



המכון הלאומי לחקר שרותי הבריאות ומדיניות הבריאות (ע"ר)

מספר מחקר:
2017/241/ר

דוח סופי למחקר

חלק ב': תקציר ומילות מפתח - עברית

כותרת מלאה של המחקר

המשפחה כחלק ממערכת הלקוח במחלקות במרכזי בריאות הנפש: מחקר משווה להערכת יישום מודל ממוקד משפחות

חוקרים: שם מלא ושיוך מוסדי

פרופ' רון שור, בית הספר לעבודה סוציאלית ורווחה חברתית, האוניברסיטה העברית בירושלים
ד"ר ענת שליו, המרכז לבריאות הנפש בבאר שבע

מילות מפתח

בריאות הנפש, אשפוז בבתי חולים פסיכיאטריים, התערבות ממוקדת משפחות

תקציר

תקציר שאורכו עד **200 מילים**, אשר יכלול כותרים אלה: (1) רקע (2) מטרות (3) שיטה (4) ממצאים עיקריים (5) מסקנות (6) המלצות / השלכות לקובעי המדיניות

- 1. רקע מדעי:** מודל טיפול ממוקד משפחות התפתח מתוך הכרה שחברי משפחה המטפלים בבן/בת משפחה עם מחלה נפשית יכולים להיות מקור מידע וסיוע בטיפול בהם במהלך אשפוז פסיכיאטרי ולסייע ביצירת רצף טיפול בין תקופת האשפוז למעבר לקהילה. המודל יכול גם לתרום למניעה של בעיות גופניות ונפשיות אצל חברי המשפחה.
- 2. מטרות המחקר:** לבחון את ההשפעה של יישום המודל במרכזי בריאות נפש על חברי המשפחה ועל רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה.
- 3. שיטה:** נערך מחקר השוואתי בשני מרכזי בריאות נפש, בבאר שבע ובלב השרון, עם 75 משתתפים בקבוצת ביקורת ו-93 בקבוצת התערבות והעברת שאלונים במהלך האשפוז ולאחר השחרור.
- 4. הממצאים:** נמצאה בקבוצת ההתערבות הערכה גבוהה יותר של מידת הידע של חברי המשפחה לספק מענים לבן/בת המשפחה, הערכה גבוהה יותר של ההסברים, היחס המכבד והשיתוף עם אנשי מקצוע ורמת חרדה נמוכה יותר בתקופה לאחר השחרור מאשפוז. סדירות גבוהה יותר בקשר עם שירותי בריאות הנפש בקהילה ובנטילת תרופות דווחה לגבי בני/בנות המשפחה עם מחלה נפשית לאחר השחרור. מידת שיתוף הפעולה והמעורבות של חברי המשפחה במהלך האשפוז הוערכה בשתי הקבוצות ברמה נמוכה יותר מההסברים הניתנים להם.
- 5. מסקנות:** יישום המודל יכול להשפיע על הבריאות הנפשית של חברי המשפחה, על המוכנות שלהם לטפל בבן/בת המשפחה לאחר השחרור ועל שיפור רצף הטיפול.
- 6. המלצות/השלכות לקובעי מדיניות** הממצאים תומכים בחשיבות הרחבת יישום המודל במרכזי בריאות הנפש. יש לבחון גם דרכים להמשך פיתוח המודל ולהפחתת המחסומים ליישום.

חלק ג': תקציר ומילות מפתח - אנגלית

Full title of research project

The Family as Part of the Client's System in the Wards of Mental Health Centers: A Comparative Study Evaluating the Implementation of a Family-Centered Care Model

Investigators: full name and affiliations

Prof. Ron Shor, School of Social Work and Social Welfare, the Hebrew University of Jerusalem
Dr. Anat Shalev, Beer Sheva Mental Health Center

Mental Health, Psychiatric Hospitalization, Family Centered Care Model

Key Words

Abstract

An abstract of up to **300 words** should include these headings: (1) Scientific Background (2) Objectives (3) Methodology (4) Findings (5) Conclusions (6) Policy Implications / recommendations

1.Scientific Background: A Family-Centered Care model has been developed taking into consideration the stressors that family caregivers experience during the hospitalization of a family member with mental illness. There is also a growing recognition that family caregivers can be a valuable source of knowledge and help in treating the person with mental illness and in improving the continuity of service between the hospitalization and the community.

2.Objectives: To examine the impact of implementing a Family-Centered care model on the family caregivers and on the continuity of service.

3. Methodology: A comparative study was conducted in two mental health centers, Beer Sheva and Lev Hasharon, with 75 participants in a control group and 93 participants in an intervention group. Family caregivers responded to structured questionnaires during the hospitalization of their family members and after their discharge to the community.

4.Findings: The mean of the items in the knowledge subscale in the Empowerment questionnaire was ranked higher by the caregivers in the intervention group. They also indicate a reduction in their anxiety level and that a higher rate of family caregivers in the intervention group reported a compliance to treatment of the family members with mental illness after their discharge from hospitalization. They also indicate components of the family-centered model which were ranked higher by the family caregivers in the intervention group. In both groups family caregivers ranked low the extent to which professionals take into consideration the knowledge and thoughts of family caregivers during the hospitalization and promote the collaboration with them.

5. Conclusions: The findings indicate the potential impact of the implementation of the model to increase the readiness of family caregivers to deal with difficulties and challenges of helping their family member in the community. They also illuminate their potential impact in improving the continuation of service and in prevention the development of mental health problems for the caregivers.

6. Policy implications/Recommendations: The findings support the implementation of this model in mental health centers. They also indicate a need to continue to improve this model.

חלק ה': Executive Summary- English

1. Scientific Background: A Family-Centered Care model has been developed taking into consideration the stressors that family caregivers experience during the hospitalization of a family member with mental illness. There is also a growing recognition that family caregivers can be a valuable source of knowledge and help in treating the person with mental illness and in improving the continuity of service between the hospitalization and the period after the discharge to the community (Ewertzon, Lutzen, Svensson, Andershed, 2008; Hsiao, Lu & Tsai, 2019). The model's aim is to provide professional staff members in psychiatric wards guidelines for how to collaborate with family caregivers during each stage of the hospitalization of their family member with mental illness. The Ministry of Health issued an instruction to implement this model in Mental Health Centers.

2. Objectives: To examine the impact of implementing a Family-Centered care model on:

1. Family caregivers' assessment of the implementation of a Family-Centered care model during the psychiatric hospitalization of their family member.
2. Health and mental health outcome measures of the family caregivers as well their readiness to help and support the family member with mental illness after discharge.
3. Outcome measures of the family member with mental illness in terms of their compliance to treatment after their discharge from the mental health center.

3. Methodology: A comparative study was conducted implementing an AB design with an intervention and control groups. The study was conducted in four wards in two mental health centers, Beer Sheva and Lev Hasharon. Findings were collected first for the control group. Thereafter, a training of the staff members in the wards was conducted focusing on the implementation of the Family-Centered Care Model. After the completion of the training, findings were collected for the intervention groups. Seventy-five family caregivers participated in the first stage of delivering the research instruments in the control group and forty-five in the second stage. Ninety-three family caregivers participated in the first stage of the research in the intervention group and sixty-three participated in the second stage of data collection. The research instrument included structured questionnaires measuring process and outcome variables. The process variables related to the family caregivers' evaluation of their relationships with the professional staff in the wards and the extent to which a family-centered care model was implemented. The

outcome measures were divided into measures of the family caregivers and measures of the family members with mental illness' compliance with treatment after discharge from hospitalization. The family caregivers' outcome measures included measures of the health and mental health situation of the caregivers: The SF 12 measuring the health and mental health situation of the family caregivers, the Hospital Anxiety and Depression scale, the Pearling Mastery scale, and the Perceived Stress scale. They also included measures of the Family Member's self-efficacy to help and support their family member with mental illness as well as their sense of empowerment to achieve these objectives. Open-ended questions were included at the end of the questionnaire to enable the participants to relate to their thoughts about their experience with the professional staff during the hospitalization of their family member. The questionnaire was administered during the initial stage of hospitalization and 45 days after discharge from the hospital.

4. **Findings:** Similarities were found in most of the process and outcome measures of the family members between the intervention and control groups. In addition, differences were not found between the groups in the extent of change between the findings collected in the first and second delivery of the questionnaires. However, differences were found in measures relating to the readiness of family members to deal with the difficulties and challenges of helping the family member with mental illness after discharge from the mental health center. The mean of the items in the knowledge subscale in the Empowerment questionnaire was ranked higher by the Intervention group. It focused on the family members' ability to deal with the difficulties of the family member with mental illness, understand his/her needs, and find helping resources for him/her. In addition, a strong correlation was found in the intervention group between the family members' evaluation of the extent to which the explanations given by the professional staff members during the hospitalization increased their readiness to deal with difficulties of the family member with mental illness after his/her discharge and the family caregivers' sense of self-efficacy and empowerment to deal with the difficulties.

A comparison of the individual items illuminates components of the family-centered model which were ranked higher by the family caregivers in the intervention group: "The respectful approach and explanations they received from the staff members," "the fact that the information they delivered to the staff members was taken into

consideration in building the treatment plan,” as well as a lower ranking of “the difficulties they experienced to find during the hospitalization staff members who were willing to relate to the difficulties experienced by the caregivers.”

The findings also indicate a difference in the mental health outcome of the family caregivers. A lower level of anxiety was found in the intervention group during the second stage of the delivery of the questionnaire. There was also a significant decrease in the intervention group in the anxiety level between the first and second stage of delivering the questionnaires.

Statistically significant differences were also found in the outcome measures of the family members with mental illness. A higher rate of family caregivers reported that their family member with mental illness is in contact with the mental health services in the community most or all the time and that they regularly take psychiatric medications during the period after the discharge from hospitalization.

Despite these significant differences, in both groups, family members ranked low the extent to which professionals take into consideration the knowledge and thoughts of the family caregivers and promote the collaboration with them during the hospitalization. These differences were also found in the responses to the open-ended questions.

5. Conclusions: The findings indicate the potential impact of the implementation of the Family-Centered care model to increase the readiness of family caregivers to deal with difficulties and challenges of taking care and helping their family member with mental illness after the discharge from the Mental Health Center. They illuminate components of the model which could be related to increasing the readiness of the family caregivers (e.g., respectful approach and explanations by the professionals). They also illuminate the potential relationships between the implementation of the model and reduction in the anxiety level of the caregivers. The major underlying assumption of the study was that the implementation of the model could result in improvement in the continuation of service between the hospitalization and the community. The fact that a higher rate of family members with mental illness in the intervention group were in regular contact with the mental health services after discharge and that they regularly took medications provide support for this assumption. However, it should be noted that this study was conducted during the COVID-19 period. The constraints of the pandemic limited the

family caregivers' ability to regularly visit their hospitalized family member and be in regular contact with the professional staff. It is most likely that these constraints limited the impact of the implementation of the Family-Centered care model.

6. Policy Implications and Recommendations: The Family-Centered Care model expands the traditional boundaries of the definition of the client's system in mental health centers. This model could help prevent the development of problems for the family caregivers (e.g., anxiety) and it could help improve the continuation of services in the community. Therefore, the findings support the importance of expanding the implementation of this model in Mental Health Centers. However, the findings also indicate the need to continue to improve the implementation of this model especially in the area of the professionals taking into consideration the family caregivers' needs and views and in advancing the collaboration with them.

References

- Ewertzon M, Lutzen K., Svensson E., & Andershed (2008) Developing the concept of family involvement and the alienation questionnaire in the context of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 439-449.
- Hsiao C.Y. , Lu, H. L. & Tsai Y. F. (2019). Factors associated with primary family caregivers' perceptions on quality of family-centered care in mental health practice. *Nursing Scholarship*, 51, 680-688.

