



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

אוניברסיטת בר-אילן



תרומתם של הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי

איה ורדי

בהנחיית : ד"ר ליאורה פינדלר

עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות
לקבלת התואר "מוסמך האוניברסיטה"
במחלקה לעבודה סוציאלית של אוניברסיטת בר-אילן



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

2005

תודות

תודה מיוחדת לד"ר ליאורה פינדלר. נחישותה, חתירתה למצויינות, ובראש ובראשונה הידע הרב והנסיון הרחב הטביעו חותם על עבודת המחקר באופן שלא יתואר. רגישותה ומסירותה היו מעל ומעבר למצופה.

תודה לאבי על התמיכה הטכנית ימים כלילות.

תודה לאימי, לאחי ולאחיותיי על הסיוע האינסטרומנטלי ועל התמיכה הרגשית לכל אורך הדרך האקדמית הפתלתלה.

תודה לבני, אשר מבלי משים, נטע בי את הרצון והיכולת להמשיך כאשר לא נותר בי כוח.

תודה אחרונה להורים, לילדים עם הצרכים המיוחדים, ובאופן מיוחד לאחאים, אשר פתחו את דלתם, וחשפו את צפונות ליבם, ובכך איפשרו את עבודת המחקר.

תוכן העניינים

ב	תקציר
28	שיטה
37	תוצאות
61	דיון
94	ביבליוגרפיה
125	נספחים
a	Abstract

תקציר

בצד חוקרים הטוענים כי ילד הגדל בחברת אח עם פיגור שכלי עלול לחוות דחק ואף להיות בסיכון לפתח קשיי הסתגלות, קיימים חוקרים הגורסים כי לנוכחות ילד עם פיגור שכלי עשויות להיות השלכות חיוביות המעודדות צמיחה. הנחה זו עולה בקנה אחד עם הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בתהליך ההתמודדות והצמיחה האישית כתוצאה ממשבר, לפיה דווקא בני אדם המתמודדים עם משבר מוצאים לעיתים פתרונות יצירתיים ועשויים להפוך לבני אדם בוגרים, בשלים ובעלי ביטחון עצמי, המצוידים במיומנויות פתרון בעיות והנהנים מיחסים קרובים עם בני משפחתם וחברים.

ייחודו של המחקר הנוכחי בהרחבת הידע התיאורטי והמחקרי אודות ההשלכות החיוביות של הילד עם הפיגור השכלי על אחאיו ללא הפיגור השכלי. בנוסף, מרבית המחקרים העוסקים בצמיחה אישית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי עסקו באחאים בוגרים ואילו במחקר הנוכחי נבחנו השלכות הילד עם הפיגור השכלי על אחאים ללא פיגור שכלי בגיל ההתבגרות.

מטרת המחקר הנוכחי הייתה לבדוק האם קיימים הבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי במשתנים הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, המבטאים את המשאבים הפנימיים של הילד, ובמשתנים תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, המשקפים את האספקטים המשפחתיים בחיי הילד. בנוסף, המחקר עסק בקשרים בין המשתנים ובחן את תרומתם הייחודית והמשותפת של המשתנים לצמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

אוכלוסיית המחקר כללה קבוצת מחקר המונה 101 אחאים לילדים עם פיגור שכלי המתגוררים בבית המשפחה, וקבוצת ביקורת המונה 89 אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בטווח הגילאים 13-19 שנה.

על מנת לבדוק את ההבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי נעשה שימוש במספר שאלונים: שאלון הערכה עצמית מאת Rosenberg

(1965) בתרגומם של Hobfoll & Walfisch (1984), שאלון לבדיקת רמת הדיפרנציאציה של העצמי מאת Haber (1984), שאלון תפיסת דחק במשפחה מאת Bott, Muhlhauser, Overmann & Berger (1998) בעיבודם של Ingersoll & Marrero (1991), שאלון יחסי משפחה מאת Bene & Anthony (1957) בתרגומו ובעיבודו של פרנקל (1968), ושאלון צמיחה אישית ממשבר מאת Park, Cohen, & Murch (1996).

במחקר הנוכחי נמצא, בניגוד להשערות המחקר, כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי דומים לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי בהערכתם העצמית, ברמת הדיפרנציאציה של העצמי ובתפיסת הדחק במשפחה. יחד עם זאת, בהתאם להשערות המחקר, נמצאו הבדלים בתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים ובצמיחה האישית. אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו באופן משמעותי יותר על הגנת יתר של האם ועל העדפת יתר של האם והאב, בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. כמו כן, הצמיחה האישית על כל מדדיה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה, הייתה גבוהה יותר בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

זהו ללא ספק הממצא הבולט ובעל החשיבות הרבה ביותר במחקר הנוכחי. ממצא זה עומד בסתירה למגמות הרווחות בשנות ה-60, ה-70 וה-80 לפיהן נוכחותו של ילד עם פיגור שכלי מטילה צל כבד על הוריו ועל אחאיו ומעמידה אותם בסיכון לפתח סימפטומים, כגון: דיכאון, חרדה, הפרעות התנהגות והסתגרות חברתית. מאידך ממצא זה נותן תוקף לספרות ולמחקר העוסקים בצמיחה אישית ממשבר. הולדת ילד עם פיגור שכלי והטיפול המתמשך בו מעודדים כפי הנראה שינויים חיוביים באופן בו אחאים לילדים עם פיגור שכלי רואים את עצמם, שינויים באופן בו הם תופסים את סביבתם ושינויים באשר לתוכניותיהם בעתיד. שינויים אלו חיוניים על מנת להתמודד בהצלחה עם המשבר ומשמשים קרקע פורייה לצמיחה אישית.

השערות המחקר העוסקות בקשרים בין המשאבים, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין צמיחה אישית אוששו בחלקן: בהתאם למשוער, נמצא מתאם חיובי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין צמיחה אישית ומתאם שלילי מובהק בין תפיסת הדחק במשפחה לבין צמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, אך בניגוד לו, נמצא מתאם חיובי מובהק בין תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין

צמיחה אישית. תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים הייתה קשורה באופן חיובי לצמיחה אישית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים לילדים ללא פיגור שכלי כאחד. ההסבר לכך נעוץ ככל הנראה ביכולתם של האחאים לזהות את ההבדלים האובייקטיביים והסובייקטיביים הקיימים בינם ובין אחאיהם ובמידת הלגיטימציה אשר הם מייחסים לטיפול הדיפרנציאלי של הוריהם.

מעניין כי בעוד תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים הובילה אחאים לילדים עם פיגור שכלי לצמיחה בתחום האישי ובתחום החברתי, הרי שהיא הובילה אחאים לילדים ללא פיגור שכלי דווקא לצמיחה בתחום האמונה. ניתן להניח כי במשפחות לילדים עם פיגור שכלי קיימת לגיטימציה גבוהה לטיפול דיפרנציאלי של ההורים, מפאת התלות הבולטת של הילד עם הצרכים המיוחדים בזולת, ומכאן הצמיחה בתחום האישי והחברתי. לעומת זאת, במשפחות לילדים ללא פיגור שכלי, קיימת לגיטימציה מועטה לטיפול דיפרנציאלי של ההורים, מאחר והילדים הינם בריאים וללא צרכים רפואיים או סיעודיים מיוחדים. הצמיחה בתחום האמונה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי עשויה לבטא איפוא את הצורך בחיפוש מפלט ונחמה, אשר ניתן למצוא לעיתים קרובות בחיק הדת והאמונה.

לבסוף, המחקר הנוכחי עסק בשאלה, מהי תרומתם היחסית של המשתנים לצמיחה אישית? בתשובה לשאלה זו נמצא כי גורם אחד נטל את ההגמוניה ותרם יותר מכל גורם אחר לצמיחה אישית בכל המדדים: נוכחותו של ילד עם פיגור שכלי במשפחה תרמה יותר מכל לצמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה.

תרומתו של המחקר היא כפולה: ראשית, לאורך מעגל החיים, בתקופות מחלה או זקנה, האחריות והדאגה לעתידו של האדם עם הפיגור השכלי מוטלת לעיתים קרובות על כתפיו של האח ללא הפיגור השכלי, לפיכך קיימת חשיבות רבה לשיתוף הפעולה בין אנשי הטיפול לבין האחאים ללא הפיגור השכלי, למען רווחתו הפיזית והפסיכולוגית של האדם עם הפיגור השכלי. הבנה יסודית ומעמיקה של חוויות הילדות וההתבגרות של אחאים לילדים עם פיגור שכלי עשויה לסייע לאנשי הטיפול בעבודתם ולתרום לאיכות חיים של ילדים עם פיגור שכלי ושל אחאיהם ללא הפיגור השכלי כאחד. שנית, המשאבים הפנימיים והמשפחתיים אשר נמצאו תורמים לצמיחה של אחאים לילדים עם פיגור שכלי הם ברי עיצוב, מכאן שניתן לעודד ולשפר את כושר הסתגלותם ואת צמיחתם האישית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי.

השלכות נוכחות ילד עם פיגור שכלי על המשפחה

אדם עם פיגור שכלי הוא אדם עם מגבלה משמעותית בתפקוד האינטלקטואלי, הכולל בין היתר: יכולת פתרון בעיות, הבנת רעיונות מורכבים, חשיבה מופשטת, למידה, תכנון ושיפוט, בד בבד עם ליקויים בכישורים המעשיים, כגון: אכילה, ניידות, שירותים, הלבשה, רחצה, הכנת ארוחות, נטילת תרופות, עבודה ובטיחות; ליקויים בכישורים המושגיים, כגון: קשיים בקריאה, בכתיבה ובשפה; וליקויים בכישורים החברתיים, כגון: קשיים בהערכה עצמית, נאיביות יתר, קשיים ביחסים בין-אישיים, עמידה בכללים וציות לחוקים. המגבלה בתפקוד האינטלקטואלי והליקויים בכישורים המעשיים, המושגיים והחברתיים פוגעים בתפקוד היום יום של האדם וביכולת שלו להתאים עצמו לדרישות הסביבה, כל זאת בתנאי שהפיגור השכלי אובחן לפני גיל 18 שנה. את המגבלות בתפקוד האינטלקטואלי והליקויים בכישורים המעשיים, המושגיים והחברתיים המתוארים לעיל יש לבחון תוך התייחסות אל השונות התרבותית, הלשונית וההתנהגותית, כמו גם ההבדלים הבין-אישיים בין בני האדם (Luckasson et al., 2002).

חוקרים העוסקים בהולדת ילד עם פיגור שכלי ובטיפול המתמשך בו הרחיבו במהלך השנים את התעניינותם מן העיסוק בילד עם הפיגור השכלי לעיסוק בילד עם הפיגור השכלי ובני משפחתו (ויסמן, 1991; מרום, 1994; Bruce, Schultz, Smyrnios, & Schultz, 1994; Dyson, 1993; Herman & Thompson, 1995; Leyser, 1994; Lichtenstein, 1993; McDermott, Valentine, Anderson, Gallup, & Thompson, 1997; Olshansky, 1962; Singhi, Goyal, Pershad, Singhi, & Walia, 1990; Trachtenberg & Batshaw, 1997).

הורים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לחוות עומס פיזי כבד, בגין האחריות המוטלת על כתפיהם אשר נמשכת חיים שלמים וכוללת שמירה על הגיינה אישית, טיפול תרופתי, הכנת ארוחות וניצול שעות הפנאי (McDermott et al., 1997). חוקרים אחדים מדגישים את הדאגה לעתידה הכלכלי של המשפחה, מפאת ההוצאות המיוחדות הכרוכות בטיפול הרפואי והפרא-רפואי, התזונה של הילד עם הפיגור השכלי, החיפוש אחר מסגרות חינוכיות מיוחדות והתאמת הבית לצרכיו המיוחדים. לעיתים, אחד מבני הזוג נאלץ לוותר על קריירה ולהישאר בבית, על מנת לטפל בילד עם הפיגור השכלי. החלטה זו מלווה לרוב באובדן הכנסה (Marshak, Seligman & Prezant, 1999; Singhi et al., 1990).

הולדת ילד עם פיגור שכלי עלולה לשים קץ למשאלות הלב ולתוכניות עתידיות אשר נרקמו סביב הילד טרם הולדתו, ולהסתיים באכזבה מרה. אחדים מן ההורים לילדים עם פיגור שכלי חווים צער כרוני לכל אורך חייהם, הנובע בין היתר מן התלות המתמשכת של הילד בהוריו, ומן התסכול מפאת העדר שינוי או שינוי מועט בתפקודו ביחס לבני גילו (Olshansky, 1962).

מרום (1994) מצאה כי הורים לילדים עם נכות התפתחותית תופסים את חיי הנישואין שלהם כטובים פחות בהשוואה להורים לילדים ללא נכות התפתחותית, ואילו Taanila ואחרים גרסו כי בעוד חלק מן המערכות הזוגיות מתחזקות לנוכח האתגר, אחרות נפגעות, בפרט אם יחסי הגומלין טרם הולדת הילד עם הנכות ההתפתחותית לא היו חזקים דיים (Taanila, Kokkonen & Jaervelin, 1996).

בנוסף, הספרות התיאורטית והמחקרית תיארה בהרחבה את האינטראקציה בין הילד עם הפיגור השכלי ובני משפחתו לבין הקהילה כולה והדגישה את הקשיים אשר עלולים להיווצר בתכנון לטווח ארוך, הפגיעה בשגרה, העדר שעות הפנאי וצמצום החיים החברתיים עד כדי בדידות, מנת חלקן של אחדות מן המשפחות לילדים עם צרכים מיוחדים (McDermott et al., 1997).

אחת מן האינטראקציות המלוות את הילד בכל מהלך חייו היא מערכת היחסים עם אחאיו. כאשר אחד מן האחאים הוא ילד עם פיגור שכלי הדבר מקרין על הילד ללא הפיגור השכלי בתחומים רבים. המחקר הנוכחי בוחן את השלכות נוכחות ילד עם פיגור שכלי מנקודת מבטם של האחאים ללא הפיגור השכלי.

אחאות

יחסי הגומלין בין אחאים, לטוב ולרע, הם המתמשכים ביותר מבין הקשרים החברתיים של בני האדם (Vandell & Bailey, 1992) ועשויים להיות בעלי תפקיד מכריע בהתפתחותם (Dunn, 1992). בצד אחאים המספקים מקור תמיכה, עזרה, חיבה וידידות, מודל לחיקוי ובסיס להשוואה חברתית, קיימים אחאים אשר יחסי הגומלין ביניהם מאופיינים בקנאה ויריבות (Vandell & Bailey, 1992). Vandell & Bailey (1992) גורסים כי הקונפליקטים בין אחאים הם תופעה שאין עליה עוררין: מקור הקונפליקט בצורך של האחאים

לחלוק משאבים זה עם זה (רכוש, אהבה ותשומת לב ההורים) והוא משקף את מצבו הרגשי של הילד, כמו גם את הצורך שלו בפיתוח זהות אישית נפרדת. החוקרים מציינים כי חלק מן הקונפליקטים עלולים להיות הרסניים ומעכבים יחסים בין-אישיים עם הזולת, בעוד אחרים עשויים להוביל להתפתחות חברתית, צמיחה פסיכולוגית והבעה רגשית. קונפליקטים מן הסוג השני באים לידי ביטוי בהגברתה והרחבתה של ההבנה החברתית של הילד את הזולת, את צרכיו ושאירותיו, וברכישת מיומנויות חברתיות, כגון: התנגדות, משא ומתן, פשרה ופיוס.

שורה ארוכה של מחקרים עסקו בקשר בין איכות יחסי הגומלין בין אחאים לבין ההתפתחות החברתית והמוסרית של הילד. אחאים צעירים אשר חוו יחסים קרובים וחמים עם אחיהם הבוגרים דיווחו על הבנה רבה יותר של מחשבות ורגשות הזולת (Dunn, Brown, Slomkowski, Tesla, & Youngblade, 1991; Howe & Ross, 1990, Jenkins-Tucker, Updegraff, McHale, & Crouter, 1999) ועל דאגה רבה יותר לנוכח עוולות אשר נגרמו לזולת (Dunn, Brown & Maguire, 1995).

איכות יחסי הגומלין בין אחאים אינה קשורה אך ורק בהתפתחות החברתית והמוסרית אלא גם בהתפתחות הקוגניטיבית של הילד. Azmitia & Hesser (1993) צפו באחאים צעירים, אחאים בוגרים וחברים בוגרים בעת שעסקו בבניית מודל (טחנת רוח) ומצאו כי אחאים צעירים נטו יותר לחקות את אחיהם הבוגרים ולהתייעץ עימם ונטו פחות לחקות את חבריהם הבוגרים ולהתייעץ עימם. אחאים בוגרים סיפקו יותר הסברים ומשוב חיובי לאחיהם הצעירים בהשוואה לחברים בוגרים.

אחאים עשויים לספק הגנה ונחמה לילדים החווים לחץ כתוצאה מדיסהרמוניה זוגית (Jenkins, 1992). הם הופכים בדרך כלל קרובים יותר ויחסי הגומלין ביניהם מאופיינים בתמיכה, חברות וחיבה לנוכח בעיות אישיות ומשפחתיות (Dunn, Slomowski & Beardsall, 1994).

תרומתם של האחאים איננה מוגבלת לתקופת הילדות וההתבגרות בלבד. בגיל מאוחר יותר אחאים עשויים להיות מעורבים בפתרון בעיות אישיות ובתוכניות עתידיות (Jenkins-Tucker, Barber & Eccles, 1997), בסיפוק תמיכה חברתית, מידע קונקרטי, הערכה של הסיטואציה, עצה והדרכה (Palladino-Schultheiss, Kress, Manzi, & Glasscock, 2001).

ניתן לסכם כי ליחסי הגומלין בין אחאים עשויים להיות השפעות מרחיקות לכת על התפתחותו הרגשית, הקוגניטיבית, החברתית והמקצועית של האדם (Azmitia & Hesser, 1993; Dunn, 1992; Dunn et al., 1991; Dunn et al., 1994; Dunn et al., 1995; Howe & Ross, 1990; Jenkins, 1992; Jenkins-Tucker et al., 1997; Jenkins-Tucker et al., 1999; Palladino-Schultheiss et al., 2001). מטבע הדברים, במשפחות בהן אחד מן האחאים הוא ילד עם פיגור שכלי, עשויות להיות לכך השלכות על יחסי הגומלין בין האחאים ועל התפתחות כל אחד מן האחאים בתחומי התפקוד השונים.

אחאות לילד עם פיגור שכלי

נוכחותו של ילד עם נכות התפתחותית משפיעה על התפתחותם של כל אחד מן הילדים במשפחה. השפעה זו עלולה להיות מקור לקשיים ומצוקות, כשם שהיא עשויה להיות חיובית ומעודדת צמיחה (Nixon & Cummings, 1999; Seligman, 1991; Stoneman, Brody, 1991; Davis, Crapps, & Malone, 1991). מחקרים, אשר בדקו את השפעת הילד עם הנכות ההתפתחותית על אחאיו, הניבו תוצאות לא עקביות ואף סותרות זו את זו (Coleby, 1995; Gamble & Woulbroun, 1993; Hannah & Midlarsky, 1999).

Gamble & Woulbroun (1993) הבחינו בשלושה מוקדי דחק פוטנציאליים הקיימים בקרב אחאים לילדים עם נכויות התפתחותיות: דחק הנוגע ליחסי הגומלין בין האחאים, דחק הנוגע ליחסי הגומלין בין הילד ללא הנכות ההתפתחותית לבין הוריו ודחק הנוגע ליחסי הגומלין עם קבוצת השווים והקהילה. **דחק הנוגע ליחסי הגומלין בין האחאים** מקורו בקשיים בתהליך פיתוח הזהות האישית, בהעדר הדדיות ובקושי בהבעת רגשות, אם מפאת מגבלתו של האח עם הנכות ההתפתחותית ואם מפאת דרישת ההורים, האוסרים על פגיעה ברגשותיו (Gamble & Woulbroun, 1993). סוגיית ההדדיות נדונה במחקרם של Brody, Stoneman, Davis, & Crapps (1991), לשם כך נערכה השוואה בין אחאים צעירים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים צעירים לילדים ללא פיגור שכלי בשלוש סיטואציות בחיי היום יום: אכילת חטיף, צפייה בטלוויזיה ומשחק חופשי. במחקר נמצא כי אחאים צעירים לילדים עם פיגור שכלי עסקו באופן משמעותי פחות במשחק חופשי בהשוואה לאחאים בקבוצת הביקורת. החוקרים הסבירו

כי המשחק החופשי דורש הדדיות, אשר הילד עם הפיגור השכלי לעיתים מתקשה בה. עוד נמצא כי יחסי הגומלין בין האחאים בקבוצת המחקר אופיינו בא-סימטרייה לטובת האח הצעיר: האח הצעיר ללא הפיגור השכלי שימש כמנהל (manager) כמורה (teacher) וכמסייע (helper). דפוס זה לא נמצא ביחסי הגומלין בין האחאים בקבוצת הביקורת.

דחק הנוגע ליחסי הגומלין בין הילד ללא הנכות ההתפתחותית לבין הוריו עלול לנבוע מליקויים בתקשורת, ממערכת שונה של ציפיות וכללים, אשר חלה על כל אחד מן האחאים, ומקשיי התמודדות של ההורים לילד עם הנכות ההתפתחותית (Gamble & Woulbroun, 1993). נוכחות ילד עם נכות התפתחותית עלולה לעכב ולדכא את התקשורת במשפחה: לעיתים אין זה מקובל לבטא את הרגשות השליליים בפומבי ולעיתים העדר תקשורת נעוץ בחשש של הילדים ללא הנכות ההתפתחותית לצער עוד יותר את הוריהם (Seligman, 1991). סיבה נוספת לרמות דחק גבוהות היא האחריות הרבה לטיפול בילד עם הצרכים המיוחדים, המוטלת על כתפי האח ללא הנכות ההתפתחותית. אחריות זו קשורה לעיתים בהתפתחות כעס, טינה ומצוקה פסיכולוגית. בנוסף, האח ללא הנכות ההתפתחותית עלול לשאת בתפקידים הוריים, אשר הוא אינו בוגר דיו לשאתם (Seligman, 1991).

מוקד הדחק האחרון הוא **דחק הנוגע ליחסי הגומלין עם קבוצת השווים והקהילה**, אשר עלול לבוא לידי ביטוי בדחייה של החברה את האדם עם הנכות ההתפתחותית, בסטיגמה ובתחושת בדידות וניכור של בני המשפחה (Gamble & Woulbroun, 1993). Powell & Gallagher (1993) גורסים כי אחאים לילדים עם נכויות התפתחותיות מתמודדים עם מספר דילמות בקונטקסט החברתי: כיצד לספר לחברים על האח עם הצרכים המיוחדים? כיצד לנהוג כאשר ילדים מציקים לאח עם הצרכים המיוחדים ומטרידים אותו? כיצד לשתף את האח עם הצרכים המיוחדים בפעילות שעות פנאי עם החברים? כיצד תשפיע נוכחות האח עם הצרכים המיוחדים על קשרים עם בן/ת המין השני?

בחיי היום יום, אחאים לילדים עם נכות התפתחותית עשויים לגלות רגישות יתר בכל הנוגע לעימותים וסכסוכים בקרב בני המשפחה. הם מדווחים על שכיחות גבוהה של תגובות שליליות, כגון: עצב, רוגז ודאגה, ושל עמדות שליליות, בהשוואה לאחאים לילדים ללא נכות התפתחותית (Nixon & Cummings, 1999).

מחקרים אחדים הדגישו את ההפרעות בהתנהגות והקשיים בהסתגלות של אחאים לילדים עם נכויות התפתחותיות, לדוגמא: במחקרם של Fisman, Wolf, Ellison, & Freeman (2000), אשר עסק בהסתגלותם של אחאים לילדים עם PDD (Pervasive Developmental Disorder), אחאים לילדים עם תסמונת דאון ואחאים לילדים ללא נכות התפתחותית נמצא כי הורים לילדים עם PDD מדווחים על רמה גבוהה של תוקפנות בהשוואה לקבוצות הביקורת ומורים מדווחים על רמה גבוהה של חרדה ודיכאון בהשוואה לקבוצות הביקורת.

בספרה, העוסק בילדים עם אוטיזם ובני משפחותיהם, תיארה Siegel (1996) שלושה אבות טיפוס של אחאים. כל אב טיפוס מייצג אופן התמודדות שונה של אחאים לילדים עם נכות התפתחותית: **"הילד ההורי"** (the parentified child) נוהג לקחת על עצמו אחריות רבה לטיפול באח עם הנכות ההתפתחותית ולסיפוק כל צרכיו (Siegel, 1996; Stoneman et al., 1991). **"הילד ההישגי"** (the super achiever child), עושה מאמצים רבים לפצות על יכולותיו הדלות של האח עם הנכות ההתפתחותית באמצעות התבלטותו והצטיינותו בתחומים אקדמאים ובתחומים נוספים. הישגים גבוהים עשויים להיות אף תוצאה של לחץ אשר מפעילים הורים על האח ללא הנכות ההתפתחותית. הורים אלו משליכים את כל תקוותיהם ושאיפותיהם, אשר התנפצו לרסיסים, עם היוודע הלקות של הילד עם הצרכים המיוחדים, על האח ללא הנכות ההתפתחותית, ובכך מגבירים את העומס הפיזי והפסיכולוגי המוטל על כתפיו (Seligman, 1991; Siegel, 1996). אב הטיפוס האחרון הוא **"הילד הנסוג"** (the withdrawn child). **"הילד הנסוג"** אינו מנסה לזכות בתשומת לב ההורה בדומה ל**"ילד ההורי"** (הודות לעזרתו) או **"הילד ההישגי"** (הודות להישגיו), נהפוך הוא, התנהגותו החריגה של האח עם הנכות ההתפתחותית **"מבריחה"** אותו או שדרישותיהם המופרזות של ההורים מאיימות עליו ומשתקות אותו והוא נחבא אל הכלים. Siegel גורסת כי **"הילד הנסוג"** זקוק יותר מן **"הילד ההורי"** ו**"הילד ההישגי"** לטיפול, מאחר והוא בסיכון לפתח דיכאון קליני בבגרותו.

אחאים עם נכות התפתחותית עלולים לחוות רגשות מעורבים בנוגע לאחאיהם עם הצרכים המיוחדים: הם עשויים לחוש שמחה, כיון שהם בריאים, אך בד בבד לחוש אשמה, מפאת הנכות של האח. הם עלולים לדאוג שמא **"ידבקו"** בנכות או לקחת על עצמם אחריות לגרימת הנכות, עקב מחשבותיהם השליליות. אחאים לילדים עם נכויות התפתחותיות עלולים

לחשוב כי הוריהם אינם אוהבים אותם, מכיוון שהם מבליים זמן ניכר בטיפול בילד עם הצרכים המיוחדים ובהשגחה עליו, ולפתח קשיי הסתגלות, בין היתר, כאמצעי להשגת תשומת לב (Knott, Lewis & Williams, 1995).

מן האמור לעיל ניתן לשער כי ילד הגדל בחברת אח עם פיגור שכלי עלול לחוות דחק ואף להיות בסיכון לפתח קשיי הסתגלות, עם זאת חוקרים רבים מצאו כי בד בבד עם ההשלכות השליליות של הילד עם הנכות ההתפתחותית על אחאיו ללא הנכות ההתפתחותית, קיימות גם השלכות חיוביות. ההנחה כי אירוע דחק, כגון: נוכחות ילד עם פיגור שכלי, עשוי להיות בעל השלכות חיוביות עומדת בבסיסן של תיאוריות צמיחה ממשבר (Janoff-Bulman, 1992; Schaefer & Moos, 1992; Taylor, 1983; Tedeschi, Park & Calhoun, 1998).

צמיחה אישית ממשבר

הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בתופעת הדחק עברה שינויים רבים במהלך השנים האחרונות מן העיסוק בחולשה ובפגיעות של בני האדם הניצבים בפני אירוע דחק, לעיסוק בעוצמתם, בכושר הסתגלותם וביכולתם לעמוד בפני אתגרים ולנקוט בצעדים על מנת להתמודד עימם (Holahan & Moos, 1990). בני אדם המתמודדים עם משבר מוצאים לעיתים פתרונות הולמים ואף יצירתיים ועשויים להפוך בוגרים ובשלים יותר ובעלי ביטחון עצמי. בנוסף, הם רוכשים מיומנויות פתרון בעיות ונהנים מיחסים קרובים עם בני משפחתם וחברים (Schaefer & Moos, 1992). יתרה מכך, מרבית בני האדם הניצבים בפני משבר רוכשים איכות חיים ואושר, לעיתים אף יותר מאיכות החיים והאושר טרם המשבר (Taylor, 1983). תאורטיקנים וחוקרים שונים ניסו לספק הסבר לתופעה זו ולהרחיב את ההבנה בנוגע לתופעת הדחק, תהליך ההתמודדות וצמיחה אישית בקרב בני האדם.

אחד ההסברים המרכזיים, העובר כחוט השני בספרות העוסקת בהתמודדות עם דחק, הוא כי להערכה של האדם את אירוע הדחק ולפירוש אשר הוא נותן לו, השפעה מכרעת על תהליך ההתמודדות של האדם ועל תוצאותיו (Janoff-Bulman, 1992; Lazarus & Folkman, 1984; Schaefer & Moos, 1992; Taylor, 1983). בהקשר זה, Taylor (1983) בחנה את תהליך התמודדותם של חולי סרטן, קורבנות אונס ואוכלוסיות נוספות ומצאה כי תהליך ההתמודדות עם אירוע דחק מערב שלושה תהליכים מרכזיים: חיפוש אחר משמעות הטמונה

באירוע הדחק, רכישת שליטה מחדש על החיים בכלל ועל אירוע הדחק בפרט והגברת הביטחון העצמי. לטענתה, תהליכים אלו עשויים לבלום איום בהווה ובעתיד ולתרום להסתגלותו של האדם. בנוסף, תהליכי ההערכה עשויים לתרום למודעות גוברת והולכת לחשיבותם ולשבריריותם של החיים, לעריכת סדרי עדיפויות חדשים, להידוק הקשר עם בני משפחה וחברים ולהכרה בחוסנו האישי של האדם (Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983).

ניתן להבחין בשלושה תחומי צמיחה כתוצאה מאירוע דחק: **צמיחה הקשורה במשאבים האישיים**, כוללת בין היתר הבנה רחבה ומעמיקה אודות העולם בכלל ואודות אירוע הדחק בפרט, עריכת סדרי עדיפויות וקביעת יעדים ומטרות, אמפטיה וחמלה וכן רצון להקדיש ולתרום לחברה (אלטרואיזם); **צמיחה הקשורה במשאבים חברתיים**, כוללת בין היתר יצירה והרחבה של קשרים בין-אישיים עמוקים ומשמעותיים, פורמאליים ובלתי פורמאליים כאחד, ו**צמיחה הקשורה במיומנויות התמודדות**, הכוללת בין היתר רכישת מיומנויות פתרון בעיות, נטילת תפקידים ויכולת וויסות רגשות (Park et al., 1996; Schaefer & Moos, 1992).

התייחסות נוספת למושג "צמיחה ממשבר" ניתן לראות בספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בפוסט-טראומה. בעוד שבעבר הושם דגש רב על מהלך האירוע הטראומטי ועל ההתנהגות הדיספונקציונלית בקרב בני האדם כתוצאה מן האירוע הטראומטי, הרי שכיום קיימים מחקרים העוסקים בבני אדם אשר עשו שימוש באירוע הטראומטי כמנוף לצמיחה אישית ולפיתוח מיומנויות אישיות וחברתיות (Tedeschi et al., 1998). ממחקרים אלו עולה כי האירוע הטראומטי מעורר ספקות ותהיות בנוגע להנחות יסוד ומערב חרדה, כאב ובלבול קשים מנשוא, אף על פי כן, קיימים בני אדם הרואים באירוע הטראומטי הזדמנות לבסס אורח חיים חדש, טוב יותר, מאורח חייהם טרם האירוע הטראומטי. יתרה מכך, הם מבטאים הערכה לחוסן אשר רכשו, ולחוסנם של האחרים. Tedeschi ואחרים (1998) כינו תופעה זו צמיחה לאחר טראומה (Posttraumatic Growth) והניחו כי אדם החווה צמיחה לאחר טראומה מפתח יכולות הסתגלותיות, מיומנויות פסיכולוגיות ומודעות ברמות גבוהות מן הרמות טרם האירוע הטראומטי. חיזוק לכך נמצא במחקר שעסק בצמיחתן הפסיכולוגית והרוחנית של נשים עם איידס. מן המחקר עולה כי 82% מן הנשים המשתתפות במחקר דיווחו על צמיחה אישית בתגובה למחלת האיידס, אשר באה לידי ביטוי בתהליך השלמה עם המוות וקבלתו, עריכת סדרי עדיפויות והגדרה מחדש של יעדים ומטרות, דאגה לעצמי, הערכה מחדש של מערכות היחסים עם בני משפחה, חברים ומכרים, מציאת משמעות חדשה לחיים והפקה ומיצוי מלאים

יותר של החיים (Dunbar, Mueller, Medina, & Wolf, 1998).

נוכחות אדם עם פיגור שכלי במשפחה הינה סיטואציית חיים ייחודית אשר עלולה להוביל לתחושת דחק מתמשכת בקרב בני המשפחה. העיסוק בצמיחה אישית בקרב משפחות אלו הוא ביטוי למגמה חדשה בספרות המרחיבה את ההתעניינות מן העיסוק במשפחות החוות קשיי ההסתגלות בעטיו של הילד עם הצרכים המיוחדים לעיסוק במשפחות המתמודדות בהצלחה עם דרישות הטיפול בילד עם הצרכים המיוחדים (Sandler & Mistretta, 1998). במחקר העוסק בהשפעות בוגרים עם פיגור שכלי המתגוררים בבית על הוריהם נמצא כי 94% מן ההורים מדווחים על צמיחה כתוצאה מן ההורות לילד עם פיגור שכלי, אשר באה לידי ביטוי בחמלה, סימפטיה לזולת, גמישות, סובלנות וחוסר אנוכיות (Sandler & Mistretta, 1998). השלכות חיוביות נוספות המתוארות בספרות הן מקור הנאה ושמחה כתוצאה מן ההישגים של הילד עם הפיגור השכלי, חיזוק הלכידות המשפחתית, קביעת סדרי עדיפויות חדשים, הרחבת רשתות התמיכה החברתיות הפורמאליות והבלתי פורמאליות, מעורבות הולכת וגוברת בקהילה, רוחניות, צמיחה אישית וחוסן, הבאים לידי ביטוי בכושר התמדה, מוטיבציה ופיתוח מיומנויות סגור (Scorgie & Sobsey, 2000; Stainton & Besser, 1998).

ניתן לסכם כי גישות תיאורטיות ומחקרים עדכניים העוסקים בתופעת הדחק, בתהליך ההתמודדות ובצמיחה אישית שותפים להנחת היסוד כי הערכה קוגניטיבית של אירוע הדחק עשויה לצמצם את ההשלכות השליליות של אירוע הדחק ולהוביל לתפיסת עולם חיובית אודות עצמנו, אודות הזולת והעולם בכלל. ההערכה זו עשויה אף לטפח את ההכרה כי במידה מסוימת מצבנו טוב יותר ממצבנו טרם אירוע הדחק (Affleck & Tennen, 1996; Janoff-Bulman, 1992; Taylor, 1983; Tedeschi et al., 1998). מחקרים העוסקים במשפחתו של הילד עם הפיגור השכלי מלמדים כי מרבית ההורים מדווחים על שינויים חיוביים כתוצאה מן הילד עם הפיגור השכלי, הכוללים בין היתר: הנאה מהישגי הילד עם הפיגור השכלי, הגברת הלכידות המשפחתית, קביעת סדרי עדיפויות חדשים, הרחבת רשתות התמיכה החברתיות, מעורבות קהילתית, רוחניות, וצמיחה אישית (Scorgie & Sobsey, 2000; Stainton & Besser, 1998).

בעוד מרבית המחקרים עסקו בצמיחה אישית של הורים לילדים עם פיגור שכלי, ייחודו של המחקר הנוכחי הוא העיסוק בצמיחה האישית מנקודת מבטם של האחאים.

בדומה לחוקרים Schaefer & Moos (1992) ו-Park ואחרים (1996), אשר הגדירו שלושה תחומי צמיחה, צמיחה הקשורה במשאבים האישיים, צמיחה הקשורה במשאבים החברתיים וצמיחה הקשורה במיומנויות התמודדות, במחקר הנוכחי הוגדרו שלושה מדדי צמיחה המבטאים עולמות תוכן שונים: עולם התוכן הראשון הוא צמיחה בתחום האישי, עולם התוכן השני הוא צמיחה בתחום החברתי ועולם התוכן השלישי הוא צמיחה בתחום האמונה. אין לבלבל בין מדד הצמיחה צמיחה בתחום האישי, המהווה מדד אחד מבין שלושת המדדים, לבין המושג צמיחה אישית המשלב את שלושת המדדים האמורים, קרי צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה.

השלכות חיוביות של ילד עם פיגור שכלי על אחאיו

בצד חוקרים הטוענים כי ילד הגדל בחברת אח עם פיגור שכלי עלול לחוות דחק ואף להיות בסיכון לפתח קשיי הסתגלות, קיימים חוקרים הגורסים כי נוכחותו של ילד עם פיגור שכלי עשויה להיות חיובית ומעודדת צמיחה (Nixon & Cummings, 1999; Seligman, 1991; Stoneman et al., 1991; Pit-Ten Cate & Loots, 2000). בדקו כיצד משפיעה חווית האחאות לילד עם נכות פיזית על יחסי הגומלין בין הילד ללא הנכות לבין אחיו עם הנכות, ובין הילד ללא הנכות לבין הוריו וקבוצת השווים ומצאו כי ילדים ללא נכות פיזית דיווחו על הנאה רבה מן הפעילות המשותפת עם אחיהם עם הנכות הפיזית ועל תקשורת פתוחה עם הוריהם. הילדים ללא הנכות הפיזית העריכו את מאמצי ההורים לספק תשומת לב דומה לכל ילדיהם, על אף שלא תמיד עלה הדבר בידם, והיו נכונים לסייע בטיפול באח עם הנכות הפיזית. לא נמצאו קשיים מיוחדים ביחסי הגומלין עם קבוצת השווים והקהילה, פרט לתגובות טורדניות של עוברי אורח אשר אופיינו במבטים חודרניים, ברחמים או בהצעת עזרה.

