

הקשר בין תפיסת איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לבין מסגרת הדיור שלהם¹

סיגל לויטה ברנשטיין² וריקי סויה²

במאמר מוצגים ממצאי מחקר שבדק את הקשר בין תפיסת איכות חיים של מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית קלה לבין מסגרת הדיור שהם גרים בה ומאפייניה. המדגם כלל 119 מבוגרים המתגוררים באחת המסגרות האלה: מעון-פנימייה, בית קבוצתי, דירה או בית המשפחה. הנתונים נאספו באמצעות שלוש שיטות משלושה מקורות מידע: ראיונות עם הנחקרים, שאלונים שמילא איש הצוות ותיעוד המאפיינים הפיסיים של המסגרות. הממצאים מראים שמרואיינים שדיווחו על איכות חיים גבוהה יותר גרים בדירות או בבית המשפחה, במסגרות דיור ציבוריות, במסגרות עם מאפיינים פיסיים טובים יותר, שהמדיניות הנוהגת בהם מאפשרת יותר. בניתוח רב משתני נמצא, שמבין כל המשתנים שנבדקו הסבירה המדיניות הנוהגת במסגרת בצורה הטובה ביותר את איכות החיים של המרואיינים.

מלות מפתח: איכות חיים, מוגבלות שכלית-התפתחותית, מסגרת דיור חוץ-ביתית

1 המחברות מבקשות להודות לקרן שלם, פיתוח שירותים לאדם עם פיגור שכלי ברשויות המקומיות, על סיוע במימון המחקר.
2 בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש בוב שאפל, אוניברסיטת תל-אביב.

מבוא

רוב האנשים המבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בישראל ממשכים לגור בבית המשפחה; כשליש מהם מתגוררים במסגרות חוץ-ביתיות. יש מסגרות מגורים שונות, כמו מעון פנימייה, בית קבוצתי, דירות, המיועדות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מסגרות אלה מספקות לדייריהן מגוון רב של שירותים ומהוות חלופה לבית המשפחה. המסגרות נבדלות זו מזו בהגדרות הפורמליות שלהן; למשל: מספר הדיירים המתגוררים בהן, מאפייניהן הפיסיים, המדיניות הנוהגת במקום. אחד הקריטריונים להערכת מסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הוא איכות החיים של האנשים המתגוררים בהן. המושג איכות חיים הפך מרכזי בתחום השיקום לפני כעשרים שנה, והבטחת איכות חיים לאנשים עם מוגבלויות הפכה ליעד הראשי של השירותים עבור אוכלוסייה זו.

ההנחה הניצבת בבסיס המחקר היא, שאיכות חיים נמדדת בצורה הטובה ביותר באמצעות חוויותיו הסובייקטיביות של האדם, ושגם אדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מסוגל להעיד על חוויות אלה באופן שישקף אותן נאמנה. למחקר זה שלוש מטרות: (א) לבדוק בקרב אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית את הקשר בין תפיסת איכות חייהם לבין סוג המסגרת שהם מתגוררים בה (בית המשפחה, מעון-פנימייה, בית קבוצתי, דירות); (ב) לבדוק את הקשר בין תפיסת איכות חייהם לבין המאפיינים הפיסיים והמדיניות הנוהגת במסגרת; (ג) להצביע על הגורם שמסביר בצורה הטובה ביותר את תפיסת הפרט את איכות חייו.

רציונל המחקר נעוץ בטענה כי אפשר לייצר איכות חיים גבוהה בקרב הדיירים בכל סוגי הדיוור. ממחקרים שבדקו את הגורמים המנבאים שביעות רצון של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ממסגרות הדיוור שלהם עולה כי מרכיבים, כגון מדיניות שמעודדת בחירה, דמיון לבית, גמישות בפעילויות יומיות והתמקדות בפרט, משפיעים לטובה על שביעות הרצון. ממחקר זה נגזרות השלכות תיאורטיות ויישומיות.

סקירת ספרות

האגודה האמריקנית למוגבלות שכלית-התפתחותית (AAIDD – The American Association of Intellectual and Developmental Disabilities) מפרסמת מדי מספר שנים הגדרה למוגבלות שכלית-התפתחותית. על פי ההגדרה האחרונה, משנת 2010, "מוגבלות שכלית מתאפיינת במגבלות משמעותיות בתפקוד השכלי ובהתנהגות

המסתגלת, כפי שהן באות לידי ביטוי במיומנויות הסתגלותיות, תפיסתיות, חברתיות ומעשיות; מוגבלות זו מתחילה לפני גיל 18" (ועדת המינוח והסיווג של האגודה האמריקנית למוגבלויות שכליות והתפתחותיות, 2010).

ניתן להבחין במספר רמות של מוגבלות שכלית-התפתחותית: קלה, קלה-בינונית, בינונית, בינונית נמוכה, קשה ופיגור עמוק. המרואיינים במחקר זה היו אנשים המתפקדים ברמה של מוגבלות קלה וקלה-בינונית.

מסגרות דיור ביתיות וחוף-ביתיות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית

בדיור החוף-ביתי משולבים 10,112 ילדים, מתבגרים ובוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, שהם 29.5% מבין אלה המוכרים באגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית: כ-7,314 מהם מתגוררים ב-63 מעונות-פנימייה, ו-2,798 מתגוררים בעשרות מסגרות דיור בקהילה (הוסטלים, דירות לוויין, מערך דיור, משפחה אומנת ודיור מוגן). יתר האנשים, 24,054 במספר, שהם 70.4% מאוכלוסייה זו, מתגוררים בבית המשפחה (משרד הרווחה, 2009). בהלימה עם נתונים אלה, מחקרים בארצות הברית מראים, שכ-60% מהאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית או מגבלות אחרות גרים עם משפחותיהם (Selzer & Kraus, 2001), שהן מקום המגורים הטבעי עבור אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (שוורץ, 1993).

למרות זאת, אך מעט מחקרים, יחסית, עוסקים בחייהם של מבוגרים הגרים בבית עם הוריהם. אחת הסיבות לתשומת הלב המועטה שניתנת לאוכלוסייה זו היא דחיפתם של ספקי שירותים של דיור חוף-ביתי להעריך את השירותים שהם מספקים (Selzer & Kraus, 2001). במחקר זה נבדקת איכות החיים גם של מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית המתגוררים במסגרות חוף-ביתיות וגם של כאלה המתגוררים בבית המשפחה.

כפי שכבר הוזכר, המסגרות החוף-ביתיות הן מסוג של מעון-פנימייה ומסגרות דיור בקהילה. מעון-פנימייה הוא מסגרת שבה ניתנים לדיירים שירותים המקיפים את כל תחומי החיים: מגורים, טיפול, בריאות, תעסוקה, חינוך, פנאי, שירותים סוציאליים, טיפולי שיניים ושירותים פארא-רפואיים. מדובר במסגרת טוטלית באופייה, שאמורה לספק את כל צורכי המטופלים ולפקח עליהם בכל שעות היממה (חובב, 1987).

מסגרות הדיור בקהילה, בשונה מהמעונות, אינן מהוות מקום בלבדי לפעילות האדם, אלא משמשות בסיס שממנו הוא יוצא לפעילויות תעסוקה, לימודים, פנאי וקניות, אשר נעשות מחוץ למקום מגוריו. הדיור הקהילתי תואם את רעיון הנורמליזציה, מכיוון שהוא מקרב את האדם לקהילה שהוא חי בה (חובב, 1987). ניתן לתאר את מסגרות הדיור הקהילתי

השונוות על רצף לפי היקף השירותים וההשגחה שהמסגרת מספקת ולפי מידת חופש הבחירה והעצמאות המתאפשרים לדיירים בחיי היומיום. בקצה אחד של הרצף מצוי ההוסטל, המספק שירותים רבים והשגחה צמודה, ונחשב מסגרת מגורים מגבילה יותר. בקצהו האחר מצויה הדירה, שבה הדיירים מקבלים על פי הצורך ליווי והדרכה בנוגע לניהול משק בית ונושאים אחרים. הדירה נחשבת לצורת המגורים המגבילה פחות. בין ההוסטל לדירה ממוקם הבית הקבוצתי. תכנון מסגרות הדיור הקהילתי מבוסס על המודל ההתפתחותי, ולפיו כל אדם מסוגל להתפתח ולהתקדם, אם יעבור ממסגרת מגורים מגבילה יותר לכזו המגבילה פחות (שוורץ, 2003).

כיום מתרחבת המגמה לצמצם את ההפרדה בין מעונות הפנימייה לדיור הקהילתי. עוד ועוד דיירי מעונות משתמשים בשירותים הניתנים בקהילה. מגמה עכשווית אחרת היא הדגשת תפקיד ההורים ובני המשפחה בטיפול בדייר (ג'אנה וחובב, 1998).

איכות חיים

ההתעניינות בנושא איכות החיים גדלה מאז שנות ה-40 של המאה הקודמת, אך עד סוף שנות ה-70 היו הפרסומים בנושא מועטים ביותר. משנות ה-70 ואילך המושג הולך ותופס מקום מרכזי, הן מבחינה תיאורטית והן מבחינת מספר המחקרים האמפיריים בנושא, והפרסומים הולכים ומתרבים. קאמינס (Cummins, 1995), לדוגמה, מצא למעלה ממאה מודלים והגדרות לאיכות חיים. הספרות העוסקת בנושא שייכת לדיסציפלינות שונות, כמו פסיכולוגיה, כלכלה, רפואה, כאשר כל דיסציפלינה תורמת נקודת התבוננות אחרת. המחקרים בתחום הרפואה, למשל, מתמקדים בהערכת איכות החיים של אוכלוסיות מסוימות שסובלות ממחלות כרוניות, כדי לבחור תוכניות טיפול מתאימות (Faden & Leplege, 1992). למרות ריבוי המחקרים בתחום זה, עדיין אין הגדרה סטנדרטית, ברורה ועקבית למושג איכות חיים. בקרב החוקרים השונים יש הסכמה חלקית בלבד על פירוש המושג ועל הדרך שבה יש לבנות את מדדיו.

בתחילת הדרך חיפש המחקר על איכות חיים גורמים אובייקטיביים, המייצגים את רמת החיים של הפרט באמצעות התנאים הטבעיים ביחידת תרבות נתונה, כדי להעריך את איכות חייו (סגל-אנגילצ'ין ו-וונזר, 2001). חוקרים נהגו לבדוק תנאים חיצוניים ותלויי סביבה, כמו בריאות, רווחה, חברויות, רמת חיים, חינוך, ביטחון ציבורי, שיכון, שכונה ופנאי. אולם השונוות המוסברת באיכות חיים לפי המדדים האובייקטיביים נמצאה נמוכה (Diener, 1984). קאמינס (Cummins, 1997) טען, שאיכות חיים אובייקטיבית וסובייקטיבית אינן תלויות זו בזו, מכיוון שרק כאשר איכות החיים האובייקטיבית נמוכה באופן מיוחד, איכות החיים הסובייקטיבית יורדת. בני אדם מסוגלים לשמור על איכות חיים סובייקטיבית קבועה למדי בתוך טווח רחב של נתונים אובייקטיביים. הקושי העיקרי

בשימוש בגורמים אובייקטיביים להערכת איכות חיים הוא שאין הם רגישי תרבות וערכים של בני אדם, ולכן עלה צורך להעריכה, כפי שהאדם עצמו תופס אותה באופן סובייקטיבי (Andrew & Withey, 1976). לפי הגישה הסובייקטיבית, ככל שאדם יותר שבע רצון ממשאביו, כך תגבר שביעות רצונו מהחיים. איכות החיים נקבעת לפי מידת ההלימה בין אורח חייו של האדם לבין סטנדרטים שונים, כמו שאיפות, צרכים ומצבם של אחרים (Keng & Hooi, 1995).

