



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



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

השפעת מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי

דיצה כהן לוינסון

בהדרכת: דוקטור דובדבני אילנה

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"
אוניברסיטת חיפה, הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה,
החוג ללימודי זקנה



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

2004

עבודה זו מוקדשת

להורי, לזכרם ולברכה, הלה וצבי כהן, אשר תמיד האמינו בי

לפני הנפלא, תום, אשר נאלץ לוותר על שעות מחשב

ולמרות זאת,

תמך בי ...

לאחיותיי שצודדו וחילקו מן ההרשמה ללימודים ועד

לסיום עבודת התיזה

ולחברותי שלא התייאשו, גם בזמנים המתישים ביותר

תודה

- * למנחת העבודה, די"ר אילנה דובדבני, אשר הדריכה, הנחתה, עודדה ותמכה לאורך כל הדרך.
- * לפרופסור פרלה ורנר על הייעוץ המתודולוגי ועזרתה בהכנת עבודת התיזה.
- * לקרן "שלם" לפתוח שירותים קהילתיים לאנשים מפגרים ברשויות המקומיות, על תמיכתה ועל המענק הכספי לבצוע המחקר.
- * לעובדים הסוציאליים והמדריכים במסגרות הדיור החוץ ביתיות באק"ם חיפה, אק"ם חדרה, כפר תקווה, מעון גלעד, על שיתוף הפעולה החם ועל תרומתם מזמנם החופשי לביצוע המחקר.
- * לנחקרים, אשר שתפו אותי במאוייהם ותחושותיהם.

תוכן העניינים

5	תקציר
8	מבוא
10	1. סקירת ספרות
23	2. שיטה
32	3. ממצאים
47	4. דיון
58	ביבליוגרפיה
72	נספחים
83	תקציר באנגלית

תקציר

תיאוריית ההזדקנות המוצלחת הפכה בשנים האחרונות לנשוא מחקרים של חוקרים גרונטולוגיים רבים. זקנה מוצלחת מתקיימת, על פי רו וקהן (Rowe & Kahn, 1997), במפגש בין שלושה גורמים: בריאות, תפקוד, ועניין מלא בחיי היום יום. חשיבותו של נושא הזקנה המוצלחת באנשים עם פיגור שכלי, הולכת וגוברת עם העלייה בתוחלת החיים ובמספר האנשים המגיעים לגיל חמישים ומעלה. נמצא, כי קיים קשר בין השייכות החברתית והקהילתית לבריאות, תפקוד ותוחלת חיים (Benet, 2002) וכן שקיומה של מערכת תמיכה משפר את התנגודת הגופנית לזיהומים ולמחלות, מאריך חיים ומחזק את ההסתגלות הפסיכולוגית (Lunsky & Havercamp, 1999; WHO, 2000). חוקרים שונים משערים, כי מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית חשובה במיוחד עבור אנשים עם פיגור שכלי אשר בדומה לאנשים זקנים באוכלוסייה הכללית, עומדים בפני אובדנים המתרחשים בגיל הזיקנה (Knox, 2001; Lunsky & Havercamp, 1999; Prasher, 2003) ונמצאים בסיכון גבוה יותר מאנשים ללא פיגור שכלי לחוות דיכאון (Weber & Fritsch, 1999).

במחקר זה נבדק הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי וזאת בהתייחסות לגורמים מתווכים שונים. בהסתמך על סקירת הספרות, נגזרו ההשערות הבאות:

1. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך יתפוס את מצבו הבריאותי כטוב יותר.
2. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך רמת תפקודו תהא גבוהה יותר.
3. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך מצבו הרגשי יהיה טוב יותר.
4. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך שייכותו החברתית והמשפחתית תהא טובה יותר.

5. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך תהא זקנתו מוצלחת יותר.

המדגם כלל 100 אנשים עם פיגור שכלי, המוכרים לשירות למען האדם המפגר, בגילאי 50 ומעלה. מרביתם גרים במוסדות ומיעוטם בדוור קהילתי מוגן בישובים: חיפה, טבעון, הקריות, חדרה ובנימינה.

השערות המחקר נבדקו בעזרת הכלים הבאים:

1. שאלון נתונים אישיים ודמוגרפיים הכולל נתונים כגון: גיל, מגדר, מצב תעסוקתי ועוד.
2. שאלון תפקוד מתוך: SELF- Self Evaluation of Life Function (Linn & Linn, 1984) בתרגומו לעברית (פריזנט, 2000).
3. שאלון מצב רגשי מתוך: SELF- Self Evaluation of Life Function (Linn & Linn, 1984) בתרגומו לעברית (פריזנט, 2000). שאלון זה הורכב משני סולמות: סולם דימוי עצמי וסולם מצב נפשי.
4. שאלון מצב בריאות (דיווח עצמי) (פריזנט, 2000).
5. שאלון שייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית (Schalock & Keith, 1993) בתרגומו לעברית (כץ 2001). שאלון זה הורכב משני סולמות: סולם שייכות חברתית וקהילתית, וסולם קשרים משפחתיים, המייצגים, יחדיו, את מידת השייכות של הנחקר לסביבתו.
6. שאלון תמיכה חברתית (Zimet, Dahlem, Zimet & Fanley, 1988) בתרגומו העברי על ידי סטטמן (1995).

השערות המחקר אוששו ברובן. נמצא, כי קיים קשר חיובי בין מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית לחלק מן המשתנים שנבחרו: מצב רגשי ושייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית אך לא למשתנים שבדקו מצב בריאותי ורמת תפקוד, עם זאת נמצא כי ארבעת המשתנים שנבחרו, קשורים זה בזה ומהווים מדד אחד בו ניתן להשתמש על מנת להסיק מסקנות בנושא ההזדקנות מוצלחת של אוכלוסיית המחקר.

הממצא העיקרי במחקר זה מצביע על קיומו של קשר חיובי בין תמיכה חברתית בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת, כך שככל שמערכת התמיכה החברתית הבלתי פורמלית של האדם עם

הפיגור השכלי משמעותית יותר כך זקנתו מוצלחת יותר. ממצא נוסף בעל משמעות מיוחדת, קשור להרכבה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית, המצביע על כך שהתמיכה החברתית מאדם קרוב ומחברים היא המשמעותית לקשר זה ולא דווקא התמיכה מן המשפחה וזאת בניגוד למצא באוכלוסיית הזקנים ללא פיגור שכלי.

תוצאות המחקר תרמו להבנה כי לתמיכה החברתית הבלתי פורמלית יש השפעה על מדד ההזדקנות המוצלחת באנשים זקנים עם פיגור שכלי. תוצאות אלו מרמזות, כי חיזוק ושיפור המבנה והאיכות של מערכת התמיכה החברתית הבלתי פורמלית, בכל מסגרות הדיור החוץ ביתיות, נדרשת על מנת להבטיח הזדקנות מוצלחת באוכלוסייה זו. לפיכך, יש להפנות את תשומת הלב של קובעי המדיניות ואנשי המקצוע לתוצאות אלו וזאת על מנת שיוכלו ליזום תוכניות מתאימות לחיזוק מערכת התמיכה החברתית הבלתי פורמלית ובמיוחד על מנת לחזק את היכולת ליצירת קשרים אישיים והשתלבות חברתית.

מבוא

מבין השינויים הגדולים שהתרחשו במאה העשרים, בולטת במיוחד העלייה בתוחלת החיים. מנתונים סטטיסטיים עולה, כי תוחלת החיים בישראל היא מן הגבוהות בעולם וההערכה היא, כי בשנת 2025 יהוו בני 65+ 14% מן האוכלוסייה (בן משה, פלדמן, פרידלנדר וסכלקנס, 1990). עלייה זו בתוחלת החיים והזדקנותה של האוכלוסייה הכללית, אתגרה את החוקרים בתחום הבריאות והרווחה ותשומת הלב המחקרית הופנתה, לבדיקת גורמי הסיכון המשפיעים על בריאות, מצב רגשי, חברתי ואריכות ימים.

שינויים במצב התפקודי, החברתי והרגשי המתרחשים בגיל הזקנה, נחקרו ונמצאו כקשורים לתמיכה החברתית הבלתי פורמלית (Andrews, Tennant, Hewson, & Vaillant, 1978; Sarason, Sarason & Pierce, 1990). תמיכה חברתית בלתי פורמלית היא התמיכה הניתנת על ידי הרשת החברתית, אשר כוללת אנשים שונים אשר לחלקם מרגיש היחיד קרבה או שנתפסים על ידו כפנויים למתן תמיכה (Peek & O'Neill, 2001). בדרך כלל, נכללים בין חברי מערכת התמיכה, בני זוג, ילדים, בני משפחה קרובים, חברים, שכנים וקבוצות השתייכות שונות המעניקים תמיכה רגשית ואו אינסטרומנטלית (אוסלנדר, חקלאי-רוסט וליטווין, 1991; Kaplan & Toshima, 1990). בד בבד עם בדיקת גורמי הסיכון, החלו התאורטיקנים להציע תיאוריות שונות המסבירות כיצד מתמודד האדם הזקן עם השינויים בחייו ולנסות ולנבא אלו גורמים יובילו להזדקנות מוצלחת. למרות שהחוקרים חלוקים בדעותיהם על מהי זקנה מוצלחת וכיצד ניתן להשיגה, הציעו רו וקהן (Row & Kahn, 1997), מודל המשלב שלושה גורמים: שמירה על בריאות, תפקוד פיזי וקוגניטיבי ועניין מלא בחיי היום יום הכולל פעילות יצרנית והשתייכות חברתית. לדעתם, זיקנה מוצלחת, מתרחשת במפגש בין גורמים אלו.

למרות שהעלייה בתוחלת החיים, לא פסחה גם על אוכלוסיות עם צרכים מיוחדים, מיעוט החוקרים בתחום הזקנה להתייחס לנושא זה. במחקרם של דיקרסון, המילטון, הובר וסיגל (Dickerson, Hamilton, Huber & Segal, 1979) מכונה אוכלוסייה זו "הזקנים הבלתי נראים"

וסקירת מאמרים שנערכה 17 שנים מאוחר יותר מצאה שתחום הידע עדיין צר והמליצה לערוך מחקרים נוספים (McCarthy & Mullan, 1996).

מחקרים שנערכו בשנים האחרונות מצאו כי, אנשים עם פיגור שכלי, בדומה לאוכלוסייה הכללית, חווים שינויים נורמטיביים הנגזרים ממעגל החיים. שינויים אלו גורמים לאבדנים פיזיים וחברתיים, החושפים אותם לסיכון כפול בתקופת זקנתם. עם הזדקנותם, עלולים אנשים עם פיגור שכלי, לחוות ירידה קוגניטיבית ופיזית האופיינית לגיל הזקנה אשר תגרום לעלייה בצורך לקבל תמיכה, אך בד בבד מערכת התמיכה המשפחתית שלהם (הורים ואחים) תזדקן יחד עימם ולא תוכל להעניק להם את תשומת הלב והעזרה לה, ללא ספק, יזדקקו (Biersdorff, 1999; Lavin & Doka, 1999).

בישראל טרם נערך מחקר מקיף באוכלוסייה מזדקנת עם פיגור שכלי, החיה במסגרות חוץ ביתיות, והבודק את הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית למדדים של זקנה מוצלחת כפי שהם נתפסים על ידי הנחקרים. לאור זאת, מטרת המחקר הנוכחי הייתה לזהות את הקשר בין מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. ממצאי המחקר הנוכחי עשויים להביא מבחינה תיאורטית, להעמקת הידע בנושא הזדקנות מוצלחת אצל אנשים עם פיגור שכלי, הרכבה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית והקשר ביניהן. ומבחינה מעשית לשינויי תכנים בתמיכה הפורמלית ובניית תוכניות לחיזוק המערכת הבלתי פורמלית באוכלוסייה זו על ידי אנשי המקצוע וקובעי המדיניות.

1. סקירת ספרות

1.1 רקע כללי

1.1.1 אנשים זקנים עם פיגור שכלי

אחת האמונות הרווחות היא, שאנשים עם פיגור שכלי אינם זוכים להגיע לגיל זיקנה (World Health Organization, 2000). בעבר, אכן היה בסיס לאמונה זו. מרבית האנשים עם פיגור שכלי, לא זכו, עד לפני עשורים מועטים, להגיע לגיל זיקנה. תנאיי תברואה ירודים, טיפול רפואי בלתי מפותח ויחס החברה, היו בין הגורמים לתוחלת חיים נמוכה באוכלוסייה זו (Horowitz, Kerker, Owens & Zigler, 2000).

שיפור רב בכל הגורמים הללו, הביא לעלייה דרמטית בתוחלת חייהם של אנשים עם פיגור שכלי. נמצא כי תוחלת החיים של אנשים עם פיגור עלתה בשנים האחרונות ל-67 עבור נשים ו-63 לגברים (Janicki, Dalton, Henderson, & Davidson, 1999). כתוצאה מכך, אנו עדים היום, במדינות המתועשות, לאוכלוסייה הולכת וגדלה של אנשים זקנים עם פיגור שכלי (Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, Chicoine & Working Group 2000; Janicki, Dalton, Henderson & Davidson, 1999; Lavin, & Doka, 1999). בסעיף הבא נכיר את יחודו של האדם המוגדר כבעל פיגור שכלי.

1.1.2 פיגור שכלי

הגדרה

חוק הסעד- טיפול במפגרים (1969) מגדיר אדם עם פיגור שכלי "כאדם שמחמת חוסר התפתחות או התפתחות לקויה של כושרו השכלי, מוגבלת יכולתו להתנהגות מסתגלת ונזקק לטיפולי". שלושה מרכיבים נדרשים, על מנת שהאדם יוגדר כמפגר: רמת משכל נמוכה מ-65, רמת תפקוד (התנהגות מסתגלת) מתחת לנורמה ואיתור הפיגור עד גיל חמש (תיקון לחוק הסעד, 1975).

מרכיב ראשון-מגבלה באינטליגנציה

רמת משכל-אינטליגנציה מתייחסת ליכולת שכלית כללית. היא כוללת את היכולת להסיק מסקנות, לתכנן, לפתור בעיות, לחשוב בצורה מופשטת, להבין מושגים מורכבים, ללמוד במהירות וללמוד מן הניסיון.

היכולת השכלית נמדדת באמצעות מבחני אינטליגנציה סטנדרטיים המועברים על ידי מומחים. ציון של שתי סטיות תקן מתחת למוצע, דהיינו מתחת ל-70 נקודות נחשב למגבלה משמעותית בתפקוד השכלי. עקב חשש לטעות האופיינית למבחני האינטליגנציה של 5 נקודות נהוג בארץ להתייחס לרמת משכל של 65 ומטה להגדרת האדם כמפגר. הערכה זו חייבת להתבסס על מבחן אינטליגנציה אחד או יותר אך לקבל תוקף ממבחנים נוספים ומידע הערכתי המגיע מגורמים מקצועיים (AAMR, 2002).

מרכיב שני- מגבלה בהתנהגות מסתגלת

התנהגות מסתגלת היא אוסף של מיומנויות תפיסתיות, חברתיות ומעשיות שאדם צריך ללמוד כדי לתפקד בחיי היום יום (כלומר: תקשורת, עזרה עצמית, חיי יומיום, בריאות ובריאות, תפקודים עיוניים, פנאי, תעסוקה, הכוונה עצמית, מיומנויות חברתיות ושימוש במשאבים סביבתיים). מגבלה משמעותית בהתנהגות המסתגלת פוגעת בניהול אורח חיים יום יומי תקין של הפרט ובעצמאותו האישית. המיומנויות הרלוונטיות בכל תחום של ההתנהגות המסתגלת משתנות עם הגיל הכרונולוגי ולכן הערכת התפקודים חייבת להתייחס גם לנתון זה. באבחון של האדם עם פיגור שכלי נמדדות מגבלות בתחום ההתנהגות המסתגלת הנובעות מן המוגבלויות הקוגניטיביות של האדם (AAMR, 2002).

מרכיב שלישי

מרכיב זה מופיע בהגדרה וזאת על מנת להוציא את כל אותם מבוגרים שנפגעו בתאונות או עקב מחלות לאחר שמערכת העצבים שלהם הגיעה למלא הפוטנציאל ההתפתחותי הנורמטיבי (AAMR, 2002). בארץ, אבחון להגדרת אדם כבעל פיגור שכלי הינו תהליך, המבוצע על ידי יחידות האבחון שכוללות צוות רב מקצועי של האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה. במערכת האבחון נערכות בדיקות לכלל האוכלוסייה ללא הגבלת גיל. מלבד האבחון הראשוני, הונהג בארץ מעקב חוזר, כך שאדם שהוגדר כמפגר בשכלו יאובחן כל שלוש שנים על ידי ועדת האבחון באזור מגוריו ומעל גיל ארבעים, אחת לעשר שנים (עמינדב, 1998).

על פי נתוני האגף לטיפול באדם המפגר משנת 2001, ידועים בארץ כיום כ-12,000 אנשים עם פיגור שכלי, כשליש מהם חיים במסגרת עצמאית או משפחתית ושני שלישי (8,047) שוהים בפנימיות, במסגרות דויר בקהילה ובמשפחות אמנה (דו"ח מבקר המדינה, 2002). סקר גילאים מצא כי כ-40% מהאנשים בעלי פיגור שכלי, המתגוררים מחוץ לביתם, הינם מעל גיל 40 ו-4.9% הינם מעל גיל 60 (Merick, 2001).

1.1.3 מסגרות דיור חוץ ביתיות

מסגרות הדיור החוץ ביתיות לאוכלוסייה עם פיגור כוללות: מוסדות ממשלתיים ופרטיים (מעונות-פנימייה), הוסטלים, מגורים חצי עצמאיים, אומנה, ומסגרת עצמאית.

מוסדות (מעונות-פנימייה)- גם היום המסגרות המוסדיות מהוות את החלק הארי במערכת השירותים לאנשים עם פיגור שכלי (קנדל 1997) וזאת למרות שבשנים האחרונות הוקמו בארץ מסגרות דיור קהילתיות רבות הרי שאוכלוסיית היעד שלהן היא בעיקר אנשים צעירים עם פיגור.

מסגרת מוסדית: בהגדרת מושג זה נכללות כל מסגרות המגורים שנפרדות מן הקהילה, אם במימון פרטי ואם במימון ממשלתי.

מסגרות דיור קהילתיות: מסגרת קהילתית הינה כל מסגרת הנמצאת בקהילה ודייריה משתמשים בשירותי הקהילה. בארץ, מוכרים כיום חמישה מודלים לדיור קהילתי השונים זה מזה ברמת ההשגחה של הצוות המטפל ובכמות הדיירים (שוורץ, 1993):

1. הוסטל- הדיירים בהוסטל, המונים בין 11 ל-16, נמצאים תחת השגחה מלאה.
2. דירת הכשרה- השייכת מבחינה ארגונית להוסטל ומטרתה להכשיר את הדיירים המתאימים למגורים עצמאיים בקהילה.
3. בית קבוצתי- בו גרים 5-6 דיירים הזקוקים להשגחה מלאה.
4. דירה מוגנת- בה גרים 4-6 דיירים הזקוקים להשגחה חלקית.
5. דירה עצמאית- בה גרים 2-5 דיירים הזקוקים להנחיה אך מסוגלים לתפקד ללא פיקוח צמוד.

1.2 מאפייני זיקנה של אנשים עם פיגור שכלי

1.2.1 זיקנה

חוויות חיים שונות נתפסות באופן סובייקטיבי גם בהתאם לשלב בו מצוי האדם במעגל החיים. שלב "הזיקנה" במעגל החיים והגדרתו, משתנה בהתאם לתחום המחקר בו אנו עוסקים. חזן (1984), בספרו "הזיקנה כתופעה חברתית" טוען, שהזיקנה "היא פועל יוצא של תהליכים חברתיים" (ע' 11). על פי חזן, החברה המערבית החליטה, שבעשור השביעי לחייו, כושרו של האדם לתרום תרומה מקסימלית לכוח העבודה

פוחת ואי לכך, הוא יוגדר כ"זקן" ויאִלֵץ לפרוש ממקום עבודתו. גם מואין (Moen, 1996), בדומה לחזן, טוען שהגיל הינו הגורם המרכזי בקביעת תפקידיהם החברתיים של אנשים. הגיל, על פי מואין, מהווה מדד לשייכות לקבוצת גיל מוגדרת ומהווה מדד לחוויות משותפות ולמאפייני גיל דומים.

חוקרים אחרים, מתייחסים לזיקנה כמכלול ומגדירים אותה כחלק ממעגל החיים. על פי הגדרה זו, מאופיינת הזיקנה, בדומה לכל שלבי החיים, בתהליכים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים והיא מהווה תהליך ולא אירוע חד פעמי (Row & Kahn, 1987; World Health Organization, 2000). גם בקרב אנשים זקנים עם פיגור שכלי, קיימים מספר מאפייני זיקנה מוגדרים.

1.2.2 מאפייני זיקנה ביולוגיים של אנשים עם פיגור שכלי

המושג זיקנה כולל בתוכו אפיונים ביולוגיים, פסיכולוגיים וחברתיים. חוקרים אחדים בדקו את האפיונים הביולוגיים של הזיקנה, אצל אנשים עם פיגור שכלי. חוקרים אלה, רובם ככולם, מצאו שאנשים עם פיגור שכלי מזדקנים מבחינה ביולוגית מוקדם יותר מאנשים ללא פיגור שכלי, כלומר, הבעיות הבריאותיות האופייניות לאוכלוסייה ללא פיגור שכלי בגיל הזיקנה, מופיעות בגיל צעיר יחסית באנשים עם פיגור שכלי. (כרמלי, ברחד, זייגר וכרמלי, 2001; ליפשיץ, 1998; Evenhuis, Henderson, Beange, Lennox, ; 1998; Chicoin & Working Group 2000; Connolly, 1998; Lifshitz, 2001; McCarthy & Mullan, 1996).