חלק ה': דוח מדעי מפורט - עברית

הנחיות:

הדוח המדעי המלא ייכתב **בעברית** בצורה המקובלת של מאמר בעיתון מקצועי ולפי הסעיפים הבאים ככותרות משנה:

1. **רקע מדעי** – מה שכבר ידוע
2. **שאלות המחקר** – מה בא המחקר לפתור, לחדש או להוסיף
3. **שיטות העבודה**
4. **הממצאים**
5. **דיון ומסקנות**
6. **המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות**
7. **רשימת מקורות**

לתשומת לב

- ♦ הפירוט בסעיפים 1 – 6: לא יעלה על **עשרים** עמודים (כולל תרשימים)
- ♦ פונט: Arial מספר 12
- ♦ מרווח בין שורות – 1.5

הדוח המדעי המלא ישמר בארכיון המכון ויימסר לצד ג' רק לאחר קבלת הסכמה מפורשת של החוקר האחראי.

המשפחה כחלק ממערכת הלקוח במחלקות במרכזי בריאות הנפש: מחקר משווה להערכת יישום מודל ממוקד משפחות הרקע מדעי

קרובי משפחה המטפלים באנשים עם מחלות נפשיות יכולים להיות משאב חשוב, הן עבור האדם עם מחלה נפשית המאושפז במרכזי בריאות נפש והן עבור אנשי המקצוע (Doornbos, 2002; Hsiao, Lu & Tsai, 2019). יש להם חשיבות במיוחד לאור המגמה בשנים האחרונות לקצר את משך האשפוזים במרכזי בריאות נפש ועצם היותם במקרים רבים מערכת תמיכה מרכזית עבור האדם עם מחלה נפשית הן במהלך האשפוז והן לאחריו. מדובר במערכת תמיכה היכולה להבטיח את רצף הטיפול לאחר השחרור מהאשפוז. יחד עם זאת, הטיפול המסורתי במרכזי בריאות הנפש היה לאורך שנים ממוקד בבן/בת המשפחה עם מחלה נפשית ולא כלל ניסיון לקדם שיתוף ומעורבות של חברי המשפחה במהלך האשפוז. ההתמקדות הייתה בעיקר בבעיות ובצרכים של האדם המתמודד עם מחלה נפשית והתייחסות לחברי המשפחה המטפלים הייתה רק כמקור מידע בעת הצורך. על מנת לקדם שינוי מערכתי ועבודה מכוונת משפחות פותח מודל מובנה מבוסס פרוטוקול לשיתוף ומעורבות חברי משפחה על-ידי אנשי המקצוע במחלקות במהלך האשפוז במרכזי בריאות נפש. המודל המלווה בפרוטוקול מפרט את דרכי הפעולה של הצוות המקצועי בכל אחד משלבי האשפוז. המחקר בחן את ההשפעה שיש ליישום המודל על תפיסת חברי המשפחה את הקשר המקצועי בינם לבין הצוות המקצועי במהלך האשפוז, את רצף הטיפול בבן/בת המשפחה המתמודד/ת עם מחלה נפשית בין האשפוז לקהילה ואת שביעות רצונם מהיחס אליהם במהלך האשפוז. כמו כן נבחנו ההשלכות של יישום המודל על הבריאות הפיזית והנפשית של חברי המשפחה (למשל, רמת החרדה). המחקר הוא מחקר התערבות עם קבוצת ביקורת שנערך עם חברי משפחה שבן/בת משפחתם אושפז במחלקות סגורות במרכזי בריאות נפש בהן מיושם המודל. האגף לבריאות נפש של משרד הבריאות הוציא הנחייה לפעול ליישום המודל. לכן, ממצאי המחקר מאפשרים לבחון את ההשפעה של המדיניות המשתנה לגבי יישום מודל ממוקד משפחות במרכזי בריאות נפש.

המתחים שחברי משפחה חווים במהלך האשפוז

חברי משפחה של באדם המאושפז במרכז לבריאות נפש חווים לעיתים מתחים ותחושת נטל עקב המשבר של האשפוז הפסיכיאטרי, הכרוך בירידה תפקודית של בן/בת המשפחה עם מחלה נפשית וההשפעה היכולה להיות לכך על חברי המשפחה המטפלים בו/בה ועל המערכת המשפחתית. בנוסף לכך, חברי המשפחה מתמודדים עם נטל הטיפול בו/בה בתקופת האשפוז ועם המאפיינים הייחודיים של האשפוז במרכז לבריאות נפש השונה מאשפוז בבית חולים רגיל. קיימים משתנים שונים המשפיעים על רמת הנטל של חברי המשפחה כמו משך האשפוז, מספר האשפוזים משך הזמן בו המחלה קיימת ומשך הטיפול היום-יומי שהם מקדישים לטיפול בבן/בת המשפחה (Owens, Honn & Qualls, 1997). מחקרים מצביעים על כך שהורים החווים נטל גדול יותר נוטים להזניח את עצמם והם בסיכון גבוה יותר לדיכאון ולבעיות רפואיות (Perlick et al. 2008). המתחים שחברי המשפחה חווים יכולים לגרום לבעיות בריאותיות אצל חברי המשפחה. התפקוד כהורה לבן/בת עם מוגבלות יכול לגרום לסיכון גבוה לבעיות נפשיות ולהגביר באופן משמעותי את דרגת המתחים והדיכאון. כמו כן, חברי משפחה החווים נטל גבוה יותר עשויים להתקשות לספק את התמיכה הדרושה לבן/בת המשפחה החולה (Johnson, Lundstron, Aberg-Wistedt, Mathe, 2003). אדינגטון, קולינס, מקלייר ואדינגטון (Addington, Collins., McCleery & Addington, 2005). מציינים שלמשפחה יכול להיות תפקיד מרכזי בשיקום של אנשים עם מחלות נפשיות. יחד עם זאת ללא התמיכה של אנשי מקצוע, משפחות עשויות להתקשות להתמודד עם המצבים הקשים אותם הם חווים.

אחד ממקורות המתח המרכזיים שמשפחות חוות במהלך האשפוז של בן/בת משפחתם במרכזי בריאות נפש הוא מתחים עקב הקשר עם אנשי המקצוע. לפלי (Lefley, 2009) הגדירה את ההשלכות של מתחים אלה כנטל איאטרוגני. מדובר במתחים הנובעים מהגישה של אנשי מקצוע המתעלמת לעיתים מהצרכים והנטל אותו חברי המשפחה חווים. אסקי הולמשווה, גמבל וגריי (Askey, Holmshaw, Gamble & Gray, 2009) מציינים שמקור מרכזי למתח בין חברי המשפחה לבין אנשי המקצוע הנו היעדר שיתוף במידע לגבי בן/בת המשפחה החולה. חברי המשפחה טענו שנעשה שימוש בסודיות כסיבה לא לחלוק עמם מידע ולא ניתנת להם הכרה לעצם היותם מקור מרכזי של תמיכה עבור בן/בת המשפחה החולה. כמו כן, הם דיווחו על גישה המאשימה אותם בגרימת המחלה. כך גם במחקר של שנקר ומוצאמי (Shankkar & Muthuswamy, 2007) נמצא שחברי המשפחה מרגישים באינטראקציה עם אנשי מקצוע חוסר כוח, העדר מתן תוקף לקשייהם וחוסר הקשבה למה שיש להם לומר. אנשי המקצוע עירבו אותם רק לעיתים רחוקות בהליך הטיפול. הגישה של

אנשי המקצוע הייתה גישה של מומחים המטפלים בבן/בת המשפחה החולה ללא ניסיון לערב את חברי המשפחה ולהיעזר בהם. הסבר לגישה מקצועית המקרינה בעלות על הידע ניתן ל-ידי בממצאים של קאס לי ופיטסמן (Kaas, Lee & Peitzman, 2003) שאנשי מקצוע בתחום בריאות הנפש תופסים את הידע שלהם כחשוב יותר מזה של חברי המשפחה. אחת התוצאות היא תחושה של הדרה שבני משפחה חשים מהשליבים השונים של הטיפול בבן/בת המשפחה החולה (e.g., Weimand, Hedelin, Hall-Lord 2011, Ewertzon, Lutzen, Svensson & Andershed, 2008).

התערבות ממוקדת משפחות (Family-Centered Care)

טיפול רפואי ממוקד משפחות מבוסס על גישה שישומה החל במחלקות ילדים בבתי חולים בהן להורים יש תפקיד מרכזי בטיפול בילדיהם. יישומה התרחב בשנים האחרונות גם לתחומים אחרים של שירותי בריאות. גישה זו הוגדרה על ידי ה-Institute for Patient and Family-Centered Care כ-"גישה חדשנית לתכנון, מתן שירות והערכה של שירותי בריאות שבבסיסה שותפות הדדית בין הצוות המקצועי בשירותי בריאות לבין המטופלים והמשפחות (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2010). המושגים המרכזיים של גישה זו הנם 1. כבוד ויחס מכבד 2. מתן והתחלקות במידע 3. השתתפות ושיתוף פעולה במהלך הטיפול. גישה זו שמה דגש על שיתוף פעולה פעיל ולא על שליטה ודומיננטיות של אנשי המקצוע בשירותי הבריאות. תקשורת פתוחה וחילופי מידע מהווים תנאים מקדימים לשיתוף הפעולה. דנסט, טריבט והמבי (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007) מציינים שבבסיס גישה ממוקדת משפחות ערכים ואמונות לגבי הדרך בה אנשי מקצוע צרכים להיות בקשר עם משפחות. הם מבחינים בין מתן עזרה למשפחות בה ההתמקדות היא בקשר בין אנשי המקצוע לחברי המשפחה - Relational help-giving (למשל האזנה פעילה, אמפתיה, כבוד) לבין עזרה משתפת Participatory help-giving בה הדגש הוא על עזרה אינדיווידואלית לחברי המשפחה המאופיינת בגמישות, הקשבה לדאגות, הצרכים וסדרי העדיפויות שלהם ואשר כוללת מתן מידע על אפשרויות הטיפול בבן/בת המשפחה החולה, מעורבות משפחות בקביעת המטרות והשגת התוצאות הרצויות. דנסט, טריבט והמבי (Dunst, Trivette, & Hamby, 2007) מצאו שאנשי המקצוע שמים לרוב דגש על עזרה הממוקדת ביחסים ופחות על 'עזרה משתפת'.

ניתן למצוא תמיכה ברלוונטיות של גישה זו למרכזי בריאות נפש במחקרים שבחנו את המרכיבים החשובים לחברי משפחה של אנשים עם מחלות נפשיות במרכזי בריאות נפש. חברי משפחה התייחסו לחשיבות ההזדמנות להיות מעורבים בטיפול ,

לכך שייצרו אתם קשר בצורה מכבדת ושתהיה תקשורת טובה עם אנשי מקצוע כמו למשל לגבי הטיפול המתוכנן ולגבי מצב בן/בת המשפחה המתמודדת עם מחלה נפשית (Hsiao, Lu & Tsai, 2019; Shankar & Muthuswamy, 2007). הם התייחסו גם לחשיבות של גישה תומכת ואינפורמטיבית שתכלול קבלת מידע המתאים לשלב הטיפול בו נמצא בן/בת המשפחה החולה (Doornbos, 2002). מחקרים שנערכו על תפיסת משפחות את תקופת האשפוז של בני משפחתם במרכזי בריאות נפש מצביעים גם על חשיבות יצירת רצף טיפול בין האשפוז לקהילה. במחקר שנערך בבריטניה נמצא שעשרה חודשים לאחר הקשר הראשוני עם שירותי בריאות הנפש חברי המשפחה הביעו דאגה מרמת המידע וההדרכה שניתנו להם. כמו כן הם לא היו מרוצים מהרצף וההמשכיות לאחר האשפוז. שנקר ומוצאמי (Shankar & Muthuswamy, 2007) מצאו שחברי המשפחה הרגישו שהם 'נזרקים למים' עם השחרור ממרכזי בריאות נפש עם מעט מידי מידע ועצות איך להתמודד עם המצבים המורכבים הנלווים להתמודדות עם מחלה נפשית ומהם המשאבים הקהילתיים היכולים לסייע להם בהתמודדות עם מצבים אלה. חיזוק לחשיבות של גישה ממוקדת משפחות ניתן למצוא גם במחקרים שנעשו עם אנשים עם מחלות נפשיות. הם דיווחו שאשפוז פסיכיאטרי גורם לחוסר תקווה היות והוא מנתק את האדם המאושפז ממערכות תמיכה חיוניות. הם היו רוצים שהצוות בבית החולים יהיה בקשר עם קרובי משפחתם ושהם יהיו מעורבים בטיפול בהם. (Onken, Dumont, Ridgway, Dornan & Ralph, 2002).