הגדרה אחרת לאיכות חיים היא רמת הסיפוק הכללי שיש לפרט מחייו או הסיפוק שיש לו מתחומים מסוימים בחיים. לאדם יש נטייה לחלק את חייו לתחומים נפרדים (עבודה, בריאות, משפחה) שיש ביניהם קשר, ולאחד את תחושות הסיפוק הספציפיות לכדי תחושת רווחה גלובלית – איכות חיים. לפי גישה זו יש לזהות את תחומי החיים שהאדם תופס כמשמעותיים לאיכות חייו, לבדוק כל תחום בנפרד על פי דיווחו שלו ולדרג את החשיבות של כל תחום בעיני האדם. כך אפשר לבחון את הקשר בין התחומים הספציפיים לאיכות החיים הכללית (Keng & Hooi, 1995).

על פי הגישה האוניברסלית, על המרכיבים הבסיסיים של הגדרת המושג איכות חיים להתעלות מעל הבדלים בין-תרבותיים, כדי שאפשר יהיה להשוות בין תרבויות שונות ותקופות שונות באותה תרבות. זאת משום שהדרישות הכלליות לאושר אינן משתנות מאדם לאדם (McCall, 1975), אלא מבקשות מענה לצרכים אנושיים כלליים ולא לרצונות סובייקטיביים. הגדרה זו מאפשרת לקבוע קריטריון אוניברסלי.

הגדרת איכות חיים כהתאמה טובה בין האדם לסביבתו מתייחסת למצב דינמי שבו האדם מעריך את ההתאמה בין רצונותיו, משאלותיו, כישוריו ויכולותיו לבין חייו בפועל. איכות חיים משמשת כקריטריון לקביעת התאמה טובה בין היחידה האנושית לסביבתה. לפי מודל זה, ככל שיש התאמה טובה יותר בין הכישורים החברתיים של האדם לבין דרישות הסביבה ממנו, כך איכות חייו גבוהה יותר. הגדרה זו של איכות חיים מאפשרת לשפר את איכות החיים של הפרט על ידי תכנון הסביבה הספציפית באופן שיהלום את מאפייניו (שאלוק, 1988).

למושג איכות חיים שלושה תחומים עיקריים: עצמאות, מעורבות חברתית ורווחה. בתחום העצמאות נכללים נושאי ההתפתחות האישית וההערכה העצמית, שאותם מודדים באמצעות השכלה, מיומנויות אישיות, התנהגות מסתגלת, יכולת הפרט לבחור ולהחליט, עצמאות, שליטה עצמית ומטרות אישיות. בתחום המעורבות החברתית נכללים נושאי היחסים הבין אישיים, שייכות חברתית וזכויות, שאותם מודדים באמצעות רשתות חברתיות, חברויות, פעילויות חברתיות, אינטראקציות, מערכות יחסים, שילוב בקהילה וחקיקה משלבת. בתחום הרווחה נכללות רווחה רגשית, פיסית וחומרית, שאותה מודדים באמצעות בריאות ובטיחות, חוויות חיוביות, שביעות רצון, תפיסה עצמית, רמת הלחץ

(סטרס), בילויים, פנאי, מצב כלכלי, מצב תעסוקתי, מצב הבית ותחזוקה (Schalock, Bonham, & Verdugo, 2008).

אף שאין הגדרה אחידה למושג איכות חיים, יש הסכמה על כך שהערכת איכות החיים היא סובייקטיבית בעיקרה (Dennis, Williams, Giangreco, & Cloninger, 1993), ולכן במחקר זה תוערך תפיסת איכות החיים של הפרט על פי מדדים סובייקטיביים, ותתבסס על מודל של תפיסת איכות חיים בדיווח עצמי. המודל יתמקד בהיבטים פסיכולוגיים של שביעות רצון, וייתחסס למדדים ספציפיים בחייו של האדם עם הפיגור השכלי, שהסתמנו בספרות כמרכזיים ובעלי משמעות לאנשים הנמנים עם אוכלוסייה זו. במודל יישאל הפרט כיצד הוא מעריך ארבעה תחומים בחייו: שביעות רצון, יכולת ויצרנות, העצמה ועצמאות, השתייכות חברתית והשתלבות קהילתית.

איכות חיים ומסגרת הדיור

בשלושת העשורים האחרונים יש הכרה הולכת וגוברת בחשיבות מיקומם בחברה של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. אחד ההיבטים המרכזיים בהקשר זה הוא סביבת המגורים. ההנחה היא שאיכות גבוהה יותר של מסגרת המגורים תניב תפקוד ואיכות חיים גבוהים יותר של הדיירים (Haller, 2002). בשנים האחרונות החלו חוקרים לבחון את השפעתם של מגורים בסוגים שונים של מסגרות דיור על רווחתם של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (Haller, Miller, & Factor, 1998). בהשוואה בין מסגרות הדיור כללו אך מעט מחקרים את בית המשפחה (Haller, 2002).

סוג המסגרת (בית קבוצתי או דירה) ונוכחות הצוות נמצאו כגורמים מנבאים משמעותיים של איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (בן-מנחם, 1997). אצל דיירים במסגרות קטנות יותר נמצאה תפיסת איכות חיים גבוהה יותר מאשר אצל דיירים שגרים במסגרות גדולות יותר (בן-מנחם, 1997; Chou, Lee, Lundberg, McCormick, & Heo, 2008). כשמשווים מסגרות מגורים, חשוב מאוד לקחת בחשבון את רמת התפקוד של הדיירים: בהשוואה לאוכלוסיית הבתים הקבוצתיים דיירי הדירות הם בדרך כלל בעלי מיומנויות הסתגלות טובות יותר ומאופיינים בפחות בעיות התנהגות (בן-מנחם, 1997).

לאחרונה נטען כי סוג הדיור (קהילתי או מוסדי) הוא כבר לא הגורם היחיד המשפיע על יכולתה של המסגרת לקדם את דייריה, אלא איכות השירותים שניתנים בה. גם במסגרות מוסדיות אפשר לבסס את השירותים על צורך ובחירה (Mcternan & Ward, 2005). אפשר להביא לאיכות חיים גבוהה את הדיירים בכל סוגי הדיור. ממחקרים שבדקו את הגורמים המנבאים שביעות רצון של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ממסגרות

הדיור שלהם, עולה כי מרכיבים, כגון מדיניות שמעודדת בחירה, דמיון לבית, גמישות בפעילויות יומיות, התמקדות בפרט, משפיעים לטובה על שביעות הרצון (Rourke, Grey, Fuller, & McClean, 2004).

יש משתנים רבים הקשורים למסגרות דיור, ובהם מבנה פיסי, מדיניות המסגרת, אופן הפעלתה. ריבוי זה מקשה על עריכת השוואה ביניהן. חוקרים טוענים שעל אף הקושי יש להמשיך ולבדוק את איכות החיים של דיירים במסגרות שונות בהשוואה זו לזו, מכיוון שלמסגרת תפקיד מרכזי בחיי המתגוררים בה (Borthwick-duffy, 1989). מספר גורמים משפיעים על התנהלות הדייר: מאפיינים פיסיים כמו עיצוב אדריכלי ומאפיינים הקשורים לצוות, כמו מדיניות המסגרת, שיתוף דיירים בקבלת החלטות והכשרה והתנהגות העובדים (Haller, 2002).

מדיניות המסגרת

התפיסה השיקומית הרווחת כעת מתייחסת, לא רק לעצם המגורים בקהילה, אלא שמה את הדגש על "השגת השתתפות משמעותית" ושילוב בחיי הקהילה (שוורץ, 2003). נמצא שמדיניות מסגרת הממוקדת בצרכים האינדיבידואליים של הדיירים קשורה להערכה עצמית גבוהה יותר שלהם (Robertson et al., 2001). עוד נמצא שדיירים, המחליטים בנושאים יומיומיים ושותפים בתהליך קבלת החלטות הנוגעות למדיניות המסגרת, דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר ועל רווחה אישית גבוהה יותר (שוורץ, 2003). אי שביעות רצון של דיירים נבעה מאנשי צוות המונעים עצמאות אישית ומפגינים קוצר רוח ומגיל צעיר של הצוות (Rourke et al., 2004). מעורבות הצוות, שיטת העבודה והגישה ניבאו שיימצאו בעיות התנהגות אצל דיירים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (Perry & Felce, 2005).

המאפיינים הפיסיים של המסגרת

נמצא שיש פחות בעיות התנהגות בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, כאשר סביבת המגורים משרה תחושה של ביתיות ומושכת יותר ויזואלית (Haller, Miller, & Factor, 1998; Thompson, Robinson, Dietrich, Farris, & Sinclair, 1996). פחות בעיות התנהגות נצפו גם אצל דיירים בסביבה נוחה ופתוחה יותר (Eyman, Demaine, & Lei, 1979). התנהגות חיובית של דיירים נמצאה, כאשר הסביבה הפיסית כללה נוף יפה מהחלון וחדר מגורים אישי מעוצב על פי טעמו של הדייר עם מגוון רחב של חפציו האישיים. מאפייני הסביבה נמצאו כבעלי השפעה המשמעותית ביותר על איכות החיים של הדייר, יותר מהמאפיינים האישיים, מסוג הדיור וממספר הדיירים

במסגרת (Haller et al., 1998). ממצאים אלה מעידים על האופן שבו המאפיינים הפסיים ומדיניות המסגרת משפיעים על חיי הדיירים, בין אם הם גרים במעון פנימייה ובין אם בבית קבוצתי או בדירה.

סוג הבעלות על המסגרת

מסגרות מגורים לאנשים עם פיגור שכלי אשר מצויות בקהילה (בין היתר בתים קבוצתיים ודירות) מופעלות בידי גופים ציבוריים (עמותות הפועלות ללא כוונת רווח) או גופים פרטיים (אנשים או חברות הפועלים למטרת רווח). מעונות הפנימייה מופעלים, כמו מסגרות הדיור הקהילתיות, בידי גופים ציבוריים או פרטיים, ומלבדם יש גם מעונות-פנימייה ממשלתיים בהפעלת המדינה (אקים, 2006).

ממצאי מחקרים על השפעת סוג הבעלות על אופן מתן השירותים לא הניבו ממצאים אחידים. מחקרים מסוימים תומכים בטענה שהמגזר הפרטי יעיל יותר מהמגזר הציבורי-הממשלתי, ואילו אחרים גורסים כי הארגונים הציבוריים יעילים יותר מהממשלתיים (קינן ולחמן, 1997). באלה האחרונים נמצא למשל, שבמסגרות פרטיות התגוררו באופן יחסי יותר אנשים עם בעיות התנהגות (Raynes, Wright, Shiell, & Pettipher, 1994). במסגרות השייכות לרשויות הבריאות חיו אנשים עם יכולות נמוכות יותר, בעוד שבמסגרות הציבוריות התגוררו אנשים ברמת תפקוד גבוהה יותר. נמצא כי במסגרות הפרטיות הגישה היא יותר מוסדית, ולדיירים ניתנה פחות הזדמנות להשתלב בפעולות אחזקת המסגרת. מחקר שבדק את השפעת ההפרטה בבתי אבות (Amirkhanyan, 2008) הצביע על כך ששינוי הבעלות מממשלתית לפרטית הביא לירידה באיכות החיים של הדיירים. שוורץ (2003) בדקה את איכות חייהם של דיירים אשר מתגוררים בבתיים קבוצתיים ובדירות, חלקם בהפעלת גופים ציבוריים וחלקם בהפעלת גופים פרטיים, ומצאה שדיירי המסגרות הציבוריות דיווחו על איכות חיים גבוהה באופן מובהק מדיירי המסגרות הפרטיות.

במחקר של קינן ולחמן (1997) נמצאו הבדלים באופן שבו מנהלי ועובדי מעונות בבעלות שונה רואים את תפקודם ובהיבטים המרכזיים שהם מדגישים בתפקודם. למרות הסביבה המוסדית האחידה והכובלת, לגורם הבעלות יש השפעה בלתי מבוטלת על תפקוד המסגרת. במעונות הפרטיים נמצאה הלימה רבה יחסית בין תפיסת המנהלים לבין תפיסת העובדים, מה שעשוי להעיד על שיתוף פעולה בצוות ועל מאמצים משותפים ונקיטת אמצעים דומים להשגת מטרות. במעונות הציבוריים נמצאה התאמה חלקית בלבד בין העובדים למנהלים. במעונות הממשלתיים נמצאה אי הלימה רבה יחסית בין העובדים לבין המנהלים. החוקרים טוענים שאפשר לראות במעונות הממשלתיים מעין "הולכים

בתלם", כיוון שפעילות המנהלים במעונות אלה נעשית תוך הקפדה על הכללים והמעונות תלויים מאוד במשרד העבודה והרווחה. המנהלים הם חסרי אוטונומיה בעבודתם.

