



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



אוניברסיטת חיפה  
UNIVERSITY OF HAIFA

# הקשר בין השמנה ואיכות חיים בקרב מוגבלים שכלית

**פרופ' יעל לצר**

מרצה בבית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה, ומנהלת המרפאה להפרעות אכילה, החטיבה הפסיכיאטרית, רמב"ם, חיפה.

**פרופ' אריק רימרמן**

ראש הקתדרה לרווחה ותכנון חברתי ע"ש ריצ'רד קרוסמן, בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה למדעי הרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

**גליה גולן שפרינצק**

הפקולטה למדעי הרווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם  
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות  
2009

קרן שלם/2009/030

## תודות

אנו מודים לקרן "שלם" על תמיכתה הנדיבה במחקר זה.

כמו כן, אנו מודים לד"ר חיה עמינדב וגב' מרים כהן, מהאגף לטיפול באדם המפגר, משרד הרווחה על סיועו בעריכת המחקר.

למר דני כץ, מפקח על המעשי"ם, משרד הרווחה.

לגב' קלרה חן, מנהלת היחידה לנכה, עיריית נתניה.

לד"ר יצחק רוזנר וגב' נעמי גרינטל משירותי הרווחה בעיריית חיפה.

גב' קלאודיה בר, מנהלת מערך הדיור, אקו"ם חיפה.

גב' ענת בן צבי, מנהלת "אלוין" חיפה.

גב' צופית זייגר וצוות מע"ש שילובים קריית אתא.

גב' אורלי קלומיטי וצוות מע"ש חותם, טירת הכרמל.

גב' שיר גולדברג וצוות מע"ש חיפה.

גב' דניאלה שטיינר וצוות מע"ש חדרה.

גב' פזית אסבג וצוות מע"ש נתניה.

מורן גרינברג וכל צוות מערך דיור "גל", חדרה.

תודה גדולה למר בני אחרק, גב' יעל תנאי מלכי, וכל צוות אקו"ם חדרה, אשר עשו מעל ומעבר להצלחת המחקר.

תודה לד"ר אורנה צ'ישינסקי, על עזרתה בעיבודים הסטטיסטיים.

ולבסוף, תודה לכל המרואיינים ובני משפחותיהם על שיתוף הפעולה.

## **תוכן עניינים**

|     |               |
|-----|---------------|
| 4   | תקציר         |
| 5   | מבוא          |
| 18  | מטרות המחקר   |
| 19  | שאלות המחקר   |
| 20  | שיטה          |
| 25  | תוצאות        |
| 33  | דיון          |
| 38  | סיכום והמלצות |
| 41  | רשימת מקורות  |
| 49  | נספחים        |
| 104 | Abstract      |

## תקציר

ארגון הבריאות העולמי מתייחס להשמנה כאל המגפה של המאה ה-21. שכחותה באוכלוסייה הכללית, עולה משנה לשנה. אוכלוסיית המוגבלים שכלית לא זכתה להתייחסות מחקרית רבה בתחום מצבה הבריאותי, אולם מהמחקרים שמעשו, עולה כי שיעור ההשמנה באוכלוסייה זו, גבוה אף יותר מאשר באוכלוסייה הכללית.

השמנה נמצאה כמשפיעה על איכות החיים, אך למיטב הידיעה לא נבדק הקשר שבין השמנה ואיכות חיים בקרב מוגבלים שכלית.

איכות חיים היא מושג מוביל בכל הקשור לתכנון שירותים והערכתם בקרב מוגבלים. בעשורים האחרונים גוברת ההכרה כי מוגבלים שכלית ראויים וזכאים לכל התנאים שיאפשרו להם להשיג איכות חיים.

לפיכך מטרתו של מחקר זה לבדוק האם קיים קשר בין השמנה לאיכות חיים בקרב קבוצה זו, והאם הקשר מושפע גם מגורמים כמו מסגרת דיור, תעסוקה, גיל, מין, פעילות גופנית ותזונה.

לצורך בדיקת ההשערה זו נדגמו 156 מוגבלים שכלית שמועסקים במסגרת מעשיים באזור חיפה - נתניה באמצעות שאלון של קאמינס ולאן (Cummins & Lau, 2005) למדידת איכות חיים. וכן באמצעות כלים נוספים: סולם ידע על פעילות גופנית ותזונה, שאלון בריאות והרגלי חיים, כרטיסי מאכלים (Q-Sort Cards) לבדיקת הרגלי אכילה.

נמצא כי שיעור אנשים עם עודף משקל והשמנה גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית. לא נמצא קשר בין השמנה למגדר, מסגרת מגורים, רמת מוגבלות שכלית ואיכות חיים.

נמצא קשר מובהק בין מסגרת מגורים לבין פעילות גופנית, הרגלי אכילה ושימוש בשירותי רפואה. לאור הממצאים מובאות מסקנות והמלצות.

## מבוא

בשנים האחרונות קיימת מגמה גוברת לשילוב אנשים עם מוגבלות שכלית בקהילה. למרות מגמה זו עדיין לא ניתנה הדעת ותשומת הלב המלאה לגבי מכלול ההיבטים הנדרשים לרווחתם המלאה ובכלל זה לדאגה מלאה לבריאותם. אחד ההיבטים הבריאותיים נוגע לבעיית ההשמנה של אוכלוסייה זו ולתחלואה הגופנית והפגיעה הקשה באיכות חייהם הכרוכים בה. המחקר העדכני מצביע על כך כי שיעור ההשמנה באוכלוסייה זו, גבוה משמעותית משיעורה באוכלוסייה הרגילה ועימה הסכנה לתחלואה הנלווית.

מחקר זה בא לבדוק סוגיה זו ולהתמקד בקשר שבין רמת ההשמנה בקרב מוגבלים שכלית לבין רמת איכות חייהם ובכללה מצב בריאותם.

איכות חיים הוא מדד מקובל לבחינת הרווחה האישית (well being) ומידת שביעות הרצון מתחומי חיים שונים. הנחת היסוד היא כי השמנה ניתנת למניעה וטיפול. בדיקת הקשר בינה לבין מאפייני איכות חייהם של אנשים מוגבלים שכלית, יאפשר לבנות להם תכניות התערבות ספציפיות לקידום רווחתם של המשתלבים בקהילה.

השמנה הוגדרה על ידי ארגון הבריאות האמריקאי (NIH) כמגפה של המאה ה-21. היא

אינה נחשבת להפרעה התנהגותית או פסיכיאטרית. בסיווג הבינלאומי של מחלות (International Classification of Diseases - ICD) השמנה נחשבת לבעיה רפואית (E66). אכילת יתר מסיבות פסיכולוגיות (E 50.4) נחשבת לאבחנה נפרדת על פי ה-ICD. והפרעת אכילה בולמוסית (Binge Eating Disorders) אשר אף היא כרוכה בהשמנת יתר, היא קטגוריה מוצעת במדריך הפסיכיאטרי DSM-IV (1994) ומוגדרת כהפרעת אכילה לא ספציפית בעלת תחלואה פסיכיאטרית נלווית.

השמנה מאובחנת באמצעות מספר מדדים כאשר BMI (Body Mass Index) הנו המדד השימושי ביותר במחקרים העוסקים באכילה והשמנה. הוא מחושב על פי הנוסחה: משקל בק"ג / גובה במטרים בריבוע. ארגון הבריאות העולמי (WHO) קבע ארבע קטגוריות של BMI למבוגרים מעל גיל 20:

1. BMI < 18.5 נחשב לתת משקל.

2. 18.5 < BMI < 25 נחשב למשקל נורמלי.

3. 25.5 < BMI < 30 נחשב לעודף משקל.

אצל ילדים ומתבגרים האבחנה נעשית לפי אחוזונים. השמנה מוגדרת כ- BMI < אחוזון 95 בקבוצת הגיל. ועודף משקל מוגדר כ- BMI < אחוזון 85 בקבוצת הגיל (Reilly, 2002).

הערכה היא כי כ- 250 מיליון (7%) אנשים בעולם סובלים מהשמנה. בין 500 – 750 מיליון (14% – 21%) סובלים מעודף משקל. השמנה אינה נחלתם של מבוגרים בלבד. מיליוני ילדים ובני נוער סובלים מהשמנת יתר ומעודף משקל. בארה"ב, לדוגמא, שיעור הילדים הסובלים מעודף משקל הוכפל, ושיעור המתבגרים שולש, בין 1980 לשנת 2000 (Speiser et al., 2004).

באשר לשיעור השמנה בקרב האוכלוסייה הישראלית הכללית, בסקר בריאות לאומי 2003-2004 שהינו חלק מפרויקט EUROHIS של ארגון הבריאות העולמי, נבחר מדגם מייצג של האוכלוסייה – 10,000 מבוגרים שענו על ראיון טלפוני. נמצא כי שיעור ההשמנה ( $BMI \geq 30$ ) בקרב נשים עמד על 15.5%, ובקרב הגברים על 13.2%. על סמך אחוזים אלו, משוער כי 330,000 נשים ו- 260,000 גברים, מכלל האוכלוסייה סובלים מהשמנה. כאשר השוו בין ערבים ליהודים, נמצא כי שיעור השמנה גבוה יותר בקרב הערבים, הן גברים והן נשים. ממסמך נוסף שהוכן בכנסת, עולה כי השמנה שכיחה יותר בקרב מעמד סוציו אקונומי נמוך. כלומר אחוז השמנים בקרב אנשים שחיים מתחת לקו העוני, גבוה יותר מאחוז השמנים בקרב אנשים שחיים מעל קו העוני (כספי, 2004).

בין 1997 – 1998 נערך סקר ב- 21 מדינות, ובכללן ישראל, אשר בדק שכיחות השמנה בקרב נערים ונערות בני 15. מהתוצאות עולה כי ישראל נמצאת במקום השלישי אחרי ארה"ב ויוון, מבחינת אחוז בני הנוער שסובלים מהשמנה ( $BMI > 85^{th}$ ). באופן כללי, נמצא כי במדינות בצפון אירופה שיעורי ההשמנה נמוכים יותר מאלו שנמצאו במערב אירופה ובדרומה (Speiser et al., 2004). עלייה בשכיחות השמנה ועודף משקל נמצאה גם באוסטרליה (Magarey et al., 2001) ובמדינות מתפתחות (de Onis & Blössner 2000).

האטיולוגיה של השמנה היא רב סיבתית כשגורמים גנטיים, משפחתיים, חברתיים, רפואיים וסביבתיים קשורים בהיווצרותה. מבחינה פיזיולוגית השמנה מתרחשת כאשר אנחנו מוציאים פחות אנרגיה, מזו שצרכנו, כלומר אוכלים יותר ועושים פחות פעילות גופנית. הסיכונים הטמונים בהשמנה הם רבים וכוללים סיבוכים גופניים, נפשיים, חברתיים ותפקודיים. בין הסיבוכים הגופניים אפשר למנות: תמותה מוקדמת, התקפי לב ומחלות, סכרת מסוג II, יתר לחץ

דם, בעיות נשימה, מחלות שלפוחית השתן, הפרעות שינה כגון דום נשימה בשינה, אוסטיאופורוזיס, סוגים שונים של סרטן ונכות פיזית. כמו כן, השמנה משפיעה לרעה על מצבו הנפשי של האדם הלוקה בה (Speiser et al., 2004).

מרבית המחקרים שנעשו עד כה התמקדו באוכלוסייה הבריאה הן של מבוגרים והן של ילדים ומתבגרים. מרבית המשאבים הוקצו, בהתאם, למניעה וטיפול באוכלוסיות אלו. מחקרים מעטים נעשו על השמנה בקרב אוכלוסיות מיוחדות כמו חולי נפש, מוגבלים פיזית ומוגבלים שכלית. ממחקרים אלו עולה כי שכיחות ההשמנה גבוהה יותר בקרב אוכלוסיות אלו מאשר בקרב האוכלוסייה הבריאה. בחלק הבא תובא סקירה של המחקרים אשר נערכו בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית.

### **שכיחות השמנה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית בעולם**

#### אנגליה

מלוויל וחב' (Melville et al., 2005) בדקו השמנה בקרב מבוגרים עם תסמונת דאון. החידוש במחקרם היה השוואה בהתאמה של גיל מין וסוג מגורים של קבוצת תסמונת דאון לקבוצת מוגבלים שכלית ללא תסמונת דאון. החוקרים איתרו את כל המבוגרים עם תסמונת דאון בלייצ'סטר והזמינו אותם לבדיקה גופנית בה מדדו גובה ומשקל לצורך חישוב BMI. כל משתתף עם תסמונת דאון "זווג" לפרט תואם מבחינת גיל, מין וסוג מגורים מתוך מאגר ה-ID של לייצ'סטר. 247 "זוגות" השתתפו במחקר. בקבוצת הנשים עם תסמונת דאון המשקל הממוצע והגובה היו נמוכים יותר, אבל ה-BMI נמצא גבוה יותר מאשר בקבוצת ההשוואה. גברים עם תסמונת דאון היו נמוכים יותר ומשקלם הממוצע נמוך יותר, מקבוצת ההשוואה. לא נמצא כל הבדל סטטיסטי מבחינת BMI. נשים עם תסמונת דאון היו בסבירות גבוהה יותר לסבול מעודף משקל או השמנה, מאשר נשים מוגבלות שכלית ללא תסמונת דאון. גברים עם תסמונת דאון היו בסבירות גבוהה יותר לסבול מעודף משקל, אך בסבירות נמוכה יותר לסבול מהשמנה, מאשר גברים מוגבלים שכלית ללא תסמונת דאון.

מרימן וחב' (Merriman et al., 2005) בדקו גורמי סיכון למחלות לב כליליות (coronary heart disease) אנשים עם מוגבלות שכלית קלה עד גבולית. מתוך 53 משתתפים, 20 (37.7%) היו בעלי משקל עודף ו-18 (34.0%) סבלו מהשמנה. יש לציין כי חלקם נטלו תרופות אנטי-פסיכוטיות עקב מחלת נפש וכמחציתם עישנו (עישון כידוע לך מוריד במשקל). המסקנה הייתה כי אוכלוסייה זו נמצאת בסיכון גבוה יותר מכלל האוכלוסייה ללקות במחלת לב כלילית.

מחקר נוסף שנערך באנגליה (Emerson, 2005) בדק פעילות גופנית ומשקל של מבוגרים מוגבלים שכלית המתגוררים ב"דיור מוגן". רמת פעילות גופנית ו- BMI נבדקו בקרב 1542 משתתפים. ההשוואה נעשתה לנתונים מסקר בריאות שנערך באנגליה בשנים 1998 – 2001. הממצאים הראו כי גברים ונשים מוגבלים שכלית נמצאים בסיכון מוגבר לסבול מתת משקל וחוסר פעילות גופנית. נשים נמצאו גם בסיכון מוגבר לסבול מהשמנה.

מחקרו של רוברטסון (Robertson et al., 2000) בחן סגנון חיים בקרב 500 מבוגרים מוגבלים שכלית, החיים במסגרות דיור שונות. עישון וצריכת אלכוהול נמצאו בשכיחות נמוכה. תזונה לקויה, חוסר פעילות גופנית והשמנה היו שכיחים בקרב הנשים. ככל שמסגרת הדיור הייתה פחות מגבילה, כך עלתה שכיחות גורמי סיכון כמו תזונה לקויה, עישון והשמנה. לעומת זאת חוסר פעילות גופנית נמצא קשור למסגרת דיור מגבילה.

#### נורווגיה

במחקר שנערך בנורווגיה (Oddbjørn, 2004) נבדק משקלם של 282 אנשים עם פיגור שכלי החיים בקהילה. אנשים עם פיגור שכלי קשה היו בסבירות גבוהה יותר לסבול מתת משקל בעוד אנשים עם פיגור שכלי קל היו בסבירות גבוהה יותר לסבול מהשמנה. בהשוואה לאנשים בעלי רמת משקל ממוצעת, אנשים בעלי פיגור שכלי הם בעלי ייצוג יתר גם מבחינת תת משקל וגם מבחינת השמנה. בקרב אנשים שסבלו מתת משקל הייתה שכיחות גדולה של סירוב לאכול והקאות יזומות. ואילו בקרב אנשים שסבלו מהשמנה הייתה שליטה פחותה על צריכת המזון.

#### ארה"ב

במחקר שבדק את מצבם הגופני של 329 מבוגרים הסובלים מפיגור שכלי, נמצא כי השמנה הייתה שכיחה יותר בקרב אלו שגרו בהוסטל (group home) או עם בן משפחה, מאשר בקרב אלו שהתגוררו במוסדות. אנשים בדיור מוגן, עישנו וצרכו יותר אלכוהול, ועשו פחות פעילות גופנית, מאשר אלו שהתגוררו עם משפחתם או במוסדות (Rimmer et al., 1995).

במחקר שנערך לאחרונה בניו יורק, אשר בדק שימוש בשירותים רפואיים בקרב מבוגרים מוגבלים שכלית, נמצא כי מעל 70% מהמשתתפים סבלו ממשקל יתר או השמנה. לא נמצאו הבדלים מובהקים בין מסגרות הדיור שונות לבין דרגת ההשמנה (Sohler et al., 2009).

#### טיוואן

חוקרים מטיוואן בדקו דפוסי השמנה של ילדים ומתבגרים מוגבלים שכלית (Lin et al., 2005). המידע נאסף באמצעות שאלונים שנשלחו בדואר ל- 279 נבדקים בגיל 4 – 18. תשעה אחוזים



דווחו כלא בריאים או מאוד לא בריאים. ה-BMI הממוצע היה גבוה מהנורמות שדווחו באוכלוסייה הכללית. השכיחות הכללית של השמנה במדגם הייתה של 18% (14% בגילאי 4 – 6, 22% בגילאי 7 – 12 ו- 16% בגילאי 13 – 18). הגיל נמצא כמשתנה היחיד לחיזוי השמנה.

#### אוסטרליה

במדגם של 91 מוגבלים שכלית בדרגות שונות, נמצא כי 41.4% מהנשים היו בעלות משקל עודף ו- 36.6% סבלו מהשמנה. בקרב הגברים השכיחות הייתה נמוכה יותר, 30.8% בעלי עודף משקל ו- 30.8% סבלו מהשמנה. באוכלוסייה הכללית של אוסטרליה, אחוז הסובלים מעודף משקל נאמד ב- 16% - 55%, ואחוז הסובלים מהשמנת יתר ב- 7% - 18%. כלומר שכיחות השמנה בקרב מוגבלים שכלית כפולה משכיחותה באוכלוסייה הרגילה. כמו כן, לא נמצא קשר בין סביבת מגורים לבין משקל (Moore et al., 2004).

### **שכיחות השמנה בקרב מוגבלים שכלית בארץ**

למיטב הידיעה לא נערכו בארץ מחקרים ספציפיים על השמנה בקרב אוכלוסיות מיוחדות ובכלל זה גם לא עם אלה המוגבלים שכלית.

### **איכות חיים**

*"החיים אינם נמדדים לפי כמות הנשימות שנשמת אלא לפי מספר הרגעים בהם עצרת את נשימתך".*  
איכות חיים מעסיקה את כולנו. כפרט, כמשפחה, כחברה. היא מדד לרווחה העכשווית בה אנו חיים, היא יעד שאליו אנו שואפים להגיע. מצד אחד ברור לכולנו מהי איכות חיים אך מצד שני, אם נתבקש להגדיר מהי איכות חיים, ניתקל בקושי.

### **משמעות המושג**

המושג איכות חיים הוא בעל מספר משמעויות בהקשרים שונים. ראשית, ישנו המושג בו אנו משתמשים בחיי היומיום והוא דומה לשביעות רצון. שנית, ישנו המושג איכות חיים בהקשר של חולי ובריאות. באנגלית המדד נקרא Health related quality of life. זהו תחום נרחב ביותר בו מנסים למדוד את איכות החיים של הפרט לפני טיפול מסוים ולאחריו (למשל, ניתוח מעקפים, או הקרנות לעצירת גידול סרטני), איכות חיים של אנשים עם מחלות כרוניות, למשל ניוון שרירים או אלצהיימר, והשוואה לאיכות חייהם של אנשים ללא מחלות כרוניות. קיים גם דיון נרחב באיכות חיים סביב הלגיטימיות של המתות חסד, הפסקות היריון, ושאלות דומות.

ישנו תחום מחקרי שבו נבדקת איכות חיים של האוכלוסייה הכללית וכיצד היא מושפעת מתנאי הסביבה (כמו זיהום אוויר, צפיפות מגורים, צורת התיישבות) מתעסוקה (שעות עבודה, מקום עבודה) מצב משפחתי (רווק, נשוי, גרוש, אלמן), השכלה ועוד.

בנקודת המפגש בין תנועת האל-מיסוד והנורמליזציה של אנשים הסובלים ממחלה או מוגבלות כלשהי, לבין קביעת איכות חיים כמדד המשמש הן להשוואה בין פרטים וקבוצות, והן כמטרה ויעד, נוצר התחום של איכות חיים של אנשים עם מוגבלויות.

סקירה זו תתמקד באיכות חיים של מוגבלים שכלית, אך חשוב להדגיש כי שאיכות חיים של מוגבלים שכלית, לא אמורה להיות שונה מאיכות חיים של האוכלוסייה הכללית.

אלפי מאמרים כבר נכתבו על איכות חיים של מוגבלים שכלית, אבל ההכרה בכך שהם זכאים לחיות חיים מלאים כמו כל אדם אחר, היא בת כמה עשורים בלבד. היום עובדה זו מובנת מאליה אך עד שנות השמונים של המאה הקודמת, הם היו סגורים במוסדות בקצה העיר, מעבירים את ימיהם בבטלה, כאשר הדבר היחיד שהם קיבלו היו התנאים הבסיסיים ביותר כדי לשרוד.

מראשית שנות השמונים, עת פריחתה של תנועה האל-מיסוד, התחילו המוגבלים שכלית לעבור מהמוסדות לחיים בקהילה או בבית. הם כבר לא כונו "מפגרים" אלא "מוגבלים" והגישה היתה לנסות לנרמל את סביבת חייהם עד כמה שניתן. אז "אימצו" את המושג איכות חיים לבדיקה והערכה של שירותים ומסגרות שונות המטפלות במוגבלים (Schalock, 2000).

אם תנועת האל-מיסוד עסקה בעיקר בתהליך, המושג איכות חיים אפשר גם לקבוע מטרות ולהעריך תוצאות (Schalock, 2000). ההתמקדות עברה מהמערכת לאדם שנמצא בתוכה. כלומר ההכרה, שלא מספיק רק לשנות את המדיניות, אלא גם לבדוק שהשינוי במדיניות הטיב את מצבם של המוגבלים. השאיפה לחיים של איכות מאפיינת את כולם, ועתה נוצר משהו שמחבר את המוגבלים עם האנשים שסביבם, ההכרה, שגם האדם המוגבל, זכאי לחיים מספקים. המושג יצר שפה משותפת בין אנשים שנותנים שירותים לבין אנשים שמעריכים את השירותים האלו.

