



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

אוניברסיטת בר-אילן



אוניברסיטת בר אילן  
בית הספר לעבודה סוציאלית

# יישום החלטות ועדות האבחון של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי: כיצד הוא קשור למאפייני העובד הסוציאלי ולמאפייני האדם עם הפיגור השכלי ומשפחתו

## חווה קלרמן

מנחה: דר' חיה שוורץ

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות  
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"  
אוניברסיטת בר אילן, במחלקה לעבודה סוציאלית



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

2004

קרן שלם/522/2004

## תודות

תודתי נתונה למנחה דר' חיה שוורץ, שעמדה לצידו, עודדה תמכה והדריכה אותי בסבלנות רבה עד לסיום העבודה.

למשרד העבודה והרווחה, שאפשר את ביצוע המחקר.

לקרן שלם לפתוח שירותים לאנשים עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות על המענק הנדיב לבצוע המחקר.

למרכזי תחום הפיגור ברשויות אשר הביעו עניין וסקרנות בנושא המחקר ושתפו איתי פעולה ברצון.

לעוסיים ברשויות המקומיות על שיתוף הפעולה והשקעת הזמן במילוי השאלונים.

ולבסוף, תודה מיוחדת למשפחתי, לבעלי דני ולילדי וכמובן להורי על הסבלנות התמיכה וזריקות העידוד להם זכיתי בתקופה הארוכה והמתישה של בצוע העבודה.

## תוכן העניינים:

עמ'	
4	תקציר
10	מבוא
13	סקירת ספרות
18	מטרות המחקר
20	שיטה
26	ממצאים
38	דיון
50	בבליוגרפיה
60	נספחים
69	תקציר באנגלית

## תקציר

חוק הסעד טיפול במפגרים 1969, הביא לידי מימוש את הצורך בתהליך אבחון רב - מקצועי וכוללני לאדם עם הפיגור השכלי. החוק גובש מתוך הערכה כי נושא זכויותיו וחובותיו של אדם עם פיגור שכלי הינו משפטי וגורר עימו איבוד זכויות אזרחיות. למרות הקביעה החוקית משנת 1969, ועדות האבחון של השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי (להלן: "הועדה"), פועלות כפי הקבוע בחוק רק משנת 1995. מטרת הועדה להחליט האם האדם מתפקד ברמה של פיגור שכלי, ובמידה שכן לקבוע דרכי טיפול בעבורו, במסגרת הקהילתית או המוסדית בה שוהה.

עד היום לא נבדקה מידת יישום ההחלטות שהתקבלו בועדה והגורמים המשפיעים על היישום. לאור המגבלות החוקיות של סיפוק השירותים לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים יש חשיבות רבה בבדיקת מידת יישום החלטות הועדה ומהם, אם בכלל, מוקדי הקושי ביישום אותן החלטות כדי לנסות ולהגדיר את מוקדי הבעיה ועל ידי כך לאפשר מציאת פתרונות במסגרת השירותים הקיימים.

המחקר הינו מחקר גישוש ראשון בנושא. משום כך הרשויות שנדגמו לצורך המחקר נדגמו בצורה מכוונת, נגישה ובלתי אקראית אך ההחלטות שנדגמו באופן אקראי ייצגו מאובחנים בגילאים שונים המתגוררים ברשויות מקומיות בגדלים שונים. מספר המאובחנים והעובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר היה קטן והמידע שנאסף לא היה אובייקטיבי משום שנאסף מהעובדים הסוציאליים שאחראים על יישום ההחלטות. אי לכך, נדרשת זהירות בהכללת ממצאי המחקר.

### מטרות המחקר:

לבדוק את מידת היישום של החלטות ועדת האבחון של השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי, את התחומים בהם קיים קושי ביישום, ולאתר את הסיבות המקשות על יישום ההחלטות ואת המאפיינים של המאובחן ומשפחתו ושל העובד הסוציאלי המשפיעים על מידת יישום ההחלטות. בנוסף נבדק קיומם של שירותים בקהילה הנחוצים לצורך יישום החלטות הועדה.

### מתודולוגיה

**אוכלוסיית המחקר:** נכללו במחקר 90 מאובחנים בועדות האבחון, המתגוררים ב- 7 רשויות מקומיות ממרכז הארץ. המאובחנים עברו ועדת אבחון בין שנת 2000 לשנת 2002.

**כלי המחקר:** לצורך המחקר נבנה שאלון לעובדים הסוציאליים האחראים על יישום החלטות הועדה. השאלון כלל את השאלונים הבאים:

1. שאלון פרטים דמוגרפיים ומקצועיים אודות העובד הסוציאלי.

2. שאלון שחיקה: נעשה שימוש בגרסה החדשה של Maslach (1986) לבדיקת השחיקה בקרב

מדגמים כלליים (בכנר, 1998). (2<sup>nd</sup> Ed.) The Maslach burnout inventory manual

3. שאלון עומס יתר סובייקטיבי: נעשה שימוש בגרסה מקוצרת של שאלון עומס יתר סובייקטיבי

(The staff stressor questionnaire) שנבנה ע"י Hatton לצורך בדיקת תגובות דחק ותוצאות

טיפול של עובדים בשירותים לאנשים עם מגבלות אינטלקטואליות (ראה: Hatton: 1999). השאלון

תורגם לצורך מחקר זה.

4. שאלון עמימות תפקיד: נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של השאלון (Role conflict) and

(ambiguity questionnaire) שבנו (Rizzo, House, & Lirtzman (1970), והמופיע במחקרה של

אביעד-הייבלום (1992).

5. שאלון מעורבות בעבודה :JIQ Job Involvement Questionnaire שאלון זה חובר על ידי

Kanungo (1982). השאלון תורגם לעברית במחקרה של בן ארצי (1998).

חמשת השאלונים הנ"ל מולאו פעם אחת על ידי העובד הסוציאלי .

6. שאלון הבודק את החלטות ועדת האבחון ואת יישומן בתחומים: חינוך, מגורים, שעות הפנאי,

תעסוקה, רגשי = נפשי, חברתי, רפואי, פרא רפואי, משפחתי ואפורטרופסות..

7. שאלון מידע אודות המאובחן.

שאלונים אלו מולאו אודות כל מאובחן שהשתתף במחקר. 28 עובדים סוציאליים ענו על השאלונים הנ"ל.

בנוסף, נערכו ראיונות מובנים עם מרכזי תחום הטיפול באדם עם הפיגור השכלי במחלקות לשירותים

חברתיים שנדגמו על מנת ללמוד על השירותים הקיימים בקהילה לצורך יישום ההחלטות, וכן על מנת להשלים

ולהרחיב את המידע שנאסף באמצעות השאלונים.

### **הליך המחקר**

המחקר נערך בהסכמתו ובעידודו של המרכז לאבחון וקידום אנשים עם פיגור שכלי, ובאישורה של מנהלת

האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד הרווחה. לכל מרכזות בתחום הפיגור השכלי ברשות המקומית נשלח

מכתב המבקש את שתוף הפעולה שלה באסוף הנתונים. עם קבלת ההסכמה נשלחו שאלונים לעובדים

הסוציאליים ברשות. על כל אחד מהמאובחנים שנדגמו מילא העובד הסוציאלי שאלון לגבי החלטות הועדה,

מידת יישום ההחלטות ופרטים דמוגרפיים אודות המאובחן ומשפחתו. בנוסף, מילא העובד הסוציאלי שאלון

האוסף פרטים אודות הכשרתו המקצועית, ושאלונים אודות תחושותיו בעבודה. כל השאלונים היו אנונימיים

ושמרו על פרטיות המאובחן, משפחתו והעובד הסוציאלי המטפל במשפחה. לאחר מילויים נשלחו השאלונים

אלי. הראיונות המובנים עם מרכזי תחום הטיפול באדם עם הפיגור השכלי במחלקות לשירותים חברתיים נערכו במקביל למילוי השאלונים.

### ממצאים עיקריים

לגבי 90 המאובחנים שנדגמו התקבלו בועדת האבחון 574 החלטות. מתוכן יוּשְמוּ במלואן 314 החלטות שהן כ- 55% מכלל ההחלטות. בתחום הרפואי התקבל מספר ההחלטות הרב ביותר (15% מסה"כ ההחלטות), ואילו בתחומים התעסוקתי והחברתי התקבלו מספר ההחלטות הקטן ביותר (8% מסה"כ ההחלטות). ב-8 מתוך 10 התחומים ייושמו למעלה מ- 50% מההחלטות. מידת היישום המלא הגבוהה ביותר נמצאה בתחום החינוכי (78%) והנמוכה ביותר בתחום החברתי (14%). בתחום התעסוקתי ובתחום המגורים יוּשְמוּ באופן מלא 66% מההחלטות, בתחום האפוטרופסות יוּשְמוּ באופן מלא 63% מההחלטות ובתחומים: המשפחתי, הפרא-רפואי ותחום המגורים בין 50%-ל-60% מההחלטות שהתקבלו.

במחקר הוגדרו 4 סיבות אפשריות לאי יישום החלטות ועדת האבחון: חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן, השירות הנדרש לשם יישום ההחלטה אינו קיים בקהילה, השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי ומתן עדיפות נמוכה בסדר המטלות של העובד הסוציאלי. על העובדים הסוציאליים היה לציין לגבי כל אחת מהחלטות הועדה שלא יושמה אילו מבין ארבעת הסיבות האפשריות גרמו לאי היישום.

חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן צוין ע"י העובדים הסוציאליים כסיבה השכיחה ביותר לאי יישום החלטות הועדה בכל התחומים, פרט לתחום החינוכי (ב- 49% מההחלטות שלא יושמו). שלושה מאפיינים של המאובחן ומשפחתו נמצאו קשורים למידת יישום ההחלטות ולחוסר שיתוף פעולה של המשפחה כסיבה לאי יישום: גיל המאובחן, הכנסת המשפחה ותכיפות ועוצמת הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי. גיל צעיר יותר של המאובחן נמצא קשור למידה גבוהה יותר של יישום ההחלטות, ולשכיחות נמוכה יותר של חוסר שיתוף פעולה מצד המשפחה כסיבה לאי יישום ההחלטות. קשר חזק ותכוף יותר של העובד הסוציאלי עם המשפחה נמצא קשור למידת יישום גבוהה יותר של ההחלטות ולשכיחות נמוכה יותר של חוסר שיתוף פעולה של המשפחה כסיבה לאי יישום ההחלטות.

תחושת שותפות נמוכה של העובד הסוציאלי בעבודת הועדה נמצאה קשורה למידת יישום נמוכה של ההחלטות.

## ממצאים נוספים לגבי קשיים ביישום ההחלטות שנאספו מהראיונות עם מרכזי התחום ומהערות שנכתבו

### בגוף השאלונים :

- מאובחנים בעלי אבחנה כפולה (כגון פיגור שכלי וגם בעיות נפשיות), צוינו על ידי העובדים הסוציאליים כאוכלוסיה בעלת פוטנציאל גבוה יותר לאי יישום ההחלטות. כמו כן, שירותי בריאות הנפש בקהילה אינם זמינים למאובחנים אלו.
- ברשויות בהן ההורים משתתפים במימון פעילות יום לימודים ארוך, השירות מופעל בצורה טובה יותר והתוכניות המופעלות בו טובות יותר.
- תחום התעסוקה לאנשים ברמת פיגור בינוני וקשה לוקה בחסר.
- קיים מחסור במסגרות חוץ ביתיות בעלות אופי דתי וחרדי.
- צהרונים לילדי הגן ומועדונים חברתיים לשעות אחר הצהריים מצויים במרבית הרשויות. לגבי גילאי 6-15 דווח על מחסור במועדונים לשעות הפנאי. צריכת שירותי הפנאי בעייתית לחלק מההורים היות וקיים קושי לשאת בעלויות השירות.
- העובדים הסוציאליים טענו שלעיתים ההחלטות אינן תואמות את התנאים הסובייקטיביים של המשפחה, כגון: התנאים הסוציו-אקונומיים או מנטליות המשפחה ולכן הן נשארות בלתי מיושמות. כמו כן, קיימת סטנדרטיזציה של ההחלטות דבר המקשה על יישומן.
- יש לשים לב כי הממצאים לגבי מידת היישום של החלטות והסיבות לאי היישום נאספו מידי העובדים הסוציאליים האחראים על יישום ההחלטות בלבד. לא נאסף מידע מההורים והמאובחנים. זוהי אחת ממגבלות המחקר.

## המלצות בהקשר להגברת יישום החלטות הועדה הנובעות מממצאי המחקר

### בהקשר למשפחת המאובחן:

- בכדי להגביר את יישום החלטות הועדה יש להגביר את שיתוף הפעולה של המשפחה עם העובדים הסוציאליים. יש להתמקד בשיתוף הפעולה עם משפחות של המאובחנים הבוגרים יותר, ועם משפחות בעלות הכנסה נמוכה.

### בהקשר לעובד הסוציאלי

- על העובד הסוציאלי לחזק את עוצמת הקשר שלו עם המאובחן ומשפחתו כדי להביא למידת יישום גבוהה יותר של החלטות הועדה.
- מומלץ לחשוף ולהכשיר מטפלים בתחום בריאות הנפש לאוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי
- יש ליידע את ההורים בנוגע לזכויותיהם לקבלת שירותים פרא-רפואיים במסגרת סל השירותים של קופות החולים, ולעזור להם למצות את זכויותיהם בתחום
- העובדים הסוציאליים צריכים להמשיך ולעבוד עם המשפחות על היכולת והצורך של אנשים עם פיגור שכלי להשתלב בשוק החופשי כך שמושג הנורמליזציה יהיה מוחשי בעבורם. בנוסף, במישור הציבורי - יש צורך להגביר את החשיפה של מעסיקים ומתנסים מקומיים לאוכלוסייה וליתרונות שבשילובה בקהילה לשני הצדדים.
- יש לעשות חשיבה מחודשת לגבי המעמסה והתקינה של עבודת העובדים הסוציאליים. עובד סוציאלי תחת מעמסה פחותה יצליח להיות בקשר עם יותר משפחות וללוות כל משפחה בצורה טובה יותר כך שיוכל לתת עדיפות גבוהה יותר ליישום ההחלטות ויותר החלטות יוכלו להיות מיושמות.

### בהקשר לרשות המקומית:

- יש להקים מרכזי תעסוקה נוספים לאנשים ברמת פיגור שכלי קשה ולספק שירותי הסעה ברשויות שאין שירות כזה.
- בכדי לעודד משפחות לשלב את בניהם ובנותיהם בפעילות פנאי יש לדאוג שהשירותים הקיימים יהיו זמינים ונגישים בעבורם ( מבחינת המרחק, הצורך בהסעה או ליווי ודרישת התשלום מהמשפחה).
- יש להוסיף למערך רצף שירותי הדיור החוץ-ביתיים מסגרות בעלות אופי דתי.



- יש להוסיף שירותים מתאימים בתחומי החינוך והתעסוקה לאוכלוסייה בעלת אבחנה כפולה.
- יש להרחיב את מערך השירותים לטיפול בנושאים חברתיים- מיניים.

### **בהקשר לועדת האבחון**

- על הועדה להשתדל ולהתאים את החלטותיה לתנאים הסובייקטיביים של כל משפחה, יש להתייחס לסגנון החיים ותנאים סוציו-אקונומיים.
- החלטות הועדה צריכות לכלול החלטות על תוכניות ושירותים התואמים את השירותים הקיימים ברשות המקומית. תוכנית טיפול ריאלית סבירה, עדיפה על תוכנית טיפולית לא ריאלית אופטימלית.
- מומלץ להגביר את תחושת השותפות של העובד הסוציאלי בעבודת הועדה
- להרחיב את השירותים הפרא-רפואיים בסל השירותים של קופות החולים מעבר לגיל 18, דבר המצריך שינוי חקיקה בנושא.

## מבוא

בשנת 1969 חוקק חוק הסעד טיפול במפגרים. החוק נותן סמכות לפקיד הסעד להביא את עניינו של כל אדם החשוד כמתפקד ברמה של פיגור שכלי בפני ועדת אבחון שתבדוק את השתייכותו לאגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי של משרד העבודה והרווחה. ברגע שאדם הוכר באגף הוא זכאי להנות מהשירותים השונים הניתנים לאנשים עם פיגור שכלי. החוק הביא לידי מימוש את הצורך בתהליך אבחון רב - מקצועי וכוללני לאדם עם הפיגור. החוק גובש מתוך הערכה כי נושא זכויותיו וחובותיו של אדם המוגדר כמפגר הינו משפטי וגורר עימו איבוד זכויות אזרחיות ולכן נדרשת קביעה של צוות רב מקצועי שקיימים בידיו כל הכלים בכדי לקבוע בודאות על מי חל החוק ועל מי לא. החוק קובע שרק ועדת אבחון הכוללת חמישה אנשי מקצוע מתחומים שונים (עובד סוציאלי – פקיד סעד, פסיכולוג, רופא, פסיכיאטר ומחנך) שמונו ע"י השר האחראי לביצוע החוק כחברי הועדה, יוכלו לקבוע מי מאובחן כאדם עם פיגור שכלי. הועדה מוסמכת עפ"י החוק לקבוע בהתאם לנתונים שהובאו לפניה ועפ"י היכרות שהיא עורכת עם המאובחן והאחראי עליו שהאדם הוא מפגר בשכלו ולזהות את דרכי הטפול המתאימות לצרכיו וליכולות שלו (חוק הסעד 1969). בעקבות החוק הוקמו בישראל מסגרות אבחון מיוחדות בכדי לאתר ולאבחן אוכלוסיה "החשודה" כבעלת פיגור שכלי ולמטרות מעקב אחרי אנשים בכל הגילאים שהוגדרו בעבר כמתפקדים ברמה של פיגור שכלי. הועדות הוקמו בשנים עשר מוקדים בארץ.

בשנים הראשונות לקיומו, נתקל החוק בקשיי תקציב ועקב כך לא ישבו הועדות במתכונת מלאה. עם התיקון לחוק הסעד בשנת 1975, שקבע כי אדם שיש ספק לגבי כשירותו המשפטית יעבור אבחון, התכנסו הועדות שוב ודנו רק במקרים שהופנו על ידי בתי המשפט. רק בשנת 1995 לאחר ביקורת קשה ממבקרת המדינה שמתחה ביקורת על אי קיום החוק, חזרו ועדות האבחון לפעול במתכונת שהוגדרה בחוק הסעד.

ועדת האבחון מתכנסת עבור כל מאובחן אחת לשלוש או חמש שנים, בהתאם לגיל המאובחן. על סמך אבחונים, דוחות סוציאליים, שיחה עם המאובחן, משפחתו, והעובד הסוציאלי של המשפחה, קובעת הועדה בפעם הראשונה את השתייכות האדם לאגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי, כמו כן נקבעות דרכי הטיפול הרצויות למאובחן. בועדות הבאות עוקבת הועדה אחר דרכי הטיפול ומשנה אותם בהתאם לצורך. החלטות הועדה מודפסות ונשלחות לעובד הסוציאלי של המשפחה בקהילה, ולמשפחה עצמה. הועדה כותבת את החלטותיה ומקטלגת אותם

## לפי תחומים :

1. תחום המגורים – האם המאובחן זקוק למסגרת חוץ ביתית או לא.
2. תחום שעות הפנאי – האם יש לשלב את המאובחן במסגרת מועדונית אחה"צ.
3. תחום רפואי – האם זקוק למעקב רפואי כלשהו ובאיזה תחום.
4. תחום פרא-רפואי- האם זקוק לריפוי בעיסוק, קלינאי תקשורת, פיזיותרפיה.
5. תחום חינוכי – האם זכאי למסגרת חינוך של יום לימודים ארוך הממומנת ע"י השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי.
6. תחום משפחתי- ליווי המשפחה על ידי העובד הסוציאלי
7. תחום חברתי - האם יש צורך בטיפול מיני – חברתי. התערבות בתחום המיני משמעותה מתן היתר לאדם עם הפיגור להיות ככל אדם בעל זהות מינית, דחפים מיניים והתנהגויות מיניות. כאשר קיימות התנהגויות בלתי מסתגלות, המקשות על תפקודו של האדם בעל הפיגור השכלי בסביבתו הטבעית כמו פנייה לאנשים זרים, שוטטות או התערטלות בפומבי נעשית פניה להתערבות וטיפול בתחום זה.
8. תחום תעסוקתי – האם יש לשלב את המאובחן בתעסוקה מוגנת, חצי מוגנת או בשוק החופשי.
9. תחום רגשי – נפשי – האם המשפחה זקוקה לליווי של עובד סוציאלי, והאם המאובחן זקוק למעקב פסיכיאטרי.
10. תחום אפוטרופסות – כאשר המאובחן מעל גיל 18, נקבעת נזקקותו לאפוטרופוס על גופו ורכושו ויכולתו להביע דעה בעניין המיני.

