



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



אוניברסיטת חיפה  
UNIVERSITY OF HAIFA

# עמדות אנשי צוות במגזר הערבי כלפי שילובם של אנשים מפגרים בקהילה

**מייסא מזאוי-מרג'יה**  
**בהדרכת: ד"ר אילנה דבדבני**

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות  
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"  
אוניברסיטת חיפה, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות  
בית הספר לעבודה סוציאלית



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

2001

## תוכן העניינים

### עמוד

IV	.....	תקציר
1	.....	מבוא
3	.....	סקירה ספרותית
14	.....	שיטה
20	.....	ממצאים
28	.....	דיון
41	.....	ביבליוגרפיה
49	.....	נספחים
59	.....	תקציר באנגלית

**עמדות אנשי צוות במגזר הערבי כלפי שילובם של אנשים מפגרים בקהילה**

מייסא מזאוי-מרג'יה

## תקציר

בשנים האחרונות גוברת ההתייחסות לעמדות של כלל הציבור כלפי אנשים מפגרים, כחלק מהחלת רעיון הנורמליזציה ומתן הזכות לאדם המפגר לחיות באופן הקרוב ביותר והכי פחות מגביל, לחיי החברה הכוללת. התפיסה אשר רווחה בעבר, על פיה אנשים בעלי פיגור שכלי מקומם במסגרות מוגנות וסגורות, קיבלה תפנית חדה וכיום היא כוללת התייחסות נרחבת להיבטים המקצועיים בשיקומה של אוכלוסייה זו. כיום ידוע כי תפיסה וישום של רעיון הנורמליזציה עשויים להשפיע על רמת שילובם של אנשים בעלי פיגור, במערך המגורים הקהילתי, בין אם מעונות פנימייה, הוסטלים או דירות בקהילה. מאחר וידוע כי עמדות מהוות כוח לשינוי והשפעה רבת עוצמה, גם עמדותיהם של אנשי הצוות המקצועיים וסמך-מקצועיים, אשר באים בקשר עם אוכלוסיית האנשים המפגרים, הן בעלות השלכות נרחבות על תהליך השיקום של אוכלוסייה זו ושילובה באוכלוסייה הכללית. מתן הדרכה לצוות המקצועי והסמך-מקצועי עשויה להשפיע באופן ישיר על עמדותיהם של אנשי הצוות, על עמדות כלל האוכלוסייה ועל קובעי המדיניות, ומכאן החשיבות של התייחסות להיבט זה.

נושא העמדות של אנשי צוות בתחום השיקום אומנם נחקר בישראל, אולם הוא טרם נבדק מחקרית בקרב אנשי צוות במגזר הערבי. על כן, החשיבות של בדיקת נושא עמדות אנשי צוות מהמגזר הערבי כלפי שילובם של אנשים מפגרים בקהילה. מטרת המחקר הייתה לבחון את השפעתם של משתנים שונים על עמדות אנשי הצוות הערביים כלפי שילוב האדם המפגר בקהילה. שאלת המחקר המרכזית שנבדקה הייתה האם עמדות אנשי הצוות תימצאנה קרובות לתפיסת הנורמליזציה, באם יימצאו הבדלים בין צוות מקצועי לצוות סמך מקצועי, והאם יימצאו הבדלים בין המסגרות השונות (לשכות רווחה, מעונות פנימייה ודיור קהילתי).

המחקר בחן ארבע השערות:

1. אנשי צוות העובדים במסגרות של דיור קהילתי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב של אנשים מפגרים בקהילה, מאשר אלה העובדים במעונות פנימייה.

### IV

2. אנשי צוות משכילים יותר ובעלי הכשרה מקצועית, שהם בעלי תפקידים מקצועיים, יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב בקהילה, מאשר אלה שהם פחות משכילים ומועסקים בתפקידים סמך מקצועיים.

3. יימצאו הבדלים בעמדות אנשי צוות אשר קיבלו הדרכה, לעומת אלה שלא קיבלו הדרכה, ביחס לשילוב האדם המפגר בקהילה.

4. אנשי צוות צעירים יותר ואנשי צוות נשואים יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב אנשים מפגרים בקהילה, מאשר אנשי צוות מבוגרים יותר ואנשי צוות רווקים.

המחקר כלל מדגם של 50 עובדים סוציאליים מלשכות רווחה המפוזרות באזור הצפון, 1481- אנשי צוות מקצועי וסמך-מקצועי ממעונות הפנימייה ומדירור הקהילתי. כל שאלון מולא על ידי אחד מאנשי הצוות לאחר שהביע את הסכמתו להשתתף במחקר. לצורך בדיקת ההשערות נעשה שימוש בשני כלים:

1. סולם עמדות לגבי החיים בקהילה עם אנשים בעלי פיגור שכלי של הנרי ועמיתיו The Community Living Attitude Scale – CLASS-MR (Henry, et. al., 1996).

2. שאלון דמוגרפי הכולל פרטים אודות אנשי הצוות, גיל, מצב משפחתי וכיו"ב.

כשני שלישים מהאוכלוסייה שנדגמה הן נשים, ללא הבדל מובהק בין המסגרות השונות. חלק ניכר (38% מדירור קהילתי, 41% ממעונות פנימייה, 48% מלשכות רווחה) מאנשי הצוות הם בסוף שנות העשרים לחייהם או בתחילת שנות השלושים, כאשר העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מבוגרים באופן מובהק מאלה העובדים במעונות. כמחצית מאנשי הצוות בדירור הקהילתי ובמעונות נשואים, לעומת 90% מעובדי לשכות הרווחה. 64% מאנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות הם בעלי השכלה אקדמאית והיתר בעלי השכלה תיכונית. לעומתם, כל עובדי לשכות הרווחה הם בעלי השכלה אקדמאית וכולם עובדים מקצועיים. כמחצית מהעובדים בהוסטלים ובמעונות הם סמך-מקצועיים, כאשר מעט יותר משליש מהם מועסקים במקצועות נלווים לשיקום וכ-14% הינם עובדים בעלי התמחות סמך-מקצועית בשיקום.

ממצאי המחקר העיקריים היו כי אנשי צוות מקצועיים הם בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב האדם המפגר בקהילה, מאשר אנשי צוות סמך-מקצועיים. ניתן להסביר ממצא זה בכך שאנשי הצוות המקצועיים רכשו השכלה המבוססת על תכנים טיפוליים וחינוכיים שמקורם בחברה המערבית. ערכים אלו אינם עולים בקנה אחד עם האוריינטציות הערכיות של החברה הערבית בישראל, אלא מהווים מקור לשינוי ערכי ותפיסתי בקרב אנשי המקצוע הערביים; הם עוברים תהליך של סוציאליזציה, רוכשים השכלה ועוברים הכשרה וחיפה לידע מקצועי עדכני, אשר תורם לשינוי עמדות לכוון חיובי יותר. לעומתם, אנשי

הצוות הסמך מקצועי ברובם בעלי השכלה תיכונית ומקום העבודה שלהם ארעי עבורם, הם לא עברו כל חשיפה לאוכלוסיית האנשים בעלי פיגור שכלי טרם עבודתם הנוכחית. על כן, האמונות והערכים אשר הם חונכו על פיהם ממשיכים ללוות אותם במבגרת עבודתם ומשתקפים בעמדותיהם כלפי האנשים המפגרים.

ממצאי מחקר זה וממצאי מחקרים נוספים מספקים בסיס לאמונה כי השקעה בהכשרתם של אנשי הצוות, תוך מתן חשיבות לשינוי עמדותיהם כלפי האוכלוסייה עשויה לתרום לפיתוח של צוות מקצועי המונע על ידי האמונה ברעיון השילוב, המיישם את התפיסה הפילוסופית הזו בעבודתו היומיומית.

לממצאי המחקר השלכות ישירות ועקיפות על תהליך השתלבותם של העובדים הסמך-מקצועיים התחומי הרווחה, החינוך, בגופים אמבולטוריים ובמסגרות הטיפול השונות. יישום עקרון הנורמליזציה מופקד במידה לא מבוטלת בידי העובדים הסמך-מקצועיים, המשמשים כאחת מזרועותיה של "הרשות המבצעת" במסגרות שירותי השיקום. הכשרת העובד הסמך-מקצועי והכנתו לפעילות עם אנשים בעלי פיגור שכלי, עשויה למתן חרדות ודעות קדומות בבואו לעבוד עם האוכלוסייה, גם אם היה במגע עם אוכלוסייה זו בעבר. מכאן ניתן לומר כי הכנה מתאימה של העובדים באמצעות קיום של קשרי גומלין עם אדם נכה והוספת ידע והכשרה מקצועית הולמת בזמן קליטתו ושיבוצו של העובד במערכת, יתרמו לפיתוח מיומנויות התנהגותיות ומיומנויות תפקודיות נורמטיביות, כלפי האדם בעל הפיגור.

VI

1

## **מבוא**

לעמדות הציבור כלפי אנשים מפגרים זיקה לאופי הקשר שלו איתם ולמהותו. חברה בעלת עמדות חיוביות כלפי אנשים מפגרים תאפשר להם למצות את זכויותיהם ולקדם את איכות חייהם בסביבה הכי

פחות מגבילה; חברה המאופיינת בגישה פחות חיובית כלפי אנשים מפגרים ואשר תפיסותיה כלפי האדם המפגר מתאפיינות בדעות קדומות, תצמצם את זכותם של אנשים מפגרים לאיכות חיים (Yuker, 1988). מבחינת האדם המסייע, תפיסה חיובית של האדם המפגר או הנכה משמעה הקניית שירות איכותי, המצדד בשילובו המרבי בחברה. משמעות התפיסה האחרת היא לעיתים הקניית שירות המחויב פחות לשילובו ולהתערבותו של האדם החריג בחברה (Wolfensberger, 1975).

גורם חשוב בהתפתחות העמדה הוא החינוך על פי עקרון הנורמליזציה, עיקרון שנוהגים להדגישו במסגרת הלימודים המקצועיים. לעקרון זה השפעה מרחיקת לכת לא רק על עמדות איש המקצוע אלא גם על שיטות הטיפול שהוא נוקט. ייתכן שקיים כאן קונפליקט בין החינוך לנורמליזציה שמקנות מסגרת קונספטואלית לבחירת המטרות ושיטות ההתערבות של בעלי מקצוע, לבין דעות קדומות ועמדות כלפי אנשים חריגים. על פי פארל, נורמליזציה אמורה ליצור ציפיות ועמדות חיוביות בקרב הבאים במגע ובקשר גם עם אוכלוסיית חריגים (פארל, 1995). לחשיפה ללימודים, לתהליך הסוציאליזציה למקצוע ולעקרון הנורמליזציה השפעה על עיצוב העמדות של עובדים כלפי אנשים מפגרים.

בין העבודות הראשונות בתחום השיקום שהתייחסו לעמדות כלפי אנשים חריגים ניתן למנות את מחקרם של רייט ורוטשילד (Wright, 1983; Rothchild, 1970). הם ציינו כי עמדות החברה כלפי אנשים חריגים, בדומה לאלה שכלפי קבוצות מיעוט, מלוות במערך של דעות קדומות ועמדות שליליות, המתבטאות לעתים בהתנהגות מסתגרת ומתבדלת.

בנושא העמדות כלפי אנשים מפגרים נהוג להבחין בין קבוצת העובדים המקצועיים כגורמים מטפלים, ובהם עובדים סוציאליים, רופאים, מחנכים ופסיכולוגים, לבין עובדים סמך-מקצועיים ומתנדבים. הראשונים מודעים יותר למרכזיותה של העמדה כלפי האדם המפגר בזכות הידע הנרכש בתקופת הסוציאליזציה למקצוע, המגבש ומעדן תפיסות, ואילו העובד הסמך-מקצועי חווה את העמדה יותר מבחינה רגשית ופחות מבחינה קוגניטיבית או אידיאולוגית, ולעתים אף משלב עמדותיו בנושא חרדות ועמדות קדומות (הוזמי, 1997).

בהקשר לעמדותיהם של עובדים סמך-מקצועיים ציינה ברזון (1989), כי בשל העובדה שהעובדים הם חלק מן האוכלוסייה הכללית, הם מבטאים כלפי האדם המוגבל עמדות הדומות לאלו

הרווחות בחברה. יש להניח, שבשל העדר ידע עלול העובד הלא מקצועי לגלות חרדה ושיפוטיות במגעו עם אדם חריג. כפי שמסביר הוזמי (1997), דפוסי התנהגות אלה עלולים לחפות על בורות.

אחד המשתנים החשובים המשפיעים על עמדתו של האדם כלפי קבוצת המיעוט הוא מידת המגע (contact) והחשיפה ליחידים בקבוצת המיעוט (Florian & Kehat, 1987; Yucker, 1988). משום כך ניתן להניח כי חשיפת כוח אדם סמך-מקצועי למגע עם אדם חריג תביא לשינוי בעמדותיהם כלפיו (בכיוון חיובי או שלילי). שינוי זה עלול לנבוע מעצם ההיכרות עם האדם החריג והשונה וההתנסות במילוי צורכי הקיום היומיומיים שלו.

מכיוון שאנשי צוות - הן עובדים מקצועיים והן סמך-מקצועיים - הם האמונים על יישום מטרות של סוכנויות שירות, הרי גם אם המטרות הן לכיוון הכלה ושילוב, הרי ככל שהצוות כולל יותר עובדים סמך-מקצועיים, כך תהיינה עמדותיהם כלפי שילוב פחות חיוביות והן עלולות להוביל לעצירת ההצלחה של השילוב, שכן העמדה משפיעה גם על הפרקטיקה (הוזמי, 1997). השערת המחקר היא, שאימון והכשרה לרעיון הנורמליזציה ושילוב האדם המפגר בקהילה של הבאים במגע אתו ישפר את עמדותיהם בנושא וימתן חרדה ודעות קדומות.

בשירותי הרווחה בישראל עובדים סמך-מקצועיים הם משאב חשוב בצד העובדים המקצועיים. עובדים כאלה פועלים במקומות שבהם אין די עובדים מקצועיים כדי לספק מענה לכל הצרכים והבעיות בקהילה. במגזר הערבי הוקמו כמה מסגרות לאנשים חריגים ברוח הנורמליזציה והשילוב בקהילה, כגון דיור קהילתי ומעונות פנימייה. צוות העובדים כולל עובדים מקצועיים וסמך-מקצועיים, כמתואר לעיל. מטרתה של עבודה זו היא לבדוק את עמדותיהם כלפי נורמליזציה ושילוב ואת השפעת עמדותיהם על עבודתם היומיומית, שהיא מצידה משפיעה על חיי היומיום של חניכיהם. המחקר יתמקד בבדיקת הבדלים בעמדות כלפי שילוב בקהילה בין אנשי צוות מקצועיים ואנשי צוות סמך-מקצועיים. תוצאות המחקר ישקפו מעין תמונת מצב לגבי עמדותיהם של אנשי צוות במגזר הערבי כלפי עקרון השילוב של אנשים מפגרים בקהילה ויסייעו לקובעי המדיניות בפיתוח שירותים לאוכלוסיית האנשים עם פיגור במגזר הערבי.

כן עשויות להיות לתוצאות המחקר השלכות על הכשרתם של עובדים סמך-מקצועיים לאוכלוסייה החריגה שעמה הם באים במגע. אישוש השערת המחקר אודות הקשר בין אימון והכשרה להפנמת רעיון השילוב של האדם המפגר בקהילה לבין עמדות המעריך הבא אתו במגע, ילמד על הצורך להרחיב את ההכשרה והחינוך לכל אדם שיבוא בקשר עם האדם המפגר. חשיפה והתנסות ברעיון השילוב עשויים למתן חרדה ודעות קדומות.

## סקירה ספרותית

### א. הגדרת הפיגור השכלי

המחקר עוסק באנשים העובדים עם אנשים מפגרים בשכלם. בספרות המקצועית קיימות כל מיני הגדרות של פיגור שכלי. אחת החדישות שבהן היא זו של האגודה האמריקאית לפיגור השכלי (AAMR) משנת 1992, אשר ניסתה לשפר את ההגדרות הקיימות על ידי שילוב מדדים נוספים. היא אמנם הדגישה שציוני ה-IQ, שהיו חלק בלתי נפרד מן ההגדרה הם אכן תנאי הכרחי לקיום הפיגור השכלי, אך בשום מקרה אינם תנאי מספיק. ההגדרה מציבה שלושה קריטריונים ברורים וספציפיים לפיגור שכלי:

1. מגבלה משמעותית בתפקוד הנוכחי, שמתבטאת בתפקוד אינטלקטואלי נמוך במידה משמעותית מהממוצע (שתי סטיות תקן).
2. מגבלה זו מתקיימת בו-זמנית עם מגבלה בשניים או יותר מתחומי המיומנויות ההסתגלותיות האלה: תקשורת, עזרה עצמית, חיי יומיום, מיומנויות חברתיות, שימוש במשאבים קהילתיים, הכוונה עצמית, בריאות ובטיחות, תפקודים עיוניים, פנאי ותעסוקה.
3. המגבלה מתגלה לפני גיל 18.

### ב. עמדות

עמדה היא מעין מפתח ליחס כלפי אובייקט מסוים. ריבוי ההגדרות של המושג מלמד על מורכבותה. באופן כללי ניתן לחלק הגדרות אלו לשתי קבוצות: הגישה החד-ממדית והגישה הרב-ממדית.

#### הגישה החד-ממדית

אלפורט (Allport, 1954) הגדיר עמדה כמצב של נכונות נפשית, המאורגנת בעזרת הניסיון המשפיע באופן ישיר על תגובת היחיד כלפי כל אובייקט או מצב שעמו הוא קשור. הגדרות נוספות ברוח זו ניתן למצוא אצל ברובולד (Bruvold, 1970) וכן אצל רוזנברג (Rosenberg, 1956). בגישה החד-ממדית ניתן לכלול גם את "תיאורית האיזון" של פסטינגר (Festinger, 1957) והיידר (Heider, 1958), שלפיה אימוץ עמדה שלילית מסייע לאדם להגיע לאיזון (קונסוננס). הפגישה עם האדם החרוג היא מצב בלתי מוכר ובלתי מובנה מבחינה קוגניטיבית. למשל, אדם הבא במגע עם אדם חריג מרגיש מאוים, שכן האיזון הקוגניטיבי שלו מופר בשל היווצרות מציאות חדשה. תחושת החרדה הנובעת מאיום זה גורמת להתרחקות מאובייקט החרדה. התנהגות מתבדלת זו מתורצת בין השאר בסטים של אמונות המסייעות לחסל את הדיסוננס הקוגניטיבי ולהגיע לאיזון מחודש.



## הגישה הרב-ממדית

גישה זו ממתנת את האוריינטציה ההתנהגותית של המונח עמדה. היא מבוססת על הטענה, כי בכל מצב אנושי קיימים שלושה מרכיבים קיומיים: לדעת, לפעול ולהרגיש. קרץ' (Krech, 1962) הגדיר עמדה כמערכת, פחות או יותר קבועה, שיש בה שלושה מרכיבים מרכזיים סביב אובייקט אחד: המרכיב הקוגניטיבי, שכולל אמונות תפיסות (המידע הקיים) לגבי אובייקט, המרכיב האפקטיבי - רגשות, העדפות או אי העדפות לגבי האובייקט, והמרכיב ההתנהגותי - נטיית המעריך להתנהג או לפעול בצורה מסוימת כלפי האובייקט המוערך, בהקשר חברתי ספציפי.

הספרות העוסקת בחקר העמדות מלמדת על מורכבותה של העמדה ולפיכך מדגישה את הצורך בהגדרת עמדה באופן רב-ממדי. על פי גישה זו, מידת האפקט של אדם על זולתו נמצאת בקשר גומלין הדוק עם תהליכים פסיכולוגיים נוספים. בהקשר הנדון הסבירה עמינדב (1985), כי המרכיב הקוגניטיבי בעמדה נמצא במתאם עם המרכיב האפקטיבי. כלומר, הפרט מגבש את עמדותיו ואמונותיו כלפי הגורם המוערך גם על פי מידת האפקט (הרגש) שיש לו כלפיו.

