



קידום השילוב הקהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה על ידי אנשי צוות תומך

דותן סגל

בהנחיית : ד"ר שירלי ורנר

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות

לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"

האוניברסיטה העברית

בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית ע"ש פול ברוואלד



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם

הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות

2013

תודות

ברצוני להודות לקרן שלם, הקרן לפיתוח שירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית ברשויות המקומיות, על מתן המענק והסיוע במחקר.

למנהלי ועו"ס מסגרות הדיור- תודה על שילוב המחקר בעבודתכם הרבה ועל הסיוע באיסוף הנתונים. לכל אנשי הצוות התומך באנשים עם מוגבלות שכלית במסגרות הדיור הקהילתי של עמותת אקים- אנשים חושבים וערכיים העוסקים במלאכה מקצועית ופורצת דרך, תודה על מילוי השאלונים, הרעיונות והדיונים המרתקים.

לאנשים בעלי מוגבלות שכלית ובני משפחותיהם, על השיעור המתמשך לחברה בכל הקשור לזכויות אזרח, שוויון הזדמנויות ויצירה של חברה ערכית וחזקה יותר.

לד"ר שירלי ורנר- תודה על ההנחיה וההכוונה המקצועית, התמיכה, ההתבוננות המעמיקה ועידוד החשיבה היצירתית.

תודה להורי ובני משפחתי, שסייעו לאורך הדרך ברוח ובחומר.

לשירלי אלבוז, זוגתי, שתמכה, הפיחה רוח חיים, חיוך והשראה בכל.

עבודה זו מוקדשת לזכרה של אחותי, אביבה שצברג ז"ל, שהייתה ועודנה מקור של השראה עבורי בכל הקשור לאמונה באדם וביכולותיו.

תוכן עניינים

1	מבוא
3	1. סקירת ספרות
3	1.1. מוגבלות שכלית, אבחנה כפולה וחשיבות השילוב הקהילתי
5	1.2. תרומת הדיור הקהילתי לשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית
7	1.3. תפקיד הצוות התומך בשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה
8	1.4. מוכנות אנשי צוות לפעול לקראת שילוב קהילתי
11	1.5. תפקיד אנשי הצוות באתגר השילוב הקהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה
13	2. סיכום המסגרת המושגית
14	2.1. פירוט משתני המחקר
14	2.2. השערות מחקר מרכזיות
16	3. שיטת המחקר
16	3.1. אוכלוסיית המחקר ומדגם
17	3.2. איסוף נתונים
18	3.3. כלי המחקר
22	3.4. ניתוח הנתונים
22	3.4.1. ניתוחים תיאוריים לבדיקת משתני המחקר
22	3.4.2. ניתוחים לבדיקת השערות המחקר
24	4. ממצאים
24	4.1. מאפייני המשתתפים במחקר
26	4.2. תיאור משתני המחקר המרכזיים
26	4.2.1. תיאור עמדות כלפי שילוב קהילתי בהתאם לסולמות תוכן
27	4.2.2. תיאור מטלות המקדמות שילוב קהילתי
29	4.3. בדיקת השערות המחקר
29	4.3.1. השוואת עמדות כלפי שילוב קהילתי וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על-פי גרסת השאלון למוגבלות שכלית או אבחנה כפולה
31	4.3.2. קורלוציה בין סולמות תוכן של משתנה העמדות כלפי שילוב קהילתי לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי (Pearson's r)
32	4.3.3. בדיקת הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי
36	4.3.4. ניבוי ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על-ידי עמדות כלפי שילוב קהילתי
38	4.3.5. ממצאי מודל המחקר - ניבוי ביצוע מטלות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית על-פי עמדות כלפי שילוב קהילתי ומשתני רקע
41	4.4. התייחסות המשתתפים לשאלות פתוחות בנושא שילוב קהילתי
42	5. דיון

42	5.1. קידום שילוב קהילתי באמצעות פעולות ממוקדות דייר ופעולות ממוקדות צוות במסגרות דיור קהילתי.....
43	5.2. הבדלים בין אבחנה כפולה למוגבלות שכלית.....
45	5.3. הקשר בין מאפייני רקע ועמדות כלפי שילוב קהילתי לקידום השילוב הקהילתי בפועל.....
45	5.3.1. עמדות הצוות התומך כלפי שילוב קהילתי והקשר עם מאפייני רקע.....
47	5.3.2. הקשר בין עמדות כלפי שילוב קהילתי- לקידום שילוב קהילתי בפועל.....
50	5.3.3. הקשר בין משתני רקע של צוות תומך- לקידום שילוב קהילתי בפועל.....
51	5.4. תרומת המחקר והשלכותיו.....
52	5.5. מגבלות המחקר.....
52	5.6. המלצות למחקרי המשך.....
53	5.7. הצגת המחקר.....
54	6. סיכום.....
55	רשימת מקורות.....
63	נספח א' – שאלון המחקר- נוסח מוגבלות שכלית.....
70	נספח ב' – שאלון המחקר- נוסח אבחנה כפולה.....
77	תקציר באנגלית.....

רשימת טבלאות

- טבלה 1. מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים.....24
- טבלה 2. מאפיינים תעסוקתיים של המשתתפים.....25
- טבלה 3. התפלגות ציוני סולמות העמדות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית...26
- טבלה 4. ממוצעים וסטיות תקן של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית.....28
- טבלה 5. עמדות וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי לפי אבחנה (N=107).....30
- טבלה 6. קורלוציה בין סולמות משתנה עמדות כלפי שילוב קהילתי למטלות המקדמות שילוב קהילתי (Pearson's r).....31
- טבלה 7. קורלוציה בין משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי (Pearson's r).....32
- טבלה 8. עמדות וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי לפי מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים (N=107).....35
- טבלה 9. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות לשילוב קהילתי על-פי עמדות כלפי שילוב קהילתי ביחס למוגבלות שכלית (N=55).....37
- טבלה 10. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי השפעת עמדות על ביצוע מטלות לשילוב קהילתי ביחס לאבחנה כפולה (N=52).....38
- טבלה 11. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר על ידי צוות תומך (N=91).....39
- טבלה 12. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות שילוב קהילתי ממוקדות צוות על ידי צוות תומך (N=79).....40

רשימת איורים

- איור 1- מודל המחקר.....13

תקציר

רקע

בספטמבר 2012 אשררה מדינת ישראל את אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות (2006), המחייבת נקיטת פעולות אקטיביות לקידום זכותם של אנשים עם מוגבלויות לשוויון ולשילוב בחברה. אימוץ האמנה מבטא את שינוי הגישה ביחס לזכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות בכל הקשור למקומם בחברה, תוך הבנה כי איכות חייהם תושפע באופן חיובי מתהליך ההכללה והשילוב החברתי. על רקע תהליך זה מתקיימת מדיניות המעודדת חיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות שכלית ככלל, ומגורים בדיור קהילתי בפרט, תוך ליווי של צוות תומך המוביל את תהליך השילוב הקהילתי במגוון תחומים בשיתוף עם אנשים בעלי מוגבלות שכלית ובני משפחותיהם. בנוסף, ידוע כי לאנשים בעלי אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ובעיית התנהגות או מחלה פסיכיאטרית, ישנם צרכים ייחודיים נוספים המקשים על תהליך השילוב הקהילתי. מחקרים שונים עסקו בעמדות של אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי, אולם ההתייחסות המחקרית שניתנה לקשר שבין עמדות אלו וביצוע פעילות המקדמת שילוב קהילתי הינה מצומצמת. יתרה מכך, לא נבדקה הסוגיה של ביצוע פעילות המקדמת שילוב קהילתי תוך השוואה בין אנשים עם מוגבלות שכלית לאלו עם אבחנה כפולה. כמו כן, מספר גורמים דמוגרפיים ותעסוקתיים נוספים ידועים כקשורים להיקף השילוב הקהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית.

מטרתו של מחקר זה הייתה לבחון אלו גורמים קשורים לביצוע פעילות המקדמת את השילוב הקהילתי על ידי אנשי הצוות התומך במסגרות דיור קהילתי. נבדקו הקשרים לביצוע פעולות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית עם עמדות אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי, ומאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים. משתנים דמוגרפיים התייחסו למגדר, גיל ושנות השכלה של אנשי הצוות. מאפיינים תעסוקתיים התייחסו לגודל מסגרת הדיור, הכשרה וידע לגבי עקרונות של שילוב קהילתי, ורמת הפיקוח במסגרת. גורם מרכזי נוסף שנבדק הקשור להיקף הפעילות אותה מבצעים אנשי הצוות לקידום השילוב הקהילתי, הוא קיומה של אבחנה כפולה בקרב הדיירים.

השערות המחקר

ההשערה המרכזית של המחקר הייתה כי ימצא קשר חיובי בין עמדות הצוות כלפי שילוב קהילתי לבין ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות שלהם עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי. השערה מרכזית נוספת הייתה

כי ימצא הבדל בעמדות שבהן מחזיק הצוות כלפי שילוב קהילתי ובהיקף ביצוע מטלות שילוב קהילתי ביחס לאנשים עם אבחנה כפולה, כאשר עמדות כלפי שילוב קהילתי של אדם עם מוגבלות שכלית יהיו חיוביות יותר מאשר העמדות כלפי שילוב קהילתי של אדם עם אבחנה כפולה, ויבוצעו מטלות רבות יותר המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית מאשר של אדם עם אבחנה כפולה. השערות מחקר משניות עסקו בקשרים בין מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי.

שיטה

מערך המחקר כלל סקר רוחב, שהתבצע באמצעות העברת שאלונים לדיווח עצמי בשני נוסחים, בקרב 107 אנשי צוות העוסקים בתמיכה ישירה באנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה במסגרות דיור קהילתי. נערכה דגימת נוחות במערכי דיור מרכזיים, המופעלים על ידי עמותת אקים בערים הגדולות בארץ. עמותת אקים נבחרה היות והיא פועלת בהתאם להנחיות ופיקוח של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית במשרד הרווחה, נמנית עם ספקי שירות הדיור הקהילתי הגדולים בתחומם, ומספקת שירותי דיור קהילתי על כל רצף אפשרויות הדיור. יש לציין כי החוקר עובד במסגרת מערך הדיור אקים ת"א-יפו ועל כן בעל נגישות לאוכלוסייה הנבדקת. מחצית מהמשתתפים השיבו על נוסח שהתייחס למוגבלות שכלית ומחציתם השיבו על נוסח שני שהתייחס לאבחנה כפולה. הנוסחים זהים בתצורתם מלבד כך שבכל מקום בו הופיע המונח "מוגבלות שכלית" בנוסח הראשון, הופיע במקומו המונח "אבחנה כפולה" בנוסח השני.

שאלון המחקר הורכב מארבעה חלקים :

- חלק ראשון התייחס לפרטים דמוגרפיים ותעסוקתיים של המשתתפים.
- חלק שני התייחס לעמדות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה, כפי שנמדד על-ידי שאלון העמדות כלפי שילוב קהילתי, אשר מציג ארבעה סולמות מדידה המתייחסים לנושאים של העצמה, בידוד, מוגנות ודמיון.
- חלק שלישי בחן את הקדימות הניתנת לביצוע מטלות שילוב קהילתי.
- חלק רביעי איפשר התייחסות לנושאים הקשורים לשילוב קהילתי במסגרת שאלות פתוחות.

בהתאם להערכה ראשונית שנערכה, נמצאו בכל המסגרות דיירים המאובחנים כבעלי מוגבלות שכלית וכן דיירים בעלי אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית או בעיות התנהגות ועל כן הסברה כי לכלל המדריכים הכרות עם שתי האוכלוסיות.

ממצאים

השערת המחקר המרכזית שטענה כי ימצאו עמדות חיוביות יותר, ויבוצעו פעולות רבות יותר המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, לעומת אנשים עם אבחנה כפולה לא אוששה, ולא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. עמדות חיוביות של אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי נמדדו בתחומים של העצמה, בידוד ודמיון. עבור תחום המוגנות נרשמו עמדות שליליות, כך שאנשי הצוות נטו במידה רבה לאמץ עמדות, על פיהן אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים להגנה רבה מפני סיכונים הטמונים בחיים בקהילה. בניגוד להשערות המחקר, לא נמצא קשר בין עמדות חיוביות, לביצוע פעולות המקדמות שילוב קהילתי, כשבפועל רק סולם הדמיון נמצא בקשר שלילי עם ביצוע מטלות שילוב קהילתי.

נמצאו שני סוגים מרכזיים של מטלות המקדמות שילוב קהילתי. קבוצה ראשונה של מטלות ממוקדת בדייר ובהן אנשי הצוות מספקים תמיכה פשוטה יחסית בפעולות המקדמות שילוב קהילתי אותן נדרש הדייר לבצע באופן ישיר. קבוצה שנייה של מטלות ממוקדת בצוות, ומאופיינת במטלות מורכבות יותר הדורשות יוזמה ומעורבות, אותן נדרש איש הצוות לבצע בכדי לקדם את השילוב הקהילתי של הדייר. נרשם ממוצע ביצוע מטלות שילוב קהילתי בינוני עד גבוה בקרב אנשי הצוות, תוך נטייה מובהקת לביצוע פחות פעולות מורכבות ממוקדות צוות. כמו כן, ממצאי המחקר העלו כי גודל מסגרת הדיור, ידע בנושא שילוב קהילתי וסולם הדמיון מתוך משתנה העמדות, מנבאים 20% מהשונות במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר. משתנים של גיל וידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי נמצאו כמנבאים 36% מהשונות במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות.

דיון

דיון בממצאי המחקר מבהיר כי על מנת להביא לשיפור ההזדמנויות של אנשים עם מוגבלות שכלית המתגוררים במסגרות קהילתיות לשילוב קהילתי באמצעות אנשי הצוות התומך, יש לפעול בכמה מישורים. ראשית, יש לייצר הגדרה אחידה לגבי עקרונות השילוב הקהילתי ואופן היישום שלהן בין כל השותפים בתהליך. שנית, יש לקדם הכשרות קצרות וממוקדות לצוותים הישירים שיתמקדו בידע רלוונטי לגבי עקרונות השילוב הקהילתי ואופן יישומו, ובנושא זיהוי

צרכים של אנשים עם אבחנה כפולה ובניית תכניות מותאמות עבורם בסביבה קהילתית. על הכשרות אלו לעסוק בקונפליקט הטמון במסגרות הדיור הקהילתי בין ערכים של הגדרה עצמית, לבין הצורך בשמירה על בטיחות ומוגנות הדייר בקהילה. כמו כן, יש להתמקד בקיום הכשרות צוות במסגרות דיור גדולות, בהן היקף השילוב הקהילתי נמוך יותר, וכן לקדם מדיניות ופרקטיקה המקדמות ותומכות בהתאם במגורים במסגרות דיור קהילתיות קטנות בעלות אופי אינדיבידואלי. יש לעודד ביטוי עמדות חיוביות של צוות תומך כלפי שילוב קהילתי ולהביא למעורבות מוגברת של מפקחי ומנהלי מסגרות בתהליך השילוב הקהילתי והנחייתו. כמו כן, יש להוסיף ולפתח את המחקר בנושא שילוב קהילתי של אנשים בעלי אבחנה כפולה.

מבוא

בשנים האחרונות מושקע מאמץ בהפניית יותר אנשים עם מוגבלות שכלית לחיים בקהילה ככלל, ולמגורים בדיור קהילתי בפרט, תוך ליווי של צוות תומך במגוון תחומים (גורבטוב ובן- משה, 2009). ביסודו של תהליך זה מצויה ההנחה כי איכות חייהם תושפע באופן חיובי מחוויית ההכללה, מתחושת החיוניות והתרומה המשמעותית לחברה, המקדמות שילוב קהילתי וזמינות במידה הרבה ביותר במסגרות קהילתיות (Thorn, Pittman, Myers & Slaughter, 2009; Schalock, 2004; Nota, Soresi & Perry, 2006). אשרור אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות (2006) על ידי מדינת ישראל בספטמבר 2012, מחזק את ההכרה במחויבותה לנקיטת פעולות אקטיביות לקידום זכותם של אנשים עם מוגבלויות לשוויון ולשילוב בחברה. זכויות אלו מעוגנות בחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות (1998) שמטרתו "...להגן על כבודו וחירותו של אדם עם מוגבלות, ולעגן את זכותו להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים, וכן לתת מענה הולם לצרכיו המיוחדים באופן שיאפשר לו לחיות את חייו בעצמאות מרבית, בפרטיות ובכבוד, תוך מיצוי מלוא יכולתו...".

מטרת עבודת הצוות התומך באנשים עם מוגבלות שכלית הגרים בקהילה, היא לקדם את עצמאותם ולסייע בשימוש במשאבי קהילה המיועדים לכלל האוכלוסייה כגון: שירותי רפואה קהילתית, תחבורה ציבורית ועבודה בשוק החופשי (Mansell, 2006; Stancliffe & Lakin, 2007). בתהליך זה ניתן דגש לזיהוי הקול הייחודי של הפרט ושיתופו בהחלטות הנוגעות לחייו. מדובר בתהליך ארוך טווח שמטרתו לאפשר לאנשים עם מוגבלות שכלית לחיות חיים נורמטיביים ככל האפשר, תוך התמודדות עם הצרכים המיוחדים שמציבה המוגבלות השכלית (חובב ועמינדב, 2006). מעבר לצרכים הייחודים הקשורים למוגבלות השכלית, בקרב אוכלוסייה זו קיימת שכיחות גבוהה של הפרעה פסיכיאטרית או בעיות התנהגות בנוסף למוגבלות השכלית, תופעה הידועה כאבחנה כפולה. לאנשים בעלי אבחנה כפולה ישנם צרכים ייחודיים נוספים (סטבסקי, 2006). אנשי הצוות התומך הם המסייעים בהתמודדות גם עם צרכים אלו ועם החסמים הנוספים העומדים בפני שילוב בקהילה של אנשים עם אבחנה כפולה.

משתנים שונים משפיעים על הצלחת השילוב הקהילתי, כאשר נכונותם של אנשי הצוות התומך במסגרות הדיור השונות בקהילה לפעול לקראת שילוב קהילתי, ידועה כמרכזית בתהליך (Jones, Oullette-Kuntz, Vilela & Brown, 2008). מטרתו של מחקר זה הייתה בדיקת גורמים שנמצאו כקשורים לביצוע פעילות המקדמת שילוב קהילתי על ידי אנשי הצוות התומך. נבדקו הקשרים לביצוע פעולות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית עם עמדות אנשי הצוות כלפי שילוב

קהילתי, מאפיינים דמוגרפיים של מגדר, גיל ושנות השכלה של אנשי הצוות, ומאפיינים תעסוקתיים של גודל מסגרת הדיור, הכשרה וידע לגבי עקרונות של שילוב קהילתי, ורמת הפיקוח במסגרת. גורם מרכזי נוסף שנבדק הקשור להיקף הפעילות אותה מבצעים אנשי הצוות לקידום השילוב הקהילתי, היא קיומה של אבחנה כפולה בקרב הדיירים.

במסגרת המחקר מופו גורמים הקשורים להיקף ביצוע של מטלות שילוב קהילתי שונות על ידי אנשי צוות תומך. השלכות המחקר נוגעות למדיניות ולתחומי התערבות. ראשית, יש לקדם הכשרות קצרות וממוקדות לצוותים הישירים בנושא עקרונות השילוב הקהילתי ואופן יישומו, ובנושא זיהוי צרכים של אנשים עם אבחנה כפולה ובניית תכניות מותאמות עבורם. על הכשרות אלו לעסוק בקונפליקט הטמון במסגרות הדיור הקהילתי בין ערכים של הגדרה עצמית, לצורך בשמירה על בטיחות ומוגנות הדייר בקהילה. על ההכשרות להתמקד במסגרות דיור גדולות יותר, בהן היקף השילוב הקהילתי נמוך יותר, וכן לקדם מדיניות ופרקטיקה המקדמות ותומכות בהתאם במגורים במסגרות דיור קהילתיות קטנות בעלות אופי אינדיבידואלי. יש לעודד ביטוי עמדות חיוביות של צוות תומך כלפי שילוב קהילתי במסגרת תכניות שונות של קידום עצמאות ומיומנויות הסתגלות. כמו כן, יש להוסיף ולפתח את המחקר בנושא שילוב קהילתי של אנשים בעלי אבחנה כפולה.

1. סקירת ספרות

1.1. מוגבלות שכלית, אבחנה כפולה וחיבור השילוב הקהילתי

מוגבלות שכלית מוגדרת על ידי האגודה האמריקאית למוגבלות שכלית ונכות התפתחותית כ"מוגבלות משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי ובהתנהגות ההסתגלותיות של האדם, המופיעה לפני גיל 18 ומשפיעה על מיומנויות הסתגלותיות, תפיסתיות, חברתיות ומעשיות מרובות" (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, 2002). בישראל מוגבלות שכלית הוגדרה מבחינה סטטוטורית בחוק הסעד לטיפול במפגרים (1969) - "אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול" (אתר הכנסת-חוק הסעד, סעיף 1, פסקה א', 1969).

אבחון של בעיה פסיכיאטרית או התנהגותית בנוסף למוגבלות שכלית מכונה אבחנה כפולה (dual diagnosis). על פי מחקרים שונים, הפרעות נפשיות והתנהגותיות מופיעות בשכיחות גבוהה יותר באופן משמעותי בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית ביחס לאוכלוסייה הכללית ונמדדות בין 30% ל- 40% בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית (Bhaumik, 2009; Holden & Gitlesen, 2003; Morgan, Leonard, Bourke & Jablensky, 2008). השונות הגבוהה מוסברת על ידי תוצאות שונות עבור אבחונים של הפרעות פסיכיאטריות שונות, מתודולוגיות בדיקה שונות, קריטריונים שונים לאבחון והבדלים בין האוכלוסיות הנדגמות במחקרים השונים (סטבסקי, 2006). בעבר נהוג היה ליחס הפרעות נפשיות או התנהגותיות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית להשפעותיה של המוגבלות השכלית ולא לאבחון פסיכופתולוגי, כשתופעה זו המכונה הצללה (diagnostic overshadowing), מתרחשת גם כיום (Weiss, Lunsky, Gracey, Canrinus & Morris, 2008). למציאת האבחון הנכון ישנן השלכות על היכולת להעניק את הטיפול והתמיכה המתאימים ולשפר את איכות חייו של אדם עם אבחנה כפולה (סטבסקי, 2006; Poindexter, 2006).

מספר גורמי סיכון מסבירים את השכיחות הגבוהה של הפרעות נפשיות בקרב אנשים עם מגבלה שכלית. ראשית, כתוצאה מהליקוי הקוגניטיבי יכולת ההתמודדות עם מצבי לחץ נמוכה מלכתחילה. שנית, הנזק הביולוגי של הפגיעה המוחית משפיע על ההיתכנות להופעתן של הפרעות נפשיות. שלישית, נכויות הנלוות למגבלה שכלית (כליקויים מוטוריים) מעלות את הסיכון להופעתן של הפרעות נפשיות. רביעית, ישנה השפעה פסיכולוגית של ההתמודדות עם המשמעות של "להיות שונה". חמישית, לאנשים עם מגבלה

שכלית ישנה פגיעות גבוהה להשפעות התנהגותיות של מחלות ותרופות שונות. לכך מתווספות השפעות סביבתיות משניות כיחס של הסביבה התומכת (סטבסקי, 2006).

את הגישה לאנשים עם מוגבלות שכלית בעבר, הוביל המודל הרפואי המתייחס למוגבלות כאל מחלה חשוכת מרפא. הטיפול שהותאם לתפיסה זו כלל ניסיון לריפוי האדם, תוך הקמת מוסדות גדולים בצורת בתי חולים לאנשים עם מוגבלות שכלית. תפקידם של מוסדות אלו היה לטפל ולהגן על אנשים עם מוגבלות שכלית מהחברה ועל החברה מפניהם (עמינדב וניסים, 2009). עם ההבנה כי הרפואה לא יכולה לרפא מוגבלות שכלית, התחזק המודל החברתי לתפיסת המוגבלות, המספק פרספקטיבה של זכויות אדם ומדגיש את הממד החברתי-תרבותי במוגבלות, משמע מחסומי היחס וההתנהגות שמציבה החברה בפני אנשים עם מוגבלויות, הם המגבילים העיקריים את תפקודם של אנשים עם מוגבלות שכלית ולא המוגבלות עצמה (Hahn, 1991). דרך כך מתאפשרת התבוננות היוצרת הפרדה בין האדם למוגבלותו, תוך עידוד הסרת מחסומים חברתיים המביאים להדרת קבוצות שלמות מהחברה. בהשפעת המודל החברתי התחזקה תנועת האל-מיסוד השואפת למגורים בקהילה של כל אדם בעל מוגבלות שכלית (רופמן, 2009).