ראשית, חשוב לציין כי איכות חיים של מוגבלים לא אמורה להיות שונה מזו של אדם שאינו מוגבל. אם אנו רואים לנגד עינינו את פירמידת הצרכים של אברהם מאסלו (Maslow, 1954), האדם המוגבל, כמו האדם שאינו מוגבל, זקוק לסביבה מוגנת, לסיפוק הצרכים הבסיסיים שלו, להיות מעורב בחברה, להרגיש שייכות, ליצור יחסים עם אחרים, לעשות פעילות גופנית, לבלות, לעבוד, ליצור.

עד כמה שהדברים נראים ברורים, עדיין אין הגדרה חד משמעית לשאלה מה מכיל בתוכו אותו מושג חמקמק הנקרא איכות חיים? קיים ויכוח בין החוקרים (ובכלל קיים ויכוח גם בין אדם

- לעצמו מהי איכות חיים) לגבי מה בדיוק מכיל המושג הזה? כיצד מודדים אותו? האם אדם מוגבל מבין מהי איכות חיים? האם הוא יכול להעריך בעצמו את איכות חייו?
- אם כן, למרות שאין תשובה אחידה, ישנן כמה מגמות מובילות לגבי המושג איכות חיים:
1. איכות חיים היא רב ממדית.
  2. ה"גרעין" של איכות חיים הוא שביעות רצון (satisfaction).
  3. איכות חיים היא מושג היררכי.
  4. יש להשתמש במערך מחקרי רב משתני כדי לבדוק גורמים הנמצאים במתאם עם איכות חיים.
  5. שימוש במספר שיטות להעריך את תפיסת איכות החיים של הפרט עצמו.

### 1. איכות חיים – מושג רב ממדי

איכות חיים אינה מושג חד ממדי. היא כוללת כמה מימדים. יש ויכוח בין החוקרים על מספר המימדים ואופיים, אבל יש הסכמה כי המימדים כוללים בריאות גופנית, נפשית, סביבה מתאימה, קשרים בינאישיים ויצרנות.

רוב ההגדרות של המושג מצביעות על רב ממדיות. הגדרות חד ממדיות הן כאלו אשר בהן איכות חיים היא מקבילה של מצב בריאותי, או שביעות רצון.

רחסקי ומיאלקו (Rejeski & Mihalko, 2001) מתארים את ההגדרה של איכות חיים על פי "הזרם המרכזי (mainstream) של הפסיכולוגיה" "שיפוט קוגניטיבי מודע של הפרט לגבי שביעות רצון מחייו". הגדרה זו מתאימה גם למושג חד ממדי – החיים באופן כללי, וגם למושג רב ממדי – שביעות רצון מתחומי חיים שונים.

### תחומי (Domains) איכות חיים

יש קונצנזוס לגבי העובדה שסך כל המרכיבים של איכות חיים הוא איכות החיים הכללית. לגבי הניסיון ליצור רשימה אחת של תחומי איכות חיים, יש ביקורת, הטוענת כי התחומים יכולים להשתנות מתרבות אחת לשנייה. נעשו כמה עבודות במטרה לקבוע את תחומי איכות החיים. להלן העיקריות:

פלס (Felce, 1997) הציע 6 תחומים: רוחה גופנית, רוחה חומרית, רוחה חברתית, רוחה יצרנית, רוחה רגשית ורווחה אזרחית.

שאלוק (Schalock, 2000) הציע 8 תחומים: רוחה גופנית, רוחה חומרית, שיתוף חברתי, רוחה רגשית, זכויות, יחסים בינאישיים, יכולת לבחור (self determination).

הגרתי וחב' (Hagerty et al., 2001) הציעו 7 תחומים : בריאות, רווחה חומרית, תחושת שייכות לקהילה, עבודה ויצרנות, רווחה רגשית, יחסים עם בני משפחה וחברים וביטחון אישי. קאמינס (Cummins, 1997) דיבר על 7 תחומים : בריאות, רווחה חומרית, רווחה קהילתית, פעילות יצרנית, רווחה רגשית, קשרי משפחה וקשרים חברתיים וביטחון. ניתן לראות כי יש הסכמה בקרב החוקרים לגבי רוב התחומים. וכי חלק מהתחומים הם אובייקטיביים (רווחה חומרית, זכויות, מצב גופני) וחלק סובייקטיביים (תחושת שייכות לקהילה, רווחה רגשית).

## **2. שביעות רצון**

זהו הממד השימושי ביותר להערכת תפיסת הפרט את איכות חייו. נוח להשתמש בו משום שהוא נבדק כבר במספר רב של מחקרים ובקרב אוכלוסיות רבות. מבחינה מתודולוגית הוא "יציב" (traitlike stability) לאורך זמן.

## **3. אופי היררכי**

ישנה הסכמה כי איכות חיים, מטבעה, היא תפיסה סובייקטיבית. כל אדם מעריך בצורה שונה את הממדים של איכות חיים, הערך שאדם משייך לממד, משתנה לאורך חייו. כך לדוגמא, אדם מבוגר מייחס יותר חשיבות למצב בריאותו מאשר אדם צעיר. מספר חוקרים הדגישו את החשיבות של ערכים אישיים בקביעת איכות החיים. פלס ופרי (Felce & Perry, 1996) הציעו מודל, שבו הערכים האישיים מהווים גורם מתווך בין גורמים שונים לבין איכות חיים. ערך אישי הינו החשיבות שנותן אדם כלשהו לתחום מסוים של חייו. גם במודל איכות חיים של שאלוק (Schalock, 2000) התחומים השונים מאורגנים באופן היררכי, ומשקפים את העובדה שאדם מייחס חשיבות שונה לכל תחום. כמו כן, הערך שמיוחס לכל תחום משתנה במהלך חייו. קמינס מסכים עם קודמיו (Cummins, 1997). שאלוק וורדוגו (Schalock & Verdugo, 2002) זיהו את שלושת האינדיקטורים השכיחים ביותר עבור כל תחום של איכות חיים. עבודתם התבססה על ניתוח של מאות מאמרים שנכתבו בנושא. לדוגמא בתחום רווחה חומרית מופיעים האינדיקטורים : מצב כספי, תעסוקה ודירה.

#### 4. מערך מחקרי רב משתני

במהלך שנות התשעים התרחש מעבר ממערך מחקר בין קבוצות (between) למערך מחקר תוך נבדקי / רב משתני (within / multivariate). המעבר משיטת מחקר אחת לשנייה מאפשר להתרכז בקורלאטים ומנבאים של איכות חיים, ולא בהשוואה של ציוני איכות חיים בין שתי קבוצות. לדוגמא, במקום להשוות בין איכות חיים של מוגבלים שכלית, לבין איכות חייהם של אנשים הלומי קרב, נשווה בין איכות חיים של מוגבלים המתגוררים עם משפחתם, לבין איכות חייהם של מוגבלים אשר חיים בהוסטל. מסקנות ממחקר כזה יאפשרו לנו לערוך שינוי במסגרת מגורים שאכן יביא לשיפור באיכות חיים. מערכי מחקר רב משתני גם מאפשרים לנו להבין את מורכבות המושג איכות חיים.

#### 5. שיטות הערכה של איכות חיים

כאשר אנו באים לעסוק במדידה של איכות חיים, עלינו להתבסס על שלוש הנחות:

1. איכות חיים כוללת שמונה ממדי ליבה.
2. מדידה של איכות חיים צריכה להתמקד בתוצאות שקשורות בפרט.
3. שיטת מדידה צריכה להתבסס על הערכה אישית של הפרט, או על בדיקת תפקודו, בהתאם לממד שאותו מעריכים. גם הערכה אישית של הפרט, שהיא סובייקטיבית באופייה, וגם בדיקת התפקוד, שהיא יותר אובייקטיבית, נמדדות בכלים פסיכומטריים מקובלים. כיום ישנה הסכמה לגבי הצורך לשלב בין הגישה הסובייקטיבית לגישה האובייקטיבית. אבל מתקיים ויכוח סביב המשקל של כל מרכיב בקביעת איכות החיים, וכן הקשרים בין גורמים סובייקטיביים לגורמים אובייקטיביים.

קאמינס (Cummins, 2000) טוען כי איכות חיים אובייקטיבית ואיכות חיים סובייקטיבית הם שני מדדים די עצמאיים שאינם תלויים אחד בשני. האדם מסוגל לשמור על איכות חיים סובייקטיבית די קבועה בתוך טווח רחב של נתונים אובייקטיביים, כלומר מתקיים הומיאוסטזיס של איכות חיים סובייקטיבית. רק כאשר איכות החיים האובייקטיבית יורדת לרמה נמוכה מאוד (אבטלה ממושכת, טיפול ממושך בקרוב משפחה במצב סיעודי), שיווי המשקל מופרע ואיכות החיים הסובייקטיבית יורדת. בתנאים קיצוניים יש תלות בין איכות חיים אובייקטיבית לאיכות חיים סובייקטיבית.

#### גישה סובייקטיבית מול גישה אובייקטיבית

הניסיונות הראשונים למדוד איכות חיים התבססו על מדדים כלכליים וחברתיים ולא התייחסו כלל לתפיסה של הפרט עצמו.

מחקרים מראשית שנות השבעים הראו כי אנשים דיווחו על שביעות רצון מתנאי מגוריהם בלי קשר לעוני הסביבתי שבו הם חיו. מחקרים אלו הביאו להוספת המרכיב הסובייקטיבי למדידת איכות חיים (Cummins, 2000).

#### יכולת של הפרט להעריך את איכות חייו – באיזו נסיבות נדרשת גם הערכה של אדם נוסף?

זוהי אחת השאלות החשובות בתחום מדידת איכות חיים. השאלה עד כמה תשובת הנבדק דומה לתשובה של אדם קרוב אליו, הינה שאלה קריטית ביותר. רפלי (Rapley, 2003) טען שההסכמה גדולה יותר כאשר איכות חיים מתבססת על מדדים אובייקטיביים ועל תצפית, והיא פוחתת כאשר המדדים הם סובייקטיביים.

מחקרים רבים השוו הערכות של איכות חיים על ידי מטופלים ורופאים, ילדים והוריהם. למשל, סלוין וחב' (Slevin et al., 1988) מצאו פערים גדולים בין הערכת הרופא את איכות חייו של המטופל לבין ההערכה של המטופל עצמו וטענו שהרופא אינו יכול להעריך את איכות חייו של המטופל.

## **מדידת איכות חיים**

### **עקרונות בסיסיים למדידת איכות חיים**

שאלוק (Schalock, 2004) סקר שיטות מדידה של איכות חיים והצביע על שלוש מתודולוגיות עיקריות:

1. רמת מיקרו-מערכת: התמקדות בצד הסובייקטיבי של איכות חיים. לדוגמא סקר שביעות רצון או אושר.

2. רמת מזו-מערכת: התמקדות בפן האובייקטיבי של איכות חיים. למשל השתתפות בפעילויות בקהילה, הערכת תפקוד.

3. רמת המקרו-מערכת: התמקדות בתנאים סביבתיים – חברתיים ("אינדיקטורים חברתיים"). דוגמא לאינדיקטורים חברתיים: רמת חיים, שיעור אנלפבתיות, שיעורי תמותה וכיו"ב. בנוסף לכך, קיימים שלושה סוגי כלים:

1. סולם חד ממדי – מדד לאיכות חיים כללית.
2. סולם אחד רב ממדי – בכלי מסוג זה, קיימת שאלה עבור כל תחום של איכות חיים.
3. מספר סולמות רב ממדיים – בכלי זה, יש סדרת שאלות עבור כל תחום של איכות חיים.

### **מה למדוד?**

המדידה צריכה להתבסס על הממדים ועל האינדיקטורים של איכות חיים.

הממדים המוזכרים ביותר בספרות המחקרית הם: יחסים בינאישיים, הכללה חברתית (social inclusion), התפתחות אישית, רווחה גופנית, יכולת בחירה (self-determination), רווחה חומרית, רווחה רגשית, זכויות, סביבה (בית / מגורים), משפחה, פעילות פנאי ותחושת ביטחון (Schalock, 2004).

האינדיקטורים הם הבסיס של המדידה. אלו הם תפיסות, התנהגויות ותנאים, אשר נותנים אינדיקציה לאיכות החיים של הפרט. כאשר בוחרים אינדיקטור מסוים יש לוודא שהוא עונה על התנאים הבאים: הוא חשוב להעלאת הרווחה האישית, הוא מראה שונות ו/או פוטנציאל לשיפור, הוא מושפע מפעולות של הצוות וספקי השירותים, איסוף הנתונים לגביו ישם, הוא רגיש להבדלים תרבותיים והבדלי שפה, ניתן ליישמו במגוון אוכלוסיות ותוכניות.

לדוגמא, אם הממד הוא פעילות פנאי, אינדיקטורים מתאימים הם: כמה פעמים בשבוע אתה הולך לסרט או הצגה? כמה פעמים בשבוע אתה נפגש עם חברים? בכמה חוגים אתה משתתף במקום מגוריך? אלו כולם אינדיקטורים שניתנים למדידה, שניתן לשנות אותם, שהם תורמים לרווחה של הפרט וניתן ליישם אותו במגוון אוכלוסיות ותוכניות.

### **איך למדוד?**

שאלה זו מתייחסת לשני אספקטים:

1. במה תתמקד המדידה? בשביעות הרצון של הפרט, או בממד אובייקטיבי כלשהו. אם רוצים לעשות הערכה ברמת הפרט, משתמשים בממד סובייקטיבי, ואם מעוניינים להעריך תוכנית או מערכת כלשהי, משתמשים בממדים אובייקטיביים.
2. באיזו שיטה למדוד? שאלון, ראיון, תצפית? רוב הכלים להערכת איכות חיים הם שאלונים המבוססים על סולם ליקרט.

### **את מי לשאול?**

בעבר איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית, הוערכה או על ידי אנשים אחרים, או על בסיס ממדים אובייקטיביים כמו סביבת מגורים, מצב גופני, השכלה וכד'. כיום הקונצנזוס הוא שהאדם המוגבל יהיה מעורב בהערכת איכות חייו, ויש להיעזר בקרובים לו, רק במקרה של מגבלת תקשורת קשה. ישנם מחקרים רבים שהראו כי יש פער בין תשובות של המוגבל עצמו, לתשובות שנותן קרוב שעונה במקומו (Verdugo et al., 2005). הערכות של אדם קרוב הן בהחלט חשובות ובעלות משמעות, אבל אינן מהוות תחליף לדיווח עצמי.

אם המטרה שלנו היא להפוך את המוגבלים לאנשים פעילים בחברה, יש משהו פרדוקסלי בכך שנותנים למישהו אחר לענות על שאלון איכות החיים שלהם.

## **מודלים מרכזיים להערכת איכות חיים**

### **סקירה של המודלים המרכזיים**

כאמור, ישנם מספר מודלים להערכת איכות חיים של אנשים עם מוגבלות. להלן המרכזיים שבהם:

1. המודל של הלפרן וחב' (Helpern et al., 1986) שעוסק בהסתגלות של מבוגרים מוגבלים לחיים בקהילה.
  2. המודל של פלס ופרי (Felce & Perry, 1995; 1996) המגדיר איכות חיים כמורכבת משלושה מימדים: תנאים אובייקטיביים, תחושת רווחה, מערכת ערכים ושאיפות אישיות.
  3. המודל של הוגס וחב' (Hughes et al., 1995) מבוסס על סקירה של 87 מאמרים שעסקו במושג איכות החיים. המודל כולל 15 מדדים, ביניהם: יצירתיות ופנאי, סביבת מגורים, קבלת שירותי תמיכה, הגדרה עצמית אוטונומית ובחירה ועוד.
  4. המודל של שאלוק וקייט (Schalock & Keith, 1993). מודל זה רואה את מושג איכות החיים כמורכב משלוש רמות של התנסות: מאפיינים אישיים ותנאי חיים אובייקטיביים; תפיסת אחרים משמעותיים; מערכת אמונות אישיות בנוגע למה שחשוב וכיצד עובד העולם. המודל בוחן את תפיסת החיים של הפרט בארבעה תחומים: (1) **שביעות רצון ואושר** – עד כמה הפרט מגשים את רצונותיו, וכמה הוא נהנה מהגשמה זו. (2) **יכולת ויצרנות** – עד כמה הפרט תורם בעבודתו למשק הבית או הקהילה (3) **עצמאות ושליטה** – מידת היכולת של הפרט לשלוט בסביבתו ולקבל החלטות (4) **השתייכות חברתית / השתלבות בקהילה** – עד כמה משתתף הפרט בפעילות בקהילה, משתמש במשאבים קהילתיים ומתנסה בקשרים חברתיים. מודל זה שימש במחקרים רבים אשר נערכו בקרב מוגבלים בארץ, וערכי המהימנות שלו גבוהים.
- כלי זה שימש במחקרים רבים, אך בבחינה מדוקדקת יותר ניתן להצביע על כמה חסרונות. יש בלבול מסוים בין גורמים לאיכות חיים לבין תוצאות. החלק הראשון של השאלון עוסק בשביעות רצון. תחום התוכן של שאלות אלו חופף במידה כלשהי את המשתנה התלוי – איכות חיים.



בנוסף, השאלון מכיל 40 שאלות, חלקן עלולות להיות מורכבות מדי עבור נשאלים הסובלים ממוגבלות שכלית.

הפתרון של מחברי השאלון לסוגיה זו, היא שיתוף שני מעריכים נוספים המכירים את הנבדק, והכללת תשובותיהם בתוצאה הסופית.

### **הכלי הנבחר להערכת איכות חיים במחקר הנוכחי**

אל מול חסרונות אלו עומדת אלטרנטיבה – השאלון שפיתחו קאמינס ולאן (Cummins & Lau, 2005). השאלון של קאמינס ולאן מכיל 8 שאלות קצרות: שאלה אחת כללית ועוד שבע שאלות לתחומים ייחודיים יותר. התחומים הם: **רכוש, בריאות, עשייה ולמידה, קשרים חברתיים, תחושת בטחון, פעילות פנאי ועתיד**. על השאלון עונה המשתתף בלבד ולא אדם קרוב או מטפל. חלק מהשאלון הוא "מבחן מקדים" שבודק את יכולת הנבדק לעשות הבחנה בין מושגים כמו "יותר" ו"פחות"; "עצוב" ו"שמח" והוא מכיל מספר ורסיות בהתאם לרמה של הנשאל. כמו כן, פותחו נוסחים של השאלון גם עבור אוכלוסייה כללית של מבוגרים, ילדים ונערים הלומדים בבית ספר, ילדים בגיל טרום בית ספר. וכך מתאפשרת השוואה לאוכלוסיות אחרות. כאמור, העובדה שכלי זה מיועד לאדם המוגבל עצמו, היא שהביאה אותנו להעדיף כלי זה על פני האחרים.

### **איכות חיים של מוגבלים שכלית בישראל**

יורקביץ (2004) בדק את איכות החיים של צעירים עם אבחנה כפולה של תת גבוליות והפרעת קשב, המתגוררים במסגרת חוץ ביתית. הוא השתמש בשאלון של שאלוק וקית ומצא כי הכנסה גבוהה ומעט סימפטומים של הפרעת קשב, היו קשורים לאיכות חיים טובה יותר, גם אצל נשים וגם אצל גברים. בניתוח נוסף, נמצא שהמנבא הטוב ביותר לאיכות חיים גבוהה אצל גברים הוא גובה ההכנסה החודשית, ואילו אצל הנשים, המנבא הטוב ביותר הוא מספר הסימפטומים של הפרעת הקשב. כמו כן, נמצא קשר בין בעיה רפואית לבין איכות חיים, אבל רק בקרב הגברים. ממצא מעניין נוסף, היה שאצל הגברים, הקשר החיובי עם האם, היה הכי קשור לאיכות החיים שלהם, ואילו אצל הנשים, היה זה הקשר החיובי עם האב (Rimmerman et al., 2005). רימרמן וקרוסמן (Rimmerman & Crossman, 2004) בדקו איכות חיים של בוגרים עם מוגבלות קשה. גם הם השתמשו בשאלון של שאלוק וקית ומצאו כי איכות החיים לא היתה קשורה לסוג המוגבלות (גופנית, נפשית או שכלית), אלא לתפיסת חומרת המוגבלות, ולהשתתפות בפעילויות לאחר שעות העבודה. אנשים אשר תפסו את המוגבלות שלהם כקלה ולא השתתפו בפעילות פנאי

שאורגנה על ידי המסגרת התעסוקתית שלהם, דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר, מאשר אלו אשר תפסו את המוגבלות שלהם כחמורה והשתתפות בפעילות פנאי שארגן מקום העבודה שלהם (Rimmerman & Crossman, 2004).

מסקירת מחקרים שבדקו את הקשר בין איכות חיים והשמנה (Kolotkin et al., 2001a, b), עולה כי בהקשר להשמנה נבדק המושג Health related quality of life ולא Quality of life. המחקרים, שראשיתם בשנות ה-90, מראים כי אנשים שסבלו מהשמנה ועברו טיפולים שונים (בעיקר ניתוח לקיצור קיבה) חוו שיפור ניכר באיכות חייהם לאחר שהפחיתו ממשקלם. חשוב לציין כי המחקרים עסקו באנשים שסבלו מהשמנה חולנית, ואשר חיפשו טיפול. ייתכן ובאוכלוסיות אחרות של שמנים, הממצאים יהיו שונים.

למיטב הידיעה, הקשר בין השמנה ואיכות חיים, בקרב מוגבלים שכלית, לא נחקר. ארגון הבריאות העולמי מתייחס להשמנה כאל המגפה של המאה ה-21. שכיחותה באוכלוסייה הכללית עלתה בצורה דרמטית בעשורים האחרונים ועמה התחלואה המרובה וקראה לצורך במחקר מעמיק ומקיף. אוכלוסיית המוגבלים שכלית לא זכתה להתייחסות מחקרית רבה בתחום מצבה הבריאותי, לא כל שכן בנושא ההשמנה. מסקירת המחקרים שבדקו השמנה בקרב מוגבלים שכלית, עולה כי אוכלוסייה זו סובלת ממשקל יתר בצורה משמעותית יותר מהאוכלוסייה הכללית. מחקרים שבדקו השלכות של השמנה בקרב אוכלוסייה שאינה מוגבלת שכלית הצביעו על תחלואה נלווית הן גופנית והן נפשית בנוסף על איכות חיים ירודה והתייחסות חברתית שלילית. **נתונים אלו והמגמה המסתמנת לשלב את המוגבלים שכלית בקהילה הובילו אותנו לגבש את מטרות המחקר אשר מהן נגזרו שאלות המחקר.**

## **מטרות המחקר**

1. לבדוק שכיחות השמנה בקרב מוגבלים שכלית.
2. לבדוק הבדלים בין גברים לנשים.
3. לבדוק שכיחות השמנה בתת אוכלוסיות של מוגבלים שכלית (דרגות שונות של מוגבלות).
4. לבדוק הבדלים בהשמנה אצל מוגבלים המתגוררים במסגרות דיור שונות.
5. לבדוק את קשר בין איכות חיים והשמנה.

## שאלות המחקר הן:

1. האם שיעור ההשמנה בקרב מוגבלים שכלית בישראל יהיה גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית?
2. האם קיים קשר בין מגדר ומידת ההשמנה אצל אנשים הלוקים במוגבלות שכלית?
3. האם קיים קשר בין חומרת המוגבלות שכלית לבין השמנה?
4. האם קיים קשר בין חומרת או רמת או דרגת ההשמנה לאיכות חיים של אנשים המוגבלים מבחינה שכלית?
5. האם קיים הבדל בין מסגרת הדיור בה שוהים אנשים עם מוגבלות שכלית ומידת ההשמנה שלהם?

