים לגבי רמת העזרה בביצוע משימות טיפול עצמי, ואכן גם במבחן χ^2 לא נמצא קשר בין טיפול עצמי ופגיעות מינית. ניתן גם לייחס זאת לעובדה שמרבית הנחקרים אינם זקוקים לעזרה (טבלה מס' 24).

ג. 5 השערה חמישית : ימצא קשר שלילי בין מודעות ואסרטיביות מינית, תחושת תמיכה חברתית ועצמאות בטיפול עצמי ובין רמת הפגיעות המינית של אנשים עם פיגור שכלי.

על מנת לבדוק מהו שילוב הגורמים המנבא את הפגיעות המינית של אנשים עם פיגור שכלי, בצורה הטובה ביותר, נבחנו כמה מודלים לוגיסטיים מרובים. להלן יוצגו ארבעה מודלים המציגים את השפעת המדדים השונים (משתנים הבלתי תלויים) על הפגיעות המינית (משתנה תלוי). כפי שהוצג עד כה, בניתוח ארבעת ההשערות הקודמות, נמצא כי קיימים קשרים בין פגיעות מינית לבין - התנהגות מינית, החלטה עצמית לגבי פעילות מינית ותחושת בדידות. כמו כן נמצא קשר גבולי ולא מובהק בין פגיעות מינית והעדר עניין מיני.

מודל I: טבלה מס' 25 מציגה מודל של רגרסיה לוגיסטית בצעדים לניבוי פגיעות מינית. בצעד ראשון הוכנס לניתוח המשתנה שיש לו קשר החזק ביותר עם הפגיעות המינית (בדידות) ובצעד שני נוסף לו משתנה שתורם באופן מובהק לקשר הקודם (החלטה עצמית לגבי פעילות מינית).

טבלה מס' 25 : רגרסיה לוגיסטית בצעדים לניבוי פגיעות מינית (מודל I)

צעדים	מדד	יחס צולב #	95% CI	P	LR	df	##P
1	בדידות	1.70 *	(1.05 -2.78)	.0319	4.78	1	.0288
2	בדידות	1.76 *	(1.07 -2.91)	.0268			
	אני מחליט	.39 *	(.11 - .90)	.0275	9.83	2	.0073

* P < .05

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 ##P - לבדיקת טיב ההתאמה של המודל
 הערה: חותך צעד 1 - OR = .52 ; חותך צעד 2 - OR = .71

שני צעדי הרגרסיה הלוגיסטית בצעדים נמצאו מובהקים (טבלה מס' 24):

א. בצעד 1 נכנס מדד הבדידות כמנבא חיובי (OR=1.70 ; P=.0319). כלומר, משתנה זה הוא גורם סיכון לפגיעות מינית. ככל שתחושת הבדידות גבוהה יותר, הסיכוי להיפגע מינית גבוה יותר.

ב. בצעד 2 מתווסף למשתנה הבדידות, משתנה החלטה העצמית לגבי פעילות מינית ("אני מחליט") כמנבא נוסף (OR=.39 ; P=.0275). בצעד זה, היחס הצולב של משתנה הבדידות נשאר דומה ל זה שבצעד 1, כלומר כגורם סיכון מובהק לפגיעות. משתנה החלטה העצמית לגבי פגיעות מינית על-פי מודל זה הוא גורם מגן מפני פגיעה. ככל שתהיה יכולת החלטה עצמית רבה יותר הסיכון לפגיעה קטן יותר.

במודל I נמצאו שני מנבאי פגיעות מינית : תחושת בדידות והחלטה עצמית לגבי פעילות מינית.

מודל II : במודל זה נעשה שימוש במודל של רגרסיה לוגיסטית מרובה שכלל את כל המדדים שנבדקו בהשערות השונות (כל המשתנים הבלתי תלויים): ידע מיני, התנהגות מינית, עניין מיני, עמדה לגבי מגעים מיניים, אסרטיביות מינית, תחושה אישית האם מסוגל להגיד "לא" במצבים של

פגיעה מינית, יכולת קבלת החלטה לגבי פעילות מינית, קשר עם המשפחה, קשר עם חברים, קשר עם בן-זוג, תחושת בדידות, עזרה במשימות טיפול עצמי- הממצאים מוצגים בטבלה מס' 26.

טבלה מס' 26: רגרסיה לוגיסטית מרובה לניבוי פגיעות מינית, הכוללת את כל המדדים הרלבנטיים (מודל II).

מדד	יחס צולב #	95% CI	P	LR	df	##P
ידע מיני	18.97	-		לא מובהק		
התנהגות מינית	2.43 **	(1.07 - 5.52)	.0340			
עניין מיני	2.19 *	(.94 - 5.14)	.0704			
עמדה	1.14	-		לא מובהק		
אסרטיביות	1.42	-		לא מובהק		
מסוגל להגיד לא	.55	-		לא מובהק		
אני מחליט	.22 ***	(.07 - .64)	.0054			
קשר משפחה	1.01	-		לא מובהק		
קשר חברים	.96	-		לא מובהק		
קשר בן-זוג	.98	-		לא מובהק		
בדידות	1.70 *	(.95, - 3.05)	.0753			
טיפול עצמי	1.01	-		לא מובהק	12	.0406

* P < .01 ** P < .05 *** P < .001

יחס צולב = Odds Ratio
 CI - 95% Confidence Interval רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 ##P - לבדיקת טיב ההתאמה של המודל
 הערה: חותך - OR = .15

- במודל שכלל את כל הגורמים שנבדקו כאפשריים להיות מנבאי פגיעות מינית, בהשערות המחקר, (מודל II, טבלה מס' 26) נמצאו ארבעת הגורמים הבאים כמנבאים מובהקים:
- התנהגות מינית (OR=2.43 ; P=.0340) – משתנה זה הוא גורם סיכון לפגיעה מינית. ככל שהאדם עם הפיגור השכלי פעיל יותר מינית כך הוא בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית.
 - עניין מיני (OR=2.19 ; P=.0704) – משתנה זה הוא גורם סיכון לפגיעה מינית. ככל שהאדם עם הפיגור השכלי מביע פחות עניין מיני, כך הוא בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית.
 - החלטה לגבי פעילות מינית ("אני מחליט") (OR=.22 ; P=.0054) – משתנה זה הוא גורם מגן לפגיעה מינית. ככל שהאדם עם הפיגור השכלי יקבל החלטה לגבי פעילות מינית בעצמו, כך הוא בסיכון קטן יותר לפגיעה מינית.
 - בדידות (OR=1.70 ; P=.0753) – משתנה זה הוא גורם סיכון לפגיעה מינית, ככל שתחושת הבדידות רבה יותר, הסיכון לפגיעה מינית גבוה יותר.

במודל II נמצאו ארבעה מנבאי פגיעות מינית: התנהגות מינית, עניין מיני, החלטה עצמית לגבי פעילות מינית ותחושת בדידות.

מודל III: טבלה מס' 27 מציגה מודל של רגרסיה לוגיסטית מרובה, רק עם ארבעת המדדים שנמצאו מובהקים במבחן הכולל (מודל II).

טבלה מס' 27: רגרסיה לוגיסטית מרובה הכוללת רק מדדים שנמצאו מובהקים במודל II (מודל III).						
מדד	יחס צולב #	95% CI	P	LR	df	##P
התנהגות מינית	2.76 ***	(1.32 - 5.78)	.0069			
עניין מיני	2.29 **	(1.08 - 4.86)	.0307			
אני מחליט	.25 ***	(.10 - .65)	.0044			
בדידות	1.70 **	(1.00 - 2.89)	.0479	18.4130	4	.0010

* P < .01 ** P < .05 *** P < .001

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 ##P - לבדיקת טיב ההתאמה של המודל
 הערה: חותך - OR = .02

במודל מצומצם שכלל רק ארבעה מדדים, נמצאו כל המדדים כמנבאי פגיעות מובהקים (עם מובהקות גבוהה יותר מאשר במודל II) כדלקמן:

א. התנהגות מינית (OR=2.76 ; P=.0068) – גורם סיכון, ככל שהאדם עם הפיגור השכלי פעיל יותר מינית כך הוא בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית.

ב. עניין מיני (OR=2.29 ; P=.0307) – גורם סיכון, ככל שהאדם עם הפיגור השכלי מביע פחות עניין מיני כך הוא בסיכון גבוה יותר לפגיעה מינית.

ג. החלטה עצמית לגבי פעילות מינית ("אני מחליט") (OR=.25 ; P=.0043) – גורם מגן, ככל שהאדם עם הפיגור השכלי יקבל החלטה לגבי פעילות מינית בעצמו כך הוא בסיכון נמוך יותר לפגיעה מינית.

ד. תחושת בדידות (OR=1.70 ; P=.0479) – גורם סיכון, ככל שתחושת הבדידות רבה יותר הסיכון לפגיעה מינית גבוה יותר.

מודל III, יחד עם ממצאי המודל הקודם (מודל II), מחזקים את הממצאים כי ארבעת המדדים הללו הם גורמי הסיכון העיקריים, לניבוי פגיעות מינית במחקר זה. זאת בשונה ממודל I, שהתייחס רק לשני גורמי סכון. מודל זה עדי על המודל הקודם כי רמת המובהקות שלו גבוהה יותר (**P = .001 במודל זה, לעומת **P=.040 במודל II ; **P=.007 במודל I).

לסכום, נמצא שהמודל המיצג בצורה הטובה ביותר את שילוב גורמי הניבוי, לפגיעות מינית של אנשים עם פיגור שכלי, הוא מודל רגרסיה לוגיסטית מרובה של ארבעת המדדים המובהקים. המדדים המובהקים לניבוי פגיעות מינית במשולב הם: התנהגות מינית, עניין מיני, החלטה עצמית לגבי פעילות מינית ותחושת בדידות.

מודל IV: משתנים מתערבים ומודל סופי

המשתנים מין, גיל, מעון, רמת פיגור, בעיות התנהגות יכולים להיות משתנים מתערבים בקשר בין גורמי הסיכון הנבחנים והסיכוי להפגע. בטבלה מס' 28 מוצגת השוואה לגבי המשתנים הללו, כל אחד בנפרד, בין קבוצת הנפגעים והלא נפגעים.

טבלה מס' 27: השוואת אפיוני רקע בין כאלו שעברו פגיעה מינית לכאלו שלא עברו על-פי מודל לוגיסטי (N=103) משתנה

P	נפגעו (N=51)		לא נפגעו (N=52)		שכיחות	מין
	נשים	גברים	נשים	גברים		
.0599 **	26	25	17	35		
	51	49	32.7	67.3	%	
	מעון א'		מעון ב'		שכיחות	מעון
	מעון ב'	מעון א'	מעון ב'	מעון א'		
לא מובהק	28	23		27		
	54.9	45.1	48.1	51.9	%	
לא מובהק	לא		כן		שכיחות	בעיות התנהגות התפרצות
	כן	לא	כן	לא		
לא מובהק	32	19	30	22		
	62.7	37.3	57.7	42.3	%	
לא מובהק	19	32	15	37		אי שקט
	38.2	61.8	28.9	71.1	%	
לא מובהק	20	31	26	26		אלימות
	39.2	60.8	50	50	%	
לא מובהק	16	35	11	41		הפרעות נפשיות
	31.4	68.6	21.2	78.8	%	
לא מובהק	9	42	5	47		אשפוזים פסיכ'
	17.7	82.3	9.6	90.4	%	
לא מובהק	8	43	9	43		אחר
	15.7	84.3	17.3	82.7	%	
.0171 *	ביניים		צעירים		שכיחות	גיל
	מבוגרים	ביניים	צעירים	מבוגרים		
.0171 *	9	26	16	10	13	29
	17.6	51.0	31.4	19.2	25.0	55.8
לא מובהק	קל-בינוני		קל		שכיחות	רמות פיגור (n=102)
	בינוני	קל-בינוני	קל	בינוני		
לא מובהק	12	22	17	13	13	25
	23.6	43.1	33.3	25.5	25.5	49

*P < .01 **P < .05

בניתוח חד-משתני המוצג בטבלה מס' 28 נמצא שיש שוני מובהק בין כאלו שנפגעו מינית וכאלו שלא נפגעו רק לגבי גיל (P = .0171) ומין (P = .0599). לפיכך, נעשה שימוש במודל רגרסיה לוגיסטית מרובה שכלל את ארבעת המנבאים המובהקים שנמצאו במודל III יחד עם המשתנים גיל ומין. המימצאים מוצגים בטבלה מס' 29.

טבלה מס' 29 : רגרסיה לוגיסטית מרובה עם מדדים מובהקים ומשתני מין וגיל (מודל III).