במחקרה של ליפשיץ (Lifshitz, 2001) נמצא, שבעיות בריאותיות האופייניות לגיל הזיקנה, החלו להופיע באנשים עם פיגור שכלי כבר בגיל 40. לעומת המצב הבריאותי, בנושא התפקוד היום יומי, לא נמצאה כל ירידה, לפני גיל 60 (מלבד באוכלוסיית C.P.).

מסקנה נוספת שנבעה ממחקרים אלו היא, שמאפייני ההזדקנות הביולוגיים, של אנשים עם פיגור שכלי, דומים באופן כללי למאפייני הזדקנות של האוכלוסייה הכללית. כלומר, הם סובלים ממחלות זיקנה כגון: שיטיון, ירידה בתפקוד החושים, אי שליטה בשתן וירידה בתנועתיות. יחד עם זאת, ישנן מחלות המופיעות בשכיחות גבוהה יותר באוכלוסייה הזקנים הכללית, כגון: סרטן, בעיות לב ובעיות בבלוטת התריס לעומת מחלות אחרות, כגון: סוכרת, המופיעות בשכיחות גבוהה יותר באוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי (Connolly, 1998; Lifshitz, 2001).

נתון מעניין שנמצא במחקרם של מקארתי ומולאן (McCarthy & Mullan, 1996) הוא שאוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי (גיל 60 ומעלה), בריאה יותר מאוכלוסיית הצעירים עם פיגור שכלי (גיל 60 ומטה). לדעתן, הדבר נובע עקב מוות מוקדם של החולים באוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי.

במחקרה של ליפשיץ (Lifshitz, 2001) נמצא שקיים קשר בין רמת הפיגור השכלי להופעתם של מאפייני הזדקנות ביולוגיים בגיל צעיר יותר. ככל שרמת הפיגור השכלי הייתה קשה יותר כך נמצאו מאפייני הזדקנות בגיל צעיר יותר. בבחינה על פי מגדר, לא נמצאו הבדלים משמעותיים בסימני הזיקנה ובתוחלת החיים וזאת בניגוד לאוכלוסייה הזקנה ללא פיגור שכלי.

1.2.3 מאפייני זיקנה פסיכולוגיים וחברתיים

אנשים זקנים עם פיגור שכלי, בדומה לאנשים זקנים באוכלוסייה הכללית, עומדים בפני אובדנים המתרחשים בגיל הזיקנה (Knox, 2001). ירידה בכושר הגופני, שכול ותחושת בדידות עקב מות הורה או חבר, שינוי מקום מגורים ואובדנים נוספים המביאים לתחושת חוסר שליטה, עלולים להוביל להפרעות נפשיות שונות (קסל, 1999; World Health Organization, 2000).

למרות שבאופן כללי שכיחותן של הפרעות התנהגותיות יורדת בגיל הזיקנה באנשים עם פיגור שכלי, הרי עדיין שכיחותן באוכלוסייה זו לעומת האוכלוסייה הכללית גבוהה (Burns, Purandare & Craig, 1996; McCarthy & Mullan, 2002). כמו כן נמצא, כי אוכלוסיית זקנים עם פיגור שכלי, נמצאת בסיכון גבוה לחוות דיכאון (Weber & Fritsch, 1999). בסקירה שערכו מקרתי ומולאן (McCarthy & Mullan, 1996) מצאו החוקרות ששכיחות מחלות הנפש באוכלוסייה זו נעה בין 14.3% ל 67.3%. לטענתן, טווח רחב זה, נובע משיטות מדידה שונות וקריטריונים בלתי ברורים המשמשים חוקרים שונים.

מחלת השיטיון, ששכיחותה עולה עם הגיל, פוגעת באוכלוסייה המבוגרת עם פיגור שכלי בשכיחות דומה לפגיעתה באוכלוסייה הכללית, יוצאת מן הכלל היא קבוצת האנשים עם תסמונת דאון, שבה השכיחות גבוהה בהרבה (World Health Organization, 2000).

1.3 שלב הזיקנה באנשים עם פיגור שכלי

1.3.1 גיל הזיקנה

תחילת שלב הזיקנה, נקבע במדינת ישראל, על פי גילו הכרונולוגי של האדם (חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה - 1995). משמעותו המעשית של חוק זה היא, פרישה מהעבודה וקבלת קצבת זיקנה. עד לתקופה האחרונה נהוג היה בארץ גיל פרישה שונה, עבור גברים ונשים. גיל 65 נקבע כגיל הזיקנה, עבור הגבר ואילו האישה הפכה "זיקנה", באופן רשמי, בגיל 60. לאחרונה שונה החוק ונקבע כי גיל 67 יהווה גיל פרישה הן לגברים והן לנשים.

החברה, אמנם מגדירה את תקופת הזיקנה, בצורה שרירותית, על פי גיל כרונולוגי, החל מגיל 65 ומעלה, אך מרבית חוקרי הזיקנה טוענים, שיש לבדוק גיל ביולוגי ויכולת תפקודית, לפני הגדרתו של האדם כזקן. נהוג היום, לקבוע את גיל הזיקנה בתחום של שנים ולא בשנה מוגדרת. הגרונטולוגים קבעו תחומי גיל כגון: זקן צעיר בתחום גיל 65-74, זקן בתחום גילאים של 75-84 וזקן-זקן בגילאי 85 ומעלה (חזן, 1984; Siegel, 1980; Streib, 1983).

1.3.2 קביעת גיל הזיקנה באנשים עם פיגור שכלי

הגדרה החוקית, לגיל פרישה כרונולוגי מהעבודה, אינה יכולה לשמש כבסיס להגדרת גיל זיקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי וזאת מכיוון, שלרוב לא קיים עבורם תהליך פרישה מהעבודה (ליפשיץ, 1998; Biersdorff, 1999; Heller & Factor, 2002). הניסיון להגדיר את תחילת תקופת הזיקנה, על פי גיל ביולוגי, באנשים עם פיגור שכלי, הביא למחקרים שונים. במחקרם של כרמלי וברחד, זייגר וכרמלי, (2001) נמצא, שאנשים עם פיגור שכלי מזדקנים מוקדם יותר מאשר אנשים ללא פיגור שכלי. במחקרה של ליפשיץ (Lifshitz, 2001) נמצאו אצל אנשים עם פיגור שכלי, מאפייני זיקנה כבר בגיל 40.

החוקרים, המסכימים שאנשים עם פיגור שכלי מזדקנים מבחינה ביולוגית מוקדם יותר, מתקשים לקבוע הגדרה מדויקת לתחילת תקופת הזיקנה. מרבית החוקרים מדברים על טווח נרחב בין 40 ל- 75 שנים (כרמלי, ברחד, זייגר וכרמלי, 2001; ליפשיץ, 1998; Seltzer & Krauss, 1987; Lifshitz, 2001). ארגון הבריאות העולמי (WHO), קבע את תחילת תקופת הזיקנה הכרונולוגית, של אנשים עם פיגור שכלי, לעשור השישי לחייהם, כלומר מגיל 50 והלאה (World Health Organization, 2000). חוקרים רבים בתחום

הזיקנה, לא הסתפקו בהגדרת גיל הזיקנה ומאפייניה, אלא ביקשו לבדוק מהי זיקנה מוצלחת וכיצד ניתן להשיגה.

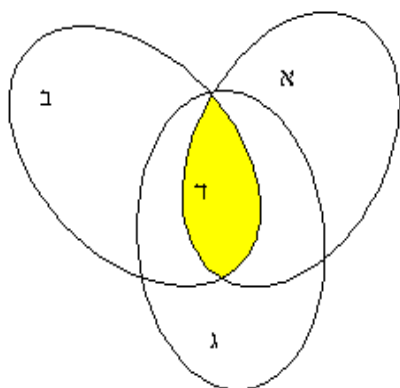
1.4 זיקנה מוצלחת

הגדרתה ופענוח סודה של "הזדקנות מוצלחת", הפך בשנים האחרונות לנושא משמעותי במחקר הגרונטולוגי. חוקרים שונים הגדירו את המושג "זיקנה מוצלחת" על פי אספקטים שונים, כגון: יכולת אינדיבידואלית להסתגל לשינויים, המשכיות וקיום פעילות רוחנית (שץ, קוזקוב וכהן, 1993; Baltes & Bergstrom & Holmes, 2000; Baltes, 1990), סיפוק ושביעות רצון מהחיים (Palmore, 1979).

למרות שנות המחקר הרבות, לא הגיעו החוקרים, עד היום, להגדרה אופרטיבית ומוסכמת בנושא זיקנה מוצלחת (Phelan & Larson, 2002). מחקרים אשר בדקו את הגורמים הקשורים למבנה הרב ממדי של הזיקנה המוצלחת, מצאו כי בריאות טובה (כמות מחלות כרוניות ודיווח עצמי של המצב הבריאותי), בטחון כלכלי, השכלה, מעורבות בפעילות פנאי, פעילות חברתית וקיומן של מערכות תמיכה, מתאימים כגורמים מנבאים לזיקנה מוצלחת (Ballesteros, Zamamrron & Ruiz, 2001; Palmore, 1979; Rowe & Kahn, 1998; Strawbrige, Cohen, & Shema, 1996).

רו וקהן (Rowe & Kahn, 1997), הציעו מודל של הזדקנות מוצלחת, שמשלב שלושה גורמים: בריאות, תפקוד, ועניין בחיי היום יום. לדעתם, זיקנה מוצלחת מתרחשת במפגש בין גורמים אלו.

איור 1. מודל להזדקנות מוצלחת



א. בריאות

ב. תפקוד

ג. עניין בחיי היום יום

ד. זיקנה מוצלחת

המרכיב הראשון במודל זה, הוא מרכיב הבריאות. אנשים רבים נולדים ומתפתחים עם סיכון בריאותי, עקב תכונות גנטיות מולדות ועקב סביבת חייהם. בעבר, נהוג היה לחשוב שאין להימנע מהמשך

סיכון זה בתקופת ההזדקנות. אולם גורמים אלו אינם הקובעים הבלעדיים לרמת הסיכון הבריאותי בגיל הזיקנה. ככל שהאדם מזדקן, השפעת הגורמים הגנטיים על תהליך הזדקנותו הולכת ופוחתת וכוחם של גורמים אחרים עולה. גורמים חיצוניים כגון: סגנון חיים ומערכות תמיכה הם בעלי תפקיד משמעותי בקביעת גורמי סיכון למחלות. אמנם, המודל דרש כי מצבו הבריאותי של האדם הזקן יהא מעל לממוצע, על מנת שיוגדר כמזדקן בהצלחה, אולם, סליבן ופישר (Sullivan & Fisher, 1994) טענו כי הדרישה הזו, אינה מציאותית ונמצאת מחוץ להישג ידם של מרבית האנשים. לפיכך, הציעו החוקרים לקבוע מטרות בריאותיות אופטימליות על פי מצבו הייחודי ונסיבות חייו.

המרכיב השני החיוני להזדקנות מוצלחת על פי המודל, הוא תפקוד פיזי וקוגניטיבי מקסימלי. בגיל זיקנה שני תפקודים אלו מהווים מקור לדאגה. ירידה ביכולת הלמידה, הזיכרון לטווח קצר והיכולת הפיזית, עלולה להביא למניעה של השתתפות בחיים יצרניים ופעלתניים.

מרכיב אחרון במודל זה קשור לפעילות יצרנית ועניין בסובב. ההבחנה בין פעילות יצרנית ובלתי יצרנית מופיעה בתיאוריות שונות הטוענות כי פעילות בלתי יצרנית הינה "בזבוז של זמן" ומוגדרת בחברה כחסרת ערך ולפיכך מפחיתה ממצבו הרגשי של האדם (Beck & Page, 1988; Palmore & Kivett, 1977; Stevens, 1993). עניין בסובב משמעותו, שייכות משפחתית, חברתית וקהילתית, פורמלית ובלתי פורמלית (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000).

הצורך ביחסים בין אישיים ושייכות חברתית וקהילתית, נשאר חשוב לאורך כל שלבי החיים וחשיבותם מתבטאת במיוחד בגיל הזיקנה. נמצא, כי קיים קשר ישיר בין בריאות ותמותה לרמת השייכות החברתית והקהילתית (Benet, 2002). מכאן, ניתן להסיק כי לאספקטים חברתיים בשלב הזקנה, יש תפקיד בשמירה על מצב בריאותי תקין. תמיר (Tamir, 1979) טען, כי "ניסיונות תקשורת מוצלחים, תורמים לשיפור במצב הביולוגי, הפסיכולוגי והחברתי של האדם הזקן" (ע' 135). קיומן של מערכות יחסים ותקשורת תורמים למרבית האספקטים של יכולתו של האינדיבידואל להזדקן בהצלחה ומהווה מרכיב חשוב ביותר לקבלת תמיכה חברתית (Albrecht & Adelman, 1984; Bergstrom & Holmes, 2000; Query, 1979; James, 1989).

1.5 מערכת תמיכה בלתי פורמאלית

מתוך מכלול הגורמים שנמנו לעיל, המשפיעים על כלל מרכיבי ההזדקנות המוצלחת, אנו נתמקד באחד המשתנים החשובים והוא מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמאלית. רשת חברתית מוגדרת כסדרה של מגעים אנושיים שבעזרתם האדם בונה את זהותו החברתית ומקבל תמיכה רגשית, עזרה חומרית שירותים ומידע (Walker, MacBride & Vachon, 1977). מערכת תמיכה בלתי פורמאלית היא סוג של רשת חברתית, אשר כוללת אנשים אשר היחיד מרגיש שהם קרובים אליו או שנתפסים על ידו כפנויים למתן תמיכה (Peek & O'Neill, 2001).

מערכת תמיכה בלתי פורמאלית, יכולה לכלול בני זוג, ילדים, בני משפחה קרובים, חברים, שכנים וקבוצות השתייכות שונות. המערכת פועלת תוך סדרת מגעים בלתי פורמליים בין האדם ובין הסובבים אותו. נמצא, כי התמיכה החברתית מחלישה את תחושת הלחץ שחש האדם ומספקת תמיכה יום יומית לאירועים שונים, בתחומים רגשיים, חברתיים ומעשיים (אוסלנדר, חקלאי-רוסט וליטווין, 1991; Dunset, Trivette; Kaplan & Toshima, 1990; Deal & Deal, 1988).

1.5.1 משמעות מערכת תמיכה בלתי פורמאלית עבור הזקן

רשתות חברתיות מספקות לאדם הזקן, הזדמנויות לקשר ומגע עם הסובב. רשת חברתית מספקת קשר ותמיכה המנבאים מצב בריאותי ונפשי חיובי. מחקרים שונים, בדקו את משמעותה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית, עבור הזקנים. נמצא, כי קיים קשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית לתפקוד ובריאות פיזית ונפשית (Benet, 2002; Cohen, & Syme, 1985; Kaplan & Toshima, 1990; Lin & Peek,) 81 מחקרים, מצאו יוציאו, קסיופו, וקיקולט-גלסר (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996) כי, קיומה של מערכת זו מונע תחושה של חוסר ביטחון, חוסר שייכות, בדידות, תלות ועוזר לקיומם של חיים מלאים ועצמאיים.

מחקרים שונים טוענים שקיומה של מערכת תמיכה צרה ומצומצמת, מקטיין את הסיכוי להגיע לגיל זיקנה ומשפיע על בריאות נפשית ואילו קיומה של מערכת תמיכה רחבה ומגוונת, משפר את התנגודת הגופנית לזיהומים ולמחלות, מאריך חיים ומחזק את הסתגלות הפסיכולוגית (Albrecht, Burlison &)

(Goldsmith, 1994; Lunsky & Haverkamp, 1999; WHO, 2000). נמצא כי קיומה של מערכת

תמיכה משפחתית מפחיתה סיכוני חיים אצל אנשים זקנים (Benet, 2002).

למרות, שרשתות חברתיות אינן מספקות תמיכה באופן גורף, הרי נמצא שאנשים שלהם רשתות חברתיות גדולות יותר ומגע חברתי שכיח יותר, יהיו בעלי סיכוי רב יותר לזכות במערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית ולפיכך לקבל עזרה, יותר מאשר אלו שלהם רשתות קטנות יותר (Lin & Peek, 1999). במחקרם של קפלן וטושימה (Kaplan & Toshima, 1990) הוצע שאנשים, שלהם מערכת תמיכה מצומצמת, יחסרו את העזרה אותה מגישים המשתתפים במערכת נרחבת יותר, בכדי לפתור בעיות חברתיות ואישיות ולפיכך הם ימצאו בסיכון. למרות זאת, במחקרם של פנג, קרסטנסן ולנג (Fung, Carstensen & Lang, 2001) נמצא שאנשים זקנים מעדיפים קשרים איכותיים ומצומצמים על פני קשת רחבה של קשרים. כמו כן נמצא, שקיומה של מערכת קשרים מצומצמת אך קרובה, אינו מפחית מרווחתם האישית ומאושרם של אנשים אלו (Fung, Carstensen, & Lang, 2001) ולפיכך כדי שתמיכה חברתית אכן תהא משמעותית היא חייבת לכלול קשר רגשי (Everard, Lach, Fisher & Baum, 2000). קליימן ומקגרי (Kleyman & McGarry, 2001) טענו כי, אנשים שהיו מרוצים ממערכת התמיכה החברתית שלהם והרגישו אהובים, הגדירו את זקנתם כמוצלחת ללא קשר למצבם הפיזי. חיזוק לטענה זו נמצא במחקר חדש, אשר מצא כי הערכה של מצב בריאותי משמעותית יותר מהמצב הבריאותי האובייקטיבי להישרדותם של אנשים זקנים (Liang, Shaw, Krause, Bennett, Blaum, Kobayashi, Fukaya & Sugisawa, 2003).

מחקרים אחדים (אוסלנדר, חקלאי-רוסט וליטווין, 1991; Carstensen, 1992) בדקו את הרכב מערכת התמיכה החברתית המועדפת על ידי זקנים ללא פיגור שכלי. במחקרים אלו ניכרה, ירידה בקשר עם מכרים וידידים ונמצא, שהמשפחה מהווה את הגורם המשמעותי ביותר במתן תמיכה חברתית. נמצא, שאנשים בני חמישים ומעלה, הביעו שביעות רצון מקשרים עם קבוצה מצומצמת שכללה בני זוג, ילדים ואחים.

1.6 מערכת תמיכה בלתי פורמאלית אצל אנשים עם פיגור שכלי

מחקרים אחדים, שביקשו ללמוד על קשרי החברות אצל אנשים עם פיגור שכלי מצאו, שהבידוד החברתי מתגבר עם העלייה בגיל ולרבים מהאנשים עם פיגור שכלי מעל גיל 18, שחיו במסגרות קהילתיות ובמוסדות, לא היו חברים כלל (Amado, 1993; Hayden, Lakin, Hill, Bruininks & Copher, 1992). בבחינה על פי מגדר, נמצא במחקרם של לויין ודוקה (Lavin & Doka, 1999), כי נשים עם פיגור שכלי מדווחות על מספר רב יותר של קשרים חברתיים לעומת גברים עם פיגור שכלי. כמו כן, נמצא כי מרבית חברי הרשת החברתית של אנשים עם פיגור שכלי, שייכים לחוג משפחתם (Krauss, Seltzer, & Goodman, 1992). לעומתם מציינת וולש (Walsh, 2002), כי במחקר שנערך במסגרת דיור קהילתית נמצא כי כמעט כל הדיירים ציינו כי מערכת התמיכה החברתית שלהם כוללת בעיקר את אנשי הצוות המטפל ואו את חבריהם למסגרת הדיור.

חוקרים שונים משערים, כי מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית חשובה במיוחד עבור אנשים עם פיגור שכלי וחסרונה עלול להיות הגורם לשכיחות גבוהה של בעיות התנהגות ופסיכופתולוגיה באוכלוסייה זו (Borthwick-Daffy, 1994; Lunsky & Havercamp, 1999; Newton, Horner, Ard, LeBaron & Sappington, 1994; Prasher, 2003). לדעת החוקרים, רמות נמוכות של תמיכה חברתית בלתי פורמלית עלולות לנבוע מהפרעות נפשיות, אך גם ההפך עלול להיות נכון, כלומר, רמות תמיכה נמוכות, עלולות להוביל למצב של פסיכופתולוגיה (Lunsky & Havercamp, 1999; Horowitz, Reinhard & Howell-White, 1996).

הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית ודיכאון באנשים עם פיגור שכלי נבדק על ידי חוקרים אחדים (Helgeson, 1993; Lakey, Tardiff & Drew, 1994; Lunsky & Havercamp, 1999). במחקריהם, נמצא קשר שלילי בין דיכאון וקיומה של מערכת תמיכה באנשים עם פיגור שכלי קל, כלומר, נמצא, שככל שלאדם עם פיגור שכלי הייתה מערכת תמיכה חברתית רחבה יותר, הוא סבל פחות מדיכאון. בנוסף, במחקר שבדק אנשים בוגרים עם פיגור קשה ועמוק אשר מתגוררים בדיור קהילתי, נמצא שלקשרים משפחתיים וחברתיים יש השפעה על הסביבה הפיזית (הפיכתה לביתית וחמימה יותר) וכן על רמת הפעילות הן במסגרת הדיור והן בסביבה הקרובה (Campo, Sharpton, Thompson, Bruce & Sexton, 1977).

לסיכום, מטרת המחקר הייתה, למצוא האם קיים קשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית של אנשים זקנים עם פיגור שכלי ומה מהות הקשר, להזדקנותם המוצלחת ככלל ולכל אחד מן המדדים הנכללים בהגדרת המושג הזדקנות מוצלחת בפרט.

1.7 השערות המחקר

במחקר זה נבדק הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי וזאת בהתייחסות לגורמים מתווכים שונים. בהסתמך על סקירת הספרות, נגזרו ההשערות הבאות:

1. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך יתפוס את מצבו הבריאותי כטוב יותר.

2. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך רמת תפקודו תהא גבוהה יותר.

3. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך מצבו הרגשי יהיה טוב יותר.

4. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך שייכותו החברתית והמשפחתית תהא טובה יותר.

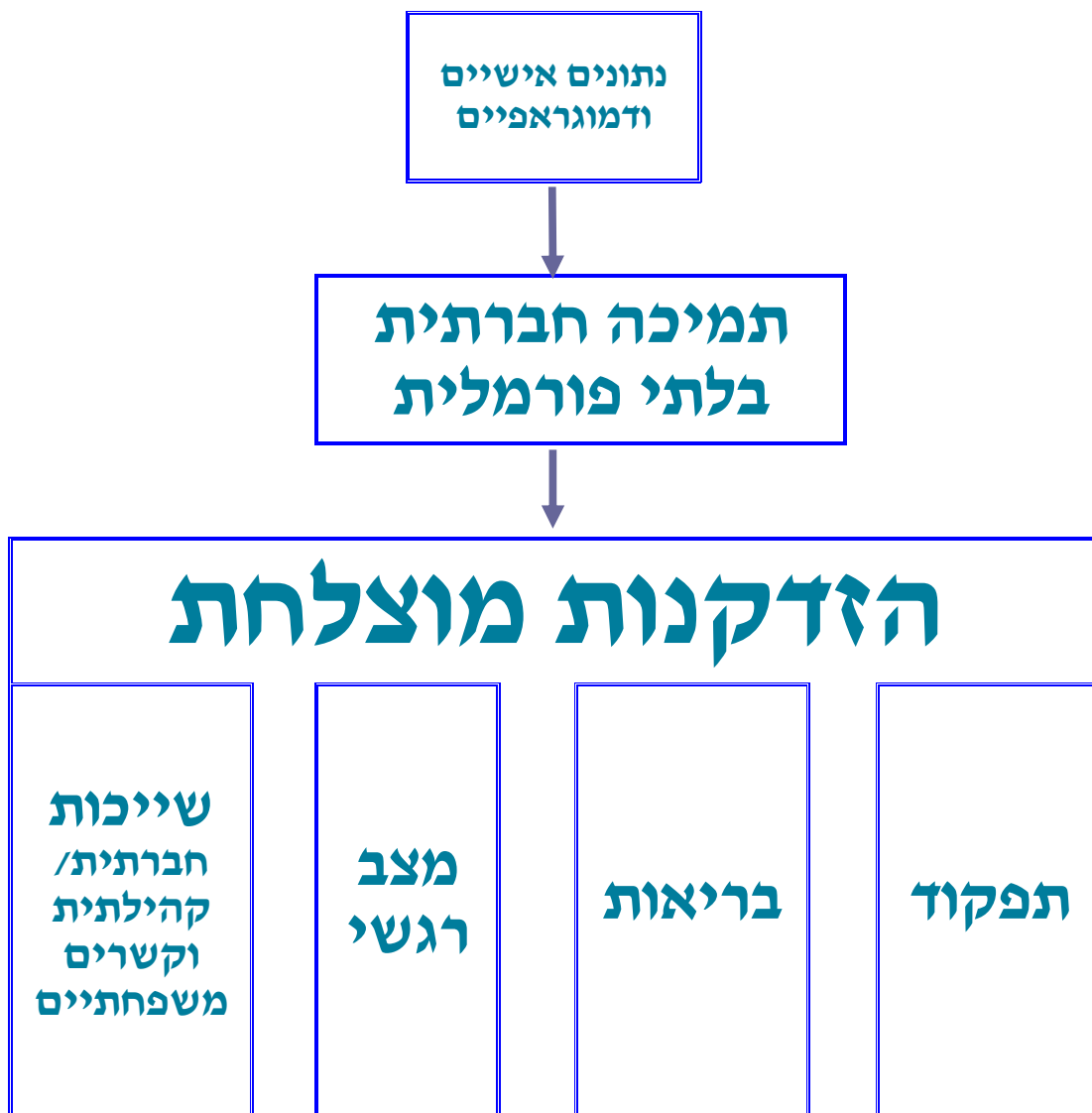
5. ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמלית משמעותית יותר כך תהא זקנתו מוצלחת יותר.

1.8 מודל המחקר

מודל המחקר, המופיע להלן, מציג את הקשר בין המשתנה הבלתי תלוי : תמיכה חברתית בלתי פורמלית (המושפע מנתונים אישיים) לבין המשתנה התלוי : זקנה מוצלחת, המורכב מתפקוד, בריאות, מצב נפשי ודימוי עצמי ושייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית .

איור 2. מודל המחקר

השפעת מערכת התמיכה החברתית הבלתי פורמלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי.



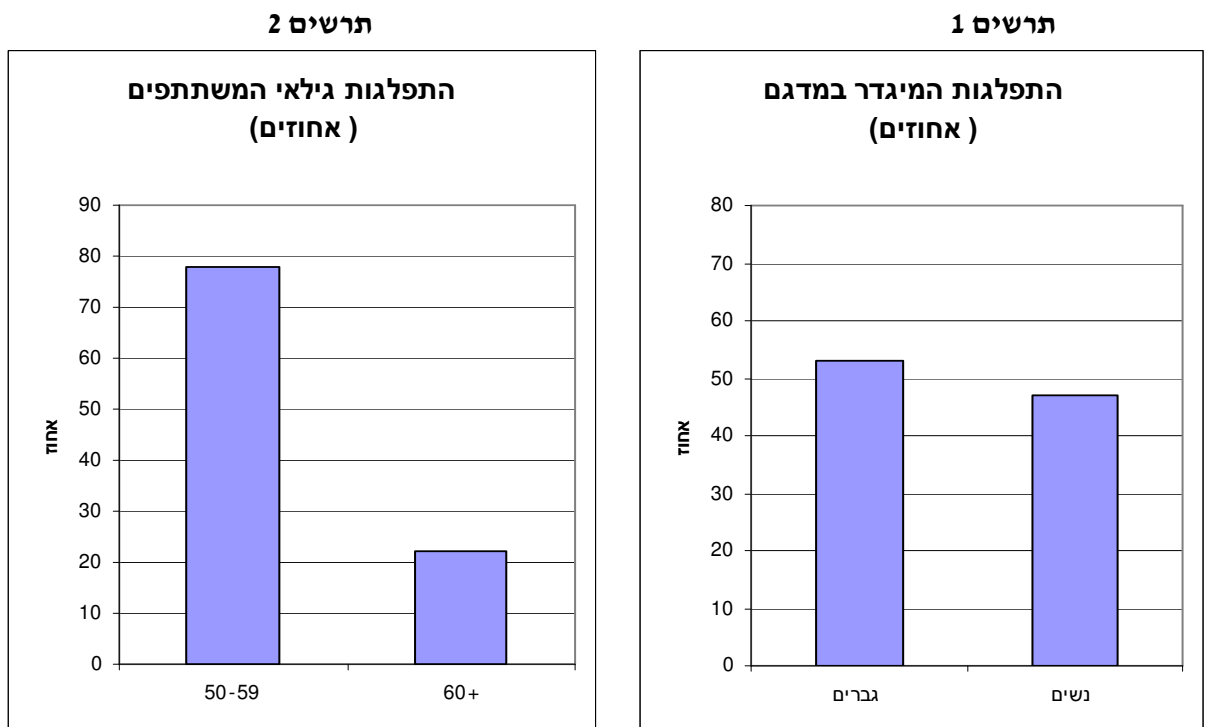
2. השיטה

שאלת המחקר שעלתה מסקירת הספרות היא: מהי השפעתה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. השאלה נבדקה באמצעות שאלונים שהועברו לאוכלוסיית זקנים עם פיגור שכלי. נשאלה השאלה בדבר מהימנות הדיווח העצמי של אנשים זקנים עם פיגור שכלי. נושא זה אכן נבדק ונמצא כי, דיווח עצמי של אנשים עם פיגור שכלי אמין (Lunsky & Benson, 1997). בעבודתה של אלפא-רולר (1999) נבדקה יכולתם של אנשים עם פיגור שכלי לדווח על מקורות התמיכה החברתית שלהם ונמצא שדיווחם אמין.

2.1 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 100 נחקרים המוכרים לשירות למען האדם המפגר כאנשים עם פיגור שכלי, בגילאי 50 ומעלה. במטרה להגיע למדגם רחב של משתתפים המתגוררים במוסד ובדיוור קהילתי, המתאימים לפרופיל המחקר, בוצעה דגימת נוחות.

תרשימים 1 ו-2 ממחישים את התפלגות האוכלוסייה על פי גיל ומיגדר.



ניתן לראות כי כמחצית מן הנחקרים הינם גברים (53%) וכמחציתם נשים (47%). רוב הנחקרים בני 50-59 (78%) והשאר בני 60+ (22%).

לוח 1 מתאר את דרגות הפיגור של הנחקרים, מקום מגורים ותעסוקה.

לוח 1. התפלגות דרגות פיגור, מסגרת דיור ותעסוקה

מאפיינים	% (N=100)	
דרגת פיגור	גבולי	5
	קל	34
	קל-בינוני	20
	בינוני	31
	בינוני-קשה	10
מסגרת דיור	מוסד	74
	דיור קהילתי	26
גר עם	חברים	73
	בן/בת זוג	18
	לבד	9
תעסוקה	עובד במפעל מוגן	72
	עובד בשוק החופשי	14
	לא עובד	14

הלוח מראה כי דרגת הפיגור של רוב הנחקרים היא קלה עד בינונית. כשליש מהם בעלי דרגת פיגור קלה, כחמישית – קלה עד בינונית, וכשליש נוספים – בדרגה בינונית. יתרתם נמצאו גבוליים או שדרגת הפיגור שלהם בינונית-קשה. רוב הנחקרים (כשלושה רבעים מהם) גרים במוסדות, והשאר בדיור קהילתי. מכאן נובע, כי רוב הנחקרים אינם מתגוררים לבד אלא גרים עם חברים, או עם בן או בת זוג. רוב הנחקרים עובדים, בדרך כלל במפעל מוגן.

לוח 2 מתאר מאפייני רקע דמוגרפיים של הנחקרים.

לוח 2. מאפייני רקע דמוגרפיים של הנחקרים

		(N=100) %
80	רווק	מצב משפחתי
18	נשוי, חי עם בן זוג	
2	גרש	
3	יש	ילדים
97	אין	
84	יש	אחים, אחיות
16	אין	
36	יש	אם בחיים
64	אין	
17	יש	אב בחיים
83	אין	
73	יש	קרובי משפחה אחרים
27	אין	

הלוח מבהיר כי רוב הנחקרים רווקים, ללא ילדים. לרובם אחים ו/או אחיות, אך, מפאת גילם, רק לכשליש מהם אם שעודה בחיים ופחות מחמישית דיווחו כי אביהם עודנו בחיים. לרוב הנחקרים (כשלושה רבעים מהם) קרובי משפחה אחרים.

בנוסף, דיווחו 28 נחקרים, על מגבלה פיזית – ראייה ו/או נכות פיזית. שישה עשר מן הנחקרים סובלים מתסמונת כלשהי, בדרך כלל תסמונת דאון, ושני שלישים מהם (N=66) נוטלים תרופות באופן קבוע.

לסיכום, רוב הנחקרים הינם בני 50-60, בדרגת פיגור קלה עד בינונית. ל-28% מהם מגבלה פיזית בנוסף לפיגור השכלי. כמחציתם גברים וכמחציתם נשים, בדרך כלל רווקים ללא ילדים. רובם גרים במוסדות, עם חברים, ועובדים במפעלים מוגנים. לרובם אחים ו/או אחיות, וקרובי משפחה נוספים.

2.2 כלי המחקר

2.2.1 שאלון נתונים אישיים ודמוגרפיים

השאלון (ראה נספח א') כלל פרטים אישיים אודות הנחקר: מיגדר, קבוצת גיל, מעמד משפחתי, קיום אחים, הורים, קרובי משפחה נוספים, מצב תעסוקתי, מסגרת הדיור ודרגת הפיגור השכלי.

2.2.2 שאלון עצמי (SELF)

שאלון עצמי (Self Evaluation of Life Function- SELF) שפותח על ידי לין ולין (Linn & Linn, 1984) לבדיקת תפיסתם של הזקנים לגבי מצבם בשלושת התחומים: הפיזי, הפסיכולוגי והחברתי, תורגם לעברית והותאם לאוכלוסיית הזקנים (פריזנט, 2000) (ראה נספח א'). מתוך שאלון זה נבחרו שלושה תתי שאלונים כמתאימים לאוכלוסייה זקנה עם פיגור שכלי: שאלון תפקוד, ושאלון מצב רגשי הכולל: דימוי עצמי ומצב נפשי.

2.2.3 סולם תפקוד

סולם זה בודק את רמת המוגבלות בפעילויות היום יומיות. 5 פריטים בודקים את התפקוד התנועתי, 4 פריטים בודקים כישורים קוגניטיביים ויכולת התארגנות, סך הכל 9 פריטים. התשובות ניתנות בסולם ליקרט בן שלוש או ארבע תשובות המדורגות מ לא זקוק לעזרה כלל עד לא מסוגל כלל. העקיבות הפנימית של סולם זה נמצאה $\alpha = 0.83$ (פריזנט, 2000).

שני פריטים מן התשעה הינם בעלי סקלה בת ארבע דרגות (מס' 8 ו-9), והיתר בעלי סקלה בת שלוש דרגות. הדרגה הנמוכה בכל הפריטים מייצגת חוסר צורך בעזרה, והעליונה – צורך בעזרה מלאה. דרגת הביניים מצביעה על צורך בעזרה חלקית. בשני הפריטים בעלי ארבע דרגות חולקה הדרגה האמצעית לשתי רמות של צורך בעזרה. במחקר הנוכחי פחות מ-15% של הנחקרים סימנו את אחת משתי דרגות ביניים אלו. לפיכך, אוחדו שתי דרגות הביניים לאחת – "עם עזרה מסוימת" כך שכל הפריטים בשאלון כוללים סולם בן שלוש דרגות. העקיבות הפנימית של השאלון במחקר זה

נבדקה ונמצא שערכה הינו: $\alpha = .85$. ציון התפקוד חושב בעזרת ממוצע הפריטים. כיוון הפריטים שונה כך שציון גבוה יותר משמעו תפקוד טוב יותר.

2.2.4 שאלון מצב רגשי

שאלון זה הורכב משני סולמות: סולם דימוי עצמי וסולם מצב נפשי, המייצגים, יחדיו, את מצבו הרגשי של הנחקר.

2.2.4.1 סולם דימוי עצמי

תפיסת הזקן לגבי ערכו כאדם נמדדה באמצעות 6 פריטים. שני פריטים מתייחסים להערכת המשפחה והסביבה וארבעה - להיבט העצמי. התשובות ניתנות בסולם ליקרט בן שלוש דרגות ממסכים עד לא מסכים. העקיבות הפנימית היא $\alpha = 0.69$ (פריזנט, 2000). ציון הדימוי העצמי מושג בעזרת חישוב ממוצע הפריטים.

במחקר הנוכחי נמצאה העקיבות הפנימית $\alpha = .73$. כיוון הפריטים שונה כך שציון גבוה יותר משמעו דימוי עצמי חיובי יותר.

2.2.4.2 סולם מצב נפשי

סולם זה בודק תחושות של עצב, אושר, בדידות, תקווה וכד'. ארבעה פריטים מודדים את ההיבט הפיזיולוגי וחמישה פריטים את ההיבט הפסיכולוגי, תשעה פריטים בסך הכל. ששת הפריטים הראשונים מודדים תחושות שליליות ושלושת האחרים – תחושות חיוביות. התשובות ניתנות בסולם ליקרט בן שלוש דרגות מבכלל לא עד די הרבה. העקיבות הפנימית היא $\alpha = 0.83$ (פריזנט, 2000). ציון המצב הנפשי מושג בעזרת חישוב ממוצע הפריטים. במחקר הנוכחי שונה כיוון ששת הפריטים הראשונים כך שציון גבוה יותר משמעו מצב נפשי טוב יותר. העקיבות הפנימית נמצאה $\alpha = .77$.

כאמור, דימוי עצמי ומצב נפשי מייצגים שניהם את מצבו הרגשי של הנחקר. המתאם בין ציוני שני הכלים נמצא מובהק ($r = .36$, $p < .001$) ומלמד על קשר חיובי ביניהם. העקיבות הפנימית של פריטי שני הכלים גם יחד נמצאה $\alpha = .81$. לפיכך הורכב משתנה אחד של מצב רגשי הכולל את

הדימוי העצמי והמצב הנפשי. הציון במשתנה זה הינו ממוצע הפריטים המרכיבים אותו, וככל שהינו גבוה יותר, מצבו הרגשי של הנחקר טוב יותר.

2.2.5 שאלון מצב בריאות (דיווח עצמי)

שאלון זה מתבסס על סולם מצב בריאות כפי שהוצג על ידי פריזנט (2000).

השאלון כולל תשעה פריטים אשר התשובות להם ניתנות בסולם ליקרט בן שלוש דרגות מ- בכלל לא עד הרבה. העקיבות הפנימית של השאלון נמצאה במחקר זה $\alpha = .82$. ציון מצב הבריאות של הנחקרים הושג ע"י חישוב ממוצע תשעת הפריטים, וכיוונם שונה כך שציון גבוה יותר משמעו מצב בריאות טוב יותר.

תיקוף השאלון נערך בעזרת שתי שאלות משאלון נתוני הרקע: קיום מגבלה פיזית ונטילת תרופות באופן קבוע. נמצא כי מצבם הבריאותי (מתוך השאלון) של מי שאין להם מגבלה פיזית טוב מזה של מי שיש להם מגבלה פיזית { $M=2.59$, $SD=.30$ לעומת $M=2.29$, $SD=.51$ בהתאמה, $t(34.43)=2.88$, $p<.01$, עבור שונויות לא שוות}. בדומה, מצבם הבריאותי (מתוך השאלון) של מי שאינם נוטלים תרופות באופן קבוע נמצא טוב מזה של מי שנוטלים תרופות באופן קבוע { $M=2.65$, $SD=.30$ לעומת $M=2.43$, $SD=.41$ בהתאמה, $t(97)=2.82$, $p<.01$ }. ההתאמה בין המשתנים מספקת תוקף קריטריון לשאלון מצב הבריאות.

2.2.6 שאלון שייכות חברתית, קהילתית ומשפחתית

שאלון זה הורכב משני סולמות: סולם שייכות חברתית וקהילתית, וסולם קשרים משפחתיים, המייצגים, יחדיו, את מידת השייכות של הנחקר לסביבתו.

2.2.6.1 סולם שייכות חברתית וקהילתית

(מתוך: שאלון איכות חיים - (Quality of life questionnaire (QOL.Q).

תחום השייכות החברתית/ השתלבות קהילתית נבחר מתוך שאלון איכות החיים שחובר על ידי שאלוק וקיט (Schalock & Keith, 1993) ושהותאם לאוכלוסיית המבוגרים עם נכויות. תחום זה כולל: השתתפות בפעילויות קהילתיות, שימוש במשאבים קהילתיים, פיתוח והתנסות במגעים

חברתיים בין-אישיים. בשאלון 10 שאלות, כאשר לכל אחת שלוש תשובות אפשריות, מ - 1 המסמל מידת שייכות נמוכה ועד 3 המסמל מידת שייכות גבוהה. העקיבות הפנימית של הכלי נמצאה $\alpha=.72$. אצל כץ (2001).

במחקר הנוכחי ענו רק כשני שלישים מן הנחקרים ($N=65$) על פריט מס' 2, ואילו פריט מס' 3 נמצא במתאם שלילי עם הסקלה. העקיבות הפנימית של יתר הפריטים היא $\alpha=.79$. ציון השייכות הקהילתית והחברתית נקבע ע"י חישוב ממוצע שמונת הפריטים, באופן שככל שהציון גבוה יותר מידת השייכות רבה יותר.

2.2.6.2 סולם קשרים משפחתיים

סולם זה חובר לצורך המחקר הנוכחי ונבדק במחקר גישוש מקדים על ידי החוקרת. עשרה נבדקים ענו לשלושת פריטי השאלון ולאור תגובותיהם הותאם ניסוח הקטגוריות של השאלות.

השאלון כולל שלוש שאלות המודדות קשר משפחתי. השאלה הראשונה מבקשת לדווח על קיומו או אי קיומו של קשר עם קרובי משפחה שונים: אם, אב, אח, אחות, בן או בת וקרובי משפחה אחרים. שתי השאלות האחרות עוסקות במספר הביקורים של הנחקר אצל קרובי משפחתו הקרובים ושל קרובי המשפחה אצל הנחקר בשלושת החודשים האחרונים. התשובות ניתנות בסולם ליקרט בן ארבע דרגות מ-לא בקרו/תי כלל ועד חמש פעמים ויותר. המתאם בין שתי השאלות העוסקות במספר הביקורים נמצא נמוך ולא מובהק ($r=.10$, n.s) ומלמד על חוסר קשר ביניהן. לפיכך, משתי שאלות אלו הורכב מדד אחד המייצג את כמות הביקורים הכוללת של הנחקר עם בני משפחתו, ללא תלות במקום קיומם. לאור התפלגות המדד ולאור השאיפה לחברו עם סקלת השייכות החברתית נקבעו לו שלוש דרגות: כלל לא, ביקור אחד, יותר מביקור אחד.

כאמור, שייכות חברתית / קהילתית וקשרים משפחתיים מייצגים במחקר הנוכחי את מידת השייכות החברתית הכוללת של הנחקר. העקיבות הפנימית של שמונת פריטי השייכות הקהילתית יחד עם פריט הקשרים המשפחתיים נמצאה $\alpha=.77$. לפיכך, הורכב מהם משתנה אחד של שייכות חברתית כוללת. הציון במשתנה זה הינו ממוצע הפריטים המרכיבים אותו, וככל שהינו גבוה יותר, מידת השייכות החברתית הכוללת של הנחקר רבה יותר.

