



**המוסד לביטוח לאומי**

מינהל המחקר והתכנון

**שיקום נכים**  
**האפיונים הקשורים להצלחת תהליך השיקום**  
**1985–1988**

---

**סקר מס' 68**

---

ירושלים, רצמבר 1989, כסלו התש"ן

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל המחקר והתכנון

## שיקום נכים

האפיונים הקשורים להצלחת תהליך השיקום

1988-1985

לאה ענבר

ירושלים, כסלו התש"ן, דצמבר 1989

## ה ק ד מ ה

המינהל למחקר ולתכנון מציג חוברת נוספת בסדרת הפרסומים על אוכלוסיית הנכים שעברו תהליך שיקומי.

הפרסום הקודם יצא לאור בשנת 1985 והכיל נתונים על משתקמים בשנת 1983. הפרסום הנוכחי מתייחס לשנים 1985-1988. בפרסום זה נסקרה ספרות העוסקת בהיבטים שונים של מדידת הצלחת שיקומם של נכים כמו כן נבחנו מאפיינים הקשורים להצלחת השיקום שניתן במסגרת המוסד לביטוח לאומי.

הפרסום נכתב על ידי לאה ענבר מהמחלקה לגמלאות קצרות מועד, שבראשה עומדת דליה גורדון.

תודתנו נתונה לגב' ברכה בן צבי, מנהלת מחלקת השיקום והסיעוד, ולמר שמואל פינצ'י - מנהל יחידת השיקום על הערותיהם המועילות. ראויים לתודה דוד אלכסנדר גאליה על עזרתו הרבה בעיבודים הסטטיסטיים וכן עירא כהנמן על העריכה הלשונית.

בברכה,

שלמה כהן  
סמנכ"ל מחקר ותכנון (בפועל)

## תוכן העניינים

### עמוד

1	פרק א. סקירת ספרות
10	פרק ב. מבוא
10	האוכלוסייה
11	סיווג פריטי השאלונים
14	פרק ג. ממצאים
14	"תרומת" המטופל להצלחת התהליך השיקומי
14	<u>התפלגות המשתקמים לפי אפיונים סוציודמוגרפיים</u>
18	<u>התפלגות המשתקמים לפי משתני נכות</u>
21	<u>התפלגות המשתקמים לפי משתנים תעסוקתיים</u>
25	<u>התפלגות המשתקמים לפי הקריטריונים</u>
38	<u>אפיוני המטופל המנבאים הצלחה בשיקום של מי שגמר טיפול שיקומי</u>
42	"תרומת" המטופל להצלחת התהליך השיקומי
42	<u>שיפוט המטופל</u>
48	<u>הערכת ההיבט הטיפולי</u>
52	סיכום ומסקנות
55	ביבליוגרפיה

## רשימת הלוחות

### עמו

- 8 לוח מס. 1: תוצאות אפשריות של ניבוי הצלחה
- 3 לוח מס. 2: התפלגות המשתקמים שגמרו טיפול שיקומי, לפי סניף
- 5 לוח מס. 3: התפלגות המשתקמים והאוכלוסייה הכללית, לפי מספר שנות לימוד
- 6 לוח מס. 4: התפלגות המשתקמים, לפי קבוצות גיל ומספר שנות לימוד
- 25 לוח מס. 5: התפלגות המשתקמים שלא עבדו בעת הפנייה לשיקום, לפי משך השהייה מחוץ למעגל העבודה ולפי סוג נכות
- 27 לוח מס. 6: התפלגות המשתקמים לפי אופן גמר הטיפול, ולפי מאפיינים שונים
- 29 לוח מס. 7: התפלגות המשתקמים, לפי היעד העיקרי שהושג בגמר הטיפול
- 31 לוח מס. 8: התפלגות המשתקמים, לפי עבודה בעת הפנייה ועבודה בגמר הטיפול השיקומי
- 33 לוח מס. 9: התפלגות המשתקמים, לפי מצב עבודתם בגמר הטיפול, ולפי מאפיינים שונים
- 36 לוח מס. 10: התפלגות המשתקמים, לפי שינוי במצבם האישי-משפחתי
- 37 לוח מס. 11: התפלגות המשתקמים, לפי מצב עבודתם בגמר הטיפול והשינוי במצבם האישי-משפחתי
- 37 לוח מס. 12: מקדמי מתאם בין קרטריונים למדידת הצלחה
- 39 לוח מס. 13: תוצאות ניתוח רגרסיה על מצב העבודה של המשתקמים בגמר הטיפול
- 41 לוח מס. 14: תוצאות ניתוח רגרסיה על מצב העבודה של נכים כלליים ושל נכים עבודה בגמר הטיפול
- 45 לוח מס. 15: התפלגות המשתקמים, לפי התאמתם לשיקום ולפי מאפיינים שונים
- 47 לוח מס. 16: התפלגות המשתקמים לפי התאמה לטיפול והשגת יעד בגמר הטיפול.

## רשימת התרשימים

- 6 תרשים מס. 1: פרדיגמה לסיווג קריטריונים למדידת הצלחה בשיקום ולניבוייה
- 20 תרשים מס. 2: התפלגות המשתקמים לפי אחוז נכות רפואית

המכנה המשותף של אוכלוסיית המוגבלים - תהא סיבת מוגבלותם אשר תהא - היא דלות משאבים אישיים או אי יכולת לנצל משאבים אישיים, גלויים או חבויים. כאשר הליקוי או הנכות הופכים להיות "הנכס" העיקרי או הדומיננטי של האדם, הוא נעשה מוגבל (בן צבי 1982).

שיקום כאחד השירותים הסוציאליים האישיים מיועד ל"אנשים בעלי מוגבלויות המצרות את צעדיהם ואשר עבורם רכישת עבודה, תעסוקה או מקצוע תביא להגדלת האופציות שלהם לשנות את דפוסי חייהם בהווה ובעתיד הנראה לעין" (רוזנפלד 1982).

על מנת לבחון את השגת היעדים הללו, יש למדוד באופן אובייקטיבי את מכלול הגורמים המשפיעים על הצלחת השיקום, לאתר את הגורמים הרלבנטיים המשותפים לכלל המשתקמים, שהטיפול בהם הסתיים בהצלחה, וכן את פעילויות השיקום המשותפות למקרים שהסתיימו בהצלחה (שם).

בשנים האחרונות התעוררה אצל סוכנויות שיקום ואנשי מקצוע מודעות לצורך לבדוק את תוצאות השיקום כדי לגבש קני מידה להצלחה או לכישלון בשיקום (פלוריאן וחר אבן 1977). הנימוק לכך הוא הרצון להקטין את הבזבוז הכלכלי והחברתי הנובע משיטות ניסוי וטעייה בבחירת אנשים לסוגי טיפול שונים (Bolton 1979).

בסקירה זאת נתייחס להיבטים שונים של מדידת ההצלחה בתחום השיקום ולאפשרות ניבוייה.

הצלחה היא עניין יחסי ותלויה בקריטריון, שלפיו היא נמדדת, ובמידת הרלבנטיות של אותו קריטריון לסיטואציה הנדונה. נסקור להלן אחדים מן הקריטריונים למדידת הצלחה בתחום השיקום וכן להערכת סיכוייו של משתקם להצליח בטיפול שיקומי.

### קריטריונים למדידת הצלחה וניבוייה

בספרות המקצועית יש נטייה לראות בקליטה בתעסוקה אבן בוחן להצלחה בשיקום (Florion 1981, Hardy 1982), שכן ההנחה היא שהסתגלות מקצועית תוביל לשביעות רצון בשטחי חיים אחרים (Bolton 1982). המבקרים גישה זאת גורסים

שבקריטריון הדיכוטומי מועסק - לא מועסק בסיום טיפול שיקומי אין די למדידת הצלחת התהליך השיקומי ולהערכת סיכוי, (Reagles et al 1972), וזאת מכמה טעמים:

1. אין בקריטריון התייחסות לאינדיקטורים דוגמת מידת שביעות רצון הקליינט ומידת מימושו את ציפיותיו מתעסוקתו (Rothschild 1970, Wallles 1976). אינדיקטורים אלה מושפעים מרמת התעסוקה של הקליינט ומשפיעים על יציבותו התעסוקתית.

2. הקריטריון אינו מתייחס לדרגת השינוי שחל במהלך הטיפול השיקומי. חלק אינטגרלי מהערכת הצלחת שיקום הוא מדידת שינוי, שחל אצל קליינט בין שתי נקודות זמן בתחומי תפקוד, שבהם מופעלות התערבויות טיפוליות (1972 Reagles et al, Bolton 1980).

3. שיעורי תעסוקה של משתקמים עשויים לשקף את השפעתם של משתנים אחרים (Goertzel 1976). הם מושפעים, לדוגמה, מהרכב וממגוון העיסוקים הקיימים, משיעור האבטלה ומקיומה של תחיקה המגדילה/מקטינה תמריץ לעבודה (1965 Conley). גיל המשתקם משפיע אף הוא על היותו מועסק או לא מועסק. יש לקחת בחשבון, אם כן, את השפעתם של משתנים מתערבים, אלה ואחרים, וזאת למרות הקושי המתודולוגי לבודדם.

4. התמקדות באספקט תעסוקתי מזניחה אספקטים אחרים של שיקום שבהם המשתקם עשוי להצליח או עלול להיכשל למרות שיקומו המוצלח בעבודה (1965 Conley, Rothschild 1970, Wallles et al 1976).

5. עבור חלק מאוכלוסיית המשתקמים קריטריון ההשמה בתעסוקה אינו ריאלי או אינו רלבנטי (Bolton 1979).

למרות ההסתגויות הללו כאמור, מקובל למדוד הצלחה בשיקום לפי הקריטריון קליטה בתעסוקה, ומקובל לראות בעברו של משתקם בחחום התעסוקה קריטריון לניבוי ולהערכת סיכוייו להצליח בשיקום.

עברו התעסוקתי של משתקם עשוי לשמש קריטריון לניבוי ולהערכת סיכוייו להצלחה בשיקום, שכן הוא משקף את הפוטנציאל התעסוקתי שלו. פוטנציאל זה כולל את כישוריו, את עמדותיו בתחום זה ואת מכלול ההתנהגויות ההכרחיות להשמה בעבודה. גבעולי וזיו (1986) שבדקו עמדות של פקידי שיקום של המוסד לביטוח לאומי כלפי האפיונים התורמים יותר מכול להצלחת תהליך שיקומי, מדווחים

שתכונה זו מופיעה בדירוג במקום גבוה יחסית לאפיונים אחרים. גם גורדון (1985) מצאה, כי תכונה זו היא החשובה ביותר לניבוי הצלחה בהשגת היעד - שילובם בעבודה של משתקמים שהטיפול בהם הסתיים.

יש לציין, שכאשר מנסים לנבא ביצוע כולשהו, לניסיון הקליינט בביצוע דומה יש תוקף ניבוי חזק יותר מאשר למשימה שבביצועה טרם נתנסה (Hardy 1982).

עברו התעסוקתי של משתקם עשוי לתרום לכושר האבחון של המטפל ולניבוי שלו ככל שהאחרון מיטיב להבחין בין אינפורמציה רלוונטית לתהליך הטיפול במציאת עבודה, לדוגמה, לבין זו הרלוונטית לתוצאה הסופית. אי אפשר להסיק רק על פי מספר מקומות העבודה, שבהם המטופל עבד בעבר, על רמת המוטיבציה שלו לעבוד. חשוב לעמוד על התהליך שקדם למציאת העבודה.

אי הבחנה בין תהליך לתוצאה עלולה להטות את אבחנת המטפל, שכן הוא ישפוט את התוצאה כמיצגת את כל התהליך שקדם לה (Fischhoff 1975). תהליך מוצלח לא בהכרח מוביל לתוצאה מוצלחת. כמו כן, תוצאה מוצלחת עשויה להיות תולדה של תהליך כושל (Goertzel 1976). מכאן, שאין להתעלם ממקריות, שאינה בשליטת המטפל ושאינה ניתנת לניבוי בעת מדידתה של כל תופעה חברתית.

אפיונים סוציודמוגרפיים-אישיים משמשים קריטריונים נוספים להערכת סיכויי משתקם להצליח בשיקום. אלה נחשבים לאובייקטיביים יותר, לקלים למדידה, ליציבים ולזמינים יותר מקריטריון התעסוקה (Walles et al 1976).

משתנה בעל משקל גדול בניבוי סיכויי הצלחה הוא הגיל לפיו ככל שקליינט צעיר יותר, כך רבה יותר ההסתברות שתהליך שיקומו יסתיים בהצלחה.

בולטון (Bolton 1979) מדווח על מחקר, שנבחן בו המתאם בין 29 משתנים דמוגרפיים והתנהגותיים לבין 22 משתני תפקוד. נמצא, כי גילם הממוצע של משתקמים, שהטיפול בהם הסתיים בהצלחה, היה 29. רוטשילד (Rothschild 1970) מצא, שסיכויי גברים מתחת לגיל 40 להשתקם בעבודה גדולים מאלה של המבוגרים יותר. גורדון (1985) העלתה, בסקר, שנועד לבדוק תכונותיהם של משתקמים שסיימו טיפול במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי, כי שיעור העובדים בקבוצת הגיל 35-44 היה גבוה יותר משיעור העובדים בקבוצת הגיל עד 24 (44% ו-32%, בהתאמה).

הצלחה בשיקום צעירים יותר מיוחסת בחלקה, ליכולתם להסתגל למצבים משתנים טוב יותר מן המבוגרים (Conley 1965, Rothschild 1970, Busse 1973, 1983, Growick et al).



אפשר לנבא הצלחה גם באמצעות האפיון סוג הנכות, המייחד פונים לשיקום מפונים לשירותים אחרים. בולטון וקונלי (Bolton 1979, Conley 1965) מנבאים לנכים שסוג נכותם פיסי הצלחה רבה יותר מאשר לנכים פסיכיאטריים, ולבעלי ניידות גדולה יותר מאשר לניידים פחות. ממצאים דומים העלו גם גרוויק ואחרים (Growick et al 1983). אלה בדקו מדגם שכבתי בן שלוש קבוצות גיל: צעירים עד גיל 29, גילאי ביניים: 30-44, ומבוגרים יותר: 45 ויותר. הם מצאו כי, בכל קבוצות הגיל, שיעור המסיימים בהצלחה טיפול שיקומי מבעלי נכות פיסיית גדול יותר מהשיעור המקביל מהסובלים מבעיות נפשיות/רגשיות (43%, 59%, 75% לעומת 28%, 35% ו-22% בהתאמה).

היום נפוצה יותר הגישה, כי יש למדוד הצלחה בשיקום אף בהתייחס לתחומים נוספים בחייו של משתקם.

הספרות המקצועית המתייחסת להצלחה בשיקום בתחום האישי-נפשי מדגישה את יכולתו של הנכה להשלים עם שינויים בתדמיתו הגופנית ולערוך אינטגרציה של המציאות החדשה במושג העצמי (Bolton 1978).

בולטון (Bolton 1982, 1979) מדווח על נסיון שנועד לבחון תהליך שיקומי כתהליך של ספוק צרכים בסיסיים לפי סדר הופעתם בסולם הצרכים של מסלאו. בסולם HSS (Human Service Systems) המורכב מ-7 תת סולמות המשתקמים נתבקשו לדרג עצמם בכ-80 פריטים שהותאמו מסולם זה. אלה מתייחסים לצרכים הפסיכולוגיים שלהם, לצורכיהם בתחומי הביטחון הרגשי, הביטחון הכלכלי, האהבה והשייכות, ההערכה העצמית הכלכלית וההגשמה העצמית הכלכלית. בניגוד למצופה, ממצאי המחקר אינם תומכים בסדר ההירארכי, שמסלאו מציג בתיאוריה שלו.

סקרנו לעיל כמה מהקריטריונים המדווחים בספרות למדידת הצלחה בשיקום ולהערכת סיכוייו של משתקם להצליח בתהליך שיקומי.

אפשר לבדוק הצלחה בתחום השיקום אף במונחים כלכליים צרופים.

השימוש בקריטריונים כלכליים בתחום השיקום אינו נפוץ, שכן מערכת המונחים המקובלת בתחום זה לא תמיד בת מדידה ובת השוואה (Conley 1965). בוס (Busse 1973) גורס שתהליך שיקומי מצליח, כאשר ערך התועלות המופקות גדול יותר מערך העלויות המושקעות. את העלויות אפשר למדוד במונחי אובדן הכנסה, ושווי השירותים המסופקים לקליינט במהלך שיקומו. תועלת נמדדת לפי מידת הפחתתם של תשלומי סיוע ציבוריים, תוספת ההכנסה הצפויה לבני משפחה שנתפנו מטיפול בקליינט וכו'. בולטון ואחרים (Bolton et al 1978) מודדים הצלחה בשיקום על

פי העלות הממוצעת של משתקם מצליח. בחישוב זה עלות שהייתו בטיפול היא משתנה תהליך, ועלות ההוצאה הציבורית עבורו - משתנה תשומה.

בסיום הצגה זו של אחדים מהקריטריונים למדידת הצלחה בתחום השיקום יש לציין את בעיית היעדר הסטנדרטיזציה המאפיינת מחקרי שיקום. בעיה זו מקטינה את האפשרות להכליל את ממצאיהם וליישם את הקריטריונים, שנמצאו תקפים למדידה ולניבוי הצלחה בשיקום, לאוכלוסיות רחבות יותר (et al 1976) (Wallis).

כאמור, הצלחה בשיקום היא הערכה יחסית ותלויה גם בקריטריון הנבחר למדידה. נציג להלן פרדיגמות אחדות המאפשרות לסווג את מכלול הקריטריונים לפי אפיוניהם ורמותיהם. זאת, כדי לבחון את מידת התאמתם לשמש מודדי הצלחה במגוון הרחב של סיטואציות השיקום.

