

נכונות הורים ערבים לבוגרים הלוקים בנכות
פסיכיאטרית לקלוט בביתם את בנם/בתם
לאחר אשפוז

דו"ח מחקר

פרופ' פייסל עזאיזה וד"ר אילנה דובדבני
בית הספר לעבודה סוציאלית
אוניברסיטת חיפה

אוקטובר 2008

תשרי תשס"ט

תוכן העניינים

1	1. מבוא	1
5	1.1 מטרת המחקר	5
6	1.2 ממצאים מרכזיים	6
8	2. שיטה	8
8	2.1 מדגם	8
10	2.2 כלים	10
11	2.3 הליך	11
12	3. ממצאים	12
12	3.1 מאפייני הבנים/בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית	12
14	3.2 הבדלים בין קבוצות הנבדקים במחקר	14
14	3.2.1 הבדלים לפי משתנים דמוגרפיים של ההורים	14
15	3.2.2 הבדלים לפי משתנים דמוגרפיים של הבנים / בנות בעלי נכות פסיכיאטרית	15
16	3.2.3 הבדלים במידת הדחק לפי סוג המסגרת	16
16	3.2.4 הבדלים בהערכה קוגניטיבית לפי סוג המסגרת	16
17	3.2.5 הבדלים בתמיכה חברתית לפי סוג המסגרת	17
18	3.3 ניבוי ההשתייכות הקבוצתית (מסגרת ביתית/חוץ ביתית) לפי מאפייני רקע ומשתני המחקר	18
20	3.4 ממצאים נוספים	20
20	3.4.1 קשרים בין משתני המחקר	20
21	3.4.2 קשרים בין משתני המחקר לבין מאפיינים דמוגרפיים נוספים	21
22	3.4.3 ידיעת האיבחון הפסיכיאטרי ותפיסת חומרת המחלה	22
24	4. סיכום	24
28	4.1 מגבלות המחקר	28
29	4.2 השלכות	29
30	5. ביבליוגרפיה	30
34	6. נספחים	34

1. מבוא

בשנים האחרונות גברה מודעות אנשי המקצוע לגבי תפקידם של ההורים כמערכת העיקרית המטפלת בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית. יחד עם זאת, המחקר בתחום השיקום הפסיכיאטרי מיעט לעסוק בשאלות הקשורות בהתמודדות ההורים עם בנם/בתם, מנקודת הראות של ההורים עצמם, ובפרט הורים ערבים החיים בקהילה שיש לה מאפיינים ייחודיים ושבה לנורמות החברתיות והתרבותיות יש משקל עצום בתהליך קבלת ההחלטות של ההורים (אלקרינאוי, 1998). על מנת לטפל באוכלוסיית נפגעי הנפש מהמגזר הערבי יש לאמץ קווים מנחים עיקריים לטיפול, המסתמכים על שילוב של מחקרים בתחום זה, מתוך הבנת המאפיינים העיקריים של החברה הערבית, היבטים תרבותיים וחברתיים, התורמים להבנת מעמד הפרט במשפחתו, ובקהילתו ובדפוסים שונים של שימוש בשירותי בריאות הנפש.

נושא השיקום הפסיכיאטרי בקהילה קיבל תאוצה רבה בשנים האחרונות וגם ישראל הצטרפה למגמה זו. תמורות חברתיות כמו התפתחות התנועות לזכויות האזרח ולהגדרה עצמית, הרב-תרבותיות כבסיס לקבלת השונות בין בני האדם, קבלת העיקרון של אי-מיסוד וזכות כל פרט לחיות בקהילה, תוך שימת דגש על האינדיבידואליות והצרכים הייחודיים לכל פרט, כל אלה הביאו לשינויים ותמורות במדיניות השיקום בבריאות הנפש בעולם המערבי וישראל בכללו. המעבר מהמודל הרפואי הנשלט על ידי בתי החולים הפסיכיאטרים למודל הקהילתי המבוסס על ניהול הטיפול בקהילה ושיקום פסיכוסוציאלי התאפשר בזכות הלגיטימיזציה החברתית והמוטיבציה לפתח גישה שיקומית החותרת לשיתוף והעצמה בניגוד למגמת הטיפול הסמכותי שהיה קיים במודל הרפואי (לכמן, 1998; Menon, 1996).

לאור מגמת אי-המיסוד, חל גל של שחרורים מבתי החולים הפסיכיאטריים, לא תמיד עם הכנה הולמת של האדם המשתחרר והקהילה שאמורה לקלוט אותו. מצב זה גרם לחוסר יכולת של המשוחררים להתמודד עם החיים בקהילה והוביל לתופעת "הדלת המסתובבת" (Cotterill & Thomas, 1993; Lamb, 1993). אחד הלקחים שהופקו מהנסיון הכושל היה הכרה בצורך לספק את הטיפול השיקומי כבר בבית החולים ולאחר מכן בקהילה. בשנים האחרונות החלו לפתח בבתי החולים הפסיכיאטרים תכניות הכנה למעבר לחיים בקהילה שמטרתן הפחתת ימי האשפוז, שיפור מיומנויות חיים והקניית עצמאות בסיסית תוך שיתוף החולה בבניית התכנית ויצירת רצף שיקומי מבית החולים לשירותים בקהילה (Anthony et al., 1999; Starskey & Leadholm, 1997).

התפתחות השיקום הפסיכוסוציאלי כדיסציפלינה העומדת ברשות עצמה החלה לפני כשני עשורים כמודל הבא לתת מענה לצרכים של אוכלוסייה זו תוך דגש על התמקדות באדם ולא במחלתו ופיתוח האמונה ביכולתו וברצונו של האדם הפגוע להשתלב בחברה (לכמן, 1998). המודל כולל ארגון השירותים

המבטיח רצף של טיפול והתערבות כוללנית. השיקום הפסיכוסוציאלי משלב בטיפול הפסיכיאטרי כלים המיועדים לסייע לאדם עם הנכות הפסיכיאטרית להגיע לרמת תפקוד מיטבית בכל שטחי החיים תוך ראייה מערכתית של הפרט בעל המגבלה, המשפחה והקהילה (Rimmerman, 1985, Anthony, et al., 1990). המטרה העיקרית היא להקל על נפגע הנפש לאחר אשפוז לרכוש מעמד חברתי ותעסוקתי ולסייע לו להשיג רמה מכסימלית של בריאות, שילוב חברתי ואיכות חיים בקהילה (טלר, 2001; Hafner, 1996). שינוי בתפיסת השיקום נובע מההכרה כי האשפוז הפסיכיאטרי מביא לניכור חברתי ואינו נותן מענה לצרכיו המורכבים של פגוע הנפש והוא מתמקד בעיקר בסילוק הסימפטומים (חטיב, 1999). הניסיון השלילי המצטבר והכישלונות החוזרים במהלך האשפוז ולאחריו, יוצרים תדמית פסיבית, תלות רבה ותחושת חוסר אוניס. מכאן ההבנה בצורך במערכת שיקום מדורגת בניהולו של מנהל-טיפול-case (manager) שמתחילה בבית החולים וממשיכה בקהילה. לתפיסה זו הייתה השפעה על מדיניות משרד הבריאות בישראל, אשר הביאה להעדפת שילובם של אנשים הלוקים בנכות פסיכיאטרית בקהילה (אבירם, 1991; הורביץ ופופר, 1989; לרנר ופופר, 1993; לוינסון, פופר, לרנר, פיינסון ומרק, 1996). בסקר שנערך ב-1996 נמצא כי 90% מהאנשים הלוקים בנכות פסיכיאטרית כרונית בישראל, דרים בקהילה (אבירם, זילבר, לרנר ופופר, 1996).

מאז יישומה של מדיניות השיקום בקהילה ניתנת תשומת לב רבה לתפקידם של ההורים כמערכת המהווה מרכיב עיקרי ומשמעותי בטיפול בילדיהם הלוקים בנכות פסיכיאטרית (Duvdevany & Keren, 2002). אמנם אין בנמצא מידע מדויק המתייחס למספר האנשים הלוקים בנכות פסיכיאטרית המתגוררים עם הוריהם, אולם ניתן להניח שהאחוז משמעותי, שכן הליקוי הפסיכיאטרי פורץ לרוב בסוף גיל ההתבגרות והבגרות הצעירה, וגורם בדרך כלל לליקוי באוטונומיה (Eaton, 1986). רוב האנשים הלוקים בו אינם נשואים או שהינם גרושים ומסגרות הדיור הקהילתי עדיין מצומצמות ביותר. כמו כן, הכרת השיקום הפסיכוסוציאלי בחשיבות מערכות התמיכה המשפחתיות בכלל, וההורים בפרט, העמידו את המשפחה במעמד של צרכנית מחד ומשאב מאידך הזוכה להתייחסות מרבית בישראל, לאור הרפורמה בשירותי בריאות הנפש במסגרת חוק ביטוח בריאות ממלכתי (אבירם ואחרים, 1996) יש חשיבות מיוחדת לבדוק את הנכונות של ההורים לקלוט את בנם/בתם הלוקים בנכות פסיכיאטרית בביתם.

תהליך קבלת ההחלטה של ההורים באם לקלוט את הבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית לביתם, לאחר שחרור מאשפוז, מהווה גורם דחק חזק ביותר, הפועל ברבדים רבים ומנוגדים בו זמנית: הרובד האישי, הרגשי, התפיסתי וההתנהגותי. מחד, ההורים חשים אחריות רבה לבן/בת הלוקים בנכות

פסיכיאטרית, וקיים לחץ מהסביבה לקבל אותם לביתם, אך מאידך, קיימת גם ההכרה בקשיים הצפויים בכל המישורים הנוגעים לחייהם- כלכליים, משפחתיים, חברתיים וכו', באם יקלטו בביתם את הבן/הבת. מספר מחקרים נעשו בישראל בנושא זה (בר-שלום, 1992; וידנסקי, 2003; ויסמן-מוסקו, 1986; טרבס, 1997; קרן, 1994; שבת, 1999). במחקרים אלה נמצאו מספר גורמים המשפיעים על ההחלטה, כגון רמת הדחק של ההורים, רמת התמיכה הפורמלית והבלתי פורמלית שיש למשפחה, עמדות ההורים כלפי חריגות ילדם ועוד. אולם אף מחקר לא התייחס ספציפית לאוכלוסיה הערבית בישראל למרות מספרם הלא מבוטל של נפגעי הנפש הבאים מאוכלוסיה זו.

ההבדלים התרבותיים והחברתיים שקיימים בין האוכלוסייה הערבית בישראל לאוכלוסיה היהודית, מחייבים בדיקה ספציפית של הנעשה במגזר הערבי. קיימת חשיבות רבה לבדיקת התהליכים העוברים על ההורים הערבים הניצבים בפני קונפליקט קבלת החלטה, באם לקלוט לחיק המשפחה את הבן/הבת, או לשלחו/ה למסגרות דיור קהילתיות. הורים אלה נמצאים במצב של לחץ חזק ביותר והקונפליקט בקבלת ההחלטה פועל ברבדים רבים ומנוגדים בו זמנית. מחד חשים ההורים אחריות רבה בדאגה לבן/בת, במיוחד לאור הערכים התרבותיים והנורמות של החברה הערבית, הרואה במשפחה את הגורם העיקרי האחראי על שלומו והתפתחותו של בן המשפחה ורוב ההחלטות נעשות בתוך המשפחה (חאגי-יחיא, 1999; Shurka & Florian, 1983). אך מאידך, קיימת הכרה בקשיים הצפויים בטיפול היומיומי שרובו הגדול מוטל על כתפי האמהות, והמחיר הכבד אותו הם יאלצו לשלם הן מבחינה כלכלית, הן מבחינה רגשית ומשפחתית. החלטה זו מלווה בקשיים אובייקטיביים כגון העדר סיוע ושירותים הולמים (Duvdevany & Aboud, 2003).

החברה הערבית בישראל היא חברה ייחודית: היא כבר לא חברה מסורתית טיפוסית אך עדיין אינה מודרנית בהשוואה לחברה היהודית. זאת חברה העוברת שינויים מבחינה כלכלית, גיאוגרפית, חברתית ופוליטית. למרות השינויים שעוברים עליה בשלושת העשורים האחרונים, ולמרות השלכותיהם של שינויים אלה על מבנה המשפחה, המשפחה עדיין נחשבת כמוסד חברתי(ולעיתים אף הכלכלי) החשוב והמרכזי ביותר (חאגי-יחיא, 1999; Haj-Yahia, 1995; Barakat, 1993; Al-Haj, 1987). בהשוואה למשפחות מערביות, המשפחה הערבית מתוארת כיחידה בסיסית מרכזית במיוחד, יחידה בסיסית של ייצור ומרכז לפעילויות החברתיות- כלכליות והארגוניות שלה. המשפחה הינה פטריארכאלית, פטרילינארית והיררכית והיא מפתחת את הארגון המורחב שלה ושומרת (קרסל, 1976; Haj-Yehia, 1995). אחד ההסברים לכך הוא שהיות והחברה הערבית בישראל הייתה חברה חקלאית פטריארכאלית,

המשיכה המשפחה לספק את הבסיס הארגוני היחיד התומך מבחינה כלכלית וסוציאלית, ועובדה זו סייעה בהמשך המבנה המסורתי שלה (ליפשיץ, 1993).

