

מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים

בחברה הערבית בישראל

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

רביע חלאילה

הוגש לסנט של האוניברסיטה העברית, בירושלים

אפריל 2008

מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים

בחברה הערבית בישראל

חיבור לשם קבלת התואר "דוקטור לפילוסופיה"

מאת

רביע חלאילה

הוגש לסנט של האוניברסיטה העברית, בירושלים

אפריל 2008

עבודה זו נעשתה בהנחייתו של

פרופ' הווארד ליטווין

עבודה זו מוקדשת

להוריי,

לאשתי אינאס

ולשני ילדיי ראמי ווסים היקרים

מילות תודה

ברצוני להודות לפרופ' הווי ליטוויין על ההכוונה, ההדרכה, והסבלנות

תודתי נתונה גם לכל הגורמים שעזרו במימון מחקר זה

המכון הלאומי לחקר שירותי הבריאות ומדיניות הבריאות

מכון ברוקדיל לגרונטולוגיה והתפתחות אדם וחברה

הקרן ע"ש אליאס ופרידה שכטר

הקרן ע"ש מילטון רוזנבאום

מרכז סילברט

מכון אשכול

הקרן ע"ש שיינפלד

הקרן ע"ש שויצר

תוכן העניינים

עמוד	
א- יד	תקציר בעברית
8 - 1	מבוא
66 - 9	<u>פרק א. סקירת ספרות</u>
9	1.1 הטיפול המשפחתי בקשיש – Family Caregiving
14	1.2 מסירות ילדים – Filial Piety
21	1.2.1 הבדלים בין תרבותיים במסירות ילדים
23	1.2.2 התמורות במסירות ילדים בחברה המערבית
24	1.2.3 התמורות במסירות בחברות מזרחיות-מסורתיות
25	1.2.4 התמורות במסירות ילדים בחברה היהודית בישראל
26	1.2.5 התמורות במסירות ילדים בחברה הערבית בישראל
29	1.3 תיאוריות גרונטולוגיות
29	1.3.1 תיאוריית המודרניזציה
31	1.3.2 תיאוריית החליפין וסולידאריות בין דורית
34	1.4 מאפייני חיים מודרניים
34	1.4.1 רמת העיור של הישוב
35	1.4.2 אורח חיים של המטפל (אינדובידואליזם-קולקטיביזם)
37	1.4.3 רמת הדתיות של המטפל
38	1.5 המשתנים המתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים
39	1.5.1 טיב היחסים בתוך "הרשת המשפחתית המטפלת"
40	1.5.2 טיב היחסים בין המטפל לבין לקשיש
41	1.5.3 נטל הטיפול בקשיש
45	1.5.4 יעילות עצמית כללית
46	1.5.5 תמיכה ספציפית בתפקיד המטפל
47	1.6 הקשר בין משתנים הרקע לבין מסירות ילדים
48	1.6.1 מאפייני הקשיש
49	1.6.2 מאפייני "הרשת המשפחתית המטפלת"
52	1.6.3 מאפייני הטיפול
53	1.6.4 מאפייני המטפל
54	1.7 התוצאות של מסירות ילדים ומתאמיה
54	1.7.1 הרווחה האישית של המטפל (דיכאון אצל המטפל)
57	1.7.2 העדפת המטפלים לעזרה בעת זקנה
59	1.7.3 תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בין דוריות בזמן ובכסף

עמוד	
66	1.8 מודל המחקר
68	1.9 השערות המחקר
94–70	פרק ב. שיטות המחקר
70	2.1 אוכלוסיית המחקר
70	2.2 המדגם
71	2.3 תהליך איסוף הנתונים
72	2.4 כלי ומשתני המחקר
91	2.5 סיכום משתני המחקר וכלי המחקר
91	2.6 סוגיות בתירגום השאלון לערבית
92	2.7 מבחן מקדים - Pre-test
94	2.8 עיבוד סטטיסטי של הנתונים
160 - 95	פרק ג. ממצאי המחקר
96	1. ניתוחים חד משתניים של משתני המחקר
102	2. ניתוחים דו-משתניים ורב משתניים לניבוי מסירות ילדים
116	3. ניתוחים דו-משתניים ורב משתניים לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי
128	4. ניתוחים דו-משתניים ורב משתניים לניבוי רמת הדיכאון אצל המטפל
139	5. ניתוחים דו-משתניים ורב משתניים לניבוי תפיסת המטפל את ההעברות בזמן
150	6. ניתוחים דו-משתניים ורב משתניים לניבוי תפיסת המטפל את ההעברות בכסף
193- 161	פרק ד. דיון
161	1. ניתוח מאפייני הרקע של המחקר
168	2. ניתוח הממצאים הרב משתניים ביחס להשערות
169	2.1 מסירות ילדים
173	2.2 העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו
177	2.3 רווחה אישת של המטפל-דיכאון
179	2.4 תפיסת המטפל בהעברות של זמן ובהעברות של כסף
188	3. סיכום ומסקנות
189	4. מגבלות המחקר
190	5. המלצות מחקריות ויישומיות
194-223	רשימה ביבליוגרפית

עמוד	נספחים
267- 224	
224	נספח א- שאלון בעברית
242	נספח ב- שאלות בערבית
258	נספח ג- סיכום משתני וכלי המחקר
267	נספח ד- מודל המחקר
XXIII-I	תקציר המחקר באנגלית - Abstract

רשימת לוחות

עמוד		
79	מתאמי פירסון בין מדדי דתיות ומדדי מודרניזציה	לוח מס' 2.1
87	ניתוח גורמים של 26 הפריטים המרכיבים את הכלי למסירות ילדים	לוח מס' 2.2
96	התפלגות אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים לפי מאפיינים סוציודמוגרפיים	לוח מס' 3.1
97	מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש	לוח מס' 3.2
98	מאפיינים סוציודמוגרפיים ותפקודיים של הקשישים	לוח מס' 3.3
99	מאפייני הטיפול בקשישים	לוח מס' 3.4
100	התפלגות אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים לפי מאפייני חיים מודרניים	לוח מס' 3.5
101	ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים המתווכים	לוח מס' 3.6
102	ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים התלויים	לוח מס' 3.7
103	סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.8
104	סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפייני מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.9
105	סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.10
106	מתאמי פירסון בין מאפייני טיפול ומסירות ילדים	לוח מס' 3.11
107	סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.12
109	מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים ובינם לבין מסירות ילדים.	לוח מס' 3.13
113	מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי מסירות ילדים	לוח מס' 3.14
113	סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.15
118	סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפיינים הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.16
119	סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.17
120	מתאמי פירסון בין לבין מאפייני הטיפול בקשיש לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה	לוח מס' 3.18
121	סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.19

עמוד		
122	לוח מס' 3.20	מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו לעת זיקנה
125	לוח מס' 3.21	מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה
129	לוח מס' 3.22	סטטיסטיקה תיאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות
130	לוח מס' 3.23	סטטיסטיקה תיאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני המובהקות
131	לוח מס' 3.24	סטטיסטיקה תיאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני המובהקות
131	לוח מס' 3.25	מתאמי פירסון בין מאפייני טיפול ורמת הדיכאון של המטפל
132	לוח מס' 3.26	סטטיסטיקה תיאורית של תחושת דיכאון על פי מאפייני חיים מודרניים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות
133	לוח מס' 3.27	מתאמים פירסון בין המשתנים המתווכים לבין רמת הדיכאון
136	לוח מס' 3.28	מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי רווחה אישית של המטפל-רמת הדיכאון
140	לוח מס' 3.29	סטטיסטיקה תיאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות
141	לוח מס' 3.30	סטטיסטיקה תיאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות
142	לוח מס' 3.31	סטטיסטיקה תיאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בקשיש על פי מאפייני הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות
143	לוח מס' 3.32	מתאמי פירסון של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש ומאפייני הטיפול בקשיש
144	לוח מס' 3.33	סטטיסטיקה תיאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני המובהקות
145	לוח מס' 3.34	מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש
148	לוח מס' 3.35	מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש
151	לוח מס' 3.36	סטטיסטיקה תיאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל

עמוד		
152	סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.37
153	סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות	לוח מס' 3.38
154	מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף	לוח מס' 3.39
155	סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני המובהקות	לוח מס' 3.40
156	מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש	לוח מס' 3.41
159	מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש	לוח מס' 3.42

תקציר

במשך מאות שנים, הזקן בחברה הערבית המסורתית הכפרית נתמך על יד בני משפחתו. אולם, בעשורים האחרונים, החברה הערבית בישראל עוברת שינויים רבים בתחומי החברה, התרבות, החינוך, והכלכלה (וייל וחבריה, 1988; חבש, 1977; Al-Haj, 1989). שינויים אלה משפיעים על אחד הערכים המרכזיים בחברה זו: "מסירות ילדים". יש הטוענים שמסירות פיליאלית של ילדים לטיפול בהורים קשישים בחברה הערבית מאבדת את חשיבותה (Azaiza, 1996; Litwin & Haj-). (Yahia, 1996; Litwin & Zoabi, 2003).

המחקר הנוכחי בחן את הגורמים שעומדים מאחורי תופעת המסירות של ילדים בוגרים להוריהם הזקנים בתנאים של שינוי חברתי. מטרת המחקר העיקרית הייתה לבדוק האם תהליכי המודרניזציה משפיעים על המסירות הפיליאלית ועל תוצאותיה. תיאוריית המודרניזציה, שמדגישה את השפעתה השלילית של החברה המודרנית על דפוסים שונים בחברה המסורתית, עמדה בבסיס המחקר הנוכחי (Cowgill, 1974).

1. סקירת ספרות

הטיפול בקשישים המתגוררים בקהילה מסופק לרוב על ידי המערכת המשפחתית (Keith, 1995; Sung, 2001). המערכת המשפחתית המטפלת בקשישים בבית מורכבת מבן או בת הזוג, בנות, בנים, כלות, נכדים ונכדות (Stoller, 1990; Peters-Davis, et.al., 1999; Lee, et.al., 1997). באופן מסורתי, מוטל הטיפול המשפחתי על הילדים הבוגרים. בחברות מסורתיות, כמו החברה האסיאתית והחברה הערבית בישראל, ממלאת הכלה יחד עם בעלה תפקיד המטפל העיקרי כחלק ממילוי אחריותה ומחויבותה הנורמטיבית במשפחה החדשה כלפי הורי בעלה. (Kim & Lee, 2000; Lowenstein & Katz, 2003).

הטיפול המשפחתי שהילדים מספקים להוריהם בעת זקנה נחשב מנהג תרבותי נורמטיבי. ההורים מצפים למסירות ברמה גבוהה ובשביל הילדים הבוגרים הטיפול בהוריהם הקשישים הוא מחויבות מובנת מאליה (Finley, et.al., 1988; Kao & Travis, 2005; Lee, et.al., 1994; Peek, et.al., 1998; Van der Pas, et.al, 2005). על פי הספרות, המונח "מסירות ילדים" מבטא את המניעים שגורמים לילדים להסכים לטפל בהוריהם הקשישים (Cicirelli, 1993; Sung, 1992).

מניעים אלה כוללים מתן כבוד להורים, רצון לשמור על ההרמוניה המשפחתית, אהבה וחיבה להורים, אחריות ילדים, רצון להחזיר טובה להורים, והקרבה פיזית וכספית (Kao & Travis, 1995; Sung, 2007; Kao, et.al., 2005a). המניעים לטיפול הפיליאלי בהורים קשישים בחברה הערבית בישראל כמעט ולא נדונו בספרות. המחקר היחידי שדן לאחרונה בנושא זה הוא מחקר איכותני שחקר 11 משפחות ערביות המטפלות בהורה קשיש דמנטי (Leichtentritt, et.al., 2004). מקורות קודמים מתארים את הקשיש בחברה הערבית הכפרית כאדם שנמצא במרכזה של רשת חברתית רחבה שדאגה למילוי מרבי של צרכיו הכלכליים, הרגשיים והפיזיולוגיים, לפי כללים קבועים ומובנים מאליהם. כללים אלה חייבו לא רק את הילדים ואת בני המשפחה, אלא גם את השכנים, החברים ואנשים נוספים. הטיפול בקשישים ושירותם נחשב בקרב הרשת החברתית הבלתי פורמאלית כלל מחייב, הן מבחינה דתית והן מבחינה חברתית, שאין מערערם עליו. במסגרתו של טיפול זה הייתה חלוקת תפקידים ברורה של ביצוע המטלות הקשורות לשירותו של הקשיש (גראייסי, 1976; רזק, 1978).

אולם, בשנים האחרונות, יש ירידה במעמדו של הקשיש מדמות מרכזית בעלת כוח, השולטת והתומכת במשפחה, לדמות חלשה ונטולת סמכות שזקוקה לתמיכה ועזרה. בנוסף, מתחזקת האוריינטציה האינדיבידואליסטית בקרב הצעירים הערבים, ונחלשת האוריינטציה הקולקטיביסטית אשר בעקבותיה מתערער מעמדו של הקשיש. יתר על כן, הקשר בין הילדים הערבים להוריהם נעשה יותר "אינסטרומנטאלי" ומתבסס על צרכים מעשיים יותר מאשר על מחויבות אידיאולוגית מסורתית (Al-Haj, 1995). מחקרים אף גילו כי רשת התמיכה המשפחתית והחמולתית בקרב הערבים בישראל הצטמצמה לרשת קטנה יותר (Litwin & Haj-Yahia, 1996) וכי משק הבית שבראשו עמד הזקן התפצל למשקי בית אחדים (מאיר ובן דוד, 1994). הספרות מצביעה גם על עליה בנכונותה של המשפחה להיעזר בשירותים פורמליים כגון בתי אבות ומרכזי יום לקשיש (סולימאן, 1998; עזאיזה וברודסקי, 1995; עזאיזה וחבריו, 2001) ואף איתרה מגמת עליה במקרי האלימות והפגיעה בקשישים הערבים על ידי בני משפחותיהם (זועבי, 1994; Litwin & Zoabi, 2003).

מהספרות עולה כי גם בעולם מתרחשות תמורות בכל הקשור למחויבותם של הילדים. מגמות אלה דומות בטבען, אם לא בהיקפן, לתמורות העוברות על החברה הערבית בישראל. בחברה האסיאתית למשל, שינויים אלו גרמו לירידה במוכנות הילדים לעזור להוריהם (Sung, 1992), והביאו לשינוי בצורות ביטוי הכבוד ומילוי הנורמות של מסירות ילדים (Ingersoll-Dayton &

(Saengtienchai, 1999; Pang, 2000). היחידה המשפחתית המטפלת בקשיש (הבן הבכור והכלה) גם היא השתנתה ואף נעלמה בחלק מהמשפחות האסיאתיות (Choi, 1996). כמו כן, הנורמה לפיה הקשיש מתגורר עם הבן הבכור הולכת ונחלשת (Hsu, Lew-Ting & Wu, 2001).

החוקרים מסבירים תופעות אלה באמצעות המונח "מודרניזציה" שיוצר פערים הולכים וגדלים בין ציפיותיהם של הוריהם לבין התנהגותם של הילדים (Al-Haj, 1989; Azaiza, et.al., 1999; Litwin & Haj-Yahia, 1996; Litwin & Zoabi, 2003). תיאורית המודרניזציה גורסת שמעמדו של הזקן בתוך החברה הולך ויורד ככל שרמת המודרניזציה של החברה עולה (Cowgill, 1974). כאמור, תיאוריה זה עמד בבסיס המחקר הנוכחי.

בנוסף לאמור לעיל, הספרות מצביעה על מספר גורמים שעשויים לתווך בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. המקורות מציינים שיחסים טובים בין הקשיש לילד המטפל מנבאים מחויבות חזקה לטיפול בהורה הקשיש (Henretta, et.al., 1998; Pohl, et.al., 1995). נוסף לכך, יחסים טובים בתוך הרשת המשפחתית עשויים אף הם להגביר את היקף העזרה והתמיכה בהורה הזקן (Brody, et.al., 1989). חוקרים מצביעים גם על קשר בין תחושת נטל הטיפול לבין מסירות ילדים (Chou, et.al., 1999; Youn, et.al., 1999). אולם, ממגוון הממצאים עולה כי אין עדות ברורה לכיוון קשר זה. הספרות גם מרמזת על קשר בלתי ישיר בין יעילות עצמית כללית לבין מחויבות פיליאלית (Greenberger & Litwin, 2003; Noonan & Tennstedt, 1997) ובין תמיכה משפחתית במטפל לבין מסירות ילדים (Lee & Sung, 1998).

למשתנים המתערבים שנסקרו לעיל, מצטרפים גורמי רקע רבים שיכולים להשפיע על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. אלה כוללים מאפייני הרקע של הקשיש, מאפייני הרקע של המטפל, מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ומאפייני הטיפול בהורה הקשיש בבית. מבין מאפייני ההורה הקשיש, נמצא שגיל מבוגר של הקשיש קשור להיקף העזרה שהמטפל מספק (Chappell & Kusch, 2007). כמו כן, נמצא שמידת מחויבותם של הילדים להוריהם שונה כאשר הקשיש הוא האב, האם, החם או החמה (Finley, et.al, 1988). נוסף לכך, להורה נשוי סיכוי קטן יותר לקבל עזרה מילדיו מאשר להורה לא נשוי (Dwyer & Coward, 1991). לבסוף, ככל שיש ירידה ברמת התפקוד (Ishii-Kuntz, 1997) וככל שהמרחק הגיאוגרפי בין המטפל להורה קטן יותר עולה המחויבות של הילדים (Litwin, 1994).

הספרות מורה על מספר מאפייני רקע הקשורים למטפל שעשויים להשפיע אף הם על מחוייבותו הפיליאלית כלפי הוריו. נמצא שבנות מדווחות על מחויבות פיליאלית גבוהה יותר מאשר כלות ובנים (Chou, et.al., 1999). גיל מבוגר יותר של המטפל נמצא גם הוא קשור למחויבות פיליאלית גבוהה (Groger & Mayberry, 2001; Hanson, et.al., 1983). המקורות מציינים גם שמטפלים עם נישואים לא יציבים בהשוואה למטפלים עם נישואים יציבים, מרגישים פחות מחויבות פיליאלית (Cicirelli, 1983; Peek, et.al., 1998) וכי עבודה במשרה מלאה מפחיתה באופן משמעותי את מספר שעות העזרה הניתנים על ידי הבנים אבל לא אצל הבנות (Stoller, 1983). יש גם קשר בין השכלת המטפל לבין מחוייבותו הפיליאלית להוריו (Campbell & Martin-Matthews, 2003; Peek, et.al., 1998).

מאפיינים הקשורים לרשת המשפחתית המטפלת בקשיש התגלו כגורמים המשפיעים על מחוייבות פיליאלית להורים קשישים. באופן עקבי, נמצא שנוכחות נשים ברשתות המשפחתיות המטפלות בהורה הקשיש מעלה את סיכוי לקבל עזרה ותמיכה מילדי (Coward & Dwyer, 1990). נוכחות בנים בהרכב הרשת המשפחתית אינו מגביר את כמות העזרה הניתנת (Spitze & Logan, 1990). יחד עם זאת, הקשר בין גודל הרשת לבין מסירות ילדים אינו עקבי (Finley, 1998; et.al., 1988; Kao & Travis, 2005b; Peek, et.al., 1998). נוסף לכך, הספרות מצביעה על קשר בין חלוקת אחריות הטיפול בתוך הרשת המשפחתית לבין היקף העזרה שילדים מספקים להוריהם (Keith, 1995; Matthews, 1995).

מאפייני הטיפול בהורה הקשיש הם עוד גורמים שיכולים להשפיע על המחוייבות הפיליאלית. מבין גורמים אלה נמצא קשר חיובי בין מספר משימות הטיפול בהן המטפל נוטל חלק לבין מחויבות פיליאלית (Peek, et.al., 1998). הספרות גם מרמזת על גורמים נוספים שיכולים להשפיע בדרך עקיפה על מסירות ילדים. אלה הם מספר שעות טיפול ומספר שנות טיפול (Chou, 2003; et.al., 1999; Fredman, et.al., 1995; Pinquart & Sorensen, 2003).

נוסף על הגורמים שעשויים להשפיע מחוייבות פיליאלית שהובאו לעייל, הספרות חושפת מספר תוצאות מרכזיות למחוייבותו הפיליאלית של הילד המטפל בהוריו. אחת מהן היא העדפתו של המטפל לטיפול משפחתי בעת זקנה (Leichtentritt, et.al., 2004). ככל שמחוייבותו הפיליאלית של הילד גבוהה יותר, כך עולה העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו, בבוא העת. תוצאה נוספת היא רווחתו האישית של המטפל (Kim & Lee, 2003; Raveis, et.al., 1998). אולם,

תוצאה זו אינה עקבית. יש הטוענים שהעברות בין-דוריות הן תוצאה מרכזית נוספת של מסירות ילדים (לבנשטיין וישראל, 2006). מחויבות ילדים גבוהה מגבירה את ההעברות הבין דוריות הן בכסף והן בזמן (Arrondel & Masson, 2001; Klein Ikkink, et.al., 1999; Shi, 1993).

השערות המחקר

1. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים.
 - 1.1. יימצא קשר שלילי בין רמת העיור של הישוב לבין מסירות ילדים.
 - 1.2. יימצא קשר חיובי בין מאפייני הדתיות של המטפל לבין מסירות ילדים.
 - 1.3. יימצא מתאם שלילי בין אורח החיים של המטפל לבין מסירות ילדים.
2. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת ונטל הטיפול על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים.
 3. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לעזרה בעת זקנה.
 - 3.1. יימצא קשר שלילי בין רמת העיור של הישוב לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
 - 3.2. יימצא קשר חיובי בין מאפייני הדתיות של המטפל לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
 - 3.3. יימצא מתאם שלילי בין אורח החיים של המטפל לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
4. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לעזרה בעת זקנה.
 5. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רווחה אישית (דיכאון) אצל המטפל.
 6. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין הרווחה האישית של המטפל.
 7. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בקשיש.
8. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין

מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בזמן.
9. ימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות לטיפול בקשיש.

10. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

2. שיטות המחקר

אוכלוסיית המחקר והמדגם

אוכלוסיית המחקר כללה 250 מטפלים בלתי פורמאליים - ילדים בוגרים מהחברה הערבית בישראל המטפלים בבית בבני משפחתם הקשישים. הנחקרים נבחרו מצפונה של מדינת ישראל מתוך ישובים ערביים המייצגים רצף של חמש רמות עיור: כפר מבודד וקטן, כפר גדול, כפר פרבר עיר, עיר כפרית ועיר. הדגימה נערכה בשני שלבים. בשלב הראשון נבחרו יישובים מייצגים לחמש רמות העיור. בשלב השני נבחרו מכל אחד מחמשת רמות העיור שהוצגו לעיל 50 מטפלים בלתי פורמאליים. בחירת המטפלים הבלתי פורמאליים והסכמתם הראשונית להשתתף במחקר נעשתה באמצעות העובדות הסוציאליות האחראיות על הטיפול בקשישים באותם היישובים שנבחרו.

תהליך איסוף הנתונים

לצורך איסוף הנתונים, הוכשרו שני עובדים סוציאליים לבצע את הראיונות. לפני יציאתם לשדה, תרגלו המראיינים שתי סימולציות של ראיון. כל הראיונות התנהלו פנים מול פנים בביתם הפרטי של המטפלים. הראיון נמשך כשעה, בממוצע. תהליך איסוף הנתונים התפרס על פני שנה.

כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש בשאלון מובנה המורכב ממספר כלים. השאלון בדק בין היתר נתונים בנוגע למאפייני המטפל, מאפייני הרשת המשפחתית, מאפייני הקשיש ומאפייני הטיפול בו. כלים נוספים בשאלון בדקו את המשתנים המתערבים. אלה כללו שאלונים למדידת טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית ובין המטפל למטופל, תחושת נטל הטיפול, התמיכה המשפחתית במטפל ומידת היעילות העצמית הכללית של המטפל.

נוסף לכלים אלה, כלל השאלון גם כלים למדידת המשתנים הבלתי תלויים העיקריים (אורח חיים של המטפל, רמת דתיותו ורמת העיור של הישוב), המשתנה התלוי העיקרי (מסירות ילדים) ותוצאותיה. לבדיקת התוצאות של מסירות ילדים נעשה שימוש בשאלונים לבדיקת רמת הדיכאון אצל המטפל, העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה, ותפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ובהעברות של כסף. נעשה שימוש בארץ באחדים מהכלים הללו. אחרים תורגמו לראשונה לערבית ותוקנו בהתאם לתרבות הערבית. כלים נוספים פותחו לצורך מדידת מסירות ילדים. כלים אלה עברו את מבחני המהימנות והתוקף המקובלים. להלן יפורטו הכלים לבדיקת המשתנים הבלתי תלויים העיקריים והמשתנה התלוי העיקרי העומדים במרכז מחקר זה.

המשתנים הבלתי תלויים העיקריים

המשתנים הבלתי תלויים העיקריים-מאפייני חיים מודרניים הם ביטוי של המונח "מודרניזציה". אלה כללו רמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל, רמת דתיותו ואורח חייו. רמת העיור של הישוב כללה חמש קטגוריות לפי סדר עולה--כפר קטן ומבודד, כפר גדול, כפר פרבר עיר, עיר-כפרית ועיר. ציון גבוהה במדד זה מעיד על רמת עיור גבוהה של הישוב. לשם בדיקת רמת דתיותו של המטפל נעשה שימוש בשלושה מדדים. הראשון בדק קיום מצוות על ידי המטפל: תפילה, צום ועליה לרגל. שני המדדים הנוספים שנבחנו היו "הגדרה עצמית של דתיות" ו"נחמה והסתייעות בדת בעת צרה". משתנים אלה הוגדרו כמשתנים קטגוריאליים שנמדדו באמצעות סולם סדר. ציון גבוה במדדים אלה שיקף רמת דתיות גבוהה של המטפל. הכלי לבדיקת אורח החיים של המטפל כלל 27 היגדים שמתייחסים לעמדותיו באשר להתנהגויות חברתיות, תרבותיות ומשפחתיות יומיומיות. השאלון נבנה על בסיס הכלי של אורח חיים אינדיבידואליסטי – קולקטיביסטי של הוי וחבריו (Hui, 1988; Hui & Yee, 1994). ציון גבוהה במדד זה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי. הכלי תורגם מאנגלית לעברית ומעברית לערבית, עבר תיקון והותאם לאורח החיים של הערבים בישראל. המהימנות הפנימית הכוללת לאחר התיקון הגיעה לאלפא קרויבך של 0.81.

המשתנה התלוי העיקרי

מהספרות עולה כי קיימים כלים רבים למדידת מסירות ילדים. אולם, החוקר סבר שהערכים שמשקפים כלים אלה אינם מתאימים לערכיה ומנהגיה של החברה הערבית בישראל. לאור זאת, נבנה כלי חדש שכלל 26 היגדים. פריטים אלה התבססו על הכלים השונים שהוצעו בסקירה, והם

מבטאים את המניעים ואת עולמות התוכן השונים של מסירות ילדים שזוהו בספרות המותאמים לתרבות הערבית בישראל. דוגמה לאחד ההיגדים היא "כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות את נישואיו." המרואיין התבקש להביע את מידת הסכמתו להיגדים אלה באמצעות סולם ליקרט בן חמש דרגות. ציון גבוה במדד זה העיד על מסירות ילדים גבוהה. מבחן מקדים לכלי החדש השיג אלפא קרוונבך של 0.79. נוסף על כך, נשלח השאלון לעיונם של מומחים בחקר האוכלוסייה הנחקרת. בעקבות המבחן המקדים והערות המומחים נערכו שינויים במספר היגדים שבשאלון. בדיקת המהימנות הכלי המתוקן אצל 250 המרואיינים במדגם השיגה אלפא קרוונבך של 0.83.

שיטות עיבוד הנתונים

נעשו עיבודים סטטיסטיים בשלוש רמות: חד משתנית, דו משתנית ורב משתנית. ברגרסיה הרב משתנית נבחנו המשתנים הבלתי תלויים שהגיעו בניתוח הדו משתני לרמת מובהקות של פחות מ-0.05 בקשר עם כל משתנה תלוי. שיטת הרגרסיה העיקרית הייתה רגרסיה היררכית. סדר הכנסת המשתנים המסבירים נקבע לפי המודל התיאורטי של המחקר. מטרת הניתוח הרב משתני הייתה לבדוק את תרומתם של המשתנים המתווכים ומשתני הרקע לקשר הנבדק בכל ניתוח, מעבר לתרומתו של משתנה הבקרה- רציה חברתית.

3. ממצאי המחקר

ממצאים חד משתניים

נמצא שמרבית המטפלים הבלתי פורמאליים במדגם הנוכחי הן נשים, לרוב בנות (36.4%), אך היו גם בנים (32.4%), כלות (27.2%) ואחוז קטן של נכדים (3.6%). כשליש מהמטפלים אינם נשואים וגילים הממוצע הגיע לכ-40 שנים עם טווח גילאים רחב שנע בין (19-65). הרשת המשפחתית המטפלת בהורה הקשיש מונה בממוצע כ-5 ילדים. נמצא גם שמרבית הקשישים בגיל מבוגר מאוד, מרביתם נשים, ויותר ממחציתם חיים ללא בן או בת זוג. הממצאים מצביעים גם שרמת הנזקקות של הקשישים לעזרה בפעולות יומיומיות ואינסטרומנטלית היא גבוהה, ושמרביתם (60%) מתגוררים באותה דירה או באותו בניין עם המטפל. לבסוף, נמצא שהילדים המטפלים עוזרים במספר רב של משימות באופן יומיומי ובאינטינסיביות גבוהה וממשיכים במתן עזרה זו לזמן רב (7 שנים בממוצע).

ממצאים דו-משתניים ורב משתניים - בדיקת השערות המחקר

ההשערה הראשונה של המחקר הנוכחי שבדקה את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים, אוששה במרביתה. נמצא קשר שלילי מובהק בין אורח חיים מודרני לבין מסירות ילדים וקשר שלילי בין רמת עיור לבין מסירות ילדים. עם זאת, מאפייני הדתיות לא תרמו לניבוי מסירות ילדים. גורמים נוספים שהתגלו כבעלי תרומה מרכזית בניבוי מסירות ילדים, כללו מספר שעות טיפול שבועיות, נזקקות לעזרה בפעולות יום יומיות, הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים", הרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים".

ההשערה השנייה התייחסה ליכולת התיווך של המשתנים המתווכים בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. השערה זו אוששה באופן חלקי. נמצא שהמשתנים טיב היחסים ברשת המשפחתית המטפלת, טיב היחסים בין הקשיש למטפל ונטל הטיפול, מתווכים בקשר בין אורח חיים ומסירות ילדים, אך לא בקשר בין רמת עיור ורמת דתיות לבין מסירות ילדים. השערה מספר 3 שבדקה את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זיקנה גם היא אוששה באופן חלקי. נמצא קשר שלילי בין רמת העיור לבין העדפת המטפל, מעבר למשתני הבקרה ומשתני הרקע. בנוסף, התגלו מספר משתני רקע כבעלי תרומות מרכזיות בניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו. אלה הם השכלת המטפל, מצב משפחתי של הקשיש, מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל, קרבה משפחתית "בן", קרבה משפחתית "כלה", הרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים", רמת העיור ומסירות ילדים. בהתייחס להשערה מספר 4 שבדקה את תרומתם של המשתנים המתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים והעדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו, ניתן לומר שהרגרסיה לא עונה על שאלת התיווך לגבי אורח חיים של המטפל ומשתני הדת. עם זאת, נמצא שמסירות ילדים מתווכת את הקשר בין אורח חיים של המטפל לבין העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו.

בניגוד להשערות הקודמות, ממצאי המחקר לא יכלו לאושש את ההשערה החמישית והשישית. כזכור, השערות אלה התייחסו לקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין הרווחה האישית של המטפל. יחד עם זאת, בניתוח הרגרסיה עלו מספר גורמים בעלי תרומה מרכזית בניבוי הרווחה האישית של המטפל. אלה כללו מספר שנות הטיפול בקשיש, עבודה במשרה מלאה (בהשוואה למטפלים עצמאיים) ויעילות עצמית כללית.

ארבעת ההשערות האחרונות של המחקר התייחסו לקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה הן בהעברות של זמן והן בהעברות של כסף. כאמור ארבעת ההשערות אוששו במרביתם. נמצא כי רמות עיור גבוהות מנבאות תפיסה נמוכה של

המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, ורמת דתיות גבוהה מנבאת תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאותה תוצאה מעבר למשתני הבקרה ומשתני הרקע (השערה מס 7). כמו כן, נמצא כי "תמיכה משפחתית במטפל" מתווכת בקשר בין רמות העיור לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן (השערה מספר 8).

נמצא גם כי רמות עיור גבוהות קשורות לתפיסה גבוהה של המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף (השערה מספר 9). נוסף לכך, המשתנים המתווכים, קרי תמיכה משפחתית במטפל ומסירות ילדים, תיווכו בקשר שנמצא בין רמת העיור לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף (השערה מספר 10).

בניתוחי הרגרסיה של העברות בזמן והעברות בכסף התגלו גם גורמים המסבירים את השונות במשתנים אלה. נמצא שלחלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ, למרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל, למצבו המשפחתי של הקשיש ולגילו יש תרומה מרכזית בניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. לעומת זאת, הגורמים התורמים לניבוי תפיסת המטפל המתייחסת להעברות של כסף היו שונים והם כללו את רמת השכלה של המטפל, רמת הנזקקות של הקשיש בפעולות אינסטרומינטלית יומיומית, מצב משפחתי של הקשיש ומספר שעות הטיפול בשבוע.

4. דיון בממצאי המחקר

ניתוח הממצאים החד משתנים

מעורבותן הגבוהה של הנשים בכלל ושל הבנים והכלות בפרט בטיפול בהורים הקשישים בחברה הערבית בישראל אינה מפתיעה במיוחד (Lowenstein, 1999; Lowenstein, 1995; Haj-Yahia, 2000 & Katz, 2007) ואינה ייחודית רק לה (Chappell & Kusch, 2007). אחד ההסברים לתופעה זו קשור לנורמות התרבותיות ולאידילוגיה התרבותית של הערבים בישראל הקובעות את התפקידים המגדריים בתוך החברה והמשפחה, כמו גם קובעות את מחוייבותם של הבן והכלה בטיפול בהורה הקשיש.

טווח הגילאיים הרחב (65-19) משקף אפוא את העובדה שבמחקר מיוצגים שלושה דורות של מטפלים: ילדים מבוגרים, ילדים צעירים ונכדים. תופעה נצפית זו מראה כי החברה הערבית בישראל עדיין שומרת על מבנה משפחתי רב-דורי. נמצא גם שכשליש מהמטפלים הבלתי פורמאליים במדגם אינם נשואים. הועלו טענות בעבר שאחת הבנות הבוגרות במשפחה הערבית אינה נישאת בכדי לטפל בהוריה הזקנים (וייל וחבריה, 1988). אולם במדגם הנוכחי מרבית הבנות

המטפלות מעל גיל הנישואין המקובל היו נשואות (86.7%). לבסוף, הממצאים מצביעים על כך שהילדים המטפלים עוזרים להוריהם במשימות רבות באופן יומיומי וממשיכים במתן עזרה זו לזמן רב.

ניתוח הממצאים הדו-משתניים והרב-משתניים

כצפוי נמצא שמאפייני חיים מודרניים משפיעים על מסירות ילדים להוריהם. ממצאי המחקר הראו שאורח חיים אינדיבדואליסטי ורמת עיור גבוהה אצל המטפל מורידים ממסירות הפיליאלית. ממצאים אלה מחזקים את הטענות בדבר ההשפעה של תהליכי המעבר והמודרניזציה על הירידה במעמדו של הקשיש בחברה הערבית בישראל (זועבי, 1994; Litwin & Azaiza, 1996; Haj-Yahia, 1996).

לטיב היחסים בין המטפל להורה יש את התרומה המרכזית בניבוי מסירות ילדים. יחסים טובים בין השניים מעלים את המסירות של המטפל. הסבר אפשרי לממצא זה קשור ליחסי ההדדיות והסולידריות שנבנו במשך השנים בין המטפל לבין ההורה הקשיש. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא במחקרים אחרים שהצביעו על קשר בין סולידריות בין דורית במהלך השנים לבין יחסי החליפין הרגשיים והאינסטרומנטליים בין הילדיהם הבוגרים להוריהם (Parrott & Bengtson, 1999).

גם לתחושת נטל הטיפול אצל המטפל יש תרומה מרכזית בניבוי מסירות ילדים. אולם בניגוד לטיב היחסים בין המטפל לקשיש, התרומה של נטל טיפול היא שלילית. תחושת נטל טיפול גבוהה מפחיתה את מסירות הילדים המדווחת. ממצא זה מחזק ממצאי מחקרים אחדים שנעשו בעולם (Chou, et.al., 1999; Lee & Sung, 1998; Stiens, et.al., 2006), אך סותר ממצאי מחקרים אחרים (Youn, et.al., 1999).

אחת התוצאות המרכזיות של מסירות ילדים שנחשפה בעיון הנוכחי היא העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. כצפוי, ממצאי המחקר גילו שלמסירות ילדים יש משקל רב בניבוי העדפת המטפל לקבל טיפול משפחתי לעצמו. ייתכן וניתן להסביר קשר זה באמצעות הסבר ההדדיות הדורית (הדדיות בלתי ישירה בין הדורות). במקרה זה, האדם הנותן את ההעברה אינו מקבל חזרה מאותו האדם אלא מאדם שלישי מדור אחר, בדרך כלל מהדור הבא. ייתכן שהילדים המטפלים מנסים באמצעות הטיפול שהם מספקים להוריהם להעביר מסר ברור לילדים הצעירים שלהם שבבוא העת הם מצפים וגם ירצו לקבל מהם טיפול משפחתי דומה. חיזוק להסבר זה ניתן

למצוא בממצאי המחקר האיכותני שנערך לאחרונה בחברה הערבית בישראל (Leichtentritt, et.al., 2004).