כפי האמור לעיל, מטרתן של ועדות האבחון להחליט האם האדם אכן מתפקד ברמה של פיגור שכלי ובמידה שכן, להציע דרכי טפול עבורו. המחוקק נתן לוועדת האבחון הרשאה רחבה לגבי זכויותיו וחובותיו של הפרט עם הפיגור השכלי וסביבתו. האבחנות המתקבלות אמורות גם לשמש בסיס לפיתוח שירותים ואמצעים טיפוליים לאדם עם הפיגור השכלי (עמינדב 1998). עם זאת, טוען שניט (1998), אין בישראל תשתית חקיקה המסדירה את זכויותיהם וחובותיהם של אנשים עם פיגור שכלי. מקריאה מעמיקה של חוק הסעד טיפול במפגרים – תשי"ט עולה הפער בין המטרות המוצהרות לבין המטרות המוגשמות. הוראות החוק מעניקות סמכויות רחבות לפקדי הסעד ולוועדת האבחון בכל הקשור לאיתורם ולאבחונם של אנשים עם פיגור הנזקקים לטיפול, ולהתוויית תוכנית טיפול מותאמת לצרכיו המיוחדים של המאובחן, מאידך אין בחוק ובתקנותיו שום ביטוי ישיר או עקיף לזכויות מוגדרות של

אנשים עם פיגור לקבלת שירותים טיפוליים מסוג שנקבע או בהיקף שהוגדר. ההסדר החוקי מעניק לרשויות המוסמכות את הכוח והיכולת להתערב ולהבטיח אבחון וטיפול עפ"י שיקול דעתם המקצועי אולם אין בחוק הוראה כלשהי המחייבת את הרשויות המוסמכות הללו להעניק טיפול מסוים בהתמלא תנאים מוגדרים שהוגדרו בחוק – למשל לדאוג שהחלטות ועדת האבחון תיושמה, או לספק את השירותים שועדות האבחון החליטו עליהן (שניט, 1998).

משאבים רבים מושקעים בתהליך האבחון ובקבלת ההחלטות לדרכי טיפול. ברם, עד היום לא נבדקה מידת יישום ההחלטות שהתקבלו בוועדה והגורמים המשפיעים על היישום. לאור המגבלות החוקיות של סיפוק השירותים לאוכלוסייה בעלת צרכים מיוחדים (שניט, 1998), יש חשיבות רבה בבדיקת מידת יישום החלטות הוועדה ומהם, אם בכלל, מוקדי הקושי ביישום אותן החלטות כדי לנסות ולהגדיר את מוקדי הבעיה ועל ידי כך לאפשר מציאת פתרונות במסגרת השירותים הקיימים. חשיבות המחקר נעוצה בכך שטרם נערך מחקר כזה במהלך שנות פעילות ועדות האבחון במתכונתן הנוכחית, והבנת מוקדי הקושי תוכל לתרום לייעול עבודת העובדים הסוציאליים בבואם ליישם את החלטות הוועדה.

זהו מחקר גישוש ראשון שנועד לבדוק את מידת יישום החלטות ועדת האבחון של השירות לטיפול באדם עם פיגור שכלי בכלל ובכל תחום החלטה בנפרד. כמו כן היו מטרת המחקר לאתר את הסיבות המקשות על יישום ההחלטות ואת המאפיינים של המאובחן ומשפחתו ושל העובד הסוציאלי הקשורים ל מידת יישום אותן ההחלטות. בנוסף נבדק קיומם של שירותים בקהילה הנחוצים לצורך יישום החלטות הוועדה.

## סקירה ספרותית

מספר משתנים הוגדרו כעשויים להיות קשורים למידת יישום החלטות ועדת האבחון: מאפייני המחלקה לשירותים חברתיים (לדוגמה: משרת עובד סוציאלי בתפקיד של מרכז נושא פיגור) מאפייני העובד הסוציאלי (כגון: ותק בעבודה, התמחות, נוכחות בועדה), ומאפייני המאובחן ומשפחתו (מין, גיל, רמת פיגור, שיתוף פעולה).

מחקר זה בדק האם וכיצד קשורים משתנים אלו במידת יישום החלטות ועדות האבחון.

### 1. מאפיינים מקצועיים של העובד הסוציאלי

בספרות המקצועית מוזכרים משתנים הקשורים לאופן עבודתו של העובד הסוציאלי ואשר עשויים להיות קשורים במידת יישום החלטות ועדת האבחון.

#### 1.1 עמימות התפקיד

מחקרים הראו כי להגדרת התפקיד ומידת עמימותו יש השפעה על מחויבותו של העובד הסוציאלי לביצוע מטלותיו והרגשת אחריותו בתפקיד אותו הוא מבצע (Schwab & Iwanicki, 1982; Ford, & Murphy, & Edwards, 1983). עמימות תפקיד הוגדרה ע"י צ'רניס (1980), כתחושות של ערפול וחוסר ודאות בקרב עובדים לגבי הציפיות מהם במסגרת תפקידם. במחקרים נמצא כי עמימות התפקיד קשורה בצורה ישירה לתפקודי העובד. ככל שעמימות התפקיד גדלה, תפקודי העובד נמוכים יותר. ממצא זה מוסבר בכך שהעובד אינו יכול להגדיר לעצמו את הציפיות ממנו ולכן לא יבצע מטלות באמתלה שאינן כרוכות בהגדרת תפקידו (Schwab & Iwanicki, 1982; Ford et al., 1983).

כאשר במחלקה לשירותים חברתיים מוגדר תפקיד של עובד האחראי לטיפול באנשים עם פיגור שכלי ובני משפחותיהם יש לשער שיישום החלטות ועדת האבחון יעשה במידה רבה יותר, מאחר והזמן של העובד הסוציאלי מוקדש רק לטיפול באנשים עם נכות זו, ומאחר והוא מיומן יותר לעסוק בתחום זה. בהקשר לכך, חשוב להבהיר כי לא בכל הלשכות לשירותים חברתיים יש עובד סוציאלי שתחום התמחותו הוא עבודה עם אנשים עם פיגור שכלי והוא מטפל רק בהם. גם כשיש עובד סוציאלי שתחום עיסוקו הוא אנשים עם פיגור שכלי קיים שוני בתפיסת תפקידו. ישנן מחלקות לשירותים חברתיים בהן אותו עובד מטפל בכל הצרכים והבעיות של אותה משפחה, קרי טיפול בבעיות הנובעות גם מתחומים שאינם קשורים באדם עם הפיגור עצמו (לדוג' בעיות כלכליות, אלימות במשפחה). כפל תפקידים זה עלול ליצור אצל העובד הסוציאלי עמימות בהגדרת תפקידו שכן מעצם הגדרת תפקידו הוא אמור לטפל בבעיות הנובעות מהימצאותו של בן משפחה עם פיגור שכלי במשפחה, ומאידך, בני המשפחה לוחצים שיטפל גם בבעיותיהם

האחרות. עובד סוציאלי שתיאור וציפיות תפקידו ברורות יותר ומכוונות כלפי טיפול באנשים עם פיגור שכלי יש לשער שיישם במידה רבה יותר את החלטות הועדה.

### **1.2 התמחות בתפקיד**

התמחות בתפקיד, ומיומנויות מקצועיות קשורים לתפקוד טוב יותר של העובד הסוציאלי (Mattison, 2000). סביר לשער על כן, כי עובד סוציאלי אשר עבר השתלמות או קורס בטיפול באדם עם פיגור שכלי ומשפחתו, יישם במידה רבה יותר את החלטות ועדת האבחון שכן יש בידיו יותר כלים לפעול לצורך יישום ההחלטות.

### **1.3 גורם הזמן: עומס עבודה**

עומס בעבודה מוגדר ע"י ארליך (1994) כדרישות רבות או מופרזות יחסית למשאביו של הפרט. בעבודה במחלקה לשירותים חברתיים ניתן למדוד עומס באמצעות מספר התיקים הנמצאים בטיפולו של כל עובד ביחס לאחוז משרתו. ככל שעומס העבודה גדול יותר כך גוברת הנטיה לשחיקה בקרב אנשי מקצוע (Cherniss, 1980). ולכן נצפה כי עובד עמוס יותר, יטה פחות ליישם את החלטות ועדות האבחון. שרידן (1988) התייחסה לעומס העבודה ונתנה דעתה ללחצים שבהם נתונים העובדים המונעים מהם לקיים סדר קדימויות בעבודה, העניינים דינמיים ומשתנים כל הזמן, בנוסף שטף העבודה אינו ניתן לחיזוי מראש, ולעיתים משימה הנראית כקלה לביצוע אורכת זמן רב מהמצופה. מכאן כי כל עובד סוציאלי שוקל בדעתו את כמות הזמן הדרושה למשימה ביחס למשימות נוספות אותן עליו לבצע וקובע לעצמו קדימויות במשימות השונות. לאור העומס הרב בו נתונים העובדים הסוציאליים (שרידן, 1988; Mattison, 2000). ניתן לשער כי יישום החלטות הועדה יהיה קשור למידת ההשקעה שעל העובד הסוציאלי להשקיע בבואו ליישם החלטה בתחום מסויים, כלומר, החלטות בתחומים בהם היישום דורש השקעת זמן מעטה ייושמו במידה רבה יותר מאשר החלטות בתחומים בהם היישום דורש השקעת זמן מרובה.

### **1.4 ותק וניסיון בעבודה**

ותק בעבודה הוא משך שירותו של העובד בארגון. ותק ארוך יותר עשוי להיות קשור ביותר הצלחה בעבודה משום שלעובד אפשרות לבחור תגובות מתוך מגוון גדול יותר של אפשרויות בהן התנסה (מילר, 1983). במחקרים בתחום ההוראה נמצא כי ותק ארוך יותר והתנסויות רבות יותר מספקים למורים אסטרטגיות יעילות יותר של פתרון בעיות ומאפשר להם להתמודד ביתר קלות עם בעיות המתעוררות במהלך ההוראה (גלצר, 1988; צ"י ואחרים, 1981). כמו כן נמצא כי מורים מנוסים מציבים לעצמם מטרות ריאליות יותר ומצליחים בהשגתן יותר ממורים מתחילים (אלמוזלינו, 1996). במחקרה של פת אל (1999) נמצא קשר חיובי בין ותק המורה לבין גורמים המשפיעים על מתן ציון בבחינה, כך שככל שוותק המורה היה רב יותר הציון שנתן היה מושפע פחות מסדר הבדיקה ומעייפות המורה. ניתן לשער על

כן, כי ותק העובד הסוציאלי יהיה קשור בצורה חיובית במידת יישום החלטות ועדת האבחון. ככל שותק העובד הסוציאלי גבוה יותר מידת יישום החלטות הועדה תהיה גבוהה יותר.

### **1.5 שחיקה**

שורשיו של המושג שחיקה נטועים בשדה המחקר הפסיכולוגי בתחומי לחץ תעסוקתי, והמוטיבציה בחיי עבודה (Freudenberger, 1977; Maslach, 1976). הוא נועד לתאר מצב של התדלדלות משאביו האנרגטיים של הפרט (Shirom, 1989). רוב מחקרי השחיקה התמקדו באוכלוסיית העובדים העוסקים במקצועות הסיעוד, הרווחה והבריאות, כיוון שהעוסקים בהם חשופים ללחצים רגשיים עקב המגע הישיר והממושך עם ציבור לקוחות רב בעיות. ממחקרים אלו ניתן ללמוד על השפעותיה של השחיקה ודרך ביטוייה השונים: את מקומם של המרץ והמוטיבציה מחליפה תחושת שיגרה- המלווה בציניות ובולזול, ובמקום גישה מקצועית של מחויבות אחריות ורצינות – מתפתחת בהדרגה התייחסות מסוייגת ומרוחקת. בנוסף מתבטאת השחיקה בהימנעות מיצירת קשר טיפולי עם הלקוחות, ביחס של ניכור ואטימות, בהתכחשות למטלות התפקיד ובירידה בכושר העבודה (קרוא, 1990; Cherniss, 1980; Freudenberger, 1980; Maslach & Jackson, 1984; Pines et al, Delay, 1979; Farber, 1983; 1981). ניתן לשער על כן, כי רמה גבוהה של שחיקה אצל העובד הסוציאלי תהיה קשורה ביישום ברמה נמוכה יותר של החלטות ועדת האבחון.

### **1.6 השתתפות העובד הסוציאלי בקבלת החלטות בצוות רב מקצועי**

בועדת האבחון יושבים אנשי מקצוע מתחומים שונים, ולפני קבלת ההחלטה הסופית משתפים בתהליך את העובד הסוציאלי של המשפחה ואת משפחת האדם עם הפיגור (בד"כ ההורים), ולכן ניתן לראות בהחלטת ועדת האבחון החלטה של צוות רב מקצועי. (מדן, 1986, קוזי 1993; Abramson, 1984). החלטות צריכות לא רק להתקבל אלא גם להיות מיושמות. נמצא שאנשים שהיו מעורבים בתהליך קבלת ההחלטה מונעים יותר ליישמה (Abramson, 1984; Hare, 1976; Kerr, Lintos, 1994). מכאן ניתן לשער כי עובדים סוציאליים שהיו נוכחים בועדת האבחון יהיו מונעים ומחוייבים יותר ליישם את ההחלטות מעובדים אשר לא נכחו בועדה.

### **1.7 מעורבות בעבודה**

מחקרים בדקו את השפעת המעורבות בעבודה על ביצועי העובדים. מרבית המחקרים בנושא זה נעשו בתחום הארגוני, והשתמשו במושגים מעורבות בעבודה ומחויבות רגשית לארגון כמושגים המתארים מצב קוגניטיבי ורגשי זהה (אילני 1999: בן ארצי, 1998). במחקר זה אשתמש במושג מעורבות בעבודה.

מעורבות בעבודה מוגדרת כקשר רגשי או אמוציונלי לארגון, כך שהיחיד שמעורב באופן חזק מזדהה עם הארגון, נאמן לו ונהנה מהחברות בו (Buchanan, 1974 בתוך בן ארצי, 1998). כמו כן, נכללים במושג מעורבות בעבודה גם היבטים עמדתיים והתנהגותיים כמו: נחישות, התמדה ונכונותו של הפרט להתאמץ למען הארגון "מעל ומעבר" (Porter, Mowday & Steers, 1982, בתוך בן ארצי, 1998) Kanungo (1982), פיתח הגדרה ממוקדת יותר, המתייחסת למשמעות המרכזית של המשתנה ולפיה מעורבות בעבודה מתארת מצב קוגניטיבי של הזדהות עם העבודה. תפיסת העבודה כבעלת הפוטנציאל העיקרי לסיפוק צרכיו הפסיכולוגיים והמוטיבציוניים של הפרט (הצורך בצמיחה, בהערכה עצמית וכו') מובילה להזדהות. ההתייחסות למעורבות בעבודה כאל קשר בין הביצוע לבין ההערכה עצמית מתארת את ההשפעה שיש לעבודה הן על המימד ההתנהגותי, כלומר הביצוע בעבודה והן על המימד ההערכתי המתפתח מהתנהגות זו. נמצא כי הגברת המעורבות בעבודה מובילה לעליה ביעילות ובתוצר הארגוני (Brown, 1996 בתוך בן ארצי, 1998). כמו כן, נמצא קשר חיובי בין מעורבות בעבודה לבין דירוגי ביצוע של מנהלים (Mayer et al, 1989). ממצא זה דווח גם על ידי Allen & Smith (1987), שבדקו דיווחים עצמיים של עובדים לגבי רמות הביצוע והמוטיבציה שלהם בתפקיד. לכן ניתן לשער כי עובדים סוציאליים בעלי מעורבות גבוהה בעבודה, יפעלו לשם ביצוע טוב ומקיף יותר של עבודתם. לאור האמור לעיל, נצפה כי ככל שהמעורבות בעבודה תהיה גבוהה יותר יישום ההחלטות יהיה גבוה יותר.



## 2. מאפיינים דמוגרפיים ואישיים של המאובחן ומשפחתו :

בספרות המקצועית ניתן למצוא משתנים דמוגרפים ואישיים של האדם עם הפיגור ומשפחתו העשויים להשפיע על מידת יישום החלטות ועדת האבחון.

### 2.1 גיל המאובחן

גיל המאובחן עשוי להיות קשור באופן עקיף למידת יישום החלטות. בשל האחריות ההורית הגבוהה יותר כלפי ילדים צעירים נמצא כי הורים לילדים צעירים יותר משתפים פעולה בצורה טובה יותר עם אנשי מקצוע וממלאים בצורה טובה יותר את המלצותיהם (Davis, 1966; סתיו, 1982). שיתוף פעולה מצד ההורים ומילוי מלא יותר של המלצות אנשי המקצוע עשויים להיות גורם תומך בהחלטת אנשי המקצוע ליישם ולהקל על יישום החלטות ועדת האבחון.

### 2.2 מעמד סוציו אקונומי של משפחת המאובחן

במחקרה של נתיב (1992), נמצא כי באוכלוסייה מהמעמד הסוציו אקונומי הנמוך נמצא שיעור נמוך של שיתוף פעולה בטיפול. במחקרים נוספים נמצא כי מעמד הסוציו – אקונומי של מטופלים משפיע על אבחנות המטפל ועל תהליך קבלת החלטות לגבי המטופל: לינדסי (1991) מצאה כי למצבה הסוציו-אקונומי של המשפחה השפעה על קבלת החלטה להוציא ילד מהבית. ככל שהמצב הסוציו-אקונומי נמוך יותר התקבלה ההחלטה להוצאה מהבית בצורה מהירה יותר. במחקר אחר ( Holden, Cuzz, Grob, & Bazer, 1995) נמצאה קורלציה בין מצב כלכלי של חולה המאושפז בבית חולים לבין מהירות התכנון ויישום תוכנית טיפול עבורו. ככל שהמצב הסוציו-אקונומי של המאושפז היה נמוך יותר תוכנה ויושמה עבורו תוכנית טיפול בזמן קצר יותר. בניגוד לממצאים אלו נמצא במחקרו של פרנקלין (1985), כי דוקא מטופלים ממעמד סוציו אקונומי גבוה יותר נתפסו על ידי העובדים הסוציאליים כבעלי יכולת לשיתוף פעולה טובה יותר ועל כן נתנה להם העדפה בטיפול. למרות חוסר תמימות הדעים בהקשר לסוג התלות שבין המצב הסוציואקונומי של המשפחה ויישום תוכנית טיפול עבורה, תבחן השפעתו של המעמד הסוציו אקונומי של המאובחן ומשפחתו על מידת יישום החלטות ועדת האבחון.

### 2.3 משתנים דמוגרפיים של המשפחה

ממחקרים שנערכו בקרב משפחות בהן אדם עם פיגור שכלי עולה כי מאפיינים משפחתיים כמו גיל ההורים, הימצאותם של עוד אחים הנוטלים חלק בטיפול, ותחושת עומס של המטפל העיקרי קשורים בשימוש בשירותים קהילתיים (Engelhardt, Brubaker, & Lutzer, 1988; Smith, 1997). שימוש גבוה יותר בשירותים קהילתיים וחלוקת המעמסה הטיפולית בין יותר מטפלים עשויים לסייע ליישום טוב יותר של תוכנית טיפול, ולכן ניתן לשער שמשתנים אלו ימצאו קשורים למידת יישום החלטות ועדת האבחון.

