

**הקשר בין מחלת נפש של הורים, לבין בריאות נפשית,
תמיכה חברתית ורגשות כלפי ההורה
החולה,
אצל ילדיהם המתבגרים והבוגרים
בהשוואה למתבגרים ובוגרים להורים שאינם חולים**

רחל לונדון ויסברט

**עבודת גמר מחקרית (תיזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"**

**אוניברסיטת חיפה
הפקולטה למדעי רווחה ובריאות
ביה"ס לעבודה סוציאלית**

יוני 2010

**הקשר בין מחלת נפש של הורים, לבין בריאות נפשית,
תמיכה חברתית ורגשות כלפי ההורה החולה,
אצל ילדיהם המתבגרים והבוגרים
בהשוואה למתבגרים ובוגרים להורים שאינם חולים**

**מאת: רחל לונדון ויסברט
בהנחיית: ד"ר, דבדבני אילנה**

עבודת גמר מחקרית (תיזה) המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"

אוניברסיטת חיפה
הפקולטה למדעי רווחה ובריאות
ביה"ס לעבודה סוציאלית

יוני 2010

מאושר על ידי _____ תאריך _____
(מנחה העבודה)

מאושר על ידי _____ תאריך _____
(יו"ר הוועדה החוגית למ"א)

תוכן העניינים

III	תקציר.....
V	רשימת טבלאות ותרשימים.....
1	מבוא
2	פרק א' סקירת הספרות
2	א.1. תיאוריית ההתקשרות.....
3	א.2. מחלות נפש והשפעות אפשריות על ההורות.....
6	א.3. השפעת מחלת הנפש של ההורה על הבריאות הנפשית של ילדיו.....
8	א.3.1. מגדר הילד כמשתנה מתערב.....
9	א.3.2. גיל הילד כמשתנה מתערב.....
9	א.3.3. גורמים המקדמים בריאות נפשית.....
9	א.4. השפעת מחלת הנפש של ההורה על רגשות שליליים וחיוביים של הילדים כלפיו.....
11	א.5. תמיכה חברתית והסתגלות חברתית של ילדים להורים נפגעי נפש.....
12	השערות המחקר.....
13	פרק ב' השיטה
13	ב.1. המדגם.....
15	ב.2. כלי המחקר.....
17	ב.3. הליך המחקר.....
18	ב.4. עיבוד הנתונים.....
18	פרק ג. ממצאים
18	ג.1. ממצאים מקדימים.....
21	ג.2. השערות עבור המדגם הכולל.....
24	ג.3. השערות בקבוצת המחקר.....
31	ג.4. בחינת מודל המחקר וממצאים נוספים.....
35	פרק ד' דיון
46	ד.1. מגבלות המחקר.....
47	ד.2. המלצות יישומיות : מדיניות, טיפול ומחקר.....
49	רשימה ביבליוגרפית.....
65	נספחים.....
65	נספח 1- : כתב הסכמה.....
66	נספח 2- : שאלון למתבגרים להורים עם מחלת נפש.....
77	נספח 3- : שאלון למתבגרים להורים לא חולים.....

**הקשר בין מחלת נפש של הורים, לבין בריאות נפשית,
תמיכה חברתית ורגשות כלפי ההורה החולה,
אצל ילדיהם המתבגרים והבוגרים,
בהשוואה לילדים שהוריהם אינם חולים**

רחל לונדון ויסברט

תקציר

בעשור האחרון אנו עדים למגמה הולכת וגוברת של שיקום אנשים המתמודדים עם מחלות נפש בקהילה. מגמה זו היא תוצר של מהפכת "האל מיסוד" שהביאה להעברת הכובד המרכזי של הטיפול באנשים מהמוסדות הרפואיים לקהילה. ידוע כי רבים מהמשתקמים הינם הורים לילדים וכי נושא הורותם והתמודדות ילדיהם לא מקבל התייחסות מספקת בארץ. ילדים אלו עשויים להיות "בלתי נראים" לשירותים השונים. הנושא חשוב במיוחד לאור המורכבות של חוויות הגדילה בבית להורה עם מחלת נפש.

מחקר זה בחן את השפעת מחלת הנפש של ההורה על הסתגלות ילדיו בעזרת שלושה מדדים - בריאותם הנפשית של הילדים, התמיכה החברתית שלהם ורגשותיהם כלפי ההורה החולה - תוך השוואה לילדים להורים שאינם חולים במחלות נפש.

על בסיס הסקירה הספרותית שוער כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש יחוו יותר רגשות חיוביים ושלייים כלפי הוריהם וידווחו על בריאות נפשית ותמיכה חברתית נמוכות יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.

בנוסף, שוער כי ככל שמחלת ההורה חמורה יותר, כך רגשותיהם של מתבגרים ובוגרים צעירים כלפיו יהיו שליליים יותר, בריאותם הנפשית תדווח כנמוכה יותר, והתמיכה החברתית תיתפס כנמוכה יותר. בדומה, שוער כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש שאינו מועסק ידווחו על רגשות שליליים יותר כלפי ההורה ועל בריאות נפשית נמוכה יותר בהשוואה למתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש מועסק. לבסוף, שוער כי בנות, וכן בנים ובנות בכורים, ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה ועל בריאות נפשית גבוהה יותר מאשר בנים / בנים ובנות שאינם בכורים (בהתאמה).

במחקר השתתפו 73 ילדים להורים עם מחלות נפש בין הגילאים 16-30, ו-80 ילדים בקבוצת ההשוואה. נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת המתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש לבין קבוצת ההשוואה: עוצמת הרגשות כלפי ההורה בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש נמצאה גבוהה יותר מאשר בקבוצת ההשוואה,

בריאותם הנפשית נמצאה נמוכה יותר לצד מצוקה נפשית גבוהה יותר, ומידת התמיכה החברתית שלהם הייתה נמוכה מזו של מתבגרים ובוגרים צעירים בקבוצת ההשוואה. בקרב קבוצת המחקר לא נמצאו קשרים בין חומרת המחלה של ההורה לבין עוצמת הרגשות כלפי ההורה, בריאות נפשית או תמיכה חברתית של המתבגרים והבוגרים הצעירים. בדומה, מצבו התעסוקתי של ההורה החולה לא נמצא קשור אל משתני המחקר.

בנות בקבוצת המחקר ביטאו עוצמה גבוהה יותר של רגשות חיוביים כלפי ההורה החולה ורגישות כללית גבוהה יותר מאשר בנים. בריאותן הנפשית דווחה על ידן כנמוכה מזו של בנים. סדר לידה (בכורים / לא בכורים) של המתבגרים והבוגרים הצעירים לא נמצא קשור אל משתני המחקר.

גרסיות מרובות הראו כי רגשות כלפי ההורה החולה ובריאות נפשית הם בעיקר פונקציה של מגדר המתבגר/הבוגר הצעיר ומגדר ההורה החולה. עוצמת הרגשות רבה יותר והבריאות הנפשית נמוכה יותר עבור בנות וכאשר האם חולה, בהשוואה לבנים או כאשר האב חולה. תמיכה חברתית נמצאה בעיקר פונקציה של השכלת ההורה וגבוהה יותר כאשר ההורה החולה בעל השכלה אקדמית.

תוצאות המחקר מדגישות את האופן הייחודי שבו מחלת נפש של ההורה משפיעה על הילדים ואת החשיבות שבהשמעת קולם של הילדים. עולה הצורך במחקר נוסף בנושא ומתן מענה טיפולי הולם למשפחות אלו על מנת לחזק את תפקוד ההורה החולה, לתת מענה לילדיו, לחזק את התמודדות הילדים ולפתח את עמידותם מול הקשיים בהם הם נתקלים.

רשימת טבלאות ותרשימים

- 13 תרשים מספר 1-: המודל המחקרי
- 14 טבלה מס' 1 : מאפיינים דמוגרפיים של משתתפי המחקר ומשפחותיהם
- 19 טבלה מס' 2- : מאפייני רקע מרכזיים של משתתפים בקבוצת המחקר
- 20 טבלה מס' 3- : ממוצעים, סטיות תקן ומתאמים עבור משתני המחקר
- 21 טבלה מס' 4- : מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע דמוגרפיים מרכזיים
- 22 טבלה מס- 5: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי קבוצה
- 23 טבלה מס- 6: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי קבוצה..
- 24 טבלה מס- 7: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי התמיכה החברתית של המשתתפים, לפי קבוצה..
- 24 טבלה מס- 8: מתאמים בין משתני המחקר, קבוצת המחקר
- 25 טבלה מס- 9: מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע בקבוצת המחקר
- טבלה מס- 10: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים,
- 27 לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה
- טבלה מס- 11: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים,
- 28 לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה
- 29 טבלה מס- 12: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי מגדר הנערה/ה
- 29 טבלה מס- 13: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי מגדר
- 30 טבלה מס- 14: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי סדר לידה
- טבלה מס- 15: ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים,
- 30 לפי סדר לידה
- טבלה מס- 16: רגרסיות מרובות של רגשות כלפי ההורה החולה על משתני הרקע של
- 32 המתבגר / בוגר צעיר, המשפחה וההורה החולה
- 33 טבלה מס- 17: רגרסיות מרובות של בריאות נפשית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע
- 33 טבלה מס- 18: רגרסיות מרובות של תמיכה חברתית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע

מבוא

חקר השפעת נכות הורים על התפתחות הילד החל להתפתח לקראת סוף שנות השבעים ורוב המחקר בתחום נבדק מנקודת המבט של ההורה הנכה (Thurman, 1985). המחקרים בחנו את איכות ההורות (Clarke & Olsen, 2003), השפעה לטווח ארוך על הילדים מבחינת בריאותם הנפשית והתנהגותם החברתית (Clarke & Olsen, 2003; McMahon & Peters, 2002). הנכויות השונות נבחנו יחד, ללא הבחנה ביניהן, מתוך סברה כי קיומה של נכות במשפחה לאחד ההורים או שניהם עשויה לפגוע בתהליך גידול הילדים ובמילוי התפקיד ההורי (Olsen, 1996).

בישראל, אוכלוסיית האנשים החולים במחלות נפש שונות מונה בין 1%-3% כמו בעולם כולו (ויצמן ונחשוני, 2004), מבין כל מקבלי קצבאות נכות של המוסד לביטוח לאומי, מעל 40%, שיעור הנכים הגבוה ביותר הוא מבין נפגעי הנפש - כ-28.9% (וסרשטיין ונאון, 1998). לפי נתוני המוסד לביטוח לאומי משנת 2003, ניכר כי בשנה זו ניתנו תשלומים לכ-50,000 נכים עם ליקוי נפשי כליקוי עיקרי וכי מספר הילדים עד גיל 22 של מקבלי קצבת נכות נפשית, הוא כ-44,000, מרביתם ילדים להורים הגרים בקהילה (מי עמי, 2003).

בעשור האחרון תחום הטיפול בנפגעי נפש עבר מהפכת "אל מיסוד", שבה, מרכז הכובד של הטיפול עבר מהמוסדות הרפואיים הסגורים לטיפול שיקומי במסגרת המשפחה, הקהילה והחברה, לאור שינויים אלו, חולים רבים השתחררו לקהילה, למשפחותיהם ולמסגרות שיקום שונות (לכמן, 1998; פלדמן ובר און, 2001). בארץ ובעולם, התייחסו מעט מאוד בספרות לתנאים הייחודיים עימם מתמודדים ילדים החיים עם הורה שהינו חולה במחלת נפש (Devlin & O' Brien, 1999).

העובדה שמבוגרים רבים המתמודדים עם מחלות נפש הינם הורים רק לאחרונה החלה לקבל את ההתייחסות המתבקשת מחוקרים (Gopfert, Seeman & Webster, 1996, 2004; Smith, 2004; Somers, 2007) ונראה כי עד לשנים האחרונות הטיפול התמקד בקשר בעיקר עם החולה עצמו ומגע מינימלי, אם בכלל, עם משפחתו וילדיו של החולה (Devlin & O' Brien, 1999).

ראטר (Rutter, 1989) הדגיש כי ילדים להורים חולי נפש חווים ברמה מסוימת הפרעה פסיכולוגית שהיא מעבר לחוויה של האוכלוסייה הכללית. מחקרים שונים בחנו מהם הגורמים המסייעים לפגיעות פסיכולוגית אצל ילדים במשפחות שבהן יש הפרעה נפשית אצל אחד ההורים (Anthony & Benedek, 1970; Feldman, Jung & Stiffman, 1988; Masten et al., 1987), חסרה בספרות התייחסות לגורמים המתווכים המסייעים להתמודדות הילדים ומעודדים בריאות נפשית.

בשנים האחרונות הוקמו בעולם יותר מסגרות הנותנות מענה לילדים אלו ועלה הצורך להבין יותר את החוויות הייחודיות שלהם ואת אסטרטגיות ההתמודדות שסיגלו לעצמם ויתכן שהסתירו לאורך השנים, כמו כן עלה צורך לזהות את הצרכים הייחודיים שלהם כילדים שנשארו במקרים רבים "בלתי נראים" כלפי המערכות השונות

(Lancaster, 1999). בארץ לא נמצאו מחקרים שנעשו בשנים האחרונות על השפעת מחלת הנפש של הורים על ילדיהם. לאור ההתפתחות הרבה בשירותי הקהילה בארץ, המסייעים לאוכלוסיות הנכים בכלל ולאוכלוסיית נפגעי הנפש בפרט, חשוב לבחון נושאים שונים על מנת להיות מסוגלים לסייע להורים נפגעי הנפש לממש את זכותם ההורית באופן ממצה, תוך רגישות למצב הייחודי שבו נמצאים ילדיהם.

במחקר הנוכחי נבדוק את הקשר בין מחלת הנפש של ההורה לבין התמודדות ותפקוד ילדיו המתבגרים והבוגרים ע"י המשתנים הבאים: א. בריאות נפשית. ב. תמיכה חברתית. ג. רגשות כלפי ההורה החולה, זאת תוך בחינת השפעת מאפיינים דמוגרפיים עיקריים, כגון: מגדר הילד, מקומו בסדר הילודה, חומרת המחלה של ההורה ותעסוקת ההורה. צבירת ידע בנושא עשויה לסייע בתכנון שירותים שונים שיענו על הצרכים השונים בתקופות שונות של החיים עבור ילדים אלו.

מחקר זה עשוי לסייע בהבנת השפעת מחלת הנפש של הורה על התפתחות ילדיו ועל תהליכים קריטיים כמו התפתחות התפקיד המיני, יכולות ההורה, תהליך גידול הילדים, יכולת ההורה להוות לילדיו מודל להזדהות ולחיקוי ולמידה אודות אסטרטגיות ההתמודדות של משפחות אלו.

פרק א. סקירת ספרות

1.א תיאורית ההתקשרות

תיאורית ההתקשרות פותחה על ידי בולבי (Bowlby, 1969, 1988), ובבסיסה עומדת ההנחה כי ישנה חשיבות מכרעת לסביבה האנושית בה גדל הילד ולהשפעתה על התפתחותו. חוויות התקשרות שונות משפיעות על האופן בו האדם יחווה רגשות שונים ועל ויסותם. התיאוריה מגדירה את ההתקשרות כקשר רגשי מתמשך בין התינוק לדמות המטפלת. הצורך לקשר עם דמות מטפלת המספקת חום, קרבה והגנה, הוא מולד והישרדותי ומטרתו שמירה על ביטחון התינוק על ידי שימור קרבה לדמות המטפלת. שימור הקרבה תלוי גם בזמינות וברגישות של דמות ההתקשרות, כאשר דמות מטפלת מגיבה לסימני ההתקשרות של התינוק, ומגישה לו עזרה במצבי מצוקה כגון עייפות, חולי ורעב, מתפתחת בתינוק תחושת ביטחון לגבי זמינותה במצוקה וציפייה לנגישותה גם במצבי פרידה. איינסוורת' ועמיתיה (Ainsworth, Blehar, Wall & Waters, 1978) מצאו כי התקשרות בטוחה הינה סוג של יחסים בין תינוק לבין מטפלו העיקרי, שבהם התינוק יכול לסמוך על זמינותו הרגשית והפיסית של המטפל ועל תגובתו הרגישה של המטפל לצרכיו, ולכן הוא יכול להשתמש במטפל כבסיס בטוח לחקירותיו.

אם דמות ההתקשרות אינה זמינה באופן עקבי לצרכי התינוק, הוא עשוי לפתח סגנון התקשרות לא בטוח- אמביוולנטי, שעשוי להוביל את התינוק לפתח מודל עבודה פנימי של העולם כלא בטוח וכבלתי צפוי ולחווה אחרים כלא ראויים לאמון ואת העצמי כלא מסוגל להתמודד (אביב, 2004).

כאשר להורה יש מחלת נפש עשויה להיגרם חוסר עקביות מצד ההורה לצרכי התינוק כאשר ההורה עשוי

להיות בתקופות מסוימות מוטרד ממחשבות, חרדות, קושי בעיבוד מידע ובקריאת סימנים מהמצב, או אלמנטים בהתקשרות כמו המחויבות, ההירארכיה, לקיחת הטיפול והאחריות, יכולים להיות חסרים, במיוחד בעת אפיזודות פסיכוטיות ויש סבירות שיהיה לו קושי לענות על דרישות ביחסים בינו לבין הילד (Hill, 1996; Hill, 2004; Coulthard, Harris, Oyeboode, Scofield, Vostanis & Walsh 2009). קשר ההתקשרות עשוי ללקות בחסר כשתגובות ההורה אינן מתאימות לצרכי הילד, או אם מצב רוחו של ההורה מושפע מאפקט דומיננטי כמו לדוגמא דיכאון. ילדים לאמהות עם מחלות נפש יהיו בעלי סיכוי גבוה יותר להראות דפוסי התקשרות נמנעת וחרדה בשנה השנייה לחייהם, אך ההתקשרות תהפוך לבטוחה אם תהיה לילד הזדמנות לפתח התקשרות בטוחה בהמשך (Ainsworth et al., 1978).

נראה כי במקרה של מחלת נפש הילדים מועדים לפתח יותר התקשרות לא בטוחה (Coulthard et al., 2009; Hipwell, Cicchetti, Goossens, Melhuish & Kumar, 2000), ילדים לאמהות עם דיכאון הראו יותר התקשרות לא בטוחה (Rogosch, & Toth, 1998) וכ-80% מהילדים לאמהות עם הפרעות חרדה פיתחו התקשרות לא בטוחה (Bradley, Goldberg, Hood, Mannassis & Swinson, 1994). ילדים שסווגו עם התקשרות לא בטוחה הם בעלי סיכון גבוה יותר לבעיות רגשיות והתנהגותיות (Grennberg, 1999) וליקויים בהבנה רגשית (Charman, Fonagy & Redfern, 1997).

בספרות העריכו שאמהות עם סכיזופרניה עשויות לספק פחות גירויים, פחות חוויות למידה ופחות מעורבות רגשית, ולייצר יותר אינטראקציות שליליות (Bybee, Lewandowski, Mowbray & Oyserman, 2004). חשוב להדגיש גם את הגורמים המגנים שעשויים להיות כאשר ההורה עם בעיות נפשיות ויש הפרעה להתקשרות, מחקרים ציינו את חשיבות האחרים המשמעותיים כמו אבות, סבים וסבתות, אחים בוגרים שעשויים לתרום להזדמנות להתקשרות בטוחה (Kerens & Richardson, 2005; Kobak, Rosental & Sherwick, 2005), מחקרים אחרים מדגישים את גיל הילד והיכולת ההתפתחותית שלו לצד זמינות של תמיכות אחרות בחיי הילד כמו בייס (Tunnard, 2004).

2.א מחלות נפש והשפעות אפשריות על ההורות

מחלת נפש של אחד ההורים או שניהם עשויה להביא למעמסה עיקרית על משאבי המשפחה מבחינה כלכלית, רגשית וסוציאלית, משפחות אלו יותר ידועות בבידוד החברתי ממנו סובלות, כמו גם קשיים כלכליים ומשברים בנישואים (Devlin & O' Brien, 1999; Smith, 2004; Matbery, Ling, Reupert & Szakacs, 2005) מחלת הנפש הינה משבר מתמשך, ומהווה איום על שלמות המשפחה ועל התפקוד התקין של חבריה (Finzi & Stange, 1998; Sanders, 1992) ועשויה להביא לשינויים במבנה ובתפקוד המשפחה, כך שכל פרט צריך להסתגל מחדש ולבנות

לעצמו תפקידים חדשים (Lazarus, 1971). השוני והייחודיות של מחלת הנפש הינו בשילוב שבין אפיוני מחלה אקוטית וכרונית כאחד. האקוטיות שבהופעתה מתבטאת בפתאומיות שבה ההתקף מתרחש ובאיום החמור לשלמות הפרט והמשפחה שבתוכה הוא נמצא, הכרוניות מתבטאת בחיים לצד איום מתמיד מפני התפרצות חוזרת של המחלה ובניסיונות למנוע התקף חוזר ע"י שינויים בהרגלי החיים (גולדברג, 1990; Finzi & Stange, 1998).

הספרות תיארה את אוכלוסיית נפגעי הנפש בדרך שלילית ומחלת הנפש קושרה עם הזנחה, עיכובים בהתפתחות ואפילו התעללות בילדים (Aldridge & Becker, 2003). הסיכון בהורותם של חולי נפש הוערך במספר היבטים חלקם קשורים באופי המחלה וחלקם בהקשר הסביבתי של המחלה: 1. סיכון להתדרדרות נפשית, אשפוז או התאבדות של ההורה עצמו. 2. סיכון לגירושים וחוסר אינטגרציה במשפחה. 3. הסיכון לילדים להטמיע את הסימפטומים של מחלת ההורה, הפרעה בתפקיד, התעללות, הזנחה וחוסר הסתגלות (Aldridge & Becker, 2003). ניכר כי הספרות בחנה את ההשפעות של מחלת הנפש של האם על תפקודה המצופה כ"אמא", יותר מאשר את היעדר אובדן תפקיד האב, או מערכות תמיכה נוספות ואמהות עם מחלת נפש שהיו בהיריון אף הואשמו בסיכוי ל"העברת" המחלה לילדיהם (Aldridge & Becker, 2003).

מחקר אחר (Gopfert et al, 1996) הציע ארבעה גורמים שיש לקחת בחשבון כאשר מסתכלים על השפעת מחלת הנפש על ההורות ועל הילדים להורה נפגע נפש: 1. היכולת של ההורה להבין ולהגיב לצרכים של הילד. 2. היכולת של ההורה להעביר את ערכי החברה. 3. האיכות של יחסי ההתקשרות. 4. ההמשכיות של מערכות היחסים.

הורות מתוארת בספרות כעיסוק תובעני, כך שמחלה נפשית, בשל אופייה הייחודי, יכולה לכפות מגבלות על היכולת של האדם להיות הורה באופן אפקטיבי, במיוחד בזמן אפיזודות אקוטיות (Arindell, Eisemann & Perris, 1994), במצבים אלו עשויות להופיע מחשבות לא רציונאליות ודלוזיות שונות, העשויות לגרום לפגיעה קשה בכל הפונקציות ההוריות הקשורות למחויבות, להיררכיה, לטיפול, לדאגה, ליכולת לסייע לילד בויסות רגשי וליכולת להוות גשר בין הבית לעולם שבחוץ ולכך עלולות להיות השלכות חמורות על תהליך ההתקשרות, הילד עשוי לפתח התקשרות חרדה או הימנעות מהתקשרות, המסכנות את המשך ההתפתחות ואת יצירת הסביבה הנחוצה למילוי המשימות ההתפתחותיות האחרות בגילאים מאוחרים יותר (Hall, 1996; Hindle, 1998; Seeman, 1996; Lancaster, 1999; 1995).

ניתן לזהות שלוש רמות פגיעה אפשריות הנובעות מסימפטומים של המחלה עצמה וקשורות זו בזו: פגיעה ברגש, פגיעה בהנעה ופגיעה במצב הרוח אצל ההורה החולה. פגיעה ברגש וביכולת לטפל- במחקרים שהתמקדו באמהות נפגעות נפש עולה כי הן נוטות להיעדר מחיי ילדיהן ברמה הפיזית והרגשית, יותר מאמהות רגילות ובמצבים הפסיכויטיים הקשים, עלולות לשכוח לזמן מה שהן אמהות

ולהתקשות ליצור את האיזון הראוי בין קרבה לאוטונומיה במערכת המשפחתית (Hill, 2000; Mowbray et al., 1996; Seemen, 1996; Sands, 1995; Morrison-Dore, 1993; Hindle, 1998). הורים אלה יכולים לחוש בלתי מסוגלים לענות לצרכי הילד כי אינם פנויים רגשית, וכך להעניק פיקוח דל, או להשתמש בתוקפנות מילולית, דבר שיכול להשפיע לרעה על הורותם (Devlin & O'Brien, 1999).

פגיעת במוטיב ההנעה - ישנן אמהות החשות לאות ואדישות ואין להן המוטיבציה והיצירתיות הדרושות לאמהות (Seeman, 1996), חוסר במוטיבציה נחשב כגורם להורות דלה (Buist, 1998), הזנחה של ילדים (Appleby & Dickens, 1993) והגבלה בשימוש שירותים קהילתיים (Luntz, 1995).

פגיעה במצב הרוח - בתנאים שבהם מצב רוחן של אמהות הסובלות מסכיזופרניה או ממחלה אפקטיבית, נשלט על-ידי אפקט אחד עיקרי, או שהן עסוקות בתכנים מעולמן הפנימי, הן יתקשו למלא את צרכי ההתקשרות של ילדיהן ולהגיב כלפיהם באופן אפקטיבי המותאם לתגובותיהם הרגשיות (Sands, 1996; Hall, 1996; Seeman, 1996). בנוסף, יתקשו להבנות גבולות ומשמעת במערכת המשפחתית (Sands, 1995; Mowbray et al., 1995).

הורים החולים במחלות נפש עשויים להתקשות בהבחנה בין עולמם הפנימי למציאות החיצונית ולהתקשות באופן ניכר בפיתוח מערכות יחסים לאור טשטוש בגבולות הבינאישיים, תקשורת לקויה וקשיים באינטימיות, על כל המאפיינים האלה בלתי נמנע כי תהיה השפעה על התפתחות הילד (Lancaster, 1999). חוקרים הביעו חשש שמא קיימת סכנה פיזית ורגשית עבור ילדים אלה שעשויים להיות בסיכון "לאמץ" את הסימפטומים של הוריהם, כמו דלוזיות או להיות לאובייקט להתנהגות פסיכוטית (Devlin & O'Brien, 1999) או שהורה חולה עלול לקבע את התלות של הילד בו, או לדחוף את הילד לעצמאות בשלב מוקדם מדי (כצנלסון, 1995).

מספר מחקרים (Baydar, Reid, Webster-Stratton, 2003; Hamilton, Hammen & Jones, 1993) ערכו השוואה בין נשים חולות במחלת נפש, נשים החולות במחלות פיזיות ונשים שאינן סובלות ממחלה ומצאו כי אמהות החולות במחלת נפש נוקטות בדפוסי התנהגות הוריים בלתי עקביים, נוטות להיות חסרות סבלנות וסובלנות כלפי ילדיהן וליצור אווירה אפקטיבית שלילית המתבטאת בנטייה לחודרנות והטחת ביקורת ואשם באינטראקציות שלהן עימם.

פרנקל והרמון (Frankel & Harmon, 1996) הראו במחקרם כי למרות שאמהות נפגעות נפש העריכו את עצמן באופן שלילי יותר מאמהות "רגילות" בנוגע למסוגלותן ההורית, בתצפיות שנערכו על הדיאדה אם-ילד לא נחשפו הבדלים משמעותיים בין שתי הקבוצות, בנוגע לפניות הרגשית של האם ומידת הנגיביות שלה.

אלדריגי ובקר (Aldridge & Becker, 2003) אשר חקרו בתחום הילדים להורים נפגעי נפש מדגישים כי מחלת נפש של ההורים לא בהכרח תביא להזנחה של הילדים או פגיעה פיזית בהם כתוצאה ישירה של מחלת הנפש של ההורה.

יתכן גם, כי אנשים משמעותיים אחרים כמו ההורה האחר וקרובים משמעותיים יכולים לספק דמות לדוגמא עבור הילדים והילדים וההורים יכולים שתהיה ביניהם מערכת יחסים חזקה למרות קיום מחלת הנפש של ההורה. לצד המחקרים שהביאו נתונים על האפשרויות לפגיעה של מחלת הנפש בהורות קיימת בספרות התייחסות לנושא התעסוקה של נפגעי נפש, עולה כי תעסוקה מקנה לפגיע נפש תחושת שוויון, מפחיתה את תחושת הבדידות, תורמת לתחושת יצירתיות, מעלה את הערך העצמי ואת הגאווה ועשויה להעלות את איכות החיים של האדם העובד ולסייע בהתמודדות עם תופעות המחלה (Fabian, 1992; Freedman & Lynch-Fesko, 1996; Rogers, 1995). במחקר שהשווה בין מתבגרים להורים עיוורים ומתבגרים ללא הורים עיוורים, נמצא כי עבודת האב משפיעה על הרגישות הכללית של המתבגר ועל מספר החברים הטובים שיש לו, כך שכאשר האב עובד, רגישות המתבגר תהיה נמוכה יותר ומספר חבריו יהיה גבוה יותר (וינשטיין, 2005).

