



המוסד לביטוח לאומי

מינהל המחקר והתכנון

שיקום מקצועי

אבחון באמצעות מכונים

להכוון תעסוקתי

סקר מס' 124

המוסד לביטוח לאומי
מינהל המחקר והתכנון

שיקום מקצועי -

אבחון באמצעות מכונים להכוון תעסוקתי

דליה גורדון
רפי בן דרור
לאה ענבר

ה ק ד מ ה

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי מופקדת על הטיפול בשיקום תעסוקתי של נכים ואלמנות הזכאים לכך עפ"י החוק. בעבודתם, נעזרים העובדים המטפלים, בין היתר, במכונים להכוון תעסוקתי לצורך אבחון. המחקר המוצג בזאת ביקש לבדוק את תרומתו של האבחון באמצעות מכונים אלה לתהליך השיקום התעסוקתי.

המחקר בוצע כמנהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי ע"י דליה גורדון מהמינהל וע"י ד"ר רפי בן דרור מאוניברסיטת חיפה ועל כך נתונה להם תודתי. כן מובאת בפרסום סקירת ספרות בינלאומית בנושא אבחון ע"י מכונים להכוון תעסוקתי שהוכנה ע"י לאה ענבר מהמינהל.

תודתי נתונה לשמואל פינצי, מנהל האגף לשיקום וסיעוד כמוסד לביטוח לאומי, אשר ללא עזרתו לא ניתן היה לבצע מחקר זה.

שלמה כהן
סמנכ"ל מחקר ותכנון

חוכן העניינים

עמוד

1	סקירת ספרות
1	מבוא
3	פרוצדורות להערכה תעסוקתית: טכניקות ומבחנים
4	טכניקות הכוחנות ביצוע בפועל
5	מבחנים פסיכולוגיים
8	הערכה תעסוקתית של קבוצות נכים ספציפיות
8	חולי נפש
9	נכים הסובלים מנזק מוחי טראומטי
10	בעלי ליקויי למידה ספציפיים
11	הערכה על ידי מכונים להכוון תעסוקתי
14	מחקר הערכה
14	מבוא
14	מטרות המחקר
15	מערך המחקר
15	שלב 1: שיחות עם אנשי מטה ומנהלי מחלקות שיקום
16	שלב 2: ניתוח תיקי משתקמים
16	מקורות הנתונים
17	האוכלוסיה, המדגם והמועד
18	הממצאים
18	תכונות דימוגרפיות וכלליות
18	תכונות הנכות של המופנים לנכות
19	ההפניה לאבחון חוץ
20	ההכוון המקצועי לפני האבחון
21	סיבות ההפניה לאבחון ע"י מכונים להכוון תעסוקתי
21	המלצת המכון והערכתה
24	תכנית השיקום בעקבות המלצת המכון
25	ביצוע תכנית השיקום
27	עבודה במועד המחקר
27	שביעות הרצון מהטיפול השיקומי
28	המכון
29	מסקנות והמלצות
	ביבליוגרפיה

סקירה ספרות

מבוא

אבחון והערכת נכים באופן דיפרנציאלי למטרת טפול הינם שלב אינטגרלי בתהליך הטיפול השיקומי. הם מהווים שלב חשוב והכרחי להבנת השפעת הנכות על היכולת התפקודית ועל ההפנייה לשירותי שיקום מתאימים. לאור הדגש החזק המושם במהלך טיפול שיקומי על שילובם של נכים בעולם העבודה (Rogan & Hagner 1990, Neff 1976, Chandler 1987), תיחד סקירה זו, בעיקר לסוגיית הערכת יכולתם התעסוקתית של נכים.

בסקירה יפורטו הפרוצדורות הנפוצות יותר להערכה תעסוקתית של נכים, תוך הדגשת כמה מהגישות היחודיות להערכה תעסוקתית של קבוצות נכים ספציפיות. נבחן את הגורמים והנסיבות המסבירים את הפנייתם של נכים להערכה המתבצעת על ידי אנשי מקצוע המומחים לכך. אך קודם לכן נגדיר את משמעות המושג "הערכה" בתחום השיקום.

המושגים "אבחון", "הערכה" ו"הערכה דיאגנוסטית" המופיעים בספרות לחילופין מציינים תהליך או שיטה להשגת מידע אודות הפרט. מובנם ומשמעותם בתחום השיקום שונים מאשר בתחומי הרפואה והחינוך ודומים לאלה שבתחום המיון והסיווג התעסוקתי (Hartlage 1987).

ההבדל העיקרי בין אבחון בתחום השיקום לאבחון הרפואי מתמצה בשאלה: מה מאבחנים? אבחון שיקומי מתמקד בעיקר בקביעת היכולת הרזידואלית - הקימת של הקלינט. הרפואה לעומת זאת, מתייחסת בשלב האבחון למוגבלות כשלעצמה ולסימפטומים של המחלה. לדוגמא אבחון רפואי של מחלת האפילפסיה, כולל תאור של הסימפטומים, במטרה להוביל לטיפול ספציפי, כגון תרופות אנטי אפילפטיות. בהקשר של שיקום האבחון כולל תאור של היכולת והכישורים הקיימים לאחר הפגיעה. כמו כן תכנית הטיפול לוקחת בחשבון גורמים נוספים כמו: גיל, השכלה, יכולת מנטלית, נסיון קודם בעבודה וקיומם של כישורים ומיומנויות שונים. תכנית הטיפול עשויה להיות שונה מפרט לפרט בהשפעת הגורמים הללו.

הערכה בתחום החינוך, כגון הערכה של הישגים לימודיים שנועדה לקדם את הפרט לרמת לימודים גבוהה יותר, הנה בעיקרה השואתית, דהיינו הישגי

הפרט מוערכים ביחס להשגי האחרים. ואילו בתחום השיקום הערכת ההשגים הלימודיים מתבססת על קריטריון הישג אישי יותר מאשר על השואה עם קבוצת ההתייחסות, כך ששאלת ההצלחה או הכשלון אינה רלבנטית.

לעומת זאת הן בתחום השיקום והן בתחום המיון והסיווג התעסוקתי מושם דגש באבחון על חיפוש היתרונות היחסיים, הכשרים והיכולת הקיימים כדי להפנות את הפרט לעבודה המאפשרת ניצול מירבי של כישורים אלה.

הערכה תעסוקתית - Vocational evaluation מוגדרת כתהליך שיטתי הכולל איסוף, בדיקה, פירוש ושילוב כל העובדות הרלבנטיות בתחומים הרפואי, התעסוקתי, הפסיכולוגי, הכלכלי והחברתי, תוך שימוש בעבודה המתבצעת בתנאי אמת או בתנאי סימולציה ובהתבסס על תוצאות מבחנים. התהליך נועד לאתר את פוטנציאל הקליינט, את היכולת הפונקציונלית הריאלית שנותרה לו ואפשרות ניצולה במערך התעסוקתי הקיים (Chandler 1987, Brown & Sink 1984, Peterson 1984, 1986). תהליך ההערכה מסתיים בהמלצות קצרות טווח, כמו הכשרה או סיוע בהסדרי מגורים ובהמלצות ארוכות טווח כהשמה בעבודה (Sawyer et al 1984).

בעיקרו של דבר ההערכה התעסוקתית נועדה למספר תכליות:

1. לתאר את הקליינט - על ידי מדידת כשרים ויכולות הנוגעים להיבטים תעסוקתיים כמו: יכולת מנטלית, פיסית ותפקודית, וזאת בהשוואה לאוכלוסייה נורמטיבית. התאור משקף כמובן תמונת מצב בנקודת זמן מסוימת.
2. לשרטט פרופיל יתרונות וחסרונות של הקליינט - וזאת בזיקה לתפקודו של הקליינט בסביבתו התעסוקתית הספציפית. לקבוע, אם כן, את ההגבלות הפונקציונליות, כמו גם את היכולת הפונקציונלית.
3. לנבא ביצוע בעתיד - תהליך ההערכה נועד לנבא השתלכות בתעסוקה וכן התנהגויות חברתיות שונות. במאמר מוסגר נציין שאומנם הניבוי הטוב ביותר של מה שהמשתקמים יעשו בסיטואציה נתונה הוא מה שעשו בעבר באותה סיטואציה, אך לא תמיד זהו מידע זמין.

4. לזהות את השירותים וההתערבויות הנחוצים לטיפול בקלינט - אלה האמורים לספק מענה אוסטימלי לצמצום השפעת ההגבלות הפונקציונליות של הנכה, המהוות מכשול לביצוע מוצלח ובעיקר בתחום התעסוקתי (Caston & Watson 1990, Sink et al 1987, Chandler 1987, Power 1984, Brown & Hughson 1987).

5. להגדיר את התוצאה הרצויה מההתערבות הטיפולית והספקת השירותים.

תהליך ההערכה התעסוקתית מודד ומנבא את הפוטנציאל התעסוקתי של נכה באמצעות שימוש בפרוצדורות שונות.

פרוצדורות להערכה העסוקתית: טכניקות ומבחנים

בחירת הפרוצדורה המתאימה תלויה במטרות של ההערכה התעסוקתית. כך קביעת זכאות לשירותים מחיבת פרוצדורת הערכה שתאבחן קיום מוגבלות בגינה נקבעת הזכאות. ואילו הערכה לצורך שיקום תתמקד ביכולות. Hartlage (1987) ו-Smith & Kraft (1989) מדגישים את הנקודות הבאות בתהליך בחירת פרוצדורת הערכה מתאימה.

