

Sense of Burden and Finding Meaning through Caregiving among Primary Caregivers of Older Adults Receiving Assistance from Israeli or Foreign Formal Caregivers / תחושת נטל ומציאת משמעות בטיפול בקרב מטפלים עיקריים בבן משפחה זקן שנעזרים במטפלת פורמלית זרה או ישראלית

Author(s): , ליאת איילון, Uziel Nevo and Liat Ayalon

Source:

*Gerontology & Geriatrics* /  
גרונטולוגיה וגריאטריה

2, Special Issue: Migrant Care-Workers in Elder Care / - 2016), pp. 55-84 זרים בסינוד (תשע"ו),  
כרך גיליון מיוחד: מטפלים

Published by: Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה

Stable URL: <https://www.jstor.org/stable/24791154>

Accessed: 10-12-2019 09:23 UTC

---

Your use of the JSTOR archive indicates your acceptance of the Terms & Conditions of Use, available at <https://www.jstor.org/page/info/about/policies/terms.jsp>

JSTOR is a not-for-profit service that helps scholars, researchers, and students discover, use, and build upon a wide range of content in a trusted digital archive. We use information technology and tools to increase productivity and facilitate new forms of scholarship. For more information about JSTOR, please contact [support@jstor.org](mailto:support@jstor.org).



Israel Gerontological Society / האגודה הישראלית לגרונטולוגיה is collaborating with JSTOR to digitize, preserve and extend access to

*Gerontology & Geriatrics* / גרונטולוגיה וגריאטריה.

JSTOR

<https://www.jstor.org>

# תחושת נטל ומציאת משמעות בטיפול בקרוב מטפלים עיקריים בנן משפחה זקן שנעזרים במטפלת פורמלית זרה או ישראלית

## עוזיאל נבו וליאת איילון

בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש גבי ולואיס וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן

**רקע:** לצד התמיכה המשמעותית שניתנת לזקן מהמערכת הבלתי פורמלית – על פי רוב בני משפחה – ניכרת עלייה מתמדת בפנייה לקבלת סיוע באמצעות מטפלים פורמליים, ישראלים או זרים, במסגרת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. לקבלת סיוע זה עשויות להיות השלכות לא רק על הזקן עצמו, אלא גם על בני המשפחה המטפלים בו. מטרת המחקר הייתה לבחון אם קיימים הבדלים בתחושות החיוביות והשליליות של מטפלים עיקריים בנן משפחה זקן שנעזרים במטפלות זרות המתגוררות בבית הזקן ומעניקות לו טיפול מסביב לשעון, לבין מטפלים עיקריים שנעזרים במטפלות ישראליות כמה שעות בשבוע. כמו כן, המחקר בחן את הגורמים המנבאים את תחושת הנטל ואת מציאת המשמעות בטיפול בקרב המטפלים העיקריים.

**השיטה:** שאלונים לדיווח עצמי נמסרו למדגם נוחות של 215 בני משפחה המשמשים מטפלים עיקריים בזקן (הגיל הממוצע של המטפלים 60, 68% נשים), מתוכם 110 נעזרים במטפלת זרה ו-105 נעזרים במטפלת ישראלית.

**ממצאים:** נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בשיעור הרצון מהטיפול הפורמלי ובתחושת נטל הטיפול. אלה שנעזרים במטפלות זרות גילו שביעור רצון גבוהה יותר ותחושת נטל נמוכה יותר בהשוואה לאלה שנעזרים במטפלות ישראליות. עם זאת, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בנוגע למציאת משמעות בטיפול. שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי נמצאה גורם מתווך במחקר וכן גורם המנבא את תחושת הנטל ואת מציאת המשמעות בטיפול בקרב המטפלים העיקריים.

**מסקנות:** המחקר מצביע על כך שהטיפול הפורמלי שניתן לזקן ושביעות הרצון ממנו הם גורמים משמעותיים בחוויית הטיפול של המטפלים העיקריים בזקן, וזאת אפילו יותר מגורמים אובייקטיביים בטיפול כמו רמת המוגבלות התפקודית של הזקן. כמו כן, המחקר מראה כי בקבלת סיוע מסביב לשעון ממטפלות זרות יש משום תרומה יוצאת דופן בחשיבותה לא רק לזקן עצמו, אלא גם לבני משפחתו. במקביל תורם המחקר להכרה בחשיבות מערך הסיוע הבלתי פורמלי לזקן ובצורך במתן תמיכה וליווי לאוכלוסייה זו.

---

המאמר מבוסס על עבודת גמר של עוזיאל נבו לשם קבלת התואר "מוסמך" בבית הספר לעבודה סוציאלית על שם גבי ולואיס וייספלד, אוניברסיטת בר אילן.

## סקירת ספרות

על פי נתוני סקר הבריאות לשנת 2010, מספר הזקנים בישראל המוגבלים בביצוע פעולות היום-יום (ADL – Activity of Daily Living) נאמד בכ-180,000, כאשר רובם (87%) מתגוררים בקהילה (ברודסקי, שנור ובאר, 2012). הטיפול בזקנים אלה מתבצע על פי רוב על ידי המערכת המשפחתית (Sung, 2001; Wolf, Freedman, & Soldo, 1997). זאת כחלק מהתפיסה המסורתית של חלוקת התפקידים במשפחה, שלפיה האחריות העיקרית לטיפול בזקן מוטלת על בני משפחתו (Fujisawa & Colombo, 2009; Wiener, 2003). בן המשפחה ממלא בדרך כלל תפקיד של "מטפל עיקרי" (primary caregiver), המוגדר בספרות כדמות המרכזית שמעניקה טיפול לאדם חולה או מוגבל ודואגת לצרכיו (Gubrium, 1991) וכאדם אשר עיקר האחריות להחלטות היומיומיות ולמתן הטיפול מוטלת עליו (Canadian Study of Health and Aging Working Group, 1994).

לצד התמיכה הבלתי פורמלית שניתנת לזקן, יש עלייה מתמדת בפניות לקבלת סיוע מגורמים פורמליים, שמתבטאת בין השאר בעלייה במספר התביעות לקבלת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. במסגרת גמלת הסיעוד יכולים הזקן ומשפחתו לבחור במגוון שירותים פורמליים כמו קבלת טיפול אישי באמצעות מטפלים ישראלים או זרים, ביקור במרכז יום לקשיש, מימון שימוש במשדרי מצוקה ועוד. מספר הזכאים לגמלת סיעוד הגיע בשנת 2012 לכ-152,700 איש, שהם כ-17.6% מכלל הזקנים בישראל (המוסד לביטוח לאומי, 2013). על פי נתוני המוסד לביטוח לאומי, נכון לדצמבר 2012, 98.2% מהזכאים בחרו לנצל את זכאותם באמצעות טיפול סיעודי ביתי שניתן על ידי מטפלות,<sup>1</sup> כאשר 68.8% מהזכאים בחרו שירות זה כשירות יחיד מתוך סל השירותים ולא שילבו זאת עם שירותים אחרים שניתן לקבל במסגרת הגמלה (שם).

בעקבות תהליכי המודרניזציה אשר הביאו לשינוי במבנה המשפחה המסורתית, לירידה בשיעורי הילודה ולעלייה במספר הנשים שעובדות מחוץ לבית, ניכרת מגמה של ירידה במספר המטפלים הפוטנציאליים מקרב בני המשפחה שפנויים לטפל בזקן (כהן, 2010; Spillman & Pezzin, 2000). במקביל אנו עדים למחסור בכוח אדם מקומי ולקושי בגיוס עובדים ישראלים חדשים שיעסקו בסיעוד במסגרת הטיפול הביתי והמוסדי (נתן, 2012). העבודה הסיעודית נחשבת לעבודה שישאלים רבים נרתעים מלעסוק בה, הן בשל אופייה והן בשל השכר הנמוך שניתן תמורתה (רוזנהק וכהן, 2000). תהליכי הגלובליזציה הובילו להבאת מהגרי עבודה ממדינות מתפתחות, אשר ייתנו מענה מקיף לטיפול בזקנים (שור ווייס, 2011). ישראל נחשבת כיום לאחת המדינות המובילות בשיעור מהגרי העבודה שנמצאים בה (אקשטיין, 2010; שור ווייס, 2011; Ayalon, 2009a), כאשר רובם מועסקים בענף הסיעוד (רשות האוכלוסין וההגירה, 2014).

ההבדל העיקרי בין העסקת מטפלת ישראלית למטפלת זרה הוא בזה שהמטפלת הזרה מתגוררת בבית הזקן (live-in) וזמינה לטפל בו בכל שעות היממה, בניגוד למטפלת

1 השימוש בלשון נקבה לאורך המאמר מתייחס גם למטפלים גברים ולהיפך.

הישראלית שמגיעה לכמה שעות בשבוע (live-out) (אקשטיין, 2010; נתן, 2011). סיוע ממטפלת זרה אשר מתגוררת עם הזקן עשירים וארבע שעות ביממה, עשוי מחד גיסא להקל באופן משמעותי על בני המשפחה של הזקן שעסוקים בענייניהם ולשמש פתרון אידיאלי לצרכיו המרובים של הזקן. מאידך גיסא, לכניסתה של דמות זרה בעלת רקע תרבותי שונה ופערי שפה עשויים להתלוות קשיי תקשורת בין הזקן למטפלת ולהקשות על היווצרות יחסי אמון ביניהם (Iecovich, 2007). בנוסף לכך, קיים חשש שעם כניסתה של מטפלת זרה, בני המשפחה יתנערו ממשימות הקשורות לטיפול בזקן שנהגו לבצע בעבר (Iecovich, 2010). העסקת מטפלת זרה שמתגוררת עם הזקן והופכת עם הזמן לחלק בלתי נפרד מחייו, מטשטשת את הגבולות בין פורמלי לבלתי פורמלי ולמעשה יוצרת דפוס חדש, משולב, שיש מקום לחקור אותו ולהבינו לעומק (יקוביץ, 2011; Iecovich, 2009). מכאן נובע הרצון לבחון את ההבדלים בחוויית הטיפול של המטפל העיקרי בזקן שנעזר במטפלת זרה או במטפלת ישראלית.

המחקר הנוכחי התבצע בקרב מטפלים עיקריים שהם בני משפחה של זקנים מוגבלים בתפקודם, אשר מקבלים סיוע באמצעות מטפלים פורמליים במסגרת גמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. מטרת המחקר הייתה לבחון את התרומה של קבלת סיוע פורמלי למערכת המשפחתית הבלתי פורמלית שמטפלת בזקן. המחקר בוחן את ההבדלים בתחושות סביב הטיפול בזקן בין מטפלים עיקריים שנעזרים במטפלת זרה לאלה שנעזרים במטפלת ישראלית.

### בין טיפול פורמלי לטיפול בלתי פורמלי

מחקרים שונים מצביעים על קיומם של כמה דפוסים אפשריים של מעורבות בני משפחה (טיפול בלתי פורמלי) עם כניסתה של מטפלת פורמלית (בתשלום) לביתו של הזקן (כהן, 2010; Ayalon, Halevy-Levin, Ben-Yizhak, & Friedman, 2013):

א) מודל ההשלמה (complement/supplement model): הסיוע הפורמלי ניתן כתמיכה וכתוספת לסיוע שנותר בן המשפחה (Noelker & Bass, 1991; Chappell & Blandford, 1989).

ב) מודל ההחלפה (substitution model): מטפלות הבית מבצעות משימות שבוצעו בעבר על ידי המטפל העיקרי (Noelker & Bass, 1989; Tennstedt, Crawford, & McKinlay, 1993).

ג) מודל הפיצוי ההיררכי (hierarchical compensatory theory): המעגל המשפחתי משמש מקור העזרה הראשוני והמועדף עבור הזקן, ורק כאשר בני המשפחה אינם זמינים, הם יפנו לעזרה של טיפול פורמלי כפיצוי לחוסר המענה מצדם (Cantor, 1979, 1991).

ד) מודל חלוקת המשימות (task specific model): חלוקת תפקידים בין מטפלת בית למטפל עיקרי, כך שמשימות שדורשות מיומנות ונעשות בזמנים קבועים, יבוצעו בדרך כלל על ידי מטפלת פורמלית (Litwak, 1985).