##P	df	LR	P	95% CI	יחס צולב#	מדד
			.0107	(1.27 - 6.07)	2.77	התנהגות מינית
			.0758	(.92 - 5.16)	2.18 *	עניין מיני
			.0041	(.09 - .63)	.24 ***	אני מחליט
			.0884	(.93 - 2.77)	1.61	בדידות
			לא מובהק	(.59 - 4.10)	1.56	מין
.0015	7	23.36	לא מובהק	(.91 - 2.97)	1.64	קב' גיל

* P < .01 **P < .05 ***P < .001

יחס צולב = Odds Ratio
 Confidence Interval - 95% CI רווח סמך ברמת בטחון של 95%.
 ##P - לבדיקת טיב ההתאמה של המודל
 הערה : חותך - OR = .03

במודל זה (מודל IV) נמצא שהאפקטים של גיל ומין אינם מובהקים כלומר, שני המינים, וכל קבוצות הגיל פגיעים באותה מידה.

לסכום השערה 5, מנבאי הפגיעות המינית הפועלים בשילוב הם אלו שנמצאו במודל III והם: התנהגות מינית, עניין מיני, החלטה עצמית לגבי מגע מיני ותחושת בדידות.

פרק חמישי : דיון

הספרות המחקרית מציגה תמונה קשה לגבי היקף ואפיוני הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי (Mansell & Sobsey, 2001). הספרות התאורטית מציגה רשימת גורמים היכולים לתרום לפגיעות המינית אשר מרביתם לא נבדקו באופן מתודולוגי (Lumley & Miltenberger, 1999; Westcott & Jones, 1997). עיון בספרות המחקר בעולם מצביע על מיעוט במחקר אמפירי, העוסק באיתור גורמי ניבוי לפגיעות מינית.

המחקר הנוכחי מנסה לבחון, לראשונה בארץ, את היקף תופעת הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה ואפיוניה. בהמשך, מנסה המחקר לבחון את השאלה, האם ישנם משתנים מסויימים היכולים להוות גורמים מנבאים לפגיעות מינית. המשתנים שנבחנו הם: מודעות מינית (ידע מיני, התנהגות מינית, עניין מיני ועמדה לגבי מגעים מיניים); רמת תמיכה משפחתית וחברתית ותחושת בדידות; אסרטיביות מינית; תלות בעזרה במשימות טיפול עצמי; שילוב של המשתנים השונים.

חלק זה של העבודה סוקר את סיכום הממצאים וההשערות, משמעותם והשלכותיהם, תוך השוואות לידע קיים. מן הראוי לציין כי לא כל השערות המחקר אוששו. כמו כן ישולבו בחלק זה דוגמאות מתוך דברי הנחקרים. בהמשך פרק זה יוצגו המלצות יישומיות הנובעות ממחקר זה, מגבלות המחקר והמלצות למחקר נוסף.

א. שכיחות ואפיוני תופעת הפגיעה המינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי

המתגוררים במעונות פנימיה

תופעת הפגיעה המינית, כפי שנבדקה במחקר זה, מסתמכת על ספרות מקצועית ומחקרים הקיימים בעולם, בנוגע לתופעה. רוב המחקר הקיים עוסק בבחינת אפיוני הפגיעה ושכיחותה, בד"כ דרך בדיקת תיקים, דווחים למשטרה וראיונות עם אנשי מקצוע. רק חלק קטן מהמחקר מנסה לבחון תופעה זו דרך עיניהם של הנפגעים. ממחקרים נמצא כי, אוכלוסייה זו נמצאת בסכון גבוה יותר לפגיעה מינית, לעומת אחרים ללא פיגור שכלי (Lumley & Miltenberger, 1997; Mansell & Sobsey, 2001).

מחקר זה מנסה לבחון את תופעת הפגיעה דרך דווחיהם של אנשים עם פיגור שכלי, שעברו פגיעות מיניות. במחקר רואינו 103 אנשים בוגרים בגילאי 22 - 50, כולם עם פיגור שכלי ברמות תפקוד של פיגור קל – בינוני, המתגוררים בשני מעונות פנימיה. כמו כן נאסף מידע מצוות המעונות, לגבי דווח על פגיעות מיניות הידוע להם ו/או המופיע בתיקים אישיים של הנחקרים.

שכיחות: מהממצאים במחקר זה עולה כי מחצית (49.5%) מהנחקרים מדווחים על פגיעה מינית. ממצא זה נופל בתוך טווח השכיחות המופיע בספרות. הנתונים המופיעים במחקרים שונים, הם בטווח בין-25% ועד 83% (כפי שצויין קודם, ההבדלים בממצאים נובעים מהבדלים מתודולוגיים בין

המחקרים השונים). ממצא זה מצביע על פגיעות מינית גדולה, פי 2 יותר מאשר באוכלוסייה הרגילה, אם לוקחים בחשבון הערכה כי כ- 25% מהנשים, ללא פיגור שכלי, יעברו פגיעה מינית (Baladerian, 1991).

דווח: על-פי הספרות, קיים דווח חסר ורק חמישית מהמקרים מדווחים (Verdugo & Bermejo, 1997). אם נשווה את אחוזי הפגיעה במחקר, בין דווחי הצוות ובין דיווחי הנחקרים, נמצא כי קיים פער משמעותי בין השניים. צוות המעונות דווח כי ידוע לו על פגיעה ב- 16% מהנחקרים והביע חשד כי התקיימה פגיעה מינית ב- 6.8% נוספים. זאת לעומת כ- 50% מהנחקרים, המדווחים על פגיעה. ניתן לראות כי על-פי נתונים אלו אכן קיים תת-דווח. יש להניח, כי הנתונים שנאספו מהנחקרים עצמם, לוקים גם הם בחסר. בהצלבת זהות הנחקרים המדווחים, וזהות הנפגעים על-פי הצוות, נמצא פער. הצוות במעונות דווח על 22 נחקרים אשר קיימת לגביהם ידיעה או חשד על פגיעה מינית. מתוך קבוצה זו, 16 נחקרים דווחו בראיונות האישיים על פגיעות מיניות. 6 דיירים, אשר ידוע לגביהם כי ישנה היסטוריה של פגיעה או חשש סביר לכך, לא דווחו בראיון האישי על פגיעה.

קיימת חשיבות רבה לדווחי פקידי הסעד, הפועלים להגשת תלונות במשטרה. בחינת נתוני פקידי הסעד של האגף לטיפול באדם המפגר מצביעים על עלייה בדווח, מה שיכול לרמז על עלייה במודעות לתופעה זו. אולם ניתן להניח, לאור ממצאי המחקר, כי גם נתונים אלו לוקים בחסר. בשנת 2002 דווח על 102 מקרים, בקרב אוכלוסייה של למעלה מ-20,000 איש (פחות מחצי אחוז). נתון זה אינו תואם אפילו את שכיחות הפגיעה באוכלוסייה ללא פיגור.

עוד ניתן לראות כי קיים פער בין הדווחים בקהילה (בשנת 2002, 72 דווחים) לעומת הדווחים במעונות הפנימיה (בשנת 2002, 30 דווחים). למרות שהספרות טוענת כי הסיכוי לפגיעה בתוך מערכים פנימיים גבוה יותר לעומת הקהילה (Sobsey & Mansell, 1990). פער זה יכול להיות מוסבר על רקע: א. הגדרות ודרכי טיפול שונות בין פקידי הסעד. ב. העובדה כי בקהילה מצויים פקידי סעד רבים יותר (ברמה מקומית ואזורית) לעומת המעונות. ג. קושי באיתור ודווח בתוך מסגרות דיור (Sobsey, 1994).

גם בחינת נתוני דווח הנחקרים לגבי ארועי הפגיעה מצביעים על תמונה בעייתית. בשליש מהארועים, הנחקרים אומרים כי לא דווחו על הפגיעה. מתוך אלו שדווחו לבני משפחה/אנשי צוות לא ניתן להעריך כמה מתלונות הדיירים דווחו הלאה למשטרה, כמה נסגרו באופן פנימי (למשל, כאשר מדובר בפגיעה בין דייר לדייר או בין אדם עם פיגור ובן-משפחה אחר), ובכמה מקרים אחרים לא היתה התייחסות לדברי הנפגע.

להלן מספר ציטוטים מדברי הנחקרים בעניין:

" לא סיפרתי כי פחדתי"; " כעסו עליי"; " דיברו איתנו"; " הועבר למעון נעול"; "המשטרה תפסה אותם, הלכו לבית-סוהר".

משמעות הדבר כי יש לפעול רבות לצורך איתור ודווח של התופעה. ניתן להניח כי אנשים רבים עם פיגור שכלי נפגעים אולם, ארועים אלו אינם נחשפים ואינם מטופלים.

מין הנפגע: על-פי מחקר זה נמצא כי נשים וגברים פגיעים במעונות הפנימיה באופן דומה, -מחצית (51%) מהנפגעים היו נשים ו- מחצית (49%) מהנפגעים היו גברים. ממצא זה דומה למחקרם של Furey & Niesen (1994) שמצאו כי 56% מהנפגעים במעונות היו נשים ו- 44% היו גברים. ההנחה היא כי במעונות עולה שכיחות הפגיעה המינית בגברים לעומת זו שבקהילה. שני המינים נמצאים בסכון גבוה לפגיעה מינית במסגרת דיור חוץ-ביתי.

רמת תפקוד: הספרות הקיימת אינה מצביעה על קשר ברור בין רמת הפיגור וסכון לפגיעה מינית (Westcott & Jones, 1999). במחקר זה נמצא, בניתוח חד משתני, כי אין קשר בין רמת הפיגור והסיכון לפגיעה. מחקר זה לא בדק אוכלוסייה ברמת פיגור נמוכה ולכן לא ניתן לבדוק את התפלגות הפגיעה המינית בקרב כל רמות התפקוד. כמו כן לא היתה במחקר זה התייחסות לאנשים עם קשיים בשפה ובעיות דבור, הנמצאים על-פי הספרות בסכון גבוה עוד יותר (בריון, 2002).

אפיוני הפגיעה: ממצאי המחקר מצביעים על אפיוני פגיעה קשים ביותר. 51 מהנחקרים דווחו על 86 ארועי פגיעה שונים, כאשר כל ארוע יכול היה להתרחש יותר מפעם אחת. נמצא כי מרביתם (85%) דווחו על יותר מארוע פגיעה אחד, ומחציתם (56.5%) מדווחים על יותר מארבעה ארועים. לא ניתן להעריך במדויק את זמן הפגיעה בשל מגבלות קוגניטיביות של הנחקרים. אולם, בחלוקה גסה, ניתן להעריך כי מחצית מהפגיעות התרחשו בגיל הילדות. ממצאי הספרות מצביעים גם הם על ריבוי פגיעות ב- 80% מהנפגעים (Sullivan, 1991). Mansell & Sobsey (2001) מצאו, בדומה למחקר זה, כי רק ב- 20% דווח על ארוע פגיעה יחיד. משמעות נתון זה היא כי מי שעבר פגיעה אחת מועד להיות קורבן חוזר לפגיעות נוספות (רה-ויקטימיזציה). פגיעה בעבר מהווה גורם סיכון ברור לפגיעה מינית בעתיד (Faller, 1990).

באשר לאפיונים נוספים המופיעים בספרות, בלמעלה ממחצית מהדווחים (62%) מתוארת פגיעה חודרנית (Sobsey & Doe, 1991). במחקר זה הממצאים דומים, בכחצית מהמקרים (45%) מדווח על פגיעה חודרנית (אינוס). ניתן לראות עוד כי הפגיעות המתבצעות על-ידי אנשים עם פיגור הן פחות חודרניות, לעומת תוקף שאינו עם פיגור שכלי (גרף מס' 6).

קיים הבדל, בין הממצאים בספרות ובין ממצאי המחקר הנוכחי, לגבי שכיחות הפגיעה הפיזית הנוספת לפגיעה המינית. במחקרם של Mansell & Sobsey (2001) מדווח כי, כמעט כל ארועי הפגיעה (91%), מלווים בפגיעה פיזית כלשהי. כאן דווח, בפחות ממחצית המקרים (38.4%), על אלימות פיזית נוספת לפגיעה המינית. זאת יתכן בשל היות הנפגעים קורבנות "קלים" לפגיעה, ואין צורך באיום או בשימוש בכוח פיזי כדי לבצע את הפגיעה המינית.

" בירושלים במוסד אחד חניך מפגר אנס אותי. שם אותי בכוח בשדה ועשה לי. היו לי פחדים, שמו אותי בב"ח. זה קרה בשנים עשרה בלילה, צעקתי. אף אחד לא עזר לי. הוריד לי את כל הבגדים. עשה

לי בכוח, היה לי מלא דם" ; " בגיל שמונה עשרה בבית אונס. אנס אותי , הוריד לי בגדים ורצה לקשור אותי, החדיר את הפין מקדימה, והכניס אותי למקלט, וסגר לי את הפה. והשכנים באו ולקחו אותי למשטרה וחקרו".