### פרדיגמות לסיווג קריטריונים

גילסו (Gelso 1979) מסווג קריטריונים לפי האפיונים:

- \* אובייקטיבי-סובייקטיבי: מידת היות הקריטריון בר צפייה או בר-הסקה.
- \* זמני-סופי: האם הקריטריון יעד ביניים של הטיפול או יעדו הסופי.
- \* ספציפי-גלובלי: מידת היות הקריטריון ייחודי לקליינט אינדיבידואלי.
- \* אינדיבידואלי-אוניברסלי: מידת הרלבנטיות של הקריטריון לקליינט מסוים.
- \* אמפירי-תיאורטי: מידת התבססותו של הקריטריון על תיאוריה או על ניסיון אמפירי.
- \* חד ממדי-רב ממדי: מספר הקריטריונים המשמשים למדידת ההצלחה.

בולטון (Bolton 1979) מציג את הפרדיגמה הבאה כפרדיגמת הסיווג:

- \* קריטריון כלכלי לעומת קריטריון לא כלכלי.
- \* קריטריונים המתבססים על דירוג עצמי לעומת אלה המתבססים על דירוג צופה; כלומר - הגורם המודד את ההצלחה.
- \* יחסי לעומת אבסולוטי: מידת היות הקריטריון מוחלט, דהיינו משותף, לכל המשתקמים, או יחסי ל-baseline של משתקם מסוים. כך, לדוגמה, שכר בן 20 דולר לשבוע של משתקם מוגבל מאוד במסגרת עבודה מוגנת היא הצלחה גדולה יותר מאשר שכר בן 100 דולר לשבוע של משתקם קטוע-איבר בשוק החופשי.

למברט (Lambert 1983) מציע את הפרדיגמה הבאה:

- \* תוכן הקריטריון: אפקטיבי, קוגניטיבי
- \* שיטת מדידתו: תצפית, ניסוי, ראיון.
- \* המקור לקריטריון: דירוג עצמי, דירוגי אחרים.

ליבנה (Livneh 1988) 'מסכם' את הפרדיגמות הנ"ל בהתייחס לשלושת ממדיו של הקריטריון המוצגים בתרשים להלן<sup>1</sup>.

תרשים מס. 1: פרדיגמה לסיווג קריטריונים למדידת הצלחה בשיקום ולניבוייה

מקור הקריטריון	תחום התפקוד הנמדד ע"י הקריטריון	רמת הקריטריון
דירוח עצמי	פרט { אפקטיבי קוגניטיבי התנהגותי	זמניות-סופיות
דירוג של פרופסיונל		קונטקסטואליות-לוקאליות
דירוג של אחרים משמעותיים	אחרים { אפקטיבי קוגניטיבי התנהגותי	גלובליות-כלליות
דרוג של צופה בלתי תלוי		יחסיות-אבסולוטיות
מדדי סטטוס	קהילה { בי"ס עבודה נופש	מקיף - (קומפרהנסיביות)

1) על פי תרשים תלת ממדי המופיע במקור - ראה ביביליוגרפיה.

כך, לדוגמה, קריטריון הקליטה בתעסוקה מדורג על ידי פרופסיונל, מתייחס לתפקוד בתחום העבודה והוא יעד סופי.

כלי מיפוי זה מסייע לבחון את התאמתו של קריטריון למדידת היבט ספציפי של הצלחה בתחום השיקום ואת מידת תקפותו לשם ניבוי היבט זה. כן הוא מאפשר ליצור קריטריונים חדשים ולהגדירם.

תוצאות מדידת הצלחה של שינוי בהתנהגות וניבוייה בקרב פונים לטיפול, בכללם פונים לטיפול שיקומי, עלולות להיות מוטות מעצם בחירתם של האובייקטים למדידה. וכמו כן נתונות לטעויות הנובעות מהניבוי.

### הטיות במדידת הצלחה וטעויות בניבוייה

הטיות במדידת הצלחה נובעות משני מקורות:

1. הטיות אשר מקורן במטפל והנובעות מבחירת הקליינטים שיטופלו. תיתכן בחירה של קליינטים לגביהם קיימות ציפיות להצלחה יותר מאשר מהאחרים. בתהליך הקרוי Creaming עשויים להבחר המקרים 'הקלים' לטיפול ובעלי הסיכויים המרביים להצליח (Goertzel 1976). כמו כן עשויים להיבחר קליינטים הנחשבים 'טובים' יותר לטיפול. לכן שיעור ההצלחה עשוי להיות מושפע במישרין מטיבה של קבוצת המועמדים לטיפול השיקומי. רמת המטופלים וציפיות המטפל להצלחתם מעודדות השקעה גדולה יותר בקליינטים אלה. ההצלחה היא אפוא נבואה המגשימה את עצמה (Rothschild 1970).

ניסבט ורוס (Nisbette & Ross 1980) רואים בכשל הנבואה המגשימה את עצמה היזון חוזר חיובי בדיעבד (בהקשר שלנו - ההצלחה) על השיפוט של מקבל ההחלטה ולא על הטיפול. זהו כשל, שכן ההיזון החוזר החיובי עלול להצדיק בדיעבד שיפוט לא נכון.

כדי להפחית את השפעתה של הטיה זו מומלץ להבחין בין האספקט השיפוטי - בחירת הקליינטים המתאימים לטיפול לבין האספקט הטיפולי; ולייעד בפועל אנשי מקצוע שונים לכל אחת משתי פונקציות אלו בתהליך ההתערבות הטיפולית.

2. הטיות שמקורן ביצוגיות הנחקרים, כלומר היעדר יצוג נאות של אוכלוסיית היעד בתכונות הנבדקות. לרוב נמדדת הצלחת אלה שסימו טיפול בהצלחה. איננו יודעים במה הם שונים מן הלא-מסיימים. לא בהכרח אפשר להקיש מהמשתקם המצליח על זה הנכשל.

הקריטריונים, כפי שנאמר לא אחת, משמשים למדידת ההצלחה ולניבוי סיכוייה. מאחר שניבוי מעצם טבעו הסתברותי ולא וודאי, עלולות לפול בו טעויות. נציג במטריצה הבאה את תוצאות הניבוי האפשריות, ונדגימן בנושא הנדון - ניבוי הצלחה בשיקום.

לוח מס. 1: תוצאות אפשריות של ניבוי הצלחה

החלטות המטפל	מ	צ	ב
לטפל בפונה	קבלה מוצדקת	טעות "חיובית"	
לא לטפל בפונה	טעות "שלילית"	דחיה מוצדקת	

האפשרויות הן איפוא:

- קבלה מוצדקת של פונה לטיפול: הצלחה התואמת לניבוי,
- דחיה מוצדקת: כישלון התואם לניבוי,
- טעות "חיובית" (כינויה  $\alpha$ ): כישלון בפועל שלא נחזה,
- טעות "שלילית" (כינויה  $\beta$ ): אי התגשמות כישלון חזוי.

מתבסס על רייט (Wright 1980).

חשיבה במסגרת מושגית זו מאפשרת לייחס מחירים שונים להחלטות המוטעות ותועלות שונות להחלטות הנכונות אשר מסייעים לנבא ניבויים רציונליים, ככל האפשר. מודעות למחירן של האלטרנטיבות הפתוחות לפני מטפל ולתועלתן עשויה לשפר את תהליך קבלת ההחלטות שלו בתחום השיקום.

(1) בהנחה שאפשר למדוד זאת. לדוגמה, קליינט שטיפולו במסגרת אחרת הסתיים בהצלחה.

שיפוט ההצלחה תלוי בנקודת מבטו של השופט. למטפלים ולקליינטים דעות שונות מהי הצלחה בשיקום.

מטפלים מייחסים לקליטה בתעסוקה ולהשגים הפסיכולוגיים חשיבות רבה יותר מזו שמייחסים לה קליינטים. (Murphy 1988).

לפי הולצמן ואחרים (1983), קליינטים העריכו את התהליך השיקומי כיעיל יותר, כאשר השירותים שקיבלו השפיעו על תפקודם היומיומי - בעבודה, במשפחה ובקהילה, ואילו מטפלים העריכו את התהליך כיעיל יותר כאשר יחסי מטפל-פונה הוערכו כיעילים.

## סיכום

סקירה זאת התמקדה בהיבטים תיאורטיים: תוכניים ומתודולוגיים של מדידת הצלחה בשיקום ושל אפשרות ניבוייה.

בדומה להחלטות המתקבלות במסגרת מקצועות טיפוליים אחרים, כגון הפסיכולוגיה הפסיכיאטרית וכו', גם להחלטות המתקבלות בתחום השיקום אין קריטריוני מדידה אופטימליים. לכן קשה להעריך את תוצאותיהן (Inbar 1979).

חשיפה לתוכניות שיקום רבות וכן ריבוי מקורות ההשפעה על המשתקם ועל התהליך השיקומי מקשים על הערכת התוצאות באופן כללי ועל הערכת התרומה הדיפרנציאלית של כל אחד מהגורמים המשפיעים (Goertzel 1976). לא זיהוי הממדים הרלבנטיים להערכת התוצאות, הוא מקור הקושי, אלא טיב השילוב שלהם - כלומר קביעת המשקל היחסי של כל ממד.

באופן כללי מומלץ לאמץ את גישת ריבוי הקריטריונים למדידת הצלחה של תהליך שיקומי על פני שימוש בקריטריון אחד, כדי להבטיח שיכוסו תחומי תפקוד רבים ומגוונים שיש ביניהם קשרי גומלין ותלות (Conley 1965, 1981, Schenzinger).

בעבודה זו ייבחנו חלק מההיבטים שצוינו בסקירה דלעיל, ואלה יותאמו למערך הנתונים המצוי במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי.

## פרק ב. מ ב א

במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי נבנה, זה כ-10 שנים מאגר נתונים הניזון ממערכת טפסים שמשמשים את עבודת השדה של מחלקת השיקום ואת צורכי המחקר בתחום השיקום, ובהם פרטים אודות האוכלוסייה המטופלת ועל הטיפול הניתן לה.

שני שאלונים אחידים הערוכים לעיבוד ממוכן משמשים היום את העבודה הפרטנית של יחידות השיקום בכל סניפי הביטוח הלאומי. בתחילת תהליך הטיפול ממלא העובד המטפל שאלון אבחון. שאלון זה מתייחס לתחומים שונים: כולל פריטים דימוגרפיים, תעסוקתיים, רפואיים וכן הערכות של העובד על התאמת הפונה לטיפול שיקומי. בגמר הקשר עם המטופל, ממלא פקיד השיקום "שאלון סיום טיפול" שבו פריטים רלבנטיים לסיכום דרכי ההתערבות הטיפולית ולהערכת תוצאותיה. עותקי שאלונים אלה נשלחים למאגר הממוכן של מינהל המחקר והתכנון של המוסד.

יש לציין שמתכונתם הנוכחית של השאלונים החליפה מתכונת שהיתה מקובלת עד 1986. לקחי הניסיון דרשו שינוי במתכונת הקודמת: פריטים אחדים הוחלפו ואילו אחרים - שונו המבנה או הניסוח שלהם. מחמת שינויים אלה אין אחידות מלאה בנתוני כל הפונים. חסרים פרטים מסויימים על אלה שמולאו בענינם שאלון מהסוג הישן. מאחר שהתאמת השאלונים הישנים לנוכחים אינה מלאה, לגבי חלק מהנושאים הסתמכנו רק על השאלונים בעלי המתכונת החדשה. במקומות הרלבנטיים יש התייחסות לבעיה זו.

נתוני המאגר שימשו לבחינת הגורמים המשפיעים על הצלחתו של התהליך השיקומי, וזאת תוך הבחנה בין "תרומת" המטפל ל"תרומת" המטופל להצלחה זו. עבודה זו היא נדבך נוסף על תשתית הסקרים והמחקרים בנושא השיקום המקצועי שנערכו במינהל המחקר והתכנון של המוסד לביטוח לאומי. האחרון בהם התמקד בתכונותיה של אוכלוסיית המסיימים טיפול שיקומי בשנים 1982-1983.

### האוכלוסייה

עבודה זו מתייחסת לכל מי שגמר<sup>1</sup> טיפול שיקומי במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי בין ינואר 1985 למאי 1988. בתקופה זו גמרו טיפול שיקומי

-----  
(1) המונח "גמר" מתייחס למי שסיים טיפול שיקומי או למי שהופסק לו הטיפול.

12,045 איש (ראה לוח מס. 2). מקור נתון זה הוא דו"ח סטטיסטי חודשי של הסניפים המועבר למינהל המחקר והתכנון, בלא קשר להעברת נתוני השאלונים שתוארו לעיל.

שאלוני סיום טיפול הגיעו עבור 8,583 איש ואלה מונים 71% מכלל אלה שגמרו לקבל טיפול שיקומי. 54% מבעלי השאלונים (4,598 איש) הפסיקו לקבל טיפול עוד לפני תום הטיפול. 37% (3,135 איש) סיימו את תכנית השיקום. לגבי 9% (850 איש) לא ידוע האם הטיפול בהם הגיע לכלל סיום או שמא הופסק קודם לכן.

## סיווג פריטי השאלונים

הפריטים הכלולים בשאלון האבחון ובשאלון הסיום מוינו לשש קבוצות משתנים הנוגעים לפונה, למטפל ולהשגת יעדי הטיפול, שנקבעו בראשית התהליך הטיפולי ובמרוצתו:

1. משתנים סוציודמוגרפיים שאינם בני שינוי, בהם גיל, מין, מצב משפחתי, ארץ לידה ושירות צבאי; וכן המשתנים: מצב כלכלי, השכלה וקשר עם שירותים בקהילה.

2. אפיוני הנכות הדרושים להערכת יכולתו הפונקציונלית והפיסית של המשתקם, בהם: סוג הנכות, אחוז הנכות הרפואית, גורם המגבלה העיקרית, הפגיעה שממנה סובל הפונה.

3. משתנים תעסוקתיים הדרושים להערכת היכולת התעסוקתית של המטופל בהווה ובעבר, בהם השתלבותו בעבודה, המוטיבציה שלו לעבוד, אופי עיסוקו ומידת התמדתו בו.

שלוש קבוצות המשתנים הללו משקפות את הפוטנציאל השיקומי של הפונה, והן נחשבות "תרומתו" להצלחת התהליך השיקומי. אפשר להעריך באמצעותן את סיכוייו להצליח בטיפול שיקומי.

נוסף על כך יש משתנים המשקפים את "תרומת" המטפל להצלחת התהליך.

4. משתני הערכה ושיפוט של עובד השיקום בעת האבחון הראשוני: מידת התאמתו של המטופל לטיפול במחלקת השיקום, סיבות אי התאמה, מטרת הטיפול הרצויה. זהו האספקט השיפוטי בתהליך השיקום.



5. משתני ההתערבות הטיפולית המיועדים לחולל שינויים ביכולת של המטופל להתגבר על אובדן חלק מיכולת תפקודו בעזרת פיתוח כישורים חדשים: חיפוש מקום הכשרה, הפנייה למרכז שיקום, הפעלת תכנית הכשרה וחיפוש מקום עבודה.

6. כמו כן יש המשתנים, שבאמצעותם נמדדה ההצלחה בשיקום. אלה הם משתני הקריטריון, אותם יעדים שמציב עובד השיקום, להשגה באמצעות ההתערבות הטיפולית.

- 1) אופן גמר תהליך הטיפול,
- 2) השגת יעד עיקרי,
- 3) מצב תעסוקתו של המשתקם בגמר הטיפול,
- 4) שינוי במצבו האישי-משפחתי.

הממצאים יוצגו בהתייחס לקבוצות המשתנים הנ"ל.

ינואר 1985 - מאי 1988

סניף	סך הכל (1) מסיימי טיפול	סך הכל שאלוני סיום שהגיעו (2)	אחוז כיסוי
סך הכל	12,045	8,583	71
טבריה	500	421	84
עפולה	426	342	80
נצרת	398	359	90
נהריה	625	570	91
קריות	525	358	68
חיפה	672	500	74
חדרה	478	398	83
נתניה	546	236	43
כפר-סבא	736	376	51
פתח-תקווה	766	563	73
רמלה	536	416	78
רחובות	1,009	742	74
תל-אביב	490	395	81
יפו	1,168	885	76
רמת-גן	943	704	75
ירושלים	1,445	762	53
באר-שבע	782	556	71

(1) מקור הנתונים: דו"ח סטטיסטי חודשי של הסניפים. בו כפילויות הנובעות  
הן מחמת טעות והן מפני שבמקרים מסויימים אמנם מטופלים גמרו  
טיפול בתקופה הנדונה, אך חזרו וגמרו טיפול נוסף.

(2) ל-1,868 מהם לא מולא טופס אבחון.

"תרומת" המטופל להצלחת התהליך השיקומי

התפלגות המשתקמים לפי אפיונים סוציודמוגרפיים

71% מהמשתקמים בתקופה הנדונה היו גברים, ו-29% נשים. הרכב המינים של אוכלוסיית המשתקמים בשנים 1982-1983 (להלן התקופה הקודמת), היה דומה: שלושת רבעי מהם היו גברים, ורבע - נשים.

50% היו נשואים, שיעור נמוך יותר מאשר בתקופה הקודמת (57%), 41%-רווקים, והיתר - גרושים אלמנים או נפרדים.

בחלוף השנים חלקם של ילידי הארץ הולך וגדל. שיעורם עלה מ-36% בתקופה הקודמת ל-49% בתקופה הנוכחית. 33% היו ילידי אסיה-אפריקה, ו-18% - ילידי אירופה-אמריקה.

הגיל הממוצע של המשתקמים בעת הפנייה היה 35 שנה. גיל זה נמוך בהשוואה לגיל הממוצע בתקופה הקודמת (38 שנה). גילם של 29% מהמשתקמים בעת הפנייה היה עד 25, 40% היו בני 26-40, 18% - בני 41-50, והיתר בני 51 ויותר.