הקשר בין גישה ממוקדת משפחות למשתני תוצאה

מחקרים הבוחנים את הקשר בין גישה מכוונת משפחות לבין ההשפעות של יישומה מצביעים על קשר בין יישום גישה ממוקדת משפחות לבין רמת המתחים של המשפחות. נמצא שהתערבויות מכוונות משפחות יכולות להסביר במידה בינונית את השונות ברמת המתח שהמשפחות חוות (O'neil, Palisano & Westcott, 2001, Van Schie, 2004). כמו כן, נמצאה ירידה עקב התערבות ממוקדת משפחות במתחים הקשורים לתפקודי ההורות אך לא נמצאה ירידה דומה בקרב חברי משפחה בקבוצת ביקורת (Keen, Rodger, Couzens & Muspratt, 2008).

משתנה נוסף שנמצא קשור ליישום גישה ממוקדת משפחות הנו שביעות הרצון של המשפחות מהטיפול הניתן. לאו ושות' (Law et al. 2003) מצביעים על כך שהמנבא החזק ביותר של שביעות רצון הורית היה המידה בה ההורים תופסים את השירות

שניתן להם כממוקד משפחות. הורים ביטאו רמה גבוהה יותר של שביעות רצון כשניתנו להם שירותים ממוקדי משפחות (Romer & Umbreit, 1998).

מחקרים המצביעים על כך שלשיתוף פעולה בין חברי המשפחה המטפלים לאנשי מקצוע יכולה להיות גם השפעה על הפחתת נסיגות במצב הנפשי, שיפור מצב ההחלמה וקידום איכות החיים של בן/בת המשפחה המתמודד/ת עם מחלה נפשית. מעורבות אקטיבית של חברי משפחה בתהליך הטיפול מפחיתה נסיגות במצב הנפשי (McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted, 2003). נמצא קשר בין תמיכה, הדרכה ומתן מידע לבני המשפחה המטפלים לבין תוצאות טובות יותר של בן/בת המשפחה החולה כמו למשל תדירות נמוכה יותר של אשפוזים ותפקוד חברתי טוב יותר (Dixon et al. 2001). ניתן להסביר ממצאים אלה בכך שמעורבות משפחות במהלך אשפוז פסיכיאטרי מספקת לבן/בת המשפחה החולה הזדמנות להישאר קשור לעולם מחוץ לבית החולים.

אתגרים בפיתוח מחקר על גישה מכוונת משפחות במרכזי בריאות הנפש התערבות ממוקדת משפחות היא גישה תהליכית המתייחסת לסוג התמיכה המשאבים, ההתנסויות וההזדמנויות המוצעות למשפחות. גישה זו מציגה דרך חשיבה חדשה על משפחות, תפקידם במהלך הטיפול והקשר בינם לבין אנשי המקצוע, כמו למשל המעורבות של חברי המשפחה בשלבי הטיפול השונים. מחקרים על גישה ממוקדת משפחות מציבים אתגרים לדרכי המחקר המסורתיות בתחום בריאות הנפש עקב היותה גישה תהליכית (Koroloff & Friesen, 1997; Hsiao, Lu & Tsai, 2019). הצלחת יישום גישה מעין זו אינה נמדדת רק במדדי תוצאה כמו שיפור התפקודי של בן/בת המשפחה החולה והתפקוד של חברי המשפחה האחרים. היות ומדובר בגישה תהליכית המתמקדת במאפייני הקשר של אנשי המקצוע עם המשפחות רלוונטי לבחון גם מדדים כמו תפיסת המשפחה את השירות, את טיב הקשר עם אנשי המקצוע ואת שביעות הרצון שלהם מהשירות. האתגר במחקר מעין זה הוא לפתח מדדים שיתייחסו לתפיסת התהליך אצל משפחות לצד מדדים הבוחנים תוצאות. כלי המחקר שפותחו לבחינת גישה ממוקדת משפחות בוחנים מרכיבים תהליכיים כמו למשל יחס תומך ומכבד של אנשי המקצוע כלפי המשפחות, מתן מידע לחברי המשפחה אודות בן/בת המשפחה החולה, יחס משתף ומאפשר ותיאום טיפול. אחד הכלים הנפוצים להערכת תפיסת חברי משפחה את הגישה ממוקדת המשפחות הוא ה- Measure of Process of Care – MPOC (Kings et al. 2004b). כלי מחקר זה פותח להערכת התפיסה של הורים לילדים עם מוגבלויות שילדיהן מאושפזים במחלקות ילדים. ניסיונות מועטים נעשו לפתח כלי מחקר המותאמים להקשר של חברי משפחה של

אנשים מבוגרים המאושפזים במרכזי בריאות נפש (למשל, Ewertzon, Lutzen, Svensson, Andershed, 2008).

טיב הקשר ורצף הטיפול בין אנשי המקצוע לחברי המשפחה לאור ההשלכות שניתן לייחס למעורבות והשיתוף של חברי משפחה על יכולתם לשמש מערכת תמיכה לבן/בת המשפחה עם מחלה נפשית הן במהלך האשפוז והן לאחר השחרור, המושגים טיב הקשר מתייחסים לקשר של חברי המשפחה עם אנשי המקצוע המאפשרים מעורבות, שיתוף ומתן המידע הנחוצים ליצירת הרצף הטיפולי. הרצף הטיפולי במחקר זה מתייחס לרצף בין האשפוז במחלקות במרכזי בריאות הנפש לבין הטיפול במסגרות בריאות הנפש בקהילה.

מודל ממוקד משפחות המבוסס על פרוטוקול הנו מודל שפותח במרכזי בריאות הנפש הכולל פרוטוקול המנחה את אנשי הצוות ליישם מודל מובנה של שיתוף הפעולה וקידום רצף טיפול עם המשפחות במהלך האשפוז. הפרוטוקול מבוסס על תפיסת שלושה ממדים של המשפחה, כנזקקת לתמיכה, כשותפה ובת ברית לאנשי המקצוע ובני המשפחה המאושפזים וכמלווה ותומכת בבן המשפחה במהלך האשפוז. התייחסות לכל אחד ממדים אלה דורשת מיומנויות שונות והתייחסות אחרת. לכן יש צורך לזהות את המקום בו נמצאת המשפחה, את תרומתה האפשרית לאנשי המקצוע בתהליך האשפוז ואת התמיכה לה היא זקוקה. על פי הפרוטוקול על הצוות המקצועי לקיים שלושה מפגשים עם בני המשפחה. המפגש הראשון מיד בתחילת האשפוז, המפגש השני במהלך האשפוז והמפגש השלישי לקראת שחרור מהאשפוז. המפגשים מתנהלים בהתאמה לצרכים האינדיווידואליים של כל משפחה ועל ידי בדיקות ומיפוי הצרכים המשפחתיים בשיתוף עם בני המשפחה. הפרוטוקול כולל הנחיות מפורטות לגבי מטרת העל והמטרות האופרטיביות של כל אחד מהמפגשים ודרכי הפעולה של הצוות בכל אחד מהמפגשים. למשל, בתחילת האשפוז ניתן דגש על מתן תמיכה למשפחות והנחת היסודות ליצירת שותפות. מטרת העל של מפגשים כאלה היא "היכרות של המשפחה והצוות ובניית בסיס לקשר רציף לצורך העברת מידע ושיתופיות. המטרה היא לקדם את מצבו של המטופל וחויית אשפוז מיטיבה עבור בן/בת המשפחה עם מחלה נפשית ומשפחתו."

2. מטרות המחקר

הנחת המחקר היא שיישום מודל ממוקד במשפחות מרחיב את הגבולות המסורתיים של הגדרת 'הלקוח' במרכזי בריאות נפש. המודל יכול לסייע במניעת התפתחותן של בעיות בקרב חברי המשפחה, בקידום יכולתן לשמש מערכת תמיכה ובשיפור רצף טיפול בין האשפוז לקהילה.

לכן מטרת המחקר הן לבחון את ההשפעה של יישום מודל מובנה מבוסס פרוטוקול ממוקד משפחות על: 1. תפיסת המשפחות את טיב הקשר בין חברי המשפחה לצוות המקצועי במחלקות במרכזי בריאות הנפש. 2. משתני תוצאה בקרב חברי המשפחה (למשל רמת המתחים, תפיסת הבריאות). 3. משתני תוצאה בקרב בני/בנות המשפחה עם מחלה נפשית המעידים על רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה (משל, תדירות הקשר עם שירותי בריאות הנפש בקהילה, תדירות נטילת תרופות פסיכיאטריות).

3. השערות העבודה

1. מדדי התהליך (הערכת הקשר בין הצוות המקצועי לבין חברי המשפחה, הערכת המידה בה מיושם טיפול ממוקד משפחות, הערכת שביעות הרצון מהקשר עם הצוות המקצועי במהלך האשפוז) יהיו גבוהים באופן מובהק סטטיסטית בקבוצות ההתערבות בהן מיושם מודל מובנה מבוסס פרוטוקול הממוקד במשפחות לעמת קבוצת הביקורת.

2. יחול שיפור רב יותר במדדי התוצאה של חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות (למשל רמת המתח, הבריאות הפיזית והבריאות הנפשית ותפיסת השליטה בחיים) בין תחילת האשפוז לתקופה לאחר השחרור מאשפוז לעומת מדדי התוצאה של חברי משפחה בקבוצת הביקורת.

3. מדדי התוצאה של בני/בנות המשפחה המתמודדים עם מחלות נפשיות המתייחסים למעבר לקהילה (קשר סדיר עם שירותים טיפוליים, סדירות בנטילת תרופות) יהיו גבוהים יותר בקרב קבוצת ההתערבות לעמת קבוצת הביקורת.