במעונות הציבוריים ניתן לראות מוסדות "תכליתיים", כיוון שהם מדגישים יותר מימוש מטרות ואת כישורי העובדים. את המעונות הפרטיים אפשר לראות כאלה שמכוונים יותר להתייחס אל העובד כפרט; המכוונות שלהם היא פנים ארגונית, והם מדגישים את משאבי האנוש. נראה שהם מאמינים שהדרך להשגת המטרות עוברת דרך טיפוח הגורם האנושי במערכת – דאגה לשביעות רצונו של העובד וטיפוח כישוריו (קינן ולחמן, 1997).

משתנים אישיים המשפיעים על איכות חיים

מסגרת המגורים כשלעצמה היא מנבא כללי מדי לתפיסת איכות חיים (בן-מנחם, 1997), ועל פי הספרות יש משתנים אישיים וסביבתיים העשויים להשפיע על תפקוד היחיד ועל שביעות רצונו מתחומי חיים שונים. נמצא כי אנשים שבריאותם טובה יותר הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מהחיים (Gregory, Robertson, Kessissoglou, Emerson, & Hatton, 2001). אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מהחיים בגילאים צעירים יותר (Gregory et al., 2001). אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית המשולבים בתעסוקה דיווחו, יותר מאשר אלה שלא עובדים בשום מסגרת, על תפיסת איכות חיים גבוהה יותר (Bonham, Basehart, Schalock, & Marchand, Kirchner, & Rumenap, 2004).

המחקר

השערות המחקר

בהתבסס על סקירת הספרות אלה הן מטרות המחקר הנוכחי:

א. לבדוק בקרב אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית את הקשר בין תפיסת איכות חייהם לבין סוג המסגרת שהם מתגוררים בה (בית המשפחה, מעון-פנימייה, בית קבוצתי, דירות);

ב. לבדוק את הקשר בין תפיסת איכות חייהם לבין המאפיינים הפיסיים והמדיניות הנוהגת במסגרת;

ג. להצביע על הגורם שמסביר בצורה הטובה ביותר את תפיסת הפרט את איכות חייו.

השערות המחקר:

1. תפיסת איכות החיים של דיירי הדירות המוגנות בקהילה תהיה גבוהה מזו של האנשים המתגוררים במסגרות הדיור האחרות: מעון-פנימייה, בית קבוצתי ובית המשפחה.
2. יש קשר בין המדיניות הנוהגת במסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו. הדיירים שיראו את איכות החיים שלהם כגבוהה יותר הם אלה המתגוררים במסגרות אשר מעניקות להם פרטיות, מאפשרות להם להשתתף בקבלת החלטות, לא מתייחסות בקשיחות להפרת נהלים ומגלות גמישות באשר לסדר היום שלהם.
3. יש קשר בין המאפיינים הפיסיים של המסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו. הדיירים שיראו את איכות החיים שלהם כגבוהה יותר הם אלה המתגוררים במסגרות שמאפייניהן הפיסיים נחשבים "טובים" (מבחינת נוחות ואסתטיקה, בטיחות, אטרקטיביות, גודל פיסי, פרטיות, מיקום גיאוגרפי ונגישות לבעלי מוגבלויות פיסיים) בהשוואה למסגרות שאינן מאופיינות כך.
4. יש קשר בין הבעלות על המסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו.
5. משתנה המדיניות הנוהגת יסביר טוב מכל המנבאים – משתני המסגרת, משתני הרקע (גיל, תעסוקה, מצב בריאות) וקשר עם המשפחה – את תפיסתו של הפרט את איכות חייו.

שיטה

אוכלוסיית המחקר, שנערך בשנים 2009-2010, מנתה 119 בוגרים (61 נשים ו-58 גברים) עם מוגבלות שכלית-התפתחותית קלה עד בינונית, המוכרים בידי משרד הרווחה. 31 מהם גרו במעון-פנימייה, 30 בבית קבוצתי, 29 בדירה ו-29 בבית המשפחה.

המרווינים נבחרו על פי הקריטריונים האלה: האגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במשרד הרווחה אבחן אותם כמתפקדים ברמה של מוגבלות קלה עד בינונית; הם בוגרים מעל גיל 18, בעלי יכולת ורבליית, ומתגוררים במסגרת לפחות שישה חודשים.

כדי לערוך מחקר זה, היה צורך בשיתוף פעולה נכבד מצד העובדות הסוציאליות במסגרות הדיור או בקהילה שבהן מתגוררים המרווינים. על העובדות הסוציאליות היה לסייע, הן ביצירת הקשר עם האפוסטרופוסים של המרווינים ובהשגת הסכמתם להשתתפותם במחקר והן במענה על החלק בשאלון שעוסק במדיניות המסגרת. בשל כך השתתפו במחקר אלה המתגוררים במסגרות (או בקהילה) שבהן יש למחברת הראשונה היכרות מוקדמת וקשר מקצועי עם העובדות הסוציאליות או כאלה שהעובדות הסוציאליות שלהן שיתפו פעולה

לאחר שקיבלו פנייה בטלפון או באמצעות דואר אלקטרוני. מתוך המסגרות נבחרו דיירים, אשר ענו על הקריטריונים להשתתפות במחקר ואשר האפוטרופוסים שלהם אישרו את השתתפותם בו. בכל צורת מגורים רואינו דיירים ממספר מסגרות. לאנשים המתגוררים בקהילה נעשתה הפנייה דרך עובדות סוציאליות בלשכות מקומיות לשירותים חברתיים ודרך מפעלי תעסוקה מוגנים. הראיונות נערכו בשמונה דירות, שמונה בתים קבוצתיים ושבעה מעונות-פנימייה. באשר לבעלות על המסגרת, נערכו הראיונות בשבע מסגרות ציבוריות, 13 מסגרות פרטיות ובשלוש מסגרות ממשלתיות.

כלי המחקר

הנתונים למחקר נאספו משלושה מקורות מידע: ראיונות עם אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, המתגוררים במסגרות מגורים שונות; שאלון שמולא בידי איש צוות המכיר היטב את מדיניותה הפורמלית של המסגרת; רשימות (checklists) שהכינה מראש המחברת הראשונה תוך כדי סיור במסגרת, אשר נועדו לרכז את המאפיינים הפיסיים של המסגרות.

בשל היחס בין מספר הפריטים במדדים השונים ומספר המרואיינים במחקר, לא ניתן היה לערוך בדיקות תוקף של כלי המחקר. לכן התבססו המחברות על ממצאי התוקף שעליהם דיווחו מחברי כלי המחקר, והחלוקה של פריטים לגורמים, בכל אחד מהמדדים, נעשתה בהתאם. מקדמי המהימנות של הכלים שנמצאו במחקר זה מוצגים בהמשך.

נבנה שאלון המתבסס על מספר שאלונים קיימים, שעברו שינויים והתאמה למחקר זה, וכן נוספו חלקים שנכתבו במיוחד.

1. שאלון פרטים אישיים

השאלון כולל משתנים סוציו-דמוגרפיים של המרואיין: גיל, מין, מצב משפחתי (רווק, נשוי, פרוד, גרוש, אלמן), רמת תפקוד (מוגבלות קלה / קלה-בינונית), אבחנה נוספת (מחלת הנפילה, שיתוק מוחין, מחלת נפש, מגבלה משמעותית בראייה, מגבלה משמעותית בשמיעה, מגבלה בשימוש בגפיים העליונות, מגבלה בהליכה, סוכרת, בעיות בריאות כלליות), קבלת טיפול תרופתי (יש לציין לאיזו בעיה – מצב רוח, חרדה, שינה, בעיות התנהגות, מחלת הנפילה, בעיות בריאות כלליות), ותק במסגרת המגורים הרוץ-ביתית, מקום מגורים קודם (מעון, בית המשפחה, הוסטל, מסגרת אחרת) ומסגרת תעסוקה (מקום עבודה רגיל, עמדה מוגנת בשוק החופשי, מפעל מוגן, לא עובד, נמצא במסגרת לימודית, מרכז אבחון או הכשרה מקצועית).

2. מאפייני רקע של המסגרת

בשאלון שפיתחה ליה לוי (Levin, 2011) מופיעה רשימה של שאלות כלליות על המסגרת: שם המסגרת, מיקומה (שם העיר), שם הארגון המפעיל אותה, מספר שנות הוותק שלה, מספר הדיירים בה, מספר אנשי הצוות ומספר התקנים שמאיישים אנשי הצוות.

3. שאלון איכות חיים

איכות החיים של המרוויינים נבדקה בעזרת (QOLQ) Quality of Life Questionnaire, שפיתחו שאלוק וקית' (Schalock & Keith, 1993). במסגרת תיקוף השאלון הוא תורגם לעברית בידי בנרוב ורייטר (1997), והועבר לדיירי הוסטלים בארץ. הנחת היסוד של שאלון זה, שמתאם לאוכלוסייה בוגרת עם מוגבלות קוגניטיבית, היא שאיכות חיים היא סובייקטיבית בהכרח ולא ניתן למדוד אותה באופן אובייקטיבי (Schalock & Keith, 1993). השאלון הראשוני נבנה על סמך הספרות בנושא וכלל 73 פריטים. הוא צומצם באמצעות ניתוחי גורמים שנעשו על אוכלוסיות בארצות שונות, ביניהן ישראל, ובעזרת שופטים מומחים. אותם ניתוחים יצרו את ארבעת התחומים המרכיבים את השאלון במתכונתו הנוכחית. השאלון כולל 40 שאלות, כ-10 שאלות בכל אחד מהתחומים האלה:

א. שביעות רצון (satisfaction) – מייצגת את מידת המימוש של צורך או רצון כלשהו או את שביעות הרצון המלווה מימוש זה. לדוגמה: "כמה כיף והנאה גורמים לך החיים?"

ב. יכולת ויצרנות (competence & productivity), כפי שמתבטאות בעבודה יצרנית או בעבודה התורמת למשק הבית או לקהילה. לדוגמה: "האם אתה מרגיש שהעבודה שלך או פעילויות אחרות שאתה עושה כל יום חשובות לך או לאחרים?"

ג. העצמה ועצמאות (empowerment & independence), כפי שמתבטאות בהיקף ההזדמנויות להפעיל בקרה על הסביבה, לקבל החלטות ולחפש אפשרויות. לדוגמה: "כמה אתה אחראי על הדברים שאתה עושה כל יום (כמו ללכת לישון, לאכול, לבלות?)"

ד. השתייכות חברתית והשתלבות קהילתית (social belonging & community integration), כפי שמתבטאות בהשתתפות בפעילויות קהילתיות, בשימוש במשאבים קהילתיים ובפיתוח מגעים חברתיים בין אישיים והתנסות בהם. לדוגמה: "כמה אתה משתתף בפעילויות פנאי (מסיבות, ריקודים, הצגות)?"

המרוויינים מתבקשים לתת את תשובתם על גבי סולם בן שלושה שלבים, כאשר הציון 1 מייצג תפיסה נמוכה של איכות חיים בתחום, והציון 3 מייצג תפיסה גבוהה. לכל אחד מארבעת התחומים טווח ציונים הנע מ-10 עד 30. לכן יהיה ציון איכות החיים הכולל

בטווח שבין 40 ל-120. ציון גבוה פירושו תפיסת איכות חיים גבוהה של הפרט, וציון נמוך פירושו תפיסת איכות חיים נמוכה. השאלון מאפשר למראיין להסביר למרואיין מה הפריט אומר, אם אין הוא מבין את השאלה. הוא מאפשר לאדם שמכיר את המרואיין היטב להשיב במקומו, אם אין המרואיין מסוגל להשלים את הריאיון.