בדיקת השכלת המשתקמים העלתה כי הם היו פחות משכילים מאשר כלל האוכלוסייה היהודית ב-1987, כפי שאפשר לראות בלוח הבא. ההבדלים ברמת ההשכלה בולטים בייחוד בשולי ההתפלגות: חלקם של אלה שלמדו עד 8 שנים גדול בקרב המשתקמים יותר מאשר בכלל האוכלוסייה:

לפי מספר שנות לימוד (אחוזים)

מספר שנות הלימוד						סך הכל	
0	1-4	5-8	9-12	13-15	+16		
4.8	4.8	27.8	51.8	8.4	2.4	100.0	המשתקמים
4.8	2.9	15.9	50.2	14.8	11.4	100.0	אוכלוסיית ישראל

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים.

(2) מקור - שנתון סטטיסטי לישראל 1987, גילאי 14 ויותר.

היחס היה של כ-1/3 לעומת כ-1/5, בהתאמה. אולם חלקם של אלה שלמדו 16 שנה ויותר בקרב כלל האוכלוסייה גדול יותר מאשר בקרב המשתקמים: 11% לעומת 2%, בהתאמה.

בחינת רמת השכלתם של המשתקמים על פי סוג ביה"ס האחרון שבו למדו, העלתה, כי ל-35% מהם היתה השכלה יסודית בלבד ול-31% היתה השכלה על יסודית מקצועית. שיעור המשתקמים שלמדו בבי"ס על-יסודי עיוני היה נמוך מזה (23%). 7% מהמשתקמים למדו במסגרת אקדמית.

שיעור המסיימים בי"ס יסודי היה גדול משיעור הלא מסיימים: 39% לעומת 30% בהתאמה; ואילו שיעור המסיימים בי"ס על-יסודי בהשוואה לשיעור הלא מסיימים היה קטן יותר: 21% לעומת 27% כשמדובר בבי"ס על יסודי עיוני, 30% לעומת 33%, בהתאמה, כשמדובר בבי"ס על-יסודי מקצועי. הסיבות העיקריות להפסקת הלימודים היו בריאות (22%) ומצב כלכלי (25%).

הרכבי גילים שונים נמצאו בקבוצות ההשכלה השונות של המשתקמים (לוח מס. 3). כך, לדוגמה, שיעור המבוגרים היה הגבוה ביותר בקרב בעלי השכלה של 1-4 שנות לימוד (41%), ושיעור בני הגיל הצעיר מ-40 שנה היה הגבוה ביותר בקרב בעלי השכלה 9-12 שנות לימוד (76%).

לוח מס. 4: התפלגות המשתקמים, לפי קבוצות גיל ומספר שנות לימוד

(אחוזים)

מספר שנות לימוד						קבוצת הגיל
+16	15-13	12-9	8-5	4-1	0	
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	סך הכל
6.5	23.4	33.6	15.0	9.9	5.1	25-18
48.3	43.9	42.7	41.8	26.3	32.2	40-26
32.3	24.3	12.6	23.4	22.9	30.5	50-41
12.9	6.4	11.1	19.8	40.9	32.2	51+

הנשים בקרב המשתקמים למדו בממוצע מספר שנים גדול יותר מהגברים - 9.8 שנים לעומת 8.9, בהתאמה. ככל שהמשתקמים היו צעירים יותר, השכלתם, היתה, בממוצע, גבוהה יותר: הצעירים מגיל 25 למדו 10.2 שנים; בני ה-26-40 למדו 9.5 שנים; בני ה-41-50 למדו 8.6 שנים, ובני ה-51 ויותר למדו, בממוצע, רק 7.4 שנים. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שיעורי הנכים בקבוצות ההשכלה השונות.

שיעור המשתקמים שעדיין למדו בעת הפנייה לשיקום נמצא זהה לשיעורם בתקופה הקודמת (8%). כרבע מהם למדו בבי"ס תיכון או מקצועי, 16% למדו במסגרת אקדמית, והשאר - במסגרות לימוד אחרות. כפי שאפשר היה לצפות, רוב אלה שלמדו, היו צעירים - עד גיל 25. קרוב לוודאי, חלקם פנו לשיקום בעיצומה של תקופת לימודיהם לשם מיצוי זכויות המגיעות להם על פי חוק ואילו חלקם פנו לצורך קבלת חוות דעת על כושר השתכרות.

לסיכום נאמר, כי למרות שרמת השכלתם של המשתקמים עלתה בהשוואה לתקופה הקודמת (לדוגמה, שיעור בעלי השכלה יסודית בלבד (כולל אלה שלא סיימו בי"ס יסודי) ירד מ-42% ל-25% בהתאמה, ובמקביל עלה במקצת שיעור בעלי ההשכלה העל יסודית, מ-50% (כולל 26% שלא סיימו את לימודיהם העל יסודיים) ל-54%), רמת ההשכלה של המשתקמים עדיין נשארה נמוכה בהשוואה לרמת ההשכלה של כלל האוכלוסייה. יש בכך כדי ללמד, שהרחבת השכלתם של המשתקמים כמשאב חשוב, התורם לפוטנציאל השיקומי תעסוקתי שלהם, היא אמצעי שיקום שיש לייחד לו מקום נכבד בטיפול השיקומי.

אפשר לבחון את אוכלוסיית המשתקמים לא רק על פי השכלת המשתקם המכשירה אותו לתפקיד בתחום העבודה, אלא גם על פי השירות בצבא. השירות הצבאי משקף התנהגות נורמטיבית התואמת את ציפיות החברה, כמו יציאה לעבודה.

בדיקת אוכלוסיית המשתקמים על פי שירות בצה"ל העלתה כי 42% ממנה שירתו שירות חובה. שיעור זה זהה לשיעור המשרתים מאוכלוסיית המשתקמים בתקופה הקודמת. שיעור המשרתים מהגברים היה גדול יותר מאשר שיעור המשרתות מהנשים: 52% לעומת 18%, בהתאמה, בדומה לתקופה הקודמת. 11% מהמשרתים שוחררו לפני תום השירות. כמחצית מאלה שלא שירתו שירות סדיר היו פטורים מסיבות בריאות, 11% נמנו על בני מיעוטים שאינם חייבים בשירות, ו-8% לא שירתו בשל גילם הגבוה.

שיעור המשרתים משקף, כמובן, את גיל הפגיעה. כך שיעור המשתקמים שנפגעו בילדותם גדול בקרב מי שלא שירתו בצבא יותר מאשר בקרב מי ששרתו: 34% לעומת 6%, בהתאמה.

שיעור אלה שלא שירתו מקרב הנכים הכלליים גבוה יותר משיעורם מקרב נפגעי העבודה (63% לעומת 29%, בהתאמה), שכן רבע מהנכים הכלליים נפגעו עוד טרם הגיעם לגיל הגיוס, בין אם ממחלה בילדות ובין אם מפאת מום שלקו בו בעת הלידה.

בחינת שיעורי המשרתים בצבא בזיקה לחומרת הפגיעה, הנמדדת באחוזי הנכות הרפואית, העלתה כצפוי, כי ככל שאחוזי הנכות הרפואית היו גבוהים יותר, שיעור אלה ששירתו היה נמוך יותר. כך השיעור היה מקרב בעלי עד 20% נכות רפואית 72%, ואילו מקרב בעלי נכות של 80%-100% רק 39% שירתו בצה"ל.

כאשר נבדקים דפוסי היעזרותם של המשתקמים בשירותים חברתיים שונים, נמצא כי 40% מהם נזקקו לשירותים אלה לפני פנייתם למחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי. שיעור זה נמוך בהשוואה לשיעור הנזקקים מקרב המשתקמים בתקופה הקודמת (53%). שיעור הנזקקים שפנו למחלקת לשירותים חברתיים מן הפונים גדול במעט משיעור אלה שפנו לתחנה לבריאות הנפש: 48% לעומת 43%, בהתאמה. (לא ידוע לאיזה שירות פנה השאר). הנזקקים קיבלו בעיקר טיפול רפואי פסיכולוגי וכן עזרה כלכלית. רובם (79%) נעזרו בשירותים החברתיים הללו בעבר, ומיעוטם גם בעת הפנייה לשיקום.

ככלל, האחריות לשיקומם של נפגעי עבודה היא על המוסד לביטוח לאומי, ואילו בנכים כלליים, שבדרך כלל נושאים עמם היסטוריה "נכותית" ממושכת יותר, טיפלו גורמים קהילתיים שונים. נזכור, שכרבע מקבוצת הנכים הכלליים נפגעו

בילדותם, ואילו כמחצית מנכי העבודה נפגעו סמוך לפנייתם למחלקת השיקום. כך 46% מהנכים הכלליים פנו לקבל עזרה משירות חברתי כלשהו, ואילו אחוז הפונים מקרב נפגעי העבודה היה 14% בלבד.

באשר למקורות ההכנסה של המשתקמים - 15% מהם דיווחו שאין להם הכנסה ממקור כלשהו. אשר לבעלי הכנסה - קצבות הביטוח הלאומי היו מקור הכנסתם העיקרי. שיעור המקבלים קצבת נכות מהם, כצפוי, היה גדול משיעור המקבלים קצבות אחרות: 45% לעומת 8% בהתאמה. שיעור מקבלי קצבת נכות מנפגעי העבודה גדול יותר משיעורם מהנכים הכלליים: 60% לעומת 43%, בהתאמה. 14% מבעלי ההכנסה השתכרו לפרנסתם מעבודה. שיעור זה היה גבוה מנפגעי העבודה יותר (29%) מאשר מהנכים הכלליים (11%).

לסיום פרק זה נצביע על אופיה העירוני של אוכלוסיית המשתקמים בדומה לאוכלוסייה הכללית. 68% ממנה התגוררו בערים השונות. נמנו עליהם משתקמים משלוש הערים הגדולות: ירושלים (8%) תל-אביב (6%) וחיפה (4%), בדומה לתקופה הקודמת (20%). 17% מאוכלוסיית המשתקמים התגוררו בכפרים ובעיירות, 9% נמנו על בני המיעוטים שהתגוררו בכפרים ערבים, ו-4% נמנו על ההתיישבות העובדת. יש לציין, שבמשתקמים היו אף בני קיבוצים, גם אם בשיעור קטן (1%).

תיארנו את אוכלוסיית המשתקמים וניתחנו אותה על פי כמה מאפיינים סוציודמוגרפיים כלליים. לצורך הערכת סיכויי הצלחת אוכלוסיית הנכים בשיקום נחוץ, כמובן, לבדוק את התכונות הייחודיות לאוכלוסייה זו.

### התפלגות המשתקמים לפי משתני נכות

81% מהמשתקמים היו נכים כלליים, 17% היו נפגעי עבודה ו-2% נפגעי ספר ואיבה. בהשוואה לאוכלוסיית המשתקמים מהשנים 1982-1983 חל גידול מה בחלקם של הנכים הכלליים, שהיוו אז 76% מכלל הנכים.

14% מאוכלוסיית הנכים הכלליים היו נכים מלידה, 12% נפגעו בילדותם, 62% נעשו נכים כתוצאה ממחלות שונות ו-10% כתוצאה מתאונה. אף בתקופה הקודמת חלקם של הנכים כתוצאה ממחלות שונות בכלל הנכים הכלליים היה הגדול ביותר.

שיעור נפגעי העבודה מהגברים היה גבוה יותר (22%) מאשר שיעורם מהנשים (5%), שכן מכוח העבודה שיעור הגברים גדול יותר משיעור הנשים, למרות שחלקיהם באוכלוסייה הכללית שווים (או כמעט שווים).

מערכת הנורמות המקובלת בחברה עדיין רואה בגברים מפרנסים עיקריים, אם לא בלעדיים. שיעור נפגעי העבודה מהגברים אכן גבוה יותר משיעורים מהנשים, שכן סיכוייהם להיפגע בעבודה גדולים מאלה של הנשים. עוד נציין, כי מידת היחשפותם של גברים לסיכונים בעבודה גדולה מזו של נשים מפאת האופי הטכני יותר של רבים מעיסוקיהם.

שיעור הגברים שפנו לשיקום תעסוקתי היה גדול יותר מהשיעור המקביל בקרב הנשים, שכן כאמור הציפיות שגבר ייצא לעבוד חזקות מהציפיות שאישה תעשה זאת, במיוחד כאשר היא נכה.

הגיל הממוצע בעת הפגיעה היה משותף לנכים הכלליים (למעט נפגעים מלידה או מילדות), ולנפגעי עבודה - 34 שנה. (בדומה לגיל הפגיעה הממוצע של הנכים בתקופה הקודמת). גילם של נפגעי ספר ואיבה בעת הפגיעה היה בממוצע נמוך יותר - 25 שנה.

התפלגות הליקויים הרפואיים, שמהם סבלו המשתקמים, היתה כלהלן: מחלות לב, עיניים, גב, לחץ דם ומחלות פנימיות (40%); מחלות נפש (כולל אפילפסיה) (27%); פגיעות בגפיים וקטיעות (15%); שיתוקים (8%); פיגור שכלי (5%); ובשיעור נמוך סבלו המשתקמים מפגיעות ראש (3%). 2% הנוותרים סבלו מליקויים אחרים.

מיון הליקויים לשלוש קבוצות עיקריות העלה, כי 63% מהמשתקמים סבלו מפגיעות פיסייות שונות, 27% לקו במחלות נפש ובאפילפסיה, ו-8% בפיגור שכלי (בכללם 3% נפגעי ראש). היתר, כאמור, סבלו מליקויים אחרים.

שיעור בעלי הליקויים הפיסיים מהגברים גדול יותר משיעורם מהנשים: 64% לעומת 56%, בהתאמה. לעומת זאת, שיעור הסובלות ממחלות נפש מהנשים גדול יותר משיעורם מהגברים: 35% לעומת 27%, בהתאמה.

כצפוי, שיעור בעלי הליקויים הפיסיים מנפגעי העבודה גדול יותר משיעורם מהנכים הכלליים, 87% לעומת 58%, בהתאמה. שיעור הסובלים ממחלות הנפש מהנכים הכלליים כמובן גדול יותר משיעורם מנפגעי העבודה: 34% לעומת 4%, בהתאמה.

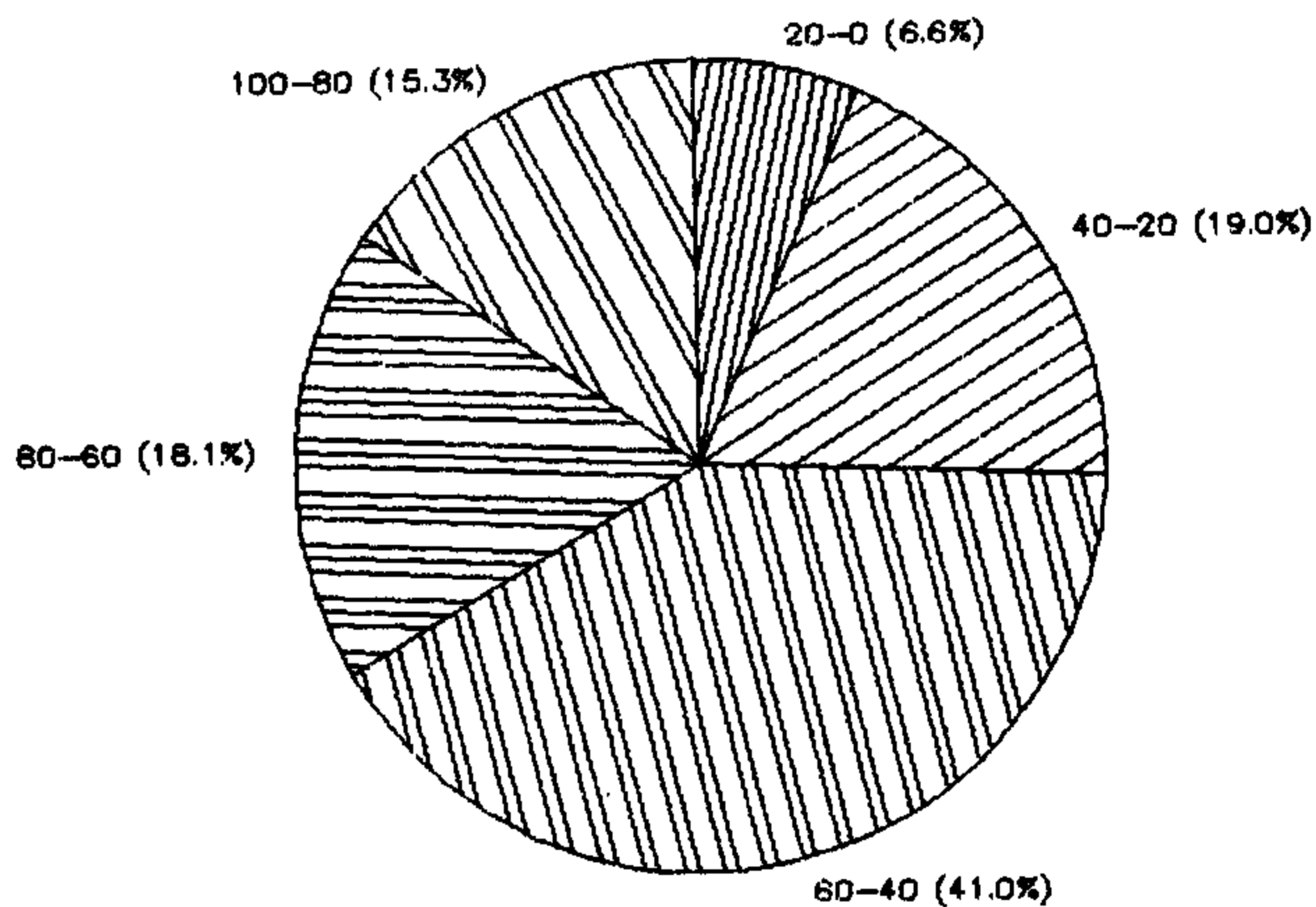
בחינת סיבות הליקויים העלתה, כי מחלות הנפש נגרמו בעיקר (94%) ממחלה בילדות או ממחלה בתקופה מאוחרת יותר.



