

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



## הקשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת אצל אנשים עם פיגור שכלי

### האלה (עבאס) אבו עיד בהנחיית: ד"ר אילנה דובדבני

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות  
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"  
אוניברסיטת חיפה, הפקולטה למדעי רווחה ובריאות  
ביה"ס לעבודה סוציאלית



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

2010

קרן שלם/571/2010

תמיד ידעת למצוא בי עוד קצת אור שממני נעלם  
נקודה טובה ועוד נקודה טובה  
ועוד מעט ואין רשע  
התבוננת על מקומו  
ואיננו

הן תמיד השכלת לשמוע את השיר שלנו שכמעט נדם  
נקודה טובה ועוד נקודה טובה  
ועוד מעט והנה הוא בא  
התבוננת על מקומו  
והנה הוא איננו

אחות קטנה  
עלי בכי אמונה  
חכי עוד רגע עוד מעט  
הנה הוא בא מנחמך  
היטהרי השמיעי קולך  
פקחי עינייך לאט

(שולי רנד ואהוד בנאי)

לחברתי היקרה ד"ר יעל וקנין זיכרונה לברכה אשר תמיד האמינה בי, ליוותה ועודדה אותי  
בהתחלת הדרך ונשמתה תמשיך ללוות אותי לעד.

לאישי, וילדי, יאמן, יארא ודימה, אשר הצליחו ללמוד את המשמעות של ההקרבה, למען יושלם  
המחקר.

## הכרת תודה

ברצוני להתחיל ולהודות לד"ר אילנה דוברבני אשר הנחתה אותי בכתיבת עבודה זו, בדרכה הנעימה והמקצועית, וביחסה החם והאכפתי לאורך כל הדרך.

תודה מיוחדת לנחקרים אשר הסכימו להקדיש לי מזמנם, ולשתף אותי בתחושותיהם ומחשבותיהם, על זה שהפכו את מלאכת ביצוע המחקר לחוויה מיוחדת במינה.

בנוסף אני מבקשת להביע את הערכתי ותודתי לכל אנשי המקצוע במסגרות הדיור שהשתתפו במחקר: נווה כנרת, נווה מנשה, עתידות, רמת טבריה, כפר תקווה, אקיי"ם חיפה, הוסטל עכו, מערכי דיור עפולה, אקיי"ם צפת, אשכר, נופרים ונופים, על שהקדישו זמן ומאמץ עבורי.

כמו כן, ברצוני להודות לקרן של"ם לפיתוח השירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות, על תמיכתם, ועל המלגה אשר הקצו עבור ביצוע המחקר.

תודה חמה להנהלת האגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי - ד"ר חיה עמינדב, מר נחום עידו וד"ר דליה ניסים על תמיכתם ועזרתם.

לכל חברותי, על תמיכתם הרגשית והאינסטרומנטלית לכל אורך הדרך.

ולבסוף, אבקש להודות בכבוד והערכה רבה להורי אשר נטעו בי את הרצון ללמידה והתמדה.

**תודה**

## תוכן עניינים

5	תקציר
8	מבוא
10	סקירת ספרות
10	פרק א' - רקע כללי
12	פרק ב' - זיקנה ופיגור שכלי
18	פרק ג' - אקלים חברתי
22	שיטת המחקר
29	ממצאים
44	דיון
58	ביבליוגרפיה
67	נספחים
77	תקציר באנגלית

## תקציר

### מטרת המחקר

הזדקנות מוצלחת הינה אתגר שעל האדם והחברה ללמוד ולתכנן. בשנים האחרונות נחקר אתגר זה מכיוונים שונים אך טרם נחקרה השפעת תפיסת האקלים החברתי על הזדקנותם של אנשים עם פיגור שכלי (Baltes & Baltes, 1990). הסביבה הפסיכו סוציאלית המיידית שבה המזדקן חי בתוך מסגרת, היא אחד האספקטים החשובים, אם לא האספקט המכריע בתהליך הטיפול והקידום של אנשים עם פיגור אשר חיים במסגרות דיור. קיימת חשיבות רבה לסביבה מאפשרת ותומכת על תהליך הסתגלותו של האדם לאתגרים של החיים. האקלים החברתי נחשב לנושא מפתח כאשר מדברים על אספקטים טיפוליים (Moos, 1996), אי לכך, מטרת המחקר הנוכחי, להסביר את אופי ההזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי הדרים במסגרות דיור לאור תפיסתם את האקלים החברתי במסגרות אלו.

הנתונים שסופקו במחקר זה יכולים לשרת כמידע לפיתוח שירותים הולמים לאנשים עם נכות שכלית, ומספקים בסיס להשוואה בין אנשים הדרים בדיור מוסדי ודיור קהילתי במימדי ההזדקנות המוצלחת. בנוסף עשויים להעלות את מודעותם של קובעי מדיניות ואנשי מקצוע לאספקטים סובייקטיביים בחייהם של מזדקנים עם פיגור אשר יתרמו לפיתוח של תפיסה מקצועית חדשה.

### תמצית המסגרת התיאורטית וההשערות

בשנים האחרונות, יותר ויותר חוקרים התמקדו בהזדקנות מוצלחת וניסו להגדיר אותה (Rowe & Kahn, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Vaillant & Vaillant, 1990; Wong & Watt, 1991). לפי בלטס (Baltes & Baltes, 1990) הזדקנות מוצלחת היא "תהליך פסיכולוגי חברתי מתמשך של הסתגלות ושל גמישות בהתנהגות: היכולת לעצב מחדש את התפקוד, את התפיסה ואת ההתנהגות לנוכח האתגרים וההשפעות הגופניות, החברתיות והתרבותיות, והיכולת להשיג את מרב הרווחים ולמזער את ההפסדים. לשם תפקוד טוב שיאפשר את כל אלה זקוקים הזקנים למקורות חברתיים, חומריים, פסיכולוגיים ותרבותיים" (עמ' 27).

בעבודה זו יבחן מושג הזדקנות מוצלחת על-פי המודל של רו וקהאן (Rowe & Kahn, 1987). חוקרים אלו הציעו מודל של הזדקנות מוצלחת, אשר מבוסס על השילוב בין שלושה גורמים: **בריאות, תפקוד, ועניין מלא בחיי היום יום**. השילוב והמפגש בין שלושת הגורמים מביאים לזיקנה מוצלחת.

המושג אקלים חברתי פותח על ידי החוקרים מוס והאוטס (Moos & Houts, 1968). הם טענו כי למושג זה קיימת השפעה חשובה על התנהגות הדיירים והצוות במוסדות. בנוסף טענו כי ההתנהגות מושפעת מכוחות סביבתיים ומצביים במידה רבה. אופי הסביבה החברתית הנקרא "אקלים חברתי", מושג אשר הוגדר כתוצר של מערכות לחצים דו כיוונית. מצד אחד לחצי הסביבה הפועלים על הפרט ומצד שני הלחצים שמפעיל הפרט על הסביבה. מוס (Moos, 1996) הגדיר שלושה מימדים סובייקטיביים בסיסים בתפיסת הדייר את האקלים החברתי: מימד היחסים, מימד ההתפתחות האישית, ומימד שימור המערכת.

אין ספק כי לסביבה יש השפעה על איכות חייהם של אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי, לפיכך, ישנה חשיבות רבה בהבנת ההשפעה של תפיסה חיובית לאקלים החברתי על תהליך ההזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי, וכיוצא מזה על איכות חייהם. לפיכך נשאלת השאלה האם יש קשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. לאור זאת, מטרת מחקר זה הינה לבדוק האם קיים קשר בין תפיסת האקלים החברתי על ידי אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי לבין הזדקנותם המוצלחת ככלל, ולכל מדד ממדדי ההזדקנות המוצלחת בפרט.

### **בהסתמך על סקירת הספרות, נגזרו ההשערות הבאות:**

1. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי לבין מצבו הבריאותי, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך יתפוס את מצבו הבריאותי כטוב יותר.
2. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין רמת תפקודו, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך רמת תפקודו תהא גבוהה יותר.
3. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין מצבו הרגשי, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך מצבו הרגשי יהיה טוב יותר.
4. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין תחושת שייכות חברתית וקהילתית, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך הוא ירגיש שייכות חברתית וקהילתית רבה יותר.
5. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין הזדקנות מוצלחת, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך תהא זקנתו מוצלחת יותר.
6. יימצאו הבדלים במימדי ההזדקנות המוצלחת בין הדיירים הגרים במעונות פנימייה לבין הדיירים הגרים בדיור קהילתי, כך שמימדי ההזדקנות המוצלחת אצל דיירים המתגוררים בדיור קהילתי יהיו יותר טובים מאלו אצל הדיירים המתגוררים בדיור מעוני.

## שיטת המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה בסך הכל 101 נחקרים, אשר אובחנו כבעלי פיגור שכלי ומוכרים לשירות למען האדם המפגר. הנחקרים שהשתפו במחקר מתגוררים ב-12 מסגרות דיור מוסדי וקהילתי באיזור הצפון. הנחקרים נבחרו לפי הקריטריונים הבאים: 1. דוברי עברית, וורבליים במידה שתאפשר להם להתראיין לצורכי המחקר. 2. גרים לפחות שלושה חודשים במסגרת. 3. גילם מעל 50. לצורך בחינת השערות המחקר נעשה שימוש בכלי המחקר הבאים: 1. שאלון נתונים אישיים ודמוגרפים. 2. שאלון הערכת תפקודי חיים (SELF): שכולל שאלון תפקוד ושאלון מצב רגשי המורכב משני סולמות: סולם דימוי עצמי וסולם מצב נפשי. 3. שאלון מצב בריאות (דיווח עצמי) 4. שאלון שייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית: מתוך שאלון איכות חיים שחובר ע"י שאלוק וקית' (Schalock & Keith, 1993). 5. שאלון תפיסת אקלים חברתי: Community Oriented Programs (Moos, 1996). COPES- Environment Scale

## ממצאים עיקריים

הניסיון להסביר את ההזדקנות המוצלחת של בעלי פיגור באמצעות תפיסתם את האקלים החברתי במסגרת מגוריהם, העלה ממצאים חלקיים. מן הניתוחים עלה כי קיימים ממצאים עיקריים בשלושה מקרים. את הדימוי העצמי מסבירים תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (הראשון תורם יותר), את תחושת השייכות מסבירים תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר), ואת מכלול ההזדקנות המוצלחת, המבוסס על שקלולם של כל מדדיו, מסבירים גם כן תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר). בשני מקרים, התברר כי ישנו קשר ספציפי בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד ומכלול ההזדקנות המוצלחת, אך קשר זה מתווך על ידי סוג הדיור.

## מסקנות מדעיות ויישומיות

ממצאי מחקר זה עלולים לתרום רבות להבנתנו את הדרך שבה תפיסתם של אוכלוסיית האנשים עם הנכות השכלית את האקלים החברתי בסביבת מגוריהם משפיעה על הזדקנותם, דבר שעשוי לסייע בתכנון ושיפור של שירותים על מנת שיתאימו לצרכיהם, וכתוצאה יביאו לשיפור באיכות חייהם.

ממצאים אלו מחייבים את קובעי המדיניות, ואנשי המקצוע לזום תוכניות התערבות אשר שמות דגש על שיפור התפיסה של האדם עם הפיגור את סביבתו החברתית על ידי לימוד מיומנויות של סגור עצמי שיעזרו לאנשים אלו לתרגל החלטה עצמית ולקחת חלק במה שמתרחש בסביבתם. בנוסף יש צורך בתוכניות התערבות אשר מחזקות את הערכים של עזרה הדדית ואחריות, ותוכניות אשר מפתחות יוזמה, ביטחון עצמי, ועצמאות. התוכניות צריכות להיות מיועדות הן לאנשי הצוות המטפל והן לאוכלוסייה עצמה

## מבוא

הזדקנות מוצלחת הינה אתגר שעל האדם והחברה ללמוד ולתכנן. בשנים האחרונות נחקר אתגר זה מכיוונים שונים אך טרם נחקרה השפעת תפיסת האקלים החברתי על הזדקנותם של אנשים עם פיגור שכלי (Baltes & Baltes, 1990). הסביבה הפסיכו סוציאלית המיידית שבה המזדקן חי בתוך מסגרת, היא אחד האספקטים החשובים, אם לא האספקט המכריע בתהליך הטיפול והקידום של אנשים עם פיגור אשר חיים במסגרות דיור. קיימת חשיבות רבה לסביבה מאפשרת ותומכת על תהליך הסתגלותו של האדם לאתגרים של החיים. האקלים החברתי נחשב לנושא מפתח כאשר מדברים על אספקטים טיפוליים (Moos, 1996), אי לכך, מטרת המחקר הנוכחי, לבדוק את הקשר בין תפיסת אקלים חברתי להזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי.

אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי הינה קבוצת אוכלוסייה שהייתה עד לפני כ- 50 שנים, בלתי נראית לעין. כיום יותר ויותר מהם מגיעים לגיל זיקנה ותוחלת החיים שלהם מתקרבת לזו של האוכלוסייה הכללית, בין היתר, כתוצאה מהשיפורים בשירותים הרפואיים ובסגנון החיים. ממוצע הגיל של אנשים עם פיגור שכלי בעולם. בשנת 1931 היה 22 שנים, והוא עלה ל- 59 שנים בשנת 76 ול- 66.1 בשנת 93. (Janicki, Dalton, Henderson & Davidson, 1999).

גם בישראל, תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי עלתה בשנים האחרונות, כך שבשנת 2001 40% מ- 6370 אנשים עם פיגור הגרים במרכזי טיפול בישראל היו מעל גיל 40, ו- 4.9% היו מעל גיל 60 (Lifshitz & Merrick, 2004). בשנת 2004 היו כ- 3,700 אנשים בני ארבעים ומעלה עם פיגור המוכרים למשרד הרווחה, ומקבלים שירותי דיור, פנאי ותעסוקה במסגרות השונות. מתוכם 2,595 אנשים מתגוררים במעונות; 607 אנשים מתגוררים בדיור קהילתי מוגן; והיתר, 529, אנשים מתגוררים עם משפחתם ומועסקים במסגרת תעסוקה מוגנת (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008).

בשנים האחרונות, בעקבות השינוי שהתרחש במספרם של מזדקנים עם פיגור שכלי, התעורר צורך בעולם, בלמידת הצרכים המתלווים לתהליך ההזדקנות של קבוצת אוכלוסייה זו. כך ההתייחסות אליהם מבחינה מחקרית הולכת וגדלה, ויש עניין רב יותר בחיפוש דרכים להזדקנות בריאה ומוצלחת, זאת על מנת לתת לקובעי המדיניות כיוונים אפשריים לפיתוח שירותים ומענים מתאימים לאוכלוסייה זו.



בישראל עלתה המודעות לתהליך ההזדקנות של אנשים עם פיגור במהלך עשר השנים האחרונות, וכך החל להתפתח מחקר להערכת הצרכים המשתנים עם הגיל, מתוך מטרה לשפר שירותים קיימים, ולהקים מענים ייחודיים לאוכלוסייה זו. עם זאת, חשוב לציין שמהלך משמעותי זה מצוי עדיין בהתחלת הדרך.

האגף לטיפול באדם המפגר בישראל מקפיד בשנים אחרונות על יישום עיקרון השילוב של אנשים עם פיגור שכלי בקהילה, ופחות להשים במוסדות. מגמה זו יצרה מצב שבו יותר ויותר אנשים עם פיגור שכלי מתגוררים בסביבתם הטבעית. עם זאת, חלקם הגדול של אוכלוסייה זו מתגורר עדיין במוסדות. (ליפשיץ, 1997; רייטר, 1999).

המודלים לדיור חוץ ביתי הקיימים היום בארץ נבדלים זה מזה במספר ובמאפייני הדיירים הגרים בהם, בגורם המפעיל (הבעלים), וברמת הפיקוח וההשגחה שהם מספקים. אפשר למקם צורות דיור אלו על גבי רצף או טווח של שירותים לפי כמות השירותים וההשגחה שהמסגרת מספקת, ולפי מידת חופש הבחירה והאוטונומיה שהיא מאפשרת לדייריה בחיי היום-יום. על הרצף בקצה האחד, נמצא המוסד או המעון שהוא מסגרת מגורים המספקת כמות גדולה של שירותים והשגחה. בקצה השני של הרצף נמצאת הדירה העצמאית שבה המתגוררים מקבלים מספר קטן של שעות הדרכה לניהול משק בית ולנושאים אחרים עפ"י הצורך. ביניהם נמצאת צורת המגורים של ההוסטל.

המושג זיקנה מוצלחת הפך להיות מושג מאוד משמעותי במחקר הגרונטולוגי בשנים האחרונות. גם בתחום של פיגור שכלי חשיבותו של הנושא הולכת וגוברת עם העלייה בתוחלת החיים ובמספר האנשים המגיעים לגיל חמישים ומעלה נמצא, כי קיים קשר בין הגורמים הסביבתיים לבריאות, תפקוד ותוחלת חיים (Benet, 2002).

לאקלים החברתי אשר הוגדר על ידי מוס והאווטס (Moos & Houts, 1968) כאופי הסביבה החברתית קיימת השפעה חשובה על התנהגות הדרים במוסדות. התנהגותם מושפעת מכוחות סביבתיים ומצביים במידה רבה. אופי הסביבה החברתית הינו תוצר של מערכות לחצים דו כיוונית. מצד אחד לחצי הסביבה הפועלים על הפרט ומצד שני הלחצים שמפעיל הפרט על הסביבה. מוס (Moos, 1996) הגדיר שלושה מימדים סובייקטיביים בסיסים בתפיסת הדייר את האקלים החברתי: מימד היחסים, מימד ההתפתחות האישית, ומימד שימור המערכת. לדרך שבה הדייר תופס מימדים אלו קיימת השפעה על איכות חייו.

איכות חיי האדם מושפעת ממידת ההתאמה בין צרכיו לבין מידת סיפוק צרכים אלו. כאשר הסביבה מספקת מענה לצורכי הפרט וקיימת התאמה בין המשאבים האישיים לבין משאבי הסביבה, התוצר הוא רמת איכות חיים גבוהה יותר (Murrell & Norris, 1983). לפיכך קיימת חשיבות לדרך שבה האדם עם פיגור שכלי תופס את האקלים חברתי בסביבה שבה הוא חי. השפעת האקלים חברתי על איכות חייהם של אנשים עם פיגור שכלי נבדקה במחקרים מועטים. מחקרים אלו מצאו כי אקלים חברתי חיובי משפיע בצורה חיובית על איכות חייהם של אנשים עם פיגור שכלי ועל בריאותם (McGee & Woods, 1978; Stancliffe et al., 2007).

לא בכדי מדגישים את העובדה, שהדרך שבה חברה מטפלת בנזקקים משקפת רבות את התהליכים המתרחשים בתוכה. עד היום מעט מידע מייצג היה נגיש לקובעי המדיניות בישראל בנושא המחקר הנוכחי, לפיכך, תוצאותיו של מחקר זה עשויות לתרום להרחבת הידע התיאורטי הקיים בנושא המחקר, ובמישור הפרקטיקה עשויות לסייע למשרד ולארגונים המספקים שירותים בפיתוח מענים, תכנון שירותים מתאימים וביצוע התאמות הולמות לאוכלוסיית המזדקנים עם פיגור שכלי.

## סקירת ספרות

### פרק א' - רקע כללי

#### א.1. זיקנה

קיימות הגדרות שונות לזיקנה, חלקן משתנות לפי התרבות ועם הזמן. חוקרים אחדים חושבים כי הקביעה של זמן התחלת גיל הזיקנה והגדרת הזיקנה תלויים בקונטקסט החברתי שבו מדברים על זיקנה. לדעתו של בוטוויניק (Botwinick, 1978) גיל הוא רק דרך לסמן אירועים וחוויות בחיי האדם, אירועים וחוויות אלו הם המשמעותיים ולא הזמן עצמו. לזמן החולף חשיבות רק מפני שהוא קשור בכל אופן עם שינויים אחרים: פיזיים, פסיכולוגיים וחברתיים. החוקרות מורגן וקונקל (Morgan & Kunkel, 2001), ראו את הזיקנה מנקודת מבט הטוענת שאם הזיקנה הייתה מביאה איתה רק שינויים בתפקוד הפיזי והשכלי, במבנה היסוד של התכונות, ובמסלול של ההתפתחות, הגיל לא היה כל כך משנה בחיי בני אדם, אלמלא המשמעותיות, המבנים והתהליכים החברתיים הקשורים לו. שינויים כמו, שיער אפור, קמטים, זמן תגובה יותר ארוך, או אפילו איבוד חלק מהזיכרון לטווח קצר, הינם חשובים רק בגלל שהעולם

החברתי שבתוכו אנו חיים נותן להם חשיבות. חלק גדול מהמשמעות של זקנה קשורה לאמונות מוטעות בנוגע להשפעת הזקנה על יכולות פיזיות ומנטאליות. החברה משתמשת בגיל כדי לקטרג אנשים לקבוצות ולחלק את המשאבים הקיימים לפי זה. לדוגמא, החברה קבעה את גיל הזיקנה כגיל הפרישה מעולם העבודה וכך המשאבים הקשורים לעניין זה מחולקים יותר לצעירים (Morgan & Kunkel, 2001).

חוקרים אחרים כמו רו וקהן (Rowe & Kahn, 1987) מגדירים את הזקנה כתהליך שהוא חלק ממעגל החיים וכשלב התפתחותי הכולל מאפיינים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים האופייניים לו, בדומה לכל שלב אחר במעגל החיים.

## **א.2. פיגור שכלי**

אנו עדים לשינויים משמעותיים שחלו במשך השנים בהגדרות של פיגור שכלי. שינויים אלה משקפים את השינויים בהתייחסות לתופעה זו, מהתייחסות כאל מצב חשוד מרפא, להתייחסות דינאמית שרואה אפשרות לשינוי וקידום עם מתן תמיכה מתאימה; מגישה סטטיסטית, שמגדירה אדם על פי מונחים של מנת משכל בלבד, למצב שבו החלקים ההסתגלותיים, החברתיים והסביבתיים הפכו לחלק משמעותי ובלתי נפרד מהגדרת התופעה. (Luckasson et al., 2002).

הגדרת הפיגור, לראשונה במדינת ישראל, הוטבעה על ידי חוק הסעד- טיפול במפגרים (1969). החברה הישראלית הגיעה למסקנה שבכדי להבטיח טיפול נאות, בזכות ולא בחסד, של אוכלוסייה זו שנחשבת לחלשה ביותר, יש לעגן את התמיכה והטיפול בה בחוק. במסגרת חוק זה הגדיר המחוקק הישראלי מיהו אדם עם פיגור שכלי: "מפגר - אדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת והוא נזקק לטיפול".

בישראל, כמו בעולם המערבי כולו, נקבעת האבחנה של פיגור שכלי על ידי ועדת מומחים מיוחדת, מטעם "האגף לטיפול באדם המפגר". ועדת האבחון היא הסמכות המקצועית לקביעת הפיגור. הגדרות של פיגור, הניתנות על ידי רופאים או פסיכולוגים שונים, אינן מספקות ואינן מזכות את האדם ומשפחתו בשירותים שהמדינה מעניקה ללוקה בפיגור. ביצוע אבחון מקיף, הוא זכות הניתנת לאנשים שיש חשש כי הם לוקים בפיגור. רמת המשכל המינימאלית המוגדרת כפיגור נמוכה בלפחות שתי סטיות תקן מהמוצע ומנת משכל מ- 70 ומטה. בנוסף רמת הפיגור נקבעת בהתאם ליכולת תפקודו של האדם בתחומים הבאים: תקשורת, עזרה עצמית, חיי יומיום,

בריאות ובטיחות, תפקודים עיוניים, פנאי, תעסוקה, הכוונה עצמית, מיומנויות חברתיות, ושימוש במשאבים סביבתיים. במערכת האבחון נערכות בדיקות לכלל האוכלוסייה ללא הגבלת גיל. כמו כן, החוק קובע מעקב על ידי אבחון חוזר שמבוצע כל שלוש שנים במרכזי האבחון, ואנשים מעל גיל ארבעים אחת לעשר שנים (עמינדב, 1998).