מן הספרות המחקרית עולה כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לטול על עצמם אחריות רבה לטיפול באח עם הפיגור השכלי (Cox, Marshall, Mandleco, & Olsen, 2003), אולם אחריות זו אינה מובילה בהכרח לפגיעה באיכות יחסי הגומלין בין האחאים. חיזוק ותמיכה לכך נמצאו במחקרה של Stoneman ואחרים (1991) לפיו ילדים אשר סייעו לאחיהם עם הפיגור השכלי בטיפול הפיזי היום יומי תפסו עצמם כבעלי אחריות רבה והפגינו פחות רגשות שליליים כלפי אחיהם עם הפיגור השכלי בהשוואה לילדים אשר אחיהם ללא פיגור

שכלי. בנוסף, מעורבותם של ילדים ללא פיגור שכלי בטיפול באחיהם עם הפיגור השכלי לא פגעה באינטראקציה עם קבוצת השווים.

Cox ואחרים (2003) הגדירו ארבעה דפוסי התמודדות בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי. 65% מן האחאים במחקרם הביעו רצון ונכונות להתמודד עם הולדת הילד עם הפיגור השכלי והטיפול המתמשך בו והיו עסוקים בתהליך פתרון בעיות והסקת מסקנות (proactive responses), 19% מן האחאים נהגו לפנות לתמיכה ולעזרה של בן משפחה (הורים, סבים, סבתות ואחאים), מורים או חברים (interactive responses), 13% מן האחאים נטו להביע את רגשותיהם או לעסוק בחשיבה (בשונה מהתנהגות) (internally reactive responses) ורק 3% מן הילדים לא אימצו דפוס התמודדות פיזי או רגשי לנוכח הנסיבות המשפחתיות המיוחדות (nonactive responses). ילדים אלו נהגו להכחיש את הדחק, להתעלם מקיומו או לדווח על חוסר אונים ואוזלת יד בכל הנוגע אליו.

חויית האחאות לילד עם פיגור שכלי עשויה לחולל שינוי בהשקפת העולם של האחאים ללא הפיגור השכלי. אחאים ללא פיגור שכלי עשויים להיות רגישים ומודאגים יותר, הם עשויים להיות אמפטיים, להגיב במהרה למצוקותיהם של הסובבים אותם ולהיטיב לעזור לזולת, הודות לרגישותם הרבה. לעיתים קרובות הם בוחרים במקצועות העזרה השונים, כגון: הוראה ובריאות הנפש (Nixon & Cummings, 1999). חלק גדול מן האחאים הפנימו נורמות התנהגות הנהוגות בבית, כגון: עזרה לזולת, ופנו לקריירה הדורשת מחויבות ומסירות ועיקרה שיפור האנושות (Seligman, 1991).

השפעת הילד עם הנכות על אחאיו אינה מוגבלת לגיל הילדות וההתבגרות. קיימים אחאים בוגרים לילדים עם פיגור שכלי הגורסים כי בני משפחתו של הילד עם הפיגור השכלי צריכים לקחת אחריות על עתידו של האדם עם הפיגור השכלי ורבים מהם מדווחים כי ייטלו על עצמם את הטיפול באדם עם הפיגור השכלי וההשגחה עליו, כאשר הוריהם לא יהיו מסוגלים לעשות זאת (Griffiths & Unger, 1994).

ניתן לסכם כי קיימים אחאים לילדים עם פיגור שכלי אשר עלולים לחוות דחק ואף להיות בסיכון לפתח קשיי הסתגלות בשל נוכחות הילד עם הפיגור השכלי, בעוד אחרים עשויים לחוות שינויים חיוביים כתוצאה מן האחאות לילד עם פיגור שכלי. מן האמור לעיל מתעוררת השאלה מה הם הגורמים והמשאבים אשר תורמים להתמודדות יעילה ולצמיחה אישית בעוד העדרם גורם לקשיי הסתגלות ודחק? המחקר הנוכחי עוסק בגורמים אחדים המוזכרים בספרות כמעודדים או לחילופין כמדכאים הסתגלות, והם: הערכה עצמית, דיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, ובוחן את הקשר בינם לבין צמיחה אישית, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

הערכה עצמית

המושג "הערכה עצמית" כולל בתוכו את מכלול הגישות, השיפטים והערכים אשר יש לפרט ביחס לרגשותיו, מחשבותיו, התנהגותו, יכולותיו וערכו כאדם (Coopersmith, 1967). הערכת הפרט את עצמו כמוה כשיפוט עצמי, הכולל את עמדותיו של האדם כלפי עצמו. המושג זכה להתייחסות נרחבת במסגרת התיאוריה הטיפולית והאישיותית של Rogers (1951), לפיה הקבלה העצמית הינה תנאי הכרחי ליחסים בין-אישיים טובים יותר עם אחרים.

יש הרואים את ההערכה העצמית כתכונה פנימית, מגובשת, אשר איננה מושפעת מהתנסויותיו של הפרט, אולם מרבית התאורטיקנים רואים את היווצרות ההערכה העצמית כתהליך מתמשך המושפע מן האינטראקציה של האדם עם עצמו, עם אחרים ועם המציאות החיצונית (Mead, 1934; Rogers, 1951; Sullivan, 1953).

דגש רב הושם על הסביבה המשפחתית והשפעתה על ההערכה העצמית של הילד. המשפחה הינה הסביבה הראשונית המהווה מראה דרכה הילד רואה את עצמו ובונה את הערכתו העצמית, ומכאן חשיבותם של האווירה המשפחתית והיחסים הראשוניים בה והשפעתם הניכרת על ההערכה העצמית של הילד (Roger, 1951; Sullivan, 1953).

יש הגורסים כי אורח החיים במשפחות רוויות עימותים וקונפליקטים מגביר לעיתים את הסיכון בקרב ילדי המשפחה לפתח הערכה עצמית נמוכה וכישורים פסיכולוגיים וחברתיים דלים (Forehand, Long & Brody, 1988; Slater & Haber, 1984), אולם מערכת יחסים חיובית, תומכת ומכילה, עם הורה אחד לפחות, עשויה לצמצם את ההשפעות השליליות של הקונפליקט (Jenkins, 1992; Rutter, 1987). בהקשר זה, Caya & Liam (1998) מצאו כי לידים הנהנים מיחסים קרובים ותמיכה מצד אחאיהם דיווחו על הערכה עצמית גבוהה ועל כישורים פסיכולוגיים וחברתיים מרשימים בהשוואה לילדים המתארים יחסים צוננים ועכורים עם אחאיהם. ילדים אלו צלחו ביעילות רבה את המשברים במשפחה, הודות לעוגן אשר סיפקו האחאים בדמות אישור המציאות, נחמה והגנה, ויצירת אקלים של הנאה וצחוק. מן האמור לעיל מתעוררת השאלה, האם ילדים עם פיגור שכלי עשויים לעודד ולחזק את הערכתם העצמית של אחאיהם בדומה לילדים באוכלוסיה הכללית?

שורה ארוכה של מחקרים מדגישים את הקשר בין הערכה עצמית נמוכה של מתבגרים לבין התנהגויות הטומנות בחובן סכנה בריאותית, הכוללות בין היתר: עישון סיגריות, פעילות מינית מוקדמת, הצהרות וניסיונות אובדניים, שימוש בסמים והרגלי תזונה לקויים (Fergusson & Lynskey, 1995; Kelly, Lynch, Donovan, & Clark, 2001; Lipovsek, Karim, Gutierrez, Magnani, & Gomez, 2002; McGee & Williams, 2000; Neumark-Sztainer, Story, French, & Resnick, 1997; Overholdter, Adams, Lehnert, & Brinkman, 1995). הערכה עצמית אף נמצאה קשורה להסתגלות של מתבגרים לבית ספר תיכון, הכוללת התמודדות עם הדרישות הרגשיות, החברתיות והקוגניטיביות (Carlson, Stroufe, Collins, & Jimerson, 1999), וליחסי גומלין עם הזולת. מתבגרים בעלי הערכה עצמית גבוהה דיווחו על יכולת אמפטית, והיו קשובים לרגשותיהם של הסובבים אותם, בעוד מתבגרים בעלי הערכה עצמית נמוכה דיווחו על רמה גבוהה של חרדה לנוכח סיטואציות בין-אישיות קונפליקטואליות (Henry, Sager & Plunkett, 1996).

מחקרים אשר בדקו את הקשר בין נוכחות ילד עם פיגור שכלי במשפחה לבין הערכה עצמית של אחאים בריאים ללא פיגור שכלי, חשפו תמונה בלתי עקבית (Bischoff & Tingstrom, 1991; Hannah & Midlarsky, 1999; McHale & Gamble, 1989; Nastasi, 1997; Silverman, 1991; Weinger, 1992). במחקר אשר בדק הבדלים בכישורים

החברתיים, בשיעור בעיות ההתנהגות ובהערכה העצמית בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי נמצא כי, אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו על הערכה עצמית נמוכה ועל שיעור בעיות התנהגות גבוה בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי, בעוד הורים ומורים דיווחו על העדר הבדלים בהערכה העצמית בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי (Nastasi, 1997). במחקר אחר נמצא כי ככל שאמהות ואחאים לילדים עם פיגור שכלי תפסו את הילד עם הפיגור השכלי באופן חיובי יותר, כך ההערכה העצמית של האחאים הבריאים היתה גבוהה וחיובית יותר (Weinger, 1992). הערכה עצמית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי היתה קשורה גם בגיל הכרונולוגי של האחאים ללא הפיגור השכלי ובקיומה/העדרה של מגבלה פיזית נוספת פרט לפיגור שכלי במשפחה (Silverman, 1991).

במחקרם של Bischoff & Tingstrom (1991) לא נמצאו הבדלים מובהקים בשיעור בעיות ההתנהגות ובהערכה העצמית על מרכיביה השונים (דימוי עצמי אקדמי, דימוי עצמי חברתי ודימוי עצמי אתלטי) בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. תוצאות דומות עולות ממחקרן של Hannah & Midlarsky (1999) וממחקרו של Silverman (1991) לפיהם נוכחותו של ילד עם פיגור שכלי במשפחה אינה מובילה בהכרח להפרעות בהתנהגות או לפגיעה בהערכה העצמית.

המחקר הנוכחי עוסק בהבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בהערכתם העצמית, כמו כן נבדק הקשר בין הערכה עצמית של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי בגיל ההתבגרות לבין צמיחתם האישית, כתוצאה מחווית האחאות לילד עם/ללא פיגור שכלי.

דיפרנציאציה של העצמי

משתנה נוסף אשר תרומתו לצמיחה האישית של האח ללא הפיגור השכלי נבדקה במחקר הנוכחי הוא רמת הדיפרנציאציה של העצמי. המונח "דיפרנציאציה של העצמי" פירושו המידה שבה האדם חווה את עצמו כישות גופנית ונפשית נפרדת ונבדלת מן הסביבה; המידה בה הוא תופס את גופו, רגשותיו, מחשבותיו, רצונותיו ומעשיו כשלו ולא כשל זולתו. זהו אחד התהליכים המרכזיים בעיצוב אישיותו הבריאה והמסתגלת של האדם (סמילנסקי, זוהר ושנר, 1990). Mahler (1968, 1975) אשר הטביעה מונח זה לראשונה גרסה כי ראשיתו של התהליך באחדות הסמביוטית של התינוק עם אמו וסיומו ביצירת תחושת עצמי נפרדת ועצמאית, אם כי תהליך זה, ככל התהליכים הנפשיים הפנימיים, מתקיים לאורך כל החיים.

העובר ברחם אמו אינו מסוגל לבטא את רגשותיו, את מחשבותיו או את רצונותיו, שכן גופו אינו נפרד מגופה של אמו, אולם הלידה אינה הופכת את התינוק לאדם העומד ברשות עצמו, מאחר והתינוק תלוי באמו וזקוק לה פיזית ורגשית (סמילנסקי ואחרים, 1990). לאורך מעגל החיים, הודות לתהליך התבגרות ובשלות פיזית, הילד מתמודד עם משימות שונות, נוטל על עצמו אחריות והופך לאדם עצמאי. על משפחת המוצא מוטלת המשימה לאפשר לאינדיבידואליות של הילד לפרוץ החוצה ולייחודיות להתגלות במלוא הדרה (Kerr & Bowen, 1988).

הדיפרנציאציה של העצמי מתקיימת בשני מישורים: **הדיפרנציאציה התוך-אישית** פירושה היכולת של הפרט ליצור הבחנה בין תפקודיו ההאינטלקטואלים לבין תפקודיו האמוציונליים, לשלבם בצורה מאוזנת, ולתת לכך ביטוי ביחסי הגומלין עם הסביבה. לעומת זאת, **הדיפרנציאציה הבין-אישית** פירושה היכולת של הפרט לשמור על אוטונומיה וחירות ובה בשעה לא לחשוש מיצירת קשרים אינטימיים עם דמויות משמעותיות בחייו (Bowen, 1990; Kerr & Bowen, 1988).

שני כוחות, המתקיימים בעת ובעונה אחת, אחראים על מידת הדיפרנציאציה אשר הילד יפתח ממשפחת המוצא. **כוח הדיפרנציאציה או כוח האינדיבידואליות** (differentiation or individuality) מניע את האדם להיפרד ולהיבדל מבחינה רגשית מן הזולת. להרגיש, לחשוב ולפעול באופן עצמאי ובלתי תלוי בסביבתו. להגדיר את גבולותיו האישיים אשר אינם ניתנים

למשא ומתן ושינוי. מנגד, **נוח היחד** (togetherness) דוחק באדם ובמשפחת המוצא להישאר קשורים זה אל זה, לחשוב, להרגיש ולפעול כאיש אחד (Bowen, 1990; Kerr & Bowen, 1988). Bowen הוסיף כי בני האדם מפתחים מידה שונה של דיפרנציאציה ממשפחות המוצא, כפועל יוצא ממידת הדיפרנציאציה אשר פיתחו הוריהם ממשפחות המוצא שלהם וכתוצאה ממערכות היחסים הנרקמות בין האדם לבין הוריו, אחאיו וקרובי משפחה אחרים.

סולם הדיפרנציאציה (scale of differentiation) (Bowen, 1990; Kerr & Bowen, 1988)

(1988) נועד לתאר את ההבדלים בין בני האדם במידת הדיפרנציאציה אשר הם פיתחו ממשפחות המוצא. בקצה התחתון של הסולם נמצא אדם עם רמת דיפרנציאציה נמוכה. אדם זה מקדיש את מרבית זמנו ותשומת לבו לאהוב את הזולת או להיות נאהב על ידו, ועסוק בהתמודדות עם תחושת הדחייה של הזולת, כך נותרת לו מעט מאוד אנרגיה על מנת להגשים מטרות ויעדים נוספים בחיים. תיפקודו היום יומי נשלט על ידי תגובותיו הרגשיות של הזולת והוא סובל מחרדה כרונית, אשר אינה מאפשרת מנוחה והקלה. הוא עסוק בחיפוש מתמיד אחר מערכות יחסים אשר יהיו זהות למערכות היחסים עם משפחת המוצא, נוהל אכזבה וכישלון לרוב, ומתקשה לשמור על מערכות יחסים ארוכות טווח.

לעומתו, אדם עם רמת דיפרנציאציה גבוהה מתרחק בהדרגה ממשפחת המוצא והופך בוגר המודע לעצמו. הוא בטוח בעצמו, ואינו פועל על סמך דברי שבח או ביקורת בלבד. הוא מודע לדיעותיו, נוטל על עצמו אחריות, אך יחד עם זאת מסוגל להקשיב לזולת ולהעריכו. רמת החרדה הכרונית שלו נמוכה והוא מסוגל להתמודד עם אירוע דחק מבלי לפתח סימפטומים טורדניים מרובים (Kerr & Bowen, 1988).

פסיכולוגים ואנשי חינוך רבים משערים כי קיים קשר הדוק בין תהליך הדיפרנציאציה של העצמי לבין תהליך ההסתגלות בקרב ילדים: תהליך דיפרנציאציה תקין קשור בהסתגלות טובה ואילו קשיים בפיתוח דיפרנציאציה עלולים להוביל לקשיי הסתגלות, הבאים לידי ביטוי בהערכה עצמית נמוכה, קושי במתן אמון בסיסי, חוסר ביטחון וחשדנות, חוסר רצון או יכולת לצור קשרים עמוקים ומשמעותיים עם אחרים, התבודדות ובמקרים חריגים התנתקות מן הסביבה (סמילנסקי ואחרים, 1990; Klein, 1952; Kernberg, 1975; Erikson, 1950; Mahler, 1975).

מן התיאורים הקליניים והמחקרים אשר נערכו עולה כי תפקיד נכבד בתהליך המובדלות הפסיכולוגית נודע לאח, תפקיד אשר אינו נופל רבות מתפקידה של האם (סמילנסקי ואחרים, 1990). האחאים יוצרים ומדגישים את ההבדלים ביניהם, מחפשים אחר נישות סביבתיות חברתיות שונות ובונים זהויות פסיכולוגיות נפרדות, כפי הנראה על מנת להימנע מתחרות גלויה על המשאבים המשותפים, כגון: הכרה חברתית וחיבה הורית (Schachter, Gilutz, Shore, & Adler, 1978; Tesser, 1980). ככל שהאחאים קרובים זה לזה בגיל, במין ובהופעתם החיצונית, כך גדל תפקידו של האח. הדבר בולט בקרב תאומים אם כי ניתן לצפות לתופעה דומה בקרב אחאים אשר אינם תאומים (סמילנסקי ואחרים, 1990).

סוגיית הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי לא נדונה עד כה בספרות ובכך ייחודו של המחקר הנוכחי. המחקר הנוכחי עוסק בהבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי ברמת הדיפרנציאציה של העצמי, כמו כן המחקר בודק האם קיים קשר בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי לבין צמיחתם האישית.

טיפול דיפרנציאלי של ההורים

בנוסף לתרומתם של המשאבים הפנימיים הערכה עצמית ודיפרנציאציה של העצמי לצמיחתם האישית של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי, המחקר הנוכחי עוסק באספקטים משפחתיים תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים על ידי האחאים ובתרומתם לצמיחה אישית.

על אף שבשגרה, אחאים חולקים מחצית מן המטען התורשתי וגדלים בסביבה משפחתית זהה, הם עשויים להיות שונים זה מזה באישיותם, כמו גם בתפיסתם את המציאות המשפחתית (Daniels & Plomin, 1985; Plomin & Daniels, 1987). ההבדלים בין האחאים נובעים כפי הנראה מן הגורמים המשפחתיים והסביבתיים אשר נתפסים ונחווים באופן שונה על ידי כל אחד מן האחאים (nonshared environment), כגון: תפיסת האח את טיפול ההורה בו בהשוואה לטיפול ההורה באחיו (Plomin & Daniels, 1987).

במחקרים אשר ניסו לאמוד את הקף הטיפול הדיפרנציאלי של הורים בילדיהם ואת הקשר בין הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין הסתגלותם של הילדים נמצא כי כשליש מן ההורים מדווחים על הבדלים בחיבה אשר הם מעניקים לילדיהם ובשליטה אשר הם מפגינים כלפי ילדיהם. יתרה על כך, נמצא קשר מובהק בין הבדלים אלו לבין הסתגלותם של הילדים. ילדים בוגרים אשר זכו לחיבה רבה יותר מצד האם בהשוואה לאחאיהם הצעירים נטו פחות לפתח בעיות התנהגות אשר מקורן פנימי (דיכאון, נסיגה חברתית ותלונות סומטיות) בעוד, ילדים בוגרים אשר היו נתונים לשליטה רבה מצד האם בהשוואה לאחאיהם הצעירים נטו יותר לפתח בעיות התנהגות שמקורן פנימי וכן בעיות התנהגות שמקורן חיצוני (תוקפנות, עבריינות והיפראקטיביות) (Dunn, Stocker & Plomin, 1990).

השלכות נוספות של הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים נמצאו במחקרה של McHale ואחרים לפיו, ילדים צעירים אשר זכו לחיבה רבה יותר בהשוואה לאחאיהם הבוגרים דיווחו על הערכה עצמית גבוהה ועל שביעות רצון רבה יותר מיחסי הגומלין עם הוריהם בהשוואה לאחאיהם הבוגרים (McHale, Crouter, McGuire, & Updegraff, 1995). בנוסף, ילדים צעירים אשר דיווחו על משמעת רבה יותר מצד הוריהם בהשוואה לאחאיהם הבוגרים דיווחו על מידה מועטה של רווחה פסיכולוגית ועל עוינות כלפי אחאיהם בהשוואה לאחאיהם הבוגרים.

מחקרה של Kowal ואחרים, העוסק בתפיסה הסובייקטיבית של הילד את הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, עשוי לשפוך אור על הקשר בין הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין הרווחה הרגשית והחברתית של הילדים (Kowal, Krull, Kramer, & Crick, 2002). מן המחקר עולה כי על אף שנמצא קשר מובהק בין עוצמת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין בעיות התנהגות של ילדיהם, כגון: תוקפנות, עבריינות והיפראקטיביות, התפיסה הסובייקטיבית של הילד את מידת הלגיטימציה אשר בטיפול הדיפרנציאלי הייתה קשורה באופן מובהק לבעיות התנהגות, כגון: דיכאון, נסיגה חברתית ותלונות סומטיות וכן להערכה העצמית הכללית של הילד. לגיטימציה רבה לטיפול הדיפרנציאלי של ההורים הייתה קשורה לתוצאות חיוביות אצל הילד, קרי: מידה מועטה של בעיות התנהגות והערכה עצמית כללית חיובית, מעל ומעבר להשפעות הטיפול הדיפרנציאלי.

תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים עלולה להיות שכיחה יותר ובולטת לעין ביתר שאת כאשר אחד מן הילדים מתפקד ברמת פיגור שכלי, זאת מפאת התלות הגבוהה של הילד עם הפיגור השכלי בהוריו לשם סיפוק צרכיו. הילד עם הפיגור השכלי עלול להתקשות בשמירה על הגיינה, בקליטת השפה וההבעה העצמית, בניידות ובתהליך הלמידה, ולפיכך זקוק לעיתים קרובות לטיפול והשגחה צמודים (לוי-שיף ושולמן, 1998). במחקר העוסק בתופעת הטיפול הדיפרנציאלי בקרב משפחות לילדים עם פיגור שכלי נמצא כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי עסקו יותר בביצוע מטלות בבית בהשוואה לילד עם הפיגור השכלי בנוסף, אמהות נקטו באסטרטגיות משמעת שונות כלפי הילד עם הפיגור השכלי בהשוואה לאחאיו ללא הפיגור השכלי: אמהות נטו יותר להתעלם מן הילד עם הפיגור השכלי, לנזוף בו, לצעוק עליו, להעניש אותו ולהרחיקו מן המקום ופחות לפשר, להסביר ולשקף עבור הילד עם הפיגור השכלי בהשוואה לאחאיו ללא הפיגור השכלי (McHale & Pawletko, 1992).

ניתן לסכם כי הטיפול הדיפרנציאלי של הורים בילדיהם הינו תופעה שכיחה, המעסיקה את הילד לאורך חייו (Baker & Daniels, 1990; McHale & Pawletko, 1992). יתרה מכך, תופעה זו שכיחה ובולטת יותר בקרב משפחות בהן ילד עם פיגור שכלי. הורים לילד עם צרכים מיוחדים נדרשים לעיתים להקדיש זמן רב, תשומת לב ומשאבים משפחתיים לילד עם הפיגור השכלי ועלולים לתרום להתפתחות רגשות כיריבות, קנאה או עוינות בקרב אחאיו ללא הפיגור השכלי (McHale & Harris, 1992). המחקר הנוכחי עוסק בהבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים. בנוסף, המחקר בוחן כיצד תפיסת אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי את הטיפול הדיפרנציאלי של הוריהם תורמת או מעכבת את צמיחתם האישית.

מאפיינים סוציו-דמוגרפים

גוף ידע רחב ומעמיק אשר הצטבר במהלך השנים ועוסק בילד עם הפיגור השכלי ובמשפחתו, פרי עבודתם המאומצת של תיאורטיקנים וחוקרים בתחום, מצביע על כך שחקר התופעה כבר אינו נמצא בחיתוליו. למעשה, הזמן החולף נתן את אותותיו ופרשנות אשר נחקקה באבן לפני עשורים אחדים, מפנה את מקומה לאמיתות חדשות או לפחות לסימני שאלה וצמא הולך ומתגבר לידע חדש. כך הם פני הדברים, ככל הנראה, בכל הנוגע למשתנים הסוציו-דמוגרפים ותרומתם להתמודדות ולהסתגלות של בני המשפחה להולדת ילד עם פיגור

שכלי. בעוד הספרות התיאורטית והמחקרית בעבר ייחסה חשיבות רבה למשתנים המבניים, הסוציו-דמוגרפים, בתהליכי ההתמודדות וההסתגלות של בני המשפחה, נדמה כי הספרות התיאורטית והמחקרית העכשווית מרחיבה את התעניינותה ומדגישה משתנים נוספים אישיים ובין-אישיים של הפרט, של המשפחה הגרעינית, המורחבת והקהילה כולה, אף על פי כן במחקר הנוכחי נבדקה תרומתם של מספר מאפיינים סוציו-דמוגרפים לקשרים בין המשתנים השונים בכלל ולצמיחה אישית בפרט.

מין הנבדק (gender): אחת הדאגות הנפוצות, המשתקפת בספרות תיאורטית והמחקרית, היא כי אחיות בוגרות לילדים עם פיגור שכלי נדרשות לשאת באחריות רבה להשגיה, לסייע ולטפל בילד עם הצרכים המיוחדים ולהזניח את פעילויות שעות הפנאי והבילוי עם החברים (Farber, 1960; Farber & Jenne, 1963; Gath, 1974). הנסיון העיקש לאזן בין המחוייבות המשפחתית לבין הדרישות בבית הספר והציפיות החברתיות עלול לטענת העוסקים בתחום להוביל ללחץ, למתח ולמצוקה (Farber, 1960; Fowle, 1969; Skrtic, Summers,) (Brotherson, & Turnbull, 1984; Stoneman & Brody, 1982). לפיכך, חוקרים רבים טוענים כי הסתגלותן של בנות, אחיות לילדים עם פיגור שכלי, טובה פחות מהסתגלותם של בנים, אחים לילדים עם פיגור שכלי (Atkins, 1989; Breslau, Weitzman & Messenger,) (1981; Farber, 1959; Rodger, 1985; Wunder, 1987). זיידר מאידך, הציג ממצאים הפוכים לפיהם הסתגלותן של בנות, אחיות לילדים עם חירשות, טובה יותר מהסתגלותם של בנים, אחים לילדים עם חירשות, והסביר כי המפגש היומיומי בין האחאים מיטיב עם האחיות, הודות ליצירת תשתית התמודדות יעילה עם רגשות פנימיים, כגון: כעס, אשם ודחייה, ועם תגובות חברתיות שליליות וסטיגמה מצד קבוצת השווים. הבט נוסף של משתנה המין נוגע לזהות בין מין הילד עם הפיגור השכלי לבין מין אחאיו הבריאים. מן הספרות התיאורטית והמחקרית עולה כי הסתגלותם של אחאים בריאים לילדים עם פיגור שכלי טובה פחות כאשר הילד עם הפיגור השכלי ואחאיו ללא הפיגור השכלי הם בני אותו המין (זיידר, 1984; Gath, ; 1972; Grossman, 1974). כפי הנראה, הזהות במינם של הילד עם הפיגור השכלי ושל אחאיו ללא הפיגור השכלי מגבירה את חששם של האחאים הבריאים שמא קיים דמיון בתחומים נוספים ומעוררת חרדה, מבוכה ובושה בקרבם.

גיל הנבדק: התמודדות הורים ואחאים עם האתגר הכרוך בטיפול המתמשך בילד עם פיגור שכלי היא בעלת טבע ועוצמה משתנים לאורך החיים: כאשר הילד עם הפיגור השכלי בגיל

הינקות, תחושת הדחק גדולה במיוחד ומלווה לעיתים קרובות בתחושת חוסר אונים של ההורה וברגשות אשם כבדים. תחושות ורגשות אלו עלולים לתת את אותותם על אחאיו הבריאים של הילד עם הפיגור השכלי. האח הבריא בהשיגו אבני דרך התפתחותיות, אשר אחיו עם הפיגור השכלי לא השיגן, מבליט ומחדד יתר על המידה את מגבלותיו של הילד עם הפיגור השכלי ולפיכך השגיו יהיו תמיד מהולים בתחושת כאב, החמצה ואובדן של ממש (פרידלין ופלוריאן, 1996). כאשר הילד עם הפיגור השכלי בגיל הילדות, מחריפה התחרות על תשומת הלב של ההורה וכאשר הילד עם הפיגור השכלי בגיל ההתבגרות, אזי נדרש האח הבריא לקחת על עצמו אחריות, להשגיח על הילד עם הפיגור השכלי, לטפל בו, ובד בד להתמודד עם תחושות ורגשות, כגון: חרדה, דכאון ותסכול (פרידלין ופלוריאן, 1996).

סדר הלידה: בעוד אחאים הגדולים מן הילד עם הפיגור השכלי, נולדו למציאות משפחתית שכיחה ומקובלת, הרי שאחאים הקטנים מן הילד עם הפיגור השכלי, נולדו למציאות משפחתית יוצאת דופן. הם נחשפו לעומס הפיזי והרגשי הכרוך בדאגה לצרכיו של הילד עם הפיגור השכלי מרגע לידתם, ותקופת ילדותם, התבגרותם ובגרותם עומדת לעיתים בצילו של הילד עם הפיגור השכלי. ניתן להניח כי תהליכים מרכזיים בהתפתחות, הכוללים פיתוח הזהות האישית, ביסוס ההערכה העצמית והרחבת ההבעה הרגשית מתאפשרים ביתר קלות, בהעדרו של הילד עם הפיגור השכלי. יתרה מכך, תהליכים אלו סופגים לעיתים מכה בעטיו של הילד עם הפיגור השכלי (Gamble & Woulbourn, 1993). מכאן שאחאים הגדולים מן הילד עם הפיגור השכלי, נהנים מיתרון מסוים, בהשוואה לאחאים הקטנים מן הילד עם הפיגור השכלי.

בנוסף, חוקרים לא מעטים הגורסים כי הילד עם הפיגור השכלי יהיה לעולם "הילד הצעיר" במשפחה מפאת הצורך שלו בליווי ובתמיכה מוגברת, ולפיכך אחאים בריאים הצעירים מן הילד עם הפיגור השכלי יידרשו, על אף גילם הכרונולוגי, לסייע ולעזור לילד עם הפיגור השכלי ויחוו מתח תפקיד ניכר (role tention) (Atkins, 1989; Braslau, 1982; Simeonsson & McHale, 1981). כמו כן, הילד עם הפיגור השכלי עלול למשוך את מירב תשומת הלב ולהזדקק לטיפול אינטנסיבי של ההורים מפאת צרכיו הייחודיים, דבר אשר יקרין על יכולתם של ההורים להקדיש תשומת הלב וטיפול אישי נאות לאחאים הבריאים ויתן את אותותיו על האחאים בכלל והאחאים הצעירים בפרט.

הסבר נוסף להבדלים בהסתגלות הכללית של אחאים בוגרים לעומת אחאים צעירים קשור למידת האופטימיות והתקווה של בני המשפחה, וההורים בפרט, בכל הנוגע לעתידו של

הילד עם הפיגור השכלי. זיידר (1984) שיער כי אחאים בריאים בוגרים מן הילד עם הפיגור השכלי חשופים לתפיסה הראשונית ולאמונה הבסיסית של ההורים כי ניתן לשנות, לשפר ולתקן את מצבו ותפקודו של הילד עם הפיגור השכלי באמצעות תהליכי הערכה ואיבחון מקיפים ובאמצעות טיפולים רפואיים ופרא-רפואיים אינטנסיביים, ומשום כך הם גדלים באוירה כללית של אופטימיות ותקווה. לעומת זאת, במשפחות בהן האח הבריא צעיר מן הילד עם הפיגור השכלי אזי ההורים עברו כברת דרך. הם מודעים יותר ליכולתו הקוגניטיבית ולכישוריו ההסתגלותיים של הילד עם הפיגור השכלי, והסיכויים או העדר הסיכויים לשינוי במצבו של הילד עם הפיגור השכלי עלולים להכתיב אקלים אחר, קודר יותר, אשר יש לו השלכות על התפתחותו של האח הצעיר ללא הפיגור השכלי.

בניגוד לאמור לעיל, זיידר (1984) חשף במחקרו ממצאים הפוכים לפיהם אחאים צעירים מן הילד עם פיגור שכלי מסתגלים בצורה טובה ויעילה יותר בהשוואה לאחאים בוגרים מן הילד עם הפיגור השכלי. זיידר הסביר כי כאשר האח ללא הפיגור השכלי צעיר מן הילד עם הפיגור השכלי הוא נולד למשפחה אשר יש בה ילד עם פיגור שכלי זה מכבר ואשר רכשה כפי הנראה איזון מסויים באשר לאופני ההתמודדות עם הילד עם הצרכים המיוחדים. בנוסף, האח ללא הפיגור השכלי עשוי להנות מיחס הורי מיוחד, מטפח ומתגמל באורח חיובי, משום העתיד החדש והאטרקטיבי הנפתח בפני בני המשפחה בכלל ובפניו בפרט, עתיד אשר לא היה תמיד מנת חלקו של הילד עם הפיגור השכלי. לעומת זאת, כאשר האח ללא הפיגור השכלי בוגר מן הילד עם הפיגור השכלי, אזי לידתו של ילד עם פיגור שכלי מהווה משבר, המזעזע את המערכת המשפחתית כולה ומפר את האיזון. האח ללא הפיגור השכלי עלול להדחק אל קרן זווית ולאבד את מקורות התמיכה והעידוד החיוניים, עד אשר יושג שיווי משקל חדש. ברוח הדברים הללו, Grossman (1972) שיערה כי כאשר האח ללא הפיגור השכלי גדול מן הילד עם הפיגור השכלי ישנה סכנה שהשניים יתפסו כמקשה אחת והתפתחותו של האח ללא הפיגור השכלי עלולה להתעכב, בעוד שכאשר האח ללא הפיגור השכלי צעיר מן הילד עם הפיגור השכלי, במהלך השנים הוא עשוי להשיג בתפיסתו, ביכולותיו ובביצועיו את הילד עם הפיגור השכלי, וכך תתאפשר צמיחה אישית.

משתנים סוציו-דמוגרפים נוספים אשר דובר עליהם בהרחבה בספרות הם **מרווח הגילאים בין האחאים וגודל המשפחה**: פרידלין ופלוריאן גורסים כי ככל שפער הגילאים בין הילד עם הפיגור השכלי לבין אחאיו ללא הפיגור השכלי גדול יותר, כך הסתגלותו של האח ללא הפיגור השכלי טובה יותר (פרידלין ופלוריאן, 1996). בנוסף, אחאים במשפחות גדולות

מתמודדים בהצלחה עם מצב הדחק בהשוואה לאחאים במשפחות קטנות. הסיבה לכך נעוצה כפי הנראה בעובדה שילדים עשויים לשמש רשת תמיכה עבור אחיהם ולחלוק זה עם זה את נטל הציפיות ואת משימות הטיפול בילד עם הצרכים המיוחדים (Gallagher & Powell, 1984; Rodger, 1985; Vadasy, Fewell, Meyer, & Schell, 1984). חוקרים אחרים מציגים טענות הפוכות לפיהן הורים למספר רב של ילדים, על אחת כמה וכמה הורים אשר אחד מילדיהם הוא עם פיגור שכלי, נושאים בעומס רגשי, פיזי וכלכלי כבד, ולפיכך חלוקת המשאבים ההוריים בין הילדים עלולה להותיר את האח הבריא עם מידה מועטה של תשומת לב, תמיכה ועזרה (זיידר, 1984).

מעמד סוציו-אקונומי: הורים עם השכלה רחבה ובעלי סטטוס מקצועי תעסוקתי גבוה, עשויים להנות יותר ממקורות מידע מגוונים בהשוואה להורים עם השכלה מצומצמת ובעלי סטטוס מקצועי תעסוקתי נמוך. הורים אלו נוהגים להשתמש ביתר יעילות בשירותים החברתיים השונים לטובתם של הילדים עם הפיגור השכלי, אך גם לרווחתם הם ולרווחת האחאים ללא הפיגור השכלי. כאשר השכלת ההורים מצומצמת וכאשר הסטטוס המקצועי תעסוקתי שלהם נמוך, האח ללא הפיגור השכלי עלול להיות בסיכון משום המשאבים המשפחתיים הדלים (זיידר, 1984). במשפחות אלו, יותר מבמשפחות בהן ההורים משכילים ובעלי סטטוס מקצועי ותעסוקתי גבוה, האח ללא הפיגור השכלי עלול להדרש להתגייס לטיפול באח עם הצרכים המיוחדים, להחשף לרמות גבוהות של דחק ולפתח דיכאון תגובתי (Breslau & Parbucki, 1987). מאידך, במשפחות בעלות אמצעים, האח ללא הפיגור השכלי עלול לחוות משבר ציפיות, מפאת כובד משקלן של השאיפות והתקוות המוטלות על כתפיו על ידי הוריו. ציפיות ותקוות אלו אין הוא יכול לחלוק עם אחיו עם הצרכים המיוחדים (Farber in McKeever, 1983).