מין התוקף: במרבית המקרים המדווחים במחקר זה התוקף היה זכר (90%) ממצא זה תואם נתונים המופיעים בספרות לפיהם ב - 90% מהמקרים התוקף הוא גבר. (Lumley & Miltenberger, 1997; Sobsey & Doe, 1991). אולם, אל לנו לשכוח כי ישנן גם נשים בין הפוגעות מינית (10%). להלן תאור פגיעה שהתבצעה על-ידי אישה, אם, כפי שדווח על-ידי הנחקר: " בבית אמא זיינה אותי. אבא הרביץ מכות. אמא הורידה לי מכנסיים, הכל עשתה לי ככה עם הגוף"

זהות התוקף: על-פי נתוני הספרות המחקרית, התוקף במרבית המקרים (יותר מ-90%), הוא דמות מוכרת לקורבן. סכנת הפגיעה העיקרית היא מידי דמות בה הקורבן תלוי : איש צוות/טיפול (43%), בן משפחה טבעית או אומנה (23%). תוקפים נוספים הם: אחרים מוכרים מהסביבה (מכרים, שכנים, בני זוג וכו' – 20%), אנשים עם פיגור שכלי (6%) וזרים (8%) (Sobsey & Doe, 1991). הנתונים המופיעים במחקר זה, ביחס לזהות התוקף, שונים מנתונים אלו (ראה השוואה בנספח מס' 11):

1. התוקף העיקרי כאן הוא אחר עם פיגור שכלי (מחצית מהמקרים). אפשר לייחס נתונים אלה למספר אפשרויות: א. קיים דיווח חסר לגבי פגיעות של בני משפחה ואנשי צוות בשל תלות בתוקף, חשש לדווח על הפגיעה או חוסר הבנה של הנפגע את מצב הפגיעה ככזה; ב. תנאי החיים במסגרות הדיור החוץ-ביתי מאפשרים פגיעה בין דיירים בקלות; ג. אנשים מדווחים על מגעים מיניים שהשתתפו בהם מרצון, כארועי תקיפה. זאת בשל מסרים שונים, שהפנימו מהסביבה, האוסרים מגע מיני;

כמו כן דווח על ידי הצוות במעונות, בהתייחס להתנהגויות מיניות של הדיירים, על דיירים (9%) אשר נוהגים לפגוע באחרים במעון, ועל כאלו (13%) המקיימים יחסי מין תחת כפייה של אחרים. תופעה זו מוכרת במעונות ותואמת את הספרות המתייחסת לפגיעה במעונות, כחלק מאורח החיים הסגור. הממצאים הללו דומים לדווחים בספרות, שם נמצא, כי 10% מדיירי המוסדות היו קורבנות לפגיעה מינית על-ידי דיירים אחרים במוסד (Sobsey 1994).

" השבוע לפני שיצאנו לקייטנה אחד הדיירים נגע בי בפות ובציצי, בלי שרציתי"; " כשהייתי בחדר (עם השותף) הוא עשה לי בטוסיק בחדר. לא רציתי, הוא רצה הרבה פעמים." ; "במוסד אחר חניך מפגר עשה לי גם בשדה איפה התפוזים, אנס אותי בכוח פעמיים. הוריד לי בכוח בגדים, צעקתי, הלכתי ערומה למשטרה, בלי בגדים. השוטרת נתנה לי בגדים."

2. על-פי מחקר זה, תוקף עיקרי נוסף הוא אדם זר. תקיפות על-ידי זרים היוו כרבע מכלל הפגיעות המדווחות. ניתן להסביר נתון זה על רקע התיאוריה האקולוגית המתייחסת לתפיסות חברתיות ההופכות את האדם עם הנכות לקורבן פוטנציאלי. משמעות הדבר כי תפיסת האדם עם הפיגור ברמה החברתית בארץ היא בעייתית ומגבירה את הסיכון לפגיעה. גם המודל של פינקלהור (1984) יכול להסביר נתון זה על רקע זמינות הנפגעים לתקיפה, הנמצאים בתוך הקהילה, גם אם הם מתגוררים במעונות פנימיה. גורם נוסף היכול להגביר את הפגיעות על-פי מודל זה, הוא הקושי להביע התנגדות למצבי פגיעה, וזיהוי חולשות שונות של הקורבן על-ידי התוקף.

" כשיצאתי מההוסטל עם חברה לקניון אז איזה ערבי אחד השכיב אותי על הרצפה בגשם ועשה לי את זה"; " בגיל שמונה עשרה קרה. היה דם ברצפה מהבחור. יצאתי מהבית והלכתי לחברה

ומישהו צעיר עצר לי טרמפ. התחיל לדבר איתי כל מיני דברים. אם לא תתני לי אני אהרוג אותך, איים עליך. הסברתי לו לאן רוצה להגיע אבל לקח אותי למקום אחר. אחר-כך היתה משטרה שהחורים שלי הזמינו כי דאגו לי." ; " שלושה בחורים אנסו אותי, לקחו אותי באוטו מהטיילת. הייתי לבד ואנסו אותי בתוך יער כזה עם עשבים וזה. הכניסו את הפין שלהם לפות. מכירה אותם קצת מטבריה." ; "בבית כשגרתי איזה בחור אחד זיו, נכנס אלי הביתה ושאל אם יכול להכנס. נכנס הביתה והפשיט וראה לי את הגוף, הוציא את הלשון ושם אותה למטה. הרגשתי למטה קרה, רעדתי ולא ידעתי מה לעשות."

בשונה מהנתונים העולמיים המצביעים על פגיעה מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי בעיקר על-ידי אנשי צוות ובני משפחה, הנתונים מהמחקר הנוכחי אינם מצביעים על גורמים אלו כפוגעים העיקריים. תוקף מתוך המשפחה היווה רק חלק קטן מהמיקרים (6%), וכך גם הדבר לגבי תוקף מתוך הצוות המטפל (7%).

לאור נתוניו של פקיד סעד ארצי ולאור ההשוואה שנעשתה בין דיווחי הנחקרים ודיווח צוות המעונות, ניתן להניח כי נתונים אלה הם חסרים ולא דווחו במחקר זה כל ארועי הפגיעה בהם התוקף היה בן-משפחה / איש צוות. הסיבות לכך יכולות להיות: חשש של הנפגע לדווח על ארוע טראומטי במסגרת ראיון חד-פעמי, חשש לדווח על פגיעות שהתרחשו על-ידי דמויות שהוא תלוי בהם, תגובות פוסט טראומטיות לארועי פגיעה טראומטיים הבאות לידי ביטוי בשיכחה או התנתקות. יתכן גם, ביחס לאנשי צוות, כי מערכת המיון והפיקוח על עובדים במעונות, והמודעות בתחום המיני-חברתי מרתיעה עובדים מביצוע פגיעות בתוך המערכת.

" אבא היה שותה הרבה קוניאק. פעם אחת רצה לנגוע בי בחדר בגוף. צעקתי. אמא הרביצה לי" ; " הגיס שלי, לא רוצה לספר, הוא היה שוכב איתי".

מקום הפגיעה: במחקר זה נמצא כי מקום הפגיעה מתחלק: מחצית במסגרות דיור חוץ-ביתי (45%), רבע בקהילה (29%), והשאר בבית (12%), במקום עבודה (5%) ואחר (9%). ממצאים אלו שונים מהממצאים בספרות, שם דווח כי מרבית המקרים (82%) התרחשו במקום המגורים (Furey & Niesen, 1994) ממצאי מחקר זה לגבי מקום הפגיעה, נמצאים בהתאמה לדווח על זהות התוקף (45% דווחו על פגיעה בדיור חוץ-ביתי, 46% דווחו על פגיעה על-ידי אחר עם פיגור).

השוואת אפיוני הפגיעה בין שני המעונות: נמצא הבדל מובהק באשר למס' ארועי הפגיעה (במעון א' 92% הנחקרים מדווחים על יותר מפגיעה אחת, לעומת 73% במעון ב') - ניתן ליחס הבדל זה הן לעובדה שהגיל הממוצע במעון א' גבוה באופן מובהק מהגיל הממוצע במעון ב' והן לעובדה שמעון א' קיים פחות שנים, והדיירים שבו, ברובם, נפלטו ממסגרות דיור קהילתיות. עובדה זו יכולה להסביר גם את הממצאים כי דיירי מעון א' מדווחים על יותר פגיעות בקהילה ועל פגיעות קשות יותר (תוקף שאינו עם פיגור שכלי).

ניתן לסכם כי באופן כללי ממצאי המחקר תואמים ברובם נתונים המופיעים במחקרים אחרים המצביעים על סיכון גבוה לפגיעות מיניות ופגיעות מיניות חוזרות. הפגיעות מתרחשות על-ידי דמויות מוכרות הן בתוך מסגרות הדיור והן בקהילה. ההבדל המשמעותי בין ממצאי מחקר זה לאחרים שנעשו בעולם, מתייחס לתוקפים העיקריים: אדם אחר עם פיגור שכלי, אדם זר, ורק אח"כ אחרים מוכרים מהסביבה. בני משפחה ואנשי צוות וטיפול. הבדלים נוספים קיימים לגבי שימוש באלימות פיזית נלווית לפגיעה ומקום הפגיעה.

ב. גורמי סיכון לפגיעה מינית – ניתוח ממצאי ההשערות

השערות המחקר עוסקות בקשר בין משתנים מסויימים ופגיעות מינית, ואכן נמצא קשר בין חלק מהשערות המחקר ופגיעות מינית.

ההשערה הראשונה: בדקה את הקשר בין מודעות מינית ובין פגיעות מינית. מתוך המדדים השונים שנבדקו בהקשר זה נמצאו מובהקים רק מדד ההתנהגות המינית והעדר עניין מיני. עם זאת חשוב לזכור שנמצאו קשרים בין התנהגות מינית לידע מיני ועמדה ביחס למגעים מיניים.

בספרות ניתן משקל רב להיעדר ידע מיני כגורם סיכון (Furey & Niesen, 1994; Westcott & Jones, 1999). במחקר זה ציוני הידע המיני (ראה נספח מס' 10) היו נמוכים ביותר, כפי שמופיע במחקרים אחרים המצביעים על רמת ידע נמוכה (McCabe, 1999). היות ורמת הידע המיני במחקר זה היתה נמוכה מאד, משתנה זה לא בא לידי ביטוי ולא ניתן היה למדוד את חשיבותו כגורם סיכון (או כגורם מגן). עם זאת, ניתן להניח כי היות ושני המעונות מקיימים פעילות בתחום החינוך המיני רמת הידע במעונות אלו תהיה גבוהה יותר מאשר במעונות אחרים אשר אינם עוסקים בהיבט זה. חשוב לזכור כי היות ומדובר באוכלוסייה עם פיגור שכלי ישנם קשיים בכישורים קוגניטיביים ואלו ישפיעו גם על למידה בתחום זה, מה עוד שמרבית הנחקרים לא זכו לחינוך מיני בגילאים צעירים.

שני המדדים שנמצאו מובהקים נראים, לכאורה, כאילו הם עומדים בסתירה זה לזה. מתוך הכרות בעבודה הקלינית ממצאים אלו תואמים דווחים של אנשים גם בקשר הטיפולי. התנהגות מינית רבה יכולה להוות גורם סיכון היות ולעיתים ההתנהגות המינית המוצגת נעשית שלא בהתאמה לכללים חברתיים מקובלים. למשל, על-פי דווחי הצוות, רבע מהנחקרים מקיימים יחסי מין ללא פרטיות (באופן חלקי או מלא). התנהגות מינית שאינה מתאימה מהווה סימן של חולשה ומזמנת את הפגיעה המינית. כמו כן היות והכישורים החברתיים לקויים אצל רבים מהם, יתכן שימוש במגעים מיניים כדרך ליצירת קשרים חברתיים וכתוצאה מכך כניסה למצבים מסוכנים (Furey & Niesen, 1994). כך הסבירה אחת הנחקרות את הפגיעה המינית: "אולי הוא אהב אותי וחשב שאני יפה".

ישנם רבים המדווחים על העדר עניין מיני, בשל מסרים שונים שהפנימו מהסביבה. חרדות של בני משפחה ואנשי טיפול מביאים ליצירת מסרים השוללים את מיניות האדם עם הפיגור השכלי. מנגד קיימים צרכים ודחפים טבעיים לקשר, חיבה ואהבה והנאה מינית. קונפליקט זה בין רצונות אישיים ולחץ של הסביבה יכולים להביא את הפרט לכניסה למצבים מסוכנים, בהם יחווה מגעים מיניים וקירבה פיזית, ללא לקיחת אחריות על ההתנהגות אולם גם מבלי שתהיה לו שליטה בהם (Craft & Heshusius, 1982).

"יחסי מין, בכלל אסור, כל מי שאני מכיר אומר שאסור"; "המשפחה שלי רוצה שאני אשמור על עצמי שלא יגעו בי".

ההשערה השנייה : עסקה באסרטיביות המינית של הנחקרים כגורם סיכון. מתוך שלושת המדדים שנבדקו, רק אחד נמצא מובהק – יכולת קבלת החלטה עצמית לגבי פעילות מינית. מקרב הנפגעים, מחצית (53%) אינם יכולים לקבל החלטה בכוחות עצמם לגבי פעילות מינית ומעבירים את הסמכות לקביעה בנושא אינטימי ופרטי לאחרים (בן-משפחה, איש צוות). נתון זה קשה אף יותר מממצאיה של McCabe (1994). במחקרה דווחו רק שליש (36%) כי האחריות לכך היא בידי אחרים. ממצא זה מתקשר לתפיסתם של Sobsey & Mansel (1990) באשר לחוסר אונים נרכש ושליטה מוגבלת הקיימת בחייהם של אנשים עם פיגור שכלי. המצב הנוצר, אינו מאפשר לנפגע להתנגד למצבים של כפייה.

