



صندوق شاليم، لتطوير الخدمات
للشخص ذي الإعاقة العقلية
التطويرية 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 תל אביב
TEL AVIV UNIVERSITY

הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
בית הספר לבריאות הציבור
החוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית

הקשר בין מצבם התפקודי והקוגניטיבי של המטופלים לבין רמת הלחץ, השחיקה, שביעות הרצון ופגיעות שריר- שלד בקרב המטופלים באנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

גלית סניור- פינקר

בהנחיית:

פרופ' אלי כרמלי- החוג לפיזיותרפיה אוניברסיטת חיפה

דר' דבורה אלפרוביץ-נחנזון- החוג לבריאות סביבתית ותעסוקתית

אוניברסיטת תל אביב

יועץ מקצועי: דר' אריאל לינדן - ייעוץ סטטיסטי-ביה"ס לבריאות הציבור, אוניברסיטת משיגן

עבודה זו הוגשה כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר מוסמך בבריאות בתעסוקה (MOCCH) בבית

הספר לבריאות הציבור, בפקולטה לרפואה ע"ש, סאקלר אוניברסיטת תל-אביב.



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

2017

קרן שלם/2017/612

הכרת תודה

הדרך הייתה ארוכה ורבה, ובמהלכה סייעו לי אנשים רבים.

ברצוני להוקיר תודה מיוחדת לאדם יקר, איש מקצוע מדהים ובעיקר מורה- **ד"ר אריאל לינדן**. תודה שסייעת לי להאמין שניתן להגיע לסוף המסע המפרך, תודה שלא התייאשת בדרך. תודה על עשרות השעות של העבודה והלימוד שהקדשת לי, בקור רוח ובאדיבות. אני ברת מזל שהיית שם בשבילי ברגעים הכי מתסכלים, ולא ויתרת לי. דרשת את הביצוע הטוב ביותר והמקצועי ביותר גם אם זה גרם לך לעבודה כפולה.

תודה רבה ל**ריקי רביוב**- מנכלית אלאור שתמכה בי לאורך השנים בכפר בני ציון האמינה, והקדישה אמצעים לקידום ורווחת המטפלים, בעבודה רב צוותית שבלעדיה הדבר לא היה אפשרי. ללא הסיוע במהלך המחקר והירתמות הצוות לא הייתי מצליחה.

תודה תודה למנחה המופלאה שלי ד"ר **דבורה נחנזון אלפרוביץ'** שליוותה אותי בסבלנות אין קץ, במקצועיות רבה ולא ויתרה ברגעים הקשים, והכל עם חיוך. תודה ל**פרי אלי כרמלי** שסייע ותמך בהנחייה תודה לצוות המסור של אוניברסיטת תל אביב שלא התייאשו במיוחד ד"ר **פטריסיה שוברץ**, להוריי היקרים ובן זוגי שתמכו בי ובלעדיהם לא הייתי מסיימת.

"לעולם לא ניתנת לך משאלה, בלי שינתן לך גם הכוח להגשימה.

אולם, ייתכן שיהא עלייך לעמול לשם כך"....(תעתועים, ריצ'ארד באך)

הקדשה

במהלך כתיבת התיזה, איבדתי שתי מורות, חברות מדהימות שסייעו ותמכו בי.

צר לי שלא זכו לראות את העבודה בסיומה.

איריס סנדר – חברה יקרה, קולגה לעבודה, מנהלת ופיזיותרפיסטית שהייתה מודל חיקוי בשבילי באישיותה ובמקצועיותה, שליוותה אותי לאורך השנים. כל כך רציתי לראות את החיוך שלך כשאבשר לך – "איריס, סיימתי".

פר' איילה מלאך פיינס – אישיות שלמדתי ממנה בהרבה תחומים בחיי, שהתבססתי על מחקריה ומאמריה במהלך לימודי התואר ובעבודתי, ולהפתעתי ומזלי, הכרתי אותה אישית וזכיתי להכירה גם כסבתא. איילה ליוותה אותי בתחילת הדרך, התנדבה לסייע לי במהלך העבודה ושיתפה אותי בספרה החדש אף לפני שפורסם. תורה שהארת לי את הדרך.

תוכן עניינים

תמצית המחקר

תקציר

1	1. מבוא	
11	2. מטרות המחקר השערות המחקר והגדרת משתנים	
11	2.1 מטרות המחקר.	
11	2.2 השערות המחקר	
12	2.3 הגדרת משתנים	
14	3. שיטות	
14	3.1 אוכלוסיית המחקר	
15	3.2 כלי המחקר	
17	3.3 שלבי המחקר ותוכנית המחקר	
19	3.4 ניתוח סטטיסטי	
20	3.5 בדיקת האשכולות במחקר	
21	4. תוצאות	
21	4.1 השוואת משתנים	
27	4.2 משתנים הקשורים לכאבי שריר שלד	
42	4.3 משתנים הקשורים לתפיסת שליטה, עומס ולחץ.	
47	4.4 משתנים הקשורים לתחושת שביעות רצון	
50	4.5 משתנים הקשורים לתחושת שחיקה	
53	4.6 משתנים הקשורים לדירוג עצמי של בריאות	
56	4.7 משתנים הקשורים לתמיכת ממונים	
58	5. דיון וסיכום	
58	5.1 משתנים המבדילים בין המטפלים	
64	5.2 קשרים נוספים	
67	5.3 עבודה עם דיירים בעלי התנהגות מאתגרת	
69	5.4 תמיכת ממונים	
70	5.5 מודל קשרים מסכם	
71	5.6 מגבלות המחקר	
72	6. מסקנות והמלצות יישומיות	
74	7. רשימת אנשי מקצוע ושטח להצגת תוצאות המחקר	
74	8. המלצות למחקרי המשך	
75	9. רשימת מקורות	
85	10. נספחים	
85	10.1 הגדרת מושגים	

88	10.2	טופס הסכמה מדעת
89	10.3	שאלון
97	10.4	הבדלים בין הקבוצות - מאפיינים דמוגרפיים
99	10.5	שכיחות כאבי שריר - שלד והימנעות מפעילות
101	10.6	אישור ביצוע המחקר
102	11.	תקציר באנגלית (Abstract)
104	12.	שער באנגלית

תמצית המחקר

זהו מחקר חתך ראשוני שכלל 243 מטפלים מ-68 מעונות ומסגרות. הועבר למטפלים שאלון חד פעמי. מטרתו המרכזית הייתה לבדוק האם קיים קשר בין תפקוד פיזי וקוגניטיבי של הדיירים לשכיחות פגיעות שלד - שריר של המטפלים, שביעות רצון, הערכה עצמית של מצב הבריאות, שחיקה, עומס ולחץ ועמדות ותחושות בעבודה. נמצא כי, קיים קשר בין מצבם הקוגניטיבי של הדיירים להימנעות מפעילות מכאבי שריר- שלד הנובעים בעיקר מרביע עליון. כמו כן, מטפלים העובדים עם דיירים סיעודיים הלוקים במוגבלות שכלית התפתחותית קשה דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר. ממצאי המחקר מדגישים את החשיבות בסיוע בהתמודדות בטיפול באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ו/או התנהגות מאתגרת, עידוד לפעילות גופנית תוך התייחסות לפירוש הכאב לגיל ולמין המטופל, הפחתת גורמי שחיקה והגברת שביעות הרצון של המטפלים.

תקציר

עבודת מטפלים ישירים במעונות לאוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא עבודה פיזית קשה, דורשנית ומאתגרת. הם אחראים על סיפוק צרכיהם המורכבים של הדיירים, כך שיש להם תרומה ניכרת לרווחתם ובריאותם. המטפלים מדווחים על קושי לעבוד עם דיירים עם בעיות התנהגות ומחלות נפש, עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועם נכות פיזית המתלווה למחלות כרוניות. מחקרים רבים נערכו בקרב אוכלוסיות הנותנות שירות, בעיקר אחיות ומורים. תופעות של שחיקה, עומס גבוה בעבודה ותפיסת שליטה נמוכה המרכיבים לחץ תעסוקתי, שביעות רצון נמוכה וכאבים במערכת שריר-שלד נפוצות בקרב אוכלוסיית נותני השירות. התופעות גורמות להיעדרויות ועזיבה, ומתן שירות פחות איכותי למקבלי השירות. כדי לקדם את מקצוע הטיפול באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ובמטרה לשפר את השירות לדיירים, יש צורך לחקור את הגורמים למצב הנוכחי של היעדרויות מחסור ועזיבה, לחקור את התופעות והקשרים שהוזכרו בקרב מגזר המטפלים ולטפח ולהעלות את קרנו של מקצוע המטפל באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית.

מטרות - לבדוק אם קיים קשר בין תפקוד פיזי וקוגניטיבי של הדיירים לשכיחות פגיעות שלד - שריר של המטפלים, שביעות רצון, הערכה עצמית של מצב הבריאות, שחיקה, עומס ולחץ ועמדות ותחושות בעבודה.

שיטות - זהו מחקר חתך (cross sectional), שכלל 243 מטפלים ישירים באנשים בוגרים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, שעבדו במשרה מלאה ולפחות שנה עם אוכלוסייה זו. חילקנו את אוכלוסיית המחקר (המטפלים) לארבע קבוצות מחקר בהתאם לאופי הדיירים המהווים רוב בכל דירה (דיירים במצב תפקודי עצמאי יחסית ומוגבלות שכלית התפתחותית קלה; דיירים במצב תפקודי עצמאי יחסית ומוגבלות שכלית התפתחותית קשה; דיירים במצב תפקודי סעודי ומוגבלות שכלית התפתחותית קלה; דיירים במצב תפקודי סעודי ומוגבלות שכלית התפתחותית קשה).

מולא שאלון באופן חד פעמי, שכלל מידע לגבי פרטים אישיים, מצב בריאות, שביעות רצון, עומס, שחיקה (Shirom-Melamed Burnout Measure), תפיסת שליטה וכן שאלון הבדק פגיעות שריר - שלד (Nordic) ושאלון הבדק שביעות רצון. המטפלים מלאו את השאלונים במקומות העבודה בסיוע אנשי מקצוע, שהודרכו על ידי החוקרת, או על ידי החוקרת עצמה, וכן בקורסים להכשרת מטפלים בסיוע החוקרת.

המחקר התבצע בשש מסגרות פנימיות ובקרב מטפלים בקורסי הכשרה שעבדו ב – 68 מעונות והוסטלים. לשם השוואת פגיעות שריר- שלד בין קבוצות המחקר, מבחן חי סקוואר (Chi-Square) שמש למשתנים קטגוריאליים ומבחן קרוסקל וואליס (Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test) למשתנים רציפים. רגרסיית לוגיסטית רב משתנית (Multivariate Logistic Regression Analysis) שמשה לבדיקת הקשר בין קבוצות המחקר לפגיעות שריר- שלד, רגרסיית "טובית" (regression model multivariate tobit) ימשה לבדיקת הקשר בין קבוצות המחקר לעומס בעבודה, שחיקה, שביעות רצון, ותפיסת שליטה, ורגרסיית סדורה רב משתנית (Multivariate Ordinal Least Squares regression) שמשה לבדיקת הקשר בין קבוצות המחקר לשאלת לחץ כללית, לשביעות רצון מתמיכת ממונים ולהערכה עצמית של מצב הבריאות.

תוצאות - מסקנות והמלצות

המחקר הנוכחי הוא מחקר ראשוני. אוכלוסיית המחקר היא ייחודית, מאחר שמרבית המטפלים עובדים במסגרות פנימיות, אוכלוסייה שמהידוע לנו לא קיבלה התייחסות עד כה בישראל ומעט מאוד בספרות העולמית. לא מצאנו מחקרים שהשוו את אוכלוסיית המחקר על פי מצבם הפיזי והקוגניטיבי של הדיירים בהם הם מטפלים.

- קיים קשר בין קבוצות המחקר להמנעות מפעילות מכאבי שריר –שלד, הנובעים בעיקר מרביע עליון.
- מצבם הקוגניטיבי (רמת המוגבלות שכלית התפתחותית) של הדיירים מבדיל בין קבוצות המחקר, ומהווה מרכיב מרכזי בקרב המטפלים בהיעדרות מהעבודה מכאבי שריר- שלד בעיקר ברביע עליון.
- אין הבדל בין קבוצות המחקר בתפיסת העומס בעבודה, בתפיסת שליטה ובשחיקה.
- שחיקה בעבודה, עומס ועבודה עם דיירים בעלי התנהגות מאתגרת קשורה למדדים שונים של הפרעות שריר שלד.
- נמצא קשר הפוך למצופה בין קבוצות המחקר לבין שביעות רצון בעבודה.
- מטפלות מדווחות על שביעות רצון גבוהה יותר ממטפלים. ייתכן ושיפור שביעות הרצון בקרב גברים ישפר את היענותם להישאר בעבודה.
- פעילות גופנית וכושר פיזי משפיעים על תחושת הבריאות הכללית של המטפל ומפחיתים פגיעות פיזיות. יש לדרבן את המטפלים לעסוק בפעילות פיזית בזמנם החופשי, ולנסות ולהנהיג פעילות גופנית קבועה במקום העבודה.
- נמצאו משתנים דמוגרפיים כמו מין, גיל, מוצא וותק ושפה הקשורים למשתנים המרכזיים ומפורטים בדיון.
- אנו ממליצים במחקרים עתידיים לחלק את רמת המוגבלות שכלית התפתחותית, שנמצאה משמעותית מאוד בתוצאות המחקר, ליותר תת קבוצות (מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, מוגבלות שכלית התפתחותית בינוני, מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ומוגבלות שכלית התפתחותית עמוקה), במחשבה שניתן יהיה למצוא יותר הבדלים בין קבוצות המחקר.

רשימת טבלאות:

- טבלה 1.1: מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית המטפלים במחקר
- טבלה 1.2: השוואת משתנים כלליים ודמוגרפיים בין ארבע קבוצות המחקר.
- טבלה 2: השוואת משתנים עיקריים בין ארבע קבוצות המחקר
- טבלה 3: הקשר בין כאבים במערכת השריר-שלד, והימנעות מפעילות עקב כך, בשניים עשר החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 4: הקשר בין כאבים בצוואר כתפיים בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 5: הקשר בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 6: הקשר בין כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 7: הקשר בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 8: הקשר בין כאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, קבוצות המחקר, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 9: הקשר בין המנעות מפעילות מכאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 10: הקשר בין כאבי גב תחתון והמנעות מפעילות מכאבים בגב תחתון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 11: הקשר בין תפיסת שליטה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 12: הקשר בין עומס בעבודה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 13: הקשר בין שאלת תחושת לחץ כללית לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 14: הקשר בין שביעות רצון לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- טבלה 15: הקשר בין שחיקה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 16: הקשר בין דיווח עצמי על מצב בריאות לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- טבלה 17: הקשר בין שאלה על תמיכת ממונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

רשימת איורים

- איור 1 : סיכום הקשרים בין גורמי סיכון בסביבת עבודתם של המטפלים ותוצאותיהם בהתאם לסקירה.
- איור 2 : מאפייני ארבע קבוצות המחקר על פי רמת תפקוד פיזי ורמת מוגבלות שכלית התפתחותית של הדיירים.
- איור 3 : קשרים בין כאבים במערכת שריר-שלד והימנעות מפעילות לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- איור 4 : סיכום הקשרים בין כאבים ברביע עליון והימנעות מפעילות עקב כך בשניים עשר החודשים האחרונים.
- איור 5 : הקשר בין הימנעות מפעילות עקב כאבים בגב תחתון ב – 12 החודשים האחרונים
- איור 6 : סכום המשתנים המנבאים עומס, עמדות ותחושות ולחץ כללי בעבודה.
- איור 7 : התפלגות ממוצעי שביעות הרצון בקרב המטפלים באחוזים
- איור 8 : קשרים בין שביעות רצון לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- איור 9 : התפלגות דירוג ממוצעי השחיקה בקרב המטפלים
- איור 10 : קשרים בין שחיקה לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- איור 11 : התפלגות דירוג ממוצעי הדיווח על דיווח עצמי על מצב הבריאות (בסולם של 1-10)
- איור 12 : התפלגות הדירוג העצמי של מצב הבריאות בין הדירות
- איור 13 : קשרים בין שחיקה לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.
- איור 14 : קשרים בין תמיכת ממונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים
- איור 15 : מטפלת המלבישה דייר עם מוגבלות שכלית התפתחותית בינוני קשה ועם התנהגות מאתגרת
- איור 16 : שכיחות כאבי שריר- שלד (באחוזים) ב-12 החודשים האחרונים בקרב מטפלים במחקר הנוכחי מול אחיות ופיזיותרפיסטיות ממחלקות שיקומיות
- איור 17 : שכיחות ההעדרות מהעבודה עקב כאבי שריר- שלד (באחוזים) ב-12 החודשים האחרונים, בקרב מטפלים במחקר הנוכחי מול אחיות ופיזיותרפיסטיות ממחלקות שיקומיות
- איור 18 : ממוצעי שביעות הרצון בקרב נשים וגברים במחקר של מלמד ושות' (Melamed et al, 2009) ובמחקר הנוכחי.
- איור 19 : מודל קשרים מסכם
- איור 20 : תאור שכיחות כאבי שלד - שריר כלליים וברביע עליון והימנעות מפעילות באחוזים ב- 12 החודשים האחרונים בקרב המטפלים.
- איור 21 : תאור שכיחות כאבי גב תחתון והימנעות מפעילות.

מילות מפתח:

דיירים סיעודיים, דיירים בעלי יכולות פיזיות טובות, שחיקה, עומס בעבודה, תפיסת שליטה, הערכה עצמית של מצב בריאות כללית, מטפלים ישירים (caregivers), שביעות רצון, פגיעות שריר-שלד, התנהגות מאתגרת

רשימת קיצורים ומונחים.

רביע עליון = צוואר, כתפיים גו איזור גבי גפיים עליונות

התנהגות מאתגרת = אי שקט

מוגבלות שכלית התפתחותית שכלי = המונח פיגור שונה ל"מוגבלות שכלית התפתחותית" יוני 2012. מכיוון שהמחקר בוצע לפני תקופה זו, וכן חלק מהמקורות בעבודה יש שימוש בשני המונחים "פיגור" ו"מוגבלות שכלית התפתחותית".

תפיסת שליטה-(Perceived Control) - האמונה שהפרט מסוגל להשפיע ולעשות שינוי בארועי חייו. אמונה

זאת עוזרת לאדם להתמודד עם לחצים בחיים. **על פי:** American Psychological Association

(APA):Perceived Control. (n.d.). In *Alleydog.com's online glossary*. Retrieved from:

<http://www.alleydog.com/glossary/definition-cit.php?term=Perceived Control>

1. מבוא

1.1 מטפלים בישראל

בישראל מתגוררים כ- 9420 דיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית במסגרות חוץ ביתיות הכוללות דיור בקהילה ומעונות פנימייה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009). מתוכם כ- 7200 דיירים נמצאים ב- 63 מעונות פנימייה ציבוריים ממשלתיים ופרטיים בפריסה כלל ארצית (אתר משרד הרווחה, 2008). מתוכם, 40 מעונות פרטיים (64% מס"כ דיירי המעונות) ובהם מתגוררים כ- 4610 דיירים. ככל שמגבלת האדם קשה ומורכבת יותר והוא זקוק לטיפול אינטנסיבי יותר כך גדלים הסיכויים להשמתו במסגרת כפר, בשונה מדיור קהילתי או משפחה אומנת (Chou et al, 2001; גל, 2005; McTernan et al, 2005; 2007). במחקר שפורסם בשנת 2005 (מנדבר וכורזים, 2005) נמצא כי במסגרות הדיור הכוללות הוסטלים, בתים קבוצתיים, דירות מגורים ומערכי דיור מועסקים 596 מטפלים ומדריכים. בנוסף, נמצא במחקר כי כ-86% מכוח האדם המטפל מורכב מנשים.

1.2 עבודת המטפל וחשיבותה

בישראל ובמדינות רבות אחרות גוברת בשנים האחרונות המודעות לחשיבות הרבה שיש למטפלים בהשפעה על איכות חייהם של הדיירים החוסים במעונות ובמסגרות הדיור השונות (מנדלר וכורזים, 2005) ולתפקיד המשמעותי של המטפלים בחייהם של הדיירים (Heron et al, 2003; Sacks et al, 2004). לכוח אדם זה יש השפעה ניכרת על איכות החיים של אנשים עם מוגבלות (Bradley et al, 1997). עבודתו היומיומית של המטפל נתפסת לעתים כעבודה סיעודית בלבד מבלי להתייחס לעובדה כי המשימות הפיזיות מתרחשות בהקשרים חברתיים, רגשיים ונפשיים, מה שהופך את משימת הסעוד למורכבת ומשמעותית יותר (Manojlovich, 2007; Diamond, 1988).

עבודת המטפל מתוארת בדרך-כלל כעבודה דרשנית, קשה באופן פיזי ומלחיצה מבחינה נפשית (De ; 2004; 2003; 2007; 2002; Palma, Hemseley et al, Heron & et al, Sachs et al). לרוב אין למטפלים השפעה או שליטה על תנאי העבודה, על הנהלים ועל סדרי העדיפויות של הארגון בו הם מועסקים (Needleman et al, 1988; Manojlovich, 2007). המטפלים הישירים נמצאים בחזית הטיפול ולעיתים רבות סופגים ביקורות קשות על תפקודם (Chan et al; 2002; Hatton et al, 1999; Herron et al, 2003; Sachs et al, 2001; Taggart et al, 2004).

מטפלים ומדריכים מתוארים בספרות ככוח אדם סמך-מקצועי (MacAdam, 1993) בעלי הכשרה מועטה יחסית, בעלי מעמד מקצועי נמוך, מרחב שליטה, שכר ותגמולים מעטים (מנדלר וכורזים, 2005; Sachs et al, 2004). הדרישות לקבלת מטפלים לעבודה נמוכות. בארצות הברית לדוגמה הדרישות הן השכלה תיכונית, תעודת יושר ורישיון נהיגה (Larson et al, 1999). למרות זאת, הקושי בגיוס עובדים סמך מקצועיים מהווה בעיה כרונית ונתפס כמחסום עיקרי במתן שירותים הולמים בתחום הטיפול והשיקום של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. מחקרים מדווחים על קשיים בגיוס ועל תופעת עזיבה. נמצא, כי 50% מהמנהלים במסגרות דיור דיווחו על קשיים בגיוס (מנדלר וכורזים, 2005). שישים אחוז מהמנהלים נאלצו להתמודד עם תחלופת מטפלים גבוהה. לשיעורי התחלופה יש היבטים אישיים הנגרמים מהפרידה וההיכרות עם מטפלים חדשים, והיבטים מערכתיים הקשורים להוצאות על גיוס צוות חדש. אחוזי עזיבה גבוהים של הצוות מקושרים לאיכות טיפול נמוכה ולתוצאות טיפול נמוכות של הדיירים (Hatton et al, 2001; Spector et al, 1991; Castle et al, 2005; Jaskulski et al, 1990).

בעבודת המטפלים קיים עומס פיזי ורגשי. תופעות כגון שחיקה, לחץ, חוסר שביעות רצון, עייפות, היעדרויות מהעבודה ועזיבה פוגעות בשירות הניתן לדיירים. רמת מתח בעבודה ורמת שביעות הרצון בעבודה הינם מהגורמים המשפיעים ביותר על איכות השירות הניתן לדיירים (Hatton et al, 1999). תופעות אלה משפיעות על הביצוע הישיר של העובד ועל גורמים נוספים כהיעדרויות ועזיבת המקצוע (Glasberg et al, 2007; Rose et al, 1994). בשנים האחרונות נעשה מאמץ לחקור את גורמי הסיכון, הפיזיים והנפשיים, הקיימים בטיפול אינטנסיבי באנשים עם מגבלה תפקודית ושכלית, ואת הדרכים להפחית את גורמי הסיכון וליצור סביבת עבודה נוחה יותר ומלחיצה פחות (Rose, 1999; Fish, 2000; Mascha, 2007; Retsaset al, 2000). מבין מרכיבי העומס שנבדקו עולה כי המטפלים תופסים את עבודתם כעבודה קשה מבחינה פיזית, גורמת לתחושת לחץ, כרוכה בסיכון, עמוסה ודורשת השקעה רגשית מרבית המטפלים (57%), התלוננו על קושי לעבוד עם משתתפים "קשים". המטפלים ציינו שלושה סוגי משתתפים: עם בעיות התנהגות ומחלות נפש, עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועם נכות פיזית המתלווה למחלות כרוניות.

1.3 תוצאים אפשריים של עבודה ממושכת עם אוכלוסייה מאתגרת

1.3.1 שחיקה

שחיקה היא תגובה ללחצים רגשיים מתמשכים והתרוקנות משאבי ההתמודדות של היחיד, ומתרחשת כתוצאה מחשיפה ממושכת ללחצים בעבודה ובחיים (Shirom, 1994). המימד המרכזי בשחיקה הוא תשישות נפשית שמתפתחת, באופן איטי, לאחר מספר ניסיונות בלתי מוצלחים להתגבר על מצבי לחץ שליליים (פרידמן ולוטן, 1987). שחיקה אינה דומה ללחץ, דיכאון או חרדה המאופיינים בזמניות. היא מתפתחת באופן איטי, ואיננה נעלמת גם לאחר התנתקות מגורם הלחץ המקורי (Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006). לשחיקה השפעה שלילית על איכות הטיפול. היא מקושרת להיעדרויות מהעבודה, לתחלופה, תפוקה נמוכה, יעילות כללית, שביעות רצון נמוכה והפחתה במחויבות לעבודה (Golembiewski et al, 1987). במספר מדינות, שחיקה מהווה בסיס לתביעת פיצויים (Schaufeli, 2003) ומהווה את הגורם העיקרי להיעדרות מעבודה, ונכות הנגרמת מעבודה (Bekker, et al, 2005). לשחיקה יש מהלך כרוני. מחקרי אורך חדשים שנערכו מחזקים טענה זאת (Shirom, 2005). סימנים פיזיקאליים של שחיקה הם כאבי שלד - שריר, עייפות כרונית, הפרעות שינה, סחרחורות, אלרגיות, קשיי נשימה, בלוטות נפוחות, כאבי גרון, בחילות, כאבי שרירים ונוקשויות, שפעות חוזרות, דלקות, התקררויות, כאבי ראש, חוסר פוריות, הפרעות עיכול וכאבי גב (Brock et al, 2000). קיימים אף מחקרים המקשרים בין שחיקה להתקפי לב (Angerer, 2003).

במחקרם על שחיקה וסוכרת 2 מדווחים מלמד ושות' כי עובדים החשופים לשחיקה בסיכון פי 4.32 לפתח

סוכרת (Melamed et al, 2006). שחיקה מתקשרת לירידה בתחושת היעילות, בתפיסת הכישורים האישית והיכולת להיות בעלי השפעה חיובית על התוצאות של החיים (Bandura, 1977, 1986; Campo et al, 1997). מקורה של השחיקה הינו עומס בעבודה, חוסר שליטה, חוסר תגמול פנימי וחיצוני, איבוד תחושת הזדהות עם הארגון, תחושת בדידות וחוסר "הוגנות", וערכים מתנגשים (Maslach ; Karasek's, 1992 ; Angerer, 2003). et al, 1997. לגורמי סביבת העבודה ולחץ מתמשך של העומס בעבודה יש קשר חזק יותר לשחיקה מגורמים אישיותיים או דמוגרפיים כמו גיל (Shirom, 2005). במחקר על שחיקה שנערך ביפן השתמשו בשאלון שחיקה של פינס (Pines, 1981). בשאלון השתתפו 3774 אנשי צוות העובדים בקהילות של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית (social welfare facilities). ציוני הממוצעים של שאלוני השחיקה היה גבוה באופן משמעותי בקרב המטפלים הישירים בהשוואה לצוות הניהול הבכיר ולצוות הניהול מתחתיו. לעומת זאת, ציוני הממוצעים של שאלוני השחיקה היו נמוכים משמעותית בקרב מטפלים אשר דיווחו כי יכלו להתייעץ עם האחראים על העבודה או על בעיות אישיות (Ito et al, 1999).

מספר מחקרים אשר השתמשו בשאלון שחיקה (Maslach Burnout Inventory) ובמדדי דיכאון מצאו ששחיקה שונה מדיכאון. שחיקה קשורה לעבודה, ודיכאון לעומת זאת הוא מושג קליני הקשור לגורמים רבים (Bakker et al, 2000) אישיים חברתיים ועוד. במקרים של דיכאון, הפרט ועברו הם נקודת המוקד של תסמונת המחלה ושל הטיפול. בשחיקה, מוקד גורמי המשבר ודרכי ההתמודדות עמם מרוכז בסביבה. ההסתכלות היא ארגונית סביבתית ולא אישיותית (פיינס, 2009)

1.3.2 פגיעות שלד - שריר

כאבי גב מהווים תלונה נפוצה באוכלוסייה הכללית. כ- 80% מהאוכלוסייה חווים כאבי גב בצורה זו או אחרת, גברים ונשים העובדים בעבודה פיזית או במשרד. כאבי גב הם סיבה נפוצה לתביעות פיצויים בארצות הברית ומהווים כרבע מכלל תביעות הפיצויים (Klein et al, 1984). פגיעות (תסמונות) בשלד- שריר מתוארות כאחת הבעיות התעסוקתיות הגדולות ביותר בקרב עובדים בטיפול. המצאות כאבי גב בקרב אחיות נעה בין 33% ל- 86%, על פי כ- 25 מחקרים שנערכו בצפון איטליה. נמצא כי התסמינים מהם אחיות סובלות הם הפרעות בשלד- שריר ובעיקר מכאבי גב (Lorusso, 2007).

מחקרים מראים כי מרבית פגיעות השריר-שלד נגרמות כתוצאה מחשיפה ממושכת וחוזרנית לפעילות הקשורה לעבודה מאמצת, סטטית ו/או חוזרנית, כשהתהליך מערב לעיתים קרובות לחץ. בעקבות הנזק המצטבר נפגעות הרקמות והמפרקים בגוף, הבאים לידי ביטוי בפגיעות בגידים, במערכת הנורולוגית ובמערכת הנורווסקולריות. עובדים מעטים יכולים לקשור תחילת הופעת כאבי גב לאירוע בודד אשר ממנו והלאה התחילו לסבול מכאבי גב (Carayon et al, 1999). מונחים רבים מתארים את פגיעות השריר-שלד הקשורות לעבודה, כמו נזק מצטבר, פגיעות מתח חוזרניות, פגיעות נפשיות חוזרניות ועוד. הנזק קשור לכך שהפגיעות מתפתחות לאיטן בעקבות תהליך סטרסוגני וקיימת חשיפה מתמשכת. בעקבות כך מתרחשת טראומה של רקמות רכות ומפרקים שביטויה נזק למערכת שריר-שלד. נמצא כי הביטוי לפגיעות שריר-שלד הקשורות לעבודה הוא נזק גיד, בעיות נורולוגיות ובעיות נורווסקולריות (Carayon et al, 1999).

על פי מימצאים של מחקרים אפידמיולוגיים ישנם גורמים פיזיקליים, כגון טיפול ידני והרמה או נשיאת משאות, כיפוף ורוטציות בתדירות גבוהה, תנועות נמרצות ותנוחות מסורבלות הגורמים לפגיעות שריר-שלד (Engels et al, Burdorf et al, 1997; 1996; Lorusso, 2007). גורמים פסיכולוגיים כמו דרישות גבוהות, שליטה נמוכה וחוסר בתמיכה סוציאלית מגבירים את הסיכון לפגיעות שריר-שלד (Burdorf et al, 1997; Bongers et al, 1993; Legerstrom et al, 1995).

קיימים נסיונות למציאת הוכחות ברורות לקשרים שבין גורמי עבודה פסיכוסוציאליים לבין מחלות שריר-שלד, כאשר במודל המוצע תכונות אישיות וסמפטומים של לחץ ממתנים את הקשר. למרות זאת, המחקרים לא מציגים הוכחות ברורות בגלל קורולציה בין גורמים פסיכוסוציאליים ועומס פיזי ובגלל קשיים במדידת משתנים תלויים ובלתי תלויים. מסקנת החוקרים היא כי עבודה מונוטונית, עומס רב ולחץ בזמן קשורים לתסמונות שריר שלד.

כמו כן, תפיסת שליטה נמוכה וחוסר תמיכה מקולגות ייתכן וקשורים לתסמונות שריר שלד. בנוסף, סמפטומים של לחץ נקשרים לסמפטומים בשריר שלד ואף להתפתחות מחלות (Bongers, 1993).

תוצאות מחקרים שונים מצביעות על קשר בין נזקי מערכת שריר-שלד בקרב אחים ואחיות העובדים בסיעוד לתנאי עבודה מסוימים המגבירים את הסיכון לפגיעות וחולי כמו שביעות רצון וחוסר שביעות רצון בעבודה, משאבי אנרגיה בסוף יום עבודה, מאמץ במהלך יום העבודה, תגובות פסיכוסומטיות וגופניות (Daraiseh et al, 2003).

על פי מחקרים, קיים קשר בין שחיקה לכאבי שריר – שלד. שחיקה יכולה להיות גורם מרכזי בהתפתחות כאבי שלד – שריר בקרב אנשים בריאים (Melamed, 2009).

1.3.3 לחץ תעסוקתי- תפיסת שליטה ועומס בעבודה

על פי המוסד האמריקאי לבטיחות ובריאות תעסוקתית (national institute of occupational safety and health, 1999) 'לחץ' זוהי תגובה פיזיקאלית ורגשית מזיקה אשר מתרחשת כשדרישות העבודה אינן תואמות את יכולותיו, משאביו או צרכיו של העובד. הלחץ מורכב ממספר משתנים ולהיגרם מאינטראקציה ברמות שונות של משתנים. תהליך של לחץ כרוני בעבודה עלול להפחית את המשאבים ולהוביל לתהליך של תשישות (Melamed et al, 2006).