1. קביעת השאלה או הסוגיה עליה ההערכה צריכה לתת מענה - מה היא מטרת ההערכה התעסוקתית.

2. איסוף נתוני רקע הכרחיים על הקלינט, כגון נתונים רפואיים על פיהם נבדקת קיומה של מוגבלות רפואית העשויה להגביל את הנכה בביצוע פרוצדורה מסוימת. קלינט הסובל מבעיות מוטוריות, כתבלה אורטופדית המוציאה מכלל שימוש את ידו, או אחר המוגבל בראיתו, דורשים פרוצדורת הערכה המתאימה ליכולת התפקודית הקיימת.

3. הערכת תפקודו האינטלקטואלי של הקלינט. הערכה אינטלקטואלית מהווה גורם מרכזי בקביעת הפוטנציאל התעסוקתי שלו. השימוש במבחנים להערכה אינטלקטואלית קובע את אופציות השיקום הרלבנטיות לנכה. הם קובעים האם פרוצדורות ההערכה יתמקדו באבחון מיומנויות תעסוקתיות ברמה גבוהה או נמוכה, ברמה הדורשת למודים עיוניים או ברמה הדורשת מיומנויות פיזיות.

הספרות מתיחסת לשני סוגי פרוצדורות להערכה תעסוקתית של נכים, וזאת על פי אוסן ביצוען:

1. טכניקות הבוחנות ביצוע של משימות בפועל.
2. מבחנים פסיכולוגיים.

טכניקות הבוחנות ביצוע בפועל

מדגם עבודה - Work Sample - נחשב לטכניקה הנפוצה ביותר להערכה תעסוקתית. מדגם העבודה מתבסס על ניתוח עיסוקים של כל המטלות הכרוכות בביצוע עיסוק מסוים. הטכניקה מיועדת להעריך ולקבוע את פוטנציאל הנכה למיומנויות תעסוקתיות ולתחומי הכשרה תעסוקתיים שיאפשרו לו להשתלב בעיסוק שבו הוא נעדר כל נסיון קודם. וכן לבחון את ההתנהגויות הרלבנטיות לביצוע העיסוק. הדרך לקבוע אם קליינט מסוגל לבצע משימה מסוימת היא לצפות בו בעת ביצועה בפועל. בהתאם לגישת מדגם העבודה נדרש מהקליינט לבצע משימה מובנת המיועדת למדוד תכונות מסוימות וזאת על פי מתן הוראות ודרישות ביצוע סטנדרטיות. הגישה מאפשרת להעריך את איכות ומשך זמן ביצוע המשימה, כולל שימוש במיכשור ובחומרים בהשואה לנורמות ביצוע, לדוגמא השואה לביצוע של בעלי נכות דומה. ההשואה מאפשרת לזהות נקודות תורסה וחוזק (Chandler 1987, Sax & Pell 1985).

לטכניקת מדגם העבודה מספר יתרונות (שם). הגישה המיצגת קירוב טוב של עיסוקי אמת מתמקדת בהדמייה של משימות ודרישות עבודה, ובכך מספקת הזדמנות לצפות בהתנהגות עבודה בסביבה מבוקרת, תוך פיקוח ושליטה על התנאים. הנכה רואה את עצמו מעורב בסיטואציה עבודה טבעית יותר מאשר נתון במבחן. הגישה חושפת את הנכים להתנסות במגוון רחב של עיסוקים. מדגמי עבודה מעריכים לא רק את תכונות העובד, כגון אחריות ויכולת שימוש בכלים ובשיטות עבודה, אלא גם מגלים אספקטים נוספים כגון מוטיבציה ועמדות כלפי עבודה. עוד נציין שמעסיקים נוטים לקבל את ניבויי מדגמי העבודה יותר מאשר את תוצאותיהם של המבחנים הפסיכולוגיים. ובסך הכל נראה קל יותר לנבא איך פרט יתפקד מתוך התבוננות בתכנית ארון במסגרת מדגם העבודה מאשר בעבודה המתבצעת בתנאי אמת.

יחד עם זאת לא ניתן להתעלם מחסרונות הטכניקה. לא תמיד מעשי לפתח מדגמי עבודה לסוגי העיסוקים השונים בשוק העבודה. יתירה מכך, לאור שינויים והתפתחויות טכנולוגיים, מדגמי עבודה עשויים למדוד תכונות של עיסוקים שאינם קיימים עוד בשוק העבודה. הבעיה הבסיסית במדגמי עבודה היא בעית היעדר סטנדרטיזציה - העדר סטנדרטים אובייקטיביים אליהם יש להשוות את ביצועי הקליינט.

הערכת מצב עכשווית - Situational assessment - טכניקה להערכת יכולתו של קליינט להתגלגל לתנאים כלליים של עבודה, במסגרתה מתבצעת תצפית מובנת ושיטתית על התנהגות הפרט בשעת עבודה, הדומה בתנאיה לעבודה המתבצעת בתנאי מציאות, לדוגמא מרכזי שיקום. יעדי הטכניקה להשיג אינספורמציה על הקליינט כאישיות עבודה, הכוללת: משמעות העבודה לפרט, אופן תגובתו לתנאים חברתיים ולמצבים בהם הוא נתקל בעבודתו, אינספורמציה על התנהגויות, אשר עשויות לסייע או לעכב בעדו מלהשתלב בעבודה וכמובן יכולתו לבצע את העבודה. תוצאת הצפייה היא הערכה ולא ציון (Power 1984, Chandler 1987). הכלי העיקרי בטכניקה זו הוא הצופה, מכאן שהאינספורמציה הנאספת עלולה להיות מבוססת על פרשנות והסקת מסקנות של הצופה, יותר מאשר על עובדות אובייקטיביות, ובכך נעוץ חסרונה של שיטה זו. יתרונה מתבטא ביכולת המעריך לשנות את תנאי העבודה המתבצעת בתנאי אמת, וזאת כדי לגלות את הקשיים המפריעים לקליינט בביצוע העבודה (Sax & Pell 1985).

הבקורת על טכניקות להערכה תעסוקתית נוגעת, בעיקרו של דבר לעובדה שהן מתרחשות לעיתים בסביבה מלאכותית ובתנאי סימולציה, שאינם משקפים את מציאות התעסוקה (Rogan & Hagner 1990, Brown & Hughson 1987). כמו כן יש קושי לתקנן את הטכניקות הללו (Power 1984).

מבחנים פסיכולוגיים

מבחנים פסיכולוגיים משמשים כלי נוסף להערכה תעסוקתית של נכים, הם מודדים יכולת קוגניטיבית, יותר מאשר התנהגויות הקשורות לתחום העבודה.

על פי רוב המבחנים הללו מודדים הישג, אינטלגנציה ואישיות. בקצרה נציין:

א. מבחני הישג מודדים את מה שהפרט למד בעבר כתוצאה מנסיון והשכלה פורמלית גם יחד. באמצעות מבחנים חוזרים ניתן לגלות גם התקדמות בתהליך הלמידה.

ב. במבחני אינטלגנציה נבדקת יכולתו של הקליינט לפתור בעיות וכן נבדקת הסתגלותו לסיטואציות חדשות. התכונה המשותפת שנמדדת באמצעותם היא היכולת ללמוד (Power 1984).

ג. מבחני אישיות - המונח "אישיות" מתייחס למכלול האינפורמציה המתייחסת להתנהגויות הטיפוסיות לקלינט. המבחנים נועדו לאתר ולתאר נקודות חוזק ותורפה של הקלינט בהקשר של אבחון תעסוקתי. מבחני האישיות מתייחסים לשאלות כמו: היכן וכיצד יכול פרט לתפקד ביעילות, ולאיזה אימון זקוק הוא כדי לחזק את ההתנהגויות הנדרשות להסתגלות לעבודה (שם). דוגמאות למבחנים כאלה: סולמות דירוג המתארים התנהגות, אינדקס למיומנויות התמודדות, אינדקס לתפקוד אדפטיבי, טכניקות שונות לדיווח עצמי הנותנות אינדיקציה ליכולת ביצוע של פעילויות שונות באופן עצמאי. כמו כן סולמות אינטרט באמצעותן נאספת אינפורמציה אודות עיסוקים בהם יש לקלינט עניין (Brown & Hughson 1987).

כנוסף למבחנים אלה נאספים במהלך ההערכה התעסוקתית נתונים על רמתו של הקלינט במיומנויות בסיסיות כקריאה, כתיבה ויכולת חישובית הנחוצות להבנת הוראות עבודה הניתנות בכתב ובע"פ (Chandler 1987).

יש המסתייגים מהשימוש במבחנים הפסיכולוגיים. צורות קונבנציונליות ומסורתיות של הערכה כמו: מבחנים פסיכומטריים, מבחני יכולת וסולמות הערכה המודדות התנהגויות שונות, לא תמיד יעילות בתחום אבחונם התעסוקתי של נכים.

בקורת אחת נוגעת ליכולתם המוגבלת של מבחנים אלה לנבא לטוח ארוך. זאת כאשר על פי רוב נבנית חכנית שיקום ארוכת טווח המתבססת על יכולתו המנטלית של הנכה ועל יציבותו הרגשית.

בקורת נוספת מחייחסת לעובדה שרבים מהמבחנים המסורתיים במיוחד מבחני האינטלגנציה, הותאמו לאוכלוסייה רגילה וציוניהם תוקננו על פי אוכלוסייה זו, ולא על בסיס מדגם מיצג של אוכלוסיית המוגבלים על ליקוייהם השונים (Chandler 1987). יעילות השימוש במבחנים אלה מותנית בפרשנות הציונים שקיבל הנבחן.