רציונל המחקר

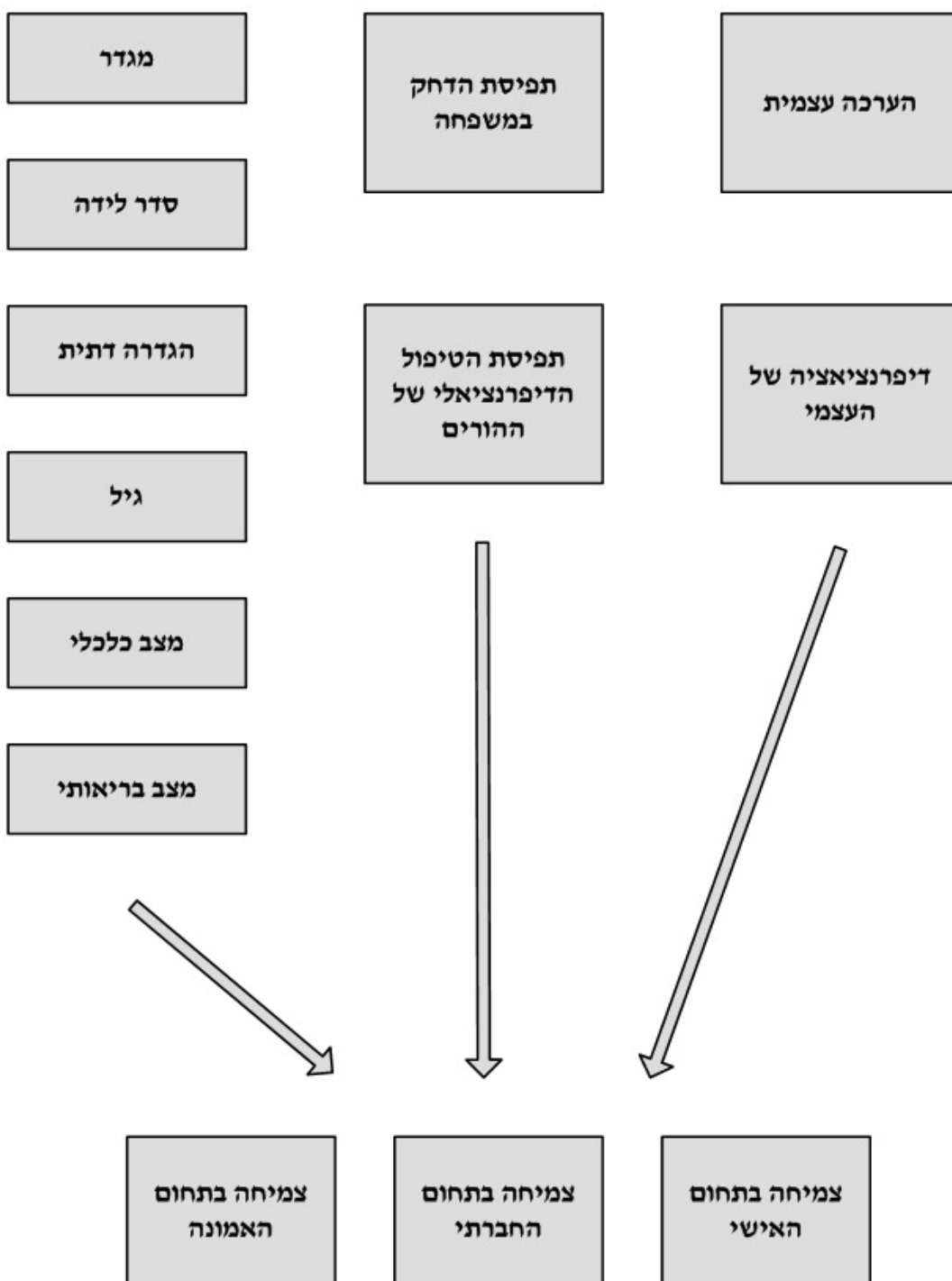
מטבע הדברים, הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בילד עם פיגור השכלי ובבני משפחתו הקדישה תשומת לב ניכרת להשלכות השליליות הכרוכות בהולדת ילד עם פיגור שכלי ובטיפול המתמשך בו על הדינאמיקה המשפחתית, כפי שבאה לידי ביטוי באקלים המשפחתי, במערכת הזוגית, במערכת האחאית ובמערכת החברתית. אף על פי כן, חוקרים אחדים מצאו כי בד בבד עם ההשלכות השליליות של הילד עם הפיגור השכלי על בני המשפחה, קיימות גם השלכות חיוביות. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בתופעת הדחק, בתהליך ההתמודדות ובצמיחה אישית ממשבר, המניחה כי אירוע דחק עלול לעורר ספקות ותהיות בנוגע להנחות יסוד ולערב חרדה, כאב ובלבול קשים מנשוא, אולם ההערכה של האדם את אירוע הדחק והפירוש אשר הוא נותן לו עשויים להשפיע על תהליך ההתמודדות ועל תוצאותיו. לעיתים בני אדם עושים שימוש באירוע הטראומטי כמנוף לצמיחה אישית ולפיתוח מיומנויות אישיות וחברתיות.

מטרת המחקר הנוכחי לבחון את המשאבים הפנימיים, הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, ואת האספקטים המשפחתיים, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי ולהעריך את תרומתם לצמיחה אישית. במחקר הנוכחי נערכה תחילה השוואה בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בהערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה, תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים וצמיחה אישית. בהמשך, נבדקה תרומתם של ההערכה העצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחתם האישית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. תרשים מס' 1 מתאר את מודל המחקר.

משתנים סוציו-דמוגרפים

משאבים משפחתיים

משאבים פנימיים



תרשים מס' 1: תרומתם של הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי

השערות המחקר

1. ימצא הבדל בהערכה עצמית בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי (קבוצת המחקר) לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי (קבוצת הביקורת). ההערכה העצמית של אחאים בקבוצת המחקר תהיה נמוכה יותר מההערכה העצמית של אחאים בקבוצת הביקורת.
2. ימצא הבדל ברמת הדיפרנציאציה של העצמי בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. רמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים בקבוצת המחקר תהיה גבוהה יותר מרמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים בקבוצת הביקורת.
3. ימצא הבדל בתפיסת הדחק במשפחה בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. תפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים בקבוצת המחקר תהיה גבוהה יותר מתפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים בקבוצת הביקורת.
4. ימצא הבדל בתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים על ידי אחאים בקבוצת המחקר תהיה גבוהה יותר מתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים על ידי אחאים בקבוצת הביקורת.
5. ימצא הבדל בצמיחה האישית בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. הצמיחה האישית בקבוצת המחקר תהיה גבוהה יותר מן הצמיחה האישית בקבוצת הביקורת.
6. ימצא קשר חיובי בין הערכה עצמית לבין צמיחה אישית. ככל שההערכה העצמית תהיה גבוהה יותר, כך הצמיחה האישית של האח תהיה גבוהה יותר.
7. ימצא קשר חיובי בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין צמיחה אישית. ככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי תהיה גבוהה יותר, כך הצמיחה האישית של האח תהיה גבוהה יותר.
8. ימצא קשר שלילי בין תפיסת הדחק במשפחה לבין צמיחה אישית. ככל שתפיסת הדחק במשפחה תהיה גבוהה יותר, כך הצמיחה האישית של האח תהיה נמוכה יותר.
9. ימצא קשר שלילי בין תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין צמיחה אישית. ככל שתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים תהיה גבוהה יותר, כך הצמיחה האישית של האח תהיה נמוכה יותר.

כמו כן יבדק :

1. האם דפוסי הקשר בין המשתנים הערכה עצמית, דיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, לבין צמיחה אישית שונים בקרב קבוצת המחקר בהשוואה לקבוצת הביקורת?
2. מהי תרומתם היחסית של המשתנים הערכה עצמית, דיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחתם האישית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לצמיחתם האישית של אחאים לילדים ללא פיגור שכלי?
3. מהי תרומתם של המאפיינים הסוציו-דמוגרפים לקשרים בין המשתנים השונים ולצמיחה אישית?

שיטה

נבדקים

אוכלוסיית המחקר כללה קבוצת מחקר המונה 101 אחאים לילדים עם פיגור שכלי קל עד קשה, המתגוררים בבית המשפחה, וקבוצת ביקורת המונה 89 אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. טווח הגילאים של האחאים בקבוצת המחקר ובקבוצת הביקורת נע בין 13 שנה ל- 19 שנה ($M=15.45$ $SD=1.72$). קבוצת המחקר נדגמה מתוך אוכלוסיית הפונים המוכרים והמטופלים במחלקות השיקום אשר בשירותי הרווחה ברחבי הארץ, העונים על הקריטריונים המפורטים לעיל, בשיטת "דגימה מכוונת מטרה" ואילו קבוצת הביקורת נאספה באותו איזור גיאוגרפי, תוך הקפדה על דמיון במאפיינים: גיל הנבדק ואחיו ומגורים משותפים של הנבדק ושל אחיו בבית המשפחה.

טבלה מס' 1: התפלגות (N, %) נבדקי המחקר על פי המאפיינים האישיים

χ^2	קבוצות				ערכים	מאפיינים
	ביקורת		מחקר			
	%	N	%	N		
.22	41.60	37	45.00	45	בנים	מין
	58.40	52	55.00	55	בנות	
22.16***	31.50	28	14.90	15	2	אחים במשפחה
	32.60	29	25.70	26	3	
	22.50	20	15.80	16	4	
	13.50	12	43.60	44	5 ואילך	
	65.00	52	53.10	52	צעיר/בוגר מן האח צעיר יותר	
2.86	35.00	28	46.90	46	בוגר יותר	

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

קבוצות						
χ^2	ביקורת		מחקר		ערכים	מאפיינים
	%	N	%	N		
11.32**	52.80	47	32.70	33	חילוני	דת
	30.30	27	30.70	31	מסורתי	
	16.90	15	36.60	37	דתי	
6.26*	5.80	5	16.00	16	מתחת לממוצע	מצב כלכלי
	66.30	57	66.00	66	ממוצע	
	27.90	24	18.00	18	מעל הממוצע	
1.19	3.40	3	4.00	4	מתחת לממוצע	מצב בריאותי
	38.20	34	30.70	31	ממוצע	
	58.40	52	65.30	66	מעל הממוצע	

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

כפי שניתן לראות מן הטבלה, נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת באשר למספר האחים במשפחה, להגדרה הדתית ולמצב הכלכלי. 43.6% ממשפחות המחקר היו מרובות ילדים (5 אחים ומעלה), לעומתן רק 13.5% ממשפחות הביקורת היו מרובות ילדים. כשליש מן הנבדקים בקבוצת המחקר הגדירו עצמם כחילוניים וכשליש הגדירו עצמם כדתיים, בעוד שבקבוצת הביקורת 52.8% הגדירו עצמם כחילוניים ורק 16.9% מן הנבדקים הגדירו עצמם כדתיים.

הבדלים מובהקים נמצאו גם בנוגע למצב הכלכלי. כרבע מן הנבדקים בקבוצת הביקורת (27.9%) העריכו את מצבם הכלכלי כמעל הממוצע, בעוד שבקבוצת הביקורת רק 18% העריכו את מצבם הכלכלי כמעל הממוצע.

יש להניח כי הבדלים אלו בין הקבוצות נובעים מן ההגדרה הדתית של משפחות המחקר והביקורת. כאמור, כשליש מן הנבדקים בקבוצת המחקר הגדירו עצמם כחילוניים וכשליש הגדירו עצמם כדתיים, בעוד שבקבוצת הביקורת 52.8% הגדירו עצמם כחילוניים ורק 16.9% מן הנבדקים הגדירו עצמם כדתיים. האוכלוסייה הדתית רואה בילודה ערך עליון, משום כך משפחות אלו מאופיינות במספר ילדים רב. יתרה מכך, אוכלוסייה זו נוטה פחות

לבצע הפלות בהשוואה לאוכלוסייה החילונית, לפיכך רבים יותר הסיכויים להולדת ילד עם פיגור שכלי. תופעת ריבוי הילודה עשויה אף להסביר את מצבן הכלכלי הנמוך של משפחות אלו, מאחר וההכנסה הכוללת של המשפחה נדרשת לספק מספר רב של נפשות.

כלים

במחקר הנוכחי נעשה שימוש ב- 5 שאלונים לדיווח עצמי: שאלון הערכה עצמית (The Rosenberg Self Esteem Scale) ושאלון רמת הדיפרנציאציה של העצמי (Level of Differentiation of Self Scale) מתייחסים למשאבים האישיים של הנבדקים. שאלון תפיסת הדחק במשפחה ושאלון מבחן יחסי משפחה (The Family Relations Test) עוסקים באספקטים המשפחתיים של הנבדקים ובנוסף, שאלון צמיחה ממשבר (The Stress-Related Growth Scale).

להלן תאור השאלונים:

שאלון הערכה עצמית: השאלון אשר פותח על ידי Rosenberg (1965) ותורגם על ידי Hobfoll & Walfisch (1984) כולל 10 היגדים המתייחסים להערכה העצמית הכללית של הילד ללא הפיגור השכלי, כגון: "אני מרגישה אדם בעל ערך לפחות ברמה שווה לאחרים", "אני מרגישה שיש לי מספר תכונות חיוביות", "אני מרגישה שאין לי הרבה דברים שאוכל להתגאות בהם".

במחקר הבודק את תרומתם של משאבים פנימיים-אישיים ושל משאבים חיצוניים להסתגלות הנפשית, הזוגית וההורית של אמהות לילדים עם נכות פיזית נעשה שימוש בשאלון הערכה עצמית מאת Rosenberg (1965) בתרגומם של Hobfoll & Walfisch (1984), ונמצא כי קיים קשר ישיר בין הערכה עצמית ושליטה עצמית (משאבים פנימיים-אישיים) לבין הסתגלות אמהות לילדים עם נכות פיזית. כמו כן, נמצא קשר ממתן בין הערכה עצמית לבין שלושה מתוך ארבעה מדדי ההסתגלות: רווחה נפשית, מצוקה נפשית והסתגלות זוגית (פינדלר, 1998). ממצאים אלו מעידים על תוקפו של השאלון.

הנבדקים התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים המוצגים בסולם ליקרט הנע בין 1 ("מסכים מאוד") לבין 5 ("לא מסכים כלל"). ציון ההערכה העצמית הכללית חושב על ידי מיצוע 10 ההיגדים בשאלון. ככל שהציון גבוה יותר, כך רמת ההערכה העצמית גבוהה יותר. במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית בגובה 75. על פי אלפא של קרונבך.

שאלון רמת הדיפרנציאציה של העצמי: השאלון אשר חובר על ידי Haber (1984) מבוסס על אחד המושגים הבולטים והמרכזיים בתאוריה של Bowen (1990), הדיפרנציאציה של העצמי. Bowen הגדיר את המושג דיפרנציאציה של העצמי כמידה שבה האדם משלב בין התפקוד האינטלקטואלי לבין הכוחות האמוציונליים במערכת יחסים. אדם עם רמה גבוהה של דיפרנציאציה הוא אדם בעל בגרות רגשית המאזן ומשלב בהצלחה בין התפקוד האינטלקטואלי לבין התפקוד האמוציונלי.

השאלון אשר תורגם על ידי באום (2000) כולל 32 היגדים: 19 היגדים בוחנים את הבגרות הרגשית (Emotional Maturity) של הנבדק כפי שבאה לידי ביטוי בערכים, האמונות, המטרות, התהליכים הקוגניטיביים אל מול התהליכים האמוציונליים, עמדות האני, הערכה של עצמי וציפיות האחרים ממני. 13 היגדים בוחנים את התלות הרגשית (Emotional Dependency) כפי שבאה לידי ביטוי באופן קבלת החלטות, הצורך באישור, הצורך בביטחון, התגובה ללחץ קבוצתי, רגשות כלפי עצמי ויכולת פתרון בעיות.

במחקרה של באום, העוסק בקשר בין הדיפרנציאציה של העצמי ומאפייני אישיות נרקסיסטיים לבין תפקודם המשותף של הורים גרושים, נמצא קשר בין הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפקודם המשותף של הורים גרושים. ככל שהדיפרנציאציה של העצמי בקרב אבות גרושים הייתה גבוהה, כך הרגשות השליליים של האבות פחתו, מעורבות האב בחיי ילדיו הייתה גבוהה ושיתוף הפעולה בין ההורים היה טוב. בקרב האימהות, ככל שהדיפרנציאציה של העצמי הייתה גבוהה, כך נעשה יותר שימוש בדפוס של פשרה ופחות שימוש בדפוס של התקפה. ממצאים אלו תומכים בהשערת המחקר לפיהן ככל שהדיפרנציאציה של העצמי גבוהה כך היחסים בין ההורים טובים (באום, 2000) ומעידים כאמור, על תוקפו של השאלון.

הנבדקים התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים המוצגים בסולם ליקרט הנע בין 1 ("מאוד לא מסכים") לבין 4 ("מסכים מאוד"). ציון רמת הדיפרנציאציה הכללית

חושב על ידי מיצוע 32 ההיגדים בשאלון. ככל שהציון גבוה כך רמת הדיפרנציאציה של העצמי גבוהה. במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית בגובה 84. על פי אלפא של קרונובר.

שאלון יחסי משפחה: שאלון זה הוא חלק משאלון מבחן יחסי משפחה מאת Bene & Anthony (1957) בתרגומו ובעיבודו של פרנקל (1968). השאלון במקורו כולל משפטים קצרים המבטאים רגשות כלפי בני המשפחה והעוסקים בשני נושאים עיקריים: התייחסות למערכת היחסים בין כל בני המשפחה, כגון: "אדם זה נחמד"; "לפעמים אני שונא אדם זה"; והתייחסות למערכת היחסים השוררת בין ההורים לבין הילדים החושפת ביעילות רגשות קנאה, תחרות, תחושת קיפוח והעדפת ההורה ילד אחר במשפחה, כגון: "אמא תמיד דואגת שאדם זה לא אוכל מספיק" (הגנת יתר מצד האם); "אבא הכי מפנק אדם זה" (העדפה של האב); "אמא תמיד מוכנה להאמין לדברים רעים אודות אדם זה" (דחייה מצד האם). מחברי השאלון המקורי (Bene & Anthony, 1957) מציינים כי הגישות הסטטיסטיות השונות לבדיקת מהימנות אינן ניתנות ליישום בשאלון זה משום אופיו המיוחד: השאלון מכיל שני יסודות, אובייקטיבי והשלכתי, וכולל התאמת כרטיסיות לתיבות המייצגות בני משפחה שונים. תקפות השאלון נבדקה על ידי Bene & Anthony (1957) וכן על ידי פרנקל (1968) בקרב נבדקים קליניים. כל מבחני התקפות נמצאו מובהקים סטטיסטית (Bene & Anthony, 1957).

במחקר הנוכחי השאלון משמש כשאלון לדיווח עצמי. השאלון כולל 30 היגדים ובוחר את תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים על ידי ילדיהם כפי שבא לידי ביטוי בהגנת היתר של האם, העדפת היתר של האם והעדפת היתר של האב.

במחקרה של ברסלר-כהן (1999), העוסק בהשפעת מחלה כרונית עם איום לחיים של ילד על תפיסת המערך האישי והמשפחתי על ידי אחאיו הבריאים, נעשה גם כן שימוש בשאלון יחסי המשפחה של Bene & Anthony (1957) בתרגומו ובעיבודו של פרנקל (1968). במחקר זה נמצא הבדל מובהק בין אחאים לילדים החולים בסרטן לבין אחאים לילדים אשר אינם חולים בסרטן בשניים ממדדי יחסי המשפחה, העדפת האב והעדפת האם, כמו כן, נמצא מתאם שלילי מובהק בין העדפת האב לבין ההערכה העצמית של האחאים הבריאים. אחאים בריאים אשר דיווחו על רמה גבוהה של העדפת אב הציגו הערכה עצמית נמוכה. ממצאים אלו מעידים על תקפות השאלון.

הנבדקים התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים בסולם ליקרט הנע בין 1 ("איני מסכים/ה כלל") לבין 4 ("אני מסכים/ה מאוד"). ציון יחסי המשפחה הכללי חושב על ידי מיצוע 30 ההיגדים בשאלון. במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית כמפורט: הגנת יתר בגובה 88. על פי אלפא של קרונבך, העדפת אם בגובה 86. על פי אלפא של קרונבך והעדפת אב בגובה 85. על פי אלפא של קרונבך.

שאלון תפיסת הדחק במשפחה: שאלון זה הוא חלק משאלון איכות חיים של מתבגרים עם סוכרת (Diabetes Quality of Life Young) אשר חובר עבור מבוגרים צעירים (Bott et al., 1998; DCCT, 1998) והוסב למתבגרים ע"י Ingersoll & Marrero (1991). השאלון עוסק באיכות חייהם של מתבגרים עם סוכרת נעורים ובודק את השפעתה של סוכרת הנעורים על חיי היום יום של המתבגרים.

בשאלון הנוכחי הושמטו מספר פריטים, כמו כן נעשו שינויים בפריטים אחרים על מנת להתאים לאוכלוסיית המחקר היא אחאים לילדים עם פיגור שכלי. השאלון נועד לבדוק את תפיסת הדחק במשפחה בקרב האחאים ללא הפיגור השכלי בעטיו של הילד עם הפיגור השכלי, לדוגמא: "באיזה מידה את/ה חשה מבוכה משום שעליך להיות עם אחיך/אחותך בפומבי?"; "באיזה מידה אחיך/אחותך מגבילים את קשריך החברתיים?"; "באיזה מידה את/ה חושבת/ שהוריך דואגים יותר מדי לאחיך/אחותך?".

הנבדקים התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים בשאלון בסולם ליקרט הנע בין 1 ("אף פעם") לבין 5 ("תמיד"). ציון הדחק הכללי חושב על ידי מיצוע 13 ההיגדים בשאלון. במחקר הנוכחי נמצאה עקביות פנימית בגובה 74. על פי אלפא של קרונבך.

שאלון צמיחה אישית ממשבר: השאלון The Stress-Related Growth Scale מאת Park ואחרים (1996) כולל 50 היגדים, המבטאים תוצאות חיוביות העשויות להתקיים חרף משבר, כפי שהן באות לידי ביטוי במשאבים האישיים, במשאבים החברתיים, ובמיומנויות התמודדות.

השאלון הנוכחי כולל 26 היגדים ומבוסס על מחקרה של טוביאס (טרם פורסם). במחקר זה נערך ניתוח גורמים אשר בו נמצאו שלושה גורמים המסבירים 47% מן השונות. גורמים אלו מבטאים שלושה עולמות תוכן: צמיחה בתחום האישי (היגדים 5, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 24) לדוגמא: "למדתי לקחת אחריות על מעשיי", "למדתי להיות אני עצמי ולא דווקא מה שאחרים מצפים"; צמיחה בתחום החברתי (היגדים 1, 2, 3, 4, 18, 21, 23, 25, 26) לדוגמא: פיתחתי קשרים חברתיים חזקים בקהילה וכעת אני מרגישה שאני חלק מקבוצה גדולה יותר", "למדתי לכבד רגשות ואמונות של אחרים"; צמיחה בתחום האמונה (היגדים 6, 11, 13) לדוגמא: "הביטחון שלי באלוקים גדל", "קל לי יותר להבין כיצד אלוקים מרשה לדברים לקרות".

במחקר אשר בחן כיצד ההערכה של אירוע דחק ואסטרטגיות ההתמודדות של נבדקים משפיעים על דיווחיהם אודות צמיחה נעשה שימוש בשאלון צמיחה אישית ממספר (Stress Related Growth Scale). במחקר זה נמצא כי רמה גבוהה של צמיחה קשורה במספר גורמים, כגון: חומרת אירוע הדחק, קיומם של משאבים טרם אירוע הדחק ואסטרטגיות התמודדות יעילות. בנוסף, מרבית הנבדקים דיווחו על תועלת מסויימת כתוצאה מאירוע הדחק ועל צמיחה אישית (Armeli, 1999). ממצאים אלו מעידים על תקפות השאלון.

הנבדקים התבקשו לציין עד כמה הם מסכימים עם ההיגדים בשאלון בסולם בן 3 דרגות: 1 ("כלל לא"), 2 ("מעט"), ו-3 ("הרבה"). ציון הצמיחה הכללית חושב על ידי סכום 26 ההיגדים בשאלון. במחקר הנוכחי נמצאה עקיבות פנימית כמפורט: צמיחה אישית 87. על פי אלפא של קרוונבך, צמיחה חברתית 84. על פי אלפא של קרוונבך וצמיחה דתית 86. על פי אלפא של קרוונבך.

הליך

החוקרת פנתה אל העובדים הסוציאליים ברשויות המקומיות בכל רחבי הארץ, העובדים עם משפחות לילדים עם פיגור שכלי, וביקשה את עזרתם ביצירת קשר עם משפחות לילדים עם פיגור שכלי. לאחר שהעובדים הסוציאליים מסרו את פרטי המשפחות, החוקרת שוחחה בטלפון עם ההורים על מנת לשכנעם בנוגע לחשיבות ההשתתפות במחקר. לאחר שההורים הביעו את הסכמתם בטלפון, החוקרת ועוזרת המחקר פגשו את ההורים ואת

האחאים לילדים עם הפיגור השכלי. להורים ולאחאים נמסר כי מדובר במחקר העוסק בהתמודדות הילד ללא הפיגור השכלי עם אחיו עם פיגור שכלי. עוד נאמר כי השאלונים מיועדים למטרות מחקר בלבד וכי הסודיות מובטחת. אחאים לילדים ללא פיגור שכלי (קבוצת ביקורת) נאספו באותו איזור גיאוגרפי, תוך הקפדה על דמיון במאפיינים: גיל הנבדק וגיל אחיו ללא הפיגור השכלי ומגורים משותפים של הנבדק ושל אחיו ללא הפיגור השכלי בבית המשפחה. איסוף הנתונים התבצע באמצעות שאלונים לדיווח עצמי אשר נמסרו לנבדקים: שאלון הערכה עצמית מאת Rosenberg (1965) בתרגומם של Hobfoll & Walfisch (1984), שאלון רמת הדיפרנציאציה של העצמי מאת Haber (1984), שאלון תפיסת דחק במשפחה מאת Bott et al., (1998) בעיבודם של Ingersoll & Marrero (1991), שאלון מבחן יחסי משפחה מאת Bene & Anthony (1957) בתרגומו ובעיבודו של פרנקל (1968), ושאלון צמיחה אישית ממשבר מאת Park ואחרים (1996).

החוקרת ועוזרת המחקר תיאמו עם המשפחות מועד מתאים, הגיעו אל בתי המשפחות והעבירו את השאלונים. החוקרת ועוזרת המחקר נכחו בבית במהלך מילוי השאלון ועמדו לרשות המשפחה כולה בכל שאלה אשר התעוררה. באופן כזה הובטח שיתוף הפעולה של המשפחות.

סוגיות אתיות

- מאחר ואוכלוסיית המחקר כוללת אחאים לילדים עם וללא פיגור שכלי בגילאי 13-19 שנה, החוקרת הקפידה על הדברים הבאים:
1. בשלב כתיבת הצעת התיזה, נעשה ניסיון לבנות את השאלונים ולנסחם בצורה אשר לא תפגע ברגשותיהם של הנבדקים.
 2. החוקרת יצרה קשר עם הנבדקים לאחר שהוריהם נתנו הסכמתם בכתב (אישור על ויתור סודיות).
 3. החוקרת הדגישה בדבריה כי האינפורמציה מיועדת למטרות מחקר בלבד וכי הסודיות מובטחת. הודעה כתובה ברוח זו צורפה לכל שאלון. בנוסף, השאלונים היו אנונימיים.
 4. החוקרת עשתה מאמץ להעביר את השאלונים באופן ישיר (ולא בדואר) ולעמוד לרשות הנבדקים בכל שאלה ובעיה אשר התעוררה.

5. החוקרת הייתה בקשר טלפוני עם הנבדקים ועם הוריהם בכל שאלה ובעיה אשר התעוררה. נבדקים אשר התעורר החשש לגביהם כי במהלך מילוי השאלון ולאחריו זקוקים לליווי, תמיכה או טיפול הופנו לאיש טיפול מתאים בקהילה.

תוצאות

בחלקו הראשון של פרק התוצאות יוצגו ממצאים המתייחסים להשוואה בין שתי קבוצות המחקר, אחאים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים לילדים ללא פיגור שכלי, במדדים: הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי (משאבים אישיים), תפיסת הדחק במשפחה, תפיסת הטיפול דיפרנציאלי של ההורים וצמיחה אישית (השערות 1-5). בהמשך, יוצגו ממצאים המתייחסים לקשרים בין המדדים השונים (השערות 6-9), כמו כן יוצגו הקשרים שבין המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של הנבדקים, מין, סדר לידה והגדרה דתית (מאפיינים קטגוריאליים), וכן גיל, מצב כלכלי ובריאותי (מאפיינים רציפים) לבין המדדים השונים.

ההבדלים בין הקבוצות במשתני המחקר

משאבים ודחק: השערות המחקר 1-3 מתייחסות להבדלים בין קבוצת המחקר, הכוללת אחאים לילדים עם פיגור שכלי, לבין קבוצת הביקורת, הכוללת אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, בשני מדדי המשאבים, הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, ובמדד תפיסת הדחק במשפחה. על פי השערות המחקר, אחאים לילדים עם פיגור שכלי יהיו נמוכים יותר בהערכתם העצמית וגבוהים יותר ברמת הדיפרנציאציה של העצמי ובתפיסת הדחק במשפחה. בניתוח MANOVA לבדיקת ההבדלים בין שתי הקבוצות במדדים אלו לא נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, $F(3,186) = .77, p > .05$, כמו כן לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בניתוחי השונות אשר נעשו לכל אחד מן המדדים בנפרד. ממצאים אלו אינם תומכים בהשערות המחקר, לפיהן ימצאו הבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת בהערכה העצמית, ברמת הדיפרנציאציה של העצמי ובתפיסת הדחק במשפחה (ראה טבלה מס' 2).

טבלה מס' 2: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי המחקר הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי ותפיסת הדחק במשפחה בכלל המדגם

קבוצות					
ביקורת			מחקר		מדדים
F(1,186)	SD	M	SD	M	
.98	.51	3.57	.59	3.65	הערכה עצמית
1.40	.29	2.88	.34	2.93	דיפרנציאציה של העצמי
.89	.54	1.67	.50	1.59	תפיסת הדחק במשפחה

יחסי משפחה: השערת המחקר מס' 4 מתייחסת להבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת ביחסי המשפחה. על פי השערת המחקר, ציוני מדדי יחסי המשפחה יהיו גבוהים יותר בקרב אחאים בקבוצת המחקר בהשוואה לאחאים בקבוצת הביקורת. יחסי המשפחה נבדקו על פי שלושה מדדים: הגנת אם, והעדפת אם ואב. בניתוח MANOVA לבדיקת ההבדלים בין הקבוצות במדדים אלו נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות, $F(3,185) = 16.76, p < .001$. על פי טבלה מס' 3 נראה כי בניתוחי השונות אשר נעשו לכל מדד בנפרד נמצאו הבדלים מובהקים בכל שלושת המדדים: אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו על הגנת אם ועל העדפת אם ואב גבוהים יותר בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. הממצאים הללו תומכים בהשערת המחקר לפיה ימצא הבדל במדדי יחסי המשפחה, הגנת האם, והעדפת האם והאב בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. ציוני הגנת האם והעדפת האם והאב של הורים בקבוצת המחקר יהיו גבוהים יותר מציוני הגנת האם והעדפת האם והאב של הורים בקבוצת הביקורת.

טבלה מס' 3: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי יחסי המשפחה בכלל המדגם

קבוצות					
מדדים	ביקורת			מחקר	
	F(1,186)	SD	M	SD	M
יחסי משפחה					
הגנת אם	44.40***	.91	1.92	1.14	2.93
העדפת אם	23.27***	.77	1.66	.82	2.23
העדפת אב	21.35***	.79	1.57	.90	2.15

*** $p < .001$

צמיחה: השערת המחקר מס' 5 מתייחסת להבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת בצמיחה האישית. על פי השערת המחקר, אחאים לילדים עם פיגור שכלי יהיו גבוהים יותר בצמיחה בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. הצמיחה הוערכה במחקר זה על פי שלושה מדדים: צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה. בנייתו MANOVA לבדיקת ההבדלים בין הקבוצות נמצא הבדל מובהק בין הקבוצות, $F(3, 185) = 16.06, p < .001$. על פי טבלה מס' 4 נראה כי בנייתו השונות אשר נעשו לכל מדד בנפרד נמצאו הבדלים מובהקים בכל שלושת המדדים. אחאים לילדים עם פיגור שכלי היו גבוהים בכל מדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה, בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. הממצאים הללו תומכים בהשערת המחקר לפיה ימצא הבדל בשלושת מדדי הצמיחה בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. ציוני הצמיחה בתחום האישי, החברתי והאמונה של אחאים בקבוצת המחקר יהיו גבוהים יותר מציוני הצמיחה בתחום האישי, החברתי והאמונה של אחאים בקבוצת הביקורת. הממוצעים וסטיות התקן שנעשו לכל מדד מוצגים בטבלה מס' 4.

טבלה מס' 4: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הצמיחה בכלל המדגם

קבוצות					
מדדים	ביקורת		מחקר		
	SD	M	SD	M	
F(1,186)					
					<u>צמיחה</u>
14.70***	16.07	64.98	14.49	73.53	תחום אישי
28.21***	18.76	64.48	13.90	77.19	תחום חברתי
33.77***	23.69	52.93	25.22	73.73	תחום באמונה

*** $p < .001$

לסיכום, השערות המחקר לגבי הבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת אוששו לגבי יחסי המשפחה, הגנת אם והעדפת אם ואב, וצמיחה אישית, אולם לא אוששו לגבי מדדי המשאבים (הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי) ולגבי מדד תפיסת הדחק במשפחה. נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת ביחסי המשפחה ובצמיחה האישית: אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו על הגנת אם ועל העדפת אם ואב וכן על צמיחה אישית גבוהים יותר בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

הקשר בין משתני המחקר

השערות המחקר 6-9 מתייחסות לקשרים בין המדדים אשר נבדקו במחקר. השערות 6-7 מתייחסות לקשרים בין המשאבים (הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי) לבין הצמיחה וגורסות כי ככל שההערכה העצמית גבוהה וככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי גבוהה כך הצמיחה האישית גבוהה יותר. השערה 8 מתייחסת לקשר בין תפיסת הדחק במשפחה לבין צמיחה אישית והשערה 9 מתייחסת לקשר בין תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין צמיחה אישית. לבדיקת הקשרים בין המשתנים חושבו מתאמי פירסון. להלן יוצגו מתאמים אלו:

הקשר בין המשאבים (הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי) לבין תפיסת הדחק במשפחה: על פי השערות המחקר 6-7, ימצא קשר בין המשאבים לבין צמיחה אישית. לבדיקת השערה זו וכן לבדיקת הקשרים שבין המשאבים לבין יתר משתני המחקר חושבו מתאמי פירסון. המתאמים חושבו לכל אחת מקבוצות המחקר בנפרד. מן המתאמים אשר התקבלו נראה כי קיימים הבדלים בין שתי קבוצות המחקר במתאמים השונים, על כן יוצגו המתאמים אשר נעשו לכל אחת מן הקבוצות בנפרד. טבלה מס' 5 מציגה את המתאמים בין המשאבים לבין תפיסת הדחק.

טבלה מס' 5: מתאמי פירסון בין המשאבים לבין תפיסת הדחק

תפיסת הדחק		
מדדים	אחאים לילדים עם פיגור שכלי	אחאים לילדים ללא פיגור שכלי
<u>משאבים</u>		
הערכה עצמית	-.15	-.17
דיפרנציאציה של העצמי	-.11	-.34**

** $p < .01$

כפי שנראה מן הטבלה, כל המתאמים הם שליליים. בקבוצת הביקורת נמצא מתאם שלילי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק. על פי מתאמים אלו ניתן לאמר כי ככל שרמת המשאבים גבוהה יותר, כך תפיסת הדחק נמוכה. יש לציין כי בניתוח Z של פישר לבדיקת ההבדלים בין שתי קבוצות המחקר ברמת המתאמים, לא נמצאו הבדלים מובהקים.

הקשר בין המשאבים (הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי) ותפיסת הדחק במשפחה לבין צמיחה: באמצעות מתאמי פירסון נבדק גם הקשר בין המשאבים ותפיסת הדחק במשפחה לבין שלושת מדדי יחסי המשפחה (הגנת אם, העדפת אם ואב), אך לא נמצאו מתאמים מובהקים בין מדדים אלו. לעומת זאת בבדיקת הקשר בין המשאבים ותפיסת הדחק במשפחה לבין מדדי הצמיחה, נמצאו מספר מתאמים מובהקים בקרב שתי קבוצות המחקר, כפי שניתן לראות בטבלה מס' 6. בקרב אחאים בקבוצת המחקר נמצא מתאם שלילי מובהק

בין תפיסת הדחק במשפחה לבין הצמיחה בתחום החברתי ובתחום האמונה. ככל שתפיסת הדחק במשפחה הייתה נמוכה, כך הצמיחה בתחום החברתי והצמיחה בתחום האמונה הייתה גבוהה. כמו כן נמצא מתאם חיובי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין הצמיחה בתחום האישי. ככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי הייתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי הייתה גבוהה. בקרב אחאים בקבוצת הביקורת נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין המשאבים, הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, לבין הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי. ככל שההערכה העצמית הייתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי והחברתי היו גבוהות וככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי הייתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי הייתה גבוהה.