4. יהיה קשר חיובי חזק יותר בקבוצת ההתערבות בין מדדי התהליך (הקשר עם אנשי הצוות, שביעות רצון מהטיפול) לבין מדדי התוצאה של בני המשפחה המטפלים ושל בני/בנות המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית לעמת קבוצת הביקורת

2 השיטה ותכנית הביצוע

נערך מחקר השוואתי בין קבוצת ביקורת לקבוצת התערבות בארבע מחלקות בשני מרכזי בריאות נפש: בבאר שבע ובלב השרון. המחקר נערך עם חברי משפחה שבן/בת משפחתם מאושפז/ת. יושם מערך מחקר מסוג AB עם העברת שאלונים לחברי המשפחה בתחילת תקופת האשפוז והעברה חוזרת שלהם חודש וחצי לאחר השחרור. קבוצת הביקורת היא קבוצה של חברי משפחה שבני/בנות המשפחה שלהם מאושפזים במחלקות בהן אנשי המקצוע לא עברו הכשרה ליישום מודל מובנה (על

פי פרוטוקול) ממוקד משפחות. קבוצת ההתערבות היא קבוצה של חברי משפחה שאנשי המקצוע עברו הכשרה אודות יישום המודל ממוקד המשפחות לפני תחילת איסוף הממצאים. ממצאי קבוצת הביקורת וקבוצת ההתערבות נאספו באותן מחלקות. קודם כל נאספו ממצאים אודות קבוצת הביקורת. לאחר מכן נערכו ארבע הכשרות אודות יישום המודל ממוקד המשפחות. לאחר סיום ההכשרות החל איסוף הממצאים לקבוצת ההתערבות. מן הראוי לציין שסביר להניח שגם בקבוצת הביקורת יש אנשי מקצוע המיישמים גישה ממוקדת משפחות אך הם לא קיבלו הכשרה על-פי מודל מובנה של גישה ממוקדת משפחות. קריטריון ההכללה במחקר היו חברי משפחה של אדם המאושפז במרכז לבריאות נפש (הורים, בני/בנות זוג, אחים/אחיות) המעורבים באופן רציף בטיפול בו/בה. נערכה פנייה לכל חברי המשפחה שהיו בקשר עם אנשי המקצוע במחלקות בתקופה בה נערך המחקר.

כלי המחקר

כלי המחקר כוללים פרטי רקע וכלי מחקר הבוחנים משתני תהליך ומשתני תוצאה. משתני התהליך מתמקדים בטיב הקשר עם אנשי המקצוע בשלבי האשפוז. משתני התוצאה מתייחסים למצב חברי המשפחה המטפלים ולמצב חברי המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית.

פרטי רקע. חלק זה כלל פרטי רקע על חברי המשפחה המטפלים בבן/בת המשפחה ונמצאים בקשר עם הצוות במרכז לבריאות הנפש (כמו למשל, מין, הקשר עם בן/בת המשפחה החולה ותדירות הקשר של חבר המשפחה עם אנשי מקצוע בזמן האשפוז). כמו כן נכללו פרטים על בן/בת המשפחה המתמודד/ת עם מחלה נפשית כמו האבחנה, הזמן שחלף מאז האבחנה, משך זמן האשפוז, גיל בזמן פריצת המחלה ומידת ההיענות שלו/ה לטיפול.

מדדי תהליך. מדדי תהליך הם מדדים הבוחנים את הקשר של חברי המשפחה עם אנשי מקצוע במחלקות בתקופת האשפוז. שלושה מדדי תהליך נכללו: שני שאלונים הבוחנים את תפיסת חברי המשפחה את טיב הקשר עם אנשי מקצוע בשלבי האשפוז השונים ואת היישום של מודל ממוקד משפחות (Family Centered Care). ושאלון הבוחן את שביעות הרצון מהשירות למשפחות במחלקה.

תפיסת המשפחות את טיב הקשר עם אנשי מקצוע ואת רצף הטיפול. שאלון

זה פותח על בסיס שאלון שפותח בשוודיה לבחינת המעורבות וההדרה של חברי משפחה של אנשים עם מחלות נפשיות בתקופת האשפוז של בני/בנות משפחתם Family Involvement and the alienation questionnaire in the context of psychiatric care (Ewertzon, Lutzen, Svensson, Andershed, 2008). שאלון זה מיועד לבחון את

תפיסת חברי המשפחה את המידה בה מיושמת גישה ממוקדת משפחות במהלך האשפוז של בן/בת משפחתם. השאלון של יורטוסון ושות' מבוסס על שלושה מרכיבים מרכזיים: 1. פתיחות: מתייחס למתן הסברים, יחס מכבד ולמידת הפתיחות במתן מידע לחברי המשפחה לגבי מצב הבריאות הנפשית של בן/בת משפחתם. 2. אישור (confirmation) מתייחס להערכת חברי המשפחה את המידה בה חברי הצוות המקצועי מקשיבים להם, מייחסים חשיבות לדעתם ומביעים אכפתיות 3. זרות והדרה מתייחס להרגשה של חברי המשפחה שאין להם יכולת שליטה או ההשפעה על דרך הטיפול בבן/בת משפחתם והרגשה שהם מודרים מתהליך הטיפול. שאלון זה אינו יוצר הבחנה בין שלבי האשפוז השונים אלא מתייחס לתפיסת כל תקופת האשפוז. היות והגישה ממוקדת המשפחות שיושמה במרכזי בריאות הנפש כללה פרוטוקול לגבי דרכי הפעולה של חברי הצוות בשלושה שלבים שונים: בתחילת האשפוז, במהלכו ולקראת השחרור נערכו התאמות במבנה השאלון והוא חולק לשלושה חלקים בהתאם לפרוטוקול. לכן, המרכיבים שנכללו בשאלון של יורטוסון ושות' נכללו בכל אחד מהחלקים הבוחן את שלבי האשפוז השונים: (שלב הקבלה, שלב האשפוז וההכנה לשחרור). כך למשל נעשו התאמות בפריט המתייחס להבעת העניין של אנשי הצוות לשלבי האשפוז השונים: הניסוח בשלב הקבלה לאשפוז הנו: "אנשי הצוות המקצועי הביעו התעניינות בשלב הקבלה במידע שיש לי על בן/בת המשפחה החולה.", בשלב האשפוז: "אנשי הצוות הביעו עניין במהלך בניית התכנית הטיפולית במידע שיש לי על בן/בת המשפחה החולה", ובשלב השחרור "אנשי הצוות הביעו התעניינות במהלך בניית תכנית השחרור בידע שיש לי על בן/בת המשפחה החולה." שאלון זה כולל 39 פריטים שהוערכו באמצעות סולם מסוג ליקרט עם טווח תשובות 1 = בכלל לא, 5 = במידה רבה. מהימנות פנימית גבוהה, בין 820-930. נמצאה לשלושת חלקי השאלון.

תפיסת המשפחות את המידה בה מיושם מודל ממוקד משפחות. Family Centered Care Modified (LaVela, Turcios, Malhiot, Etingen, Hill & Miskevics) הנו שאלון שפותח על בסיס ה-FCCS (Family Centered Care Survey). הוא בוחן שלושה תתי סולמות, יחס מכבד ומשתף של חברי הצוות (6 פריטים), ערוב ושיתוף פעולה עם הצוות (9 פריטים) והתמיכה של הצוות (5 פריטים). הפריטים הוערכו באמצעות סקאלה מסוג ליקרט בטווח של 1-4, 1=בכלל לא, 4=תמיד. שאלון זה מרחיב ומשלים את ההיבטים הכלולים בשאלון על תפיסת המשפחות את טיב הקשר עם אנשי המקצוע ואת רצף הטיפול.

שביעות הרצון מהטיפול. שביעות רצון חברי המשפחה מהשירות שהם קיבלו והקשר עם הצוות הטיפולי נבחן באמצעות שאלון שביעות רצון - Client/Patient Satisfaction (Larsen, Clifford, Hageaves, & Nguyen 1979). שאלון זה (CSQ) כולל שמונה פריטים המתייחסים למידת שביעות הרצון מהתמיכה שהתקבלה מהצוות, התאמת השירות הניתן לצרכי חברי המשפחה, מידת המקצועיות של אנשי הצוות, איכות השירות שהתקבל, שביעות הרצון ממידת העזרה שהתקבלה ומתוצאותיו. שאלון זה הוכח במהלך השנים כבעל מהימנות פנימית גבוהה שנעה במחקרים שונים בין 83. - 93. טווח התשובות לשאלות הוא בין 1 = די לא מרוצה או לא עזר (אפשרות התשובה היא בהתאם לנוסח השאלה) - 4 = מאוד מרוצה או עזר מאוד

מדדי תוצאה של המצב של חברי המשפחה המטפלים

מדד להערכת בריאות SF12. שאלון להערכת הבריאות הפיזית והנפשית הנו נוסח מקוצר של ה-SF36 (Ware, Kosinski & Keller, 1996). השאלון כולל 12 פריטים, שישה מהם מעריכים את הבריאות הפיזית (PCS) ושישה את הבריאות הנפשית (MCS). שאלון זה יושם במחקרים רבים ונמצא שהוא בעל מהימנות ותוקף טובים. ציונים גבוהים יותר מצביעים על בריאות טובה יותר.

המצב הנפשי של חברי המשפחה. הוערך באמצעות ה-Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) שפותח לבחינת חרדה ודיכאון (Zigmond & Snaith, 1983). מדובר בשאלון למילוי עצמי המורכב מ-14 פריטים המחולקים לשני תתי סולמות. שבעה פריטים לבחינת חרדה (HADS-A) ושבעה לבחינת דיכאון (HADS-D). כל אחד מתתי הסולמות כולל סימפטומים להערכת מידת החרדה (למשל, הערכת מידת המתח, דאגה רבה, התקפות פניקה, תחושת פחד) והדיכאון (למשל: מידת העניין בדברים כפי שהיה בעבר, יכולת לצחוק ולראות את הצד המצחיק בדברים, מידת האופטימיות). הערכת הפריטים היא על סקאלה של 0 - 4 (=0 בכלל לא, 4 לעתים קרובות מאוד). השאלון פותח במקור להקשר של בתי חולים. מחקרים רבים יישמו אותו במסגרות קליניות כולל עם חברי משפחה של חולים. הוא תוקף עם שאלונים אחרים למילוי עצמי כמו ה-General Health Scale ונמצא עם רמת תוקף גבוהה. דרגת החומרה של כל תת סולם מחולקת ל: נורמלי (0-7), מתון (8-10), בינוני (11-14), חמור (15-21).

שאלון להערכת תפיסת מתחים The Perceived Stress Scale (Cohen; Kamarck & Mermelstein 1983)

שאלון זה הנו שאלון נפוץ לבחינת המידה בה מצבי חיים נתפסים כגורמים למתחים. השאלון כולל 10 פריטים והוא נועד לזהות כיצד נתפסים מצבים שאינם צפויים או

שניתן לשלוט בהם. הוא כולל שני תתי סולמות תפיסת מסוגלות עצמית להתמודד עם מתחים ותפיסת חוסר אונים להתמודד עם מתחים.

תפיסת השליטה בחיים (Pearlin et al. 1981) The Mastery Scale בוחן את המידה בה חברי משפחה מרגישים שיש להם שליטה לגבי אירועים בחייהם. השאלון הכולל 7 פריטים, למשל "אני יכול לעשות כל דבר שאני חושב עליו", "אין באמת דרך בה אני יכול לפתור חלק מבעיותיי. הערכת הפריטים היא באמצעות סולם מסוג ליקרט 1 = מאוד לא מסכים ו-4 = מסכים מאוד.

מסוגלות עצמית של חברי המשפחה למצוא מענים לבן/בת המשפחה אחרי השחרור שאלון זה פותח במקור לחברי משפחה המטפלים בקשישים עם דמנציה (Fortinsky, Kercher, Burant, 2002). הוא כולל תשעה פריטים כשטוח התשובות עבורם 1-10. (1 = לחלוטין לא בטוח, 10 = בטוח מאוד). כל השאלות מתחילות עם השאלה באיזו מידה את/ה בטוח/ה ש... השאלון כולל שני חלקים: 1. מסוגלות לנהל סימפטומים של בן/בת המשפחה המתמודד עם מחלה נפשית, למשל: "מסוגלות להתמודד עם התסכולים והקשיים של הטיפול בבן/בת המשפחה החולה" ו-2. מסוגלות למצוא שירותי תמיכה ומענים לקשיי בן/בת המשפחה החולה, למשל, "מסוגלות לקבל מענה לכל השאלות אודות הטיפול בבן/בת המשפחה החולה."