החוקרים (Schalock & Keith, 1993) דיווחו כי פיתוח השאלון התבסס על מדגם של 552 אנשים עם נכויות. העקיבות הפנימיות של ארבעת התחומים נעה בין $\alpha=0.66$ ל"שביעות רצון מהחיים" ל- $\alpha=0.83$ ל"יכולת ויצרנות". העקיבות הפנימיות של הכלי כולו היא $\alpha=0.90$. מהימנות בשיטת המבחן החוזר, לאחר כשבועיים, הניבה מתאמים של $\alpha=0.46$ עד $\alpha=0.81$ לתחומים השונים ולשאלון באופן כללי. תיקוף השאלון נעשה על ידי העברתו במקביל לשאלון של שביעות רצון מהחיים, ונמצא ביניהם מתאם מובהק של $\alpha=0.57$. מלבד זאת נמצא השאלון כבעל תוקף מבחין: מרואיינים בסביבות עצמאיות יותר נמצאו כבעלי ציונים גבוהים יותר בתחומי יכולת ויצרנות והעצמה ועצמאות.

מקדמי ה- α לעקיבויות הפנימיות במחקר זה הם אלה: שביעות רצון מהחיים – 0.69; יכולת ויצרנות – 0.78; העצמה ועצמאות – 0.72; שייכות חברתית – 0.58. מקדם ה- α לעקיבות הפנימיות של כלל השאלון הוא 0.83.

4. שאלון להערכת הקשר עם משפחת המוצא

השאלון, שפיתחה פרופ' ריקי סויה לצורך עבודה זו, בודק אם יש למרואיין קרובי משפחה, אם יש קשר עמם ואת תדירות הקשר. הוא כולל 12 פריטים הנחלקים לשלושה חלקים. החלק הראשון עוסק בקשר טלפוני, השני בביקורי בני משפחה אצל המרואיין, והשלישי בביקורים של המרואיין בבית משפחתו. בכל החלקים נשאל המרואיין על ארבע רמות של קרובי משפחה (הורים, אחים, דודים, קרובי משפחה אחרים), ובכל רמה עליו לבחור את התשובה המתאימה לו: התשובה "אין לי [הורים, אחים...]" מחושבת כ-1; התשובה "לא [היו שיחת טלפון, ביקור] מחושבת כ-2; התשובה "כן [היו שיחת טלפון, ביקור] מחושבת כ-3. מרואיינים שענו בחיוב התבקשו לציין את מספר המגעים (דרך הטלפון ובפגישות) עם המשפחה בתקופה המדוברת, וגם הוא נוסף לציין.

הציון הכולל של הכלי הוא סכום כל הפריטים. לאחר השמטת הפריט "כמה פעמים דיברת בטלפון בשבוע האחרון עם הוריך?", שפגע באופן משמעותי במהימנות הכלי, מהימנות הסולם בשאלון זה היא $\alpha=0.80$.

5. מאפייני המדיניות המנחה את הפעילות במסגרת

מאפיינים אלה נבדקו בעזרת ארבעה תת סולמות של ה-POLIF (Policy and Program Information Form) שפיתחו מוס ולמק (Moos & Lemke, 1979) מתוך עשרת תת הסולמות של הכלי המקורי (סלקטיביות, ציפיות מתפקוד, התייחסות להפרת נהלים, בהירות התוכנית, השתתפות הדיירים בקביעת המדיניות, הדיירים גמישות בסדר יום, הענקת פרטיות, זמינות שירותי בריאות, זמינות לסיוע בחיי היומיום וזמינות פעילויות חברתיות ופנאי). נבחרו ארבעת תת הסולמות, הענקת פרטיות, התייחסות להפרת נהלים, גמישות בסדר היום והשתתפות הדיירים בקביעת המדיניות, והושטו מהם פריטים המתארים מצבים שאינם רלוונטיים למסגרות הדיוור לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. תת הסולם התייחסות להפרת נהלים תורגם מאנגלית בידי ליה לוי (Levin, 2011), ואילו שלושת תת הסולמות הנוותרים תורגמו בידי המחברת הראשונה ובעזרת שופטים מומחים.

השאלון כולל 72 שאלות:

א. הענקת פרטיות – תת סולם זה, המונה 18 פריטים, מודד באיזו מידה ניתנת פרטיות לדיירים. המענה על שמונה פריטים הוא דיכוטומי – כן או לא (לדוגמה: "האם יש שידה לכל דייר?"). תשובה שלילית חושבה כ-1, ותשובה חיובית כ-0. המענה על 10 פריטים אחרים הנוגעים לשאלה "איך מוגדרות במסגרת ההתנהגויות הבאות" (לדוגמה: שתיית אלכוהול בחדר ונעילת דלת החדר) ניתן על פני סולם ליקרט בן ארבעה שלבים (מ-1, מקובל, עד 4, אסור). תשובות 1 ו-2 חושבו כ-0, ותשובות 3 ו-4 חושבו כ-1. טווח הציונים בתת סולם זה נע בין 0 ל-18; ככל שהציון נמוך יותר, כך גבוהה יותר נכונות המסגרת להעניק פרטיות לדיירים בה.

ב. התייחסות להפרת נהלים – תת סולם זה מודד באיזו מידה מותרת התנהגות תוקפנית, מתריסה, הרסנית או חריגה. הוא מורכב מרשימה של 16 פעולות (כגון השחתת רכוש, איום מילולי על איש צוות). בנוגע לכל פעולה ציין איש צוות כיצד הוא מוגדרת במסגרת, על פני סולם ליקרט בן ארבעה שלבים – מ-1, מקובל, עד 4, אסור. תשובות 1 ו-2 חושבו כ-0, ותשובות 3 ו-4 חושבו כ-1. טווח הציונים בתת סולם זה נע בין 0 ל-16; ככל שהציון נמוך יותר, כך רבה הגמישות ביחס המסגרת להפרת נהלים.

ג. גמישות בסדר היום – תת סולם זה, המונה 14 פריטים, משקף את המידה שבה המסגרת מעניקה ביטוי לדעותיהם ולרצונותיהם של הדיירים. המענה הוא דיכוטומי – כן או לא (לדוגמה: "האם ישנה שעת השכמה קבועה לדיירים בבוקר?"). תשובה שלילית חושבה כ-0, ותשובה חיובית כ-1. יש להפוך את פריטים א1, א2, א3, א4 ו-5. טווח הציונים בתת סולם זה נע בין 0 ל-14; ככל שהציון נמוך יותר, כך גבוהה יותר נכונות המסגרת לשיתוף הדיירים בקביעת המדיניות.

ד. השתתפות הדיירים בקביעת המדיניות – תת סולם זה נועד להעריך עד כמה המבנה המוסדי מאפשר לדיירים להביע את דעתם על ניהול המסגרת ועד כמה יש להם השפעה על המדיניות. במתכונתו הנוכחית כולל תת סולם זה 24 פריטים. הושמטו חמישה פריטים הנוגעים לקיומן של ועדות דיירים בתוך המסגרת, דבר שאיננו נפוץ במסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית (ובייחוד במסגרות המונות מעט דיירים). לשמונה פריטים תשובה דיכוטומית של כן או לא (למשל: "האם יש ועד דיירים במסגרת?"). תשובה שלילית חושבה כ-1, ותשובה חיובית כ-0. התשובה על 16 הפריטים האחרים (למשל: "באיזו מידה הדיירים במסגרת מעורבים בקביעת המדיניות בתחום קביעת זמני הארוחות?") ניתנה על פני סולם ליקרט בן ארבעה שלבים (מ-1, הצוות מחליט בעצמו, עד 4, הדיירים מחליטים בעצמם). תשובות 1 ו-2 חושבו כ-1, ותשובות 3 ו-4 חושבו כ-0. טווח הציונים בתת סולם זה נע בין 0 ל-24; ככל שהציון נמוך יותר, כך יש פחות פיקוח של המסגרת על דיירה.

במחקר הנוכחי נבחנו תת הסולמות גם בנפרד וגם כציון כולל, הנע על רצף שבין מדיניות נוקשה של המסגרת לבין מדיניות גמישה. המדד כולו כציון כולל חושב על ידי סיכום כל המענים בתת הסולמות. טווח הציונים בסולם נע בין 0 ל-72. ככל שהציון נמוך יותר, כך מדיניות המסגרת גמישה יותר. מהימנות α של תת הסולמות שנבחרו בגרסתם המקורית נעה בין $\alpha=0.65$ (עבור השתתפות הדיירים) ל- $\alpha=0.85$ (עבור גמישות בסדר היום). לכלי גם מהימנות מבחן ומבחן חוזר. מחברי הכלי מעידים כי יש לו תוקף תוכן ותוקף מתכנס (כפי שנבחן ב-242 מסגרות "פתוחות" ו"סגורות" (Moos & Lemke, 1979). במחקרה של לוין (Levin, 2011) המהימנות בתת הסולמות השונים נעה בין $\alpha=0.77$ ל- $\alpha=0.88$, ועומדת על 0.84 לסולם כולו.

במחקר זה מהימנות תת הסולמות נחלקת כך: $\alpha=0.58$ בתת הסולם הענקת פרטיות; $\alpha=0.78$ בתת הסולם התייחסות להפרת נהלים; $\alpha=0.81$ בתת הסולם גמישות בסדר היום; $\alpha=0.74$ בתת הסולם השתתפות הדיירים בקביעת המדיניות. מהימנות הסולם כולו עומדת על 0.84.

6. המאפיינים הפיסיים של המסגרת

המאפיינים הפיסיים של מסגרות המגורים נבדקו בעזרת כלי שפיתחה ליה לוין (Levin, 2011) לבדיקת מאפיינים של קהילות טיפוליות לגמילה מסמים. הכלי נבנה על סמך האופן שבו מופו מאפיינים פיסיים של מסגרות בתשע סקירות מקיפות של הנושא, שנכתבו בין השנים 1980-2000.

השאלון המקורי כולל 42 שאלות בכל אחד משבעת התחומים האלה: נוחות ואסתטיקה (לדוגמה: "האם במבט ראשון המקום נראה נקי?"); בטיחות (לדוגמה: "האם יש פעמון

על דלת/שער הכניסה?"; אטרקטיביות (לדוגמה: "האם הריח במבנה הפיסי נעים? / אין במבנה ריח?"); גודל פיסי (לדוגמה: "מה גודל המסגרת במ"ר?"); פרטיות (לדוגמה: "האם יש במבנה מקום שבו מטופלים יכולים לדבר זה עם זה ללא נוכחותו של איש צוות?"); מיקום גיאוגרפי (לדוגמה: "האם יש חנות מכולת במרחק 500 מ' מהמבנה?"); נגישות לבעלי מוגבלויות פיסיות (לדוגמה: "האם בקרבת המבנה יש חניה לנכים?"). מהגרסה המקורית של השאלון הושמטו חמישה פריטים שאינם רלוונטיים למסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, ובגרסתו הנוכחית הוא כולל 37 פריטים.

תת הסולמות נבחנו גם בנפרד וגם כציון כולל, הנע על רצף שביין מאפיינים פיסיים "טובים" למאפיינים "לא טובים". כל תת הסולמות מלבד גודל פיסי נבחנו באמצעות Checklist, והמענה על השאלות היה דיכוטומי (כן = 1, לא = 0). הפריט הנוגע לגודלה הפיסי של המסגרת הושמט, לאחר שהתברר שלאנשי הצוות המשיבים על השאלון קשה מאוד לספק נתון זה. הציון של כל תת סולם חושב על ידי סיכום המענים עליו, וכך גם ציונו של השאלון כולו כמדד אחד. הטווח נע בין 1 ל-37; ככל שהציון גבוה יותר, כך המאפיינים הפיסיים של המסגרת טובים יותר.

המהימנות של תת הסולמות השונים, שדיווחה עליה לויין (Levin, 2011), נעה בין $0.82 = \alpha$ ל- $0.86 = \alpha$, ועמדה על 0.84 לשאלון כולו. המהימנות במחקר זה של תת הסולמות השונים נעה בין $0.61 = \alpha$ (לתת הסולם בטיחות) ל- $0.91 = \alpha$ (לתת הסולם פרטיות), ועמדה על 0.75 לשאלון כולו.