טבלה מס' 6: מתאמי פירסון בין המשאבים ותפיסת הדחק לבין מדדי הצמיחה

מדדי צמיחה			
מדדים	תחום אישי	תחום חברתי	תחום האמונה
קבוצת מחקר			
תפיסת הדחק	-.06	-.19*	-.18*
הערכה עצמית	.08	.05	-.05
דיפרנציאציה של העצמי	.27**	.02	.14
קבוצת ביקורת			
תפיסת הדחק	-.02	.01	.14
הערכה עצמית	.24*	.23*	.08
דיפרנציאציה של העצמי	.23*	.09	-.01

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

הקשר בין יחסי המשפחה לבין צמיחה: במחקר נבדקו גם הערכות הנבדקים לגבי ההגנה והעדפה אשר נותנים האם והאב לאח עם/ללא הפיגור השכלי. במתאמי פירסון לבדיקת הקשר בין המדדים הללו לבין המשאבים (הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי) ותפיסת הדחק במשפחה לא נמצאו הבדלים מובהקים. לעומת זאת, נמצאו מספר מתאמים מובהקים לגבי הקשרים שבין מדדים אלו לבין מדדי הצמיחה (ראה טבלה מס' 7).

טבלה מס' 7: מתאמי פירסון בין יחסי המשפחה לבין מדדי הצמיחה.

מדדים	מדדי צמיחה		
	תחום חברתי	תחום חברתי	תחום א
קבוצת מחקר			
הגנת יתר אם	.29**	.26*	.03
העדפת יתר אם	.20*	.18*	.11
העדפת יתר אב	.11	.14	.02
קבוצת ביקורת			
הגנת יתר אם	-.06	-.07	.23*
העדפת יתר אם	.13	.07	.30**
העדפת יתר אב	.11	.06	.10

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

מן הטבלה נראה כי נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין הגנה והעדפת היתר של האם לבין צמיחה בתחום האישי וצמיחה בתחום החברתי בקרב משפחות של אחאים לילדים עם פיגור שכלי. מתאמים אלו הם חיוביים ומצביעים על כך שככל שהגנת היתר והעדפת היתר של האם גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי גבוהה. בקרב משפחות של אחאים לילדים ללא פיגור שכלי נמצאו מתאמים מובהקים בין הגנת האם והעדפת האם לבין צמיחה בתחום האמונה. ככל שהגנת היתר והעדפת היתר של האם גבוהה כך הצמיחה בתחום האמונה גבוהה. ממצאים אלו אינם תומכים בהשערת המחקר מס' 9 לפיה ימצא קשר שלילי בין העדפת האם והגנת האם והאב לבין צמיחה אישית.

לסיכום, השערות המחקר מס' 6-9 בדבר הקשרים בין המשאבים, תפיסת הדחק ויחסי המשפחה לבין הצמיחה אוששו בחלקן: נמצאו מתאמים מובהקים בין המשאבים ותפיסת הדחק במשפחה לבין הצמיחה: בקבוצת המחקר, ככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי הייתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי היו גבוהות וככל שתפיסת הדחק

במשפחה הייתה נמוכה כך הצמיחה בתחום החברתי והצמיחה בתחום האמונה היו גבוהות. בקבוצת הביקורת, ככל שהערכה העצמית הייתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי היו גבוהות וככל שרמת הדיפרנציאציה של העצמי היתה גבוהה כך הצמיחה בתחום האישי היתה גבוהה. בנוסף, נמצא מתאם מובהק בין יחסי המשפחה לבין צמיחה אישית, אולם מתאם זה היה חיובי ולא שלילי, כמצופה על פי השערת המחקר מס' 9.

הקשר בין המאפיינים הסוציו-דמוגרפים לבין משתני המחקר

על פי שאלת המחקר מס' 3 ההבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת עשויים להיות קשורים במאפייניהם האישיים של הנבדקים. המאפיינים האישיים אשר נבדקו במחקר הנוכחי הם מין, סדר הלידה (צעיר/בוגר מן האח) והגדרה דתית (משתנים קטגוריאליים) וכן גיל, מצב כלכלי ובריאותי (משתנים רציפים). לבדיקת שאלת המחקר, נעשו ניתוחי MANOVA דו כיוונים (קבוצות X מאפיין אישי) לגבי המאפיינים הקטגוריאליים וחושבו מתאמי פירסון לגבי המאפיינים הרציפים. להלן תוצאות ניתוחים אלו:

סדר לידה: כזכור נבדק הקשר בין סדר הלידה (צעיר/בוגר מן האח עם הפיגור השכלי) לבין המשאבים, תפיסת הדחק ויחסי המשפחה. בניתוחי ה - MANOVA אשר נעשו לא נמצאו הבדלים מובהקים במשאבים, בתפיסת דחק וביחסי המשפחה באשר לסדר הלידה, כמו כן לא נמצאו אינטראקציות מובהקות של קבוצות X סדר לידה בכל המדדים. לעומת זאת, בניתוח ה - MANOVA אשר נעשה בהתייחס למדדי הצמיחה נמצא הבדל מובהק בין הנבדקים הבוגרים לבין הנבדקים הצעירים מן האח, $F(3,171) = 3.33, p < .01$. בניתוח ה - MANOVA לא נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X סדר לידה, $F(3,171) = 2.31, p < .01$, אף כי בניתוחי השונות אשר נעשו בנפרד לכל מדד ומדד נמצאה אינטראקציה מובהקת במדד הצמיחה צמיחה בתחום האמונה. טבלה מס' 8 מציגה את ממוצעי מדדי הצמיחה בקרב נבדקים צעירים ובוגרים מן האח.

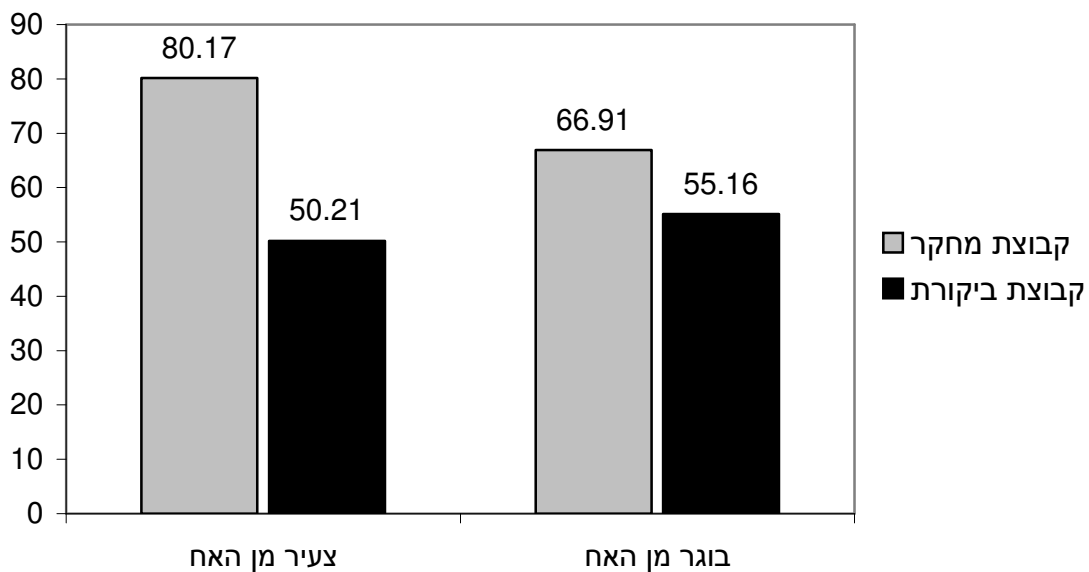
טבלה מס' 8: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הצמיחה בקרב אחאים צעירים ובוגרים בכלל

המדגם

מדדים	בוגרים מן האח		צעירים מן האח		F(1,173)
	SD	M	SD	M	
צמיחה					
תחום אישי	15.67	72.58	15.46	67.31	4.15*
תחום חברתי	16.46	74.79	18.04	68.6	4.25*
תחום האמונה	27.07	62.46	26.28	65.05	.26

* $p < .05$

כפי שניתן לראות מן הטבלה נמצאו הבדלים מובהקים בין הנבדקים הצעירים מן האח לבין הנבדקים הבוגרים מן האח באשר לצמיחה בתחום האישי ולצמיחה בתחום החברתי, אך לא באשר לצמיחה בתחום האמונה. מן הממוצעים המוצגים בטבלה ניתן לראות כי בשני המדדים הללו הצמיחה בקרב הנבדקים הבוגרים גבוהה מן הצמיחה בקרב הנבדקים הצעירים. כאמור, נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X סדר לידה ביחס לצמיחה בתחום האמונה, $F(1,173) = 6.05, p < .05$. תרשים מס' 2 מציג אינטראקציה זו.



תרשים מס' 2: ממוצעי הצמיחה בתחום האמונה על פי קבוצות וסדר לידה

על פי תרשים מס' 2 נראה כי הצמיחה בתחום האמונה גבוהה יותר הן בקרב נבדקים הצעירים מן האח והן בקרב נבדקים הבוגרים מן האח של קבוצת המחקר בהשוואה לקבוצת הביקורת, יחד עם זאת ההבדל בקרב הנבדקים הצעירים גדול באופן משמעותי מן ההבדל בקרב הנבדקים הבוגרים, ואכן בניתוחי Simple Effects נמצא הבדל מובהק בקרב הנבדקים הצעירים מן האח, $F(1,101) = 49.29, p < .001$, אך לא נמצא הבדל מובהק בקרב הנבדקים הבוגרים מן האח, $F(1,72) = 3.39, p > .05$, בשתי קבוצות המחקר.

מגדר: בניתוחי ה- MANOVA אשר נעשו בנוגע למגדר נמצא הבדל מובהק בין הבנים לבין הבנות באשר למשאבים, $F(3,183) = 3.68, p < .05$, אך לא נמצאו הבדלים מובהקים באשר ליחסי המשפחה, $F(3, 182) = 2.51, p > .05$, יחד עם זאת, בניתוחי השונות אשר נעשו לכל מדד ומדד בנפרד נמצא הבדל מובהק במדד הגנת היתר של האם. הממוצעים וסטיות התקן של המשאבים ומדדי יחסי המשפחה בקרב בנים ובנות בכלל המדגם מוצגים בטבלה מס' 9.

טבלה מס' 9: ממוצעים וסטיות תקן של המשאבים ומדדי יחסי המשפחה בקרב בנים ובנות בכלל המדגם.

מדדים	בנות		בנים		F(1,184)
	SD	M	SD	M	
הערכה עצמית	.55	3.54	.56	3.74	5.47*
דיפרנציאציה של העצמי	.33	2.91	.31	2.93	.10
תפיסת הדחק	0.51	1.58	0.56	1.72	.38
יחסי משפחה					
הגנת אם	1.09	2.27	1.2	2.71	7.31**
העדפת אם	.81	1.91	.89	2.03	.72
העדפת אב	.89	1.85	.91	1.93	.17

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

כפי שניתן לראות מן הטבלה, בנייתוחי השוונות אשר נעשו לכל מדד בנפרד, נמצאו הבדלים מובהקים בין הבנים והבנות במדד הערכה עצמית ובמדד הגנת אם. על פי הממוצעים המוצגים בטבלה ניתן לראות כי בנים מדווחים על הערכה עצמית גבוהה ועל הגנת יתר גבוהה מצד האם בהשוואה לבנות. לא נמצאה באף אחד מן המדדים אינטראקציה מובהקת של קבוצות X מין, פירושו של דבר שהבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת אינם תלויים במין הנבדק.

הגדרה דתית: נבדקי המחקר חולקו על פי הגדרתם הדתית ל-3 קבוצות: חילוניים, מסורתיים ודתיים. על מנת לבדוק האם קיימים הבדלים בין 3 הקבוצות במדדי המחקר השונים וכן לבדוק האם ההבדל בין קבוצות המחקר והביקורת בקרב דתיים שונה מן ההבדל בקרב מסורתיים וחילוניים נעשו ניתוחי MANOVA 3 X 2 (קבוצות X הגדרה דתית). בנייתוחים אלו לא נמצאו הבדלים מובהקים על פי הגדרה דתית באשר למשאבים ולתפיסת הדחק במשפחה, $F(6,354) = .57, p > .05$, וכן לא נמצאה בנייתוח ה-MANOVA אינטראקציה מובהקת של

קבוצות X הגדרה דתית, $F(6,364) = 1.86, p > .05$.

ניתוח MANOVA נעשה גם בהתייחס למדדי יחסי המשפחה. בניתוח זה נמצא הבדל מובהק בין 3 קבוצות הדת, $F(6,362) = 3.55, p < .01$, אך לא נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X הגדרה דתית, $F(6,362) = .62, p > .05$. פירושו של דבר כי ההבדל בין קבוצת המחקר וקבוצת הביקורת בקרב הדתיים אינו שונה מן ההבדל בין שתי הקבוצות בקרב המסורתיים ו/או החילוניים. הממוצעים וסטיות התקן של מדדי יחסי המשפחה ב- 3 קבוצות ההגדרה הדתית וכן תוצאות ניתוחי השונות שנעשו לכל מדד בנפרד מוצגים בטבלה מס' 10.

טבלה מס' 10: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי יחסי המשפחה על פי הגדרה דתית בכלל

המדגם

F(2,183)	דתי		מסורתי		חילוני		מדדים
	SD	M	SD	M	SD	M	
							<u>יחסי משפחה</u>
2.12	1.1	2.49	1.34	2.7	1.00	2.27	הגנת אם
6.48**	.80	2.32	.99	2.03	.65	1.68	העדפת אם
3.02*	.95	2.21	.94	1.88	.76	1.66	העדפת אב

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

מן הטבלה ניתן לראות כי בניתוחי השונות אשר נעשו לכל מדד בנפרד נמצא הבדל מובהק באשר להעדפת האם והאב. על פי הממוצעים בטבלה נראה כי ככל שהנבדק הגדיר עצמו דתי יותר כך הוא דיווח יותר על העדפה של ההורים את האם. בניתוחי השוואה בזוגות של Scheffe נמצאו הבדלים מובהקים בין קבוצת הדתיים לקבוצת החילוניים בלבד, כאשר קבוצת המסורתיים לא שונה בצורה מובהקת משתי הקבוצות האחרות.

ניתוח MANOVA נעשה גם לגבי 3 מדדי הצמיחה. בניתוח זה נמצא הבדל מובהק בין 3 קבוצות ההגדרה הדתית, $F(6,362) = 11.36, p < .001$, וכן נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X הגדרה דתית, $F(6,362) = 2.34, p < .05$. טבלה מס' 11 מציגה את ממוצעי מדדי הצמיחה על פי הגדרה דתית.

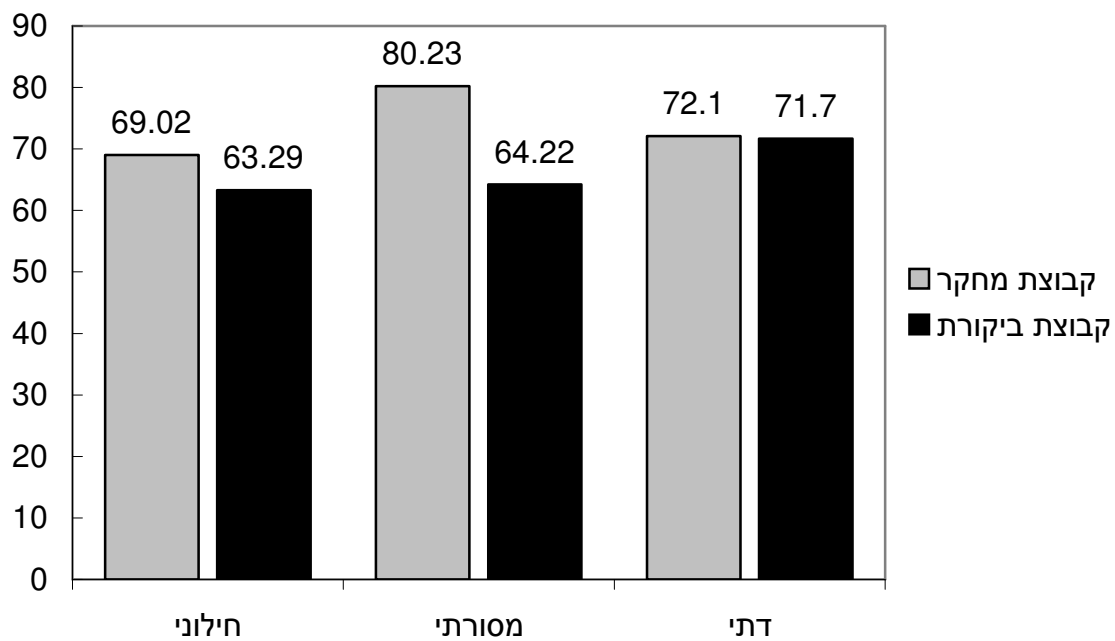
טבלה מס' 11: ממוצעים וסטיות תקן של מדדי הצמיחה על פי הגדרה דתית בכלל המדגם

מדדים	חילוני		מסורתי		דתי		F(2,183)
	SD	M	SD	M	SD	M	
צמיחה							
תחום אישי	14.62	65.61	17.91	72.83	13.94	71.99	3.48*
תחום חברתי	17.40	67.64	18.91	73.53	15.24	74.12	1.59
תחום האמונה	20.30	47.12	24.11	71.65	22.6	81.20	35.38***

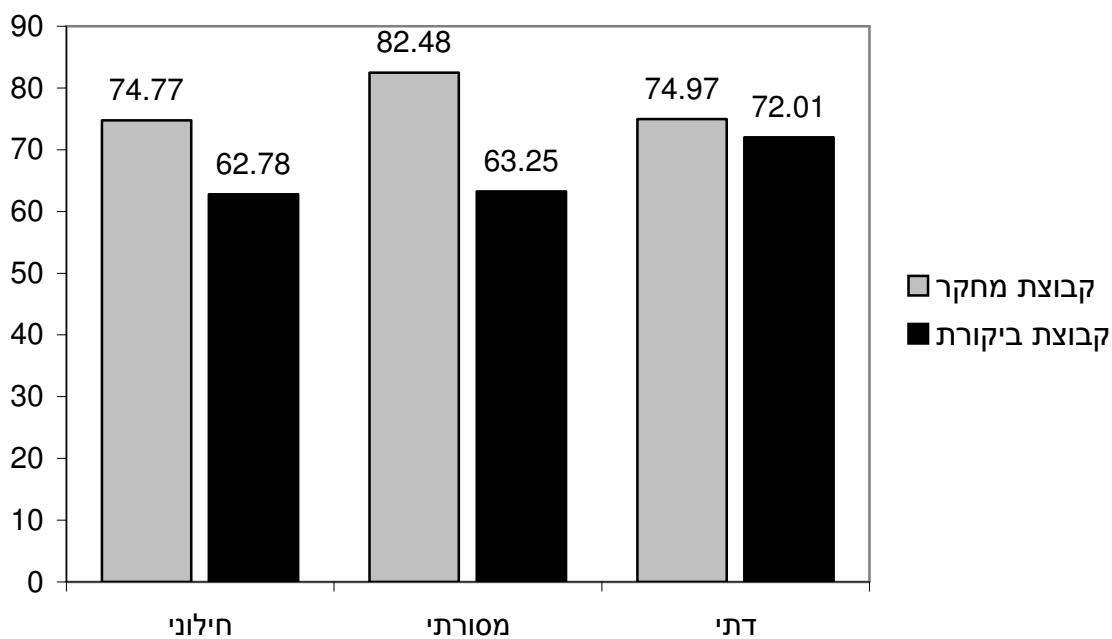
* $p < .05$ *** $p < .001$

על פי הממוצעים ניתן לראות כי בקרב הנבדקים החילונים הצמיחה היא הנמוכה ביותר בהשוואה לנבדקים המסורתיים והדתיים. בניתוחי השוואה של Scheffe נמצא כי קיים הבדל מובהק בין נבדקים חילוניים לבין נבדקים מסורתיים ודתיים, כאשר ההבדל בולט יותר לגבי צמיחה בתחום האמונה.

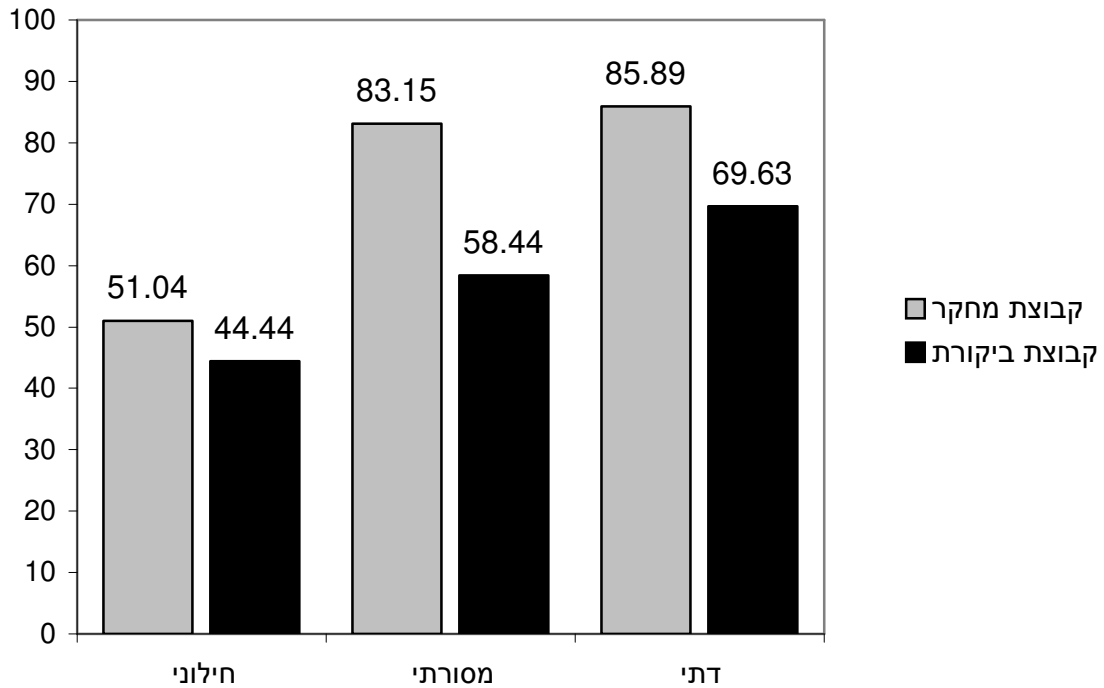
כאמור, נמצאה גם אינטראקציה מובהקת של קבוצות X הגדרה דתית. בניתוחי השוואה שנעשו לכל מדד בנפרד נמצאה אינטראקציה זו לגבי צמיחה בתחום האישי, $F(2,183) = 3.75, p < .05$, צמיחה בתחום החברתי, $F(2,183) = 3.11, p < .05$ וצמיחה בתחום האמונה, $F(2,183) = 3.16, p < .05$. תרשימים מס' 3-5 מציגים אינטראקציות אלו. מן התרשימים נראה כי קיימים הבדלים מובהקים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת במדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה. אחאים לילדים עם פיגור שכלי היו גבוהים בכל מדדי הצמיחה בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. אולם בעוד ההבדלים בין קבוצת המחקר בציוני הצמיחה בתחום האישי ובתחום חברתי נמצאו בקרב נבדקים מסורתיים ונבדקים חילונים, אך לא בקרב נבדקים דתיים, הרי שההבדל בין קבוצת המחקר בציון הצמיחה בתחום האמונה נמצא בקרב נבדקים דתיים ומסורתיים, אך לא בקרב נבדקים חילוניים. מכאן אנו למדים כי ההבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת קשורים במידה רבה בהגדרתו הדתית של הנבדק.



תרשים מס' 3: ממוצעי הצמיחה בתחום האישי בשלוש קבוצות ההגדרה הדתית



תרשים מס' 4: ממוצעי הצמיחה בתחום החברתי בשלוש קבוצות ההגדרה הדתית



תרשים מס' 5: ממוצעי הצמיחה בתחום האמונה בשלוש קבוצות ההגדרה הדתית

הקשר בין גיל, מצב כלכלי ובריאותי לבין מדדי המחקר: לבדיקת הקשר בין המאפיינים האישיים הרציפים, גיל, מצב כלכלי ובריאותי, לבין מדדי המחקר חושבו מתאמי פירסון לכל אחת מן הקבוצות בנפרד. טבלה מס' 12 מציגה את המתאמים שבין המאפיינים לבין המשאבים ותפיסת הדחק.

טבלה מס' 12: מתאמי פירסון בין המאפיינים האישיים הרציפים לבין המשאבים והדחק

מדדים	אחאים של ילדים עם פיגור שכלי			אחאים של ילדים ללא פיגור שכלי		
	עצמית	של העצמי	תפיסת הדחק	הערכה	הערכה	תפיסת הדחק
גיל	-0.15	0.16	-0.02	-0.15	0.16	-0.30**
מצב כלכלי	-0.06	-0.11	0.15	-0.02	-0.11	0.13
בריאותי	0.06	0.23*	-0.08	0.33**	0.23*	0.09

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

כפי שניתן לראות מן הטבלה, נמצאו מתאמים מובהקים בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי (קבוצת הביקורת), אך לא בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי (קבוצת המחקר). נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין המצב הבריאותי לבין ההערכה העצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, כך שנבדקים בקבוצת הביקורת אשר מצבם הבריאותי טוב מאופיינים בהערכה עצמית גבוהה וברמת דיפרנציאציה גבוהה מאחיהם. בנוסף, נמצא מתאם שלילי מובהק בין גילו הכרונולוגי של הנבדק לבין תפיסת הדחק במשפחה, כך שככל שגילם הכרונולוגי של נבדקים בקבוצת הביקורת גבוה, כך תפיסתם את הדחק במשפחה נמוכה. על מנת לבדוק את ההבדלים בין המתאמים הללו נעשו ניתוחי Z של פישור. ניתוחים אלו לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות.

מתאמים חושבו גם בין שלושת המאפיינים האישיים (גיל, מצב כלכלי ובריאותי) לבין יחסי המשפחה. מתאמים אלו מוצגים בטבלה מס' 13.

טבלה מס' 13: מתאמי פירסון בין המאפיינים האישיים לבין יחסי המשפחה

מדדים	אחאים של ילדים עם פיגור שכלי			אחאים של ילדים ללא פיגור שכלי		
	הגנת אם	העדפת אם	העדפת אב	הגנת אם	העדפת אם	העדפת אב
גיל	.12	.07	.06	-.21*	-.20*	-.09
מצב כלכלי	-.13	-.24*	-.04	.11	-.06	-.21*
מצב בריאותי	-.09	.04	-.012	-.02	-.00	-.19*

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

בדומה לקשר שבין המאפיינים האישיים לבין המשאבים ותפיסת הדחק במשפחה, כך גם בקשר שבין המאפיינים האישיים לבין יחסי המשפחה נמצאו יותר מתאמים מובהקים בקרב נבדקים בקבוצת הביקורת בהשוואה לנבדקים בקבוצת המחקר: בקבוצת המחקר, נמצא מתאם שלילי מובהק בין המצב הכלכלי לבין העדפת היתר של האם את הילד עם הפיגור השכלי. ככל שהמצב הכלכלי היה טוב יותר כך הנבדק מדווח פחות על הגנת יתר של האם כלפי האח עם הפיגור השכלי. לעומת זאת בקרב נבדקים בקבוצת הביקורת נמצאו מתאמים שליליים מובהקים בין גיל הנבדק לבין הגנה והעדפת היתר של האם, כך שככל שגיל הנבדק גבוה כך הוא מדווח פחות על הגנה והעדפת יתר של האם. בנוסף, נמצאו גם מתאמים שליליים מובהקים בין המצב הכלכלי והבריאותי לבין העדפת היתר של האב. ככל שהמצב הכלכלי

והבריאותי של נבדקים בקבוצת הביקורת היה טוב יותר כך הם דיווחו פחות על העדפת האב את האח.

יש לציין כי בניתוחי Z של פישור להשוואה בין מתאמים בשתי הקבוצות, נמצא הבדל מובהק רק בהתייחס למתאם שבין גיל הנבדק לבין הגנת היתר של האם, $Z = 2.23, p < .05$. ככל שגילם הכרונולוגי של האחאים בקבוצת הביקורת היה גבוה, כך הם דיווחו פחות על הגנת יתר של האם כלפי האח.

לבסוף נבדק הקשר בין המאפיינים האישיים לבין שלושת מדדי הצמיחה. כפי שנראה מטבלה מס' 14 בקבוצת האחאים לילדים עם פיגור שכלי (קבוצת מחקר) נתקבלו מתאמים שליליים מובהקים בין הגיל והמצב הכלכלי לבין הצמיחה בתחום האמונה. ככל שגילו של הנבדק גבוה וככל שמצבו הכלכלי טוב יותר כך הצמיחה בתחום האמונה נמוכה. בקרב קבוצת האחאים לילדים ללא פיגור שכלי נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין המצב הבריאותי לבין שלושת מדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה, כך שככל שהנבדק מתאר את מצב בריאותו כטוב יותר כך הצמיחה בכל התחומים גבוהה. בנוסף נמצא מתאם שלילי מובהק בין גילו של הנבדק לבין הצמיחה בתחום האמונה. ככל שגילו של הנבדק גבוה כך הצמיחה בתחום האמונה נמוכה.

טבלה מס' 14: מתאמי פירסון בין המאפיינים האישיים לבין מדדי הצמיחה

	אחאים של ילדים עם פיגור שכלי			אחאים של ילדים ללא פיגור שכלי		
	תחום	תחום	תחום	תחום	תחום	תחום
מדדים	תחום אישי	חברתי	האמונה	תחום אישי	חברתי	האמונה
גיל	-0.09	-0.02	-0.30**	0.03	-0.08	-0.22*
מצב כלכלי	-0.13	0.02	-0.26**	0.05	-0.04	-0.08
מצב בריאותי	0.03	-0.05	0.03	0.31**	0.24*	0.18*

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

בניתוחי Z של פישור לבדיקת המתאמים, נמצאו הבדלים מובהקים בין שתי הקבוצות במתאם שבין המצב הבריאותי לבין הצמיחה בתחום האישי, $Z = 1.97, p < .05$ ובמתאם שבין המצב הבריאותי לבין הצמיחה בתחום החברתי, $Z = 1.96, p < .05$. בקרב נבדקים בקבוצת

הביקורת, אך לא בקרב נבדקים בקבוצת המחקר, נמצא מתאם חיובי מובהק בין המצב הבריאותי של הנבדק לבין הצמיחה בתחום האישי והחברתי. ככל שהנבדק העריך את מצבו הבריאותי כטוב יותר כך הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי היו גבוהות.

לסיכום, מן הממצאים המתוארים לעיל עולה כי משתנים מסויימים היו בעלי תרומה מועטה למדדי המחקר (מין), בעוד אחרים היו בעלי תרומה ניכרת (סדר לידה והגדרה דתית). תרומת המין למדדי המחקר הייתה מוגבלת ונגעה להבדלים מובהקים בין הבנים לבין הבנות בהערכה עצמית ובמדד הגנת אם. בנים דיווחו על הערכה עצמית גבוהה ועל הגנת אם גבוהה בהשוואה לבנות. לעומת זאת, נמצאה תרומה משמעותית של סדר הלידה למדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי וצמיחה בתחום החברתי. הצמיחה בתחום האישי והחברתי הייתה גבוהה יותר בקרב אחאים בוגרים בהשוואה לאחאים צעירים. בנוסף, נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X סדר לידה. הצמיחה בתחום האמונה היתה גבוהה בקרב נבדקים בקבוצת המחקר בהשוואה לנבדקים בקבוצת הביקורת, אולם הפער בין הקבוצות בלט יותר בקרב הנבדקים צעירים מן האח בהשוואה לנבדקים בוגרים מן האח. תרומה בולטת נוספת נודעה להגדרה הדתית של הנבדק. נבדקים דתיים בשתי קבוצות המחקר דיווחו על העדפת אם ואב גבוהות בהשוואה לנבדקים מסורתיים וחילוניים. ההגדרה הדתית תרמה אף למדדי הצמיחה. נבדקים מסורתיים ודתיים דיווחו על צמיחה גבוהה בהשוואה לנבדקים חילוניים. בנוסף, נמצאה אינטראקציה של קבוצות X הגדרה דתית. ציוני שלושת מדדי הצמיחה היו גבוהים יותר בקרב קבוצת המחקר בהשוואה לקבוצת הביקורת, אך הפערים בציוני הצמיחה בתחום האישי והחברתי היו גבוהים באופן מיוחד בקרב נבדקים חילונים ומסורתיים, אך לא נבדקים דתיים, בעוד הפערים בציוני הצמיחה בתחום האמונה היו גבוהים באופן מיוחד בקרב נבדקים מסורתיים ודתיים, אך לא בקרב נבדקים חילוניים.

התבוננות על הקשרים בין המאפיינים הרציפים (גיל, מצב כלכלי ובריאותי) לבין מדדי המחקר מלמדת כי עיקר התרומה נמצאה דווקא בקבוצת הביקורת: ככל שגילו הכרונולוגי של הנבדק היה גבוה, כך תפיסת הדחק במשפחה הייתה נמוכה וככל שהנבדק העריך את מצבו הבריאותי כטוב יותר כך הוא דיווח על הערכה עצמית ועל דיפרנציאציה גבוהות. בנוסף, נמצא קשר שלילי מובהק בין גיל כרונולוגי לבין הגנה והעדפת אם, בין מצב כלכלי ובריאותי לבין העדפת אב ובין גיל כרונולוגי לבין צמיחה בתחום האמונה. כמו כן נמצא קשר חיובי מובהק בין המצב הבריאותי לבין שלושת מדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה.

ניתוח רגרסיה להסבר השונות של מדדי הצמיחה

על מנת לבחון עד כמה המשתנים השונים יחדיו תורמים להסבר השונות של מדדי הצמיחה וכן לבדוק אלו מבין המשתנים תורמים יותר להסבר שונות זו, נעשו ניתוחי רגרסיה הירארכית בהם המשתנים התלויים הם שלושת מדדי הצמיחה: צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה.

ניתוחי הרגרסיה כללו חמישה צעדים: **בצעד ראשון** הוכנסו משתני הקבוצה **בצעד השני** הוכנסו המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של הנבדקים ומשפחתם, אשר כללו את סדר הלידה, המצב הכלכלי, המצב הבריאותי, הגיל, ההגדרה דתית של המשפחה והמין. **בצעד השלישי** נוספו לרגרסיה משאבי הנבדק, הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי ומדד תפיסת הדחק במשפחה. הכנסת מדדים אלו נעשתה לאחר ניכוי המאפיינים האישיים של הנבדק. **בצעד הרביעי** הוכנסו המדדים המתארים את יחסי המשפחה, הכוללים הגנת אם והעדפת אם ואב. **בצעד החמישי** הוכנסו האינטראקציות בין משתני הקבוצה והמאפיינים האישיים לבין המדדים האחרים וכן בין המשאבים ותפיסת הדחק לבין המשתנים האחרים. בניתוחי הרגרסיה לא נמצאה תרומה מובהקת של האינטראקציות אשר הוכנסו בצעד החמישי ועל כן בטבלאות אשר יוצגו להלן יובאו מקדמי הרגרסיה בארבעת הצעדים הראשונים בלבד.

מניתוחי הרגרסיה נמצא כי ניתן להסביר 26% מן השונות של הצמיחה בתחום האישי,

27% מן השונות של הצמיחה בתחום החברתי ו- 47% מן השונות של הצמיחה בתחום

האמונה. מקדמי הרגרסיות מוצגים בטבלאות 15-17.

טבלה מס' 15: מקדמי הרגרסיה ההירארכית להסבר השונות של הצמיחה בתחום האישי

צעדים				
(β) IV	(β) III	(β) II	(β) I	מנבאים
-.15*	-.22***	-.25***	-.30***	קבוצות
.17*	.15*	.15*		סדר לידה
-.03	-.06	-.08		מצב כלכלי
.20**	.18**	.21**		מצב בריאותי
-.07	-.06	-.07		גיל
.08	.11	.09		הגדרה דתית
.08	.05	.04		מין
.04	.04			הערכה עצמית
.22**	.23**			דיפרנציאציה של העצמי
.03	.06			תפיסת הדחק
.10				הגנת יתר אם
.03				העדפת אם
.11				העדפת אב
.26***	.23***	.18***	.11***	R^2
.03	.05*	.07*	.11***	ΔR^2

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

כפי שניתן לראות מטבלה מס' 15, **בצעד הראשון**, אשר בו הוכנסו משתני הקבוצה נמצאה תרומה מובהקת למשתנה הקבוצה. כפי שהוצג בטבלה מס' 4, המתארת את ההבדלים בממוצעי הצמיחה בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת, הנבדקים בקבוצת המחקר דיווחו על צמיחה גבוהה בהשוואה לנבדקים בקבוצת הביקורת.

בצעד השני, אשר בו הוכנסו מאפייניהם הסוציו-דמוגרפים של הנבדקים, נמצאה תרומה מובהקת של סדר הלידה כך שנבדקים גדולים מן האח עם/ללא פיגור שכלי דיווחו על צמיחה גבוהה בהשוואה לנבדקים צעירים מן האח עם/ללא הפיגור השכלי. בנוסף, נמצאה תרומה מובהקת של המצב הבריאותי לצמיחה בתחום האישי. מקדם ה β הוא חיובי, כך שככל שמצבו הבריאותי של הנבדק היה טוב יותר, כך הצמיחה בתחום האישי גבוהה יותר.

בצעד השלישי, אשר בו הוכנסו המשאבים ותפיסת הדחק במשפחה נמצאה תרומה מובהקת של רמת הדיפרנציאציה של העצמי. נבדקים בעלי רמת דיפרנציאציה גבוהה דיווחו על צמיחה גבוהה, **ובצעד הרביעי**, אשר בו הוכנסו המשתנים המבטאים את יחסי המשפחה, לא נמצאה תרומה מובהקת לאף אחד מן המשתנים.