### עמדות הציבור כלפי האדם המפגר בשכלו

עד לאחרונה שלטה הגישה שעמדת החברה כלפי האדם החריג דומה לעמדתה כלפי קבוצות מיעוט אתניות (או דתיות), והיא שלילית מעיקרה (Rothchild, 1970). ריט (Wright, 1983) מתייחסת למיתוסים בהם מחזיקה החברה כלפי אנשים חריגים, כגון "מיתוס הטרגדיה", שלפיו מזוהה החריגות עם אסון. עמדה זו באה לידי ביטוי בהימנעות מיצירת קשר חברתי עם האדם החריג, בחוסר נכונות להעסיקו ואף להימצא בקרבתו.

גם היום יחס החברה אל האדם החריג והמוגבל הוא מורכב, רב-ממדי ומושפע במידה רבה מאמונות וגישות המקובלות בחברה בתקופה נתונה (בריאן, רייטר וניומן, 1986). המחקרים הרבים שנערכו בשנים האחרונות על עמדות כלפי אנשים מפגרים הראו שהעמדות של כלל הציבור כלפי אנשים מפגרים הן סטריאוטיפיות ושליליות. הם מציינים שהדעה הקדומה נגד אנשים חריגים טבועה עמוק בתרבות וסיבתה העיקרית היא נורמות המייחסות חשיבות רבה לשלמות הגוף (זכאי, 1982; חמיאל, 1986).

המרכיב הרגשי בעמדות החברה משתקף ביחסה המפלה כלפי קבוצת מיעוט, יחס הגורר סנקציות התנהגותיות (Wright, 1993). נסים (1997) ציינה, כי דחיית החברה את האדם המוגבל מבטא סנקציה חברתית כלפי אדם שהפר את חוקיה ואת תביעותיה לבריאות יופי, כוח פיזי, עצמאות ואי תלות כלכלית. בהקשר זה ציין יוקר (Yuker, 1988) כי אנשים עם חריגות מזוהים יותר עם חריגותם ופחות עם שאר מאפייניהם.

המחקרים הראו שהתגובות המתעוררות אצל האדם כלפי אדם מפגר הן פחד, חרדה, ביקורת יתר, הימנעות ממגע והתעלמות ספונטנית. לעתים מתרחשת הכללה לתחומים רחבים יותר, כמו התעלמות מתכונות אישיות אחרות של החריג (עמינדב, 1985).

הגישה המסורתית גורסת שהאדם המפגר הוא חסר אוניס וזקוק להשגחה ולטיפול, אין מצפים ממנו לדבר ואין מביאים בחשבון את מאמציו להיות פעיל בחברה. גישה כזאת רואה את האדם החריג כאדם הזקוק להשגחה בלבד, אשר אינו מסוגל לתרום לחברה (קרלסון, 1981).

בסקירה היסטורית של עמדות הציבור כלפי אנשים מפגרים מדווח על עמדות שליליות עקביות, המשפיעות על תחומים אחרים, כגון תעסוקה, חינוך, רפואה ומגורים (Wolfensberger, 1972).

באחד המחקרים של קסטנר, ריבושי ופיזולי (Kastner, Repuci, & Pezzoli, 1979) נמצא, שקיימת קבלה חיובית של אנשים מפגרים בשכלם על ידי הקהילה. הנשאלים טענו שהם מוכנים לשילוב אנשים מפגרים בקהילה בלא חשש להתנגדות מצד הציבור. כאשר העמידו שאלון לנשאלים, בו נאמר שהבתים הסמוכים להם מוצעים להוסטלים לאנשים מפגרים בשכלם, עמדות אלו השתנו. ההנחה הייתה שנוכחות איום ממשי לקבוצת הניסוי עוררה עמדות שליליות יותר. מסקנות החוקרים הייתה, שאנשים עשויים להדחיק את עמדותיהם או שהם אינם מודעים להן, אך כשקיימת מעורבות אישית, עמדות אלו משתנות (עמינדב, 1985).

אותה תופעה מצא ג'ונס (Jones, 1972). במחקרו נמצאו תגובות כלליות חיוביות כלפי נושאים כמו פיתוח תוכניות לאנשים עם פיגור שכלי, אך כאשר דנו בקירוב האנשים המפגרים הנבדקים על ידי השמה בקהילה, תעסוקה בקהילה, מגורים וכדומה, בלטו הדחייה והעמדות השליליות בקרב הנבדקים. מתברר אם כן, כי מרבית המחקרים בחקר עמדות מצביעים על כך שעמדותיהם של כלל הציבור כלפי אנשים מפגרים הן שליליות וסטריאוטיפיות. אמנם יש גם עמדות מוצהרות חיוביות, אך הן "נעלמות" בעת מעורבות אישית ואיום ממשי. אופיין של עמדות הציבור כלפי אנשים מפגרים הוא בעל חשיבות רבה. תמיכה וקבלה ציבורית הן בין הגורמים החשובים ביותר בהצלחת שיקומם ושילובם של אנשים מפגרים בשכלם בקהילה.

#### משתנים המשפיעים על התפתחות העמדה:

##### משתנים סוציו-דמוגרפיים

**גיל** - לגילו של האדם שעמדתו נבדקת קשר לעמדותיו כלפי אדם חריג (הוזמי, 1997). קביעה זו מבוססת על ההנחה, כי בתהליך הסוציאליזציה מגבש הילד את עמדותיו כלפי בני אדם. בגיל החביון עדיין אין לו עמדה מגובשת משלו ועמדותיו תלויות לרוב בעמדות הוריו או בעמדות "זולת משמעות" (Rogers; 1951). עם זאת, נוטים לראות בגיל זה שלב התפתחותי שבו הילד מסוגל לפעול באופן אישי

עם מניעים וציפיות בתחום החברתי. נמצא שבגיל ההתבגרות עמדותיו של הנוער הן לרוב שליליות. נסים (1997) ציינה כי התכונות הסטריאוטיפיות המיוחסות לאדם חריג עשויות להתהוות אצל מתבגרים הנמצאים בשלב של גיבוש דימוים העצמי ובפרט אם לאותם מתבגרים דימוי עצמי יורד.

ככל שעולה גילו של האדם כך מתמתנות עמדותיו השליליות כלפי החריג (הוזמי, 1997; נסים, 1997). כך למשל, קשישים מגלים עמדות חיוביות יותר כלפי אנשים חריגים בהשוואה לאנשים צעירים יותר. בהתבסס על מחקרים אלה הערכנו, כי נחקרים צעירים יותר יהיו בעלי עמדות שליליות יותר כלפי חריגים ביחס לזולת המבוגר יותר.

**מין** - בתרבותנו עדיין בנים מקבלים עידוד להיות תחרותיים, אסרטיביים ובלתי אמוציונליים, ואילו בנות מעודדות להיות בלתי תחרותיות, תלותיות ואמוציונליות. בהתאם לכך בנים מפתחים אוריינטציה להישגיות ובנות אוריינטציה כלפי הזולת (נסים, 1997). טענה אחרת היא כי דרכי הלימוד השונות נותנות לגיטימציה רבה לבנות לבטא רגשות ולהתרכז באינטראקציות בין-אישיות, בעוד אצל בנים הסוציאליזציה היא לכיוון ביצוע מטלות, הישגיות ותחרותיות (Coleman, 1980). ואמנם, נמצא כי עמדות כלפי אנשים מפגרים חיוביות יותר באופן משמעותי אצל נשים מאשר גברים. לבנות מתבגרות עמדות חיוביות יותר מאשר לבנים כלפי אוכלוסיות חריגות בכלל וכלפי אנשים מפגרים בפרט (Bialler, 1986). במחקר שנעשה בישראל נמצא, כי לצעירות בנות קיבוץ ועיר עמדות חיוביות יותר מאשר לבנים כלפי אנשים חריגים (Florian, Weisel, Kravitz, & Shurka, 1989).

כן נמצא שנשים אמנם נטו יותר מגברים לומר שלום ולהציג את עצמן לפני האדם המפגר, אבל גברים הסכימו להיעשות חברים של אנשים מפגרים. מחקר אחר, על עמדות ילדים כלפי בני אותו הגיל הלוקים בפיגור שכלי, מצא שבנות הן בעלות עמדות חיוביות יותר מבנים (Sparrow, Alison, Sinkfield, & Karnilowics, 1993). ההנחה במחקר זה היא, כי עובדות יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר מעובדים כלפי שילוב בקהילה.

**השכלה** - אין ממצאים אחידים בנושא: במספר מחקרים נמצא מתאם בין רמת השכלה לבין עמדות כלפי פיגור שכלי (Cottwald, 1970), ובמחקרים אחרים נמצאו ממצאים סותרים (Corman & Gottlieb, 1975).

בהתייחס למנבאים דמוגרפיים של חיפוש עזרה וקבלת הפיגור אצל הורים לילדים מפגרים נראה, שההורים בעלי החינוך הגבוה יותר, המשתייכים למעמד חברתי גבוה יותר ושלהם מספר ילדים קטן יותר, מקבלים את עובדת פיגור ילדם טוב יותר ונוטים להתמודד עם קשיים שצצים על ידי שימוש במקורות עזרה חיצוניים. מסקנה כללית זו הולמת מחקרים המראים שרמה סוציו-אקונומית גבוהה

יותר ורמת השכלה גבוהה יותר קשורות לעמדות חיוביות יותר כלפי חיפוש עזרה וכלפי האדם המפגר עצמו (Farber & Geller, 1977).

### מרכיב תרבותי

הימצאות ילד מפגר במשפחה עלול ליצור דילמה תרבותית הנובעת מהתנהגות ערכית ועמדות שהתרבות מייחסת לילד החריג. למשל, חברה תחרותית, תעשייתית ומטריאליסטית נוטה לראות באנשים מפגרים פרטים שלא הולכים עם הזרם, כך שבמשפחה בחברה כזו משפיע הקונטקסט התרבותי-חברתי על התפתחות הרגש והעמדה כלפי האדם המפגר בשכלו (עמינדב, 1985). לכן, כשאנו באים לבדוק גישות ועמדות לתופעות חברתיות מסוימות, עלינו להביא בחשבון את המרכיב התרבותי של החברה שבה הן נבדקו.

בחברה הישראלית, המשתנה האתני והתרבותי הוא בעל חשיבות עצומה, בהיותה חברת מהגרים הקולטת אוכלוסיות מתרבויות שונות. קבוצות תרבותיות אלו נטו לשמור על ערכים ומנהגים האופייניים לתרבות המקור. בדיקת משתנה זה בהקשר לעמדות כלפי אנשים חריגים חשובה במיוחד כאשר המטרה היא נורמליזציה - שילוב האדם החריג בקהילה כחלק נורמלי ממנה.

בשני המגזרים העיקריים בישראל, היהודי והערבי, מצויות תת-קבוצות אתניות שלכל אחת מהן תפיסות תרבותיות ייחודיות, וטרם נוצרה בה תרבות אחידה. בחברה היהודית המערבית הציפייה מן האדם המוגבל היא שהוא יוכל למלא את הפונקציות המצופות ממנו בחברה ולאמץ לעצמו סגנון חיים נורמטיבי כפי יכולתו. לכן ניתן להניח שיהודים ממוצא אירופי ואנגלו-סכסי יהיו בעלי עמדה חיובית יותר כלפי המוגבל (פלוריאן וקאתז, 1983). לעומת זאת, ליהודים ממוצא מזרחי גישה פטליסטית לאנשים מוגבלים. המוגבלות מפורשת אצלם כעונש משמים וכנובעת מכוחות על-טבעיים, ולכן גם בלתי ניתנת לתיקון באמצעים רפואיים-טיפוליים. מכאן הגישה של קבלה פסיבית של הגורל ורחמים כלפי אנשים חריגים (פלוריאן וקאתז, 1983).

בחברה הערבית בישראל שלוש קבוצות אתניות שונות - מוסלמים, נוצרים ודרוזים, אולם במחקר הנוכחי לא ייבדקו הבדלים בעמדות בין פרטים ותת-קבוצות אלא עמדות של קבוצת מיעוט אחת (ערבית) אנשי צוות - משלושת הקבוצות.

### דרכים לשינוי עמדות

#### מגע

בספרות מתואר, כי נבדקים שלא הכירו אדם מפגר באופן אישי נטו להעדיף הפרדה של מפגרים מהקהילה (Gottlieb & Corman, 1975). מחקרים שנעשו בתחום מראים כי במגע קודם, מקרי ולא

מתוכנן אין די כדי לגרום להיווצרות עמדות שליליות (Gottlieb & Davis, 1973) אך מפגש מתוכנן ומובנה מביא לשינוי העמדה לכיוון חיובי (נסים, 1997).

במחקר שהתנהל במקור בקנדה ציפו החוקרים (Laura, Spreen, & Micheal, 1991), שבהשוואה לתוצאות שהשיג אחד מהם כ-13 שנה לפני כן, תהיה תפיסת הפיגור השכלי חיובית יותר. השערה זו אוששה. הסבר אפשרי הוא שבשנים שחלפו מאז המחקר הראשון (Spreen, 1977) הייתה מדיניות אקטיבית של ביטול מוסדות ושילוב בקהילה. יתר על כן, ביטול המיסוד הביא לכך שיותר ילדים עם פיגור שכלי נשארים בתוך הקהילה, והדבר מביא לחשיפה מוקדמת יותר של ילדים ללא מוגבלויות אל ילדים עם מוגבלויות, ואיתה מגדיל את המודעות כלפיהם ואת הידע עליהם.

נראה אפוא שבעקבות יישום השינויים בחקיקה ובשיטות החינוך, ביטול ההפרדה ושילוב האנשים המפגרים בקהילה והעלאת המודעות, התרחש שינוי חיובי בעמדות כלפי אנשים עם פיגור שכלי.

#### ידע

הקשר בין הידע של אנשים על אנשים מפגרים לבין עמדותיהם כלפי אנשים מפגרים נבדק לא פעם, והממצאים אינם אחידים. נמצא כי עמדות של אנשים שופרו באופן משמעותי לאחר הרחבת הידע שברשותם (Donaldson, 1980; Gottlieb, 1980). דובדבני (1985) מדווחת על מתאם חיובי גבוה בין ידע של סטודנטים לעבודה סוציאלית לבין עמדותיהם כלפי שילוב נכים בקהילה. במחקר אחר נמצא כי לידע יש השפעה מעטה, אם בכלל, על שינוי עמדות בכיוון חיובי (Greenbaum & Wang, 1966). עם זאת נמצא, כי עמדות פחות חיוביות כלפי אוכלוסיית היעד קשורות בדרך כלל לחוסר ידע של הגורם המעריך אודות נושא החריגות (Geskie & Salasek, 1988).

#### חינוך וסוציאליזציה

קנדל-גרוס (1987) מציינת, כי במספר מחקרים נמצאו שילדים להורים בעלי עמדות חיוביות כלפי אנשים מפגרים מפתחים גם הם עמדות חיוביות. אחרים מדברים על פיתוח אמפתיה כלפי אנשים מוגבלים כדרך לשינוי עמדות, באמצעות שלושה מרכיבים: מעורבות אישית, חינוך והתנסות, שכוללת גם מגע פיזי (הוזמי, 1997).

בתכנון התערבות לשם שינוי עמדות יש להתייחס לשלושה מרכיבים אלה באופן משולב. מגע מוגדר כתהליך אינטראקציה, שבו עצם החשיפה לנושא החריגות גוררת תהליך למידה, הפרה של האיזון הפנימי והשפעה כלשהי על תהליכים קוגניטיביים, אפקטיביים והתנהגותיים. בעל עמדה שלילית נרתע מיצירת קשר עם הקורבנות של עמדתו ומשום כך, מגע הוא תנאי בסיסי להיחשפות לאנשים עם חריגות ולפיכך גם לתהליך שיביא לשינוי עמדות (לוי-שגב והרץ-לזרוביץ, 1986).

### עמדות אנשי צוות כלפי האדם המפגר בשכלו

לעמדותיהם של אנשי הצוות השפעה רבה על התנהגותם כלפי מי שהם באים במגע איתו. לעמדות שליליות של אנשי צוות בכירים ישנה השפעה על הפניית משאבים, על פיתוח שירותים ועל יישום תוכניות טיפול מתאימות (עמינדב, 1985).

סטודנטים להוראה דיווחו שהם מעדיפים לא ללמד ילדים מפגרים, בנימוק שקיימת מעט הערכה להוראת אוכלוסייה זה לעומת הוראת בעלי נכויות אחרות (עמינדב, 1985). אולי זה ממצא נוסף התומך בממצאים המלמדים שתחום הפיגור השכלי הוא בעל ההערכה השלילית ביותר מבין הנכויות. בבדיקת עמדות של צוותים חינוכיים וטיפוליים במעונות לאנשים מפגרים לגבי החניכים המפגרים ועבודתם באופן כללי נמצאו עמדות שליליות וחוסר שביעות רצון כללית. כן נמצא שעמדותיהם של קבוצות אנשי מקצוע, למשל מורים, שליליות יותר כלפי פיגור שכלי מאשר אלו של אנשים שעסקו במקצועות שונים לחלוטין מהוראה וטיפול. נבדקו גם עמדותיהם של אנשים שעוסקים בהוראה, חלקם בחינוך מיוחד עם ילדים מפגרים בשכלם וחלקם בחינוך רגיל. החוקרים מצאו שהמורים לחינוך מיוחד שעבדו עם ילדים מפגרים היו פחות אוטוריטיביים, פחות תומכים בהפרדה, בהשמת האדם המפגר במוסד, ומוכנים יותר למגע אינטימי איתו. כך דיווחו גם סטודנטים לחינוך מיוחד. הם היו בעלי תקוות רבות יותר לעתידו של האדם המפגר ונטו לתמוך פחות בהפרדתו ובהשמתו במוסד. נמצא שעמדותיהם שונות מאלו של סטודנטים ומורים כלליים. יתר על כן, המורים לחינוך מיוחד היו הקבוצה היחידה שהייתה לה נכונות למגע אינטימי עם האדם המפגר, וזה כנראה תומך בממצא שמגע אישי משנה עמדות (עמינדב, 1985; הוזמי, 1997).

לעומת זאת מחקר אחר הראה, שסטודנטים להוראה הביעו עמדות שליליות לגבי הוראת ילדים מפגרים וכלפי הילדים המפגרים עצמם ותמכו בהפרדתם ובהשמתם במוסדות. החוקרים מסבירים ממצא זה בכך, שכאשר הם לימדו ילדים מפגרים, מרביתם התנסו בתסכולים הנובעים מהשקעת כמות רבה של אנרגיה בהוראה, בעוד הצלחה נראית לעין רק לעיתים רחוקות, וחוויות מסוג זה אינן מעודדות עמדה אוהדת (עמינדב, 1985).

חשוב לציין כי הממצאים אינם חד-משמעיים ורוב המחקרים הם מתחום החינוך ולא מתחום העבודה הסוציאלית.

### עמדות האוכלוסייה הערבית בהשוואה לאוכלוסייה היהודית כלפי האדם המפגר

מחקרים שנערכו בישראל ב-20 השנים האחרונות גלו שינויים משמעותיים בין הקבוצות האתניות השונות בעמדות שלהם כלפי חריגות. הערבים בישראל נחשבים בדרך כלל לקבוצה הומוגנית,

אף שיש בה מוסלמים, נוצרים ודרוזים, שדוברים אותה שפה ולהם מנהגים ואופן חיים דומה (Sharab; 1975, Smooha, 1984).

בשני מחקרים שנעשו בישראל השוו החוקרים בין עמדות של הורים ערבים להורים יהודים כלפי ילדם המתבגר החריג. הורים ערבים דיווחו שבנם דורש יותר זמן מהרגיל כדי לבצע את הפעולות היומיומיות יותר מאשר דיווחו הורים יהודים. הורים יהודים נטו לדווח שילדם החריג עצמאי למדי בקבלת החלטות, בעוד הורים ערבים נטו לדווח שהחלטות ילדם החריג נעשו בתוך המשפחה. רוב ההורים היהודים חשבו שבנם החריג היה מסוגל לעבוד זמן מלא או חלקי, בעוד חצי ממספר הנשאלים הערבים ענו שילדם החריג בכלל אינו מסוגל לעבוד (שורוקה ופלוריאן, 1983; 1981).