אחד מהמודלים המשפיעים ביותר בחקר עבודה ובריאות הוא מודל הדרישה שליטה (Job Demand Control Model - JDC) שהוצג על ידי חוקר בשם Karasek (1979). המודל התייחס לשני מימדים בעבודה. דרישות העבודה (work demand – Work load and other work stressors) ושליטה (Perceived control-skill levels). הוצע כי, אנשים העובדים בעבודה עם לחץ עיסוקי גבוה (high demands-low control) יהיו בעלי בריאות (Well being) נמוכה יותר והפוך. רמת שליטה גבוהה, מפחיתה את ההשפעות השליליות של עבודה עם דרישות גבוהות. בהמשך, הורחב המודל והוכנס המימד החברתי למודל למודל שליטה דרישה תמיכה (JDC- Job Demand Control – Support model) (Johnson, Hall and Theorell, 1980). ההנחה היא כי תמיכה חברתית יכולה להפחית את ההשפעות השליליות של לחץ עיסוקי גבוה.

כיום ידוע הקשר הביולוגי והפסיכולוגי בין לחץ לבין מצבים שונים כגון: תאונות, התקפי לב וסוכרת. אספקטים רבים של תגובות הגוף- נפש מוכרות לנו, לדוגמא: תגובת "Fight or Flight". תגובות נוספות הן: הלמות לב, עלייה בלחץ דם, נשימות מהירות, הזעת ידיים וגבות, יובש בפה, רעד, ומתח שרירים.

נמצא קשר מובהק בין לחץ בעבודה לבין תחלואה ותמותה ממחלות קרדיווסקולאריות (Therorell et al, 1996). במקרים מסוימים, לחץ בעבודה נמצא קשור לרמת כולסטרול, עישון או לחץ דם גבוה. מדווח כי לאנשים רבים יש התקפי לב ושבץ ביום שני בין שמונה לתשע בבוקר, שעת החזרה לעבודה לאחר סוף השבוע. לקשר בין עבודה, לחץ ואירועי חירום לבביים ניתן הכינוי "סינדרום יום שני השחור" (Reinhold, 1996). תגובת האינדיבידואל לסטרס (לחץ) דומה אצל כולם, אולם קיים הבדל בין התוצאות לטווח הקצר ולטווח הארוך. התגובות ללחץ בטבען סתגלתניות, אולם עשויות להוביל למצוקה כאשר הן מגורות לזמן ארוך מדי, בעוצמה חזקה מדי או בתדירות גבוהה מדי (Quick et al, 1997).

קיימים שני משתנים המשפיעים על תגובת הלחץ: משתנים פנימיים- הכוללים היסטוריה משפחתית, תבנית התנהגות, התנסויות עבר, תפקוד קוגניטיבי, גיל, מגדר ואישיות. משתנים חיצוניים- הכוללים דיאטה, מזג אוויר, תרופות, יחסים בין אישים, תמיכה חברתית (Quick et al, 1997).

עבודה טיפולית הינה עבודה מלחיצה מטבעה. רמת לחץ גבוהה או לחץ מתמשך עשויים להביא לשחיקה של המטפל ולחוסר יכולת להעניק טיפול יעיל ומתאים (Glasberg et al, 2007; Sachs & et al, 2004). מדדים כמו מצב בריאותי, אמונות וערכים, התנהגות הדיירים, עומס עבודה, מונוטוניות, שכר נמוך, מעמסה רגשית, מחסור בתמיכה טכנית מחברים לעבודה ומהאחראים, אי שיתוף בקבלת החלטות ומתח בין הבית והעבודה, תפיסה סובייקטיבית של המטלות, בקשות ודרשניות, וחוסר בהירות כלפי התפקיד נמצאו כמעלים את רמות הלחץ והמתח (Fish, 2000; Geiger et al, 2004; Hatton et al, 1999; Mascha, 2007; Yip, 2001; Rose, 1999; Retsas et al, 2000; Menzel, 2001).

1.3.4 רמת שביעות רצון

מחקר על שביעות רצון בקרב המועסקים במעונות החל רק בסוף שנות השבעים. שביעות רצון בעבודה מוגדרת כהרגשת סיפוק, הגשמה או הנאה הקשורה לעבודה. בנוסף, מתייחסת לאספקטים שונים בעבודה כגון תנאי עבודה, פיקוח, וקבלת החלטות (Krueger, 1996). שביעות רצון בעבודה היא גורם הקובע את איכות הארגון והשירות שהוא מספק (Bednar, 2003). רמת שביעות הרצון של הצוות תואמת את איכות השירות והטיפול בדיירים (Heron et al, 2003; Locke, 1976). נמצא, כי לחוסר שביעות רצון בקרב אוכלוסייה זאת עלולות להיות תוצאות שליליות כולל השפעות על בריאות מנטאלית ופיזית, היעדרות מהעבודה, התמרמרות ועזיבה ותחלופה גבוהים. נמצא כי רמת שביעות הרצון הייתה הגורם שהבדיל בין בריאים ללא בריאים (Theorell 1971).

et al, גורמים המקושרים לשביעות רצון מהעבודה בקרב צוות מטפלים העובדים עם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הם תמיכת אחראים וקולגות, יכולת השפעה על החלטות טיפוליות, השתתפות בישיבות צוות ותפיסה סובייקטיבית של תנאי העבודה.

מאפייני תפקיד, כמו מעמד מקצועי נמוך, עומס בעבודה, דרישות תפקיד רבות ולעתים מנוגדות המופנות מהאחראים, עבודת ניירת מרובה, צורך בטיפול אינטנסיבי ומיעוט בהכשרה ותמיכה מקצועית נמצאו קשורים לחוסר שביעות רצון מהעבודה ולתחלופה (Larson et al, 1994).

כמו כן, אנשי צוות מבוגרים הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מאנשי צוות צעירים (Hatton et al, 2001).

1.3.5 הערכה עצמית נמוכה של מצב הבריאות

בריאות על פי ארגון הבריאות מוגדרת כמצב של רווחה נפשית וחברתית של הפרט ולא רק היעדר מחלה וחולי. התפישה הסובייקטיבית של אדם קשורה למצבו הפיזי, פסיכולוגי, וגורמים חברתיים. מקובל להשתמש בהערכה עצמית של בריאות להערכת מצב בריאותו של הפרט (SRH). מספר רב של מחקרים סיפקו הוכחות כי דירוג בריאות עצמית מקושר למחלות וסימפטומים, יכולות לתפקד בצורה יעילה, בריאות נפשית, תמיכה חברתית ורשת קשרי וגורמים סוציאלקונומיים (Pinquart, 2001). מחקרים רבים מצאו קשר חזק בין הערכה עצמית של בריאות ובין תמותה ושימוש בשרותי בריאות ותחלואה כולל ארועים של מחלות קרדיווסקולריות גם בשקלול גורמי סיכון רגילים למחלות קרדיווסקולריות כמו גיל ומין ומדדים אובייקטיביים על מצב בריאות (Melamed et al, 2006) או מדדים של מצב תפקודי ודכאון (DeSalvo et al, 2006). למרות מספר הסתייגויות הקיימות לגבי השאלה הבודדת, היא נחשבת ככלי משמעותי שיכול לסייע בגילוי מחלות שלא יאובחנו בבדיקות שגרתיות. השאלה הנשאלת בדרך כלל היא: כיצד תגדיר את מצב בריאותך בדרך כלל? כאשר בצד אחד של הסקאלה התשובה טובה מאוד ובצד השני בכלל לא טובה (מתוך דו"ח הלמ"ס 2009).

1.3.6 היעדרות ועזיבה

במחקר שנערך בקרב אוכלוסיית המטפלים בישראל, נמצא כי שיעור ניכר מהמטפלים (33%) דיווחו כי נעדרו מהעבודה בשלוש החודשים שקדמו (מנדלר וכורזים, 2005). בנוסף לקשרים המדווחים בין עזיבה לשחיקה, שביעות רצון והתנהגויות מאתגרות, לגיל השכלה וותק יש השפעה על עזיבת התפקיד. במחקר על מטפלי בית נמצא קשר בין גיל המטפלת והשכלתה לבין סיכויי עזיבת העבודה. נמצא כי, הסיכוי לעזיבה גדול יותר ככל שהגיל נמוך יותר ורמת ההשכלה גבוהה יותר. הדבר נובע מזמינות של עבודות בסביבה (Morris, 2009). כמו כן, במסגרות חדשות יחסית שיעורי התחלופה גבוהים יותר, בעיקר בקרב עובדים חדשים. מבין 110 מסגרות דויר בקהילה, 45% עזבו לאחר 6-12 חודשים מהגיוס (Larson et al, 1999).

1.4 גורמים המשפיעים על תוצאים של העבודה הממושכת עם אוכלוסייה מאתגרת

1.4.1 התנהגויות מאתגרות

התנהגויות מאתגרות הן התנהגויות המופיעות כתוצאה ממצבים המקשים על העבודה. ניתן לחלק את הגורמים להופעת ההתנהגות המאתגרת לשלושה מישורי התייחסות: חניכים, צוות מטפל וסביבת עבודה. חניכים - העדר מיומנות חברתית, בדידות, חוסר איזון, קשיי תקשורת, קושי שפתי, בעיות בהבנת הנשמע, בעיות על רקע אורגאני, שימוש בתרופות, בעיות הערכה ושיפוט ומחלות נלוות.

צוות מטפל - דיווחים רבים מגיעים מהצוות המטפל. הדיווח נובע מרמת הסבילות של הצוות להתנהגות. מסגרת סביבת העבודה - הינה אלמנט חשוב המשפיע על ההתנהגות והמצב הרגשי של השוהים בה. סביבת שאינה רגועה מבחינת הגרייה החושית עלולה להגביר את תופעות ההתנהגות המאתגרת והאלימות (פרנקל, 2007).

המתח המתלווה לנתינת שירות לאנשים עם נכויות התפתחותיות והתנהגויות מאתגרות מתועד בספרות (Russel et al, 2004). ברומלי ואמרסון (1995), מצאו בקרב הצוות תגובות לשני סוגי התנהגויות: תוקפנות – תגובות ברוגז (41%), כעס ופחד (24%), פגיעה עצמית- תגובות עצב (38%), ייאוש (32%) כעס (15%) ותיעוב (15%). נמצא כי התנהגות מאתגרת ואלימה היא הגורם המשמעותי להגברת תחושת מתח בקרב הצוות (Bromley, 1995; Hatton et al, 1995). על פי מחקרים, הסיבות להגברת לחץ, שחיקה ועזיבה הן הכנה לא מספקת להתמודדות עם התנהגויות, חוסר באסטרטגיות התערבות יעילות להתנהגות, מיומנויות ניהול התנהגויות בלתי יעילות, תגובות רגשיות שליליות בקרב אנשי הצוות כתגובה להתנהגות המאתגרת, חוסר בהבנת הסיבות להתנהגות (מקור לחץ משמעותי מפחד מפני פגיעה או מכוחו הפיזי של הדייר), מחסור במשאבים ומיומנויות וכן בעיות מערכתיות כגון חוסר תקשורת בין אנשי הצוות, שכר נמוך ושעות עבודה ארוכות, והפוטנציאל לפגיעה אישית (Bromley et al, 2002; Hasting et al, 2001; Mitchell et al 1995). התנהגויות אלו מגבירות את תחושת חוסר היעילות בקרב אנשי הצוות אם אין להם תמיכה פסיכיאטרית להתנהגות והם נאלצים להתמודד עם אנשים מסוכנים ומתחים על בסיס יומי (Russel et al, 2004). בנוסף, לצוות המטפל באוכלוסייה בעלת התנהגות מאתגרת יש נטייה להיות חרדים יותר, להרגיש פחות טוב, להרגיש פחות נתמכים ולהיות בעלי שביעות רצון נמוכה יותר מהעבודה (Jenkins et al, 1997). שכיחותן בקרב האוכלוסייה הלוקה במוגבלות שכלית התפתחותית בישראל היא בין שלושם לארבעים אחוזים (Einfeld et al, 1996), (הוזמי, 2009).

1.4.2 שכר ותנאים נלווים

תנאים נלווים וחופשות הם בעלי השפעה וחשיבות בדיון על שחיקה תחלופה וקשיי גיוס. בסקר שנערך בחמישים מדינות בארצות הברית נמצא, ששכר המטפלים הוא מהנמוכים ביותר וכי רבים מהם משתכרים מתחת לקו העוני (Braddock et al, 1992).

1.4.3 השפעת גורמים אישיים: משקל, גובה, גיל, עישון והשכלה

מספר מחקרים דיווחו כי גברים גבוהים נמצאים יותר בסיכון לכאבי גב. בקרב נשים מחקרים הראו ממצאים פחות עקביים. הממצאים מתבססים על מחקר אורך של גברים ונשים בגיל 43. הכאבים נקשרו לכאבים סכיזטים (Sciatica). כאבי גב תחתון או כאבי גב חמורים (kuh et al, 1993). מחקר נוסף בדק את הארעות כאבי גב תחתון בקרב מתבגרים והקשר למדד מסת גוף (BMI) ולגובה. במחקר נמצא כי כאבי גב תחתון עם או בלי ממצאים אובייקטיביים נקשרו לעודף משקל ולגובה (בנפרד). לגורמים אישיים כדוגמת גיל (הימצאות גבוהה יותר של כאבי גב בקרב צעירים וירידת המצאות לאחר גיל 40 - 45) והרגלי עישון והשכלה (ככל שהשכלה נמוכה מתיכונת שכיחות עולה) יש השפעה על תסמיני שריר- שלד (Burdorf et al, 1997).

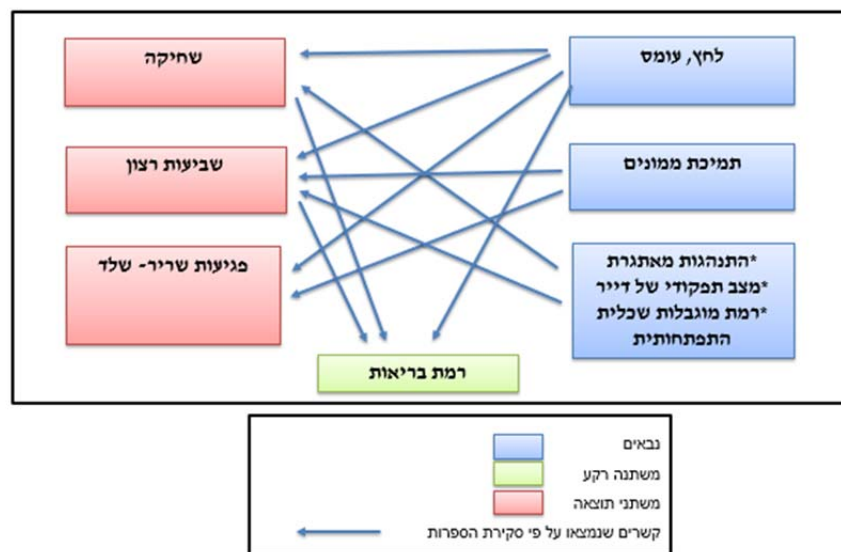
1.4.4 השפעות תרבותיות על תפיסת כאב

תפיסת הכאב מתוארת כתחושה רגשית אינטראקטיבית קוגניטיבית עם מרכיבים סנסוריים (Gijssbers and Niven, 1993). המדד הכי אמין לקיום ועוצמה של הכאב היא הדיווח האישי של האדם. תפיסת כאב והתנהגויות הקשורות לכאב מושפעות מהתוכן החברתי תרבותי של האנשים החווים אותו. דוגמא להבדלים: סטודנטים אפרואמריקאים ולבנים הושוו בתגובתם לגירוי כאב מחוס ולגירוי עורי. הראשונים חוו תחושה פחות נעימה. ההבדלים בתפיסת הכאב בולטים בגלל ההגירה והבדלי תרבויות. משמעות הכאב היא תלוית תרבות. לכן יש להתחשב בתחושת הכאב בהקשר התרבותי, אמונות וערכים, חוויות חיים וכלים להתמודדות שבידיו. (Callister, 2003).

לסיכום, פגיעות שריר-שלד, שחיקה, לחץ ושביעות רצון הן תופעות הנפוצות בכל סוג של עבודה. מחקרים מראים כי בעבודות אשר אופיין הוא שירות, תופעות אלו משמעותיות ביותר ומשפיעות על השירות הניתן ועל נותן השרות עצמו. בגלל חשיבות השרות, וחוסר הישע של אוכלוסיית המפגרים, יש צורך לחקור אותן, לטפל בהן, למנוע אותן או לחילופין לחזקן (שביעות רצון). תופעות אלו כפי שניתן לראות קשורות אחת לשנייה (כגון

קשר שלילי בין שביעות רצון בעבודה ושחיקה (Maslach & Leiter, 1997), לעתים נגזרות אחת מהשנייה (כמו לחץ ושחיקה) ומשפיעות אחת על השנייה. לעתים משתנה מופיע בספרות כנבאי ולעיתים משתנה תוצאה (פגיעות שריר- שלד לדוגמא). במחקר זה, בדקנו את קיום הקשרים ולא כיוונם.

איור 1 מציג את הקשרים שנמצאו, על פי הספרות, בין גורמי סיכון בסביבת עבודתם של המטפלים ותוצאותיהם. ניתן לראות את מורכבות הקשרים, וההשפעה ההדדית ביניהם. האיור מתבסס על סקירת הספרות שהוצגה.



איור 1: סיכום הקשרים בין גורמי סיכון בסביבת עבודתם של מטפלים ותוצאותיהם

את בדיקת הקשרים בין גורמי הסיכון בסביבת עבודתם של המטפלים ותוצאותיהם יש לבדוק במשולב במחקר תוך השוואה אובייקטיבית עם מצב הדיירים. זהו מחקר ראשון מסוגו בישראל, הבודק את הקשר בין תופעות השחיקה, לחץ, שביעות רצון ופגיעות שריר- שלד והקשר למצבם של הדיירים בהשוואה לנתונים אובייקטיביים, תוך הפרדה בין מצב פיזי ורמת מוגבלות שכלית התפתחותית של הדיירים [המחקר של כורזים ומנדלר (2005) התייחס ל" דיירים קשים"], הפרדה אשר כמעט ואינה קיימת במחקרים קודמים. כמו כן זהו מחקר ראשון בארץ הבודק את תופעת פגיעות שלד-שריר בקרב מטפלים באוכלוסיות הלוקות במוגבלות שכלית התפתחותית.

2. מטרות המחקר, השערות המחקר והגדרת משתנים

2.1 מטרות המחקר

מטרת על

להבדיל בין ארבע קבוצות המחקר לפי פריטי השאלון.

(מצב תפקודי פיזי סעודי מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, מצב תפקודי עצמאי יחסית מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, מצב תפקודי פיזי סעודי מוגבלות שכלית התפתחותית קשה, מצב תפקודי עצמאי יחסי מוגבלות שכלית התפתחותית קשה)

מטרות משנה

1. לבדוק האם יש הבדל בשכיחות פגיעות שלד - שריר ועוצמתם בין ארבע קבוצות המחקר.
2. לבדוק האם יש הבדל ברמת העומס בעבודה ותפיסת השליטה בין ארבע קבוצות המחקר.
3. לבדוק האם יש הבדל ברמת שביעות הרצון בין ארבע קבוצות המחקר.
4. לבדוק האם יש הבדל ברמת השחיקה בין ארבע קבוצות המחקר.
5. לבדוק האם יש הבדל בדיווח עצמי על מצב הבריאות של המטפלים בין ארבע הקבוצות.

2.2 השערות המחקר:

1. א. קיים הבדל בשכיחות התסמינים בקרב מטפלות בארבע קבוצות המחקר.
ב. שכיחות התסמינים בפגיעות שלד - שריר בקרב מטפלים/מטפלות גבוה מהשכיחות באוכלוסייה.
2. קיים הבדל ברמת העומס בעבודה ותפיסת השליטה בין ארבע קבוצות המחקר.
3. קיים הבדל ברמת שביעות הרצון בין ארבע קבוצות המחקר.
4. קיים הבדל ברמת השחיקה בין ארבע קבוצות המחקר.
5. קיים הבדל ברמת הדיווח על מצב הבריאות בין המטפלים בארבע קבוצות המחקר.

2.3 הגדרת משתנים

משתנים תלויים

- שחיקה נפשית - נמדד באמצעות שאלון **SMBM** (Shirom A, Melamed S., 2006; Melamed S, Kushnir, 1992). השאלון בודק שחיקה דרך שאלות על עמדותיו ותחושותיו של הנבדק לגבי עבודתו. בשאלון השחיקה הנפשית, ככל שהציון גבוה יותר כך הוא מלמד על שחיקה גבוהה יותר. בשאלון זה יש 16 שאלות, לכל שאלה סקאלת תשובות של 1-7, 1-מאוד לא מרוצה, 7-מרוצה במידה רבה מאוד. השאלות מחולקות לשלושה נושאים: כח פיזי, חיות מחשבתית ואנרגיה רגשית. דוגמאות של שאלות: "מרגיש עייף", "אין לי כוח ללכת לעבודה בבוקר", "מרגיש סחוט פיזית".
- לחץ עיסוקי - לחץ עיסוקי מוגדר כאינטראקציה בין עומס בעבודה לתפיסת שליטה בהשפעה על משתני תוצאה שונים. לחץ עיסוקי נמדד באמצעות שאלון מורחב (S Job Demand Control – Support model – JDC) שמהימנותו נבדקה והוא תוקף. במחקר הנוכחי הלחץ התעסוקתי נמדד באמצעות שני שאלונים מתוך שאלון ה-JDC, הבודקים עומס בעבודה.
- Karasek, R., 1979; Karasek, R., & (PC-perception control-) (WL-work load) ותפיסת שליטה (Theorell, T. 1990) (ראה פרק כלי מחקר). המשתנים נבדקו בשני צעדים במידה והמשתנים המרכזיים יצאו משמעותיים ברגרסייה התבצעה אינטראקציה בין שניהם.
- פגיעות שריר-שלד - נבדקו בעזרת שאלון נורדיק (Nordic Questionnaire) לאבחון תסמיני שריר-שלד (Kuorinka et al, 1987). השאלון עבר בדיקת תקפות ומהימנות. תקפות השאלון נאמדה על ידי השוואת בדיקות פיזיקאליות של עובדים ודיווח עצמי בחיפוש אחר טיפול רפואי. התקפות נבדקה בקרב עובדים בשני שלבים. בשלב הראשון נבדקו גורמים מבניים ומרכיבי סולמות השאלון ובשלב השני נבחנו מרכיבי השאלון ותוקף הניבוי בקשר למספר בדיקות של רווחה אישית. התוקף היה מספק כאשר הושווה למחקרים קודמים על הקשר בין גורמים פסיכולוגיים וחברתיים בעבודה לבין רווחת העובד (Baron et al, 1996). התשובות הן דיכוטומיות לאזורי גוף מרכזיים (צוואר, גב) וקטגוריות לגפיים. בשאלון נבדק כל גף בנפרד אך בחישובים הסטטיסטיים אוחדו הגפיים לתשובות דיכוטומיות בגלל מספרים קטנים בכל איבר.
- שביעות רצון - השאלון בודק שביעות רצון מהיבטים שונים בעבודה. מקורו במישיגן, והוא תורגם על ידי פרופ' אריה שירום (Shirom, 1998). השאלון בעברית תוקף והוא בעל מהימנות. השאלות כוללות התייחסות לתנאי העבודה, לאנשים בסביבה, להתייחסות כלפיו ולשביעות רצון כללית (Bowling & Hammond, 2008). בשאלון זה יש עשרה פריטים בסקאלה של 1-7, 1-מאוד לא מרוצה, 7-מרוצה במידה רבה מאוד.

- הערכה עצמית של מצב הבריאות - (SRH-Self rated health) שאלה בודדת בסקאלה של 1-10, רע/לקוי , 10 - מעולה.

- ארבע קבוצות המחקר נבנו : 1. בהתאם למצבם התפקודי- פיזי של הדיירים : סיעודיים או בעלי יכולת פיזית טובה. 2. בהתאם לרמה הקוגניטיבית (הגדרת רמת מוגבלות שכלית התפתחותית) : מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינונית או מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועמוקה. החלוקה התבססה על הגדרת ועדות ההשמה או מהתיקים הרפואיים. 3. בהתאם למצבם הפסיכומטורי והנפשי של הדיירים : עם התנהגות מאותגרת או שקטים. יש לציין שכל דייר עם התנהגות מאותגרת מוגדר ככך. במקרים בהם היו דילמות, נערכה התייעצות עם הצוות האחראי (מרפאה או צוות בכיר). בקורסים- הוגדרה למטפלים ההתנהגות המאתגרת ובמקרים של ספקות המטפלים התייעצו עם המנחה או עם החוקרת.

משתנים בלתי תלויים

משתנים מתערבים

- וותק כמטפל (בשנים), וותק במקום עבודה (בשנים), וותק בדירה (בשנים).
- מספר שנות לימוד (עד 8 שנים, בין 8-12, מעל 12), רמת קריאה בעברית בסקאלה של 1-5, 1-לא יודע 5 – טובה מאוד, יכולת שיחה בעברית בסקאלה של 1-5, 1-לא יודע 5- טובה מאוד), רמת כתיבה בעברית בסקאלה של 1-5, 1-לא יודע 5- טובה מאוד.
- מספר מטפלים בדירה , מספר דיירים בדירה.
- מין המטפל (זכר/נקבה), גיל המטפל (חושב על פי שנת לידה)
- גובה בסנטימטרים ומשקל המטפל (חושב בניתוח הסטטיסטי כ- BMI)
- ארץ לידה- הוצגה שאלה פתוחה ובניתוח הסטטיסטי המשתנה הפך לדיכוטומי מאחר שבחלוקה ליבשות התקבלו מספרים קטנים בחלקם.
- עבודה במשמרת (בוקר, ערב, לילה).
- אימון למניעת כאבי גב האם עברת הדרכה? (כן/לא) והאם במהלך קורס הסמכה/סדנא/ ייעוץ)
- מצב משפחתי (נשוי, גרוש, חי בנפרד, רווק, אלמן).
- מספר ילדים.
- הסמכה לטיפול (כן/לא, ואם כן, במקום העבודה או על ידי גורם חיצוני), מקצוע נוסף, עבודה במשמרות כפולות, משמרות יום, ערב או לילה.
- שעות פעילות גופנית שבועיות, מספר שעות עבודה פיזית במשמרת.
- עישון סיגריות (כן/לא, ואם כן-מספר), בעיות בריאותיות (כן/לא, ואם כן ממה), כושר גופני בסקאלה של 1-10.
- מאמץ פיזי בפעילויות (מקלחת, הלבשה, האכלה, החלפת חיתולים, שירותים, הולכה, מעברים שינוי תנוחות) ומידת מאמץ פיזי כללי, בסקאלה של 1-10, 1- מאמץ קל, 10- מאמץ רב.

3. שיטות

מחקר זה הינו מחקר חתך אנליטי.

3.1 אוכלוסיית המחקר

המחקר כלל מטפלים מכשישים ושימונה מעונות פנימייה : בשישה מעונות פנימייה בזמן העבודה נכללו כל מי שהסכימו להשתתף במחקר, ובמהלך שישה קורסים להסמכת מטפלים העובדים השתתפו במחקר מטפלים העובדים ב כשישים ושניים מעונות. המטפלים עובדים השתתפו מי שעבדו עם אוכלוסייה עם צרכים מיוחדים ועונים וענו על כללי ההכללה, ואשר מנהלי המעונות שלהם או רכזי הלימודים שלהם הסכימו להשתתף שהמעון שלהם ייקח חלק במחקר. אוכלוסיית היעד אם כן הייתה מטפלים במעונות ומסגרות פנימייה העונים על כללי ההכללה. 243 מטפלים מילאו שאלונים באופן מלא (מטפלים שהחסירו פרטים וניתן היה להשלים לאחר מכן הוכנסו למחקר). לא נכללו עשרה שאלונים עקב מילוי חלקי של השאלון, 18 שאלונים הוחזרו ריקים במעטפה במעונות ובקורסים ושאלון אחד כפול (מטפלת מלאה במעון ובקורס) נפסל. המטפלים במחקר עובדים ב - 30 68 מסגרות שונות בארץ.

שיטת המדגם הייתה שיטת נוחות התנדבותית בתוך המעונות. בקורסי המטפלים, חולקו שאלונים לכל המטפלים העונים על כללי ההכללה.

3.1.1 קריטריונים להכללה:

מטפלים: נכללו במחקר מטפלים ישירים בלבד, בעלי וותק מינימאלי של שנה רצופה, העובדים במשרה מלאה.

דירת הדיירים: מאחר וקיימת אינטראקציה בין רמת המוגבלות שכלית התפתחותית לבין מוגבלות פיסית ותפקודית בהשפעה על משתני התוצאה במחקר, חולקו דירות הדיירים לארבע קבוצות. הקבוצות נקבעו על פי אחוז הדיירים בדירה המוגדרים כסיעודיים ועל פי רמת המוגבלות שכלית התפתחותית המוגדרת כקשה/קשה עמוקה. נקודת החיתוך הייתה 50%.

לדוגמא: דירה אשר בה 68% אחוזים מהדיירים סיעודיים ו-70% מהדיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה וקשה עמוקה שויכה לקבוצת הסיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (4).

3.1.2 ארבע קבוצות המחקר:

1. דירות בהן דיירים עצמאים יחסית עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני
2. דירות בהן דיירים עצמאיים יחסית עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה.
3. דירות בהן דיירים עם מוגבלות פיזית ומוגדרים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני.
4. דירות בהן דיירים עם מוגבלות פיזית ומוגדרים כסיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה.

3.2 כלי המחקר

3.2.1 כלי המחקר לאוכלוסיית הדיירים:

במעונות, בהם הועבר השאלון, נבדקו הרכבי הדירות בעזרת איש צוות מלווה ובהתבססות על ועדות השמה המגדירות את מצבו של הדייר פיזית, קוגניטיבית ופסיכומטרית. בקורסים, בעת העברת השאלונים, הוגדרו למטפלים אפיוני המצבים הקוגניטיביים והפיזיים, בכדי לסייע בדילמות לגבי הכנסתם לסיווג הדיירים בשאלון. וכך, בעזרת עורכת המחקר נקבעו הרכבי הדירות.

3.2.2 כלי המחקר לאוכלוסיית המטפלים:

שאלון המורכב ממספר תתי שאלונים (נספח 8.5). כל השאלונים תוקפו ונבדקה מהימנותם על ידי חוקרים אחרים בעבר.

1. **שאלון דמוגרפי, מאפייני עבודה וסיווג הדיירים** - כולל שאלות לבירור משתנים דמוגרפיים, משתנים על מאפייני עבודה, ומשתנים הנוגעים לבריאות. כמו כן, שאלות על סיווג הדיירים על פי תפקודם.

2. **שאלון דיווח עצמי על מצב בריאות** - Self-rated health (SRH) שאלות המתייחסות למצב בריאותו של הנבדק.

3. **שאלון עומס בעבודה - (WL-Work Load)** (Karasek, R., 1979; Karasek, R., & Theorell, T. 1990). נבדקה מהימנותו והוא תוקף. השאלון כולל שישה פריטים בסקאלה של 1-6, בכלל לא 6 - במידה רבה מאוד. דוגמאות לשאלות: "אני נדרש לעבוד מהר מדי", "אין לי מספיק זמן לבצע את מה שאני נדרש לעשות", "רמת העומס בעבודה מלחיצה אותי".

4. **שאלון תפיסת שליטה** (Perceived Control-PC)

(Karasek, R., 1979; Karasek, R., & Theorell, T. 1990). השאלון כולל עשרה פריטים בסקאלה של 1-6, בכלל לא 6 - במידה רבה מאוד. דוגמאות לשאלות: "לדעתי ולדברי יש השפעה על המתרחש בעבודתי", "יש לי אפשרות, במסגרת תפקידי, לקחת חלק בקביעת החלטות לגבי שיטות עבודה ונהלים", "אני שותף להחלטות הנוגעות לעבודתי".

5. **שאלון שחיקה** (Shirom - Melamed Burnout Questionnaire - SMBM)

(Shirom A, Melamed S., 2006; Melamed S, Kushnir T, Shirom A., 1992). – השאלון בודק שחיקה בעזרת שאלות על עמדות ותחושות כלפי העבודה ככל שהציון גבוה יותר כך הוא מלמד על שחיקה גבוהה יותר. בשאלון זה יש 16 שאלות, לכל שאלה סקאלת תשובות של 1-7. השאלות מחולקות לשלושה תתי סולמות. (כח פיזי, חיות מחשבתית, אנרגיה רגשית).

6. **שאלון שריר-שלד נורדי** – (Nordic Musculoskeletal Questionnaire- NMQ) (Kuorinka et al) . השאלון בודק תלונות (כאבים, אי נוחות) במערכת שריר-שלד והימנעות מהעבודה עקב כך. עבר בדיקת תקפות ומהימנות (Baron et al, 1996).

7. **שאלון שביעות רצון**

שאלון הבדק שביעות רצון מהיבטים שונים בעבודה. בשאלון זה יש 10 שאלות, לכל שאלה סקאלת תשובות של 1-7. השאלון הוא תת שאלון של שאלון משיגן, והוא תורגם על ידי פרופ' אריה שירום (Shirom, 1998). השאלון בעברית תוקף והוא בעל מהימנות. השאלות כוללות התייחסות לתנאי העבודה, לאנשים בסביבה, להתייחסות כלפיו ולשביעות רצון כללית (Bowling & Hammond, 2008).