## מטרות המחקר

### מטרה 1 :

לבדוק את מידת יישום החלטות ועדת האבחון בכלל ובכל תחום החלטה בנפרד

### מטרה 2:

לאתר את הסיבות הקשורות לאי יישום החלטות ועדת האבחון

### מטרה 3:

לאתר את המאפיינים של המאובחן, משפחתו ושל העובד הסוציאלי הקשורים לאופן יישום החלטות.

### מטרה 4:

בדיקת קיומם של שירותים בקהילה הנחוצים לצורך יישום החלטות הועדה בתחומים השונים.

### שאלות המחקר :

1. מהי מידת יישום החלטות ועדת האבחון בכלל ולפי תחומי החלטה (איזה אחוז מההחלטות יושמו על ידי העובדים הסוציאליים).

2. האם קיים קשר בין מאפייני המאובחן ומשפחתו לבין מידת יישום החלטות של ועדת האבחון?

בהקשר לשאלה זו שוערו ההשערות הבאות :

#### השערה מס. 1 :

קיים קשר חיובי בין גיל המאובחן לבין מידת אי יישום החלטות. דהיינו, ככל שגיל המאובחן צעיר יותר מידת אי יישום החלטות תהיה נמוכה יותר.

#### השערה מס. 2 :

קיים קשר חיובי בין תכיפות הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי ועוצמתו לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות.

#### השערה מס. 3:

קיים קשר חיובי בין הכנסות המשפחה לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות.

#### השערה מס. 4 :

קיים קשר חיובי בין מצב בריאות המאובחן, רמת תפקודו, המסגרת היומית בה שוהה, השכלת הוריו ומצב בריאותם לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות.

3. האם קיים קשר בין המאפיינים המקצועיים של העובד לבין מידת יישום החלטות של ועדת האבחון?

בהקשר לשאלה זו שוערו ההשערות הבאות :

#### **השערה מס. 5 :**

קיים קשר חיובי בין ותק ועמימות התפקיד לבין מידת יישום החלטות הועדה.

#### **השערה מס. 6 :**

קיים קשר חיובי בין תחושת שותפות של העובד הסוציאלי בהחלטות המתקבלות על ידי הועדה לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות.

#### **השערה מס. 7 :**

קיים קשר שלילי בין עומס בעבודה, שחיקה ותדירות הקשר עם המשפחה לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות.

**משתני המחקר :**

#### **משתנה תלוי :**

מידת היישום המלא – מספר ההחלטות שיושמו באופן מלא לגבי כל מאובחן.  
מידת האי יישום - מספר ההחלטות שלא יושמו לגבי כל מאובחן.

#### **משתנים בלתי תלויים :**

##### **א. מאפיינים מקצועיים של העובד הסוציאלי**

רמת השחיקה של העובד הסוציאלי

תחושת עומס אובייקטיבית של העובד הסוציאלי

עמימות תפקידו של העובד הסוציאלי.

מעורבות בעבודה של העובד הסוציאלי.

ותק של העובד הסוציאלי במקצוע, בעבודה בשירותים חברתיים ובעבודה בתחום הפיגור

השתלמות/ קורס בטיפול באנשים עם פיגור ובני משפחותיהם שעבר/ לא עבר העובד .

מס' התיקים בטיפולו של העובד הסוציאלי (תחושת עומס סובייקטיבית)

נוכחות/ אי נוכחות של העובד הסוציאלי בוועדת האבחון.

תחושת השותפות של העובד הסוציאלי בקבלת החלטות בוועדה

##### **ב. מאפיינים דמוגרפיים של המאובחן ומשפחתו**

**מאפייני המאובחן;** גיל, רמת תפקודו, המסגרת היומית בה שוהה, מצב בריאות

**מאפייני המשפחה;** גיל ההורים, מצב הבריאות של ההורים, רמת ההשכלה, רמת ההכנסה, תכיפות

ואופי הקשר עם העובד הסוציאלי.

## שיטה

### הנבדקים

נכללו במחקר 90 מאובחנים בועדות האבחון, המתגוררים ב-7 רשויות מקומיות ממרכז הארץ. המאובחנים עברו ועדת אבחון בין שנת 2000 לשנת 2002. כל המאובחנים גרו בעת האבחון בבית ההורים (ראה לוח מס. 5 בפרק הנספחים המתאר את אפיוני הורי המאובחנים). לוח מס. 1 מתאר את מאפייני המאובחנים שהשתתפו במחקר. כפי שניתן לראות בלוח מס. 1 הגיל הממוצע של המאובחנים הוא 21 (נע בין 3 ל-51) ומחציתם במצב בריאות טוב. שלושים ושניים אחוז מהנבדקים אובחנו בועדה כמתפקדים ברמת פיגור שכלי בינונית וכרבע מהנבדקים (25.6%) אובחנו כמתפקדים ברמת פיגור שכלי קל. מחצית מהנבדקים (50%) שהו במסגרת חינוכית בעת עריכת הועדה, וכ-16% מהם שהו במסגרת מע"ש.

### לוח מס' 1: מאפייני המאובחנים

שכיחות או מאפיין סטטיסטי אחר		מאפיינים
%	N	
	M=21, SD=12.03	גיל
	טווח : 3-51	
		<b><u>רמת פיגור שכלי :</u></b>
25.6	23	*פיגור קל
16.7	15	*פיגור קל בינוני
32.2	29	*פיגור בינוני
8.9	8	*פיגור בינוני נמוך
5.6	5.6	*פיגור קשה
1	1.1	*פיגור עמוק
9	10	*לא נקבע

<u>%</u>	<u>N</u>	<u>מסגרת יום בה שוהה המאובחן:</u>
50	45	* חינוכית
15.6	14	* מע"ש
13.3	12	* תעסוקה שונה ממע"ש
8.9	8	* מסגרת חוץ ביתית
12.2	11	* בבית
<u>%</u>	<u>N</u>	<u>מצב בריאות המאובחן:</u>
52.2	47	* טוב
23.3	21	* מטופל תרופתית
24.4	22	* במעקב רפואי

### תהליך הדגימה

היות וזהו מחקר גישוש ראשוני בנושא, נערכה דגימה מכוונת של רשויות בהן קיימת תשתית רחבה של שירותים. לפיכך, נדגמו בדגימה מכוונת בלתי הסתברותית 7 מחלקות לשירותים חברתיים ברשויות מקומיות במרכז הארץ המפנות לאבחון אנשים עם פיגור שכלי. מספר המאובחנים שנדגמו נקבע בהתאם למספר העובדים הסוציאליים העובדים עם אנשים עם פיגור שכלי ומשפחותיהם באותן רשויות מקומיות ובהתחשב במספר הסביר של שאלונים שכל עובד סוציאלי יוכל למלא. כדי לשמור על סודיות המאובחנים, נעשתה הדגימה ע"י המרכז לאבחון וקידום. למרכז לאבחון וקידום הועברו שמות העובדים הסוציאליים הרלוונטיים בכל רשות המקומית, ולפי שם העובד נדגמו 3-4 מאובחנים, שעברו ועדת אבחון בין השנים 2000-2002, לכל עובד סוציאלי. בסופו של תהליך הדגימה נדגמו לצורך המחקר 150 מאובחנים מתוך כ- 1700 מאובחנים שעברו ועדות אבחון בשנים 2000-2002 והמתגוררים בבית ההורים ברשויות (הנתון נמסר ע"י אבנר אחדות אחראי על מערכת האבחון). בשש מתוך שבע הרשויות שנדגמו ענו על השאלונים כל העובדים הסוציאליים העוסקים בנושא פיגור שכלי במחלקה לשירותים חברתיים, כלומר 100% מאוכלוסיית העובדים הסוציאליים המטפלים באנשים עם פיגור שכלי באותה רשות. 28 עובדים סוציאליים (מתוך 30 עובדים אליהם נשלחו שאלונים למילוי) השתתפו במחקר. מתוך 150 שאלונים שנשלחו חזרו שאלונים שהתייחסו ל- 90 מאובחנים (60% מענה). אחת הסיבות לאי החזרת השאלונים היתה שמספר מאובחנים שעלו במדגם התגוררו במסגרת חוץ ביתית, ועל כן לא מולאו לגביהם שאלונים.

## כלי המחקר

השאלון נבנה במיוחד לצורך מחקר זה, ומורכב מהחלקים הבאים :

### 1. שאלון פרטים דמוגרפיים ומקצועיים אודות העובד הסוציאלי: שאלות כגון: משך הזמן בו

עובד בתפקיד, הותק במקצוע העבודה הסוציאלית, או האם יש לו מומחיות בתחום הפיגור השכלי, היקף המשרה בה עובד ומספר המשפחות שבטיפולו.

### 2. שאלון שחיקה (שאלה מס' 14 בשאלון לעו"ס): נעשה שימוש בגרסה החדשה של Maslach

(1986) לבדיקת השחיקה בקרב מדגמים כלליים (בכנר, 1998). כלי זה תורגם לעברית על ידי פרופ' עזיון (1988) מהחוג לניהול באוניברסיטת תל אביב, ותוקף כנגד המדד הקודם של Maslach ו- Pines & Aronson (1988) בעבודתו של בכנר (1998). שאלון השחיקה מורכב משלושה מימדים – תשישות, ציניות וחוללות מקצועית. השאלון מכיל 16 שאלות סגורות והתשובות בו ניתנות על סקלה שבין 1 (אף פעם לא) לבין 7 (כל יום). ציון גבוה בממוצע פריטי המדד מבטא שחיקה גבוהה ולהפך. להלן פירוט המימדים :

- תשישות – המידה בה העובד חש עייפות, מתח, התרוקנות נפשית ושחיקה מעבודתו. נמדד על ידי 5 פריטים (היגדים 1-4, 6). מהימנות שנמדדה במחקר הנוכחי הינה אלפא = 0.89.
  - ציניות – המידה בה העובד מפתח עמדות שליליות, ציניות ומרוחקות כלפי עבודתו. נמדד על ידי 5 פריטים (היגדים 8, 9, 13, 14, 15). מהימנות שנמדדה במחקר הינה אלפא = 0.69.
  - חוללות מקצועית – המידה בה העובד חש בטוח בתרומתו לאירגון וביכולתו להגשים את ציפיותיו ומטרותיו בעבודתו. נמדד על ידי 6 פריטים (היגדים 5, 7, 10, 11, 12, 16). במקור ציון גבוה בממוצע פריטי המדד ביטא רמת חוללות מקצועית גבוהה. על מנת להקל על פירוש התוצאות בוצע היפוך קטגוריות בנתונים הסטטיסטיים ביחס למדד זה. המהימנות שנמדדה במחקר הינה אלפא = 0.72.
- המהימנות הכללית של הכלי, על פי מקדם של קרונבך היא אלפא = 0.87. במחקר הנוכחי בוצעה בדיקת מהימנות ונמצא כי אלפא = 0.86.

### 3. שאלון עומס יתר סובייקטיבי (שאלה 13 בשאלון לעו"ס): נעשה שימוש בגרסה מקוצרת של

שאלון עומס יתר סובייקטיבי שנבנה ע"י Hatton לצורך בדיקת תגובות דחק ותוצאות טיפול של עובדים בשירותים לאנשים עם מגבלות אינטלקטואליות (ראה: Hatton, 1999). השאלון תורגם לצורך מחקר זה. השאלון מכיל 6 פריטים על פני סקלת תשובות הנעה מ- 1 (בכלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד). חישוב המדד נעשה על פי ממוצע תשובות הנבדק על פני פריטי השאלון, כאשר ציון גבוה מבטא רמת עומס סובייקטיבי גבוה ולהיפך. מהימנות המדד במחקר הנוכחי על פי מקדם אלפא של קרונבך היא: אלפא = 0.87

4. **שאלון עמימות תפקיד** (שאלה מס' 15 בשאלון לעו"ס): נעשה שימוש בגרסה המקוצרת של השאלון שבנו Rizzo, House, & Lirtzman (1970), והמופיעה במחקרה של אביעד-הייבלום (1992). הגרסה המקוצרת בה נעשה שימוש שמשה את Hatton לצורך בדיקת תגובות דחק ותוצאות טיפול של עובדים בשירותים לאנשים עם מגבלות אינטלקטואליות (ראה: Hatton, 1999). השאלון תורגם לצורך מחקר זה. השאלון מכיל 5 פריטים על פני סקלת תשובות הנעה מ-1 (בכלל לא) ועד 5 (במידה רבה מאוד). הממד מבוטא באחוזים – ככל שהאחוז גבוה יותר כך גבוהה יותר מידת העמימות התפקידית. על בסיס תוצאות השאלונים של העמימות התפקידית חושב מדד עמימות על פי ממוצע הערכות הנבדקים בפריטים השונים, כך שככל שהציון גבוה יותר מידת העמימות גבוהה יותר. במחקרם של Rizzo et al (1970), נמצאה מהימנות פנימית של אלפא = 0.81. במחקר הנוכחי בוצעה בדיקת מהימנות ונמצא כי אלפא = 0.83.

5. **שאלון מעורבות בעבודה JIQ** (שאלה מס' 16 בשאלון לעו"ס): שאלון זה חובר על ידי Kanungo (1982). הוא מכיל 10 פריטים כגון: "הדברים החשובים הקורים לי קשורים לעבודתי". התשובות האפשריות נעות לפי סולם ליקרט בן 5 דרגות מ-1 לא מסכים במידה רבה מאוד, ועד 5 – מסכים במידה רבה מאוד. בפריטים 2, 7 בוצע היפוך סולם לצורך חישוב הציונים. הציון הסופי לכל נבדק הינו ממוצע התשובות לכל עשרת הפריטים, ככל שהציון גבוה יותר מידת המעורבות בעבודה של הנבדק גבוהה יותר. השאלון תורגם לעברית במחקרה של בן ארצי (1998) בשני שלבים, בשלב ראשון תורגמו השאלות לעברית. בשלב שני ניתן השאלון לדוברי אנגלית ועברית ברמת שפת אם שתרגמו את השאלון חזרה מעברית לאנגלית. מקדם המהימנות של השאלון שדווח ע"י Kanungo (1982) היה אלפא קרוונבך = 0.87. בבדיקת מהימנות במחקר הנוכחי נמצא כי אלפא = 0.81.

חמשת השאלונים הנ"ל מולאו פעם אחת על ידי העובד הסוציאלי.

6. **שאלון בנושא החלטות ועדת האבחון:** לצורך המחקר נבנה שאלון הבודק אלו החלטות התקבלו אודות המאובחן, האם ההחלטות יושמו, ובאם החלטה לא יושמה התבקש העובד הסוציאלי לציין איזו סיבה לדעתו תרמה לאי יישום ההחלטה. במחקר הוגדרו 4 סיבות אפשריות לאי יישום החלטת ועדת האבחון: (א) חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן, (ב) השירות הנדרש לשם יישום ההחלטה אינו קיים בקהילה, (ג) השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי, (ד) מתן עדיפות נמוכה בסדר המטלות של העובד הסוציאלי.

סווג תחומי החלטות נקבע על ידי הועדה ומתייחס לתחומי התפקוד השונים של המאובחן. יש לציין כי לא לכל מאובחן מתקבלות החלטות בכל התחומים. תחומי החלטה היו:

- א. תחום המגורים: לדוגמה החלטה על העברה למסגרת חוץ ביתית
- ב. תחום החינוך: לדוגמה המלצה על מסגרת חינוכית מתאימה למאובחנים עד גיל 21.
- ג. תחום התעסוקה- לדוגמה המלצה על מסגרת תעסוקתית יומית למאובחנים מעל גיל 21.
- ד. התחום הרפואי: לדוגמה החלטות לגבי טיפולים רפואיים שונים או מעקבים רפואיים שעל המאובחן לעבור כמו מעקב קרדילולוגי, בדיקה נוירולוגית, טיפולי שיניים.
- ה. התחום הפרא – רפואי: לדוגמה החלטות על קבלת טיפולי פיזיותרפיה, ריפוי בדיבור, ריפוי בעיסוק שלהם נזקק המאובחן.
- ו. התחום הרגשי נפשי- לדוגמה נזקקות המאובחן לטיפול או מעקב פסיכיאטרי.
- ז. התחום חברתי – לדוגמה נזקקות המאובחן לטיפול מיני – חברתי כאשר קיימת חוסר הסתגלות חברתית, והתנהגות מינית לא הולמת.
- ח. תחום המשפחה- ליווי המשפחה על ידי העובד הסוציאלי, בשלבי מעבר של מעגל החיים המשפחתי או בשעת משבר. החלטה זו מחזקת את הצורך בליווי ומעקב שנעשים על ידי העובד הסוציאלי בקהילה.
- ט. תחום שעות הפנאי- לדוגמה שילוב המאובחן במועדון חברתי.
- י. אפוטרופסות – החלטה על נזקקות המאובחן לאפוטרופסות.

בנוסף התבקש העובד הסוציאלי לציין באם נכח בישיבת ועדת האבחון, וכן לענות על שאלות פתוחות (להעיר הערות) בהקשר לסיבות ולאי-לוצים שהשפיעו על אופן יישום ההחלטות ושלא נכללו בשאלון הסגור.

7. **שאלון מידע אודות המאובחן:** השאלון כלל שאלות על: גיל המאובחן, רמת תפקודו, גיל ההורים והאחים, שנות השכלת ההורים, רמת הכנסה, מצב בריאות ההורים, מידת תכיפות הקשר עם העובד הסוציאלי, ועוצמת הקשר עם העובד הסוציאלי.

שאלונים 6 ו-7 מולאו לגבי כל מאובחן שנדגמו החלטות לגביו.



8. שאלון מובנה בנושא השירותים הקיימים בקהילה. ראיונות מובנים עם שבעת מרכזי תחום הפיגור השכלי במחלקות לשירותים חברתיים שנדגמו היו מקור מידע נוסף. מטרת הראיונות הייתה לאסוף נתונים אודות השירותים הקיימים בקהילה והקשורים ליישום ההחלטות בתחומים השונים, וכן לקבל מידע נוסף על הקשיים והסיבות לאי יישום ההחלטות.

## הליך המחקר

לצורך קבלת אישור לעריכת המחקר פניתי למנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד העבודה והרווחה. עם קבלת האישור, נדגמו בדגימה מכוונת 7 רשויות מקומיות במרכז הארץ השולחות לאבחון אנשים עם פיגור שכלי. לכל מרכזות בתחום הפיגור השכלי ברשות המקומית נשלח מכתב המבקש את שתוף הפעולה שלה באסוף הנתונים. בחלק מהמקומות נערכה פגישה אישית עם מרכזות הנושא לצורך מתן הסבר על המחקר וחשיבותו לטיפול באוכלוסייה. עם קבלת הסכמת מרכז התחום להשתתפות במחקר נשלחו שאלונים לעובדים הסוציאליים ברשות. על כל אחד מהמאובחנים שנדגמו מילא העובד הסוציאלי שאלון לגבי החלטות הועדה, מידת יישום ההחלטות ופרטים דמוגרפיים אודות המאובחן ומשפחתו. כל עובד סוציאלי מילא שאלון אודות 3-5 מאובחנים. (שאלונים 6,7).

בנוסף, מילא העובד הסוציאלי שאלון שאסף פרטים אודות הכשרתו המקצועית, ושאלונים אודות תחושותיו בעבודה. כל השאלונים היו אנונימיים ושמרו על פרטיות המאובחן, משפחתו והעובד הסוציאלי המטפל במשפחה. לאחר מילויים נשלחו השאלונים ישירות אלי.

ראיונות מובנים עם מרכזי תחום הטיפול באדם עם הפיגור השכלי במחלקות לשירותים חברתיים שנדגמו נערכו על ידי במקביל לאיסוף הנתונים באמצעות השאלונים, על מנת להשלים ולהרחיב את המידע שנאסף באמצעות אותם שאלונים.