ניכר כי למרות התמורות שחלו בתחום בריאות הנפש, עדיין הורות של נפגעי נפש נחשבת במחקר כגורם סיכון משמעותי עבור ילדיהם, לאור המורכבות של מחלות הנפש והאפשרות שלהן לפגוע בתפקוד הבסיסי של ההורה מבחינה רגשית, מוטיבציונית, כמו גם פגיעה אפשרית במצב הרוח ובשיפוט המציאות, המהווים גורמים חשובים מאוד בהורות. נראה כי הדיון הוא על עצם היכולת של הורים אלו לקיים את תפקידיהם ההוריים לצד המחלה, חסר מחקר על גישה הרואה את המשפחה כמכלול, בו בין היתר גידול ילדים היא משימה משותפת, שחושף את הדילמות האישיות והבינאישיות של השותפים וממליץ על דרכים לחיזוק החוסן בקרב בני משפחות אלו, על כן חשוב יהיה לבחון את השפעות ההורות של נפגעי הנפש במחקר הנוכחי.

א.3. השפעת מחלת הנפש של ההורה על הבריאות הנפשית של ילדיו

בריאות נפשית מוגדרת כמצב תודעתי המאופיין ברווחה נפשית, הסתגלות התנהגותית מוצלחת, חופש יחסי מחרדה וסימפטומים משתקים ויכולת לבסס מערכות יחסים ולהסתדר עם דרישות רגילות ועם לחצי החיים (APA, 2007). קיימת סברה כי ילדים להורים נפגעי נפש חווים רמה מסוימת של הפרעה פסיכולוגית, בשונה מילדים להורים שאינם נפגעי נפש. יתכן כי לאור מחלת הנפש של ההורה, הילד חשוף ללחץ הנגרם מעצם המחלה, כמו גם בהפרעה להורות, בזמני אשפוז ההורה, ומאפיינים אישיותיים הבולטים במחלה. יחד עם זאת, הודגש כי הילדים לא בהכרח יפגינו הפרעה מסוימת בגלל מחלת הנפש של ההורה (Rutter, 1989). חוקרים שונים סברו כי ילדים להורים נפגעי נפש הם בעלי סיכון גבוה לפתח הפרעות פסיכיאטריות בעצמם (Hare & Shaw, 1965; Graham, Richman & Stevenson, 1982; Quinton & Rutter, 1984; Hall, 2004; Smith, 2004). שמובילות לרמות גבוהות של פסיכופתולוגיה (Hoefnagels, Meesters & Simenson, 2007). במחקר אורך שנמשך ארבע שנים נמצא כי שליש מהילדים להורים חולי נפש, פיתחו הפרעה נפשית מתמשכת, שליש פיתחו קשיים נפשיים זמניים ושלש לא הראו שינוי או הפרעה רגשית או התנהגותית (Quinton & Rutter, 1984).

חוקרים אחרים ציינו (Emery, neale & Weintraub, 1982; Rutter, 1989) כי הפרעות נפשיות אצל ילדים להורים נפגעי נפש, עשויות להתפתח לא רק באופן ישיר ע"י המחלה עצמה של ההורה או הסימפטומים שלה, אלא מההפרעות הפסיכו-סוציאליות הנלוות במשפחה כמו עוינות, אגרסיביות, ריבים ושבר בנישואין. מחקר אחר, מצא כי בין 25%-10% מהילדים להורים חולי נפש עשויים לחוות הפרעות פסיכולוגיות במהלך הילדות וגיל ההתבגרות, וכי 14%-10% מילדים אלו עשויים לעבור אבחנה של מחלת נפש קשה בשלב מסוים בחייהם (James, Weekes & Worland, 1987).

מחלת נפש מאופיינת, בין היתר, בתקופות של אשפוזים פסיכיאטריים שיכולים להמשך תקופות ארוכות, אשפוז פסיכיאטרי הינו בעל אופי ייחודי מאשר אשפוזים במחלות אחרות ויכול להוות חוויה טראומטית עבור הילד, שעשויה לגרום לנזקים נפשיים ארוכי-טווח (גולדברג, 1990; פינצי, 1989; Garley, Gallop, Johnson & Pipitone, 1997). אחד המחקרים (Farrel et al., 2001) הדגיש את הכאב הרגשי והפיזי סביב הפרידה מההורה על רקע אשפוזים בהתפרצות המחלה או בעת התדרדרות במצב הנפשי, מודגש גם כי, הפרידה הייתה אף קשה יותר כאשר הסתירו מהילדים את העובדה שההורה מתאשפז בבית חולים. כמו כן, בעת אשפוז ההורה נפגע הנפש נצפתה חרדה רבה אצל ילדיו, וחרדה שההורה לעולם לא יחלים (כצנלסון, 1995). גם מתבגרים להורים עם סימנים דיכאוניים דיווחו שהם נאבקו על מנת להבין את המגבלות הנפשיות של הוריהם והושפעו מאוד מהפרידה בזמן האשפוז של ההורים (Garley, et al. 1997).

בסקירה על מחקרים שנעשו על ילדים להורים עם מחלה אפקטיבית כרונית נמצאה מגמה ברורה להפרעות רגשיות מוקדמות אצל ילדים אלה ונראות כקשורות להפרעות אפקטיביות בבגרות, כמו כן, נצפו הפרעות בויסות האפקט (Cytryn et al. , 1984). במחקרה של גולדברג (1990), ילדי נפגעי הנפש נמצאו הרבה יותר פגיעים מאשר ילדי קבוצת הביקורת בכל הנוגע להכנת שיעורי בית ועבודות בית-הספר, מצבי-רוח, חשדנות, חלומות בהקיץ, התנהגות אנטי-חברתית, היפוכונדריה ונטייה לתאונות. ודורגו על-ידי מוריהם נמוך יותר מילדי קבוצת הביקורת במוטיבציה בית-ספרית, בהרמוניה, ביציבות רגשית, בגמישות ובקבלה על-ידי אחרים, הם השקיעו פחות בלימודים, היו פסימיים יותר, נקלעו בנקל למבוכה והיו פחות בשלים. גולדברג (1990) ופינצי (1989) מסבירות זאת ע"י האפשרות להעדר מודל מתאים להזדהות ולהערצה שעשוי למנוע התפתחות תקינה של האישיות וגיבוש אגו אידיאלי ובנוסף, יתכן כי לילד חסר קשר יציב ותומך עם ההורה החולה, הכולל סיפוק צרכים פיסיים ונפשיים, במצב כזה הילד עשוי להיות חרד יותר, חסר ביטחון בעצמו ובעתידו ובעל דימוי עצמי נמוך ובמיוחד כשמגלה שאמו או אביו חלשים, טועים ומנותקים מהמציאות, אז עולמו עשוי להתערער, והוא עשוי להרגיש כי אין לו על מי לסמוך, ומצב זה עשוי להביאו להימצא בחרדה גבוהה (גולדברג, 1990). באחד המחקרים (Lancaster, 1999), הועלתה סברה כי יתכן שיהיה קושי של ילדים להורים נפגעי נפש לפתח אסטרטגיות התמודדות יעילות להתמודדות במצבי לחץ לאור מצבים שבהם הם נחשפים לשימוש הוריהם באסטרטגיות לא אדפטיביות.

כאשר דנים בהשפעה האפשרית של מחלת הנפש של ההורה על בריאות נפשית של ילדיו חשוב להזכיר את הספרות על ה"ילד ההורי" במשפחות אלו. לפני יותר מעשור חוקרים מהתחום החברתי והרפואי החלו לבחון

בפרספקטיבה רחבה יותר את התוצאות במשפחות אלו (Lynch & Feldman et al, 1987; DeChillo et al, 1987; Backley, 1989). עולה כי קיים מחסור במחקר ובמידע על החוויות הייחודיות והצרכים של ילדים המטפלים בהורים עם מחלת נפש קשה מתמשכת (Aldridge & Becker, 2003; Gopfert et al, 1996; Falkov, 1997).

המונח "ילד הוריי", מדבר על ילדים ונוער מתחת לגיל 18 שמספקים עזרה או תמיכה לבן משפחה אחר ומבצעים, לעיתים על בסיס קבוע, משימות עזרה משמעותיות ומגלים אחריות רבה שבדרך כלל היינו מייחסים למבוגר (Becker, 2000). נהוג היה לחשוב כי הילדים "ההוריים" נדחפים לגדול בטרם זמנם, לדאוג לעצמם, לא לסמוך על אחרים, לא לשתף את ההורה בדאגותיהם ובשמחותיהם ואפילו להיות להורים קטנים עבור אחיהם (כצנלסון, 1995). אחד המחקרים הראה כי ילדים שמילאו את תפקיד "הילד ההוריי" היו מדוכאים יותר באופן משמעותי, בעלי הערכה עצמית נמוכה יותר, ובעלי ראייה חיובית פחות על החיים (Banks, Cogan, Deeley, Hill, Riddell & Tisdall, 2001).

מנגד, יש הרואים בלקיחת התפקיד ההורי כדרך של הילד להתמודד עם הפחדים שלו לגבי מחלת הנפש של ההורה, היכולה אף לתרום להתקשרות בטוחה עם ההורה החולה ולהרגיע את החששות הקשורים למחלת הנפש של ההורה (Aldridge & Becker, 2003). ההשלכות לטווח ארוך של המחויבות שלוקחים על עצמם ילדים "הוריים" בהיבט הפסיכולוגי ובהתפתחות הפסיכו-סוציאלית עדיין לא נחשפו במלואן (Aldridge & Becker, 1993), כמו כן, לא ניתן לומר שמחלת נפש של הורה בהכרח גוררת לקיחת תפקידים הוריים מצד הילדים (Aldridge & Becker, 1993). מסקירת הספרות על "ילדים הוריים" וילדים להורים עם מחלות ונכויות שונות בולטים המשתנים המתערבים מגדר הילד וגיל הילד, העשויים להשפיע על המתבגרים והבוגרים הצעירים, עליהם אפרט כעת.

א.3.1. מגדר הילד כמשתנה מתערב

נמצאו הבדלים בתחושת האחריות בין נערים לנערות, הבדלים אלו הינם תוצאה של סוציאליזציה ותפקידי מין נלמדים, המשייכים לנערות אחריות רבה יותר למילוי מטלות הבית ודאגה לבני המשפחה. במשפחה שבה האם היא החולה ובעצמה נהגה למלא תפקיד מין דומה ובו אחריות למילוי מטלות הבית ודאגה לבני המשפחה, יהיה בולט שתהיה ציפייה מהנערה לקיים תפקידים שהאם אינה יכולה עוד למלא (Sandler & Wolchik, 1997). כאשר נער או נערה מגלים אחריות רבה יותר כלפי המשפחה בעת מחלה של אחד ההורים, הדרישה לכך אינה מגיעה בהכרח מההורים והיא עשויה להיות תוצאה של תחושה אישית של אחריות מצד הנערה/כלפי רווחת המשפחה. במחקר על ילדים של הורים חולי סרטן נמצא כי נערות ככלל הציגו סימפטומים חמורים יותר משל נערים ונערות שאינן הייתה חולה הציגו סימפטומים חמורים יותר מנערות שאביהן היה חולה ומנערים שאביהם או אימן היו חולים. נמצא גם, כי הנערות לאמהות החולות דיווחו גם על יותר אירועי לחץ הקשורים לאחריות המשפחה (Compas, et al., 1994). אחד המחקרים (Becker & Dearden, 1998) מצא שרוב הילדים המטפלים בהוריהם החולים והנכים הן הבנות- 57% לעומת הבנים- 43%.

א.2.3. גיל הילד כמשתנה מתערב

בספרות העוסקת בהתמודדות ילדים עם מצבי לחץ ומשבר, אנשי מקצוע מדגישים כי שיקול מרכזי בטיפול בילדים ומתבגרים הנמצאים במצבי לחץ הוא השיקול ההתפתחותי, ניתן להבחין בשינויים עצומים בין גילאים שונים ביכולת ההערכה הקוגניטיבית, היעילות התפיסתית, השליטה הרגשית, המוטיבציה להשגת שליטה אישית, אסטרטגיות ההתמודדות ומשתנים בינאישיים אחרים, כל אלו משפיעים על יכולתו של הילד להתמודד עם לחץ. ילדים מודעים פחות ממבוגרים לסיכון ולנזק הגלומים במצב לחץ, כמו גם לאופציות ההתמודדות הפתוחות בפניהם (רביב, קלינגרמן ושטיין, 2000).

כצנלסון (1995) מציינת כי כאשר מדובר במשפחות עם הורה נפגע נפש בדרי"כ הנזק שנגרם לילד הצעיר, יהיה רב יותר, אם ההורה החולה הוא ההורה הדומיננטי ואם מצב החולי נמשך מעבר לתקופה קצרה. אם יש בבית אח גדול ממנו, הלוקח את תפקיד ההורה וממלא את מקומו במידה סבירה אזי הנזק לילד הצעיר קטן יותר.

א.3.3. גורמים המקדמים בריאות נפשית

במקביל לממצאים שהדגישו שילדים להורים נפגעי נפש פגיעים יותר ובעלי סיכון לפיתוח הפרעה נפשית ויותר נמצאים בסיכון להתעללות (Mednick et al., 1984; Quinton & Rutter, 1985) יש ממצאים כי בתוך קבוצות הסיכון הללו נמצאו ילדים מוכשרים ואפילו "בלתי פגיעים" (Anthony, 1974; Garnezy, 1974). קשה היה למצוא בספרות התייחסות לגורמים המקדמים בריאות נפשית, במשפחות בהן יש מחלת נפש לאחד ההורים או לשניהם.

במחקר הנוכחי יבדקו ההשפעות של גדילה עם הורה נפגע נפש על הבריאות הנפשית של ילדיו המתבגרים והבוגרים, על מנת להבין מהן ההשפעות הפסיכולוגית והנפשיות, או אולי אף להבין יותר לעומק את האפשרות להיות לילדים "בלתי פגיעים" שאע"פ מחלת ההורה הצליחו להתבגר באופן אדפטיבי ולהצליח במשימות ההתפתחותיות השונות.

א.4. השפעת מחלת הנפש של ההורה על רגשות שליליים וחיוניים של הילדים כלפיו

ילדים להורים נפגעי נפש חווים רגשות של פחד, חוסר וודאות ובלבול סביב הניסיון למצוא היגיון למה שקורה כשההורה חולה, הם מגלים דאגות לביטחונם של ההורה, כמו גם רגשות קשים של מבוכה, התעסקות במשפחה ובריבים בין האחים ופחד מלקבל את מחלת ההורה (Farrel et al., 2001). מחקר אחר טען כי לעיתים ילד מסוים יכול להזדהות במיוחד עם ההורה החולה ולחשוש שהרגשות שלו או סימפטומים שונים מצביעים על כך שהוא חולה או יחלה במחלת ההורה (Hill, 1996).

חוקרים הציעו גישה בעלת שני מימדים, המבוססת על ההנחה כי רגשות שליליים וחיוניים מתקיימים יחד באופן יחסי ללא תלות, מאשר שיהיו הפכים (Chang et al., 1997; Duvdevany et al., 2005; Russel and Carroll, 1999; Vautier and Raufaste, 2003).

רגשות שליליים הם לדוגמא: כעס ובושה כלפי ההורים ומהווים את אחד הסממנים לנפרדות של ילדים מהוריהם. כאשר ההורה נכה, הפגנת רגשות שליליים כלפי ההורה, עלולה לעורר אצל הילד תחושות של חרדה, אשמה ופחד. תחושות החרדה והאשמה מקורן בתחושות חיוביות של דאגה ומחויבות שחש הילד כלפי ההורה (Duvdevany et al., 2005) ואילו תחושת הפחד נובעת מתפיסת הכעס כדבר הרסני לילד בקשר שלו עם ההורה (Lerner, 1980). בזמן בו חש הילד תחושות אשם, צער ופחד עשויות תחושות אלה במקביל לנטרל את הכעס שעשוי לחוש הילד כלפי ההורה וכך, נמנע, למעשה, הקונפליקט הנחוץ למתבגר כדי ליצור נפרדות (Blos, 1967).

רגשות חיוביים הם דאגה ואחריות. המונחים "חיובי" ו"שלילי" התקבלו בהתאם לקבלה החברתית של רגשות שונים להורים ובקונטקסט של המסורת היהודית, ערכים ותרבות (Duvdevany et al., 2005). בגיל ההתבגרות אופייני יותר "הטיפוס השלילי" שחש כלפי הוריו רגשות שליליים בעוצמה גבוהה יותר מרגשות חיוביים (Duvdevany et al., 2005).

חוקרים מצאו (Duvdevany et al., 2005, וינשטיין, 2005) כי ילדים להורים נכים הביעו יותר רגשות חיוביים ואמביוולנטים ופחות רגשות שליליים מאשר קבוצת הביקורת -ילדים ללא הורים נכים, על כן, אפשר להניח כי ילדים להורים נכים חשים יותר אחריות ויותר מודאגים לגבי החיים של הוריהם מאשר ילדים להורים שאינם נכים, כמה חוקרים טוענים כי רגשות אלו של אחריות מונעים מהם מלהביע רגשות עוינים ואגרסיביות (Grant & Compas, 1995; Yahav, 2001).

עוד נמצא כי ככל שעלה גיל המתבגרים להורים נכים, הרגשות החיוביים שרחשו להוריהם הופיעו בעוצמות גבוהות יותר. לעומתם, אצל ילדים להורים שאינם נכים נמצאה מגמה הפוכה (Duvdevany et al., 2005).

כשמדובר בהורה נפגע נפש עולה כי ילדיו עשויים לחוש רחמים כלפיו ולנסות להבין אותו ומאידך לחוש כעס עליו בגלל שאינו משתדל להבריא ולתפקד, אך עם תחושת הכעס עשויה להתלוות תחושת אשם על עצם הכעס וקונפליקט בין התחושות השונות, עוד נאמר, כי ההורה החולה עשוי להפחיד את הילד בהתנהגותו הבלתי מובנת והבלתי צפויה (כצנלסון, 1995). מרכיב בולט נוסף שנמצא אצל ילדים להורים נפגעי נפש הוא תחושת בושה במחלת ההורה (Cuff & Pietsch, 1997). ילדים עשויים לראות את עצמם כאשמים וכאחראים למה שקורה להורה ולחוש אשמה מעבר למקובל (גולדברג, 1990). במחקר שהשווה ילדים לאבות עם אבחנת סכיזופרניה לילדי קבוצת ביקורת הילדים לאבות עם סכיזופרניה תפסו באופן שלילי יותר את האבות מאשר קבוצת הביקורת (Neale & Weintraub, 1984). חשוב יהיה לבחון במחקר זה כיצד מחלת הנפש של ההורה משפיעה על רגשות של מתבגרים ובוגרים להורים החולים במחלות נפש, במיוחד לאור העובדה כי נושא זה טרם נחקר.

5.א. תמיכה חברתית והסתגלות חברתית של ילדים להורים נפגעי נפש

תמיכה חברתית הוגדרה כקשר בין יחידים, שנועד לשפר מיומנויות הסתגלותיות במשבר, במעברי חיים, באתגרים ארוכי טווח ובדחק (Caplan & Killilea, 1976; Duryea, 2007). תמיכה חברתית נמצאה כבעלת השפעה רבה על תחומים רבים בחייו של היחיד ומשמשת כגורם מתווך, מגביר ביטחון ותורם להסתגלות, כמו כן, תורמת לתחושת הערכה עצמית, הפחתת דיכאון וחרדה, לבריאות פיזית ונפשית, כמו גם לתחושת הרווחה ולהפחתת לחצים (Flowers, 2000; Heiman, 1991; Green & Schleien, 1994; Duck, 1996; Schneider & Ludtke, 1996). בגיל ההתבגרות נוצרים קשרים משמעותיים בין המתבגר לבין קבוצת השווים, חברויות מספקות תמיכה רגשית, מעשירות את העולם הפנימי של המתבגר ומסייעות לרווחתו הנפשית ולהתנסות בתפקידים חברתיים ומשימות שונות (Rice, 1990; Ladd, 1988). למתבגרים חשוב להשקיע ולפתח את קשריהם עם קבוצת השווים, יחד עם זאת, ההורים עדיין משמעותיים בעיצוב התנהגותם (Engels et al., 2002). מערכת היחסים של המתבגר עם קבוצת השווים מושפעת מאוד מהקשר בין ההורה לילד, כך שאצל מתבגרים נמצא קשר חיובי בין טיב הקשר עם ההורים לרמת הביצועים החברתיים (Rice, 1990). נמצא קשר בין מיומנויות הוריות חיוביות כמו מעורבות, מתן תמיכה וגילוי אהבה, לכישורים חברתיים של מתבגרים. הורות שאופיינה בקשיחות ובחוסר גמישות, נמצאה קשורה להתנהגות חריגה ולהתפתחות בלתי עקבית של כישורים חברתיים (Conger, Conger, Lorenz & Melby, 1993). הסתגלות חברתית טובה בקרב ילדים ומתבגרים, נמצאה קשורה בהורות סמכותית המאופיינת גם בחום ובקבלה (Beach, Forehand & Jones, 2000).

מחקרים שבחנו ילדים להורים נכים מציינים כי הם עשויים להתנסות פחות בסיטואציות חברתיות נוכח שגרת חייהם השונה (Aldridge & Becker, 1993; Duvdevany et al., 2005; Young Carers Research group, 1994). הדבר עלול להשפיע על מעמדם החברתי של המתבגרים ובמקרים חריגים אף להוציאם מחוג החברתי אליו הם משתייכים (Aldridge & Becker, 1993), אך, ממצא ממחקר שהשווה ילדים להורים עיוורים למול ילדים להורים לא עיוורים מצא כי מתבגרים להורים עיוורים היו בעלי יותר חברים טובים וכישורים חברתיים טובים יותר מאשר מתבגרים שהוריהם אינם עיוורים (וינשטיין, 2005). בנוסף, מחקר על ילדים לאמהות עם דיכאון מצא כי לא היה הבדל בין קבוצת הילדים לאמהות עם הדיכאון לבין קבוצת הביקורת בהסתגלות חברתית ותמיכה חברתית (Champion et al., 2009).

מחקרים שונים מצאו כי למחלת הנפש של ההורה יש השפעה על הסתגלות חברתית של ילדיהם, עבור ילדים אלו קיימות הזדמנויות חברתיות מוגבלות ליצור רשת חברתית וליצירת קשרים חברתיים עם קבוצת השווים, בנוסף קיימות אפשרויות מוגבלות לקחת חלק בשעות פנאי ופעילויות שונות, כך יתכן שילדים אלו יסתגלו פחות מבחינה חברתית ויהיו בעלי סטטוס חברתי נמוך (גולדברג, 1990; פינצי, 1989; Aldridge & Becker, 1993; Bilborrow, 1992). עולה גם כי קיימת סטיגמה עבו ילדים אלו בגלל מחלת הוריהם, (Elliot, 1992; Becker & Dearden, 1995, 1998).

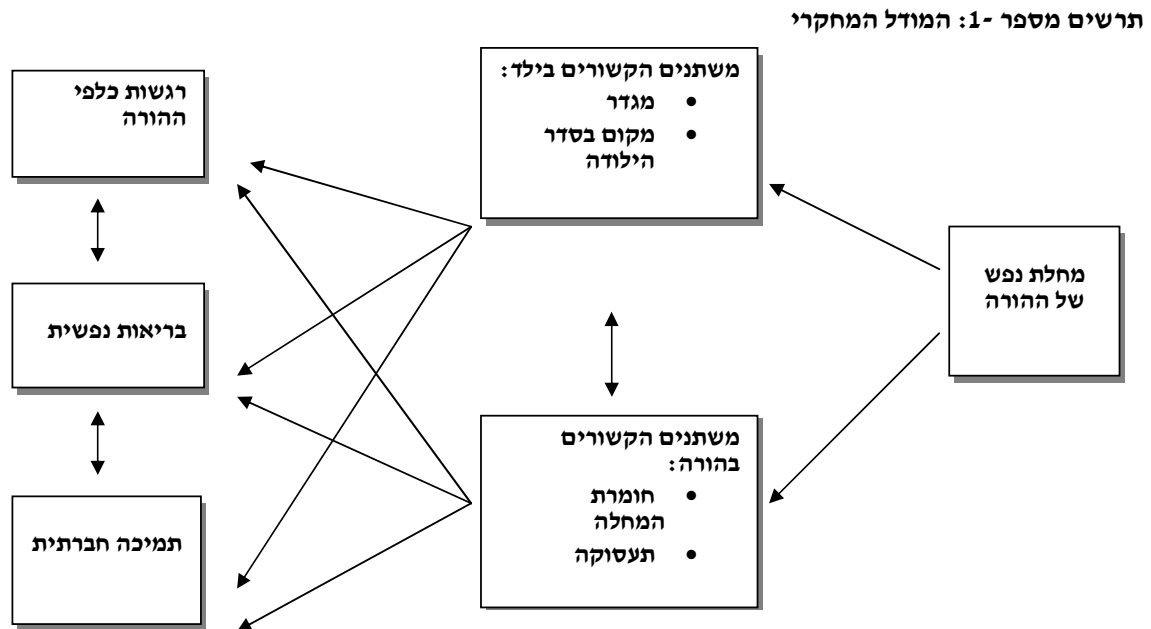
(Landells & Pritlove, 1994; Coombes & Imrie, 1995), ונפוצה שתיקה והסתרה של הילדים הללו את מחלת הוריהם בגלל פחד מעוינות החברה ומחוסר הבנה של קבוצת השווים את חייהם והנסיבות שבהן הם חיים (Aldridge & Becker, 1993, 1994; Becker & Dearden, 1998). לאור החשיבות של התמיכה החברתית של הפרט על היבטים שונים בחייו, חשוב לבחון מהי השפעת מחלת הנפש של ההורה על התמיכה החברתית של ילדיו על מנת לזהות קשר אפשרי בין המשתנים ולאפשר הבנה מעמיקה יותר, במחקר הנוכחי נבחנו את השפעת מחלת הנפש של ההורה על התמיכה החברתית של ילדיו הבוגרים.

המחקר הנוכחי ינסה לבחון את השפעת מחלת נפש של אחד ההורים או שניהם על רגשות שיחוש המתבגר / הבוגר הצעיר כלפי ההורה החולה, על הבריאות הנפשית של המתבגר / הבוגר הצעיר ועל התמיכה החברתית של המתבגר / הבוגר הצעיר, תוך התייחסות למשתנים מתערבים הקשורים בילד: מגדר וסדר הילודה, ומשתנים מתערבים הקשורים בהורה: חומרת המחלה ותעסוקת ההורה ובהשוואה למתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה עם מחלת נפש. אצל קבוצת הביקורת יבדקו כל המשתנים המתערבים למעט המשתנה: חומרת המחלה שאינו רלוונטי לקבוצה זו.

השערות המחקר:

1. מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש יחוו יותר רגשות חיוביים ושלייליים כלפי הוריהם מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.
2. מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש ידווחו על בריאות נפשית נמוכה יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.
3. מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש ידווחו על תמיכה חברתית נמוכה יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.
4. משתנים של ההורה חולה הנפש ימצאו קשורים עם רגשות המתבגר / הבוגר הצעיר כלפיו ובריאותו הנפשית:
 - א. ככל שמחלת ההורה חמורה יותר, כך רגשותיהם של מתבגרים ובוגרים צעירים כלפי ההורה יהיו שלייליים יותר, בריאותם הנפשית תדווח כנמוכה יותר, והתמיכה החברתית תיתפס כנמוכה יותר.
 - ב. מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש שאינו מועסק ידווחו על רגשות שלייליים יותר כלפי ההורה ועל בריאות נפשית נמוכה יותר בהשוואה למתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש מועסק.
 5. משתנים של המתבגר / הבוגר הצעיר להורה חולה נפש ימצאו קשורים עם רגשותיו כלפי ההורה ובריאותו נפשית:
 - א. בנות ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה וכן בריאותן הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים.

ב. בנים ובנות בכורים ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה וכן בריאותם הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים ובנות שאינם בכורים.



פרק ב. שיטת המחקר

ב.1. המדגם

במחקר זה נכללו שתי מסגרות לדגימה:

קבוצת המחקר - מתבגרים ובוגרים צעירים בין גילאי 16-30, להם הורה אחד לפחות החולה במחלת נפש.

קבוצת השוואה - מתבגרים ובוגרים צעירים בין גילאי 16-30, להם אין הורה החולה במחלת נפש.

דגימה מסוג זה היא דגימת נוחות (Convenience Sampling) אשר דוגמת את מי שזמין ועונה על קריטריונים בסיסיים של מטרת המחקר.

במחקר השתתפו 73 מתבגרים ובוגרים צעירים מקבוצת המחקר ו-80 משתתפים מקבוצת השוואה. לוח 1 מתאר מאפייני רקע דמוגרפיים של המשתתפים במחקר ומשפחותיהם.

לוח מס 1

מאפיינים דמוגרפיים של משתתפי המחקר ומשפחותיהם (N=153)

הבדל	השוואה (N=80)		מחקר (N=73)			
	SD	M	SD	M		
$t(124.41)^1 = 2.07^*$	3.05	25.14	4.54	23.83	16-30	גיל
$t(149) = 3.68^{***}$	1.17	3.09	1.17	2.39	1-9	מס' ילדים במשפחה
	%	N	%	N		
Z=0.89	22.5	18	28.8	21	גבר	מגדר
	77.5	62	71.2	52	אישה	
Z=0.89 (ישראל מול היתר)	87.5	70	84.9	62	ישראל	ארץ לידה
	10.0	8	15.1	11	אירופה אמריקה	
	2.5	2	--	--	אסיה אפריקה	
$\chi^2(2)=9.29^{**}$	56.3	45	74.0	54	צפון	מגורים
	35.0	28	13.7	10	מרכז	
	8.8	7	12.3	9	דרום	
$\chi^2(2)=6.74^*$	48.8	39	58.9	43	עיר גדולה	סוג יישוב
	27.5	22	32.9	24	עיר קטנה	
	23.8	19	8.2	6	מושב, קיבוץ	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, ¹t עבור שוניות לא שוות

המשך לוח 1.