שאלון העצמה משפחתית Family Empowerment Scale

(Singh, Curtis, Ellis, Nicholson, Villani, & Wechsler, 1995)

שאלון זה פותח להעריך את מידת תפיסת ההעצמה של חברי משפחה של ילדים עם מוגבלות נפשית. נעשה שימוש בשני תתי סולמות משאלון זה. ידע ויכולת. החלק על ידע של חברי המשפחה מתייחס לידע כיצד ליצור קשר ולשתף פעולה עם שירותי שיקום על מנת לקדם את המצב של בן/בת משפחתם. החלק של יכולת מתייחס לתפיסת היכולת של חברי המשפחה לסייע לחבר משפחתם החולה. חברי המשפחה העריכו את התשובות על סקאלה של 1-5. המהימנות פנימית גבוהה נמצא לתתי הסולמות בשאלון זה (78. – 89 יש לבדוק זאת).

מדדי תוצאה של בן/בת המשפחה המתמודד/ת עם מחלה נפשית. חלק זה הועבר לאחר השחרור מאשפוז הוא בחן את משך האשפוז האחרון, מספר האשפוזים החוזרים לאחר 30 יום, מהם השירותים הטיפוליים מהם בן/בת המשפחה

מקבל סיוע, עד כמה הקשר עם שירותי בריאות הנפש היה סדיר מאז השחרור מאשפוז. כמו כן תיבחן. סדירות לקיחת תרופות פסיכיאטריות באמצעות פריט שנלקח מכלי מחקר על התמדה בלקיחת תרופות (Wagner et. al. 2000) ובכמה ימים למיטב ידיעתם חבר המשפחה המתמודד עם מחלה נפשית לקח תרופות במהלך החודש האחרון.

שאלות פתוחות. ארבע שאלות פתוחות נכללו בשאלו על מנת לאפשר לחברי המשפחה להביע את תפיסתם לגבי הקשר עם אנשי המקצוע במחלקות: התחומים בהם המפגשים עם אנשי המקצוע עזרו להם בשלבי האשפוז השונים, שינויים שהם היו רוצים לראות בקשר עם אנשי מקצוע במהלך האשפוז, האם היו הבדלים בין האשפוז במהלכו נערך המחקר לבין אשפוזים קודמים והאם יש להם מחשבות נוספות לגבי ההתנסות שהייתה להם בקשר עם אנשי המקצוע במהלך האשפוז. השאלה האחרונה נכללה הן בשאלון שהועבר במהלך האשפוז והן בשאלון שהועבר אחרי השחרור.

הליך המחקר

השאלונים תורגמו מאנגלית לעברית ונעשה תרגום חוזר לאנגלית על מנת לבדוק את מהימנות התרגום. פיילוט טסט נערך עם 15 חברי משפחה שבני/בנות משפחותיהם היו מאושפזים בעבר לבחינת תוקף התוכן והתוקף הנראה של הפריטים בשאלון זה. אנשי הצוות נתנו לאנשים שאושפזו במחלקה הפסיכיאטרית בה הם עובדים הסבר ראשוני על המחקר וביקשו את הסכמתם ליצור קשר עם חברי משפחתם. הם הדגישו שסירוב להשתתף במחקר לא ישפיע על קבלת השירותים במרכז לבריאות הנפש. לאחר מכן הם יצרו קשר עם חברי משפחתם וביקשו את הסכמתם להשתתף במחקר. עוזרי מחקר יצרו קשר עם חברי משפחה שהסכימו להשתתף במחקר הסבירו להם על המחקר ועל כך שהשאלונים ימולאו ללא פרטים מזהים פרט למספר שיאפשר לקשר בין השאלונים בהעברה ראשונה לבין השאלונים בהעברה שנייה. העברת השאלונים לחברי המשפחה הייתה על פי בחירת חברי המשפחה במקום נוח עבורם שאפשר פרטיות להעברתם. חלקי השאלון שהועברו רק בהעברה שנייה הם אלה על מדדי התוצאה של בן/בת המשפחה המתמודד עם מחלה נפשית, שאלון ההערכה של המידה בה יושם מודל ממוקד משפחות בקשר עם אנשי מקצוע ושאלון על שביעות רצון של חברי המשפחה מהקשר עם הצוות הטיפולי. המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של האוניברסיטה העברית וכמו כן את אישור האתיקה של משרד הבריאות. היות והמחקר התנהל בתקופת הקורונה חלו עיכובים בקידום המחקר, בפרט בקביעת מועדים להכשרות שהתקיימו עם חברי הצוות. זאת עקב

מקרים חוזרים ונשנים של חברי צוות שנאלצו להיות בבידוד. כמו כן היו לעיתים מגבלות על יכולת חברי המשפחה לבקר במרכזי בריאות הנפש.

ממצאים

פרטי רקע של קבוצת הביקורת

שבעים וחמישה חברי/ות משפחה השתתפו בקבוצת הביקורת בהעברה ראשונה (במהלך האשפוז) ו-45 בהעברה חוזרת. עשרים ושישה (מתוך 75) הם גברים (34.7%) ו-49 הם נשים (65.3%). הגיל הממוצע של המשתתפים $M=48.81$ ($SD=12.075$). רוב המשתתפים הם ילידי ישראל (53.4%) או ברה"מ לשעבר (13.7%). רובם נשואים (63.5%), יהודים (91.7%), ועובדים משרה מלאה (62.5%) או חלקית (20.8%). רוב המשתתפים הגדירו את מצבם הכלכלי ממוצע (71.2%). הקרבה המשפחתית של המשתתפים למרואיינים נחלקה ל-אם (46.7%), אב (12%), אח/אחות (24%), בן/בת זוג (12%) וילדים (5.3%). הקטגוריות המרכזיות של תדירות הפגישות של בני המשפחה עם אנשי המקצוע במחלקות במהלך האשפוז הן: 20.6% לא נפגשו אף פעם עם אנשי המקצוע, 20.6% פעם אחת, 33.3% פעמיים עד שלוש, 67.1% מקרובי המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית הם גברים ו-32.9% הם נשים, גילם הממוצע $M=36.20$ ($SD=13.41$), 42.7% מהם אושפזו מעל שלוש פעמים במרכזי בריאות נפש, ועבור 29.3% האשפוז בתקופת המחקר הנו האשפוז הראשון (16% פעמיים ו-12% שלוש פעמים). ממוצע ימי האשפוז בתקופת המחקר $M=33.39$ ($SD=60.062$). האבחנות העיקריות שדווחו על-ידי קרובי המשפחה הן: סכיזופניה 58%, מאניה דפרסיה 16.9%, דיכאון, 11.9% והפרעות אכילה 8.5%. גיל קרובי המשפחה הממוצע בזמן פריצת המחלה, $M=23.636$ ($SD=8.30$). רוב בני המשפחה המאושפזים (57.3%) גרים בתקופות שהם לא מאושפזים עם הוריהם, 17.3% עם בן/בת זוג, 14.7% לבד ו-2.7% במסגרת טיפולית/שיקומית; 73% הוכרו כבעלי נכות נפשית על-ידי המוסד לביטוח לאומי. האשפוז של 63% היה בהסכמה, 24.7% אשפוז כפוי ו-15.1% באמצעות צו אשפוז. חברי המשפחה העריכו את ההיענות לטיפול של 78.9% כהיענות מלאה ושל 21.1% כחלקית.

פרטי רקע של קבוצת ההתערבות

תשעים ושלושה חברי/ות משפחה השתתפו בקבוצת ההתערבות בהעברה ראשונה של השאלונים (במהלך האשפוז) ו-63 בהעברה חוזרת (אחרי השחרור). שלושים וארבעה מהם גברים (36.6%) ו-59 נשים (63.4%). הגיל הממוצע של המשתתפים $M=48.98$ ($SD=14.932$). רוב המשתתפים הם ילידי ישראל (64.8%). נשואים (73.1%) ויהודים (91.7%). 49.4% עובדים במשרה מלאה, 16.1% במשרה חלקית ו-

13.8 דיווחו שהם בגמלאות. רוב המשתתפים הגדירו את מצבם הכלכלי ממוצע (75.6%). הקרבה המשפחתית של המשתתפים למרואיינים נחלקה ל-אם (38.5%), אב (12.1%) אח/אחות (16.5%), בן/בת זוג (25.3%) וילדים (6.6%). הקטגוריות השכיחות של דיווח על תדירות הפגישות של חברי המשפחה עם אנשי המקצוע במחלקות הן: 8.7% לא נפגשו אף פעם עם אנשי המקצוע, 23.9% פעם אחת במהלך האשפוז, 30.4% פעמיים עד שלוש במהלך האשפוז ו- 21.7% מעל 3 פעמים במהלך האשפוז, 10.9% כמעט כל יום. 57% מקרובי המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית הם גברים ו- 43% נשים. גילם הממוצע $M = 36.96$ ($SD = 14.36$), 36% מהם אושפזו מעל שלוש פעמים במרכזי בריאות נפש, עבור 13.5% מדובר באשפוז שלישי, עבור 28.1% אשפוז שני ועבור 22.5% האשפוז בתקופת המחקר הנו האשפוז הראשון. ממוצע ימי האשפוז בתקופת המחקר $M = 29.34$ ($SD = 31.69$). האבחנות העיקריות שדווחו על-ידי קרובי המשפחה הן: סכיזופניה 47%, מאניה דפרסיה 26.3%, דיכאון, 12.3% וחרדות 5.3%. גיל קרובי המשפחה הממוצע של קרובי המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית בזמן פריצת המחלה, $M = 24.738$ ($SD = 11.29$). רוב בני המשפחה המאושפזים (41.8%) גרים בתקופות שהם לא מאושפזים עם הוריהם או עם עם בן/בת זוג 29.7%, 20.9% לבד ו- 5.5% במסגרת טיפולית/שיקומית, 73% הוכרו כבעלי נכות נפשית על-ידי המוסד לביטוח לאומי. האשפוז של 56.7% היה בהסכמה, 36.7% אשפוז כפוי ו- 6.7% באמצעות צו אשפוז. חברי המשפחה העריכו את ההיענות לטיפול של 84.3% כהיענות מלאה ושל 13.5% כחלקית.

בהשוואה של פרטי הרקע בין הקבוצות ומבחנים א-פרמטרים לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים מובהקים.

השוואה בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת בשתי נקודות הזמן של העברת השאלונים

השוואה נערכה בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת לגבי ממצאי ההעברה הראשונה של השאלונים (במהלך האשפוז) וההעברה השנייה (לאחר השחרור) באמצעות מבחן t לשני מדגמים בלתי תלויים. לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים משמעותיים לגבי רוב ממוצעי הפריטים של שאלוני מדדי התהליך (הקשר עם הצוות) והתוצאה של חברי המשפחה המטפלים (מדד להערכת בריאות ובריאות פיזית, SF12, שאלון שליטה-Pearlin Mastery Scale, שאלון מסוגלות משפחתית ו-The Perceived Stress Scale).

ההבדלים הסטטיסטיים המשמעותיים שנמצאו הם בהשוואת סולם החרדה מתוך ה- Hospital Anxiety and Depression Scale. נמצאה בהעברה שנייה (התקופה לאחר השחרור) רמה נמוכה יותר של חרדה בקבוצת ההתערבות: ($t(106)=2.531, p<.05$), הממוצע של המשתתפים בקבוצת ההתערבות ($M=1.687, SD=.0547$) נמצא נמוך מהממוצע של המשתתפים בקבוצת הביקורת ($M=1.970, SD=0.844$).