2.2.7 שאלון תמיכה חברתית

המשאב החברתי נמדד באמצעות "הסולם הרב ממדי של תמיכה חברתית נתפסת" (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support- MSPSS) שפותח על ידי זימט, דהלם, זימט ופנלי (Zimet, Dahlem, Zimet & Fanley, 1988) ונבדק בתרגומו העברי על ידי סטטמן (1995). הכלי מורכב מ-12 היגדים המתארים תמיכה משלושה מקורות: משפחה, חברים ואדם משמעותי אחר. מידת ההסכמה עם פריטי השאלון נמדדת על גבי סולם ליקרט בן 7 דרגות, כאשר 1 מציין הסכמה מועטה ביותר ו-7 מסמן הסכמה רבה ביותר.

בדיקת הכלי בשפה האנגלית, מצביעה על עקיבות פנימית גבוהה ($\alpha=0.85$ עד $\alpha=0.91$) לשלושת מרכיבי התמיכה וכן על מהימנות גבוהה במבחן החוזר ($r=0.85$ עד $r=0.88$). במחקר של סטטמן (1995), בשפה העברית, נמצאה עקיבות פנימית גבוהה לתתי הסקאלות. תת סקאלה משפחה: $\alpha=0.93$, תת סקאלה חברים: $\alpha=0.91$, תת סקאלה אדם משמעותי אחר: $\alpha=0.91$.

בהתאם ליכולתם של הנחקרים, צומצם סולם הליקרט בשאלון זה, ל-3 תשובות אפשריות כך ש-1 מסמל אי הסכמה, 2 מסמל הסכמה חלקית ו-3 מסמל הסכמה רבה. העקיבות הפנימית של שלוש תתי הסקלות נמצאה: משפחה: $\alpha=0.87$, אדם משמעותי: $\alpha=0.90$, חברים: $\alpha=0.86$. המתאמים בין שלוש תתי הסקלות נמצאו מובהקים ונעים בין $r=0.35$ עד $r=0.64$ ($p<.001$).

השאלונים הותאמו לאוכלוסייה של מחקר זה ונבדקו במחקר גישוש מקדים על ידי החוקרת. במחקר הגישוש מילאו את השאלונים 10 נבדקים בוגרים עם פיגור שכלי ולאור תגובותיהם שונה הניסוח של מספר פריטים וצומצם סולם הליקרט ל-3 עד 4 תשובות אפשריות.

2.3 הליך איסוף הנתונים

לאחר קבלת אישור לביצוע המחקר, מהאגף לטיפול באדם המפגר וטופס הסכמה מדעת מהאפוטרופוסים של הנחקרים, פנתה החוקרת, ראשית, למנהלי ההוסטלים והמוסדות הרלוונטיים, לאחר קבלת הסכמה עקרונית זו הגיעה החוקרת ומראיינת נוספת שעברה הנחייה מדוקדקת על ידי החוקרת אל מקום המגורים של הנחקרים (באזור טבעון, חיפה, הקריות, חדרה ובנימינה). ופנתה באופן אישי לכל הנחקרים הפוטנציאליים בבקשה להשתתף במחקר. לאחר קבלת הסכמתם, רואיינו

הנחקרים פנים אל פנים. זמן מילוי השאלונים ארך כשעה. את הריאיון החלו החוקרת והמראיינת הנוספת, בשיחה פתוחה אשר שיפרה את האווירה, הפחיתה חששות והעלתה את רמת שיתוף הפעולה.

3. ממצאים

פרק הממצאים פותח בתיאור התפלגות המשתנים ובדיקת קשריהם עם מאפייני הרקע של הנחקרים וזאת על מנת לברר את הצורך בפיקוח סטטיסטי עליהם בעת בדיקת השערות. בהמשך נבחנות השערות המחקר.

3.1 מצב בריאות

לוח 3 מתאר את מצבם הבריאותי של הנחקרים, בעזרת פריטים מרכזיים מן השאלון.

לוח 3. מצבם הבריאותי של הנחקרים (N=98-100)

מאפיינים	כלל לא	במידה מועטה	במידה רבה
סובל ממחלה כלשהי	49	47	4
סובל מכאבים	53	34	12
נוטל תרופות	21	60	18
לדעת הרופא סובל מבעיות רפואיות	55	40	3
בעיות רפואיות מפריעות	69	19	10
בריאות מטרידה אותו	58	24	17
מצב בריאות בחודש האחרון	טובה מאד	די טובה	לא טובה
	53	33	14

* הערה: בלוח מופיעים מספרים מוחלטים בלבד שכן גודל המדגם והאחוז זהים כמעט לחלוטין.

הלוח מבהיר כי מצבם הבריאותי של הנחקרים טוב. כמחציתם הגדירו את מצבם הבריאותי בחודש האחרון כטוב מאד וכשליש נוספים – כטוב למדי. כמחצית מן הנחקרים אינם סובלים ממחלה כלשהי או מכאבים, ואף סבורים כי הרופא המטפל בהם אינו חושב שהם סובלים מבעיות רפואיות. מבין המחצית השנייה של הנחקרים אשר הגדירו את מצבם כסובלים מבעיות בריאותיות, רובם בחרו באפשרות של "במידה מועטה" ומיעוטם (פחות מחמישית) בחרו באפשרות של בעיות בריאותיות רבות. לכשני שלישי מן הנחקרים בעיות הבריאות אינן מפריעות בעשיית דברים, ורק עשירית מהם טענו כי בעיות הבריאות מפריעות להם במידה רבה. אמנם, כ- 80% מן הנחקרים נוטלים תרופות אך בדרך כלל הם סימנו את כמותן כמעטה.

ממוצע מצב הבריאות של הנחקרים הינו $M=2.51$ ($SD=.39$, טווח=1.33-3.0), ההתפלגות קרובה לנורמלית, אם כי מוטית כלפי מעלה. מבין משתני הרקע נמצא מצב הבריאות של הנחקרים נבדל לפי מיגדר-

גברים העריכו את מצבם הבריאותי כטוב מזה של נשים: $t(84.10)=2.54$ ($p<.05$), t עבור שונויות לא שוות). (מצב בריאותי גברים: $M=2.60$, $SD=.32$; מצב בריאותי נשים: $M=2.40$, $SD=.44$). מצב הבריאות לא נבדל לפי גיל עד 60 ומעל 60: $t(98)=.64$, ואף לא לפי מסגרת הדיור – מוסד מול דיור קהילתי: $t(98)=.55$.

3.2 תפקוד

לוח 4 מתאר את תפקוד הנחקרים, בעזרת פריטי שאלון ה-ADL.

לוח 4. רמות התפקוד של הנחקרים (N=100)

לא מסוגל כלל	עם עזרה מסויימת	ללא עזרה	
3	5	92	הליכה
6	8	86	לבישת בגדים
4	15	81	רחצה עצמית (מקלחת)
8	37	55	דאגה למראה חיצוני
15	45	40	שימוש בטלפון
37	28	35	שימוש בתחבורה ציבורית
44	29	27	יציאה לקניות
61	24	15	הכנת ארוחות
78	17	5	ניהול כספים

* הערה: בשל גודל המדגם המספרים המוחלטים של הנחקרים והאחוזים זהים.

הלוח מבהיר כי רוב הנחקרים מסוגלים ללכת, להתלבש ולהתקלח ללא עזרה. כמחציתם מסוגלים לדאוג למראה החיצוני שלהם ללא עזרה ורוב האחרים מסוגלים לעשות זאת עם עזרה. כשליש מן הנחקרים מסוגלים להשתמש בתחבורה ציבורית ללא עזרה וכשליש אינם מסוגלים לעשות זאת כלל. כרבע מן הנחקרים מסוגלים לצאת לקניות ללא עזרה וכארבעים אחוז אינם מסוגלים כלל. רוב הנחקרים אינם מסוגלים להכין את ארוחותיהם בעצמם או לנהל את ענייניהם הכספיים.

ממוצע התפקוד של הנחקרים הינו $M=2.20$ ($SD=.45$, טווח = 1.0-3.0) וההתפלגות קרובה לנורמלית. מבין משתני הרקע נמצאה רמת התפקוד של הנחקרים נבדלת לפי מקום מגוריהם – רמת התפקוד של המתגוררים בדיור קהילתי נמצאה טובה מזו של המתגוררים במוסדות: $t(98)=4.34$ ($p<.001$) (תפקוד

בדיוור קהילתי: $M=2.50$, $SD=.35$, תפקוד במוסדות: $M=2.09$, $SD=.43$. רמת התפקוד לא נבדלה לפי מיגדר $t(98)=1.44$ או לפי גיל- עד 60 ומעל 60: $t(98)=.88$.

3.3 מצב רגשי

לוח 5 מתאר את מצבם הרגשי של הנחקרים, מבחינת דימוי עצמי ומצב נפשי בעזרת פריטים מרכזיים משני השאלונים.

לוח 5. מצב רגשי של הנחקרים (N=96-99)

מסכים		די מסכים		לא מסכים		
%	N	%	N	%	N	
						<u>דימוי עצמי:</u>
80	79	17	17	3	3	בדרך כלל אני מרוצה מעצמי
72	69	21	20	7	7	אני זוכה להערכה
59	58	30	30	11	11	יש מספר דברים בהם אני טוב
47	45	26	25	27	26	מרגיש שיש לי מה לתרום
די הרבה		לא הרבה		כלל לא		
						<u>מצב נפשי:</u>
68	65	31	30	1	1	לחיים יש משמעות
63	62	32	31	5	5	אושר
12	11	28	26	60	58	חוסר אונים
18	18	29	28	53	52	בדידות
29	29	24	23	47	46	איטיות או ירידה במרץ
29	27	30	30	41	40	עצבות

הלוח מעיד כי רוב הנחקרים מרוצים מעצמם וחשים כי מעריכים אותם. כ- 60% מהם אף חשים כי יש מספר דברים בהם הם טובים, ו- 30% נוספים מסכימים לכך במידה חלקית. קרוב למחצית מן הנחקרים סבורים כי יש להם מה לתרום, כרבע סבורים כך במידה חלקית, ורק כרבע נוספים סבורים כי אין להם מה לתרום. בסך הכל, רוב הנחקרים נטו להסכים, לפחות חלקית, עם רוב פריטי השאלון, ודימויים העצמי נמצא בממוצע $M=2.46$ ($SD=.46$, טווח = 1.33-3.0).

בדומה, נמצא גם מצבם הנפשי של הנחקרים טוב למדי. רובם השיבו כי לחיים יש משמעות עבורם וכי הם מאושרים, לפחות במידה חלקית. כשני שלישי מן הנחקרים הסכימו עם שני פריטים אלו במידה הגבוהה ביותר האפשרית בשאלון. בדומה, טענו רוב הנחקרים כי אינם חשים חוסר אונים או רק מעט. תחושות שליליות שכיחות יותר היו בדידות, חוסר מרץ ועצבות. כמחצית מן הנחקרים דיווחו כי אינם חשים בדידות, כ-30% כי הם חשים בודדים במידה חלקית, וקרוב לחמישית כי הם חשים בדידות רבה למדי. פחות ממחצית הנחקרים דיווחו כי אינם חשים חוסר מרץ או עצבות, כרבע עד 30% כי הם חשים כך באופן חלקי, וכ-30% נוספים כי הם חשים כך במידה רבה. שלושת הפריטים הנותרים בשאלון, חוסר מנוחה פנימי, חוסר תקווה ועניין בדברים שאני עושה התפלגו באופן הדומה לפריטי חוסר האונים והאושר. לפיכך, נטו רוב הנחקרים לענות באופן חיובי לרוב הפריטים העוסקים במצבם הנפשי. המצב הנפשי נמצא במוצע $M=2.42$ ($SD=.43$, טווח=1.22-3.0).

ממוצע המצב הרגשי הכולל (דימוי עצמי ומצב נפשי) של הנחקרים הינו $M=2.45$ ($SD=.37$), טווח=1.4-3.0) וההתפלגות קרובה לנורמלית, אם כי מוטה כלפי מעלה. משתנה זה לא נמצא נבדל לפי משתני הרקע: מיגדר - $t(97)=1.62$, גיל - עד 60 ומעל 60: $t(97)=.71$, מקום מגורים - מוסד מול דיור קהילתי: $t(70.78)=.38$.

3.4 שייכות חברתית

לוח 6 המוצג בהמשך, מראה כי כשני שלישי מן הנחקרים מבליים ונפגשים עם חברים לפחות פעם בשבוע. כ-60% מהם נפגשים עם שכנים, בבית או בחצר, לפחות פעם בשבוע. כמחציתם דיווחו כי חברים מבקרים בביתם לפעמים או לעיתים קרובות, וכי הם יוצאים לבלות לפחות פעם בחודש. כ-60% מן הנחקרים משתתפים באופן פעיל בפעילויות הבילוי הללו. בדומה, כמעט למחצית מן הנחקרים יש הזדמנות לצאת עם בן או בת זוג, גם אם הזדמנויות אלו מעטות. רוב הנחקרים, כ-80% מהם, דיווחו כי הם פגשו את בני משפחתם הקרובים לפחות פעם אחת במהלך שלושת החודשים האחרונים, וכ-40% מהם אף פגשו את בני משפחתם הקרובים יותר מפעם אחת. מעבר לדיווח על מספר המפגשים עם בני משפחה קרובים, דיווחו 92% מן הנחקרים (מתוך $N=100$) כי הם שומרים על קשר עם בני משפחתם: 35% שומרים על קשר עם האם, 14% שומרים על קשר עם האב, 42% על קשר עם האח, 64% על קשר עם האחיות, ו-21% על קשר עם קרובי משפחה אחרים. שני נחקרים מתוך השלושה שלהם ילדים שומרים על קשר עם ילדיהם.

לוח 6 מציג את מידת השייכות החברתית/קהילתית של הנחקרים, ואת סיכום קשריהם המשפחתיים.

לוח 6. שייכות חברתית כוללת של הנחקרים (N=97-98)

	N	%	N	%	N	%
שייכות חברתית:						
מס' מקומות מפגש לשבוע	אף אחד	33	34	אחד	37	38
מפגש עם שכנים-פעמים לשבוע	אף פעם	40	41	פעם פעמיים	35	36
חברים מבקרים בביתו	נדיר	51	52	לפעמים	30	31
תכיפות יציאה לבילוי	פחות מ-1 בחודש	53	54	1-2 בחודש	25	26
השתתפות פעילה בבילויים	לעיתים רחוקות	40	41	לעיתים קרובות	32	33
הזדמנות לצאת עם בן/בת זוג או להינשא	אין	47	48	מעט	20	21
קשרים משפחתיים:						
ביקור עם בני משפחה קרובים	כלל לא	22	22	אחד	35	36
	יותר מאחד	41	42			

ממוצע השייכות החברתית הכוללת נמצא $M=1.90$ ($SD=.44$, טווח=1.14-3.0) וההתפלגות נורמלית בקרוב. משתנה זה לא נמצא נבדל לפי משתני הרקע: מיגדר - $t(96)=.38$, גיל - עד 60 ומעל 60: $t(96)=.91$, מקום מגורים - מוסד מול דיור קהילתי: $t(84.79)=1.60$.

3.5 תמיכה חברתית

לוח 7 מציג את רמת התמיכה החברתית של הנחקרים, כפי שדווחה על-ידם. כזכור כולל השאלון מדדים לתמיכה חברתית המתקבלת מאדם קרוב, משפחה וחברים. בשל הדמיון בתשובות בין ארבעת הפריטים המרכיבים כל תת סקלה הם מוצגים להלן באופן מקובץ.

לוח 7. תמיכה חברתית של הנחקרים (N=97-98)

רבה		חלקית		מועטה		
%	N	%	N	%	N	
42-53	41-52	21-30	20-29	22-29	22-28	קיום תמיכה ממשפחה
41-49	40-48	13-19	13-18	36-41	35-40	קיום תמיכה מאדם קרוב
28-36	27-35	21-28	20-27	39-47	38-46	קיום תמיכה מחברים

הלוח מלמד כי, בממוצע, כמחצית מן הנחקרים סבורים כי משפחתם תומכת בהם, וכרבע נוספים סבורים כך באופן חלקי. רק כרבע מן הנחקרים דיווחו כי משפחתם אינה תומכת בהם. כ- 45% מן הנחקרים, בממוצע, טענו כי יש אדם קרוב להם התומך בהם, וכ- 40% מהם, בממוצע, טענו כי אין אדם קרוב התומך בהם. מיעוט הנחקרים הסכימו באופן חלקי עם הטענות בדבר תמיכה מאדם קרוב. כשליש מן הנחקרים חשים כי הם מקבלים תמיכה מחברים, וכרבע הסכימו עם עמדה זו באופן חלקי. מעט מעל ל- 40% מן הנחקרים, בממוצע, חשים כי אינם מקבלים תמיכה מחברים. מדרג התמיכה נמצא מובהק: $\chi^2(2)=24.45$ ($p<.001$) ומבהיר כי התמיכה המתקבלת מן המשפחה היא הגבוהה ביותר, ואילו זו המתקבלת מחברים היא הנמוכה ביותר.

התפלגויות התמיכה אינן נורמליות, כפי שעולה מלוח 7, שכן רוב הנשאלים מרוכזים בקצוות. מתאמי ספירמן בין שלוש הסקלות הראו כי הקשרים ביניהן חיוביים: הקשר בין תמיכה ממשפחה ואדם קרוב – $r=.46$ ($p<.001$), הקשר בין תמיכה ממשפחה וחברים – $r=.35$ ($p<.001$), והקשר בין תמיכה מאדם קרוב וחברים – $r=.64$ ($p<.001$).

ניסיונות להפוך את התפלגות הסקאלות לנורמלית ע"י הוצאת לוגריתם מן הציון הכולל, וכן ע"י הפיכת הפריטים לדיכוטומיים, לא צלחו, וההתפלגות נותרה לא נורמלית. לפיכך, ינתחו משתנים אלו באופן לא פרמטרי, ולצורך שימוש בניתוחים פרמטרים מרובי משתנים יעשה שימוש בחלוקה דיכוטומית של המשתנים בחציון, כלומר הפיכתם למשתני דמי (0,1).

ממוצע התמיכה מן המשפחה נמצא $M=2.24$ ($SD=.70$, טווח = 1.0-3.0), ממוצע התמיכה מאדם קרוב $M=2.06$ ($SD=.81$), וממוצע התמיכה מחברים $M=1.90$ ($SD=.72$, טווח = 1.0-3.0). שלושת המשתנים אלו לא נמצאו נבדלים לפי מיגדר – עבור משפחה $Z=1.25$, אדם קרוב $Z=1.60$, וחברים $Z=.43$.

כמו כן, לא נמצאו הבדלים לפי גיל, עד 60 ומעל 60 - עבור משפחה $Z=.18$, אדם קרוב $Z=.69$, וחברים $Z=.71$. נמצא הבדל בתמיכה מן המשפחה לפי מקום מגורים ($p<.05$, $Z=2.42$) באופן שתמיכת המשפחה נתפסת כרבה יותר בקרב אנשים הגרים במוסד ($M=2.35$, $SD=.64$) מאשר בקרב אנשים הגרים בדוור קהילתי ($M=1.93$, $SD=.78$). לא נמצאו הבדלים בתמיכה מאדם קרוב ($Z=.24$, n.s.) לפי מקום מגורים, או בתמיכת חברים ($Z=.01$, n.s.).

לסיכום, מצבם הבריאותי של הנחקרים נמצא טוב בדרך כלל וכן רמת התפקוד שלהם. בדומה, נמצא גם מצבם הרגשי של הנחקרים טוב למדי, מבחינת דימוי עצמי ומצב נפשי גם יחד. חלק ניכר מן הנחקרים נמצאו מעורבים בפעילויות חברתיות קהילתיות, ורובם נפגשים עם בני משפחתם הקרובים. מצבם הבריאותי של הנחקרים נמצא נבדל לפי מיגדר, ואילו רמת התפקוד שלהם נבדלת לפי מקום המגורים. משתנים אלו יילקחו בחשבון כמשתני בקרה בעת בדיקת ההשערות. התמיכה החברתית המתקבלת מן המשפחה נמצאה גבוהה, שכן כשלושה רבעים מן הנחקרים חשים כי הם זוכים בתמיכה זו, לפחות באופן חלקי. כ- 60% מן הנבדקים חשים כי הם נתמכים ע"י אדם קרוב כלשהו, ומעט מעל למחצית המדגם, חשים כי הם נתמכים ע"י חברים.

3.6 דרגת פיגור ומצב בריאותי, תפקודי רגשי וחברתי

בטרם נבדקו השערות המחקר נבחנו ההבדלים במשתני המחקר לפי דרגת הפיגור של הנחקרים. כזכור, התפלגות דרגת הפיגור של הנחקרים הראתה (לוח 1) כי רובם מצויים בטווח שבין קל לבינוני, ומיעוטם בדרגה גבולית ($N=5$) או בינונית-קשה ($N=10$). לפיכך, הוגדרו שלוש קבוצות של נחקרים לפי דרגת פיגור: גבולי וקל ($N=39$), קל-בינוני ($N=20$), ובינוני עד בינוני-קשה ($N=41$). ההבדלים במצב הנחקרים לפי דרגת הפיגור, וכן ההבדלים בתמיכה החברתית שלהם נבדקו בעזרת שני ניתוחי שונות מרובים, הראשון בפיקוח על מיגדר ומקום מגורים, והשני בפיקוח על מקום מגורים. הפיקוח בניתוחים בוצע עקב הממצאים שהוצגו בחלק התיאורי ובהם נמצא כי מצב הנחקרים קשור גם למיגדר וגם למסגרת הדוור ואילו התמיכה החברתית קשורה למסגרת הדוור בלבד.

לוח 8 מציג את ניתוח השונות המרובה של מצב הנחקרים (בריאות, תפקוד, רגש ושייכות חברתית) לפי דרגת הפיגור, בפיקוח על מיגדר ומקום מגורים.