נמצא גם שהמטפלים המתגוררים בערים ובפרברי ערים מעדיפים את הטיפול הפורמאלי יותר מאשר הטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה. ממצא זה מחזק את הטענות שהועלו בסקירת הספרות ובהם נאמר שהעמדה השלילית של החברה הערבית בישראל כלפי השימוש בטיפול הפורמאלי השתנתה לחיוב, בשל תהליכי המודרניזציה והעיור שחברה זו עוברת בעשורים האחרונים.

תוצאה מרכזית נוספת למסירות ילדים שעולה ממצאי המחקר היא תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. נמצא שלמטפלים עם מסירות ילדים גבוהה יש מידה רבה יותר של הסכמה באשר לאחריות המשפחה להעברות של כסף. ייתכן, שהמטפלים עם מסירות ילדים גבוהה מבטאים את הצורך של ההורה הקשיש בהעברות של כסף לכיסוי ההוצאות הכספיות הקשורות לטיפול באמצעות תפיסה גבוהה של אחריות הרשת המשפחתית בהעברות כספיות אלה.

נמצא גם שרמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל מנבא תפיסת המטפל בהעברות של כסף. מטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות—כפר גדול, עיר כפרית ועיר—מבטאים תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף בהשוואה למטפלים המתגוררים בכפר מבודד ורחוק. תוצאה זו מצטרפת לממצאי מחקרים בודדים שהראו כי קשישים המתגוררים בעיר מקבלים יותר העברות של כסף מילדיהם מאשר הורים המתגוררים באיזורים כפריים (Adamchak, et.al., 1991). זאת בניגוד למחקרים רבים, בהם נמצא קשר הפוך ממה שהעיון הנוכחי מציג.

בניגוד לצפוי, ממצאי העיון הנוכחי הראו כי מסירות ילדים אינה יכולה לנבא את תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. עם זאת, נמצא שהתגוררות ברמות עיור גבוהות קשורה לתפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. תוצאה זו מחזקת ממצאי מחקרים אחרים אשר הראו כי הורים המתגוררים באיזורים כפריים מקבלים העברות בזמן מילדיהם יותר מאשר הורים המתגוררים באיזורים עירוניים (Zimmer & Kwong, 2003). ממצאי המחקר הצביעו גם על תרומה מרכזית של מאפייני מודרניזציה אחרים—קיום מצוות אלחאג'—בניבוי תפיסת המטפל בהעברות של זמן. נמצא שרמת דתיות גבוהה—קיום מצוות אלחאג'—מגבירה את תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ומפחיתה

את תפיסתו באשר לאחריות המדינה בהעברות של זמן. ממצא זה מתיישב אפוא עם ממצאי מחקרים אחרים אשר הראו כי רמת דתיות גבוהה אצל המטפל מגבירה את ההעברות הבין דוריות בזמן מהילדים להורה הקשיש (Guberman, et.al., 1992).

ממצאי המחקר עולה גם שלתמיכה המשפחתית יש תרומה חיובית בניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ממצא זה מלמד כי הגברת התמיכה בתפקיד המטפל על ידי הרשת המשפחתית עשויה להפחית את ההשפעה השלילית של מודרניזציה על תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה במתן עזרה מעשית. תוצאה זו מתיישבת עם ממצאי מחקרים אחרים (Shi, 1993). הסבר אפשרי לתוצאה זו עשוי להיות קשור להדדיות הדורית (הדדיות בלתי ישירה בין הדורות). אולם, כאן הכיוון הוא אופקי—הדדיות ויחסי חליפין בלתי ישירים בין המטפל לבין בני אותו דור של אחים ואחיות. ייתכן, שהמטפלים שמספקים טיפול ועזרה להוריהם, מצפים ורוצים לקבל תמיכה משפחתית למילוי תפקידם כמטפלים, מילדים בוגרים אחרים מאותו דור במשפחה.

כמו כן, בניגוד לצפוי ממצאי העיון הנוכחי הראו שרמת הדיכאון אצל המטפל אינה תוצאה של מסירות ילדים. העובדה שלא אושש הקשר בין מסירות ילדים לבין רמת הדיכאון אצל המטפל מחזקת ממצאים נבחרים קודמים שטענו לחוסר קשר בין שתי תופעות אלה (Kim & Lee, 2003). זאת בניגוד למחקרים אחדים, שבהם הוצג קשר בין מסירות ילדים לבין רווחתו האישית. יחד עם זאת, התגלו שלושה גורמים מרכזיים המסבירים את השונות ברמת הדיכאון של המטפל. אלה כוללים משך הטיפול בשנים, המצב התעסוקתי של המטפל ויעילות עצמית כללית. מבין גורמים אלה, נמצא כי ליעילות עצמית כללית יש את התרומה הרבה ביותר בניבוי רמת דיכאון המדווחת על ידי המטפלים. יעילות עצמית גבוהה מפחיתה את רמת הדיכאון אצל המטפל. ממצא זה מלמד כי למטפלים עם משאבים אישיים חזקים כמו יעילות עצמית יש יכולת גבוהה להתמודד עם דרישות הטיפול בצורה יעילה שתגן עליהם מפני הופעת דיכאון.

סיכום ומסקנות

מחקר זה שופך אור על ישימותה ונכונותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל, אך עדיין רב הנסתר על הנגלה. נראה אפוא כי תהליכי המודרניזציה שהחברה הזו עוברת, השפיעו בצורה שלילית על מסירות ילדים להוריהם הקשישים. עם זאת, המחקר חושף שהחברה הערבית שמשתקף במדגם הנוכחי עדיין שומרת על אופיה ומנהיגה המסורתיים—רשת משפחתית

מורחבת, מבנה משפחה רב דורי הכוללת בנים, בנות, כלות וגם נכדים. יתרה מזאת, המחקר גילה שהילדים הבוגרים עדיין מקיימים את מחויבותם הפיליאלית כלפי הוריהם הקשישים במידה רבה.

כאמור, מרבית ההשערות של המחקר הנוכחי אוששו באופן חלקי או מלא. אולם, שתי השערות מתוך עשרת ההשערות לא אוששו. שתי השערות אלה התייחסו לגורמים המנבאים והמתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רמת הדיכאון המדווחת אצל המטפל. כצפוי, המחקר גילה הבדלים במסירות ילדים, בהעדפה לטיפול משפחתי ובתפיסתה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ושל כסף בין המטפלים שמנהלים אורח חיים אינדיבידואליסטי לעומת קולקטיביסטי, בין מטפלים המקיימים אורח חיים חילוני לעומת דתי ובין מטפלים המתגוררים בישובים עירוניים לעומת ישובים כפריים יותר.

המלצות מחקריות ויישומיות

בהיבט התיאורטי, יש להמשיך ולהרחיב את הידע על הגורמים הנוספים המשפיעים על מסירותם הפיליאלית של הילדים להורים הקשישים ועל נכונתם להמשיך לטפל בהוריהם. כמו כן, יש לערוך מחקר השוואתי בין-תרבותי בין ערבים ויהודים במדינת ישראל ביחס למסירות ילדים להוריהם הקשישים. יש גם צורך בביצוע מחקרים רחבי היקף שיכללו איזורים שונים מדרום, מרכז וצפון על מנת לספק תמונה מייצגת באשר למסירות פיליאלית להורים קשישים בחברה הערבית בישראל. לבסוף, מאפייני הרשת המשפחתית התגלו בעיון הנוכחי כמרכזיים ולכן ראוי לחקור גם אותם.

בהיבט המעשי, הממצאים במחקר הנוכחי הצביעו על כך שתחושת נטל טיפול גבוהה עשויה להפחית ממחויבותם הפיליאלית של הילדים להוריהם הקשישים. לפיכך, על הגופים הטיפוליים הרלוונטיים לבחון דרכים להפחתת עומס הטיפול מעל כתפיהם של הילדים המטפלים. יש גם לספק להם מידע וכלים באמצעות סדנאות והדרכה איך להתמודד עם נטל הטיפול. מומלץ גם שמקבלי החלטות ומתכנני השירותים יתחילו להיערך לפיתוח שירותים שיתאימו לתרבות הערבית האיסלאמית, ויבטיחו תמיכה ממושכת במערכת המשפחתית ובצרכיה בכדי שתוכל להמשיך במתן תמיכה לקשיש בסביבתו המוכרת והבטוחה.

מבוא

הגידול באוכלוסיית הקשישים בישראל צבר תאוצה בעשורים האחרונים, הן מבחינת מספרה המוחלט והן מבחינת שיעורה באוכלוסייה. לעומת המתרחש באוכלוסייה הכללית, שיעורם של הקשישים בני 65+ בחברה הערבית בישראל לא השתנה הרבה בשלושה העשורים האחרונים והוא נע סביב 3.2 אחוזים. יחד עם זאת, חשוב לציין שמספרם המוחלט של הקשישים נמצא במגמת עליה בשנים האחרונות. על פי הנתונים, מספרם של הקשישים הערבים בני 65+ עלה מ-36.4 אלפים בשנת 2000 ל-46 אלפים בשנת 2005. יתרה מזאת, גדל מספרם של הקשישים הערבים בני 75+, מ-12.5 אלפים בשנת 2000 ל-15.3 אלפים בשנת 2005 (ברודסקי, שנור ובאר, 2006). העלייה במספרם של הקשישים הערבים קשורה לעליה בתוחלת החיים ובירידה בתמותה.

מצב זה של גידול במספר הקשישים הערבים, בייחוד המבוגרים שבהם, מגביר את שיעור הקשישים המוגבלים והסובלים ממחלות כרוניות ומירידה בתפקוד הפיזי והקוגניטיבי. שיעור הקשישים המוגבלים באוכלוסייה הערבית עומד כיום על כ-30 אחוזים והוא גבוה כמעט פי שניים משיעור הקשישים המוגבלים בחברה היהודית בישראל. למרות זאת, ראוי להדגיש שהרוב הגדול של הקשישים הערבים מטופלים בקהילה על ידי בני המשפחתם ורק כאחוז אחד מהם בלבד מטופל במוסדות לטיפול ממושך (ברודסקי ואחרים, 2006). בהקשר זה, חשוב לציין את ממצאי מחקרו של סולימאן (1998), שהראה שרוב הקשישים הערביים אשר פנו לבית האבות דבוריה היו סיעודיים עם מוגבלות תפקודית קשה, הזקוקים לתמיכה ולטיפול סיעודי במסגרת מוסדית, היות שאי אפשר היה לטפל בהם במסגרת משפחתית-קהילתית.

הספרות מצביעה על מספר גורמים לשיעור המיסוד הנמוך בחברה הערבית. הגורם הראשון קשור לכך שבחברה זו קיימת אוריינטציה קולקטיביסטית, הן ברמה החברתית והן ברמה המשפחתית, ואישפוז הורה בבית אבות נחשב לבושה בעיני החברה ומנוגד לנורמות החברתיות. היעדר שירותים פורמאליים מתאימים לתרבות הערבית האיסלאמית הוא עוד גורם לאי השימוש בשירותים הפורמאליים בכלל. גורם שלישי חשוב הוא הדת. על-פי הדת המוסלמית, חובת הילדים לטפל ולדאוג ואף לשרת את הוריהם בעת זקנתם. בהתאמה, קיימת אצל האוכלוסייה הערבית המוסלמית רשת משפחתית רחבה התומכת בזקן במסגרת הביתית שלו.

הסבר נוסף המחייב התייחסות נפרדת קשור לגורם הכלכלי, אשר תרם רבות בעבר להעלאת כבוד הזקן בחברה הערבית הכפרית ומנע את מיסודו (סולימאן וחבריו, 1998; 2005; עזאיזה, לבנשטיין וברודסקי, 2001). זאת, בשל שליטתם המלאה ורבת השנים של הזקנים בתהליכי היצור

והצריכה של המשפחה המורחבת בכפרים. שליטה זו הבטיחה את רווחתם הכלכלית ושימשה בסיס להמשך לכידותה של המשפחה המורחבת. כתוצאה ממצב זה, דאגה הרשת החברתית למילוי מרבי של צרכיו הכלכליים, הרגשיים והפיזיולוגיים של הזקן, לפי כללים קבועים ומובנים מאליהם. בנוסף על היותם של כללים אלה מחייבים בעבור הילדים ובני המשפחה, הם חייבו גם את השכנים, החברים ואנשים נוספים (אביצור, 1987; חבש, 1977; לבנשטיין, נאחס ואסטפן, 1976; רזק, 1979). במרוצת השנים עברה האוכלוסייה הערבית בישראל שינויים בתחומים שונים: כלכלה, חינוך, שינויים סוציודמוגרפיים ותרבותיים, ובכלל זה שינויים במבנה המשפחה, במעמד האישה ובמעמד הזקן (וייל וחבריה, 1988; חבש, 1977; Al-Haj, 1989). אחת המערכות החברתיות המרכזיות שבה ניכרים שינויים אלו באופן בולט היא המשפחה המורחבת אשר השינוי בה ניכר באופי היחסים הבין דוריים. חלק חשוב ממערכת היחסים הבין-דוריים הוא הטיפול המשפחתי בהורים קשישים. מהספרות עולה כי הטיפול המשפחתי שהילדים מספקים להוריהם בעת זקנה נחשב מנהג תרבותי נורמטיבי. ההורים מצפים למסירות ברמה גבוהה ובשביל הילדים הבוגרים הטיפול בהוריהם הקשישים הוא מחויבות מובנת מאליה (Finley, Roberts & Banahan, 1988; Kao & Travis, 2005; Lee, Netzer, & Coward, 1994; Peek, Coward, Peek, & Lee, 1998; Van der Pas, Van Tilburg & Knipscheer, 2005).

"מסירות ילדים" היא הכוח העיקרי המניע את הילדים הבוגרים לטפל בהוריהם הקשישים (Cicirelli, 1993; Sung, 1992). אולם, בחברות מסורתיות, כמו החברה האסיאתית והחברה הערבית בישראל, זו היא גם אחריותה ומחויבותה הנורמטיבית של הכלה במשפחה החדשה כלפי הורי בעלה (Kim & Lee, 2003; Lowenstein & Katz, 2000). המניעים למחויבותם של הילדים לשמירה על רווחתם האישית של הוריהם והגנתם בעת זיקנה הם רבים ומגוונים. מניעים אלה כוללים לדוגמה מתן כבוד להורים, אהבה וחיבה להורים, אחריות ילדים, רצון להחזיר טובה להורים ומניעים נוספים שיוצגו בהרחבה בסקירת הספרות. חשוב לציין שהמניעים למחויבותם הפיליאלית של הילדים מבוססים על הערכים התרבותיים והדתיים של אותה חברה, אשר קובעים את העמדות של הילדים כלפי הוריהם הקשישים ואת הדרכים שבו הם בוחרים לטפל בהם. מהספרות עולה כי עיקר המחקר העוסק בזקנים ובטיפול הבלתי פורמאלי בהם בישראל מתמקד בזקן היהודי. הזקן הערבי והטיפול הבלתי פורמאלי בו זוכים להתייחסות מחקרית מועטה. מתוך קבוצת המחקרים המצומצמת ניתן למצוא מחקרים שעסקו בסקירת מאפיינים שונים בחיי הזקן הערבי ודפוסי מגוריו. מחקרים נוספים עסקו בתמורות המתרחשות במשפחה הערבית ובפיתוח

שירותים פורמאליים לזקן בשנים האחרונות. לעומת זאת, מחקרים כמותיים הבוחנים את המניעים למחויבותם הפיליאלית של ילדים ערבים להורים הקשישים, אינם בנמצא. המחקר היחידי שדן לאחרונה בנושא זה היה מחקר איכותני שכלל 11 משפחות ערביות בלבד (Leichtentritt, Schwartz, 2004). על כן, המחקר הנוכחי הוא העיון הכמותי הראשון שבוחן את המניעים למסירותם הפיליאלית של ילדים ערבים להוריהם הקשישים.

הספרות מציעה שיטות וכלים כמותיים ואיכותניים שונים למדידת "מסירות ילדים" שיורחב הדיבור עליהם בסקירת הספרות. מתברר שהשימוש בשיטות האיכותניות למדידת "מסירות ילדים" מועט עדיין ומידת הדיוק שלהן נתונה לוויכוח. לעומת זאת, השימוש בשיטות וכלים כמותיים למדידת "מסירות ילדים" הינו רחב יותר. באחת השיטות הכמותיות שמציעה הספרות בהקשר זה, משתמשים החוקרים בסקאלות המכילות היגדים מספר, והמשיבים מתבקשים להביע את עמדותיהם ואת מידת הסכמתם להיגדים אלה. בשלבים הראשוניים של התפתחות כלים אלה, מרביתם הכילו מספר קטן של היגדים. אך עם הזמן, הציעה הספרות כלים רחבים יותר למדידת אחריות ילדים. לטענת חוקרים, השימוש במספר קטן של היגדים עשוי להגביל את ההתייחסות להיבטים ספציפים מעולם התוכן הרחב של המושג "מחויבות ילדים".

אך גם בכלים המורחבים למדידת "מסירות ילדים" התגלו מגבלות. מגבלה אחת קשורה לשימוש במערך מחקר לא ניסוי והסתמכות החוקרים על מדגמי נוחות. מגבלה נוספת, קשורה למידת תקיפותם ורגישותם של הכלים הקיימים לבדיקת "מסירות ילדים" בתרבויות השונות. במטרה להתגבר על המגבלות שהועלו לעייל, נבנה במחקר הנוכחי כלי חדש למדידת "מסירות ילדים" הכולל 26 פריטים. כמו כן, כלי זה הותאם לערכים ולמנהגים המקובלים בתרבות ובחברה הערבית בישראל.

סוגיה נוספת שעולה מהספרות, היא מי מבין הילדים ברשת המשפחתית הוא המטפל העיקרי בהורה הקשיש? ניתן לראות שמרבית המחקרים בנושא זה התמקדו במטפל עיקרי אחד, בבן ובבת הזוג, בבת הבכורה או בבן הבכור ואשתו (Campbell & Martin-Matthews, 2003; Stone, 1987). אולם, היו חוקרים שטענו לאי ישימותו של המושג "מטפל עיקרי" במשפחות מסורתיות מרובות ילדים כמו החברה הערבית בישראל (Leichtentritt, et.al., 2004). חוקרים אלה ורבים אחרים טוענים שיש לקחת בחשבון את כל הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש ואת מאפייניה כאשר חוקרים את הטיפול המשפחתי בקשיש (Keith, 1995; Keith, 1996).

1995; Piercy, 1995). בהתאם לכך, המחקר הנוכחי בוחן לראשונה את מאפייניה של הרשת המשפחתית הערבית המטפלת בקשיש בבית.

יש הטוענים שמסירות פיליאלית של ילדים לטיפול בהורים קשישים מוגבלים בחברה הערבית מאבדת את חשיבותה בעשורים האחרונים (Litwin & Haj-Yahia, 1996; Litwin, 1996; Azaiza, 2003 & Zoabi). חוקרים אלה מצביעים על ירידה במעמדו של הקשיש מדמות מרכזית בעלת כוח, השולטת והתומכת במשפחה, לדמות חלשה ונטולת סמכות שזקוקה לתמיכה ועזרה. בנוסף, הספרות מורה על התחזקותה של האוריינטציה האינדיבידואליסטית בקרב הצעירים הערבים ועל היחלשותה של האוריינטציה הקולקטיביסטית אשר בעקבותיה התערער מעמדו של הקשיש. יתר על כן, הקשר בין הילדים הערבים להוריהם נעשה יותר "אינסטרומנטאלי" ומבוסס על צרכים מעשיים יותר מאשר על מחויבות אידיאולוגית מסורתית (Al-Haj, 1995). מחקרים נוספים אף גילו כי רשת התמיכה המשפחתית והחמולתית הצטמצמה לרשת קטנה יותר (Litwin & Haj-Yahia, 1996) וכי משק הבית שבראשו עמד הזקן התפצל למשקי בית אחדים (מאיר ובן דוד, 1994). לבסוף, הספרות מצביעה גם על עליה בנכונותה של המשפחה להיעזר בשירותים הפורמליים כגון בתי אבות ומרכזי יום לקשיש (סולימאן, 1998; עזאיזה וברודסקי, 1995; עזאיזה וחבריו, 2001) ואף איתרה מגמת עליה במקרי האלימות והפגיעה בקשישים הערבים על ידי בני משפחותיהם (זועבי, 1994; Litwin & Zoabi, 2003).

החוקרים מסבירים תופעות אלה באמצעות המונח "מודרניזציה" שמשקפת שינויים ברמת עיור, שינויים חברתיים ברמת הפרט וברמה הקולקטיבית ושינויים תרבותיים. מהספרות עולה עוד כי מאפייני חיים מודרניים (שהם הביטוי של המונח "מודרניזציה") יוצרים פערים הולכים וגדלים בין ציפיותיהם של הורים לבין התנהגותם של הילדים (Al-Haj, 1989; Azaiza, Lowenstein, & Brodsky, 1999). הנחותיה של תיאוריית המודרניזציה מדגישות את השפעתה השלילית של המודרניזציה על מסירות ילדים ועל מעמדו של הקשיש בחברה המודרנית (Cowgill, 1974).

בהקשר זה, ראוי להזכיר את עבודתם של Litwin & Zoabi (2003), שמצאו כי קיים קשר בין "מודרניזציה" לבין היקף הפגיעה בקשישים על ידי בני משפחותיהם בחברה הערבית. לאור כל זאת, העיון הנוכחי והשערותיו ינותחו על בסיס הנחותיה של תיאוריית המודרניזציה.

מהספרות אנו למדים גם שבעולם מתרחשות מגמות ותמורות רבות בטיפול המשפחתי ובמחויבותם של הילדים. מגמות אלה דומות בטבען אם לא בהיקפן לתמורות העוברות על החברה

הערבית בישראל. פרק הסקירה הספרותית יסקור בהרחבה את מאפייני הטיפול המשפחתי בעולם ויצג בצורה מפורטת את התמורות במסירות ילדים בחברה הערבית תוך התייחסות להבדלים בין חברות ותרבויות אחרות. אולם בכדי להבין את אופי והיקף התופעה, חשוב להציג כבר בפרק זה, על קצה המזלג, חלק מהתמורות שזוהו בחברות אחרות בעולם.

ראוי להדגיש בהקשר זה שהספרות מתייחסת בצורה רחבה לתמורות ולשינויים במחויבות המשפחה והילדים בחברות במערב- החברות האסיאתיות ובקבוצות מיעוט אתני במדינות מערביות כמו המשפחות האסיאתיות והאפרו-אמריקאיות. חוקרים טוענים כי בעקבות תהליכי המודרניזציה והמעבר נשחק ערך מסירות הילדים כנורמה מרכזית שמווסתת את היחסים הבין-דוריים בחברות אסיאתיות רבות כמו יפן, סין וקוריאה (Caffrey, 1992; Sung, 1995). כמו כן, התגלו שינויים בדרכי התמיכה של הילדים האסיאתיים בהוריהם, כך שהילדים האסיאתיים אימצו גישות אלטרנטיביות, כמו קשר טלפוני ושירותיים פורמאליים וכי היחידה המשפחתית המטפל בקשיש (הבן הבכור והכלה) השתנתה ואף נעלמה בחלק מהמשפחות האסיאתיות (Choi, 1996). בנוסף, נמצא כי הנורמה בה ההורה הקשיש מתגורר עם הבן הבכור הולכת ונחלשת (Hsu, Lew-Ting & Wu, 2001).

טענות דומות על השפעת המודרניזציה על מחויבותם של הילדים הועלו גם בחברה היהודית המזרחית בישראל. כך למשל, Stahl (1993) מצא שמעמדם הגבוה שבו זכו הקשישים היהודים במדינות מהן היגרו הלך ונחלש, ובחלק גדול מהמשפחות התפתחו עמדות שליליות כלפי הזקנים, שהתבטאו באי מתן כבוד לזקן ואף בהזנחה פיסית של ההורים. רק בחלק קטן מאוד מהמשפחות נשמרו עמדות מסורתיות חיוביות כלפי הזקנים על אף שהקשישים איבדו את הכוח והחשיבות שלהם בתוך המשפחה.

חשוב לציין גם כי, באופן פרדוקסאלי, מדינת הרווחה המודרנית הולכת ומתרחקת ממחויבותה לספק שירותי רווחה אוניברסאליים לאזרחיה הקשישים. לבנשטיין וישראל (2006), טוענים כי ניכרת במדיניות החברתית הנהוגה היום במדינת ישראל ההתרחקות מתפיסת הצדק הבין דורי. מצב זה יוצר אי-שוויון מעמדי בין צעירים לזקנים ומחליש את המחויבות הבין דוריות (לבנשטיין וישראל, 2006). המעבר מפנסיה תקציבית לפנסיה צוברת והעלאת גיל הפרישה הן שתי דוגמאות שלטענת החוקרים ממחישים מגמה זו. לדעתם, דוגמאות אלה יאפשרו לצעירים "להשתחרר" מנטל הדאגה או המחויבות לזקנים – וזאת בשעה שהמדינה מתנערת יותר ויותר מאחריותה כלפי הזקנים ומעבירה אותה למערכת המשפחתית.

יתרה מזאת, מקובל היום במדינת ישראל לעודד את הטיפול הממושך בקשישים מוגבלים בקהילה על ידי המשפחות בטענה שהמערכת המשפחתית נגישה, יעילה ומועילה במידה רבה יותר מאשר המערכת הפורמאלית המתופעלת על ידי המדינה (שטסמן, מערבי, וכהן, 2000). לטענת לוי-אפשטיין (2000), כאשר מדינת הרווחה מתקשה לספק רשת ביטחון אוניברסלית לקשישים, עולה חשיבות המשפחה כמסגרת חברתית לחלוקת משאבים בחברה.

אולם לטענת לבנשטיין וישראל (2006), התנערותה של מדינת הרווחה מהאחריות לזקנים בחברה עשויה להגדיל את הנטל הכלכלי, החברתי והנפשי המוטל על כתפי המשפחות ולהחליש את הסולידאריות המשפחתית. בהקשר זה, ליטוויץ (1995), מעריך שהמשפחה של היום לא תוכל לספק את התמיכה ואת הטיפול הבלתי פורמאלי כבעבר, זאת בשל השינויים שהתרחשו ברשת המשפחתית המטפלת הן במדינות מתפתחות והן בחברות מסורתיות. אין תמימות דעים כמובן, בנוגע לפוטנציאל של המשפחה כספק תמיכה עיקרי בעתיד. לטענת Litwak (1985), אומנם המשפחה השתנתה, אך היא לא חדלה להיות גורם חיוני ויעיל במתן תמיכה בלתי פורמאלית לזקן. לכן, יש הטוענים שהפונקציה המשולבת של המשפחה ומוסדות הטיפול הפורמאלי של המדינה היא הגישה המתאימה ביותר היום (Litwin & Auslander, 1992). הוזה אומר, אין מערכתה שירותים הפורמאלית מסוגלת לתת מענה לכל צורכי הקשיש מבלי שמערכת התמיכה הבלתי פורמאלית ומערכת השירותים הפורמאליים שלימו האחת את השניה. Auslander (1996) מוסיפה בהקשר זה כי יש למצוא דרכים לספק עזרה אינסטרומנטלית באמצעות המערכת הפורמאלית. זאת, על מנת לאפשר לרשתות הבלתי פורמאליות להתמקד במתן התמיכה הרגשית שהן מיטיבות לספק ואשר לה זקוק הקשיש המטופל.

החומר שמוצג לעייל מעלה עוד סוגיה חשובה בנוגע לגורלו של הטיפול הבלתי פורמאלי בקשישים בחברה הערבית בישראל. השאלה שעולה מכאן היא האם תוכל המשפחה הערבית "המודרנית" להמשיך בעתיד למלא תפקיד המטפל הראשי כבעבר במסגרת האחרייות החברתית והתרבותית הקיימת מבלי שתזדקק לתמיכה ולעזרה מהמערכת הפורמאלית? התשובה לשאלה זו נמצאת, לפחות בחלקה, בהבנת השינויים שחלו והתמורות הצפויות בתהליך הטיפול הבלתי פורמאלי בקשישים הערבים בישראל. כאמור, סוגיה זו תיבחן ותנותח על בסיס המידע הקיים היום בספרות (המעט יחסית) ועל בסיס הממצאים שיתקבלו מהעיון הנוכחי.

כאמור, מטרת המחקר העיקרית היא לבדוק האם תהליכי המודרניזציה משפיעים על המסירות הפיליאלית ועל תוצאותיה. הנחת היסוד של העיון הנוכחי היא שתהליכי המודרניזציה שהחברה הערבית עוברת בעשורים האחרונים, השפיעו בצורה שלילית על הטיפול הבלתי פורמאלי בהורה

הקשיש ועל מעמדו במשפחה. על מנת להבין את תהליך הטיפול הבלתי פורמאלי בחברה הערבית נבנה מודל מושגי רחב. בניית המסגרת המושגית התבססה על סקירת הספרות המקצועית שתוצג בהרחבה בפרק הבא. מודל זה מציג קשר אפשרי בין מאפייני חיים מודרניים לבין המשתנה התלוי העיקרי—מסירות ילדים. כמו כן, המודל מצביע על מתאמים אפשריים בין מסירות ילדים לבין משתני תוצאה נוספים כגון רווחה נפשית של המטפל, העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זקנה, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בין-דוריות בכסף והעברות בין דוריות בזמן. בנוסף, המודל לוקח בחשבון משתני רקע הקשורים למטפל, לקשיש, לרשת המשפחתית ולתהליך הטיפול בהורה. לבסוף, המודל, כולל גם מספר משתנים מתערבים שעשויים לתווך בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. אלה כוללים תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל, יעילות עצמית כללית, תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים בין המטפל לקשיש.

המחקר הנוכחי יבחן 10 השערות באמצעות המודל המושגי המתואר לעיל. השערות אלה מתייחסות לקשר בין מאפייני חיים מודרניים, כלומר רמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל, רמת דתיותו ואורח החיים שלו, לבין מסירות ילדים ותוצאותיה. כאמור, לכל משתנה תלוי נוסחו שתי השערות. בהשערה הראשונה מניח החוקר קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. ההשערה השניה מתבססת על ההנחה שהקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים מתווך על ידי המשתנים המתווכים שהוצגו לעיל. בדומה למסירות ילדים, ההשערות הנוספות מניחות קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין כל אחד מתוצאותיה של מסירות ילדים שהוזכרו לעיל. כמו כן, בדומה למתואר קודם, נבדקות השערות נוספות המניחות שהקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תוצאותיה של מסירות הילדים מתווך על ידי המשתנים המתווכים. אולם, יש לציין כי בהשערות אלה מתווסף לחמשת הגורמים המתווכים עוד משתנה נוסף והוא מסירות ילדים.

אוכלוסיית המחקר כוללת 250 מטפלים בלתי פורמאליים - ילדים בוגרים מהחברה הערבית בישראל המטפלים בבית בבני משפחתם הקשישים. המטפלים הם - בנים, בנות, כלות, נכדים ונכדות. המחקר נערך באזור הצפון ב-11 ישובים ערביים. נבחרו ישובים מחמש רמות עיור—עיר, עיר כפרית, כפר בפרברי עיר, כפר גדול וכפר קטן ומבודד. איסוף הנתונים נעשה באמצעות כלים המבוססים לרוב על כלים מוכחים שבהם נעשה שימוש בארץ, אחרים תורגמו מאנגלית לערבית ותוקנו בהתאם לתרבות הערבית. כלים נוספים פותחו לצורך המחקר, כמו הכלי למדידת מסירות

ילדים. כלים אלה עברו את מבחני המהימנות והתוקף המקובלים. הנתונים נאספו בראיונות פנים מול פנים באמצעות שני עובדים סוציאליים שהוכשרו על ידי החוקר לבצע את הראיונות. למחקר הנוכחי יש חשיבות רבה הן ברמה המחקרית והן ברמה המעשית. המידע שיתקבל ממחקר זה, שהוא המחקר הכמותי הראשון בנושא זה בחברה הערבית, עשוי להאיר את תשומת לבם של קובעי המדיניות להשלכות העתידיות של מדיניותם על רווחת הקשיש ובני משפחתו. כמו כן, יספק המחקר תמונה אמפירית רחבה על נושא הטיפול המשפחתי בהורה הקשיש במגזר הערבי בהקשר למודרניזציה, ויעזור לזהות מטפלים עם תחושת מעמסה ופגיעה ברווחתם האישית. לבסוף יצביע המחקר על כיווני התערבות אמפיריים ומעשיים הנדרשים להמשך הטיפול המשפחתי של קשישים מוגבלים בקהילה. כאמור, בדיקת ישימותה ונכונותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית תאפשר דיון בתוצאות המחקר הנוכחי ביחס למדינות וחברות מסורתיות אחרות בעולם שעוברות תהליכי שינוי ומודרניזציה.

המחקר יוצג בארבעת הפרקים הבאים של העבודה. בפרק הבא, תוצג סקירת הספרות המקצועית והעדכנית, אשר על בסיסה נבנה מודל המחקר ונוסחו השערות המחקר. הפרק השני יעסוק בשיטות ובמערך המחקר. בהמשך, הפרק השלישי יציג את הממצאים בהתאם להשערות המחקר. לבסוף, הפרק הרביעי יביא דיון מקיף על משמעותם של הממצאים וימליץ על כיוונים למחקרים עתידיים בתופעה הנדונה בעבודה זו.

פרק א: פרק הסקירה

1.1 הטיפול המשפחתי בקשיש – Family Caregiving

הטיפול בקשישים המתגוררים בקהילה מסופק לרוב על ידי המערכת המשפחתית (Brody, 1985; Keith, 1995; Wolf, Freedman & Soldo, 1997; Sung, 2001). טיפול זה כולל בדרך כלל מספר תחומים הכוללים טיפול איש יומיומי אינטינסיבי (ADL), עזרה אינסטרומינטלית יומיומית (IADL) וטיפול פסיכו-סוציאלי (Gaugler, Kane & Kane, 2002). המערכת המשפחתית המטפלת בקשישים בבית מורכבת מבן או בת הזוג, בנות, בנים, כלות, נכדים ונכדות (Lee, Kim & You, 1997; Peters-Davis, Moss & Pruchno, 1999; Stoller, 1990). בני זוג הם כשליש מהמטפלים הבלתי-פורמליים של קשישים מוגבלים והם מייחדים לטיפול ולעזרה שעות רבות בכל יום (Kim & Theis, 2000). הם מספקים כחמישים אחוזים ויותר מכלל התמיכה הניתנת לקשישים המוגבלים בבית ונושאים בעיקר הנטל (Arber & Ginn, 1990; Whitlatch & Noelker, 1996; Wolf, et.al., 1997). מחויבות הנגזרת מחוזה הנישואין שלהם ומקשר ארוך שנים של אהבה ואינטימיות (Chappell & Arber, 1990; Harris, Long & Fujii, 1998; Salin & Astedt-Kurki, 2007). באופן עקבי, הספרות מציינת שבנות הזוג הן המשמשות לרוב מטפלות עיקריות. החוקרים טוענים שהסיבות לכך נובעים מהערכים התרבותיים של חברות מסויימות כגון החברה הקוריאנית-אמריקאית בפרט והחברה האמריקאית בכלל המדגישות את תפקידן של בנות הזוג בטיפול המשפחתי בקשישים. סיבות נוספות קשורות לתוחלת חייהן הארוכה של בנות הזוג משל בני הזוג ולהפרש בגיל הנישואין, כך שהנשים נשואות לגברים המבוגרים מהן (Kim & Theis, 1993; Lee, Dwyer & Coward., 1993; Maeda, 1983; Stoller & Pugliesi, 1988). בהעדר בן הזוג, או כאשר הטיפול שמעניק בן הזוג אינו מספיק, הופכים הילדים למטפלים העיקריים המספקים מגוון רחב של מטלות שנמשכות לפעמים זמן רב (Coward & Dwyer, 1990; Sung, 1991). בנוסף, אחרים טוענים שבהיעדר מערכת תמיכה משפחתית, כאשר בני הזוג עצמם מוגבלים או קורסים תחת נטל הטיפול, הם פונים לעיתים לעזרתו של מטפל חיצוני (Litwin & Auslander, 1992).

מחקרים קודמים ציינו שלבת הסיכוי הרב ביותר לשמש מטפלת עיקרית המספקת מידה רבה יותר של עזרה מבנים באותו התפקיד (Brody & Schoonover, 1986; Matthews, 1987; Stoller, 1983; Stone, Cafferata & Sangle, 1987). לטענת החוקרים, מעורבותן הגבוהה של הבנות הייתה מושפעת מהמשימות המשפחתיות המסורתיות שנשים מילאו בעבר. כך למשל, מתן טיפול אישי ועזרה ביתית נחשבו כתפקיד נשי, כאשר אחזקת הבית וניהול כספי נתפסו כתפקיד גברי (Brody & Schoonover, 1986), ומשימות כמו עזרה בקניות ועזרה בהליכה נחשבו ניטרליות (Horowitz, 1985). ואולם, בשנים אלו יש הטוענים שהנורמות החברתיות והתרבותיות המסורתיות עדיין לא מעודדים את הגברים לביצוע משימות שנחשבות כתפקיד נשי, גם כאשר הבנות אינן זמינות (Spitze & Logan, 1990). כמו כן, טיפולים אישיים עדיין נחשבים לאינטימיים מאוד, ולכן, פחות מצופה ואפילו לא רצוי שהגבר יספק טיפולים אלה, במיוחד לאמהותיהם (Arber & Ginn, 1995).

אומנם, הספרות ממשיכה לציין שהבנות עדיין מקיימות אותן משימות הנחשבות כתפקיד נשי הקשורות בטיפול בהורים הקשישים באינטיסיביות גבוהה כמו בעבר (Caffrey, 1992; Coward & Dwyer, 1990; Dwyer & Coward, 1991; Guberman, Maheu & Maille, 1992; Lee, et.al., 1993; Matthews, 1995; Ingersoll-Dayton, Starrels, & Dowler, 1996; Spitze & Logan, 1990; Navaie-Waliser, Feldman, Gould, Levine, Kuerbis & Donelan, 2001; Navaie-Waliser, Spriggs, & Feldman, 2002; Wolf, et.al., 1997) ושהן מדווחות על מחויבות פיליאלית גבוהה יותר מאשר כלות ובנים (Chou, LaMontagene & Hepworth, 1999). אך, היא מצביעה גם על עליה במעורבותם של הבנים בטיפול המשפחתי, במיוחד במשימות שנחשבות לתפקיד נשי (Campbell & Martin-Matthews, 2000; 2003; Chappell & Kusch, 2007; Change & White-Means, 1991; Harris, et.al., 1998; Leichtentritt, Schwartz & Rettig, 2004; Lowenstein & Katz 2000; Sanders, 2007; Stoller, 1990). בהתאמה, הספרות מדווחת על עליה במעורבותן של הנשים במשימות הנחשבות כתפקיד גברי (Chappell & Kusch, 2007).