כזכור, בניתוחי הרגרסיה אשר נעשו, ניתן להסביר 27% מן הצמיחה בתחום החברתי. התברר כי למעשה משתנה אחד בלבד תורם להסבר שונות זה, משתנה הקבוצה, $\beta = -.39$ $p < .001$. כפי שהוצג בטבלה מס' 4, הנבדקים בקבוצת המחקר דיווחו על צמיחה גבוהה בהשוואה לנבדקים בקבוצת הביקורת. לא נמצאה תרומה של המשתנים האחרים אשר הוכנסו (ראה טבלה מס' 16).

טבלה מס' 16: מקדמי הרגרסיה ההירארכית להסבר השונות של הצמיחה בתחום החברתי

צעדים				
(β) IV	(β) III	(β) II	(β) I	מנבאים
-0.22***	-0.36***	-0.37***	-0.39***	קבוצות
				סדר לידה
.15*	.13	.13		מצב כלכלי
.04	-0.01	-0.02		מצב בריאותי
.11	-0.05	.13		גיל
-0.06	.05	-0.07		הגזרה דתית
-0.01	.09	.05		מין
.13	.10	.08		
				הערכה עצמית
.11	.10			דיפרנציאציה של העצמי
.07	.08			תפיסת הדחק
-0.03	-0.00			
				הגנת יתר אם
.10				העדפת אם
.14				העדפת אב
.04				
.27***	.23***	.21***	.18***	R^2
.04	.02	.03	.18***	ΔR^2

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

טבלה מס' 17: מקדמי הרגרסיה ההירארכית להסבר השונות של הצמיחה בתחום האמונה

צעדים				
(β) IV	(β) III	(β) II	(β) I	מנבאים
-.25***	.29***	-.29***	-.43***	קבוצות
.01	-.01	-.01		סדר לידה
-.13	.14	-.14		מצב כלכלי
.10	.11	.11		מצב בריאותי
-.19**	-.19**	-.17*		גיל
.42***	.41***	.42***		הגדרה דתית
.03	.00	.02		מין
-.06	-.06			הערכה עצמית
-.02	-.01			דיפרנציאציה של העצמי
-.03	-.03			תפיסת הדחק
-.15*				הגנת יתר אם
.05				העדפת אם
-.10				העדפת אב
.47***	.45***	.45***	.19***	R^2
.02	.00	.26***	.19***	ΔR^2

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

טבלה מס' 17 מציגה את מקדמי הרגרסיה ההירארכית של הצמיחה בתחום האמונה. כפי שניתן לראות מן הטבלה, נמצאה גם כאן, **בצעד הראשון**, תרומה מובהקת של משתנה הקבוצה, כך שבקבוצת המחקר, הצמיחה הייתה גבוהה בהשוואה לקבוצת הביקורת. בצעד זה הסבר השונות הגיע לכדי 19%.

בצעד השני נמצאה תרומה של שני מאפיינים סוציו-דמוגרפים, גיל כרונולוגי והגדרה דתית, כאשר מאפיינים אלו תורמים עוד 26% להסבר השונות.

בצעד השלישי לא נמצאה תרומה כלשהי להסבר השונות, אולם **בצעד הרביעי** נמצאה תרומה להגנת היתר של האם, כך שהתוספת להסבר השונות של שני צעדים אלו הייתה מעל ל- 2% ויחדיו הוסברו 47% מן השונות.

לסיכום, ניתוחי הרגרסיה כללו ארבעה צעדים. **בצעד הראשון** נמצא כי משתנה הקבוצה תרם באופן מובהק לשלושת המדדים: נבדקים בקבוצת המחקר דיווחו על צמיחה גבוהה בכל התחומים, בתחום האישי, בתחום החברתי ובתחום האמונה, בהשוואה לנבדקים בקבוצת הביקורת. **בצעד השני**, נמצא כי סדר הלידה ומצבו הבריאותי של הנבדק תרמו באופן מובהק לצמיחה בתחום האישי, כמו כן נמצא כי גילו הכרונולוגי של הנבדק והגדרתו הדתית תרמו באופן מובהק לצמיחה בתחום האמונה. **בצעד השלישי**, נמצא כי נבדקים בעלי רמת דיפרנציאציה גבוהה דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האישי בהשוואה לנבדקים בעלי רמת דיפרנציאציה נמוכה. ולבסוף, **בצעד הרביעי**, נמצא כי הגנת היתר של האם תרמה לצמיחה בתחום האמונה. נבדקים אשר תיארו הגנת יתר גבוהה של האם דיווחו על צמיחה בתחום האמונה בהשוואה לנבדקים אשר תארו הגנת יותר נמוכה של האם.

דין

יחסי הגומלין בין אחאים, לטוב ולרע, הם מן המתמשכים ביותר ומן החשובים ביותר מבין הקשרים החברתיים של בני האדם (Cox et al., 2003; Vandell & Bailey, 1992). מהלכי החיים של האחאים משיקים וחופפים לעיתים, יותר מאשר מעגלי החיים של הילד ושל הוריו או של הילד ושל חבריו, דבר אשר עשוי להוביל לקשר אשר אין דומה לו ברוב מערכות היחסים (Lobato, Faust & Spirito, 1988). ליחסי הגומלין בין אחאים עשויות להיות השפעות מרחיקות לכת על התפתחותו הרגשית, הקוגניטיבית, החברתית והמקצועית של האדם (Azmitia & Hesser, 1993; Dunn, 1992; Dunn et al., 1991; Dunn et al., 1994; Dunn et al., 1995; Howe & Ross, 1990; Jenkins, 1992; Jenkins-Tucker et al., 1997; Jenkins-Tucker et al., 1999; Palladino-Schultheiss et al., 2001).

בנסיבות ייחודיות, כדוגמת אחאות לילד עם פיגור שכלי, יחסי הגומלין בין אחאים נושאים אופי אחר, בשל הצורך של הילד עם הפיגור השכלי בטיפול יתר, עקב היזדקקותו של הילד עם הפיגור השכלי לתשומת לב, ומפאת הדאגה המתמדת לעתידו (McDermott et al., 1997; Olshansky, 1962). יחסי הגומלין בין הילד עם הפיגור השכלי לבין אחאיו ללא הפיגור השכלי מערבים תהליכים אישיים ובין-אישיים, המתקיימים על פני השטח ומתחת לו, והמעצבים את דמותו של הילד עם הפיגור השכלי ושל אחאיו ללא הפיגור השכלי, כאחד.

עד לאחרונה, הספרות התיאורטית והמחקרית תיארה את האספקטים השליליים הכרוכים בהולדת ילד עם פיגור שכלי ובטיפול המתמשך בו, והדגישה את המתח, הלחץ, חוסר הסיפוק והעימותים התכופים בקרב הוריו של הילד עם הפיגור השכלי (Lobato et al., 1988). הספרות התיאורטית והמחקרית הוסיפה כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לפתח דיכאון (Lobato, Barbour, Hall, & Miller, 1987; McHale & Gamble, 1989; Treiber, Mabe & Wilson, 1987), תחושת קיפוח, חוסר ערך, אשמה (Simeonsson & Bailey, 1986) ותוקפנות (Lobato et al., 1987) ובמקרים אחרים, לסגת בהדרגה ולפתח יחסים חברתיים דלים עם קבוצת השווים (Cadman Boyle & Offord, 1988; Tritt & Esses, 1988). אולם, רוחות חדשות מנשבות ונושאות עימן מידה רבה של אופטימיות בכל הנוגע לאדם עם פיגור שכלי ולמשפחתו. מן הספרות ומן המחקרים הקיימים בשנים

האחרונות עולה כי מרבית המשפחות נושאות בנטל הולדת הילד עם הפיגור השכלי והטיפול המתמשך בו באופן משביע רצון (Hodapp, 1995) ובהצלחה רבה (Bennett, DeLuca & Allen, 1996) ואף נהנות מצמיחה אישית.

מעבר להבדלים בין אלו המדגישים את התוצאות השליליות בעטיו של הילד עם הפיגור השכלי לבין אלו המדגישים את התוצאות החיוביות לאור נוכחותו של הילד עם הפיגור השכלי, נקודת המבט הכללית השתנתה מן הקצה אל הקצה. בעבר הושם דגש רב על משתנים סוציו-דמוגרפים, כגון: גיל כרונולוגי, סדר לידה, מין ומצב כלכלי, והשפעתם על הילד עם הפיגור השכלי ועל בני משפחתו, ואילו כיום מושם דגש רב על משתנים אישיותיים ובין-אישיים, החושפים את מורכבות הדינאמיקה במשפחת הילד עם הפיגור השכלי ואת השלכותיה.

חילוקי הדיעות בין התיאורטיקנים ואנשי המחקר בעבר ובהווה באשר להשלכות הילד עם הפיגור השכלי על בני משפחתו הם עניינו של המחקר הנוכחי: עד כמה שונים או דומים אחאים לילדים עם פיגור שכלי מבני גילם, אחאים לילדים ללא פיגור שכלי? האם אחאים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לחוות דחק ואף להיות בסיכון לפתח קשיי הסתגלות בעטיו של הילד עם הפיגור השכלי או לחילופין, להפוך בוגרים ובשלים יותר, לפתח הבנה רחבה ומעמיקה אודות עצמם, משפחתם והעולם בכלל, דווקא כתוצאה מן החיים במחיצת הילד עם הפיגור השכלי? ולבסוף, מהו משקלם היחסי של המשתנים הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי בהשוואה לאחאים של ילדים ללא פיגור שכלי?

ייחודו של המחקר הנוכחי טמון בהרחבה ובהעמקה של הידע המחקרי אודות ההשלכות של הילד עם הפיגור השכלי על אחאיו ללא הפיגור השכלי וביתר דיוק, אודות ההשלכות החיוביות של הילד עם הפיגור השכלי על אחאיו ללא הפיגור השכלי. במחקר הנוכחי נמצא כי בצד הדימיון בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי במשאבים הפנימיים, הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, ובתפיסת הדחק במשפחה, קיים שוני ביחסי המשפחה ובצמיחה האישית. אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו על צמיחה אישית, הכוללת בין היתר כוחות ומשאבים אשר לא ידעו על קיומם, אחריות רבה אשר נטלו על עצמם, מערכות יחסים חדשות אשר פיתחו עם אנשים משמעותיים, הקשבה ביתר תשומת לב והושטת יד לעזרה. האחאים נהגו להתבונן על המציאות באופן חיובי יותר, עשו

מאמצים להפיק את המיטב וחייהם היו מספקים ובעלי משמעות. זוהי תמציתה ומהותה של הצמיחה האישית מן המשבר.

הדמיון והשוני בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא

פיגור שכלי

לאורך השנים בלטו חילוקי דיעות בנוגע להשלכות האדם עם הפיגור השכלי על בני משפחתו. תיאורטיקנים ואנשי מחקר מדיסיפלינות שונות תהו על קנקנה של התופעה וניסו לעמוד על טיבה. רבים הדגישו את האספקטים הפאתולוגיים של התופעה, עסקו בעיקר במצוקה הפסיכולוגית, והדגישו את ההכחשה, הכעס, הבושה, האשמה והדכאון, וכן את קשיי ההתנהגות ובעיות ההסתגלות בקרב אחאים בריאים לילדים עם פיגור שכלי. ולראייה, Farber (1959) מצא כי כאשר הילד עם הפיגור השכלי תלוי באופן משמעותי בזולת, אזי אחאי הבריאים בעלי סף גירוי נמוך, מתוחים ועצבניים, נוטים לעקשנות, קנאת יתר ואי שקט. Fowle (1969) הוסיף וטען כי מתח רב הוא מנת חלקם של אחאים לילדים עם פיגור שכלי אשר מתגוררים בבית בהשוואה לאחאים לילדים עם פיגור שכלי אשר מתגוררים במסגרת חוץ ביתית, ואילו Gath (1973, 1974) הבחינה כי אחיות הן בעלות סיכון גבוה לפתח בעיות התנהגות, כפי הנראה מפאת ריבוי המשימות והתפקידים הקשורים בניהול משק הבית ובטיפול האישי באח עם הצרכים המיוחדים המוטלים לעיתים תכופות על כתפיהן.

לנוכח האמור לעיל, היה זה אך טבעי להסיק כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לחוות דחק ולהיות שונים במשאבים הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, כמו גם בתפיסת הדחק במשפחה ובתפיסתם את הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים. ואכן אלו היו השערות המחקר, אולם, במחקר הנוכחי נמצא כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי דומים לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי בתחומים רבים, ללא כל קשר לנוכחותו או להעדרו של ילד עם פיגור שכלי. רמת ההערכה העצמית של אחאים לילדים עם פיגור שכלי הייתה דומה לרמת ההערכה העצמית של אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, רמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי הייתה כרמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, ורמת הדחק במשפחה, כפי שהיא נתפסה ונחוותה על ידי אחאיו של הילד עם הפיגור השכלי, לא הייתה שונה באופן משמעותי מרמת הדחק, כפי שהיא נתפסה ונחוותה על

ידי אחאים באוכלוסיה הכללית. זוהי קרן אור, המבליחה בינות לענני הפסימיות, אשר שלטו ביד רמה בספרות ובמחקר המסורתיים. מן המחקר הנוכחי ניתן ללמוד כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי, הגדלים במציאות אשר בה אחד מבני המשפחה הוא עם פיגור שכלי, אינם תופסים את מציאות חייהם כמלחיצה ומאיימת בהכרח. הם גדלים ומפתחים הערכה עצמית ודיפרנציאציה, בדומה לבני גילם באוכלוסיה הכללית. כיצד ניתן להסביר זאת?

הגישה המערכתית עשויה לספק פתרון להעדר הבדלים מובהקים בהערכה העצמית, ברמת הדיפרנציאציה של העצמי ובתפיסת הדחק במשפחה, בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, כפי שנמצא במחקר הנוכחי. במסגרת עבודתו הקלינית צפה הפסיכיאטר Murray Bowen (1913-1990) באנשים עם סכיזופרניה ובבני משפחותיהם והבחין כי כאשר אנשים עם סכיזופרניה היו בקשר עם קרוביהם הייתה להם השפעה אמוציונלית ניכרת האחד על השני. המשפחה הייתה יחידה אמוציונלית אחת (an emotional unit) והתפקוד האמוציונלי של האדם היה תלוי במידה רבה בתפקוד האמוציונלי של בני משפחתו. Bowen (1990) גרס כי בני האדם אינם יצורים אוטונומיים ותפקודם הוא במידה רבה השתקפות של ההתרחשויות סביבם. הרגשות, המחשבות וההתנהגויות של בן משפחה תורמים במידה רבה למשפחה כיחידה אמוציונלית ולהפך, המשפחה כיחידה אמוציונלית משפיעה על הרגשות, המחשבות וההתנהגויות של בן המשפחה. Bowen הרחיב את העיסוק מן המשפחה של האדם עם הסכיזופרניה אל המשפחה באוכלוסיה הכללית וטען כי המשפחה מתפקדת כמערכת (system), הווה אומר בן משפחה מגיב אל בן משפחה אחר, המגיב אל בן משפחה נוסף, המגיב אל בן המשפחה הראשון וכן הלאה. תגובות בני המשפחה אינן מילוליות בהכרח. בני משפחה מגיבים אל טון הדיבור, אל הבעות הפנים או אל שפת גוף (Bowen, 1990; Kerr & Bowen, 1988). פירושו של דבר שהפרט אינו מערכת סגורה ובלתי חדירה, אלא הוא יונק מן הסביבה הקרובה והרחוקה ופועל בהשראתה. יחסי הגומלין המתפתחים בין הפרט לבין הסביבה משפיעים על הפרט ומעצבים את דמותו.

בדומה לכך, כאשר אנו מתבוננים על אחאים בריאים לילדים עם פיגור שכלי אנו נדרשים להתבונן על האחאים בקונטקסט הרחב, קרי על המערכות הפורמאליות והבלתי פורמאליות הסובבות אותם ועשויות להשפיע עליהם: על האחאים עם הפיגור השכלי, אך גם על ההורים, על אחאים נוספים, על הסבים והסבתות, על המכרים, החברים ועל מערכות העזרה הקהילתיות, כגון: שירותי הרווחה, מערכות החינוך ומסגרות הבריאות. ליחסי הגומלין

המתפתחים בין המערכות הללו לבין האחאים לילדים עם הפיגור השכלי עשויות להיות השלכות על דמותם וציביונם של האחאים, על אופן ההתנהלותם ודרכי ההתמודדותם עם מצבים יום יומיים (Stoneman & Brody, 1993).

מחקרים העוסקים בילד עם הפיגור השכלי ובמשפחתו בחנו משתנים רבים ומגוונים אישיים, משפחתיים וקהילתיים, אשר עשויים להשפיע על רגשותיהם, מחשבותיהם והתנהגותם של אחאים לילדים עם פיגור שכלי. לדוגמא: יחסי הגומלין בין ההורים ובין בני המשפחה כולם, הלכידות המשפחתית ומידת השליטה אשר יש לבני המשפחה ביחס גורלם (מוקד שליטה פנימי ו/או חיצוני) תורמים לבריאותם הפיזית ולרווחתם הפסיכולוגית של האחאים ללא הפיגור השכלי. עלייה בקונפליקטים הזוגיים והמשפחתיים, ירידה בלכידות המשפחתית ובמידת השליטה אשר יש לבני המשפחה ביחס לגורלם עלולה לתרום לעלייה בבעיות ההתנהגות, ירידה בשליטה העצמית ופגיעה בשיתוף הפעולה של האחאים ללא הפיגור השכלי (Brody, Stoneman & Burke, 1987; Cummings, 1994; Cummings & Davies, 1994; Katz & Gottman, 1994; Mandelco, Olsen, Dyches, & Marshall, 2003).

בנוסף, מעבר לנסיבות הייחודיות כמו הולדת ילד עם פיגור שכלי או משבר הפוקד את המשפחה, משאבים פנימיים וחיצוניים הם בעלי תפקיד מרכזי ועשויים לתרום את חלקם להסתגלות באוכלוסייה הכללית. מודל היכולת החברתית והתקשורתית (The Social Communicative Competence Model) (Hart, Olsen, Robinson, & Mandelco, 1997) מספק אישור ותמיכה לאמור לעיל. הנחת היסוד העומדת בבסיס המודל היא כי משאבים פנימיים וחיצוניים העומדים לרשות המשפחה, כגון: מאפייניהם האישיים של ההורים ושל הילד, האינטראקציות בין בני הזוג ובין בני המשפחה, רמת הדחק לה חשופים בני המשפחה ושיעור התמיכה לה הם זוכים, פועלים בתיאום זה עם זה ותורמים להסתגלותם של ילדים צעירים (Mandelco et al., 2003).

חשוב לציין כי המגמה הכללית בחברה אינה כשהייתה. בעוד שבעבר החברה נהגה להרחיק מעליה את האדם עם הצרכים המיוחדים (exclusion) ומשום כך, אחריות הטיפול בו והדאגה לעתידו רבצו ברובם על כתפי בני המשפחה, הרי שכיום החברה פותחת את זרועותיה לרווחה ועושה מאמצים לשלב את האדם עם הצרכים המיוחדים בתוכה (inclusion), ולפיכך אחריות הטיפול בילד עם הפיגור השכלי משותפת לבני המשפחה ולקהילה כולה. בהתאם לכך הוקמו מסגרות חינוכיות ותעסוקתיות ייחודיות בשעות הבוקר ומסגרות

פנאי בשעות אחר הצהריים, המיועדות ללמידה ולהעשרה של האדם עם הפיגור השכלי מחד, והמספקות הקלה משמעותית לבני המשפחה מאידך. הוריו של הילד עם הפיגור השכלי עשויים להיות פנויים יותר ולבלות עם האחאים ללא הפיגור השכלי, דבר אשר עשוי להיות לו השלכות חיוביות על בריאותם הפיזית ורווחתם הפסיכולוגית.

עדויות אשר הצטברו לאורך השנים מצביעות על כך שהתא המשפחתי הוא גורם בעל השפעה מכרעת על התפתחותו של הילד, האחראי במידה רבה על טווח רחב של התנהגויות חברתיות ורגשיות (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington, & Borestein, 2000). בד בבד, חוקרים אחדים מדווחים כי הסביבה המשפחתית אינה בהכרח זהה עבור כל חברה (Plomin, Asbury & Dunn, 2001). בהקשר זה יש לתת את הדעת ליחסי הגומלין המתפתחים בין ההורים לבין ילדיהם. מסתבר כי ילדים זוכים לעיתים לטיפול דיפרנציאלי על ידי הוריהם ובמקרים אחרים ילדים חווים את הטיפול ההורי כטיפול לא שיוויוני (Plomin et al., 2001; Turkeimer & Waldron, 2000).

שורה ארוכה של מחקרים מלמדת כי קיים קשר ברור בין טיפול דיפרנציאלי של ההורים לבין איכות יחסי הגומלין בין האחאים (Brody, Stoneman & McCoy, 1992; Bryant & Crockenberg, 1980; Conger & Conger, 1994; McHale et al., 1995; McHale & Pawletko, 1992; Robinson, Case & Corley, 1990; Stocker, Dunn & Plomin, 1989; Volling & Belsky, 1992). טיפול דיפרנציאלי של ההורים עלול לעודד תחרותיות בין אחאים (Stocker et al., 1989), קונפליקט ואנטגוניזם (Furman & Buhrmester, 1985), חוסר נוחות, זילזול והשפלה (Bryant & Crockenberg, 1980).

טיפול דיפרנציאלי של ההורים קיים במרבית המשפחות, אך תופעה זו עלולה להיות שכיחה באופן מיוחד ולהתבטא ביתר שאת כאשר אחד מן הילדים מתפקד ברמת פיגור שכלי, זאת מפאת התלות הגבוהה של הילד עם הפיגור השכלי בהוריו לשם סיפוק צרכיו. הילד עם הפיגור השכלי עלול להתקשות בשמירה על הגיינה, בניידות, בקליטת השפה, בהבעה העצמית ובתהליך הלמידה, ולפיכך זקוק לטיפול והשגחה צמודים (לוי-שיף ושולמן, 1998). הוריהם של ילדים עם צרכים מיוחדים חסרים לעיתים את הכוחות פיזיים ונפשיים על מנת לספק את צורכי הילדים ללא הפיגור השכלי ואת הזמן החופשי לבילוי ולשעשוע, הן מפאת העומס הפיזי

הכרוך בטיפול בילד עם הפיגור השכלי והן מפאת התמיכה החברתית המצומצמת (Boyce, Barnett & Miller, 1991; Faux, 1993; Hadadian, 1994; Lobato, 1990; McHale & Harris, 1992; Powell & Gallagher, 1993; Shannon, Barbarin, McManus, & Freeman; 1994; Williams, Lorenzo, & Borja, 1993).

ואכן, במחקר הנוכחי נמצאו הבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, קרי הגנת יתר של האם והעדפת יתר של האם והאב. אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו באופן משמעותי יותר על טיפול דיפרנציאלי של ההורים בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

במחקר הנוכחי נמצאו הבדלים מובהקים בצמיחה האישית על שלושת מדדיה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה, בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. אחאים לילדים עם פיגור שכלי דיווחו על צמיחה גבוהה בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. ממצא זה עומד בקו אחד עם השערות המחקר, לפיהן ימצא הבדל בצמיחה האישית בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. הצמיחה האישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי תהיה גבוהה יותר מן הצמיחה האישית בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. זהו ללא ספק הממצא הבולט ובעל החשיבות הרבה ביותר במחקר הנוכחי. ממצא זה עומד בסתירה למגמות הרווחות בשנות ה-60, ה-70 וה-80 לפיהן נוכחות ילד עם פיגור שכלי מטילה צל כבד על הוריו ועל אחאיו ומעמידה אותם בסיכון לפתח סימפטומים, כגון: דיכאון, חרדה, הפרעות התנהגות והסתגרות חברתית. מאידך, ממצא זה נותן תוקף לספרות ולמחקר העוסקים בצמיחה אישית ממשבר.

חסידי הפסיכולוגיה ההומניסטית והאקזיסטנציאליסטית גורסים כי אחד הכוחות המוטיבציוניים הבולטים בקרב בני האדם הוא הצורך לדעת והתשוקה להבין (Frankl, 1962, 1986). החיפוש אחר משמעות טומן בחובו תחושת הקלה (Snyder, Rand & Sigmon, 2002). בהעדר משמעות, האדם פועל ללא לאות על מנת להשיב אותה על כנה או על מנת לפתח משמעות חדשה, כל זאת על מנת להפחית ולצמצם רגשות כאב וחרדה קיומיים, תולדה של חיים ללא משמעות (Frankl, 1962, 1986). הצמיחה האישית היא למעשה תהליך ממושך במסגרתו האדם יוצר ומבסס מערכת של מטרות, שאיפות ויעדים ומתחייב אליהם (Snyder, 2000).

כיצד האדם מפיק משמעות חדשה בעטיו של משבר חריף? באיזה אופן הוא הופך על פיהם מטרות, שאיפות ויעדים אשר אינם עוד בתוקף, ויוצר ומבסס חדשים? אלו כלים ומיומנויות מחוללים את השינוי מחוייית אובדן קשה, מאיימת ומשתקת לחוויה חיובית, מעניקה ומעשירה?

מסתבר כי בני אדם המתמודדים עם אירוע טראומטי עושים לעיתים קרובות מאמצים להשיב את שיווי המשקל על כנו באמצעות תהליכי שיקוף (reflection) והערכה מחודשת (reevaluation). הם מודעים ביתר שאת לאירעיות החיים ולשבריריותם, ובאופן פרדוקסלי, מעריכים את חייהם יותר (Tedeschi, 1999). התהליכים המתוארים, הכוללים הבנה מעמיקה של האירוע הטראומטי והפקת משמעות מכך, מסתיימים לעיתים בתובנה אישית ובצמיחה פסיכולוגית. מבוגרים אשר שכלו בן/ת זוג או הורה תיארו תוצאות חיוביות אשר התקיימו חרף המשבר, כגון: פיתוח והרחבת היכולת להביע רגשות, הגברת היעילות העצמית, קבלת היות האדם בן תמותה, חיזוק המחוייבות הדתית, הערכה הולכת וגוברת של התמיכה החברתית מצד הקרובים והעצמה (Calhoun & Tedeschi, 1990; Tedeschi & Calhoun, 1996). מחקרים אחרים מדגישים את הכרת העצמי, רכישת מיומנויות התמודדות ופיתוח משאבים אישיים וחברתיים (Heatherton & Nichols, 1994; Schaefer & Moos, 1992).

צמיחה אישית ממשבר נמצאה אף בקרב הורים ואחאים לילדים עם פיגור שכלי. אחאים לילדים עם פיגור שכלי עשויים להיות חמים ולבביים ביחסם אל הזולת, בעלי מידת רחמים, סובלנות, יכולת אמפטיית, תחושת אחריות ובגרות. הם שמחים, אופטימיים ובעלי גישה מסתגלת אל החיים (Barbarin et al., 1995; Damiani, 1999; Derouin & Jessee, 1996; Faux, 1993; Hodapp, 1995; Lobato, Miller, Barbour, Hall, & Pezzullo, 1991; McHale & Harris, 1992; Murray, 1998; Powell & Gallagher, 1993; Williams, 1997).

במחקר הנוכחי נמצאו הבדלים מובהקים בצמיחה אישית בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי המחזקים את השערת המחקר, ובה בעת מהווים הסבר להעדר הבדלים מובהקים במשאבים האישיים ובתפיסת הדחק במשפחה בין אחאים בקבוצת המחקר לבין אחאים בקבוצת הביקורת. במשך שנים רבות היו המודלים העוסקים בהתמודדות עם משבר ואובדן מודלים פרוידיאנים בעיקרם (Grzesiak & Hicock, 1994). על

פי מודלים אלו, האדם נדרש לעבור מספר שלבים החל בהלם ובהכחשה, דרך כעס, דיכאון ומשא ומתן, עד אשר האגו, תוך הישענות על השכל הישר ועל ההיגיון, השלים עם קיומו המתמשך של האובדן ועם חומרתו (Mueller, 1962). הדיעה המקובלת בספרות הייתה כי הכל נגזר מראש וכי ההתמודדות האופטימלית של האדם היא כזו המסתיימת בקבלה של האובדן ובהפנמתו. לאחרונה, כאמור, רבים התיאורטיקנים ואנשי המחקר המדגישים את התהליכים הפסיכולוגיים, אשר עיקרם הבנת האובדן (making sense of loss) והפקת משמעות מן האובדן (perceiving benefit of loss). תהליכים אלו מכשירים את הקרקע לצמיחה אישית לאחר המשבר (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998). מסתבר כי אחדים מבני האדם מדווחים על שינויים חיוביים בערכים, בעמדות ובאמונות, הנוצרים בחלקם בשל המשבר אשר פקד אותם (Somerfield & McCrae, 2000). נכות או מגבלה של אחד מבני המשפחה מאלצת לעיתים את בני המשפחה להתעמת עם סוגיות שונות, כגון: חיים ומוות, אמון וערכים, והם בתורם מסייעים ליצירת מחוייבות עמוקה, לרכישת תובנות חדשות בנוגע ליחסים הזוגיים וליחסי יחסי הורים-ילדים (Olkin, 1999), כמו גם לקירבה וללכידות בין בני המשפחה (Crewe, 1993). אם כך, עבור חלק מן האחאים לילדים עם פיגור שכלי, המשבר עשוי דווקא לעודד שינויים חיוביים, כגון: שינויים באופן בו הם רואים את עצמם, שינויים באופן בו הם תופסים את העולם סביבם ושינויים באשר לתוכניותיהם בעתיד. שינויים אלו הם כפי הנראה תוצאה של תהליכים פסיכולוגיים אשר חוקרים אחדים הגדירו כחיפוש אחר משמעות (finding meaning) (Bulman & Wortman, 1977), אחרים תיארו זאת כמתן הסבר לאובדן (explaining the event) (Burgess & Holmstrom, 1979), כעריכת דין וחשבון (-account-making) (Harvey, Orbuch, Chwalisz, & Garwood, 1991) או כנסיון אינטלקטואלי-קוגניטיבי לקבל את המשבר (intellectually or cognitively accepting) (Parkes & Weiss, 1988; Weiss, 1988). כך או כך כולם היו שותפים לדיעה כי התהליכים הללו חיוניים על מנת להתמודד בהצלחה עם אובדן ומשמים קרקע פורייה לצמיחה אישית ממשבר, וזאת בתורה מהווה נימוק לחוסר ההבדלים במשאבים, הערכה עצמית ורמת דיפרנציאציה של העצמי, ובתפיסת הדחק, כפי שדווח בראשית הדין.

ההכרה כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי מדווחים על צמיחה אישית גבוהה בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי מעוררת תילי תילים של מחשבות ותהיות. אחת מהן נוגעת לגילם הכרונולוגי של האחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי. כאמור, האחאים לילדים עם/ללא

פיגור שכלי נמצאים בעיצומו של גיל ההתבגרות, ועומדים בפני שינויים, משימות ואתגרים התפתחותיים ומתעוררת השאלה, האם ובאיזה אופן נוכחות ילד עם פיגור שכלי תורמת לאחאים בגילאי ההתבגרות לצלוח את התקופה אשר היו שקראו לה תקופה של "מתח וסערה" (Hall, 1904) (storn and stress) בהצלחה?

אחד המאפיינים הבולטים של גיל ההתבגרות הוא התפתחות מינית מואצת המלווה בהופעת שינויים גופניים (גדילה וצמיחה פיזית וסימני מין משניים) ובהתעוררות דחפים מיניים (שולמן, 1994), בד בבד עם השתכללות היכולות הקוגניטיביות. החשיבה הקונקרטית של הילד מפנה את מקומה לחשיבה מופשטת, בוגרת, הכוללת התיחסות לאידיאולוגיה ומוסר (Inhelder & Piaget, 1958; Kohlberg, 1969). מבחנים השלכתיים של צעירים בגיל ההתבגרות מציינים תמונה של חיים פנימיים תוססים ועולם דמיוני עשיר, הכוללים יסודות מיניים בצד גילויים של תוקפנות (זיו, 1984). גיל ההתבגרות הוא הגיל שבו מתחדש הקונפליקט האדיפאלי בגינו המתבגר והוריו נדרשים להגדיר מחדש את מיניותם ואת מערכת היחסים ביניהם (Freud, 1958).

Erikson (1968) גרס כי המשימה ההתפתחותית החשובה ביותר העומדת בפני המתבגר היא בניית זהות אישית מוצקה. המתבגר חותר לעצמאות רגשית, מחשבתית והתנהגותית, תוך שהוא נקרע בין המורשת המוכרת והשקפת העולם הידועה של הוריו ומשפחתו לבין הנורמות והערכים המקובלים בקרב קבוצת השווים. בנסיון למצוא תשובות לשאלות נוקבות, כגון: "מי אני?", "מה אני רוצה לעשות בעתיד?", בתקופה של סערות רגשיות ותהפוכות לא מעטות, הולכת ומתגבשת זהותו העצמית של המתבגר, כתוצאה מן האינטראקציה עם הסביבה, הציפיות והדרישות של החברה והתבססות רגשות ותחושות פנימיות.

תהליך ההתנתקות הסימבולית ממשפחת המוצא וההתחברות אל קבוצת השווים העסיק רבות גם את Blos (1967). לדבריו, תהליך הפרידה של המתבגר מן ההורים ורכישת עצמאות הם לב לבו ומהותו של גיל ההתבגרות. Blos הוסיף כי תהליך זה הוא השתקפות תהליך הפרידה הראשוני של התינוק מן האם, עליו דברה Mahler (1975), ובמסגרתו המתבגר, בשל הדחפים המיניים ואיום חידוש הקשרים האדיפליים, נדרש להפרד בהדרגה מן הדמויות המשמעותיות במשפחה ולמצוא אובייקטים חדשים מעבר לגבולות המשפחה. בסיום התהליך הופך המתבגר, לטענת Blos, לחבר מלא בקהילה, העומד בפני עצמו.

בהתייחס אל השינויים, המשימות והאתגרים ההתפתחותיים הכרוכים בגיל ההתבגרות, ניתן להניח כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי, המתמודדים עם נסיבות חיים ייחודיות, נהנים מ"יתרון" מסויים בהשוואה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי. אחאים לילדים עם פיגור שכלי מתבוננים על סביבתם ובוחנים אותה באופן בשל ומעמיק הודות לכלים ולמיומנויות אשר רכשו במהלך ההתמודדות המשפחתית היום יומית עם הילד עם הפיגור השכלי, כגון: הרחבת ההבעה הרגשית, התחזקות תחושת האחריות והבגרות, הערכה הולכת וגוברת של התמיכה החברתית, רכישת מיומנויות התמודדות ופיתוח משאבים אישיים וחברתיים. לפיכך, ניתן לשער כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי, יותר מאחאים לילדים ללא פיגור שכלי, עשויים לראות באתגרי גיל ההתבגרות הזדמנות ללמידה ולגדילה פסיכולוגית.

הקשר בין הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין צמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי

בירור קווי הדמיון ונקודות השוני בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי תורם להבנה יסודית ומעמיקה של חווית הילדות וההתבגרות בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, ומלמד כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי נהנים לעיתים מצמיחה אישית. עתה, משנוכחנו בקיומה של הצמיחה האישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי וכאשר ידוע היטב ערכה הרב בהתמודדות ובהסתגלות, מתעוררת השאלה, מה הם הכוחות והמשאבים התורמים ומעודדים צמיחה אישית זו? כאמור, במחקר הנוכחי נבדקו הקשרים בין המשתנים הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין צמיחה אישית, כמו גם תרומתם היחסית לצמיחה אישית. בנוסף נבדקה גם תרומת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הנבדקים לקשרים בין המשתנים השונים ולצמיחה אישית.

הבחירה במשתנים אלו איננה מקרית. מן הספרות והמחקר עולה כי ההערכה העצמית של ילדים באוכלוסיה הכללית ומידת הדיפרנציאציה אשר הם מפתחים מזולתם משקפים את הכוחות הטמונים בהם ועשויים לתרום באופן משמעותי להתמודדות יעילה ולצמיחה אישית. המשתנים הנוספים, תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת טיפול דיפרנציאלי של ההורים, עולים בקנה אחד עם התיאורים הקליניים המדגישים את הצער, האכזבה והתסכול בקרב בני

המשפחה של הילד עם הפיגור השכלי ואת טיפול היתר של ההורים בילד עם הצרכים המיוחדים.

הקשר בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה: נמצא קשר שלילי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. ככל שרמת הדיפרנציאציה של אחאים לילדים ללא פיגור שכלי גבוהה כך תפיסת הדחק במשפחה הייתה נמוכה. לעומת זאת בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי נמצא קשר שלילי, אך לא מובהק, בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה.

תהליך הדיפרנציאציה של העצמי הוא תהליך נפשי, פנימי ומרכזי האחראי במידה רבה על עיצוב אישיותו של האדם. בעוד שבתחילתו של התהליך, הילד רואה עצמו כשלוחה של הדמויות המטפלות, המרכזיות והחשובות בעולמו, הרי שבסופו של התהליך, הוא רוכש עצמאות נפשית, רגשית ומחשבתית. התהליך מתקיים הודות להתנתקות הדרגתית של הילד מן התלות הפיזית והפסיכולוגית בדמויות העיקריות הממלאות את עולמו ובמקביל יצירת תחושת עצמי נפרדת ובלתי תלויה בזולת. לא בכדי נקרא תהליך זה הלידה הפסיכולוגית של האדם (Mahler, 1968, 1975). ניתן לשער כי תהליך הדיפרנציאציה של העצמי אינו מתקיים אך ורק בין הילד לבין הוריו אלא אף בין הילד לבין אחאיו.