המבחנים נוטים להתמקד במרכיב אחד של יכולת הנבדק או בתכונה אחת, תוך התעלמות מיחר התכונות (Neff 1976).

טבען הרגשי והבלתי יציב של נכויות נפשיות לדוגמא, עשוי להשפיע על העקביות והיציבות בביצוע המבחן, וכך יכולתם המוגבלת של בעלי פיגור שכלי לשפה מופשטת מגבילה את אפשרות השימוש במבחנים אלה עבורם (Parker et al 1989).

עיקר הביקורת על השימוש במבחנים הפסיכולוגיים לצורך אבחון תעסוקתי של נכים נוגעת אם כן לשאלות המהימנות והתוקף שלהם. מהימנות מצביעה על העקביות בביצוע המבחנים, דהיינו האם בביצוע חוזר של אותו מבחן תתקבלנה תוצאות דומות. תוקף נחלק לתוקף תוכן, המתייחס לשאלה האם המבחן כולל מדגם פריטים שמיצג באופן ראוי את התחום או הנושא הנבדק, ולתוקף מבנה, המודד את המדה בה המבחן מודד בדיוק את המושג שאמור הוא לבדוק. לדוגמא האם מבחן יכולת קריאה מודד יכולת קריאה או מודד מהירות בהדגשת שורות בעפרון.

תוקף ומהימנות אינם קבועים. הם עשויים להיות שונים על פי קבוצת הפרטים המוערכים וכן על פי מטרת ההערכה. הכלי עשוי להיות מהימן ותקף עבור קבוצה אחת ולא עבור השנייה, או עבור מטרה אחת ולא עבור אחרת. הכלי יכול להיות תקף למטרה דיאגנוסטית כזיהוי יכולת למידה, אבל לא למטרת ניבוי כמו ניבוי של הצלחה תעסוקתית. מהימנות היא תנאי הכרחי לתוקף, אך לא תנאי מספיק, וכך מבחנים יכולים להיות בלתי מהימנים ובלתי תקפים, מהימנים אך לא תקפים וכמובן תקפים ומהימנים גם יחד (Parker 1993, Parker et al 1989).

Chandler (1987) סבור שלמרות הבקורת על המבחנים הפסיכולוגיים יש לראות בהם כלי עזר ליועצי שיקום, תוך לקיחה בחשבון את מגבלותיהם. המבחנים כשלעצמם הם רק כלי, והם אפקטיביים כשיטת הערכה, רק אם עושים

בהם שימוש נכון. מבחנים אלה יעילים להערכה תעסוקתית של נכים בצירוף הטכניקות היחודיות להערכה תעסוקתית של נכים. על המעריך לשקלל את היתרונות והחסרונות של כל אחד מהכלים.

נקיטתן של גישות יחודיות באבחונם של קבוצות נכים ספציפיות עשוי לתת מענה, גם אם חלקי, לבעיות הנלוות לשימוש בפרוצדורות השונות למטרה של הערכת אוכלוסיית הנכים. נסקור גישות שונות לאבחון חולי נפש, בעלי נזק מוחי טראומטי והסובלים מליקויי למידה ספציפיים.

הערכה תעסוקתית של קבוצות נכים ספציפיות

חולי נפש

השינוי שחל בתחום הטיפול בחולי הנפש, מהדגשת ההיבטים הפסיכודינמיים להדגשת השיקום הפסיכוסוציאלי, מבליט את הצורך בגישות הערכה המתמקדות בעיקר על תפקוד חולים אלה (Kelley 1993).

הגישה הפונקציונלית מתמקדת בזיהוי המיומנויות הרלבנטיות לתפקודו של הקלינט בחיי היום יום. הערכה של הצרכים התפקודיים וזיהוי נקודות התורפה והחוזק של הקלינט בתחומים בהם הוא רוצה או צריך לתפקד (Anthony et al 1987). הצלחתו של תהליך השיקום מתבטאת, למעשה, במיומנויות שיש או אין לקלינט, ולכן סביר שהן צריכות להיות המוקד להערכה תעסוקתית. על פי הגישה הפונקציונלית יש לשתף את הקלינט בתהליך שיקומו כולל שיתופו בתהליך ההערכה. הדבר מאפשר לו להיות פעיל בתכנון עתידו ומחלץ אותו מהעמדה הפאסיבית המאסיינת אותו. ההנחה היא כי טיפול שיקומי, כמו גם הערכה הנעשים בשיתוף הקלינט ולא למענו, מגדילים את סיכויי ההצלחה של התהליך כולו. ניתן עפ"י גישה זו להבחין בין חולי נפש בהתבסס על יכולתם התפקודית.

על פי הגישה המקפת, (Massel et al 1990, Fery & Godfrey 1991) יש להתייחס גם לסימפטומים של חולי נפש שכן להם יש השלכות משמעותיות על ביצוע בעבודה. זוהי הגישה הפחות מקובלת להערכה של חולי נפש. Anthony et al (1987) מצביעים על קשר חלש, אם בכלל, בין מיומנויות תפקוד לבין תיוג פסיכיאטרי וקטלוג הקלינט לקבוצה דיאגנוסטית המתבססת על

היסטוריה וסימפטומים. גישה המתבססת על הערכת סימפטומים אינה מתארת את יכולת תפקודו של הקלינט, כמו כן היא אינה מספקת אינפורמציה רלבנטית לבחירת התערבות טיפולית מתאימה.

נכים הטובלים מנזק מוחי טראומטי

נזק מוחי טראומטי משפיע על תחומים תפקודיים שונים: פיסי, קוגניטיבי, פסיכולוגי והתנהגותי. נזק מוחי טראומטי מאופיין כשילוב סימנים כמו: העדר תשומת לב ראיחית, אובדן או החלשות זכרון המשפיע על יכולתו של הנכה ללמוד מחדש, בלבול, העדר יכולת לבצע הכללה ממצב אחד לשני, תהליך החשיבה איטי, אי יציבות רגשית, תגובות בלתי נשלטות ואובדן תחושה (Musante 1983).

הערכת תפקודם של פגועי מוח מסכות טראומטיות כרוכה בקשיים בשל אי הלימה ברמת הביצוע בתחום תפקודי אחד לבין משנהו. קלינט עשוי להיות מסוגל לבצע משימות מסובכות אבל להציג קשיים בפעולות רוטיניות. כך קלינטים אלה נראים כבעלי יכולת ורמת חשיבה אבסטרקטית גבוהה מצד אחד, ומאידך אינם מתפקדים בפעילויות יומיומיות בשל אובדן זכרון והעדר אוריינטציה.

האופי הסידרתי של מדגם העבודה (ביצוע מטלות על פי סדר מורכבותן) מקשה על השימוש בטכניקה זו לגבי נכים אלה. שכן רבים מתוכם מסוגלים לבצע משימה ברמה גבוהה בשל חשיפתם בעבר למשימות כאלה, אך הם אינם מסוגלים לבצע משימות פשוטות בשל הפרעות פסיכומטריות ותפיסתיות.

ביצוע ההערכה לפגועי מוח דורש גישה יותר אינדיבידואלית וחייב להיות הדרגתי וממושך, תוך שימת דגש על הערכת פוטנציאל הלמידה, שהינו קריטי עבור נכים אלה בשל הפרעות בשפה ופגיעה חמורה בזכרון. הפרעות בשפה מחיבות שימוש באופנים שונים של קומניקציה כולל אמצעים לא ורבליים כשימוש בתמונות ובכתיבה. בבחינת יכולת קריאה במסגרת הערכת היכולת ללמוד יש להגדיל בהדרגה את כמות החומר ואת דרגת הקושי שלו, וכן יש לפרק משימה למטלות קטנות, ובכלל להעריך את יכולתם של נכים אלה לבצע משימות יחסית פשוטות.

שימוש במבחנים נוירופסיכולוגיים, עשוי לסייע בהערכת קלינטים שניזוקו במוחם. המבחנים מזהים בעיות בתפקוד המוח באמצעות תגובות התנהגותיות ברות צפייה. על פי Moor & Bartlow (1989) המבחנים הללו יכולים להעריך את מידת התפקוד שלפני התאונה ולקבוע את הסיבות שגרמו לבעיות שהתעוררו באישיות הקלינט לאחר הפגיעה.

בעלי ליקויי למידה ספציפיים

קבוצת נכים מיוחדת זו שונה מכלל הנכים הפונים לשיקום. בארה"ב הוכרו בעלי ליקויי למידה כנכים שזכאים לשירותי שיקום רק בעשור האחרון (Mccue 1988). נכה מוגדר כסובל מקשיי למידה אם יש לו הפרעה אחת או יותר בתהליכי המערכת העצבית המרכזית, האחראית לתפיסה, הבנה, שימוש במושגים באמצעות דיבור, כתיבה או באמצעים לא ורבליים. ההפרעות מתבטאות בתשומת לב, שיפוט, זכרון, קומניקציה, כתיבה, דיבור, קריאה, קואורדינציה, יכולת חברתית ובשלות רגשית. הערכה תעסוקתית של בעלי ליקויי למידה כוללת את הפונקציה הדיאגנוסטית והפונקציה הפרספקטיבית.