” אמא שלי מחליטה שאף אחד לא יגע בי ” ; ” אסור לעשות בלי רשות של מדריכים, כי לבד אסור, אפשר לזרוק אותי מפה ” ; ” כי היא (העו"ס) אחראית עלי שלא יקרה לי בעיות ” ; ” הגבר מחליט אם הוא רוצה ”

למרות שלא נמצא קשר מובהק בין היכולת לתגובה יעילה ובין הסיכון לפגיעה, מחצית מהנחקרים שנפגעו ושלא נפגעו, מדווחים על תגובות שאינן יעילות בזמן פגיעה, כמו גם קושי של מחצית מהנפגעים ו-40% מהלא נפגעים להביע התנגדות ורבליט. ניתוח ארועי הפגיעה ותגובת הנפגעים בזמן הארוע, מראים כי גם כאשר היתה התנגדות, זו היתה לא יעילה (Sullivan & Scanlan, 1990).

ההשערה השלישית עסקה במדדי הקשר עם המשפחה והחברים ותחושת בדידות. רק מדד הבדידות נמצא מובהק.

הממצאים מראים כי קיים קשר טוב, עבור מרבית הנחקרים עם המשפחות המתבטא בביקורים בבית, ביקורי המשפחה במעון וקשר טלפוני. בשני המעונות קיים עידוד לחיזוק הקשר. מרבית הנחקרים גם ציינו כי קיימים קשרים חברתיים עם אחרים בסביבתם. עובדה מעניינת שעלתה בראיונות, מתייחסת לתפיסת הקשר על-ידי הנחקרים בעיקר דרך משתנים קונקרטיים: למשל המשפחה דואגת אם היא מביאה כיבוד או עיקר הבילוי עם חברים הוא בצפייה משותפת בטלביזיה או הכנת קפה.

למרות הדווח על קשרים טובים עם המשפחה וחברים, מדווחים 65% מהלא נפגעים ו-82% מהנפגעים על תחושת בדידות לפחות ברמה בינונית. נמצא גם כי במצבים של צורך בעזרה או התחלקות ברגשות, מרבית הנחקרים (70%) פונים לאנשי צוות. על-פי נתונים אלו נראה כי אנשי הצוות, ולא קבוצת השווים, הם אלה המהווים פונקציה של קשר תמיכתי ו/או רגשי. בדידות מהווה גורם סיכון לפגיעה מינית, וקשורה לסגנון התמודדות עם מצב זה, כפי שצוין על-ידי מרגלית (1999).

” רוב הזמן בודדה, מציקים לי, לא רוצה חברים ”

השערה רביעית: עסקה בקשר בין פגיעה מינית ועזרה במשימות טיפול עצמי. לא נמצא קשר בין משתנה זה והפגיעה המינית. מרבית הנחקרים מתפקדים באופן עצמאי ואינם זקוקים לעזרת

הצוות, וגם אלו הזקוקים לכך העזרה היא, בדרך כלל, הכוונה והדרכה ולא עזרה ישירה על הגוף. מצב זה מקטין את האפשרות לפגיעה מינית בזמן ביצוע פעולות אינטימיות, כפי שמופיע בספרות (Sobsey & Doe, 1991).

השערה חמישית: בדקה את שילוב המשתנים שנבחנו כגורמי סיכון. המשתנים המובהקים המופיעים בשילוב הם אלו שנמצאו מובהקים בהשערות הקודמות: התנהגות מינית רבה, העדר עניין מיני, קושי בהחלטה עצמית לגבי פעילות מינית ותחושת בדידות. משתנה הבדידות נמצא, בניחוח גרסיה לוגיסטית בצעדים (טבלה מס' 25) כגורם הסיכון בעל הקשר החזק ביותר עם הפגיעה. שילוב של תחושת בדידות, פעילות מינית מרובה כביטוי לצרכים מיניים ו/או כדרך ליצירת קשרים חברתיים, מנגד - ביטוי חוסר עניין מיני בשל מסרים וחשש מהסביבה, וקושי בקבלת החלטה עצמית לגבי הפעילות המינית הופכים רבים לפגיעים מינית. נוכחות משתנים אלו בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה מגביר את הסכון האישי לפגיעה מינית, הן בתוך מסגרת הדיור והן מחוצה לה.

לסיום חלק זה ברצוני להביא ציטוטים של הנחקרים היכולים לשקף בצורה טובה חלק ממצאי מחקר זה. בסיום כל ראיון, דייר אשר דיווח על פגיעה, נשאל מדוע לדעתו פגע התוקף דווקא בו. את התשובות ניתן לחלק לשלוש קבוצות עיקריות:

א. קבוצה המתייחסת לפגיעה כדרך להביע משיכה, עניין מיני או אהבה - "חושבת שהגוף שלי יפה, מושך לעשות", "רוצה רק אותי", "הוא עשה לי כי הייתי עוד נער והייתי יפה" "בחר בי כי בא לו עלי";

ב. קבוצה המתייחסת לאפיונים אישיים ותפיסת הסביבה, כגורמי סיכון - " הייתי קטן והם גדולים", "כי הייתי חדש", "כי אני קטנה", "אולי כי הייתי לבד", "חשב שאני לא יכול ולא מספיק חזק";

ג. קבוצה המתייחסת לאיסורים של המשפחה ביחס לתחום המיני - " בבית אמרו לי לא", "ההורים שלי לא מסכימים", "אמא שלי מחליטה שאף אחד לא יגע בי".

ניתן לסכם מנתוני המחקר כי הממצאים הבולטים ביותר מצביעים על היות אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה בסיכון גבוה לפגיעה מינית. ניתן לראות כי הסיכון לפגיעה שווה בתוך מסגרות דיור חוץ-ביתי ובקהילה וכי ישנם גורמי ניבוי היכולים לאפשר איתור כאלה הנמצאים בסיכון גבוה יותר מאחרים. קיום גורמי ניבוי מצביע גם על אפשרות פיתוח תוכניות מניעה מתאימות. מתוך אפיוני הפגיעה המינית ואיתור גורמי סכון המנבאים פגיעות מינית עולה כי, ישנם משתנים הקשורים לנפגע המגבירים את פגיעותו. אולם אלו אינם עומדים בפני עצמם והקשר עם החברה והתפיסות כלפי פיגור שכלי הופכות פוטנציאל זה לפגיעה ממשית.

עבודה זו פתחה צוהר לנושא רגיש במיוחד שהמודעות הציבורית כלפיו עדיין נמוכה ושאינו לגביו שום מידע שיטתי מקיף בארץ. מחקר זה מספק ידע אמפירי ראשוני בארץ בתחום הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה.

ג. רעיונות ליישום

להלן מספר רעיונות, הנובעים ממסקנות מחקר זה, לגבי אפשרויות לפעולה לשיפור המצב:

1. פתיחת הנושא והבאתו לסדר היום הציבורי והגברת המודעות החברתית והציבורית, זאת ע"י פרסומים בכלי התקשורת והפצת חומר הסברתי. כולל, יצירת קשר של שותפות עם המערכת המשפטית. מן הראוי להדגיש כי ישנן טענות האומרות כי, חשיפה ציבורית של הפגיעות של אנשים עם נכות בכלל ופיגור שכלי בפרט יגבירו את פגיעותם בעתיד. זאת בשל משיכת תוקפים פוטנציאליים לחיפוש הזדמנויות לקירבה ופגיעה באוכלוסייה זו.

2. הגברת המודעות של בני משפחה ואנשי מקצוע המטפלים באנשים עם פיגור שכלי, על-ידי הרחבת מערך ההכשרה וההשתלמויות (בנוסף לקורסים הניתנים כיום), לבני משפחה ולכל טווח המקצועות, כחלק מתוכנית העבודה של כל המטפלים באנשים עם פיגור שכלי בשירותי החינוך, הרווחה והשיקום במדינת ישראל. תוכניות אלו צריכות לכלול את המדיניות וההיבטים החוקיים הנוגעים לפגיעה מינית והתנהגות מינית; למידת איתור סימנים היכולים להצביע על פגיעה מינית; תגובות מתאימות במקרים של חשש לפגיעה או דווח של דייר; הגדרת גבולות הקשר הטיפולי בין הצוות ואנשים עם פיגור שכלי וליווי ותמיכה של הצוות בעניין; מודעות להתנהגות מינית לא מתאימה של אנשים עם פיגור שכלי והפנייה להתערבות חינוכית וטיפולית ומודעות להתנהגות לא מתאימה של אנשי צוות, בני משפחה ואחרים, ודווח.

3. הערכות מקיפה של שרותי הרווחה לטיפול בתופעה בתוך מעונות הפנימיה והקהילה. זאת דרך העובדים הסוציאליים במסגרות, שיהיו מרכזי הנושא ומתווכי הפנייה לפקיד הסעד ו/או לגורמים רלבנטיים שונים.

4. הגדלת מספר המטפלים במעונות, כך שתהיה אפשרות לאיתור מוקדים פוגעים ומתן הגנה והדרכה רחבים יותר בתוך מעונות הפנימיה.

5. התערבות הערכתית - מיון קפדני יותר של אנשי צוות להעסקה ופיקוח שוטף. איש צוות שנתפס יש להעביר את המידע למכלול המערכות המטפלות כך שימנע מצב שעובד שפגע מפוטר ממסגרת אחת אך עובד במסגרת טיפולית אחרת.

6. שיפור איכות חיים - מודל של איכות חיים דוגל בנתינת מרחב רחב יותר של התנסויות והתחשבות ברצונות ובמשאלות של הדיירים, וכאשר ניתן, גם למלא אותם. הבחירה צריכה לבוא יחד עם תוכנית מובנה וצריך למצוא את האיזון הנכון בין סיפוק הזדמנויות תוך נתינת תמיכה בתחילה לבין הורדת השליטה ביחד עם פיקוח זהיר. הלמידה בתחום השליטה והאסרטיביות לא יכולים להעשות באופן נפרד רק בתחום המיני אלא חייבים להיות חלק ממערך למידה ותרגול בתחומי החיים השונים דרך התנסויות. הלמידה הרחבה תביא לשיפור ברמת תפקוד, העלאת הדימוי עצמי וחיזוק מוקד שליטה פנימי. הלמידה אינה ממוקדת בכישורים ספציפיים אלא ניתן להעבירם באופן אוטומטי למגוון של פעילויות אחרות.

7. חינוך מיני מתאים כולל בתוכו מניעת פגיעה מינית. תוכניות לחינוך מיני צריכות להיות אינדיבידואליות בהתאמה לאפיוניו של הפרט ומצריכות התייחסות להיבטים ביולוגיים ופיזיולוגיים, לעמדות ולהיבטים רגשיים, חברתיים. תוכניות אלו צריכות לכלול מתן ידע והקניית כישורים ומיומנויות מתאימים:

- א. מתן ידע בסיסי ביחס למיניות האדם וקשרים בין-אישיים ומיניים, בהתאמה לגיל כרונולוגי שלב התפתחות ורמת תפקוד. כולל מושגים הקשורים לנטייה מינית, בחירה והעדפה מינית, השפעת החוויות המיניות המוקדמות על התנהגות מינית עתידית.
- ב. פיתוח והעשרה שפתית לגבי מונחים הקשורים לרגשות, תחושות ורצונות, ודרכים לביטוי הרגשות השונים בצורה חברתית הולמת ומוגנת וקבלת אחריות על הבחירה – פיתוח עצמאות רגשית.
- ג. מיומנויות של פתרון בעיות וקבלת החלטות.
- ד. מתן ידע לגבי מושגים שונים הקשורים לפגיעה וניצול מיני כולל היבטים חוקיים, גורמים היכולים לעזור במצבים השונים, הבחנה לגבי מצבים בעייתיים ומיומנויות שונות הקשורות לקבלת החלטות, אסרטיביות והגנה עצמית כדרך לביטוי כוחות עצמיים.
- ה. פיתוח מערכת ערכית אישית – לימוד התנהגויות מתאימות ומקובלות ושיפוט עצמי לגבי התנהגותם והתנהגות של אחרים.
- ו. פיתוח היכולת ליצירת קשרים חברתיים משמעותיים לאורך זמן – לימוד הפרט את מושג החברות, כיצד ניתן ליצור קשרי חברות, שמירה על חברות, זיהוי סימנים של חברות מנצלת או פוגעת, מיומנויות חיזור, הבחנה בין קשר רגשי ומיני, מקום המגע המיני בקשר הזוגי, ועוד.

8. הרחבת מערך שרותי התמיכה במסגרת השרות הייחודי הקיים כבר (מרכז ייעוץ והדרכה בתחום המיני-חברתי) וטיפול לאוכלוסייה הנפגעת והפוגעת, כדי להקטין את הסיכוי לפגיעה חוזרת, כולל:
א. איתור דיירים הנמצאים בסיכון גבוה לפגיעה מינית, על-פי מנבאי הסיכון שנמצאו במחקר זה, ועל-פי דווח הצוות (אלו המקיימים פעילות מינית תחת כפייה) ופיתוח תוכנית מניעה וליווי מקצועי, למניעת פגיעה מינית; ב. איתור דיירים הנמצאים בסיכון גבוה לפגיעה מינית באחרים, כפי שידוע לצוות המעונות ופיתוח תוכנית טיפולית למניעת ביצוע תקיפות מיניות בדיירים אחרים.