לוח 8. ניתוח שונות מרובה של מצב הנחקרים לפי דרגת פיגור (N=98)

F(2,93)	בינוני, בינוני-קשה		קל-בינוני		גבולי, קל		
	SD	M	SD	M	SD	M	
.07	.44	2.48	.34	2.53	.38	2.50	מצב בריאותי
17.78***	.44	1.94	.36	2.26	.34	2.46	תפקוד
.99	.38	2.39	.34	2.42	.37	2.51	מצב רגשי
2.16	.45	1.83	.45	1.87	.43	2.00	שייכות חברתית

* הערה: p<.05, **p<.01, ***p<.001.

ניתוח השונות נמצא מובהק: $F(8,178)=4.82$ ($p<.001$). הלוח מלמד כי קיימים הבדלים מובהקים בתפקוד הנחקרים לפי דרגת הפיגור שלהם, אך לא נמצאו הבדלים במצב בריאותי, במצב רגשי ובשייכות חברתית לפי דרגת הפיגור. ניתוח Post-hoc מסוג Scheffe הראה כי רמת התפקוד של מי שדרגת הפיגור שלהם גבולית, קלה וקלה-בינונית טובה מזו של מי שדרגת הפיגור שלהם בינונית ובינונית-קשה. לוח 9 מציג את ניתוח השונות המרובה של התמיכה החברתית של הנחקרים לפי דרגת הפיגור, בפיקוח על מקום מגורים. לצורך הניתוח חולקו ממדי התמיכה בחציון והוגדרו כמשתני דמי: 0 עבור החצי התחתון ו-1 עבור החצי העליון.

לוח 9. ניתוח שונות מרובה של תמיכה חברתית לפי דרגת פיגור (N=97)

F(2,93)	בינוני, בינוני-קשה		קל-בינוני		גבולי, קל		
	SD	M	SD	M	SD	M	
.35	.51	.53	.51	.45	.50	.41	תמיכה ממשפחה
7.41**	.47	.32	.49	.35	.47	.69	תמיכה מאדם קרוב
3.36*	.49	.37	.50	.40	.49	.64	תמיכה מחברים

* הערה: p<.05, **p<.01, ***p<.001.

ניתוח השונות נמצא מובהק: $F(6,180)=4.06$ ($p<.001$). הלוח מלמד כי קיימים הבדלים מובהקים בתמיכה החברתית אשר הנחקרים מקבלים מאדם קרוב ומחברים, לפי דרגת הפיגור שלהם, אך לא נמצאו הבדלים בתמיכה המתקבלת מן המשפחה לפי דרגת הפיגור. ניתוחי Post-hoc מסוג Scheffe הראו כי התמיכה מאדם קרוב בקרב נחקרים שדרגת הפיגור שלהם גבולית וקלה גבוהה מן התמיכה בקרב נחקרים

שדרגת הפיגור שלהם קלה-בינונית, בינונית ובינונית-קשה. ההבדלים בתמיכה מחברים, בין שלוש הקבוצות לפי דרגת הפיגור, לא נמצאו מובהקים בניתוח ה – Scheffe.

לסיכום, רמת התפקוד של הנחקרים וכן התמיכה המתקבלת על-ידם מאדם קרוב נמצאו נבדלים לפי דרגת הפיגור. נחקרים שדרגת הפיגור שלהם גבולית עד קלה-בינונית מתפקדים טוב יותר מנחקרים שדרגת הפיגור שלהם בינונית עד בינונית-קשה. כמו כן, נחקרים שדרגת הפיגור שלהם גבולית וקלה חשו שהם זוכים לתמיכה רבה יותר מאדם קרוב לעומת נחקרים שדרגת הפיגור שלהם קלה-בינונית עד בינונית-קשה.

3.7 תמיכה חברתית ומצב בריאותי

השערת המחקר הראשונה טענה כי ככל שהתמיכה החברתית של אדם זקן עם פיגור שכלי משמעותית יותר כך ייתפס מצבו הבריאותי כטוב יותר. ההשערה נבחנה בעזרת רגרסיה מרובה של מצב בריאותי על שלושת ממדי התמיכה החברתית. לאור ההבדל שנמצא לעיל במצב בריאותי לפי מיגדר, הוכנס המיגדר בצעד ראשון ואילו ממדי התמיכה – בצעד שני (מיגדר הוגדר כמשתנה דמי : 0=נשים, 1=גברים).

לוח 10 מציג את ניתוח הרגרסיה. מתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים בניתוח מוצגים בלוח 1, נספח ב'.

לוח 10. רגרסיה מרובה של מצב בריאותי על תמיכה חברתית (N=97)

צעד 1	B	SeB	β
מיגדר	.21	.08	.27**
צעד 2			
תמיכה ממשפחה	-.12	.09	-.16
תמיכה מאדם קרוב	.09	.10	.12
תמיכה מחברים	-.07	.10	-.09

* הערה: $p < .01$. ** $p < .01$. לצעד 1 - $R^2 = .09$, $p < .01$, לצעד 2 - $\Delta R^2 = .02$ ל.מ. המודל הכולל: $R^2 = .11$, $F(4, 92) = 2.96$, $p < .05$.

ניתוח הרגרסיה נמצא מובהק, אולם המנבא המובהק היחיד הוא מיגדר. בהתאם לממצאים שדווחו לעיל גברים תופסים את מצבם הבריאותי כטוב מזה של נשים. התמיכה החברתית אינה מנבאת את המצב הבריאותי. השערה 1 לפיכך, לא אוששה.

3.8 תמיכה חברתית ותפקוד

השערת המחקר השניה טענה כי ככל שהתמיכה החברתית של אדם זקן עם פיגור שכלי משמעותית יותר כך תהיה רמת התפקוד שלו טובה יותר. ההשערה נבחנה בעזרת רגרסיה מרובה של רמת תפקוד על שלושת ממדי התמיכה החברתית. לאור ההבדלים שנמצאו לעיל ברמת תפקוד לפי מקום מגורים ודרגת פיגור, הוכנסו אלו לרגרסיה בצעד ראשון ואילו ממדי התמיכה – בצעד שני (מקום מגורים הוגדר כמשתנה דמי: 0=מוסד, 1=דיור קהילתי, דרגת פיגור הוגדרה כמשתנה דמי בהתאם לממצאי לוח 8: 0=גבולי עד קל-בינוני, 1=בינוני עד בינוני-קשה. לוח 11 מציג את ניתוח הרגרסיה.

לוח 11. רגרסיה מרובה של רמת תפקוד על תמיכה חברתית (N=97)

	B	SeB	β	
צעד 1				
מקום מגורים	.32	.08	.33***	
דרגת פיגור	-.36	.08	-.41***	
צעד 2				
תמיכה ממשפחה	-.10	.08	-.12	
תמיכה מאדם קרוב	.06	.10	.07	
תמיכה מחברים	.12	.09	.14	

* הערה: $p < .01$. לצעד 1 - $R^2 = .36$, $p < .001$, לצעד 2 - $R^2 = .03$ Δ ל.מ., המודל הכולל: $R^2 = .39$, $F(5,91) = 11.52$, $p < .001$. מתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים בניתוח מוצגים בלוח 1, נספח ב'.

ניתוח הרגרסיה מובהק, אולם המנבאים המובהקים הם מקום מגורים ודרגת פיגור. בהתאם לממצאים שדווחו לעיל רמת התפקוד של הגרים בדיור קהילתי ושל בעלי דרגת פיגור גבולית עד קלה-בינונית טובה מזו של הגרים במוסד ושל בעלי דרגת פיגור בינונית עד בינונית-קשה, בהתאמה. התמיכה החברתית אינה מנבאת את רמת התפקוד. השערה 2 לפיכך, לא אוששה.

3.9 תמיכה חברתית ומצב רגשי

השערת המחקר השלישית טענה כי ככל שהתמיכה החברתית של אדם זקן עם פיגור שכלי משמעותית יותר כך יהיה מצבו הרגשי טוב יותר. ההשערה נבחנה בעזרת רגרסיה מרובה של מצב רגשי על שלושת ממדי התמיכה החברתית. מאחר ולא נמצאו הבדלים לעיל במצב רגשי לפי משתני הרקע המרכזיים, הוכנסו שלושת ממדי התמיכה החברתית לרגרסיה בצעד אחד.

לוח 12 מציג את ניתוח הרגרסיה.

לוח 12. רגרסיה מרובה של מצב רגשי על תמיכה חברתית (N=95)

β	SeB	B	
-.15	.08	-.11	תמיכה ממשפחה
.34**	.09	.25	תמיכה מאדם קרוב
.23*	.09	.17	תמיכה מחברים

* הערה: $p < .05$, ** $p < .01$, $R^2 = .22$, $F(3,91) = 8.43$, $p < .001$. מתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים בניתוח מוצגים בלוח 1, נספח ג'.

ניתוח הרגרסיה מובהק ומלמד כי 22% מן השונות במצב הרגשי של הנחקרים מוסברים ע"י התמיכה החברתית לה הם זוכים. המנבאים המובהקים למצב רגשי הם התמיכה מאדם קרוב והתמיכה מחברים. ככל שמידת התמיכה מאדם קרוב ומחברים גבוהה יותר, מצבם הרגשי של הנחקרים טוב יותר. התמיכה המתקבלת מן המשפחה אינה מנבאת את מצבם הרגשי של הנחקרים. השערה 3 לפיכך, אוששה במידה רבה.

3.10 תמיכה חברתית ושייכות חברתית

השערת המחקר הרביעית טענה כי ככל שהתמיכה החברתית של אדם זקן עם פיגור שכלי משמעותית יותר כך תהיה מידת השייכות החברתית שלו גבוהה יותר. ההשערה נבחנה בעזרת רגרסיה מרובה של שייכות חברתית על שלושת ממדי התמיכה החברתית. כמקודם, מאחר ולא נמצאו הבדלים לעיל בשייכות חברתית לפי משתני הרקע המרכזיים, הוכנסו שלושת ממדי התמיכה החברתית לרגרסיה בצעד אחד.

לוח 13 מציג את ניתוח הרגרסיה. מתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים בניתוח מוצגים בלוח 1, נספח ב'.

לוח 13. רגרסיה מרובה של שייכות חברתית על תמיכה חברתית (N=97)

β	SeB	B	
-.06	.09	-.05	תמיכה ממשפחה
.33**	.10	.29	תמיכה מאדם קרוב
.32**	.10	.28	תמיכה מחברים

* הערה: $p < .01$, ** $p < .001$, $F(3,93) = 13.76$, $R^2 = .31$.

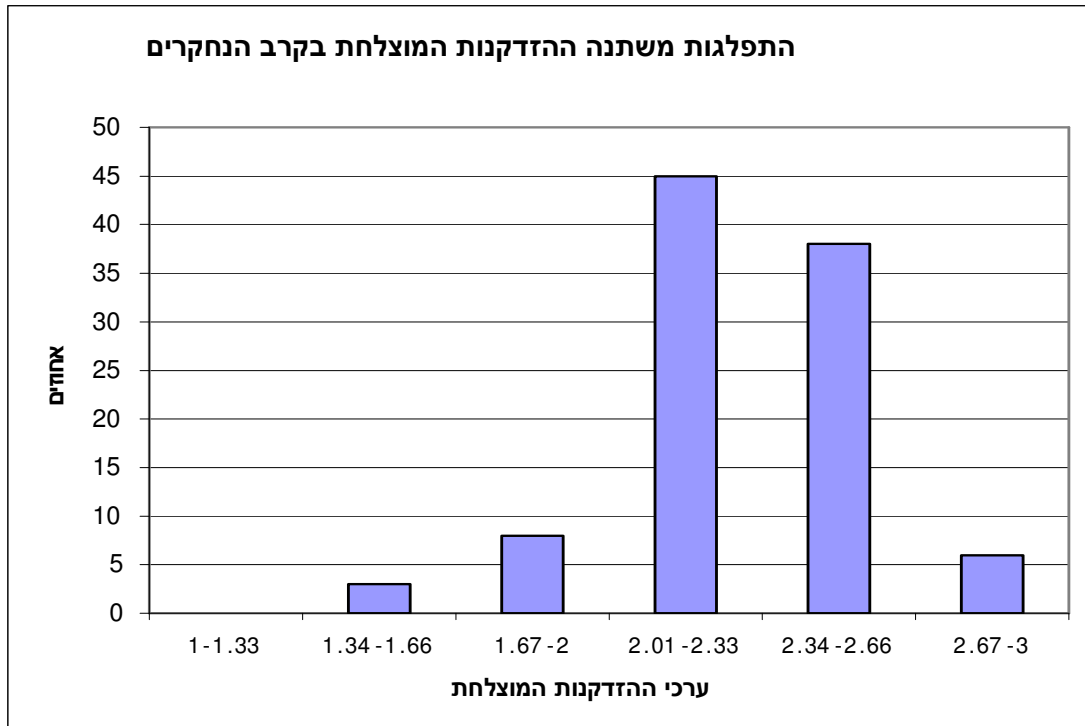
ניתוח הרגרסיה מובהק ומלמד כי 31% מן השונות בשייכות החברתית הכוללת של הנחקרים מוסברים ע"י התמיכה החברתית שלהם. המנבאים המובהקים הם התמיכה מאדם קרוב והתמיכה מחברים: ככל שמידת התמיכה מאדם קרוב ומחברים גבוהה יותר, מידת השייכות החברתית של הנחקרים רבה יותר. התמיכה מן המשפחה אינה מנבאת את שייכותם החברתית של הנחקרים. השערה 4 לפיכך, אוששה במידה רבה.

3.11 תמיכה חברתית והזדקנות מוצלחת

השערת המחקר החמישית טענה כי ככל שהתמיכה החברתית של אדם זקן עם פיגור שכלי רחבה יותר כך תהיה הזדקנותו מוצלחת יותר.

משתנה ההצלחה מורכב באופן תיאורטי ממצב בריאות, תפקוד, מצב רגשי ושייכות חברתית ולפיכך נערך ניסיון לבנותו באופן זה. נערך ניתוח גורמים על ארבעת מרכיבי ההזדקנות המוצלחת, בשיטת Oblique Rotation, על-מנת לאפשר קשר בין הגורמים השונים שייווצרו, לאור המתאמים הקיימים ביניהם, ראה לוח 2 נספח ג'. ניתוח הגורמים הראה כי קיים למעשה רק גורם אחד: עבור הגורם הראשון נמצא Eigenvalue=2.03 והוא מסביר 50.83% מן השונות, ואילו עבור הגורם השני נמצא Eigenvalue=.81 והוא מסביר 20.35% מן השונות. מאחר וקריטריון הקבלה לגורם הוא $Eigenvalue > 1$ ניתן לומר שארבעת המשתנים מתקבצים לגורם אחד גם מבחינה סטטיסטית.

העקיבות הפנימית של ארבעת מרכיבי ההזדקנות המוצלחת נמצאה $\alpha = 0.67$ והמתאמים בין ארבעת המשתנים נעים בין $r = .23$ ($p < .05$) לבין $r = .54$ ($p < .001$). למתאמים המלאים ראה לוח 2 נספח ג'. משתנה ההזדקנות המוצלחת נבנה מממוצע ארבעת הגורמים: מצב בריאות, תפקוד, מצב רגשי ושייכות חברתית, ולא מממוצע כל פריטיהם (42 פריטים), על מנת לאפשר משקל זהה לכל גורם במשתנה הכולל. משתנה ההזדקנות המוצלחת נמצא מתפלג באופן הקרוב לנורמלי, כאשר $M = 2.27$ ($SD = .29$). מתאמים בין המשתנה הכולל למרכיביו נעים בין $r = .65$ ל- $r = .76$ ($p < .001$).



תרשים 3 ממחיש את התפלגות ההזדקנות המוצלחת במדגם, בעזרת קיבוץ הערכים לקטגוריות. התרשים מראה כי מיעוט הנחקרים מצוי בקצוות הסקאלה, ורובם מרוכזים בין הערך 2 לערך 2.66. במילים אחרות, רוב הנחקרים במדגם מצויים ברבעון השלישי של משתנה ההזדקנות המוצלחת, שערכיו נעים בין 2.48 לבין 2.94.

משתנה ההצלחה בהזדקנות נמצא נבדל לפי מיגדר ודרגת פיגור. עבור מיגדר: $t(98)=2.02$ ($p<.05$) כאשר גברים תופסים את הזדקנותם כמוצלחת יותר מנשים ($M=2.32$, $SD=.27$, לעומת $M=2.21$, $SD=.30$, בהתאמה). עבור דרגת פיגור: $t(98)=2.91$ ($p<.01$) כאשר נחקרים בדרגת פיגור גבולית עד קלה-בינונית תופסים את הזדקנותם כמוצלחת יותר מנחקרים בדרגת פיגור בינונית עד בינונית-קשה ($M=2.33$, $SD=.25$) לעומת ($M=2.17$, $SD=.31$, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים בהצלחת ההזדקנות לפי גיל (עד 60 ומעל 60) – $t(98)=1.11$ או לפי מקום מגורים - $t(98)=-.95$.

לפיכך, נבדקה ההשערה בעזרת רגרסיה מרובה של הצלחת ההזדקנות על שלושת ממדי התמיכה החברתית, כאשר בצעד ראשון מוכנסים לרגרסיה מיגדר ודרגת פיגור. כמקודם, הוגדר המיגדר כמשתנה דמי (0=נשים, 1=גברים) וכן דרגת הפיגור (0=גבולי עד קל-בינוני, 1=בינוני עד בינוני-קשה). בצעד שני הוכנסו לרגרסיה ממדי התמיכה החברתית. ניתוח הרגרסיה מוצג בלוח 14 להלן, מתאמים בין המשתנים הבלתי תלויים מוצגים בלוח 1, נספח ב'.

לוח 14. רגרסיה מרובה של הצלחת ההזדקנות על תמיכה חברתית (N=98)

β	SeB	B	
			צעד 1
.20*	.05	.11	מיגדר
-.21*	.05	-.12	דרגת פיגור
			צעד 2
-.17	.06	-.10	תמיכה ממשפחה
.25*	.07	.14	תמיכה מאדם קרוב
.28*	.07	.16	תמיכה מחברים

* הערה: $p < .05$. לצעד 1 - $R^2 = .15$, $p < .001$, לצעד 2 - $R^2 = .17$, $\Delta R^2 = .02$, $p < .001$, המודל הכולל: $R^2 = .32$, $F(5, 89) = 8.47$, $p < .001$.

ניתוח הרגרסיה מובהק ומלמד כי 15% מן השונות בהצלחת ההזדקנות מוסברים ע"י מיגדר ודרגת פיגור, ואילו 17% נוספים מוסברים ע"י התמיכה החברתית. בסך הכל מסבירה הרגרסיה 32% מן השונות בהצלחת ההזדקנות. עיון בלוח מראה כי, כפי שצויין לעיל, גברים, ונחקרים בדרגת פיגור גבולית עד קלה-בינונית תופסים את הזדקנותם כמוצלחת יותר מנשים, ומנחקרים בדרגת פיגור בינונית עד בינונית-קשה. בנוסף, ככל שהתמיכה מאדם קרוב נתפסת כרבה יותר, וככל שתמיכת החברים נתפסת כרבה יותר, ההזדקנות נתפסת כמוצלחת יותר. מידת התמיכה המתקבלת מן המשפחה אינה מנבאת את הצלחת ההזדקנות. השערה 5 לפיכך, אוששה במידה רבה.

3.12 סיכום הממצאים הסטטיסטיים

מחקר זה עסק בקשר שבין מערכת התמיכה הבלתי פורמלית של אנשים זקנים עם פיגור שכלי להצלחת הזדקנותם. הצלחת ההזדקנות הוגדרה כמורכבת ממצב בריאותי, תפקוד, מצב רגשי ושייכות חברתית. במחקר השתתפו 100 איש, בני 50-70, כמחציתם גברים וכמחציתם נשים. רובם היו בדרגת פיגור קלה עד בינונית, רווקים, גרו במוסד ועבדו.

רוב הנחקרים תפסו בדרך כלל את מצבם הבריאותי ואת רמת תפקודם כטובים. כמו כן, הם נטו לתפוס את מצבם הרגשי כטוב, ואף להיות מעורבים בפעילויות חברתיות קהילתיות. רובם דיווחו כי הם נפגשים עם בני משפחתם הקרובים. גברים נמצאו תופסים את מצבם הבריאותי כטוב מנשים, ואילו הגרים בדור קהילתי נמצאו תופסים את רמת תפקודם כגבוהה יותר מן הגרים במוסד. בנוסף, נחקרים שדרגת הפיגור שלהם גבולית עד קלה-בינונית תפסו את רמת התפקוד שלהם כגבוהה יותר מאשר נחקרים שדרגת הפיגור שלהם בינונית עד בינונית-קשה. הצלחת ההזדקנות נמצאה כפונקציה של מיגדר ודרגת פיגור: גברים, וכן נחקרים בדרגת פיגור גבולית עד קלה-בינונית תפסו את הזדקנותם כמוצלחת יותר מאשר נשים ומאשר נחקרים שדרגת הפיגור שלהם בינונית עד בינונית-קשה, בהתאמה.

כשלושה רבעים מן הנחקרים חשו כי הם זוכים לתמיכה ממשפחתם, לפחות באופן חלקי. כ- 60% מהם חשו כי הם נתמכים ע"י אדם קרוב כלשהו, ומעט מעל למחציתם חשו כי הם זוכים לתמיכת חברים. נחקרים שדרגת הפיגור שלהם גבולית וקלה חשו שהם זוכים לתמיכה רבה יותר מאדם קרוב מאשר נחקרים שדרגת הפיגור שלהם קלה-בינונית עד בינונית-קשה.

