



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



Myers - JDC - Brookdale Institute
מאירס - ה'ינט - מכון ברוקדייל

המרכז למוגבלויות ולאוכלוסיות מיוחדות
המרכז לחקר כוח אדם ותכנון חברתי

מטפלים ומדריכים במסגרות דיור, תעסוקה מוגנת ויום שהות ארוך לאנשים עם פיגור שכלי: מאפיינים, תפיסות תפקיד ושביעות רצון מעבודה

דליה מנדלר, מנהלת תחום אנשים עם מוגבלות, מכון ברוקדייל
מלכה כורזים, חוקרת, מכון ברוקדייל



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

2005

קרן שלם/2005/005

תוכן עניינים

3	תמצית המחקר
11	מבוא
11	סקירת ספרות
15	מטרות ומערך המחקר
18	מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים של המטפלים והמדריכים
21	תחומי תפקיד וארגון העבודה
24	שביעות רצון מהעבודה ועמדות כלפי התפקיד
28	קשיים בעבודה, שחיקה ועומס
31	תנאי העסקה ודרכי תגמול
37	הכשרה והתייעצות מקצועית
43	גיוס ותחלופת עובדים
47	ביבליוגרפיה

תמצית מחקר

רקע

בעולם וגם בארץ, גוברת בשנים האחרונות המודעות לתרומת המטפלים הישירים באנשים עם פיגור שכלי לאיכות החיים של אוכלוסייה זו. כמו כן, גוברת ההכרה שכוח אדם זה מהווה נדבך עיקרי במערך השירותים הנרחב שאוכלוסייה זו נזקקת לו. בישראל, עד כה, לא נבחנה לעומק סוגיית מטפלים אלה. לאור חשיבות הנושא, ולאור הניסיון הקיים במאירס-ג'וינט מכון ברוקדייל בתחום האוכלוסייה עם פיגור שכלי ובסוגיות של איכות כוח האדם העוסק בטיפול ישיר בקשישים, פנו בשנת 2001 האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה, יחד עם קרן שלם, למכון בבקשה לבצע מחקר בתחום זה. ההנחה בבסיס פנייתם הייתה שמחקר מקיף המתמקד אך ורק בכוח אדם זה עשוי לתרום לקידום איכות הטיפול ואיכות החיים של אנשים עם פיגור שכלי.

מטרת המחקר

מחקר זה נועד לאפיין את המטפלים והמדריכים הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי בשלוש מסגרות יום בקהילה: בדיור, במע"ש (מסגרת עבודה שיקומית) וביום שהות ארוך. בנוסף, המטרה הייתה לעמוד על תפיסות התפקיד של המטפלים ועל שביעות רצונם מהעבודה ועל תופעות של שחיקה ועייפות. כמו כן, נבדקו דפוסי גיוס המטפלים ומדיניות הארגונים כלפי העסקתם.

שיטת המחקר

המידע נאסף באמצעות ריאיון טלפוני עם מדגם של 298 מטפלים ועם 53 מנהלים האחראים להפעלה של מסגרות משלושת הסוגים. שני מקורות המידע ששימשו במחקר נועדו להשלים זה את זה ולשמש בסיס להשוואה.

ממצאים

הפרופיל הדמוגרפי והמקצועי של המטפלים

- ♦ כוח האדם המטפל מורכב ברובו מנשים (86%), כמחציתו (43%) - עד גיל 34 ומחציתו - בעלי השכלה אקדמית (51%).
- ♦ כשני שלישים מהמטפלים (62%) עובדים חמש שנים ופחות בתפקיד הנוכחי. למחציתם (47%) יש ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלות. רק לשליש (35%) יש תעודה של מטפל מוסמך.
- ♦ נמצאו מספר הבדלים בין המסגרות בפרופיל הדמוגרפי והמקצועי של המטפלים (המכונים "מדריכים" במע"ש; בדיור וביום שהות ארוך הם מכונים בדרך כלל "מטפלים"). בקצה האחד נמצאת מסגרת הדיור שבה עובדים שיעור גבוה של מטפלים צעירים עד גיל 34 (58%), משכילים (62% בעלי השכלה אקדמית), חדשים בתפקיד נוכחי (75% עובדים עד שנתיים) ובעלי ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלות (58%). רבע מהם (23%) בעלי תעודת מטפל מוסמך. בקצה השני נמצאת מסגרת המע"ש שבה מרבית המדריכים (76%) מבוגרים (בני 35-64), עם השכלה נמוכה (41% בעלי השכלה יסודית או תיכונית חלקית), מרביתם (58%) ותיקים בעבודה נוכחית (מעל חמש שנים), וחלקם (40%)

בעלי תעודה של מטפל מוסמך. מסגרת יום שהות ארוך, הנמצאת בין שתי המסגרות, מאופיינת באוכלוסיית עובדים צעירה (42% בני 34 ופחות מזה) ורבים משכילים (72%). כמו בדור, שני שלישים מהם (63%) חדשים בתפקיד הנוכחי (עובדים עד חמש שנים). בדומה לעובדי מע"ש, כמחציתם (46%) בעלי תעודה של מטפל מוסמך ו-39% בעלי ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלות.

מבנה התפקיד של המטפל

- ◆ נמצא כי העבודה של המטפל כוללת שני תחומי עיסוק עיקריים: תחום עיסוק חברתי-אישי, המשותף לכל סוגי המסגרות, אשר כולל ניהול שיחות אישיות וארגון פעילות חברתית; תחום עיסוק משימתי, אשר במע"ש הוא כולל הדרכה ועבודה ובדור וביום שהות ארוך הוא כולל פעילות של טיפול אישי ומשק בית.
- ◆ נמצאו הבדלים בחלק היחסי של שני תחומי עיסוק אלה: במסגרת מע"ש, חלק גדול יותר מהזמן מוקדש לתחום המשימתי (שני שלישים מהזמן) מאשר לאישי-חברתי (שליש מהזמן); בדור וביום שהות ארוך הזמן מחולק שווה בשווה בין תחומי העיסוק.
- ◆ בדור וביום שהות ארוך, דפוס העבודה הרווח הוא שמספר מטפלים אחראים על קבוצה (63% ו-67% מהמטפלים, בהתאמה). במע"ש, מרבית המדריכים (62%) עובדים בדפוס של מדריך אחד האחראי על קבוצה. קבוצות שאחראים עליהן מספר מטפלים גדולות יותר מקבוצות שאחראי עליהן מטפל אחד. מגמה זו בולטת במיוחד בדור.

עמדות כלפי התפקיד

- ◆ כמעט כל המטפלים (בין 75% ל-93%) חושבים כי עבודתם דורשת הכשרה ומסכימים כי לא כל אחד יכול לעבוד בה. קיימים הבדלים בתפיסות אלה לפי מסגרת, בעיקר מזווית הראייה של המנהלים: באופן עקבי שיעור גבוה יותר ממנהלי מע"ש מסכימים לתפיסה זו, מאשר במסגרות אחרות.
- ◆ בהגדרת מדריך/מטפל מוצלח, מטפלים ומנהלים מדגישים שניהם את החשיבות של התייחסות מכובדת לאדם עם פיגור כמאפיין בולט. נמצאו הבדלים בתפיסת המדריך "המוצלח" בין המטפלים למנהלים: המטפלים מדגישים בעיקר את התחום האישי בהתנהלות המדריך, בעוד שמנהלים רואים גם חשיבות רבה בתחום המשימתי.
- ◆ הבדל זה בעמדות המטפלים והמנהלים בא לידי ביטוי הן בשיעור הסבורים שניתן ללמוד כיצד להיות מדריך "מוצלח" (רק 57% מהמטפלים לעומת 75% מהמנהלים), והן, באופן הלימוד. בעוד שמרבית המטפלים (48%) מאמינים שניתן ללמוד זאת מהניסיון בעבודה, גישתם של המנהלים (41%) היא פורמלית ומצדדת ברכישת ידע בקורסים, בהשתלמויות, בסדנאות, בלימודים לתואר וכדומה. עמדה זו בולטת בקרב מנהלי מע"ש (57%).

שביעות רצון מהעבודה

- ◆ העבודה נתפסת בידי מרבית המטפלים כבעלת מאפיינים חיוביים: גיוון, עצמאות, הנאה וניצול כישורים (בין 75% ל-87%).
- ◆ שביעות הרצון של המטפלים מעבודתם היא גבוהה מאוד (61%) וגבוהה (35%). כמעט כולם (83%) ציינו שהם הכי מרוצים בעבודה מהתרומה שלהם למשתתפים וכמעט כולם (87%) היו בוחרים תפקיד זה שוב אילו נדרשו לבחור מחדש.

- ♦ מרבית המטפלים הביעו שביעות רצון מהתייחסות הארגון אליהם ואל התפקיד שהם ממלאים. לתחושתם, הארגון אינו רואה בהם כוח אדם זמני, אלא להפך (81%); כמו כן, הארגון מכיר במקצועיות שלהם (95%) ובחשיבותם (85%). בהשוואה לכך, שיעור המטפלים בעלי עמדות חיוביות כלפי מידת ההשקעה המקצועית של הארגון בהם היה נמוך יותר (54%).
- ♦ לא נמצאו הבדלים לפי מסגרת מבחינת הממדים השונים של שביעות רצון.

גורמים המקשים על העבודה

- ♦ מבין הקשיים השונים בעבודה, מרבית המטפלים (57%) התלוננו על קושי לעבוד עם משתתפים "קשים". קושי זה בלט בקרב המטפלים ביום שהות ארוך (67%).
- ♦ המטפלים הצביעו על מספר תחומים שבהם הם רוצים בשינוי: להקטין את מספר המשתתפים למטפל, לשנות את חלוקת הזמן בין הפעילויות השונות ולהקדיש זמן רב יותר לפעילויות הנושאות אופי אישי-חברתי על חשבון הזמן המוקדש לפעילויות הנושאות אופי משימתי, לשפר את התנאים הפיזיים של העבודה. שיעור המדריכים במע"ש שרצו שינוי היה גבוה יותר (בין 25%-31%) מאשר בשתי המסגרות האחרות (20% ופחות).
- ♦ נושא השחיקה נבדק באמצעות כלים הקיימים בספרות ועל-פיהם נבנה מדד שחיקה (הנע בין 1 - אף פעם ל-4 - כל הזמן). הבדיקה העלתה כי לפי מדד זה לא קיימת שחיקה בקרב המטפלים (הציון הממוצע עמד על 1.6). בבדיקת רכיבי השחיקה, נמצא שעיקרה הוא פיזי - עייף, תשוש פיזית וכדומה (ציון ממוצע 2.1) ולא רגשי - מדוכא, מרוקן נפשית וכדומה (1.4) או מנטלי - חסר ערך, חסר תקווה וכדומה (1.4). לא נמצאו הבדלים בין המסגרות במידת השחיקה.
- ♦ בצד היעדר שחיקה נמצא כי קיים עומס פיזי ורגשי בתפקיד, על פי מדד שנבנה לבדיקת הנושא. הציון הממוצע של מדד זה הוא 2.3 (1 - אין עומס עד 4 - יש עומס רב). מבין רכיבי העומס שנבדקו עולה כי המטפלים תופסים את עבודתם כעבודה קשה מבחינה פיזית, גורמת לחץ, כרוכה בסיכון, עמוסה, ודורשת השקעה רגשית.
- ♦ ביטוי נוסף לעייפות המטפלים נמצא במדד היעדרות מהעבודה. שיעור ניכר מהמטפלים (40%) דיווחו כי הם נעדרו מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו למחקר. במע"ש וביום שהות ארוך שיעור המטפלים שדיווחו על היעדרות מהעבודה היה גבוה יותר מאשר בדיוור (47%, 43%-33%, בהתאמה). מספר ימי ההיעדרות היה גבוה יותר בקרב המדריכים במע"ש (18% נעדרו חמישה ימים ויותר). בקרב העובדים שנעדרו מהעבודה שלושה ימים ויותר, שיעור המרגישים עייפים, תשושים פיזית או סחוטים גבוה מהשיעור בקרב עובדים שנעדרו יומיים ופחות או שלא נעדרו כלל.

תנאי העסקה ודרכי תגמול

- ♦ נמצאו הבדלים ניכרים בין המסגרות מבחינת שעות עבודה. במע"ש כמעט כל המדריכים (92%) עובדים בהיקף גדול של שעות (מעל 31 שעות שבועיות), לעומת אלה שהם ביום שהות ארוך (53%) ובמסגרות דיוור (58%).
- ♦ מלבד שעות עבודה, נמצאו הבדלים בין המסגרות גם באופן ההעסקה (שעות או לפי משרה): דפוס ההעסקה לפי שעות רווח בדיוור (64%), בעוד שבמע"ש כמעט כל העובדים מועסקים לפי משרה (85%). ביום שהות ארוך שני שלישים (67%) מהמטפלים מועסקים לפי משרה.

- ♦ דפוס עבודה ייחודי למסגרת הדיור, שאינו קיים בשתי המסגרות האחרות, הוא עבודה במשמרות (79%) ובשבתות וחגים (72%). היקף שעות העבודה (מספר נמוך) וזמני העבודה (משמרות, שבתות וחגים) הם מצד אחד תנאי להעסקה, אך, מצד שני מאפשרים לחלק ניכר מהמטפלים (56%) לעבוד במקום נוסף ו/או ללמוד. מרבית העובדים שעות נוספות בדיור (56%) וביום שהות ארוך (40%) מרוצים מאוד ומרוצים, וכך גם רוב אלה שעובדים במשמרות (68% בדיור).
- ♦ ממוצע השכר ברוטו לשעה של מטפלים המועסקים לפי שעות היה 20 ש"ח (בשנת 2002), עם סטיית תקן של ארבעה ש"ח, ושל המועסקים לפי משרה - 26 ש"ח, עם סטיית תקן של 10 ש"ח. ההבדל בין שני תעריפים אלה נובע בחלקו מתוספת של תנאים סוציאליים ותוספת ותק בתפקיד נוכחי, הכלולים בשכר לפי משרה. בעת איסוף הנתונים למחקר, עמד שכר המינימום לשעה במשק על 17.56 ש"ח.
- ♦ מטפלים מעטים הביעו שביעות רצון מהשכר (28%). מגמה דומה מסתמנת בקרב המנהלים: מעטים (23%) מרוצים מהשכר המשולם למטפלים.
- ♦ רוב המטפלים (76%) והמנהלים (89%) אינם מרוצים מאפשרויות הקידום הקיימות למטפלים.

הכשרה והתייעצות מקצועית

- ♦ המטפלים משתתפים בהכשרות מסוגים שונים במסגרת העבודה: בעת הכניסה לעבודה (60%), תוך כדי עבודה (41%) ובישיבות צוות המשמשות להדרכה מקצועית (70%). עם זאת, נמצא ש-20% מהמטפלים לא קיבלו כל הכשרה, לא עם הכניסה לעבודה וגם לא במהלך העבודה.
- ♦ כרבע מהמטפלים (28%) השתתפו בהשתלמויות שניתנו מחוץ למקום העבודה בשנתיים שקדמו למחקר ושיעור מעט גבוה יותר (39%) השתתפו בהשתלמויות שניתנו בתוך המסגרות המעסיקות. בסך הכול, מחצית המטפלים (52%) השתתפו בהשתלמויות חיצוניות או פנימיות בשנתיים שקדמו למחקר.
- ♦ נמצאו הבדלים בעמדות המנהלים כלפי השתלמויות חיצוניות ופנימיות: שיעור גבוה יותר (62%) הביעו עמדות חיוביות כלפי השתלמויות חיצוניות, מאשר כלפי הפנימיות (38%).
- ♦ כמעט כל המטפלים (86%) והמנהלים (93%) סבורים שיש צורך בהשתלמויות נוספות, שהתחומים העיקריים בהן הם ידע הנוגע להתמודדות עם סוגיות האופייניות לאוכלוסייה עם פיגור שכלי, לימוד שיטות ורכישת כלים להפעלה ולקידום האוכלוסייה ופיתוח צוות וארגון העבודה.
- ♦ כמעט כל המטפלים מרוצים ומרוצים מאוד מהממונה הישיר מבחינת התמיכה המקצועית (93%) ומהליווי המקצועי (85%) שהוא נותן להם. כמו כן, נמצא שכל המטפלים (94%) מרוצים מאוד ומרוצים מהיחסים בעבודה עם עמיתים. גם המנהלים סבורים שבין המטפלים שוררים יחסי עבודה טובים, ובשנה האחרונה נקטו מרביתם (70%) פעולה אחת או יותר לעידוד שיתוף הפעולה בין המטפלים.

גיוס ותחלופת עובדים

- בשנתיים שקדמו למחקר, חלק ניכר מהמנהלים (69%) גייסו מטפלים לעבודה. בדיור דיווחו על כך מרבית המנהלים (79%). שלושים וחמישה אחוזים מהמנהלים דיווחו על קשיים בגיוס. התופעה בולטת במיוחד בדיור, שם דיווחו מחצית המנהלים על קשיי גיוס. חלק ניכר מהמנהלים (51%) נאלצו להתמודד עם תחלופת מטפלים. גם כאן, התופעה בולטת במיוחד בדיור (62% מהמנהלים).

סוגיות לדין

מן הממצאים ממחקר זה, עולות מספר סוגיות באשר לתפקידים של מטפלים ומדריכים במסגרות אלה והכיוונים לפיתוח תפקיד זה בעתיד.

1. האם החלוקה הקיימת בין תחום העיסוק המשימתי לבין התחום האישי-חברתי היא הרצויה?
מתוך הערכת העובדים את חלוקת הזמן בין מטלות התפקיד השונות עולה כי בכל המסגרות התפקיד מורכב ממטלות בעלות צביון אישי-חברתי (פעילות חברתית ושיחות אישיות) ומטלות בעלות צביון משימתי (הדרכה, טיפול אישי ועזרה בניהול משק בית).

בצד דמיון זה נבדלים התפקידים ותחומי העיסוק במסגרות השונות: בדיוור וביום שהות ארוך תחום העיסוק המשימתי מתמקד בפעילות של טיפול אישי ומשק בית ואילו במע"ש תחום זה מתמקד בהדרכה ועבודה. בנוסף, התחום האישי-החברתי משותף אומנם לעבודתם של המטפלים בכל המסגרות, אולם חלק הזמן המושקע בו במע"ש קטן יותר (30% בממוצע) מאשר בדיוור וביום שהות ארוך (50% בממוצע). ההבדלים הללו בין המסגרות באים לידי ביטוי גם בכינוי התפקיד: במע"ש מכונה העובד בתפקיד זה "מדריך", בעוד שבשתי המסגרות האחרות הוא מכונה בדרך כלל "מטפל".