ברוח זו נחקקו בישראל, בדומה למתרחש במרבית מדינות העולם המערבי, חוקים המעגנים את זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות, דוגמת 'חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות' (1998), המתמקד בהגנה על זכויות של אנשים עם מוגבלויות ומצהיר לגבי אדם עם מוגבלות כי "זכותו להשתתפות שוויונית ופעילה בחברה בכל תחומי החיים". תוספת פרק הנגישות לחוק (2005), מגדירה כי יש להנגיש מקומות ציבוריים לאנשים עם מוגבלויות. בספטמבר 2012 אשררה מדינת ישראל את אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות (2006) עליה חתמה ב-2007. האמנה מגדירה סטנדרטים בינלאומיים לזכויות אזרחיות וחברתיות, ובבסיסה ניצבת הכרת המדינה בזכות לאי הפליה של אנשים עם מוגבלויות ובנקיטת פעולות אקטיביות לקידום שוויון ההזדמנויות של אנשים עם מוגבלויות בכל תחומי החיים (משרד המשפטים, ללא תאריך).

ההתפתחות החוקית המעגנת את מעמדם וזכויותיהם בחברה של אנשים עם מוגבלויות ככלל, ועם מוגבלות שכלית בפרט, הובילה להתפתחות השירותים במגוון תחומים כתעסוקה, פנאי ודיור, שמטרתם להנגיש שירותים אלו בצורה נורמטיבית ככל האפשר (Shogren et al., 2009). על יישום התפתחויות אלו אמון האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית במשרד הרווחה, כשגופים רבים-ממשלתיים, פרטיים ומן המגזר השלישי, פועלים לצדו בתחום אספקת השירותים לכ-34,000 אנשים בעלי מוגבלות שכלית במדינת ישראל על פי רישומי משרד הרווחה (עמינדב וניסים, 2009).

השילוב הקהילתי מתבסס על מספר עקרונות מרכזיים. ראשית, קיימת שאיפה לנורמליזציה, על פיה לאנשים עם מוגבלות שכלית תהיה האפשרות לחיות חיים נורמטיביים ככל הניתן בקהילה אליה הם משתייכים, בסיוע משאבים הנתפסים כנורמטיביים (Wolfensberger & Tullman, 1982). העיקרון השני, עיקרון האינטגרציה, מכוון לשילוב באותה הקהילה של הפרט, תוך שימוש בשירותים באופן דומה לחברי הקהילה. עיקרון שלישי הוא האינדיבידואליזציה על פיו מודגשים רצונותיו של האדם בכל הקשור לקבלת החלטות הנוגעות לחייו, תוך בניית תכניות אישיות המותאמות לרצונותיו וצרכיו הייחודיים של הפרט (חובב ועמינדב, 2006).

בכדי להוביל לשילוב קהילתי מלא של אנשים עם מוגבלות שכלית וכן של אנשים עם אבחנה כפולה, יש צורך בהתאמת השירותים הקיימים בקהילה. התחומים המרכזיים בהם קיימים שירותים השואפים לשילוב בקהילה הם תעסוקה, פנאי, חינוך, בריאות ודיור. לדוגמה, בתחום הפנאי ניתנת עדיפות לשימוש במתקנים ושירותי פנאי קיימים בקהילה כמתנ"סים, במקום קיום חוגים נפרדים לאנשים עם מוגבלות שכלית. בתחום הבריאות ישנה התבססות על משאבי קהילה נורמטיביים קיימים כשירותי קופת חולים. בתחום התעסוקה קיים רצף שירותים הנקבע על פי יכולותיו של האדם- ממרכזים טיפוליים, מרכזי עבודה שיקומיים מוגנים (מע"ש), תעסוקה נתמכת ועד לסיוע בהשמה בשוק החופשי- כאשר השאיפה היא להביא לשילוב קהילתי תעסוקתי (חובב ועמינדב, 2006). כאמור, תחום מרכזי נוסף השואף לשילוב קהילתי עבור אנשים עם מוגבלות שכלית הינו תחום הדיור. תחום זה יורחב בפרק הבא.

1.2. תרומת הדיור הקהילתי לשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית

בהתייחס לדפוסי הדיור של אנשים עם מוגבלות שכלית בארץ, ניתן למנות שלוש קטגוריות מרכזיות- 69.2% מתגוררים בביתם עם או בלא משפחתם, 22.4% מתגוררים במעונות פנימייה ו- 8.3% מתגוררים במסגרות דיור בקהילה, מתוכם 3% במסגרות דיור קטנות מהוסטל (ניסים, גורבטוב ובן שמחון, 2010). ילדים ונוער נוטים יותר להתגורר בבית עם משפחתם, כשעם ההתקדמות בגיל עולה הנטייה למגורים בסידור חוץ ביתי (גורבטוב ובן- משה, 2009). מסגרות הדיור בקהילה מספקות תמיכה ברמות שונות בהתאם לרמת המוגבלות השכלית (מקל עד בינוני) ולרמת העצמאות של הדיירים. המסגרות כוללות דירות המיועדות עד לשישה דיירים ברמת עצמאות גבוהה יחסית, בתים קבוצתיים ל- 7-16 דיירים הזקוקים לתמיכה נוספת, והוסטלים לעד 24 דיירים הזקוקים לרמת תמיכה גדולה יותר. בתים קבוצתיים והוסטלים ממוקמים, לרוב, במבנים נפרדים בתוך שכונת המגורים ודירות ממוקמות בתוך בנייני מגורים (נהלי משרד הרווחה לדיור בקהילה, 2003). 97% מהאנשים המתגוררים בדיור בקהילה מוגדרים

כמתפקדים ברמת פיגור קל- בינוני ו- 99% הנם מתחת לגיל 70 (גורבטוב ובן- משה, 2009; בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008).

בשנים האחרונות נעשה מאמץ להפנות אנשים בעלי מוגבלות שכלית לדיור קהילתי, כאשר גם במגורים במעונות פנימייה כיום ישנה מדיניות של פתיחות בכל הקשור לחופש הבחירה של הדיירים ולקשר עם הקהילה. מגמה זו משמעותית ביותר בהקשר לשירות הניתן לאנשים עם מוגבלות שכלית וביחס לשיפור בפוטנציאל לאיכות חיים טובה עבור אנשים אלו (עמינדב, 2008; עמינדב וניסים, 2009; Stancliffe & Lakin, 2007). השמה בכל אחת ממסגרות הדיור נעשית על פי פילוסופית הנורמליזציה (Wolfensberger & Tullman, 1982) תוך התחשבות ברצונותיו של האדם ובהתאם ליכולותיו וצרכיו (עמינדב וחובב, 2006).

אנשים עם מוגבלות שכלית הגרים במסגרות דיור קהילתיות מגיעים לשילוב קהילתי רב יותר מאשר אנשים עם מוגבלות שכלית שאינם גרים בקהילה. במסגרות דיור גדולות כמעונות, קידום עצמאות מיומנויות הסתגלות מתרחש לרוב בסביבה מבודדת ומלאכותית, תוך מחסור בקונטקסט קהילתי בו ניתן לעשות בהן שימוש בפועל (McConkey, 2006; Mansell & Beadle-Brown, 2010). ידוע כי גורמים שונים כהגדרה מחודשת של מטרות ומוקד התמיכה הניתנת במסגרת הדיור, ניתוב משאבים והכשרות צוות בעקרונות של תכניות ממוקדות אדם העוסקות במיומנויות הסתגלות, עשויות להגביר את יכולות הדיירים להגיע לשילוב קהילתי גם במסגרות דיור גדולות. יחד עם זאת, אפשרויות למידה אמיתיות, חוויות של הכללה ותרומה משמעותית לחברה המקדמות את השילוב קהילתי, זמינות במידה הרבה ביותר במסגרות קהילתיות (Thorn et al., 2009). כמו כן, ידוע כי שילוב קהילתי מופיע כמרכיב מרכזי המשפיע באופן חיובי על איכות חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית (Nota, Soresi, Schalock, 2004; Perry, 2006). יחד עם זאת, יש לציין כי אנשים עם מוגבלות שכלית משתלבים בקהילה הרבה פחות מאנשים בחברה הרחבה ומאנשים עם מוגבלויות אחרות (Verdonschot et al., 2009).

מעבר לכך, קיים קושי רב יותר בשילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה. לאנשים בעלי אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית, ישנם צרכים מורכבים יותר מבחינת התמיכה להם זקוקים מאשר לאנשים עם מוגבלות שכלית בלבד. אנשים בעלי אבחנה כפולה למשל, נוטים להיות אגרסיביים יותר מאשר אנשים בעלי אבחון של מוגבלות שכלית בלבד (Lunsky & Puddicombe, 2007). התנהלות זו גורמת פעמים רבות לקושי במציאת השמה קהילתית ולהפניה של אנשים החיים במסגרות

Lunsky et al., 2006;) נוכח הקושי להתמודד עם צרכיהם המיוחדים (Smidt, Balandin, Reed & Sigafos, 2006).

על אף הקשיים העומדים בפני שילוב בקהילה של אנשים עם אבחנה כפולה, בדגש על דיור קהילתי, נותר השילוב משמעותי כבסיס לשיפור איכות חייהם גם עבור אנשים אלו. מחויבותה של המדינה, על פי הגדרת המחוקק, מאששת גישה זו (חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלויות, 1998; אימוץ ואשרור אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים עם מוגבלויות, 2006). המלצות אפשריות להתמודדות עם אתגר זה הניצב בפני השירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית, הן ביצוע התאמות שונות בשירות הדיור לצרכים ייחודיים של אנשים עם אבחנה כפולה (Thorn et al., 2009).

את ההתמודדות היומיומית בתחום זה מובילים אנשי הצוות התומך, להם תפקיד ייחודי בהובלת השילוב הקהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה במסגרות הדיור הקהילתי השונות.

1.3 תפקיד הצוות התומך בשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה

עקרונות היסוד המנחים את עבודת הצוות המטפל במסגרות הדיור השונות בקהילה בישראל הם "הגברת ההשתלבות בקהילה ובסביבה הקרובה, הקניית אופי ביתי למסגרת, יצירת תנאים בסיסיים של רווחה ופרטיות והכנה לחיים עצמאיים" (משרד הרווחה- פיגור שכלי, פסקה 7, ללא תאריך). בהתאם לעקרונות אלו, מספקים אנשי הצוות את התמיכה הנדרשת במסגרות הדיור השונות, וממלאים תפקיד מרכזי בתיווך ובהנגשת שירותים בקהילה עבור הדיירים, לרוב באמצעות קידום מיומנויות חיים בדגש על מיומנויות הסתגלות ויכולות בין אישיות (Miller & Chan, 2008). קידום זה נעשה באמצעות עבודה על פי תכנית אישית של הדייר, המתבססת על צרכיו ורצונותיו, תוך שאיפה להגדיל עצמאותו ושילובו בקהילה. מספר מחקרים הראו שעבודה באמצעות תכנית אישית מקדמת תוצאות חיוביות ככלל, ושילוב קהילתי בפרט עבור הדייר (Robertson et al., 2007; McConkey, & Collins, 2010), וכיום מוגדרת עבודה באמצעות תכניות אישיות כאבן יסוד של שירות הדיור, המיועדת להביא לשיפור איכות החיים ומימוש הפוטנציאל של הדייר (האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, פסקה 3, ללא תאריך; Noonan Walsh et al., 2010). מערכות תמיכה חברתיות שונות מספקות חלק גדול מהמשאבים הדרושים להצלחתן של התכניות. מקומו של הצוות בתהליך מתעצם לנוכח המקום המרכזי אותו הם תופסים בחיי דיירים במסגרות תומכות, תוך שהם מספקים, על פי מחקרים שונים, את רובה של התמיכה

הרגשית והפרקטית ומהווים כ- 40% מהרשתות החברתיות של דיירי המסגרות (Forrester- Jones et-al., 2006; Robertson et al., 2001).

הכשרתם של אנשי הצוות העוסקים בתמיכה ישירה (מדריכים) במסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית, מתבצעת בדרך כלל תוך כדי עבודה ונסמכת במידה רבה על ידע אישי קודם- מה שמותיר את הצוות להתפתחות מקצועית עצמאית יחסית. הדרכת העובדים בכל מסגרת אף היא לרוב אינה בעלת אופי אחיד בהיקפה או בתכניה (Forrester-Jones et al., 2006; Jones et al., 2008). ההכשרה במתכונת זו עלולה להוביל לגישות כלפי אנשים בעלי מוגבלות שכלית שעלולות להתבטא בחרדה, הימנעות, גוננות יתר, רחמים ואף הדרה. ממחקרים שבדקו גורמים העלולים להשפיע על גישות של אנשי צוות (Basnett, 2001; Hastings, 1997; Tervo & Palmer, 2004), עולה כי היעדר סטנדרט אחיד בהכשרה מוביל לפער גדול בידע ובגישות של אנשי הצוות כיצד לספק תמיכה הולמת לאנשים עם מוגבלויות. הייסטינגס (Hastings, 1997) אף טוען כי פער הידע הקיים בקרב אנשי צוות ביחס למידע הפורמאלי בתחום המוגבלות השכלית, מוביל להתערבויות רבות המביאות לשימור התנהגויות בעייתיות במקום לשיפור.

1.4. מוכנות אנשי צוות לפעול לקראת שילוב קהילתי

יישום גישת הנורמליזציה והשילוב הקהילתי טמון במידה רבה בידיהם של אנשי הצוות ובגישתם כלפי הנושא, כשידוע כי מספר גורמים קשורים לעמדותיהם בנושא ולהיקף הפעילות המקדמת ערכים אלו המבוצעת על ידם במסגרות הדיור (Henry et al., 2004).

ראשית, עמדות חיוביות של אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, משפיעות באופן נרחב על ביצוע פעולות התואמות לעמדות אלו (Horner-Johnson et al., 2002; Jones et al., 2008). על פי הנרי, קיס, ג'ופ ובאלקאזר (Henry, Keys, Jopp & Balcazer, 1996), השקפות כלפי ארבעה עולמות תוכן מרכזיים מעצבים את העמדה כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית. ראשית, תפיסת המושגים העצמה, סגור עצמי והגדרה עצמית ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית משקפת את המידה בה נתפסים אנשים עם מוגבלות שכלית כבעלי זכות לייצג את עצמם ולממש את רצונותיהם. שנית, הנטייה להכללה או הדרה של אנשים עם מוגבלות שכלית מהקהילה מעידה על המידה בה יש לאנשים אלו מקום בקהילה בעיני החברים בה. שלישית, אופי המוגנות הנדרשת לאנשים עם מוגבלות שכלית משקפת את המקום בו עליהם להתמקם במרקם החברתי (בתחום הדיור למשל הדבר יכול להתבטא בחשיבה שדיור במעון סגור מספק מוגנות הנדרשת עבור אנשים עם מוגבלות שכלית). רביעית,

מידת הדמיון הנתפס של אדם עם מוגבלות שכלית לאדם אחר בקהילה מעידה על יכולת להתייחס לאנשים עם מוגבלות שכלית כאנשים בעלי רצונות וזכויות דומות לפרטים אחרים בחברה. השילוב בין העמדות כלפי כל אחד מנושאים אלו מרכיב את תפיסת השילוב הקהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית (Henry et al., 1996; Yazbeck, Mcvilly & Parmenter, 2004).

על אף השפעת עמדות כלפי שילוב קהילתי של צוות תומך על קידום השילוב הקהילתי בפועל, ידוע כי אנשי צוות עלולים שלא לפעול בהתאם לעמדות חיוביות, כאשר אלו אינן תואמות להערכתם את התנאים הקיימים בשטח. הערכות חסר של איש הצוות במגוון תחומים- למשל כי כוח האדם אינו מספק או כי רמת המוגבלות של הדייר גבוהה מדי בכדי לפעול לקידום השילוב הקהילתי, עלולה לצמצם את הפעילות המקדמת שילוב קהילתי אף אם יחזיק עמדות חיוביות כלפי הנושא (Bigby, Clement, Mansell & Beadle-Brown, 2009).

שנית, ישנו משקל משמעותי להכשרה בעקרונות השילוב הקהילתי. בתחילת דרכם של אנשי צוות תומך בעבודה במסגרות דיור קהילתי, עמדותיהם דומות לעמדות האוכלוסייה הכללית ועלולות להיות פחות חיוביות. עם הזמן, מתפתחת הבנה של הערכים העומדים מאחורי השילוב הקהילתי על רקע הכשרה בלתי פורמלית של היכרות עם ערכי הארגון ועמדות של עמיתים לעבודה, בנוסף לצבירת הכשרה פורמלית בנושאים הקשורים לתמיכה באנשים עם מוגבלות שכלית בקהילה. על כן נוטים אנשי צוות המבינים את ערכי ועקרונות השילוב הקהילתי לאחר שעברו הכשרה בתחום, לאמץ עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי (Jones et al., 2008). עם זאת, במחקר שערכה Duvdevany (2000), נמצא כי אנשי צוות ישראלים שעברו הכשרה לא נמצאו כבעלי עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי מאשר אנשים שלא עברו הכשרה, ככל הנראה על רקע היעדר תכנים מתאימים ביחס לשילוב קהילתי בהכשרה, והבנה ומחויבות חלקיות בלבד של הצוות כלפי עקרונות השילוב הקהילתי. ישנה השפעה גם לפירוש המושג שילוב קהילתי על ידי אנשי הצוות, תוך שקידום פעולות המעודדות שילוב קהילתי יתקיים רק אם אלו יתפסו על ידם כפעולות שבאמת עושות כן, ובתנאי שתינתן הדרכה מתאימה בנושא (McConkey & Collins, 2010).

שלישית, להנחיית אנשי הצוות ולפיקוח על פעילותם במסגרות הדיור ישנו קשר נוסף לקידום השילוב הקהילתי, תוך שמעורבות של מפקחים ומנהלי מסגרות דיור בהכשרת אנשי צוות תומך, בהדרכה ובהובלה של תהליכי שילוב קהילתי מובילה לתוצאות חיוביות (Robertson et al., 2007; Duvdevany,).

2000). מעורבות דרג הפיקוח ומנהלי המסגרות הינו חשוב במיוחד כאשר הצוות נדרש לבצע פעולות מורכבות יותר לצורך יישום עקרונות של שילוב קהילתי, מטלות אותן נוטה הצוות לבצע בהיקף נמוך יותר (McConkey & Collins, 2010).

רביעית, לגודל מסגרת הדיור יש השפעה על גישת אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי. במסגרות קטנות נוטה תמיכת הצוות להיות בעלת אופי אינדיבידואלי תוך התמקדות גדולה יותר בצרכי ורצונות הדיירים, אל מול התמיכה במסגרות גדולות יותר בהן הצוות עסוק בהתמודדות עם קבוצות של דיירים המובילה לפעילות נמוכה יותר בכל הקשור לשילוב קהילתי (McConkey & Collins, 2010).

חמישית, מספר מאפיינים דמוגרפיים נמצאו כבעלי קשר לעמדות חיוביות ולקידום שילוב קהילתי על ידי אנשי צוות. מבחינת מגדר, נשים נמצאו בעלות גישות חיוביות יותר מגברים כלפי שילוב קהילתי. עוד נמצא כי גיל והשכלה הינם מאפיינים הקשורים לקידום השילוב הקהילתי, ובאופן ספציפי כי ישנו קשר שלילי בין מספר שנות הלימוד לגישה כלפי שילוב קהילתי, כך שאנשים בעלי שנות השכלה רבות יותר נוטים לפתח עמדות שליליות כלפי שילוב קהילתי, וכי ישנו קשר חיובי בין גיל לגישה כלפי שילוב קהילתי כך שאנשים מבוגרים יותר נוטים לפתח עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית (Clement & Bigby, 2008; Duvdevany, 2000; Henry et al., 2004).

היכרות מעמיקה עם אנשים עם מוגבלות שכלית המתאפשרת באמצעות שנות ניסיון רב יותר בעבודה עם האוכלוסייה, תורמת אף היא להתפתחות של עמדות חיוביות ולכוננות גדולה יותר לפעול למען שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית. על רקע זה ידוע גם כי שנות ניסיון רבות יותר מביאות להגברת ההזדהות עם ערכי הארגון המעסיק, כשבבסיסו של הדיור הקהילתי ניצבים ערכי השילוב הקהילתי (Jones et al., 2008). על אף זאת, ידוע כי עבודה ממושכת עם אנשים בעלי מוגבלות שכלית במסגרות דיור כוללת התמודדות מרובה עם מצבי לחץ שונים, העלולה להוביל לשחיקה של אנשי הצוות. כאשר מתגברת שחיקה של אנשי צוות, נפגעת איכות עבודתם בדגש על הקשר עם הדיירים והיכולת לקדם נושאים הקשורים לאיכות חייהם כשילוב קהילתי והגדרה עצמית (Devereux, Hastings & Noone, 2009; Robertson et al., 2005). גורם המשפיע רבות על שחיקת הצוות ונכונותם להעניק תמיכה אקטיבית בתהליך השילוב הקהילתי וקידום עצמות הדיירים, הוא התמודדות עם התנהגות מאתגרת, בעיות התנהגות והפרעות נפשיות. נושא זה יורחב בפרק הבא.

1.5. תפקיד אנשי הצוות באתגר השילוב הקהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה

מול השכיחות הגבוהה של בעיות הקשורות לבריאות הנפש בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, קיים פעמים רבות קושי בהבנה וביכולת ההבעה הבהירה של המצב על ידי האדם בעל אבחנה כפולה או בעיות התנהגות, על רקע של מיומנויות תקשורת מוגבלות. מציאות זו מובילה לכך שהחלטה על חיפוש עזרה לא נעשית על ידי האדם עצמו, אלא דרך רשת התמיכה החברתית הכוללת צוות תומך. לכן קבלת טיפול או תמיכה מתאימה, תלויה ביכולת אנשי הצוות לזהות התנהגויות על רקע נפשי, להבין את משמעות ההתנהגויות ולפעול בהתאם (Costello, Bouras & Davis, 2006). על אף כי אנשי הצוות במסגרות דיור תומכות נוטים לזהות התנהגויות ולהבחין ברמה מסוימת ברקע נפשי להתנהגות, קיימת נטייה לזיהוי חסר או לפתולוגית יתר. נטייה לזיהוי וטיפול נכון יותר נמצאת כלפי התנהגויות מוחצנות כבעיות התנהגות קשות ופחות ביחס לפתולוגיה מופנמת יותר כדיכאון (Oliver, Miller, & Skillman, 2005).

חוסר ידע ועמדות שליליות של אנשי צוות כלפי סוגיות של אבחנה כפולה, תוך תלות יתר בהם בכל הקשור לטיפול הרפואי בדיירי מסגרות דיור, נמצאו כגורמים המביאים לחוסר יכולת לתת מענה ראשוני הולם לסוגיות של בעיות נפשיות במסגרות קהילתיות (Weiss et al., 2008). על רקע זה יתכנו שני דפוסי תגובה מרכזיים ביחס לתמיכה באנשים בעלי אבחנה כפולה. ראשית, יתכן מתן מענה לא מותאם במסגרת המגורים כבניית תכנית אישית שאינה מותאמת לצרכים הייחודיים של בעלי אבחנה כפולה, כשבמקרים רבים כלל לא תיבנה עבורם תכנית אישית מותאמת לקידום מיומנויות הסתגלות ושילוב קהילתי (Robertson et al., 2007; Totsika et al., 2008). שנית, תתכן הפניה מוגברת לחדרי מיון ובתי חולים פסיכיאטריים לצורך קבלת טיפול על רקע נפשי, על אף שפעמים רבות סיבת ההפניה עלולה להיות פיזית לכאורה. שימוש בשירותי רפואה כללית בתדירות גבוהה במקרה זה מעידה על קושי בהתייחסות ראשונית מתאימה במסגרת או על קושי בזיהוי המענה המתאים לצורך כהפניה ישירה לגורם רפואי העוסק בתחום בריאות הנפש (Weiss et al., 2008). התמודדות זו עם צרכיהם של אנשים בעלי אבחנה כפולה במסגרות דיור קהילתי, גורמת לקושי בכל הקשור להשתלבותם במגורים ובמסגרות קהילתיות, תוך שפעמים רבות אף מועדפת מסגרת מוגנת וסגורה יותר עבורם (Lunsky et al., 2006).