הבדל	השוואה (N=80)		מחקר (N=73)			
	SD	M	SD	M		
$\chi^2(2)=0.92$	40.0	32	46.6	34	בכור/יחיד	סדר לידה
	26.3	21	20.5	15	אמצעי	
	33.7	27	32.9	24	צעיר	
Z=1.96	--	--	2.9	2	יסודית	השכלת האב
	38.6	27	51.5	35	תיכונית	
	18.5	13	14.7	10	על תיכונית	
	28.6	20	22.1	15	תואר ראשון	
	14.3	10	8.8	6	תואר שני ומעלה	
Z=2.50*	--	--	1.4	1	יסודית	השכלת האם
	32.4	24	54.3	38	תיכונית	
	20.3	15	7.2	5	על תיכונית	
	29.7	22	30.0	21	תואר ראשון	
	17.6	13	7.1	5	תואר שני ומעלה	
$\chi^2(2) = 6.92^*$	83.7	67	67.1	49	עובד	תעסוקה-

						אב
	11.3	9	16.5	12	לא עובד	
	5.0	4	16.4	12	(חסר מידע)	
$\chi^2(2) = 10.48^{**}$	78.7	63	58.9	43	עובדת	תעסוקה- אם
	18.8	15	41.1	30	לא עובדת	
	2.5	2	--	--	(חסר מידע)	
---	37.5	30	35.6	26	אקדמי, חופשי	מקצוע האב
	18.7	15	4.1	3	מנהל, פקידות	
	8.8	7	13.7	10	שירותים	
	23.8	19	17.8	13	פועל	
	11.2	9	28.8	21	(חסר מידע)	
---	46.2	37	42.5	31	אקדמי, חופשי	מקצוע האם
	21.3	17	15.1	11	מנהל, פקידות	
	15.0	12	10.9	8	שירותים	
	2.5	2	5.5	4	פועל	
	15.0	12	26.0	19	(חסר מידע)	

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

משתתפי המחקר הם בממוצע בשנות העשרים לחייהם, כאשר המתבגרים והבוגרים הצעירים בקבוצת המחקר מעט מבוגרים יותר מאשר בקבוצת ההשוואה. במשפחות המשתתפים עד תשעה ילדים, כאשר בקבוצת ההשוואה מספר הילדים הממוצע למשפחה גבוה יותר. כשלושה רבעים מן המשתתפים הינן נשים, ורובם ילידי ישראל, ללא הבדל בין הקבוצות. רוב המשתתפים, בשתי הקבוצות, הינם תושבי אזור הצפון ועירוניים, אם כי בקבוצת המחקר האחוזה היחסית של תושבי אזור הצפון והמתגוררים בערים גדולות גבוה יותר. מעל ל-40% ממשתתפי המחקר הינם בנים בכורים או יחידים, וכשליש הצעירים במשפחותיהם, ללא הבדל בין הקבוצות.

למעט פחות ממחצית ההורים בקבוצת המחקר השכלה הגבוהה מתיכונית, לעומת כ-60-70% מן ההורים בקבוצת ההשוואה (ההבדל מובהק עבור אמהות). כשני שליש מן האבות בקבוצת המחקר עובדים, לעומת מעל ל-80% בקבוצת ההשוואה, ובדומה, כ-60% מן האמהות בקבוצת המחקר עובדות, לעומת כ-80% בקבוצת ההשוואה. מעל לשליש מן האבות בשתי הקבוצות הם בעלי מקצועות אקדמיים וחופשיים וכחמישית הם פועלים. מעל ל-40% מן האמהות בשתי הקבוצות הן בעלות מקצועות אקדמיים וחופשיים והשאר עוסקות בעיקר בפקידות ומתן שירותים.

ב.2. כלי המחקר

שאלון רקע-כולל פרטים דמוגרפיים אודות המתבגרים והוריהם כמו גיל הילדים, מגדר, ארץ לידה, מקום מגורים,

מספר ילדים במשפחה, מיקומם במשפחה, השכלה ותעסוקה של ההורים. כמו כן, כולל השאלון פרטי רקע ספציפיים לקבוצת המחקר: מגדר ההורה החולה, חומרת המחלה הנפשית, גיל הילד כשהורה חלה, והאם הילד גר עם ההורה.

שאלון חומרת המחלה - כולל 2 שאלות: מספר אשפוזים ומועד שחרור מאשפוז אחרון. חומרת המחלה הוגדרה כמכפלה של ציוני התקן של שני המשתנים.

שאלון בריאות נפשית - MHI - Mental health inventory, ע"פ Viet and Ware (1983), שאלון זה תורגם ע"י דרורי ופלוריאן בשנת (1990). השאלון מורכב מ-21 שאלות המהוות מדד כללי לבריאות נפשית. 11 פריטים מודדים רווחה נפשית: שביעות רצון מהחיים, שליטה על מחשבות, רגשות והתנהגות, ו-10 פריטים מודדים מצוקה נפשית: חוסר מנוחה, מתח, עצב, נטייה לבכות, חוסר מנוחה וסבלנות. הסולם הוא סולם מסוג ליקרט בעל שש דרגות. השאלון עבר בדיקת מהימנות ותקפות בארץ ע"י דרורי ופלוריאן (1990) ונמצאה עקיבות פנימית $\alpha=0.96$. במחקר הנוכחי נמצאה עקיבות פנימית $\alpha=0.91$ לכל אחד משני המדדים, ו- $\alpha=0.94$ למדד הכולל. המתאם בין שני המדדים נמצא $r=-.75$ ($p<.001$), על גבול המולטיקולינאריות, ולפיכך, במטרה לאפשר את מירב החלופות לממצאים יבחנו שני המדדים כמשתנים נפרדים, לצד המדד הכולל. עבור מדד הרווחה הנפשית והמדד הכולל, ככל שהציון גבוה יותר הרווחה הנפשית גבוהה יותר. עבור מדד המצוקה – ככל שהציון גבוה יותר המצוקה רבה יותר.

שאלון תמיכה חברתית – ISEL - Interpersonal Social Evaluation List,

השאלון נבנה ע"י (Colaon, Mermelstein, Kmarck and Hoberman 1985) הורכב ותורגם ע"י קרן (1994). השאלון מורכב מארבעה תתי סולמות בארבעה תחומים: השתייכות (Belonging), הערכה (Appraisal), תמיכה חומרית (Tangible) ודימוי עצמי (Self esteem).

השאלון כולל ארבעים פריטים המתייחסים לתפיסה של האדם לגבי מקורות התמיכה הפוטנציאליים שלו. בכל קבוצה 10 שאלות, מחצית מהמשפטים הינם חיוביים לגבי יחסים חברתיים, ומחציתם שליליים. השאלון נבנה על מנת להעריך את תפיסת התמיכה בכל אחד מארבעת התחומים ואת סך כל התמיכה. השאלון כולל שאלות שהתשובות להן הן נכון / לא נכון, כאשר הציון בכל תחום הוא סכום התשובות החיוביות (0-10). ככל שהציון גבוה יותר התמיכה גבוהה יותר. עקיבות פנימית של השאלון ע"פ המחברים - $\alpha=0.88$, עקיבות פנימית ע"פ התחומים:

השתייכות - $\alpha=0.78$, הערכה - $\alpha=0.82$, תמיכה חומרית - $\alpha=0.81$, דימוי עצמי - $\alpha=0.73$.

במחקר הנוכחי נמצאו העקיבויות הבאות: השתייכות - $\alpha=0.81$, הערכה - $\alpha=0.74$, תמיכה חומרית - $\alpha=0.77$, דימוי עצמי - $\alpha=0.67$. העקיבות הפנימית של המדד הכולל: $\alpha=0.91$. המתאמים בין המדדים נמצאו נעים בין $r=.53$ לבין

$r=.73$ ($p<.001$) ולפיכך יבחנו כמדדים נפרדים, לצד המדד הכולל.

שאלון רגשות כלפי ההורים - CFTPO – Child feelings toward parents questionnaire. הרגשות כלפי

ההורים נבדקו ע"י שאלון למתבגר שנבנה ע"י יהב (Yahav, 2003), הוא כולל סולם לדיווח עצמי בן 35- פריטים, הכוללים את הצהרות הנבדקים על סולם ליקרט בן 3- רמות ונע מדירוג ההיבטים "נכון מאוד" בספרה-2 ועד "לא נכון" בספרה-0. כלי זה מודד את המשתנים הבאים: רגשות שליליים כלפי ההורים (בושה וכעס), רגשות חיוביים כלפי ההורים (דאגה ואחריות) ורגישות כללית.

עוצמת הרגשות החיוביים - (FPoS) חושבה כממוצע הציונים של 17 פריטים: 1,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,17,18,19,20,24,34. ככל שהמדד גבוה יותר, כך הרגש החיובי של הנחקר כלפי ההורה גבוה יותר (יהב, 2005, $\alpha=0.84$). **עוצמת הרגשות השליליים - (FNeg)** חושבה כממוצע הציונים שניתנו ל-13 פריטים: 2,5,8,15,21,22,23,26,27,28,32,33,35). ככל שהמדד גבוה יותר, כך הרגש השלילי של הנחקר כלפי ההורה גבוה יותר (יהב, 2005, $\alpha=0.82$). **רגישות כללית - (FSen)** חושבה כממוצע הציונים שניתנו ל-4 פריטים: 16,29,30,31 (יהב, 2005, $\alpha=0.64$). **שונות ההורים (FPec)** כפי שנתפסת על ידי המשתתפים נמדדה על ידי פריט אחד -25. "הורי שונים מההורים של חברי". ככל שהמדד גבוה יותר, כך המתבגר/בוגר צעיר תופס את הוריו כשונים יותר מהורי חבריו.

במחקר הנוכחי נמצאו העקיבויות הבאות: עוצמת הרגשות החיוביים - $\alpha=0.83$, עוצמת הרגשות השליליים - $\alpha=0.88$, רגישות כללית - $\alpha=0.84$. המתאמים בין המדדים נמצאו נעים בין $r=0.47$ לבין $r=0.65$ ($p<.001$).

ב.3. הליך המחקר

השאלונים אושרו על ידי ועדת אתיקה של הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות באוניברסיטת חיפה. שאלוני המחקר הופצו למשתתפים בשתי הקבוצות. השאלונים כללו הקדמה אישית המסבירה את מטרת המחקר, חשיבותו והיותו מחקר אנונימי. הוסבר כי הנתונים ישמרו באופן דיסקרטי וישמשו למטרות מחקר אקדמיות בלבד.

קבוצת המחקר אותרה באמצעות קשר עם סוכנויות שונות המטפלות בתחום בריאות הנפש וביניהן: מסגרות דיוור בקהילה, מחלקות פסיכיאטריות, מרפאות לבריאות הנפש, מסגרות תעסוקה, מסגרות חברתיות, ומשרד הבריאות - מחלקת סל שיקום. לסוכנויות אלו נשלח מכתב ובו בקשה לאפשר לנו לפנות למשפחות בהן אחד ההורים או שניהם חולים במחלת נפש ולהן ילדים בגילאי 16-30. החוקרת יצרה קשר עם המשתתפים, וכאשר הנחקר היה נער/ה מתחת לגיל 18, כנהוג, נתקבלה הסכמה של ההורים לראיין את ילדם. קבוצת השוואה אותרה במדגם נוחות, המשתתפים השיבו לשאלון באמצעות ראיון, משלוח בפקס או בדואר, באופן טלפוני, ובאמצעות המייל. מילוי השאלון ארך בממוצע כ-30 דקות.

ב.4. עיבוד הנתונים

עיבוד הנתונים נערך בעזרת תוכנת SPSS. בשלב ראשון תוארו המשתתפים (שכיחויות, ממוצעים וסטיות תקן), ונבדקו העקיבויות הפנימיות (α Cronbach) של משתני המחקר. נבחנו מתאמים בין משתני המחקר השונים, וכן מתאמים ביניהם לבין מאפייני הרקע של ההורים והמתבגרים / בוגרים צעירים. לאור מתאמים מובהקים שנמצאו בין מאפייני הרקע לבין משתני המחקר נבדקו ההשערות בפיקוח על משתני רקע אלו. שלוש השערות המחקר הראשונות, העוסקות בהבדלים בין מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש לבין מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש, מבחינת רגשות כלפי ההורה, בריאות נפשית ותמיכה חברתית, נבחנו בעזרת ניתוחי שונות רבי משתנים של משתני המחקר לפי קבוצה, בפיקוח על משתני רקע שנמצאו קשורים (MANCOVA).

עבור השערות 4 ו-5, העוסקות בקשר בין מאפייני ההורה חולה הנפש ומאפייני המתבגר לבין משתני המחקר, נערכו ראשית מתאמים בין משתני המחקר בקבוצה זו ומתאמים ביניהם לבין מאפייני הרקע של ההורים החולים והמתבגרים / בוגרים צעירים. לאור מתאמים מובהקים שנמצאו בין מאפייני הרקע לבין משתני המחקר בקבוצת המחקר נבחנו שתי ההשערות בפיקוח על משתני רקע אלו. השערות 4 ו-5 נבחנו בעזרת מתאמים עבור חומרת המחלה, ובעזרת ניתוחי שונות עבור שאר המאפיינים (תעסוקת ההורה, מיגדר המתבגר, וסדר לידה של המתבגר - בכור / לא בכור) בקרב קבוצת המתבגרים להורים חולי נפש. לבסוף, במטרה לבחון את תרומתם היחסית של מאפייני רקע שונים להסבר השונות במשתני המחקר בקבוצת המחקר, נערכו רגרסיות מרובות של המשתנים התלויים (רגשות כלפי ההורה, בריאות נפשית ותמיכה חברתית של המתבגר) על מאפייני הרקע.

פרק ג. ממצאים

פרק הממצאים פותח בתיאור מאפייני רקע מרכזיים של משתתפים בקבוצת המחקר. בהמשך מוצגים מתאמים בין משתני המחקר ומתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע דמוגרפיים מרכזיים. בהתאם לכך נבדקות השערות המחקר.

ג.1. ממצאים מקדימים

לוח 2 מציג מאפייני רקע ייחודיים לקבוצת המחקר.

לוח מס 2

מאפייני רקע מרכזיים של משתתפים בקבוצת המחקר (N=73).

%	N		
31.5	23	אב	זהות ההורה החולה
67.1	49	אם	
1.4	1	שניהם	
34.2	25	כן	גר עם ההורה החולה
65.8	48	לא	
37.5	27	לפני שנולד הילד	עיתוי פרוץ המחלה
25.0	18	כשהילד בן 0-5	
19.4	14	כשהילד בן 6-12	
11.1	8	כשהילד בן 13-18	
7.0	5	כשהילד מעל גיל 18	
1.4	1	יסודית	השכלת ההורה החולה
52.9	37	תיכונית	
12.8	9	על תיכונית	
22.9	16	תואר ראשון	
10.0	7	תואר שני ומעלה	
58.9	43	עובד	מצב תעסוקתי של ההורה החולה
41.1	30	לא עובד	
15.3	11	לא אושפז	מועד שחרור מאשפוז אחרון
37.5	27	לפני יותר מ 3-שנים	
20.8	15	לפני יותר משנה פחות משלוש שנים	
25.0	18	לפני פחות משנה	
1.4	1	עדיין מאושפז	
16.2	11	אין	מספר אשפוזים
25.0	17	1-2	
33.8	23	3-5	
11.8	8	6-10	
5.9	4	11-20	
7.3	5	21 ומעלה	

הלוח מעיד כי בכשני שליש מן המשפחות האם היא ההורה החולה, ובכשני שליש מן המשפחות הילד אינו גר עם ההורה החולה. קרוב ל-40% מן ההורים חלו עוד בטרם נולד הילד, רבע חלו כאשר הילד היה פעוט, כחמישית – כאשר הילד היה בן 6-12, ויתרתם, קרוב לחמישית נוספת, חלו כאשר הילד היה מתבגר או בוגר צעיר. השכלתם של מעל למחצית ההורים החולים היא תיכונית, לכשליש השכלה על-תיכונית או תואר ראשון, ולעשירית תואר שני ומעלה. כ-60% מן ההורים החולים מועסקים. כ-15% מן ההורים החולים לא אושפזו, קרוב ל-40% מהם אושפזו

פעם אחרונה לפני יותר משלוש שנים, כחמישית – לפני 1-3 שנים, וכרבע בשנה האחרונה. כרבע מן ההורים אושפזו פעם או פעמיים, כשליש אושפזו עד חמש פעמים, כעשירית עד עשר פעמים, ומעט מעל לעשירית אף יותר מכך. לוח 3 מציג ממוצעים, סטיות תקן ומתאמים עבור משתני המחקר.

לוח מס 3

ממוצעים, סטיות תקן ומתאמים עבור משתני המחקר (N=153)

	.12	.11	.10	.9	.8	.7	.6	.5	.4	.3	.2	M (SD)	
1. רגשות חיוביים	-.35***	-.36***	-.30***	-.19*	-.32***	-.48***	.51***	-.40***	.56***	.57***	.47***	0.51 (0.40)	
2. רגשות שליליים	-.43***	-.34***	-.42***	-.35***	-.34***	-.45***	.40***	-.44***	.65***	.65***		0.30 (0.40)	
3. רגשות כללית	-.57***	-.52***	-.50***	-.40***	-.51***	-.68***	.66***	-.61***	.55***			0.36 (0.49)	
4. שונות ההורים	-.32***	-.23**	-.34***	-.25**	-.25**	-.37***	.26**	-.41***				0.89 (0.84)	
5. רווחה נפשית	.53***	.58***	.39***	.43***	.43***	.95***	-.75***					3.95 (0.86)	
6. מצוקה נפשית	-.51***	-.54***	-.39***	-.35***	-.45***	-.93***						2.75 (0.81)	
7. בריאות נפשית	.56***	.59***	.42***	.42***	.46***							4.09 (0.78)	
8. השתייכות	.89***	.63***	.73***	.58***								8.49 (2.14)	
9. הערכה	.81***	.64***	.59***									8.72 (1.67)	
10. תמיכה חומרית	.86***	.53***										8.31 (2.12)	
11. דימוי עצמי	.81***											8.20 (1.75)	
12. תמיכה חברתית כוללת												33.72 (6.49)	

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

הלוח מראה כי קיימים מתאמים מובהקים בין משתני המחקר, אך לא נמצאה מולטיקולינאריות ביניהם (מולטיקולינאריות מופיעה בלוח בין מדדים של משתנה לבין הציון הכולל). נמצאו מתאמים שליליים בין הרגשות כלפי ההורה לבין בריאות נפשית, רווחה נפשית ותמיכה חברתית. מתאמים חיוביים נמצאו בין רגשות כלפי ההורה לבין מצוקה נפשית. כמו כן, נמצאו מתאמים חיוביים ומובהקים בין רווחה נפשית ובריאות נפשית לבין תמיכה חברתית, ומתאמים שליליים מובהקים בין מצוקה נפשית לבין תמיכה חברתית. לוח 4 מציג מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע דמוגרפיים מרכזיים.

לוח מס 4

מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע דמוגרפיים מרכזיים (N=153)

תעסוקה אם (N=150)	תעסוקה אב (N=136)	השכלה אם (N=143)	השכלה אב (N=137)	סדר לידה (N=152)	מספר ילדים במשפחה (N=150)	מגדר (N=152)	גיל (N=152)	
-.26**	-.25**	-.24**	-.23**	-.07	-.03	-.16	-.09	1.רגשות חיוביים
-.24**	-.16	-.19*	-.09	-.05	-.02	-.04	-.05	2.רגשות שליליים
-.15	-.17*	-.21*	-.18*	-.16	.09	-.17*	-.12	3.רגישות כללית
-.26**	-.16	-.10	-.18*	-.06	-.13	.04	.02	4.שונות ההורים
.13	.10	.17*	.20*	.15	-.12	.08	.05	5.רווחה נפשית
-.17*	-.13	-.20*	-.26**	-.17*	.19*	-.25**	-.12	6.מצוקה נפשית
.16	.12	.20*	.25**	.17*	-.16	.17*	.09	7.בריאות נפשית
.06	.02	.33***	.29**	.10	-.08	.06	.09	8.השתייכות
.12	.01	.26**	.26**	.08	.01	-.16	.18*	9.הערכה
.11	.02	.21*	.18*	.14	-.11	.06	.16	10.תמיכה חומרית
.11	-.01	.32***	.26**	.13	-.09	-.06	.19*	11.דימוי עצמי
.12	.01	.33***	.30***	.13	-.09	-.02	.18*	12.תמיכה חברתית כוללת

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

הערה. מגדר, סדר לידה, השכלה ותעסוקה הוגדרו כמשתני דמי: מגדר-0=אישה, 1=גבר, סדר לידה-0=אמצעי / צעיר, 1=בכור/ יחיד, השכלה-0=תיכונית, 1= על תיכונית ואקדמית, תעסוקה-0=לא, 1=כן.

הלוח מעיד כי קיימים מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע דמוגרפיים באופן שהינו ספציפי לתחום הנבדק. כלומר, משתני הרגשות כלפי ההורים קשורים בעיקר להשכלת ההורים ומצבם התעסוקתי; משתני הבריאות הנפשית קשורים בעיקר למגדר, סדר לידה והשכלת הורים; ואילו משתני התמיכה החברתית קשורים בעיקר לגיל הנערה/או הבוגר הצעיר והשכלת הורים. לפיכך, יבחנו שלוש השערות המחקר הראשונות, בדבר ההבדלים בין הקבוצות, בפיקוח על משתני הרקע הרלבנטיים הספציפיים.

המתאם בין השכלת האם לבין השכלת האב נמצא גבוה ומובהק – $r = .60$ ($p < .001$), ולפיכך, במטרה לכלול מספר מרבי של משתתפים בבחינת השערות המחקר, יחשב משתנה השכלת האם כמייצג את השכלת ההורים. בנוסף, ובאופן דומה, יחשב משתנה תעסוקת האם כמייצג את תעסוקת ההורים.

מכאן שההשערה הראשונה, העוסקת ברגשות תבחן בפיקוח על השכלת האם ומצבה התעסוקתי; ההשערה השנייה, העוסקת בבריאות הנפשית תבחן בפיקוח על מגדר, סדר לידה והשכלת האם; ואילו ההשערה השלישית העוסקת בתמיכה חברתית תבחן בפיקוח על גיל והשכלת האם.

ג. 2. השערות עבור המדגם הכולל

השערה 1

השערת המחקר הראשונה טענה כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש יחוו יותר רגשות חיוביים ושליילים כלפי הוריהם מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש. ההשערה נבדקה בעזרת ניתוח שונות רב משתני של הרגשות כלפי ההורים לפי קבוצה, בפיקוח על השכלת האם ומצבה התעסוקתי (MANCOVA). לוח 5 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי קבוצה.

לוח מס 5

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי קבוצה (N=142)

הבדל F(1,138)	השוואה (N=72) M (SD)	מחקר (N=70) M (SD)	
31.52*** (.19)	0.32 (0.29)	0.69 (0.38)	רגשות חיוביים
44.54*** (.24)	0.09 (0.18)	0.53 (0.45)	רגשות שליליים
31.61*** (.19)	0.12 (0.29)	0.59 (0.56)	רגישות כללית
55.70*** (.29)	0.42 (0.64)	1.37 (0.75)	שונות ההורים

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 ; F(4,135)=18.45, p<.001, $\eta^2=.35$

הממצאים בלוח מבהירים כי נמצא הבדל מובהק בכל מימדי הרגשות. מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש חשים רגשות חיוביים ושליילים רבים יותר כלפי הוריהם מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים בקבוצת ההשוואה. בנוסף, מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש הם בעלי רגישות כללית גבוהה יותר מאשר בקבוצת ההשוואה, וחשים כי הוריהם שונים יותר מהורי חבריהם. גדלי האפקט שנמצאו גבוהים באופן יחסי. לפיכך, השערת המחקר הראשונה אוששה.

השערה 2

השערת המחקר השנייה טענה כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש ידווחו על בריאות נפשית נמוכה יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.

השערה זו נבחנה בעזרת שני ניתוחי שונות. האחד, ניתוח שונות חד משתני של הממד הכולל לבריאות נפשית לפי קבוצה, בפיקוח על מגדר, סדר לידה והשכלת האם (ANCOVA), והשני, ניתוח שונות רב משתני של שני הממדים-רווחה נפשית ומצוקה נפשית- לפי קבוצה, בפיקוח על משתני רקע אלו (MANCOVA). לוח 6 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי קבוצה.

לוח מס 6

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי קבוצה
(N=142)

הבדל F(1,137)	השוואה (N=72) M (SD)	מחקר (N=70) M (SD)	
4.07* (.03)	4.26 (0.56)	3.99 (0.88)	בריאות נפשית - מדד כולל
2.35 (.02)	4.09 (0.65)	3.84 (0.98)	רווחה נפשית
5.51* (.04)	2.56 (0.56)	2.86 (0.90)	מצוקה נפשית

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

עבור רווחה ומצוקה נפשית: $F(2,136)=2.76$, ns., $\eta^2=.04$

הממצאים בלוח מעידים כי נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות בממד הכולל לבריאות נפשית ובמצוקה נפשית. מדד הבריאות הנפשית של מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש נמוך מזה של מתבגרים ובוגרים צעירים בקבוצת ההשוואה, ואילו מדד המצוקה הנפשית שלהם גבוה מזה של קבוצת ההשוואה. לא נמצא הבדל מובהק עבור רווחה נפשית. יש להתייחס לממצאים אלו בזהירות שכן ניתוח השונות הכולל עבור רווחה ומצוקה נפשית לא נמצא מובהק וגדלי האפקט שנמצאו נמוכים.

לפיכך, השערת המחקר השנייה אוששה במידה רבה.

השערה 3-

השערת המחקר השלישית טענה כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש ידווחו על תמיכה

חברתית נמוכה יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש.

השערה זו נבחנה אף היא בעזרת שני ניתוחי שונות. האחד, ניתוח שונות חד משתני של הממד הכולל לתמיכה חברתית לפי קבוצה, בפיקוח על גיל המתבגר / בוגר צעיר והשכלת האם (ANCOVA), והשני, ניתוח שונות רב משתני של ארבעה הממדים- השתייכות, הערכה, תמיכה חומרית, ודימוי עצמי - לפי קבוצה, בפיקוח על משתני רקע אלו (MANCOVA). לוח 7 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי התמיכה החברתית של

המשתתפים, לפי קבוצה.

לוח מס 7

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי התמיכה החברתית של המשתתפים, לפי קבוצה
(N=143)

הבדל F(1,139)	השוואה (N=73) M (SD)	מחקר (N=70) M (SD)	
11.99*** (.08)	36.04 (3.88)	31.71 (7.46)	תמיכה חברתית – מדד כולל
10.46** (.07)	9.19 (1.36)	7.90 (2.41)	השתייכות
6.82* (.05)	9.22 (0.92)	8.33 (2.00)	הערכה
8.85** (.06)	8.93 (1.36)	7.68 (2.57)	תמיכה חומרית
5.93* (.04)	8.71 (1.30)	7.80 (1.89)	דימוי עצמי

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

עבור השתייכות, הערכה, תמיכה חומרית, ודימוי עצמי: $F(4,136)=3.04, p<.05, \eta^2=.08$

הממצאים בלוח מבהירים כי ניתוחי השונות מובהקים. נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות במדד הכולל לתמיכה חברתית וכן בכל המדדים: השתייכות, הערכה, תמיכה חומרית, ודימוי עצמי, באופן שמידת התמיכה החברתית של מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש נמוכה מזו של מתבגרים ובוגרים צעירים בקבוצת השוואה. לפיכך, השערת המחקר השלישית אוששה.

ג.3. השערות בקבוצת המחקר

השערות 4 ו-5 עוסקות בקבוצת המחקר בלבד. לפיכך, בפתח הדברים מובאים מתאמים בין משתני המחקר בקבוצה זו וכן מתאמים בין משתני המחקר למאפייני רקע. ממוצעים וסטיות תקן מופיעים בלוחות 5-7 לעיל. לוח 8 מציג מתאמים בין משתני המחקר בקבוצת המחקר.