התפצלות המשקים המשפחתיים הקולקטיביים בעשרים השנים האחרונות, ויציאת בני המשפחה לעבודות פרטיות בשוק הציבורי או החופשי, הביאו להתערערות היסודות החברתיים-כלכליים השיתופיים של המשפחה (חאגי-יחיא, 1999). ניתן לראות מעבר מסוים ממשפחה מורחבת המשמשת כיחידה חברתית, המספקת את רוב צרכיו של הפרט, למשפחה גרעינית, תהליך רה-אורגניזציה שהביא לשינויים דרסטיים ברמה הנורמטיבית ובחלוקת התפקידים בתוך המשפחה. תהליך זה השפיע על מערכות היחסים והאינטראקציות בין חברי החמולה (Al-Haj, 1989).

למרות תמורות אלו, הורים, ובעיקר אימהות, עדיין מתכחשים לשאיפותיהם ולצורכיהם האישיים לטובת המשפחה, והם מחויבים באופן מוחלט לרווחת ושלמות המשפחה (Al-Haj, 1987; Barakat, 1993; Haj-Yahia, 1999) והמשפחה עדיין ממלאת תפקיד חשוב ומשימות חיוניות משלימות לשירותים הפורמליים בכל הנוגע לחינוך הילדים, חיברות, תמיכה והגנה הדדית, רווחה ועוד (חאגי-יחיא, 1999) ומספקת ביטחון ותמיכה בעת מצוקה אישית, בין זוגית, משפחתית או חברתית (Barakat, 1993). משום כך, עדיין נוטים הורים ערבים לסמוך על תמיכתה של המשפחה המורחבת במקרה של בן חריג במשפחה, ומתקשים להיעזר במערכות התמיכה הפורמליות כגון שרותי הרווחה ובריאות הנפש, או שרותי השיקום (עבוד, 2002). תחושת הבושה מונעת ממשפחות לפנות לקבלת סיוע משירותים ציבוריים (מזאווי-מרגייה, 2001; Florian & Katz, 1983), ולכן רוב הנטל נופל על האמהות (Duvdevany & Abboud, 2003).

ההשמה עד לשנים האחרונות לא הייתה מקובלת והמשפחה הערבית עדיין נחשבת למקור הסיוע הזמין והחשוב ביותר והיא תעודד את ההורה לבן עם נכות פסיכיאטרית לחפש פתרון במשפחה הגרעינית או המורחבת ולא לפנות להשמה במסגרות ציבוריות (Abudabbeh, 1996). עזאיזה (1995) מסביר את השכיחות הנמוכה של השמה חוץ-ביתית בתפיסה השונה של תפקידי המשפחה ובעובדה ששירותי ההשמה החוץ-ביתית הוקמו רק בשנים האחרונות. גם גבעון-סיני (2000) מסביר את חוסר היעילות של השירותים הפורמליים ואי יכולתם להעינות לצורכי הלקוחות כגורם לאי שימוש נרחב בשירותים הקיימים. זאת למרות העובדה כי המצוקה הכלכלית באוכלוסיה הערבית קשה יותר ואחוז הילדים בעלי נכויות קשות גבוה פי שניים מאשר במגזר היהודי (שמלצר וקורן, 1998). עדות נוספת לדפוסי ההיעזרות בשירותים פורמליים במגזר הערבי ניתן למצוא במחקרים על אוכלוסיית הקשישים. גם שם, למרות ששיעורי המוגבלות בקרב קשישים ערבים גבוהים יותר מאשר אצל קשישים יהודים ההשמה המוסדית אינה נפוצה

כלל (Azaiza & Brodsky, 2003; Lowenstein & Brodsky, 1999) גם במחקרים אלה ההסבר לשיעורי ההשמה הנמוכים הוא בערכיה של החברה הערבית המייחסת חשיבות רבה לתמיכה המשפחתית אך גם להעדר שירותי השמה מספקים.

בשנים האחרונות נערכו מספר מחקרים בנושא השמה חוץ-ביתית אצל הורים לילדים עם נכויות התפתחותיות (רימרמן, 1991; Rimmerman & Duvdevany, 1994; Raif & Rimmerman, 1993) אולם רוב המחקרים נעשו בקרב האוכלוסייה היהודית בעיקר. לרקע התרבותי והאתני יש חשיבות מכרעת בסוגיית ההשמה החוץ-ביתית. במחקרים שנעשו בעולם נמצא כי למוצא האתני קשר להחלטת ההורים בנוגע להשמה (Borthwick-Duffy, Eyman & White, 1987; Heller & Factor, 1991). עדות לחשיבות הנושא נמצאת במחקרה של שוורץ ועמיתיה (Shwartz, Duvdevany & Azaiza, 2002) שמצאו במחקרם כי ההשמה שכיחה הרבה יותר בקרב הורים יהודים מאשר הורים ערבים.

לאור כל זאת, יש חשיבות רבה לבדיקת הקשר שבין המשתנים הקשורים להורים (עמדות כלפי האדם החריג, סוג המגורים-כפרי או עירוני, מצב סוציו-אקונומי, מידת הדתיות, תמיכה משפחתית) לבין מידת הנכונות של ההורה לקלוט את בנו/בתו חזרה לביתו. מחקרים קודמים בהקשר למשתנים אלה מצביעים על קשר בינם לבין הנכונות לקליטת הבן/בת לבית המשפחה (וידנסקי, 2003; עבוד, 2002; רעיף, 1991; שבת, 1999). המחקר הנוכחי יסייע בהבנת דרכי ההתמודדות של ההורים הערבים עם מצב דחק מתמשך, הבנת מהות התרומה המשולבת של הגורם האמוציונלי והתרבותי לקבלת ההחלטה והבנת מערכות התמיכה העומדות לרשות ההורים המשפיעות על אופי ההחלטה.

כמו כן, חקירת הנושא תביא לפיתוח שירותי תמיכה למשפחות המתמודדות ועזרה בהתארגנות המשפחות וחיבורם לאירגונים ציבוריים קיימים או בהעדר כאלה יביא המחקר לעידודם של המשפחות להתארגן כקבוצות לעזרה עצמית או כאירגוני הורים שיחזקו את השירותים הפורמליים שקיימים במידה פחותה ולא מספקת.

1.1 מטרת המחקר

מטרת המחקר היא לבחון הבדלים דמוגרפיים, וכן הבדלים במידת הדחק, הערכה קוגניטיבית ותמיכה חברתית, בין הורים במגזר הערבי אשר קלטו את בנם/ בתם הבוגר בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. נבחנו הבדלים דמוגרפיים בין שתי הקבוצות (מסגרת ביתית / חוץ ביתית) מבחינת מאפייני ההורים ומאפייני הבנים/ בנות, הבדלים בתחושת דחק כלכלית והורית, הערכה קוגניטיבית של ההורים את המחלה וההתמודדות עימה, ותמיכה חברתית של ההורים.

בנוסף, נערך ניסיון לנבא את השתייכות ההורים לקבוצה (מסגרת ביתית / חוץ ביתית) מתוך המשתנים שנבחנו.

1.2 ממצאים מרכזיים

1. מאפיינים דמוגרפיים כלליים של ההורים: ההורים המשיבים היו בדרך כלל ילידי ישראל, מוסלמים, ונשואים. גילם הממוצע התקרב ל- 60 שנה, כמחציתם כפריים וכמחציתם עירוניים. השכלתם הממוצעת התקרבה ל- 8.5 שנות לימוד, כ- 70% מן האבות היו מועסקים מחוץ לבית וכחמישית מן האמהות. במשפחות היו כשישה ילדים בממוצע, וכ- 2.5 מהם בממוצע גרו בבית המשפחה.
2. הבדלים דמוגרפיים בין ההורים בשתי המסגרות: הורים אשר בחרו במסגרת ביתית היו דתיים יותר (כ- 70% דתיים ודתיים מאד) מאשר הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית (כ- 40% דתיים ודתיים מאד). הורים אשר בחרו במסגרת ביתית דיווחו על מצב כלכלי טוב יותר (כ- 50% במצב כלכלי טוב / טוב מאד) מאשר הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית (כ- 22% במצב כלכלי טוב / טוב מאד).
3. מאפיינים דמוגרפיים של הבנים/ בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית: כ- 55% מן הבנים/ בנות בעלי נכות פסיכיאטרית היו גברים, וכשני שליש מהם היו בנים/ בנות אמצעיים. הם היו בממוצע בסוף שנות ה- 20 לחייהם. כשלושה רבעים מן הבנים/ בנות היו רווקים (כ- 63% במסגרת הביתית, וכ- 85% במסגרת החוץ ביתית), וכרבע מהם, במסגרת הביתית, היו נשואים.
4. תחושת דחק: לא נמצאו הבדלים בתחושת הדחק, ההורית והכלכלית, בין הורים בשתי המסגרות. תחושת הדחק נמצאה פונקציה של מצב כלכלי, מעבר לסוג המסגרת של הבן / הבת.
5. הערכה קוגניטיבית של המחלה וההתמודדות עימה: הורים אשר בחרו במסגרת ביתית נמצאו מעריכים את האתגר והאיום כגבוהים יותר מאשר הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. לא נמצאו הבדלים בין המסגרות בהערכת יכולת ההתמודדות.
6. תמיכה חברתית: לא נמצאו הבדלים בתמיכה חברתית ומימדיה בין הורים בשתי המסגרות. התמיכה החברתית נמצאה פונקציה של השכלתם ומצבם הכלכלי של ההורים, ללא קשר לסוג המסגרת של הבן / הבת.
7. ניבוי ההשתייכות הקבוצתית של ההורים: ניתן לנבא את ההשתייכות הקבוצתית של הורים (מסגרת ביתית / חוץ ביתית) באופן מובהק: ככל שההורה מעריך את מצבו הכלכלי כטוב יותר, ככל שהוא/ היא תופס את מחלת הבן/בת כאתגר, וככל שהוא חש כי התמיכה החברתית מחזקת את דימוי העצמי, כך גדלים סיכוייו לטפל בבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית.

8. קשרים בין משתני המחקר: ככל שדחק כלכלי נתפס כגבוה יותר כך גם דחק הורי; ככל שהערכת האתגר

גבוהה יותר כך גם הערכת האיום; מימדי התמיכה החברתית קשורים באופן חיובי זה לזה.

ככל שרמת הדחק גבוהה יותר נתפסת יכולת ההתמודדות כנמוכה יותר וגוברות הערכת האיום והערכת האתגר; ככל שרמת התמיכה רבה יותר, פוחתת תחושת הדחק, גוברת ההערכה של יכולת ההתמודדות ופוחתת ההערכה של מידת האיום.

9. קשרים דמוגרפיים עם משתני המחקר: תחושת הדחק הכלכלי גבוהה יותר ככל שהמצב הכלכלי קשה

יותר, השכלת ההורה נמוכה יותר, עבור נשים משיבות, וכאשר דווח כי אין ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

דחק הורי נמצא גבוה יותר ככל שהמצב הכלכלי קשה יותר. הערכת ההתמודדות: גבוהה יותר ככל שהמצב הכלכלי טוב יותר, והערכת האיום: גבוהה יותר ככל שהשכלת ההורה נמוכה יותר. תמיכה חברתית רבה

יותר ככל שהשכלת ההורה גבוהה יותר, המצב הכלכלי טוב יותר, ודווח על ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

10. ידיעת האיבחון ותפיסת החומרה של המחלה: כ- 80% מן ההורים, ללא הבדל בין המסגרות, סברו כי

הם יודעים את האיבחון הפסיכיאטרי של בנם/ביתם. כ- 70% מן ההורים תפסו את מחלת בנם/ביתם

כקשה או קשה מאד. תפיסת החומרה של המחלה לא התקשרה למשתני המחקר.

2. שיטה

2.1 מדגם

המדגם כולל 189 הורים לבנים ובנות בוגרים בעלי נכות פסיכיאטרית, שחזרו מאשפוז לקהילה, מהחברה הערבית. במדגם שתי קבוצות: הורים אשר בחרו לקלוט את בנם/בתם עם הנכות הפסיכיאטרית לחיק המשפחה (42.3%), והורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית - במוסדות דיור בקהילה (57.7%). לוח 1 מציג את מאפייני המדגם.

לוח 1: מאפייני רקע של ההורים לפי מסגרת

הבדל	סה"כ		מסגרת חוץ-ביתית (N=109)		מסגרת ביתית (N=80)			
	Z	%	N	%	N	%		
מקום מגורים	1.03	50.0	94	46.8	51	54.4	43	כפר
		50.0	94	53.2	58	45.6	36	עיר
דת	1.63	84.6	159	81.3	88	88.8	71	מוסלמי
		10.1	19	12.2	13	7.5	6	נוצרי
		5.3	10	6.5	7	3.7	3	דרוזי
מידת דתיות	4.26***	21.2	40	11.9	13	33.8	27	דתי מאד
		30.2	57	26.6	29	35.0	28	דתי
		33.3	63	42.2	46	21.2	17	מסורתי
		15.3	29	19.3	21	10.0	8	חילוני
מצב משפחתי	0.87	76.6	168	78.9	86	73.4	58	נשוי
		2.1	4	2.8	3	1.3	1	רווק
		11.2	21	10.0	11	12.6	10	פרוד/גרוש
		10.1	19	8.3	9	12.7	10	אלמן
ההורה המשיב עובד	0.45	38.1	72	39.4	43	36.3	29	כן
		61.9	117	60.6	66	63.7	51	לא
היקף משרה - המשיב	1.53	60.3	44	53.3	24	71.4	20	מלאה
		39.7	29	46.7	21	28.6	8	חלקית
אב עובד	2.44*	35.2	62	27.9	29	45.8	33	כן
		64.8	114	72.1	75	54.2	39	לא
היקף משרה אב	2.38*	71.0	44	56.7	17	84.4	27	מלאה
		29.0	18	43.3	13	15.6	5	חלקית
אם עובדת	0.96	22.7	42	25.2	27	19.2	15	כן
		77.3	143	74.8	80	80.8	63	לא
היקף משרה אם	0.14	54.8	23	55.6	15	53.3	8	משרה
		45.2	19	44.4	12	46.7	7	משרה

מצב כלכלי	טוב מאוד	10	12.5	4	3.7	14	7.4	4.59***
טוב	32	40.0	20	18.3	52	27.5		
סביר	27	33.8	47	43.1	74	39.2		
קשה	11	13.7	38	34.9	49	25.9		

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

ההבדל עבור דת חושב לפי מוסלמים מול אחרים, מצב משפחתי – נשואים מול אחרים.