לטענת החוקרים, הסיכוי של הבנים להיות מעורבים במשימות הנחשבות כתפקיד נשי הוא גבוהה יותר ככל שהם מתגוררים קרוב יותר להוריהם (Campbell & Martin-Matthews, 2000;)

(2003), ככל שרמת התיפקוד היומיומית של הקשיש הולכת ויורדת עם הזמן (Stoller, 1990), כאשר הרשת המטפלת בהורה הקשיש מורכבת מבן יחיד או מבנים ללא אחיות (Coward & Lee, et.al., 1993; Dwyer, 1990; Campbell & Martin-Matthews, 2003), כאשר ההורה הקשיש הוא מאותו המגדר (Lee, et.al., 1993) וכאשר מספר המשימות שהוא צריך לבצע פחות משלוש פעוליות (Chappell & Kusch, 2007). אך, Matthews (1995), מצאה שבנים ובנות כאחד דיווחו שהתרומה המעשית שהבנים מספקים להורה הקשיש נחשבת בעיניהם לחסרת חשיבות מול תרומתם הגדולה של הבנות.

בנוסף לבנים ולבנות, כוללת הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש לעיתים גם כלות. על פי הספרות, המניעים של הכלה לטפל בהורה בעלה מושפעים בעיקר מהנורמות התרבותיות המקובלות באותה חברה. כך למשל, בחברות מסורתיות, כמו החברה האסיאתית והחברה הערבית בישראל, ממלאת הכלה יחד עם בעלה תפקיד המטפל העיקרי כחלק ממילוי אחריותה ומחויבותה הנורמטיבית במשפחה החדשה כלפי הורי בעלה. מעורבותן הגבוהה של הכלות בחברה האסיאתית משתקפת בפרופורציה הגבוהה שלהן במחקרים השונים יחסית לשאר בני המשפחה (Lee, et.al., 1997; Lee & Sung, 1997; Kim, 2001; Kim & Lee, 2003). כמו כן, בחברה הערבית בישראל למשל, מצופה שהכלה האחרונה שהצטרפה לקן המשפחתי תטפל בחמותה בין אם בן זוגה עודו בחיים או לא, אך תטפל בחם רק אם הוא אלמן (Savaya, 1998). ואולם במחקר אחר נמצא כי מעורבותן של הכלות בטיפול בחברה הערבית בישראל היא בעיקר של הבן הבכור ואשתו (Lowenstein & Katz, 2000).

לעומת זאת, בחברה המערבית, לא נדון תפקידה ומניעה של הכלה בטיפול המשפחתי בהרחבה בספרות. עוד משתקף מהמחקרים האחרונים שחלקן במחקרים היא קטנה יחסית בהשוואה לבנות (Guberman, 1999; Merrill, 1993). אך, ממעט הספרות הקיימת בנושא עולה שהכלות דומות לבנות בהיבטים מסויימים ושונות באחרות. כך למשל, במחקר גדול שנערך באלאבמה בשנים קודמות, נמצא שגם הבנות וגם הכלות דיווחו על מחויבות פיליאלית גבוהה, אך התחומים הקשורים למחויבותן הפיליאליות היו שונים (Finley, Roberts, & Banahan, 1988). אולם, מאוחר יותר במחקר אחר נמצא שהבנות מספקות יותר שעות עזרה מהכלות. אך עם זאת, נמצא שהבנות והכלות מספקות מספר דומה של פעוליות יומיומיות (ADL) ופעוליות

אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL), ולשתיהן היה סיכוי שווה להגדיר את עצמם כמטפלות עיקריות. (Merrill, 1993).

חוקרים אחרים מצאו שהכלות והבנות אינן שונות בהתנסותם בטיפול. שתיהן דיווחו על תחושת נטל טיפול דומה. אך עם זאת, החוקרים מצאו שהבנות דיווחו על יחסים טובים עם הוריהם ועל שביעות רצון גבוהה יותר מהטיפול מאשר הכלות (Peters-Davis, et.al., 1999). בנוסף, נמצא שכלות וחתנים מספקים כמות עזרה דומה להוריו של בן או בת הזוג, אך עם זאת נמצא שהכלות מדווחות על תחושת דחק ונטל טיפול גבוהים מאשר החתנים. החוקרים טענו שהכלות פגיעות באופן מיוחד מהטיפול בגלל שיש להן מצד אחד סיכוי גדול יותר מהגברים להשקיע מאמץ וכסף בטיפול, ומאידך הסיכוי שלהן לקבל משאבים והעברות מהקשיש קטן בהשוואה למה שמקבלים הילדים הביולוגים של הקשיש (Ingersoll-Dayton, Starrels, & Dowler, 1996).

באשר לנכדים, לא נמצאה במאה הקודמת ספרות שהתייחסה בהרחבה לתפקידם ולמניעיהם של הנכדים כמטפלים עיקריים, וזה אולי בשל מעורבותם הדלה בטיפול כפי שמשקף בחלק מהמחקרים (Wolf, Freedman & Soldo, 1997). ואולם, בתחילת המאה ה-21 נמצאו מספר מחקרים שהגדירו את הנכדים כקבוצת מטפלים עיקריים נפרדת מקבוצות מטפלים אחרות וסיפקו תמונה ברורה יותר לגבי מאפייניהם ומניעיהם של הנכדים כמטפלים עיקריים בקשישים (Dellmann-Jenkins, Blankemeyer, & Pinkard, 2000; Tompkins, 2007).

כך למשל, Dellmann-Jenkins, et.al. (2000), בדקו את מאפייניהם ואת תפקידם של הילדים הצעירים והנכדים בטיפול המשפחתי בהורה הקשיש. הם מצאו שכמחציתם של המטפלים הבלתי פורמאליים במחקר היו נכדים ונכדות. אוכלוסיית נכדים זו התאפיינה ברוב של נכדות, מרביתם צעירות מתחת לגיל 30, נשואות פלוס ילדים, עובדות במשרה מלאה או חלקית, וכולן עם השכלה תיכונית ומעלה. כמו כן נמצא שכמחציתם מתגוררים בבית משותף עם הקשיש ומרביתם שייכים למוצא אתני קווקאזים-אמריקאי ואפרו-אמריקאים, ואף לא אחד בא מרקע אתני אסיאתי או אמריקאי. כמו כן, נמצא שמרביתם של נכדים אלה מספקים טיפול אינטנסיבי, הנמשך מספר שנים, 24 שעות ביממה, והכולל עזרה יומיומית בטיפול האישי, עזרה אינסטרומנטלית יומיומית ותמיכה רגשית. באשר למניעים שלהם, ציינו הנכדים במחקר תחושה גבוהה של אחריות פיליאלית, רצון למנוע השמת הקשיש במוסד סיעודי, רצון לעזור להוריהם בטיפול, וחוסר

זמינותם או נכונותם של אנשים אחרים במשפחה לטפל בקשישים. אך יש לציין שמרביתם של הנכדים (86%) דיווחו על תחושת מחויבות פיליאלית כמניע העיקרי למתן הטיפול.

בנוסף, Tompkins (2007), טענה לאחרונה שמעורבותם של הילדים הבוגרים במאה ה-21 תלך ותחלש, ואת מקומם יתפסו הנכדים. לדבריה, התופעה של גידול הנכדים על ידי הסבא והסבתא יוצר עם השנים יחסי חליפין והדדיות בין השנים, שכתוצאה מכך, ירגישו הנכדים יותר מחויבות לטיפול בקשישים.

ההבדלים המגדרים בחלוקת אחריות הטיפול בהורים קשישים הביאו חלק מהחוקרים לנטרל את השפעת המגדר על הטיפול המשפחתי כבר בשלב תכנון המחקר. זאת על ידי בחירה מכוונת של אחד המינים כנושא המחקר. מהספרות ניתן לגלות שמחקרים קודמים התמקדו בבנות שמטפלות בהורים קשישים (Brody, Johnsen & Fulcomer, 1984; Matthews, 1987; Matthews & Rosner, 1988). ואולם, בשל העליה במעורבותם של הבנים בטיפול המשפחתי בהורים הקשישים בשנים האחרונות נערכים יותר ויותר מחקרים שמתמקדים גם בתפקידם של הבנים כמטפלים עיקריים בהורים קשישים (Campbell & Martin-Matthews, 2003; Chappell & Kusch, 2007; Sanders, 2007; Neufeld & Harrison, 1998).

העיון בהבדלים המגדריים במתן טיפול להורה קשיש בתוך המשפחה מעלה סוגיה נוספת, והיא מיהו המטפל העיקרי? ניתן לראות שמרבית המחקרים בנושא זה התמקדו במטפל עיקרי אחד, בבן ובבת הזוג, בבת הבכורה או בבן הבכור ואשתו (Brody, et.al., 1984; Campbell & Martin-Matthews, 2003; Stone, et.al., 1987; Walker, Pratt, Shin, & Jones, 1990). שאר הילדים העוזרים בטיפול הוגדרו כמטפלים משניים (Coward & Dwyer, 1990) או כמטפלים פוטנציאליים (Horowitz, 1992 אצל Keith, 1995).

ואולם, מהספרות עולה שהתנאים לבחירת המטפל העיקרי לצורך המחקר אינם אחידים. כך למשל, מחקרים קודמים הגדירו את המטפל העיקרי כאישה לא נשואה ולא עובדת שמתגוררת במשק בית משותף עם הקשיש (Soldo & Myllyluoma, 1983). מאוחר יותר, הוגדר המטפל העיקרי כפרט שנותן את מספר השעות הגבוה ביותר ביום לטיפול בקשיש מבין כל בני המשפחה האחרים שנותנים טיפול (Coward & Dwyer, 1990). חוקרים אחרים, הגדירו את התנאים לבחירת המטפל העיקרי כמתן עזרה לפחות באחד מהשירותים הבאים: משק בית, הסעה, הכנת אוכל, כביסה, טיפול אישי או תמיכה פיננסית (Walker et.al, 1990). מאוחר יותר, Gaugler,

et.al (2002), הציגו בסקירתם הגדרה נוספת למטפל עיקרי-אדם בוגר שמדווח שהוא סיפק עזרה לפחות בשתי פעולות אינסטרומנטליות או לפחות בפעולה יומיומית אחת, לאדם שגילו 50 ומעלה במשך 12 החודשים האחרונים.

בשנים האחרונות, יש הטוענים שבחירת מטפל עיקרי אחד במחקר בעייתית, מכיוון שמאפייני המטפל העיקרי ואת התהליך לבחירתו לא הוגדרו בצורה אחידה ומקובלת (Keith, 1995; Wolf, et.al., 1997). יחד עם זאת, היו כאלה שטענו שאיסוף נתונים רק מהמטפל העיקרי עשויה אף לגרום לאומדן חסר בנוגע למספר המטפלים ולתרומתם בטיפול, ולהערכה לא שלמה בנוגע להשפעת הטיפול על שאר חברי המשפחה (Lee & Sung, 1997). טענות דומות הועלו מאוחר יותר באשר לאי ישימותו של המושג "מטפל עיקרי" במשפחות מסורתיות מרובות ילדים כמו החברה הערבית בישראל (Leichtentritt, et.al., 2004). חוקרים אלה ורבים אחרים טוענים שיש לקחת בחשבון את כל הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש ואת מאפייניה כאשר חוקרים את הטיפול המשפחתי בקשיש (וייל, 1995\1996; Piercy, 1995; Keith, 1995; Leichtentritt, et.al., 2004; Wolf, et.al., 1997).

עמדה זו אף באה לידי ביטוי בהצגת מערכות ורשתות בלתי פורמאליות המורכבות ממספר מטפלים עיקריים האחראיות לטיפול בקשיש. כך למשל, Keith (1995), הציגה שלוש מערכות טיפול בלתי פורמאליות: (1) מערכת משפחתית שיש בה מטפל עיקרי טיפוס 2, מערכת טיפול משפחתית המבוססת על שותפות כאשר כולם שווים באחריות ובמתן הטיפול, ו-3) מערכת הכוללת צוות מטפלים בלתי פורמאליים שלרוב חלוקת הטיפול ביניהם אינה אחידה. כמו כן, Litwin (1997) זיהה אצל הקשישים היהודים בישראל חמישה סוגי רשתות עיקריים לטיפול בקשישים לפי החלוקה הבאה: הרשת המגוונת, הרשת המשפחתית הדתית, הרשת המשפחתית המצומצמת, רשת חברים ושכנים והרשת הדלילה. הרשת המגוונת הייתה מאופיינת במגעים בתדירות גבוהה בין חברי הרשת הכוללת בני זוג, ילדים, אחים וחברים. לעומת זאת הרשת הדלילה הייתה מאופיינת במעט קשרים, כמו מגע תדיר יחסית עם בן אחד או עם בת אחת בלבד.

1.2 מסירות ילדים – Filial Piety

הטיפול המשפחתי שהילדים מספקים להוריהם בעת זקנה נחשב מנהג תרבותי נורמטיבי. ההורים מצפים למסירות ברמה גבוהה ובשביל הילדים הבוגרים הטיפול בהוריהם הקשישים הוא

Blieszner & Macini, 1987; Brody, et.al., 1984; Finley, et.al.,) מחויבות מובנת מאליה (, 1988; Kao & Travis, 2005b; Lee, Netzer, & Coward, 1994; Peek, Coward, Peek, & מחקרים בשנים האחרונות (Lee, 1998; Van der Pas, et.al, 2005; Walker, et.al., 1990 מדווחים שמסירות פיליאלית גבוהה עשויה להשפיע על טיב היחסים הבין דוריים של הורה-ילד (Henretta, Hill, Li, Soldo & Wolf, 1997; Sung, 1998a) ועל רווחתם האישית של ההורים (Cheng & Chan, 2006; Dai & Dimond, 1998). בדומה לכך, מחקרים קודמים טענו שמסירות ילדים עשויה גם להשפיע על המורל של ההורים הקשישים (Seelbach & Sauer, 1977)

למונח "מסירות ילדים" (Filial Piety), יש בספרות עוד שתי חלופות: 1) "אחריות ילדים" (Filial responsibility) ו-2) מחויבות ילדים (Filial obligation) (Hanson, Sauer & Seelbach,) 1983; Hsu, Lew-Ting, & Wu, 2001; Pang, 2000; Sung, 1990,1992; Tsai, 1999; Walker, et.al, 1990). למונח "מסירות ילדים" שני היבטים עיקריים: ההיבט של ההורים (Hanson, et.al., 1983) וההיבט של הילדים (Cicirelli, 1993). יש חוקרים שדנים ב"מסירות ילדים מצופה" ("Expectation of filial piety"), מסירות המבטאת את ציפיותיהם של ההורים הקשישים מילדיהם הבוגרים בכל הקשור להגנתם ולטיפול בהם (Blieszner & Mancini, 1987; Hamon & Blieszner, 1990; Kao & Travis, 2005a) חוקרים אחרים דנים ב"מסירות ילדים" ("Filial piety") המבטאת את המניעים שגרמו לילדים – על פי דבריהם – להסכים לטפל ולעזור להוריהם הקשישים (Cicirelli, 1993; Sung, 1992).

בהקשר זה, מציגה הספרות מגוון רחב של מניעים למחויבותם של הילדים לשמירה על רווחתם האישית של הוריהם והגנתם בעת זיקנה. מניעים אלה כוללים מתן כבוד להורים, רצון לשמור על ההרמוניה המשפחתית, אהבה וחיבה להורים, אחריות ילדים, רצון להחזיר טובה להורים, הקרבה פיזית וכספית (Kao & Travis, 2005a; Kao, McHugh & Travis, 2007; Sung, 1995), אילוצים משפחתיים כמו חוסר זמינותם של בני משפחה אחרים, מיעוט או היעדר אלטרנטיבות לטיפול בהורה הקשיש (Campbell & Martin-Matthews, 2003; Horowitz,) (1985), מחויבות ילדים והדדיות ביחסים בין המטפל לקשיש (Litwin, 2004; Neufeld & Harrison, 1998), אהבה ואלטרואיזם (Silverstein & Parrott,) (1993), אהבה ואלטרואיזם (Silverstein & Litwak, 1993; Silverstein, Parrott,) (1995) ותחושת מחויבות והיצמדות להורים (Cicirelli, 1993).

חוקרים אחרים, ניסו להבחין בין סוגים שונים של מניעים למסירות ילדים. כך למשל, Sung (1990), הבחין בין שלושה ממדים של "מסירות ילדים", והן: 1) מחויבות לערכים דתיים וערכים תרבותיים הקשורים למשפחה ולחברה, 2) מחויבות למתן שירות וטיפול בהורה הקשיש ו-3) מחויבות רגשית שמשקפת את האספקטים הרגשיים של מסירות ילדים כמו חיבה, אהבה וסימפטיה. ואולם, Hamon & Blieszner (1990), טענו שציפיות ההורים מילדיהם מחולקים לשניים, ציפיות פיליאליות מכוונות רגש וציפיות פיליאליות אינסטרומנטליות.

לרוב, מניעים אלה מבוססים על הערכים התרבותיים והדתיים של אותה חברה, אשר קובעים את העמדות של הילדים כלפי הוריהם הקשישים ואת הדרכים וההיקף שבו הם בוחרים לטפל בהם (Sung, 1990, 1992; Tsai, 1999; Walker, et.al, 1990). כך למשל, שחר (1995), ציינה שדתות שונות טיפחו את המצווה של "כיבוד האב והאם". לדוגמה, בתנ"ך נכתב "כבד את אביך ואת אמך כאשר צווך ה' אלוהיך, למען יאריךך ולמען ייטב לך..." (דברים ה', 16). גם הברית החדשה וגם בקוראן ובספר אחאדית' של הנביא מוחמד נמצאו פסוקים וכתובים שמצווים על הילדים לכבד ולעזור להוריהם.

כמו כן, נמצא שתרבויות נוספות רוממו ערכים תרבותיים שונים המדגישים את מצוות "כיבוד האב והאם". כמו למשל, תרבות הקונפוציוניזם העתיקה בסין שערכיה מושרשים עמוק עד היום בתוך התרבות האסיאתית (Choi, 1996; Chow, 1991,1999; Sung, 1990; Tsai, 1999). בנוסף לכך, הבודהיזם בתאילנד, שמהווה אבן פינה בחינוך ובגידול הילדים על הערך התרבותי של "מחויבות ילדים" (Caffrey, 1992). כמו כן, הערכים "מסירות ילדים" ו"פמיליזם" בחברה הקוריאנית שמספקים את הבסיס המוסרי לטיפול המשפחתי בהורים קשישים בחברה זו (Kim & Lee, 2003).

ואולם, יש תרבויות אחדות שמדגישות ערכים תרבותיים אחרים הקרובים במשמעותם למושג "מסירות ילדים". כך למשל, Kao, et.al. (2007), ציינו בסקירתם שבתרבות הספרדית/ לטינית מדגישים את הערך "פמיליזם". לדבריהם "פמיליזם" כולל בתוכו 1) משמעת וכבוד להורים הקשישים 2) רוחב לב, נאמנות כלפי המשפחה, מחויבות, קרבה ועבודה קשה שתביא לתועלת למשפחה ו-3) מחויבות משפחתית למתן תמיכה חומרית ורגשית והמשפחה כמקור לפתרון בעיות. בנוסף לפרספיקטיבות השונות בהתייחסות למונח "מסירות ילדים" שהועלו עד כה בתת פרק זה, מציגה הספרות גישות שונות לתוקף המבנה ולשיטות המדידה של מסירות ילדים. כך למשל,

יש חוקרים שהתייחסו לערך "מסירות ילדים" כמבנה חד ממדי (Kim & Hanson, et.al., 1983; Lee, 2003; Lee, et.al., 1994; Lee & Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998; Seelbach, 1977; Seelbach & Sauer, 1977). מנגד, יש הרואים בו ערך רב ממדי, המכיל עולמות תוכן אחדים כגון: מתן כבוד, אחריות ילדים, הרמוניה משפחתית, הקרבה ועוד (Kao & Travis, 2005a; Sung, 1992).

יתר על כן, מבחינה אמפירית וקונצפטואלית מבחינה הספרות גם בין שיטות שונות למדידת "מסירות ילדים". שיטות אלה כוללים את ה-"Vignette approach" (Brody, et.al., 1984; Van Finley, Roberts, & Banahan, 2005), שיטת ההיגדים (der Pas, Van Tilburg, Knipscheer, 2005; Hamon & Blieszner, 1990; Peek, et.al., 1998; Sauer & Seelbach, 1983; Kao & Travis, 2005a; Kao, et.al., 2007; Kim & Lee, 2003; Lee, et.al., 1994; Lee & Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998; Seelbach & Sauer, 1977), השיטה האתנוגרפית (Sung, 1990; 1998a), קבוצות מיקוד (Groger & Mayberry, 2001), וראיונות עומק (Tsai, 1999).

לפי שיטת ה-"Vignette approach" מוצגים בפני המטפלים סיפורים קצרים העונים על מאפיינים משוערים בנסיבות מסויימות, והמטפל מתבקש להביע את עמדתו או את הסכמתו להתנהגויות היפותטיות בסיטואציה הספציפית. היתרון של שיטה זו לעומת אחרות, הוא שהשיטה מאפשרת לחוקר למקד את הציפיות הפיליאליות בהתאם למספר נסיבות בו זמנית. כך למשל, Van der Pas, et.al (2005), בדקו אם מאפיינים של ילדים בוגרים (כמו תעסוקה, הימצאות ילדים ומגדר) היו קשורים לציפיותיהם הפיליאליות של הורים קשישים ביחס לחמישה מצבים שונים (כגון מתן טיפול, התאמת הבית, התאמת סידור העבודה, תכיפות המגעים ושביעות הרצון). המרואיינים הונחו להתעלם מהנסיבות האישיות של משפחותיהם ולנסות לדמיין עצמם בתוך סיטואציות היפותטיות. לכן הדמויות שהוצגו היו גם היפותטיות, למשל "מארי, עובדת, נשואה עם ילדים", "סופיה, לא עובדת, נשואה עם ילדים", "אמילי, עובדת, לא נשואה וללא ילדים", ו"גיון, עובד, נשוי עם ילדים". הסיטואציה ההיפותטית שהוצגה בפני המשתתפים הייתה "הורה אלמן בן 80, שיש לו ילדים והוא צריך טיפול יומי במשך שלושה שבועות". המרואיינים התבקשו לענות מה כל ילד (מהדמויות ההיפותטיות) צריך או לא צריך לעשות ביחס לחמשת המצבים שהועלו קודם (כמו למשל, "הילד צריך לטפל בהוריו הקשישים", או "צריך להתאים את הבית שלו בכדי לטפל בהוריו"). מתוך

הדמויות נוצרו שלושה משתני דמה, כאשר מארי שימשה כקבוצת השוואה. על מנת לבדוק אם יש הבדלים בציפיות הפיליאליות לפי רמת התעסוקה נעשתה השוואה בין סופיה לבין מארי. על מנת לבדוק את ההבדלים בין ילדים בוגרים שיש להם ילדים לבין אלה שאין להם נעשתה השוואה בין אמילי לבין מארי, ועל מנת לבדוק אם יש הבדלי מגדר נעשתה השוואה בין גיון לבין מארי.

ממצאי המחקר, הראו כי ההורים הקשישים ציפו לקבל פי 3.5 יותר טיפול מהילד הבוגר שאינו עובד מאשר מילד שעובד. בנוסף, נמצא שלקשישים הייתה ציפיה גדולה יותר לטיפול מהילד הבוגר שאין לו ילדים מאשר מהילד הבוגר שיש לו ילדים. כמו כן, נמצא הבדל קטן אך משמעותי בין בנים לבין בנות. יתרה על כך, הממצאים לגבי התאמת הבית והתאמת סידור העבודה ושביעות רצון היו מקבילים לאלה שנמצאו ביחס למתן טיפול. הציפיות מתכיפות המגיעים היו קשורות בראש ובראשונה אם לילד הבוגר היו ילדים ולאחריה המצב התעסוקתי של הילד.

כמו כן, מוקדם יותר, השתמשו Brody, et.al. (1984), גם הם בשיטת ה "Vignette" בכדי לבחון את ההבדלים בדעותיהם של שלוש דורות של נשים ביחס להתנהגות הפיליאלית בסיטואציה היפוטטית נתונה. הסיטואציה שהוצגה בפני המרואיינים הייתה "אמא קשישה בת 89, אלמנה שצריכה עזרה רגילה בפעולות היומיומיות. הנשים התבקשו להביע את מידת הסכמתם לארבעה התנהגויות פיליאליות היפוטטיות למקרה שהוצג: "הילד צריך להתאים את לוח הזמנים של המשפחה", "הילד הבוגר צריך לעזור בהוצאות הטיפול המקצועי באמא הקשישה", "צריך להתאים את לוח הזמנים בעבודה", ו"צריך להתארגן בכדי להתגורר עם האמא". בכל התנהגות נעשתה השוואה בין בת נשואה ועובדת לעומת בת נשואה ולא עובדת, בין בת נשואה ועובדת לבין בן נשוי ועובד, ובין בת נשואה ועובדת לבין בת לא נשואה ועובדת.

הממצאים הראו שמרבית הנשים בכל הדורות חושבות שהבת הנשואה שלא עובדת צריכה להתאים את לוח הזמנים של המשפחה שלה על מנת לעזור לאמא. בנוסף לכך, כולן מצפות לפחות עזרה כספית מהבת הנשואה שאינה עובדת מאשר מהבת שעובדת. כמו כן, כולן ציפו שהבנות העובדות יתאימו את סידור העבודה שלהם יותר מאשר בנים עובדים במידה והאמהות יצטרכו מהם עזרה. עם זאת, נמצאו הבדלים בין שלושת הדורות לגבי ההתארגנות לחלוק את הבית עם האמא, כך שהבנות הצעירות הביעו את ההסכמה הגבוהה ביותר לעומת דור הביניים שהביעו את ההסכמה הנמוכה ביותר. יתרה מכך, נמצא שלבנות הצעירות סיכוי גדול יותר לצפות מהבת הנשואה שלא עובדת ומהבת הרווקה שעובדת לחלוק את ביתן עם האמא מאשר שאר הילדים.

אך, למרות יתרונות השיטה המאפשרת שילוב של מספר נסיבות בו זמנית, מגלה הספרות מספר חסרונות ומגבלות בשיטה זו. כך למשל, Van der Pas, et.al. (2005), טענו שהשימוש בשיטת

ה"Vignette approach" מגביל את החוקר להשתמש בסיטואציות היפותטיות ספציפיות ומספר מוגבל של מאפיינים, וקשה מאוד לבדוק הבדלים בין מספר קטגוריות של אותו משתנה (כמו תעסוקה במשרה מלאה, תעסוקה במשרה חלקית). בנוסף, הם מציינים שתיתכן הטית מידע הנובעת מההשפעה של החיים האמיתיים על תשובותיהם של המרואיינים לגבי המצבים ההיפותטיים. בנוסף, מציגה הספרות שיטה נוספת לבדיקת מסירות ילדים המכונה הגישה האתנוגרפית. שיטה זו באה לידי ביטוי בעבודותיו של Sung (1998; 1990). לעומת השיטה הקודמת, שיטה זו היא איכותנית. במקרה זה החוקר השתמש בסיפורים אתנוגרפיים של מטפלים בלתי פורמאליים שנכתבו על ידי ילדים קוריאנים המטפלים בהוריהם הקשישים בבית, במטרה לזכות בפרס כספי המוענק על ידי המדינה לסיפורים בהם הביטוי הגבוה ביותר למסירות ילדים. סיפורים אלה תעדו מידע אודות מאפייני הרקע של המטפל, עמדות והתנהגויות יוצאות דופן של המטפל הקשורות לטיפול, הוכחות על הקרבה פיזית, כספית וחברתית, פגיעה ברווחה האישית של המטפל, מניעים למסירות ילדים, טיב הקשר בין הקשיש לבין שאר חברי המשפחה והרווחה האישית של הקשיש ובני המשפחה. על פי הספרות, לא נמצאו חוקרים אחרים שעשו שימוש בשיטה זו לבדיקת מחויבות ילדים. כמו כן, לא מדווח במחקריו של סונג על מהימנותה ותקפותה של השיטה האתנוגרפית בה השתמש. בנוסף, לשיטה האתנוגרפית, מציגה הספרות עוד שתי שיטות איכותניות נוספות: קבוצות מיקוד וראיונות עומק (Tsai, 1999; Groger & Mayberry, 2001; Blieszner & Mancini, 1987). אך, מסקירת שיטות אלה מתברר שמידת הדיוק שלהן אינה מספיק תקפה בחקר התופעה של מסירות ילדים. יש לציין כי השימוש בשיטות אלה הינו מועט על פי הספרות.

שיטה נוספת שמציעה הספרות נקראת "שיטת ההיגדים". שיטה זו משתמשים החוקרים בסקאלות המכילות היגדים מספר, והמשיבים מתבקשים להביע את עמדותיהם ואת מידת הסכמתם להיגדים אלה. מרבית כלים אלה הכילו עד כה מספר קטן של היגדים, בין חמשה ל-שבעה היגדים (Finley, et.al., 1988; Cicirelli, 1993; Chou, et.al., 1999; Cheng & Chan, 2006; Lee, et.al., 1994; Kim & Lee, 2003; Hanson, et.al., 1983; Hamon & Blieszner, 1990; Lee & Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998).

הראשונים שבנו כלי אופרטיבי לבדיקת "אחריות ילדים" היו Seelback & Sauer (1977). הכלי בו הם השתמשו מכונה סולם ה-"Filial Responsibility Expectations" והוא מודד את מידת המחויבות המצופה מהילדים בביצוע משימות טיפוליות ספציפיות הקשורות לטיפול בהורה הקשיש. הכלי כלל שישה פריטים. דוגמה לאחד ההיגדים היא "ילדים נשואים צריכים להתגורר

קרוב להוריהם" ודוגמה נוספת היא "ילדים צריכים לטפל בהוריהם בכל דרך שצריך כאשר הם חולים". במשך שנים, השתמשו חוקרים שונים בכלי זה עם ביצוע תיקונים קלים כמו הוספת או הסרת פריט או שניים, והתאמתו לאכלוסייה הנחקרת (Cicirelli, 1983; Finley, et.al., 1988; Hamon & Blieszner, 1990; Hanson, et.al., 1983, Kim & Lee, 2003; Lee, et.al., 1994; Lee & Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998). המהימנות הפנימית של הכלי בגירסאותיו המתוקנות נעה בין קרונבך אלפא 0.68 ועד 0.87.

בנוסף לכך, Cicirelli (1993), הציג כלי אחר למדידת מחויבות ילדים. הכלי כלל גם הוא מספר מועט של היגדים (7 פריטים). אך, בניגוד לכלי שהוצע מוקדם יותר על ידי Seelback & Sauer (1977), מדד כלי זה תחושות גלובאליות יותר הקשורות לטיפול בהורים קשישים. לטענתו ההיגדים בכלי זה משקפים במידה מתאימה יותר את הנורמות התרבותיות הכלליות אודות מחויבות הילדים למתן עזרה להוריהם הקשישים. דוגמה לאחד ההיגדים בכלי זה היא "זו חובתם של הילדים לתת עזרה להוריהם". המרואיינים התבקשו לציין את מידת החשיבות של ההיגדים אלה כגורמים המניעים אותם לתת עזרה להורים. אלפא קרונבך של כלי זה במחקרו של Cicirelli (1993), הגיעה ל- 0.71.

היו חוקרים שטענו שהשימוש במספר קטן ומוגבל של היגדים עשוי להגביל את ההתייחסות להיבטים ספציפים מעולם התוכן הרחב של המושג "מחויבות ילדים". אי לכך, Hamon & Blieszner (1990), ניסו לתקן את השימוש המוגבל הקודם בכלים אלה, והציעו כלי רחב יותר למדידת אחריות ילדים שכלל 16 היגדים. הכלי התייחס לסוגיות עכשוויות במחויבות ילדים כלפי הורים קשישים. דוגמה לשני היגדים בכלי זה הם " להתאים את סידור העבודה למתן עזרה להורים" ו"להכין חדר להורים בבית למצבי חירום". יוצרי הכלי דיווחו על מהימנות פנימית גבוהה (אלפא = 0.85).

ואולם, עם השנים התגלו עולמות תוכן נוספים למונח "מסירות ילדים", והחוקרים התחילו לפתח כלים חדשים רחבים יותר שיכילו את כל עולמות התוכן של המושג. כך למשל, Sung (1995), בדק בנפרד ממדים שונים של "מסירות ילדים", כגון אהבה וחיבה, החזרת טובה, הרמוניה משפחתית, מתן כבוד, אחריות, הקרבה, פיצוי, הרמוניה עם השכנים, סימפטיה, דת, שמירה על המשכיות המשפחה, שמירה על פני המשפחה וירושה. בכלי זה התבקש המרואיין לדרג כל אחד

משלוש עשרה הממדים של מסירות ילדים על סולם ליקרט בן חמש דרגות, מ-1, בכלל לא חשוב עד 5, חשוב מאוד. המהימנות הפנימית של כלי זה הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.84.

בנוסף, מעלה הספרות סוגיה נוספת הקשורה למידת תקיפותם ורגישותם של הכלים הקיימים

לבדיקת "מסירות ילדים בתרבויות השונות. דוגמה לכך מוצגת במחקרם של Kao & Travis (2005a), כאשר ניסו לבדוק את מסירות הילדים המצופה באוכלוסייה הספרדית/ לטינית בארצות הברית, באמצעות כלי שהיה מותאם לתרבות הסינית. הכלי שבו השתמשו כלל 31 היגדים המתייחסים לעזרה ולתמיכה שההורים הסינים מצפים לקבל מילדיהם הבוגרים. השאלון תורגם תחילה מהשפה הסינית לאנגלית, ולאחר כך מאנגלית לספרדית. במדגם נוחות, נבחרו 318 בוגרים ומבוגרים ספרדים שהתבקשו בראיון פנים מול פנים לדרג את מידת הצורך שלהם ב-31 ההיגדים שבשאלון זה. דוגמה של אחד ההיגדים היא "הילד צריך להתגורר עם ההורים כאשר הוא מתחתן", דוגמה נוספת "הילד צריך לטפל בהורה באופן אישי כאשר הוא חולה". ניתוח הגורמים שבוצע עבור 31 היגדים אלה הסיר 15 היגדים שלא עברו את נקודת החיתוך (0.40) שנקבעה מראש. 16 ההיגדים שנשארו העלו ארבעה גורמים למסירות ילדים, והם: מתן כבוד להורים, הוקרה להורים, תמיכה בהורים, ולכידות המשפחה.

במחקר נוסף, ניסו Kao, et.al. (2007), לבדוק את התקיפות של הכלי האחרון, אך הפעם בקרב 80 ילדים מקסיקאנים בארצות הברית. ניתוח הגורמים עבור 16 ההיגדים העלה הפעם רק שלושה גורמים והם מתן כבוד להורים, הוקרה להורים ושמירה על לכידות המשפחה. אולם, בשני המחקרים הציג הכלי של "מסירות ילדים מצופה" מהימנות פנימית גבוהה יחסית (0.82, 0.87) בהתאמה, אך, יש לציין שבשני המחקרים האחרונים שהוצגו לעיל נעשה שימוש במערך מחקר לא ניסויי והסתמכו החוקרים על מדגמי נוחות (Kao & Travis, 2005a; Kao, et.al., 2007).

1.2.1 הבדלים בין תרבותיים במסירות ילדים

בסקירה רחבה של הספרות שדנה במונח "מסירות ילדים" נמצאו היבטים משותפים והיבטים שונים בין תרבויות מזרחיות לתרבויות מערביות. במחקרים קודמים, החוקרים טענו שבשתי התרבויות, מסירות ילדים נחשבת כחלק מאורח החיים המקובל בחברה. כמו כן, רוב האנשים בשתי התרבויות מחשיבים את מסירות הילדים ומתנסים בה (Brody, et.al., 1984; Finaly, et.al., 1977; Seelbach & Sauer, 1988). אומנם, בתקופה הנוכחית, טוענים החוקרים ששתי תרבויות אלה עדיין מתנסות במסירות ילדים (Sung, 1994). אך, יחד עם זאת מצביעה הספרות על הבדלים

בין-תרבותיים במניעים ובהדגשים שכל תרבות מציבה על חובות הילדים כלפי הוריהם (Dai & Dimond, 1998; Lee & Sung, 1997).

כך למשל, מספר חוקרים שבחנו את הבדלים הבין-תרבותיים במחויבות ילדים בין קבוצות מיעוט אתניות-אפריקאיות המתגוררות בארצות הברית לבין האוכלוסייה האמריקאית הלבנה, הצביעו על כך שלילדים מקבוצות מיעוט אתני אפרו-אמריקאים יש תחושת אחריות גבוהה יותר להוריהם מאשר אצל הילדים האמריקאים הלבנים (Fredman, Daly, & Lazur, 1995) והם מספקים טיפול באינטנסיביות גבוהה יותר (Navaie-Waliser, et.al., 2001). אך, למרות זאת חוקרים אחרים מצאו שמטפלים אמריקאים-לבנים דיווחו על יותר מעמסה בטיפול מאשר מטפלים אפרו-אמריקאים (Fredman, et.al., 1995; Pinguart & Sorensen, 2005).