הליך המחקר

תחילה התקבל אישור לעריכת המחקר מוועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת תל אביב, ולאחר מכן, מהאגף לטיפול באדם עם מוגבלות שכלית-התפתחותית במשרד הרווחה והשירותים החברתיים. בהמשך פנינו למסגרות דיוור חוץ-ביתיות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית בבקשה לקבל אישור לערוך את המחקר בקרב דייריהן.

לאחר שאישור האפוטרופוסים את השתתפות בני משפחותיהם במחקר, הגיעה המחברת הראשונה למסגרות המגורים (או לבתים ומקומות עבודה, כשמדובר היה במרואיינים המתגוררים בבית), ושם ערכה את הריאיון. משך הזמן נע בין 15 ל-30 דקות. טרם המחקר נערך מחקר מקדים (פיילוט) לעשרה מרואיינים, כדי לוודא שהשאלות מובנות כהלכה.

ניתוח הנתונים

הנתונים קודדו בתוכנת SPSS, גרסה 17, לשם העיבוד והניתוח הסטטיסטי שלהם. כדי לבנות את הציונים הסופיים, נערכו בדיקות של התפלגויות הציונים ומהימנות הסולמות וניתוחים מקדימים. כדי לבדוק את השערות המחקר ואת הקשר בין המשתנים התלויים לבלתי תלויים, נערכו מבחני שונות חד-כיווני (Anova), פירסון ורגרסיה.

ממצאים

גיל: הגיל הממוצע של המרואיינים היה 40.5 שנים ($SD = 12.21$). טווח הגילים נע בין 20 ל-68. הגיל הממוצע הגבוה ביותר נמצא בקרב מרואיינים המתגוררים בבית קבוצתי (42.2 שנים), ואחריהם דיירי דירות (40.96 שנים), דיירי מעון-פנימייה (39.6 שנים) ואלה המתגוררים בבית (39.3 שנים). מצב משפחתי: כמעט כולם היו רווקים (106, כ-89.1% מהמרואיינים), ומקרב הנותרים שמונה נשואים (6.7%), ארבעה גרושים (3.4%) ואחד פרוד (0.8%). מצב רפואי: ל-74 מרואיינים (88.06%) היתה עוד אבחנה מלבד מוגבלות שכלית-התפתחותית. האבחנה השכיחה ביותר היתה פגיעה נפשית (45.9%), אחריה בסדר יורד, סוכרת (20.3%), מחלת הנפילה (14.9%), בעיות ניידות (4.1%), ליקוי שמיעה (4.1%), שיתוק מוחין (2.7%), ליקוי ראייה משמעותי (1.4%) ובעיות כלליות אחרות (6.8%). תעסוקה: נמצא כי 81 מרואיינים (68.1%) עובדים במפעלי עבודה שיקומיים, 26 (21.8%) משולבים בעבודה בשוק החופשי, חמישה (4.2%) משולבים במקום עבודה רגיל, ארבעה (3.4%) לומדים, ושלושה (2.5%) אינם עובדים כלל.

התפלגויות משתני הרקע לפי ארבעת סוגי הדיור מוצגות בלוח 1. כפי שניתן לראות, קבוצות הדיור נבדלות זו מזו באופן מובהק במספר משתנים. יש הבדל מובהק ($\chi^2=24.414$) בין מצב בריאותי לסוג הדיור, כאשר במסגרות חוץ-ביתיות, ובראשן מעונות הפנימייה, 80.6% מהדיירים סובלים מבעיות בריאות. רוב המרואיינים המתגוררים בבית (75.9%) בריאים. הבדל מובהק ($\chi^2=46.535$) נמצא גם בין סוג הדיור לבין התעסוקה, כאשר סוג התעסוקה הנפוץ ביותר בכל ארבעת סוגי מסגרות המגורים הוא מפעל מוגן (מ-65.5% בקרב דיירי הבית עד 83.9% בקרב דיירי מעונות-פנימייה). בקרב המרואיינים הגרים בדירה שיעור גבוה עובדים בתעסוקה נתמכת (44.8%), וכך גם המרואיינים הגרים בבית קבוצתי (30.0%). רק בקרב מרואיינים שמתגוררים בבית המשפחה נמצאו כאלה שאינם משולבים בשום מסגרת תעסוקה (10.3%). בקרב מרואיינים ממעון-פנימייה יש שיעור מסוים של מרואיינים שלומדים (12.9%).

לוח 1

התפלגות מאפייני אוכלוסיית המחקר על פי סוג הדיור

(N=119)

השוואה		התפלגות (%)				משתנה וערכים
χ^2	df	בית המשפחה (n=29)	דירה (n=29)	בית קבוצתי (n=30)	מעון-פנימייה (n=31)	
3.302	3	37.9%	58.6%	43.3%	54.8%	מין
		62.1%	41.4%	56.7%	45.2%	גבר
		100%	100%	100%	100%	אישה
		100%	100%	100%	100%	סך הכול
*** 24.414	3	24.1%	72.4%	70.0%	80.6%	בעיות בריאות
		75.9%	27.6%	30.0%	19.4%	כן
		100%	100%	100%	100%	לא
		100%	100%	100%	100%	סך הכול
*** 46.535	12	13.8%	3.4%	0%	0%	תעסוקה
		10.3%	44.8%	30.0%	3.2%	רגילה
		65.5%	51.7%	70.0%	83.9%	נתמכת
		10.3%	0%	0%	0%	מפעל מוגן
		0%	0%	0%	0%	לא עובד
		0%	0%	0%	12.9%	לומד
		100%	100%	100%	100%	סך הכול

p<0.001 ***

ממוצעי שנות הוותק של המרוויינים, בכל אחת ממסגרות הדיור (למעט מגורים בבית המשפחה), מוצגים בלוח 2.

לוח 2

ממוצעים וסטיות תקן של שנות הוותק של המרואיינים לפי מסגרות דיור (חוץ-ביתיות בלבד) (N=119)

<i>F</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	סוג דיור
*** 7.01	9.11	15.19	31	מעון-פנימייה
	6.98	9.23	30	בית קבוצתי
	6.09	8.65	29	דירה

*** $p < 0.001$

במבחן ניתוח שונות חד-כיווני נמצא הבדל מובהק בממוצע שנות הוותק בין שלושת סוגי הדיור ($F(2,87) = 7.01, p < 0.001$). במבחן המשך מסוג Scheffe נמצא הבדל מובהק בממוצע שנות הוותק בין מרואיינים ממעון-פנימייה למרואיינים מדירה ($p < 0.001$); הראשונים ותיקים מהאחרונים. הבדל מובהק ($p < 0.001$) נמצא גם בין מרואיינים ממעון-פנימייה למרואיינים מבית קבוצתי; הראשונים ותיקים מהאחרונים. לא נמצא הבדל מובהק בממוצע שנות הוותק בין בית קבוצתי לדירה ($p > 0.05$).

מרואיינים מסוגי דיור שונים נבדלים אלה מאלה גם בקשר שלהם עם בני משפחתם. הממצאים מוצגים בלוח 3.

לוח 3

ממוצעים וסטיות התקן של ציוני הקשר המשפחתי של המרואיינים (N=119)

<i>F</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	סוג דיור
*** 13.25	8.64	26.77	31	מעון-פנימייה
	8.9	31.6	30	בית קבוצתי
	7.84	30.48	29	דירה
	18.39	44.75	29	בית המשפחה

*** $p < 0.001$

הערה: טווח הציונים נע בין 12 ל-126.

במבחן ניתוח שונות חד-כיווני נמצא בין ארבעת סוגי הדיור הבדל מובהק בממוצע ציון הקשר עם המשפחה ($F(3,115) = 13.25, p < 0.001$). במבחן המשך מסוג Scheffe נמצא הבדל מובהק בממוצע ציון הקשר עם המשפחה בין בית המשפחה למעון פנימייה

($p < 0.05$), בין בית המשפחה לבית קבוצתי ($p < 0.05$) ובין בית המשפחה לדירה ($p < 0.05$), כאשר הקשר של מרואיינים הגרים בבית המשפחה עם בני משפחתם תכוף יותר בהשוואה לכל סוגי הדיור האחרים – מעון-פנימייה, בית קבוצתי ודירה.

נתונים על התפלגות המסגרות לפי סוג ובעלות מוצגים בלוח 4.

לוח 4

התפלגות המסגרות לפי סוג ובעלות

ממשלתית	ציבורית	פרטית	סוג דיור
3	0	4	מעון-פנימייה
0	1	7	בית קבוצתי
0	6	2	דירה

כפי שניתן לראות, מעונות הפנימייה שהשתתפו במחקר מצויים בבעלות פרטית או ממשלתית בלבד. בית קבוצתי ודירה מצויים בבעלות פרטית וציבורית בלבד.

סטטיסטיקה תיאורית

המשתנה שהוגדר כמשתנה תוצאה במחקר זה הוא תפיסת איכות החיים. הוא נחלק לארבעה היבטים: (א) שביעות רצון מהחיים; (ב) יכולת ויצרנות; (ג) העצמה ועצמאות; (ד) השתייכות חברתית והשתלבות קהילתית. הציון הממוצע של שביעות הרצון מהחיים, כפי שדיווחו המרואיינים הוא 26.8, עם סטיית תקן של 3.9 וטווח ציונים של 17-33 (טווח הציונים בכלי המחקר 12-36). ממוצע זה מעיד ששביעות רצונם של המרואיינים מהחיים היא בינונית. הציון הממוצע של רמת היכולת והיצרנות, כפי שדיווחו המרואיינים הוא 18.6, עם סטיית תקן של 3.4 וטווח ציונים של 9-24. ממוצע זה מעיד שהמרואיינים תופסים את רמת היכולת והיצרנות שלהם כבינונית. הציון הממוצע של העצמה ועצמאות הוא 19.03, עם סטיית תקן של 4.01 וטווח ציונים של 10-27. ממוצע זה מעיד על רמת העצמה ועצמאות בינונית בקרב המרואיינים. הציון הממוצע של שייכות חברתית והשתלבות קהילתית הוא 19.6, עם סטיית תקן של 3.1 וטווח ציונים של 12-27. ממוצע זה מעיד על רמה בינונית של שייכות חברתית והשתלבות קהילתית.

בהתפלגות ציון האינדקס של תפיסת איכות החיים הערכים נעים בין 48 ל-102. הציון השכיח הוא 92, החציון 84, והממוצע 82.94 (סטיית תקן 11.26).

משתני המחקר שהוגדרו כמסבירים במחקר זה הם מדיניות המסגרת ומאפייניה הפיסיים. נמצא שברוב המסגרות נהגת מדיניות פחות מאפשרת. בסולם שנע בין 32 ל-59, ואשר בו

ככל שהציון גבוה יותר המדיניות מאפשרת פחות, הציון השכיח הוא 51, ציון גבוה יחסית. באשר למאפיינים הפיסיים של המסגרת, התפלגות הציונים מפורזת יותר. בסולם שנע בין 18 ל-33, ואשר בו ככל שהציון גבוה יותר, המאפיינים הפיסיים טובים יותר, הציון השכיח הוא 20, מה שמעיד על מאפיינים פיסיים טובים פחות.

השערות המחקר

השערת המחקר הראשונה היתה שיימצא הבדל בין תפיסת איכות החיים של המרוויינים בקבוצות השונות לטובת דיירי הדירות המוגנות; כלומר: מנקודת מבטם של דיירי הדירות המוגנות איכות חייהם גבוהה מזו של האנשים המתגוררים במסגרות הדיור האחרות: מעון-פנימייה, בית קבוצתי ובית המשפחה.

כדי לבדוק אם אכן יש הבדלים בתפיסת איכות החיים בין הקבוצות השונות, נערך ניתוח שונות חד-כיווני. הממצאים מוצגים בלוח 5.

לוח 5

ממוצעים וסטיות תקן של תפיסת איכות חיים במסגרות שונות

<i>F</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	סוג דיור
*** 6.75	13.22	76.19	31	מעון-פנימייה
	8.69	83.16	30	בית קבוצתי
	9.68	84.96	29	דירה
	9.77	87.89	29	בית המשפחה

*** $p < 0.001$

הערה: טווח הציונים נע בין 48 ל-102.