בקרב המשפחות אשר קלטו את הבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית השיבו 34 אבות (42.5%) ו- 46 אמהות (57.5%), ואילו בקרב המשפחות אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית השיבו 51 אבות (46.8%), ו- 58 אמהות (53.2%). ההבדל בזהות המשיבים בין שתי המסגרות לא נמצא מובהק ($Z=0.58$, n.s.).

ניתן להבחין כי כמחצית מן ההורים בשתי המסגרות מתגוררים בכפרים וכמחציתם בערים. כל ההורים למעט אחד ילידי ישראל, ורובם מוסלמים (85%), ללא הבדל בין הקבוצות. קרוב ל-70% מן ההורים המתגוררים עם בנם/בתם עם הנכות הפסיכיאטרית בבית הינם דתיים או דתיים מאד, לעומת קרוב ל-40% מן ההורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. כ-40% מן האחרונים הגדירו עצמם מסורתיים, וכ-20% חילוניים. הבדל זה במידת הדתיות בין שתי הקבוצות נמצא מובהק. רוב ההורים בשתי הקבוצות נשואים (77%), ויתרתם בעיקר גרושים (11%) או אלמנים (10%).

בשתי הקבוצות, קרוב ל-40% מן ההורים המשיבים עובדים, וכ-60% אינם עובדים. כ-60% מבין העובדים מועסקים במשרה מלאה. קרוב למחצית מן האבות אשר בנם/בתם מתגוררים בבית מועסקים, לעומת כרבע מן האבות אשר בנם/בתם מתגוררים במסגרת חוץ ביתית, הבדל אשר נמצא מובהק. רוב האבות המועסקים, אשר בנם/בתם מתגוררים בבית, עובדים במשרה מלאה (כ-85%), לעומת כמחצית מן האבות אשר בנם/בתם מתגוררים במסגרת חוץ ביתית, הבדל אשר אף הוא נמצא מובהק. רוב האמהות בשתי הקבוצות, כשלושה רבעים מהן, אינן מועסקות, ומבין המועסקות כמחציתן במשרה מלאה, ללא הבדל בין הקבוצות.

המצב הכלכלי תואר כטוב יותר על ידי הורים אשר בנם/בתם בעל הנכות הפסיכיאטרית מתגורר עימם בבית, מאשר על ידי הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. כמחצית מבין ההורים הראשונים תארו את המצב הכלכלי כטוב או טוב מאד, לעומת כחמישית מן ההורים בקבוצה השנייה. מעל לשליש מן ההורים אשר בנם/בתם נמצא במסגרת חוץ ביתית תארו את המצב הכלכלי כקשה, לעומת כ-14% בלבד מן ההורים אשר בנם/בתם מתגורר עימם בבית. הבדל זה נמצא מובהק.

2.2 כלים

1. שאלון דמוגראפי הכולל פרטים על המשיבים והבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית: השכלה, מצב סוציאקונומי, דת, מידת דתיות, מקום מגורים- כפרי או עירוני, מספר הילדים בבית, גיל ההורים, תעסוקה ופרטים על הבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית (מגדר, גיל, סדר לידה, ותפיסת חומרת המחלה).
2. שאלון דחק: בעל שני מימדים, דחק רגשי מתוך מצב כלכלי ודחק רגשי כהורה. צינור הסקלות נערך בעזרת ממוצע, ככל שהציון גבוה יותר, מידת הדחק רבה יותר. עקיבות פנימית של דחק מתוך מצב כלכלי במחקר הנוכחי הייתה $\alpha=0.89$. דחק רגשי כהורה – עקיבות פנימית במחקר הנוכחי נמצאה $\alpha=0.88$.
3. שאלון תמיכה חברתית I.S.E.L - נבנה על ידי כהן, מרמלשטיין, קמרק והוברמן (Cohen, Mermelstien, Kmarck & Hoberman, 1985) ומורכב מארבעה תחומים: השתייכות, הערכה (appraisal), תמיכה חומרית (tangible), והערכה עצמית (self-esteem). השאלון כולל 40 משפטים המתייחסים לתפיסה של האדם את מקורות התמיכה הפוטנציאליים שלו. מחצית מהמשפטים הינם חיוביים לגבי יחסים חברתיים, ומחצית מהמשפטים הם שליליים. הציון במבחן נקבע באופן אדטיבי, ע"י ספירת התשובות המצביעות על תמיכה חברתית עפ"י מפתח. 40 הפריטים המרכיבים את השאלון מחולקים לארבעת תחומי התמיכה כשבכל תחום עשר שאלות. צינור הסקלות נערך באופן שעבור כל פריט $0 =$ חוסר תמיכה, $1 =$ קיום תמיכה, ציון הסקלה הוא סכום פריטיה. טווח הציונים הוא 0-40 (כשבמשפטים השליליים הציון מתהפך). ציון גבוה יותר מצביע על תמיכה רבה יותר. מהימנות השאלון באנגלית הוא $\alpha=0.88$. מהימנות תתי הסולמות: השתייכות $\alpha=0.78$, הערכה $\alpha=0.82$, תמיכה חומרית $\alpha=0.81$, והערכה עצמית $\alpha=0.73$. מהימנות השאלון הכללי בעברית היא $\alpha=0.92$ ומהימנות תתי הסולמות: הערכה - $\alpha=0.65$, שייכות - $\alpha=0.72$, חומרית - $\alpha=0.69$, דימוי עצמי - $\alpha=0.64$, תמיכה כוללת: $\alpha=0.89$.
4. שאלון הערכה קוגניטיבית Cognitive Appraisal Questionnaire - השאלון הותאם לנסיבות הספציפיות של התמודדות עם מחלת נפש על ידי שבת (1999). התשובות ניתנו על סולם ליקרט מ-1 "במידה רבה" עד 5- "בכלל לא". הערכה הקוגניטיבית נבדקת באמצעות פריטים המייצגים רגשות שונים המתקבצים לשלושה פקטורים של הערכה ונמדדת הערכה קוגניטיבית כוללת המורכבת מהגורמים הבאים: 1. הערכת האתגר- גורם זה מורכב משבעה פריטים המציינים את המידה בה תופס ההורה את הליקוי הנפשי של הבן/הבת כאתגר. מהימנות בין פריטים $\alpha = 0.87$ (שבת, 1999). 2. הערכת האיום- גורם זה מורכב משבעת פריטים שנועדו לציין את המידה בה ההורה תופס את מחלת הבן/הבת כאיום. מהימנות בין הפריטים $\alpha = 0.82$ (שבת, 1999). 3. הערכת יכולת ההתמודדות – גורם זה מורכב מארבעה פריטים

המציינים את המידה שבה ההורה מעריך את יכולתו להצליח להתמודד עם מחלת הבן/הבת, לשלוט על קשייו הקשורים עם המחלה, להתמודד עם תגובות הסביבה לנכות, ולבצע את מטלות היומיום ברמה הנדרשת. ציינון הסקלות נערך בעזרת ממוצע, ככל שהציון גבוה יותר הערכת יכולת התמודדות, האתגר והאיום רבה יותר. מהימנות בין פריטים $\alpha = 0.78$ (שבת, 1999). במחקר הנוכחי נמצאו העקיבויות הפנימיות הבאות: הערכת יכולת התמודדות - $\alpha = .47$, ללא פריט 18 - $\alpha = .54$ – לפיכך, הסולם הורכב ללא פריט 18. הערכת האתגר - $\alpha = .66$, והערכת האיום - $\alpha = .77$.

2.3 הליך

הליך איסוף הנתונים התבצע במספר דרכים. נעשתה פניה לכל הפסיכיאטרים במחוז הצפון אשר יש להם חולים פסיכיאטריים ערבים והם התגייסו להכנת רשימת מרואיינים פוטנציאליים לאחר שיחה עם ההורים שהביעו את הסכמתם להתראיין. במקביל נעשתה פניה לכל המסגרות החוץ-ביתיות המשרתות את המגזר הערבי ולאחר קבלת אישור ממנהלי המסגרות יצרנו קשר עם המשפחות אשר בנם/בתם נמצאים במסגרת. לאלה מהמשפחות אשר הסכימו להתראיין נשלחה מראיינת (סטודנטית לתואר שני הדוברת את השפה הערבית אשר הוכשרה על ידינו לערוך את הראיונות) לביתם. כמו כן, נעשתה פניה לכל הלשכות לשירותי רווחה במטרה לאתר את המשפחות אשר להם בן/בת הלוקים בנכות פסיכיאטרית. בעזרת העובדים הסוציאליים בלשכות אותרו משפחות נוספות אשר הסכימו לקחת חלק במחקר. כל המרואיינים שיתפו פעולה בצורה חיובית ביותר.

3. ממצאים

3.1 מאפייני הבנים/בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית

לוח 2 מציג את מאפייני הרקע של הבנים/בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית. ניתן לראות כי מעט למעלה מ-60% מבעלי הנכות הפסיכיאטרית הנמצאים במסגרת ביתית הם גברים, ומעט מעל למחצית מן הנמצאים במסגרת חוץ ביתית, הבדל אשר לא נמצא מובהק. הבדל מובהק נמצא במצב המשפחתי של הבנים / בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית. בשתי המסגרות רוב הבנים / בנות הינם רווקים, אך במסגרת החוץ ביתית כ- 85% רווקים לעומת כ- 63% במסגרת הביתית. שאר הבנים / בנות המטופלים בבית הינם בדרך כלל נשואים (29%). כשני שלישי מן הבנים / בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית, בשתי הקבוצות, הם בנים / בנות אמצעיים במשפחתם, כרבע בנים בכורים, וכעשירית בנים צעירים.

לוח 2: מאפייני רקע של הבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית לפי מסגרת (N=189)

הבדל Z	סה"כ		מסגרת חוץ-ביתית		מסגרת ביתית			
	%	N	%	N	%	N		
1.50	56.9	107	52.3	57	63.3	50	זכר	מיגדר הבן/ בת בעל נכות פסיכיאטרית
	43.1	81	47.7	52	36.7	29		
3.78***	15.4	29	5.5	6	28.8	23	נשוי	מצב משפחתי של הבן/בת בעל נכות פסיכיאטרית
	76.2	144	86.2	94	62.5	50		
	7.9	15	8.3	9	7.5	6	אלמן	פרוד/גרוש
	0.5	1	0.0	0	1.2	1		
0.58	25.7	48	23.9	26	28.2	22	ראשון	סדר לידה של הבן/בת בעל נכות פסיכיאטרית
	27.3	51	26.6	29	28.2	22		
	13.9	26	18.3	20	7.7	6	שלישי	
	28.3	53	23.9	26	34.6	27	רביעי	
	4.8	9	7.3	8	1.3	1	חמישי ויותר	
0.62	25.7	48	23.9	26	28.2	22	בכור	סדר לידה של הבן/בת בעל נכות פסיכיאטרית
	66.3	124	67.8	74	64.1	50		
	8.0	15	8.3	9	7.7	6	צעיר	

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

ההבדל עבור מצב משפחתי חושב לפי רווקים מול אחרים.

מעניין לציין כי בעת איסוף הנתונים, נמצאו בקרב המשיבים המתגוררים עם האדם בעל הנכות הפסיכיאטרית 20 בני זוג נשואים. מפאת ההבדלים אשר נמצאו בין זוגות אלו לבין ההורים, הם לא נכללו במדגם הסופי. ב- 19 מזוגות אלו טיפלה האישה בבן זוגה בעל הנכות הפסיכיאטרית. 11 זוגות התגוררו בכפר ו- 9 בעיר. רובם, 18 מהם, היו מוסלמים, נוצרי אחד ודרוזי אחד. רובם היו מסורתיים (11 מהם, 55%), והשאר בעיקר דתיים (7 מהם, 35%). זוג אחד הגדיר עצמו כדתי מאד וזוג אחד כחילוני. ארבע מן הנשים המטפלות הועסקו מחוץ לבית, לרוב במשרה חלקית (3 נשים). מצבם הכלכלי של הזוגות היה קשה מזה של ההורים המטפלים בבנם/ביתם בבית: 11 זוגות (55%) תארו את מצבם הכלכלי כקשה, 8 זוגות כסביר (40%) ורק זוג אחד הגדיר את מצבו כטוב. לזוגות היו עד 10 ילדים ($M=4.58$, $SD=2.24$), ובביתם חיו עד 6 ילדים ($M=3.21$, $SD=1.32$). בני הזוג המטפלים היו בני 40.52 בממוצע ($SD=6.97$), ואילו המטופלים היו בני 43.57 בממוצע ($SD=7.80$). לעומתם, ההורים המטפלים היו קרובים לגיל 60 בממוצע, ובניהם / בנותיהם המטופלים היו בממוצע בסוף שנות ה-20 לחייהם (ראה לוח 3).