למרות העיסוק הגובר במודלים אלה, אין מודל מוסכם המאפיין באופן מלא את האינטראקציה בין טיפול הפורמלי לבלתי פורמלי (Ayalon et al., 2013). מחקר מוקדם (מורגנשטיין ובייץ-מוראי, 1992) אשר בחן את מעורבותם של מטפלים בלתי פורמליים טרם קבלת הזכאות לגמלת סיעוד ואחריה, העלה כי מתן סיוע פורמלי באמצעות מטפלת אמנם הפחית מאינטנסיביות הטיפול ומתחושת הנטל, אולם בשום אופן לא הביא להעברת האחריות מבין המשפחה למטפלת. מחקר נוסף (ברודסקי, נאון וקינג, 1993) אשר בחן את השלכות חוק הסיעוד ותרומתו בשלושה מועדים (טרם החלת החוק, שנה לאחר החלתו וכשלוש שנים לאחר החלתו), מצא גם כן כי בני המשפחה הם גורם מרכזי במתן עזרה לזקן בכל תחומי העזרה, גם לאחר קבלת הסיוע הפורמלי. בנוסף לכך, נמצא במחקר זה כי חלה תחלופה בין השירותים הפורמליים לשירותים הבלתי פורמליים מבחינת תחומי העזרה, אך לא מבחינת היקף העזרה. הדבר מצביע על כך שהסיוע הפורמלי מאפשר למשפחות להתרכז בתחומים מסוימים בהתאם להעדפותיהן (ברודסקי ואחרים, 1993).

מחקרים אחדים עסקו בחלוקת התפקידים בין המטפל העיקרי הבלתי פורמלי לבין המטפלת הפורמלית כאשר מדובר במטפלת זרה. ממחקרם של ברודסקי ואחרים (2004) עולה כי רוב המטפלים העיקריים המשיכו להיות מעורבים בטיפול בזקן ובניהול משק הבית, וכי היקף הטיפול לא פחת עקב כניסתה של מטפלת זרה לתמונה, אולם הסיוע מצד המשפחה עבר להתמקד בתחומים שקשורים לניהול משק הבית ולסידורים מחוץ לבית וכלל מידה פחותה של מעורבות בטיפול האישי בזקן או בהשגחה עליו. גם איילון (Ayalon, 2009b) מצאה כי לאחר כניסתה של מטפלת זרה משתנה אופי מעורבותם של בני המשפחה: בעוד שהמטפלות הפורמליות התמקדו בטיפול אישי ויומיומי ובמתן תמיכה רגשית וחברתית, הרי שילדיו של הזקן עברו למלא תפקיד של "ניהול הטיפול" (case management), כלומר נטלו על עצמם את האחריות לרכז את הטיפול שניתן על ידי הגורמים השונים ולהשקיע זמן בהיבטים הניהוליים. בני זוג, לעומת זאת, המשיכו להעניק גם טיפול אישי ורגשי לזקן, בנוסף לטיפול שניתן על ידי המטפלת הזרה. יקוביץ (Iecovich, 2010) מצאה כי בני המשפחה ממשיכים למלא תפקיד מרכזי במילוי צרכיו של הזקן גם לאחר כניסתה של מטפלת זרה. היא מסבירה זאת בכך שזקנים שנעזרים במטפלת זרה סובלים ממוגבלות רבה יותר, ולכן עולה צורך בסיוע מעשי נוסף גם מצד המטפלת הזרה. סיבה נוספת שהיא מציינת היא העובדה שהמטפלת הזרה יוצאת ליום מנוחה אחת לשבוע, וביום זה, על פי רוב, מתגייסת המשפחה לטיפול בזקן.

### חשיבות שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי

בשני העשורים האחרונים הולכת וגוברת ההכרה בחשיבות של שיתוף הלקוחות מקבלי השירותים והגברת מעורבותם. זאת הן כחלק מתהליך העצמת הלקוחות (empowering consumers) והן לצורך בקרת איכות השירותים החברתיים ושיפורם (Strasser, Aharony, & Greenberger, 1993). הערכת שביעות רצון היא אחת הדרכים הישירות לביטוי נקודת מבטו של הלקוח (Geron, 1998) והיא משמשת אינדיקטור חשוב לאיכות השירות שהוא

מקבל (Pascoe, 1983). הגדרות מוקדמות למושג "שביעות רצון" התייחסו לכך שהערכת שירות על ידי לקוח מושפעת מהשוואת הציפיות הסובייקטיביות המוקדמות שלו לגבי השירות לחוויה האישית שלו בקבלת השירות בפועל. לקוח יחוש שביעות רצון רבה כאשר השירות שניתן לו בפועל עולה על ציפיותיו, ולעומת זאת יחוש חוסר שביעות רצון כאשר חווייתו מהשירות נמוכה מציפיותיו. יש שהדגישו את הגורמים הרגשיים בפער בין הצפוי למצוי (Linder-Pelz, 1982), יש שהדגישו את המרכיבים הקוגניטיביים (Hunt, 1991; Rust, 1994) ויש ששילבו בין השניים (Davies & Ware, 1988; Pascoe, 1983). בהקשר של טיפול ביתי בזקנים נמנו פרמטרים אחדים שמודדים את שביעות רצונו של מקבל השירות, ביניהם: מיומנות, אמינות, זמינות, מחויבות, תקשורת וגמישות (Eustis, Kane, & Fischer, 1993; Geron, 1995).

במחקרים המעטים שנערכו עד כה בישראל ובדקו את רמת שביעות הרצון של הזקנים ממטפליהם, נהגו לחלק את מדד שביעות הרצון לשני מדדים משניים: שביעות הרצון מהטיפול עצמו ושביעות הרצון מיחסו של המטפל. חלוקה זו מצביעה על החשיבות המיוחדת הן לתוצאות הממשיות של הטיפול והן לתהליך ולאיכות הקשר. ברודסקי ואחרים (2004) מצאו כי זקנים שהעסיקו מטפלות זרות היו מרוצים יותר מעבודת המטפלת לעומת זקנים שהעסיקו מטפלות ישראליות, אולם לא נמצא הבדל משמעותי בין שתי הקבוצות בשביעות הרצון מיחסה של המטפלת אל הזקן או בתחושה שניתן לסמוך עליה. גם במחקר שערכה יקוביץ (Iecovich, 2007) נמצא כי זקנים שהייתה להם מטפלת זרה גילו שביעות רצון רבה יותר מהטיפול לעומת זקנים שנעזרים במטפלת ישראלית. ממצא זה קיבל משנה תוקף ואושש גם במחקר מקיף נוסף שנערך לאחרונה בישראל על ידי איילון וגרין בקרב מטפלים עיקריים בזקנים (Ayalon & Green, 2015). על סמך מחקרים אלה, שיערנו כי גם במחקר הנוכחי מידת שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי תהיה רבה יותר במשפחות שמעסיקות מטפלת זרה לעומת אלו שנעזרות במטפלת ישראלית. בנוסף לכך, בדקנו את מקומו של משתנה זה כגורם מתווך בתוך מודל המחקר.

### תחושת הנטל בטיפול

טיפול בכך משפחה מוגבל בתפקודו הוא הביטוי ההתנהגותי לתחושת מחויבות בסיסית של הפרט לדאוג לבן משפחתו. לעתים קרובות, הטיפול הופך למרכז היחסים בין המטופל למטפל העיקרי ועלול להטיל עומס חריג (overload) על התומך (Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990). המושג "נטל הטיפול" (caregiving burden) מתייחס למורכבות העומס הטיפולי באנשים המוגבלים בתפקודם ולהשלכות האפשריות של עומס זה על המצב הנפשי והגופני של המטפל העיקרי (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980). הגדרה רחבה יותר של מושג זה כוללת את אוסף הבעיות הפיזיות, הפסיכולוגיות, הרגשיות, החברתיות והכספיות שחווים בני משפחה שמטפלים בזקנים חולים (George & Gwyther, 1986).

ספרות המחקר מעלה כי נטל הטיפול בהורים הזקנים נופל בדרך כלל על בני המשפחה כי מחקרים רבים שעסקו בנטל הטיפול בהורה הזקן העלו כי

המטפלים הבלתי פורמליים דיווחו באופן עקבי על רמות גבוהות של תחושת מעמסה ונטל (Gupta, 2000; Zarit, Reeve, & Back-Peterson, 1980). מחקרים אחרים מצביעים על כך שסיוע של טיפול ביתי פורמלי מפחית באופן כללי את תחושת הנטל של המטפל העיקרי (ברודסקי ואחרים, 1993; מורגנשטיין ובייץ-מוראי, 1992; Kumamoto, ; Iecovich, 2007; Lund, Wright, & Caserta, 2005; Polverini & Lamura, 2004; Arai, & Zarit, 2006). עם זאת, יש מקום להשוואה בין צורות הטיפול הפורמלי – משפחות שנעזרות במטפלת זרה לעומת משפחות שנעזרות במטפלת ישראלית – שכן מי שנעזר במטפלת כמה שעות בשבוע אינו דומה למי שנעזר במטפלת בכל שעות היממה. הדבר משתקף במחקר אורך שנערך באיטליה ומצא כי אלה שנעזרים במטפלות זרות חשופים פחות לסיכון לעלייה בשחיקה ובעומס טיפולי בהשוואה לכל שירות פורמלי אחר (Chiatti et al., 2013). במחקר מקיף שנערך לאחרונה בישראל בקרב 686 מטפלים עיקריים של זקנים זכאי גמלת סיעוד, נמצא כי מטפלים עיקריים שנעזרים במטפלת ישראלית ללא לינה (live out) נטו להשקיע יותר בטיפול בזקן בפעולות יומיומיות ואינסטרומנטליות ודיווחו על תחושת נטל גבוהה יותר (Ayalon & Green, 2015).

עם זאת, הסתייעות במטפלת זרה מצריכה התמודדות עם כניסת אדם זר לחיים המשפחתיים, כוללת פערי שפה ותרבות. היא כרוכה בנטל כלכלי על בני המשפחה בהחזקת המטפלת ובתשלום שכרה החדשי, ולעתים עשויה להיות מלווה במתיחות ובקונפליקטים (Redfoot & Houser, 2005). בנוסף לכך, ייתכן שהבחירה במטפלת זרה משקפת צורך ממשי בטיפול אינטנסיבי יותר בשל מצבו הירוד של הזקן. ספרות המחקר העוסקת בהשוואה בין סיוע ממטפלות זרות לבין סיוע ממטפלות ישראליות דלה מאוד, והמחקר הנוכחי מנסה להשלים את החסר.

### מציאת משמעות בטיפול

בהשוואה למספר הרב של המחקרים שעסקו בנטל הטיפול והשפעותיו, מחקרים מעטים בלבד התייחסו להיבטים החיוביים של הטיפול (Allen, Kwak, Lokken, & Haley, 2003; Boerner, Schulz, & Horowitz, 2004; Kramer, 1997). מגמה זו הולכת ומתרחבת בשנים האחרונות. חשיבות חקר ההיבטים החיוביים בטיפול נובעת בין השאר גם מהרצון של המטפלים העיקריים עצמם לשוחח ולדבר על היבטים אלה (Kramer, 1997). החוויות החיוביות בטיפול עלו תחילה במחקרים איכותניים בהם דיווחו המטפלים העיקריים שמתן הטיפול לבן המשפחה עורר אצלם תחושת גאווה על יכולתם להתמודד עם אתגרים, שיפר את הדימוי העצמי שלהם, הוביל לקרבה רבה יותר במערכות יחסים וסיפק להם תחושה של משמעות, חום והנאה (Archbold, 1983; Kramer, 1997; Motenko, 1988; Reese, Walz, & Hageboeck, 1983).

המושג "משמעות בטיפול" הוגדר על ידי ג'וליאנו ואחרים (Giuliano, Mitchell, Clark, Harlow, & Rosenbloom, 1990) כאמונת חיוביות שאדם מחזיק בהן לגבי עצמו ולגבי חוויית הטיפול והן מאפשרות לו לראות רווחים ותועלת מהטיפול. מציאת משמעות בטיפול מתקשרת לגישה האקזיסטנציאליסטית, שלפיה אדם מחפש משמעות בכל תפקיד

שהוא ממלא בחיים, וזאת כדי להתגבר על השגרתיות בחיים או על מצבים קריטיים ומשבריים (Frankl, 1963, 1978). בהקשר של טיפול בזקנים, נעשה לראשונה שימוש בפרדיגמה האקזיסטנציאליסטית במחקרם של לוין ואחרים (Levine et al., 1984). במחקר זה, שנערך בקרב מטפלים בזקנים שטובלים מדמנציה, הושוו המטפלים לכלואים בבית סוהר וללוחמים בשדה הקרב.