פיגור שכלי של המשתקמים נגרם בעיקר ממום מלידה (54%) או ממחלה מאוחר יותר (20%). מתאונה נפגעו בעיקר מי שהוגדרו כנפגעי ראש (12%).

סוג הליקוי שממנו סובל הנכה וחומרתו מוצאים ביטוי באחוזי הנכות הרפואית הנקבעים לו. נציג בתרשים הבא את התפלגות שיעורי המשתקמים לפי אחוזי הנכות הללו.

תרשים מס. 2: התפלגות המשתקמים לפי אחוז נכות רפואית



אפשר לראות, כי בחמישון השלישי (בעלי 40%-60% נכות רפואית) מתרכז שיעור גבוה, יחסית, של משתקמים, וזאת בהשוואה לריכוזם בחמישון הראשון: 41% לעומת 7%, בהתאמה.

נציין, כי לפי חוק הביטוח הלאומי זכאות לשיקום מקצועי מוקנית לנכה כללי שנקבע לו שיעור נכות רפואית בן 20% ויותר, ולנפגע עבודה מבוטח שנקבע לו שיעור נכות בן 10% ויותר. לקצבת נכות זכאי מי שנמצא בעל נכות רפואית בת 40% לפחות ואשר נקבעה לו דרגת אי כושר השתכרות בת 50% לפחות.

מגבלה רפואית אינה זהה למגבלה תעסוקתית. הראשונה מתייחסת למוגבלות אנושית מנקודת מבט רפואית הנובעת ממחלה, חבלה או תורשה ויכולה להיות זמנית או קבועה, חלקית או מוחלטת. מוגבלות תעסוקתית מתייחסת להיעדר יכולת למלא דרישות של עבודה מסויימת. כל אדם מוגבל ביכולתו התעסוקתית לחלק מן העיסוקים, באשר אינו יכול למלא את דרישות כולם (Hanman 1951).

נעמוד להלן על מאפיינים תעסוקתיים שונים על מנת לבחון השפעתם על סיכויי הצלחתו של תהליך השיקום.

#### התפלגות המשתקמים לפי משתנים תעסוקתיים

הפוטנציאל התעסוקתי של המשתקם ניזון מנסיונו התעסוקתי, וכן ממצב תעסוקתו בעת הפנייה לשיקום. מהנתונים עולה, כי בעת הפנייה לשיקום 14% מהפונים (765 איש) עבדו, שיעור זה נמוך במעט מהשיעור המקביל מאוכלוסיית המשתקמים בשנים 1982-1983 (18%).

באיזו מידה גילו המשתקמים הללו יציבות במקום עבודתם? למחציתם היה ותק של יותר משלוש שנים (30% מהם עבדו יותר מ-5 שנים באותו מקום עבודה). כשליש עבדו באותו מקום עבודה פחות משנה.

ליותר ממחצית אלה שעבדו בעת הפנייה לשיקום (57%) היה זה מקום העבודה הראשון, עליהם נמנו בעיקר צעירים. שכן הסבירות להחליף מקומות עבודה רבים בקרב מי שרק החל בקריירה התעסוקתית שלו מן הסתם קטנה בהשוואה למי שמצוי במעגל העבודה זמן ממושך.

אשר למאפיינים המשותפים לכלל המשתקמים שעבדו בעת הפנייה לשיקום - שיעור אלה שעבדו בעת הפנייה מהגברים היה גדול מהשיעור המקביל מהנשים: 16% לעומת 10%, בהתאמה. שיעור אלה שעבדו מנפגעי העבודה היה גבוה מהשיעור המקביל מהנכים הכלליים: 31% לעומת 11%.

בחינת עיסוקיהם של מי שעבדו בעת הפנייה לשיקום (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים) העלתה, כי 42% היו פועלים בלתי מקצועיים; 23% עסקו בעבודות פקידות שונות, בניהול חשבונות ובמקצועות פרה-רפואיים; 8% היו פועלים מקצועיים; שיעור דומה (7%) היו עובדים פשוטים בשרותים; 8% עבדו במסגרת מוגנת; 7% שימשו במלאכות שונות; ו-4% היו נהגים.

כאשר נבחנו ציפיותיהם של המשתקמים שעבדו בעת הפנייה עולה כי שיעור המצפים לקבל סיוע בתחום העבודה אכן קטן משיעור המצפים לקבל סיוע כספי (לדוגמה, היוון או מקדמה): 15% לעומת 32%. הסיבה העיקרית לפנייתם לשיקום היתה, אם כן, עניין בעזרה כספית, דהיינו קבלת קצבה.

86% מהמשתקמים, שהם 4,586 איש, לא עבדו בעת הפנייה לשיקום. כשנבחנה עמדתם לגבי השתלבות בחיי העבודה כשני שלישים דיווחו כי הם מעוניינים לעבוד אך, לטענתם, לא מצאו עבודה מתאימה. 34% אמרו כי אינם מעוניינים לעבוד מחמת מצב בריאותם או מסיבה אחרת. 4% בדומה לתקופה הקודמת למדו (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים).

בחינת ציפיותיהם של אלה שהיו מעוניינים לעבוד, אך לא מצאו עבודה מתאימה, העלתה כי כמחציתם אכן ציפו לקבל סיוע במציאת עבודה אחרת, וכרבע ציפו לקבל הכשרה מקצועית.

54% מאלה שהיו מעוניינים לעבוד חיפשו בפועל עבודה במשך השנה האחרונה באמצעות שרות התעסוקה (51%), או שפנו למקומות עבודה פוטנציאליים (32%).

אשר לתכונותיהם של המעוניינים לעבוד מסתבר כי עמדת הגברים לגבי השתלבות בעבודה היתה חיובית יותר מאשר זו של הנשים: 64% לעומת 57%, בהתאמה. שיעור המעוניינים לעבוד מנפגעי העבודה היה גדול יותר מאשר שיעורם מהנכים הכלליים: 69% לעומת 61%, בהתאמה. כצפוי, שיעור זה היה גבוה בקרב אלה שפנו למטרת שיקום יותר מאשר בקרב הפונים למטרות אחרות.

יש להניח שמי שמעוניין לעבוד אף יצפה להסתייע בתחום זה יותר מאשר בתחומים אחרים. אפשר ללמוד מהנתונים, ששיעור המעוניינים לעבוד שציפו לקבל סיוע במציאת עבודה או בקבלת הכשרה מקצועית היה גדול משיעור המעוניינים לעבוד שציפו לקבל עזרה כספית, לדוגמה, 51% ו-24% לעומת 11%, בהתאמה.

היסטוריה תעסוקתית - כאמור, לשם הערכת סיכוייו של משתקם לסיים את תהליך הטיפול בהצלחה יש לקחת בחשבון את עברו התעסוקתי: סוג העיסוק, משך הזמן ששהה במעגל העבודה ומשך שהייתו מחוצה לו.

עיסוקי המשתקמים במקום עבודתם האחרון לפני הפגיעה התפלגו כדלקמן: 21% עסקו בפקידות, במקצועות חופשיים ובמקצועות פרה-רפואיים; 46% היו פועלים בלתי מקצועיים בבנין, בתעשייה ובחקלאות; 17% היו עובדים מקצועיים בבנין בתעשייה ובחקלאות; 8% - עובדי שירותים שונים, ו 7% - נהגים. (נציין כי מגוון העיסוקים וסוגיהם נמצאו דומים לאלה שבמקומות העבודה האחרים אשר בהם עבדו המשתקמים).

אפשר לראות, שרמת העיסוקים של יותר ממחצית המשתקמים היתה נמוכה. עיסוקיהם לא דרשו מיומנות מקצועית והשכלה ברמה גבוהה. שיעור הבלתי מקצועיים ירד, ככל שהשכלת המשתקמים היתה גבוהה יותר: מ-60% מבעלי השכלה של 4 שנות לימוד ל-22% מבעלי השכלה של 13 שנות לימוד ויותר. מגוון עיסוקי המשתקמים לאחר הפגיעה וסוגיהם נמצאו דומים לאלה של העיסוקים שקדמו לפגיעה.

בחינת משך עבודתם של המשתקמים העלתה, כי 57% מאלה שעבדו לפני הפגיעה היו בעלי ותק עבודה בן יותר משנתיים ואילו 20% עבדו לכל היותר 6 חודשים. שיעור אלה שעבדו יותר משנתיים מנפגעי העבודה גדול משיעורם מהנכים הכלליים, 66% לעומת 56%, בהתאמה.

שיעור העובדים יותר משנתיים מאלה שעבדו לאחר הפגיעה ירד ל-34%, ובמקביל שיעור העובדים עד ששה חודשים עלה ל-34%. שיעור העובדים יותר משנתיים מנפגעי העבודה גדול יותר משיעורם מהנכים הכלליים, וזאת אף ביתר שאת מאשר לפני הפגיעה, 68% לעומת 29%, בהתאמה.

בעת ובעונה אחת, גם השהייה מחוץ למעגל העבודה עשויה להשפיע על סיכוייו של משתקם לסיים את תהליך הטיפול בהצלחה. היא עלולה לשרש הרגלי עבודה של מי שעבד אי פעם, ולהקשות על מי שטרם נכנס למעגל העבודה, לרכוש הרגלי עבודה, כלומר הסתגלות למצב חדש.

הנתונים על משך השהייה מחוץ למעגל העבודה בעת הפנייה לשיקום (ראה במבוא הסבר על מקורם) מלמדים, ש-7% לא עבדו פחות מ-4 חודשים, 24% לא עבדו 4-12 חודשים, 21% לא עבדו שנה-שנתיים, 31% שהו מחוץ למעגל העבודה יותר משנתיים ו-17% לא עבדו מעולם.

אשר למשתקמים שלא עבדו מעולם - מרביתם היו נפגעים מלידה או מילדות (63%). אלה סבלו בעיקר מפגור שכלי (23%) ממחלות נפש (32%) וממחלות פיסיות שונות (29%). כמו כן שיעור הנשים מקבוצה זו היה גדול פי שניים משיעור הגברים: 26% לעומת 13%, בהתאמה. פער דומה לזה שנתקבל בשיעורים המקבילים בתקופה הקודמת (40% לעומת 23%). כמו כן, מרביתם (87%) לא שירתו צבא.

אשר לאלה ששהו מחוץ למעגל העבודה תקופה מסוימת - שיעור המשתקמים ששהו יותר משנתיים מחוץ למעגל העבודה מהסובלים ממחלות נפש (כולל אפילפסיה) גדול מהשיעור המקביל מהסובלים מליקויים אחרים, בייחוד מפגועי גפיים ומקטועים ומהסובלים משיתוק: 39% לעומת 23%, בהתאמה.

בחינת התפלגות משך השהייה מחוץ למעגל העבודה מלמדת, כי סוג הנכות משפיע על משך השהייה מחוץ למעגל העבודה. שיעור אלה מנפגעי העבודה שלא עבדו 4-12 חודשים היה גדול משיעורם מהנכים הכלליים: 36% לעומת 27%, בהתאמה. מגמה הפוכה הסתמנה כשהאבטלה נמשכה יותר משנתיים. שיעור הנכים הכלליים המבוטלים יותר משנתיים גדול משיעור נפגעי העבודה המבוטלים משך זמן זה. 39% לעומת 26%, בהתאמה.

לוח מס. 5: התפלגות המשתקמים שלא עבדו בעת הפנייה לשיקום, לפי משך שהייה

מחוץ למעגל העבודה ולפי סוג נכות (אחוזים) <sup>1</sup>

משך שהייה מחוץ למעגל העבודה	סך הכל	נכים כלליים	נפגעי עבודה
סך הכל	100.0	100.0	100.0
פחות מ-4 חודשים	8.4	8.1	10.4
4-12 חודשים	28.5	27.4	35.7
שנה - שנתיים	26.0	25.7	27.8
יותר משנתיים	37.1	38.8	26.1

בולטת, אם כן, המגמה הצפויה - לנפגעי עבודה יש היסטוריה חיובית יותר בעבודה מאשר לנכים הכלליים, הן לפני הפגיעה והן לאחריה.

התפלגות המשתקמים לפי הקריטריונים: אופן גמר תהליך השיקום, השגת יעד עיקרי, מצב תעסוקתם בגמר הטיפול ושינוי במצבם האישי-משפחתי

הצלחת תהליך השיקום נמדדה, כאמור, לפי כמה קריטריונים.

אופן גמר תהליך השיקום - כאמור, 37% מהמשתקמים, כלומר 3,135 איש, סיימו את תכנית השיקום. תוכנית השיקום של 54% (שהם 4,598 איש) הופסקה<sup>1</sup>, בדומה לתקופה הקודמת (56%). תכנית השיקום הופסקה ביוזמת המטפל או ביוזמת המשתקם. הסיבות לכך היו אי עניינו להמשיך לקבל את הטיפול השיקומי (21%), הערכת פקיד השיקום שהמועמד איננו מתאים לשיקום (20%). הטיפול ב-28% מהמשתקמים נפסק משחדלו לבוא לפגישות או לאחר שהועברו לטיפולו של גורם אחר.

1) אופן גמר תהליך השיקום של 9% מהמשתקמים, כאמור, אינו ידוע.

התפלגות המשתקמים לפי תכונות שונות (ראה הלוח הבא) מלמדת, כי סיכוייהם של נפגעי ספר ואיבה ונפגעי עבודה לסיים טיפול שיקומי טובים מסיכויי הנכים הכלליים: 61% ו-53% לעומת 37%, בהתאמה. (אך יש לציין, כי מספרם של נפגעי האיבה קטן - 106 איש).

אנו מניחים, שהשיעור הגבוה (34%) של הסובלים בנפשם מהנכים הכלליים "תרם" לשיעור הנמוך יותר של המסיימים מנכים אלה. ניתן לצפות, שההתמדה והיציבות שתגלנה בקרב הסובלים מנפשם תהיינה פחותות מאשר בקרב הסובלים מליקויים אחרים. ואכן, שיעור אלה שסיימו טיפול מהסובלים ממחלות נפש היה הנמוך ביותר (31%). לצורך ההשוואה יצויין כי שיעור מסיימי הטיפול מהפגועים בגופם או בשכלם היה 41% ו-38%, בהתאמה.

שיעור אלה שסיימו טיפול מקרב הגברים היה גדול יותר מאשר מקרב הנשים: 41% לעומת 36%. כמו כן שיעור המסיימים מיוצאי אירופה-אמריקה היה גדול משיעורם המקביל מיוצאי אסיה - אפריקה: 44% לעומת 38%, בהתאמה, ומילידי ישראל (39%).

יש לציין במיוחד, כי פנייה לשיקום ביוזמת המשתקם הגדילה את סיכוייו לסיים את הטיפול השיקומי בהשוואה לסיכוייהם של אלה שהופנו ביוזמת גורמי המוסד: פקיד שיקום, פקיד תביעות, רופא המוסד או ביוזמת גורמים קהילתיים: 35% לעומת 25%, בהתאמה. הפונים בעצמם פנו לצורך קבלת שיקום מקצועי, ואילו פנייה שניזומה על ידי פקיד תביעות או רופא נועדה בעיקר לקבל חוות דעת על כושר השתכרות בעקבות תביעה לקצבה. אף כ-20% מהפניות שיזם פקיד השיקום ניזומו לצורך מתן חוות דעת על כושר השתכרות (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים).

(אחוזים)

הפסיק טיפול	סיים טיפול	סך הכל		מאפיינים
		אחוזים	מספרים מוחלטים	
60.3	39.7	100	5,788	מין סך הכל
58.7	41.3	100	4,124	גברים
64.1	35.9	100	1,664	נשים
60.4	39.6	100	5,750	גיל סך הכל
61.2	38.8	100	1,669	25-18
62.5	37.5	100	2,288	40-26
57.8	42.2	100	1,024	50-41
56.3	43.7	100	769	+51
60.3	39.7	100	5,275	ארץ מוצא סך הכל
61.0	39.0	100	2,583	ישראל
62.0	38.0	100	1,754	אסיה-אפריקה
55.9	44.1	100	938	אירופה-אמריקה
72.8	27.2	100	1,326	מספר סך הכל
76.2	23.8	100	63	שנות 0
78.1	21.9	100	64	לימוד (1) 4-1
72.5	27.5	100	368	8-5
72.8	27.2	100	687	12-9
69.6	30.4	100	112	15-13
68.8	31.2	100	32	+16
60.8	39.2	100	5,387	שירות סך הכל
59.7	40.3	100	2,265	שירות צבאי
61.6	38.4	100	3,122	לא שירות



הפסיק טיפול	סיים טיפול	ס ד ה כ ל		מאפיינים
		אחוזים	מספרים מוחלטים	
60.1	39.9	100	5,727	ס ד הכל סוג נכות
63.3	36.7	100	4,654	נכים כלליים
46.9	53.2	100	967	נפגעי עבודה
38.7	61.3	100	106	נפגעי איבה וספר
62.1	37.9	100	4,813	ס ד הכל סוג פגיעה
58.8	41.2	100	2,961	פיסי
62.5	37.5	100	421	פיגור שכלי
68.7	31.3	100	1,431	נפשי
65.7	34.3	100	1,389	ס ד הכל יוזם
65.3	34.7	100	476	פונה הפנייה (1)
75.4	24.6	100	913	אחרים

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים.