## שיטת המחקר

### משתתפים

היעד היה לראיין 300 אנשים. בפועל, גיוס הסכמות מהאפוסטרופוסים היה קשה יותר וקיבלנו את אישור הקרן לראיין 150 משתתפים בלבד.

156 אנשים השתתפו במחקר. 72 גברים ו- 84 נשים. גיל ממוצע של המשתתפים  $36.7 \pm 10.1$  שנים (טווח 21-60). 121 משתתפים נולדו בישראל, 16 במזרח אירופה, 3 במערב אירופה, 3 בארה"ב, 1 באתיופיה, 2 במרוקו, 1 בפרס ו- 9 לא ידוע. 90 משתתפים חילונים, 26 מסורתיים, 28 דתיים. באשר למסגרת תעסוקתית: 20 עובדים בשוק החופשי ו- 131 במפעלי עבודה שיקומיים (מע"ש). מבחינת מגורים: 43 מתגוררים עם הוריהם, 5 עם בן משפחה אחר, 100 גרים בהוסטלים ודירות מוגנות ו- 3 משתתפים במשפחות אומנה. ראה טבלה מספר 1.

**טבלה מספר 1: מאפיינים דמוגרפים של משתתפי המחקר (n=156)**

| מאפיין                                         | שכיחות ב- % או מאפיין סטטיסטי אחר |
|------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>מין</b>                                     |                                   |
| גברים                                          | 46%                               |
| נשים                                           | 54%                               |
| <b>גיל בשנים</b>                               |                                   |
| ממוצע                                          | $36.7 \pm 10.18$                  |
| טווח                                           | 21 עד 60                          |
| <b>ארץ לידה</b>                                |                                   |
| ישראל                                          | 77.5%                             |
| מזרח אירופה                                    | 10.7%                             |
| מערב אירופה                                    | 1.9%                              |
| ארצות הברית                                    | 1.9%                              |
| מרוקו                                          | 1.3%                              |
| פרס                                            | 0.6%                              |
| לא ידוע                                        | 5.7%                              |
| <b>מסגרת תעסוקה</b>                            |                                   |
| מע"ש                                           | 87.2%                             |
| שוק חופשי                                      | 12.8%                             |
| <b>מקום מגורים</b>                             |                                   |
| בבית עם ההורים                                 | 28.4%                             |
| בבית עם בן משפחה אחר                           | 3.3%                              |
| מגורים בקהילה (הוסטל, דירה מוגנת, דירה עצמאית) | 66.2%                             |
| משפחת אומנה                                    | 2.1%                              |

### כלים

הכלים בהם השתמשנו במחקר זה הותאמו לאוכלוסייה של מוגבלים שכלית, אך עוד לא נעשה בהם שימוש בגרסתם העברית (מספר עבודות נערכות עכשיו עם שימוש בשאלון של קאמינס ולאן, 2005). הכלים נבחרו על מנת לתת תמונה הכוללת הן את תחושותיו ותפיסותיו של המשתתף, והן

את מצבו על סמך נתונים אובייקטיביים. המטרה היתה לאסוף כמה שיותר נתונים מהאדם המוגבל עצמו ולהפוך אותו למשתתף פעיל במחקר.

### **1. שאלון איכות חיים**

השאלון של רוברט קאמינס (Cummins & Lau, 2005), מכיל 8 שאלות קצרות: שאלה אחת כללית ועוד שבע שאלות לתחומים ייחודיים יותר. על השאלון עונה המשתתף בלבד ולא אדם קרוב או מטפל. חלק מהשאלון הוא "מבחן מקדים" שבודק את יכולת הנבדק לעשות הבחנה בין מושגים כמו "יותר" ו"פחות"; "עצוב" ו"שמח" והוא מכיל מספר ורסיות של שאלונים בהתאם לרמה של הנשאל. במחקרים שנערכו במספר מדינות (N=133-2000) נמצאו ערכי אלפא של קרונבך בין 0.70 – 0.85. באשר לתוקף מבנה, בניתוחי רגרסיה, נמצא ששבעת התחומים הסבירו 30-60% מהשונות בשאלה הכוללת "עד כמה אתה מרוצה מחייך בכללותם". (ראה נספח מספר 1). במחקר זה אלפא של קרונבך = 0.97.

לכל נבדק יש ציון בכל אחד מממדי איכות החיים וכן ציון כולל שנע בין 0 ל – 1. כאשר 0 מתאר איכות חיים ירודה ו – 1 מתאר איכות חיים גבוהה.

יכולת ההבחנה של הנבדק, אשר נבדקת במבחן המקדים של השאלון, מסווגת לארבע קטגוריות. 2 – יכולת הבחנה נמוכה, בין שתי רמות בלבד. 3 – יכולת הבחנה בין שלוש רמות. 5 – יכולת הבחנה טובה בין חמש רמות. 10 – יכולת לספור מאחד עד עשר, ולהבין את המשמעות של הספרות השונות ואת ההבדלים ביניהם. על סמך הקטגוריות האלו, חילקנו את הנבדקים לשתי רמות אינטליגנציה. משתתפים בעלי יכולת הבחנה בין שתי רמות או שלוש רמות נכללו בקבוצה האחת, והם בעלי אינטליגנציה נמוכה יותר, מהקבוצה השנייה בה נכללו משתתפים בעלי יכולת הבחנה בין חמש רמות או עשר רמות.

### **2. טופס פרטים אישיים**

מין, גיל, ארץ לידה, ארץ לידה של ההורים, מצב משפחתי, מגורים, תעסוקה, הכנסה. (ראה נספח מספר 2).

### **3. הרגלי אכילה**

יומן אכילה חד יומי בו יהיה פירוט המאכלים שאוכל המשתתף במהלך היום. יעשה שימוש בשיטת Q-SORT CARDS כאשר על כל קלף מופיעה תמונה של מאכל מסוים, והמשיב מתבקש לומר אם אכל את המאכל הזה ביום הקודם או לא.

לא ניתן להסיק מיומן כזה מספר קלוריות מדויק שצריך המשתתף באותו יום, אך כן ניתן לראות מגמות מסוימות בתזונה שלו. לראות אם יש אכילה מסודרת וחלוקה לארוחות או שיש אכילה במשך כל היום. כמו כן ישאל המשתתף מספר שאלות לגבי המשקל שלו והרגלי התזונה שלו. (ראה דוגמא בנספח מספר 3).

המאכלים השונים מסווגים לקבוצות הבאות: פירות, ירקות, בשר/עוף/דגים, לחם לסוגיו, מוצרי חלב, תוספות, מתוקים וחטיפים, משקאות. לצורך העיבוד יצרנו מספר קבוצות קטן יותר:

1. מאכלים בעלי ערך תזונתי גבוה ("בריאים") – פירות + ירקות + מוצרי חלב + בשר/עוף/דגים.

2. תוספות = פחמימות + לחם.

3. מאכלים בעלי ערך תזונתי נמוך ("לא בריאים") – משקאות + מתוקים וחטיפים.

4. סך כל המאכלים – מדד כלשהו לכמות המזון היומית וכן למגוון של המאכלים.

#### **4. סולם ידע לגבי תזונה ופעילות (NAKS)**

על מנת לבדוק את רמת הידע של המשתתפים לגבי תזונה ופעילות, הועבר שאלון ה- NAKS (Nutrition and Activity Knowledge Scale). הכלי פותח באוסטרליה על ידי אילינגוורת' וחב' (Illingworth, 2003) עבור מוגבלים שכלית.

הסולם המקורי הכיל 35 שאלות ולאחר ניתוח גורמים צומצם ל- 18 שאלות. הפקטור הראשון מתייחס למשקל ושמירה על משקל והפקטור השני מתייחס לערך התזונתי של מאכלים. אלפא של קרונבך עבור שני הפקטורים היתה 0.86 ו- 0.75 בהתאמה. המתאם בין שני הפקטורים הוא 0.33.

מהימנות test-retest היתה  $r=0.67$  עבור תת סולם משקל ושמירה על משקל, ו-  $r=0.39$  עבור תת סולם ערך תזונתי של מאכלים. עבור השאלון כולו  $r=0.58$ .

הסולם בנוי משאלות רב ברירתיות. כל שאלה מופיעה בעמוד נפרד והתשובות מיוצגות על ידי תמונות מסוג קליפ-ארט. כל תחום מיוצג על ידי מספר שאלות כדי למזער את האפשרות של אי הבנה של שאלה מסוימת. התשובה הנכונה נמצאת בכל דף במקום אחר כדי להתגבר על מצב שבו הנשאל מצביע על אותו מקום בכל דף.

כל תשובה נכונה מקבלת נקודה. לא מפחיתים נקודות על תשובה לא נכונה או אי מתן תשובה. הציון הכולל נע מ- 0 עד 18.

זמן העברת השאלון נע בין חמש לעשר דקות, ותלוי ברמת המוגבלות של הנשאל. (ראה נספח מספר 4). במחקר זה, אלפא של קרונבך לסולם תזונה ולסולם משקל היתה 0.456 ו- 0.4 בהתאמה.

## **5. שאלון בריאות והרגלי חיים**

השאלון מבוסס על סקר שהעביר משרד הבריאות כחלק מפרויקט EUROHIS (משרד הבריאות, 2006). מתוך שאלון זה בחרתי את השאלות הרלוונטיות למחקר זה.

השאלון בודק את הנתונים הבאים: גובה, משקל, לחץ דם, בעיות שיניים, הפרעות חישתיות (ראייה, שמיעה), עצירות כרונית, אפילפסיה, בעיות בבלוטת התריס, הפרעות נפשיות, ריפלוקס, אוסטיאופורוזיס ושברים, דלקת פרקים, אולקוס, סרטן, אסטמה, קטרקט, יתר לחץ דם, שומנים או כולסטרול גבוה בדם, התקף לב, אנגינה פקטוריס, שבץ מוחי וברונכיט כרונית. במידה והמשתתף סובל מהמחלה, יציין ממלא השאלון את ההתערבות הניתנת.

נטילת תוספי מזון וויטמינים

שימוש בשירותי בריאות – אשפוזים, ביקורים אצל רופאים.

שאלות לאישה – ביקור אצל רופא נשים, מחזור סדיר, שימוש באמצעי מניעה, טיפול הורמונלי חלופי, בדיקת ממוגרפיה, משטח צוואר רחם, ניתוח גניקולוגי.

שאלות המתייחסות לבריאות נפשית – חרדה, עצב, דכדוך, דאגנות, שלווה.

פעילות גופנית – איזו פעילות וכמה זמן מוקדש לה.

שינה – כמה שעות אתה ישן בלילה, ביום.

עישון וצריכת אלכוהול.

(ראה נספח מספר 5)

## **הליך**

לאחר קבלת אישור מהאגף לטיפול באדם המפגר, יצרנו קשר עם מנהלי מעשי"ם ומסגרות דיור באזור חיפה, קריות וחדרה. מאוחר יותר הרחבנו את המחקר גם לנתניה.

טפסי הסכמה להשתתפות במחקר נשלחו לאפוטרופוסים. לאחר קבלת האישור נפגשנו עם המשתתפים במסגרת המגורים או בעבודה. המראיינת קיבלה חדר שקט בו יכלה לראיין את המשתתפים. כל משתתף ענה על שאלון איכות חיים, שאלון NAKS ושאלון הרגלי אכילה.

לאחר מכן המראיינת שלחה את שאלון בריאות והרגלי חיים לאפוטרופוסים, או למסגרת הדיור. במקרה הצורך התקשרה המראיינת ומילאה את השאלון במהלך שיחה עם ההורים.

## **ניתוח נתונים**

הנתונים עובדו באמצעות תוכנת SPSS. נערכו מבחני חי בריבוע, מבחני ספירמן, מבחני פירסון ומבחני t-test להשוואת ממוצעים.



## תוצאות

השערת המחקר הראשונה היתה כי שיעור ההשמנה בקרב מוגבלים שכלית בישראל יהיה גבוה יותר מאשר באוכלוסייה הכללית בישראל.

מתוך 140 משתתפים, 54 היו במשקל תקין. 8 אנשים עם משקל נמוך ו- 78 בעלי עודף משקל או השמנה. ראה טבלה מספר 2.

**טבלה מספר 2: התפלגות BMI במספרים ובאחוזים.**

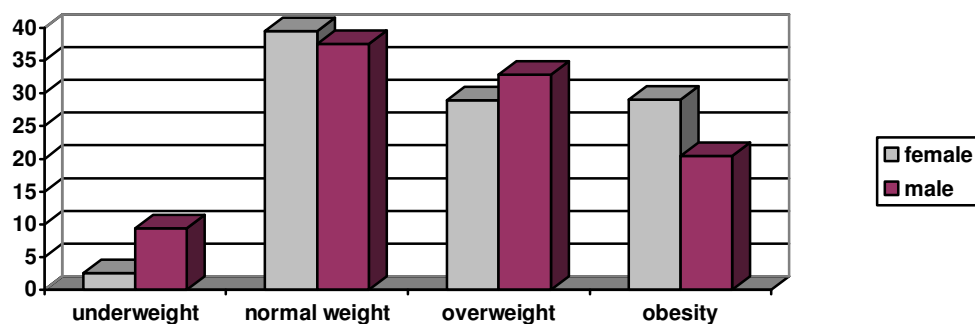
| BMI       | מספר נבדקים | אחוז הנבדקים | אחוז הנבדקים בסקר מלב"ם (2005) |
|-----------|-------------|--------------|--------------------------------|
| <18.5     | 8           | 5.7          | ---                            |
| 18.6 – 25 | 54          | 38.6         | ---                            |
| 25.1 – 30 | 43          | 30.7         | ---                            |
| 30<       | 35          | 25.0         | 14.1                           |
| סה"כ      | 140         | 100          |                                |

מבחינת הבדלים במדד BMI בין גברים לנשים, אחוז הנשים עם עודף משקל נמוך מאחוז הגברים עם עודף משקל ואילו אחוז הנשים הסובלות מהשמנה גבוה מאחוז הגברים הסובלים מהשמנה. והשמנה גבוהה מאחוז הגברים עם עודף משקל והשמנה. ההבדלים אינם מובהקים ( $\chi^2=4.005$ ,  $p<0.261$ ) ראה טבלה מספר 3.

**טבלה מספר 3: התפלגות אחוז הנבדקים במשקלים השונים, השוואה בין גברים ונשים.**

| תת משקל  | משקל תקין   | עודף משקל | השמנה  |       |
|----------|-------------|-----------|--------|-------|
| BMI<18.5 | 25>BMI>18.5 | 30>BMI>25 | BMI>30 |       |
| 9.4      | 37.5        | 32.8      | 20.4   | גברים |
| 2.6      | 39.5        | 28.9      | 29.0   | נשים  |

**תרשים מספר 1: התפלגות אחוז הנבדקים במשקלים השונים, השוואה בין גברים לנשים.**



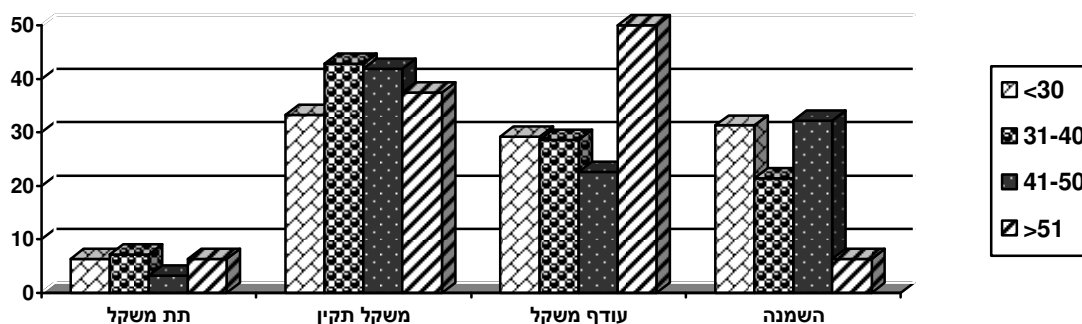
בנוסף, בהתאם להשערה, אחוז הסובלים מהשמנה, הן בקרב גברים והן בקרב נשים, היה גבוה מאחוז הסובלים מהשמנה באוכלוסייה הכללית. 20.4% מהגברים במחקר סבלו מהשמנה, לעומת 13.9% באוכלוסייה הכללית, ו- 29% מהנשים סבלו מהשמנה לעומת 15.7% באוכלוסייה הכללית (משרד הבריאות, 2006).

בטבלה מספר 4 בדקנו את התפלגות המשקל בקרב קבוצות גיל (ראה טבלה 4)

**טבלה מספר 4: התפלגות משקל (באחוזים) בשכבות הגיל השונות.**

| השמנה | עודף משקל | משקל תקין | תת משקל |            |
|-------|-----------|-----------|---------|------------|
| 31.3  | 29.2      | 33.3      | 6.3     | >30 שנה    |
| 21.4  | 28.6      | 42.9      | 7.1     | 31-40 שנים |
| 32.2  | 22.6      | 41.9      | 3.2     | 41-50 שנים |
| 6.3   | 50        | 37.5      | 6.3     | <50 שנה    |

**תרשים מספר 2: התפלגות משקל באחוזים בארבע שכבות גיל**



בגלל מיעוט הנבדקים בקטגוריה של תת משקל, איחדנו אותה עם קטגוריה של משקל תקין. כמו כן, איחדנו את הקטגוריות של עודף משקל והשמנה. בעיבודים המובאים להלן קיימות שתי קטגוריות של BMI: תקין וגבוה.

השערות המחקר 2 ו- 3 נבדקו באמצעות מבחן חי בריבוע ( $\chi^2$ )

**השערת המחקר השנייה היתה כי קיים קשר בין מגדר ומידת ההשמנה אצל אנשים הלוקים במוגבלות שכלית.** בטבלה מספר 5 מוצג אחוז הגברים ונשים בקבוצות ה-BMI תקין וגבוה. **טבלה מספר 5 : התפלגות גברים ונשים, במספרים ואחוזים, בשתי קטגוריות של משקל.**

|                     | BMI תקין | BMI גבוה | סה"כ  |
|---------------------|----------|----------|-------|
| <b>גברים</b>        | 30       | 34       | 64    |
| <b>% מכלל המדגם</b> | 21.4%    | 24.3%    | 45.7% |
| <b>נשים</b>         | 32       | 44       | 76    |
| <b>% מכלל המדגם</b> | 22.9%    | 31.4%    | 54.3% |
| <b>סה"כ</b>         | 62       | 78       | 140   |
|                     | 44.3%    | 55.7%    | 100%  |

ניתן לראות בטבלה כי אחוז הגברים במשקל תקין דומה לאחוז הגברים במשקל גבוה ודומה לאחוז הנשים במשקל תקין. לא נמצא קשר מובהק בין מגדר ל-BMI ( $\chi^2=0.320$ ,  $p<0.571$ ).

**השערת המחקר השלישית היתה כי קיים קשר בין חומרת המוגבלות שכלית לבין השמנה.** על סמך התוצאות במבחן המקדים לשאלון איכות חיים (פירוט בפרק השיטה), חילקנו את המשתתפים לשתי רמות מוגבלות שכלית: מוגבלות שכלית קלה ומוגבלות שכלית בינונית. טבלה מספר 6 מתארת את ההתפלגות המשתתפים ברמות המגבלות השונות.

**טבלה מספר 6 : התפלגות משתתפים ברמות מוגבלות שונות (במספרים ואחוזים) לפי משקל**

|                                           | BMI תקין | BMI גבוה |      |
|-------------------------------------------|----------|----------|------|
| <b>מוגבלות בינונית</b>                    | 27       | 45       | 72   |
| <b>% מכלל המשתתפים עם מוגבלות בינונית</b> | 37.5%    | 62.5%    | 100% |
| <b>מוגבלות קלה</b>                        | 35       | 33       | 68   |
| <b>% מכלל המשתתפים עם מוגבלות קלה</b>     | 51.5%    | 48.5%    | 100% |
| <b>סה"כ</b>                               | 62       | 78       | 140  |
| <b>אחוז מכלל המשתתפים</b>                 | 44.3%    | 55.7%    | 100% |

ניתן לראות בטבלה כי בקרב משתתפים עם מוגבלות שכלית קלה, אחוז האנשים עם משקל תקין דומה לאחוז האנשים עם משקל גבוה, וזאת הסיבה בגללה לא נמצא קשר מובהק.

לא נמצא קשר בין מדד BMI לרמת המוגבלות השכלית ( $\chi^2=2.766$ ,  $p<0.096$ ).

**השערת המחקר הרביעית היתה כי קיים קשר בין השמנה לאיכות חיים של אנשים המוגבלים מבחינה שכלית. ההשערה זו נבדקה באמצעות מבחן ספירמן.**

נמצא מתאם שלילי מובהק בין ממד פעילות פנאי של איכות חיים לבין BMI ( $r=-.170$ ,  $p<0.044$ ). לא נמצא קשר בין שאר הממדים של איכות חיים ל – BMI. רכוש ( $r=-.141$ ,  $p<0.096$ ), בריאות ( $r=-0.094$ ,  $p<0.271$ ), עבודה ולמידה ( $r=-.095$ ,  $p<0.266$ ), קשרים חברתיים ( $r=-.142$ ,  $p<0.094$ ), תחושת ביטחון ( $r=-.097$ ,  $p<0.254$ ), ועתיד ( $r=-.021$ ,  $p<0.808$ ). ציון כולל ( $r=-.079$ ,  $p<0.356$ ).

**השערת המחקר החמישית היתה כי קיים קשר בין מסגרת הדיור בה שוהים אנשים עם מוגבלות שכלית ומידת ההשמנה שלהם.**

לצורך העיבוד חילקנו את המשתתפים ל"גרים בבית" (עם הורים או עם בן משפחה אחר) וגרים בדיור חוץ ביתי (הוסטל, דירה מוגנת).

**טבלה מספר 7: התפלגות משתתפים לפי מסגרת דיור בשתי קטגוריות של משקל**

|                        | BMI גבוה | BMI תקין |      |
|------------------------|----------|----------|------|
| גרים בבית              | 24       | 23       | 47   |
| % מכלל הגרים בבית      | 51.1%    | 48.9%    | 100% |
| דיור חוץ ביתי          | 53       | 38       | 91   |
| % מכלל הגרים מחוץ לבית | 58.2%    | 41.8%    | 100% |
| סה"כ                   | 77       | 61       |      |

ניתן לראות בטבלה מספר 7 כי בקרב אנשים הגרים מחוץ לבית, יש אחוז גבוה יותר של אנשים עם BMI גבוה, אך במבחן חי בריבוע לא נמצא קשר מובהק בין מסגרת הדיור לבין BMI ( $\chi^2=.647$ ,  $p<0.421$ ).

## **תוצאות נלוות**

מלבד בדיקת ההשערות מוצגים בהמשך ממצאים נוספים אשר אנו סבורים כי הם חשובים לדו"ח אשר מטרתו לדון באיכות חיים של אנשים עם מוגבלות שכלית.