הספרות שעוסקת במשמעות הטיפול בקרב מטפלים עיקריים בזקנים היא מצומצמת ומתבססת על כלי מחקר שונים (גולדשטיין, ורנר, מיטלמן והייניק, 2012). מחקר שבחן את תפיסת ההיבטים החיוביים בטיפול בקרב מטפלים בחולי דמנציה מצא כי ככל שהטיפול נעשה תובעני וקשה יותר, כך חלה ירידה בתחושות החיוביות, כגון תחושת הסיפוק ושביעות הרצון מהטיפול (Gold, Cohen, Shulman, & Zuccherro, 1995). למיטב ידיעתנו, לא נערכו מחקרים שבדקו את הקשר בין סוג הטיפול הפורמלי שניתן לזקן לבין מציאת המשמעות בטיפול בקרב המטפלים העיקריים.

## המחקר

### שאלות המחקר

שאלת המחקר הראשונה בחנה אם ימצאו הבדלים בקרב בני המשפחה המשמשים מטפלים עיקריים בהורה הזקן, בין אלה שנעזרים במטפלת זרה לאלה שנעזרים במטפלת ישראלית, בתחושת הנטל, במציאת המשמעות בטיפול וכן בשביעות הרצון מהטיפול הפורמלי. שאלת המחקר השנייה בחנה מהם הגורמים המנבאים את תחושת הנטל וכן את מציאת המשמעות בטיפול בקרב המטפלים העיקריים. בהתאם למודל של פרלין ואחרים (Pearlin et al., 1990), הובאו בחשבון משתנים סוציו-דמוגרפיים של הזקן ושל המטפל העיקרי, רמת המוגבלות התפקודית של הזקן וכן מאפייני הטיפול שניתן לו.

### המודל התאורטי של המחקר

המחקר הנוכחי נשען על מודל הדחק של פרלין ואחרים (Pearlin et al., 1990), כאשר לפי הספרות המקצועית שינוי במצבו של בן משפחה נחשב לאירוע חיים מעורר דחק (Holmes & Rahe, 1967). מודל זה מונה שלושה מרכיבים של תהליך ההתמודדות עם מצב דחק: מקור הדחק, גורמים מתווכים (mediators) ודרכי ביטוי לדחק. ההסתגלות לגורם הדחק מושפעת מאותם גורמים מתווכים שמביאים לאופנים שונים של ביטוי התמודדות ובכך יוצרים את ההבדל בין אדם לאדם בהסתגלות לדחק. מודל זה מתבסס על פרדיגמת הדחק-הסתגלות של לזרוס ופולקמן (Lazarus & Folkman, 1986) ומרחיב אותה בכך שהוא מתייחס לא רק להיבטים השליליים הנובעים מהטיפול, אלא גם להיבטים החיוביים.

בהתאם למודל של פרלין ואחרים (Pearlin et al., 1990), מקור הדחק הוגדר כרמת המוגבלות התפקודית של הזקן; הגורמים המתווכים היו סוג הטיפול הפורמלי שניתן לזקן (מטפלת זרה או ישראלית) ומידת שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי; ודרכי ביטוי



ההסתגלות לדחק התייחסו לשני רבדים: תחושת נטל (היבטים שליליים בטיפול) ומציאת משמעות בטיפול (היבטים חיוביים).

### אוכלוסיית המחקר

במחקר הנוכחי לקחו חלק 215 מטפלים עיקריים, מתוכם 110 בני משפחה של זקן שנעזר במטפלת זרה (live in) ו-105 בני משפחה של זקן שנעזר במטפלת ישראלית (live out). משתפתי המחקר זוהו כמטפלים עיקריים על ידי חברת הסייעוד או על ידי הזקן עצמו. מטפלים אלה נטלו על עצמם את אחריות הטיפול במרבית ענייני העיקריים של הזקן ושימשו למעשה אנשי הקשר בין נותני השירותים לבין הזקנים מקבלי השירותים. במחקר השתתפו משפחות שנעזרו באותה מטפלת במשך שלושה חודשים לפחות, זאת כדי להבטיח יציבות בתשובותיהן לשאלות. כדי למנוע הטיה בין הקבוצות, נכללו במחקר בני משפחות של זקנים שאובחנו כבעלי רמת מוגבלות גבוהה במבחן התלות<sup>2</sup> של הביטוח הלאומי ולפיכך היו זכאים באופן עקרוני לשירותיה של מטפלת זרה (מעל ארבע וחצי נקודות תלות). יש לציין כי לא נכללו במחקר בני משפחה שמטפלים בזוג הורים זקנים בעלי מוגבלות תפקודית. זאת בשל חשש להטיה בממצאי המחקר, מתוך הנחה שהם מתמודדים עם עומס רב יותר. כמו כן, הדבר לא התאפשר מבחינה מתודולוגית, מאחר ששאלון המחקר התייחס לזקן אחד.

מאפייני המטפלים העיקריים מופיעים בלוח 1. כפי שניתן לראות, רובם היו נשים, נשואים, חילונים, ילידי הארץ. מבחינת סוג הקרבה המשפחתית, רובם היו ילדיו של הזקן. גילם הממוצע עמד על 60 שנים ( $SD = 7.81$ ).

מנייתוחי  $\chi^2$  וממבחני  $t$  עולה כי נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בנתונים הדמוגרפיים בשלושה משתנים: גיל המשתתפים במשפחות שנעזרות במטפלת ישראלית היה גבוה יותר באופן מובהק ( $M = 61.59, SD = 7.79$ ) מאלה שנעזרים במטפלת זרה ( $M = 58.92, SD = 7.64$ ) ( $t(209) = 2.52, p < 0.05$ ). בנוסף לכך נמצא כי מספר השעות שבועיות שהקדישו המטפלים העיקריים לטיפול בזקן היה גדול יותר במשפחות שנעזרות במטפלת ישראלית ( $M = 13.40, SD = 15.85$ ) מאשר במשפחות שנעזרות במטפלת זרה ( $M = 8.76, SD = 10.02$ ) ( $t[175] = 2.30, p < 0.05$ ). כמו כן נמצא הבדל במצבם הכלכלי של המשתתפים ( $t[212] = 2.71, p < 0.05$ ), כך שאלה שנעזרים במטפלת זרה דיווחו על מצב כלכלי טוב יותר ( $M = 3.25, SD = 0.77$ ) מאשר אלה שנעזרים במטפלת ישראלית ( $M = 3.53, SD = 0.77$ ). יש לציין כי המצב הכלכלי דווח באמצעות סולם בן שש דרגות, כאשר 1 = מצוין ו-6 = גרוע מאוד (ציון נמוך מעיד מצב כלכלי טוב יותר, וכך גם לגבי הדיווח על המצב הבריאותי).

2 מבחן התלות הוא בדיקה שעורכת בביתו של הזקן מעריכה מקצועית מטעם המוסד לביטוח הלאומי כדי לבחון את מידת הנזדקקות שלו לסיוע מהזולת בביצוע הפעולות היומיומיות הבסיסיות ואת הצורך בהשגחה. ככל שהניקוד גבוה יותר, רמת המוגבלות גבוהה יותר. באופן כללי, קשיש שקיבל במבחן התלות יותר מ-2.5 נקודות זכאי לגמלת סיעוד ברמה הבסיסית, וקשיש שקיבל יותר מ-4.5 נקודות זכאי מבחינה חוקית להיעזר בשירותיה של מטפלת זרה.

לוח 1: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של המטפלים

השוואה	נעזרים במטפלת ישראלית (n = 105)		נעזרים במטפלת זרה (n = 110)		כלל המדגם (N = 215)		מאפייני בן המשפחה
	%	N	%	N	%	N	
$\chi^2$							
0.04							מגדר
	31.4	33	32.7	36	32.1	69	גבר
	68.6	72	67.3	74	67.9	146	אישה
1.63							מצב משפחתי
	13.3	14	9.2	10	11.2	24	רווק
	66.7	70	74.3	81	70.6	151	נשוי
	20.0	21	16.5	18	18.2	39	גרוע/פרוד/אלמן
5.19							סוג הקרבה אל הזקן
	72.4	76	73.4	80	72.9	156	בן/בת
	15.2	16	22.0	24	18.7	40	חתן/כלה
	12.4	13	4.6	5	8.4	18	אחר
2.02							ארץ לידה
	66.7	70	75.5	83	71.2	153	יליד הארץ
	33.3	35	24.5	27	28.8	62	אינו יליד הארץ
0.26							הגדרה דתית
	9.5	10	9.2	10	9.3	20	חרדי/דתית
	19.0	20	16.5	18	17.8	38	מסורתית
	71.5	75	74.3	81	72.9	156	חילונית
1.98							מקום מגורים ביחס לזקן
							מתגורר עם הזקן או
	33.3	35	26.4	29	29.7	64	סמוך אליו
	51.4	54	60.9	67	56.3	121	מרחק נסיעה קצר
	15.3	16	12.7	14	14.0	30	מרחק רב
t	SD	M	SD	M	SD	M	
2.52*	7.79	61.59	7.64	58.92	7.81	60.22	גיל
-0.11	1.52	2.44	1.33	2.46	1.42	2.45	מספר ילדים
2.71*	0.77	3.53	0.77	3.25	0.78	3.39	מצב כלכלי <sup>1</sup>
1.88	0.92	2.98	0.84	2.75	0.89	2.86	מצב בריאותי <sup>1</sup>
							מספר השעות השבועיות
2.30*	15.85	13.40	10.02	8.76	13.28	10.96	המוקדשות לטיפול
0.93	756	8.03	4.82	7.17	6.28	7.58	שנות טיפול

<sup>1</sup> קודד בסולם 1-6: 1 = מצוין, 6 = גרוע מאוד. ציון נמוך משמעו מצב כלכלי/בריאותי טוב יותר \* p < 0.05

במסגרת המענה על השאלון הדמוגרפי התבקשו המשתתפים להשיב על שאלות המתייחסות לזקנים שהם מטפלים בהם. מאפייני הזקנים מקבלי הטיפול מופיעים בלוח 2. אפשר לראות כי רובם נשים, אלמנים וחילונים. גילם הממוצע עמד על 85 שנים ( $SD = 6.09$ ). רובם מתגוררים בדירה בבעלותם, אינם מאובחנים כסובלים מדמנציה ואינם נוהגים לבקר בקביעות במרכז יום לקשיש.

מניתוחי  $\chi^2$  וממבחני t עולה כי נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בגילם של הזקנים ( $t[203] = -3.45, p < 0.01$ ), הזקנים הנעזרים במטפלות זרות היו מבוגרים יותר ( $M = 86.66, SD = 5.97$ ) מאלה הנעזרים במטפלות ישראליות ( $M = 83.80, SD = 5.90$ ), ואחוז הזקנים המאובחנים כסובלים מדמנציה גבוה יותר באופן מובהק בקרב אלה הנעזרים במטפלות זרות (43.1%) בהשוואה לאלה הנעזרים במטפלות ישראליות (28.8%) ( $\chi^2[1] = 4.70, p < 0.05$ ).

## הליך

אוכלוסיית המחקר גויסה בדגימת נוחות מתוך רשימות שהתקבלו מחברת סיעוד. איסוף הנתונים התבצע על ידי העברת שאלונים לדיווח עצמי בקרב מטפלים עיקריים בוקנים אשר מקבלים שירות של טיפול ביתי מחברת הסיעוד בכמה סניפים ברחבי הארץ. לאחר שיחת טלפון ראשונית עם בני המשפחה, בה הוסברו מטרות המחקר וחיבותו, השאלונים הועברו אליהם באמצעות הדואר, הדואר האלקטרוני, מכשיר פקס או מסירה ידנית על פי בחירתם. הם התבקשו למלא את השאלונים בזמנם החופשי. השאלונים הוחזרו אלינו באותה הדרך. המחקר קיבל את אישור ועדת האתיקה של בית הספר לעבודה סוציאלית באוניברסיטת בר אילן. הובהר למשתתפים כי השאלון הוא אנונימי והובטחה סודיות. הודגש בפני המשתתפים כי המחקר נערך ללא כל קשר לחברת הסיעוד שהם מקבלים ממנה שירות וכי המענה על השאלון אינו צפוי לפגוע בהם בשום דרך. נאמר למשתתפים כי הם אינם מחויבים לענות על השאלון וכי הם רשאים בכל עת להפסיק להשיב עליו. ההשתתפות במחקר הייתה בהתנדבות ולא ניתנה למשתתפים תמורה כלשהי עבור מילוי השאלון. כמו כן, נמסרו למשתתפים דרכי התקשרות עם עורכי המחקר אם יעלו שאלות נוספות בזמן מילוי השאלון או לאחר מכן.