ד. מגבלות המחקר

במסגרת מגבלות המחקר, יש להדגיש כי המטרה המרכזית של מחקר זה היא איתור גורמי ניבוי לפגיעות מינית בקרב אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במעונות פנימיה. תופעת הפגיעה המינית היא מורכבת וכוללת מאפיינים של הקורבן, התוקף והאינטראקציה ביניהם במצבים מסוימים. הספרות מציגה רשימת משתנים, היכולים להגביר את הפגיעות המינית. במחקר זה נבחרו רק מספר משתנים כמנבאי סיכון אפשריים לפגיעה מינית. כלומר, אין במחקר זה כדי להסביר את מכלול התופעה וללמד על סך גורמי הסיכון הפוטנציאליים. זאת ועוד: הראיון החד-פעמי של הנפגע משקף איסוף נתונים בנקודת זמן נתונה מתוך פרספקטיבה חד-צדדית של הנחקר בלבד. עלינו לזכור, כי אוכלוסיית המחקר לוקה בתחום הקוגניטיבי - מגבלה היכולה להשפיע על קושי בהבנת השאלות, קושי בהבנת מצבים חברתיים שונים ומתן פרשנות של פגיעה לאירועים מיניים בעלי אופי אחר, רצון לרצות את החוקרת ומתן תשובות שאינן תואמות את המציאות.

המחקר עוסק בנושא רגיש, אשר יכול לעורר מחדש זכרונות טראומטיים (רה-אקטיביזציה) של פגיעות בעבר. נושא זה מלווה, לעיתים, גם בחשש מדיווח על אירועים שהתרחשו - בעיקר כאשר מדובר בפגיעה על-ידי גורמים בהם האדם עם הפיגור השכלי תלוי לסיפוק צרכיו הרגשיים/פיזיים. סביר להניח, כי קיימת רמה מסוימת של תת-דיווח ו/או הטייה בדיווח בכל הנוגע לאירועי פגיעה מינית.

תוצאות המחקר מצביעות על קשר בין מדדים שנבדקו לבין תופעת הפגיעה המינית. קשר זה יכול להצביע על המשתנה כגורם מגביר סיכון, אולם יכול להיות, באותה המידה, תוצאה של הפגיעה המינית. זאת כפי שקיים במחקרים אחרים הבוחנים תופעות רטרוספקטיביות. למשל: יתכן שבשל הפגיעה המינית קיימת תחושת בדידות רבה או ירידה ביכולת לקבל החלטה לגבי הפעילות המינית. לחילופין ניתן להניח, כי בשל תחושת בדידות רבה וקושי בהחלטה עצמית לגבי פעילות מינית תהיה פגיעות מינית רבה יותר (Fleming, Mullen & Bammer, 1997).

בתחום המתודולגי התגלו מספר קשיים:

1. לגבי אינפורמציה שנאספה מאנשי הצוות, ייתכנו הבדלים הקשורים להבנה הסובייקטיבית של כל אחד מהם והקשורה גם למידת ההיכרות של אנשי הצוות השונים את הנחקרים.
2. קושי במציאת כלי מחקר מתאימים שנוסו בעבר ונמצאו מהימנים ותקפים למטרות המחקר. אי לכך חוברו והותאמו שאלונים על-ידי החוקרת.
3. קידוד המונחים הקשורים לתחום המיני נעשה על-ידי החוקרת בלבד, על-פי הגדרות המופיעות בספרות מקצועית מתאימה.

ה. המלצות למחקר נוסף

למרות ההתעניינות הגוברת בנושא, המחסור במחקרים בולט לעין ודורש מענה הולם. כדי להגיע למיפוי תופעת הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי ולאיתור ההיקף שלה יש להמשיך להרחיב את בסיסי הידע המדעיים והאמפיריים, לפתח כלים ושיטות ולנסות לבנות מאגרי מידע ארציים בנושא. מחקרים אלה יוכלו להוסיף להבנתנו את תופעת הפגיעה המינית באנשים עם פיגור שכלי, על מאפייניה וגורמיה.

המלצות למחקר נוסף:

1. כדי להכליל את הממצאים, יש להרחיב את המחקר למעונות פנימייה נוספים, תוך שימוש בכלי מחקר זהים ובמטרה לכלול הטרוגניות רבה יותר ברמות התפקוד ובטווח הגילאים של הנחקרים.
2. פיתוח כלי מחקר חלופיים שיותאמו לשימוש עם אוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי, המוגבלים מבחינה ורבלית.
3. קיום מערכי מחקר המסוגלים להתגבר על הבעיות המתודולוגיות הרווחות במחקר זה.
4. רצוי להרחיב מחקר זה גם ביחס לאנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במסגרות דיור חוץ-ביתיות בקהילה ואחרים הגרים בקהילה (בבית המשפחה). על-פי הספרות המקצועית, מגורים בדיור מוסדי מגבירים את הסיכון לפגיעה מינית. חשוב להשוות את היקפי ואפיוני הפגיעה המינית בהתאמה לסוג מסגרת המגורים.
5. הרחבת המחקר לאיתור גורמי סיכון נוספים, מעבר לאלה המופיעים במחקר זה.
6. פיתוח מחקרים על מקורות הסיוע והתמיכה הנדרשים לאנשים הנפגעים. המחקר יסייע גם בפיתוח תוכניות מניעה והתערבות המכוונות ישירות אל גורם הסיכון.
7. מומלץ על מחקר נוסף להערכת תוכניות התערבות בתחום המיני-חברתי והשפעתן על הפגיעות המינית.

רשימת מקורות

איגוד הפסיכיאטריה בישראל ומשרד הבריאות (1995). **הסיווג והאבחון הפסיכיאטרי לפי**

ארגון הבריאות העולמי ICD-10. תל-אביב: דיונון, 237 – 243.

באומינגר, נ. (1998). איפיונים מרכזיים של קשרי ידידות אצל ילדים עם התפתחות תקינה וילדים

עם לקויות. פסיכולוגיה, ז(1), 93 – 103.

בלאס, נ., ועמינדב, ח. (2001). **גשר בצלילים - טיפול באמצעות מוזיקה באנשים עם**

פיגור שכלי. ת"א: הוצאת הקיבוץ המאוחד, 21 – 34.

בראון, ר. (1996). תוכניות אישיות ואיכות חיים. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 11,**

53 – 62.

ברין, ד.נ. (2002). קורבנות, שהינם אנשים עם נכויות התפתחותיות, שוברים את קשר

השתיקה. **סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 17 (2), 7 – 15.**

הרמן, ג. (1994). **טראומה והחלמה**. ת"א: עם עובד.

הייקילה, ל. (1993). מודל לשיקום פיגור התפתחותי: הקבוצה הקטנה. **סוגיות בחינוך**

מיוחד ושיקום, 8 (1), 63 – 70.

חוק הכשרות המשפטית והאפוסטרופסות, תשכ"ב - 1962.

חוק הנוער טיפול והשגחה, התש"ך - 1960.

חוק הסעד (טיפול במפגרים), תשכ"ט - 1969.

חוק העונשין, תשל"ז - 1977.

חוק שירותי הסעד, תשי"ח - 1958.

מלמד, א. (1999). **המשפחה ערש או הרס ילדיה**. קרית ביאליק: הוצאת אח, 241 – 354.

מרגלית, מ. (1999). מגמות פיתוח בחינוך המיוחד: קידום התמודדות עם בדידות, קשרי

חברות ותחושת קוהרנטיות. בתוך: ט. היימן (עורכת), **ליקויי למידה מקראה א' (עמ'**

23-35). ת"א: האוניברסיטה הפתוחה.

מרום, מ. ועוזיאל, ל. (2001). **סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון**.

ירושלים: ג'וינט ישראל.

מרום, מ., עוזיאל, ל. ונאון, ד. (2002). ילדים עם נכויות במצבי סיכון: סקירת ספרות. **בטחון**

סוציאלי, 63, 35 – 68.

משרד החינוך והתרבות (1997). **חוזר מיוחד מניעת התעללות בקטינים ובחסרי ישע**.

חוזר המנהל הכללי, אייר התשנ"ז. ירושלים.

משרד החינוך והתרבות (1999). *חוזר המנהל הכללי, הוראות קבע, תש"ס / 2 (א)*.

ירושלים.

עמינדב, ח. (1997). תהליך האבחון לקביעת קיומו של פיגור שכלי, בתוך: א. רימרמן,

מ. חובב, א. דבדבני וא. רמות (עורכים), *נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל –*

צרכים ומענים (עמ' 15-36). ירושלים: הוצאת מגנס.

פארניס, ט. (1995). *התעללות מינית בילדים*. קרית ביאליק: הוצאת אח.

שניט, ד. (1988). *החוק הפרט ושירותי הרווחה*. ירושלים: הוצאת מגנס, 278 – 324.

American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation –*

Defintion, classification and systems of supports. (10th ed).

Washington: AAMR.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical*

manual of Mental Disorders DSM-4. (4th ed). Washington,DC:

American Psychiatric Association, 39-46.

Ammerman, R.T., Van Hasselt, V.B., & Hersen, M. (1988). Maltreatment of

handicapped children: A critical review. *Journal of Family Violence*

3, 53-72.

Ammerman, R.T., Van Hasselt, V.B., Hersen, M., McGonigle, J.J., & lubetsky, M.J.

(1989). Abuse and neglect in psychiatrically hospitalized multihandicapped

children. *Child Abuse & Neglect*, 13, 335 – 343.

Andre, C.E. (1985). Child maltreatment and handicapped children: An examination of

family characteristics and service provision. *Dissertaion Abstracts International*,

46(3), 792A.

Aiello, D., Capkin, L., & Catania, H. (1983). Strategies and techniques for

servicing the disabled assault victim: A pilot training program for providers

and consumers. *Sexuality and Disability*, 6, 135-144.

Baladerian, N.J. (1991). Sexual abuse of people with developmental

disabilities. *Sexuality and Disability*, 9, 323-335.

Benedict, M.I., Wulff, L.M., & White, R.B. (1992). Current parental stress in

maltreating and nonmaltreating families of children with multiple

- disabilities. *Child Abuse and Neglect*, 16, 155-163.
- Briere, J.N. (1992). *Child abuse trauma. Theory and treatment of the Lasting effects*. Newbury, CA.: Sage Pub.
- Brooks, B. (1982). Familial influence on father-daughter incest. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, 117-124.
- Buchanan, A., & Oliver, J.E. (1977). Abuse neglect as cause of mental retardation: A study of 140 children admitted to sub-normality hospitals in Wiltshire. *British Journal of Psychiatry*, 131, 458 – 467.
- Burke, L., & Bedard, C. (1995). A preliminary study of the association between self-injury and sexual abuse in persons with developmental handicaps. *Sexuality and Disability*, 3, 327 - 331.
- Burke, L., Bedard, C. & Ludwig, S. (1998). Dealing with sexual abuse of adults with a developmental disability who also have Impaired communication: Supportive procedures for detection, disclosure and follow-up. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 71, 79 - 91.
- Buyse, K. (1993). Friendships of preschoolers with disabilities in community based child care settings. *Journal of Early Intervention*, 17, 380-390.
- Chamberlain, A., Rauh, J., Passer, A., McGrath, M., & Burkett, R. (1984). Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents: 1. Sexual activity, sexual abuse and contraception. *Pediatrics*, 73, 445-450.
- Craft, A. Craft, M. (1988). *Sex and the Mentally Handicapped*, revised edition, London: Routledge.
- Cross, S.B., Kaye, E., & Ratnofsky, A.C. (1993). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.
- Crossmaker, M. (1991). Behind Locked Doors – Institutional Sexual Abuse. *Sexuality and Disability*, 9, 201 –219.
- Courtois, C. (1988). *Healing the incest wound*. New York: Norton.