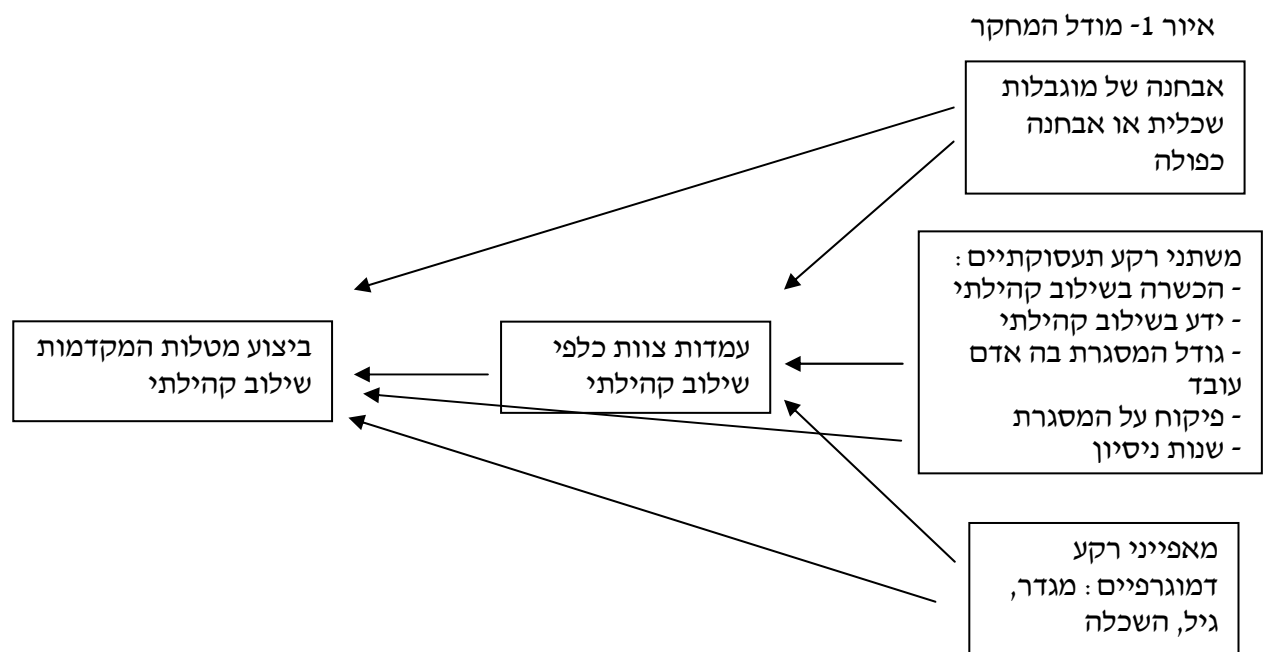
ידוע כי מתן ידע באמצעות הכשרה מתאימה לצוותים במסגרות תומכות, עשוי לסייע בהתמודדות עם אתגר האבחנה הכפולה. על רקע של שחיקה ותחלופת צוות גבוהה, המתגברות במסגרות בהן קיימת התמודדות רבה יותר עם אבחנה כפולה, קיומן של הכשרות ממוקדות רבות בנושא, ומעורבות מוגברת של

מנהלי המסגרות בתהליך תוך מתן תמיכה שוטפת לאנשי הצוות התומך, עלולות להביא לשיפור בתחושת המסוגלות של הצוות (Totsika, Toogood, Hastings & Nash, 2008).

2. סיכום המסגרת המושגית

שילוב קהילתי, המקודם על ידי דיור קהילתי, משפיע באופן חיובי על איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית (Mansell, 2006; Mansell & Beadle-Brown, 2010), תוך שאנשי הצוות התומך במסגרות הדיור ממלאים תפקיד מפתח בהצלחת השילוב במסגרות הדיור השונות (Duvdevany, 2000).

בעוד שישנם מספר מחקרים העוסקים בעמדות אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי (Duvdevany, 2000; Henry et al., 1996a; Henry et al. 1996b; Henry et al., 2004), המחקר העוסק בקידום השילוב הקהילתי כפועל יוצא של עמדות אלו הוא מצומצם. כמו כן, מרבית המחקר בתחום התבצע כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, ללא התייחסות לאבחנה כפולה כגורם משפיע על עמדותיהם של אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי או על קידום השילוב הקהילתי בפועל על ידם. ספרות העוסקת בשילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה מצביעה על קיומם של צרכים ייחודיים בקרב אוכלוסייה זו בכל הקשור לשילוב, תוך שהסיכון הכפול הטמון באבחנה זו, מעמיד אתגר משמעותי בפני יישום עקרונות ההכללה והשילוב הקהילתי (Lunsky & Puddicombe, 2007; Lunsky et al., 2006; Smidt, Balandin, Reed & Sigafos, 2006). על כן, מטרת העל של המחקר הנוכחי הייתה לבחון ולמפות את הגורמים הקשורים לקידום השילוב הקהילתי על ידי אנשי צוות תומך של אנשים עם מוגבלות שכלית ככלל ואבחנה כפולה בפרט. איור 1 מציג את מודל המחקר אשר נבחן במסגרת המחקר הנוכחי.



2.1 פירוט משתני המחקר

2.1.1 משתנים בלתי תלויים-

- 2.1.1.1 משתנים בלתי תלויים דמוגרפיים : מגדר, גיל, השכלה.
 - 2.1.1.2 משתנים בלתי תלויים תעסוקתיים : הכשרה בעקרונות שילוב קהילתי, ידע בנושא שילוב קהילתי, גודל מסגרת הדיור, פיקוח במסגרת הדיור, שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית.
 - 2.1.1.3 אבחון של מוגבלות שכלית בלבד או אבחנה כפולה.
 - 2.1.1.4 עמדות אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית או אבחנה כפולה.
- 2.1.2 משתנה תלוי- ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי אנשי הצוות התומך.

2.2 השערות מחקר מרכזיות

- 1. ימצא הבדל בעמדות שבהן מחזיק הצוות כלפי שילוב קהילתי, כאשר העמדות כלפי שילוב קהילתי של אדם עם מוגבלות שכלית יהיו חיוביות יותר מאשר העמדות כלפי שילוב קהילתי של אדם עם אבחנה כפולה.
 - 2. ימצא הבדל בביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כאשר יבוצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית מאשר של אדם עם אבחנה כפולה.
 - 3. ימצא קשר חיובי בין עמדות הצוות כלפי שילוב קהילתי לבין ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות שלהם עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי.
- השערות מחקר משניות הנוגעות לקשר בין מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי-
- 4. ימצא קשר חיובי בין גיל לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות מבוגרים יותר יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי.
 - 5. ימצא היקף ביצוע מטלות שילוב קהילתי רב יותר בקרב נשים.

6. ימצא קשר שלילי בין שנות ההשכלה הפורמאלית של אנשי הצוות לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות שלהם יש שנות השכלה מועטות יותר, יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי.
7. ימצא היקף גבוה יותר של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב אנשי צוות המועסקים במסגרות דיור קטנות בהשוואה לאנשי צוות המועסקים במסגרות דיור גדולות.
8. ימצא היקף גבוה יותר של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב אנשי צוות שציינו כי עברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי.
9. ימצא קשר חיובי בין רמת הפיקוח במסגרת הדיור לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שבמסגרות בהן ישנה רמת פיקוח גבוהה יותר, יבוצעו יותר פעולות המקדמות שילוב קהילתי.
10. ימצא קשר חיובי בין ידע מוקדם של אנשי צוות בעקרונות של שילוב קהילתי ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות שציינו כי יש להם ידע מוקדם בעקרונות של שילוב קהילתי יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי.
11. ימצא קשר חיובי בין שנות הניסיון של אנשי צוות בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית להיקף ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כך שאנשי צוות להם שנות ניסיון רבות יותר יבצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי.

3. שיטת המחקר

3.1. אוכלוסיית המחקר ומדגם

מדגם המחקר כלל 107 אנשי צוות תומך. אוכלוסיית המחקר התיאורטית הייתה אנשי צוות תומך העוסקים בתמיכה ישירה באנשים עם מוגבלות שכלית המתגוררים במסגרות לדיור קהילתי, אשר באים במגע יומיומי עם הדיירים ואחראים על תמיכה בתחומי ההסתגלות. נעשה שימוש בשיטת דגימה מכוונת של שלושה מערכי דיור- מערך אקים ירושלים המונה שלושה הוסטלים ו-17 דירות ובתים משותפים ומעסיק כ-70 מדריכים (אקים ירושלים- אתר הבית, ללא תאריך), מערך אקים תל אביב-יפו המונה שלושה הוסטלים ושמונה דירות ובתים משותפים ומעסיק כ-50 מדריכים, מערך אקים רחובות המונה שני הוסטלים ושלוש דירות ומעסיק כ-15 מדריכים (אקים ישראל- אתר הבית, ללא תאריך). נעשתה בחירה במערכי דיור אלו היות והם בין ספקי שירות הדיור הקהילתי הגדולים בתחומם, מספקים שירותי דיור קהילתי על כל רצף האפשרויות אשר מופה (דירות, בתים קבוצתיים והוסטלים) ופועלים בערים הגדולות בארץ ועל כן סביר שהמדגם מייצג את האוכלוסייה הנבדקת. בנוסף, ידוע כי מסגרות הדיור הקהילתי בארץ מופעלות על ידי עמותות שונות, אך פועלות תחת הנחיות ופיקוח אחיד של האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית במשרד הרווחה. על כן יש להניח כי ניתן להתבסס על נתוני המדגם הנוכחי כמייצג של כלל מסגרות הדיור על אף שנדגמו בפועל רק מסגרות של עמותת אקים כמפעילת שירות דיור. יש לציין כי החוקר הראשי עובד במסגרת מערך הדיור אקים ת"א-יפו ועל כן בעל נגישות לאוכלוסייה הנבדקת.

במסגרת הפנייה למערכי הדיור שצוינו חולקו 125 שאלונים מתוכם מולאו 69 שאלונים (55% היענות), כשאחוז היענות במסגרות בהן הועברו השאלונים שלא בנוכחות החוקר היה נמוך יותר מאשר מסגרות בהן הועברו השאלונים בנוכחות החוקר. על אף שאחוז היענות היה סביר, רצינו להגיע למספר גדול יותר של נבדקים ועל כן נערכה פנייה למערכי דיור נוספים של אקים באשדוד, אשקלון, חולון, רמת השרון, הרצליה, צפת, ולאנשי מקצוע העוסקים בתמיכה ישירה במסגרות דיור של אקים ברעננה ודימונה. בשלב זה חולקו 64 שאלונים מתוכם מולאו 38 שאלונים (59%), כשגם כאן הופיע אחוז היענות נמוך יותר במסגרות בהן הועברו השאלונים שלא בנוכחות החוקר.

בעת הפניה למסגרות הדיור השונות לא היו בידינו נתונים אודות מספר האנשים עם אבחנה כפולה המתגוררים בהן, אך מול השכיחות הגבוהה יחסית של אבחנה כפולה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית אשר עומד על כ-40% (Holden & Gitlesen, 2003; Morgan et al., 2008), היה בסיס להניח כי במרבית

מסגרות הדיור ימצאו גם אנשים שלהם אבחנה כפולה. קריטריון זה נבדק כחלק מהפניה למסגרות הדיור באמצעות דיווח של מנהל המסגרת לחוקר על הימצאותם של דיירים בעלי אבחנה כפולה במסגרת הדיור, וטרם העברת שאלוני המחקר באמצעות דיווח של המשתתפים במחקר כי במסגרת מתגוררים אנשים בעלי אבחנה כפולה. בהתאם להערכה הראשונית נמצאו בכל המסגרות אנשים המאובחנים כבעלי אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית או בעיות התנהגות.

מתוך כלל מהמשתתפים במחקר, 29% הינם עובדים של מערך דיור אקים ת"א-יפו (n=31), 27% מהמשתתפים עובדים של מערך דיור אקים ירושלים (n=29), 18% עובדים של מערך דיור אשקלון (n=19), ו- 26% עובדים של מערכי דיור רחובות, אשדוד, חולון, הוד השרון, דימונה ורעננה (n=28). כל מסגרות הדיור אליהן נערכה פניה הביעו נכונות להשתתף במחקר, אולם בפועל התקבלו שאלונים מלאים מהמסגרות המצוינות לעיל בלבד. הפנייה למסגרות נעשתה באישור משרד הרווחה, עמותת אקים ישראל ואקים ירושלים, וועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה חברתית באוניברסיטה העברית. מתוך משתתפי הסקר, 49% (n=52) השיבו על שאלון המתייחס לאבחנה כפולה ו- 51% (n=55) השיבו על שאלון המתייחס למוגבלות שכלית (ראו הסבר אודות שתי הגרסאות בפרק 4.4).

מטרת המחקר המקורית הייתה להגיע לאוכלוסייה שעוסקת בתמיכה ישירה לדיירי מסגרות דיור בדגש על מדריכים. עם זאת, נבחר להכליל במחקר גם אנשי צוות מקצועי- עובדים סוציאליים ומנהלי מסגרות, משום שנמצא כי בעלי תפקידים אלו נדרשים לעבודה בעלת אופי דומה לעבודת הצוות הישיר בהקשר של שילוב קהילתי. אנשי הצוות המקצועי התייחסו בשאלון למסגרת עבודה של מערך דיור או שסימנו מספר אפשרויות, ועל כן ההתייחסות לקבוצה זו המהווה 15% ממשתתפי המחקר (n=16), הייתה כאל עובדים במסגרות אחרות שאינן נכללות בשאלון המחקר.

3.2. איסוף נתונים

שיטת איסוף הנתונים התבססה על שימוש בשאלון מובנה לדיווח עצמי המורכב בעיקרו משאלות סגורות. השאלון הועבר, לרוב, באופן קבוצתי במהלך ישיבות צוות של מסגרות הדיור השונות. טרם העברת השאלון התקבל אישור ממנהל מסגרת הדיור. לפני העברת השאלונים לאנשי הצוות, ניתן הסבר לגבי מהות המחקר ומטרתו, ומה נדרש מהמשתתפים במחקר. הוסבר כי הסודיות מובטחת וכי כלל הניתוחים במחקר יערכו באופן קבוצתי ללא זיהוי פרטני. המשתתפים התבקשו להביע הסכמתם להשתתף במחקר על ידי חתימה על טופס הסכמה, ולאחר מכן השיבו על שאלון המחקר. מחצית מהמשיבים בכל

מסגרת התבקשו לענות על שאלונים המתייחסים לאנשים עם מוגבלות שכלית, ומחציתם התבקשו לענות על שאלונים המתייחסים לאנשים עם אבחנה כפולה. החלוקה לקבוצות נעשתה על ידי מעביר השאלונים באופן מקרי ובצורה שווה על-ידי ערבול בין גרסאות השאלון. במרבית המקרים השאלונים מולאו במסגרת ישיבות הצוות בכל מסגרת ונאספו על ידי החוקר בזמן זה. בכדי להגביר את אחוז ההיענות, במקרה וחלק מאנשי הצוות לא נכחו במהלך ישיבת הצוות או לא סיימו את מילוי השאלון בזמן שהוקצב לכך על ידי מנהל המסגרת, הושארו עבורם שאלוני מחקר שנשלחו בהמשך ישירות אל החוקר על ידי העובד הסוציאלי או מנהל המסגרת. במספר מקרים בהם הליך זה לא התאפשר, העובד הסוציאלי או מנהל המסגרת קיבלו הדרכה מהחוקר כיצד להעביר את השאלונים בקרב הצוות גם ללא נוכחותו.

3.3. כלי המחקר

נעשה שימוש בשאלון למילוי עצמי המורכב מארבעה חלקים עיקריים בשני נוסחים, כאשר בנוסח אחד התבקשו המשתתפים להתייחס למוגבלות שכלית (נספח 1) ובנוסח שני התבקשו המשתתפים להתייחס לאבחנה כפולה (נספח 2). הנוסחים זהים בתצורתם מלבד כך שבנוסח הראשון הופיע בתחילת השאלון הסבר לגבי מוגבלות שכלית ולאורך השאלון הייתה התייחסות למושג זה בלבד, ואילו בנוסח השני הופיע הסבר לגבי אבחנה כפולה בנוסף להסבר לגבי מוגבלות שכלית, ובמקום ההתייחסות למושג מוגבלות שכלית כפי שנעשה לאורך השאלון לפי הנוסח הראשון, הופיע בנוסח השני המושג אבחנה כפולה. כאמור, מחצית מהמשיבים התבקשו להשיב על שאלון אחד ומחציתם על השאלון השני. בחלק א' של השאלון התבקשו המשתתפים למלא פרטים דמוגרפיים ותעסוקתיים המשמשים משתנים בלתי תלויים, בחלק ב' נמדד משתנה בלתי תלוי של עמדות המשתתפים כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית/אבחנה כפולה, בחלק ג' נמדד המשתנה התלוי של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית/אבחנה כפולה, ובחלק ד' הופיעו שלוש שאלות פתוחות בנושא שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית/אבחנה כפולה. כעת אתייחס בפירוט לחלקי השאלון השונים.

חלק א'- שאלון דמוגרפי ותעסוקתי

חלק זה התייחס לפרטים רלוונטיים למחקר בתחום הדמוגרפי- גיל, מגדר והשכלה, ובתחום התעסוקתי- גודל מסגרת הדיור, מספר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית, דיווח לגבי האם עבר המשתתף הכשרה כלשהי בעקרונות של שילוב קהילתי, דיווח סובייקטיבי לגבי תחושת ידע אישי בנושא שילוב קהילתי על גבי סולם של 1 (במידה מועטה) עד 5 (במידה רבה), ומידת הפיקוח שהמשתתף מרגיש כי ישנה במסגרת בה הוא עובד על גבי סולם של 1 (במידה מועטה) עד 5 (במידה רבה). שאלה זו לא הגדירה באופן ספציפי מיהו הגורם המפקח (כגורם חיצוני דוגמת פיקוח של משרד הרווחה או גורם פנימי דוגמת פיקוח של צוות בכיר במסגרת), כך שהמשתתפים התבקשו לענות לגבי תחושתם האישית בנושא. הפריטים בחלק זה של השאלון התבססו על שאלונים דומים שהועברו במסגרת מחקרים העוסקים בגישות כלפי שילוב קהילתי, וכן על סמך סקירת הספרות הדנה במשתנים אשר עשויים להשפיע על עמדות בתחום השילוב הקהילתי (Duvdevany, 2000; Henry et al., 2004).

חלק ב'- עמדות אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית

בחלק זה נעשה שימוש בשאלון עמדות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית- Community Living Attitudes Scale- Mental Retardation (Henry et al., 1996), אשר תורגם לעברית על-ידי דובדבני (1997) ונעשה בו שימוש בעבודתם של דובדבני (Duvdevany, 2000) והנרי ועמיתיו (Henry et al., 2004). שאלון זה מורכב מ- 40 הצהרות עליהן מתבקש המשיב לציין עד כמה הוא מסכים או לא מסכים- בסקלה בת שש דרגות בין 1 (מאוד לא מסכים) ל- 6 (מסכים מאוד). ההצהרות מתחלקות לארבעה סולמות מדידה, המייצגים עולמות תוכן מרכזיים ביחס לעמדות כלפי שילוב של אנשים עם מוגבלות שכלית בקהילה על פי הפירוט הבא-

- א. העצמה (Empowerment)- פריטים בסולם זה מתייחסים להשקפה שלאנשים עם מוגבלות שכלית צריכה להיות אפשרות להביע את דעתם בהחלטות וקביעת מדיניות המשפיעות על חייהם. סולם זה כולל 13 פריטים (3,4,8,13,16,22,23,24,25,26,33,34,39).
- ב. בידוד (Exclusion)- פריטים בסולם זה מתייחסים למידת הנטייה להדרת אנשים עם מוגבלות שכלית מהקהילה. סולם זה כולל 8 פריטים (19,27,30,35,36,37,38,40).

ג. מוגנות (Sheltering)- השקפת המשיב לגבי מידת ההשגחה ומידת ההגנה לה זקוקים אנשים עם מוגבלות שכלית בחיי היומיום מפני סיכונים הטמונים בחיים בקהילה. סולם זה כולל 7 פריטים (1,7,21,28,29,31,32).

ד. דמיון (Similarity)- מידת הדמיון הנתפס של אנשים עם מוגבלות שכלית למשיב ולאנשים אחרים בתחומים של מטרות חיים וזכויות אדם בסיסיות. סולם זה כולל 12 פריטים (2,5,6,9,10,11,12,14,15,17,18,20).

עבור כל סולם חושב ממוצע הציונים המייצג את עמדת המשתתף כלפי שילוב קהילתי בתחום זה, כאשר ארבעת הציונים מייצגים את העמדות בארבעת התחומים המרכיבים את מושג השילוב הקהילתי ולא ניתן לשקלל אותם לכדי ציון כוללני אחד. ציון גבוה בסולמות של העצמה ודמיון מעיד על עמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי, ואילו בסולמות בידוד ומוגנות ציון נמוך מעיד על עמדות חיוביות, כלומר, ציון גבוה יותר מעיד על יותר תמיכה בבידוד ומוגנות כלפי אוכלוסייה זו. בסולמות העצמה, בידוד ודמיון מספר פריטים עברו קידוד מחדש לפני חישוב הסולם בהתאם למשמעות התשובות ועל פי הנחיות השימוש בכלי (Henry et al., 1996): בסולם העצמה פריטים 3, 4, 8, 13 עברו קידוד מחדש, בסולם בידוד פריטים 27 ו-30 עברו קידוד מחדש, בסולם דמיון פריטים 2, 6, 9, 11, 12, 17, ו-20 עברו קידוד מחדש. פריט 9 לא הופיע בהוראות לשימוש בשאלון כפריט שיש לקודד מחדש, אולם משמעות התשובה לשאלה הייתה בהלימה לפריטים שעברו קידוד ולכן הוחלט לקודד מחדש גם אותו. כמו כן, המהימנות הפנימית של הסולם שופרה לאחר הקידוד מחדש של פריט 9 כאשר אלפא קורנבאך נמצאה $\alpha=0.62$ לפני הקידוד, ו- $\alpha=0.75$ לאחריו.

שאלון העמדות נבדק במחקרים קודמים ונמצאה עקביות פנימית ברמה טובה של $\alpha=0.75-0.86$ וכן מהימנות על פי מבחן חוזר (0.75-0.70). כמו כן נבדק תוקף התוכן של פריטי השאלון על ידי השוואה לתוקף שנמצא בשימוש בפריטים אלו בשאלונים אחרים (Henry et al, 1996, 2004). השאלון תורגם לעברית על ידי דובדבני (1997), כולל תרגום חוזר- לאחר השוואה בין הגרסאות, נכללו כל 40 הפריטים בגרסה העברית. במחקרה של דובדבני (Duvdevany, 2000) הנוסח העברי תוקף ונמצא מהימן גם במחקר שנערך בקרב אוכלוסייה ישראלית.

מהימנות השאלון במסגרת המחקר הנוכחי נמצאה ברמה סבירה, כשעבור סולם העצמה נמצאה אלפא קורנבאך ברמה של $\alpha=0.71$, עבור סולם בידוד $\alpha=0.65$, עבור סולם מוגנות $\alpha=0.65$ וכאמור $\alpha=0.75$ עבור סולם דמיון.

חלק ג' - ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי במסגרת הדיור

לבחינת ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי הצוות נעשה שימוש בחלק משאלון Social Inclusion and Care Tasks Questionnaire (McConkey & Collins, 2010) המורכב מתיאור מטלות הקשורות לטיפול באנשים עם מוגבלות שכלית בהם תומך איש הצוות, ומטלות הקשורות לקידום של שילוב קהילתי. בכדי לבחון את היקף הפעולות שהמשתתפים במחקר הנוכחי נוקטים לקידום שילוב קהילתי בעבודתם, נעשה שימוש רק ב-18 הפריטים הרלוונטיים המתייחסים למטלות של שילוב קהילתי. כמו כן, נעשתה התאמה של נוסח השאלות וסקלת התשובות. במחקר המקורי התבקשו המשתתפים לציין את הקדימות שניתנת לכל מטלה במקום עבודתם על גבי סקלה של 1- בעדיפות גבוהה (תמיד מבוצע), 2- עדיפות בינונית (בדרך כלל מבוצע), 3- עדיפות נמוכה (לעיתים מבוצע), 4- לא רלוונטי לתפקיד המשתתף. במחקר הנוכחי המשתתפים התבקשו לציין עד כמה הם מקדמים כל אחת מן המטלות במסגרת עבודתם כמדריכים במסגרת הדיור בה הם עובדים, על סקלה של חמש אפשרויות: 1- במידה מועטה מאוד, 2- במידה מועטה, 3- במידה בינונית, 4- במידה רבה, 5- במידה רבה מאוד.

לצורך הניתוחים הסטטיסטיים, חושב ממוצע התשובות עבור כל 18 הפריטים. השאלון תורגם לעברית על ידי החוקר הנוכחי לצורך מחקר זה וחזרה לאנגלית על ידי אדם נוסף בעל ידע בשתי שפות. נערכה השוואה בין הפריטים בשאלון המקורי לפריטים לאחר תרגום לבדיקת אמינות התרגום. כמו כן, נוצר קשר עם החוקר שחיבר והשתמש בשאלון זה במחקרו לקבלת הנחיות נוספות בכל הקשור לשימוש בכלי המחקר. הובהר כי היות ומדובר בכלי מחקר חדש-טרם נבדקה מהימנותו. תוקף התוכן נבדק על ידי מחברי הכלי באמצעות השוואת תוקף הפריטים שנבחרו להיכנס לשאלון זה, לתוקף שנצפה בשימוש בפריטים אלו בשאלונים אחרים (McConkey & Collins, 2010). מהימנות השאלון במסגרת המחקר הנוכחי נמצאה ברמה טובה (אלפא קורנבאך של $\alpha=0.95$).