## כלי המחקר

שאלון תפקודי של הזקן בפעולות היום-יום (ADL – Activity of Daily Living). את השאלון חיברו כץ ואחרים (Katz, Downs, Cash & Grotz, 1970) ומטרתו לבדוק את רמת הקושי של הזקן לבצע פעולות יומיומיות. כלי זה בוחר את דרגת התלות של הזקן ורמת ההזדקקות שלו לעזרה מזולתו בחמישה תחומים של פעילות יומיומית בסיסית: רחצה, התלבשות, אכילה, נידות וטיפול בהפרשות. לכל תחום יש ערכים שונים, שנצברים לכדי ניקוד כולל. הציון הכללי נע בין "לא מוגבל כלל" (0 נקודות) ל"מוגבל ביותר" (8 נקודות). ציון גבוה בסולם זה מעיד על רמה גבוהה של מוגבלות. במחקר הנוכחי, מהימנותו הפנימית של שאלון זה נמצאה גבוהה (אלפא קרוונבך 0.82).

לוח 2: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של הזקנים מקבלי הטיפול

השוואה	נעזרים במטפלת ישראלית (n=105)		נעזרים במטפלת זרה (n=110)		כלל המדגם (N=215)		מאפייני הזקן המטופל
	%	N	%	N	%	N	
$\chi^2$							
0.98							מגדר
	26.7	28	20.9	23	23.7	51	גבר
	73.3	77	79.1	87	76.3	164	אישה
5.29							מצב משפחתי
	26.7	28	14.5	16	20.5	44	נשוי
	6.7	7	5.5	6	6.0	13	גרוש/פרוד/רווק
	66.6	70	80.0	88	73.5	158	אלמן
1.19							הגדרה דתית
	8.7	9	12.7	14	10.7	23	חרדי/דתית
	31.7	33	27.3	30	29.4	63	מסורתי
	59.6	63	60.0	66	59.9	128	חילוני
5.76							תנאי מגורים
	72.1	75	83.6	92	78.0	167	מתגורר בדירה בבעלותו
	6.7	7	6.4	7	6.5	14	בבעלות בן משפחה
	12.5	13	7.3	8	9.8	21	בשכירות/דמי מפתח
	8.7	9	2.7	3	5.7	12	בדירת מוגן
0.70							ניצול שואה
	37.1	39	52.7	47	40.0	86	כן
	62.9	66	57.3	63	60.0	129	לא
4.70*							מאובחן כסובל מדמנציה
	28.8	30	43.1	47	36.2	77	כן
	71.2	74	56.9	62	63.8	136	לא
0.24							מבקר באופן קבוע במרכז יום לקשיש
	20.0	21	22.7	25	21.4	46	כן
	80.0	84	77.3	85	78.6	169	לא
t	SD	M	SD	M	SD	M	
-3.45 **	5.90	83.80	5.97	86.66	6.09	85.25	גיל הזקן
-0.20	1.96	2.85	1.75	2.90	1.85	2.87	מספר ילדים

\*\* p < 0.01

שאלון תפקוד בפעולות אינסטרומנטליות (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton & Brody, 1969): שאלון זה מודד את הקושי של הזקן לבצע פעולות אינסטרומנטליות יומיומיות, כגון: שימוש בטלפון, עריכת קניות, הכנת אוכל, נטילת תרופות וניהול כספים. הציון הכללי נע בין "לא מוגבל כלל" (0 נקודות) ל"מוגבל ביותר" (8 נקודות). ציון גבוה בשאלון זה מעיד על רמה גבוהה של מוגבלות. המהימנות הפנימית של שאלון זה במחקר הנוכחי נמצאה גבוהה (אלפא קרוונבך 0.83).

שאלון נטל טיפול (ZBI-SF – Zarit Burden Interview – Short Form) (Bedard et al., 2001): זהו בשאלון מקוצר הכולל 12 פריטים שנלקחו מתוך שאלון הנטל המקורי של זריט (Zarit Burden Interview) (Zarit, Orr, & Zarit, 1985). לדוגמה: "האם את/ה מרגישה/ה שבגלל הזמן שאת/ה מבלה עם בן משפחתך, אין לך מספיק זמן לעצמך?", "האם את/ה מרגישה/ה שאיבודת שליטה על חיך מאז שהתחלת לטפל בבן משפחתך?". התשובות ניתנו על סולם ליקרט בן חמש דרגות (1 = אף פעם לא; 5 = כמעט תמיד). ציון השאלון חושב לפי ממוצע התשובות של הנבדק. ציון גבוה בשאלון מעיד על תחושה גבוהה של נטל. בכלי זה נעשה שימוש במחקרים רבים באנגלית ובעברית ומהימנותו הפנימית נמצאה גבוהה בשתי השפות (Werner & Goldstein, 2009; Werner, Bachner & Ayalon, 2010; Mittelman, Goldstein, & Heinik, 2012). במחקר הנוכחי ערך אלפא קרוונבך נמצא גבוה ( $\alpha = 0.90$ ).

שאלון מציאת משמעות בטיפול. המשתנה "מציאת משמעות הטיפול" נמדד באמצעות שאלון מציאת משמעות בטיפול (FMTCS – Finding Meaning Through Caregiving) (Scale) (Farran, Miller, Kaufman, Donner, & Fogg, 1999). הכלי כולל 43 פריטים הנחלקים לשלושה עולמות תוכן: (1) אובדן וחוסר אונים – 19 פריטים המתייחסים להיבטים השליליים של הטיפול, רגשות אובדן וחוסר אונים, לדוגמה: "אני עצוב בגלל השינויים המנטליים והפיזיים שאני רואה אצל קרוב משפחתי", "אני מרגיש לכוד בשל מחלת קרובי". (2) משמעות זמנית – 19 פריטים המתייחסים להיבטים החיוביים של הטיפול בתחום של מציאת משמעות זמנית, לדוגמה: "הטיפול בבן משפחתי החולה נותן לחיי תכלית ותחושת משמעות". (3) משמעות מוחלטת – 5 פריטים המתמקדים במתן משמעות ביחס לכוח עליון, גורם דתי או רוחני, לדוגמה: "אני מאמין שהאל יעזור". התשובות ניתנות על סולם ליקרט בן 5 דרגות (1 = מאוד לא מסכים; 5 = מאוד מסכים). הציון הסופי הוא ממוצע כלל התשובות, זאת לאחר ביצוע היפוך סקלות בפריטים המתייחסים לתחושת האובדן וחוסר האונים. ציון גבוה בשאלון זה משמעו יכולת גבוהה למציאת משמעות חיובית בטיפול. המהימנות הפנימית בשאלון נמצאה גבוהה ( $\alpha = 0.88$ ).

שאלון שביעות רצון מהטיפול הפורמלי. שביעות הרצון נמדדה באמצעות שאלון שביעות הרצון מהטיפול הביתי (HCSM – The Home Care Satisfaction Measure) שחיברו גרון ואחרים (Geron et al., 2000) ותרגמה לעברית יקוביץ (Iecovich, 2007). במחקרנו נעשה

שימוש ב-13 פריטים מתוכו. זאת לאחר שהוסרו הפריטים שאינם רלוונטיים לגבי מטפלות המתגוררות בבית הזקן. ההיגדים בשאלון מתייחסים למידת שביעות הרצון מהטיפול שמקבל בן המשפחה הזקן מהמטפלת, לדוגמה: "המטפלת עושה מעל ומעבר עבור בן המשפחה", "המטפלת היא כמו בן משפחה". סולם התשובות מסוג ליקרט נע בין 1 = "כלל לא" ל-5 = "כן, בוודאי". ציון השאלון הוא ממוצא התשובות של הנבדק. ציון גבוה בשאלון זה מעיד על רמה גבוהה של שביעות רצון. המהימנות הפנימית בשאלון נמצאה גבוהה מאוד (אלפא קרונברג 0.94).

שאלון דמוגרפי. בני המשפחה התבקשו להשיב על שאלון דמוגרפי המתייחס לנתוני הרקע שלהם ושל הזקן המטופל, כגון: גיל, מין, מצב משפחתי, מוצא וסוג הקרבה המשפחתית לזקן. כמה שאלות התייחסו למאפייני הטיפול בזקן, כגון: מספר השעות השבועיות שמקדיש המטפל העיקרי לטיפול בזקן, משך הטיפול בשנים, מרחק מקום המגורים ביניהם ועוד. לבסוף התבקשו המשתתפים לציין אם הזקן הוא ניצול שואה, אם הוא מאובחן כסובל מדמנציה, אם הוא נוהג לבקר בקביעות במרכז יום לקשיש או במועדון ואם הזקן נעזר במטפלת זרה או במטפלת ישראלית.

## ממצאים

### ניתוח דר־משתני

כדי לבחון אם יש הבדלים מובהקים בין הקבוצות במשתנים "שביעות רצון מהטיפול הפורמלי", "תחושת נטל" ו"מציאת משמעות בטיפול", נערכו שלושה מבחני t למדגמים בלתי תלויים. הממצאים הראו כי בנוגע לשביעות הרצון מהטיפול הפורמלי, אכן קיים הבדל מובהק בין הקבוצות ( $t[208] = -4.16, p < 0.001$ ). נמצא כי אלה שנעזרים במטפלת זרה הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מהמטפלת ( $M = 4.09, SD = 0.77$ ) מאשר אלה שנעזרים במטפלת ישראלית ( $M = 3.62, SD = 0.85$ ). בנוגע לתחושת הנטל בקרב המטפלים העיקריים, נמצא גם כן הבדל מובהק בין הקבוצות ( $t[211] = 2.87, p < 0.01$ ): במשפחות שנעזרות במטפלת זרה תחושת הנטל הייתה נמוכה יותר ( $M = 2.06, SD = 0.73$ ) בהשוואה למשפחות שנעזרות במטפלת ישראלית ( $M = 2.37, SD = 0.85$ ). בנוגע למציאת משמעות בטיפול לא נמצא הבדל מובהק ( $t[207] = -0.80, n.s.$ ) בין אלה שנעזרים במטפלת זרה ( $M = 3.37, SD = 0.41$ ) לאלה שנעזרים במטפלת ישראלית ( $M = 3.32, SD = 0.52$ ). לוח 3 מציג את תוצאות מבחני t למדגמים בלתי תלויים שערכנו.

### ניתוח רב־משתני

כדי לבחון מהם הגורמים המנבאים את המשתנים התלויים במחקר, נערכו שני ניתוחי רגרסיה ליניארית רב־משתניים: תחילה עבור המשתנה התלוי "תחושת הנטל בטיפול", ולאחר מכן עבור המשתנה התלוי "מציאת משמעות בטיפול". בהתאם למודל הדחק של פרלין ואחרים (Pearlin et al., 1990) שמחקר זה מתבסס עליו, הוכנסו תחילה למשוואת

לוח 3: תוצאות מבחני t לבדיקת ההבדלים בשביעות הרצון מהטיפול הפורמלי, בתחושת הנטל ובמציאת משמעות בטיפול על פי סוג הטיפול הפורמלי

המשתנה	מטפלת ישראלית		מטפלת זרה		השוואה	
	SD	M	SD	M	t	df
שביעות רצון מהטיפול הפורמלי	0.85	3.63	0.77	4.09	-4.16***	208
תחושת נטל	0.85	2.37	0.73	2.06	2.87**	211
מציאת משמעות בטיפול	0.52	3.32	0.41	3.37	-0.80	207

\*\* p < 0.01 \*\*\* p < 0.001

הרגרסיה משתני הרקע של הזקן והמטפל העיקרי וכן של מאפייני הטיפול, לאחר מכן הוכנס המשתנה התלוי במחקר, שהוא רמת המוגבלות התפקודית של הזקן, ואחריו הוכנסו המשתנים המתווכים (mediators), שהם סוג הטיפול הפורמלי ושביעות הרצון מהטיפול הפורמלי. משתני הרקע שהוכנסו לרגרסיה היו אלה שנמצאו במתאם מובהק עם המשתנים התלויים. לוח 4 להלן מציג מתאמי פירסון בין משתני הרקע לבין המשתנים התלויים במחקר.

לוח 4: קשרים דו־משתניים (מתאמי פירסון) בין משתני הרקע לבין המשתנים התלויים במחקר (תחושת נטל ומציאת משמעות בטיפול)

המשתנה	תחושת נטל	מציאת משמעות בטיפול
גיל הנבדק (המטפל העיקרי)	0.02	-0.20 **
גיל הזקן	-0.27 **	-0.05
מצב כלכלי של המטפל העיקרי <sup>1</sup>	0.31 **	-0.24 **
מצב בריאותי של המטפל העיקרי <sup>1</sup>	0.36**	-0.41 **
מספר השעות השבועיות המוקדשות לטיפול בזקן	0.26 **	-0.12
שנות טיפול	0.09	0.03
האם הזקן ניצול שואה <sup>2</sup>	-0.09	-0.03
האם הזקן מאובחן כסובל מדמנציה <sup>2</sup>	0.10	-0.29 **
האם הזקן מבקר במרכז יום <sup>2</sup>	-0.09	0.06

(1) קודד בסולם 1-6: 1 = מצויין, 6 = גרוע מאוד. ציון נמוך משמעו מצב כללי/בריאותי טוב יותר

(2) קודד: 1 - כן, 0 - לא.