התמיכה החברתית של הנחקרים נבאה את הצלחת ההזדקנות באופן כולל, וכן את מצבם הרגשי ושייכותם החברתית של הנחקרים, באופן ספציפי. מבין שלושת ממדי התמיכה החברתית, המנבאים המובהקים הם תמיכה מאדם קרוב ותמיכה מחברים, כך שככל שמידת התמיכה נתפסת כרבה יותר, המצב הרגשי טוב יותר, השייכות החברתית רחבה יותר וההזדקנות מוצלחת יותר. תמיכת המשפחה אינה קשורה להצלחת ההזדקנות או למרכיביה. כמו כן, לא ניתן היה לנבא את המצב הבריאותי או התפקודי של הנחקרים בעזרת התמיכה החברתית.

4. דיון

במחקר זה נבדק הקשר בין מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית לגורמים נבחרים המרכיבים את מדד הזדקנות המוצלחת. הנחת המחקר הייתה שככל שמערכת התמיכה הבלתי פורמלית תהא משמעותית יותר, יעיד דיווחם העצמי של אנשים זקנים עם פיגור שכלי, על הזדקנות מוצלחת יותר. חמש השערות נבדקו במהלך המחקר. התוצאות הראו כי השערה אחת ושתיים לא אוששו ואילו השערות שלוש וארבע אוששו. ההשערה העיקרית, ההשערה החמישית, אוששה והצביעה כי קיים קשר חיובי ומשמעותי בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית לבין הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי.

מחקרים רבים מצאו כי לתמיכה החברתית הבלתי פורמלית חשיבות רבה בכל תחומי החיים של האדם (Albrecht & Adelman, 1984; Suwonnarop, Zauszniewski, 2002; Walker, MacBride & Vachon, 1977). במחקרו של אישי-קונץ (Ishii-Kuntz, 1990) נמצא, כי לכמות המפגשים עם בני משפחה וחברים היה קשר מועט לרווחת האדם הזקן ללא פיגור שכלי, אך לאיכות המפגשים הייתה משמעות רבה. במחקר זה, נבדקה איכות התמיכה החברתית הבלתי פורמלית, של שלושה גורמים: בני משפחה, אדם קרוב וחברים באופן כללי, כפי שהיא נתפסת על ידי הנחקרים.

הממצאים במחקר זה הראו כי מרבית הנחקרים חשו כי משפחתם תומכת בהם באופן מלא או חלקי. תוצאה זו תומכת בתוצאות שנמצאו במחקרים שונים באוכלוסייה הכללית, בהם ניכר כי המשפחה מהווה את המרכיב המרכזי במערך התמיכה הבלתי פורמלית של אנשים זקנים ללא פיגור שכלי (מורד-דרייזלר ופרגר, 1992; צבעוני, 1995; אוסלנדר, חקלאי, רוסט ולויטווין, 1991). תוצאה מעניינת במיוחד שנמצאה במחקר זה הייתה, שמעל למחצית מן הנחקרים חשו כי הם מקבלים תמיכה מלאה או חלקית מחבריהם וכן, שכמעט למחציתם יש בנוסף אדם קרוב במיוחד, אשר הם חשים כי הוא תומך בהם. תוצאה זו מחזקת במיוחד את ממצאיהן של וולש (Walsh, 2002) וקראוס ואריקסון (Krauss, Erickson, 1988) אשר מצאו כי מערכת התמיכה של אנשים עם פיגור המתגוררים בדוור חוץ ביתי, מורכבת, רובה ככולה, מחבריהם למסגרת ואו מהצוות המטפל. זאת, בניגוד למרבית המחקרים, בהם נמצא כי הרכב מערך התמיכה אצל אנשים עם פיגור כולל בעיקר בני

משפחה (Krauss, Seltzer & Goodman, 1992) ולמרביתם לא היו חברים כלל (Amado, 1993).
(Hayden, Lakin, Hill, Bruininks & Copher, 1992).

ההשערה הראשונה הניחה כי ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמאלית משמעותית יותר, הוא יתפוס את בריאותו כטובה יותר. נמצא, כי לא היה קשר בין התמיכה החברתית למצב הבריאותי המדווח של הנחקרים.

על מנת לנסות ולהבין תוצאה זו, הנוגדת לכאורה, תוצאות מחקרים רבים באוכלוסייה הכללית בהם נמצא קשר בין תמיכה חברתית לבריאות (פרילוצקי, 1998; רון, 1992; DuPertuis, Aldwin & Bosse, 2001; Lewis, Rook & Schwarzer, 1994; Mannell, Depuis, 1996; Suwonaroop & Zunzunegui, 2002; Unger, MacAvay, Bruce, Berkman & Seeman, 1999; Zunzunegui, Konle, Johri, Bleland, Wolfson & Bergman, 2004), הועלו מספר סברות. סברה ראשונה שהועלתה הייתה כי למסגרת הדיור של אנשים זקנים עם פיגור שכלי יש השפעה על מצב בריאותו של הדייר.

מסגרות דיור חוץ ביתיות אמורות לענות על צרכי דייריהם. לבנשטיין ויקוביץ כותבות כי "בית האבות נתפס כמסגרת מוגנת וטיפולית" (לבנשטיין ויקוביץ, 1995, ע' 65). מוסדות ומסגרות דיור קהילתיות לאנשים עם פיגור שכלי מנסות לספק לדיירים מענה לצרכים שונים ולפיכך ניכר כי קיימת הקפדה על נושא הבריאות והטיפול הפיזי. מצב זה גורם לכך שיכולתם של הדיירים הזקנים עם פיגור שכלי, להיות מעורבים בתהליך קבלת החלטות אודות הנושאים המרכזיים בחייהם מועטה ביותר. במחקר זה נמצא כי למרות, שבשנים האחרונות התחזקה המגמה של אי המיסוד, הדוגלת בכך שעל אנשים בעלי צרכים מיוחדים להישאר בקהילה ובבד בבד על הקהילה לחזק את שירותי התמיכה החברתיים (Bradley & Knoll, 1990; Taylor, 1988), הרי שממגמה זו של אי מיסוד, נהנה בעיקר הדור הצעיר של אנשים עם פיגור שכלי. נמצא כי אוכלוסיית המבוגרים שחיה מרבית חייה במוסדות נשארה במקומה ולפיכך, מרביתם גרים במוסדות ורק מיעוטם בדיור קהילתי מוגן. במחקרן של בנדוב ורייטר (1997) נמצא כי לדיירי הדיור המוגן הייתה פחות עצמאות ושליטה על חייהם מאשר לאנשים עם פיגור שכלי המתגוררים במסגרת דיור לא מוגנת.

לפיכך, הסבר אפשרי לכך שלא נמצא קשר בין התמיכה החברתית הבלתי פורמלית למצב הבריאותי של הנחקרים המתגוררים במסגרות דיור חוץ ביתיות הוא, שאנשים זקנים עם פיגור הגרים במוסדות ובדיור מוגן, אינם נדרשים לכל מידה של שליטה ועצמאות בטיפול העצמי בתחומי הבריאות ולפיכך מצבם אינו מושפע מגורמים חברתיים.

סברה נוספת עולה מן הממצאים במחקר שלנו, המורים כי במערך התמיכה הבלתי פורמלית של אנשים זקנים עם פיגור שכלי, התמיכה מן החברים משמעותית יותר מן התמיכה של בני המשפחה. במחקר שיצא לאחרונה, נמצא כי אצל קשישים ללא פיגור שכלי הסובלים מבעיות קוגניטיביות ובריאותיות, פחת חלקם של החברים במערך התמיכה הבלתי פורמלית ואילו חלקם של בני המשפחה עלה (Zunzunegui, Konle, Johri, Bleland, Wolfson & Bergman, 2004).

יתכן, אם כן, שאם התמיכה מהחברים היא המשמעותית, על פי המחקר שלנו ואילו על הבריאות משפיעה דווקא התמיכה מן המשפחה, הרי שלא תתקיים במקרה זה השפעה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על נושא הבריאות. בנוסף, מתגוררים הנחקרים במסגרות דיור הכוללות תומכים פורמליים (מטפלים), במיוחד באספקט האינסטרומנטלי. מטפלים אלו, ממלאים למעשה את מקומם של בני המשפחה באינטראקציה היום יומית. במחקר זה כל הנחקרים נמצאים במסגרות דיור החוץ ביתיות, ולפיכך מקבלים ליווי רפואי צמוד, הכולל טיפול מונע ומכאן שאינם מגיעים לכדי התדרדרות במצב הבריאותי. ניתן להניח אם כן, כי המצב הבריאותי של אנשים זקנים עם פיגור שכלי המתגוררים במסגרות דיור חוץ ביתיות, מטופל ומושפע על ידי מסגרות התמיכה הפורמאליות.

השערה שנייה הניחה כי ככל שלאדם זקן עם פיגור שכלי תהא מערכת תמיכה בלתי פורמאלית משמעותית יותר כך רמת תפקודו תהא גבוהה יותר. השערה זו לא אוששה.

במחקרה של ברטרה (Bertera, 2003), אשר חקרה אנשים זקנים ללא פיגור שכלי הגרים בדיור קהילתי, נמצא כי קיים קשר בין המצב התפקודי למערכת התמיכה הבלתי פורמלית. ברטרה מסבירה זאת כאמצעי בו משתמשים הזקנים בעלי קשיי התפקוד לקבלת כל העזרה הדרושה להם. הקשר בין מערכת תמיכה לתפקוד, באוכלוסיית הזקנים ללא פיגור שכלי, נבדק גם במחקרים נוספים (צבעוני, 1995; Fukukawa, Nakashima, Tsuboi, Niino, Ando, Drageset, 2004; Rowe & Kahn, 1987; Kosugi & Shimokata, 2004). הממצאים ממחקרים אלו, הצביעו על

כך שקיים קשר שלילי בין תמיכה בלתי פורמלית ובמיוחד תמיכה אינסטרומנטלית לתפקודו של הזקן. כלומר, ככל שהאדם הזקן זקוק לעזרה רבה יותר ותפקודו בחיי היום יום היה נמוך יותר, כך מערכת התמיכה הבלתי פורמלית שלו התרחבה.

לבנשטיין ויקוביץ (1995) טוענות כי אצל אנשים החיים במוסדות נמצא שתפקוד תלוי בתנאים סביבתיים ובעמדות של הצוות הטיפולי (ע' 164) וביכולת השליטה והעצמאות לה הם זוכים (Rowe & Kahn, 1987). אוכלוסיית המחקר שלנו שרובה חייה במוסדות ומיעוטה בדיור קהילתי, אינה נדרשת לבצע מטלות בסיסיות במסגרת הדיור בו היא שוהה. השקיפות הרבה בנושא הטיפול באדם המפגר הנדרשת היום במסגרות הדיור השונות, מביאה את הצוות המטפל לדאוג לכל מחסורם של הדיירים. ניתן להסיק מכך, שלאנשים זקנים עם פיגור שכלי החיים במסגרות דיור חוץ ביתיות, אין צורך אמיתי לבצע משימות כגון: בישול, קניות, נסיעה בתחבורה ציבורית ועוד. מכאן שבשונה מהאוכלוסייה הזקנה ללא פיגור שכלי, תפקוד אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי הינו בין היתר, תולדה של רמת התמיכה הסביבתית ולא דווקא תולדה של רמת התמיכה הבלתי פורמלית. מסקנה זו, תואמת תוצאות מחקר שבדק השפעת המעבר ממוסדות טוטאליים לדיור קהילתי ובו נמצא, כי תפקודם של האנשים עלה עם המעבר לדיור קהילתי, בו נדרשה רמת עצמאות גבוהה יותר (Emerson & Hatton, 1996).

במחקרה של שוורץ (1995) נמצא שהבדלים ברמת התפקוד אצל מפגרים בוגרים בגילאים 20-50 הייתה קשורה למודל הדיור ולא למאפיינים אישיים כמו רמת פיגור, גיל, מין ומוגבלויות שונות אחרות הקשורות לפיגור השכלי. ממצאים אלו תואמים בחלקם לממצאים שנתקבלו במחקר שלנו. בניגוד למחקרה של שוורץ, מצאנו קשר שלילי בין המאפיין האישי: רמת הפיגור השכלי לבין רמת התפקוד. אולם, בדומה למחקרה של שוורץ נמצא, שרמת התפקוד של הזקנים עם פיגור שכלי הגרים בדיור קהילתי טובה מזו של אלו הגרים במוסד. כלומר, נחקרים שמתגוררים במסגרות עצמאיות יותר, בהן נדרשה רמת תפקוד גבוהה יותר, דיווחו על תפקוד גבוה יותר וזאת ללא כל קשר למערכת התמיכה הבלתי פורמלית שלהם.

השערה שלישית הניחה כי קיים קשר חיובי בין מערכת תמיכה בלתי פורמאלית למצב רגשי של האדם הזקן עם פיגור שכלי. בהתאם לסקירת הספרות שנערכה, הנחנו כי מערכת תמיכה בלתי פורמאלית רחבה תגרום לאדם זקן עם פיגור שכלי לחוש שאינו נושא לבד בעול האבדנים הפיזיים,

החברתיים והאישיים המתרחשים באופן נורמטיבי בגיל הזיקנה. השערה זו אוששה באופן מלא ולפיכך נמצא כי ניתן לנבא את מצבו הרגשי של האדם הזקן עם פיגור שכלי, בהתבסס על מידת התמיכה לה הוא זוכה.

על פי נתוני הרקע במחקר זה, ניתן לראות כי מרבית המרואיינים לא בנו תא משפחתי ולמרביתם אין ילדים, כמו כן, רובם עובדים במסגרות עבודה מוגנות ולפיכך אינם פורשים מן העבודה בגיל כרונולוגי קבוע. לכאורה, ניתן היה להניח שאוכלוסייה זו, עם הזדקנותה, אינה חווה כל שינוי הקשור למעגל החיים הנורמטיבי ואובדנייה מועטים. אולם, בספרות המחקרית נמצא כי אוכלוסייה זו חווה אובדנים אישיים משמעותיים לא פחות, כגון: מות ההורה המטפל, מות חברים למסגרת הדיור ואיבוד קשרים אישיים עקב מעבר למסגרת דיור אחרת (Tyrell & Dodd, 2003). כמובן, שאין לשכוח שעם העלייה בגיל הכרונולוגי נוספים אובדנים פיזיים הנורמטיביים לגיל הזיקנה. אירועי חיים שלילים אלו מהווים גורם לחץ ועלולים להוביל למצוקה נפשית ולדיכאון (סדן, 1986; Blazer, 1980; Tyrell & Dodd, 2003).

במחקרנו נמצא כי תמיכה חברתית מנבאה בהצלחה את מצבו הרגשי של האדם הזקן עם פיגור שכלי. כלומר, ככל שגורמי התמיכה משמעותיים יותר, כך יהא מצבו הרגשי טוב יותר. תוצאה זו תואמת את ממצאיו של מחקר חדש שבדק נושא זה באוכלוסיית הזקנים ללא פיגור שכלי (Cummings & Cockerham, 2004).

מחקר שבדק את הקשר בין מצבם הרגשי של זקנים ללא פיגור שכלי מצא כי אלו שזכו לתמיכה הן מחברים והן ממשפחה דיווחו על מצב רגשי טוב יותר מאלו שזכו לתמיכה רק מגורם בודד (DuPertuis, Aldwin & Bosse, 2001). לעומת זאת, באוכלוסיית המחקר שלנו נמצא כי החברים הם אלו המהווים את הגורם המשמעותי במערכת התמיכה הבלתי פורמלית ואילו התמיכה המתקבלת מן המשפחה אינה מנבאת את מצבם הרגשי של הנחקרים ולפיכך אינה מהווה גורם משמעותי המשפיע על מצבו הרגשי של האדם הזקן עם פיגור שכלי.

עם הזדקנותו של האדם עם הפיגור השכלי, מזדקנת בד בבד גם מערכת התמיכה המשפחתית שלו. הורים נפטרים ואף האחים מתקשים להמשיך ולתמוך לאורך זמן. מצב זה מחליש ומקטין את מערכת התמיכה הבלתי פורמלית. יתר על כן, אוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי המתגוררים

במסגרות דיור חוץ ביתיות, מנותקת גם מבחינה גיאוגרפית וגם מבחינה חברתית ממשפחתם ולפיכך עיקר התמיכה הבלתי פורמאלית שלה הם זוכים, באה מחברים ושכנים למסגרת הדיור. חיזוק למסקנה זו מביעים חוקרים שונים שטוענים, כי אורח החיים הנוקשה במסגרות הדיור החוץ ביתיות עלול לגרום, מצד אחד למיעוט קשרים חברתיים (Ejaz, Schur & Noelker, 1997) אולם לעומת זאת, בכדי לפצות על הניכור והמרחק, עשויים הדיירים לפתח קשרים חברתיים משמעותיים בינם לבין עצמם (Walsh, 2002).

הסבר אפשרי נוסף לממצא, שחברים הם הגורם המשמעותי במערכת התמיכה החברתית של אנשים זקנים עם פיגור שכלי, נובע ממחקרן של בורנר ורינהרד (Reinhardt & Boerner, 2003) שמצא כי קיים קשר הדוק בין התמיכה אותה מקבל האדם הזקן באוכלוסייה הכללית לבין התמיכה שהוא נותן למשפחתו. אין הכוונה שהוא מקבל ונותן את אותו סוג התמיכה אלא שבאופן כללי מעדיף האדם הזקן יחסי חליפין מאוזנים על פני יחסים חד צדדיים. יתכן שהאדם הזקן עם הפיגור השכלי חש שעם הזדקנותו, אינו יכול לתרום באופן משמעותי לבני משפחתו, אם עקב קשיי ניידות ואם עקב קשיים פיזיים, ולפיכך אינו דורש מהם תמיכה, אך מחבריו למסגרת הדיור, להם הוא יכול לתרום תמיכה אינסטרומנטלית ורגשית הוא מסוגל לדרוש ולקבל תמיכה בלתי פורמלית.

ההשערה הרביעית הניחה כי ככל שמערכת התמיכה החברתית תהא משמעותית יותר, כך שייכותו החברתית והמשפחתית של האדם הזקן עם פיגור שכלי תהא גבוהה יותר. השערה זו אוששה במלואה. ממצאנו הראו כי הימצאותם של חברים במערכת התמיכה הבלתי פורמלית משמעותיים במיוחד להשתייכותם החברתית של אנשים זקנים עם פיגור שכלי. זאת, בניגוד למחקרים שונים, אשר חקרו אוכלוסיות זקנים ללא פיגור שכלי (בארה"ב וביפן) ומצאו אמנם, כי קיימת חשיבות למערכת התמיכה הבלתי פורמלית, אך לא מערך החברים היה הגורם המשמעותי, אלא בני המשפחה (House, Robbin & Metzner, 1982) אשר התמקדו במיוחד בתמיכה אינסטרומנטלית ואפשרו לנחקרים להשתתף בפעילויות חברתיות (Fukukawa, Nakashima, Tsuboi, Niino, Ando,) (Kosugi & Shimokata, 2004).

השתתפות פעילה בחברה מהווה חלק מן הרשת החברתית של האדם. פעילויות חברתיות שונות מאפשרות לאדם להרחיב את הרשת החברתית שלו. קשיים בתקשורת, נורמות התנהגותיות

בלתי מקובלות וחוסר ידע ומיומנויות ביצירת קשרים, מונעים מאנשים עם פיגור שכלי להשתלב בפעילויות חברתיות וקהילתיות (מרגלית, 1997; Macneil & Anderson, 1999). קיומה של מערכת תמיכה בלתי פורמלית לעומת זאת, מחזק את יכולתו של אדם להתמודד עם הקשיים הללו. במחקר שבדק את הקשר בין בדידות להשתלבות חברתית אצל אנשים עם נכות נפשית, נמצא כי בדידות משפיעה לשלילה על יכולתם של אנשים להשתלב בפעילויות חברתיות וקהילתיות (רביד, 2001). במחקרה של ליפשיץ (Lifshitz, 2001) נמצא שאנשים קשישים עם פיגור שכלי, נטו להתכנס בתוך עצמם והראו מוטיבציה נמוכה להשתתף בפעילויות פנאי וכי קיים קשר בין תחושת בדידות וניכור לבין השתתפות בפעילויות חברתיות (Macneil & Anderson, 1999). הקושי למצוא שותפים להשתלבות החברתית של אנשים עם פיגור שכלי בפעילויות שונות נבדק ונמצא כגורם המחזק את תחושת הבדידות והמגביל את ההשתייכות החברתית (Hawkins, Peng, Hesieh & Ekloud, 1999).

היימן ומרגלית (Heiman & Margalit, 1998) טענו כי נמצא שצעירים בעלי פיגור שכלי, העריכו את המיומנויות החברתיות שלהם כגבוהות במיוחד כאשר הרשת החברתית שלהם כללה בעיקר צעירים הדומים להם ביכולותיהם. מרבית חבריהם המשמעותיים של אנשים עם פיגור שכלי הינם אנשים בעלי מוגבלויות אותם הכירו במסגרות הדיור השונות ובמקומות עבודתם (ערער, 2000) ממצאי המחקר שלנו ומהספרות הנסקרת, נוכל להסיק, כי קיומה של מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית המורכבת מחברים משמעותיים, עוזרת לאנשים זקנים עם פיגור שכלי להתגבר על קשיי המיומנויות והתקשורת בהם הם נתקלים בבואם להשתלב בפעילויות חברתיות שונות ותורמת להשתייכותם החברתית של אנשים אלו. מסקנה זו, מקבלת חיזוק ממחקרם של כהן ווויליס (Cohen & Willis, 1985) שטוענים כי הרכבה של מערכת התמיכה תלוי בצורך הספציפי של מקבל התמיכה, כלומר, על מנת שמקבל התמיכה יוכל להפעיל מעין תגובת בלימה למצב הלחץ בו הוא שרוי הוא יפנה לקבלת תמיכה לאותם גורמים היכולים לתרום לשיפור המצב באופן המרבי.