3.3 שלבי המחקר ותכנית המחקר :

3.3.1 שלב ראשון- שלבי המחקר שקדמו לאיסוף הנתונים:

- קבלת אישור מהאגף למחקר, תכנון והכשרה, של משרד הרווחה והשירותים החברתיים לביצוע המחקר.
- הגשת בקשה לסיוע מהמפקחת באגף אשר הפיצה מכתב בקשה שלי כולל המלצה לשיתוף פעולה לכלל המעונות. שני מעונות הביעו נכונות.
- פנייה לקבלת מידע בנוהל רשמי לממונה על פניות הציבור, משרד הרווחה והשירותים החברתיים (תשלום אגרה לממונה על יישום חוק חופש המידע) לצורך קבלת נתונים מספריים על אוכלוסיית המטפלים.
- פניית האגף לטיפול באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית למנהלי מעונות באימייל. צורפו: מכתב המלצה מהאגף ומכתב בקשה של החוקרת עם תקציר והסבר על המחקר.
- פנייה נוספת למנהלי מעונות באימייל, טלפונים למנהלים ובנוסף סיוע של מנהלת מעון שהתקשרה למנהלים פוטנציאליים.
- פנייה עם תקציר המחקר שהופץ בפורום האגף על מנת לרתום ולעודד מעונות ומטפלים להשתתף. רענון הפנייה שנית.
- שמונה מעונות (מנהלים) בלבד הביעו נכונות לשתף פעולה מתוכם בפועל מולאו שאלונים בשישה מעונות.

3.3.2 שלב שני - מילוי השאלון.

- **מילוי השאלון במעונות-** השאלון חולק במעונות פרטיים למטפלים העונים על כללי ההכללה ואשר מנהליהם הביעו נכונות להשתתף במחקר. כל מי מהמנהלים שהסכים שמקום עבודתו ישתתף במחקר מתוך מדגם נוחות (אל מי שפנינו בבקשה להשתתף) השתתפו במחקר. 115 שאלונים הוחזרו מלאים במעונות. (115 N=), בשני מעונות השאלונים מולאו בסיוע של פיזיותרפיסטים ואחראי רווחה אשר הודרכו על ידי בפגישה מוקדמת. השאלון חולק למטפלים למילוי עצמי בבית, אך ההיענות בהחזרת השאלונים הייתה נמוכה מאוד, ולכן מולאו בזמן העבודה בסיוע. בארבעה מעונות נוספים השאלון מולא בנוכחות החוקרת.
- **מילוי השאלון בקורסי ההכשרה-** השאלון מולא בקרב מטפלים בקורסים להכשרת מטפלים של משרד הרווחה. המטפלים השתייכו ל- 30 מסגרות של פנימיות, הוסטלים ושלוחות (כולל המעונות שנענו). השאלונים מולאו בזמן שהוקצה על ידי המדריכות ובסיוע לתרגום וסיוע למתקשים. בכל הקורסים השאלונים מולאו בנוכחות והנחיית החוקרת. בכדי להימנע מהסמיה- השאלונים היו אנונימיים וכשהחוקרת נכחה השאלות נענו בצורה עניינית. במרבית הקורסים ההיענות בקורסים הייתה מאוד גבוהה. בקורס הראשון 50% מהמטפלים ענו בלבד. בשאר הקורסים בתחילת ההסברים ותוך כדי מילוי השאלון ניתן למטפלים כיבוד קל ושתייה ונראה כי הדבר סייע בהיענות וביצירת אמון. אחוז ההיענות עלה למעל 80%. בקורסי המטפלים מולאו 128 שאלונים בשישה קורסים (N=128).

גודל המדגם במחקר

מכיוון שלא היו נתונים קודמים מאוכלוסיית המטפלים ולא בוצע מחקר גדול מספיק לבדוק האם השאלון יעיל, השתמשנו בנתונים מהספרות (בשני מחקרים על אחיות) לניבוי גודל המדגם ועוצמתו [על בסיס גודל מדגם מוערך של 550 מטפלים חישבנו את העוצמה להשגת הבדלים סטטיסטיים משמעותיים של $p < 0.05$. עם המדגם המוצע של 220 ו-350 לשתי הקבוצות, תהיה למחקר עצמה של 76.7%, עם מובהקות סטטיסטית של $p < 0.05$. חישוב זה מניח, שההבדל בפרופורציות הוא 0.10 (באופן ספציפי 0.30 לעומת 0.20). להבדל נצפה של 0.10 יהיה מרווח בטחון (95%) של 0.03 עד 0.17. אם נניח שההבדל הוא 0.11 (באופן ספציפי 0.30 לעומת 0.19), למחקר תהיה עצמה של 84.6% בהשגת מובהקות סטטיסטית, ומרווח בטחון (95%) של 0.04 עד 0.18].

עם קבלת תוצאות המחקר, זיהינו שאוכלוסיית המטפלים שונה מאוכלוסיית האחיות (איור 20, עמ' 61), לכן ברור שאין בסיס נתונים מהספרות שיכול לשמש לניבוי גודל המדגם. בנוסף, למרות החישוב של אוכלוסיית המטפלים והציפייה להיענות של 50%, ההיענות הייתה נמוכה יותר במיוחד ברמת המנהלים ולכן גודל המדגם בהתאם. למרות זאת, נמצאו קשרים מובהקים בין המשתנים.

גודל קבוצות המחקר: בפועל, קבוצת המטפלים בדיירים עצמאיים הייתה גדולה מקבוצת המטפלים בדיירים סיעודיים. למרות שגודל המדגם קטן יותר (243 לעומת 550), היחס בין הקבוצות נשמר. המטפלים אשר השתתפו במחקר, עובדים ב-68 דירות שונות ולכן ניתן להניח כי המדגם של המטפלים מייצג את היחס האמיתי שלהם האוכלוסייה.

3.4 ניתוח סטטיסטי:

להשוואת המשתנים הדמוגרפיים בין ארבע קבוצות המחקר שימש מבחן Chi-Square למשתנים קטגוריאליים ומבחן Kruskal-Wallis Equality Of Populations Rank test למשתנים רציפים.

מטרה 1: בהשוואת פגיעות – שריר-שלד בין ארבע קבוצות המחקר שימש מבחן Chi-Square למשתנים קטגוריאליים ומבחן Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test למשתנים רציפים.

בהמשך, השתמשנו ברגרסייה לוגיסטית רב משתנית (Multivariate Logistic Regression Analysis, MLRA). באופן ספציפי השווינו את שכיחות פגיעות שריר-שלד בין הקבוצות, תוך ויסות המשתנים המנבאים. מטרה 3: בהשוואת ההבדל בין השאלונים המרכיבים לחץ – עומס בעבודה ותפיסת שליטה- בין ארבע קבוצות המחקר שימש מבחן Chi-Square למשתנים קטגוריאליים ומבחן Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test למשתנים רציפים. בשלב שני, ניתוח הנתונים בוצע ברגרסיית טוביט

(A multivariate tobit regression model also referred to as “censored normal” regression model).

תוך ויסות המשתנים המנבאים. שאלת לחץ כללית נבדקה במודל אורדינרי (Multivariate Ordinal Least Squares regression).

מטרה 4: בבדיקה אם יש הבדל ברמת שביעות הרצון בין ארבע קבוצות המחקר התבצע בשלב ראשון ניתוח על ידי מבחן Chi-square לקבלת השכיחות בין הקבוצות. להשוואה בין המשתנים הרציפים שימש מבחן Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test. בשלב שני התבצע ניתוח על ידי רגרסיית טוביט רב משתנית (A multivariate tobit regression model also referred to as “censored normal” regression model). מטרה 5: לבדוק האם יש הבדל ברמת השחיקה בין ארבע קבוצות המחקר.

בשלב ראשון הניתוח התבצע על ידי מבחן Chi-square.

להשוואה בין המשתנים הרציפים שימש מבחן Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test. בשלב שני, ניתוח הנתונים בוצע ברגרסיית טוביט (A multivariate tobit regression model also referred to as “censored normal” regression model). תוך ויסות המשתנים המנבאים.

מטרה 6 : לבדוק האם יש הבדל בהערכה עצמית של מצב הבריאות של המטפלים בין ארבע הקבוצות.

בשלב ראשון התבצע ניתוח על ידי מבחן Chi-square . להשוואה בין המשתתפים הרציפים שימש מבחן

Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test

בשלב שני, ניתוח הנתונים נבדק במודל אורדינרי (Multivariate Ordinal Least Squares regression).

תוך ויסות המשתתפים המנבאים.

3.5 בדיקת האשכולות במחקר :

התייחסנו לשתי רמות באשכולות: רמה ראשונה היא המטפלים בתוך דירה (מניחים כי יש קורולציה חיובית בין מטפלים העובדים ביחד והעונים על אותו השאלון באותה הדירה), רמה שנייה היא הדירות בתוך המעון (מניחים כי יש קורולציה חיובית בין הדירות בתוך המעון). בניתוח התוצאות, בדקנו את היחסים בין המעונות והדירות, גילינו אשכולות רבים וכן, שאין כמעט יחס בין האשכולות. פיזור הדיירים בין המעונות היה גדול. המטפלים השתייכו ל - 68 מעונות שונים ומעל 176 דירות (ראה נספח 8.6 רשימת מעונות וחלוקה לקבוצות). לא היה צורך להשתמש במודל היררכי מסוג mixed models (multilevel regression), הלוקח בחשבון את הקשרים שבין הקבוצות שבתוך האשכול.

הסבר :

עבור כל משתנה תלוי, אנחנו הערכנו מודל לינארי מוכלל רב רמות "Multilevel mixed-effects generalized linear model" אשר בו הנשאלים היו מכונסים ב "דירות" ודירות ב"מעונות" לאחר הערכת המודל, הערכנו יחס הסתברות מדורגת מעורב תופעות מוכללת מודל לינארי" שבה הנשאלים היו מקוננים ב-"dirot" ו "dirot" היו מקוננים ב-"maonot". בחרנו את הקישור המתאים של המשתנה התלוי

4. תוצאות המחקר:

4.1 השוואת משתנים

4.1.1 מאפייני הדירות - איור 2 מציג את מאפייני הדירות בקבוצות המחקר. נמצא הבדל סטטיסטי מובהק בין ארבע קבוצות המחקר במספר הדיירים הסיעודיים ($p=0.0001$), כאשר בדירות עם דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה היו בממוצע יותר דיירים סיעודיים $[10.95(4.76)]$, ובדירות עם בעלי יכולת פיזית ותפקודית טובה ועם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני היו בממוצע פחות דיירים סיעודיים $[0.78(1.98)]$. הבדל מובהק בין ארבע הקבוצות נמצא גם במספר הדיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ($p=0.0001$), כאשר בדירות עם בעלי יכולת פיזית ותפקודית טובה ועם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני היו בממוצע יותר דיירים סיעודיים $[11.43(3.83)]$, ובדירות עם בעלי יכולת פיזית ותפקודית טובה ועם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני היו בממוצע פחות דיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה $[0.62(1.64)]$. בנוסף, נמצא הבדל מובהק במספר הדיירים עם התנהגות מאתגרת ($p=0.035$), כאשר בדירות עם דיירים בעלי יכולת פיזית ותפקודית טובה ועם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני היו בממוצע יותר דיירים עם התנהגות מאתגרת $[5.47(5.6)]$ מאשר בדירות עם דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ובינוני $[2.52(3.2)]$. בהשוואה בין הקבוצות במספר הדיירים ובמספר המטפלים בדירה בממוצע, לא נמצא הבדל מובהק.

דירות בהן דיירים עם מוגבלות שכלית (פיגור)					
דירות עם דיירים בעלי יכולת פיזית ותפקודית טובה			דירות עם דיירים סיעודיים		
P value	פיגור קל ובינוני 167=N	פיגור קשה ועמוק 35=N	פיגור קל ובינוני 20=N	פיגור קשה ועמוק 20=N	חלוקה לפי ארבע קבוצות המחקר
0.155	15.53(10.32)	14.1(5.32)	11.95(5.36)	12(4.61)	מספר דיירים בדירה
0.0001	0.78(1.98)	1.46(1.99)	9.76(4.99)	10.95(4.76)	מספר דיירים סיעודיים בקבוצות המחקר
0.0001	0.62(1.64)	11.43(3.83)	1.7(2.45)	10.25(3.8)	פיגור קשה ועמוק
0.354	2.03(0.94)	2.2(0.83)	1.90(0.83)	2.2(0.83)	מספר מטפלים בדירה
0.0349	5.47(5.6)	4.34(3.93)	2.52(3.2)	3.35(5.04)	מספר דיירים עם התנהגות מאתגרת

איור 2 : מאפייני ארבע קבוצות המחקר על פי רמת תפקוד פיזי ורמת מוגבלות שכלית התפתחותית של הדיירים

- המספרים בטבלה מציגים ממוצעים, וסטיות תקן בסוגריים.
- N מייצג את מספר המטפלים לפי קבוצת מחקר

4.1.2 משתנים דמוגרפיים

את המאפיינים הדמוגרפיים של אוכלוסיית המטפלים במחקר ניתן לראות בטבלה 1.1. ממוצע הגילאים הוא 40, מרבית המטפלים הם נשים (68%), מרבית המטפלים ממוצא ישראלי ונשואים. כמחצית מהמטפלים בעלי השכלה של 8-12 שנות לימוד (49%) ומחציתם בעלי השכלה של מעל 12 שנות לימוד (48%).

טבלה 1.1 : מאפיינים דמוגרפיים של אוכלוסיית המטפלים במחקר

משתנים דמוגרפיים	נתונים
גיל המשתתפים בשנים**	** 40.7(10.7)
מין* נשים	* 165(68)
גובה בסנטימטרים** נשים גברים	** 163.5(6.14) ** 175.4(7.14)
מדד מסת גוף (BMI)**	** 26.22(4.5)
ארץ מוצא* ילידי ישראל ילידי ברית המועצות ילידי אפריקה אחרות	* 165(68) 41(17) 30(12) 7(3)
מצב משפחתי* נשואים גרושים, אלמנים, פרודים רווקים	* 166(64) * 41(17) * 46(19)
מספר ילדים*	* 1.94(1.75)
שנות השכלה* מתחת 8 בין 8 ל 12 מעל 12	* 7(2.9) * 119(49) * 117(48)
רמת דיבור* נמוכה (2,3) טובה (4) טובה מאוד (5)	* 24(10) * 74(30) * 145(60)
רמת קריאה* נמוכה (2,3) טובה וטובה מאוד (4,5)	* 37(15) * 206(85)
רמת כתיבה* נמוכה - (2,3) טובה וטובה מאוד - (4,5)	* 49(20) * 194(80)
שנות עבודה כמטפל**	* 8.86(6.9)
שנות עבודה בדירה**	* 4.72(3.9)
הסמכה* במהלך לימודי הסמכה מוסמכים לא מוסמכים	* 131(54) * 65(27) * 47(20)

- משתנים קטגוריאליים מצויינים ב - * ומוצגים כמספר ואחוזים בסוגריים .
- משתנים רציפים מצויינים ב - ** ומוצגים כממוצעים וסטיית תקן.

את המאפיינים של **קבוצות המחקר** ניתן לראות בטבלה 1.2 הטבלה מספקת מידע לגבי הבדלים בין ארבע קבוצות המחקר (לא בין הקבוצות). נמצא הבדל סטטיסטי מובהק בין קבוצות המחקר בארץ הלידה ($p=0.004$), בדיווח על רמת הדיבור ($p=0.0017$), בדיווח על רמת הקריאה ($p=0.008$), במספר שנות העבודה של המטפלים בדירתם הנוכחית ($p=0.0056$) וכן בדיווח המטפלים על עישון מספר סיגריות ביום ($p=0.0017$). במשתנים מין, מצב משפחתי, שנות לימוד, רמת כתיבה, בעיות בריאות, משקל, גובה, גיל, מספר ילדים, מספר שנים כמטפל ומצב גופני כללי לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים מובהקים בין קבוצות המחקר.

טבלה 1.2 : השוואת משתנים כלליים ודמוגרפיים בין ארבע קבוצות המחקר

P-value	קבוצת מטפלים בדירות עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קל (N = 167)	קבוצת מטפלים בדירות עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (N = 35)	קבוצת מטפלים בדירות סעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קל (N = 21)	קבוצת מטפלים בדירות סעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (N = 20)	קבוצות המחקר מאפיינים
משתנים קטגוריאליים - מוצגים כמספר ואחוזים בסוגריים					
0.64					מין*
	110(66)	26 (74)	16(76)	13(65)	נקבה
					מוצא*
0.04	122(73)	21(60)	13(62)	9(45)	ישראל
0.60					מצב משפחתי*
	37(22)	2(5.7)	2(9.5)	5(25)	רווק
	100(60)	27(77)	17(81)	12(60)	נשוי
	30(18)	6(17)	2(10)	3(15)	גרוש/ אלמן
0.124					שנות לימוד*
	4(2.4)	1(2.9)	2(9.5)	0(0)	מתחת ל-8
	90(54)	15(43)	8(38)	6(30)	בין 8 ל 12
	73(44)	19(54)	11(52)	14(70)	מעל- 12
0.0017					רמת שיחה דיבור (1 נמוך- 5 טובה מאוד)*
	0(0)	0(0)	0(0)	1(5)	נמוכה
	13(8)	5(14)	2(10)	3(15)	בינונית
	46(28)	15(43)	2(24)	8(40)	טובה
	108(65)	12(34)	12(57)	8(40)	טובה מאוד
0.008					רמת קריאה (1 נמוך- 5 טובה מאוד)*
	1(1)	3(9)	0(0)	1(5)	נמוכה
	20(12)	5(14)	3(14)	4(20)	בינונית
	37(22)	15(43)	5(24)	8(40)	טובה
	109(65)	12(34)	12(57)	8(40)	טובה מאוד
0.13					*רמת כתיבה (1 נמוך- 5 טובה מאוד)
	2(1)	2(6)	0(0)	1(5)	נמוכה
	27(16)	8(23)	5(24)	4(20)	בינונית
	36(22)	13(37)	3(14)	6(30)	טובה
	102(61)	12(34)	13(62)	9(45)	טובה מאוד
0.34	25(15)	7(20)	5(23.8)	1(5)	*בעיות בריאות
0.98	84(66)	26 (74)	16(76)	13(65)	*יש מקצוע נוסף

משתנים רציפים - מוצגים כממוצעים וסטיית תקן					
0.24	73.9(15.2)	71.1(13.5)	70.9(10.7)	77.5(12.2)	משקל **
0.40	167.9(9)	164.9(5.9)	166.4(8.1)	167.4(9.1)	גובה **
0.09	40(10.9)	44.5(10.4)	42.1(9.7)	38.1(9.9)	גיל **
0.36	1.93(1.82)	2.11(1.62)	2.24(1.55)	1.45(1.58)	מספר ילדים **
0.18	8.26(6.49)	10.74(7.59)	11.05(8.76)	8.3(5.94)	מספר שנים כמטפל **
0.0056	4.46(3.51)	4.71(5.02)	6.83(4.73)	4.75(3.59)	מספר שנים בדירה נוכחית **
0.29	7.54(2.4)	7.4(2.52)	7.7(2.7)	8.4(2.3)	מצב גופני פיזי כללי **
0.004	7.34(9.38)	8(8.16)	4.52(7.4)	3.55(9.76)	מספר סיגירות ביום **
0.589	1.89(3.0)	1.06(1.78)	1.67(2.27)	1.1(1.77)	שעות פעילות פיזית **שבועיות

- תוצאות מובהקות ($p < 0.05$) מודגשות.
- משתנים קטגוריאליים מצויינים ב - * ומוצגים כמספר ואחוזים בסוגריים .
- משתנים רציפים מצויינים ב - ** ומוצגים כממוצעים וסטיית תקן. להשוואה בין משתנים קטגוריאליים שימש מבחן חי סקוואר (Chi-Square), ולהשוואה בין המשתנים הרציפים שימש מבחן קרוסקל וואליס (Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test)
- N מייצג את מספר המטפלים שמלאו שאלונים ועובדים עם דיירים בדירות.

4.1.3 משתנים עיקריים

את המאפיינים של המשתנים העיקריים של קבוצות המחקר ניתן לראות בטבלה 2.

טבלה 2 : השוואת משתנים עיקריים בין ארבע קבוצות המחקר

P value	קבוצת מטפלים בדירות עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קל (N = 167)	קבוצת מטפלים בדירות עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (N = 35)	קבוצת מטפלים בדירות סעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה (N =21)	קבוצת מטפלים בדירות סעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (N = 20)	קבוצות המחקר	מאפיינים
משתנים רציפים - מוצגים כממוצעים וסטיית תקן						
0.968	8.60(2.09)	8.26(2.48)	8.48(2.32)	8.4(2.58)	דירוג בריאות כללית**	
0.0102	2.60(1.26)	3.2(1.24)	2.91(1.07)	3.28(1.05)	עומס בעבודה (WL)**	
0.49	3.6(1.3)	3.5(1)	3.2(1.2)	3.5(1.3)	תפיסת שליטה (PC)**	
0.478	3.34(1.25)	3.61(1.24)	3.52(1.47)	3.52(1.37)	שחיקה**	
0.54	5.0(1.7)	5.0(1.5)	4.7(1.8)	5.4(1.5)	האחראים תומכים וקשובים**	
0.43	4.5(1.1)	4.5(0.8)	4.3(1.1)	4.91.1)	שביעות רצון**	
0.228	57(34)	6(17)	8(38)	7(35)	משמרות לילה**	
משתנים קטגוריאליים - מוצגים כמספר ואחוזים בסוגריים						
0.492	הדרכה למניעת פגיעות גב*					
	לא הודרכו					
	הודרכו בעבודה					
	הודרכו בקורס הסמכה					
0.827	55(33)	10(29)	5(24)	6(30)	כאבי צוואר ב- 12 חודשים אחרונים*	
0.746	25(15)	7(20)	4(19)	2(10)	המנעות מפעילות מכאבי צוואר*	
0.942	51(31)	12(34)	6(29)	7(35)	כאבי כתפיים ב- 12 חודשים אחרונים *	
0.376	26(16)	9(26)	2(10)	4(20)	כאבי כתפיים המנעות מפעילות*	
0.095	24(14)	6(17)	3(14)	4(20)	כאבי מרפקים ב- 12 חודשים*	
0.483	15(9)	2(6)	0(0)	2(10)	כאבי מרפקים המנעות מפעילות*	
0.757	44(26)	11(31)	7(33)	7(35)	כאבי ידיים ב- 12 חודשים אחרונים*	
0.212	24(14)	7(20)	0(0)	3(15)	כאבי ידיים המנעות מפעילות*	
0.924	47(28)	9(26)	7(33)	5(25)	כאבים באיזור גבי ב- 12 חודשים אחרונים*	
0.889	27(16)	7(21)	3(14)	4(20)	איזור גבי המנעות מפעילות*	
0.188	51(31)	10(29)	11(52)	8(40)	כאבי גב תחתון ב- 12 חודשים אחרונים*	
0.290	27(16)	7(20)	7(33)	4(20)	גב תחתון המנעות מפעילות*	
0.651	20(12)	3(9)	3(14)	4(20)	כאבי ירכיים ב- 12 חודשים אחרונים*	

0.831	10(6)	3(9)	2(10)	2(10)	כאבי ירכיים המנעות מפעילות*
0.974	31(19)	7(20)	4(19)	3(15)	כאבי ברכיים ב-12 חודשים אחרונים*
0.627	14(8)	5(14)	1(5)	2(10)	ברכיים המנעות מפעילות*
0.326	41(25)	5(14)	4(19)	7(35)	בעיות שוקיים ב-12 חודשים*
0.470	26(16)	4(11)	1(5)	4(20)	שוקיים המנעות מפעילות*
0.818	76(46)	16(46)	11(52)	11(55)	האם סבלת אי פעם מכאבי גב*
0.479	32(19)	7(20)	7(33)	5(25)	האם נעדרת מהעבודה בגלל בעיות גב תחתון?*
0.307					באיזה מידה קשורה עבודתך לכאבי הגב?*
	102(61)	19(54)	11(52)	9(45)	ללא כאבי גב תחתון
	54(32)	14(40)	7(33)	11(55)	במידה מועטה (מועטה מאוד – בינונית)
	11(7)	2(6)	3(14)	0(0)	במידה רבה (רבה – רבה מאוד)*

עומס בעבודה - נמצא הבדל סטטיסטי מובהק בין קבוצות המחקר רק בעומס בעבודה ($p=0.010$).

- תוצאות מובהקות ($p<0.05$) מודגשות.
- משתנים קטגוריאליים מצויינים ב- * ומוצגים כמספר ואחוזים בסוגריים .
- משתנים רציפים מצויינים ב- ** ומוצגים כממוצעים וסטיית תקן.
- להשוואה בין משתנים קטגוריאליים שימש מבחן חי סקואר (Chi-Square), ולהשוואה בין המשתנים הרציפים שימש מבחן קרוסקל וואליס (Kruskal- wallis Equality Of Populations Rank test)
- עומס בעבודה, עמדות ותחושות בעבודה, שביעות רצון ושחיקה חושבו כממוצעים ולכן נחשבים כרציפים
- N מייצג את מספר המטפלים שמלאו שאלונים ועובדים עם דיירים בדירות.

4.2 כאבי שריר – שלד

4.2.1 קשרים בין כאבים במערכת שריר – שלד והמנעות מפעילות עקב כך ב – 12 החודשים האחרונים לבין

קבוצות המחקר, לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

טבלה 3 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין כאבים במערכת שריר – שלד והימנעות מפעילות עקב כך ב – 12

החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

odds ratio	1.109	0.871	דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות קלה
std err	(0.551)	(0.440)	
CI	0.419 – 2.939	0.323 – 2.345	
odds ratio	2.155	1.557	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות קלה
std err	(1.029)	(1.051)	
CI	0.845 – 5.496	0.415 – 5.843	
odds ratio	1.813	0.977	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(1.314)	(0.681)	
CI	0.438 – 7.508	0.249 – 3.827	
odds ratio	2.401	2.339	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(0.972)	(0.823)	
CI	1.086 – 5.309*	1.173 – 4.663*	
odds ratio	0.993	1.053	גיל
std err	(0.0165)	(0.0194)	
CI	0.962 – 1.026	1.016 – 1.092*	
odds ratio	2.535	2.792	ארץ לידה ישראל
std err	(1.164)	(1.068)	
CI	1.031 – 6.235*	1.320 – 5.907*	
odds ratio	1.015	1.024	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0292)	(0.0300)	
CI	0.960 – 1.074	0.967 – 1.085	
odds ratio	1.066	0.890	מספר שעות פעילות גופנית בשבוע
std err	(0.0630)	(0.0587)	
CI	0.950 – 1.197	0.782 – 1.013	
odds ratio	1.049	0.992	עומס בעבודה
std err	(0.173)	(0.141)	
CI	0.759 – 1.449	0.751 – 1.311	
odds ratio	0.950	1.007	שביעות רצון
std err	(0.165)	(0.175)	
CI	0.675 – 1.335	0.717 – 1.415	
odds ratio	1.326	2.366	שחיקה
std err	(0.209)	(0.542)	
CI	0.973 – 1.807	1.510 – 3.708*	
odds ratio	0.902	0.820	דיווח עצמי על מצב בריאות
std err	(0.0619)	(0.108)	
CI	0.788 – 1.032	0.634 – 1.060	
	0.0807	0.0443	Constant
	(0.134)	(0.0939)	
	0.00313 – 2.083	0.000694 – 2.828	

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים במערכת שלד – שריר ולהימנעות מפעילות ב – 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים :

מין – מטפלות ביחס למטפלים : נמצא סיכוי הגדול פי 2.34 לדווח על כאבים במערכת שלד – שריר וסיכוי הגדול פי 2.4 להימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים.

גיל- עם כל שנה נוספת בגיל, הסיכוי שיהיו כאבים באזור כלשהו בגוף גדל ב- 5.3% וסיכוי הקטן ב 0.7% להימנע מפעילות.

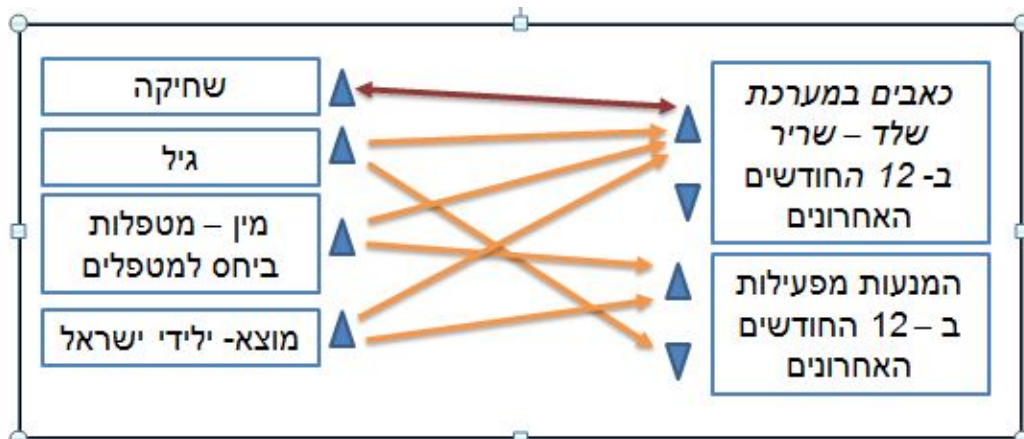
מוצא – למטפלים ממוצא ישראלי, בהשוואה למטפלים מארצות אחרות, יש סיכוי הגדול פי – 2.79 לדווח על כאבים במערכת שריר שלד וסיכוי הגדול פי 2.53 להימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים.

שחיקה – מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה אחת בשחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי לדווח על כאבים במערכת שריר שלד ב – 12 החודשים האחרונים גדל פי 2.37 ב- 12 החודשים האחרונים.

טבלה 3: הקשר בין כאבים במערכת השריר-שלד, והימנעות מפעילות עקב כך, בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval).

איור 3 מסכם את הקשרים שנמצאו מובהקים בין כאבים במערכת שריר-שלד והימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.



איור 3: קשרים בין כאבים במערכת שריר-שלד והימנעות מפעילות לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים :

- חץ חד כיווני מייצג כיוון קשר ברור ←
- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי) ↔

טבלה 4 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין כאבים בצוואר כתפיים ב – 12 החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים בצוואר כתפיים ולהימנעות מפעילות ב – 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים :

מין – למטפלות ביחס למטפלים, נמצא סיכוי הגדול פי 2.6 לדווח על כאבים בצוואר וכתפיים.

מוצא – למטפלים ממוצא ישראלי יש סיכוי הגדול פי – 2.6 לדווח על כאבים בצוואר כתפיים.

שחיקה- מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה בממוצע השחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי

לדווח על כאבים בצוואר- כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים גדל פי 1.73

טבלה 4 : הקשר בין כאבים בצוואר כתפיים בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים , משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	כאבים בצוואר כתפיים ב 12 החודשים	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	0.992
	std err	(0.372)
	CI	0.475 – 2.070
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	0.656
	std err	(0.411)
	CI	0.192 – 2.239
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.379
	std err	(0.690)
	CI	0.517 – 3.678
מין- מטפלת יחסית למטפל	odds ratio	2.606
	std err	(0.873)
	CI	1.351 – 5.026*
גיל	odds ratio	1.024
	std err	(0.0162)
	CI	0.993 – 1.056
ארץ לידה ישראל	odds ratio	2.591
	std err	(0.955)
	CI	1.258 – 5.336*
שנות וותק כמטפל	odds ratio	1.013
	std err	(0.0294)
	CI	0.957 – 1.073
שנות וותק בדירה הנוכחית	odds ratio	1.020
	std err	(0.0439)

CI	0.938 – 1.110	
odds ratio	1.037	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0302)	
CI	0.980 – 1.098	
odds ratio	1.071	עומס בעבודה
std err	(0.141)	
CI	0.828 – 1.386	
odds ratio	1.012	שביעות רצון
std err	(0.169)	
CI	0.729 – 1.403	
odds ratio	1.725	שחיקה
std err	(0.293)	
CI	1.237 – 2.406*	
	0.00902	Constant
	(0.0111)	
	0.000806 – 0.101	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

טבלה 5 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים בצוואר כתפיים ולהימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים:

מין – למטפלות ביחס למטפלים, יש סיכוי הגבוה פי 3.1 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים

עומס בעבודה – לעומס בעבודה נמצא קשר סטטיסטי מובהק עם המנעות מעבודה מכאבי צוואר ב- 12 החודשים האחרונים. עם כל עלייה של נקודה בעומס בעבודה (בסולם של 1-6), הסיכוי להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים גדל ב- 37%.

טבלה 5: הקשר בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	המנעות מעבודה מכאבי צוואר ב 12 החודשים אחרונים	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם קלה	odds ratio	1.890
	std err	(0.770)
	CI	0.851 – 4.199
קבוצה 3 דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית גל ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.027
	std err	(0.617)
	CI	0.316 – 3.334
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.490
	std err	(0.921)
	CI	0.444 – 5.004
מין- מטפלת יחסית למטפל	odds ratio	3.098
	std err	(1.446)
	CI	1.241 – 7.733*
גובה	odds ratio	1.047
	std err	(0.0259)
	CI	0.997 – 1.099
גיל	odds ratio	0.996
	std err	(0.0180)
	CI	0.961 – 1.032
ארץ לידה ישראל	odds ratio	1.598
	std err	(0.672)
	CI	0.701 – 3.646
רמת שיחה בעברית	odds ratio	1.493
	std err	(0.396)
	CI	0.888 – 2.511
שנות וותק בדירה הנוכחית	odds ratio	0.957
	std err	(0.0430)
	CI	0.876 – 1.045
מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט	odds ratio	1.059
	std err	(0.0324)
	CI	0.997 – 1.124
עומס בעבודה	odds ratio	1.366
	std err	(0.163)
	CI	1.081 – 1.726*
Constant	odds ratio	2.95e-06
	std err	(1.36e-05)
	CI	3.43e-10 – 0.0254

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

טבלה 6 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין כאבים בצוואר כתפיים וחזה בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים בצוואר כתפיים ולהימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים:

גיל – עם כל עלייה בשנה בגיל המטפל, הסיכוי לכאבים בצוואר כתפיים וחזה ב- 12 החודשים גדל ב- 4%.