אמנם, המטפלים בכל המסגרות הביעו שביעות רצון ממבנה התפקיד, אך מיעוטם ביקשו להגדיל את תחום העיסוק האישי-חברתי בעבודתם ולצמצם את התחום הטיפולי-משימתי. יחד עם זאת, מתוך ממצאים אלה עולה השאלה האם החלוקה הקיימת בין תחומי העיסוק במסגרות השונות היא החלוקה הרצויה, הן מבחינת הצרכים של האוכלוסייה והן מבחינת ניצול נכון של כוח האדם.

2. מהן המיומנויות הדרושות למילוי תפקיד המטפל/המדריך וכיצד ניתן לפתח אותן?

ממצאי המחקר מראים כי בעת גיוס עובד לתפקיד מטפל, המנהלים אינם דורשים הכשרה פורמלית או מיומנויות ספציפיות. אולם, מתוך ניתוח תפקיד המטפל עולה הצורך במגוון מיומנויות, כגון: הדרכה, טיפול, הפעלת קבוצה וניהול שיחות אישיות. לרובם אין הכשרה פורמלית בנושאים אלה.

בנוסף לזה, נמצא כי מרבית המטפלים והמנהלים בכל המסגרות תופסים את ההיבט האנושי בהתנהגות המטפל - "נותן יחס של כבוד למשתתפים" - כמאפיין החשוב ביותר להגדרת "מטפל/מדריך מוצלח". הדעות של המטפלים חלוקות באשר למידת היכולת לרכוש את הכישורים הדרושים ל"מטפל/מדריך מוצלח". לעומתם, גישת מרבית המנהלים היא שניתן ללמוד זאת תוך כדי ההסמכה לתפקיד ובאמצעות רכישת ידע פורמלי (לימודים לתואר, קורסים, השתלמויות, סדנאות וכדומה). תפיסה זו רווחת בייחוד בקרב מנהלי המע"ש, דבר המעיד על תפיסתם את תפקיד המדריך כמחייב יותר מקצועיות, לעומת תפיסת המנהלים בשתי המסגרות האחרות.

השאלה היא מהם הידע והמיומנויות הדרושים כדי למלא תפקיד זה וכיצד ניתן להקנות אותם. כיום, נעשה הדבר בעיקר במסגרת הארגון המעסיק ולא קיימת תפיסה אחידה באשר לתוכני הלימוד הדרושים ובאשר לדרכים הרצויות להכשרה. בהתייחס להכשרה הרצויה, יש להביא בחשבון גם את הצביון הרצוי של התפקיד בכל אחת מהמסגרות.

3. מהם הקשיים בעבודה של העובדים המועסקים בתפקידים אלה וכיצד ניתן להיערך להם?

אחת ההנחות של המחקר הייתה שקיימת שחיקה בקרב המטפלים. בבדיקת גורמים שונים של שחיקה, נמצאה רמה מסוימת של שחיקה פיזית, אך לא נמצאה שחיקה רגשית או מנטלית.

יש להדגיש כי בצד היעדר שחיקה, המחקר מצביע על ביטויים אחרים של קושי ועייפות בקרב המטפלים. ראשית, נמצא שמטפלים חשים עומס פיזי ורגשי בעבודה, הנובע מעבודה פיזית קשה ומהשקעה רגשית. שנית, נמצא ששיעור ניכר מהמטפלים נעדרים מהעבודה. תופעת העייפות בולטת יותר בקרב הנעדרים שלושה ימים ויותר מאשר בקרב עובדים שנעדרו פחות או לא נעדרו כלל.

בנוסף להיעדרויות, התייחסו המטפלים לקשיים הקשורים להרכב האוכלוסייה ולגודל הקבוצות המטופלות. מעל מחצית המטפלים דיווחו על קושי לעבוד עם משתתפים "קשים" במיוחד (משתתפים עם בעיות התנהגות ומחלות נפש, פיגור שכלי קשה או עמוק ונכים פיזיים הסובלים ממחלות כרוניות). שיעור המדווחים על קשיים מסוג זה היה גבוה יותר (67%) ביום שהות ארוך, כנראה כביטוי לרמת הגבוהה יותר של מוגבלות המשתתפים, מאשר בדיוור ובמע"ש.

לאור ממצאים אלה, עולה השאלה כיצד ניתן להפחית את העומס, הפיזי והרגשי, המוטל לאורך זמן על המטפלים בעבודתם עם אוכלוסייה זו. יש צורך לבחון יותר לעומק את גורמי העייפות על מנת למצוא דרכים להקל על העובדים, זאת תוך הבחנה בין עומס פיזי לבין עומס רגשי.

4. האם רצוי להפוך את תפקיד המטפל/המדריך למקצוע כדי להבטיח את יציבות כוח האדם?

הממצאים מראים כי מרבית המטפלים הם חדשים יחסית וכי קיימת תחלופה של כוח אדם במחצית המסגרות. שיעור התחלופה הגבוה ביותר נמצא בדיוור, לאחריו - במסגרות יום שהות ארוך והנמוך ביותר - במע"ש. תופעת התחלופה מאפשרת, אמנם, זרימת "דם חדש" למערכת, אולם יש עדויות רבות כי תחלופה כרוכה בעלויות רבות ופוגעת במשתתפים וברמת הטיפול.

על מנת להבטיח כוח אדם באיכות גבוהה, מנהלי המסגרות (ובעיקר הדיוור) מרבים לגייס סטודנטים במקצועות רלוונטיים. כוח אדם זה הוא אמנם איכותי, אולם ידוע מראש שרבים מהם יעזבו את המסגרות עם סיום הלימודים.

חשוב לציין שהיום הבעיה של איכות כוח האדם פחות חריפה בעיקר בגלל שהמסגרות (בעיקר בדיוור וביום שהות ארוך) גייסו עולים מברית המועצות לשעבר, שעלו בשנות התשעים, רובם אקדמאים, כוח אדם שהוא גם איכותי וגם יציב. אבל עם השנים, כוח אדם זה יעזוב את המערכת, ולא ברור באיזו מידה ניתן יהיה בעתיד לגייס כוח אדם יציב באיכות זו ובהיקף זה. כבר היום, שליש מהמנהלים מדווחים על קשיי גיוס. גם לפי הספרות עולה שגובר הביקוש לבעלי תפקידים אלה בעבור אוכלוסיות שונות בקהילה. הטענה היא כי בתנאי שוק עבודה של מחסור במקומות עבודה, אין קושי לגייס כוח אדם זה. יחד עם זאת, יש הסוברים כי עלייה בביקוש בעתיד עלולה לגרום למחסור בכוח אדם זה. לאור זאת, האתגר העומד בפני המערכת הוא היערכות מתאימה לעתיד.

בספרות נטען שכדי לשמור כוח אדם זה במערכת, יש להפוך את התפקיד למקצוע בעל זהות מקצועית מוגדרת. המתנגדים גורסים שכוח אדם זה מהווה את רוב רובו של צוות העובדים במסגרות אלה, ועל כן, הפיכת העיסוק למקצוע תגרום לעלייה בעלויות הכרוכות בהעסקתו. הדילמות בהתמקצעות של עיסוק זה דומות לאלה הקיימות בפיתוח תפקידים סמך-מקצועיים טיפוליים בעבור אוכלוסיות אחרות. שינוי ברמת שכרם של המטפלים ויצירת מסלולי קידום קשורים לשינוי המעמד המקצועי של התפקיד. בארצות הברית ובמספר מדינות באירופה דנים ברעיון זה, המחייב שינוי מערכתי הכולל: שינוי החוק, הקצאת משאבים התואמים את העלאת הרמה המקצועית, הגדרת סטנדרטים לגבי הכישורים הנדרשים מעובד הפונה למקצוע זה, סוג ומשך זמן ההכשרה הנדרשים והקמת מסגרות הכשרה. מומלץ לעקוב אחר המתחולל בתחום זה במדינות אלה ולנסות ליישם חלק מהשינויים, תוך התאמתם למערכת בישראל.

לסיכום, חשוב לבחון את הסוגיות המוצגות לעיל, על בסיס הנתונים של המחקר, כדי להיערך לפיתוח כוח אדם זה ולהבטחת זמינותו.

הנתונים הוצגו בפני פורומים שונים: אנשי האגף לטיפול באדם המפגר, אנשי קרן שלם, נציגי אגפי הרווחה בעיריית ירושלים, עיריית תל-אביב-יפו ועיריית חיפה וכן בכינוסים מקצועיים.

דברי תודה

חובה נעימה היא לנו להודות לכל האנשים שסייעו ותרמו להכנת דוח זה.

מחקר זה לא היה מתבצע ללא יוזמת האגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה וקרן שלם, וללא מימון קרן שלם. תודה מיוחדת למרים כהן - מנהלת השירות לקהילה ולריבה מוסקל - המנהלת הכללית של קרן שלם.

אנחנו מודות לחברי ועדת ההיגוי שליוו את המחקר ותרמו מהידע המקצועי שלהם.

איסוף הנתונים למחקר לא היה מתאפשר ללא שיתוף הפעולה של מנהלי מסגרות היום בקהילה: הדירות, מע"ש ובתי הספר המפעילים את מסגרות יום שהות ארוך. כמו כן, אנו מודות לכל המטפלים והמדריכים העובדים במסגרות אלה ואשר תרמו מזמנם כדי להתראיין למחקר.

תודה לחברי המכון שסייעו במהלך העבודה, במיוחד לשרה להב, למאיה פנחסי ולצוות המראיינות במחקר. תודה למטי מויאל על העריכה, לאילנה פרידמן על ההדפסה וללסלי קליינמן על ההפקה וההבאה לדפוס.

1. מבוא

בשנים האחרונות גוברת המודעות לחשיבותו של כוח האדם המטפל באנשים עם מוגבלות לאיכות החיים של אוכלוסייה זו. אנשים עם מוגבלות, בייחוד אלה החיים בקהילה, זקוקים למערך שירותים נרחב. כוח האדם העוסק במתן טיפול ישיר לאנשים אלה במסגרות יום בקהילה, מטפלים ומדריכים בעיקר, מהווה רכיב חשוב במערך שירותים זה.

בישראל, עד כה, לא נבחנה לעומק סוגיית המטפלים והמדריכים הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי. לכן, עריכת מחקר המתמקד אך ורק בנושאים הקשורים לכוח אדם זה חשוב ועשוי לתרום לקידום איכות הטיפול ואיכות החיים של האוכלוסייה. כמו כן, מחקר מסוג זה מהווה נדבך נוסף בידע המצטבר בתחום הטיפול באוכלוסייה עם פיגור שכלי.

לאור הניסיון הקיים במאייס-ג'וינט-מכון ברוקדייל בתחום האוכלוסייה עם פיגור שכלי ובסוגיות של איכות כוח האדם בקרב מטפלים ישירים בקשישים, פנו בשנת 2001 האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה, יחד עם קרן שלם, למכון בבקשה לבצע מחקר מקיף בתחום זה.

מחקר זה נועד לאפיין את המטפלים והמדריכים הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי בשלוש מסגרות יום בקהילה: בדיור, במע"ש (מסגרת עבודה שיקומית) וביום שהות ארוך. בנוסף, המטרה הייתה לעמוד על תפיסות התפקיד של המטפלים ועל שביעות רצונם מהעבודה ועל תופעות של שחיקה ועייפות. כמו כן, נבדקו דפוסי גיוס המטפלים ומדיניות הארגונים כלפי העסקתם.

2. סקירת ספרות

מטפלים ומדריכים, הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי במסגרות יום בקהילה, עוסקים במגוון רחב של פעילויות חינוך, של הכשרה ושל תמיכה בפעילויות יום-יום, כמו: עבודה, טיפול אישי, טיפול במשק בית, פעילות פנאי וקשר עם משפחה וחברים. כמו כן, תפקיד זה כולל גם אחריות כבדה לבריאות האנשים, למתן תרופות וטיפולים, ולביצוע תכניות לקידום אישי.

לכוח אדם זה יש השפעה ניכרת על ההתנסות, על ההזדמנויות ועל איכות החיים של אנשים עם מוגבלות. ואמנם, במחקרים שבחנו את הגורמים הרבים המשפיעים על איכות חיים של אנשים עם פיגור שכלי נמצא כי יש חשיבות מרובה לאיכות כוח האדם המטפל ומספק את השירותים (Bradley et al., 1997).

כתוצאה מעלייה בתוחלת החיים של כלל האוכלוסייה, כולל האוכלוסיות עם מוגבלות, חלה עלייה ניכרת בדרישה למטפלים ישירים. בנוסף לכך, יציאת אנשים עם מוגבלות ממוסדות למגורים בקהילה מגבירה את הדרישה לכוח אדם טיפולי בקהילה. לדוגמה, נמצא שבארצות הברית, בין יוני 1991 ליוני 1997, עלה בכמעט 80% מספר האנשים עם פיגור שכלי שהתגוררו בדירות בנות שישה דיירים או פחות, ל-86,000 איש (Prouty & Lakin, 1998).

התחזיות מצביעות על עלייה בביקוש למטפלים מסוג זה, וכן, על החרפת הבעיות הקשורות בהעסקתם. המחסור בכוח אדם עלול לפגוע ברמת הטיפול ובתהליכי שילוב אנשים עם מוגבלות בקהילה. נראה שבמסגרות דיור יחריף המצב אף יותר מאשר במסגרות תעסוקה (Larson, Hewitt & Anderson, 1999).

מטפלים ומדריכים מתוארים בספרות ככוח אדם סמך-מקצועי (MacAdam, 1993) בעלי הכשרה מועטה יחסית, סטטוס מקצועי נמוך ושכר ותגמולים מעטים. מחקרים עדכניים מציינים מספר בעיות הקשורות בהעסקתם: קשיים בגיוס בעלי כישורים מתאימים, שחיקה בעבודה, שכר נמוך ותחלופה גבוהה (Larson, Hewitt & Anderson, 1999).

הדרישות לקבלת מטפלים לעבודה נמוכות. בארצות הברית, לדוגמה, הדרישות הן השכלה תיכונית, תעודת יושר ורישיון נהיגה (Larson, Hewitt & Anderson, 1999). למרות זאת, גיוס עובדים סמך-מקצועיים הוא בעיה כרונית ונתפס כמחסום עיקרי במתן שירותים הולמים בתחום הטיפול והשיקום של אנשים עם פיגור שכלי (Jaskulski & Metzler, 1990).

בשני מחקרים נוספים דיווחו 65% מהעובדים הוותיקים ו-57% מהמנהלים, שגיוס צוות סמך-מקצועי חדש היא אחת הבעיות המרכזיות במסגרות הדיור הקהילתי (Larson & Lakin, 1999; 1992). כמו כן, נמצא ששיעור המשרות הפנויות בטיפול באנשים עם פיגור שכלי במדינת פנסילבניה נע בין 7% בתחום מסגרות התעסוקה ל-13% בתחום מסגרות הדיור. בממוצע משרות אלה נותרות בלתי מאוישות במשך 3.4 חודשים (Legislative Budget and Financing Committee, 1989; Larson, Hewitt & Anderson, 1999).

בצד הקשיים הקשורים בגיוס מטפלים ומדריכים, בעיה בולטת נוספת היא תחלופת העובדים במערכת. בארצות הברית, מזה כעשרים שנה, נאמדת בעיה זו בכ-50% מסך המטפלים הישירים. במספר מחקרים שנערכו שם לאחרונה נמצאו בתחום הדיור שיעורי תחלופה של 50%-70% ובתחום התעסוקה - 26%-49% (Braddock & Mitchell, 1992; Larson & Lakin, 1992).

שיעורי תחלופה בסדר גודל כזה מדאיגים את מקבלי השירות ואת מפתחי השירותים והספקים שלהם. תחלופה גבוהה וצורך בגיוס תכוף פוגעים בתפקוד המערכת, ביציבותה ובאיכות השירות שהיא נועדה לתת. לצד הבעיה האנושית, הנוצרת כאשר דייר שהתקשר נפשית למטפל צריך להכיר מטפל חדש, יש לתהליכים אלה גם היבט כלכלי. במחקר שנערך בארצות הברית ב-1996 העריכו החוקרים, על בסיס ההנחה של 50% תחלופת כוח אדם ו-300,000 עובדים סמך-מקצועיים, כי ההוצאות על גיוס צוות חדש, ובכלל זה פרסום, ראיונות, מיון והכשרה, נעות בין 207-956 מיליוני דולרים לשנה (Larson, Hewitt & Anderson, 1999).

תופעה נוספת הקשורה לירידה באיכות הטיפול, שנבחנה בספרות על מטפלים ישירים, היא תופעת השחיקה. שחיקה מוגדרת כתהליך התרוקנות הדרגתי של מקורות האנרגיה של הפרט, המתבטא בתחושה של תשישות פיזית (עייפות כרונית, נטייה לחולי ולתאונות), התרוקנות רגשית (מתח נפשי, דיכאון, תחושות כעס וחוסר אונים) והתרוקנות קוגניטיבית/רוחנית (פיתוח עמדות שליליות, פסימיות,

בדידות, ערעור יחסים בין-אישיים) (Pines & Maslach, 1978). ביטויי השחיקה בעבודה הם הימנעות העובד מיצירת קשר טיפולי עם הלקוח, התנכרות, התכחשות למטלות התפקיד ועוד.

ממצאי מחקר שנערך על-ידי Felton (1998) מצביעים על כך שעומס ולחצים בעבודה עשויים לגרום לשחיקה בכל סוג עבודה. אולם, תופעה זו רווחת במיוחד בקרב אנשי מקצוע בתחומי רווחה ובריאות בשל האינטנסיביות ומשך הטיפול באנשים הנמצאים במצבי מצוקה. חוקרים הניחו שמבין המטפלים באוכלוסייה עם פיגור שכלי, עובדים סמך-מקצועיים, הנמצאים "בקו הראשון" של הטיפול, חשופים יותר לשחיקה מאשר אנשי צוות אחרים. ממצאי המחקר אינם מאששים הנחה זו באופן חד-משמעי (Caton et al., 1988; Ito, Kurita & Shiiya, 1999; Edwards & Miltenberger, 1991).

קשיים בגיוס כוח אדם, תחלופה ושחיקה הן בעיות הקשורות ביניהן; קושי בתחום אחד מעמיס על התחום האחר. בעיות אלה מקשות על תפעול המערכות הקיימות, ויתרה מזאת - על פיתוח מסגרות חדשות למטופלים העוברים מן המוסדות לקהילה או נמצאים ברשימות המתנה למסגרות קהילתיות.

קשיים בגיוס כוח אדם, תחלופה ושחיקה הן בעיות הקשורות ביניהן; קושי בתחום אחד מעמיס על התחום האחר. בעיות אלה מקשות על תפעול המערכות הקיימות, ויתרה מזאת - על פיתוח מסגרות חדשות למטופלים העוברים מן המוסדות לקהילה או נמצאים ברשימות המתנה למסגרות קהילתיות.