הספרות מייחסת חשיבות רבה לתהליך הדיפרנציאציה של העצמי ומתארת את הקשר ההדוק בינו לבין התמודדות עם משימות התפתחותיות והסתגלות יעילה של ילדים (סמילנסקי ואחרים, 1990; Mahler, 1975; Klein, 1952; Kernberg, 1975; Erikson, 1950). מכאן שממצאי המחקר, הנוגעים לקשר שלילי מובהק בין תהליך הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, מאוששים ומחזקים את הספרות המתוארת לעיל. יחד עם זאת, השאלה המתבקשת היא מדוע לא נמצא קשר שלילי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, בדומה לאחאים לילדים ללא פיגור שכלי?

יתכן כי תהליך הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, בשונה מתהליך הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים באוכלוסיה הכללית, כרוך באמביוולנטיות ומעמיד את הילד ללא הפיגור השכלי בפני דילמה קשה: רצונו של הילד ללא הפיגור השכלי

ליצור ולהדגיש את ההבדלים בינו ובין האח עם הפיגור השכלי על מנת לבסס את דמותו שלו, עלול לעורר בקרבו רגשות אשם כבדים, מפאת הדחייה של האח עם הצרכים מיוחדים, הזקוק להשגחה ולטיפול יתר, ולנוכח חוסר הצדק והעוול הנגרם לכאורה לאח עם הפיגור השכלי, משום היותו שונה, חריג ותלוי בזולת באופן משמעותי. כתוצאה מכך, הילד ללא הפיגור השכלי עלול לעכב את תהליך ההיפרדות מן האח עם הצרכים המיוחדים. אולם בכך לא בא הקונפליקט אל פתרונו. שמירה על קירבה ואינטימיות יתרה בין הילד ללא הפיגור השכלי לבין האח עם הפיגור השכלי מאיימת ומשתקת אף היא. קיימים חששות כבדים וחרדות שמא הקשיים והמגבלות של הילד עם הפיגור השכלי יידבקו באח ללא הפיגור השכלי. בנוסף, קיימת הבושה האופפת את הילד ללא הפיגור השכלי, בעטיו של אחיו עם הפיגור השכלי, במפגש החברתי עם קבוצת השווים. ניתן לסכם כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי, בשונה מאחאים לילדים ללא פיגור שכלי, חשים אמביוולנטיות בכל הנוגע למרחק האופטימלי מן הילד עם הצרכים המיוחדים. זוהי התמודדות יום יומית, המוטלת על כתפי האחאים ואשר עליהם לפתור על מנת לתפקד בהצלחה בבית ובקהילה. הדילמה הזו משתקפת כפי הנראה בממצאי המחקר הנוכחי ומלמדת כי תהליך ההתנתקות ההדרגתי של הילד מן התלות הפיזית והפסיכולוגית באח עם הפיגור השכלי ויצירת דיפרנציאציה של העצמי אינו קשור בהכרח, כפי שנמצא בקרב ילדים באוכלוסיה הכללית, בתפיסת דחק נמוכה במשפחה, מאחר והוא עלול לעורר רגשות אשם כבדים, משום שהוא מאיים ומשתק לעיתים, ובמקרים אחרים כרוך בבושה.

הקשר בין הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי ותפיסת הדחק במשפחה לבין מדדי הצמיחה: נמצא קשר חיובי מובהק בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין הצמיחה בתחום האישי, וקשר שלילי מובהק בין תפיסת הדחק במשפחה לבין הצמיחה בתחום החברתי והצמיחה בתחום האמונה, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי. בנוסף, נמצא קשר חיובי מובהק בין הערכה עצמית לבין הצמיחה בתחום האישי והחברתי, ובין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין הצמיחה התחום האישי, בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי.

הממצאים המתוארים לעיל מדגישים ומחזקים בחלקם את המגמות המתוארות בספרות אודות הקשר בין הערכה עצמית רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין התמודדות יעילה והסתגלות חיובית של ילדים באוכלוסיה הכללית. מסתבר כי המשאבים האישיים הפנימיים של ילדים, הכוללים בין היתר את העמדות של הילד כלפי עצמו, ההכרה של הילד בערכו (Carlson et al., 1999; Fergusson & Lynskey, 1995; Henry et al., 1996; Kelly

et al., 2001; Lipovsek et al., 2002; McGee & Williams, 2000; Neumark-Sztainer et al., 1997; Overholdter et al., 1995) ותחושת עצמי נפרדת ובלתי תלויה (סמילנסקי ואחרים, 1990; Erikson, 1950; Kernberg, 1975; Klein, 1952; Mahler, 1975), מאפשרים התמודדות יעילה והסתגלות חיובית של ילדים באוכלוסייה הכללית ותורמים להתהוותן. לעומת זאת, מתבגרים המדווחים על תחושת חוסר אונים, נטייה למופנמות יתר, הערכה עצמית נמוכה ואימפולסיביות נוטים יותר להצהרות ולניסיונות אובדניים (Beautrais, Joyce & Mulder, 1999; Kelly et al., 2001).

הערכה עצמית נמוכה אף נמצאה קשורה לטווח רחב של התנהגויות דיספונקציונליות, כגון: קשיי הסתגלות בבית הספר (Carlson et al., 1999), הפרעות אכילה (McGee & Williams, 2000), פעילות מינית והריון בקרב נערות מתבגרות (Lipovsek et al., 2002).

במחקר הנוכחי הערכה עצמית גבוהה תרמה לצמיחה גבוהה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, אך לא הניבה תוצאות דומות בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי. לעומת זאת, רמה גבוהה של דיפרנציאציה תרמה לצמיחה בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים לילדים ללא פיגור שכלי כאחד.

הממצא הנוכחי לפיו קיים קשר חיובי בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין צמיחה אישית בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי קשור במידה רבה אל הממצא הקודם לפיו לא קיים קשר בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי. כאמור, לא נמצא קשר בין רמת הדיפרנציאציה של העצמי לבין תפיסת הדחק במשפחה בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, כפי הנראה על רקע רגשות האשם, החששות, החרדות ותחושת הבושה האופפים לעיתים את האחאים ללא הפיגור השכלי בתהליך הדיפרנציאציה של העצמי. אולם כאשר אחאים לילדים עם פיגור שכלי מצליחים ליצור דיפרנציאציה של העצמי ולחיות את חייהם ללא רגשות אשם ובושה, עם רמה נמוכה של חשש וחרדה, אזי הם מדווחים על צמיחה אישית.

בנוסף, בדומה למגמה המסתמנת בספרות לאחרונה, נמצא קשר מובהק בין תפיסת הדחק במשפחה לבין הצמיחה, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, אך לא בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. מדוע תפיסת הדחק במשפחה הייתה קשורה לצמיחה בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי, אך לא הייתה קשורה לצמיחה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי?

הספרות והמחקר העוסקים בצמיחה אישית לאחר משבר מתייחסים למצבי דחק רבים ושונים, כגון: מחלה כרונית (Horton & Wallander, 2001) מגבלה פיזית (Elliott, Kurylo & Aldwin, Levenson & Spiro, 1994; Elder & Clipp, 1989; Rivera, 2002), מלחמה (Craig, 1977; Miles & Crandall, 1983; Parkes & Weiss, 1983). מסתבר כי אנשים השרויים במשבר עשויים להתמודד עם הכאב, הלחץ והמתח הכרוכים במשבר, וכל אותה עת לדווח על שינויים חיוביים. הם עושים זאת באמצעות תהליכי הערכה מחדש של הסיטואציה הלוחצת באופן שתבליט את המשמעות החיובית הטמונה בה (positive reappraisal), באמצעות התמודדות המכוונת לפתרון בעיות (problem focused coping) והודות לחיזוק האמונה (spiritual beliefs and practices) (Folkman, 1997).

בדומה למצבי הדחק המתוארים לעיל, הולדת ילד עם פיגור שכלי והטיפול המתמשך בו מעוררים כאב, לחץ ומתח ועלולים לפגוע בהסתגלותם של האחאים, משום התסכול והאכזבה המרה, מפאת עומס הטיפול בילד עם הצרכים המיוחדים, עקב חוסר האיזון במשאבי המשפחה והטיפול הדיפרנציאלי של ההורים (McHale & Gamble, 1989; Quittner & Opiari, 1994). מחוץ לכותלי המשפחה, אחאים לילדים עם פיגור שכלי עלולים לסבול מגישה מוגבלת אל מקורות המידע, צמצום שעות הפנאי ותגובות שליליות מצד קבוצת השווים (Bluebond-Langner, 1996). לפיכך ניתן להסיק כי התהליכים אשר תוארו קודם לכן, הכוללים הערכה מחדש, שימוש בתהליכי פתרון בעיות וחיזוק האמונה, המסתיימים לעיתים בצמיחה אישית ממשבר, חלים על אחאים לילדים עם פיגור שכלי גם כן. אחאים לילדים ללא פיגור שכלי מאידך, אינם חשופים בדרך כלל לכאב, ללחץ ולמתח, מנת חלקם של אחאים לילדים עם פיגור שכלי, ולפיכך אין הם נדרשים לשינויים חיוביים וצמיחה אישית כתוצאה מן המשבר. יחד עם זאת, מן הממצאים עולה כי משברים קשים במיוחד המאופיינים על פי רוב ברמה גבוהה של חרדה לא יניבו שינויים חיוביים וצמיחה אישית ממשבר, תחת זאת הם עלולים לגרום להחרפת מצבם הנפשי והרגשי של אחאים לילדים עם הפיגור השכלי.

מסתבר כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים לילדים ללא פיגור שכלי כאחד עשויים לגדול ולצמוח במהלך חייהם. אולם בעוד אחאים באוכלוסיה הכללית עושים שימוש במשאביהם האישיים הפנימיים וביניהם הערכה עצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי כמנוף לצמיחה, הרי שאחאים לילדים עם פיגור שכלי עושים בין היתר שימוש בנסיבות המשפחתיות הייחודיות, כגון: הולדת הילד עם הפיגור השכלי והטיפול המתמשך בו כמנוף לצמיחה. המשימות והאתגרים הייחודיים העומדים בפני אחאים לילדים עם פיגור שכלי עשויים לעודד צמיחה אשר ביטוייה הם: רגישות, אמפטיה, דאגה לזולת, אחריות, כושר התמודדות ויכולת פתרון בעיות.

הקשר בין תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין מדדי הצמיחה: נמצא קשר חיובי מובהק בין הגנת היתר והעדפת היתר של האם לבין הצמיחה בתחום האישי והצמיחה בתחום החברתי, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי וקשר חיובי מובהק בין הגנת היתר והעדפת היתר של האם לבין הצמיחה בתחום האמונה, בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי. ממצאי המחקר הנוכחי עומדים לכאורה בסתירה לספרות ולמחקר העוסקים בתחום.

תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים (differential parental treatment) והשפעתו על התפתחותו הרגשית והחברתית של הילד החלה לעורר עניין רב בשנות ה-80 המוקדמות והייתה קשורה למושג רחב יותר הנקרא "סביבה שאינה משותפת" (nonshared environment) (Daniels & Plomin, 1985; Plomin & Daniels, 1987). המושג "סביבה שאינה משותפת" כולל כל חוויה, אובייקטיבית וסובייקטיבית כאחת, אשר נתפסת ונחווית באופן שונה על ידי אחאים הגדלים יחד. אינטראקציה עם ההורים, האחאים, החברים, כמו גם אירועים מזדמנים, כולם מצטרפים זה אל זה ושזורים זה בזה על מנת ליצור סביבה שונה וייחודית עבור כל ילד (Dunn & Plomin, 1990). מסתבר כי ההבדלים האובייקטיביים והסובייקטיביים בסביבה תורמים לכושר ההסתגלות של הילד ומעצבים אותו (Plomin, Chipuer, & Neiderhiser, 1994).

מבין הגורמים הסביבתיים האחראים על ההבדלים בהתנהגות ובהסתגלות של ילדים הבולט ביותר הוא הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים. הבדלים בתמיכה ובמשמעת אשר מפגינים ההורים כלפי ילדיהם נמצאו קשורים לתחושת יכולת וערך עצמי של הילד (Dunn et al., 1990), להתפתחות האישיות (Baker & Daniels, 1990), להפרעות התנהגות ופסיכופתולוגיה (Tejerina-Allen, Wagner & Cohen, 1994). טיפול דיפרנציאלי של

ההורים אף נמצא קשור לאיכות יחסי הגומלין בין האחאים, להתפתחות קונפליקט ותחרות. הילד המקופח לכאורה, אשר זוכה לתמיכה מועטה ונתון למשמעת קפדנית מצד הוריו, עלול להפגין קשיי הסתגלות רבים בהשוואה לילד המועדף לכאורה, אשר זוכה לתמיכה רבה ונתון למשמעת רופפת מצד הוריו (Conger, 1980; Bryant & Crockenberg, 1980; Brody et al., 1992; Conger, 1994; Kowal & Kramer, 1997; McHale et al., 1995; McHale & Pawletko, 1992; Robinson et al., 1990; Stocker et al., 1989; Vollong & Belsky, 1992).

ממצאי המחקר הנוכחי, לפיהם קיימים קשרים חיוביים מובהקים בין מרכיבי הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין הצמיחה, מעוררים שתי שאלות:

1. כיצד ניתן להסביר וליישב את הסתירה בין הספרות התיאורטית והמחקרית המדגישה את ההשלכות השליליות הכרוכות בטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין ממצאי המחקר הנוכחי המצביעים על תרומה חיובית של תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים?

2. מדוע תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי תרמה לצמיחה בתחום האישי ובתחום החברתי, בעוד תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי תרמה לצמיחה בתחום האמונה?

מסתבר כי אחאים עושים לעיתים שימוש נרחב בסיבות ובנימוקים שונים על מנת להבין ו/או לגנות את הטיפול הדיפרנציאלי של הוריהם. סיבות ונימוקים אלו קשורים בחלקם ביכולתם של האחאים לזהות את ההבדלים האובייקטיביים והסובייקטיביים הקיימים בינם ובין אחאיהם ובמידת הלגיטימציה אשר הם מייחסים לטיפול הדיפרנציאלי של הוריהם. לדוגמא: אחאים עשויים לצפות לטיפול דיפרנציאלי כאשר הגיל הכרונולוגי של האחאים או כאשר תכונותיהם האישיות שונים. השקפת העולם הסובייקטיבית של הילד מסייעת אף היא בהתמודדות הילד עם הטיפול הדיפרנציאלי של הוריו. קיימים אחאים הסבורים כי הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים מוצדק, על אף שאינו רצוי, בעוד אחאים אחרים אינם סבורים כך. הסיבות והנימוקים הם שיקבעו בסופו של דבר האם תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים תיטיב עם הילד או שמא תהיה לו לרועץ (Kowal & Kramer, 1997).

Kowal & Kramer (1997) מצאו כי 75% מן הילדים אשר השתתפו במחקרם הכירו בקיומו של טיפול דיפרנציאלי מצד הוריהם, אך לא ראו את חוסר הצדק בתופעה זאת. החוקרים סיכמו כי האחאים הם למעשה שותפים פעילים בהבנייה של האינטראקציה בין ההורים לבין הילדים ובמשמעות הסובייקטיבית הנלווית אליה. עוד נמצא כי אחאים בוגרים מודעים יותר לטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בהשוואה לאחאים צעירים, רגישים יותר לתהליכים דיפרנציאליים במשפחה ומקדישים תשומת לב להבנת התופעה ולנסיבות התרחשותה (Reid, Ramey & Burchinal, 1990).

הדיון אודות הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, מידת הלגיטימציה המיוחסת לו ותרומתו לרווחת הילד זכה להתייחסות ולתמיכה במחקרים העוסקים במשפחות לילדים עם פיגור שכלי. פערים במשמעות אשר הפגינו האימהות ובאהבה אשר הרעיפו האימהות במשפחות אלו היו קשורים ביחסי גומלין חיוביים בין האחאים (McHale & Pawletko, 1992). עוד נמצא כי אחאים לילדים עם PDD אשר נהנו מטיפול יתר של הוריהם דיווחו על קשיי הסתגלות בעטיו של טיפול היתר, בעוד אחאים לילדים עם תסמונת דאון אשר נהנו מטיפול יתר של הוריהם דיווחו על רווחה פסיכולוגית. ההבדלים בין האחאים קשורים כפי הנראה בתפיסתם הסובייקטיבית של האחאים את חומרת הפגיעה של האח עם הצרכים המיוחדים ואת מידת התלות שלו בזולת. אחאים לילדים עם PDD מייחסים לילד עם הצרכים המיוחדים פגיעה קשה ותלות גבוהה בהשוואה לאחאים לילדים עם תסמונת דאון, ולפיכך מתרעמים כאשר הם זוכים לטיפול יתר מצד הוריהם (Wolf, Fisman, Ellison, & Freeman, 1998).

ההבדלים בדפוסי הקשר בין תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין מדדי הצמיחה השונים, בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי לעומת אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, מעוררים נקודה נוספת למחשבה. כאמור, תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי תרמה לצמיחה בתחום האישי ולצמיחה בתחום החברתי, ואילו תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי תרמה לצמיחה בתחום האמונה. מדוע תופעת הטיפול הדיפרנציאלי הניבה תוצאות שונות בקרב אחאים לילדים עם פיגור שכלי לעומת אחאים לילדים ללא פיגור שכלי?

כאמור, מידת הלגיטימציה אשר הילד מייחס ומעניק לטיפול הדיפרנציאלי של ההורים היא אשר תקבע בסופו של דבר את תגובתו של הילד אל הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים

בפרט ואת ותפקודו והסתגלותו בכלל. במשפחות לילדים עם פיגור שכלי קיימת לגיטימציה גבוהה לטיפול דיפרנציאלי של ההורים, מפאת התלות הבולטת של הילד עם הצרכים המיוחדים בזולת, ומכאן הצמיחה בתחום האישי והחברתי. אך במשפחות לילדים ללא פיגור שכלי קיימת לגיטימציה מועטה לטיפול דיפרנציאלי של ההורים, מאחר והילדים הינם בריאים וללא צרכים רפואיים או סיעודיים מיוחדים. הצמיחה בתחום האמונה בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי עשויה לבטא את הצורך העיקש של האחאים להתמודד עם תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים באמצעות חיפוש מפלט ונחמה בחיק הדת והאמונה.

בדרך כלל ילדים מניחים כי הוריהם אוהבים אותם באופן דומה ומחלקים ביניהם את משאביהם באופן שווה. כאשר קיים פער בטיפול ההורים בילדיהם, עלולה להיווצר סתירה בין הציפיה החברתית המקובלת אודות חלוקת משאבים הוגנת לבין המציאות המשפחתית, לפיה קיימים הבדלים בחיבה אשר ההורים מעניקים לילדיהם ובשליטה אשר הם מפגינים כלפיהם. הדת, האמונה והרוחניות עשויות להציע מענה לכעס ולמצוקה אשר עלולים להתפתח בתגובה לחלוקת המשאבים הדיפרנציאלית במשפחה. יהיו אחאים אשר האמונה באל תעודדם להשלמה עם הסיטואציה המשפחתית הקונפליקטואלית ולקבלתה. אחאים אחרים עשויים לשאוב כוח מן הדבקות בחוקים ובמנהגים, כגון: "כבד את אביך ואת אימך". לעיתים קרובות אנשים מאמינים מתמודדים עם מצבי משבר ויכולים להם הודות להכרה כי רב הנסתר על הגלוי וכי נסתרות דרכי האל. מכאן שהתחזקות הדת, האמונה והרוחניות בקרב אחאים לילדים ללא פיגור שכלי מציעה מזור למצוקתו של הילד, משענת לקשייו, לנוכח הפערים הבלתי מוצדקים לכאורה בטיפול ההורים בילדיהם.

תרומתם היחסית של הערכה עצמית, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת

הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לצמיחה אישית

לאחר שהתבררו קווי הדמיון ונקודות השוני בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי, ולאחר שנחשפו והתבהרו הקשרים בין ההערכה העצמית ורמת הדיפרנציאציה של העצמי, המשקפים את המשאבים הפנימיים, ובין תפיסת הדחק במשפחה ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, המשקפים את האספקטים המשפחתיים, לבין צמיחה אישית, נותרה השאלה מי מן המשתנים תורם יותר לצמיחה ומי מן המשתנים תורם פחות לצמיחה? כזכור, שלושה מדדי צמיחה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום

החברתי וצמיחה בתחום האמונה, שיקפו נאמנה את המושג "צמיחה אישית" (Park et al., 1996), כאשר אחדים ממשותני המחקר תרמו באופן משמעותי למרכיבי הצמיחה, מקצתם תרמו במידה מועטה לצמיחה, ואילו אחרים לא תרמו כלל.

צמיחה בתחום האישי: אחאות לילד עם פיגור שכלי הסבירה 11% מן השונות של הצמיחה בתחום האישי, בנוסף, סדר הלידה ומצבו הבריאותי של האח הסבירו 7% מן השונות ורמת הדיפרנציאציה של האח הסבירה 5% מן השונות.

מסתבר כי תופעת האחאות לילד עם פיגור שכלי, בשונה מתופעת האחאות באוכלוסיה הכללית, תרמה מעל ומעבר לכל גורם אחר לצמיחה בתחום האישי. ההסבר לכך נשען במידה רבה, כפי שהוסבר בהרחבה במהלך הדיון, על תיאוריית צמיחה אישית ממשבר, לפיה בני אדם המתמודדים עם מצב דחק, כדוגמת אחאים לילדים עם פיגור שכלי, חשופים לכאב, בילבול וחרדה קשים מנשוא, יחד עם זאת מרביתם עושים שימוש במצב הדחק על מנת ליצור ולהדגיש אורח חיים חדש, טוב יותר מאורח חייהם טרם האירוע הטראומטי (Tedeschi et al., 1998). לעיתים הם מוצאים פתרונות הולמים ואף יצירתיים, מגבירים את ביטחונם העצמי, הופכים בוגרים ובשלים יותר, מפתחים מיומנויות אישיות וחברתיות ונהנים מיחסים קרובים עם בני משפחה וחברים (Schaefer & Moose, 1992).

הגדילו לעשות לעשות Cadell, Regehr & Hemsworth (2003) אשר בחנו בין היתר את תרומתו של גורם הדחק לצמיחה אישית ממשבר ומצאו כי חברים ושותפים לחיים של אנשים עם AIDS המתמודדים עם רמות גבוהות של דחק מדווחים על צמיחה אישית גבוהה בהשוואה לחברים ושותפים לחיים של אנשים עם AIDS המתמודדים עם רמות נמוכות של דחק. מן המחקר עולה בבירור כי קיים קשר חיובי מובהק בין חוויית הדחק של הפרט לבין צמיחתו מן המשבר. על אף שאוכלוסיית המחקר המתואר כללה חברים ושותפים לחיים של אנשים עם AIDS, ניתן להכילו על אחאים לילדים עם פיגור שכלי, מאחר ואלה גם אלה מתמודדים עם לחץ, מתח ודאגה הכרוכים במחלה מתמשכת של אדם קרוב ועם אובדן תקוות וחלומות לעתיד.

כאמור, סדר הלידה ומצבם הבריאותי של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי תרמו באופן משמעותי לצמיחה והסבירו 7% מן השונות של הצמיחה בתחום האישי. אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר העריכו את מצבם הבריאותי באופן חיובי דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האישי בהשוואה לאחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר העריכו את מצבם הבריאותי באופן שלילי. ניתן להניח כי ללא כל קשר לנוכחות ילד עם פיגור שכלי במשפחה, ילדים המדווחים על בריאות תקינה נהנים מכוחות ומשאבים פנימיים הטמונים בהם אשר אותם הם עשויים לגייס לטובת תהליכי הגדילה וההתפתחות הטבעית. מנגד, ילדים המעריכים את מצבם הבריאותי באופן שלילי עסוקים וטרודים כפי הנראה במצבם הבריאותי ולא נותר בהם כוח על מנת להעריך מחדש את יכולותיהם ולאזור כוח על מנת לגדול ולצמוח מן האתגרים השונים העומדים בפניהם.

תהליך הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי תרם אף הוא לצמיחה. רמת הדיפרנציאציה של העצמי הסבירה 5% מן השונות של הצמיחה בתחום האישי. תהליך הדיפרנציאציה של העצמי כמוהו כמסע. מסע של האדם מן החוויה הפיזית והפסיכולוגית הסמביוטית, המתקיימת בין הילד לבין המטפל העיקרי בראשית חייו, אל מחוץ של עצמאות גופנית ונפשית. המסע מתקרב אל קיצו כאשר האדם תופס את גופו, רגשותיו, מחשבותיו, רצונותיו ומעשיו כשלו ולא כשל זולתו והוא אחד התהליכים המרכזיים בעיצוב אישיותו הבריאה והמסתגלת של האדם (סמילנסקי ואחרים, 1990). חשוב להדגיש כי תהליך הדיפרנציאציה של העצמי מתקיים ללא כל קשר לנוכחות אח עם/ללא פיגור שכלי ובמהלכו המתבגר מניח בצד את הערכים, הנורמות והמורשת המשפחתית ובוחן את הערכים, הנורמות ותרבות קבוצת השווים. תהליך הדיפרנציאציה של העצמי הוא מן האתגרים המרכזיים בגיל ההתבגרות וצעירים המתמודדים בהצלחה עם תהליך זה עשויים לצמוח.

הספרות מדגישה כי אנשים עם רמת דיפרנציאציה נמוכה מפגינים בדרך כלל קשיי הסתגלות: הערכתם העצמית ירודה, תפקודם היום יומי נשלט על ידי תגובותיהם הרגשיות של אנשים בסביבתם, והם עלולים לסבול מחרדה כרונית המטרידה ומפריעה את מנוחתם. אנשים אלו מתקשים לתת אמון וחסרים רצון או יכולת ליצור מערכת יחסים משמעותית. הם עלולים להתבודד, ובמקרים חריגים אף להתנתק מן הסביבה (סמילנסקי ואחרים, 1990; Bowen, 1990; Erikson, 1950; Kernberg, 1975; Kerr & Bowen, 1988; Klein, 1952; Mahler, 1975). לעומתם, אנשים עם רמת דיפרנציאציה גבוהה נוטים להיות בטוחים בעצמם,

נוהגים לקחת אחריות רבה על עצמם ורמת החרדה הכרונית שלהם נמוכה לרוב. אנשים אלו עשויים להתמודד עם אירוע דחק ללא סימפטומים טורדניים מרובים (Kerr & Bowen, 1988). לאור האמור לעיל, אין זה מפתיע כי רמת הדיפרנציאציה של העצמי בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי תרמה באופן משמעותי לצמיחה והסבירה 5% מן השונות בתחום האישי.

צמיחה בתחום חברתי: אחאות לילד עם פיגור שכלי הסבירה 18% מן השונות של הצמיחה בתחום חברתי. לא נמצא גורם נוסף אשר תרם לצמיחה במדד זה.

הספרות התיאורטית והמחקרית העוסקת בצמיחה אישית ממשבר הדגישה שלושה אספקטים של צמיחה. אספקטים אלו תוארו שוב ושוב בסיפוריהם האישיים של אנשים אשר ניצבו בפני משבר ויכלו לו, וכללו שינויים בתכונות ובמאפיינים האישיים (growth in character), שינויים בהשקפת העולם (gain in perspective) והידוק היחסים הבין-אישיים (strengthening of relationships) (Calhoun & Tedeschi, 1990; Malinak, Hoyt & Patterson, 1979; Zemore & Shepel, 1989). האספקט השלישי המוזכר לעיל מגלם ומבטא את הצמיחה בתחום חברתי אשר אנשים מחוללים הודות למשבר. מסתבר כי בני אדם הניצבים בפני משבר מהדקים ומחזקים את יחסייהם החברתיים עם בני המשפחה ועם החברים. על אף שמחלה או מוות של בן משפחה מעוררים לעיתים קונפליקטים בתוך המשפחה, ההכרה באירועיות החיים מעודדת את בני המשפחה להתעמת איש עם רעהו ולעסוק בפתרון חילוקי הדיעות. במקרים אחרים, אנשים הניצבים בפני משבר מניחים את חילוקי הדיעות, העימותים והסכסוכים בצד, מוחלים וסולחים (Nolen-Hoeksema & Davis, 2002).

התבוננות על אחדים מן הפריטים בשאלון צמיחה אישית ממשבר (Park et al., 1996) מלמדת כי אחאים לילדים עם פיגור שכלי, יותר מאחאים לילדים ללא פיגור שכלי, מדווחים על שינויים אשר התחוללו בחייהם לאחר הולדת האח, כגון: רוגע ושלווה פנימית, סובלנות ורגישות אל הזולת, תקשורת כנה וישירה, הקשבה ואופטימיות. ניתן להניח כי מיומנויות בין-אישיות אלו תורמות לצמיחה בתחום חברתי ומעודדות את קיומה, כפי שמשקף בממצאי המחקר הנוכחי.

צמיחה בתחום האמונה: המושג צמיחה בתחום האמונה מתייחס בין היתר להידוק הקשר בין האדם לבין האל, באופנים שונים כגון: התגברות האמונה באל, חיזוק הביטחון באל וקבלה של המציאות, קשה ככל שתהיה, בהכנעה ובהבנה שלמה (Park et al., 1996). במחקר הנוכחי נמצא כי אחאות לילד עם פיגור שכלי תרמה ל 19% מן השונות של הצמיחה בתחום באמונה. בנוסף, גילו הכרונולוגי של הנבדק והגדרתו הדתית תרמו ל 26% מן השונות של הצמיחה בתחום האמונה, ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים (הגנת היתר של האם) תרמה ל 2% מן השונות של הצמיחה בתחום האמונה. פירושו של דבר כי האחאות לילד עם פיגור שכלי, בשונה מאחאות לילד ללא פיגור שכלי, הסבירה 19% מן הצמיחה בתחום האמונה. בנוסף, ילדים אשר גילם הכרונולוגי נמוך וילדים אשר הגדירו עצמם כדתיים, בשונה מילדים אשר גילם הכרונולוגי גבוה וילדים אשר הגדירו את עצמם כמסורתיים וחילוניים, הסבירו 26% מן הצמיחה בתחום האמונה, והגנת היתר של האם כפי שנתפסה ונחוותה על ידי הילד הסבירה 2% מן הצמיחה בתחום האמונה.

הדת היא למעשה מערכת ממוסדת ומאורגנת היטב של ערכים, אמונות, טקסים, מנהגים ומבנה חברתי אשר בני האדם יוצרים, על מנת ולהגשים את משאלות ליבם (Canada, 1999). לאחרונה הולכת ומתגבשת ההכרה כי עולמו הפנימי של האדם, הכולל ערכים, ואמונות וכן גישה ואורח חיים רוחני דתי, מנבאים את כושר התמודדותם, יכולת הסתגלותם וחוסנם האישי של בני האדם הניצבים בפני משבר (Canada, 2001). מסתבר כי בני האדם שואבים כוח מן ההויה הרוחנית - דתית בכלל ומן הפעילות הדתית היומיומיות בפרט, וחלקם פונים אל מוסדות ואירגונים דתיים בחיפוש אחר ידע, קבלה ותמיכה נפשית ורגשית מצד המנהיגים הרוחניים וקבוצת השווים (Canada, 2001). Pargament & Park (1997) מצאו כי אופני התמודדות הנסמכים על הדת מספקים לעיתים מענה לנוכח טרגדיה אנושית אשר אופני התמודדות אשר אינם נסמכים על הדת חסרים אותו. יתרה מכך, בני אדם המדווחים על קשר חזק אל הדת עשויים להפיק את המירב ואף לצמוח מן הטראומה אשר פקדה אותם בהשוואה לבני אדם המדווחים על קשר רופף אל הדת (Cadell, Regehr & Hemsworth, 2003). בהקשר זה Byrd (1997) אף הציע לעשות שימוש בכלים ובמיומנויות רוחניים ודתיים, כגון: עבודת האל ותפילה, בד בבד עם השימוש בכלים רפואיים ופסיכולוגיים, על מנת לעודד ולשפר בריאות והחלמה.

ממצאי המחקר הנוכחי מאוששים ומחזקים את הספרות ומלמדים כי הדת היא משאב חיוני המעודד צמיחה ולראייה, אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר הגדירו עצמם כדתיים דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האמונה בהשוואה לאחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר הגדירו עצמם אשר כמסורתיים וחילוניים.

גורם נוסף אשר חבר אל ההגדרה הדתית ותרם באופן משמעותי לצמיחה בתחום האמונה הוא הגיל הכרונולוגי של הנבדק. ההגדרה הדתית והגיל הכרונולוגי של הנבדק הסבירו יחדיו 26% מן השונות של הצמיחה בתחום האמונה. בעוד שגורם הקבוצה יצר הבחנה ברורה בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי וחייד את ההבדלים בין האחאים בקבוצת המחקר ואחאים בקבוצת הביקורת, הגיל הכרונולוגי טשטש את הגבולות בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי והדגיש את הדמיון ב"אחאות". אחאים אשר גילם הכרונולוגי נמוך בקרב שתי קבוצות המחקר דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האמונה בהשוואה לאחאים אשר גילם הכרונולוגי גבוה. מכאן אנו למדים כי קיים קשר בין הגיל הכרונולוגי לבין צמיחה אישית אשר איננו תלוי בנסיבות ייחודיות, כגון: הולדת ילד עם פיגור שכלי.

גורם נוסף אשר תרם לצמיחה בתחום האמונה, אם כי תרומתו הייתה פחותה מתרומתם של הגיל הכרונולוגי וההגדרה הדתית, הוא תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים. נאמר זה מכבר כי תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים אינה תופעה יוצאת דופן וחריגה. אחוז ניכר מן ההורים באוכלוסיה הכללית מדווחים על הבדלים בחיבה אשר הם מעניקים לילדיהם ובשליטה אשר הם מפגינים כלפי ילדיהם. יתרה מכך, תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים עלולה להיות שכיחה עוד יותר בקרב משפחות לילדים עם פיגור שכלי, מפאת התלות הגבוהה של הילד עם הצרכים המיוחדים בהוריו. הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים עלול לפגוע באיכות יחסי הגומלין בין האחאים ולהוביל לנסיגה חברתית, דיכאון, תוקפנות ועבריינות (Dunn et al., 1990; McHale et al., 1995). אף על פי כן, מידת הלגיטימציה אשר הילדים מייחסים לטיפול הדיפרנציאלי של ההורים היא אשר תקבע בסופו של דבר את אופן ההתמודדות וכושר ההסתגלות של הילד.

ההכרה כי טיפול דיפרנציאלי של ההורים הוביל אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי לצמיחה בתחום האמונה, אך לא הובילם לצמיחה בתחום האישי ו/או החברתי, מעניינת ומעוררת את השאלה, האם יתכן כי טיפול דיפרנציאלי של ההורים, חרף היותו נפוץ ושכיח בקרב משפחות בכלל ובקרב משפחות לילדים עם צרכים מיוחדים בפרט, ועל אף הסיבות והנימוקים הלגיטימיים לקיומו, מציף את האחאים ברגשות תסכול וקיפוח, טומן בחובו קושי ומצוקה ועשוי להוביל את אחאיו של הילד עם/ללא פיגור שכלי לחיפוש אחר מקורות עזרה ותמיכה רגשית נפשית חלופיים לאלו המספקים ההורים לרוב, בדמות האמונה באל?

חשוב לזכור כי, גילם הצעיר של נבדקי המחקר והביקורת מלמד כי הם שרויים בעיצומו של תהליך ההתבגרות. בגיל זה מתבגרים מגששים דרכם באפלה, מושכים ומותחים את גבולותיהם האישיים וגבולות הסובבים אותם, במאמץ להבין את עצמם, להגדיר את זהותם האישית והחברתית, ולמצוא את דרכם הייחודית בחיים. ולפיכך, אין זה נדיר לראות צעירים הבורחים אל הדת בכדי למצוא מזור לכאבם ותשובות לשאלות רבות המטרידות ומעסיקות אותם השכם והערב.

לסיכום, גורמים אחדים היו מעורבים בצמיחה אישית של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי ועודדו את היווצרותה, יחד עם זאת, גורם אחד נטל את ההגמוניה ותרם יותר מכל לצמיחה בכל התחומים. גורם זה הוא גורם הקבוצה. נוכחות של ילד עם פיגור שכלי במשפחה תרמה יותר מכל לצמיחה על כל מדדיה, צמיחה בתחום האישי, צמיחה בתחום החברתי וצמיחה בתחום האמונה.

תרומתו המשמעותית של גורם הקבוצה לצמיחה עולה בקנה אחד עם התיאורים בספרות. במאמרם של Nolen-Hoeksema & Larson (1999) אומרת אליסיה אשר שכלה אדם יקר לאחר מאבק ממושך במחלת הסרטן את הדברים הבאים:

"... I tend to look at it generally as if all the things that happen in my life are a gift... It doesn't necessarily have to be only pleasant gifts, but everything that happens... there's a meaning. I've had a lot of suffering in my life ... and through that I've learned a great deal. While I wouldn't

want to go back and relive that, I'm grateful for it because it make me who I am. There's a lot of joys and sorrows, but they all enrich life..."

ניתן להניח כי חווית האובדן, בין אם מדובר במוות של אדם קרוב ובין אם מדובר בהולדת ילד עם פיגור שכלי, היא קשה וכואבת. יחד עם זאת, אליסיה מצאה משמעות בצד האובדן: היא הפכה אדם אופטימי, היא למדה על עצמה, על סביבתה ועל העולם בכלל, והבינה כי הכאב אשר היה מנת חלקה העשיר את עולמה. חווית האובדן הטביעה את חותמה על אישיותה של אליסיה באופן שאיש לא עשה קודם לכן.