### **3.א. מסגרות דיור חוץ ביתיות**

קיימות אפשרויות דיור מגוונות לאנשים עם פיגור שכלי, כאשר מקובל להגדיר שתי קטגוריות עיקריות: **דיור במעונות פנימייה**, בהם מתגוררים בין עשרות עד מאות אנשים; וכל צורכיהם הטיפולים, תעסוקתיים, חברתיים ואישיים, מסופקים במקום. **ודיור קהילתי**, החל ממגורים באופן עצמאי, לבד או עם בני המשפחה, ועד הוסטלים בהם יש כ-30 אנשים, כאשר רוב צורכיהם מסופקים במסגרת השירותים בקהילה. בארץ, מוכרים כיום חמישה מודלים לדיור קהילתי השונים זה מזה ברמת ההשגחה של הצוות המטפל ובכמות הדיירים (שוורץ, 2003). במחקרים המשווים בין מסגרות הדיור השונות לאנשים עם פיגור שכלי, ישנה מחלוקת מהותית בקביעת יתרון לצורת מגורים אחת על פני השנייה. למרות מחלוקות אלו בממצאי המחקרים, ישנה בשנים האחרונות מגמה בין-לאומית של מעבר מצורת דיור מעונית בה מתגוררים מספר רב של אנשים מוגבלים, לדיור קהילתי למספר מצומצם של אנשים. זאת, מתוך תפיסת חשיבות השילוב בחיי הקהילה הנורמטיבית מבחינה חברתית, תעסוקתית ואישית, ועל פי המלצת הארגון האמריקאי לפיגור שכלי (AAMR Fact Sheet on Aging).

## **פרק ב' - זיקנה ופיגור שכלי**

### **1.ב. אנשים זקנים עם פיגור שכלי**

עד לעשור האחרון מקובל היה להאמין כי אנשים עם פיגור שכלי אינם זוכים להגיע לגיל זיקנה. העלייה באריכות הימים של אנשים עם פיגור שכלי הם תוצאה ישירה מההתקדמות מדעית, רפואית וחברתית, בשירותים וברמת החיים. ידוע כי יותר ויותר מהם מגיעים לגיל 75 ומעלה. (World Health Organization, 2000). אחד הגורמים לאורך החיים הקצר של אוכלוסייה זו היה יחס החברה השלילי אליה (Horowitz, Kerker, Owens & Zigler, 2000). כתוצאה מהשיפורים, אנו עדים היום, במדינות המפותחות לאוכלוסייה הולכת וגדלה של אנשים

זקנים עם פיגור שכלי (Janicki, Dalton, Henderson & Davidson, 1999; Lavin & Doka, 1999).

עם זאת, נשארה אוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי כאחת מבין האוכלוסיות הפגיעות ביותר מבין בעלי הנכויות, בשל הקושי שלהם להחליט עבור עצמם, והרשת החברתית המצומצמת לעיתים קרובות (Bigby, 2002).

## **2.ב. מאפייני זיקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי:**

הגדרת הזיקנה בקרב אנשים עם פיגור שכלי, היא סוגיה מורכבת עוד יותר. זאת, משום שתהליך ההזדקנות כרוך בשינויים ביולוגיים, פיזיולוגיים, קוגניטיביים והתנהגותיים, שברוב המקרים אינם מתרחשים בצורה אחידה בכל התחומים (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008). נהוג, במערכת שירותי הרווחה, לאפיין כקשישים אנשים בגיל כרונולוגי מסוים, באופן שרירותי. בקרב אנשים עם פיגור שכלי, הגדרה זו מורכבת עוד יותר. הגיל התפקודי הוא מדד מדויק יותר מכיוון שהוא משקף את הקשר בין תהליכים ביולוגיים לבין הסתגלותו של האדם לביצוע משימות פיזיות, חברתיות או קוגניטיביות. (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008). ברוח זו, ליפשיץ (1997) מביאה הגדרה ביולוגית לזיקנה של אנשים עם פיגור, שמשלבת התייחסות למידת המוגבלות הראשונית שלהם: "זיקנה באוכלוסיית מוגבלים בשכלם היא תקופה של שינוי בהתפתחות התלויה ברמת התפקוד הבסיסית של הפרט" (עמ' 201). להלן תיאור של מאפייני הזיקנה אצל אנשים עם פיגור לפי התחומים השונים:

### **1.2.ב. מאפיינים ביולוגיים**

מחקרים על השינויים הגופניים בגיל זקנה באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי, בוחנים מצב רפואי, שימוש בתרופות, מצב פיזי, מחלות וכדומה. הספרות המחקרית מראה כי יש דמיון בין תהליכי ההזדקנות הגופנית המתרחשים באוכלוסיית הזקנים הכללית לבין התהליכים אצל מזדקנים עם פיגור, אך, לעתים, בגיל צעיר יותר, בקצב מהיר יותר, או בעוצמה חמורה יותר ביחס לכלל האוכלוסייה (כרמלי ושותפיו, 2001; Connolly, 1998; Heller, Factor, Sterns & Sutton, 1996; Prasher & Janicki, 2002; Walsh, 2002).

ישנם שלוש קטגוריות בעיקר שבהם אוכלוסיית המזדקנים עם פיגור שכלי שונה מאוכלוסיית המזדקנים הכללית: **תחלואת יתר** במחלות כמו מחלות לב ונשימה, מחלות של

מערכת העצבים המרכזית ; **אבחון לקוי** : בשל קשיי תקשורת, וחוסר מודעות, אנשים עם פיגור שכלי אינם מבטאים תלונות שמצריכות בדיקה. בנוסף, בדיקות הדורשות שיתוף פעולה אקטיבי עשויות להיות בעייתיות של אנשים עם פיגור שכלי ; כתוצאה ממצב זה יש **טיפול לקוי** בבעיות הבריאותיות (Carmeli, et al., 2004).

גיניקי ועמיתיו (Janicki, et al., 2002) מצאו כי לא הייתה עלייה ברמת התחלואה אצל

אוכלוסייה זו, למעט ליקויים של המערכת הסנסורית. עם זאת, הם מצאו קשר בין רמת התחלואה לבין המגדר ורמת הפיגור.

במחקרם של ליפשיץ ומיריק (Lifshitz & Merrick, 2004), אשר השווה בין דיירים

במסגרות הקהילה לבין אנשים שגרים עם משפחותיהם, במאפיינים של תופעת הזיקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי, נמצא כי בעיות בריאות התפתחו כבר בגיל 40, כאשר הנפוצות ביותר היו בעיות במערכת החושים ובעיות דנטליות. קבוצת המזדקנים הגרים בדוור קהילתי הראו בעיות רפואיות רבות יותר, בעוד לאלו הגרים בבית נמצאו בעיות דנטליות רבות יותר. בנוסף מחקרם הראה כי מעבר לבעיות הבריאות, נצפתה ירידה בפעילויות הפנאי אצל שתי הקבוצות.

במחקר אשר בדק מהן הסיבות לבעיות הפיזיות והבריאותיות המתפתחות בזיקנה נמצאו

אורח חיים פסיבי אצל אנשים עם פיגור שכלי, הנובע מחוסר תובנה ומודעות לחשיבות התנועה, בנוסף לשימוש מוגבר בתרופות נזירולפטיות כחלק מהסיבות (כרמלי ושותפיו, 2001).

## **2.2.ב. מאפיינים פסיכולוגיים**

השוני באופן המדידה של מחלות נפש אצל אנשים עם פיגור שכלי הביא לשונות רבה

בתוצאות שלהם לגבי שכיחות בעיות נפשיות. גורמים חברתיים, תרבותיים, סביבתיים והתפתחותיים, בעלי השפעה משמעותית על הביטוי של הפרעות פסיכיאטריות והתנהגותיות אצל זקנים עם פיגור שכלי. הלחצים יכולים להיות מרובים, ויכללו פרידות, אובדנים וכול. כתוצאה ממוות של הורה או קרוב משפחה, בדידות, או שינוי מקום פתאומי בן אדם עם פיגור שכלי עשוי להתדרדר מבחינה נפשית. שינויים אלו עשויים להיות בעלי השפעה ישירה על שכיחות מחלות

הנפש בקרב אוכלוסייה זו (World Health ; Davidson, Prasher & Janicki, 2003)

(Organization, 2000).

לגבי מחלת הדמנציה ישנם מחקרים שהראו שיעור דומה לאוכלוסייה הכללית ( World Health Organization, 2000), ומחקרים אחרים שהראו שיעור גבוה יותר בקרב אוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי (Janicki & Dalton, 1999; Thorpe, Davidson, & Janicki, 2001).

### **ב.3.2. מאפיינים חברתיים**

הרשת החברתית של אנשים עם פיגור שכלי מוגבלת, וחסרת בן זוג וילדים. מעטים מתוכם בעלי נכסים שנחסכו לפרישה, ורובם תלויים ונסמכים על תמיכות פורמליות או בלתי פורמליות לסיוע במילוי משימות היומיום. רובם גרים בדיור נתמך, ואלו שעדיין מתגוררים בבית יצטרכו לעבור למקום מגורים נתמך בגלל מות ההורים או הידרדרות הקשורה להזדקנות (Bigby, 2002).

בילוי בשעות הפנאי נחשב לאחד מעשרת תחומי חיים, אליהם התייחס האיגוד האמריקאי לפיגור שכלי כתחומי כישורים נרכשים (Luckasson et al., 2002), והוא תחום משמעותי בסדר יומו של אדם עם פיגור שכלי, אשר מאפשר לדייר מעורבות אקטיבית וחברתית, ביטויים של העדפה אישית ובחירה וקבלת החלטות (Rogers, Hawkins & Eklund, 1998) בתוך בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008). בגיל הזיקנה מתרחשים שינויים שיש להם השלכה על תחום זה, הפרישה מהעבודה, האובדן של הורים וצמצום הרשת החברתית הקרובה, משאירים זמן פנוי רב לפעילויות. עם זאת, במציאות ישנה ירידה משמעותית בפעילות חברתית זו, ואין יודעים אם הירידה בתפקוד חברתי היא הגורם לחוסר עניין בפעילות, או, שמא, מחסור בהיצע התואם את העניין והצרכים של הגיל הזה הוא הגורם אחריו ירידה בתפקוד חברתי (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008).

השילוב בין שלושת הגורמים הביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים של הזיקנה, הינו הגורם המשמעותי ביותר לתוצאות תפקודיות של אדם עם פיגור, יותר מאשר עצם השינויים הטבעיים המתרחשים בזיקנה מבחינה ביולוגית, המאפיינים את האוכלוסייה בכלל ואותם בפרט (Walsh, 2002).

### **ב.3. קביעת גיל הזיקנה**

בוגרים נקראים "זקנים" או "קשישים" בהגיעם לאמצע שנות השישים לחייהם. בניגוד לשלבים מוקדמים יותר בהתפתחות האדם, הרי שהזיקנה היא דבר אינדיבידואלי ודיפרנציאלי,

השונה מהותית מאדם לאדם. החברה של היום קובעת באופן שרירותי את גיל הזיקנה, לפי הגיל הכרונולוגי, והוא בדרך כלל גיל הפרישה. אך למרות זאת מבחינים הגרונטולוגים, המאמינים כי יש לקבוע גיל לפי מצב תפקודי בריאותי ולא לפי גיל כרונולוגי, בין שלושה שלבים בזקנה, ולמרות השוני הרב ניתן לעתים קרובות להכליל לגבי שלבים אלו: זקנה צעירה - בגילאים 65 עד 75, בקירוב. זקנה אמצעית - בגילאים 75 עד 85, בקירוב, זקנה מופלגת מגילאי 85 בקירוב, ומעלה (חזן, 1983; 1984, Streib).

### **ב.3.1. קביעת גיל הזיקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי**

כיום, אין גיל מוסכם הקובע את תחילת גיל הזיקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי, אולם, החל מראשית המחקר בתחום הייתה הנחה שהדבר מתרחש בגיל מוקדם יותר מזה שבאוכלוסייה הכללית בעיקר בקרב אנשים עם תסמונת דאון, והפרעות נוספות, אצלם מופיעה מחלת האלצהיימר כבר בגיל 40 (כרמלי ושותפיו, 2001).

לפני כשני עשורים, מחקרים הציעו את גיל 40 כגיל התחלת גיל הזיקנה (Seltzer & Krauss, 1987) מחקרים שיצאו לאחור מכן, קבעו את הגיל 55 ומעלה (Campbell & Herge, 2000). עם ההתפתחות המחקרית בנושא, אנו יכולים לראות כי הגיל שנקבע כקו שממנו מתחילים להגדיר גיל זיקנה, הולך ומתקרב לזה של האוכלוסייה הכללית, למעט אצל אנשים עם תסמונת דאון (Davidson et al., 2003).

תוחלת החיים של אנשים עם פיגור שכלי כפי שנקבעה ע"י מספר מחקרים שהתבצעו בעשור האחרון היא 65 שנים, ואלו שיש להם תסמונת דאון תוחלת חייהם 55.8 שנים (Janicki & World Health Organization, 2000; Dalton, 2000).

בישראל, הוועדה בנושא הזדקנות האדם עם פיגור שכלי של השירות לאדם המפגר אשר התכנסה בשנת 1999 קבעה את גיל 50 כגיל המעבר לזיקנה בקרב אנשים עם פיגור כללי, וגיל 45 לאנשים עם תסמונת דאון (בן נון, נאון, ברודסקי ומנדלר, 2008).

### **ב.4. זיקנה מוצלחת**

המושג "זיקנה מוצלחת" הפך להיות מושג אטרקטיבי לחוקרים גרונטולוגים בשנים האחרונות. המושג מקושר ישירות עם איכות חיים במהלך ההזדקנות, אך ישנו קושי להוכיחו מבחינה אופרטיבית, ואין לו הגדרה ברורה (Phelan & Larson, 2002).



לפי רו וקהאן (Rowe & Kahn, 1987, 1997), זיקנה רגילה היא התהליך שבו אנשים מזדקנים בדרך כלל, בעוד שזיקנה מוצלחת מתארת את התהליך שבו אנשים מזדקנים בצורה בריאה בפרט .

הדגש על זיקנה מוצלחת נמצא מקושר בעקביות עם הזדקנות בריאה לפי הגדרת ארגון הבריאות העולמי (World Health Organization, 1948). לפי ארגון זה, הזדקנות בריאה כוללת רווחה פיזית, שכלית וחברתית אצל האוכלוסייה המזדקנת. במחקרים חדשים יותר, בריאות בזיקנה הוגדרה כרווחה במימד הפיזי, הקוגניטיבי, הרגשי, והיצרני (Berkman et al., 1993; Glass, Seeman, Herzog, Kahn, & Berkman, 1995).

מחקרים מראים כי למרות ש95% מן ההוצאה לבריאות הולכת לטיפול רפואי, הרי אי שמירה על אורח חיים נכון וסביבה הולמת, תורמים ל-70% מן התמותה הניתנת למניעה (Callahan & McHorney, 2003). לכן, בהזדקנות מוצלחת, בנוסף למרכיב הבריאותי, חשוב גם להתייחס למרכיב הפסיכוסוציאלי.

סיים (Syme, 2003) הגדיר באילו פעולות יש לנקוט, מבחינה פסיכוסוציאלית, כדי לשפר את ההזדקנות. הוא השתמש בהגדרה "התנהגות רבת סיכון" על מנת לאותת כי יש לשנות גישות והתנהגות ולהקפיד על אורח חיים בריא.

בשנים האחרונות, יותר ויותר חוקרים התמקדו בהזדקנות מוצלחת וניסו להגדיר אותה (Rowe & Kahn, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Vaillant & Vaillant, 1990; Wong & Watt, 1991). לפי בלטס ובלטס (Baltes & Baltes, 1990) הזדקנות מוצלחת היא "תהליך פסיכולוגי חברתי מתמשך של הסתגלות ושל גמישות בהתנהגות: היכולת לעצב מחדש את התפקוד, את התפיסה ואת ההתנהגות לנוכח האתגרים וההשפעות הגופניות, החברתיות והתרבותיות, והיכולת להשיג את מרב הרווחים ולמזער את ההפסדים. לשם תפקוד טוב שיאפשר את כל אלה זקוקים הזקנים למקורות חברתיים, חומריים, פסיכולוגיים ותרבותיים" (עמ' 27).

גיניקי (Janicki, 1994) הגדיר הזדקנות מוצלחת כשמירה אינדיבידואלית של תפקידים לתפקוד עצמאי עד כמה שניתן, לתוך גיל הזיקנה. וכן קידום האמונה כי אנשים שמזדקנים בצורה מוצלחת יכולים להישאר מחוץ למוסדות, לשמור על האוטונומיה והסמכות בכל הפעילויות של חיי היום יום, ולהמשיך לעסוק במאמץ פורה ויצרני תוך בחירה אישית.

המושג הזדקנות מוצלחת הוצג לראשונה ע"י רו וקהאן (Rowe & Kahn, 1987) בהיבט

של הפרדה בין המחלות המלוות את הזקנה לבין תהליך ההזדקנות עצמו. הם הציעו כי אנשים אשר מזדקנים באופן מוצלח מראים ירידה מועטה או העדר ירידה בתפקוד הפיזיולוגי. בעוד אלו שמזדקנים באופן רגיל עשויים להראות מחלות שקשורות לירידה בתפקוד הפיזיולוגי אשר בדרך כלל מוסברים כתוצאה של הזיקנה.

בעבודה זו יבחן מושג ההזדקנות מוצלחת על-פי המודל של רו וקהאן (Rowe & )

(Kahn, 1987). חוקרים אלו הציעו מודל של הזדקנות מוצלחת, אשר מבוסס על השילוב בין שלושה

גורמים: **בריאות, תפקוד, ועניין מלא בחיי היום יום**. השילוב והמפגש בין שלושת גורמים אלו מביא לזיקנה מוצלחת.

המרכיב הבריאותי במודל מדבר על כך שהמטענים הגנטיים שאנשים נולדים איתם, והסביבה שהם מתפתחים בה, לעיתים כוללים מרכיבי סיכון בריאותיים שיכולים להמשיך לגיל הזיקנה. אך, השפעתם של גורמים גנטיים יורדת בגיל הזיקנה, והשפעת גורמים חיצוניים כגון: סגנון חיים וגורמים סביבתיים עולה. גורמים חיצוניים לוקחים חלק גדול יותר בקביעת גורמי סיכון למחלות בגיל זיקנה.

גורמי תפקוד פיזי וקוגניטיבי הוא המרכיב השני במודל. גורמים אלו הם חשובים

להזדקנות מוצלחת כיוון שירידה בהם יכולה להתבטא בהתדרדרות ביכולות הפיזיות, בזיכרון ובכושר הלמידה, דבר העלול להביא לצמצום או הפסקה בהשתתפות בחיים פעלתניים ופרודוקטיביים.

המרכיב האחרון שמתייחס לפעילות ועניין בסביבה ובחיי יום יום כולל בתוכו את נושא

היחסים הבין אישיים, הכוללים קשר ומגע עם אנשים אחרים, הדדיות ותמיכה וחילופי מידע, בנוסף לפעילות יצרנית. עניין בסובב משמעו שייכות משפחתית, חברתית וקהילתית (Berkman, )

(Glass, Brissette & Seeman, 2000).

## **פרק ג' - אקלים חברתי**

מוס והאוטס (Moos & Houts, 1968) פיתחו את המושג אקלים חברתי, והניחו כי יש לו

השפעה חשובה על התנהגות הדיירים והצוות במוסדות. מוס (Moos, 1996) טען שההתנהגות מושפעת מכוחות סביבתיים ומצביים במידה רבה. לסביבה החברתית כמו לבני אדם יש "אישיות"

ייחודית הנקראת "אקלים חברתי". הוא הגדיר את האקלים החברתי כתוצר של מערכות לחצים דו כיוונית. מצד אחד לחצי הסביבה הפועלים על הפרט ומצד שני הלחצים שמפעיל הפרט על הסביבה.

מוס (Moos, 1996) הציע מודל המספק מסגרת תפיסתית לבחינת תוכניות הטיפול המקשרת בין משתנים אישיים וסביבתיים לבין התנהגות ותפקוד פסיכו-סוציאלי. במודל שהוצע המושג "אקלים חברתי" מייצג את הקשר בין המאפיינים האובייקטיביים של המסגרת כמו מדיניות ומבנה ארגוני ומבנה פיזי; המאפיינים האישיים של הדייר כמו משתנים סוציו-דמוגרפיים משאבים אישיים, מצב בריאות; והעדפות וציפיות הדייר לגבי מאפיינים מסוימים במסגרת, לבין דרך השפעת התוכנית על השתלבות הדייר (שביעות רצון מהמסגרת, מעורבות והשתתפות בפעילויות, ביטחון עצמי, ויחסים בין אישיים). מידת ההשתלבות במסגרת משפיעה בתורה על תוצאות ההסתגלות לקהילה המתבטאות, בין היתר, בתפקוד פסיכו-סוציאלי, מיומנויות בין אישיות ותעסוקתיות, מצב בריאות. לפיכך, בנוסף להשפעתם של גורמים אובייקטיביים סביבתיים על אקלים חברתי, ישנם גם השפעות של תפיסות סובייקטיביות של הדייר. מוס הגדיר שלושה מימדים סובייקטיביים בסיסים בתפיסת הדייר את האקלים החברתי כאשר כל מימד כולל בתוכו מספר גורמים:

1. **מימד היחסים:** מתייחס לתפיסת הדייר את אופיים ועוצמתם של היחסים הבין אישים בינו לבין הדיירים ובינו לבין חברי הצוות, ומשקף את מידת הרגשתם של הדיירים לגבי מעורבותם והשתתפותם הפעילה, בנוסף לתמיכה ההדדית בין הדיירים והשתייכות, והתמיכה מחברי הצוות והאמון בהם.
2. **מימד התפתחות אישית:** מתייחס לתפיסתו של הדייר את ההזדמנויות הניתנות לו במסגרת התוכנית להתפתחות אישית, לפיתוח מיומנויות, מודעות והערכה עצמית. המימד בוחן באיזה מידה הדייר חש כי התוכנית מעודדת אותו לעצמאות, לפיתוח חשיבה ביקורתית, ומודעות לקשיים, מסייעת לו ברכישת מיומנויות חדשות ומכילה ביטויים של רגשות כעס ותוקפנות.
3. **מימד שימור המערכת:** מתייחס לתפיסת הדייר היבטים שונים במבנה הארגוני של המסגרת. מימד זה בוחן את המידה בה שומרת המערכת על הפעלתה של התוכנית הטיפולית בדרך מסודרת, ברורה וקבועה, ומידת השליטה של המערכת על קיום החוקים שלה. בנוסף את תחושת הדייר עד כמה המערכת מאפשרת לו להיות שותף בלקיחת החלטות, ולקבל את יוזמותיו.

מחקרים מעטים בדקו את המושג אקלים חברתי בתוך שירותים ומסגרות לאנשים עם פיגור שכלי. מחקר אחד שבוצע בארצות הברית בדק אקלים חברתי של מסגרות מגורים של אנשים עם פיגור, והראה כי ישנם הבדלים בדרך תפיסת הצוות, לדרך שבה תופסים הדיירים את האקלים החברתי המשותף של המסגרת (McGee & Woods, 1978). עם זאת, מחקר זה לא המשיך לקשור בין אקלים חברתי לבין תוצאות כלשהם.

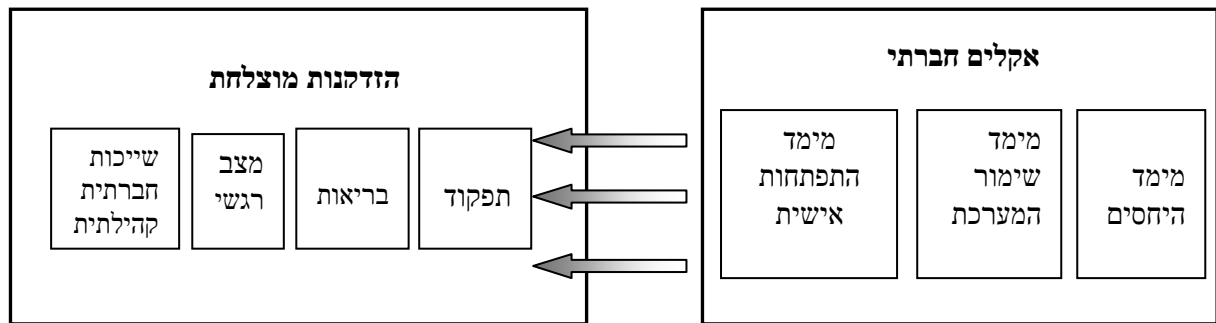
מחקר נוסף חקר את האקלים החברתי בתוך האגף הנעול של אנשים עם פיגור שכלי אשר ביצעו עבירות קשות. ממצאי המחקר הראו כי הצוות תפס את האקלים החברתי של האגף הנעול בצורה יותר חיובית מהדיירים, בעוד שהצוות והדיירים תפסו את האקלים החברתי באגף שלהם כיותר שלילי לעומת אנשים אחרים פתוחים יותר (Langdon, Swift, & Budd, 2006).