### **הקשר בין מסגרת הדיור ואיכות חיים**

במבחן ספירמן נמצא קשר מובהק בין מסגרת הדיור (בבית או מחוץ לבית) לבין ששה מדדים של איכות חיים: רכוש ( $r=.212, p<0.009$ ), עבודה ולמידה ( $r=.192, p<0.018$ ), קשרים חברתיים ( $r=.169, p<0.038$ ), תחושת ביטחון ( $r=.225, p<0.005$ ), פעילות פנאי ( $r=.204, p<0.012$ ) ועתיד ( $r=.213, p<0.009$ ) ציון כולל של איכות חיים ( $r=.173, p<0.034$ ).

במבחן ttest נמצא הבדל מובהק במדד איכות החיים כללית בין אלו הגרים בבית לאלו הגרים מחוץ לבית (ציון איכות חיים ממוצע בקבוצת גרים בבית היה  $M=0.817, SD=0.18$  ואילו בקבוצת הגרים מחוץ לבית  $M=0.894, SD=0.112$ ). ( $t=-3.192, p<0.002$ ). כלומר איכות החיים של המשתתפים הגרים מחוץ לבית טובה יותר משל אלו הגרים בבית.

### **פעילות גופנית**

מתוך 141 משתתפים, 80 (56.7%) עושים פעילות גופנית כלשהי לפחות פעם אחת בשבוע. מתוכם, 11 מתאמנים שלוש פעמים בשבוע. כלומר 7.8% מסך המשתתפים במחקר. באוכלוסייה הכללית שיעור העוסקים בפעילות גופנית 3 פעמים בשבוע או יותר, הוא 28.7%, כמעט פי ארבעה (משרד הבריאות, 2006).

### **פעילות גופנית ואיכות חיים**

נמצא מתאם חיובי מובהק בין כל המדדים של איכות חיים לבין עיסוק בפעילות גופנית. רכוש ( $r=.223, p<0.008$ ), בריאות ( $r=.172, p<0.041$ ), עבודה ולמידה ( $r=.240, p<0.004$ ), קשרים חברתיים ( $r=.215, p<0.010$ ), תחושת ביטחון ( $r=.274, p<0.001$ ), פעילות פנאי ( $r=.232, p<0.005$ ) ועתיד ( $r=.247, p<0.003$ ).

אך לא נמצא הבדל בין אלו העוסקים בפעילות גופנית ואלו שאינם עוסקים בפעילות גופנית בציון איכות חיים כולל (ציון איכות חיים ממוצע של עוסקים בפעילות גופנית  $M=0.88 \pm 0.11$ , ושל אלו שאינם עוסקים בפעילות גופנית  $M=0.84 \pm 0.17$ ). ( $t=-1.470, p<0.144$ ).

## פעילות גופנית ומדד BMI

במבחן חי בריבוע לא נמצא קשר בין ביצוע פעילות גופנית לבין BMI ( $\chi^2=2.771$ ,  $p<0.096$ ).

## מסגרת דיור והרגלי אכילה

במבחן t-test למדגמים בלתי תלויים, נמצא כי אנשים שגרים מחוץ לבית צרכו באופן מובהק יותר מאכלים מאנשים שגרים בבית. אנשים שגרים בדיור חוץ ביתי (הוסטל, דירות מוגנות) אכלו יותר מאכלים "בריאים" (6.5 לעומת 3.2) יותר פחמימות (2.6 לעומת 1.5) יותר מאכלים "לא בריאים" (2.4 לעומת 1.3) וכמובן סך כל המאכלים ליום (11.8 לעומת 6.4). ראה טבלה מספר 8.

טבלה מספר 8: צריכת מזון יומית ממוצעת על פי קבוצות מאכלים, השוואה בין דיור ביתי לדיור חוץ ביתי.

|                    |       | בית | דיור<br>ביתי | חוץ | t      | p     |
|--------------------|-------|-----|--------------|-----|--------|-------|
| מאכלים "בריאים"    | ממוצע | 3.2 | 6.5          |     | -4.760 | <.000 |
|                    | SD    | 3.7 | 3.8          |     |        |       |
| פחמימות            | ממוצע | 1.5 | 2.6          |     | -2.766 | <.007 |
|                    | SD    | 2.3 | 1.4          |     |        |       |
| מאכלים "לא בריאים" | ממוצע | 1.3 | 2.4          |     | -3.486 | <.001 |
|                    | SD    | 1.6 | 1.6          |     |        |       |
| סך כל המאכלים      | ממוצע | 6.4 | 11.8         |     | -4.308 | <.000 |
|                    | SD    | 7.2 | 5.8          |     |        |       |

## ידע לגבי תזונה ופעילות גופנית ומסגרת מגורים

כפי שצוין בפרק השיטה, שאלון ידע לגבי תזונה ופעילות גופנית כולל 18 שאלות. הציון נע בין 0 ל

– 18.

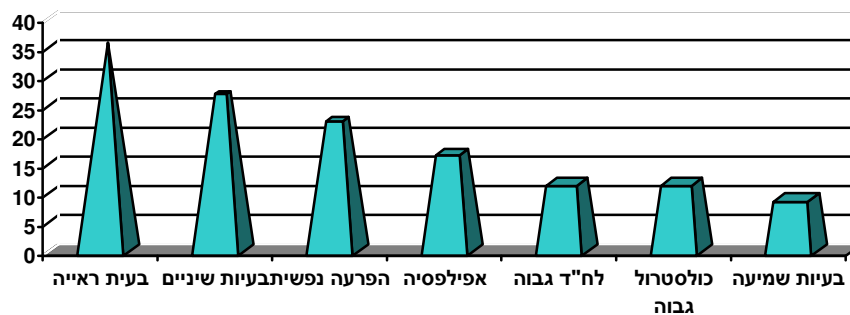
במבחן t-test לבדיקת הבדלים בין אנשים הגרים בדיור חוץ ביתי לבין אנשים הגרים בבית, מבחינת ידע לגבי תזונה ופעילות גופנית, נמצא הבדל מובהק בין שתי הקבוצות, כך שאנשים

שגרים מחוץ לבית קיבלו ציון גבוה יותר בשאלון NAKS מאשר אנשים הגרים בבית (ציון ממוצע  $12.43 \pm 3.6$  לעומת  $9.3 \pm 4.7$ ) ( $t=-4.453, p<0.000$ ).

### **בעיות וליקויים בריאותיים**

בבדיקת הליקויים הבריאותיים ושכיחותם, נמצא כי הבעיה השכיחה ביותר היתה בעיית ראייה (35.6%) אחריה בסדר יורד, בעיות שיניים (27%), הפרעה נפשית (22.5%), אפילפסיה (16.8%), לחץ דם גבוה (11.7%), טריגליצרידים / כולסטרול גבוה (11.7%), בעיות שמיעה (9%), בעיות בבלוטת התריס (4.6%), סכרת (4.5%), מיגרנה (4.4%), קטרקט (3.8%), שבץ מוחי (2.9%), ריפלוקס (2.3%), אולקוס (2.3%), אסטמה (2.2%), אוסטיאופורוזיס (1.5%), גידול (1.5%), דלקת פרקים (0.7%).

**תרשים מספר 3: שכיחות (באחוזים) של בעיות בריאות שכיחות באוכלוסיית המחקר**



### **שימוש בשירותי בריאות**

20.2% ביקרו לפחות פעם אחת בחודש האחרון, רופא כללי או רופא משפחה.  
 2.1% בחדר מיון. 13.3% התייעצו עם רופא מומחה, 15.6% ביקרו אצל רופא שיניים. 7.6% אושפזו ללילה אחד לפחות בשנה האחרונה. 2.3% היו באשפוז יום בשנה האחרונה.  
 47.3% מהנשים ביקרו אצל רופא נשים בשנה האחרונה. 37.3% משתמשות באמצעי מניעה כלשהו. 13% עשו ממוגרפיה בשנה האחרונה, ו - 21.4% עשו משטח פאפסמיר בשנה האחרונה

במבחן t-test למדגמים לא תלויים, נמצא הבדל בשימוש בשירותי בריאות בין אנשים המתגוררים בבית לאלו המתגוררים בדוור חוץ ביתי. אנשים בדוור חוץ ביתי נפגשו עם רופא מומחה יותר

פעמים בארבעת השבועות האחרונים ( $M=.44$ ,  $SD=.86$ ), בהשוואה לאלו הגרים בבית ( $M=.12$ ,  $SD=.42$ ) ( $t=-2.456$ ,  $p<0.016$ ).

יותר נשים בדיור חוץ בייתי עברו בדיקה גניקולוגית (63.9% לעומת 16.7%) ( $\chi^2=10.718$ ,  $p<0.001$ ) נטלו אמצעי מניעה (51.2% לעומת 5.6%) ( $\chi^2=11.154$ ,  $p<0.001$ ) בדיקת פאפ-סמיר (37.5% לעומת 0%) ( $\chi^2=8.591$ ,  $p<0.003$ ) וממוגרפיה (21.4% לעומת 0%) ( $\chi^2=4.436$ ,  $p<0.035$ ), מנשים שגרות בבית.

### **עישון ושתיית אלכוהול**

רק שני גברים מכלל משתתפי המחקר, עישנו.

אף משתתף אינו שותה אלכוהול.



## דיון

למיטב הידיעה, מחקר זה היה הראשון בישראל שהתייחס לסוגיית עודף המשקל באוכלוסייה של מוגבלים שכלית המתגוררים בקהילה ולא במוסדות. בהתאם למצופה, נמצאה שכיחות גבוהה יותר של אנשים עם השמנת יתר בהשוואה לאוכלוסייה הכללית בישראל. ממצא זה תואם את המחקרים אשר נערכו במדינות אחרות (Emerson, 2005; Marshall et al., 2003; McGuire et al., 2006; Rimmer & Wang, 2005; Rimmer & Yamaki, 2006).

במחקר שנערך בארץ בקרב אוכלוסייה של מזדקנים עם מוגבלות שכלית (בן נון וחב', 2008) נבדק, בין השאר, משקלם של 794 מוגבלים בני 40 ומעלה. נמצא כי 44% מתוכם סבלו מהשמנה. זהו שיעור גבוה יותר מאשר במחקר הנוכחי (25%), וההסבר להבדל זה כנראה קשור בהבדל בגיל הממוצע של המשתתפים במחקרים השונים.

ההשערה כי קיים קשר בין מגדר למשקל, לא אוששה. במחקר זה לא נמצא הבדל מובהק בין שתי הקבוצות על אף ששכיחות השמנה היתה גבוהה יותר בקרב הנשים מאשר בקרב הגברים. וזאת בניגוד למחקרים אשר מצאו הבדלים בין נשים וגברים. כך למשל, באומיק וחב' (Bhaumik et al., 2008) מצאו במחקרם כי 29% מהנשים לעומת 15% מהגברים סבלו מהשמנה. הבדל זה היה מובהק.

גם ההשערה כי ימצא הבדל בין אנשים הגרים בבית לבין אנשים הגרים במסגרות חוץ-ביתיות, מבחינת BMI, לא אוששה. מחקרים שנערכו בעבר במדינות אחרות מצאו שככל שמסגרת המגורים מגבילה יותר, כך שכיחות ההשמנה נמוכה יותר. כלומר, שיעור השמנים בקרב אלו הגרים בבית היה גבוה יותר משיעור השמנים הגרים במסגרות מוגנות (Bhaumik, 2008a; Frey and Rimmer, 1995; Prasher, 1995; Rimmer et al., 1993, 1995; Rubin et al., 1998; Lewis et al., 2002).

בניגוד לספרות המחקרית, מצאנו כי אנשים המתגוררים בבית אכלו פחות מאלו המתגוררים מחוץ לבית. ישנם מספר הסברים אפשריים לממצא זה. הסבר אחד הוא כי ההורים כן מודעים להשלכות של עודף משקל וכן דואגים לאכילה מסודרת של בנם / בתם. כמו כן, הדיור החוץ ביתי היום, מאופיין בשפע ומגוון של מאכלים. בהוסטלים יש חדרי אוכל נעימים ובדירות המוגנות יש אם בית אשר מבשלת לדיירים על בסיס יומיומי. כיום אין תקנות פיקוח על תזונה בהוסטלים ודיור מוגן. הסבר נוסף הוא כי בבית יש פחות אוכל בגלל מצב כלכלי של המשפחה.

ההשערה כי קיים קשר בין רמת המוגבלות השכלית ל-BMI, לא אוששה. גם פריישר ( Prasher, 1995) לא מצא קשר בין רמת המוגבלות לבין השמנה. לעומת זאת, כן נמצא קשר אצל באומיק וחב' (Bhaumik et al., 2008a) אשר בדקו קשר בין השמנה לשורה של מאפיינים, ומצאו כי שיעור השמנה בקרב מוגבלים בעלי יכולת הבנה טובה היה גבוה יותר מאשר בקרב אלו בעלי יכולת הבנה בינונית ויכולת הבנה נמוכה (44% לעומת 38% ו-15%), ואצל הוב (Hove, 2004) אשר מצא כי שכיחות השמנה היתה גבוהה יותר בקרב בעלי פיגור קל מאשר בקרב בעלי פיגור בינוני ופיגור קשה. הסבר אפשרי לממצא שלנו הוא העובדה כי המשתתפים במחקר הם בעלי פיגור קל עד בינוני. מאחר וכלי המחקר מיועדים לאנשים שמסוגלים לענות בעצמם על שאלות, לא השתתפו אנשים בעלי פיגור קשה. האוכלוסייה שנבדקה כנראה די הומוגנית מבחינת רמת המוגבלות, על אף ההבדלים בהבנה, לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות השונות.

ההשערה כי קיים קשר בין איכות חיים להשמנה לא אוששה. ייתכן שהאדם המוגבל אינו קושר בין עודף משקל ואיכות חיים, מאחר והוא פחות מודע לאידיאל הרזון, ופחות מושפע מלחץ חברתי להיות רזה. יכול להיות שאדם עם מוגבלות שכלית מודד איכות חיים בפרמטרים יותר קונקרטיים.

רוב המחקרים אשר נערכו באוכלוסייה הכללית, ואשר בדקו קשר בין איכות חיים והשמנה, השתמשו במונח "Health related quality of life". מעטים הם המחקרים שבדקו את הקשר בין איכות חיים סובייקטיבית למשקל ומחקרים אשר בדקו את הקשר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית, בודדים אם בכלל.

מחקרים שנערכו באוכלוסייה הכללית מראים תוצאות שונות. כך למשל, במחקר שנערך לאחרונה באיטליה מצאו קרפיניאלו וחב' (Carpiniello, 2009) כי השמנה היא גורם סיכון לאיכות חיים ירודה. המחקר השווה בין אנשים הסובלים מהשמנת יתר לאנשים במשקל תקין, ובדק תחלואה פסיכיאטרית וכן איכות חיים סובייקטיבית.

הקשר בין איכות חיים לעודף משקל נמצא גם בקרב ילדים. למשל, שופ וחב' ( Shoup et al., 2008) מצאו כי איכות חיים של ילדים בני 8-12 שסבלו מהשמנה היתה נמוכה יותר מאיכות חיים של ילדים שסבלו מעודף משקל.

לעומת זאת, מחקרם של פולרטון וחב' (Fullerton et al., 2007) לא מצא קשר בין ירידה במשקל לבין איכות חיים חברתית ואיכות חיים כללית, אלא רק איכות חיים גופנית. המחקר נעשה בקרב ילדים שעברו תוכנית התערבות בת חצי שנה לירידה במשקל.

כאמור, מחקרים אלו לא התייחסו לאוכלוסייה של מוגבלים שכלית. השאלה עד כמה אנשים עם מוגבלות שכלית מושפעים מנורמות חברתיות ואידיאל הרזון ששולט בחברה המערבית, היא נושא למחקר עתידי.

### **פעילות גופנית**

באשר לפעילות גופנית, שיעור העוסקים בפעילות גופנית לפחות שלוש פעמים בשבוע נמוך בהרבה משיעורם באוכלוסייה הכללית. ממצא זה תואם את מחקרו של אמרסון (Emerson, 2005), אשר בדק דפוסי פעילות גופנית בקרב מוגבלים במסגרות חוץ ביתיות. גם הוא מצא כי רק 8% מאוכלוסיית המחקר עסקה בפעילות גופנית כלשהי. ההבדל היה מובהק בכל שכבות הגיל. הבדל זה נותר מובהק גם לאחר ש"הוציאו" משתתפים שאינם מסוגלים לבצע פעילות גופנית. לעומת זאת, במחקר שנערך לאחרונה באירלנד ואשר בדק התנהגויות בריאות בקרב מוגבלים שכלית, מצא כי 25.9% ממשתתפי המחקר, עשו פעילות גופנית כלשהי לפחות ארבע פעמים בשבוע, וזאת בהשוואה ל – 59% מהאוכלוסייה הכללית. רק 16% מאוכלוסיית המחקר לא עשו כל פעילות גופנית. המחקר האירי מראה שאנשים עם מוגבלות שכלית מסוגלים לבצע פעילות גופנית, והאחוז הנמוך שנמצא במחקר שלנו, אינו גזירה משמיים. מאחר וכל משתתפי המחקר שלנו מסוגלים לבצע פעילות גופנית כלשהי. וכיום יש פעילות גופנית מותאמת למוגבלויות שונות כמו שיתוק מוחין ונכויות אחרות.

העובדה כי אנשים בדיור חוץ ביתי מבצעים יותר פעילות גופנית מאנשים הגרים בבית, אינה מפתיעה. הדיור החוץ ביתי מאופיין בפעילויות רבות לשעות הפנאי. חלקן פעילויות ספורטיביות כמו: שחייה, חדר כושר, כדורסל, כדורגל ויוגה, וחלקן מתמקדות באמנויות השונות: דרמה, מוסיקה, ציור, פיסול ועוד. כלומר, ההכרה בכך שאנשים עם מוגבלות שכלית יכולים להתעמל וליצור וזכאים לפעילויות בשעות הפנאי קיימת. השאלה היא כיצד מנגישים את הפעילות הזו לכלל אוכלוסיית המוגבלים.

המתאם החיובי המובהק בין פעילות גופנית לאיכות חיים, תואם תוצאות של מחקרים אשר נערכו בקרב אוכלוסיות אחרות, ללא מוגבלות שכלית. למשל, ספורנר וחב' (Sporn et al., 2009) השוו בין נכים שהשתתפו בפעילות ספורטיבית לבין נכים שלא השתתפו בה, ומצאו כי אנשים שעשו ספורט אמרו כי הוא שיפר את חייהם.

ובמחקר שנערך בקרב אנשים בני 86-99 ובדק את איכות חייהם לפני תוכנית ההתערבות ולאחריה, מצא כי קשישים שעשו פעילות גופנית במשך חצי שנה דיווחו על שיפור באיכות חייהם שהתבטא ביכולת תנועה טובה יותר, פחות פחד ליפול, תחושה של הישגיות והצלחה. הם ראו בתוכנית אפשרות לעשות משהו למען עצמם וכן לפגוש אנשים אחרים (Stathi & Simey, 2007). זבריסקי וחב' (Zabriskie et al., 2005) בחנו השפעה של תוכנית ספורט שהותאמה במיוחד לאנשים עם מוגבלות. נמצא כי להשתתפות בפעילות ספורטיבית היתה השפעה חיובית על איכות חיים, בריאות כללית, איכות חיי המשפחה ואיכות חיי החברה. גם בקרב ילדים שסבלו מהשמנה ועודף משקל נמצא כי ילדים שהיו פחות פעילים מבחינה גופנית, בלי קשר למשקלם, היו בעלי איכות חיים נמוכה יותר (Shoup et al., 2008).

### **קשר בין מגורים מחוץ לבית לאיכות חיים**

הקשר שנמצא בין מגורים מחוץ לבית לבין איכות חיים תואם תוצאות מחקרים אחרים. למשל, צ'ון וחב' (Chun et al., 2008) מצאו כי השילוב בקהילה היה קשור למספר ממדים של איכות חיים: רווחה נפשית, קשרים חברתיים וסביבה. ייתכן מאוד שהמגורים מחוץ לבית הם אינם הסיבה הישירה לשיפור באיכות החיים, אבל הם מגבירים את ההשתתפות בחוגים ופעילויות חברתיות, ובכך מעלים את איכות החיים.

### **בעיות בריאות**

הבעיה השכיחה ביותר היתה בעיית ראייה (35.6%) אחריה בסדר יורד, בעיות שיניים (27%), הפרעה נפשית (22.5%), אפילפסיה (16.8%), לחץ דם גבוה (11.7%), טריגליצרידים / כולסטרול גבוה (11.7%), בעיות שמיעה (9%), בעיות בבלוטת התריס (4.6%), סכרת (4.5%), מיגרנה (4.4%), קטרקט (3.8%), שבץ מוחי (2.9%), ריפלוקס (2.3%), אולקוס (2.3%), אסטמה (2.2%), אוסטיאופורוזיס (1.5%), גידול (1.5%), דלקת פרקים (0.7%).

באשר לשכיחות מחלות והפרעות שונות, אוכלוסיית המוגבלים שכלית שונה מהאוכלוסייה הכללית. למשל, בסקר משרד הבריאות, 20% מהמשתתפים דיווחו כי הרופא אבחן אצלם לחץ דם גבוה אי פעם. השכיחות עלתה עם הגיל. באשר לסכרת, 8.1% דיווחו כי הרופא אבחן אצלם סכרת או סוכר גבוה בדם אי פעם. אמנם אחוזים אלו גבוהים מאלו אשר נמצאו במחקר שלנו, אך יש לזכור כי גיל המשתתפים במחקר שלנו נמוך יותר, וכן כי בסקר משרד הבריאות השאלה היתה לגבי אבחנה בזמן כלשהו בחיים ולא בהכרח בעת קיום הראיון.

בעיות ראייה ובעיות שיניים הן בעיות נפוצות ביותר בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית. אין נתונים במשרד הבריאות לגבי שכיחותן באוכלוסייה הכללית. גם אפילפסיה היא הפרעה שכיחה בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית. שכיחותה באוכלוסייה הכללית נעה בין 1% ל – 2% ואילו באוכלוסיית המחקר שכיחותה היתה 16.8%. למרבה המזל, התרופות מאפשרות לחולה אורח חיים נורמלי.

שכיחות ההפרעות הנפשיות במחקר היתה גבוהה (22.5%) בהשוואה לאוכלוסייה הכללית. בסקר משרד הבריאות 8.2% דיווחו על חרדה או דיכאון בשנה שקדמה לראיון. בסקר שנערך בשנת 2000 בישראל על ידי יואב מריק (Merrick, 2007), 46% מכלל אוכלוסיית המוגבלים שכלית במדינה, נטלו תרופה פסיכותרופית כלשהי.

במחקר שנערך לאחרונה במדינת ניו-יורק (Sohler et al., 2009) ואשר בדק את הקשר בין השמנה ומחלות כרוניות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית מצא כי 38.8% נטלו תרופות פסיכותרופיות להפרעת נפש כלשהי. כמו כן, שכיחות לח"ד ויתר כלוסטרול היתה גבוהה יותר מאשר במחקר הנוכחי (19.9% ו – 26.5% בהתאמה). בדומה לממצא שלנו, 4.5% סבלו מסכרת. באומיק וחב' (Bhaumik et al., 2008b) בדק אוכלוסייה של אנשים עם מוגבלות שכלית באנגליה ומצא כי 33.8% ממשותפי המחקר קיבלו אבחנה פסיכיאטרית כלשהי. השאלה האם אנשים עם הפרעה נפשית מקבלים טיפול בנוסף לטיפול התרופתי, ראוייה למחקר עתידי.