חוקרים אחרים, השוו את המניעים למסירות פיליאלית בין קבוצת מיעוט אתנית-קוריאנית המתגוררת בארצות הברית לבין ילדים אמריקאים. אומנם, שתי הקבוצות ציינו באופן זהה שחיבה, הדדיות, ואחריות לדים היו המניעים החשובים ביותר למתן טיפול להורים. אך, המטפלים הקוריאנים ציינו מניעים נוספים כגון מתן כבוד להורים, שמירה על הרמוניה משפחתית והקרבה פיליאלית, כאשר, מניעים אלה לא הועלו כלל על ידי המטפלים האמריקאים (Sung, 1994). לטענת החוקר, ההבדלים נובעים מכך שבניגוד לאמריקאים, הקוריאנים-אמריקאים מושפעים מאוד ממנהגים מסורתיים כמו "מסירות ילדים" ו-"פמיליזם", שנחשבים לערכים תרבותיים-חברתיים בסיסיים בחיי המשפחה הקוריאנית המסורתית

בתקופה האחרונה, נבחנו ההבדלים הבין-תרבותיים על ידי שני ניתוחים רחבי היקף, שכללו מספר רב של מחקרים שעסקו בטיפול המשפחתי ובמחויבות ילדים בקבוצות תרבותיות שונות. הניתוח הראשון כלל מטה אנליזה על 116 מחקרים אמפיריים שבדקו את ההבדלים הבין תרבותיים במסירות הילדים (Pinguart & Sorensen, 2005). מהניתוח התגלה שהמטפלים מקבוצות מיעוט אתניות-מסורתיות (אפרו-אמריקאים, ספרדים ואסיאתים) מספקים טיפול ועזרה גדולה יותר להוריהם ומדווחים על תחושת מחויבות ילדים חזקה יותר מאשר מטפלים אמריקאים. אך, יחד עם זאת, נמצא שהמטפלים בכל קבוצות המיעוט האתני מלבד האוכלוסייה האפרו-אמריקאית, דיווחו על החמרה במצבם הבריאותי הפיזי ועל תחושת נטל ודיכאון גבוהים יותר מאשר המטפלים האמריקאים.

הניתוח השני כלל סקירה רחבה על השפעת התרבות על התנסותם של מטפלים בלתי

פורמאליים ממוצא אתני שונה: קוריאנים, קוריאנים-אמריקאים וקווקאזים-אמריקאים (Kong,

2007). מהסקירה התגלה שלתרבות יש השפעה על בחירת המטפל, המניעים לטיפול ועל התמיכה המשפחתית. אצל הקוריאנים, הכלות היוו מרבית המטפלים העיקריים, כאשר אצל הקוריאנים-אמריקאים והקווקאזים-אמריקאים, היו המטפלים לרוב הבנות או בנות הזוג. המניע העיקרי למתן טיפול אצל הקווקאזים-אמריקאים הייתה תחושת אהבה וחיבה, כאשר אצל הקוריאנים והקוריאנים-אמריקאים הייתה תחושת מחויבות.

אך, בנוסף להבדלים הבין תרבותיים במסירות ילדים שהוצגו לעיל, יש הטוענים שמחויבותם הפיליאלית של ילדים כלפי הוריהם הולכת ומשתנה הן בחברה המערבית (Popenoe, 1993) והן בחברה המזרחית (Ingersoll-Dayton & Saengtienchai, 1999; Mehta, 1997). המשך פרק זה יסקור את התמורות שהתרחשו בתקופה האחרונה בטיפול המשפחתי ובמחויבות ילדים בחברות מערביות ומזרחיות שונות.

1.2.2 התמורות במסירות ילדים בחברה המערבית

מהמקורות הקיימים, לא ברור מה היא האוריינטציה התרבותית המערבית לגבי מחויבותם של הילדים כלפי הוריהם. זאת משום שעולה מהספרות שהתרבות המערבית מדגישה שני ערכים תרבותיים שהאחד מנוגד לשני: "פמיליזם" ו"אינדיבידואליזם" (Ward-Griffin, Bol, & Oudshoorn, 2006). מצד אחד, יש הטוענים שהתרבות המערבית מעודדת אינדיבידואליזם ועצמאות כלכלית (Dai & Dimond, 1998). מאידך, יש הטוענים שהתרבות המערבית מדגישה את חשיבותה של המערכת המשפחתית ואת מחויבותם הפיליאלית של הילדים להוריהם הקשישים (Finaly, et.al., 1988; Luna, Torres de Ardon, Lim, Cromwell, Phillips & Russell, 1996).

יחד עם זאת, בשנים אלו יש מי שטוען שהאוריינטציה המשפחתית המסורתית-"פמיליזם" נחלשה מול האוריינטציה המודרנית-אינדיבידואליזם (Popenoe, 1993). יתרה על כן, מקורות נוספים מצביעים על כך שהמניעים לתת טיפול להורה קשיש בחברה המערבית בשנים האחרונות, מדגישים יותר מבעבר ערכים מודרניים, כגון אינדיבידואליזם, עצמאות, יחסי הדדיות ובחירה חופשית (Campbell & Martin-Matthews, 2003; Neufeld & Harrison, 1998; Walker, et.al., 1990). יש גם הטוענים שבתקופה האחרונה, אחריות ילדים להוריהם במערב מוגבלת יותר מהעבר, ולכן אין התרבות בשנים אלו מעודדת הקרבה מוגזמת להורים ולמשפחה. עם זאת, תחושת אהבה

וחיבה להורים היא עדיין דבר צפוי ולגיטימי בחברה המערבית, במיוחד אצל הבנות (Dai &

Dimond, 1998; Jansson, Grafstrom & Winblad, 1997).

בנוסף לכך, טוענים החוקרים שהמשפחה-המערבית בעשורים האחרונים עוברת שינוי משמעותי, בגודלה ובתפקידה. כך למשל, נמצא שהמשפחה האמריקאית של היום היא מחצית מגודלה בעבר והיא כוללת בתקופה הנוכחית כשני ילדים בממוצע (Popenoe, 1993). כמו כן, המרחק הגיאוגרפי בין מקום מגוריו של ההורה הקשיש לבין הילד המטפל הלך וגדל. כך למשל, על פי מקורות אחרונים נמצא שהילדים המטפלים מתגוררים בנפרד ורחוק מהוריהם (Lee, Dwyer & Coward, 1991; Walker, et.al., 1990; Popenoe, 1993; et.al., 1994). כמו כן, יש הטוענים שתפקידה של המשפחה המערבית במתן טיפול להורה קשיש במקרים בהם מצבו הבריאותי הולך ומחמיר פחת בשנים האחרונות ואת מקומה תפסו השירותים הפורמאליים כמו מטפלים זרים ומוסדות סיעודיים (Jansson, et.al., 1997).

בספרות שעסקה בטיפול המשפחתי בתרבות המערבית בעבר ובהווה לא נמצאו מקורות המצביעים על זהותו של המטפל העיקרי המסורתי. אומנם, כמו בחברה המזרחית, גם בחברה המערבית יש סיכוי רב יותר לנשים בכלל ולבנות בפרט להיות מעורבות בטיפול בהוריהן הקשישים (Dwyer & Coward, 1991; Lee, et.al., 1993; Walker, et.al., 1990). אך, בניגוד למתרחש בחברה המזרחית, כאן הטיפול ניתן לרוב על ידי מטפלת עיקרית יחידה, בעיקר הבת (Dwyer & Coward, 1991), ובת הזוג (Wolf, Whitlatch & Noelker, 1996; Salin, Astedt-Kurki, 2007). אך גם על ידי הבן (Dwyer & Coward, 1991), נכד או נכדה (Dellmann-Jenkins, et.al., 1997), ואת כלה או חתן (Ingersoll-Dayton, et.al., 1996; Merrill, 1993).

1.2.3 התמורות במסירות ילדים בחברות מזרחיות-מסורתיות

מקורות קודמים, טענו שהתרבות האסיאתית מדגישה ערכים מסורתיים בטיפול בהורה הקשיש כגון אחריותה של היחידה המשפחתית המסורתית -הבן הבכור והכלה- במתן הטיפול להורים קשישים ואת אחריותם הפיליאלית של הילדים בלספק בית משותף וטיפול יומיומי להוריהם (Maeda, 1983). אומנם, על פי מקורות חדשים, עדיין התרבות המזרחית מדגישה ערכים דתיים ומסורתיים כגון מסירות ילדים וקולקטיביזם (Pang, 2000; Sung, 1990; 1991; 1995; 1998b; Tsai, 1999). אך, יש גם הטוענים שערכים אלה בחברות מזרחיות הולכות ונחלשות. כך למשל,

נמצא כי הנורמה בה ההורה הקשיש מתגורר עם הבן הבכור או עם אחד מילדיו הנשואים הולכת ונחלשת (Hsu, et.al., 2001). בנוסף, נטען שהיחידה המשפחתית המסורתית המטפלת בקשיש בחברה האסיאתית (הבן הבכור והכלה), השתנתה ואף נעלמה בחלק מהמשפחות (Choi, 1993). כמו כן, הספרות מגלה שינויים בצורות ביטוי הכבוד ומילוי הנורמות של מסירות ילדים בחברה האסיאתית (Ingersoll-Dayton & Saengtienchai, 1999; Mehta, 1997). חוקרים אחרים, מצאו שינויים בדרכי התמיכה של הילדים האסיאתים בהוריהם, כך שהילדים האסיאתים אימצו גישות אלטרנטיביות, כמו תמיכה כספית, קשר טלפוני ושירותי עזרה משקיים פורמאליים (Choi, 1996). יתרה על כך, תפקידו ומעמדו של הקשיש האסיאתי אף הוא הלך והשתנה עם הזמן. תפקיד הקשיש קטן והוגבל למשימות של עזרה בעבודת משק בית ושמירה על הנכדים (Chow, 1999). ואף, יש הטוענים שהורים שלא מילאו את מחויבותם ואחריותם כהורים, כדוגמה, היו מעורבים בפעולות בלתי חוקיות, ביישו את המשפחה או שנהגו באלימות כלפיהם, מאבדים את הזכות ל"מסירות ילדים" (Tsai, 1999). בנוסף לכך, אחד הממצאים המעניינים שהתגלה במחקרו של Sung (1995) היה ביטויי האהבה והחיבה להורים שדורג כמניע הראשון למסירות ילדים להורים. הוא מציין שזה בעצמו נחשב לשינוי בערכים התרבותיים, כאשר בעבר ביטויי אהבה להורים היה דבר אסור. תמורות נוספות במסירות ילדים התגלו בצורה חדה ובולטת יותר בקרב קבוצות מיעוט אסיאתיות שחיות במדינות מערביות כמו ארצות הברית וקנדה. כך למשל, Kim, Kim, & Hurh (1991), מצאו שהרשת המשפחתית הרחבה של הקוריאנים החיים בארצות הברית הפכה למשפחה גרעינית המוזנת מהערכים המערביים. שינוי זה במבנה המשפחה הקוריאנית, טוענים החוקרים, הגביל את אחריותם הפיליאלית של הילדים כלפי הוריהם. בהתאמה, חוקרים אחרים מצאו שהיחידה המשפחתית המסורתית המטפלת בקשיש (הבן הבכור והכלה) בקרב המהגרים הסינים בקנדה נחלשה, והעזרה שהכלה מספקת היום היא קטנה מהעזרה שהבנות והבנים מספקים להוריהם. אך, למרות שינוי זה, מעורבותן של הנשים נשארה גבוהה מזו של הגברים, וזאת בזכות העליה במעורבותן של הבנות ובנות הזוג בטיפול בהורה הקשיש (Chappell & Kusch, 2007).

1.2.4 התמורות במסירות ילדים בחברה היהודית בישראל

בשנים האחרונות, הועלו טענות דומות לגבי הירידה במחויבותם הפיליאלית של ילדים בחברה היהודית המזרחית בישראל. כך למשל, Stahl (1993) מצא שמעמדם הגבוה שבו זכו הקשישים

היהודים במדינות מהן היגרו הלך ונחלש, ובחלק גדול מהמשפחות התפתחו עמדות שליליות כלפי הזקנים, שהתבטאו באי מתן כבוד לזקן ואף בהזנחה פיזית של ההורים. רק בחלק קטן מאוד מהמשפחות נשמרו עמדות מסורתיות חיוביות כלפי הזקנים על אף שהקשישים איבדו את הכוח והחשיבות שלהם בתוך המשפחה.

Litwin & Abramowitz (1993), השוו את התנהגותם הפיליאלית של שתי קבוצות אתניות גדולות בישראל כלפי הוריהם הקשישים: יהודים יוצאי אסיה ואפריקה ויהודים יוצאי אירופה ואמריקה. ממצאי המחקר לא הצביעו על הבדלים בין שתי הקבוצות, ושתיהן סיפקו להוריהם הקשישים תמיכה בלתי פורמאלית במידה שווה. אולם, מאוחר יותר, Litwin (2004) מצא שהעזרה שהתקבלה מילדים יהודים ממוצא אסיאתי וצפון-אפריקאי היתה רבה מזו שהתקבלה מילדים ממוצא אירופי.

1.2.5 התמורות במסירות ילדים בחברה הערבית בישראל

לפני שנים רבות, החברה הערבית הכפרית בישראל היוותה יחידה משפחתית בסיסית מורחבת המכונה "חמולה". החמולה היוותה יחידה כלכלית, יחידת רכוש ויחידת מגורים האחראית על כל הרווחים, כל ההכנסות וכל ההוצאות של המשפחה המורחבת. הזקנים שלטו בתהליכי היצור והצריכה של משפחותיהם ובשאר ההיבטים של ניהול משפחה כחידה כלכלית. שליטה זו הבטיחה את הרווחה הכלכלית של האב ושימשה בסיס להמשך לכידותה של המשפחה המורחבת. כתוצאה ממצב זה, היה למבוגרים בכלל, ולבעלי האמצעים מביניהם בפרט, מעמד בכורה בתוך המשפחה והחברה. (אביצור, 1987; חבש, 1977; לבנשטיין, נאחס ואסטפן, 1976; רזק, 1979).

כמו כן, הקשישים הערבים זכו בעבר לרשת תמיכה חברתית רחבה ויעילה שכללה בני/ בנות זוג, בנים, ובני משפחה אחרים שפעלו יחדיו למען רווחת הקשיש ושירותו. מקורות קודמים מתארים את הקשיש כאדם שנמצא במרכז של רשת חברתית רחבה שדאגה למילוי מרבי של צרכיו הכלכליים, הרגשיים והפיזיולוגיים, לפי כללים קבועים ומובנים מאליהם, שנוסף על היותם מחייבים בעבור הילדים ובני המשפחה, חייבו גם את השכנים, החברים ואנשים נוספים. הטיפול בקשישים ושירותם נחשב בקרב הרשת החברתית הבלתי פורמאלית כלל מחייב, הן מבחינה דתית והן מבחינה חברתית, שאין מערערים עליו ושבמסגרתו יש חלוקת תפקידים ברורה של ביצוע המטלות הקשורות לשירותו של הקשיש (גיראייסי, 1976; רזק, 1979).

ואולם, בשלושה העשורים האחרונים מתרחשים בחברה הערבית בישראל תהליכי שינוי ומעבר מחברה מסורתית כפרית לחברה עירונית מודרנית. על פי הספרות הביאו תהליכים אלה לתמורות

ושינויים עמוקים במישורי החיים השונים : חברה, משפחה, כלכלה, חינוך ותרבות (חאגי-יחיא, 1994 ; 1989 ; 1995, Al-Haj).

מצד אחד, יש הטוענים שתהליכי המודרניזציה הביאו להיחלשות מעמדו של הקשיש מדמות מרכזית בעלת כוח, השולטת והתומכת במשפחה, לדמות חלשה ונטולת סמכות שזקוקה לתמיכה ועזרה (Azaiza & Brodsky, 1996; Litwin & Haj-Yahia, 1996; Litwin & Zoabi, 2003). חוקרים אחרים, אף טענו כי ככל שהתחזקו תהליכי המעבר והעיור, ניזוק מעמדם החברתי והפוליטי של הקשישים בתוך החברה בכלל ובמשפחה בפרט (מאיר, בן דוד, ואל עאסם, 1990). בנוסף, חאגי-יחיא (1994), טען שתהליכי העיור ויציאתם של הצעירים מהכפר לעיר חשפה אותם לסגנון חיים עירוני, ולתפיסות ומושגים חברתיים מערביים חדשים. כך לדבריו סגנון חיים זה חיזק בקרב הצעירים הערבים את האוריינטציה האינדיבידואליסטית, החליש את חיי המשפחה הקולקטיביסטים וערער את מעמדו של הקשיש.

ואולם, עזאיזה וברודסקי (1995), טענו שתהליכי העיור והמודרניזציה השפיעו על מעמדו של הזקן בכפר הערבי לטובה ולרעה גם יחד. מצד אחד, תהליכים אלה גרמו לעליה בתוחלת החיים של הזקן בעקבות ההתפתחות הטכנולוגית בתחום הרפואה, ובתמיכה והעזרה הפורמאלית שמקבלים הקשישים מהמוסד לביטוח לאומי. מאידך, הם גם גרמו לירידה במעמדו החברתי של הקשיש, שהפך לאדם שולי ומחוסר תעסוקה. אומנם בני משפחתו עדיין רוחשים לו כבוד, אך הם אינם זקוקים עוד לחכמתו ולעצתו, ומשק הבית מתנהל ללא התערבותו.

בנוסף לכך, הספרות מדווחת שתהליכי המודרניזציה החלישו את המערכת המשפחתית התומכת בקשיש וגרמו להופעת "קשר אינסטרומנטאלי" בין הקשישים לילדיהם, המבוסס על צרכים מעשיים מאשר על מחויבות אידיאולוגית מסורתית (Al-Haj, 1995). כמו כן, הם הביאו

להצטמצמות רשת התמיכה המשפחתית והחמולתית לרשת קטנה יותר (Litwin & Haj-Yahia, 1996) וגרמו לפיצול במשק הבית שבראשו עמד הזקן (מאיר ובן דוד, 1994). בנוסף, הם הגבירו את נכונותה של המשפחה להיעזר בשירותים הפורמליים כגון בתי אבות ומרכזי יום לקשיש (סולימאן, 1998 ; עזאיזה וברודסקי, 1995 ; עזאיזה, לבנשטיין וברודסקי, 2001) ואף גרמו להופעת מקרי אלימות ופגיעה בקשישים הערבים על ידי בני משפחותיהם (זועבי, 1994; Litwin & Zoabi, 2003). מאידך, יש הטוענים שהתמיכה המשפחתית בקשישים הערבים עדיין שומרת על היקף רחב כמו בעבר. מקורות קודמים מצאו שהילדים ממשיכים לספק להוריהם הקשישים את העזרה ואת התמיכה הדרושים בהיקף גדול, למרות שמרבית הילדים בחברה הערבית בישראל אינם גרים עוד

עם הוריהם הקשישים בדירה אחת, והם בונים בית סמוך. החוקרים מצאו שכשני שלישים מהזקנים שלא גרו עם ילדיהם אמרו שקיבלו תמיכה מילדיהם במשק הבית, בקניות ובדברים אחרים. כמחצית מהקשישים קיבלו לדבריהם עזרה יומיומית. באותו מחקר גילו החוקרים ששיעור הקשישים שקיבלו עזרה במשק הבית גבוה משיעור הקשישים שאכן זקוקים לעזרה כזאת. הדברים מסמנים המשכיות של חובת מתן הכבוד והשירות הדרוש לקשישים אך עם שינויים קלים המתאימים לאילוצי החיים המודרניים (וייל, עזאיזה, קינג וגולדשר, 1988). בדומה לכך, מקורות מאוחרים יותר מצאו שהקשישים הערבים בישראל עדיין נהנים מתמיכתה של היחידה המשפחתית המסורתית המורכבת מבנים וכלות יחד עם בן או בת הזוג, בנות ונכדים ואפילו קרובי משפחה רחוקים ושכנים בתוך הכפר הערבי (Leichtentritt, et.al., 2004; Lowenstein & Katz, 2000; Savaya, 1998).

כמו כן, הספרות מציינת שהתפקידים המגדריים של המטפלים הבלתי פורמאליים ברשת המשפחתית הערבית לא השתנו בהרבה. כך למשל, Leichtentritt, et.al. (2004), זיהו שלושה תפקידים עיקריים: טיפול אישי בקשיש, קבלת ההחלטות והגנה והשגחה על ההורה הקשיש. בתפקיד הראשון החוקרים לא מצאו הבדלים מגדריים במעורבותם של הבנים, הבנות, הכלות והנכדים. ואולם, קבלת ההחלטות הקשורות לטיפול בקשיש נעשתה על ידי הבנים ובמיוחד על ידי הבן הבכור במשפחה. באשר להגנה על ההורים הקשישים והשמירה עליהם, מתחלקת האחריות בין חברי המשפחה המורחבת.

המניעים לטיפול הפיליאלי בהורים קשישים בחברה הערבית בישראל כמעט ולא נדונו בספרות. המחקר היחידי שדן לאחרונה בנושא זה היה מחקר איכותני שכלל 11 משפחות ערביות המטפלות בהורה קשיש דמנטי (Leichtentritt, et.al., 2004). החוקרים ניסו לבדוק את המניעים למתן טיפול באמצעות ארבעה שאלות שהתייחסו למשמעות הטיפול עבור המטפל, לקשיים ולרווחים ממתן הטיפול להורים, ולגורמים שהביאו אותו להסכים לקחת חלק בטיפול בהורה הקשיש. ניתוח השאלות העלה ארבעה מניעים עיקריים. אלה כללו (1) רווחים אישיים בכך שהם עושים את "הדבר הנכון" על פי הנורמות התרבותיות והדתיות ואינם שוברים את המוסכמות המסורתיות בטיפול בהורים קשישים, (2) רווחים עתידיים מבני המשפחה, שמתייחסים לציפיות המטפלים עצמם לקבל טיפול ממשפחתם בעתיד כמו שהם טיפלו בהוריהם, (3) רווחים רוחניים שמשקפים אמונות של המטפלים שאלוהים יפצה אותם עבור הטיפול בהוריהם. הגורם הרביעי

היה חוסר אלטרנטיבות אחרות למתן טיפול, במיוחד העדר משאבים כלכליים ומקורות עזרה פורמאליים זמינים המתאימים למשאבים הכלכליים הדלים של המשפחות הערביות בישראל. לסיום, יש הטוענים שתפיסת אחריות ומחויבות המשפחה והילדים לטיפול בהורים קשישים מוגבלים בחברה הערבית מאבדת את חשיבותה בעשורים האחרונים (Azaiza & Brodsky, 1996; Azaiza, Lowenstein, & Brodsky, 1999; Litwin & Haj-Yahia, 1996). אף, יש כאלה שטוענים שהעמדה השלילית של החברה הערבית כלפי בתי האבות השתנתה לחיוב לאחר התנסות במיסוד של בן משפחה קשיש (סולימאן, מסאלחה, מסאלחה ועזאיזה, 2005; עזאיזה, 2001). החוקרים מסבירים את התופעה הזו באמצעות המונח "מודרניזציה" שיוצר פערים הולכים וגדלים בין ציפיותיהם של הוריהם לבין התנהגותם של הילדים (Al-Haj, 1989; Azaiza, et.al., 1999; Litwin & Zoabi, 2003).

1.3 תיאוריות גרונטולוגיות

במוקד המחקר הנוכחי מצויה תיאוריית המודרניזציה. הנחותיה מדגישות את השפעתה השלילית של המודרניזציה על מסירות ילדים ועל מעמדו של הקשיש בחברה המודרנית (Cowgill, 1974). לצד תיאוריה זו עומדות תיאורית החליפין (Dowd, 1975) ומודל הסולידריות הבין-דורית שהוא נגזר ממנה (Bengtson & Mangen, 1988). שתי פרספקטיבות אלה מדברות על השפעת יחסי החליפין והסולידריות המשפחתית על מחויבותם הפיליאלית של הילדים כלפי הוריהם הקשישים. תת פרק זה יציג את תיאוריות אלה ואת הקשר שלהם למחויבות פיליאלית ולמעמדו של הקשיש בחברה.

1.3.1 תיאוריית המודרניזציה

מקורות ישנים הגדירו את המונח "מודרניזציה" כשינוי בתפיסה או מעבר של אנשים מדבר שמוגדר על ידי התרבות שלהם כנורמה וערך מסורתי לדבר אחר שמוגדר כנורמה וערך מודרני (Stephenson, 1969). ואולם, חוקרים אחרים פרטו יותר את המונח "מודרניזציה" כהליך שינוי שמתרחש עקב המעבר מחברה כפרית-מסורתית לחברה תעשייתית-מודרנית (Cowgill, 1974). על פי הספרות, הסברו של Cowgill (1974) נמצא כגישה הרווחת בספרות עד היום. לפיו, בחברות שנמצאות בתהליכי מעבר מחברה חקלאית כפרית לחברה תעשייתית עירונית מתרחשים שינויים ותמורות

במבנים החברתיים, התרבותיים והכלכליים. כך למשל, על פי המקורות, חברות במעבר נמצאות בתהליך מוגבר של עיור המלווה בהתפתחות טכנולוגית ורפואית. כתוצאה מכך, מתרחשים בחברות אלה, מצד אחד, שינויים דמוגרפיים כגון עליה בתוחלת החיים ועליה בשיעור הקשישים המוגבלים בחברה. מאידך, המשפחה המורחבת מתפצלת למשפחות גרעיניות עצמאיות, יורדת זמינותן של הנשים בבית בשל יציאתם ללמוד ולעבוד מחוץ לבית, ומתחזק מעמדן של הצעירים בחברה בזכות השכלתם הגבוהה. כאמור, על פי המקורות, תהליכים אלה, גרמו גם לשינויים במעמדו החברתי והפוליטי של הקשיש במשפחה ובחברה (Al-Haj, 1989, 1995; Choi, 1996; Hsu, et.al., 2001; Lam, Chi, Piterman, Lam, & Lauder, 1998; Ting & Chiu, 2002).

התיאוריה מניחה "שמעמדו של הזקן בתוך החברה הולך ויורד ככל שרמת המודרניזציה של החברה הולכת ועולה" (Cowgill, 1974; Silverstein, Burholt, Wenger & Bengtson, 1998). על פי הספרות, נערכו במרוצת השנים מחקרים שבחנו את הנחותיה ואת ישימותה של התיאוריה בחברות הנמצאות בתהליכי מעבר, כמו חברות אסיאתיות והחברה הערבית בישראל (Choi, 1996; Chow, 1983; Litwin & Zoabi, 2003; Maeda, 1983; Clark, 1992-93; Palmore & Manton, 1974; Silverstein, et.al., 1998). באופן עקבי, המחקרים הצביעו על קשר שלילי בין רמת המודרניזציה לבין מעמדו של הקשיש (Bengtson, et.al., 1975; Choi, 1996; Clark, 1992-93; Palmore & Manton, 1974), היקף התמיכה המשפחתית בהורה הקשיש (Chow, 1983; Maeda, 1983; Silverstein, et.al., 1998), טיב היחסים בין הורה-ילד ומחויבות פיליאלית של הילדים כלפי הוריהם הקשישים (Aboderin, 2004; Choi, 1996; Silverstein, et.al., 1998).

מהספרות עולה גם שמחקרים אלה השתמשו במדדים שונים לבדיקת המונח מודרניזציה. ואולם, ניתן לקבץ מדדים אלה לשתי קטגוריות: (1) מדדים כללים להשוואת רמת המודרניזציה בין מדינות שונות, כגון רמת ההתפתחות הטכנולוגית ורמת ההתפתחות הרפואית של כל חברה או מדינה (Bengtson, et.al., 1975; Clark, 1992-93; Palmore & Manton, 1974; Silverstein, et.al., 1998), (2) מדדים ספציפים להשוואת רמת המודרניזציה בין פרטים או קבוצות אנשים, כגון רמת העיור של הישוב, רמת ההשכלה, מספר ילדים של הבן הבכור, אורח חיים אינדיבידואליסטי ורמת דתיות (Aboderin, 2004; Choi, 1996; Litwin & Zoabi, 2003).

בשלהי התפתחותה של התיאוריה עלו קולותיהם של מבקרי התיאוריה שטענו שזו טעות לראות בחברה המסורתית דבר סטטי, נורמטיבי קבוע או מבנה הומוגני. לדעתם, הקשר בין מסורתיות ומודרניות אינו מתבטא בהכרח בסתירה בין השתיים. כמו כן, מודרניות אינה מחלישה בהכרח את המסורתיות (Gusfield, 1967). חוקרים אחרים טענו בהמשך שההשפעה השלילית של המודרניזציה על מעמדו של הקשיש היא תופעה חולפת. לדבריהם, נסיגה במעמדו של הקשיש מאפיינת תקופה מוקדמת של מודרניזציה בלבד. בעקבותיה משתפר מעמדו ההשכלתי והתעסוקתי של הקשיש בחברה המודרנית החדשה בהשוואה לצעירים, וזה כתוצאה של צמצום הפערים בהזדמנויות להשכלה ולתעסוקה בין הדורות לאורך זמן (Palmore & Manton, 1974).

בנוסף, חוקרים אחרים טענו מאוחר יותר שההנחות העומדות בבסיס מושג המודרניזציה לא תמיד תואמות את המציאות האמפירית, במיוחד בחברות שעדיין שומרות על מעמד גבוה של הקשיש, כמו ביפן או באירלנד (לבנשטיין, 2003). יתרה מזאת, חוקרים אחרים אף הציעו הסבר חליפי לתיאורית המודרניזציה. כך למשל, Aboderin (2004), טענה שהירידה בתמיכה המשפחתית בהורה הקשיש היא תוצאה של אילוצים חומריים וכלכליים, שמשפחות רבות מתמודדים איתם בחברה המודרנית, ולא כתוצאה משבירת המערכת המשפחתית המסורתית.

בדיקת ישימותה של התיאוריה בחברה הערבית בישראל נבדקה ואושרה במחקר שבחן את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים (רמת העיור של הישוב, מספר הנכדים של הקשיש מבכור ילדיו ורמת דתיותם של הילדים) לבין פגיעה בקשישים ערבים על ידי בני משפחותיהם (Litwin & Zoabi, 2003). החוקרים מצאו קשר שלילי בין רמת העיור של הישוב לבין פגיעה בקשישים ערבים על ידי בני משפחתם אך לא אצל המדדים האחרים. לאור זאת, המליצו לבחון את ישימותה של התיאוריה בחברה הערבית בישראל במחקרים נוספים.

1.3.2 תיאוריית החליפין ומודל הסולידריות הבין-דורית

תיאוריית החליפין משמשת חוקרים רבים בחקר היחסים והסולידריות הבין דוריים, במיוחד יחסי הגומלין וההעברות הבין דוריות בין הורים זקנים וילדיהם (לבנשטיין, 2003; צבעוני, 1993; 1995; Bengtson & Roberts, 1991; Caffrey, 1992; Shi, 1993). התיאוריה טוענת שיחסי החליפין מתבססים על קבלה ונתינה על פי עיקרון ההדדיות והשוויוניות. התפיסה שעומדת בבסיס התיאוריה היא שאנשים רציונאליים בוחרים כיווני פעולה שבעבורם יקבלו תגמולים מרביים.

אנשים במערכת יחסים בין – אישית יבחרו סיטואציות התנהגותיות שמהן יפיקו רווח, כאשר זה יכול להיות רווח כלכלי, רגשי או קוגניטיבי (Dowd, 1975).

מחקרים קודמים טענו שחוסר איזון ואי-שוויוניות ביחסי החליפין בין הורה-ילד גורמים לירידה בהיקף העזרה שהילדים מספקים להוריהם (Horowitz & Shindelman, 1983). גם, המחקרים בשנים האחרונות תומכים בטענות אלה. כך למשל, צבעוני (1995), מצאה שיחסי חליפין לא מאוזנים בין ההורה וילדיו בגיל מבוגר עשוי להקשות על האינטראקציה בין הקשיש ובני משפחתו, ואף לפגוע ביחסים ביניהם. בהתאמה, צבעוני (1993), מצאה במחקר אחר כי ככל שתפיסת החליפין הייתה מאוזנת יותר ושביעות הרצון מהחליפין רבה יותר, כך הצטמצמה הפנייה של קשישים להשמה מוסדית.

בנוסף, הספרות מציגה סוגים שונים של חליפין בין ההורה הקשיש והילד המטפל. כך למשל, צבעוני (1995), הבחינה בשלושה רבדים של חליפין בין ההורה הקשיש לילדיו: הסימבולי, הרגשי, והחומרי שחשיבותו מתגלה בגיל מבוגר. חוקרים אחרים, הציגו שלושה סוגי חליפין אחרים בין הורה-ילד: (1) חליפין על בסיס של הדדיות מובנית, (2) חליפין בהעדר הדדיות, ו-3) חליפין על בסיס של הדדיות כוללת (Neufeld & Harrison, 1998). כמו כן, Litwin (2004), זיהה ארבעה דפוסי חליפין נוספים בין הורים ישראלים לילדיהם הבוגרים, בשכיחויות שונות לפי סדר עולה: (1) יחסי חליפין שווים, (2) דפוסי חליפין לא מאוזנים שבהם ההורים נותנים לילדיהם יותר מאשר מקבלים, (3) היעדר חליפין בין השניים ו-4) יחסי חליפין לא מאוזנים שבהם ההורים מקבלים מילדיהם יותר מאשר נותנים.

שימוש נוסף בתיאוריית החליפין נעשה מוקדם יותר לעיצוב מודל תיאורטי להבנת היחסים הבין-דוריים בתוך המשפחה, במודל המכונה "הסולידריות הבין-דורית" (Bengtson & Mangen, 1988). בהסתמך על מודל זה, הגדירו Bengtson & Roberts (1991) שישה מרכיבים של סולידריות. אחד המרכיבים העיקריים של המודל מדבר על הסולידריות הנורמטיבית שמתייחסת למחויבות פיליאלית, לערכים ולנורמות המשפחתיות, וליחסים בתוך המשפחה. בנוסף, כולל המודל מרכיבים, כגון: (2) סולידריות אסוציאטיבית- מבוססת על קשרים ואינטראקציות בין הדורות הנמדדים באמצעות ביקורים, קשרים טלפוניים, קשרי מכתבים, (3) סולידריות אפקטיבית- מבוססת על תמיכה רגשית וגילוי אהבה, חיבה וסנטימנטים חיוביים בין הדורות, (4) סולידריות קונסנסואלית- מידת ההסכמה על ערכים והאמונות, (5) סולידריות פונקציונאלית-מתייחסת למידת העזרה והתמיכה האינסטרומנטלית המועברת בין הדורות וההדדיות בתמיכה זו, (6) סולידריות

מבנית, המתייחסת לדפוסי המגורים, מידת הקרבה הגאוגרפית בין הדורות ומספר הדורות במשפחה. ניתוח נוסף, הציע לקבץ את שישת המרכיבים לשני ממדים עיקריים: 1) מבני- התנהגותי שמתייחס לסולידריות אסוציאטיבית, פונקציונאלית ומבנית, ו-2) אפקטיבי-קוגניטיבי שמתייחס לסולידריות אפקטיבית, קונסנסואלית ונורמטיבית (Roberts & Bengtson, 1990).

המחקרים שבמסגרתם התיאורתית נבחנה הסולידריות הבין-דורית, התמקדו בקשרים בין מרכיבים אחדים של המודל. כך למשל, במחקר קודם, נבדק הקשר בין שלושה מרכיבים של המודל: הסולידריות האסוציאטיבית, האפקטיבית והקונסנסואלית (Atkinson, Kivett, & Campbell, 1986). הממצאים הראו שקרבה גיאוגרפית ומתן עזרה מעשית מנבאים בצורה משמעותית את הסולידריות האסוציאטיבית בין הורה-ילד. אך, יחד עם זאת, המחקר לא הצליח להסביר את השונות בסולידריות האפקטיבית והקונסנסואלית. החוקרים הגיעו למסקנה שהמחקר הצליח לאושש ולהסביר את הסולידריות האובייקטיבית (הסולידריות האסוציאטיבית), אך הוא לא הצליח לנבא את הסולידריות הסובייקטיבית (הסולידריות האפקטיבית והקונסנסואלית).

ואולם, מאוחר יותר נערכו מספר מחקרים נוספים שהוכיחו את מידת הדיוק והתוקף של מרכיבי המודל בניבוי הסולידריות הבין-דורית, בין הורים זקנים לילדיהם הבוגרים. כך למשל, Lee, et.al. (1994) בדקו את הקשר בין שני מרכיבים של מודל הסולידריות הבין דורית: 1) אחריות פיליאלית מצופה-כמרכיב של סולידריות נורמטיבית שמתייחס למידה בה ההורים מצפים לעזרה ותמיכה מילדיהם, ו-2) סולידריות פונקציונאלית-שמתייחסת להיקף העזרה והתמיכה האינסטרומנטלית מהקשיש לילד ומהילד להורה הקשיש. הממצאים הראו שאחריות פיליאלית מצופה הייתה קשורה להיקף העזרה שהקשיש נתן לילדיו, אך לא הייתה קשורה להיקף העזרה שהקשיש קיבל מילדיו.

כמו כן, חוקרים נוספים, בדקו את הקשר בין סולידריות נורמטיבית לבין סולידריות פונקציונאלית. הסולידריות הנורמטיבית במחקר נבדקה באמצעות שני מדדים: 1) אחריות פיליאלית גלובאלית שההורים מצפים מילדיהם ו-2) אחריות פיליאלית ספציפית שהתייחסה לציפיות ההורים מילדיהם בהתאם לנסיבות ומצבים מסויימים. הממצאים הראו שאחריות פיליאלית ספציפית נמצאה כגורם מנבא טוב יותר להיקף העזרה שההורים קיבלו מילדיהם, בהשוואה לאחריות פיליאלית גלובאלית (Peek, et.al., 1998). חוקרים אחרים בדקו את הקשר בין סולידריות רגשית וסולידריות פונקציונאלית. הממצאים הראו שמידת הסולידריות הרגשית במהלך

השנים משפיעה על יחסי החליפין הרגשיים והאינסטרומנטליים בין ההורים לילדיהם הבוגרים (Parrott & Bengtson, 1999).

לסיום, לאחרונה, נערך מחקר רחב היקף (מחקר אואזיס) שבחן את היחסים וההעברות הבין-דוריים במדינות שונות באמצעות מודל הסולידריות הבין-דורית. המחקר כולל בנוסף לישראל עוד ארבע מדינות אירופיות (נורבגיה, אנגליה, גרמניה וספרד) (Lowenstein, 2007). לבנשטיין ודורון (2006) התייחסו בסקירתם לחלק ממצאי מחקרם בישראל. החוקרים ציינו שמרבית הנחקרים בכל המדינות דיווחו על רמה יחסית גבוהה של מחויבות נורמטיבית, אם כי בישראל דיווחו על מחויבות גבוהה יותר מאשר בספרד ובגרמניה. ההסבר לכך, הם טוענים, שבישראל יש דגש רב יותר על מחויבות משפחתית וחוקית לתמיכה בהורים קשישים מאשר במדינות האחרות.