לוח מס 8

מתאמים בין משתני המחקר, קבוצת המחקר (N=73)

	.2	.3	.4	.5	.6	.7	.8	.9	.10	.11	.12
1.רגשות חיוביים	.32**	.41***	.40***	-.27*	.44***	-.37**	-.15	-.01	-.18	-.17	-.15
2.רגשות שליליים		.56***	.54***	.51***	.46***	-.52***	-.15	-.27*	-.26*	-.28*	-.28*
3.רגישות כללית			.37**	-.64***	.74***	-.73***	.44***	-.35**	-.46***	-.49***	-.51***
4.שונות					.21	-.36**	-.05	-.20	-.15	-.03	-.13

							.44***				ההורים
.47***	.54***	.36**	.39***	.34**	.94***	-	.74***				5.רווחה נפשית
-	-	-	-.32**	-	.43***	.92***					6.מצוקה נפשית
.52***	.59***	.42***	.39***	.41***							7.בריאות נפשית
.87***	.61***	.74***	.55***								8.השתייכות
.80***	.63***	.59***									9.הערכה
.88***	.59***										10.תמיכה חומרית
.82**											11.דימוי עצמי

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

הלוח מראה כי רוב המתאמים בין משתני המחקר מובהקים, וכן, לא נמצאה מולטיקולינאריות ביניהם (מולטיקולינאריות קיימת בלוח בין מדדים של משתנה לבין הציון הכולל). בדומה למדגם הכולל, נמצאו מתאמים שליליים בין רגשות כלפי ההורה לבין רגשות כלפי הרווחה נפשית ובריאות נפשית. מתאמים חיוביים נמצאו בין רגשות כלפי ההורה לבין מצוקה נפשית (למעט שונות ההורים). בנוסף, נמצאו מתאמים שליליים בין שני מדדים של רגשות כלפי ההורה - רגשות שליליים ורגישות כללית - לבין תמיכה חברתית. מתאמים חיוביים ומובהקים נמצאו בין רווחה נפשית ובריאות נפשית לבין תמיכה חברתית, ומתאמים שליליים מובהקים בין מצוקה נפשית לבין תמיכה חברתית.

לוח 9 מציג מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע בקבוצת המחקר.

לוח מס 9

מתאמים בין משתני המחקר לבין מאפייני רקע בקבוצת המחקר (N=73)

חומרית המחלה (N=68)	מספר אשפוזים (N=68)	מועד שחרור מאשפוז אחרון (N=72)	עיתוי פרוץ המחלה (N=72)	תעסוקת ההורה החולה (N=73)	השכלת ההורה החולה (N=70)	גרעם ההורה החולה (N=73)	זהות ההורה החולה (N=73)	סדר לידה (N=73)	מספר ילדים במשפ' (N=72)	מגדר (N=73)	גיל (N=73)	
.01	.02	.13	.17	-.21	-.21	-.08	-.38** *	-.01	-.12	-.33* *	.13	1.רגשות חיוביים
.14	.20	.02	-.05	-.17	-.01	-.14	-.30*	-.10	.15	-.15	.13	2.רגשות שליליים
-.01	-.04	-.21	-.03	-.01	-.16	.09	-.23*	-.28*	.36* *	-.32* *	.03	3.רגישות כללית
-.06	.12	-.03	.05	-.20	.16	-.19	-.20	-.11	-.09	.01	.26*	4.שונות ההורים
.01	.09	.15	-.02	.10	.10	-.04	.16	.17	-.18	.29*	-.01	5.רווחה נפשית
.05	-.08	-.18	.08	-.12	-.23	.10	-.29*	-.24*	.28*	-.45*	-.04	6.מצוקה נפשית

-0.02	.09	.18	-.05	.12	.17	-.07	.24*	.22	-	.39*	.01	7. בריאות נפשית
.12	.06	.17	-.01	-.07	.25*	-.20	.19	.21	-.22	.19	-.02	8. השתייכות
.07	.19	.14	.06	-.04	.22	-.20	.12	.17	-.08	-.12	.12	9. הערכה
.11	.08	.14	-.01	-.05	.16	-.31*	.08	.21	-.25*	.15	.02	10. תמיכה חומרית
.10	.13	.06	.02	.01	.35*	-.25*	.15	.19	-.18	.07	.18	11. דימוי עצמי
.12	.13	.15	.02	-.05	.29*	-.28*	.16	.23	-.22	.09	.08	12. תמיכה חברתית כוללת

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

הערה. מגדר, סדר לידה, זהות ההורה החולה, מגורים עם ההורה החולה, השכלה ותעסוקה הוגדרו כמשתני דמי: מגדר - 0=אישה, 1=גבר, סדר לידה - 0=אמצעי / צעיר, 1=בכור/ יחיד, זהות ההורה החולה - 0=אם, 1=אב, מגורים עם ההורה החולה - 0=לא, 1=כן, השכלה - 0=תיכונית, 1= על תיכונית ואקדמית, תעסוקה - 0=לא, 1=כן.

המתאמים בלוח מעידים כי רגשותיהם של המתבגרים והבוגרים הצעירים כלפי הוריהם קשורים בעיקר למגדר הנער/ה וזהות ההורה החולה: הרגשות רבים יותר בקרב בנות מאשר בקרב בנים, וכן כאשר האם היא ההורה החולה בהשוואה לאב. בנוסף, מדד הרגישות הכללית נמצא גבוה יותר ככל שהמשפחה גדולה יותר וכאשר הילד אינו הבכור. בריאות נפשית של מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש נמצאה קשורה בעיקר למגדר, מספר הילדים במשפחה, וזהות ההורה החולה. היא גבוהה יותר בקרב בנים מאשר בקרב בנות, בקרב משפחות קטנות יותר, וכאשר האב הוא ההורה החולה בהשוואה לאם. התמיכה החברתית של הילדים נמצאה קשורה בעיקר למגורים עם ההורה החולה והשכלתו: היא גבוהה יותר כאשר המתבגר / בוגר צעיר אינו גר עם ההורה, וכאשר ההורה משכיל יותר.

השערה 4

השערת המחקר הרביעית טענה כי א) ככל שמחלת ההורה חמורה יותר, רגשותיהם של המתבגרים והבוגרים הצעירים כלפי ההורה יהיו שליליים יותר, ובריאותם הנפשית והתמיכה החברתית יהיו נמוכות יותר. ב) כאשר ההורה חולה הנפש אינו מועסק, יהיו הרגשות כלפי ההורה שליליים יותר, והבריאות הנפשית של הנער/ה נמוכה יותר בהשוואה למקרים בהם ההורה מועסק.

השערה 4א' נבחנה בעזרת מתאמים בין חומרת המחלה של ההורה לבין משתני המחקר – רגשות כלפי ההורה, בריאות נפשית, ותמיכה חברתית. לוח 8 מראה כי המתאמים נמוכים ואינם מובהקים. בחינה של מתאמים אלו כמתאמים חלקיים, בפיקוח על משתני רקע רלבנטיים, נתנה אף היא תוצאות לא מובהקות. עבור רגשות כלפי ההורה - מתאמים חלקיים עם חומרת המחלה, בפיקוח על מגדר הנער/ה, מספר ילדים במשפחה, סדר לידה, וזהות ההורה החולה, נמצאו נעים בין $r = -.03$ לבין $r = .14$, לא מובהקים.

עבור בריאות נפשית – מתאמים חלקיים עם חומרת המחלה, בפיקוח על מגדר הנערה, מספר ילדים במשפחה, וזהות ההורה החולה, נמצאו נעים בין $r=0.01$ לבין $r=0.03$, לא מובהקים.

עבור תמיכה חברתית - מתאמים חלקיים עם חומרת המחלה, בפיקוח על מגורים עם ההורה החולה והשכלת ההורה, נמצאו נעים בין $r=0.04$ לבין $r=0.11$, לא מובהקים.

לפיכך, השערת המחקר 4 לא אוששה- לא נמצאו קשרים בין חומרת המחלה של ההורה לבין משתני המחקר.

השערה 4' נבחנה בעזרת ניתוחי שונות רב משתניים של רגשות כלפי ההורה ובריאות נפשית, בקרב

המתבגרים והבוגרים הצעירים, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה.

הבדלים עבור רגשות, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה, נבחנו בעזרת ניתוח שונות רב משתני של הרגשות כלפי ההורים, בפיקוח על מגדר, מספר ילדים במשפחה, סדר לידה, וזהות ההורה החולה (MANCOVA). לוח 10

מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה.

לוח מס 10

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה

החולה (N=71)

הבדל F(1,65)	הורה לא מועסק (N=29) M (SD)	הורה מועסק (N=42) M (SD)	
0.41 (.01)	0.80 (0.37)	0.64 (0.39)	רגשות חיוביים
1.32 (.02)	0.64 (0.46)	0.47 (0.44)	רגשות שליליים
0.12 (.01)	0.62 (0.52)	0.59 (0.59)	רגישות כללית
1.05 (.02)	1.55 (0.63)	1.26 (0.80)	שונות ההורים

$F(4,62)=0.88$, ns., $\eta^2=.03$

לא נמצאו הבדלים ברגשותיהם של המתבגרים והבוגרים הצעירים כלפי הוריהם לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה (בדומה למתאמים בלוח 9).

הבדלים עבור בריאות נפשית נבחנו בעזרת ניתוח שונות חד משתני של המדד הכולל לבריאות נפשית לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה, בפיקוח על מגדר, מספר ילדים וזהות ההורה החולה (ANCOVA), ובעזרת ניתוח שונות רב משתני של שני המדדים- רווחה נפשית ומצוקה נפשית- לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה, בפיקוח על משתני רקע אלו (MANCOVA). לוח 11 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה.

לוח מס 11

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה (N=72)

הבדל F(1,67)	הורה לא מועסק (N=29) M (SD)	הורה מועסק (N=43) M (SD)	
1.24 (.02)	3.83 (0.95)	4.07 (0.81)	בריאות נפשית - מדד כולל
1.04 (.02)	3.69 (1.04)	3.93 (0.91)	רווחה נפשית
1.14 (.02)	3.02 (0.98)	2.77 (0.84)	מצוקה נפשית

עבור רווחה ומצוקה נפשית: $F(2,66)=0.64$, ns., $\eta^2=.02$

לא נמצאו הבדלים בבריאותם הנפשית של המתבגרים והבוגרים הצעירים לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה (בדומה למתאמים בלוח 9).

בנוסף, לא נמצאו הבדלים בתמיכה חברתית של המתבגרים והבוגרים הצעירים לפי מצבו התעסוקתי של ההורה החולה. עבור מדד התמיכה הכולל: $F(1,66)=0.07$, ns., $\eta^2=.001$, ועבור מדדי התמיכה: $F(4,63)=0.49$, ns., $\eta^2=.03$.

לפיכך, השערה 4 לא אוששה - חומרת המחלה ומצבו התעסוקתי של ההורה החולה לא נמצאו קשורים למשתני המחקר.

השערה 5

השערת המחקר החמישית טענה כי **(א)** בנות ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה ובריאותן הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים. **(ב)** בנים ובנות בכורים ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה ובריאותם הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים ובנות שאינם בכורים.

השערה 5א' נבחנה בעזרת ניתוחי שונות רב משתניים של רגשות כלפי ההורה ובריאות נפשית, לפי מגדר המתבגרים והבוגרים הצעירים.

הבדלים מגדריים עבור רגשות, נבחנו בעזרת ניתוח שונות רב משתני של הרגשות כלפי ההורים, בפקוח על מספר ילדים במשפחה, סדר לידה, וזהות ההורה החולה (MANCOVA). לוח 12 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי מגדר הנער/ה.

לוח מס 12

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי מגדר הנער/ה (N=71)

הבדל F(1,66)	בנות (N=52) M (SD)	בנים (N=19) M (SD)	
6.30* (.09)	0.79 (0.39)	0.49 (0.28)	רגשות חיוביים
0.11 (.01)	0.58 (0.47)	0.44 (0.41)	רגשות שליליים
4.37* (.06)	0.71 (0.57)	0.32 (0.42)	רגישות כללית
0.38 (.01)	1.37 (0.74)	1.42 (0.77)	שונות ההורים

* $p < .05$, $F(4,63)=3.08$, $p < .05$, $\eta^2=.16$

מן הממצאים ניתן לראות כי בנות דיווחו על רגשות חיוביים רבים כלפי ההורה החולה מאשר בנים, וכן רגישותן הכללית גבוהה יותר מזו של בנים. לא נמצאו הבדלים מגדריים עבור רגשות שליליים או שונות ההורים. הבדלים עבור בריאות נפשית נבחנו בעזרת ניתוח שונות חד משתני של המדד הכולל לבריאות נפשית לפי מגדר, בפיקוח על מספר ילדים וזהות ההורה החולה (ANCOVA), ובעזרת ניתוח שונות רב משתני של שני המדדים- רווחה נפשית ומצוקה נפשית- לפי מגדר, בפיקוח על משתני רקע אלו (MANCOVA). לוח 13 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי מגדר הנער/ה.

לוח מס 13

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי מגדר (N=71)

הבדל F(1,67)	בנות (N=51) M (SD)	בנים (N=20) M (SD)	
7.99** (.11)	3.75 (0.82)	4.49 (0.76)	בריאות נפשית - מדד כולל
4.06* (.06)	3.64 (0.92)	4.25 (0.93)	רווחה נפשית
11.54** (.15)	3.14 (0.85)	2.25 (0.72)	מצוקה נפשית

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

עבור רווחה ומצוקה נפשית: $F(2,66)=5.78$, $p < .01$, $\eta^2=.15$

הממצאים מלמדים כי הבריאות הנפשית של בנות דווחה על ידן כנמוכה מזו של בנים. הן גבוהות מן הבנים במצוקה נפשית, ונמוכות מהם במדד הכולל ובמדד הרווחה הנפשית. לא נמצאו הבדלים מגדריים בתמיכה חברתית. עבור מדד התמיכה הכולל: $F(1,66)=0.01$, ns., $\eta^2=.001$, ועבור

מדדי התמיכה: $F(4,63)=2.08$, ns., $\eta^2=.12$.

השערה 5ב' נבחנה בעזרת ניתוחי שונות רב משתניים של רגשות כלפי ההורה ובריאות נפשית, לפי סדר לידה של המתבגרים והבוגרים הצעירים (בכורים לעומת לא בכורים).
הבדלים עבור רגשות נבחנו בעזרת ניתוח שונות רב משתני של הרגשות כלפי ההורים, בפיקוח על מגדר, מספר ילדים במשפחה, וזהות ההורה החולה (MANCOVA). לוח 14 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי סדר לידה.

לוח מס 14

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור הרגשות כלפי ההורים, לפי סדר לידה (N=71)

הבדל F(1,66)	בכורים (N=33) M (SD)	לא בכורים (N=38) M (SD)	
1.00 (.02)	0.70 (0.37)	0.71 (0.41)	רגשות חיוביים
0.20 (.01)	0.49 (0.42)	0.58 (0.48)	רגשות שליליים
1.78 (.03)	0.43 (0.45)	0.75 (0.60)	רגישות כללית
2.37 (.04)	1.30 (0.77)	1.45 (0.72)	שונות ההורים

$F(4,63)=0.88$, ns., $\eta^2=.05$

לא נמצאו הבדלים ברגשותיהם של המתבגרים והבוגרים הצעירים כלפי הוריהם לפי היותם ילדים בכורים / לא בכורים.

הבדלים עבור בריאות נפשית נבחנו בעזרת ניתוח שונות חד משתני של הממד הכולל לבריאות נפשית לפי סדר לידה, בפיקוח על מגדר, מספר ילדים וזהות ההורה החולה (ANCOVA), ובעזרת ניתוח שונות רב משתני של שני המדדים - רווחה נפשית ומצוקה נפשית - לפי סדר לידה, בפיקוח על משתני רקע אלו (MANCOVA). לוח 15 מציג ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי סדר לידה.

לוח מס 15

ממוצעים, סטיות תקן וערכי F עבור מדדי הבריאות הנפשית של המשתתפים, לפי סדר לידה

(N=72)

הבדל F(1,67)	בכורים (N=34) M	לא בכורים (N=38) M	
-----------------	-----------------------	--------------------------	--

	(SD)	(SD)	
1.97 (.03)	4.19 (0.74)	3.78 (0.94)	בריאות נפשית – מדד כולל
1.26 (.02)	4.02 (0.83)	3.66 (1.05)	רווחה נפשית
2.33 (.03)	2.63 (0.78)	3.09 (0.96)	מצוקה נפשית

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

עבור רווחה ומצוקה נפשית: $F(2,66)=1.15$, ns., $\eta^2=.03$

לא נמצאו הבדלים בבריאותם הנפשית של מתבגרים ובוגרים צעירים לפי היותם ילדים בכורים / לא בכורים.
לא נמצאו הבדלים בתמיכה חברתית לפי סדר לידה. עבור מדד התמיכה הכולל: $F(1,66)=2.39$, ns., $\eta^2=.04$,
ועבור מדדי התמיכה: $F(4,63)=0.59$, ns., $\eta^2=.04$.

לפיכך, השערה 5 אוששה במידה מעטה. השערה 5א' אוששה עבור רגשות חיוביים – אשר נמצאו גבוהים בקרב בנות מאשר בקרב בנים, אך לא אוששה עבור מדדי הבריאות הנפשית, אשר, בניגוד למשוער, נמצאו גבוהים יותר בקרב בנים. השערה 5ב' לא אוששה.

ג.4. בחינת מודל המחקר וממצאים נוספים

במטרה לבחון את מודל המחקר המוצע נערכו, בקבוצת המחקר, רגרסיות מרובות של משתני המחקר התלויים על משתני רקע של ההורה חולה הנפש וילדו המתבגר / הבוגר הצעיר. לאור המודל המוצע, השערות 4 ו-5, והמתאמים אשר נמצאו בלוח 9 לעיל, משתני הרקע אשר יש לכלול ברגרסיה הם: משתנים של המתבגר / בוגר צעיר – גיל, מגדר; משתנים של המשפחה וההורה החולה – מספר ילדים במשפחה, סדר לידה, זהות ההורה החולה, מגורים עם ההורה החולה, השכלת הורה החולה, מצב תעסוקתי של ההורה החולה, חומרת המחלה.
מדגם קבוצת המחקר כולל 73 משתתפים, ובהתאם למודל ולמתאמים שנמצאו קיימים תשעה משתני רקע. במטרה לשמור על היחס הרצוי בין מספר המשתנים לגודל המדגם, הוצאו מן הרגרסיות שני המשתנים: מצב תעסוקתי של ההורה החולה וחומרת המחלה אשר נמצאו לעיל לא משמעותיים.
הרגרסיות נערכו לפיכך בשני צעדים: בצעד ראשון הוכנסו משתנים של המתבגר / בוגר צעיר – גיל, ומגדר; ובצעד שני הוכנסו משתנים של המשפחה וההורה החולה – מספר ילדים במשפחה, סדר לידה, זהות ההורה החולה, מגורים עם ההורה החולה, והשכלת הורה החולה.
לוח 16 מציג את הרגרסיות המרובות של רגשות כלפי ההורה החולה על משתני הרקע של המתבגר / בוגר צעיר, המשפחה וההורה החולה.

לוח מס 16

רגרסיות מרובות של רגשות כלפי ההורה החולה על משתני הרקע של המתבגר / בוגר צעיר, המשפחה וההורה החולה (N=69).

שונות ההורים	רגישות כללית	רגשות שליליים	רגשות חיוביים	
β	β	β	β	
				צעד 1
.34**	-.02	.13	.04	גיל
.07	-.36**	-.11	-.35**	מגדר
$R^2=.11, p<.05$	$R^2=.13, p<.05$	$R^2=.03, ns.$	$R^2=.13, p<.05$	
				צעד 2
.30*	-.05	.01	.07	גיל
.12	-.24*	-.04	-.26*	מגדר
-.01	.32*	.17	-.16	מספר ילדים במשפחה
-.11	-.18	-.08	-.06	סדר לידה
-.28*	-.39***	-.34*	-.26*	זהות ההורה החולה
-.03	.06	-.15	-.05	מגורים עם ההורה החולה
.06	.10	.09	-.17	השכלת הורה החולה
$R^2=.19, ns.$ $F(7,61)=1.93$	$R^2=.41, p<.001$ $F(7,61)=5.78$	$R^2=.16, ns.$ $F(7,61)=1.69$	$R^2=.27, p<.01$ $F(7,61)=3.09$	

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

הערה. מגדר, סדר לידה, זהות ההורה החולה, מגורים עם ההורה החולה, והשכלה הוגדרו כמשתני דמי: מגדר - 0=איש, 1=גבר, סדר לידה - 0=אמצעי / צעיר, 1=בכור/ יחיד, זהות ההורה החולה - 0=אם, 1=אב, מגורים עם ההורה החולה - 0=לא, 1=כן, השכלה - 0=תיכונית, 1=על תיכונית ואקדמית.

הלוח מראה כי הרגרסיות עבור רגשות חיוביים ורגישות כללית מובהקות. הממצאים מעידים כי זהות ההורה החולה מסבירה את רגשות המתבגר / בוגר צעיר כלפיו: הרגשות החיוביים, הרגשות השליליים, הרגישות הכללית והתחושה של שונות ההורים גבוהים יותר כאשר ההורה החולה הינו האם. בנוסף, עוצמת הרגשות החיוביים והרגישות הכללית גבוהה בקרב בנות מאשר בקרב בנים, ככל שמספר הילדים במשפחה גבוה יותר כך גם הרגישות הכללית גבוהה יותר, וככל שהנער/ה / בוגר צעיר מבוגר יותר, גוברת תחושתו/ה כי הוריו שונים.

לוח 17 מציג את הרגרסיות המרובות של בריאות נפשית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע.

לוח מס 17

רגרסיות מרובות של בריאות נפשית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע (N=69)

מצוקה נפשית	רווחה נפשית	בריאות נפשית – מדד כולל	
β	β	β	

			צעד 1
-.07	.03	.05	גיל
-.42***	.34**	.36**	מגדר
$R^2=.17, p<.01$	$R^2=.11, p<.05$	$R^2=.12, p<.05$	
			צעד 2
-.09	.07	.08	גיל
-.33**	.30*	.27*	מגדר
.20	-.06	-.12	מספר ילדים במשפחה
-.17	.15	.23	סדר לידה
-.25*	.21	.25*	זהות ההורה החולה
-.04	.02	.05	מגורים עם ההורה החולה
-.08	-.07	.07	השכלת הורה החולה
$R^2=.32, p<.01$ $F(7,61)=4.04$	$R^2=.17, ns.$ $F(7,61)=1.78$	$R^2=.26, p<.01$ $F(7,61)=3.00$	

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

הערה. מגדר, סדר לידה, זהות ההורה החולה, מגורים עם ההורה החולה, והשכלה הוגדרו כמשתני דמי: מגדר-0=אישה, 1=גבר, סדר לידה-0=אמצעי / צעיר, 1=בכור/ יחיד, זהות ההורה החולה - 0=אם, 1=אב, מגורים עם ההורה החולה - 0=לא, 1=כן, השכלה-0=תיכונית, 1=על תיכונית ואקדמית.

הלוח מראה כי הרגרסיות עבור המדד הכולל ומצוקה נפשית מובהקות. הממצאים מעידים כי מגדר המתבגר / בוגר צעיר וזהות ההורה החולה מסבירים את מדדי הבריאות הנפשית. בנות ביטאו בריאות נפשית ורווחה נפשית נמוכות מבנים, לצד מצוקה נפשית גבוהה מהם. מתבגרים / בוגרים צעירים לאמהות חולות ביטאו בריאות נפשית נמוכה יותר ומצוקה נפשית גבוהה יותר מאשר מתבגרים / בוגרים צעירים לאבות חולים.

לוח 18 מציג את הרגרסיות המרובות של תמיכה חברתית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע.

לוח מס 18

רגרסיות מרובות של תמיכה חברתית של המתבגר / בוגר צעיר על משתני הרקע (N=69)

דימוי עצמי	תמיכה חומרית	הערכה	השתייכות	תמיכה חברתית כוללת	
β	β	β	β	β	
					צעד 1
.16	.03	.05	-.01	.06	גיל
.04	.15	-.17	.13	.07	מגדר
$R^2=.03, ns.$	$R^2=.02, ns.$	$R^2=.04, ns.$	$R^2=.02, ns.$	$R^2=.01, ns.$	
					צעד 2
.04	-.14	-.14	-.13	-.12	גיל
-.07	.08	-.28*	.03	-.03	מגדר
-.12	-.14	.01	-.19	-.12	מספר ילדים במשפחה
.11	.06	.11	.06	.13	סדר לידה
.13	.05	.10	.06	.09	זהות ההורה

					החולה
-.10	-.29*	-.17	-.07	-.18	מגורים עם ההורה החולה
.28*	.13	.29*	.30*	.29*	השכלת הורה החולה
R ² =.18, ns. F(7,61)=1.96	R ² =.17, ns. F(7,61)=1.73	R ² =.17, ns. F(7,61)=1.71	R ² =.18, ns. F(7,61)=1.80	R ² =.20, ns. F(7,61)=2.08	

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

הרגרסיות עבור תמיכה חברתית נמצאו לא מובהקות. יחד עם זאת, ניתן לראות כי השכלת ההורה החולה מסבירה את מדדי התמיכה החברתית (למעט תמיכה חומרית), וכן, מגדר המתבגר / בוגר צעיר מסביר את מדד ההערכה, בעוד מגורים עם ההורה החולה מסבירים את מדד התמיכה החומרית. מתבגרים / בוגרים צעירים להורה חולה בעל השכלה אקדמית ביטאו תמיכה חברתית רבה יותר ממתבגרים להורה בעל השכלה תיכונית. בנות ביטאו תמיכה מסוג הערכה רבה יותר מבנים, ואילו מגורים נפרדים מההורה החולה התקשרו עם תמיכה חומרית רבה יותר מאשר מגורים עימו.

לסיכום, המשתנים המרכזיים המנבאים את רגשות המתבגר / בוגר צעיר כלפי ההורה החולה הם זהות ההורה החולה ומגדר באופן שעוצמת הרגשות רבה יותר עבור בנות וכאשר האם חולה. בהמשך לכך, הבריאות הנפשית של בנות וכאשר האם חולה נמוכה מזו של בנים או כאשר האב חולה. תמיכה חברתית נמצאה בעיקר פונקציה של השכלת ההורה וגבוהה יותר כאשר ההורה החולה בעל השכלה אקדמית.

סיכום

הבדלים מובהקים נמצאו בין קבוצת המתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש לבין קבוצת ההשוואה. עוצמת הרגשות כלפי ההורה בקרב מתבגרים ובוגרים צעירים להורה חולה נפש נמצאה גבוהה יותר מאשר בקבוצת ההשוואה, בריאותם הנפשית נמצאה נמוכה יותר לצד מצוקה נפשית גבוהה יותר, ומידת התמיכה החברתית של מתבגרים ובוגרים צעירים אלה הייתה נמוכה מזו של מתבגרים ובוגרים צעירים בקבוצת ההשוואה. בקרב קבוצת המחקר לא נמצאו קשרים בין חומרת המחלה של ההורה לבין עוצמת הרגשות כלפי ההורה, בריאות נפשית או תמיכה חברתית של המתבגרים והבוגרים הצעירים. בדומה, מצבו התעסוקתי של ההורה החולה לא נמצא קשור אל משתני המחקר.

בנות בקבוצת המחקר ביטאו עוצמה גבוהה יותר של רגשות חיוביים כלפי ההורה החולה ורגישות כללית גבוהה יותר מאשר בנים. בריאותם הנפשית דווחה על ידן כנמוכה מזו של בנים. עם זאת, סדר לידה (בכורים / לא בכורים) של המתבגרים והבוגרים הצעירים לא נמצא קשור אל משתני המחקר.

לבסוף, רגרסיות מרובות הראו כי רגשות כלפי ההורה החולה ובריאות נפשית הם בעיקר פונקציה של מגדר (בנות) וזהות ההורה החולה (אם), ואילו תמיכה חברתית היא בעיקר פונקציה של השכלת ההורה החולה (אקדמית).

פרק ד. דיון

מחקר זה שם במוקד את חוויית ההתמודדות של ילד להורה המתמודד עם מחלת נפש, במחקר בחנו את המשתנים: בריאות נפשית של הילד, התמיכה החברתית שלו ורגשותיו כלפי ההורה החולה, תוך השוואה לקבוצת ביקורת.

במחקר נמצאו מספר הבדלים בין ילדים להם הורה החולה במחלת נפש וילדים שהוריהם אינם חולים, כמו כן, בתוך אוכלוסיית הילדים להורים עם מחלות הנפש נמצאו מספר ממצאים חשובים שיש בהם על מנת לזרוק אור נוסף על התמודדות ילדים אלו ועל האופן בו מחלת ההורה ומאפיינים הקשורים בהורה או בילד משפיעים על נסיבות חייהם.

השערת המחקר הראשונה הייתה כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה החולה במחלת נפש יחוו יותר רגשות חיוביים ושליילים כלפי הוריהם, מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה. ההשערה אוששה ונמצא כי לילדים להורה נפגע נפש היו יותר רגשות חיוביים כגון דאגה ואחריות וגם יותר רגשות שליליים כגון בושה וכעס, כמו כן, הם גילו רגשות כללית גבוהה יותר ותחושה גבוהה יותר כי הוריהם שונים לעומת קבוצת הביקורת.

מעניין לראות כי במחקר הנוכחי רוב אוכלוסיית המחקר (65.8%) אינם מתגוררים כיום עם ההורה החולה ועדיין הרגשות שחשים כלפי ההורה הן החיוביים והן השליליים הם בעוצמה גבוהה מקבוצת ההשוואה. מחקרים קודמים על נכויות אחרות (Duvdevany et al., 2005, וינשטיין, 2005), מצאו כי ילדים להורים נכים הביעו יותר רגשות חיוביים ופחות רגשות שליליים מאשר קבוצת הביקורת ועל כן הניחו החוקרים, כי ילדים להורים נכים חשים יותר אחריות ויותר מודאגים לגבי החיים של הוריהם מאשר ילדים להורים שאינם נכים, וכי רגשות אלו של אחריות מונעים מהם מלהביע רגשות עוינים ואגרסיביות (Grant & Compas, 1995; Yahav, 2001).