במחקר בנושא בדידות ואקלים חברתי בקרב אנשים עם פיגור שכלי, מצאו סטנקליף ועמיתיו (Stancliffe et al., 2007), כי הדיירים חוו בדידות רבה יותר במסגרות גדולות לעומת מסגרות קטנות. בנוסף משתנים של אקלים חברתי כמו תחושת פחד בבית או בקהילה המקומית נמצאו קשורים במידה רבה לתחושת בדידות.

ישנם מחקרים נוספים אשר חקרו משתנים שיכולים להיות קשורים לאקלים חברתי, בשירותים של אנשים עם פיגור שכלי, לדוגמא, מוסריות של הצוות, לחץ של הצוות (Rose, 1993; Jenkins, Rose & Lovell, 1997), תכונות ומאפיינים של הצוות (Hatton et al. 1999a), אקלים צוותי (Rose & Schelewa-Davies, 1997), ותרבות ארגונית (Hatton et al. 1999b). אף על פי כן, אף אחד ממחקרים אלו לא חקר את המושג אקלים חברתי במפורשות אצל אוכלוסיית המחקר במחקר הנוכחי. ארטן (2002) חקרה את תפיסת המושג אקלים חברתי והשפעתה על תפיסת איכות חייהם של אוכלוסיית הנכים פסיכיאטריים ומצאה כי ככל שהנחקרים תפסו את האקלים החברתי של תוכנית השיקום כחיובי יותר כך הם תפסו את איכות חייהם כטובה יותר. לסיכום, ובהסתמך על סקירת הספרות, אין ספק כי לסביבה יש השפעה על איכות חייהם של מזדקנים עם פיגור שכלי, לפיכך, ישנה חשיבות רבה בהבנת ההשפעה של תפיסה חיובית לאקלים החברתי על תהליך ההזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי, וכיוצא מזה על איכות חייהם. לפיכך נשאלת השאלה האם יש קשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי? לאור זאת, מטרת מחקר זה הינה לבדוק האם קיים קשר בין תפיסת האקלים החברתי על ידי אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי לבין הזדקנותם המוצלחת ככלל, ולכל מדד ממדדי ההזדקנות המוצלחת בפרט.

להלן סכימה המתארת את מודל המחקר ומציגה את הקשר בין משתני המחקר :  
 (המשתנה התלוי זיקנה מוצלחת שכולל תפקוד, בריאות, מצב רגשי ועניין בחיי היום יום.  
 והמשתנה הבלתי תלוי תפיסת אקלים חברתי שכולל שלושה מימדים, מימד היחסים, מימד ההתפתחות האישית, ומימד שימור המערכת).

**איור 1- מודל המחקר**



**בהסתמך על סקירת הספרות, נגזרו ההשערות הבאות:**

1. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי לבין מצבו הבריאותי, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך יתפוס את מצבו הבריאותי כטוב יותר.
2. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין רמת תפקודו, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך רמת תפקודו תהא גבוהה יותר.
3. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין מצבו הרגשי, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך מצבו הרגשי יהיה טוב יותר.
4. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין תחושת שייכות חברתית וקהילתית, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך הוא ירגיש שייכות חברתית וקהילתית רבה יותר.
5. יימצא קשר חיובי בין תפיסת הדייר את האקלים החברתי במסגרת לבין הזדקנות מוצלחת, כך שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי יתפוס את האקלים החברתי כחיובי יותר במימדי היחסים, ההתפתחות האישית ושימור המערכת, כך תהא זקנתו מוצלחת יותר.
6. יימצאו הבדלים במימדי ההזדקנות המוצלחת בין הדיירים הגרים בדיור מוסדי לבין הדיירים הגרים בדיור קהילתי, כך שמימדי ההזדקנות המוצלחת אצל דיירים המתגוררים בדיור קהילתי יהיו יותר טובים מאלו אצל הדיירים המתגוררים בדיור מעונן.

## שיטת המחקר

### מערך המחקר

מחקר זה הינו מחקר מתאמי אשר בא לבחון את הקשר בין תפיסת אקלים חברתי (להלן המשתנה הבלתי תלוי) אצל אנשים עם פיגור שכלי הדריס בדיוור מוסדי ודיוור קהילתי בצפון הארץ, לבין המרכיבים של הזדקנות מוצלחת: מימד היחסים, מימד הצמיחה האישית ומימד שימור המערכת(להלן המשתנה התלוי).

### אוכלוסיית המחקר

במחקר השתתפו בסך הכל 101 נחקרים, אשר אובחנו כבעלי פיגור שכלי ומוכרים לשירות למען האדם המפגר. הנחקרים שהשתתפו במחקר מתגוררים ב-12 מסגרות דיוור מוסדי וקהילתי באיזור הצפון. הנחקרים נבחרו לפי הקריטריונים הבאים: 1. דוברי עברית, וורבליים במידה שתאפשר להם להתראיין לצורכי המחקר. 2. גרים לפחות שלושה חודשים במסגרת. 3. גילם מעל 50. טבלה 1 מפרטת את התפלגויות השכיחות של משתני הרקע:

**טבלה 1. התפלגויות שכיחות גולמית ויחסית של משתני הרקע עבור כלל המדגם**

משתנה הרקע	ערכים	N	%
מין	גברים	42	41.6
	נשים	59	58.4
קבוצת גיל	50-59	75	74.3
	60-69	26	25.7
	+70	-	-
מצב משפחתי	ללא בן/בת זוג	94	93.1
	עם בן/בת זוג	7	6.9
ילדים	כן	4	4.0
	לא	97	96.0
אחים ואחיות	כן	86	85.1
	לא	15	14.9
אימא בחיים	כן	38	37.6
	לא	63	62.4
אבא בחיים	כן	22	21.8
	לא	79	78.2
קרובי משפחה נוספים	כן	60	59.4
	לא	41	40.6
עבודה	כן	99	98.0
	לא	2	2.0
דרגת הפיגור השכלי	גבולי	1	1.0
	קל	62	61.4
	בינוני	38	37.6
	קשה	-	-

60.4	61	מוסד	סוג מקום המגורים
39.6	40	דיור קהילתי	

כפי שניתן להתרשם מנתוני הרקע, ישנה חלוקה שווה בין גברים לנשים, רוב המשתתפים נמצאים בקבוצת הגיל הצעירה יחסית (50-59), ואין כלל משתתפים מעל גיל 70. רוב המשתתפים מוגדרים כבעלי פיגור קל, הקבוצה השנייה בשכיחותה כוללת בעלי פיגור בינוני, יש רק משתתף אחד שמוגדר בעל פיגור גבולי, ואין כלל משתתפים המוגדרים בעלי פיגור קשה. כמעט כל המשתתפים עובדים, רוב הנחקרים עובדים במסגרת מוגנת ומעט מאוד בשוק החופשי. המשתתפים מתגוררים ב- 12 מסגרות דיור שונות ברחבי הצפון, מספר המשתתפים הרב ביותר מגיע מ"כפר תקווה" ומ"נווה מנשה". חצי מהמסגרות מוגדרות כמוסדות, ובהן מתגוררים 60.4% מהמשתתפים, והחצי השני מהמסגרות מוגדרות כדיור קהילתי, ובהן מתגוררים 39.6% מהמשתתפים.

מבחינת הקשרים המשפחתיים, רובם המכריע של המשתתפים חי ללא בן/בת זוג, ללא ילדים, ועל פי בדיקת ההתפלגות המשותפת בנוגע להורים, אצל רובם (53.5%) שני ההורים מתים, אצל 33.7% רק אחד מן ההורים עודנו בחיים, ורק אצל 12.9% שני ההורים עודם בחיים, נתון שניתן כמובן להסביר על רקע הגילאים המבוגרים של המשתתפים עצמם. עם זאת, רוב המשתתפים מדווחים על קיומם של קרובי משפחה נוספים.

### בדיקת הבדלים במשתני הרקע של קבוצות הדיור

המדגם הכללי חולק לשתי קבוצות על פי סוג הדיור בו מתגוררים המשתתפים. בקבוצת הדיור המוסדי נמצאים בסך הכל 61 משתתפים, אשר מתגוררים במסגרות הבאות: כפר תקווה, נווה מנשה, אשכר, עתידות, נווה כנרת ונופים. בקבוצת הדיור הקהילתי כוללת בסך הכל 40 משתתפים המתגוררים במסגרות קהילתיות: אקיי"ם חיפה, הוסטל עפולה, אקיי"ם צפת, הוסטל רמת טבריה, נופרים, הוסטל קשר עכו. טבלה 2 מפרטת את התפלגויות משתני הרקע תוך חלוקת המדגם לשתי קבוצות הדיור, ניתוחים השוואתיים נערכו על מנת לזהות משתנים בעלי פוטנציאל התערבות במערך המחקרי בהמשך.

#### **טבלה 2. השוואת התפלגויות משתני הרקע כפונקציה של סוג הדיור וממצאי ניתוחים השוואתיים**

משתנה הרקע	ערכים	דיור מוסדי		דיור קהילתי		ניתוח השוואתי
		%	N	%	N	
מין	גברים	24.8	25	16.8	17	$\chi^2(1) = .02, N.S.$
	נשים	35.6	36	22.8	23	

$\chi^2(1) = 6.08, p < .05$	34.7	35	39.6	40	50-59	קבוצת גיל
	5.0	5	20.8	21	60-69	
$\chi^2(1) = .03, N.S.$	36.6	37	56.4	57	ללא בן/בת זוג	מצב משפחתי
	3.0	3	4.0	4	עם בן/בת זוג	
$\chi^2(1) = .19, N.S.$	2.0	2	2.0	2	כן	ילדים
	37.6	38	58.4	59	לא	
$\chi^2(1) = .001, N.S.$	33.7	34	51.5	52	כן	אחים ואחיות
	5.9	6	8.9	9	לא	
$\chi^2(1) = .67, N.S.$	16.8	17	20.8	21	כן	אימא בחיים
	22.8	23	39.6	40	לא	
$\chi^2(1) = 1.27, N.S.$	10.9	11	10.9	11	כן	אבא בחיים
	28.7	29	49.5	50	לא	
$\chi^2(1) = .86, N.S.$	25.7	26	33.7	34	כן	קרובי משפחה נוספים
	13.9	14	26.7	27	לא	
$\chi^2(1) = .09, N.S.$	38.6	39	59.4	60	כן	עבודה
	1.0	1	1.0	1	לא	
$\chi^2(1) = 22.92, p < .05$	-	-	1.0	1	גבולי	דרגת הפיגור השכלי
	35.6	36	25.7	26	קל	
	4.0	4	33.7	34	בינוני	
$t(99) = 8.83, p < .01$	9.35		29.15			משך זמן המגורים הממוצע (בשנים)
	(8.64)		(13.88)			

מן הניתוחים ההשוואתיים עולה כי קבוצות הדיור נבדלות במובהק זו מזו בשני משתנים בלבד, אשר קשורים בבירור זה לזה. ראשית, הקבוצות נבדלות בגילאי המשתתפים, בקבוצת הגיל 50-59 ישנו מספר דומה של משתתפים, אך בקבוצת הגיל המבוגרת יותר 60-69, ישנם משתתפים רבים אשר מתגוררים בדיור מוסדי בהשוואה למעט משתתפים המתגוררים בדיור קהילתי. שנית, ובהתאם לממצא הקודם, גם משך הזמן של המגורים הוא שונה בין הקבוצות. קבוצת המשתתפים המתגוררים בדיור המוסדי הם ותיקים הרבה יותר במקום בהשוואה למשתתפים המתגוררים בדיור הקהילתי.

על מנת לבדוק אם יש צורך בשילוב משתנים אלה במערך המחקרי בהמשך, ייבדק אם הם קשורים גם למשתני המחקר עצמם.

יש לציין כי אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי הם קבוצה בעלת דיווח עצמי אמין על פי

בדיקה מחקרית (Lunsky & Benson, 1997).

במטרה להגיע למדגם רחב, בוצע מדגם נוחות. נעשתה פנייה לכל המסגרות באיזור הצפון, השתתפו כל הנחקרים אשר מתאימים לפרופיל המחקר, והתקבלה הסכמת האפוטרופוס שלהם, והסכמתם עצמם.



## כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בכלים הבאים (ראה נספח א'):

**1. שאלון נתונים אישיים ודמוגרפים:** השאלון כולל פרטים אישיים אודות הנחקר: מין, גיל, מעמד משפחתי, שאלות לגבי קשר עם משפחת המוצא, מסגרת המגורים, מסגרת תעסוקה, רמת הפיגור השכלי.

**2. שאלון הערכת תפקודי חיים (SELF):** שאלון (Self Evaluation of Life Function) SELF

שפותח ע"י לין ולין (Linn & Linn, 1984) לבדיקת תפיסתם של הזקנים את מצבם בשלושת התחומים: הפיזי, הפסיכולוגי והחברתי. תורגם לעברית והותאם לאוכלוסיית הזקנים (פריזנט, 2000). מתוך שאלון זה נבחרו שלושה תתי שאלונים כמתאימים לאוכלוסייה זקנה עם פיגור שכלי: שאלון תפקוד, ושאלון מצב רגשי הכולל: דימוי עצמי ומצב נפשי.

**א. שאלון תפקוד:** בודק את רמת המוגבלות בפעילויות היום יומיות, כולל 9 פריטים: 5 פריטים שבדקים את התפקוד התנועתי; 4 פריטים בודקים כישורים קוגניטיביים ויכולת התארגנות. הנבדק מתבקש לדרג את תשובותיו על סולם ליקרט של 0 - 3, כאשר 0 מסמן לא מסוגל כלל ו-3 בכלל לא זקוק לעזרה. מהימנות הסולם לפי פריזנט (2000) היא  $\alpha = 0.83$ .

**ב. שאלון מצב רגשי:** הורכב משני סולמות: סולם דימוי עצמי וסולם מצב נפשי. סולם דימוי עצמי ימדוד את תפיסת הזקן את ערכו כאדם, באמצעות 6 פריטים, שניים מתוכם מודדים את הערכת הסביבה וארבעה את ההיבט העצמי. התשובות ניתנות בסולם ליקרט בן 3 דרגות. שמשקפות מידת הסכמה. מהימנות הסולם:  $\alpha = 0.69$  (פריזנט, 2000); סולם מצב נפשי בודק את תחושת העצב, האושר, הבדידות, התקווה וכו'. 9 פריטים מתוכם 4 פריטים מודדים את ההיבט הפיזיולוגי. ו-5 פריטים מודדים את ההיבט הפסיכולוגי. התשובות מדורגות בסולם ליקרט בן 3 דרגות- בכלל לא עד די הרבה. המהימנות  $\alpha = 0.83$  (פריזנט, 2000).

**3. שאלון מצב בריאות (דיווח עצמי):** שאלון זה מתבסס על סולם מצב בריאות כפי שנבדק על ידי פריזנט (2000), והותאם לאוכלוסיית המחקר, במחקרה של כהן- לוינסון (2003). השאלון כולל 9 פריטים שתשובותיהם ניתנות בסולם ליקרט של 3 דרגות, מ-בכלל לא עד הרבה. המהימנות הפנימית  $\alpha = 0.82$ .

**4. שאלון שייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית:** מתוך שאלון איכות חיים שחבר ע"י שאלוק וקית' (Schalock & Keith, 1993) אשר הותאם במיוחד לאוכלוסיית המבוגרים עם נכויות, נבחר

מתוכו תחום השתייכות חברתית והשתלבות קהילתית הכולל: השתתפות בפעילויות קהילתיות, שימוש במשאבים קהילתיים, פיתוח והתנסות במגעים חברתיים בין אישיים. לכל אחת מ-10 השאלות, 3 תשובות מדורגות על סולם ליקרט, כאשר 1 מקבל את הציון הנמוך ביותר, ו-3 הגבוה ביותר. השאלון תורגם ע"י כץ (2001) ונמצאה מהימנות  $\alpha = 0.72$

**5. שאלון תפיסת אקלים חברתי:** - Community Oriented Programs Environment Scale (Moos, 1996). COPEs שאלון זה נבנה על בסיס שאלון W.A.S (Word Atmosphere Scale) בודק את תפיסת הפרט את האקלים החברתי. הכלי המקורי כולל 100 הצהרות לגבי המסגרת, המקובצות ל 10 תת סולמות: מעורבות; תמיכה; ספונטאניות; אוטונומיה; אוריינטציה פרקטית; אוריינטציה לפתרון בעיות אישיות; כעס ואגרסיה; סדר וארגון; בהירות התוכנית; ושליטת צוות. במחקר הנוכחי השאלון קוצר ל 50 הצהרות כאשר בכל תת סולם 5 הצהרות במקום 10. השאלון קוצר ע"מ להתאימו לסוג האוכלוסייה. בחירת ההצהרות שהורדו נעשתה לפי תוכן ההצהרה. תוכן שחוזר על עצמו בהצהרות אחרות או שהיה קשה להבינו ע"י אוכלוסיית המחקר היה בעדיפות להורדה. לכל הצהרה שתי אפשרויות תגובה (נכון / לא נכון) ועל הנחקר לבחור באחת מהם עפ"י תפיסתו את התוכנית. הציון בכל תת סולם נקבע לפי מפתח תשובות שנבנה ע"י המחקר. ככל שהציון גבוה יותר, הדבר מעיד על תפיסת הדייר את התוכנית כמדגישה את אותו פקטור. מוס (Moos, 1996) הציע הקבצה תלת ממדית של פקטורים אלה על פי תוכן משותף ועל סמך ניתוח גורמים:

**מימד היחסים (Relationship Dimensions):** מימד זה מורכב מתת הסולמות מעורבות, תמיכה וספונטאניות. מימד זה בוחן ומתייחס לטיבם ועוצמתם של היחסים הבין אישיים בין דיירי התוכנית לבין עצמם, ובין הדיירים לחברי הצוות.

**מימד הצמיחה האישית (Personal Growth Dimensions):** מורכב מהגורמים אוטונומיה, אוריינטציה פרקטית, אוריינטציה לבעיות אישיות, כעס ואגרסיה ומתייחס למאפיינים שונים בתפיסת הדייר את התוכנית הטיפולית כמכוונת לחיזוק צמיחה אישית ולקדם את הבנתם את עצמם ולפתח מיומנויות להתמודד עם קשייהם ובעיותיהם.

**מימד שימור המערכת (System Maintenance):** מימד זה מורכב מהפקטורים סדר וארגון, בהירות התוכנית ושליטת צוות מימד זה מתייחס לתפיסת הדייר אספקטים שונים במבנה האדמיניסטרטיבי של התוכנית ובוחן את המידה בה מימד זה מעריך את המידה בה שומרת המערכת על פעילותה באופן מסודר וקוהרנטי.

הציון בכל מימד נקבע, על פי סכום השאלות אשר נענו בתת הסולמות במימד זה, בהתאם למפתח התשובות שנבנה ע"י המחקר. ככל שהציון גבוה יותר, הדבר מעיד על תפיסת הדייר את התוכנית כמדגישה את אותו מימד. (Moos, 1996).

השאלון תורגם ע"י ארטן (2002), ונמצאו המהימנויות הפנימיות הבאות: מימד היחסים: 0.73

$\alpha =$  מימד הצמיחה האישית:  $\alpha = 0.63$ ; מימד שימור המערכת:  $\alpha = 0.60$ .

מהימנות העקיבות הפנימית של השאלונים במחקר הנוכחי נבדקה באמצעות מקדם המתאם אלפא של קרונברך, תוך שימוש בערך הסף המקובל במדעי החברה ( $\alpha = .70$ ). הטבלה הבאה מרכזת את ממצאי המהימנות במשתני המחקר על מימדיהם השונים תוך השוואה בין המחקר הנוכחי למחקרים קודמים.

### טבלה 3. ממצאי מהימנות פנימית של משתני המחקר

המשתנה	ממדים	ערך $\alpha$ במחקרים קודמים	ערך $\alpha$ במחקרי הנוכחי
תפקודי חיים	תפקוד מצב רגשי- דימוי עצמי	.83	.83
	מצב רגשי- סולם נפשי	.83	.84
מצב בריאות		.82	.72
שייכות		.72	.81
אקלים חברתי	יחסים צמיחה אישית	.73	.57
	שימור מערכת	.63	.57*
		.60	.52*

\* לאחר הורדת פריט אחד שהוריד את ערך המהימנות בצורה ניכרת

נראה כי במשתנה תפקודי חיים אין הבדל ניכר בין המהימנויות שהתקבלו במחקרים קודמים ובמחקר הנוכחי, למעט במימד הדימוי העצמי, בו נדרשה הורדה של פריט אחד (פריט מספר 6 בשאלון) על מנת להשיג מהימנות טובה יותר. גם במשתני מצב הבריאות והשייכות ההבדלים אינם גדולים, והמהימנות היא מספקת. במשתנה האקלים החברתי, לעומת זאת, המהימנויות הן נמוכות לא רק בהשוואה לערך הסף המקובל אלא גם בהשוואה למחקרים קודמים. במחקר הנוכחי נדרשה הורדה של פריטים על מנת להשיג את המהימנות המקסימאלית, במימד הצמיחה האישית הורד ציון הכעס והאגרסיה, ובמימד שימור המערכת הורד ציון שליטת הצוות).

על אף המהימנות הנמוכה יחסית במשתנה האקלים החברתי נבנה משתנה אינדקס, שכן

הורדת פריטים נוספים לא תוסיף דבר, ואלו הם הנתונים איתם עבדנו.

## **הליך איסוף הנתונים**

לאחר קבלת האישור לביצוע המחקר מהאגף לטיפול באדם המפגר פנתה החוקרת למנהלי המסגרות הרלוונטיות בדרך ישירה או בדרך עקיפה באמצעות העובדים הסוציאליים, ולאחר קבלת הסכמתם, התחיל התהליך בפניית העו"סים במסגרות לאפוטרופוסים של הנחקרים הפוטנציאליים לקבלת הסכמתם. אלו שהסכימו חתמו על טופס הסכמה מדעת לביצוע המחקר. לאחר מכן פנתה החוקרת, באופן אישי, לכל הנחקרים הפוטנציאליים בבקשה להשתתף במחקר, ולאחר קבלת הסכמתם, רואיינו הנחקרים פנים אל פנים על ידי החוקרת. המחקר נערך במסגרות הדיור בהם התגוררו המשתתפים, במפגשים פרטניים. כל מפגש נמשך בין 30-50 דקות בהתאם לטווח הקשב ורמת שיתוף הפעולה של הנחקר.

## **ניתוחים סטטיסטיים ועיבוד הנתונים:**

עם תום שלב איסוף השאלונים, בוצע קידוד לשאלונים באמצעות תוכנת SPSS גרסה 15 להמשך עיבודם וניתוחם מבחינה סטטיסטית. בשלב הראשון בוצעה סטטיסטיקה תיאורית לתיאור המשתתפים התלויים ובלתי תלויים של המחקר, וההתפלגויות הגולמיות ותיאור התפלגויות ציוני האינדקס. בשלב השני בוצעו ניתוחים מקדימים לבדיקת קיום משתנים מתערבים שמשפיעים על הקשר בין המשתנה התלוי לבלתי תלוי. בשלב האחרון, נבדקו הקשרים שבין המשתנים הבלתי-תלויים למשתנים התלויים, המבחינים נבחרו על סמך סולמות המדידה המייחדים כל משתנה. בנוסף, בוצע ניתוח של המודל הכללי של המחקר.

## ממצאים

כל הניתוחים בוצעו באמצעות תוכנת SPSS לעיבוד סטטיסטי, תוך שימוש בקריטריון מובהקות של  $p < .05$ . בפרק זה יוצגו ראשית תיאורי המשתנים, ההתפלגויות הגולמיות, והתפלגויות ציוני האינדקס. לאחר מכן יוצגו הניתוחים המקדימים שבוצעו, ולבסוף יוצגו הניתוחים שבוצעו לבדיקת השערות המחקר.

### סטטיסטיקה תיאורית

משתני המחקר שהוגדרו כמשתנים תלויים במערך הם המדדים השונים המשקפים את המבנה התיאורטי הרחב שמכונה הזדקנות מוצלחת: המצב הבריאותי, רמת התפקוד, הדימוי העצמי והמצב הרגשי, ותחושת השייכות החברתית של המשתתפים. ראשית, יוצגו טבלאות ההתפלגות המלאות של הפריטים המרכיבים את המשתנים. בהמשך יוצגו התפלגויות ציוני האינדקס שנבנו כדי לשקף את המשתנים בציונים כוללים. המדד הראשון הוא מצבם הבריאותי של המשתתפים (טבלה 4).