1.4 מאפייני חיים מודרניים

על פי הספרות, מאפייני חיים מודרניים הם ביטוי למונח "מודרניזציה". מקורות שונים מציעים מגוון מאפיינים לבדיקה אמפירית של המושג "מודרניזציה", הכוללים: רמת העיור, רמת ההשכלה, מספר ילדים של הבן הבכור, אורח חיים אינדיבידואליסטי ורמת דתיות (Aboderin, 2004; Choi, 2003; Litwin & Zoabi, 1996). לאחרונה, Aboderin (2004), הציגה מודל תיאורטי המסביר את השפעת המודרניזציה על הירידה בתמיכה המשפחתית בהורים קשישים. על פי המודל, מאפייני חיים מודרניים (כגון: עיור, אינדיבידואליזם, חילוניות, והשכלה), פגעו במעמדו של הקשיש במשפחה ובחברה, גרמו להיחלשות הערכים הנורמטיביים של מסירות ילדים ואף הגבירו את ההתנגדות למוסכמות אלה. מחקר אחר בדק ומצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים בחברה הערבית בישראל (כגון: רמת העיור של הישוב, פחות ילדים אצל הבן הבכור, ורמת דתיות נמוכה של הילדים) לבין פגיעה בהורים קשישים על ידי בני משפחותיהם (Litwin & Zoabi, 2003). תת פרק זה ידון במאפייני חיים מודרניים עיקריים: רמת העיור, אורח חיים אינדיבידואליסטי ורמת דתיותם של הילדים.

1.4.1 עיור

בספרות מדווח שתהליכי הניידות הגיאוגרפית מהכפר לעיר והתעיירות של כפרים נחשבים לאחד הביטויים הבולטים של תהליך המודרניזציה (Choi, 1996; Ting & Chiu, 2002). תהליכים אלה האיצו את מעבר המשפחה מאורח חיים קולקטיביסטי לאורח חיים אינדיבידואליסטי (Pyke &

(Bengtson, 1996), החלישו את הרשת המשפחתית ואת מחויבותם של הילדים בחברה הערבית בישראל לספק עזרה ותמיכה להורים הקשישים (Litwin & Zoabi, 2003, 2004), ואף גרמו להרעה בקשרים הבין דוריים, כך שאחוז נפגעי האלימות בקרב הקשישים בעיר היה גבוה יותר מאשר בכפרים (זועבי, 1994). יתרה על כך, נמצא שככל שתהליכי הקיבוע, התיישבות ועיור למחצה גוברים בקרב הנוודים הבדווים הישראלים בנגב, כך ניזוק מעמדם החברתי והפוליטי של הקשישים (מאיר, 1990).

Litwin & Haj-Yahia (1996) טוענים שרמת העיור של הישוב משפיעה על גודל וסוג הרשת התומכת בהורה הקשיש בחברה הערבית בישראל. במחקרם נמצא שקשישים ערבים "ברשת המשפחתית המצומצמת" גרים בחלקם הגדול בערים שבהן מתגוררת אוכלוסייה ערבית-יהודית מעורבת. לעומתם, הקשישים הערבים "ברשת החמותית" גרים בעיקר בערים בעלות אוכלוסייה ערבית בלבד. בערים ובכפרים הערביים נמצא אחוז גבוה יחסית של קשישים שמשתייכים לרשת מסוג "הרשת המשפחתית המקומית". כמו כן, נמצא שהפוטנציאל לתמיכה בקשישים ערבים בישראל, כפי שמשקף במספר חברי הרשת התומכת ובסוג הקשרים, יורד ככל שסוג היישוב הוא עירוני יותר ומעורב יותר.

כמו כן, בחברות אחרות בעולם נמצאו הבדלים בין כפר לעיר בהיקף התמיכה המשפחתית בהורים הקשישים. כך למשל, Groger (1992), מצא שקשישים אפרו-אמריקאים החיים באזורים כפריים מרוחקים נהנים מתמיכה חברתית גדולה יותר מאשר הקשישים העירוניים. הקשישים הכפריים דיווחו על מערכת קשרים עשירה ויעילה יותר מאשר קשישים עירוניים, הן מבחינה חומרית אינסטרומנטלית והן מבחינה רגשית וחברתית. לפי החוקר, המרחק הפיזי שבישובים מבודדים עומד בפני השפעתם של תנאי חיים מודרניים ותורם לרווחתם של הקשישים ולהרגשת הסיפוק שלהם באזורים אלו. במחקר אחר, שהתבסס על סקר הבריאות הלאומי בארצות הברית, נמצא שלקשישים האמריקאים שמתגוררים באזורים כפריים היה סיכוי גדול יותר לקבל עזרה בלתי-פורמאלית מאשר הקשישים המתגוררים באזורים עירוניים (Coward, Cutler, & Russell, 1990).

1.4.2 אורח חיים של המטפל

לפי המקורות, החברה המסורתית היא חברה קולקטיביסטית (Hui & Yee, 1994; Triandis, 1990). כל פרט בה אמור לייחד את עיקר מאמציו לפיתוח

המערכת המשפחתית, שמדגישה את ההרמוניה הקבוצתית, ההיררכיה החברתית והשותפות. לעומת זאת, נטען כי בחברה המודרנית הפרט הוא אינדיבידואליסטי מבחינה כלכלית וחברתית, והוא עסוק בהתפתחותו ובהישגיו האישיים (Al-Haj, 1995). שני המונחים שהוזכרו לעיל, אינדיבידואליזם וקולקטיביזם, משמשים לתיאור עמדות, אמונות והתנהגויות של פרטים בתוך המשפחה (Reykowski & Smolenska, 1993). חוקרים רבים השתמשו במונחים אלה בכדי להבחין בין חברות מערביות כמו ארצות הברית ואירופה לבין חברות מזרחיות כגון יפן, סין (Shkodriani & Gibbons, 1995; Ting & Chiu, 2002; Triandis, et.al., 1990; Voronov & Singer, 2002). יש חוקרים שהתייחסו לאורח החיים כמדד דיכוטומי: אינדיבידואליזם לעומת קולקטיביזם (Pyke, 1999; Pyke & Bengtson, 1996). לטענת חוקרים אלה, נוצרו מחלוקה זו שתי מערכות משפחתיות שונות בכל הנוגע לטיפול בקשיש. למשפחה האינדיבידואליסטית שבה הציפיות לטיפול בקשיש מזעריות, רואה בטיפול בקשיש נטל לא רצוי, היא נוטה להסתמך על השירותים הפורמאליים ולרוב עזרתה לקשיש ותמיכתה בו מעטות. לעומתה, המשפחה הקולקטיביסטית, שבה הקשרים בין בני המשפחה הדוקים, חשה מחויבות חזקה לטפל בהורים ולהיות איתם במגע. מנגד, Al-Haj (1989) טען שמודרניזציה אינה מושגת על ידי שבירת המבנה המשפחתי המסורתי בחברות במערב. לכן, לדעתו גם לא ניתן לעשות חלוקה דיכוטומית של משפחות מודרניות ומסורתיות ובכל הדפוסים המשפחתיים ניתן למצוא היבטים מסורתיים ומודרניים כאחד. ואף היו כאלה שהגדירו את אורח החיים כמדד הנע על רצף בין אינדיבידואליזם לבין קולקטיביזם (Hui, 1988; Hui & Yee, 1994). על סמך הגדרה זו, בנו החוקרים כלי לבדיקת אורח חיים המכונה (Individualism-Collectivism Scale). כלי זה מסווג את האנשים על רצף בין אינדיבידואליסטים לבין קולקטיביסטים. קצה אחד של הסולם מאפיין אנשים שמגדירים את עצמם בלתי תלויים בחברה -אינדיבידואליסטים, הקצה האחר מאפיין אנשים רואים את עצמם חלק בלתי נפרד מהחברה- קולקטיביסטים (Hui, 1988). לשאלון יש שתי גרסאות: מלאה ומקוצרת. הגרסה המלאה כוללת 63 פריטים (Hui, 1988) והמקוצרת כוללת 33 היגדים (Hui & Yee, 1994). הכלי מתאר התנהגויות ביחס לשש קבוצות: לבני הזוג, להורים, בני משפחה, שכנים, חברים ועמיתים בעבודה. יוצרי השאלון בשתי הגרסאות מציגים ציוני אלפא קרונבך נמוכים למדי. אומנם הכלי נבדק גם בחברות מערביות וגם בחברות מזרחיות, אך האוכלוסיות שנבדקו היו צעירות יחסית- בעיקר

סטודנטים ועובדים. קבוצות אלה הן שונות בהרכבן ומאפייניהן מאוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים (Hui, 1988; Hui & Yee, 1994; Shkodriani & Gibbons, 1995).

נקודה אחרונה לציין היא שהקשר בין אורח חיים לבין מסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית טרם נדון בהרחבה. מספר חוקרים טענו שהחברה הערבית בישראל היא אחת החברות המסורתיות שמתרחש בה מזה שלושה עשורים תהליך מואץ של שינויים מחברה קולקטיביסטית לחברה אינדיבידואליסטית (Azaiza & Brodsky, 1996; Litwin & Haj-Yahia, 1996). לדברי חוקרים אלה, תהליך זה החליש את מחויבותם של הילדים למתן טיפול להורים קשישים ואף הגביר אצלם את השימוש בשירותים הפורמאליים (שההיצע שלהם הלך וגדל בשנים האחרונות). מקורות נוספים אף הראו שתהליכי עיור ומודרניזציה והתחזקות האנדיבידואליזם מול החיים המסורתיים הקולקטיביים בחברה הערבית בישראל הביאה לעליה באחוזי הפגיעה בקשישים ערבים על ידי בני המשפחה (Litwin & Zoabi, 2003).

1.4.3 רמת הדתיות של המטפל

הקשר בין דת ומודרניזציה אינו חד וברור. מחד גיסא, יש חוקרים שטוענים לקשר בין שתי התופעות. כך למשל, Litwin & Zoabi (2003), מצאו שילדים בחברה הערבית בישראל הגרים בעיר, מנהלים אורח חיים חילוני יותר מאשר אלו הגרים בפרברי ערים ובישובים מבודדים. בנוסף, Aboderin (2004), הציגה את החילוניות כאחד המאפיינים העיקריים של חיים מודרניים. מאידך, O'Leary (2001) קורה תיגר על קשר זה וטוען שחילוניות אינה תמיד תוצאה של חיים מודרניים.

על פי הספרות, נמצא שמידת הדתיות של המטפל היא גורם חשוב לניבוי מחויבותם הפיליאלית של הילדים כלפי הוריהם הקשישים ואת טיב היחסים בין הורה-ילד. כך למשל, Litwin (1994), מצא קשר חיובי בין דתיות לבין אחריות ילדים והתמיכה החברתית שסיפקו להוריהם בפועל. בנוסף, Navaie-Waliser, et.al (2001), מצאו שהמטפלים הבלתי פורמאליים חוו התחזקות ברמת הדתיות שלהם מאז שהתחילו במתן הטיפול להוריהם. כמו כן, Guberman, Maheu & Maulle (1992), מצאו שקיים קשר בין אמונות דתיות לבין הרצון של הילדים לתת טיפול להורים הקשישים עם קשיי תפקוד ובעיות נפשיות. קשר דומה נצפה במחקרו של Caffrey (1992) בקרב מטפלים בלתי פורמאליים בתאילנד. יתרה על כך, במחקר אחר שבדק את המניעים

למתן טיפול להורים קשישים בקרב מטפלים בלתי פורמאליים בחברה הערבית בישראל, נמצא שמחויבות דתית ורווחים רוחניים בעבר, בהווה ובעתיד הוו אחד המניעים החשובים אצל מטפלים אלה למתן עזרה ותמיכה להוריהם (Leichtentritt, et.al., 2004). בנוסף, Chang, Noonan, & Tennstedt (1998) מצאו קשר בין רמת דתיות גבוהה של המטפל לבין טיב היחסים בינו לבין ההורה הקשיש.

על פי הספרות אנו למדים כי לתופעת הדתיות היבטים שונים. כך למשל, Picot, Debanne, Namazi, & Wykle (1997), בחנו ארבעה מאפיינים של דתיות בנוגע להתמודדות של מטפלים עם הטיפול בבני המשפחה הקשישים. אלה כללו קיום מצוות התפילה והביקור בכנסייה, הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה. החוקרים מצאו הבדל בין שחורים ולבנים בתפיסת הרווחים מהטיפול בהורה קשיש, שתווך על ידי מידת הדתיות: קיום תפילות, נחמה והסתייעות בדת.

בנוסף, Litwin & Abramowitz (1993), בחנו מאפיינים אחרים לבדיקת רמת דתיותם של ילדים יוצאי אפריקה ואסיה וילדים יוצאי אירופה ואמריקה בישראל המטפלים בהוריהם הקשישים. לצורך מדידת הדתיות, השתמשו החוקרים בשאלון ההערכה של בר-לב למדידת קיום המצוות המסורתיות על פי הדת היהודי. הכלי כלל 6 מאפיינים של דתיות המתאימים לאוכלוסיה זו. אלה כללו הגדרה עצמית של דתיות, תכיפות התפילות בבית הכנסת, פניה להתייעצות עם הרב, רמת הדתיות של הילדים, כיסוי ראש לנשים נשואות, והשימוש בהפרדה בין נשים לגברים בעת שחיה. ציון גבוה במדד זה העיד על רמת דתיות גבוהה. בדיקת המהימנות הפנימית של מדד זה השיגה אלפא קרוונבך של 0.94. למרות השוני ברקע התרבותי בין קבוצת הילדים יוצאי אסיה ואפריקה שמוצאם מחברות מסורתיות לבין קבוצת הילדים שמוצאם מחברות מודרניות יותר כמו אירופה ואמריקה, לא נמצאו הבדלים בקיום מצוות דתיות. עם זאת, נמצא שאחריות הילדים במתן תמיכה להוריהם הקשישים הייתה גבוהה יותר בקרב קבוצת הילדים עם רמת הדתיות הגבוהה לעומת קבוצת הילדים עם רמת הדתיות הנמוכה.

1.5 משתנים המתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים

על פי הספרות נמצאו מספר משתנים שעשויים לתווך בין מאפיינים חיים מודרניים לבין המשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים. משתנים אלה כוללים טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת, טיב היחסים בין הקשיש למטפל, תחושת נטל הטיפול יעילות עצמית כללית, ותמיכה

משפחתית אפקטיבית ספציפית לתפקיד המטפל. תת פרק זה יתמקד בסקירת מחקרים נבחרים שעסקו בקשר בין משתנים אלה לבין מסירות ילדים.

1.5.1 טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת (Family Conflict)

מהספרות עולה שקונפליקטים וסכסוכים משפחתיים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת בהורה קשיש הינם תופעה שכיחה (Strawbridge & Pearlin, Mullan, Semple, & Skaff, 1990; Townsend & Franks, 1995; Wallhagen, 1991). שכיחות זו עולה במשפחות המטפלות בקשישים עם ירידה קוגניטיבית או דמנציה (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz, 1999; Semple, 1992; Spruytte, Van-Audenhove, Lammertyn & Storms, 2002; Townsend & Franks, 1995). על פי המקורות, מרבית הקונפליקטים המשפחתיים הקשורים לטיפול בהורה הקשיש הם בין הילדים עצמם, לרוב עקב אי מילוי חובת הטיפול המצופה מאחד מהם (Strawbridge & Wallhagen, 1991), או עקב אינטראקציות שליליות ביניהם, כגון הערות שממעטות ומזלזלות בניסיון המטפל, חילוקי דעות אודות הערכת מצבו הבריאותי של הקשיש, וביקורת של בן משפחה על החלטות המטפל הנוגעות לטיה הטיפול (Neufeld & Harrison, 2002).

על פי הספרות, קונפליקטים משפחתיים עשויים להשפיע במישרין וגם בעקיפין על מחויבותם הפיליאלית של הילדים למתן טיפול להורים קשישים. מחקר קודם מצא שאינטראקציות שליליות בין הבת המטפלת לשאר הילדים בתוך הרשת המטפלת בנוגע לטיפול בהורה החלישו את הקירבה הרגשית בין האם לבת המטפלת וגרמו לירידה בהיקף העזרה והתמיכה באם (Brody, Hoffman, & Kleban, & Schoonover, 1989).

קונפליקטים משפחתיים גם עלולים לגרום לדיכאון ותחושת נטל אצל הילדים המטפלים (MaloneBeach & Zarit, 1995; Semple, 1992). הם גם עשויים להפחית את העדפתם של הילדים לקבלת טיפול משפחתי לעצמם בעת זיקנה (Lam, et.al., 1998; Wallhagen & Strawbridge, 1995). מצד שני, מחויבות פיליאלית עשויה למתן את ההשפעה השלילית של קונפליקטים משפחתיים על תחושת נטל הטיפול ותחושת הדיכאון אצל המטפל (Chou, et.al.,

והיא גם מעודדת את (1999; Clyburn, Stones, Hadjistavropoulos & Tuokko, 2000) המטפלים להעדיף את הטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה (Leichtentritt, et.al., 2004). למדידת הקונפליקט, בנו Pearlin, et.al. (1990) כלי שבחן שלושה מרכיבים ביחסים התוך משפחתיים הקשורים בטיפול בקשיש: 1) מצבו הבריאותי והבטיחותי של הקשיש, 2) מערכת היחסים בין בני המשפחה לבין הקשיש ו-3) מערכת היחסים בין בני המשפחה לבין המטפל העיקרי. שלושה מרכיבים אלה נמדדו ב-12 היגדים, ארבעה היגדים לכל מרכיב. המהימנות הפנימית הסטטיסטית של כל גורם בנפרד בכלי המקורי על פי סדר הצגתם לעיל היא, 0.86, 0.80, 0.84. המהימנות של 12 הפריטים יחד הגיעה ל-0.90. חוקרים אחרים שעשו שימוש בכלי זה, דיווחו אף הם על מהימנות גבוהה של הכלי (Semple, 1992).

1.5.2 טיב היחסים בין המטפל לבין לקשיש

על פי המקורות, הקשר בין טיב היחסים בין המטפל לבין הקשיש אינו חד וברור. מצד אחד, המקורות מציינים שיחסים טובים בין הקשיש לילד המטפל מנבאים מחויבות חזקה לטיפול בהורה הקשיש (Henretta, et.al., 1998; Pohl, Boyd, Liang, & Given, 1995). בהתאמה, חוקרים אחרים טוענים שמחויבות ילדים גבוהה קשורה ליחסים טובים עם הורה הקשיש בעבר (Neufeld & Harrison, 1998). מאידך, חוקרים שהתייחסו לציפיות הפיליאליות של ההורים מצאו שציפיות גבוהות של ההורים מילדיהם עשויות ליצור קונפליקטים בין הקשיש למטפל עקב אי מילוי ציפיות אלה (Mercier, Paulson & Morris, 1998). בנוסף, מורה הספרות על מספר גורמים שעשויים למתן התפתחות קונפליקטים בין הורה לילד המטפל. כך למשל, נמצא שגיל מתקדם של המטפל קשור לפחות קונפליקטים משפחתיים (Suitor & Pillemer, 1988). כמו כן, נמצא שתמיכה אינסטרומנטלית גבוהה של המטפל בקשיש קשורה ליחסים טובים בין השניים (Whitbeck, Hoyt & Huck, 1994). בנוסף, נמצא שרמת דתיות גבוהה של המטפל עשויה למנוע התפתחות קונפליקטים בין המטפל לקשיש (Chang et.al, 1998). כמו כן, חוקרים מצאו שרמת עיור נמוכה, מרחק גיאוגרפי קצר ושליטה עצמית גבוהה אצל הקשיש נחשבים לגורמים המנבאים יחסים טובים בין הקשיש למטפל (Mercier, et.al., 1998). בהתאמה, הספרות מציינת מספר גורמים שעלולים להגביר את המתוחות בין הקשיש למטפל, ולגרום

לקונפליקטים בין השניים, דהיינו קונפליקטים בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת (Brody, et.al., 1989) ובעיות קונטיביות של הקשיש (Townsend & Franks, 1995).
הספרות מציגה מעט כלים לבדיקת טיב היחסים או הקונפליקטים בין המטפל לבין ההורה הקשיש. Walker, et.al. (1990) מציגים כלי לבדיקת טיב היחסים בין הבת המטפלת לבין האמא הקשישה. הכלי מתייחס לאינטימיות ולחיבה בין הקשיש למטפל, והוא כולל 17 היגדים. דוגמה לאחד ההיגדים בכלי זה היה "אנחנו ישרים והוגנים אחת עם השניה." הכלי אומנם השיג מהימנות פנימית גבוהה (אלפא = 0.91), אך הוא אינו מתאים לאוכלוסייה של מטפלים הכוללת גם גברים. חוקרים אחרים השתמשו בכלי אחר שנועד למדוד את השפעתו השלילית של הטיפול על טיב היחסים בין הקשיש למטפל הבלתי פורמאלי (Poulshock & Deimling, 1984). השאלון כלל 11 פריטים שבדקו את טיב היחסים בין המטפל לקשיש. דוגמה לאחד ההיגדים בכלי זה היא " יחסיך עם הקשיש גורמים לך להיות עצבני ומתוח." הכלי מתאים למטפלים בלתי פורמאליים משני המגדרים, והוא גם מציג מהימנות פנימית גבוהה (אלפא = 0.88)

1.5.3 תחושת נטל הטיפול

על פי הספרות, נמצא שנטל הטיפול בהורים קשישים נופל בדרך כלל על בני המשפחה (Keith, 1991; Wolf, et.al., 1997; Sung, 1991). מחקרים רבים שעסקו בנטל הטיפול בהורה קשיש מצאו שהמטפלים הבלתי פורמאליים דיווחו באופן עקבי על רמות גבוהות של תחושת מעמסה ונטל על פני ממדיו השונים (ערן, 1984; Bedard, Pedlar, Martin, Malott, & Stones, 2000; Zarit, Reeve & Stone, et.al., 1987; Ory, et.al., 1999; Pearlman, et.al., 1990; Stone, et.al., 1987; Gupta, 2000; Bach-Peterson, 1980). חוקרים אחרים אף מעריכים שמספר המטפלים הבלתי פורמאליים שיחוו רמות גבוהות של נטל הטיפול יוכפל בתחילת המאה ה-21 (Evans, Bishop, & Ousley, 1992).

נמצא שמחויבות ילדים קשורה לתחושת נטל הטיפול אצל המטפל. אולם, הקשר בין השנים אינו חד משמעי. מחד גיסא, חוקרים גילו שמסירות ילדים גבוהה מפחיתה את תחושת נטל הטיפול. כך למשל, Chou, et.al. (1999), מצאו קשר שלילי בין מחויבות ילדים ונטל טיפול. קשר דומה נצפה במחקרם של Lee & Sung (1998) בקרב המטפלים הקוריאנים. כמו כן, לאחרונה,

נמצא שמחויבות פיליאלית גבוהה ממתנת את ההשפעה השלילית של נטל הטיפול על נכונותם של הילדים להמשיך לטפל בהוריהם הקשישים בבית (Stiens, Maeck & Stoppe, 2006).

מאידך, חוקרים אחרים טענו שערכים תרבותיים כמו "פמיליזם" אינם מגינים מפני תחושת הנטל והמצוקה שבטיפול, והם אף יכולים להגביר תחושות אלה (Youn, Knight, Jeong, & Benton, 1999). כך למשל, יש חוקרים שמצאו קשר חיובי בין מחויבות ילדים אצל בנות לבין תחושת נטל הטיפול (Raveis, Karus, & Siegel, 1998). במחקר אחר, נמצא קשר חיובי ישיר בין מחויבות ילדים לבין נטל הטיפול, וקשר בלתי ישיר בין השניים כאשר היקף העזרה שהמטפל מספק להורה הקשיש מתווכת בין השניים (Cicirelli, 1993). בנוסף לכך, נמצא שגברים עם מחויבות פיליאלית גבוהה למתן טיפול להורה הקשיש דיווחו על רגשות שליליים כגון תחושת נטל, דחק, כעס, בדידות ואפיסת כוחות (Neufeld & Harrison, 1998). ואומנם, במחקר נוסף נמצא שלגורמים לא תרבותיים (כמו, מאפייני הקשיש, המטפל והטיפול בקשיש) יש השפעה גדולה יותר על תחושת נטל הטיפול בהשוואה לגורמים תרבותיים (כגון, אם המטפל העיקרי נבחר על פי הנורמות התרבותיות המקובלות בחברה, ומה מידה ההסכמה של אותו מטפל עם נורמות אלה). עם זאת, ממצאי המחקר הצביעו על קשר חיובי חלש בין הגורמים התרבותיים לבין ממדים מסויימים של נטל הטיפול (Choi, 1993).

בנוסף, מורה הספרות על מספר גורמים שעשויים להגביר את תחושת נטל הטיפול אצל מטפלים בלתי-פורמאליים. גורמים אלה כוללים מאפיינים הקשורים למטפל, לקשיש ולטיפול הניתן לקשיש. כך למשל, נמצא קשר עקבי בין גיל מתקדם של המטפל לבין תחושת נטל הטיפול (Faison, Faria & Frank, 1999; Gallicchio, Siddiqi, Langenberg & Baumgarten, 2002; Gold, Cohen, Shulman, Zuccherro, Andres & Etezadi, 1995; Gupta, 2000; Harwood, Barker, Ownby, Bravo, Aguerro & Duara, 2000; Pratt, Schmall, Wright & Cleland, 1985; Strawbridge & Wallhagen, 1991; Tornatore & Grant, 2002). בנוסף, נמצא שגברים עם נטל מדווחות על תחושת נטל גבוהה מזו של גברים מטפלים (Cicirelli, 1993; Cohen, et.al., 2000). כמו כן, נמצא שמטפלים נשואים העובדים במשרה מלאה או חלקית, ואשר מתגוררים בבית משותף עם ההורה הקשיש מדווחים על רמות גבוהות של נטל בהשוואה למטפלים לא נשואים, לא עובדים ומתגוררים רחוק מהוריהם (Cicirelli, 1993). יתר על כן, נמצא שקונפליקטים בין חברי הרשת המשפחתית לבין

המטפל עשויים להגביר את תחושת נטל הטיפול (Strawbridge & Wallhagen, 1991). בהתאמה, נמצא שתמיכה משפחתית נמוכה במטפל גורמת לתחושת נטל גבוהה (Clyburn, et.al., 2000). לבסוף יש הטוענים שהשכלה גבוהה של המטפל עשויה להגביר אצלו את תחושת נטל הטיפול (Tornatore & Grant, 2002).

בנוסף לכך, נמצא גם קשר בין מאפייני הקשיש המטופל לבין תחושת נטל הטיפול אצל המטפל. למשל, נמצא שטיפול באמא (Cicirelli, 1993; Cohen, et.al., 2002; Faison, et.al.,) Cohen, Colantonio & Vernich,) (1999; Fredman, Daly & Lazur, 1995 Mui, 1992; 2002) עשוי להגביר את תחושת נטל הטיפול אצל הבן המטפל. כמו כן, נמצאו גורמים נוספים הקשורים לגיל מבוגר של הקשיש שעשויים להגביר את תחושת נטל הטיפול, דהיינו החמרה במצבו הבריאותי של הקשיש (Gupta, 2000), בעיות התנהגות, בעיות קוגניטיביות (Caserta, Lund & Wright, 1996; Caap-Ahlgren & Dehlin, 2002; Clyburn, et.al., 2000;) Fredman, et.al., 1995; Gallicchio, et.al., 2002; Harwood, et.al., 2000; Pinquart & Sorensen, 2005; Zarit, et.al., 1980) ובעיות תפקוד יומיומיות ואינסטרומנטליות אצל הקשיש (Choi,) (Chakrabarti, Kulhara, & Verma, 1992; Birchwood & Cochrane, 1990; Stoller & Pugliesi, 1989; Nellett, 1998; Pearson, Verma, & Cicirelli, 1993; 1993). כמו כן, נמצא שגם למאפייני הטיפול בקשיש יש קשר חזק עם תחושת נטל הטיפול. על פי המקורות, למשל, מעורבות גבוהה של המטפל בטיפול היומיומי בקשיש, מספר שעות טיפול גבוה, ומספר משימות עזרה גבוה עשויים להגביר את תחושת הנטל (Choi, 1993; Chou, et.al., 1999;) (Faison, et.al., 1999; Fredman, et.al., 1995; Mui, 1992; Pinquart & Sorensen, 2003; Strawbridge & Wallhagen, 1991; Tornatore & Grant, 2002). ואולם, הקשר בין משך הטיפול לבין נטל הטיפול אינו חד וברור. מצד אחד, מקורות קודמים טענו שככל שהטיפול בקשיש נמשך זמן ארוך יותר, מתפתחים בין הקשיש לבין המטפל קונפליקטים, ובסופו של דבר עולה רמת המתח והמעמסה אצל המטפל (Johnson & Catalano, 1983). מאידך, מקורות חדשים יותר הראו שככל שזמן הטיפול נמשך יותר, מסתגלים הילדים טוב יותר לתפקיד המטפל ותחושת העומס יורדת בהתאם (Arai, Zarit, Sugiura, & Washio, 2002).

יתר על כן, חוקרים מצאו מספר גורמים שעשויים למתן את תחושת נטל הטיפול אצל המטפל. כך למשל, נמצא שתמיכה משפחתית רחבה וכללית בקשיש ובמטפל עשויה להפחית מתחושת נטל הטיפול (Choo, Low, Karina, Poip, Ebenezer & Prince, 2003; Clyburn, et.al, 2000; Lee & Sung, 1998; Zarit, et.al., 1980). ואולם, על פי מקורות קודמים וחדשים כאחד, נטען שתמיכה ספציפית בתפקיד המטפל עשויה למתן אף יותר את תחושת הנטל שבטיפול מאשר תמיכה כללית (Greenberger & Litwin, 2003; Thoits, 1986). בנוסף, יש הטוענים שמשאבים אישיים כגון רמת דתיות גבוהה של המטפל (Jones-Cannon & Davis, 2005), תחושת שליטה והערכה עצמית גבוהים (Greenberger & Litwin, 2003; Pearlin, et.al., 1990; Braithwaite, 2000), תחושת סיפוק, הנאה ומחויבות (Cohen, et.al., 2002) נחשבים לגורמים הממתנים את תחושת נטל הטיפול. לבסוף, יחסים טובים בין הקשיש למטפל מפחיתים גם הם מתחושת נטל הטיפול בהורה הקשיש (Gupta, 2000; Stoller & Pugliesi, 1988).

יש חוקרים שהתייחסו לנטל הטיפול כתופעה רב ממדית: פיזית, נפשית, רגשית, חברתית וכספית (Cantor, 1983; Caserta, et.al., 1996; Choi, 1993; Chou, et.al., 1999; George & Novak & Guest, 1989; Gywther, 1986). לעומתם, אחרים התייחסו לנטל הטיפול כתופעה דו-ממדית: סובייקטיבית ואובייקטיבית (Lawton, Moss, Kleban, Glicksman & Rovine, 1991; Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985; Reinhard, 1994; Zarit, et.al., 1980). ואולם, יש הטוענים שהדיכוטומיה בין הנטל האובייקטיבי והסובייקטיבי עשויה להיות מטושטשת במידה שהמטפל עצמו הוא זה שמדווח על המידע האובייקטיבי ובכך הוא מערב בו בהכרח את תפיסתו הסובייקטיבית. לכן, חוקרים נוספים ממליצים להתייחס לנטל הטיפול כתופעה רב ממדית (John, Hennessy, Dyeson & Garrett, 2001; Provencher, Perreault, St-Onge, & Rousseau, 2003; Reine, Lancon, Simeoni, Duplan, & Auquier, 2003).

אחד הכלים שהתייחסו לנטל הטיפול כתופעה רב ממדית פותח על ידי Novack & Guest (1989). הכלי מודד את ההשפעה השלילית של הטיפול על תחומי החיים השונים של המטפל. השאלון כלל 24 היגדים שמחולקים לחמישה גורמים כפי שדווח על ידי היוצרים: נטל הזמן, נטל התפתחותי, נטל פיזי, נטל חברתי ונטל רגשי. נעשה שימוש רחב בכלי זה במחקרים שבדקו את תחושת נטל הטיפול בקרב מטפלים בלתי פורמאליים (Caserta et.al., 1996; Chou, et.al., 1996).

Lee & Sung, 1998; 1999). המחברים של השאלון בדקו את המהימנות הסטטיסטית של חמשת המרכיבים של הסולם והגיעו לפי סדרם לאלפא קרונבך של 0.81, 0.69, 0.86, 0.87, 0.85. המהימנות של 24 הפריטים יחד הגיעה לאלפא קרונבך של 0.92. (Novak & Guest, 1989).

1.5.4 יעילות עצמית כללית

יעילות עצמית מתייחסת לתפיסה של האדם לגבי יכולתו לבצע התנהגויות או משימות מסוימות (Berarducci & Lengacher, 1998). לפי חוקרים אלה יעילות עצמית משפיעה על בחירת ההתנהגות, מקום התרחשות ההתנהגות ועל גודל המאמצים שהפרט מוציא בכדי להתמיד בביצוע ההתנהגות. על פי הספרות, יעילות עצמית גבוהה אצל המטפל קשורה למחויבות פיליאלית גבוהה ולהיקף תמיכה רחב בהורה. כך למשל, הספרות מצביעה על קשר חיובי בין שני ממדיה של היעילות העצמית בנפרד (שליטה עצמית והערכה עצמית) לבין מחויבות פיליאלית. נמצא שתחושת שליטה עצמית גבוהה אצל המטפל קשורה להיקף עזרה רחב יותר שהמטפלים סיפקו להוריהם הקשישים (Skaff, Pearlin, & Mullen, 1996). בנוסף, נמצא שהערכה עצמית גבוהה אצל המטפל קשורה למציאת משמעות בטיפול בהורים קשישים (Noonan, & Tennstedt, 1997). יתרה מזאת, נמצא קשר בין היעילות העצמית הכללית של המטפל לבין קידומו של ההיענות לטיפול אצל ההורה הקשיש (גרינברגר, 1999; Greenberger & Litwin, 2003).

הספרות גם מרמזת על קשר עקיף בין יעילות עצמית כללית לבין מחויבות פיליאלית המתווך על ידי תחושת נטל הטיפול. נמצא שהערכה עצמית ושליטה עצמית גבוהים ממתנים את תחושת נטל הטיפול אצל המטפל (Chou, et.al., 1999; Greenberger & Litwin, 2003; Noonan & Tennstedt, 1997; Schreiner & Morimoto, 2003). זה חשוב כי במחקרים אחרים נמצא שתחושת נטל נמוכה קשורה למסירות ילדים ומחויבות דתית גבוהים (Chou, et.al., 1999; Lee & Sung, 1998; Neal, 1995).

הספרות מלמדת כי יעילות עצמית כללית מורכבת משני מדדים: המדד להערכה עצמית שנוצר על ידי Rosenberg (1965) והמדד של שליטה עצמית שפותח על ידי Pearlin & Schooler (1978). יש חוקרים שהתייחסו בנפרד לשני מדדים אלה (Noonan, & Tennstedt, 1997), ויש כאלה שאיחדו שני המדדים במדד אחד המכונה "יעילות עצמית כללית" (Hobfoll & Lerman, 1989).

הכלי המשולב מודד משאבים אישיותיים המסייעים לפרט להתמודד עם משימות החיים והוא מורכב מ-16 היגדים. תשעה מהם בדקו הערכה עצמית. היגדים אלה מבטאים את המידה שהפרט מרגיש את עצמו שווה ערך לאחרים. דוגמה לאחד ההיגדים הוא "יש זמנים שבהם אני מרגיש שאני לא שווה בכלל". כאמור הכלי גם כלל שבעה פריטים שבדקו תחושת השליטה. היגדים אלה מציגים את הרגשתו של הפרט בדבר מידת שליטתו בדברים החשובים בחייו, שליטה פנימית ושליטה באמצעות מניפולציה של הסביבה. דוגמה לאחד הפריטים האלה הוא "יש לי מעט שליטה על הדברים שקורים לי". הסולם המשולב במחקרם של Hobfoll & Lerman (1989) הגיע להומוגניות של 0.81. גם כל אחד מהכלים בנפרד השיג רמות אלפא גבוהות, (הערכה עצמית 0.95; ותחושת שליטה 0.87). נעשה שימוש בכלי המשולב בעבודתם של Greenberger & Litwin (2003) שחקרו הענות לתוכנית הטיפול הרפואית על ידי ההורה הקשיש. במחקרם, הגיעה המהימנות הסטטיסטית של הסולם המשולב לאלפא של 0.88.

1.5.5 תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל

הספרות מצביעה על קשר בלתי ישיר בין תמיכה משפחתית במטפל לבין מסירות ילדים, כאשר נטל טיפול נחשב לגורם מתווך בין השניים (Lee & Sung, 1998). הספרות מצביעה באופן עקבי שתמיכה משפחתית במטפל היא מקור חשוב להפחתת תחושת המתח והמעמסה (Clyburn, et.al., 2000; Gilhooly, 1984; Lee & Sung, 1998; Pearlin et.al., 1990; Spitze & Logan, 1990; ולמניעת הופעת דיכאון אצל המטפלים בני משפחה (Li, George & Gwyther, 1986; Selzer & Greenberg, 1997; MaloneBeach & Zarit, 1995; Zarit et.al, 1980; כאמור, זה חשוב כי מחקרים אחרים הראו שתחושת נטל טיפול ורמת דיכאון נמוכים קשורים למחויבות ילדים גבוהה (Chou, et.al., 1999; ; Clyburn, et.al., 2000).