חלק ד' - שאלות פתוחות בנושא שילוב קהילתי

בחלק האחרון של השאלון הוצגו למשתתפים שלוש שאלות פתוחות בנושא שילוב קהילתי. בשאלה הראשונה התבקשו המשתתפים להתייחס לשלושת התחומים החשובים ביותר בעבודתם מבחינת קידום

שילובם של הדיירים בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים. בשאלה השנייה המשתתפים נשאלו לגבי מה להערכתם יסייע בקידום שילובם של דיירים בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים. השאלה השלישית אפשרה התייחסות לנושאים נוספים בעלי חשיבות הקשורים לשילוב קהילתי שלא הופיעו בשאלון.

3.4. ניתוח הנתונים

3.4.1. ניתוחים תיאוריים לבדיקת משתני המחקר

בשלב הראשון של ניתוח הנתונים נערך שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (ממוצעים, סטיות תקן ואחוזים) בכדי להציג את המאפיינים הדמוגרפיים והתעסוקתיים של משתתפי המחקר. בשלב הבא נערך שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (ממוצעים וסטיות תקן) בכדי להציג את ארבעת הסולמות המרכיבים את משתנה העמדות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית- העצמה, בידוד, מוגנות ודמיון. שימוש בסטטיסטיקה תיאורית (ממוצעים וסטיות תקן) התבצע גם בכדי להציג את משתנה ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, כשהמשך נערך גם ניתוח גורמים כלפי משתנה זה לבדיקת דפוסי ביצוע מטלות בעלות אופי שונה.

3.4.2. ניתוחים לבדיקת השערות המחקר

בשלב הראשון נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים בכדי לבחון את השערת מחקר מספר 1 לגבי הבדלים בעמדות כלפי שילוב קהילתי של קבוצת המשתתפים שהשיבו ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית, לעומת העמדות של קבוצת המשתתפים שהשיבו ביחס לאנשים עם אבחנה כפולה. לאחר מכן נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים בכדי לבחון את השערת מחקר מספר 2 לגבי הבדלים בביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי קבוצת המשתתפים שהשיבו ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית, לעומת ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי קבוצת המשתתפים שהשיבו ביחס לאנשים עם אבחנה כפולה. מבחן זה נערך כלפי כל אחד משני הגורמים שנמצאו במשתנה זה במסגרת ניתוח הגורמים- מטלות שילוב ממוקדות דייר ומטלות שילוב ממוקדות צוות (ראה פירוט בסעיף 5.3.2).

בכדי לבחון את השערות המחקר המשניות, חושבו בשלב הבא מתאמי פירסון בין משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים רציפים ובין סולמות המדידה של משתנה העמדות, וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי. נעשה שימוש במקדם המתאם של פירסון לבדיקת הקשר בין משתנים דמוגרפיים של גיל והשכלה לבין ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי (השערות מחקר 4 ו- 6 בהתאמה) ולבין סולמות

המדידה של משתנה העמדות, ולבדיקת הקשר בין משתנים תעסוקתיים של רמת פיקוח, רמת ידע בשילוב קהילתי ושנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית, לבין ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי (השערות מחקר 9, 10 ו- 11 בהתאמה) ולבין סולמות המדידה של משתנה העמדות. בנוסף, נערך מבחן t למדגמים בלתי תלויים בכדי לבדוק אם יש הבדל בביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב נשים לעומת גברים, בקרב אנשי צוות העובדים במסגרות קטנות (עד שישה דיירים) לעומת אנשי צוות העובדים במסגרות גדולות יותר (מעל שישה דיירים), ובקרב עובדים שצינו כי עברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי לעומת עובדים שצינו כי לא עברו כל הכשרה מסוג זה (השערות מחקר 5, 7 ו- 8 בהתאמה).

בשלב הבא של ניתוח הנתונים נבדקה השערת מחקר מספר 3 ונערכו שתי רגרסיות מרובות זהות באופן נפרד לשתי קבוצות המשיבים אשר ענו לכל אחת משתי גרסאות השאלון, בכדי לבחון אם משתנה הגרסה (גרסת השאלון) יוצר אינטראקציה עם משתנה העמדות, ובאופן ספציפי אלו עמדות מנבאות ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, ואלו עמדות מנבאות ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה. רגרסיות מרובות נערכו ביחס לשני הגורמים המרכיבים את משתנה המטלות התלוי (מטלות שילוב ממוקדות דייר וממוקדות צוות), והוכנסו אליהן ארבעת הסולמות המרכיבים את משתנה העמדות הבלתי תלוי- העצמה, בידוד, מוגנות ודמיון.

לאחר בדיקת כל השערות המחקר הנוגעות למאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים וההשערות הנוגעות לעמדות כלפי שילוב קהילתי לפי מוגבלות שכלית או אבחנה כפולה, נערכו שני מבחני רגרסיה מרובה נוספים לבדיקת יכולת הניבוי של ביצוע מטלות ממוקדות דייר המקדמות שילוב קהילתי ומטלות ממוקדות צוות המקדמות שילוב קהילתי לרגרסיה המרובה הוכנסו משתנים אשר נמצאו מובהקים בשלבים קודמים. בפועל נערכו שתי רגרסיות מרובות זהות באופן נפרד ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר וביחס למטלות שילוב ממוקדות צוות. לרגרסיה המרובה הוכנסו בצעדים שונים משתנה האבחנה באם נמצא מובהק מבחינת הבדלים בין קבוצות משיבים (אבחנה כפולה או מוגבלות שכלית), משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים שנמצאו מובהקים בשלב מוקדם, וסולמות ממשתנה העמדות אשר נמצאו מובהקים בשלב מוקדם.

4. ממצאים

4.1. מאפייני המשתתפים במחקר

טבלה מספר 1 מציגה את המאפיינים הדמוגרפיים של המשתתפים במחקר.

טבלה 1. מאפיינים דמוגרפיים של המשתתפים

משתנים	N	%
מגדר (n=105)		
נשים	84	80.0
גברים	21	20.0
גיל (n=101)		
23-32	37	36.6
33-43	28	27.7
44-66	36	35.6
השכלה (n=103)		
8-12	35	34.0
12-15	15	14.5
מעל 15	53	51.5

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות כי מרבית משתתפי המחקר הן נשים (80%) כשהגיל הממוצע עמד על 39 (SD=11.19), טווח 23-66). מבחינת השכלה נמצא כי 34% מהמשתתפים הם בעלי השכלה תיכונית מלאה או חלקית, 14.5% בעלי עד 15 שנות לימוד, 51.5% עם למעלה מ- 15 שנות השכלה. ממוצע שנות ההשכלה בקרב המשתתפים עומד על 14.3 שנים (SD=2.32, טווח 8-19).

המאפיינים התעסוקתיים של משתתפי המחקר מוצגים בטבלה מספר 2.

טבלה 2. מאפיינים תעסוקתיים של המשתתפים

<u>משתנים</u>		<u>N</u>	<u>%</u>
<u>הכשרה בעקרונית של</u>	כן	38	35.0
	לא	63	59.0
<u>ידע סובייקטיבי</u>	במידה מועטה (1-2)	10	9.7
	במידה מועטה (3)	30	29.1
	במידה רבה (4-5)	63	61.2
<u>גודל מסגרת דיור (n=105)</u>	דירה	35	33.0
	בית משותף	18	17.0
	הוסטל	36	35.0
	מעל סוג אחד	16	15.0
<u>רמת פיקוח במסגרת הדיור (n=102)</u>	במידה מועטה (1-2)	2	2.0
	במידה מועטה (3)	14	13.7
	במידה רבה (4-5)	86	84.3
<u>מספר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים</u>	0-2	31	30.1
	2-5	27	26.2
	מעל 5	45	43.7

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל-107 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות בטבלה כי 63% מהמשתתפים לא עברו כל הכשרה בעקרונית של שילוב קהילתי. מבחינת אופי מסגרת המגורים בהם עובדים המשתתפים, ניתן לראות כי 33% עוסקים במתן תמיכה ישירה במסגרת דיור קטנה בלבד (דירות בהן מתגוררים שישה דיירים לכל היותר), ו-67% מהמשתתפים עובדים במסגרות דיור גדולות יותר או בתפקיד מקצועי המחייב מתן שירות ביותר מסוג אחד של מסגרת (17% בבתים משותפים בהם מתגוררים עד 16 דיירים, 35% בהוסטלים בהם מתגוררים מעל 16 דיירים,

15% עוסקים בתמיכה מקצועית בתפקידי עובדים סוציאליים ומנהלי מסגרות כשהם עובדים במסגרת גדולה או במספר מסגרות בהן מתגוררים למעלה משישה דיירים). ממוצע שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית בקרב המשתתפים עמד על 5.8 שנים (טווח 0.1-32.0). המשתתפים חשו כי קיימת מידה רבה של פיקוח במסגרת עבודתם, כאשר ממוצע הדיווח עמד על 4.34 מתוך סקלה הנעה בין 1- ישנו פיקוח במידה מועטה, ל- 5- ישנו פיקוח במידה רבה ($SD=0.8$, טווח 2-5), וממוצע דיווחי המשתתפים בנוגע לתפיסתם את רמת הידע שברשותם לגבי שילוב קהילתי עומד על 3.72 מתוך סקאלה הנעה בין 1- ישנו ידע במידה מועטה, ל- 5- ישנו ידע במידה רבה ($SD=1$, טווח 1-5).

4.2 תיאור משתני המחקר המרכזיים

4.2.1 תיאור עמדות כלפי שילוב קהילתי בהתאם לסולמות תוכן

טבלה מספר 3 מציגה את ממוצע הציון המשוקלל וסטיית התקן עבור כל אחד מארבעת הסולמות המרכיבים את המשתנה הבלתי תלוי עמדות כלפי שילוב קהילתי. טווח הציון בארבעת הסולמות הללו נע בין 1 ל- 6, כשעמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי באות לידי ביטוי בציונים גבוהים בסולמות של העצמה ודמיון, ובציונים נמוכים בסולמות של בידוד ומוגנות.

טבלה 3. התפלגות ציוני סולמות העמדות כלפי שילוב קהילתי של אנשים

עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה

סולם	ממוצע	סטיית תקן	n
העצמה	3.37	0.71	102
בידוד	1.78	0.60	106
מוגנות	4.42	0.77	106
דמיון	4.75	0.67	107

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות כי ממוצע הציונים בהתייחס לסולמות העצמה (ממוצע- 3.37) ודמיון (ממוצע- 4.75) הינו גבוה ומעיד על עמדות חיוביות כלפי סולם ההעצמה המודד את ההשקפה כי לאנשים עם מוגבלות שכלית צריכה להיות אפשרות להביע דעה בהחלטות וקביעת מדיניות המשפיעות על חייהם, וכלפי סולם הדמיון המודד את מידת הדמיון הנתפס של אנשים עם מוגבלות שכלית למשתתף ולאנשים אחרים

בתחומים של מטרות חיים וזכויות אדם בסיסיות. ממוצע הציונים בהתייחס לסולם הבידוד הוא נמוך (1.78) ומעיד על נטיית המשתתפים שלא להדיר אנשים עם מוגבלות שכלית מהקהילה, משמע עמדות חיוביות. בסולם המוגנות נמצא ממוצע ציונים גבוה העומד על 4.42, המעיד כי המשתתפים נטו לחשוב כי לאנשים עם מוגבלות שכלית נדרשות רמות גבוהות של השגחה בחיי היומיום והגנה מפני סיכונים הטמונים בחיים בקהילה, משמע עמדות שליליות.

4.2.2. תיאור מטלות המקדמות שילוב קהילתי

טבלה מספר 4 מציגה את הממוצעים וסטיות התקן של כל אחד מפריטי שאלון השילוב הקהילתי הבודק עד כמה המשתתפים מבצעים מטלות המקדמות שילוב קהילתי במסגרות הדיור. הפריטים מסודרים לפי שתי קבוצות כפי שנמצאו בניתוח גורמים.

קבוצה ראשונה של פריטים נמצאה כמנבאת 25% מהשונות במטלות השילוב הקהילתי, ומתייחסת למטלות בהן הצוות מקדם פעולות המבוצעות על ידי הדייר באופן ישיר ולכן נתתי לקבוצה זו את השם "מטלות ממוקדות דייר". מטלות מקבוצה זו הן פשוטות יחסית לביצוע וכוללות תמיכה ישירה בדייר. קבוצה שנייה נמצאה כמנבאת 43% מהשונות במטלות השילוב הקהילתי ומתייחסת למטלות הדורשות יוזמה של העובד מבלי מעורבות ישירה של הדייר. מטלות מקבוצה זו הן מורכבות יותר לביצוע ומתמקדות בפעולות אותן נדרש איש הצוות לבצע בכדי לקדם את השילוב הקהילתי של הדייר, ולכן נתתי לקבוצה זו את השם "מטלות ממוקדות צוות". הפריטים מסודרים בכל קבוצה מהפריט שממוצע הציונים שלו היה הגבוה ביותר ועד לפריט שממוצע הציונים שלו היה הנמוך ביותר, כאשר טווח הציונים נע בין 1- כלל לא מבוצע, ל- 5- מבוצע במידה רבה.

טבלה 4. ממוצעים וסטיות תקן של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות

שכלית ואבחנה כפולה

גורם א' - מטלות ממוקדות דייר			
משתנה	ממוצע	סטיית תקן	n
4. שדיירים יבקרו את בני משפחתם או שבני משפחתם יבקרו אותם	4.09	1.19	106
9. סיוע במימוש בחירות דיירים לגבי מה הם יעשו במשך היום (לדוגמה עבודה, קורסי הכשרה, התנדבויות, השמות, פנאי)	3.80	1.17	105
1. שדיירים ילכו למכולת השכונתית	3.75	1.27	106
15. עידוד מבקרים בבית/ מסגרת הדיור (לדוגמה משפחה, שכנים, מדריכי חוגים וסדנאות וכו')	3.75	1.34	102
5. שדיירים ייסעו/ יצאו באזור המגורים שלהם באופן יותר עצמאי	3.74	1.35	105
6. שדיירים יכירו אתרים מקומיים בהם הם יכולים לפגוש חברים/ לפגוש אנשים חדשים (לדוגמה- בית כנסת, בנק, דואר)	3.59	1.38	105
8. שדיירים ישפרו את המיומנויות החברתיות שלהם ויגדילו את מעגל החברים/ מכרים איפה שהם חיים (לדוגמה- שכנים)	3.54	1.25	104
3. שדיירים יתקשרו או ישלחו הודעות כתובות לחבריהם	3.53	1.32	105

גורם ב' - מטלות ממוקדות צוות

משתנה	ממוצע	סטיית תקן	n
14. העלאת נושאים הקשורים במעורבות קהילתית בפגישות צוות/ שיחות הדרכה 'אחד על אחד'	3.53	1.32	101
11. יצירת אפשרויות התנדבות של ארגוני/ תכניות מתנדבים בתוך המסגרת (לדוגמה- חונכות אישית עבור דייר מסוים)	3.38	1.49	103
13. זיהוי פעילויות שדיירים היו רוצים להצטרף אליהן	3.36	1.27	102

באזור בו הם גרים

104	1.35	3.33	2. חיפוש קורסים לחינוך נוסף/ משלים עבור דיירים
			10. חיפוש אפשרויות להשמה תעסוקתית/ עבודה בתשלום
103	1.51	3.22	עבור דיירים
102	1.46	3.16	7. חיפוש הזדמנויות התנדבות עבור דיירים
			12. איסוף מידע לגבי הזדמנויות של דיירים להצטרף
103	1.32	3.15	לפעילויות באזור בו הם גרים
			18. ארגון והשתתפות בוועדות דיירים/ קבוצות להשתתפות
101	1.55	3.00	דיירים
100	1.47	2.95	17. סיוע לדיירים להשתלב בקבוצות/ שירותים לסגור עצמי
			16. עירוב משפחתך עם הדיירים שלך (לדוגמה הזמנתם
100	1.51	2.71	לביתך)

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות בטבלה כי המשתתפים דיווחו על ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי ברמה בינונית עד גבוהה, כאשר באופן יחסי מטלות ממוקדות דייר זכו לממוצע ציונים גבוה יותר של 3.77 (SD=1.02), בהשוואה לממוצע הציונים עבור מטלות שילוב ממוקדות צוות שעמד על 3.17 (SD=1.13). מהימנות שני הגורמים נבדקה ונמצאה ברמה טובה (אלפא קורנבאך של $\alpha=0.92$ עבור מטלות ממוקדות דייר, אלפא קורנבאך של $\alpha=0.93$ עבור מטלות שילוב ממוקדות צוות).

4.3 בדיקת השערות המחקר

4.3.1. השוואת עמדות כלפי שילוב קהילתי וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על-פי גרסת

השאלון למוגבלות שכלית או אבחנה כפולה

טבלה מספר 5 מציגה את העמדות כלפי שילוב קהילתי של קבוצת הנבדקים בארבעת סולמות המדידה בהשוואה בין מוגבלות שכלית לאבחנה כפולה, ואת ביצוע שני סוגי מטלות המקדמות שילוב קהילתי בהשוואה בין מוגבלות שכלית לאבחנה כפולה.

טבלה 5. עמדות וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי לפי אבחנה (N=107)

מובהקות	N	SD	ממוצע	אבחנה		
t (100)=1.37, P=0.18	51	0.71	3.46	מוגבלות שכלית	העצמה	עמדות
	51	0.7	3.27	אבחנה כפולה		
t (104)=1.25, P=0.21	55	0.61	1.71	מוגבלות שכלית	בידוד	
	51	0.59	1.86	אבחנה כפולה		
t (104)=0.22, P=0.82	55	0.68	4.44	מוגבלות שכלית	מוגנות	
	51	0.86	4.41	אבחנה כפולה		
t (105)=1.04, P=0.30	55	0.68	4.81	מוגבלות שכלית	דמיון	
	52	0.66	4.68	אבחנה כפולה		
t (97)=1.01, P=0.32	51	1.13	3.67	מוגבלות שכלית	ממוקדות	ביצוע מטלות
	48	0.88	3.87	אבחנה כפולה	דייר	
t (90)=0.58, P=0.56	47	1.16	3.10	מוגבלות שכלית	ממוקדות	צוות
	45	1.11	3.24	אבחנה כפולה		

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

השערת מחקר מרכזית ראשונה, הטוענת כי העמדות כלפי שילוב קהילתי של אדם עם מוגבלות שכלית יהיו חיוביות יותר מאשר העמדות כלפי שילובו של אדם עם אבחנה כפולה לא אוששה. כפי שניתן לראות בטבלה, לא נמצאו הבדלים מובהקים מבחינה סטטיסטית בעמדות של אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית לעומת אנשים עם אבחנה כפולה באף אחד מארבעת הסולמות. השערת מחקר מרכזית שנייה, הטוענת כי יבוצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי אנשי צוות שהשיבו ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית מאשר אנשי צוות שהשיבו ביחס לאנשים עם אבחנה כפולה לא אוששה וכפי שניתן לראות בטבלה לא נמצאו הבדלים מובהקים בין אנשי צוות שהשיבו ביחס למוגבלות שכלית, לאנשי צוות שהשיבו ביחס לאבחנה כפולה ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר או צוות.

4.3.2. קורולוציה בין סולמות תוכן של משתנה העמדות כלפי שילוב קהילתי לביצוע מטלות

המקדמות שילוב קהילתי (Pearson's r)

טבלה מספר 6 מציגה את הקשרים בין סולמות התוכן המרכיבים את משתנה העמדות (העצמה, בידוד, מוגנות ודמיון), לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על פי מבחן מקדם המתאם של פירסון.

טבלה 6. קורולוציה בין סולמות משתנה עמדות כלפי שילוב קהילתי למטלות המקדמות

שילוב קהילתי (Pearson's r)

משתנים בלתי תלויים				משתנה תלוי	
דמיון	מוגנות	בידוד	העצמה	מטלות ממוקדות	מטלות לשילוב
(n=99)	(n=99)	(n=99)	(n=102)	דייר	קהילתי
-0.23*	0.13	-0.04	0.03	מטלות ממוקדות	קהילתי
-0.23*	0.02	0.02	0.05	מטלות ממוקדות	צוות

*p<.05

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

בהתייחס להשערת המחקר המרכזית השלישית שטענה כי ימצא קשר חיובי בין עמדות הצוות כלפי שילוב קהילתי לבין ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר וממוקדות צוות, ניתן לראות כי רק באשר לסולם הדמיון נמצא קשר מובהק בעוצמה בינונית. בניגוד להשערת המחקר, קשר זה הינו שלילי (-z=0.23, p<0.05), כך שככל שמידת הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית לאיש הצוות גדלה בעיניו (עמדה חיובית), כך ייטה לבצע פחות מטלות שילוב ממוקדות דייר וממוקדות צוות.

4.3.3. בדיקת הקשר בין מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע

מטלות המקדמות שילוב קהילתי

בחלק זה מוצגים ממצאים הקשורים לקשר שבין משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים של המשתתפים, לעמדותיהם כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידם. לצורך נוחות הצגת הממצאים, הנתונים מוצגים בשתי טבלאות נפרדות, אחת עבור משתנים רציפים והשנייה עבור משתנים קטגוריאליים. טבלה מספר 7 מסכמת את הקשרים בין משתני מחקר דמוגרפיים ותעסוקתיים רציפים (דמוגרפיים: גיל והשכלה; תעסוקתיים: רמת פיקוח, ידע בנושא שילוב קהילתי ושנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית) לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על פי מבחן מקדם המתאם של פירסון.

טבלה 7. קורולוציה בין משתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות

המקדמות שילוב קהילתי (Pearson's r)

שנות ניסיון		שנות ניסיון				
בעבודה בתחום (n=100)	ידע בשילוב קהילתי (n=100)	רמת פיקוח (n=99)	שנות השכלה (n=100)	גיל (n=98)		
0.02	0.06	-0.10	0.23*	0.00	העצמה	סולמות
-0.02	-0.18	0.00	-0.35**	0.06	בידוד	עמדות
0.07	0.08	0.01	-0.18	0.09	מוגנות	
-0.22*	-0.02	-0.11	0.48**	-0.32**	דמיון	
					מטלות ממוקדות	מטלות
0.26*	0.34**	0.08	-0.20	0.18	דייר	לשילוב
					מטלות ממוקדות	
0.32**	0.49**	0.24*	-0.33**	0.42**	צוות	קהילתי

*p<.05 , **p<.01

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

כפי שניתן לראות בטבלה, מספר השערות מחקר העוסקות במשתנים דמוגרפיים ותעסוקתיים רציפים אוששו. השערה המחקר הראשונה, שטענה כי ימצא קשר חיובי בין גיל אנשי הצוות לביצוע מטלות שילוב קהילתי אוששה חלקית, וניתן לראות כי נמצא קשר חיובי מובהק בעוצמה בינונית בין גיל אנשי הצוות לביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות ($r=0.42, p<0.01$), כלומר ככל שגילו של איש הצוות עולה, כך עולה היקף ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות. ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר לא נמצא קשר מובהק. כמו כן, נמצא קשר שלילי מובהק בעוצמה בינונית בין משתנה הגיל לסולם הדמיון ($r=-0.32, p<0.01$), כך שככל שגילו של איש הצוות עולה, כך קטנה בעיניו מידת הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית אליו.

השערה מספר שלוש שטענה כי ימצא קשר שלילי בין שנות ההשכלה הפורמאלית של אנשי הצוות לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי אוששה ביחס לביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות, וניתן לראות כי נמצא קשר שלילי מובהק בעוצמה בינונית בין המשתנים ($r=-0.33, p<0.01$), כך שככל שלאיש הצוות היו יותר שנות השכלה, כך ירד היקף ביצוע מטלות אלו. ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר לא נמצא קשר מובהק. ביחס לעמדות כלפי שילוב קהילתי, ניתן לראות כי נמצא קשר חיובי מובהק בעוצמה בינונית בין שנות ההשכלה לסולם ההעצמה ($r=0.23, p<0.05$), ולסולם הדמיון ($r=0.48, p<0.01$), כך שבקרב אנשי צוות בעלי שנות השכלה רבות יותר, נרשמו עמדות חיוביות יותר כלפי העצמה וכלפי מידת הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית אל איש הצוות בעיניו. קשר שלילי מובהק נמצא בין שנות השכלה לסולם הבידוד ($r=-0.35, p<0.01$), כך שככל שנמצאו שנות השכלה רבות יותר אצל איש הצוות, כך נטה פחות לבידוד של אנשים עם מוגבלות שכלית. השערה מספר שש שטענה כי ימצא קשר שלילי בין רמת הפיקוח במסגרת הדיור לביצוע פעולות המקדמות שילוב קהילתי אוששה ביחס למטלות שילוב ממוקדות צוות, ונמצא קשר חיובי מובהק בעוצמה בינונית בין המשתנים ($r=0.24, p<0.05$), כך שבמסגרות בהן ישנה רמת פיקוח גבוהה יותר, נמצא היקף ביצוע נמוך יותר של מטלות שילוב ממוקדות צוות. ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר לא נמצא קשר מובהק. השערה מספר שבע שטענה כי ימצא קשר חיובי בין ידע מוקדם של אנשי צוות לגבי שילוב קהילתי לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי אוששה ונמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין המשתנים ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר ($r=0.34, p<0.01$), ולמטלות שילוב ממוקדות צוות ($r=0.49, p<0.01$), כך שבקרב אנשי צוות שצינו כי יש להם ידע מוקדם בעקרונות של שילוב קהילתי נמצא היקף ביצוע גבוה יותר של מטלות המקדמות שילוב קהילתי.