הממצא במחקר הנוכחי מביא את הייחוד והשוני שבין מחלת נפש לנכויות ומחלות אחרות:

במחקר הנוכחי, ילדים להורים נפגעי נפש הביעו לא רק רגשות חיוביים ברמה גבוהה יותר, אלא גם רגשות שליליים גבוהים ביחס לקבוצת הביקורת, ממצא זה מתאים להנחות קודמות בספרות בנוגע לרגשות ילדים להורה עם מחלת נפש.

בספרות המחקרית בנושא ילדים להורים עם מחלות נפש חוקרים מדגישים את קיומם של הרגשות החיוביים שהילדים הביעו כגון: דאגה ואחריות לביטחונם של ההורה, לבריאותו, לדאגה לטיפול בו ולעתידו של ההורה (Aldridge & Becker, 2003; Edlund, Knutsson-Medin & Remklint, 2007; Cribb et al., 2004; Paulson,)

Hinshaw,) להורה (Farrel et al., 2001 Tibbo, & Valiakalayil, 2004; כמו כן, רגשות חיוביים של אהבה להורה (Hinshaw,)
 (2004; Browning & Duncan, 2009; Edlund et al., 2007). רגשות חיוביים כגון דאגה ואחריות באים לידי
 ביטוי אצל חלק מהילדים בנטילת תפקידים הוריים ובמילוי משימות שאינן באחריותם כמו עזרה להורה, טיפול
 באחים וכו'
 (Aldridge & Becker,2003;Becker, 2000).

לצד הרגשות החיוביים שצוינו, בולטים רגשות שליליים ביחס להורה החולה וכפי שנמצא במחקר הנוכחי,
 עוצמתם הייתה גבוהה יותר אצל ילדים להורים עם מחלת נפש לעומת קבוצת הביקורת. ממצא זה מתאים
 לממצאים של מחקרים קודמים המדגישים את קיום הרגשות הקשים כלפי ההורה החולה. הרגשות השליליים
 שנמצאו בספרות כללו מבוכה ופחד שגם הם כילדיהם של ההורים החולים יחלו במחלת ההורה (Farrel et al.,)
 (2001), בושה במחלת ההורה ובושה מהתפרצות של ההורה בציבור, תחושות עצב על מחלת ההורה, עלבון ותסכול
 בשל התנהגות ההורה ומחלתו (Cuff & Pietsch, 1997; Ostman, 2008; Somers, 2007; Paulson et al.,)
 (2004). רגשות נוספים שתוארו הינם הימנעות, בריחה, בדידות, עוינות כלפי ההורה, תחושות כי ההורה נטש אותם,
 דאגה ופחד מהתנהגויות בלתי צפויות של ההורה, כעס על ההורה ותחושת אבל על ההורה ועל כך שלא זכו
 למשפחה נורמטיבית (Valiakalayil et al., 2004; Hinshaw, 2004; Browning & ; Edlund et al., 2007)
 (Duncan,2009;Compas, Ey, & Worsham, 1997;Blanch et al. 1994). אחד החששות המרכזיים שתואר ע"י
 ילדים היה פרידה מההורה, האופייני למחלות נפש, בעקבות ניסיון התאבדות, פגיעה עצמית, אשפוז, או העברת
 ההורים להסדר מגורים חלופי, ונראה כי חלק מהילדים חווים תחושות אשמה קשות בגלל הופעת המחלה אצל
 ההורה (גולדברג, 1990; Riebschleger, 2004; Ostmen, (2008; ועל כך שהם בריאים ומצליחים או שצריכים
 לעזוב את הבית (Dunn, 1993; Dickens & Marsh, 1998), או על כך שלא עזרו מספיק להורה להרגיש טוב ולא
 הצליחו למנוע את התפרצות המחלה (Finzy & Stange, 1997) ומתארים בלבול וחוסר אונים שחשו כילדים
 וכבוגרים כלפי הוריהם (Farrel et al., 2001).

ההשערה השנייה סברה כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה החולה במחלת נפש ידווחו על בריאות
 נפשית נמוכה יותר מאשר מתבגרים ובוגרים צעירים ללא הורה חולה נפש, ההשערה אוששה למעט מדד רווחה
 נפשית.

השערה זו עולה בקנה אחד עם הספרות המדגישה את ההשלכות השליליות של מחלת נפש של הורה על הבריאות
 הנפשית של ילדיו.

השערה זו התבססה על ההנחה כי בריאות נפשית של ילדים ומתבגרים קשורה עם גורמים גנטיים וסביבתיים
 ובתוך הגורמים המשפיעים בסביבה קיימים הקשרים עם הורים, אחים, חברים, מורים, משפחה מורחבת, ביי"ס

והחברה (Beauchaine & Hinshaw, 2008; Beidel & Turner 2005; Wilmshurts, 2005), מחקרים הדגישו כי לילדים של הורים החולים במחלות נפש קיים סיכוי לפתח הפרעות פסיכולוגיות או הפרעות נפשיות מתמשכות לאור פגיעותם הגנטית ולאור המחלה עצמה של ההורה או הסימפטומים שלה, כמו גם מההפרעות הפסיכו-סוציאליות הנלוות במשפחה כמו: קשיים בנישואין, מתח וריבים בין בני המשפחה וניכור, עוני וחוסר במערכות תמיכה (Hare & Shaw, 1965; Graham, Richman & Stevenson, 1982; Quinton & Rutter, 1984; Emery, neale & Weintraub, 1982; Dunn, 1993). מחקר אורך (Quinton & Rutter, 1984) שנמשך ארבע שנים מצא כי שליש מהילדים להורים חולי נפש, פיתחו הפרעה נפשית מתמשכת, שליש פיתחו קשיים נפשיים זמניים ושליש לא הראו שינוי או הפרעה רגשית או התנהגותית. מחקר אחר, מצא כי בין 25%-50% מהילדים להורים חולי נפש עשויים לחוות הפרעות פסיכולוגיות במהלך הילדות וגיל ההתבגרות, וכי- 10%-14% מילדים אלו עשויים לעבור אבחנה של מחלת נפש קשה בשלב מסוים בחייהם (James, Weekes & Worland, 1987). מחקרים שנערכו בשנים האחרונות חיזקו אף הם את טענות המחקרים הותיקים והראו שיעורים גבוהים יותר של הפרעות בהתנהגות, הפרעות בהתפתחות ובעיות רגשיות אצל ילדים להורים עם מחלת נפש לעומת האוכלוסייה הכללית (Maybery, Ling, Reupert & Szakacs, 2005; Beardslee, Gladstone & Versage, 1998; Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998; Free, Klimesdougan & Ronsaville, et al., 1999; Hoefnagels & Meesters & Simenson, 2007).

מחקר אחר (Tunnard, 2004), ציין השלכות לטווח ארוך שעשויות להיות לילדים של הורה נפגע נפש כמו חרדה, דיכאון וחששות שלא יהיו מסוגלים להתמודד עם קשיים ומשברים שיתקלו בהם בחיים, אחד המחקרים מצא כי ילדים להורה עם מחלת נפש גילו יותר הפרעות נפשיות ויותר בעיות בביה"ס (Somers, 2006). ילדים לאמהות עם מחלת נפש, הראו חרדה וחוסר ביטחון המלווים בקשיים בחשיבה, כמו כן, הראו חוסר גמישות בהתמודדות, נמצאו פחות פתוחים מבחינה רגשית, והפגינו פחות אסטרטגיות התמודדות לעומת ילדים ללא אמהות עם מחלת נפש (Coulthard et al., 2009).

גם מחקרים על ילדים לאמהות עם דיכאון מחזקים את ממצאי המחקר הנוכחי, נמצא קשר בין דיכאון האם לתוצאות פסיכולוגיות שליליות ובריאות נפשית נמוכה לילדים אלו, לאור האפקט השלילי של האם, התנהגויות הוריות לקויות והתנהגויות הדיכאוניות, עשויה להיווצר סביבת חיים לוחצת כרונית, ילדים אלו גילו סימפטומים של חרדה ודיכאון גבוהים לעומת קבוצת ביקורת (Brennan, Hammen & Shir, 2004; Champion, Compas, Jaser, Potts, Reeslund, Shears & Simmons, 2009). דיכאון של האם ידוע כקשור לבעיות רגשיות, קוגניטיביות והתפתחותיות של הילדים (Chiodo et al., 2005), בעיות הקשורות בנפש הילד עשויות להשפיע על כל האספקטים של ההורות ויחסי ההתקשרות ועשויים להביא לחוויות קשות של הילדים של הזנחה או התעללות

פיזית או רגשית (Howe, 2005). גם הספרות על ה"ילד ההורי" מביאה קשרים בין מילוי תפקיד הורי לבין בריאות נפשית של הילד, ומראה כי נמצא קשר בין מילוי תפקיד "ילד הורי" לבין: התנהגות מינית מסתכנת, שימוש בסמים ובאלכוהול, אגרסיביות, דיכאון, חרדה, צמצום רגשי, סגירות, מתח ומצוקה ותפיסה עצמית נמוכה הקשורים באופן ישיר לבריאות הנפשית של הילד (יעקובי-זאולן, 2008; דבאג, 2009; Burton, 2007; Jurkociv et al. 1991; Anderson, Emshoff, Godsall & Stanwyck, 2004; Luthar & McMahon, 2007).

חשוב לציין כי קיים מחקר גם על ההשלכות החיוביות שיש לילדים למרות מחלות הוריהם. באחד המחקרים אע"פ מחלת הנפש של ההורה ולמרות העובדה שהילדים גדלו במוצע ב-3 סטים שונים של משפחות, ע"י סבים, דודים שסיפקו מודל הורי חלופי, הילדים הצליחו להתגבר על מכשולים, לסיים בית ספר תיכון עם תעודה, עבדו בהצלחה בשוק החופשי והיו עם בני זוג או חבר קרוב (Caton, Courmos, Felix & Wyatt, 1998), מחקרים אחרים ציינו רווחים שהילדים השיגו ממצבם המשפחתי כמו יכולת בבניית סדר עדיפויות שונה, חיזוק מערכות יחסים עם בני המשפחה וצמיחה אישית (McCausland & Pakenham, 2003; Pakenham, Samios & Soronoff, 2004).

ההשערה שלישיית כי מתבגרים ובוגרים צעירים להורה החולה במחלת נפש ידווחו על תמיכה חברתית נמוכה יותר מאשר קבוצת הביקורת אוששה אף היא וחיזקה ממצאים קודמים. משפחות לאדם עם מחלת נפש חוות יותר בידוד חברתי לאור המחלה (Finzi & Stange, 1998; Maybery et al., 2005), למחלת ההורה יש השפעה על הסתגלות חברתית של ילדיהם, עבור ילדים אלו קיימות הזדמנויות חברתיות מוגבלות ליצור רשת חברתית וליצירת קשרים חברתיים עם קבוצת השווים, בנוסף קיימות אפשרויות מוגבלות לקחת חלק בשעות פנאי ופעילויות שונות, כך יתכן שילדים אלו יסתגלו פחות מבחינה חברתית ויהיו בעלי סטטוס חברתי נמוך (גולדברג, 1990; פינצי, 1989; Becker & Aldridge & Becker, 1993; Bilborrow, 1992; Dearden, 1995, 1998).

יתכנו מספר הסברים כפי שמובאים בספרות לכך שילדים להורים נפגעי נפש יש מערכת תמיכה חברתית מצומצמת: הסבר מרכזי שעלה בספרות נובע מההכרה כי כאשר הילדים ממלאים תפקידים הוריים בבית, עשוי התפקיד להתנגש עם אבני יסוד בסיסיים בהתפתחות כגון בניית מערכות יחסים עם חברים ואוטונומיה גבוהה, כאשר הילד צריך להיות בבית על מנת למלא את התפקידים השונים קיימת הפרעה מסוימת ליכולתו לבנות קשרים חברתיים (Becker & dearden, 2000; Burton, 2007; Gates & Lackey, 2001; Bursnall et al., 2006; Cheung, Doubtfire, Jackson, Stainton, Thomas & Webb 2003; Champion et al., 2009; ילדים אלו משקיעים הרבה מאוד בביתם ובעזרה להורה בהתמודדותו, מה שניכר מחד בבגרות מוקדמת ולמידת מיומנויות פרקטיות שסייעו בעצמאותם, אך מאידך הביא לצמצום הזדמנויות חברתיות (Becker & Dearden, 2000).

באחד המחקרים נמצא כי לילדים להורים עם מחלות נפש היה פחות קשר עם קרובי משפחה וחברים כי הם בילו יותר זמן בבית (Somers, 2006).

הסבר אחר נוגע לתיאוריית ההתקשרות שמציעה כי ילד להורה עם מחלת נפש עשוי לפתח התקשרות לא בטוחה עם ההורה וכך להפריע למערכת היחסים הנוצרת עם ההורה ובהמשך החיים להשפיע על התקשרות כבוגר במערכות יחסים, במחקר שנערך הילדים הללו העתיקו תחושות של פחד וניתוק שחוו בילדות כלפי ההורה החולה לבגרותם ועל כן התקשו לפתח מערכות יחסים בוגרות המבוססות על אמון ורגישות (Browning & Duncan, 2009).

הסבר נוסף מתקשר ליכולת הילד לקריאת מצבים חברתיים ולהבנת הזולת, מחקר אחד (Coulthard et al., 2009), הראה כי לילדים של הורה נפגע קיים קושי בהבנת האחר לאור חוסר יכולת להוציא את עצמו מהסיטואציה ולראות ילד אחר במקום, בעיה כזו יכולה להביא לקושי ביצירת קשרים חברתיים לאור הקושי בהתמודדות עם קונפליקטים חברתיים, והקושי לאבחן כיצד האחר מרגיש או חושב.

הסבר נוסף עשוי להיות הסטיגמה לילדים אלו בגלל מחלת הוריהם כפי שהדגישו מספר מחקרים (Elliot, 1992; Landells & Pritlove, 1994; Coombes & Imrie, 1995), כמו כן, נפוצה שתיקה והסתרה של הילדים הללו את מחלת הוריהם בגלל פחד מעוינות של החברה וחוסר הבנה של קבוצת השווים את חייהם והנסיבות שבהן הם חיים, דבר המעודד בידוד חברתי (Aldridge & Becker, 1993, 1994; Becker & Dearden, 1998; Gopfert et al., 1996; Boydell, Gladstone & Mckeever, 2005). אחד המחקרים לילדים לאמהות עם סכיזופרניה תיאר את הבידוד החברתי שחשו הילדים ואת הניכור לאור מחלת האם, הם לא סיפרו מה קורה אצלם במשפחה לחברים מתוך תחושה שאסור לספר, או חשש מהשפלה ובושה, כמו כן, חשו בלבול בין העולם שהכירו בבית והעולם שבחוץ שיוצג ע"י חברים מביי"ס ותיארו קושי לגשר על הבלבול וליצור קשרים חברתיים (Dunn, 1993). הילדים עשויים לחוש בושה בהורה החולה ולהימנע מלהזמין חברים הביתה וע"י כך להתרחק מקבוצות חברים, כפי שצינו חלק מהילדים כי הקשיים החברתיים שלהם לא נבעו ממחלת ההורה ובעיותיו אלא מההפליה של האחרים לגבי מוגבלות (Tunnard, 2004).

החשיבות של התמיכה החברתית לילדים להורה עם מחלת נפש ניכרת במחקרים בהם הביעו החוקרים את החשיבות הרבה שהייתה לילדים לקשר עם חברים ואחים נוספים במשפחה כמקור לתמיכה בזמן משבר (Maybery et al., 2005; O'Connell, 2008; Caton et al., 1998; Fudge & Mason, 2004; Ervast, 2004; Huupponen, & Polkki, 2004; Paulson et al., 2004), כמו כן בולט מקור תמיכה נוסף מרכזי וחשוב עבור הילדים היו קרובים כמו סבים, סבתות, דודים ודודות אשר עוזרים להורה החולה בגידול הילדים ובמיוחד בתקופות בהן ההורה אינו מתפקד (Browning & Duncan, 2009; Smith, 2004). יחד עם זאת, באחד המחקרים

(Cogan & Mayes & Riddell, 2005) נמצא כי ילדים להורים נפגעי נפש פחות יחפשו עזרה ותמיכה חברתית מאשר ילדים להורים ללא מחלה.

מחקר שנערך בישראל מדגיש את אפשרויות ההתערבות שעשויות לעזור בתחום זה, הוקמה קבוצה לילדים בגילאי-11-10, שמטרתה שיפור מיומנויות חברתיות והפחתת הבידוד החברתי, בסוף ההתערבות הקבוצתית, ילדים העידו שלמדו ל"ראות" את עמדתו של הצד השני, חוו פחות מריבות עם קבוצת השווים, הצליחו להבין מה המקום שלהם בתוך קונפליקטים חברתיים, כמו כן ניכר כי הקבוצה סייעה בהעלאת הביטחון העצמי (Finzi & Stange, 1998)

עולה כי יש צורך לאפשר לילדים אלו לפתח את הקשרים עם קבוצת השווים ועם אחיהם כמו גם קשרים נוספים במשפחה המורחבת ומחוצה לה כגורמים שיכולים לקדם עמידות בקרב ילדים אלו ולקדם את הסתגלותם והשתלבותם בחברה.

השערה רביעית הייתה כי משתנים של ההורה חולה הנפש: חומרת המחלה של ההורה ומצב תעסוקתי שלו ימצאו קשרים עם רגשות המתבגר / הבוגר הצעיר כלפיו ובריאותו הנפשית.

בניגוד להשערה, חומרת המחלה ומצבו התעסוקתי של ההורה החולה לא נמצאו קשרים למשתני המחקר. ההשערה בנוגע למצב התעסוקתי של ההורה, התבססה על ההנחה כי עבור כל אדם – בריא או מוגבל, העבודה מהווה הזדמנות לשייכות חברתית, הישגיות, יצרנות ותחושת ערך עצמי (Freedman & Lynch-Fesko, 1996).

תעסוקה בעבודה קבועה נמצאה בקשר עם סבירות נמוכה לבעיות פסיכולוגיות (Hammarström, Novo & Reine, 2008), כמו כן נמצא כי לתעסוקת האם מצופות להיות השלכות חיוביות על בריאות נפשית של הילדים מכיוון שהתעסוקה מחזקת את הדימוי העצמי של האמהות ומחזקת את המשמעת ואת המבנה המשפחתי שנוצר משגרת העבודה, לעומת מצב של חוסר תעסוקה (Gregg, Harkness & Smith, 2009). אצל אוכלוסיית נפגעי נפש, לעבודה ערך מרכזי בהתמודדות עם תופעות המחלה ותהליכי החלמה ממנה (לכמן, 1998; Rogers, 1995), תעסוקה בשכר מחוץ לבית נמצאה כגורם מגן לנשים שסבלו מדיכאון, כמו כן נמצא כי נפגעי הנפש צריכים הזדמנות אמיתית לעבודה בשכר שתשפיע על המיומנויות ועל החוויות שלהם (Tunnard, 2004). על כן הועלתה ההשערה כי אם התעסוקה של הורה נפגע תהווה עבורו אמצעי להשתלבות בחברה ולתחושת ערך עצמי גבוהה יותר, גם ילדיו יחוו כלפיו רגשות חיוביים יותר, ובריאותם הנפשית תהיה גבוהה יותר.

הסבר אחד לכך שההשערה לא אוששה יכול להיות קשור לאופי התעסוקה של ההורה החולה, ידוע כי קיימות מסגרות מוגנות בהם ההורים החולים במחלות נפש עשויים לעבוד כגון: מפעלים מוגנים, מועדונים תעסוקתיים, או עבודה בתעסוקה נתמכת בשוק החופשי. במחקר שנערך על איכות חיים של אנשים עם נכויות שונות העובדים במפעלים מוגנים, נמצא כי תרומתה של העבודה לאיכות החיים של אנשים עם נכויות המועסקים במפעלים מוגנים נמצאה נמוכה, יתכן שתעסוקה "מוגנת" אינה נתפסת ע"י המועסקים ובני משפחותיהם כ"עבודה

של ממש", אלא ברירת מחדל בין שני מצבים בלבד: היעדר תעסוקה או תעסוקה מוגנת, זאת מכיוון שהעובדים האחרים במפעל גם הם לרוב נפגעי נפש, המטלות המבוצעות הינן מונוטוניות ואינן מאתגרות והשכר החודשי הינו מופחת ואינו מתקרב לשכר הממוצע במשק (כץ, 2001) ועל כן התעסוקה אינה תורמת לדימוי של ההורה החולה בעיני ילדיו שמשווים את עבודת ההורה לעבודות "רגילות" של הורים לחברים מקבוצת השווים. נמצא גם כי שכר נמוך, פעולות חזרתיות ותגמול לפי תפוקה כפי שנהוג במפעלים אלה, פוגעים בשביעות הרצון מהעבודה, ובאיכות החיים של משתקמים במפעלים מוגנים (Cheyney, Greenberg, Griffin & Rozenberg, 1996).

הסבר אחר אפשרי הוא כי הילדים במחקר הנוכחי לא ראו את התעסוקה הנוכחית כבעלת משמעות אלא את המקצוע המקורי של ההורה הקשור בהשכלתו ואולי אף בהישגיו טרם המחלה, או בשלבים מוקדמים שלה ולכן התעסוקה הנוכחית שלה הוריהם החולים, שעשויה להיות במסגרות מוגנות, אינה מקדמת בריאות נפשית של הילדים ורגשות חיוביים יותר מאשר מצב בו ההורה אינו מועסק.

יתכן שלאור המורכבות של מחלת הנפש, ילדים להורים עם מחלות נפש יותר "סלחניים" כלפי הוריהם, משום שרואים את הקושי הרב של ההורה בתפקוד ובהתמודדות יומיומית עם המחלה, הם פחות מצפים שהוריהם יצאו לעבודה ועל כן פחות מושפעים ממצב תעסוקתי של ההורה, ולא מחשיבים אותו כגורם משפיע על היות ההורה מתפקד או לא.

הסבר אחר יכול להיות שתעסוקת ההורים עשויה להביא לפיקוח מופחת על הילדים ובכך להשלכות שליליות על מתבגרים כמו: עישון, שתייה ופשעה וילדים בוגרים עשויים למלא תפקידים הוריים בעזרה לאחים הקטנים (Chase-Lansdale & Duncan, 2001), כך שיתכן שבמחקר זה סיבה נוספת לחוסר המובהקות שנמצאה היא, שתעסוקת ההורה לא הביאה לתוצאות של בריאות נפשית גבוהה יותר ורגשות חיוביים יותר.

הממצא הנוכחי שונה ממצא קודם, במחקר שהשווה בין מתבגרים להורים עיוורים ומתבגרים ללא הורים עיוורים, נמצא כי עבודת האב משפיעה על הרגישות הכללית של המתבגר ועל מספר החברים הטובים שיש לו, כך שכאשר האב עובד, רגישות המתבגר תהיה נמוכה יותר ומספר חבריו יהיה גבוה יותר וכאשר האב לא יעבוד המתבגר יחוש יותר מחויבות ודאגה ויותר כעס ובושה כלפי הוריו (וינשטיין, 2005).

ממד חומרת המחלה הוא תיאור הכרוניות של מחלת הנפש, ההנחה הבסיסית הייתה שככל שמצב המחלה של ההורה יהיה יותר כרוני, יבואו לידי ביטוי יותר ליקויים של המחלה, אישיותיים, תפקודיים וחברתיים ותקושר עם בריאות נפשית נמוכה של ילדיו ורגשות שליליים כלפי ההורה.

יתכן כי הסיבה שההשערה בנוגע לחומרת המחלה לא אוששה היא לאור בדיקה מתודולוגית לא טובה מספיק. הסבר אלטרנטיבי עשוי להיות, שאופייה המורכב של מחלת הנפש הוא זה אשר קובע את בריאותם הנפשית של ילדיו ורגשותיהם להורה ועל כן פחות משפיעה חומרת המחלה, כך שעבור הילד בעצם העובדה שההורה חולה יש השפעה על בריאות נפשית ועל הרגשות להורה, יתכן גם כי לילדים קשה להעריך בעצמם את חומרת המחלה של ההורה, כי מבחינתם ההתמודדות שלהם היא במרכז, וקשה להם להשוות למצבים אחרים ויתכן שהמדדים

לחומרת המחלה אינם משקפים את החוויה האישית שלהם.

בולט כי המדד בוחן מצבים של אשפוזים פסיכיאטריים כקריטריון לחומרת המחלה והכרוניות שלה, חשוב לציין כי ישנם חולים אשר אינם מגיעים לאשפוז מסיבות שונות, אחת מהן היא ההתנגדות לאשפוז פסיכיאטרי, במצבים אלו, המצב הנפשי עשוי אף להידרדר מאשר במצבי אשפוז, לאור העובדה שלא ניתנת התערבות בפקוח צמוד כמו שביה"ח מאפשר, ואז יתכנו מצבים אקוטיים אליהם נחשפים בעיקר בני המשפחה הקרובה הנמצאים עם החולה והסבל הנגרם לחולה ולמשפחתו עשוי להיות רב.

השערת המחקר החמישית טענה כי **א)** בנות ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה ובריאותן הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים. **ב)** בנים ובנות בכורים ידווחו על רגשות חיוביים יותר כלפי ההורה החולה ובריאותם הנפשית תהיה גבוהה יותר בהשוואה לבנים ובנות שאינם בכורים.

הממצאים מלמדים כי נמצאו רגשות חיוביים גבוהים בקרב בנות מאשר בקרב בנים בהתאם למה ששוער ובניגוד למה ששוער, הבריאות הנפשית של בנות, דווחה על ידן כנמוכה מזו של בנים. בבסיס השערה התבססתי על ההנחה כי יש הרואים בלקיחת התפקיד ההורי כדרך של הילד להתמודד עם הפחדים שלו לגבי מחלת הנפש של ההורה, היכולה אף לתרום להתקשרות בטוחה עם ההורה החולה ולהרגיע את החששות הקשורים למחלת הנפש של ההורה ולחזק מיומנויות שונות אצל הילדים (Aldridge & Becker, 2003) כמו כן, לקיחת תפקיד הורי עולה מתוך רגשות חיוביים של דאגה ואחריות כלפי ההורה, ועל כן שיערתי כי בנות יביעו יותר רגשות חיוביים מבנים והן תראינה יותר תפקידים הוריים מאשר בנים ובריאותן הנפשית תהיה גבוהה יותר. יתכן כי לאור ההשפעה הרבה שיש בחשיפת הבנות למחלת ההורה, נוצר לחץ נפשי גבוה אצלן ודאגה שאינם מקדמים בריאות נפשית גבוהה.

המגדר של המתבגרים נמצא בספרות כגורם משפיע על הפרעות פסיכולוגיות של מתבגרים, נמצא כי למתבגרות היו הפרעות פסיכולוגיות רבות יותר מאשר למתבגרים ונמצא כי בנות סובלות יותר מבעיות נפשיות מאשר בנים (Last & Weiss, 2001). יתכן שהממצא קשור לתפקידים מסורתיים של מגדר (Jurkovic, 1997) ולנטייה גבוהה של בנות להיענות למתח שחווים אחרים (Cummins Emery, Goeke-Morey & Peris, 2008). קיים הבדל מגדרי גם במילוי תפקיד הורי, נמצא כי בנות ממלאות תפקיד זה יותר מבנים (הרר, 1996, Duryea, 2007; Bursnal, Cannon, Chiu & Pakenham, 2007; Bar-on, Shulman, Tzur & Walsh, 2006; וכן בנות יותר מועדות להיות מושפעות רגשית מהלחץ שבטיפול פיזי או רגשי בהורה חולה (Kessler, Mcloed & Wethington, 1987) והן מועדות יותר מאשר בנים לקחת תפקידי טיפול ובשל כך להיות יותר מושפעות מהלחץ שיקריהן חווים, ולחווות רמות גבוהות של סימפטומים של חרדה ודיכאון ועומס רגשי (Compas & Grant, 1995; Dura, Haywood-Niler & Kiecolt- Glaser, 1990).

גם במחקר על ילדים להורים עיוורים נמצא כי הבנות גילו רגישות גבוהה יותר מאשר הבנים (ויינשטיין, 2005)

באופן כללי ניכר כי נשים מטפלות נמצאו יותר במצוקה מאשר גברים מטפלים (Cafasso & Miller, 1992; Dura, et al., 1990), חוקרים הציעו שלושה הסברים להבדל המגדרי במצוקה סביב הטיפול בנן משפחה: 1. נשים וגברים חשופים לרמות שונות של לחצים. 2. נשים וגברים שונים במודעות הרגשית שלהם למצוקה שהם חווים. 3. גברים ונשים למדו לענות למצוקה עם אסטרטגיות התמודדות שונות, כך שנשים חוות מתח כתוצאה מהטיפול בנן משפחה בגלל שהן משתמשות באסטרטגיות התמודדות פחות יעילות להורדת המתח מאשר גברים (Knight & Lutzky, 1994), נשים משתמשות באסטרטגיות ממוקדות ברגש- התעלמות מהבעיה, בריחה מהבעיה או חיפוש תמיכה חברתית ואילו גברים מחפשים דרכים לפתור את הבעיה (Folkman & Lazarus, 1985).