הפונקציה הדיאגנוסטית: לפיה נקבע שהנכה אכן סובל מליקויי למידה, שכן שאלת ההגדרה של נכות זו מורכבת ושנויה במחלוקת. יש להבחין בין הדיאגנוזה כי הפרט סובל מליקויי למידה לבין הגדרת ליקויי למידה כנכות. שכן מדיניות הזכאות לשיקום תעסוקתי נובעת מההגדרה האופרציונלית של ליקויי למידה ספציפיים, בשונה מהגדרת ליקויי למידה המשמשת את מערכת החינוך. הערכת בעלי ליקויי הלמידה צריכה להדגיש את הביטויים הפונקציונליים של ההפרעות, וצריכה להיעשות על ידי פסיכולוג המומחה לזיהויים.

הפונקציה הפרספקטיבית: המספקת אינפורמציה אודות נקודות החוזק והתורפה של הקלינט; אינפורמציה על מה שהוא יכול ולא יכול לבצע וזאת לשם בנית תכנית שיקומית עבורו.

בנוסף לגישות היחודיות לאבחון קבוצות נכים ספציפיות, כפי שפרטנו לעיל, Parker et al (1989) מציעים את המודל האקולוגי המתאים להערכת בעלי נכויות שונות בכללם, גם חולי נפש, בעלי נזק מוחי, הלוקים בשכלם וכן הסובלים מנכויות חמורות אחרות.

הערכה על פי גישה זו מאפשרת לאבחן את הנכים הללו למטרה של שילובם בתעסוקה נתמכת. זו מוגדרת כתעסוקה המיועדת לאנשים עם נכויות חמורות הדורשים תמיכה מתמדת, כדי שימשיכו ויעבדו במסגרת השוק החופשי. ביסוד הגישה מונחת ההשערה הבסיסית, לפיה כאשר פרטים נמצאים באינטראקציה עם סביבתם, הן הפרטים והן הסביבה משתנים כתוצאה מאינטראקציה זו. ההערכה האקולוגית היא תהליך דינמי הכולל את בדיקת פוטנציאל הפרט לעבודה ודרכי הסתגלותו, וכן את סביבות העבודה הפוטנציאליות והקימות, דהיינו זיהוי שוק העבודה.

סקרנו לעיל ספרות המתייחסת להיבטים המרכזיים בשאלת ההערכה התעסוקתית. ניסינו להאיר בקצרה את השאלות: מהי הערכה תעסוקתית, את מי מעריכים, מה מעריכים ובאיזה אופן נעשית ההערכה. בסעיף האחרון נתרכז בשאלה מי המבצע את ההערכה.

הערכה על ידי מכונים להכוון תעסוקתי

בהרבה מהסוכנויות המספקות שירותי שיקום מקובל לרכוש שירותים להערכה תעסוקתית מגורמים מתמחים. כאשר ההערכה מבוצעת על ידי סוכנות אחרת איש השיקום הוא למעשה ה"צרכן" שלה. תוצאותיו של האבחון מובאות לידיעת העובד המפנה בצורה של דו"ח מסכם (פלוריאן וחר אבן 1977).

על איש המקצוע העוסק בהערכה תעסוקתית להיות בעל ידע במספר תחומים: ניתוח עיסוקים, מידע בתחום התעסוקתי, מדגמי עבודה, מבחנים פסיכומטריים, תוכניות להערכה תעסוקתית אינדיבידואלית, יכולת ראיון, וידיעת מכלול המגבלות הטיפודיות (Brown & Sink 1986).

ניתן להעלות כמה סיבות עיקריות לצורך של עובד השיקום או השירות המטפל להסתייע בגורמים מתמחים (לדוגמא גורמים פסיכולוגיים) לשם אבחון מטופלים:

1. מדיניות של השירות המטפל, לפיה הערכה מקפת של כלל הקלינטים צריכה להתבצע על ידי מומחה לתחום האבחון במרכזי הערכה המתמחים בכך, בהם צוות מיומן של אנשי מקצוע וכן השרותים השונים בהם כרוך האבחון (Power 1984). כאשר העובד המטפל חסר את האימון והידע

בהעברה ובפרשנות של המבחנים הפסיכולוגיים ויתר הפרוצדורות להערכה תעסוקתית.

2. הפנייה לגורמים מתמחים מאפשרת הבחנה בין האספקט השיפוטי לבין האספקט הטיפולי. הפקדת פונקציות אלה בידי אנשי מקצוע שונים, עשויה להביא ליתר אובייקטיביות בביצוע של כל אחד משלבי תהליך הטיפול.

3. כאשר בידי יועץ השיקום אינפורמציות עמומות או סותרות, העזרות בגורמי חוץ עשויה לישוב ולהבהיר מידע זה.

4. כאשר הקלינט מציג התנהגות שאינה ניתנת לניבוי או שאינה מובנית לדוגמא, שינויים תכופים במקומות עבודה (Cull et al 1987).

מוטל על הגורם המפנה להערכה על ידי גורמים מתמחים:

1. לספק מידע על המופנה - כולל סיבת ההפנייה וציון קיומן של בעיות רגשיות. רצוי שההפנייה תעשה באמצעות שאלות מוגדרות וספציפיות, אשר יאפשרו להתמקד בתהליך ההערכה בנושאים החשובים (Power 1984).

2. לבחור עיתוי מתאים להפנייה - כאשר הקלינט נמצא בעת ההערכה במצב דכאוני, בבלבול או במצבים רגשיים קשים הדבר עשוי כמובן להשפיע על מהימנות תוצאות ההערכה (שם).

3. לודא שצרכי הפרט עולים בקנה אחד עם מה שמבקש הגורם המפנה. לעיתים מתבצעת הערכה (כשגרה החוזרת על עצמה) אשר לא תמיד תואמת את האינטרסים של הקלינט. Brown & Hughson (1987) סבורים, לדוגמא, שסוכנויות רבות מתמקדות במיומנויות תעסוקתיות, בעוד שלקלינטים יש יותר ענין במיומנויות חברתיות. יש להיות מודע לשאלת את מי המלצות איש המקצוע משרתות את הגורם המפנה או שהן אמורות לענות על צורכי הקלינט.

Brown & Sink (1986) בחנו במחקרם את מידת ההתאמה שיש בין האינפורמציה לה מצפה הגורם המפנה לקבל מהמעריך התעסוקתי והאינפורמציה לה מצפה המעריך התעסוקתי לקבל מהגורם המפנה, באשר לנכח מסוים. נמצא שאין

הסכמה בין הגורם המסנה למעריך התעסוקתי על חלק מהאינספורמציה שהם ציפו לקבל או לתת. לדוגמא לא נמצאה הסכמה על אינספורמציה הנוגעת לתנאי עבודה ספציסיים שעל הקלינט להימנע מהם כמו: חוס וקור קיצוניים, רטיבות, לחות, רעש וכו'.

לאור האמור לעיל נעשה נסיון לבחון אמפירית כיצד מתבצע בפועל במסגרת שירותי השיקום הניתנים על ידי המוסד לביטוח לאומי אבחון באמצעות מכונים לחכרון תעסוקתי. מה הן ההנמקות להפנייה, על פי אלו קריטריונים מפנים, מי הם המופנים לאבחון מבחינת תכונותיהם הדמוגרפיות ואסיוני נכותם. ובעקר - מה תרומתו של אבחון כזה לתהליך השיקום.

מחקר הערכה

מ ב א

נכים ואלמנות, זכאים על פי החוק (באם הם ממלאים את התנאים המפורטים בו) לשיקום מקצועי מהמוסד לביטוח לאומי. מטרת השיקום המקצועי לסייע בידי המשתקם להשתלב בעבודה, בהתאם ליכולתו, ע"מ שיוכל לפרנס את עצמו. הטיפול השיקומי ניתן ע"י עובדים סוציאליים מקצועיים של מחלקת השיקום וממומן כולו ע"י המוסד. הטיפול השיקומי כולל: טיפול תומך, בחירת כוון מקצועי, מימון ההשתתפות בקורסים להכשרה מקצועית ועוד. ההחלטה על תכנית השיקום המתאימה לכל נכה או אלמנה/ה דורש איסוף מידע רב על הפונה והחלטות מקצועיות שבמדה רבה יקבעו את גורלו של המשתקם. לכן לעיתים נזקקים עובדי השיקום לאבחון תעסוקתי מקצועי באמצעות מכונים להכוון תעסוקתי.

מטרות המחקר

מטרות המחקר שיתואר להלן היו כדלקמן:

1. לבדוק את תרומת האבחון התעסוקתי ע"י מכונים להכוון תעסוקתי לתהליך השיקום ולהצלחה בו.
 2. לבדוק את השיקולים המנחים את העובדים בהחלטה להפנות לאבחון למכונים אלה.
- אלה ע"מ להעריך את הצורך בשימוש במכונים להכוון תעסוקתי ואת תרומתם לתהליך השיקום בכללו.

מטרות אלה נבדקו ע"י הצבת השאלות הבאות:

1. מה הן תכונותיה של האוכלוסייה המופנת.
2. באיזו מדה מומשו ההמלצות ללימודים/עבודה שניתנו למישתקמים השונים ע"י המכונים המתמחים. (כפי שבאו לידי בטוי כ-3 שנים לאחר

האבחון).

3. באיזו מדה הוסיפו הערכות והמלצות המכוניס המתמחים מידע והכוונה לגבי האבחון ותכנית השיקום מעבר למה שהיה ידוע לעובדי השיקום לפני שהמשתקמים נשלחו למכוניס.
4. מה הם הנוהלים הקיימים לגבי הפניה לאבחון חוץ, האם הם עונים על הצרכים ובאיזו מדה הם אחידים.