בנוסף, מורה הספרות על מספר גורמים שעשויים להשפיע על היקף התמיכה המשפחתית במטפל העיקרי. גורמים אלה מתייחסים למאפיינים הקשורים הן למטפל והן לקשיש. כך למשל, בהתייחס למאפייני המטפל, מצאו Turner & Marino (1994) שהתמיכה הנתפסת יורדת עם העליה בגיל המטפל, שנשים מדווחות על תמיכה גבוהה יותר מאשר גברים, ושנשואים מדווחים על תמיכה גבוהה יותר מאשר רווקים. כמו כן, Clipp & George (1990), מצאו קשר בין השכלת המטפל, גודל הרשת המשפחתית, גילו ומין נשי לבין היקף התמיכה האינסטרומנטלית ותפיסת

הצורך בעוד עזרה. באשר למאפייני הקשיש, נמצא שילדים המטפלים בהורים עם בעיות התנהגות ומוגבלויות תפקודיות חמורות יותר, קיבלו פחות עזרה מבני משפחה ומחברים (Clyburn, et.al., 2000). גורם משמעותי נוסף הוא משך הטיפול בהורה הקשיש, ואך קשר זה אינו אחיד. יש הטוענים שהתמיכה המשפחתית במטפל יורדת עם הזמן (Clipp & George, 1990) ויש אחרים שטוענים לציבותה של התמיכה לאורך תקופת הטיפול (Gold, et.al., 1995). ניתן למצוא אף מחקרים שטענו שרשת המשפחתית מגדילה את היקף התמיכה במקרים של צורך בתמיכה נוספת (Stoller & Pugliesi, 1991).

כמו כן, הספרות מבחינה בין סוגים שונים של תמיכה חברתית במטפל, כגון התמיכה הנפשית, התמיכה האינפורמטיבית, התמיכה האפקטיבית, התמיכה האינסטרומנטלית והתמיכה הכספית (Auslander & Litwin; 1991; Chou & Chi, 2001; Lowenstein, 1999; MaloneBeach & Zarit, 1995). ואולם, יש הטוענים שהתמיכה האפקטיבית במטפל נחשבת כסוג התמיכה המשמעותי ביותר וכן הנפוץ ביותר עבור הפרט (Auslander & Litwin, 1991). יש לציין בהקשר זה כי תמיכה אפקטיבית, שהיא ספציפית בתפקיד המטפל, נמצאה כיעילה יותר מתמיכה כללית (Greenberger & Litwin, 2003; Noonan & Tennstedt, 1997; Thoits, 1986). בהתאם, אחד הכלים המוצעים בספרות למדידת התמיכה החברתית מתמקד בתמיכה האפקטיבית הספציפית לתפקיד המטפל (Pearlin, et.al., 1990). השאלון מתמקד בתמיכה שהמטפל מקבל ממשפחה ומחברים בגלל תפקידו כמטפל. מבין שמונת הפריטים שמרכיבים את הכלי יש, למשל "אף אחד אינו מבין באמת מה עובר עלי בתפקידי כמטפל". כלי זה הציג מהימנות פנימית גבוהה (אלפא=0.87) בגירסה המקורית (Pearlin, et.al., 1990), ואלפא של 0.84 בגירסה המתורגמת לעברית (גרינברגר, 1999; Greenberger & Litwin, 2003).

1.6 הקשר בין משתני הרקע לבין מסירות ילדים

בנוסף, למשתנים המתערבים שנסקרו בתת פרק הקודם, מציגה הספרות מגוון משתני רקע שיכולים להשפיע על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. אלה כוללים מאפייני הרקע של הקשיש, מאפייני הרקע של המטפל, מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ומאפייני הטיפול בהורה הקשיש בבית. תת פרק זה סוקר מחקרים נבחרים התורמים להבנת הקשר בין מאפייני רקע אלה לבין מסירות ילדים להוריהם.

1.6.1 מאפייני הקשיש

ברוב המחקרים שדנו במאפייניהם של הקשישים בקונטקסט של הטיפול המשפחתי התמקדו במאפיינים הבאים: מגדר, מצב משפחתי וגילו של הקשיש, חומרת המוגבלות ב – ADL (Activities of Daily Living Scale), וב- IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale) וקרבה גיאוגרפית בין הקשיש למטפל. על פי הסקירה שתבוא בהמשך, נמצא קשר ישיר ובלתי ישיר בין מאפיינים אלה לבין מסירות ילדים.

על פי הספרות, קיימת השפעה של מגדר ההורה על מחויבות ילדים, על היקף ועל סוג העזרה שהוא מקבל מילדיו. נמצא שמידת מחויבותם של הילדים להוריהם שונה כאשר הקשיש הוא האב, האם, החם או החמה (Finley, et.al, 1988). מאוחר יותר, אחרים מצאו שהילדים נוטים לספק עזרה להורה מאותו המגדר. כאשר שואלים את ההורים לציין מי מבין הילדים הוא המטפל העיקרי, האבות נוטים לציין את הבנים כמטפליהם והאמהות מציינות את הבנות (Stoller, 1990). בדומה לכך, חוקרים נוספים מצאו שהמגדר של הקשיש משמש מנבא של מגדר המטפל ושל סוג והיקף העזרה. כך למשל, נמצא שלבנים יש סיכוי גדול יותר מהבנות לתת עזרה לאב קשיש בפעולות יומיומיות, ולבנות יש סיכוי גבוה לתת עזרה לאם קשישה בפעולות היומיומיות. ואולם נמצא סיכוי דומה לשניהם לתת עזרה בפעולות אינסטרומנטליות יומיומיות (Lee, et.al., 1993). במחקר אחר נמצא שלאמהות ולחמות קשישות יש סיכוי גבוה יותר לקבל טיפול רפואי ותמיכה חברתית מילדיהם מאשר אבות קשישים (Ingersoll-Dayton, et.al., 1996).

מאפיין נוסף הוא המצב המשפחתי של ההורה הקשיש. חוקרים מצאו שלהורה נשוי סיכוי קטן יותר לקבל עזרה מילדיו מאשר הורה לא נשוי (אלמן או גרוש) (Dwyer & Coward, 1991). זאת משום שהנשואים מטופלים בראש ובראשונה על ידי בני ובנות זוגם. מאוחר יותר, חוקרים אחרים הגיעו למסקנה דומה, הווה אומר, שנוכחותו של בן או בת זוג עשויה להפחית את מעורבותם של הילדים במתן עזרה ואת מספר שעות העזרה שנותנים (Chappell & Kusch, 2007; Peek, et.al., 1998).

הגיל של הקשיש נמצא גם הוא קשור להיקף העזרה (Chappell & Kusch, 2007; Lawton, 1991; Peek, et.al., 1998; Dwyer & Coward, 1991; Merrill, 1993). רמת התיפקוד היומיומית והאינסטרומנטלית של הקשיש גם

מנבאות את היקף העזרה (Chappell & Kusch, 2007; Merrill, 1993). כמו כן, נמצא קשר בין ירידה ברמת התפקוד של הקשיש לבין מחויבות פיליאלית לספק עזרה כלכלית ורגשית להורים קשישים (Ishii-Kuntz, 1997). ככל שיש ירידה ברמת התפקוד עולה המחויבות. לבסוף, נמצא שקירבה גיאוגרפית בין ההורה הקשיש למטפל מגדילה את היקף העזרה שהמטפל מספק (Litwin, 1994), ומגבירה את תכיפות מתן העזרה במגוון השירותים שהילדים מספקים להוריהם הקשישים (Ishii-Kuntz, 1997). כמו גם, נמצא קשר חיובי בין קירבה גיאוגרפית בין הורה לילד המטפל לבין תחושת מחויבות פיליאלית (Campbell & Martin, 1988; Matthews, 2003; Finley, et.al., 1988) ותכיפות הקשר של המטפל עם ההורה הקשיש (Crimmins & Ingegneri, 1990). הווה אומר, ככל שהמרחק הגיאוגרפי בין ההורה לילד המטפל קצר יותר כך גם עולה המחויבות הפיליאלית.

1.6.2 מאפייני "הרשת המשפחתית המטפלת"

על פי הספרות, נמצאו מספר מאפיינים הקשורים לרשת המשפחתית המטפלת בקשיש ואשר התגלו כגורמים המשפיעים על מחויבות פיליאלית להורים קשישים. מאפיינים אלה כוללים את גודל הרשת המשפחתית, את ההרכב המגדרי של הרשת ואת חלוקת האחריות לטיפול בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת בהורה הקשיש (Coward & Dwyer, 1990; Keith, 1995; Matthews, 1987; Matthews, 1995; Spitze & Logan, 1990; Stoller, 1983). ראשית, נמצא שהקשר בין גודל הרשת המשפחתית המטפלת לבין מחויבות פיליאלית אינו חד משמעי. כך למשל, חוקרים מצאו קשר חיובי בין מספר הילדים ברשת המשפחתית לבין היקף העזרה שהקשיש מקבל מילדיו (Spitze & Logan, 1990) ולמחויבות פיליאלית של הבנים לאבותיהם הקשישים, ושל הכלות לחמותיהן (Finley, et.al., 1988). ואולם על פי מקורות אחרים, לא נמצא קשר בין מספר הילדים ברשת המשפחתית לבין מחויבות פיליאלית מצופה של הורים קשישים מילדיהם (Kao & Travis, 2005b; Peek, et.al., 1998). חוקרים נוספים אף מצאו קשר שלילי בין מספר הילדים המטפלים לבין היקף העזרה היומיומית והאינסטרומנטלית שהילדים מספקים להוריהם (Dwyer & Coward, 1991). גורם נוסף הקשור למחויבות פיליאלית הוא ההרכב המגדרי של הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש. החוקרים מחלקים את ההרכב המגדרי של הרשת לשלושה סוגים: רשתות שמורכבות

ממטפל אחד (בת אחת או בן אחד), רשתות ממגדר אחד (רק בנים/ רק בנות), ורשתות ממגדר מעורב (בנות ובנים) (Lee, 1990; Coward & Dwyer, 1990; Campbell & Martin-Matthews, 2003; et.al., 1993). על פי הספרות נמצא באופן עקבי, שנוכחות נשים ברשתות המשפחתיות המטפלות בהורה הקשיש מעלה את הסיכוי של הקשיש לקבל עזרה ותמיכה מילדיו (Coward & Dwyer, 1987; Matthews, 1990), ונוכחות בנים בהרכב הרשת המשפחתית אינו מגביר את כמות העזרה הניתנת להורה הקשיש (Spitze & Logan, 1990). חוקרים אחרים אף מצאו שהילדים ברשתות המורכבות ממטפל אחד או ממגדר אחד סיפקו עזרה יומיומית ואינסטרומנטלית גבוהה יותר מאשר ילדים בהרכב מגדרי מעורב (Dwyer & Coward, 1991).

בנוסף, הספרות מציגה קשר בין חלוקת אחריות הטיפול בתוך הרשת המשפחתית לבין היקף העזרה שילדים מספקים להוריהם. נמצא כי חלוקת אחריות הטיפול בתוך הרשת תלויה בשני הגורמים שנדונו קודם- גודל הרשת וההרכב המגדרי שלה (Keith, 1990; Coward & Dwyer, 1990; Spitze & Logan, 1990; Matthews, 1995; Matthews, 1987; Matthews, 1995). כך למשל, נמצא שברשת מעורבת משני המינים אין החלוקה שווה, ולבנות יש סיכוי רב יותר לשמש מטפלת עיקרית המספקת מידה רבה יותר של עזרה מבנים באותו התפקיד (Brody & Schoonover, 1986; Caffrey, 1992; Chappell & Kusch, 2007; Coward & Dwyer, 1990; Dwyer & Coward, 1991; Guberman, et.al., 1992; Matthews, 1987; Matthews, 1995; Navaie-Waliser, et.al, 2001; Spitze & Logan, 1990; Stoller, 1983; Stone, et.al., 1987; Wolf, et.al., 1997). ואולם, טיב חלוקת האחריות בין הילדים ברשתות המורכבות ממגדר אחיד תלויה בזהות המגדר שברשת. כך למשל, מחקר קודם הראה כי ברשת המורכבת רק מבנים, יש סיכוי גובר שחלק מהאחים לא ישתתף במתן טיפול להורים. לעומת זאת, ברשת המורכבת ממגדר נשי יש סיכוי גדול יותר שהאחיות ידווחו על חלוקה שוויונית בכל אחת ממשימות הטיפול בהורה הקשיש (Matthews, 1987).

כמו כן, על פי הספרות נמצאו מספר סגנונות התארגנות ודפוסי חלוקה שונים של קבוצות ילדים לטיפול בהוריהם הקשישים. כך למשל, במחקר קודם, הציגו Matthews & Rosner (1988), חמישה סגנונות לחלוקת אחריות הטיפול בהורה הקשיש. אלה מוצגים בהמשך לפי סדר שכיחות יורד. "הסגנון הרוטיני" משקף דפוס בו כל הילדים זמינים וצפויים לעשות כל הנדרש לטיפול בהורה הקשיש. "הסגנון הגיבוני" חלק מהילדים אינם מעורבים באופן שגרתי במשימות

הטיפול אך מתגייסים למתן גיבוי לשאר הילדים המעורבים בטיפול מתי שמבקשים מהם. הדפוס השלישי-"הסגנון הנסיבתי"- מתייחס לנסיבות מסוימות שמגבילה ומונעת חלק מהילדים ברשת מלעזור במתן טיפול. "הסגנון הספורדי", הרביעי בפרדיגמה, מתייחס לילדים שנותנים עזרה לפי נוחיותם ובאופן לא סדיר. הדפוס האחרון מכונה "סגנון ההינתקות מאחריות הטיפול." כאן הילדים אינם יכולים לתת עזרה בטיפול בהורה הקשיש והם משוחררים מאחריות הטיפול. ואולם, מאוחר יותר, איתרה וייל וחבריה (1995/96) שלושה דפוסי התארגנות אחרים של קבוצות בניים לסיוע להורים קשישים. הדפוס הראשון התייחס לקבוצה מאורגנת של בניים הפועלת למתן סיוע להורה הקשיש לפי אחד או יותר מהעקרונות הבאים: חלוקה שוויונית של אחריות הטיפול ללא התחשבות בנסיבות האישיות או המשפחתיות, חלוקה הוגנת תוך התחשבות בנסיבות האישיות של החברים, וחלוקה לפי מיומנויות ותכונות של חברי הקבוצה ולפי הקרבה הגיאוגרפית של הילדים מההורה הקשיש. הדפוס השני התייחס לקבוצה של בניים שמתארגנת ללא תכנון מראש והחברים מתאימים ביניהם את פעילותם בזמן משבר בלבד. בדפוס זה אין תכנון משותף ואין מערכת של קבלת החלטות. הדפוס האחרון משקף התארגנות של קבוצת בניים המסייעים להורה כיחידים, ללא ארגון וללא תיאום ביניהם. הם גם אינם מצפים למתן עזרה וסיוע אחד מהשני בכל הקשור לטיפול בהורה הקשיש.

בנוסף לכך, חוקרים אחרים זיהו שני דפוסי התארגנות משפחתיים אחרים לסיוע להורים קשישים. שני דפוסים אלה כללו: (1) קבוצת ילדים שאחריותם העיקרית היא העברות של כסף לכיסוי צרכי הטיפול והתמיכה בהורה הקשיש, ו-2) קבוצת ילדים שאחריותם העיקרית היא העברות של זמן, הווה אומר, מתן עזרה מעשית בכל הקשור לטיפול הבסיסי היומיומי בהורה הקשיש (Adamchak, Wilson, Nyanguru & Hampson, 1991; Agree, et.al., 2002; Lillard & Willis, 1997; Pezzin & Schone, 1999; Ploeg, et.al., 2004; Silverstein, Cong & Li, 2002; Silverstein, Conroy, Wang, Giarrusso & Bengtson, 2006). ביחס לדפוסי התארגנות לסיוע להורים קשישים בחברה הערבית בישראל, הספרות מציגה שלושה דפוסים שונים. אלה כללו: (1) קבוצת ילדים שתפקידם מתן טיפול אישי לקשיש, (2) קבוצת ילדים שתפקידם לנהל וקבל החלטות בכל הקשור לטיפול בהורה ו-3) קבוצת ילדים וחברים במשפחה המורחבת שתפקידם להגן ולשמור על הקשיש (Leichtentritt, et.al., 2004). אולם, נראה שדפוסים אלה הן ייחודיים לחברה הערבית בישראל, במיוחד הדפוס השלישי שמתייחס לתפקידה

של המשפחה המורחבת-החמולה בשמירה ובהגנה על הקשישים שאינו קיים באותה מידה בחברות אחרות.

1.6.3 מאפייני הטיפול

על פי הספרות זוהו מספר מאפייני טיפול שעשויים להיות קשורים למחויבותם הפיליאלית של ילדים להוריהם. מאפיינים אלה כוללים משך השנים שבהם המטפל מספק טיפול להורה הקשיש, מספר שעות הטיפול בשבוע, מספר ימי טיפול בשבוע, מספר משימות הטיפול בהן המטפל נוטל חלק ואינטנסיביות הטיפול (Fredman, et.al., 1995; Montgomery, et.al., 1985; Mui, 1992). למשל, נמצא קשר בין מחויבות פיליאלית לבין מספר משימות הטיפול בהן המטפל נוטל חלק (Cicirelli, 1983; Peek, et.al., 1998). אך, לא ברור מהספרות מה כיוון הקשר, האם מעורבות גבוהה יותר של המטפל בטיפול בהורה הקשיש מפתחת אצל המטפלים תחושת מחויבות גבוהה או שמחויבות גבוהה מגבירה את מעורבות המטפל במספר רב יותר של משימות הטיפול. הספרות גם מרמזת על קשר עקיף בין גורמי טיפול נוספים לבין מסירות ילדים המתווך על ידי משתנה שלישי כמו תחושת נטל הטיפול. כך, מספר מקורות הצביעו על קשר בין גורמי טיפול (דהיינו מעורבות גבוהה של המטפל בטיפול היומיומי בקשיש, מספר שעות טיפול גבוה, מספר שנות טיפול גבוה ומספר משימות עזרה גבוה) לבין תחושת נטל הטיפול, (Cantor, 1983; Choi,) 1993; Chou, et.al., 1999; Faison, Faria, & Frank, 1999; Fredman, et.al., 1995; Montgomery, et.al., 1985; Mui, 1992; Pinquart & Sorensen, 2003; Strawbridge & Lee & Sung, 1998;) זה חשוב לעיוננו כי מקורות אחרים הצביעו על קשר בין נטל הטיפול לבין מחויבות פיליאלית של ילדים להורים קשישים (Lee & Sung, 1998; Raveis, et.al., 1998).

הספרות גם מצביעה על קשר חיובי בין רמת הדיכאון המדווחת אצל מטפלים בלתי פורמאליים לבין גורמי טיפול, כגון מספר שעות טיפול בקשיש, משך הטיפול ומספר משימות הטיפול והפעולות היומיומיות בהם המטפל נוטל חלק בטיפול בהורה הקשיש (Lowenstein,) 1999; Matsuu, Washio, Arai & Ide, 2000; Pot, Deeg, Dyck, & Jonker, 1998; Yates, Tennstedt & Chang, 1999). כמו כן, נמצא קשר שלילי בין העדפת המטפל לטיפול משפחתי

לעצמו בעת זיקנה לבין מאפייני טיפול, כגון מספר גבוה של משימות טיפוליות ומספר גבוה של שנות טיפול בהורה הקשיש (Lam, et.al., 1998; Wallhagen & Strawbridge, 1995).

1.6.4 מאפייני המטפל

בנוסף להשפעת המגדר של המטפל והקרבה המשפחתית (בת, בן, כלה, נכדים) שנסקרו בתחילת פרק זה, נמצאו גורמים נוספים שמשפיעים על מחויבות פיליאלית של הילדים לטיפול בהורה קשיש. גורמים אלה כוללים גיל המטפל, מצב משפחתי, מצב תעסוקתי והשכלה. על פי הספרות, גיל מתקדם נמצא באופן עקבי כמנבא חשוב למסירות ילדים להורים קשישים (Groger & Dwyer & Mayberry, 2001; Hanson, et.al., 1983) ולהיקף העזרה שהמטפל נותן להוריו (Dwyer & Coward, 1991). גיל מבוגר יותר של המטפל מחזק אצלו תחושת המחויבות הפיליאלית. בנוסף, נמצא שמצב משפחתי של המטפל קשור גם הוא למסירות ילדים. מחקרים קודמים, הראו שמטפלים עם נישואים לא יציבים (גרופים, אלמנים או נשואין מחדש) בהשוואה לילדים עם נישואים יציבים, מספקים פחות שעות עזרה ופחות פעילויות עזרה להוריהם הקשישים, תופסים פחות את הצורך של ההורה הקשיש בעזרה, מרגישים פחות מחויבות פיליאלית ומרגישים שיש להם יותר מגבלות למתן עזרה (Cicirelli, 1983; Peek, et.al., 1998; Stoller, 1983). ואולם יש כאלה שמצאו כי לבת לא נשואה סיכוי הגדול ביותר להישאר בבית הוריה ולטפל בהם. כמו כן, לבת פרודה או גרושה יש סיכוי גדול יותר לעבור להתגורר עם הוריה הקשישים ולטפל בהם מאשר בת נשואה או אלמנה (Brody, Litvin, Hoffman & Kleban, 1995). ואף היו כאלה שלא מצאו קשר בין המצב המשפחתי של המטפל לבין מעורבותם ומחויבותם הפיליאלית של בנים בטיפול בהורה הקשיש (Campbell & Martin-Matthews, 2003).

הקשר בין מצב תעסוקתי של המטפל לבין מחויבות ילדים למתן עזרה ותמיכה להוריהם נצפה במספר מחקרים. מחקרים קודמים, מצאו שנשים עובדות מספקות פחות טיפול אישי מאשר נשים לא עובדות (Brody & Schoonover, 1986). ואולם, באותן השנים חוקרים אחרים מצאו גם שתעסוקה מפחיתה באופן משמעותי את מספר שעות העזרה הניתנים על ידי הבנים אבל לא אצל הבנות (Stoller, 1983). כמו כן, נמצא שלילדים העובדים במשרה מלאה סיכוי קטן יותר מילדים העובדים במשרה חלקית לתת עזרה בפעילויות יומיומיות (ADL) ובפעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL) (Lee, et.al., 1993).

לבסוף, נמצא קשר בין רמת השכלה לבין מחויבות פיליאלית, אך קשר זה אינו חד משמעי. מצד אחד, חוקרים מצאו שרמת השכלה גבוהה של המטפל מפחיתה ממחויבותה של הבת לאב אך לא השפיעה על מחויבותה לאם, לחם ולחמה. רמת ההשכלה גם לא השפיעה על מחויבותו של הבן לשני הוריו ולא על מחויבותה של הכלה להורי בעלה (Finley, et.al., 1988). מאידך, אחרים מצאו שרמת השכלה גבוהה של המטפל מגבירה את מעורבותם של הגברים במשימות שנחשבות כתפקיד גברי, אך אינה משפיעה על מידת מעורבותם במשימות שנחשבות כתפקיד נשי או ניטרלי (Campbell & Martin-Matthews, 2003). ואולם, במקור נוסף, טוענים החוקרים שאין קשר בין ההשכלה של המטפל לבין מחויבותו הגלובאלית, וגם לא מחויבותו הספציפית לתפקיד המטפל והיקף העזרה שהוא מספק להוריו הקשישים (Peek, et.al., 1998).

1.7 התוצאות של מסירות ילדים ומתאמיה

הספרות מגלה מתאמים בין משתנה תלוי עיקרי-מסירות ילדים לבין משתני תוצאה אחרים, כגון רווחתו האישית של המטפל, העדפתו של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה, תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ותפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. תת הפרק הבא סוקר מחקרים נבחרים המעידים על מתאמים אלה.

1.7.1 הרווחה הנפשית של המטפל (רמת הדיכאון אצל המטפל)

מרבית המחקרים העוסקים בטיפול המשפחתי בהורה קשיש התמקדו ברווחתם הפסיכולוגית של המטפלים, ובמיוחד בהשלכות השליליות של הטיפול על המטפל. נבחנו היבטים אישיים ובינאישיים כמו דיכאון, חרדה פיליאלית, קונפליקטים משפחתיים, הגבלה בחיים החברתיים, הרגשת בידוד ונטל כלכלי, הפסקת עבודה, ירידה במצב הבריאותי והפסקת הטיפול (Baumgarten, Battista, Rivard, Hanley, Mallott & Stones, 1992; Cicirelli, 1988; George & Gwyther, 1986; Kim & Lee, 2003; Lee, et.al., 2001; Lowenstein, 1999; Winslow, 1997). ברוב המחקרים, מופיע דיכאון כאחד האינדיקטורים השכיחים והחשובים להערכת הרווחה האישית של המטפלים בהורה קשיש עם בעיות התנהגות ומוגבלות פיזית (Kim & Lee, 2003; Evans, et.al., 1992; Gallicchio, et.al, 2002; Tennstedt, Cafferata, & Sullivan, 1992; Townsend & Franks, 1995; Pinguart & Sorensen, 2005).

לא נמצא בספרות הערכה ברורה לגבי השפעתם של ערכים תרבותיים, כמו תחושת מחויבות ופמיליזם, על תחושת הדיכאון אצל הילדים המטפלים. מצד אחד, הספרות מרמזת על קשר עקיף בין מחויבות פיליאלית לבין רמת הדיכאון אצל המטפל, המתווך על ידי גורמים נוספים, כגון תחושת נטל הטיפול. באופן עקיבי נמצא שתחושת נטל טיפול גבוהה מנבאת תחושת דיכאון גבוהה בקרב המטפלים הבלתי פורמאליים (George, 2000; Clyburn, et.al., 2002; Chappell & Reid, 2002; Lawton, et.al, 1991; Lowenstein, 1999; Provencher, et.al, 2003; & Gwyther, 1986; Raveis, et.al., 1998; Townsend & Franks, 1995; זה מתקשר לעיון שנערך במחקר הנוכחי כי יש מקורות שטענו שתחושת מחויבות גבוהה עשויה למתן את תחושת נטל הטיפול אצל המטפל (Chou, et.al., 1999; Lee & Sung, 1998).

מאידך, יש הטוענים שמחויבות פיליאלית עשויה להגביר את רמות הדיכאון אצל המטפל (Kosloski, Montoro-Rodriguez Montgomery, & Karner, 2003; Raveis, et.al., 1998). אחרים גם טענו שערכים תרבותיים כמו "פמיליזם" אינם מגינים על המטפלים מפני דיכאון ומצוקה נפשית, והם אף יכולים להחמיר את הרווחה האישית שלהם (Youn, et.al., 1999). יתרה מזאת, יש הטוענים שמחויבות ילדים עשויה להגביר את היקף העזרה שהמטפל מספק להוריו, וזה מגביר בתוכו את תחושת נטל הטיפול ואת רמת הדיכאון אצל המטפל (Cicirelli, 1993). ואולם, יש גם חוקרים שטענו לחוסר קשר בין מחויבות ילדים לבין רמת הדיכאון המדווחת אצלם (Kim & Lee, 2003).

הספרות גם מצביעה על קשר בין קונפליקטים משפחתיים לבין רווחתו האישית של המטפל הבלתי פורמאלי. למשל, נמצא שקונפליקטים בין חברי הרשת המשפחתית (Kim & Lee, 2003) וקונפליקטים בין הקשיש למטופל עשויים להגביר את רמת הדיכאון המדווחת על ידי המטפל (MaloneBeach & Zarit, 1995; Townsend & Franks, 1995; Tennstedt, et.al., 1992). בהתאמה, חוקרים אחרים מצאו שיחסים טובים בין המטפל לקשיש אף עשויים למתן את רמת הדיכאון המדווחת על ידי המטפלים (Lowenstein, 1999).

הספרות מלמדת כי הקשר בין תמיכה משפחתית במטפל לבין רווחתו האישית אינו חד משמעי. מצד אחד, יש הטוענים שתמיכה אינסטרומנטלית גבוהה במטפל עשויה למתן את רמת הדיכאון המדווחת על ידו (MaloneBeach & Zarit, 1995). ואולם, אחרים טוענים שלא קיים קשר בין רמת הדיכאון המדווחת אצל המטפלים לבין תמיכה חברתית על סוגיה השונים, דהיינו

תמיכה רגשית, תמיכה אינפורמטיבית ותמיכה אינסטרומנטלית (Franks & Stephens, 1996; Kim & Lee, 2003; MaloneBeach & Zarit, 1995; Noonan & Tennstedt, 1997; Schwarz 1992; & Roberts, 2000; Tennstedt, et.al., 1992).

בנוסף, מורה הספרות על מספר גורמי רקע הקשורים למטפל, למטופל ולטיפול עצמו העשויים להשפיע על תחושת הדיכאון אצל המטפל. אך, קשרים אלה אינם חד משמעיים. מצד אחד, נמצא שבעיות התנהגותיות (Gallicchio et.al., 2002; Kosloski, et.al., 2003), בעיות תיפקודיות (Cohen, et.al., 2002; Lowenstein, 1999) ובעיות קוגניטיביות אצל הקשיש מנבאים רמת דיכאון גבוהה אצל המטפלים (Tennstedt, et.al, 1992). מאידך, חוקרים אחרים לא מצאו קשר בין פגיעה תיפקודית, פגיעה קוגניטיבית, מין וגיל הקשיש לבין רמת הדיכאון אצל המטפל (Gallicchio, et.al., 2002; Matsuu, et.al., 2000; Noonan & Tennstedt, 1997; Yates,) et.al., 1999).

כמו כן, אין הערכה ברורה לגבי ההשפעה של גורמי הטיפול בהורה הקשיש על רמת הדיכאון המדווחת. מצד אחד, נמצא שמספר רב יותר של שעות הטיפול בקשיש (Yates, et.al., 1999), מספר גדול יותר של פעולות יומיומיות בהם המטפל נוטל חלק (Pot, et.al., 1998) ומשך טיפול ארוך יותר בו (Lowenstein, 1999) מגבירים את רמת הדיכאון אצל המטפל הבלתי פורמאלי. מאידך, אחרים לא מצאו הבדלים בין המטפלים הדיכאוניים לבין המטפלים הלא דיכאוניים, במאפייני הטיפול בקשישים, כגון משך הטיפול בקשיש, ומספר השירותים הפורמאליים שבהם משתמש המטפל (Matsuu, et.al., 2000).

לגבי הקשר בין מאפייני המטפל לבין רמת הדיכאון המדווחת, מצביעה הספרות גם כן על קשר לא חד וברור. מחד גיסא, נמצא שנשים מדווחות על רמות גבוהות של דיכאון לעומת גברים (Cohen, et.al, 2002; Kosloski, et.al., 2003). כמו כן, נמצא שגיל מתקדם של המטפל ועבודה במשרה מלאה היו קשורים לרמה נמוכה של מצוקה נפשית אצל המטפל (Provencher, et.al.,) 2003). אולם, אחרים לא מצאו קשר בין דיכאון אצל המטפל לבין גורמים כמו מין וגיל המטפל, מצב התעסוקה של המטפל ומרחק מגורים בין הקשיש למטפל (Gallicchio, et.al., 2002;) Matsuu, et.al., 2000; Noonan & Tennstedt, 1997; Yates, et.al., 1999).

לבסוף, הספרות מציעה כלי לבדיקת רמת הדיכאון של המטפלים הבלתי פורמאליים שפותח במרכז לחקר אפידמיולוגי שמכונה (- Center for Epidemiological Studies Depression Scale) (CES-D). השאלון יועד לבדוק סימפטומים של דיכאון באוכלוסייה הכללית. אך במשך השנים נעשה בו שימוש נרחב גם במחקרים שבדקו דיכאון בקרב קשישים ומטפליהם (Arai, Sugiura, Washio, Miura & Kudo, 2001; Franks & Stephens, 1996; Gallicchio, et.al., 2002; George & Gwyther, 1986; Hertzog, Alstine, Usala, Hultsch & Dixon, 1990; Kim & Lee, 2003; Lawton, et.al., 1991; Lee, Brennan & Daly, 2001; Lewinsohn, Seeley, Roberts & Allen, 1997; Matsuu, et.al., 2000; Radloff, 1977; Tennstedt, et.al., 1992; Yates et.al., 1999). השאלון לבדיקת רמת הדיכאון כולל 20 פריטים הבודקים סימפטומים של מצוקה נפשית. במחקרו של Radloff (1977), דווח על מהימנות סטטיסטית גבוהה של הכלי שהגיעה לאלפא קרונבך = 0.90 .

1.7.2 העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה

ידוע ממקורות קודמים שלטיפול בלתי פורמאלי בהורה קשיש יש השפעה על העדפותיו של ההורה להמשך הטיפול המשפחתי בו ולסידור מגוריו עם בני משפחתו (Beland, 1987; Brody, 1981; Doty, 1986). ואולם, לאחרונה יש גם עדויות שלטיפול המשפחתי השפעה גם על העדפותיו של המטפל הבלתי פורמאלי לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה (Strawbridge & Wallhagen, 1991, 1992; Wallhagen & Strawbridge, 1995; Wang, Chung, Lai, Chou, & Kao, 2004). נמצא שדרישות גבוהות של הטיפול והשלכותיו השליליות, כגון קונפליקטים משפחתיים ותחושת נטל עשויות להפחית מהעדפתם של המטפלים הבלתי פורמאליים לקבל עזרה וטיפול משפחתי לעצמם בעת זיקנה (Lam, et.al., 1998; Strawbridge & Wallhagen, 1991; Wallhagen & Strawbridge, 1995; Wang, et.al., 2004). גורמים אלה גם עלולים להחליש את נכונותם של המטפלים הבלתי פורמאליים להמשיך בטיפול המשפחתי בהורה הקשיש (Jansson, et.al., 1997) ואף עשויים להגביר את השמתם של ההורים במסגרת מוסדית על ידי בני משפחתם (Arai, et.al., 2001; Azaiza, 1999; Kim, Shin, Jeong, Gormley & Yoon, 2002; Naleppa,)

1996; Scott, Edwards, Davis, Cornman & Macera, 1997; Shapiro & Tate, 1988;

(Winslow, 1997).

למשל, נמצא שמטפלים בלתי פורמאליים שדיווחו שלא יעדיפו להתגורר עם אחד הילדים או שלא ירצו טיפול משפחתי כשיזדקקו לעזרה, נוטים להפסיק את הטיפול המשפחתי בהוריהם הקשישים ואף מעדיפים להכניסם למסגרת מוסדית (Lam, et.al., 1998; Wallhagen & Strawbridge, 1995). זה חשוב לעיוננו כי קיימים מקורות אחרים שטוענים שערכים תרבותיים כמו מחויבות פיליאלית עשויים למתן את ההשפעה השלילית של הטיפול על העדפת המטפל לקבל טיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה ולחזק את נכונותם של הילדים להמשיך בטיפול המשפחתי בהוריהם. כך למשל, נמצא שמחויבותם הפיליאלית של ילדים ערבים בישראל למתן טיפול להורים קשישים הייתה קשורה להעדפתם ולציפיותיהם לקבל תמיכה וטיפול מבני משפחתם ומילדיהם בעתיד כשיזדקקו לכך (Leichtentritt, et.al., 2004). אחד המרואיינים במחקר אחרון זה אף ציין "אם יקרה לי משהו, אני מעדיף להיות מטופל על ידי בני המשפחה באותו דרך בה טיפלתי באמא שלי." מרואין אחר ציין "הילדים שלי ראו איך טיפלתי בהוריי מאז שהיו קטנים... הם ראו ולמדו שבאחד הימים כאשר אני אזדקק לעזרה הם יטפלו בי באותה הדרך" בנוסף, יש מקורות שטוענים שנורמות חברתיות ותרבותיות כמו מסירות ילדים והעדפותיהם של המטפל, הקשיש והסביבה החברתית לגבי אופן הטיפול בקשישים עשויים לעודד את המשך הטיפול בהורים קשישים על ידי הילדים, ולמנוע את כניסתם של הקשישים למסגרת מוסדית (Yamamoto & Wallhagen, 1997). חוקרים נוספים אף טענו שאחת הסיבות העיקריות שעמדו נגד פיתוחם והקמתם של שירותים פורמאליים לקשישים בחברה הערבית בעבר, היו הנורמות המסורתיות והעמדות הנחרצות של הקשישים עצמם ושל בני משפחותיהם נגד השימוש בשירותים פורמאליים ונגד מיסודם של קשישים ערבים (Azaiza, et.al., 1996, 1999). הספרות גם מורה על קשר בין חיים מודרניים לבין העדפת המטפל הבלתי פורמאלי לטיפול לעצמו בעת זקנה. כך למשל, עזאיזה, לבנשטיין וברודסקי (2001), טען שבשל תהליכי המודרניזציה והעיור שהחברה עוברת בעשורים האחרונים, חלה תפנית ביחס ובעמדות החברה הערבית כלפי דפוסי השימוש בשירותים הפורמאליים שניתנים לקשישים. לדעתו, משפחות ערביות רבות החלו להשתמש בשירותים פורמאליים כגון בתי אבות ומרכזי יום לקשיש. כמו כן, Lam, et.al. (1998), טענו שאי העדפתם של ילדים בוגרים בהונג קונג להתגורר עם אחד הילדים בעת זיקנה קשור בעיקר לתהליך דומה של מודרניזציה שהחברה האסיאתית עוברת בתקופה האחרונה.

על פי הספרות אנו למדים שהעדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה נבדקה ביחס לשלוש צורות טיפול: טיפול על ידי בני המשפחה, טיפול במוסד סיעודי וטיפול על ידי מטפל זר לעזרה בבית (Wang, Strawbridge & Wallhagen, 1991; Wallhagen & Strawbridge, 1995; Wang, et.al., 2004). חוקרים שבחנו צורות אלה מצאו שכ-46 אחוזים מהילדים אינם רוצים את הטיפול המשפחתי לעצמם כשיזדקנו או כשיזדקקו לכך. בהתאמה, נמצא שלמטפלים אלה היה סיכוי גבוה יותר לשקול השמת הוריהם הקשישים במוסד סיעודי (Wallhagen & Strawbridge, 1995). במחקר נוסף, השוו החוקרים בין העדפותיהם של קשישים בטאיוואן ושל מטפליהם הבלתי פורמאליים לגבי ההתארגנות להמשך הטיפול בעתיד. נמצא שמרביתם של הקשישים ומטפליהם הבלתי פורמאליים (כ-60%) בחרו בטיפול המשפחתי כאופציה הראשונה, ובטיפול המוסדי כאופציה השנייה (Wang, et.al., 2004).