בהשוואת ממצאי סולם הידע בשאלון ההעצמה בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת באמצעות מבחן t לשני מדגמים בלתי תלויים נמצאה רמה נמוכה יותר של ידע בקבוצת הביקורת הן בהעברה ראשונה והן בשנייה. הבדלים מובהקים נמצאו בהעברה ראשונה ($t(166)=2.699, p<.01$) כשהממוצע של המשתתפים בקבוצת ההתערבות ($M=3.394, SD=.711$) נמצא גבוה מהממוצע של המשתתפים בקבוצת הביקורת ($M=3.067, SD=0.8444$). לאחר השחרור נמצאו קרובים למובהקות סטטיסטית ($t(106)=1.951, p=.054$) כשהממוצע של המשתתפים בקבוצת ההתערבות ($M=3.448, SD=.669$) נמצא גבוה מהממוצע של המשתתפים בקבוצת הביקורת ($M=3.171, SD=0.844$).

בהשוואת הפריטים הבודדים של שאלון הערכת הקשר עם אנשי המקצוע בין קבוצת ההתערבות לקבוצת הביקורת באמצעות מבחן t לשני מדגמים בלתי תלויים נמצאו הבדלים לגבי שני פריטים:

הממוצע של הפריט "למידע שמסרתי לצוות ניתנה חשיבות בבניית התכנית הטיפולית של בן/בת המשפחה" ($t(166)=3.66, p<.001$) נמצא גבוה בקרב המשתתפים בקבוצת ההתערבות ($M=2.58, SD=1.11$) מהממוצע של המשתתפים בקבוצת הביקורת ($M=1.94, SD=1.04$).

הממוצע של הפריט "התקשיתי למצוא אנשי צוות שהיו מוכנים להתייחס לקשיים שחוויתי במהלך האשפוז של בן/בת המשפחה" ($t(165)=2.192, p<.05$) נמצא גבוה בקבוצת הביקורת ($M=3.17, SD=1.400$) מהממוצע של המשתתפים בקבוצת ההתערבות ($M=2.70, SD=1.309$).

בהשוואת שני פריטים במדדי התוצאה של בן/בת המשפחה עם מחלה נפשית לאחר השחרור באמצעות מבחן Chi Square נמצאו הבדלים סטטיסטיים מובהקים בשיעור לקיחת התרופות ($\chi^2(1)=13.517, p<.001$) שיעור לקיחת התרופות הפסיכיאטריות עמד על 95% בקרב מי שהשתתפו בתכנית לעמת 67.4% בקרב אלה שלא השתתפו בתכנית. הבדלים הקרובים למובהקים סטטיסטית נמצאו לגבי סדירות הקשר עם שירותי בריאות הנפש בקהילה. ($\chi^2(1)=3.807, p=0.051$), 70% מבני/בנות

המשפחה עם מחלה נפשית של חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות הגיעו לכל או רוב המפגשים עם שירותי בריאות הנפש בהשוואה ל- 44% בקרב קבוצת הביקורת.

השוואת השינוי שחל במדדי התוצאה של חברי המשפחה המטפלים בין ההעברה הראשונה לשנייה

השוואה של ההבדלים בהערכות המשתתפים את מדדי הבריאות הפיזית והנפשית, תפיסת העצמה המשפחתית והמסוגלות המשפחתית בין שתי נקודות הזמן של העברת השאלונים [שאלון SF12, שאלון תפיסת חרדה ודיכאון (Hospital Anxiety and Depression Scale), שאלון שליטה בחיים, שאלון מסוגלות המשפחתית, שאלון הערכת תפיסת מתחים, ושאלון ההעצמה המשפחתית] נעשתה על ידי חישוב ההבדלים בתוצאות של כל אחד מממצאי השאלונים בין ההעברה הראשונה לבין העברה השנייה. (The Difference Score) והשוואה בין הקבוצות באמצעות מבחן t לשני מדגמים בלתי תלויים. לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים משמעותיים בהשוואה זו. מבחן נוסף לבחינת השינוי של מדדי הבריאות הפיזית, הנפשית, תפיסת העצמה והמסוגלות של חברי המשפחה המטפלים נערך באמצעות מבחני One Way.Ancova כשהמשתנה התלוי הוא חישוב ההבדלים בין התוצאות בהעברה ראשונה ושנייה (מידת השינוי בתוצאות בין העברה ראשונה לשנייה) והמשתנה המפקח הוא ממוצע התוצאות של כל שאלון בהתחלה. כמו כן נבדק הקשר עם משתנים מפקחים נוספים, משתני התהליך הבוחנים את הקשר בין חברי המשפחה לאנשי הצוות (שאלון הערכת הקשר עם אנשי המקצוע, שאלון הערכת המידה בה ההתערבות ממוקדת משפחות, שאלון שביעות רצון מהקשר עם אנשי מקצוע ושני פריטים הבוחנים את המידה בה ההסברים של הצוות חיזקו את המוכנות של חברי המשפחה להתמודד עם הקשיים ומידת הזמינות של הצוות המקצועי). גם בהשוואה זו לא נמצאו הבדלים בין הקבוצות.

הקשר בין מדדי התהליך למדדי התוצאה

בחינת הקשר בין המשתנים התמקדה בקשר בין משתני התהליך לבין שני משתני תוצאה של חברי המשפחה, המשתנים המתמקדים בתפקוד שלהם כמטפלים בבן/בת המשפחה עם מחלה נפשית (מסוגלות משפחתית והעצמה משפחתית) וכמו כן בקשר בין משתני התהליך לבין שני משתני תוצאה של בן/בת המשפחה המתמודדת עם מחלה נפשית לאחר השחרור (סדירות הקשר עם שירותי בריאות הנפש וסדירות לקיחת תרופות).

הקשר בין משתני התהליך לבין שאלון המסוגלות המשפחתית

נמצאו קורלציות חיוביות חזקות ($p < .01$) בקבוצת ההתערבות בהעברה ראשונה (במהלך האשפוז) בין החלקים של שאלון הקשר עם אנשי מקצוע של תתי הסולמות 'יחס מכבד והסברים', ו'קבלה ושיתוף בידע עם בני המשפחה' לבין תתי הסולמות של שאלון המסוגלות המשפחתית: ' יכולת חברי המשפחה לנהל את הקשיים של בן המשפחה החולה' ו'היכולת למצוא שירותי תמיכה וסיוע עבור בן/בת המשפחה'. לעמת זאת, נמצא יחס שלילי בין תת הסולם 'תחושת זרות של חברי המשפחה בתקופת האשפוז' לבין שני תתי סולמות אלה. כלומר שכלל שהערכת המשתתפים את הקשר עם אנשי המקצוע גבוה יותר כך הם העריכו באופן גבוה יותר את תפיסת המסוגלות וככל שתפיסת הזרות במהלך האשפוז גבוהה יותר כך הם העריכו נמוך יותר את תפיסת המסוגלות. כמו כן, נמצאו קורלציות חיוביות חזקות בקבוצת ההתערבות בין שני חלקי שאלון המסוגלות לבין חלקי השאלון של 'התערבות ממוקדת משפחות': 'שיתוף פעולה' ו-'תמיכה של אנשי המקצוע'. 'וכמו כן עם ממוצע שאלון שביעות הרצון מהקשר המקצועי עם אנשי המקצוע וממידת הזמינות של הצוות המקצועי.

לעמת קבוצת ההתערבות כמעט ולא נמצאו קורלציות מובהקות בקבוצת הביקורת בין תת הסולם בשאלון המסוגלות של ' יכולת בני המשפחה לנהל את הקשיים של בן/בת המשפחה' בהעברה ראשונה לבין תתי הסולמות של שאלון הקשר עם אנשי מקצוע. כמו כן לעמת קבוצת ההתערבות, לא נמצאו קורלציות מובהקות בין החלק של ' יכולת חברי המשפחה לנהל את הקשיים של בן/בת המשפחה' בשאלון המסוגלות בהעברה החוזרת לבין ממוצעי חלקי השאלון של התערבות ממוקדת משפחות. הבדל נוסף בין הקבוצות הוא שהפריט הבוחן את התפיסה ש'ההסברים חיזקו את המוכנות של חברי המשפחה להתמודד עם הקשיים' נמצא בקורלציה חזקה לחלקי שאלון המסוגלות הן בהעברה ראשונה והן בהעברה החוזרת בקבוצת ההתערבות אך לא בקבוצת הביקורת.

הקשר בין משתני התהליך לבין שאלון ההעצמה המשפחתית

דפוסים דומים של קשרים מובהקים חזקים נמצאו הן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת בבחינת הקשר בין ממצאי שאלון ההעצמה המשפחתית לבין ממוצעי שאלון הערכת הקשר עם אנשי מקצוע ושאלון התערבות ממוקדת משפחות. נמצאו בשתי הקבוצות בהעברה ראשונה (בתקופת האשפוז) קשרים מובהקים חזקים בין תתי הסולמות של שאלון ההעצמה ('הידע של משפחות לדאוג לצרכים והמענים של בן/בת המשפחה' ו'תפיסת היכולות של המשפחות להתמודד עם הקשיים') לבין תתי הסולמות של שאלון הערכת הקשר 'יחס מכבד והסברים' ו-'שיתוף'. " לעמת זאת קשר שלילי נמצא בין תתי הסולמות של שאלון ההעצמה לבין תתי הסולם של 'הרגשת זרות' של חברי המשפחה בשלבי האשפוז השונים'. כמו כן נמצאו בשתי הקבוצות קשרים מובהקים חזקים בין הממוצעים של תת הסולם של 'ידע של המשפחות לדאוג לצרכים והמענים של בן/בת

המשפחה' בשאלון ההעצמה לבין ממוצעי תתי הסולמות של שאלון הערכת התערבות ממוקדת משפחות: 'שיתוף פעולה' ו'תמיכה' בשלב ההעברה השנייה (אחרי השחרור מאשפוז).

בדומה לשאלון המסוגלות הפריט 'התפיסה שהסברים חיזקו את המוכנות של חברי המשפחה להתמודד עם הקשיים' נמצא בקורלציה חזקה למשתני שאלון ההעצמה הן בהעברה ראשונה והן בהעברה שנייה בקבוצת ההתערבות אך לא בקבוצת הביקורת.

. הקשר בין תדירות הפגישות של הצוות המקצועי עם המשפחות בתקופת האשפוז לבין הערכת

מידת היות ההתערבות ממוקדת משפחות

קשר מובהק חזק נמצא בקבוצת ההתערבות בין תדירות הפגישות של הצוות במחלקות לבין של שאלון ההתערבות ממוקדת המשפחות (קשרים מובהקים נמצאו עם הממוצע של כלל השאלון ועם תתי הסולמות של שאלון זה). לא נמצאו קשרים מובהקים חזקים בין משתנים אלה בקבוצת הביקורת.

טבלה מספ' 1 הקשר בין תדירות הקשר עם הצוות למין ממוצע הערכת התערבות ממוקדת משפחות

קבוצת התערבות תדירות הקשר עם הצוות	קבוצת ביקורת תדירות הקשר עם הצוות	
.413**	.016	ממוצע כלל שאלון התערבות ממוקדת משפחות
.409**	.046	ממוצע תתי הסולמות יחס מכבד

שיתוף פעולה	.102	.378**
תמיכה	-.174	.330**

** $p < .01$

השוואה תוך קבוצתית

הממצאים מצביעים בהשוואה תוך קבוצתית של ממצאי קבוצת הביקורת על הבדלים מובהקים בחלק הבוחן את הבריאות הנפשית בשאלון SF12 בין ההעברה הראשונה להעברה החוזרת ($t(106)=2.075, p<.05$). הממוצע בהעברה ראשונה ($M=36.46, SD=12.982$) נמצא נמוך מהממוצע של המשתתפים בהעברה החוזרת ($M=40.40, SD=14.243$). הבדלים מובהקים בשאלון הבריאות הנפשית נמצאו גם בקבוצת ההתערבות. בין ההעברה הראשונה להעברה החוזרת ($t(106)=2.145, p<.05$). הממוצע בהעברה ראשונה ($M=34.46, SD=11.126$) נמצא נמוך מהממוצע של המשתתפים בהעברה החוזרת ($M=39.08, SD=12.292$). היות וציונים גבוהים יותר מצביעים על בריאות נפשית גבוהה יותר על פי שאלון זה, בשתי המקרים הערכה של בריאות נפשית טובה יותר נמצאה בהערכה לאחר השחרור של בן/בת המשפחה מאשפוז.