הממצאים מצביעים על הבדל מובהק בממוצע תפיסת איכות החיים בין ארבעת סוגי הדיור ($F(3,115)=6.75, p < 0.001$). במבחן המשך מסוג Scheffe נמצא כי ההבדל המובהק בתפיסת איכות החיים הוא בין מעון-פנימייה לבין דירה ($p < 0.05$). המרוויינים דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר בדירה. מלבד זאת נמצא הבדל מובהק בממוצע תפיסת איכות החיים בין מעון-פנימייה לבין בית המשפחה ($p < 0.05$). המרוויינים דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר בבית המשפחה. לא נמצא הבדל מובהק בין סוגי הדיור האחרים – בין מעון-פנימייה לבית קבוצתי ($p > 0.05$), בין בית קבוצתי לדירה ($p > 0.05$), בין דירה לבית המשפחה ($p > 0.05$) ובין בית קבוצתי לבית המשפחה ($p > 0.05$). כלומר: ההשערה אוששה בחלקה. בהשערת המחקר השנייה נטען שיש קשר בין המדיניות הנוהגת במסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו. הדיירים יתפסו את איכות חייהם

כגבוהה יותר במסגרות שמדיניותן מאפשרת יותר, כלומר מסגרות המעניקות פרטיות לדייריהן, משתפות אותם בקבלת החלטות, לא מתייחסות בקשיחות להפרת נהלים ומאפשרות גמישות בסדר היום.

לבדיקת השערה זו נערך מבחן פירסון. הממצאים הצביעו, בהתאם להשערה, על קשר חיובי מובהק, שעוצמתו בינונית ($r = 0.287, p < 0.01$); כלומר: ככל שהמדיניות הנוהגת במסגרת שבה מתגורר הפרט מאפשרת פחות, תפיסת איכות החיים של המרואיין או המרואיינת נמוכה יותר. ההשערה אוששה.

השערת המחקר השלישית גרסה שיש קשר בין המאפיינים הפיסיים של המסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו. תפיסת איכות החיים של הפרט תהיה גבוהה יותר בקרב דיירים במסגרות בעלות מאפיינים פיסיים הנחשבים "טובים" (מבחינת נוחות ואסתטיקה, בטיחות, אטרקטיביות, פרטיות, מיקום גיאוגרפי ונגישות לבעלי מוגבלויות פיסיים).

לבדיקת השערה זו נערך מבחן פירסון. בהתאם להשערה נמצא קשר חיובי מובהק בינוני בעוצמתו בין המשתנים ($r = 0.36, p < 0.01$); כלומר: ככל שהמאפיינים הפיסיים של המסגרת טובים יותר, הדיירים תופסים את איכות חייהם כטובה יותר. גם השערה זו אוששה.

השערת המחקר הרביעית גרסה שיש קשר בין הבעלות על המסגרת שבה מתגורר הפרט לבין תפיסת איכות החיים שלו. תפיסת איכות החיים של הפרט במסגרות שהבעלות עליהן מצויה בידי גורמים וולונטריים תהיה גבוהה יותר מאשר במסגרות שהבעלות עליהן מצויה בידי גורמים עסקיים.

לבדיקת השערה זו נערך ניתוח שונות חד-כיווני. בהתאם להשערה נמצא קשר בין משתנים אלה. לוחות 6 ו-7 מציגים בהלימה את הממצאים הנוגעים לקשר בין תפיסת איכות החיים לבעלות על המסגרת ובין המאפיינים הפיסיים של המסגרת לבין הבעלות עליה.

111 הקשר בין תפיסת איכות החיים של אנשים עם מוגבלות לבין מסגרת הדיור שלהם

לוח 6

ממוצעים וסטיות תקן של תפיסת איכות החיים במסגרות הנמצאות בבעלות שונה

<i>F</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	סוג הבעלות
*** 7.43	9.50	86.35	31	ציבורית
	11.50	77.13	45	פרטית
	9.51	83.78	14	ממשלתית

*** $p < 0.001$

הערה: טווח הציונים נע בין 48 ל-102.

בניתוח נמצא הבדל מובהק בתפיסת איכות החיים של הדיירים בשלושת סוגי הבעלות ($F(2,87) = 7.43, p < 0.001$). במבחן המשך מסוג Scheffe נמצא כי ההבדל המובהק הוא בין דיירים שגרים במסגרות דיור ציבוריות לבין אלה שגרים במסגרות פרטיות ($p < 0.05$), כאשר איכות חיים של דיירי המסגרות הציבוריות גבוהה יותר. לא נמצא הבדל מובהק בתפיסת איכות החיים של דיירים שגרים במסגרות ציבוריות וממשלתיות ($p > 0.05$), וגם לא בין אלה שגרים במסגרות פרטיות ומסגרות ממשלתיות ($p > 0.05$).

בלוח 7 מופיעים ממוצעים וסטיות תקן של מאפיינים פסיים של מסגרות המגורים על פי סוג הבעלות.

לוח 7

ממוצעים וסטיות תקן של מאפיינים פסיים של מסגרות המגורים

על פי סוג הבעלות

<i>F</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>N</i>	סוג הבעלות
*** 25.49	3.81	25.41	31	ציבורית
	3.47	21.62	45	פרטית
	3.23	28.85	14	ממשלתית

*** $p < 0.001$

הערה: טווח הציונים נע בין 18 ל-33.

בניתוח נמצא הבדל מובהק בממוצע ציון המאפיינים הפסיים של המסגרת בין שלושת סוגי הדיור ($F(2,87) = 25.49, p < 0.001$). במבחן המשך מסוג Scheffe נמצא הבדל מובהק במאפיינים הפסיים בין מסגרות ציבוריות לפרטיות ($p < 0.05$), כאשר במסגרות הציבוריות המאפיינים הפסיים טובים יותר, בין מסגרות ציבוריות לממשלתיות ($p < 0.05$).

כאשר במסגרות הממשלתיות המאפיינים הפיסיים טובים יותר, ובין מסגרות פרטיות לממשלתיות ($p < 0.05$), כאשר במסגרות הממשלתיות התנאים הפיסיים טובים יותר.

שני הממצאים האחרונים מצביעים על עדיפותן של מסגרות המגורים הציבוריות והממשלתיות על אלה הפרטיות. הממצא הראשון מעיד על תפיסת איכות חיים גבוהה יותר של דיירי המסגרות הציבוריות לעומת הפרטיות, והממצא השני מעיד על כך שהמאפיינים הפיסיים של המסגרות הפרטיות פחות טובים בצורה מובהקת מהמאפיינים הפיסיים של המסגרות הציבוריות והממשלתיות.

לבסוף, בהשערת המחקר החמישית בדקנו מי מבין כל המנבאים ומשתני הרקע יסביר בצורה הטובה ביותר את תפיסתו של הפרט את איכות חייו.

לבדיקת ההשערה נערך ניתוח רגרסיה היררכית. מכיוון שבנוגע לאוכלוסיית המרוואיינים המתגוררים בבית המשפחה לא ניתן היה להתייחס למשתנים הקשורים למסגרת המגורים, לא הוכנסה קבוצה זו לניתוח. הרגרסיה כללה ארבעה צעדים. בצעד הראשון הוכנסו שני משתנים אישיים – גיל ומין. בצעד השני הוכנס משתנה סוג הדיור. שתי הקבוצות, בית קבוצתי ודירה, צומצמו לקבוצה אחת של דיור קהילתי, גם מכיוון שלא נמצא הבדל מובהק בתפיסת איכות החיים שלהן קודם לכן, גם בשל הדמיון בין שני סוגי דיור אלה וגם בשל ההתייחסות הרווחת אליהן בספרות כאל מקשה אחת. בצעד השלישי הוכנסו שני משתנים הנוגעים למסגרת – בעלות ומאפיינים פיסיים – בשל הקשר שנמצא בין כל אחד ממשתנים אלה לבין תפיסת איכות החיים של המרוואיינים. בצעד הרביעי הוכנס המשתנה מדיניות המסגרת. הממצאים מוצגים בלוח 8.

113 הקשר בין תפיסת איכות החיים של אנשים עם מוגבלות לבין מסגרת הדיור שלהם

לוח 8

מקדמי מתאם מתוקננים של משתנים שהוכנסו למודל רגרסיה מרובה
לניבוי תפיסת איכות חיים

β	SE B	B	מנבאים
צעד 1			
*** 0.36	0.10	0.37	גיל
0.96	0.10	0.09	מין
צעד 2			
*** 0.35	0.96	0.35	גיל
0.10	0.95	0.10	מין
** 0.31	0.13	0.42	סוג הדיור
צעד 3			
0.19	0.12	0.20	גיל
0.14	0.95	0.11	מין
* 0.33	0.21	0.46	סוג הדיור
			בעלות על מקום המגורים
0.076	0.15	-0.07	פרטי / לא פרטי
0.90	0.15	0.08	ממשלתי / לא ממשלתי
0.12	0.13	0.128	מאפיינים פיסיים של המסגרת
צעד 4			
0.16	0.12	0.171	גיל
0.13	0.94	0.138	מין
0.20	0.23	0.279	סוג הדיור
			בעלות על מקום המגורים
-0.15	0.15	-0.150	פרטי / לא פרטי
-0.05	0.16	-0.047	ממשלתי / לא ממשלתי
0.15	0.13	0.155	מאפיינים פיסיים
* -0.21	0.10	-0.213	מדיניות המסגרת

p<0.05 *

p<0.01 **

p<0.001 ***

הערה: $R^2=0.14$ לצעד 1 (p<.001); $R^2=0.09$ לצעד 2 (p<.001); $R^2=0.03$ לצעד 3 (p<.001); $R^2=0.03$ לצעד 4 (p<.001).

כפי שניתן לראות, בצעד הראשון נמצאה התרומה של המשתנים הדמוגרפיים רק בהקשר של גיל המרואייין, כאשר ככל שהגיל עולה, תפיסת איכות החיים עולה. לא נמצאה תרומה מובהקת של מין הנחקר לניבוי תפיסת איכות החיים. בצעד השני הוכנס משתנה סוג הדיור, ונמצא כי הוא תורם באופן מובהק לשונות המוסברת. מגורים בקהילה, על רקע ההשוואה למגורים במעון-פנימייה, נמצאו קשורים קשר מובהק לתפיסת איכות חיים. הכנסת משתנה זה הוסיפה כ-9% לשונות המוסברת. בצעד זה נותר הגיל משתנה מנבא מובהק לאיכות חיים. בצעד השלישי הוכנסו לרגרסיה משתנים הקשורים למסגרת המגורים, והגיל פסק להיות משתנה מנבא מובהק. סוג הדיור נותר מנבא מובהק לתפיסת איכות החיים. בצעד הרביעי הוכנס משתנה מדיניות המסגרת, שניבא את תפיסת איכות החיים בצורה מובהקת והוסיף לשונות המוסברת בתפיסת איכות החיים של הפרט כ-3%. נמצא כי כאשר מפקחים על כל המשתנים האחרים, תפיסת איכות החיים מוסברת באופן מובהק רק על ידי מדיניות המסגרת. כ-30% מתפיסת איכות החיים מוסברת על ידי כל המשתנים יחד [$F(7,82) = 5.1, p < 0.001$].

דיון

מטרת המחקר הנוכחי היתה לבדוק את הקשר בין תפיסת איכות חיים של אנשים מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית לבין סוג המסגרת שהם גרים בה, מאפיינייה הפיסיים ומדיניותה, ולהצביע על המשתנה שיסביר בצורה הטובה ביותר את תפיסת הפרט את איכות חייו.

הממצאים המרכזיים מצביעים על תפיסת איכות חיים בינונית בקרב המרואיינים, גם בתת הסולמות המרכיבים את תפיסת איכות החיים – שביעות רצון מהחיים, יכולת ויצרנות, העצמה ועצמאות ושייכות חברתית/קהילתית – וגם בציון הכולל. נמצאו הבדלים בתפיסת איכות החיים בין קבוצות המחקר השונות וקשר בין תפיסת איכות החיים לבין משתני המחקר.