הספרות מורה גם על מספר גורמים שעשויים להשפיע על העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. מבין מאפייני אלה, נמצא שתחושת נטל טיפול ודיכאון גבוהים מנבאים אי העדפה של המטפל לקבלת טיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה אצל המטפל. קשר דומה נמצא גם עם קונפליקטים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת. כמו כן, מאפייני טיפול כמו מספר רב יותר של משימות הטיפול בהם המטפל נוטל חלק ומספר רב יותר של שנות טיפול בהורה הקשיש עשויים אף הם להפחית את העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה (Wallhagen & Strawbridge, 1995). עם זאת, החוקרים לא מצאו קשר בין מאפייני סוציודמוגרפיים של המטפל הכוללים גילו, מגדרו, מצבו המשפחתי, מצבו התעסוקתי ורמת השכלתו לבין אי העדפתו לטיפול משפחתי.

1.7.3 תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות הבין דוריות

מרבית המחקרים שעסקו בהעברות הבין דוריות בחנו את ההעברות בין ההורה לילד המטפל מהפרספיקטיבה של ההורים (Pezzin & Iecovich & Lankri, 2002; Chou & Chi, 2001; Schone, 1999; Shi, 1993). לעומת זאת, ההתייחסות של הספרות להעברות הבין-דוריות מהפרספיקטיבה של הילד הבוגר היא דלה יחסית. ואולם, בחלקם הגדול של מקורות אלה השוו בין הפרספיקטיבה של ההורים לבין הפרספיקטיבה של הילדים הבוגרים (Klein Ikkink, et.al., 1999; Lillard & Willis). ורק מעטים מהם התמקדו בהעברות הבין דוריות מנקודת מבטו של המטפל בלבד. כך למשל, אחד המחקרים המעטים שבחנו את ההעברות הבין דוריות מהפרספיקטיבה של הילד המטפל מצא ש-68 אחוזים מהילדים דיווחו שהקשישים צריכים לדאוג לענייניהם הכספיים,

25 אחוזים דיווחו שהמדינה צריכה לתת תמיכה כספית לקשישים ורק 5 אחוזים מהילדים דיווחו שהמשפחה צריכה לעשות העברות כספיות להורה הקשיש (Yoon & Cha, 1999).

הספרות גם בחנה את ההעברות הבין דוריות משלושה היבטים שונים: האחריות להעברות הבין דוריות הקשורות לטיפול בקשישים (המשפחה, המדינה או שניהם), הכיוון של ההעברות (אנכי או אופקי, מלמעלה או מלמטה) וטיב השירותים המועברים (בכסף או בזמן) (Cremer, Kessler, & Pestieau, 1992). באשר לסוגיית האחריות לטיפול ולתמיכה בזקנים מוגבלים התלויים בעזרת הזולת לצורך מילוי צרכים בסיסיים כמו טיפול אישי, ניהול משק בית ותמיכה כספית, אין הספרות מטילה אחריות זו על גורם אחד ברור. כך למשל, יש הגורסים שהאחריות להעברות הבין-דוריות הקשורות לטיפול בקשיש מוטלות על בני המשפחה (Adamchal, et.al, 1991). לעומת זאת, יש הגורסים, שהאחריות לדאגה לצורכיהם של הקשישים צריכה להיות מוטלת על המדינה (Choi, 1996). חוקרים אחרים, טוענים שהשילוב בין אחריות המשפחה ואחריות המדינה היא הגישה המתאימה ביותר (Litwak, 1985; Litwin & Auslander, 1992). לטענת חוקרים אלה אין שום מערכת שירותים פורמאלית המסוגלת לתת מענה לכל צורכי הקשיש מבלי שמערכת התמיכה הבלתי פורמאלית ומערכת השירותים הפורמאליים ישלימו האחת את השניה. Auslander (1996) אף מוסיפה שיש לשקול דרכים לספק עזרה אינסטרומנטלית באמצעות המערכת הפורמאלית. זאת, על מנת לאפשר לרשתות הבלתי פורמאליות להתמקד במתן התמיכה האפקטיבית שהן מיטיבות לספק ואשר לה זקוק הקשיש המטופל.

הכיוון של ההעברות הבין-דוריות בתוך המשפחה הוא עוד היבט שנדון בספרות. יש חוקרים שהתמקדו בהעברות הבין דוריות שנעשות מכיוון ההורים הקשישים לילדים (Agree, et.al., 2002; Ploeg, et.al., 2004; Schoeni, 1997; Silverstien, Cong & Li, 2006). חוקרים אחרים התייחסו להעברות שנעשות מכיוון הילדים להורים (Adamchak, et.al., 1991; Yoon & Cha, 1999). יש גם חוקרים שעסקו בהעברות הנעשות בשני הכיוונים בו זמנית (Albertini, Kohli, & Vogel, 2007; Shi, 1993). חוקרים נוספים, אף בחנו את ההעברות הבין דוריות הנעשות בכיוונים שונים בין שלושה דורות או יותר של בני המשפחה החיים יחד: ההורים הקשישים, הילדים הבוגרים, אחים ונכדים (Agree, et.al., 2005; Arrondel & Masson, 2001; Cremer, et.al., 1992). לטענת חוקרים אלה, ההעברות הנעשות בין שני דורות או יותר במשפחה עשויות להיות גם דו-כיווניות, ישירות וגם עקיפות.

הספרות מציגה גם מספר מודלים ודפוסי חליפין שונים המסבירים את הכיוונים להעברות הבין-דוריות בתוך המשפחה. למשל, Litwin (2004), זיהה ארבעה דפוסי חליפין בין ילדים להוריהם בקרב יהודים ישראלים, בשכיחויות שונות לפי סדר עולה: יחסי חליפין שווים, דפוסי חליפין לא מאוזנים שבהם ההורים נותנים לילדיהם יותר מאשר מקבלים, היעדר חליפין בין השניים ויחסי חליפין לא מאוזנים שבהם ההורים מקבלים מילדיהם יותר מאשר נותנים. על פי ממצאי המחקר, הדפוס השלישי שבו ההורה מקבל העברות יותר מאשר נותן קשור לגיל מבוגר, מגדר נשי, מצב בריאותי ירוד, ומספר רב יותר של ילדים ברשת. מודל נוסף שמוצג בספרות הוא "מודל מעגל החיים המסורתי". מודל זה מציג את הכיוונים המשתנים של העברות הבין-דוריות על פני מעגל החיים. בשלבים המוקדמים של החיים ההורים עושים יותר העברות לילדיהם, ובשלבים המאוחרים הילדים הבוגרים עושים יותר העברות להורים (Altig & Davis, 1993).

קיימת גם חוסר הסכמה באשר לכיוון העברות הבין-דוריות בגיל מבוגר. מצד אחד, יש הטוענים שמרבית ההעברות בגיל זה נעשות מכיוון הילדים הבוגרים להורים הקשישים. כך למשל, Shi (1993) מצאה ש-60 אחוזים מההורים קיבלו העברות בכסף מילדיהם ורק-25 אחוזים מההורים עשו העברות בכסף לילדיהם. בנוסף, היא מצאה שמתוך שבע משימות עזרה במשק בית (כגון, כביסה, בישול, טיפול רפואי וכו') הילדים עשו העברות של 6.7 משימות במוצע להוריהם, וההורים עשו העברות של 5.9 משימות לילדיהם.

מאידך, חוקרים אחרים טוענים שמרבית ההעברות הבין דוריות הן בכסף והן בזמן נעשות מההורים הקשישים לילדים הבוגרים, גם בגיל מבוגר מאוד. כך למשל, במחקר רחב היקף (SHARE) שבחן לאחרונה את כיוון ההעברות הבין דוריות ב-10 מדינות באירופה, נמצא שההעברות מההורים הקשישים לילדים הבוגרים היו בתכיפות ובאינטנסיביות גבוהה יותר מאשר ההעברות מכיוון ההפוך. עוד נמצא, שהמאזן החיובי בהעברות יורד עם הגיל, אך עדיין נמצא שקשישים בני 70 ומעלה מספקים בצורה חד משמעית יותר העברות לילדיהם (Albertini, et.al., 2007). כמו כן, מוקדם יותר, נמצא שיותר מ-75 אחוזים מההעברות בכסף וכמעט 75 אחוזים מההעברות בזמן נעשים מכיוון ההורים לילדיהם (Schoeni, 1997).

ההיבט השלישי שעליו מדברת הספרות הוא טיב ההעברות הבין דוריות. על פי המקורות, ההעברות הבין דוריות בתוך המשפחה משקפות שני היבטים: (1) העברות של זמן (Time transfers), כגון מתן עזרה במשק הבית, תמיכה רגשית וטיפול יומיומי בסיסי ואינסטרומנטלי בהורה הקשיש,

תמיכה ושמירה על הנכדים ו-2) העברות של כסף (Financial transfers), כמו מתן כסף במזומן, תרומה, ירושה, עזרה כספית ללימודים ולחתונה (Adamchak, et.al., 1991; Agree, et.al., 2002); Lillard & Willis, 1997; Pezzin & Schone, 1999; Ploeg, et.al., 2004; Silverstein, et.al., 2002).

הספרות מורה גם על מספר מודלים והשערות להסבר המניעים העומדים מאחורי תופעת ההעברות הבין דוריות בתוך המשפחה. כך למשל, לבנשטיין ודורון (2006), הציגו לאחרונה שלושה מודלים עיקריים להעברות הבין דוריות בתוך המשפחה. "המודל הנורמטיבי" משקף את מערכת הערכים והנורמות המשפחתיות המכוונות את ההעברות הבין דוריות בתוך המשפחה. ה"מודל האלטרואיסטי" מדגיש שההעברות הבין דוריות הן אחריות פיליאלית המתבססת על אהבה ואיכפתיות. המודל השלישי- "המודל האסטרטגי"- מתייחס להעברות הבין-דוריות כאל תהליך חליפין מתמשך, והן תלויות בשיקולים רציונליים, כאשר שני הצדדים נהנים, או לפחות אחד אינו ניזוק. בנוסף, חוקרים אחרים מציגים עוד שני מודלים להעברות בין-דוריות. "מודל ההשקעה"- המתייחס להעברות מהילד הבוגר להורים הקשישים כאל תהליך פיצוי על ההשקעה שנעשתה מוקדם יותר על ידי ההורים (Silverstein, et.al., 2002), ומודל נוסף- "מודל הביטוח"- שמתייחס להעברות הבין דוריות מהקשיש לילד בשלבי החיים המוקדמות, כתעודת ביטחון להורה כשיזדקן לעזרה מהילדים (Lillard & Willis, 1997).

מהספרות אנו למדים שלא קיימת הסכמה לגבי המניעים העיקריים להעברות הבין דוריות. כך למשל, Lillard & Willis (1997), טענו שההעברות הבין דוריות בתוך המשפחה מהילדים להורים נעשות לרוב על בסיס של הדדיות- "מודל ההשקעה" ו"מודל החליפין"- יותר מאשר על בסיס מודלים ללא הדדיות- "מודל האלטרואיסטי". נמצא שהילדים עושים העברות בין דוריות להוריהם כהחזר על ההשקעה הכספית שההורים עשו למענם בעבר (עזרה בחינוך והשכלה). כמו כן, נמצא שילדים עושים יותר העברות של כסף להורים כאשר האחרונים עושים יותר העברות של זמן לילדיהם (שמירה וגידול הנכדים), וההורים עושים יותר העברות של כסף לילדים כאשר האחרונים עושים יותר העברות של זמן להוריהם (עזרה במשק הבית). בדומה לכך, ממצאי מחקרים נוספים לא תמכו במודל האלטרואיסטי כמניע להעברות הבין דוריות בתוך המשפחה (Altonji, Hayashi, & Kotlikoff, 1997; Schoeni, 1997), והם צידדו במודל החליפין והדדיות כמניע העיקרי להעברות הבין דוריות בזמן, אך לא כמניע להעברות בכסף (Abertini, et.al., 2007; Chou & Chi, 2001).

(Shi, 1993). יתרה על כן, נמצא שהמניעים להעברות בין דוריות עשויות להיות גם על בסיס של הדדיות בלתי ישירה. האדם המקבל את ההעברות אינו מחזיר לאותו אדם שקיבל ממנו אלא לאדם שלישי מדור אחר. כך למשל, Arrondel & Masson (2001), מצאו שהמניע של ילדים בוגרים להעברות בין דוריות להוריהם קשורות לציפיותיהם לקבל העברות מילדיהם ומהוריהם הקשישים באמצעות העברות עקיפות לנכדים.

מאידך, Silverstein, et.al. (2002; 1995), טענו במחקריהם שההעברות הבין דוריות נעשות על בסיס של מודלים ללא עיקרון הדדיות. למשל, במחקרם ב-1995 נמצא שהמניעים להעברות הבין דוריות עשויות להיות על בסיס אלטרואיסטי ונורמטיבי. החוקרים מצאו שהמניע העיקרי למתן עזרה להורים אצל הבנות הייתה תחושת חיבה ואהבה, כאשר מחויבות פיליאלית הייתה המניע להעברות אצל הבנים. במחקרם השני שבוצע ב-2002 נמצא שההעברות הבין דוריות בין ההורים לילדיהם נעשות על בסיס שלושה מודלים: "מודל ההשקעה", "מודל הביטוח" ו"מודל האלטרואיזם". כמו כן, חוקרים אחרים טענו שההעברות הבין דוריות נעשות על בסיס "המודל הנורמטיבי" (Klein Ikkink, et.al., 1999). הם מצאו שנורמות תרבותיות ומשפחתיות כמו מחויבות פיליאלית מגבירה את ההעברות של זמן להורה הקשיש.

הספרות מורה גם על מספר מאפיינים סוציודמוגרפיים שעשויים להשפיע על ההעברות הבין דוריות מהילדים להורים. מבין המאפיינים הקשורים לקשיש, נמצא שגיל קשור להעברות בין דוריות הן בכסף והן בזמן, אך קשר זה אינו חד וברור. מצד אחד נמצא שגיל מבוגר של ההורה מעלה את הסיכויים שלו לקבל העברות בין דוריות הן בזמן והן בכסף מהילדים (Arrondel & Masson, 1993; Lillard & Willis, 1997; Shi, 2001). בהתאמה, נמצא שגיל צעיר של ההורה מפחית את הסיכוי שלו לקבל העברות בזמן מהילדים (Klein Ikkink, et.al., 1999). מאידך, נמצא שגיל מבוגר של ההורה מוריד את הסיכוי אצל ההורה לקבל העברות הן של זמן והן של כסף מהילדים (Abertini, et.al., 2007; Chou & Chi, 2001; Schoeni, 1997).

רמת התיפקוד של הקשיש היא עוד מאפיין שעשוי להשפיע על ההעברות הבין דוריות, אך גם קשר זה אינו חד משמעי. נמצא שרמת תיפקוד יומיומית ואינסטרומנטלית נמוכה מגבירה את היקף ההעברות הבין דוריות הן בזמן והן בכסף מהילדים להורה (Pezzin & Schone, 1999; Shi, 1993). בהתאמה, נמצא שרמת תיפקוד טובה יותר מורידה את סיכויי ההורה לקבל עזרה בפעולות

היומיומיות מהילדים (Klein Ikkink, et.al., 1999). מאידך, אחרים לא מצאו קשר בין רמת התיפקוד של ההורה לבין קבלת העברות בזמן ובכסף מהילדים (Chou & Chi, 2001). מאפיין נוסף שנמצא קשור להעברות הבין-דוריות הוא מגדר הקשיש. כאשר בודקים את סוג ההעברות הבין-דוריות לפי מגדר ההורה נמצא שלאם יש סיכוי גדול יותר לקבל העברות בין דוריות הן בזמן והן בכסף מהילדים מאשר האב (Klein Ikkink, et.al., 1999; Schoeni, 1997; Shi, 1993). חוקרים אחרים, מצאו שגברים מקבלים יותר העברות בכסף מאשר נשים, ונשים מקבלות יותר העברות בזמן מאשר הגברים (Adamchak, et.al., 1991; Pezzin & Schone, 1999). אולם מחקר אחר שלל את הקשר בין מגדר ההורה לבין סיכוי לקבל העברות בזמן ובכסף מילדיו (Chou & Chi, 2001).

בנוסף למגדר ההורה, למצבו המשפחתי של ההורה נמצאה גם השפעה על סוג ההעברות הבין דוריות. אך הקשר בין השניים אינו עקבי. מצד אחד, נמצא שהורה לא נשוי מקבל יותר העברות של זמן מאשר הורה נשוי (Klein Ikkink, et.al., 1999). ובהשוואה בין הורה נשוי ולא נשוי לפי מגדר, נמצא שגברים לא נשואים מקבלים יותר העברות (בזמן ובכסף) בהשוואה לגברים נשואים, ונשים נשואות מקבלות יותר העברות (בכסף ובזמן) בהשוואה לנשים לא נשואות (Shi, 1993). יתר על כן, הספרות מבחינה בין נישואין בפעם ראשונה לבין נישואין בפעם השנייה. נמצא שלהורה הנשוי פעם שנייה, במיוחד האב, יש סיכוי קטן יותר לקבל העברות בין דוריות מהילדים הן בזמן והן בכסף מאשר הורה נשוי פעם ראשונה (Pezzin & Schone, 1999). מאידך, יש הטוענים שכאשר שני ההורים בחיים עולה הסיכוי להעברות בכסף מהילדים להורים, אך לא להעברות של זמן (Arrondel & Masson, 2001). בנוסף, נמצא שלאם אלמנה יש סיכוי גדול יותר לקבל העברות בכסף מהילדים מאשר אם נשואה (Lillard & Willis, 1997), ולאם גרושה יש סיכוי גדול יותר לקבל העברות בזמן וגם בכסף מהילדים מאשר אב גרוש (Pezzin & Schone, 1999). לבסוף, יש גם הטוענים לחוסר הקשר בין מצבו המשפחתי לבין ההעברות הבין-דוריות הן בזמן והן בכסף (Chou & Chi, 2001; Schoeni, 1997).

הספרות מורה גם על קשר בין מאפייניהם הסוציודמוגרפיים של הילדים המטפלים לבין ההעברות הבין דוריות. נמצא שלבנות יש סיכוי גדול יותר לעשות העברות של זמן בהשוואה לבנים, ולילד רווק יש סיכוי רב יותר לעשות העברות של זמן להוריו מאשר ילד נשוי (Arrondel &

(Masson, 2001; Pezzin & Schone, 1999). ואולם, במחקר אחר לא נמצא קשר בין מגדר נשי, מצב משפחתי של המטפל והמצב התעסוקתי של המטפל לבין ההעברות בזמן (Klein Ikkink, et.al., 1999). אך, נמצא קשר בין גיל המטפל לבין מתן העברות בזמן. ילדים מבוגרים יותר נותנים יותר העברות של זמן.

לא נמצא בספרות הערכה ברורה לגבי השפעת השכלה של המטפל על היקף וסוג ההעברות הבין דוריות. מצד אחד, יש הטוענים שקיים קשר חיובי בין השכלת המטפל לבין ההעברות בזמן אך לא להעברות של כסף (Lillard & Willis, 1997). מאידך, יש הטוענים לחוסר קשר בין השכלה לבין העברות בין דוריות הן בזמן והן בכסף (Klein Ikkink, et.al., 1999; Shi, 1993).

בנוסף, קיימים הבדלים בהעברות בין-דוריות בין ילדים הגרים עם הוריהם לבין אלה שאינם מתגוררים עם ההורים באותו בית או קרוב אליו. כך למשל, נמצא שככל שהמרחק בין הקשיש לבין המטפל הוא קצר יותר (מגורים משותפים) יש סיכוי גדול יותר לקשיש לקבל העברות של זמן וסיכוי נמוך לקבל העברות של כסף מילדיו. כמו כן, ככל שהמרחק הגיאוגרפי גדול יותר יש סיכוי רב יותר אצל ההורה לקבל העברות של כסף וסיכוי נמוך לקבל העברות של זמן (Arrondel & Masson, 2003; Shi, 1993; Schoeni, 1997; Zimmer & Kwong, 2003). לטענת החוקרים, הילדים המתגוררים עם הוריהם יכולים לספק להם עזרה אינסטרומנטלית. לעומתם, הילדים שגרים רחוק עושים העברות של כסף כפיצוי על אי יכולת לספק העברות בזמן להורה הקשיש. מאידך, חוקרים אחרים לא מצאו הבדל בהעברות של זמן בין הילדים המתגוררים עם הוריהם לבין אלה שלא (Klein Ikkink, et.al., 1999).

הקשר בין רמת העיור של הישוב לבין ההעברות הבין דוריות, הן בכסף והן בזמן, נבחן מעט בספרות. אולם המחקרים המועטים שבחנו קשר זה אינם מציגים תמונה ברורה לגבי כיוון הקשר. מצד אחד, נמצא שהורים קשישים בזימבבואי המתגוררים בעיר מקבלים יותר העברות של זמן וגם של כסף מילדיהם מאשר הורים המתגוררים באיזורים כפריים (Adamchak, et.al., 1991).

מאידך, בשני מחקרים אחרים שנעשו בנפרד בשני איזורים שונים מבחינת רמת העיור בהונג קונג (אחד באיזור כפרי והשני באיזור עירוני), נמצא שתופעת ההעברות הבין דוריות הן בזמן והן בכסף מהילדים הבוגרים להוריהם מתרחשת בשני האיזורים: הכפרי והעירוני (Chou & Chi, 2001; Shi, 1993). מאוחר יותר נערך גם מחקר שהשווה את ההעברות הבין דוריות הן בכסף והן בזמן בין איזורים שונים בסין: כפריים ועירוניים (Zimmer & Kwong, 2003). במחקר ההוא נמצא שהורים

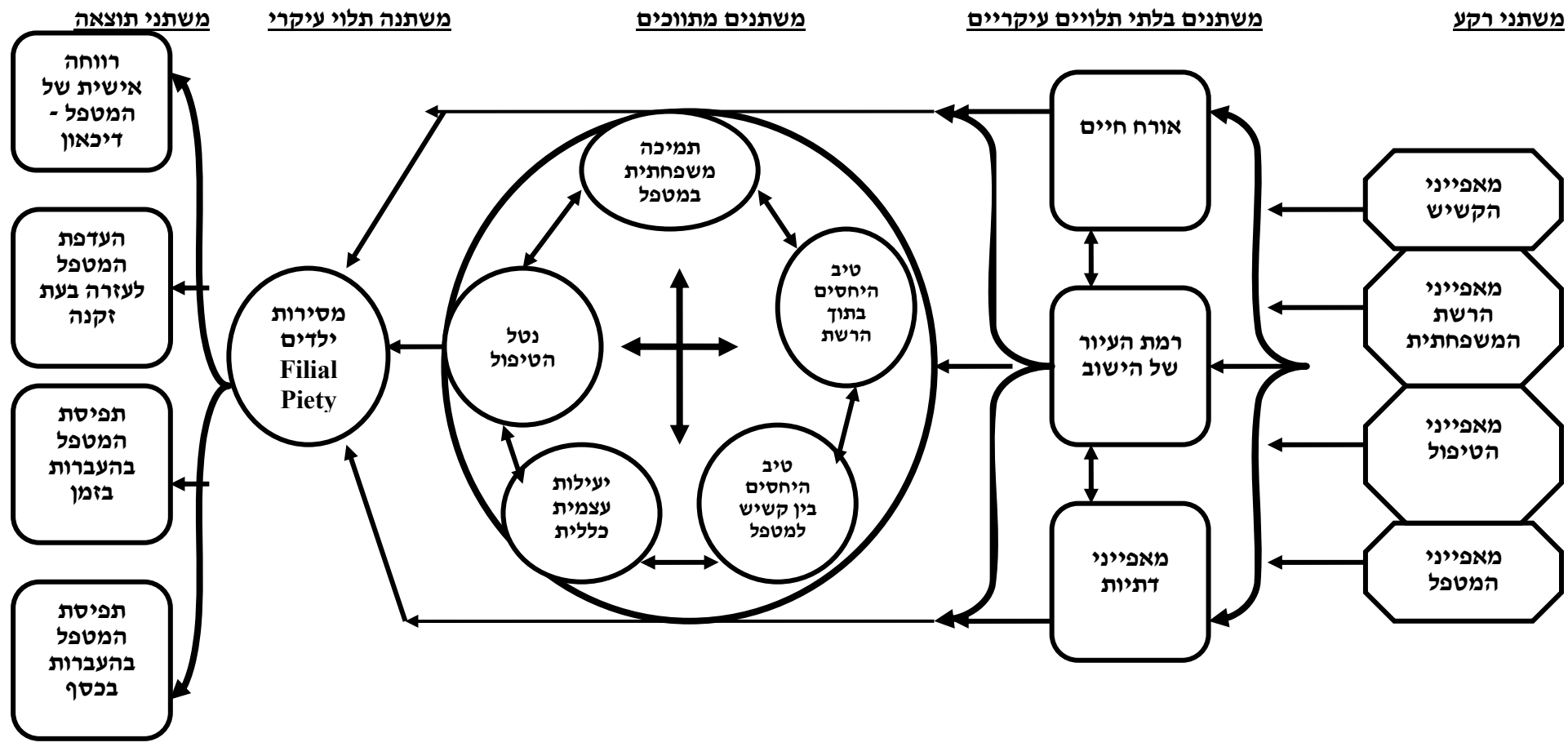
החיים באיזורים כפריים מקבלים יותר העברות בכסף מילדיהם מאשר הורים שמתגוררים באיזורים עירוניים. בנוסף נמצא שהורים המתגוררים באיזורים כפריים מקבלים העברות בזמן מילדיהם יותר מאשר הורים המתגוררים באיזורים עירוניים. לעומת זאת, חוקרים אחרים לא מצאו קשר בין רמת העיור של הישוב בו מתגורר הילד המטפל לבין ההעברות הבין הדוריות, הן בזמן והן בכסף, מהילד להורה הקשיש (Klein Ikkink, et.al., 1999).

בין מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת נמצא שלהרכב המגדרי של הרשת ולגודל הרשת עשוייה להיות השפעה על ההעברות הבין דוריות. אך גם כאן לא ניתן לקבוע כיוון הקשר. מצד אחד, נמצא שמספר רב יותר של חברים ברשת מעלה את הסיכוי להעברות של כסף (Lillard & Willis, 1997), וגם של זמן מהילדים להוריהם (Chou & Chi, 2001). אומנם, במחקר אחר נמצא שמספר ילדים במשפחה קשור ליותר העברות של זמן להורה הקשיש, אך לא נמצא קשור ליותר העברות של כסף (Shi, 1993). מאידך, חוקרים אחרים מצאו קשר שלילי בין מספר הילדים ברשת לבין ההעברות הבין דוריות בזמן להורה. ככל שמספר האחים רב יותר, פחת הסיכוי של הבת לעשות העברות של זמן לשני הוריה (Arrondel & Masson, 2001). לעומתם, חוקרים אחרים לא מצאו קשר בין מספר ילדים ברשת לבין ההעברות בין דוריות, לא בכסף ולא בזמן (Schoeni, 1997).

1.8 מודל המחקר

סקירת הספרות שהובאה בפרק זה אפשרה בניית מודל מושגי רחב. מודל זה מציג קשר אפשרי בין מאפייני חיים מודרניים לבין המשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים (ראה תרשים 1.8). כמו כן, המודל מצביע על מתאמים אפשריים בין מסירות ילדים לבין משתני תוצאה נוספים כגון רווחה נפשית של המטפל, העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זקנה, העברות בין-דוריות בכסף והעברות בין דוריות בזמן. בנוסף, המודל כולל משתני רקע הקשורים למטפל, לקשיש, לרשת המשפחתית ולתהליך הטיפול בהורה העשויים להשפיע על הקשר הנבדק בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. לבסוף, המודל, כולל גם מספר משתנים מתערבים שעשויים להשפיע על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. אלה כוללים תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל, יעילות עצמית כללית, תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים בין המטפל לקשיש.

תרשים 1.8



המחקר הנוכחי, בחן מספר השערות באמצעות המודל המושגי המוצג לעיל. כאמור, השערות אלה ניבחנו בקונטקסט של החברה הערבית בישראל. להלן השערות המחקר:

1.9 השערות המחקר

1. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים.
 - 1.1. יימצא קשר שלילי בין רמת העיור של הישוב לבין מסירות ילדים.
 - 1.2. יימצא קשר חיובי בין מאפייני הדתיות של המטפל לבין מסירות ילדים.
 - 1.3. יימצא מתאם שלילי בין אורח החיים של המטפל לבין מסירות ילדים.
2. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת ונטל הטיפול על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים.
3. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לעזרה בעת זקנה.
 - 3.1. יימצא קשר שלילי בין רמת העיור של הישוב לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
 - 3.2. יימצא קשר חיובי בין מאפייני הדתיות של המטפל לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
 - 3.3. יימצא מתאם שלילי בין אורח החיים של המטפל לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי.
4. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לעזרה בעת זקנה.
5. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רווחה אישית (דיכאון) אצל המטפל.
6. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין הרווחה האישית של המטפל.
7. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בקשיש.
8. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, טיב היחסים ברשת, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בזמן.
9. יימצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה

בהעברות של כסף הקשורות לטיפול בקשיש.

10. תמצא השפעה ממתנת/מתווכת של תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בין המטפל לקשיש,

טיב היחסים ברשת המשפחתית, יעילות עצמית כוללת, נטל הטיפול ומסירות ילדים על הקשר

בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של

כסף.

פרק ב: שיטות המחקר

פרק זה מציג את מגוון ההיבטים שמרכיבים את שיטות המחקר (המתודולוגיה) של המחקר המתואר בדוח זה. בשלב ראשון תתואר אוכלוסיית המדגם ואחר כך תהליך איסוף הנתונים. בהמשך יוצגו כלי המחקר שבאמצעותם נאספו הנתונים של המשתתפים התלויים והבלתי תלויים. בסופו של הפרק יוצגו השיטות הסטטיסטיות ששימשו לניתוח נתוני המחקר.

2.1 אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה מטפלים בלתי פורמאליים - ילדים בוגרים מהחברה הערבית בישראל המטפלים בבית בבני משפחתם הקשישים. המטפלים הם - בנים, בנות, כלות, נכדים ונכדות. הנחקרים נבחרו מצפונה של מדינת ישראל. כידוע באזור זה מתגוררים בטיפוסי יישובים שונים, כ- 50 אחוזים מן האוכלוסייה הערבית על גווניה הדתיים.

החוקר חילק את אוכלוסיית המחקר לחמש קבוצות לפי רמת העיור של היישובים שבהם מתגוררים המטפלים הבלתי פורמאליים, כדלקמן: בעיר, בעיר כפרית, בכפר בפרברי עיר, בכפר גדול ובכפר קטן ומבודד. החלוקה לחמש רמות עיור נקבעה על פי קריטריונים ברורים שיפורטו בהרחבה בכלי המחקר בהמשך פרק זה. הקריטריונים כללו הכרה ברמת העיור של היישוב על פי משרד הפנים, הימצאות מאפיינים בולטים של עיר (כמו משרדי ממשלה, רמזורים וכו'), מרחק היישוב מהעיר ומספר התושבים ביישוב.

2.2 המדגם

מטרת החוקר היתה להגיע למדגם מייצג מיטבי של אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים הערבים בישראל. קביעת גודל המדגם הסתמכה על כלל האצבע הטוען כי לכל פרמטר שייבחן במחקר נתון יש צורך בכ - 10 מקרים, וזאת כדי לאפשר ניתוח רב משתני מהימן (Harrell, Lee, & Mark, 1996).

היות והערכת כי יכללו בניתוח עד 25 משתנים (פרמטרים) נדגמו 250 מטפלים בלתי פורמאליים המטפלים בבית בהוריהם הקשישים. על כן, גודל המדגם אפשר בניית מודל רב משתני שסיפק לפחות 10 מרואינים לכל אחד ממשתני המחקר.

הדגימה נערכה בשני שלבים. בשלב הראשון נבחרו יישובים מייצגים לחמש רמות העיור ביישובים הערביים בצפון. נצרת, היתה העיר שנבחרה כמייצגת את קבוצת הערים. סחינין, טמרה ושפרעם היו

הנציגות של קבוצת הערים הכפריות. עין-מאהל, רינה ואכסאל, שלושה כפרים שנמצאים בפרברי העיר נצרת ייצגו את קבוצת הכפרים פרברי ערים. שעב, כאבול וכפר מנדא הנחשבים לכפרים גדולים מרוחקים מהעיר נבחרו לייצג קטגוריה זו. לבסוף הישובים הקטנים פקיעין, גוש-חלב, ערב אלהיב וכעביה-טבאש ייצגו את הכפרים הקטנים המבודדים.

מכל אחד מחמשת רמות העיור שהוצגו לעיל נבחרו 50 מטפלים בלתי פורמאליים. מספר המרואיינים שנדגם מכל ישוב נקבע על פי מספר הישובים שנמצאו בכל רמת עיור. כך למשל, כאשר באחת מהקטגוריות נמצא יישוב אחד בלבד, כמו במקרה של העיר נצרת המייצגת את קבוצת הערים, אזי נבחרו בה כל 50 המטפלים. כאשר נמצאו יישובים מספר בקטגוריה, כמו בכפרים פרברי ערים-עין-מאהל, רינה ואכסאל, נבחר מספר מטפלים שווה מכל יישוב.

בשלב השני של הדגימה, פנה החוקר לעובדות הסוציאליות האחראיות על הטיפול בקשישים באותם הישובים שנבחרו, וביקש את אישור אותן הלשכות בהן עבדו להשתתף במחקר. כל הלשכות שאליהן פנה החוקר הסכימו להשתתף במחקר הנוכחי. בהמשך, לבקשת החוקר, איתרו העובדות הסוציאליות בכל אחד מהיישובים שנבחרו קשישים שעל פי נתוניהם ונתוני מטפליהם היו מתאימים להשתתף במחקר. דהיינו, אלה היו קשישים שמוגדרים כזקוקים לעזרת הזולת ושהיו להם מטפלים בלתי פורמאליים. על פי בקשת החוקר, פנו העובדות הסוציאליות למטפלים, הזמינו אותם להתראיין והעבירו לחוקר את מספרי הטלפון של המסכימים להשתתף במחקר.

שיטת דגימה זו אינה מאפשרת מדגם אקראי לחלוטין, אך היא הניבה את המדגם המייצג האפשרי ביותר של האוכלוסייה הנחקרת. בסך הכל נדגמו 250 מטפלים בלתי פורמאליים - 50 מטפלים מכל קטגוריה של רמת עיור. העובדות הסוציאליות דיווחו כי חמישה עשר מן המטפלים שאליהם פנו בלבד סרבו להשתתף במחקר. אך, יש לציין, שלא היה ניתן להשיג נתוני רקע אודות המטפלים שסירבו להשתתף במחקר זה, בשל הימנעותם של העובדים הסוציאלים באותן לשכות רווחה למסור נתונים כלשהם אודות מטפלים אלה. עם זאת, נמצא שחמישה עשר המטפלים הבלתי פורמאליים שסירבו להשתתף במחקר היו מפוזרים בכל חמשת הקטגוריות של רמת הישוב. על כן, הניח החוקר שאין שוני בין אוכלוסיית המטפלים שסירבו להשתתף במחקר לבין אלה שהסכימו להשתתף בו.

2.3 תהליך איסוף הנתונים

תהליך איסוף הנתונים התפרס על פני שנה, מחודש מרס 2004 עד חודש מרס 2005. הנתונים נאספו בראיונות פנים מול פנים. בראיון ענה המרואיין על-206 שאלות בשאלון מובנה. כל ראיון נמשך בממוצע כשעה.

לצורך איסוף הנתונים הכשיר החוקר שני עובדים סוציאליים לבצע את הראיונות. המראיינים קיבלו הדרכה מקיפה וחומר כתוב על נושא המחקר, מידע על חשיבות הנושא והנחיה לגבי מערך המחקר. החוקר הסביר במפורט לכל מראיין על אודות מבנה כלי המחקר. כמו כן, הנחה אותם בפירוט כיצד לענות לשאלות המראיינים בעניין השאלונים, וכיצד להגיב לסירובים או למילוי חלקי של השאלונים. לפני התחלת המחקר תרגלו המראיינים שתי סימולציות של ראיון. לאחר הכשרתם, התקשרו המראיינים למטפלים שנבחרו במדגם וקבעו עימם ראיון. למראיינים ניתנה האפשרות לבחור את מקום הראיון לפי העדפתם, בבית או בלשכת הרווחה של היישוב. כולם בחרו להתראיין בבית.

2.4 כלי המחקר

במחקר נעשה שימוש במגוון כלים שיפורטו להלן. תחילה יוצגו הכלים שבדקו את מאפייני הרקע של הקשיש. אחריהם, יתוארו הכלים שמדדו את מאפייני הרקע של המטפל הבלתי פורמאלי, את המאפיינים של הטיפול ואת המאפיינים של הרשת המשפחתית המטפלת. בהמשך, יתוארו הכלים שבדקו את המשתנים הבלתי תלויים העיקריים. אלה כללו כלים שמדדו את המשתנים אורח חיים של המטפל, רמת דתיותו ורמת העיור של היישוב שבו הוא מתגורר. לאחר מכן, יפורטו הכלים שבדקו את המשתנים המתווכים. אלה כללו שאלונים למדידת טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית ובין המטפל למטופל, תחושת נטל הטיפול, התמיכה המשפחתית במטפל ומידת היעילות העצמית הכללית של המטפל. בהמשך יוסברו הכלים שבחנו את המשתנה התלוי העיקרי - מסירות ילדים ושאלונים נוספים שבדקו את משתני התוצאה, כגון שאלונים שמדדו רמת הדיכאון אצל המטפל הבלתי פורמאלי, מידת העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש. לבסוף, יוצג שאלון שבדק את משתנה הבקרה - רצייה חברתית.