מין – למטפלות ביחס למטפלים, נמצא סיכוי הגדול פי 2.34 לדווח על כאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי.

שחיקה – מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה בממוצע השחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי לדווח על כאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי גדל פי 1.97.

הדרכה למניעת פגיעות – מטפלים שעברו הדרכה למניעת פגיעות במקום העבודה, דיווחו על סיכוי הגדול פי 2.04 לדווח על כאבים בצוואר, כתפיים ואיזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים.

יכולת שיחה בעברית – עם כל עלייה ברמת השיחה בעברית בנקודה (בסולם של 1-5), נמצא כי, הסיכוי לדווח על כאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים גדל פי 1.67.

טבלה 6: הקשר בין כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים		כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי ב 12 החודשים האחרונים
odds ratio	1.016	דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.415)	
CI	0.456 – 2.262	
odds ratio	0.626	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.403)	
CI	0.177 – 2.210	
odds ratio	1.722	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.992)	
CI	0.557 – 5.328	
odds ratio	2.340	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(0.767)	
CI	1.231 – 4.448*	
odds ratio	1.038	גיל
std err	(0.0146)	
CI	1.009 – 1.066*	
odds ratio	1.857	ארץ לידה ישראל
std err	(0.689)	
CI	0.898 – 3.844	
odds ratio	1.669	יכולת שיחה בעברית
std err	(0.431)	
CI	1.006 – 2.768*	
odds ratio	1.003	מספר דיירים אלימים ואו חסרי שקט
std err	(0.0298)	

CI	0.946 – 1.063	
odds ratio	2.038	הדרכה למניעת פגיעות גב (כן)
std err	(0.628)	
CI	1.114 – 3.729*	
odds ratio	1.200	הדרכה למניעת פגיעות גב (כן)
std err	(0.494)	
CI	0.535 – 2.689	
odds ratio	1.023	עומס בעבודה
std err	(0.134)	
CI	0.791 – 1.322	
odds ratio	0.908	שביעות רצון
std err	(0.146)	
CI	0.663 – 1.243	
odds ratio	1.969	שחיקה
std err	(0.370)	
CI	1.362 – 2.846*	
odds ratio	0.00131***	Constant
std err	(0.00230)	
CI	4.24e-05 – 0.0406	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

טבלה 7 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים בצוואר כתפיים ולהימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים:

הבדלים בין קבוצות המחקר: למטפלים העובדים עם דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה

לעומת מטפלים העובדים עם דיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה נמצא סיכוי הגדול פי

2.43 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבי כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים

מין – למטפלות ביחס למטפלים, סיכוי הגבוה פי 4.52 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים.

יכולת שיחה בעברית – עם כל עלייה ברמת השיחה בעברית בנקודה (בסולם של 1-5), נמצא כי, הסיכוי לדווח

על המנעות מפעילות מכאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים גדל פי 1.76.

טיפול בדיירים עם התנהגות מאתגרת – עם כל עלייה בדייר עם התנהגות מאתגרת בדירה גדל הסיכוי ב-

6.3% לדווח על המנעות מפעילות כתוצאה מכאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים.

שחיקה – מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה במוצע השחיקה (בסולם של 1-7) הסיכוי

להימנעות מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי גדל פי 1.79.

טבלה 7: הקשר בין המנעות מפעילות עקב כאבים בצוואר כתפיים ואיזור גבי ב-12 עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	המנעות מפעילות מכאבי צוואר כתפיים ואיזור גבי	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	2.426
	std err	(1.010)
	CI	1.073 – 5.484*
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	0.948
	std err	(0.564)
	CI	0.295 – 3.044
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	2.612
	std err	(1.567)
	CI	0.806 – 8.466
מין- מטפלת יחסית למטפל	odds ratio	4.521
	std err	(2.340)
	CI	1.640 – 12.47*
גובה	odds ratio	1.044
	std err	(0.0269)
	CI	0.993 – 1.098
גיל	odds ratio	1.003
	std err	(0.0155)
	CI	0.973 – 1.034
ארץ לידה ישראל	odds ratio	1.457
	std err	(0.581)
	CI	0.667 – 3.183
רמת שיחה בעברית	odds ratio	1.760
	std err	(0.476)
	CI	1.036 – 2.992*
מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט	odds ratio	1.063
	std err	(0.0321)
	CI	1.002 – 1.128*
מספר שעות פעילות גופנית בשבוע	odds ratio	1.002
	std err	(0.0521)
	CI	0.904 – 1.109
עומס בעבודה	odds ratio	0.950
	std err	(0.128)
	CI	0.730 – 1.237
שביעות רצון	odds ratio	0.642
	std err	(0.126)
	CI	0.438 – 0.942
שחיקה	odds ratio	1.789
	std err	(0.299)
	CI	1.289 – 2.481*
Constant	odds ratio	5.57e-06
	std err	(2.68e-05)
	CI	4.41e-10 – 0.0702

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI)

טבלה 8 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין כאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבים בצוואר כתפיים ולהימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים:

מין – למטפלות ביחס למטפלים, נמצא סיכוי הגדול פי 4.22 לדווח על כאבים בצוואר, כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונות ב- 12 החודשים האחרונים.

מוצא - למטפלים ממוצא ישראלי יש סיכוי הגדול פי 2.46 לדווח על כאבים ברביע עליון ב- 12 החודשים האחרונים.

גיל- עם כל עלייה בשנה בגיל המטפל, הסיכוי לכאבים לכאבים ברביע עליון ב- 12 החודשים גדל ב- 5.4%.
יכולת שיחה בעברית – עם כל עלייה ברמת השיחה בעברית בנקודה (בסולם של 1-5), נמצא כי, הסיכוי לדווח על המנעות מפעילות מכאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונות ב- 12 החודשים האחרונים גדל פי 1.76

שחיקה – מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה במוצע השחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי לדווח על כאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונים ב- 12 החודשים האחרונים גדל פי 2.3.
מספר שעות אימון גופני בשבוע – נמצא כי, ככל שמספר שעות הפעילות הגופנית השבועיות גדל (ביחידות של שעה), הסיכוי לדווח על כאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונות ב- 12 החודשים האחרונים קטן ב-16%.

טבלה 8: הקשר בין כאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, קבוצות המחקר, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים		כאבים ברביע עליון ב 12 החודשים
odds ratio	1.221	
std err	(0.584)	
CI	0.478 – 3.115	
odds ratio	0.826	
std err	(0.556)	
CI	0.221 – 3.094	
odds ratio	1.454	
std err	(0.933)	
CI	0.413 – 5.117	
odds ratio	4.222	
std err	(1.918)	
CI	1.733 – 10.28*	
odds ratio	1.042	
std err	(0.0254)	
CI	0.993 – 1.093	
odds ratio	1.054	
std err	(0.0159)	
CI	1.023 – 1.086*	
odds ratio	2.464	
std err	(0.951)	
CI	1.156 – 5.249*	
odds ratio	1.495	
std err	(0.384)	
CI	0.904 – 2.473	
odds ratio	1.038	
std err	(0.0302)	
CI	0.981 – 1.099	
odds ratio	0.840	
std err	(0.0639)	
CI	0.724 – 0.975*	
odds ratio	0.985	
std err	(0.137)	
CI	0.750 – 1.294	
odds ratio	0.805	
std err	(0.141)	
CI	0.571 – 1.134	
odds ratio	2.310	
std err	(0.474)	
CI	1.546 – 3.453*	
odds ratio	1.76e-06	
std err	(8.24e-06)	
CI	1.77e-10 – 0.0174	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).
- רביע עליון = צוואר כתף חזה וגפיים עליונים.

טבלה 9 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין המנעות מפעילות עקב כאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים להימנעות מפעילות עקב כאבים ברביע עליון ב – 12 החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים :

הבדלים בין קבוצות המחקר : למטפלים העובדים עם דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה

לעומת מטפלים העובדים עם דיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה נמצא סיכוי הגדול פי

3.19 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע עליון.

מין – למטפלות ביחס למטפלים, סיכוי הגבוה פי 4.24 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים-

איזור גבי וגפיים עליונות ב- 12 החודשים האחרונים.

שחיקה- מטפלים שדווחו על שחיקה, עם כל עלייה של נקודה בממוצע השחיקה (בסולם של 1-7) הסיכוי

להימנעות מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר בכתפיים איזור גבי וגפיים עליונות גדל פי 1.83.

שביעות רצון – להימנעות מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע העליון ב- 12 החודשים האחרונים נמצא קשר

סטטיסטי מובהק עם שביעות רצון. מטפלים שדווחו על שביעות רצון, עם כל עלייה של נקודה בשביעות הרצון

(בסולם של 1-7), הסיכוי להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים בצוואר-כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונות ב- 12

החודשים האחרונים קטן ב 35%

טיפול בדיירים עם התנהגות מאתגרת- עם כל עלייה בדייר עם התנהגות מאתגרת בדירה גדל הסיכוי ב –

6.9% לדווח על המנעות מפעילות כתוצאה מכאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי וגפיים עליונות 12 החודשים

האחרונים.

יכולת שיחה בעברית – עם כל עלייה ברמת השיחה בעברית בנקודה (בסולם של 1-5), נמצא כי, הסיכוי לדווח

על המנעות מפעילות מכאבים ברביע עליון ב – 12 החודשים האחרונים גדל פי 1.76

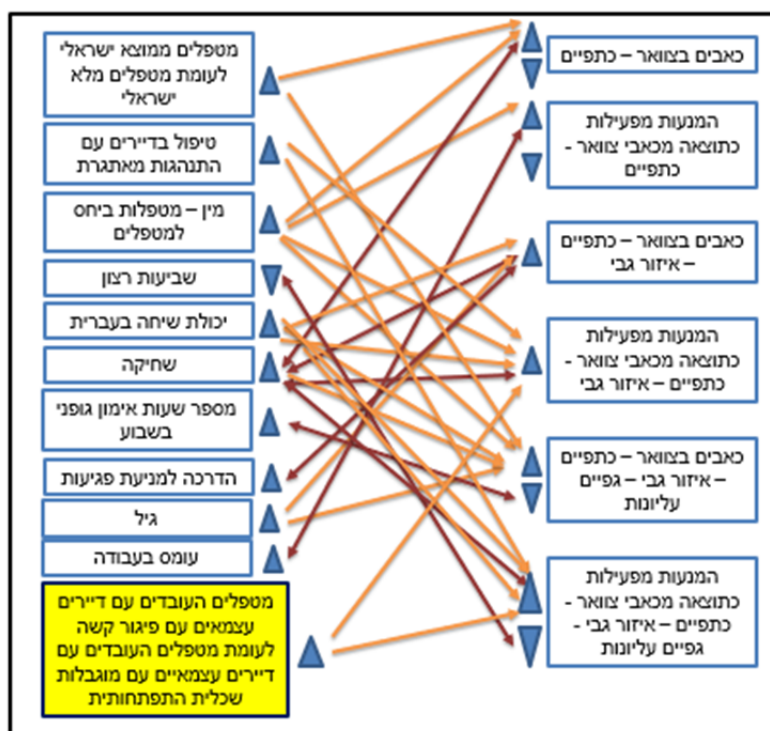
טבלה 9 הקשר בין המנעות מפעילות מכאבים ברביע עליון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים		המנעות מפעילות מכאבים ברביע עליון
odds ratio	3.185	דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(1.434)	
CI	1.318 – 7.698*	
odds ratio	0.940	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.569)	

CI	0.287 – 3.078	
odds ratio	2.668	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(1.599)	
CI	0.824 – 8.638	
odds ratio	4.235	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(2.128)	
CI	1.582 – 11.34*	
odds ratio	1.037	גובה
std err	(0.0271)	
CI	0.986 – 1.092	
odds ratio	1.002	גיל
std err	(0.0156)	
CI	0.972 – 1.033	
odds ratio	1.617	ארץ לידה ישראל
std err	(0.649)	
CI	0.736 – 3.549	
odds ratio	1.796	רמת שיחה בעברית
std err	(0.490)	
CI	1.052 – 3.066*	
odds ratio	1.069	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0323)	
CI	1.007 – 1.134*	
odds ratio	0.992	מספר שעות פעילות גופנית בשבוע
std err	(0.0521)	
CI	0.895 – 1.099	
odds ratio	0.916	עומס בעבודה
std err	(0.123)	
CI	0.703 – 1.192	
odds ratio	0.648	שביעות רצון
std err	(0.125)	
CI	0.443 – 0.947*	
odds ratio	1.825	שחיקה
std err	(0.303)	
CI	1.318 – 2.525*	
odds ratio	1.54e-05	Constant
std err	(7.50e-05)	
CI	1.10e-09 – 0.216	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל בינארי.
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).
- רביע עליון = צוואר כתף חזה וגפיים עליונים.

איור 4 מסכם את הקשרים שנמצאו מובהקים בין כאבים ברביע עליון והמנעות מפעילות עקב כך בשניים עשר החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.



איור 4: סיכום הקשרים בין כאבים ברביע עליון והמנעות מפעילות עקב כך בשניים עשר החודשים האחרונים.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים:

- חץ חד כיווני מייצג כיוון קשר ברור
- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר (שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי)

טבלה 10 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין קיומם של כאבים בגב התחתון והמנעות מפעילות עקב כך ב-12 החודשים האחרונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לכאבי גב תחתון או המנעות מפעילות כתוצאה מכאבי גב תחתון ב - 12

החודשים האחרונים נמצאו עם המשתנים הבאים:

דיווח עצמי על מצב בריאות – נמצא כי, עם כל עלייה של נקודה בדיווח עצמי על מצב בריאות (בסקאלה של 1-

10), הסיכוי לדווח על כאבים בגב תחתון קטן ב - 19%.

שחיקה - נמצא כי, עם כל עלייה של נקודה בדיווח השחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי להימנעות מפעילות כתוצאה מכאבי גב תחתון גדל פי 1.48.

טבלה 10: הקשר בין כאבי גב תחתון והמנעות מפעילות מכאבים בגב תחתון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים

	המנעות מכאבי גב תחתון ב- 12 החודשים האחרונים	כאבי גב תחתון ב- 12 החודשים האחרונים	משתנים בלתי תלויים
odds ratio	1.146	0.760	דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות קלה
std err	(0.536)	(0.339)	
CI	0.458 – 2.866	0.317 – 1.823	
odds ratio	2.536	2.561	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות קלה
std err	(1.351)	(1.290)	
CI	0.892 – 7.206	0.954 – 6.873	
odds ratio	1.348	1.999	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות קלה
std err	(1.032)	(1.154)	
CI	0.301 – 6.043	0.645 – 6.195	
odds ratio	1.436	1.362	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(0.788)	(0.603)	
CI	0.490 – 4.209	0.572 – 3.242	
odds ratio	0.997	0.982	גובה
std err	(0.0274)	(0.0226)	
CI	0.945 – 1.052	0.939 – 1.028	
odds ratio	1.015	1.022	גיל
std err	(0.0184)	(0.0157)	
CI	0.979 – 1.052	0.992 – 1.053	
odds ratio	0.849	1.458	ארץ לידה ישראל
std err	(0.344)	(0.530)	
CI	0.384 – 1.879	0.715 – 2.974	
odds ratio	1.062	1.017	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0330)	(0.0268)	
CI	0.999 – 1.129	0.966 – 1.071	
odds ratio	0.999	0.995	שעות עבודה פיזית יחסית לשעות משמרת באחוזים
std err	(0.00793)	(0.00634)	
CI	0.983 – 1.014	0.983 – 1.008	
odds ratio	0.988	0.999	עומס בעבודה
std err	(0.146)	(0.157)	
CI	0.740 – 1.320	0.735 – 1.359	
odds ratio	0.847	0.842	שביעות רצון
std err	(0.166)	(0.133)	
CI	0.577 – 1.244	0.618 – 1.146	
odds ratio	1.478*	1.154	שחיקה
std err	(0.269)	(0.191)	
CI	1.034 – 2.112	0.835 – 1.595	
odds ratio	0.905	0.806	דיווח עצמי על מצב בריאות
std err	(0.0636)	(0.0604)	
CI	0.788 – 1.038	0.696 – 0.934	
odds ratio	0.197	23.11	Constant
std err	(1.070)	(98.31)	
CI	4.64e-06 – 8,355	0.00553 – 96,611	

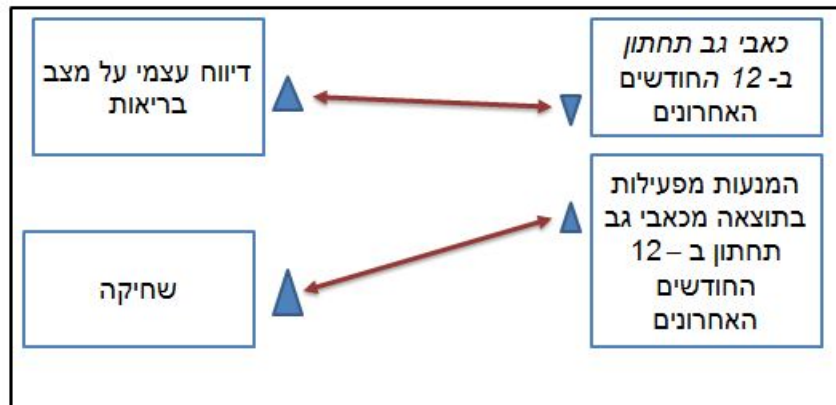
■ מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)

■ נעשה שימוש במודל בינארי.

■ התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

■ רביע עליון = צוואר כתף חזה וגפיים עליונים.

איור 5 מסכם את הקשר שנמצא מובהק בין המנעות מפעילות עקב כאבים בגב תחתון בשניים עשר החודשים האחרונים לבין השתייכות לקבוצת המטפלים העובדים עם קבוצת הדיירים הסינודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה.



איור 5: הקשר בין הימנעות מפעילות עקב כאבים בגב תחתון ב – 12 החודשים האחרונים

▪ חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר

הנוכחי)

4.3 תפיסת שליטה, בעבודה עומס ותחושת לחץ כללית:

תפיסת שליטה:

טבלה 11 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין תפיסת שליטה, לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לתפיסת שליטה בעבודה נמצאו עם המשתנים הבאים:

שביעות רצון ותפיסת שליטה – לתפיסת שליטה בעבודה נמצא קשר סטטיסטי מובהק עם שביעות רצון. עם כל עלייה של נקודה בשביעות רצון (בסולם של 1-7), עולה תפיסת השליטה ב – 0.5 נקודות (בסולם של 1-6).

שנות וותק בעבודה כמטפל ותפיסת שליטה – נמצא קשר הפוך מובהק בין שנות וותק בדירה לבין עמדות ותחושות בעבודה. עם כל עלייה בשנת וותק בדירה, יורדת תפיסת השליטה ב 0.34 נקודות.

שנות וותק בעבודה הנוכחית ותפיסת שליטה – נמצא קשר חיובי מובהק בין שנות וותק בעבודה כמטפל לתפיסת שליטה. עם כל עלייה בשנת וותק בעבודה כמטפל עולה תפיסת השליטה ב – 0.076 נקודות (בסולם של 1-6).

טבלה 11: הקשר בין תפיסת שליטה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	תפיסת שליטה	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	0.0441	coefficient
	(0.190)	std err
	-0.330 – 0.418	CI
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	-0.400	coefficient
	(0.244)	std err
	-0.881 – 0.0809	CI
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	-0.241	coefficient
	(0.273)	std err
	-0.777 – 0.296	CI
מין- מטפלת יחסית למטפל	-0.000203	coefficient
	(0.147)	std err
	-0.290 – 0.290	CI
גיל	-0.00698	coefficient
	(0.00885)	std err
	-0.0244 – 0.0105	CI
שביעות רצון	0.497	coefficient
	(0.0946)	std err
	0.310 – 0.683*	CI
שחיקה	-0.0931	coefficient

std err	(0.0847)	
CI	-0.260 – 0.0737	
coefficient	-0.0343	שנות וותק כמטפל
std err	(0.0151)	
CI	-0.0640 - -0.00460*	
coefficient	0.0762	שנות וותק בדירה הנוכחית
std err	(0.0199)	
CI	0.0369 – 0.115*	
coefficient	0.00373	עומס בעבודה
std err	(0.0692)	
CI	-0.133 – 0.140	
coefficient	1.805	Constant
std err	(0.723)	
CI	0.380 – 3.229	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל טוביט (Tobit Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

עומס בעבודה:

טבלה 12 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין עומס בעבודה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים,

משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לעומס בעבודה נמצאו עם המשתנים הבאים:

שחיקה ותחושת עומס - לתחושת שחיקה נמצא קשר סטטיסטי מובהק עם עומס בעבודה: עם כל עלייה

בנקודה בשחיקה (בסולם של 1-7), הסיכוי לדווח על עומס בעבודה גדל ב - 0.34 נקודות (בסולם של 1-6).

מאמץ פיזי כללי בעבודה ועומס - נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין מאמץ פיזי כללי בעבודה ועומס. עם כל

עלייה של נקודה במאמץ הפיזי בעבודה (בסולם של 1-10), גדל העומס בעבודה ב 0.12 נקודות (בסולם של 1-6).

טבלה 12: הקשר בין עומס בעבודה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

	עומס בעבודה	משתנים בלתי תלויים
Coefficient	0.430	דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.243)	
CI	-0.0489 – 0.908	
Coefficient	0.0310	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.233)	
CI	-0.429 – 0.491	
Coefficient	0.442	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.238)	
CI	-0.0273 – 0.912	

Coefficient	0.164	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(0.154)	
CI	-0.140 – 0.469	
Coefficient	-0.00152	גיל
std err	(0.00674)	
CI	-0.0148 – 0.0118	
Coefficient	0.0233	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0141)	
CI	-0.00454 – 0.0510	
Coefficient	-0.0119	מספר דיירים הזקוקים לסיוע פיזי רב
std err	(0.0161)	
CI	-0.0436 – 0.0199	
Coefficient	0.00521	שעות עבודה פיזית יחסית לשעות משמרת באחוזים
std err	(0.00328)	
CI	-0.00126 – 0.0117	
Coefficient	0.120	מאמץ פיזי בעבודה (1-10)
std err	(0.0279)	
CI	0.0647 – 0.175*	
Coefficient	-0.161	שביעות רצון
std err	(0.0915)	
CI	-0.341 – 0.0192	
Coefficient	0.336	שחיקה
std err	(0.0783)	
CI	0.182 – 0.491*	
Coefficient	1.349	Constant
std err	(0.646)	
CI	0.0759 – 2.622*	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל טוביט (Tobit Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

תחושת לחץ כללית:

טבלה 13 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין שאלת תחושת לחץ כללית לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לתחושת לחץ כללית בעבודה נמצאו עם המשתנים הבאים:
מאמץ פיזי כללי בעבודה ותחושת לחץ כללית בעבודה - עם כל עלייה של נקודה במאמץ הפיזי בעבודה

(בסולם של 1-10), גדלה תחושת הלחץ הכללי פי - 1.13 (בסולם של 1-6).

תחושת לחץ כללית ושביעות רצון - עם כל עלייה של נקודה בתחושת הלחץ הכללית (בסולם של 1-6), יורדת

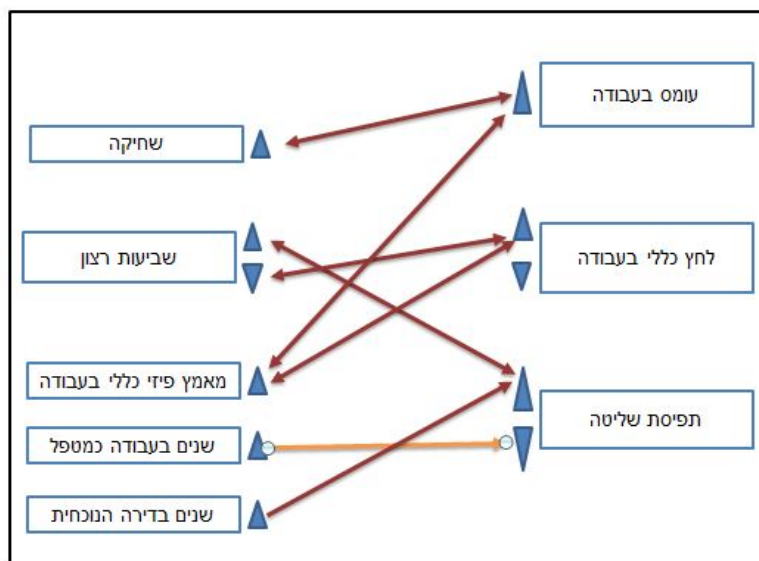
תחושת שביעות הרצון ב - 31% (בסולם של 1-7).

טבלה 13: הקשר בין שאלת תחושת לחץ כללית לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים		שאלה על רמת הלחץ הכללית בעבודה
odds ratio	1.900	דיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.827)	
CI	0.810 – 4.458	
odds ratio	1.005	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.488)	
CI	0.388 – 2.602	
odds ratio	0.683	דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה
std err	(0.239)	
CI	0.344 – 1.356	
odds ratio	0.912	מין- מטפלת יחסית למטפל
std err	(0.241)	
CI	0.543 – 1.532	
odds ratio	0.977	גיל
std err	(0.0131)	
CI	0.952 – 1.003	
odds ratio	1.181	מספר ילדים
std err	(0.111)	
CI	0.984 – 1.419	
odds ratio	1.050	מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט
std err	(0.0265)	
CI	0.999 – 1.103	
odds ratio	1.039	מספר דיירים הזקוקים לסיוע פיזי רב
std err	(0.0246)	
CI	0.992 – 1.088	
odds ratio	1.128	מאמץ פיזי בעבודה (1-10)
std err	(0.0471)	
CI	1.039 – 1.224*	
odds ratio	1.003	כאב כללי ב 12 החודשים האחרונים
std err	(0.287)	
CI	0.573 – 1.756	
odds ratio	1.253	שחיקה
std err	(0.165)	
CI	0.968 – 1.623	
odds ratio	0.694	שביעות רצון
std err	(0.0983)	
CI	0.526 – 0.916*	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל אורדינלי (Ordinal Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

איור 6 מסכם את הקשרים שנמצאו מובהקים בין לחץ בעבודה המורכב מעומס בעבודה, עמדות ותחושות בעבודה, ושאלה על לחץ כללי בעבודה, לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.



איור 6: סכום המשתנים המנבאים עומס, עמדות ותחושות ולחץ כללי בעבודה.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים:

- חץ חד כיווני מייצג כיוון קשר ברור
- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי)

4.4 תחושת שביעות רצון בעבודה:

איור 7 מתאר את התפלגות ממוצעי שביעות הרצון בין המטפלים.

176 מטפלים (כ – 72%), דיווחו על שביעות רצון 4 ומעלה (בסולם של 1 עד 7).

67 מטפלים (כ – 28%), דיווחו על שביעות רצון נמוכה מ – 4 (בסולם של 1 עד 7).



איור 7: התפלגות ממוצעי שביעות הרצון בקרב המטפלים באחוזים

טבלה 14 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין קבוצות המחקר, עמדות ותחושות בעבודה, עומס בעבודה ושאלת תחושת לחץ כללית לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לשביעות רצון נמצאו עם המשתנים הבאים:

הבדלים בין קבוצות המחקר: מטפלים העובדים בקבוצת הדיירים הסינודיים עם מוגבלות שכלית

התפתחותית קשה ביחס למטפלים העובדים בקבוצת הדיירים העצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

קלה. דיווחו על שביעות רצון גבוהה ב- 0.53 נקודות (בסולם של 1-7).

שביעות רצון ומין המטפל: ממוצע שביעות רצון בקרב מטפלות נשים ביחס למטפלים גברים נמצאה גבוהה

ב- 0.4 נקודות (בסולם של 1-7).

שביעות רצון ושחיקה: ככל שממוצע השחיקה גדל בנקודה (בסולם של 1-7), קטנה מידת שביעות הרצון ב-

0.29 נקודות (בסולם של 1-7).

שביעות רצון ותפיסת שליטה בעבודה: נמצא כי, ככל שתפיסת השליטה גדלה בנקודה (בסולם של 1-6),

שביעות הרצון גבוהה ב- 0.30 נקודות (בסולם של 1-7).

שביעות רצון ועומס בעבודה: נמצא כי, ככל שתחושת העומס בעבודה קטנה בנקודה (בסולם של 1-6),

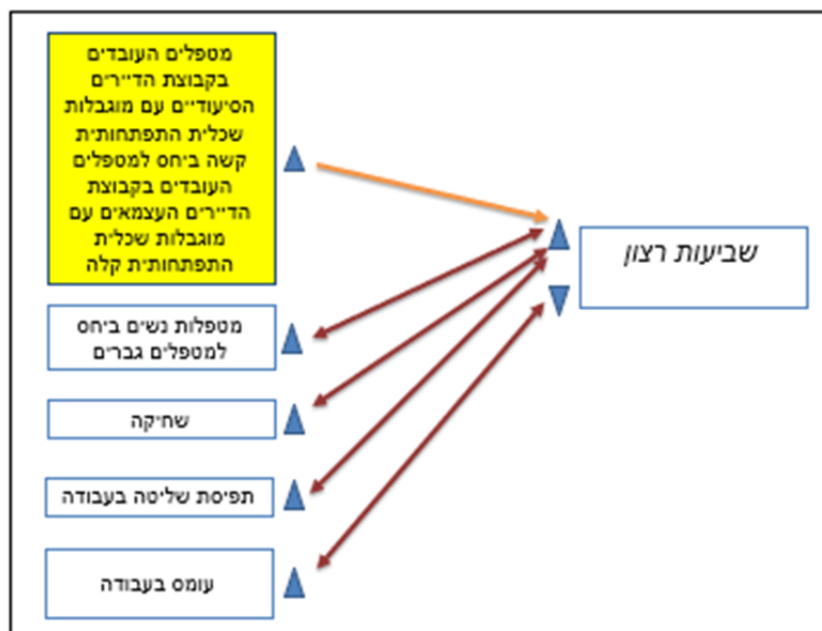
שביעות הרצון גבוהה ב – 0.11 נקודות (בסולם של 1-7)

טבלה 14: הקשר בין שביעות רצון לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים		שביעות רצון
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	Coefficient	0.0470
	std err	(0.165)
	CI	-0.278 – 0.372
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	Coefficient	0.108
	std err	(0.218)
	CI	-0.322 – 0.538
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	Coefficient	0.532
	std err	(0.181)
	CI	0.175 – 0.888*
מין מטפלת - יחסית למטפל	Coefficient	0.395
	std err	(0.113)
	CI	0.172 – 0.618*
גיל	Coefficient	0.00561
	std err	(0.00550)
	CI	-0.00523 – 0.0164
מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט	Coefficient	0.0165
	std err	(0.0101)
	CI	-0.00342 – 0.0364
שחיקה	Coefficient	-0.285
	std err	(0.0569)
	CI	-0.397 - -0.173*
שנות וותק כמטפל	Coefficient	0.00400
	std err	(0.0124)
	CI	-0.0204 – 0.0284
שנות וותק בדירה הנוכחית	Coefficient	-0.00188
	std err	(0.0182)
	CI	-0.0378 – 0.0341
עומס בעבודה	Coefficient	-0.114
	std err	(0.0573)
	CI	-0.226 - -0.000810*
תפיסת שליטה	Coefficient	0.299
	std err	(0.0527)
	CI	0.195 – 0.403*
Constant	Coefficient	3.906
	std err	(0.335)
	CI	3.245 – 4.567*

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל טוביט (Tobit Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

איור 8 מסכם את הקשרים שנמצאו מובהקים בין שביעות רצון לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים:



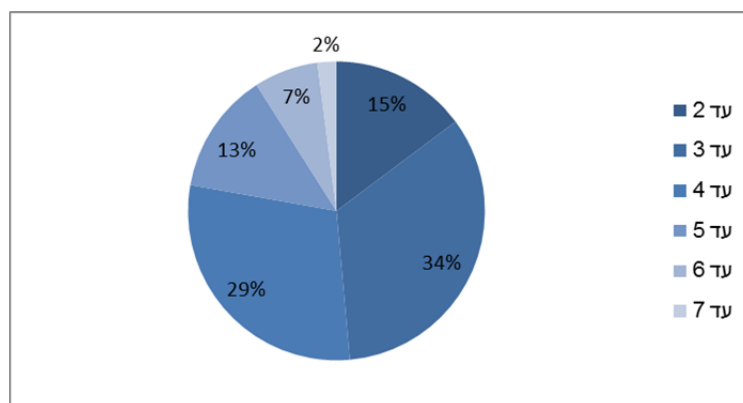
איור 8: קשרים בין שביעות רצון לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים:

- חץ חד כיווני מייצג כיוון קשר ברור ←
- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי) ↔
- מסגרת צהובה, ממצא המבדיל בין הקבוצות

4.5 תחושת שחיקה

איור 9 מציג את התפלגות השחיקה בקרב המטפלים. מן הדיאגרמה עולה כי: ממוצע השחיקה בקרב המטפלים במחקר הוא 3.4 – בינוני (בסולם 1-7) ($S.D=1.28$). 22% מהמטפלים (54) דווחו על שחיקה ברמה הגבוהה מ-4 (בסולם 1-7).