הבדלים מובהקים נמצאו בקבוצת ההתערבות בחלק הבוחן חרדה בשאלון Hospital Anxiety and Depression Scale. הממוצע בהעברה ראשונה ($M=1.964, SD=.701$) נמצא גבוה מהממוצע של המשתתפים בהעברה החוזרת ($M=1.687, SD=.574$). כלומר שממוצע חרדה גבוה יותר נמצא בקרב חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות בתקופת האשפוז לעומת תקופת השחרור.

ממצאי מדדי התהליך

היות ומדובר במחקר שבחן מודל התערבות נערכה גם בדיקה תוך קבוצתית של מדדי התהליך

שאלון הערכת הקשר בין אנשי המקצוע במחלקה לבין חברי המשפחה

ממוצעי הפריטים של כל אחד מחלקי השאלון מצביעים על ממוצעים בינוניים (בטווח של 1-5, ראה טבלה) הן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת בחלק הבוחן את היחס המכבד וההסברים של אנשי הצוות בשלב הקבלה ובשלב האשפוז. יחד עם זאת, בשלושת שלבי האשפוז ממוצע הפריטים הן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת של תת הסולם של 'יחס מכבד והסברים' נמצא גבוה באופן

מובהק סטטיסטית מזה של 'התחשבות בדעות של חברי המשפחה ושיתופם' (קבוצת ההתערבות); שלב הקבלה $t=7.544, p<.001$, שלב האשפוז $t=5.354, p<.001$, שלב השחרור $t=5.0265, p<.001$; קבוצת הביקורת: שלב הקבלה $t=4.609, p<.001$, שלב האשפוז $t=6.386, p<.001$). ממוצע בינוני של תחושת ניכור של חברי המשפחה נמצאה בשתי הקבוצות בכל שלושת שלבי האשפוז.

טבלה מספ' 2. ממוצעי שאלון הערכת הקשר עם אנשי מקצוע

	קבוצת ביקורת M (SD)	קבוצת התערבות M (SD)
שלב הקבלה		
יחס מכבד והסברים	2.538 (1.014)	2.646 (0.942)
התחשבות ושיתוף	2.078 (1.013)	2.066 (0.966)
ניכור	2.839 (1.046)	2.816 (1.241)
שלב האשפוז		
יחס מכבד והסברים	2.489 (0.996)	2.558 (0.922)
התחשבות ושיתוף	1.980 (1.016)	2.155 (0.892)
ניכור	2.728 (1.065)	2.858 (1.156)
שלב השחרור		
יחס מכבד והסברים	2.026 (0.997)	2.352 (1.064)
התחשבות ושיתוף	2.045 (1.065)	2.024 (0.955)
ניכור	2.876 (1.157)	2.815 (1.257)

בחינת מדרג הפריטים בתוך כל סולם מצביעה על כך שהן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת 'הפריט קבלת יחס מכבד מאנשי הצוות' נמצא גבוה באופן משמעותי מהפריטים האחרים בשאלון, כולל הפריטים המתייחסים למתן הסברים בתת הסולם 'יחס מכבד והסברים'. הממוצעים הנמוכים ביותר בשתי הקבוצות הם של פריטים הכלולים בסולם 'התחשבות בדעות ומחשבות של חברי המשפחה ושיתוף'. מדובר בפריטים המתייחסים לתשומת הלב של חברי הצוות לצרכי הסיוע של חברי המשפחה המטפלים, למידע שיש להם על בן/בת המשפחה החולה, לדאגות והחששות של בני המשפחה ולטיב הקשרים וההתמודדות בתוך המשפחה עם מצב בן/בת המשפחה.

תפיסת המשפחות את המידה בה מיושם מודל ממוקד משפחות, Family Centered Care Modified (LaVela, Turclos, Malhiot, Etingen, Hill & Miskevics).

שאלון זה כלל שלושה תתי סולמות, יחס מכבד, שיתוף פעולה ותמיכה של אנשי הצוות. השאלון הועבר לאחר השחרור מאשפוז. לא נמצאו הבדלים סטטיסטיים מובהקים בהשוואה של ממוצעי הפריטים של תתי הסולמות ובהשוואה של ממוצע הפריטים של כל השאלון.

טבלה 3, הערכת יישום מודל ממוקד משפחות

קבוצת ביקורת M (SD)	קבוצת התערבות M (SD)	
2.349 (0.635)	2.239 (0.548)	כלל השאלון
2.677 (0.758)	2.442 (0.676)	יחס מכבד
2.429 (0.705)	2.387 (0.578)	שיתוף פעולה
1.898 (0.671)	1.819 (0.609)	תמיכה

• טווח תשובות 1 – 4.

בדומה לשאלון הבוחן את הערכת הקשר של חברי המשפחה עם אנשי המקצוע ממוצע נמוך נמצא הן בקבוצת ההתערבות והן בקבוצת הביקורת לפריטים המתייחסים למידה בה הצוות קשוב לצרכים והדאגות של חברי המשפחה. פריטים אלה כלולים בתת הסולם 'תמיכה של חברי המשפחה'. היות ושאלון זה הועבר לאחר השחרור מאשפוז הוא מספק נקודת מבט לגבי תפיסת חברי המשפחה את כל תקופת האשפוז.

שביעות רצון של חברי המשפחה מהשירות שהם קיבלו במהלך האשפוז

ממוצעים בינוניים נמצאו לגבי שביעת הרצון של חברי המשפחה (קבוצת ביקורת M=2.75, SD=0.84, קבוצת התערבות M=2.63, SD=0.73, טווח 1-4). לא נמצאו הבדלים בהשוואה בין קבוצת ההתערבות וקבוצת הביקורת בהשוואת ממוצע ציוני שאלון שביעות הרצון.

הממצאים האיכותניים

הממצאים האיכותניים מצביעים על מרכיבים בקשר עם הצוות המקצועי אותם המשתתפים תופסים כמסייעים להם בתקופת האשפוז של בן/בת משפחתם ועל תחומים שיש לדעתם לשנות או לשפר. מרכיבים אלה באו לידי ביטוי הן בקבוצת הביקורת והן בקבוצת ההתערבות.

משתתפים הדגישו את החשיבות של המרכבים הבאים כמרכיבים שסייעו להם: זמינות של הצוות: הזמינות הודגשה כחשובה עבור חברי המשפחה, כך למשל אחד המרואיינים העריך את עצם העובדה ש "גם כשהצוות עמוס, הם מתנצלים ומבקשים ליצור קשר מאוחר יותר"; שיתוף בני המשפחה בתהליך הטיפול והתייחסות לדעות ומחשבות שלהם הנו מרכיב שהודגש במענה לשאלות הפתוחות. כמו כן הודגשה החשיבות של מתן יחס אישי לחברי המשפחה כמו למשל חברי צוות שדרשו לשלומם, או התייחסות אישית וחמה בשלב השחרור: "הייתה הארת פנים מצדם בשחרור, אחלו לו שיהיה בהצלחה ושחרור נעים, זה היה מחמם את הלב ואנושי"; כמו כן מרואיינים תיארו את החשיבות של מתן הסברים כמו למשל הסבר על התרופות הפסיכיאטריות; מרכיב נוסף שיש לו חשיבות במהלך האשפוז הנו נטיעת תקווה, "השיחות עם הצוות נטעו בי תקווה שיש עתיד לשיפור במצבו."; הכנה לשחרור, מתן מידע חיוני העוזר לחברי המשפחה לדעת איך לטפל בבני משפחתם אחרי השחרור, כמו למשל מתן מידע אודות התרופות הפסיכיאטריות או על דרכי יצירת קשר עם שירותי בריאות הנפש בקהילה.

משתתפים הדגישו את הנושאים הבאים כתחומים שיש לשנות או לשפר: מתן הסברים לחברי המשפחה בשלב האשפוז אודות המחלה והמצופה לבן/בת המשפחה באשפוז: "לקח זמן עד שישבו והסבירו לנו דבר שהקשה בימים הראשונים"; עדכון שוטף. חברי משפחה הדגישו פעמים רבות את חשיבות העדכון השוטף "קשה לנו מאוד שהצוות לא מתקשר לעדכן את המשפחה, זה אמור להיות בפרוטוקול העבודה שלהם." יש חשיבות לשתף את חברי המשפחה בתכנית הטיפול, בטיפול המיושם ובאירועים משמעותיים המתרחשים במהלך האשפוז. כמו כן הודגשה החשיבות של איש קשר קבוע עם המשפחות וגילויי יוזמה של הצוות ליצירת קשר עם חברי המשפחה בפרט לאור קשיים שחברי משפחה חוו לעיתים ליצור קשר עם חברי הצוות עקב העומס בעבודתם: "הצוות צריך להתקשר אלינו פעם ביומיים שלושה." העדכון חשוב עבורם על מנת להבין מה הטיפול הניתן לבן/בת המשפחה ומה מצבו/ה. כמו כן יש חשיבות לערב את חברי המשפחה בהליך הטיפולי ולהתחשב במידע של חברי המשפחה: "לא מתייחסים למידע שאני נותן ואני אבא שלו, אני מכיר אותו הכי טוב."; העדכון השוטף של חברי המשפחות נחוץ בין היתר להפחתת 'הלא נודע'. מספר חברי משפחה תיארו את הקושי שלהם עם מאפייני המחלקה הסגורה "הייתי מצפה שיותר ישתפו, כי בית החולים סגור, אין לי מושג מה עושים אתו כשהוא שם.", "בית החולים הפסיכיאטרי הוא מסתורין, אנשים לא יודעים מה יש שם במחלקות."; הכנה לשחרור תוארה כמרכיב נחוץ להגברת המוכנות של חברי המשפחה לטפל בבן/בת המשפחה

בקהילה. חברי משפחה סברו שיש לבצע אותו באופן המוודא שהם מבינים את ההנחיות הטיפוליות: "שיסבירו על הטיפול התרופתי ולא יסמכו על זה שהוא משתחרר ועובר לטיפול של רופא בקהילה"; 'תנאים פיזיים מתאימים לפגישות עם משפחות: עקב מאפייני המחלקות הסגורות הפגישות אתן הן לעיתים במסדרון או בעמידה מחוץ למחלקה, דבר היוצר הרגשה של חוסר פרטיות ושל הקשר לא מכבד; יצירת קשר אחרי השחרור, חברי משפחה ציפו לכך שתהיה התעניינות במצב בן/בת משפחתם אחרי השחרור. שיהיה מעקב כלשהו אחרי מצב בן/בת משפחתם: "הוא כבר משוחרר כמה שבועות ואף אחד לא התקשר לשאול מה שלומו ואיך מסתדרים אתו."