מחקר נוסף על ילדים מטפלים מצא כי בנות ביטאו יותר בעיות ודאגות ביחס לרווחה הנפשית שלהם, יתכן שיש צרכים מיוחדים שצריך להיות מודעים אליהם ביחס לבנות (Cree, 2003)

מספר מחקרים הדגישו כי קיים הבדל במשימות השונות שלוקחים עליהם בנים לעומת בנות בטיפול, כך שמענה רגשי מאופיין יותר ע"י בנות מאשר בנים (הרר, 1996; Alvarez, 2005; McMahon & Luther, 2007) ויתכן לפי ממצאי המחקר הנוכחי הנתמך במחקרים קודמים, כי מענה רגשי שניתן ע"י הבנות מביא לשחיקה נפשית גבוהה יותר אצלן.

החלק השני בהשערה לא אושש, כך שלא נמצאו הבדלים ברגשותיהם של המתבגרים והבוגרים הצעירים כלפי הוריהם ובבריאותם הנפשית לפי היותם ילדים בכורים / לא בכורים.

ממצא זה מנוגד לממצאים ממחקרים קודמים על השפעת סדר הילודה על מצב נפשי של הילדים ועל רגשותיהם כלפי ההורים, מחקרים קודמים מצאו כי ילדים בכורים נוטים למלא את תפקיד "הילד ההורי" יותר מאשר ילדים לא בכורים (הרר, 1996; Luther & McMahon, 2007; Alvarez, 2005);

הורי גבוה יותר וכאשר יש בבית ילד בכור, הלוקח את תפקיד ההורה וממלא את מקומו במידה סבירה אזי הנזק לילד הצעיר קטן יותר (כצנלסון, 1995; Luther & McMahon, 2007). אחד המחקרים הראה כי לילדים בוגרים יותר, היו יותר בעיות ודאגות ביחס לרווחה הנפשית שלהם (Cree, 2003).

ממצא זה מחדד את ייחוד המחקר הנוכחי ואת העובדה כי יתכן וסדר הילודה אינו מהווה גורם המשפיע על בריאות נפשית ורגשות להורה החולה, אלא עצם היות ההורה חולה היא בעלת חשיבות גבוהה ומשפיעה באופן דומה על ילדים בכורים וצעירים.

ממצאים נוספים הקשורים באוכלוסיית המחקר

המשתתפים המרכזיים שנמצאו במחקר כמנבאים את רגשות המתבגר / בוגר צעיר כלפי ההורה החולה ואת בריאותו הנפשית הם זהות ההורה החולה ומגדר, כך שעוצמת הרגשות רבה יותר עבור בנות וכאשר האם חולה

והבריאות הנפשית של בנות וכאשר האם חולה נמוכה מזו של בנים או כאשר האב חולה. ממצא זה נמצא בהלימה עם ממצאים קודמים של אוכלוסיית הנכים בכלל ונפגעי הנפש בפרט.

במחקר שנערך על ילדים להורים חולים בסרטן נמצא כי נערות ככלל הציגו סימפטומים חמורים יותר משל נערים ונערות שאימן הייתה חולה הציגו סימפטומים חמורים יותר מנערות שאביהן היה חולה ומנערים שאביהם או אימן היו חולים, נמצא גם, כי הנערות לאמהות החולות דיווחו גם על יותר אירועי לחץ הקשורים לאחריות המשפחה (Compas, et al., 1994). במחקר אחר שנערך על התמודדות של ילדים לאבות עם פגיעה בעמוד השדרה נמצא כי היחסים עם האב הנכה לא נפגעו כתוצאה מהנכות, סמכותיות האבות נשארה וכן ילדיו לא ביטאו בושא ולא דיווחו על יחס שלילי מצד סביבתם, בנוסף דיווחו על עמדות חיוביות כלפי האבות לעומת קבוצת ביקורת (Buck, 1980). מחקר שנערך במשפחות בהם יש הורה נפגע נפש, הדגיש כי במקרים שהאב הוא ההורה החולה במקום האם, השינויים בטיפול ההורי הינם בשיעורים נמוכים יותר ופחות מובהקים. ממצא זה קשור עם הנחות קודמות שבהן הודגש כי השפעות על הילד הקשורות במחלת נפש של האב מנבאות בעיות נפשיות נמוכות יותר או לא קיימות לעומת מצב בו האם היא החולה (Smith, 2004). יתכן והסיבה לכך הינה שכאשר האב חולה, עדיין האם מסוגלת למלא לפחות חלק מתפקידיה המסורתיים כגון מטלות הבית ודאגה לבני המשפחה הנחשבים בתפקידי המין הנלמדים של נשים יותר לעומת גברים (Sandler & Wolchik, 1997), כך שהפגיעה בשגרת החיים תהיה פחותה מאשר במצב שבו האם היא החולה ואינה ממלאת תפקידים אלו והמשפחה כמערכת עוברת משבר וצריכה להתאים עצמה למילוי תפקידי האם באופן שונה מהרגיל.

באופן כללי, נראה כי חוקרים עסקו יותר במחקריהם בנושא השפעות מחלת האם על הילדים (לדוגמה - Coulthard et al., 2009; Diaz- Caneja & Johnson, 2004; Champion et al., 2009; Lewandowski, Mowbray & Oyserman, 2004; Duryea, 2007; Dunn, 1993) ולא נמצאו מחקרים העוסקים בהשפעת מחלת האב על הילדים או עוד מחקרים המשווים בין המיניים של ההורה החולה והשפעתם על הילדים.

הסבר נוסף למחקר הנוכחי עשוי להיות שיתכן כי במקרים והאב חולה הילדים לא גדלו איתו אלא, במקרה של גירושי הורים נשארו עם האם, במקרה כזה אינם חשופים למחלת האב באופן יומיומי ועל כן יתכנו רגשות בעוצמה שונה כלפי האב החולה, מאשר במצב בו הילדים מתגוררים עם ההורה החולה. במחקר המשך ניתן יהיה לבחון לעומק את ההבדלים בין מגדר ההורה החולה ומגדר הילד ובריאות נפשית, הסתגלות חברתית ועוד.

ממצא נוסף היה, כי ככל שמספר הילדים במשפחה גבוה יותר כך גם הרגישות הכללית גבוהה יותר, וככל שהנערה / בוגר צעיר מבוגר יותר, גוברת תחושתו/ה כי הוריו שונים.

בשונה ממצאי המחקר הנוכחי, במחקר על ילדים להורים עיוורים נמצא שמספר הילדים במשפחה תורם לתחושה כי המשפחה נורמטיבית וההורים שונים פחות מהורים אחרים, כך שככל שבמשפחה יהיו יותר ילדים כך ההורים יתפסו כפחות שונים בעיני הילד (וינשטיין, 2005). נמצא כי אחאים במשפחה מהווים מערכת תמיכה חברתית

משמעותית זה עבור זה בזמן משבר כפי שנמצא גם במחקר של מייברי ועמיתיו (Maybery et al., 2005) והודגש ע"י הילדים שהשתתפו במחקר והוריהם.

יחד עם זאת, יתכן כי כאשר יש משפחה גדולה עם מסי' ילדים גבוה ואחד מההורים חולה במחלת נפש, יש להורים יותר משימות הקשורות בטיפול בילדים, ויתכן מצב שבו כל ילד מקבל פחות התייחסות מהוריו, הן לאור מגבלות המחלה והמצב המשפחתי והן לאור הקושי בחלוקת תשומת הלב וההתייחסות בין מספר ילדים, לעומת משפחות בהן יש פחות ילדים וכל ילד זוכה לתשומת לב אישית מההורה, במצב זה אף עשוי להיווצר מתח בין האחים על השוני ביחס אותו מקבלים מההורה.

בחקר הנכויות באופן כללי נראה כי כאשר הילד צעיר הוא אינו מבין בהכרח את השוני של הוריו מהורים אחרים, כאשר הילד גדל הוא נעשה מודע יותר ויותר לייחודיות של הוריו ובמקביל נעשה מוטרד יותר ממצבם, קיים אף פוטנציאל לדו ערכיות ביחסו של הילד כלפי הוריו ובמקרים מסוימים עשוי להתעורר כעס נוכח מציאות החיים השונה שהוא חווה לעומת חבריו (דשן, 1996; Deshen & Deshen, 1989). כשמדובר במחלת נפש של ההורה, הילד המבוגר יכול להיות בעל יכולת קוגניטיבית גבוהה יותר שתורמת לו להבנת חלק מהאספקטים במחלת ההורה ועל כן לגלות יותר סבלנות להפרעות הנגרמות ממחלת ההורה לקשר הורה-ילד, אבל יחד עם זאת, עשוי למצוא את התנהגות ההורה הבלתי צפויה קשה להסתדר עימה וכסיבה לכעס והבנה של שונות ההורה שלו מהורים אחרים (Smith, 2004).

ממצא נוסף הראה כי תמיכה חברתית נמצאה במחקר הנוכחי בעיקר פונקציה של השכלת ההורה וגבוהה יותר כאשר ההורה החולה בעל השכלה אקדמית. בספרות המחקרים אודות הורים לילדים עם מחלות נפש לא נמצאה התייחסות להשכלת ההורה והשכלותיה על הילדים, אולם במחקרים שנערכו על האוכלוסייה הכללית, ניתן לראות הלימה עם ממצאי המחקר הנוכחי.

באופן כללי, ניכר כי רמת ההשכלה של ההורה היא מנבא חשוב לרמת ההשכלה של הילדים ולתוצאות התנהגותיות שלהם (Duncan, Brooks-Gunn, & Dearing, McCartney, & Taylor, 2002; Davis-Kean, 2005; Brooks-Gunn, Klebanov, & Nagin & Tremblay, 2001; Haveman & Wolfe, 1995; Klebanov, 1994; Smith, 1997). נמצאו קשרים חיוביים בין רמת השכלה של ההורה ובין הציפיות של ההורה מילדיו להצלחה, הורים עם רמת השכלה גבוהה מעודדים יותר את ילדיהם לפתח ציפיות גבוהות מעצמם (Davis-Kean, 2005). ניכר גם כי רמת השכלה של ההורה קשורה לכך שההורה מספק יותר גירויים פיזיים, קוגניטיביים ואווירה רגשית בבית החשובים להתפתחות הילד (Klebanov, ; Davis-Kean, 2005; Alexander, Bedinger & Entwisle, 1994). מערכת היחסים המנוהלת עם קבוצת השווים מושפעת מאוד מהקשר בין ההורה לילד, כך שאצל מתבגרים נמצא קשר חיובי בין טיב הקשר עם ההורים לרמת הביצועים החברתיים (Rice, 1990). מחקרים מראים כי סטטוס סוציו אקונומי, מבנה משפחתי והישגים

לימודיים של ההורה משפיעים על התנהגות המתבגרים באמצעות סגנון ההורות (Braynt, Conger, Cui & Elder, 2002). במחקר שבחן השפעות של תנאים סוציו אקונומיים שונים על השפעת ההורות בשלושה דורות, נמצא שחוסר השכלה ועוני אצל הדור הראשון ניבא גיל צעיר שבו ילדי הדור השני הפכו להורים והורי הדור השני סיפקו הורות נוקשה באינטראקציה עם ילדיהם מהדור השלישי שניבאה בעיות התנהגות מוחצנות לילדים בדור השלישי, לפיכך שיערו שאלו התוצאות לטווח ארוך של החסך הסביבתי (Conger, Neppel, Ontai & Scaramell, 2008).

מחקר אחד (Braynt, Conger, Cui & Elder, 2002), בחן את השפעת הסטטוס הסוציו-אקונומי על הורות ועל התנהגות ילדים ועל יכולתם של הילדים ליצור קשרים חברתיים, מתוך הנחה כי התנהגות ההורים יכולה להשפיע על התנהגויות ילדיהם המתבגרים כלפי אחיהם וכלפי חברים, והתנהגותם של הילדים תשפיע על איכות החברויות שיוצרים. בהסתכל על הקונטקסט החברתי הניחו שמבנה המשפחה, השכלת ההורה, הכנסת המשפחה ישפיעו על תהליך זה באמצעות השפעה ישירה על איכות ההורות שהם מספקים לילדיהם.

התנהגויות תומכות של ההורה נראו כמקדמות התנהגויות תומכות של הילדים לאחיהם ולחבריהם, התוצאות הראו קשר מובהק לא ישיר המושפע מהתנהגות ההורה לילדיו המתבגרים ולאיכות מערכות היחסים החברתיות שהם יוצרים, התוצאות הראו גם שרמות גבוהות של השכלה והכנסה גבוהה יותר מקדמות התנהגויות תומכות של ההורים ומקטינות התנהגויות עוינות של המתבגרים.

מתבגרים למשפחות עם רמה סוציו אקונומית גבוהה יותר שבאה לידי ביטוי בהשכלה גבוהה יותר והכנסה גבוהה יותר, חווים יתרון חברתי בפיתוח קשרים חברתיים, הם מקבלים יותר תמיכה ופחות התנהגויות עוינות מהוריהם ובחזרה מעלים את יכולתם ליצור מערכות יחסים מספקות עם חברים.

נראה כי במחקר הנוכחי השכלה גבוהה של ההורה החולה מפצה באופן מסוים על מחלתו, יתכן שהשכלה גבוהה של ההורה מהווה מקור לגאווה לילדיו על המקצוע שההורה רכש ועל יכולתו להתמודד עם לימודים גבוהים, ואולי אף ההשכלה הגבוהה מהווה סימן לנורמטיביות של ההורה ומסוגלותו לעומת תחומים אחרים בחיים, כדאי לבחון בהמשך את המשמעויות הנוספות העשויות להיות לממצאים אלו באוכלוסיית המחקר הנוכחית.

ד. 1. מגבלות המחקר

במחקר זה קיימות מספר מגבלות אשר ראוי לציין: ראשית, כשלושת רבעי מאוכלוסיית המדגם הינן נשים ורק כרבע מהמדגם הינם גברים, ניתן להסיק מעובדה זו שנשים היו נכונות יותר לשתף פעולה במחקר מאשר גברים, אולי אף ניתן להסיק שלנשים שהינן ילדות להורים נפגעי נפש קל יותר לחשוף את חוויותיהן ורגשותיהן ביחס להורה החולה, או שהדבר מקרי.

שנית, טווח הגילאים של הנחקרים הינו יחסית רחב, ונע מגילאי התבגרות עד גילאים של בגרות צעירה, אין ספק כי התמודדות של גיל ההתבגרות הינה שונה מאשר של בוגרים צעירים שיתכן כי כבר עזבו את הבית והקימו משפחה

משלהם, כמו כן היכולת הקוגניטיבית שונה בכל גיל ומתפתחת ככל שגיל הילד גבוה יותר. שלישית, יתכן כי הבדיקה המתודולוגית של חומרת המחלה של ההורה לא הייתה טובה מספיק במחקר זה, על כן לא מייצגת את האופן שבו הילדים תופסים את חומרת המחלה של הוריהם. ולבסוף, יתכן שבשאלון הרקע צריך היה להעמיק בשאלות אודות האופן בו גדלו הילדים, מי הדמות המטפלת המרכזית, האם גדלו עם ההורה החולה, מצב משפחתי של ההורים וכו', על מנת לחדד את ההבנה של ההשלכות הסביבתיות בנוסף להשלכות מחלת ההורה על הילד.

ד. 2. המלצות יישומיות : מדיניות, טיפול ומחקר

ממצאי המחקר מדגישים את החשיבות הרבה בהשמעת קולם של הילדים להורה נפגע ובלידה אודות האופן בו גדלו והושפעו ממחלת ההורה. גם במהלך קריאת הספרות וגם בחוויה האישית שלי בעת איתור הנבדקים בלטה לי העובדה כי לעיתים קרובות ילדים אלו אינם מוכרים למערכות השונות, הם אינם "נראים" וקיימת סטיגמה והסתרה, אף בתוך המשפחות מחששות שונים מתגובת החברה. ההמלצות הטיפוליות הינן בראש ובראשונה להכיר בעובדה שמטופלים רבים עם מחלות נפש הינם הורים, ומתוך זאת הינם בעלי צרכים טיפוליים נוספים, מעבר לטיפול שמקבלים לסימפטומים של המחלה עצמה, ניכר בספרות כי הורים ובעיקר אמהות לא סיפרו לגורמים המטפלים בהן על הקשיים בהורות מתוך חששות שילדיהם ילקחו מהם, יתכן שהתערבויות ממוקדות להורים לילדים עשויים להועיל בהתמודדויות עם דילמות שונות להורים החולים ועשויות להביא לבחירת אסטרטגיות התמודדות יעילות יותר מול ילדיהם ולמען מעורבותם בחייהם של ילדיהם.

יש להכיר בצרכים הייחודיים של אוכלוסיית הילדים להורים המתמודדים עם מחלות נפש, שעשויים להזדקק לתמיכות שונות על מנת לפתח עמידות למול הסיכונים הסביבתיים והגנטיים להם חשופים. ניכר כי דגש מרכזי צריך להיות איתור הילדים והצעת אלטרנטיבות טיפוליות במסגרת פרטנית, קבוצתית או משפחתית שיסייעו בפיתוח גורמי העמידות. ממצאי המחקר ניתן להמליץ כי דגשים מרכזיים בטיפול צריכים להינתן לפיתוח מערכות תמיכה חברתיות ועם בני משפחת הגרעין והמורחבת, במטרה לצמצם את הבידוד החברתי ממנו סובלים ילדים אלו, התמיכה החברתית הוגדרה כמונעת זעזועים לתהליכים המורכבים אליהם חשופים ילדים אלו במשפחה לאור מחלת ההורה. דגש נוסף הינו הצעת תכניות טיפול לצורך עזרה רגשית / נפשית להתמודדות עם הלחצים הקשורים בהתמודדותם השגרתית של הילדים עם ההורה החולה וסביב רגשותיהם כלפי ההורה, מסגרות טיפול מתאימות יכולות לאפשר ביטוי של הרגשות השונים במקום בטוח כמו טיפול.

המלצות נוספות כפי שעלו גם בספרות הינן לאפשר לילדים מתן מידע לפי רצונם וגילם אודות מחלת ההורה. המלצות למחקר המשך בתחום זה הינן לבחון באופן שונה את ההשפעה של חומרת מחלת ההורה, ניתן לקיים מחקר המבדיל בין האבחנות השונות למחלות נפש וההשפעה הייחודית של כל מחלה. מחקר נוסף מעניין

וחשוב יכול לבחון מהן אסטרטגיות ההתמודדות והמאפיינים האישיותיים הייחודיים לילדים אלו. בהמשך לממצאי המחקר הנוכחי ניתן לבחון את השפעת המגדר של ההורה ושל הילד, כאשר רצוי לבדוק במדגם גדול יותר את השפעה של קשר של בנות לאמהות חולות למול, בנות לאבות חולים, בנים לאמהות חולות ובנים לאבות חולים. כמו כן, לאור השפעות מעניינות במחקר הנוכחי הייתי ממליצה לערוך מחקר הבדק משתנים דמוגרפיים נוספים העשויים להשפיע על התמודדות הילדים כמו: גירושי הורים, מצב סוציו אקונומי, קבלת טיפול מטעם גורם מקצועי ועוד.

בנוסף, מעניין יהיה לבחון האם וכיצד התערבויות ייחודיות לאוכלוסיית ילדים להורה חולה נפש משפיעות על הסתגלותם, שינוי עמדותיהם והתנהגותם והבנתם את המצב הייחודי של הוריהם. לאור העובדה כי בעשור האחרון הנושא לא נחקר בארץ, כל מחקר בתחום עשוי לחדד יותר את הבנת התמודדותם הייחודית של ילדים אלו ועשוי לתרום רבות הן לספרות המחקרית בארץ ובעולם והן לפיתוח כלי התערבות הולמים יותר.

רשימה ביבליוגרפית

- אביב, ג. (2004). *הקשר בין התקשרות ומזג בינקות לבין התפתחות חרדה 11 שנים מאוחר יותר*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", אוניברסיטת חיפה.
- אבירם, א., זילבר, נ., לרנר, י., ופופר, מ. (1998). *חולי נפש כרוניים בישראל: אומדן מספרם ואפיוניהם*. *ביטחון סוציאלי*, 53, 92-105.
- אבירם, א., ורוזן, ה. (1998). *מדיניות ושירותים בתחום בריאות הנפש בישראל- הרפורמה המתוכננת לאור חוק ביטוח בריאות ממלכתי*. *חברה ורווחה*, י"ח, (1), 161-198.
- אורן, ח., והרפז, ש. (1994). *סטטוס מנטאלי*. בתוך: ח. שצמן וג. כץ (עורכות), *סיעוד חולי הנפש (עמ' 72-93)*. ירושלים: משרד הבריאות.
- אליצור, א. (1998). *סיווג המחלות בפסיכיאטריה ועקרונותיו*. בתוך: ח. מוניץ (עורך), *פרקים נבחרים בפסיכיאטריה*, עמ' 115-125. תל אביב: הוצאת פפירוס.
- בר-און, י., ופלדמן, ד. (2001). *תוכנית "סל שיקום" לנפגעי נפש ולמשפחותיהם בקהילה: מודל עבודה משולב בריאות ורווחה*. *ביטחון סוציאלי*, 61, 80-107.
- דרורי, י. ופלוריאן, ו. (1990). *שאלון הבריאות הנפשית (MHI) תכונות פסיכומטריות ונתונים נורמטיביים באוכלוסייה הישראלית*. *פסיכולוגיה*, ב, 26-35.
- הרר, י. (1996). *הסתגלות רגשית וחברתית אצל מתבגרים בעלי דפוס של היפוך תפקידים במשפחה*. חיבור לשם קבלת התואר המוסמך, אוניברסיטת חיפה, חיפה.
- וסרשטיין, ש., ונאון, ש. (1998). *מקבלי קצבת נכות כללית 1996-1997*. המוסד לביטוח לאומי, ירושלים.
- וינשטיין, ס. (2005). *תהליך ספרציה אינדיבידואלית וכישוריהם החברתיים של מתבגרים להורים עיוורים לעומת מתבגרים להורים שאינם עיוורים*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- כץ, ש. (2001). *איכות חייהם של אנשים עם נכויות המועסקים במפעלים מוגנים בצמון הארץ*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- כצנלסון, ע. (1995). *אבא, למה אמא עצובה? -כשהורה בדיכאון או חולה במחלת נפש, הילדים במלכוד, הורים וילדים*, 88, 46-48.
- לכמן, מ. (1998). *נתיבי החלמה של חולי נפש ממושכים*. עבודה לקבלת תואר דוקטור, בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש פאול ברוואלד, ירושלים: האוניברסיטה העברית.
- לנדה, פ. (1998). *מחלקת עצמאים- דגם ראשוני*. בתוך: מ. שניידמן (עורך), *התאמת המפרשים לשינוי בכיוון הרוח* (עמ' 81-85). טירת הכרמל: משרד הבריאות.
- סלע, פ. (1988). *שיקום חולי נפש- התערבות במעגל הכרוניות*. שיחות, 2, (3), 210-218.
- צוקר, א. (2003). *מצב תעסוקתי תמיכה חברתית ותקווה בקרב נפגעי נפש בקהילה*. עבודת גמר לקבלת התואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
- קלינגמן, א., רביב, ע., שטיין, ב. (עורכים) (2000). *ילדים במצבי חירום ולחץ-מאפיינים והתערבויות פסיכולוגיות*. ירושלים: משרד החינוך.

- קרן, נ. (1994). נכונות להשמה חוץ ביתית אצל הורים לחולי נפש בוגרים, עבודת M.A, בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן. שאלון
- לוי, ע. ומלמד, י. (1998). זכויות האזרח של חולי הנפש. רפואה ומשפט, 18, 41-42.
- לכמן, מ. (1998). שיקום פסיכוסוציאלי במדינת ישראל: נקודת מפנה? *חברה ורווחה*, י"ח, (1), 46-63, 63.
- לריה, י. ונוימן, מ. (1998). יחידת מיון והשהיה לצמצום אשפוזים כרוניים חוזרים. *חברה ורווחה*, י"ח, (1), 33-44.
- מי-עמי, נ. (2003). *מסמך רקע בנושא: ילדים להורים פגועי נפש*. הכנסת – מרכז מחקר ומידע.
- גולדברג, ר. (1990). *הסתגלותם של ילדים להורים סכיזופרניים ממעמד סוציו-אקונומי נמוך*, אוניברסיטת תל-אביב, ביה"ס לעבודה סוציאלית, תל-אביב.
- מלמד, ע. (1999). *הקשר שבין פתולוגיה אבהית, פתולוגיה ילדית ויחסי אב-ילד*, אוניברסיטת בר-אילן, המחלקה לפסיכולוגיה, רמת-גן.
- פינצי, ר. (1989). *השפעת התערבות קבוצתית קצרת-טווח על הסתגלותם של ילדים להורה חולה נפש*, אוניברסיטת תל-אביב, ביה"ס לעבודה סוציאלית, תל-אביב.

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S.N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alderson, P. (1992). Rights of children and young people, in Coote, A. (ed.) *The welfare Citizens*. London: Rivers Oram press.
- Aldridge, J., & Becker, S. (1993). *Children who care: Inside the world of young Carers*. Loughborough: Young Carers Research Group.
- Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness Perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol UK, Policy Press.
- Alexander, K.L., Bedinger, S.D., & Entwisle, D.R. (1994). When expectations work: Race and socioeconomic differences in school performance. *Social Psychology Quarterly*, 57,4, 283–299.
- Alvarez, A. (2005). *Attitudes and behaviors related to filial responsibility in Latino youth: Variations by birth order, gender and immigration age*. Unpublished Masters thesis. Georgia State University.
- American Psychiatric Association. (2007). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anthony, E.J., & Benedek, T. (1970). *Parenthood: Its psychology and psychopathology*. Boston: Little, Brown & Co.
- Anthony, E.J. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In: E.J. Anthony & C. Koupernik, (Eds.). *The child in his family: children at psychiatric Risk*, International Yearbook, 3, New York, Wiley.
- Appleby, L., & Dickens, C. (1993). *Mothering skills of women with mental illness*. British medical journal, 306, 348-349.
- Arindell, W.A., Eisemann, M., & Perris, C. (1994). *Parenting and psychopathology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Bakley, S. & Lynch, E.W. (1989). Serving young children whose parents are mentally Retarded, *Infants and young children*, 1, 26-38.
- Banks, P., Cogan, N., Deeley S., Hill, M., Riddell, S., & Tisdall, K. (2001). Seeing The invisible children and young people affected by disability. *Disability and Society*, 16,6, 797-814.
- Bar-on, Z., Shulman, S., Tzur, A. & Walsh, S. (2006). The role of Parentification and family climate in adaption among immigrant adolescents in Israel. *Journal of research*

- on adolescence , 16,(2), 321-350.
- Baydar, M.N., Reid, J., & Webster-Stratton, C. (2003). The role of mental health factor
And program engagement in the: effectiveness of a preventive parenting
Program for head start mothers. *Child development*,74, (5),1433-1453.
- Beach, S.R.H., Forehand, R., & Jones, D. J. (2000). Maternal and paternal parenting
During adolescence: forecasting early psychosocial adjustment. *Adolescence*, 35,
(139), 513-530.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., & Versage, E.M. (1998). Children of affectively ill
parents: a review of the last 10 years. *American journal of psychiatry*, 154, (4),
510- 515.
- Beauchaine, T.P., & Hinshaw, S.P. (2008). *Child and adolescent psychopathology*.
NY: John and Wiley sons inc.
- Becker, S. (2000). "Young carers" in M. Davis (ed). *The Blackwell encyclopedia of
Social work* ,Oxford: Blackwell.
- Becker, S., & Dearden, C. (1995). *Young carers: The facts*. Sutton, Read Buisness
Publishing community care.
- Becker, S., & Dearden, C. (1998). *Young carers in the UK: A profile*. London , carers
National association.
- Becker, S., & Dearden, C. (2000). *Growing up caring : vulnerability and transition to
Adulthood young carers experiences*. youth work press and Joseph Rowntree
foundation, London.
- Beidel, D.C., & Turner, S.M. (2005). *Childhood anxiety disorders: A guide to research and
treatment*. New York: Taylor and Francis.
- Berry, C., Lesko, L.M., Ostroff, J.S., & Woolverton, K.S. (1996). Use of the Mental Health
Inventory with Adolescents: A Secondary Analysis of the Rand Health Insurance
Study. *Psychological Assessment*, 8(1), 105-107.
- Bilsborrow, S. (1992). *You grow up fast as well... ' young carers on Merseyside*.
Liverpool, Carers National Association, Personal Services Society and Bernandos.
- Blanch, A., Nicholson, J., & Purcell,J. (1994). Parents with severe mental illness and
Their children: the need for human services integration. *Journal of Mental
health administration*, 21, 388-396.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic
Study of the Child*,22, 162-186.
- Bonszormeny- Nagi, J & Spark, G.M. (1973). *Invisible loyalties*, New York, Harper &
Row.