בהלימה עם השערת המחקר, הממצאים מצביעים על קשר בין סוג המסגרת שהמרואיינים גרים בה לבין תפיסת איכות חיים. מרואיינים מדירות ומבית המשפחה דיווחו על איכות חיים גבוהה יותר ממרואיינים ממעון-פנימייה. בהשוואה לכך, לא נמצא הבדל בתפיסת איכות החיים של מרואיינים שגרים בסוגי הדיור האחרים. ממצא זה עולה בקנה אחד עם ממצאיהם של אחרים, שהשוו בין שני סוגי הדיור החוץ-ביתי העיקריים, מסגרות דיור קהילתיות (בתים קבוצתיים ודירות) ומעונות-פנימייה (Gregory et al., 2001; Haller et al., 1998; Stancliffe, 1997; Wehmeyer & Bolding, 1999).

ניתן להציע מספר הסברים לממצאים אלה. אחד מהם קשור לממצא אחר מהמחקר הנוכחי, הנוגע לתת הסולם העצמה ועצמאות בסולם למדידת תפיסת איכות החיים, ולפיו מרואיינים אשר מתגוררים בבית המשפחה זוכים למידה הרבה ביותר של עצמאות ואחריהם מרואיינים המתגוררים בדירות. עצמאות זו תורמת באופן משמעותי לאיכות חייהם. בדיקת עולם התוכן של תת סולם זה מעלה כי הוא עוסק בעיקר בקבלת החלטות של הדייר בנוגע לחייו – מתי יקבל ביקורים של חברים ובני משפחה, כיצד נקבע סדר היום שלו, מה יעשה עם כספו ועוד. מהממצאים עולה, כי אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, אשר מתגוררים בבית המשפחה או בדירות, מקבלים על פי רוב החלטות מסוג זה בעצמם או בהכוונה קלה של האחראים עליהם. אנשים אשר גרים במעון-פנימייה ייאלצו על פי רוב לקבל את החלטותיו של הצוות המטפל.

חשוב לציין כי לא נמצא במחקר זה הבדל מובהק בין תפיסת איכות החיים של דיירי הבית הקבוצתי לבין זו של הדיירים בסוגי הדיור האחרים, כולל מעון-פנימייה. יש בכך כדי לרמוז שהבית הקבוצתי הוא מעין יצור כלאיים, אשר מחד גיסא משלב מגורים בלב הקהילה, ומאידך גיסא איננו מאפשר את העצמאות שזוכים לה דיירי הדירות או אנשים המתגוררים עם משפחתם. בית קבוצתי הוא אמנם מסגרת קטנה באופן משמעותי ממעון-פנימייה, אבל מסגרת זו חסרה, בחלק המקרים, את ממד העצמאות וההעצמה. ייתכן שהבית הקבוצתי, על אף היותו משולב בסביבה הטבעית של דייריו, סיגל חלק מהמאפיינים ומהתכונות של מעון-פנימייה, ומתפקד בחלק מהמקרים כמעון-פנימייה "קטן", עם יכולת מצומצמת יותר של הדיירים לקבל החלטות באופן עצמאי. סיגול מאפיינים אלה, בידי הבית הקבוצתי, עשוי להצביע על כך שהמשתנה הנוגע לגודלו של המוסד, מספר המטופלים בו, הוא הסבר משני למאפיינים אלה, ושייתכן שיש גם הסברים אחרים.

המאפיינים הפיסיים של מסגרת המגורים נמצאו אף הם קשורים בצורה מובהקת לתפיסת איכות החיים של דיירי המסגרות. ממצא זה תואם מחקרים אחרים (Haller et al., 1998; Weich et al., 2002), אשר מצביעים על קשר בין מאפיינים פיסיים "טובים" של מסגרות לתוצאות חיוביות בקרב דייריהן. עוד משתנה משמעותי שנמצא קשר בינו לבין תפיסת איכות החיים של המרואיינים הוא מדיניות המסגרת שהם מתגוררים בה. בהתאם להשערת המחקר נמצא, שככל שמדיניות המסגרת שבה מתגורר הפרט מאפשרת יותר, תפיסת איכות החיים גבוהה יותר. ממצא זה הולם ממצאי מחקרים אחרים (שוורץ, 2003; Chou et al., 2004; Haller et al., 1998; Rourke et al., 2004).

ניתוח הרגרסיה העלה כי כאשר מפקחים על כל המשתנים האחרים, המשתנה שמסביר את השונות בתפיסת איכות החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הוא מדיניות המסגרת שהם מתגוררים בה. ממצא זה תואם את מחקרם של הלר ועמיתיו (Haller et al., 1998), אשר טענו כי סוג המסגרת וגודלה אינם עוד המאפיינים היחידים של

מסגרות מגורים אשר משפיעים על הרווחה האישית של דיירים. לדבריהם, סוג הדיור אינו עור המשתנה המנבא המרכזי בין משתנים הקשורים למסגרת. ממצאים אלה מעידים שמעורבות הדייר בקביעת המדיניות ובמאפיינים הפיסיים מסבירה את ההבדלים ברווחה האישית בין דיירים.

מהממצאים עולה, כי יש אפשרות להגיע לתוצאות איכות חיים גבוהה בקרב הדיירים בכל סוגי הדיור. ממחקרים שבדקו את הגורמים המנבאים שביעות רצון של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית ממסגרות הדיור שלהם עולה כי מרכיבים, כגון מדיניות שמעודדת בחירה, דמיון לבית, גמישות בפעילויות יומיות והתמקדות בפרט, משפיעים לטובה על שביעות הרצון (Gregory et al., 2001; Haller, 2002; Rouke et al., 2004).

בעלות על המסגרת

ממצאי מחקר זה יכולים לסייע לענות על השאלה אם עדיף להפריט את שירותי הדיור לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. הממצאים מצביעים על עדיפות המסגרות הציבוריות על הפרטיות, ומראים, שהמאפיינים הפיסיים של מסגרות מגורים פרטיות נופלים מאלה של מסגרות ציבוריות וממשלתיות ושתפיסת איכות החיים של דיירי המסגרות ציבוריות גבוהה יותר משל אלה המתגוררים במסגרות פרטיות. ממצא זה תואם את מחקרה של שוורץ (2003), אשר מצאה הבדל מובהק בשביעות הרצון מהמגורים בין דיירים הגרים במסגרת ציבורית לדיירים הגרים במסגרת פרטית לטובת אלה הראשונים. עוד נמצא שלדיירי המסגרות הציבוריות יש יכולת רבה יותר להחליט ולבחור מאשר לדיירי המסגרות הפרטיות.

ממצא זה סותר ממצאי מחקרים אחרים אשר מצביעים על כך שאיכות הטיפול במוסדות עסקיים דומה לזו שבמוסדות ללא כוונת רווח, או פחותה מכך. הממצא מפריך את טענתם של קינן ולחמן (1997) אשר מצאו שהמעונות הפרטיים מתפקדים טוב יותר מהמוסדות ללא כוונת רווח.

במחקר זה לא נמצא ממצא חד משמעי באשר לתפיסת איכות החיים של דיירי המעונות הממשלתיים. מתוך כך עולה תהייה בנוגע להצדקת קיומם של מעונות אלה, מכיוון שהמנהלים והעובדים עצמם מעריכים שאין הם מוצלחים יותר מהמעונות האחרים בסוגיית הטיפול בדיירים (קינן ולחמן, 1997). נשאלת השאלה בדבר הצורך בסוגי בעלות שונים, שכן אולי אין טעם בבעלות ממשלתית, אשר מהווה נטל על משלם המסים (קינן ולחמן, 1997).

על פי ממצאי מחקר זה נראה, שהארגונים הוולונטריים הם עדיין ספק השירותים בתחום הדיור העדיף לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, מבחינת תפיסת איכות החיים שלהם. זאת למרות השינויים במדינת הרווחה, ובהם תהליכי ההפרטה, המחוללים שינויים בארגונים הוולונטריים ושוחקים את תכונותיהם הייחודיות (יקוביץ וקטן, 2005). הסבר אפשרי לכך נוגע לנושאים כספיים. מסגרת פרטית היא עסק כלכלי לכל דבר שתכליתו להרוויח. האינטרס של המפעיל (הבעלים) אפוא הוא לחסוך באיכות הטיפול ולשלם שכר נמוך לעובדיו, מה שמביא לתחלופת צוות גבוהה (פרוטוקול משיבת הוועדה לענייני ביקורת המדינה, 2009).

נראה שכדי להפעיל מסגרת גמישה ומכילה שמאפשרת עצמאות לדייריה, יש צורך להכשיר את הצוות לבצע מטלות יותר מופשטות ומורכבות, מעבר לחלק הטיפולי, מטלות הכרוכות בהעברת חלק מהכוח והשליטה לדיירים. מצב כזה עלול להיות פחות נוח לאנשי הצוות. הכשרת עובד לתפקיד קונקרטי של טיפול פשוטה יותר מהכשרת עובד לאיתור צרכים ולעבודה דינמית וגמישה. בקליטת עובד לתפקיד מטפל לא נדרשות הכשרה פורמלית ומיומנויות ספציפיות, אולם מניחות התפקיד עולה שיש צורך במגוון מיומנויות, שרוב העובדים לא הוכשרו אליהן. כיום הידע והמיומנויות למילוי תפקיד המדריך במסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית מוקנים בעיקר במסגרת הארגון המעסיק את העובד, וחסרה תפיסה מגובשת בנוגע לתוכני הלימוד הדרושים ולדרכים הרצויות להכשרה (כורזים ומנדלר, 2005). מכאן אפוא שלמסגרת הדיור עצמאות רבה בבניית תפקידם של אנשי הצוות ושלמנהלים השפעה מכרעת על עיצוב המדיניות במקום. הכשרת העובדים לפיתוח מיומנויות, אשר יובילו מדיניות מאפשרת, עשויה להשפיע לטובה על איכות חייהם של דיירי המסגרת.

מגבלות המחקר

למחקר זה מספר מגבלות מתודולוגיות אשר יש לקחת בחשבון כאשר מתייחסים לתוצאותיו: איסוף הנתונים למחקר התבצע באמצעות דגימת נוחות, גם בדגימת המסגרות שהשתתפו במחקר וגם בתוך אותן מסגרות, בבחירת המרואיינים. זאת ועוד, התפלגות המסגרות לפי סוגי הבעלות במחקר שונה מהתפלגותן במציאות. שיטת דגימה זו פוגעת באפשרות להכליל את תוצאות המדגם על האוכלוסייה הכוללת.

הגישה לרוב המרואיינים מקבוצת הגרים בבית היתה באמצעות המפעלים המוגנים שהם עובדים בהם. אוכלוסיית העובדים במפעלים אלה מתאפיינת לעתים ברמת תפקוד נמוכה מזו של אנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, אשר עובדים בתעסוקה נתמכת או בשוק החופשי, ולכן לא מן הנמנע שקבוצת המחקר איננה מייצגת את האוכלוסייה הזו. אין במחקר ייצוג מספק לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, אשר גרים בבית המשפחה

ומועסקים בסוגי תעסוקה שונים או אינם עובדים כלל, בשל הקושי לאתר מרואיינים כאלה.

מבחינת כלי המחקר, תשובותיהם של אנשי הצוות לשאלון על מדיניות המסגרת עלולות להיות מוטות עקב רצייה חברתית. ייתכן שאנשי הצוות השיבו שהמדיניות במקום מאפשרת, כפי שהם יודעים שיש לנהוג, אף שבפועל אין הם נוהגים כך בחיי היומיום במסגרת המגורים. בהתייחס לכלי לבדיקת איכות חיים של שאלוק וקית' (Schalock & Keith, 1993), לכלי זה מספר חסרונות: יש בלבול מסוים בין גורמים לאיכות חיים לבין תוצאות. החלק הראשון עוסק בשביעות רצון, ותוכן של שאלות חלק זה חופף במידה מסוימת את המשתנה התלוי, איכות חיים. בנוסף, שאלון זה מכיל 40 שאלות, שחלקן מורכבות מדי לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית, והיה צורך בהסברים ובתיווך כדי לפשט את השאלות, מה שעלול לפגוע באחידות הראיונות.