בנושא של נכונות הורים להיעזר במקורות עזרה מהקהילה (פורמלית), הורים ערבים נוטים לסמוך על המשפחה הרחבה (בלתי פורמלית), ואילו הורים יהודים נוטים לסמוך יותר על מקורות אישיים ועל קשריהם עם מקורות חוץ, לרוב שירותים מקצועיים שיקומיים.

אחת ההנחות שנמצאו במחקר היא שיהודים ממוצא מערבי שהם הורים לילד חריג סובלים מרגשי אשמה, וכתוצאה מכך מרגישים רגש של אחריות לגורל בנם (Wright, 1983). בהמשך נמצא, שכתוצאה מרגשי האשם יכולות עמדותיהם והתנהגותם כלפי ילדם החריג להיות יותר חיוביות (Florian, Weisel, Kravetz, & Shurka-Zernitsky, 1988). לעומת זאת, הורים ערבים לא מרגישים רגשי אשמה אלא בושה. החשש והרגישות מתגובתם של אחרים ("מה יגידו") הטו את עמדותיהם כלפי אנשים חריגים לכיוון שלילי יותר. ההבדלים בתגובות מבוססים על הבדלים בתרבות.

פלוריאן (1992) בדק קשרים אינטימיים בסקאלה של אהבה וחיבה בתוך משפחות יהודים וערבים. הממצא המעניין ביותר שלו הוא בדבר ההשפעה של הימצאות ילד חריג במשפחה על חיי הנישואין של ההורים. זוגות ערבים, הורים לילד עם חריגות, דיווחו על קשר אינטימי פחות בהשוואה לקבוצת ביקורת, בעוד זוגות יהודים עם ילד חריג תיארו את יחסיהם כאינטימיים יותר בהשוואה לקבוצת ביקורת. נראה שהטיפול המתמשך בילד החריג במשך שנים, המוערך חברתית בסביבה היהודית יותר מאשר בסביבה הערבית, גרם לחיזוק הקשר הרגשי בין בני הזוג היהודים, בעוד הקונפליקט התמידי בין הצורך "להחביא" את הבעיה ובין הצורך בעזרה ובתמיכה השפיע לרעה על חיי הנישואים בין הזוגות הערבים, אשר השתקף בדיווח על יחסים פחות אינטימיים (Florian, 1992). בנושא זה חשוב לציין, שיש כמה תת-קבוצות הן בחברה היהודית והן בחברה הערבית, אשר טרם נחקרו, כמו היהודים העולים מאתיופיה וקבוצות של בדווים בחברה הערבית, אשר היו בעבר ניידים.

ברור, אפוא, שהבדלים בין עמדות כלפי אנשים מפגרים מושפעים מאוד מהתרבות, לכן חשוב לבדוק מהן העמדות של אנשי צוות במגזר הערבי כלפי שילוב אנשים מפגרים בקהילה. אסור לשכוח, שמדובר בקבוצת מיעוט משנית - אנשים חריגים - בתוך קבוצת מיעוט ראשונית - ערבים בישראל.

#### ג. נורמליזציה ושילוב האדם המפגר בקהילה

במשך כל ההיסטוריה ובכל החברות האנושיות היה יחס דואלי לאדם המפגר בשכלו: מהיחס הקיצוני ביותר, של תת-אדם המאיים על החברה, ועד לקדוש וטהור. עד סוף שנות ה-60 היה מקובל להרחיק את האדם המפגר בשכלו מסביבתו הטבעית ולהשימו במוסד למשך כל ימי חייו (segregation). ניסח באנק-מיקלסון (1969) לראשונה מדנמרק את הרעיון של נורמליזציה, כגישה מנחה לטיפול באנשים בעלי פיגור שכלי. הגישה דוגלת במתן אפשרות ללוקים בפיגור שכלי לנהל חיים הדומים לחיים נורמליים במידת האפשר. בשלב מסוים היא קיבלה ממד חוק "חוק לטיפול באנשים מפגרים, 1969". בשוודיה נוסחה באותה שנה מטרת הטיפול בילדים מפגרים כך: "יש לאפשר לאנשים מפגרים דפוסים ותנאים בחיי היומיום שיהיו קרובים ככל האפשר לנורמות ולדפוסים של הזרמים המרכזיים בחברה" (נירג'ה, 1969).

תנועת האי-מיסוד שצמחה בשנות השבעים הביאה להשקפה של מתן זכויות אנושיות לאדם המפגר והצורך להביאו לידי תפקוד עצמאי בקהילה. העיקרון המונח ביסוד השקפה זו הוא, שמאחר שאנשים מפגרים הם מרכיב טבעי בכל חברה, אין לראות בהם קבוצה מיוחדת שיש להפרידה, אלא לקבלם כחברים שווי זכויות בקהילה. זהו עקרון הנורמליזציה, שגרם לשינוי בראיית צרכי האנושיים של האדם המפגר ובכללם צרכי החברתיים. עקרון הנורמליזציה הוא הזכות לחיות את החיים בצורה הכי פחות מגבילה והכי קרובה לנורמה (נירג'ה, 1969).

עקרון הנורמליזציה עומד היום בבסיס כל התפיסה של אנשי השיקום. עיקרון זה יצא כנגד הגישות שדגלו בבידוד ובהפרדת האדם המפגר מהקהילה. עצם ההפרדה נתפסת כהפליה, ולעומתה מבטיח עקרון הנורמליזציה לאדם המפגר קיום נורמלי ככל האפשר (מייקלסון, 1976).

המושג נורמליזציה מייצג מכלול של מושגים והתייחסויות, כמו השתלבות בקהילה, אינדיבידואליזציה, עצמאות, חיי חברה, חיי מין, חופש בחירה והזכות להסתכן (Cherington & Dybward, 1974). במילים אחרות, על פי עקרון הנורמליזציה, צרכי האדם המפגר אינם שונים מאלה של הלא-מפגר (Cherington & Dybward, 1974). הנחות היסוד של עקרון הנורמליזציה הן:

א. החיים הם תהליך של שינוי, האדם המפגר עובר אותם שינויים (נפשיים ופסיכולוגיים) כמו האחרים ואין להתעלם מהם.



ב. ההתפתחות מתרחשת באופן עקבי וניתנת לחיזוי מראש. יש להכין את האדם המפגר לקראת ההתפתחות והשנויים הצפויים כדי שיידע להתמודד עימם בבוא הזמן.

ג. צרכיו של האדם משתנים עם הגיל וכמוהם גם צרכיו של האדם המפגר.

ד. לכל אדם באשר הוא יש פוטנציאל לצמיחה ולהתפתחות. אמנם אצל האדם המפגר הפוטנציאל מוגבל ותהליך התפתחותו עשוי להיות איטי יותר, אך הוא קיים ויש לפתחו.

ה. כל אדם לרבות האדם המפגר זקוק להזדמנויות ספציפיות אשר יביאו אותו לקראת צמיחה.

ו. כדי להגיע לידי התנהגות מסתגלת יש לתת לכל אדם לרבות האדם המפגר אפשרויות של התנסות במצבי שליטה על הסביבה, חופש בחירה והחלטה, חקירה, אינטראקציה בין-אישית ופיתוח אחריות אישית.

ביישום פילוסופיה זו הלכה למעשה יש לנורמליזציה שני מרכיבים עיקריים: המרכיב הראשון כולל רכיבים אלה

- \* השתתפות במערכות קהילתיות יומיומיות נורמליות
- \* השתתפות בחיי החברה של הקהילה ובסוגי הפעילויות השגרתיות המאפיינות חיים בקהילה
- \* אוטונומיה ביחס לקבלת החלטות באשר לחייהם
- \* פיתוח תחרות בהשגת מיומנויות ויכולות שהם משמעותיים עבור התפקוד בחייהם
- \* יחס של כבוד

המרכיב השני כולל אמצעים הדומים במידת האפשר לאלה המשמשים חברים שאינם חריגים בחברה. בייחוד מדגיש עקרון הנורמליזציה את הצורך להימנע משימוש בשיטות העלולות לתת פומבי למגבלותיהם של אנשים חריגים ובכך לפגוע בציפיות של הבאים עימם במגע (O'Brien, 1987).

נירג'ה (Nirji, 1976) מדגיש, כי בנורמליזציה אין הכוונה להפוך את האדם המפגר לנורמלי, אלא לאפשר לו להיות על פי דפוסי חיים טבעיים. יש לאפשר לו דפוסי חיים ותנאי חיים שיהיו דומים לאלה של אזרחים אחרים, תוך התחשבות ברמת המוגבלות, הבגרות והאימון הנדרשים ממנו כדי להשתלב בחברה. מבחינה מעשית, מטרת הנורמליזציה היא לממש את הזכויות האנושיות של האדם המפגר. נורמליזציה פירושה השוואת מעמדו של האדם המפגר לזה של שאר בני האדם בכל תחומי החיים כולל זכויות האזרח (מייקלסון, 1976).

היחס לאנשים מפגרים נקבע במידה רבה לפי אמונות וגישות הרווחות בחברה בתקופה נתונה. בישראל שלטה עד סוף שנות ה-70 הגישה המוסדית, ורק לאחרונה התחילו להיפתח מסגרות קהילתיות, אשר הטיפול באנשים חריגים בהן הוא בשני כיוונים מרכזיים: פיתוח הפוטנציאל האישי של האדם החריג במטרה להגיע לעצמאות המרבית ולמימוש של איכות חיים, ושילוב האדם החריג בקהילה

ובשירותים הניתנים לכל האזרחים, ואף ניצול זכויותיו האזרחיות, כגון הזכות לעבוד, לקבל חינוך ולחיות בתנאי חיים נורמטיביים.

בחברה הערבית התחילו להתייחס לנושא בכללותו מאוחר יותר מאשר בחברה היהודית, בעיקר משתי סיבות: האחת, התעלמות של שירותי הרווחה הממלכתיים והמקומיים מהצרכים הקיימים ואי פיתוח שירותים מיוחדים עבור אנשים חריגים, והשנייה, חוסר מודעות בחברה הערבית לצרכים המיוחדים של אנשים מפגרים ולדרכי הטיפול בהם. עד שנת 1995 נפתחו בחברה הערבית רק שלושה סוגי מסגרות לאנשים עם פיגור שכלי: עשרה מעונות יום שלא תפקדו ברמה הנדרשת, חמשה מעונות פנימייה שרובם מעונות פרטיים שפוטנציאל הקליטה שלהם מוגבל, והוסטל אחד בכפר יסיף (Azaiza, 1995). לאחרונה השתפר המצב; קיימים עשרה מעונות פנימייה וחמשה הוסטלים לאנשים עם פיגור שכלי במגזר הערבי. נראה אפוא שגם בחברה הערבית מתחילה לחלחל הגישה של שילוב האדם המפגר בקהילה.

#### ד. סיכום

סקירת הספרות הביאה הגדרות של פיגור שכלי, תוארו עמדות כלפי האדם המפגר, איך הן מתגבשות וממה הן מושפעות, וכן איך ניתן לשנותן לכיוון חיובי יותר דרך ההתחברות לאידיאולוגיה הרווחת היום בחברה, והיא עקרון הנורמליזציה ושילוב בקהילה. המגזר הערבי עבר תהליך של סוציאליזציה, ולאחרונה נפתחות בו יותר מסגרות קהילתיות לאנשים עם פיגור שכלי. המחקר הנוכחי בא לבדוק באיזו מידה מושפעים אנשי הצוות במסגרות השונות מתהליך הנורמליזציה ואם יש להם עמדות חיוביות כלפי רעיון הנורמליזציה והשילוב בקהילה.

#### השערות

1. אנשי צוות העובדים במסגרות של דיור קהילתי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב של אנשים מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות העובדים במעונות פנימייה.
2. אנשי צוות משכילים יותר ואנשי צוות בתפקידים מקצועיים מתחום השיקום יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות פחות משכילים ומי שמועסקים בתפקידים סמך-מקצועיים.
3. אנשי צוות אשר קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות ואנשי צוות המקבלים הדרכה בעבודתם יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות אשר לא עברו הכשרה ועובדים אשר אינם מקבלים הדרכה.
4. אנשי צוות צעירים יותר ואנשי צוות נשואים יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות מבוגרים יותר ואנשי צוות רווקים.

## השיטה

### א. אוכלוסייה

אוכלוסיית המחקר כוללת 148 אנשי צוות מהמגזר הערבי באזור הצפון העובדים בתחום הפיגור השכלי. שלושים ושניים מהם (22%) עובדים במסגרות של דיור קהילתי (הוסטלים), 66 (44%) מועסקים במעונות פנימייה, ו-50 (34%) הם עובדים סוציאליים בלשכות רווחה. במחקר השתתפו חמישה הוסטלים, כולם בבעלות פרטית, ארבעה מעונות פנימייה אשר שלושה מהם בבעלות פרטית ואחד בבעלות של עמותה ציבורית, ו-30 לשכות רווחה.

אנשי הצוות במחקר מקיפים את מגוון המקצועות והעיסוקים הקיימים במסגרות שנבדקו: מנהלים, עובדים סוציאליים, פסיכולוגים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת, מחנכים ומורים, אחיות, פיזיותרפיסטים, מדריכים, אמהות בית ומטפלים. העיסוקים קובצו לשלוש קטגוריות לפי ההגדרה הבאה:

- עיסוק סמך-מקצועי - מדריך, אם בית, מטפל;
- עיסוק נלווה לשיקום - מורה, מחנך, מרפא בעיסוק, פיזיותרפיסט, אחות, קלינאי תקשורת;
- עיסוק מקצועי בשיקום - מנהל, עובד סוציאלי, פסיכולוג.

דגימת המסגרות נעשתה בהתאם לאשור שהתקבל מהשרות לאדם המפגר בו אושרה הכניסה למסגרות אלה. מרבית אנשי הצוות בהן, העובדים בתחום הפיגור השכלי, השתתפו במחקר. לוח 1 מציג את מאפייניהם הדמוגרפיים של הנחקרים, תוך השוואה בין המסגרות השונות.

## מאפיינים דמוגרפיים של אנשי הצוות לפי סוג המסגרת

הבדל	לשכות רווחה		מעונות פנימייה		דיור קהילתי		משתנה
	%	N	%	N	%	N	
$\chi^2(2)=5.82$	20	10	36	24	44	14	מין גבר אישה
	80	40	64	42	56	18	
* $\chi^2(2)=8.03$	12	6	36	24	31	10	גיל
	48	24	41	27	38	12	21-25
	38	19	20	13	28	9	26-34
	2	1	3	2	3	1	35-44
							+45
*** $\chi^2(2)=23.75$	10	5	53	35	34	11	מצב משפחתי
	90	45	64	30	63	20	רווק
	--	--	1	1	3	1	נשוי
							גרש/אלמן
*** $\chi^2(2)=32.07$	--	--	--	--	6	2	השכלה
	--	--	48	32	28	9	תיכון חלקי
	100	50	52	34	66	21	תיכון מלא
							אקדמאית
*** $\chi^2(2)=83.75$	--	--	48	31	49	15	תפקיד
	--	--	41	26	32	10	סמך מקצועי
	100	50	11	7	19	6	נלווה-שיקום
							מקצועי-שיקום
** $\chi^2(2)=9.91$	9.22		6.61		6.66		וوتק בעבודה (שנים)
	5.85		6.40		5.86		M
							SD
$\chi^2(2)=4.13$	35.91		35.95		33.07		היקף משרה (שעות)
	6.10		11.35		9.78		(לשבוע)
							M
							SD

הערה: \* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

לוח 1 מלמד כי כשני שלישים מן הנחקרים הן נשים, ללא הבדל מובהק בין המסגרות השונות. חלק ניכר מאנשי הצוות הם בסוף שנות העשרים לחייהם או בתחילת שנות השלושים, כאשר העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מבוגרים באופן מובהק מן העובדים במעונות. כמחצית מאנשי הצוות בדיור הקהילתי ובמעונות נשואים, לעומת 90% מן העובדים הסוציאליים בלשכות. הבדל זה מובהק ותואם את ההבדל שנמצא בגיל הנבדקים (המתאם בין גיל ומצב משפחתי:  $r=.63$ ,  $p<.001$ , עבור ההשוואה בין רווק ונשוי).

מעל למחצית מאנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות הם בעלי השכלה אקדמאית, ויתרתם (כ- 44%) בעלי השכלה תיכונית. כל העובדים הסוציאליים בלשכות הם בעלי השכלה אקדמאית. הבדל זה נובע ממהות ההגדרה של הקבוצות במחקר, והינו מובהק. בהתאם לו ניתן גם להבחין בהבדלי תפקידים בין ההוסטלים והמעונות ללשכות הרווחה: כמחצית מן העובדים בהוסטלים ובמעונות הם סמך-מקצועיים, מעט מעל לשליש מהם עוסקים במקצועות נלווים לשיקום, וכ-14% הם עובדים מקצועיים בתחום השיקום. כל העובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר מן הלשכות הינם מקצועיים בתחום השיקום. הבדל זה בין המסגרות מובהק.

אנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות הם בעלי וותק ממוצע של קרוב לשבע שנים, בעוד שהעובדים הסוציאליים הם בעלי וותק ממוצע של מעט מעל לתשע שנים. ההבדל מובהק. כל אנשי הצוות במחקר מועסקים בממוצע כ- 35 שעות לשבוע.

לוח 2 מציג מאפיינים של הכשרה והדרכה שקיבלו העובדים.

לוח 2

מאפייני ההכשרה וההדרכה של אנשי הצוות לפי סוג המסגרת

הבדל	לשכות רווחה		מעונות פנימייה		דיוור קהילתי		משתנה
	%	N	%	N	%	N	
$\chi^2(2)=2.82$	52	25	62	37	44	14	הכשרה לתפקיד ע"י המסגרת כן לא
	48	23	38	23	56	18	
-----		2	--	--	--	--	מסגרת ההכשרה סוכנות מכון אקדמיה
		5	8	1			
		13	18	8			
$*\chi^2(2)=.68$	14.59		14.44		15.44		משך ההכשרה (חודשים) M SD
	12.07		10.23		7.50		
$*\chi^2(2)=5.96$ ( $p<.06$ )	38	17	55	35	38	12	הדרכה כן חלקית לא
	42	19	36	23	34	11	
	20	9	9	6	28	9	

לוח 2 מראה כי בממוצע מעט מעל למחצית מן העובדים במסגרות השונות קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקידם ע"י הסוכנות. בדרך כלל נערכה ההכשרה באקדמיה, וארכה בממוצע כ- 15 חודשים. אין הבדלים בנושא ההכשרה בין המסגרות השונות. מרבית אנשי הצוות בכל סוגי המסגרות מקבלים הדרכה, גם אם זו

חלקית בלבד. בממוצע, כ- 45% מהם מקבלים הדרכה מלאה, כ- 37% הדרכה חלקית, ו- 17% אינם מקבלים הדרכה כלל. ההבדל בין המסגרות בנושא ההדרכה גבולי ומלמד כי העובדים במעונות זוכים ליותר הדרכה מאשר עמיתיהם בדיור הקהילתי ובלשכות הרווחה.

לסיכום, כשני שלישי מן הנחקרים הן נשים וכשליש גברים, ללא הבדל בין הדיור הקהילתי, המעונות ולשכות הרווחה. בשאר המשתנים - גיל, מצב משפחתי, השכלה, תפקיד וותק בעבודה, קיים הבדל עקבי בין המסגרות ולפיו שונים העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מאנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות. העובדים הסוציאליים בלשכות מבוגרים מן האחרים, רבים יותר מהם נשואים, השכלתם אקדמאית, כולם מועסקים בתפקידים מקצועיים בתחום השיקום, ואף הוותק שלהם בעבודה רב יותר. משתנים אלה קשורים זה בזה: המתאם בין גיל ומצב משפחתי הוא  $r=.63$ ,  $p<.001$ , עבור ההשוואה בין רווק ונשוי), והמתאם בין גיל וותק בעבודה הוא  $r=.73$ ,  $p<.001$ .