5. דיון ומסקנות

הממצאים מצביעים על העדר הבדלים סטטיסטיים משמעותיים בין קבוצת הביקורת לקבוצת ההתערבות לגבי רוב המשתנים שנבדקו במחקר וכמו כן העדר הבדלים לגבי מידת השינוי באותם מדדים שנבדקו בשתי העברות השאלונים. יחד עם זאת נמצאו מספר הבדלים בין הקבוצות המצביעים על השפעה אפשרית של תכנית ההתערבות במספר תחומים. הממצאים מצביעים על השפעה אפשרית של התכנית על המוכנות של חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות להתמודד עם הקשיים אחרי השחרור מאשפוז. רמה גבוהה יותר של 'ידע לספק מענים לבן/בת המשפחה עם מחלה נפשית' (תת סולם משאלון ההעצמה) נמצאה בקבוצת ההתערבות. מדובר בידע בתחומים כמו הצעדים שיש לנקוט כשמתעוררות בעיות, לגבי סוג המענים להם בן/בת המשפחה זקוק ולגבי שירותי הטיפול הקיימים. חיזוק להנחה אודות הקשר בין השתתפות בתכנית ההתערבות לבין המוכנות של חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות לטפל בבן/בת המשפחה ניתן לראות גם בקשר החיובי החזק שנמצא בין מידת הערכת חברי המשפחה שההסברים שהם קיבלו חיזקו את המוכנות שלהם להתמודד עם מצב בן/בת המשפחה אחרי השחרור לבין הערכת רמת המסוגלות המשפחתית והערכת רמת ההעצמה המשפחתית. ממצא נוסף המצביע על קשר בין ההתערבות לבין מידת המוכנות של חברי המשפחה הנו קשר חיובי חזק שנמצא בקבוצת ההתערבות בין משתני התהליך, (הערכת הקשר עם אנשי מקצוע במהלך האשפוז, הערכת המידה בה ההתערבות ממוקדת משפחות) לבין תפיסת המסוגלות. הממצאים מצביעים גם על מרכיבים של התערבות ממוקדת משפחות שהוערכו במידה גבוהה יותר בקבוצת ההתערבות. לכן ניתן להניח שקיים קשר אפשרי בין הערכות אלה להכשרה שאנשי הצוות בקבוצת ההתערבות עברו. הדבר בא לידי ביטוי בהערכה גבוהה יותר של הפריטים אודות 'עצם העובדה שלמידע שהם מסרו לצוות

ניתנה חשיבות בבניית התכנית הטיפולית' לצד הערכה נמוכה יותר בקבוצת ההתערבות את 'הקושי במהלך האשפוז למצוא אנשי צוות שהיו מוכנים להתייחס לקשיים שהם חוו'.

הממצאים מצביעים גם על קשר אפשרי בין יישום מודל ממוקד משפחות לבין הבריאות הנפשית של חברי המשפחה. רמה נמוכה יותר של חרדה נמצאה בקרב חברי המשפחה בקבוצת ההתערבות בהעברה שנייה לאחר השחרור. כמו כן חלה ירידה משמעותית ברמת החרדה בקרב קבוצת ההתערבות בין ההעברה הראשונה של השאלונים לשנייה. ניתן להניח שהגברת המוכנות של חברי המשפחה לטפל ולספק מענים לצרכים של חברי המשפחה אחרי השחרור יכולה לתרום לירידה בתפיסת החרדה.

ההבדלים שנמצאו בין הקבוצות במדדי התוצאה של בן/בת המשפחה עם מחלה נפשית, שיעור גבוה יותר של לקיחת תרופות באופן סדיר וסדירות גבוהה יותר של קשר עם שירותי בריאות הנפש בקבוצת ההתערבות מעידים על השפעה אפשרית של מודל התערבות ממוקדת משפחות לא רק על חברי המשפחה המטפלים. יישום המודל עשוי לתרום לשיפור רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה ובכך להשפעה גם על חברי המשפחה המתמודדים עם מחלה נפשית. ממצא זה מספק תמיכה נוספת בחשיבות יישום מודל ממוקד משפחות במהלך האשפוז.

יחס מכבד והסברים דורג גבוה יותר בשתי הקבוצות משיתוף והתחשבות בדעות חברי המשפחה. ממצאים אלה תואמים את הממצאים האיכותניים בהם חלק מהמשתתפים הדגישו את הצורך לשפר את מידת השיתוף, המעורבות וההתחשבות בדעות ובידע של חברי המשפחה. הממצאים האיכותניים מצביעים גם על חסמים שייתכן וחברי הצוות חווים ליישם מודל ממוקד משפחות כמו למשל עומס בעבודתם המגביל את האפשרות לעדכון שוטף של חברי המשפחה. כמו כן, הם מצביעים על מרכיבים שיש לשלב בעבודה ממוקדת משפחות כמו למשל, עדכון סדיר של חברי המשפחה, הפחתת 'המסתורין' שחלק מחברי המשפחה חווים לגבי האשפוז הפסיכיאטרי, מתן מידע מספק ומונגש למשפחות במהלך ההכנה לשחרור וביצוע מעקב על מצב בני המשפחה עם מחלה נפשית אחרי השחרור מאשפוז. מן הראוי לציין שהמחקר החל בתקופת הקורונה. תקופה שהגבילה את היכולת של חברי המשפחה להגיע למחלקות וגם במידה מסוימת את הפניות של חברי הצוות ליישם מודל ממוקד המשפחות.

6. המלצות לגיבוש מדיניות ולמקבלי ההחלטות. מספר מועט של מחקרים בחנו את יישומה של גישה ממוקדת משפחות במסגרות בריאות הנפש (למשל מחקרם של

כמו כן (Ewertzon, Lutzen, Svensson & Andershed, 2008, Hsiao, Lu & Tsai, 2019) קיים מחסור במחקרים הבוחנים מודל מובנה של יישום גישה ממוקדת משפחות בשלבי האשפוז השונים. המחקר הנוכחי תורם לידע המוגבל על נושא זה ומצביע על הפוטנציאל שיש למודל ממוקד משפחות מבוסס פרוטוקול שהוערך במסגרת מחקר זה. יישום המודל עשוי לתרום למניעת בעיות בקרב חברי המשפחה המטפלים ולשיפור רצף הטיפול בין האשפוז לקהילה. לכן יש חשיבות להפניית משאבים להרחבת יישום המודל במרכזי בריאות הנפש. כמו כן יש חשיבות להמשך בחינת החסמים היכולים לעכב ולהקשות על יישום המודל, לפיתוח נהלים היכולים לתרום להפחתת החסמים ולבחינת התחומים בהם יש להמשיך ולפתח את המודל ממוקד המשפחות.

7. רשימת מקורות

Addington J., Collins A., McCleery A & Addington F. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79, 77-83.

Askey R., Homshaw J., Gamble C. & Gray R. (2009) What do carers of people with psychosis need from mental health services? Exploring the views of carers, service users and professionals, *Journal of Family Therapy* 31, 310-331.

Cohen, S; Kamarck T; Mermelstein R (1983). "A global measure of perceived stress". *Journal of Health and Social Behavior*. 24 (4): 385–396.

Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley, H., Lcuksted A., Cohen M. A., Falloon I., Mueser K., Miklowitz D., Solomon, P., & Sondheim D.,(2001). *Evidence-based practices to families of people with psychiatric disabilities* *Psychiatric Services*; 52, 903–910.

Doornbos M. M.(2002) Family caregivers and the mental health care system: Reality and dreams. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(1): 39-46.

Dunst C. J., Trivette C. M. & Hamby D. W. (2007) Meta-analysis of family-centered help giving practices research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities. Research Reviews*, 13, 370-378.

Ewertzon M, Lutzen K., Svensson E., & Andershed (2008) Developing the concept of family involvement and the alienation questionnaire in the context of psychiatric care. *International Journal of Mental Health Nursing* 17: 439-449.

Fortinsky R. H., Kercher K. & Burant C. J. (2002). Measurement and correlates of family caregiver self-efficacy for managing dementia. *Aging & Mental Health*, 6(2), 153-160.

Hsiao C.Y. , Lu, H. L. & Tsai Y. F. (2019). Factors associated with primary family caregivers' perceptions on quality of family-centered care in mental health practice. *Nursing Scholarship*, 51, 680-688.

Institute for Patient- and Family-Centered Care. (2010a). Patient and family resource centers. Retrieved from <http://www.ipfcc.org/advance/topics/pafam-resource>. Html

Johnson L., Lundstrom A., Aberg-Wistedt A., & Mathe A. A.(2003) Social support in bipolar disorder: Its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5, 129-137.

Kaas, M. J., Lee, S., & Peitzman, C. (2003). Barriers to collaboration between mental health professionals and families in care of persons with serious mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, **24**, 741-756.

Keen, R. S., Muspratt S., Couzens D. (2008). The effects of an early intervention program for children with autism on parenting stress and competence. In *43rd Australian Society for the study of intellectual disability (ASSID) conference*. Melbourne, Australia.

Kings S, King G. & Rosenbaum P (2004). Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined measure of process of care (MPOC-20). *Child Health Care*, 33, 35-57.

Koroloff N.M. & Friesen B. (1997) Challenges in conducting family-centered mental health services research. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 5(3). 130-137.

Larsen, L. D, Attkison S., Hargreaves W. A., & Nguyen D. T. (1979), Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

LaVela, Sherri L., Turcios, Stephanie, Malhiot, Alex, Etingen, Bella, Hill, Jennifer N., & Miskevics, Scott. (2016). Do perceptions of family-centered care differ in older and younger family/caregivers of U.S. veterans? *Families, Systems, & Health*, Vol 34(2), 136-149. doi: 10.1037/fsh0000173

Lefley (2009). *Family psychoeducation for serious mental illness*. New York: Oxford University Press.

McFarlane, W. R., Dixon L., Lukens E., Lucksted A. (2003) Family psychoeducation and schizophrenia; A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245.

O'neil , M. E., Palisano, R. J. & Westcott, S. L. (2001) Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Physical Therapy*, 81, 8, 1412–1424.

Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H., & Ralph, R.O. (2002). Mental Health Recovery: WhatHelps and WhatHinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators. Phase One Research Report: A National Study of Consumer Perspectives on What Helps and Hinders Recovery. Alexandria VA: National Technical Assistanc~ Center for State Mental Health Planning.

Owens S. J. , Honn & Qualls S.(1997) Family stress at the time of a geropsychiatric hospitalization. *Family Relations*, 46(2), 179-185.

Pearlin, L.I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.

Perlick D. A., Rosenheck R A., Miklowitz D. J., Kaczynski R. Link B., Ketter T, Wisniewsky S., Wolff N., Sachs G., Step BD (2008). Family experience collaborative study group.. Caregiver burden and health in bipolar disorder: A cluster analytic approach. *Journal of Nervous Mental Disorder* ; 196: 484-491.

Romer, E. F. & Umbreit, J. (1998). The effects of family-centered service coordination: A social validity study. *Journal of Early Intervention*, 21, 95-110.

Shankar J. & Muthuswamy S. S. (2007). Support needs of family caregivers of people who experienced mental illness and the role of mental health services, *Families in Society*, 88(2), 302-310.

Singh N. N., Curtis W. J., , Ellis C. R., Nicholson M. W. , Villani T. M., & Wechsler H. A. (1995) Psychometric properties of the family empowerment scale. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 3(2), 85-91.

Van Schie, P. E. M., Siebes, R. C., Ketelaar, M., & Vermeer, A. (2004). The measure of process of care (MPOC): Validation of the Dutch translation. *Child: Care, Health and Development*, 30, 529-539.

Wagner J. H., Justice A. C., Chesney M., Sinclair M., Weissman S., Rodrigues-Barradas M. (2001) Patient and provider reported adherence toward a clinically useful approach to measuring antiretroviral adherence, *Journal Clinical Epidemiology*, 54, 91-98.

Ware J Jr, Kosinski M., Keller SD. A. (1996) 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-33.

Weimand B. M., Hedelin B, Hall-Lord M. L., Sallstrom C. (2011) Left alone with straining but inescapable responsibilities: Relatives' experiences with mental health services, *Issues in Mental Health Nursing*, 32, 703-710.

Zigmond & Snaith. (1983) *Hospital Anxiety scale*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67. 361-370.