ממצאו מספר גורמים שמנעו כניסת עובדים חדשים למערכת, כמו: שעות עבודה מרובות, משמרות לילה ומספר מטופלים גדול למטפל. מאפייני עיסוק אלה, יחד עם שפע הצעות עבודה אחרות הדורשות כישורים דומים, תורמים לקושי לגייס כוח אדם לתפקידים אלה.

נמצאו מספר גורמים המשפיעים על שיעורי התחלופה הגבוהים. אחד מהם הוא ותק המסגרת: במסגרות חדשות יחסית שיעורי התחלופה גבוהים יותר. גורם נוסף הקשור לעזיבת המסגרת הוא ותק העובד במסגרת: שיעורי התחלופה גבוהים יותר בקרב עובדים חדשים. Larson & Lakin (1999) מצאו שמבין העובדים שעזבו ב-110 מסגרות דיור בקהילה, 45% עזבו לאחר 6-12 חודשים מהגיוס. גם מאפייני המטופלים נמצאו קשורים באופן ישיר לתחלופה: נמצא שבמסגרות דיור שבהן הדיירים זקוקים לעזרה ולתמיכה מרובים, שיעור התחלופה יותר גבוה (Larson & Lakin, 1999).

נמצא קשר גם בין מאפייני התפקיד לתחלופה ולחוסר שביעות רצון מעבודה. Larson, Hewitt and Lakin (1994) ציינו את הגורמים העיקריים לחוסר שביעות הרצון, הקשורים לתחלופה: סטטוס מקצועי נמוך, עומס בעבודה, דרישות רבות ולעתים מנוגדות, עבודת ניירת מרובה, צורך בטיפול אינטנסיבי, מיעוט הכשרה ותמיכה מקצועית.

בדיון על תחלופה, שחיקה וקשיי גיוס לא ניתן להתעלם מחשיבות השכר, תנאים נלווים (חופשה בתשלום, חופשת מחלה וכדומה) וסיכויי קידום. לגבי השכר, תפקידים אלה מאופיינים בשכר נמוך. בסקר שנערך ב-50 מדינות בארצות הברית נמצא ששכר המטפלים הוא מהנמוכים ביותר וכי רבים מהם משתכרים שכר שהוא מתחת לקו העוני (Braddock & Mitchell, 1992).

בנוגע לתגמולים מוצע להציג בפני העובדים סל תגמולים גמיש המותאם לצורכיהם האישיים, כמו מעון או הסעות לאם עובדת, וגם תנאים נלווים נוספים, כמו כניסה חופשית או מוזלת לפארקים ולמוזיאונים (Hastings & Horne, 2004; Mitchell & Hastings, 2001).

באוקטובר 2003 הוגשה בסנאט של ארצות הברית הצעת חוק לגבי עובדים בטיפול ישיר באנשים עם מוגבלות (Concurrent Resolution, 94), שמטרתה לייצר בסיס תעסוקתי אשר יאפשר לשמר במערכת כוח אדם איכותי ויציב. הצעת החוק מבוססת על ההכרה שמחסור בכוח אדם זה מקשה על מתן שירותים לאנשים הפגיעים ביותר בחברה, הנזקקים לשירותים אלה כדי לנהל אורח חיים משמעותי בקהילה. בהצעת החוק מומלץ להגדיל את התקציבים הפדרליים כדי להשוות את שכר העובדים האלה לשכר בעבודות דומות במגזרים אחרים. כמו כן, הוצע לממן להם הסעות לעבודה, הוצאות על טיפול בילדיהם והוצאות בריאות, ובד בבד, להפחית את המסים שעליהם לשלם.

לצד הגורמים לתחלופה ולשחיקה, נמצאו גורמים ממתנים, ביניהם ניתן למנות את תמיכת הממונה במטפל/מדריך (Jackson, Schwab & Schuler, 1986; Parker & Kulik, 1995; Ito, Kurita & Shiiya, 1999); תמיכה במטפל על-ידי מציאת מחליף גם כאשר יש בעיות של מחסור בכוח אדם ויצירת רשת של תמיכה בעיקר לצוותי המסגרות הקהילתיות משום שהם מבודדים יותר מאשר במסגרות מוסדיות; תמיכה חברתית הבאה לידי ביטוי ביחסים טובים בעבודה, הערכה בעבודה, שותפות באחריות עם אנשי צוות נוספים.

גורם נוסף למיתון השחיקה והתחלופה הוא הכשרה מתאימה. הכשרה, מלבד היותה אמצעי להעלאת רמת הכישורים והתאמתם לדרישות התפקיד, יכולה גם לספק בסיס למסלולי קידום מקצועיים, החשובים במיוחד, כאמור, משום שמיעוט אפשרויות קידום מהווה גם כן גורם המשפיע על עזיבת הארגון.

בספרות מובאות המלצות להתמודדות עם הבעיות הקשורות בכוח האדם. באשר לגיוס צוות, מוצעות מספר אסטרטגיות: שיפור מקורות הגיוס הפנים-ארגוניים על-ידי יצירת רשת מידע פנימית על משרות פנויות ועידוד העובדים להמליץ על חבריהם ("חבר מביא חבר") ושיפור מקורות הגיוס החוץ-ארגוניים (פרסום בעיתונים, חברות כוח אדם וכדומה). נמצא שבארגונים המספקים שירותים לאנשים עם פיגור שכלי, מקורות הגיוס היעילים ביותר הם פרסום בעיתונים והמלצות של עובדים. בסיכום של 12 מחקרים שערך Wanous (1992) נמצא שהישארות עובדים בתפקיד הייתה ב-24% גבוהה יותר בקרב אלה שגויסו לפי המלצות חבריהם, בהשוואה לאלה שגויסו באמצעות מקורות חוץ. אולם, על אף ששיטה זו זולה ויעילה יותר מהאחרות, מעטים הארגונים המעודדים את עובדיהם להרבות להשתמש בה.

בנוסף לכך, כדי להגדיל את מקורות הגיוס, מוצע לפנות לעובדים פוטנציאליים, אשר באופן מסורתי לא נהוג לפנות אליהם, כגון: גמלאים, צעירים, עולים חדשים ומובטלים. מוצע להשתמש בקצבת הבטחת הכנסה לעידוד אנשים חדשים להיכנס לעבודה בתחומי שיקום ורווחה (Welfare to Work). לצורך זה יש לפתח אסטרטגיות לשיווק תפקידים אלה לפלחי השוק החדשים.

אחד הפתרונות המוצעים לשמירת כוח אדם במערכת הוא העלאת הרמה המקצועית על-ידי הכשרה. יתרה מזו, יש הדוגלים בגישה שיש להפוך את התפקידים הסמך-מקצועיים לתפקידים מקצועיים. גישה זו מיושמת כבר במספר מדינות באירופה, ובארצות הברית דנים ביישום רעיון זה (Larson, Hewitt & Anderson, 1999).

התמקצעות מחייבת קביעת סטנדרטים לכישורים הנדרשים לעבודה במקצוע זה וסוג ומשך ההכשרה הנדרשת. שינוי מסוג זה מחייב עיגון הדרישות המקצועיות בחוק, במקביל להקצאת משאבים נדרשים לתשלום הולם הכרוך בהעלאת הרמה המקצועית ובהקמת מסגרות להכשרת כוח אדם. המצדדים בהתמקצעות מדגישים את שיעורי התחלופה הגבוהים, את הקושי בגיוס כוח אדם איכותי ואת העלויות הגבוהות הכרוכות בתהליכים אלה. המתנגדים לכך, מטעמים כלכליים, גורסים כי העלאת הרמה המקצועית של כוח אדם זה, המהווה את רוב רובו של צוות העובדים, תגרום לעלייה בהוצאות הכרוכות בהעסקתו.

בישראל לא נבחנה עד כה לעומק סוגיית המטפלים והמדריכים הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי במסגרות יום בקהילה. במספר מחקרים, שמטרתם העיקרית הייתה לבחון את סוגיות הדיור והתעסוקה לאוכלוסייה זו, נשאלו גם מספר שאלות בתחום כוח האדם הטיפולי (נאון ומנדלר, 1996; מנדלר ונאון, 1998). מראיונות עם מנהלי מסגרות עלו המחסור במטפלים/מדריכים, הנובע הן מקשיי גיוס והן ממחסור של תקנים, ובעיות ההיעדרות, התחלופה והשחיקה. כמו כן, עלה הצורך בהכשרה של הצוות.

בהקשר לתופעת השחיקה בקרב עובדים בטיפול ישיר באנשים עם פיגור שכלי, נמצא במחקרה של ארליך (1998) שרמת השחיקה בקרב עובדים סמך-מקצועיים (מטפלים) נמוכה יותר מאשר בקרב עובדים מקצועיים (אקדמאים ומורים). לעומת זאת, העובדים הסמך-מקצועיים חווים רמות גבוהות יותר של לחץ ומתח, בהשוואה לעובדים המקצועיים.

בישראל נערך מחקר נוסף בקרב מטפלות בית בזקנים, אשר בחן סוגיות שונות של תפקיד המטפלת, דפוסי העסקתה ושביעות הרצון שלה מעבודה (כורזים ועמיתים, 2002). המחקר המתואר כאן השתמש באותה שיטה של ניתוח תחומי העיסוק, ונמצא דמיון בין הכישורים הנדרשים ומאפייני העיסוק של שתי האוכלוסיות.

3. מטרות ומערך המחקר

3.1 מטרות המחקר

מחקר זה נועד לבחון לעומק את סוגיית המטפלים והמדריכים הנותנים טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי בשלוש מסגרות יום בקהילה: דיור, יום שהות ארוך ומע"ש (מסגרת עבודה שיקומית). מטרת המחקר הייתה לבחון את הנושאים האלה:

1. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים של המטפלים והמדריכים
2. ניתוח תחומי העיסוק ותנאי ההעסקה, כגון: שעות עבודה, שכר, תנאים סוציאליים וקידום מקצועי
3. עמדות כלפי התפקיד ושביעות רצון מהעבודה, עומס פיזי ורגשי ושחיקה
4. הכשרה ותמיכה מקצועית בעבודה
5. גיוס, היעדרות ותחלופה.

המחקר נועד לבחון את הנושאים הללו מנקודת המבט של המטפלים והמנהלים, תוך השוואה בין שלוש המסגרות.

3.2 אוכלוסיית המחקר והמדגם

המחקר התמקד בשתי אוכלוסיות: במטפלים ובמדריכים העובדים במתן טיפול ישיר לאנשים עם פיגור שכלי במסגרות קהילתיות ובמנהלי המסגרות האלה. מבין השירותים הרבים הניתנים בקהילה לאדם עם פיגור שכלי ולבני משפחתו, שבאחריות האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה, נבחרו שלוש מסגרות, בהיותן המסגרות הנפוצות ביותר:

- ♦ **מסגרת הדיור בקהילה** (להלן דיור) מיועדת בדרך כלל לבני 21 ומעלה וכוללת מספר דגמים: הוסטל, בית קבוצתי, דירת מגורים ומערך דיור (יותר מיחידת דיור אחת מאלה המוזכרות לעיל). בארץ פועלות 54 מסגרות דיור (כולל תשעה מערכי דיור גדולים), ובסך הכול יש כ-133 יחידות דיור בודדות ובהן מתגוררים כ-1,400 דיירים.
- ♦ **מסגרת עבודה שיקומית (מע"ש)** מיועדת לבני 21 ומעלה ומהווה את המסגרת העיקרית בקהילה המספקת שירותי תעסוקה. בארץ פועלות 54 מסגרות כאלה, ובהן כ-2,450 משתתפים.
- ♦ **מסגרת יום שהות ארוך** (להלן יום ארוך) מיועדת לגילאי 3-21 ותפקידה להמשיך את הפעילות במסגרות המופעלות בידי האגף לחינוך מיוחד במשרד החינוך (מעונות, בתי-ספר) עד לשעות אחר הצהריים המאוחרות (18:00-19:00). בתכנית זו מופעלות כ-100 מסגרות מסוג זה ומשתתפים בהן כ-2,250 ילדים ובני נוער.

בתחילת המחקר לא היה מידע מעודכן לגבי מספר המטפלים והמדריכים בכל אחד מסוגי המסגרת. לכן, עבודת איסוף הנתונים החלה באיסוף מידע לגבי מספר המסגרות ומספר המטפלים והמדריכים בכל מסגרת. נמצא שבשלוש המסגרות האלה מועסקים 1,655 מטפלים ומדריכים, כמחציתם ביום ארוך, כשליש בדיור והיתר במע"ש (לוח 1).

לוח 1: האוכלוסייה והמדגם של המטפלים והמדריכים לפי מסגרת (מספרים מוחלטים)

מסגרת				
יום ארוך	מע"ש	דיור	סה"כ	
782	277	596	1,655	אוכלוסיית המחקר
120	81	144	345	המדגם
99	81	118	298	רואיינו בפועל
21	0	26	47	לא נענו

הבדיקה העלתה כי בדיור וביום שהות ארוך משתמשים בדרך כלל במונח "מטפל", ובמע"ש - במונח "מדריך". לפיכך, מונחים אלה ישמשו אותנו גם בהמשך הדוח.

מתוך רשימות המטפלים, שכללו כאמור 1,655 עובדים, נדגמו 345 איש במדגם שכבות לפי סוגי מסגרת (דיור, מע"ש, יום ארוך). בכל סוג מסגרת, נערכה דגימה אקראית של מטפלים.

המידע נאסף באמצעות ראיונות טלפוניים. שיעור ההיענות היה 86%. לא נענו למחקר עובדים רק מהדיור ומיום שהות ארוך, מרביתם מטפלים במסגרות דיור פרטיות. לאור זאת, המדגם מייצג בעיקר את המטפלים במסגרות ציבוריות וממשלתיות.

בנוסף למטפלים והמדריכים נדגמו במחקר, באותה שיטה, גם מנהלי המסגרות. כל מנהל מייצג מסגרת, להוציא בתשעת מערכי הדיור, שבהם המנהל אחראי על יותר ממסגרת אחת (הוסטל, דירה).

לוח 2: האוכלוסייה והמדגם של מנהלים, לפי מסגרת (מספרים מוחלטים)

מסגרת	מסגרת			סה"כ	
	יום ארוך	מע"ש	דיור		
האוכלוסייה	96	54	54	204	
המדגם	20	21	29	70	
סה"כ המנהלים שרואיינו	18	21	14	53	
לא נענו	2	0	15	17	

מתוך 204 מנהלי מסגרות, נדגמו 70 מנהלים ורואיינו 53 מנהלים (שיעור היענות של 76%). מרבית אלה שלא נענו היו מנהלי מסגרות דיור פרטיות. לאור זאת, המידע שהתקבל ממנהלים בתחום הדיור משקף בעיקר את המסגרות הציבוריות והממשלתיות.

הראיונות עם המטפלים והמנהלים נערכו במחצית הראשונה של 2002.

3.3 כלי המחקר ושיטת איסוף הנתונים

המידע נאסף באמצעות שני שאלונים: אחד למטפלים ואחד למנהלים. השאלון למטפל כלל נושאים, כגון: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים וכישורים מקצועיים, תיאור הפעילויות שהמטפל מבצע במסגרת תפקידו, תנאי העסקה, קשר מקצועי עם הממונה ועם עמיתים לעבודה, הכשרה והשתלמויות, שחיקה, עומס רגשי ופיזי, היעדרות מהעבודה, שביעות רצון מרכיבים שונים של העבודה, תפיסות ועמדות כלפי התפקיד.

לצורך מדידה של נושאי השחיקה והעומס, שהתבקשו לעסוק בהם, נלקחו שאלות מהספרות המחקרית. "שחיקה" מוגדרת בספרות כתהליך התרוקנות הדרגתי של מקורות האנרגיה של הפרט, המתבטא בתחושת תשישות פיזית, רגשית וקוגניטיבית (Shirom, 1989). רמת השחיקה נבדקה על-פי המדד של Pines ועמיתים (1981), הכולל 20 פריטים בשלושה היבטים: (1) שחיקה פיזית הכוללת חמישה פריטים כמו: עייף, תשוש פיזית וחלש פיזית; (2) שחיקה אמוציונלית (רגשית) הכוללת תשעה פריטים כמו: מדוכא, אומלל, מרוקן נפשית ולא מאושר; (3) שחיקה מנטלית הכוללת שישה פריטים כמו: חסר ערך, מסויג מאנשים, חרד וחסר תקווה.

עומס פיזי ורגשי נבחן על-פי מדד בן שמונה פריטים שנלקחו משאלון שהורכב מ-18 פריטים על אפיוני עבודה (ארליך, 1998 בהתבסס על השאלון של Pines et al., 1981): קשה פיזית, גורמת לחץ, כרוכה בסיכון, עמוסה, דורשת השקעה רגשית וכדומה.

נושא נוסף שנבחן במחקר הוא עמימות התפקיד. לצורך כך נעשה שימוש בשבעה פריטים מתוך השאלון של ארליך (1998, בהתבסס על Cherniss, 1980) לגבי מידת הסמכות, בהירות מטרות התפקיד, האחריות בתפקיד, הציפיות מהעובד וכדומה.

כל המדדים לעיל בנויים באופן אורדינלי עם ארבע דרגות: 1 - אף פעם או כלל לא עד 4 - כל הזמן או במידה רבה מאוד.

שאלון המנהל כלל שני סוגי שאלות: שאלות זהות לאלה של המטפלים, במטרה להשוות בין המטפלים למנהלים, לגבי תפיסת עבודת המטפלים ושאלות ייחודיות למנהלים הנוגעות למדיניות ההעסקה, לגיוס ולתחלופה של המטפלים.

4. מאפיינים סוציו-דמוגרפיים ומקצועיים של המטפלים והמדריכים

4.1 מאפיינים סוציו-דמוגרפיים

מלוח 3 עולה כי

- ♦ המטפלים הישירים באנשים עם פיגור שכלי הם ברובם נשים (86%). אוכלוסיית המטפלים מגוונת מבחינת הגיל: כמחציתם צעירים עד גיל 34, חמישית מהם בני 35-44 ושליש הם מבוגרים יותר (45 ומעלה). טווח הגילים נע בין 19-65. הגיל הממוצע של העובדים הוא 38, עם סטיית תקן של 12 שנים.
- ♦ אוכלוסיית העובדים הטרוגנית מבחינת השכלתה: 28% בעלי השכלה נמוכה - יסודית או תיכונית ללא תעודת בגרות; מאידך, מחציתם (51%) בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית. נמצא כי שיעור בעלי ההשכלה התיכונית המלאה ומעלה גבוה יותר בקרב הצעירים.
- ♦ לגבי המוצא נמצא כי יותר ממחצית העובדים (60%) הם ילידי ישראל. העולים חדשים, כולם מברית המועצות לשעבר, מהווים 18% מהאוכלוסייה. כמעט כולם, בעלי השכלה על תיכונית או אקדמית.
- ♦ למעלה ממחצית העובדים (57%) נשואים.
- ♦ בקצה אחד נמצאות מסגרות הדיור, בהן יש שיעור גבוה של עובדים צעירים (למעלה ממחציתם עד גיל 34) ומשכילים (ל-82% יש השכלה תיכונית ומעלה); בקצה השני, נמצאות מסגרות המע"ש, בהן שיעור נמוך של עובדים צעירים (24% עד גיל 34) ושל בעלי השכלה גבוהה (59% עם השכלה תיכונית ומעלה מזה). מסגרות יום ארוך נמצאות בין שתיהן (האוכלוסייה הצעירה מהווה 42%, ובעלי תעודת בגרות מלאה מהווים 72%).