לוח 3 מתאר מאפיינים דמוגרפיים נוספים של ההורים ובניהם בעלי הנכות הפסיכיאטרית (משתנים רציפים). הלוח מראה כי, בממוצע, נמצאים ההורים בסוף שנות ה-50 לחייהם, ללא הבדל בין המסגרות. השכלתם הממוצעת היא כ-8.5 שנות לימוד, אף היא ללא הבדל בין המסגרות. להורים כשישה ילדים בממוצע, וכ-2.5 מהם, בממוצע, גרים בבית (ללא הבדל בין המסגרות). הבנים/בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית הינם בסוף שנות העשרים לחייהם בממוצע, ללא הבדל מובהק בין המסגרות.

לוח 3: גיל, השכלה ומספר ילדים לפי מסגרת (N=189)

הבדל	סה"כ		מסגרת חוץ-ביתית		מסגרת ביתית		
	SD	M	SD	M	SD	M	
t(187)=0.99	10.13	57.88	10.45	57.25	9.67	58.74	גיל המשיב
t ¹ (124.04)=0.38	3.61	8.42	3.23	8.33	4.13	8.55	השכלת המשיב
t ¹ (137.07)=0.54	2.80	6.16	2.39	6.26	3.29	6.03	מספר ילדים במשפחה
t ¹ (149.37)=0.86	1.64	2.52	1.75	2.63	1.52	2.40	מספר ילדים בבית
t(187)=1.89	8.34	27.95	7.92	26.97	8.74	29.28	גיל הבן/בת בעל נכות פסיכיאטרית

*p<.05, **p<.01, ***p<.001, (1) t for unequal variances

3.2 הבדלים בין קבוצות הנבדקים במחקר

3.2.1 הבדלים לפי משתנים דמוגרפיים של ההורים

נבחנו הבדלים דמוגרפיים בין הורים אשר קלטו את בנם בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית, מבחינת גיל ההורה, השכלת ההורה, מידת דתיות, כפריות/עירוניות ומצב כלכלי.

ההבדלים נבדקו בעזרת ניתוח שונות מרובה של גיל ההורה, השכלת ההורה, מידת דתיות, מקום מגורים (1-עיר, 0-כפר) ומצב כלכלי לפי סוג המסגרת שבחרו ההורים לילדם עם הנכות הפסיכיאטרית – ביתית או חוץ ביתית. יש לציין כי אמנם ההבדלים מתוארים באופן חד משתני בלוחות 1 ו- 3 לעיל, אולם הניתוח המרובה הבהיר את עוצמת ההבדלים, תוך התייחסות לכלל המשתנים (ראה לוח 4). נמצאו הבדלים במידת הדתיות ובמצב הכלכלי בין הורים אשר בנם/ביתם בעל הנכות הפסיכיאטרית גר עימם בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. הורים אשר קלטו את בנם/ביתם בבית הינם דתיים יותר ומצבם הכלכלי טוב יותר, בהשוואה להורים אשר העדיפו מסגרת חוץ ביתית. לא נמצאו הבדלים עבור גיל ההורה והשכלתו, או מקום המגורים.

לוח 4: ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות מרובה של מאפיינים דמוגרפיים של ההורים לפי מסגרת

(N=172)

F _(1,170)	מסגרת חוץ-ביתית (N=103)		מסגרת ביתית (N=69)		
	SD	M	SD	M	
0.73 ($\eta^2=.004$)	10.43	56.99	9.85	58.35	גיל ההורה
1.18 ($\eta^2=.01$)	0.50	0.53	0.50	0.45	מקום מגורים
0.21 ($\eta^2=.001$)	3.23	8.33	4.14	8.59	השכלת ההורה
19.41*** ($\eta^2=.10$)	0.92	2.69	0.98	2.04	מידת דתיות
24.28*** ($\eta^2=.13$)	0.83	1.93	0.86	2.58	מצב כלכלי

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

F(5,166)=8.79, $p<.001$, $\eta^2=.21$

יש לציין כי פיקוח על מיגדר ההורה המשיב הותיר תוצאות אלו על כנף. כמו כן, המשתנים מידת דתיות ומצב כלכלי הינם משתנים דרוגיים (מידת דתיות: 1-דתי מאד, 2-דתי, 3- מסורתי, 4-חילוני; מצב

כלכלי: 1-גרוע, 2-סביר, 3-טוב, 4-טוב מאוד) אשר בשל התפלגותם שאינה מרוכזת בקצוות והיותם בעלי סקלה של ארבע דרגות, הוכנסו לניתוח השונות כמות שהם. בחינת ההבדלים בין שתי הקבוצות על ידי הפיכת משתנים אלו למשתני דמי הותרה אף היא את התוצאות הנוכחיות על כן. כלומר, נמצא כי הורים אשר קלטו את בנם/ ביתם בבית הם דתיים יותר ומצבם הכלכלי טוב יותר. לא נמצאו הבדלים עבור מקום מגורים, גיל ההורה, או השכלת ההורה.

3.2.2 הבדלים לפי משתנים דמוגרפיים של הבנים / בנות בעלי נכות פסיכיאטרית

נבחנו הבדלים במאפייני הבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית לפי סוג המסגרת (ביתית/ חוץ ביתית), מבחינת גיל הבן/בת ותפיסת החומרה של המחלה על ידי ההורה. ההבדלים נבחנו בעזרת ניתוח שונות מרובה של גיל הבן/ בת בעל הנכות הפסיכיאטרית ותפיסת החומרה של המחלה לפי סוג המסגרת שבחרו ההורים לילדם – ביתית או חוץ ביתית (ראה לוח 5). לא נמצאו הבדלים בגיל הבן / הבת בעל הנכות הפסיכיאטרית וכן לא נמצאו הבדלים בתפיסת ההורה את חומרת המחלה, לפי סוג המסגרת.

לוח 5: ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות מרובה של גיל הבן/ בת ותפיסת החומרה של המחלה לפי

מסגרת (N=189)

F _(1,187)	מסגרת חוץ-ביתית (N=109)		מסגרת ביתית (N=80)		
	SD	M	SD	M	
3.57 ($\eta^2=.02$)	7.92	26.97	8.74	29.28	גיל הבן/ בת
0.08 ($\eta^2=.001$)	.85	3.04	.94	3.00	תפיסת חומרת המחלה

F(2,186)=1.86, n.s., $\eta^2=.02$

יש לציין כי פיקוח על מיגדר ההורה המשיב הותיר תוצאות אלו על כן. כמו כן, פיקוח על מידת דתיות ומצב כלכלי, אשר לעיל נמצאו מובהקים, לא הניב תוצאות שונות. הפיכת המשתנה "תפיסת חומרת המחלה" (1-קלה, 2-בינונית, 3-קשה, 4-קשה מאוד) למשתנה דיכוטומי (0-קלה/בינונית, 1-קשה/קשה מאוד) לא שינתה את התוצאות. לפיכך, לא נמצאו הבדלים בגיל הבן/ בת או בתפיסת ההורה את חומרת המחלה לפי סוג המסגרת.

3.2.3 הבדלים במידת הדחק לפי סוג המסגרת

נבחנו הבדלים במידת הדחק בין הורים אשר קלטו את בנם/בתם בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. לצורך בחינה זו נערך ניתוח שונות מרובה של שני משתני הדחק לפי מסגרת. לאור המתאמים השיטתיים בין השכלת ההורה ומצבה הכלכלי של המשפחה לבין תחושת הדחק, נערך ניתוח השונות בפיקוח על משתנים אלו (ראה לוח 6). הממצאים מבהירים כי לא נמצא הבדל בתחושת הדחק לפי המסגרת בה נמצא הבן/הבת בעל הנכות הפסיכיאטרית. תחושת הדחק של ההורים, לפיכך, היא פונקציה של השכלתם ומצבם הכלכלי ולא של בחירתם את המסגרת עבור בנם/בתם.

לוח 6: ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות מרובה של תחושת הדחק לפי מסגרת (N=173)

F _(1,169)	מסגרת חוץ-ביתית (N=103)		מסגרת ביתית (N=70)		
	SD	M	SD	M	
0.04 ($\eta^2=.001$)	0.67	2.78	0.91	2.54	דחק כלכלי
0.01 ($\eta^2=.001$)	0.58	3.12	0.79	2.97	דחק הורי

F(2,168)=0.02, n.s., $\eta^2=.001$

כלומר, אין הבדל בין המסגרות בתחושת הדחק של ההורים, אלא זו קשורה להשכלתם ומצבם הכלכלי.

3.2.4 הבדלים בהערכה קוגניטיבית לפי סוג המסגרת

נבחנו הבדלים בהערכה הקוגניטיבית את ההתמודדות בין הורים אשר קלטו את בנם/בתם בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. לצורך כך, נערך ניתוח שונות מרובה של שלושת משתני ההערכה הקוגניטיבית לפי מסגרת. כמקודם, לאור המתאמים השיטתיים בין השכלת ההורה ומצבה הכלכלי של המשפחה לבין ההערכה הקוגניטיבית, נערך ניתוח השונות בפיקוח על משתנים אלו (ראה לוח 7).

לוח 7 : ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות מרובה של ההערכה הקוגניטיבית לפי מסגרת (N=170)

F _(1,166)	מסגרת חוץ-ביתית (N=101)		מסגרת ביתית (N=69)		
	SD	M	SD	M	
0.60 ($\eta^2=.002$)	0.73	3.45	0.79	3.51	הערכת יכולת התמודדות
4.40* ($\eta^2=.03$)	0.55	3.09	0.76	3.34	הערכת האתגר
4.34* ($\eta^2=.03$)	0.68	2.74	0.90	2.93	הערכת האיום

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

F(3,164)=2.47, $p=.06$, $\eta^2=.04$

הממצאים מלמדים כי נמצא הבדל בהערכת האתגר והערכת האיום בין הורים אשר בחרו לקלוט את בנם/ בתם בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. הערכת האתגר ואף הערכת האיום גבוהות יותר בקרב הורים הגרים עם בנם/בתם בעל הנכות הפסיכיאטרית בביתם. הבדל זה הינו מעבר להשפעות של השכלה ומצב כלכלי על ההערכה הקוגניטיבית של ההתמודדות, ואכן המתאם בין שני מימדים אלו הוא ($r=.36$, $p<.001$). לא נמצא הבדל עבור הערכת יכולת ההתמודדות.

לפיכך, הערכת האתגר ואף הערכת האיום בקרב הורים אשר קלטו את בנם/בתם בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית גבוהות יותר מאשר בקרב הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית, וזאת אף מעבר להשפעות של השכלת הורה ומצב כלכלי על ההערכה. כאמור, לא נמצאו הבדלים בין שתי המסגרות בהערכת יכולת ההתמודדות.

3.2.5 הבדלים בתמיכה חברתית לפי סוג המסגרת

נבחנו הבדלים ברמת התמיכה החברתית בין הורים אשר קלטו את בנם בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית לבין הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית. כמקודם, נערך ניתוח שונות מרובה של מימדי התמיכה והמשתנה הכולל לפי מסגרת. גם כאן, לאור המתאמים המובהקים בין השכלת ההורה ומצבה הכלכלי של המשפחה לבין התמיכה החברתית, נערך ניתוח השונות בפיקוח על משתנים אלו (ראה לוח 8). לא נמצא הבדל בתמיכה חברתית לפי המסגרת בה נמצא הבן/הבת בעל הנכות הפסיכיאטרית. התמיכה החברתית לה זוכים ההורים היא, לפיכך, פונקציה של השכלתם ומצבם הכלכלי ואינה קשורה לבחירתם את המסגרת עבור בנם/ביתם.

לוח 8 : ממוצעים, סטיות תקן וניתוח שונות מרובה של תמיכה חברתית לפי מסגרת (N=172)

$F_{(1,168)}$	מסגרת חוץ-ביתית (N=103)		מסגרת ביתית (N=69)		
	SD	M	SD	M	
0.26 ($\eta^2=.002$)	2.11	6.01	2.55	6.47	תמיכה- הערכה
1.22 ($\eta^2=.01$)	2.11	6.37	2.59	6.40	תמיכה – שייכות
0.54 ($\eta^2=.003$)	2.28	5.93	2.57	6.25	תמיכה – חומרית
0.99 ($\eta^2=.01$)	2.02	5.77	2.24	6.60	תמיכה – דימוי עצמי
0.02 ($\eta^2=.001$)	6.66	24.07	8.06	25.71	תמיכה כוללת

$F(5,164)=1.20$, n.s., $\eta^2=.04$

לפיכך, רמת התמיכה החברתית של הורים אשר בחרו במסגרת ביתית אינה שונה מזו של הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית.

לסיכום, מבין משתני המחקר נמצאו הבדלים לפי מסגרת עבור הערכת האתגר והערכת האיום, הגבוהות יותר בקרב הורים אשר קלטו את בנם/ביתם בבית. לא נמצאו הבדלים עבור תחושת הדחק, תמיכה חברתית, והערכת יכולת ההתמודדות - משתנים אלו הם בעיקר פונקציה של השכלת ההורה והמצב הכלכלי של המשפחה.