בשאר המאפיינים לא נמצאו הבדלים בין העובדים הסוציאליים בלשכות ואנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות. כולם עובדים בממוצע כ- 35 שעות לשבוע, כמחצית מהם קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות, ורובם זוכים להדרכה - מלאה או חלקית. במילים אחרות, אין הבדלים במאפיינים הדמוגרפיים ובשאר מאפייני הרקע בין אנשי הצוות העובדים בדיור הקהילתי ואלו העובדים במעונות. העובדים בלשכות הרווחה שונים מהם בעצם הגדרת מקצועם ותפקידם. לימודיהם האקדמיים הופכים אותם למבוגרים יותר בעת ביצוע התפקיד, והוותק שלהם בעבודה רב יותר שכן עיסוקם הוא מקצועם ואינו זמני. לפיכך, ההבדל בין העובדים בלשכות הרווחה לאלו שבהוסטלים ובדיור הקהילתי הוא למעשה בעיקר הבדל של מקצוע ותפקיד ולא הבדל של מסגרת.

## ב. כלי המחקר

המחקר כלל שני כלים:

1. שאלון דמוגרפי: כולל פרטים אישיים כמו גיל, מין, מצב משפחתי והשכלה, ופרטים אודות העיסוק כמו תפקיד, היקף משרה, וותק בעבודה, הכשרה מיוחדת לתפקיד, וקבלת הדרכה.
2. שאלון עמדות לגבי החיים של אנשים עם פיגור שכלי בקהילה: CLAS-MR - The Community Living Attitude Scale, Mental Retardation Form של הנרי, קיס, ג'ופ ובלזאצר (Henry, Keys, Jopp, & Balcazar, 1996). שאלון זה כולל 40 פריטים לדיווח עצמי העוסקים בעמדות כלפי שילוב בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי. הפריטים עוסקים בהעצמה, הרחקת אנשים בעלי פיגור שכלי מן

הקהילה, השמתם במוסדות מוגנים, ותפיסתם כדומים או שונים מאנשים שאינם בעלי פיגור שכלי. הנבדק מגיב לכל פריט על גבי סקלת ליקרט בת שש דרגות, מ-1=מאד לא מסכים עד 6=מסכים מאד. השאלון נבנה, כאמור, על ידי הנרי ועמיתיו (Henry, et. al., 1996) בהסתמך על שאלון עמדות כלפי חולי נפש - (Taylor & Dear, 1981) The Community Attitude toward Mental Illness Scale, סקר ספרות בתחום הסינגור העצמי (self-advocacy), סקר של צרכי הכשרה של צוותים העובדים בדיור קהילתי עם אנשים בעלי פיגור שכלי, והתייעצויות עם self-advocates וצרכנים של שירותים בתחום הפיגור השכלי. על סמך אלו נבנה שאלון בן 67 פריטים אשר נבדק ע"י הנרי ועמיתיו (1996) בשלושה מדגמים שונים. ניתוחי גורמים צמצמו את השאלון ל-40 פריטים והבהירו כי הוא מורכב מארבעה גורמים (ראה נספח א'):

העצמה (empowerment) - 13 פריטים: 3,4,8,13,16,22,23,24,25,26,33,34,39.

בידוד (exclusion) - 8 פריטים: 19,27,30,35,36,37,38,40.

מסגרות מוגנות (sheltering) - 7 פריטים: 1,7,21,28,29,31,32.

תכונות משותפות (דמיון - similarity) - 12 פריטים: 2,5,6,9,10,11,12,14,15,17,18,20.

חשוב לציין כי לטענתו של הנרי ולפי ממצאיו (1996) קיים קשר חיובי מובהק בין העצמה ודמיון, וקשר חיובי מובהק בין בידוד והשמה במסגרות מוגנות. שני זוגות גורמים אלה קשורים ביניהם בקשר שלילי. כלומר, עמדות חיוביות כלפי מגורים בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי יתבטאו בציונים גבוהים ב"העצמה" וב"דמיון", ובציונים נמוכים ב"בידוד" וב"מסגרות מוגנות".

עקיבויות פנימיות נבדקו ע"י הנרי ועמיתיו (Henry, Keys, Jopp, & Balcazar, 1996) ונמצאו סבירות:  $\alpha=.75$  עד  $\alpha=.86$ . השאלון תוקף בעזרת שאלוני עמדות אחרים ואף נמצא בלתי קשור לשאלון של רצייה חברתית (Henry, et. al., 1996).

השאלון תורגם לעברית ע"י דובדבני (1997) אחר כך תורגם בחזרה לאנגלית על ידי בודק חיצוני, נעשתה השוואה בין שתי הגרסאות וכל 40 הפריטים נכללו בגרסה העברית. הוא תוקף ואף נמצא מהימן בהתייחס לחברה הישראלית (דובדבני, 2000). במחקר הנוכחי תורגם השאלון לערבית ותקיפותו נבדקה ע"י שלושה שופטים. במחקר זה נמצאו העקיבויות הפנימיות הבאות:

העצמה -  $\alpha=.71$

בידוד -  $\alpha=.71$

מסגרות מוגנת -  $\alpha=.66$ , וללא פריט 21 -  $\alpha=.70$

דמיון -  $\alpha = .69$ , וללא פריט 5 -  $\alpha = .73$ .

עקיבויות פנימיות אלה סבירות, ולפיכך יעשה שימוש במחקר הנוכחי בארבעת הגורמים של הנרי (Henry, et. al., 1996) כתתי סקלות, ללא פריטים 21 ו-5. ציוני הסקלות חושבו בעזרת ממוצעי הפריטים המרכיבים אותן באופן שציון גבוה יותר מלמד על: העצמה רבה יותר (חיובי), בידוד רב יותר (שלילי), תמיכה במסגרות מוגנות (שלילי), ודמיון רב יותר (חיובי). התפלגות הסקלות קרובה לנורמלית. המתאמים בין ארבע הסקלות מוצגים בלוח 3 להלן.

לוח 3

מתאמי פירסון בין הסקלות בשאלון העמדות כלפי החיים בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי

	בידוד	מסגרות מוגנות	דמיון
העצמה	***33.-	**28.-	***.48
בידוד		***.29	***56.-
מסגרות מוגנות			***37.-

הערה: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

מתאמים אלה תואמים את הקשרים שנמצאו ע"י הנרי ועמיתיו (1996). מאפייני השאלון כפי שנמצאו במחקר זה תואמים את מאפייניו המקוריים, דבר המסייע לחיזוק תקיפותו בהתייחס לחברה הישראלית. בהמשך לכך, אף נבדק מבנהו של השאלון וחלוקתו לגורמים בעזרת Cluster Analysis Hierarchical. ניתוחים אלה מוצגים בנספח ב'.

### ג. מהלך

נערכה פנייה בכתב למנהלי המסגרות השונות והוסברה להם מטרת המחקר. לאחר שנתקבלה הסכמתם להשתתף במחקר נשלחו מראיינים לסוכנויות. המראיינים מילאו את השאלונים עם אנשי הצוות והחזירו אותם בתום התהליך.



## ממצאים

פרק הממצאים פותח בניתוח ההבדלים בעמדות כלפי שילוב בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי לפי מין הנבדק, ובבדיקת הקשר של העמדות לגיל הנבדקים. במידה וימצאו הבדלי עמדות בין נשים וגברים או קשר לגילם יערך פיקוח על משתנה (משתנים) זה בעת בדיקת ההשערות. לאחר מכן בוחן הפרק את השערות המחקר לפי סדרן.

### א. עמדות לפי מין וגיל הנבדקים

בדיקת ההבדלים בעמדות, בין נשים וגברים, כלפי שילוב בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי, נערכה בעזרת ניתוח שונות מרובה (MANOVA) של ארבע הסקלות לפי מין הנבדק. ניתוח השונות המרובה מוצג בלוח 4 להלן.

לוח 4

### ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי מין הנבדק

עמדה	גברים		נשים		F(1,146)
	SD	M	SD	M	
העצמה	.63	3.35	.69	3.32	.08
בידוד	.63	2.30	.80	2.29	.004
הגנה	.83	4.34	.77	4.53	1.91
דמיון	.67	4.28	.68	4.41	1.17

ניתוח השונות המוצג בלוח 4 אינו מובהק:  $F(4,143)=1.38$  (ל.מ.) ואף ההבדלים בין גברים ונשים בכל אחת מארבע הסקלות של העמדות אינם מובהקים. לפיכך, אין הבדלים בעמדות לפי מין הנבדק. מתאמי ספירמן בין גיל הנבדקים ועמדותיהם נמצאו לא מובהקים ונעים בין  $r=-.045$  לומר, גיל הנבדקים אינו קשור לעמדותיהם כלפי שילוב בקהילה, ואין צורך לפקח עליו או על מין הנבדק בעת בחינת ההשערות.

### ב. עמדות לפי מסגרת הדיור

השערה 1 טענה כי אנשי צוות העובדים במסגרות של דיור קהילתי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב של אנשים מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות העובדים במעונות פנימייה. השערה זו נבדקה בעזרת ניתוח שונות מרובה של מרכיבי העמדות לפי סוג המסגרת - דיור קהילתי מול מעונות פנימייה. לשכות הרווחה אינן כלולות בבדיקת ההשערה, שכן, כפי שנאמר לעיל, ההבדל בין העובדים הסוציאליים

בלשכות לאנשי הצוות בשאר המסגרות הוא בעיקר הבדל של תפקיד ולא הבדל של מסגרת. הבדל זה נבדק לפיכך בהמשך, בהשערה העוסקת בהשכלה ובתפקיד. לוח 5 מציג את ניתוח השונות המרובה של העמדות לפי סוג המסגרת.

לוח 5

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי סוג המסגרת

עמדה	מעונות פנימייה		דיוור קהילתי	
	SD	M	SD	M
העצמה	.67	3.23	.70	3.27
בידוד	.75	2.63	.76	2.32
הגנה	.73	4.74	.76	4.62
דמיון	.75	4.17	.56	4.22

ניתוח השונות המוצג בלוח 5 אינו מובהק:  $F(4,93)=1.10$  (ל.מ.) ולא נמצאו הבדלים במרכיבי

העמדות בין העובדים בהוסטלים לעובדים במעונות. השערה 1, לפיכך, לא אוששה.

ג. עמדות לפי השכלה ותפקיד

השערה 2 ציינה כי אנשי צוות משכילים יותר ואנשי צוות בתפקידים מקצועיים מתחום השיקום יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות פחות משכילים ומי שמועסקים בתפקידים סמך-מקצועיים.

(כזכור, הוגדרו התפקידים בפרק השיטה).

עיון במאפייני העובדים העלה כי כל אנשי הצוות שעיסוקם מקצועי בשיקום (למעט אחד בתפקיד ניהול) הם בעלי השכלה אקדמאית, רוב אנשי הצוות בעיסוקים הנלווים לשיקום הם אקדמאים (92% מהם), ולעומתם רוב אנשי הצוות בעיסוקים סמך-מקצועיים הם בעלי השכלה תיכונית (85% מהם). כלומר, קיים מתאם בין השכלה ותפקיד, הנובע מעצם הגדרת שני המשתנים. בדיקה של המתאם העלתה כי  $r=.74$  ( $p<.001$ , מתאם ספירמן).

השערה זו תיבדק בעזרת שני ניתוחי שונות מרובים, עבור השכלה ותפקיד בנפרד, אך יש לזכור את הדמיון הרב הקיים בין שני משתנים אלה. לוח 6 מציג את ניתוח השונות המרובה של עמדות כלפי שילוב בקהילה לפי השכלה.

## לוח 6

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי השכלה

F(1,146)	השכלה אקדמאית		השכלה תיכונית		עמדה
	SD	M	SD	M	
*6.41	.64	3.41	.69	3.11	העצמה
***20.98	.68	2.13	.75	2.71	בידוד
***40.25	.73	4.23	.64	5.04	הגנה
***28.04	.63	4.54	.51	3.95	דמיון

הערה: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

ניתוח השונות המוצג בלוח 6 מובהק:  $F(4,143)=14.74$  ( $p < .001$ ). ניתן לראות כי ההבדלים בין בעלי השכלה תיכונית ( $N=43$ ) לבעלי השכלה אקדמאית ( $N=105$ ) מובהקים בכל ארבעת המדדים. הממוצעים בלוח מראים כי ציון העמדות של בעלי השכלה אקדמאית גבוה יותר מזה של בעלי השכלה תיכונית במרכיבים של העצמה ודמיון, ונמוך יותר מהם במרכיבים של בידוד והגנה. במילים אחרות, בהתאם להגדרת המדדים כחיוביים (העצמה ודמיון) ושיליים (בידוד והגנה), מתברר כי עמדותיהם של בעלי השכלה אקדמאית מעודדות שילוב בקהילה יותר מאשר עמדותיהם של בעלי השכלה תיכונית, בכל המדדים.

לוח 7 מציג את ניתוח השונות המרובה של עמדות כלפי שילוב בקהילה לפי תפקיד.

## לוח 7

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי תפקיד

F(2,142)	סמך-מקצועי		נלווה למקצועי		מקצועי בשיקום		עמדה
	SD	M	SD	M	SD	M	
1.19	.70	3.21	.69	3.36	.64	3.41	העצמה
***23.02	.77	2.64	.81	2.58	.44	1.87	בידוד
***22.61	.68	4.95	.75	4.59	.68	4.05	הגנה
***16.67	.61	3.97	.73	4.44	.51	4.64	דמיון

הערה: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

ניתוח השונות המוצג בלוח 7 מובהק:  $F(8,276)=12.79$  ( $p<.001$ ) . ההבדלים לפי תפקיד מובהקים בשלושה מארבעת המדדים: בידוד, הגנה ודמיון. ניתוחי Post-hoc (One way ANOVA) העלו כי לגבי "בידוד" עמדותיהם של עובדים מקצועיים בשיקום מעודדות שילוב בקהילה יותר מעמדותיהם של עובדים בתפקידים מקצועיים הנלווים לשיקום ועובדים סמך-מקצועיים. לגבי "הגנה" נמצא כי עמדותיהם של עובדים סמך-מקצועיים הן הפחות מעודדות שילוב בקהילה, עמדותיהם של עובדים בעיסוקים נלווים לשיקום נמצאות בתוך, ואילו עמדותיהם של אנשי צוות מקצועיים בשיקום מעודדות שילוב במידה הרבה ביותר. לגבי "דמיון" נמצא כי עמדותיהם של עובדים מקצועיים בשיקום ועמדותיהם של עובדים בעיסוקים מקצועיים הנלווים לשיקום מעודדות שילוב בקהילה יותר מעמדותיהם של עובדים סמך-מקצועיים. אין הבדלים לפי תפקיד בעמדות לגבי העצמת אנשים עם פיגור שכלי.

בחינת ההבדלים מעלה כי אנשי צוות בתפקידים מקצועיים בשיקום מבטאים עמדות התומכות בשילוב בקהילה יותר מאנשי צוות בתפקידים סמך-מקצועיים. אנשי צוות בתפקידים מקצועיים הנלווים לשיקום חוברים לסמך-מקצועיים בנושא ה"בידוד" ולאנשי המקצוע בנושא ה"דמיון", ואילו בנושא ה"הגנה" הם נמצאים בתוך בין אנשי המקצוע והעובדים הסמך-מקצועיים.

לסיכום, הממצאים בנושא ההשכלה מלמדים כי עובדים אקדמאים תומכים בשילוב בקהילה יותר מעובדים בעלי השכלה תיכונית, בכל הממדים של העמדות שנבדקו. במקביל, עובדים מקצועיים בשיקום (בעלי השכלה אקדמאית) תומכים בשילוב בקהילה יותר מעובדים סמך מקצועיים (בעלי השכלה תיכונית בדרך כלל) בשלושה מארבעת הממדים של העמדות. עובדים בתפקידים מקצועיים הנלווים לשיקום (בעלי השכלה אקדמאית לרוב) נמצאים בתוך בין העובדים המקצועיים והסמך-מקצועיים ולעיתים חוברים עם אחת משתי הקבוצות האחרות. הממצאים בנושא ההשכלה והתפקיד אכן, כצפוי, תואמים, כאשר חקר המשמעות של התפקיד לעמדות מרחיב ומפרט את נושא ההשכלה. בכל מקרה, השערה 2 אוששה.

#### ד. עמדות לפי הכשרה והדרכה

השערה 3 טענה כי אנשי צוות אשר קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות ואנשי צוות המקבלים הדרכה בעבודתם יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות אשר לא עברו הכשרה ועובדים אשר אינם מקבלים הדרכה. השערה זו נבדקה בעזרת שני ניתוחי שונות מרובים של ממדי העמדות - לפי הכשרה לתפקיד ולפי קבלת הדרכה. לוח 8 מציג את ניתוח השונות של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי קבלת הכשרה.

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי הכשרה מיוחדת לתפקיד

עמדה	עם הכשרה		ללא הכשרה		F(1,138)
	SD	M	SD	M	
העצמה	.70	3.33	.63	3.32	.01
בידוד	.75	2.30	.75	2.27	.06
הגנה	.71	4.54	.80	4.39	1.52
דמיון	.66	4.42	.70	4.33	.53

ניתוח השונות המוצג בלוח 8 אינו מובהק:  $F(4,135)=.85$  (ל.מ.) ואין הבדלים בממדי העמדות בין עובדים אשר קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות ועובדים אשר לא זכו להכשרה כזו. במילים אחרות, תפיסת המדדים של "העצמה", "בידוד", "הגנה" ו"דמיון" דומה בין עובדים אשר קיבלו ועובדים אשר לא קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות המעסיקה.

לוח 9 מתאר את ניתוח השונות המרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי קבלת הדרכה.

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי קבלת הדרכה

עמדה	הדרכה מלאה		הדרכה חלקית		ללא הדרכה		F(2,138)
	SD	M	SD	M	SD	M	
העצמה	.72	3.28	.64	3.34	.62	3.39	.27
בידוד	.74	2.37	.82	2.35	.61	2.06	1.59
הגנה	.78	4.66	.75	4.20	.67	4.59	**5.99
דמיון	.63	4.30	.70	4.30	.68	4.62	2.32

הערה:  $p < .05$  ,  $**p < .01$  .

ניתוח השונות המוצג בלוח 9 מובהק:  $F(8,268)=2.71$  ( $p < .01$ ) . עיון בהבדלים בעמדות בין הקבוצות לפי קבלת הדרכה מעלה כי קיים הבדל יחיד ביניהן - בנושא הצורך במסגרות מוגנות. ניתוחי Post-hoc (One way ANOVA) העלו כי עמדותיהם של מי שמקבלים הדרכה חלקית תומכות בשילוב בקהילה יותר מעמדותיהם של מי שמקבלים הדרכה מלאה או אינם מקבלים הדרכה כלל. אין הבדלים בין הקבוצות לפי קבלת הדרכה בנושאים "העצמה", "בידוד" ו"דמיון".

לבסוף, נבחנה השערה זו גם מההיבט של וותק בעבודה והיקף משרה. המתאמים בין וותק בעבודה

וארבעת מרכיבי העמדות נמצאו לא מובהקים ונעים בין  $r=10$  ל  $r=-11$ . המתאמים בין היקף משרה ומרכיבי העמדות נמצאו אף הם לא מובהקים - בין  $r=14$  ל  $r=-11$ .

לסיכום, עמדות העובדים כלפי שילוב בקהילה לא נמצאו שונות לפי קבלת הכשרה לתפקיד, ובדרך כלל גם לא לפי קבלת הדרכה. וותק בעבודה והיקף משרה אף הם אינם קשורים לעמדות. קבלת הדרכה נמצאה משמעותית לממד אחד של העמדות, אך מאחר וההבדל יחיד וכיוונו אינו ברור (מקבלי הדרכה חלקית נמצאו תומכים בשילוב בקהילה יותר מן האחרים) אפשר והוא מקרי. השערה 3 לא אוששה.