השערה מספר שמונה שטענה כי ימצא קשר חיובי בין שנות הניסיון של אנשי צוות בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי אוששה ונמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין המשתנים ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר ($r=0.26, p<0.05$), ולמטלות שילוב ממוקדות צוות ($r=0.32, p<0.01$), כך שככל שלאיש הצוות היו יותר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית, כך עלה היקף ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי. ביחס לעמדות כלפי שילוב קהילתי, ניתן לראות כי נמצא קשר שלילי מובהק בעוצמה בינונית בין שנות הניסיון בתחום לסולם הדמיון ($r=-0.22, p<0.05$), כך שככל שמספר שנות הניסיון של איש הצוות עולה, כך קטנה בעיניו מידת הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית אליו.

טבלה מספר 8 מציגה הבדלים בעמדות כלפי שילוב קהילתי וכן בביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי לפי משתנה דמוגרפי קטגוריאל של מגדר, ומשתנים תעסוקתיים קטגוריאליים של גודל מסגרת והכשרה.

טבלה 8. עמדות כלפי שילוב קהילתי וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי לפי מאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים (N=107)

<u>הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי</u>	<u>גודל מסגרת</u>		<u>מגדר</u>			
	מעל 6 דיירים (n=54)	עד 6 דיירים (n=35)	גברים (n=21)	נשים (n=84)		
כן עבר (n=38) לא עבר (n=63)	3.43 (0.60) 3.33 (0.79) t (94)=0.67, P=0.51	3.28 (0.75) 3.51 (0.64) t (82)=1.47, P=0.15	3.50 (0.75) 3.35 (0.68) t (98)=0.89, P=0.38	ממוצע (SD) מבחן T	עמדות	העצמה
	1.69 (0.56) 1.81 (0.63) t (98)=0.94, P=0.35	1.90 (0.61) 1.62 (0.57) t (86)=2.15, P=0.03	1.84 (0.69) 1.77 (0.58) t (102)=0.44, P=0.66	ממוצע (SD) מבחן T	בידוד	
	4.38 (0.81) 4.44 (0.77) t (98)=0.36, P=0.72	4.54 (0.80) 4.31 (0.78) t (86)=1.34, P=0.18	4.47 (0.67) 4.39 (0.79) t (102)=0.43, P=0.67	ממוצע (SD) מבחן T	מוגנות	
	4.64 (0.73) 4.83 (0.62) t (99)=1.39, P=0.17	4.80 (0.60) 4.73 (0.72) t (87)=0.49, P=0.62	4.82 (0.68) 4.74 (0.67) t (103)=0.45, P=0.66	ממוצע (SD) מבחן T	דמיון	
	4.15 (0.80) 3.46 (1.08) t (91)=3.33, P=0.00	3.48 (1.07) 4.16 (0.72) t (81)=3.19, P=0.00	3.96 (0.79) 3.69 (1.07) t (95)=1.12, P=0.27	ממוצע (SD) מבחן T	ממוקדות דייר	<u>מטלות שילוב קהילתי</u>
	3.69 (0.90) 2.75 (1.14) t (85)=4.11, P=0.00	2.83 (1.11) 3.58 (1.09) t (75)=2.85, P=0.01	3.27 (1.23) 3.14 (1.13) t (88)=0.42, P=0.67	ממוצע (SD) מבחן T	ממוקדות צוות	

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בחלק מהמשתנים בשל מידע חסר בשאלונים
במשתנה גודל מסגרת נערך החישוב ללא אנשי צוות העובדים במספר מסגרות ועל כן סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107

ניתן לראות בטבלה כי השערה מספר שתיים שטענה כי ימצא היקף גבוה יותר של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב נשים לא אוששה ולא נמצא הבדל מובהק בין גברים לנשים מבחינה זו. השערה מספר ארבע שטענה כי ימצא היקף גבוה יותר של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב אנשי צוות המועסקים במסגרות דיור קטנות, בהשוואה לאנשי צוות המועסקים במסגרות דיור גדולות יותר אוששה, וכפי שניתן לראות בטבלה נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות. במסגרות דיור קטנות בהן מתגוררים עד שישה דיירים נרשם ממוצע של 4.17 ($SD=0.73$) ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר, וממוצע של 3.59 ($SD=1.11$) ביחס למטלות שילוב ממוקדות צוות. כמו כן, ביחס לסולם הבידוד, נמצא כי אנשי צוות העובדים במסגרות דיור קטנות החזיקו בעמדות חיוביות יותר ונטו פחות להדרה של אנשים בעלי מוגבלות שכלית מהחברה מאשר אנשי צוות העובדים במסגרות דיור גדולות. השערה מספר חמש שטענה כי ימצא היקף גבוה יותר של ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בקרב אנשי צוות שצינו כי עברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי אוששה, ונמצא הבדל מובהק בין הקבוצות כשמתתפים שצינו כי עברו הכשרה ביצעו יותר מטלות המקדמות שילוב קהילתי ביחס למטלות שילוב ממוקדות דייר (ממוצע = 4.15, $SD=0.80$) וביחס למטלות שילוב ממוקדות צוות (ממוצע = 3.69, $SD=0.90$).

4.3.4. ניבוי ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על-ידי עמדות כלפי שילוב קהילתי

יכולת הניבוי של עמדות אנשי הצוות לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ואבחנה כפולה נבחנה על ידי שני מבחני רגרסיה שנערכו כלפי כל אחת משתי הגרסאות ואליהם הוכנסו ארבעת הסולמות המרכיבים את משתנה העמדות כלפי שילוב קהילתי הבלתי תלוי-העצמה, בידוד, מוגנות ודמיון. כל מבחן רגרסיה נערך ביחס לשני הגורמים המרכיבים את משתנה ביצוע מטלות שילוב קהילתי התלוי (מטלות ממוקדות דייר וממוקדות צוות). בטבלה 9 מוצגות תוצאות מבחן הרגרסיה הראשון שנערך תוך הכללת עמדות המשתתפים שהשיבו ביחס למוגבלות שכלית בלבד.

טבלה 9. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות לשילוב קהילתי על-פי עמדות

כלפי שילוב קהילתי ביחס למוגבלות שכלית (N=55)

מטלות שילוב ממוקדות		מטלות שילוב ממוקדות		משתנים
צוות		דייר		
β	B (טעות תקן)	β	B (טעות תקן)	
0.49*	(0.31) 0.89	0.23	(0.28) 0.38	העצמה
-0.11	(0.27) -0.2	-0.20	(0.26) -0.36	בידוד
0.28	(0.25) 0.45	0.30*	(0.24) 0.47	מוגנות
-0.36	(0.33) -0.63	-0.38*	(0.31) -0.63	דמיון
$R^2=0.25, F(4,45)=3.33^*$		$R^2=0.24, F(4,47)=3.35^*$		
<i>Adjusted R²=0.17</i>		<i>Adjusted R²=0.17</i>		

* $p < .05$

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 55 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות כי ביחס למוגבלות שכלית בלבד, 17% מהשונות במשתנה מטלות שילוב ממוקדות דייר ו- 17% מהשונות במשתנה מטלות שילוב ממוקדות צוות מנובאים על ידי עמדות כלפי שילוב קהילתי. באופן מובהק רק עמדות חיוביות בסולם הדמיון מנבאות ביצוע פחות מטלות שילוב ממוקדות דייר, ועמדות חיוביות כלפי סולם ההעצמה מנבאות ביצוע יותר מטלות ממוקדות צוות המקדמות שילוב קהילתי.

בטבלה 10 מוצגות תוצאות מבחן הרגרסיה השני שנערך תוך הכללת עמדות המשתתפים שהשיבו ביחס לאבחנה כפולה בלבד. ניתן לראות כי ביחס לאבחנה כפולה אין למשתנה העמדות יכולת ניבוי לגבי ביצוע מטלות שילוב קהילתי ממוקדות דייר או מטלות שילוב קהילתי ממוקדות צוות.

טבלה 10. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי השפעת עמדות על ביצוע מטלות לשילוב

קהילתי ביחס לאבחנה כפולה (N=52)

מטלות שילוב ממוקדות		מטלות שילוב ממוקדות		משתנים
צוות		דייר		
β	B (טעות תקן)	β	B (טעות תקן)	
-0.07	(0.25) -0.10	0.21	(0.22) 0.29	העצמה
0.02	(0.31) 0.04	0.04	(0.25) -0.06	בידוד
-0.23	(0.20) -0.30	0.06	(0.16) -0.06	מוגנות
-0.28	(0.30) -0.51	0.16	(0.23) -0.22	דמיון
$R^2=0.13, F(4,44)=1.48$		$R^2=0.07, F(4,47)=0.76$		
<i>Adjusted R²=0.04</i>		<i>Adjusted R²=-0.02</i>		

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 52 בשל מידע חסר בשאלונים

4.3.5. ממצאי מודל המחקר - ניבוי ביצוע מטלות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית על-

פי עמדות כלפי שילוב קהילתי ומשתני רקע

לאחר בדיקת כל אחת מהשערות המחקר הנוגעות למאפיינים הדמוגרפיים והתעסוקתיים, למשתנה הגרסה ולמשתנה העמדות של אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, נערכו שני מבחני רגרסיה מרובה בצעדים בכדי לבחון את יכולת הניבוי של משתנים שנמצאו מובהקים בשלבים קודמים, על ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית על ידי אנשי צוות תומך. הרגרסיה הראשונה נערכה לניבוי מטלות שילוב ממוקדות דייר, והרגרסיה השנייה לניבוי מטלות שילוב ממוקדות צוות.

הרגרסיה הראשונה נערכה במטרה לבחון את יכולת הניבוי של ביצוע מטלות ממוקדות דייר המקדמות שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית. בצעד הראשון הוכנסו לרגרסיה המרובה כל המשתנים הדמוגרפיים והתעסוקתיים הבלתי תלויים שנמצאו מובהקים בשלבים קודמים - גודל המסגרת, ידע לגבי שילוב קהילתי, שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית והכשרה בעקרונות של שילוב

קהילתי. בצעד השני הוסף לרגרסיה המרובה סולם הדמיון ממשנתה העמדות שנמצא מובהק בשלב קודם. תוצאות הרגרסיה המרובה מוצגות בטבלה 11.

טבלה 11. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר על ידי

צוות תומך (N=91)

מודל 2		מודל 1		משתנים
β	B (טעות תקן)	β	B (טעות תקן)	
-0.24*	(0.22) -0.53	-0.24*	(0.22) -0.51	גודל מסגרת
0.24*	(0.11) 0.25	0.23*	(0.11) 0.23	ידע
0.12	(0.02) 0.02	0.17	(0.02) 0.03	ניסיון
0.07	(0.26) 0.16	0.09	(0.26) 0.18	הכשרה
-0.18*	(0.15) -0.29			עמדות- דמיון
$R^2=0.25, F(5,90)=5.63^{***}$		$R^2=0.22, F(4,90)=5.96^{***}$		
<i>Adjusted R</i> ² =0.20		<i>Adjusted R</i> ² =0.18		

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

כפי שניתן לראות בטבלה, בשלב הראשון נמצא כי 22% מהשונוות במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר מנובאת על ידי משתנים של גודל מסגרת הדיור וידע בנושא של שילוב קהילתי. במסגרות גדולות יותר בוצעו פחות מטלות שילוב ממוקדות דייר מאשר במסגרות קטנות, וכאשר לאיש הצוות היה ידע רב יותר בנושא שילוב קהילתי, בוצעו יותר מטלות שילוב ממוקדות דייר. בשלב השני נמצא כי סולם הדמיון מתוך משתנה העמדות מעלה את אחוז הניבוי של ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר ל- 25%. אנשי צוות שהחזיקו בעמדות שליליות בסולם הדמיון, ביצעו יותר מטלות שילוב ממוקדות דייר. סך אחוז הניבוי ברגרסיה עמד על 20%.

במטרה לבחון את יכולת הניבוי של ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות, נערכה רגרסיה מרובה שנייה. בשלב ראשון הוכנסו כל המשתנים הדמוגרפיים והתעסוקתיים הבלתי תלויים שנמצאו מובהקים בשלבים קודמים- גיל, השכלה, פיקוח, גודל המסגרת, ידע לגבי שילוב קהילתי, משך ניסיון בעבודה עם

אנשים עם מוגבלות שכלית והכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי. בצעד השני הוסף לרגרסיה המרובה סולם הדמיון ממשנתה העמדות שנמצא מובהק בשלב קודם. תוצאות הרגרסיה המרובה מוצגות בטבלה 12.

טבלה 12. תוצאות מבחן רגרסיה לינארית לניבוי ביצוע מטלות שילוב קהילתי ממוקדות צוות על ידי צוות תומך (N=79)

משתנים	מודל 1		מודל 2	
	B (טעות תקן)	B	B (טעות תקן)	β
גיל	(0.01) 0.03	0.29**	(0.01) 0.03	0.28*
השכלה	(0.05) -0.07	-0.15	(0.05) -0.05	-0.11
פיקוח	(0.16) 0.06	0.04	(0.16) 0.07	0.05
גודל מסגרת	(0.24) -0.37	-0.15	(0.25) -0.38	-0.15
ידע	(0.12) 0.37	0.35**	(0.12) 0.39	0.36**
ניסיון	(0.02) 0.00	-0.01	(0.02) 0.00	-0.02
הכשרה	(0.27) 0.28	0.12	(0.27) 0.26	0.11
עמדות- דמיון			(0.20) -0.17	-0.09
		$R^2=0.42, F(7,78)=7.33***$	$R^2=0.43, F(8,78)=6.48***$	
		<i>Adjusted R²=0.36</i>	<i>Adjusted R²=0.36</i>	

***p<.001, **p<.01, *p<.05

סך הנבדקים (n) אינו תואם ל- 107 בשל מידע חסר בשאלונים

ניתן לראות בטבלה כי בשלב הראשון נמצא כי 42% מהשונות במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות מנובאת על ידי משתנים של גיל וידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי. בשני השלבים נמצא כי רק משתנים של גיל וידע מנבאים ביצוע מטלות שילוב קהילתי ממוקד צוות באופן מובהק, כך שככל שעולה גילו של איש הצוות, וככל שיהיה בעל ידע רב יותר בנושא שילוב קהילתי, כך יבצע מטלות שילוב ממוקדות צוות רבות יותר. סך אחוז הניבוי ברגרסיה עמד על 36%.

4.4. התייחסות המשתתפים לשאלות פתוחות בנושא שילוב קהילתי

אנשי הצוות ציינו מגוון רחב של תחומים אותם הם תופסים כחשובים בעבודתם במסגרת הדיור מבחינת קידום השילוב הקהילתי. מבין אלו, שלושת התחומים המרכזיים שנמצאו הם תחום חברה ותרבות הפנאי ($n=46$), שימוש במשאבי קהילה כשירותי קופת חולים או תחבורה ציבורית ($n=24$) ותחום התעסוקה ($n=20$). התייחסות אנשי הצוות לגורמים העשויים לסייע בקידום השילוב הקהילתי של הדיירים מעלה שתי תמות מרכזיות העוסקות בשינוי עמדות הקהילה כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית, ובקיום פעילות משותפת עם גורמים בקהילה המאפשרת חשיפתם לאנשים עם מוגבלות שכלית.

5.1. קידום שילוב קהילתי באמצעות פעולות ממוקדות דייר ופעולות ממוקדות צוות במסגרות

דיור קהילתי

אימוץ אמנת האו"ם בדבר זכויותיהם של אנשים בעלי מוגבלויות (2006) על ידי מדינת ישראל, מחייב בנקיטת פעולות אקטיביות לקידום שוויון ההזדמנויות של אנשים עם מוגבלויות בכל תחומי החיים (משרד המשפטים, ללא תאריך). מאחר וידוע כי ישנו קושי גדול בכל הקשור להשתלבות של אנשים עם מוגבלות שכלית בקהילה ביחס לאנשים עם מוגבלויות אחרות (Verdonschot et al., 2009), וכי אנשים עם מוגבלות שכלית המתגוררים במסגרות דיור קהילתי מגיעים לשילוב רב יותר מאלו שאינם מתגוררים בקהילה (Mansell & Beadle-Brown, 2010), ישנה חשיבות רבה לבדיקת גורמים המשפיעים על תהליך השילוב באמצעות הדיור הקהילתי.

במסגרת המחקר הנוכחי, נבדק דיווח עצמי על היקף ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי אנשי צוות תומך של אנשים עם מוגבלות שכלית, ושל אנשים עם אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית ומחלה פסיכיאטרית או בעיות התנהגות, המתגוררים במסגרות דיור קהילתי. בניתוח הנתונים אובחנו שני סוגים של מטלות המקדמות שילוב קהילתי ונבדק הקשר בין היקף ביצוע מטלות אלו, למאפיינים דמוגרפיים ותעסוקתיים, לאבחנה כפולה ולעמדות כלפי שילוב קהילתי.

שתי קבוצות מרכזיות של מטלות המקדמות שילוב קהילתי נמצאו במסגרת ניתוח גורמים של משתנה ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי. קבוצה ראשונה של מטלות ממוקדות דייר בה אנשי הצוות מספקים תמיכה פשוטה יחסית בפעולות המקדמות שילוב קהילתי אותן נדרש הדייר לבצע באופן ישיר (לדוגמה - "שהדייר ילך למכולת השכונתית"). קבוצה שנייה של מטלות ממוקדות צוות, מאופיינת במטלות מורכבות יותר אותן נדרש איש הצוות לבצע בכדי לקדם את השילוב הקהילתי של הדייר ובמסגרתן עליו להפגין מעורבות ויוזמה (לדוגמה - "חיפוש הזדמנויות התנדבות עבור דיירים"). המשתתפים נטו לבצע יותר פעולות שילוב ממוקדות דייר מאשר פעולות שילוב ממוקדות צוות. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרם של מקונקי וקולינס (McConkey & Collins, 2009), בו נמצא כי צוות תומך נוטה לבצע יותר פעולות פשוטות וקונקרטיות מאשר פעולות הדורשות תכנון וחשיבה. הסבר נוסף לכך הוא כי פעולות המקדמות שילוב קהילתי מתבצעות, לרוב, בתנאי שאלו נתפסות על ידי אנשי הצוות ככאלו שבאמת עושות כן. מטלות ממוקדות דייר הן בעלות תועלת מיידית בהקשר לשילוב קהילתי, להבדיל

ממטלות ממוקדות צוות שעל אף שמגולם בהן פוטנציאל רב בכל הקשור לשילוב קהילתי- הן אינן בהכרח בעלות תועלת מידית בהקשר זה (McConkey & Collins, 2010).

ביחס לקבוצה הראשונה של מטלות שילוב ממוקדות דייר, נמצאו מבין משתני הרקע קשרים מובהקים על פי מקדם המתאם של פירסון עם מאפיינים תעסוקתיים של גודל מסגרת הדיור, ידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי, מספר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים בעלי מוגבלות שכלית והכשרה בעקרונית שילוב קהילתי. לא נמצא מתאם בין דיווח על רמת פיקוח על מסגרת הדיור, ומאפיינים דמוגרפיים של גיל, מגדר ושנות השכלה. גודל מסגרת הדיור וידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי נמצאו כמנבאים 18% מהשונות המוסברת במשתנה זה. עוד נמצא כי סולם הדמיון הוא היחיד מבין ארבעת הסולמות המרכיבים את משתנה העמדות כלפי שילוב קהילתי שנמצא בקשר מובהק עם משתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר, ובבדיקת הרגרסיה המרובה נמצא שהעלה את אחוז הניבוי של משתנה זה ל- 20%.

ביחס לקבוצה השנייה של מטלות שילוב ממוקדות צוות, נמצאו מבין משתני הרקע קשרים מובהקים על פי מקדם המתאם של פירסון עם גודל מסגרת הדיור, ידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי, ניסיון בעבודה עם אנשים בעלי מוגבלות שכלית, הכשרה בעקרונית שילוב קהילתי ורמת הפיקוח על מסגרת הדיור, ומאפיינים דמוגרפיים של גיל ושנות השכלה. גם ביחס למטלות מקבוצה זו, סולם הדמיון בלבד מבין ארבעת הסולמות המרכיבים את משתנה העמדות נמצא בקשר מובהק עם משתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות. לא נמצא מתאם בין משתנה דמוגרפי של מגדר לביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי. גיל אנשי הצוות וידע סובייקטיבי לגבי שילוב קהילתי נמצאו כמנבאים 36% מהשונות המוסברת במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות.

5.2. הבדלים בין אבחנה כפולה למוגבלות שכלית

על אף החשיבות הרבה שיש לאנשי הצוות התומך בזיהוי קיומה של התנהגות חריגה ומתן מענה מידי, לרבות הפנייה לגורמי מקצוע טיפוליים, הציפייה הייתה כי ימצא דווקא היקף נמוך יותר של ביצוע מטלות התומכות בשילוב קהילתי של דיירים בעלי אבחנה כפולה על רקע הקושי בהתמודדות עם התנהגויות מאתגרות. כמו כן, כל משתתפי המחקר שהתייחסו לאנשים עם אבחנה כפולה בתשובותיהם, טענו כי הם מכירים את הנושא. על אף זאת, ובניגוד להשערות המחקר המרכזיות, בכל הקשור לעמדות כלפי שילוב קהילתי ולביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין אנשי

צוות שהשיבו ביחס למוגבלות שכלית, לבין אנשי צוות שהשיבו ביחס לאנשים עם אבחנה כפולה (Costello et al., 2006; Mansel, Beadle-Brown, Whelton, Beckett & Hutchinson, 2008).

חוסר בהכשרה ובידע מתאים בקרב אנשי הצוות התומך לגבי התמודדות עם אבחנה כפולה, עשוי להוביל לזיהוי לא נכון של מקורות ההתנהגות שיתכן וקשורים במקורות נפשיים-פסיכיאטריים, וייחוס דפוסי ההתנהגות למוגבלות השכלית. על כן, יתכן ודיירים בעלי אבחנה כפולה מקבלים התייחסות שאינה נבדלת מדיירים בעלי מוגבלות שכלית בלבד מבחינת דיווח אנשי הצוות על תמיכה שניתנת על ידם במסגרות הדיור (Weiss et al., 2008). אפשרות נוספת היא כי אנשי הצוות התומך במסגרות הדיור מזהים התנהגות בעייתית או חריגה, אך אינם יודעים לאבחן את המקור הברור להתנהגות או כיצד להתייחס לסוגיות של אבחנה כפולה. ועל כן לא מעניקים תמיכה או טיפול המותאמים לצרכיהם של דיירים בעלי אבחנה כפולה, בדגש לכל הקשור לקידום השילוב הקהילתי (Oliver, Miller, & Skillman, 2005).

בשל הצרכים הייחודיים הנוספים של אנשים בעלי אבחנה כפולה, ניתן להניח כי בכדי לקדם את השילוב הקהילתי של אנשים אלו, נדרשת תמיכה רחבה יותר מאשר לאנשים עם מוגבלות שכלית בלבד. יתכן וביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי על ידי אנשי הצוות בהיקף שווה ביחס לכלל הדיירים, עלולה לספק תמיכה שאינה מותאמת לצרכיהם של אנשים בעלי אבחנה כפולה. במקרים רבים אף עשויה שלא להיבנות עבורם תכנית אישית מותאמת לקידום יכולתם האישית ושילובם בקהילה, המחייבת עשייה בעלת אופי והיקף שונים (Robertson et al., 2007; Totsika et al., 2008). תיתכן אפשרות נוספת הקשורה למתודולוגיה של גרסת השאלון, לפיה על אף ההגדרה למושג של אבחנה כפולה שהופיעה בפתיחת השאלון, אנשי צוות לא הבינו את השלכות המושג גם בעת מילוי השאלון ולכן התייחסו בתשובותיהם לכלל אוכלוסיית המחקר.

הבדל משמעותי בין שתי הגרסאות, נרשם מבחינת ניבוי השונות המרובה של קידום השילוב הקהילתי לפי עמדות כלפי שילוב קהילתי. נמצא כי באופן ספציפי ביחס לאנשים עם מוגבלות שכלית בלבד, סולם הדמיון והמוגנות מנבאים 24% מהשונות המוסברת במשתנה ביצוע מטלות שילוב ממוקדות דייר ונמצאים עמן בקשרים מובהקים שליליים וחיוביים בהתאמה. ביחס לביצוע מטלות ממוקדות צוות סולם ההעצמה מנבא 25% מהשונות המוסברת, ונמצא עמן בקשר חיובי מובהק. לעומת זאת, ביחס לאבחנה כפולה לא נרשמה יכולת ניבוי מובהקת מבחינת משתנה העמדות. יתכן והיעדר הכשרה או ידע

בנושא התמודדות עם אבחנה כפולה בקרב הצוות, גורם לעמדות שאינן אחידות בקרב הצוות ולהיעדר יכולת ניבוי כלפי קידום שילוב קהילתי בפועל (Costello et al., 2006).