לוח 3: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המטפלים על-פי דיווח עצמי (באחוזים)

מסגרת	סה"כ			
	יום ארוך	מע"ש	דיוור	
	98	82	72	מגדר נשים*
	100	100	100	גיל*
	21	5	22	24-19
	21	19	36	34-25
	21	30	15	44-35
	30	31	21	54-45
	7	15	6	64-55
	100	100	100	השכלה*
	9	19	7	יסודית או תיכונית חלקית
	19	22	11	תיכונית מלאה ללא תעודת בגרות
	25	17	20	תיכונית מלאה עם תעודת בגרות
	47	42	62	על-תיכונית או אקדמית
	100	100	100	ארץ מוצא*
	56	54	68	ישראל
	21	8	20	ברית המועצות לשעבר, אחרי 1989
	5	6	4	אירופה-אפריקה
	18	32	8	אסיה-אפריקה
	81	85	85	לאום יהודי
	64	72	40	מצב משפחתי נשוי*
	69	80	49	הורים לילדים (נשואים ולא נשואים)*
	8	12	13	משפחות חד-הוריות

* P<0.05

4.2 מאפיינים מקצועיים

בנוסף למאפיינים סוציו-דמוגרפיים נבחן במחקר הוותק בתפקיד, רקע תעסוקתי וההכשרה של העובדים.

ותק בתפקיד ובעיסוק

משתנה הוותק נבחן בשני ממדים: ותק בתפקיד מטפל/מדריך במקום העבודה הנוכחי וותק בעיסוק, כולל ניסיון קודם בעבודה ו/או התנדבות עם אנשים עם מוגבלות. הממד הראשון עשוי להעיד, מעבר לניסיון בעבודה בתפקיד זה, גם על דפוסי העסקה ויציבות בעבודה. הממד השני מעיד על אופיו של כוח עבודה זה מבחינת ניסיון כולל בעבודה עם אנשים עם מוגבלות.

לפי לוח 4, רוב המטפלים (62%) הם בעלי פחות מחמש שנות ותק בתפקיד נוכחי, ולמעלה משליש הם אף חדשים יותר - פחות משנתיים בתפקיד הנוכחי (35%). מספר שנות הוותק הממוצע של המטפלים בתפקיד הנוכחי עומד על שש שנים עם סטיית תקן של שש שנים.

נמצאו הבדלים בין המסגרות בוותק של כוח האדם המועסק. שיעור העובדים החדשים, בעלי ותק של עד שנתיים, גבוה יותר בדיוור מאשר ביום ארוך ובמע"ש (50%, 32% ו-15%, בהתאמה). במע"ש נמצאת קבוצה גדולה של עובדים ותיקים יחסית, בעלי ותק של 12 שנים ויותר (30%, לעומת 8% בדיוור ולעומת 12% ביום ארוך). חלק מההבדלים בוותק המטפלים נובע מהבדלים בוותק המסגרות. לפי נתונים שהתקבלו מהמנהלים נמצא שהוותק הממוצע של מסגרות הדיוור ויום ארוך הוא 13 שנים לעומת הוותק הממוצע של מסגרות המע"ש שהוא 21 שנים.

לוח 4: ותק בתפקיד נוכחי וותק בעיסוק של המטפלים על-פי דיווח עצמי, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת		דיוור	סה"כ	
יום ארוך	מע"ש			
ותק בתפקיד נוכחי*				
32	15	50	35	שנתיים ופחות
31	27	25	27	מעל שנתיים עד 5 שנים
25	28	17	23	מעל 5 שנים עד 12 שנים
7	16	7	10	מעל 12 שנים עד 20 שנים
5	14	1	5	מעל 20 שנים עד 35 שנים
ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלות**				
39	43	58	47	עבד או התנדב עם אנשים עם מוגבלות
61	57	42	53	לא עבד עם אנשים עם מוגבלות
ותק בעיסוק*				
(עבודה נוכחית, עבודה קודמת ו/או התנדבות)				
22	10	30	22	שנתיים ופחות
34	24	36	32	מעל שנתיים עד 5 שנים
23	22	20	22	מעל 5 שנים עד 12 שנים
11	19	9	12	מעל 12 שנים עד 20 שנים
9	26	5	12	מעל 20 שנים עד 41 שנים

* P<0.01

** P<0.05

הבחינה של הוותק בעיסוק כוללת ותק במקום עבודה נוכחי וניסיון בעבודה קודמת עם אנשים עם מוגבלות ו/או התנדבות בעבודה עם אוכלוסייה עם מוגבלות. למחצית העובדים (47%) יש ניסיון קודם בעבודה עם אוכלוסיות עם מוגבלות. נמצא שהוותק הממוצע בעיסוק הוא שמונה שנים (לעומת ממוצע של שש שנים בוותק בתפקיד).

נמצא קשר בין ניסיון קודם בעבודה לבין סוג המסגרת: שיעור בעלי הניסיון בדיוור גבוה מהשיעור במע"ש וביום ארוך (58%, 43% ו-39%, בהתאמה). למרות הבדלים אלה, כאשר משווים את שנות הוותק בעיסוק לפי מסגרות נמצא דפוס דומה לדפוס של הוותק בתפקיד; כלומר, שיעור גבוה מהעובדים בדיוור הם בעלי ותק מקצועי מועט, לעומת אלה במע"ש וביום שהות ארוך.

הכשרה פורמלית לתפקיד

ההכשרה המקצועית הפורמלית של העובדים נבדקה באמצעות שני משתנים: קבלת תעודה של מטפל מוסמך מטעם משרד הרווחה, והשתתפות בלימודים הקשורים לתחום הטיפול באנשים עם מוגבלות.

לוח 5 מראה את התפלגות האוכלוסייה מבחינת ההכשרה הפורמלית: כמחציתה ללא הכשרה (52%) וכמחציתה (48%) בעלת הכשרה כלשהי בתחום הטיפול באנשים עם פיגור שכלי - שליש (35%) בעלי תעודה של מטפל מוסמך ו-13% לומדים לימודים הקשורים לתחום הטיפול.

לוח 5: הכשרה פורמלית לתפקיד של המטפלים על-פי דיווח עצמי, לפי מסגרת* (באחוזים)

מסגרת				סה"כ	סה"כ
יום ארוך	מע"ש	דיוור	סה"כ		
100	100	100	100	100	בעל תעודת מטפל מוסמך או לומד לקראת תעודה
46	40	23	35	35	לומד לימודים קשורים לתחום הטיפול ואינו בעל תעודה
4	3	27	13	13	אינו בעל תעודה של מטפל מוסמך ואינו לומד לימודים הקשורים לתחום הטיפול
50	57	50	52	52	

* P<0.001

בתחום זה נמצאו הבדלים בין המסגרות: שיעור בעלי תעודה של מטפל הוא כמעט כפול במע"ש (40%) וביום ארוך (46%), מאשר בדיוור (23%). לעומת זאת, שיעור גבוה מהמטפלים במסגרות הדיוור לומדים לימודים בתחום הטיפול (27%), לעומת 3% במע"ש ו-4% ביום ארוך.

בנוסף, נבדק הקשר בין ותק בתפקיד הנוכחי לבין קבלת תעודת מטפל מוסמך (לוח 6). ראשית, נמצא שכמעט כל בעלי התעודה (86%) קיבלו אותה במסגרת העבודה הנוכחית. שיעור בעלי התעודה גבוה יותר בקרב העובדים הוותיקים (חמש שנים ויותר) מאשר בקרב החדשים (60% ו-18%, בהתאמה). דבר זה עשוי להצביע על מדיניות המעודדת קבלת הכשרה רק אחרי מספר שנות ותק בתפקיד.

לוח 6: הכשרה פורמלית לתפקיד של מטפל על-פי מטפלים, לפי ותק בתפקיד נוכחי (באחוזים)

עובדים עד חמש שנים		עובדים חמש שנים ויותר		סה"כ	סה"כ
עובדים עד חמש שנים	עובדים חמש שנים ויותר	סה"כ	סה"כ		
100	100	100	100	100	בעלי תעודה של מטפל מוסמך
60	18	35	35	35	לומדים לימודים הקשורים לתחום הטיפול
3	21	13	13	13	אינם בעלי תעודה של מטפל מוסמך או אינם לומדים לימודים הקשורים לתחום הטיפול
37	61	52	52	52	

5. תחומי תפקיד וארגון העבודה

בפרק זה ינותח תפקיד המטפל, תוך בחינה של תחומי הפעילות בעבודה של המטפלים והזמן המוקדש להם ובאופן ארגון העבודה שלהם עם המשתתפים.

5.1 הפעילויות בתפקיד והזמן המוקדש להן

המטפלים והמנהלים נתבקשו לאמוד את הזמן המוקדש, בשבוע עבודה רגיל, לכל אחד מחמישה תחומי פעילות - שיחות אישיות, פעילות חברתית, סיוע והדרכה בנושאי עבודה במע"ש, סיוע בצורכי יום-יום (טיפול אישי, חלוקת תרופות, חבישות וכדומה) ופעילות הקשורה בניהול משק בית (בישול, חלוקת אוכל, עריכת קניות וכדומה). רשימת תחומי הפעילות נבנתה על בסיס מידע שהתקבל מראיונות מוקדמים עם המטפלים במסגרות השונות. בנוסף, נשאלו המטפלים והמנהלים האם היו רוצים לשנות את חלוקת הזמן בפועל בין חמשת התחומים ומהי חלוקת הזמן הרצויה.

מבחינת המצב המצוי, לא נמצאו הבדלים בין דיווחי המטפלים לדיווחי המנהלים בהערכת הזמן המושקע בפועל בפעילויות השונות (לוח 7). לפי שני המקורות, נמצא שיש פעילויות המשותפות למטפלים בכל סוגי המסגרות, והן: שיחות אישיות ופעילות חברתית עם המשתתפים. יחד עם זאת, נמצא כי הזמן המוקדש להן שונה בכל סוג מסגרת.

לוח 7: תחומי הפעילות וחלק הזמן הממוצע המוקדש להם בפועל בשבוע עבודה רגיל, על-פי מטפלים ומנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת			חלוקת הזמן הממוצע המוקדש בפועל לפעילות
יום ארוך	מע"ש	דיוור	
100	100	100	מטפלים
			תחום חברתי-אישי
19	16	24	שיחות אישיות
32	16	26	פעילות חברתית
			תחום משימתי
1	64	1	סיוע והדרכה בנושאי עבודה במע"ש
39	2	28	סיוע בצורכי יום-יום
10	2	21	פעילות הקשורה בניהול משק הבית
100	100	100	מנהלים
			תחום חברתי-אישי
11	12	23	שיחות אישיות
41	12	20	פעילות חברתית
			תחום משימתי
0	73	0	סיוע והדרכה בנושאי עבודה במע"ש
36	2	33	סיוע בצורכי יום-יום
12	1	24	פעילות הקשורה בניהול משק הבית

הנתונים המובאים בלוח 7 מצביעים על שני דגמים של תפקידים: (1) בדיוור וביום שהות ארוך, תפקיד המטפל מחולק בעיקר בין פעילות טיפולית (סיוע בצורכי יום-יום ופעילות בניהול משק בית) ובין פעילות אישית וחברתית (שיחות אישיות ופעילות חברתית); (2) במע"ש, הרכיב העיקרי של התפקיד הוא סיוע והדרכה בנושאי עבודה.

לשאלה האם יש לשנות את חלוקת הזמן הנוכחית בין הפעילויות השונות, השיבו מרבית המטפלים (80%) והמנהלים (70%) בשלילה. לוח 8 מראה כי שיעור המטפלים המעוניינים בשינוי גבוה יותר במע"ש מאשר במסגרות האחרות (31%, לעומת 17% בדיוור ו-16% ביום ארוך). לעומת זאת, שיעור המנהלים המעוניינים בשינוי גבוה יותר בקרב מנהלי מסגרות הדיוור ויום ארוך מאשר במע"ש (33%, 35% ו-19%, בהתאמה).

בקרב המעוניינים בשינוי (מנהלים ומטפלים) הובע עניין בהרחבת שיעור הזמן המוקדש לפעילות אישית-חברתית (שיחות אישיות ופעילות חברתית) ובצמצום הזמן המוקדש לפעילות הטיפולית. עם זאת, נטייה זו בולטת יותר בקרב המטפלים מאשר בקרב המנהלים, למעט המנהלים ביום שהות ארוך. נראה שהמנהלים תופסים את הרכב התפקיד הרצוי כמכוון יותר כלפי תחום העיסוק המשימתי, ואילו המטפלים היו רוצים להגדיל את התחום החברתי-אישי.

לוח 8: עניין בשינוי חלוקת הזמן הממוצע המוקדש לכל תחום פעילות בשבוע עבודה רגיל על-פי מטפלים ומנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת			
יום ארוך	מע"ש	דיור	
			מעוניין בשינוי אחוז הזמן המוקדש לפעילות
11	31	17	מטפלים
35	19	33	מנהלים
			חלוקת הזמן בממוצע שרצוי להקדיש לכל תחום פעילות בקרב המעוניינים בשינוי מטפלים
100	100	100	שיחות אישיות
28	22	29	פעילות חברתית
41	29	40	סיוע והדרכה בנושאי עבודה במע"ש
0	49	0	סיוע בצורכי יום-יום
23	0	22	פעילות הקשורה בניהול משק בית
8	0	9	
100	100	100	מנהלים
17	15	31	שיחות אישיות
52	21	22	פעילות חברתית
0	64	0	סיוע והדרכה בנושאי עבודה במע"ש
19	0	27	סיוע בצורכי יום-יום
12	0	20	פעילות הקשורה בניהול משק בית

5.2 ארגון העבודה עם המשתתפים

היבט נוסף של העבודה שנבחן במחקר הוא אופן ארגון העבודה עם המשתתפים, ובכלל זה גם האם המדריכים והמטפלים עובדים לבד עם קבוצה או יחד עם אחרים (לוח 9). נמצא כי דפוס הארגון הרווח (63% מהמטפלים דיווחו כך) הוא צוות מטפלים עובד עם קבוצה ויחד הם אחראים עליה. דפוס עבודה זה מאפיין את עבודתם של מרבית המטפלים בדיור וביום ארוך (69%-ו-67%, בהתאמה), אך לא במע"ש, שם מרבית המדריכים (62%) עובדים לבד עם קבוצה.

אם בוחנים את גודל קבוצת המשתתפים, נמצא כי שני שלישים מהמטפלים עובדים עם קבוצות של עד 10 משתתפים, רבע (27%) עם קבוצות של 11-20 משתתפים, ומיעוטם (6%) - עם קבוצות שבין 21 ל-40 משתתפים.

נמצאו הבדלים בין המסגרות במספר המשתתפים למטפל: ביום שהות ארוך כמעט כל המטפלים (90%) עובדים עם קבוצות של עד 10 משתתפים; לעומת 65% בדיור ו-10% במע"ש. ייתכן שההבדל הזה קשור להבדל בין המסגרות מבחינת רמת המוגבלות של המשתתפים: ביום שהות ארוך ובדיור רמת המוגבלות גבוהה יותר מאשר במע"ש. ההבדל בגודל הקבוצות יכול להיות קשור גם לאופי התפקיד בכל מסגרת (הדרכה לעומת טיפול).

בנוסף, נבדק במחקר הקשר בין מספר המשתתפים הממוצע למטפל לבין אופן ארגון העבודה עם המשתתפים. נמצא שכאשר צוות עובד עם קבוצה, הקבוצה גדולה יותר מאשר קבוצה של מטפל יחיד. מגמה זו בולטת במיוחד בדיור וגם במע"ש.

לוח 9: ארגון העבודה עם המשתתפים על-פי מטפלים ומנהלים, לפי מסגרת

מסגרות				
יום ארוך	מע"ש	דיוור	סה"כ	
100	100	100	100	אופן ארגון העבודה (באחוזים)*
33	62	32	37	מטפל אחד עובד עם קבוצה
67	38	68	63	צוות עובד עם קבוצה
				מספר המשתתפים למטפל (מטפל אחד/צוות) בפועל
100	100	100	100	(באחוזים)*
23	2	20	18	עד 5 משתתפים
67	8	45	49	6-10 משתתפים
7	51	14	17	11-15 משתתפים
2	22	14	10	16-20 משתתפים
1	17	7	6	21-40 משתתפים
				מספר משתתפים ממוצע למטפל לפי אופן ארגון העבודה
6	14	6	8	מטפל אחד עובד עם קבוצה
8	21	12	10	צוות עובד עם קבוצה
				רוצים לשנות את מספר המשתתפים למטפל (באחוזים)
19	25	17	20	מטפלים
89	100	77	89	מנהלים
				מספר משתתפים ממוצע למטפל - מצב בפועל
8	18	10	10	לפי המטפלים
				מספר משתתפים ממוצע למדריך - מצב רצוי
4	8	5	5	לפי המטפלים
5	9	6	6	לפי המנהלים

* P=0.000

לא נמצא קשר בין המשתתפים דרך ארגון העבודה עם המשתתפים ואופן חלוקת הזמן בין הפעילויות השונות. לפי שני דפוסי העבודה, מחצית ויותר מהזמן (54%) מוקדש לפעילויות חברתיות ופחות ממחצית הזמן (46%) מוקדש לפעילויות של סיוע בצורכי יום-יום וניהול משק בית.

כאשר המטפלים נשאלו מהו מספר המשתתפים הרצוי למטפל, 80% לא ראו צורך לשנות את מספרם בפועל. לפי לוח 9, שיעור המעוניינים בשינוי גבוה יותר במע"ש (25%) מאשר בדיוור וביום ארוך (17% ו-19%, בהתאמה). אחד ההסברים לכך יכול להיות העובדה שבמע"ש עובדים עם קבוצות גדולות.

לאור שיעורם הנמוך של המטפלים המעוניינים בשינוי (20%), בולט שיעורם הגבוה של המנהלים (89%) המעוניינים לשנות את גודל הקבוצות. כמו המטפלים, גם המנהלים סבורים שיש להקטין את מספר המשתתפים הממוצע למטפל עד כדי מחצית, מעשרה משתתפים לחמישה (לוח 9).