**טבלה 4. התפלגות שכיחות יחסית (באחוזים) של פריטי משתנה מצב בריאות (N=101)**

מס' פריט	תיאור פריט	1 בכלל לא	2 מעט	3 הרבה
1.	מהו מצב בריאותך <u>בחודש האחרון</u> ?	טוב 58.4	די טוב 30.7	לא טוב 10.9
2.	האם אתה סובל ממחלה כלשהי?	63.4	31.7	5.0
3.	האם סבלת מכאבים <u>בחודש האחרון</u> ?	55.4	28.7	15.8
4.	במשך <u>החודש האחרון</u> , כמה ימים בילית במיטה? (עקב מחלה, כאבים או בעיות אחרות).	71.3	27.7	1.0
5.	<u>בחודש האחרון</u> , כמה ימים היית מאושפז/ת בבית חולים?	100.0	-	-
6.	האם את/ה מקבל/ת תרופות?	8.9	61.4	29.7
7.	האם הרופא אמר שאת/ה סובל מבעיות בריאותיות?	69.3	27.7	3.0
8.	האם הבעיות הרפואיות שלך מפריעות לך לעשות דברים שאת/ה רוצה?	68.3	26.7	5.0
9.	באיזו מידה בריאותך מטרידה אותך?	35.6	13.9	50.5

מן הטבלה עולה כי על אף מצב בריאותי כללי טוב יחסית אצל המשתתפים בעת האחרונה,

סוגיה זו מטרידה אותם הרבה יחסית (50% בפריט 9), והם עסוקים בה באופן יומיומי על ידי

נטילת תרופות, אם כי לא הרבה (61.4% בפרט 6). המדד השני שיבחן על הפריטים שמרכיבים אותו הוא רמת התפקוד (טבלה 5).

**טבלה 5. התפלגות שכיחות יחסית (באחוזים) של פריטי משתנה רמת תפקוד (N=101)**

מס' פריט	תיאור פריט	1 לא זקוק לעזרה	2 עם עזרה מסוימת	3 לא מסוגל כלל
1.	האם את/ה מסוגלת להשתמש בטלפון? (לענות, לחפש מספרים ולחייג).	35.6	19.8	44.6
2.	אם היית/ה צריך/ה, האם היית/ה מסוגל להשתמש בתחבורה ציבורית? (אוטובוס, מונית).	34.7	21.8	43.6
3.	האם את/ה מסוגלת לצאת לקניות?	24.8	34.7	40.6
4.	האם את/ה מסוגלת להכין לעצמך ארוחות?	18.8	32.7	48.5
5.	האם את/ה מנהלת בעצמך את ענייני הכספיים? (כמו: הוצאת כסף מהבנק, תשלום חשבונות, מעקב אחר מצב חשבון הבנק).	1.0	20.8	78.2
6.	האם את/ה מסוגלת לדאוג למראך החיצוני? (כמו: להתגלח, להסתרק, לגזוז ציפורניים).	68.3	28.7	3.0
7.	האם את/ה מסוגלת להתלבש? (רכיסת כפתורים, קשירת שרוכים, סגירת ריצרץ).	81.2	18.8	-
8.	האם את/ה מסוגלת ללכת?	90.1	6.0	4.0
9.	האם את/ה מסוגלת להתקלח?	76.2	23.8	-

מן ההתפלגויות ניתן להתרשם כי מרבית המשתתפים במחקר מסוגלים לפעול בעצמם בתחומים מסוימים שניתן לאפיין כבסיסיים, כגון תנועה, לבוש, היגיינת גוף וטיפוח חיצוני. בפעולות מורכבות יותר, המשתתפים זקוקים לעזרה או שאינם מסוגלים לבצע פעולות כלל, בתוך כך שימוש בתחבורה ציבורית, שימוש בטלפון, קניות, ארוחות, ומעל הכל, בצורה בולטת, מרבית המשתתפים מעידים על עצמם כי אינם מסוגלים לנהל את ענייניהם הכספיים. התפלגות השכיחויות של הפריטים במדד הבא, דימוי עצמי, מובאות בטבלה 6.

**טבלה 6. התפלגות שכיחות יחסית (באחוזים) של פריטי משתנה דימוי עצמי (N=101)**

מס' פריט	תיאור פריט	1 מסכים	2 די מסכים	3 לא מסכים
1.	אני מרגישה/ה שיש לי מספר דברים בהם אני טוב	92.1	6.9	1.0
2.	בדרך כלל אני מרוצה מעצמי	90.1	7.9	2.0
3.	אני זוכה לכבוד מאחרים	71.3	14.9	13.9
4.	אני מרגישה/ה שיש לי עדיין מה לתת/ לתרום	94.1	4.0	2.0
5.	אני זוכה להערכה	78.2	13.9	7.9
6.	אני חושב שאני מסוגל ללמוד דברים חדשים	74.3	9.9	15.8

על פי הנתונים בטבלה ניתן להתרשם כי דימויים העצמי של המשתתפים במחקר הוא חיובי בסך הכל, בשלושה פריטים של השאלון ישנה שכיחות של מעל 90% לקטגוריה החיובית

ביותר- המשתתפים חשים כי יש בהם דברים טובים, הם מרוצים מעצמם ומרגישים שיש להם מה לתרום. בפריטים האחרים, אף כי האחוזים נמוכים יותר, עדיין מדובר בלמעלה משני שלישי מהמשתתפים אשר מדרגים את עצמם בקטגוריה החיובית ביותר. המדד הבא קשור למדד הנוכחי, ומתייחס למצבם הרגשי של המשתתפים (טבלה 7).

**טבלה 7. התפלגות שכיחות יחסית (באחוזים) של פריטי משתנה מצב רגשי (N=101)**

מס' פריט	תיאור פריט	1 בכלל לא	2 לא הרבה	3 די הרבה
1.	עצבנות או חוסר מנוחה פנימי	36.6	38.6	24.8
2.	איטיות או ירידה במרץ	65.3	24.8	9.9
3.	תחושת בדידות	57.4	19.8	22.8
4.	הרגשה של חוסר אונים	65.3	27.7	6.9
5.	תחושת עצב	35.6	39.6	24.8
6.	חוסר תקווה לגבי העתיד	84.2	8.9	6.9
7.	הרגשת אושר	9.9	25.7	64.4
8.	לחיים יש משמעות עבורי	5.9	19.8	74.3
9.	הדברים שאני עושה מעניינים אותי	2.0	19.8	78.2

מצבם הרגשי המדווח של המשתתפים על פי רוב חיובי אך מתון, בפריטים הראשונים, המנוסחים על דרך ההיפוך, כלומר עוסקים בסימפטומים שליליים, הנטייה של המשתתפים היא לפזר את התשובות כך שהרוב שוללים קיומם של סימפטומים כאלה, אבל חלק בהחלט מדווחים על מידה מתונה של הסימפטומים ומעטים על מידה רבה (עשוי להגיע לרבע מהמדגם, למשל בפריטים 1, 3 ו- 5 העוסקים בסימפטומים של דיכאון וחרדה). לעומת זאת, בפריטים המנוסחים בצורה חיובית האחוזים הם גבוהים יותר בקטגוריה הגבוהה ורק בודדים מעידים על עצמם כלא חווים רגשות חיוביים של אושר, משמעות ועניין. המדד האחרון של הזדקנות מוצלחת הוא תחושת שייכות חברתית (טבלה 8).

**טבלה 8. התפלגות שכיחות יחסית (באחוזים) של פריטי משתנה תחושת שייכות חברתית (N=101)**

מס' פריט	תיאור פריט	1	2	3
1.	בכמה מקומות מפגש חברתיים הנך מבקר/ת בשבוע?	אף אחד	רק אחד	שניים עד שלושה
		26.7	16.8	56.4
2.	עד כמה הינך שבע רצון (מרוצה) ממפגשים אלו?	לא מרוצה	די מרוצה	מאוד מרוצה
		26.7	16.8	56.4
3.	האם את/ה מוטרד/ת ממה שאנשים אחרים מצפים ממך?	כל הזמן	לפעמים	אף פעם לא
		12.9	75.2	11.9
4.	כמה פעמים בשבוע את/ה מדבר/ת או נפגש/ת עם שכנים, בחצר או בבית?	אף פעם	פעם או פעמיים בשבוע	שלוש עד ארבע פעמים בשבוע
		74.3	15.8	9.9

5.	האם חברים מבקרים אותך בביתך?	לעיתים נדירות או אף פעם לא	לפעמים	לעיתים קרובות
		76.2	18.8	5.0
6.	באיזו תדירות את/ה יוצאת לבלות (ביקור אצל חברים בביתם, מסיבות, ריקודים, קונצרטים, הצגות)?	פחות מפעם בחודש	פעם או פעמיים בחודש	שלוש עד ארבע פעמים בחודש
		59.4	18.8	21.8
7.	האם את/ה משתתף/ת באופן פעיל בפעילויות בילוי אלו?	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות	רוב הזמן
		54.5	21.8	23.8
8.	האם יש לך הזדמנויות לצאת עם בן/בת זוג או להינשא?	אין כל הזדמנות	יש הזדמנויות מועטות	אני נשוי או שיש הזדמנויות רבות
		55.4	15.8	28.7
9.	איך השכנים שלך מתייחסים אליך?	די רע	באופן הוגן	טוב מאוד
		70.3	18.8	10.9
10.	בדרך כלל האם היית אומר/ת שחיך הם:	חסרי משמעות	בסדר	בעלי משמעות רבה
		12.9	55.4	31.7

התפלגות התשובות של שאלון השייכות החברתית היא מפוזרת ומורכבת. ככלל, נראה כי

המשתתפים מדווחים על מפגשים חברתיים מובנים ולא ספונטניים, כלומר מפגשים שמאורגנים בדרך כלל על ידי גורמים בסביבת המגורים, וגם אז, המעורבות שלהם נוטה להיות לא פעילה. במפגשים הספונטניים יותר, דוגמת יחסי שכנות או זוגיות, נראה כי המשתתפים מתקשים יותר, בולט בהקשר זה יחסם של שכנים, יתכן על רקע סטיגמתי, אך עניין זה לא נבחן ישירות במחקר הנוכחי. עם זאת, אין ראיה לכך שמצב זה מטריד אותם, שכן רובם מרגישים שיש משמעות סבירה עד רבה בחייהם.

לאור תוצאות מהימנות העקיבות הפנימית שהתקבלו בניתוחי אלפא של קרונבך (תת-פרק כלי מחקר בפרק השיטה), נבנו עבור כל אחד מהמשתתפים הנזכרים לעיל ציוני אינדקס באמצעות ממוצע פשוט. טבלה (9) מפרטת את המדדים הסטטיסטיים של התפלגויות הציונים הללו מעבר לכלל המדגם, כלומר ללא חלוקה של משתתפים לקבוצות. בכל המשתתפים טווח הערכים התיאורטי הוא 1-3, על פי סקאלת המדידה של השאלון.

#### טבלה 9. מדדי מרכז ופיזור של התפלגויות ציוני האינדקס של משתני המחקר התלויים

המשתנה	מדדי מרכז		מדדי פיזור	
	שכיח	חציון	ממוצע	סטית תקן
מצב בריאותי	2.67	2.56	2.46	.34
רמת תפקוד	2.78	2.22	2.19	.43
דימוי עצמי	3.00	2.83	2.76	.29
מצב רגשי	2.78	2.67	2.50	.44
תחושת שייכות	1.70	1.80	1.79	.45

מבדיקת ההתפלגויות עולה כי למעט בממד תחושת השייכות החברתית, בכל שאר

המדדים הציונים הם יחסית גבוהים. בכל המדדים הללו הציון הממוצע גבוה מנקודת אמצע



הטווח התיאורטי, וכך גם השכיח והחציון. במשתנה השייכות החברתית כל מדדי המרכז הם נמוכים מנקודת אמצע הטווח התיאורטי. בכל המשתנים כולם ההתפלגויות הן בקירוב לנורמה, אך ישנה נטייה לא-סימטריה שלילית קלה, מכאן שרוב המשתתפים דירגו את עצמם יחסית גבוה בערכים.

על מנת לבנות ציון כולל למשתנה ההזדקנות המוצלחת, נבדקו חמשת המדדים זה מול זה בשני אופנים. ראשית נערכו ניתוחי פירסון לבדיקת המתאמים שבין המדדים לבין עצמם, ושנית, בוצעו שני ניתוחי מהימנות עקיבות פנימית, פעם ראשונה כשכל הפריטים של כל המדדים מוכנסים יחד, ופעם שנייה כשרק ציוני האינדקס מוכנסים. טבלה 10 מפרטת את ממצאי המתאמים.

**טבלה 10. מתאמים פנימיים של מדדי ההזדקנות המוצלחת**

תחושת שייכות	מצב רגשי	דימוי עצמי	רמת תפקוד	מצב בריאותי	
					מצב בריאותי
				.06	רמת תפקוד
			.38**	.18*	דימוי עצמי
		.43**	.15	.56**	מצב רגשי
	.36**	.53**	.52**	.27**	תחושת שייכות

\*  $p < .05$

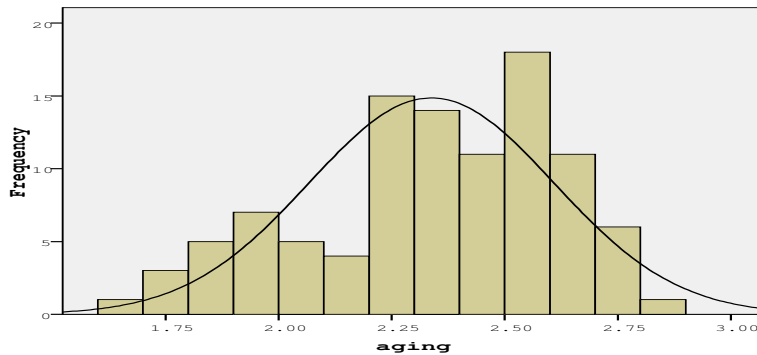
\*\*  $p < .01$

ממצאי המתאמים מצביעים על כך שמרבית המדדים קשורים זה לזה בקשר ישיר בעוצמות נמוכות-בינוניות, מה שמעיד ככל הנראה על מובחנות בין המבנים התיאורטיים. לא נמצאו מתאמים מובהקים בין רמת התפקוד לבין המצב הבריאותי והמצב הרגשי. המתאמים המרשימים ביותר נמצאו בין המצב הרגשי לבריאותי, ובין תחושת השייכות לדימוי העצמי ולרמת התפקוד.

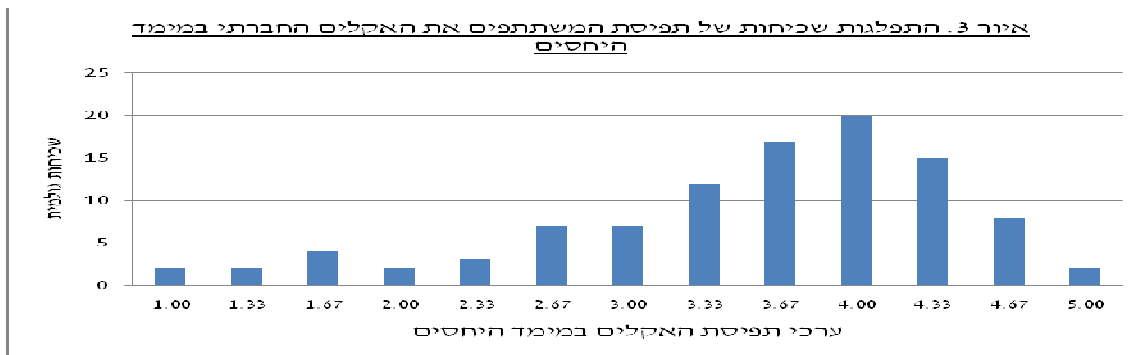
בדיקת מכלול הפריטים (סך הכל 43 פריטים) באמצעות מקדם המתאם אלפא קרוונבך הניב תוצאה טובה המשקפת מהימנות מספקת ( $\alpha = .89$ ), ובדיקת ציוני האינדקס באמצעות מדד זה הניבה גם כן תוצאה טובה יחסית ( $\alpha = .72$ ), מכאן שמכלול המדדים משקף עולם תוכן אחיד, בצורה התואמת את החשיבה התיאורית אודות הזדקנות מוצלחת. לבניית ציון האינדקס הכולל של משתנה ההזדקנות המוצלחת בוצע ממוצע של ציוני האינדקס של המדדים השונים. בהתפלגות ציון האינדקס של ההזדקנות המוצלחת (איור 2), הערכים נעים בפועל בין 1.69-2.83, כלומר שהטווח התיאורטי (1-3) אינו ממוצה עד הסוף ונוטה מעט לערכים הגבוהים. הערך השכיח

שנמצא הוא 2.52, החציון 2.39, והממוצע 2.34 (סטית תקן 0.27), מכאן שההתפלגות היא בקירוב נורמלית, ישנה נטייה קלה ביותר לא-סימטריה שלילית.

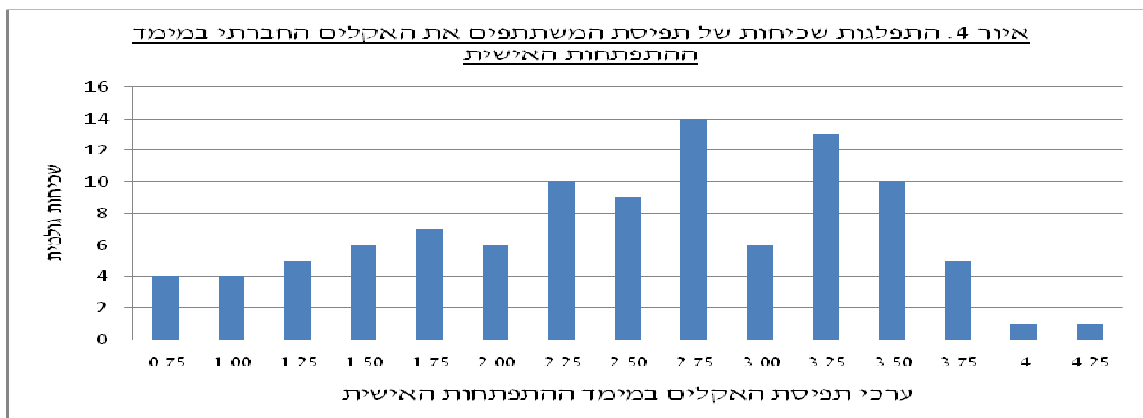
**איור 2: התפלגות ציון האינדקס של ההזדקנות המוצלחת**



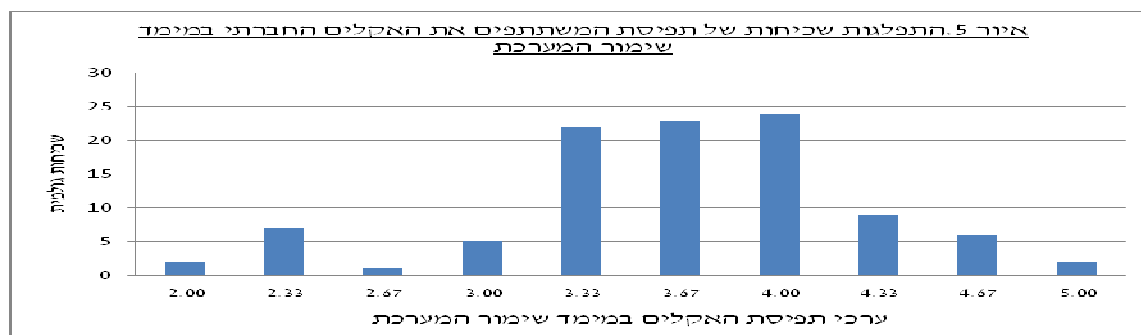
משתני המחקר שהוגדרו כבלתי-תלויים במערך הם המימדים השונים של תפיסת המשתתפים את האקלים החברתי בסביבת מגוריהם. איורים 3,4,5 מציגים את התפלגויות השכיחות עבור כל אחד מהמימדים.



על פי גרף ההתפלגות, מרבית המשתתפים מעריכים את האקלים החברתי במימד היחסים בצורה גבוהה יחסית. הערך השכיח הוא גבוה יחסית (4.00), אך מעבר לכך, מעל נקודת אמצע הטווח התיאורטי נמצאים כשלושה רבעים מן המדגם.



במימד ההתפתחות האישית ההתפלגות מפוזרת יותר, וישנה נטייה לשכיחות גבוהה יחסית של ערכים סביב מרכז ההתפלגות, בערכים הגבוהים השכיחות היא מאוד נמוכה יחסית.



במימד האחרון של תפיסת האקלים החברתי, מימד שימור המערכת, רובו המכריע של המדגם מצוי בערכים שגבוהים מנקודת אמצע הטווח התיאורטי. רק בין הערכים 3.33-4.00 נמצאים 68.31% מן המשתתפים, אמנם בערכים הגבוהים יותר השכיחות היא נמוכה והולכת ופוחתת, אך הנטייה היא עדיין לתפיסה חיובית מאוד של האקלים החברתי במימד זה. גם עבור משתנים אלו נבנו ציוני אינדקס באמצעות ממוצע, טבלה (11) מפרטת את המדדים הסטטיסטיים של ציונים אלה מעבר לכלל המדגם. בכל המימדים טווח הערכים התיאורטי הוא 0-5, על פי סקאלת המדידה של השאלון.

**טבלה 11. מדדי מרכז ופיזור של התפלגויות ציוני האינדקס של משתני המחקר הבלתי תלויים**

מימד תפיסת האקלים החברתי	מדדי מרכז		מדדי פיזור	
	שכיח	חציון	טווח (מינימום-מקסימום)	סטית תקן
יחסים	4.00	3.67	1.00-5.00	.91
התפתחות אישית	2.75	2.50	.75-4.25	.86
שימור מערכת	4.00	3.67	2.00-5.00	.63

מן הנתונים עולה כי במימד היחסים ובמימד שימור המערכת הציונים הממוצעים הם גבוהים יותר מאשר הציון הממוצע של מימד ההתפתחות האישית. בכל המימדים ההתפלגויות הן נורמליות בקירוב, ישנה א-סימטריה שלילית קלה בלבד. ניתוח שונות חד-משתני חד-גורמי תוך נבדקי (One-Way Repeated Measures ANOVA) אושש את המגמה, נמצא הבדל מובהק בין ממוצעי המימדים השונים  $[F(2) = 103.41, p < .01]$ , כאשר שני המימדים - יחסים ושימור מערכת - אינם נבדלים זה מזה, אך שניהם גבוהים במובהק ממימד ההתפתחות האישית. כמו כן, בוצעה בדיקה של המתאמים בין המימדים השונים של תפיסת האקלים החברתי בסביבת המגורים של המשתתפים, זאת על מנת לבחון אם ישנה חפיפה בין המימדים, שעלולה להצביע על חוסר מובחנות בין המבנים התיאורטיים השונים של משתנה זה. ניתוחי פירסון העלו

את הממצאים הבאים (טבלה 12). כפי שניתן להתרשם, המימדים קשורים זה לזה באופן ישיר, ובעוצמות נמוכות-בינוניות, מה שמעיד על מובחנות בין המבנים. הקשר החזק ביותר הוא בין מימד היחסים למימד ההתפתחות האישית, הקשר בין מימד היחסים למימד שימור המערכת נמוך יותר אך עדיין מרשים יחסית, הקשר החלש ביותר הוא בין מימד ההתפתחות האישית למימד שימור המערכת.

**טבלה 12. מתאמים פנימיים של משתני המחקר הבלתי-תלויים**

שימור מערכת	התפתחות אישית	יחסים	יחסים
		.53**	התפתחות אישית
	.25**	.41**	שימור מערכת

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

### **ניתוחים מקדימים**

ניתוח מקדים בוצע על מנת לבחון אם אחד ממשתני הרקע, סוג הדיור, קשור למשתנים המחקריים, ויש לקחתו בחשבון בעת בדיקת ההשערות. במלים אחרות, בכדי לבדוק אם סוג הדיור אינו מתערב ועשוי להשפיע על הקשר שבין האקלים החברתי לבין ההזדקנות המוצלחת, יש לבחון את הקשרים של משתנה זה עם כל המשתנים. לשם כך נערכה סדרה של ניתוחי t למדגמים בלתי-תלויים (טבלה 13).