5.3. הקשר בין מאפייני רקע ועמדות כלפי שילוב קהילתי לקידום השילוב הקהילתי בפועל

5.3.1. עמדות הצוות התומך כלפי שילוב קהילתי והקשר עם מאפייני רקע

ניתוח העמדות של אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי בסולמות השונים, מצביע על עמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי בשלושה תחומים (סולמות)- העצמה, בידוד ודמיון. בסולם המוגנות התקבל, לעומת זאת, ציון ממוצע המעיד על עמדות פחות חיוביות באופן משמעותי כלפי שילוב קהילתי בתחום זה, ובאופן ספציפי כי אנשי הצוות נוטים במידה רבה לאמץ עמדות על פיהן אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים למידת השגחה גבוהה בחיי היומיום ולהגנה רבה מפני סיכונים הטמונים בחיים בקהילה. מגמות אלו תואמות לתוצאות מחקרים נוספים שבחנו עמדות כלפי שילוב קהילתי באמצעות שאלון CLAS-MR (Henry et al., 1996; Duvdevany, 2000; Horner-Johnson et al., 2002; Henry et al., 2004; Jones et al., 2008). מגמות אלו מצביעות על כך שביחס לאוכלוסייה לה אין היכרות עם אנשים עם מוגבלות שכלית, נוטים אנשי צוות במסגרות תומכות עבור אנשים עם מוגבלות שכלית להחזיק בעמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי של אנשים אלו. עם זאת, אנשי הצוות אינם מחזיקים בהכרח בעמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי בכל תחומי החיים, תוך שמספר גורמים עשויים להיות קשורים לתהליך עיצוב עמדותיהם בנושא.

מבחינת המגמה ההפוכה של סולם המוגנות ביחס לסולמות האחרים, יש להתייחס לאתגר הטמון בהובלת תהליך השילוב הקהילתי, במסגרתו נחשפים אנשי הצוות לחוויות בהן הם נדרשים לפעול במסגרת תפקידם בכדי להגן על דיירים בעלי מוגבלות שכלית, תוך שיתכן ואף פיתחו תפיסה על פיה זהו חלק מרכזי מתפקידם. על כן, יתכן והשיבו ביחס לסולם זה מתוך היכרותם את המענים הנמצאים, ומצאו למשל כי דיור או עבודה מוגנת הן האפשרויות הטובות ביותר עבור הדיירים במציאות הנתונה, זאת על אף הניגוד הקיים מול ערכים אותם מייצגים עולמות התוכן האחרים (Henry et al., 1996; Jones et al., 2008). יש לציין כי סולם המוגנות הינו הסולם היחיד אשר לא נמצא קשור באופן מובהק למאפייני הרקע של אנשי הצוות, תוך שאפשרות היא כי אופי והגדרת התפקיד מחזק את המחויבות למוגנות הדיירים בקרב כלל אנשי הצוות ללא קשר מיוחד למאפייני רקע.

בבחינת גורמים הקשורים לארבעת סולמות העמדות, בלט משתנה שנות השכלה בכך שנמצא בקשר חיובי מובהק עם עמדות חיוביות בשלושה סולמות- העצמה, בידוד ודמיון, כך שעמדות חיוביות יותר בסולמות אלו נמצאו בקרב אנשי צוות בעלי שנות השכלה רבות יותר. על אף כי נמצאו בעבר ממצאים המעידים על כך ששנות השכלה קשורות דווקא לעמדות שליליות כלפי שילוב קהילתי (Henry et al., 2004), ממצאי המחקר הנוכחי תואמים לסברה כי אנשי צוות בעלי שנות השכלה רבות יותר נוטים להחזיק עמדות חיוביות יותר כלפי שילוב קהילתי מאחר ודעותיהם יותר ליברליות או מאחר ויש להם ידע רב יותר בנושא מוגבלויות (Yazbeck et al., 2004; Jones et al., 2008).

שני גורמים נוספים שנמצאו כבעלי קשר מובהק ביחס לסולם הדמיון בלבד הינם גילם של אנשי הצוות ושנות ניסיון בעבודה עם אוכלוסייה זו. ראשית, גילם של אנשי הצוות נמצא בקשר שלילי, כך שאנשי צוות מבוגרים יותר החזיקו בעמדות שליליות יותר כלפי הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית אליהם. שנית, מספר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית נמצא אף הוא כבעל קשר שלילי עם סולם הדמיון, כך שאצל אנשי צוות בעלי ניסיון רב יותר נמצאו עמדות שליליות כלפי הדמיון של אנשים עם מוגבלות שכלית אליהם. הציפיה הייתה כי ניסיון חיים ככורח יוצא של גיל, ושנים רבות יותר של היכרות ועבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית, יובילו דווקא להתחזקות עמדות המכירות בדמיון הרב של אלו לאוכלוסייה הרחבה בתחומי חיים רבים, וצמצום המקום אותן תופסות סטיגמות ותפיסות חברתיות כלפי עמדות בתחום זה. בנוסף, שנות ניסיון רבות צפויות היו להגביר את החיבור לערכי הדיוור הקהילתי- דבר שצפוי היה גם כן להגביר את העמדות החיוביות בכל התחומים.

ניתן למנות מספר הסברים לממצאים אלו. יתכן ותופעה של שחיקת צוות לאורך שנות עבודה רבות בסביבה רווית לחצים כמסגרות דיוור של אנשים עם מוגבלות שכלית משפיעה על התפתחות של עמדות שליליות דווקא בהקשר זה (Robertson et al., 2005). בכדי להתמודד עם צרכי הדיירים מתפתחים דפוסים המגבירים את תפיסת איש הצוות יותר כמטפל ופחות כתומך- מה שגורם לנקודת ההיכרות בין אנשים עם מוגבלות שכלית לאנשי הצוות להתפתח באופן המחדד דווקא את השוני (Devereux et al., 2009). יתכן גם כי מגמה זו נובעת מכך שאנשי צוות מבוגרים יותר גדלו במציאות בה אנשים עם מוגבלות שכלית חיו במוסדות סגורים ולא בקהילה, תוך שתפיסת עולמם בהקשר זה התעצבה בהתאם (Yazbeck et al., 2004). בנוסף לשחיקה, היעדר הכשרה והכוונה מתאימה לצוות לאורך השנים משאירה את הצוות להתפתחות מקצועית עצמאית, העלולה לחזק גישות אישיות המונעות מרגשות

כרחמים או רצון לגונן, ולא מהשקפה רחבה הרואה באנשים בעלי מוגבלות שכלית כשוויים וכדומים לשאר הפרטים בקהילה ובחברה (Tervo & Palmer, 2004).

ביחס לסולם הבידוד, נמצא כי אנשי צוות העובדים במסגרות דיור קטנות החזיקו בעמדות חיוביות יותר, משמע פחות נטו להדרה של אנשים בעלי מוגבלות שכלית מהחברה. ממצא זה תואם את ההנחה כי אנשי צוות העובדים במסגרות קטנות בעלות אופי אינדיבידואלי, נוטים להפגין נכונות גבוהה יותר לקדם את השילוב הקהילתי של הדיירים במסגרות אלו (McConkey & Collins, 2010).

בתת הפרק הבא יורחב הדיון בנושא הקשרים בין עמדות אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי לביצוע מטלות שילוב קהילתי בפועל.

5.3.2. הקשר בין עמדות כלפי שילוב קהילתי- לקידום שילוב קהילתי בפועל

בניגוד להנחת היסוד והשערת המחקר כי עמדות חיוביות של אנשי צוות תומך כלפי שילוב קהילתי יובילו לביצוע מטלות רבות יותר המקדמות שילוב קהילתי, פרט לסולם הדמיון (לגביו יורחב בהמשך), לא נמצא קשר מובהק בין סולמות ההעצמה, הבידוד והמוגנות, לקידום שילוב קהילתי בפועל (Jones et al., 2008). ניתן למנות ארבעה הסברים עיקריים לממצאים אלו, תוך התייחסות לחסמים המצמצמים ביטוי עמדות אנשי הצוות בכל הקשור לביצוע מטלות שילוב קהילתי.

ראשית, ניתן לראות כי על אף שהצוות מקבל את עקרונות השילוב הקהילתי, דבר הבא לידי ביטוי בעמדות החיוביות בשלושת סולמות המדידה של העצמה, בידוד ודמיון, הוא אינו בהכרח מדווח על פעולה בהתאם לעמדות אלו. על פי ביגבי, ועמיתיו (Bigby et al., 2009), אנשי צוות המפגינים עמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי, עלולים שלא לפעול בהתאם לעמדותיהם כאשר אלו אינן תואמות את התנאים הקיימים לצורך כך בעיניהם, כהיעדר כוח אדם מספק, או הערכה כי רמת המוגבלות של הדייר גבוהה מדי בשביל ליישם מטלות של שילוב קהילתי, וכך נוצר פער בין תפיסתם הערכית לבין פעילות על פי העקרונות במציאות. יתכן אפוא כי אנשי הצוות אינם חושבים שהיישום של שילוב קהילתי אפשרי או נכון מבחינות אלו, ועל כן היקף ביצוע מטלות השילוב אינו תואם את העמדות החיוביות שהפגינו. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא בעמדות השליליות שנמצאו בעבור סולם המוגנות בניגוד לשלושת הסולמות המצוינים לעיל, המעידות כי אנשי הצוות במידה רבה חושבים כי לדיירים יש צורך במוגנות גבוהה ובהגנה רבה מסיכונים הטמונים בחיי הקהילה. יתכן ותפיסה זו אף רווחת בקרב אנשי הצוות כחלק מתפיסתם את תפקידם, כאמונים על הגנה של אוכלוסייה זו (Henry et al., 1996). הבדל זה מבטא את הקונפליקט הטמון בין

ערכים של הגדרה עצמית למוגנות, המציב בפני אנשי הצוות דילמות לגבי יישום מטלות שילוב קהילתי הכוללות ממד של סיכון- קונפליקט המונע מעמדות חיוביות לבוא לידי ביטוי (Henry et al., 2004).

שנית, ניתן לראות כי אנשי צוות העובדים במסגרות דיור קטנות בהן מתגוררים עד לשישה דיירים, דיווחו על היקף ביצוע מטלות שילוב קהילתי גבוה יותר מאשר ההיקף שדווח על ידי אנשי צוות העובדים במסגרות דיור גדולות יותר. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקרם של מקונקי וקולינס (McConkey & Collins, 2010), בו נמצא כי בשל אופי העבודה במסגרות דיור קטנות בהן ממוקדת התמיכה באינדיבידואל ובצרכיו, פנוי הצוות העובד במסגרות אלו לפעול בהיקף רב יותר לקידום מטרותיו של הדייר בדגש על שילוב קהילתי, מאשר במסגרות גדולות בהן נדרש הצוות להתמודד עם קבוצות של דיירים. על כן, יתכן וגודל מסגרת הדיור מהווה גורם העלול להגביל את מימוש הפוטנציאל הטמון בעמדות החיוביות כלפי שילוב קהילתי עליהן דיווח צוות הדיור, בעיקר בקרב משתתפי המחקר העובדים במסגרות דיור גדולות. מדיניות משרד הרווחה הקוראת להעדפת מגורים במסגרות מגורים קטנות ובעלות אופי אינדיבידואלי יותר הינה בעלת משמעות רבה בהקשר זה, אולם המציאות מראה כי בפועל רק 3% מקרב אוכלוסיית בעלי מוגבלות שכלית בישראל מתגוררים במסגרות דיור הקטנות בהיקפן מהוסטלים כחלק ממערכי דיור קהילתיים, כשמספר המתגוררים בדירות קטנות של עד שישה דיירים אף נמוך מכך (ניסים, גורבטוב ובן שמחון, 2010).

על אף הקושי בקידום השילוב הקהילתי במסגרות דיור גדולות, ידוע כי גם במסגרות אלו ניתן להגדיל את היקף השילוב הקהילתי באמצעות שינויים ארגוניים כהגדרה מחודשת של מטרות ומוקד התמיכה הניתנת במסגרת והעברת ידע זה לצוות, בנוסף להכשרת צוות בעבודה עם תכניות אישיות המקדמות שילוב קהילתי (Thorn et al., 2009). על רקע זה ניתן למצוא הסבר שלישי לקשר המצומצם שנמצא בין עמדות משתתפי המחקר לביצוע מטלות שילוב קהילתי. משתתפי המחקר שדיווחו כי לא עברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי, ביצעו באופן מובהק פחות מטלות שילוב קהילתי מאשר אנשי הצוות שדיווחו כי עברו הכשרה בתחום. על אף היקף גבוה של אנשי צוות שדיווחו כי לא עברו הכשרה, דיווחו 61% מאנשי הצוות כי יש להם ידע בנושא שילוב קהילתי במידה רבה, כשידע רב יותר בנושא שילוב קהילתי נמצא כקשור באופן מובהק להיקף גבוה של ביצוע מטלות שילוב קהילתי. מנתונים אלו עולה אפשרות כי הידע בתחום נרכש על ידי אנשי הצוות באופן שאינו פורמאלי, ולכן אופן המימוש של עקרונות השילוב הקהילתי אינו בהכרח אחיד (Henry et al., 2004; Jones et al., 2008). על כן, גם במקרה בו מחזיקים אנשי הצוות בעמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי, אין הכרח כי יפעלו באופן המקדם ערכים אלו בפועל. לסיכום נקודה זו, ניתן להניח כי היעדר הגדרה ברורה לגבי עקרונות השילוב הקהילתי ואופן

מימושן, מוביל להבנה חלקית ולהתערבויות שיתכן ואינן מבטאות את העמדות החיוביות שהופגנו, או מקדמות שילוב קהילתי בפועל (McConkey & Collins, 2010). הגדרה אחידה ומסודרת של עקרון השילוב הקהילתי על ידי הגורמים המעורבים בתהליך השילוב ברמות השונות- דיירים בעלי מוגבלות שכלית, משפחות, מפקחים, מנהלים, אנשי מקצוע ואנשי צוות תומך ישיר, עשויה לצמצם את הבלבול סביב האופן הרצוי ליישמו ולהוביל לעלייה בהיקף ביצוע מטלות המקדמות שילוב קהילתי בהתאם לעמדות החיוביות שהופגנו.

סיבה רביעית לקשר המצומצם שנמצא בין עמדות אנשי הצוות לביצוע מטלות שילוב קהילתי בפועל, עלולה להימצא במתודולוגיה של שאלון המחקר. בעוד ששאלון העמדות עסק בנושאים רחבים ונוסח השאלות התייחס למצבים תיאורטיים, שאלון השילוב הקהילתי עסק בעשייה ישירה וקונקרטיה בתחום. על כן יתכן והיעדר הקשר בין המשתנים התחזק נוכח הניגוד בין שאלון העמדות שאיפשר ביטוי רב יותר של רצייה חברתית, אל מול שאלון השילוב בפועל שעסק בדיווח על עשייה קונקרטיה.

סולם יחיד מבין ארבעת סולמות המדידה של עמדות כלפי שילוב קהילתי שנמצא בקשר עם ביצוע מטלות שילוב קהילתי בפועל הוא סולם הדמיון. סולם זה עוסק במידה בה רואה המשיב אנשים עם מוגבלות שכלית כדומים לו ולאנשים אחרים בתחומים של מטרות חיים וזכויות אדם בסיסיות, ולמעשה עוסק בערכים האישיים ביותר למשתתפים מבין ארבעת סולמות העמדות, תוך שהוא נוגע במהותו גם בתפיסת איש הצוות את עצמו (Henry et al., 1996). על רקע זה ניתן להבין את ההשפעה הרבה באופן יחסי של משתני הרקע על סולם זה, ואת ההשפעה המצומצמת יותר של חסמים מבניים שתוארו לעיל כלפיו המובילה לקשר מובהק בינו לביצוע מטלות שילוב קהילתי.

סולם הדמיון נמצא בקשר שלילי בעוצמה בינונית עם ביצוע שני סוגי מטלות השילוב הקהילתי, כלומר ככל שאיש הצוות תפס את הדייר כיותר דומה לו, דבר המעיד על עמדות חיוביות בתחום זה, כך פעל פחות לקידום השילוב הקהילתי. יתכן ואנשי צוות מתייחסים לדיירים בתפקוד גבוה כדומים להם יותר, בדומה לממצאי המחקר של (Henry et al 1996), על פיהם אנשי צוות שעבדו עם אנשים עם מוגבלות שכלית ברמת תפקוד גבוהה, מצאו יותר דמיון ביניהם מאשר אנשי צוות שעבדו עם אנשים ברמת תפקוד נמוכה. בהתאם לכך, אנשי צוות יתפסו דיירים המתפקדים ברמה נמוכה יותר כפחות דומים להם וכזקוקים לסיוע רב יותר, ואילו דיירים בתפקוד גבוה יתפסו כמסוגלים לקיים פעולות שילוב קהילתי באופן עצמאי יותר ובתמיכה בהיקף נמוך יותר מצדם. נושא האבחנה הכפולה היה צפוי על רקע זה להימצא בקשר שלילי עם משתנה מטלות המקדמות שילוב קהילתי מאחר וידוע כי לאנשים בעלי אבחנה

כפולה ישנם צרכים מורכבים יותר העלולים לגרום לתפקוד ברמה נמוכה יותר (Costello et al., 2006). עם זאת מבחינת עמדות וקידום שילוב קהילתי בפועל, ניתן לציין כי לא נמצאה השפעה לקיומה של אבחנה כפולה. נושא זה יורחב בהמשך הדיון.

בנוסף לעמדות כלפי שילוב קהילתי, נמצאו מספר מאפייני רקע של אנשי הצוות כבעלי משמעות בכל הקשור לביצוע מטלות שילוב קהילתי בפועל. נושא זה יורחב בתת הפרק הבא.

5.3.3. הקשר בין משתני רקע של צוות תומך- לקידום שילוב קהילתי בפועל

בבחינת הקשר בין המשתנים התעסוקתיים והדמוגרפיים ביחס לביצוע שני סוגי מטלות השילוב- ממוקדות דייר או צוות, נמצאו מספר ממצאים בעלי משמעות. ראשית, נמצא קשר חיובי בעוצמה בינונית בין ביצוע שני סוגי המטלות, לדיווח הצוות לגבי ידע בנושא שילוב קהילתי ולמספר שנות ניסיון בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית. שנית, בדומה לממצאי מחקרים שבדקו גורמים המשפיעים על קידום של שילוב קהילתי, הבדלים מובהקים נמצאו בין אנשי צוות העובדים במסגרות דיור גדולות, לאלו העובדים במסגרות קטנות, כך שהאחרונים ביצעו יותר מטלות שילוב משני הסוגים (McConkey, 2006), ובין אנשי צוות שעברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי לאלו שלא עברו הכשרה, כך שהאחרונים ביצעו יותר מטלות שילוב משני הסוגים (Jones et al., 2008; Thorn et al., 2009).

משתנה ההכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי נמצא כמשמעותי בהקשר זה, כשאנשי הצוות שדיווחו כי לא עברו הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי, ביצעו באופן מובהק פחות מטלות המקדמות שילוב קהילתי מאנשי צוות שדיווחו כי עברו הכשרה, תוך שהיקף נמוך במיוחד נרשם ביחס לביצוע מטלות שילוב ממוקדות צוות על ידי אנשי צוות שלא עברו הכשרה. משמעות הדבר היא כי היעדר הכשרה בנושא שילוב קהילתי בקרב אנשי הצוות, מובילה למתן תמיכה שמשמעותה היקף שילוב קהילתי נמוך יותר- בדגש על נטייה להימנעות מביצוע מטלות מורכבות יותר הדורשות יוזמה ומעורבות מוגברת של אנשי הצוות (Basnett, 2001; Hastings, 1997; Tervo & Palmer, 2004). דרך אפשרית להתמודדות עם נושא זה, בדגש על מסגרות בהן לא מתקיימת הכשרה באופן פורמאלי וקבוע, היא הגברת מקומו של דרג הפיקוח ומנהלי המסגרות בהנחיית תהליך השילוב הקהילתי. ביכולתו של דרג זה להתוות מדיניות ודרך ברורה, להקצות משאבים ולהוביל הכשרה לאנשי צוות בנושא שילוב קהילתי, בייחוד באם נדרשות מהצוות פעולות מורכבות יותר לצורך יישום עקרונות של שילוב קהילתי (McConkey & Collins, 2010; Robertson et al., 2007).

משתנים נוספים של גיל ושנות השכלה נמצאו בקשר מובהק עם ביצוע מטלות ממוקדות צוות בלבד, ובאופן ספציפי, מטלות רבות יותר בוצעו על ידי אנשי צוות מבוגרים יותר ובעלי שנות השכלה מועטות יותר. אצל אנשי צוות מבוגרים יותר, נמצאו שנות ניסיון רבות יותר בעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית וכן ידע רב יותר לגבי שילוב קהילתי מאשר אנשי צוות צעירים. על כן סביר כי יבצעו פעולות רבות יותר המקדמות שילוב קהילתי מאשר אנשי צוות צעירים יותר (Thorn et al., 2009). מבחינת שנות השכלה, יתכן ואנשי צוות בעלי שנות השכלה רבות יותר נמצאים בתפקידים מקצועיים וניהוליים ולכן עוסקים פחות במתן תמיכה ישירה- דבר היוצר הטיה מסוימת של התוצאות בהקשר זה.

5.4. תרומת המחקר והשלכותיו

במסגרת המחקר מופו גורמים הקשורים להיקף ביצוע של מטלות שילוב קהילתי שונות על ידי אנשי צוות תומך, והומשגו שני סוגים של מטלות המקדמות שילוב קהילתי, תוך מציאת הבדלים מובהקים באופיין ובהיקף ביצוען על ידי הצוות התומך. עמדות חיוביות של אנשי צוות כלפי שילוב קהילתי נמדדו בתחומים של העצמה, בידוד ודמיון. קבוצת מטלות שילוב ממוקדות דייר, המאופיינת במטלות פשוטות הכוללות פעולה ישירה של הדייר, זכתה להיקף ביצוע גבוה באופן יחסי, ואילו קבוצה שנייה המאופיינת במטלות מורכבות יותר וביזומה של איש הצוות זכתה להיקף ביצוע נמוך יותר, אם כי עדיין סביר (McConkey & Collins, 2009). עבור תחום המוגנות נרשמו עמדות שליליות, כך שאנשי הצוות נטו במידה רבה לאמץ עמדות, על פיהן אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים להגנה רבה מפני סיכונים הטמונים בחיים בקהילה.

על מנת לאפשר ביטוי גדול יותר של עמדות אלו בפרקטיקה, ולהביא לשיפור ההזדמנויות של דיירי מסגרות קהילתיות לשילוב קהילתי באמצעות הצוות, יש לפעול בכמה מישורים. ראשית, יש לייצר הגדרה אחידה לגבי עקרונות השילוב קהילתי ואופן היישום שלהן בין כל השותפים בתהליך- דיירים בעלי מוגבלות שכלית ומשפחותיהם, מפקחים, מנהלים, אנשי מקצוע וצוות תומך ישיר. שנית, יש לקדם הכשרות קצרות וממוקדות לצוותים הישירים שיתמקדו בידע רלוונטי לגבי עקרונות השילוב קהילתי ואופן יישומו, ובנושא זיהוי צרכים של אנשים עם אבחנה כפולה ובניית תכניות מותאמות עבורם בסביבה קהילתית. על הכשרות אלו לעסוק בקונפליקט הטמון במסגרות הדיור הקהילתי בין ערכים של הגדרה עצמית, לבין הצורך בשמירה על בטיחות ומוגנות הדייר בקהילה. כמו כן, יש להתמקד בהכשרת צוות הפועל במסגרות דיור גדולות, בהן היקף השילוב קהילתי נמוך יותר, וכן לקדם מדיניות ופרקטיקה המקדמות ותומכות בהתאם במגורים במסגרות דיור קהילתיות קטנות בעלות אופי אינדיבידואלי. יש

לעודד ביטוי עמדות חיוביות של צוות תומך כלפי שילוב קהילתי במסגרת תכניות שונות של קידום עצמאות ומיומנויות הסתגלות. מעורבות של מפקחי ומנהלי מסגרות בתהליך השילוב הקהילתי והנחייתו, עשויה לתרום לתוצאות חיוביות יותר. כמו כן, יש להוסיף ולפתח את המחקר בנושא שילוב קהילתי של אנשים בעלי אבחנה כפולה.

בכל הקשור לקידום ביצוע של פרויקטים ומטלות שילוב קהילתי בעלות אופי מורכב יותר, יש לשים דגש על גיוס צוות מתאים למשימה, תוך התייחסות לגיל, שנות השכלה, ניסיון וידע של המועמדים בתחום של שילוב קהילתי.

5.5 מגבלות המחקר

קיימות מספר מגבלות במחקר המוצג. ראשית, נערכה דגימת נוחות שכללה אנשי צוות תומך במסגרות דיור קהילתי של אקים בלבד. לא נבחנו אנשי צוות במסגרות דיור קהילתי של מפעילים אחרים. על אף זאת, פיקוח של משרד הרווחה אמור לספק סטנדרט אחיד בכל הקשור לאופי השירות הכללי הניתן במסגרות דיור בניהול מפעילים אחרים, ומערכי הדיור שנבדקו הם מהגדולים בארץ ולכן צפויים לתת מדגם מייצג של העובדים בכלל המסגרות.