## ממצאים

### א.מידת יישום החלטות וועדת האבחון בכלל ולפי תחומי החלטה

לגבי 90 המאובחנים שנדגמו התקבלו בוועדת האבחון 574 החלטות. מתוכם יוּשְׁמוּ במלואן 314 החלטות שהם כ- 55% מכלל ההחלטות. לוח מס. 2 מציג את התפלגות ההחלטות לפי תחומי החלטה ולפי מידת יישומן. ההתייחסות אל החלטות שיושמו חלקית היא כאל החלטות שלא יוּשְׁמוּ מלא. החלטות התקבלו ב-10 תחומים כמפורט בלוח מס.2. מהלוח ניתן לראות כי בתחום הרפואי התקבלו מספר החלטות הרב ביותר (15% מסה"כ ההחלטות), ואילו בתחומים התעסוקתי והחברתי התקבלו מספר החלטות הקטן ביותר (8% מסה"כ ההחלטות). לגבי יישום ההחלטות ניתן לראות כי ב-8 מתוך 10 התחומים יוּשְׁמוּ למעלה מ- 50% מההחלטות. מידת היישום המלא הגבוהה ביותר נמצאה בתחום החינוכי (78%) והנמוכה ביותר בתחום חברתי (14%).

בתחום התעסוקתי ובתחום המגורים יוּשְׁמוּ באופן מלא 66% מההחלטות, בתחום האפוטרופסות יוּשְׁמוּ באופן מלא 63% מההחלטות ובתחום המשפחתי, הפרא-רפואי ותחום המגורים בין 50%-ל-60% מההחלטות שהתקבלו.

#### לוח מס. 2: התפלגות ההחלטות לפי תחומים ולפי מידת יישומן (n= 574)

תחום החלטה	מספר החלטות שנתקבלו	% מסך ההחלטות	מידת יישום החלטות ב-%	
			יישום מלא	לא יושם
תחום רפואי	86	15%	58%	42%
תחום משפחתי	76	13%	52%	49%
תחום מגורים	61	10%	66%	34%
תחום שעות פנאי	60	10%	43%	57%
אפוטרופסות	55	10%	64%	36%
תחום חינוכי	54	9%	78%	22%
תחום רגשי-נפשי	49	9%	31%	69%
תחום פרא רפואי	45	8%	51%	49%
תחום חברתי	44	8%	14%	86%
תחום תעסוקתי	44	8%	66%	34%

## ב. הסיבות לאי יישום החלטות ועדות האבחון

1. במחקר הוגדרו 4 סיבות אפשריות לאי יישום החלטות ועדת האבחון:

(1) חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן כסיבה לאי יישום

(2) השירות הנדרש לשם היישום ההחלטה אינו קיים בקהילה כסיבה לאי יישום

(3) השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי כסיבה לאי יישום

(4) מתן עדיפות נמוכה בסדר המטלות של העובד הסוציאלי כסיבה לאי יישום

על העובדים הסוציאליים היה לציין לגבי כל אחת מהחלטות הוועדה שלא יושמה אילו מבין

ארבעת הסיבות האפשריות גרמו לאי היישום. לוח מס. 3 מתאר את תשובות העובדים הסוציאליים לגבי

שכיחות הסיבות האפשריות לאי יישום בכל תחום בנפרד.

### לוח מס. 3: שכיחות הסיבות (באחוזים מעוגלים) לאי יישום החלטות הוועדה לפי תחומים

סה"כ N=260	אפוטרופסות N=18	חברתי N=37	פנאי N=33	רגשי נפשי N=30	משפחתי N=37	פרא רפואי N=22	רפואי N=36	תעסוקה N=15	חינוך N=12	מגורים (N=20)	
49%	55%	57%	45%	40%	38%	32%	72%	40%	25%	65%	חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן
15%		14%	27%	13%	11%	14%	6%	40%	25%	10%	השירות הנדרש לשם יישום לא קיים בקהילה
12%		5%	12%	20%	5%	32%	8%	20%	17%	15%	השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי
24%	44%	24%	15%	26%	46%	23%	14%		33%	10%	מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת מטלות העו"ס

הערה: ה- ii מציין את מספר ההחלטות שלא יושמו

מעיון בלוח מס. 3 ניתן לראות כי חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן צוין ע"י העובדים

הסוציאליים כסיבה השכיחה ביותר לאי יישום החלטות הוועדה בכל התחומים, פרט לתחום החינוכי. היא

מופיעה כסיבה לגבי 49% מההחלטות שלא יושמו. סיבה זו בולטת במיוחד לגבי התחום הרפואי, תחום המגורים, והתחום החברתי. דוגמאות שהוצגו לאי שיתוף פעולה של משפחת המאובחן ביישום החלטה בתחום המגורים היו סירוב המשפחה להשמה חוץ-ביתית בכלל כפי שהמליצה ועדת האבחון, או סירוב להשמה במסגרת הספציפית שהוצעה בעקבות המלצת ועדת האבחון. דוגמאות שהוצגו לאי שיתוף פעולה של משפחת המאובחן ביישום בתחום הרפואי היתה סירוב המשפחה לתת את הטיפול המוצע ע"י ועדת האבחון לבן/בת עם הפיגור השכלי.

מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העו"ס נמצאה כסיבה השניה מבחינת שכחותה לאי יישום ההחלטות. היא אוזכרה כסיבה לגבי 24% מכלל ההחלטות שלא יושמו. היא מופיעה כסיבה השכיחה ביותר לאי יישום בתחום המשפחתי ובתחום האפוטרופסות.

שתי הסיבות לאי יישום שאוזכרו בשכחות הנמוכה ביותר הן השירות הנדרש לשם יישום לא קיים בקהילה וכן השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי. יש לציין שהסיבה של השירותים הנדרשים ליישום ההחלטה אינם קיימים מופיעה בשכחות גבוהה בתחום התעסוקה והפנאי, והסיבה של השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי מופיעה בשכחות גבוהה בתחום הפרא-רפואי ובתחום הרגשי נפשי.

### ג. הקשר בין מאפייני המאובחן ומשפחתו למידת יישום החלטות הועדה

הממצאים בנושא זה יוצגו על פי השערות המחקר. כדי לבדוק את השערות המחקר בדבר הקשרים בין מידת יישום החלטות לבין מאפיינים של המאובחן ומשפחתו. חושבו לכל נבדק שני ציונים רציפים:

1. מידת היישום המלא – חושבה על פי מספר ההחלטות שיושמו באופן מלא. ציון גבוה יותר מצביע על יישום גבוה יותר.

2. מידת האי יישום - חושבה על פי מספר ההחלטות שלא יושמו. ציון גבוה יותר מצביע על אי יישום גבוה יותר.

כדי לבדוק את הקשרים בין המשתנים חושבו מתאמי קורלציה של פירסון.

**השערה מס. 1 :** קיים קשר חיובי בין גיל המאובחן לבין מידת אי יישום החלטות. דהיינו, ככל שגיל המאובחן צעיר יותר מידת אי יישום החלטות תהיה נמוכה יותר. ההשערה אוששה. כשגיל המאובחן עלה עלתה מידת אי יישום החלטות ( $r=.254, p<.05$ ).

**השערה מס. 2 :** קיים קשר חיובי בין תכיפות הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי ועוצמתו לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות. ההשערה אוששה. ככל שתכיפות הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי ועוצמתו הייתה גבוהה יותר מידת יישום החלטות הייתה גבוהה יותר ( $r=.289, p<.01$ ).

**השערה מס. 3:** קיים קשר חיובי בין הכנסות המשפחה לבין מידת יישום החלטות. ההשערה אוששה. ככל שהכנסת המשפחה הייתה גבוהה יותר מידת יישום החלטות הייתה גבוהה יותר.  $r=.255, p<.05$

**השערה מס. 4 :** קיים קשר חיובי בין מצב בריאות המאובחן, רמת תפקודו, המסגרת היומית בה שוהה, השכלת הוריו ומצב בריאותם לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות. השערות המחקר לגבי הקשרים שבין מצב בריאות המאובחן, רמת תפקודו, המסגרת היומית בה שוהה, השכלת הוריו ומצב בריאותם לא אוששו. לא נמצאו קשרים מובהקים בין מאפיינים אלו לבין אופן יישום החלטות הועדה.

#### ד. הקשר בין מאפייניו המקצועיים של העובד הסוציאלי למידת יישום החלטת הועדה

לוח מספר 4 מתאר את מדדי המרכז של המשתנים הבלתי תלויים הקשורים בעובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר.

שם המשתנה	ערך מינימום	ערך מקסימום	ממוצע	סטיית תקן
עומס יתר סובייקטיבי : נמדד על גבי סולם מ-1 ועד 5	1.8	4.8	2.9	0.7
שחיקה : נמדד על גבי סולם שבין 1 לבין 7 מדד כללי	1.3	4.3	2.6	0.7
תשיות	1.2	6	2.9	1.2
ציניות	1	4	1.9	0.8
חוללות מקצועית	1.5	4.6	2.9	0.8
עמימות תפקיד : נמדד על גבי סולם מ-1 ועד 5	2.2	4.8	3.9	0.5
מעורבות בעבודה : נמדד על גבי סולם מ-1 ועד 5	2.2	4	2.9	0.4

כדי לבדוק את השערות המחקר בדבר הקשרים בין מידת יישום ההחלטות לבין מאפיינים מקצועיים של העובדים הסוציאליים חושבו מתאמי קורלציה של פירסון.

#### השערה מס. 5 : קיים קשר חיובי בין ותק ועמימות התפקיד לבין מידת יישום החלטות הועדה.

ההשערות לא אוששו. לא נמצאו קשרים מובהקים בין מאפיינים אלו לבין אופן היישום של החלטות הועדה.

#### השערה מס. 6: קיים קשר חיובי בין תחושת שותפות של העובד הסוציאלי בהחלטות המתקבלות

על ידי הועדה לבין מידת יישום גבוהה יותר של החלטות. ההשערה אוששה. ככל שתחושת שותפות העובד היתה נמוכה יותר מידת אי-יישום ההחלטה היתה גבוהה יותר ( $r=.210, p<.05$ ).

**השערה מס. 7:** קיים קשר שלילי בין עומס בעבודה ושחיקה לבין מידת יישום גבוהה יותר של ההחלטות. ההשערה הופרכה. בניגוד להשערה נמצא קשר חיובי מובהק בין מספר האנשים הנמצאים בטיפול אצל העובד הסוציאלי לבין יישום מלא של ההחלטות ( $r=.234, p<.05$ ): ככל שמספר האנשים בטיפול אצל העובד הסוציאלי היה גדול יותר מידת יישום ההחלטות הייתה גבוהה יותר. מאידך, נמצא גם כי מספר האנשים בטיפולו של העובד הסוציאלי היה קשור בצורה חיובית עם תחושת העומס שחש ( $r=.239, p<.05$ ). ככל שמספר האנשים בטיפולו של העובד הסוציאלי היה גבוה יותר, תחושת העומס הייתה גבוהה יותר גם היא.

## ה. הקשר בין הסיבות לאי יישום ההחלטות ומאפייני המאובחן, משפחתו ומאפייני העובד

### הסוציאלי

בנוסף לקשרים שנבדקו לעיל, נבדקו גם הקשרים שבין הסיבות אותן ציינו העובדים הסוציאליים כמונעות יישום לבין אופן יישום ההחלטות, מאפייני המאובחן, משפחתו ומאפייני העובד הסוציאלי. לצורך כך, חושבו לכל נבדק 4 ציונים חדשים שהצביעו על שכיחות (מספר הפעמים) כל אחת מ-4 הסיבות האפשריות לאי יישום בכלל ההחלטות שהתקבלו לגביו. כך נוצרו 4 משתנים רציפים חדשים:

- 1) חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן כסיבה לאי יישום
- 2) השירות הנדרש לשם יישום ההחלטה אינו קיים בקהילה כסיבה לאי יישום
- 3) השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי כסיבה לאי יישום
- 4) מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי כסיבה לאי יישום.

ציון גבוה יותר בכל אחד מהמשתנים החדשים מצביע על הסיבה כשכיחה יותר.

### הקשר בין הסיבות שמנעו יישום ואופן היישום

כדי לבדוק את הקשר בין 4 הסיבות האפשריות לאי יישום ומידת היישום בפועל של ההחלטות חושבו מקדמי קורלציה של פירסון. מקדמי המתאם מוצגים בלוח מספר 4.

לוח מס 5: מקדמי המתאם בין הסיבות לאי יישום ואופן היישום

חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן	השירות הנדרש לשם יישום ההחלטה אינו קיים בקהילה	השירות הנדרש קיים אך אינו ניתן לאנשים עם פיגור שכלי	מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי
אי יישום	לא מובהק	.351**	.48**

\*\* P<.01

כפי שניתן לראות מלוח מס.4 נמצאו קשרים חיוביים מובהקים בין אי יישום החלטות הועדה וחוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן ( $r=0.617$ ,  $p<.01$ ), בין אי יישום לבין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי ( $r=0.48$ ,  $p<.01$ ) ובין אי יישום ההחלטות לבין



השירות הנדרש קיים אך לא ניתן שירות לאנשים עם פיגור שכלי (  $r=.351$   $p<.01$  ). ככל שכל אחת מהסיבות הייתה שכיחה יותר מידת אי היישום הייתה גבוהה יותר.

### ה.1. הקשר בין חוסר שיתוף פעולה של משפחת המאובחן לבין המאפיינים הדמוגרפיים של

#### המאובחן ומשפחתו :

כדי לבדוק את הקשרים בין מאפייני המאובחן ומשפחתו לבין חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן כסיבה לאי יישום החלטות הועדה חושבו מתאמי קורלאציה של פירסון. נמצאו הקשרים הבאים :

- נמצא קשר חיובי מובהק בין גיל המאובחן לבין חוסר שיתוף פעולה של המשפחה כסיבה לאי יישום ההחלטות ( $r=.313$ ,  $P<.01$ ). ככל שגיל המאובחן היה גבוה יותר הסיבה הזו לאי יישום הייתה שכיחה יותר.
- נמצא קשר חיובי מובהק בין חוסר שיתוף פעולה מצד המשפחה כמונע את יישום החלטה ובין עוצמת הקשר שיש למשפחה עם העובד הסוציאלי ( $r=.283$ ,  $p<.05$ ). ככל שהקשר בין העובד הסוציאלי והמשפחה פחות תכוף ופחות הדוק, כך חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן צוינה כסיבה שכיחה יותר לאי יישום החלטות.
- רמת תפקודו של המאובחן, המסגרת בה שוהה, מצב בריאותו ובריאות הוריו, השכלת ההורים, הכנסת המשפחה ומספר הנפשות במשפחה לא נמצאו קשורים לחוסר שיתוף פעולה מצד המשפחה כסיבה לאי יישום החלטת הועדה.

## ה.2. הקשר בין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת מטלות העובד הסוציאלי לבין מאפייני

### העובד הסוציאלי

כדי לבדוק את הקשר בין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי כסיבה לאי יישום החלטות הועדה לבין מאפייני העובד הסוציאלי חושבו מתאמי קורלציה של פירסון. נמצאו הקשרים הבאים:

- נמצא קשר מובהק בין עוצמת הקשר של העובד הסוציאלי עם המאובחן ומשפחתו לבין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטות במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי כסיבה לאי יישום ההחלטות ( $r = .217$ ,  $p < .05$ ). ככל שסיבה זו הייתה שכיחה יותר, עוצמת הקשר עם המשפחה הייתה חלשה יותר.
- נמצא קשר חיובי מובהק בפקטור הצניעות במדד השחיקה ( $r = .232$ ,  $p < .05$ ). ככל שהעובד פיתח עמדות שליליות ומרוחקות יותר כלפי עבודתו, כך הסיבה של מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה הייתה שכיחה יותר.
- נמצא קשר שלילי מובהק בין היקף המשרה של העובד הסוציאלי ואי יישום החלטות הועדה ( $r = -.21$ ,  $p < .05$ ). ככל שהיקף משרתו של העובד הסוציאלי היתה גדולה יותר, מידת אי היישום הייתה נמוכה יותר.
- לא נמצאו קשרים מובהקים בין הותק, עומס עבודה, שחיקה, עמימות התפקיד, מעורבות בעבודה ונוכחות בועדת האבחון של העובד הסוציאלי לבין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת המטלות של העובד הסוציאלי.

## ו. ממצאים מראיונות עם מרכזי תחום הפיגור במחלקות לשירותים חברתיים ומהערות

### של העובדים הסוציאליים על גבי השאלונים

ראיונות עם מרכזי תחום הפיגור במחלקות לשירותים חברתיים והערות העובדים הסוציאליים בגוף השאלונים היוו מקור מידע נוסף לממצאים שהוצגו עד כה והרלוונטיים למידת יישום ההחלטות בתחומים השונים. הממצאים יוצגו בהתאם לתחומי החלטות הועדה בתחומים השונים:

#### 1.1 בתחום התעסוקה:

- פרויקטים של הביטוח הלאומי לשילוב אנשים עם מוגבלויות בשוק החופשי קיימים ב- 90% מהרשויות שנדגמו.
- מרכזי תעסוקה מוגנים לאנשים ברמת פיגור קל, בינוני (מע"ש) קיימים ב- 90% מהרשויות שנבדקו.
- ברשויות בהן לא קיימים השירותים המוזכרים יש הסעה לרשות סמוכה.
- מאידך, תחום התעסוקה לאנשים ברמת פיגור בינוני וקשה לוקה בחסר. רק ב- 75% מהרשויות שנדגמו יש שירותי תעסוקה מתאימים לאוכלוסיה זו, ובמקומות שאין שירותים כגון אלו, הרשות לא מספקת הסעה לרשות סמוכה בה השירות קיים.

#### 2.1 בתחום המגורים:

- מספר המסגרות לדיור חוץ ביתי בעלות אופי דתי וחרדי מועט. כתוצאה מכך משפחות דתיות אינן מוכנות בחלק מהמקרים להוציא את בנם/בתם למסגרת חוץ ביתית שאינה דתית וכך נשארות ללא מענה והחלטת הועדה בתחום זה לא מיושמת.

#### 3.1 בתחום החינוך:

- יום לימודים ארוך: בכל הרשויות שנבדקו קיימת מסגרת יום לימודים ארוך לאנשים עם פיגור שכלי בינוני, ו ב- 65% מהרשויות קיימת מסגרת כזו גם לבעלי רמת פיגור בינוני – קשה.
- ברשויות שלא קיימת מסגרת זו ניתנה הסעה לרשות סמוכה.
- לפי הוראות התע"ס יש צורך בהשתתפות ההורים במימון פעילות יום לימודים ארוך מסוג טיפולי (בנוסף לתשלום שניתן ע"י המחלקה לשירותים חברתיים).
- ברשויות בהן ההורים אכן משתתפים במימון נוסף של פעילות יום לימודים ארוך, השירות מופעל בצורה טובה יותר והתוכניות המופעלות בו טובות יותר. כאשר אין השתתפות הורים, התקציב שניתן על ידי משרד הרווחה לצורך זה מוצא ברובו על משכורות לאנשי טיפול ופחות על חוגים ופעילויות העשרה.

- לגבי מאובחנים בעלי אבחנה כפולה (כגון פיגור שכלי וגם בעיות נפשיות), יש קושי בתחום החינוך. מסגרות החינוך המיוחד הקיימות לא תמיד קולטות אוכלוסייה זו.

#### 4.1 בתחום הרגשי נפשי :

- הורים מדווחים לעובדים הסוציאליים כי לתרופות שבנם/בתם מקבל תופעות לוואי, ולא תמיד חל שיפור משמעותי במצב גם כאשר ניתן טיפול תרופתי. זו אוזכרה כסיבה לכך שהורים לא ממהרים לתת טיפול תרופתי בטיפול בבעיות התנהגות של ילדם, ולכן אינם נמצאים במעקב פסיכיאטרי כהחלטת ועדת האבחון וההחלטה נשאר לא מיושמת.