- Diamond, L.J., & Jaudes, P.K. (1983). Child abuse in a cerebral-plasied population. *Developmental Medicine and Child Neurology* 25, 169 – 174.
- Elmer, E., & Gregg, G.S. (1967). Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics*, 40, 596 – 602.
- Elvik, S.L., Berkowitz, C.D., Nicholas, E., Lipman, J.L. & Inkelis, S.H. (1990). Sexual abuse in the developmentally disabled: dilemmas in diagnosis. *Child Abuse and Neglect*, 14, 497-502.
- Faller, K.C. (1990). *Understanding child sexual maltreatment*. Newbury Park California: Sage Publications.
- Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21, 49 – 58.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sex abuse - New theory and research*. New York: The Free Press.
- Frisch, L.e., & Rhoads, F.A. (1982). Child abuse and neglect in children referred for learning evaluation. *Journal of Learning Disabilities*, 15, 583 – 586.
- Furey, M.E. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation: who and where. *Mental Retardation*, 32, 173-180.
- Furey, E.M., & Niesen, J.J. (1994). Sexual abuse of adults with mental retardation by other consumers. *Sexuality and Disability*, 12, 285-295.
- Gebhard, P.H. (1973). Sexual behavior of the mentally retarded. In F.F. De La Cruz & G.D. LaVeck (Eds). *Human sexuality and the mentally Retarded* (pp. 29 – 49). New York: Brunner / Mazel.
- Gill, D. (1970). *Violence against children: Physical child abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Glaser, D., & Frosh, S. (1988). *Child sexual abuse*. London: Macmillan Education.
- Hard, S. (1986). *Sexual abuse of the developmentally disabled: A case study*. Paper

- presented at the National Conference of Executives of Associations for Retarded Citizens, Omaha, Nebraska.
- Harrison, T. (1998). *Children and sexuality - Perspectives in health care*. London: Bailliere Tindall.
- Heshusius, L. (1982). Sexuality, Intimacy and Persons We Label Mentally Retarded: What They Think – What We Think. *Mental Retardation*, 20 , 164 – 168.
- Hughes, J., & Hughes, N. (1998). Therapeutic responses to people with learning disabilities who have been abused. In Z. Bear (Ed.) *Good practice in counseling people who have been abused* (pp. 65 -76). London: Kingsley Publishing.
- Johnson, B., & Morse, H. (1968). Injured children and their parents. *Children*, 15, 147 -152.
- Kaeser, F. (1992). Can people with severe mental retardation consent to mutual sex ? *Sexuality & Disability*, 10, 33-42
- Kempton, W., & Kahn E. (1991). Sexuality and people with intellectual disabilities: A historical perspective. *Sexuality and Disability*, 9, 93 – 111.
- Kennedy, C.H. & Niederbuhl, J. (2001). Establishing criteria for sexual consent capacity. *American Journal on Mental Retardation*, 106(6), 503 -510.
- Khemka, I. (2000). Increasing independent decision-making skills of women with mental retardation in simulated interpersonal situations of abuse. *American Journal on Mental Retardation*, 105(5), 387-401.
- Konstantareas, M.M., & Lunsky, Y.J. (1997). Sociosexual knowledge, experience, attitudes, and interests of individuals with Autistic disorder and developmental delay. *Journal of Autism and Developmental Delay*, 27, 397-413.
- Kvam, M.H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and likelihood of sexual abuse among

- those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1073 – 1084.
- Lang, R.A., & Frenzel, R.R. (1988). How sex offenders lure children. *Annals of Sex Research*, 1, 303-317.
- Levine, S.B. (1992). *Sexual life. A clinician's guide*. New York: Plenum Press.
- Luckasson, R., & Reeve, A. (2001). Naming, defining, and classifying in mental retardation. *Mental Retardation*, 39, 47-52.
- Lumley, A.V., & Miltenberger, R.G. (1997). Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 459 -472.
- MacFarlane, K. & Waterman, J. (1986). *Sexual Abuse of Young Children*. New York: The Guilford Press.
- Maltz, W. (1992). *The Sexual Healing Journey: A guide for survivors of sexual abuse*. New York: Harper Collins Publishers.
- Mansell, S., & Sobsey, D. (2001). *Counselling people with developmental disabilities who have been sexually abused*. New York: NADD Press.
- Marchant, R. (1991). Myths and facts about sexual abuse and children with disabilities. *Child Abuse Review*, 5(2), 22.
- Marchetti, A.G., & McCartney J.R. (1990). Abuse of persons with mental retardation: Characteristics of the abused, the abusers and the informers. *Mental Retardation*, 28, 367-371.
- McCabe, M.P. (1992). *Sexuality Knowledge, Experience and Needs Scale for people with intellectual disability - SEX KEN-ID* (4th ed). Deakim University: School of Psychology.
- McCabe, M.P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17, 157-170.
- McCabe, M.P., & Cummins, R.A. (1996). The sexual knowledge, experience, feelings and needs of people with mild intellectual disability. *Education and*

- Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 31, 13 – 21.
- McCabe, M.P., Cummins, R.A., & Reid, S.B. (1994). An empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability*, 12, 297 - 306.
- McCormick, H. (1992). *Expert evidence in child sexual abuse cases*. Toronto, Ontario: Institute for the Prevention of Child Sexual Abuse.
- Ousley, O.Y., & Mesibov, G.B. (1991). Sexual attitudes and knowledge of high-functioning adolescents and adults with autism. *Journal of Autism and Development Disorders*, 21, 471 – 481.
- Painsky, A., Katz, S., & Kravetz, S. (1986). The impact of institutionalization on the sex identity and sexual behavior of mildly handicapped young persons. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 2, 145 – 151.
- Petersilia, J., Foote, J., Crowell, N.A. (2001). *Crime victims with developmental disabilities: report of a workshop*. Washington, D.C.: The National Academic Press.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Linehan, C. (2001). Social networks of people with mental retardation in residential settings. *Mental Retardation*, 39, 201-214.
- Roehrer Institute. (1995). *Harm's way: The many faces of violence & abuse against persons with disabilities*. Ontario: Roehrer Institute.
- Ryan, R. (1992). Post traumatic stress syndrome: Assessing and treating the aftermath of sexual assault. *Crossing new borders: proceeding of the ninth annual conference of the National Association for the Dually Diagnosed*, 8-11.
- Salter, A.C. (1995). *Transforming trauma – A guide to understanding and treating adult survivors of child sexual abuse*. London: Sage.
- Sobsey, D. (1994). *Violence and abuse in the lives of people with disabilities The end of silent acceptance?* Baltimore, Maryland: P.H. Brooks Publishing.

- Sobsey, D., Doe. T. (1991). Patterns of sexual abuse and assault. *Sexuality and Disability, 9*, 243-259.
- Sobsey, D., & Mansell, S. (1990). The prevention of sexual abuse of people with developmental disabilities. *Developmental Disabilities Bulletin, 18* (2), 51-66.
- Sobsey, D., Randall, W., & Parrila, R.K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse and Neglect, 21*, 707-720.
- Stromsness, M.M. (1993). Sexually abused women with mental retardation: Hidden victims, absent resources. *Women and Therapy, 14*, 139 – 152.
- Sullivan, P.M., & Scanlan, J.M. (1990). Psychotherapy with handicapped sexually abused children. *Developmental Disabilities Bulletin, 18* (2), 21- 24.
- Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (1998). The association between child maltreatment and disabilities in a hospital based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect, 22*, 271 – 288.
- Summit, R. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child Abuse & Neglect, 7*, 177-193.
- Verdugo, M.A., Bermejo, B.G., & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. . *Child Abuse & Neglect, 19*, 205-215.
- Wehmeyer, M.L. (1992). Self-determination and the education of students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation, 27*, 302-314.
- Wescott, H. (1993). *Abuse of children and adults with disabilities*. London: NSPCC.
- Westcott, H.L., & Jones, D.P.H. (1999). Annotation: The abuse of disabled children. *Child Psychology & Psychiatry, 40*, 497-506.

Wilson, C., & Brewer, N. (1992). The incidence of criminal victimization of individuals with an intellectual disability. *Australian Psychologist*, 2, 114 – 117.

נספחים

נספח מס' 1



מדינת ישראל
משרד העבודה והרווחה
האגף לשירותי טיפול במסגר
לשכת מנהלת האגף

י"ד בחשוון תשס"ג
20 באוקטובר 2002
מספרנו 5185

לכבוד
גב' רונית ארגמן

שלום רב,

הנדון: הצעת מחקר – פגיעות מיניות אצל אנשים עם פיגור שכלי

בהמשך להצעת מחקר שבנדון שהועברה אלינו הריני לאשר עקרונית ביצוע המחקר במסגרת לימודיך לתואר שני בעבודה סוציאלית באוניברסיטת ת"א.

לצורך בחירת מעונות פנימיה בהם יתבצע מחקר יש לעמוד בקשר עם מר גדעון שלום – מנהל השרות למעונות פנימייה באגפנו.

לכבוד רב

אהובה לוי-ערי"ס
מנהלת האגף

העתק: מר גדעון שלום – מנהל השרות למעונות פנימייה
ד"ר חיה עמינדב – מנהלת המחלקה לאבחון וקידום

נספח מס' 2



מדינת ישראל
משרד העבודה והרווחה
האגף לטיפוח באים המפגר
השירות למעונות פנימייה

י"ב אדר ב' תשס"ג
16 מרץ 2003
2847

לכבוד: גב' רונית ארגמן – מחלקת אבחון וקידום

מאת: גדעון שלום – מנהל השירות

שלום רב,

הנדון: מחקר מעונות

הריני מאשר לבצע את המחקר בנושא "גורמים מנבאים לפגיעות מיניות אצל אנשים עם פיגור שכלי" במעונות.

אבקש לעמוד בקשר עם מנהלי המעונות הנ"ל בנושא.

מנחה
גדעון שלום
מנהל השירות

העתקים: דר' חיה עמינדב – מנהלת מחלקת אבחון וקידום
מר אלכס גביע – מפקח על המעונות
מר אמנון אוגשי – מפקח על המעונות
גב' בת שבע פייגל – מנהלת מעון
מר בן פרחט – מנהל מעון

נספח מס' 3

שאלון פרטים אישיים (סוציו-דמוגרפיים)

(ימולא על-ידי עו"ס המעון/פסיכולוג/איש צוות טיפולי או החוקרת)

שם ממלא השאלון _____ תפקיד _____ מין: ז/נ _____

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____

שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

שנת לידה _____ מין: ז / נ יליד: ישראל/אחר _____

במעון משנת _____ סידורים קודמים מחוץ לבית: _____

בין השנים _____

אבחון: אובחן לאחרונה באגף לטיפול באדם המפגר בתאריך _____

בעל רמת פיגור: קל / בינוני-גבוה / בינוני / בינוני-נמוך / קשה / עמוק.

אחר _____

מחלות: אפילפסיה / סוכרת / לחץ-דם / בעיות לב _____

אחר _____

התנהגות: התפרצויות / אי-שקט / אלימות / הפרעות נפשיות / אשפוזים פסיכיאטרים / _____

אחר _____

טיפול תרופתי: כן / לא. סוג הטיפול: אפילפסיה/ הרגעה / דיכאון/ שינה / דיכוי חשק מיני/ מחשבות שווא/ _____

אחר _____

אפוטרופוסות: כן / לא . זהות האפוטרופוס: הורה / אח / עמותה / גורם מקצועי / אחר _____

משפחת המוצא: אב: חי / נפטר. אם: חיה / נפטרה. אומנה _____ אימוץ _____

אחאים: 0 / 1 / 2 / 3 / 4 / יותר מ-4

סוג הקשר עם משפחת המוצא: יש קשר / אין קשר

אם יש קשר: קשר קבוע / קשר חלקי (לא באופן סדיר) / קשר חלקי מאוד

ביקורים בבית - כן / לא. תכיפות: פעם בשבוע-שבועיים / פעם בחודש / בחופשות וחגים / פעם בשנה / אחר _____

ביקורים במעון - כן / לא. מי מבקר: הורה / אח / מתנדב / אפוטרופוס / אחר _____

תכיפות: אחת לשבוע-שבועיים / אחת לחודש / מס' פעמים בשנה / אחר _____

קשר טלפוני - כן / לא. עם: הורה / אח / מתנדב / אפוטרופוס / אחר _____

תכיפות: אחת לשבוע-שבועיים / אחת לחודש / מס' פעמים בשנה / אחר _____

תלונות במשטרה על פגיעות מינית - כן / לא

1. תאריך _____ תאור התלונה _____ תיק נסגר / העמדה לדין.

2. תאריך _____ תאור התלונה _____ תיק נסגר / העמדה לדין.

3. תאריך _____ תאור התלונה _____ תיק נסגר / העמדה לדין.

פרטים נוספים והערות:

נספח מס' 4

שאלון עזרה בטיפול עצמי והתנהגויות מיניות

(ימולא על-ידי מטפל ישיר של הדייר/ת)

שם ממלא השאלון _____ תפקיד _____ מין: ז/נ

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____

שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

1. באילו מן המטלות הבאות יש לעזור לדייר / ת:

א. רחצה במקלחת: כן / לא.

סוג העזרה: רחצה מלאה של החניך/ רחצה חלקית של החניך / חפיפת ראש של החניך / הדרכת החניך

ברחצה/ השגחה על החניך / השגחה על החניך מעבר לוילון מפריד/ אחר _____

האם קיים וילון מפריד במקלחת כן / לא

האם קיימת דלת במקלחת כן/ לא

ב. לבוש: כן / לא.

סוג העזרה: הלבשה מלאה של החניך / הלבשה חלקית של החניך/ עזרה רק בפרטים מסוימים (שרוכים,

כפתורים)/ הדרכת החניך / השגחה על החניך / אחר _____

ג. שירותים: כן / לא.

סוג העזרה: שהיה מלאה עם החניך בשירותים / עזרה לחניך רק בניגוב/ הדרכת החניך כיצד לנגב / בדיקת

החניך לגבי ביצוע המטלה/ אחר _____

האם קיימת דלת בשירותים כן/לא

האם נוהג/ת לסגור את דלת השירותים כן / לא

ד. טיפול בזמן מחזור חודשי: כן / לא.