ניכוי תחושת הנטל בטיפול: כפי שעולה מלוח 4, המשתנים שנמצאו במתאם מובהק עם תחושת הנטל והוכנסו לניתוחי הרגרסיה היו: גיל הזקן; מצב כלכלי ובריאותי של המטפל העיקרי; מספר השעות השבועיות שמקדיש המטפל העיקרי לטיפול בכך המשפחה הזקן. לוח 5 מציג את ניתוח הרגרסיה. בשלב הראשון הוכנסו משתני הרקע שנמצאו במתאם מובהק עם המשתנה התלוי "תחושת נטל". נמצא כי משתנים אלה הסבירו 21% מהשונות במשתנה תחושת הנטל. בשלב השני הוכנס המשתנה "רמת המוגבלות התפקודית של הזקן", ותרומתו לא נמצאה מובהקת. בשלב השלישי והאחרון הוכנסו המשתנים "סוג הטיפול הפורמלי" ו"שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי", אשר העלו את אחוז השונות המוסברת ב-9%.

לוח 5: מקדמי רגרסיה מתוקננים ( $\beta$ ) בניכוי תחושת הנטל

מנבאים	שלב 1 (df=4,158)	שלב 2 (df=5,157)	שלב 3 (df=7,155)
משתני רקע			
גיל הזקן	-0.24**	-0.25**	-0.20**
מצב כלכלי של המטפל העיקרי	0.14	0.14	0.11
מצב בריאותי של המטפל העיקרי	0.25**	0.25**	0.25**
מספר השעות השבועיות המוקדשות לטיפול בזקן	0.17*	0.17*	0.18*
משתנה בלתי תלוי			
רמת המוגבלות התפקודית של הזקן	—	0.08	0.14
משתנים מתווכים			
סוג הטיפול הפורמלי	—	—	-0.04
שביעות רצון מהטיפול הפורמלי	—	—	-0.32***
$R^2$	0.21	0.22	0.31
$\Delta R^2$	0.21***	0.01	0.09***
F	10.76***	8.88***	9.84***

\*  $p < 0.05$     \*\*  $p < 0.01$     \*\*\*  $p < 0.001$

לסיכום, נמצא כי הגורמים המנבאים את תחושת הנטל של המטפל העיקרי הם: גיל הזקן — ככל שהזקן היה צעיר יותר, כך תחושת הנטל של בן המשפחה הייתה גבוהה יותר; מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי — ככל שמצבו הבריאותי של המטפל העיקרי היה ירוד יותר, כך תחושת הנטל שלו גברה;



מספר השעות השבועיות שהקדיש המטפל העיקרי לטיפול בזקן — תחושת הנטל עולה בהתאם למספר השעות שהוא מטפל בזקן; שביעות הרצון של הזקן מהמטפלת הפורמלית — ככל ששביעות הרצון גבוהה יותר, כך תחושת הנטל נמוכה יותר.

משתנים אלה מסבירים בסך הכול 31% מהשונויות במשתנה תחושת הנטל. לא נמצאה תרומה מובהקת של רמת המוגבלות של הזקן או של סוג הטיפול הפורמלי שניתן לו, לניבוי תחושת הנטל של המטפל העיקרי.

ניבוי מציאת משמעות בטיפול: בלוח 4 לעיל מוצגים מתאמי פירסון בין משתני הרקע לבין המשתנה התלוי "מציאת משמעות בטיפול". המשתנים שנמצאו במתאם מובהק עם מציאת משמעות היו גיל המטפל העיקרי, מצבו הכלכלי ומצבו הבריאותי וכן האבחנה כי הזקן סובל מדמנציה. משתנים אלה הוכנסו לניתוח הרגרסיה יחד עם שאר משתני המחקר. לוח 6 מציג את ניתוח הרגרסיה, בשלב הראשון הוכנסו משתני הרקע, שהסבירו 24% מהשונויות במשתנה התלוי "מציאת משמעות בטיפול". בשלב השני הוכנס המשתנה הבלתי תלוי במחקר, שהוא רמת המוגבלות התפקודית של הזקן, אך גם כאן תרומתו לא נמצאה מובהקת. לבסוף הוכנסו המשתנים "סוג הטיפול הפורמלי" ו"שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי", אשר העלו את אחוז השונויות המוסברות ב-4%.

לוח 6: מקדמי רגרסיה מתוקננים ( $\beta$ ) בניבוי מציאת משמעות בטיפול

מנבאים	שלב 1 (df = 4,194)	שלב 2 (df = 5,193)	שלב 3 (df = 7,191)
משתני רקע			
גיל המטפל העיקרי	-0.07	-0.06	-0.10
מצב כלכלי של המטפל העיקרי	-0.11	-0.11	-0.10
מצב בריאותי של המטפל העיקרי	-0.31***	-0.32***	-0.30***
הזקן מאובחן כסובל מדמנציה	-0.26***	-0.23***	-0.25***
משתנה בלתי תלוי			
רמת המוגבלות התפקודית של הזקן	—	-0.08	-0.13
משתנים מתווכים			
סוג הטיפול הפורמלי	—	—	0.00
שביעות רצון מהטיפול הפורמלי	—	—	0.22***
$R^2$	0.24	0.25	0.29
$\Delta R^2$	0.24***	0.01	0.04**
F	15.28***	12.52***	11.14***

\*\*  $p < 0.01$     \*\*\*  $p < 0.001$

לסיכום, נמצא כי הגורמים המנבאים את מציאת המשמעות בטיפול בקרב המטפלים העיקריים בזקנים הם:

מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי – ככל שמצבו הבריאותי של המטפל העיקרי היה טוב יותר, כך מציאת המשמעות הייתה גבוהה יותר;  
אבחון הזקן כלוקה בדמנציה – מציאת המשמעות הייתה נמוכה יותר בקרב מטפלים עיקריים בכן משפחה זקן שמאובחן כחולה דמנציה;  
שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי – ככל ששביעות הרצון הייתה גבוהה יותר, כך גם מציאת המשמעות בטיפול הייתה גבוהה יותר.

משתנים אלה מסבירים בסך הכול 29% מהשונות במשתנה "מציאת משמעות בטיפול". גם כאן לא נמצאה תרומה מובהקת של רמת המוגבלות של הזקן או של סוג הטיפול הפורמלי שניתן לו, לניבוי מציאת המשמעות בטיפול של המטפל העיקרי.

### שביעות רצון מהטיפול כמשתנה מתווך

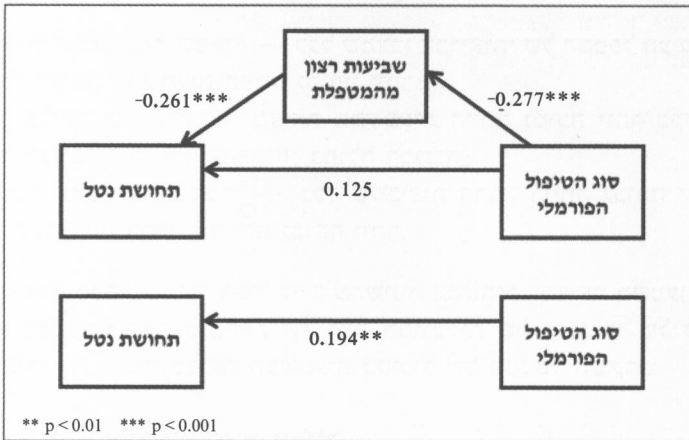
כדי לבחון קשר של תיווך, יש להוכיח כי בעקבות הצבת המשתנה המתווך, הקשר הישיר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי ייחלש (תיווך חלקי) או יתבטל (תיווך מלא) (Baron & Kenny, 1986). בהתאם לכך נערכו שלושה מבחני רגרסיה ליניארית:

א) רגרסיה ראשונה – רגרסיה שבה סוג הטיפול הפורמלי מנבא את תחושת הנטל (סוג הטיפול הפורמלי קודד: 1 – מטפלת ישראלית, 0 – מטפלת זרה). הרגרסיה נמצאה מובהקת ( $\beta = 0.194$ ,  $R^2 = 0.04$ ,  $F[1,211] = 8.26$ ,  $p < 0.01$ ), כלומר נמצא שהנעזרים במטפלת זרה הביעו תחושת נטל נמוכה יותר (בהתאם לאמור לעיל).

ב) רגרסיה שנייה – רגרסיה שבה סוג הטיפול הפורמלי מנבא שביעות רצון מהטיפול הפורמלי. הרגרסיה נמצאה מובהקת ( $\beta = -0.277$ ,  $R^2 = 0.08$ ,  $F[1,208] = 17.34$ ), כלומר נמצא שהנעזרים במטפלת זרה מגלים שביעות רצון גבוהה יותר (ברומה לאמור לעיל).

ג) רגרסיה שלישית – רגרסיה שבה סוג הטיפול הפורמלי ושביעות הרצון מהמטפלת מנבאים יחד את תחושת הנטל. הרגרסיה נמצאה מובהקת ( $R^2 = 0.10$ ,  $F[2,205] = 11.69$ ), בשלב זה התבטל הקשר המובהק בין סוג הטיפול הפורמלי לתחושת הנטל ( $p < 0.001$ ). ונמצא קשר מובהק רק בין שביעות הרצון מהמטפלת לתחושת הנטל ( $\beta = -0.261$ ,  $p < 0.001$ ). לאור ממצא זה, שהעלה כי הקשר המובהק בין המשתנה הבלתי תלוי (סוג הטיפול הפורמלי) למשתנה התלוי (תחושת נטל) התבטל בעקבות הצבת המשתנה המתווך (שביעות רצון מהטיפול), ניתן לקבוע כי מתקיים תיווך מלא. לסיכום, נמצא כי שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי משמשת כמשתנה מתווך באופן מובהק בין סוג הטיפול הפורמלי לבין תחושת הנטל של המטפל העיקרי, כך שיש אפקט עקיף בין המשתנים. תרשים 1 להלן ממחיש את הממצאים.

תרשים 1: המחשת קשר התיווך על ידי ציונים מתוקננים ( $\beta$ ) ומובהקות הקשר



עוצמת התיווך נבחנה על ידי ההפרש של ערכי הביתא בקשר בין המשתנה הבלתי תלוי למשתנה התלוי, בין המצב ללא המשתנה המתווך ( $\beta = 0.194$ ) לבין המצב שקיים בו המשתנה המתווך ( $\beta = 0.125$ ). נמצאה עוצמה של 0.069. בחישוב מבחן Sobel לבדיקת מובהקות התיווך התקבלה התוצאה  $Z = 2.80$ ,  $p < 0.01$ , כלומר, מתקיים אפקט עקיף מובהק (Sobel, 1982). גם חישוב מידת התיווך בשיטת ה-Bootstrapping נמצא מובהק (95%CI = 0.05–0.23).

### דיון

מחקר זה נועד לבחון את ההשלכות של קבלת סיוע ממטפלים פורמליים על מערך הסיוע הבלתי פורמלי שניתן לזקן מבני משפחתו. המחקר השווה בין סוגי הטיפול השונים ובדק את ההבדלים בתחושות השליליות והחיוביות בין מטפלים עיקריים שנעזרים במטפלות ישראליות בטיפול שניתן כמה שעות בשבוע, לבין אלה שנעזרים במטפלות זרות שמעניקות סיוע מסביב השעון. המחקר מצא כי אלה שנעזרים במטפלות זרות דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול ועל תחושת נטל נמוכה יותר באופן מובהק בהשוואה לאלה שנעזרים במטפלות ישראליות, לא נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות בנוגע למציאת המשמעות בטיפול. המחקר מצא כי הגורמים המנבאים את תחושת הנטל הם: גילו של הזקן, מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי, מספר השעות השבועיות שהקדיש המטפל העיקרי לטיפול בזקן וכן שביעות רצונו מהמטפלת הפורמלית. הגורמים המנבאים את מציאת המשמעות בטיפול של המטפל העיקרי הם: מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי, אבחון הזקן כלוקה בדמנציה וכן שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי. לא נמצאה תרומה מובהקת של רמת

המוגבלות של הזקן או של סוג הטיפול הפורמלי שניתן לו, לניבוי תחושת הנטל או לניבוי מציאת המשמעות בטיפול. כמו כן, נמצא כי שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי משמשת גורם מתווך במחקר בין סוג הטיפול הפורמלי שניתן לזקן (מטפלת זרה או ישראלית) לבין תחושת הנטל של המטפל העיקרי. בפרק זה נדון בממצאי המחקר ובמשמעותם תוך התייחסות תיאורתית והצעת הסברים לממצאים אלו.