מן הממצאים עולה כי סוג הדיור קשור במובהק למדד אחד של ההזדקנות המוצלחת-רמת התפקוד. המשתתפים שגרים בדיור הקהילתי מדווחים על רמת תפקוד גבוהה יותר מאלה שגרים בדיור המוסדי. ייתכן כי זוהי הסיבה לכך שסוג הדיור קשור גם לציון הכולל של ההזדקנות המוצלחת. כמו כן, סוג הדיור נמצא קשור במובהק למימד אחד של האקלים החברתי- שימור המערכת. משתתפים שגרים בדיור הקהילתי מעריכים את המסגרת ככזו שיותר שומרת על פעילותה באופן מסודר וקוהרנטי בהשוואה למשתתפים שגרים בדיור המוסדי. ממצאים אלו מעלים את הצורך לקחת את סוג הדיור בחשבון בעת ניתוח ההשערה שמתייחסת לקשר שבין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד באופן ספציפי וההזדקנות המוצלחת באופן כללי, אך לא בעת ניתוח ההשערות האחרות.

**טבלה 13. ממצאי מבחני זלבדיקת ההבדלים במשתני המחקר כפונקציה של סוג הדיור**

משתנה המחקר	סוג הדיור	ממוצע	סטיית תקן	ערך t ומובהקות
<b>המשתנים התלויים</b>				
מצב בריאותי	מוסדי	2.50	.37	1.45
	קהילתי	2.39	.30	
רמת תפקוד	מוסדי	2.05	.43	-4.54**
	קהילתי	2.39	.33	
דימוי עצמי	מוסדי	2.73	.31	-1.51
	קהילתי	2.82	.26	
מצב רגשי	מוסדי	2.46	.45	-.92
	קהילתי	2.55	.43	
תחושת שייכות	מוסדי	1.73	.51	-1.73
	קהילתי	1.88	.34	
מכלול הזדקנות מוצלחת	מוסדי	2.29	.29	-2.07*
	קהילתי	2.41	.23	
<b>המשתנים הבלתי-תלויים</b>				
יחסים	מוסדי	3.45	1.00	-1.22
	קהילתי	3.66	.72	
התפתחות אישית	מוסדי	2.40	.83	-1.45
	קהילתי	2.64	.90	
שימור מערכת	מוסדי	3.51	.68	-3.10**
	קהילתי	3.87	.48	

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

**בדיקת השערות:**

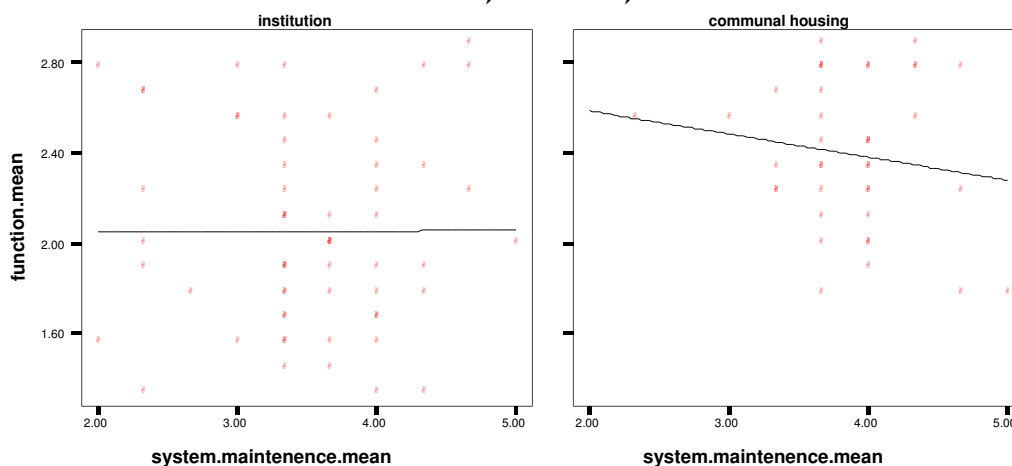
לבדיקת ההשערה הראשונה, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין מצב הבריאות נערכה רגרסיה מרובה סימולטנית. בבדיקה זו המשתנה המנובא היה מצב הבריאות, ונמצא כי 0.00% מהשונויות במצב הבריאות מוסברים באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, המודל הכללי אינו מובהק  $[F(3,97) = 1.00, N.S.]$ , וגם המתאמים הפשוטים אינם מובהקים. מכאן שההשערה הראשונה לא אוששה כלל.

לבדיקת ההשערה השנייה, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין רמת התפקוד נערכה גם כן רגרסיה מרובה סימולטנית. בבדיקה זו המשתנה המנובא היה רמת התפקוד, ונמצא כי 0.02% מן השונויות ברמת התפקוד מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי אינו מובהק  $[F(3,97) = 1.59, N.S.]$ , ומכאן שההשערה השנייה לא אוששה גם היא. עם זאת, מן

הניתוח עולה כי ישנם מתאמים חיוביים מובהקים בין תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית לבין רמת התפקוד ( $r=.18$ , ו- $r=.20$  בהתאמה), אך לא קיים מתאם בין תפיסת האקלים במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד.

בניתוחים המקדימים עלתה האפשרות כי כן יש קשר בין תפיסת האקלים במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד, אך לא קשר ישיר אלא קשר שמתווך על ידי סוג הדיור. לצורך בדיקה זו בוצע ניתוח שונות משותפת חד-משתנית דו-גורמית (ANCOVA), כאשר רמת התפקוד הוכנסה כמשתנה תלוי, תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת כמשתנה בלתי-תלוי אחד, וסוג הדיור כמשתנה בלתי-תלוי שני בתפקיד בקרה. כצפוי, לא נמצא קשר ישיר בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד  $[F(1,98) = .13, N.S.]$ , אך כן נמצאה אינטראקציה מובהקת בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין סוג הדיור בהשפעתם המשולבת על רמת התפקוד  $[F(2,98) = 8.48, p < .01]$ . תוצאה זו משמעותה כי ישנו קשר שונה בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד, ברמות השונות של סוג הדיור. גרף 5 מראה כי בקרב הנבדקים הגרים במסגרת מוסדית אין כלל קשר בין תפיסת האקלים במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד  $[r = .005, N.S.]$ , אך בקרב הנבדקים הגרים במסגרת קהילתית, אף כי הקשר אינו מובהק  $[r = -.15, N.S.]$ , המגמה היא קרובה למובהקות והקשר שלילי באופיו.

**איור 6. דיאגרמות פיזור משוות לתיאור הקשר בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד בסוגי דיור שונים**



לבדיקת ההשערה השלישית, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין המצב הרגשי נערכה גם כן רגרסיה

מרובה סימולטנית. בבדיקה זו המשתנה המנובא היה המצב הרגשי, ונמצא כי 11.7% מן השונות במצב הרגשי מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק  $[F(3,97) = 5.42, p < .01]$ . כפי שניתן לראות בטבלה (14) המודל הכללי אמנם מובהק, אך מתוך שלושת המנבאים, אף אחד אינו תורם תרומה בלעדית מובהקת, וזאת על אף המתאמים החיוביים המובהקים של כל מימדי האקלים החברתי עם המצב הרגשי. מתאמים אלה משמעותם שכל שתפיסת האקלים בכל המימדים חיובית יותר, כך המצב הרגשי של הנבדקים הוא טוב יותר. בחינת מקדמי המתאם המתוקננים של משתנים אלה מעלה כי מימד היחסים הוא החזק ביותר מבין השלושה, אך כאמור, עוצמה זו אינה בבחינת תרומה בלעדית מובהקת, ומכאן שהשערה אוששה באופן חלקי בלבד.

**טבלה 14. מקדמי המתאם הרגילים, המתוקננים, וציוני t של מימדי תפיסת האקלים לניבוי המצב הרגשי**

המשתנים המנבאים	$\beta$	t	r
1. מימד היחסים	.22	1.88	.34**
2. מימד ההתפתחות האישית	.09	.82	.25**
3. מימד שימור המערכת	.17	1.62	.28**

\*\*  $p < .01$

מאחר ובהשערה השלישית המקורית נכללו שני מדדים של הזקנה- מצב רגשי ודימוי עצמי- ובניתוחים בפועל שני מדדים אלה נבדקו בנפרד, לצורך בדיקת ההשערה בוצעה רגרסיה סימולטנית נוספת כאשר המשתנה המנובא הוא הדימוי העצמי. בבדיקה זו נמצא כי 28.0% מן השונות בדימוי העצמי מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק  $[F(3,97) = 14.02, p < .01]$ .

**טבלה 15. מקדמי המתאם הרגילים, המתוקננים, וציוני t של מימדי תפיסת האקלים לניבוי הדימוי העצמי**

המשתנים המנבאים	$\beta$	t	r
1. מימד היחסים	.40**	3.74	.51**
2. מימד ההתפתחות האישית	.24*	2.45	.44**
3. מימד שימור המערכת	-.04	-.45	.18*

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

מעיון בטבלת המנבאים (טבלה 15) עולה, כי על אף המתאמים הפשוטים החיוביים והמובהקים של שלושת המשתנים עם הדימוי העצמי (ככל שתפיסת האקלים במימדים השונים חיובית יותר כך דימוי העצמי של הנבדק חיובי יותר), רק שניים מהם תורמים תרומה בלעדית

מובהקת לשונות במודל הכללי- מימד היחסים הוא המנבא החזק ביותר, ומימד ההתפתחות האישית שני בעוצמתו. השערה זו אוששה באופן חלקי.

לבדיקת ההשערה הרביעית, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין תחושת השייכות למסגרת, נערכה גם כן רגרסיה מרובה סימולטנית. בבדיקה זו המשתנה המנובא היה תחושת השייכות, ונמצא כי 19.5% מן השונות בתחושת השייכות מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק  $[F(3,97) = 9.07, p < .01]$ . על פי טבלת המנבאים (טבלה 16), רק שני מימדים של תפיסת האקלים החברתי תורמים תרומה מובהקת למודל הכללי- מימד ההתפתחות האישית הוא המנבא החזק יותר, מימד היחסים שני בעוצמתו, בשני המקרים המתאם שנמצא הוא חיובי, ככל שתפיסת האקלים במימדי ההתפתחות האישית והיחסים חיובית יותר, כך תחושת השייכות של הנבדק חזקה יותר. השערה זו אוששה באופן חלקי.

**טבלה 16. מקדמי המתאם הרגילים, המתוקננים, וציוני t של מימדי תפיסת האקלים לניבוי תחושת השייכות**

המשתנים המנבאים	$\beta$	t	r
1. מימד היחסים	.23*	2.03	.38**
2. מימד ההתפתחות האישית	.32**	3.02	.43**
3. מימד שימור המערכת	-.04	-.37	.14

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

לבדיקת ההשערה החמישית, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין ההזדקנות המוצלחת כמשתנה כולל נערכה גם כן רגרסיה מרובה סימולטנית. בבדיקה זו המשתנה המנובא היה הזדקנות מוצלחת, ונמצא כי 21.9% מן השונות בהזדקנות המוצלחת מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק  $[F(3,97) = 10.35, p < .01]$ . על פי טבלת המנבאים (טבלה 17), גם כאן, רק שני מימדים של תפיסת האקלים תורמים תרומה מובהקת למודל הכללי- מימד ההתפתחות האישית הוא המנבא החזק יותר, מימד היחסים שני בעוצמתו. בכל המימדים נמצאו מתאמים חיוביים, ככל שתפיסת האקלים החברתי חיובית יותר, כך ההזדקנות של הנבדק מוצלחת יותר. השערה זו אוששה באופן חלקי.



**טבלה 17. מקדמי המתאם הרגילים, המתוקננים, וציוני ז של מימדי תפיסת האקלים לניבוי תחושת השייכות**

המשתנים המנבאים	$\beta$	t	r
1. מימד היחסים	.30**	2.67	.44**
2. מימד ההתפתחות האישית	.24*	2.33	.41**
3. מימד שימור המערכת	.05	.53	.23*

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

בדומה להשערה השנייה, בניתוחים המקדימים עלתה האפשרות כי הקשר שבין תפיסת

האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין הציון הכולל של ההזדקנות המוצלחת אינו ישיר

אלא מתווך על ידי סוג הדיור. לצורך בדיקה זו בוצע ניתוח שונות משותפת חד-משתנית דו-

גורמית (ANCOVA), כאשר הציון הכולל של ההזדקנות המוצלחת הוכנס כמשתנה תלוי, תפיסת

האקלים החברתי במימד שימור המערכת כמשתנה בלתי-תלוי אחד, וסוג הדיור כמשתנה בלתי-

תלוי שני כבקרה. בניתוח לא נמצא קשר ישיר בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור

המערכת לבין ההזדקנות המוצלחת [ $F(1,98) = 3.57, N.S.$ ], אך כן נמצאה אינטראקציה

מובהקת בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין סוג הדיור בהשפעתם

המשולבת על ההזדקנות המוצלחת [ $F(2,98) = 3.90, p < .05$ ]. תוצאה זו משמעותה כי ישנו

קשר שונה בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין ההזדקנות המוצלחת ברמות

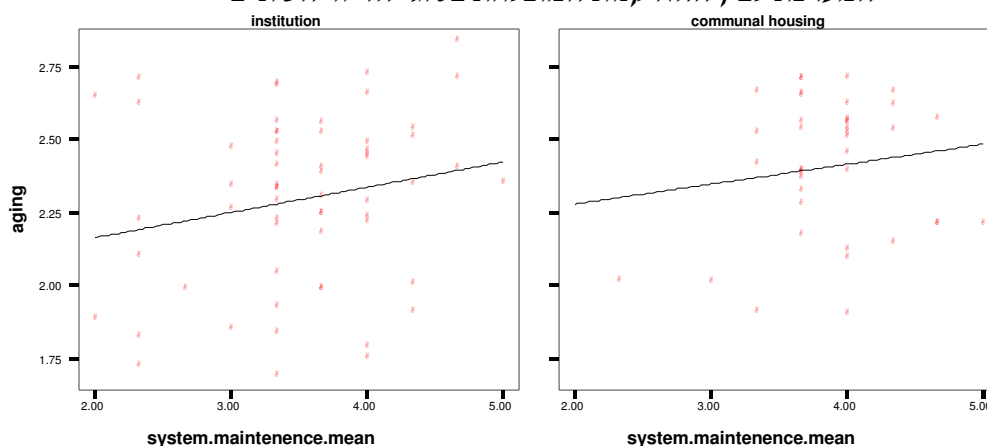
השונות של סוג הדיור. גרף 6 מראה כי בקרב הנבדקים הגרים במסגרת מוסדית אין כלל קשר בין

תפיסת האקלים במימד שימור המערכת לבין ההזדקנות המוצלחת [ $r = .14, N.S.$ ], אך בקרב

הנבדקים הגרים במסגרת קהילתית, אף כי הקשר אינו מובהק, המגמה היא קרובה יותר

למובהקות מאחר והמתאם מעט חזק יותר [ $r = .20, N.S.$ ].

**איור 7. דיאגרמות פיזור משוות לתיאור הקשר בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין ההזדקנות המוצלחת בסוגי הדיור השונים**



בדיקת ההשערה המקורית האחרונה בוצעה למעשה במסגרת הניתוחים המקדימים, שכן משתנה סוג הדיור נחשד כבעל פוטנציאל להתערבות במערך המחקרי. מן הניתוחים שבוצעו באותו שלב (טבלה 13), ישנו הבדל מובהק בין סוגי הדיור במדד רמת התפקוד ובמכלול ההזדקנות המוצלחת, כאשר הנבדקים המתגוררים במסגרת קהילתית מראים תפקוד גבוה יותר והזדקנות כללית מוצלחת יותר מנבדקים שמתגוררים במסגרת מוסדית.

לאור הנתונים שהצטברו במהלך בדיקת ההשערות, עלה צורך בניתוח נוסף לבדיקת יכולת הניבוי של ההזדקנות המוצלחת כמכלול, באמצעות מימדי התפיסה של האקלים החברתי והמשתנים הסוציו-דמוגרפיים. לצורך כך, ראשית בוצעו ניתוחים לבדיקת הקשרים שבין המשתנים הסוציו-דמוגרפיים לבין ההזדקנות המוצלחת, ונמצאו רק שלושה קשרים מובהקים: נמצא הבדל כפונקציה של מין הנבדקים  $[t(99) = 2.06, p > .05]$ , נבדקים גברים הראו הזדקנות מוצלחת יותר ( $M = 2.29, SD = .28$ ) בהשוואה לנשים ( $M = 2.40, SD = .25$ ); נמצא הבדל כפונקציה של המצב המשפחתי  $[t(99) = 2.30, p > .05]$ , נבדקים שחיים ללא בן/בת-זוג הראו הזדקנות מוצלחת יותר ( $M = 2.35, SD = .26$ ) בהשוואה לנבדקים שחיים עם בן/בת-זוג ( $M = 2.12, SD = .30$ ); ונמצא הבדל כפונקציה של סוג הדיור (ראה טבלה 13).

לבדיקת יכולת הניבוי של ההזדקנות המוצלחת על ידי מימדי תפיסת האקלים החברתי מעבר למשתנים הסוציו-דמוגרפיים הנזכרים לעיל, בוצע מבחן רגרסיה מרובה בצעדים, תוך שימוש במשתנים הסוציו-דמוגרפיים כמשתני דמה, לאור היותם משתנים דיכוטומיים, אשר הוכנסו ראשונים למשוואה, ולאחר מכן מימדי התפיסה של האקלים החברתי.

**טבלה 18. ממצאי רגרסיה בצעדים לבדיקת יכולת הניבוי של ההזדקנות המוצלחת על ידי מימדי תפיסת האקלים החברתי מעבר למשתנים הסוציו-דמוגרפיים**

המשתנים המנבאים בצעדי הרגרסיה	$\beta$	t
צעד 1		
1. מגדר	-.18	-1.94
2. זוגיות	-.22*	-2.27
3. סוג דיור	.20*	2.15
מובהקות המודל הכללי		$F(3,97) = 4.72, p < .01$
		$AdjR^2 = .10$
צעד 2		
1. מגדר	-.10	-1.03
2. זוגיות	-.15	-1.70
3. סוג דיור	.14	1.51

2.60	.28*	4. מימד היחסים
1.70	.18	5. מימד ההתפתחות האישית
.31	.03	6. מימד שימור המערכת
$F(6,94) = 6.37, p < .01$		מובהקות המודל הכללי
$AdjR^2 = .24$		
$\Delta AdjR^2 = .14$		מובהקות השינוי
$F_{Change}(3,94) = 7.13, p < .01$		
* $p < .05$		
** $p < .01$		

מן הניתוח עולה כי מכלול ההזדקנות המוצלחת מוסבר על ידי מימדי התפיסה של האקלים מעבר למשתנים הסוציו-דמוגרפיים (מגדר, זוגיות וסוג הדיור), השינוי הכללי שחל במודל עם הכנסת המנבאים בצעד השני הוא מובהק. באופן ספציפי ניתן לראות כי מימד היחסים הוא זה שמשפיע על התוצאה, שכן זהו הקשר המובהק היחיד שנמצא בצעד השני של מודל הרגרסיה.

לסיכום, הניסיון להסביר את ההזדקנות המוצלחת של בעלי פיגור באמצעות תפיסתם את האקלים החברתי במסגרת מגוריהם, העלה ממצאים חלקיים. מן הניתוחים עולה כי אמנם ברוב המקרים ישנם מתאמים חיוביים מובהקים בין מימדי תפיסת האקלים החברתי לבין מדד ההזדקנות המוצלחת, אך שילובם יחד מניב תוצאות מובהקות רק בשלושה מקרים. את הדימוי העצמי מסבירים תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (הראשון תורם יותר), את תחושת השייכות מסבירים תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר), ואת מכלול ההזדקנות המוצלחת, המבוסס על שקלול של חמשת המדדים, מסבירים גם כן תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר). בשני מקרים, התברר כי ישנו קשר ספציפי בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד ומכלול ההזדקנות המוצלחת, אך קשר זה מתווך על ידי סוג הדיור. בחינת ניבוי מכלול ההזדקנות המוצלחת במודל כללי על ידי משתני המחקר והמשתנים הסוציו-דמוגרפיים העלתה תרומה מובהקת כללית של מימדי תפיסת האקלים החברתי מעבר למשתנים הסוציו-דמוגרפיים, ובאופן ספציפי נראה כי המימד שהביא לכך הוא מימד היחסים.

## דיון

בשנים האחרונות קיימת עלייה הולכת וגוברת בחקר המשתנים המשפיעים על הזדקנותם של אנשים עם פיגור שכלי. חשיבותו של נושא זה גברה בגלל העלייה בתוחלת החיים של פלח אוכלוסייה זה והצורך בתכנון ופיתוח שירותים מותאמים ומענים טיפוליים הולמים עבורם. המחקר הנוכחי בא לבחון את השפעת תפיסת האקלים החברתי אצל אנשים עם פיגור שכלי בגיל ההזדקנות על אופי הזדקנותם. ייחודו של המחקר הנוכחי טמון בהיותו המחקר הראשון בארץ מסוג זה. בדיקה זו חשובה בגלל הזיקה בין איכות חיי הפרט לבין דרך תפיסתו את סביבתו. כאשר הסביבה עונה על צורכי הפרט וקיימת הלימה בין משאביו האישיים למשאבי הסביבה, התוצר הוא רמה גבוהה יותר של איכות חיים (בר-טור, 2008).

ההשערה הכללית של המחקר הניחה כי ככל שתפיסת האקלים החברתי תהיה חיובית יותר כך ידווחו המזדקנים עם פיגור שכלי על מדדים מוצלחים יותר במרכיבי הזדקנותם. כן בוצעה השוואה בין הדורים בדיור מוסדי לבין הדורים בדיור קהילתי. הניסיון להסביר את ההזדקנות המוצלחת של בעלי פיגור שכלי באמצעות תפיסתם את האקלים החברתי במסגרת מגוריהם, העלה מספר ממצאים. הממצאים הראו כי אמנם ברוב המקרים ישנם מתאמים חיוביים מובהקים בין מימדי תפיסת האקלים החברתי לבין מדד ההזדקנות המוצלחת, אך שילובם יחד הניב תוצאות מובהקות רק בשלושה מקרים: את הדימוי העצמי מסבירה תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (הראשון תורם יותר), את תחושת השייכות מסבירה תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר), ואת מכלול ההזדקנות המוצלחת, המבוסס על שקלול של ארבעת המדדים, מסבירה גם כן תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית (השני תורם יותר). בשני מקרים, התברר כי ישנו קשר ספציפי בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד ומכלול ההזדקנות המוצלחת, אך קשר זה מתווך על ידי סוג הדיור.

הדיון בממצאי המחקר יתמקד בחלקו הראשון בבדיקת הקשרים בין המשתנים לפי השערות המחקר, ולאחר מכן נציג את ההשלכות המחקריות והיישומיות של המחקר ואת מגבלותיו.

## הקשר בין תפיסת אקלים חברתי ובריאות

ההשערה הראשונה הניחה כי ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא תפיסת אקלים חברתי חיובית יותר, הוא יתפוס את בריאותו כטובה יותר. לא נמצא קשר בין שני המשתנים כמו שדווח על ידי הנחקרים, וההשערה לא אוששה כלל.

הסבר אפשרי לתוצאה זו, הוא כי קיימת השפעה למסגרת הדיור על מצבם הבריאותי של אנשים זקנים עם פיגור שכלי. באחריותה של מסגרת הדיור החוץ ביתית לספק לדיירים את צורכיהם הבריאותיים. המסגרת תופסת את עצמה כמופקדת על בריאותו של הדייר, וחלק זה נתפס כחלק משמעותי מאוד במגוון השירותים הטיפוליים שמסגרת דיור מספקת לאנשים שגרים בה. מצב זה גורם לכך שאפשרויות הבחירה החופשית והשליטה העצמית של הדייר בתחום זה הינם מוגבלות. הדיירים תופסים נושא זה כנושא שלא בתחום אחריותם, אינם נדרשים לכל מידה של שליטה ועצמאות בטיפול העצמי בתחומי הבריאות ולפיכך מצבם אינו מושפע מגורמים חברתיים או מדרך תפיסתם את האקלים החברתי. כאשר מדובר באנשים עם פיגור שכלי אשר היכולות הקוגניטיביות והתקשורתיות שלהם פגועות, הם מתקשים להביע את עצמם ולבחור כרצונם, ונתפסים כאנשים שנוטים לרצות אחרים, לא תמיד פועלים על פי הנראה להם אלא לפי מה שהם חושבים שיימצא חן בעיני הצוות המטפל בהם. אי לכך הרבה פעמים נשללת מהם זכותם לסינגור עצמי (Schwartz, 2003). מסגרות הדיור לאנשים עם פיגור שכלי, עושות מאמצים לספק מענה לצורכי הדיירים הגרים במסגרתם וישנה הקפדה בעניינים בריאותיים וטיפוליים. לעניין זה קיימת השפעה על יכולתם של דיירים אלו להיות מעורבים בתהליכי קבלת החלטות בנושאים מרכזיים בחייהם, לפיכך המצב הבריאותי אינו מושפע מתפיסות חברתיות.