באשר למערך המחקר, המחקר נערך בנקודת זמן אחת, ולכן מסקנותיו מוגבלות למדידה זו. במחקר עתידי ראוי יהיה להשתמש במדידה לאורך זמן.

המלצות למחקרים עתידיים

חשוב להמשיך ולערוך מחקרים שישוו מסגרות המופעלות בידי גורמים שונים, כפי שנעשה במחקר זה, ולהעריך אם הפרטה משפיעה על איכות החיים של הפרט. רצוי להמשיך ולחקור את ההבדלים בין בעלות פרטית לציבורית על מסגרות, בהתייחס לתוצאות אחרות הקשורות לדיירים, פרט לתפיסת איכות חיים. מחקר אודות מסגרות פרטיות המופעלות בידי משפחה אחת והמדיניות ודפוסי העבודה במסגרות אלה יכולים אף הם לתרום לידע בתחום.

נראה כי יש מקום למחקרים נוספים, אשר ינסו להסביר מה הם הגורמים האחרים המשפיעים על תפיסת איכות החיים של הפרט.

יש צורך גם במחקרים נוספים שיעריכו את סוג הדיור בית קבוצתי. נראה כי יש מקום להמשיך ולחקור מדוע מסגרת זו, הממוקמת בקהילה, איננה מניבה תוצאות של תפיסת איכות חיים גבוהה יותר משל מעון-פנימייה, ומה הם ההבדלים בין שני סוגי הדיור, פרט למיקום בתוך הקהילה או מחוצה לה.

השלכות מחקריות ויישומיות

מחקרית, הממצאים מהווים חיזוק נוסף לספרות העוסקת בהשפעת מסגרת המגורים על תפיסת איכות החיים ובעדיפות המגורים בקהילה על פני דיור מוסדי. ממצאי המחקר

הנוכחי מנוגדים לספרות המצביעה על קיומה של מדיניות מאפשרת אך ורק בדיור בקהילה, ומוכיחים כי ניתן ליישם מדיניות מאפשרת בכל סוג דיור, גם במעונות-פנימייה.

יישומית, ממצאי המחקר מדגישים את ההשפעה שיש למסגרת המגורים ומאפייניה על תפיסת איכות החיים של הפרט. ממצאים אלה עשויים לסייע לתכנן שירותים מתאימים יותר ולשפר את השירותים הקיימים. אנשי צוות במסגרות יכולים לקחת את הממצאים לתשומת לבם ולחולל שינויים במדיניות, תוך הכנסת גורמים המאפשרים לדיירים בחירה והשפעה רחבות יותר.

ממצאי המחקר תומכים בתופעה הגדלה והולכת בשנים האחרונות, ובה חלק ממעונות הפנימייה פתחו "שלוחות" בקהילה – בתים קטנים המיועדים למספר קטן של דיירים החיים בתנאים פחות מגבילים (משרד הרווחה, 2009). על פי ממצאי המחקר הנוכחי נראה כי הוצאת דיירים המתפקדים ברמה גבוהה אל מחוץ למעון הפנימייה היא פתרון חיובי העשוי להשפיע לטובה על איכות החיים של אוכלוסייה זו. בהמשך לכך, על קובעי המדיניות לעודד פתיחת "שלוחות" למעונות-פנימייה.

הממצאים הנוגעים לקשר בין תפיסת איכות החיים לבעלות על מסגרת המגורים, ואשר מעידים על עדיפותן של מסגרות ציבוריות, חשובים במיוחד בתקופה הנוכחית, כאשר מגמת ההפרטה של שירותי הרווחה בארץ נמצאת בעיצומה, בין היתר בתחום המסגרות לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית.

מקורות

בן-מנחם, י' (1997). תפיסת איכות החיים של מבוגרים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית הגרים במסגרות דיור שונות בתוככי אותה העיר. חיבור לשם קבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

בנדוב, ד' ורייטר, ש' (1997). הדימוי העצמי ואיכות החיים של בוגרים ליקויי למידה. חברה ורווחה, יז, 185-200.

ג'אנה, ר' וחובב, מ' (1998). ועד ההורים במעונות פנימייה לאנשים בעלי מוגבלות שכלית-התפתחותית. בתוך א' דבדבני, מ' חובב וא' רימרמן (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל (עמ' 120-130). ירושלים: מאגנס.

ועדת המינוח והסיווג של האגודה האמריקנית למוגבלויות שכליות והתפתחותיות. (2010). מוגבלות שכלית, הגדרה, סיווג ומערכות תמיכה. קריית ביאליק: אח.

- חובב, מ' (1987). שרותי הטיפול במפגרים – הלכה ומעשה. תל אביב: צ'ריקובר.
- יקוביץ, א' וקטן, י' (2005). מאפיינים ייחודיים של ארגונים וולונטריים – האם הם קיימים בעמותות למען הזקן? ביטחון סוציאלי, 70, 138-158.
- כורזים, מ' ומנדלר, ד' (2005) מטפלים ומדריכים במסגרות דיור, תעסוקה מוגנת ויום שהות ארוך לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית: תפיסות תפקיד ושביעות רצון מהעבודה. ירושלים: מכון ברוקדייל.
- לוי, ש' (2007). הפרטת מעונות הפנימייה הממשלתיים לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית. מוגש לוועדת עבודה, הרווחה והבריאות. ירושלים: הכנסת, מרכז המחקר והמידע.
- סגל-אנגילצ'ין, ד' ו-וונזר, י' (2001). לקראת הגדרת איכות חיים בעבודה סוציאלית, חברה ורווחה, כא, 421-441.
- קינן, ג' ולחמן, ר' (1997). הבדלים בתפיסת ההדגשים בתפקוד של מעונות למפגרים בישראל: בעלות ממשלתית, בעלות ציבורית ובעלות פרטית. מגמות, לח, 383-407.
- שאלוק, ר' (1988). על מושג איכות חיים בתוכניות קהילתיות לבעלי מוגבלות שכלית-התפתחותית. סוגיות בחינוך מיוחד ובשיקום, 5, 5-30.
- שוורץ, ח' (2003). מסגרות דיור בקהילה לאנשים עם מוגבלות שכלית-התפתחותית: מאפיינים, צרכים וכווני תכנון עתידיים. בית דגן: קרן של"ם.
- Amirkhanyan, A. (2008). Privatizing public nursing homes: Examining the effects on quality and access. *Public Administration Review*, 68, 665-680.
- Andrew, F. M. & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well being: Americans' perception of life quality*. New York: Plenum.
- Bonham, G. S., Basehart, S., Schalock, R. L., Marchand, C. B., Kirchner, N., & Rumenap, J. M. (2004). Consumer-based quality of life assessment: The Maryland ask me! Project. *Mental retardation*, 42, 338-355. doi: 10.1352/0047-6765(2004)42<338:CQOLAT>2.0.CO;2
- Borthwick-Duffy, S. A. (1989). Quality of life: The residential environment. in W. E. Kiernan & R. L. Schalock (Eds.), *Economics, industry, and disability: A look ahead* (pp. 351-363). Baltimore, MD, England: Paul H. Brookes Publishing.

- Chou, S., Lee, Y., Lundberg, N., McCormick, B., & Heo, J. (2008). Contribution of community integration to quality of life for participants of community-based adaptive sport programs. *Therapeutic Recreation Journal, 42*, 217-226.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. In R. I. Brown (Ed.), *Quality of Life for Handicapped People (2nd Ed.)* (pp.116-150). Cheltenham, England: Stanley Thomas.
- Cummins, R. (1995). On the trail of the gold standard for subjective wellbeing. *Social Indicators Research, 35*, 179-200.
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., & Cloninger, C. (1993). Quality of life as context for planning and evaluation of services for people with disabilities. *Exceptional Children, 59*, 499-513.
- Eyman, R., Demaine, G., & Lei, T. (1979). Relationship between community environments and resident changes in adaptive behavior: A path model. *American Journal of Mental Deficiency, 83*, 330-338.
- Faden, R. & Leplege, A. (1992). Assessing quality of life: Moral implications for clinical Practice. *Medical Care, 30*, 166-175. doi: 10.1097/00005650-199205001-00014.
- Gregory, N., Robertson, J., Kessissoglou, S., Emerson, E., & Hatton, C. (2001). Factors associated with expressed satisfaction among people with Intellectual disabilities receiving residential supports. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 279-291. doi: 10.1046/j.1365-2788.2001.00324.x.
- Haller, T. (2002). Residential settings and outcomes for individuals with intellectual disabilities. *Current Opinion in Psychiatry, 15*, 503-508. doi: 10.1097/00001504-200209000-00007
- Haller, T., Miller, A., & Factor, A. (1998). Environmental characteristics of nursing homes and community-based settings, and well-being of adults with intellectual disability. *Journal of intellectual disabilities, 42*, 418-428. doi: 10.1046/j.1365-2788.1998.00155.x.

- Keng, A. K. & Hooi, W. S. (1995). Assessing quality of life in Singapore: An exploratory study. *Social Indicators Research*, 35, 71-91. doi: 10.1007/BF01079239
- Levin, L. (2011). *Patient retention in therapeutic communities for substance abuse treatment: Organizational and environmental factors*. (Unpublished doctoral dissertation). Tel Aviv: Tel Aviv University.
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, 229-248.
- McTernan, M. & Ward, N. (2005). *Outcomes that Matter: Parents' Perspectives. Mental Retardation*, 43, 214-220.
- Moos, R. H. & Lemke, S. (1979). *Multiphasic environmental assessment procedure: Preliminary manual*. Social Ecology Laboratory, VA, Stanford University Medical Center, Palo Alto, CA, p. r.
- Perry, J. & Felce, D. (2005). Factors associated with outcome in community group homes. *American Journal of Mental Retardation*, 110, 121-135. doi: 10.1352/0895-8017(2005)110<121:FAWOIC>2.0.CO;2
- Raynes, N., Wright, K., Shiell, A., & Pettipher, C. (1994). *The Cost and Quality of Community Residential Care*. London: David Fulton.
- Robertson, J., Emerson, E., Hatton, C., Gregory, N., Kessissoglou, S., Hallam, A., & Walsh, P. (2001). Environmental opportunities and supports for exercising self-determination in community-based residential settings. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 489-502. doi: 10.1016/S0891-4222(01)00085-3.
- Rourke, A., Grey, I, Fuller, R., & McClean, B. (2004). Satisfaction with living arrangements of older adults with intellectual disability: Service users' and careers' views. *Journal of Learning Disabilities*, 8, 12-29. doi: 10.1177/1469004704039306

Selzer, M. & Krauss, M. (2001). Quality of life of adults with mental retardation / developmental disabilities who live with family. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 7, 105-114. doi: 10.1002/mrdd.1015

<http://psycnet.apa.org/doi/10.1002/mrdd.1015>

Schalock, R. L., Bonham, G. S., & Verdugo, M. A. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001.

Schalock R. L. & Keith K. D. (1993). *Quality of Life Questionnaire*. IDS Publishing Corporation, Worthington, OH.

Stancliffe, R. J. (1997). Community living-unit size, Staff presence and residents' choice-making. *Mental Retardation*, 3, 159-169. doi: 10.1352/0047-6765(1997)035<0001:CLSSPA>2.0.CO;2.

Thompson, T., Robinson, J., Dietrich, M., Farris, M., & Sinclair, V. (1996). Interdependence of architectural features and program variables in community residences for people with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 315-327

Wehmeyer, M. L. & Bolding, N. (1999). Self-determination across living and working environments: A matched-samples study of adults with mental retardation. *Mental Retardation*, 37, 353-363. doi: 10.1352/0047-6765(1999)037<0353:SALAWE>2.0.CO;2.

Weich, S., Blanchard, M., Prince, M., Burton, E., Erens, B., & Sproston, K. (2002). Mental Health and the built environment: Cross-sectional survey of individual and contextual risk factors for depression. *The British Journal Of Psychiatry*, 180, 428-433. doi: 10.1192/bjp.180.5.428.

ביטחון סוציאלי, סיון תשע"ג, מאי 2013, מס' 91 : 123-89
נשלח לפרסום ב-25.12.11, התקבל ב-13.9.12