איור 9: התפלגות דירוג ממוצעי השחיקה בקרב המטפלים

טבלה 15 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין שחיקה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לשחיקה נמצאו עם המשתנים הבאים:

שביעות רצון ושחיקה: נמצא כי, ככל שרמת שביעות הרצון עולה בנקודה (בסולם של 1-7) יורדת רמת השחיקה ב- 0.3 נקודות (בסולם של 1-7).

שחיקה ועומס בעבודה: נמצא כי, ככל שהדיווח על רמת העומס גדל בנקודה (בסולם של 1-6) השחיקה גדלה ב- 0.26 נקודות (בסולם של 1-7).

שחיקה ועישון סיגריות: נמצא כי, ככל שמספר הסיגריות שמעשנים גדל בסיגריה אחת, השחיקה גדלה ב- 0.02 נקודות (בסולם של 1-7).

כאב כללי ושחיקה: נמצא כי, כאשר הדיווח על כאב כללי הוא חיובי (בדיווח כן/לא), רמת השחיקה עולה ב- 0.64 נקודות (בסולם של 1-7).

טבלה 15: הקשר בין שחיקה לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

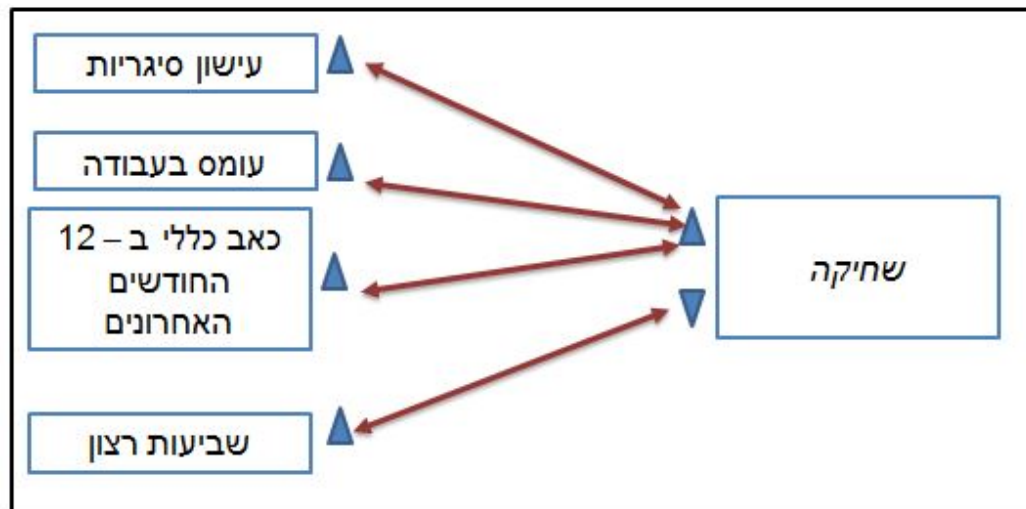
משתנים בלתי תלויים	שחיקה	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	-0.0316	Coefficient
	(0.152)	std err
	-0.332 – 0.269	CI
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	0.294	Coefficient
	(0.195)	std err
	-0.0911 – 0.679	CI
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	0.311	Coefficient
	(0.199)	std err
	-0.0802 – 0.703	CI
מין- מטפלת יחסית למטפל	0.0198	Coefficient
	(0.140)	std err
	-0.257 – 0.296	CI
גיל	-0.0135	Coefficient
	(0.00701)	std err
	-0.0273 – 0.000340	CI
מספר דיירים אלימים ו/או חסרי שקט	-0.00255	Coefficient
	(0.0108)	std err
	-0.0239 – 0.0188	CI
שביעות רצון	-0.299	Coefficient
	(0.0676)	std err
	-0.432 - -0.166*	CI
שנות וותק כמטפל	0.00285	Coefficient
	(0.0108)	std err
	-0.0184 – 0.0241	CI
עומס בעבודה	0.261	Coefficient
	(0.0498)	std err
	0.163 – 0.360*	CI
מספר סיגריות ביום	0.0175	Coefficient
	(0.00735)	std err
	0.00299 – 0.0319*	CI
כאב כללי ב 12 החודשים האחרונים	0.641	Coefficient
	(0.131)	std err
	0.383 – 0.900*	CI
Constant	3.255	Coefficient
	(0.407)	std err
	2.453 – 4.056*	CI

▪ מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)

▪ נעשה שימוש במודל טוביט (Tobit Model).

▪ התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

סכום הקשרים שנמצאו מובהקים בין שחיקה לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים מוצג באיור 10.



איור 10: קשרים בין שחיקה לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים:

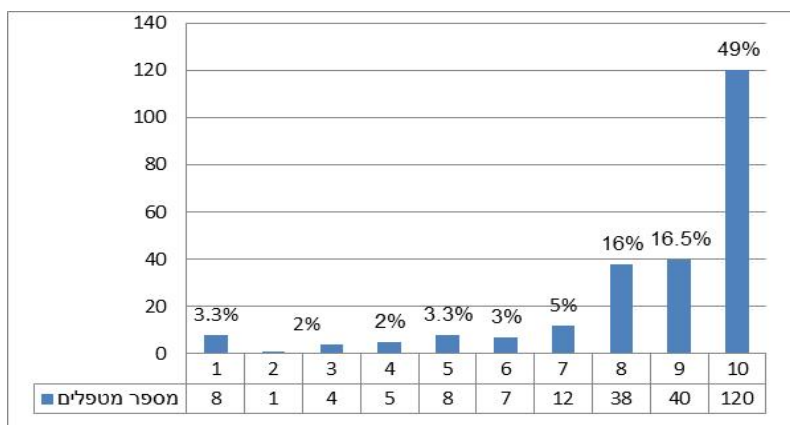
- חץ חד כיווני מייצג כיוון קשר ברור ←
- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי) ↔

4.6 משתנים המנבאים דיווח עצמי על מצב הבריאות.

איור 11 מתאר את התפלגות הדיווח הערכה עצמית של מצב בריאות בקרב המטפלים במחקר.

198 (81%) מהמטפלים במחקר מדווחים על תחושת בריאות טובה, טובה מאוד, ומעולה.

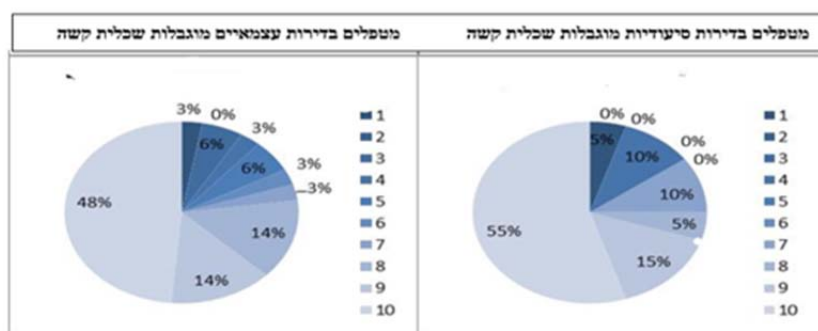
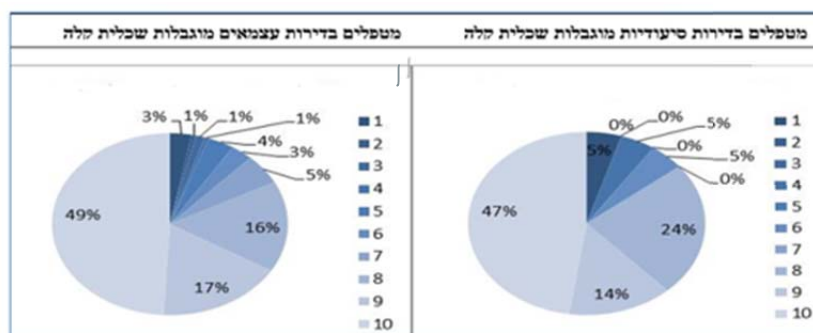
26 (11%) מטפלים במחקר מדווחים על מצב בריאות נמוך מאוד עד נמוך (5-1).



איור 11: התפלגות דירוג ממוצעי הדיווח על דיווח עצמי על מצב הבריאות (בסולם של 1-10)

את התפלגות הדיווח העצמי על מצב הבריאות של קבוצות המחקר ניתן לראות באיורים 12 (1,2).

מן האיור אנו רואים, כי אין הבדלים משמעותיים בדירוג העצמי של מצב הבריאות בין הדירות.



איור 12 (1,2): התפלגות הדירוג העצמי של מצב הבריאות בין הדירות

טבלה 16 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין דיווח עצמי על מצב בריאות לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים סטטיסטיים מובהקים לדיווח עצמי על מצב הבריאות נמצאו עם המשתנים הבאים:

דיווח עצמי על מצב הבריאות וגיל: עם כל עלייה בגיל בשנה, יש ירידה בדיווח עצמי על מצב בריאות ב- 5% (בסולם של 1-10).

שחיקה ודיווח עצמי על מצב הבריאות – נמצא כי, עם כל עלייה של מספר אחד בדיווח העצמי על מצב הבריאות (בסולם של 1-10), השחיקה יורדת ב- 31%.

דיווח עצמי על מצב הבריאות ובעיות בריאות – נמצא כי, הסיכוי של מטפלים המדווחים על קיום בעיות בריאות לדווח על מצב בריאות נמוך יותר גדול ב- 76% (בסקאלה של 1-10)

רמת כושר כללית ודיווח על מצב בריאות – ככל שרמת הכושר הכללית גבוהה יותר בנקודה (בסקאלה של 1) הדיווח העצמי על מצב הבריאות גבוה פי 1.7 (בסולם של 1-10).

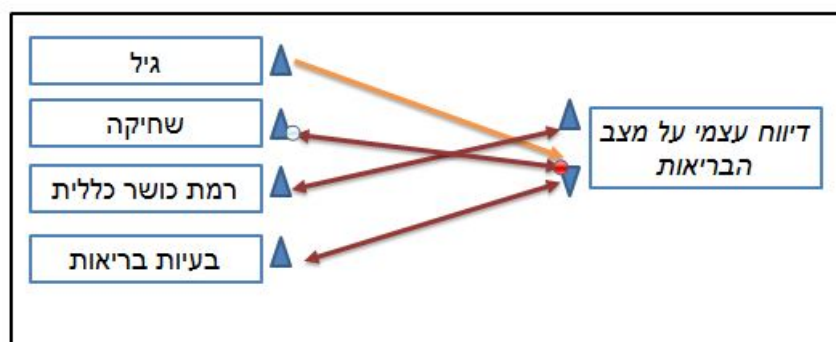
טבלה 16: הקשר בין דיווח עצמי על מצב בריאות לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	דיווח עצמי על מצב בריאות	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	0.946
	std err	(0.380)
	CI	0.430 – 2.079
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.353
	std err	(0.531)
	CI	0.627 – 2.920
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	0.493
	std err	(0.293)
	CI	0.153 – 1.583
מין- מטפלת יחסית למטפל	odds ratio	0.966
	std err	(0.277)
	CI	0.551 – 1.694
גיל	odds ratio	0.955
	std err	(0.0134)
	CI	0.929 – 0.981*
בעיות בריאות	odds ratio	0.237
	std err	(0.0704)
	CI	0.133 – 0.424*
רמת כושר כללית (1-10)	odds ratio	1.665
	std err	(0.156)
	CI	1.385 – 2.002*

odds ratio	0.547	כאב כללי ב 12 החודשים האחרונים
std err	(0.196)	
CI	0.270 – 1.106	
odds ratio	1.088	תפיסת שליטה
std err	(0.113)	
CI	0.888 – 1.333	
odds ratio	1.089	עומס בעבודה
std err	(0.149)	
CI	0.833 – 1.423	
odds ratio	1.091	שביעות רצון
std err	(0.143)	
CI	0.844 – 1.410	
odds ratio	0.688	שחיקה
std err	(0.104)	
CI	0.511 – 0.927*	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל אורדינלי (Ordinal Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

סכום הקשרים שנמצאו מובהקים בין דיווח עצמי על מצב בריאות לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים (איור 13).



איור 13: קשרים בין שחיקה לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

קשרים מובהקים מוצגים בחצים:

- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי) ↔

4.7 משתנים המנבאים תמיכת ממונים :

טבלה 17 מציגה את הקשרים הסטטיסטיים בין תמיכת ממונים, לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים. קשרים סטטיסטיים מובהקים לשאלה על תמיכת ממונים נמצאו עם המשתנים הבאים :

תפיסת שליטה ותמיכת ממונים - נמצא כי, עם כל עלייה של מספר אחד בדיווח על תפיסת שליטה (בסולם של 1-6), דרוג תמיכת ממונים גדלה פי 1.44 (בסולם של 1-10).

עומס בעבודה ותמיכת ממונים - נמצא כי, עם כל עלייה של מספר אחד בדיווח על עומס בעבודה (בסולם של 1-6), דרוג תמיכת ממונים על פי השאלה קטנה ב – 28% (בסולם של 1-10).

שביעות רצון ותמיכת ממונים - נמצא כי, עם כל עלייה של נקודה בשביעות הרצון (בסולם של 1-7), דרוג תמיכת הממונים גבוה פי 5 (בסולם של 1-10)

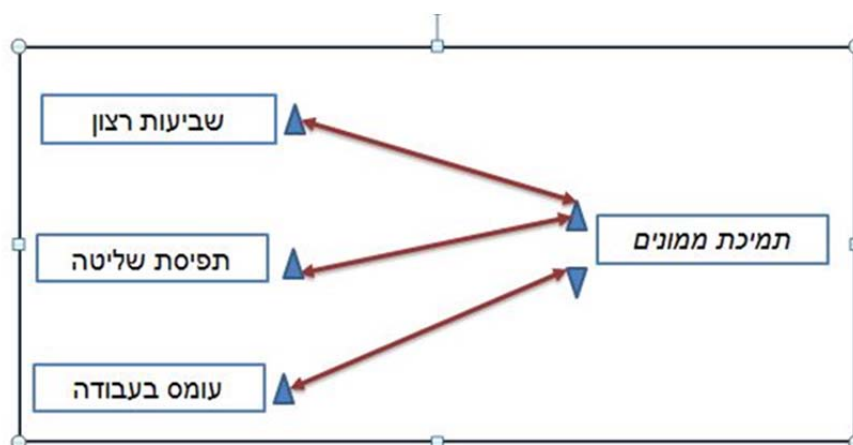
טבלה 17: הקשר בין שאלה על תמיכת ממונים לבין קבוצות המחקר, משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

משתנים בלתי תלויים	האחראים קשובים ותומכים בעת צורך	
דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.042
	std err	(0.442)
	CI	0.454 – 2.393
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.135
	std err	(0.501)
	CI	0.478 – 2.695
דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס לדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה	odds ratio	1.641
	std err	(0.612)
	CI	0.790 – 3.410
מין- מטפלת יחסית למטפל	odds ratio	1.573
	std err	(0.446)
	CI	0.903 – 2.742
גיל	odds ratio	1.019
	std err	(0.0156)
	CI	0.989 – 1.050
סטטוס זוגי -נשוי לעומת רווק	odds ratio	1.251
	std err	(0.303)
	CI	0.779 – 2.010
מספר ילדים	odds ratio	0.852
	std err	(0.0763)
	CI	0.714 – 1.015
שנות וותק כמטפל	odds ratio	1.001
	std err	(0.0307)

CI	0.943 – 1.063	
odds ratio	0.946	שנות וותק בדירה הנוכחית
std err	(0.0357)	
CI	0.879 – 1.019	
odds ratio	1.437	תפיסת שליטה
std err	(0.157)	
CI	1.160 – 1.780*	
odds ratio	0.722	עומס בעבודה
std err	(0.0751)	
CI	0.589 – 0.885*	
odds ratio	4.976	שביעות רצון
std err	(0.934)	
CI	3.445 – 7.189*	

- מובהקות סטטיסטית $p < 0.05$ מוצגת בכוכבית (*)
- נעשה שימוש במודל אורדינלי (Ordinal Model).
- התוצאות מוצגות ביחס צולב (odds ratio), בתקן טעות (std err) וברוח בר סמך (Confidence interval-CI).

סכום הקשרים שנמצאו מובהקים בין תמיכת ממונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים (איור 14).



איור 14: קשרים בין תמיכת ממונים לבין משתנים דמוגרפיים, משתנים הקשורים לעבודה ומשתנים פסיכוסוציאליים.

- חץ דו כיווני מראה כי קיים קשר בלבד ללא כיוון קשר(שלא ניתן לבדיקה בסוג המחקר הנוכחי)

5. דיון וסכום

המחקר הנוכחי הוא מחקר ראשוני. אוכלוסיית המחקר היא ייחודית, מאחר שמרבית המטפלים עובדים במסגרות פנימיות, אוכלוסייה אשר על פי הידוע לנו לא קיבלה התייחסות עד כה בישראל ומעט מאוד בספרות העולמית. לא מצאנו פרסומים שחקרו מטפלים על פי מצבם הפיזי והקוגניטיבי של הדיירים בהם הם מטפלים. אנו חילקנו את אוכלוסיית המחקר לארבע קבוצות בהתאם לאופי הדיירים המהווים רוב בכל דירה (דיירים במצב תפקודי עצמאי יחסית ומוגבלות שכלית התפתחותית קלה; דיירים במצב תפקודי עצמאי יחסית ומוגבלות שכלית התפתחותית קשה; דיירים במצב תפקודי סעודי ומוגבלות שכלית התפתחותית קלה; דיירים במצב תפקודי סעודי ומוגבלות שכלית התפתחותית קשה). בדקנו אם קיים קשר בין תפקוד פיזי וקוגניטיבי של הדיירים לשכיחות פגיעות שלד – שריר של המטפלים, שביעות רצון, רמת בריאות, שחיקה ועומס ולחץ ועמדות ותחושות בעבודה.

בהשוואה בין ארבע קבוצות המחקר נמצאו הבדלים מובהקים בשני משתנים: פגיעות שריר- שלד ושביעות רצון מהעבודה. כמו כן נמצאו הבדלים דמוגרפיים (נספח 8.7) בין קבוצות המחקר. לא נמצאו הבדלים בין קבוצות המחקר בתחושת שליטה בעבודה, בתחושת עומס בעבודה, בתחושת שחיקה בעבודה, וכן בדירוג עצמי של בריאות כללית. מספר משתנים מתערבים, שלא מבדילים בין קבוצות המחקר, נמצאו קשורים למשתנים תלויים ועשויים להבהיר את ההבדלים בין הקבוצות.

5.1 משתנים המבדילים בין המטפלים בארבע קבוצות המחקר

5.1.1 מערכת שריר- שלד

5.1.1.1 הבדלים בין הקבוצות בתסמינים במערכת שריר- שלד

השערת המחקר, כי קיים הבדל בין ארבע קבוצות המחקר, בשכיחות תסמיני שריר- שלד והמנעות מפעילות בשנים עשר החודשים האחרונים אוששה חלקית. מצאנו, כי למטפלים העובדים עם דיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה לעומת מטפלים העובדים עם דיירים עצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה סיכוי הגדול פי 2.43 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבי כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים, וכן סיכוי הגדול פי 3.19 להימנע מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע עליון, אם כי ההשערה שקיים הבדל בדיווח על כאבי שריר-שלד לא אוששה. תוצאה זו מדגישה את התפקוד הקוגניטיבי הירוד כגורם להמנעות מפעילות. מוגבלות שכלית התפתחותית קשה מוביל לרוב לשיתוף פעולה לקוי ואף להתנגדות מצד הדיירים. כאשר מדובר בטיפול פיזי בדייר, התנגדות הדיירים מחייבת לעיתים קרובות את המטפלים לבצע פעולות הכרחיות בתנועות נמרצות ובתנחות לא ארגונומיות ומסורבלות, לעיתים מאולתרות ולא לפי כללי הביומכניקה. התנחות הללו כוללות

תנועות סיבוביות ומנופים ארוכים של הגו והגפיים, אשר עלולים להגביר את הסיכון לכאבי גב תחתון ולפגיעות שריר-שלד (Burdorf et al,1997; Lorusso, 2007). נראה אם כן, שרמת המוגבלות שכלית התפתחותית של הדייר מהווה גורם מרכזי להמנעות מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע העליון, אף יותר ממצבו הפיזי של הדייר. באיור 19 נראה דייר המקבל עזרה בלבוש מכנסיו. לדייר מוגבלות שכלית התפתחותית בינוני-קשה והתנהגות מאתגרת. התמונה מדגישה את התנוחה הלא נוחה והמאולצת בה מטפלת נמצאת.



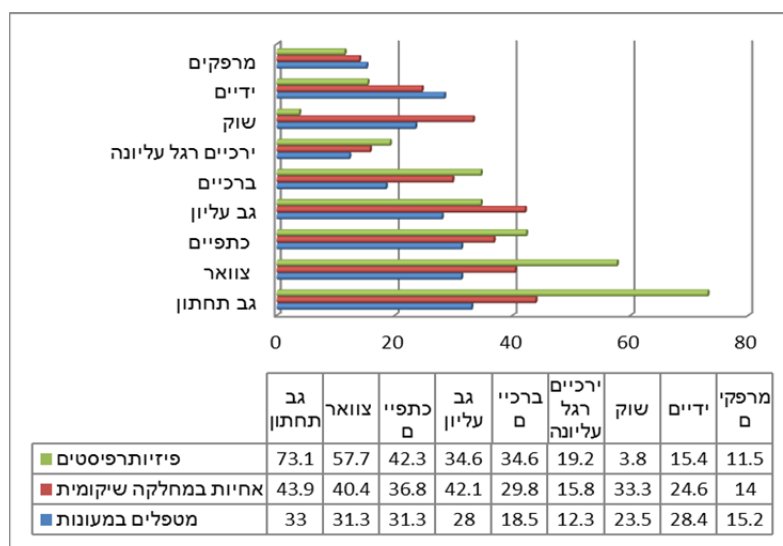
איור 15: מטפלת המלבישה דייר עם מוגבלות שכלית התפתחותית בינונית קשה ועם התנהגות מאתגרת

5.1.1.2 שכיחות התסמינים בפגיעות שלד – שריר בקרב מטפלות יחסית לאוכלוסייה

השערת המחקר כי שכיחות התסמינים בפגיעות שלד – שריר בקרב מטפלים גבוה מהממוצע באוכלוסייה, במיוחד בגב תחתון, לא אוששה למרות הציפיות שלנו. לא מצאנו נתונים (שכיחות ב 12 החודשים האחרונים) באוכלוסייה הכללית.

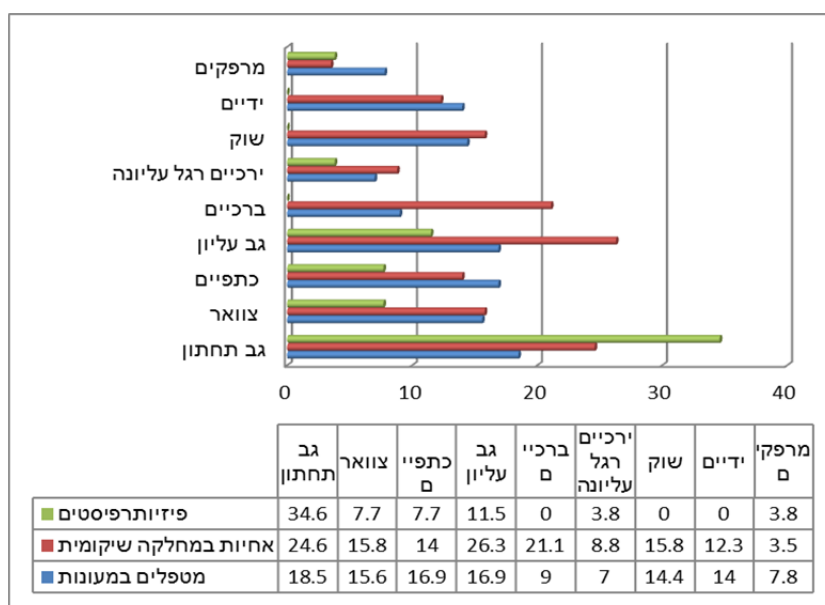
בסך הכל נראה, כי בהשוואה לאוכלוסיות העוסקות בטיפול באופן ישיר כמו אחיות ופיזיותרפיסטיות העובדות במחלקות שיקומיות (Alperovitch-Najenson et al, 2014), שכיחות כאבי שריר- שלד הקשורים לעבודה נמוכים יותר בקרב המטפלים במחקר (איור 20). קיימות מספר סיבות אפשריות לכך: גיל המטופלים במעונות קטן יותר ממטופלים בשיקום ובמחלקות סיעודיות, משקל המטופלים כנראה נמוך יותר במעונות- קיימת ביקורת על המשקל והתאמת תזונה על ידי דיאטנית, שימוש במנופים, שהוכנס למעונות ופיקוח על הנחיות טיפול. כמו כן, לעומת מטופלים בשיקום, הדיירים קבועים, המטפלים מכירים את יכולותיהם הפיזיות ועובדים בזוגות בדירות המורכבות.

במחקר על אחיות ופיזיותרפיסטיות (Alperovitch-Najenson et al,2014), השתתפו נשים בלבד (איור 21). במחקר הנוכחי, מצאנו כי נשים מדווחות על יותר כאבים מגברים, לכן יתכן שעקב השתתפות גברים במחקר ירד ממוצע הכאב וההיעדרות.



איור 16: שכיחות כאבי שריר- שלד (באחוזים) ב-12 החודשים האחרונים בקרב מטפלים במחקר הנוכחי מול אחיות ופיזיותרפסטים ממחלקות שיקומיות

בהשוואה לפיזיותרפסטים, נראה כי שכיחות המטפלים הנעדרים מהעבודה גבוהה (איור 17), ובהשוואה לאחיות נראית דומה.



איור 17: שכיחות ההעדרות מהעבודה עקב כאבי שריר- שלד (באחוזים) ב-12 החודשים האחרונים, בקרב מטפלים במחקר הנוכחי מול אחיות ופיזיותרפסטים ממחלקות שיקומיות

5.1.2 הבדלים בין הקבוצות בדיווח על שביעות רצון

השערת המחקר כי קיים הבדל בין קבוצות המחקר בשביעות רצון אוששה. באופן מפתיע, מטפלים העובדים עם דיירים סיעודיים הלוקים במוגבלות שכלית התפתחותית קשה ביחס למטפלים העובדים עם דיירים עצמאיים הלוקים במוגבלות שכלית התפתחותית קלה דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר. לא נמצאו פרסומים אשר מתייחסים למצב פיזי או קוגניטיבי של הדיירים התומכים בהבדל בשביעות הרצון של המטפלים או מסבירים אותו. נהוג לחשוב, שעבודה פיזית עם דיירים במצב סיעודי היא קשה ובעלת סיכונים

פיזיים למטפל. אך, מטפלים העובדים בדירות סיעודיות מצוידים בציוד מתאים והתאמה ארגונומית של הסביבה, מה שמקטין את תכיפות הרמת המשאות ואת תכיפות העבודה בתנוחות מסורבלות. כמו כן קיימת השקעת משאבים הדרכות ומעורבות של הצוות הרפואי יותר מבדירות העצמאים. הטיפול בהם לרוב מלווה בהנחיות רפואיות ברורות והתנהגותם צפוייה יותר. קיימת בהירות תפקיד גבוהה יותר. לעומתם, דיירים עצמאיים הלוקים במוגבלות שכלית התפתחותית קלה עשויים להיות דורשנים, ובכך "מפריעים" לשקט היחסי של המטפלים. במחקר הנוכחי, נמצא יחס שלילי בין עומס לשביעות רצון ויחס חיובי לתפיסת שליטה התואם את המודל של קראסק (JDC) המתואר בסקירת הספרות. בהתבסס על המודל של קראסק, עבודה פאסיבית, אשר בה דרישות תפקיד נמוכות עומס נמוך ותמיכה חברתית נמוכה, יכולה להוביל לשביעות רצון גבוהה (Nehal & Kanwal, 2011) ולכן ייתכן כי זהו ההסבר להבדלים.

הסבר נוסף אפשרי להבדלים בשביעות הרצון בין הקבוצות, המתבסס על ממצאי המחקר, מתייחס להתנהגות מאתגרת (אי שקט) של הדיירים: בדירות הסיעודיות, על פי נתוני המחקר, מספר הדיירים עם התנהגות מאתגרת הוא הקטן ביותר. ייתכן ומצב אי השקט של הדיירים הוא גורם מתערב המשפיע על שביעות הרצון כפי שמוזכר במחקרו של ג'נקינס (Jenkins et al, 1997);

שביעות רצון כללית בקרב המטפלים במחקר – במחקר הנוכחי נמצאה קבוצה של 33 מטפלים (14%) שדיווחו על שביעות רצון נמוכה של 3.5 ומטה (1 – מאוד לא מרוצה- 7 מרוצה במידה רבה). בסקירת הספרות דנו בקשר החיובי בין שביעות הרצון של העובד לאיכות השירות שהוא מספק והטיפול בדיירים (Heron et al, 2003 ; Locke, 1976). לאור הקשרים הרבים של שביעות רצון למשתנים עיקריים רבים שצוינו, חשוב לאתר את המטפלים הללו ולנסות לשפר את שביעות הרצון שלהם מהעבודה.

שביעות רצון מתייחסת לעבודה ותנאי העבודה כגון גיוון, שימוש ביכולות ושכר. תפיסת שליטה מתייחסת ליכולת שלנו לשלוט בהשפעה על העבודה והסביבה כגון אפשרות לקחת חלק בקבלת החלטות, אפשרות ליזום ולקבוע את קצב העבודה. שינוי סביבת העבודה והתנאים הפיזיים המרכיבים את שביעות הרצון בעבודה לעתים איננו אפשרי(כגון תנאים פיזיים, שכר, גיוון בעבודה). לאור הקשרים שנמצאו עם העמדות והתחושות בעבודה ועם תמיכת הממונים נראה כי, העצמת מטפלים, שיתופם בתהליכי קבלת החלטות והקניית תחושת חשיבות וכן תמיכה ואוזן קשבת של הממונים ישפיעו על שביעות הרצון. ייתכן והסיבה להבדלים בין קבוצות המטפלים היא מוצא המטפל. מטפלים העובדים עם דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה, מרביתם לא ילידי ישראל (45% ילידי ישראל בלבד) ושליטתם בעברית פחות טובה. לעומת המטפלים העובדים בדירות הדיירים העצמאיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה (73% ילידי ישראל). ייתכן והדבר נובע מהצורך בתקשורת עם

דיירים בדירות האחרות וכן מוצא לא הוכנס לניתוח הנוכחי. מחקר שנערך בקרב מדינות צפון אירופה מצא הבדלים בשביעות רצון בין עובדים מדינות (Eskildsen, Kristensen and Westlund, 2004). מחקר עתידי צריך לכלול מרכיבים תרבותיים לבדיקת ההבדלים.

5.1.3 תחושת עומס בעבודה ותפיסת שליטה

במחקר זה השתמשנו במודל הישן לבדיקת העומס של קראסק אשר נחשב בסיסי ואמין ולא במודל החדש הכולל תמיכת חברתית אשר עדיין לא סיפק הוכחות אמפיריות והינו שנוי במחלוקת. השערת המחקר, כי קיים הבדל בעומס בין קבוצות המחקר, לא אוששה. השערתנו התבססה על מחקר שנערך בישראל על מטפלים לאוכלוסייה מאותגרת במסגרות יום. מבין מרכיבי העומס שנבדקו עולה כי המטפלים תופסים את עבודתם כעבודה קשה מבחינה פיזית, גורמת לתחושת לחץ, כרוכה בסיכון, עמוסה ודורשת השקעה רגשית. מרבית המטפלים (57%), התלוננו על קושי לעבוד עם משתתפים "קשים". המטפלים ציינו שלושה סוגי משתתפים: עם בעיות התנהגות ומחלות נפש, עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועם נכות פיזית המתלווה למחלות כרוניות (כורזים ומנדלר, 1995). ציפינו לראות הבדלים בין קבוצות המחקר בתחושת העומס כתוצאה מההבדלים במצבם הפיזי והקוגניטיבי של הדיירים. לא נמצאו הבדלים בתחושת העומס בין הקבוצות.

השערת המחקר, כי קיים הבדל בתפיסת השליטה בין קבוצות המחקר, לא אוששה. ציפינו לראות הבדלים בתפיסת השליטה של המטפלים. תפיסת שליטה זו האמונה שהפרט מסוגל להשפיע ולעשות שינוי בארועי חייו. אמונה זאת עוזרת לאדם להתמודד עם לחצים בחיים. בדירות בהן דיירים סיעודיים היכולת לשנות וליזום במהלך העבודה יכולת המטפל לבצע שינויים נראית קטנה יותר ולכן ההנחה הייתה כי תפיסת השליטה בדירות אלו תהיה קטנה יותר. הנחה זאת לא אוששה גם היא.

נמצא קשר סטטיסטי מובהק בין עומס לשחיקה. על פי סקירת הספרות, שחיקה נובעת מלחץ מתמשך ולכן הממצאים מתאימים לספרות. רמת העומס והשחיקה בקרב המטפלים בעבודה היא בינונית בכל קבוצות המחקר ויתכן שלכן לא מצאנו הבדלים משמעותיים ביניהן. ייתכן ובכדי לאתר עומס בקרב המטפלים יש צורך לאתר את המטפלים בסיכון ולא ברמת הדירות.