- Boivin, M & Larose, S. (1997). Structural Relations among Attachment Working Models of Parents, General and Specific Support Expectations, and Personal Adjustment in Late Adolescence. *Journal Of Social And Personal Relationships*, 14,5,579-601.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. Vol.I: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J.(1988). *A secure base*. New York: Basic Books. BF575. A86 B6.
- Boydell, K.M., Gladstone, B.M. & Mckeever, P. (2005). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social science & Medicine* ,62, 2540-2550.
- Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., Mannassis, K., & Swinson, R.P. (1994). Attachment in Mothers with anxiety disorders and their children. *Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry*, 33, (8), 1106-1113.
- Braynt, C.M., Conger, R.D., Cui, M. C., & Elder, G.H. (2002). Parental behavior and the quality of adolescent friendships: a social contextual perspective. *Journal of Marriage and Family*, 64, 3, 676-689.
- Brennan, P.A., Hammen, C., & Shih, J.H. (2004).family discord and stress predictors of Depression and other disorders in adolescent children of depressed and nondepressed Women . *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 43, 994-1002.
- Browning, J., & Duncan, G. (2009). Adult attachment in children raised by parents with Schizophrenia. *Journal of Adult Development*, 16, 76-86.
- Brooks-Gunn J., Klebanov P. K., & Smith J.R. (1997). Consequences of living in poverty for young children's cognitive and verbal ability and early school achievement. In: Duncan GJ, Brooks-Gunn J, (Eds). *Consequences of growing up poor*. New York: Russell Sage Foundation,132-189.
- Buist, A. (1998). Mentally ill families: when are the children unsafe?. *Australian family Physician*, 27, 261-265.
- Burnsnall, S., Cannon, T., Chiu, J. & Pakenhm, K.I. (2006). The psychological impact of Caregiving on young people who have a parent with an illness or disability: comparisons Between young caregivers and non-caregivers. *Rehabilitation Psychology*, 51, (2), 113 - 126.
- Burnsnall, S., Cannon, T., Chiu, J. & Pakenhm, K.I. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of health Psychology*, 12, (1), 89-102
- Burton, L. (2007). Childhood adultification in economically disadvantage families: a conceptual Model. *Families relations*, 56, 329-345.

- Bybee, D., Lewandowski, L., Mowbray, C.T. & Oyserman, D. (2004). Children of mothers Diagnosed with serious mental illness: Patterns and predictors of service use. *Mental Health services research*, 6, 167-183.
- Cafasso, L., & Miller, B. (1992). Gender differences in caregiving: fact or artifact?. *The Gerontologist*, 32, 498-507.
- Caplan, G., & Killilea, M. (1976). *Support systems and mutual help : multidisciplinary explorations*, New York : Grune & Stratton.
- Carroll, J.M., & Russell, J.A. (1999). On the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological Bulletin*, 125,(1) 3-30.
- Caton, C.L.M., Cournos, F., Felix, A. & Wyatt, R.J. (1998). Childhood experiences and current adjustment of offspring of indigent patients with Schizophrenia. *American psychiatry association*, 49, 86-90.
- Chase-Lansdale, P.L., & Duncan, G., (2001). Welfare reform and child well-being, In: R. Blank & R. Haskins, Eds, *The New World of Welfare*, 391–417, Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Champion, J.E., Compas, B.E., Jaser, S.S Potts, J.E., Reeslund, K. L., Shears, A.R. & Simmons, L. (2009). Caretaking behaviors by adolescent children of mothers with and Without a history of depression. *J Fam psychol*, 23 (2).
- Chang, E.C., D'Zurilla, T.J., & Maydeu- Olivares, A. (1997). Optimism and pessimism As partially independent constructs: Relationship to positive and negative Affectivity and psychological well- being. *Personality and individual differences*, 23, 433-440.
- Charman, T., Fonagy, P., & Redfern, S. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British journal of developmental psychology*, 15, 51-61.
- Cheung, W.Y., Doubtfire, S., Jackson, S., Stainton, T., Thomas, N. & Webb, A. (2003). Young Friends don't understand: invisibility and unmet need in the lives of "young carers". *Child And family social work*, 8, (1), 35-46.
- Cheyney, R., Greenberg, B., Griffin, D.K., & Rozenberg, H. (1996). A comparison of self Esteem and job satisfaction of adult with mild mental retardation in sheltered workshops And supported employment. *Education and training in mental retardation and Developmental disabilities*, 12, 147-157.
- Children of parents affected by a mental illness*, Report prepared by Australian Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health Association, for the Commonwealth Department of Health and Aged Care, March 2001.

- Chiodo, D., Hurley, D., Leschied, A. W. & Whitehead, P.C. (2005). The relationship Between maternal depression and child outcomes in a child welfare sample: implications for treatment and policy. *Child and family social work*, 10, (4), 281-291.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A. & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk : contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and psychopathology*. 10, 283-300.
- Clarke, H. & Olsen, R. (2003). *Parenting and disability: disabled parents' experiences Of raising children*. Bristol: the policy press.
- Cleaver, H., Unell, I. & Aldgate, J. (1999). *Children's needs- parenting capacity: the Impact of parental mental illness, problem alcohol and drug use, and domestic Violence on children's development*, London: The Stationery Office.
- Cogan, N., & Mayes, G., & Riddell, S. (2005). Children living with an affectively ill parent: How do they cope? *Educational & child psychology*, 22, 4, 16-28.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. & Hoberman, H.M. (1985). Measuring the functional components of social support In Sarason, I. & Sarason, B. (Eds) *Social support: theory, research and applications*, 73- 94, Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- Compas, B.E., & Grant, K.E (1995). Stress and anxious- depressed symptoms of anxiety and depression among adolescents: Searching for mechanisms Of risk. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 63, 1015-1021.
- Compas, B.E., Epping-Jordan, J.E., Grant, K.E., Howell, D.C., Malcarne, V., Mireault, G., & Worsham, N.L. (1994). When mom or dad have cancer: markers Of psychological distress in cancer patients, spouses and children. *Health Psychology*. 13, 507-515.
- Compas B., Ey S., & Worsham N. (1997). Children coping with parental illness. In: Wolichik S., Sandler I., (eds). *Handbook of Children's Coping; Linking Theory and Intervention*. New York: Plenum. 195–213.
- Conger, J.K., Conger, R. D., Lorenz, F.O., & Melby, J, N. (1993). Effects of parental Behavior on tobacco use by young male adolescents. *Journal of marriage and the Family*, 55, 439-454.
- Conger, R. D., Elder, G. H., Jr. (1994). *Families in troubled times: Adapting to change in rural America*. New York : Aldine de Gruyter.
- Conger, R. D., Neppel, T. K., Ontai, L.L., & Scaramell, L.V. (2008). Consequences of socioeconomic disadvantage across three generations: Parenting behavior and child externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 22,5, 725-733.

- Coombes, Y., & Imrie, J. (1995). *No time to waste: the scale and Dimension of the problem of children affected by HIV/AIDS in the United Kingdom*. Ilford: Barnardo's.
- Coulthard, H., Harris, G., Oyeboode, F., Schofield, Gillian., Vostanis, P. & Walsh, J. (2009). Attachment and coping strategies in middle childhood children whose mothers have a mental health problem: implications for social work practice. *British journal of social work*. 39, 81-98.
- Cree, V.E. (2003). Worries and problems of young carers: issues for mental Health. *Child and family social work*. 8, 301-309,
- Cribb, J., Huline- Dickens, S., Norman, P., Salter, E. & Stallard, P. (2004). The Effects of parental mental illness upon children: a descriptive study of the Views of parents and children. *Clinical child psychology and psychiatry* ,9, (1), 39-52.
- Cuff, R., & Pietsch, J. (1997). *Hidden children: families caught between Two systems. An Interim Report: Developing programs for dependent Children who have a parent/s with a serious mental illness*. Parkville: Mental Health research institute.
- Marital conflicts .(Cummings, E.M., Emery, R.E., Goeke-Morey, M.C. & Peris, T.S. (2008). And support seeking by parents in adolescence: Empirical support for the parentification Construct. *Journal of family psychology*, 22, 3, 633-642.
- Cytryn, L., McKnew, D.H., Bartko, J.J., Lamour, M. & Hamovitt, J. (1982). Offspring of patients with affective disorder II. *Journal of the American Academy of child psychiatry*, 21,4, 389-391.
- Davis- Kean, P. E. (2005). The influence of parent education and family income on child achievement: The indirect role of parental expectations and the home environment. *Journal of Family Psychology*.19,294–304.
- Dearden, C., & Becker, S. (1998). *Young carers in the UK: A profile*, London: Carers National association.
- DeChillo, N., Hallahan, C., & Matotin, S. (1987). Children of psychiatric patients: Rarely seen or heard. *Health and social work*, 12, 4, 296-302
- Deegan, P.E. (1988). Recovery: the lived experience of rehabilitation. *Psychological Rehabilitation journal*, 11, (4), 11-19.
- Devlin, J.M. & O' Brien,L.M. (1999). Children of parents with mental illness: An overview from a nursing perspective. *Australian and New Zealand Journal Of Mental health nursing*, 8, 19-29.
- Dickens, R., & Marsh, D.T. (1998). *How to cope with mental illness in your family: a selcare guide for sibling, offspring and parents*. New York: J.P Tarcher / Putnam.

- Dowling, R.M. (1999). Parenting the twenty four hour, seven days a week job. In Cowling, V (Eds.). *Children of parents with mental health*, Melbourne Australian Council for Educational Research.
- Duck, S. (1994). *Understanding relationship*. New York: The Guilford Press.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychotic mother: A retrospective study. *American orthopsychiatric association*.63, (2),177-189.
- Duncan G.J., Brooks-Gunn J., & Klebanov P.K. (1994). Economic deprivation and early childhood development. *Child Development*.;65:296–318.
- Dura, J. R., Haywood-Niler, E., & Kiecolt- Glaser, J.K. (1990). Spousal caregivers of Persons with Alzheimer's and Parkinson's disease dementia: a preliminary Comparison. *The gerontologist*, 30, 332-336.
- Duryea, M.M. (2007). *Mothers with chronic physical illness and the parentification of their children*. Doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.
- Duvdevany, I., Moin, V. & Yahav, R. (2005). Children's feelings toward parents in the Context of parental disability. *International Journal of Rehabilitation research*, 28,3, 259-262.
- Edlund, B., Knutsson- Medin, L., & Remklint, M. (2007). Experiences in a group of grown up children of mentally ill parents. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14, (8), 744-752.
- Elliott, A. (1992). *Hidden Children: A Study of Ex-Young Carers of Parents with Mental Health Problems in Leeds*. Leeds: City Council, Department of Social Services.
- Emery, R.E., Neale, J.M. & Weintraub, S. (1982). Effects of marital discord on the School behaviour of children of schizophrenic, affectively disordered, and Normal parents. *Journal of Abnormal child psychology*, 10, 215-228.
- Engels, R.C.M.E., Dekovic, M., & Meeus, W. (2002). Parenting practices, social Skills and peer relationships in adolescents. *Social behavior and personality*, 30, (1), 3-18.
- Ervast, S.A., Huupponen, M., & Polkki, P. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social work in health care*, 39, (1/2), 151-163.
- Fabian, E.S. (1992). Supported employment and the quality of life: does a job make A difference? *Rehabilitation counseling Bulletin*, 36,2, 84-97.
- Falkov, A. (1997). Parental psychiatric disorder and child maltreatment Part II: extent and nature of the association, *Highlight*, 149, London: National Children's Bureau.
- Farrell, G.A., Hanke, A., Handley, C., Hazelton, M. & Josephs, A. (2001). The Tasmanian

- children's project: The needs of children with a parent/caregiver mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 221-228.
- Feldman, R.A., Jung, K.G., & Stiffman, A.R. (1987). *Children at risk: in the Web of parental mental illness*. New Brunswick: Rutgers.
- Finzi, R., & Stange, D. (1998). Short term group intervention as a means of improving the adjustment of children of mentally ill parents. *Social work with groups*, 20, 4,69-80.
- Flowers, A.F., Ludtke, H.A., & Schneider, H.G. (1996). Social support and adjustment in Mothers with young children. *Journal of divorce and remarriage*, 25.
- Frankel, K.A., & Harmon, R.J. (1996). Depressed Mothers: They Don't Always look as bad as they feel. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(3):289-298.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotions and Coping during three stages of college examination. *Journal of personality and social Psychology*, 48, 150-170.
- Free, K., Klimes-Dougan, B., Radke- Yarrow, M., Ronsaville, D., Stilwell, J. & Welsch, J.C. (1999). Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of Depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*, 38, 651-659.
- Freedman, R.I., & Lynch- Fesko, S. (1996). The meaning of work in the lives of people With significant disabilities: consumer and family perspectives. *The Journal of Rehabilitation*, 62,3, 49-55.
- Fudge, E., & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian e- Journal for the advancement of mental health (AeJAMH)*, 3 (2).
- Retrieved May 20, 2010 from the World Wide Web:
<http://amh.e-contentmanagement.com/archives/vol/3/issue/2/article/3379/consulting-with-young-people-about-service>
- Garmezy, N.(1974). Children at risk: the search for the Antecedents of schizophrenia, part 2: on going research programs. Issues and Intervention, *Schizophrenia Bulletin*, 9, 55-125.
- Gates, M.F. & Lackey, N.R. (2001). Adults' recollections of their experiences as young Caregivers of family members with chronic physical illnesses. *Journal of advanced*

- Nursing*, 34, (3), 312-324.
- Gopfert, M., Webster, J., & Seeman M.V. (1996). *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families*, Cambridge: Cambridge university press.
- Gopfert, M., Webster, J., & Seeman M.V. (2004). *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families*, (second ed). Cambridge: Cambridge university Press.
- Gorell Barnes, G. (1996). The mentally ill parent and the family system, in Gopfert, M., Webster, J., & Seeman M.V. (Eds). *Parental psychiatric disorder : Distressed, parents and their families* ,42-59, Cambridge university press
- Graham, P., Richman, N., & Stevenson, J. (1982). *Pre school to school: a behavioral Study*. Academic press, London.
- Gregg, P., Harkness, S., & Smith, S. (2009) . Welfare Reform and Lone Parents in the UK. *The Economic Journal*, 119, 535, F38–F65
- Green, F.P., & Schleien, S.J. (1991). Understanding friendship and recreation: a Theoretical sampling. *Therapeutic recreation Journal*, 25, 4, 29-40.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood, In Cassidy, J. and Shaver, P.R (eds), *handbook of attachment: theory, research and clinical applications*, London, Guilford.
- Hall, J. (1996). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. in: M, Gopfert., Webster, J., & Seeman M.V. (Eds). *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families* (2-15). Cambridge university press Cambridge.
- Hamilton, E., Hammen, C., & Jones, M. (1993). Maternal interaction style in affective Disorder, physically ill & normal woman. *Family process*, 32, (3), 329-340.
- Handley, C., Hanke, A., Hazelton, M., Farrell, G.A. & Josephs, A. (2001). The Tasmanian Children's project: the needs of children with a parent / carer with a mental illness. *Australian and New Zealand journal of mental health nursing*, 10, (4), 221-228.
- Hare, E. H. & Shaw, G. K. (1965). A study. In family health:II A comparison of the health of fathers, mothers and children. *British Journal of psychiatry*, 111, 467-471.
- Heiman., T. (2000). Friendship quality among children in three educational setting. *Journal of intellectual & developmental disability*, 25, (1), 1-12.
- Hill, J. (1996). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. in: Gopfert, M., Webster, J., & Seeman M.V. (Eds). *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families* (PP. 7-16). Cambridge university press. Cambridge,

- Hindle, D. (1998). Growing up with a parent who has a chronic mental illness: one child perspective. *Child and family social work*, 3, (4), 256-269.
- Hinshaw, S.P. (2004). Parental mental disorder and children's functioning: silence and Communication, stigma and resilience. *Journal of clinical child and adolescent Psychology*, 33, (2), 400-411.
- Hipwell, A.E., Goossens, F.A., Melhuish, E.C., & Kumar, R. (2000). Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and psychopathology*, 12, 157-175.
- Hoefnagels, C., Meesters, C., & Simenson, J. (2007). Social Support as Predictor of Psychopathology in the Adolescent Offspring of Psychiatric Patients. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 1, 87-101.
- Horn, R.A., Horn, S.D., Chambers, A.F., & Sharkey, P.D. (1989). Psychiatric severity Of illness. *Medical care*, 27, (1), 69-83.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: attachment, development and intervention*. Basingtoke, Macmillan.
- James, C.L., Weeks, D.J., & Worland, J. (1987). Predicting mental health in children at risk. In E. J. Anthony (Ed.), *The invulnerable child*. (pp. 185-210). N.Y: Guilford press.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods: the plight of the parentified child*. New York, Brunnerq Mazel.
- Kavanagh, S. & Knapp, M. (1996). 'At the crossroads of health policy, Health economics and family policy: whose interest to provide a family oriented service?', in Gopfert, M., Webster, J., & Seeman, M.V. (Eds). *Parental psychiatric disorder : Distressed parents and their families*, 335-347, Cambridge : Cambridge University Press.
- Kelly, M. (1999). Approaching the last resort: A parent's view. In Cowling, V (Eds.). *Children of parents with mental health. Melbourne Australian council for Educational research*.
- Kerens, K.A., & Richardson, R.A. (2005). *Attachment in middle childhood*. New York, Guilford press
- Kessler, RC., Mcleod, JD & Wethington, E. (1987). The importance of life events for explaining sex differences in psychological distress. In: Barnett, Rc., Biener, L., Baruch, Gk., editors. *Gender and stress*. New York, Free press, 144-156.
- Knight, B.G., & Lutzky, S.M. (1994). Explaining gender differences in caregiving distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Journal of psychology and Aging*, 9, 4, 513-519.
- Kobak, R., Rosental, N. & Sherwick, A. (2005). The attachment hierarchy in middle

- Childhood : conceptual and methodological issues, In Kerens, K.A. and Richardson, R.A. (eds), *Attachment in middle childhood*, London, Guilford
- Ladd, G.W. (1988). Friendship patterns and peer status during early and middle Childhood. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 9, 229-238
- Lancaster, S. (1999). Being there: how parental mental illness can affect children. In Cowling, V (Eds.). *Children of parents with mental health*, Melbourne Australian Council for Educational Research.
- Landells, S., and Pritlove, J. (1994). *Young Carers of a Parent with Schizophrenia*, Leeds: City Council, Department of Social Services
- Last, C.G., & Weiss, D.D. (2001). *The developmental psychopathology of anxiety*. Oxford: Oxford university press
- Lazarus, R.S. (1971). The concept of stress. In Levi, L. (Ed). *Society Stress and Disease*, 1, Oxford University, London.
- Lerner, H.E. (1980). Internal prohibitions against female anger. *The American Journal of Psychoanalysis*, 40, 137-148.
- Luntz, J. (1995). The invisible dimension in mental health – children whose parents Suffer from a serious mental illness. *Australian social work*, 48, 19-27.
- Luthar, S.S. & McMahon, T.J. (2007). Defining characteristics and potential consequences of Caretaking burden among children living in urban poverty. *American journal of Orthopsychiatry*, 77, (2), 267-281.
- Marlowe, J. (1996). Helpers, helplessness and self help: "shaping the silence": a Personal account, In Gopfert, M., Seeman, M.V. & Webster, J. (Eds). *Parental Psychiatric disorder, distressed parents and their families*, Cambridge: Cambridge University Press ,135-151.
- Masten, A.S., Garmezy, N., Tellegen, A., Pellegrini, D., Larkin, K., & Larasson, A. (1988). Competence and stress in school children: the moderating effects of Individual and family qualities. *Journal of child psychology and psychiatry*, 29, 745-764.
- Maybery, D., Ling, L., Reupert, A. & Szakacs, E. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Australian e-Journal for the advancement of mental health* 4,2.
- McMahon, R., & Peters, R. (Eds.) (2002). *The effect of parental dysfunction on children*, New York: Kluwer Academic / Plenum Publisher.
- Mednick, S.A., Moller, L., Parnas, j., Petersen, E.T., Schulsinger, F., Schulsinger, H., Silverton, L., & Teasdale, T.W. (1984). Cerebral ventricular Size in the offspring of

- Schizophrenic mothers, A preliminary study. *American Medical association*, 41,6.
- Meredith, H.(1991). Developing support for young carers. *The Carer*, January.
- Morrison, D .(1993). Family preservation and poor families: when "homebuilding" is Not enough. *Families in society: The Journal of Contemporary- Human Services*, 74, (9), 545-556.
- Mowbray, T.C., Oyserman, D., & Ross, S. R. (1995). Parenting and the significance Of children for woman with a serious mental illness. *Journal of Mental Health Administration*, 22, (2),189-200.
- Mowbray, T.C., Swartz, S., Bybee, D., Spang, J., Rueda- Riedle, A. & Oyserman, D. (2000). Mothers with mental illness: stressors and resources for parenting and Living. *Families in Society*, 81, (2), 118-129.
- Murphy, M.A. (1988). Rejection, stigma and hope. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, (2), 185-188.
- Nagin, D.S., & Tremblay R.E. (2001). Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys from kindergarten to High School. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58:389–394.
- Neale, J.M. & Weintraub, S. (1984). The Stony Brook High –Risk Project. In N.F. Watt, E.J. Anthony, L.C. Wynne, & J.E. Rolf (Eds.), *Children at risk for Schizophrenia Alongitudinal Perspective* , 243-263, New York: Cambridge University Press.
- O'Connell, K.L. (2008). What can we learn? Adult outcomes in children of seriously mentally ill mothers. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*, 21, (2), 89-104.
- Olsen, R. (1996). 'Young carers :Challenging the facts and politics of research into Children and caring'. *Disability and society*, 11, (1), 41-54.
- Ostman, M. (2008). Interviews with children of persons with severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nordic journal of psychiatry*, 62, (5), 354-359.
- Paulson, L.A., Tibbo, P., & Valiakalayil, A. (2004). Burden in adolescent children of parents With Schizophrenia: the Edmonton high risk project. *Social psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 39, (7), 528-535.
- Quinton, D., & Rutter, M. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological medicine*, 14, 853-880.
- Rice, K.G. (1990). Attachment in adolescence: a narrative and meta- analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 19, 511-538.
- Riebschleger, J. (2004). Good days and bad days: the experiences of children of parent with

- a Psychiatric disability. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28, (1), 25-31.
- Rimmerman, A. (1986). Impairment, disability and handicap: dilemmas and Conceptual clarification. *Special education and rehabilitation*, 1, 29-39.
- Rogers, S. J. & White, L.K. (1998). *Satisfaction with parenting; the role of Marriage and family*, 60, 293-308.
- Rogers, S. J. (1995). Work is the key to recovery. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18, 4, 5-10.
- Russell, J.A., and Carroll, J.M. (1999). on the bipolarity of positive and negative affect. *Psychological bulletin*, 125, 3-30.
- Rutter, M. (1989). Psychiatric disorder in parents as a risk factor for children. *Psychological medicine*, 14, 853-880.
- Sanders, M.R. (1992). Enhancing the impact of behavioral family intervention with Children: emerging perspectives. *Behavioral change*, 9, 115-119.
- Sandler, I. N. & Wolchik, S. A., (Eds.). (1997). *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention*. New York : Plenum Press.
- Sands, R. (1995). The parenting experience of low income single woman with a serious Mental disorder. *Families in society: The journal of contemporary human services*, 76, (2), 86-95.
- Shotten, J.H. (1985). The family interview, *Schizo Bull*, 11 (2).
- Seeman, M.V. (1996). The mother with schizophrenia. In Gopfert, M., Webster, J., & Seeman, M.V. (Eds). *Parental psychiatric disorder distressed parents and their Families*, (190-200). Cambridge : University press.
- Slicker, E. K. (1998). Relationship of parenting style to behavioral adjustment in graduating high school seniors. *Journal of Youth and Adolescence*, 27, 345-372.
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and family social work*, 9, 3-11.
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: the impact of parental illness on children. *British Journal Of Social Work*, 37(8):1319-1334.
- Thoman, I., & Kalucy, R. (2003). Parents with mental illness: lackin Parent. *International journal of mental health nursing*, 12, 153-157.
- Thurman, S.K. (1985). *Children of handicapped parents: Research and clinical Perspectives*, Orlando: Academic press.
- Tunnard, J. (2004). *Parental mental health problems key messages from research, policy and practice*. dartington, Research in practice.
- Vautier, S., Raufaste, E. (2003). Measuring dynamic bipolarity in positive and negative

- Activation, *Assessment*, 10, 49-55.
- Veit, C.T., & Ware, J.E. (1983). The structure of psychological stress and well-Being in general population. *Journal of consulting and clicnical psychology*, 51, 730-742.
- Wilmshurts, L. (2005). *Essentials of child psychopathology*. NY: Wiley.
- Wolchik, S.A & Sandler, I.N. (1997). *Handbook of children's coping*, New York, Plenum Press.
- World health organization (1982). *Manuals on child mental health and psychosocial Development*. Geneva, Swizerland: WHO
- Yahav, R. (2003). Child's feelings toward parents questionnaire (CFTPQ). In I. Duvdevany, R.Yahav, & V. Moin.(2005). *Unity of opposites: parental- child's Feelings toward parents in the comtext of parental disability: Two dimensional Approach. Unpublished Manuscript*.
- Young Carers Research group, Loughborough University. (1994). *Partners in caring: A Briefing for professionals about young carers*. Loughborough: Department of Social Sciences.

נספח מס-1 – כתב הסכמה

כתב הסכמה

שלום רב,

שמי רחל לונדון, אני עובדת סוציאלית ותלמידת תואר שני בבית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת חיפה.

במסגרת לימודי באוניברסיטה אני עורכת מחקר שבאמצעותו אנסה להבין ילדים להורה עם מחלת נפש. המחקר בהנחייתה של ד"ר אילנה דבדבני.

מחקר זה בא על מנת להבין יותר את חוויית הגדילה של ילדים להורה עם מחלת נפש.

אני מאמינה כי מחקר זה יוכל לתרום גם לך ולבני משפחתך.

לפניך שאלון את/ה מתבקש/ת לענות עליו במלואו. ניתן בכל שלב להפסיק את השאלון אם תרצי / ה בכך ולפרוש מהמחקר ללא כל השלכות שליליות.

השאלון הינו אנונימי, שמך אינו מופיע וכך לגבי כל פרט מזהה אחר. הנושאים שיאספו הינם לצרכי הרחבת הידע בנושא ולא יעשה בהם שימוש אחר. נוסח השאלונים בלשון זכר אך הכוונה הינה לשני המינים.

ניתן לפנות לקבלת מידע נוסף בטלפון- 052-3344585, או במייל- Rahelondon@gmail.com

אודה לך על הסכמתך וחתימתך במקום המיועד לכך,

לכבוד:

רחל לונדון

אני _____ מאשר הסכמתי להשתתף במחקר. תאריך: _____

חתימה _____

במידה והינך מתחת לגיל-18 אבקש למלא את הפרטים הבאים:

אני מאשר שבני / בתי יענה על השאלון, שם נותן ההסכמה: _____ ת.ז.: _____

חתימת ההורה _____ חתימת הילד _____

תודה על שיתוף הפעולה,

רחל לונדון

נספח מס-2 שאלון לילדים להורה נפגע נפש

אוניברסיטת חיפה

בית הספר לעבודה סוציאלית

שלום רב,

הינך מתבקש לענות על שאלונים אלו. השאלונים מיועדים למטרות מחקר בלבד. המענה עליהם הוא בעילום שם ולכן לא ניתן יהיה לזהות אותך. תוצאות המחקר חשובות לנו ולכן נשמח אם תענה על השאלות בכנות.

תודה על שיתוף הפעולה.

שאלון א'

1. גיל: _____
2. מגדר:
 - א. זכר
 - ב. נקבה
3. ארץ לידה
4. עיר מגורים
5. כמה ילדים אתם במשפחה:
6. מיקומך במשפחה בין הילדים: 1 2 3 4 5 6
7. מי מבין הורייך חולה במחלת נפש:
 - א. אב
 - ב. אם
8. גילך כאשר ההורה חלה במחלת הנפש: _____
9. כמה פעמים אושפז ההורה שלך? _____
10. מתי השתחרר ההורה מאשפוזו האחרון?
 - א. לפני יותר משלוש שנים
 - ב. לפני יותר משנה, אך פחות משלוש שנים
 - ג. לפני פחות משנה
11. עבודת ההורים:

א. מקצוע האב: _____

ב. מקצוע האם: _____

12. השכלת ההורים:

א. השכלת האב: _____

ב. השכלת האם: _____

13. תעסוקת ההורה:

אב: עובד / לא עובד

אם: עובדת / לא עובדת

14. האם אתה גר כיום עם ההורה החולה: כן / לא

שאלון ב'

לפניך שאלון הבודק את תפיסותיך לגבי עצמך במהלך החודש האחרון. הקף/י בעיגול את התשובה המתאימה.

1) עד כמה היית מאושר או שבע רצון מחייך האישיים?

א. מאושר ביותר, לא יכולתי להיות יותר שבע רצון או מרוצה.

ב. אני מאושר מאוד רוב הזמן.

ג. בדר"כ שבע רצון ומרוצה.

ד. לעיתים די שבע רצון, לעיתים די מאושר.

ה. בדרך כלל לא שבע רצון ולא מאושר.

ו. מאוד לא שבע רצון, לא מאושר רוב הזמן.

2) כאשר הועמדת בחודש האחרון בפני מצבים לא צפויים או של התרגשות, באיזו תדירות

הרגשת חוסר מנוחה או עצבנות?

א. תמיד.

ב. לעיתים קרובות מאוד.

ג. לעיתים די קרובות.

ד. לפעמים.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

3) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת אהוב ורצוי?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

4) כאשר קמת בבוקר, באיזו תדירות צפית שיהיה לך יום מעניין?

א. תמיד.

ב. לעיתים קרובות מאוד.

ג. לעיתים די קרובות.

ד. לפעמים.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

5) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת מתוח ונוח לכעוס?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

6) במהלך החודש האחרון, האם חשת שאתה שולט על מחשבותיך, רגשותיך והתנהגותך?

א. כן, באופן מוחלט מאוד.

ב. כן, לרוב.

ג. כן, אני מניח כך.