היעדים העיקריים שהושגו - לפני שנים אחדות הונהגה בתחום הטיפול שיטת ה"טיפול לפי יעדים". לפיה מטפלים נדרשים להציב יעדים ספציפיים מוגדרים שיש להשיגם במהלך הטיפול בפונה ובמשך זמן מוגדר. אף העובדים במחלקו השיקום מונחים להגדיר יעדים ספציפיים כאלה.

נבחין להלן בין שיעורי יעדים שהושגו בגמר הטיפול ובין שיעורי השגת יעדין שהוצבו מראש להשגה.

ההתפלגות המוצגת בלוח להלן מעידה כי היעדים המרכזיים: הכנה לעבודה בשוק החופשי או שילוב המשתקם בעבודה מוגנת, הושגו יותר וזאת בהשוואה לשיעור

הנשתקמים שזוּסתייעו בקידום רווחתם הכלכלית והאישית במהלך הטיפול בהם. שיעורים אלה נובעים כמובן משיעורי הצבת היעדים הללו אליהם נתייחס בהמשך.

יש לציין של-28% מהמשתקמים, (בדומה לשרותי טפול אחרים), לא ניתן היה להשיג יעד כלשהו. ניסיון להבין את התופעה העלה, כי אמנם לא הושג כלל יעד בעיקר כשהטיפול נפסק (97%), אך בכך אין כדי להסביר מה גרם למה אי השגת יעד להפסקת הטיפול או להיפך. גם הסיבות להפסקת הקשר הטיפולי בטרם הושג יעד כלשהו אינן יכולות ללמד האם הקשר נותק ביוזמת הפונה (26%), או שמא סירובו של הפונה להמשיך לקבל טיפול (22%) או אי התאמתו לשיקום (19%) הם שלא אפשרו להשיג את היעד.

בקרב הנכים הכלליים לא ניתן להשיג יעד טיפולי בשיעור גדול יותר מאשר בקרב נפגעי העבודה 31% לעומת 23%, ואכן אוכלוסיית הנכים הכלליים קשה יותר לשיקום.

לוח מס. 7: התפלגות המשתקמים, לפי היעד העיקרי שהושג בגמר הטיפול

אחוזים	מספרים מוחלטים	היעד העיקרי שהושג
100.0	6,207	סך הכל
35.3	2,193	הכנה לעבודה בשוק החופשי
11.2	697	שילוב המשתקם בעבודה מוגנת
11.5	713	רווחה
6.8	423	הפניה לגורם חוץ
5.7	358	אבחון
1.3	82	כושר השתכרות
28.2	1,741	לא הושג כל יעד

כאשר בוחנים את שיעור השגת היעדים שהוצבו מראשי (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים), מתקבלת תמונה שונה. מידת השגת היעדים הללו תלויה בשיעורי הצבת היעדים (אליהם כאמור נתייחס בהמשך).

יעד ההכנה לעבודה בשוק החופשי הושג בהצלחה על ידי 48% מאלה, שעבורם הוצב יעד השילוב בעבודה מוגנת הושג על ידי 33% מהמיועדים להשיגו. יעד הרווחה, הכולל סיוע כספי ונפשי, הושג על ידי 44% מהמיועדים. שכיחות השגת יעד ההפניה לשירותים אחרים בקהילה או במוסד היתה, יחסית, נמוכה יותר - על ידי 14% מהמיועדים.

מצב תעסוקתם של המשתקמים בגמר הטיפול - 40% מכלל המשתקמים, שהיה מידע על מצב עבודתם, עבדו בגמר הטיפול: 33% - בשוק החופשי ו 7% - בעבודה מוגנת, סה"כ 2,058 איש. (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים). שיעור העובדים היה דומה בתקופה הקודמת (38%)<sup>2</sup>.

חלקם עבדו, כמובן, גם בעת ההפניה, אך שיקום בעבודה לא היה מטרת הטיפול העיקרית של כולם. היו בהם כאלה שפנו לצורך מימוש זכויות.

ומקרב 85% המשתקמים (שהם 2,270) שלא עבדו בעת הפניה לשיקום, 47% (שהם 1,067 איש) שולבו בעבודה בגמר הטיפול השיקומי.

-----  
(1) נציין, כי על פי רוב המטפלים הציבו במהלך האבחון יותר מיעד אחד. בניתוח זה התייחסנו ליעד הראשון שהוצב. אולם בגמר הטיפול נדרשו המטפלים לדווח איזהו היעד העיקרי שהושג.

(2) יש להתייחס לשיעורים בהסתייגות המתחייבת מכך שבתקופה הקודמת בקטגוריית העובדים נכללו גם מי שלא היה ידוע מצב עבודתם, ואילו במועד זה מי שלא ידוע האם עבד לא עוד נכלל בקטגוריית העובדים.

בגמר הטיפול השיקומי

עבודה בעת הפנייה			בגמר הטיפול	
סך הכל	עובד	לא עובד	עבודה	
			מספרים	מוחלטים
סך הכל	2,677	1,408	1,269	
עבד בעת הפנייה	407	341	66	
לא עבד בעת הפנייה	2,270	1,067	1,203	
סך הכל	100.0	52.6	47.4	
עבד בעת הפנייה	100.0	83.8	16.2	
לא עבד בעת הפנייה	100.0	47.0	53.0	
סך הכל	100.0	100.0	100.0	
עבד בעת הפנייה	15.2	12.7	2.5	
לא עבד בעת הפנייה	84.8	39.9	44.9	

כאמור לא תמיד היעד העיקרי היה שיקום בעבודה, אולם מאחר ששיקום בעבודה או הישארות במעגל העבודה הם היעדים העיקריים של טיפול שיקומי-תעסוקתי ננסה לבחון את המאפיינים הקשורים להשתלבות בעבודה או להישארות בה. מהלוח הבא אנו למדים, כי שיעור העובדים מהגברים היה 56%, ואילו מהנשים - 45%. מבחינת גיל, בדומה לתקופה הקודמת, שיעור העובדים בגמר הטיפול הגבוה ביותר היה מבני ה-26-40 (55%). שיעור העובדים מהמבוגרים, בני ה-51 ויותר, היה הנמוך ביותר (47%).

ככל שהשכלת המשתקם היחה גבוהה יותר, כך סיכויו לעבוד בגמר הטיפול היה גדול יותר. מאלה שלא למדו כלל 41% עבדו בגמר הטיפול ושיעור זה עלה ל-52% ברמת ההשכלה של 13-15 שנות לימוד.

שיעור העובדים מאלה ששירתו בצה"ל היה גבוה יותר משיעורם של העובדים מאלה שלא שירתו (61% לעומת 46%, בהתאמה).

שיעור העובדים בגמר הטיפול מהנשואים היה גבוה יותר (57%) מהשיעור המקביל מהרווקים (50%) ואף מהנפרדים או מהאלמנים (26% ו-19%) (אם כי מספרם של אלה האחרונים היה קטן).

יש להניח ששיעור גבוה זה של העובדים מהנשואים משקף את המחוייבות שלהם לפרנסת המשפחה. עם זאת, המצב המשפחתי עשוי לשקף את גילו של המשתקם. כבר ראינו, כי שיעור אלה שעבדו בגמר הטיפול מהצעירים היה גבוה יותר מהשיעור המקביל בקרב המבוגרים.

שיעור העובדים בגמר הטיפול מנפגעי העבודה היה גבוה במידה ניכרת (75%) מהשיעור מהנכים הכלליים (48%). מלכתחילה שיעור העובדים בעת הפנייה מנפגעי העבודה היה גבוה משיעור העובדים מהנכים הכלליים: 31% לעומת 11%, בהתאמה, אך גם כשמתייחסים רק למשתקמים שלא עבדו בעת הפנייה ומשווים את שיעור העובדים בגמר הטיפול מהנכים הכלליים לשיעור המקביל מנפגעי העבודה, מסתבר שסיכויי נפגעי העבודה לעבוד בגמר הטיפול טובים מאלה של הנכים הכלליים: 67 לעומת 44% בהתאמה. נציין, שנפגעי עבודה אינם מאבדים את זכותם לקצבה גם כאשר הם חוזרים לעבודה, ואילו נכים כלליים ששוקמו בעבודה - דרגת אי כושרם להשתכר יורדת, והם עלולים להפסיד את קצבתם - כולה או חלק ממנה.

למשתקמים שנפגעו פיסית יש סיכוי גדול יותר לעבוד בגמר הטיפול מאשר לפגועים בנפשם: 56% לעומת 38%, בהתאמה. ממצא זה עולה בקנה אחד עם המדווח בספרות (Bolton 1979).

משך השהייה מחוץ למעגל העבודה נמצא קשור לסיכויים לעבוד בגמר הטיפול. ככל שהמשתקם היה מובטל זמן ממושך יותר כך סיכוייו לעבוד הלכו ופחתו מ-76% מאלה שהיו מובטלים ארבעה חודשים לכל היותר ל-24% מאלה שהיו מובטלים יותר משנתיים.

מעניין לציין את הפער בין שיעורי העובדים בגמר הטיפול מהמשתקמים שהיה להם קשר עם גורמים בקהילה לבין שיעור העובדים מאלה שלא היה להם קשר כזה: 44% לעומת 58%, בהתאמה. פער זה אפשר לתלות, כמובן בשיעורם הגבוה של הנכים הכלליים שפנו לשירותים בקהילה. אכן נוכחנו, ששיעור העובדים בגמר הטיפול מקרב הנכים הכלליים קטן משיעורם מקרב נפגעי העבודה.

שונים

לא עובד	עובד	סך הכל		מאפיינים
		אחוזים	מספרים מוחלטים	
47.2	52.8	100	2,796	מין סך הכל
43.9	56.1	100	1,976	גברים
55.4	44.6	100	820	נשים
46.9	53.1	100	2,766	גיל סך הכל
47.4	52.6	100	840	25-18
44.9	55.1	100	1,128	40-26
46.8	53.2	100	474	50-41
52.8	47.2	100	324	+51
47.2	52.8	100	2,785	מצב משפחתי סך הכל
49.9	50.1	100	1,198	רווק
43.1	56.9	100	1,359	נשוי
51.4	48.6	100	173	גרש
73.5	26.4	100	34	נפרד
80.9	19.1	100	21	אלמן
52.0	48.0	100	901	מספר סך הכל
59.0	41.0	100	39	שנות 0
57.1	42.9	100	42	4-1 לימוד (1)
52.9	47.1	100	255	8-5
51.7	48.3	100	464	12-9
46.1	53.9	100	78	15-13
47.8	52.2	100	23	+16

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים.

לא עובד	עובד	סך הכל		מאפיינים
		אחוזים	מספרים מוחלטים	
47.6	52.4	100	2,613	שירות צבאי סך הכל
38.9	61.1	100	1,076	שירת
53.7	46.3	100	1,537	לא שירת
47.2	52.8	100	2,765	סוג נכות סך הכל
52.4	47.6	100	2,216	נכים כלליים
24.9	75.1	100	501	נפגעי עבודה
37.5	62.5	100	48	נפגעי ספר ואיבה
49.4	50.6	100	2,354	סוג ליקוי סך הכל
43.6	56.4	100	1,473	פיסי
51.6	48.4	100	219	פיגור שכלי
61.6	38.4	100	662	נפשי
47.3	52.7	100	2,743	קשר עם סך הכל
56.2	43.8	100	1,298	שירותים יש
41.7	58.3	100	1,445	אין
60.1	39.9	100	697	משך שהייה סך הכל
24.5	75.5	100	53	מחוץ למעגל עד 4 חודשים
44.4	55.6	100	171	העבודה (1) בין 4-12 חודשים
57.0	43.0	100	149	שנה-שנתיים
76.1	23.9	100	201	יותר משנתיים
74.8	25.2	100	123	לא עבד מעולם

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים.

בחינת העיסוקים של מי שעבדו בגמר הטיפול השיקומי (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים) מלמדת, כי 42% עבדו כפועלים בלתי מקצועיים בתעשייה, בנין, בחקלאות ובשירותים; 28% הועסקו בעבודות פקידות שונות, כמנהלי חשבונות מורים ואחיות; 10% - כעובדים בשירותים שונים; 7% - כעובדים מקצועיים בתעשייה, בבנין ובחקלאות; 5% שימשו במלאכות שונות; 4% - כנהגים ו-3% - בעבודה מוגנת. ככל שהשכלת המשתקמים היתה גבוהה יותר, כך עסקו בעיסוקים הדורשים מיומנות מקצועית גדולה יותר. שיעור העובדים במקצועות חופשיים, בעבודות פקידות שונות וכמנהלי חשבונות מבעלי השכלה של 5-8 שנות לימוד קטן משיעור העובדים הבלתי מקצועיים מבעלי רמת השכלה זו: 7% לעומת 55%, בהתאמה. שיעור העובדים בעבודות פקידות שונות מבעלי השכלה של 9-12 שנות לימוד גדול משיעור העובדים בשירותים השונים מבעלי רמת השכלה זו 32% לעומת 10%, בהתאמה.

המשתקמים שעבדו בגמר הטיפול אכן ציפו לקבל סיוע במציאת עבודה אחרת או לקבל הכשרה מקצועית (כשני שלישים מהם).

שיעור העובדים בגמר הטיפול ממסיימי הטיפול היה מן הסתם גדול יותר משיעור העובדים מאלה שהטיפול בהם נפסק: 87% לעומת 25%, בהתאמה.

אי אפשר לקבוע מה סיבת אי שלובו של משתקם בעבודה בגמר הטיפול, כלומר - האם אי השילוב היה שגרם להפסקת הטיפול או שמא הטיפול נפסק בהכרח משלא הושג היעד הטיפולי - שילוב המשתקם בעבודה.

גם הסיבות להפסקת הטיפול אינן מצביעות על הכיוון. הסיבות העיקריות היו: חוסר העניין בשיקום שגילה הפונה (23%), הערכת העובד כי הפונה אינו מתאים לשיקום (26%), העברת הפונה לטיפולו של גורם אחר (21%).

שינוי במצבו האישי-משפחתי של המשתקם - כאמור, שירותי השיקום הניתנים במסגרת המוסד לביטוח לאומי שמים את הדגש על שיקום תעסוקתי. אך ככלל ההישג האופטימלי של שירותי שיקום מתבטא בהגדלת יכולתו של נכה, הפגוע בכושרו הפיסי והפונקציונלי, להשתלב במערכות הטבעיות שבהן מתנהלים החיים הכלכליים, החברתיים והאישיים. מכאן, שיש לראות בשירותי השיקום שירותים שאינם קשורים בהכרח בקבעיות תעסוקה (שפירא 1982). קריטריון נוסף למדידת הצלחת התהליך השיקומי הוא מה שהוגדר על ידינו כשינוי במצבו האישי-משפחתי של המשתקם.



קריטריון זה התקבל ע"י ממוצע<sup>1</sup> דרוג הימטפל את מידת השינוי שחל, להערכתו, במצבו של המשתקם, בהתמודדותו הכללית עם מצבו וביחסים הבינאישיים במשפחתו. מנתוני הלוח שלהלן עולה, שבמצב האישי-משפחתי של כמחצית המשתקמים חל שינוי לטובה.

לוח מס. 10: התפלגות המשתקמים, לפי שינוי במצבם האישי-משפחתי

אחוזים	מספרים מוחלטים	דרוג השינוי
100.0	6,115	סך הכל
13.3	814	שינוי רב לטובה
40.4	2,472	שינוי מה לטובה
43.8	2,678	לא חל שינוי
2.5	151	שינוי לרעה

לא נמצאו הבדלים משמעותיים מבחינת השינוי שחל במצב האישי-משפחתי בין סוגי הנכים השונים או בין גברים לנשים.

מצב התעסוקה של המשתקם בגמר הטיפול השיקומי (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים) נמצא קשור לשינוי במצבו האישי-משפחתי. נתוני הלוח שלהלן מלמדים, כי יש קשר חיובי בין שיעור העובדים בגמר הטיפול השיקומי לבין השינוי שחל במצבם האישי-משפחתי.

-----

1) נעשה ניתוח גורמים על המשתנים הללו ונמצא גורם אחד, המסביר 82% משונות המשתנים. גורם זה הוא, בקירוב, הממוצע. בקירוב - רק משום שמקדמי הגורם הם 0.80, 0.95 ו-0.94. דהיינו מקדמים לא שווים.

לוח מס. 11: התפלגות משתקמים לפי מצב עבודתם בגמר הטיפול ולפי השינוי

במצבם האישי-משפחתי (אחוזים)

מידת השינוי	סך הכל	עובד	לא עובד
סך הכל	100.0	53.4	46.6
שינוי רב לטובה	100.0	87.3	12.7
שינוי מה לטובה	100.0	64.0	36.0
אי-שינוי	100.0	29.5	70.5
שינוי לרעה	100.0	5.3	94.7

כל אחד מהקריטריונים דלעיל עשוי לשמש מדד להצלחת התהליך השיקומי. כצפוי, בבחינת הקשר ביניהם נמצאו, (בלוח להלן), מתאמים גבוהים ומובהקים, ביחוד בין הקריטריונים: עבודה בגמר הטיפול ואופן גמר הטיפול ( $r = -.62$ ). כמו כן נמצא מתאם גבוה בין השגת יעד לבין אופן גמר הטיפול ( $r = .61$ ). מתאמים מעט נמוכים נמצאו בין הקריטריון שינוי במצב האישי-משפחתי של המשתקם לבין הקריטריונים: עבודה בגמר הטיפול השיקומי ואופן גמר הטיפול ( $r = -.47$ ) ( $r = .50$ ).