#### 5.1 בתחום שעות הפנאי :

- שירותים בתחום כוללים צהרונים לילדי הגן ומועדונים חברתיים לשעות אחר הצהריים המצויים במרבית הרשויות.
- צהרון לילדי הגן : ב- 89% מהרשויות שנבדקו פעלה צהרונית לילדי הגנים או שהילדים הוסעו לרשות סמוכה לקבלת השירות.
- מועדון לגילאי 6-15 : ב- 80% מהרשויות שנבדקו פעל מועדון. ביתר הרשויות השירות לא קיים ולא היתה הסעה אליו.
- מועדון לגילאי 15-21 : ב- 91% מהרשויות שנדגמו השירות קיים. ברשויות בהן השירות לא קיים ולא קיימת גם הסעה לרשות סמוכה לצורך קבלת השירות.
- מועדון בוגרים : קיים בכל הרשויות.
- במתנסים הקהילתיים יש נכונות חלקית לשילוב ילדים עם פיגור שכלי בפעילות הרגילה. ב-45% מהרשויות משולבים ילדים עם פיגור שכלי בפעילות השוטפת של המתנ"ס. ב- 29% מהמתנסים משלבים לעיתים רחוקות ילדים עם פיגור שכלי בפעילות ספציפית.
- בכל הרשויות שנדגמו קיים נוהל לפיו (ע"פ הוראות התע"ס) הורים משתתפים במימון פעילויות שעות הפנאי.
- צריכת שירותי הפנאי בעייתית לחלק מההורים היות וחלק מההורים אינם מוכנים לשאת בעלויות השירות, או לחילופין מתקשים בהשקעת המשאבים הנדרשים בהסעת ילדם במשך שנים רבות לפעילות פנאי.

## 6.1\_תחום פרא רפואי :

התחום כולל בתוכו את שירותי הריפוי בעיסוק, הפיזיותרפיה וקלינאות תקשורת. העובדים הסוציאליים ציינו כי קופות החולים מערימות קשיים על המשפחות ולא נותנות טיפול פרא רפואי למי שנמצא במסגרת החינוך המיוחד כדבר שבשגרה. שירותים פרא רפואיים ניתנים דרך סל שירותי בריאות לילדים עם פיגור שכלי עד גיל 18 לאור התיקון בחוק משנת 2001. שינוי זה בחוק בא להוסיף על מסגרת הטיפולים הניתנת דרך מסגרות החינוך המיוחד. קופות החולים לא מיידעות את ציבור הזכאים בנושא זה, וכך המשפחות לא מודעות לזכותם זו ולא פונות לקופות החולים לקבלת השירות. בנוסף, העובדים הסוציאליים ציינו את העובדה כי חלק מהפונים אינם מסוגלים לעמוד על זכויותיהם מול קופות החולים ולקבל את השירותים המגיעים להם. שני גורמים אלו משפיעים על מידת יישום ההחלטות בתחום.

## 7.1. סטנדרטיזציה של ההחלטות והקשר ליישום ההחלטות:

- העובדים הסוציאליים טענו שלעיתים ההחלטות אינן קשורות לתנאים הסובייקטיביים של המשפחה, כגון: התנאים הסוציו-אקונומיים או סגנון החיים של המשפחה, ולכן הן נשארות בלתי מיושמות.
- ההחלטות בחלקן אינן מותאמות לשירותים הניתנים על ידי המדינה, או אינן מתייחסות לתקציב המועבר לרשויות. מתקבלות לעיתים החלטות שמראש אין אפשרות לבצע (לדוגמה: מתן מטפלת, או הסעה).

## דיון

ההחלטות המתקבלות בועדת האבחון משפיעות באופן ישיר על האדם עם הפיגור השכלי ועל משפחתו. עצם ההחלטה על השתייכות האדם לשירות בטיפול באדם עם פיגור שכלי הינה משפטית וגוררת עימה איבוד זכויות אזרחיות. ועדת האבחון אם כן, הינה ועדה סטטוטורית, בה מתקבלות החלטות שאמורות להיות מיושמות על ידי משפחת המאובחן ועל ידי העובד הסוציאלי המטפל בקהילה. מחקר זה בדק את מידת יישום החלטות הועדה ואת הגורמים שהשפיעו על מידת היישום. מטרת שאלת המחקר הראשונה הייתה לתת תמונה עכשווית אודות מידת יישום ההחלטות בכלל ולפי תחומי החלטה בפרט. לפי ממצאי המחקר, מסך כל ההחלטות שנכללו במדגם, יושמו מעט יותר ממחצית ההחלטות (55%). ממצא זה מעיד על הרצינות אותה מייחסים העובדים הסוציאליים להחלטות הועדה. מעורבותם הפעילה בהגשת המאובחן לועדה ומעורבותם בהחלטות המתקבלות בה, גם הן מסבירות את נכונותם לפעול למען יישום ההחלטות.

מידת היישום שנמצאה במחקר גבוהה במיוחד בתחומים: החינוכי (78%), התעסוקתי ובתחום המגורים (66%). ליישום הגבוה בתחומים אלו חשיבות גדולה מאחר שלהחלטות בתחומים אלו מייחסים ההורים חשיבות רבה. ההחלטות בתחומים אלו מתייחסות למענים לצרכי בן המשפחה עם הפיגור השכלי בשעות היום, ובכך מאפשרים למשפחה לנהל אורח חיים נורמטיבי. יציאה לשירותי חינוך, תעסוקה או מעבר למסגרת מגורים מחוץ למשפחה מאפשרים להורים להמשיך לעבוד במשך שעות היום. את מידת היישום הגבוה בתחום החינוכי ניתן לייחס לחוק החינוך המיוחד המבטיח מתן שירותים מגוונים ונגישים לאוכלוסייה זו כולל הסעות ללא צורך בהשתתפות הורים. את היישום הגבוה בתחום התעסוקה ניתן לייחס לממצא אחר של המחקר - ברשויות המקומיות קיימים שירותי תעסוקה המספקים מענה לרוב האוכלוסייה הנדונה. בשל המדיניות להשאיר את האנשים עם צרכים מיוחדים בטיפול הקהילה ובמסגרת המשפחה, הוקמו שירותי חינוך, תעסוקה ומסגרות יום.

התחומים בהם נמצאה במחקר מידת יישום נמוכה הם: התחום החברתי מיני, והתחום הרגשי נפשי (מתייחס לצורך במעקב או טיפול פסיכיאטרי).

לגבי תחומים אלו היישום כרוך בשימוש בשירותים קהילתיים וכאן נעוץ הקושי. בניגוד לתחום החינוך הכללי בו קיימים מוסדות רבים הנותנים שירות לאוכלוסייה, בתחום החברתי מיני קיים מרכז יחיד בארץ הפועל בת"א, המספק את השירות לכלל האוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי, דבר הגורם הן לעומס תפעולי רב במרכז עצמו ומקשה על נתינת השירות לאוכלוסייה הנזקקת לו. כמו כן יש קושי בנגישות למשפחות המתגוררות מחוץ למרכז הארץ. שני גורמים אלו משפיעים על מידת היישום הנמוכה

בתחום זה. בהקשר לתחום בריאות הנפש, השירותים הקהילתיים אינם ערוכים להתמודד בכלים שברשותם על מנת לספק טיפול נאות לאנשים עם פיגור שכלי (הרחבה בהמשך).

מטרה נוספת של המחקר הייתה לבחון אלו סיבות משפיעות על מידת יישום ההחלטה. ממצאי

המחקר מצביעים על 3 סיבות מרכזיות כקשורות במידת יישום ההחלטה:

א. חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן

ב. מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה על ידי העובד הסוציאלי המטפל.

ג. חוסר בשירותים בקהילה או חוסר נכונות מצד השירותים לתת שירות לאנשים עם פיגור שכלי

#### **א. חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן כסיבה לקושי ביישום החלטות הועדה**

חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן נמצא כסיבה העיקרית לאי יישום החלטות. הוא בלט

במיוחד בהקשר להחלטות בתחום המגורים, התחום הרפואי, תחום הפנאי ובתחום החברתי.

החלטות בתחום המגורים הן החלטות המתייחסות להוצאה מהבית למסגרת דיור מוסדית או קהילתית.

עיתוי הפניה להשמה קשור לגיל הילד ולמעגל החיים המשפחתי. כאשר הילד צעיר מאד, חרדים ההורים

לשלמות המשפחה או להשפעות ההשמה על הילדים האחרים בבית, ולכן הם נוטים להסתגר ולהתמודד

לבד עם גידולו (Blacher & Bromely, 1990). בשלב זה ההסתייעות באנשי מקצוע מועטה ביותר. עם

התבגרותו של הילד עם המוגבלות גדל נטל הטיפול וההשגחה ובמקביל גובר הצורך של ההורים להסתייע

בשירותי תמיכה. בשלב זה גם אקט ההשמה עצמו נחשב לצעד מקובל יותר ומלווה בפחות רגשי אשם. גם

מנקודת מבט חברתית-שיקומית ישנה ציפייה כי בהגיע האדם עם הפיגור השכלי לבגרות הוא יהיה מסוגל

לעזוב את בית הוריו לטובת מסגרת חלופית המותאמת לצרכיו בשלב זה של החיים. אולם בפועל הורים

אינם ממהרים להוציא את בנם/בתם מהבית היות ומשמעות החלטה זו הינה לנתק את הילד עם הפיגור

מההגנה שבית ההורים מעניק, ומהתחושה כי ההורים מעניקים את הטיפול וההגנה הטובים ביותר לבן

משפחה עם הפיגור השכלי, כמו כן, לאחר שנים רבות של טיפול קיים קושי לנתק את הקשר המתגמל

שנוצר בין ההורים לבן/בת עם הפיגור השכלי (גל, 2001, פרץ, פוגל 2001). דבר זה בא לידי ביטוי אצל חלק

מההורים בהתנגדות עזה להשמה במסגרת חוץ ביתית, אחרים חוששים לאפשר לילדם חיים עצמאיים

כאשר אינם סומכים על יכולתו להתמודד עם מצב זה ותופסים זאת כירידה ברמת חייו. אי לכך, ניתן

לראות את ההחלטה להוציא את הילד מן הבית כתוצאה של אינטראקציה מורכבת בין תפיסת המשפחה

את בעיות הילד, הלחצים והדרישות בתוך המשפחה, אסטרטגיות התמודדות של המשפחה וזמינות

המשאבים העומדים לרשותם בכדי לממש את ההחלטה (ברזון, גלעד וצרפתי, 1997). מהאמור לעיל ניתן

להבין מדוע מתקשים חלק מההורים לשתף פעולה בנוגע להוצאת ילדם עם הפיגור השכלי למסגרת חוץ

ביתית המתאימה לצרכיו. הסבר אפשרי נוסף קשור במקרים בהם מתעקשים ההורים על מסגרת חוץ ביתית דתית שבפועל אינה קיימת, וכן סירובם להשמה כאשר המסגרת המיועדת למאובחן אינה עונה על ציפיות ההורים לאור תנאי המגורים במקום, סוג האוכלוסייה החוסה במסגרת או חוסר כימיה שנוצרה עם הצוות במקום.

עמדות ההורים כלפי נורמליזציה ויישומה בנוגע לבנם /בתם עם הפיגור השכלי יכולות גם הם להסביר את חוסר שיתוף הפעולה שלהם בתחומים אלו. היל ושות' (1987), הצביעו על כך שהורים לילדים עם פיגור שכלי נבדלים בעמדותיהם ביחס לנורמליזציה ועל פי תפיסתם הדבר פחות ישים עבור ילדם. כלומר ההורים מתייחסים לעקרון הנורמליזציה כאל מהות חשובה בחייהם ובחיי אנשים עם מגבלה בכלל, אולם נוטים להיות שמרנים בשעה שהסוגיה נדונה ביחס לבנם/בתם. הורים מבחינים בין נטייתם להעדיף נורמליזציה במשמעות של שימוש בסביבה פחות מגבילה לבין חששם האישי שלא ניתן ליישם עיקרון זה עבור ילדם. החרדה מפני חשיפת ילדם לסביבה חברתית מאיימת התקשרה לנטייתם להעדיף שירותים מוגנים. מסקנות דומות התגלו גם במחקרים נוספים (פררה, 1979; Cole & Meyer, 1989; Hill, et al., 1987). במחקר שנערך בלונדון נמצא כי הורים שבעי רצון מהתוכניות המוגנות הקיימות עבור ילדיהם ואינם שואפים לשינוי (Earl & Clark, 1984). במחקר נוסף נמצא כי ההורים מבינים את חשיבות העצמאות עבור ילדם אך אינם יודעים באם ילדם יכול לבצע את הפעילות והאם בטוח בעבורו לנסות ומכאן שתמיכתם במסגרת מוגנת גוברת (Thorin, Yovanoff & Irvin, 1996). נורמליזציה ואיכות חיים מתקשרת גם לתחום שעות הפנאי. הפנאי נתפס כזמן שבו יכולת הבחירה של האדם באשר למה שיעשה ועם מי, היא גבוהה (Dattilo & Schleien, 1994; Moon & Bunker, 1987; Schleien et al., 1995). ניצול הזמן הפנוי בצורה מהנה וע"י בחירה אישית מהוה חלק מאיכות חיים טובה ופיתוח יחסים חיוביים עם משפחה וחברים (Schleien et al., 1995). על פי עקרון הנורמליזציה, פעילות פנאי צריכה להיות חלק מסדר היום הרגיל של האדם עם פיגור שכלי. פעילות פנאי צריכה להתאים לגיל, להיות נגישה, מהנה וניתנת לבחירה אישית של המשתתף בה. לימור-גולדשטיין (1992) בדקה עמדות הורים ואנשי מקצוע לגבי שירותים הניתנים לאדם עם פיגור שכלי ולמשפחתו. פעילות פנאי נראתה בעיני 86% מההורים כחשובה ביותר. גם אצל אנשי המקצוע שרות זה קיבל את הנקוד הגבוה ביותר - 93%. עם זאת, כאשר הורים נשאלו על פעילות הפנאי של ילדיהם (מועדונים, חוגים, פעילויות חברתיות וכד'), 64% מהם ענו שילדיהם אינם יוצאים מהבית לשום פעילות פנאי. דבר זה תואם את ממצאי מחקר זה.

מהאמור לעיל עולה כי על אף החשיבות שרואים ההורים בעקרון הנורמליזציה, יש להם עכבות הנובעות מגוונות יתר שהם מעניקים לילדיהם ואשר באות לידי ביטוי בחששות כגון: מתן אפשרות



לבנם/בתם לנסוע בתחבורה ציבורית באופן עצמאי לתעסוקה או מסגרת פנאי, שילוב הבן/הבת במסגרת תעסוקה לא מוגנת אשר דורשת מיומנויות חברתיות גבוהות יותר, הכנסת הבן/בת למסגרת מגורים חוץ ביתית המתאימה לצרכיהם ואשר משמעותה ניתוק מבית ההורים ומההגנה אשר הם מעניקים. לדעתי יש בכך להסביר חלק מחוסר שיתוף הפעולה מצד משפחת המאובחן בתחום המגורים, התעסוקה והפנאי, כסיבה העיקרית המשפיעה על אי יישום ההחלטות.

שמוש בזמן הפנוי הוא תנאי הכרחי לשילוב מוצלח של אנשים עם פיגור שכלי בקהילה ( Browder & Cooper, 1994; Lutfiyya, 1988; Schleien & al. 1995). למרות זאת ממצאי המחקר מצביעים על כך שחלק גדול מהמשפחות לא משתמשות בשירותי הפנאי הקיימים בקהילה. נגישות היא גורם מכריע בהתייחסות לפעילות פנאי של אנשים עם פיגור שכלי. בגלל הפיגור השכלי ולעיתים גם בגלל קשיים מוטוריים ניכרים, כל התארגנות לפעילות פנאי צריכה לקחת בחשבון את צורת ההגעה למקום הפעילות ואת הנגישות הפיזית של המקום עצמו. בנוסף, רבים מן האנשים עם הפיגור השכלי זקוקים לליווי בפעילות (לימור-גולדשטיין, 1992). דרישות מוקדמות אלו מעצימות את הקושי של המשפחה להתארגן ולגייס משאבים לצורך שילובו של בנם/בתם בפעילות הפנאי. הנוהל הקיים בדבר השתתפות ההורים במימון הפעילות מקשה גם הוא על שיתוף הפעולה של המשפחה בתחום זה. הסבר אפשרי נוסף לאי יישום בתחום יתכן וקשור בעובדה כי הרשויות המקומיות אינן מספקות הסעה לפעילות הפנאי ולכן זמינות השירות עבור חלק מהמשפחות יורדת. דרישת ההורים לליווי והסעות לפעילות הפנאי גורמת לירידה בכמות הנרשמים לפעילות שכבר קיימת ולעיתים עקב מיעוט נרשמים נסגרת הפעילות. גורמים אלו יכולים להסביר חלק מהקושי של המשפחה לשתף פעולה. שילוב בין משתנים הקשורים ברשות המקומית לבין משתנים הקשורים במשפחה משפיעים כמכלול על מידת יישום ההחלטה.

חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן נמצא כסיבה שכיחה גם בתחום החברתי-מיני. התחום החברתי-מיני מתייחס למיניות האדם עם הפיגור השכלי. שנים רבות שררה גישה שאם נגן על אנשים עם פיגור שכלי מנושא זה הם לא יגלו עניין בנושא המיני ובכך גם לא יהיו קרבן לניצול מיני. אך כיום אנו יודעים בבטחה כי היעדר מידע בנושא מין ויחסי מין אינו הגנה, ולמעשה הבורות הופכת את האדם לפגיע יותר (אדוארדס, 1993). החינוך המיני מתחיל בעצם עם הלידה ומתפתח, באופן טבעי עם השנים. הוריו של האדם עם הפיגור השכלי מתייחסים אליו לעיתים, כאל ילד לאורך זמן, עמדה זו מתעלמת מגדילתו, ממנייתו ומהצורך לחינוך מיני (ניסים, 1995). עקב גישתם זו נמנעים הורים רבים מלהתייחס למיניותו של בן משפחתם עם הפיגור השכלי ולא מיישמים את החלטת הועדה בעניין.

חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן נמצא כסיבה שכיחה ביותר גם בתחום הרפואי. הסבר אפשרי לכך הוא, שהורים עסוקים בהתמודדותם היומיומית עם הימצאותו של בן משפחה עם פיגור שכלי

במשפחה ומשקיעים משאבים רבים הן בקידומו של האדם עם הפיגור השכלי בכדי שימצה את הפוטנציאל שלו, והן בשמירת המהלך התקין של מעגל חיי המשפחה (פזרסטון, 1987). לאור זאת ההורים, כנראה, מדרגים נמוך בסולם העדיפות שלהם טיפול או מעקב רפואי שלא נתפס בעיניהם כצורך קיומי כגון נושאים הנתפסים בעיני ההורים כאסתטיים כטיפול שיניים, נושאים אורטופדיים או מעקבים למיניהם. יתכן כי מבחינת ההורים התשומות הנדרשות לצורך יישום החלטות בתחום אינן מוצדקות לאור התפוקות. אציין, כי נושא זה דורש התמקדות ומחקר נוספים, לאור העובדה שבמחקר הנוכחי היו חסרים כלים לבדיקה מעמיקה של נושא זה.

לקשר בין חוסר שיתוף פעולה מצד משפחת המאובחן ואי יישום החלטות ועדת האבחון בתחום הרגשי- נפשי לא מצאתי הסבר בספרות. יתכן שלהורים שנאלצים להתמודד עם העובדה שבנם/בתם אובחן כמפגר בשכלו, קשה לקבל שיש לו גם בעיות בתחום בריאות הנפש, ולכן הם מסרבים לשתף פעולה ביישום החלטות בתחום זה. ממצא נוסף שנמצא במחקר ויתכן שבאפשרותו להסביר את חוסר שיתוף הפעולה של המשפחה בתחום הוא תלונות ההורים על כך שכאשר ניתן טיפול תרופתי, קיימות תופעות לוואי לא נעימות ואין שיפור משמעותי במצב. יתכן שזה מסביר את חוסר רצונם לשתף פעולה עם החלטות הועדה בתחום זה. יש בסיבות לעיל הסבר אפשרי בלבד לאי יישום החלטות בתחומים אלו.