תפיסת חווית האובדן כחוויה המעצבת באופן משמעותי את זהותו העצמית של האדם זכתה לחיזוק בספרות העוסקת בצמיחה אישית לאחר משבר. Nolen-Hoeksema & Davis (2002) וגם Snyder (2000) טענו כי צמיחה היא תהליך ארוך וממושך אשר במסגרתו האדם יוצר ומבסס מערכת חדשה ורחבה של יעדים, מטרות ושאיפות ומתחייב אליהם. מערכת זו, בדומה למצפן, מדריכה ומכוונת את האדם במהלך חייו ויש לה השפעה ניכרת על בניית זהותו העצמית (Nolen-Hoeksema & Davis, 2002; Snyder, 2000).

גורמים נוספים אשר הייתה להם תרומה לצמיחה הם רמת הדיפרנציאציה של העצמי אשר הסבירה 5% מן הצמיחה בתחום האישי ותפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים אשר הסבירה 2% מן הצמיחה בתחום האמונה.

רמת הדיפרנציאציה של העצמי שימשה משאב אישי פנימי עבור אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי ועודדה צמיחה. ממצא זה מצטרף אל הספרות התיאורטית והמחקרית הענפה העוסקת בקשר ההדוק בין תהליך הדיפרנציאציה של האדם לבין הסתגלותו הכללית (סמילנסקי ואחרים, 1990; Kerr & Bowen, 1990; Erikson, 1950; Kernberg, 1975; Mahler, 1975; Klein, 1952; Bowen, 1988).

תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים שיקפה את האספקט המשפחתי של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי ועודדה אף היא צמיחה, אולם תרומתה של תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי לצמיחה עומדת לכאורה בסתירה לספרות. כפי שנאמר בראשית המחקר,

מחקרים רבים מדווחים על קשר שלילי בין הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים לבין איכות יחסי הגומלין בין האחים (Conger & Bryant & Crockenberg, 1980; Brody et al., 1992; Conger, 1994; McHale et al., 1995; McHale & Pawletko, 1992; Robinson et al., 1992; Volling & Belsky, 1992; Stocker et al., 1989). טיפול דיפרנציאלי של ההורים עלול לעודד תחרותיות בין אחים (Stocker et al., 1989), קונפליקט ואנטגוניזם (Furman & Buhrmester, 1985), חוסר נוחות, זילזול והשפלה (Bryant & Crockenberg, 1980).

הסתירה בין ממצאי המחקר הנוכחי לבין הספרות המתוארת לעיל יושבה הודות להכרה כי ילדים עושים לעיתים שימוש נרחב בסיבות ובנימוקים שונים על מנת להבין ו/או לגנות את הטיפול הדיפרנציאלי של הוריהם. הסיבות והנימוקים הם שיקבעו בסופו של דבר האם תופעת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים תיטיב עימם או שמא תהיה להם לרועץ (Kowal & Kramer, 1997).

בנוסף לרמת הדיפרנציאציה של העצמי ולתפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, נמצאו מספר מאפיינים סוציו-דמוגרפים אשר תרמו לצמיחה של אחים לילדים עם/ללא פיגור שכלי: סדר הלידה ומצבו הבריאותי של האח הסבירו 7% מן הצמיחה בתחום האישי בעוד, הגיל הכרונולוגי וההגדרה הדתית הסבירו 26% מן הצמיחה בתחום האמונה. הדיון אודות המאפיינים הסוציו-דמוגרפים ותרומתם לצמיחה אישית יוצג בפרק הבא, אולם עוד קודם לכן, חשוב לתת את הדעת לריבוי הגורמים, קרי: הולדת ילד עם פיגור שכלי, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, סדר הלידה, המצב הבריאותי, הגיל הכרונולוגי וההגדרה הדתית התורמים לצמיחה בתחומים שונים, בתחום האישי, בתחום החברתי ובתחום האמונה.

מן הניתוחים הסטטיסטיים ניתן ללמוד כי המושג "צמיחה אישית" אינו מקשה אחת אלא מושג רב מימדי הכולל גדילה, התפתחות וצמיחה בתחומים שונים של האדם, כאשר גורמים שונים תורמים כל אחד על בדרכו הייחודית לצמיחה. ישנם גורמים התורמים באופן משמעותי לתחומי צמיחה רבים בעוד גורמים אחרים תורמים באופן חלקי בתחום כזה או אחר. כך הולדת ילד עם פיגור שכלי תרמה באופן משמעותי לצמיחה בתחום האישי, בתחום החברתי ובתחום האמונה, רמת הדיפרנציאציה של העצמי, סדר הלידה ומצבו הבריאותי של האח תרמו

לצמיחה בתחום האישי, ואילו תפיסת הטיפול הדיפרנציאלי של ההורים, הגיל הכרונולוגי וההגדרה הדתית תרמו לצמיחה בתחום האמונה.

תרומתם של המאפיינים הסוציו-דמוגרפים לצמיחה אישית

תיאורטיקנים ואנשי מחקר מן השנים האחרונות כבר אינם מסתפקים בבחינת המשתנים הסוציו-דמוגרפים ותרומתם להתמודדות ולהסתגלות אחאים לילדים עם פיגור שכלי אלא ממשיכים וחוקרים גורמים נוספים, אישיים ובין-אישיים, אשר הסתברו כבעלי תפקיד מרכזי בהתמודדות ובהסתגלות של אחאים לילדים עם פיגור שכלי, אף על פי כן, במחקר הנוכחי נמצא כי מתוך כלל המשתנים הסוציו-דמוגרפים אשר נבחנו סדר הלידה, המצב הבריאותי, הגיל הכרונולוגי וההגדרה הדתית תרמו לצמיחה בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי.

נמצא קשר חיובי מובהק בין סדר הלידה של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי לבין מדדי הצמיחה. אחאים בוגרים מן הילד עם/ללא הפיגור השכלי, דיווחו על צמיחה גבוהה בשניים ממדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי וצמיחה בתחום החברתי, בהשוואה לאחאים צעירים מן הילד עם/ללא הפיגור השכלי, ואילו אחאים צעירים מן הילד עם/ללא הפיגור השכלי, דיווחו על צמיחה גבוהה במדד הצמיחה, צמיחה בתחום האמונה, בהשוואה לאחאים בוגרים מן הילד עם/ללא הפיגור השכלי.

ממצא זה מעניין מאוד מאחר והוא מצביע על קיומה של זיקה בין סדר הלידה לבין צמיחה, יתרה מכך, הזיקה בין סדר הלידה לבין צמיחה היא כפי הנראה אוניברסלית ביסודה ואינה תלויה בנסיבות, כדוגמת הולדת ילד עם פיגור שכלי. ולראיה, אחאים בוגרים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים בוגרים לילדים ללא פיגור שכלי כאחד דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האישי ובתחום החברתי. מאידך, אחאים צעירים לילדים עם פיגור שכלי ואחאים צעירים לילדים ללא פיגור שכלי כאחד דיווחו על צמיחה גבוהה בתחום האמונה. פירושו של דבר כי לא נמצאו הבדלים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת באשר לתרומתו של סדר הלידה לצמיחה.

נמצא קשר חיובי מובהק בין הגדרתם הדתית של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי לבין מדדי הצמיחה. אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר הגדירו עצמם כחילוניים דיווחו על צמיחה נמוכה בשלושת מדדי הצמיחה, צמיחה בתחום האישי, בתחום החברתי ובתחום האמונה, בהשוואה לאחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי אשר הגדירו עצמם כמסורתיים או דתיים. בנוסף, נמצאה אינטראקציה מובהקת של קבוצות X הגדרה דתית. ההבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בצמיחה בתחום האישי ובתחום החברתי נמצאו בקרב אחאים אשר הגדירו עצמם כחילוניים ומסורתיים, ואילו ההבדלים בין אחאים לילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים לילדים ללא פיגור שכלי בצמיחה בתחום האמונה נמצאו בקרב אחאים אשר הגדירו עצמם כדתיים. כיצד תרמה ההגדרה הדתית לצמיחה בקרב אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי?

החוקרים ואנשי הטיפול מבחינים בין רוחניות (spirituality) לבין דתיות (religion). רוחניות כוללת את הצורך הבלתי נלאה להפיק משמעות מן החוויה האנושית ואת החיפוש אחר מערכות יחסים מספקות עם עצמי ועם האחר (Gaventa, 1993; Fitchette, 2001; Canada, 2001), בעוד דתיות פירושה מערכת אמונות וטקסים אשר בני האדם יוצרים על מנת להגשים את משאלותיהם הרוחניות (Fitzgerald, 1997; Canada, 1999). מחקרים רבים בתחום הבריאות הפיזית והבריאות הנפשית מלמדים על כך שרוחניות ודתיות תורמות לחסינות בקרב בני אדם המתמודדים עם מחלה או מוגבלות באופנים שונים: ראשית, הן מספקות נתיב ודרך המאפשרים הפקת משמעות מן האירוע המאיים. שנית, הן מציעות משאבים קונקרטיים העומדים לרשות בני האדם ושלישית, הן מעניקות תקווה (Canada, 2001; Sevensky, 1981) ולראיה, האמונה באל וברצון האל סייעה למשפחות ממוצא היספאני בתהליך הקבלה של הנכות. משפחות אלו ראו בנכות ניסיון אשר עליהן להתמודד עימו ובמקרים אחרים עונש על התנהגות פסולה ועל חטא (Zea, Quezada & Belgrave, 1994).

Lane (1995) הדגישה את הכעס, ובכלל זה הכעס על אלוהים, בקרב אנשים עם נכות ומגבלה. לטענתה, ההחלמה הרגשית בקרב אנשים עם נכויות נותנת את אותותיה הראשונים כאשר האדם מכיר בכעס. החוקרת קוראת תיגר על האדם הכועס ודורשת ממנו לבחור בין הכעס עקב האובדן לבין ההערכה והנאה לנוכח מה שניתן ומה שעשוי להתקיים בעתיד. החוקרת אף מציעה כי המסע מן הקצה האחד, רווי הכעס, אל הקצה השני, המאופיין בהנאה, טומן בחובו שאלות נוקבות המופנות כלפי האל. הדיאלוג עם הבורא, אשר הוא מפותח

ומתקיים לעיתים קרובות בקרב בני אדם מסורתיים ודתיים, עשוי להכשיר את הקרקע להכרה
בנכות ולקבלתה, כמו גם לרכישת איכות חיים.

ניתן לסכם כי בני אדם מסורתיים ודתיים פונים לעיתים קרובות אל המנזר, הכנסייה,
המסגד או אל בית הכנסת על מנת להיטיב להבין, להפיק משמעות, לזכות בתמיכה ולהתמודד
בהצלחה עם אובדן ומשבר בחייהם (Poston & Turnbull, 2004).

מגבלות המחקר

בצד הדיון בממצאי המחקר, יש לתת את הדעת על מגבלותיו: איסוף נתוני המחקר
הנוכחי התבצע באמצעות שאלונים לדיווח עצמי. השאלונים הועברו לאחאים לילדים עם פיגור
שכלי ולאחאים לילדים ללא פיגור שכלי בלבד. לא נאספו נתונים מפי ההורים של האחאים,
המורים של האחאים או קבוצת השווים. איסוף נתונים מזוויות נוספות, כגון: ההורים,
המורים וקבוצת השווים, היה עשוי לספק תמונה רחבה ומקיפה של אופני ההתמודדות ויכולת
ההסתגלות של אחאים לילדים עם/ללא פיגור שכלי. בנוסף, איסוף נתונים באמצעות שאלונים
לדיווח עצמי, בשונה מאיסוף נתונים באמצעות תצפית או באמצעות מבחנים השלכתיים, מעלה
את הסיכון לרצייה חברתית ועלול לפגוע במהימנות ממצאי המחקר.

במחקר הנוכחי נעשה עיבוד לשאלון צמיחה ממשבר (The Stress-Related Growth Scale) (Park et al., 1996) והוגדרו שלושה עולמות תוכן המייצגים שלושה אספקטים של
שינוי וצמיחה: עולם התוכן הראשון הוא הצמיחה בתחום האישי, עולם התוכן השני הוא
הצמיחה בתחום החברתי ועולם התוכן השלישי הוא הצמיחה בתחום האמונה. השאלה
הנשאלת היא, האם קיימים תחומים נוספים של צמיחה אשר אינם באים לידי ביטוי בשאלון
הנוכחי, כגון: הגשמה עצמית, אשר איתורם עשוי לשפוך אור על הקשר בין מצב דחק לבין
ההתמודדות עימו?

מגבלה נוספת קשורה בתהליך איסוף הנתונים. הנתונים במחקר הנוכחי נאספו בנקודת
זמן אחת, משום כך התמונה המצטיירת היא מוגבלת ויש קושי להכליל ממנה אל נקודות זמן
אחרות. איסוף הנתונים במספר נקודות זמן הוא קריטי באופן מיוחד בגיל ההתבגרות משום
שבגיל זה רגשות, מחשבות והתנהגויות מתחלפים ומשתנים בקצב מסחרר ובמהירות גבוהה
יחסית. בנוסף, במידה וצמיחה ממשבר היא תהליך מתמשך לאורך זמן, אזי יש משמעות

מיוחדת לאיסוף הנתונים במספר נקודות זמן במהלך חייהם של האחאים ולבירור, האם צמיחה אישית קשורה בזמן ובבשלות האישית והרגשית של האדם?

לבסוף, נמצאו הבדלים משמעותיים בין נבדקים בקבוצת המחקר לבין נבדקים בקבוצת הביקורת בהגדרה הדתית, כאשר אחוז הנבדקים אשר הגדירו עצמם כדתיים בקבוצת המחקר היה גבוה יותר מאחוז הנבדקים אשר הגדירו עצמם כדתיים בקבוצת הביקורת. הסיבה לכך נעוצה בין היתר בקושי של החוקרת ליצור קשר עם נבדקים דתיים המתאימים לשמש כקבוצת ביקורת בסיוע הנבדקים הדתיים בקבוצת המחקר, מפאת שיתוף הפעולה החלקי. לנוכח ממצאי המחקר לפיהם הגדרתם הדתית של הנבדקים תרמה באופן משמעותי לצמיחתם, העובדה שקיימים הבדלים מובהקים בין קבוצת המחקר לבין קבוצת הביקורת בהגדרה הדתית, קרי אחוז גבוה של נבדקים דתיים בקבוצת המחקר בהשוואה לנבדקים בקבוצת ביקורת, עלולה להטות את ממצאי המחקר.

סיכום והשלכות יישומיות של ממצאי המחקר

סוגייה מרכזית אשר העסיקה אותי רבות, תחילה כעובדת סוציאלית בתחום הפיגור השכלי ואחר כך כחוקרת, הייתה מידת ההשפעה של האדם עם הפיגור השכלי על בני משפחתו וכיוונה של ההשפעה, לחיוב או לשלילה. עניין מיוחד גיליתי בהשלכות של הילד עם הפיגור השכלי על אחאיו הבריאים.

הדיעות המתוארות בספרות התאורטית והמחקרית בנוגע להשלכות הילד עם הפיגור השכלי על אחאיו הבריאים חלוקות: חוקרים אחדים גורסים כי לא קיימים הבדלים מובהקים בין אחאים של ילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים באוכלוסייה הכללית, בעוד אחרים טוענים כי קיימים הבדלים מובהקים בין אחאים של ילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים באוכלוסייה הכללית. חילוקי הדיעות הובילו אותי אל השאלה, אם אכן קיימים הבדלים בין אחאים של ילדים עם פיגור שכלי לבין אחאים של ילדים ללא פיגור שכלי, על אלו הבדלים מדובר?

במחקר הנוכחי נעשה נסיון לבדוק, האם אחאים של ילדים עם פיגור שכלי נבדלים מאחאים באוכלוסייה הכללית בראש ובראשונה בצמיחה אישית? הבחירה בצמיחה נסמכת על שתי סיבות עיקריות: הסיבה האובייקטיבית היא תיאוריה ענפה ושורה ארוכה של מחקרים

העוסקים בפסיכולוגיה החיובית (positive psychology) המתפרסמים בעת האחרונה, אשר משמשים כמסגרת התיאורטית של המחקר הנוכחי. הסיבה הסובייקטיבית היא שמדובר בתופעה חיובית ואופטימית ביסודה, המספקת הקלה ונחמה לאלו המתמודדים ברגעים אלו ממש עם חוויית כאב ואובדן, וביניהם משפחות לילדים עם צרכים מיוחדים, מאחר והיא טומנת בחובה כוחות ומשאבי התמודדות, איכות חיים ואושר, משמעות וסיפוק בחיים. מעבר לכך, אני תקווה כי רוח האופטימיות לא תיוותר נחלת החוקרת והקוראים בלבד אלא תהיה חלק בלתי נפרד מן האיסטרטגיות הטיפוליות של אנשי המקצוע מן הדיסציפלינות השונות במגע עם הילד עם הפיגור השכלי ועם בני משפחתו.

באומרי, אסטרטגיות טיפוליות, כוונתי כי בד בבד עם בניית תוכניות התערבות עבור הילד עם הפיגור השכלי ועבור הוריו, אל לנו לשכוח את אחאיו ללא הפיגור השכלי. נדמה כי הספרות הקדישה תשומת לב ניכרת להשלכות הילד עם הפיגור השכלי על הוריו והזניחה במעט את אחאיו. מאחר ויחסי הגומלין בין אחאים הם מן המתמשכים ביותר מבין הקשרים החברתיים של האדם, ולנוכח תפקידם המכריע בהתפתחותם הרגשית, הקוגניטיבית, החברתית והמקצועית של כל אחד מן האחאים, אנשי המקצוע בתחומי הרווחה, החינוך והבריאות נדרשים לבנות ולפתח תוכניות התערבות מתאימות. תוכניות אלו יכולות ללוו צורות שונות, החל מטיפול פרטני, דרך טיפול קבוצתי וקבוצות לעזרה עצמית, וכלה בפרוייקטים קהילתיים הנועדו להגביר את רווחתם של אחאים לילדים עם הפיגור השכלי.

תוכניות הטיפול תכרנה אומנם בקשיים הייחודיים הכרוכים בהולדת הילד עם הפיגור השכלי ובטיפול המתמשך בו, כגון: הפגיעה באיכות יחסי הגומלין בין הילד עם הפיגור השכלי לבין אחאיו ללא הפיגור השכלי, האחריות הרבה המוטלת על כתפי האחאים ללא הפיגור השכלי, והתשוקה העזה של האחאים להפגין יכולות והשגים גבוהים במיוחד, יחד עם זאת תוכניות הטיפול תזהנה את הפוטנציאל הגלום בחווית האחאות לילד עם פיגור שכלי, פוטנציאל הצמיחה האישית מן המשבר, ותיתן לכך ביטוי של ממש.

תהליך ההתמודדות עם המשבר קורא תיגר על הרגשות, המחשבות וההתנהגויות של האדם ומאלץ אותו לברר בינו לבין עצמו שתי סוגיות מרכזיות: האחת, מה הסיבה בעטיה התרחש המשבר? השניה, איזה תועלת, אלו רווחים, טמונים במשבר? תהליכים אלו דוחקים לעיתים את המשבר אל קרן הפינה, מעבר להישג היד ולטווח הראייה של האדם, ומאפשרים צמיחה ממשבר, הודות להגנה על תחושת הערך העצמי (sense of self worth), הודות לשמירה

על ההנחות הבסיסיות הנוגעות לאופן שבו העולם פועל והיסודות עליהם הוא מושתת (assumptive worlds or worldviews) והודות לתובנות החדשות אשר האדם רוכש לאורך כל תהליך ההתמודדות עם המשבר.

במחקר הנוכחי נמצא כי אחאים של ילדים עם פיגור שכלי, המתמודדים עם הולדת הילד עם הפיגור השכלי ועם הטיפול המתמשך בו, מדווחים על צמיחה אישית. הצמיחה בקרב אחאים של ילדים עם פיגור שכלי הייתה גבוהה יותר מן הצמיחה בקרב אחאים של ילדים ללא פיגור שכלי. נוכחות ילד עם פיגור שכלי במשפחה לכשעצמה הייתה קשורה קשר הדוק עם הצמיחה.

ממצא זה עשוי לספק תמיכה ועידוד למשפחתו של האדם עם הפיגור השכלי, מאחר והוא עומד בניגוד גמור למגמות אשר רווחו בקרב אנשי מקצוע רבים, מן התיאוריה ומן המחקר, בקרב גורמי טיפול מן הדיסציפלינות השונות ובקרב חלקים גדולים של האוכלוסיה, לפיהן הולדתו של ילד עם פיגור שכלי והטיפול המתמשך בו מעמידים את בני משפחתו בסיכון גבוה לפתח קשיי התמודדות ובעיות הסתגלות נרחבות.

המחקר הנוכחי הוא אחד מיני מחקרים רבים, אולם הוא מדגיש את הצורך במחקרים עתידיים נוספים, אשר יתנו תוקף לממצאים המתוארים. יחד עם זאת קולו של המחקר הנוכחי וקולם של מחקרים דומים אחרים צריך להשמע, להדהד ולחלחל בקרב אנשי מקצוע העוסקים בתחום, בקרב המשפחות של הילדים עם הצרכים המיוחדים ובקרב הקהילה כולה. ממצאי המחקר הנוכחי ומחקרים דומים אחרים עשויים לספק תקווה לעתיד, הקלה למשפחותיהם של הילדים עם הצרכים המיוחדים ולסייע בתהליך הקבלה של הילד עם הצרכים המיוחדים ושל בני משפחתו אל חיק הקהילה.

ביבליוגרפיה

- באום, נ. (2002). דיפרנציאציה של העצמי, מאפייני אישיות נרקסיסטיים וזיקתם לתפקוד המשותף של הורים גרושים. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל-אביב.
- ברסלר-כהן, י. (1999). השפעת מחלה כרונית עם איום לחיים של אח על הדימוי העצמי ותפיסת המערך המשפחתי על ידי אחאי הבריאים. חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- ויסמן, ד. (1991). הקשר בין התנהגותם של הורים לילדים עם פיגור שכלי בסיטואציות של משחק ושל למידה לבין תפיסתם את תפקידם כהורים והרגשת שחיקה נפשית. חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- זיו, א. (1984). התבגרות. גבעתיים: מסדה.
- זיזר, י. (1984). אחיו הרגילים של הילד החריג. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לחינוך, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- טוביאס, א. (טרם הודפס). צמיחה אישית בקרב הורים לילדים עם פיגור שכלי: הבדלים בין חרדים לחילונים ובין אבות לאמהות. חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- לוי-שיף, ר. ושולמן, ש. (1998). משפחות עם ילד הסובל מנכות התפתחותית: תפקיד הורי, זוגי ומשפחתי. בתוך: א. דובדבני, מ. חובב, א. רימרמן. וא. רמות (עורכים), הורות ונכות התפתחותית בישראל (עמ' 15-34). ירושלים: י"ל מאגנס.
- מרום, א. (1994). התנהגות הורים לילד מעוכב התפתחותית והקשר בין התנהגותם לבין חיי הנישואין והאווירה המשפחתית. חיבור לשם קבלת תואר "מוסמך", המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.
- סמילנסקי, ש. זהר, ד. ושניר, ח. (1990). תאומים: פסיכולוגיה וחינוך. ירושלים: כתר.

פינדלר, ל. (1998). תרומת התמיכה הנתפסת של סבים וסבתות ומשאבים אישיים של האם לקשר בין דחק לבין הסתגלות בקרב אמהות לילדים עם/ללא נכות פיזית. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן.

פרידלין, נ. ופלוריאן, ו. (1996). השפעת גורמים מבניים ותפקודיים על הסתגלותם של אחאים למחלת אחיהם: השוואה בין נכויות פיזיות, חולי המאיים על החיים וחולי כרוני אפיזודי. *חברה ורווחה, טז'*, 305-324.

פרנקל, י. י. (1968). מעבד מבחן יחסי משפחה, המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר-אילן, רמת-גן והמרכז הרפואי בלינסון, פתח-תקווה.

שולמן, ש. (1994). המשפחה וגיל ההתבגרות: תהליכי פרידה ורכישת עצמאות. בתוך: א. זיו (עורך), *הגיל הלא רגיל* (עמ' 103-117). אוניברסיטת תל-אביב.

Affleck, G., & Tennen, H. (1996). Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *Journal of Personality*, 64, 889-922.

Aldwin, C. M., Levenson, M. R., & Spiro, A. (1994). Vulnerability and resilience to combat exposure: Can stress have lifelong effects? *Psychology and Aging*, 9, 34-44.

Armeli, S. (1999). Stressors appraisals, coping and post-event outcomes: An investigation of the dimensionality and antecedents of stress-related growth. University of Delaware. *Dissertation Abstract International B*, 59/09, pp. 5163. (publication number 9906829).

- Atkins, S. (1989). Sibling of handicapped children. *Child and Adolescent Social Work, 6*, 271-282.
- Azmitia, M., & Hesser, J. (1993). Why siblings are important agents of cognitive development: A comparison of siblings and peers. *Child Development, 64*, 430-444.
- Baker, L., & Daniels, D. (1990). Nonshared environment influences and personality differences in adult twins. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 103-110.
- Barbarin, O. A., Sargent, J. R., Sahler, O. J. Z., Carpenter, P. J., Copeland, D. R., Dolgin, M. J., et al., (1995). Sibling adaptation to childhood cancer collaborative study: Parental views of pre- and postdiagnosis adjustment of siblings of children with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 13*, 1-20.
- Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Mulder, R. T. (1999). Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and Life Threatening Behavior, 29*, 37-47.
- Bene, E., & Anthony, E. J. (1957). A technique for the objective assessment of child's family relationships. *Journal of Mental Science, 103*, 541-555.
- Bennett, T., DeLuca, D., & Allen, R. (1996). Families of children with disabilities: Positive adaptation across the life cycle. *Social Work in Education, 18*, 31-44.

- Bishoff, L. B., & Tingstrom, D. H. (1991). Siblings of children with disabilities: Psychological and behavioural characteristics. *Counselling Psychology Quarterly*, 4, 311-322.
- Blos, P. (1967). The second individuation of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Bluebond-Langner, M. (1996). *In the shadow of illness: Parents and siblings of chronically ill child*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bott, U., Muhlhauser, I., Overmann, H., & Berger, M. (1998). Validation of a diabetes-specific quality of life scale for patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 21, 757-769.
- Bowen, M. (1990). *Family therapy in clinical practice*. New Jersey: Jason Aronson.
- Boyce, G., Barnett, W., & Miller, B. (1991, April). Time use and attitudes among siblings: A comparison in families of children with and without Down syndrome. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA.
- Breslau, N. (1982). Siblings of disabled children: Birth order and age-spacing effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 85-96.
- Breslau, N., & Parabucki, K. (1987). Siblings of disabled children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1040-1046.

- Breslau, N., Weitzman, M., & Messenger, K. (1981). Psychological functioning of siblings of disabled children. *Pediatrics*, *67*, 344-353.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., & Burke, M. (1987). Child temperaments, maternal differential behavior and sibling relationships. *Developmental Psychology*, *23*, 354-362.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., Davis, C. H., & Crapps, J. M. (1991). Observations of the role relation and behavior between older children with mental retardation and their younger siblings. *American Journal on Mental Retardation*, *95*, 527-536.
- Brody, G. H., Stoneman, Z., & McCoy, J. K. (1992). Associations of maternal and paternal direct and differential behavior with sibling relationships: Contemporaneous and longitudinal analyses. *Child Development*, *63*, 82-92.
- Bruce, E. J., Schultz, C. L., Smyrnios, K. X., & Schultz, N. C. (1994). Grieving related to development: A preliminary comparison of three age cohort of parents of children with intellectual disability. *British Journal of Medical Psychology*, *67*, 37-52.
- Bryant, B. K., & Crockenberg, S. B. (1980). Correlates and dimensions of prosocial behavior: A study of female siblings with their mothers. *Child Development*, *51*, 529-544.

- Bulman, R. J., Wortman, C. B. (1977). Attributions of blame and coping in the “real” world: Severe accident victims react to their lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 351- 363.
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1979). Adaptive strategies and recovery from rape. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1278-1282.
- Burt, M. A., & Katz, B. L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 57-81.
- Byrd, E. K. (1997). Concepts related to inclusion of the spiritual component in services to persons with disability and chronic illness. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 28, 26-29.
- Cadell, S., Hemsworth, D., & Regehr, C. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.
- Cadman, D., Boyle, M., & Offord, D. (1988). The ontario child health study: Social adjustment and mental health of siblings of children with chronic health problems. *Developmental & Behavior Pediatrics*, 9, 117-121.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (1990). Positive aspects of critical life problems: Recollections of grief. *Omega*, 20, 265-272.
- Canada, E. R. (1999). Spiritually sensitive social work: Key concepts and ideals. *Journal of Social Work Theory and Practice*, 1, 1-15.

- Canada, E. R. (2001). Transcending through disability and death: Transpersonal themes in living with cystic fibrosis. In E. R. Canada & E. D. Smith (Eds.), *Transpersonal perspectives on spirituality in social work* (pp. 109-134). New York: The Haworth Press.
- Carlson, E. A., Stroufe, L. A., Collins, W. A., & Jimerson, S. (1999). Early environmental support and elementary school adjustment in middle adolescence. *Journal of Adolescent Research, 14*, 72-94.
- Caya, M. L., & Liam, J. H. (1998). The role of sibling support in high-conflict families. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 327-333.
- Coleby, M. (1995). The school-aged siblings of children with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology, 37*, 415-426.
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Hetherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case of nature and nurture. *American Psychologist, 55*, 218-232.
- Conger, K. J., & Conger, R. D. (1994). Differential parenting and change in sibling differences in delinquency. *Journal of Family Psychology, 8*, 287-302.
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self Esteem*. San Francisco: W. H. Freeman.

- Cox, A. H., Marshall, E. S., Mandleco, B., & Olsen S. F. (2003). Coping responses to daily life stressors of children who have a sibling with a disability. *Journal of Family Nursing, 9*, 397-413.
- Cummings, E. (1994). Marital conflict and children's functioning. *Social Development, 3*, 16-36.
- Cummings, E., & Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford.
- Craig, Y. (1977). The bereavement of parents and their search for meaning. *British Journal of Social Work, 7*, 41-54.
- Crewe, N. (1993). Spousal relationships and disability. In F. P. Haseltine, S. Cole, & D. Gary (Eds.), *Reproductive issues for persons with physical disabilities* (pp. 141-151). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Damiani, V. B. (1999). Responsibility and adjustment in siblings of children with disabilities: Update and review. *Families in Society, 80*, 34-40.
- Daniels, D., & Plomin, R. (1985). Differential experience of siblings in the same family. *Developmental Psychology, 21*, 547-760.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning from experience. *Journal of Personality and social Psychology, 75*, 561-574.

- Derouin, D., & Jessee, P. O. (1996). Impact of chronic illness in childhood: Sibling's perception. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 19*, 305-317.
- Dunbar, H. T., Mueller, C. W., Medina, C., & Wolf, T. (1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. *Social Work, 43*, 144-154.
- Dunn, J. (1992). Sisters and brothers: Current issues in developmental research. In F. Boer & J. Dunn (Eds.), *Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues* (pp. 1-17). Hillsdale: Erlbaum.
- Dunn, J., Brown, J. R., & Maguire, M. (1995). The development of children's moral sensibility: Individual differences and emotion understanding. *Developmental Psychology, 31*, 649-659.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C., & Youngblade, L. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development, 62*, 1352-1366.
- Dunn, J., & Plomin, R. (1990). *Separate lives: Why siblings are so different*. New York: Basic Books.
- Dunn, J., Slomkowski, C., & Beardsall, L. (1994). Sibling relationships from the preschool period through middle childhood and early adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 315-324.

- Dunn, J., Stocker, C., & Plomin, R. (1990). Nonshared experiences within the family: Correlates of behavioral problems in middle childhood. *Development and Psychopathology*, 2, 113-126.
- Dyson, L. (1993). Response to the presence of a child with disabilities: Parental stress and family functioning over time. *American Journal on Mental Retardation*, 98, 207-218.
- Elder, G. H., & Clipp, E. C. (1989). Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life. *Journal of Personality*, 57, 311-341.
- Elliott, T. R., Kurylo, M., & Rivera, R. (2002). Positive growth following acquired physical disability. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 687-699). Oxford University Press.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society* (1st. ed.). New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity and youth crisis*. New York: Norton.
- Farber, B. (1959). Effects of a severely mentally retarded child on family integration. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 24(2).
- Farber, B. (1960). Family organization and crisis: Maintenance of integration in families with a severely mentally retarded child. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 21(1).

- Farber, B., & Genne, W. C. (1963). Family organization and parent-child communication: Parents and siblings of a retarded child. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 28*(7).
- Faux, S. A. (1993). Siblings of children with chronic physical and cognitive disabilities. *Journal of Pediatric Nursing, 8*, 305-317.
- Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1995). Childhood circumstances, adolescent adjustment, and suicide attempts in a New Zealand birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 612-622.
- Fisman, S., Wolf, L., Ellison, D., & Freeman, T. (2000). A longitudinal study of siblings of children with chronic disabilities. *The Canadian Journal of Psychiatry, 45*, 369-375.
- Fitchette, G. (1993). *Assessing spiritual needs: A guide for caregivers*. Minneapolis: Augsburg/Fortress Press.
- Fitzgerald, J. (1997). Reclaiming the whole: Self, spirit and society. *Disability and Rehabilitation, 19*, 407-413.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine, 45*, 1207-1221.
- Forehand, R., Long, N., & Brody, G. (1988). Divorce and marital conflict: Relationship to adolescent competence and adjustment in early adolescence. In J. D. Arasteh & E. M. Hetherington (Eds.), *Impact of divorce, single*

- parenting and stepparenting on children* (pp. 155-167). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Fowle, C. M. (1969). The effect of the severely mentally retarded child on his family. *American Journal of Mental Deficiency, 75*, 468-473.
- Frankl, V. E. (1962). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Boston: Beacon.
- Frankl, V. E. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy* (3rd ed.). New York: Vintage.
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child, 13*, 255-278.
- Furman, W., & Buhrmester D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology, 21*, 1016-1024.
- Gallagher, P. & Powell, T. (1989). Brothers and sisters: Meeting special needs. *Topic in Early Childhood Special Education, 8*, 24-37.
- Gamble, W. C., & McHale, S. M. (1989). Coping with stress in sibling relationships: A comparison of children with disabled and nondisabled siblings. *Journal of Applied Developmental Psychology, 10*, 353-373.

- Gamble, W. C., & Woulbroun, E. J. (1993). Measurement consideration in the identification and assessment of stressors and coping strategies. In Z. Stoneman & P. W. Berman (Eds.), *The effects of mental retardation, disability, and illness on sibling relationships: Research issues and challenges* (pp. 287-319). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Gath, A. (1973). The school-age siblings of mongol children. *British Journal of Psychiatry*, *123*, 161-167.
- Gath, A. (1974). Sibling reaction to mental handicap: A comparison of the brothers and sisters of mongol children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *15*, 187-198.
- Gaventa, W. C. (2001). Defining and assessing spirituality and spiritual supports: A rationale for inclusion in theory and practice. *Journal of Religion, Disability and Health*, *5*, 29-48.
- Griffiths, D. L., & Unger, D. G. (1994). Views about planning for the future among parents and siblings of adults with mental retardation. *Family Relations*, *43*, 221-227.
- Grossman, F. K. (1972). *Brothers and sisters of retarded children*. Syracuse, NY: Syracuse University Press.
- Grzesiak, R. C., & Hicock, D. A. (1994). A brief history of psychotherapy in physical disability. *American Journal of Psychotherapy*, *48*, 240-250.

- Haber, J. (1984). An investigation of the relationship between differentiation of self, complementary psychological need patterns and marital. Unpublished Doctoral Dissertation of Philosophy, New York University.
- Hadadian, A. (1994). Stress and social support in fathers and mothers of young children with and without disabilities. *Early Education & Development, 5*, 226-235.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence*. New York: Appleton.
- Hannah, M. E., & Midlarsky, E. (1999). Competence and adjustment of siblings of children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 104*, 22-37.
- Hart, C. H., Olsen, S. F., Robinson, C. C., & Mandelco, B. L. (1997). The development of social and communicative competence in childhood: Review and a model of personal, familial, and extrafamilial processes. *Communication Yearbook, 20*, 305-373. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Harvey, J. H., Orbuch, T. L., Chwalisz, K. D., & Garwood, G. (1991). Coping with sexual assault: The roles of account-making and confiding. *Journal of Traumatic Stress, 4*, 515-531.
- Heatherton, T. F., & Nichols, P. A. (1994). Personal accounts of successful versus failed attempts at life change. *Personality and Social Psychology Bulletin, 20*, 664-675.

- Henry, C. S., Sager, D. W., & Plunkett, S. W. (1996). Adolescents' perception of family system characteristics, parent-adolescent dyadic behavior, adolescent qualities, and adolescent empathy. *Family Relations, 45*, 283-292.
- Herman, S. E., & Thompson, L. (1995). Families' perceptions of their resources for caring for children with developmental disabilities. *Mental Retardation, 33*, 73-83.
- Hobfoll, S. E., & Walfisch, S. (1984). Coping with a threat to life: A longitudinal study of self concept, social support, and psychological distress. *American Journal of Community Psychology, 12*, 87-100.
- Hodapp, R. (1995). Parenting children with Down Syndrome and other types of mental retardation. *Handbook of parenting, 2*, 233-253. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1990). Life stressors, resistance factors, and improved psychological functioning: An extension of the stress resistance paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 909-917.
- Horton, T. V., & Wallander J. L. (2001). Hope and social support as resilience factors against psychological distress of mothers who care for children with chronic physical condition. *Rehabilitation Psychology, 46*, 382-399.
- Howe, N., & Ross, H. S. (1990). Socialization, perspective-taking, and the sibling relationship. *Developmental Psychology, 26*, 160-165.