מעריך המחקר

להכנת שאלוני המחקר קדמו שני שלבים:

שלב 1: שיחות עם אנשי מטה ומנהלי מחלקות שיקום

בשלב ראשון, נערכו ע"י עורכי המחקר שיחות מובנות עם אנשי מטה מחלקת השיקום במשרד הראשי ועם מנהלי מחלקות שיקום בסניפים.

בשיחות הללו נעשה נסיון לברר מה הם הנוהלים לגבי הפניה משתקמים לאבחון ע"י מכוני-חוץ. מה הם הציפיות מהאבחון ע"י מכוניס מתמחים ובאיזו מידה הדוחות המתקבלים אמנם עוזרים בהבנה טובה יותר של המשתקמים ובהכנת תכנית שיקום יעילה יותר.

משיחות אלה התברר, כי לא קיים נוהל ברור לגבי הפניה של משתקמים למכוני-חוץ, קיימים קוים כלליים של הנחיה: כגון - בדרך כלל מופנות לאבחון חוץ הקבוצות הבאות:

- א. משתקמים בעלי פוטנציאל ו/או שאיפה להשכלה על תיכונית
- ב. משתקמים שיש קושי לעבוד המטפל לאתר כוון מקצועי מעשי ברור עבורם - מסיבות של חוסר גיבוש השאיפות מצד המשתקם או סיבות אחרות.

- ג. מקרים של שאיפות לא ריאליות של המשתקם זאת הן לצורך קבלת המלצה ריאלית והן עמ' לאפשר להוריד את המשתקם הלא ריאלי משאיפותיו.
- ד. מקרים של משתקם בעל אישיות לא מגובשת או לא בוגרת, על מנת לבדוק התאמה לשיקום בכלל.
- ה. היו מנהלים שאמרו שהם מפנים לאבחון חוץ גם במקרים של עומס יתר במחלקתם.

שלב 2: ניתוח תיקי משתקמים

נערך נתוח תוכן של תיקי כ-20 משתקמים שהופנו לאבחון חוץ, ע"מ לבדוק אלו סוגי מידע ואיזו רמת פירוט ניתן לקבל מהתיקים.

מקורות הנתונים

המידע שהופק משני השלבים שתוארו לעיל שימש בסיס להכנת שאלוני המחקר:

- א. "שאלון פרטים מהתיק" בו נאספו נתונים לגבי תכונות הנכות, ציפיות המשתקם וכוונו המקצועי לפני אבחון החוץ, עמדת העובד המטפל כלפי ציפיות אלה, אופן ההפניה לאבחון, המלצות האבחון, תכנית השיקום שהוכנה בעקבות האבחון החיצוני וביצועה ומצבו התעסוקתי של המשתקם במועד סגירת התיק.
- ב. "שאלון מעקב", שיועד למלוי בטלפון ובו פרטים על מצב התעסוקה של המשתקם במועד הראיון. שאלון זה מולא לגבי משתקמים שחלפו יותר מ-3 חודשים ממועד סגירת התיק ועד למועד מלוי "שאלון הפרטים מהתיק". לגבי המקרים האחרים, המצב האחרון שתואר בתיק נלקח כמצב המרואין בעת המחקר.

האוכלוסייה, המדגם והמועד

אוכלוסיית המחקר כללה את משתקמי המוסד בכל הארץ אשר היו באבחון במכונים להכוון תעסוקתי ב-1990, באחד מ-3 מכוני אבחון אליהם מופנים מרבית משתקמי המוסד המופנים לאבחון במכון חיצוני. נבחרה שנת 1990 מאחר שאיסוף הנתונים נעשה בספט' עד אוק' 1993, והכונה היתה לתת מספיק זמן לאחר האבחון להשלמת תהליך השיקום ולקליטה בעבודה.

איתור האוכלוסייה התבצע על ידי סניה ל-3 מכונים אלה אשר התבקשו להעביר רשימות המשתקמים אשר אובחנו על ידם עפ"י הפנית המוסד ב-1990. היו 365 משתקמים כאלה. מתוכם נבחרו למדגם, בשטה של מדגם מקרי פשוט, 118 מקרים (1/3). עבור 103 מקרים מולאו שאלונים מהתיקים (11 תיקים לא אותרו ולגבי 4 התברר כי לא היו באבחון).

כאמור, בקשנו לברר, בנוסף על הפרטים שבתיק, מה מצבו התעסוקתי-שיקומי של המשתקם במועד המחקר.

אצל 32 מקרים, מועד סגירת התיק היה פחות מ-3 חודשים לפני מועד המחקר, היינו המידע הרשום בתיק על מצב התעסוקתם היה עדכני. לגבי היתר (71) - 51 איש רואינו בטלפון לגבי נושא זה, ו-20 מקרים לא רואינו (3 סירבו ואת היתר לא ניתן היה להשיג מסיבות שונות).

מלוי הפרטים מהתיקים והראיונות הטלפונים (שכוצעו במקביל לגבי כל נחקר) בוצעו כאמור, בחודשים ספטמבר עד נובמבר 1993, על ידי פוקדים מיומנים שהוכשרו לכך.

מאחר שהשאלונים כללו גם שאלות הערכה לגבי המידע שהתקבל מהמכונים המתמחים, נבדקה מדת ההתאמה בין הפוקדים ובינם לבין מעריך-מומחה מעובדי מטה מחלקת השיקום. נמצא כי אופן מלוי השאלונים היה תקף ומהימן.

הממצאים

תכונות דמוגרפיות וכלליות

59% מן המשתקמים שנשלחו לאבחון חוץ היו גברים ו-41% נשים. כ-1/3 היו רווקים, 43% נשואים, 23% אלמנות (יש לזכור שלא למנות כבאלה יש זכות לשיקום מקצועי) וגרוש אחד.

נתונים על השרות בצה"ל, עבודה בעת פניה לשיקום והשכלה היו בידינו רק לגבי הנכים מבין המשתקמים שנשלחו לאבחון. מאלה, 43% שרתו בצה"ל, היתר - לא שרתו. 14% עבדו בעת הפניה לשיקום. ל-8% היתה השכלה בת עד 8 שנות לימוד, ל-30% - השכלה תיכונית חלקית, ל-43% - השכלה תיכונית מלאה ול-19% השכלה על תיכונית.

כ-60% מהמשתקמים שנשלחו לאבחון חוץ ב-1990 התחילו בטיפולם השיקומי באותה שנה. עוד 23% התחילו בטפולם שנה קודם והיתר (17%) - היו ותיקים יותר בטיפול.

78% מן המשתקמים שנשלחו לאבחון חוץ ב-1990 היו נכים. 15% היו אלמנות ו-7% נפגעי איבה. מבין הנכים, 2/3 היו נכים כלליים ו-1/3 נפגעי עבודה. בין כלל המשתקמים הנכים במוסד נפגעי עבודה מהויים כ-10% בלבד, היינו הם נשלחים לאבחון חוץ יחסית יותר מנכים כלליים.

תכונות הנכות של המופנים לנכות

מכלל הנכים, אצל 51% מהמקרים אחוז הנכות הרפואית הגיע לעד 39%. לעוד 18% היה אחוז נכות רפואית של 40-49 וכמספר הזה אחוז נכותם היה - 50-74. מעל 75% אחוזי נכות היו ל-13% מהמקרים. בין כלל הנכים הנמצאים בטיפול שיקומי במוסד לביטוח אומי ישנם פחות בעלי אחוזי נכות רפואית נמוכים ויותר - בעלי אחוזי נכות גבוהים.

במחצית המקרים הקצבה היתה צמיתה ובמחצית - זמנית. בענין זה נתן לאמר כי ניתן היה לצפות כי אחוז בעלי קצבה זמנית יהיה גבוה יותר בין המופנים לאבחון לצורך שיקום.

לקרוב ל-40% מהמשתקמים היו פגיעות כגפיים, כולל שתוקים. לכרבע - היו מחלות פנימיות או מחלות דם ול-11% - פגיעות בגב. 4 אנשים היו פגועים בנפשם או בראשם. ליתר היו פגיעות אחרות. בין כלל המשתקמים 18% פגועים בגפיהם ל-38% מחלות שונות ו-21% הם חולי נפש.

מבין הנכים הכלליים, דרגת כושר ההשתכרות של 35% מהמקרים היתה עד 50%. 11% היו בעלי דרגה של 60-74%. 28% היו בעלי דרגה של 75% ועוד 26% - 100%. 2 הקבוצות האחרונות זכאיות לקצבת נכות מלאה.

ההפניה לאבחון חוץ

בקשנו להעריך באיזו מדה רוח הנוהג להפנות משתקמים נכים לאבחון באמצעות מכוני חוץ המתמחים בכך. אין בידינו נתונים בנושא זה. עפ"י הערכתנו, פחות מ-10% מהמשתקמים מופנים לאבחון חוץ. הערכה זו תואמת למדי את הערכת אנשי מטה מחלקת השיקום ומנהלי המחלקות לגבי נושא זה. הערכה זו מבוססת על החישובים הבאים:

מחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי טיפלה במוצע לחודש ב-1990 ב-6,230 משתקמים, מהם 3,372 או 54% יועדו לשיקום בעבודה בשוק החופשי. בסך הכל עברו טיפול שיקומי במוסד ב-1990 ב-10,000 אנשים שונים. אם נניח ש-5,400 מהם יועדו לשיקום בשוק החופשי ורק אלה מופנים לאבחון חוץ, אזי נוכל לאמר כי כ-4% מהמשתקמים שעברו טיפול שיקומי במטרה להכינם לעבודה בשוק החופשי הוסנו לאבחון חוץ.