3.3 ניבוי ההשתייכות הקבוצתית (מסגרת ביתית/חוץ ביתית) לפי מאפייני רקע ומשתני המחקר

בהמשך, נערך ניסיון לנבא את ההשתייכות הקבוצתית (מסגרת ביתית/חוץ ביתית) לפי מאפייני רקע מרכזיים, דחק הורי, הערכה קוגניטיבית של ההורים, ותמיכה חברתית. הניבוי נערך בעזרת שתי רגרסיות לוגיסטיות היררכיות של ההשתייכות הקבוצתית על מאפייני רקע, דחק הורי, הערכה קוגניטיבית, ותמיכה חברתית. בצעד ראשון הוכנסו מאפייני הרקע שנמצאו מרכזיים – השכלת ההורה והמצב הכלכלי, ובצעד שני הוכנסו דחק הורי, הערכה קוגניטיבית ותמיכה חברתית. ברגרסיה הראשונה הוכנס הציון הכולל של התמיכה החברתית כמייצג מדד זה, ואילו ברגרסיה השנייה הוכנסו מימדי התמיכה (ראה לוחות 9 ו-10).

לוח 9: רגרסיה לוגיסטית של ההשתייכות הקבוצתית על מאפייני רקע, דחק הורי, הערכה קוגניטיבית,

והציון הכולל של תמיכה חברתית (N=169)

Exp(B)	Se(B)	B	
			צעד 1
0.96	0.05	-0.04	השכלת ההורה
2.56	0.21	0.94***	מצב כלכלי
			צעד 2
0.97	0.06	-0.03	השכלת ההורה
2.25	0.25	0.81**	מצב כלכלי
0.90	0.31	-0.11	דחק כלכלי
0.63	0.35	-0.46	דחק הורי
0.73	0.25	-0.32	הערכת יכולת התמודדות
2.12	0.32	0.75*	הערכת האתגר
1.49	0.28	0.40	הערכת האיום
1.02	0.03	0.02	תמיכה חברתית

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

צעד ראשון: $\chi^2(2) = 23.25$, $p < .001$, Nagelkerke $R^2 = .17$, סיווג נכון – 67.5%.

צעד שני: $\chi^2(6) = 10.10$, n.s., Δ Nagelkerke $R^2 = .07$, תוספת לסיווג נכון – 3.5%.

המודל הכולל: $\chi^2(8) = 33.35$, $p < .001$, Nagelkerke $R^2 = .24$, סיווג נכון – 71.0%.

נמצא כי ניתן לנבא את ההשתייכות הקבוצתית (מסגרת ביתית / חוץ ביתית) באופן מובהק, מתוך מצבו הכלכלי של ההורה, הערכה קוגניטיבית ותמיכה חברתית. ככל שההורה מעריך את מצבו הכלכלי כטוב יותר, ככל שהוא/היא תופס את מחלת הבן/בת כאתגר, וככל שהוא חש כי התמיכה החברתית מחזקת את דימוי העצמי, כך גדלים סיכויו לטפל בבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית בבית.

לוח 10 : רגרסיה לוגיסטית של ההשתייכות הקבוצתית על מאפייני רקע, דחק הורי, הערכה קוגניטיבית,

ומימדי תמיכה חברתית (N=169)

Exp(B)	Se(B)	B	
			צעד 1
0.96	0.05	-0.04	השכלת ההורה
2.56	0.21	0.94***	מצב כלכלי
			צעד 2
0.97	0.06	-0.03	השכלת ההורה
2.11	0.25	0.74**	מצב כלכלי
0.84	0.32	-0.17	דחק כלכלי
0.59	0.37	-0.53	דחק הורי
0.69	0.26	-0.37	הערכת יכולת התמודדות
2.06	0.33	0.72*	הערכת האתגר
1.62	0.28	0.48	הערכת האיום
1.03	0.09	0.03	תמיכה - הערכה
0.88	0.10	-0.13	תמיכה - שייכות
0.96	0.11	-0.04	תמיכה - חומרית
1.28	0.12	0.25*	תמיכה - דימוי עצמי

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

צעד ראשון : $\chi^2(2)=23.25$, $p<.001$, Nagelkerke $R^2=.17$, סיווג נכון – 67.5%.

צעד שני : $\chi^2(9)=15.43$, n.s., Δ Nagelkerke $R^2=.11$, תוספת לסיווג נכון – 4.7%.

המודל הכולל : $\chi^2(11)=38.68$, $p<.001$, Nagelkerke $R^2=.28$, סיווג נכון – 72.2%.

לפיכך, ניתן לנבא את ההשתייכות הקבוצתית (מסגרת ביתית / חוץ ביתית) לפי מצבו הכלכלי של ההורה, הערכה קוגניטיבית של האתגר ותמיכה חברתית – דימוי עצמי.

3.4 ממצאים נוספים

3.4.1 קשרים בין משתני המחקר

דחק כלכלי ודחק הורי נמצאים במתאם חיובי מובהק, כך שככל שדחק מסוג אחד נתפס כגבוה יותר כך גם השני.

מימדי התמיכה החברתית קשורים באופן חיובי זה לזה.

-הערכת האתגר והערכת האיום קשורות זו בזו באופן חיובי כך שככל שהאחת חזקה יותר גוברת גם השניה, אך הן אינן קשורות עם הערכת יכולת ההתמודדות.

-דחק כלכלי והורי קשורים במתאם שלילי עם הערכת יכולת ההתמודדות, באופן שככל שרמת הדחק גבוהה יותר נתפסת יכולת ההתמודדות כנמוכה יותר.

-דחק כלכלי ודחק הורי קשורים בדרך כלל במתאמים חיוביים עם הערכת האתגר והערכת האיום : ככל שרמת הדחק גבוהה יותר כך גוברות הערכת האיום והערכת האתגר.

-תמיכה חברתית ותחושת הדחק קשורות זו בזו באופן שלילי : ככל שרמת התמיכה רבה יותר, פוחתת תחושת הדחק.

-הערכת יכולת ההתמודדות קשורה במתאמים חיוביים נמוכים עם מימדי התמיכה, הערכת האתגר קשורה במידה מעטה באופן שלילי עם מימדי התמיכה, והערכת האיום קשורה עימם באופן שלילי. כלומר, ככל שמידת התמיכה רבה יותר גוברת ההערכה של יכולת ההתמודדות ופוחתת ההערכה של מידת האיום.

פירוט מלא של הקשרים בין משתני המחקר מופיע בנספחים בלוחות 3-1. מספר הבדלים נמצאו בין שתי קבוצות המחקר : ראשית, עוצמת הקשר החיובי בין שני מימדי הדחק גבוהה יותר בקרב הורים אשר ילדם נמצא במסגרת חוץ ביתית מאשר בקרב הורים אשר ילדם מתגורר עימם בבית. שנית, דחק כלכלי קשור עם הערכת האתגר ומרכיב ההערכה בתמיכה חברתית רק בקרב הורים אשר ילדם נמצא במסגרת חוץ ביתית. שלישית, הערכת האתגר קשורה במתאמים שליליים נמוכים עם כמה ממימדי התמיכה החברתית, רק בקרב הורים אשר ילדם נמצא במסגרת חוץ ביתית.

3.4.2 קשרים בין משתני המחקר לבין מאפיינים דמוגרפיים נוספים

לוחות 3 עד 5 (נספח ב) מציגים מתאמים בין מאפייני הרקע הדמוגרפיים והאחרים לבין משתני המחקר עבור כלל המדגם, ולפי קבוצה. המגמות העיקריות והשיטתיות העולות מן המתאמים מתוארות להלן. עבור כלל המדגם (לוח 3) :

דחק כלכלי : גבוה יותר ככל שהמצב הכלכלי קשה יותר, השכלת ההורה נמוכה יותר, עבור נשים משיבות, וכאשר דווח כי אין ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

דחק הורי : גבוה יותר ככל שהמצב הכלכלי קשה יותר.

הערכת ההתמודדות : גבוהה יותר ככל שהמצב הכלכלי טוב יותר.

הערכת האיום : גבוהה יותר ככל שהשכלת ההורה נמוכה יותר.

תמיכה חברתית: רבה יותר ככל שהשכלת ההורה גבוהה יותר, המצב הכלכלי טוב יותר, ודווח על ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

עבור הורים אשר בחרו לקלוט את בנם/ביתם בבית (לוח 4):

דחק כלכלי: גבוה יותר ככל שהמצב הכלכלי קשה יותר, השכלת ההורה נמוכה יותר, עבור נשים משיבות, וכאשר דווח כי אין ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

הערכת ההתמודדות: גבוהה יותר ככל שהמצב הכלכלי טוב יותר, וכאשר ההורה המשיב מועסק.

הערכת האתגר: גבוהה יותר ככל שלהורה פחות ילדים, והבן/ בת בעל הנכות הפסיכיאטרית אינו נשוי.

הערכת האיום: גבוהה יותר כאשר הבן/ בת בעל הנכות הפסיכיאטרית אינו נשוי.

תמיכה חברתית: רבה יותר כאשר ההורה המשיב נשוי, ככל שהשכלת ההורה גבוהה יותר, המצב הכלכלי טוב יותר, ודווח על ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

עבור הורים אשר בחרו במסגרת חוץ ביתית (לוח 5):

דחק כלכלי: גבוה יותר ככל שההורה המשיב צעיר יותר, כאשר ההורה המשיב אינו נשוי, המצב הכלכלי קשה יותר, והשכלת ההורה נמוכה יותר.

דחק הורי: גבוה יותר ככל שההורה המשיב צעיר יותר והמצב הכלכלי קשה יותר.

תמיכה חברתית: רבה יותר ככל שההורה המשיב מבוגר יותר, השכלת ההורה גבוהה יותר, והמצב הכלכלי טוב יותר.

תמיכה חברתית – שייכות ותמיכה חומרית: רבה יותר עבור גברים.

תמיכה חברתית כוללת: רבה יותר ככל שהבן/בת בעל הנכות הפסיכיאטרית מבוגר יותר.

תמיכה חברתית – דימוי עצמי: רבה יותר כאשר דווח על ידיעה של אבחנת הבן/הבת.

3.4.3 ידיעת האיבחון הפסיכיאטרי ותפיסת חומרת המחלה

משתתפי המחקר נשאלו לגבי ידיעתם את איבחון בנם/ביתם ותפיסתם את חומרת המחלה. לוח 11 מציג את תפיסת ההורים לגבי האיבחון המחלה וחומרתה. נמצא כי כ- 80% מן ההורים, ללא הבדל בין המסגרות, סבורים כי הם יודעים את האיבחון הפסיכיאטרי של בנם/ביתם. מעל לשליש מהם תפסו את חומרת המחלה כקשה מאד, ומעל לשליש נוספים תפסו אותה כקשה, ללא הבדל בין המסגרות. כך, 70% מן ההורים סברו כי מחלת בנם/ביתם קשה או קשה מאד. כרבע תפסו את חומרתה כבינונית, ורק כ- 5% כקלה.

לוח 11 : תפיסת ההורים לגבי האיבחון של בנם/ביתם בעל הנכות הפסיכיאטרית (N=189)

הבדל Z	סה"כ		מסגרת חוץ- ביתית		מסגרת ביתית			
	%	N	%	N	%	N		
0.74	80.7	151	82.6	90	78.2	61	כן	הורה יודע את האיבחון הפסיכיאטרי של הבן/בת
	19.3	36	17.4	19	21.8	17	לא	
0.17	4.8	9	4.6	5	5.0	4	קלה	תפיסת חומרת המחלה
	23.8	45	20.2	22	28.8	23	בינונית	
	36.0	68	42.2	46	27.5	22	קשה	
	35.4	67	33.0	36	38.7	31	קשה מאד	

מבין ההורים אשר סברו כי הם יודעים את האיבחון הפסיכיאטרי של בנם/ביתם, טענו 38 הורים (25.5%)

לסכיזופרניה, 30 (20.1%) לדיכאון, 10 (6.7%) להפרעת אישיות, 10 (6.7%) לאנורקסיה, והיתר הגדירו

מחלת נפש באופן כללי (n=25, 16.8%) או סוגים שונים של הפרעות, התקפים, חרדות ופסיכוזה.

4. סיכום

ממצאי המחקר העיקריים, מלמדים כי ניתן לאפיין את ההורים מהמגזר הערבי הפונים לסידור חוץ ביתי באופן מובהק. ככל שההורה מעריך את מצבו הכלכלי כטוב יותר, ככל שהוא תופס את מחלת הבן/הבת כאתגר, וככל שהוא חש כי התמיכה החברתית מחזקת את דימויו העצמי, כך גדלים הסיכויים כי יבחר לטפל בבית בבן/הבת הבוגר/ת הלוקה בנכות פסיכיאטרית.