סוג העזרה: החלפת הפד לחניכה/ הדרכת החניכה כיצד להחליף את הפד / תזכורת להחליף את הפד /

בקורת מילולית על ביצוע המטלה / אחר _____

החלפת הפד מתבצעת בחדר השינה / שירותים / מקלחת / אחר _____

בזמן החלפה דלת החדר פתוחה / סגורה

2. התנהגויות מיניות נצפות של הדייר / ת (התנהגויות אשר ראית אותן / או ידוע לך עליהן באופן ודאי) :
(פרט האם נעשה בהסכמה או ללא הסכמה, ותאור מקרה)

אוננות בפומבי	כן / לא
פרט:	
אוננות בפרטיות חלקית (עם דלת פתוחה / בפינה)	כן / לא
פרט:	
אוננות בפרטיות	כן / לא
פרט:	
התפשטות או שהיה בערום בפני אחרים	כן / לא
פרט:	
קיום יחסי מין בפומבי	כן / לא
פרט:	
קיום יחסי מין בפרטיות חלקית	כן / לא
פרט:	
קיום יחסי מין בפרטיות	כן / לא
פרט:	
קיום יחסי מין תמורת תשלום, סיגריה, משקה וכו'	כן / לא
פרט:	
קיום מגע מיני כפוי על ידי אחר	כן / לא
פרט:	
מגע בחלקי גוף פרטיים של אחרים	כן / לא
פרט:	
הצעות מיניות או קללות בעלות אופי מיני	כן / לא
פרט:	
כפיית קיום יחסי מין על אחרים	כן / לא
פרט:	
אחר	

3. האם הדייר/ת דווח/ה בעבר על פגיעות מיניות - כן / לא
תאור הדיווח וכיצד טופל:

4. פרטים נוספים והערות :

נספח מס' 5

שאלון להערכת קשרים ותמיכה חברתית של משפחה וחברים ותחושת בדידות

(ימולא בראיון אישי, על-ידי החוקרת)

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____
שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

חלק א'

לפניך מספר משפטים על הרגשתך בקשר למשפחה שלך. נסה לענות מהי התשובה המתאימה ביותר להרגשתך.

1. האם יש לך קשר עם בני משפחה שלך? 1 - כן / 2 - לא

2. עם איזה בני משפחה?

1. הורים

2. אחים

3. קרובי משפחה אחרים (דודים/ סבים)

4. משפחת אומנה

5. מבקר

6. אחר

3. מתי ביקרת אצל המשפחה שלך, לאחרונה ?

1. לפני קצת זמן (בחודש האחרון)

2. לפני הרבה זמן (לפני שנה/ רק בחגים)

3. לפני הרבה מאד זמן (יותר משנה)

4. לא יוצא לביקורים בבית

4. האם נשארת ללון בבית המשפחה ? 1 - כן / 2 - לא

5. מתי לאחרונה דיברת בטלפון עם המשפחה שלך ?

1. לפני קצת זמן (בחודש האחרון)

2. לפני הרבה זמן (בשנה האחרונה)

3. לפני הרבה מאד זמן (יותר משנה)

4. אין קשר טלפוני

6. מתי המשפחה שלך ביקרה אצלך במעון ?

1. לפני קצת זמן (בחודש האחרון)

2. לפני הרבה זמן (בשנה האחרונה)

3. לפני הרבה מאד זמן (יותר משנה)

4. אין ביקורים במעון

7. האם אתה מרוצה מהקשר שלך עם המשפחה שלך ? 1 - כן / 2 - לא

8. האם היית רוצה לשנות משהו בקשר עם המשפחה שלך ? 1 - כן / 2 - לא

9. אם כן, מה היית רוצה לשנות:

1. יותר ביקורים בבית

2. שיבקרו אותי יותר

3. שיטלפנו יותר

4. שיביאו לי דברים

5. אחר

10. האם אתה מרגיש שהמשפחה שלך דואגת לך
 1 - מאד דואגת / 2 - דואגת / 3 - קצת דואגת / 4 - לא דואגת / 5 - לא איכפת להם ממני
11. האם אתה מרגיש אהוב על-ידי בני המשפחה שלך?
 1 - מאד אהוב / 2 - אהוב / 3 - קצת אהוב / 4 - לא אהוב / 5 - לא איכפת להם ממני

חלק ב'

לפניך מספר משפטים על הרגשתך בקשר לחברים שלך. נסה לענות מהי התשובה המתאימה ביותר להרגשתך.

12. מה זה חבר _____

(לקידוד: 1 - מאפיין אחד / 2 - 2 מאפיינים / 3 - 3 מאפיינים / 4 יותר מ-3 מאפיינים)

13. האם יש לך חברים טובים? 1 - כן / 2 - לא
14. כמה חברים טובים יש לך (חברים שאתה יכול לסמוך עליהם ולדבר אתם)?

1. 1-3

2. 3-5

3. יותר מ-5

15. מהיכן אתה מכיר חברים אלה?

1. מהמעון

2. מבית המשפחה

3. אחר _____

16. כיצד אתה מבלה עם החברים שלך?

1. מדברים

2. שותים ביחד קפה

3. רואים יחד טלביזיה / שומעים יחד מוזיקה

4. הולכים לטייל

5. יוצאים יחד (סרט, קניון, משפחה וכו')

6. אחר _____

17. האם אתה מרגיש אהוב על-ידי החברים שלך?

1 - מאד אהוב / 2 - אהוב / 3 - קצת אהוב / 4 - לא אהוב / 5 - לא איכפת להם ממני

18. האם יש או היה לך חבר / ה (רומנטי)? 1 - כן / 2 - לא

19. האם אתה מרגיש אהוב על-ידי החבר/ה שלך?

1 - מאד אהוב / 2 - אהוב / 3 - קצת אהוב / 4 - לא אהוב / 5 - לא איכפת לו/ה ממני

20. כיצד אתם נוהגים לבלות ביחד?

1. מדברים

2. שותים ביחד קפה

3. רואים יחד טלביזיה / שומעים יחד מוזיקה

4. הולכים לטייל

5. יוצאים יחד לבילוי (סרט, קניון, משפחה וכו')

6. נוגעים אחד בשני

7. מקיימים יחסי מין

8. אחר _____

חלק ג'

21. האם אתה מרגיש בודד – 1 - אף פעם / 2 - לפעמים / 3-הרבה פעמים / 4 - רב הזמן
פרט

22. אם אתה צריך עזרה אל מי אתה פונה :

1. בני משפחה
 2. חברים / דיירים אחרים
 3. אנשי צוות
 4. אף אחד
 5. אחר
-

23. אם אתה רוצה לשתף מישהו בהרגשות שלך (עצב, שמחה) אל מי אתה פונה:

1. בני משפחה
2. חברים / דיירים אחרים
3. אנשי צוות
4. אף אחד
5. אחר

24. על מי אתה הכי סומך כשיש לך בעיות:

1. בני משפחה
 2. חברים / דיירים אחרים
 3. אנשי צוות
 4. אף אחד
 5. אחר
-

נספח מס' 6

שאלון לבדיקת מודעות מינית

(ימולא בראיון אישי, על-ידי החוקרת)

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____
שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

א. ידע מיני - איברי מין

לפניך תמונות של גוף הגבר והאשה. אני אצביע על חלקים מסויימים בגוף ואשאל מספר שאלות.

1. שדיים

1. מה שם האיבר? _____

2. אילו שמות נוספים אתה מכיר? _____

3. מה תפקידו של חלק זה בגוף? _____

2. וגינה

1. מה שם האיבר? _____

2. אילו שמות נוספים אתה מכיר? _____

3. מה תפקידו של חלק זה בגוף? _____

3. פין

1. מה שם האיבר? _____

2. אילו שמות נוספים אתה מכיר? _____

3. מה תפקידו של חלק זה בגוף? _____

4. אשכים

1. מה שם האיבר? _____

2. אילו שמות נוספים אתה מכיר? _____

3. מה תפקידו של חלק זה בגוף? _____

א. 2. ידע מיני – התנהגויות ותופעות מיניות

מה אתה יודע על המילים הבאות:

5. אוננות - _____

6. יחסי מין (משגל) - _____

7. זיקפה - _____

8. שפיכה - _____

9. וסת (מחזור) - _____

10. הומוסקסואליות - _____

11. איידס ומחלות מין - _____

12. הריון – איך נכנסים להריון - _____

13. אמצעי מניעה – מהם, תן דוגמא - _____

14. * אונס - _____

ב. התנסות מינית-חברתית וענין מיני

לפניך מספר שאלות על דברים שעשית או לא עשית. ענה מהי התשובה המתאימה ביותר למספר הפעמים

שעשית התנהגות זו.

1. יצאתי לבלות לבד עם בן/בת.

1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.

2. החזקתי ידיים עם בן/בת.

1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.
3. חיבקתי בן/בת או שהם חיבקו אותי
1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.
4. התנשקתי עם בן/בת
1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.
5. התחבקתי והתנשקתי (מזמז) הרבה זמן עם בן/בת
1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.
6. עשיתי עוד דברים שקשורים לגוף חוץ ממיזמוזים, חיבוקים ונשיקות (קיום יחסי מין).
1. אף פעם לא עשיתי. 2. עשיתי את זה פעם או פעמיים. 3. עשיתי את זה יותר משתי פעמים.
7. אוננות (מגע/ שפשוף בפין להנאה/ מגע בפות להנאה).
1. אף פעם לא עשיתי. 2. אני עושה זאת לעיתים רחוקות. 3. לפעמים אני עושה זאת
4. אני עושה זאת לעיתים קרובות.
- כמה זה נעים לך לעשות או את/ה חושב/ת שתרצה לעשות:
8. לצאת לבלות לבד עם בן/בת
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
9. להחזיק ידיים עם בן/בת
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
10. לחבק או להתחבק עם בן/בת
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
11. להתנשק עם בן/בת
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
12. להתחבק ולהתנשק (מזמז) הרבה זמן עם בן/בת
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
13. לעשות עוד דברים שקשורים לגוף חוץ מחיבוקים ונשיקות.
1. רוצה מאד 2. רוצה מעט 3. לא רוצה 4. לא רוצה בכלל
14. מה דעתך על יחסי מין?
1. לא טוב
2. לא בטוח (לא משנה)
3. טוב
4. טוב מאד

פרט:

15. עם מי היית רוצה לקיים מגעים מיניים?

1. לא מעוניין

2. עם חבר (בן-זוג)

3. אחר

16. איפה את/ה עושה / עושים את הדברים האלה? (חיבוקים, נשיקות, יחסי מין)

1. בחדר הפרטי

2. בסלון

3. בחדר טלוויזיה / מועדון

4. בשירותים

5. בחוץ

6. אחר

ג. אסרטיביות מינית

1. מה את/ה עושה אם מישהו רוצה לנשק אותך או רוצה לגעת בך בגוף ואת/ה לא רוצה?

1. אומר לו להפסיק
2. צועק
3. דוחף/ מכה
4. לא עושה כלום
5. אחר _____

2. מה את/ה עושה אם מישהו מנשק אותך או נוגע בך בגוף ואת/ה לא רוצה?

1. אומר לו להפסיק
2. צועק
3. דוחף/ מכה
4. לא עושה כלום
5. אחר _____

3. האם את/ה מסוגל להגיד "לא" למישהו שרוצה לנשק אותך או געת בך בגוף?

1 – כן / 2 – לא

4. כיצד את/ה מראה לאנשים שאת/ה לא מסכים/ה

1. אומר לו להפסיק
2. צועק
3. דוחף/ מכה
4. לא עושה כלום
5. אחר _____

5. מי צריך להחליט אם מותר לך לקיים יחסי מין או לא?

1. אני
2. בן-משפחה (הורה, אח, דוד...)
3. איש צוות (אם-בית, מדריך, עו"ס, מנהל...)
4. בן הזוג המיני
5. אחר _____

6. למה דווקא אדם זה צריך להחליט?

הערות _____

*שאלה מס' 14 הינה תוספת לשאלון המקורי שנמצאה רלבנטית לאוכלוסייה ולנושא המחקר, לאחר ביצוע Pre-test (ראה פרק שיטה).

נספח מס' 7

שאלון להערכת פגיעה מינית*

(ימולא בראיון אישי, על-ידי החוקרת)

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____

שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

המשפטים הבאים מתארים נגיעות ומגעים מיניים שונים בגוף. האם לך קרו דברים אלו:

1. האם מישהו נגע בגוף שלך, באיברי גוף פרטיים ללא רצונך?

1 - כן 2 - לא

2. האם מישהו הכריח אותך לגעת לו באיברי מין(פין/ישבן/פות/שדיים) ללא רצונך?

1 - כן 2 - לא

3. האם מישהו קיים אתך מגע של הפה באיברי המין פין/פות (מין אוראלי) ללא רצונך?

1 - כן 2 - לא

4. האם מישהו הכניס לפין /לפות /לפי הטבעת שלך אצבעות או חפצים כלשהם ללא רצונך?