דרך אחרת לאמוד את הנוהג להפנות לאבחון חוץ היא, ביחס למספר המשתקמים החדשים בשנה. 60% ממי שהיו באבחון ב-1990 החלו בטפולם השיקומי באותה שנה. כמו כן בשנה זו פנו לסניפי המוסד 4,732 אנשים חדשים לצורך טיפול שיקומי. אם נניח ש-54% מהם (כאמור לעיל) פנו לצורך שיקום בשוק החופשי, ורק את אלה מופנים לאבחון חוץ, אזי נמצא כי כ-8% מהפונים החדשים לצורך שיקום בשוק החופשי הופנו לאבחון חוץ.

לסיכום, נתן לאמר, שמופנים לאבחון באמצעות מכוני מתמחים פחות מ-10% מכלל המשתקמים המקבלים טיפול שיקומי במוסד לביטוח לאומי.

ההכוון המקצועי לפני האבחון

למעלה מ-60% מהמשתתפים באו עם בקשות ברורות לכוון מקצועי ספציפי לפני הפניתם למכון האבחון. ל-21% לא היו כאלה וב-19% מהמקרים לא נתן היה ללמוד מהנתונים אם היו להם בקשות מקצועיות ברורות.

בין האלמנות אחוז מי שלא היו להן בקשות ספציפיות היה מעט גבוה יותר (27%). בין הנכים הכלליים היה אחוז בעלי הבקשות - הגבוה ביותר 65%.

בין מי שהיו להם בקשות ברורות נכללו 40% שבקשו ללמוד מקצוע, 15% שבקשו להשתלב בלימודים על-תיכוניים וגבוהים ו-6% שבקשו להשתלב מידית בעבודה.

בין הנכים הכלליים 18% בקשו למודים גבוהים, בין נפגעי העבודה והאלמנות - אף אחד. בין נפגעי איבה - 3 מתוך 6 בקשו ללמוד בלימודים גבוהים.

ב-11 מקרים היה מידע על עמדת העובד המטפל בייחס להעדפותיו של המשתתף. מבין אלה - ב-2 מקרים העובד סבר ששאיפותיו של המשתתף ריאליות וב-5 מקרים הוא סבר שאינן ריאליות. ביתר המקרים (4) הוא סבר שהבקשות של המשתתף אפשריות, אך היו לו הסתייגויות.

כמו כן, במרבית המקרים לא נתן היה ללמוד מהתיק אם היו לעובד המלצות משלו לגבי כוון מקצועי עבור המשתתף.

סיבות ההפניה לאבחון ע"י מכונים להכוון תעסוקתי

ב-11 מקרים המשתקם עצמו בקש הפניה לאבחון חוץ.

באשר לסבות להפניה לאבחון חוץ, ב-23% מהמקרים נמצא בתיק מידע על ההנמקה וההסבר למשלוח לאבחון חוץ. ב-2/3 ממקרים אלה המטרה היתה לבדוק כישורים ואופציות תעסוקתיות. במקרים אחרים המטרה היתה לבדוק התאמה למקצוע ספציפי או התאמה ללימודים גבוהים וכד'.

מועד המשלוח לאבחון חוץ היה ב-63% מהמקרים, תוך 3 החודשים הראשונים של הטיפול השקומי. עוד 10% - נשלחו תוך 6-12 חודש. היתר נשלחו אחרי זמן רב יותר. תשובת המכון הגיעה ב-64% מהמקרים תוך חודש ובעוד 26% מהמקרים - תוך חודשיים. כלומר כמעט בכל המקרים משך הטיפול של המכון לא עלה על חודשיים.

ב-78% מהמקרים לא נמצא בתיק כל מכתב הפניה למכון. מעניין לציין שלגבי האלמנות - רק ב-73% מהמקרים לא היה מכתב. ב-22 מקרים כסה"כ היה מכתב. כאשר היה מכתב, הוא כלל גם דו"ח סוציאלי על המשתקם, שב-9 מקרים היה מפורט. ב-13 מהמקרים בהם היה מכתב הפניה, הוא כלל גם בקשות ושאלות מפורטות, בד"כ ביחס לבדיקת כשורים ואופציות תעסוקתיות. רק ב-2 מקרים הוזכרה דעתו של המשתקם ביחס לכוון השיקומי הרצוי לדעתו.

כמחצית המשתקמים הופנו לאחד מ-3 המכונים שנכללו במחקר והיתר הופנו בשעורים דומים ל-2 האחרים.

המלצת המכון והערכתה

ב-76% מהמקרים כללה המלצת המכון הכשרה מקצועית. כולל 12% לגביהם הומלץ על לימודים גבוהים. ב-7 מקרים הומלץ על השלמת בגרות, וב-15% ממקרים הומלץ על השמה מידית בעבודה, ללא הכשרה מקצועית. האלמנות הומלצו ברובן להכשרה מקצועית (87%) והיתר - לעבודה. אף אחת לא הומלצה ללימודים גבוהים או להשלמת בגרות וכד'.

שיעור מי שהופנו להכשרה בין נפגעי העבודה היה מעט נמוך מהמוצע (52%). לעומת זה שיעור המופנים לעבודה מידית ביניהם - היה גבוה (30%). דבר זה כמובן, צפוי.

ההתאמה בין המלצת המכון לבקשת הפונה היתה גבוהה למדי (מובהקת לפי $P=0.00 \times 2$): מבין 41 איש שבקשו להשתלב בהכשרה מקצועית, המכון המליץ על מסלול זה ב-80% מהמקרים. מבין 6 איש שבקשו השמה מידית בעבודה המכון המליץ על כך ב-3 מקרים. ל-2 מהאחרים הומלץ על הכשרה. מתוך 15 איש שבקשו ללמוד בלימודים גבוהים, המליץ על כך המכון ב-9 מקרים (60%). לגבי עוד 4 מקרים הומלץ להשתלב בהכשרה מקצועית. מבין 21 המקרים בהם לא היתה למשתקם בקשה כלשהיא, המליץ המכון על הכשרה ב-12 מקרים (57%) ועל השלמת בגרות וכד' ב-6 מקרים (30%). ב-3 מקרים הומלץ על שילוב מידית בעבודה.

מענין לציין, שבעוד שלגבי נכים כלליים ואלמנות - 84% מבין מי שהומלצו להכשרה בקשו זאת גם בעצמם, הרי שבין נפגעי העבודה רק 70% מבין מי שבקשו הכשרה גם קבלו אותה.

מצד שני ניתן לראות, כי בעוד שבין הנכים (מ-2 הקבוצות) 58% מבין מי שהומלצו להכשרה גם בקשו זאת, הרי שלגבי האלמנות, מאחר שהיו להן בקשות ספציפיות בשעור נמוך יחסית של המקרים, רק 5 מתוך ה-13 (39%) שהומלצו להכשרה - זו גם היתה בקשתן. כך שניתן לאמר שלגבי האלמנות המלצת המכון היוותה חידוש בכוון השיקומי בשעור יחסית גבוה יותר מאשר לגבי היתר (שהנם כאמור נכים).

בין נפגעי האיבה, כאמור 3 מתוך 6 בקשו ללמוד בלימודים גבוהים. זו גם היתה המלצת המכון לגבי כולם. ל-3 האחרים לא היו בקשות ספציפיות והם הומלצו להכשרה מקצועית.

**לוח מס. 1: המשתקמים. לפי בקשת המשחקם והמלצת המכון
מספרים מוחלטים**

המלצת המכון						בקשת המשחקם
אחר	השלמת בגרות	למודים גבוהים	הכשרה	עבודה	סך הכל	
4	7	12	65	15	102	סך הכל
-	-	1	2	3	6	עבודה
1	1	2	33	4	41	הכשרה
-	1	9	4	1	15	למודים גבוהים
2	4	-	12	3	21	לא היתה בקשה
1	1	-	14	4	19	לא ברור

ב-53% מהמקרים המלצת המכון כללה מספר כוונים מקצועיים אלטרנטיביים. בעוד 28% מהמקרים המליץ המכון על כוון מקצועי אחד עדיף. ב-4% מהמקרים נתנו כוונים כלליים וב-15% - לא הומלץ על כוון מקצועי כלשהוא. בין מי שלא הומלץ לגביהם על כוון כלשהוא בלטו יחסית מי שהומלץ לתת להם טיפול נפשי או רפואי. כמו כן יחסית מעטים ביניהם הומלצו להכשרה מקצועית, ויחסית יותר - להשלמת בגרות וכד'.

ב-28% מהמקרים המליץ המכון על טפול נפשי לפני השיקום המקצועי. בכ-4% הומלץ על טיפול רפואי. ברוב המקרים (פרט ל-6 מקרים) לא הומלץ כי ההפניה לטיפול תהווה תנאי לשיקום המקצועי. ברור שבין האלמנות אחוז המופנים לטיפול היה נמוך יותר.

בהתאם למטרות המחקר המפורטות לעיל, התבקשו הפוקדים אשר סיכמו את הנתונים מתיקי המשתקמים, להעריך באיזו מדה דו"ח האבחון של מכון האבחון החיצוני הוסיף מידע לגבי הכוון השיקומי הרצוי, בהשוואה למה שידע העובד המטפל לפני האבחון.