הורים אשר קלטו את בנם/בתם בבית נמצאו דתיים יותר, ובמצב כלכלי טוב יותר בהשוואה להורים שהעדיפו מסגרת חוץ ביתית. הקשר בין מידת דתיות לבין קליטה בבית יכול להיות מוסבר בכך שמרבית החוקים החברתיים בעולם הערבי הם תלויי דת. ההקשר הדתי בחברות אלו (ערביות מוסלמיות, דרוזיות ונוצריות) הוא גורם חשוב בניתוח הבעיות ובפתרון (אלקרינאווי, 2002). מרבית הערבים בישראל, ללא קשר למוצאם הדתי, מתגוררים בכפרים וביישובים מעורבים וקיימת בהם השפעה הדדית על ההתייחסות לנושאים כמו נכות פסיכיאטרית ומחלות נפש. בעולם הערבי רווחת האמונה שכל חולי הוא עונש מאלוהים (אלקרינאווי, 2002). אנשים לא שפויים נתפסים כלא לגמרי אנושיים ומפחידים כי הם מתקשרים עם הממדים המסורתיים של החיים (Denny, 1985). אמונה זו, רווחת בעיקר בקרב דתיים ודתיים מאוד במגזר הערבי, אשר לא מאמינים במחלות נפש, אלא בקיומם של שטנים, שדים, גינים, רוחות, כישופים וגלגול רוחות (דרוזים). ההשקפה הדתית בחברה הערבית כלפי חולי מטפחת גישה שמרנית כלפי בעיות אישיות ומשפחתיות (אלקרינאווי, 2002). משפחה בדת, הינה סמל של זהות וכבוד. יש למשפחה טוהר וקוד אישי שאסור לאחרים לפרוץ אותו. ניתן להניח כי למטען התרבותי-דתי בחברה הערבית יש משקל רב באופן התמודדותם של הורים ערבים עם הבן/הבת הנכה הפסיכיאטרי. דפוסי ההתמודדות המועדפים בחברה הערבית בכלל, והמוסלמית בפרט, הם שליטה עצמית, עמידה בתחומי האחריות, סבלנות, חיבה וחמלה כלפי החולים ואי הבעת מחאה בעת מצוקה אפילו אם תדירותה גבוהה (שוקרי, 1998). יש להניח כי ההורים המוסלמים מושפעים מאוד מהמסורת המוסלמית שמצווה על האדם המאמין לטפל בבני משפחתו בכלל והחלשים בפרט בתוך המשפחה (חולים, ילדים, נשים, קשישים), ולשמור על כבודם וסודותיהם בתוך המשפחה.

הורים אשר קלטו את בנם/בתם בבית נמצאו במצב כלכלי טוב יותר בהשוואה להורים שהעדיפו מסגרת חוץ ביתית. לטיפול בליקוי הפסיכיאטרי עלויות גבוהות (Hatfield, 1993), מאחר ולסימפטומים של הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית השלכות על אספקטים מרכזיים בחיי היום יום אשר אינם מאפשרים לו/לה לעבוד, או שמאפשרים עבודה זמנית בלבד, ולכן הנטל הכלכלי שלו/שלה ייפול על כתפי

ההורים (שבת, 1999). מחקרים רבים הראו כי השמה חוץ ביתית קשורה לגורמי דחק במשפחה, כאשר הנטל הכלכלי הביא למימוש הצורך בהשמת הבן/הבת עם צרכים מיוחדים במסגרות חוץ ביתיות (Germain & Llewelly et al., 1999 ; Bruns, 2000 ; Rimmerman, 2003 ; Azaiza et al., 2006) גם במחקר הנוכחי כאשר הורים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית שהגדירו את מצבם (Maisto, 1982). הכלכלי כטוב או טוב מאוד, הרגישו פחות דחק ונטל, הביעו תחושה של ביטחון עצמי ואמונה כי הם יכולים לטפל בבנם/בתם הלוקה בנכות פסיכיאטרית בחיק המשפחה, וזכו לתמיכה חברתית רבה יותר בהשוואה להורים שהגדירו את מצבם הכלכלי כקשה או קשה מאוד. סביר להניח כי היכולת הכלכלית התבטאה בין היתר בקניית עזרה מקצועית, הכנת דיור מרווח יותר עבור הבן/הבת לאחר אשפוז, נכונות להסיע אותו/אותה ליעדים שונים וכל זאת מבלי להרגיש בעליה בנטל הטיפול. למרות הציפייה למצוא קשר בין גיל, מקום מגורים והשכלה של ההורה במגזר הערבי לבין נכונותו לקלוט את הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית בחזרה לחיק המשפחה לאחר אשפוז, במחקר הנוכחי משתנים אלה לא נמצאו קשורים לקליטת הבן/הבת בבית מול השמתו/ה במסגרת חוץ ביתית. בספרות המחקרית בכלל, ועבור החברה הערבית בפרט, ישנה התייחסות מועטה להשפעת גיל ההורה או השכלתו על תחושת הנטל בטיפול בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית (Duvdevany & Abboud, 2003), וכמעט ואין התייחסות למקום מגוריו/ה כמשתנה שעשוי לנבא השמה חוץ ביתית. בעבר, הורים אשר בחרו בהשמה חוץ ביתית תוארו כבעלי השכלה נמוכה וחסרי מקורות כספיים (רימרמן, 1991 ; Rimmerman & Stanger, 1992). התיזה המקובלת הייתה שהשמה היא פונקציה של עלייה ברמות הדחק בעקבות הנטל הנפשי, הפיזי, והכלכלי שמתעצם עם השנים (German & Maisto, 1982 ; Cole, 1986 ; Bruns, 2000). במספר מחקרים שנעשו בשנים האחרונות, רמת ההשכלה לא נמצאה כקשורה לרמות הדחק אצל אמהות ערביות לבן/בת עם צרכים מיוחדים (Duvdevany & Abbud, 2002) בנוסף, בהקשר לגיל ההורה, מחד, נמצא כי הלחצים בקרב ההורים לבן/בת הלוקה בנכות גוברים כאשר ההורים בעצמם מבוגרים, כי לאורך השנים קיימת עלייה ברמת העומס הרגשי (Lefley, 1987). מאידך, מחקרים אחרים מדגישים כי, ככל שהשנים חולפות, ההורים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית נוטים להסתגל ולשפר את יכולת השליטה שלהם בזמן משבר רגשי, ולדווח על דחק נמוך (שיהי, 1999 ; שבת, 1999). רימרמן (1991) מצא כי אצל הורים הנכונים להשמה חוץ ביתית רמות הדחק והנטל עולות עם הזדקנותם ואצל הורים שביטאו נכונות לגדל את הילד בבית נמצאה מגמה הפוכה. ממצאים אלה מעלים את השאלה האם ההשמה היא אכן תוצאה של חוסר יכולת ההורים להתמודד עם הדחק של הטיפול בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית, לאור המשאבים הקיימים שלהם, או שהיא תוצר של החלטה רציונאלית המתבטאת בקשר מורכב יותר בין רמת הדחק אצל ההורה

לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית ובין תפיסתו האישית את משאביו הפנימיים והחיצוניים. ייתכן וממצאי המחקר הנוכחי, כאשר לא נמצא כל קשר בין גיל, השכלה ומקום מגורים של ההורה לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית לבין הנכונות לקלוט אותו/אותה לאחר אשפוז, מחזקים את האפשרות השנייה. הרציונל לאפשרות זו הוא שתפיסת ההורה את משאביו הפנימיים עשויה למתן דחק ולהפחית נטייה להשמה חוץ ביתית (גריניצקי, 2004). כלומר, החוקרים מציגים קשר מורכב בין רמת הדחק של ההורה לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית לבין מידת הנכונות שלו/ שלה לקלוט אותו/אותה בחזרה לאחר אשפוז. קשר זה כולל משתנים פנימיים שונים כמו מיקוד שליטה (Rimmerman & Stanger, 1992 ; Rimmerman, 1991a), ותחושת קוהרנטיות (Raif & Rimmerman, 1993). ממצאים אלה מהווים פתח להמשך המחקר בקרב הורים ערבים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית והמשך הבחינה של השפעת התפיסה של המשאבים הפנימיים והחיצוניים שלהם מנקודת מבטם האישית על תחושת הדחק ועל ההחלטה לגבי השמה חוץ ביתית. למרות השינויים העוברים על החברה הערבית בישראל, ייתכן כי בחברה הערבית כיום, רב הדימיון על השוני מבחינת האמונה בערכים של משפחתיות, ולכן משתנים כמו גיל, השכלה או מקום מגורים אינם משפיעים על ההחלטה לטפל בבן בבית או מחוצה לו. משתנים אחרים כמו דתיות ומצב כלכלי קשורים באופן אחר להחלטה לגבי השמה, כפי שתואר לעיל, ולכן נמצאו מבחינים. העובדה כי לחומרת הליקוי לא הייתה השפעה על ההחלטה נובעת מכך שקליטת הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית לחיק המשפחה לאחר אשפוז, אינה קשורה דווקא בחומרת הליקוי הפסיכיאטרי אלא בהיקפו ובמידת תפקודו של הבן/הבת החולה, ואלמנט מפתח בנכונותם לקבל אחריות לטיפול הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית היא סבילותם, קבלתם את ההתנהגות הסוטה, נטייתם לראות שהליקוי הפסיכיאטרי כמחוץ לשליטתו של הבן/הבת, ואמונה כי זהו גורלם בחיים, והם אמורים לקבל כל גזירה וגזירה מהשמיים.

ממצא מעניין שעולה מתוך המחקר הנוכחי הוא כי תחושת הדחק של ההורים במגזר הערבי היא פונקציה של השכלתם ומצבם הכלכלי ואינה קשורה למסגרת בה נמצאת הבן/הבת. נמצא כי ככל שהשכלת ההורים גבוהה יותר ומצבם הכלכלי טוב יותר, תחושת הדחק שלהם נמוכה יותר. ממצא זה מצטרף למספר מחקרים בודדים אשר בדקו את המשתנים המשפיעים על נכונותו של ההורה הערבי לבן/בת עם צרכים מיוחדים לקלוט אותו/אותה הביתה לאחר אשפוז. אצל עזאיזה ועמיתים (Azaiza et al., 2006), הורים ערבים לילדים עם צרכים מיוחדים דיווחו על רמות עצומות של דחק ונטל הטיפול בבן/בבת הנכה, בהשוואה להורים יהודים. יחד עם זאת, תחושת הדחק שלהם לא נמצאה קשורה בהכרח למחשבות אודות השמה חוץ ביתית, כפי שנטען במחקרים קודמים בישראל ובמערב (Blacher &

(Seltzer & Kruss, 1984 ; Cole, 1986 ; Hanneman, 1993). תחושת הדחק של ההורים הערבים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית במחקר הנוכחי נמצאה כפונקציה של השכלתם ומצבם הכלכלי. נראה כי השכלה ומצב כלכלי גבוהים מחזקים את המשאבים האישיים של ההורה המטפל בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית ומחזקים את "העמידות" שלו בפני מצבי דחק שמתבטאת בתפקוד אפקטיבי יותר תחת תנאי דחק קשים ונכונות גבוהה יותר לקלוט אותה/אותה הביתה לאחר אשפוז (קויפמן, 2007). ייתכן שהורים עם השכלה גבוהה יותר ומצב כלכלי טוב פתוחים יותר לערוצי תקשורת, סיוע, הדרכה וחידושים בתחום הטיפול בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית. הידע מקנה להם ביטחון ותחושת שליטה, ויש להם יכולת לקנות עזרה, ציוד והדרכה שגורמת להם להיות בטוחים ונתמכים יותר בהתמודדות שלהם עם נטל הטיפול בבן/בת הנכה. ממצאים אלה הם בגדר חידוש ואף היפוכם של ממצאי מחקרים קודמים שנערכו במערב ובישראל, שגרסו כי הורים ממעמד חברתי נמוך המתבטא בהשכלה ומצב כלכלי ירודים, דיווחו על פחות נטל ותחושת דחק, לעומת הורים ממעמד חברתי גבוה- מצב כלכלי והשכלה גבוהים- שדיווחו על רמות גבוהות של דחק (Myers & Beah, 1968; Hoening & Hamilton, 1969). ייתכן כי להורים הערבים אינדיקטורים שונים המשפיעים על תחושת הדחק בשונה מהורים בחברה המערבית ואף הישראלית. מצב כלכלי והשכלה גבוהה מהווים עבור הורים אלה פרמטרים חיוביים נוספים המגבירים את תחושת האמונה, התקווה והביטחון שמנבאים את רמות הדחק והעמידות של אותם הורים בהקשר טיפול בבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית (קויפמן, 2007).

ממצאי המחקר הנוכחי מלמדים כי הערכת האתגר והערכת האיום גבוהות יותר בקרב הורים אשר קלטו את הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית בבית, יחד עם זאת, אין הבדל עבור הערכת יכולת ההתמודדות. סביר להניח כי הורים ערבים אשר קלטו את בנם/בתם הלוקה בנכות פסיכיאטרית הביתה לאחר אשפוז, העריכו את מחלת הבן/הבת כמשהו מאיים אך גם מאתגר בו זמנית. תחושת האתגר הכריעה את ההחלטה ואת הבחירה שלהם להמשך התמודדות עם הבן/הבת החולה לאחר שחרורו/ה, אם כי האיום נותר. רוב ההורים במחקר השיבו כי מחלת הבן/הבת הלוקה בנכות פסיכיאטרית מהווה עבורם אתגר חשוב לבגרות האישית שלהם/הן, אתגר לדימוי האישי כגבר/כאשה, אתגר ליכולת הפיזית שלהם/שלהן בחיים בכלל ובטיפול בבן/בת החולה בפרט, ואתגר חשוב לעצמאות שלו וליכולת ההתמודדות במצבי לחץ. ממצאים אלה, מראים כי הורה ערבי לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית רואה את עצמו במבחן חשוב וגורלי ששואב ממנו כוח ומוכנות למאבק ואתגר יותר מאשר לאיום ומשבר.

מכאן שלא נמצאו הבדלים בין הקבוצות בהקשר של תמיכה חברתית ניתן ללמוד כי תמיכה חברתית קשורה להשכלה ומצב כלכלי. כך, שהורים ערבים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית (בשתי הקבוצות) שהיו משכילים ובמצב כלכלי טוב פנו לקבלת עזרה דרך רשתות תמיכה חברתית פורמאליות ובלתי

פורמאליות יותר מאשר הורים שהיו משכילים פחות ובמצב כלכלי קשה. הורים אלה משתפים יותר את האחרים בקשיים שלהם, וגמישים יותר לשינויים ולתמורות בהתמודדות שלהם עם הבן/הבת החולה. הורים אלה נוטים להישען יותר על מערכות תמיכה פורמאליות ובלתי פורמאליות כגון: חברים, עמיתים, פסיכולוגים, עובדים סוציאליים, עמותות, בתי חולים ויש בידיהם היכולת לקנות שירותים מקצועיים.