השפעתה של מערכת התמיכה הבלתי פורמלית נבדקה עד כה על ארבעה גורמים אשר נבחרו בהתאם למסקנות שעלו מן הספרות. הספרות התיאורטית העוסקת בנושא ההזדקנות המוצלחת מניחה כי קיימים גורמים שונים המשפיעים על הזדקנות מוצלחת. מכלול הגורמים יחד, מהווים מדד

המנבא זיקנה מוצלחת (Ballesteros, Zamamrron & Ruiz, 2001; Palmore, 1979);
התיאוריה של הזדקנות מוצלחת, נמצאים בנחיתות לעומת כלל האוכלוסייה מכיוון שתפקוד
קוגניטיבי, השכלה פורמלית והכנסה, אשר נמצאו משמעותיים למדד ההזדקנות המוצלחת (Rowe
& Kahn, 1997) אצל אנשים זקנים באוכלוסייה הכללית, נמוכים יותר או בלתי רלוונטיים ולפיכך,
לכאורה, אין הם מסוגלים להזדקן בהצלחה.

המרכיב הקיים במודל התיאורטי של רוה וקוהן (Rowe & Kahn, 1997) המניח כי לשם
הזדקנות מוצלחת חייב האדם להיות ללא מגבלות פיזיות וקוגניטיביות העלה את השאלה האם ניתן
יהיה לבנות מדד להזדקנות מוצלחת אשר יענה על הבעיות הספציפיות העומדות בפני אנשים זקנים
עם פיגור שכלי. במחקר זה, ניסינו לבדוק האם ניתן יהיה למדוד הזדקנות מוצלחת, על פי הגדרה
רחבה יותר המופיעה במחקרם של סוליבן ופישר (Sullivan & Fisher, 1994). הגדרה זו, מכילה
מדדים רלוונטיים לאוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי. מתוך מכלול הממדים המופיעים בספרות
התיאורטית נבחרו, למחקר זה, ארבעה גורמים רלוונטיים לאוכלוסיית הזקנים עם פיגור שכלי: מצב
בריאותי, רגשי, תפקודי והשתייכות חברתית. החיבור בין שלושת הגורמים הראשונים להשתייכות
החברתית מהווה את לב ליבה של ההזדקנות המוצלחת בהתאם לתיאורייה של רוה וקוהן (Rowe &
Kahn, 1997).

ממצאי המחקר הראו כי המשתנים שנבחרו קשורים זה בזה ומהווים מדד אחד בו ניתן
להשתמש. נמצא כי מרבית הנחקרים, הוגדרו כמזדקנים באופן מוצלח ומיעוטם אף מוצלח מאוד.
תוצאות אלו דומות אם כי גבוהות במקצת מתוצאות שנמצאו במחקר שבדק הזדקנות מוצלחת על פי
דיווח עצמי בזקנים ללא פיגור שכלי (Strawbrige, Cohen & Shema, 1996).

ההשערה האחרונה שנבדקה, העלתה כי קיים קשר מובהק בין מערכת התמיכה מחברים
ומאדם קרוב להזדקנות מוצלחת וכי ניתן לנבא קיומה של הזדקנות מוצלחת, על פי רמת התמיכה
הבלתי פורמלית שלו. מצאנו, שככל שהאדם הזקן עם פיגור שכלי חש שהוא מקבל תמיכה רבה
ומשמעותית יותר הוא מדווח על הזדקנות מוצלחת יותר.

חשיבות השפעתה של ההזדקנות המוצלחת כפי שנבדקה במחקר שלנו הוכחה בתחומים רבים ובמיוחד בנושא איכות החיים (Everard, Lach, Heinrich, 2000). ניתן להניח בעקבות המחקר שלנו כי אי קיומה של תמיכה בלתי פורמלית או חולשתה, מהווה גורם סיכון משמעותי.

ממצאים מהמחקר שלנו מצביעים על כך כי כמחצית מן הנחקרים חשו כי אין הם מקבלים תמיכה מחברים ומעט פחות ממחציתם חשו שאין הם מקבלים תמיכה מאדם קרוב כלשהו. תוצאה זו דומה לתוצאה שמצאה במחקרה של פרילוצקי (1998) אשר מצאה כי כמעט למחצית מן הדיירים בבית אבות לא היו קשרים חברתיים עליהם יכלו להישען בעת הצורך. הממצא כי התמיכה מחברים ומאדם קרוב מנבאת בהצלחה את הזדקנותו המוצלחת של האדם מחייב אותנו להסיק כי חיזוקה יביא לשינוי משמעותי אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי. ניסיון לחזק את מערך התמיכה החברתי נערך על ידי רייטר (2000), שמצאה כי הפעלת תוכנית לטיפול כישורים חברתיים, בקרב מתבגרים צעירים עם פיגור שכלי, הביאה לשינוי משמעותי ביכולת זו, אשר תרמה לשיפור באיכות חייהם של הצעירים.

4.1 מגבלות המחקר

למחקר זה מספר מגבלות המחייבות התייחסות זהירה לתוצאותיו. ראשית קביעת הקו התחתון לגיל 50 במחקרנו נובע מהתוצאות שהתקבלו במחקרים השונים, לפיכך, ללא ספק, נבחרו למחקר הזה, אנשים שמכלול תפקודם אינו מתאים להגדרת הזיקנה ולעומתם, ויתר המחקר על אנשים צעירים יותר שאבחון אובייקטיבי יראה שהם כבר החלו בתהליך הזיקנה.

שנית, במחקר זה לא נבדקו נתונים לגבי משך שהותם של הנחקרים במסגרת הדיור העכשווית. יתכן שחלק מן הממצאים היו יכולים להיות מוסברים על ידי גורם זה. רכישת חברים משמעותיים, הינה תהליך ארוך טווח ויתכן שחלק מן הנחקרים שעזבו מסגרות דיור קודמות, בד בבד עם הסתגלות לאבדנים שנגרמו עקב כך, מתקשים ליצור מערכות יחסים חדשות.

שלישית במחקר זה נערכו ריאיונות אישיים. יתכן שלעיתים, עקב מוגבלויות קוגניטיביות, וקשיים בהבעה נתקבלו תוצאות מוטות וזאת עקב נטייתם של אנשים עם פיגור שכלי לנסות ולרצות את המראיין ואו לבחור את האופציה האחרונה המוזכרת בשאלות (Stanclieffe, 2000).

רביעית מספר הנחקרים במסגרות הדיור הקהילתיות היה מצומצם יחסית ויתכן שנחקרים אלו אינם מייצגים את כלל אוכלוסיית הדיור הקהילתי. כמו כן לא נערכה השוואה לגבי האוכלוסייה שחיה באופן עצמאי בקהילה, אם במסגרות דיור עצמאיות ואם בקרב בני משפחתם

4.2 השלכות תיאורטיות וישומיות

מטרת מחקר זה הייתה לבחון את מהות הקשר בין מערכת תמיכה חברתית בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי. ממד הזקנה המוצלחת אצל אנשים עם פיגור שכלי נבדק בארץ בפעם הראשונה. עד כה, נהוג היה להאמין כי הזדקנות מוצלחת לא תיתכן אצל אנשים עם נכויות. אולם, מחקר זה מצא שלמרות שהמושג זקנה מוצלחת שונה בקרב אוכלוסייה זו, ניתן לבנות מדד משמעותי, ממנו ניתן להסיק מסקנות לגבי הגורמים המשפיעים על הזדקנות מוצלחת באוכלוסייה של אנשים עם פיגור שכלי.

הממצאים העיקריים במחקר הראו כי למדד הזקנה המוצלחת, תמיכת המשפחה נתפסת כפחות משמעותית לעומת תמיכת אדם קרוב וחברים. ממצאים אלו מחייבים את מערכות התמיכה הפורמליות לתכנן וליזום תוכניות התערבות לחיזוק היכולת ליצירת קשרים אישיים והשתלבות חברתית בכל מסגרות הדיור. האוכלוסייה שנבחנה במחקר זה, דיווחה על מיעוט קשרים אישיים בן המינים. יתכן שהדבר נובע מאופי מסגרות הדיור ויתכן שהדבר נובע מחסכים ביכולת ליצירת קשרים אישיים. בניית תוכניות התערבות ועידוד מערכת התמיכה הפורמלית ליצירת קשרים אישיים בן המינים יחזק את יכולתה של אוכלוסייה זו להתמודד עם אתגרי החיים בגיל הזקנה.

ניתן להניח כי ככל שמסגרת הדיור מגבילה פחות, מתאפשר לדיירים לנהל אורח חיים נורמטיבי יותר. חיזוק המגמה של אי המיסוד וחיים בקהילה, תביא בסופו של דבר לכך שבניגוד לנמצא במחקרנו, מרבית האוכלוסייה המזדקנת תגור במסגרת דיור קהילתית. העובדה שנמצא במחקרנו שבריאיות ותפקוד אינם מושפעים מן התמיכה הבלתי פורמלית, וזאת עקב המסגרת הפורמלית בה הם חיים כיום, מחייבת את מתכנני המדיניות לבנות תוכניות מתאימות, הן לאנשי הצוות המטפל והן לאוכלוסייה עצמה, לפני שאוכלוסייה זו תועבר למסגרות דיור קהילתיות.

4.3 המלצות למחקרים נוספים

מחקר זה בדק לראשונה בארץ, את מדד ההזדקנות המוצלחת. על מנת להעמיק את ההבנה, בדבר הגורמים שנבדקו ונמצאו כמשפיעים על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי, יש מקום

לבצע מחקרים דומים. כמו כן, מומלץ לבצע מחקרים השמים דגש ומשווים בין מסגרות הדיור השונות. לאור הממצאים במחקר זה, כי זקנה מוצלחת מוסברת גם על ידי מגדר, מומלץ לערוך מחקרים שיכללו התייחסות ספציפית לנושא זה.

מחקר זה בדק מדדים סובייקטיביים בנקודת זמן אחת. על מנת להבין לעומק את נושא הזקנה אצל אנשים עם פיגור שכלי יתכן וכדאי לבנות מחקרים שיבדקו את מדד הזקנה באופן אובייקטיבי ואת השפעתה של מערכת התמיכה על מדד זה לאורך זמן.

ביבליוגרפיה

- אוסלנדר, ג., חקלאי-רוסט, ע. וליטווין, א. (1991). תפקידי התמיכה של הרשת החברתית של הקשיש. גרונטולוגי, 53, 19-3.
- אלפא-רולר, ע. (1999). הקשר בין מהימנות ותוקף המדידה של איכות חיים בדיווח עצמי בקרב אנשים עם פיגור שכלי, לבין התפתחות היכולת שלהם לייחס מצבים מנטליים. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך" המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.
- בן משה, א., פלדמן, ק., פרידלנדר, ד. וסכלקנס, י. (1990). שינויים סוציו-כלכליים, תהליכים דמוגרפיים והזדקנות האוכלוסייה בישובים בישראל. ירושלים: מכון ירושלים לחקר ישראל.
- בנדוב, ד. ורייטר, ש. (1997) הדימוי העצמי ואיכות החיים של בוגרים ליקויי למידה. חברה ורווחה, י"ז(2), 185-200.
- דו"ח מבקר המדינה (2002). שילוב אנשים בעלי מוגבלויות בקהילה. דו"ח שנתי 52 (174-168).
- חזן, ח. (1984). הזיקנה כתופעה חברתית. תל אביב: ספרית "האוניברסיטה המשודרת".
- חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה - 1995 פרק י"א [12](1). ביטוח זיקנה וביטוח שאירים, גיל קצבת זיקנה וקצבת זיקנה יחסית. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- חוק הסעד-טיפול במפגרים (1969), תיקון מס' 2 (1975). ירושלים: משרד העבודה והרווחה.
- כרמלי, א., ברחד, ש., זייגר, צ. וכרמלי, ו. (2001). המאפיינים הקליניים ומאפייני התפקוד של מבוגרים הלוקים בפיגור שכלי. גרונטולוגיה כ"ח (1), 45-55.
- כץ, ש. (2001). איכות חייהם של אנשים עם נכויות המועסקים במפעלים מוגנים בצפון הארץ. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- לבנשטיין, א. ויקוביץ, א. (1995). הזקן, המשפחה, והמסגרת המוסדית-סוגיות ושיטות התערבות. תל-אביב: רמות.
- ליפשיץ, ח. (1998). ההעשרה אינסטרומנטלית: תוכנית לשיפור הכושר הקוגניטיבי בקרב אנשים מוגבלים בשכלם, מבוגרים ומזדקנים. בתוך: א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן וא. רמות (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל (ע' 198-222). ירושלים: מאגנס.
- מורד-דרייזלר, ע. ופרגר, א. (1992). הדדיות בקשרי החליפין בין הקשיש הגר בבית אבות לבין משפחתו. גרונטולוגיה, 55, 21-8.

מרגלית, מ. (1997). בדידות של ילדים בעלי פיגור שכלי: איפיונים יחידניים ומערכתיים וגישות טיפול. בתוך: א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן וא. רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (ע' 133-150). ירושלים: מאגנס.

סדן, ק. (1986). הגורמים המשפיעים על תפיסת הפרישה כמצב של לחץ וחרדה. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך" המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.

סטטמן, ר. (1995). הסתגלותן של נשים לפרישתן מצה"ל. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

עמינדב, ח. (1998). תהליך האבחון לקביעת קיומו של פיגור שכלי. בתוך: א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן וא. רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (ע' 15-36). ירושלים: מאגנס.

ערער, א. (2000). איכות חיים, קשרי חברות ופעילות פנאי בקרב אנשים עם פיגור שכלי החיים באומנה ובדיור קהילתי. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה, אוניברסיטת חיפה.

פריזנט, ב. (200). קידום תהליכי העצמה אצל קשישים מוגבלים. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

פרילוצקי, ד. (1998). השפעת היחסים הבינאישיים של דיירי בית האבות (בינם לבין עצמם) על רווחתם האישית. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

צבעוני, מ. (1995). החליפין בסולידריות הבין דורית בין הזקנים לבין ילדיהם. גרונטולוגיה, 70, 3-19.

קנדל, י. (1997). שירותים לאוכלוסיית האנשים עם פיגור שכלי: קווים לתכנון בעתיד. בתוך: א. רימרמן, מ. חובב, א. דובדבני, וא. רמות (עורכים), נכות התפתחותית ופיגור שכלי בישראל (ע' 156-165). ירושלים: מאגנס.

קסל, ש. (1999). להזדקן כמו כולם. הקשר בין ההזדקנות והפיגור השכלי: סוגיות טיפוליות וחברתיות ותוכנית התערבות לטיפול באוכלוסיית הקשישים בנווה נטועה, חדרה. עבודת M.A. (מהדורה 2) אוניברסיטת חיפה.

רביד, א. (2001). בדידות ואושר כמשתנים הקשורים להשתלבותם החברתית ולפעילויות הפנאי של נכים פסיכיאטריים בקהילה. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה, אוניברסיטת חיפה.

רון, פ. (1992). השפעות של אירועי חיים והיעדר מערכות תמיכה על שימוש קשישים בחדר מיון. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", ביה"ס לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.

רייטר, ש. (2000). תהליכים קבוצתיים- ממצאי תוכנית חינוכית לטיפול אוטונומיה אישית וכישורים חברתיים למתבגרים עם פיגור שכלי. סוגיות בחינוך המיוחד ובשיקום, 15(1), 37-19.

שוורץ, ח. (1993). דיור קהילתי למבוגרים הלוקים בפיגור שכלי: מאפייני דיריו וכיווני התפתחות אפשריים. ביטחון סוציאלי, 39, 83-95.

שוורץ, ח. (1995). רמת העצמאות האישית של מבוגרים עם פיגור שכלי הגרים בבתיים קבוצתיים (הוסטלים) ודירות בקהילה. סוגיות בחינוך המיוחד ובשיקום, 10(1), 57-49.

שץ, ו., קוזקוב, ס. וכהן, ד. (1993). גיל קריטי, קוצבי ההזדקנות וזקנה מוצלחת. גרונטולוגיה, 61, 33-45.

Albrecht, T.L., & Adelman, M. B., (1984). Social support and life stress: New directions for communication research. Human Communication Research, 11, 3–32.

Albrecht, T.L., Burleson, B.R., & Goldsmith, D. (1994). Supportive communication. In M. L. Knapp & G. R. Miller (Eds.), Handbook of interpersonal communication (2nd Ed.) (pp. 419–449). CA: Sa: Thousand Oaks.

Amado, R.S. (1993). Lonliness: Effects and implications. In A.N. Amado (Ed.), Friendships and community connections between people with and without developmental disabilities (pp.67-84). Baltimore: Poul H. Brookes.

Andrews, R.M., Tennant, C., Hewson, D.M., & Vaillant, G.E. (1978). Life event stress, social support, coping style and risk of psychological impairment. The Journal of Nervous and Mental Disease, 166, 307-316.

- Ballesteros, F.R., Zamamrron, M.D., & Ruiz, M.A. (2001). The contribution of socio-demographic and psychosocial factors to life satisfaction. *Aging and Society* 21, 25-43.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral science* (pp.1-34). Cambridge, England: Cambridge University.
- Beck, S.H., & Page, J.W. (1988). Involvement in activities and the psychological well-being of retired men. *Activities, Adaptation & Aging*, 11, 31-47.
- Benet, K.M. (2002). Low level social engagement as a precursor of mortality among people in later life. *Age and Aging*, 31, 165-168.
- Bergstrom, M.J., & Holmes, M.E. (2000). Lay Theories of Successful Aging after the Death of a Spouse: A Network Text Analysis of Bereavement Advice. *Health Communication*, 12(4), 377-406.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000).From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51, 843-857.
- Bertera, E. M. (2003). Physical Activity and Social Network Contacts in Community Dwelling Older Adults. *Activities, Adaptation & Aging*, 27(3/4), 113-127.
- Biersdorff, K.K. (1999). Out of focus: Developing a picture of aging people with developmental disabilities. *Rehabilitation Review*, 10, (5), Accessed: 01.02.02. <http://www.vrri.org/rhbindx.htm>.
- Blazer, D. (1980). The Epidemiology of mental illness in late life. In E.W. Buss & D.Blazer (Eds.), *Handbook of Geriatric Psychiatry*. New York: Van Nostrand Reinhold Com.

- Borthwick-Daffy, S. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. Journal of Consulting and Clinical psychology, *62*, 17-27.
- Bradley, V., & Knoll, J. (1990). Shifting paradigms in services to people with developmental disabilities. Cambridge: Human Services Research Institution. .
- Burns, A., Purandare, N., & Craig, S. (2002). Mental health in older people in practice. London: RSM Pub.
- Campo, S., Sharpton, W.R., Thompson, B. & Sexton, D. (1997). Correlates of the quality of life of adults with severe or profound mental retardation. Mental Retardation, *35*, 329-337.
- Carstensen, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. Psychology and Aging, *7*, 331-338.
- Cohen, S., & Syme, L.S. (1985). Social support and health. NY: Academic Press.
- Cohen, S. & Willis, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, *98*, 310-357.
- Connolly, B. H. (1998). General effects of aging on persons with developmental disabilities. Topics in Geriatric Rehabilitation, *13(3)*, 1-18.
- Cummings S.M., & Cockerham C. (2004). Depression and life satisfaction in assisted living residents: impact of health and social support. Clinical Gerontologist; *27(1-2)*, 25-42.
- Dickerson, M., Hamilton, J., Huber, R., & Segal, R. (1979). The change to the community, in D. Sweeney & T. Wilson (Eds.), Double jeopardy: The plight of the aging and aged developmentally disabled person in mid-America. (pp. 8-36). University of Michigan Research Monograph, An Arbor.

- Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. Scandinavian Journal of Caring Sciences; 18(1), 65-71 .
- Dunset, C.J., Trivette, C., & Deal, A. (1988). Enabling & empowering families. Cambridge: Brookline books.
- DuPertuis L.L., Aldwin, C. M., Bosse, R. (2001). Does the source of support matter for different health outcomes? Findings from the normative aging study. 13 (4), 494-510.
- Ejaz, F. K., Schur, D., & Noelker, L. S. (1997). The effect of activity involvement and social relationships on boredom among nursing home residents. Activities, Adaptation & Aging, 21(4), 53-66.
- Emerson, E., & Hatton, C. (1996). Deinstitutionalisation in the UK and Ireland: Outcomes for service users. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 21, 17-37.
- Evenhuis, H., Henderson, M.C., Beange, H., Lennox, N., Chicoine, B., & Working Group (2000). Healthy aging- Adults with intellectual disabilities: Physical health issues. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Everard, K.M., Lach, H.W., Fisher, E.B., & Baum, C.M. (2000). Relationship of activity and social support to the functional health of older adults. Journal of Gerontology Social Science , 55B (4), S208-S212.
- Everard, K.M., Lach, H.W., & Heinrich, B.L. (2000). The Development of Healthstages: A unique university and not-for-profit collaboration to enhance successful aging. Educational Gerontology, 26, 715-724.
- Fukukawa, Y., Nakashima, C., Tsuboi, S., Niino, N. Ando, F., Kosugi, S ., & Shimokata, H., (2004). The Impact of Health Problems on Depression and Activities in Middle-

Aged and Older Adults: Age and Social Interactions as Moderators. The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences, 59B, Iss. 1, 19-30.

Fung, H.H., Carstensen, L.L., & Lang, F.R. (2001). Age related patterns in social networks among European Americans and African Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. International Journal of Aging and Human Development, 52 (3), 185-206.

Hawkins, B. A., Peng, J., Hesieh, C., & Ekloud, S. J. (1999). Leisure constraints: a replication and extention. Leisure Science, 15, 131-147.

Hayden, M.F., Lakin, K.C., Hill, B.K., Bruininks, R.H., & Copher, J.I. (1992). Social and leisure integration in people with mental retardation in foster homes and small group homes. Education and Training in Mental Retardation, 9, 187-199.

Heiman, T. & Margalit, M.(1998). Loneliness, depression and social skills among students with mild mental retardation in different educational settings. The Journal of Special Education, 32(3), 154-163.

Helgeson, V.S.(1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. Journal of Applied Social Psychology, 23, 825-845.