לתחושת עומס נמצא קשר סטטיסטי מובהק חיובי עם מאמץ פיזי כללי בעבודה אשר מכיל בתוכו פעילויות כמו: רחצה, החתלה, שינוי תנוחות, האכלה, הולכה ושירותים. זאת ועוד, משתנה המאמץ הפיזי הכללי נמצא בקשר עם תחושת העומס בלבד. ייתכן ובדיקת הפעילויות ודירוגן מבחינת מאמץ פיזי יתרום למידע על העומס והאם קיימים הבדלים בין הקבוצות. באופן יותר ממוקד.

5.1.4 שחיקה

השערת המחקר, כי קיימים הבדלים בשחיקה בין קבוצות המחקר, לא אוששה.

השערת המחקר התבססה על הידע כי שחיקה מקושרת להיעדרויות מהעבודה (Golembiewski et al, 1987) וכי כאבי שריר שלד הם סימנים פיזיקאליים של שחיקה כפי שמתואר בסקירת הספרות. לאור הנתונים הגבוהים על כאבי שלד שריר (נספח 8.7) בקרב המטפלים ולאור ההבדלים בין הקבוצות במצבם של המטפלים (איור 2), צפינו לקבל הבדלים בין קבוצות המחקר.

כמו כן, לאור תופעת ההיעדרויות והעזיבה ממוצע השחיקה בקרב המטפלים במחקר הפתיע אותנו והוא – בינוני- 3.4 (בסולם 1-7). ייתכן וזוהי אחת מהסיבות לחוסר ההבדלים. למרות זאת, מתוך המטפלים כרבע מהמטפלים דווחו על שחיקה ברמה הגבוהה 4- (בסולם 1-7). לאור הממצאים שצוינו, ייתכן כי יש צורך לאתר את המטפלים בתוך כל קבוצה עם דגש על הקבוצה של מטפלים בדיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועמוקה וכן בקבוצות המטפלים בדיירים מאתגרים.

שאלון השחיקה כולל בתוכו היגדים על עייפות נפשית, ליאות וחוסר ריכוז כמו גם יכולת המטפל להיות רגיש לדיירים תחת טיפולו. רמת שחיקה גבוהה עלולה לפגוע ביכולת המטפל לבצע את עבודתו ולדאוג לרווחת הדיירים תחת טיפולו. לכן ממצאים על שחיקה גבוהה הם משמעותיים וקיימת חשיבות רבה לאתר מטפלים אלו ולסייע להם להתמודד עימה

5.1.5 דיווח עצמי על מצב בריאות

השערת המחקר, כי קיימים הבדלים בדיווח עצמי על מצב בריאות בין קבוצות המחקר, לא אוששה. לא מצאנו הבדלים בין קבוצות המחקר, למרות הציפייה למצוא. ההשערה כי קיימים הבדלים נבעה מההבדלים בתנאי העבודה ומההבדלים בהרכב הדיירים בין הקבוצות (איור 2). כמו כן, מההנחה כי תלונות על כאבי שריר- שלד משפיעות על הדיווח העצמי על מצב בריאות וכי קיימים הבדלים בתלונות על כאבים בין הקבוצות. בנוסף, על פי ממצאי הלשכה לסטטיסטיקה אחוז המדווחים על מצב בריאות לא טוב עולה עם הגיל ומגיע בגיל 45-64 ל-25% מהאוכלוסייה. במחקר הנוכחי כ-40% מהמטפלים שייכים לקבוצת גיל זו. ממצאי המחקר תואמים לממצאי הלשכה, כלומר, ככל שגיל המטופל גבוה יותר הוא מדווח על מצב בריאות כללית נמוך אך לא מצאנו הבדלים בין קבוצות המחקר.

ייתכן כי אחד ההסברים לחוסר ההבדלים בין הקבוצות הוא ממוצע הדירוג של הדיווח העצמי הגבוה בקרב המטפלים- מעל 8.2. למרות שלא נמצאו הבדלים, במחקרנו, 7.4% (N=18) מהמטפלים דיווחו על מצב בריאות מאוד לקוי (4 ומטה מתוך 10). מחקרים מצאו קשר בין דיווח עצמי על מצב בריאות נמוך ותמותה

(Melamed et al, 2006). לאור הקשר בין הערכה עצמית של מצב בריאות נמוכה ותמותה, חשוב לאתר את המטפלים בקבוצת הסיכון, ולבדוק אם ניתן לסייע להם בהעלאת הערכתם את מצב בריאותם. שאלון הדיווח העצמי על מצב הבריאות כולל מידע חשוב ותקף, הוא בעל השפעה על מצב הבריאות העתידית ולכן מומלץ להעבירו בקרב המטפלים במיוחד אם יש סתירה עם אמצעים אובייקטיביים. מומלץ לחפש דרכים לשוב את הגלגל בחזרה, על ידי עידוד לחיות חיים פעילים ומלאים ככל האפשר (Benyamini, 2008).

5.2 קשרים נוספים שנמצאו ויכולים להסביר את התוצאות

5.2.1 קשרים לכאבי שריר- שלד שהתקבלו ויכולים להסביר את ההבדלים בין הקבוצות

תפקיד אימון גופני – המחקר מחזק ממצאים על הקשר שבין אימון גופני לדיווח על ירידה בתלונות על כאבים ברביע עליון. נמצא, כי 137 מטפלים (56%) דיווחו כי אינם מבצעים פעילות גופנית כלל. 7 מטפלים מבצעים שעה אחת בלבד. אחוז המטפלים המבצע אימון גופני אף נמוך מבאוכלוסייה הכללית -50% מהאוכלוסייה המבצעים אימון בשבוע (דו"ח הלמ"ס, 2010). לאור הקשר שנמצא בין אימון גופני לכאב, חשוב לבדוק אפשרויות לעודד את המטפלים לבצע פעילות גופנית, ללמד לבצע תרגולי שחרור ומתיחות במיוחד לרביע עליון על ידי תמריצים על ידי קיום פעילות במסגרת העבודה. ייתכן והתמקדות בקבוצות אשר מדווחות על המנעות מכאבים ומטפלות באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה תפחית את ההמנעות בקבוצה זו. לא נמצאו מחקרים קודמים בנושא.

קיימים גורמי סיכון אחרים לכאבי שריר – שלד ולהמנעות מפעילות עקב הכאבים, מהתחום הפסיכו-סוציאלי,

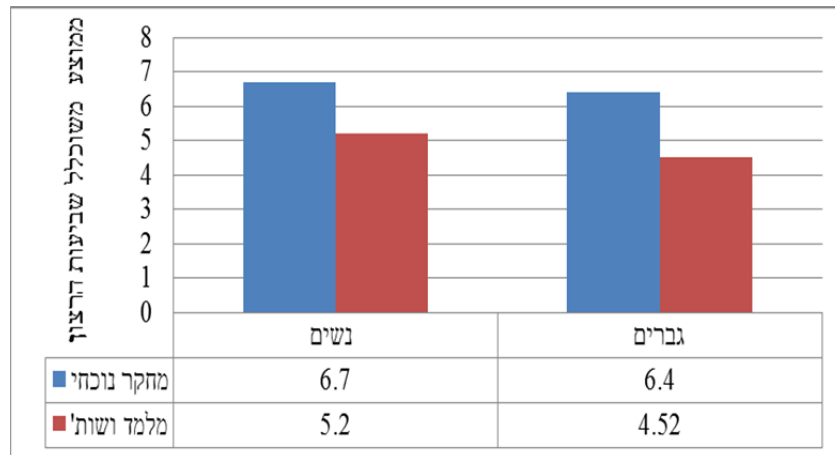
כמו שחיקה עומס ולחץ ושביעות רצון (Melamed, 2009).

שחיקה – במחקר הנוכחי (מחקר חתך), ממוצע השחיקה בקרב עובדים אשר דיווחו על כאבים (צוואר- כתפיים ואיזור גב תחתון) היה 3.69 וממוצע השחיקה בקרב אנשים שלא דיווחו על כאבים היה 3.15 (בסולם 1-7). כמו כן, קיים קשר בין שחיקה לכאבי שריר-שלד (כולל גב תחתון) והמנעות מפעילות. על פי מחקרים, כאבי שלד – שריר הם אחד הסימנים הפיזיקאליים של שחיקה (Brock et al, 2000). ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקר אורך קודם שבדק נושא זה (Melamed, 2009) ומצא כי בקרב אוכלוסיית עובדים שדיווחו על שחיקה גבוהה בהשוואה לאלו שלא דיווחו על שחיקה, הסיכוי לפגיעות שלד – שריר גדל ב 2.45. מסקנת המחקר הייתה, כי שחיקה יכולה להוות גורם סיכון להתפתחות כאבי שלד – שריר בקרב עובדים בריאים. יחד עם זאת, התקבלו קשרים סטטיסטיים מובהקים עם משתנים מרכזיים. קשר הפוך עם שביעות רצון, קשר חיובי עם עומס בעבודה עישון סיגריות וכאב כללי.

שביעות רצון, כאבי גב תחתון והיעדרות מעבודה : מן הנתונים במחקר הנוכחי נראה כי 95% מסך המטפלים שדיווחו על היעדרות מהעבודה כתוצאה מכאבי גב תחתון (20% מהמטפלים במחקר) ענו, כי לדעתם יש קשר בין העבודה לכאבי הגב התחתון. ממצא מעניין במחקר הוא כי כל המטפלים שדיווחו על קשר זה "במידה רבה" הביעו חוסר שביעות רצון מהעבודה (התפלגות הממוצעים 3.7-1.7). הממוצע הכללי של שביעות רצון בקרב אוכלוסייה זאת 3.10 לעומת 4.55 בקרב כלל אוכלוסיית המטפלים במחקר. במחקר זה לא נשאלה שאלה על הקשר בין העבודה לכאבי רביע עליון ולאור הקשר שנמצא ייתכן ומחקרי אורך עתידיים ימצאו ממצאים משמעותיים יותר.

גיל ומין: מצאנו כי למטפלות ביחס למטפלים, סיכוי הגבוה משמעותית לדווח על כאבים ברביע עליון, וכן להמנע מפעילות כתוצאה מכך (טבלאות 3-10). התוצאות נתמכות במחקר הדן בהבדלים בין המינים בכאבים ופגיעות במערכת שלד-שריר (Soares & Jablonska, 2004). כמו כן, גיל הוא גורם מובהק לעליה בתלונות על כאבי שריר שלד ולהמנעות מפעילות כתוצאה מכאבי שריר-שלד. הממצאים תואמים את ממצאיהם של סוארס וג'בלונסקה (Soares, Jablonska, 2004) שמצאו כי מטופלים מבוגרים דיווחו על יותר כאבים ונעדרו יותר מהעבודה.

5.2.2 שביעות רצון ומין המטפל - ממצא חשוב במחקר הוא כי נשים מטפלות מדווחות על שביעות רצון גבוהה יותר מגברים מטפלים. זאת, למרות הממצא כי נשים מדווחות על כאבים והימנעות ברביע עליון ובגב תחתון יותר מגברים. ממצא זה מקבל חיזוק ממחקר קודם שנערך על אוכלוסייה בוגרת בבדיקות שגרתיות (Melamed et al, 2009). ממוצע שביעות הרצון בקרב הנשים היה 2.63 ($n=622$) לעומת הגברים 2.26 ($n=917$) בסקאלה של 1-5. ממוצע שביעות הרצון בקרב נשים במחקר הנוכחי הייתה 4.7 ($n=165$) לעומת גברים 4.23 ($n=78$) בסקאלה בין 1-7 (1-מאוד לא מרוצה, 7-מרוצה במידה רבה מאוד) (ראה איור 18), בו הנתונים שו הלו לסקאלה של 1-10).



איור 18 : ממוצעי שביעות הרצון בקרב נשים וגברים במחקרו של מלמד ושות' (Melamed et al, 2009) ובמחקר הנוכחי.

5.2.3 שביעות רצון ושחיקה- מחקרים מועטים בתחום בדקו את הקשר בין שביעות רצון לשחיקה (Golembiewski et al, 1987). במחקר הנוכחי מצאנו קשר הפוך ומובהק בין שביעות רצון ושחיקה. במחקר זה לא נבדק כיוון הקשר. שחיקה ושביעות רצון על פי רוב נחשבים משתני תוצאה, במחקר הנוכחי נמצא קשר מובהק בין שניהם.

5.2.4 תפיסת שליטה - לתפיסת שליטה נמצא קשר חיובי לוותק: ככל שמספר שנות העבודה באותה דירה גדלות, דירוג העמדות והתחושות בעבודה גבוה יותר, ולהבדיל מכך, ככל שמספר שנות העבודה כמטפל באופן כללי גדל, דרוג העמדות והתחושות נמוך יותר. זהו נתון מעניין לבדיקה עתידית.

במחקר הנוכחי נמצא קשר סטטיסטי מובהק חיוביים לתפיסת שליטה עם שביעות רצון. ממוצע תפישת השליטה הכללית במחקר נמצא בינוני (3.1-3.6). לאור החשיבות הרבה של תפישת השליטה כאחד ממרכיבי הלחץ התעסוקתי, וקשריו עם שביעות רצון יש חשיבות להתייחס למרכיביה. ייתכן כי השארת מטפלים בדירה קבועה ישפר את עמדותיהם ואף את שביעות רצונם מהעבודה. במיוחד בדירות בהן שביעות רצון נמוכה יותר. בהערותיהם בשאלונים כתבו מספר מטפלים כי היו רוצים להשתתף בקבלת החלטות ובישיבות, שישתפו אותם יותר. שיפור תחושת השליטה, תעניק למטפל תחושת חשיבות, וכחלק ממודל הלחץ העיסוקי ייתכן ותפחית אותו.

5.2.5 שאלת לחץ כללית בעבודה – שאלה בודדת אשר לא נבדקה מהימנותה אך לאור העובדה ששאלון הלחץ העיסוקי הוא מורכב ועדיין אין שאלון יחודי שיש עליו הסכמה בקרב כל החוקרים, הוכנסה השאלה. לשאלת הלחץ הכללי

כאשר המטפל מדווח על בעיות בריאות קיים סיכוי שידווח על מצב בריאות נמוך יותר, וככל שרמת הכושר הכללית גבוהה יותר הדיווח העצמי על מצב בריאות הוא גבוה יותר. ולסיים, מצאנו קשר חשוב והפוך בין דיווח עצמי על מצב בריאות ושחיקה. כלומר, ככל שהדיווח על מצב בריאות גבוה יותר, השחיקה נמוכה יותר. על הקשר בין דירוג בריאות שחיקה ומצב בריאות ניתן ללמוד מתיאורה של פינס את מרכיביה של השחיקה (פינס, 2011). על פי פינס, בשחיקה ניתן למצוא שלושה מרכיבים בסיסיים של תשישות: תשישות גופנית, רגשית ושכלית. מאפייני התשישות הגופנית הם עייפות שלא חולפת, חולשה כללית כבדות וחוסר מרץ. אנשים שחוקים סובלים לעתים קרובות מכאבים במקומות שונים בגוף. כמו כן, לאנשים אלו סימני חולי בשכיחות גבוהה: הצטננויות, נפילה למשכב לעתים תכופות ותחושה כללית גרועה. בדומה, בייקר ועמיתיו (Baker et 2009), מצאו ששחיקה עלולה להיות מועברת מעובד לבן זוגו ולכן בצורה עקיפה להשפיע על מצבו הבריאותי של בן הזוג.

5.2.6 מוצא - מטפלים ממוצא ישראלי לעומת מטפלים שנולדו מחוץ לישראל: ממצא מעניין במחקר הוא כי מטפלים ממוצא ישראלי ומטפלים עם יכולת שיחה טובה בעברית, מדווחים על כאבים בשריר שלד הנובעים בעיקר מכאבי צוואר כתפיים וכן להימנע מפעילות – מכאבי שריר שלד. ייתכן והבדלים אלו נובעים ממקור תרבותי, שמשפיע על תפיסת הכאב ופירושו. תופעה זאת כמעט ולא נחקרה בעבר (Callister, 2003). מומלץ לבדוק את ההתייחסות לכאב והקשר לטיפול במטופלים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה. במיוחד בכאבים ברביע עליון והמנעות מעבודה כתוצאה מכך.

5.3 עבודה עם דיירים בעלי התנהגות מאתגרת

טיפול בדיירים עם התנהגות מאתגרת – אחד הממצאים המפתיעים במחקר הוא ההתאמה בקשר בין עלייה במספר הדיירים עם התנהגות מאתגרת באותן הרגסיות בהן מצאנו הבדלים בין הקבוצות בהמנעות מפעילות על רקע כאבים ברביע עליון. לא נמצאה ספרות הדנה בקשר. אוכלוסיית דיירים זו נחשבת לקשה לטיפול וייתכן שיש לקשר השפעה על ההימנעות. הממצאים מפתיעים כי ציפינו למצוא קשר בין המנעות מפעילות למאמץ פיזי גבוה בטיפול בדיירים. נמצא קשר מובהק בין התנהגות מאתגרת להמנעות מפעילות מכאבים ברביע העליון ב- 12 החודשים האחרונים כאשר הממצא המשמעותי יותר היה בקשר עם המנעות מפעילות מכאבים בצוואר- כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים. ממצאים אלו חדשניים ומעניינים כי הם מצביעים על השפעת התנהגות זאת של המטופל על בריאות המטפל. לסיכום, נראה כי קיים קשר בין ההבדלים בין הקבוצות בהימנעות מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע עליון לבין טיפול מוגבלות שכלית התפתחותית בדיירים עם התנהגות מאתגרת. ייתכן והתנהגות מאתגרת היא נבאי להמנעות מפעילות כתוצאה מכאבים ברביע עליון.

שכחותן של ההתנהגויות המאתגרות והפרעות התנהגות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית שאינן מוסברות על ידי המוגבלות שכלית התפתחותית בקרב האוכלוסייה הלוקה בפיגור בישראל היא בין שלושים לארבעים אחוזים (Einfeld et al, 1996; הוזמי, 2009). במחקר הנוכחי, נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות במוצא מספרי הדיירים עם התנהגות מאתגרת ($p = 0.035$). נמצא כי, בדירת הדיירים העצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה המספר הממוצע של דיירים עם התנהגות מאתגרת הוא 5.47, בדירת הדיירים העצמאים פיזית עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה מספרם הממוצע היה 4.34, בדירות עם הדיירים הסיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה - 3.35 ובדירות עם הדיירים הסיעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה מספרם הממוצע היה 2.52. מהנתונים רואים, כי בדירות בהן דיירים עצמאים מבחינה פיזית באופן חלקי, יש יותר דיירים עם התנהגויות מאתגרות מהדירות המורכבות ברובן מדיירים סיעודיים (איור 2). לאור ההבדלים בין הדירות חשוב להתייחס לקשרים מובהקים סטטיסטית שנמצאו בין התנהגות מאתגרת למשתנים שנבדקו במחקר.

התנהגות מאתגרת ואלימה היא הגורם המשמעותי להגברת תחושת מתח בקרב הצוות (Hatton et al, 1995; Bromley, 1995). אי הבנת הסיבות להתנהגות המאתגרת מצד המטפלים, הכנה לא מספקת, תגובות רגשיות שליליות וחוסר במיומנויות התערבות יעילות להתנהגות המאתגרת, והתמודדות עימן, גורם להגברת הלחץ, שחיקה ועזיבה (Bromley et al, 1995; Mitchell et al, 2001; Hasting et al, 2002). בנוסף, לצוות המטפל באוכלוסייה בעלת התנהגות מאתגרת יש נטייה להיות חרדים יותר, להרגיש פחות טוב, להרגיש פחות נתמכים ולהיות בעלי שביעות רצון נמוכה יותר מהעבודה (Jenkins et al, 1997). לא מצאנו ספרות הדנה בקשר בין התנהגות מאתגרת לבין היעדרות מעבודה וכאבים ברביע עליון, למרות שבמחקר הנוכחי נמצא קשר מובהק. לסיכום, כותבת מטפלת בהערותיה, בסעיף ההערות בשאלון, "קיימת אצלנו תמיכה של מנהל המעון דואג להקל עלינו בכל דרך אפשרית. אני מאוד אוהבת את התחום חוץ מהיכאוש מהשכר במשק בתחום זה. אני לא רואה את הקושי בעבודה. הדיירים שלנו די גבוהים ברמתם לכן העבודה הפיזית פחות מורגשת מה שכן אנו נפגשים עם המון התפרצויות זעם שזה לדעתי יותר קשה גם נפשית וגם פיזית. בעקבות אהבתי לתחום אני רואה את עבודתי כמאתגרת ומרגשת. בכל יום מחדש משהו חדש. קיימת תמיכה גדולה של מנהל. נסיון להקל בכל דרך".

מטפלת נוספת כתבה: "הדברים שהייתי רוצה, ואני מאמינה שיש עוד כמוני, שיפור תנאי העבודה. עייפות, שחיקה, נובעים בעיקר ממשמרות שבהם הדיירים באי שקט או משמרות קשות שכבר מרגישים שחיקה ו אין כוח לעמוד כבר".

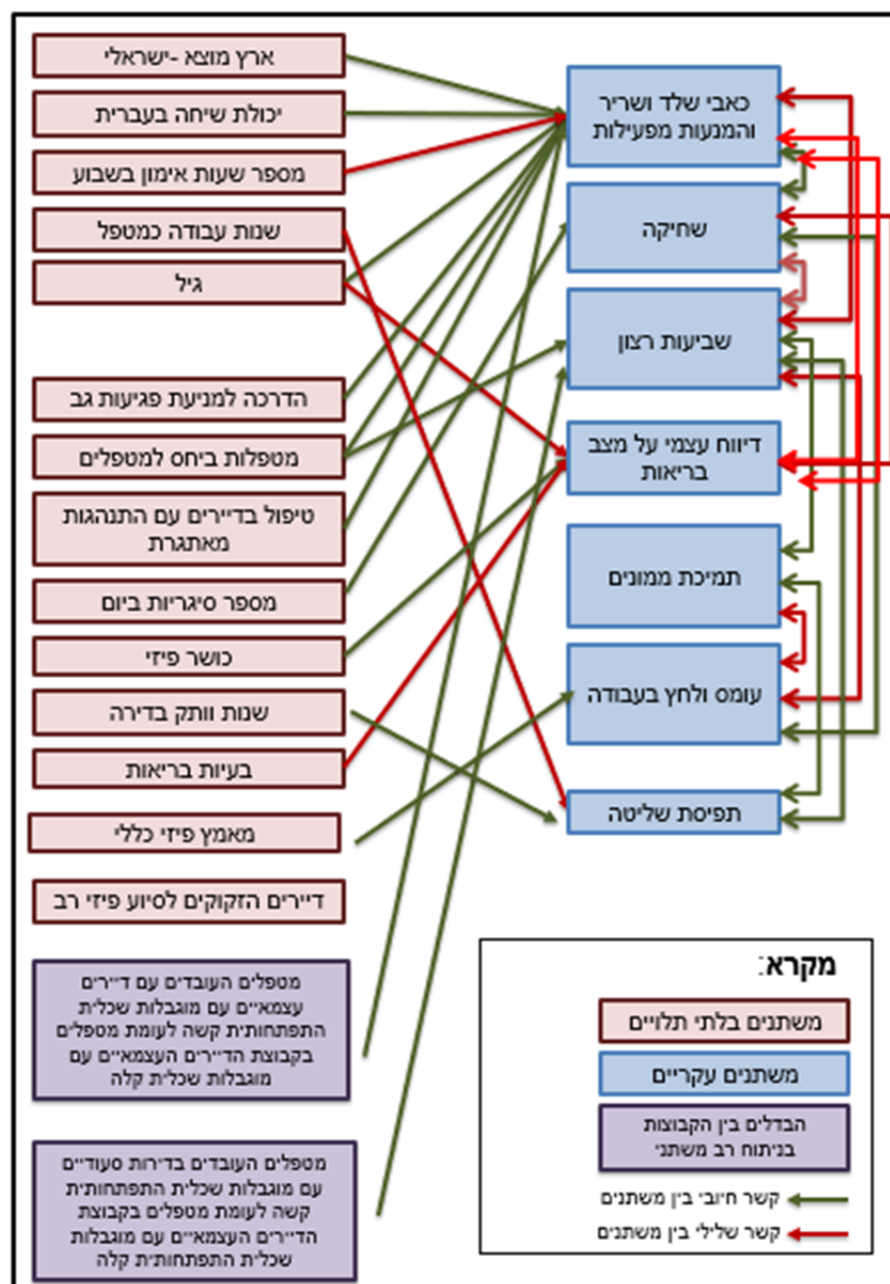
5.4 תמיכת ממונים

בכדי לבדוק את הלחץ העיסוקי נהוג על פי המודל המעודכן של קראסק לבדוק תמיכת ממונים וקולגות. במחקר הנוכחי לא הוכנס השאלון. במחקר זה תמיכת הממונים נבדקה בשאלה בודדת: "האחראים קשובים אליי ותומכים בי בעת הצורך" אשר נענתה בסקאלה של 1-7 מ"מאוד לא מרוצה" עד "מרוצה במידה רבה מאוד". עם זאת, התקבלו תוצאות בעלות משמעות רבה לתחושות המטפל ביחס לתחושה הכללית של המטפל בנוגע לקשב ותמיכת הממונים ולכן השאלה הוכנסה לתוצאות. נמצא קשר חיובי בין תמיכת ממונים לבין תפיסת שליטה גבוהה בעבודה, ולתחושת שביעות רצון. מחקרים תמיכים בקשר בין תמיכת אחראים וקולגות לשביעות רצון ולעמדות ותחושות חיוביות בעבודה כגון יכולת השפעה על החלטות טיפוליות, השתתפות בשיחות צוות ותפיסה סובייקטיבית של תנאי העבודה (Hatton et al., 2001). במחקר הנוכחי תמיכת ממונים גדולה יותר נמצאה קשורה לירידה בתחושת עומס בעבודה אם כי כיוון הקשר לא ברור. לאור הממצאים בשאלה הבודדת, מומלץ במחקרים על מטפלים להכניס את שאלון התמיכה. לשאלת התמיכה הנוכחית לא נבדקה מהימנות פנימית.

5.5 מודל קשרים מסכם

איור 19 מסכם את הקשרים הרבים שקיבלנו במחקר. בצד ימין של האיור מופיעים כל המשתנים העקריים במחקר שנבדק הקשר עמם כמשתנים תלויים וגם כמשתנים בלתי תלויים. משמאל מופיעים המשתנים התלויים, המתערבים. הקשרים בין המשתנים העקריים הם דו כיווניים, מאחר שלא ברור איזהו המשתנה המשפיע (מחקר חתך). הקשרים בין המשתנים המנבאים למשתנים העקריים הם חד כיווניים. מודל זה אמור לסייע בקריאת העבודה.

איור 19: מודל קשרים מסכם



5.6 מגבלות המחקר

5.6.1 אוכלוסיית המדגם

- השאלון במחקר הורכב משאלות רבות, וחייב מדגם גדול של מטפלים. בפועל, נאספו 243 שאלונים. מספר זה קטן יחסית ומגביל את הממצאים. ייתכן שעם מדגם גדול יותר היינו מקבלים יותר תשובות משמעותיות מבחינה סטטיסטית.
- מגבלת אופי המדגם: השאלונים נאספו משש מסגרות אשר מנהליהן שתפו פעולה, וייתכן כי במעונות אלו התוצאות שהתקבלו תהיינה שונות ממעונות בהם לא היה שיתוף פעולה. כמו כן, כמחצית מהשאלונים מולאו על ידי מטפלים בקורסי הסמכה והם שונים בהשכלתם מהחתך הרגיל של אוכלוסיית המטפלים אבל מגדילים משמעות את מספר הדירות..
- חלוקה לארבע קבוצות: למרות החלוקה הברורה לארבע הקבוצות, הקבוצות חולקו בהתאם לדירות עם מגוון מטפלים מבחינה פיזית וקוגניטיבית. בנוסף, החלוקה של הדיירים לדרגות מוגבלות שכלית, הייתה למוגבלות שכלית התפתחותית קלה - בינוני וקשה - עמוק. החלוקה לא תמיד חד משמעית והפערים בין מוגבלות שכלית התפתחותית קלה לבינוני הם גדולים לעתים ועלולים להשפיע על התוצאות.

5.6.2 קשיים בהיענות לביצוע המחקר

אחת הבעיות הקשות בעריכת מחקר בקרב אוכלוסיית המטפלים היא היענות ושיתוף פעולה לקויים של המנהלים. הדבר נובע קרוב לוודאי מחשדנות, חוסר רצון לחשוף פרטים והחשש להתסיס את המטפלים ולהעלות למודעותם את הסיכון הבריאותי בו הם נמצאים ובכך לגרום להעלאת דרישות מההנהלה. מנהל במעון שסירב לסייע טען "קודם נראה תוצאות ואז נדבר". בנוסף, המנהלים עסוקים בעבודה שוטפת מאוד אינטנסיבית ועליהם לדאוג לרווחתם של הדיירים בראש ובראשונה. קידום תחום שמופנה לעובדים נראה להם פחות חשוב.

לפני תחילת המחקר הנוכחי נשלחה המלצה מהאגף וכן מכתב אישי לכל מנהלי המעונות לסיוע במחקר חשוב זה. נערכו גם שיחות טלפון אישיות למעונות. לבסוף רק שישה מעונות פרטיים הביעו את הסכמתם ותמכו בהעברת השאלון במסגרתם. מחצית מהשאלונים מולאו במעונות. מחצית נוספת של השאלונים מולאה בקרב מטפלים הלומדים בקורסים להסמכת מטפלים.

ההיענות לביצוע המחקר הייתה ממעונות ומסגרות המנוהלות באופן פרטי, לעתים כתוצאה מהיכרות עם החוקרת או אנשי מקצוע שסייעו.

ברמת המטפלים, לעתים תכופות המטפלים רואים את החוקר כמשתף פעולה עם ההנהלה, וחוששים לענות בכנות או לענות ולחשוף את רגשותיהם, שמא יינזקו. היו מטפלים שהביעו חוסר אמון ביכולת של המחקר להשפיע בהמשך על רווחתם.

6. מסקנות והשלכות יישומיות:

- קיים קשר בין קבוצות המחקר להמנעות מפעילות מכאבי שריר-שלד במיוחד ממקור הרביע עליון. כמו כן, קיים קשר בין המנעות מפעילות מכאבי שריר-שלד במיוחד מרביע עליון צוואר כתפיים ושביעות רצון.
- **המלצה יישומית:** שילוב פעילות לשיפור תחושת שביעות הרצון (סדנאות, הרצאות, פעילויות לשיפור תחושת שביעות הרצון עם פעילות גופנית להרפייה. כמו מדיטציה, לימוד תרגילי מתיחות לשרירי צוואר כתפיים, ונשימות.
- מטפלים בדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה נמנעים מפעילות יותר ממטפלים בדיירים עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה.
- **המלצה יישומית:** התערבות ארגונומית בקרב מטפלים בדירות עצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה להפחתת כאבי שריר-שלד.
- הפוך מהמצופה, אין קשר בין קבוצות המחקר לממדים השונים של עומס ותפיסת שליטה בעבודה.
- אין קשר בין קבוצות המחקר לבין הממדים השונים של שחיקה
- **המלצה יישומית:** מכיוון שרמת העומס נמצאה גבוהה בקרב המטפלים, שליטה עשוייה להפחיתו. אם כן, מומלץ תרגול להפחתת עומס, להפחתת שחיקה ושיפור תפיסת שליטה לכל המטפלים עם כל רמות המוגבלות שכלית התפתחותית והמוגבלות הפיזית.
- נמצא קשר הפוך למצופה בין קבוצות המחקר לשביעות רצון בעבודה. מטפלים בדירות סיעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה שבעי רצון יותר מאלו המטפלים בדיירים עצמאים יחסית עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה.
- **המלצה יישומית:** התערבות לשיפור שביעות הרצון בקרב מטפלים בדיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה עצמאיים.
- שחיקה בעבודה, עומס בעבודה ועבודה עם דיירים בעלי התנהגות מאתגרת קשורים לממדים השונים של הפרעות שריר שלד בעיקר ממקור הרביע העליון.
- **המלצה יישומית:** סדנאות המשלבות הפחתת שחיקה, התמודדות עם אוכלוסייה מאתגרת ושיטות הרפייה ומתיחות, כמו כן התערבות ארגונומית לפעילות נכונה. כמו כן, בדיקת מרכיבי העומס וניסיון להפחיתו בפעילויות העלולות לגרום לכאבי שריר שלד כגון: לאפשר זמן נוסף לביצוע פעילות הרחצה, האכלה וניידות,

תוך דגש על שמירה על מנחים ארגונומיים- לבצע התערבות ארגונומית כדי לשפר את שיטות העבודה כמו שימוש באביזרי עזר מתאימים.

- מצבם הקוגניטיבי (רמת המוגבלות שכלית התפתחותית) של דיירים מהווה גורם מרכזי להבדלים בהמנעות מכאבי שריר שלד. זהו ממצא חדשני וממוקד לגבי הקשיים בטיפול באוכלוסייה "קשה" (בעיות התנהגות ומחלות נפש, מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ונכות פיזית).

משמעות יישומית: חשיבות מרכזית להתערבויות בקרב מטפלים של דיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (להבדיל לדוגמא ממוגבלות שכלית התפתחותית קלה וסיעודיים). שימת דגש בהתערבות על רמת התפקוד הקוגניטיבי של הדייר יותר ממצבו הפיזי.