לוח מס. 12: מקדמי מתאם בין קריטריונים למדידת הצלחת תהליך השיקום

קריטריון	1	2	3	4
1. עבודה בגמר הטיפול	-			
2. אופן גמר הטיפול	-.62	-		
3. השגת יעד	-.56	.61	-	
4. שינוי במצב האישי-משפחתי	-.47	.50	.57	-

עד כה תיארונו וניתחנו את תכונותיהם המרכזיות של המשתקמים העשויים לתרום להצלחתו של תהליך השיקום, וכן את הקריטריונים ששימשו למדידת הצלחת התהליך. להלן ננתח את הקשר בין תכונות המשתקמים כמשתנים המסבירים הצלחה בשיקום לבין השגת היעד - עבודה בגמר הטיפול, כמשתנה מוסבר.

### אפיוני המטופל המנבאים הצלחה בשיקום של מי שגמר טיפול שיקומי

כדי לעמוד במפורט על השפעתו של כל אחד מהמשתנים שנדונו לעיל על סיכויי משתקם להצליח בשיקום בניכוי השפעת יתר המשתנים, ערכנו ניתוח רגרסיה רב משתנית על מצב עבודתו של המשתקם בגמר הטיפול (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים). סדר הכנסתם של המשתנים הבלתי תלויים נקבע על פי מידת התוספת שלהם להסבר השונות (בשיטת ה-Stepwise). תוצאות הניתוח מוצגות בלוח הבא על ידי הפרמטרים B ו- $R^2$ .

- מקדם הרגרסיה B מבטא את עוצמת הקשר בין כל אחד מהמשתנים המסבירים במודל הרגרסיה למשתנה המוסבר וכן את כיוון הקשר - חיובי או שלילי (מקדם רגרסיה לא מתוקנן).

- תוספת ל- $R^2$  מבטאת את התרומה הגדולה ביותר להסבר השונות (ברמת המובהקות שנקבעה) שתורם המשתנה המוסף למודל מבין המשתנים הנוותרים.

הניתוח התייחס ל-12 משתנים התורמים במובהק להסבר השונות של המודל. באמצעות מודל זה אפשר להסביר 31% מן השונות במצב עבודתם של משתקמים בגמר הטיפול, דהיינו לשחזר רק חלק מהשונות.

ה מש ת נ ה	מקדם רגרסיה B	תוספת R <sup>2</sup>
לא עבד מעולם	-.48**	.209
לא עבד יותר משנה	-.22	.038
נפגע עבודה	.13	.026
ציפה לסיוע בתחום העבודה	.10	.009
לא עבד לכל היותר שנה	-.13	.009
שירות בצבא	-.09	.006
קשור לשירותים בקהילה	-.05	.004
בן 51 ויותר	-.10	.004
סובל ממחלת נפש או מאפילפסיה	-.07	.003
בעל 80%-100 נכות רפואית	-.08	.002
בעל 60%-80 נכות רפואית	-.06	.002
הפנייה ביוזמת גורמים שונים	-.04	.001
סה"כ		R <sup>2</sup> = .31

אין זה מן המקרה, שחלקם של חמשת המשתנים הראשונים בהסבר השונות במצב עבודת המשתקמים בגמר הטיפול היה הגדול ביותר - 29%. חמשת המשתנים הללו שייכים לתחום העבודה. להלן נעמוד על תרומתם ועל השפעתם.

למי שלא עבד מעולם יש הסיכוי הגדול ביותר לעבוד בגמר הטיפול (B=-.48). מבדיקת אפיוני המשתקמים שלא עבדו מעולם בעת הפנייה לשיקום עלה, כי מרביתם לא נכנסו למעגל העבודה בעיקר מחמת גילם הצעיר. עם הגיעם לגיל 18 הם פנו לראשונה למוסד לביטוח לאומי לצורך קבלת שיקום מקצועי. מי שלא עבד מעולם יש לו אם כן סיכוי טוב להצליח אם נמנה בעיקר על קבוצת הגיל הצעירה.

למי שכבר עבד בחייו יש, כמובן סיכוי רב יותר לעבוד בעתיד. כך סיכויו של נפגע עבודה לעבוד בגמר הטיפול גדול מסיכויו של נכה כללי (B = .13).

1) סימן B שלילי מפני שכיוון סולמו של המשתנה התלוי וכיוון סולמו של המשתנה הבלתי תלוי היו הפוכים.

כמו כן, ככל שמשך השהייה מחוץ למעגל העבודה קצר יותר, הסיכויים לעבוד בגמר הטיפול טובים יותר ( $B = -13$ ,  $B = -.22$ ).

זאת ועוד, סיכויי מי שציפה לקבל סיוע בתחום העבודה לעבוד בגמר הטיפול טובים מאלה של מי שציפה להסתייע בתחומים אחרים, אם כי השפעת משתנה זה פחותה מהשפעת משתני העבודה האחרים ( $B = .10$ ).

המשתנים הנוספים במודל מסבירים את שני האחוזים הנותרים. השפעתם על הסיכויים לעבוד בגמר הטיפול השיקומי שולית בהשוואה להשפעת משתנים הקשורים לתחום העבודה.

נציין במיוחד, כי הסיכויים לעבוד בגמר הטיפול הולכים ופוחתים עם עליית הגיל ( $B = -.10$ ). כבר הצבענו על מגמה זאת כאשר בחנו את שיעורי העובדים בגמר הטיפול בקבוצות הגיל השונות.

ניתוח השפעת המשתנים על השונות בקריטריון - עבודת נכים כלליים בגמר הטיפול מעלה, כי המשתנים העיקריים שתרמו להסבר שונות זו היו: (ראה הלוח להלן): אי-עבודה מאז ומתמיד (23%); משך אבטלה בן יותר משנה (2%), ציפיה לסיוע בתחום העבודה (1%); מחלת נפש ואפילפסיה (1%). בסה"כ ניתן להסביר בעזרת המודל 28% מהשונות בקריטריון. אף כשמדובר בנכים הכלליים כצפוי, המשתנים המשמעותיים בהסבר קריטריון בתחום העבודה היו בעיקר משתנים מתחום זה.

במשתנים שתרמו להסבר השונות בעבודת נפגעי העבודה בגמר הטיפול משתנים האופייניים לנכים אלה, בנוסף על משתני העבודה שתרומתם צפויה. מאחר וכהגדרתם נפגעי עבודה עבדו אי פעם בחייהם, המשתנים העיקריים שתרמו היו: אבטלה במשך יותר משנה (9%), אי עבודה לכל היותר שנה (4%), ציפיה לסיוע בתחום העבודה (2%).

כאמור, להסבר השונות תרמו משתנים נוספים: משתנה הגיל - 2% מהשונות: סיכוי של צעיר (בן 18-25) לעבוד בגמר הטיפול - גדול מסיכוי של מבוגר יותר. כבר הצבענו לעיל על מגמה זאת.

השירות הצבאי תרם גם הוא להסבר השונות (2%). נזכור, ששיעור אלה ששירתו מנפגעי העבודה היה גבוה מהשיעור המקביל מהנכים הכלליים: 71% לעומת 37%, בהתאמה. תרומת משתנה זה להסבר השונות בקרב הנכים הכלליים היתה אפסית. כאשר נבחן את תרומת סוג הליקוי לסיכוי לעבוד בגמר הטיפול נראה, כי מאחר ששיעור הסובלים מליקויים פיסיים מנפגעי העבודה היה גדול יותר מאשר בקרב

הנכים הכלליים (כאמור, 87% לעומת 58%), תכונה זו נמצאה תורמת להסבר השונות (גם אם תרומה קטנה - 1%), ביחוד כשמדובר בקטועי גפיים ובפגועי גפיים - סוג פגיעה השכיח בקרב נפגעי העבודה מאשר בקרב הנכים הכלליים (56% לעומת 39%, בהתאמה).

לוח מס. 14: תוצאות ניתוח רגרסיה על מצב העבודה של נכים כלליים  
ושל נפגעי עבודה בגמר הטיפול

נפגעי עבודה			נ כ י ל ל י ם		
תוספת $R^2$	B	ה מ ש ת נ ה	תוספת $R^2$	B	ה מ ש ת נ ה
.086	-.36	לא עבד מעל לשנה	.230	-.51	לא עבד מעולם
.039	-.25	לא עבד עד שנה	.022	-.19	לא עבד יותר משנה
.018	.15	מצפה לסיוע בתחום העבודה	.009	.09	מצפה לסיוע בתחום עבודה
.019	.18	בן 18-25	.005	-.07	טובל ממחלת נפש
.017	.13	שרות בצבא	.003	-.06	שירת בצבא
.013	-.14	בעל 60-80% נכות רפואית	.003	-.09	לא עבד לכל היותר שנה
.012	.09	קטוע או פגוע גפיים	.002	-.05	קשור לשירותים בקהילה
.010	-.13	בן 51 ומעלה	.002	-.08	בן 51 ויותר
			.001	-.09	בעל 80-60% נכות רפואית
			.002	-.09	בעל 100-80% נכות רפואית
			.002	-.05	בעל 60-40% נכות רפואית
$R^2 = .24$		סך הכל	$R^2 = .28$		סך הכל

הממצאים אפשר להסיק, שכאשר מדובר אך ורק בהשפעת "תרומת" המטופל על הצלחה בשיקום השפיעו במובהק מספר משתנים. משתנים אלה מסבירים חלק משונות הצלחה, שנמדדה לפי עבודה בגמר הטיפול. היו אלה בעיקר משתנים מתחום העבודה.

## "תרומת" המטפל להצלחת התהליך השיקומי

חלקו של מטפל בהצלחת התהליך השיקומי מתבטא ביכולת האבחון שלו ובבחירת דרכי טיפול מתאימות לפונה. ברוח הקונספציה דלעיל (ראה פרק סקירת הספרות) הגורסת שיש להפריד בין ההיבט השיפוטי מההיבט הטיפולי בעת מדידת הצלחה בתחום הטיפול, נדון להלן בהשפעת כל אחד משניים אלה על הצלחת התהליך השיקומי.

### שיפוט המטפל

שיפוט בתחום הטיפול הוא שימוש ועיבוד דיפרנציאלי של מידע ע"י מטפלים שונים. זו היכולת לאתר מידע ולדלותו ממערכת גירויים מורכבת ועמומה, כדי לצרפו לחוות דעה אבחונית, אשר תכוון את בחירת מסלולי הפעולה (שפירא 1980).

הבעיה העיקרית של שיפוט בתחום הטיפולי היא ביסוס המסקנות על פריטי מידע הזמינים לשופט יותר מאשר על אפיוני הרלבנטים של הפרט. כמו כן, לרוב השופט-המטפל אינו מקבל היזון חוזר מתקן על תוצאות השיפוט שלו.

פקיד השיקום על סמך המידע שאוסף בשלב האבחון אמור לשפוט האם הפונה מתאים לשיקום, אם לאו, וכן להציב מטרות מוגדרות לטיפול בו. אגב כך הוא מנבא ומעריך את סיכוייו של הפונה להצליח בסופו של תהליך השיקום.

למשימות שיפוט אלה קשורות הערכות המטפל את מידת ההתעניינות שגילה הפונה בעת ראיון האבחון, וכן מידת מעורבותו בעצם תהליך הטיפול.

מהנתונים עולה, כי להערכת המטפל, מרבית המשתקמים (87%) גילו, התעניינות מסוימת או רבה בראיון שנערך לשם אבחון. מיעוטם הוערכו כאדישים לפי מידת התעניינותם.

להערכת פקידי השיקום, שליש מהפונים גילו מעורבות בתהליך הטיפול במידה גדולה יותר מזו של כלל הפונים. מידת המעורבות של יותר משליש היתה שווה לזו של כלל הפונים, וכשליש נוסף גילה מעורבות פחותה מזו של כלל הפונים.

נמצא קשר מובהק, אם כי חלש ( $r = -.2$ ), בין מידת ההתעניינות שהפונים גילו, להערכת המטפלים בעת הראיון האמור לבין עצם המעורבות בתהליך הטיפולי. מעורבות אשר מתייחסת ליוזמה שגילה הפונה, השתתפות בקביעת המטרות וכו'.

שיעור המשתקמים שהיו מעורבים בתהליך הטיפול, לפחות במידה שווה לכלל הפונים מכלל אלה שעבדו בגמר הטיפול היה גדול מהשיעור המקביל מכלל אלה שלא עבדו: 49% לעומת 40%, בהתאמה. מגמה דומה הסתמנה, אף ביתר שאת, בקרב המשתקמים שהיו מעורבים פחות מכלל הפונים, 16% מהעובדים לעומת 40% מהלא-עובדים, בהתאמה.

בעת ובעונה אחת, שיפוטו של המטפל קשור להערכתו את מידת השקעתו הוּא בפונים. כבכל טיפול אחר, גם כשמדובר בטיפול שיקומי יש מקרים הדורשים טיפול יסודי וממושך ויש הדורשים טיפול מהיר ולטווח קצר. במחצית המקרים מידת השקעתו של המטפל היתה שווה למידת ההשקעה הממוצעת שבכלל הפונים, בכרבע מהמקרים ההשקעה היתה גדולה יותר וברבע הנותר - ההשקעה היתה קטנה יותר.

בחינת שיפוט המטפלים את התאמת הפונה לטיפול מצביעה על שיעור גבוה של פונים שהוערכו כמתאימים לטיפול במחלקת השיקום (82%), כבתקופה הקודמת. רק 14% מהפונים הוערכו כבלתי מתאימים (לגבי 4% מהפונים המטפלים טרם הכריעו בשאלה זו בעת מילוי שאלון האבחון).

הסיבות העיקריות שבהן תלו המטפלים את התאמת הפונים לטיפול היו מצב הבריאות (45%), חוסר נכונות ללמוד או לעבוד (16%), חוסר כישורים (12%).

ראוי לציין, כי 19% מהפונים עבדו בעת הפנייה לשיקום, ולכן שאלת התאמתם לטיפול, כמובן, לא היתה רלבנטית. אלה פנו בעיקר כדי לקבל סיוע כספי (56%).

נסיוננו לאתר את המאפיינים, שעל פיהם מעריכים המטפלים את התאמת הפונה לשיקום (ראה הלוח להלן) העלה, כי מהצעירים ביותר (גילאי 18-25) שיעור המוערכים על-ידי המטפלים כמתאימים לטיפול היה הגבוה ביותר (91%). השיעור הולך ויורד עם הגיל.

שיעור המתאימים היה הגבוה ביותר בקרב הרווקים (90%). הדבר קשור, כמובן, לגיל. שיעור הצעירים (גילאי 18-25) מהרווקים היה הגבוה ביותר (63%).

כמו כן נמצא, כי הערכת ההתאמה לטיפול התבססה, גם על רמת השכלתו של המשתקם: עם עליית רמת ההשכלה מסתמנת עלייה בשיעור אלה שנמצאו מתאימים לטיפול: מ-68% מבעלי השכלה של עד 4 שנות לימוד ל-89% בקרב בעלי השכלה של 13-15 שנות לימוד. חריגים במגמה זאת קבוצות ההשכלה הקיצוניות, דהיינו אלה שלא למדו כלל ואלה שלמדו 16 שנים ויותר - הן מנו מספר קטן של משתקמים.



לא נמצאו הבדלים בין הנכים הכלליים לנפגעי העבודה בשיעורי המשתקמים מהם שהוערכו כמתאימים לטיפול (86%). בקרב נפגעי ספר ואיבה נמצא שיעור נמוך יותר של מתאימים (75%), אך ההבדל בין שיעורים אלה אינו מובהק מפאת מספרם הקטן (56 איש בלבד).

נציין במיוחד כי שאלת ההתאמה לטיפול שיקומי אינה קשורה בסוג הליקוי בתור שכזה. לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין קבוצות הליקויים בשאלה זו, והדבר לא מפתיע. יש בכך כדי לחזק את ההנחה המקובלת שסיכויי הצלחה יש לבסס על היכולת האישית של המשתקם כפי שבאה לידי ביטוי לדוגמה, בהשכלתו ופחות על מגבלתו. ואכן כבר ראינו כי הבדלים בשיעורי הצלחה נבעו, בין היתר, מהבדלים בהשכלה.

שיעור המתאימים מהמשתקמים שפנו ביוזמתם למחלקת השיקום היה גבוה יותר (93%) משיעור המתאימים מהמשתקמים שהופנו ביוזמת גורמים אחרים (83%). כאמור, יש לתלות הבדל זה בסיבת הפנייה ובגורם המפנה - מי שהופנה על-ידי גורמים כלשהם, כגון פקיד תביעות, לשם קבלת חוות דעת על כושר השתכרות, לא היה בהכרח מועמד פוטנציאלי לשיקום. מי שפנה מיוזמתו על פי רוב היה מעוניין לקבל שיקום תעסוקתי. אכן, שיעור המצפים לקבל סיוע בתחום העבודה מאלה שפנו בעצמם (77%) היה גדול משיעור המצפים לכך מאלה שהופנו ביוזמת פקיד השיקום (48%). הפונים ביוזמתם, אם כן, מועמדים מתאימים יותר לטיפול שיקומי.

הערכת ההתאמה לטיפול קשורה גם לעמדות המשתקם בשאלת השתלבותו בחיי העבודה ולציפיותיו ממחלקת השיקום. שיעור המתאימים לטיפול לפי הערכת המטפלים, מהמשתקמים שהביעו עניין בעבודה היה גבוה מהשיעור המקביל מאלה שלא היה להם עניין בעבודה: 94% לעומת 60%, בהתאמה. ובהתאם, שיעור אלה שהוערכו כמתאימים לטיפול מאלה שציפו לקבל סיוע בתחום העבודה היה גבוה יותר משיעורם מאלה שלא ציפו לסיוע: 96% לעומת 59%, בהתאמה.