התברר כי ב-10% מהמקרים דו"ח האבחון החיצוני הוסיף מידע, להערכת

הפוקדים, במדה רבה מאוד. בעוד 23% - התוספת היתה במדה די רבה. ואילו ב-67% מהמקרים התוספת היתה מועטה (47%) או שלא היתה קיימת כלל (20%).

לגבי האלמנות ההערכות היו טובות יותר: ברבע מהמקרים תוספת המידע היתה לדעת הפוקדים גבוהה מאוד ובעוד כרבע - גבוהה. כזכור, אחוז מי שהיו להן העדפות ספציפיות היה מעט נמוך יחסית.

לגבי המקרים בהם היתה תוספת מידע (גם קטנה), לדעת הפוקדים, הם התבקשו לציין באילו תחומים התבטאה תוספת זו.

להלן הממצאים שהתקבלו:

37%	נתנה המלצה לכוון מקצועי - קודם לא היה כלל
17%	נפסל הכוון המקצועי שהועדף ע"י הפונה
15%	נתנה חוות דעת על הכוון המקצועי שהועדף ע"י העובד המטפל
51%	הועלתה המלצה לכוון מקצועי חדש
35%	הועלתה המלצה לכוון מקצועי נוסף
12%	הוסרו ספקות ביחס לכוון שסוכם

אף אחד מאלה לא מתואם באופן מובהק עם ההערכה הכללית (לפי X2).

תכנית השיקום בעקבות המלצת המכון

תכנית השיקום של העובד המטפל שהוכנה בעקבות האבחון תאמה במידה רבה להמלצת המכון, ולבקשת הפונה (ההתאמה מובהקת לפי X2 .000).

74% מהמשתקמים הופנו להכשרה מקצועית או ללמודים גבוהים לאחר קבלת המלצת המכון. לגבי רובם הגדול (83%) זו היתה גם המלצת המכון. 2 הופנו לעבודה - וגם זו היתה המלצת המכון.

מבין מי שהופנו להכשרה מקצועית (73 איש), כמחצית הופנו בדיוק למקצוע העיקרי שהומלץ ע"י המכון.

בין הנכים הכלליים - 77% הופנו להכשרה ובין נפגעי העבודה - 71%. בין האלמנות (60%) הופנו להכשרה מקצועית.

ביצוע חכנית השיקום

72% (53 איש) מבין מי שהופנו להכשרה - התחילו ללמוד למעשה. 28% - לא התחילו ללמוד. זאת משום שהקורס לא נפתח (3 איש), אבדו עניין (5 איש) או שהתעוררו בעיות אחרות (משפחתיות, בניהול וכד').

בין הנכים הכלליים 65% החלו ללמוד, בין נפגעי העבודה והאלמנות - 76% ו-75%, בהתאמה.

22% (20 איש) מהלומדים השתתפו גם בהכשרה נוספת. 13 מהם גם סיימו אותה.

9 אנשים נשלחו לאבחון נוסף. זאת עקב שנוי במצב בריאותי (3 אנשים) או עקב חוסר מציאת מקצוע מתאים למרות האבחון הקודם וכד'.

מבין מי שהתחילו ללמוד, עד למועד המחקר 69% (38 איש) סיימו לימודיהם ופרט ל-4 גם קבלו תעודה. עוד 9% (5 איש) עדיין למדו. 22% - הפסיקו לימודיהם לפני סיומם. זאת משום החמרה במצב הבריאות (3 אנשים), חוסר מוטיבציה (3 אנשים), יציאה לעבודה (2 אנשים) או מחמת כשלון בלימודים.

בין האלמנות - כל מי שהתחילה ללמוד, גם סיימה עד למועד המחקר. בין נפגעי העבודה - כולם סיימו פרט ל-1. בין הנכים הכלליים מחצית סיימו עד למועד זה, ו-33% הפסיקו ללמוד.

המועד האחרון לגביו היו נתונים בתיק היה לגבי 44% בשנת 1993. עוד כרבע ב-1992, 20% ב-1991 והיתר - קודם לכן.

במועד זה, מבין מי שסיימו לימודיהם, 33% עבדו במקצוע שלמדו. עוד 27% עבדו - במקצוע אחר. 18% - לא עבדו ולגבי 22% לא היה ברור מהתיק מה עשו במועד זה.

בין האלמנות - 57% עבדו במקצוע שלמדו, עוד 14% עבדו במקצוע אחר. לגבי 28% לא ידוע במה עסקו.

בין נפגעי העבודה - 50% עבדו במקצוע שלמדו ועוד 17% עבדו במקצוע אחר. בין הנכים הכלליים, שכאמור רק מחציתם סיימו למודיהם, רק 23% עבדו במקצוע שלמדו ועוד 31% עבדו במקצוע אחר.

במועד זה, ב-58% מהמקרים הטפול הסתיים. 22% היו עדיין בטיפול (כולל 14% שעדיין למדו), ב-12% מהמקרים נותק הקשר ולגבי היתר (8%) לא נתן היה ללמוד מהתיק מה המצב. במועד הנ"ל, עבדו בסה"כ 59% מהמשתקמים. כרבע מהם במשרה חלקית. מבין מי שסימו טיפול עבדו 76%.

בין נפגעי העבודה - 63% סימו טיפול ועבדו - 82% ביניהם. ואילו בין האלמנות - 71% סימו טיפול אולם אחוז העובדים היה מעט נמוך מאשר בסה"כ - 57% מבין המסימים. בין הנכים הכלליים 54% סימו טיפול ו-50% ביניהם עבדו.

לוח מס. 2: המשחקמים, לפי מצב הטיפול והעבודה בעת סגירת התיק
מספרים מוחלטים

לא ידוע ואחר	עדיין בטיפול		הטיפול הסתיים		סך הכל	ע ב ו ד ה
	אחר	לומד	לא עובד	עובד		
17	7	8	11	44	87	סך הכל
4	4			44	52	עובד
5	3	8	8		24	לא עובד
8			3		11	לא ידוע

עבודה במועד המחקר

במועד המחקר, היינו כ-3 שנים לאחר ביצוע האבחון, עבדו כ"כ 45 איש, שהם 44% מכלל הנחקרים. 9 מהם עבדו גם בעת פניהם לטיפול השיקומי. 26 איש - לא עבדו ולגבי 32 לא ידוע אם עבדו. בין הנכים הכלליים עבדו 37% ובין נפגעי העבודה והאלמנות - 60%.

אין בידינו נתונים לגבי מרבית תכונות העבודה של מי שסיימו את הטיפול השיקומי עד 3 חודשים לפני מועד המחקר, ולכן, כאמור, לא רואינו בטלפון.

להלן תכונות העבודה של מי שסיימו טיפולם יותר מ-3 חודשים לפני מועד המחקר ורואינו (סה"כ 50 איש):

61% מאלה עבדו במועד המחקר. 55% עבדו במשרה מלאה. 77% היו שכירים והיתר - היו עצמאיים (4 אנשים) או עבדו אצל קרובים. 7 איש עבדו בדיוק במקצוע שהומלץ ע"י מכון האבחון.

21% החלו לעבוד במקום עבודתם לפני 1990 (מועד האבחון). 10% החלו ב-1990, 24% ב-1991 וכמספר הזה ב-1992. ב-1993 החלו בעבודתם 21%. רובם עבדו במקום זה ברציפות מאז החלו לעבוד בו. 58% היו מרוצים מעבודתם.

44% הרויחו 1,800 ש"ח לחודש או יותר. עוד כ-30% הרויחו 1,800-1,300 ש"ח. היתר - הרויחו פחות. במועד זה שכר המינימום במשק היה 1,397 ש"ח. מבין אלה שלא עבדו במועד המחקר, 56% אמרו שהם מעוניינים לעבוד. מבין מי שלא רצו לעבוד - 2 היו עדיין בלימודים והיתר אמרו שזאת מחמת מצבם הבריאותי או מסבות אחרות. 4 אנשים עבדו לאחר הטיפול השיקומי, אך הפסיקו.

שביעות הרצון מהטיפול השיקומי

42% היו מרוצים מאוד מהטיפול ועוד 25% היו מרוצים למדי. 33% לא היו מרוצים.

הטענות שהועלו היו: היה דגש רב מדי על האבחון (3 אנשים), המקצוע אליו הופנו לא היה מתאים (3 אנשים) או שלא קבלו מה שבקשו.

11 בקשו לאמר (בתשובה לשאלה כללית פתוחה) כי הם מודים מאוד על הטיפול המסור ושהם נעזרו בו מאוד.

ה מ כ ו ן

כאמור, כמחצית המשתקמים אובחנו במכון אחד, וב-2 האחרים אובחנו בכל אחד ברבע.

המכון הראשון נטה מעט יותר מהאחרים להמליץ על השמה מיידית בעבודה ומכון אחר - להמליץ על הכשרה.

אחד המכונים באופן בולט הפנה יותר מהאחרים לטיפול נפשי (בכמחצית המקרים בהשוואה לרבע ו-10% מהמקרים ב-2 המכונים האחרים). יתכן שזאת משום שהופנו אליו מקרים בהם היה רקע כזה. למכון זה הופנו יחסית יותר נכים קשים, ורווח לגביו יותר הנוהג ללוות את ההפניה אליו עם מכתב.

המכון הראשון קבל באופן בולט הערכות חיוביות יותר משני האחרים לגבי תוספת המידע שבהמלצותיו (42% לעומת 27% ו-18%, בהתאמה). זאת למרות, שדווקא שני האחרים בלטו במתן כוון מקצועי כאשר קודם לא היה. המכון הזה - בלט במתן כוון מקצועי חדש ונוסף.