1 - כן 2 - לא

4. האם מישהו (קיים אתך מגע מיני) שכב איתך ללא רצונך (מין אנאלי/ וגינלי)?

1 - כן 2 - לא

5. מספר ארועי הפגיעה: 1 2 3 4 5 (יותר מ-4 פעמים)

* שאלון זה הינו שאלון מקוצר של השאלון המקורי, לאחר ביצוע Pre-test (ראה פרק שיטה) . בכל מקרה של תשובה חיובית מולא שאלון מקיף על תיאור ארוע פגיעה.

נספח מס' 8

שאלון תאור ארוע פגיעה מינית

(ימולא בראיון אישי, על-ידי החוקרת)

מעון _____ ביתן _____ תאריך _____

שאלון מספר _____ שם הדייר/ת _____

ארוע מספר

1. תאר את מה שקרה _____

2. סוג הפגיעה המינית:

1. מגעים באיברי גוף פרטיים

2. מעשים מגונים (אוננות עם בגדים על הנפגע, חיכוך אברי גוף)

3. אינוס (חדירה)

4. לא ברור / ידוע _____

3. מקום הארוע

1. בית

2. ב"ס

3. מועדון

4. קהילה (שכונה / קניון וכו')

5. עבודה

6. מעון פנימיה

7. אחר _____

4. זמן הארוע

1. לפני הרבה זמן _____

2. לפני קצת זמן – כמה שנים _____

3. בשנה האחרונה _____

4. לא יודע _____

5. מספר התוקפים – 1 2 3 (יותר מ-2 תוקפים)

6. מין התוקף: 1 – זכר 2 – נקבה

7. זהות התוקף –

1. בן משפחה 2. איש צוות 3. בן-זוג 4. חניך אחר מהמסגרת 5. אדם מוכר (שכן, מוכר)

6. אדם זר 7. אחר _____

8. האם הסכמת למגע זה? 1 - כן / 2 - לא

9. איך הראית שאינך מסכים?

1. אמרתי לו להפסיק _____

2. ניסיתי להתגונן _____

3. לא יודע _____

4. אחר _____

10. האם פגעו בך גם פיזית למשל במכות או בעיטות? 1 - כן 2 - לא

פרט:

11. האם סיפרת למישהו על מה שקרה? 1 - כן 2 - לא

12. למי סיפרת על מה שקרה?

1. בן משפחה 2. איש צוות 3. בן-זוג 4. חניך אחר במסגרת 5. אדם מוכר (שכן, מוכר) 6.

אדם זר 7. אחר

13. מדוע לא ספרת?

1. פחדתי

2. לא ידעתי למי לספר

3. אחר

14. האם קרה משהו בעקבות הדיווח שלך?

1. הוגשה תלונה במשטרה

2. הפוגע הוענש

3. לא קרה כלום

4. אחר

15. * מדוע לדעתך הפוגע בחר דווקא בך לביצוע המעשה?

*שאלה מס' 15 הינה תוספת לשאלון המקורי שנמצאה רלבנטית לאוכלוסייה ולנושא המחקר, לאחר ביצוע Pre-test (ראה פרק שיטה).

נספח מס' 9

מפתח צינור לידע מיני

מפתח זה נעשה על-ידי החוקרת בהסתמך על ספר לחינוך מיני למתבגרים (מדארס, 1993)

א. איברי מין

1. **שדיים** – שמות נוספים: ציצי, חזה
תפקידים: ייצור חלב לאחר לידה; אחד מסימני המין של האישה; הנאה מינית.
2. **וגינה** – פות, כוס, איבר מין נשי
תפקידים: הנאה מיני; הוצאת הוסת; קיום יחסי מין; לידה; מתן שתן.
3. **פיין-זין**, בולבול, איבר מין גברי
תפקידים: הנאה מינית, הוצאת תאי הזרע, קיום יחסי מין, מתן שתן.
4. **אשכים** – ביצים
תפקידים: ייצור תא הזרע.
הניקוד לפי מספר תשובות נכונות שעונה.

ב. התנהגויות ותופעות מיניות

1. אוננות – מגע או ליטוף מכוון של איברי המין, הנעשה בפרטיות, כדי לגרום לעצמי הנאה מינית.
 2. יחסי מין – מגע מיני בין שני אנשים המעוניינים (הסכמה) ביצירת הנאה מינית משותפת ו/או כדי להיות בהריון.
 3. זיקפה – מצב בו הפין נעשה קשה ובולט מהגוף היות וכלי דם בתוכו מתמלאים בדם. יכול לקרות בזמן גירוי מיני וגם בזמנים אחרים. קשור לתחושת הנאה מינית.
 4. שפיכה – בזמן גירוי מיני, נוזל הזרע עם תאי זרע מותז מתוך הפין החוצה.
 5. וסת – הפרשה דמית היוצאת דרך הפות של האישה במחזוריות, בערך אחת לחודש במשך מספר ימים. ההפרשה יוצאת כאשר לא היתה הפרייה של הביצית ע"י תא זרע והיא יוצאת יחד עם רירית הרחם.
 6. הומוסקסואל – משיכה מינית ורומנטית כלפי מישהו שמינו זהה.
 7. איידס, מחלות מין – מחלות המועברות דרך מגע מיני לא מוגן (ללא שימוש באמצעי מניעה) העלולות לגרום לסיבוכים רפואיים ועד כדי מוות.
 8. הריון – כדי להוליד ילדים צריך להתקיים מפגש מיני בין גבר ואשה במהלכו מחדיר הגבר את הפין לתוך הפות של האשה. נוזל הזרע נשפך מהפין לתוך הרחם של האישה. מפגש בין תא זרע מגוף הגבר וביצית בגוף האישה יכול ליצור תינוק.
 9. אמצעי מניעה – סוגים ושיטות למניעת הריון והדבקות במחלות מין: קונדום, גלולות, התקן / טבעת (יש עוד).
- ניקוד: 0 – לא יודע / לא נכון; 1 – תשובה הקשור לנושא באופן כללי; 2 – ידע חלקי; 3 – ידע מלא.

ג. חבר – הגדרה

חברות היא קשר בין אנשים המכירים זה את זה (פנים מול פנים ולא דרך טלפון, מחשב, טלביזיה) ואשר נהנים להיות ביחד. קשר החברות הוא קשר המתפתח לאורך זמן וכולל תהליך הכרות הדדי ובדיקת התאמה הדדית. לא ניתן לכפות קשר חברות. קשר החברות מבוסס על שוויון, כבוד ואמון, התחלקות והדדיות. היכולת לתת ולקבל הוא בסיס עיקרי ליצירת חברות.

ניקוד: 0 – לא יודע / לא נכון; 1 – מאפיין אחד; 2 – שני מאפיינים; 3 – 3 מאפיינים; 4 – יותר מ-3 מאפיינים.

נספח מס' 10

תוצאות ידע מיני של הנחקרים, באחוזים (N=103)

אחוזים מצטברים	ציון	ידע מיני
13	0.1	איברי מין ותפקודם#
39	0.2	
69 (חציון)	0.3	
92	0.4	
98	0.5	
100	0.7	
11	0	התנהגויות ותופעות מיניות##
32	0.4	
55 (חציון)	0.8	
77	1.3	
98	2.0	
100	2.4	

ידע מיני – איברי מין – טווח הציונים 0-1.

ידע מיני – התנהגויות ותופעות מיניות - טווח הציונים 0-3.

נספח מס' 11

השוואה בין הספרות המחקרית* וממצאי המחקר ביחס לזהות התוקף, באחוזים:

מחקר נוכחי	ספרות מחקרית	תוקף
7	43	איש צוות / טיפול
6	23	בן-משפחה (כולל אומנה)
17	20	מכר
46	6	אחר עם פיגור שכלי
24	8	זר
100	100	סה"כ

* Sobsey & Doe, 1991

Abstract

According to the literature and research, people with mental retardation are at higher risk for sexual abuse than people without disability. This study, the first of its kind in Israel, was designed to investigate the phenomenon of sexual abuse of adults with mental retardation living in two residential facilities (institutions), using the subjects' evidence as the basis for understanding the type of abuse and its possible causes.

This is a study of risk factors associated with sexual abuse of adults with mental retardation and is aimed at raising awareness of conditions and circumstances that may increase the chances of abuse.

The present study was undertaken in an effort to contribute:

- a. Information on the sexual abuse of adults with mental retardation in Israel.
- b. An examination of the relationship between possible risk factors (mentioned in the literature), and the prevalence of instances of sexual abuse in a residential facility sample of mentally retarded adults.
- c. A consideration of other possible risk factors, (previously unrecognized in the literature), and the reported prevalence of sexual abuse in a residential facility sample of mentally retarded adults.

The study attempts to determine those factors which may make adults with mental retardation at risk for sexual abuse. It also shows that a combination of factors can influence vulnerability to sexual abuse. Among the factors studied:

- a. Sexual awareness - knowledge about sexual issues; degree of personal interest in, and attitudes towards sexual behavior; personal sexual behavior and experiences.
- b. Degree of family and social support and the individual's sense of loneliness.
- c. Sexual assertiveness.
- d. Degree of dependency on others to fulfill basic self-help skills.

Questions were presented to the staff about demographics, family background and contacts between family and residents, general health, behavioral problems, medication, amount of help needed in self –help activities, sexual behavior and reported sexual abuse.

Despite the difficulties in interviewing people with mental retardation, this study has utilized the structured face-to-face interview. Such an approach can provide an insight into the subject's view of his social and emotional environment, his sexuality, and his perceptions regarding incidents of sexual abuse, valuable information which is difficult to obtain from other sources.

Data collection was examined by using 3 instruments: 1. A personal satisfaction questionnaire developed by the author. Subjects were asked about their contacts with their families and friends, their satisfaction with them, and their feeling of loneliness. 2. Concepts of sexuality were examined by a questionnaire based on McCabe's SexKen – ID (1992) and Ousley & Mesibow 's sexual knowledge and behavior questionnaire (1991). 3. The J. Briere (1992) questionnaire, a questionnaire used to examined

childhood sexual abuse, was administered to the subjects in order to acquire information regarding incidents of sexual abuse.

The research population included 103 adults with mental retardation living in two residential facilities, with an age range from 22 to 50 (M=32), 58% were males and 42% females, functioning from moderate to high level of retardation.

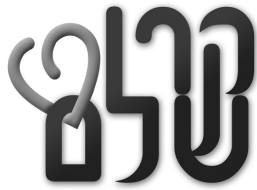
The results of the present study clearly show that adults with mental retardation living in residential facilities are at high risk for sexual abuse. A total of 49.5% reported 86 different events of sexual abuse. Among those reporting sexual abuse, 85% reported that they had been abused more than once (multiple victimization). Men were the perpetrators in 90% of the cases. In 87% of the incidents, the abuse was committed by a single person. Individuals with mental retardation were responsible for half of all instances of sexual abuse. Strangers were responsible for 24% of the substantiated sexual abuse and the rest by family members, paid staff and others known to the victim. Half of the cases occurred in a victim's residence (whether that was in an institution or the community), and the remaining cases in the community (own home, neighborhood, work). Rape was the most prevalent sexual abuse type. Physical abuse was also involved in a third of the cases. 88% of the victims clearly reported that the sexual contact occurred without their consent but only half were able to demonstrate any kind of verbal or physical resistance. 71% reported the abuse, usually to family members or staff.

As to research hypotheses, the variables significantly associated with sexual abuse were: sexual experiences (the more experiences reported, the higher the risk); lack of sexual interest (border-line significance, the lower the expression of sexual interest the higher the risk); A similar directional relationship was found in regard to self decision concerning sexual activity, the lower the self decision the higher the risk; Loneliness, (the stronger the feeling of loneliness the higher the risk).

A multiple logistic regression analysis was conducted, entering the four significant variables, mentioned above, associated with sexual abuse. All the variables were found significant predictors of sexual abuse of adults with mental retardation. Analysis showed no significant impact of the interviewee's general characteristics (health, demographics, etc.), on the risk factors and the chance of being sexually abused.

It seems the results of this study support theories which claim the existence of risk factors which increase sexual abuse vulnerability of adults with mental retardation living in residential facility.

The current study is an exploratory study which focuses on a population vulnerable to sexual abuse, an issue that needs to be addressed more thoroughly. This study enables us to start form a theoretical, empirical and practical understanding of this phenomenon in the state of Israel. Research findings emphasize the need to identify those at risk and develop prevention interventions. In the future it will be important to examine the degree of generalization of these findings, especially in regard to the population of people with mental retardation living at home and community group homes.



מؤسسة "شاليم"
تطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות

TEL AVIV UNIVERSITY  אוניברסיטת תל-אביב

Sexual abuse risk predictors for adults with Mental Retardation, living in residential facilities (institutions).

Argaman Ronit

Supervised by: Dr. Berzon Miriam, Dr. Cohen Orna

Thesis submitted in partial fulfillment of the
Requirements for the Master's degree
Bob Shapell School of Social Work,
Tel-Aviv University.



This work was supported by a grant from Shalem Fund for
Development of Services for People with Intellectual Disabilities
In the Local Councils in Israel
2003