לא מתאים	מתאים	סך הכל		מאפיינים
		אחוזים	מספרים מוחלטים	
14.2	85.8	100	4,981	מין סך הכל
14.3	85.7	100	3,535	גברים
14.2	85.8	100	1,446	נשים
14.0	86.0	100	4,970	גיל סך הכל
8.7	91.3	100	1,479	25-18
12.3	87.7	100	1,952	40-26
18.3	81.7	100	898	50-41
25.9	74.1	100	641	+51
14.2	85.8	100	4,958	מצב משפחתי סך הכל
9.8	90.2	100	2,053	רווק
16.6	83.4	100	2,464	נשוי
11.1	78.9	100	441	גרוש, נפרד, אלמן
16.1	83.9	100	1,037	מספר שנות סך הכל
25.0	75.0	100	48	לימוד (1) 0
32.1	67.9	100	53	4-1
17.1	82.9	100	274	8-5
13.9	86.1	100	545	12-9
10.9	89.1	100	92	15-13
20.0	80.0	100	25	+16
14.2	85.8	100	4,977	שירות צבאי סך הכל
14.8	85.2	100	2,093	שירת
13.5	86.5	100	2,884	לא שירת

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים.

לא מתאים	מתאים	סך הכל		מאפיינים
		אחרים	מספרים מוחלטים	
14.2	85.8	100	4,919	סוג נכות סך הכל
14.2	85.8	100	4,126	נכים כלליים
13.7	86.3	100	737	נפגעי עבודה
25.0	75.0	100	56	נפגעי ספר ואיבה
14.2	85.8	100	4,316	סוג ליקוי סך הכל
13.2	86.8	100	2,648	פיסי
15.7	84.3	100	382	פיגור שכלי
15.6	84.4	100	1,286	נפשי
14.2	85.8	100	5,044	יזום הפנייה סך הכל
7.5	92.5	100	1,405	הפונה
16.8	83.2	100	3,639	גורמים אחרים
14.2	85.8	100	4,552	ציפיות סך הכל
3.9	96.1	100	2,826	הפונה לסיוע בתחום עבודה
28.6	71.4	100	1,199	בתחום הכספי
19.1	80.9	100	105	בתחום הנפשי
41.0	59.0	100	422	אינו מצפה לסיוע
14.6	85.4	100	857	עניין סך הכל
5.8	94.2	100	550	מעוניין לעבוד (1)
7.7	92.3	100	39	לומד
40.0	60.0	100	198	אי עניין מטעמי בריאות
16.4	83.6	100	70	אי עניין מסיבה אחרת

(1) ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים

המטפל האמור לשפוט האם הפונה אכן מתאים לטיפול, אם לאו, מנבא הוא את סיכוייו של הפונה לסיים בהצלחה את תהליך הטיפול.

מנתוני הלוח הבא עולה, כי ב-67% מהמקרים שיפוטי המטפלים אומנם התאמתו, כלומר מי שהוערך כמתאים לטיפול אכן השיג יעד כולשהו (62.6%) ומי שהוערך כלא מתאים לטיפול - לא השיג יעד כזה (4.5%).

לוח מס. 16: התפלגות המשתקמים, לפי התאמה לטיפול והשגת יעד בגמר הטיפול

השגת יעד	סך הכל	מתאים לטיפול	לא מתאים לטיפול
	3,623	3,163	460
סך הכל	(100.0)	(87.3)	(12.7)
הושג יעד	2,564	2,268	296
	(70.8)	(62.6)	(8.2)
לא הושג יעד	1,059	895	164
	(29.2)	(24.7)	(4.5)

מאלה שהוערכו כמתאימים לטיפול, 25% גמרו טיפול שיקומי בלא שהשיגו כל יעד ומאלה שהוערכו כלא מתאימים לטיפול - 8% גמרו טיפול שיקומי בהשיגם יעד כלשהו. בין אם מתברר בדיעבד, כי החלטה לתת טיפול לנכה שהוערך כמתאים היתה זאת החלטה מוטעית, (טעות "חיובית"), ובין אם החלטה להמנע מלהתערב ובדיעבד נתברר כי היה צריך לפעול ולהתערב (טעות "שלילית") - אלו הן טעויות ניבוי. לטעויות אלה יש, כמובן, ליחס משקל שונה.

ככלל, ביסוד הפילוסופיה הטיפולית עומדת ההנחה כי טובת הפונה מחייבת להעדיף מתן טיפול גם אם מתברר בדיעבד כי טיפול זה היה מיותר על פני אי מתן טיפול אשר לאחר מעשה מתברר כי היה דרוש. הרציונל בגישה זו הוא, שהנזק הצפוי לאדם מטעות "חיובית" קטן בהשוואה לנזק הצפוי לו מטעות "שלילית". לכן יש להעדיף התערבות על פני הימנעות מהתערבות. זאת כאשר מדובר במטופל, ובו בלבד.

אך מאחר שאנו מודדים הצלחה של כלל אוכלוסיית המשתקמים יש, כמובן לקחת בחשבון גורמים נוספים. בהיות המשאבים העומדים לרשות המטפלים (זמן, כוח אדם ותקציב) מוגבלים, שיעורי ההצלחה מושפעים בהכרח ממספר המטופלים. ולכן מגמה להגדיל את שיעורי ההצלחה מחייבת להשקיע במי שאכן מתאים ביותר לטיפול.

מכאן שלשאלת היותו של מטופל מתאים או לא מתאים לשיקום יש חשיבות מבחינת הצלחת אוכלוסיית המשתקמים. לתוצאות הקביעה האם פונה לשיקום מתאים, אם לאו, יש כאמור משמעות שונה, ובהתאם לכך שונה המשקל שעל המטפל ליחס לתוצאות אלה.

כנאמר לעיל, על המטפלים להציב מטרות ספציפיות לטיפול בפונה לשיקום. בחינת שיעורי הצבת היעדים<sup>1</sup> (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים) העלתה, כי היעד שהוצב ל-58% מהמשתקמים היה - הכנה לעבודה בשוק החופשי. ל-18% הוצב היעד - סיוע להשמה בעבודה מוגנת. בשכיחות פחותה הוצבו היעדים: סיוע בתחומי רווחה שונים (10%) והפנייה לשירותים אחרים בקהילה או בתוך המוסד (6%). נציין, כי בעניין 8% מהמשתקמים המטפלים טרם החליטו, בעת מילוי שאלון האבחון, על יעד מתאים להשגה במהלך הטיפול בהם.

שיקום תעסוקתי היה, אם כן, היעד העיקרי שהוצב. לשלושה רבעים מהמשתקמים הוצבו יעדי עבודה - בשוק החופשי או במסגרת מוגנת. עם זאת אין להתעלם מיעדי הטיפול האחרים.

כאשר בוחנים את המשתקמים, שהוצבו עבורם יעדים אחרים, עולה כי אלה שהוצב להם יעד הרווחה היו בעיקר (58%) נפגעי עבודה, זאת במסגרת ההטבות הכלכליות המוענקות להם לפי החוק, שכן כמחציתם עבדו בעת הפנייה לשיקום.

### הערכת ההיבט הטיפולי

בסעיף זה נתמקד בהיבט השני של "תרומת" המטפל להצלחת התהליך השיקומי - ההיבט הטיפולי.

בעיקרון יש להתאים את דרכי הטיפול לצרכיו של הפונה. על פי רוב, אין התאמה מלאה בין מורכבות בעייתו של הפונה (צרכים אישיים, דפוסי אישיות

---

(1) ראה הערה בפרק היעדים העיקריים שהושגו.

ותנאים סביבתיים) לבין קשת הפתרונות הטיפוליים האפשריים. נבחן את קשת הפתרונות הכולל בעיקר הפנייה למרכז שיקום או הפנייה למסגרות הכשרה שונות בזיקה להשגת יעדים שונים בגמר הטיפול.

לא אחת, במהלך הטיפול במשתקם נעזר המטפל באינפורמציה נוספת על זו שקיבל מראיון האבחון. מקור אינפורמציה זה הוא בעיקר גורמי חוץ. כך עברו 19% מהמשתקמים אבחון רפואי בתוך המוסד, 10% הופנו לאבחון רפואי מחוץ למוסד, כן נעזרו עובדי השיקום באבחון פסיכוטכני (24%).

הטיפול ב-39% מהמשתקמים היה קשור בשירותים אחרים, בעיקר שירות התעסוקה (17%), מרכז שיקום (25%), שירותי רווחה (25%) ותחנה לבריאות הנפש (15%).

מטבע הדברים הטיפול כלל חיפוש מקום עבודה ו/או מקום הכשרה. הטיפול ב-53% מהמשתקמים (2,999 איש) כלל חיפוש עבודה, באמצעות שירות תעסוקה או בדרך אחרת. הטיפול ב-23% מהמשתקמים (1,028 איש) כלל חיפוש מקום הכשרה. הטיפול שניתן ל-12% מהמשתקמים כלל גם חיפוש מקום עבודה וגם חיפוש מקום הכשרה.

טיפול שיקומי מתבסס על אינטראקציה ורבליית בין הפונה לעובד המטפל. ואכן על פי רוב, הטיפול שניתן ברמה הפרטנית כלל שיחות טיפוליות, שהעובד ניהל עם הפונה לשיקום. שיחות טיפוליות היו עם מרבית המשתקמים (93%), שיעור דומה לזה שבתקופה הקודמת (92%). יש להניח, שמידת התועלת שהמשתקמים עשויים היו להפיק מהשיחות היתה שונה, בהתאם ליכולתם להידבב, לרמתם האישית ולשאר משתני אישיות.

אך אם נבחן את הקשר בין מספר השיחות הטיפוליות שהתקיימו במהלך הטיפול בפונה לבין שינוי מצבו האישי-משפחתי נמצא, כי יש מתאם ביניהם ( $r = -.3$ ), כלומר ככל שמספר השיחות במרוצת הטיפול בפונה היה גדול יותר, כך חלה הטבה במצבו האישי משפחתי.

הטיפול התנהל בעיקר במחלקת השיקום. ביקורי בית נערכו אצל 25% מהמשתקמים. שיעור זה גדול מהשיעור המקביל בתקופה הקודמת (15%). אך אצל רובם נערכו לכל היותר שני ביקורים. נמצא כי ביקורי הבית היו שכיחים אצל נפגעי עבודה יותר מאשר אצל הנכים הכלליים: 25% לעומת 7%, בהתאמה. (מאחר שהמספרים קטנים, יש להתייחס לנתון זה במשנה זהירות).

הדיווח על הטיפול בפונה כלל גם הפנייה למסגרות שונות, בהן: מרכז שיקום, תכנית הכשרה ומפעל מוגן.

מרכז שיקום - מרכז שיקום משמש בדרך כלל לצורכי אבחון וכן להקניית הרגלי עבודה. ההשמה במרכז שיקום עשויה להיות שלב מקדמי להפנייה למסגרת הכשרה.

38% מהמשתקמים (2,006 איש) הופנו למרכז שיקום, דומה לשיעור המופנים בתקופה הקודמת (41%). כאשר שיעור המופנים מהנכים הכלליים גדול יותר משיעור המופנים מנפגעי העבודה: 43% לעומת 26% בהתאמה. כמו כן, שיעור המופנים מהצעירים (גילאי 18-25) היה גדול משיעור המופנים מהמבוגרים (בני 51 ויותר), 49% לעומת 21%, בהתאמה.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שיעורי המופנים למרכז שיקום, לפי סוג הליקוי.

שיעור המופנים למרכז שיקום מאלה שסיימו טיפול שיקומי היה גדול במעט מהשיעור המקביל מאלה שטיפולם נפסק: 40% ו-36%, בהתאמה.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שיעורי המופנים למרכז שיקום מהעובדים ומהלא עובדים בגמר הטיפול השיקומי. כפי שנאמר, הפנייה למרכז שיקום עשויה היתה להיות שלב מקדמי למסגרת הכשרה או נועדה לצורכי אבחון בלבד.

תכנית הכשרה - על פי רוב מופנים לתכנית הכשרה לשם לימוד מקצוע משתקמים בעלי הרגלי עבודה, בעלי מוטיבציה ונכונות לשינוי. בסך הכל הופנו לתכנית הכשרה 808 משתקמים, 13% מהם הופנו להשלמת השכלה, 30% - להכשרה אינדיבידואלית, 33% - לקורס מקצועי, 15% - להשכלה גבוהה ו-10% - להכשרה אחרת. כמחצית מאלה שהופנו לתכנית הכשרה, לסוגיה השונים, סיימו אותה. היתר לא השלימו את תכנית ההכשרה בגלל מצב בריאותם, חוסר עניין, קושי להתמיד, או סיבה אחרת.

הניסיון לצייר פרופיל של מי שהופנה לתכנית הכשרה לא העלה כי קיימת אצל עובדי השיקום מגמה כלשהי להפנות קבוצת גיל זו או אחרת. לא כן לגבי מין המופנה. שיעור המופנים להכשרה מקצועית מהגברים גדול במעט משיעורם מהנשים. כך לדוגמה שיעור המופנים להכשרה אינדיבידואלית מהגברים 33% ומהנשים 26%. ולקורס מקצועי הופנו 34% מהגברים ו-31% מהנשים. ואילו שיעור המופנים להקניית השכלה מהנשים גדול יותר מאשר מהגברים. שיעור הנשים שהופנו להשלמת השכלה או לרכישת השכלה גבוהה היה גדול יותר מאשר השיעורים המקבילים מהגברים, 18% לעומת 13% ו-14% לעומת 12%, בהתאמה.

נראה, אם כן, שגברים מופנים יחסית יותר להכשרה מקצועית, ואילו נשים מופנות יחסית יותר לרכישת השכלה. נתונים אלה מחזקים את התפיסה שצויינה

ותנאים סביבתיים) לבין קשת הפתרונות הטיפוליים האפשריים. נבחן את קשת הפתרונות הכולל בעיקר הפנייה למרכז שיקום או הפנייה למסגרות הכשרה שונות בזיקה להשגת יעדים שונים בגמר הטיפול.

לא אחת, במהלך הטיפול במשתקם נעזר המטפל באינפורמציה נוספת על זו שקיבל מראיון האבחון. מקור אינפורמציה זה הוא בעיקר גורמי חוץ. כך עברו 19% מהמשתקמים אבחון רפואי בתוך המוסד, 10% הופנו לאבחון רפואי מחוץ למוסד, כן נעזרו עובדי השיקום באבחון פסיכוטכני (24%).

הטיפול ב-39% מהמשתקמים היה קשור בשירותים אחרים, בעיקר שירות התעסוקה (17%), מרכז שיקום (25%), שירותי רווחה (25%) ותחנה לבריאות הנפש (15%).

מטבע הדברים הטיפול כלל חיפוש מקום עבודה ו/או מקום הכשרה. הטיפול ב-53% מהמשתקמים (2,999 איש) כלל חיפוש עבודה, באמצעות שירות תעסוקה או בדרך אחרת. הטיפול ב-23% מהמשתקמים (1,028 איש) כלל חיפוש מקום הכשרה. הטיפול שניתן ל-12% מהמשתקמים כלל גם חיפוש מקום עבודה וגם חיפוש מקום הכשרה.

טיפול שיקומי מתבסס על אינטראקציה ורבליית בין הפונה לעובד המטפל. ואכן על פי רוב, הטיפול שניתן ברמה הפרטנית כלל שיחות טיפוליות, שהעובד ניהל עם הפונה לשיקום. שיחות טיפוליות היו עם מרבית המשתקמים (93%), שיעור דומה לזה שבתקופה הקודמת (92%). יש להניח, שמידת התועלת שהמשתקמים עשויים היו להפיק מהשיחות היתה שונה, בהתאם ליכולתם להידבב, לרמתם האישית ולשאר משתני אישיות.

אך אם נבחן את הקשר בין מספר השיחות הטיפוליות שהתקיימו במהלך הטיפול בפונה לבין שינוי מצבו האישי-משפחתי נמצא, כי יש מתאם ביניהם ( $r = -.3$ ), כלומר ככל שמספר השיחות במרוצת הטיפול בפונה היה גדול יותר, כך חלה הטבה במצבו האישי משפחתי.

הטיפול התנהל בעיקר במחלקת השיקום. ביקורי בית נערכו אצל 25% מהמשתקמים. שיעור זה גדול מהשיעור המקביל בתקופה הקודמת (15%). אך אצל רובם נערכו לכל היותר שני ביקורים. נמצא כי ביקורי הבית היו שכיחים אצל נפגעי עבודה יותר מאשר אצל הנכים הכלליים: 25% לעומת 7%, בהתאמה. (מאחר שהמספרים קטנים, יש להתייחס לנתון זה במשנה זהירות).

הדיווח על הטיפול בפונה כלל גם הפנייה למסגרות שונות, בהן: מרכז שיקום, תכנית הכשרה ומפעל מוגן.



מרכז שיקום - מרכז שיקום משמש בדרך כלל לצורכי אבחון וכן להקניית הרגלי עבודה. ההשמה במרכז שיקום עשויה להיות שלב מקדמי להפנייה למסגרת הכשרה.

38% מהמשתקמים (2,006 איש) הופנו למרכז שיקום, דומה לשיעור המופנים בתקופה הקודמת (41%). כאשר שיעור המופנים מהנכים הכלליים גדול יותר משיעור המופנים מנפגעי העבודה: 43% לעומת 26% בהתאמה. כמו כן, שיעור המופנים מהצעירים (גילאי 18-25) היה גדול משיעור המופנים מהמבוגרים (בני 51 ויותר), 49% לעומת 21%, בהתאמה.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שיעורי המופנים למרכז שיקום, לפי סוג הליקוי.

שיעור המופנים למרכז שיקום מאלה שסיימו טיפול שיקומי היה גדול במעט מהשיעור המקביל מאלה שטיפולם נפסק: 40% ו-36%, בהתאמה.

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין שיעורי המופנים למרכז שיקום מהעובדים ומהלא עובדים בגמר הטיפול השיקומי. כפי שנאמר, הפנייה למרכז שיקום עשויה היתה להיות שלב מקדמי למסגרת הכשרה או נועדה לצורכי אבחון בלבד.