6. שביעות רצון מהעבודה ועמדות כלפי התפקיד

6.1 שביעות רצון מעבודה

נמצא שהעבודה נתפסת על-ידי מרבית המטפלים כבעלת מאפיינים חיוביים בהיבטים של גיוון, עצמאות, הנאה וניצול כישורים (לוח 10). תפיסות דומות לגבי עבודת המטפל נמצאו גם אצל מרבית המנהלים.

לוח 10: הערכת המטפלים את מאפייניה השונים של עבודתם ושביעות רצון מהעבודה, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת				סה"כ	
יום ארוך	מע"ש	דיור	75		
75	73	78	75	הערכת מאפייני העבודה*	
77	90	83	81	העבודה מגוונת	
87	86	88	87	מאפשרת עצמאות	
83	90	86	85	העבודה מהנה	
				יכול לנצל את כישורי	
				שביעות רצון מהעבודה	
60	62	60	61	מרוצה מאוד	
33	34	37	35	מרוצה	
				בעבודה אני הכי מרוצה**	
82	88	83	83	מהתרומה לאוכלוסייה	
39	30	28	34	מהעבודה עם הצוות	
85	90	89	87	היו בוחרים שוב בתפקיד זה, אילו היו צריכים לעשות זאת היום	

* ענו במידה רבה מאוד או במידה רבה
** ניתן להשיב יותר מתשובה אחת

כמו כן, המטפלים הביעו שביעות רצון רבה מהעבודה. מעניין לציין, שכאשר נשאלו מה הדבר שממנו הם הכי מרוצים בעובדה, כמעט כולם ציינו את התרומה שלהם לאוכלוסייה, וכמעט כולם ציינו שהיו בוחרים שוב בתפקיד זה אילו היו צריכים לעשות זאת. לא נמצאו הבדלים לפי סוג מסגרת (לוח 10).

דרך נוספת לבחון שביעות רצון מהתפקיד הייתה באמצעות סדרה של היגדים שבדקה כיצד המטפלים תופסים את התייחסות הארגון כלפי התפקיד, בהיבטים של חיוניות, מעמד מקצועי ומידת הטיפוח וההשקעה של מקום העבודה בעובד ובתפקיד.

לוח 11: עמדות המטפלים כלפי התייחסות מקום העבודה לתפקיד, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת				סה"כ	ההיגד
יום ארוך	מע"ש	דיור	75		
				רואה במטפל/מדריך כוח עבודה שאינו זמני	
64	60	56	60	נכון מאוד	
17	26	24	21	נכון	
				מתייחס אל תפקיד המטפל/מדריך כאל תפקיד מקצועי	
52	59	60	56	נכון מאוד	
45	33	34	39	נכון	
				חשוב לארגון איך המטפלים/מדריכים מרגישים	
44	48	49	47	נכון מאוד	
44	38	32	38	נכון	
				מתייחס אל תפקיד המטפל/מדריך כאל תפקיד חיוני*	
36	47	40	39	נכון מאוד	
47	39	32	40	נכון	
				משקיע ומטפחת את המטפלים/מדריכים מבחינה מקצועית	
19	20	17	18	נכון מאוד	
37	35	36	36	נכון	

* P<0.10

הממצאים מראים שהרוב המכריע של העובדים שבעי רצון מהתייחסות הארגון אליהם ואל תפקידם. לתחושתם, הארגון אינו רואה בהם כוח אדם זמני, אלא קבוע, מקצועי וחיוני. יחד עם זאת, שיעור המטפלים שהביעו הערכות חיוביות כלפי ההשקעה המקצועית בהם היה נמוך יותר (54%). כמעט שלא נמצאו הבדלים בין המסגרות בכל ההיבטים שנבחנו (לוח 11).

6.2 עמדות כלפי התפקיד

היבט אחר שנבדק במחקר הוא כיצד תופסים המטפלים את תפקידם, את מאפייניו של "מטפל/מדריך מוצלח" וכיצד ניתן ללמוד להיות "מוצלח" בתפקיד זה.

לפי ההיגדים שהוצגו למטפלים וגם למנהלים (לוח 12), נמצא שכמעט כולם תופסים תפקיד זה כמקצוע הדורש הכשרה ומסכימים שלא כל אחד יכול לעבוד בו. שיעור נמוך יותר מסכימים שהתפקיד דורש הסמכה (תעודת מטפל מוסמך). בנושא ההסמכה, שני שלישים מהמנהלים השיבו "נכון מאוד" להיגד לגבי הצורך בתעודת מטפל מוסמך, לעומת פחות ממחצית המטפלים.

לוח 12: מידת המקצועיות המאפיינת את התפקיד, לפי תפיסות מטפלים ומנהלים (באחוזים)

מנהלים	מטפלים	
		זה מקצוע ולא "סתם" עבודה
52	61	נכון מאוד
39	32	נכון
		בפועל, היום, לא כל אדם יכול לעבוד בתפקיד של מטפל/מדריך
53	54	נכון מאוד
36	37	נכון
		זו עבודה הדורשת הכשרה מקצועית
53	46	נכון מאוד
36	40	נכון
		היה רצוי שכל מטפל/מדריך יהיה בעל תעודה של מטפל מוסמך
67	43	נכון מאוד
11	30	נכון

בבדיקת התפיסות לפי מסגרת, נמצאו יותר הבדלים בראיית המנהלים מאשר בראיית המטפלים. נמצא כי בקרב מנהלי המע"ש שיעור המדרגים היגדים אלה כ"נכון מאוד" ו"נכון" גבוה יותר מאשר בשתי המסגרות האחרות. ייתכן שממצא זה משקף את הדרך שבה נתפס תפקיד המדריך במע"ש, בעיקר על-ידי המנהלים - מחייב יותר מקצועיות, מאשר בשתי המסגרות האחרות.

כדי לבחון את הרכיבים ההופכים את התפקיד למקצוע, נשאלו המטפלים והמנהלים מיהו לדעתם "מטפל/מדריך מוצלח" וכיצד ניתן ללמוד להיות "מטפל/מדריך מוצלח". המטפלים והמנהלים לא התקשו להגדיר את הקריטריונים והם מוינו לחמישה תחומים: (1) נותן יחס של כבוד לאוכלוסייה; (2) בעל תכונות אישיות מסוימות, כגון: חרוץ, סבלני, אחראי וסמכותי; (3) מכוון, מדריך ומקדם את האוכלוסייה; (4) משימתי, אך ממלא את משימותיו ברגישות כלפי המשתתפים; (5) בעל הכשרה מקצועית מתאימה.

הקריטריון הבולט והייחודי לתפקיד זה שציינו המטפלים והמנהלים בתשובותיהם היה מתן יחס, כבוד ואמפתיה (לוח 13). העובדה שמטפלים ומנהלים רואים ביחס של כבוד לאוכלוסייה תנאי מרכזי להגדרת "מטפל/מדריך מוצלח" מצביעה על כך שלא כל אחד יכול לבצע עבודה וטיפול באוכלוסייה עם פיגור שכלי.

לוח 13: מאפייני "מטפל/מדריך מוצלח" לפי תפיסות מטפלים ומנהלים (באחוזים)*

מנהלים	מטפלים	המאפיינים
68	72	נותן יחס, מגלה אמפתיה וכבוד למשתתפים
68	67	בעל תכונות אישיות: חרוץ, סבלני, אכפתי, אחראי, סמכותי וכדומה
40	23	מקדם את האוכלוסייה
38	11	משימתי וגם רגיש
32	5	בעל הכשרה מקצועית מתאימה

* ניתן לציין יותר מתשובה אחת

ניתן לסווג את הקריטריונים ל"מטפל/מדריך מוצלח" לשני תחומים: קריטריונים אישיים (יחס של כבוד ותכונות אישיות) וקריטריונים משימתיים-מקצועיים (קידום האוכלוסייה, משימתיות ורגישות והכשרה מקצועית). כאמור, המטפלים והמנהלים מדגישים את הקריטריון האישי. הקריטריונים המשימתיים הוזכרו יותר על-ידי המנהלים מאשר על-ידי המטפלים: מקדם את האוכלוסייה - 40% לעומת 23%; משימתי וגם רגיש - 38% לעומת 11%; בעל הכשרה מקצועית מתאימה - 32% לעומת 5%.

מעניין לציין שכאשר בודקים את הנושא לפי מסגרות, נמצא ששיעור נמוך יותר מקרב המטפלים והמנהלים במע"ש מציינים את הקריטריון של מתן כבוד לאוכלוסייה, הנושא אופי אנושי, מאשר בדיור וביום ארוך (50% לעומת 69%-77%, בהתאמה). ממצא זה תואם את הממצאים הקודמים לגבי ההרכב השונה של התפקיד במע"ש, לעומת התפקיד בשתי המסגרות האחרות.

המטפלים והמדריכים נשאלו האם ניתן ללמוד כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח" וכיצד ניתן ללמוד זאת. רק 57% מהמטפלים השיבו בחיוב, לעומת 75% מהמנהלים (לוח 14). מעניין לציין, שמחצית המטפלים שציינו שלא ניתן ללמוד כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח" (22% מתוך 43% סבורים שהמייחד את "המטפל/מדריך המוצלח" הן תכונות אישיות ולא התנהגויות שניתן לרכוש בלימודים.

ממצאים אלה דומים לממצאים לגבי תפיסות המנהלים את התפקיד כדורש יותר מיומנויות מקצועיות, בשעה שהמטפלים רואים בו יותר את המיומנויות הבין-אישיות והיחס לאוכלוסייה.

ראייה זו של "המטפל המוצלח" באה לביטוי גם בהתייחסות לשאלה כיצד ניתן ללמוד להיות "מדריך מוצלח" (לוח 14). גישתם של 41% מהמנהלים היא פורמלית ומצדדת ברכישת ידע באופנים שונים (קורסים, השתלמויות, סדנאות, לימודי תואר וכדומה). מנגד, מרבית המטפלים מדגישים את החשיבות שברכישת ניסיון בעבודה (48%), כלומר ההתמקצעות בתחום זה היא תהליך המתרחש תוך כדי עבודה ולא באמצעות לימודים פורמליים.

לוח 14: ניתן ללמוד כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח" על-פי מטפלים ומנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת		דיוור	סה"כ	
יום ארוך	מע"ש			
				ניתן ללמוד כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח"
54	58	60	57	מטפלים
65	78	85	75	מנהלים
				דרכי לימוד כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח"*
				רכישת ידע תיאורטי (קורסים, השתלמויות, סדנאות, לימודי תואר ראשון)
24	29	17	22	מטפלים
34	57	47	41	מנהלים
				רכישת ניסיון בעבודה
44	46	34	48	מטפלים
16	28	31	29	מנהלים
				מוטיבציה אישית כמו: הפעלת יוזמה, מוכנות להשקיע, מוכנות להתמודד עם מצבים וכדומה
12	8	16	12	מטפלים
27	26	38	34	מנהלים

* ניתן לציין יותר ממשובה אחת

נמצאו הבדלים לפי סוג מסגרת בהתייחסות לשאלה זו. אחוז גבוה יותר של מטפלים במע"ש וביום שהות ארוך חושבים שרכישת ידע תיאורטי הוא אמצעי ללמידה כיצד להיות "מטפל/מדריך מוצלח", לעומת אחוז נמוך יותר בדיוור (29%, 24% ו-17%, בהתאמה). מגמה דומה קיימת גם לגבי רכישת ניסיון בעבודה (46%, 44% ו-34%, בהתאמה).

בקרב המנהלים המגמה הייתה שונה: שיעור מנהלי מע"ש שראו צורך ברכישת ידע היה גבוה יותר באופן משמעותי מאשר בשתי המסגרות האחרות (57%, לעומת 47% בדיוור ו-34% ביום ארוך). נמצאו הבדלים בין המנהלים גם מבחינת רכישת ניסיון: 31% ו-28% בדיוור ובמע"ש ורק 16% ביום שהות ארוך.

נושא נוסף שהועלה בידי מטפלים ומנהלים לגבי הכשרת "מטפל/מדריך מוצלח" הוא רצון ומוטיבציה. שיעור ניכר מהמנהלים סבורים שיש צורך גם במוטיבציה, ביוזמה ובמוכנות להתמודד עם מצבים שונים, בעוד שמיעוט המטפלים סבורים כך (34% לעומת 12%). לפי המנהלים, אפוא, מעבר ללמידה דרושה גם נכונות מצד המטפלים כדי להגיע לביצוע מוצלח של התפקיד.

7. קשיים בעבודה, שחיקה ועומס

במחקר נבדקו תפיסות המטפלים לגבי גורמים העלולים להקשות על התפקוד בעבודה ולהביא לשחיקה בעבודה.

7.1 קשיים בעבודה

לשאלה האם הם מתקשים לעבוד עם משתתפים "קשים", השיבו למעלה ממחצית המטפלים (57%) בחיוב (לוח 15). שיעור המטפלים שדיווחו על קושי זה היה גבוה יותר במסגרות יום שהות ארוך (67%) ומע"ש (59%) מאשר במסגרות דיור (44%).

מטפלים שצינו שיש להם קושי לעבוד עם משתתפים "קשים" נשאלו עם אילו משתתפים הכי קשה להם לעבוד ומהו מספרם. בתשובותיהם הם ציינו שלושה סוגי בעיות של המשתתפים: בעיות התנהגות ומחלות נפש (31%), פיגור קשה (19%) ונכים פיזיים הסובלים ממחלות כרוניות (18%). כאשר נבדקה הערכת המטפלים, שדיווחו על הקושי, לגבי שיעור המשתתפים "הקשים" במוצע למטפל, נמצא שהמשתתפים "הקשים" מהווים להערכתם שליש מהקבוצה. ביום ארוך הם מהווים 40%, לעומת 20% במע"ש ובדיור. לא נמצא קשר בין המאפיינים האישיים של המטפלים (כגון: השכלה וארץ מוצא) והמאפיינים המקצועיים שלהם (כגון: ותק בעבודה נוכחית, ובעלי תעודה של מטפל מוסמך) לבין קיום קושי לעבוד עם המשתתפים מסוימים.

לוח 15: גורמים המקשים על עבודת המטפל על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת			
יום ארוך	מע"ש	דיור	סה"כ
67	59	44	57
קושי לעבוד עם משתתפים "קשים" באופן כללי***			
מאפיינים ספציפיים של המשתתפים המקשים על עבודת המטפל#			
25	36	31	31
21	22	14	19
35	11	14	18
תנאים פיזיים בלתי הולמים** - אי-התאמת המבנה לצורכי המשתתפים			
22	32	14	22

ניתן היה לענות יותר מתשובה אחת

* P<0.01

** P<0.05

*** P<0.10

בנוסף, נבדקו אצל המטפלים קשיים במתן טיפול בגלל תנאים פיזיים בלתי-הולמים עקב מחסור באביזרים ובציוד (לוח 15). עשרים ושניים אחוזים מהמטפלים טענו כי יש קשיים בעבודה הנובעים מהתנאים הפיזיים וכי עיקר הבעיה מתרכזת באי-התאמת המבנה לצרכים של המשתתפים, כמו צפיפות. מטפלים מעטים (14%) התלוננו על קשיים במתן טיפול בשל מחסור באביזרים וציוד מתאים, יותר במע"ש וביום ארוך מאשר בדיור.

7.2 שחיקה, עומס והיעדרות מעבודה

בין הנושאים שנבדקו במחקר היו שחיקה, עומס פיזי ורגשי בעבודה ועמימות בתפקיד. נושאים אלה נבדקו באמצעות מדדים מהספרות. "שחיקה" מוגדרת בספרות כתהליך התרוקנות הדרגתי של מקורות

האנרגיה של הפרט, המתבטא בתחושת תשישות פיזית, רגשית וקוגניטיבית (Shirom, 1989). לכל נושא חושב ציון ממוצע המצביע על רמת הבעיה (לפירוט טווח הציונים, ראו הערה ללוח 16).

לוח 16 מראה כי רמות העומס, העמימות והשחיקה בתפקיד נמוכות וכי אין שונות בין סוגי המסגרות ברמת המדדים. כאשר בודקים רכיבים שונים של שחיקה, נמצא שעיקר השחיקה היא פיזית ולא רגשית או מנטלית.

לוח 16: ממוצע מדדי עומס פיזי ורגשי*, עמימות התפקיד* ושחיקה בעבודה על-פי מטפלים, לפי מסגרת**

מסגרת				סה"כ	
יום ארוך	מע"ש	דיוור	יום ארוך		
2.4	2.2	2.2	2.3	עומס פיזי ורגשי	
1.4	1.5	1.5	1.5	עמימות התפקיד	
1.6	1.6	1.6	1.6	שחיקה כללית	
2.2	2.1	2.1	2.1	שחיקה פיזית	
1.4	1.4	1.4	1.4	שחיקה רגשית	
1.4	1.4	1.4	1.4	שחיקה מנטלית	

* טווח הציונים בטבלה: עומס פיזי ורגשי: 1 - כלל לא עד 4 - במידה רבה; עמימות התפקיד: 1 - נמוכה עד 4 - גבוהה; שחיקה: 1 - אף פעם 4 - כל הזמן
** סטיית התקן בכל הפריטים נעה בין 0.3 ל-0.4

נמצא כי רמת השחיקה נמוכה יותר מרמת העומס (1.6 לעומת 2.3). בניית רב-משתני, שמטרתו הייתה לבחון האם יש גורמים בעבודה המגבירים את תופעת השחיקה, לא נמצאו גורמים המסבירים את תופעת השחיקה, כגון: השכלה, ותק בתפקיד נוכחי, מספר שעות עבודה ושכר חודשי.

ממצאים אלה מפתיעים לאור ההנחה של המחקר שאוכלוסיית המטפלים סובלת משחיקה. מחקרים אחרים בארץ בקרב אוכלוסיות דומות הצביעו על ממצאים דומים של היעדר שחיקה (ארליך, 1998).

ייתכן שיש קשר בין התחלופה הגבוהה של כוח אדם במסגרות לבין היעדר השחיקה. ייתכן שעובדים "שחוקים" עוזבים את המסגרת והנותרים אינם שחוקים. כאמור, נמצא ששליש מהמטפלים עובדים עד שנתיים בתפקיד נוכחי.