מתוך המחקר ניתן לראות כי ההחלטה על השמה חוץ ביתית היא בעיקר תוצאה של מצב כלכלי פחות טוב, רמת דחק גבוהה והשכלה נמוכה. העובדה כי לרמת התמיכה החברתית והמשפחתית יש קשר חיובי עם ההחלטה לקלוט את הבן/בת בבית מצריכה השקעה בחיזוקם של מערכות תמיכה פורמליות ובלתי פורמליות לאותם משפחות אשר אינן נהנות ממערכת תמיכה רחבה. הקמת עמותות הורים וקבוצות לסינוור עצמי ותעזרה הדדית יכולים לסייע רבות בנושא זה.

הממצא כי קליטת בן המשפחה בבית לאחר אישפוז פסיכיאטרי קשורה במצב כלכלי, השכלה ורמת דחק, מעידה כי הוצאת הבן/בת מהבית עדיין נתפשית כאופציה פחות טובה ואולי אף לא נורמטיבית. זאת בסתירה למגמה העולמית הרואה בהוצאת הבן/בת הבוגרים למסגרת חוץ-ביתית קהילתית צעד חיובי ונורמטיבי לקראת חיים עצמאיים בקהילה ככל האנשים הבוגרים. העובדה כי מרבית ההורים אשר קלטו את בנם/בתם בביתם הם גם דתיים יותר בהשוואה להורים האחרים, מעידה כי יש קשר בין האמונה הדתית לבין הוצאת הבנים/בנות מהבית. מימצא זה ייחודי לחברה הערבית ויש להשקיע במחקרים עתידיים בדיקה מקיפה יותר של הקשר בין רקע תרבותי ואמונות דתיות ועמדות כלפי הוצאה חוץ-ביתית ועד כמה יש לכך השפעה על ראיית ההוצאה החוץ-ביתית לחיים עצמאיים בקהילה צעד נורמטיבי ולא כשלון של המשפחה להתמודד בהצלחה עם מחלת הבן/בת.

4.1 מגבלות המחקר

למחקר הנוכחי מספר מגבלות שיש לציין. ראשית, משתתפי המחקר נדגמו באיזור הצפון, ויתכן כי באיזורים גיאוגרפיים שונים יימצאו מימצאים שונים. כך למשל יש מקום לערוך מחקר מקביל בדרום המאוכלס באוכלוסייה בדואית ברובה.

שנית, רוב הנבדקים היו בני הדת המוסלמית ולכן לא ניתן להקיש מכך על כל המגזר הערבי-נוצרים או דרוזים. יש מקום למחקר משווה בין האמונות הדתיות השונות וכן בין חילוניים לדתיים בכל הדתות.

שלישית, לא נבדקו במחקר זה העמדות של האוכלוסייה כלפי הוצאה חוץ ביתית באופן כללי, כולל אנשי טיפול ועובדים במסגרות החוץ ביתיות השונות. יתכן כי לעמדות הכלליות של המגזר הערבי יש השפעת מכרעת על עמדות ההורים שלהם בן/בת עם נכות פסיכיאטרית.

4.2 השלכות

לתוצאות המחקר יש השלכות חשובות הן במישור המחקרי והן במישור הפרקטי. לאור המגמה העולמית והארצית לפתח יותר מסגרות חוץ-ביתיות לאנשים בוגרים עם נכות פסיכיאטרית על פי עקרון הנורמליזציה ותנועת האי-מיסוד (אברס, 1991; לכמן, 1998) אשר שמו דגש על חיים נורמטיביים ככל האפשר בקהילה, יש חשיבות רבה לאתר את אותם משתנים המשפיעים על החלטת ההורים לקלוט בביתם או לפנות להשמה חוץ ביתית את ילדם הבוגר.

יש להשקיע במתן שירותי מידע וייעוץ למשפחות מהחברה הערבית בטרם משוחרר בן המשפחה מהאשפוז, בין היתר לאור הממצא שידיעת מצבו הרפואי של הבן/בת הייתה השפעה חיובית על ההחלטה לקלוט את הבן/בת לאחר האשפוז בביתם. התמיכה החברתית ורשת הסיוע הפורמאלית עבור הורים לבן/בת הלוקה בנכות פסיכיאטרית במגזר הערבי אמורה להיות מותאמת במיוחד לצרכיהם האישיים של הורים אלה, לספק עבורם תמיכה רגשית, להוות בשבילם ערוץ מידע מרכזי המספק דרכי התמודדות שונים עם נטל הטיפול בבן/בת הנכה ומעלה את ביטחונם העצמי ואת האמונה כי הם יכולים להצליח במשימה שעומדת בפניהם.

מהמחקר הנוכחי ניתן לזהות דפוסים ייחודיים לחברה הערבית ולדרך בה משפחות בחברה זו מתמודדות עם נכות פסיכיאטרית של ילדיהן הבוגרים, כמו גם קווי דמיון עם אוכלוסיות אחרות. בהתבסס של מחקר זה ומחקרים עתידיים אשר יוכלו להאיר נושאים נוספים, חשוב להשקיע בפיתוח שירותים ומסגרות מתאימות אשר יתנו מענה לצורכיהן של משפחות אלו ויאפשרו להן להתמודד בצורה המיטבית עם בניהן ובתיהן, ובכך לשפר את איכות החיים של ההורים ושל ילדיהם.

5. ביבליוגרפיה

- אברס, א. (1991). מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל - קיפאון או התקדמות. *בטחון סוציאלי*, 37, 71-99.
- אברס, א., זילבר, נ., לרנר, י., ופופר, מ. (1996). *חולי נפש כרוניים בישראל: הגדרה, היקף ואפיונים*. ירושלים: משרד הבריאות, שרותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה. מכון פאלק-ג'וינט ישראל, ביה"ס לעבודה סוציאלית, האוניברסיטה בירושלים.
- אלקרינאוי, ע. (1998). תרומת הגישה ההבנייתית לפרקטיקה המקצועית בחברה רב-תרבותית *חברה ורווחה*, 2(2), 253-267.
- בר-שלום, א. (1992). *הורים לבנים חולי נפש, תפישת המצב ודרכי התמודדות*. עבודת מ"א, אוניברסיטת תל אביב, החוג לפסיכולוגיה.
- גבעון-סיני, ד. (2000). *הקשר בין מערכות תמיכה לבין רווחה אישית של אלמנות ערביות*. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה.
- הורביץ, י., ופופר, מ. (1989). *מגמות האשפוז הפסיכיאטרי, 1975-1987, פרסום סטטיסטי מספר 16* ירושלים: משרד הבריאות, שרותי בריאות הנפש, המחלקה למידע והערכה.
- וידנסקי, ה. (2003). *הנכונות של הורים לילדים עם פיגור שכלי לפנות להשמה חוץ ביתית: השוואה בין הורים עולים מבריה"מ לשעבר לבין הורים ילידי הארץ*. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה, החוג לעבודה סוציאלית.
- ויסמן-מוסקו, נ. (1986). *להיות הורה של חולה סכיזופרניה*. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה, החוג לעבודה סוציאלית.
- חאגי-יחיא, מ. (1999). אלימות כלפי נשים בהקשר החברתי-התרבותי של החברה הערבית. בתוך ק. רבין (עורכת), *להיות שונה בישראל: מוצא עדתי, מגדר וטיפול*. (עמ' 219-242). תל אביב: הוצאת רמות – אוניברסיטת תל אביב.
- חטיב, א. (1999). פיתוח הוסטל שיקומי: גשר בין אישפוז פסיכיאטרי ממושך לבין מגורים בקהילה. *שיחות*, 1(1), 35-42.
- טלר, י. (2001). *התמודדות המשפחה עם ילד חריג: סקירת ספרות מקצועית*. ירושלים: מכון הנרייטה סאלד.
- טרבס, ג. (1997). *רווחה נפשית, מצוקה נפשית ותמיכה חברתית אצל אמהות מבוגרות להן בן/בת עם נכות פסיכיאטרית השוהים במעון יום או נמצאים במעקב אמבולטורי בבית חולים פסיכיאטרי*. אוניברסיטת בר-אילן.
- ליפשיץ, ג. (1993). *תפקוד המשפחה הערבית-כפרית בטיפול בחולה כרוני-מבוגר בבית*. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה, החוג לסוציולוגיה ואנתרופולוגיה.
- לכמן, מ. (1998). שיקום פסיכו-סוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? *חברה ורווחה*, 18(1), 45-63.
- לרנר, י., ופופר, מ. (1993). *מגמות באישפוז הפסיכיאטרי בשנים 1986-1990 ותחזית עד 1995*. הרפואה, 125, 57-79.

לוינסון, ד., פופר, מ., לרנר, י., פיינסון, מ., מרק, מ. (1996). שימוש בשרותים מרפאתיים לבריאות הנפש בישראל. שיעורים ודפוסים צריכה: ניתוח נתונים מסקר ארצי - מאי 1986 ומעקב 1994. משרד הבריאות, שרותי בריאות הנפש וג'וינט ישראל, מכון פאלק, ירושלים.

מזאווי-מרגייה, מ. (2001). עמדות אנשי צוות במגזר הערבי כלפי שילובם של אנשים מפגרים בקהילה. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה, בית ספר לעבודה סוציאלית.

עבוד, ש. י. (2002). דחק, תמיכה חברתית ורווחה אישית של אמהות ערביות לילדים עם צרכים מיוחדים המטופלים במחלקות לשירותים חברתיים בצפון. עבודת גמר, אוניברסיטת חיפה, החוג לעבודה סוציאלית.

עזאיזה, פ. (1995). שירותי הרווחה במגזר הערבי בישראל – תמונת מצב. המזרח החדש, 37, 207-212.

קויפמן, ת. (2007). כוחות מעכבי שינוי ומקדמי שינוי בהתמודדות משפחות של נפגע הנפש. נשלף מאתר האינטרנט פסיכולוגיה עברית <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=1577> בתאריך 6-10-2008.

קרן, נ. (1994). נכונות להשמה חוץ-ביתית אצל הורים לחולי נפש בוגרים. אוניברסיטת בר-אילן, רמת גן.

קרסל, ג. מ. (1976). נישואי ולאד עם בג'ואריש – אספקטים של עיור ומסורת. המזרח החדש, כ, 20-51.

רימרמן, א. (1991). נכונות להשמה חוץ ביתית בקרב הורים לילדים ומתבגרים הלוקים במוגבלות שכלית קשה. חברה ורווחה, יא (2), 109-116.

רע'ף, ר. (1991). תחושת קוהרנטיות, תמיכה חברתית ומידת הנכונות להשמה חוץ ביתית אצל הורים לילדים רכים עם נכות התפתחותית. עבודת מ"א, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.

שבת, ש. (1999). נכונות של הורים לבוגרים הלוקים בנכות פסיכיאטרית לקליטתם המחודשת בביתם לאחר אשפוז. עבודת מ"א, אוניברסיטת חיפה, החוג לעבודה סוציאלית.

שמלצר, מ. וקורן, א. (1998). מקבלי גמלאות לפי יישוב 1996-1997. סקר תקופתי מס' 158. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מנהל המחקר והתכנון.

- Abudabbeh, N. (1996). Arab family. In M. McGoldric, J., J. Giordano & J. Pearce (Eds.). *Ethnicity and family therapy*. (333-346). New York: The Guildford Press.
- Al-Haj, M. (1987). *Social change and family processes*. London: Westview.
- Al-Haj, M. (1989). Social Research on Family Lifestyles among Arabs in Israel. *Journal of Comparative Family Studies*, 20 (2), 175-195.
- Anthony, W., Cohen, M. and Farkas, M. (1990). *Psychiatric rehabilitation*. Boston: Boston University.
- Anthony, W. A. et al (1999) A supported living/supported employment program for reducing the number of people in institutions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(1), 57-61.
- Azaiza, F., & Brodsky, J. (2003). The aging of Israel's Arab population: Needs, existing responses and dilemmas in the development of services for a society in transition. *Israel Medical Association Journal*, 5, 383-386.

- Azaiza, F., Lowenstein, A. & Brodsky, J. (1999). Institutionalization for the elderly is a novel phenomenon among the Arab population in Israel. *Journal of Gerontological Social Work*, 31 (3-4), 65-85
- Azaiza, F., Rimmerman, A., Araten-Bergman, T. & Naon, D. (2006) Consideration of Out-of-Home Placement among Israeli Jewish and Arab Parents of Children with Disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29 (2), 113-116.
- Barakat, H. (1993). *The Arab world. Society, culture, and state*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Borthwik-Duffy, S.A., Eyman, R.K., & White, J.F. (1987). Client characteristics and residential placement patterns. *American Journal of Mental Deficiency*, 92, 24-30.
- Cohen, S., Mermelstien, R., Kmarck, T., & Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support. In I. Sarason & B. Sarason, (Eds.), *Social support: Theory, research and application* Boston: Martius Nijhoff Publishers.
- Cotterill, L., & Thomas, R. (1993). A typology of care episodes experienced by people with schizophrenia in an English town. *Social Science and Medicine*, 36(12), 1587-1595.
- Duvdevany, D., & Aboud, S. (2003). Stress, social support and well-being of Arab mothers of children with intellectual disability who are served by welfare services in northern Israel. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47 (4-5), 264-272.
- Duvdevany, I., & Keren, N. (2002). Thought and consideration and future planning of out-of home placement among parents caregivers for their adult children with psychiatric disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 1-8.
- Eaton, W.W., (1986). *The sociology of mental disorders*. New York: Praeger.
- Florian, V. & Katz, S. (1983). The impact of cultural, ethnic and national variables on attitudes towards the disabled in Israel. *International Journal of Intercultural Relation*, 7, 167-179.
- Folkman, S. and Lazarus, R.S., (1985), If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Hafner, R, J. (1996). The influence of a therapeutic community on psychiatric disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (4), 461-468.
- Hag- Yahia, M. (1995). Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy*, 17 (4), 429-447.
- Heller, T. & Factor, A. (1991). Permanency planning for adults with mental retardation living with family caregivers. *American Journal on Mental Retardation*, 96, 163-176.