בריאות פיזית טובה היא רכיב חשוב בחיים, אך קיימים גורמים אובייקטיביים הקובעים את רמת הבריאות של האדם המזדקן וגם עם הטיפול הכי טוב לא תמיד ניתן לשלוט בבריאות האדם המזדקן. הבריאות לבדה אינה ערובה לאיכות חיים גבוהה בזיקנה. חשובה גם בריאות נפשית טובה וזו תלויה במידת המעורבות והעניין שיש לאדם בחיים. החברה מצידה משקיעה בשנים האחרונות משאבים רבים לקידום הבריאות ולהגברת המודעות לשמירה על בריאות נכונה. העניין המוגבר בשמירה על הבריאות הפיזית ובעיקר תהליכי ההזדקנות הוא ללא ספק חשוב, אך ספק אם הוא מספיק, או מעניק את התשובה לרווחה הנפשית של האדם (בר-טור, 2008). במחקר שלנו בדקנו את הבריאות הפיזית אך לא בדקנו את הבריאות הנפשית של הנחקרים, והסתפקנו בבדיקת מצב נפשי. סביר להניח כי חלקם של משתתפי המחקר סובלים מבריאות נפשית לקויה אשר יכולה להיות גורם חשוב בהשפעתו על תהליך ההזדקנות.

אין ספק שמי שמתחזק היטב את גופו משפר גם את בריאותו הנפשית, אך אין זה תמיד עונה על הצורך בקשר משמעותי, במעורבות חברתית, בעשייה, ביכולת לשמר את הערך העצמי ולהרגיש שבע רצון. כיום המחקרים מצביעים על כך שלתפיסה הסובייקטיבית של הבריאות חשיבות גדולה הרבה יותר מאשר למצב האובייקטיבי, העיסוק בנושאים חיוביים יותר בחיי הזקן ושינוי תפיסתו של הזקן בצורה חיובית במקום העיסוק בנושאים שליליים כמו החולי, המוגבלות, המצוקה משפר את תדמית הזקנים (בר-טור, 2005). ממצאים אלו מחזקים את תפיסתנו כי יש לתת את הדעת על בריאות נפשית, ובנוסף להשקעה בשיפור הבריאות הפיזית ולנסות לעבוד על שיפור תפיסתו של האדם עם הפיגור את מצבו הבריאותי.

### **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי ותפקוד**

במחקרנו לא נמצא קשר בין תפיסת האקלים החברתי כמשתנה כללי לבין רמת התפקוד, לפי ההשערה השנייה עם זאת, מן הניתוח עלה כי קיים קשר חיובי מובהק בין תפיסת האקלים החברתי במימד היחסים ובמימד ההתפתחות האישית לבין רמת התפקוד אך לא קיים מתאם בין תפיסת האקלים במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד. בנוסף הממצאים הראו, שישנו הבדל בין סוגי הדיור במדד רמת התפקוד, כאשר הנבדקים המתגוררים במסגרת קהילתית מראים תפקוד גבוה יותר.

בספרות המחקרית (לבנשטיין ויקוביץ, 1995) נמצאה עדות כי התפקוד אצל זקנים החיים במוסדות מושפע מהתנאים הסביבתיים, העמדות של הצוות הטיפולי ומיכולת השליטה והעצמאות לה הזקנים זוכים. לעדות זו חיזוק בממצאי המחקר שלנו. כאשר הדייר תופס את האקלים החברתי במסגרת כחיובי במימד היחסים, הדבר מעיד על תחושתו כי המסגרת מאפשרת לו לקבל תמיכה והערכה מחברי הצוות ודיירים אחרים, ומעודדת אותו לבטא את עצמו בחופשיות. תחושת לכידות זו עשויה לתרום רבות לעידוד לעצמאות ותפקוד כתרומה אישית וכחלק מהמערכת. בנוסף, התחושה כי האדם מסוגל לעזור ולתמוך באחר עשויה לתרום לדימויו ותפיסתו העצמית, ולספק לו תחושת מסוגלות. האינטראקציה בין שלושת גורמי ההזדקנות - הביולוגיים, הפסיכולוגיים והחברתיים - היא הפקטור החשוב ביותר לתוצאות תפקודיות של האדם עם פיגור, יותר מאשר עצם השינויים הטבעיים המתרחשים בזקנה מבחינה ביולוגית, המאפיינים את האוכלוסייה בכלל ואותם בפרט (Walsh, 2002).

מימד הצמיחה האישית, המתייחס לתפיסתם של הדיירים את ההזדמנויות הניתנות להם במסגרת להתפתחות אישית, תוך פיתוח מיומנויות ומודעות עצמית, בוחן את המידה בה חשים הדיירים כי המסגרת מסייעת להם ברכישת מיומנויות חדשות ומעודדת אותם לעצמאות. ארטן (2002) מצאה במחקרה כי פרטים בעלי נכות פסיכיאטרית אשר תופסים את תוכניתם כמכוונת לצמיחה אישית, היו בעלי ביטחון עצמי רב יותר ודימוי עצמי חיובי יותר. הדייר אשר תופס את המסגרת כמכוונת לפיתוח עצמאותו, יחוש מוטיבציה יותר גבוהה לתפקד ולתרום את חלקו במסגרת. העצמאות התפקודית תגרום לו להרגיש בעל ערך ומסוגלות.

מימד שימור המערכת אשר מתייחס למידה בה הדייר תופס את המערכת כשומרת על החוקים, על סדר וארגון ובהירות, ובאיזה מידה הצוות שולט בה, לא נמצא קשור לרמת התפקוד באופן ישיר, אך נמצאה אינטראקציה מובהקת בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין סוג הדיור בהשפעתם המשולבת על רמת התפקוד. תוצאה זו משמעותה כי ישנו קשר שונה בין תפיסת האקלים החברתי במימד שימור המערכת לבין רמת התפקוד, ברמות השונות של סוג הדיור. מימד זה נמצא כבעל השפעה גדולה יותר במסגרות הדיור הקהילתיות. הסבר אפשרי יכול להיות, כי הדיירים בדיור קהילתי, הנחשפים לגורמי סיכון רבים יותר בשל הימצאותם במסגרת המאפשרת פתיחות ועצמאות, נדרשים למידה יותר גבוהה של שמירה על חוקים ובהירות בחוקים ובגבולות.

בשונה מהאוכלוסייה הזקנה ללא פיגור שכלי, תפקוד אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי הינו בין היתר, תולדה של רמת התמיכה הסביבתית שהם מקבלים באמצעות התמיכה הפורמאלית, ומיומנויות העצמאות שהם רכשו. ממצאי המחקר הנוכחי עולה כי מרבית המשתתפים במחקר מסוגלים לפעול בעצמם בתחומים שניתן לאפיין כבסיסיים, כגון ניידות, לבוש, היגיינת גוף וטיפול חיצוני. בפעולות מורכבות יותר, המשתתפים הזדקקו לעזרה או שלא היו מסוגלים לבצע כלל. פעולות אלו כללו שימוש בתחבורה ציבורית, שימוש בטלפון, קניות, הכנת ארוחות, ובנושא של ניהול עניינים כספיים רוב הנחקרים לא היה מסוגלות כלל, דבר המעיד כי אנשים זקנים עם פיגור שכלי החיים במסגרות דיור חוץ ביתיות, אין להם צורך אמיתי לבצע משימות כגון אלה. הסברה היא כי הדיירים עושים את המינימום הנדרש מהם ואין דרישה שהם יבצעו תפקידים יותר מורכבים.

ממצאי מחקרנו הצביעו על הבדלים בין מסגרות הדיור בהשפעת תפיסת האקלים על רמת התפקוד לטובת הדיור הקהילתי. ממצא זה מעיד כי הדיירים במסגרות קהילתיות אשר דיווחו על רמה תפיסה חיובית יותר לסביבתם החברתית, נטו להרגיש יותר שייכות למערכת, חשו כי הצוות

מעודד אותם לעצמאות ולקיחת אחריות, וכי קיימת עזרה הדדית בין חברי המסגרת, דבר אשר עודד אותם לתפקוד יותר טוב. כלומר, נחקרים שמתגוררים במסגרות עצמאיות יותר, בהן נדרשה רמת תפקוד גבוהה יותר, דיווחו על תפקוד גבוה יותר וזאת מהסיבה שהמערכת עודדה ואפשרה יותר.

מחקר אשר תומך ומחזק את ממצא זה, בוצע בארץ על ידי שוורץ (2003), ממצאי מחקרה הצביעו על הבדלים ברמת התפקוד באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי, בהשפעת סגנון הדיור. ממצאים אלו תואמים לממצאים שנתקבלו במחקר שלנו, אשר הראו כי רמת תפקודם של הגרים בדיור קהילתי טובה מזו של אלו הגרים במוסד.

### **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי ומצב רגשי**

ההשערה השלישית, בדבר קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים לבין המצב הרגשי אוששה באופן חלקי. נמצא כי 11.7% מן השונות במצב הרגשי מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק. עם זאת מתוך שלושת המנבאים, אף אחד לא תרם תרומה בלעדית מובהקת, וזאת על אף המתאמים החיוביים המובהקים של כל מימדי האקלים החברתי עם המצב הרגשי. מתאמים אלה משמעותם שככל שתפיסת האקלים בכל המימדים חיובית יותר, כך המצב הרגשי של הנבדקים הוא טוב יותר. מחקרים נוספים המדברים על מצב רגשי הראו כי גורמים סביבתיים כמו רשת חברתית, פעילות וקשרים משפחתיים הם בעלי השפעה על איכות חיים נפשית, ואילו מחסור בגורמים אלו יכול להיות מנבא להתפתחות דיכאון (Tonge et al., 2005 ; Mason & Schmidt, 2009). מחקרים אחרים מצאו כי אחד המשתנים החשובים בהשפעה על תפיסת איכות חיים ובריאות נפשית אצל זקנים בדיור מוגן היה תפיסת המסגרת כמאפשרת הזדמנויות וחילופי תמיכה וקבלה בין חברי צוות (Namazi, Eckert, Kahana & Lyon, 1989)

אולם, אוכלוסייה זו חווה אובדנים אישיים משמעותיים כגון אובדן התמיכה ההורית, אך כאשר מספקים להם סביבה אשר מאפשרת צמיחה אישית ומספקת מערכת תמיכה חלופית לזו שאבדה, הדבר עלול להיות בעל השפעה חיובית על הזדקנותם (Bigby, 2007). בריאות נפשית חיובית מבוססת על קשרי גומלין בין מרכיבים פיזיים ופסיכולוגיים- חברתיים התורמים למעורבות האדם בחיים. מעורבות זו באה לידי ביטוי בשימוש נרחב ביכולותיו של האדם. הבריאות הנפשית בהזדקנות נקבעת אפוא על פי יכולתו של האדם להסתגל לסביבתו ולמלא את



המשימות ההתפתחותיות המתאימות לאותו שלב (בר- טור, 2005). לפי כך ניתן להבין כי הקשר בין תפיסת האקלים החברתי בסביבת המגורים לבין המצב הרגשי של הדייר יכול להיות מושפע מהדרך בה האדם עם הפיגור השכלי תופס את המערכת כמספקת רשת תמיכה חלופית וסיוע במטלות היומיום ומפצה אותו על האובדנים שלו.

מסקנה נוספת עולה לכאורה, מנתוני הרקע של המחקר שלנו, אשר מראים כי מרבית המרוויינים לא בנו תא משפחתי ולמרביתם אין ילדים. כמו כן, רובם עובדים במסגרות עבודה מוגנות ואינם פורשים מן העבודה בגיל פרישה שנקבע, כי אוכלוסייה זו, עם הזדקנותה, חווה מעט אובדנים לעומת האוכלוסייה הכללית, אך אוכלוסייה זו, כן חווים אובדנים אישיים משמעותיים לא פחות, כגון: מות ההורה המטפל, ומות חברים, בנוסף לאובדנים פיזיים האופייניים לגיל הזיקנה. אירועי חיים שלילים אלו מהווים גורם לחץ ועלולים להוביל למצוקה נפשית ולדיכאון (Tyrell & Dodd, 2003). במחקרה של כהן (2004) נמצא כי החברים של אנשים עם פיגור שכלי המתגוררים בדוור חוץ ביתי הם אלו המהווים את הגורם המשמעותי במערכת התמיכה הבלתי פורמלית ואילו התמיכה המתקבלת מן המשפחה אינה מנבאת את מצבם הרגשי של הנחקרים ולפיכך אינה מהווה גורם משמעותי המשפיע על מצבו הרגשי של האדם הזקן עם פיגור שכלי. קיים מרחק בין מסגרות הדוור החוץ ביתיות, מבחינה גיאוגרפית ולעיתים גם מבחינה חברתית ממשפחות הדיירים, לפיכך עיקר התמיכה הבלתי פורמאלית שלהם הם זוכים, באה מחברים ושכנים למסגרת הדוור.

### **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי ושייכות חברתית קהילתית**

ההשערה הרביעית אשר הניחה כי קיים קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין תחושת השייכות למסגרת, אוששה באופן חלקי. נמצא כי 19.5% מן השונות בתחושת השייכות מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק. רק שני מימדים של תפיסת האקלים החברתי תרמו תרומה מובהקת למודל הכללי- מימד ההתפתחות האישית הוא המנבא החזק יותר ומימד היחסים שני בעוצמתו. בשני המקרים המתאם שנמצא הוא חיובי, כך שככל שתפיסת האקלים במימדי ההתפתחות האישית והיחסים חיובית יותר, כך תחושת השייכות של הנבדק חזקה יותר.

כאשר האדם תופס את המסגרת שמתגורר בה כמסגרת שמאפשרת פתיחות, ספונטאניות, ומספקת תמיכה, ניתן להניח כי יחוש מידה רבה יותר של שייכות חברתית וקהילתית. בהתאם למצופה ממצא זה תואם מחקרים אשר מצאו כי לדרך בה תופס הדייר את סביבתו ישנה השפעה על מעורבותו החברתית והקהילתית (Egli, Feurer, Roper & Thompson, 2002).

ביגבי (Bigby, 2007) במאמרה דיברה על תחושת שייכות כתנאי לחיים מספקים בשלב הזיקנה. הסבר אפשרי לממצא הנוכחי עלול להיות טמון בזה שדיירים במסגרות דיור חוץ ביתיות מרגישים יותר שייכות, כאשר תפיסת האקלים החברתי שלהם מכוונת בצורה חזקה יותר למימד ההתפתחות האישית, כי מידת האוטונומיה והעצמאות שהמסגרת מאפשרת והחופש שיש להם לדבר ולפנות בכל עניין לצוות נותנת להם לחוש שייכות לקבוצה. נראה כי מסגרת רגועה שבה הצוות מתייחס בכבוד לדיירים ולעמיתים, והדיירים מרוצים מהאווירה הכללית תורם לתחושת השייכות שלהם למקום.

תפיסת האקלים החברתי במסגרת הדיור כמכוון למימד היחסים מלמדת על תחושתם של הדיירים כי זהו מקום שיכול להכיל אותם, מאפשר להם לדבר על קשייהם במסגרת, ולתמוך איש ברעהו. בנוסף הדייר תופס את עצמו כחלק תורם לאחרים ולא רק כמקבל עזרה מאחרים. אדם שחש תחושת העצמה ההנחה כי יתפוס את איכות חייו כטובה יותר. תחושת העצמה יכולה להיות תוצאה של סביבה אשר מעודדת אותו לרכוש ולתרגל מיומנויות של קבלת החלטות, תוך שימת דגש על מרכיב הבחירה. אדם כזה עשוי להתנסות במצבים בהן החלטותיו הובילו אותו לתוצאה הרצויה עבורו וניתן לשער כי אדם זה יחוש מסוגל ושולט יותר באירועים המרכיבים את מציאות חייו, וכך יהיה מעורב ביותר פעילויות, וישתלב יותר בסביבתו. התחושה של השתלבות וקבלה בסביבה תתרום לתחושת השייכות לקבוצה.

אנשים עם פיגור שכלי חווים קושי בהרחבת רשת הקשרים החברתיים שלהם בגלל סטיגמציה של החברה, קשיים בתקשורת, מיומנויות חברתיות דלות, נורמות חברתיות לא מקובלות ועוד (Bigby, 2007). השייכות החברתית נמדדה על ידי בדיקת השתתפות פעילה בחברה והשתתפות בפעילות פנאי. פעילויות חברתיות שונות מאפשרות לאדם להרחיב את הרשת החברתית שלו, כך שאם הוא תופס את הסביבה כמאפשרת הוא יביע יותר רצון לקחת חלק בפעילויות החברתיות דבר אשר יכול לעזור לו להתגבר על הקשיים בהתמודדות עם קשייו ביצירת רשת חברתית.

סטנקליף ועמיתיו (Stancliffe et al., 2007), אשר חקרו את נושא הקשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין בדידות, מצאו כי הדיירים חוו בדידות רבה יותר במסגרות גדולות לעומת מסגרות קטנות. בנוסף משתנים של אקלים חברתי כמו תחושת פחד בבית או בקהילה המקומית נמצאו קשורים במידה רבה לתחושת בדידות. ממצאים אלו מחזקים את ממצאי מחקרנו, אשר העלה כי הדיירים תפסו את המסגרת כמסגרת שיוצרת עבורם סביבה מוגנת ונטולת פחד, ומספקת עבורם קבוצת השתייכות.

### **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי והזדקנות מוצלחת**

ההשערה החמישית של מחקרנו, הניחה כי קיים קשר חיובי בין תפיסת האקלים החברתי במימדים השונים (יחסים, התפתחות אישית ושימור מערכת) לבין מרכיבי ההזדקנות המוצלחת כמכלול. הממצאים העלו כי המשתנה המנובא היה הזדקנות מוצלחת, ונמצא כי 21.9% מן השונות בהזדקנות המוצלחת מוסברת באמצעות שלושת המימדים של תפיסת האקלים החברתי, והמודל הכללי מובהק. גם במקרה זה, רק שני מימדים של תפיסת האקלים תרמו תרומה מובהקת למודל הכללי- מימד ההתפתחות האישית הוא המנבא החזק יותר, מימד היחסים שני בעוצמתו. בכל המימדים נמצאו מתאמים חיוביים, כך שככל שתפיסת האקלים החברתי חיובית יותר, כך ההזדקנות של הנבדק מוצלחת יותר. לפי כך השערה זו אוששה באופן חלקי. לאוכלוסיית הזקנים צרכים ייחודיים לה, אך גם כאלה שאינם שונים בהרבה מאלה של האוכלוסייה הכללית, כמו הצורך בסביבה חברתית תומכת, בקשר, בשייכות, ובעניין משמעותי בחיים (בר טור, 2005). השפעת הדרך שבה האדם הזקן עם פיגור שכלי תופס את הסביבה החברתית במסגרת מגוריו נבדקה עד כה על ארבעה גורמים אשר נבחרו בהתאם למסקנות שעלו מן הספרות.

המודל של הזדקנות מוצלחת לפי רוהו וקוהן (Rowe & Kahn, 1998), הציב תנאים להגדרת תהליך ההזדקנות כמוצלח. המודל קיבץ מספר גורמים, אשר מכלולם יחד יצר מדד לניבוי הזדקנות מוצלחת. "הזדקנות מוצלחת" מוגדרת כהתנסות מינימאלית במחלה או מוגבלות עד סוף החיים, רמה גבוהה של תפקוד מנטאלי וגופני ומעורבות בחיים. מימדים אלו נראים שלא יכולים להתקיים במלואם בקרב אנשים עם פיגור שכלי, ולכאורה, אנשים עם פיגור שכלי אינם יכולים לחוות הזדקנות מוצלחת. הדבר מעלה תמיהה לגבי הלגיטימיות של שאלת המחקר שלנו. במחקר שלנו בדומה למחקרה של כהן (2004) נבדק המושג הזדקנות מוצלחת באמצעות

מרכיבים אשר יכולים להיות תואמים לתיאוריה של רוהו וקוהן (Rowe & Kahn, 1997) : מצב בריאותי, רגשי, תפקודי והשתייכות חברתית. החיבור בין שלושת הגורמים הראשוניים להשתייכות החברתית מהווה את החלק המשמעותי של ההזדקנות המוצלחת בהתאם לתיאורייה של רוהו וקוהן. וכך שאלת הלגיטימיות יורדת.

נולאן ועמיתיו (Nolan, Davies, & Grant, 2001) הטביעו מסגרת ששופכת אור על הטבע הסובייקטיבי והתפיסתי של מושג רחב של הזדקנות מוצלחת, אשר עלול לשקף ולהוות מדד לחיים טובים יותר אצל אנשים מזדקנים. המדד כלל מספר מרכיבים : תחושת ביטחון, תחושת המשכיות שכוללת התייחסות לביוגרפיה האישית וחיבור לעבר, תחושת שייכות שמשמעותה להיות חלק מקבוצה או קהילה נבחרת, תחושה של תכלית שבאה לידי ביטוי על ידי השתתפות בפעילות תכליתית ותרגול בחירה עצמית, ותחושת מימוש ותחושת משמעות שמשמעה הכרה באדם כבעל ערך. גישה זו לוקחת בחשבון הבדלים בין אנשים ומשתמשת בניסיון האישי והתחושות הסובייקטיביות של כל אדם כנקודת מפתח לשקול גורמים שחשובים לאדם עצמו. לכן במחקרנו עשינו שימוש במרכיבים סובייקטיביים אשר משקפים בצורה טובה יותר את תפיסת האדם עם הפיגור את תהליך הזדקנותו.

במחקר הנוכחי נעשה ניסיון לבחון את השאלה האם קיימת אפשרות לבדוק מימדי ההזדקנות המוצלחת באוכלוסיית של אנשים עם פיגור שכלי על סמך התיאוריות שהוזכרו. הממצאים העלו כי מכלול המדדים שנבחרו קשורים זה בזה ומהווים מדד אחד שמשקף עולם תוכן אחיד, בצורה התואמת את החשיבה התיאורטית אודות הזדקנות מוצלחת.

תוצאות המחקר הראו כי מרבית המשתתפים הצביעו על מדדים של הזדקנות מוצלחת גבוהים במעט מהממוצע הכללי. תוצאות אלו עולות בקנה אחד עם תוצאות מחקרה של כהן (2004) אשר בדק הזדקנות מוצלחת והשפעת מערכת תמיכה בלתי פורמאלית.

הסבר לקשר החיובי בין מימד היחסים באקלים החברתי להזדקנות מוצלחת, עשוי להיות בכך שדיירים אשר חווים דפוס יחסים תומך, תוך עידוד למעורבות ושיתוף במסגרת הדיור המוגן, יצפו לדפוס יחסים דומה גם מהצוות ומעמיתיהם למסגרת, דבר אשר יאפשר להם להיות מעורבים יותר ולפתח קשרים חברתיים במסגרת זו. איכות היחסים יכולה להניב תוצאות לאיכות חיים טובה יותר ותפיסה חיובית יתר במרכיבי ההזדקנות המוצלחת.

קשר בין מימד הצמיחה האישית למרכיבי ההזדקנות המוצלחת משמעו כי האדם מפיעל מיומנויות חיים כגון יוזמה ותקשורת, עצמאות ומעורבות החיי הקהילה אשר עשויים להתפתח כתוצאה מסביבה המעודדת צמיחה אישית. למעשה הממצאים שלנו מעידים כי המסגרות

מעודדות בחירה ונקיטת יוזמה ועצמאות וכיוצא בזה מעודדות צמיחה אישית. כאשר המסגרת מאפשרת יותר בחירה, צמיחה והתפתחות אישית הדייר עשוי להיות יותר עצמאי ולהרגיש יותר בטוח ביכולותיו לקבל את ההחלטות הנכונות, דבר אשר עשוי לשפר את דימויו העצמי ותחושת המסוגלות. השפעתה של תחושה זו עלולה להתבטא ביותר מעורבות ועניין במתרחש בסביבת הדייר, ביותר מוטיבציה להשתלב וכתוצאה מזה יהיה יותר מעורב חברתית ויחוש הנאה מירבית מפעילויות אלו, דבר אשר ייתן אפקט חיובי על איכות חייו.