יש לזכור שבארץ מקובל לפעמים להשתמש במונח "שחיקה" כביטוי לעייפות ברמות גבוהות, ולא כתופעה קיצונית של התרוקנות פיזית ונפשית של מקורות האנרגיה. ואכן, ביטוי מתון יותר לתופעה של עייפות המטפלים נמצא במשתנה שבחן את היקף ההיעדרות מהעבודה בגלל סיבות הקשורות לעבודה (כגון עייפות פיזית ונפשית כתוצאה מעבודה אינטנסיבית עם המשתתפים). מטפלים נשאלו האם בשלושת החודשים שקדמו למחקר הם נעדרו מהעבודה בגלל תחושת עייפות מהעבודה. לפי לוח 17, שיעור ניכר מהעובדים (40%) נעדרו מהעבודה בשלושת החודשים שקדמו למחקר בגלל סיבות של עייפות מהעבודה (25% נעדרו בין יום לארבעה ימים, ו-15% נעדרו חמישה ימים ויותר). שיעור הנעדרים מהעבודה ומספר ימי ההיעדרות נמוך יותר בדיוור מאשר בשתי המסגרות האחרות.

לוח 17: היעדרויות מהעבודה בגלל תחושת עייפות פיזית ונפשית מהעבודה בשלושת החודשים האחרונים, על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מספר הימים שהעובדים נעדרו לא נעדרו	סה"כ	דיור	מסגרת	
			מע"ש	יום ארוך
100	100	100	100	100
60	60	67	53	57
5	5	10	4	2
8	8	5	4	11
8	8	4	15	9
4	4	4	6	5
15	15	10	18	16
+5				

המטפלים נשאלו אם בשלושת החודשים שקדמו למחקר נעדרו מהעבודה בגלל מחלה או תחושת עייפות. נמצא שמרביתם (60%) לא נעדרו מהעבודה או נעדרו יום אחד (5%) או יומיים (8%). עם זאת, נמצאה קבוצה שנעדרה מהעבודה בהיקף של שלושה ימים ויותר (27%) וקבוצה (15%) שנעדרה בהיקף רחב יותר - חמישה ימים ויותר.

בנוסף, נבחן הקשר בין ההיעדרות מהעבודה (אינו נעדר, נעדר יומיים ונעדר שלושה ימים ויותר) לבין שלושה ממדים המבטאים עייפות (עייף, תשוש פיזית וסחוט). נמצא שבקרב עובדים שנעדרו מהעבודה שלושה ימים ויותר, שיעור גבוה יותר מרגישים עייפים, תשושים פיזית או סחוטים (בין 21% ל-34%), מאשר בקרב אלה שנעדרו יומיים ופחות (בין 13% ל-27%) א שלא נעדרו כלל (בין 14% ל-20%).

לפיכך, הממצאים מראים שאמנם מטפלים אינם מגיעים למצב של שחיקה, שהוא מצב קיצוני של פגיעה בתפקוד היום-יומי בעבודה, אבל הם מרגישים עייפות פיזית ונפשית והיעדרות מהעבודה. יש לאתר דרכים להפחתת רמת העייפות בעבודה על מנת לצמצם את היקף ההיעדרות.

8. תנאי העסקה ודרכי תגמול

בספרות נדונים בהרחבה נושאים הקשורים לתנאי העסקה ותגמול של המטפלים. כפי שכבר תואר בסקירת הספרות, מחקרים הראו כי שעות עבודה מרובות, שכר נמוך, היעדר תנאים סוציאליים ומיעוט אפשרויות קידום משפיעים באופן שלילי על כניסת עובדים לתפקיד מטפל ועל הישגותם בעבודה.

במחקר הנוכחי נבדקו נושאים אלה מנקודת המבט הן של המטפלים והן של המנהלים.

8.1 שעות עבודה וזמני עבודה

לגבי היקף שעות עבודה בשבוע (כולל שעות נוספות), נמצאה שונות בין העובדים: חמישית עובדים 20 שעות שבועיות ופחות; חמישית עובדים 30 שעות ופחות; 30% עובדים 40 שעות ופחות ו-30% נוספים עובדים מעל 41 שעות שבועיות (לוח 18).

לוח 18: היקף שעות עבודה במקום עבודה נוכחי, עבודה נוספת או לימודים וזמני עבודה על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרות		סה"כ	סה"כ שעות עבודה בשבוע במקום עבודה נוכחי (כולל שעות נוספות)*
יום ארוך	מע"ש		
100	100	100	100
27	4	15	19
20	4	27	20
31	43	21	30
22	49	37	31
29	38	33	32
±12	±8	±12	±12
ממוצע*			
סטיית תקן			
עבודה במקום עבודה נוסף ולימודים			
7	12	16	11
17	18	25	20
4	0	15	7
עובדים במקום עבודה נוסף*			
לומדים			
גם עובדים במקום עבודה נוסף וגם לומדים			

* P<0.01

בחינת שעות העבודה של המטפלים מצביעה על דפוסי עבודה ייחודיים מבחינת מספר שעות עבודה וזמני העבודה במסגרות השונות. במע"ש כמעט כל העובדים (92%) עובדים מעל 31 שעות שבועיות, לעומת שיעור נמוך יותר מהמטפלים בדיור וביום ארוך (58%-ו-53%, בהתאמה). תופעה דומה באה לידי ביטוי גם בממוצע שעות עבודה לשבוע (38 שעות לעומת 33 שעות ו-29 שעות, בהתאמה). ממצא זה מצביע על כך שבמע"ש, לעומת דיור ויום ארוך, העבודה מהווה עבודה עיקרית כמעט לכל המדריכים.

בשאלה אחרת נשאלו העובדים אם הם עובדים בעבודה נוספת (לוח 18). שיעור קטן מהם (18%) דיווחו על עבודה במקום נוסף (לעתים בנוסף ללימודים). תופעה זו נפוצה יותר בקרב העובדים בדיור מאשר בשתי המסגרות האחרות (31% לעומת 12%-ו-11%, בהתאמה).

הממצאים מצביעים גם על כך ש-27% מהמטפלים לומדים במקביל לעבודתם. שיעור גבוה של לומדים נמצא בדיור (40%, לעומת 18%-ו-21%, בהתאמה).

האפיון הנוסף הנוגע לדפוס העסקה הוא עבודה במשמרות ועבודה בחגים ובשבתות. דפוס זה של עבודה מאפיין רק את עבודתם של מטפלים במסגרות הדיור: 79% עובדים במשמרות (בוקר, צהריים, ערב, לילה ושבת) ו-72% עובדים בשבתות וחגים.

בספרות נמצא ששעות עבודה רבות ועבודה בשעות לא שגרתיות מרתיעות אנשים מלעבוד בתפקידים אלה. לכן, נבדקו במחקר עמדות העובדים כלפי היקף שעות עבודה, עבודה בשעות נוספות ועבודה במשמרות (לוח 19).

נמצא שמעל מחצית המטפלים (57%) מעוניינים להמשיך ולעבוד באותו היקף שעות. שליש מהמטפלים מעוניינים להגדיל את מספר שעות עבודה, ורק 12% היו רוצים לצמצם את היקף שעות העבודה. קיים קשר בין הרצון לשנות מספר שעות עבודה לבין היקף העבודה בפועל: שיעור ניכר (46%) מבין העובדים -

30 שעות שבועיות ופחות היו מעוניינים להגדיל את מספר שעות העבודה, לעומת אלה שעובדים מעל 30 שעות שבועיות ויותר (21%); ולהפך, 18% מהעובדים שעות מרובות היו מעוניינים להפחית את מספר שעות העבודה לעומת 4% מאלה העובדים שעות מעטות.

לוח 19: עמדות המטפלים כלפי היקף שעות העבודה וזמני העבודה, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת				
יום ארוך	מע"ש	דיוור	סה"כ	
100	100	100	100	היקף שעות עבודה - מעוניין לעבוד*
51	57	65	57	אותו מספר שעות שבועיות
39	14	27	31	יותר שעות שבועיות
10	29	8	12	פחות שעות שבועיות
100	100	100	100	עבודה בשעות נוספות* - סה"כ
24	2	19	18	מרוצה מאוד
17	8	37	23	מרוצה
9	4	21	12	לא מרוצה כל-כך וכלל לא מרוצה
50	86	23	47	לא עובד שעות נוספות

נמצאו הבדלים גם בין המסגרות: בדיוור וביום שהות ארוך כמעט כל המטפלים המעוניינים לשנות את היקף שעות עבודתם רוצים לעבוד יותר שעות עבודה (27% בדיוור, 39% ביום ארוך ורק 14% במע"ש). לעומת זאת, מרבית עובדי מע"ש המעוניינים בשינוי היקף שעות העבודה היו רוצים להפחית שעות (29%), לעומת 8% בדיוור ו-10% ביום ארוך).

לגבי עבודה במשמרות, נמצאה שביעות רצון רבה (שני שלישים מהעובדים בדיוור מרוצים ומרוצים מאוד), וזאת בניגוד לממצאים בספרות, המצביעים על עבודה במשמרות כגורם מרתיע מכניסה לתפקיד זה.

8.2 שכר ותנאים סוציאליים

חלק ניכר מהמטפלים (41%) דיווחו כי הם מועסקים לפי שעות ולא לפי משרה (לוח 20). סוג העסקה זה בולט בדיוור (64%) ופחות בשתי המסגרות האחרות - במע"ש כמעט כל העובדים (85%) דיווחו כי הם מועסקים לפי משרה, וביום שהות ארוך שליש מועסקים לפי שעות ושני שלישים לפי משרה.

לוח 20: אופן העסקת המטפלים ושכר ברוטו לשעה על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת				
יום ארוך	מע"ש	דיוור	סה"כ	
100	100	100	100	אופן העסקה*
33	15	64	41	לפי שעות
67	85	36	59	לפי משרה
100	100	100	100	סה"כ ברוטו לשעה*
25	7	28	23	19-10 ש"ח
41	23	24	27	25-20 ש"ח
15	39	20	25	30-26 ש"ח
5	14	11	8	35-31 ש"ח
14	17	17	17	58-36 ש"ח

* P<0.05

ממוצע השכר ברוטו לשעה של מטפלים המועסקים לפי שעות הוא 20 ש"ח עם סטיית תקן של ארבעה ש"ח. נמצא שעובדים שהועסקו לפי שעות, השתכרו מעט יותר משכר המינימום במשק, שעמד על 17.56 ש"ח בשנת 2002. ממוצע השכר ברוטו לשעה של מטפלים המועסקים לפי משרה היה 26 ש"ח עם סטיית תקן של 10 ש"ח. ההבדל בין שני התעריפים מבטא תוספת של תנאים סוציאליים ותוספת של ותק בתפקיד נוכחי הכלולים בשכר לפי משרה ואינם כלולים בשכר לפי שעות. לא נמצאו הבדלים בין המסגרות בשכר ברוטו לפי שעה ולפי משרה.

נמצא ששיעור המטפלים המשתכרים 26 ש"ח ברוטו ויותר גבוה יותר במע"ש (70%) מאשר בדיור וביום שהות ארוך (48%-ו-34%). הבדל זה מבטא, בעיקר, הבדל באופן העסקה וותק בתפקיד נוכחי ואינו קשור למסגרת: רוב המדריכים במע"ש מועסקים לפי משרה, ולרובם יש ותק רב, ולכן, שכרם גבוה יותר.

בנוסף לשכר, נבדקה במחקר סוגיית התנאים סוציאליים. המטפלים נשאלו האם הם מקבלים את התנאים הסוציאליים האלה: חופשת מחלה, חופשת מנוחה, הבראה, חגים, קרן פנסיה, ביגוד וקרן השתלמות. נמצא שכל המטפלים (94%) מקבלים לפחות סוג אחד מהתנאים הסוציאליים המשולמים במשק. יתירה מזו, מחציתם (46%) מקבלים בין שישה לשבעה סוגי תנאים סוציאליים.

כמו השכר, גם קבלת תנאים סוציאליים קשורה לאופן ההעסקה והוותק בתפקיד נוכחי. שיעור העובדים המדווחים על שישה עד שבעה סוגים של תנאים סוציאליים גבוה יותר בקרב אלה המועסקים לפי משרה (66%) מאשר שיעור המועסקים לפי שעות (21%). נמצא שבמע"ש, שבו שיעור גבוה של מועסקים על-פי משרה, שיעור המדריכים המקבלים שישה עד שבעה סוגים של תנאים סוציאליים גבוה יותר (70%), מאשר בדיור (22%) וביום שהות ארוך (59%).

בספרות נמצא ששכר נמוך והיעדר תנאים סוציאליים מקשים על מנהלים לגייס מטפלים לעבודה. על כן, נבדקה במחקר רמת שביעות הרצון של המטפלים ושל המנהלים מתנאי ההעסקה של המטפלים (לוח 21). בדומה לנתונים בספרות, שיעור נמוך מהמטפלים הביעו שביעות רצון מהשכר (28%). בקרב המנהלים מסתמנת מגמה דומה (23% מרוצים מהשכר של המטפלים).

בנושא זה נמצאו הבדלים קטנים יחסית בין המסגרות: שיעור המרוצים מהשכר בקרב המדריכים במע"ש נמוך יותר מאשר בשתי המסגרות האחרות (22%, לעומת 33%-ו-26% בדיור וביום שהות ארוך).

מבחינת המנהלים במסגרת יום שהות ארוך, השכר הוא הכי פחות מספק: רק 12% מהם מרוצים, לעומת 36% בדיור ו-29% במע"ש. ממצא זה תואם את הממצא על גובה השכר בפועל (לוח 21): חלק גדול מהמטפלים (שני שלישים) ביום שהות ארוך משתכרים 10-25 ש"ח ברוטו לשעה, לעומת שיעורים נמוכים יותר בדיור ובמע"ש (52%-ו-30%, בהתאמה).

לוח 21: שביעות רצון המטפלים והמנהלים מהשכר ומהתנאים הסוציאליים של המטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת		דיוור	סה"כ	
יום ארוך	מע"ש			
				שביעות רצון משכר מטפלים*
100	100	100	100	מרוצה מאוד ומרוצה
26	22	34	28	לא כל-כך מרוצה
45	34	29	37	כלל לא מרוצה
29	44	37	35	מנהלים
100	100	100	100	מרוצה מאוד ומרוצה
12	29	36	23	לא כל-כך מרוצה
48	50	50	49	כלל לא מרוצה
40	21	14	28	
				שביעות רצון מתנאים סוציאליים מטפלים*
100	100	100	100	מרוצה מאוד ומרוצה
63	71	49	59	לא כל-כך מרוצה
30	19	37	31	כלל לא מרוצה
7	10	14	10	מנהלים
100	100	100	100	מרוצה מאוד ומרוצה
30	62	43	42	לא כל-כך מרוצה
35	23	21	28	כלל לא מרוצה
35	15	36	30	

* P<0.05

בהשוואה לשביעות רצון הנמוכה משכר, נמצא כי אחוז גבוה יותר מקרב המטפלים והמנהלים הביעו שביעות רצון גבוהה מהתנאים הסוציאליים (59%-ו-42%, בהתאמה). במע"ש וביום שהות ארוך, שיעור המטפלים המרוצים גבוה יותר מאשר בדיוור (71%-ו-63% לעומת 49%, בהתאמה). ממצא זה מתאים לממצא הקודם, לפיו רוב המטפלים במע"ש וביום שהות ארוך מועסקים לפי משרה, דבר המזכה אותם בהטבות. מגמה דומה מסתמנת מדיווחי מנהלי המע"ש והדיוור אך לא מדיווחי מנהלי יום שהות ארוך, שהשיעור בקרבם שהביעו שביעות רצון מהתנאים הסוציאליים של המטפלים נמוך באופן בולט מהשיעור בקרב המטפלים (30% לעומת 63%).

8.3 קידום וניידות מקצועית בעבודה

מהספרות ידוע שתפקיד המטפל מאופיין באפשרויות קידום מעטות. נושא הקידום נבדק משני היבטים: אפשרות לקידום מקצועי הירארכי ואפשרות לניידות לרוחב הארגון, ליחידה אחרת, באותו תפקיד, כאמצעי לקידום מקצועי.

שליש מהמטפלים (34%) דיווחו על קיומו של מסלול לקידום המקצועי (לוח 22). שיעור גבוה יותר של מטפלים בדיוור ראו אפשרות לקידום (40%) מאשר במע"ש (23%) וביום ארוך (32%). שליש מהמנהלים סבורים שהמטפלים יכולים להתקדם מבחינה מקצועית.

לוח 22: קידום מקצועי לפי תפיסת המטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת		דיוור	סה"כ	
יום ארוך	מע"ש			
32	23	40	34	קיימת אפשרות לקידום מקצועי הירארכי בעבודה נוכחית** קיימת אפשרות למעבר לרוחב הארגון**
67	45	61	61	
המעבר לרוחב הארגון מהווה הזדמנות לקידום*				
100	100	100	100	כן
22	12	7	15	לא
45	33	54	46	אין אפשרות למעבר
33	55	39	39	
להתנסות חדשה**				
100	100	100	100	כן
50	34	43	45	לא
17	11	18	16	אין אפשרות למעבר
33	55	39	39	
לגיוון העבודה*				
100	100	100	100	כן
60	34	44	50	לא
7	11	17	11	אין אפשרות למעבר
33	55	39	39	

* P<0.005

** P< 0.10

כאשר נבדק שיעור העובדים שהתקדמו בפועל מאז תחילת עבודתם הנוכחית, נמצא שיעור נמוך דומה בכל המסגרות (13%-17%). כמו כן, נמצא שמיעוטם התקדמו מעבר לתפקיד רכז.

מטפלים ומנהלים נשאלו מהו מסלול הקידום המקצועי הרצוי למטפלים ומדריכים. ראשית, כמעט כל המטפלים (84%) ומחצית מהמנהלים (55%) דיווחו שיש לשנות את מסלול הקידום הקיים. אבל, רק חלקם (59% מהמטפלים ו-44% מהמנהלים) התייחסו לאופן שינוי המסלול, ומתוכם מיעוטם (12%) הציעו מסלול קידום חדש באמצעות יצירת תחומי מומחיות בתוך תפקיד המדריך, כגון: רכז תרבות, אחראי מחשבים, אחראי טיפול, אחראי על הדרכת מדריכים. היתר, הציעו את מסלול הקידום ההירארכי הקיים (מעבר מעוזר מטפל למטפל, למטפל מוסך, לרכז, לסגן מנהל ומנהל), אשר מאפשר למעטים בלבד להתקדם.

כאשר המטפלים נשאלו אם יש במסגרת העבודה הנוכחית אפשרות למעבר מקצועי לרוחב הארגון, מיחידה אחת לאחרת באותו תפקיד, 61% דיווחו שקיימת אפשרות כזו (לוח 22). מעבר מסוג זה נפוץ יותר בדיוור וביום שהות ארוך (61% ו-67%) מאשר במע"ש (45%). עובדים מעטים (15%) רואים אמנם במעבר זה הזדמנות לקידום, אולם, כמעט כולם חושבים שמעבר מסוג זה מהווה הזדמנות להתנסות חדשה ולגיוון העבודה (45% ו-50%).