### **שימוש בשירותי בריאות**

20.2% ביקרו לפחות פעם אחת בחודש האחרון, רופא כללי או רופא משפחה. 22% מהגברים ו – 18.4% מהנשים. באוכלוסייה הכללית אחוז הנשים שהתייעצו עם רופא משפחה בארבעת השבועות שקדמו לסקר (30.1%) היה גבוה פי 1.2 מאשר אחוז הגברים (24.5%). 13.3% התייעצו עם רופא מומחה. 8.2% מהגברים ו – 18.4% מהנשים. אחוז הנשים שהתייעצו עם רופא מומחה בארבעת השבועות שקדמו לסקר (18%) גבוה פי 1.5 מאשר אחוז הגברים (11.7%). אלו מגמות דומות לאלו שבאוכלוסייה הכללית ויש לזכור שמשתתפי המחקר צעירים יותר. 7.6% אושפזו ללילה אחד לפחות בשנה האחרונה. וזאת בהשוואה ל – 13.9% באוכלוסייה הכללית (משרד הבריאות, 2006).

47.3% מהנשים ביקרו אצל רופא נשים בשנה האחרונה. באוכלוסייה הכללית שיעור הנשים ביקרו אצל רופא נשים היה 57.2% (משרד הבריאות, 2006).

37.3% משתמשות באמצעי מניעה כלשהו. 19.3% מנשים בנות 21-50 באוכלוסייה הכללית.

21.4% עשו משטח פאפסמיר בשנה האחרונה, 50% באוכלוסייה הכללית דיווחו שעשו משטח לפחות פעם אחת.

**מצאנו כי אנשים בדיור חוץ ביתי משתמשים יותר בשירותי הרפואה.** הבדלים מובהקים נמצאו לגבי ביקורים אצל רופאים מומחים ורופא נשים. ההסבר לכך הוא כי בדיור חוץ ביתי יש כללים ברורים לגבי תדירות ביקורים אצל רופאים מומחים. כך למשל, באק"ם חדרה, כל הדיירים נבדקים פעם בשנה על ידי רופא עיניים, רופא א"ג ורופא נשים, וזאת בנוסף למחלות ובעיות המחייבות התייעצויות נוספות. כמו כן, במסגרות הדיור החוץ ביתי, ישנו צוות שאחד מתפקידיו הוא ללוות את הדיירים בעת הצורך למרפאה או בית החולים. בניגוד לכך, לדיירים המתגוררים בבית, לעיתים עם הורים מזדקנים, לא תמיד יש ליווי לשירותי הרפואה, שיהפכו את השירות לנגיש יותר. הרוב המכריע של המוגבלים אינם מתקשרים בעצמם לקבוע לעצמם תור לבדיקה אצל רופא, כך שהאחריות היא על המטפל. חלק מהורי המשתתפים הם עולים חדשים שאינם שולטים בשפה העברית, כמו כן, גם המצב הכלכלי יכול להשפיע על הליכה להתייעצויות עם רופאים.

באשר לעישון, אחוז המעשנים במחקר שלנו נמוך בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (29% מהגברים היהודים ו- 21% מהנשים היהודיות, אתר משרד הבריאות). גם במחקרים שנערכו במדינות אחרות, שיעור המעשנים בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית היה נמוך יותר, מאשר שיעורם באוכלוסייה הכללית (McGuire et al., 2007; Sohler et al., 2009).

## **סיכום והמלצות**

זה המחקר הראשון בישראל שבדק איכות חיים של מוגבלים שכלית תוך התבססות על שיחה עם האדם המוגבל עצמו ולא עם אחרים משמעותיים. הממצאים המרכזיים שלו הם כי שכיחות ההשמנה באוכלוסיית המוגבלים שכלית, גבוהה מאשר באוכלוסייה הכללית. מגמה זו מחייבת התייחסות של המערכת ויצירת תוכניות התערבות. ידוע כי יש כיום תוכניות לתזונה נכונה ופעילות גופנית, אך כנראה יש צורך במהלכים נוספים.

הממצא אשר הראה כי הדיירים בהוסטלים ודירות מוגנות אוכלים יותר מדיירים הגרים בבית מעלה שאלה באשר לדפוסי אכילה במסגרות השונות, המגוון המוצע, הדרך בה מוצע האוכל, סדר היום והמשמעת. יש מקום לתת את הדעת על כך בתכנון מדיניות. יש צורך בתכנון מקצועי של תפריטים גם בדירות מוגנות ודירות עצמאיות. יודגש שאין מדובר בצורך בהגבלה ומניעת הנאות

החיים המתלווה לאכילה, אך הקפדה על תזונה נכונה ובריאה, יכולה למנוע השמנה ותחלואה רפואית מרובה הנלווית לה. עולה השאלה האם לנו כקובעי מדיניות, וכחברה מותר להחליט עבורם מה לאכול ומה לא לאכול? האם גם את מעט העצמאות ויכולת הבחירה שיש להם אנו רוצים לקחת מהם? האם זו לא פגיעה באיכות חייהם? אין לנו תשובה חד משמעית על השאלה הזו, אך היא בהחלט נושא לדיון מעמיק יותר.

נמצא קשר בין פעילות ספורטיבית לבין איכות חיים. ומאחר ואין אדם מוגבל שלא ניתן להתאים לו פעילות גופנית כלשהי, יש צורך בהנגשה ועידוד של פעילות גופנית לכלל אוכלוסיית המוגבלים. בהוסטלים יש מודעות גדולה לחשיבות הנושא וכמעט כל הדיירים עוסקים בספורט. כנראה בגלל אילוצים תקציביים, אין מספיק חוגים ולכן מעט מאוד דיירים מתעמלים לפחות שלוש פעמים בשבוע.

השימוש בשירותים הרפואיים נמוך בקרב אלו אשר גרים בבית. מאחר ומדובר בבדיקות שלעיתים מצילות חיים כמו למשל, בדיקה של גניקולוג, אשר יכולה להביא לגילוי מוקדם של סרטן שחלות, צוואר הרחם כד', ראוי להפוך את הבדיקות האלו לנגישות ורוטיניות. אפשרות אחת היא שצוות המע"ש ילווה אחת לשנה את כל העובדים שגרים בבית לבדיקות שיגרה.

יודגש כי גם באוכלוסייה הכללית לא כל האנשים שומרים על בריאותם, מתאמנים שלוש פעמים בשבוע והולכים אחת לשנה לבדיקות רפואיות, אבל כחברה אנו חייבים לדאוג לאלו שאינם יכולים לדאוג לעצמם. אישה עם מוגבלות שכלית לרוב לא מודעת לצורך בבדיקת שד לגילוי מוקדם של סרטן, והאפוטרופוסים שלה הם לרוב אנשים מבוגרים, אשר וגם להם לא תמיד יש את המודעות לצרכים האלו.

מצבם הבריאותי של האנשים עם מוגבלות שכלית פחות טוב משל האוכלוסייה הכללית. ולעיתים מחלות כמו אפילפסיה, הפרעה פסיכיאטרית ושיתוק מוחין, "משכיחות" את העובדה שהם חשופים גם למחלות אחרות כמו לח"ד גבוה, מחלות לב, סרטן וסכרת.

תוחלת החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית עולה בהדרגה ויש לעשות כל מאמץ לשמור על בריאותם הגופנית והנפשית, ולהקנות להם תנאים לאיכות חיים.

#### אחרית דבר

לכל אורך העבודה, התייחסנו אל אוכלוסיית המחקר כאל "משתתפים", "נבדקים" "n=156". אולי כאן המקום לומר שאלו 156 בני אדם. אנשים שמתחת לחזות השונה, התנועות המגושמות, והקושי להבין, לעיתים, את ההבדל בין 5 ל 10, הם אוהבים, כועסים, רבים עם בני זוגם ואז

משלימים, מעריצים זמר זה או אחר, נהנים לצאת לבלות בקניון, מתווכחים עם שותפם לחדר, מחכים לצאת לסופשבוע הביתה, כואבים את מות הוריהם, מתפרצים בזמן העבודה ואז נרגעים. רואים אותנו בכניסה ומקווים שהגענו בשביל לשאול אותם עוד שאלה אחת... כולנו בני אדם והחברה נמדדת ביכולתה להעניק באופן שווה זכויות רווחה, בריאות ואיכות חיים ללא הבדל גזע מין ורמת משכל.

**"החברה הטובה היא זו אשר בה טוב-לב משתלם"**  
**- אברהם מאסלו**



## רשימת מקורות

- בן – נוך, ש., נאון, ד., ברודסקי, ג'., ומנדלר, ד. (2008). הזדקנות של אנשים עם פיגור שכלי המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשדד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. מאיירס-גוינט-מכון ברוקדייל. דוח מחקר.
- יורקביץ, א. (2004). איכות החיים של בוגרים צעירים הלוקים בתת-גבוליות והפרעות קשב המתגוררים במסגרות חוץ-ביתיות באזור השרון. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- כספי, מ. (2004). מסמך רקע בנושא: השמנת יתר. הכנסת מרכז מחקר ומידע.
- משרד הבריאות (2006). סקר בריאות לאומי 2003-4. נתונים עדכניים על מחלות כרוניות והתנהגויות סיכון. לשכת הדובר, ירושלים. 07.03.05.
- American Psychology Association (1994). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC.: Author.
- Bhaumik, S., Watson, J. M., Thorp, C. F., Tyrer, F., & McGrother, C. W. (2008a). Body mass index in adults with intellectual disability: Distribution, associations and service implications: A population-based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(4), 287-298.
- Bhaumik, S., Tyrer, F. C., McGrother, C., & Ganghadaran, S. K. (2008b). Psychiatric service use and psychiatric disorders in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 52(11), 986-995.
- Carpiniello, B., Pinna, F., Pillai, G., Nonnoi, V., Pisano, E., Corrias, S., Orrù, M .G., Orrù, W., Velluzzi, F., & Loviselli, A. (2009). Psychiatric Comorbidity and Quality of Life in Obese Patients. Results from a Case-Control, Study. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 39, 63-78.
- Chun, S., Lee, Y., Lundberg, N., McCormick, B., & Heo, J. (2008). Contribution of community integration to quality of life for participants of community-based adaptive sport programs. *Therapeutic Recreation Journal*, 42(4), 217-226.

- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. In: R.I. Brown (Ed.) *Quality of Life for Handicapped People*, (2<sup>nd</sup> Ed.) Cheltenham, England: Stanley Thomas, pp.116-150.
- Cummins, R. A., & Lau, A. L. D. (2005). *Personal Wellbeing Index – Intellectual Disability* (English) (3<sup>rd</sup> Ed.). School of Psychology, Deakin University: Geelong, Australia.
- de Onis M, Blössner M. (2000). Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 72, 1032-1039.
- Emerson, E. (2005). Underweight, obesity and exercise among adults with intellectual disabilities in supported accommodation in Northern England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 134-143.
- Felce, D. & Perry J. (1995). The extent of support for ordinary living in staffed housing. *Social Science & Medicine*, 40, 799-810.
- Felce, D. & Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. In R. L. Schalock (Ed.) *Quality of Life. Vol. 1: Conceptualization and Measurement*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 126-135.
- Frey, B., & Rimmer, J.H. (1995). Comparison of body composition between German and American adults with mental retardation. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27(10), 1439-1443.

- Fullerton, G., Tyler, C., Johnston, C., Vincent, J. P., Harris, G. E., & Foreyt, J. P. (2007). Quality of life in Mexican-American children following a weight management program. *Obesity, 15*(11), 2553-2556.
- 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.
- Halpern, A., Nave, G., Close, D., & Nelson, D. (1986). Quality of Life as a Conceptual Framework for Evaluating Transition Outcomes. *Exceptional Children, 59*, 486-498.
- Hove, O. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 9-17.
- Illingworth, K., Moore, K.A., & McGillivray, J. (2003). The development of the Nutrition and Activity Knowledge Scale for use with people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 16*, 159-166.
- Hughes, C., Hwang, B., Kim, J.H., Eisenman, L.T., & Killian, D.J. (1995). Quality of life in applied research: a review and analysis of empirical measures. *American Journal of Mental Retardation, 99*, 623-641.
- Kolotkin, R. L., Meter, K. & Williams, G. R. (2001). Quality of life and obesity. *Obesity Reviews, 2*, 219-229.
- Kolotkin, R.L., Crosby, R.D., Rhys-Williams, G., Hartley, G.G. & Nicol S. (2001). The relationship between health-related quality of life and weight loss. *Obesity Research, 9*, 564-571.
- Lewis, M.A., Lewis, C.E., Leake, B., King, B.H., & Lindemann, R. (2002). The

- quality of health care for adults with developmental disabilities. *Public Health Reports*, 117, 174–184.
- Lin, J. D., Yen, C. F., Li, C. W., & Wu, J. L. (2005). Patterns of Obesity among Children and Adolescents with Intellectual Disabilities in Taiwan. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 123-129.
- Magarey, A. M., Daniels, L. A. & Boulton, T. J.C. (2001). Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. *Medical Journal of Australia*, 174, 561-564.
- Marshall, D., McConkey, R., & Moore, G. (2003). Obesity in people with intellectual disabilities: The impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 147–153.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- McGuire, B. E., Daly, P. & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviors of adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 497-510.
- Melville, C. A., Cooper, S. A., McGrother, C. W., Thorp, C. F., & Collacott, R. (2005). Obesity in adults with Down syndrome: a case–control study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 125-133.
- Merrick, J. (2007). National survey 2000 on medical services for persons with intellectual disability in residential care in Israel. *International Journal on Disability and Human Development*. 6(1), 97-103.
- Merriman, S., Haw, C., Kirk, J., & Stubbs, J. (2005). Risk factors for coronary heart disease among inpatients who have mild intellectual disability and mental illness. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 309-316.

- Moore, K. A., McGillivray, J., Illingworth, K., & Brookhouse, P. (2004). An investigation into the incidence of obesity and underweight among adults with an intellectual disability in an Australian sample. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29, 306-318.
- Oddbjørn, H. (2004). Weight survey on adult persons with mental retardation living in the community. *Research in developmental disabilities*, 25, 9-17.
- Prasher V. P. (1995) Overweight and obesity amongst Down's syndrome adults. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39, 437-441.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research—A Critical Introduction*. London UK: SAGE Publication.
- Reilly, J.J. (2002). Assessment of childhood obesity using the body mass index: national reference data or "international" approach? *Obesity Research*, 10, 838-840.
- Rejeski, W., & Mihalko, S. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology: Series A*, 56A , 23-35.
- Rimmer, J.H., Braddock, D., & Fujiura, G. (1993). Prevalence of obesity in adults with mental retardation: Implications for health promotion and disease prevention. *Mental Retardation*, 31, 105-110.
- Rimmer, J. H., Braddock, D., & Marks, B. (1995). Health characteristics and behaviors of adults with mental retardation residing in three living arrangements. *Research in Developmental Disabilities*, 16, 489-499.
- Rimmer, J.H., & Wang, E. (2005). Obesity prevalence among a group of Chicago residents with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86, 1461-1464.

- Rimmer, J.H., Yamaki, K. (2006). Obesity and Intellectual Disability. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, 12, 22-27.
- Rimmerman, A., & Crossman, R. (2004). The quality of life of single adults with severe disabilities participating in extended employment programs in northern Israel. *Journal of Rehabilitation*, 70, 47-52.
- Rimmerman, A., Yurkevich, O., Birger, M., & Araten-Bergman, T. (2005). Quality of life of men and women with borderline intelligence and attention deficit disorders living in community residences: A comparative study. *Journal of Attention Disorders*, 9, 435-443.
- Robertson, J., Emerson, E., Gregory, N., Hatto, C., Turner, S., Kessissoglou, S., & Hallam, A. (2000). Lifestyle related risk factors for poor health in residential settings for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 469-486.
- Rubin, S.S., Rimmer, J.H., Chicoine, B., Braddock, D., & McGuire, D.E. (1998). Overweight Prevalence in Persons with Down Syndrome. *Mental Retardation*, 36, 175-181.
- Schalock R. L. & Keith K. D. (1993) *Quality of Life Questionnaire*. Worthington, OH: IDS Publishers:
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. *Focus on Autism & Other Developmental Disabilities*, 15, 116-127.
- Schalock, R. L. & Verdugo, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48, 203-216.

- Shoup, J. A., Gattshall, M., Dandamudi, P. & Estabrooks, P. (2008). Physical activity, quality of life, and weight status in overweight children. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 17(3), 407-412.
- Slevin, M.L., Plant, H. & Lynch, D. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109–112.
- Sohler, N., Lubetkin, E., Levy, J., Soghomonian, C. & Rimmerman, A. (2009). Factors associated with obesity and coronary heart disease in people with intellectual disabilities. *Social Work in Health Care*, 48(1), 76-89.
- Speiser, P.W., Rudolf, M.C.J., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., HersHKovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R. H., Hirsch Pescovitz, O., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A.D., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G.A., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N., & Hochberg, Z. (2005). Consensus statement: Childhood obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90, 1881-1887.
- Sporner, M. L., Fitzgerald, S. G., Dicianno, B. E., Collins, D., Teodorski, E., Pasquina, P. F., & Cooper, R. A. (2009). Psychosocial impact of participation in the National Veterans Wheelchair Games and Winter Sports Clinic. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 31, 410-418.
- Stathi, A. & Simey, P. (2007). Quality of life in the fourth age: Exercise experiences of nursing home residents. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15(3), 272-286.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (ICD-10). Geneva: Author.

Zabriskie, R. B., Lundberg, N. R., & Groff, D. G. (2005). Quality of life and identity: The benefits of a community-based therapeutic recreation and adaptive sports program. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(3), 176-191.



# נספחים

נספח 1: שאלון איכות חיים.

נספח 2: טופס פרטים אישיים.

נספח 3: כרטיסי מאכלים.

נספח 4: שאלון ידע בתזונה ופעילות גופנית Nutrition and Activity Knowledge Scale

נספח 5: שאלון בריאות והרגלי חיים.

# שאלון איכות חיים (Cummins & Lau, 2005)

## 1. הנחיות להעברת השאלון

### 1.1 מידע כללי

על השאלון ישיב אדם עם מוגבלות בלבד. השאלון אינו מוגבל בזמן.

### 1.2 יצירת סביבה נעימה לנשאל

לאנשים עם מוגבלות שכלית ישנה נטייה לענות תשובות שירצו את המראיין. כדי ליצור אוירה נינוחה שמאפשרת קבלת תשובות מקוריות, מומלץ למראיין:

- להתלבש באופן שאינו מעורר חרדה.
- כדי להפיג את המתח כדאי לשוחח עם דיירי הבית אולי לשתות כוס מים או קפה טרם העברת השאלון.
- להיראות ידידותי או לפחות ניטרלי.
- רצוי שהשאלון יועבר בסביבה הביתית של הנשאל, בפינה שקטה.

### 1.3 תפקיד המטפלים

רצוי שהמטפל לא יהיה נוכח במהלך העברת השאלון. המראיין ישב לבד עם המרואיין. במידה ואין ברירה, יש לאפשר למרואיין להביא עמו חבר/ה.

### 1.4 אתיקה

לפני תחילת השאלון, על המראיין לדאוג:

- א. לאישור מועדת הלסינקי ו/או כל ועדה אחרת שהוסמכה לצורך העניין.
- ב. לוודא שהמרואיין, או האפוסטרופוס שלו, חתם על טופס הסכמה מדעת.

### 1.5 שאלון ומבחן מקדים

כדי להעביר את השאלון לאנשים עם מוגבלות שכלית, יש לוודא שהן מבינים את אופי המשימה שהם הסכימו לבצע. רק אז המראיין יכול להניח שהתשובות שהוא מקבל, תקפות. להלן פרוטוקול המבחן המקדים.

#### 1.5.1 מבחן מקדים – שלב ראשון: בחירה ראשונית של מרואיינים פוטנציאליים

אל תנסה להעביר את השאלון לאדם עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה. הם אינם יכולים לענות בצורה תקפה לשאלונים סובייקטיביים של איכות חיים. הדרך היחידה לבדיקת איכות חיים של אנשים עם מוגבלות שכלית קשה או עמוקה, היא דרך תצפית.

#### 1.5.2 מבחן מקדים – שלב שני: בחינה של תגובות מרצות

לבדיקה של נטייה לרצות את השואל, בצע את ההליך הבא:

1. לאחר שוידאת שהנשאל נינוח,
2. הצבע לעבר השעון (או פריט לבוש אחר) של הנשאל, ושאל:
  - א. האם זה (למשל, השעון) שייך לך?
  - ב. האם אתה עושה את כל הבגדים והנעליים שלך?
  - ג. היכן אתה גר, האם ראית את האנשים שגרים לידך?

ד. היכן אתה גר, האם אתה בוחר אתה בחרת מי יגור לידך?

**אם הוא ענה "כן" לשאלות ב וד', ברור שהנשאל אינו מסוגל להשלים את המשימה. אל תמשיך בהליך.**

### 1.5.3. שאלון מקדים – שלב שלישי: בדיקה של הבנת סולם לייקרט 0 – 10.

אם המרואיין עבר את השלב השני, יש לבדוק אם הוא מבין את משמעות סולם לייקרט. שלב זה כולל שני שלבים. אם המרואיין מבין את משמעות הסולם, מחליפים את "שביעות רצון" ב "שמחה" (happiness). זהו מונח שמתאים לאנשים עם מוגבלות שכלית קלה.

**הליך**

**שלב 3 : צעד ראשון**

תן את ההנחיות הבאה :

א. "האם אתה יודע לספור מ – 0 עד 10?"

אם 'כן' עבור לשאלה הבאה.

אם 'לא' עבור לשלב 4.

ב. "טוב, האם אתה יכול לספור מ – 0 עד 10 בבקשה."

אם הצליח : עבור לצעד שני של שלב זה.

אם נכשל : עבור לשלב 4.

**שלב 3 : צעד שני**

1. הצג את מדד השמחה שנמצא בנספח א'.

2. אמור את הדברים הבאים :

"יופי. עכשיו אראה לך מדד של שמחה. אני אשאל אותך כמה אתה מאושר מ – 0 – 10.

אפס משמעותו שאתה מאוד עצוב [הצבע על צד שמאל של הסולם].

עשר אומר שאתה מאוד שמח [הצבע על צד ימין של הסולם].

ואמצע הסולם זה 5, שאומר שאתה לא עצוב ולא שמח [הצבע על 5]."

"האם אתה מבין את זה?"

אם 'כן', עבור למשימות (א) עד (ג)...

אם 'לא', חזור פעם אחת בלבד על סעיף 2.

שאל את השאלות הבאות :

(א) "אם היית מרגיש מאוד מאושר, על איזה מספר היית מצביע?"

[הנשאל חייב להצביע על 10]

(ב) "אם היית מאוד עצוב, על איזה מספר היית מצביע?"

[הנשאל חייב להצביע על אפס]

(ג) "אם היית מרגיש קצת מאושר, איפה היית שם את האצבע?"