### היבטים שליליים בטיפול: תחושת נטל

מחקרנו מצא הברלים מובהקים בין הקבוצות (סיוע ממטפלת זרה מול סיוע ממטפלת ישראלית) בתחושת הנטל של המטפלים העיקריים, כאשר אלה שנעזרים במטפלות זרות דיווחו על תחושת נטל נמוכה יותר בהשוואה לאלה שנעזרים במטפלות ישראליות. ממצא זה תומך במחקרים קודמים שנערכו בנושא, ובהם נמצא כי אלה שנעזרים במטפלות זרות דיווחו על תחושת נטל נמוכה יותר ועל רווחה נפשית גבוהה יותר (Ayalon & Green, 2004; Rosa, Ambrigo, Binetti, & Zanetti, 2015). אפשר לייחס זאת לכך שהמטפלות הזרות מקבלות על עצמן את מרבית הטיפול הסיעודי בזקן ומאפשרות לבני המשפחה להתפנות לעיסוקים אחרים או לביצוע מטלות אחרות שקשורות לזקן בהתאם להעדפותיהם (ברודסקי ואחרים, 1993). כלומר, אף על פי שהמטפלים העיקריים ממשיכים להיות מעורבים בטיפול בזקן, הרי שנטל הטיפול מתחלק בינם לבין המטפלת הפורמלית, וכאשר מדובר במטפלת מסביב לשעון, עיקר הטיפול עובר מידיהם לידי המטפלת. כמו כן, היות והמטפלות הזרות נוכחות בבית הזקן עשרים וארבע שעות ביממה, הן מספקות מרכיב נוסף לטיפול בזקן, שהוא מרכיב ההשגחה, ובכך הן מעניקות לבני המשפחה שקט נפשי. מטבע הדברים, מרכיב ההשגחה חסר בצורת ההעסקה של מטפלות ישראליות. אף שאין להפחית בחשיבותו של הטיפול שניתן על ידי מטפלות ישראליות כמה שעות בשבוע, הטיפול במשך כל שעות היממה באמצעות מטפלות זרות, עשוי לתרום יותר לרווחתם של המטפלים העיקריים ולהקל על תחושותיהם השליליות ביחס לטיפול בבן המשפחה הזקן.

במחקרנו נמצאו ארבעה גורמים שמנבאים את תחושת הנטל של המטפל העיקרי. ראשית נמצא כי גיל הזקן וכן מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי מנבאים את תחושת הנטל. ממצא זה נתמך על ידי מחקרים נוספים, בהם נמצא כי למאפיינים הסוציו-דמוגרפיים של הזקן ושל המטפל העיקרי, כולל גיל ומצב בריאותי של המטפל העיקרי כפי שנמצא במחקר זה, יש תרומה לתחושת הנטל של המטפל העיקרי (Pinquart & Sorenson, 2003b, 2006). אפשר לומר שבני משפחה אשר מצבם הבריאותי טוב יותר הם בעלי כוחות רבים יותר להתמודד עם הטיפול ולהכיל את מצבו של הזקן, ולכן הם חשים פחות מעמסה בטיפול. מנגד, משום שמדובר במחקר חתך, ייתכן שהקשר הוא דווקא בכיוון ההפוך, כלומר, תחושת נטל נמוכה יותר קשורה לבריאות טובה יותר של המטפל העיקרי. כמו כן, נמצא כי מספר השעות השבועיות שמקדיש המטפל העיקרי לטיפול בזקן מנבא את תחושת הנטל שלו. גם לממצא זה יש תימוכין ממחקרים קודמים, בהם נמצא כי מספר השעות שמקדיש המטפל לטיפול בזקן קשור לתחושת הנטל שלו (Chappell & Reid, 2002; Pinquart & Sorenson, 2003a; Sherwood, Given, Given, & Von Eye, 2005). המשמעות

היא כי לאינטנסיביות הנדרשת מבני המשפחה לטיפול בזקן יש תרומה לתחושת הנטל שלהם.

רמת שביעות הרצון של המטפל העיקרי מהמטפלת הפורמלית מנבאת גם היא את תחושת הנטל שלו. ממצא זה מצטרף למחקר קודם שמצא קשר שלילי מובהק בין שביעות רצון מהטיפול הפורמלי לבין תחושת הנטל בקרב מטפלים עיקריים (Ayalon & Green, 2015). יש לציין כי כאשר הוכנסו כל משתני המחקר, כולל משתני הבקרה, לבחינת ניבוי תחושת הנטל, לא נמצאה תרומה מובהקת של סוג הטיפול הפורמלי לניבוי תחושת הנטל של המטפל העיקרי. המשמעות היא כי לשביעות הרצון מהמטפלת יש תרומה לתחושת הנטל של המטפל העיקרי ללא הבחנה אם מדובר במטפלת זרה או במטפלת ישראלית. אף שנמצאו הבדלים מובהקים בין הסוגים השונים של הטיפול הפורמלי בתחושת הנטל של המטפל העיקרי, הרי שכאשר מביאים בחשבון את כלל משתני המחקר, נראה כי יש גורמים אחרים, משמעותיים יותר, אשר עשויים לתרום לתחושת הנטל שלו. ממצא זה מדגיש את חשיבותו של הסיוע הפורמלי, וכאשר הוא ניתן לשביעות רצונם של בני המשפחה, הוא תורם להפחתת התחושות השליליות הנובעות מהטיפול בזקן.

#### היבטים חיוביים בטיפול: מציאת משמעות

מחקרנו לא מצא הבדלים מובהקים בין הקבוצות בנוגע ליכולת למצוא משמעות מתוך חוויית הטיפול. יש לציין כי שאלון מציאת המשמעות בטיפול התמקד עד כה באוכלוסיית מטפלים לזקנים שסובלים מדמנציה או מירידה קוגניטיבית, ופחות בהקשר של ירידה תפקודית במישור הפיזי (Farran, Keane-Hagerty, Salloway, Kupferer, & Wilken, 1991; Farran, Miller, Kaufman, & Davis, 1997; Farran et al., 1999; Konstam et al., 2003; Quinn, Clare, & Woods, 2012). ייתכן ששאלון זה פחות מתאים לאוכלוסיית המחקר הנבדקת, אשר התייחסה לזקנים בעלי מוגבלות פיזית ובמידה פחותה לזקנים שסובלים מירידה במישור הקוגניטיבי, והדבר בא לידי ביטוי בממצאי המחקר. ראייה לכך היא ניתוח הרגרסיה שנערך לבדיקת ניבוי מציאת משמעות בטיפול מבין כלל משתני המחקר. בניסוח זה נמצא כי אחד הגורמים המנבאים מציאת משמעות בטיפול באופן מובהק הוא אבחון הזקן כסובל מדמנציה. כמו כן, מדובר בשאלון ארוך וייתכן שחלק מהמשתתפים התקשו להשיב עליו במלואו או במלוא הריכוז. אפשרות אחרת היא שהיכולת למצוא משמעות בטיפול לא קשורה לסוג העזרה הפורמלית שמוצעת לבן המשפחה, אלא למאפיינים אישיותיים של בן המשפחה, לתפיסת עולמו או לסוג הקשר שלו עם הזקן. הסבר אפשרי זה מתיישב גם עם ממצאי מחקר שנערך במטרה לבחון את הגורמים המנבאים מציאת משמעות בטיפול בקרב מטפלים עיקריים בחולי דמנציה. לפי מחקר זה מציאת משמעות בטיפול מנובאת על ידי תחושות סובייקטיביות כמו מניעים פנימיים לטיפול, תחושת מסוגלות וכן תחושת כליאה וסגירות (role captivity) במילוי תפקיד המטפל (Quinn et al., 2012).

מצבו הבריאותי של המטפל העיקרי נמצא גורם מנבא למציאת משמעות בטיפול. גם כאן אפשר לומר כי מטפלים עיקריים במצב בריאותי טוב יותר הם בעלי יכולת גבוהה יותר

להתמודד עם מצבי משבר, ולכן הם מסוגלים להבחין גם בדברים החיוביים שנובעים מהטיפול בזקן. גם מחקרים קודמים הצביעו על קשר חיובי בין מציאת משמעות לבין בריאות פיזית ונפשית (Reker, Peacock, & Wong, 1987; Zika & Chamberlain, 1992). זאת ועוד, שביעות רצון מהטיפול הפורמלי נמצאה גם היא מנבאת מציאת משמעות בטיפול. טיפול פורמלי שמתבצע לשביעות רצונם של בני המשפחה, מאפשר להם להתפנות ולהתבונן גם בדברים החיוביים הנובעים מהטיפול. יש שמצאו קשר חיובי בין מציאת משמעות בטיפול בזקן לבין קבלת תמיכה רגשית (Noonan & Tennstedt, 1997), בדומה לכך, המחקר הנוכחי מצביע על כך שהתמיכה המעשית שמתקבלת על ידי המטפלת הפורמלית עשויה גם היא לתרום ליכולתו של המטפל העיקרי למצוא משמעות חיובית בטיפול.

### שביעות רצון מהטיפול הפורמלי

מחקרנו מצא כי יש הבדלים מובהקים בין הקבוצות (מטפלת זרה לעומת מטפלת ישראלית) בשביעות הרצון מהטיפול הפורמלי. בני משפחה שנעזרים במטפלות זרות דיווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מאשר אלה הנעזרים במטפלות ישראליות. ממצא זה נתמך בשני מחקרים קודמים שנערכו בישראל (Ayalon & Green, 2015; Iecovich, 2007). יש שהסבירו את ההבדלים בין הקבוצות במידת שביעות הרצון בכך שמטפלות זרות רבות מגיעות הנה עם ניסיון והכשרה מוקדמת בתחום הטיפול, חלקן אחיות במקצוען, ויש להן הידע והיכולות לטפל בזקן בצורה טובה יותר (Iecovich, 2007). לעומת זאת, המטפלות הישראליות מקבלות הכשרה מקצועית דלה יותר בתחום, ובשל המחסור בכוח עבודה מקומי מתקבלות לעבודה בטיפול בזקנים גם מטפלות בעלות השכלה מינימלית בלבד.

כמו כן, המטפלות הזרות מגיעות מתרבות אשר רוחשת כבוד לאדם המבוגר, וגישה זו יוצרת רושם טוב ומביאה אותן לעשות את עבודתן על הצד הטוב ביותר (Redfoot & Houser, 2005). זאת בניגוד לתפיסה הישראלית הרווחת, שמאמצת את הגישה המערבית המודרנית (Ayalon, 2013), ומאופיינת בין השאר בגילנות גלויה או סמויה, בפחד מהזדקנות וברתיעה מלבוא במגע עם האוכלוסייה המזדקנת (Abrams, Russel, Vauclair, & Swift, 2011; Bodner, Bergman, & Cohen-Fridel, 2012). בין הקבוצות בשביעות הרצון מהטיפול הפורמלי הוא שעקב המגורים המשותפים עם הזקן, המטפלת הזרה לומדת להכיר טוב יותר את צרכיו של הזקן, את הרגליו ואת העדפותיו, להבדיל ממטפלת ישראלית שאינה מתגוררת בבית הזקן ומגיעה רק לכמה שעות בשבוע. זאת ועוד, בין המטפלת הזרה לזקן קיימת תלות הדדית: גם המטפלת מעוניינת באריכות ימיו של הזקן, מאחר שבדרך זו היא מביחה לעצמה קורת גג, אשרת עבודה בתוקף ומקור פרנסה ארוך טווח, יש לה מוטיבציה רבה יותר להשביע את רצונו של הזקן (Iecovich, 2007). אין בישראל מטפלים ישראלים שעובדים מסביב לשעון, ולכן אין אפשרות לבדוק אם שביעות הרצון של המטפל העיקרי נובעת מהעובדה שמספר שעות הטיפול גדול יותר, או ממאפייניה של המטפלת.