- Ingersoll, G. M., & Marrero, D. G. (1991). A modified quality-of-life measure for youths: psychometric properties. *Diabetes Education, 17*, 114-118.
- Inhelder, B., & Piaget, J. (1958). *The growth of logical thinking from childhood to adolescence*. New York: Basic Books.
- Jannof-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jenkins, J. (1992). Sibling relationships in disharmonious homes: Potential difficulties and protective effects. In F. Boer & J. Dunn (Eds.), *Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues* (pp. 125-138). Hillsdale: Erlbaum.
- Jenkins-Tucker, C., Barber, B. L., & Eccles, J. S. (1997). Advice about life plans and personal problems in late adolescent sibling relationship. *Journal of Youth and Adolescence, 26*, 63-76.
- Jenkins-Tucker, C., Updegraff, K. A., McHale, S. M. & Crouter, A.C. (1999). Older siblings as socializers of younger siblings' empathy. *Journal of Early Adolescence, 19*, 176-199.
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1994). Patterns of marital interaction and children's emotional development. In R. D. Parke & R. G. Kellam (Eds.). *Exploring family relationships within other contexts* (pp. 49-74). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Kelly, T. M., Lynch, K. G., Donovan, J. E., & Clark, D. B. (2001). Alcohol use disorders and risk factor interactions for adolescent suicidal ideation and attempts. *Suicide and Life Threatening Behavior, 31*, 181-193.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York: W. W. Norton.
- Klein, M. (1952). Notes on some schizoid mechanisms. In J. Riviere (Ed.), *Developments in psycho-analysis* (pp. 292-320). London: Hogarth Press.
- Knott, F., Lewis, C., & Williams, T. (1995). Sibling interaction of children with learning disabilities: A comparison of autism and down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 36*, 965-976.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive developmental approach to socialization. In D. A. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-481). Chicago: Rand McNally.
- Kowal, A., & Kramer, L. (1997). Children's understanding of parental differential treatment. *Child Development, 68*, 113-126.
- Kowal, A., Krull, J. L., Kramer, L., & Crick, N. R. (2002). Children's perceptions of the fairness of parental preferential treatment and their socioemotional well-being. *Journal of Family Psychology, 16*, 297-306.

- Lane, N. J. (1995). A theology of anger when living with disability. *Rehabilitation Education, 9*, 97-111.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leyser, Y. (1994). Stress and adaptation in orthodox Jewish families with a disabled child. *American Journal of Orthopsychiatry, 64*, 376-385.
- Lichtenstein, J. (1993). Help for troubled marriages. In G. H. S. Singer & L. E. Powers (Eds.), *Families, disability and empowerment: Active coping skills and strategies for family interventions* (pp. 259-278). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Lipovsek, V., Karim, A. M., Gutierrez, E. Z., Magnani, R. J., & Gomez, M. C. C. (2002). Correlates of adolescent pregnancy in La Paz, Bolivia: Findings from a quantitative-qualitative study. *Adolescence, 37*, 335-352.
- Lobato, D. J. (1990). *Brothers, sisters and special needs: Information and activities for helping young siblings of children with chronic illness and developmental disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Lobato, D. J., Barbour, L., Hall, L. J., & Miller, C. T. (1987). Psychosocial characteristics of preschool siblings of handicapped and nonhandicapped children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15*, 329-338.

- Lobato, D. J., Faust, D., & Spirito, A. (1988). Examining the effects of chronic disease and disability on children's sibling relationships. *Journal of Pediatric Psychology, 13*, 389-407.
- Lobato, D. J., Miller, C. T., Barbour, L, Hall, L. J., & Pezzullo, J. (1991). Preschool siblings of handicapped children: Interactions with mothers, brothers. And sisters. *Research in Developmental Disabilities, 12*, 387-399.
- Luckasson, R., Borthwick, D. S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al., (2002). Mental retardation: Definition, classification and systems of support (10th edition). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and the vicissitudes of identification*. New York: International universities press.
- Mahler, M. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic books.
- Malinak, D. P., Hoyt, M. F., & Patterson, V. (1979). Adults's reactions to the death of a parent: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry, 136*, 1152-1156.
- Mandleco, B., Olsen, S., Dyches, T., & Marshall, E. (2003). The relationship between family and sibling functioning in families raising a child with disability. *Journal of Family Nursing, 9*, 365-396.

- Marshak, L. E., Seligman, M., & Prezant, F. (1999). *Disability and the family life cycle: Recognizing and treating developmental challenges*. New-York: Basic Books.
- McDermott, S., Valentine, D., Anderson, D., Gallup, D., & Thompson, S. (1997). Parents of adults with mental retardation living in-home and out-of-home: Caregiving burdens and gratifications. *American Journal of Orthopsychiatry*, *67*, 323-329.
- McGee, R., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviors among adolescents? *Journal of Adolescence*, *23*, 569-582.
- McHale, S. M., Crouter, A. C., McGuire, S.A., & Updegraff, K. A. (1995). Congruence between mothers' and fathers' differential treatment of siblings: Links with family relations and childrens' well-being. *Child Development*, *66*, 116-128.
- McHale, S. M., & Gamble, W. C. (1989). Sibling relationships of children with disabled and nondisabled brothers and sisters. *Developmental Psychology*, *25*, 421-429.
- McHale, S. M., & Harris, V. S. (1992). Children's experiences with disabled and nondisabled sibling: Links with personal adjustment and relationship evaluations. In F. Boer & J. Dunn (Eds.), *Children's sibling relationships: Developmental and clinical issues* (pp. 83-100). Hillsdale: Erlbaum.

- McHale, S. M., & Pawletko, T. M. (1992). Differential treatment of siblings in two family contexts. *Child Development, 63*, 68-81.
- McKeever, P. (1983). Siblings of chronically ill children: A literature review with implications for research and practice. *American Journal of Orthopsychiatry, 53*, 209-218.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Miles, M. S., & Crandall, E. K. B. (1983). The search for meaning and its potential for affecting growth in bereaved parents. *Health Values, 7*, 19-23.
- Mueller, A. D. (1962). Psychologic factors in rehabilitation of paraplegic patient. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 43*, 151-159.
- Murray, J. S. (1998). The lived experience of childhood cancer: One sibling's perspective. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 21*, 217-227.
- Nastasi, D. S. F. (1997). Siblings of children with developmental disabilities: Social competency, behavioral problems, and self-concept characteristics. The University of Southern Mississippi. *Dissertation Abstract International B, 58/08* (publication number 9806496).
- Neumark-Sztainer, D., Story, M., French, S. A., & Resnick, M. D. (1997). Psychosocial correlates of health compromising behaviors among adolescents. *Health Education Research, 12*, 37-52.

- Nixon, C. L., & Cummings, E. M. (1999). Sibling disability and children's reactivity to conflicts involving family members. *Journal of Family Psychology, 13*, 274-285.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (2002). Positive responses to loss: Perceiving benefits and growth. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 598-606). London: Oxford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Olkin, R. (1999). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford.
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework, 43*, 190-193.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34*, 919-928.
- Palladino-Schultheiss, D. E., Kress, H. M., Manzi, A. J., & Jeffrey-Glasscock, J. M. (2001). Relational influences in career development: A qualitative inquiry. *The Counseling Psychologist, 29*, 214-239.

- Pargament, K. I., & Park, C. L. (1997). In times of stress: The religion-coping connection. In B. Spilka & D. N. McIntosh. (Eds.), *The psychology of religion: Theoretical approaches* (pp. 43-53). Boulder, CO: Westview Press.
- Park, C. L., Cohen, L. H., & Murch, R. L. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, *64*, 71-105.
- Parkes, C. M., & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from bereavement*. New York: Basic Books.
- Pit-Ten Cate, I. M., & Loots, G. M. P. (2000). Experiences of siblings of children with physical disabilities: An empirical investigation. *Disability and Rehabilitation*, *22*, 399-408.
- Plomin, R., Asbury, P. G., & Dunn, J. (2001). Why are children in the same family so different? Nonshared environment a decade later. *Canadian Journal of Psychiatry*, *46*, 225-233.
- Plomin, R., Chipuer, H. M., & Neiderhiser, J. M. (1994). Behavioural genetic evidence for the importance of nonshared environment. In E. M. Hetherington, D. Reiss & R. Plomin (Eds.), *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development* (pp. 1-31). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Plomin, R., & Daniels, D. (1987). Why are children in the same family so different from one another? *Behavioral and Brain Sciences*, *10*, 1-60.

- Poston, D. J., & Turnbull, A. P. (2004). Role of spirituality and religion in family quality of life for families of children with disabilities. *Education and Training in developmental Disabilities, 39*, 95-108.
- Powell, T. H., & Gallagher, P. A. (1993). *Brothers and sisters: A special part of exceptional families*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Quittner, A. L., & Opiari, L. C. (1994). Differential treatment of siblings: Interview and diary analyses comparing two family contexts. *Child Development, 65*, 800-814.
- Reid, M., Ramey, S. L., & Burchinal, M. (1990). Dialogues with children about their families. *New Directions for Child Development, 48*, 5-27.
- Robinson, J., Case, C., & Corley, R. (1990, April). Maternal differential treatment: Effects on the developing twin relationship. Paper presented at the International Conference on Infant Studies, Montreal.
- Rodger, S. (1985). Siblings of handicapped children: A population at risk? *The Exceptional Child, 32*, 47-56.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implication and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Sandler, A. G., & Mistretta, L. A. (1998). Positive adaptation in parents of adults with disabilities. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33, 123-130.
- Schachter, F. F., Gilutz, G., Shore, E., & Adler, M. (1978). Sibling de-identification judged by mothers: Cross-validation and developmental studies. *Child Development*, 49, 543-546.
- Schaefer, J. A., & Moos, G. H. (1992). Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: Theory, research and application* (pp.149-170). Westport, CT: Praeger.
- Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation*, 38, 195-206.
- Seligman, M. (Ed.). (1991). *The family with a handicapped child*. Boston: Allyn and Bacon.
- Sevensky, R. L. (1981). Religion and illness. An outline of their effectiveness . *Southern Medical Journal*, 74, 745-750.
- Shannon, P. J., Barbarin, O.A., McManus, M. M., & Freeman, K. S. (1994). *Childhood cancer through the eyes of siblings*. Ann Arbor: University of Michigan Press, Family Development Project.

- Shmotkin, D., & Lomranz, J. (1998). Subjective well being among holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 141-155.
- Siegel, B. (1996). *The world of the autistic child: Understanding and treating autistic spectrum disorder*. New York: Oxford University Press.
- Silverman, B. D. (1991). An analysis of the self esteem of sibling of mentally retarded children. United States International University. *Dissertation Abstract International A*, 52/08, (publication number 9202579).
- Simeonsson, R. J., & Bailey, D. B., Jr. (1986). Siblings of handicapped children children. In J. J. Gallagher & W. Vietze (Eds.), *Families of handicapped persons: Research, programs and policy issues* (pp. 67-80). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Simeonsson, R. J. & McHale, S. M. (1981). Review: Research on handicapped children: Sibling relation. *Childcare, Health and Development*, 7, 153-171.
- Singhi, P. D., Goyal, L., Pershad, D., Singhi, S., & Walia, B. N. S. (1990). Psychosocial problems in families of disabled children. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 173-182.
- Skrtic, T., Summers, J., Brotherson, M. J., & Turnbull, A. (1984). Severely handicapped children and their brothers and sisters. In J. Blacker (Ed.), *Severely handicapped young children and their families*. Orlando, FL: Academic.

- Slater, E. J., & Haber J. D. (1984). Adolescent adjustment following divorce as a function of familial conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 920-921.
- Snyder, C. R. (2000). The hope mandala: Coping with the loss of a loved one. In J. Gillham (Ed.), *Optimism and hope* (pp. 124-148). Randor, PA: Templeton Foundation.
- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-276). London: Oxford University Press.
- Somerfield, M. R., & McCrae, R. R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges theoretical advances and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620-625.
- Stainton, T., & Besser, H. (1998). The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 57-70.
- Stocker, C., Dunn, J., & Plomin, R. (1989). Sibling relationships: Links with child temperament, maternal behavior and family structure. *Child Development*, 60, 715-727.
- Stoneman, Z., & Brody, G. H. (1982). Strengths inherent in sibling interactions involving a retarded child: A functional role theory approach. In N. Stinnett,

B. Chesser, J. DeFrain & P. Knaub, (Eds.), *Family strength: Positive models for family life* (pp. 113-129). Lincoln: University of Nebraska Press.

Stoneman, Z., & Brody, G. H. (1993). Sibling relations in the family context. In Z. Stoneman & P. W. Berman (Eds.), *The effects of mental retardation, disability and illness on sibling relationships* (pp. 3-30). Paul H. Brookes.

Stoneman, Z., Brody, G. H., Davis, C. H., Crapps, J. M., & Malone, D. M. (1991). Ascribed role relations between children with mental retardation and their younger siblings. *American Journal on Mental Retardation*, 95, 537-550.

Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton & Company.

Taanila, A., Kokkonen, J., & Jaervelin, M. R. (1996). The long term effects of children's early onset disability on marital relationships. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 567-577.

Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 1161-1173.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their societies. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 319-341.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Post Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

- Tedeschi, R. G., Park, C. L., & Calhoun, L. G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crises* (pp. 1-22). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tejerina-Allen, M., Wagner, B. M., & Cohen, P. (1994). A comparison of across-family and within-family parenting predictors of adolescent psychopathology and suicidal ideation. In E. M. Hetherington, D. Reiss & R. Plomin (Eds.), *Separate social worlds of siblings: The impact of nonshared environment on development* (pp. 1-31). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum.
- Tesser, A. (1980). Self-esteem maintenance in family dynamics. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 77-91.
- The Diabetes Control and Complications, Trial Research Group (1988). Reliability and Validity of a diabetes quality-of-life measure for the diabetes control and complications trail. *Diabetes Care*, *11*, 725-732.
- Trachtenberg, S. W., & Batshaw, M. L. (1997). Caring and coping: The family of a child with disabilities. In M. L. Batshaw (Ed.), *Children with disabilities* (743-756). Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Treiber, F., Mabe, P. A., & Wilson, G. (1987). Psychological adjustment of sickle cell children and their siblings. *Children's Health Care*, *16*, 82-88.
- Tritt, S., & Esses, L. (1988). Psychosocial adaptation of siblings of children with chronic medical illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, *58*, 211-219.

- Turkheimer, E., & Waldron, M. (2000). Nonshared environment: A theoretical, methodological and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 126, 78-108.
- Vadasy, P., Fewell, R., Meyer, D., & Schell, G. (1984). Siblings of handicapped children: A developmental perspective on family interactions. *Family Relations*, 33, 155-167.
- Vandell, D. L., & Bailey, M. D. (1992). Conflicts between siblings. In C. Unlinger Shantz & W. W. Hartup (Eds.), *Conflict in child and adolescent development* (pp. 242- 269). Cambridge: Cambridge University Press.
- Volling, B., & Belsky, J. (1992). The contribution of mother-child and father-child relationship to the quality of sibling interaction: A longitudinal study. *Child Development*, 63, 1209-1222.
- Weinger, S. (1992). Perceptions of siblings of mentally retarded children compared with parental perceptions and severity. University of Illinois at Chicago. *Dissertation Abstract International A*, 53/10, (publication number 9226278).
- Weiss, R. S. (1988). Loss and recovery. *Journal of Social Issues*, 44, 37-52.
- Williams, P. D. (1997). Siblings and pediatric chronic illness: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 312-323.

- Williams, P. D., Lorenzo, F. D., & Borja, M. (1993). Pediatric chronic illness: Effects on siblings and mothers. *Maternal-Child Nursing Journal*, 21, 111-121.
- Wolf, L., Fisman, S., Ellison, D., & Freeman T. (1998). Effect of sibling perception of differential parental treatment in sibling dyads with one disabled child. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1317-1325.
- Wunder, D. F. (1987). Effects of a handicapped on other children in the family. Michigan State University. *Dissertation Abstract International A*, 49/06, pp. 1589, (publication number 8807144).
- Zea, M. C., Quezada, T. , & Belgrave, F. Z. (1994). Latino cultural values: Their role in adjustment to disability. In D. S. Sunn (Ed.), *Psychosocial perspectives on disability* (Special Issue). *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 185-200.
- Zemore, R., & Shepel, L. F. (1989). Effects of cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Social Science and Medicine*, 28, 19-27.

נספחים

נספח 1: שאלון הערכה עצמית

לפניך רשימה של תיאורים, העוסקים בהרגשתך המרכזית אודות עצמך.
 אנא סמן/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם התיאורים המוצגים: 1 = איני מסכים/ה כלל;
 2 = איני מסכים/ה; 3 = אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה; 4 = מסכים/ה;
 5 = מסכים/ה מאוד.

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה	איני מסכים/ה	איני מסכים/ה מאוד		
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה אדם בעל ערך לפחות ברמה שווה לאחרים.	1
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה שיש לי מספר תכונות חיוביות.	2
5	4	3	2	1	בסך הכל אני נוטה להרגיש שאני כשלון.	3
5	4	3	2	1	אני מסוגלת/ת לעשות דברים באותה צורה טובה כמו רוב האנשים.	4
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה שאין לי הרבה דברים שאוכל להתגאות בהם.	5
5	4	3	2	1	יש לי גישה חיובית כלפי עצמי.	6
5	4	3	2	1	בסך הכל אני מרוצה מעצמי.	7
5	4	3	2	1	הייתי רוצה שיהיה לי יותר כבוד לעצמי.	8
5	4	3	2	1	אני בהחלט מרגיש/ה חסרת/ת ערך לפעמים.	9
5	4	3	2	1	לפעמים אני חושב/ת שאני לא יוצלח/ית.	10

נספח 2: שאלון רמת הדיפרנציאציה של העצמי

לפניך משפטים המתארים את התפיסה שלך לגבי עצמך.
 אנא סמן/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם המשפטים המוצגים: 1 = מאוד לא מסכים/ה
 2 = לא מסכים/ה; 3 = מסכים/ה; 4 = מסכים/ה מאוד.

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	לא מסכים/ה	מאוד לא מסכים/ה		
4	3	2	1	הערכתם ואהבתם של אחרים אינה משפיעה בצורה משמעותית על מה שאני מרגיש.	1
4	3	2	1	אני משנה את דעתי על פי ידע חדש יותר מאשר על פי דעותיהם של אחרים.	2
4	3	2	1	אני מסוגלת/לעזור לעצמי כאשר אני במשבר.	3
4	3	2	1	כאשר בעיה מטרידה אותי, אני מסוגלת/לשקול דעות שונות על מנת לפתור את הבעיה.	4
4	3	2	1	אני לא מתקשה להתנגד לדעותיהם של אחרים.	5
4	3	2	1	יותר משאני זקוקה/לאנשים אחרים אני זקוקה/לתחושת ביטחון ביחסים קרובים.	6
4	3	2	1	חיי מכוונים על פי כמה מטרות שהגדרתי לעצמי.	7
4	3	2	1	כאשר אני נתקלת/בבעיה, אני בדרך כלל סומך/ת על עצמי שאמצא פתרון.	8
4	3	2	1	אני יכולה/להתנגד ללחץ קבוצתי.	9
4	3	2	1	אני יכולה/להרגיש טוב בלי שיהיו לי יחסים רגשיים קרובים.	10

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	לא מסכים/ה	מאוד לא מסכים/ה		
4	3	2	1	קשה לי להציב לעצמי מטרות ארוכות טווח.	11
4	3	2	1	אני יכולה להחליט בעצמי, אם עבודה שעשיתי הינה טובה.	12
4	3	2	1	יש לי כמה ערכים ואמונות שהם רק שלי.	13
4	3	2	1	אני לא מוטרדת/ת במיוחד אם החלטותיי אינן מוצאות חן בעיני אחרים.	14
4	3	2	1	אני מקדישה הרבה אנרגיה להיות מה שאחרים מצפים ממני שאהיה.	15
4	3	2	1	אני מעדיפה לשמור ולהגן על עמדותי מאשר לעשות דברים על פי הרוב.	16
4	3	2	1	אני בוגרת/ת מבחינה רגשית.	17
4	3	2	1	יכולתי לקבל החלטות אינה מושפעת מאוד מהתנגדותם של אחרים.	18
4	3	2	1	הידיעה שלי שהצלחתי חשבה לי יותר משבחיהם של אחרים.	19
4	3	2	1	אני מסוגלת להרגיש בטוח/ה מבלי להסתמך על יחסים רגשיים קרובים.	20
4	3	2	1	אני מקבלת/ת החלטות המבוססות על פי ערכים ואמונות שהלי בלבד.	21
4	3	2	1	אני מבחינה היטב בין רגשותיי למחשבותיי.	22
4	3	2	1	החלטותיי ופעולותיי מבוססות על הסכמתם של אחרים.	23
4	3	2	1	אני מסוגלת לפתור בעיות גם כאשר אני מוטרדת/ת רגשית.	24

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	לא מסכים/ה	מאוד לא מסכים/ה		
4	3	2	1	ההערכה והאהבה מאחרים הינם בעלי משמעות רבה עבורי.	25
4	3	2	1	החלטותיי אינן מושפעות בקלות מלחץ קבוצתי.	26
4	3	2	1	אני לא מתנהגת בצורה בוגרת.	27
4	3	2	1	אני מרגישה נוח עם אמונותיי וערכיי גם כאשר אחרים מערערים עליהם.	28
4	3	2	1	מה שאני מצפה מעצמי חשוב יותר ממה שאחרים מצפים ממני.	29
4	3	2	1	אני משנה את דעותיי על מנת להימנע מויכוחים עם אחרים.	30
4	3	2	1	כאשר עליי לקבל החלטות חשובות, אני שוקלת את כל האפשרויות הקיימות.	31
4	3	2	1	הערכתי לגבי עבודה שעשיתי חשובה יותר מהערכתם של אחרים.	32

נספח 3: שאלון תפיסת הדחק במשפחה

לפניך שאלות המתייחסות לקשר בינך לבין _____ .
 אנא סמן/י את התשובה מתאימה לך ביותר: 1 = אף פעם; 2 = לעיתים רחוקות; 3 = לעיתים;
 4 = לעיתים קרובות; 5 = תמיד.

תמיד	לעיתים קרובות	לעיתים	לעיתים רחוקות	אף פעם		
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חש/ה מבוכה משום שעליך להיות עם אחיך בפומבי?	1
5	4	3	4	1	באיזו תדירות אחיך/אחותך פוגע/ת בחיי המשפחה שלך?	2
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חש/ה כי אחיך/אחותך מגבילה את קשריך החברתיים?	3
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חש/ה מוגבל על ידי אחיך/אחותך?	4
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה נעדר/ת מבית הספר בגלל אחיך/אחותך?	5
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה מוצא/ת עצמך מסבירה מהי המשמעות של להיות אח/ות לילד/ה עם פיגור שכלי?	6
5	4	3	2	1	באיזו מידה אחיך/אחותך מפריעה לך בפעילויותך בשעות הפנאי?	7
5	4	3	2	1	באיזו תדירות מציקים לך בגלל אחיך/אחותך?	8
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חושב/ת שאחיך/אחותך מפריעה לך להשתתף בפעילויות בבית הספר?	9
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חושב/ת שאחיך/אחותך מונעת ממך לצאת לאכול בחוץ עם חברים?	10

תמיד	לעיתים קרובות	לעיתים	לעיתים רחוקות	אף פעם		
5	4	3	2	1	באיזו תדירות את/ה חושב/ת שאחיד/אחותך ימנע/תמנע ממך לעסוק במקצוע מסוים בעתיד?	11
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה חושב/ת שהורידך דואגים יותר מדי לאחיד/אחותך?	12
5	4	3	2	1	באיזו מידה את/ה מודאג/ת מן השאלה האם אי פעם תתחתן?	13

נספח 4: מבחן יחסי משפחה

לפניך רשימת משפטים המתייחסים לקשר בין הוריד לבין _____
 אנה סמך/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם משפטים המוצגים: 1 = איני מסכים/ה כלל;
 2 = איני מסכים/ה; 3 = אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה; 4 = אני מסכים/ה מאוד.

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה	איני מסכים/ה	איני מסכים/ה כלל		
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא דואגת יותר כשאחי/אחותי לא אוכלת מספיק.	1
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא דואגת יותר כשאחי/אחותי לא לבושה חם מספיק.	2
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא פוחדת יותר לתת לאחי/אחותי להתרוצץ יותר מדי.	3
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא פוחדת יותר לתת לאחי/אחותי לשחק ברחוב.	4
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא דואגת יותר שאחי/אחותי עלול להיפצע.	5
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא דואגת יותר שמשוה עלול לקרות לאחי/אחותי.	6
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא מפנקת הכי הרבה את אחי/אחותי.	7
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא אוהבת הכי הרבה את אחי/אחותי.	8
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא מקדישה הכי הרבה זמן לאחי/אחותי.	9

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה	אני מסכים/ה	איני מסכים/ה מאוד		
5	4	3	2	1	אמא אף פעם לא מתאוננת על אחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	10
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא חושבת שאחי/אחותי הכי מוצלח/ת במשפחה.	11
5	4	3	2	1	אמא אומרת לפעמים שהלוואי וכולם במשפחה היו כמו אחי/אחותי.	12
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא מפנק הכי הרבה את אחי/אחותי.	13
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא אוהב הכי הרבה את אחי/אחותי.	14
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא מקדיש הכי הרבה זמן לאחי/אחותי.	15
5	4	3	2	1	אבא אף פעם לא מתאונן אחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	16
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא חושב שאחי/אחותי הכי מוצלח/ת במשפחה.	17
5	4	3	2	1	אבא אומר לפעמים שהלוואי וכולם במשפחה היו כמו אחי/אחותי.	18
5	4	3	2	1	הרבה פעמים אמא בכלל לא שמה לב לאחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	19
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא תמיד מוכנה לתת עונש לאחי/אחותי.	20

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה	אני קצת מסכים/ה וקצת לא מסכים/ה	אני מסכים/ה	אני מסכים/ה כלל		
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא תמיד מוכנה להאמין לדברים רעים על אחי/אחותי.	21
5	4	3	2	1	לפעמים אני חושב/ת שאמא מצטערת שאחי/אחותי נמצא/ת במשפחה.	22
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אמא תמיד אומרת שאחי/אחותי עושה הכי הרבה צרות במשפחה.	23
5	4	3	2	1	אמא אף פעם לא מוכנה להאמין לאחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	24
5	4	3	2	1	הרבה פעמים אבא בכלל לא שם לב לאחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	25
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא תמיד מוכן לתת עונש לאחי/אחותי.	26
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא תמיד מוכן להאמין לדברים רעים על אחי/אחותי.	27
5	4	3	2	1	לפעמים אני חושב שאבא מצטער שאחי/אחותי נמצא/ת במשפחה.	28
5	4	3	2	1	מבין כל האחים, אבא תמיד אומר שאחי/אחותי עושה הכי הרבה צרות במשפחה.	29
5	4	3	2	1	אבא אף פעם לא מוכן להאמין לאחי/אחותי בהשוואה ליתר האחים.	30

נספח 5: שאלון צמיחה אישית ממשבר

לפניך משפטים המתייחסים לשינויים אשר חלו בחייך מאז לידתך _____
 אנה סמן/י עד כמה את/ה מסכים/ה עם המשפטים המוצגים: 1 = כלל לא מסכים;
 2 = מסכים מעט; 3 = מסכים מאוד.

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה מעט	כלל לא מסכים/ה		
3	2	1	פיתחתי מערכות יחסים חדשות עם אנשים משמעותיים.	1
3	2	1	קל לי יותר לקבל אחרים.	2
3	2	1	גיליתי שיש לי הרבה מה להציע לאחרים.	3
3	2	1	למדתי לכבד רגשות ואמונות של אחרים.	4
3	2	1	חשבתי שוב על חיי ועל הדרך שבה אני רוצה לחיות אותם.	5
3	2	1	אמונתי באלוקים התעצמה.	6
3	2	1	למדתי איך לא להתעצבן מכל דבר קטן.	7
3	2	1	למדתי לקחת אחריות רבה יותר על מעשיי.	8
3	2	1	למדתי למצות את היום כי לא ברור מה יהיה מחר.	9
3	2	1	כבר איני מתייחס/ת לכל דבר כמובן מאליו.	10

מסכים/ה מאוד	מסכים/ה מעט	כלל לא מסכים/ה		
3	2	1	הביטחון שלי באלוקים גדל.	11
3	2	1	אני גאה/ה ביכולתי לקבל החלטות.	12
3	2	1	קל לי יותר להבין כיצד אלוקים מרשה לדברים לקרות.	13
3	2	1	אני חושב על יותר על התוצאות של מעשיי.	14
3	2	1	גישתי לחיים הפכה רגועה יותר.	15
3	2	1	למדתי להיות אני עצמי ולא דווקא מה שאחרים מצפים.	16
3	2	1	למדתי לקבל את העובדה שאיני מושלם/ת.	17
3	2	1	למדתי איך להשיט עזרה לסייע לאחרים.	18
3	2	1	רק עכשיו אני מבינה דברים שהורי אמרו ועשו לפני שנים.	19
3	2	1	למדתי להתמודד טוב יותר עם חוסר וודאות.	20
3	2	1	למדתי שזה בסדר לבקש עזרה מאחרים.	21
3	2	1	למדתי שרוב הדברים שהכעיסו אותי עד היום הם חסרי משמעות ולא ראויים שאכעס בגללם.	22
3	2	1	מערכת יחסים קודמת עם אדם אחר הפכה משמעותית יותר.	23
3	2	1	אני מסוגלת/ת לראות את הורייכבני אדם ולא רק כהורים.	24
3	2	1	למדתי שיש יותר אנשים הדואגים לי ממה שחשבתי.	25
3	2	1	פיתחתי קשרים חברתיים חזקים בקהילה וכעת אני מרגישה חלק מקבוצה גדולה יותר.	26

נספח 6: שאלון דמוגרפי

1. מין 1. זכר 2. נקבה

2. גיל

3. מספר אחים/אחיות במשפחה _____

4. מה המיקום שלך מבין האחים? (לדוגמא: 1 = בכור, 2 = שני, 3 = שלישי...)

5. מה המיקום אחיך/אחותך _____ בסדר לידה?

6. מי מן האנשים הבאים מתגורר בבית?

אימא	כן	לא
אבא	כן	לא
סבא	כן	לא
סבתא	כן	לא
דוד/ה	כן	לא

7. כיצד היית מגדיר את עצמך? 1. דתי/ת 2. מסורתית 3. חילונית

8. כיצד היית מגדיר את המצב הכלכלי של המשפחה?

1. הרבה מתחת לממוצע 2. מתחת לממוצע 3. ממוצע 4. מעל הממוצע 5. הרבה מעל הממוצע

9. כיצד היית מתאר/ת את הבריאות שלך?

1. הרבה מתחת לממוצע 2. מתחת לממוצע 3. ממוצע 4. מעל הממוצע 5. הרבה מעל הממוצע

10. בית הספר בו את/ה לומד/ת? _____

11. האם את/ה עוסק בפעילויות הבאות?

לא	כן	האם את/ה פעיל/ה בתנועת נוער?
לא	כן	האם את/ה מתנדב/ת או התנדבת בעבר למען מטרה כלשהי?
לא	כן	האם את/ה משתתף בחוגים שונים?
לא	כן	האם את/ה מבלה עם חברים?
לא	כן	טלוויזיה
לא	כן	משחקי מחשב
לא	כן	ספורט
לא	כן	קריאה
לא	כן	נגינה

12. האם את/ה עוסק/ת בפעילות אחרת?

13. האם היה לך בעבר או יש לך כיום קשר עם אנשים עם מגבלה במסגרת בית הספר?

1. כן 2. לא

14. האם היה לך בעבר או יש לך כיום קשר עם אנשים עם מגבלה במסגרת המתנ"ס?

1. כן 2. לא

15. האם היה לך בעבר או יש לך כיום קשר עם אנשים עם מגבלה במקום המגורים?

1. כן 2. לא

16. האם היה לך בעבר או יש לך כיום קשר עם אנשים עם מגבלה במסגרת אחרת?

1. כן 2. לא

אם כן, פרט _____

Abstract

While some claim that a child growing with sibling with mental retardation may experience stress and risks, others believe that the presence of a child with mental retardation may have a positive influence, and may encourage growth. This assumption is consistent with both the theoretical and empirical literature, which deals with the process of coping and personal growth stemming from a crisis. According to this theory, individuals facing a crisis may come up with creative solutions, and may turn into adult, mature and confident people, equipped with problem-solving skills, and capable of enjoying close relations with their family members and friends.

The uniqueness of this study lies in its expanding the theoretical and empirical knowledge concerning the positive impact of a child with mental retardation upon his/her sibling. Moreover, most studies dealing with personal growth of siblings of children with mental retardation examined retrospectively adult siblings, whereas this study examines the impacts on adolescent siblings.

The goal of the present research was to examine the differences between siblings of children with mental retardation and those without mental retardation, in terms of self-esteem and differentiation of the self, which express the child's inner resources, as well as the perceived stress in the family and the perception of differential parental care, which reflect the familial aspects in the child's life. In addition, the research examined the unique and combined contribution of internal and familial resources to personal growth among siblings of children with mental retardation as compared with siblings of children without mental retardation.

The sample comprised of a research group of 101 siblings of children with mental retardation who reside at home with the family, and a comparison group of 89 siblings of children without mental retardation, at the age range of 13-19.

In an attempt to examine the differences between siblings of children with mental retardation and siblings of children without mental retardation, the following questionnaires were used: Rosenberg's (1965) Self-Esteem Questionnaire, as translated by Hobfoll & Walfisch (1984); the Haber questionnaire determining the Level of Differentiation of the Self (1984); Perceived Stress in the Family by Bott, Muhlhauser, Overmann & Berger (1998) as processed by Ingersoll & Marrero (1991); the Family Relations Test by Bene & Anthony (1957), translated and processed by Frankel (1968), and the Stress-Related Growth Scale by Park, Cohen & Murch (1996).

Contrary to the research assumptions, the current study reveals that siblings of children with mental retardation are similar to siblings of children without mental retardation in terms of self esteem, differentiation of the self and perceived stress in the family. However, differences have been found in terms of perception of differential parental care and personal growth. Siblings of children with mental retardation reported a significantly higher level of motherly over-protection and preference demonstrated by both parents, as compared to siblings of children without mental retardation. Moreover, siblings of children with mental retardation showed a much higher level of all components of growth, namely personal growth, social growth and growth in faith.

This is undoubtedly the most conspicuous and the most prominent finding of this current research. However, this finding contradicts the trends that prevailed

in the 60's, the 70's and the 80's, which claimed that the presence of a child with mental retardation casts a heavy shadow on both the parents and siblings, and puts them in risk of developing various symptoms, such as depression and anxiety as well as behavioral disorders and social segregation. On the other hand, this finding is in line with the literature which deals with personal growth that stems from a crisis. Apparently the birth of a child with mental retardation and the continuous caring for him/her encourage positive changes in the manner in which siblings of such children perceive themselves, their environment and their future plans. These changes are essential for both successfully coping with crisis, and enhancing personal growth.

As presupposed, a significant positive association has been found between the differentiation level of the self of siblings of children with mental retardation and their personal growth, and a significant negative relationship between personal growth and the perceived stress in the family. However, a significant positive correlation has been found between the perception of differential parental caring and personal growth. The perception of differential parental caring was positively related to personal growth among siblings of children with and without mental retardation. This may probably be explained by the ability of the siblings to identify both the objective and the subjective differences between them and their siblings, and by the legitimacy attributed to their parents' differential caring.

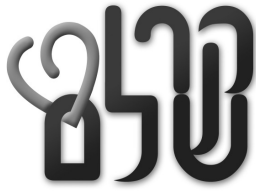
It is interesting to note that while the perception of differential parental caring has led siblings of children with mental retardation to personal and social growth, it has led siblings of children without mental retardation to growth in faith. It is reasonable to assume that in families with a child with mental retardation there is a high level of legitimacy for a differential parental care, due to the obvious dependence of the child with the special needs upon others, thus the

personal and social growth. On the other hand, in families without a child with mental retardation, there is little legitimacy to differential parental care, since all children are healthy, without any special medical or nursing needs. The growth in faith among siblings of children without mental retardation may express the need for soothing and comfort, which sometimes can be found only in faith and religion.

Finally, this study examined the contribution of the various variables to personal growth. The group factor has contributed significantly more than the others upon personal growth. In other words, the presence of a child with mental retardation in a family contributed the most to personal growth, to social growth and to growth in faith.

The current study bears a twofold contribution. First, along the cycle of life, in times of illness or aging, the responsibility and the care for the person with mental retardation often falls upon the shoulders of his/her sibling. Thus, cooperation between that sibling and the professionals is crucial for the welfare of the person with mental retardation. A profound and basic understanding of childhood and adolescent experiences of siblings of children with mental retardation may assist professionals in their work and improve the quality of life for both the person with mental retardation and his/her sibling.

Second, the inner and the familial resources which were found to enhance personal growth of siblings of children with mental retardation are shapeable, thus it is possible to encourage and improve the adaptation and personal growth of siblings of children with mental retardation.



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

אוניברסיטת בר-אילן



**THE CONTRIBUTION OF SELF-ESTEEM,
DIFFERENTIATION OF THE SELF, THE
PERCEIVED STRESS IN THE FAMILY AND THE
PERCEPTION OF DIFFERENTIAL PARENTAL
CARE UPON PERSONAL GROWTH OF SIBLINGS
OF CHILDREN WITH/ WITHOUT MENTAL
RETARDATION.**

Aya Vardy

Supervised by : Dr. Leora Findler

Thesis submitted in partial fulfillment of the
Requirements for the Master's degree
School of Social Work, Bar-Ilan University



This work was supported by a grant from Shalem Fund for
Development of Services for People with Intellectual Disabilities
In the Local Councils in Israel
2005

קרן שלם/2005/532