[קבל כל תשובה מ – 6 ל – 8]

- אם הנשאל הצליח בכל שלוש המשימות, עבור לשלב 5א כדי לשאול את המרואיין את שאלת 'אושר מהחיים באופן כללי' ואת השאלות האחרות, בסולם של 0 – 10.
- אם האדם לא הצליח באחת משלוש המשימות, חזור עליה פעם אחת בלבד.
- אם הצליח בפעם השנייה, והצליח גם בשתי המשימות האחרות, עבור לשלב 5א, והשתמש בסולם 0 – 10.
  - אם נכשל בפעם השנייה, עבור לשלב רביעי של המבחן המקדים.

#### 2.5.4. שאלון מקדים – שלב רביעי: בדיקת הבנה של סולם לייקרט בפורמט מצומצם

##### בחירה

- כאשר המראיין אינו יכול להשתמש בסולם 0 – 10, הוא מבצע שלושה צעדים, שנועדו לקבוע את יכולתו של המרואיין להבין פורמט של בחירה מצומצמת יותר.
- צעד ראשון: זיהוי פריטים לפי גודלם (הבחנה בין בלוקים בגדלים שונים).
- צעד שני: שימוש בסולם עם רפרנס קונקרטי (בחינת הבחנה בין גדלים שונים והתאמה שלהם למדרגות).
- צעד שלישי: שימוש בסולם עם רפרנס מופשט (בדיקת הבחנה בין הבעות פנים).

בכל צעד יש שלוש משימות (א' עד ג') כאשר דרגת הקושי עולה משני פריטים במשימה א' לחמישה פריטים במשימה ג'.

חשוב לדעת:

1. המראיין מחליט באיזו משימה להתחיל, אם הוא חש שהנשאל ייעלב או יתעייף מהמשימות הפשוטות, הוא יתחיל במשימה ג'. לעומת זאת, אם הוא מרגיש שהנשאל עלול להיכשל במשימה ג', עדיף שיתחיל במשימות הפשוטות יותר. אפשר להיעזר באדם שמכיר את הנשאל היטב – לפני תחילת הראיון. בכל מקרה של ספק, התחל מהמשימה הפשוטה ביותר.
2. חשוב שלנשאל תהיינה כמה שפחות חוויות של "כישלון". אם הנשאל אינו מסוגל לבצע משימה, חזור למשימה שבה הוא יכול להצליח. אפשר להגביר את המוטיבציה דרך עידוד ומילות שבח.
3. כמו בכל שאלון פסיכולוגי, חיוני שהבוחן יכיר את השאלון על בוריו. יש להתאמן על העברת השאלון, לפני העברתו למשתתפי המחקר.

##### ציוד

את התרשימים יש להדפיס ולהציג לנשאל כדפים נפרדים.

##### הליך

##### 1. הנשאל

- א. בזמן המבחן, הנשאל יושב ליד שולחן, כאשר התרשימים המתאים מונח לפניו.
- ב. האדם משיב באמצעות הצבעה על התרשימים.

2. באיזה פריט להתחיל את המבחן המקדים?

מעביר השאלון נוהג על פי שיקול דעתו ויכול להתחיל בכל שלב מתוך שלושה, ובכל משימה בכל שלב.

במקרה של ספק, יש להתחיל בשלב 1, משימה ראשונה.

3. כיצד קובעים את ההצלחה של הנשאל במשימות השונות, בתוך כל שלב?

א. הנשאל צריך לענות נכון על כל הפריטים במשימה כדי להצליח במשימה.

ב. אם הנשאל לא מצליח במשימה כלשהי, יש לחזור על המשימה פעם אחת בלבד.

4. סדר הבדיקות בתוך כל שלב

א. בכל שלב יש להתחיל במבחן המקדים, אם המבחן התחיל ברמה פשוטה יותר, הנשאל ייבחן גם על משימות מורכבות יותר באותו שלב. אם המבחן התחיל במשימה ראשונה בשלב 1, הוא יתבקש לבצע לאחר מכן את משימות שתיים ושלוש באותו שלב.

5. כיצד לעבור לשלב הבא?

בכדי לעבור משלב 1 לשלב 2, על הנשאל להשיב נכון לפחות על משימה א' (בחירה בין שתי אפשרויות). אם הוא לא הצליח, אין להתקדם לשלב הבא. יש לסיים את המבחן.

6. בחינת הנבדק בשלב הבא

המשימה שבה מתחילים בשלב הבא, היא נגזרת מהצלחת הנשאל בשלב הקודם. אם הנשאל הצליח במשימה ב', השלב הבא יתחיל במשימה ב'. אם השלב מתחיל במשימה מורכבת יותר (ב' או ג'), יש להשתמש בהנחיות שקודמות למשימה א' כדי להסביר על השלב.

7. לבחון את הנשאל בצעד 55 (פריטי 'אושר')

א. כדי לעבור לצעד 55 (האם אתה מאושר מהחיים באופן כללי? והשאלות האחרות בסולם PWI-

ID), הנשאל חייב ל להשלים את שלב 3, לפחות ברמה של בחירה בינארית (בין שתי אופציות).

ב. בצעד 55, מספר האופציות שבהן יש לבחור זהה ליכולת ההבחנה של הנשאל בשלב 3 של המבחן המקדים.

## שאלון מקדים : צעד רביעי

### **שלב I: סדר גודל (Order of magnitude)**

#### מבחן סדר גודל

#### **(א) הצג את התרשים עם שני הבלוקים**

**הליך :** הצג את התרשים עם שני הבלוקים (נספח ב1) לנשאל

**הנחייה :** "הנה שני בלוקים. אחד מהם יותר גדול מהשני"

סמן הצליח (✓) או נכשל (x)

|  |
|--|
|  |
|  |

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק הכי גדול"

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק הכי קטן"

|  |            |
|--|------------|
|  | הצלחה מלאה |
|  | כישלון     |

**שים לב :** אם הנשאל הצליח, עבור למשימה (ב) (שלוש אופציות)

אם הנשאל נכשל, חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

#### בבחינה החוזרת

אם הצליח עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב הזה.

אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

#### **(ב) הצג את התרשים עם שלושת הבלוקים**

**הליך :** הצג את שלושת הבלוקים (נספח ב2)

**הנחייה :** "הנה שלושה בלוקים"

סמן הצליח (✓) או נכשל (x)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

שאלה : "ראשית, הצבע בבקשה על הבלוק הגדול ביותר"

שאלה : "עכשיו, הצבע בבקשה על הבלוק הבינוני"

שאלה : "בבקשה הצבע על הבלוק הקטן ביותר"

|  |            |
|--|------------|
|  | הצלחה מלאה |
|  | כישלון     |

**שים לב :** אם הנשאל הצליח, עבור למשימה (ג) (חמש אופציות)

אם הנשאל נכשל, חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבחינה החוזרת של משימה (ב)

אם הצליח עבור לשלב 2, משימה (ב).  
אם נכשל, עשה מבחן חוזר של משימה (א)

בבחינה חוזרת של משימה (א)

אם הצליח עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב הזה.  
אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

**(ג) הצג את התרשים עם חמשת הבלוקים**

הליך : הצג את חמשת הבלוקים (נספח ב3)

הנחייה : "הנה חמישה בלוקים"

סמן הצליח (✓) או נכשל (x)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק הגדול ביותר"

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק הקטן ביותר"

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק הבינוני"

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק השני הכי גדול"

שאלה : "הצבע בבקשה על הבלוק השני הכי קטן"

|  |            |
|--|------------|
|  | הצלחה מלאה |
|  | כישלון     |

שים לב : אם הנשאל הצליח, עבור לשלב 2 - משימה (ג) (חמש אופציות)  
אם הנשאל נכשל, חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבדיקה החוזרת של משימה זאת (ג)

אם הצליח, עבור לשלב 2 – משימה (ג) (חמש אופציות)  
אם נכשל שוב פעם : חזור על משימה (ב) פעם אחת בלבד.

בבחינה החוזרת של משימה (ב)

אם הצליח עבור לשלב 2, משימה (ב).  
אם נכשל, עשה מבחן חוזר של משימה (א)

בבחינה חוזרת של משימה (א)

אם הצליח עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב הזה.  
אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

## שאלון מקדים: צעד רביעי

### **שלב II: התאמה לפרנס קונקרטי**

#### סולם עם פרנס קונקרטי

הערה: עבור מבחן המתחיל במשימה (ב) או (ג) בשלב הזה, התחל עם ההנחיות של משימה (א) כדי להציג לנשאל את אופי המשימה, ואחר כך תן את ההנחיות הספציפיות למשימה (ב) או (ג).

**(א) הצג את התרשים עם שני הבלוקים ואת התרשים עם שתי המדרגות**

הליך: הצג את התרשים עם שני הבלוקים והתרשים עם שתי המדרגות (נספחים ב1 ו - ב4).

הנחייה: "הנה אותם הבלוקים [הראה את התרשים] וכמה מדרגות [הצג את התרשים עם שתי המדרגות]".

"אני רוצה שתצביע על המדרגה שמתאימה לבלוק"

"כך שכאשר אני מצביע על הבלוק הגדול [הצבע] אתה תצביע על המדרגה הגדולה [הצבע].

טוב? [חזור על ההנחיה, אם נראה לך שהנשאל אינו בטוח]."

"כאשר אני מצביע על הבלוק הקטן [הצבע] אתה תצביע על המדרגה הקטנה [הצבע].

טוב?"

סמן הצליח (✓) או נכשל (x)

☐

[הצבע על הבלוק הגדול]

שאלה: "איזו מדרגה מתאימה לבלוק הגדול?"

☐

[הצבע על הבלוק הקטן]

שאלה: "איזו מדרגה מתאימה לבלוק הקטן?"

|  |
|--|
|  |
|  |

הצלחה מלאה

כישלון

שים לב: אם הנשאל הצליח, עבור למשימה (ב) (שלוש אופציות)

אם הנשאל נכשל, חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

#### בבחינה החוזרת

אם הצליח עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב הזה.

אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

**(ב) הצג את התרשימים של שלושת הבלוקים ושלוש המדרגות**



הליך : הצג את שלושת הבלוקים ואת שלוש המדרגות (נספח ב2 וב5)  
הנחייה : "הנה שלושה בלוקים ושלוש מדרגות. אני רוצה שתצביע על המדרגה שמתאימה לכל בלוק. בסדר?"

[הצבע על הבלוק הגדול]

שאלה : איזו מדרגה מתאימה לבלוק הגדול?  
 (הנשאל צריך להצביע על המדרגה הנכונה)



[הצבע על הבלוק הקטן]

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק הקטן"



[הצבע על הבלוק הבינוני]

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק הבינוני"



|  |            |                        |
|--|------------|------------------------|
|  | הצלחה מלאה | [סמן ✓ במשבצת המתאימה] |
|  | כישלון     |                        |

שים לב : אם הנשאל הצליח :

- אם זה הפריט הראשון במבחן המקדים, עבור למשימה (ב) (שלוש אופציות) בשלב הזה.
  - אם זו משימה עוקבת לאחר השלמת שלב 1, עבור לשלב 3 והתחל במשימה ב' (שלוש אופציות).
- אם הנשאל נכשל, חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.  
בבחינה החוזרת של משימה (ב)  
 אם הצליח עבור לשלב 3, משימה (ג).  
 אם נכשל שוב : חזור על משימה (א) פעם אחת בלבד.  
בבחינה חוזרת של משימה (א)  
 אם הצליח, עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב זה.  
 אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

**(ג) הצג את התרשימים של חמשת הבלוקים וחמש המדרגות**

הליך : הצג את חמשת הבלוקים ואת חמש המדרגות (נספח ב3 וב6)

הנחייה : "הנה חמישה בלוקים וחמש מדרגות. אני רוצה שתצביע על המדרגה שמתאימה

לכל בלוק. בסדר?"

[הצבע על הבלוק הקטן ביותר]

שאלה : איזו מדרגה מתאימה לבלוק **הכי קטן**?

(הנשאל צריך להצביע על המדרגה הנכונה)

|  |
|--|
|  |
|--|

[הצבע על הבלוקים האחרים בסדר הבא ]

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק **הכי גדול**"

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק **הבינוני**"

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק **השני הכי גדול**"

שאלה : "איזו מדרגה מתאימה לבלוק **השני הכי קטן**"

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |            |
|--|------------|
|  | הצלחה מלאה |
|  | כישלון     |

[סמן  $\sqrt{\quad}$  במשבצת המתאימה]

שים לב : אם הנשאל הצליח :

עבור לשלב 3 והצג את משימה (ג) (חמש אופציות) בשלב הזה.

אם הנשאל נכשל :

חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבחינה החוזרת של המשימה הזו (ג)

- אם הצליח : עבור לשלב 3, משימה (ג) (חמש אפשרויות)

- אם שוב נכשל : חזור על משימה (ב) פעם אחת בלבד.

בבחינה החוזרת של משימה (ב)

אם הצליח עבור לשלב 3, משימה (ב) (שלוש אפשרויות).

אם נכשל : חזור על משימה (א) פעם אחת בלבד.

בבחינה חוזרת של משימה (א)

אם הצליח, עבור לשלב 2 והצג רק את משימה (א) (שתי אופציות) בשלב זה.

אם נכשל, אל תמשיך הלאה. המבחן הסתיים.

## שאלון מקדים: צעד רביעי

### **שלב III: התאמה לרפרנס אבסטרקטי**

#### סולם עם רפרנס אבסטרקטי

הערה: עבור מבחן המתחיל במשימה (ב) או (ג) בשלב הזה, התחל עם ההנחיות של משימה (א) כדי להציג לנשאל את אופי המשימה, ואחר כך תן את ההנחיות הספציפיות למשימה (ב) או (ג).

#### **(א) הצג את התרשים עם שני הפרצופים**

הליך: הצג את התרשים עם שני הפרצופים (נספח ג1)

הנחייה: "הנה שני פרצופים"

"אחד מהם שמח [הצבע], ואחד מהם עצוב [הצבע]"

"תספר לי על משהו שעושה אותך שמח"

[תשובה של הנשאל X – למשל, אכילת גלידה]

"עכשיו, כשאשאל אותך אם אתה מרגיש שמחה ממשהו (כמו X) ... אני רוצה שתצביע על הפרצוף

השמח [הצבע], בסדר?"

"תספר לי על משהו שעושה אותך עצוב?"

[תשובה של הנשאל Y – למשל, כשאנשים צוחקים עלי]

"טוס, כאשר אשאל אותך אם אתה מרגיש עצוב ממשהו (כמו Y) ... אני רוצה שתצביע על הפרצוף

העצוב [הצבע], בסדר?"

"מוכן?"

#### סמן הצליח (✓) או נכשל (x)

☐

שאלה: "אם אתה שמח ממשהו, על איזה פרצוף תצביע?"

☐

שאלה: "אם אתה עצוב ממשהו, על איזה פרצוף תצביע?"

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

הצלחה מלאה

[סמן ✓ ברובריקה המתאימה]

כישלון

שים לב: אם הנשאל הצליח:

אם זה הפריט הראשון בו התחלת את המבחן המקדים, עבור למשימה (ב) בשלב הזה.

אם זו משימה שבאה אחרי השלמה של שלב 2, עבור לצעד 5 והשתמש בבחירה

בינארית להשיב לשאלון PWI.

אם נכשל :

חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבדיקה החוזרת של משימה זו (א)

אם הצליח עבור לצעד 5 והשתמש בבחירה בינארית להשיב על שאלון PWI.

אם נכשל, אל תמשיך הלאה. השאלון הסתיים.

## **(ב) הצג את התרשים עם שלושת הפרצופים**

הליך : הצג את התרשים עם שלושת הפרצופים (נספח ג2)

הנחיות : "הנה שלושה פרצופים"

"אלו הם פרצופים [הצבע על כל אחד בתורו] 'עצוב', 'לא שמח ולא עצוב' ו - 'שמח'."

שאלה : "אם היית שמח ממשו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה : "אם היית עצוב ממשו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה : "אם היית מרגיש לא שמח ולא עצוב על איזה פרצוף היית מצביע?"

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|  |
|--|
|  |
|  |

הצלחה מלאה

[סמן  $\sqrt{\quad}$  במשבצת המתאימה]

כישלון

שים לב : אם הנשאל הצליח :

אם זה הפריט הראשון בו התחלת את המבחן המקדים, עבור למשימה (ג)

(חמישה פרצופים) בשלב הזה.

אם זו משימה שבאה אחרי השלמה של שלב 2, עבור לצעד 5 והשתמש בפורמט

של שלוש אפשרויות להשיב לשאלון PWI.

אם נכשל :

חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבדיקה החוזרת של משימה זו (ב)

אם הצליח עבור לצעד 5 והשתמש בפורמט שלוש אפשרויות להשיב על שאלון

PWI.

אם נכשל, חזור על משימה (א) פעם אחת בלבד.

בבדיקה חוזרת של משימה (א)

אם הצליח: עבור לשלב 5 והשתמש בבחירה בינארית להשיב על שאלון PWI.

אם נכשל: אל תתקדם הלאה. השאלון הסתיים.

**(ג) הצג את התרשים עם חמשת הפרצופים**

הליך: הצג את התרשים עם חמשת הפרצופים (נספח ג3)

הנחיות: "הנה חמישה פרצופים"

"אלו הם פרצופים [הצבע על כל אחד בתורו] 'מאוד עצוב', 'קצת עצוב', 'לא שמח ולא עצוב', 'קצת

שמח' ו - 'מאוד שמח'."

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

שאלה: "אם היית מרגיש מאוד עצוב ממהו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה: "אם היית מרגיש קצת שמח ממהו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה: "אם היית מרגיש מאוד שמח ממהו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה: "אם היית מרגיש קצת עצוב ממהו, על איזה פרצוף היית מצביע?"

שאלה: "אם היית מרגיש לא שמח ולא עצוב על איזה פרצוף היית מצביע?"

|  |
|--|
|  |
|  |

הצלחה מלאה

[סמן  $\sqrt{\quad}$  במשבצת המתאימה]

כישלון

שים לב: אם הנשאל הצליח:

עבור לצעד 5 והשתמש בפורמט 5 אפשרויות לענות על שאלון PWI.

אם נכשל:

חזור על ההנחיות ועל המשימה פעם אחת בלבד.

בבדיקה החוזרת של משימה זו (ג)

אם הנשאל הצליח: עבור לצעד 5 והשתמש בפורמט 5 אפשרויות לענות על

שאלון PWI.

אם שוב נכשל: חזור על משימה (ב) פעם אחת בלבד.

בבדיקה החוזרת של משימה (ב)

אם הצליח עבור לצעד 55 והשתמש בפורמט שלוש אפשרויות להשיב על שאלון  
PWI.

אם נכשל, חזור על משימה (א) פעם אחת בלבד.

בבדיקה חוזרת של משימה (א)

אם הצליח : עבור לשלב 55 והשתמש בבחירה בינארית להשיב על שאלון PWI.  
אם נכשל : אל תתקדם הלאה. השאלון הסתיים.

## מבחן צעד 5א: שמח מהחיים באופן כללי ושאלון רווחה אישית

### לבעלי מוגבלות שכלית (סולם 11 נקודות)

#### הליך והנחיות:

- הליך:** הצג את סולם האושר 0 – 10, שהראית במבחן מקדים צעד 3.
- הנחיות:** "טוב. עכשיו, אני אשאל אותך כמה שאלות לגבי עד כמה אתה מרגיש שמח, תוך שימוש בסולם 0 – 10"
- "כמו שאמרתי קודם, אפס פירושו שאתה מרגיש מאוד עצוב [הצבע על צד שמאל של הסולם].
- 10 פירושו שאתה מרגיש מאוד שמח [הצבע על צד ימין של הסולם].
- ואמצע הסולם זה 5, שאומר שאתה לא שמח ולא עצוב [הצבע].
- כעת עבור מפריט לפריט תוך שימוש בסולם 0 – 10.
- פריטי מבחן: רשום את התשובות ברובריקות ליד השאלות.

תשובת הנשאל

11 נקודות

(0-10)

#### חלק I: שמחה מהחיים באופן כללי [אופציונלי]

"איך אתה מרגיש עם החיים שלך באופן כללי?"

|  |
|--|
|  |
|--|

#### חלק II: סולם רווחה אישית – מוגבלות שכלית

"עד כמה אתה שמח מ...?"

1. הדברים שיש לך? כמו כמה כסף שיש לך ודברים שלך?
2. הבריאות שלך?
3. הדברים שאתה עושה או הדברים שאתה לומד?
4. הקשר שלך עם אנשים שאתה מכיר?
5. הרגשת ביטחון שיש לך (תחושה שאתה מוגן, שלא יקרה לך משהו רע)?
6. דברים שאתה עושה מחוץ לבית?
7. העתיד שלך? כנ"ל

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**מבחן צעד 5ב: שמח מהחיים באופן כללי ושאלון רווחה אישית**  
**לבעלי מוגבלות שכלית (סולם בעל בחירה מצומצמת)**

**הליך והנחיות:**

- הליך:** 1. הצג את תרשימי הפרצופים שתואם את יכולת ההבחנה המקסימאלית במבחן המקדים צעד 4 – שלב 3.  
2. המשך להציג את התרשימים בזמן שאתה נותן את ההנחיות הבאות.

**הנחיות:** "טוב. עכשיו, אני אשאל אותך כמה שאלות לגבי עד כמה אתה מרגיש שמח, תוך שימוש בתרשימים הזה"

**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**  
**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**  
אתה מרגיש"  
"בסדר?"

**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**  
**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**  
אתה מרגיש"  
"בסדר?"  
**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**  
**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**  
אתה מרגיש"  
"בסדר?"

**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**  
**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**  
אתה מרגיש"  
"בסדר?"  
**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**  
**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**  
אתה מרגיש"  
"בסדר?"



**אם 'כן': המשך לפריט הבא.**

**אם 'לא': חזור על ההנחיות פעם אחת בלבד. ואז עבור להוראה הבאה.**

"איזה פרצוף מראה...", [עבור לשאלון]

**פריטי מבחן:** (רשום את התשובות של המרואיין על פי הקידוד הבא, ברובריקות המתאימות)

| קוד | (א) שני פרצופים     | (ב) שלושה פרצופים                         | (ג) חמישה פרצופים                                                                  |
|-----|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
|     | עצוב = 0<br>שמח = 1 | עצוב = 0<br>לא שמח לא עצוב = 1<br>שמח = 2 | מאוד עצוב = 0<br>קצת עצוב = 1<br>לא שמח לא עצוב = 2<br>קצת שמח = 3<br>מאוד שמח = 4 |

תשובת הנשאל

2 נק'   3 נק'   5 נק'

(0-1)   (0-2)   (0-4)

**חלק I: שמחה מהחיים באופן כללי [אופציונלי]**

"איך אתה מרגיש עם החיים שלך באופן כללי?"

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**חלק II: סולם רווחה אישית – מוגבלות שכלית**

"עד כמה אתה שמח מ...?"

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. הדברים שיש לך? כמו כמה כסף שיש לך ודברים שלך?
2. הבריאות שלך?
3. הדברים שאתה עושה או הדברים שאתה לומד?
4. הקשר שלך עם אנשים שאתה מכיר?
5. הרגשת ביטחון שיש לך (תחושה שאתה מוגן, שלא יקרה לך משהו רע)?
6. דברים שאתה עושה מחוץ לבית?
7. העתיד שלך?