לוח מס. 3: המשתקמים, לפי הערכת תוספת המידע שנתכקל ע"י האבחון
 החיצוני ולפי המכון
 מספרים מוחלטים ואחוזים

תוספת מועטת	תוספת די רבה	תוספת רבה	תוספת רבה מאוד	סך הכל		המכון
				אחוזים	מספרים מוחלטים	
18	42	19	9	100.0	88	סה"כ מספרים מוחלטים אחוזים
20.5	47.7	21.6	10.2	100.0	100.0	
15.0	42.5	27.5	15.0	100.0	40	1
13.6	59.1	18.2	9.1	100.0	22	2
34.6	46.2	15.4	3.9	100.0	26	3

מסקנות והמלצות

אבחון באמצעות מכונים להכוון תעסוקתי אמור לתת נבוי טוב יותר לגבי הכוון המקצועי המתאים למשתקמים ועי'כ לנבא טוב יותר את השתלבותם האפשרית בעבודה. ממצאי המחקר שסוכם בזאת מורים, כי במרבית המקרים, אם היתה למשתקם תכנית ספציפית לגבי עתידו, היא אושרה ע"י המלצת המכון. היו 2 מקרים בהם המשתקם בקש להשתלב בהכשרה והמכון המליץ על השלמת בגרות או עבודה מוגנת ו-6 מקרים בהם המשתקם בקש להשתלב בלימודים גבוהים והמכון המליץ על עבודה, הכשרה אחרת או השלמת בגרות. ביתר המקרים - המכון המליץ בהתאם לבקשת המשתקם או אף "גבוה" יותר. כך שביחס לתכניות ובקשות המשתקמים עצמם - תוספת המידע שנבעה מהאבחון באמצעות מכונים להכוון תעסוקתי לא היתה גדולה.

מהנתונים במחקר זה קשה להסיק מסקנות לגבי השפור באבחון בהעדר תכניות ספציפיות של הסוניה. זאת משום שבמרבית המקרים לא היה מידע בתיק לגבי תכניות הטיפול הספציפיות של המטפל לפני האבחון באמצעות המכון להכוון תעסוקתי.

יוער כי תוקף הנבוי של המלצת המכונים היה טוב יותר לגבי אלמנות ונפגעי עבודה מאשר לגבי נכים כלליים. גם כאן אין אפשרות לדעת מה היתה תרומת ההכוון המקצועי שניתן ע"י המכון בהשוואה למה שהיה העובד המטפל עושה בהעדר הכוונה זו.

יצויין כי במחקרים שונים שבוצעו בארצות אחרות נתקבלו נתונים סותרים לגבי תוקף הנבוי של אבחון באמצעות מכונים מתמחים. כך Hollenbeck ו-Campbell (1975) ו-Gonnaway ו-Sink (1978) מצאו קשר בין המלצות למצב תעסוקתי ומקצועי של המשתקם ואילו Marut ו-Bullies (1985) - מצאו קשר קטן ביותר ו-Cook (1978) לא מצא כל קשר.

ממצאים אלה מביאים למסקנה, כי תוספת המידע האבחוני שנתקבל באמצעות אבחון ע"י מכונים לאבחון תעסוקתי אינה גדולה, וזאת במיוחד לגבי נכים כלליים, וע"כ יש להשתמש בשירותיהם רק במקרים יוצאי דופן. גם היום, כאמור, פחות מ-10% מופנים אבחון ע"י מכונים אלה. בהתאם לכך, רצוי לקבוע ההנחיות ברורות ואחידות בכל סניפי המוסד, לגבי שמוש בשירותיהם של מכונים אלה. כמו כן רצוי לקבוע מדיניות לגבי אופן ההפניה: כגון, האם יש למסור דוח סוציאלי ותכניות טיפול אפשריות של המשתקם והמטפל או עדיף לבקש מהמכון לתת דעה אוביקטיבית וראשונית. לשקול האם כדאי להכין שאלון פנימי שייועד להפניה לאבחון חוץ ובו שאלות לגבי הסבה להפניה, תכניות אפשריות של הפונה והמטפל וכד'. זאת הן לצורך חשיבה עצמית מדוקדקת יותר ע"י המטפל המפנה, הן לצורך פיקוח והן לצורך בדיקה חוזרת, בעתיד, של נושא זה.

ב י ל י ו ג ר פ י ה

סלוריאן, ר. ה. אבן, ד. (1977) "התייחסות עובדי השיקום למציאות האבחון המקצועי" בטחון סוציאלי 14-15, כתב עת בנושאי רווחה ובטחון סוציאלי.

Anthony, W.A. et al. (1987) in: Bolton, B. (1987), Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation, Baltimore, London.

Ben-Dror, R. & Olmstead, E. (1990). "Rehabilitation: Outpatient Therapy with Severely Desocialized Individuals." Journal of Strategic and Systemic Therapies, 10(2), 49-58.

Brown, C. D. and Sink, J. M. (1986), "Congruence of Expectations Between Referral Source and Vocational Evaluator on Selected Vocational Factors," Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, Winter 129-133.

Brown, R.I. & Hughson, E.A. (1987) "Assessment in Rehabilitation", Behavioural and Social Rehabilitation and Training. ch. 5, John Wiley & Sons.

Caston, H.L. and Watson, A.L. (1990) "Vocational Assessment and Rehabilitation Outcomes" Rehabilitation Counseling Bulletin, (34) 1, 61-66.

Chandler, A.L. (1987) in: Gondy, G.L. et al, Rehabilitation Counseling and Services, ch. 6, Charles Thomas Publisher.

Cook, D.W. (1978). "Effectiveness of Vocational Evaluation Training Recommendations", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 11, 8-13.

Cull, J.G. et al (1987) in: Gondy, G.L. et al, Rehabilitation Counseling and Services, ch 19, Charles Thomas Publisher.

Faust, D. and Nurcombe, B. (1989) "Improving the Accuracy of Clinical Judgement", Psychiatry 52, 197-208.

Fery, J.L. and Godfrey, M. (1991) "A Comprehensive Clinical Vocational Assessment: The PACT Approach" Journal of Applied Rehabilitation Counseling 22 (2), 25-28.

Gannaway, T.W., & Sind, J. (1978). "The Relationship between the Vocational Evaluation System by Singer and Employment Success in Occupational Groups", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 11, 38-45.

Hartlage, L.C. (1987) "Diagnostic Assessment in Rehabilitation" in: Bolton, B. (ed) Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation, Baltimore, London.

Hollenbeck, P.N. & Campbell, J.L. (1985). "Evaluator Recommendations and Subsequent Performance: A Follow-up of Work Evaluation Clients", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 8, 21-27.

Kelley, S.D.M. (1993), "Training Needs in Vocational Assessment and Adjustment: Organizational and Occupational Perspectives", Rehabilitation Counseling Bulletin, 36 (3), 160-176.

Marut, P., & Bullis, M. (1985). "An Analysis of the Relationship of the Vocational Recommendations to Rehabilitation Outcomes for Deaf People. Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, 18, 66-69.

Massel, H.K et al (1990) "Evaluating the Capacity to Work of the Mentally Ill" Psychiatry 53 31-42.

Mccue, M. (1989), "The Role of Assessment in the Vocational Rehabilitation of Adults with Specific Learning Disabilities", Rehabilitation Counseling Bulletin, 33 (1), 18-32.

Moore, R.L. and Bartlow, C.L. (1990) "Vocational Limitations and Assessment of the Client Who is Traumatically Brain-Injured" Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 21 (1), 3-8.

Musante, S.E. (1983), "Issues Relevant to the Vocational Evaluation of the Traumatically Head-Injured Client", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, Spring, 45-40.

Neff, W.S. (1976) in: Rysalen, H. & Malikin, D. (eds) Contemporary Vocational Rehabilitation, ch. 6, N.Y. University Press.

Parker, R.M. et al (1989) "Ecological Assessment in Supported Employment", Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 20(3), 26-32.

Parker, R.M. (1993), "Threats to the Validity of Research", Rehabilitation Counseling Bulletin, March, 36 (3), 131-138.

Peterson, M. (1984), "Vocational Evaluation and Work Sample Development for Skilled, Technical, Managerial and Professional Positions", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, Winter, 144-148.

Power, P. W. (1984), A Guide to Vocational Assessment ch. 6-8, University Park Press, Baltimore.

Rogan, P. & Hagner, D. (1990) "Vocational Evaluation in Supported Employment" Journal of Rehabilitation Ja-Ma, 45-51.

Sawyer, H.W. et al.(1984), "Vocational Assessment of Acute Care Patients", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, Fall, 90-94.

Sax, A.B. and Pell, K.L. (1985), "A Practitioner's Point of View - A Primer on Tools of Evaluation", Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin, Summer, 57-60.

Sink, J.M. et al. (1987) "Psychological Testing Versus Assessment in Counseling and A Critical Response to Canon 7 - Assessment" Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 18(4) 35-37.

Smith, D. and Kraft, W. A. (1989) "Attitudes of Psychiatrists Toward Diagnostic Options and Issues" Psychiatry 52, 67-75.

Wong, W.D. & Gay, A.D. (1988) "Predicting Rehabilitation Outcomes From Clinical and Statistical Data: a Probability Model", International Journal of Rehabilitation Research, 11(1) 11-19.

ניתן להזמין פרסומים במוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון,
שד' ויצמן 13, ירושלים 91909, טל. (02)709579