#### ה. עמדות לפי גיל ומצב משפחתי

השערה 4 טענה כי אנשי צוות צעירים יותר ואנשי צוות נשואים יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות מבוגרים יותר ואנשי צוות רווקים. כזכור, נמצא במחקר זה המתאם המקובל בין גיל ומצב משפחתי, לפיו צעירים יותר נוטים להיות רווקים ומבוגרים יותר - נשואים ( $r=.63$ ,  $p<.001$ , מתאם ספירמן). השערה זו תיבדק בעזרת שני ניתוחי שונות מרובים, עבור גיל ומצב משפחתי, אך יש לזכור את הקשר הקיים בין שני משתנים דמוגרפיים אלה. לוח 10 מציג את ניתוח השונות המרובה של העמדות לפי גיל הנבדקים.

לוח 10

#### ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי גיל

עמדה	גיל 21-25		גיל 26-34		גיל +35		F(2,145)
	SD	M	SD	M	SD	M	
העצמה	.65	3.38	.67	3.25	.68	3.38	.71
בידוד	.83	2.48	.67	2.22	.76	2.23	1.80
הגנה	.82	4.53	.80	4.51	.74	4.35	.63
דמיון	.72	4.23	.61	4.48	.71	4.35	1.77

ניתוח השונות המוצג בלוח 10 אינו מובהק:  $F(8,282)=1.58$ , (ל.מ.). לא נמצאו הבדלים בממדי

העמדות לפי קבוצות הגיל השונות, בהתאם למתאמים הלא מובהקים אשר תוארו בתחילת הפרק.

לוח 11 מתאר את ניתוח השונות המרובה של העמדות לפי מצבם המשפחתי של הנבדקים.

ניתוח שונות מרובה של העמדות כלפי שילוב בקהילה לפי מצב משפחתי

עמדה	רווק		נשוי		F(1,144)
	SD	M	SD	M	
העצמה	.72	3.32	.65	3.32	.01
בידוד	.70	2.40	.77	2.36	1.70
הגנה	.82	4.66	.76	4.35	*5.43
דמיון	.66	4.22	.67	4.46	*4.02

הערה: \*p&lt;.05.

ניתוח השונות המוצג בלוח 11 אינו מובהק:  $F(4,141)=2.11$  ( $p<.10$ ), אך גבולי. עיון בלוח מלמד כי בשני ממדים נמצאו הבדלים מובהקים בין אנשי צוות רווקים ונשואים: "הגנה" ו"דמיון". ממוצעי העמדות בממדים אלה מבהירים כי בשניהם העובדים הנשואים תומכים בשילוב בקהילה יותר מן הרווקים. לסיכום, לא נמצאו הבדלים בעמדות לפי גיל הנבדקים, אך יתכן וקיימים הבדלים לפי מצב המשפחתי. בשני ממדים של העמדות נמצאו אנשי צוות נשואים תומכים בשילוב בקהילה יותר מאנשי צוות רווקים, אך מובהקותו של כלל הניתוח גבולית. כלומר, אפשר וקיים הבדל בעמדות לפי מצב משפחתי, אך הדבר דורש מחקרים נוספים. השערה 4 לפיכך לא אוששה, אך יתכן וקיימת נטייה בכיוון ההשערה בכל הנוגע למצב המשפחתי של אנשי הצוות.

## ו. סיכום

השערות המחקר עסקו בבחינת עמדותיהם של אנשי צוות כלפי שילוב מפגרים בקהילה לפי מסגרת העבודה (דיור קהילתי מול מעונות), השכלה ותפקיד, הכשרה והדרכה, גיל ומצב משפחתי. העמדות חולקו לארבעה ממדים: העצמה, בידוד אנשים עם פיגור שכלי, תמיכה בהשמתם במסגרות מוגנות, ותפיסתם כדומים לאנשים בעלי מנת משכל ממוצעת. ציונים גבוהים יותר ב"העצמה" וב"דמיון", וציונים נמוכים יותר ב"בידוד" וב"הגנה" מלמדים על תמיכה רבה יותר בשילוב מפגרים בקהילה.

ממצאי המחקר מלמדים כי השכלת העובדים ותפקידם הם המשתנים המרכזיים היוצרים הבדלים בעמדות. לעומתם, מסגרת העבודה (דיור קהילתי מול מעונות), הכשרה מיוחדת לתפקיד, הדרכה בעבודה, וכן גיל ומצב משפחתי כמעט ואינם מבדילים בין העמדות של העובדים בקבוצות השונות.

נמצא כי עובדים אקדמאים תומכים בשילוב בקהילה יותר מעובדים בעלי השכלה תיכונית, בכל ארבעת הממדים של העמדות. בהתאם לכך, עובדים מקצועיים בשיקום (בעלי השכלה אקדמאית) נמצאו תומכים בשילוב בקהילה יותר מעובדים סמך-מקצועיים (בעלי השכלה תיכונית בדרך כלל) ברוב ממדי העמדות (למעט בנושא ההעצמה). עובדים בתפקידים מקצועיים הנלווים לשיקום (למשל, מורים, אחיות וקלינאי תקשורת, בעלי השכלה אקדמאית לרוב) נמצאו בתווך בין העובדים המקצועיים והסמך-מקצועיים (עבור "הגנה"), לעיתים דומים לעובדים המקצועיים (עבור "דמיון") ולעיתים לסמך-מקצועיים (עבור "בידוד").

אנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות נמצאו דומים זה לזה מבחינת עמדותיהם כלפי שילוב מפגרים בקהילה. כמו כן, עובדים אשר קיבלו הכשרה מיוחדת לתפקיד ע"י הסוכנות המעסיקה אותם נמצאו לא שונים בעמדותיהם מעובדים אשר לא זכו להכשרה כזו. קבלת הדרכה אינה משמעותית לעמדות גם היא, ואף וותק בעבודה והיקף משרה אינם קשורים למידת התמיכה בשילוב בקהילה. גיל הנבדקים לא יצר הבדלים בעמדות, אך יתכן ויש משמעות למצב המשפחתי של אנשי הצוות, אם כי ממצא זה עלה כגבולי. אנשי צוות נשואים נמצאו נוטים לתמוך בשילוב בקהילה יותר מאנשי צוות רווקים בכל הנוגע להשמה במסגרות מוגנות ולתפיסת הדמיון לאנשים עם פיגור שכלי.



## דיון

העמדה כלפי אנשים בעלי פיגור שכלי, נקבעת במידה רבה לפי אמונות וגישות הרווחות בחברה בתקופה נתונה. הפחד מהשונה והחריג הביא לבידוד והרחקת האדם המפגר מהחברה (דובדבני, 2000). כפי שידוע היום מאופיין הטיפול באנשים בעלי פיגור שכלי שני כיוונים עיקריים, האחד, הוא פיתוח הפוטנציאל האישי של האדם המפגר במטרה להגיע לעצמאות מירבית ולמימוש של איכות חיים. הכיוון השני הוא, שילוב האדם עם פיגור שכלי בקהילה תוך שימוש בשירותים הניתנים לכל האזרחים וניצול זכויותיו האזרחיות, כגון: הזכות לעבוד, לקבל חינוך והזכות לחיות בתנאי חיים נורמטיביים (דובדבני, 2000).

מעורבותם, שיתוף ועמדות הצוות המטפל באוכלוסית האנשים המפגרים הינה סוגיה העשויה להשפיע באופן ישיר על הצלחת שילוב בקהילה. במחקר זה נחקרו עמדותיהם של העובדים במסגרות השונות במגזר הערבי כלפי השילוב בקהילה באזור הצפון.

נבחנו מספר השערות ביחס לעמדות אנשי צוות כלפי שילוב בקהילה, נעשתה השוואה בין אנשי צוות שעובדים במסגרות דיור קהילתי לבין אלה שעובדים במעונות פנימיה ועובדים סוציאליים בקהילה. נערכה השוואה גם בין אנשי צוות מקצועיים לבין אנשי צוות סמך מקצועיים.

ההשערה הראשונה שנבחנה הייתה האם אנשי צוות העובדים במסגרות של דיור קהילתי יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב של אנשים מפגרים בקהילה מאשר אנשי צוות העובדים במעונות פנימיה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים במרכיבי העמדות בין העובדים בשתי המסגרות.

עובדה זו ניתנת להסבירה מכמה זוויות. אם נתייחס לצוות המקצועי אזי ניתן לומר שהם לרוב אותם אנשים שעובדים בשתי המסגרות העובדים המקצועיים עובדים בכמה מקומות בבת אחת, בגלל בעיית התעסוקה והאבטלה במגזר הערבי, אז עובדים בחצאי משרות במסגרות שונות זו מציאות מיוחדת של המגזר הערבי. לכן אין הבדלים בעמדות בין שתי המסגרות.

אם קיימים הבדלים בתוך הקבוצה של הצוות המקצועי ניתן לייחס הבדלים אלה לוותק בעבודה, השכלה ותפקיד אך לא לסוג המסגרת.

אם נתייחס לצוות הסמך-מקצועי, בניגוד למה שנמצא במחקרה של דובדבני (2000) שערכה מחקר דומה על העובדים במגזר היהודי. שם רוב העובדים הסמך-מקצועיים בדיור הקהילתי הם סטודנטים וזמניים בעוד שבמוסדות העובדים הסמך-מקצועיים הם בדרך כלל אנשים מבוגרים יותר ובעלי וותק וקבועים.

במגזר הערבי המצב שונה. הערבים בישראל הם 18.5% מסה"כ האוכלוסיה, מספרם עלה 7 פעמים מאז קום המדינה מ-156000 תושב ב-1948 עד מליון תושב ב-1997 והם גרים בערך ב-120 ישובים, פרושים על שטח כל המדינה (Hage-yehia, 1998). עם השינויים שחלו בחברה הערבית בערכים ובעמדות הגיעו רבים מהם להשכלה גבוהה וחלק מהם עובדים היום במשרות רבות אך עדיין קבוצה זו קטנה יחסית למרות היותה בעלת השפעה רחבה על האוכלוסיה הערבית. קבוצה זו הגיעה להישגים בכוחות עצמם ללא עזרה ממשלתית. התקציב שהיה למועצות ערביות היה ב-30% פחות מהמועצות היהודיות (Lifschitz, 1994).

על פי ניתוני המוסד לביטוח לאומי, 48% מהאוכלוסיה הערבית נמצאת מתחת לקו העוני בהשוואה ל-13% מהאוכלוסיה במגזר היהודי (עזאיזה, 1995). היום החברה הערבית בעידן של השכלה, אך עדיין קיימות בעיות כלכליות רבות. האבטלה במגזר הערבי בכלל בעליה מתמדת ובצפון בפרט. אין מקומות עבודה מספקים לא למשכילים ולא לחסרי-השכלה. אנשים מאזור הצפון מתקשים לשאת בעומס הנסיעה היומיומית לאזור המרכז איפה שיש שפע של עבודות לכן הרב הגדול מובטל.

חשוב להתייחס למאפייני החברה הערבית בהשוואה עם החברה היהודית. ניתן לאפיין החברה הערבית כסמכותית וקבוצתית ולא דימוקרטית ואינדוידואליסטית (אלקרינאווי, 1999) ולסכם את ההבדלים בינה לבין החברה המערבית כדלהלן:

- 1) היא מאופיינת בהשתייכות קבוצתית ותלות בין הפרטים במקום בתחרות ביניהם.
- 2) היא מושתתת על סבילות ולא על פעילות והישגיות.
- 3) ישבה היררכיות סמכותיות במקום שיויוניות.
- 4) סגנון התקשורת בין חבריה מאופק, פורמלי וחסר יחס אישי, במקום תקשורת גלויה, אישית והבעתית.

אין כל כוונה לרמוז שמאפיינים אלה חריגים באופן כלשהוא (יחסית למקובל בחברה המערבית). הם פשוט משקפים צורת חיים שונה, בה הפרט מורגל בלציית לחוקים המסורתיים כפי שהם מיוצגים בנורמות של המשפחה הגרעינית והמורחבת. קיום הפרט בחברה הערבית תולי כמעט לחלוטין ביחסיו עם בני משפחתו, המשפחה נתפסת כמקור לתמיכה כלכלית, חברתית, ורגשית חיונית אך תמיכה זו מותנית בציות לנורמות המסורתיות. הפרט צפוי לדחייה ולעונש אם לא יציית

להם. המשפחה נחשבת בחברה הערבית ליחידה בסיסית מרכזית במיוחד. למרות השינויים הכלכליים, החברתיים והפוליטיים שעברה החברה הערבית בשלושת העשורים האחרונים, ולמרות השלכותיהם של שינויים אלה על מבנה המשפחה, המשפחה נחשבת עדיין בחברה זו כמוסד חברתי החשוב והמרכזי ביותר שיש לשמור על שלמותו (חאג יחיא, 1999).

שינויים אלה גרמו לכך שהמשקים המשפחתיים והקולקטיביסטים בחברה הערבית מתפלצים בעשרים השנים האחרונות ובני המשפחה יוצאים לעבודות פרטיות בשוק הציבורי או החופשי. תופעה זו מערערת את היסודות החברתיים הכלכליים השיתופיים של המשפחה (חאג יחיא, 1999). למרות זאת המשפחה הערבית מדגישה עדיין את חשיבותו של שיתוף הפעולה הכלכלי בין בניה. יתר על-כן, המשפחה ממלאת עדיין תפקיד חשוב ומשימות חיוניות משלימות לשירותים הפורמליים בכל הנוגע בחינוך ילדים, חברות, תמיכה והגנה הדדיות, רווחה, תעסוקה ועוד.

מעל לכל, המשפחה מספקת בטחון ותמיכה בעת מצוקה אישית חברתית ומשפחתית. כל אחד מבני המשפחה נחשב ברוב המקרים לאחראי להתנהגויותיו ואף לתנאי חייו של כל בן משפחה אחר. מחויבות זו גוררת פעמים רבות התכחשות של הפרט לשאיפותיו ולצרכיו ורתימת רצונותיו האישיים לטובת המשפחה. הורים, בעיקר אמהות, "מתנכרים" לעצמם לטובת ילדיהם.

השינויים שחלו בחברה ובמשפחה הערבית בעשורים האחרונים אומנם גרמו לפיצול המשפחה המורחבת ולהתחזקותה של המשפחה הגרעינית, לירידה במספר העסקים ומקורות ההכנסה המשותפים (חקלאות, מסחר וכו') ולנטייה הולכת ומתחזקת של מגורים עצמאיים במקום מגורי שלושה או ארבעה דורות באותו בית. אך למרות זאת עדיין גרים בני המשפחה המורחבת באותו יישוב ורק לעתים נדירות מאוד (כגון לצורך עבודה או לימודים) הם עוברים ליישוב אחר. גם במקרים אלה בני המשפחה שומרים על קשרים הדוקים המשאירים מקום מועט לעצמאות ופרטיות. מאחר והצעירים בוגרי תיכון מחפשים עבודה זמינה וזמנית כדי לממן את הלימודים האקדמיים, הם מוכנים לעבוד בעבודות הלא מקצועיות כגון: מטפלים ועובדים סמך-מקצועיים במעונות ופנימיות כשהם יודעים שעבודה זו זמנית לשם ממון שכר לימוד ועם סיום הלימודים הם עוזבים. ממצאי מחקרם של ברדוק ומטשל ( Braddock & mitchell , 1992 ) מצביעים על כך שצוות סמך-מקצועי, ממוצע זמן עבודתם במעונות פנימיה קצר ( 10 חודשים ) ובזמן זה לא מתפתח קשר הדוק בינם לבין האנשים בהם הם מטפלים והם מסתפקים בסיפוק את צרכיהם היומיומים ולא מעבר לכך. בהעדר משרות רבות, ניתן למצוא את אותו צוות סמך-מקצועי שנמצא

במעונות פנימיה גם בדיור קהילתי עם אותם מאפיינים. מצב זה שונה מאשר בחברה היהודית. כלומר המציאות של החיים במגזר הערבי מביאה צוות עובדים אחר למסגרות אלה מאשר בחברה היהודית. לכן חשוב לבדוק באופן ספציפי במגזר הערבי את מאפייני הצוות בשונה מהמגזר היהודי מצב זה מסביר את העובדה שהשערה לא אוששה בשונה מהמגזר היהודי והעולם המערבי בכלל. הלן מאפייני הצוות הסמך-מקצועי במגזר הערבי ללא הבחנה בין שתי המסגרות: שני שלישי מן הנחקרים הן נשים ללא הבדל מובהק בין הסגרות השונות. חלק ניכר מאנשי הצוות הם בסוף שנות העשרים לחייהם או בתחילת שנות השלושים, כאשר העובדים הסוציאליים בלשכות הרווחה מבוגרים באופן מובהק מן העובדים במעונות. כמחצית מאנשי הצוות בדיור הקהילתי ובמעונות נשואים לעומת 90% מן העובדים הסוציאליים בלשכות.

64% מאנשי הצוות בהוסטלים ובמעונות הם בעלי השכלה אקדמאית, ויתרתם 44% בעלי השכלה תיכונית. כל העובדים הסוציאליים בלשכות הם בעלי השכלה אקדמאית. כמחצית מן העובדים בהוסטלים ובמעונות הם סמך-מקצועיים. מעט מעל לשליש מהם עוסקים במקצועות נלווים לשיקום וכ- 14% הינם עובדים מקצועיים בתחום השיקום.

עובדים אלה הם לקוחות פנימיים של המסגרת בה עובדים. למסגרת זו יש עניין לגרום לכך שיהיו מרוצים מעבודתם, הם אמורים לספק לעובדים שירותים שונים הקשורים לפרנסתם, לרווחתם, להתפתחותם המקצועית ולתנאי עבודתם ולעיתים אף לחייהם לאחר שעות העבודה. אם העובדים מאמינים בעיקרון השילוב של האדם המפגר בקהילה וכל המשתמע מאחורי אמונה זו, הם ידאגו לתת עבודה איכותית שתביא לשיפור תמידי של איכות חייו של האדם המפגר הגר במסגרות אלה.

על אף השינויים שחלו בחברה הערבית עדיין מועדפת בחברה זו האוריינטציה הקולקטיבית על פני האינדבדואליסטית הן ברמה החברתית והן ברמה המשפחתית.

החברה המסורתית מגינה על הפרט ועל פי רוב מספקת את צרכיו באמצעות רשת רחבה של קשרים בעיקר משפחתיים (Hage-yehia, 1998). גם התלות ההדדית בתוך המשפחה הגרעינית ובין חברי המשפחה המורחבת מודגשת מאוד. תלות זו מתבטאת בין היתר בתמיכה כלכלית טיפול בילדים, תמיכה חברתית ודפוסים אחרים של תמיכה הדדית (Hage-yehia, 1998). כלומר הכל נעשה בתוך הרשת המשפחתית והחברתית. הגורם החברתי והתרבותי הוא בעל השפעה משמעותית ביותר כלפי כל נושא כולל נושא הפיגור השכלי. שמועות, אמונות טפלות ודעות

קדומות שהחברה הספציפית פתחה והשפעת החברה הראשונה שאליה משתייך האדם ממשיכה לשלוט בו ולהשפיע על עמדותיו כלפי האדם המפגר בשכלו . בעבר היו מגוון התייחסויות אל אנשים עם פיגור שכלי וולפנסברגר (Wolfensberger,1972) ממיין את זה לפי תקופות, בכל תקופה שלטה תפיסה מסוימת לגבי האדם המפגר, ובהתאם לתפיסה, התקיים שרות שהולם את הצרכים של האדם המפגר עד שהגענו לתפיסה הרווחת היום והיא שיקום ושילוב מחדש של האדם המפגר בקהילה .

השערה מס' 2: אנשי צוות משכילים יותר ובעלי הכשרה מקצועית שהם בעלי תפקידים מקצועיים יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב בקהילה מאשר אנשי צוות פחות משכילים ומי שמועסקים בתפקידים סמך-מקצועיים .