שנית, על אף שהשאלון שבחן את קידום השילוב הקהילתי נמצא מהימן, בפועל מדובר בשאלון חדש יחסית שנוסה לראשונה בישראל. שלישית, הבנת המשתתפים את נושא האבחנה הכפולה נבדקה טרם חלוקת השאלונים בכל מסגרת, אך כפי שעולה מממצאי המחקר- יתכן והנושא אינו מוכר דיו בקרב אנשי צוות התמיכה הישירה. על כן יתכן שנושאים הקשורים לצרכים הייחודיים של אנשים עם אבחנה כפולה לא קיבלו התייחסות בהתאם.

5.6 המלצות למחקרי המשך

במסגרת המחקר נבחן חלקו של הצוות התומך בלבד מבחינת עמדותיו ופעילותו לקידום השילוב הקהילתי, תוך הסתמכות על דיווח עצמי וללא בחינה של יישום השילוב בפועל. לצורך הבנה נרחבת של סוגיית השילוב הקהילתי והפחתת הסיכוי לאי הלימה בין הדיווחים למציאות השילוב בפועל, יש לבחון את היישום בפועל במחקר עתידי בתחום, תוך מתן מקום לביטוי משמעותי של נקודת המבט של הדיירים. מומלץ במחקר המשך מסוג זה, להרחיב את הבדיקה ולהתייחס לקידום השילוב הקהילתי על ידי אנשי הצוות כמשתנה אחד מבין משתנים נוספים העשויים להשפיע על יישום השילוב הקהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית. משתנה נוסף שיש להוסיף לבחון הוא מסגרות דיור אחרות כמעונות ומגורים עצמאיים

יותר בקהילה. בנוסף, המחקר הנוכחי איתר מספר חסמים בפני ביטוי של עמדות חיוביות כלפי שילוב קהילתי. במחקר המשך מומלץ לבדוק כיצד הסרת חסמים מבניים אלו, תשפיע על ביטוי והשפעתן של עמדות אלו, ועל יישום השילוב הקהילתי בפועל.

נוכח הקושי באיתור הבדלים בגישות התמיכה של אנשי הצוות כלפי שילוב קהילתי לפי מוגבלות שכלית או אבחנה כפולה במסגרת המחקר הנוכחי, יש לשים דגש מיוחד במחקר עתידי על בחינת השילוב בפועל של אנשים בעלי אבחנה כפולה.

5.7. הצגת המחקר

המחקר הוצג בתאריך 29.1.2013 על ידי החוקר במסגרת כנס שהתקיים כחלק מאירועי משחקי החורף של הספיישל אולימפיקס 2013 בפיונגציאנג, דרום קוריאה.

גורמים רלוונטיים להצגת תוצאות המחקר :

- האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית, משרד הרווחה והשירותים החברתיים :
 - מנהל השירות לדיור תומך.
 - מפקחת ארצית ניהול ידע, תורה והדרכה.
 - מנהל מחלקה לאבחון, השמה וקידום.
 - פיקוח דיור חוץ ביתי.
- מנהלי ועו"ס שירות לנכויות התפתחותיות ברשויות המקומיות.
- מנהלי עמותות, מערכי דיור ומסגרות לדיור קהילתי.
- עו"ס מסגרות ומערכי דיור קהילתי.
- אנשי מקצוע העוסקים במיון והכשרת צוות תומך.

בעת בה רשויות הרווחה מעודדות את המעבר לדיור קהילתי עבור אנשים בעלי מוגבלות שכלית משיקולים מקצועיים, ערכיים וכלכליים, יש לפתח את הדיון בנושא בתחומים שונים החיוניים להצלחתו של התהליך. ישנה משמעות מיוחדת להבנת הגורמים המשפיעים על נכונותם של נותני התמיכה הישירים לפעול לקידום שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית ככלל ושל אנשים עם אבחנה כפולה בפרט, מתוך הבנה כי אנשי הצוות התומך ממלאים תפקיד מפתח בהצלחת התהליך. חשוב לקדם מודל של שילוב קהילתי בו נותני התמיכה יודעים לזהות ולהתייחס לקולות ולצרכים הייחודיים של כל אדם, הניצבים בבסיס עקרונות ההכללה והשילוב הקהילתי.

לדיון מסוג זה צריכה להיות השפעה על נהלי עבודה בתחום המתפתח של דיור קהילתי עבור אנשים עם מוגבלות שכלית, על ההרכב האנושי של אנשי הצוות המטפל ועל הכשרה של אנשי צוות. על נושאים חשובים אלו למצוא ביטוי בתהליכי גיבוש מדיניות בנושא ובפרקטיקה המתפתחת של שירותים קהילתיים.

רשימת מקורות

אקים ירושלים, אתר הבית: מערך הדיור (ללא תאריך). אוחר ב- 15 למרץ, 2011 מ- <http://www.akim->

[jerusalem.org.il/menu/contentShow.php?item=3](http://www.akim-)

אקים ישראל, אתר הבית: סניף תל אביב-יפו (ללא תאריך). אוחר ב- 15 למרץ, 2011 מ-

<http://www.akim.org.il/%D7%AA%D7%9C%20%D7%90%D7%91%D7%99%D7%91%20-%D7%A4%D7%95>

בן נון, ש., נאון, ד., ברודסקי, ג., ומנדלר, ד. (2008). הזדקנות של אנשים בעלי פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/ או תעסוקה ממשד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. מאיירס- גיוינט- מכון ברוקדייל, ירושלים.

גורבטוב, ר., ובן משה, א. (2009). אנשים עם פיגור שכלי- סקירה סטטיסטית. משרד הרווחה- אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

חובב, מ., ועמינדב, ח. (2006). מדיניות הטיפול של משרד העבודה והרווחה באדם המפגר בעשור האחרון, והפעילות למעשה. בתוך חובב, מ., גיטלמן, פ. (עורכים), מבידול לשילוב- התמודדות עם מוגבלויות בקהילה (ע"מ 65-102), הוצאת כרמל.

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות. (1998). משרד המשפטים.

מדיניות, סטנדרטים, נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי. (2003). משרד הרווחה- האגף לטיפול באדם המפגר, השירות לטיפול בקהילה.

ניסים, ד., גורבטוב, ר. ובן שמחון, מ. (2010). חלק א'- אנשים עם פיגור שכלי. סקירת השירותים החברתיים- משרד הרווחה.

סטבסקי, מ. (2006). בעיות נפשיות והתנהגותיות על רקע של פיגור. בתוך חובב, מ., וגיטלמן, פ. (עורכים), מבידול לשילוב- התמודדות עם מוגבלויות בקהילה (ע"מ 179-186), הוצאת כרמל.

עמינדב, ח. (2008). ביצוע מדיניות האגף בנושא מגורים של אנשים עם פיגור שכלי במעונות של הדיור בקהילה. משרד הרווחה- האגף לטיפול באדם המפגר, הנהלת האגף.

עמינדב, ח., וניסים, ד. (2009). חלק ה': רצף שירותי מגורים לאנשים עם פיגור שכלי- מגמות ושינויים. בתוך סקירת השירותים החברתיים 2009. משרד הרווחה- אגף בכיר למחקר, תכנון והכשרה.

רופמן, ל. (2009). שינוי המושג "פיגור", כפי שהוא מצוי בשימוש על ידי האגף לטיפול באדם המפגר, והחלפתו במושג "אדם עם מוגבלות שכלית", המבטא את שפת זכויות האדם של אנשים עם מוגבלות- עמדת נציבות - יולי 2009. נציבות שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות- תחום שילוב בקהילה.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. (2002). *Mental Retardation: Definition, Classification and System of Supports 10th Edition*.

Basnett, I. (2001). Health care professionals and their attitudes toward and decisions affecting disabled people. In Albrecht, G.L., Seelman, K D., & Bury, M. (Eds.), *Handbook of Disability Studies* (pp. 450- 467). Sage publications: Cal.

Bhaumik, S., Tyrer, F C., Mcgrother, C., & Ganghadaran, S K. (2009). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (2), 986-995.

Bigby, C., Clement, T., Mansell, J. & J. Beadle-Brown. (2009). 'It's pretty hard with our ones, they can't talk, the more able bodied can participate': staff attitudes about the applicability of disability policies to people with severe and profound intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (4) 363–376.

53 (3), 189-199.

Bradshaw, J. (2001). Complexity of staff communication and reported level of understanding skills in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45 (3), 233-243.

Chaplin, R. (2009). New research into general psychiatric services for adults with intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (3), 189-199.

Clement, T., & Bigby, C. (2008). Breaking out of a distinct social space: reflections on supporting community participation for people with severe and profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 264- 275.

Convention on the Rights of Persons with Disabilities. (2006). Retrieved December 31, 2010 from <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

Costello, H., Bouras, N., & Davis, H. (2006). The role of training in improving community care staff awareness of mental health problems in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 228-235.

Devereux, J., Hastings, R. & Noone, S. (2009). Staff Stress and Burnout in Intellectual Disability Services: Work Stress Theory and its Application. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22 (6) 561–573.

Duvdevany, A. (2000). Attitudes of community-living staff toward the integration of persons with mental retardation in the community. *International Journal Rehabilitation*, 23 (4), 303-312.

Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (1), 51-58.

Hastings, R P. (1997). Staff beliefs about the challenging behavior of children and adults with mental retardation. *Clinical Psychology Review*, 17 (7), 775- 790.

Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Coolen-Schrijner, P., Cambridge, P., Tate, A., Beecham, J., Hallam, A., Knapp, M., & Wooff, D. (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (4), 285-295.

- Green, S B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate Behavioral Research*, 26 (3), 499-510.
- Hahn, H. (1991). Alternative views of empowerment: social services and civil rights. *The Journal of Rehabilitation*, 57.
- Henry, D., Keys, C., Jopp, D., & Balcazer, F. (1996). Community Living Attitudes Scale-Mental Retardation form: Development and Psychometric Properties. *Mental retardation*, 34 (3), 149-158.
- Henry, D., Keys, C., Jopp, D., & Balcazer, F. (1996). Attitudes of Community- Living Staff Members Toward Persons With Mental Retardation, Mental Illness, and Dual Diagnosis. *Mental retardation*, 34 (6), 367-379.
- Henry, D., Duvdevany, I., Keys, C., Balcazar, F., & Walsh, K. (2004) Attitudes of American and Israeli Staff toward People with Intellectual Disabilities. *Mental Retardation*, 42 (1), 26-36.
- Holden, B., & Gitlesen, P. (2003). Prevalence of psychiatric symptoms in adults with mental retardation and challenging behavior. *Research in Developmental Disabilities*, 24, 323- 332.
- Horner-Johnson, W., Keys, C., Henry, D., Yamaki, K., Oi, F, Watanabe, K., Shimada, H. & Fugjimura, I. Attitudes of Japanese students toward people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (5) 365-378. (2002).
- Jones, J., Oullette-Kuntz, H., Vilela, T., & Brown, H. (2008). Attitudes of community developmental services agency staff toward issues of inclusion for individuals with intellectual disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5 (4), 219-226.

Lunsky, Y., Bradley, E., Durbin J., Koegl, J., Canrinus, M., & Goering, P. (2006). The clinical profile and service needs of hospitalized adults with mental retardation and a psychiatric diagnosis. *Psychiatric Services*, 57 (1), 77-83.

Mansell, J. (2006). Deinstitutionalization and community living: Progress, problems and priorities. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 31 (2), 65-76.

Mansell, J., & Beadle-Brown, J. (2010). Deinstitutionalization and community living: position statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (2), 104-112.

Mansel, J., Beadle-Brown, J., Whelton, B., Beckett, C & Hutchinson, A. (2008). Effect of Service Structure and Organization on Staff Care Practices in Small Community Homes for People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 21, 398–413.

McConkey, R. (2006). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (3) 207-217.

McConkey, R. & S. Collins. (2009). Using personal goal setting to promote the social inclusion of people with intellectual disability living in supported accommodation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (2), 135–143.

McConkey, R., & Collins, S. (2010). The role of support staff in promoting the social inclusion of persons with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (8), 691-700.

Miller, S M., & Chan, F. (2008). Predictors of life satisfaction in individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (12), 1039-1047.

Morgan, V A., Leonard, H., Bourke, J., & Jablensky, A. (2008) Intellectual disability reoccurring with schizophrenia and other psychiatric illness: Population based study. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 364- 372.

Noonan Walsh, P., Emerson, E., Lobb, c., Hatton, c., Bradley ,V., Schalock, R L., & Moseley Y, C. (2010). Supported Accommodation for People With Intellectual Disabilities and Quality of Life: An Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 7 (2), 137–142.

Nota, L., Soresi, S., & Perry, J. (2006). Quality of life in adults with an intellectual disability: the Evaluation of Quality of Life Instrument. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (5), 371-385.

Oliver, M N I., Miller, T T. & Skillman, G D. (2005). Factors Influencing Direct-Care Paraprofessionals' Decisions to Initiate Mental Health Referrals for Adults with Mental Retardation. *Mental Retardation* 43 (2) 83–91.

Poindexter, A R. (2006). Diagnosis of depression in people with developmental disabilities: progress and problems. *International Review of Research in Mental Retardation*, 32, 261-281.

Puddicombe, J., & Lunskey, Y. (2007). Aggression and dual diagnosis: Implications for Ontario's developmental services. *Journal on Developmental Disabilities*, 13 (1), 191-196.

Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatton, C., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Linehan, C. (2001) Social Networks of People with Mental Retardation in Residential Settings. *Mental Retardation*, 39 (3), 201-214.

Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Elliott, J., McIntosh, B., Swift, P., Krinjen-Kemp, E., Towers, C., Romeo, R., Knapp, M., Sanderson, H., Routledge, M., Oakes, P. & T. Joyce. (2007). Person-centred planning: factors associated with successful outcomes for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (3) 232-243.

Robertson, J., Hatton, C., Felce, D., Meek, A., Carr, D., Knapp, M., Hallam, A., Emerson, E., Pinkney, L., Caesar & E., Lowe, K. (2005). Staff Stress and Morale in Community-Based Settings for People with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviour: A Brief Report. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (3) 271–277.

Schalock, R L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 203–216.

Smidt, A., Balandin, S., Reed, V., & Sigafos, J. (2006). A communication program for residential staff working with adults with challenging behavior pilot data on intervention effects. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 16-29.

Shogren, K A., Bradley, V J., Gomez, S C., Yeager, M H., Schalock, R L., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W H E., Coulter, D L., Craig, E M., Lachapelle, Y., Luckasson, R A., Reeve, A., Snell, M E., Spreat, S., Tassé, M J., Thompson, J R., Verdugo, M A., & Wehmeyer, M L. (2009). Public Policy and the Enhancement of Desired Outcomes for Persons with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (4), 307-319.

Stancliffe, R J., & Lakin, C K. (2007). Independent living. In Odom, S L., Horner, R H., Snell, M E., & Blacher, J. (Eds.), *Handbook of Developmental Disabilities* (pp. 429-448). Guilford press: NY.

Tervo, R.C., & Palmer, G. (2004). Health professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18 (8), 908-915.

Thorn, S H., Pittman, A., Myers, E R. & Slaughter, C. (2009). Increasing community integration and inclusion for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30 (2009) 891–901.

Totsika, V., Toogood, S., Hastings, R P., & Nash, S. (2008). Interactive training for active support: Perspectives from staff. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33 (3), 225-238.

Verdonschot, M M L., Witte, L P., Reicrath, E., Buntinx, W H E., & Curfs, L M G. (2009). Community participation of people with intellectual disability: a review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (4), 303-318.

Weiss, J A., Lunskey, Y., Gracey, C., Carrinus M. & Morris, S. (2008). Emergency Psychiatric Services for Individuals with Intellectual Disabilities: Caregivers' Perspectives. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 354–362.

Whitaker, S., & Read, S. (2006). The Prevalence of Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (4), 330-345.

Wolfensberger, W., & Tullman, S. (1982). A Brief Outline of the Principle of Normalization. *Rehabilitation Psychology*, 27 (3), 131-145.

Yazbeck, M., Mcvilly, K., & Parmenter, T R. (2004). *Attitudes Toward People with Intellectual Disabilities- an Australian Perspective*.

תפקידם של אנשי צוות תומך בשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית

במסגרת מחקר שמטרתו לבחון את תפקידם של אנשי צוות תומך במסגרות לדיור קהילתי בשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, אנו פונים אליך בבקשה למלא שאלון בנושא. השאלון כולל שאלות הנוגעות לעמדותייך וכן שאלות דמוגרפיות. משך מילוי השאלון- עד כעשרים דקות.

כל מידע אשר יתקבל במסגרת המחקר ישמש למטרות מחקר בלבד. בשאלון אין פרטים מזהים ועיבוד הנתונים יעשה באופן קבוצתי ולא אישי. סודיות תשובותיך מובטחת. נשמרת לך הזכות לא לענות על שאלות מסוימות, להפסיק את מילוי השאלון בכל עת או להימנע מהשתתפות במחקר. אנחנו מקווים שמחקר זה יתרום לרווחתם ולאיכות חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית בישראל.

בכל שאלה/ תגובה, ניתן לפנות לדותן סגל:

מייל- dotan.segal@huji.ac.il, טלפון- 050-6442572.

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

ד"ר שירלי ורנר, מנחה	דותן סגל
בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה	סטודנט לתואר שני
חברתית ע"ש פאול ברוואלד	בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה
האוניברסיטה העברית בירושלים	חברתית ע"ש פאול ברוואלד
	האוניברסיטה העברית בירושלים

אני מסכים להשתתף במחקר.

שם _____ חתימה _____

בשאלון זה מוגבלות שכלית הינה מצב קבוע של תפקוד אינטלקטואלי נמוך באופן משמעותי מן הממוצע (IQ פחות מ-70), עם פגיעה משמעותית לפחות ב-2 מתוך 10 תחומי הסתגלות: תקשורת, עזרה עצמית, חיי היום יום, בריאות ובטיחות, שימוש במשאבים קהילתיים, מיומנויות חברתיות, הכוונה עצמית, מיומנויות למידה, פנאי ותעסוקה. המוגבלות מקורה לפני גיל 18 שנים.

השאלון מיועד לגברים ולנשים כאחד על אף היותו מנוסח בלשון זכר.

חלק א': שאלות לגבי ממלא השאלון

1. מגדר: אישה גבר
2. שנת לידה: 19__
3. מספר שנות השכלה: _____
פירוט: _____
4. באיזו מסגרת את/ה עובד/ת כיום?
א. דירה (עד שישה דיירים) ב. בית משותף (עד 16 דיירים)
ג. הוסטל (מעל 16 דיירים) ד. אחר: _____
5. כמה זמן את/ה עובד/ת עם אנשים עם מוגבלות שכלית? _____
6. האם עברת הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי (קורס פורמאלי או הכשרה בלתי פורמאלית במקום העבודה)?
א. לא ב. כן פירוט: _____
7. באיזו מידה את/ה חש/ה כי ישנו פיקוח על המסגרת בה את/ה עובד/ת (של גורם חיצוני כגון משרד הרווחה, רווחה מקומית, גורם מפעיל או אחר)?
5 4 3 2 1
במידה מועטה במידה רבה
8. באיזו מידה את/ה מרגיש/ה כי יש לך ידע בנושא שילוב קהילתי?
5 4 3 2 1
במידה מועטה במידה רבה

חלק ב': עמדות כלפי חיים בקהילה של אנשים עם מוגבלות שכלית

בעמודים הבאים מופיעים משפטים ובהם דעות ועמדות כלפי אנשים עם מוגבלות שכלית. ישנן דעות רבות ושוונות בנושא. אנשים בדרך כלל מסכימים עם חלק מהמשפטים ולא יסכימו עם משפטים אחרים. אנו מעוניינים לדעת מה אתה אישית חושב על כל אחד מהמשפטים. אין תשובות נכונות או לא נכונות. כאן חשובה רק דעתך האישית.

משמאל לכל משפט יש שש אפשרויות בחירה:

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

יש לסמן בעיגול סביב המספר שמציין את האפשרות הקרובה ביותר למה שאת/ה מרגיש/ה ביחס למשפט. למשל, אם אתה מסכים מאוד עם המשפט, סמן (6), אם אתה לא בטוח אך נוטה להסכים, סמן (3).

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה לא להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
6	5	4	3	2	1	1. אנשים עם מוגבלות שכלית מאושרים יותר כשהם גרים ועובדים יחד עם אנשים כמותם
6	5	4	3	2	1	2. אנשים עם מוגבלות שכלית שמנסים לעזור אחד לשני, הם כמו "עיוורים המוליכים עיוורים"
6	5	4	3	2	1	3. לאנשים עם מוגבלות שכלית אין להרשות להתחתן ולהוליד ילדים
6	5	4	3	2	1	4. זה יהיה טיפשי מצדו של אדם להתחתן עם אדם עם מוגבלות שכלית
6	5	4	3	2	1	5. יש להבטיח שלאנשים עם מוגבלות שכלית תהיינה אותן זכויות כמו לכולם
6	5	4	3	2	1	6. אנשים עם מוגבלות שכלית לא רוצים לעבוד
6	5	4	3	2	1	7. אנשים עם מוגבלות שכלית זקוקים למישהו שיתכנן עבורם את הפעילות
6	5	4	3	2	1	8. אין לאפשר לאנשים עם מוגבלות שכלית להחזיק משרה ציבורית
6	5	4	3	2	1	9. על אנשים עם מוגבלות שכלית אין להטיל כל אחריות
6	5	4	3	2	1	10. אנשים עם מוגבלות שכלית יכולים להתארגן ולייצג את עצמם
6	5	4	3	2	1	11. לאנשים עם מוגבלות שכלית אין שאיפה להתקדם בעבודתם
6	5	4	3	2	1	12. לאנשים עם מוגבלות שכלית אין צורך לבחור בין פעילויות שהם יעשו במהלך היום
6	5	4	3	2	1	13. אסור להרשות לאנשים עם מוגבלות שכלית לנהוג
6	5	4	3	2	1	14. אנשים עם מוגבלות שכלית יכולים להיות אזרחים מועילים בחברה
6	5	4	3	2	1	15. לאנשים עם מוגבלות שכלית יש מטרות לחייהם כמו לכל האנשים

6	5	4	3	2	1	16. הייתי סומך על אדם עם מוגבלות שכלית שיהיה שמרטף לילדי
6	5	4	3	2	1	17. אנשים עם מוגבלות שכלית אינם יכולים לשלוט בחייהם כמו אנשים אחרים
6	5	4	3	2	1	18. לאנשים עם מוגבלות שכלית יכולים להיות קשרים אישיים קרובים כמו לאחרים
6	5	4	3	2	1	19. לא הייתי רוצה לגור בשכנות לאנשים עם מוגבלות שכלית
6	5	4	3	2	1	20. אנשים עם מוגבלות שכלית מוגבלים מדי מכדי להיות רגישים לצרכים ורגשות של אחרים
6	5	4	3	2	1	21. מפעלים מוגנים (מע"ש) לאנשים עם מוגבלות שכלית הם חיוניים
6	5	4	3	2	1	22. יש לעודד אנשים עם מוגבלות שכלית להילחם על חקיקה עבור עצמם
6	5	4	3	2	1	23. אנשים עם מוגבלות שכלית יכולים לספק את הייעוץ וההכוונה הטובים ביותר לאחרים הרוצים לעבור לדיור בקהילה
6	5	4	3	2	1	24. בהחלטות המשפיעות על חייו של אדם עם מוגבלות שכלית יש לתת משקל רב יותר לדעתו של האדם מאשר לדעתם של בני משפחתו או אנשי המקצוע בתחום
6	5	4	3	2	1	25. אנשים עם מוגבלות שכלית יכולים לתכנן פגישות וכנסים ללא עזרת אחרים
6	5	4	3	2	1	26. ניתן לסמוך על אנשים עם מוגבלות שכלית שיתנהלו עם כסף באופן אחראי
6	5	4	3	2	1	27. לאנשים אין מה לפחד מאנשים עם מוגבלות שכלית הגרים ועובדים בשכונתם
6	5	4	3	2	1	28. אנשים עם מוגבלות שכלית, בדרך כלל, צריכים להיות במסגרות מגורים אשר יש בהן עזרה ותמיכה של אנשי צוות
6	5	4	3	2	1	29. מרכזי עבודה מוגנים עבור אנשים עם מוגבלות שכלית הם חיוניים

6	5	4	3	2	1	30. הטיפול הטוב ביותר עבור אנשים עם מוגבלות שכלית הוא להיות חלק מהחיים הנורמטיביים בקהילה
6	5	4	3	2	1	31. רוב האנשים עם מוגבלות שכלית מעדיפים לעבוד במסגרת מוגנת אשר רגישה יותר לצורכיהם
6	5	4	3	2	1	32. ללא מידה מסוימת של השגחה ושליטה, אנשים עם מוגבלות שכלית יכולים להסתבך בצרות בקהילה
6	5	4	3	2	1	33. זכויות האדם עם מוגבלות שכלית חשובות יותר מאשר דאגת אנשי המקצוע לבעיותיהם
6	5	4	3	2	1	34. על מקומות הנותנים שירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית, לכלול אותם בהנהלה
6	5	4	3	2	1	35. הדרך הטובה ביותר להתמודד עם אנשים עם מוגבלות שכלית היא להחזיק אותם במוסדות
6	5	4	3	2	1	36. בתים ושירותים לאנשים עם מוגבלות שכלית צריכים להיות מחוץ לשכונות מגורים
6	5	4	3	2	1	37. הוצאה גבוהה על תכניות עבור אנשים עם מוגבלות שכלית היא בזבוז כספי מיסים
6	5	4	3	2	1	38. בתים ושירותים עבור אנשים עם מוגבלות שכלית מורידים את ערך השכונות בהן הם נמצאים
6	5	4	3	2	1	39. אנשי מקצוע אינם צריכים לקבל החלטות עבור אנשים עם מוגבלות שכלית, אלא אם הדבר נחוץ לחלוטין
6	5	4	3	2	1	40. אנשים עם מוגבלות שכלית הם מעמסה על החברה

חלק ג': שילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית

לפניך מופיעות מטלות הקשורות לעבודה עם אנשים עם מוגבלות שכלית. בבקשה סמן את מידת הקדימות שהנך נותן לכל אחת ממטלות אלו במקום עבודתך.

כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
5	4	3	2	1	1. שדיירים ילכו למכולת השכונתית
5	4	3	2	1	2. חיפוש קורסים לחינוך נוסף/ משלים עבור לדיירים
5	4	3	2	1	3. שדיירים יתקשרו או ישלחו הודעות כתובות לחבריהם
5	4	3	2	1	4. שדיירים יבקרו את בני משפחתם או שבני משפחתם יבקרו אותם
5	4	3	2	1	5. שדיירים ייסעו/ יצאו באזור המגורים שלהם באופן יותר עצמאי
5	4	3	2	1	6. שדיירים יכירו אתרים מקומיים בהם הם יכולים לפגוש חברים/ לפגוש אנשים חדשים (לדוגמה- בית כנסת, בנק, דואר)
5	4	3	2	1	7. חיפוש הזדמנויות התנדבות עבור דיירים
5	4	3	2	1	8. שדיירים ישפרו את המיומנויות החברתיות שלהם ויגדילו את מעגל החברים/ מכרים איפה שהם חיים (לדוגמה- שכנים)
5	4	3	2	1	9. סיוע במימוש בחירות דיירים לגבי מה הם יעשו במשך היום (לדוגמה עבודה, קורסי הכשרה, התנדבויות, השמות, פנאי)
5	4	3	2	1	10. חיפוש אפשרויות להשמות תעסוקתיות/ עבודה בתשלום עבור דיירים
5	4	3	2	1	11. יצירת אפשרויות התנדבות של ארגוני/ תכניות מתנדבים בתוך המסגרת (לדוגמה- חונכות אישית עבור דייר מסוים)
5	4	3	2	1	12. איסוף מידע לגבי הזדמנויות של דיירים להצטרף לפעילויות באזור בו הם גרים
5	4	3	2	1	13. זיהוי פעילויות שדיירים היו רוצים להצטרף אליהן באזור בו הם גרים
5	4	3	2	1	14. העלאת נושאים הקשורים במעורבות קהילתית בפגישות צוות/ שיחות הדרכה 'אחד על אחד'
5	4	3	2	1	15. עידוד מבקרים בבית/ מסגרת הדיור (לדוגמה משפחה, שכנים, מדריכי חוגים וסדנאות וכו')

5	4	3	2	1	16. עירוב משפחתך עם הדיירים שלך (לדוגמה הזמנתם לביתך)
5	4	3	2	1	17. סיוע לדיירים להשתלב בקבוצות/ שירותים לסגור עצמי
5	4	3	2	1	18. ארגון והשתתפות בוועדות דיירים/ קבוצות להשתתפות דיירים

חלק ד':

1. מהם שלושת התחומים החשובים ביותר בעבודתך מבחינת קידום שילובם של דיירים בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים?

2. מה להערכתך יסייע בקידום שילובם של דיירים בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים?

3. האם יש נושאים נוספים בעלי חשיבות, הקשורים לשילוב קהילתי של אנשים עם מוגבלות שכלית, שלהערכתך לא הופיעו בשאלון? אנא פרט:

תודה על שיתוף הפעולה!

תפקידם של אנשי צוות תומך בשילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה

במסגרת מחקר שמטרתו לבחון את תפקידם של אנשי צוות תומך במסגרות לדיור קהילתי בשילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה של מוגבלות שכלית והפרעה פסיכיאטרית או בעיה התנהגותית, אנו פונים אליך בבקשה למלא שאלון בנושא. השאלון כולל שאלות הנוגעות לעמדותיך וכן שאלות דמוגרפיות. משך מילוי השאלון- עד כעשרים דקות.

כל מידע אשר יתקבל במסגרת המחקר ישמש למטרות מחקר בלבד. בשאלון אין פרטים מזהים ועיבוד הנתונים יעשה באופן קבוצתי ולא אישי. סודיות תשובותיך מובטחת. נשמרת לך הזכות לא לענות על שאלות מסוימות, להפסיק את מילוי השאלון בכל עת או להימנע מהשתתפות במחקר. אנחנו מקווים שמחקר זה יתרום לרווחתם ולאיכות חייהם של אנשים עם מוגבלות שכלית בישראל.

בכל שאלה/ תגובה, ניתן לפנות לדותן סגל:

מייל- dotan.segal@huji.ac.il, טלפון- 050-6442572.

תודה רבה על שיתוף הפעולה!

ד"ר שירלי ורנר, מנחה
בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה
חברתית ע"ש פאול ברוואלד
האוניברסיטה העברית בירושלים

דותן סגל
סטודנט לתואר שני
בית הספר לעבודה סוציאלית ולרווחה
חברתית ע"ש פאול ברוואלד
האוניברסיטה העברית בירושלים

אני מסכים להשתתף במחקר.

חתימה

שם

בשאלון זה מוגבלות שכלית הינה מצב קבוע של תפקוד אינטלקטואלי נמוך באופן משמעותי מן הממוצע (IQ פחות מ-70), עם פגיעה משמעותית לפחות ב-2 מתוך 10 תחומי הסתגלות: תקשורת, עזרה עצמית, חיי היום יום, בריאות ובטיחות, שימוש במשאבים קהילתיים, מיומנויות חברתיות, הכוונה עצמית, מיומנויות למידה, פנאי ותעסוקה. המוגבלות מקורה לפני גיל 18 שנים.

אבחנה כפולה מתייחסת לשילוב של פיגור שכלי עם הפרעה פסיכיאטרית או בעיה התנהגותית. לדוגמה- אבחנה כפולה היא מצב בו לאדם יש מוגבלות שכלית וגם דיכאון, חרדה או פסיכוזה.

השאלון מיועד לגברים ולנשים כאחד על אף היותו מנוסח בלשון זכר.

אנא השב על כל השאלות.

חלק א': שאלות לגבי ממלא השאלון

1. מגדר: אישה גבר
2. שנת לידה: 19__
3. מספר שנות השכלה: _____
פירוט: _____
4. באיזו מסגרת את/ה עובד/ת כיום?
א. דירה (עד שישה דיירים) ב. בית משותף (עד 16 דיירים)
ג. הוסטל (מעל 16 דיירים) ד. אחר: _____
5. כמה זמן את/ה עובד/ת עם אנשים עם מוגבלות שכלית? _____
6. האם עברת הכשרה בעקרונות של שילוב קהילתי (קורס פורמאלי או הכשרה בלתי פורמאלית במקום העבודה)?
א. לא ב. כן פירוט: _____
7. באיזו מידה את/ה חש/ה כי ישנו פיקוח על המסגרת בה את/ה עובד/ת (של גורם חיצוני כגון משרד הרווחה, רווחה מקומית, גורם מפעיל או אחר)?

1	2	3	4	5
במידה מועטה		במידה רבה		
8. באיזו מידה את/ה מרגיש/ה כי יש לך ידע בנושא שילוב קהילתי?

1	2	3	4	5
במידה מועטה		במידה רבה		

חלק ב': עמדות כלפי חיים בקהילה של אנשים עם אבחנה כפולה

בעמודים הבאים מופיעים משפטים ובהם דעות ועמדות כלפי אנשים עם אבחנה כפולה. ישנן דעות רבות ושוונות בנושא. אנשים בדרך כלל מסכימים עם חלק מהמשפטים ועם חלקם פחות. אנו מעוניינים לדעת מה אתה אישית חושב על כל אחד מהמשפטים. אין תשובות נכונות או לא נכונות- כאן חשובה רק דעתך האישית.

משמאל לכל משפט יש שש אפשרויות בחירה :

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

יש לסמן עיגול סביב המספר שמציין את האפשרות הקרובה ביותר למה שאתה מרגיש ביחס למשפט. למשל, אם אתה מסכים מאוד עם המשפט, סמן (6), אם אתה לא בטוח אך נוטה להסכים, סמן (3).

מסכים מאוד	מסכים	לא בטוח אך נוטה להסכים	לא בטוח אך נוטה לא להסכים	לא מסכים	מאוד לא מסכים	
6	5	4	3	2	1	1. אנשים עם אבחנה כפולה מאושרים יותר כשהם גרים ועובדים יחד עם אנשים כמוהם
6	5	4	3	2	1	2. אנשים עם אבחנה כפולה שמנסים לעזור אחד לשני, הם כמו "עיוורים המוליכים עיוורים"
6	5	4	3	2	1	3. לאנשים עם אבחנה כפולה אין להרשות להתחתן ולהוליד ילדים
6	5	4	3	2	1	4. זה יהיה טיפשי מצדו של אדם להתחתן עם אדם עם אבחנה כפולה
6	5	4	3	2	1	5. יש להבטיח שלאנשים עם אבחנה כפולה תהיינה אותן זכויות כמו לכולם
6	5	4	3	2	1	6. אנשים עם אבחנה כפולה לא רוצים לעבוד
6	5	4	3	2	1	7. אנשים עם אבחנה כפולה זקוקים למישהו שיתכנן עבורם את הפעילות
6	5	4	3	2	1	8. אין לאפשר לאנשים עם אבחנה כפולה להחזיק משרה ציבורית
6	5	4	3	2	1	9. על אנשים עם אבחנה כפולה אסור להטיל אחריות
6	5	4	3	2	1	10. אנשים עם אבחנה כפולה יכולים להתארגן ולייצג את עצמם
6	5	4	3	2	1	11. לאנשים עם אבחנה כפולה אין שאיפה להתקדם בעבודתם

6	5	4	3	2	1	12. לאנשים עם אבחנה כפולה אין צורך לבחור בין פעילויות שהם יעשו כל יום
6	5	4	3	2	1	13. אסור להרשות לאנשים עם אבחנה כפולה לנהוג
6	5	4	3	2	1	14. אנשים עם אבחנה כפולה יכולים להיות אזרחים מועילים בחברה
6	5	4	3	2	1	15. לאנשים עם אבחנה כפולה יש מטרות לחייהם כמו לכל האנשים
6	5	4	3	2	1	16. הייתי סומך על אדם עם אבחנה כפולה שיהיה שמרטף לילדי
6	5	4	3	2	1	17. אנשים עם אבחנה כפולה אינם יכולים להתנסות בשליטה על חייהם כמו אנשים אחרים
6	5	4	3	2	1	18. לאנשים עם אבחנה כפולה יכולים להיות קשרים אישיים קרובים כמו לאחרים
6	5	4	3	2	1	19. לא הייתי רוצה לגור בשכנות לאנשים עם אבחנה כפולה
6	5	4	3	2	1	20. אנשים עם אבחנה כפולה מוגבלים מדי מכדי להיות רגישים לצרכים ורגשות של אחרים
6	5	4	3	2	1	21. מפעלים מוגנים (מע"ש) הם חיוניים לאנשים עם אבחנה כפולה
6	5	4	3	2	1	22. יש לעודד אנשים עם אבחנה כפולה להילחם על חקיקה עבור עצמם
6	5	4	3	2	1	23. אנשים עם אבחנה כפולה יכולים לספק את הייעוץ וההכוונה הטובים ביותר לאחרים הרוצים לעבור לדיור קהילתי
6	5	4	3	2	1	24. בהחלטות המשפיעות על חייו של אדם עם אבחנה כפולה יש לתת משקל רב יותר לדעתו של האדם מאשר לדעתם של בני משפחתו או אנשי המקצוע בתחום
6	5	4	3	2	1	25. אנשים עם אבחנה כפולה יכולים לתכנן פגישות וכנסים ללא עזרת אחרים

6	5	4	3	2	1	26. ניתן לסמוך על אנשים עם אבחנה כפולה שיתנהלו עם כסף באופן אחראי
6	5	4	3	2	1	27. לאנשים אין מה לפחד מאנשים עם אבחנה כפולה הגרים ועובדים בשכונתם
6	5	4	3	2	1	28. אנשים עם אבחנה כפולה, בדרך כלל, צריכים להיות במסגרות מגורים אשר יש בהן עזרה ותמיכה של אנשי צוות
6	5	4	3	2	1	29. אנשים עם אבחנה כפולה צריכים לחיות במסגרות מוגנות בשל הסכנות הכרוכות בחיים בקהילה
6	5	4	3	2	1	30. הטיפול הטוב ביותר עבור אנשים עם אבחנה כפולה הוא להיות חלק מהחיים הנורמטיביים בקהילה
6	5	4	3	2	1	31. רוב האנשים עם אבחנה כפולה מעדיפים לעבוד במסגרת מוגנת אשר רגישה יותר לצורכיהם
6	5	4	3	2	1	32. ללא מידה מסוימת של השגחה ושליטה, אנשים עם אבחנה כפולה יכולים להסתבך בצרות בקהילה
6	5	4	3	2	1	33. זכויות האדם עם אבחנה כפולה חשובות יותר מאשר דאגת אנשי המקצוע לבעיותיהם
6	5	4	3	2	1	34. על מקומות הנותנים שירותים לאנשים עם אבחנה כפולה, לכלול אותם בהנהלה
6	5	4	3	2	1	35. הדרך הטובה ביותר להתמודד עם אנשים עם אבחנה כפולה היא להחזיק אותם במוסדות
6	5	4	3	2	1	36. בתים ושירותים לאנשים עם אבחנה כפולה צריכים להיות מחוץ לשכונות מגורים
6	5	4	3	2	1	37. הוצאה גבוהה על תכניות עבור אנשים עם אבחנה כפולה היא בזבוז כספי מיסים
6	5	4	3	2	1	38. בתים ושירותים עבור אנשים עם אבחנה כפולה מורידים את ערך השכונות בהן הם נמצאים

6	5	4	3	2	1	39. אנשי מקצוע אינם צריכים לקבל החלטות עבור אנשים עם אבחנה כפולה, אלא אם הדבר נחוץ לחלוטין
6	5	4	3	2	1	40. אנשים עם אבחנה כפולה הם מעמסה על החברה

חלק ג': שילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה

לפניך מופיעות מטלות הקשורות לעבודתך עם אנשים עם אבחנה כפולה. בבקשה סמן עד כמה אתה מקדם כל אחת ממטלות אלו במסגרת עבודתך כמדריך בהקשר לדיירים עם אבחנה כפולה.

כלל לא	במידה מועטה	במידה בינונית	במידה רבה	במידה רבה מאוד	
1	2	3	4	5	1. שדיירים ילכו למכולת השכונתית
1	2	3	4	5	2. חיפוש קורסים לחינוך נוסף/ משלים עבור דיירים
1	2	3	4	5	3. שדיירים יתקשרו או ישלחו הודעות כתובות לחבריהם
1	2	3	4	5	4. שדיירים יבקרו את בני משפחתם או שבני משפחתם יבקרו אותם
1	2	3	4	5	5. שדיירים ייסעו/ יצאו באזור המגורים שלהם באופן יותר עצמאי
1	2	3	4	5	6. שדיירים יכירו אתרים מקומיים בהם הם יכולים לפגוש חברים/ לפגוש אנשים חדשים (לדוגמה- בית כנסת, בנק, דואר)
1	2	3	4	5	7. חיפוש הזדמנויות התנדבות עבור דיירים
1	2	3	4	5	8. שדיירים ישפרו את המיומנויות החברתיות שלהם ויגדילו את מעגל החברים/ מכרים איפה שהם חיים (לדוגמה- שכנים)
1	2	3	4	5	9. סיוע במימוש בחירות דיירים לגבי מה הם יעשו במשך היום (לדוגמה עבודה, קורסי הכשרה, התנדבויות, השמות, פנאי)
1	2	3	4	5	10. חיפוש אפשרויות להשמה תעסוקתית/ עבודה בתשלום עבור דיירים
1	2	3	4	5	11. יצירת אפשרויות התנדבות של ארגוני/ תכניות מתנדבים בתוך המסגרת (לדוגמה- חונכות אישית עבור דייר מסוים)

5	4	3	2	1	12. איסוף מידע לגבי הזדמנויות של דיירים להצטרף לפעילויות באזור בו הם גרים
5	4	3	2	1	13. זיהוי פעילויות שדיירים היו רוצים להצטרף אליהן באזור בו הם גרים
5	4	3	2	1	14. העלאת נושאים הקשורים במעורבות קהילתית בפגישות צוות/ שיחות הדרכה 'אחד על אחד'
5	4	3	2	1	15. עידוד מבקרים בבית/ מסגרת הדיור (לדוגמה משפחה, שכנים, מדריכי חוגים וסדנאות וכו')
5	4	3	2	1	16. עירוב משפחתך עם הדיירים שלך (לדוגמה הזמנתם לביתך)
5	4	3	2	1	17. סיוע לדיירים להשתלב בקבוצות/ שירותים לסגור עצמי
5	4	3	2	1	18. ארגון והשתתפות בוועדות דיירים/ קבוצות להשתתפות דיירים

חלק ד':

4. מהם שלושת התחומים החשובים ביותר בעבודתך מבחינת קידום שילובם של דיירים עם אבחנה כפולה בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים?

5. מה להערכתך יסייע בקידום שילובם של דיירים עם אבחנה כפולה בפעילויות ומפגשים עם אנשים בקהילה בה הם חיים?

6. האם יש נושאים נוספים בעלי חשיבות, הקשורים לשילוב קהילתי של אנשים עם אבחנה כפולה, שלהערכתך לא הופיעו בשאלון? אנא פרט:

תודה על שיתוף הפעולה!

Abstract

Background

In September 2012, the State of Israel ratified the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006), which requires implementing active measurements to promote the rights of persons with disabilities for equality and social inclusion. Adopting the convention expresses the attitude change regarding the rights of persons with disabilities within society, with the understanding that their quality of life will be positively influenced by the process of inclusion and integration. As part of this process, government policy promotes community inclusion for persons with intellectual disabilities and emphasizes their right to live in a community residential setting. Support staff provides assistance and leads the many aspects of the inclusion process in close cooperation with persons with intellectual disabilities and their families. In addition, persons with dual diagnosis of intellectual disability and behavioral problems or psychiatric problems have additional unique needs which make the social inclusion process more complex and challenging.

Various studies have dealt with staff attitudes towards social inclusion, however little attention has been given to the connection between these attitudes to actually carrying out activities promoting social inclusion. Moreover, the issue of dual diagnosis as compared with intellectual disabilities has not been examined in regard to carrying out actual activity promoting social inclusion. There are a number of additional demographic and occupational variables which influence the extent to which persons with intellectual disability successfully achieve social inclusion.

The aim of this research was to examine which variables correlate with carrying out activities promoting social inclusion by support staff in community based residential settings. The study examined the effect of staff attitudes towards social inclusion, and demographic

and occupational variables, on carrying out activity promoting social inclusion. Demographic variables included gender, age and level of education. Occupational variables included the size of the residential setting, training and knowledge about principles of social inclusion and the perceived level of supervision. The existence of dual diagnosis among tenants living in the different settings was an additional and central variable examined in regards to the extent of activity promoting social inclusion being carried out by staff members.

Research hypothesis

The central hypothesis of the research was that there will be a positive correlation between staff attitudes towards social inclusion, and the implementation of actual activity promoting social inclusion. Staff members with more positive attitudes towards social inclusion were thus expected to carry out more social inclusion tasks. Another central hypothesis was that a difference will be found in staff attitudes towards social inclusion and the extent of the promotion of social inclusion activities regarding persons with dual diagnosis. Attitudes towards social inclusion of persons with intellectual disabilities were expected to be more positive than attitudes towards persons with dual diagnosis, and lower extent of activities promoting social inclusion was expected to be found regarding to persons with dual diagnosis. Other secondary hypotheses of the research dealt with the correlation between demographic and occupational variables, and carrying out activities promoting social inclusion.

Method

The research included a broad based survey among 107 staff members involved in the direct support of persons with intellectual disability and dual diagnosis within community based residential settings. The survey was carried out using self-evaluation questionnaires in two different versions. Convenience samples were taken from main residential settings run by AKIM (National Association for the Habilitation of Children and Adults with Intellectual

Disabilities) in the larger cities in Israel. AKIM was chosen for this research as the organization operates according to the guidelines and under the supervision of the department for services for persons with intellectual disabilities of the Ministry of Social Welfare. In addition AKIM is one of the largest providers of community based residential settings, providing facilities for the entire range of residential possibilities which was found. It should be noted that the researcher works within the framework of the residential settings of AKIM in the Tel Aviv-Jaffa area and therefore has direct access to the target research population. Half of the participants in the survey responded to a version of the questionnaire relating to persons with intellectual disabilities and the other half to a second version relating to persons with dual diagnosis. The two versions were similar except that the term “intellectual disabilities” in the first version was replaced with the term “dual diagnosis” in the second version.

The questionnaire comprised of four parts.

- The first part refers to the demographic and occupational variables of the participants.
- The second part relates to the participants attitudes towards social inclusion of persons with intellectual disabilities and dual diagnosis as measured using an attitude scale presenting four measures relating to the subjects of Empowerment, Exclusion, Sheltering and Similarity.
- The third part examined the priority given to carrying out social inclusion activities.
- The fourth part used open ended questions, allowing participants to relate to various issues connected to social inclusion.

According to an initial evaluation it was found that in all the residential settings, residents with intellectual disabilities lived together with residents with dual diagnosis of intellectual disability and behavioral or psychiatric problems, therefore the assumption was that all staff members were acquainted with both populations.

Results

The central hypothesis of the research which claimed that there would be more positive attitudes and more activity promoting social inclusion for persons with intellectual disabilities as compared to persons with dual diagnosis was not confirmed. No significant difference was found between the two groups.

Measurement revealed positive attitudes regarding social inclusion among staff on the scales of Empowerment, Exclusion, and Similarity. Less positive attitudes were found on the Sheltering scale meaning that staff members tend to adopt the attitude that persons with intellectual disabilities require a high level of protection against the dangers inherent in living in the community. As opposed to the research hypothesis, no correlation was found between positive attitudes and activities promoting social inclusion carried out by staff, and in fact only on the Similarity scale was there a negative correlation with activities promoting social inclusion being carried out.

Two central types of activity promoting social inclusion were identified. The first group of activities focused on the residents and related to staff members providing relatively simple support in the social inclusion activity which the resident had to carry out directly. The second group of activities focused on the staff, and was characterized by a more complicated activity requiring more initiative and involvement by the staff member in order to promote the social inclusion of the residents. Social inclusion activity by the staff was average to high, with a clear inclination to carry out less of the complicated staff oriented activity. In addition, the research results show that the size of the residential settings, knowledge about principles of social inclusion and the Similarity scale, predict a 20% variance in resident focused activity. Variables of age and subjective knowledge of social inclusion were found to predict a 36% variance in implementing staff focused activities.

Discussion

The research findings indicate that in order to improve the chances of social inclusion for people with intellectual disabilities living in community based settings through support staff, it is necessary to act on a number of levels. Firstly, a clear and standard definition regarding the principles of social inclusion and the manner of implementing these by all of the various participants is required. Secondly, there is a need to promote short and focused training programs for direct support staff, focusing on the principles of social inclusion and the manner of its implementation, as well as identifying the needs of persons with dual diagnosis and developing customized programs for them in community settings. These training programs need to deal with the inbuilt conflict surrounding community based settings between the values of self-determination of the residents and the need to guarantee their safety and security. Moreover, training programs need to be instituted in large residential settings where the extent of social inclusion is relatively low. In addition there is a need to promote policy and practices which support smaller and more individualized community residential settings.

Expression of positive attitudes regarding social inclusion on the part of the staff should be encouraged and there is a need for more intensive involvement on the part of the supervisors and administrators of the settings in facilitating the process of social inclusion. Furthermore, there is a need to develop additional research around the issue of social inclusion of persons with dual diagnosis.

Promotion of social inclusion of persons with intellectual disability and dual diagnosis by support staff

Dotan Segal

Supervised by : Dr. Shirli Werner

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of
The Requirements for the Degree of
Master of Social Work

The Hebrew University of Jerusalem
The Paul Baerwald School of Social Work and Social Welfare



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

2013

קרן שלם/594/2013