## נספח א'

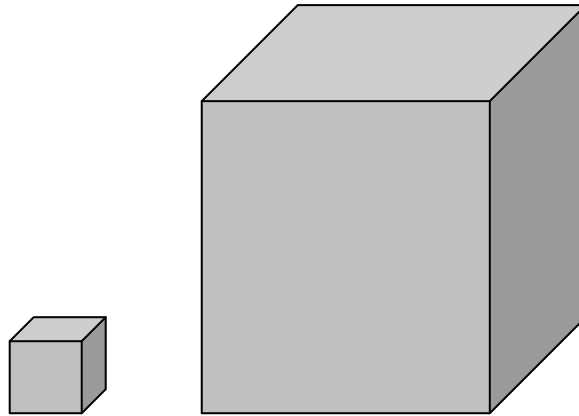
מאוד  
נעים

לא שמח  
ולא עצוב

מאוד

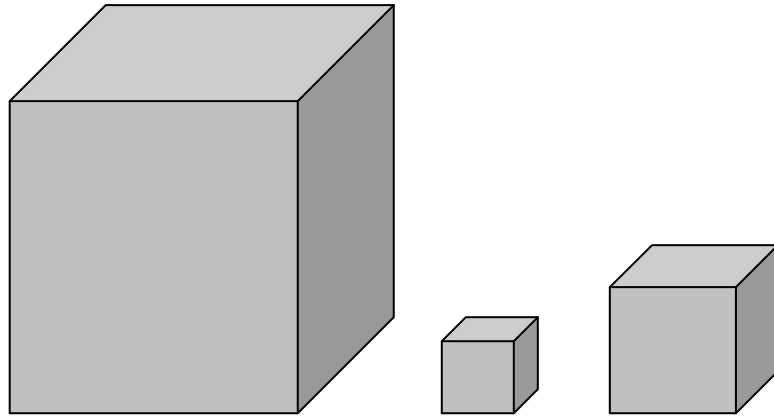
|                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 0                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |

**נספח ב1**



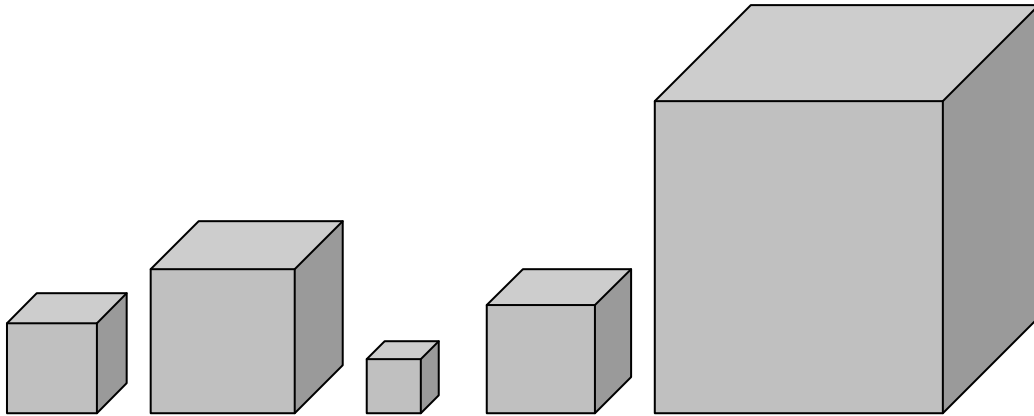
**שתי קוביות**

## נספח ב2



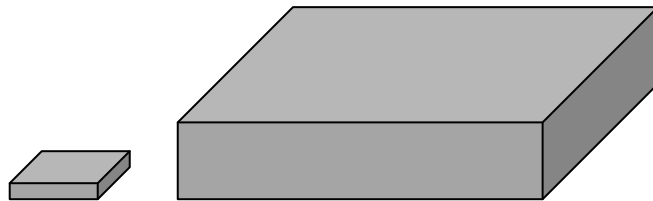
## שלוש קוביות

נספח ב3



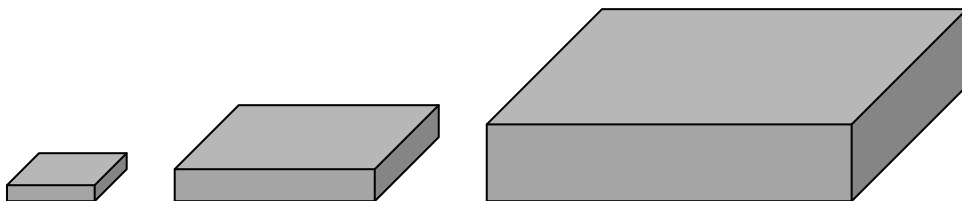
חמש קוביות

## נספח ב4



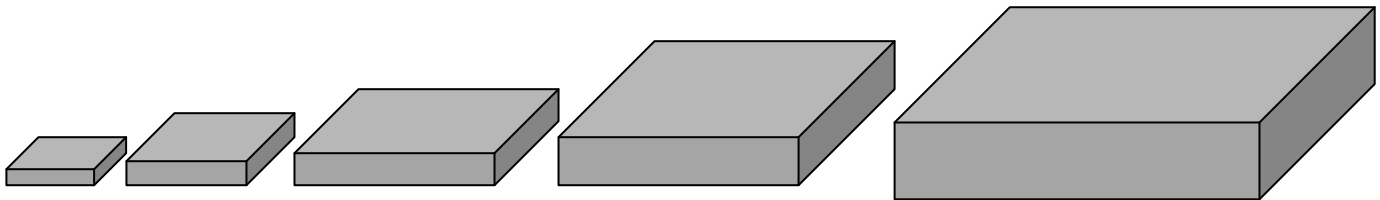
## שתי מדרגות

## נספח ב5



## שלוש מדרגות

## נספח ב6



## חמש מדרגות



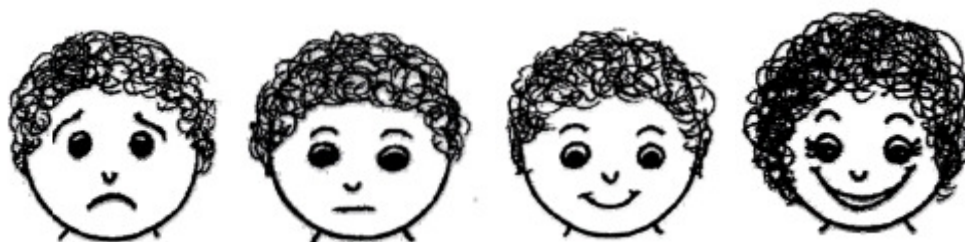
## נספח ג1



## נספח ג2



### נספח ג3



## טופס פרטים אישיים

1. שנת לידה \_\_\_\_\_ גיל \_\_\_\_\_
2. מין: זכר / נקבה
3. ארץ לידה: \_\_\_\_\_
4. ארץ לידה של האם: \_\_\_\_\_
5. ארץ לידה של האב: \_\_\_\_\_
6. שנת עלייה לארץ \_\_\_\_\_
7. זיקה לדת
  1. חילונית
  2. מסורתית
  3. דתית
  4. חרדית
8. מצב משפחתי
  1. נשוי/אה, או חיה עם בן/בת זוג
  2. חיה בנפרד
  3. גרושה
  4. אלמנה
  5. רווקה
9. מגורים
  1. בבית עם ההורים.
  2. בבית עם בן משפחה אחר.
  3. דיור חוץ ביתי (הוסטל, דירה מוגנת וכו')
  4. אחר \_\_\_\_\_
10. היכן אתה עובד?
  1. בשוק החופשי
  2. במסגרת מוגנת
11. מהי הכנסתך החודשית?
  1. 50 – 300 שקלים.
  2. 301 – 600 שקלים.
  3. 601 – 900 שקלים.
  4. מעל 900 שקלים.

## דוגמא לכרטיסי מאכלים

**אורז**



**שניצל**



**חומוס**



**פלאפל**



**קלמנטינה**



**לחם**



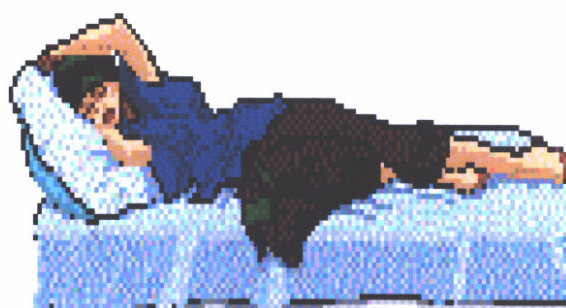
1. איזו פעילות צורכת הכי הרבה אנרגיה?



3.



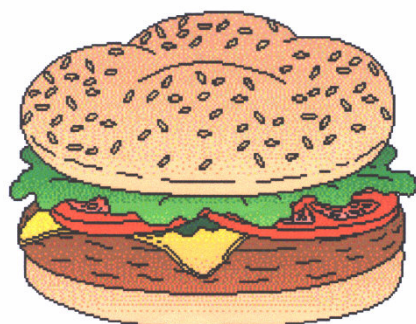
4.



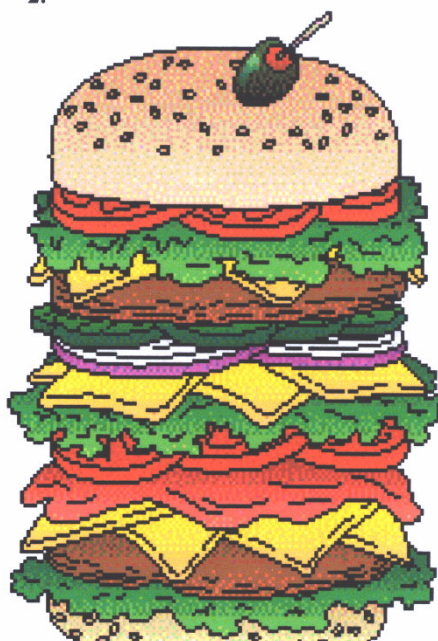
2. איזה המבורגר את/ה חושב/ת שהאיש הזה אכל?



1.

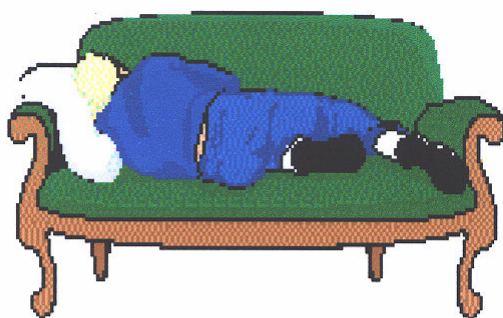


2.



3. אם תרצה/י להוריד משקל, את/ה צרי/ך/ה:

1.



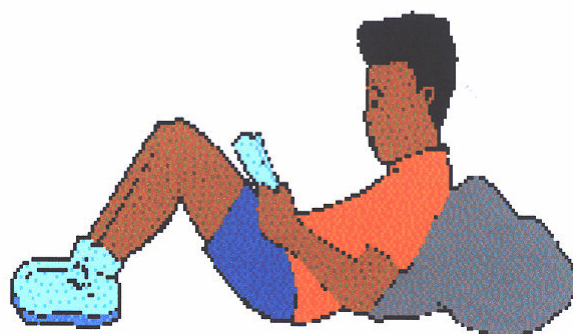
2.



3.



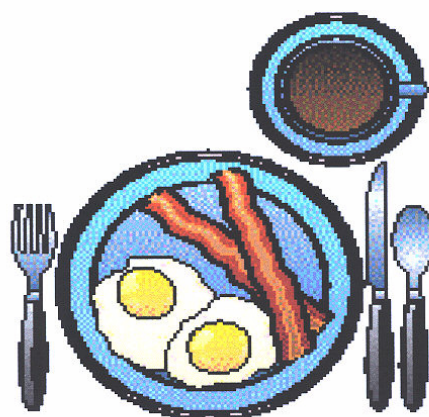
4.





4. מהי ארוחת הבוקר הבריאה ביותר?

1.



2.



3.



5. מי מהאנשים האלו ירד הכי הרבה במשקל?

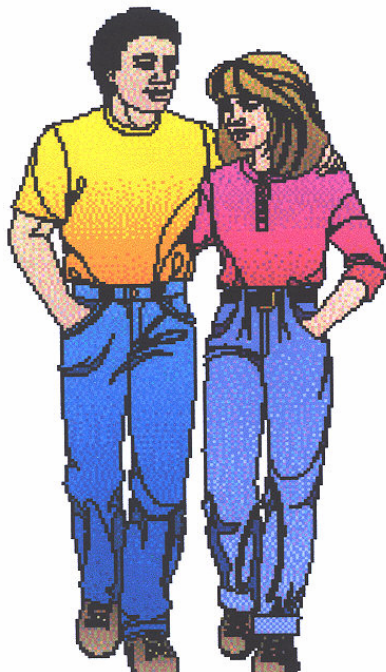
1.



2.



3.



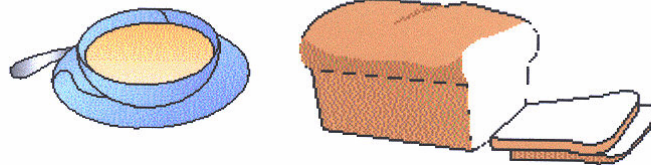
4.





6. האישה הזו יוצאת לטיול ארוך עם הכלב שלה. איזו ארוחת בוקר היא צריכה לאכול?

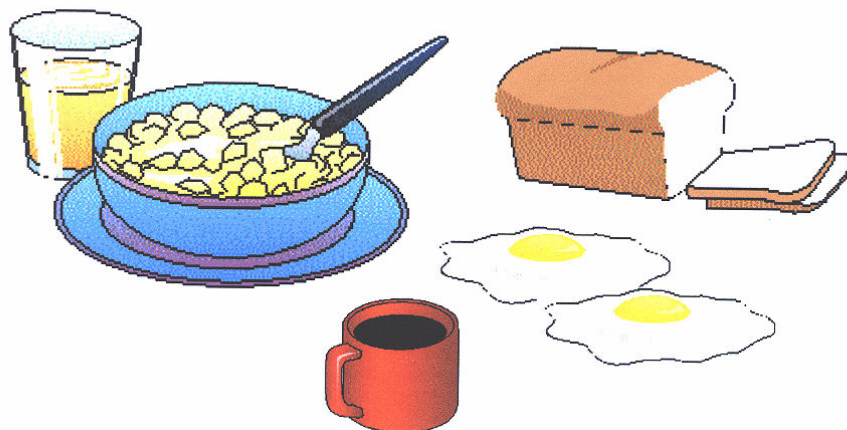
1.



2.

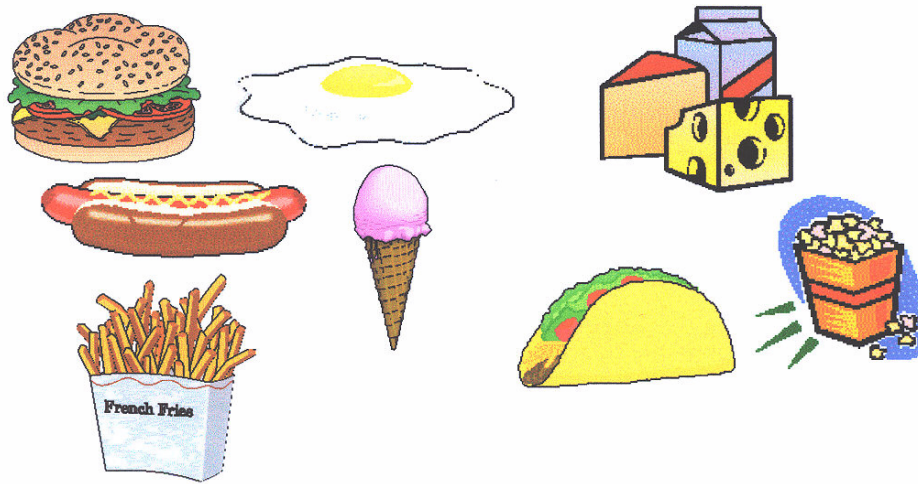


3.

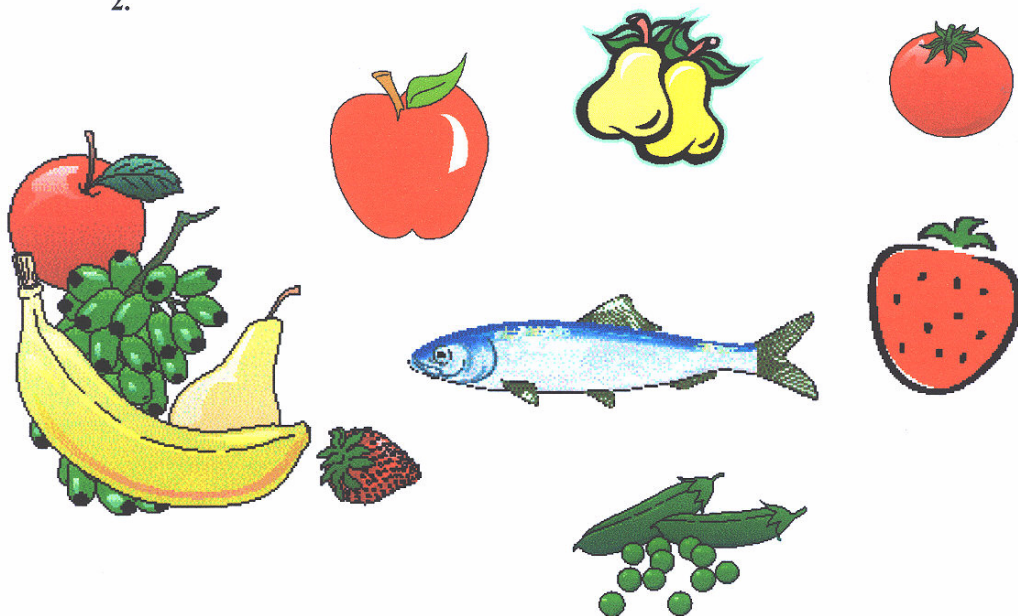


7. אלו מאכלים הכי טובים כדי לשמור על הלב שלך בריא?

1.



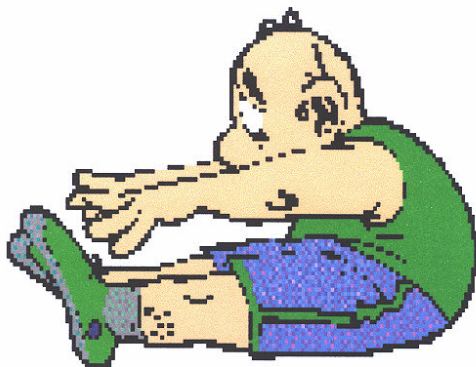
2.



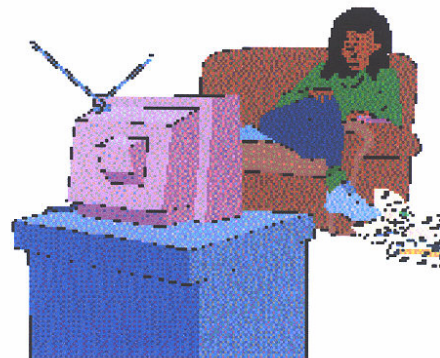


8. אם את/ה רוצה להוריד במשקל, אתה צריך:

1.



2.



3.

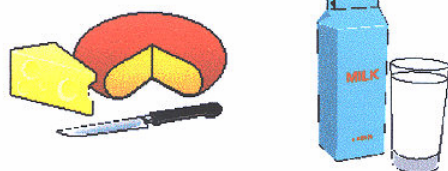


4.

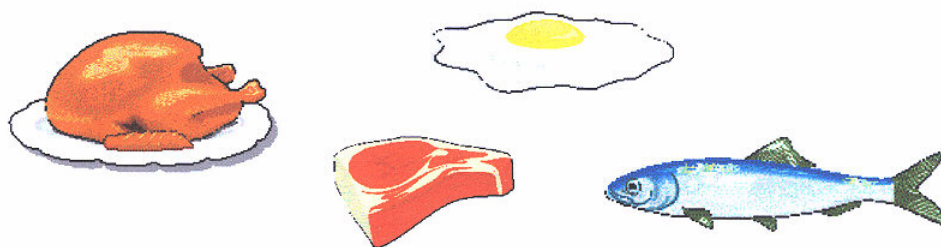


9. אלו מאכלים לא כדאי לאכול לעיתים קרובות?

1.



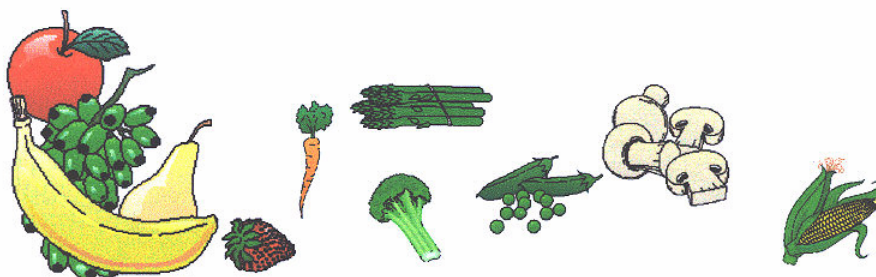
2.



3.

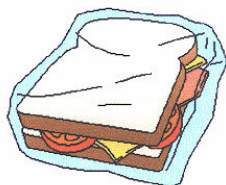


4.

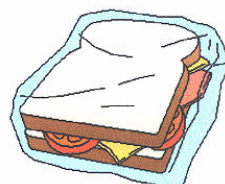
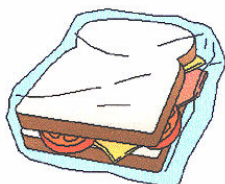
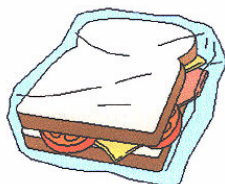


10. איזה איש יעלה הכי הרבה במשקל?

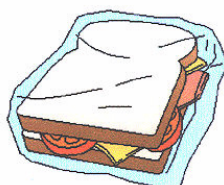
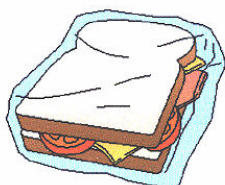
1.



2.

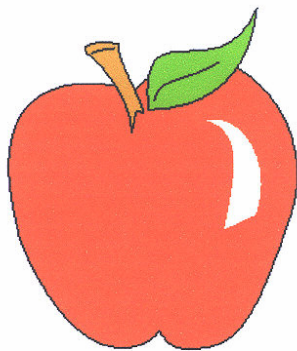


3.

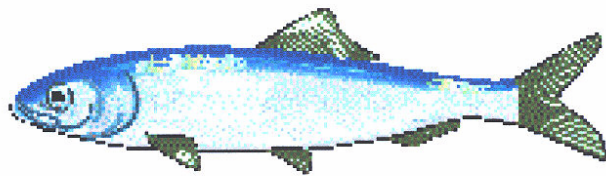


11. באיזה מהמאכלים הבאים יש הכי הרבה חלבון?