לדעתי צוות סמך-מקצועיים שלא למדו ולא נחשפו לעקרונות מקצועיים אלה (עקרון הנורמליזציה) הם עדיין בעלי עמדה שלילית כלפי אנשים חריגים ותומכים בהרחקת האדם המפגר מהקהילה והשמתו במוסדות . דיעותיהם ועמדותיהם כלפי השילוב הם שליליות וזה אכן אושש בהשערה מס' 2 . אנשי צוות סמך מקצועיים הם לרוב בעלי השכלה תיכונית ועבודתם זו היא אירעית לשם מימון שכר לימוד. הם לא עברו שום חשיפה לאוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי לפני עבודתם הנוכחית, לכן האמונות, והערכים שחונכו לפיהן מלווים אותם במסגרת עבודתם ומשתקפים בעמדותיהם כלפי האנשים המפגרים. לעומתם הצוות המקצועי רכשו את השכלתם המקצועית באוניברסיטאות בארץ, בדרך כלל, כשהתכנים הטיפוליים והחינוכיים שקלטו מקורם בחברה המערבית. ערכים אלו עולים בקנה אחד עם האוריינטציות הערכיות של החברה הערבית בישראל (אל-חאג,1988; חאג יחיא,1996). הם עוברים תהליך של סוציאליזציה, רוכשים השכלה, ועוברים הכשרה, חשיפה לידע מקצועי עדכני אשר תורם וגורם לשינוי בעמדות לכיוון חיובי יותר. ישנם ממצאי מחקר רבים המדווחים על ההשפעה החיובית של תוספות ידע, על שינוי עמדות בכיוון חיובי יותר (לוי – שגב והרץ – לזרוביץ, 1986; דובדבני, 2000; זכאי, 1982; הוזמי, 2000; Henry et al, 1996) .

לממצאי מחקרו של (הוזמי, 2000) אשר בו נעשתה הבחנה בין מגע אקראי למגע אנטנסיבי-מסיבי, והשפעתו על עמדות חונכי פרח כלפי ילדים הלוקים בנכות התפתחותית. ממצאי המחקר הראו כי חונכים בעלי מגע קודם אשר התעתדו לחנוך ילד הלוקה בנכות התפתחותית וכן חונכים בלא מגע קודם אשר יועדו לחונכות עם ילד נכה היו בעלי העמדות החיוביות ביותר כלפי האנשים הנכים.

נראה כי המגע הוא הבסיס להסרת דחייה אינטימית ודחייה כללית. עם זאת, כדי לפתח גישה ריאלית יותר כלפי האדם הנכה זקוק החונך, או האדם הבא עמו במגע לאינטראקציה ממושכת יותר, שבה ייחשף ליכולותיו האובייקטיביות של האדם הנכה ויכיר בהן וכפועל יוצא יפתח גישה נורמטיבית יותר ומגוננת פחות כלפיו. הממצא המרכזי במחקר זה מדגיש את חשיבותו של גורם הזמן ומשך החשיפה של הגורם המעריך למגע עם האדם הנכה בתהליך עיצוב עמדותיו, הכנה מתאימה של העובדים באמצעות קיום קשר גומלין (מגע) עם האדם הנכה והוספת ידע אודותיו בתהליך קבלתם ושיבוצם עשויה לסייע בידם לפתח מיומנויות התנהגותיות ותפקודיות נורמטיביות כלפי האדם הנכה (הוזמי, 2000). הקשר בין ידע שיש לאנשים על אנשים נכים ומפגרים לבין עמדותיהם כלפיהם נבדק מספר פעמים והממצאים אינם אחידים, אך רוב המחקרים מצאו כי עמדות של אנשים שופרו באופן משמעותי לאחר הרחבת הידע שברשותם. כי ידע עשוי למתן חרדות, דעות קדומות, שיפוט מוקדף שלילי ואף "הגנת יתר" בבואו לעבוד עם אוכלוסיית היעד אשר לה הוא מתעד לתת שירות. תפיסתו האישית של החונך או העובד הסמך-מקצועי עשויות להשתקף בדרך התייחסותו לאוכלוסיית היעד שעמה הוא בא במגע (הוזמי, 2000).

ארליך (1994) במחקר שלה הבחינה בין מטפלים לאנשים עם מוגבלות שהינם בעלי השכלה פורמלית למטפלים שהינם בעלי רקע מעשי ובלתי פורמלי. לטענתה הלימוד מקנה למטפל תפיסה רחבה של בעיית המטופל, גמישות ומיומנות בטיפול. אצל אנשי מקצוע שאינם בעלי רקע פורמלי נמצאה תחושה של חוסר בטחון רב במעמדם, עקב חוסר ההכרה היסודי בבעיית המטופל.

ממצא זה של המחקר (אנשים בעלי השכלה גבוהה יותר יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב האדם המפגר בקהילה) ממצא זהה עם ממצאי מחקרם של הנרי ועמיתיו, Henry et. al, (1996) בתייחס לעמדות חיוביות בדרג ההיררכי הגבוה יותר. במחקרם נמצא כי ככל שהתפקיד בכיר יותר והאדם משכיל יותר כך עמדותיו נעשו חיוביות יותר. המחקרים מוכיחים שבעלי התפקידים הגבוהים יותר בארגון יהיו יותר מחוייבים לערכים המרכזיים של השרות ולפילוסופיה שלו. זה מסביר תופעת תחלופת הצוות הסמך-מקצועי אשר לא יוצר מחוייבות לתפקיד שלו, בנוסף לחוסר השכלה, הדרכה וחינוך זה גורם לכך שהעמדות שלהם תהיינה שליליות יותר.

במחקרם של רימרמן ומורבר (Rimmerman & Muraver, 1993) על הורים לילדים מפגרים נמצא שלהורים צעירים, נשואים, בעלי השכלה גבוהה ופסימיות מועטה יש נכונות גבוהה למעורבות בתהליך למעבר לדיור קהילתי. השכלה גורם חשוב בנושא השילוב בקהילה. לממצא ההשכלה

נמצא חיזוק במחקרה של (ארליך, 1994) במחקרה בדקה את תופעת השחיקה בקרב עובדים מקצועיים וסמך-מקצועיים בתחום השיכום, העובדים במסגרות טיפוליות של אנשים מפגרים. השערות המחקר התייחסו לשתי רמות- כללית והשוואתית. ברמה הכללית, ההשערות בדקו את יחסי הגומלין בין משתנה האדם (משאבי התמודדות אישיותיים, חוסן וקוהרנטיות) לבין משתני הסביבה ( תמיכה חברתית ותנאי עבודה) והשפעותיהם דרך תפיסת הלחץ וההתמודדות עם השחיקה. ברמה ההשוואתית, ההשערות בדקו הבדלים בין עובדים מקצועיים לסמך מקצועיים המטפלים באנשים מפגרים. המחקר בוצע בקרב אוכלוסייה שכללה שתי קבוצות עובדים: מקצועיים וסמך-מקצועיים, העובדים במסגרות טיפול באנשים מפגרים: מעונות יום ומעונות פנימיה.

הקשר המתגלה בין רמת ההשכלה לתחושת קוהרנטיות מהווה יסוד להנחה שהשכלה היא מרכיב חשוב להיווצרות של תחושת קוהרנטיות דרך תהליך סוציאליזציה, מתן הזדמנויות והתנסות בסיטואציות שונות. אם אומנם כך, הרי השכלה היא חלק אינטגרלי מקוהרנטיות ועל כן אדם מחוסר השכלה יתקשה לממש את משאב ההתמודדות הנ"ל ולהסתייע בו במצבי לחץ (ארליך, 1994).

רמת ההשכלה מהווה מרכיב חיוני ואולי אף דומננטי בפיתוח משאבי ההתמודדות הפנימיים של האדם. ראוי לציין כי הספרות המחקרית העוסקת במאפייניהם של עובדים סמך-מקצועיים, מספקת חיזוק תיאורטי לממצא המובהק שנתגלה במחקרי (אנשי צוות מקצועיים, בעלי השכלה גבוהה יותר יהיו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב האדם המפגר בקהילה, מאשר אנשי צוות משכילים פחות ומועסקים בתפקידים סמך-מקצועיים, דהיינו קיומו של קשר חיובי בין השכלה ותפקיד לעמדות חיוביות יותר כלפי שילוב אנשים מפגרים בקהילה).

מתיאור הרקע הסוציאקונומי של העובדים הסמך-מקצועיים ניתן ללמוד כי התנסויות המקצועיות שלהם אינם רבות ולא היה להם חשיפה רבה לעבודה טיפולית מתוכננת ומובנית, לכן ההתנסות המקצועית שלהם היא יותר אינטואיטיבית, ספונטנית ולא מוכתבת על ידי תיאוריה או תוכנית טיפולית מתוכננת. לעומת אנשי צוות המקצועיים, בהיותם משכילים יותר וגם מקצועיים יותר שעברו תהליך סוציאליזציה למקצוע למדו להשתמש בכישוריהם על מנת לפתח עמדות חיוביות יותר כלפי מטופליהם. בנוסף צוות מקצועי בזכות ההשכלה, התפקיד וההכשרה שהם עוברים זוכים לתנאי עבודה טובים יותר ובתגמולים יותר מאשר עובדים סמך-מקצועיים.

כפי שידוע בשירותים השונים לטיפול באדם המפגר מהווים העובדים הסמך-מקצועיים את החלק המכריע של מערכת ההשגחה והטיפול, בהיותם במגע ישיר עם המטופלים ובתדירות גבוהה יותר מזו של איש מקצוע (עו"ס, פסיכולוג או רופא). עובדים סמך-מקצועיים מוגדרים כעובדים התופסים את עבודתם כקשורה ל.. נובעת מ..או משלימה את עבודתו של איש המקצוע (ארליך, 1994)

הרבה מהם נכנסים לתפקיד במסגרות טיפול באנשים עם פיגור ללא כל הכשרה עם אוכלוסיה זו, חלק מהם חשים מתוסכלים אך בכל זאת ממשיכים לעבוד, מאחר ואין תחליף והם זקוקים לעבודה זו כדי להתפתח מבחינה מקצועית. חלקם נשחקים ועוזבים. חלק מרגישים נשחקים אך בכל זאת ממשיכים לעבוד מחוסר ברירה. זה מסביר את התחלופה הגבוהה בצוות הסמך-מקצועי ומדוע חלק ניכר מהם צעירים בסוף שנות העשרים לחייהם או בתחילת שנות השלושים, רווקים ובעלי שנות וותק מועטות. דבר נוסף המסביר את התחלופה בצוות הסמך-מקצועי, הוא קיום פער בין דרישות התפקיד לבין התמורה הכספית שהצוות מקבל. מול השכר הנמוך עומדות דרישות מרובות לתפקיד, כגון לספק לימוד, עזרה, סיעוד, טיפול, חברות, ללמד את המטופל להיות עצמאי... כל דרישה נוספת מתקבלת על ידי הצוות כמוגזמת. זה יוצר לחץ כרוני הקשור במתן שירותי אנוש, יוצר תסמונת של לאות פיזית ונפשית הכרוכה בפיתוח דימוי עצמי שלילי, יחסים שליליים בעבודה ואיבוד איכפתיות ורגשות כלפי האנשים אותם משרתים ובסוף פיתוח עמדות שליליות כלפיהם ( Gomez & Michaelis, 1995 ).

בנוסף גדלים הסיכויים שאלה שנוטים להיות מעורבים יותר בעבודה מבחינה רגשית יישחקו יותר לעומת אנשים עם סגנון עבודה מנותק יותר (צוות מקצועי). במחקרים שנעשו בתחום השיקום בנושא שחיקה נצפה כי העובדים במסגרות השיקום חשופים יותר לתופעת שחיקה בעקבות מגעם עם האנשים המוגבלים לתקופות זמן ארוכות (ארליך, 1994).

פלוריאן ושורוקה (1986) מצאו במחקרם כי עובדים אשר היו חשופים למעורבות יתר עם מטופליהם, נמצאו שחוקים יותר. מעורבות זו קיימת אצל עובדים סמך-מקצועיים במעונות פנימייה ובדיוור קהילתי מעצם שעות העבודה והמגע האינטינסיבי של העובדים עם מטופליהם. יש לזכור כי חברי צוות אלה הפחות משכלים, בעלי השכר הנמוך וחסרי ההכשרה, הם אלו אשר להם ההשפעה הגדולה ביותר על האנשים המפגרים מעצם המגע היום יומי איתם. לכן עמדותיהם מאד חשובות ובעלות השפעה על אופן עבודתם. זה אומר כי החשיפה והמגע הפיזי אינם מספיקים



לשנות עמדות, יש חשיבות רבה לטיב המגע לצורך היותו מובנה, מאורגן ובעל משמעות כדי להוביל לשינויים חיוביים ועקביים בעמדות (הוזמי, 1995).

אחת הדרכים היעילות ביותר לשינוי עמדות לכיוון חיובי יותר, הוא הצרוף של מידע או ידע לגבי פיגור שכלי עם מגע ישיר ומובנה עם אנשים אלה (הוזמי, 2000).

עמדות יכולות גורם מכריע בשביעות רצון מהעבודה וביצוע העבודה, והרחבת התחום המשותף בין הערכים של העובד והמשימה של המעביד. שינוי עמדות יכול להתרחש תוך כדי תרגול וסוציאליזציה לתפקיד בתקופת העסקת העובד.

ממצאי המחקר הנוכחי יחד עם ממצאי מחקרים אחרים תומכים בכך שהשכלה וידע מביאים לעמדות חיוביות יותר. זה אומר שמאוד חשוב שאנשים שעובדים במסגרות אלה יהיו אנשים שיש להם ידע והשכלה ואם רוצים לגייס צוות שיהיו בעלי עמדות חיוביות צריכים להשקיע בתוכניות הכשרה ולימוד בגיוס הצוות הסמך-מקצועי למסגרות אלה עדיף אולי לקחת סטודנט צעיר לא מנוסה אך עם ידע והשכלה מאשר איש צוות מנוסה אך ללא ידע והשכלה שכבר גיבש לעצמו עמדה (שלילית בעיקר) ופחות פתוח לשינויים וחיידושים. עמדות אנשי הצוות משקפות את עמדות כלל הציבור (Henry, Keys, Balcazar & Joop, 1996) והם משליכות על המוטיבציה לעבודה ואף

על איכות השירותים שהם מגישים לאנשים בהם מטפלים (Asving & Vassitau, 1991).

המציאות במגזר הערבי: עקב המציאות הקיימת במגזר הערבי של בעיות אבטלה, ובעצם הרבה אקדמאים ומשכילים נשארים ללא תעסוקה. אולי זה שיקול נוסף שצריך לקחת בחשבון בעת גיוס צוות סמך-מקצועי לעבוד במסגרות אלה. מאחר ומדובר באנשים משכילים הזקוקים למסגרות עבודה יציבות ולאורך זמן למקור פרנסה קבוע, יש מקום להשקיע בהעסקת קבוצה זו או בצוות מבוגר יותר ויציב יותר עם נתונים אישיים מיוחדים כגון: עקרות בית שהן מפרנסות וזקוקות למקום עבודה קבוע והכנסה קבועה ונשירה יחסית קטנה. צריך לבחון כל אפשרות לבדוק עלות מול תועלת, מול צרכיהם המיוחדים של אוכלוסיית האנשים המפגרים במסגרות אלה ומול עקרון השילוב בקהילה. כדאיות העסקת כל קבוצת אנשים צריכה בדיקה רחבה ומעמיקה ויש מקום להרחיב את המחקר הנושא של גיוס עובדים ומיונם.

סוכנויות אשר משרתות את האנשים עם פיגור שכלי, צריכות להכשיר אנשי צוות שיוכלו ללמד את המטופלים מיומנויות הסתגלותיות וחברתיות. תוכניות ההכשרה צריכות להיות יעילות כדי שתתקבלנה ברצון אצל רוכשי ההכשרה, וההכשרה הזו תזכה את מי שעובר אותה בתגמול כספי,

בנוסף לתגמול חברתי, כך שכל הצוות ירצה להשתתף בה. כשדנים ביעילות ההכשרה, יש לקחת בישבון שההכשרה צריכה להיות קצרה יחסית ויחד עם זאת בעלת יכולת להשפיע ולשנות עמדות שליליות.

ברגע שאנשי הצוות רוכשים את העקרונות הבסיסיים של שילוב ניתן לעזור להם לחדד את הכישורים באמצעות אנשי מקצוע במקום והדרכה צמודה.

עבודת אנשי צוות סמך-מקצועיים היא עבודה לעיתים מונוטונית ולא מאתגרת. היזון חוזר חיובי, הוא גורם ממתן חשוב מאוד. בנוסף למקורות תמיכה מהצוות המקצועי וההנהלה תעזור ההכשרה להתמודד ולהתגבר על הרגשות השליליות כלפי האוכלוסיה אותה משרתים. אווירת אחווה ושותפות מאפשרת להם אוטונומיה בקבלת החלטות ונותנת תגמול על יוזמתם. אחרת תפתח אצל העובדים תחושות שליליות וזה יגרום לכך שהצוות יפעל בקשירות ובדרכים לא מיומנויות כלפי מטופליהם וכלפי העבודה. לרוב מוליכה את הצוות לנטוש את שטח עבודתם לחלוטין (ארליך, 1994).

חשוב לציין שבמחקרים שנעשו בנושא שחיקה נצפו שאנשי צוות סמך-מקצועיים במעונות פנימייה ובדירור קהילתי שחוקים יותר מאנשי צוות מקצועיים אחרים (פלוריאן ושורוקה, 1986).

מבין המשתנים המופיעים בספרות (ארליך, 1994) ניתנת משמעות רבה למשתנה ההדרכה כתורם ממתן את תופעת השחיקה, הטענה היא כי מתן הדרכה לעבודה במקצועות העזרה השונים, מהווה גורם חיובי במניעת התפתחות תהליך השחיקה.

במחקר שנערך על ידי צ'רניס (1980), נמצא כי בסוכנויות בהן קיבלו העובדים הדרכה שמילאה תפקיד של הכוונה ותמיכה, נצפו עוצמות ותדירויות של שחיקה במידה מועטה יותר. מזלך ופינס (1986), מדווחות כי מתן הדרכה לעובדים בשירותים לטיפול בילד נמצאה כמשמעותית ביותר למניעת שחיקה. צריך ליצור אפשרויות מגוונות ורבות יותר לקידום וגיוון בעבודת הצוות הסמך מקצועי תוך התייחסות למשתנים אקולוגיים כגון: עומס בעבודה, שעות עבודה, הפסקות, אפשרויות קידום וגיוון בעבודה וקיומן של מערכות תמיכה מקצועיות.

המוסדות יכולים לבחור את אנשי הצוות שלהן לפי ערכים אישיים. הם מעדיפים אנשים שבוחרים לעבוד עם אנשים עם פיגור שכלי וללא ספק אנשים שבחרו בסוג עבודה כזו הם בעלי ערכים אישיים חיוביים יותר משאר האוכלוסיה (Rice & Rosen, 1991). במילים אחרות, ניתן לבחור בקריטריונים לקבלה לעבודה לאנשים סמך-מקצועיים שרוצים לעבוד עם אנשים מפגרים.

הקריטריונים לקבלה צריכים להיות מבוססות על ערכים של קבלה, שילוב ועמדות חיוביות. בחירה כזו תאפשר מציאת צוות מתאים שהשקפות העולם שלו מתאימות לערכים, לעמדות, ולפילוסופיית המסגרת עצמה.

לסיכום מאוד חשוב להשקיע משאבים לשם הדרכת והכשרת הצוות הסמך מקצועי על מנת להביא לקידומו המקצועי ולשיפור איכות חייו, כי הם המפתח בשינוי העמדות הרווחות באוכלוסיה הכללית. יש לבנות צוות בעל בסיס אידיולוגי נכון ובעל יכולת להוציא את הדברים מן הכוח אל הפועל ובעל זיקה לעקרונות והערכים של המסגרת עצמה.