שלושה מאפיינים של המאובחן ומשפחתו נמצאו קשורים למידת יישום החלטות ולחוסר שיתוף הפעולה של המשפחה כסיבה למידת היישום: גיל המאובחן, הכנסת המשפחה ותכיפות ועוצמת הקשר של המשפחה עם העובד הסוציאלי. שיתוף הפעולה של המשפחה ביישום החלטות ויישום החלטות בכלל היה גבוה יותר אצל מאובחנים צעירים ואצל משפחות בעלות הכנסה גבוהה. הסבר לכך יכול להיות ממצאי מחקר קודמים (Davis, 1966, סתיו, 1982) לפיהם הורים לילדים בגילאים הצעירים נוטים יותר לשתף פעולה עם אנשי המקצוע מתוך הערכה כי שיתוף הפעולה יביא לשיפור במצבו ובתפקודו של ילדם. לא מצאתי הסבר בספרות להשפעה של עוצמת הקשר עם העובד הסוציאלי על יישום החלטות. יתכן כי עוצמת הקשר ותכיפותו מהווה גורם משמעותי במידת הרצון של משפחת המאובחן ליישם את החלטות הועדה, שכן נוצרו קשרי אמון בין העובד למשפחה, ושניהם כאחד פועלים על מנת למצוא את המענים הטובים ביותר למאובחן במסגרת התנאים הקיימים. מנגד, משפחה אשר תכיפות הקשר שלה עם העובד הסוציאלי נמוכה עלולה לחוש נתק וחוסר אמון במערכת ומבחינתה העובד הסוציאלי והועדה הינם גוף אחד מרוחק ומנותק. בנסיבות אלו אין למשפחה גורם שיניע אותה לפעול למען יישום החלטות הועדה.

במחקר נמצא כי יישום גבוה יותר נמצא בקרב מאובחנים שהכנסת המשפחה גבוהה יותר. יתכן וההסבר לכך הוא שעובדים סוציאליים נותנים העדפה בטיפול ותופסים מטופלים בעלי הכנסה ממוצעת ומעלה כבעלי יכולת שיתוף פעולה טובה יותר (פרנקלין, 1985).

## **ב. חוסר בשירותים בקהילה או אי נכונות מצד השירותים לתת שירות לאנשים עם פיגור שכלי**

אי נכונות השירותים הקהילתיים לשרת אנשים עם פיגור שכלי נמצאה כסיבה נוספת הקשורה לאי יישום ההחלטות, כמו גם מחסור בשירותים בקהילה. סיבות אלו לאי יישום ההחלטות בלטו במיוחד בתחום הרגשי – נפשי ובתחום הפרא-רפואי.

לאי יישום החלטות הועדה בתחום הרגשי נפשי יש השלכות לגבי ההתנהגות הבלתי מסתגלת של האדם עם הפיגור השכלי וממילא על היחסים בתוך המשפחה. אי זמינות של שירותי בריאות נפש לאדם עם הפיגור השכלי ולמשפחתו עלולה להביא להחמרת בעיות התנהגות. קיים קושי במתן שירות לאנשים עם פיגור שכלי הסובלים גם מבעיות נפשיות. הקושי נובע ממספר גורמים ביניהם מיעוט הידע הקיים אצל אנשי המקצוע בנושא הטיפול הנפשי באנשים עם פיגור שכלי (לבינגטון, באבצ'ק, 2001) וחוסר במענים מתאימים לאנשים עם אבחנה כפולה (מוס אמרסון ושות', 1997). עמינדב ובוארון - לוי (2001) מציגות את הקושי של המערכת הפסיכיאטרית לבצע אבחנה אצל אנשים שאינם ורבליים ואינם יכולים לתאר בעצמם את הסימפטומים האופייניים. המיומנויות השפתיות המוגבלות והקושי בשימוש במבחני אינטליגנציה ככלי שפתי הם, לדעתן, בין הגורמים לקושי באבחנה ובטיפול באנשים עם פיגור שכלי.

גורם אפשרי נוסף מצוי בהגדרת הבעיה של המאובחן. ישנם מאובחנים בעלי אבחנה כפולה שהרשויות השונות מתדיינות ביניהן על מי מוטלת האחריות בטיפול בהם. אלישר (1991) במאמר על ההשתייכות השירותית של אנשים בעלי תת-נורמליות אינטלקטואלית או הפרעה פסיכיאטרית גבולית, טוען כי למרות קביעת מטרות ותחומי אחריות של הרשויות השונות האמורות לכאורה להבטיח מטריה טיפולית לספקטרום רחב של בעיות טיפוליות. בפועל אין מדיניות- על וקיים מרקם שירותי טיפול בלתי רציף אשר יוצרים מציאות שבה לקוחות רבים נעדרים מסגרת טיפולית מתאימה. רסלר (1994) מסביר זאת במיעוט המשאבים המחייב את המערכת להתמודד עם הדילמה המוסרית: למי לחלק את המשאבים המוגבלים ובאיזה סדר עדיפות. המסר של רסלר הוא שבשל סיבות, כגון: קשיים מקצועיים, או חוסר תקציבים יש נטיה להזניח אוכלוסיה זו ולעסוק בתחזוקה שלה ולא בטיפול בה.

לסיכום ניתן לומר כי חוסר הידע של פסיכיאטרים בתחום הטיפול באנשים עם פיגור שכלי והקושי באבחנה ובטיפול מביאים לידי כך שהמרפאות לבריאות הנפש בקהילה אינן ערוכות לתת מענה לצרכיהם של אנשים עם פיגור שכלי, ולכן נותרות לא זמינות לאוכלוסייה. אי זמינות השירות למאובחנים מביא לאי יישום ההחלטות בתחום.

השירותים הפרא – רפואיים הוגדרו כבעייתיים על ידי העובדים הסוציאליים שמילאו את השאלונים. התחום הפרא-רפואי כולל בתוכו את שירותי הריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת

והפיזיותרפיה. על אף החובה החוקית של קופות החולים לספק שירותים לילדים ונוער עם בעיות סומטיות (גופניות) עד גיל 18, מתוקף חוק החינוך המיוחד (1988), קופות החולים מערימות קשיים על המשפחות המבקשות שירותים אלו. רק כשהורים מודעים לזכויותיהם ומתעקשים הם מקבלים טיפולים נוספים על אלו הניתנים במסגרת החינוכית. הבעיה היא שלא כל ההורים מסוגלים להיאבק ולמצות את זכויותיהם בשירותים השונים ולכן בלט הקושי ביישום ההחלטות בתחום זה.

### **ג. מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה במסגרת מטלות העובד הסוציאלי**

סיבה זו לאי יישום ההחלטות צוינה בהקשר לתחום האפוטרופסות והתחום המשפחתי. לקשר בין מתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה לבין מידת יישום ההחלטה לא מצאתי הסבר בספרות המקצועית. יתכן כי תחום זה נמצא נמוך בסולם העדיפויות של העובד הסוציאלי משום שאין ביישום או אי יישום ההחלטה שינוי מיידי במצבו של המאובחן, שכן בכל מקרה ההורים ממלאים את תפקידם כראוי ודואגים לצרכיו. לאור ממצאי המחקר המראים 64% יישום בתחום זה, ניתן לשער שבמקרים הדחופים והדורשים מינוי אפוטרופוס מהיר קיים יישום מלא של ההחלטה. מתן העדיפות הנמוכה בא לידי ביטוי, ככל הנראה, במקרים השגרתיים בהם המאובחן מטופל כהלכה ולא נדרשת התערבות דחופה (רפואית או אחרת) ולכן מינוי האפוטרופוס מתעכב.

החלטות בתחום המשפחתי מטילות על העובד הסוציאלי ללוות את המשפחה לאורך מעגל החיים המשפחתי, ולתמוך בה בשלבים השונים. שרידן (1988) ומתיסון (2000) התייחסו לעומס העבודה בו נתונים העובדים הסוציאליים וטענו כי הוא מונע מהם לקיים סדר קדימויות בעבודה, וכי שטף העבודה אינו ניתן לחיזוי מראש כך שלעיתים משימה הנראית כקלה לביצוע אורכת זמן רב מהמצופה. כמו כן, יש לקחת בחשבון שממצאי המחקר עולה כי רוב העובדים הסוציאליים העוסקים בתחום הפיגור השכלי אחראיים גם על דברים נוספים במסגרת תפקידם (ראה נספח א'). למרות שלא נמצא קשר מובהק בין מידת יישום ההחלטות ועומס העבודה בו נתונים העובדים הסוציאליים, יתכן, כי בשל ריבוי תפקידיהם הם מתקשים ליצור קשר תכוף וחזק יותר לאורך זמן עם המשפחה, דבר הפוגם ביכולתם ללוות את המשפחות שבטיפולן כפי שדורשות מהם החלטות הועדה. עקב כך, ההחלטות בתחום המשפחתי, הדורשות מהעובד השקעת זמן רבה יותר בכל משפחה נשארות לא מיושמות.

במחקר נבדקה השפעתם של מאפייני העובד הסוציאלי על מידת יישום החלטות הועדה. מממצאי המחקר עולה כי לתחושת שותפות נמוכה של העובד הסוציאלי בהחלטות שהתקבלו על ידי הועדה ולתחושות שליליות שלו כלפי עבודתו יש קשר לאי יישום ההחלטות. מממצאים אלו נתמכים בספרות המקצועית שם נמצא שאנשים שהיו מעורבים בתהליך קבלת ההחלטה מונעים יותר ליישמה (Liontos, 1997, Kerr et al, 1984, Abramson, 1994). וכן נמצא כי הגברת המעורבות בעבודה מובילה לעליה ביעילות ובתוצר הארגוני (Brown, 1996 בתוך בן ארצי 1998).

שאר המאפיינים המקצועיים של העובד הסוציאלי שנבדקו במחקר לא נמצאו קשורים למתן עדיפות נמוכה ליישום ההחלטה או למידת היישום. יתכן, שמאפיינים מקצועיים אחרים שלא נמדדו במחקר כמו חוללות עצמית או מחויבות מקצועית, מסבירים את מתן העדיפות הנמוכה ליישום ההחלטות. Cherniss (1990) דיבר על חוללות עצמית מקצועית כמבטאת את האמונה שיש לאיש המקצוע אודות יכולתו לבצע עבודה מקצועית. במחקרים נמצא כי אנשים בעלי רמת חוללות עצמית גבוהה מרגישים פחות לחץ במצבי איום משום שהם מאמינים ביכולתם להתמודד איתם בהצלחה (Bandura, 1986). העובדים הסוציאליים במחקר זה הפגינו תחושת מחויבות ומעורבות גדולה בנעשה בועדות האבחון, הן בכך שהפגינו נוכחות פיזית בועדה, והן בכך שהצהירו על מחויבותם ליישם את החלטות הועדה. יתכן ומשתנים אלו אפשרו לעובדים הסוציאליים להתמודד בהצלחה עם הלחץ הכרוך בעמימות תפקידים, עם השחיקה ועם הותק המועט בעבודה, ועל אף הקשיים להתמודד וליישם את החלטות הועדה בצורה הטובה ביותר שלהם. במחקר המשך יש מקום לבדוק עד כמה החוללות העצמית והמחויבות המקצועית ממתנות את השפעת המאפיינים של העובדים הסוציאליים, והאם הם קשורים במידת יישום החלטות הועדה. הסבר אפשרי נוסף יכול להיות קשור במספר המועט של העובדים הסוציאליים שמילא את השאלונים, דבר שגרם לחוסר מובהקות סטטיסטית של הנתונים לגבי מאפייני העובד הסוציאלי.

### **מגבלות המחקר**

1. משום שהמחקר היה מחקר גישוש ראשוני, הוא נערך ב-7 רשויות מקומיות בהן קיים היצע מגוון של שירותים, שנדגמו באמצעות דגימה מכוונת זמינה במרכז הארץ. מטרת הדגימה המכוונת היתה לנסות ולמנוע שונות מבחינת היצע השירותים המופעלים ברשויות בכדי למנוע ככל האפשר את התשובה המקובלת "אין שירותים" כסיבה לאי יישום החלטות הועדה. קשה לכן להכליל את ממצאי המחקר לגבי רשויות מקומיות אחרות בהן קיימים פחות שירותים, או באזורי הארץ האחרים כגון צפון או דרום הארץ. למרות המגבלה שתוארה, יש לציין שהמאובחנים שנדגמו באופן אקראי ייצגו החלטות

מסוגים שונים המתייחסות למאובחנים בגילאים שונים המתגוררים ברשויות מקומיות בגדלים שונים. כמו כן יש לציין שמאפייני המאובחנים והעובדים הסוציאליים ברשויות שנדגמו אינם שונים באופן מהותי ממאפייניהם של המאובחנים והעובדים הסוציאליים המועסקים ברשויות אחרות בסדר גודל דומה בארץ.

2. מגבלה נוספת של המחקר הוא מספרם הקטן של העובדים הסוציאליים שהשתתפו במחקר. בדיקת ההשערות לגבי הקשר בין מאפייני העבד הסוציאלי ומידת היישום התייחסה ל- 28 עובדים בלבד.
3. הטיה נוספת בתוצאות המחקר עלולה לנבוע מאי החזרת שאלונים מסויימים על ידי העובדים הסוציאליים. יתכן שחלק מהשאלונים שלא הוחזרו התייחסו דווקא למאובחנים לגביהם יישום ההחלטות היה בעייתי או לא נעשה כלל.
4. יש לקחת בחשבון שאיסוף הנתונים התבסס על דיווח עצמי ומתן הסברים על ידי העובדים הסוציאליים האחראים ליישום ההחלטות, כלומר מנקודת ראותם בלבד. לא נבדקו הסיבות לאי יישום מנקודות ראותם של השותף העיקרי ביישום והם ההורים.

### **המלצות בהקשר להגברת יישום החלטות הועדה הנובעות ממצאי המחקר**

למרות מגבלות המחקר שהוזכרו לעיל עשויים ממצאי המחקר לסייע בהבאת המלצות בהקשר למה ניתן לעשות על מנת להבטיח יישום מלא יותר של החלטות הועדה הפועלת מכוח החוק. יישום המלצות הועדה חשוב על מנת להוציא לפועל את הפוטנציאל הטמון במאובחן, ובכך להביא לשיפור באיכות חייו ובשילובו האופטימלי בקהילה בה הוא חי.

#### **(א) המלצות העשויות להגביר את שיתוף הפעולה עם המשפחה**

1. בכדי להגביר את מידת שיתוף הפעולה של המשפחה על העובדים הסוציאליים להתמקד במאובחנים הבוגרים יותר, ובמשפחות בעלות הכנסה נמוכה.

#### **(ב) המלצות בהקשר לעבודת העובדים הסוציאליים**

1. על העובד הסוציאלי לחזק את עוצמת הקשר שלו עם המאובחן ומשפחתו כדי להביא למידת יישום גבוהה יותר של החלטות הועדה.

2. **בתחום רגשי נפשי:** מומלץ לחשוף ולהכשיר מטפלים בתחום בריאות הנפש לאוכלוסיית האנשים עם הפיגור השכלי. במקביל יש להפחית את הסטיגמה הקיימת לגבי המרפאות הקהילתיות של בריאות הנפש בקרב המשפחות ולעבוד עם המשפחה על נחיצות ההתערבות בתחום זה.

3. **בתחום פרא-רפואי:** יש ליידע את ההורים בנוגע לזכויותיהם לקבלת שירותים פרא-רפואיים במסגרת סל השירותים של קופות החולים, ולעזור להם למצות את זכויותיהם בתחום זה. להלן מספר דרכים אפשריות לשיפור יישום החלטות בתחומים השונים הקשורים לעבודתו של העובד הסוציאלי:

א. **תחום אפטרופסות:** כדי לשפר את מידת היישום בתחום אפטרופסות על העובד הסוציאלי מוטלת משימה מורכבת בהסבר להורים בדבר חשיבות המינוי ונחיצותו תוך שימת דגש שהמינוי לא גורע מתפקידם כהורים.

ב. **תחום חברתי מיני:** יש להדגיש בעבודה עם המשפחה את החשיבות של הטיפול גם באספקטים המיניים, הנפשיים וההתנהגותיים של האדם עם הפיגור השכלי בכדי לשפר את איכות חייו ולהביאו ככל האפשר לתפקוד נורמטיבי המתקבל בקהילה בה הוא חי, כך תגבר מידת שיתוף הפעולה של המשפחה ליישם החלטות בתחום זה.

ג. **תחום תעסוקתי:** כדי לאפשר לאנשים עם פיגור שכלי להשתמש בשירותים הקהילתיים הקיימים בתחומי התעסוקה צריכה להיעשות עבודה בשני מישורים: (א) במישור המשפחתי - על העובדים הסוציאליים להמשיך ולעבוד עם המשפחות בצורה פרטנית וקבוצתית על היכולת והצורך של אנשים עם פיגור שכלי להשתלב בשוק החופשי כך שמושג הנורמליזציה יהיה מוחשי בעבורם. (ב). במישור הציבורי - יש צורך להגביר את החשיפה של מעסיקים ומתנסים מקומיים לאוכלוסייה וליתרונות שבשילובה בקהילה לשני הצדדים.

ד. הן במשרד הרווחה והן ברשות המקומית יש לעשות חשיבה מחודשת לגבי המעמסה והתקינה של עבודת העובדים הסוציאליים. עובד סוציאלי תחת מעמסה פחותה יצליח להיות בקשר עם יותר משפחות וללוות כל משפחה בצורה טובה יותר כך שיוכל לתת עדיפות גבוהה יותר ליישום החלטות ויותר החלטות יוכלו להיות מיושמות. יש לתת את הדעת גם לשאלה האם נכון שעובד בתחום הפיגור השכלי יעסוק גם בטיפול בתחומים נוספים במחלקה אם לאו.

### (ג) המלצות הקשורות לרשות המקומית

1. **בתחום החינוך והתעסוקה:** יש להוסיף שירותים מתאימים בתחומי החינוך והתעסוקה לאוכלוסייה בעלת אבחנה כפולה. ולהוסיף מרכזי תעסוקה לאוכלוסייה המתפקדת ברמת פיגור נמוכה וקשה.
2. **בתחום המגורים:** יש להוסיף למערך שירותי הדיור החוץ ביתיים מסגרות דיור בעלות אופי דתי וחרדי, כך שאוכלוסייה זו תוכל גם היא ליישם את החלטות הוועדה במסגרת המתאימה לאורח חייה.
3. **תחום חברתי מיני:** יש להרחיב ולהוסיף מרכזים נוספים (על האחד שקיים) שיטפלו באספקטים החברתיים – מיניים של האדם עם הפיגור השכלי, כך שהשירות ינתן בפריסה ארצית.

להלן כיוון למחשבה כיצד ניתן להגביר את יישום ההחלטה בתחום הפנאי בכל מה שנוגע לרשות

המקומית:

על מנת להגביר את יישום ההחלטות בתחום הפנאי יש צורך לדאוג לזמינות ונגישות השירות בעבור המשפחה. לדוגמה, יש לוודא כי השירות ניתן לא הרחק ממקום המגורים דבר שיאפשר נגישות גבוהה גם ללא לליווי. בנוסף, על הרשות המקומית לתת את הדעת בנושא ההסעים לפעילות, ולקחת בחשבון משפחות מעוטות יכולת אשר נושא ההסעה לפעילות מהווה גורם שמסכל את נכונותה להשתמש בשירותים הקיימים. ניתן לבדוק את האפשרות לבצע פעילות זו בסמוך לסיום הלימודים ובמסגרת החינוכית וכך יוכלו הילדים להמשיך ולהישאר במסגרת החינוכית ללא צורך בהסעה נוספת בשעה מאוחרת יותר לפעילות הפנאי, וההסעה שמספק מנהל החינוך תועבר לשעה מאוחרת יותר באותו היום בו מתבצעת הפעילות בכך תיפתר בעיית ההסעה. דבר דומה פועל בהצלחה בבתי ספר של תלמידים המתפקדים ברמת פיגור בינוני ונמוך יותר. פתרון בנושא ההסעות לפעילות ומימון, יגביר את שיתוף הפעולה של המשפחה ויאפשר שימוש רב יותר במשאבים הקהילתיים הקיימים והפעלת משאבים אלו בצורה מקצועית יותר לטובתם של האנשים עם הפיגור השכלי.