אחד הממצאים במחקר הנוכחי הוא ששביעות הרצון מהטיפול הפורמלי משמשת גורם מתווך בין סוג הטיפול הפורמלי לתחושת הנטל של המטפל העיקרי, כלומר, שביעות הרצון

תורמת באופן עקיף למידת תחושת הנטל: הנעזרים במטפלות זרות מגלים שביעות רצון גבוהה יותר ולכן גם תחושת הנטל שלהם נמוכה יותר. המשמעות היא שאת ההבדלים בתחושת הנטל בין אלה שנעזרים במטפלות זרות לאלה שנעזרים במטפלות ישראליות יש לייחס במידה רבה לרמת שביעות הרצון מהמטפלת בהסבר ההבדל. ממצא זה עולה בקנה אחד עם מחקר קודם שמצא קשר כזה בין משתנים אלה (Ayalon & Green, 2015). ממצא זה קיבל תימוכין גם בניחוח הרגרסיה, שם נמצא כי מידת שביעות הרצון של המטפל העיקרי מהטיפול הפורמלי היא גורם המנבא את תחושת הנטל שלו, דבר הממחיש את המשקל הרב שיש להשפעת שביעות הרצון מהמטפלת על תחושותיהם השונות של המטפלים העיקריים בנוגע לטיפול בזקן. ממצא זה מתיישב עם מחקרים נוספים שבהם נמצא כי איכות היחסים והקשר שנרקם עם המטפלת הפורמלית משמשים מנבאים עיקריים של תחושת הנטל של המטפל העיקרי (Iecovich, 2011).

### מגבלות המחקר והמלצות למחקרים עתידיים

למחקר זה כמה מגבלות מתודולוגיות. ראשית, המדגם אותר באמצעות דגימת נוחות, שאיננה הסתברותית, דבר הפוגע בתוקף החיצוני של המחקר וביכולת ההכללה של הממצאים על האוכלוסייה. כמו כן, איסוף הנתונים נערך באמצעות שאלונים לדיווח עצמי, ועל כן יש חשש להטיה בדיווח בשל נטייה אפשרית של המשתתפים להשיב מתוך רצייה חברתית, לעתים באופן בלתי מודע. מאחר שמדובר במחקר מתאמי-קורלטיבי אשר התבצע בנקודת זמן אחת, אין אפשרות להסיק קשר סיבתי בין המשתנים. מגבלה נוספת של המחקר היא מגבלת זמן וחוסר במשאבים כלכליים, מבחני הערכת המוגבלות התפקודית של הזקן (שאלוני ADL ו-IADL) מולאו בידי המשיבים, המטפלים העיקריים, ולא בידי איש מקצוע או גורם אובייקטיבי אחר. זאת ועוד, לא נערך מבחן שהתייחס למצבו הקוגניטיבי של הזקן, והסתפקנו בכך שהמשיבים דיווחו אם הזקן אובחן כסובל מדמנציה. עם זאת, יש לציין כי נעשתה פנייה לבני משפחות של זקנים אשר אובחנו מראש במבחן התלות של הביטוח הלאומי כבעלי מוגבלות גבוהה, וזאת על מנת למנוע ככל האפשר הטיה בין שתי קבוצות ההשוואה (מטופלים על ידי מטפלת זרה או ישראלית) ולמצמצם את השונות ביניהן,

המלצותינו למחקרים עתידיים נובעות בין השאר ממגבלותיו של המחקר הנוכחי. נמליץ לערוך את המחקר על מדגם מייצג. המחקר נערך בקרב האוכלוסייה היהודית בלבד, וייתכן שבקרב האוכלוסייה הערבית יתקבלו ממצאים שונים. בנוסף לכך, חשוב שיתבצע מחקר נוסף אשר יבחן את השלכות הטיפול הסיעודי הביתי לאורך זמן ולא רק בנקודת זמן אחת. חשוב לזכור כי תחום העסקה זה מאופיין בתחלופה גבוהה של עובדים, וייתכן שיש לכך השפעה על ממצאי המחקר. המלצה נוספת היא שבמחקר עתידי יובא בחשבון גם מצבו הקוגניטיבי של הזקן וכן כי את מבחן הערכת התלות של הזקן יבצע גורם חיצוני או איש מקצוע אובייקטיבי, ולא המטפל העיקרי, כפי שנעשה במחקר זה בשל מגבלות זמן ותקציב. כמו כן, המחקר הנוכחי לא הבחין בין סוג הקרבה של המטפל העיקרי לזקן, ויהיה נכון לבחון את תחושותיהם של בני הזוג בנפרד מתחושותיהם של הצאצאים או החתנים/הכלות

של הזקן, שכן מחקרים מצביעים על שוני בין בני זוג לבין צאצאיו של הזקן במעורבותם בטיפול בו (איילון, גרין, אליאב, אסיסקוביץ' ושמלצר, 2013; ברודסקי ואחרים, 2004) בחלוקת נטל הטיפול (Ayalon, 2009b; Iecovich, 2010) ובתפיסת משמעות הטיפול (גולדשטיין ואחרים, 2012; Farran et al., 1997, 1999; Quinn et al., 2012).

### תרומת המחקר

למרות מגבלות המחקר שהוצגו לעיל, תרומתו באה לידי ביטוי ברמה התיאורטית וברמה היישומית. ברמה התיאורטית, המחקר העמיק לבחון את ההבדלים בתחושותיהם של המטפלים העיקריים שנעזרים במטפלות פורמליות זרות לעומת אלה שנעזרים במטפלות ישראליות, והתייחס לא רק למידת שביעות הרצון מהטיפול הפורמלי שנחקרה עד כה, אלא גם להשלכות של צורות ההעסקה השונות על תחושותיהם של המטפלים העיקריים. המחקר מצביע על כך שהטיפול הפורמלי שניתן לזקן וכן שביעות הרצון ממנו מהווים גורמים משמעותיים לגבי חוויית הטיפול של המטפלים העיקריים בזקן, וזאת אף מעבר לרמת המוגבלות התפקודית של הזקן.

מחקר זה שם דגש על התרומה של אופן הסיוע הפורמלי שניתן לזקן כמשתנה מרכזי ומשמעותי במודל המחקר, משתנה שלא נחקר רבות, ומוכיח שוב כי סיוע פורמלי לזקן שניתן מסביב לשעון על ידי מטפלות זרות מהווה תרומה יוצאת דופן לא רק לזקן עצמו, אלא גם לבני המשפחה המשמשים מטפלים עיקריים. בכך מצטרף מחקר זה למחקרים אחדים שנערכו בעבר בנושא (איילון ואחרים, 2013; כהן, 2010; Ayalon & Green, 2015; Iecovich, 2007) ומוסיף לאשרר ולחזק ממצאים אלה באופן עקבי.

ברמה היישומית, המחקר עשוי לתרום בתחום המדיניות ולהשפיע על קובעי המדיניות ועל מקבלי ההחלטות בקביעת תקנות וחוקים הנוגעים לייבוא מטפלים זרים ארצה והעסקתם ככוח עבודה משמעותי בענף הסיעוד. לאחרונה מאמצת ממשלת ישראל מדיניות שחותרת לצמצום כוח העבודה הסיעודי של מטפלים זרים וקוראת לפעול להגבלת מכסת העובדים הזרים בתחום הסיעוד (נתן, 2012; Asiskovitch, 2013). במקביל פועלת הממשלה לעידוד העסקת מטפלים ישראלים בתחום, עידוד שמתבטא בין השאר במתן תוספת שעות סיעוד שבועיות לזקנים אשר בוחרים להמשיך להיעזר במטפלות ישראליות (נתן, 2011). ממחקר זה ניתן ללמוד כי תוספת שעות שבועיות אינה משתווה לטיפול שניתן על ידי מטפלות זרות במשך כל שעות היממה, וכי כוח העבודה המקומי אינו מסוגל לתת מענה שווה ערך לזקנים מוגבלים בתפקודם שזקוקים לסיוע ניכר.

כמו כן, המחקר מביא להכרה בחשיבות מערך הסיוע הבלתי פורמלי לזקן, קרי בני משפחה אשר מתמודדים עם עומס רב ועם מגוון דרישות מצד מסגרות שונות בחייהם. המחקר מעלה את הצורך בהקמת מערכי סיוע למטפלים עיקריים שמתמודדים עם הטיפול בכך המשפחה מזדקן ומוגבל בתפקודו. המחקר מצביע על כך כי גם אלה שנעזרים במטפלות ישראליות וגם אלה שנעזרים במטפלות זרה לטיפול כוללני, מתמודדים עם מציאות יומיומית מורכבת ומתמשכת של ירידה הדרגתית בתפקודו של אדם קרוב, והם זקוקים לליווי, ליעוץ ולהנחיה. יתרה מכך, ממחקרנו עולה כי אלה שנעזרים במטפלות ישראליות נדרשו להשקיע



שעות רבות יותר בטיפול בזקן ודיווחו על תחושה של נטל רב יותר. קברוצה זו אינה זוכה לתמיכה מספקת, שרויה בסיכון גבוה יותר לשחיקה ולכן זקוקה להכוונה רבה ולהדרכה. מחקר זה אף עשוי להעלות על סדר היום הציבורי את החשיבות בהמשך מתן זכויות המעוגנות בחוק למטפלים עיקריים בכך משפחה זקן.

## מקורות

- איילון, ל', גרין, א', אליאב, ת', אסיסקוביץ, ש' ושמלצר, מ' (2013). *שירותי סיעוד ביחיים לזקנים – דוח מחקר*. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי, מינהל המחקר והתכנון.
- אקשטיין, צ' (2010). *העסקת עובדים זרים: פורום קיסריה להתוויית מדיניות כלכלית לאומית*. נדלה מתוך אתר המכון הישראלי לרמוקרטיה: [http://www.idi.org.il/media/575451/Fpreogm\\_Workers.pdf](http://www.idi.org.il/media/575451/Fpreogm_Workers.pdf)
- ברודסקי, ג', נאון, ד' וקינג, י' (1993). *השלכות הרחבת הטיפול הביתי על מצבם של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק הסיעוד*. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג', שגור, י' ובאר, ש' (2012). *קשישים בישראל -- שנתון סטטיסטי 2011*. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל.
- גולדשטיין, ד', ורנר, פ', מיטלמן, מ' והייניק, י' (2012). *משמעות הטיפול בחולה אלצהיימר: תפיסות צאצאים המטפלים בהוריהם והקשר בין משמעות הטיפול לרמת הדיכאון שהם חווים. גרונולוגיה, ל"ט(1-2), 15-36*.
- המוסד לביטוח לאומי (2013). *סקירה שנתיית לשנת 2012. פעילות ומגמות בתחום הגמלאות-סיעוד*. ירושלים: מינהל המחקר והתכנון.
- יקוביץ, א' (2011). *טיפול בית בזקנים המוגבלים בתפקודם: סוגיות, שירותים ותכניות*. ירושלים: אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.
- כהן, י' (2010). *עובדים זרים בטיפול בית בזקנים: תפקידים שממלאים מטפלים עיקריים ומטפלים זרים בטיפול בזקן והשפעתם על נטל טיפול וסיפוק מטיפול של המטפל העיקרי בזקן ועל שביעות הרצון של המטפל הזר מעבודתו*. חיבור לשם קבלת התואר "מוסמך", אוניברסיטת בן גוריון בנגב.
- מורגנשטיין, ב' ובייץ-מוראי, ש' (1992). *השפעת חוק סיעוד על מערך העזרה הבלתי פורמלי בקשישים מוגבלים*. המוסד לביטוח לאומי: מינהל המחקר והתכנון.
- נתן, ג' (2011). *הטיפול באנשים עם צרכים סיעודיים (צורכי כוח אדם ומדיניות תעסוקה בענף הסיעוד)*. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- נתן, ג' (2012). *פעילות הממשלה והמעסיקים לעידוד תעסוקת ישראלים במקצועות עתירי עובדים זרים*. ירושלים: מרכז המחקר והמידע של הכנסת.
- רוזנהק, ד' וכהן, א' (2000). *דפוסי הכללה של עובדים זרים ומשטר ההגירה בישראל: ניתוח השוואתי סוציולוגיה ישראלית, ג(1), 53-78*.
- רשות האוכלוסין וההגירה (2014). *נתוני זרים בישראל – סיכום שנת 2013*. האגף לתכנון מדיניות. נדלה מתוך <http://www.piba.gov.il/PublicationAndTender/ForeignWorkersStat/Documents/563343n80.pdf>
- שור, פ' ווייס, י' (2011). *עובדים זרים בישראל בעידן הגלובליזציה: היבטים בריאותיים ורפואיים. ביטחון סוציאלי, 86, 41-62*.
- Abrams, D., Russel, P. S., Vaclair, M., & Swift, H. (2011). *Ageism in Europe: Findings from the European Social Survey*. London: Age UK. Retrieved from [http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism\\_europe\\_report\\_interactive.pdf](http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/ageism_europe_report_interactive.pdf)