תשובות המנהלים בשני ההיבטים לעיל מצביעות על תפיסות דומות לאלה של המטפלים.

מטפלים ומנהלים נשאלו על מידת שביעות הרצון שלהם מאפשרויות הקידום המקצועי של המטפלים. מלוח 23 עולה כי שיעור נמוך מהמטפלים מרוצים מאפשרויות הקידום המקצועי (24%). ממצא זה אינו מפתיע לאור מיעוט המתקדמים בפועל ואפשרויות הקידום בכלל; אם כי שיעורם של המטפלים

המרוצים מכך בדיור וביום שהות ארוך גבוה יותר מאשר במע"ש (29%, 23% ו-14%, בהתאמה). ממצא זה תואם את הממצאים הקודמים לפיהם לתחושת המטפלים שבמע"ש יש פחות אפשרויות קידום ומעבר לרוחב הארגון. תפיסה דומה נמצאה בקרב המנהלים.

לוח 23: שביעות רצון של המטפלים והמנהלים מאפשרויות הקידום המקצועי של מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

יום ארוך	מע"ש	דיוור	סה"כ	
100	100	100	100	מטפלים – סה"כ
23	14	29	24	מרוצה מאוד או מרוצה
9	9	11	10	לא כל-כך מרוצה או כלל אינו מרוצה
68	77	60	66	אין אפשרויות קידום
100	100	100	100	מנהלים – סה"כ
12	7	15	11	מרוצה מאוד או מרוצה
15	29	23	21	לא כל-כך מרוצה או כלל לא מרוצה
73	64	62	68	אין אפשרויות קידום

9. הכשרה והתייעצות מקצועית

מספר פתרונות מוצעים בספרות לשמירת כוח האדם של המטפלים במערכת, וביניהם העלאת הרמה המקצועית באמצעות הכשרה ומתן תמיכה מקצועית במהלך העבודה (ראו סקירת ספרות). לאור זאת, נבחנו במחקר הסוגיות האלה: הכשרה בעבודה, קשר מקצועי עם ממונה ישיר ועמיתים, השתתפות בהשתלמויות וצרכים בלתי-מסופקים בתחום ההכשרה.

9.1 הכשרה בעבודה

סוגיית ההכשרה בעבודה נבחנה ממספר היבטים: מועד מתן ההכשרה (עם הכניסה לעבודה ובאופן שוטף), אופן מתן ההכשרה (תוך כדי עבודה שוטפת ו/או בישיבות צוות), תדירות מתן ההכשרה, הגורם הנותן את ההכשרה והצורך בתוספת הכשרה. המידע התקבל הן מהמטפלים והן מהמנהלים (לוח 24).

במסגרת העבודה, מטפלים נחשפים לפחות לסוג אחד של הכשרה (במועד הכניסה לעבודה, תוך כדי עבודה ובישיבות צוות המשמשות להדרכה מקצועית): 85% לפי דיווח המטפלים ו-89% לפי דיווח המנהלים).

בהתייחס להכשרה עם הכניסה לעבודה, 40% מהמטפלים דיווחו שהם לא קיבלו הכשרה מסוג זה. לא נמצא קשר בין מאפייניהם המקצועיים (ותק במקום עבודה נוכחי וניסיון קודם בעבודה) והאישיים (גיל, השכלה וארץ מוצא) של המטפלים לבין קבלת הכשרה עם הכניסה לעבודה. כמו כן, 23% מהמנהלים דיווחו שבמסגרת שלהם אין תהליך הדרכה קבוע של מטפלים חדשים עם כניסתם לעבודה.

לוח 24: השתתפות המטפלים בהכשרות שונות על-פי מטפלים ומנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת	מעי"ש	דיוור	סה"כ	
יום ארוך				
				הכשרה עם הכניסה לעבודה
			60	מטפלים
51	54	63	77	מנהלים*
65	79	100		
				הכשרה תוך כדי עבודה
			41	מטפלים
37	37	48	59	מנהלים
50	64	71		
				הכשרה בישיבות צוות
			70	מטפלים
70	64	72	68	מנהלים*
48	79	93		
				הכשרה שוטפת (תוך כדי עבודה ו/או בישיבות צוות)
			85	מטפלים
78	82	94	89	מנהלים
77	100	100		
100	100	100	100	תדירות השתתפות בהכשרה שוטפת - מטפלים*
22	58	49	37	פעם בשבוע ויותר
26	12	29	25	פעם בשבועיים – פעם בחודש
29	22	17	23	לעתים רחוקות יותר, או כשצריך
23	8	7	15	אף פעם
				צורך בתוספת הכשרה תוך כדי עבודה
			38	מטפלים
37	44	37	68	מנהלים
77	50	69		

* P<0.1

לגבי ההכשרה השוטפת, 38% מהמטפלים דיווחו שהם לא קיבלו הכשרה כזו או שקיבלו הכשרה לעתים רחוקות. נמצא ששיעור המטפלים שדיווחו על קבלת הכשרה שוטפת בקרב בעלי השכלה נמוכה (50%) קטן יותר מאשר שיעורם בקרב בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית (74%).

בסך הכול, 20% מהמטפלים לא קיבלו כל הכשרה, לא עם הכניסה לעבודה וגם לא הכשרה שוטפת. בבדיקת מאפייניהם נמצא ששיעור ניכר מהם (47%) בעלי השכלה נמוכה וותק מועט בעבודה נוכחית (35%) ושרבים מהם עובדים במסגרת יום ארוך (60%).

הן המטפלים והן המנהלים דיווחו כי ישיבות הצוות מהוות אמצעי חשוב למתן הדרכה מקצועית שוטפת (70%-ו-68%, בהתאמה). שיעור גבוה יותר מהמטפלים מקבלים הכשרה במסגרת זו, מאשר תוך כדי עבודה (לפי דיווח המטפלים: 70% לעומת 41%).

שיעור המטפלים ביום ארוך המדווחים על קבלת הכשרה שוטפת פעם בחודש ויותר - נמוך יותר (48%), מאשר בשתי המסגרות האחרות (78%-ו-70%, בהתאמה).

בדומה למגמה שנמצאה לגבי סוג הכשרה, גם לגבי תדירותה נמצאו הבדלים בין המסגרות: שיעור המטפלים בדיור המקבלים הכשרה לפחות פעם בחודש הוא הגבוה ביותר, לאחר מכן במע"ש ולבסוף ביום שהות ארוך (78%, 70% ו-48%, בהתאמה).

המטפלים נשאלו מיהם הגורמים המשתתפים במתן ההכשרה. נמצא שבדרך כלל המנהל הישיר הוא זה המבצע את ההכשרה עם הכניסה לעבודה ובעבודה שוטפת (תוך כדי עבודה ובישיבות צוות).

באשר לצורך בתוספת הכשרה שוטפת, נמצאו הבדלים בין דיווחי המטפלים למנהלים: 38% ו-68%, בהתאמה. לפי דיווח המטפלים, לא נמצאו הבדלים בין המסגרות מבחינת הצורך בתוספת הכשרה. כמו כן, נמצא כי שיעור המנהלים במע"ש שראו צורך בהכשרה תוך כדי עבודה היה נמוך יותר משיעורם בשני סוגי המסגרות האחרים. ייתכן כי ממצא זה קשור לוותק של כוח אדם זה בכל מסגרת: במע"ש, שיעור ניכר מהמדריכים הם ותיקים מאוד. לעומת זאת, בדיור וביום שהות ארוך, שיעור החדשים מאוד גבוה יותר.

לא נמצאו הבדלים בין המנהלים למטפלים מבחינת תוכני ההכשרה הרצויים. בקרב המטפלים לא נמצא קשר בין עניין בקבלת תוספת הכשרה לבין קבלתה בפועל, ולא לוותק בתפקיד נוכחי.

9.2 קשר מקצועי עם הממונה הישיר ועם עמיתים

במחקר נבחנה ההתייעצות המקצועית עם הממונה הישיר ועם עמיתים, כביטוי לפן נוסף של הליווי המקצועי בעבודה. זאת, מכמה בחינות: יוזם הקשר הוא המטפל, הקשר מתקיים במועדים קבועים מראש ותדירות המפגשים.

המטפלים נשאלו אם הם נפגשים עם הממונה הישיר ביוזמתם ואם הם נפגשים במועדים קבועים מראש. ההנחה הייתה כי פגישה בין המטפל לממונה הישיר, ביוזמת המטפל, מצביעה על קשר לא-פורמלי, לעומת מפגשים קבועים מראש, המצביעים על הדרכה והתייעצות מתוכננת.

הממצאים מראים שכמעט לכל המטפלים (84%) בכל המסגרות יש קשר מקצועי עם הממונה הישיר. מבחינת מתכונת המפגשים, נמצא כי למחצית המטפלים יש קשר קבוע ו/או ביוזמתם, ומיעוטם (15%) דיווחו על קשרים רק ביוזמתם (לוח 25).

היבט נוסף של הקשר עם הממונה הוא תדירותו. נמצא ש-40% מהמטפלים נפגשים עם הממונה הישיר פעם בחודש או בתדירות גבוהה יותר, בעוד שיתר המטפלים נפגשים לעתים יותר רחוקות (44%) או כלל לא נפגשים (16%). לא נמצא קשר בין תדירות המפגשים לבין סוג המסגרת והמאפיינים הדמוגרפיים ומקצועיים של המטפלים.

לוח 25: קשר מקצועי של המטפלים עם הממונה הישיר ועם עמיתים לעבודה על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת		סה"כ	דיור	מע"ש	יום ארוך	
100	100					
100	100	100	100	100	100	יזום הקשר המקצועי
45	58	51	50	50	50	גם ביוזמת המטפל וגם במועדים קבועים מראש
15	20	14	15	15	15	רק ביוזמת המטפל
21	12	20	19	19	19	רק במועדים קבועים מראש
19	10	15	16	16	16	אין מפגשי התייעצות
100	100	100	100	100	100	תדירות הקשר המקצועי בחודש האחרון
21	31	25	24	24	24	פעם בשבוע ויותר
15	12	18	16	16	16	פעם בשבועיים - פעם בחודש
45	47	42	44	44	44	לעתים רחוקות יותר או כשצריך
19	10	15	16	16	16	אף פעם
100	100	100	100	100	100	תדירות הקשר המקצועי בחודש האחרון
100	100	100	100	100	100	ביוזמת המטפל
36	55	37	40	40	40	פעם בשבוע ויותר
16	14	18	17	17	17	פעם בשבועיים - פעם בחודש
5	7	8	6	6	6	לעתים רחוקות יותר או כשצריך
43	24	37	37	37	37	אף פעם, המטפל לא יזם
100	100	100	100	100	100	במועדים קבועים מראש
18	20	21	19	19	19	פעם בשבוע ויותר
7	4	11	8	8	8	פעם בשבועיים - פעם בחודש
37	43	37	39	39	39	לעתים רחוקות יותר או כשצריך
38	33	31	34	34	34	אף פעם, הממונה לא קבע
100	100	100	100	100	100	קשר מקצועי עם עמיתים
21	20	20	21	21	21	כל הזמן
38	24	35	34	34	34	לעתים קרובות
29	40	31	32	32	32	לעתים רחוקות
12	16	14	13	13	13	אף פעם

נבדק הקשר בין תדירות המפגשים לבין היוזם העיקרי של הקשר. לפי לוח 25, נמצא שכאשר המטפלים הם היוזמים העיקריים של הקשר, שיעור הנפגשים פעם בחודש ויותר גבוה יותר (57%) מאשר כאשר המפגשים מתנהלים במועדים קבועים מראש (27%). באשר לכך, נמצאו הבדלים בין המסגרות: בולט שיעורם של המטפלים במע"ש הנפגשים עם הממונה בתדירות גבוהה כאשר יוזם הקשר הוא המטפל בהשוואה לשתי המסגרות האחרות (69% לעומת 55% בדיוור ו-52% ביום שהות ארוך). כאשר המפגשים נקבעים מראש, שיעורם של המטפלים בדיוור גבוה יותר (32%) מאשר בשתי המסגרות האחרות (24% במע"ש ו-25% ביום ארוך).

בנוסף לקשר עם הממונה, נבדק הקשר המקצועי בין המטפלים לעמיתיהם (לוח 25). כמעט כל המטפלים (87%) נוהגים להתייעץ בנושאים מקצועיים עם עמיתים. מעל מחציתם (55%) מתייעצים עם עמיתיהם כל הזמן או לעתים קרובות. ביום ארוך, שיעורם גבוה יותר מאשר בשתי המסגרות האחרות (60%, לעומת 44% במע"ש ו-55% בדיוור) (לוח 25 לעיל).

נמצא כי שיעור המטפלים המתיעצים עם עמיתים נמוך יותר בקרב צעירים (בני 19-24), בקרב החדשים בתפקיד נוכחי (עד שנתיים בארגון) ובקרב העובדים בצוות: 42% בקרב הצעירים והחדשים לעומת 70% 53% בקרב המבוגרים והוותיקים; 50% בקרב העובדים בצוות לעומת 69% בקרב העובדים לבד.

המטפלים נשאלו על שביעות רצונם מהליווי המקצועי, העידוד והתמיכה שהם מקבלים מהממונה הישיר. נמצא שכמעט כל המטפלים מרוצים מהממונה הישיר מבחינת התמיכה המקצועית (93%) ומהליווי המקצועי (85%) שהוא נותן להם. לא נמצאו הבדלים בין המסגרות.

נמצא שכמעט כל המטפלים (94%) מרוצים מאוד ומרוצים מהיחסים בעבודה עם עמיתים. מבחינה זו, גם רוב המנהלים (98%) סבורים שבין המטפלים שוררים יחסי עבודה טובים. במסגרת המחקר נבדקו גם עמדות המנהלים כלפי החשיבות שהם מייחסים לקשרי העבודה בין המטפלים לבין עצמם. נמצא שכמעט כל המנהלים סבורים שחשוב/חשוב מאוד שהמטפלים יתייעצו ביניהם בעבודה (96%). עוד נמצא שבמהלך השנה שקדמה למחקר, מרבית המנהלים (70%) נקטו בפעולה אחת או יותר לגיבוש הצוות ולעידוד שיתוף הפעולה בצוות כמו: הבניית מנגנוני עבודה של התייעצות בצוות (47%) ו/או פעולות בלתי-פורמליות כמו טיולים ומפגשים מחוץ לעבודה (36%).

9.3 השתלמויות עובדים

דרך נוספת להעלאת הרמה המקצועית של עובדים היא לקיים השתלמויות, קורסים וימי עיון.

בבדיקת שיעור המטפלים שהשתתפו בשנתיים האחרונות בהשתלמויות במסגרת העבודה ו/או מחוצה לה, נמצא שמחצית המטפלים השתתפו בסוג השתלמות אחד לפחות. כאשר נבדק שיעור המשתתפים בהשתלמויות לפי מקום ההשתלמות (לוח 26), נמצא ש-28% מהמטפלים דיווחו שהשתתפו בהשתלמויות חיצוניות ו-39% דיווחו על השתתפות בהשתלמויות.

לוח 26: השתתפות מטפלים בהשתלמויות מקצועיות בשנתיים האחרונות על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת	סה"כ			
	מע"ש	דיוור	יום ארוך	
	48	62	52	השתתפו בהשתלמויות מקצועיות מחוץ לעבודה ו/או פנימיות בעבודה
	100	100	100	השתלמות מחוץ לעבודה*
	30	20	29	השתתפו
	42	14	34	דיווחו על קיום השתלמויות ולא השתתפו
	28	66	37	לא היו השתלמויות
	100	100	100	השתלמות פנימית בעבודה
	34	52	39	השתתפו
	41	24	42	דיווחו על קיום השתלמויות ולא השתתפו
	25	24	19	לא היו השתלמויות

* P<0.01

נמצא ששיעור המטפלים שדיווחו על השתתפות בהשתלמויות גבוה יותר בדיור ובמע"ש, מאשר ביום שהות ארוך (לוח 26). אם בודקים לפי מיקום ההשתלמות, נמצא כי במע"ש ההשתתפות בהשתלמויות הייתה בעיקר בהשתלמויות פנימיות (52%), לעומת שתי המסגרות האחרות. לגבי השתלמויות חיצוניות, שיעור המשתתפים במע"ש נמוך מהשיעור בדיור וביום ארוך (20%, 29% ו-30%, בהתאמה).

המטפלים התבקשו לציין האם לא השתתפו בהשתלמויות בגלל שלא נשלחו להשתלמות או בגלל שלא היו השתלמויות. חמישית המטפלים דיווחו שהם לא נשלחו להשתלמות במהלך השנתיים האחרונות על אף שהן התקיימו. בקטגוריה זו בולט שיעורם הגבוה יותר של המטפלים בדיור וביום ארוך (24%) לעומת שיעורם הנמוך יותר של המדריכים במע"ש (6%).

נבדק הקשר בין ותק במקום עבודה נוכחי לבין השתתפות בהשתלמויות (פנימיות וחיצוניות). נמצא ששיעור המשתתפים בהשתלמויות, בסך הכול ולפי מסגרת, עולה עם הוותק במסגרת, בייחוד ותק של מעל שנתיים (מ-38% בקרב העובדים עד שנתיים לכ-60% בקרב העובדים מעל שנתיים). בנושא זה נמצאו הבדלים בין המסגרות: במע"ש וביום שהות ארוך עולה שיעור המשתתפים בהשתלמויות (פנימיות ו/או חיצוניות) כבר לאחר שנתיים ויותר (מ-43% ו-35% ל-71% ו-61%, בהתאמה). לעומת זאת, בדיור שיעור המשתתפים בהשתלמויות עולה במידה ניכרת רק לאחר ותק במסגרת של חמש שנים ויותר (מ-41% ל-82%).

מנהלי המסגרות נשאלו האם קיימת במסגרת שלהם מדיניות לגבי השתתפות מטפלים ומדריכים בהשתלמויות מחוץ למסגרת העבודה והאם קיימת מדיניות לגבי פיתוח השתלמויות פנימיות בעבור המטפלים בנושאים הקשורים לעבודה.

מדיניות כלפי השתלמויות יכולה להיות מעודדת (כמה שיותר מדריכים ישתתפו) או מעכבת (אין תקציב, אין השתלמויות, יש לחץ בעבודה, כולם השתתפו כבר בהשתלמויות), או שייתכן כי אין כל מדיניות בהקשר לכך. נמצא כי שיעור ניכר מהמנהלים נוקטים מדיניות כלשהי (מעודדת או מעכבת) כלפי השתלמויות חיצוניות ופנימיות (80% ו-64%, בהתאמה).

נמצאו הבדלים בעמדות המנהלים לפי סוג ההשתלמויות: שיעור המדווחים על מדיניות כלפי השתלמויות חיצוניות, וביחוד עמדות מעודדות, גבוה יותר (62%) מאשר כלפי השתלמויות פנימיות (38%).