- מטפלות מדווחות על שביעות רצון גבוהה יותר ממטפלים ומדווחות על הפרעות בשריר שלד יותר.
- המלצות יישומיות:**

- ✓ שיפור שביעות הרצון בקרב גברים (שיפור תחושת האחריות, גיוון, שימוש ביכולות, בונוסים ותמריצים, הכרת ממונים ועוד).
- ✓ בדיקות ארגונומיות להתאמת תנאי העבודה בדירות בהן עובדות נשים. ייתכן והכנסת גברים ונשים לעבודה ביחד בדירות בהן דיירים מורכבים תפחית הפרעות בשריר שלד בקרב נשים.
- ✓ פעילות גופנית וכושר פיזי משפיעים על הדיווח העצמי על מצב הבריאות של המטפל ומפחיתים פגיעות פיזיות. מרבית המטפלים שהשתתפו במחקר אינם מבצעים פעילות גופנית כלל. אנו ממליצים על עידוד לפעילות גופנית במסגרת העבודה או נתינת תמריצים לבצעה במסגרות אחרות, לשם מניעה של פגיעות שריר- שלד (לדוגמא: השתתפות או התקשרות עם מרכזי כושר, ימי ספורט ותחרויות כושר בין מעונות, שילוט ופרסום על חשיבות הפעילות הגופנית).

- **אנו ממליצים** לאתר מטפלים בסיכון (לשחיקה, שביעות רצון נמוכה, עומס, תמיכת מנהלים ירודה ודירוג בריאות נמוך), בעזרת שאלות בודדות ישירות לכל תחום, בהתייחסות לממצאי המחקר. בהתם לכך, להפעיל תוכניות התערבות ספציפיות למטפלים שבסיכון. יש לשים דגש על אוכלוסיית המטפלים שנמצאה בסיכון: מטפלים בוגרים, נשים, נשים בוגרות, בעלי וותק רב, והעובדים עם דיירים עם התנהגויות מאתגרות.

לסיכום: סיוע בהתמודדות בטיפול באוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ו/או התנהגות מאתגרת, עידוד לפעילות גופנית תוך התייחסות לפירוש הכאב לגיל ולמין המטופל, הפחתת גורמי שחיקה והגברת שביעות הרצון של המטפל יפחיתו את ההימנעות מפעילות בקרב המטפלים. הממצאים מאפשרים לבחון את הקצאת המשאבים וכוח האדם בתוכניות עתידיות. (דוגמא השקעת משאבים בהתאמה ארגונומית

בדירות המורכבות ברובן מדיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה וכן לפיתוח תוכניות הדרכה מתאימות לצוות.

7. רשימת אנשי מקצוע והשטח להצגת תוצאות המחקר

תהליך ביצוע המחקר היה ארוך, והרבה אנשים היו מעורבים בו. אלו הגורמים העיקריים ואנשי המקצוע שבפניהן יוצג המחקר:

צוות האגף, נציגי קרן 30, מסגרות אשר נטלו חלק במחקר והביעו נכונות לסייע ולהשתתף, רכזת קורס הסמכת מטפלים שבזכות הסיוע הרב שלה המחקר התממש, יועצת ותומכת מחקר, ואחראיות הפיזיותרפיה באגף.

8. המלצות למחקרי המשך:

- ביצוע מחקר עם מדגם גדול יותר ובחתיך של כל המסגרות. צמצום השאלון והתמקדות בנושאים שנמצאו בהם ממצאים משמעותיים: חלוקת רמת המוגבלות שכלית התפתחותית למספר גדול יותר של קבוצות.
 - ביצוע מחקר על הקשר בין היעדרות מעבודה ועזיבה לשחיקה ושביעות רצון.
 - הכנסת שאלון תמיכת ממונים במחקרים עתידיים.
 - בדיקת הקשר בין כאבים בשריר שלד במיוחד ברביע עליון והמנעות מעבודה (היעדרות ועזיבה).
 - ביצוע מחקר ארוך להתערבות ארגונית וביצוע פעילות גופנית עם שימת דגש לגפיים עליונות, תוך דגש על מטפלים העובדים עם אוכלוסייה עם רמת מוגבלות שכלית התפתחותית קשה, ועל מטפלות נשים. בדיקת ההשפעה על מדדי מצב בריאות, שחיקה ותחושת עומס בעבודה, ועל הימנעות ועזיבה.
- עידוד לביצוע מחקרים באוכלוסייה זו.** קיימים מעט מאוד מחקרים על מטפלים. תקוותי היא כי, המחקר מסייע בהעלת המודעות לחשיבות המחקרים בקרב מנהלים במעונות, בקרב עובדים הלומדים תארים מתקדמים ובקרב המטפלים לשתף פעולה.
- הצגת תוכניות קידום מטפלים** והרצאות על קידום, שיפור וסינגור אוכלוסיית המטפלים בכנסים של האגף ומשרד העבודה.

9. רשימת מקורות

- גל, ר. (2001). הקשר בין גיל ההשמה ורמת התפקוד של אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית לבין סוג המסגרת החוץ ביתית המתאימה לו.
- הוזמי, ב. (2011). התנהגות מאתגרת בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. משילוב להשתלבות. הוצאת איזי שפירא.
- נלקח בתאריך 02/02/10 מאתר אינטרנט <http://www.beitissie.org.il>
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה : "אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית החוסים במעונות במימון משרד הרווחה" שנתון סטטיסטי לישראל 2009 פרק 7.12 www.cbs.gov.il/reader
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה- דו"ח הבריאות לשנת 2009. נלקח מאתר קרן שלם : http://www.kshalem.org.il/uploads/pdf/article_7105_1421444848.pdf
- חובב, מ. (1987). שירותי הטיפול במפגרים בישראל : הלכה למעשה. תל-אביב : צ'ריקובר.
- כורזים, מ. ומנדלר, ד. (2005). " מטפלים ומדריכים במסגרות דיור, תעסוקה מוגנת ויום שהות ארוך לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: מאפיינים, תפיסות תפקיד ושביעות רצון מעבודה". ניסן תשס"ה. מכון ברוקדייל, ירושלים. נלקח בתאריך 09/01/2015 מאתר קרן שלם :
- http://www.kshalem.org.il/uploads/pdf/article_3774_1375386958.pdf
- משרד הרווחה, האגף לטיפול באדם המפגר, השירות לטיפול בקהילה :
1. "מדיניות, סטנדרטים נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית", ירושלים, אוקטובר 2003. נלקח בתאריך 24/01/10 מאתר : <http://www.molsa.gov.il/nehelim1>
2. "מעונות פנימייה". נלקח בתאריך 23/01/2015 מאתר אינטרנט : http://www.molsa.gov.il/populations/disabilities/mentalretardation/dormitories/pages/tm_05_01_03_07.aspx
3. הגדרות ואבחון מוגבלות שכלית התפתחותית. נלקח בתאריך 02/02/10 מאתר אינטרנט : <http://www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/Disabilities/MentalRetardation>
- פרידמן, י. לוטן, א. (1987). "עולמו של המורה" כמנבא שחיקתו הנפשית. מגמות, 4. 417-434

פרנקל, ע. (2007): "תופעת התנהגות מאתגרת ואלימה של חניכי המע"ש - רקע, דרכי התמודדות ונוהלי דיווח"
ערכה למנהלי מע"שים להתמודדות עם התנהגות מאתגרת. הערכה גובשה על ידי ועדה של השרות

לטיפול באדם המפגר ומשפחתו בקהילה. נלקח בתאריך: 2/02/10 מאתר: [http://www.be-](http://www.be-portal.org/htmls)

[portal.org/htmls](http://www.be-portal.org/htmls)

- מלאך, א. פ. (2009): "שחיקה בעבודה, מהותה ודרכי ההתמודדות עמה. מודן הוצאה לאור. עמ' 16-18.
- Alperovitch-Najenson, D., Treger, I., Kalichman, L. (2014). Physical therapists versus nurses in a rehabilitation hospital: Comparing prevalence of work related musculoskeletal complaints and working conditions. Archives of Environmental & Occupational Health, 69(1), 33–39.
- Angerer, J. M. (2003). job burnout. Journal of Employment Counseling, 40:98–107.
- Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Demerouti, E., Janssen, P.P.M., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. Anxiety, Stress and Coping, 13, 247–268.
- Bakker, A.B. (2009). The crossover of burnout and its relation to partner health. Stress and Health, 25(5), 343–353
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review, Vol. 84, 191–215.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Baum, N. (2005). "Quality of life is not only for people served. It is also for the staff. Multi focal approach. Journal of Intellectual Disability Research, Vol.49, 809-811.
- Bednar, S.G. (2003). Elements of satisfying organizational climates in child welfare agencies. Families in Society, Vol. 84(1), 7-12.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A., Bressers, B. (2005). Childcare involvement, job Characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and Sickness absence. Work and Stress, 19(3), 221–237.
- Benyamini, Y. (March 2008). Self-ratings of health and longevity: A health psychologist's viewpoint on The European Health Psychologist, Vol. 10.
- Bersani, H. A., Heifetz, L. J. (1985). Perceived stress and satisfaction of direct-care staff members in community residences for mentally retarded adults: American Journal of Mental Deficiency, Vol 90(3) :289-295.

- Bongers P.M, de Winter C. R, Kompier M. A, Hildebrandt V.H. (1993). Psychosocial actors at work and musculoskeletal disease. *Scand Journal of Work Environ Health*, Vol.19 (5): 297-312
- Bowling, N.A., Hammond, G.D. (2008). A meta-analytic examination of the construct Validity of the "Michigan Organizational Assessment Questionnaire Job Satisfaction Subscale". *Journal of Vocational Behavior*, 73:63-77.
- Bradley, V.J., Taylor, M., Mulkern, V., Leff, J. (1997). "Quality Issues and Personnel: In Search of Competent Community Support Workers". In: Schalock, R.L. & Siperstein, G.N. (eds.) *Quality of Life*, Vol. II, 149-164. AAMR, Washington DC.
- Braddock, D., Mitchell, D. (1992). *Residential Services for Persons with developmental Disabilities in the United States: A National Study of Staff Compensation, Turnover and Related Issues*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- Brock, B. L., Grady, M. L. (2000). *Rekindling the flame: Principles combating teacher burnout*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Bromley J., Emerson E. (1995). Beliefs and emotional reactions of care staff working with people who challenge: *Journal of Intellectual Disability Research*; Vol. 39: 341 -352.
- Burdorf A, Sorock G (1997). Positive and negative evidence of risk factors for back disorders. *Scand J Work Environ Health* Vol. 23: 243-56.
- Callister L. C. (2003). "Cultural influences on pain perceptions and behaviors," *Home Health Care Management & Practice*, vol. 15, no. 3, pp. 207–211,
- Campo, S. F., Sharpton, W. R., Thompson, B., & Sexton, D. (1997). Correlates of the quality of life of adults with severe or profound mental retardation. *Mental Retardation*, 35: 329–337.
- Castle N G, Engberg J. (2005). "Staff turnover and quality of care in nursing homes". *Medical Care*, Vol. 43 (6):616-26.
- Caton, D.J., Grossnickel, W.F., Cope, J.G., Long, T.E.; Mitchell, C.C. (1988). *Burnout and Stress among Employees at a State Institution for Mentally Retarded Persons*". *American Journal of Mental Retardation*, Vol.93: 300-304.
- Chan, J.S., Kwai-sang yau, M. (2002). A study on the nature of interactions between direct- care staff and persons with developmental disabilities in institutional care. *The British Journal of Developmental Disabilities*, 48(1), 39-51.
- Chou, Y.C., Schalock, R.L. (2007). Trends in residential policies and services for people with intellectual disabilities in Taiwan. *Intellectual Disability Research*, 51(2), 135-141.

- Cote, P., van der Velde, G., Cassidy, D., Carroll, L.J., Hogg-Johansson, S., Holm, L.W., Carragee, E.J., Haldeman, S., Nordin, M., Hurwitz, E.L., Guzman, J., Peloso, P.M., (2008). Bone and Joint Decade 2000–2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders . The burden and determinants of neck pain in workers. *Spine*, 33, 60-74.
- Daraiseh N, Genaidy AM, Karwowski W, Davis LS, Stambough J, Huston RI (2003). Musculoskeletal outcomes in multiple body regions and work effects among nurses: the effects of stressful and stimulating working conditions. *Ergonomics*, 46(12):1178-1799.
- Del Valle, JF., Lopez, M., Bravo, A., (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 19: 610-5.
- DePalma, J.A. (2002): Caregiver burden: Resources and research. *Home healthcare Management and practice*, Vol.14, 151-152.
- DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P., (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3):267–75
- Diamond, T., (1988). Social policy and everyday life in nursing homes: A critical ethnography. In: Statham, A., Miller, E.M., & Mauksch, H.O. (Eds.) *The Worth of women's work: A qualitative synthesis* (pp.39-56). Albany: State University of New York Press.
- Edwards, P., Miltenberger R., (1991). "Burnout among staff members at community residential facilities for persons with". *Mental Retardation*. Department of Behavioral Science, Lander College, Greenwood, SC. Jun; 29(3):125-8.
- Einfeld, S.L., Tonge, B.J., (1996). Population Prevalence of Behavioral and Emotional Disturbance in Children and Adolescents with mental retardation. 2. Epidemiological findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, Vol. 40(2): 99-109.
- Emerson, E., (1995). *Challenging Behavior Analysis and Intervention in People with Learning*.
- Engels, JA., van der Gulden, JW., Senden TF, van't Hof B (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 53: 636-41.
- Eskildsen. J.K. , Kristensenai. K, Westlund A. H. (2004). "Work motivation and job satisfaction in the Nordic countries", *Employee Relations*, Vol. 26 Iss: 2, pp.122 - 136
- Felton, J.S. (1998). "Burnout as a Clinical Entity: Its Importance in Health Care Workers". *Occupational Medicine*, 48:237-250.
- Fish, R.M., (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service. *Journal of Learning Disabilities*, 4, 193-207.

- Friedman, R., Rosenman RH., Carroll. V., (1958). Changes in serum cholesterol and blood clotting time in men subjected to cyclic variation of occupational stress. *Circulation*, 17:852-861
- Gary V Sluyter, Ajit K Mukherjee., (1986). Validation of Job Satisfaction Instrument for Residential- Care Employees. *Mental Retardation*, Vol. 24; No 4: 223-227.
- Geiger-Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J., & Trinkoff, A. (2004). Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work & Stress*, 18(4), 292-304.
- Gillespie M, Melby V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12(6):842-851.
- Gijsbers, K., Niven, C. A. (1993). Women and the experience of pain. In K. Gijsbers and C. A. Niven (Eds.), *Health psychology of women* (pp. 43-57). Geneva, Switzerland: Harwood Academic.
- Golembiewski, R. T., hills, R., Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and worksite features. *Journal of applied Behavioral Science*, 23, 295-314.
- Glasberg, A. Norberg, A., Soderberg, A. (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced Nursing*, vol. 60 (1): 10-19.
- Hastings, R. P., Brown, T. (2002). Behavior problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. *American Journal on Mental Retardation*, 107, 222–232.
- Hastings R. P. (2001). “Do Challenging Behaviors Affect Staff Psychological Well-Being? Issues of Causality and Mechanism University of Wales Bangor (Wales, UK) *American Journal on Mental Retardation*: Vol. 107, No. 6, pp. 455–467.
- Hatton C., Brown R., Caine A., Emerson E., (1995). Stressors, coping strategies and stress-related outcomes among direct care staff in staffed houses for people with learning disabilities. *Mental Handicap Research* Vol. 8, 252 -71.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L. Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves D., Alborz A., (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research* 43 (4), 253-257.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D., Alborz A., (1999). Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research* 43(3), 206-218.

- Hatton, C. Emerson, E., Rivers, M., Mason et al., (2001). Factors associated with intended staff turnover and job search behavior in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 258-270.
- Hemsley, B., Balandin, S., Togher, L., (2007). Older unpaid carers experiences supporting adults with cerebral palsy and complex communication needs in hospital. *Journal of Developmental physical disabilities* vol. 19 p -115-124.
- Heron, G., Chakrabarti, M., (2003). "Exploring the perceptions of staff toward children and young people living in community-based children's homes" *Journal of social work*. 3(1) p. 81-98.
- Hershkovich O, Friedlander A, Gordon B, Arzi H, Derazne E, Tzur D, Shamis A, Afek A., (2013): Associations of Body Mass Index and Body Height with Low Back Pain in 829,791 Adolescents; *American Journal of Epidemiology*, 2013, vol. 178, issue 4, p 603, ISSN 00029262. ISBN 00029262.
- Ito H, Kurita H, Shiya, J., (1999). " Burnout among direct-care staff members of facilities for persons with mental retardation in Japan" *Department of Health Care Economics, National Institute of Health Services Management, Tokyo, Japan., Mental Retardation*. Dec; 37(6):477-81.
- Janicki, M. P., Krauss, M. W., & Seltzer, M. M., (1988). *Community residences for Persons with developmental disabilities*. Baltimore, Maryland: Paul H. Brookes publishing Company.
- Jaskulski, T.; Metzler, C., (1990). *Forging a New Era: The 1990 Report on People with Developmental Disabilities. Appendix.*, Washington, DC: National Association of Developmental Disabilities Councils.
- Jefferson, J. R., McGrath. P.J., (1996). Back pain and peripheral joint pain in an industrial setting, *Arch. Physical. Medical.Rehabilitation* Vol. 77: 385-390,
- Jenkins R., Rose J. & Lovell C., (1997). Psychological wellbeing of staff working with people who have challenging behavior. *Journal of Intellectual Disability Research* 41, 502-11.
- John M. Angerer (2003). " Job Burnout". *Journal of employment counseling* Sept. Volume 40:02-104.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications of job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24: 285–307

- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books
- Karasek, R., & Theorell, T., (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1): 9-26.
- Klein Bp, Jensen Rc, Sanderson LM., (1984). Assessment of workers compensation claims for back strains/ sprains. *Journal of Occupational. Medicine*, 26: 443-8.
- Eskildsen. J.K. , Kristensenai. K, Anders H. Westlund A. H. (2004) "Work motivation and job satisfaction in the Nordic countries", *Employee Relations*, Vol. 26 Iss: 2, pp.122 - 136
- Krueger, Mark A., Inc., Washington, DC., (1996). *Child Welfare League of America. Job Satisfaction for Child and Youth Care Workers*. ERIC, EBSCO host
- Kue DJI., Cogen D, Mann S, Cooper C, Yusuf E. Height, occupation and back pain in a national prospective study. *Rheumatology* 1993 32: 911-916.
- Lagerström. M, Wenemark. M, Hagberg. M, Hjelm. EW (1995). ccupational and individual factors related to musculoskeletal symptoms in five body regions among Swedish nursing personnel. *Int Arch Occup Environ Health*, 68: 27-35.
- Lakin, KC, Hill.BK., Bruimimngs RH, Hauber FA., (July 1983). "Factors related to job stability of direct-care staff of residential facilities for mentally retarded people." *Journal of Community Psychology*, 11(3): 228-235.
- Larson, S.A.; Hewitt, A. Lakin, K.C. (1994). "Residential Services Personnel: Recruitment, Training and Retention". In: Hayden, M. & Abert, B. (eds.) *Challenge for a Service System in Transition: Ensuring Quality Community Experiences for Persons with Developmental Disabilities*, pp. 313- 341. Brookes, Baltimore.
- Larson, S.A.; Hewitt, A., Anderson, L. (1999). "Staff Recruitment Challenges and Interventions in Agencies Supporting People with Developmental Disabilities". *Mental Retardation*, vol. 37:36-46.
- Larson, S. A., Lakin, K. C. (1999). Longitudinal study of recruitment and retention in small community homes supporting persons with developmental disabilities. *Mental Retardation*, 37(4), 267-280.
- Locke, E. A., (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.D dunnetten (Ed), *Handbook of industrial and organizational psychology*; pp. 685- 716 Chicago: Rand McNally.

- Lorusso, A., Bruno, S., & L'Abbate, N. (2007). A review of low back pain and musculoskeletal disorders among Italian nursing personnel. *Industrial Health*, vol. 45 (5): 637-644.
- MacAdam. M., (1993). "Home Care Reimbursement and Effects on Personnel". *The Gerontologist*, 33(1):55-63.
- Manek, N.J., MacGregor, A.J. (2005). Epidemiology of back disorders: Prevalence, Risk factors and prognosis. *Current Opinion in Rheumatology*, 17, 134–140.
- Manojlovich, M. (Jan 31 2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *The online journal of issues in nursing*,12(1):2.
- Maslach, C., Leiter, M. P., (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey –Bass.
- Mascha, K., (2007). Staff morale in day care centers for adults with intellectual Disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, vol.20 (3), 191-199.
- McConkey, R. (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(3), 217- 17.
- McTerman, & Ward, N. (2005) "Outcomes that matter: Parents Perspectives". *Mental Retardation* 43(3), 214-220,
- Menzel, N. N., (2001). *Manual handling workload and musculoskeletal discomfort in nursing personnel* (Doctoral dissertation, University of South Florida).
- Melamed S., (2009). Burnout and risk of regional musculoskeletal pain- a prospective study of apparently healthy employed adults. *Stress and Health*; 25(4): 313-321.
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin*, 132:327-53
- Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I., (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med*. Nov- Dec; 68(6):863-9.
- Minematsu. A., (2012). *Epidemiology, Low Back Pain*, Dr. Ali Asghar Norasteh (Ed.), 19 American psychiatric association. (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, D.C.
- Mitchell, G., Hastings, R. P. (2001). Coping, burnout, and emotion in staff working in community services for people with challenging behaviors. *American Journal on Mental Retardation*, 106, 448–459.

- Miranda, H., Viikari -Juntura, E., Heistaro, S., Heliovaara, M., & Riihimaki, H. (2005). A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder Versus Nonspecific Shoulder pain without clinical findings. *American Journal of Epidemiology*, 161(9): 847–855.
- Morris, L. (2009). Quits and Job Changes Among Home Care Workers in Maine: The Role of Wages, Hours, and Benefits. *The Gerontologist*: 49 (5):635-650.
- Needelman, R., Nelson, A., (1988). Policy implications: The worth of woman's work. In: Statham, A., Miller, E.M., & Mauksch, H.O. (Eds.) *the worth of women's work: A qualitative synthesis* (pp.293-308). Albany: State University of New York Press.
- Nehal. H., Kanwal K., (2011). Impact of Karasek Job Demand on the Satisfaction of the Employees of Nadra. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*; Sep2011, Vol. 3 Issue 5, p566
- Paoli, P., Merllié, D., (2001) .Third European Survey on Working Conditions 2000, Luxembourg, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- Pines, A. M., Maslach, C., (1978). "Characteristics of Staff Burnout on Mental Health Setting". *Hospital and Community Psychiatry*, 29:233-237.
- Pines, A., (1981). The burnout measures. Paper presented At the National Conference on Burnout in the Human Services, Philadelphia.
- Pinquart, M., (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426.
- Quick, James Campbell; Quick, Jonathan D.; Nelson, Debra L.; Hurrell Jr., Joseph J. (1997). Preventive stress management in organizations. (pp. 41-63). Washington, DC, US: American Psychological Association. x x, pp 368.
- Reinhold, B. B., (1996). Toxic work: How to overcome stress, overload and burnout and revitalize your career. New York: Dutton.
- Retsas, A., Pinukahana, J. (2000). Manual handling activities and injuries among nurses: An Australian hospital study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 875-883.
- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability: A factor analytic study: *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 268- 278.
- Russell J. Kormann and Michael R. Petronko. (2004). Community Inclusion of Individuals with Behavioral Challenges: Who Supports the Careproviders. *Mental Retardation*: Vol. 42, No. 3, pp. 223–228.

- Sachs, D & Labovitz, D.r. (2004). Range of human activity: Care of others. In Hinojosa, J, Blount, M.I. (Ed). *The texture of life: Porposeful activities in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Schalock, R. L., Bradley, V. J., Luckasson, R. A., Borthwick-Duffy, S A., Buntinx, W. H.E., Coulter, D. L. et al. (2010). *Intellectual Disability: Definition, classification, and systems of support*. (11th Edition). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schaufeli, W.B. (2003). Past performance and future perspectives of burnout research. *South African Journal of IndustrialPsychology*, 29(4), 1–15
- Soares, JF; Jablonska, B. (2004). Psychosocial experiences among primary care patients with and without musculoskeletal pain. *European Journal of Pain* (London, England). England, 8, 1, 79-89. ISSN: 1090-3801.
- Shirom, a. (1994). *Erosion of teachers in the education system: reviewing the literature and recommendations for dealing system*. Tel Aviv University Faculty of management
- Shirom, a. (1994). *Erosion of teachers in the education system: reviewing the literature and recommendations for dealing system*. Tel Aviv University Faculty of management
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout *Work & Stress*. Jul- Sep, Vol. 19 Issue 3, p263-270. 8p.
- Shirom, A. (1998). Periodicity in seniority - job satisfaction relationship. *Journal of Vocational Behavior*, 33(1), 38–49.
- Spector W.D, Takada HA. J., (Nov 1991). Aging Health. Intrinsic Job Satisfaction, Overall Satisfaction, and Intention to Leave the Job Among Nursing Assistants in Nursing Homes, 3(4):427-54.
- Taggart, L., Mcconkey, R., (2001). Working practices employed within and across hospital and community service provision for adults with an intellectual disability and additional needs. *Journal of Learning Disabilities*, 5(2), 175-190.
- Theorell, T., Rahe, R. H. (1971). Psychosocial factors and myocardial infarction—I. An inpatient study in Sweden. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(1), 25-31.
- Yip, Y.B. (2001). A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 794-804.

נספח 10.1 - הגדרת מושגים

מעון פנימייה: זהו מבנה חברתי ופיסי המאופיין בכך שהדייר המטופל נמצא בו במשך רוב שעות היום או בכל היום (חובב, 1987). למעונות פנימייה מופנים בדרך כלל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה ועמוקה. המעונות הם בית לחיים עבורם. זוהי מסגרת אשר אמורה לספק את רוב צרכי המטופלים ולפקח עליהם בכל שעות היממה. השירותים הניתנים במעונות מקיפים את תחומי חייהם של הדיירים: מגורים, טיפול, בריאות, תעסוקה, תוכניות קידום, חינוך, פנאי, שירותים סוציאליים, שירותים פסיכולוגיים, שירותים פסיכיאטריים טיפולי שיניים, תעסוקה, שירותים פרא רפואיים ועוד (אתר משרד הרווחה, 2015). כיום מספר מעונות פנימייה בתהליך למעבר למערכי דיור הכוללים יותר ממערך דיור אחד.

מעון פנימייה נבדל ממסגרות המספקות שירות בקהילה, שהן: מסגרת עבודה שיקומית, מסגרות דיור בקהילה (הוסטל, בית קבוצתי, דירת מגורים) ומסגרות יום שהות ארוך.

מוגבלות שכלית התפתחותית: זוהי לקות המאופיינת במגבלות משמעותיות בתפקוד השכלי ובהתנהגות המסתגלת שמתבטאת במיומנויות יומיומיות: מיומנויות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות. הלקות מקורה לפני גיל 18. על שלושת התנאים להתקיים, וכמו כן המגבלות בתפקוד צריכות להתייחס להקשרים סביבתיים לגיל ולתרבות, לשפה, ולגורמים תחושתיים מוטוריים והתנהגותיים.

תפקוד אינטלקטואלי שכלי (אינטליגנציה) - מתייחס ליכולת שכלית כללית. היא כוללת את היכולת להסיק מסקנות, לתכנן, לפתור בעיות, לחשוב בצורה מופשטת, להבין מושגים מורכבים, ללמוד במהירות, וללמוד מן הניסיון. היכולת השכלית נמדדת באמצעות מבחני אינטליגנציה סטנדרטים המועברים על ידי מומחים. ציון של שתי סטיות תקן מתחת לממוצע, דהיינו מתחת ל-70 נקודות נחשב למגבלה משמעותית בתפקוד השכלי. התנהגות

מסתגלת היא אוסף של מיומנויות שבני אדם צריכים ללמוד כדי לתפקד בחיי היום-יום. המיומנויות הן תפיסתיות (שפה ואוריינות, כסף, זמן, תפיסת מספרים וכיוון), חברתיות (קשרים בינאישיים, קבלת אחריות, הערכה עצמית, ציות לחוקים, פתרון בעיות חברתיות ועוד) ומעשיות (מיומנויות טיפול אישי, תעסוקתיות, בריאות ושימוש בתחבורה, פעילויות שגרה, בטיחות, כסף וטלפון). על סמך הערכות בתחומים אלו, מומחים יכולים לקבוע האם אדם לוקה במוגבלות שכלית התפתחותית, רמת המוגבלות שכלית התפתחותית ולקבוע תוכנית מתאימה. מגבלות אלו מתקיימות יחד ולצד המוגבלויות האינטלקטואליות. הן קשורות למגבלות האינטלקטואליות ולא נובעות מתנאים או נסיבות אחרות כמו למשל: לשוניות או חושניות. מגבלה משמעותית בהתנהגות המסתגלת פוגעת בניהול אורח חיים יומיומי תקין של הפרט ובעצמאותו האישית (Schalock et al,

(2010). מעצם המגבלה בהתנהגות המסתגלת, ניתן להבין כי אדם עם אבחנה של מוגבלות שכלית התפתחותית, הוא איננו אדם עצמאי לחלוטין אלא זקוק לרמה כלשהי של השגחה. לכן, במחקר הנוכחי הוגדרה האוכלוסייה שזקוקה לפחות סיוע כ"אוכלוסייה בעלת יכולת פיזית ותפקודית טובה" ולא עצמאית.

ניתן להבחין במספר דרגות של מוגבלות שכלית התפתחותית (מאתר משרד הרווחה):

מוגבלות שכלית התפתחותית קלה (דיירים חינוכיים-שיקומיים): עצמאיים במרבית תחומי היומיום. קבוצה זאת לא תיכלל במחקר מכיוון שאינה שייכת לאוכלוסייה במעונות בהם יבוצע המחקר.

מוגבלות שכלית התפתחותית קלה – בינוני או מוגבלות שכלית התפתחותית בינוני (דיירים אימוניים): זקוקים לתמיכה מוגבלת וקבועה בחלק או בכל תחומי היומיום לתקופות זמן קצרות או באופן קבוע כדי ללמוד ביצוע עצמאי יותר של מיומנויות חשובות או לניצול כל יכולותיהם.

מוגבלות שכלית התפתחותית בינוני - נמוך (דיירים טיפוליים): זקוקים לתמיכה חלקית בחלק מתחומי היומיום, ולתמיכה מוגברת (עזרה בפועל) במילוי הצרכים אחרים.

מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (דיירים טיפוליים): זקוקים לתמיכה מוגברת קבועה ושאיננה מוגבלת בזמן בכל תחומי החיים כדי לתפקד באופן פעיל. ללא תמיכה שכזו הפרט אינו מסוגל למלא את צרכיו הבסיסיים.

מוגבלות שכלית התפתחותית קשה (סיעודיים): זקוקים לתמיכה מיידית על ידי גורם תמיכה חיצוני במילוי הפעילויות בכל תחומי החיים.

מטפל ישיר:

אדם המועסק במתקן מגורים בקהילה ומבילה את מרבית היום בפעילויות הקשורות במכלול הטיפולים הניתנים. הם מספקים יותר שירותים לדיירים מכל קבוצה אחרת של יחידים. המטפל הישיר מסייע לדיירים במיומנויות יומיום אשר כוללות רחצה, הכנת ארוחות, האכלה, כביסה, הלבשה, שמירה על הגיינה, הכנה להשתתף בפעילויות עבודה ותפקודים בקהילה, בתוכניות פרטניות של הדיירים הדורשות תפקודים קוגניטיביים כגון פתרון בעיות ועבודה תחת לחץ זמן. כמו כן מבצע תפקידים פסיכולוגיים הכוללים הבנת הדיירים, ניחומם והרגעתם ותפקידים רגשיים כמו יצירת קשר, ודאגה לרווחתו של הדייר במהלך היממה (Sachs & Labovitz, 2004; Janicki, Krauss & Chan & Kwai-sang Yau, 2002; Heron & Chakrabari, 2003; Seltzer, 1988).

הגדרת מטפל/ מדריך על פי האגף לטיפול באדם המפגר (2003):

עובד בטיפול ישיר עם הדיירים, כולל מדריך העובד לילה בכל אחת ממסגרות הדיור. הגדרת התפקיד: טיפול פיזי בדיירים, על פי צרכיהם (רחצה, הלבשה, האכלה, ליווי וכיו"ב), הפעלת תוכניות קידום אישיות לדיירי, הפעלת תוכניות חברתיות על פי הצורך. דרישות התפקיד: השכלה תיכונית, בתוספת קורסים מקצועיים (קורס מטפלים), רצוי נסיון קודם בעבודה עם אוכלוסייה חריגה, יכולת לקיים יחסי אנוש טובים ומצב בריאות פיזי/ נפשי תקין.

מצב פיזי:

המחקר הנוכחי ישתמש בשני מונחים לתיאור מצב פיזי: מצב פיזי "סיעודי" ומצב של "יכולת פיזית טובה". הגדרת מצב "סיעודי" מתועדת במבחן ה"תלות" בשימוש ביטוח לאומי. מצבו של האדם נקבע על ידי הערכת תפקודו בחמישה תחומים עיקריים: ניידות, הלבשה, אכילה, רחצה, ושליטה בהפרשות. הזדקקות לסיוע

בשלושה תחומים לפחות מגדירה את האדם כסיעודי. במחקר הנוכחי, המושג "סיעודי" כולל דיירים בוגרים ודיירים צעירים בעלי ליקויים גופניים הזקוקים לסיוע בפעילויות יומיום. החלוקה לא מתייחסת לגיל. מצב של "יכולת פיזית טובה" – מצב בו הדיירים מבצעים את מרבית הפעולות בהכוונה או בהשגחה. בקרב אוכלוסייה עם מוגבלות שכלית התפתחותית הנמצאת במעונות, כל הדיירים זקוקים להשגחה כלשהי ואינם מסוגלים לנהל חיים עצמאיים.