Heller, T., & Factor, A. (2002). Older adults with mental retardation and their aging family caregivers. Accessed: 01.12.02.
www.uic.edu/orgs/rrtcamr/OlderAdults.html.

Horowitz, S.M., Kerker, B.D., Owens, P.L., & Zigler, E. (2000). The health status and needs of individuals with mental retardation. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Horowitz, A., Reinhard, S.C., & Howell-White, S. (1996). Caregiving as reciprocal exchange in families with seriously mentally ill members. Journal of Health and Social Behavior, *37*, 149-162.
- House, J.S, Robbins C.,& Metzner H.L.(1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. American Journal of Epidemiology,*116*,123-40.
- Ishii-Kuntz, M. (1990). Social interaction and psychological well-being: Comparison across stages of adulthood. International Journal of Aging and Human Development, *30*, 15-36.
- Janicki, M.P., Dalton, A.J., Henderson, C.M., & Davidson, P.W. (1999). Mortality and morbidity among older adults with intellectual disability: Health services considerations. Disability and Rehabilitation, *21*, 284-294.
- Kaplan, R.M., & Toshima, M.T. (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.), Social support: An interactional view. (pp. 427-453). New York : J. Wiley & Sons.
- Kleyman, P. & McGarry, N. (2001). Chronic illness: Coping successfully for successful aging. Aging Today. www.asaging.org.
- Knox, M. (2001). The meaning of close friendship: The views of four people with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, *14*, 276-291.
- Krauss, M.W., & Erickson, M. (1988). Informal support networks among aging persons with mental retardation: A pilot study. Mental Retardation,*26*(4), 197-201.

- Krauss, M.W., Seltzer, M.M., & Goodman, S.J. (1992). Social support networks of adults with mental retardation who live at home. American Journal on Mental Retardation, 96, 432-441.
- Lakey, B., Tardiff, T.A., & Drew, J.B. (1994). Negative social interactions: Assessment and relations to social support, cognition and psychological distress. Journal of Social and Clinical Psychology, 13, 42-62.
- Lavin, C. & Doka, K.J. (1999). Older adults with developmental disabilities. Amityville, New York: Baywood.
- Lewis, M. A., Rook, K. S., & Schwarzer, R. (1994). Social support, social control, and health among the elderly. Health psychology: A lifespan perspective (pp.191–211). Chur, Switzerland: Harwood Academic.
- Liang, J. , Shaw, B.A., Krause, N.M., Bennett, J.M., Blaum, C., Kobayashi, E., Fukaya, T.Y., & Sugisawa, H. (2003). Changes in Functional Status Among Older Adults in Japan: Successful and Usual Aging. Psychology and Aging .18, (4), 684–695.
- Lifshitz, H. (2001). Aging phenomena among people with mental retardation in community residence in Israel. Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities, 36 (1), 30-41.
- Lin, N., & Peek, M.K. (1999). Social networks and mental health. In A.V. Horowitz & T.L. Scheid (Eds.), The sociology of mental health and illness. (pp.241-258) New York: Cambridge University Press.
- Linn, M. W., & Linn, B. S. (1984). Self -evaluation of life function (SELF) scale: A short, comprehensive self report of health for elderly adults. Journal of Gerontology, 39(5), 603-612.

- Lunsky Y., & Havercamp, S.M. (1999). Distinguishing low levels of social support and social strain: Implications for dual diagnosis. American Journal on Mental Retardation, 104 (2), 200-204.
- Lunsky Y., & Benson, B.A. (1997). Reliability of rating of consumers with mental retardation and their staff on multiple measures of social support. American Journal on Mental Retardation, 102 (3), 280-284.
- Macneil, R.D., & Anderson, S.C.(1999). Leisure and persons with developmental disabilities: Empowering self-determination through inclusion. In: P. Retish & S. Reiter (Eds.), Adults with disabilities: international perspectives in the community. (pp.125-245). New York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Mannell, R.C., & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. In J.E. Birren (Ed), Encyclopaedia of Gerontology, (2). Pergamon Press, San Diego CA.
- Mental Retardation: Definition, Classification, and Systems of Supports. (2002). American Association on Mental Retardation-(AAMR) (10th Edition). Washington, DC: Author.
- McCarthy, J.M., & Mullan, E. (1996). The elderly with a learning disability (Mental Retardation): An overview. International Psychogeriatrics, 8 (3), 489-501.
- Merick, J. (2001).Survey of elderly mentally clinics in residential care centers, 2001. Jerusalem: office of the medical director, division for Mental Retardation.
- Moen, P. (1996). Gender, age and the life course. In R.H., Binstock, & L.K., George (Eds.), Handbook of aging and the social sciences (4th edition) (pp. 171-187). San Diego: Academic press.

- Newton, J.S., Horner, R.H., Ard, W.R., LeBaron, N., & Sappington, G. (1994). A conceptual model for improving the social life of individuals with mental retardation. Mental Retardation, *32*, 292-302.
- Palmore, E. (1979). Predictors of aging. Gerontologist, *19*, 427-431.
- Palmore, E., & Kivet, V. (1977). Change in life satisfaction: A longitudinal study of persons aged 46-70. Journal of Gerontology, *32*, 311-316.
- Peek, M.K., & O'Neill, G.S. (2001). Networks in later life: An examination of race differences in social support networks. International Journal of Aging and Human Development, *52* (3), 207-229.
- Phelan, E.A., & Larson, E.B. (2002). "Successful aging"- Where next? Journal of Aging Geriatrics, *50*(7),1306-1308.
- Prasher, V. (2003). Depression in aging individuals with intellectual disabilities. In: P.W. Davidson, V.P. Prasher & M.P. Janicki (Eds.). Mental health, intellectual , disabilities and the aging process (pp. 51-66). Oxford, U.K.: Blackwell
- Query, J.L., & James, A.C. (1989). The relationship between interpersonal communication and social support among elderly support groups in retirement communities. Health Communication, *1*,165–184.
- Reinhardt, K. & Boerner, J.P. (2003). Giving while in need: Support provided by disabled older adults. The Journals of Gerontology: Series B : Psychological sciences and social sciences. *58B* (5), S297 -S304.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.I. (1987). Human aging: Usual and successful. Science, *237*, 143-149.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.I. (1997). Successful aging. The Gerontologist, *37*, 433-440.

- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1998). Successful aging. New York: Pantheon.
- Sarason, B.R., Sarason, I.G., & Pierce, G.R. (1990). Social support: An interactional view. NY: John Wiley & Sons.
- Schalock, R.L., & Keith, K.D. (1993). Quality of life questionnaire manual. IDS Publishing corporation.
- Seltzer, M.M., & Krauss, M. W. (1987). Aging and mental retardation: Extending the continuum. Washington D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Siegel, J.S. (1980). On the demography of aging. Demography, 17, 245-364.
- Stevens, E.S.(1993). Making sense of usefulness: An avenue toward satisfaction in later life. International Journal of Aging and Human Development, 37, 313-325.
- Streib, G. (1983). The frail elderly: Research dilemmas and research opportunities. The Gerontologist, 23, 40-44.
- Strawbrige, W.J., Cohen, R.D. & Shema, S.J. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. American Journal of Epidemiology, 144, 135-144.
- Sullivan, W. P., & Fisher, B. J. (1994). Intervening for success: Strengths-based case management and successful aging. Journal of Gerontological Social Work, 22, 61–74.
- Suwonnaroop, N., & Zauszniewski, J. (2002). The effects of social support, perceived health status, and personal factors on health - Promoting behaviors among American older adults. Thai Journal of Nursing Research, Apr-Jun; 6(2), 41-55.
- Tamir, L.M. (1979). Communication and the aging process . Elmsford, NY: Pergamon.
- Taylor, G.B. (1988). Caught in the continuum: A critical analysis of the principle of the least restrictive environment. JASH, 13, 41-53.

- Tyrell, J., & Dodd, P. (2003). Psychopathology in older age. In: P.W. Davidson, V.P. Prasher & M.P. Janicki (Eds.). Mental health, intellectual , disabilities and the aging process (pp. 22-37). Oxford, U.K.: Blackwell.
- Unger, J.B., MacAvay, G., Bruce, M.L., Berkman, L., & Seeman, T. (1999). Variation in impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur studies of successful aging. The Journals of Gerontology Social Science, 54B(5), S245-S251.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications on health. Psychological Bulletin, 119, 488-531.
- Walker, K.N., MacBride, A., & Vachon, M.L. (1977). Social support networks and the crises of bereavement. Social Science and Medicine, 11, 35-41.
- Walsh, P.N. (2002). Life Members: Women with Intellectual Disabilities and Aging. Journal of Gerontological Social Work, Vol. 38(1/2), 120-136.
- Weber, G., & Fritsch, A. (1999). Challenges for residential satisfaction: Options, choices and decision making. In S.S. Herr & G. Weber, (Eds.) Aging rights and quality of life (pp. 253–275). Baltimore: Poul H. Brookes.
- World Health Organization [WHO] (2000). Aging and intellectual disabilities- Improving longevity and promoting healthy aging: Summative report. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet S.G., & Fanley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. Journal of Personality Assessment, 52, 30-41.

Zunzunegui, M.V., Konle, A., Johri, M., Bleland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004).

Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. Social Science & Medicine 58, 2069–2081.

מכתבי פניה והסכמה להשתתפות במחקר

מכתב פנייה לאגף לטיפול באדם המפגר

לכבוד הגב' לוי אהובה

מנהלת השירות לאדם עם הפיגור

ירושלים.

במסגרת תוכנית הלימודים לקבלת תואר מוסמך בפקולטה לבריאות ורווחה, החוג ללימודי זיקנה באוניברסיטת חיפה, הנני עורכת מחקר בהנחייתה של ד"ר אילנה דובדבני .

מטרת המחקר היא לבדוק את הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת אצל אנשים זקנים עם פיגור שכלי. אוכלוסיית המחקר אמורה לכלול אנשים עם פיגור שכלי בגילאי 50 ומעלה המתגוררים במסגרות דיור שונות באזור חיפה והפריפרייה.

תוצאות המחקר עשויות לתרום ידע בנושא הקשר בין מערכות תמיכה והזדקנות מוצלחת של אנשים זקנים עם פיגור שכלי ובכך לתרום להחלטה מעשית, לפתח תוכניות אשר יבנו ויחזקו מערכת תמיכה בלתי פורמלית עבור אוכלוסייה זו.

לשם ביצוע המחקר הנני פונה אליכם על מנת לקבל את עזרתכם באיתור אוכלוסיית המחקר הפוטנציאלית וסיוע בגישה לאוכלוסייה זו.

בתודה מראש

דיצה כהן לוינסון

סטודנטית ל M.A.

מכתב פנייה לאפטרופוס

אפטרופוס יקר

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

מטרת המחקר היא לבדוק את הקשר בין מערכת תמיכה בלתי פורמלית להזדקנות מוצלחת באנשים זקנים עם פיגור שכלי. תוצאות המחקר עשויות לתרום ידע בנושא הקשר בין מערכות תמיכה והזדקנות מוצלחת של אנשים זקנים עם פיגור שכלי ובכך לתרום להחלטה מעשית, לפתח תוכניות אשר יבנו ויחזקו מערכת תמיכה בלתי פורמלית עבור אוכלוסייה זו.

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

קראתי את מכתב הפניה ואני מאשר ל _____ להשתתף
המחקר זה.

שם _____

חתימה _____

בתודה מראש

ד"ר אילנה דובדבני

דיצה כהן לוינסון-

סטודנטית ל M.A

נספח ב'

שאלונים:

1. שאלון דמוגרפי.
2. שאלון תפקוד.
3. שאלון הערכה סובייקטיבית של מצב הבריאות.
4. שאלון רגשי.
5. שאלון שייכות חברתית וקהילתית.
6. שאלון קשרים משפחתיים.
7. שאלון תמיכה חברתית (MSPSS).

שאלון דמוגרפי

הקשבו/י וענה על השאלות.

-
- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 7. האם אביך בחיים? | 1. מהו מינדך? |
| 1. כן | 1. זכר |
| 2. לא | 2. נקבה |
| 8. האם יש לך קרובי משפחה נוספים? | 2. לאיזו קבוצת גיל אתה שייך? |
| 1. לא | 1. 50-59 |
| 2. כן | 2. 60-69 |
| 9. האם אתה עובד? | 3. +70 |
| 1. לא | 3. מהו המצב המשפחתי שלך? |
| 2. כן | 1. רווק/ה |
| 10. אם אתה/ה עובד/ת סמן היכן: | 2. נשוי/אה או חי עם בן/בת זוג. |
| 1. בשוק החופשי | 4. האם יש לך ילדים? |
| 2. מפעל מוגן | 1. כן |
| 11. מקום מגורים | 2. לא |
| 1. בית הורים/ משפחה מורחבת | 5. האם יש לך אחים ואחיות? |
| 2. מוסד | 1. כן |
| 3. דיור קהילתי. | 2. לא |
| 12. דרגת הפיגור השכלי | 6. האם אמך בחיים? |
| 1. גבולי | 1. כן |
| 2. קל | 2. לא |
| 3. בינוני | |
| 4. קשה | |

שאלון תפקוד

הקשב וענה את התשובה הנכונה לשאלות הבאות:

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

שאלון מצב בריאות

1. מהו מצב בריאותך בחודש האחרון?
1. טוב מאוד.
 2. די טוב.
 3. לא טוב.
2. האם אתה סובל ממחלה כלשהי?
1. בכלל לא.
 2. מעט.
 3. הרבה.
- אם ענית מעט או הרבה פרט :
-
3. האם סבלת מכאבים בחודש האחרון?
1. בכלל לא.
 2. מעט כאב.
 3. די הרבה כאב.
4. במשך החודש האחרון, כמה ימים בילית במיטה? (עקב מחלה, כאבים או בעיות אחרות).
1. בכלל לא.
 2. מעט.
 3. הרבה.
5. בחודש האחרון כמה ימים היית מאושפז/ת בבית חולים?
1. בכלל לא.
 2. מעט.
 3. הרבה.
6. האם את/ה מקבל/ת תרופות?
1. בכלל לא.
 2. מעט.
 3. הרבה.
7. האם הרופא אמר שאת/ה סובל/ת מבעיות בריאותיות ?
1. בכלל לא.
 2. מעט.
 3. הרבה.
8. האם הבעיות הרפואיות שלך מפריעות לך לעשות דברים שאת/ה רוצה?
1. בכלל לא.
 2. במידה מועטה.
 3. במידה רבה.
9. באיזו מידה בריאותך מטרידה אותך?
1. בכלל לא.
 2. במידה מועטה.
 3. במידה רבה.

שאלון מצב רגשי

דימוי עצמי

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

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

מצב נפשי

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

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

שאלון שייכות חברתית וקהילתית

הקשב/י וענה/י את התשובה המתאימה.

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

שאלון קשרים משפחתיים

1. עם מי מבני המשפחה אתה שומר על קשר? (הקף בעיגול, ניתן להקיף יותר מתשובה אחת):

5	4	3	2	1
קרובי משפחה אחרים	אחות	אח	אב	אם

2. מספר הביקורים שלך אצל בני משפחתך הקרובים בשלושת החודשים האחרונים:

4	3	2	1
ביקרתי 5 פעמים ויותר.	ביקרתי פעמיים עד 4 פעמים	ביקרתי פעם אחת	לא ביקרתי כלל

3. מספר ביקורי המשפחה הקרובה אצלך, בשלושת החודשים האחרונים:

4	3	2	1
ביקרו 5 פעמים ויותר.	ביקרו פעמיים עד 4 פעמים	ביקרו פעם אחת	לא ביקרו כלל

שאלון תמיכה חברתי (MSPSS)

אנו מבקשים לדעת מהי הרגשתך לגבי המשפטים הבאים. השאלון מורכב מרשימת משפטים. ענה/ני את התשובה הנכונה לך. כאשר התשובות אינן נראות לך מתאימות או קשה לך לענות על השאלה, גם אז חשוב שתבחרי/י באחת מן האפשרויות שמתארת אותך בצורה נכונה יותר מהאחרת. 1 מסמן הסכמה מועטה ביותר ו-3 מסמן הסכמה רבה ביותר.

מסכים	מסכים חלקית	לא מסכים בכלל	
3	2	1	
			1. יש אדם קרוב לליבי הנמצא בקרבתו כאשר אני נזקק/ת.
			2. יש אדם קרוב לליבי שאותו אני יכול/ה לשתף בצער ובשמחה.
			3. משפחתי באמת מנסה לעזור לי.
			4. אני מקבל/ת ממשפחתי את העזרה והתמיכה הרגשית שאני זקוקה לה.
			5. יש אדם קרוב לליבי המהווה לגבי מקור עידוד ממשי.
			6. חברי מנסים באמת לעזור לי.
			7. אני יכול/ה לסמוך על חברי כאשר מתעוררות בעיות.
			8. אני יכול/ה לשוחח על בעיותי עם משפחתי.
			9. יש לי חברים שאותם אני יכול/ה לשתף בשמחתי ובצערי.
			10. יש אדם קרוב לליבי שרגשותי חשובים לו.
			11. משפחתי מוכנה לעזור לי לקבל החלטות.
			12. אני יכול/ה לדבר על בעיותי עם חברי.

נספח ג'

לוח 1

מתאמי פירסון בין המשתנים הבלתי תלויים הקשורים להזדקנות מוצלחת

תמיכה מחברים	תמיכה מאדם קרוב	תמיכה ממשפחה	מקום מגורים	דרגת פיגור	
-0.03	-0.05	-0.20*	-0.08	-0.03	מיגדר
-0.19	-0.26*	.11	-0.12		דרגת פיגור
.02	-0.02	-0.15			מקום מגורים
.38***	.44***				תמיכה ממשפחה
.61***					תמיכה מאדם קרוב

הערה: $p < .05$, $p < .01$, $p < .001$.

לוח 2

מתאמי פירסון בין מרכיבי ההזדקנות מוצלחת

שייכות חברתית	מצב רגשי	תפקוד	
.23*	.41***	.25*	מצב בריאותי
.30**	.25*		תפקוד
.54***			מצב רגשי

הערה: $p < .05$, $p < .01$, $p < .001$.

Abstract

The theory of “Successful Aging” has become lately, a major object of research for many gerontologists. Successful Aging occurs, according to Rowe and Kahn (1997) when 3 factors encompass: avoidance of disease and disability, maintenance of high physical and cognitive function, and sustained engagement in social and productive activities. The importance of Successful Aging in people with mental retardation, has increased substantially, as the relative and absolute number of people reaching the age of 50 has grown.

It has been found, that there is a link between engagement in life to the health state, functioning and life expectancy (Benet, 2002) and therefore, the existence of a supportive system embellishes the body resistance to infections and illnesses, prolongs life and strengthens the psychological adaptation (Lunsky & Havercamp, 1999; WHO, 2000).

Different researchers assume, that informal social support is especially important for people with mental retardation, who just like other elderly people, experience losses which occur in older age (Knox, 2001; Lunsky & Havercamp, 1999; Praser, 2003) and they are at higher risk than people without mental retardation to experience depression (Weber & Fritsch, 1999).

Research aims and hypotheses: The aim of the study was to examine the relationship between informal social support system and successful aging of people with mental retardation.

The following hypotheses were examined:

1. Elderly people with mental retardation, who`s social support system is more significant, will perceive their health as better.
2. Elderly people with mental retardation, who`s social support system is more significant, will have a higher level of daily function.
3. Elderly people with mental retardation, who`s social support system is more significant, will have a higher level of emotional state.
4. Elderly people with mental retardation, who`s social support system is more significant, will have a higher level of social and family belonging.
5. Elderly people with mental retardation, who`s social support system is more significant, will have a higher level of successful aging.

Design and Methods: The sample included 100 people with mental retardation, known to the "Service for persons with mental retardation and their families" in the Ministry of Welfare , aged 50 and up. Most of them live in institutions while the others live in community living settings in the north of Israel.

The following instruments were used:

1. Socio-Demographic Data Questionnaire which included data such as age, gender, working state and other relevent information.
2. Functioning Questionnaire from: (Linn & Linn, 1984) SELF - Self Evaluation of Life Function translated to Hebrew (Priznet, 2000)
3. Emotional Status Questionnaire from: (Linn & Linn, 1984) SELF - Self Evaluation of Life Function translated to Hebrew (Priznet, 2000)

4. Health status questionnaire (self reporting) (Prizne, 2000).
5. Social, communal and family belongingness questionnaire (Schalock & Keith, 1993) translated to Hebrew (Kats, 2001).
6. Social support questionnaire (Zimet, Dahlem, Zimet & Fanley, 1988) translated to Hebrew by Stateman (1995).

Findings: The findings of the study showed that three out the five hypothesis were confirmed. It was found that there is a positive relationship between informal social support and emotional status and engagement in life, but not to health status and level of functioning. It was also found that the four variables are connected to each other and can be joint together as a multidimensional variables which can be used in order to examine successful aging in of people with mental retardation.

The main findings in this research points on the existence of positive link between informal social support to the multidimensional variable of “successful aging”, so that the more significant the social support is, the higher is the level of successful aging. Another finding with special significant, is the combination and characteristics of the structure of the informl social support. This finding points that the social support from a close person or a friend is mostly significant while family support, is less significant and this is in apposed to what was found in the general population.

Implications: The conclusions of the research has contributed to the understanding that informal social support has influence on the level of successful aging in people with mental retardation. These results support the importance of the informal social support in community-based living and institutions, to assure successful aging of this population. There fore, attention should be paid by policy decision makers and the professional people to initiate appropriate programs that will intensificate the informal

social support system, to in hence and improve the ability to create personal ties and social integration.



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



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

The Impact of Informal social support on Successful Aging of People With Mental Retardation

Ditza Cohen Levinson

Supervised by: Duvdevany Ilana P.h.d

Thesis submitted in partial fulfillment of the
Requirements for the Master's degree
University of Haifa, Faculty of Welfare & Health Studies,
Department of Gerontology



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
2004

קרן שלום/2004/527