הטענה שיש מחסור בהצוות הסמך-מקצועי שיטפל באנשים מפגרים או יהיה חלק מצוות שמטפל באנשים מפגרים על מנת שישנה עמדותיו כלפיהם, אלא צריכה להיות יד מכוונת שתעודד את הצוות ותיצור לו אפשרויות וההזדמנויות ליצירת עמדות חיוביות כלפיהם. חשוב ורצוי להתחיל בתהליך חינוכי זה מוקדם ככל האפשר.

השערה מספר 3 - יהיו הבדלים בעמדות אנשי הצוות אשר קיבלו הדרכה לעומת אלה שלא קיבלו הדרכה, ביחס לשילוב האדם המפגר בקהילה. השערה זו לא אוששה.

במחקר של הנרי ועמיתיו (1996) נלמדו ההבדלים בעמדות בין אנשי צוות לבין העמדות של כלל האוכלוסיה. נבדקו גם השפעת ההכשרה וההדרכה לפי עקרון השילוב על העמדות. הממצאים הצביעו על עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב בקרב אנשים שעברו הכשרה והדרכה לשילוב בחיי הקהילה, לעומת אלה שלא עברו הכשרה והדרכה. הממצאים נתנו בסיס לאמונה שהשקעה בהכשרה תוך מתן חשיבות לעמדות ושיפור עמדות יכול להיות המפתח לפיתוח צוות מקצועי שהמוטיבציה שלו נובעת מהאמונה ברעיון השילוב והיא תפעילם ליישם פילוסופיה זו בחיי העבודה היומיומית.

ממצאים תומכים בממצאי מחקרם של הנרי ועמיתיו (1996) נמצאו במחקרה של דובדבני (1997) על עמדות אנשי צוות במסגרות דיור בקהילה כלפי שילוב של האדם המפגר בקהילה. נמצא גם שההכשרה או ההדרכה בישראל אינם שמים דגש מספיק על העקרונות המרכזיים של הנורמליזציה וההכלה והדרכה נכונה יכולה להביא לשינוי חיובי בעמדות כלפי אנשים מפגרים. הכלי שבדק עמדות רגיש לבדוק כל שינוי בעמדות אשר תלוי ב. מחקרים שבדקים עמדות כלפי

שילוב מצאו שידע הוא כוח ביצירת עמדות חיוביות. (Donaldsan, 1980; Duvdevany,

1980; Geskie & Salasek, 1988; Gottlieb, 2000).

כנראה השאלון לא נתן תמונה ו/או לא נעשתה בדיקה יותר מעמיקה לסוג ההדרכה. המשתנה של ההדרכה וההכשרה התייחס באופן כללי יותר להכשרה של המקצוע ולא התייחס להכשרה ספציפית שאנשי צוות במסגרות אלה עוברים בתחום השיקום והנורמליזציה. במחקר בעתיד חשוב לבדוק איזה כלים נותנים לצוות על מנת להדריך לעבוד עם אנשים מפגרים, הדרכה ולמידה של עקרון הנורמליזציה והשילוב שהוא בעצם המפתח לעמדות חיוביות בעניין השילוב בקהילה. הצוות הוא הכוח שמוציא לפועל עקרון זה, ועל פי אמונתם כך התנהגותם לכן כדאי לבנות הכשרה ספציפית לאנשי צוות על מנת לשנות את השקפת עולמם לחיובית יותר.

שינוי עמדות צעד מאוד חשוב בעניין השילוב, לכן האימון בעקרון השילוב חשוב לכל איש צוות שייקלט לעבוד או כבר עובד במסגרת שמטפלת באנשים עם פיגור שכלי, מימון תוכניות הדרכה ואימון לפי עקרון השילוב חייב להפוך לתוכנית כללית של כל מסגרת. (Bartunek & Moch, 1987;

Henry et al, 1996)

השערה מספר 4 – אנשי צוות צעירים יותר ואנשי צוות נשואים יהו בעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב מפגרים בקהילה, מאשר אנשי צוות מבוגרים יותר ואנשי צוות רווקים. השערה זו לא אוששה. למרות שהממצאים אינם מובהקים יש נטייה שאנשים נשואים והורים לילדים מתייחסים לנושא הפיגור והשילוב אחרת מאשר צעירים ורווקים.

העובדה שלא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שתי קבוצות הגילאים נובעת מהעובדה שהרוב הגדול, שני שליש מהמרוואיינים, הם צעירים בגילאי 21-34, לכן אין בעצם כל כך מבוגרים. אם כן יש הבדלים הם נובעים מההשכלה, התפקיד והרמה המקצועית ופחות ממשתנה הגיל.

ניתן לומר שההשפעות שדווח עליהן בתוצאות המחקר מייצגים את התרומה המיוחדת של כל משתנה אשר משפיע על כל המשתנים האחרים במשוואה. וכך ההבדלים בין אנשי צוות אינם משוייכים למשתנים דמוגרפים אלא הם תוצר של הבדלי השכלה ותפקיד.

במחקר אחר של רימרמן ודובדבני (Rimmerman & Duvdvani, 1996) העוסק בהורים לילדים

ומתבגרים בעלי פיגור שכלי קשה נמצא שהורים למתבגרים, מודעים יותר לנורמליזציה מהורי

ילדים צעירים. במחקר זה נמצא כי הורים עם עמדות חיוביות כלפי עקרון הנורמליזציה הם בעלי אחוזי השמה חוץ ביתיים גבוהים. ככל שהילד גדל, ההורים מודעים יותר לעקרון הנורמליזציה ולנושאים כמו הזרם המרכזי והיכולות הגלומות בילד.

סיכום:

לממצאי המחקר השלכות ישירות ועקיפות על תהליך השתלבותם של העובדים הסמך-מקצועיים בתחום הרווחה, החינוך, בגופים וולונטרים ובמסגרות טיפול שונות יישום מדיניות הנורמליזציה מופקד במידה לא מבוטלת בידי העובדים הסמך-מקצועיים, המשמש אחת מזרועותיה המרכזיות של "הרשות המבצעת" במסגרות שירותי השיקום. הכשרת העובד הסמך-מקצועי והכנתו לפעילות עם אנשים נכים, מפגרים גם אם יש לו נסיון קודם של מגע בין אישי עמם, עשויה איפוא למתן חרדות, דיעות קדומות בבואו לעבוד עם אוכלוסיה זו. תפיסותיו האישיות של העובד הסמך-מקצועי עשויות להשתקף בדרך התייחסותו לאוכלוסיית היעד שעמה הוא בא במגע. הכנה מתאימה של העובדים באמצעות קיום קשרי גומלין עם אדם נכה והוספת ידע אודותיו בתהליך קבלתם ושיבוצם עשויה לסייע בידם לפתח מיומנויות התנהגותיות ותפקודיות נורמטיביות כלפי האדם הנכה או המפגר.

למחקר היו מגבלות מסויימות:

- 1) האזור שנחקר התמקד באזור גיאוגרפי ספיציפי, צפון, שאולי לא נתן תמונה מספיק רחבה למה שקורה בכלל במגזר הערבי ובאזורים אחרים שלא נבדקו.
- 2) קושי להבחין בהבדלים בין המסגרות השונות עקב המציאות שבה אותם עובדים, עובדים בכמה מסגרות באותו זמן.
- 3) נושא ההדרכה לא נבדק מספיק לעומק, הפריטים בשאלון אשר מתמקדים בנושא ההדרכה לא הובנו נכון על ידי הנחקרים לכן לא קיבלנו תמונה מספקת לגבי סוג ההדרכה, התכנים שלה והאיכות שבה היא מועברת. במחקרים בעתיד חשוב לפרט נושא ההדרכה ליותר פריטים והתייחס אליו ביותר הרחבה.

### ביבליוגרפיה

- אל-חאג', מ. (1988). הבוגרים הערבים במוסדות להשכלה גבוהה בישראל: אפיונים עיקריים, פוטנציאל ופרופיל תעסוקתי. מתוך: מ. אל-חאג' (עורך), בעיות תעסוקה בקרב בוגרי ההשכלה הגבוהה הערביים בישראל. (עמ' 233-256), חיפה: אוניברסיטת חיפה.
- אלקרינאוי, ע. (1999). טיפול נפשי רגיש – תרבות בחברה הערבית. מתוך: ק. רבין (עורכת). להיות שונה בישראל. (עמ' 65-81), הוצאת רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- ארליך, נ. (1994). יחסי גומלין בין משתני אדם-סביבה ושחיקה, בקרב עובדים מקצועיים וסמך מקצועיים בתחום השיקום. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- ביאלר, מ. (1986). שינוי עמדות והגברת המעורבות והאחריות החברתית בקרב תלמידי תיכון. חברה ורווחה, ח', 46-56.
- ברזון, מ. (1989). הפעלת סטודנטים לעבודה סוציאלית בפרוייקטים לשינוי עמדות כתהליך לימודי-חינוכי, חברה ורווחה, י"א 48-56.
- בריאן, ד., ניומן, א. ורייטר, ש. (1986). שירותים לבעלי פיגור שכלי היבט זו לאומי ישראל-ארה"ב. חינוך מיוחד ושיקום, חיפה: הוצאת אוניברסיטת חיפה.
- דובדבני, א. (1985). הקשר בין ידע של סטודנטים לעבודה סוציאלית ועמדותיהם כלפי נכים התפתחותיים. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית ספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.
- הוזמי, ב. (1997). מגעי ועמדות כלפי אנשים נכים בקרב חונכי פר"ח. מתוך: א. רימרמן, מ. חובב, א. דבדבני וא. רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (עמ' 127-135). ירושלים: הוצאת מאגנס.
- זכאי, ד. (1982). עמדות ילדים רגילים כלפי ילדים אפזיים בעקבות הסברה ומגע יום יומי. החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל-אביב.
- חאג' יחיא, מ. (1999). אלימות כלפי נשים בהקשר החברתי-תרבותי של החברה הערבית. מתוך: ק. רבין (עורכת). להיות שונה בישראל. (עמ' 219-242), הוצאת רמות- אוניברסיטת תל-אביב.
- חמיאל, מ. (1986). עמדות ילדים כלפי נכים כפונקציה של גיל התפתחות קוגניטיבית ועמדות ההורים, עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", החוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן.

לוי-שגב, ר. והרץ-לזרוביץ, ר. (1986). שינוי היחס כלפי הילד המפגר באמצעות ניסוי חינוכי בבית הספר. חינוך מיוחד ושיקום.

ליפשיץ, א. (1994). ערביי ישראל ומדינת ישראל: תהליכים של שינוי ושילוב. תל אביב: הקיבוץ המאוחד.

מייקלסון, ב. (1976). השרותים למען המפגר בישראל, ירושלים: משרד הסעד.

ניסים, ד. (1997). הקשר בין דימוי עצמי של מתבגרים לבין עמדותיהם כלפי אנשים מפגרים. מתוך: א. רימרמן, מ. חובב, א. דבדבני וא. רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (עמ' 114-125). ירושלים: הוצאת מאגנס.

עמינדב, ח. (1985), עמדות בישראל כלפי פיגור שכלי כפונקציה של אתניות-מרכיבי העמדה ורמת הפיגור. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה, אוניברסיטת בר-אילן.

פארל, פ. (1995). סוגיות בחינוך מיוחד בשיקום. כרך 10(1), 43-48. תל אביב: אחווה-הוצאה לאור.

קנדל-גרוס, י. (1987) שינוי עמדות אצל סוהרים כלפי מוגבלים באמצעות השלמות ייעודית בנושא נכויות, חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן.

קרלסון, ב. (1981). קול למורה. פרסום פנימי של הוצאת "שמע" לחינוך ושיקום ילדים ונוער ליקויי שמיעה, 52-42.

American Association of Mental Retardation (AAMR), (1973). Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation. Washington, D.C.

Allport, G.W. (1954). Handbook of social psychology: The historical background of modern social psychology. Cambridge, MA.: Addison-Wesley. Vol 1.

Antonak, R.F. (1982). Development and psychometric analysis of the Scale of Attitude Toward Disabled Persons. Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 13, 22-29.

Asving, B.A., & Vassilio, D. (1991). Factors related to staff longevity and turnover in a facility serving persons with developmental disabilities: A final report. North Dakota center for disabilities: Bismark

- Azaiza, F. (1995). Welfare Services In the Arab Sector in Israel: The current situation. The Arab Citizens of Israel. Jerusalem: The Hebrew University.
- Bartunek, J., & Mach, M. (1987). First order, second order, and third order change and organization development interventions: A cognitive approach. Journal of Applied Behavioral Science, 23, 483-500.
- Braddock, D.L., & Mitchell, D. (1992). Residential services and developmental disabilities in the United states: A national survey of staff compensation, turnover and related issues. Chicago, IL: School of Public Health, AAMR special Publications.
- Bruvold, W.H. (1970). Are beliefs and behavior consistent with attitudes? A preliminary restatement and some evidence from a survey research project. Paper presented at the meeting of the western psychological association, Los Angeles, CA.
- Cherington, C., & Dybward , B. (1974). New Neighbors, the Retarded Citizen in Quest of a Home, president's committee on mental Retardation, Washington, D.C.
- Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. NewYork: Praeger.
- Coleman, J.C. (1980). Friendships and the peer group in adolescence. In J. Adelson (ed.). Handbook of Adolescent Psychology. (pp. 168-184), New York: Wiley.
- Donaldson, J. (1980). Changing attitude toward handicapped persons: A review and analysis of research. Exceptional Children, 46, 504-515.
- Everitt, B.S. (1980). Cluster analysis (2<sup>nd</sup> edn.). London: Heineman Educational Books, LTD.
- Farber, B.A., & Geller, J.D. (1977). Students attitudes towards psychotherapy. Journal of the American Association for College Health, 28, 301-307.
- Festinger, L.A. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance. (pp.15-30 ) Stanford: Stanford University Press.



Florian, V. (1992). "Love" and "like" relationships among married couple with and without a child with disability. Journal of Cross-Cultural Psychology, 23, 326-339.

Florian, V., & Katz, S. (1983). The impact of cultural, ethnic, and natural variables on attitudes towards the disabled in Israel: A review. International Journal of Intercultural Relations, 7, 167-179.

Florian, V., & Kehat, D. (1987). Changing high School students' attitudes toward disabled people, Health and Social Work, 1, 57-62.

Florian, V., & Shurka, E. (1986). Jewish and Arab parents coping patterns with their child with a disability in Israel. International Journal of Rehabilitation Research, 4, 201-204.

Florian, V., Weisel, A., Kravetz, S., & Shurka-Zernitsky, (1988). Cultural influences on attitudes toward disability: A comparison of Arab and Jewish high school students in Israel. International Journal of Rehabilitation Research, 11, 279-283.

Florian, V., Weisel, A., Kravetz, S., & Shurka-Zernitsky, E. (1989). Attitudes toward persons with disabilities in the Kibbutz and city: A multi-factorial comparison. Rehabilitation Counseling Bulletin, 32, 210-218.

Geskie, M.A., & Salasek, J.L. (1988). Attitude of health care personnel toward persons with disabilities. In: I. Harold Yuker (Ed). Attitudes Toward Persons with Disabilities, New York : Springer Publishing co., pp. 187-200.

Gottlieb, J. (1980). Improving attitudes toward retarded children using group discussion. Exceptional Children, 47, 106-110.

Gottlieb, J., & Corman, L. (1975). Public attitudes toward MR. children. American Journal of Mental Deficiency, 80, 72-80.

Gottlieb, J., & Davis, E. (1973). Social acceptance of M. R. during avert behavioral interaction. American Journal of Mental Deficiency, 80, 72-88.

- Greenbaum, J.J., & Wang, D.D. (1966). A Semantic differential study of the concept of M.R. Journal of Generation Psychology, 73, 257-272.
- Hage-Yehia, A. (1998). Special issues in social work in Arab society. In: F.M. Lowenberg (ed.). Meeting the challenges of a changing society: fifty years of social work in Israel. (pp. 233-256), Jerusalem: The Magne4ss Press, The Hebrew University.
- Heider, f. (1958). The Psychology of Interpersonal Relations. New- York, Wiley., pp.12-18
- Henry, D., Keys, C., Jopp, D., & Balcazar, F., (1996). Attitudes of community-living staff members towards persons with mental retardation, mental illness, and dual diagnosis. Mental Retardation. 34(6), 367-379.
- Janice S. Gomez, & Ron C. Michaelis, (1995). An assessment of burnout in human service providers, Journal of Rehabilitation, 61(1),60-75
- Jones, R.L. (1972). The Hierarchical Structure of attitudes toward the exceptional. Exceptional Children, 32, 430-435.
- Kastner, L.S., Reppucci, N.D., & Pezzoli, J.J. (1979). Assessing Community Attitudes towards Mentally Retarded Persons. American Journal of Mental Deficiency, 84(2), 137-144.
- Kerch, D. (1962). Individual In Society. New York, Mcgraw Hill., pp. 35-80
- Laura M. Ressa, O. Spreen, & Michael Harnadek, (1991). "Do attitudes towards persons with handicaps really shift over time?". Comparison between 1975 and 1988. Mental Retardation American Association on Mental Retardation, 2(2), 81-86.
- Maslach, C. (1986). Empirical Bases for new conceptualization of burnout. Paper presented at the IAAP 2<sup>nd</sup> international congress of applied psychology. July, Jerusalem, Israel

- Nirje, B. (1976). The normalization principle. In: R. B. Kugel, & A. Shearer (Eds.), Changing patterns in residential services for the mentally retarded. President's Committee on Mental Retardation. Washington: Government printing office.
- Nirje, B. (1969). The normalization principle and its human management implications. In: R. Kugel, & W. Wolfensberger (Eds). Changing Patterns in Residential Services, for the Mentally Retarded (pp. 179-195). Washington, DC: Government printing office.
- O'Brien, J. (1987). A guide to life style planning: Using the Activities Catalogue to integrate Services and Natural Support Systems. An Alternative Curriculum for youth and adults with severe disabilities. (pp. 72-80). Brookes: Baltimore.
- Paulhus, D. (1984). Two-Component models of socially desirable responding. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 598-609.
- Rice, D.M., & Rosen, M. (1991). Direct care-staff: A neglected priority. Mental Retardation, 29(4), III-IV.
- Rimmerman, A., & Duvdevani, I. (1996). Parents of children and adolescents with severe mental retardation: Stress family resources, normalization, and their application for out-of-home placement. Research in Developmental Disabilities, 17, 487-497.
- Rimmerman, A., Hosmi, B., Duvdvani, I., (2000). Contact and attitudes toward individuals with disabilities among students tutoring children with developmental disabilities. Journal of Intellectual & developmental Disability, 25(1) ,13-18
- Rimmerman, A., & Muraver, M. (1993). Making the move of community residents: Parental involvement in the transition process of their adult children with mental retardation. Research report, school of social work, Bar Ilan University, Ramat-Gan, Israel.
- Rogers, C.R. (1951). Client-Centered Therapy: its current practice implication and theory, Boston: Houghton.

- Rosenberg, H.J. (1956). Cognitive structure and attitudinal effects. Journal of Abnormal Social Psychology, 53, 367-372.
- Rothchild, C.S. (1970). The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation. New York: Random House.
- Sharabi, H.B. (1975). Introduction to the Study of Arab Society. Jerusalem: Salach Aldean.
- Shurka, E., & Florian V. (1983). A study of Israeli Jewish and Arab parental perceptions of their children with a disability. Journal of Comparative Family Studies, 14, 367-375.
- Smootha, S. (1984). Social Research on Arabs in Israel, 1977-1982: A bibliography. Haifa: Haifa University Press.
- Sparrow, W.A., Alison, J., Shinkfield, & Karnilowicz, W. (1993). Constraints on the Participation of Individuals with Mental Retardation in Mainstream Recreation. Mental Retardation, 31(6), 403-411.
- SPSS Base 10.0 User's Guide. (1999). Chicago: SPSS inc.
- Spreen, O. (1977). Attitudes towards mentally retarded and attitude change: An experimental study. Zeitschrift Far Experimental and Angewandt Psychology, 24, 303-323.
- Taylor, S.M., & Dear, M.J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophrenia Bulletin, 7, 225-240.
- Wolfensberger, W. (1972). The Principle of Normalization in Human Services. Toronto: National Institute on Mental Retardation.
- Wolfensberger, W. (1975). The Origin and Nature of Our Institutional Models. Syracuse, N.Y: Human Policy Press.
- Wright, B.A. (1983). Physical Disability: A psychological approach. New York: Harper & Row.