- Allen, R. S., Kwak, J., Lokken, K. L., & Haley, W. E. (2003). End-of-life issues on the context of Alzheimer's disease. *Alzheimer's Care Quarterly*, 4, 312–330.
- Archbold, P. C. (1983). Impact of parent caring on women. *Family Relations*, 32, 39–45.
- Asiskovitch, S. (2013). The long-term care insurance program in Israel: Solidarity with the elderly in a changing society. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2(3). Retrieved from <http://www.ijhpr.org/content/pdf/2045-2-3.pdf>
- Ayalon, L. (2009a). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: Characteristics and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*, 21(1), 40–49.
- Ayalon, L. (2009b). Family and family-like interactions in households with round-the-clock paid foreign cares in Israel. *Ageing and Society*, 29(6), 671–686.
- Ayalon, L. (2013). Feelings towards older vs. younger adults: Results from the European Social Survey. *Educational Gerontology*, 39(12), 888–901.
- Ayalon, L., & Green, O. (2015). Live-in versus live-out home care in Israel: Satisfaction with services and caregivers' outcomes. *The Gerontologist*, 55(4), 628–642.
- Ayalon, L., Halevy-Levin, S., Ben-Yizhak, Z., & Friedman, G. (2013). Family caregiving at the intersection of private care by migrant home care workers and public care by nursing staff. *International Psychogeriatrics*, 25(9), 1463–1473.
- Bachner, Y. G., & Ayalon, L. (2010). Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview. *Ageing and Mental Health*, 14(6), 725–730.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173–1182.
- Bedard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: A new short version and screening version. *The Gerontologist*, 41, 652–657.
- Bodner, E., Bergman, Y. S., & Cohen-Fridel, S. (2012). Different dimensions of ageist attitudes among men and women: A multigenerational perspective. *International Psychogeriatrics*, 24, 895–901.
- Boerner, K., Schultz, R., & Horowitz, A. (2004). Positive aspects of caregiving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668–675.
- Canadian Study of Health and Aging Working Group (1994). Patterns of caring for people with dementia in Canada. *Aging*, 13, 470–487.
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging*, 1, 434–463.
- Cantor, M. H. (1991). Family and community: Changing roles in an aging society. *The Gerontologist*, 31(3), 337–346.
- Chappell, N., & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Ageing and Society*, 11, 299–317.
- Chappell, N. L., & Reid, R. C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42, 772–780.

- Chiatti, C., Di Rosa, M., Melchiorre, M. G., Manzoli, L., Rimland, J. M., & Lamura, G. (2013). Migrant care workers as protective factor against caregiver burden: Results from a longitudinal analysis of the EUROFAMCARE study in Italy. *Aging & Mental Health, 17*(5), 609–614.
- Davies, A. R., & Ware, J. E. (1988). Involving consumers in quality of care assessment. *Health Affairs, 7*(1), 33–48.
- Eustis, N. N., Kane, R. A., & Fischer, L. R. (1993). Home care quality and the home care worker: Beyond quality assurance as usual. *The Gerontologist, 33*(1), 64–73.
- Farran, C. J., Keane-Hagerty, E., Salloway, S., Kupferer, S., & Wilken, C. S. (1991). Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers. *The Gerontologist, 31*, 175–183.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., & Davis, L. (1997). Race, finding meaning, and caregiver distress. *Journal of Aging and Health, 9*(3), 316–333.
- Farran, C. J., Miller, B. H., Kaufman, J. E., Donner, E., & Fogg, L. (1999). Finding meaning through caregiving: Development of an instrument for family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Psychology, 55*(9), 1107–1125.
- Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. New York: Pocket Books.
- Frankl, V. (1978). *The unheard cry for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Fujisawa, R., & Colombo, F. (2009). The long-term care workforce: *Overview and strategies to adapt supply to a growing demand*. OECD Health Working Papers no. 44. Paris: OECD.
- George, L. U., & Gwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist, 26*, 253–259.
- Geron, S. M. (1995, March). *Utilizing elder focus groups to develop client satisfaction measures for home-based services: Findings from focus groups with African-American, Chinese-American, Hispanic and White elders*. Poster session presented at the annual meeting of the American Society on Aging, Atlanta, GA.
- Geron, S. M. (1998). Assessing the satisfaction of older adults with long-term care services: Measurement and design challenges for social work. *Research on Social Work Practice, 8*(1), 103–119.
- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D., & Kasten, L. (2000). The home care satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail adults with home care services. *Journal of Gerontology, Social Sciences, 55*(5), 259–270.
- Giuliano, A. J., Mitchell, R. E., Clark, P. G., Harlow, L. L., & Rosenbloom, D. (1990, June). *The meaning in caregiving scale: Factorial and conceptual dimensions*. Paper presented at the poster session at the second annual convention of the American Psychological Society, Dallas, Texas.
- Gold, D. P., Cohen, C., Shulman, K., & Zucchero, C. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *The International Journal of Aging and Human Development, 41*(3), 183–201.
- Gubrium, F. (1991). *The mosaic of care: Frail elderly and their families in the real world*. New York: Springer.

- Gupta, R. (2000). A path model of elder caregiver burden in Indian/Pakistani families in the United States. *International Journal and Human Development*, 51(4), 295–313.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Hunt, H. K. (1991). Consumer satisfaction, dissatisfaction, and complaining behavior. *Journal of Social Issues*, 47(1), 107–117.
- Iecovich, E. (2007). Client satisfaction with live-in and live-out home care workers in Israel. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(4), 105–122.
- Iecovich, E. (2009, September). *The role of migrant homecare workers in providing care to frail older people*. Paper presented at the international expert meeting on Monitoring long-term care for the elderly, European Center For Social Welfare, Policy, and Research and the Ministry of Welfare and Social Services, Jerusalem.
- Iecovich, E. (2010). Tasks performed by primary caregivers and migrant live-in homecare workers in Israel. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(2), 53–75.
- Iecovich, E. (2011). Quality of relationships between care recipients and their primary caregivers and its effect on caregivers' burden and satisfaction in Israel. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(6), 570–591.
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 1, 20–30.
- Keith, C. (1995). Family caregiving systems: Models, resources and values. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 179–189.
- Konstam, V., Holmes, W., Wilczenski, F., Baliga, S., Lester, J., & Priest, R. (2003). Meaning in the lives of caregivers of individuals with Parkinson's disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10(1), 17–25.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience: Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37(2), 218–232.
- Kumamoto, K., Arai, Y., & Zarit, S. H. (2006). Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: Preliminary results. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(2), 163–170.
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179–186.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological and social perspectives* (pp. 63–80). New York: Plenum Press.
- Levine, N. B., Gendron, C. E., Dastroor, D. P., Poitras, L. R., Sirota, S. E., Barza, S. L., & Davis, J. C. (1984). Existential issues in the management of the demented elderly. *American Journal of Psychotherapy*, 3(2), 215–223.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577–582.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary role of informal networks and formal systems*. New York: Guilford.
- Lund, D. A., Wright, S. D., & Caserta, M. S. (2005). Respite services: Enhancing the quality

- of daily life of caregivers and persons with dementia. *Geriatrics and Aging*, 8(4), 60–65.
- Motenko, A. (1988). Respite care and pride in caregiving: The experience of six older men caring for their disabled wives. In S. Reinharz & G. Rowles (Eds.), *Qualitative Gerontology* (pp. 104–127). New York, NY: Springer.
- Noelker, L. S., & Bass, D. M. (1989). Home care for elderly persons: Linkages between formal and informal caregivers. *Journal of Gerontology*, 44(2), 63–70.
- Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785–794.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185–210.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583–594.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2003a). Associations for stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), 112–128.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2003b). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90–106.
- Pinquart, M., & Sorenson, S. (2006). Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: An updated meta-analysis. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(1), 33–45.
- Polverini, F., & Lamura, G. (2004). *National report on Italy: Labour supply in care services*. Ancona, Italy: Istituto Nazionale di Ripsosoe Cura Anziani, Department of Gerontological Research.
- Quinn, C., Clare, L., & Woods, R. T. (2012). What predicts whether caregivers of people with dementia find meaning in their role? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), 1195–1202.
- Redfoot, D. L., & Houser, A. N. (2005). “We shall travel on”: *Quality of care, economic development, and the international migration of long-term care workers*. Washington, DC: AARP Public Policy Institute. Retrieved from [http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005\\_14\\_intl\\_ltc.pdf](http://assets.aarp.org/rgcenter/il/2005_14_intl_ltc.pdf)
- Reese, D., Walz, T., & Hageboeck, H. (1983). Intergenerational care providers of non-institutionalized frail elderly: Characteristics and consequences. *Journal of Gerontological Social Work*, 5, 21–34.
- Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. P. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44–49.
- Rosa, E., Ambrigio, M., Binetti, G., & Zanetti, O. (2004). Immigrant paid caregivers and primary caregivers burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1103–1104.

- Rust, R. T., & Oliver, R. L. (1994). *Service quality: New direction in theory and practice*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sherwood, P. R., Given, C. W., Given, B. A., & Von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. *Journal of Aging and Health, 17*(2), 125–147.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp. 290–312). San Francisco: Jossey-Bass.
- Spillman, B., & Pezzin, L. (2000). Potential and active family caregivers: Changing networks and the “Sandwich generation”. *The Milbank Quarterly, 78*(3), 347–374.
- Strasser, S., Aharony, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: Moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review, 50*, 219–248.
- Sung, K. T. (1991). Family centered informal support networks of Korean elderly: The resistance of cultural traditions. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 6*, 437–447.
- Sung, K. T. (2001). Family support for the elderly in Korea: Continuity, change, future directions, and cross-cultural concerns. *Journal of Aging and Social Policy, 12*(4), 65–79.
- Tennstedt, S. L., Crawford, S. L., & McKinlay, J. B. (1993). Is family care on the decline? A longitudinal investigation of the substitution of formal long-term care services for informal care. *Milbank Quarterly, 71*, 601–624.
- Werner, P., & Goldstein, D. (2009, November). *Family stigma and caregiver burden: The case of Alzheimer's disease*. Paper presented at the family caregiver burden: Professional and personal issues conference, Haifa, Israel.
- Werner, P., Mittelman, M. S., Goldstein, D., & Heinik, J. (2012). Family stigma and caregiver burden in Alzheimer's disease. *The Gerontologist, 52*(1), 89–97.
- Wiener, J. M. (2003). The role of informal support in long-term care. In G. Brodsky, J. Habib, & M. Hirschfeld, (Eds.), *Key policy issues in long-term care* (pp. 3–24). Geneva: World Health Organization.
- Wolf, D. A., Freedman, V., & Soldo, B. J. (1997). The division of family labor: Care for elderly parents. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 52*, 102–109.
- Zarit, S. H., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*. New York: New York University Press.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Back-Peterson, J. (1980). Relatives of impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist, 20*, 649–655.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology, 83*, 133–145.

**SENSE OF BURDEN AND FINDING MEANING THROUGH CAREGIVING  
AMONG PRIMARY CAREGIVERS OF OLDER ADULTS RECEIVING  
ASSISTANCE FROM ISRAELI OR FOREIGN FORMAL CAREGIVERS**

**Uziel Nevo and Liat Ayalon**

The Louis and Gabi Weisfeld School of Social Work, Bar-Ilan University

**Background:** While older adults continue to receive informal care, mostly from family members, a steady rise is noticed in the number of applications for assistance by formal caregivers, under the long-term care benefit of the National Insurance Institute. Receiving help from formal caregivers may have implications not only for the older adults themselves, but also for their family members. The purpose of this study is to examine whether there are differences in the positive and negative feelings of primary family caregivers of older home care recipients, between those employing a live-in foreign home care worker (round the clock) and those assisted by a live-out Israeli home care worker for several hours a week as part of the National Insurance Institute long-term care benefit. In addition, the study examines the factors which predict the sense of burden and the ability to find meaning through the caregiving experience.

**Method:** Self-reporting questionnaires were given to a convenience sample of 215 primary caregivers (average age 60, 68% women), of whom 110 were assisted by foreign home care workers and 105 by Israeli home care workers.

**Results:** The study found significant differences between the groups in the sense of burden and satisfaction from formal caregiving. Family members who were assisted by foreign home care workers were more satisfied with the home care worker and felt less burdened than those who were assisted by Israeli home care workers. No significant differences were found with regard to deriving meaning from caregiving. Furthermore, satisfaction from the home care worker was a mediator and also a predictor of sense of burden and finding meaning through caregiving among primary caregivers.

**Conclusions:** The study suggests that the formal caregiving given to the elderly and the subsequent satisfaction are important factors in the experience of caregiving by primary caregivers, even beyond objective factors such as the level of the elderly's functional disability. In addition, the study shows that full-time assistance from foreign caregivers provides an outstanding contribution, not only to the older adult himself, but also to his family members. Concurrently, the study also sheds light on the importance of an informal support system and the need for support and accompaniment to primary caregivers.