- Lamb, H.R. (1993). Lessons learned from deinstitutionalization in the US. *British Journal of Psychiatry*, *162*, 587-592
- Menon, M.S. (1996). Psychosocial rehabilitation: Current trends. *NIMHANS Journal*, *14* (4), 295-305.
- Raif, R. & Rimmerman, A. (1993). Parental attitudes to out-of-home placement of young children with developmental disabilities. *International Journal of Rehabilitation Research*, *16*, 97-105.
- Rimmerman, A. (1985). Impairment, disability and handicap: Dilemmas and conceptual clarification. *New Directions in Special Education and Rehabilitation*, *1*(2), 29-39.
- Rimmerman, A. & Duvdevani, I. (1994). Parents of children and adolescents with severe mental retardation: Stress, family resources, normalization and their application for out-of-home placement. *Research in Developmental Disabilities*, *17*, 487-494.
- Rimmerman, A., & Keren, N. (1995). Letting go: Parental attitudes towards out-of-home placement of their children with psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *19*, 3-8.
- Shurka, E., & Florian, V. (1983). A study of Israeli Jewish and Arab parental perception of their children with disability. *Journal of Comparative Family Studies*, *14*, 367-375.
- Shwartz, H., Duvdevani, I. & Azaiza, F. (2002). Working with families whose children have disabilities: Services provision by Jewish and Arab Israeli social workers. *International Social Work*, *45*(3), 353-372.
- Starskey, D., & Leadholm, B.A. (1997). The Psychiatric Rehabilitation Integrated Service Model-A Public Psychiatric Hospital Model for the 1990s. *Administration and Policy in Mental Health*, *24* (6), 497-508.

6. נספחים

לוח 4: ממוצעים וסטיות תקן עבור משתני המחקר ומתאמים בינם, כלל המדגם (N=189).

	.10	9.	8.	7.	6.	5.	4.	3.	2.	1.	M (SD)	
1.דחק כלכלי	***-.40	***-.36	***-.37	***-.38	*-.18	***.33	*.16	***-.28	***.45		2.69 (0.77)	
2.דחק הורי	***-.41	***-.33	***-.47	***-.31	**-.20	***.50	***.35	*-.18			3.07 (0.67)	
3.הערכת יכולת התמודדות	**-.20	***.26	*.16	**-.19	.05	-.06	.14				3.47 (0.75)	
4.הערכת האתגר	-.13	-.04	**-.22	-.09	-.07	***.36					3.20 (0.66)	
5.הערכת האיום	***-.37	***-.33	***-.37	***-.31	*-.17						2.84 (0.78)	
6.תמיכה-הערכה	***.75	***.44	***.53	***.46							6.12 (2.30)	
7.תמיכה-שייכות	***.81	***.55	***.59								6.24 (2.42)	
8.תמיכה-חומרית	***.85	***.60									5.99 (2.47)	
9.תמיכה-דימוי עצמי	***.80										6.05 (2.23)	
10.תמיכה-כוללת											24.40 (7.59)	

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

לוח 2: ממוצעים וסטיות תקן עבור משתני המחקר ומתאמים בינם, מסגרת ביתית (N=80)

.10	9.	8.	7.	6.	5.	4.	3.	2.	1.	M (SD)	
-.32	*-.39	*-.25	***-.37	-.03	**-.35	.02	*-.28	**-.32		2.57 (0.89)	1.דחק כלכלי
***-.42	**-.33	***-.46	**-.35	-.21	***.51	**-.32	-.18			2.98 (0.78)	2.דחק הורי
.21	*.24	.21	.17	.06	-.09	.17				3.55 (0.76)	3.הערכת יכולת התמודדות
-.08	-.08	-.21	.03	.02	***.39					3.28 (0.75)	4.הערכת האתגר
-.35	**-.34	*-.43	*-.23	-.14						2.90 (0.86)	5.הערכת האיום
***.75	***.48	***.56	***.42							6.40 (2.45)	6.תמיכה- הערכה
***.81	***.56	***.65								6.37 (2.58)	7.תמיכה- שייכות
***.89	***.68									6.32 (2.61)	8.תמיכה- חומרית
***.82										6.55 (2.30)	9.תמיכה- דימוי עצמי
										25.64 (8.14)	10.תמיכה כוללת

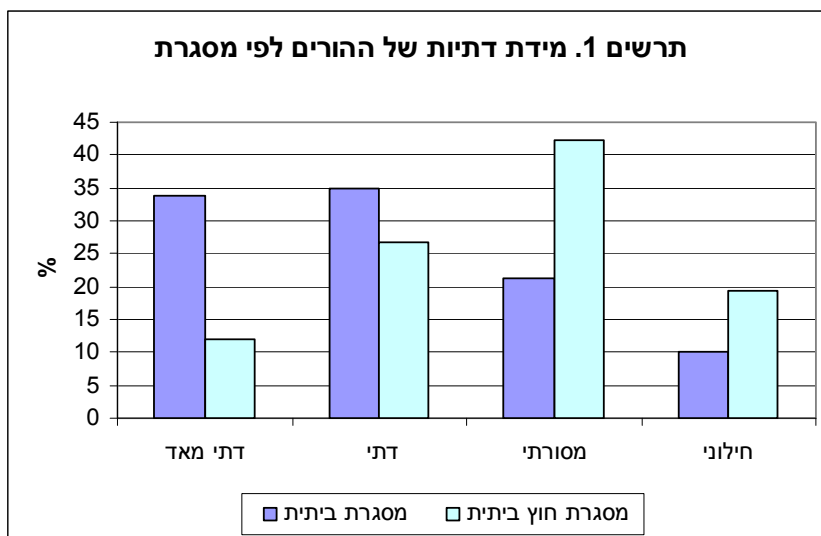
*p<.05, **p<.01, ***p<.001

לוח 3: ממוצעים וסטיות תקן עבור משתני המחקר ומתאמים בינם, מסגרת חוץ-ביתית (N=109)

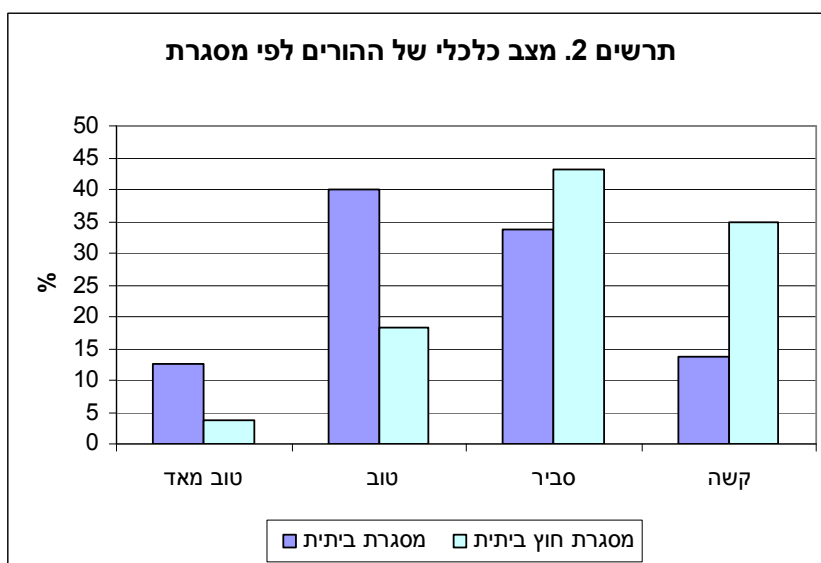
	.10	9.	8.	7.	6.	5.	4.	3.	2.	1.	M (SD)	
1.דחק כלכלי	***-.48	**-.31	***-.48	***-.39	***-.32	***.34	***.37	**-.26	***.61		2.79 (0.66)	
2.דחק הורי	***-.39	**-.31	***-.47	**-.26	-.18	***.53	***.44	-.17			3.14 (0.58)	
3.הערכת יכולת התמודדות	.18	**-.25	.11	*.20	.02	-.05	.09				3.41 (0.74)	
4.הערכת האתגר	*-.23	-.04	**-.26	*-.24	-.18	***.32					3.14 (0.57)	
5.הערכת האיום	***-.41	***-.37	***-.33	***-.39	*-.21						2.80 (0.71)	
6.תמיכה-הערכה	***.75	***.38	***.49	***.50							5.91 (2.17)	
7.תמיכה-שייכות	***.82	***.55	***.54								6.14 (2.31)	
8.תמיכה-חומרית	***.81	***.51									5.77 (2.35)	
9.תמיכה-דימוי עצמי	***.77										5.69 (2.12)	
10.תמיכה-כוללת											23.49 (7.06)	

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

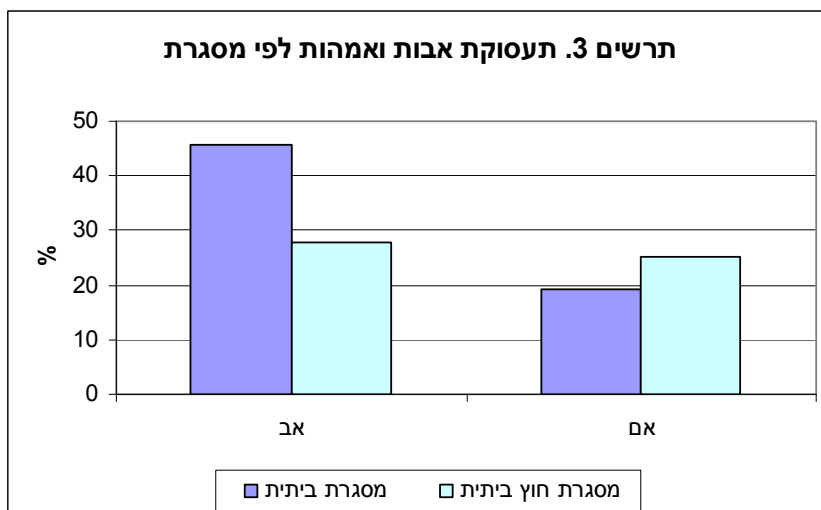
תרשימים 1-3 ממחישים את ההבדלים העיקריים שנמצאו בין המשיבים לפי מסגרת: מידת דתיות, מצב כלכלי, תעסוקת הורים.



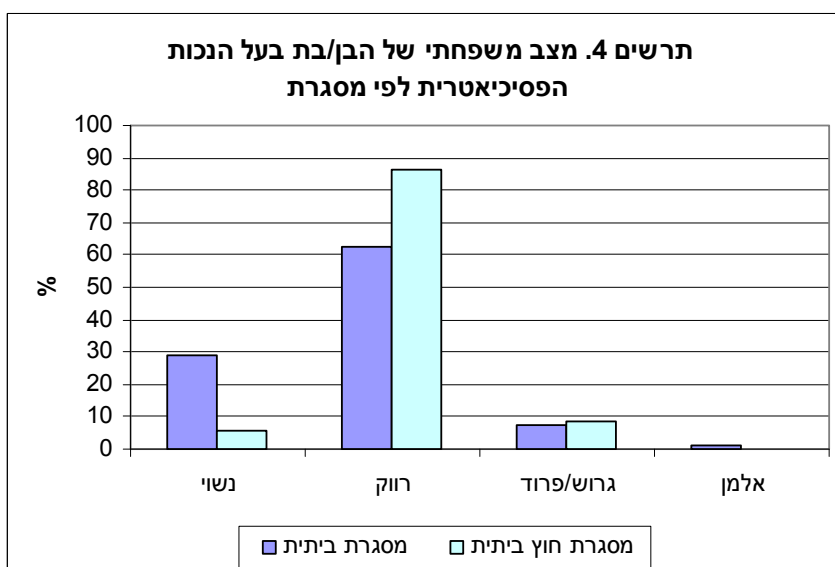
כפי שניתן היה לראות גם בלוח 1, קרוב למחצית מהורים שילדיהם במסגרת חוץ ביתית תיארו את עצמם כמסורתיים, בעוד שלמעלה משני שליש מאלו שילדיהם נמצאים בבית הם דתיים או דתיים מאד.



מרבית ההורים שילדיהם במסגרת חוץ-ביתית תיארו את מצבם הכלכלי כסביר או קשה, בעוד שהתשובות הנפוצות בקרב אלו שילדיהם בבית היו טוב וסביר.



תרשים 4 ממחיש את ההבדלים במצבם המשפחתי של הבנים/ בנות בעלי נכות פסיכיאטרית, לפי מסגרת.



כפי שצוין בדו"ח, מרבית הבנים/בנות בעלי הנכות הפסיכיאטרית הנם רווקים, כאשר השיעור גבוה במיוחד בקרב אלו שבמסגרת חוץ-ביתית.