התנהגות מאתגרת (challenging behavior)

הגדרה : כפי שנקבעה על ידי האגף לטיפול באדם המפגר : "הפרעות התנהגות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית שאינן נובעות או מוסברות ע"י המוגבלות שכלית התפתחותית השכלי בלבד". הרקע להפרעה יכול לנבוע ממחלה נפשית, מצב רגשי מסוים, מצב אישיותי, מצב בריאותי או סביבתי. ההתנהגות באה לידי ביטוי בשלושה דפוסי התנהגות : נזק עצמי, תוקפנות כלפי הזולת ונזק לרכוש (פרנקל, 2007).

תאור ההתנהגות : התנהגות חריגה תלויית-תרבות, שהינה תכופה וממושכת ואשר בעטיה עלול להיפגע שלומו הגופני של האדם או של סביבתו. עקב התנהגויות אלה מוגבל מרחב המחיה של הפרט ונגישותו למסגרות בקהילה (Emerson, 1995).

הפרעות ההתנהגות מכונות גם כ "התנהגות אי שקטה" (פרנקל, 2007). בעבודה, כינינו אוכלוסייה זאת כאוכלוסייה בעלת התנהגות מאתגרת. את הקבוצה השנייה כינינו "שקטים" על פי ההגדרות.

נספח 10.2 טופס הסכמה מדעת

אני הח"מ

שם

ת"ז

כתובת

הנני מצהיר בזה כי אני מסכים להשתתף במחקר בנושא הקשר בין מצבם התפקודי של הדיירים לתחושות רגשיות ופיזיות של המטפלים.

הובהר לי כי אענה על שאלון אנונימי, בפגישה חד פעמית אשר תערך במקום עבודתי. משך מילוי השאלון הוא כשעה.

הובהר לי כי:

אני חופשי/יה לבחור שלא להשתתף במחקר ואני חופשי להפסיק בכל עת את השתתפותי.

מובטחת לי סודיות באשר לזהותי האישית בפרסומים מדעיים.

מובטחת לי נכונות לענות לשאלות שיועלו על-ידי ואפשרות להיוועץ בגורם נוסף באשר לקבלת החלטה להשתתף.

הנני מצהיר בזאת כי הוסבר לי על-ידי גלית פינקר **הסבר מפורט** על המחקר ובמיוחד על הפרטים הבאים: מטרת המחקר, השיטה לביצועו, משך הבדיקה, מקום ביצוע המחקר, מספר הנבדקים הצפוי, אי נוחות שעלולה להיגרם לי במהלך מילוי השאלון, והתועלת הצפויה למשתתפים במחקר.

ניתן לפנות להתייעצויות בנוגע להשתתפותי לד"ר דבורה אלפרוביץ

מספר טל: 03-6405341

אני מצהיר בזה כי את הסכמתי נתתי מרצוני החופשי וכי הבנתי את כל האמור לעיל

שם המשתתף

חתימת המשתתף

תאריך

ההסכמה הנ"ל התקבלה על-ידי וזאת לאחר שהסברתי למשתתף בניסוי כל האמור לעיל ווידאתי שכל הסבריי הובנו על-ידו.

גלית פינקר סניור

שם החוקר

חתימה

תאריך

נספח 10.3: שאלון

משתתף/פת יקרה,

השאלון שבידיך הוא חלק מעבודת מחקר לתואר שני בלימודי בריאות בתעסוקה בנושא הקשר בין מצבם התפקודי של הדיירים לתחושות רגשיות ופיזיות של המטפלים. אין תשובות נכונות או לא נכונות, אך חשוב מאד שתשיבי על הפריטים בשאלון בכנות. השאלון הוא אנונימי (ללא זיהוי) והשימוש בו יעשה לצורכי מחקר בלבד.

תודה מראש על שיתוף הפעולה

גלית סניור פינקר

שאלון דמוגרפי:

תאריך מילוי שאלון: / / : מספר נבדק / / / /
שנה חודש יום

שם הכפר / מעון / הוסטי _____

שם הדירה: _____

חלק א: פרטים אישיים

1. מין (הקף בעיגול): זכר / נקבה
2. משקל: ק"ג
3. גובה: _____
4. נולדתי בשנת: _____
5. ארץ לידה _____
6. שנת עליה _____
7. מצב משפחתי (הקף בעיגול): 1 נשוי/אה 2. גרוש/ה 3. חי/ה בנפרד 4. רווק/ה 5. אלמן/ה
8. מספר ילדים: _____
9. מספר שנות לימוד (הקף בעיגול): עד 8 שנים בין 8-12 שנים מעל 12 שנים

10. כיצד היית מגדיר את הרמה שלך בעברית (סמן בטבלה)					
	לא יודעת (1)	נמוכה (2)	בינונית (3)	טובה (4)	טובה מאד (5)
דיבור					
קריאה					
כתיבה					

עבודה ותחביבים.			
1.	כמה שנים אתה עובד במקום העבודה הנוכחי?		
2.	כמה שנים אתה עובד כמטפל?		
3.	כמה שנים אתה עובד בדירה הנוכחית?		
4.	האם עברת קורס מטפל מוסמך? (הקף בעיגול): פרט/י: _____	כן / לא	אם כן, האם: (הקף בעיגול) בארץ / בחו"ל
5.	האם יש לך מקצוע נוסף חוץ ממטפל? הקף בעיגול	כן / לא	אם כן, פרט/י: _____
6.	האם אתה לומד במקביל לעבודה?	כן / לא	אם כן, פרט/י: _____
7.	האם יש לך תחביבים? (הקף בעיגול) כן / לא אם כן, פרט: _____		
8.	האם אתה עובד בעבודה נוספת? (הקף בעיגול) כן/ לא אם כן, פרט: _____		
9.	כמה משמרות כפולות אתה עובד/ת בשבוע?		_____
10.	כמה משמרות כפולות אתה עובדת בחודש?		_____
11.	באילו משמרות את עובדת בדרך כלל (הקף/ בעיגול)?	1. בוקר / 2 ערב / 3 לילה	

מהי מידת המאמץ הפיזי הנדרש בפעילויות הרשומות בהמשך: הגדר מ 1 עד 10 (1 מייצג מידת מאמץ קלה ביותר, 10 מייצג מידת מאמץ רב- הקף בעיגול). אם אינך מבצע אחת מהמטלות אנה סמן לא רלוונטי													
1.מקלחת	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	לא רלוונטי
2. הלבשה	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
3. האכלה	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
4. החלפת טיטולים	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
5. שירותים	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
6. הולכה	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
7. מעברים	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
8. שינוי תנוחות	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	
9. מידת מאמץ פיזי כללית בזמן העבודה?	מאמץ קל	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	מאמץ רב	

בריאות

1.	האם עישנת סיגריות בחמש השנים האחרונות (הקף בעיגול)? אם כן: אני מעשנת/ _____ סיגריות ביממה	כן	לא
2.	האם את עוסקת בפעילות גופנית או ספורטיבית מחוץ לשעות העבודה (הקף בעיגול)? אם כן: כמה שעות בשבוע? _____	כן	לא
3.	האם הינך סובלת מבעיות בריאות כגון: מחלת לב, יתר לחץ דם, סוכרת וכו'?(הקף בעיגול) אם כן אנה פרטי ממה הינך סובלת: _____	כן	לא
4.	מה מצבך הבריאותי היום? הגדר מ 1 עד 10 (1 מייצג מצב בריאותי רע/לקוי 10 מצב בריאותי מעולה)	רע/לקוי	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 מעולה

<u>מספר</u>	<u>מאפייני הדיירים בדירה / ביתן בו אתה עובד</u>
	כמה דיירים בסך הכל יש בדירה / בביתן?
	רשום מתוך כל הדיירים, כמה הדיירים בהם אתה מטפל הם דיירים: (ציין מספר)
	1. סיעודיים
	2. אי שקטים או אלימים או עם מחלת נפש
	3. דרגת מוגבלות שכלית התפתחותית קשה או קשה ועמוקה

1.	האם עברת הדרכה או קורסי הסמכה לטיפול בדיירים? (הקף בעיגול): אם כן, האם במקום העבודה? / על ידי גורם חיצוני? פרט/י: _____	כן / לא
2.	האם עברת הדרכה כלשהי למניעת פגיעות בגב (ביצוע נכון של טיפול בדיירים)? האם במהלך: קורס ההסמכה? סדנא? ייעוץ אישי (הקף בעיגול)? פרט/י: _____	כן / לא
3.	האם ביצעת שינוי בעקבות ההדרכה (הקף בעיגול)?	כן / לא
4.	האם בעבודתך קיים מנוף להעברת מטופלים?	כן / לא
5.	אם כן, האם את משתמשת בו לכל דייר אשר אינו עוזר במעברים?	כן / לא
6.	האם קרה <u>שנמנעת</u> משימוש במנוף? אם כן, מדוע (הקף בעיגול)? לא יודע להפעיל / לא זמין / לא תקין / אין זמן	כן / לא
7.	כמה דיירים שלא עוזרים במעבר את/ה מעביר/ה במשמרת? _____	

שאלון עומס בעבודה

לגבי המשפטים הבאים, אנא צייני באיזו מידה הוא מתאר את מה שקורה בדרך כלל בעבודתך. אנא הקיפי בעיגול את הספרה המתאימה בכל שורה.

1	אני נדרשת לעבוד מהר מדי	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
2	אין לי מספיק זמן לבצע את מה שאני נדרש לעשות	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
3	מוטל עלי עומס עבודה רב מדי	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
4	העבודה המוטלת עלי קשה לי	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
5	רמת העומס בעבודה מלחיצה אותי	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
6	נדרש ממני מאמץ רב מדי	בכלל לא	1	2	3	4	5	6	במידה רבה מאוד
7	מהי רמת הלחץ הכללית המאפיינת את עבודתך:	נמוכה מאוד	1	2	3	4	5	6	גבוהה מאוד

מספר מטפלים:

1. כמה מטפלים יש בדירה במשמרת רגילה? הקף בעיגול: 1 / 2 / 3 / 4 / 5

2. כמה דיירים זקוקים לסיוע רב פיזי בדירה?

2. כמה זמן מהמשמרת אתה עסוק בעבודה פיזית(מעברים, רחצות, הולכה ועוד) ?

תשובה: _____ שעות מתוך _____ שעות

שביעות רצון מהיבטים שונים של עבודתך

השאלות הבאות יתייחסו למידה שבה הנך מרוצה מהיבטים שונים של עבודתך. הקף בעיגול את הספרה המתאימה.								
	מאד לא מרוצה	לא מרוצה במידה רבה	מרוצה	ככה- ככה	לא מרוצה	לא מרוצה במידה רבה	מרוצה במידה רבה	מאד מרוצה
1. ממידת האחריות המוטלת עליך	1	2	3	4	5	6	7	
2. מן החופש לבחור את שיטת העבודה כרצונך	1	2	3	4	5	6	7	
3. ממידת הגיוון בעבודה	1	2	3	4	5	6	7	
4. מן האנשים העובדים אתך	1	2	3	4	5	6	7	
5. מתנאי העבודה הפיזיים	1	2	3	4	5	6	7	
6. מן ההזדמנות להשתמש ביכולות שלך	1	2	3	4	5	6	7	
7. מרמת השכר שלך	1	2	3	4	5	6	7	
8. מהכרת הממונים עליך בעבודה הטובה שאתה עושה	1	2	3	4	5	6	7	
9. משעות העבודה שלך	1	2	3	4	5	6	7	
10. בסך הכל ממקום העבודה	1	2	3	4	5	6	7	
11. האחראים קשובים אלי ותומכים בי בעת הצורך	1	2	3	4	5	6	7	

שאלון שחיקה (SMBM)

הרגשותיך לגבי עבודתך

לפניך כמה תיאורים של הרגשות הקשורים לעבודה שכל עובד עשוי להרגיש. נבקשך להשתמש בסולם התכיפות שליד כל הרגשה על מנת לתאר באיזו שכיחות מופיעה הרגשה זו בעבודתך בחודש האחרון. אנא הקף בעיגול את הספרה המתארת בצורה הטובה ביותר את שכיחותה של הרגשה זו בעבודתך בחודש האחרון. לדוגמא: אם הנך מרגיש הרגשה זו תמיד או כמעט תמיד, הקף בבקשה בעיגול את הספרה 7.

באיזו תכיפות הנך מרגיש הרגשה זו בעבודתך?

		כמעט אף פעם לא	לעתים רחוקות מאוד	לעתים די רחוקות	לפעמים	לעתים די קרובות	לעתים קרובות מאוד	כמעט תמיד
1.	מרגיש עייף	1	2	3	4	5	6	7
2.	אין לי כוח ללכת לעבודה בבוקר	1	2	3	4	5	6	7
3.	מרגיש סחוט פיזית	1	2	3	4	5	6	7
4.	"נשבר" לי	1	2	3	4	5	6	7
5.	"המצברים" שלי התרוקנו	1	2	3	4	5	6	7
6.	מרגיש שחוק	1	2	3	4	5	6	7
7.	מרגיש ליאות במחשבות (עייפות במחשבות)	1	2	3	4	5	6	7
8.	מרגיש שאני חושב בצורה איטית	1	2	3	4	5	6	7
9.	קשה לי להתרכז	1	2	3	4	5	6	7
10.	הראש שלי לא צלול	1	2	3	4	5	6	7
11.	מרגיש שאני מפוזר	1	2	3	4	5	6	7
12.	קשה לי לחשוב על דברים מסובכים	1	2	3	4	5	6	7
13.	אין לי יכולת להיות רגיש לצרכים של לקוחותי או של עובדים אחרים	1	2	3	4	5	6	7
14.	אין לי כוח להשקיע רגשית בלקוחותיי או בעובדים אחרים	1	2	3	4	5	6	7
15.	מרגיש שאין לי יכולת להיות סימפטי ללקוחותיי או לעובדים אחרים	1	2	3	4	5	6	7
16.	מרגיש עייפות נפשית	1	2	3	4	5	6	7

שאלון תפיסת שליטה (PC)						
הקף בעיגול את הסיפורה המתאימה לדעתך	בכלל לא					במידה רבה מאוד
1. לדעתי לדברי יש השפעה על המתרחש בעבודתי	1	2	3	4	5	6
2. עבודתי מאפשרת לי לקבל החלטות בעצמי ולפעול לפיהן	1	2	3	4	5	6
3. יש לי אפשרות במסגרת תפקידי, לקחת חלק בקביעת החלטות לגבי שיטות עבודה ונהלים.	1	2	3	4	5	6
4. יש לי אפשרות, במסגרת תפקידי, להשפיע על המדיניות של מקום עבודתי.	1	2	3	4	5	6
5. אני חופשי לקבוע את האופן בו עבודתי מתבצעת.	1	2	3	4	5	6
6. אני יכול לקבוע את קצב עבודתי	1	2	3	4	5	6
7. אני שותף להחלטות הנוגעות לעבודתי.	1	2	3	4	5	6
8. יש לי מקסימום סמכות כדי לעשות את המקסימום במילוי תפקידי.	1	2	3	4	5	6
9. אני חופשי ליזום דברים שונים בעבודתי.	1	2	3	4	5	6
10. אני מסוגל להשפיע על מה שנעשה בסביבה בה אני עובד	1	2	3	4	5	6

כמה מטפלים יש בדירה במשמרת רגילה? הקף בעיגול: 1 / 2 / 3 / 4 / 5

שאלון מיפוי בעיות צוואר- כתפיים ושאלון כאב (Standardized Nordic Questionnaires)

1. בעיות במערכת התנועה

האם במשך 12 חודשים אחרונים היו לך בעיות (כאב, חוסר נוחות) ב:	האם במשך 12 החודשים האחרונים נמנע ממך לעשות את עבודתך (בבית או מחוץ לבית) בגלל כאבים או חוסר נוחות?	האם במשך 7 הימים האחרונים סבלת מכאבים או אי נוחות?
א. צוואר	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן
ב. כתפיים	0 - לא 1 - כן, בכתף ימין 2 - כן, בכתף שמאל 3 - כן, בשתי כתפיים	0 - לא 1 - כן
ג. מרפקים	0 - לא 1 - כן, במרפק ימין 2 - כן, במרפק שמאל 3 - כן, בשני מרפקים	0 - לא 1 - כן
ד. ידיים	0 - לא 1 - כן, ביד ימין 2 - כן, ביד שמאל 3 - כן, בשתי ידיים	0 - לא 1 - כן
ה. עמוד שדרה גבי	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן
ו. עמוד שדרה מותני	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן
ז. אחד או שני ירכיים	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן
ח. אחת או שתי ברכיים	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן
ט. אחד או שני שוקיים או כפות רגליים	0 - לא 1 - כן	0 - לא 1 - כן

גב תחתון (עמוד שידרה תחתון)

בציור אתה יכול לראות את מיקום הגב התחתון, עליו מדובר בהמשך:



1. האם סבלת בעבר או סובל כיום מבעיות גב תחתון (כאב, חוסר נוחות)? 0 - לא 1 - כן
אם ענית "לא", אל תענה לשאלות 2 - 9
2. האם אושפזת בעבר בשל בעיות בגב תחתון? 0 - לא 1 - כן
3. האם נאלצת לשנות עבודות או חובות בשל בעיות בגב תחתון? 0 - לא 1 - כן
4. כמה ימים בסה"כ סבלת מבעיות בגב תחתון ב- 12 החודשים האחרונים?
0 - אפס ימים 1 - 1-7 ימים 2 - 8-30 ימים 3 - יותר מ-30 ימים אבל לא רצוף 4 - כל יום
- אם ענית "0" על שאלה מס' 4, אל תענה לשאלות 5 - 9
5. האם בעיות גב תחתון גרמו לך להפחית את פעילותך במשך 12 חודשים אחרונים:
א. פעילויות עבודה (בבית או מחוץ לבית)? 0 - לא 1 - כן
ב. פעילויות פנאי? 0 - לא 1 - כן
6. מה סה"כ הזמן שבעיות גב תחתון מנעו ממך מלעסוק בעבודתך (בבית או מחוץ לבית) במשך 12 החודשים האחרונים?
0 - "0" ימים 1 - 1-7 ימים 2 - 8-30 ימים 3 - יותר מ-30 ימים
7. האם ראית רופא, פיזיותרפיסט, כירופרקטור או כל מטפל אחר בעקבות בעיות בגב תחתון במשך 12 חודשים אחרונים? 0 - לא 1 - כן
8. האם היו לך בעיות גב תחתון ב- 7 ימים אחרונים? 0 - לא 1 - כן
9. באיזו מידה קשורה עבודתך לדעתך לכאבי הגב? הקף בעיגול את המילה המתאימה?
1. רבה מאוד 2. רבה 3. בינונית 4. מועטה 5. מועטה מאוד
האם יש דברים נוספים שלא נשאלו, תגובות או הערות שהיית רוצה לשתף בהן לגבי הנושא?

מאפיינים דמוגרפיים

השערת המחקר כי קיימים הבדלים דמוגרפיים בין המטפלים בקבוצות המחקר (טבלה 1), אוששה בחלקה. ההבדלים הדמוגרפיים המרכזיים בין קבוצות המחקר היו :

1. ארץ לידה - בקבוצת המטפלים בדירות העצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה אחוז המטפלים ילידי ישראל הוא הגבוה ביותר - 73% לעומת קבוצת המטפלים ילידי ישראל בדירות הסיעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קשה - 45%. ייתכן והדבר נובע מהצורך בתקשורת עם דיירים בדירות האחרות. לא נמצאו פרסומים קודמים הדנים בהבדלים.
 2. יכולת שיחה בעברית - מיומנות חיונית נוספת הנחוצה לתקשורת עם הדיירים, עם הצוות הרב מקצועי, ולהעברת מידע ומסרים חשובים. כ - 80% מהמטפלים דווחו על יכולת שיחה בעברית טובה וטובה מאוד. עם זאת, נמצאו במחקר הבדלים מובהקים בין הקבוצות ברמת הדיבור. בקרב מטפלים בדירות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, הכוללות את קבוצת המטפלים בדירות סיעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה וקבוצת המטפלים בדירות העצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, אחוז גדול יותר של מטפלים דווחו על יכולת שיחה בעברית גבוהה יותר.
 3. רמת קריאה - קריאה בעבודת המטפל היא מיומנות מאוד חשובה לצורך הבנת הנחיות ודיווחים ביומני מעקב. מעל 78% דווחו על רמת קריאה טובה וטובה מאוד.
- נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ברמת הקריאה. בקרב מטפלים בדירות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, הכוללות את קבוצת המטפלים בדירות סיעודיות עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה וקבוצת המטפלים בדירות העצמאים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה, אחוז גדול יותר של מטפלים דווח על רמת קריאה טובה יותר (5 בסולם של 1-5).
- אחוז גדול מהמטפלים ממוצא ישראלי משתייך גם הוא לדירות של הדיירים עם המוגבלות שכלית התפתחותית הקלה. בנוסף לכך, הממצאים בקריאה ובדיבור מורים על כך שאחוז המטפלים שדווחו על רמת ידע טובה מאוד משתייכים לדירות של דיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה. בדירות בהן דיירים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה דיירים יותר וורבאליים, דבר המצריך תקשורת טובה יותר בינם לבין המטפלים. ייתכן וויסות המטפלים קורה ברמת ההנהלה או ברמת המטפל. חשוב שתהיה מודעות להבדלים אלו ולמשמעויות מבחינת התפקוד בדירות. לדוגמא, ייתכן שבמשמרת בדירה של דיירים סיעודיים עם מוגבלות שכלית

התפתחותית קשה יעבדו מטפלים עם קשיים בעברית, בקריאה וכתבה, ודווקא בדירות מורכבות מסוג זה ישנן הרבה הנחיות ונהלים.

4. מספר שנות עבודה של המטפלים בדירה - נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצות המחקר במספר שנות עבודה בדירה הנוכחית. נמצא, כי בקבוצת הסעודיים עם מוגבלות שכלית התפתחותית קלה ממוצע ממוצע שנות העבודה של המטפלים בדירה הוא הגדול ביותר 6.83 שנים. לא נמצאו פרסומים קודמים המדווחים על כך. יתכן והממצא קשור לתחושת העומס שחווים המטפלים בדירות עם המוגבלות שכלית התפתחותית הקשה, וכמו כן תחושת העומס שחווים המטפלים בדירות העצמאים יחסית בהן מספר הדיירים עם ההתנהגות מאתגרת גבוה יותר.

נספח 10.5 שכיחות כאבי שלד - שריר והימנעות מפעילות

איור 3 מתאר את שכיחות כאבי שלד - שריר והימנעות מפעילות (באחוזים) ב- 12 החודשים האחרונים.

42% מהמטפלים דיווחו על כאבי צוואר- כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים,

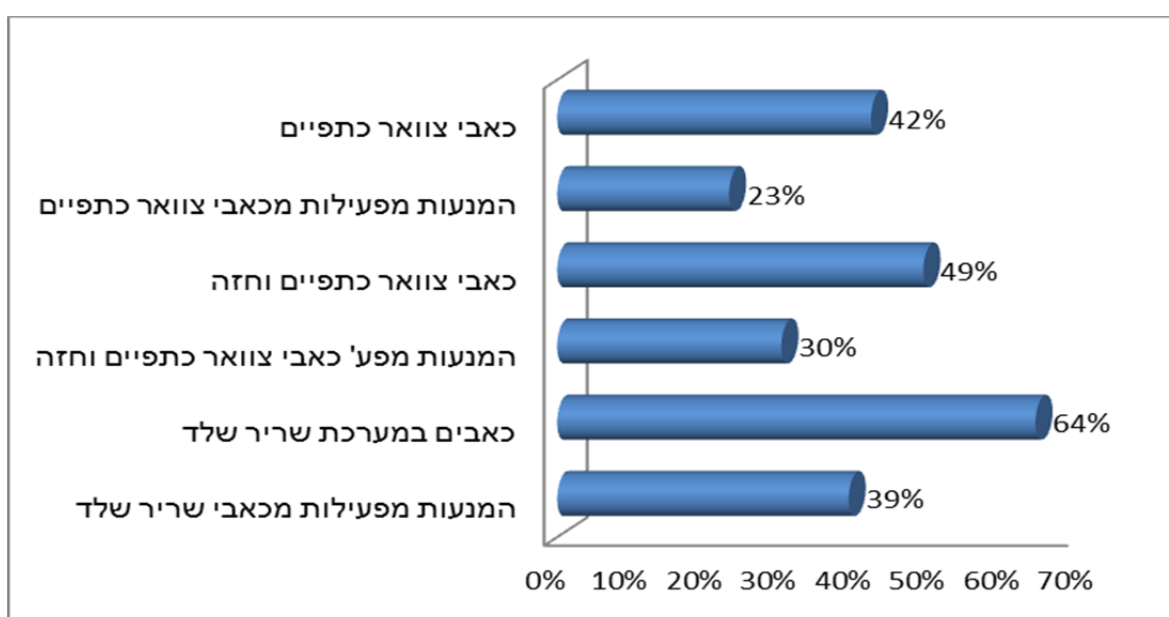
23% מהמטפלים דיווחו על הימנעות מפעילות כתוצאה מכאבי צוואר- כתפיים ב- 12 החודשים האחרונים.

49% מהמטפלים דיווחו על כאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים ;

30% דיווחו על הימנעות כתוצאה מכאבי צוואר-כתפיים- איזור גבי ב- 12 החודשים האחרונים.

64% מהמטפלים דיווחו על כאבים כלשהם במערכת שלד - שריר ב- 12 החודשים האחרונים ;

39% דיווחו על ההימנעות מפעילות ב- 12 החודשים האחרונים כתוצאה מכאבים כלשהם במערכת שלד - שריר.



איור 20 : תאור שכיחות כאבי שלד - שריר כלליים וברביע עליון והימנעות מפעילות באחוזים ב- 12

החודשים האחרונים בקרב המטפלים.

* כאבי שלד כלליים כוללים כאבי גב תחתון וגפיים תחתונות.

איור 21 מתאר את שכיחות כאבי גב תחתון , המנעות והיעדרות והקשר לעבודה.

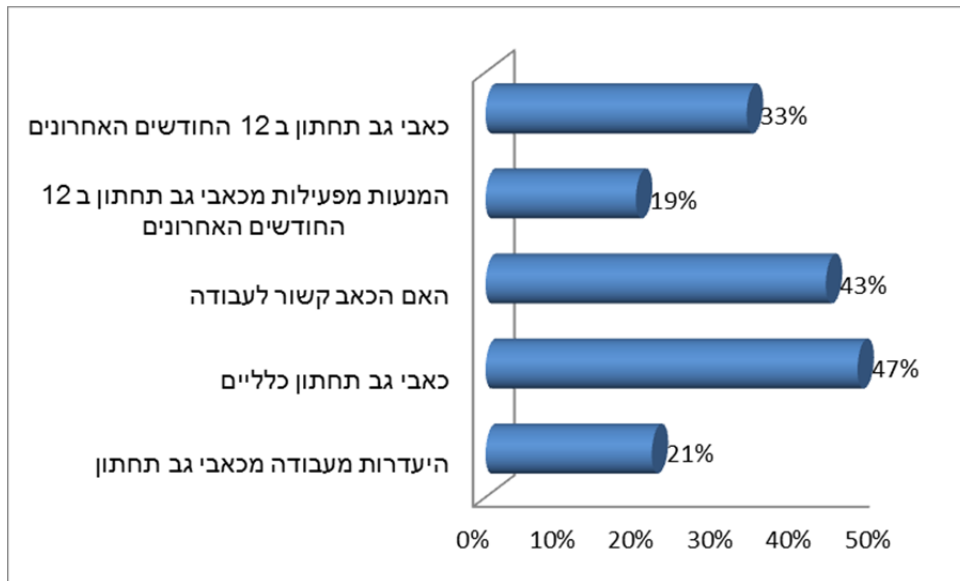
33% מהמטפלים דיווחו על כאבי גב תחתון ב 12 החודשים האחרונים.

19% מהמטפלים דיווחו על היעדרות מהעבודה ב – 12 החודשים האחרונים כתוצאה מכאבי גב תחתון.

43% מהאנשים שחווי כאבי גב בעבר, קישרו בין כאבי הגב לעבודתם במידה בינונית ורבה.

47% מהמטפלים דיווחו על כאבי גב בעבר.

21% מהמטפלים דיווחו על היעדרות מהעבודה כתוצאה מכאבי גב לפחות פעם אחת.



איור 21 : תאור שכיחות כאבי גב תחתון והמנעות מפעילות.



מדינת ישראל
משרד הרווחה והשירותים החברתיים
האגף למחקר, תכנון והכשרה



08/04/2010

לכבוד

גב' גלית פינקר- סניור

הנדון: מחקר בנושא: "הקשר בין מצבם התפקודי והקוגניטיבי של אוכלוסייה עם פיגור שכלי לרמת השחיקה, שביעות הרצון, הלחץ ופגיעות שריר שלד של מטפלים ישירים"

ג.נ.

שלום רב,

לאחר קבלת המסמכים הדרושים ע"י המשרד:

- הצעת המחקר
- מכתב של ד"ר דבורה אלפרוביץ-נחנזון שהמחקר מתבצע בהנחייתה ובהנחייתו של פרופ' אלי כרמלי מהחוג לפיזיותרפיה במסגרת תואר מוסמך בבריאות בתעסוקה באוניברסיטת תל-אביב.
- המלצה של גב' ד"ר דליה ניסים - מפקחת ארצית באגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים.
- טופס הצהרת הסודיות החתום על ידך.
- הסכמתך על מסירת למשרד העתקים של המחקר והעלאת החומר לאתר אינטרנט של המשרד.

אין למשרד כל מניעה שתפני לגופים הנחקרים לצורך ביצוע המחקר.

אני מאחלת לך הצלחה בביצוע המחקר.

העתק: גב' דליה ניסים - מפקחת ארצית באגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, משרד הרווחה והשירותים החברתיים.

ב ב ר כ ה

ד"ר רנטה גורבטוב
מנהלת תחום המחקר

משרד הרווחה
האגף למחקר, תכנון והכשרה
המחלקה למחקר
רח' קפלן 2, ירושלים
טל' 02-6752508, פקס. 02-6752540

רחוב קפלן, 2, ירושלים טלפון: 02-6752508 פקס: 02-5635042
משרד הרווחה והשירותים החברתיים - אתרנו <http://www.molsa.gov.il> www.molsa.gov.il
באינטרנט:
rentaq@molsa.gov.il
050-6223956

11. Abstract

The work of caregivers working directly with challenged populations is physically hard, demanding and challenging. They need to satisfy the complex needs of the residents therefore they also have a major contribution to the well-being and health of the residents. Caregivers report difficulties working with residents who have behavior problems that stem from mental illness, with residents who have mental retardation and with residents who have physical disability that stem from chronic diseases. Numerous studies have been conducted among the caregivers, mainly nurses and teachers. Burnout, which is a combination of a high workload and a low “Perceived Control”, low satisfaction and musculoskeletal pain are common among caregivers. These effects cause absent from work, leaving the job and less quality service. In order to improve service to its residents, it is necessary to investigate the causes of the current situation of scarcity and absences, to investigate the phenomena that were mentioned above, among the caregivers and foster and promote a Carnot the professional practitioner in a population with an intellectual and developmental disabilities.

Targets: Check if there is a connection between resident’s physical and cognitive functioning to work related musculoskeletal disorders, satisfaction, health self-esteem, burnout, occupational stress and Perceived Control among caregivers.

Methods: This research is a Cross sectional research, and included 243 direct caregivers in adults with intellectual and developmental disabilities, working full-time at list one year with the same residents. We divided the study population (caregivers) to four research groups depending on the nature of majority of tenants in each apartment (relatively independent with light retardation; relatively independent with deep retardation; dependent residents with light retardation and dependent with deep retardation).

The caregivers filled one-time questionnaire, including information regarding personal health status, Burnout (Shirom, Melamed Burnout Measure), workload, Perceived Control and work related musculoskeletal disorders questionnaire (Nordic) and satisfaction questionnaire in the workplace with the assistance of professionals, who were trained by the researcher or by herself, as well as at the training program.

The study was carried out in six frames and training courses working on 68 and dormitory hostels. To compare musculoskeletal injuries among research groups, we used Chi-Square test for categorical variables and Kruskal-Wallis equality-of-populations rank test for Continuous variables. Logistic Regression Multivariate Logistic Analysis to examine the relationship between the research groups for musculoskeletal injuries, Regression model multivariate Tobit served to check the connection between the research groups to work overload, Burnout, satisfaction and perceive control. Multivariate Ordinal Least Squares regression used to examine the relationship between the research groups to General stress, satisfaction and self-evaluation of health condition.

Results, Conclusions and recommendations

The current study It is a preliminary study, the study population is unique because most caregivers work in boarding school, this population had not received attention in Israel and very few in the world literature. we found no studies comparing the study population according to physical and cognitive status of their occupants.

THE RELATIONSHIP BETWEEN RESIDENT'S COGNITIVE AND FUNCTIONAL STATE TO CAREGIVERS BURNOUT, STRESS, SATISFACTION AND WORK RELATED MUSCULOSKELETAL DISORDERS

Submitted by: **Galit Senyor Pinker**

Under the supervision of: **Prof. Eliezer Carmeli,**

Department of Physical Therapy, Haifa University

Dr. Deborah Alperovitch-Najenson,

Environmental and Occupational Health Tel-Aviv University

Professional advisors: **Dr. Ariel Linden,** School of Public Health, University of
Michigan

This Thesis was carried out as a partial fulfillment of the academic requirements for obtaining a
 Master degree in Occupational Health (MOCCH) at the School of Public Health, Sackler Faculty
 of Medicine, Tel Aviv University



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

2017

קרן שלם/2017/612