על מנת להגביר את יישום ההחלטות בתחום הפרא-רפואי ראוי לפעול למען שינוי חוק סל

השירותים של קופות החולים, כך שנתנית טיפולים פרא-רפואיים לאנשים עם פיגור שכלי לא תהיה מוגבלת בגיל.



#### (ד) המלצות הקשורות בוועדת האבחון

1. החלטות הוועדה צריכות לכלול המלצות על תוכניות ושירותים התואמים את השירותים הקיימים ברשות המקומית. נתינת פתרונות לא ריאליים ומנותקים מהיכולות האובייקטיביות של הרשות – מעבר לכך שאין כל סיכוי ליישמן, גורמים ליצירת רף ציפיות גבוה אצל המשפחות בעת קבלת ההחלטה, ולאחר מכן אכזבה עמוקה מחוסר היכולת ליישם וחוסר רצון לשיתוף פעולה בשלב מאוחר יותר.
2. על הוועדה להשתדל ולהתאים את החלטותיה לתנאים הסובייקטיביים של כל משפחה, יש להתייחס לסגנון החיים ותנאים סוציו-אקונומיים ולתת את הדעת על יכולת המשפחה לפעול למען יישום ההחלטה בכוחות עצמה. דהיינו לא לתת מלכתחילה פתרונות תבניתיים לבעיות.
3. יש להגביר את תחושת שותפות העובד הסוציאלי בעבודת הוועדה.

## ביבליוגרפיה

אביעד הייבלום, ע. (1992). ההדרכה אפיוניה ומשמעותה להתמודדות בתהליך השחיקה בקרב עובדים סוציאליים. עבודה לקראת תואר מוסמך, אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

אדוארדס, ג'. (1993). מיניות, נישואין והורות אצל בעלי תסמונת דאון. מתוך מ.ז. פושל (עורך), לגדול עם תסמונת דאון: הדרך לעצמאות. ירושלים: כנה.

אילני, ר. (1998). התנהגויות של אזרחות ארגונית כפונקציה של שביעות רצון מהתפקיד, מחוייבות ארגונית, תמיכה ארגונית נתפסת ושיתוף בקבלת החלטות. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.

אלישר, ש. (1991) אנשים בעלי תת-נורמליות אינטלקטואלית או הפרעה פסיכיאטרית גבולית, לאילו רשויות טיפול הם שייכים? חברה ורווחה יא 4 378-391.

אלמוזלינו, מ. (1996). העדפת מטרות חינוכיות בקרב מורים טירוניה ומנוסים המלמדים מקצועות הומניים או מדעיים בכיתות הטרונגניות. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן. רמת גן.

ארליך, נ. (1994). יחסי גומלין בין משתני אדם – סביבה ושחיקה בקרב עובדים מקצועיים וסמך מקצועיים בתחום השיקום. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן. רמת גן.

בכנר, י. (1998). שחיקה נפשית בקרב מטפלים בנפגעי סמים השוואה בן שתי מסגרות ארגונית שונות: מסגרת פתוחה ומסגרת סגורה. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן, רמת גן.

בן ארצי, נ. (1998). מעורבות בעבודה, תגובתיות, שמוש בבסיסי כח והשפעתם על מידת ההתנגדות לשינוי ארגוני. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.

ברזון, מ. גלעד, ל. וצרפתי, א. (1997). לקראת יציאה מהבית. מתוך א. דבדבני, מ. חובב, א. רימרמן, וא. רמות (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל. ירושלים: הוצאת ספרים ע"ש מאגנס האוניברסיטה העברית.

גל, א. (2000). השפעת מנבאים אישיותיים ועמדתיים על שחיקה. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת ת"א הפקולטה לניהול.

גלזמן, מ. (2003). כיצד להתמנות כאפוטרופוס. נלקח באוגוסט 2004 מ: <http://www.pigur.co.il/parentsall/apotminuy.htm>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1997). הרשויות המקומיות בישראל, נתונים כספיים. 1126.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (1998). הרשויות המקומיות בישראל, נתונים פיזיים. 1134.

חובב, מ.; רמות, א. התפתחות שירותי הרווחה בישראל. בתוך רימרמן, א. נכות התפתחותית ופיגור שכלי, 1995. הוצאת אתאב.

חוק החינוך המיוחד 1988, תיקון מספר 7 תשס"ג.

לוינגטון, ש. באבצ'ק, ל. (2001). דילמות בטיפול והשמה חוץ ביתית של אנשים עם אבחנה כפולה, פיגור ומחלת נפש. עבודת גמר בקורס פקידי סעד לחוק הסעד טיפול במפגרים התשכ"ט. בית הספר המרכזי לעובדים בשירותים החברתיים. ת"א.

ליכטבראון, ו. (2000). דמוי עצמי והתנהגות מסתגלת אצל אנשים מפגרים המשתתפים בפעילות פנאי עם אנשים רגילים. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת חיפה הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות בית הספר לעבודה סוציאלית.

לימור גולדשטיין, ש. (1992). עמדות הורים ואנשי מקצוע לגבי השרותים הקיימים והנדרשים למפגר ולמשפחתו. עבודה לקבלת תואר מוסמך, בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר אילן.

מילר, ג. (עורד). (1983). מחשבות על מחשבות – שיחות עם חוקרי פסיכולוגיה. ת"א. עם עובד.

מרגוליס, ח., קידר, פ., סידי, ע. זיקות היישובים למועצות איזוריות. 1997. רחובות.

ניסים, ד. (1995). תוכנית לחינוך חברתי מיני לאנשים מפגרים בשכלם. תל אביב: מרכז הדרכה ארצי לחינוך מיוחד ושיקום, בית שמע.

נתיב, מלכה (1992). שיתוף פעולה בטיפול רפואי. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן. רמת גן.

סתיו, א (1982). הקשר בין הטיפול השיקומי במצבי אובדן שכול ונכות לבין תופעת השחיקה המקצועית בקרב עובדי שיקום. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת חיפה. חיפה.

עמינדב, ח. ובוארון- לוי, ג'. (2001) רמת המתאם ביו האבחון, החלטות ועדת ההכרעה הבין-משרדית, ההשמה וההתאמה במסגרת הטיפולית. השרות למפגר, משרד הרווחה ירושלים.

עציון, ד. (1988). שחיקה בתפקידי ניהול גורמים והשלכות. אוניברסיטת תל אביב, דוח מחקר 88-9830.

פרץ, א. פוגל, נ. (2001). השמה במסגרת חוץ ביתית לאנשים עם פיגור-תהליך קבלת ההחלטה. עבודת גמר בקורס פקידי סעד לחוק הסעד טיפול במפגרים התשכ"ט. בית הספר המרכזי לעובדים בשירותים החברתיים. ת"א.

פת אל, ל. (1999). הקשר בין סדר בדיקת מבחנים, משך זמן הבדיקה וותק המורה לבין מתן ציונים במבחן בחיבור. עבודה לשם קבלת תואר מוסמך. אוניברסיטת בר אילן. רמת גן.

קרוא, ח. (1990). השפעת התפקיד על שחיקת עובדים של לשכות לשירותי רווחה. אוניברסיטת חיפה. חיפה

רבינוביץ, י., (1993); בור ברשות הרבים: ליקויים בקבלת החלטות של מטפלים בשירותי בריאות הנפש.  
מגמות, ל"ד (4), 600-622.

רימרמן, א. נכות התפתחותית ופיגור שכלי, 1995. הוצאת אתאב.

שניט, ד. זכויותיהם של אנשים עם פיגור שכלי לשילוב חברתי ולשוויון הזדמנויות בחוק הישראלי. בתוך  
רימרמן, א. נכות התפתחותית ופיגור שכלי, 1995. הוצאת אתאב.

Abramson, M. (1984). "Collective responsibility in interdisciplinary collaboration: An ethical perspective for social workers." Social work in health care 10(1): 35-43.

Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive view.  
Englewood.

Blacher, J. & Bromeley, B. (1990). Correlates of out-of-home placement of handicapped children: Who places and why? In L.M. Glidden (Ed.), Formed families: Adoption of children with handicaps (pp. 3-40). New York: Haworth Press.

Browder, D. M., & Cooper, K. J., (1994). Inclusion of older adults with mental retardation in leisure opportunities. Mental Retardation, 32(2), 91-99.

Casal, J.C. (1996). Shoot for the "stars". Journal of Health Care Marketing, 16, 22-26.

Cherniss, L. (1990). The role of professional self efficacy in the etiology of burnout. Paper presented in the first international research conference of professional burnout.

- Chi, M. T. H., Feltovich, H.A., & Glaser, R. (1981). Categorization and representation of physics problems by experts and novices. Cognitive Science, 5, 121-152.
- Cole, A.D., Meyer, L.H. (1989). Impact of needs and resources on family plans to seek out of home placement. American Journal of Mental Deficincey, 88, 125-138.
- Cuzzi, L.F., Holden,,G., Grob, G.G & Bazer, C (1993). "Decision making in social work; a review". " Social Work in Health Care 18(2): 1-22.
- Dattilo,J., & Schleien, S. J., (1994). Understanding leisure services for individuals with mental retardation. Mental Retardation, 32(1), 53-59.
- Davis, L.V& Toseland, R.W (1987). "Group versus individual decision making; an experimental analysis". Social Work with Groups 10(2): 95-110.
- Delay, M.R. (1979). "Burnout smoldering problem in protective services". Social work. 24(5): 375-379.
- Earl, ML. & Clark, K. (1984). Report on parent`s questionnaire to the task force for the trainable retarded. Research report, 6-84.
- Engelhardt, J. L., Brubaker, T.H.,& Lutzer, V. D. (1988). "Older caregivers of adults with mental retardation: Service utilization". Mental Retardation 26(4): 191-195.
- Farber, B.A. (1983). "Current trends, futuer directions." Pp. 241-248 in B .A. Farber (ED.), Stress and Burnout in human service professions. N. Ly. Pergamon.

Ferrara, D. (1979). Attitudes of parents of mentally retarded children toward normalization activities. American Journal of Mental Deficiency. 84, 151-154.

Ford, D.L., Murphy, C.J., & Edwards, K. L. (1983). Exploratory development and validation of perceptual job burnout inventory: Comparison of corporate sector and human professionals. Psychological Reports 52, 995-1006.

Franklin, D.L., (1985). Differential clinical assessment: The influence of race and Class. *Social service review*. 59. 45-61.

Freudenberger, H. J. *Burnout: The high cost of high achievement*. 1980. New – York: Doubleday Garden City.

Freudenberger, H. J., (1977). Occupational hazard of the child care worker. *Child care Quarterly*. 6, 90-99.

Freudenberger, H. J. (1975). The staff burnout syndrome in alternative institution. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 12(1). 73-82.

Glaser, R. (1988). Expertise and Learning: How do we think about instructional processes now that we have discovered knowledge structures? Paoer presented at the 21<sup>st</sup>. Carnegie – Mellon Symposium on Cognition. Carnegie – Mellon University, Pittsburgh, PA., May 20, 1987.

Hatton, C.(1999). Staff stressors and staff outcomes in services for adults with intellectual disabilities: The staff stressor questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 20(4), 269-285.

Hill, J.W., Seyfarth, J., Banks, P.D., Wehman, P., Orelove, F. (1987). Parent attitudes about working conditions of their mentally retarded sons and daughters. Exceptional Children, 54, 9-23.

Holden, G., Cuzzi, L.F., Grob, G.G., Bazer, C. (1995) “Decisions regarding the order of opening multiple high – risk cases; a pilot study in an urban hospital”, *Social Work in Health Care*. 22(1), 37-55.

Kanungo, R.N. (1982). Measurement of job and work involvement. Journal of Applied Psychology. 67(3) 341-349.

Ker, N. L., Gartst, J., Lewandowski, D. A., Harris, S. E. (1997). That still, small voice: Commitment to cooperate as an internalized versus a social norm. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 23(12), 1300-11.

Lindsey, D. (1991). Factors affecting the foster care placement decisions: An analysis of national survey data. American Journal of Orthopschiatry, 61, 272-281.

Liontos, L. B. “*Shared Decision – Making.*” 1994. Eric digest. 87.



Lutfiyya, Z.M., (1988). Other than clients: Reflections on relationships between people with disabilities and typical people. Tash Newsletter, September, 3-5.

Masalach, C., & Jackson, S. E (1986). The Masalach burnout inventory manual (2<sup>nd</sup>. Ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.

Masalach, C., & Jackson, S. E.(1984). Burnout in organizational setting. (pp. 33-153). In S. Oskamp (ED). *Applied social psychology annual, vol. 5*. Beverly Hills, CA: Sage.

Masalach, C. (1976). Burnout. *Human behavior*. 5. 16-22.

Mattison, M. (2000) "Ethical decision making: The person in the process". *Social Work*. (45), 201-211.

Meddin, B. (1986). Unanticipated and unintended consequences of the group process: enhancing successful group functioning. Social work with groups, 9,83-92.

Moon, S. & Bunker, L., (1987). Recreation and motor skills programming. In: Snell, M., (ed.). Systematic instruction of persons with severe handicaps, (214-244). Columbus, Merrill.

Moss, s. problematic Emerson, e. Bouras, n. Holland, a. (1997) Mental disorders and behaviours in people with intellectual disability; future direction for research. Journal of intellectual disability research vol. 4 12/9

Pfeffer, J. (1987). Understanding the role of power in decision – making. In J.M. Shafritz & J. Steven Ott (Eds.), *Classics of organizational theory* (pp. 309-335). Chicago: Dorsey Press.

Pines A. M., Aronson E. (1988). Career Burnout: causes and cures. N.Y. Free Press.

Pines A. M., Aronson E., & Kafry D. Burnout: from tedium to personal growth. (1981). *New York: The free Press.* .

Reilly, N.P. (1994). Exploring a paradox: commitment as a moderator of the stressor- burnout relationship. Journal of Applied Social Psychology. 24, 397-414.

Ressler, J. T. (1994) Quality care for individuals with dual diagnosis; The legal and ethical imperative to provide qualified staff. Mental retardation 32(5) 356 – 361.

Rizzo, J.R., House, R.J. & Lirtzman, S.E. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organization. Administrative science Quarterly, 15, 150-163.

Schleien, S.J., Mayer, L.H., Heyne, L.A., & Brand, B.B., (1995). Lifelong leisure skills and lifestyles for persons with developmental disabilities. Baltimore: Brooks Publishing co.

Sheridan, S. M., (1988). Time management in health care social work. Social work in Health Care 13, 91-100.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organization (pp. 25-48) In C.L. Cooper and I. Robertson (eds.) International Review of Industrial and Organizational Psychology. John Wiley.

Smith, G. C. (1997). "Aging families of adults with mental retardation: Patterns and correlates of service use, need, and knowledge." *American journal of mental retardation*. 104(1). 13-26.

Schwab, R.L., & Iwanick, E.F. (1982). Perceived role conflict. Role ambiguity and teacher burnout. Educational Administration Quarterly, 18, 60-74.

Thorin, E., Yovanoff, P., & Irvin, L. (1996). Dilemmas faced by families during their young adults transitions to adulthood: A brief report. Journal of Mental Retardation,34,2.

## נספחים

נספח א

לוח מס. 4 אפיוני העובדים הסוציאליים המטפלים במאובחן ומשפחתו

מאפיינים		שכיחות או מאפיין סטטיסטי אחר	
		N	%
השכלה מקצועית : כשיר		4	4%
	תואר ראשון	65	72%
	תואר שני	21	24%
מומחה בתחום : לא		82	91%
	כן	8	9%
השתלמות בתחום : כן		81	90%
	לא	9	10%
עסוק נוסף במחלקה : עו"ס משפחה		7	8%
	עו"ס מועדונית	5	6%
	אחר	45	50%
	אין עסוק נוסף	33	37%
מעורבות בשליחה לועדה : רבה מאוד		61	68%
	רבה	16	18%
	בינונית	11	14%

לוח מספר 5 : מאפייני הורי המאובחנים

מאפיינים		נתונים	
		N	%
השכלה : גבוהה		12	14%
	תיכונית	48	54%
	יסודית	29	32%
הכנסה : גבוהה		11	12%
	ממוצעת	41	46%
	נמוכה	38	43%
מצב בריאות : טובה		50	56%
	בינוני	37	30%
	לקוי	10	10%
	חולה כרוני	1	1%
	תשובות חסרות	3	3%
קשר עם עובד סוציאלי : אחת לשבוע		8	9%
	אחת לשבועיים	11	12%
	אחת לחודש	28	32%
	אחת לשלושה חודשים	22	24%
	לעיתים רחוקות	21	23%

נספח ב

לכבי

---

שלום רב,

שמי חוי, ואני עובדת סוציאלית העוסקת בטיפול באנשים עם פיגור שכלי. באישורה של גב' אהובה לוי מנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי במשרד העבודה והרווחה ובאישורה של דר' חיה עמינדב מנהלת המרכז לאבחון וקידום הננו מתחילים בימים אלו בביצועו של מחקר ראשוני בנושא "יישום החלטות ועדת האבחון של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי". בשל ההשקעה הגדולה של כל אחת ואחד מכם בועדות האבחון, המתבטאת בנוכחותכם בועדה ובמאמצים הנעשים על ידכם בכדי ליישם את המלצותיה, קיימת חשיבות רבה לבדוק את מידת יישום החלטות הנ"ל. המחקר נעשה על ידי בהדרכתה והנחייתה של דר' חיה שוורץ מביה"ס לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר – אילן.

לצורך איסוף הנתונים נשלחים אליך ואל עובדים סוציאליים נוספים המטפלים באוכלוסייה זו שאלוני המחקר. השאלונים מורכבים משני חלקים: הראשון מתמקד בעובד הסוציאלי, והשני מתייחס למאובחן ולהחלטות שהתקבלו.

נעשה הכל על מנת לשמור על סודיות המאובחנים ועל המידע שייאסף. בנוסף התחייבתי באופן אישי, כעורכת המחקר, בפני מנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי לשמור על סודיות כל המעורבים בו. שיתוף הפעולה שלך ומילוי שני חלקי השאלון במלואם חיוניים להבנת הגורמים הקשורים ביישום החלטות וביכולת של האגף ליישם את ממצאי המחקר.

הנני מודה לך מראש על שיתוף הפעולה שלך במילוי השאלונים.

באם יש לך שאלות נוספות התקשר/י אלי בטלפון 03-9247902 או פני אלי בדואר אלקטרוני:

בברכה

חוי קלרמן

מצ"ב מכתבה של הגב' אהובה לוי המאשר את ביצוע המחקר.

