

# היחידה לילדים ונוער חרשים וכבדי שמיעה



היחידה לטיפול בילדים ונוער חרשים וכבדי שמיעה פועלת במסגרת מרפאת ילד ונוער "מעלה כרמל". יחידה זו היא הבלעדית בצפון הארץ המטפלת בילדים חרשים וכבדי שמיעה בגילאי 6-18, המתמודדים עם בעיות רגשיות, התנהגותיות ונפשיות (במקרה של ילד הלומד בחינוך מיוחד - ניתן לקבל שירות עד גיל 21). ביחידה ניתן גם מענה טיפולי ואבחוני לילדים שומעים להורים חרשים וכבדי שמיעה.

## שירותי היחידה:

אבחון רב מקצועי, טיפולי רגשי פרטני, הדרכות הורים, טיפול קבוצתי, אבחון וטיפול פסיכיאטרי, ואבחון פסיכודיאגנוסטי. כמו כן, לבקשת המשפחה ניתן לקיים קשר רציף עם גורמי החינוך והטיפול של הילד. צוות היחידה מורכב מעובדות המרפאה אשר עברו התמקצעות בנושא חירשות וכבדות שמיעה. כמו כן חלק מאנשי הצוות עברו קורס ללימוד שפת הסימנים הישראלית. הצוות כולל: פסיכיאטרית ילד ונוער, פסיכותרפיסטית, ומתורגמנית לשפת סימנים. היחידה נפתחה בשנת 2015, ומובילה אותה הילה מרכוס כהן, מטפלת בהבעה ויצירה.

## הנצחה:

- מרפאת הילדים מונגשת בתרגום לשפת הסימנים על חשבון משרד הבריאות, ולא על חשבון סל תקשורת.
- בנוסף, גם תהליך קביעת התור מול המזכירות נערך באופן מונגש באמצעות המייל.
- השירות ניתן כנגד טופס 17 (טופס התחייבות של קופת החולים).
- קיימת אפשרות של מתן שירות פסיכיאטרי בתשלום, ללא צורך בהתחייבות מקופת החולים.

## זורת הפנייה:

פנייה יכולה להתבצע באופן עצמאי או על ידי רופא המשפחה, גורמי רווחה או חינוך. פנייה למרפאה מחויבת בהסכמת שני ההורים. עם הפנייה למרפאה יישלח להורים טופס הפנייה ראשוני (פנייה ראשונית נענית בטווח של שבועיים מקבלתה). כל הפניות נענות ובהתאם מתואמת בדיקה ראשונית.

# שאלון איתור צרכים

השאלון הינו אנונימי, אין צורך למסור פרטים מזהים. אנו מודים לך מראש על נכונותך לענות על שאלון זה, תשובותך חשובות לנו על מנת למקד את השירותים במרפאה כך שיתאמו בצורה הטובה ביותר.

שאלות 2-6 הן לפי סקאלה של 1-5 (1 רוצה מאד - 5 לא מעוניין בכלל)

1.שם: \_\_\_\_\_ (לא חובה למלא)

2. הידעת שקיימת יחידה לבריאות הנפש ילדים ונוער כבדי שמיעה וחירשים?

3. עד כמה היית רוצה לתת לילדך מענה רגשי בהתמודדויות בפן המשפחתי?

5 | 4 | 3 | 2 | 1

4. עד כמה היית רוצה לתת לילדך מענה רגשי בהתמודדויות בפן החברתי?

5 | 4 | 3 | 2 | 1

5. עד כמה היית רוצה להיעזר בטיפול רגשי בילדים?

5 | 4 | 3 | 2 | 1

6. עד כמה היית רוצה להיעזר בהדרכת הורים?

5 | 4 | 3 | 2 | 1

7. עד כמה היית רוצה להיעזר באבחון פסיכולוגי לילדים?

5 | 4 | 3 | 2 | 1

8. מה יגרום לך לפנות ליחידה לטיפול בילדים ונוער חירשים וכבדי שמיעה?

א. פנייה אנונימית

ב. הסבר על הפנייה וקבלת טופס 17

ג. המלצות מגורמי חינוך/ טיפול

ג. נוכחות מתורגמנית בצוות

ד. אחר: \_\_\_\_\_

9. האם יש שירות נוסף שחשוב לך לציין שלא הוזכר? \_\_\_\_\_

10. נשמח אם תשתף בכל נושא הנראה לך חשוב בטיפול בילדים ונוער חירשים וכבדי שמיעה. \_\_\_\_\_

## ליצירת קשר:

מזכירות: **טלפון** 04-8559376, **פקס** 04-8559394,

או **במייל** MARINA.Z@PSMH.HEALTH.GOV.IL