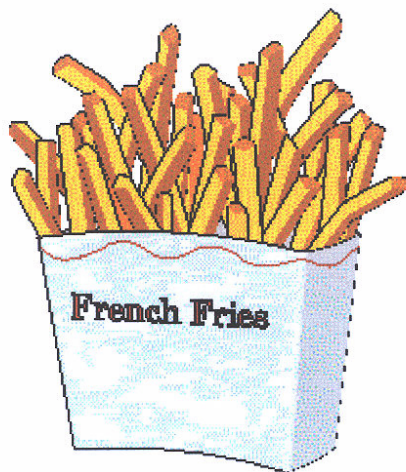
1.



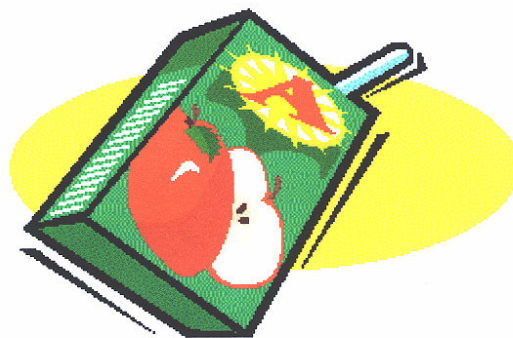
2.



3.



4.





12. אם את/ה רוצה להוריד במשקל, את/ה צריך/ה?

1.



2.



3.



4.



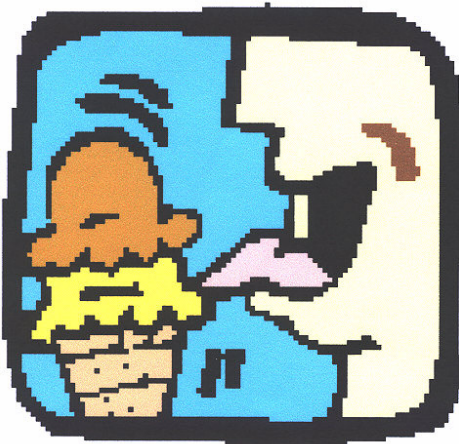
1.



2.



3.

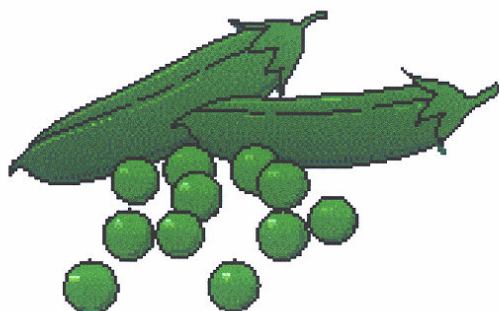


4.



13. באיזה מאכל יש הכי הרבה שומן.

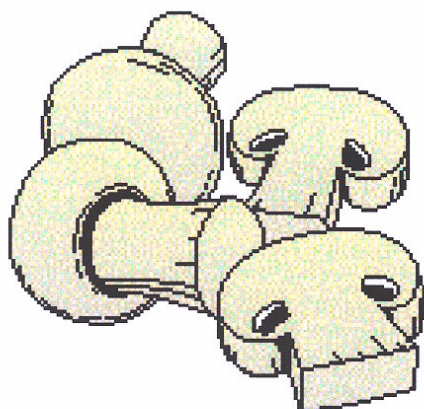
1.



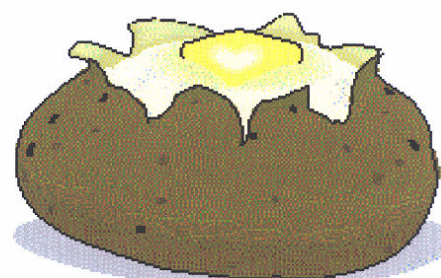
2.



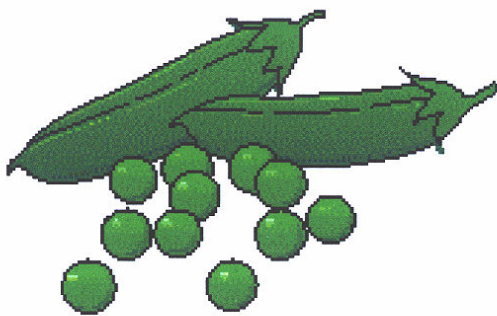
3.



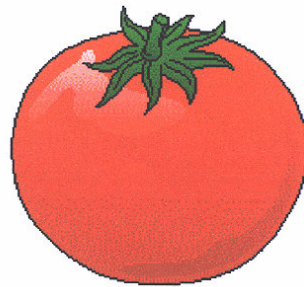
4.



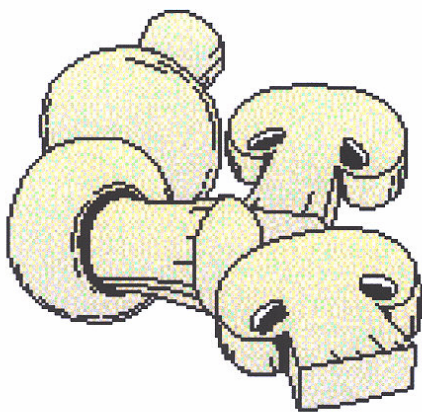
1.



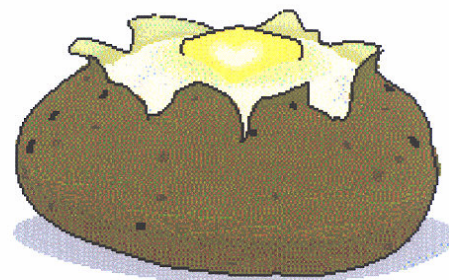
2.



3.



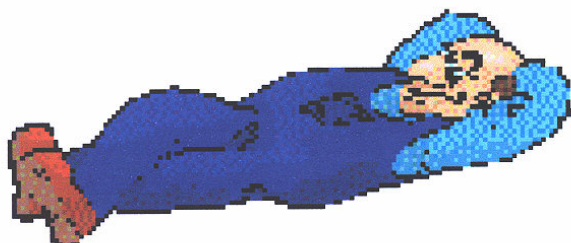
4.





14. איזו פעילות תעזור לך להפחית הכי הרבה ממשקלך?

1.



2.



3.

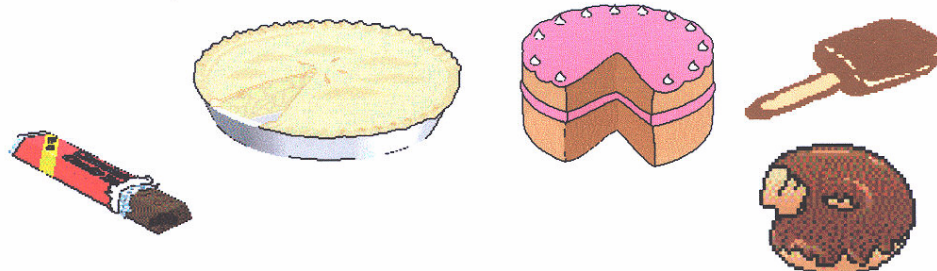


4.



15. באיזו קבוצת מאכלים יש הכי הרבה סוכר?

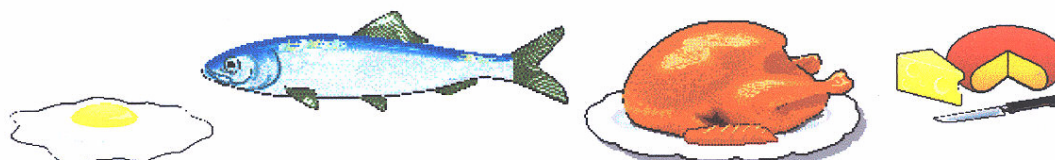
1.



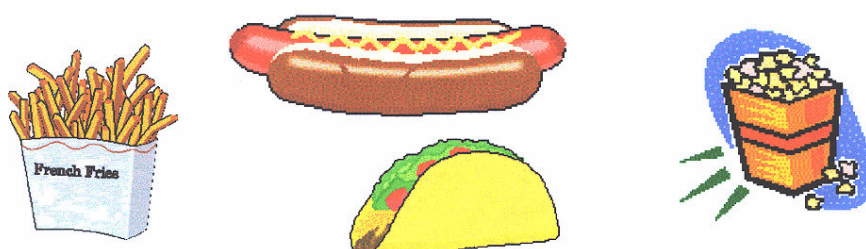
2.



3.

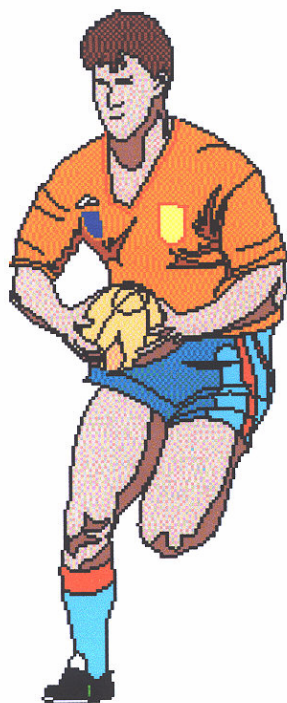


4.



16. איזו פעילות צורכת הכי הרבה אנרגיה?

1.



2.



3.

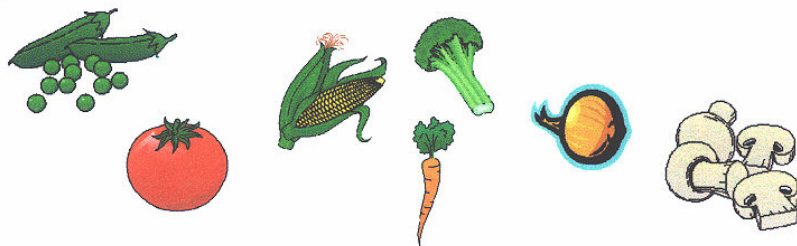


4.

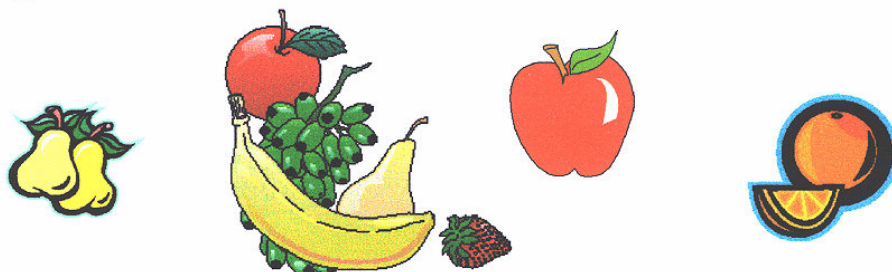


17. איזו קבוצת מאכלים הכי משמינה?

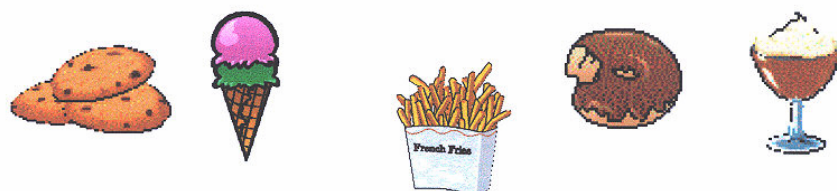
1.



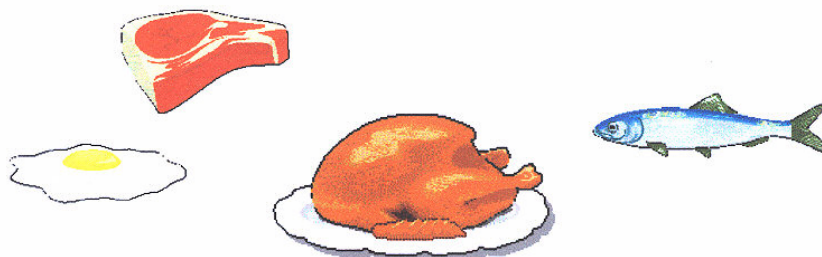
2.



3.



4.

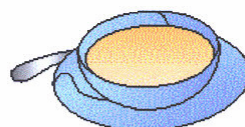
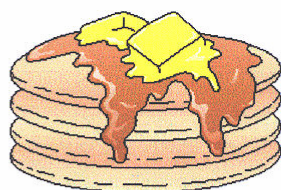




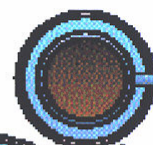
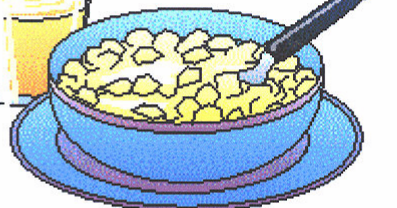
18. האיש הזה יוצא לטיול ארוך, איזו ארוחת בוקר הוא צריך לאכול?



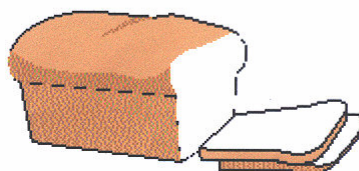
1.



2.



3.



## שאלון מצב בריאות והרגלי חיים

שם: \_\_\_\_\_

1. משקל \_\_\_\_\_

2. גובה \_\_\_\_\_

3. לחץ דם \_\_\_\_\_

4. האם את/ה סובל/ת ממחלה / בעיה גופנית, לקות כלשהי?

(לחוקר, סמן בטבלה וכתוב איזו התערבות מבוצעת)

| התערבות | כן | לא |                                                             |
|---------|----|----|-------------------------------------------------------------|
|         |    |    | בעיות שיניים                                                |
|         |    |    | בעיות ראייה                                                 |
|         |    |    | בעיות שמיעה                                                 |
|         |    |    | עצירות כרונית                                               |
|         |    |    | אפילפסיה                                                    |
|         |    |    | בעיות בפעילות בלוטת התריס                                   |
|         |    |    | הפרעה נפשית כלשהי (חרדה, דיכאון, סכיזופרניה)<br>איזו? _____ |
|         |    |    | מחלת ריפולקס                                                |
|         |    |    | אוסטיאופורוזיס                                              |
|         |    |    | דלקת פרקים                                                  |
|         |    |    | אולקוס                                                      |
|         |    |    | גידול ממאיר                                                 |
|         |    |    | מיגרנה או כאבי ראש                                          |
|         |    |    | סכרת                                                        |
|         |    |    | אסטמה                                                       |

|  |  |  |                                |
|--|--|--|--------------------------------|
|  |  |  | קטרקט                          |
|  |  |  | יתר לחץ דם                     |
|  |  |  | שומנים או כולסטרול גבוה<br>בדם |
|  |  |  | התקף לב                        |
|  |  |  | אנגינה פקטוריס                 |
|  |  |  | שבץ מוחי                       |
|  |  |  | ברונכיט כרוני                  |
|  |  |  |                                |
|  |  |  |                                |

**הערות:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. האם אתה לוקח תוספי תזונה כגון מולטי ויטמין, ויטמינים, מינרלים, סיבים תזונתיים, שמן דגים, ברזל, סידן.**

1. כן

2. לא (עבור לשאלה 33)

| תוסף תזונה | תדירות |
|------------|--------|
|            |        |
|            |        |
|            |        |
|            |        |
|            |        |
|            |        |
|            |        |
|            |        |

### שימוש בשירותי בריאות

השאלות הבאות מתייחסות לאשפוזים כולל בתי חולים, מרפאות למעט מרפאות שיקום ובתי חולים שיקומיים או למטרת הבראה.

6. במשך 12 החודשים האחרונים, האם אושפזת בבית חולים ללילה אחד או יותר?

1. כן

2. לא

7. כמה פעמים אושפזת ליותר מלילה אחד בבית חולים? \_\_\_\_\_ פעמים 333. לא יודע

8. במשך 12 החודשים האחרונים, האם אושפזת בבית חולים לאשפוז יום? (כלומר לא היית

צריך להישאר למשך הלילה)

1. כן

2. לא

9. כמה פעמים אושפזת באשפוז יום בשנה האחרונה? \_\_\_\_\_ פעמים

השאלות הבאות מתייחסות לביקורי רופא במרפאות, ביקורי בית ובטלפון, ביקורי רופא בחדר מיון ומרפאות חוץ, אך לא כולל אשפוזים בבית חולים.

| מספר פעמים               | במשך ארבעה השבועות האחרונים, שהסתיימו אתמול, כמה פעמים התייעצת |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ____ פעמים<br>כלל לא = 0 | 10. עם רופא כלשהו בנוגע לבריאותך                               |
| ____ פעמים<br>כלל לא = 0 | 11. עם רופא כללי או רופא משפחה                                 |
| ____ פעמים<br>כלל לא = 0 | 12. עם רופא בחדר מיון או טראומה                                |
| ____ פעמים<br>כלל לא = 0 | 13. עם רופא מומחה או רופא מנתח                                 |
| ____ פעמים<br>כלל לא = 0 | 14. רופא שיניים או אורתודנט                                    |

שאלות לאישה (לגבר לעבור לשאלה 22)

15. האם בשנה האחרונה ביקרת אצל רופא נשים?

1. כן.

2. לא.

16. האם יש לך מחזור סדיר?

1. כן.

2. לא.

17. האם את משתמשת באמצעי מניעה (גלולות, זריקות, מדבקות)?

1. כן.

2. לא.

18. האם עברת ניתוח גניקולוגי כלשהו?

1. כן. באיזה גיל? \_\_\_\_\_ איזה ניתוח

2. לא.

19. האם את מקבלת טיפול הורמונאלי חלופי?

1. כן.

2. לא.

20. האם עשית בעבר בדיקת ממוגרפיה (בדיקת רנטגן של השד)?

1. כן. מתי הייתה הבדיקה האחרונה? \_\_\_\_\_

2. לא.

21. האם עשית בעבר בדיקת פאפ-סמיר (משטח צוואר הרחם)

1. כן. מתי? \_\_\_\_\_

2. לא.

### בריאות נפשית

(לחוקר : להיעזר בשאלות אלו בצוות או בהורים)

| עד כמה במהלך 4 השבועות האחרונים הרגשת:               | כל הזמן (1) | רוב הזמן (2) | לפעמים (3) | מעט מהזמן (4) | בכלל לא (5) | מסרב לענות |
|------------------------------------------------------|-------------|--------------|------------|---------------|-------------|------------|
| 22. מאוד עצבני                                       |             |              |            |               |             |            |
| 23. במצב רוח רע, כך ששום דבר לא יכול היה לעודד אותך. |             |              |            |               |             |            |
| 24. רגוע ושלי                                        |             |              |            |               |             |            |
| 25. מיואש או מדוכא                                   |             |              |            |               |             |            |
| 26. שמח                                              |             |              |            |               |             |            |

27. במהלך השנה האחרונה, האם היה זמן כלשהו בו הרגשת עצוב, מדוכדך או מדוכא למשך שבועיים או יותר ברציפות?

1. כן.

2. לא.

28. במהלך השנה האחרונה, האם הייתה לך תקופה שנמשכה חודש ויותר שבה רוב הזמן דאגת, הרגשת מתוח או בחרדה?

1. כן

2. לא

### פעילות גופנית

29. האם בדרך כלל את/ה נוהג/ת לעסוק בפעילות ספורטיבית כלשהי לפחות 20 דקות רצופות. כגון: הליכה, ריצה, שחייה, התעמלות ומשחקי כדור?

1. לא. (עבור לשאלה \_\_)

2. כן

30. באלו חוגים את/ה משתתפ/ת:

| החוג / פעילות | תדירות                                                                                          |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | 1. כל יום / כמעט כל יום<br>2. פעם – פעמיים בשבוע<br>3. פעם – פעמיים בחודש<br>4. פחות מפעם בחודש |
|               | 1. כל יום / כמעט כל יום<br>2. פעם – פעמיים בשבוע<br>3. פעם – פעמיים בחודש<br>4. פחות מפעם בחודש |
|               | 1. כל יום / כמעט כל יום<br>2. פעם – פעמיים בשבוע<br>3. פעם – פעמיים בחודש<br>4. פחות מפעם בחודש |
|               |                                                                                                 |
|               |                                                                                                 |

### שינה

31. כמה שעות את/ה ישן/ה בלילה? \_\_\_\_\_

32. כמה שעות את/ה ישן/ה במשך היום? \_\_\_\_\_

### עישון

33. האם את/ה מעשן/ת? \_\_\_\_\_

1. כן

2. לא (עבור לשאלה 36)

34. כמה סיגריות את/ה מעשן/ת בממוצע? קופסה = 20 סיגריות

\_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_ בשבוע \_\_\_\_\_ בחודש

333. לא יודע / מסרב לענות

35. באיזה גיל התחלת לעשן? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ שנים 333. לא זוכר

36. האם עישנת בעבר? \_\_\_\_\_

1. כן

2. לא

37. באיזה גיל התחלת לעשן? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ שנים 333. לא זוכר

38. באיזה גיל הפסקת לעשן? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ שנים 333. לא זוכר

### צריכת אלכוהול

39. האם במשך 4 השבועות האחרונים שתית משקה אלכוהולי? (בירה, יין, שתייה חריפה)

1. כן

2. לא

*תודה רבה על שיתוף הפעולה.*

## **Abstract**

Obesity is considered by the World Health Organization as "the Pandemic of the 21<sup>st</sup> Century", which prevalence is increasing from year to year. It appears that the health condition of intellectually disabled people in society has attracted relatively little scientific attention. The relatively small number of medical and psychological studies conducted during the last three decades revealed that obesity ratio amongst intellectually disabled people is greater than in the general society.

In spite of the fact that obesity as quality of life effecting factor is in consensus, the relation between obesity and Quality of Life amongst intellectually disabled has not been researched. Quality of Life is recognized as a prime consideration in connection with planning and evaluating services for intellectually disabled. The importance entitlement of intellectually disabled to be provided with all possible conditions in achieving Quality of Life has been recognized during recent decades.

The purpose of this study was, accordingly, to examin the relation between obesity and Quality of Life amongst intellectually disabled in Israel and, should the aforesaid relation is found in existence, whether gender, dwelling, employment, physical activity and nutrition should be recognized as effecting factors.

One hundred and fifty six intellectually disabled employed in Rehabilitation Employment Centers between the Haifa and Netanya area have been sampled, for the purpose of the aforesaid hypothesis, while applying Cummins & Lau Questionnaire as Quality of Life criteria, likewise through using additional instruments such as Nutrition and Activity Knowledge Scale (NAKS), Health Questionnaire on life habits and Q-Sort Cards for examining eating habits. .

Our study revealed that overweight and obesity rates amongst intellectually disabled are greater than the general population in Israel while no relation between obesity and



gender, dwelling intellectual disability level and Quality of Life has been found. At the same token, a significant relation between dwelling and physical activity, eating habits and access to medical services has been revealed through our study. Conclusions and recommendation are detailed hereunder.



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



# **Obesity and Quality of Life among People with Intellectual Disabilities**

**Prof. Yael Latzer**

School of Social Work, Faculty of Social Welfare & Health Sciences, University of Haifa,  
Director, Eating Disorders Clinic, Psychiatric Division, Rambam Health Care Campus, Haifa,  
Israel.

**Prof. Arie Rimmerman**

Richard Crossman Professor of Social Welfare & Social Planning. School of Social Work,  
Faculty of Social Welfare & Health Sciences, University of Haifa

**Galia Golan Sprinzak**

Faculty of Social Welfare & Health Sciences, University of Haifa



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  
2009

קרן שלם/2009/030