במחקר נבדק הצורך בתוספת השתלמויות, וכן בתכנים רצויים. כמעט כל המטפלים (86%) וכמעט כל המנהלים (93%) סבורים שיש צורך בתוספת השתלמויות. מנתוני המטפלים עולה כי קיים קשר בין הרצון לתוספת השתלמויות לבין ותק בעבודה נוכחית. שיעור גבוה יותר בקרב אלה העובדים מעל חמש שנים מעוניינים בתוספת מאשר אלה העובדים פחות מחמש שנים (46% לעומת 33%, בהתאמה).

בפירוט התחומים להשתלמויות לפי מטפלים (פירוט 65%) ומנהלים (פירוט 83%) ניתן לזהות חמישה נושאים: שניים מהם נוגעים לאוכלוסייה, שניים - למיומנויות ונושא אחד - לפיתוח צוות (לוח 27). להלן פירוט הנושאים הכלולים בכל תחום:

- ♦ **התמודדות עם סוגיות האופייניות לאוכלוסייה עם פיגור שכלי**, כגון: גיל ההתבגרות, זיקנה, זוגיות, פיתוח תקשורת עם המשתתף, בעיות התנהגות/אלימות וחוסר שיתוף פעולה.
- ♦ **לימוד תיאורטי על מחלות ותסמונות**, כגון: סוגי פיגור, תסמונות שונות (X שביר, תסמונת ויליאמס וכדומה) אוטיזם, מחלות נפש ומחלות תורשתיות הקשורות לפיגור.
- ♦ **לימוד שיטות ורכישת כלים להפעלה**: בניית תכניות קידום ולימוד שיטות קידום חדשות, הפעלה באמצעות דרמה, תנועה ומלאכת-יד, הענקת מיומנויות חברתיות, העצמה וסנגור, תקשורת, הפעלת מחשב ומיומנויות תעסוקה.
- ♦ **רכישת מיומנות טיפוליות**, כגון: תזונה, מתן טיפולים מיוחדים, פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק ומתן תרופות כמו תרופות הרגעה, החייאה ו/או מתן עזרה ראשונה.
- ♦ **פיתוח צוות וארגון העבודה**: פיתוח מנהיגות, יחסי אנוש בעבודה, התמודדות עם מצבי לחץ, ייעול העבודה, שיפור יחסים בצוות וכדומה.

הנושא הנדרש ביותר מבין הנושאים הללו, על-ידי המנהלים ועל-ידי המטפלים כאחד, הוא ההתמודדות עם בעיות וצרכים של האוכלוסייה. לגבי מחלות ולימוד שיטות להפעלה ורכישת מיומנויות טיפוליות, נמצא יותר צורך בקרב המנהלים (30% בכל נושא) מאשר המטפלים (11% ו-17%, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים בין המסגרות.

לוח 27: נושאי ההשתלמויות הדרושים למטפלים ולמנהלים (באחוזים)

מנהלים	מטפלים	הנושאים*
42	32	התמודדות עם סוגיות האופייניות לאוכלוסייה עם פיגור שכלי
30	11	לימוד תיאורטי של מחלות ותסמונות
30	17	לימוד שיטות ורכישת כלים להפעלה
9	15	רכישת מיומנות טיפוליות
15	4	פיתוח צוות וארגון עבודה

* ניתן לציין יותר מנושא אחד

10. גיוס ותחלופת עובדים

בספרות מתוארים קשיים בגיוס מטפלים, באיוש משרות פנויות ובשמירת כוח אדם זה במערכת. ההנחה היא שקשיים אלה יגברו בעתיד, עקב העלייה בביקוש לכוח אדם זה בשל המגמה הקיימת להוציא אנשים עם מוגבלות מהמוסדות לחיים בקהילה ובשל הארכת תוחלת החיים בקרבם. סוגיית הגיוס והתחלופה של מטפלים נבדקה גם במחקר הנוכחי מנקודת המבט של מנהלי המסגרות.

10.1 גיוס עובדים

מנהלי המסגרות נשאלו מהם הכישורים הפורמליים והבלתי-פורמליים הנדרשים לקבלת עובד לתפקיד מטפל או מדריך (לוח 28). נמצא כי אין אחידות בין המנהלים בתפיסתם את דרישות התפקיד מבחינת רמת ההשכלה. מחצית מנהלי הדיוור ויום שהות ארוך סבורים כי לא נדרשת כל השכלה פורמלית ומחציתם דורשים השכלה תיכונית. במע"ש, רוב המנהלים דורשים השכלה גבוהה יותר, שליש מהם אף דורשים השכלה אקדמית.

אם בוחנים ממצאים אלה על רקע מאפייני המטפלים והמדריכים, נראה כי מרביתם בעלי רמת השכלה גבוהה מהנדרש וכי מחציתם (51%) בעלי השכלה על-תיכונית או אקדמית, בעיקר בדיור (62%).

דרישה נוספת שצינו רוב רובם של המנהלים היא רמת ידע טובה/טובה מאוד בעברית, בעיקר בדיבור וקריאה, אך פחות בכתיבה.

מבחינת ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלויות, גם כאן אין תמימות דעים: 40% דורשים זאת ו-60% לא. שיעור גבוה יותר של המנהלים במע"ש ובדיור דורשים ניסיון קודם לעומת שיעורם ביום שהות ארוך.

לוח 28: הקריטריונים לבחירת עובדים לתפקיד מטפל על-פי מנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

יום ארוך	מע"ש מסגרת	דיור	סה"כ	
100	100	100	100	השכלה פורמלית
50	7	43	36	לא נדרשת השכלה פורמלית
0	7	0	2	יסודית או תיכונית חלקית
23	33	21	26	תיכונית מלאה ללא תעודת בגרות
15	20	22	18	תיכונית עם תעודת בגרות
12	33	14	18	על-תיכונית או אקדמית
				ידע בעברית (רמה טובה מאוד וטובה)
81	93	100	89	דיבור
76	79	92	81	קריאה
67	79	92	78	כתיבה*
30	50	46	40	ניסיון קודם בעבודה עם אנשים עם מוגבלות
70	86	83	78	צורך בהמלצות
100	93	100	98	יחס לגישה לאוכלוסייה#

* P<0.05
בעיקר בעל גישה לאוכלוסייה: נותן כבוד לחריג, רגיש, בעל יכולת נתינה וכדומה

הממצאים מראים שהדרישה המרכזית לקבלה לתפקיד, קשורה ליחס המועמד לאוכלוסייה. כמעט כל המנהלים (98%) דורשים שהעובד יגלה יחס נאות: אמפתיה, רגישות, כבוד, יכולת נתינה ועוד. ואמנם, כאשר שאלנו את המטפלים מה הניע אותם לעבוד בתפקיד זה, הסיבות העיקריות שצינו הן התרומה לאוכלוסייה (45%) (לוח 29).

לוח 29: סיבות לכניסה לתפקיד במסגרת נוכחית על-פי מטפלים, לפי מסגרת (באחוזים)

יום ארוך	מע"ש מסגרת	דיור	סה"כ	סיבות לכניסה לתפקיד*
53	36	39	45	רצון לתרום לאנשים עם פיגור שכלי***
24	22	21	23	עניין במקצוע
22	20	23	22	היכרות קודמת עם התחום/אנשים
4	2	12	7	עבודה נוחה**
24	34	32	29	במקרה
9	8	5	7	חסר ברירה

* ניתן לציין יותר מתשובה אחת
** P<0.005
*** P<0.05

המנהלים נשאלו מספר שאלות בנושא גיוס מטפלים. חלק ניכר מהם (69%) גייסו עובדים לתפקיד מטפל בשנתיים האחרונות ומחציתם דיווחו על קשיים בגיוס (לוח 30). שיעור המנהלים שדיווחו על קשיים בגיוס היה גבוה יותר במסגרות דיור ויום שהות ארוך מאשר במע"ש (50%, 34% ו-21% בהתאמה).

לוח 30: גיוס מטפלים וצינורות גיוס לפי דיווח המנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת	יום ארוך	מע"ש	דיור	סה"כ	
	67	64	79	69	מנהלים שגייסו מטפלים ומדריכים (בשנים 2001-2000)
	100	100	100	100	קשיים בגיוס
	34	21	50	35	היו להם קשיי גיוס
	33	43	29	34	לא היו להם קשיי גיוס
	33	36	21	31	לא גייסו
					סוג צינורות הגיוס*
	50	43	54	49	"חבר מביא חבר"
	35	29	46	36	מודעה בעיתון
	46	21	23	34	פרסום פנימי (בתוך המסגרת)
	23	7	50	26	מודעה במוסד להשכלה גבוהה**
	100	100	100	100	מספר סוגי צינורות הגיוס
	24	21	21	23	אחד
	21	29	43	26	שניים-שלושה
	22	14	15	20	ארבעה-שישה
	33	36	21	31	לא גייסו בשנתיים האחרונות
					* ניתן לציין יותר מצינור גיוס אחד
					* P<0.05

באשר לשיטות הגיוס, נמצא כי מרבית המנהלים (49%) נוקטים בשיטה של "חבר מביא חבר", שיטה שהספרות מראה את יעילותה. נמצאו הבדלים בין המסגרות בשיטות הגיוס הנפוצות. כך למשל, שיעור גדול יותר של מנהלים בדיור מפרסמים מודעות בעתון (46%, לעומת 29% במע"ש ו-35% ביום שהות ארוך). נמצא שכמחצית המנהלים משתמשים ביותר מצינור גיוס אחד, במיוחד במסגרות דיור.

10.2 תחלופת עובדים

היבט נוסף שנבחן בדיווחי המנהלים הוא היקף העזיבה של מטפלים ומדריכים, ובכלל זה שני תהליכים: האחד - פיטורין והשני - עזיבה ביוזמת העובד.

לוח 31 מראה כי מחצית המנהלים (51%) התמודדו עם התופעה של עזיבת מטפלים במהלך השנתיים האחרונות: מעל שליש (37%) פיטרו עובדים ושיעור דומה (36%) דיווחו שמטפלים עזבו את המסגרת. ביחס לשני תהליכים, פיטורין ועזיבת המסגרת, בולט שיעור המנהלים שדיווחו על כך בדיור (50% ו-46% בהתאמה). כמו כן, שיעור ניכר מהמנהלים ביום שהות ארוך (39%) דיווחו שמטפלים עזבו את המסגרת.

כמעט כל המנהלים שפיטרו מטפלים עשו זאת משום שלא היו מרוצים מעבודתם (24%). בהתייחסותם לסיבות לעזיבה של המטפלים, ציינו המנהלים שלוש סיבות עיקריות: סיבות אישיות (כמו סיום לימודים ומעבר מגורים), עבודה קשה ושכר נמוך. על מנת לצמצם את תופעת העזיבה, כמעט כל המנהלים, סבורים שצריך להעלות את השכר ולשפר את תנאי העבודה של מטפלים ומדריכים.

לוח 31: מטפלים שעזבו ו/או פוטרו בשנים 2000-2001 על-פי מנהלים, לפי מסגרת (באחוזים)

מסגרת	סה"כ	דיור	מע"ש	יום ארוך
מנהלים שדיווחו כי לפחות מטפל אחד עזב ו/או פוטר	51	62	43	50
מטפלים פוטרו (לפחות אחד)	37	50	29	35
מטפלים עזבו (לפחות אחד)	36	46	21	39
סיבות לעזיבת מטפלים*				
סיבות אישיות (סיום לימודים, מגורים וכדומה)	21	31	7	23
עבודה קשה	23	15	7	35
שכר נמוך	19	23	7	23
דרכים לצמצום תופעת העזיבה*				
שיפור שכר ותנאי עבודה	30	31	14	39
לשלוח את המטפלים להשתלמויות	8	8	0	12
לא ניתן למנוע את תהליך העזיבה	8	31	0	0
* ניתן לציין יותר מתשובה אחת				

המנהלים התבקשו לתת נתונים על היקף התחלופה בשנת 2001 (לוח 32).¹ הנתונים מראים כי השינויים בכוח האדם של המטפלים (עובדים חדשים נכנסים למערכת ועובדים עוזבים אותה) הם רחבי היקף ועומדים על שליש מהעובדים (31%). תופעה זו בולטת במיוחד בדיוור (40% גויסו ו-32% עזבו/ פוטרו). ומצומצמת יחסית במע"ש (17% ו-15%, בהתאמה).

לוח 32: גיוס ועזיבה/פיטורין של מטפלים בשנת 2001 על-פי מנהלים, לפי מסגרת

מסגרת	מספר עובדים	
	גויסו ב-2001	עזבו/פוטרו ב-2001
במספרים מוחלטים		
סה"כ	407	125
דיור	144	57
מע"ש	105	18
יום ארוך	158	50
באחוזים		
סה"כ	31	23
דיור	40	32
מע"ש	17	15
יום ארוך	32	20

¹ על מנת לחשב את שיעור העזיבה, הנחנו שסה"כ העובדים בתחילת ינואר 2002 היה דומה לזה של סה"כ העובדים בשנת 2001.

ביבליוגרפיה

- כורזים, מ.; גורן, ט.; נירן, ר. 1999. **מטפלות בית בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה**. דמ-02-365. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- נאון, ד.; מנדלר, ד. 1996. **מפעלי עבודה שיקומיים לאוכלוסייה עם פיגור שכלי**. דמ-258-96, גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- נאון, ד.; בן סעדון, מ. 1996. **הערכת המצב הקיים במעונות שבפיקוח האגף לטיפול באדם המפגר, משרד העבודה והרווחה**. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים (לא פורסם).
- מנדלר, ד.; נאון, ד. 1998. **הערכת תכנית של "רצף שירותי תעסוקה" לאוכלוסייה עם פיגור כלי בארבעה יישובים בארץ**. דמ-98-320. גוינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ארליך נ. 1998. "שחיקה בקרב עובדי שיקום מקצועיים וסמך-מקצועיים". רימרמן, א.; חובב, מ.; דובדבני א.; רמות, א. (עורכים). **נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל: צרכים ומענים**. עמ' 251-266. הוצאת ספרים ע"ש י"ל מאגנס, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- Braddock, D.; Mitchell, D. 1992. *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities in the United States: A National Study of Staff Compensation, Turnover and Related Issues*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Bradley, V.J.; Taylor, M.; Mulkern, V.; Leff, J. 1997. "Quality Issues and Personnel: In Search of Competent Community Support Workers". In: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (eds.) *Quality of Life*, Vol II, pp. 149-164. AAMR, Washington DC.
- Caton, D.J.; Grossnickel, W.F.; Cope, J.G.; Long, T.E.; Mitchell, C.C. 1988. "Burnout and Stress among Employees at a State Institution for Mentally Retarded Persons". *American Journal of Mental Retardation* 93:300-304.
- Cherniss, C. 1980. *Professional Burnout in Human Service Organizations*. Prager, New York.
- Edwards, P.; Miltenberger, R. 1991. "Burnout among Staff at Community Residential Facilities for People with Mental Retardation". *Mental Retardation* 29:125-128.
- Felton, J.S. 1998. "Burnout as a Clinical Entity: Its Importance in Health Care Workers". *Occupational Medicine* 48:237-250.
- Hastings, R.; Horne, S. 2004. "Positive Perceptions Held by Support Staff in Community Mental Retardation Services". *American Journal on Mental Retardation* 109:53-62
- Ito, H.; Kurita, H.; Shiiya, J. 1999. "Burnout Among Direct-Care Staff Members of Facilities for Persons with Mental Retardation in Japan". *Mental Retardation* 37(6):477-481.
- Jackson, S.E.; Schwab, L.; Schuler, R.S. 1986. "Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon". *Journal of Applied Psychology* 71:630-640.

- Jaskulski, T.; Metzler, C. 1990. *Forging a New Era: The 1990 Report on People with Developmental Disabilities*. Appendix. Washington, DC: National Association of Developmental Disabilities Councils.
- Lakin, K.C.; Bruininks, R.H. 1981. *Occupational Stability of Direct-Care Staff of Residential Facilities for Mentally Retarded People*. Minneapolis :University of Minnesota, Department of Psycho-Educational Studies, Center for Residential Services and Community Living.
- Larson, S.A.; Lakin, K.C. 1999. "Longitudinal Study of Recruitment and Retention in Small Community Homes Supporting Persons with Developmental Disabilities". *Mental Retardation* 37:267-280.
- Larson, S.A.; Hewitt, A.; Anderson, L. 1999. "Staff Recruitment Challenges and Interventions in Agencies Supporting People with Developmental Disabilities". *Mental Retardation* 37:36-46.
- Larson, S.A.; Lakin, K.C.; Bruininks, R.H. 1998. *Staff Recruitment and Retention: Study Results and Intervention Strategies*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Larson, S.A., & Lakin, K. C.,1992. "Direct-Care Staff Stability in a National Sample of Small Group Homes". *Mental Retardation* 30:25-38.
- Larson, S.A.; Hewitt, A.; Lakin, K.C. 1994. "Residential Services Personnel: Recruitment, Training and Retention". In: Hayden, M. & Abert, B. (eds.) *Challenge for a Service System in Transition: Ensuring Quality Community Experiences for Persons with Developmental Disabilities*, pp. 313-341. Brookes, Baltimore.
- Legislative Budget and Finance Committee. 1989. *Report on Salary Levels and their Impact on Quality of Care for Client Contact Workers in Community-Based MH/MR and Child Care Programs*. Harrisburg: Pennsylvania General Assembly.
- MacAdam M. 1993. "Home Care Reimbursement and Effects on Personnel". *The Gerontologist* 33(1):55-63.
- Mitchell, G.; Hastings, R.P. 2001. "Coping, Burnout, and Emotion in Staff Working in Community Services for People With Challenging Behaviors". *American Journal on Mental Retardation* 106:448-459.
- Parker, P.A.; Kulik, J.A. 1995. "Burnout, Self and Supervisor-Rated Job Performance and Absenteeism among Nurses". *Journal of Behavioral Medicine* 18:581-599.
- Pines, A.M.; Maslach, C. 1978. "Characteristics of Staff Burnout on Mental Health Setting". *Hospital and Community Psychiatry* 29:233-237.
- Pines, A.M.; Aronson, E.; Kafry, D. 1981. *Burnout: From Tedium to Personal Growth*. The Free Press, New York.

Prouty, R.; Lakin, K.C. (Eds.) 1998. *Residential Services for Persons with Developmental Disabilities: Status and Trends through 1997*. Minneapolis: University of Minnesota, Research and Training Center on Community Living.

Shirom, A. 1989. "Burnout in Work Organization". In: C.L. Cooper & I. Robertson (eds.) *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). John Wiley, New York.

Wanous, J.P. 1992. *Organizational Entry: Recruitment, Selection, Orientation and Socialization of Newcomers*. (2nd ed.). New York: Addison Wesley.