חשיבות השפעת הסביבה החברתית על איכות חייהם של אנשים עם פיגור תוארה רבות בספרות המחקרית בשנים האחרונות (Hagerty et al., 2001; Schalock, 2000). איכות חיים הינו מדד מקובל לבחינת הרווחה האישית, ומידת שביעות הרצון מתחומי חיים שונים, לכן, קיים קשר ישיר בין הזדקנות מוצלחת לבין המושג איכות חיים, הדבר מקנה ערך נוסף למחקר שלנו.

### **הקשר בין תפיסת אקלים חברתי והזדקנות מוצלחת - השוואה בין דיור מוסדי לדיור קהילתי**

בדיקת ההשערה המקורית האחרונה בוצעה למעשה במסגרת הניתוחים המקדימים, שכן משתנה סוג הדיור נחשד כבעל פוטנציאל להתערבות במערך המחקרי. מן הממצאים אפשר לראות, שישנו הבדל בין סוגי הדיור במכלול המרכיבים של הזדקנות מוצלחת, כאשר הנבדקים המתגוררים במסגרת קהילתית מראים הזדקנות כללית מוצלחת יותר, ולפי כך ההשערה אוששה. ההשערה של מאפיינים סביבתיים במסגרות דיור על התנהגות אדפטיבית, שילוב בקהילה,

ובריאות של מבוגרים עם פיגור שכלי נבדקה במחקר אורך (Heller, Miller, & Hsieh, 2002). הסביבה כוללת תכונות סוג המגורים, גודל, בחירה, קבלת הזדמנויות, וכן מעורבות המשפחה, נבחנו במשך שמונה שנים אצל אנשים עם פיגור שכלי אשר עברו מדיור של בית אבות לדיור קהילתי, הממצאים הצביעו על כך שלדיירים אשר עברו לדיור בקהילה היו רמות גבוהות יותר של התנהגות אדפטיבית ושילוב בקהילה מאשר האנשים שנשארו בבתי אבות, חלק מהשינוי נוצר בגלל הזדמנויות רבות של בחירה עצמית ורשת חברתית רחבה יותר. ממצאים אלו תומכים בממצאי מחקרנו, שהעלו כי סוג הדיור הוא משתנה אשר יש לקחת בחשבון בעת שבודקים את השפעת תפיסתם של אנשים עם פיגור שכלי את האקלים החברתי, הממצאים הצביעו, בהתאם להשערותנו כי בדיור הקהילתי הדירים תפסו את האקלים החברתי בצורה חיובית דבר שהשפיע על האלמנטים של הזדקנותם בצורה יותר מוצלחת. תפיסתה של אוכלוסיית הדירים בדיור קהילתי כחיובית יותר משמעה כי הינם תופסים את המערכת כמערכת שמספקת להם הזדמנויות להיות מקובלים, תורמים ונתרמים, עצמאיים יותר ומשקיעה מאמצים בקידומם.

ההנחה שלנו במחקר כי הסביבה הפסיכו סוציאלית המיידית שבה המטופל והצוות שמטפל בו חיים בתוך מסגרת, היא חשובה מאוד, ואף האספקט המכריע בתהליך הטיפול והקידום של אנשים עם פיגור אשר חיים במסגרות דיור. האקלים החברתי נחשב לנושא מפתח כאשר מדברים על אספקטים טיפוליים. אחת המסקנות החשובות של המחקר היא שקיים פוטנציאל חשוב בתפקיד הצוות להפוך את סביבת הדיור למתאימה יותר לציפיותיו, סביבה אשר מאפשרת בחירה עצמית, קבלת אחריות והשתתפות פעילה בחיי היומיום על מנת שהאדם ירגיש שותפות ושייכות.

מניתוח הממצאים ניתן להסיק כי תפיסת האקלים החברתי משפיעה על מימדי ההזדקנות בתחומים בהם הנחקרים חשים כי יש ביכולתם להשפיע עליהם. יכולת בחירה גבוהה יותר בנושאים יומיומיים נמצאה קשורה ביותר לשביעות רצון מהחיים (Schwartz, 2003). לפיכך, חשוב להשקיע מאמצים על מנת למצוא דרכים מתאימות לערב אנשים עם פיגור שכלי בתהליך קבלת ההחלטות בחייהם כחלק מתהליך הקניית כישורים לבחירה ולהגדרה עצמית.

מחקרים רבים השוו בין מסגרות הדיור של אנשים עם פיגור שכלי. מחקרים אלו העלו ממצאים סותרים, לכן אין בספרות המחקרית קביעת יתרון לסגנון דיור מסוים על פני האחר בצורה גורפת. למרות זו קיימת נטייה בגלל התפתחות תנועת האל מיסוד ו אימוץ עקרונות "הנורמליזציה" והשילוב כאידיאולוגיה מנחה בטיפול באנשים עם פיגור שכלי בארץ, להעדפה של מסגרות דיור ותעסוקה בקהילה. חוק הסעד קבע העדפה זו כעובדה בנוסף, התקבלה המלצה מפורשת של האגודה האמריקנית לפיגור שכלי לסיוע ולפיתוח שירותים קהילתיים להעדיף צורה זו של דיור על מנת לקדם איכות חיים לאוכלוסייה זו (שוורץ, 2003).

מעבר להבדלים הטכניים בין שתי הקטגוריות של דיור מוסדי ודיור קהילתי מסתתרת הבחנה משמעותית יותר, תפיסתית, בין חיים במוסד ובין חיים בקהילה. מערכת הטיפול בדיור המעוני גדולה ורחבה ומכילה את רוב השירותים שהדייר נזקק להם, מצד שני, החיים בקהילה מאפשרים חוויות רבות ומגוונות יותר, יכולת בחירה, התנסות בעצמאות וקבלת החלטות אישיות (בן נון, 2009). המחקר שלנו בחן את המשמעות של הבחנות תפיסתיות, דבר שיכול לשמש הסבר ליתרון שהתקבל בתפיסתם ובתהליך הזדקנותם של דיירים בדיור קהילתי, כיוון שמסגרת זו מדגישה יותר את הפן החווייתי לעומת המסגרת המוסדית אשר מדגישה את הפן של הטיפול הבריאותי והפיזי.

## ההשלכות המחקריות והיישומיות של המחקר

מטרת המחקר שלנו הייתה לבחון את הקשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנותם המוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. ממצאי מחקר זה עלולים לתרום רבות להבנתנו את הגורמים המשפיעים על הזדקנותו של פלח אוכלוסייה זה, דבר שעשוי לסייע בתכנון ושיפור של שירותים על מנת שיתאימו לצרכיו, וכתוצאה יביאו לשיפור באיכות חייו.

הזדקנות מוצלחת הינו נושא חשוב הנידון בספרות המקצועית בשנים האחרונות. האורגניזם האנושי מעצם טבעו הוא מערכת הפתוחה להשפעת סביבתיות. התערבות סביבתית מתאימה עשויה לגרום לשיפור בכושרם הקוגניטיבי באוכלוסיית מוגבלים בשכלם ברמה של פיגור קל (ליפשיץ, 1997).

בהתבסס על ממצאי מחקר זה ניתן ללמוד כי קיים מדד משמעותי שבאמצעותו ניתן להסיק מסקנות לגבי הגורמים המשפיעים על הזדקנות מוצלחת באוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי.

הממצא כי תפיסתו של האדם לאקלים החברתי במסגרת הדיור מנבאת את הזדקנותו המוצלחת של האדם מחייב אותנו להסיק כי שיפור והשפעה חיובית על מימדי האקלים החברתי עשוי להביא לשינוי משמעותי אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי. הממצאים העיקריים במחקר הראו כי למדד הזקנה המוצלחת, תפיסת האקלים החברתי במסגרת הדיור במיוחד במדדים צמיחה אישית ויחסים נמצאה כמשמעותית. ממצאים אלו ממחישים את הקשר בין מאפיינים מסוימים במסגרת הדיור למרכיבי ההזדקנות המוצלחת. מסגרות אשר מקדמות צמיחה אישית, פיתוח מיומנויות ובחירה, תוך מתן סביבה תומכת ועידוד למעורבות ואוטונומיה נמצאו כמשפיעות בצורה יותר טובה על מרכיבי הזדקנות. מגורים במסגרת אשר מדגישה אלמנטים אלו, עשויה לשפר את רמת היכולות ולעודד את האדם לפתח תחושת שליטה. כל זה עשוי לבוא לידי ביטוי בתחושת מסוגלות ושיפור דימוי עצמי, לעודד את האדם להיות מעורב יותר במתרחש בסביבתו ולקחת שליטה על תחומים הקשורים לחייו. על כן חשוב כי קובעי המדיניות ואנשי הטיפול יתנו את הדעת כיצד לפתח ולחזק אלמנטים אלו במסגרות.

ממצאים אלו מחייבים את קובעי המדיניות, ואנשי המקצוע לזום תוכניות התערבות אשר שמות דגש על שיפור התפיסה של האדם עם הפיגור את סביבתו החברתית על ידי לימוד מיומנויות של סגור עצמי שיעזרו לאנשים אלו לתרגל החלטה עצמית ולקחת חלק במה שמתרחש בסביבתם. בנוסף יש צורך בתוכניות התערבות אשר מחזקות את הערכים של עזרה הדדית

ואחריות, ותוכניות אשר מפתחות יוזמה, ביטחון עצמי, ועצמאות. התוכניות צריכות להיות מיועדות הן לאנשי הצוות המטפל והן לאוכלוסייה עצמה.

האוכלוסייה שנבחרה במחקר זה, דיווחה על שוני במימדי ההזדקנות המוצלחת על בסיס תפיסת האקלים החברתי בין המשתתפים הגרים בדיור מוסדי לבין אלו שגרים בדיור קהילתי, כאשר האחרונים דיווחו על קשר חיובי יותר. ייתכן כי הדבר מושפע ממאפייני הדיירים בשתי מסגרת הדיור, אך סוגיה זו מחייבת בדיקה מעמיקה יותר. ללא קשר לסוג הדיור, ממצאי המחקר הראו כי האדם עם פיגור שכלי הינו בעל מסוגלות להצביע על התחומים שבהם יש צורך בשינוי, על כן, עלינו כאנשי טיפול מוטלת האחריות להקשיב להם, לנסות לאפשר להם במידת האפשר לקחת אחריות על חייהם ולסייע להם להיות חלק מהחברה.

ניתן להניח כי ככל שמסגרת הדיור מאפשרת יותר מרחב ובחירה, מתאפשר לדיירים לנהל אורח חיים קרוב יותר לנורמה. לעובדה זו יש השלכות יישומיות בתכנון העתידי לגבי סוג הדיור המתאים לאוכלוסיית המזדקנים עם הפיגור. לסיכום, אנו רואים כי לחברה תפקיד חשוב בשינוי תפיסתם של אנשים עם פיגור שכלי באופן חיובי את סביבתם ע"י בניית מענים שייסעו במניעה, בשיקום ובטיפול במשאבים המידלדלים של אנשים עם פיגור שכלי בשלב הזיקנה.

### **מגבלות המחקר:**

למחקר זה מספר מגבלות המחייבות התייחסות זהירה לתוצאותיו. ראשית במחקר זה נערכו ראיונות אישיים. ייתכן שלעיתים, עקב מוגבלויות קוגניטיביות, וקשיים בהבעה נתקבלו תוצאות מוטות וזאת עקב נטייתם של אנשים עם פיגור שכלי לנסות ולרצות את המראיין. ייתכן כי חלק מהתשובות ניתנו על מנת לרצות את הצוות והחוקרת ולא על סמך רצונם ודעתם האישית (Schwartz, 2003), לכן ייתכן שקיימת בעיית אמינות. בנוסף לכך במהלך הראיונות החוקרת עזרה למראיינים להבין את השאלות ע"י דוגמאות ושאלת השאלות עם שימוש במילים נרדפות, דבר שיכול לפגוע בתקנון (סטנדרטיזציה) של הראיונות. שנית, בשל העובדה כי מחקר זה אשר בחן את התפיסה הסובייקטיבית, התבסס על דיווחים עצמיים של הנבדקים ולא נבנו נתונים אובייקטיביים בהתייחס למשתני המחקר השונים,



קיים חשד כי הדבר עלול לחשוף את הנתונים במחקר להטיה רגשית, לפיה עלולה להיות השפעה של מצבים נפשיים משתנים או תחלואה נפשית, ביחוד כיוון שהמחקר לא בדק מדדים אלו. בנוסף ייתכן וקיים פער אשר לא נבחן במחקר בין המצב האובייקטיבי לבין התפיסה הסובייקטיבית.

שלישית, המדגם של המחקר נערך כמדגם נוחות. הוא נאסף מתוך 12 מסגרות דיור ברחבי הצפון, והוא אינו מייצג את כלל אוכלוסיית המזדקנים המוגבלים בשכלם במדינת ישראל. כמו כן זהו מדגם קטן יחסית, בשל העובדה כי מדובר באוכלוסייה מיוחדת אשר מצריכה השקעה של זמן ומאמץ לביצוע הראיונות.

מגבלה נוספת נובעת מהעובדה שאוכלוסיית המחקר מייצגת את האנשים המתפקדים ברמות פיגור קל ובינוני ולא את כל רמות הפיגור, כאשר כמעט שני שלישים מהנחקרים הם עם פיגור קל. לכן לא נוכל להכליל את התוצאות על כלל אוכלוסיית האנשים עם פיגור.

#### **המלצות למחקרים עתידיים:**

מחקרים מעטים מתבססים על דיווחים אישיים של אוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי. מחקרים מסוג זה מאפשרים הבנה יותר עמוקה לעולמם הפנימי של אוכלוסייה זו ולגורמים אשר משפיעים על איכות חייהם. מומלץ כי יבוצעו יותר מחקרים אשר ייקחו את האנשים עצמם כנחקרים, ולא יסתפקו בדליית מידע מגורם שלישי.

המשתנה אקלים חברתי במכלול מימדיו הסביר 21.9% מהשונות במשתנה הזדקנות מוצלחת על מרכיביו השונים, מכאן שקיימים משתנים נוספים אשר לא נבדקו במחקר זה העשויים להסביר את השונות במשתנה. רצוי כי יבוצעו מחקרים נוספים אשר יבדקו השפעתם של משתנים נוספים.

לסיום, מחקר זה בדק מדדים סובייקטיביים בנקודת זמן אחת, ולכן חשוב כי יבוצעו מחקרים שיבדקו את מדד הזקנה באופן אובייקטיבי ואת השפעת האקלים החברתי על מדד זה לאורך זמן.

## ביבליוגרפיה

ארטן, ט. (2002). השפעתם של תחושת העצמה אישית, תפיסת אקלים חברתי ונתונים אישיים, על תפיסת איכות חיים בקרב נכים פסיכיאטריים הדרים בדיור מוגן. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

בן נון, ש. נאון, ד., ברודסקי, ג., ומנדלר, ד. (2008). הזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשרד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. ירושלים: מאירס- גוינט- ברוקדייל.

בן נון, ש. (2009). סטאטוס בריאות, תפקוד והשתתפות חברתית של מבוגרים עם פיגור שכלי באמצע החיים, הדרים במעונות ובדיור קהילתי בישראל. חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

בר טור, ל. (2008). בריאות חיובית- האתגר שבהזדקנות. גדיש: ביטאון לחינוך מבוגרים, 11, 245-257.

בר טור, ל. (2005). האתגר שבהזדקנות- בריאות נפשית, הערכה וטיפול. ירושלים: אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

חזן, ח. (1984). הזיקנה כתופעה חברתית. תל אביב: ספריית האוניברסיטה המשודרת.

חוק הסעד טיפול במפגרים (1969), תיקון מס' 2 (1975). ירושלים: משרד עבודה ורווחה.

כץ, ש. (2001). איכות חייהם של אנשים עם נכויות המועסקים במפעלים מוגנים בצפון הארץ. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

כהן לוינסון, ד. (2003). השפעת מערכת תמיכה בלתי פורמאלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

כרמלי, א. ברחד, ש. זייגר, צ.ו. כרמלי, ו. (2001). מאפיינים פיזיים ותפקודיים של אוכלוסיית המבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. גרונטולוגיה, 48, 45-55.

לבנשטיין, א. (2003). "מושגים ותיאוריות חברתיות של הזדקנות", בתוך א. רוזין (עורך), הזדקנות וזקנה בישראל (עמ' 617-640). ירושלים: אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

לבנשטיין, א. ויקוביץ, א. (1995). הזקן, המשפחה, והמסגרת המוסדית-סוגיות ושיטות התערבות. תל-אביב: רמות.

ליפשיץ, ח. (1997). ההעשרה האינסטרומנטלית: תוכנית לשיפור הקושר הקוגניטיבי בקרב אנשים מוגבלים בשכלם, מבוגרים ומזדקנים. בתוך א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן וא. רמות (עורכים), *הורות ונכות התפתחותית בישראל* (עמ' 198-222). ירושלים: מאגנס.

עמינדב, ח. (1997). תהליך האבחון לקביעת קיומו של פיגור שכלי. בתוך: א. רימרמן, מ. חובב, א. דובדבני, א. רמות (עורכים). *נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל* (עמ' 15-36). ירושלים: מאגנס.

פריזנט, ב. (2000). *קידום תהליכי העצמה אצל קשישים מוגבלים*. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

רייטר, ש. (1999). איכות חייו של הילד בעל הצרכים המיוחדים לאור הרחבת עקרון הנורמליזציה. *סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום*, 14(2), 61-69.

שוורץ, ח. (2003). *מסגרות דיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי: מאפיינים, צרכים וכיווני תכנון עתידיים*. אוניברסיטת בר-אילן, קרן "שלם"

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (p. 1–34). New York: Cambridge University Press.

Benet, K.M. (2002). Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and Aging*, 31, 165-168.

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843–857.

Berkman, L. F., Seeman, T. E., Albert, M., Blazer, D., Kahn, R., Mohs, R., Finch, C., Schneider, E., Cotman, C., McClearn, G., Nesselroade, J., Featherman, D., Garmezy, N., McKhann, G., Brim, G., Prager, D., & Rowe, J. (1993). High, usual, and impaired functioning in community-dwelling older men and women: Findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1129–1140.

- Bigby, C. (2002). Ageing people with a lifelong disability: Challenges for the aged care and disability sectors, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(4), 231-241.
- Bigby, C. (2007). Aging with an intellectual disability. In I. Brown & M. Percy (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual & developmental disabilities* (pp.607-616). Baltimore: Paul. H. Brookes Publishing Co.
- Botwinick, J. (1978). *Aging and behavior*. New York: Springer.
- Callahan, C.M., McHorney, C.A. (2003). Successful Aging and the Humility of Perspective. *Annals of Internal Medicine*; 139(5/2), 389-390.
- Campbell, J.E. & Herge, A. E. (2000). Challenges to Aging in Place: The Elder Adults with MR/DD. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(1), 75-90.
- Carmeli, E., Barchad, S., Masharawi, Y. & Coleman, R. (2004). Impact of a Walking Program in People with Down Syndrome. *Journal of Strength and Conditioning Research*. 18(1), 180-184.
- Connolly, B.H. (1998). General effects of aging on persons with developmental disabilities. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 13(3), 1-18.
- Davidson, P., Janicki, M., Ladrikan, P., Houser, K., Henderson, C. & Cain, N. (2003). Associations Between Behavior Disorders and Health Status Among Older Adults with Intellectual Disability. *Aging Mental Health*, 7,424-430.
- Davidson, P.W., Prasher, V.P. & Janicki, M.P. (2003). *Mental health, intellectual disabilities and the aging process*. USA: Blackwell Publishing.
- Egli, M., Feurer, I., Roper T. & Thompson, T. (2002). The role of residential homelikeness in promoting community participation by adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 23,179-190.

- Glass, T. A., Seeman, T. E., Herzog, A. R., Kahn, R. & Berkman, L. F. (1995). Change in productive activity in late adulthood: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50, 65–76.
- Hagerty M.R., Cummins, R.A., Ferris, A.L., Land, K., Michalos, A.C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J., & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*, 55, 1-91.
- Hatton, C., Rivers, M., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D., Alborz, A., Mason, H. & Mason L. (1999a). Staff characteristics, working conditions and outcomes in services for people with intellectual disabilities: results of a staff survey. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 340- 5
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D. & Alborz, A. (1999b). Organisational culture and staff outcome in services for adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 206-218.
- Heller, T., Factor, A., Sterns, H. & Sutton, E.(1996). Impact of person-centered later life planning program for older adults with mental retardation. *Journal of Rehabilitation*, 62, 77–83.
- Heller, T., Miller, A. B., &Hsieh, K. (2002). Eight-Year Follow-Up of the Impact of Environmental Characteristics on Well-Being of Adults With Developmental Disabilities. *Mental Retardation* 40( 5) ,366-378
- Horowitz, S.M., Kerker, B.D., Owens, P.L., & Zigler, E. (2000). *The health status and needs of individuals with mental retardation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Janicki, M. (1994). Policies and supports for older persons with mental retardation. In M. Seltzer, M. Krauss, & M. Janicki (Eds), *Life course perspectives on adulthood and old age*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.

- Janicki, M., & Dalton, A. (1999). *Dementia, aging and intellectual disabilities*. Philadelphia: Brunner Mazel.
- Janicki, M. & Dalton, A. G. (2000). Prevalence of dementia and impact on intellectual disability services. *Mental Retardation*, 38(3), 276–288.
- Janicki, M., Dalton, A., Henderson, C., & Davidson, P. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: health services considerations. *Disability and Rehabilitation*, 21, 284–294.
- Janicki, M., Davidson, P., Henderson, C., McCallion, P., Taets, J., Force, L., Sulkes, S., Frangenberg, E. & Ladrihan, P. (2002). Health characteristics and health services utilization in older adults with intellectual disability living in community residences, *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(4), 287-298.
- Jenkins, R., Rose, J. & Lovell, C. (1997). Psychological wellbeing of staff working with people who have challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 502- 511.
- Langdon, P.E. Swift, A. & Budd, R. (2006). Social climate within secure inpatient services for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(2), 828- 836.
- Lavin, C. & Doka, K. (1999). *Older adults with developmental disabilities*. New York: Baywood Publishing Company.
- Lifshitz, H. & Merrick, J. (2004). Aging among persons with intellectual disability in Israel in relation to type of residence, age, and etiology. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 193–205.
- Linn, M.W. & Linn, B.S. (1984). Self- evaluation of life function (SELF) scale: A short, comprehensive self report of health for elderly adults. *Journal of Gerontology*, 39(5), 603-612.

- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. , Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., Schalock, R. L., Snell, M. E., Spitalnik, D. M., Spreat, S., & Tasse, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports (10th ed.)*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Lunsky, Y. & Benson, B.A.(1997). Reliability of rating of cosumers with mental retardation and their staff on multiple measures of support. *American Journal on Mental Retardation*, 102(3), 280-284.
- Mason, M. J., &Schmidt, C. (2009).Adolescents' Social Environment and Depression: Social Networks, Extracurricular Activity, and Family Relationship Influences. *Clinical Psychology Med Settings*, 16,346–354
- McGee, M. G. & Woods D. J. (1978). Use of Moos ' Ward Atmosphere Scale in a residential setting for mentally retarded adolescents. *Psychological Reports* 43,580–902.
- Moos, R. A. (1987). *Correctional institutions environment scale manual*. CA: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. A. (1996). *Community oriented programs environment scale manual*. CA: Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H. & Houts, P. S. (1968). Assessment of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595–604.
- Morgan, L. & Kunkel, S. (2001). *Aging: The social context*. California : Pine Forge Press.
- Murrell, S. A. & Norris, F. H. (1983). Quality of life as the criterion for need assementand community psychology. *Journal of Community Psychology*, 11(2), 88–97.