ד. לא, לא כל-כך.

ה. לא, ואני מודאג.

ו. לא, ואני מאוד מודאג.

7) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן, הרגשת שליו ונינוח?

- א. כל הזמן
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

8) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת עצוב?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

9) במהלך החודש האחרון, באיזו תדירות הרגשת שאתה נוטה לבכות?

- א. תמיד
- ב. לעיתים קרובות מאוד.
- ג. לעיתים די קרובות.
- ד. לפעמים.
- ה. כמעט אף פעם לא.
- ו. אף פעם לא.

10) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן, היית מסוגל להגיע לרגיעה ללא כל קושי?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

11) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת שיחסי האהבה שלך היו מלאים

ומושלמים?

- א. כל הזמן
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

12) במהלך החודש האחרון, באיזו תדירות הרגשת ששום דבר לא מסתדר כמו שרצית?

- א. תמיד
- ב. לעיתים קרובות מאוד.
- ג. די מוטרד ועצבני.
- ד. קצת מוטרד מספיק כדי לשים לב לכך
- ה. מוטרד רק מעט, לא עצבני.
- ו. לחלוטין לא מוטרד מזה.

13) במהלך החודש עד כמה חשת מעוצבן?

- א. באופן קיצוני עד לנקודה שבה לא יכולתי לטפל בדברים.
- ב. מאוד מוטרד
- ג. די מוטרד מעצבי.
- ד. קצת מוטרד מספיק כדי לשים לב לכך.
- ה. מוטרד רק מעט מעצבי.
- ו. לחלוטין לא מוטרד מזה.

14) במהלך החודש האחרון, עד כמה חשת שחיך נפלאים?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

15) במהלך החודש האחרון, האם אי פעם חשבת שעדיף לא לחיות?

א. כן, לעיתים קרובות מאוד.

ב. כן, לעיתים קרובות.

ג. כן, מספר פעמים.

ד. כן, פעם אחת.

ה. לא, אף פעם לא.

16) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת חסר מנוחה, שלווה או סבלנות?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

17) במשך החודש האחרון, עד כמה הרגשת מעודד?

א. כל הזמן

ב. רוב הזמן

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

18) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן היית אדם מאושר?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

19) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן היית במצב רוח מדוכדך?

א. תמיד, כל היום.

ב. כמעט כל היום.

ג. רוב הימין.

ד. מספר ימים אבל בדרך כלל לא.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

20) במשך החודש האחרון, עד כמה הרגשת רענן ונינוח כשקמת בבוקר?

א. תמיד, כל היום.

ב. כמעט כל היום.

ג. רוב הימים.

ד. מספר ימים אבל בדרך כלל לא.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

21) במשך החודש האחרון, האם הרגשת שהינך נמצא תחת מאמץ יתר, מתח או לחץ?

א. כן, כמעט מעבר למה שאני יכול לעמוד בו או לשאת.

ב. כן, די הרבה לחץ.

ג. כן, במידה מסוימת יותר מהרגיל.

ד. כן, במידה מסוימת, אבל די רגיל.

ה. כן קצת.

ו. לא, בכלל לא.

שאלון ג'

השאלון הבא בודק כיצד הינך נוהג/ת להסתייע. השאלון מורכב מרשימת משפטים שכל אחד מהם יכול להיות נכון או לא נכון לגביך. סמני בעיגול את התשובה המתאימה. כאשר שתי התשובות אינן נראות לך מתאימות או קשה לך לענות על השאלה, גם אז חשוב שתבחרי/י באחת מן האפשרויות שמתארת אותך בצורה נכונה יותר מהאחרת.

1. יש לפחות אדם אחד שאני מכיר/ וסומך באמת על עצתו / לא נכון / לא נכון
2. יש מספר אנשים שאני נהנה לבלות בחברתם בשעות הפנאי / לא נכון / לא נכון
3. אם אהיה חולה ואזדקק שמישהו יסיע אותי לרופא, תהיה לי בעיה למצוא מישהו. / לא נכון / לא נכון
4. אני מסוגל לעשות דברים בצורה טובה כמו רוב האנשים / לא נכון / לא נכון
5. אין מישהו שאני יכול לבטוח בו שייתן לי עצה בתחום הכספי / לא נכון / לא נכון
6. כאשר אני חש בודד יש מספר אנשים שאוכל להתקשר אליהם ולשוחח / לא נכון / לא נכון
7. אם מסיבה כלשהי אהיה בכלא, יש מישהו שאוכל לצלצל אליו / לא נכון / לא נכון
8. שישחרר אותי בערבות / לא נכון / לא נכון
9. בדרך כלל אנשים לא סומכים עליי / לא נכון / לא נכון
9. אם יתעורר אצלי משבר משפחתי, כמה מחברי / חברותי יוכלו לתת לי עצה להתמודד עם המצב / לא נכון / לא נכון
10. בדרך כלל אני נפגש ומשוחח עם בני משפחה וחברים / לא נכון / לא נכון
11. אם אזדקק לעזרה בהעברת דירה, אתקשה למצוא מישהו שיעזור לי. / לא נכון / לא נכון
12. יש מישהו הגאה בהישגים שלי / לא נכון / לא נכון
13. יש מישהו שאוכל לבקש ממנו עצה לגבי שינוי מקום עבודה, / לא נכון / לא נכון
- או מציאת מקום חדש / לא נכון / לא נכון
14. אם אחליט אחר הצהריים שאני רוצה ללכת בערב לסרט, אוכל למצוא מישהו שילך איתי / לא נכון / לא נכון
15. אם אזדקק להסעה לשדה התעופה מוקדם מאוד בבוקר, יהיה לי קשה למצוא מישהו שייקח אותי / לא נכון / לא נכון
- נכון / לא נכון
16. אני מרוצה מחיי יותר מאשר רוב האנשים מרוצים מחייהם / לא נכון / לא נכון
17. אין אף אחד שיכול לתת לי חוות דעת על האופן שבו אני מתמודד /ת עם בעיותיי / לא נכון / לא נכון
18. אני חש/ה שאני נמצא/ת בשוליים של המעגל החברתי שלי. / לא נכון / לא נכון
19. אם אצטרך לשלוח מכתב דחוף שעה קצרה לפני סגירת הדואר ולא אוכל לעשות זאת בעצמי, יהיה מי שיעשה זאת עבורי / לא נכון / לא נכון
20. רוב האנשים שאני מכיר מעריכים אותי / לא נכון / לא נכון
21. אם אצטרך לנסוע למספר שבועות, יש מישהו שיוכל להשגיח / לא נכון / לא נכון

- על ביתי בזמן העדרי / לא נכון
22. אני קרוב לחברים שלי, יותר מאשר רוב האנשים קרובים לחבריהם / לא נכון
23. יש מעט אנשים שאני סומך עליהם שיעזרו לי לפתור את בעיותיי / לא נכון
24. אני לא מוזמן לעיתים קרובות לעשות דברים יחד עם אנשים אחרים / לא נכון
25. כאשר אני זקוק לעצה כיצד להתמודד עם בעיות אישיות, יש למי לפנות / לא נכון
26. אף אחד לא יעשה לי מסיבת יום הולדת / לא נכון
27. אם אתקע במרחק של כ-15 ק"מ ממקום מגורי, יש מישהו שאוכל להתקשר אליו ויבוא לקחת אותי. / לא נכון
28. רוב חברי מצליחים בשינויים שהם עושים בחייהם יותר ממני / לא נכון
29. יש מישהו שאני חש בנוח לבקש ממנו עצה לגבי בעיות אינטימיות / לא נכון
30. אם ארצה לאכול ארוחת צהריים בחברה, אוכל בנקל למצוא מישהו שיצטרף אליי / לא נכון
31. אין אף אחד שאוכל להתקשר אליו ולבקש את מכוניתו למספר שעות / לא נכון
32. רוב חברי הינם מעניינים יותר ממני / לא נכון
33. אני חש שאין אף אחד שאוכל לחלוק איתו את דאגותיי / לא נכון
34. אם ארצה לנסוע למשך היום (למשל לים), יהיה לי קשה למצוא מישהו שיצטרף אליי / לא נכון
35. אם אזדקק להלוואה דחופה של 250 ₪, יש מישהו שאוכל לקבל זאת ממנו. / לא נכון
36. אני מתקשה לא לפגור אחר חברי. / לא נכון
37. יש מישהו שאני יכולה לבקש ממנו עצה כיצד להתמודד עם ויכוחים בנושא האחריות לאחזקת הבית / לא נכון
38. רוב האנשים שאני מכיר/ה אינם נהנים מהדברים שאני נהנה/נהנית / לא נכון
39. אם אהיה חולה, לא יהיה כמעט אף אחד שיעזור לי בעבודתי היומיומית / לא נכון
40. אני חושב שחברי מרגישים שאני לא טוב בלעזור להם לפתור את בעיותיהם / לא נכון

שאלון ד'

להלן רשימה של פריטים המתארים תגובות של ילדים למצבים שונים במשפחתם. איך זה במשפחתך? לגבי כל פריט אתה מתבקש לסמן בעיגול את התשובה המתאימה לך ביותר. אם מה שנאמר בפריט נכון מאוד לגביך סמן עיגול על הספרה 2-, אם מה שנאמר הוא נכון לפעמים סמן-

1, אם הפריט אינו נכון לגביך הקף בעיגול את הספרה -0. עליך לענות על כל השאלות.

<u>לא נכון</u>	<u>נכון</u>	<u>נכון מאוד</u>	
			<u>לפעמים</u>
0	1	2	1. אני מודאג מכך שהורי לא יוכלו לדאוג לצורכי הבית.
0	1	2	2. אני כועס על כל העולם בגלל מצבם של הורי.
0	1	2	3. אני לא ישן היטב בלילה בגלל מחשבות על הורי.
0	1	2	4. קשה לי להתרכז בלימודים בגלל הדאגה לאבי / לאמי
0	1	2	5. אני כועס על הורי.
0	1	2	6. אני בדרי"כ נשאר אחר הצהריים כדי לעזור להורי
0	1	2	7. אני מודאג מכך שאמי / אבי זקוקים לי כדי לסדר עניינים במשרדים שונים
0	1	2	8. אני מתבייש בהוריי
0	1	2	9. אני פוחד שהורי ימותו
0	1	2	10. אני חושש שהורי לא יוכלו להסתדר כשאגדל ואעזוב את הבית
0	1	2	11. אני חושש שאבי / אמי לא יוכלו לפרנס את המשפחה
0	1	2	12. אני שומר על אמי /אבי שלא יפגעו.
0	1	2	13. אני מתבייש להביא חברים הביתה
0	1	2	14. אני בוכה הרבה בלילות
0	1	2	15. אני קם בלילות לראות שאבי / אמי בסדר
0	1	2	16. הלוואי והייתי נכה במקום אבי / אמי
0	1	2	17. אם אהיה רחוק מהורי אני חושש שיקרה אסון
0	1	2	18. אני מרגיש/ ה שעלי להסתיר את בעיותיי כדי לא להכביד על אבי /אמי
0	1	2	19. אני לא חש בנוח לטייל עם הורי ברחוב.
0	1	2	20. אני ממורמר מכך שנטל הבית נופל עלי
0	1	2	21. אני דואג כשאבא/ כשאמא מתחילה/ עבודה חדשה אולי גם שם הוא לא יסתדר

0	1	2	25. הורי שונים מהורים של חברים
0	1	2	26. אני כועס שאין לי זמן לחברים
0	1	2	27. אני פוחד שילעגו לי כשיראו את הורי
0	1	2	28. אם יהיה לי חבר / ה אשתדל להסתיר את הורי
0	1	2	29. לפעמים אני רוצה למות.
0	1	2	30. אני עצוב בגלל הורי.
0	1	2	31. החיים לא האירו לי פנים.
0	1	2	32. הלוואי ולא הייתי צריך לטפל בהורי
0	1	2	34. אני מתקשר הביתה כל מספר שעות כדי לדעת מה שלום

זורי

נספח 3- שאלון לילדים להורה ללא מחלת נפש

שאלון א'

1. גיל: _____
2. מגדר:
 - א. זכר
 - ב. נקבה
3. ארץ לידה
4. עיר מגורים:
5. כמה ילדים אתם במשפחה:
6. מיקומך במשפחה בין הילדים: 1 2 3 4 5 6
11. מקצוע ההורים:
 - א. מקצוע האב: _____
 - ב. מקצוע האם: _____
12. השכלת ההורים:
 - א. השכלת האב: _____
 - ב. השכלת האם: _____
13. תעסוקת ההורה:
 - אב: עובד / לא עובד
 - אם: עובדת / לא עובדת

שאלון ב'

לפניך שאלון הבדוק את תפיסותיך לגבי עצמך במהלך החודש האחרון. הקף/י בעיגול את התשובה המתאימה.

- 1) עד כמה היית מאושר או שבע רצון מחייך האישיים?
 - א. מאושר ביותר, לא יכולתי להיות יותר שבע רצון או מרוצה.
 - ב. אני מאושר מאוד רוב הזמן.
 - ג. בדר"כ שבע רצון ומרוצה.
 - ד. לעיתים די שבע רצון, לעיתים די מאושר.

ה. בדרך כלל לא שבע רצון ולא מאושר.

ו. מאוד לא שבע רצון, לא מאושר רוב הזמן.

(2) כאשר הועמדת בחודש האחרון בפני מצבים לא צפויים או של התרגשות, באיזו תדירות הרגשת חוסר מנוחה או עצבנות?

א. תמיד.

ב. לעיתים קרובות מאוד.

ג. לעיתים די קרובות.

ד. לפעמים.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

(3) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת אהוב ורצוי?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

(4) כאשר קמת בבוקר, באיזו תדירות צפית שיהיה לך יום מעניין?

א. תמיד.

ב. לעיתים קרובות מאוד.

ג. לעיתים די קרובות.

ד. לפעמים.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

(5) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת מתוח ונוח לכעוס?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

6) במהלך החודש האחרון, האם חשת שאתה שולט על מחשבותיך, רגשותיך והתנהגותך?

א. כן, באופן מוחלט מאוד.

ב. כן, לרוב.

ג. כן, אני מניח כך.

ד. לא, לא כל-כך.

ה. לא, ואני מודאג.

ו. לא, ואני מאוד מודאג.

7) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן, הרגשת שליו ונינוח?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

8) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת עצוב?

א. כל הזמן.

ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

9) במהלך החודש האחרון, באיזו תדירות הרגשת שאתה נוטה לבכות?

א. תמיד.

ב. לעיתים קרובות מאוד.

ג. לעיתים די קרובות.

ד. לפעמים.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

10) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן, היית מסוגל להגיע לרגיעה ללא כל קושי?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

11) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת שיחסי האהבה שלך היו מלאים

ומושלמים?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

12) במהלך החודש האחרון, באיזו תדירות הרגשת ששום דבר לא מסתדר כמו שרצית?

- א. תמיד.
- ב. לעיתים קרובות מאוד.
- ג. די מוטרד ועצבני.
- ד. קצת מוטרד מספיק כדי לשים לב לכך.
- ה. מוטרד רק מעט, לא עצבני.
- ו. לחלוטין לא מוטרד מזה.

13) במהלך החודש עד כמה חשת מעוצבן?

- א. באופן קיצוני עד לנקודה שבה לא יכולתי לטפל בדברים.
- ב. מאוד מוטרד.
- ג. די מוטרד מעצבי.
- ד. קצת מוטרד מספיק כדי לשים לב לכך.
- ה. מוטרד רק מעט מעצבי.
- ו. לחלוטין לא מוטרד מזה.

14) במהלך החודש האחרון, עד כמה חשת שחיך נפלאים?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

15) במהלך החודש האחרון, האם אי פעם חשבת שעדיף לא לחיות?

- א. כן, לעיתים קרובות מאוד.
- ב. כן, לעיתים קרובות.
- ג. כן, מספר פעמים.
- ד. כן, פעם אחת.
- ה. לא, אף פעם לא.

16) במהלך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן הרגשת חסר מנוחה, שלווה או סבלנות?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

17) במשך החודש האחרון, עד כמה הרגשת מעודד?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.
- ג. חלק ניכר מהזמן.
- ד. חלק מהזמן.
- ה. חלק קטן מהזמן.
- ו. אף פעם לא.

18) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן היית אדם מאושר?

- א. כל הזמן.
- ב. רוב הזמן.

ג. חלק ניכר מהזמן.

ד. חלק מהזמן.

ה. חלק קטן מהזמן.

ו. אף פעם לא.

19) במשך החודש האחרון, באיזה חלק מהזמן היית במצב רוח מדוכדך?

א. תמיד, כל היום.

ב. כמעט כל היום.

ג. רוב הימין.

ד. מספר ימים אבל בדרך כלל לא.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

20) במשך החודש האחרון, עד כמה הרגשת רענן ונינוח כשקמת בבוקר?

א. תמיד, כל היום.

ב. כמעט כל היום.

ג. רוב הימים.

ד. מספר ימים אבל בדרך כלל לא.

ה. כמעט אף פעם לא.

ו. אף פעם לא.

21) במשך החודש האחרון, האם הרגשת שהינך נמצא תחת מאמץ יתר, מתח או לחץ?

א. כן, כמעט מעבר למה שאני יכול לעמוד בו או לשאת.

ב. כן, די הרבה לחץ.

ג. כן, במידה מסוימת יותר מהרגיל.

ד. כן, במידה מסוימת, אבל די רגיל.

ה. כן קצת.

ו. לא, בכלל לא.

שאלון ג'

השאלון הבא בודק כיצד הינך נוהג/ת להסתייע. השאלון מורכב מרשימת משפטים שכל אחד מהם

יכול להיות נכון או לא נכון לגביך. סמני/ בעיגול את התשובה המתאימה. כאשר שתי התשובות

אינן נראות לך מתאימות או קשה לך לענות על השאלה, גם אז חשוב שתבחרי/י באחת מן

האפשרויות שמתארת אותך בצורה נכונה יותר מהאחרת.

1. יש לפחות אדם אחד שאני מכיר/ וסומך באמת על עצתו
נכון / לא נכון
2. יש מספר אנשים שאני נהנה לבלות בחברתם בשעות הפנאי
נכון / לא נכון
3. אם אהיה חולה ואזדקק שמישהו יסיע אותי לרופא, תהיה לי בעיה
למצוא מישהו.
נכון / לא נכון
4. אני מסוגל לעשות דברים בצורה טובה כמו רוב האנשים
נכון / לא נכון
5. אין מישהו שאני יכול לבטוח בו שייתן לי עצה בתחום הכספי
נכון / לא נכון
6. כאשר אני חש בודד יש מספר אנשים שאוכל להתקשר אליהם ולשוחח
נכון / לא נכון
7. אם מסיבה כלשהי אהיה בכלא, יש מישהו שאוכל לצלצל אליו
שישחרר אותי בערבות
נכון / לא נכון
8. בדרך כלל אנשים לא סומכים עליי
נכון / לא נכון
9. אם יתעורר אצלי משבר משפחתי, כמה מחברי / חברותי יוכלו לתת לי עצה
להתמודד עם המצב
נכון / לא נכון
10. בדרך כלל אני נפגש ומשוחח עם בני משפחה וחברים
נכון / לא נכון
11. אם אזדקק לעזרה בהעברת דירה, אתקשה למצוא מישהו שיעזור לי.
נכון / לא נכון
12. יש מישהו הגאה בהישגים שלי
נכון / לא נכון
13. יש מישהו שאוכל לבקש ממנו עצה לגבי שינוי מקום עבודה,
או מציאת מקום חדש
נכון / לא נכון
14. אם אחליט אחר הצהריים שאני רוצה ללכת בערב לסרט, אוכל למצוא
מישהו שילך איתי
נכון / לא נכון
15. אם אזדקק להסעה לשדה התעופה מוקדם מאוד בבוקר, יהיה לי קשה למצוא
מישהו שייקח אותי
נכון / לא נכון
16. אני מרוצה מחיי יותר מאשר רוב האנשים מרוצים מחייהם
נכון / לא נכון
17. אין אף אחד שיכול לתת לי חוות דעת על האופן שבו אני מתמודד /ת
עם בעיותיי
נכון / לא נכון
18. אני חש/ה שאני נמצא/ת בשוליים של המעגל החברתי שלי.
נכון / לא נכון
19. אם אצטרך לשלוח מכתב דחוף שעה קצרה לפני סגירת הדואר ולא אוכל
לעשות זאת בעצמי, יהיה מי שיעשה זאת עבורי
נכון / לא נכון
20. רוב האנשים שאני מכיר מעריכים אותי
נכון / לא נכון
21. אם אצטרך לנסוע למספר שבועות, יש מישהו שיוכל להשגיח

- על ביתי בזמן העדרי / לא נכון
22. אני קרוב לחברים שלי, יותר מאשר רוב האנשים קרובים לחבריהם / לא נכון
23. יש מעט אנשים שאני סומך עליהם שיעזרו לי לפתור את בעיותיי / לא נכון
24. אני לא מוזמן לעיתים קרובות לעשות דברים יחד עם אנשים אחרים / לא נכון
25. כאשר אני זקוק לעצה כיצד להתמודד עם בעיות אישיות, יש למי לפנות / לא נכון
26. אף אחד לא יעשה לי מסיבת יום הולדת / לא נכון
27. אם אתקע במרחק של כ-15 ק"מ ממקום מגורי, יש מישהו שאוכל להתקשר אליו ויבוא לקחת אותי. / לא נכון
28. רוב חברי מצליחים בשינויים שהם עושים בחייהם יותר ממני / לא נכון
29. יש מישהו שאני חש בנוח לבקש ממנו עצה לגבי בעיות אינטימיות / לא נכון
30. אם ארצה לאכול ארוחת צהריים בחברה, אוכל בנקל למצוא מישהו שיצטרף אליי / לא נכון
31. אין אף אחד שאוכל להתקשר אליו ולבקש את מכוניתו למספר שעות / לא נכון
32. רוב חברי הינם מעניינים יותר ממני / לא נכון
33. אני חש שאין אף אחד שאוכל לחלוק איתו את דאגותיי / לא נכון
34. אם ארצה לנסוע למשך היום (למשל לים), יהיה לי קשה למצוא מישהו שיצטרף אליי / לא נכון
35. אם אזדקק להלוואה דחופה של 250 ₪, יש מישהו שאוכל לקבל זאת ממנו. / לא נכון
36. אני מתקשה לא לפגור אחר חברי. / לא נכון
37. יש מישהו שאני יכולה לבקש ממנו עצה כיצד להתמודד עם ויכוחים בנושא האחריות לאחזקת הבית / לא נכון
38. רוב האנשים שאני מכיר/ה אינם נהנים מהדברים שאני נהנה/נהנית / לא נכון
39. אם אהיה חולה, לא יהיה כמעט אף אחד שיעזור לי בעבודתי היומיומית / לא נכון
40. אני חושב שחברי מרגישים שאני לא טוב בלעזור להם לפתור את בעיותיהם / לא נכון

שאלון ד'

להלן רשימה של פריטים המתארים תגובות של ילדים למצבים שונים במשפחתם. איך זה במשפחתך? לגבי כל פריט אתה מתבקש לסמן בעיגול את התשובה המתאימה לך ביותר. אם מה שנאמר בפריט נכון מאוד לגביך סמן עיגול על הספרה 2-, אם מה שנאמר הוא נכון לפעמים סמן-1, אם הפריט אינו נכון לגביך הקף בעיגול את הספרה 0-. עליך לענות על כל השאלות.

<u>לא נכון</u>	<u>נכון לפעמים</u>	<u>נכון מאוד</u>	
0	1	2	1. אני מודאג מכך שהורי לא יוכלו לדאוג לצורכי הבית.
0	1	2	2. אני כועס על כל העולם בגלל מצבם של הורי.
0	1	2	3. אני לא ישן היטב בלילה בגלל מחשבות על הורי.
0	1	2	4. קשה לי להתרכז בלימודים בגלל הדאגה לאבי / לאמי
0	1	2	5. אני כועס על הורי.
0	1	2	6. אני בדר"כ נשאר אחר הצהריים כדי לעזור להורי
0	1	2	7. אני מודאג מכך שאמי / אבי זקוקים לי כדי לסדר
			עניינים במשרדים שונים
0	1	2	8. אני מתבייש בהוריי
0	1	2	9. אני פוחד שהורי ימותו
0	1	2	10. אני חושש שהורי לא יוכלו להסתדר כשאגדל ואעזוב את הבית
0	1	2	11. אני חושש שאבי / אמי לא יוכלו לפרנס את המשפחה
0	1	2	12. אני שומר על אמי /אבי שלא יפגעו.
0	1	2	13. אני מתבייש להביא חברים הביתה
0	1	2	14. אני בוכה הרבה בלילות
0	1	2	15. אני קם בלילות לראות שאבי / אמי בסדר
0	1	2	16. אם אהיה רחוק מהורי אני חושש שיקרה אסון
0	1	2	17. אני מרגיש/ה שעלי להסתיר את בעיותיי כדי לא
			להכביד על אבי /אמי
0	1	2	18. אני לא חש בנוח לטייל עם הורי ברחוב.
0	1	2	19. אני ממורמר מכך שנטל הבית נופל עלי
0	1	2	20. אני דואג כשאבא/ כשאמא מתחילה/ה עבודה חדשה אולי גם
			שם הוא לא יסתדר
0	1	2	21. הורי שונים מהורים של חברים
0	1	2	22. אני כועס שאין לי זמן לחברים
0	1	2	23. אני פוחד שילעגו לי כשיראו את הורי
0	1	2	24. אם יהיה לי חבר / ה אשתדל להסתיר את הורי
0	1	2	25. לפעמים אני רוצה למות.

0	1	2	30. אני עצוב בגלל הורי.
0	1	2	31. החיים לא האירו לי פנים.
0	1	2	32. הלוואי ולא הייתי צריך לטפל בהורי
0	1	2	34. אני מתקשר הביתה כל מספר שעות כדי לדעת מה שלום הורי

Parental mental illness and the adolescent / young adult's mental health, social support and feelings toward the parent, compared with children of non-ill parents

Rachel London Weisbart

ABSTARCT

The last decade had witnessed a growing trend of community rehabilitation of people with a mental illness. This trend is the result of the "deinstitutionalization" revolution, which has changed the focus of treating people from medical institutions to the community. Many of the rehabilitated people are parents, and their parenting, as well their children's coping strategies, do not receive appropriate attention in Israel.

These children may be "invisible" to various services. The issue is most important in light of the complex experience of growing up with a parent with a mental illness.

This study examined several consequences of growing up with a parent with a mental illness: in terms of the children's mental health, their social support, and their feelings toward their parents, as compared with those of children whose parents are not ill.

It was hypothesized that adolescents and young adults of parents with a mental illness will express more positive and negative feelings toward their parents, and will report a lower sense of mental health and social support, than adolescents and young adults of parents without a mental illness. In addition, a more severe mental illness of the parent was hypothesized to be related with more negative feelings of the adolescents and young adults toward their parents, lower sense of mental health, and lower perception of social support. Likewise, it was hypothesized that adolescents and young adults of non-employed parents with a mental illness will report more negative feelings toward the parent and a lower sense of mental health, than adolescents and young adults of employed parents with a mental illness. Finally, girls, as well as first borns, were hypothesized to report more positive feelings toward

the parent and a higher sense of mental health, than boys and children who are not first borns (respectively).

Seventy three adolescents and young adults, aged 16-30, of parents with a mental illness, participated in the study, and 80 adolescents and young adults in the comparison group. Instruments used were the Mental Health Inventory (Viet & Ware, 1983), the Interpersonal Social Evaluation List (Colaon, Mermelstein, Kmarck and Hoberman, 1985), and the Child Feelings Toward Parents questionnaire (Yahav, 1983).

Significant differences were found between adolescents and young adults of parents with a mental illness and the comparison group: positive and negative feelings toward the parent were higher in the research group, and sense of mental health as well as perceived social support were lower. Girls in the research group expressed more positive feelings toward the parent with the mental illness than boys, alongside a lower sense of mental health. Severity of the parent's mental illness, within the research group, was unrelated with the adolescent's or young adult's feelings toward the parent, mental health or social support. Likewise, parental employment and birth order (first borns / non first borns) were unrelated with the study variables.

Multiple regressions showed that feelings toward the parent with a mental illness and the adolescent's or young adult's mental health are mainly a function of the gender of the adolescent or young adult, and the gender of the parent. Feelings were stronger and mental health was lower for girls, and for children of mothers with a mental illness, compared with boys, and with children of fathers with a mental illness. Social support was mainly a function of parental education and was higher for children of parents with an academic education.

The results of this study emphasize the unique manner in which parental mental illness influences the children, and the importance of hearing the children's voice. More research is needed, as well as offering appropriate treatment to these families, in order to strengthen parental functioning, provide suitable answers to the children, promote children's coping strategies, and foster the children's resiliency in light of the hardships they face.

**Parental mental illness and the adolescent / young adult's mental
health, social support and feelings toward the parent, compared
with children of non-ill parents**

Rachel London Weisbart

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the
Requirements for the M.A. Degree**

**University of Haifa
Faculty of Social Welfare and Health Sciences
School of Social Work**

June 2010

Parental mental illness and the adolescent / young adult's mental health, social support and feelings toward the parent, compared with children of non-ill parents

By: Rachel London Weisbart

Supervised by: Dr. Ilana Duvdevany

**Thesis submitted in partial fulfillment of the
Requirements for the M.A. degree**

**University of Haifa
Faculty of Social Welfare and Health Sciences
School of Social Work**

June 2010