בשאלון זה הנך מתבקש/ת להשיב אודות הפרטים הדמוגרפים שלך ותחושותיך בעבודה

1. מהי השכלתך המקצועית: (1) עו"ס כשיר (2) תואר ב.א. (3) תואר מ.א. (4) אחר \_\_\_\_\_
2. כמה שנים אתה עובד/ת כעובד סוציאלי? \_\_\_\_\_
3. כמה שנים אתה עובד/ת במחלקה לשירותים חברתיים?  
\_\_\_\_\_
4. כמה שנים אתה עובד/ת בתחום הטיפול באנשים עם פיגור? \_\_\_\_\_
5. כמה שנים אתה עובד/ת במחלקה בתפקיד של אחראי/ מרכז נושא פיגור?  
\_\_\_\_\_
6. האם אתה עו"ס עם מומחיות בשיקום? (1) לא (2) כן.
7. האם קיבלת הכשרה מיוחדת בתחום הטיפול באנשים עם פיגור שכלי?  
(1) לא (2) כן, איזו: \_\_\_\_\_
8. האם אתה נוהג/ת להשתתף בהשתלמויות וכנסים של האגף לטיפול באדם המפגר?  
(1) לא (2) כן, איזו? \_\_\_\_\_
9. האם אתה ממלא/ת תפקידים נוספים (מנהלי או מקצועי) במחלקה מלבד הטיפול באנשים עם פיגור?  
(1) לא (2) כן, אילו – סמן את כולם במידה ויש יותר מאחד: \_\_\_\_\_
10. מהו היקף משרתך? (1) מלאה (2) חלקית, פרט אחוז משרה \_\_\_\_\_
11. מספר התיקים בהם אתה מטפלת/ \_\_\_\_\_
12. באיזו מידה אתה מעורב/ת בהחלטה האם להפנות אדם עם פיגור שכלי לועדת האבחון של האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי?  
(1) במידה רבה מאוד (2) במידה רבה (3) במידה בינונית (4) במידה מועטה (5) כלל לא

13. המשפטים הבאים מתייחסים לעבודתך השוטפת. לגבי כל אחד מהם ציין / ני באיזו

מידה הוא מתאר נכונה את מה שקורה לך בדרכיך בעבודתך. כאשר:

1 = בכלל לא מתאים, 2 = מתאים במידה מועטה, 3 = מתאים במידה בינונית, 4 = מתאים במידה

רבה, 5 = מתאים במידה רבה מאוד.

נא סמן/ני במשבצת המתאימה בכל שורה.

במידה רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	בכלל לא	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	איני יכול להתמודד עם כל הדרישות הסותרות הנדרשות ממני בזמן העבודה.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אין לי מספיק זמן לבצע את עבודתי.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני נדרש לבצע עבודה בלי שיש לי משאבים מתאימים להשלים אותה.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני אף פעם לא מסיים את העבודה בהרגשה שהספקתי את כל שעלי לעשות.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אינני מסוגל לבצע באופן הטוב ביותר את עבודתי בזמן שמוקצב לי.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני נדרש לבצע מטלות בסיסיות שמונעות ממני להשלים מטלות חשובות יותר.

#### נא שים/שימי לב – יש המשך בעמוד הבא

14. המשפטים הבאים מתארים תחושות הקשורות בעבודתך. נא קרא/י בעיון כל משפט והחלטי/י האם

אי פעם חשת כך כלפי העבודה שלך. נא סמן/ני במשבצת המתאימה את התחושה שמתארת את

הרגשתך בצורה הטובה ביותר. כאשר:

1 = אף פעם לא, 2 = פעמים אחדות בשנה, 3 = פעם בחודש, 4 = פעמיים או שלוש בחודש, 5 = פעם

בשבוע, 6 = פעמים אחדות בשבוע, 7 = כל יום.

כל יום	פעמים אחדות בשבוע	פעם בשבוע	2-3 בחודש	פעם בחודש	מס' פעמים בשנה	אף פעם לא	
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מרגישה/ה סחוט/ה רגשית מעבודתי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מרגישה/ה גמור/ה בסוף יום העבודה.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מרגישה/ה עייף/פה כשאני קם/ה בבוקר ועלי לעמוד בפני יום נוסף בעבודתי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	עבודה במשך כל היום זה ממש מתח בשבילי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מסוגל/ת לפתור ביעילות את הבעיות העולות בעבודתי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני חש/ה שחוק/ה מעבודתי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני חש/ה שיש לי תרומה חשובה למה שהארגון הזה עושה.

(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	התעניינותי בעבודתי פחתה מאז שהתחלתי את התפקיד הזה.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	הפכתי להיות פחות נלהב/ת מעבודתי
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	לדעתי אני טוב/ה בעבודה שלי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	יש לי הרגשה עילאית כשאני משלים/מה משהו בעבודה.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	עשיתי הרבה דברים בעלי ערך בעבודה הזו.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני רק רוצה לעשות את עבודתי ושיעזבו אותי במנוחה.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני נעשה/ית יותר ויותר צינית לגבי האפשרות שלעבודתי יש תרומה כלשהי.
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מטילה/ה ספק בחשיבות שיש לעבודתי
(7)	(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני חשה/ה בטוח/ה ביכולתי להשלים ביעילות משימות בעבודתי.

#### נא שים/שימי לב - יש המשך בעמוד הבא

15. עד כמה נכונים המשפטים הבאים בנוגע לעבודתך?

במידה רבה מאוד (5)	במידה רבה (4)	בינונית (3)	במידה מועטה (2)	בכלל לא (1)	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	יש לי מטרות ויעדים ברורים ומתוכננים בעבודתי.
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני יודעת/ת שאני מחלקת את זמן העבודה שלי כיאות בין המטלות השונות שעלי לעשות
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני יודעת/ת מהן המחוייבויות שלי בעבודה
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	ההסברים שאני מקבלת/ת בקשר למה צריך לעשות ברורים
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני יודעת/ת בברור למה מצפים ממני בעבודה.



16. לפניך משפטים המתארים עמדות שונות. ציין/ני את המספר המציין את מידת הסכמתך

לכל אחד מהמשפטים, על סולם שבין 1 ל-5. כאשר :

1 = לא מסכים במידה רבה 2 = לא מסכים, 3 = מסכים במידה מועטה, 4 = מסכים במידה רבה,

5 = מסכים במידה רבה מאוד.

מסכים במידה רבה מאוד (5)	מסכים במידה רבה (4)	מסכים במידה מועטה (3)	לא מסכים (2)	לא מסכים במידה רבה (1)	
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	הדברים החשובים ביותר שקורים לי - קשורים לעבודתי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	לגבי, העבודה מהווה חלק קטן ממה שאני
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מעורב/ת במידה רבה מאוד בעבודתי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני חיה, אוכל/ת, ונושם/מת את עבודתי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	רוב תחומי העניין שלי מתרכזים סביב עבודתי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני קשור/ה במידה רבה מאוד למקום העבודה הנוכחי שלי ויהיה לי קשה לנתק קשר זה
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	בדרך כלל אני מרגיש/ה ריחוק וניכור מעבודתי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	רוב מטרות חיי האישיות טובבות סביב העבודה
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני מחשיב/ה את עבודתי כמרכזית להוויה שלי
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	אני אוהב/ת להיות שקוע/ה בעבודתי רוב הזמן

תודה על שיתוף הפעולה

קוד שאלון מאובחן \_\_\_\_\_

תאריך ועדת האבחון: \_\_\_\_\_

שאלון זה ימולא לגבי המאובחן ומשפחתו. השאלון מתייחס להחלטות ועדת אבחון ספציפית של פונה זה ואוסף מידע ופרטים דמוגרפים אודות המאובחן ומשפחתו.

1. האם נכחת בוועדת האבחון לגבי פונה זה? (1) כן (2) לא (עבור לשאלה 3)
2. דרג/י את מידת מעורבותך בהחלטות שהתקבלו בוועדה לגבי פונה זה?  
 (1) במידה רבה מאוד (2) במידה רבה (3) במידה בינונית (4) במידה מועטה (5) כלל לא
3. הטבלה הבאה מתארת את התחומים בהם התקבלו החלטות בוועדת האבחון. ענה/י לגבי כל תחום על השאלות באמצעות הטבלה.

סיבה עיקרית ליישום חלקי או אי יישום: (1) חוסר שיתוף פעולה עם המשפחה (2) חוסר שירותים בקהילה (3) השירותים הקיימים לא נותנים שירות (4) לא הגעתי לטפל בזה	האם ההחלטה יושמה: (1) במלואה (2) בחלקה (3) לא יושמה	סמן באם התקבלה החלטה בתחום: (1) כן (2) לא	
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום חינוכי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום מגורים
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום רגשי נפשי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום תעסוקתי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום רפואי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום פרא רפואי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום שעות הפנאי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום משפחתי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום רגשי נפשי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום חברתי
(1) (2) (3) (4)	(1) (2) (3)	(1) (2)	תחום אפוטרופוס

4. האם נתקלת בקושי אחר או נוסף שלא צויין לעיל? (1) לא (2) כן, פרטי/

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. האם קיים מעקב אצל פקידת הסעד לגבי יישום ההחלטות? (1) כן (2) לא

**נא שים/שימי לב - יש המשך בעמ' הבא**

## מידע אודות המאובחן:

- 1) גיל המאובחן \_\_\_\_\_
- 2) רמת תפקודו כפי שנקבע בועדה (רמת הפיגור):  
(1) פיגור קל (2) קל – בינוני (3) פיגור בינוני (4) פיגור בינוני נמוך (5) פיגור קשה (6) פיגור עמוק  
(7) לא הצליחו לקבוע רמה  
(3) באיזה מסגרת יום נמצא?  
(1) מסגרת חינוכית (2) מע"ש (3) מסגרת תעסוקתית שונה ממע"ש (4) מסגרת חוץ ביתית (5) בבית
- 4) מצב בריאותו של המאובחן: (1) בריא בדרי"כ (2) משתמש בתרופות בצורה קבועה (3) במעקב רפואי
- 5) גיל האם \_\_\_\_\_
- 6) גיל האב \_\_\_\_\_
- 7) אם יש אפוטרופוס שונה מההורים: גיל האפוטרופוס: \_\_\_\_\_
- 8) מספר הנפשות המתגוררות בבית ההורים \_\_\_\_\_
- 9) השכלת ההורים או האפוטרופוס: (1) יסודית (2) תיכונית (3) על תיכונית
- 10) מהי רמת ההכנסה של המשפחה? (1) מתחת לממוצע. (2) ממוצעת. (3) מעל הממוצע
- 11) דרגי את מצב הבריאות הפיזי של ההורים/אפוטרופסים?  
(1) בריאות טובה (2) מצב בריאות בינוני (3) מצב בריאות לקוי (4) חולים כרוניים
- 12) באיזו תכיפות יש לך קשר עם המשפחה?  
(1) אחת לשבוע (2) פעם בשבועיים (3) פעם בחודש (4) אחת לשלושה חודשים (5) לעיתים רחוקות יותר
- 13) כיצד תגדירי את הקשר שלך עם המאובחן ומשפחתו?  
(1) קשר טוב מאוד (2) קשר טוב (3) קשר בינוני (4) מעט קשר (5) אין בכלל קשר

תודה על שיתוף הפעולה

## **ABSTRACT**

The 1969 law for the provision of care for people with mental retardation called for multi-professional and all-inclusive evaluation for this population. The impetus for this law was an assessment that the rights and obligations of a person with MR are a legal matter, one that involves loss of civil rights. Despite the 1969 legislation, Evaluation Committees for the Service for Care of Persons with Mental Retardation (hereafter, the Committee) have been acting as delineated in the Law only since 1995. The Committee is entrusted with deciding whether a person functions at a level of mental retardation, and as such, with establishing intervention in the community or within a residence.

To date, neither the degree to which the Committee's decisions have been implemented, nor the factors affecting implementation, have been examined. Legal limitations on providing services for special-needs populations make it imperative to examine the degree of implementation of Committee decisions. This examination should locate points of difficulty in implementation, attempt to define them and seek solutions within the existing services.

As this is a first exploratory study, sampling of the authorities was intentional, accessible and nonrandom. The randomly selected decisions represent evaluated individuals of various ages living in regions of different sizes. The number of evaluated individuals and social workers who participated in the study was small; data were not objective as they were gathered from the social workers in charge of implementing the decisions. Therefore any generalization based on the results of this study must be regarded with caution.

## **Aims**

The study aims to examine the degree to which Committee decisions are implemented, find the areas of difficulties in implementation, and locate the reasons behind these difficulties. Attributes of the evaluated individuals and their families, and those of the social workers are examined for their effect on the degree of implementation. Also examined are community services required for implementing Committee decisions.

## **Method**

*Participants:* Ninety people who were evaluated by committees were examined. They live in seven regional councils in central Israel. Evaluations took place between 2000-2002.

## **Tools**

A questionnaire was constructed for the social workers in charge of implementing Committee decisions. This questionnaire included:

- a. Demographic Questionnaire to be filled in by the social worker.
- b. Burnout Questionnaire. The new version of Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed., 1986) for examining burnout in generalized samples (Bachner, 1998).
- c. Subjective Overload Questionnaire. A short version of Hatton's (1999) Staff Stressor Questionnaire. This questionnaire had been constructed to examine stress reactions and intervention results of workers in services for people with intellectual disabilities. The questionnaire was translated into Hebrew for this study.

- d. Role Ambiguity Questionnaire. A short version of the Role Conflict and Ambiguity Questionnaire (Rizzo, House, & Lirtzman, 1970). This version appears in a study by Aviad-Heiblum (1992).
- e. Job Involvement Questionnaire (Kanungo, 1982). The questionnaire had been translated into Hebrew by Ben-Arzi (1982).

Each of these questionnaires was filled in once by the social workers.

The following questionnaires, pertaining to each person evaluated, were filled in by 28 social workers:

- f. A questionnaire addressing the decisions of the evaluating committee and their implementation. Ten areas were examined: education, residence, leisure, occupation, emotional-mental, social, medical, paramedical, family, and guardianship.
- g. Information questionnaire about the evaluated individual.

In addition, structured interviews were conducted with coordinators of care for people with mental retardation in the departments of social services sampled. These interviews were aimed at learning about the availability of community services for the implementation of Committee decisions, and at broadening and completing data gathered in the questionnaires.

### **Procedure**

The Center for the Evaluation and Advancement of People with Mental Retardation had given its consent and support to this study. It was conducted with the permission of the Head of the Division for Care of People with Mental Retardation in the Department of Welfare. Coordinators of mental retardation issues in regional councils were sent letters requesting their cooperation in data gathering, and upon receipt of their agreement to cooperate, questionnaires were sent to the local social workers. Social workers filled in

questionnaires for each of the participants sampled. The questionnaires addressed Committee decisions, the degree of implementation, and demographic details of the participant and his/her family.

The social workers also answered a questionnaire regarding their professional training and about their feelings at work. All questionnaires were filled in anonymously and maintained strict confidentiality regarding the participants and their families and the social workers caring for them. The filled in questionnaires were then sent to the researcher. The structured interviews with the coordinators for care of people with mental retardation in the divisions of social services were conducted concomitantly with the filling in of the questionnaires.

### **Findings**

A total of 574 decisions were reached for the 90 participants. Of these, 314 (55%) were fully implemented. The highest single category of decisions accepted (15%) were medical, while the smallest categories (8%) were social and occupational. In 8 of the 10 areas for which decisions were made, over 50% were implemented. The highest full degree of implementation was found in education (78%), the lowest in social aspects (14%). Regarding occupational issues and issues of residence, 66% of all decisions were fully implemented, 63% in matters of guardianship, and in matters of family, paramedical issues, and residence 50-60% of the decisions had been implemented.

The study defined four possible reasons for non-implementation of decisions: lack of family cooperation, absence of the necessary service within the community, the existing service is not provided to people with mental retardation, and finally, implementation is lower on the social worker's list of priorities. For each decision that had not been implemented, the social workers were asked to specify one of the four reasons.



The reason cited most often for non-implementation was lack of family cooperation. This was true for all areas but education (49% of the unimplemented decisions).

Three attributes of participant and family were found to be related to the degree of implementation and to lack of family cooperation as a reason for non-implementation: age of participant, family income, and the degree and frequency of family's contact with the social worker. Younger age was related to a higher degree of implementation, and to lower frequency of family non-cooperation as a reason for non-implementation. A stronger, more frequent relation between social worker and family was related to a higher implementation of decisions and to lower frequency of family non-cooperation.

A negative correlation was found between degree of implementation and social worker's feeling of low participation in the work of the committee.

Additional findings regarding difficulties in implementation were gathered from interviews with coordinators and from comments added to the questionnaires:

- Social workers indicated that participants with a multiple diagnosis (e.g., mental retardation and emotional problems) were a population at higher risk for non-implementation of decisions. Furthermore, community mental-health services are not available for this population.
- Services and programs are better in the regional councils where parents assist in funding long schooldays.
- Occupational opportunities for people with moderate and severe retardation are insufficient.
- There is a shortage of services for religious and ultra-Orthodox individuals.

- Most regional councils have afternoon care for nursery-school and kindergarten age children and social facilities for afternoon activities. Shortage of leisure facilities was reported for 6-15 year olds. Utilizing these leisure services present financial difficulties for some of the parents.
- According to the social workers, decisions are not always suitable to subjective family situations (e.g., socioeconomic status or mentality), and this is the reason for non-implementation.
- It should be noted that findings regarding the degree of implementation and the reasons for non-implementation were based solely on information gathered from the social workers who are in charge of implementation only. No data were gathered from parents or participants. This is one of the limitations of the study.

## **Recommendations for increased implementation of Committee decisions as indicated by the findings**

### *Participant's family*

- Family cooperation with the social workers must be enhanced to increase implementation of Committee decisions. Special attention must be given to families with older children and to low-income families.

### *Social worker*

- Social workers must increase the level of contact with participants' families in order to increase implementation of Committee decisions.
- It is recommended that mental-health professionals be exposed to the population with mental retardation, and trained to work with them.
- Parents must be informed of their rights to receive paramedical services as part of the national health program via their providers. Parents must be assisted to receive the benefits to which they are entitled.
- Social workers must continue working with families toward the integration of people with mental retardation in the workforce. Families must be made aware of the abilities of the person with mental retardation and his or her needs, so that *normalization* becomes a concrete idea. In addition, exposure of public-sector employers and community centers to this population must be increased, emphasizing the mutual benefits of integration.

- The burden and standardization of social work must be reconsidered. Less burdened social workers could maintain better contact with families and better accompany them. Thus, social workers could give higher priority to implementation, with the result being implementation of more decisions.

#### *Regional councils*

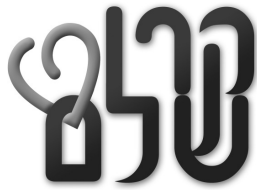
- Additional occupational centers must be constructed for people with severe mental retardation; transportation to such facilities must be made available where none currently exists.
- Services must be available and accessible, so that families may bring their sons and daughters to them. This refers to distance, need for transportation, or accompanying the person and demanding that the family bear the costs.
- Additional religious facilities should be added to the existing non-residential ones.
- Appropriate educational services should be provided for people with multiple diagnoses.
- Social-sexual services must be increased.

#### *Evaluation Committee*

- The Committee must try to adapt its decisions to subjective family situations, and consider lifestyle and socioeconomic conditions.
- Committee decisions must include recommendations for programs and services that are compatible with those available

at the regional level. A reasonable, realistic intervention plan is preferable to an optimal, but nonrealistic one.

- Increasing the social worker's feeling of participation in Committee work is recommended.
- It is recommended that paramedical services provided by HMOs be extended beyond age 18. Such provision requires new legislation.



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

אוניברסיטת בר-אילן



Bar-Ilan University  
School of Social Work

**DECISIONS IMPLEMENTATIONS OF THE DIAGNOSIS  
AND EVALUATION COMMITTEE, DIVISION OF  
SERVICES OF THE DEVELOPMENTALLY DISABLED:  
THE RELATIONSHIP WITH CHARACTERISTICS OF THE  
SOCIAL WORKER, THE PERSON WITH  
DEVELOPMENTAL DISABILITY AND HIS FAMILY**

**HAVA KELLERMAN**

Supervised by : Chaya Schwartz Ph.D.

Thesis submitted in partial fulfillment of the  
Requirements for the Master's degree  
Bar-Ilan University, Department of Social Work



This work was supported by a grant from Shalem Fund for Development  
of Services for People with Intellectual Disabilities  
In the Local Councils in Israel  
2004

קרן שלום/522/2004