תכנית הכשרה - על פי רוב מופנים לתכנית הכשרה לשם לימוד מקצוע משתקמים בעלי הרגלי עבודה, בעלי מוטיבציה ונכונות לשינוי. בסך הכל הופנו לתכנית הכשרה 808 משתקמים, 13% מהם הופנו להשלמת השכלה, 30% - להכשרה אינדיבידואלית, 33% - לקורס מקצועי, 15% - להשכלה גבוהה ו-10% - להכשרה אחרת. כמחצית מאלה שהופנו לתכנית הכשרה, לסוגיה השונים, סיימו אותה. היתר לא השלימו את תכנית ההכשרה בגלל מצב בריאותם, חוסר עניין, קושי להתמיד, או סיבה אחרת.

הניסיון לצייר פרופיל של מי שהופנה לתכנית הכשרה לא העלה כי קיימת אצל עובדי השיקום מגמה כלשהי להפנות קבוצת גיל זו או אחרת. לא כן לגבי מין המופנה. שיעור המופנים להכשרה מקצועית מהגברים גדול במעט משיעורם מהנשים. כך לדוגמה שיעור המופנים להכשרה אינדיבידואלית מהגברים 33% ומהנשים 26%. ולקורס מקצועי הופנו 34% מהגברים ו-31% מהנשים. ואילו שיעור המופנים להקניית השכלה מהנשים גדול יותר מאשר מהגברים. שיעור הנשים שהופנו להשלמת השכלה או לרכישת השכלה גבוהה היה גדול יותר מאשר השיעורים המקבילים מהגברים, 18% לעומת 13% ו-14% לעומת 12%, בהתאמה.

נראה, אם כן, שגברים מופנים יחסית יותר להכשרה מקצועית, ואילו נשים מופנות יחסית יותר לרכישת השכלה. נתונים אלה מחזקים את התפיסה שצויינה

לעיל - שיקום גברים מתייחס בעיקר לשיקום התעסוקתי-מקצועי. אכן, כאשר נבחן את שיעורי העובדים בגמר הטיפול השיקומי מאלה שקיבלו הכשרה כלשהי, ניווכח כי 70% מהם עבדו בגמר הטיפול. שיעור העובדים מהמופנים לקורס מקצועי היה הגבוה ביותר (75%) ואילו השיעור מהמופנים לרכישת השכלה היה הנמוך ביותר (57%). מהנשים שעבדו בגמר הטיפול הופנו יותר להשכלה גבוהה מאשר מהגברים, 18% לעומת 10%. ואילו מהגברים שעבדו בגמר הטיפול הופנו להכשרה ולקורס מקצועי יותר מאשר מהנשים, 31% לעומת 27% ו-43% לעומת 38% בהתאמה.

נמצא, כי 59% מאלה שקיבלו הכשרה ועבדו בגמר הטיפול הועסקו בעבודות פקידות שונות, בניהול חשבונות ואף במקצועות חופשיים ובמקצועות פרה-רפואיים; 10% עבדו כפועלים מקצועיים בשירותים, בחקלאות ובתעשייה; 13% שימשו כעובדים בשירותים שונים; 11% היו עובדים בלתי מקצועיים בחקלאות, בתעשייה ובבנין; 3% שימשו נהגים, ו-5% כבעלי מלאכה שונים.

רוב אלה שקיבלו הכשרה (74%) עבדו במקצוע שרכשו במסגרת ההכשרה. התפלגות עיסוקיהם מלמדת שההכשרה המקצועית שקיבלו אפשרה להם לעסוק בעיסוקים עם רמת מיומנות גבוהה יותר מבעבר.

מפעל מוגן - למפעל מוגן מופנים משתקמים שאינם מסוגלים לעבוד בשוק הפתוח, דהיינו בעלי כוח עבודה מצומצם ותפוקה נמוכה. 492 איש הופנו למפעל מוגן, מרביתם (344 איש) למשקם. מרבית המופנים למפעל מוגן היו גברים (71%). 29% מהמופנים היו בעת הפנייה בני 18-25 שנה, 38% היו בני 26-40, 20% - בני 41-50, והיתר - בני 51 ויותר. התפלגות זו דומה להתפלגות הגילים של כלל המשתקמים.

מחציתם היתה בעלת השכלה של עד 8 שנות לימוד (ראה במבוא הסבר על מקור הנתונים) - שיעור גבוה יותר מזה המציין את כלל המשתקמים (37%). רמתם היתה, אם כן, נמוכה. מאחר שהמספרים קטנים, יש להתייחס בזהירות להשוואה זאת.

מרבית המופנים היו נכים כלליים. כמחציתם סבלו ממחלות נפש, 14% סבלו מפגור שכלי, ו-36% מפגיעות פיסיקות. הדבר התבטא בשיעור הגדול של המשתקמים בעלי דרגת נכות רפואית גבוהה בהשוואה לשיעורם בכלל המשתקמים. מוגבלותם נבעה בעיקר ממחלת ילדות (10%) או ממחלה שלקו בה מאוחר יותר (74%).

53% מהמופנים עבדו בגמר הטיפול - מרביתם (82%) חלקית, שלא כשאר העובדים. כאמור, הם בעלי כוח עבודה מצומצם. כמחציתם הועסקו בעבודות בלתי מקצועיות.

## סיכום ומסקנות

ניסינו בעבודה זאת לבחון את תרומתם של אפיונים שונים להצלחת התהליך השיקומי. אלה שמקורם בפונה לטיפול ואלה שבעובד המטפל.

מספר קריטריונים אלטרנטיביים שימשו לבחינת התהליך: אופן גמר הטיפול, השגת יעד עיקרי, מצב עבודת המשתקם בגמר הטיפול ושינוי במצבו האישי-משפחתי. שיעור ההצלחה בהשגת כל אחד מהיעדים הללו היה כ-40%.

עולה מהמצאים כי בהתאם למנדט החוקי שניתן ליחידת השיקום במוסד לביטוח לאומי, הטיפול השיקומי התייחס בעיקרו לשיקום תעסוקתי - מקצועי של הפונים ליחידה. רוב הפונים היו גברים (71%) ומעט פחות ממחציתם היו בגילאי 26-40, קבוצת גיל בה פונקצית העבודה היא מרכזית בחיי הפרט. רוב הפונים (86%) לא עבדו בעת הפניה לשיקום, והם הביעו נכונות להשתלב במעגל העבודה.

לרמת ההשכלה תפקיד בלתי מבוטל בקביעת רמת עיסוקו של פרט והיא מהווה אמצעי עיקרי להשגים בתחום זה. נמצא כי רמת השכלתם של המשתקמים היתה נמוכה מזו של כלל האוכלוסייה: שיעור המשתקמים שלמדו עד 8 שנות לימוד גדול יותר מאשר כלל האוכלוסייה. ובזו האחרונה גדול יותר שיעור בעלי השכלה של 16 שנים ויותר. ההשכלה הממוצעת של המשתקמים הלכה וירדה עם הגיל: בגילאי 18-25 למדו בממוצע 10.2 שנים, בגילאי 51 ויותר למדו בממוצע רק 7.4 שנים.

שיעורי הצלחה בשיקום גדלו עם העליה ברמת ההשכלה, וככל שהמשתקמים היו צעירים בגילם וכן בעלי השכלה סיכווייהם לסיים את הטיפול בהצלחה היו טובים יותר.

הקשר החיובי שיש לרמת ההשכלה עם רמת העיסוק מחייבת ליחד להרחבת השכלתם של המשתקמים מקום נכבד בין שאר אמצעי השיקום.

עוד עולה מניתוח האיפיונים המשותפים למשתקמים שסיימו טיפול בהצלחה כי נכרת עליה בשיעורי הצלחה בקרב משתקמים שהיו צעירים יותר. ממצא זה עולה בקנה אחד עם המדווח בספרות המקצועית (Growick et al 1983, Bolton 1979).

כצפוי, שיעור הצלחה היה גדול יותר בקרב נפגעי העבודה מאשר בקרב הנכים הכלליים. לנפגעי עבודה היתה היסטוריה תעסוקתית חיובית יותר מאשר לנכים הכלליים, אשר התבטאה בין היתר, בתקופות עבודה ממושכות יותר ובתקופות

אבטלה קצרות יותר. מגמה זו הסתמנה לפני מועד הפגיעה וכן לאחריה, ואף ביתר שאת.

הצליחו בטיפול השיקומי מי שפנו ביוזמתם ליחידת השיקום יותר מאשר מי שהופנו ע"י גורמים אחרים כגון פקיד התביעות.

להצלחת התהליך השיקומי תרם כאמור גם העובד המטפל וזאת באמצעות הערכתו מי מתאים לטיפול וכן באמצעות התערבותו הטיפולית.

הערכת המטפל את התאמתו של פונה לטיפול שיקומי היא למעשה ניבוי של סיכוייו של זה האחרון להצליח בטיפול. על פי רוב הערכות המטפלים הסתיימו בהתאם לניבוי, דהיינו מי שהוערך כמתאים לטיפול אכן שוקם בעבודה או הושג עבורו יעד אחר. עם זאת לא ניתן להתעלם מאותם מקרים שהוערכו על ידי העובדים כמתאימים לטיפול, אך שיקומם לא עלה יפה. מקרים בהם תוצאות הטיפול היו בניגוד לניבוי.

בהיות המשאבים מוגבלים, שיעורי הצלחה מושפעים בהכרח ממספר המטופלים ולכן מגמה להגדיל את שיעורי ההצלחה מחייבת להשקיע במי שאכן מתאים ביותר לטיפול.

מבדיקת המאפיינים על פיהם מעריך עובד השיקום את התאמתו של פונה לטיפול שיקומי בולט הממצא שליקוי הפונה על פי רוב לא נלקח בחשבון בהערכת ההתאמה של הפונה לטיפול שיקומי. ממצא זה תומך בהנחה המקובלת שסיכויי הצלחה לא בהכרח נגזרים מהליקוי בתור שכזה. חשוב להבחין ולהכיר בהשפעה היחודית שיש לסוג הליקוי על פרט זה או אחר. התיחסות הנכחה למגבלתו והמשמעות שנותן לה משפיעים באופן מכריע על תוצאות הטיפול בו. מכאן שאין להתייחס לבעלי אותו סוג ליקוי באופן שווה. הערכת התאמת פונה לטיפול שיקומי אכן צריכה להתבסס על כושרו הפונקציונלי, דהיינו היא מחייבת להדגיש את הפוטנציאל החיובי הקיים ולא כאמור את הליקוי - המגבלה.

מהממצאים עולה כי ליכולת האישית של המשתקם, אשר התבטאה בהשכלתו היה משקל גדול יותר בהערכת ההתאמה. עם העליה ברמת ההשכלה עלה שיעור אלה שהוערכו כמתאימים לטיפול. השכלה מבטאת את יכולתו של המשתקם להתמיד. שנות ההשכלה כשלעצמן משמשות אינדיקציה ליכולת ההסתגלות וההתמודדות של המשתקם. כמו כן הערכת ההתאמה של הפונה לטיפול התבססה על עמדה חיובית שהביע באשר להשתלבות בחיי העבודה וכן התבססה על צפייתו להסתייע בתחום העבודה יותר מאשר בתחומים אחרים.

דרכי הטיפול שנקט העובד המטפל התייחסו בעיקר לאבחון כושרו התעסוקתי של המשתקם והקניית הרגלי עבודה במסגרת שיקום אליו הופנו 38% מהמשתקמים, ואילו בעלי הרגלי עבודה הופנו לתכניות הכשרה שונות. אפשר להבחין בנטיה של המטפלים להפנות גברים לרכישת מקצוע ואת הנשים להפנות יותר ללימודים.

משתקמים בעלי כח עבודה מצומצם, אשר אינם מסוגלים לעבוד בשוק הפתוח הופנו למסגרת תעסוקה מוגנת.

כצפוי, משתקמים שהופנו לתכניות ההכשרה השונות עבדו בגמר הטיפול בשיעור גבוה (70%) מאלה שהופנו לתעסוקה מוגנת (53%).

בחנו את האפיונים שתרמו להצלחת התהליך השיקומי בקרב כלל אוכלוסיית המשתקמים. יש כמובן חשיבות לבחון מקרוב תת קבוצה מתוך אוכלוסייה זו ולעמוד באופן מפורט יותר על אפיוניה היחודיים, וכן לבדוק השפעתן של שיטות טיפול על הצלחת תהליך השיקום בקרב קבוצה זו.

## ביבליוגרפיה

- בו צבי, ברכה, "למהות השיקום המקצועי", בטחון סוציאלי 23, 1982.
- גבעולי, צבי ועטה, זיו, "אפיונים התורמים להצלחת התהליך השיקומי", עמדות עובדי השיקום של המוסד לביטוח לאומי לגבי אפיוני הפונה והעובד התורמים להצלחת התהליך השיקומי, ספטמבר 1986.
- גבעולי, צבי, ניתוח מספר משתנים מנתוני טופס סיום טיפול, מחלקת שיקום, המוסד לביטוח לאומי, 1985.
- גורדון, דליה, שיקום נכים - תכונות מסיימי טיפול שיקומי 1983, סקר מס' 47, המוסד לביטוח לאומי, 1985.
- הולצמן, מיה ובלום, ארט, "הערכת הפונים ועובדי השיקום שלהם את סוגי השירותים וההתערבויות המקצועיות בתהליך השיקום במחלקת השיקום של המוסד לביטוח לאומי", בטחון סוציאלי 24, 1983.
- פלוריאן, הר אבן, "התייחסות עובדי השיקום למציאות האיבחון המקצועי", בטחון סוציאלי 14-15, 1977.
- פיתוח עבודת מחלקת השיקום עפ"י מטרות ויעדים, טיוטא לדיון, המוסד לביטוח לאומי, 1982.
- רוזנפלד, יונה, "על השימוש במושג השיקום בישראל ועל פיתוחה של תורת שיקום מקצועית", בטחון סוציאלי 23, 1982.
- שפירא, לוריאן, "שיקום מקצועי והערכת תכנית שיקום לאור הספרות המקצועית", בטחון סוציאלי 23, 1982.
- שפירא, מוניקא, שמוש באינפורמציה ע"י קציני מבחן לצורך קביעת דרכי טיפול בעבריינים צעירים, ירושלים, 1980.

- Bolton, Jacques(ed), The Rehabilitation Client, 1979.
- Bolton, Brian and Jacques(ed) Theory and Practice, ch. 27, 1978.
- Bolton, Brian, Rehabilitation Counseling Research, ch.5-6, 1979.
- Bolton, Brian and Cook, D.W. (eds), Rehabilitation Client Assessment, 1980.
- Bolton, Brian (ed), Vocational Adjustment of Disabled Persons, ch. 1, 1982.
- Brown, Roy (ed), Integrated Programmes for Handicapped Adolescents and Adults, 1984.
- Busse, Dennis, "Vocational Rehabilitation: Success or Failure", Journal of Rehabilitation, Vol. 39, no. 4, July 1973.
- Conley, Ronald, The Economics of Vocational Rehabilitation, "Factors Influencing the Success of Rehabilitation", pp. 100-138, 1965.
- Florian, Victor, "The Evaluation of Successful Rehabilitation Outcomes by Rehabilitation Workers of Different Backgrounds", Journal of Applied Rehabilitation Counseling, Vol.12, no. 4, 1981.
- Fischhoff, B., "Hindsight ≠ Foresight: The Effect of Outcome Knowledge on Judgement Under Uncertainty", Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1975, 1, pp. 288-299.
- Gelso, C.J., "Research in Counselling: Methodological and Professional Issues", The Counseling Psychologist 8 (3), pp. 7-35, 1979.
- Gellman, Williams (ed), Utilization in Rehabilitation Facilities, 1971.

Growick, Bruce and Brian McMahon, "Characteristics of Older Successful Vocational Rehabilitation Clients", Journal of Applied Rehabilitation Counseling, Vol. 14, no. 4, 1983.

Hardy, R. et al "Licensure of Rehabilitation Counselors and Related Issues" Journal of Applied Rehabilitation Counseling 1982, 25, 157-161.

Hanman, B. Physical Capacities and Job Placment, 1951.

Inbar, M., Routine Decision Making the Future of Bureaucracy, Saga Publications, 1979.

Lambert, M. J., "Introduction to Assessment of Psychotherapy Outcome: Historical Perspective and Current Issues" in: Lambert, M.J. et al. (eds) The Assessment of Psychotherapy Outcome. pp 3 - 32, 1983

Livneh, Hanoch, "Assessing Outcome Criteria in Rehabilitation - A Multi Component Approach", Rehabilitation Counseling Bulletin, Vol. 32, pp. 72-94, 1988.

Murphy, S.T., "Counselor and Client Views of Vocational Rehabilitation Success and Failure: A Qualitative Study", Rehabilitation Counseling Bulletin, Vol. 31, no. 3, pp. 185-198, 1988.

Nisbett, R. and Ross, L., "Human Inference: Strategies and Shortcomings of Social Judgement, Eglewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, ch. 8. 1980,

Goertzel, Victor, "Evaluation of Rehabilitation Programs" in: Lamb R. H., Rehabilitation in Community Mental Health, 1976.

Reagles, K.W., et al., "Toward a New Criterion of Vocational Rehabilitation Success", Rehabilitation Counseling Bulletin, pp. 233-241, 1972.



Rothschild, C.S., The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation, ch. 6, 1970.

Rubin, S., and Roesler R., Foundations of the Vocational Rehabilitation Process, ch. 8, 1978.

Schenzinger, A.R., "An Alternative Evaluation Tool for the Measurement of Vocational Rehabilitation Counselor Performance", Journal of Applied Rehabilitation Counseling, Vol. 12, no. 1, 1981.

Wright, N.G., Total Rehabilitation, 335-361, 1980.

Walls, R.T., et al., "Measurement of Client Outcomes in Rehabilitation" in: Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation, Bolton, B. (ed) ,1976.