- Namazi, K.H., Eckert, J.K., Kahana, E., & Lyon, S.M. (1989). Psychological well-being of elderly board and care home residents. *The Gerontologist*, 29(4), 511-516.
- Nolan, M., Davies, S., & Grant, G. (2001). Integrating perspectives. In: M. Nolan, S. Davies, & G. Grant, (Eds.). *Working with older people and their families* (pp. 160-178). Maidenhead, U.K.: Open University Press.
- Phelan, E.A. & Larson, E. B. (2002). "Successful aging" where next?. *Journal of Aging Geriatrics*, 50(7), 1306- 1308.
- Prasher, V., & Janicki, M. (2002). *Physical health of adults with intellectual disabilities*. UK: Blackwell publishing.
- Rose, J. (1993). Staff stress in residential settings: the move from hospital to the community. *Mental Handicap Research*, 6, 312- 332.
- Rose, J. & Schelewa-Davies, D. (1997). The relationship between staff stress and team climate in residential services. *Journal of Learning Disabilities for Nursing, Health and Social Care*, 1, 19-24.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37, 433–440.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Random House.
- Schalock, R. L. & Keith, K. D. (1993). *Quality of life questionnaire manual*. IDS Publishing corporation.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 15, 116-127.



- Seeman, T. E., Charpentier, P. A., Berkman, L. F., Tinetti, M. E., Guralnik, J. M., Albert, M., Blazer, D., & Rowe, J. W. (1993). Predicting changes in physical performance in a high-functioning elderly cohort: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Aging and Health, 5*, 455–474.
- Seltzer, M.M., & Krauss, M.W. (Eds.). (1987). *Aging and Mental Retardation: Extending the Continuum*. Washington, DC: American Association of Mental Retardation.
- Schwartz, C.(2003). Self – Appraised lifestyle satisfaction of persons with intellectual disabilities: The impact of personal characteristics and community residential facilities. *Intellectual and Developmental Disabilities, 28*(3),227-240.
- Stancliffe, R. J., Lakin, C., Doljanac, R., Byun, S., Taub, S. & Chiri, G.(2007). Loneliness and living arrangements. *Intellectual and Developmental Disabilities, 45*(6),380-390.
- Streib,G.(1983). The frail elderly: Research dilemmas and research opportunities. *The Gerontologist,23*, 40-44.
- Syme, SL.(2003). Psychosocial Interventions to Improve Successful Aging. *Annals of Internal Medicine, 139*(5/2),400-402.
- Thorpe,L., Davidson, P., & Janicki, M.(2001). Healthy Ageing – Adults with intellectual disabilities: Biobehavioural issues. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 14*,218- 225.
- Tonge, B., King, N., Klimkeit, E., Melvin, G., Heyne, D., & Gordon,M. (2005). The Self-Efficacy Questionnaire for Depression in Adolescents. *Development and psychometric evaluation European Child and Adolescent Psychiatry, 14*, 357–363.

- Tyrell, J., & Dodd, P. (2003). Psychopathology in older age. In: P.W. Davidson, V.P. Prasher & M.P. Janicki (Eds.). *Mental health, intellectual , disabilities and the aging process* (pp. 22-37). Orxford, U.K.: Blackwell.
- Vaillant, G. E., & Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychological health, XII: A 45-year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 31–37.
- Walsh, P.N.(2002). Ageing and mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry*, *15*,509-514.
- Wong, P. T. P., & Watt, L. M. (1991). What types of reminiscence are associated with successful aging. *Psychology and Aging*, *6*, 272–279.
- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2000). *Ageing and intellectual disabilities – Improving longevity and promoting healthy ageing: Summative Report*. Geneva Switzerland: World Health Organization.

## נספחים :

### • נספח א' - שאלונים :

1. שאלון דמוגרפי.
  2. שאלון תפקוד.
  3. שאלון הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות.
  4. שאלון רגשי.
  5. שאלון שייכות חברתית וקהילתית.
  6. שאלון תפיסת אקלים חברתי.
- 
- נספח ב' - טופס פנייה לאפוטרופוס לקבלת אישורו לביצוע המחקר.
  - נספח ג' - מכתב פנייה לאגף לטיפול באדם עם פיגור שכלי לקבלת אישורם לביצוע המחקר במסגרות השייכות להם.
  - נספח ד' - אישורי האגף לביצוע המחקר.

**נספח א': שאלונים**  
**שאלון נתונים אישיים ודמוגראפיים:**

הקשב/י וענה על השאלות:

<p align="center">7. האם אביך בחיים?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>	<p align="center">1. מהו מינדך?</p> <p align="center">.1 זכר .2 נקבה</p>
<p align="center">8. האם יש לך קרובי משפחה נוספים?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>	<p align="center">2. לאיזו קבוצת גיל אתה שייך?</p> <p align="center">.1 59 - 50 .2 69 - 60 .3 + 70</p>
<p align="center">9. מקום מגורים</p> <p align="center">.1 בית הורים / משפחה מורחבת .2 מוסד .3 דיור קהילתי</p>	<p align="center">3. מהו המצב המשפחתי שלך?</p> <p align="center">.1 רווק/ה .2 נשוי/אה או חי/ה עם בן/בת זוג</p>
<p align="center">10. כמה שנים אתה גר במסגרת הנוכחית?</p> <p align="center">.1 פחות משנה .2 יותר משנה . ציין מספר _____</p>	<p align="center">4. האם יש לך ילדים?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>
<p align="center">11. האם אתה עובד?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>	<p align="center">5. האם יש לך אחים ואחיות?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>
<p align="center">12. דרגת הפיגור השכלי</p> <p align="center">.1 גבולי .2 קל .3 בינוני .4 קשה</p>	<p align="center">6. האם אמך בחיים?</p> <p align="center">.1 כן .2 לא</p>

## שאלון תפקוד:

הקשב/י וענה/י את התשובה הנכונה לשאלות הבאות:

<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>1. האם את/ה מסוגלת להשתמש בטלפון? (לענות, לחפש מספרים ולחייג).</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>2. אם הייתה צריך/ה, האם הייתה מסוגלת להשתמש בתחבורה ציבורית? (אוטובוס, מונית).</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>3. האם את/ה מסוגלת לצאת לקניות?</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>4. האם את/ה מסוגלת להכין לעצמך ארוחות?</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>5. האם את/ה מנהלת בעצמך את ענייני הכספיים? (כמו: הוצאת כסף מהבנק, תשלום חשבונות, מעקב אחר מצב חשבון הבנק).</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>6. האם את/ה מסוגלת לדאוג למראך החיצוני? (כמו: להתגלח, להסתרק, לגזוז ציפורניים).</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. עם עזרה מסוימת. 3. לא מסוגלת להשתמש כלל.</p>	<p>7. האם את/ה מסוגלת להתלבש? (רכיסת כפתורים, קשירת שרוכים, סגירת ריצרץ).</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. בעזרת אבזור עזר (מקל, הליכון, קביים) 3. עם עזרה מסוימת. 4. לא מסוגלת כלל.</p>	<p>8. האם את/ה מסוגלת ללכת?</p>
<p>1. לא זקוק לעזרה. 2. בעזרת אבזור עזר (מקל, הליכון, קביים) 3. עם עזרה מסוימת. 4. לא מסוגלת כלל.</p>	<p>9. האם את/ה מסוגלת להתקלח?</p>

## שאלון מצב רגשי

### דימוי עצמי

הקשב/י וענה על המשפטים הבאים על פי מידת הסכמתך :

לא מסכים	די מסכים	מסכים	
3	2	1	1. אני מרגישה/ה שיש לי מספר דברים בהם אני טוב.
3	2	1	2. בדרך כלל אני מרוצה מעצמי.
3	2	1	3. אני זוכה לכבוד מאחרים.
3	2	1	4. אני מרגישה/ה שיש לי עדיין מה לתת/ לתרום.
3	2	1	5. אני זוכה להערכה
3	2	1	6. אני חושב שאני מסוגל ללמוד דברים חדשים.

### מצב נפשי

הקשב/י וענה/י באיזו מידה הרגשת את הדברים הבאים בחודש האחרון?

די הרבה	לא הרבה	בכלל לא	בחודש האחרון אני מרגישה/ה
3	2	1	1. עצבנות או חוסר מנוחה פנימי.
3	2	1	2. איטיות או ירידה במרץ.
3	2	1	3. תחושת בדידות.
3	2	1	4. הרגשה של חוסר אונים.
3	2	1	5. תחושת עצב
3	2	1	6. חוסר תקווה לגבי העתיד
3	2	1	7. הרגשת אושר
3	2	1	8. לחיים יש משמעות עבורי
3	2	1	9. הדברים שאני עושה מעניינים אותי.

## שאלון מצב בריאות

### 1. מהו מצב בריאותך בחודש האחרון?

1. טוב מאוד      2. די טוב      3. לא טוב.

### 2. האם אתה סובל ממחלה כלשהי?

1. בכלל לא      2. מעט      3. הרבה.

במידה וענית מעט או הרבה פרטי:

---

---

---

### 3. האם סבלת מכאבים בחודש האחרון?

1. בכלל לא      2. מעט כאב      3. די הרבה כאב.

### 4. במשך החודש האחרון, כמה ימים בילית במיטה? (עקב מחלה, כאבים או בעיות אחרות).

1. בכלל לא      2. מעט      3. הרבה.

### 5. בחודש האחרון, כמה ימים היית מאושפז/ת בבית חולים?

1. בכלל לא      2. מעט      3. הרבה.

### 6. האם את/ה מקבל/ת תרופות?

1. בכלל לא      2. מעט      3. הרבה.

### 7. האם הרופא אמר שאת/ה סובל מבעיות בריאותיות?

1. בכלל לא      2. מעט      3. הרבה.

### 8. האם הבעיות הרפואיות שלך מפריעות לך לעשות דברים שאת/ה רוצה?

1. בכלל לא      2. במידה מועטה      3. במידה רבה.

### 9. באיזו מידה בריאותך מטרידה אותך?

1. בכלל לא      2. במידה מועטה      3. במידה רבה.

## שאלון שייכות חברתית וקהילתית

הקשבי/ וענה/י את התשובה המתאימה :

שאלות	1	2	3
1. בכמה מקומות מפגש חברתיים הנך מבקר/ת בשבוע?	אף אחד	רק אחד	שניים עד שלושה
2. עד כמה הינך שבע רצון (מרוצה) ממפגשים אלו?	לא מרוצה	די מרוצה	מאוד מרוצה
3. האם את/ה מוטרד/ת ממה שאנשים אחרים מצפים ממך?	כל הזמן	לפעמים	אף פעם לא
4. כמה פעמים בשבוע את/ה מדבר/ת או נפגש/ת עם שכנים, בחצר או בבית?	אף פעם	פעם או פעמיים בשבוע	שלוש עד ארבע פעמים בשבוע
5. האם חברים מבקרים אותך בביתך?	לעיתים נדירות או אף פעם לא	לפעמים	לעיתים קרובות
6. באיזו תדירות את/ה יוצאת לבלות (ביקור אצל חברים בביתם, מסיבות, ריקודים, קונצרטים, הצגות)?	פחות מפעם בחודש	פעם או פעמיים בחודש	שלוש עד ארבע פעמים בחודש
7. האם את/ה משתתף/ת באופן פעיל בפעילויות בילוי אלו?	לעיתים רחוקות	לעיתים קרובות	רוב הזמן
8. האם יש לך הזדמנויות לצאת עם בן/בת זוג או להינשא?	אין לי כל הזדמנות לצאת עם מישהו/י או להתחתן	יש לי הזדמנויות מועטות לצאת עם מישהו/י או להתחתן	אני נשוי או שיש לי הזדמנויות רבות לצאת עם בן/בת זוג
9. איך השכנים שלך מתייחסים אליך?	רע (מתעלמים ממך, מציקים לך וכו')	באופן הוגן (אומרים שלום, מבקרים וכו')	טוב מאוד (מזמינים אותך לפעילויות, לקפה וכו')
10. בדרך כלל האם היית אומר/ת שחייך הם :	חסרי משמעות	בסדר	בעלי משמעות רבה



**שאלון תפיסת אקלים חברתי**  
**Community Oriented Programs Environment Scale**  
**(Moos, 1996)**

מעורבות			קידוד
נכון	לא נכון	קידוד	
			1. הדיירים משקיעים מאמץ רב במה שהם עושים כאן
			2. זוהי מסגרת מלאת חיים.
			3. נראה כי רבים מהדיירים סתם מעבירים כאן את זמנם.
			4. יש מעט מאוד פעילויות חברתיות במסגרת זו
			5. הדיירים כאן די עסוקים כל הזמן
ציון סקלת מעורבות			
תמיכה			קידוד
נכון	לא נכון	קידוד	
			6. לצוות כאן יש זמן לעודד דיירים
			7. הדיירים כאן עוזרים זה לזה
			8. הצוות תמיד מחמיא לדייר שביצע משהו בצורה טובה
			9. הדיירים מקבלים כאן המון תשומת לב אישית.
			10. חברי הצוות מתאמצים לעזור לדיירים חדשים כך שיכירו ויקבלו אותם
ציון סקלת תמיכה			
ספונטאניות			קידוד
נכון	לא נכון	קידוד	
			11. הדיירים אומרים לצוות כל מה שהם רוצים
			12. הדיירים נזהרים בדבריהם כאשר הצוות בסביבה
			13. הדיירים כאן קובעים לעצמם באופן ספונטאני את הפעילויות שלהם
			14. כאשר הדיירים לא מסכימים זה עם זה הם שומרים זאת לעצמם.
			15. באופן כללי הדיירים יכולים לעשות כל מה שבא להם כאן
ציון סקלת ספונטאניות			
אוטונומיה			קידוד
נכון	לא נכון	קידוד	
			16. הדיירים יכולים לעזוב את המסגרת מתי שהם רוצים
			17. לעיתים קרובות הדיירים מנהלים את הפעילויות.
			18. הצוות כמעט תמיד פועל בהתאם להצעות של הדיירים.
			19. למעט מאוד דיירים יש כאן איזו שהיא אחריות
			20. מאוד מעודדים כאן את הדיירים להיות עצמאיים
ציון סקלת אוטונומיה			
אוריינטציה אישית			קידוד
נכון	לא נכון	קידוד	
			21. שמים כאן יחסית פחות דגש על לימוד הדיירים פתרונות לבעיות יומיומיות
			22. מושם כאן יחסית פחות דגש על פיתוח תוכניות ספציפיות לקידום במסגרת
			23. מצפים כאן מהדיירים להראות התקדמות ממשית ומתמשכת לעבר המטרות שלהם
			24. במסגרת זו מלמדים את הדיירים מיומנויות חדשות
			25. הצוות מאוד מעודד את הדיירים לעשות דברים בקהילה
ציון סקלת אוריינטציה אישית			

אוריינטציה לפתרון בעיות אישיות			נכון	לא נכון	קידוד
26. רק לעיתים רחוקות הצוות שואל את הדיירים שאלות אישיות					
27. הדיירים מדברים יחסית מעט על העבר שלהם					
28. הדיירים מספרים זה לזה על הבעיות האישיות שלהם					
29. הצוות שואף לדעת בעיקר על רגשות הדיירים					
30. הצוות מאוד מעודד את הדיירים לדבר על העבר שלהם					
ציון סקלת אוריינטציה לפתרון בעיות אישיות					
כעס ואגרסיה			נכון	לא נכון	קידוד
31. רק לעיתים רחוקות הדיירים כאן מתווכחים					
32. לפעמים חברי הצוות מתווכחים בגלוי אחד עם השני					
33. לעיתים קרובות דיירים מתלוננים					
34. הצוות כאן חושב שלהתווכח זה בריא					
35. לעיתים רחוקות הדיירים כאן מתרגזים					
ציון סקלת כעס ואגרסיה					
סדר וארגון			נכון	לא נכון	קידוד
36. הצוות דואג לכך שהמקום הזה תמיד נקי ומסודר					
37. בדרך כלל המקום נראה קצת מבולגן					
38. הדיירים כאן פועלים כל יום לפי סדר יום קבוע					
39. חלק מהדיירים נראים מוזנחים					
40. הצוות מאוד מעודד את הדיירים כאן לשמור על מראה נקי ומסודר					
ציון סקלת סדר וארגון					
בהירות			נכון	לא נכון	קידוד
41. הדיירים שעוברים על החוקים כאן יודעים מיהיו ההשלכות					
42. הדיירים כאן מבינים באופן ברור את חוקי המסגרת					
43. כולם יודעים מי האחראי במסגרת זו					
44. אנשים כאן כל הזמן משנים את דעתם					
45. לעיתים קרובות יש כאן שינויים בחוקים					
ציון סקלת בהירות					
שליטת צוות			נכון	לא נכון	קידוד
46. מרגע שנקבע משימה לדייר הוא חייב לעמוד בה					
47. דיירים אשר עוברים על החוקים כאן מקבלים עונש					
48. דיירים אשר רבים עם דיירים אחרים יסתבכו עם הצוות					
49. הדיירים יכולים ללבוש מה שבא להם					
50. לדיירים מותר לסרב להשתתף בפעילויות מתוכננות במסגרת					
ציון סקלת שליטת צוות					

	ציון כולל מימד היחסים
	ציון כולל מימד התפתחות אישית
	ציון כולל מימד שימור המערכת

**נספח ב':**  
**מכתב פנייה לאפוטרופוס**

אפוטרופוס יקר,

החוג לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה, עורך מחקר בקרב אוכלוסיית אנשים עם פיגור שכלי בגילאי 50 ומעלה.

מטרת המחקר היא לבדוק את הקשר בין תפיסת אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת אצל זקנים עם פיגור שכלי. תוצאות המחקר עשויות לתרום ידע בנושא, ובכך לסייע בקבלת החלטות מעשיות, אשר ישפיעו על האקלים החברתי במסגרות השונות.

במסגרת זו אני פונה אליכם בבקשה לקבל את אישורכם, להשתתפותו של בן משפחתכם במחקר זה. השאלונים הינם אנונימיים (ללא ציון שם ופרטי המשתתף) ומשמשים לצורכי המחקר בלבד.

**אישור:**

קראתי את מכתב הפניה ואני מאשר ל: \_\_\_\_\_ להשתתף במחקר זה.

שם: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

בברכה ובתודה

האלה עבאס אבו עיד  
סטודנטית לתואר שני

ד"ר אילנה דובדבני  
אוניברסיטת חיפה

נספח ג':

09/11/2008

לכבוד

ד"ר חיה עמינדב

מנהלת האגף לטיפול באדם עם הפיגור

שלום רב,

**הנידון : הסכמה לביצוע מחקר במסגרות של השירות לאדם עם הפיגור.**

במסגרת הלימודים לתואר מוסמך באוניברסיטת חיפה, בבית הספר לעבודה סוציאלית, הנני עורכת מחקר בהנחייתה של ד"ר אילנה דובדבני. המחקר בודק את הקשר בין אקלים חברתי לבין הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. אוכלוסיית המחקר אמורה לכלול אנשים מזדקנים עם פיגור שכלי בגילאי 50 ומעלה המתגוררים במסגרות דיור שונות, ולאחר קבלת אישור האפוטרופוסים שלהם. תוצאות המחקר עשויות לתרום לידע הקיים בנושא המחקר, וכתוצאה מכך לתת כיוונים בזמן תכנון פרקטיקה טיפולית לאוכלוסייה זו. לאור כך אני פונה אלייך ומבקשת את אישורך לביצוע המחקר במסגרות ששייכות לאגף, ובנוסף את תמיכתך ועזרתך באיתור האוכלוסייה המתאימה ובגישה אליה.

בתודה ובהערכה

האלה אבו עיד

# The Impact of the perception of social climate on Successful Aging of People with Mental Retardation

Hala Abass Abo Aid

## **ABSTRACT**

### **The research aims**

Successful aging is a challenge that humanity and society must learn and plan. In recent years, this challenge was investigated from different directions but to date has not been studied for the impact of social climate on the concept of aging people with mental retardation. (Baltes & Baltes, 1990). The immediate social environment, in which the aging people lived in, is one of the important aspects, if not the crucial aspect of treatment process and promotion of people with developmental disabilities who live in residential and community settings. There is great importance to the environment which allows for and supports the process of human adaptation to life's challenges. Social climate is a key issue when talking about the therapeutic aspects, (Moos, 1996), therefore, the purpose of this study is to explain the nature of aging process in people with mental retardation in light of their perception on the social climate of these frameworks. The data provided in this study can serve as information for developing appropriate services for people with intellectual disability, and provide basis for comparison between the perception of successful aging between the institutional housing and community settings. It may also raise the awareness of policy makers and professionals, to review the resident's subjective aspects of live, which will contribute to the development of a new professional approach.

### **Theoretical framework:**

In recent years, more and more researchers have focused on successful aging and tried to define it. (Rowe & Kahn, 1987; Baltes & Baltes, 1990; Vaillant & Vaillant, 1990; Wong & Watt, 1991). Aging successfully is a process of psychological and social continuous adaptation and flexibility in behavior: the ability to redesign the function, the perception and behavior in light of the challenges and the effects which the physical, social and cultural influences, the ability to maximize profits and minimize losses. There good performance will allow all the aging people who need social, material, psychological and cultural resources. (Baltes & Baltes, 1990)

This work will examine the concept of successful aging according to the model of Rowe and Kahn (1987). These researchers proposed a model of successful aging, which is based on a combination of three factors: health, performance, and full interests in the daily living. The combinations of the encounter between the three factors bring successful aging.

There is no doubt that the environment has an impact on quality of life in aging with mental retardation, therefore, there is a very important concept in understanding the positive impact of social climate on the aging process of people with mental retardation, and their influences on improving the quality of life. So the question remains whether there is a connection between the perception of social climate and the successful aging of persons with mental retardation. Accordingly, the purpose of this research is to examine whether there was a relationship between those two factors.

**The following hypotheses were examined:**

1. Elderly people with mental retardation, who have a positive perception of social climate in the institutional, and community settings, will perceive their health as better.
2. Elderly people with mental retardation, who have a positive perception of social climate in the institutional, and community settings, will have a higher level of daily function.
3. Elderly people with mental retardation, who have a positive perception of social climate in the institutional, and community settings, will have a higher level of emotional state.
4. Elderly people with mental retardation, who have a positive perception of social climate in the institutional, and community settings, will have a higher level of social and community belonging.
5. Elderly people with mental retardation, who have a positive perception of social climate in the institutional, and community settings, will have a higher level of successful aging.
6. There will be differences between people who live in institution and people who live in community settings in their successful aging. The dimensions of successful aging for residents living in the community will be better than those with residents living in institutions.

## **Research method**

The study population included a total of 101 participants, who were diagnosed with mental retardation and recognized by the service providers for the mentally retarded. Participants who share the study live in 12 institutional and community settings in Northern Israel. Participants were selected by the following criteria: 1. Hebrew speakers. 2. Living in the place for at least three months. 3. At least 50 years of age. In order to examine the hypotheses used in this study:

**1.** Personal data questionnaire and demographers **2.** Life functional assessment questionnaire (SELF) function that includes a questionnaire and emotional state questionnaire **3.** Health Status Questionnaire (self-report) **4.** Questionnaire social relevance, community and family: Quality of Life Questionnaire compiled by Keith (Schalock & Keith, 1993) **5.** Social climate perception questionnaire: Community Oriented Programs Environment Scale - COPES. (Moos , 1996)

## **Main Findings**

The attempt to explain the successful aging of the retarded residents using the perception of social climate raised partial findings. The analysis revealed that although in most cases we found significant positive correlations between climate dimensions of social perception and measure of successful aging, but their integration together yields significant results only in three cases.

The perception of social climate in the dimension of relationship and the dimension of personal growth explains self-image.

The perception of social climate in the dimension of relationship and the dimension of personal growth explains the feeling of belonging.

The general factor of successful aging, based on the data of the five measures proportionally, explain the perception of social climate in the relationship dimension and the self-growth dimension.

## **Applied scientific conclusions**

The findings of this study may contribute to our understanding of the factors that influence the aging of the mentally disabled population, which may help design and facilitate the improvement for services to suit their needs, and as a result would improve their quality of life.

These findings require policy makers, and professionals to initiate intervention programs, which will effect an improvement on human perception for correcting methods and thoughts in relation to the social environment, by teaching self-advocacy skills, and to help mentally challenged adults to practice decision making, and to take part in what is happening in their environment. In addition it is necessary that intervention programs reinforce the values of reciprocal assistance and responsibility. Programs should be designed for both, the staff and the residents.





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



# The Impact of the perception of social climate on Successful Aging of People with Mental Retardation

Hala Abass Abo Aid

Supervised by: Duvdevany Ilana PhD

Thesis submitted in partial fulfillment of the  
Requirements for the Master's degree  
University of Haifa  
Faculty of Welfare & Health Sciences  
School of Social Work



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

2010

קרן שלם/571/2010