Yuker, H.E. (1988). The Measurement of Attitudes Toward People with Disability. (pp. 5-7),  
Springfield, Illinois, Charles Thomas.

## נספח א': שאלון עמדות כלפי מגורים בקהילה של אנשים עם פיגור שכלי

בעמודים הבאים מופיעים משפטים ובהם דעות ועמדות כלפי אנשים עם פיגור שכלי, ישנן דעות רבות ושונות בנושא. אנשים בדרך כלל מסכימים עם חלק מהמשפטים שמופיעים כאן ולא יסכימו עם משפטים אחרים, אנו מעונינים לדעת מה את/ה אישית חושב/ת על כל אחד מהמשפטים. אין תשובות נכונות או לא נכונות כאן חשובה רק דעתך האישית.  
אנא הקפד/י להתייחס לכל המשפטים.

משמאל לכל משפט יש שש אפשרויות בחירה:

1	2	3	4	5	6
מסכים	מסכים	לא בטוח	לא בטוח	לא מסכים	מאוד לא
מאוד		אך נוטה	אך נוטה לא		מסכים
		להסכים	להסכים		

יש לסמן עיגול סביב המספר שמציין את האפשרות הקרובה ביותר למה שאת/ה מרגיש/ה ביחס למשפט. למשל, אם אתה מסכים מאוד עם המשפט, סמן (1), אם אתה לא בטוח אך נוטה לא להסכים, סמן (4).

**תודה על שיתוף הפעולה.**

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה לא להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי מאושרים יותר כשהם גרים ועובדים יחד עם אנשים כמוהם.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי שמנסים לעזור אחד לשני הם כמו "עוורים המוליכים עוורים".
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי אין להרשות להתחתן וללדת ילדים.
1	2	3	4	5	6	זה יהיה טיפשי מצידו של אדם להתחתן עם אדם עם פיגור שכלי.
1	2	3	4	5	6	יש להבטיח שלאנשים עם פיגור שכלי תהינה אותן זכויות כמו לכולם.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי לא רוצים לעבוד.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי זקוקים למישהו שיתכנן עבורם את הפעילות.
1	2	3	4	5	6	אין לאפשר לאנשים עם פיגור שכלי לנהל משרד ציבורי.
1	2	3	4	5	6	על אנשים עם פיגור שכלי אסור להטיל אחריות.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי יכולים להתארגן ולייצג את עצמם.
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי אין שאיפה להתקדם בעבודתם.
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי אין צורך לבחור בין פעילויות שהם יעשו כל יום.
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי אסור להרשות לנהוג.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי יכולים להיות אזרחים מועילים בחברה.
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי יש מטרות לחייהם כמו לכל האנשים.
1	2	3	4	5	6	הייתי סומך/ת על אדם עם פיגור שכלי שיהיה שמרטף לילדיי.

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי אינם יכולים להתנסות בשליטה על חייהם כמו אנשים אחרים.
1	2	3	4	5	6	לאנשים עם פיגור שכלי יכולים להיות קשרים אישיים קרובים כמו לאחרים.
1	2	3	4	5	6	לא הייתי רוצה לגור בשכונה עם אנשים עם פיגור שכלי.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי מוגבלים מדי כדי להיות רגישים לצרכים ורגשות של אחרים.
1	2	3	4	5	6	מפעלים מוגנים לאנשים עם פיגור שכלי הם חיוניים.
1	2	3	4	5	6	יש לעודד אנשים עם פיגור שכלי להילחם על חקיקה עבורם.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי הם הכי טובים לייעץ ולכוון אחרים הרוצים לעבור לדיור קהילתי.
1	2	3	4	5	6	בהחלטות המשפיעות על חייו של האדם המפגר יש לתת משקל יתר לדעתו של האדם המפגר מאשר לדעת חברי משפחתו או אנשי המקצוע בתחום.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי יכולים לתכנן פגישות וכנסים ללא עזרת האחרים.
1	2	3	4	5	6	ניתן לסמוך על אנשים עם פיגור שכלי שיתנהגו עם כסף בצורה אחראית.
1	2	3	4	5	6	לדיירים אין מה לפחד מאנשים עם פיגור שכלי הגרים ועובדים בשכונתם.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי בדרך כלל, צריכים להיות במסגרות מגורים אשר יש בהן עזרה ותמיכה של אנשי צוות.



מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה לא להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי אינם יכולים להתנסות בשליטה על חייהם כמו אנשים אחרים.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי צריכים לחיות במסגרות מוגנות מכל הסכנה הקיימת בקהילה.
1	2	3	4	5	6	הטיפול הטוב ביותר עבור אנשים עם פיגור שכלי הוא להיות חלק מהחיים הנורמליים בקהילה.
1	2	3	4	5	6	רוב האנשים עם פיגור שכלי מעדיפים לעבוד במסגרת מוגנת אשר רגישה יותר לצורכיהם.
1	2	3	4	5	6	ללא מידה מסוימת של השגחה ושליטה, אנשים עם פיגור שכלי יכולים להסתבך בצרות עם הקהילה.
1	2	3	4	5	6	זכויות האדם המפגר חשובות יותר מאשר דאגת אנשי המקצוע לבעיותיהם.
1	2	3	4	5	6	בשירותים המשרתים אנשים עם פיגור צריכה להיות נציגות בהנהלה.
1	2	3	4	5	6	הדרך בטובה ביותר להתמודד עם אנשים עם פיגור היא מסגרת מוסדית.
1	2	3	4	5	6	בתים ושירותים לאנשים עם פיגור צריכים להיות מחוץ לשכונות מגורים.
1	2	3	4	5	6	השקעת משאבים נוספים בתוכניות לאנשים עם פיגור שכלי הם בזבוז כספי משלם המיסים.
1	2	3	4	5	6	בתים ושירותים לאנשים עם פיגור שכלי מורידים את ערך הבתים בשכונה.

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה לא להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
1	2	3	4	5	6	אנשי מקצוע אינם צריכים לקבל החלטות עבור אנשים עם פיגור שכלי לא במצבים שבהם הדבר הכרחי באופן אבסולוטי-מוחלט.
1	2	3	4	5	6	אנשים עם פיגור שכלי הם מעמסה על החברה.

### ברצוננו לשאול אותך מספר שאלות אינפורמטיביות:

1. לאיזה קבוצת גיל את/ה שייך/ת:

1. 21-25

2. 26-34

3. 35-44

4. 45-54

5. 55-64

2. מהו מינך?

1. זכר

2. נקבה

3. מהו הסטטוס המשפחתי שלך?

1. רווק/ה

2. נשוי/אה

3. גרוש/ה

4. חי/ה בנפרד

5. אלמן/ה

4. מהי השכלתך?

1. עממית

2. תיכון חלקי

3. תיכון מלא

4. אקדמית

5. מהו התפקיד שאת/ה ממלא/ת בשירות?

1. מנהל

2. עובד סוציאלי

3. פסיכולוג

4. אם בית

5. מדריך בית

6. מתנדב

7. אחר, פרט: \_\_\_\_\_

6. כמה שנות ניסיון בעבודה יש לך? \_\_\_\_\_

7. מי מתפעל סוכנות זו (ממשלה, אק"ם, רשות מקומית, רווחה וכו') \_\_\_\_\_

8. מקום עבודתך הנוכחי \_\_\_\_\_

9. האם הסוכנות בה את/ה עובד/ת מספקת הכשרה מיוחדת לביצוע התפקיד

1. כן

2. לא (עבור לשאלה 11)

10. מה טיב ההכשרה? \_\_\_\_\_

כמה זמן היא נמשכת (בחודשים)? \_\_\_\_\_

ההכשרה נעשית תוך כדי עבודה בסוכנות? \_\_\_\_\_

ההכשרה נעשית במסגרת חיצונית (מכון, אקדמיה)? \_\_\_\_\_

ציין היכן: \_\_\_\_\_

11. האם את/ה מקבל/ת הדרכה לגבי המטלות אותן עליך לבצע?

1. כן

2. באופן חלקי

3. לא

12. מהו הרקע המקצועי של האדם הנותן לך הדרכה? \_\_\_\_\_

13. מספר שעות עבודתך בשבוע? \_\_\_\_\_

## נספח ב': בדיקת מבנה שאלון העמדות

The Community Living Attitudes Scale, Mental Retardation Form

Hierarchical Cluster Analysis בעזרת (Henry, Keys, Jopp, & Balcazar, 1996)

חלוקתו של שאלון העמדות לגורמים נבדקה במחקר זה בעזרת Hierarchical Cluster Analysis. ניתוח זה מזהה קבוצות הומוגניות של משתנים (או נבדקים) כאשר מספר הקבוצות (אשכולות - clusters) נקבע מראש. הניתוח מתחיל כאשר כל משתנה (או נבדק) מוגדר כאשכול בפני עצמו וממשיך ע"י חיבורם לפי מרחקיהם זה מזה (proximities). הקבוצות המחוברות הולכות וגדלות. בשלב הראשון של הניתוח מחוברים שני המשתנים הקרובים ביותר זה לזה לאשכול אחד. בהמשך, בכל שלב, מחוברים זוג משתנים, או משתנה לאשכול קיים, או זוג אשכולות, לפי הקריטריון של הקירבה הרבה ביותר. שני משתנים שחווהו לאשכול נשארים יחד עד לשלב האחרון. הניתוח נעצר כאשר מושג מספר האשכולות שנקבע מראש. יתרונו של ניתוח זה הוא התאמתו למדגמים קטנים יחסית (Everitt, 1980).

קיימים קריטריונים שונים לחיבור זוגות משתנים (נבדקים) כאשר הנפוץ ביותר הוא Squared Euclidean Distance המחבר את ריבועי הפרשים בין המשתנים (נבדקים) המחוברים לאשכול. במקרה של קיבוץ משתנים (ולא נבדקים) מקובל להשתמש במתאם פירסון כקריטריון לקירבה, ואזי להשתמש בציוני תקן (Z scores) של המשתנים שבניתוח. קיבוץ אשכולות נעשה גם הוא בשיטות שונות כאשר המקובלת ביניהן היא Between Groups Linkage המגדירה את המרחק בין שני אשכולות כממוצע המרחק בין כל זוגות המשתנים (נבדקים) הקיימים כאשר כל משתנה בזוג מסוים שייך לאשכול אחר (SPSS Guide, 1999).

ניתוח האשכולות של שאלון העמדות במחקר זה נערך בעזרת מדדי הקירבה של מתאמי פירסון בין משתנים, תוך שימוש בציוני תקן, ובעזרת Between Groups Linkage בין אשכולות. המתאם המקסימלי בין המשתנים נמצא  $r=.64$  והמינימלי  $r=-.09$ . לוח 1 מציג את ניתוח האשכולות הראשוני לעשרה אשכולות.

ניתוח אשכולות של פריטי שאלון העמדות ל-10 אשכולות

אשכול מספר:										
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
33	23	19	18	7	6	5	3	2	1	פריטים:
39	24	27	21	28	9	34	4			
	25	30	22	29	10		8			
		37		31	11		13			
		38		32	12					
		40		35	14					
				36	15					
					16					
					17					
					20					
					26					

השוואה של הממצאים מניתוח זה עם הגורמים של הנרי ועמיתיו (Henry et al., 1996) מעלה כי:

אשכולות 3,9,10 מייצגים את הגורם "העצמה",

אשכול 8 מייצג את הגורם "בידוד",

אשכול 6 מייצג בעיקר את הגורם "הגנה", אך פריטים 35,36 בו שייכים לגורם "בידוד",

אשכול 5 מייצג בעיקר את הגורם "דמיון", אך שני פריטים בו 16,26 שייכים לגורם "העצמה",

אשכולות 4 ו-7 הם בעלי פריטים מעורבים, ובאשכולות 1 ו-2 יש פריט אחד באשכול.

באופן בסיסי ניתן לראות את הגורמים של הנרי ועמיתיו (Henry, et. al., 1996) בניתוח

האשכולות, אך ההתאמה אינה חד חד ערכית.

ניתוח נוסף אשר הוגבל לתשעה אשכולות חיבר את אשכול מס' 5 עם מס' 9 (ראה לוח לעיל) ובכך

חיבר למעשה את גורם ה"העצמה" של הנרי עם גורם ה"דמיון". ניתוחים נוספים אשר צמצמו בהדרגה את

מספר האשכולות חיברו את "העצמה" עם "דמיון" באופן גובר והולך, תוך שהם משאירים את "בידוד"

ו"הגנה" כאשכולות נפרדים. לוח 2 מפרט את השתייכות הפריטים לאשכולות בניתוח שהוגבל לארבעה

אשכולות.

ניתוח אשכולות של פריטי שאלון העמדות ל-4 אשכולות

	אשכול מספר:			
	4	3	2	1
פריטים:	19	3	2	1
	27	4	18	5
	30	6	21	7
	37	8	22	28
	38	9	33	29
	40	10	39	31
		11		32
		12		34
		13		35
		14		36
		15		
		16		
		17		
		20		
		23		
		24		
		25		
		26		

הלוח מעיד כי אשכול 1 מייצג בעיקר את גורם ה"הגנה". שישה מעשרת פריטיו שייכים לגורם זה, והם שישה משבעה הפריטים המרכיבים גורם זה אצל הנרי. אשכול 2 הינו מעורב. אשכול 3 מורכב כולו מן הגורמים "העצמה" ו"דמיון", ואשכול 4 בנוי מפריטים של "בידוד".

ניתוח אחרון ביקש לחבר את הפריטים לשלושה אשכולות. כאן התחברו אשכולות 2 ו-3 מן הניתוח שלעיל (לוח 2ב') ובכך הוברר כי מבנה השאלון במחקר הנוכחי הוא: "העצמה+דמיון", "בידוד", ו"הגנה".

לסיכום, ניתוח האשכולות לשאלון העמדות אושש במידה רבה את המבנה אשר נמצא ע"י הנרי ועמיתיו (Henry, et. al., 1996). בנוסף, העקיבויות הפנימיות של כל הסקלות המקוריות של הנרי היו במחקר זה מעל 70. לאור אישוש המבנה המקורי של השאלון והעקיבויות הפנימיות שעלו במחקר הנוכחי, נעשה שימוש בסקלות המקוריות כדי שלא לאבד את הרגישות הנובעת מן ההפרדה בין "העצמה" ו"דמיון".

## **Abstract**

During recent years, the attitude of the public towards people with mental retardation has improved as part of the dawning of the idea of normalization and the right of people with mental retardation to live without any impediments in society. The viewpoint of the past, which called for the placement of people with mental retardation within closed and protected environments, has changed sharply and nowadays emphasizes the professional aspects relating to the rehabilitation of this population. It is now recognized that the attitude of the public and the application of the normalization concept are likely to affect the level of integration of people with mental retardation in their community dwellings, whether in a boarding institute, a hostel or an apartment in the community. Since it is known that attitudes have great power to effect change, the attitudes of professional and non-professional staff members that have direct contact with people with mental retardation also have wide implications for the process of rehabilitation of this population and its integration in the general population. Providing both professional and non-professional staff members with training might directly affect their attitudes, as well as the attitudes of the general population and policy-makers. Therefore, this aspect of attitudes is clearly of great importance.

Although the subject of attitudes of staff members in the field of rehabilitation has been researched in Israel, it has not yet been examined scientifically among the staff members in the Arab sector. The aim of the present research was to test the influence of different variables on the attitudes of Arab social workers towards the integration of people with mental retardation in the community. The major questions examined were whether or not the attitudes of the social workers towards the idea of normalization would be positive; whether there would be any differences between the attitudes of the professional and the non-professional staff members; and whether there would be any differences between the various frameworks (i.e., welfare association, boarding institute, community dwelling).



The research examined four hypotheses:

1. The staff members working within the framework of community dwellings will have more positive attitudes regarding the integration of people with mental retardation in the community than will those working within the boarding institute framework.
2. The more educated and more qualified staff members, who hold professional positions, will have more positive attitudes regarding the integration of people with mental retardation in the community than will those who are less educated and hold non-professional positions.
3. There will be some differences between the staff members who have received training and those who have not in regard to their attitudes towards the integration of people with mental retardation in the community.
4. Younger and married staff members will have more positive attitudes towards the integration of people with mental retardation in the community, as compared to older and single staff members.

The research sample consisted of 50 social workers from a variety of welfare associations in the north of Israel, as well as 148 professional and non-professional staff members from boarding institutes and community dwellings. Questionnaires were completed individually by every staff member after his/her consent was given to participate in the research.

For the purpose of examining the hypotheses, two instruments were used:

1. The Community Living Attitude Scale – CLASS-MR (Henry et al., 1996).
2. A demographic questionnaire on factors of age, marital status, etc.

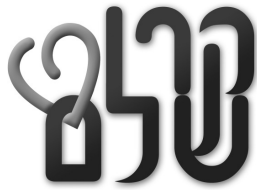
About two-thirds of the sample population were women, without any clear differences found between the various frameworks. The majority (38% community dwelling, 41% boarding institutions and 48% welfare associations) of the staff members were

in their late twenties or early thirties, and the social workers in the welfare associations were much older than those in the boarding institutes. Half of the staff members in the community dwellings and in the boarding institutes were married, whereas 90% of those in the welfare associations were married. As for education, 64% of the social workers in the hostels and boarding institutes were academicians, and the rest were high school graduates. However, all the staff members of the welfare associations were university graduates and all were professional workers. Half of the workers in the hostels and boarding institutes were non-professionals; a little more than one-third worked in professions related to rehabilitation; and 14% were workers with non-professional experience in rehabilitation.

The basic outcome of the research was that professional staff members have a more positive attitude towards the integration of people with mental retardation in the community than do their non-professional counterparts. It is possible to explain this outcome by the fact that professional social workers acquire an education based on treatment and teaching contexts with a Western orientation. Such values do not match with the orientation of Arab society in Israel, but rather serve as a source for change in the values and perspectives among the Arab members of this profession. By acquiring education and training, they undergo a process of socialization and are exposed to updated professional knowledge, which helps to make their attitudes more positive towards their daily work. On the other hand, the majority of the non-professional staff members are high school graduates and their jobs are temporary. Prior to their current job, they were not exposed to the population of people with mental retardation. Therefore, the beliefs and values on which they were educated are carried over to their work and are reflected in their attitudes towards this population.

The results of this research provide support for previous research, which shows that investing in the training of staff members and placing importance on changing their attitudes towards this population can serve to develop a professional staff motivated by a belief in the idea of integration. The research has direct and indirect effects on the process of assimilation

of non-professional staff members into the fields of welfare, education, ambulatory services, and other treatment frameworks. The application of normalization lies in the hands of the non-professional workers, who formulate the arm of “responsible authority” within the framework of rehabilitation. Training non-professional staff members and preparing them for activities with this population may stabilize their fears and stereotypes, even if they had past contact with such a population. Therefore, we can conclude that providing appropriate preparation for these workers through interactions with this population, as well as through education and appropriate professional training upon their inclusion in the system, will help to develop their behavioral skills and normative functional skills towards people with mental retardation.



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



אוניברסיטת חיפה  
UNIVERSITY OF HAIFA

# **Staff attitudes among Arab sector towards the integration of persons with Mental Retardation in the community**

**Maisa Mazawee-Margia**

Supervised by: Dr. Ilana Duvdevany

Thesis submitted in partial fulfillment of the  
Requirements for the Master's degree  
University of Haifa, Faculty of Social Welfare & Health Studies  
School of Social Work



This work was supported by a grant from Shalem Fund for  
Development of Services for People with Intellectual Disabilities  
In the Local Councils in Israel  
2001