2.4.1 משתני הרקע

בשאלון המחקר, השתמש החוקר בשישה משתנים על מנת לתאר את **אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים**. כאמור, משתני רקע אלה תוארו בספרות כגורמים שעשויים להשפיע על מסירות ילדים, כפי שהורחב בפרק הסקירה. משתנים אלה כללו שני משתנים דיכוטומים מין המטפל (זכר/ נקבה) ומצב משפחתי (נשוי/ לא נשוי). כמו כן, נכללו גיל והשכלה של המטפל שהוגדרו כמשתנים רציפים, כאשר המשתנה גיל שיקף את מספר שנות חייו של המטפל, והמשתנה השכלה ביטא את מספר שנות הלימוד. שני המשתנים הנוספים (מצב תעסוקתי וקירבה משפחתית) הוגדרו כמשתנים קטגוריאליים

שנמדדו באמצעות סולם שמי. כדי למדוד מצב תעסוקתי, התבקש המטפל לבחור באחד מתוך ארבע אופציות המתאימה למצבו התעסוקתי בעת ביצוע הראיון. אופציות אלה כללו שכיר במשרה מלאה, שכיר במשרה חלקית, עצמאיים, ואינם עובדים וגימלאיים. לבסוף, מידע מי הם המטפלים בקשיש נאסף באמצעות המשתנה קרבה משפחתית. משתנה זה כלל ארבע קטגוריות של קרבה, (בת, בן, כלה ונכדים). כאמור, משתנה קרבה משפחתית לקשיש לא כלל בן או בת הזוג, מכיוון שהמחקר בדק מסירות ילדים המטפלים בהורה הקשיש בלבד.

כמו כן, כלל השאלון שאלות על מאפייני הרקע של הקשיש. אלה כללו ארבעה משתנים דמוגרפיים ושני משתנים תפקודיים, שעל פי הסקירה בפרק הקודם התגלו כמשתנים שיש להם קשר למסירות ילדים להורים קשישים. מידע אודות משתנים אלה נאסף באמצעות המטפלים הבלתי פורמאליים. המשתנים הדמוגרפיים כללו שני משתנים דיכוטומיים: מין הקשיש (זכר/נקבה) ומצב משפחתי (נשוי/ לא נשוי). המשתנה הדמוגרפי השלישי הוא גיל הקשיש. משתנה זה הוגדר כמשתנה רציף, והוא ביטא את מספר שנות חייו של הקשיש לפי תשובתו של המטפל. לבסוף, המשתנה הדמוגרפי הרביעי התייחס למרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל. כדי למדוד את המרחק הגיאוגרפי, התבקש המטפל לבחור באחד מתוך שיש האופציות המתאימה למרחק הגיאוגרפי בינו לבין ההורה הקשיש. אופציות אלה כללו, לפי סדר עולה, הקשיש גר באותו בית עם המטפל, גר באותו בניין, גר באותה שכונה בבניין סמוך, גר באותה שכונה בבניין רחוק, גר בשכונה רחוקה. ציון נמוך במדד זה העיד על מרחק גיאוגרפי קצר וציון גבוה העיד על מרחק גיאוגרפי ארוך יותר.

בנוסף לכך, מאפייני הרקע של הקשיש כללו שני משתנים שמדדו את חומרת המוגבלות של התפקוד היומיומי של הקשיש. משתנים אלה נמדדו באמצעות שני סולמות נפרדים. הסולם הראשון הוא ה-ADL (Activities of Daily Living Scale) של כץ וחבריו (Katz, Downs, Cash & Grotz, 1970), שבדק את הקושי לבצע פעולות יומיומיות. סולם זה משמש את המוסד לביטוח-הלאומי לקביעת דרגת התלות של הקשיש ורמת הנזקקות שלו לעזרה מזולתו בתחומי פעילות יומיומיים בסיסיים כמו הלבשה, רחצה, אכילה, הפרשות וניידות בבית. לכל תחום בסולם ערכים שונים לפי קטגוריות ברורות. למשל, אם הקשיש היה זקוק לעזרה מלאה ברחצה הוא קבל נקודה אחת; ואם אינו שולט בשני הסוגרים ותלוי בעזרת זולתו הוא קבל שלוש נקודות. סכום הנקודות נע מ"לא מוגבל כלל" (0 נקודות) עד "מוגבל ביותר" (8 נקודות). ציון גבוה בסולם זה העיד על רמת מוגבלות גבוהה. במחקר הנוכחי, השיג הסולם של כץ וחבריו מהימנות פנימית סבירה כפי שמשתקף בציון אלפא קרוונבך של 0.78.

הסולם השני הוא ה-IADL (Instrumental Activities of Daily Living Scale) של לאוטון וברודי (Lawton & Brody, 1969), שמדד את הקושי לבצע פעולות אינסטרומנטליות יומיומיות. כך למשל, בדק הכלי את דרגת התלות של הקשיש בזולתו בשימוש בטלפון, בעריכת קניות, בהכנת אוכל, בעבודות משק בית, בכביסה, בניידות מחוץ לבית, בנטילת תרופות ובניהול כספים. סכום הנקודות נע בין "לא מוגבל כלל" (0 נקודות) עד ל"מוגבל ביותר" (8 נקודות). סיכום הנקודות בפעולות אלה מלמד על רמת תפקודו של הקשיש מ"עצמאי לחלוטין ועד "מוגבל לחלוטין". כאמור ציון גבוה העיד על רמת מוגבלות גבוהה. במחקר הנוכחי, השיג הסולם של לאוטון וברודי מהימנות סבירה (אלפא קרוונבך = 0.79).

חלק נוסף של השאלון התייחס ל**מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת**. כזכור בפרק הסקירה, הספרות הבחינה בין "מטפל עיקרי" לבין "רשת משפחתית מטפלת". בשאלון המחקר, לקח החוקר הבחנה זו בחשבון, והוא כלל בו גם מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת, שלפי הספרות קיים קשר עם מסירות ילדים. במחקר הנוכחי, הרשת המשפחתית המטפלת הוגדרה כאותם חברי משפחה שהמטפל העיקרי מנה בשמותיהם והעוזרים לו במישרין בטיפול בקשיש. מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בשאלון זה כללו מספר משתנים. הראשון הוא "**מספר חברים ברשת המשפחתית המטפלת**". משתנה זה הוגדר כמדד רציף הנמדד באמצעות סולם רווח.

המדד השני הוא "**ההרכב המגדרי של הרשת**", משתנה קטגוריאלי שנמדד באמצעות סולם שמי. משתנה זה נמדד בעקיפין כאשר המטפל העיקרי דווח על הקרבה ועל השמות של בני המשפחה העוזרים בטיפול הישיר בקשיש. כמו כן בחישוב משתנה זה נכלל המטפל העיקרי מבין חברי הרשת. תחילה נקבעה הזהות המגדרית לכל חבר או חברה ברשת המשפחתית המטפלת על פי הקרבה לקשיש (בן או בת, נכד או נכדה וכד'). בהמשך חושב מספר החברים מכל מין בכל רשת. לבסוף חולק מספר החברים על ידי המספר הכולל של החברים ברשת המשפחתית המטפלת. נתונים אלה אפשרו חלוקת הרשתות ל-3 קטגוריות על פי ההרכב המגדרי: הרוב או הכל נשים, הרכב מגדרי שווה, הרוב או הכל גברים. חלוקה זו אפשרה לחוקר לסווג את המטפלים העיקריים במחקר לפי סוג ההרכב המגדרי של הרשת המשפחתית אליה כל מטפל שייך.

משתנה נוסף שהשאלון בדק בנוגע למאפייני הרשת המשפחתית המטפלת הוא "דפוסי חלוקת האחריות של הטיפול בקשיש בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת". הכוונה לאפיון חלוקת האחריות בטיפול בהורה הקשיש בשני היבטים, מבחינה שוויוניות ומבחינת הוגנות. לשם בדיקת היבטים אלה נבנה כלי חדש המתבסס על שלושה תחומים: השקעה של זמן, השקעה פיזית והשקעה כספית. בסך הכל כללי שישה היגדים, שני היגדים לכל אחד משלושת התחומים שהועלו קודם.

הווה אומר, עבור כל תחום, היגד אחד התייחס למידת השוויוניות בחלוקת אחריות הטיפול וההיגד השני מדד את מידת ההוגנות בחלוקה זו. התשובות לכל היגד דורגו בסולם ליקרט בן ארבע דרגות, מ-1 "בכלל לא נכון" ועד 4 "נכון מאוד".

במטרה לתקף את הכלי נעשה ניתוח גורמים על בסיס ציון Eigenvalue של 1.00 ומעלה עבור ששת הפריטים. בניגוד למתוכנן, התגלתה בניתוח הגורמים חלוקה חדשה שכללה שני גורמים שונים ממה שיועד הכלי למדוד מלכתחילה, כאשר שני הגורמים החדשים הסבירו יחד כ- 80 אחוזים מהשונות. הגורמים התקבצו על בסיס של תוכן (זמן והשקעה פיזית מול השקעה כספית) במקום החלוקה המכוונת על פי שוויוניות והוגנות. הגורם הראשון שעלה בניתוח הגורמים הוא "**חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ**". גורם זה כלל ארבעה פריטים (1,2,3,4). דוגמה להיגד כזה בכלי הנוכחי הוא "טיפול בהורה קשיש דורש לעיתים שעות טיפול רבות. כל בני משפחתי תורמים אותו מספר השעות במתן עזרה להורה הקשיש". ציון גבוה במדד זה העיד על חלוקה שוויונית נתפסת המתבטאת בהשקעה של זמן ובמאמץ. המהימנות הפנימית של גורם זה הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.88. הגורם השני שעלה מהניתוח הוא "**חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של כסף**". הגורם כלל שני פריטים (5,6). דוגמה להיגד כזה בכלי הנוכחי הוא "ניהול הטיפול בהורה הקשיש דורש הוצאות רבות שהקשיש עצמו לא יכול לעמוד בהם. כל בני המשפחה משלמים סכום שווה של כסף לכיסוי ההוצאות של הקשיש". ציון גבוה במדד זה העיד על חלוקה שוויונית נתפסת בהוצאות כספיות. בדיקת המהימנות הפנימית של גורם זה השיגה גם היא אלפא קרוונבך של 0.88. כתוצאה מכך, בחר החוקר להשתמש בחלוקה השנייה על פי הגורמים בעלי המהימנות והתוקף הגבוהים הנתמכים על ידי ספרות מחקרית (Adamchak, et.al., 1991; Agree, et.al., 2002; Lillard & Willis, 1997; Pezzin & Schone, 1999; Ploeg, et.al., 2004; Silverstien, et.al., 2006; Silverstein, et.al., 2002).

כמו כן, נכללו בשאלון שאלות על **מאפייני הטיפול בקשיש**. אלה כללו חמשה משתנים רציפים. משתנים אלה ביטאו את היקף העזרה בזמן שהמטפל הגדיש לטיפול בהורה הקשיש. שלושה מאלה (משך השנים שבהם המטפל מספק טיפול להורה הקשיש, מספר שעות הטיפול בשבוע, מספר ימי טיפול בשבוע) נבדקו באמצעות שאלה ישירה למטפל המשיב. המשתנה "מספר משימות הטיפול" התייחס למספר המשימות בהן המטפל הבלתי פורמאלי נטל חלק. משימות הטיפול חולקו ל- 13 תחומי עזרה והמטפל התבקש לציין ליד כל אחד מהם אם הוא אכן נטל בהם חלק, ואם אינו נטל בהם חלק. תחומי העזרה שלגביהם נשאלו כללו האכלה, הלבשה, רחצה, שינוי תנוחה במיטה, מעבר מכיסא

למיטה או ממיטה לכיסא, הליכה בתוך הבית, טיפולים רפואיים, קניות, עזרה בצרכים האישיים, ליווי מחוץ לבית, כתיבת המחאות, הכנת אוכל והדחת כלים, ניקיון הבית, כביסה, תליה ואחסון ועזרה בשימוש בטלפון. הציון הסופי כלל את סכום המשימות שהמטפל עזר בהן לקשיש. ציון גבוה במדד זה העיד על עזרה רבה. כמו כן, על סמך המדדים שכבר הוזכרו, חושב מדד נוסף שבדק את אינטנסיביות הטיפול בקשיש. מדד האינטנסיביות ייצג את המכפלה של מספר ימי טיפול בשבוע ומספר המשימות שבהן עזר המטפל לקשיש (Navaie-Waliser, et.al., 2001). ציון גבוה במדד זה העיד על אינטנסיביות גבוהה.

2.4.2 משתנים בלתי תלויים עיקריים

המשתנים הבלתי תלויים העיקריים שנבחנו במחקר הנוכחי נובעים מעולם התוכן של מאפייני החיים המודרניים. מאפיינים אלה התייחסו לשינויים החברתיים, התרבותיים והכלכליים שהתרחשו עקב המעבר מחברות כפריות מסורתיות לחברות עירוניות מודרניות (Cowgill, 1974). Aboderin (2004), הציגה ארבעה מאפייני חיים מודרניים עיקריים: רמת עיור גבוהה של הישוב, אורח חיים אנדיבידואליסטי, רמת דתיות חילונית והשכלה גבוהה. חלק זה של השאלון בדק את ביטויי החיים המודרניים אצל המטפלים הבלתי-פורמאליים והתפיסות החברתיות-תרבותיות שלהם. במחקר הנוכחי מאפייני חיים מודרניים נמדדו בשתי רמות, ברמה קולקטיבית וברמה הפרטנית של המטפל. תחילה יוצגו הכלים שבדקו את הרמה הקולקטיבית ובהמשך הכלים שבדקו את הרמה הפרטנית.

2.4.2.1 רמת העיור של הישוב

הרמה הקולקטיבית של המשתנה "חיים מודרניים" נמדדה על פי רמת העיור של הישוב. בספרות מדווח שתהליכי הניידות הגיאוגרפית מהכפר לעיר והתעיירות הכפרים נחשבים לאחד הביטויים הבולטים של תהליך המודרניזציה (Ting & Chiu, 2002). בהקשר זה בדקו Litwin & Zoabi (2003) את הקשר בין תנאי החיים המודרניים לבין רמת הפגיעה וההזנחה של קשישים ערביים, והשתמשו ברמת העיור ביישוב בתור משתנה סדר.

במחקר הנוכחי נעשתה חלוקה דומה של רמת העיור של היישובים הערביים. הווה אומר, המשתנה "רמת העיור של הישוב" הוגדר כמשתנה סדר. המשתנה בנוי מחמש קטגוריות של רמות עיור. אלה כללו הקטגוריה של "ערים" ערביות שמתקיימים בהן מאפיינים של עיר כמו קניונים,

משרדים ממשלתיים, רמזורים ובתי חולים, כדוגמת העיר נצרת. קטגוריה נוספת שייצגה רמת עיור מעט נמוכה יותר כללה "ערים כפריות" שהן ערים שלא מתקיימים בהן מאפיינים של עיר. קטגוריה זו כללה את סחי'נין, שפרעם וטמרה. אחריהם, לפי סדר יורד, הקטגוריה של "כפרים בפרברי ערים" המושפעים מאורח החיים המודרני של העיר הסמוכה, כמו במקרה של עין-מאהל, רינה ואכסאל. בקטגוריה הרביעית נכללו "הכפרים הגדולים" המרוחקים מהעיר, אשר יוצגו על ידי הכפרים שעב, כאבול וכפר מנדא. לבסוף, הקטגוריה האחרונה שייצגה את רמת העיור הנמוכה ביותר הייתה "הכפרים הקטנים המבודדים". קטגוריה זו כללה את הכפרים פקיעין, גוש-חלב, ערב אלהיב וכעביה-טבאש. רמת העיור של היישוב נמדדה באמצעות סולם סדר, הנע מ-1 "כפר קטן מבודד" ועד 5 "עיר". ציון גבוה במדד זה העיד על רמת עיור גבוהה.

2.4.2.2 אורח החיים של המטפל - (Caregiver's life style)

כזכור, בפרק הסקירה, אורח החיים של המטפל הוצג כאחד המדדים החשובים של חיים מודרניים (Aboderin, 2004). לפי Al-Haj (1995), עיקר האוריינטציה של הפרט בחברה המודרנית מופנית להתפתחותו האישית ולאנדיבידואליזם כלכלי וחברתי. לעומת זאת בחברה המסורתית מקדיש הפרט את עיקר מאמציו לפיתוח המערכת המשפחתית הקולקטיביסטית (Al-Haj, 1995; Hui & Yee, 1994). כאמור, במחקר הנוכחי, מהווה אורח חיים של המטפל אחד המדדים הבלתי תלויים העיקריים של מאפייני חיים מודרניים.

השאלון לבדיקת אורח החיים של המטפל נבנה על בסיס הכלי של אורח חיים אינדיבידואליסטי – קולקטיביסטי (Individualism-Collectivism Scale) שפותח על ידי הוי וחבריו (Hui, 1988; Hui & Yee, 1994). הכלי מסווג את האנשים על רצף בין אינדיבידואליסטים לבין קולקטיביסטים. קצה אחד של הסולם מאפיין אנשים שמגדירים את עצמם בלתי תלויים בחברה - אינדיבידואליסטים, הקצה האחר מאפיין אנשים שרואים את עצמם חלק בלתי נפרד מהחברה - קולקטיביסטים (Hui, 1988). החוקר סבר שחלק מהפריטים בכלי המקורי אינם מתאימים לאורח החיים בחברה הערבית בכלל ולאוכלוסייה הנחקרת בפרט, במיוחד ההיגדים שבדקו אורח חיים בבית הספר ובעבודה. דוגמה לאחד ההיגדים האלה "עזרה מתברים בכיתה היא חיונית להשגת ציונים גבוהים בבית הספר". לכן, החוקר בחר מספר פריטים מהכלי המקורי שפותח על ידי Hui (1988) המתאימים לאוכלוסייה הנחקרת, והוסיף אליהם עוד מספר היגדים שהותאמו לעולמות התוכן של אורח החיים שזוהו בספרות.

הכלי הסופי במחקר הנוכחי כלל 27 היגדים שמתייחסים לעמדותיהם של המטפלים באשר להתנהגויות חברתיות, תרבותיות ומשפחתיות יומיומיות. הכלי החדש תורגם מאנגלית לעברית ומאנגלית לערבית. לאחר מכן תורגם מעברית לערבית. השאלון עבר מבחן מקדים בקרב 25 מטפלים בלתי פורמאליים דוברי ערבית. בעקבות המבחן המקדים תוקן ניסוחם של מספר פריטים כדי להתאים אותם יותר לאורח החיים של האוכלוסייה הנחקרת. המהימנות הסטטיסטית הפנימית הכוללת במבחן המקדים הגיעה לאלפא קרונבך של 0.73 .

בשאלון זה, התבקשו המטפלים הבלתי פורמאליים לדרג באיזה מידה הם מסכימים עם ההיגדים שבכלי החדש, באמצעות סולם ליקרט בן חמש דרגות. דוגמה לאחד ההיגדים בכלי זה היא " נישואין למופת הן כאשר הבעל אוהב מה שאשתו אוהבת ושונא מה שהיא שונאת". דוגמה נוספת לפריט בכלי זה היא "כאשר אדם רוצה להתחתן, ההחלטה עם מי להתחתן תלויה אך ורק בו, גם אם ההורים רוצים מאוד או מסרבים מאוד". ציון גבוה במדד זה הצביע על אורח חיים אנדיבידואליסטי וציון נמוך הצביע על אורח חיים קולקטיביסטי. המהימנות הסטטיסטית הפנימית הכוללת במחקר הנוכחי של הכלי בעל 27 הפריטים הגיעה לאלפא קרונבך של 0.81 .

2.4.2.3 רמת הדתיות של המטפל

ההנחה הרווחת בספרות היא שרמת דתיות גבוהה מצביעה על אורח חיים מסורתי קולקטיביסטי וחילוניות מצביעה על אורח חיים מודרני ואינדיבידואליסטי (Aboderin, 2004). לתופעת הדתיות היבטים שונים. בהקשר זה פיקוט ואחרים (Picot, et.al., 1997) בחנו ארבעה מאפיינים של דתיות בנוגע להתמודדות של מטפלים עם הטיפול בבני משפחה קשישים. אלה כללו קיום מצוות התפילה וביקור בכנסייה, הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה.

במחקר הנוכחי נעשה שימוש בשלושה ממאפייני הדתיות שהוצעו על ידי Picot, et.al (1997), אשר הותאמו לאוכלוסייה הנחקרת. המדד הראשון שנבחר היה קיום מצוות עיקריות. מדד זה חולק לשלושה מדדים דיכוטומים שכללו שלושה מצוות: תפילה, צום ועליה לרגל. המרואיין נשאל "האם אתה מקיים את מצוות התפילה, מצוות הצום ומצוות העליה לרגל?" והוא התבקש לענות "כן" או "לא" בנוגע לכל אחת משלושת המצוות. שני המדדים הנוספים שנבחרו היו "הגדרה עצמית של דתיות" ו"נחמה והסתייעות בדת בעת צרה". משתנים אלה הוגדרו כמשתנים קטגוריאליים שנמדדו באמצעות סולם סדר. המשתנה "הגדרה עצמית של דתיות" נבדק באמצעות שאלה ישירה למטפל העיקרי והיא "איך אתה מגדיר את עצמך מבחינה דתית?". התשובות לשאלה זו כללו ארבעה קטגוריות, חילוני, מסורתי, דתי, ודתי מאוד. ציון גבוה במדד זה העיד על רמת דתיות

גבוהה. המשתנה השני "נחמה והסתייעות בדת בעת צרה" נבדק גם הוא באמצעות שאלה ישירה למטפל העיקרי והיא "באיזה מידה אתה מסתייע בדת בעת צרה?". התשובות לשאלה זו כללו ארבע קטגוריות, אף פעם, לפעמים, לעיתים קרובות, ותמיד. ציון גבוה במדד זה העיד על הסתייעות גבוהה בדת בעת צרה.

הקשר בין דת ומודרניזציה אינו חד וברור. יש מחקרים שטוענים לקשר בין שתי התופעות (Aboderin, 2004; Azaiza & Palti, 1997; Litwin & Zoabi, 2003), ויש אחרים הקוראים תיגר על קשר זה (O'Leary, 2001). במטרה לבדוק את תוקפם של מדדי הדתיות, חושב הקשר בין מדדי דתיות (הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה) לבין שני המדדים של מאפייני חיים מודרניים (אורח חיים ורמת העיור של היישוב). בבדיקה נמצאו מתאמים שליליים מובהקים סטטיסטית בין ארבעת הפריטים הללו (ראה לוח 2.1). הווה אומר, ככל שהמטפל מתגורר ביישוב המאופיין ברמת עיור גבוהה יותר, וככל שהוא מנהל אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר, כך הוא מגדיר את עצמו חילוני יותר ואדם הממעט להסתייע בדת בעת צרה. מכאן שקיים תוקף מתכנס של מדדי הדתיות. במלים אחרות, מחקר זה מוסיף נדבך של אישוש לטענה כי מאפייני דתיות יכולים להוות אינדיקטורים נוספים למודרניזציה.

לוח 2.1: מתאמי פירסון בין מדדי דתיות ושני מדדי מודרניזציה

הגדרה עצמית של דתיות (א)	הסתייעות בדת בעת צרה (א)	
אורח חיים של המטפל (ב)	-0.35***	-0.30***
רמת העיור של היישוב (ב)	-0.25***	-0.21**

*** p<0.001, ** p<0.01
 א. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות והסתייעות גבוהה.
 ב. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי ורמת עיור גבוהה.

2.4.2.4 אינטראקציות בין מאפייני חיים מודרניים לבין מאפייני דתיות

משתני האינטראקציה בין מאפייני חיים מודרניים לבין מאפייני דתיות נוצרו במטרה לבדוק את הטענה האם הקשרים שבין משתני אורח חיים ורמת עיור לבין מסירות ילדים יהיו שונים על פי רמות שונות של רמת דתיות. כזכור, הספרות הייתה חלוקה לגבי יחסי התלות בין דתיות ומודרניזציה. במחקר הנוכחי הצביעו הניתוחים הדו-משתנים על קשר מובהק בין מאפייני דתיות לבין מאפייני

חיים מודרניים (לוח 2.1). לכן הכנסת אינטראקציות אלה למודל הרב משתני מיועדת להבהיר את יחסי התלות בין שני עולמות התוכן של "מודרניזציה".

אינטראקציות אלה נוצרו בשני שלבים. תחילה נוצרו משתנים מנורמלים (ציוני התקן) של שלושת משתני האינטראקציה ואחר כך נוצרו שני משתנים חדשים שהם מכפלת המשתנים המנורמלים. אלה כללו מכפלת המשתנים המנורמלים של אורח חיים והגדרה עצמית של דתיות ומכפלת המשתנים המנורמלים של רמת העיור והגדרה עצמית של דתיות.

2.4.3 המשתנים המתווכים

להלן מוצגים הכלים שבדקו את המשתנים המתווכים כפי שהובאו במודל התיאורטי של המחקר. כזכור, על פי המודל התיאורטי, המשתנים המתווכים כללו מספר משתנים, והם טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית, טיב היחסים בין המטפל לקשיש, תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל, יעילות עצמית כללית ונטל הטיפול.

2.4.3.1 טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת (Family Conflict)

מהספרות עולה שקונפליקטים וסכסוכים משפחתיים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת בהורה קשיש, הינם תופעה שכיחה (Pearlin, et.al., 1990; Strawbridge & Wallhagen, 1991; Townsend & Franks, 1995). על פי המודל של Pearllin, et.al. (1990), קונפליקט משפחתי נתפס כגורם לחץ משני שמפיע על ההערכה העצמית ותחושת השליטה אצל המטפל. כמו כן, הוא עלול לגרום לדיכאון ותחושת מעמסה אצל הילדים המטפלים (MaloneBeach & Zarit, 1992; Semple, 1995).

על מנת לבדוק את טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת נבחר כלי שנוצר על ידי Pearllin, et.al. (1990). הכלי בחן שלושה מרכיבים בטיפול בקשיש: מצבו הבריאותי והבטיחות של הקשיש, מערכת היחסים בין בני המשפחה לבין הקשיש ומערכת היחסים בין בני המשפחה לבין המטפל העיקרי. שלושה מרכיבים אלה נמדדו ב-12 היגדים, ארבעה היגדים לכל מרכיב. המהימנות הפנימית הסטטיסטית של כל גורם בנפרד בכלי המקורי על פי סדר הצגתם לעיל היא, 0.80, 0.86, 0.84. המהימנות של 12 הפריטים יחד הגיעה ל-0.90.

במחקר הנוכחי כל מטפל התבקש לציין באיזו מידה היו לו חילוקי דעות עם בני משפחתו בהתייחס לכל אחד משלושת ההרכבים שהועלו קודם. התשובות דורגו בסולם ליקרט בן חמש

דרגות, מ-1 "תמיד" ל-5 "אף פעם". דוגמה של אחד ההיגדים מכילי זה היא "בני משפחתי אינם מעריכים את העבודה שלי בתור מטפל". ממוצע התשובות של כל מרואייני שיקף את טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית. ציון גבוה במדד זה העיד על יחסים טובים בתוך הרשת. במחקר הנוכחי תורגם הכלי לעברית ומעברית לערבית, ואחר כך נבדק במבחן מקדים. המהימנות הסטטיסטית הפנימית של הכלי הגיעה גם כאן, לאלפא קרונבך של-0.90.

2.4.3.2 טיב היחסים בין הקשיש למטפל (Elder-Caregiver Relationships Scale)

חוקרים מצאו שיחסים טובים בין הקשיש לילד המטפל מנבאים מחויבות חזקה לטיפול בהורה הקשיש (Pohl, et.al., 1995). כמו כן, נמצא שמחויבות ילדים גבוהה קשורה ליחסים טובים עם הורה הקשיש בעבר (Neufeld & Harrison, 1998). הכלי של טיב היחסים בין הקשיש למטפל פותח על ידי פולשוק ודימלינג ונועד למדוד את השפעתו השלילית של הטיפול על טיב היחסים בין הקשיש למטפל הבלתי פורמאלי. השאלון המקורי כלל 11 פריטים והמהימנות הסטטיסטית הפנימית שלו הגיעה לאלפא קרונבך של 0.88 (Poulshock & Deimling, 1984).

במחקר הנוכחי השתמש החוקר רק ב-6 פריטים מתוך ההיגדים המקורים, וזאת בכדי למנוע עומס על המרואייני. הפריטים הללו הותאמו לאוכלוסיית המחקר. המטפל התבקש לדרג את הרגשות ביחס לשישה ההיגדים. התשובות דורגו בסולם ליקרט בן חמש דרגות, בין 1 "תמיד" לבין 5 "אף פעם". דוגמה של אחד ההיגדים בכלי זה היא "יחסיי עם הקשיש גורמים לי להיות מתוח ועצבני". ממוצע התשובות של כל מרואייני שיקף את טיב היחסים בין המטפל לבין ההורה הקשיש וציון גבוה העיד על יחסים טובים. הכלי בגירסתו החדשה במחקר הנוכחי תורגם לעברית ומעברית לערבית. לאחר מכן נבדק במבחן המקדים. המהימנות הסטטיסטית הפנימית של השאלון בגירסה המקוצרת במחקר הנוכחי השיגה אלפא קרונבך של 0.66.

2.4.3.3 תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל (Role-Specific Social Support)

Scale

הספרות הצביעה על קשר בלתי ישיר בין תמיכה משפחתית במטפל לבין מסירות ילדים, כאשר נטל טיפול ודחק נחשב לגורם מתווך בין תמיכה משפחתית במטפל לבין מסירות ילדים (Lee & Sung, 1998). כמו כן, מחקרים הצביעו באופן עקבי שתמיכה משפחתית במטפל היא מקור חשוב להפחתת תחושת המתח והמעמסה (Lee & Sung, 1998; Pearlin et. al.,1990; Spitze &)

George & Gwyther, 1986;) ולמניעת הופעת דיכאון אצל המטפלים בני משפחה (Logan, 1990
(MaloneBeach & Zarit, 1995; Zarit et.al., 1980;), במיוחד תמיכה משפחתית ספציפית
בתפקיד המטפל שנמצאה כיעילה יותר מתמיכה כללית (Thoits, 1986).
על מנת לבדוק את "התמיכה המשפחתית הספציפית בתפקיד המטפל" נבחר כלי שפותח על
ידי Pearlin, et.al (1990). הכלי מתייחס לתמיכה המשפחתית האפקטיבית במטפל. כאמור,
התמיכה המשפחתית האפקטיבית במטפל נחשבת על פי מספר חוקרים כסוג התמיכה
המשמעותית ביותר וכן הנפוצה ביותר עבור הפרט (Auslander & Litwin, 1991). הכלי תורגם
לעברית ונעשה בו שימוש קודם בישראל על ידי Greenberger & Litwin (2003).
במחקר הנוכחי, כלל הכלי לבדיקת "תמיכה משפחתית ספציפית בתפקיד המטפל" 9 היגדים.
דוגמה לאחד ההיגדים היא "יש לי אנשים שיכולים לתת לי עזרה מעשית". המטפלים התבקשו
לדרג את מידת הסכמתם להיגדים אלה באמצעות סולם ליקרט בן ארבע דרגות, מ-"מסכים
מאוד" עד- "בכלל לא מסכים". ממוצע התשובות של כל מרואייני שיקף את מידת התמיכה
המשפחתית במטפל. ציון גבוה במדד זה העיד על תמיכה משפחתית גבוהה. במחקרם של גרינברגר
וליטווין הגיעה המהימנות הסטטיסטית הפנימית של הכלי לאלפא קרוונבך של- 0.84
(Greenberger & Litwin, 2003). במחקר הנוכחי הגיעה המהימנות הפנימית של הסולם לאלפא
קרוונבך של 0.77.

2.4.3.4 יעילות עצמית כללית (Self-Efficacy, General Scale)

כפי שהובא בסקירת הספרות, הערכה עצמית ושליטה עצמית התגלו כשני גורמים המסייעים
למטפל להתמודד עם נטל הטיפול והופעת דיכאון (Schreiner & Morimoto, 2003). מספר
חוקרים (Noonan, & Tennstedt, 1997) התייחסו בנפרד לשני המדדים של הערכה עצמית (Self
Esteem Scale) שנוצר על ידי רוזנברג (Rosenberg, 1965) ותחושת שליטה אצל המטפל
(Mastery) שפותח על ידי Pearlin & Schooler (1978). חוקרים אחרים איחדו שני מדדים אלה
במדד אחד המכונה "יעילות עצמית כללית" (Hobfoll & Lerman, 1989). במחקרם, הסולם
המשולב הגיע להומוגניות של 0.81. גם כל אחד מהכלים בנפרד השיג רמות אלפא גבוהות. הסולם
לבדיקת הערכה עצמית השיג 0.95, והסולם לבדיקת תחושת שליטה הגיע ל-0.87. בכלי המשולב
נעשה שימוש בעבודתם של גרינברגר וליטווין (Greenberger & Litwin, 2003). במחקרם,

הגיעה המהימנות הסטטיסטית של הסולם המשולב לאלפא קרוונבך של 0.88, בסולם לבדיקת הערכה עצמית הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.81 ובסולם לבדיקת שליטה הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.79 (Greenberger & Litwin, 2003).

במחקר הנוכחי, נעשה שימוש בכלי המשולב (Greenberger & Litwin, 2003). הכלי מודד משאבים אישיותיים המסייעים לפרט להתמודד עם משימות החיים. כאמור, משאבים אלה משמשים במחקר הנוכחי אחד הגורמים המתווכים בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים ותחושת דיכאון בקרב מטפלים בלתי פורמאליים, כפי שהובא בהרחבה בסקירת הספרות. הכלי כלל 16 היגדים. תשעה מהם בדקו הערכה עצמית. היגדים אלה מבטאים את המידה שהפרט מרגיש את עצמו שווה ערך. דוגמה לאחד ההיגדים האלה הוא "יש זמנים שבהם אני מרגיש שאני לא שווה בכלל". בנוסף, הכלי כלל שבעה פריטים שבדקו תחושת השליטה. היגדים אלה מציגים את הרגשתו של הפרט בדבר מידת שליטתו בדברים החשובים בחייו, שליטה פנימית ושליטה באמצעות מניפולציה של הסביבה. דוגמה לאחד הפריטים האלה הוא "יש לי מעט שליטה על הדברים שקורים לי". הכלי תורגם מעברית לערבית ולהיפך על ידי שני אנשים נפרדים, ואחר כך נבדק במבחן מקדים.

במחקר הנוכחי, התבקש המרואיין לציין את מידת ההתאמה של ההיגדים עבורו באמצעות סולם ליקרט בן חמש דרגות, מ"מתאים מאוד" עד "לא מתאים בכלל". ממוצע התשובות של כל מרואיין שיקף את היעילות העצמית הכללית. ציון גבוה במדד המשולב העיד על יעילות עצמית כללית גבוהה. בדיקת המהימנות הפנימית של הסולם המשולב (16 פריטים) במחקר הנוכחי, העלתה אלפא קרוונבך של 0.87. כמו כן, בסולם למדידת תחושת שליטה בנפרד (9 פריטים) הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.80 ובסולם למדידת הערכה עצמית (7 פריטים) הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.84.

2.4.3.4 תחושת נטל הטיפול - (The Caregiver Burden Inventory)

על פי הספרות, נטל הסיוע והטיפול בהורים קשישים נופל בדרך כלל על בני המשפחה (Keith, 1991; Wolf, et.al., 1997; Sung, 1995). מרבית המחקרים שעסקו בנטל הטיפול בהורה קשיש, במיוחד עם קשישים דמנטיים או עם מוגבלות פיזית, מצאו שהמטפלים הבלתי פורמאליים, דיווחו על רמות גבוהות של תחושת מעמסה (Overload), מתח (Strain), דחק (Stress) או נטל

(Burden) על פני ממדיו השונים (Bedard, et.al., 2000; Gupta, 2000; Ory, et.al., 1999;)
(Pearlin, et.al., 1990; Stone, et.al, 1987 Zarit, et.al., 1980;
הספרות מציעה מגוון רחב של כלים למדידת תחושת נטל הטיפול (Lawton, et.al., 1991;)
1980, Zarit, et.al., 1989; Novack & Guest, 1985; Montgomery, et.al., 1985). במחקר הנוכחי
נבחר הכלי שפותח על ידי Novak & Guest (1989). בו נעשה שימוש רחב בכלי זה במחקרים
שבדקו את תחושת נטל הטיפול בקרב מטפלים בלתי פורמאליים (Chou, Caserta et.al., 1996;
1998, Lee & Sung, 1999; et.al.). הכלי מודד את ההשפעה השלילית של הטיפול על תחומי
החיים השונים של המטפל. השאלון כלל 24 היגדים שמחולקים לחמישה גורמים כפי שדווח על
ידי היוצרים: נטל הזמן, נטל התפתחותי, נטל פיזי, נטל חברתי ונטל רגשי. המחברים של השאלון
בדקו את המהימנות הסטטיסטית של חמשת המרכיבים של הסולם והגיעו לפי סדרם לאלפא
קרונבך של 0.81, 0.69, 0.86, 0.87, 0.85 (Novak & Guest, 1989).
במחקר הנוכחי התבקשו המרואיינים לציין באיזו מידה ההיגדים משקפים את מצבם בכל
הקשור לטיפול בקשיש. התשובות דורגו בסולם ליקרט בן חמש דרגות, בין 1 "בכלל לא מתאים"
ועד 5 "מתאים מאוד". דוגמה לאחד הפריטים בכלי זה היא "אינני ישן מספיק בלילה בגלל
הטיפול בקשיש". ממוצע התשובות של כל מרואיין שיקף את תחושת הנטל מהטיפול. ציון גבוה
במדד זה העיד על תחושת נטל גבוהה.
במבחן המקדים שנערך בקרב 25 מטפלים דוברי ערבית עוררו חמשת הפריטים שמייצגים את
הנטל הרגשי תחושות לא נעימות ומביכות במרואיינים. דוגמה לאחד הפריטים הבעייתיים בכלי
המקורי היא "אני מתבייש באבא שלי" ודוגמה נוספת "אני מרגיש מבוכה בגלל התנהגותו של
הקשיש". חלק מהיגדים אלה נוסחו מחדש וחלקם הוחלפו בהיגדים אחרים שמוודדים את תחושת
הנטל הרגשי מבלי לגרום למרואיינים מבוכה. דוגמה לאחד ההיגדים החדשים שהוספו לשאלון
הוא "אני מרגיש מדוכא כשאני מטפל בקשיש", ודוגמה נוספת "אני מרגיש עצבני בגלל עומס
הטיפול בקשיש". לבסוף, נבחן הכלי החדש שוב עם כל 24 הפריטים במבחן מקדים ולא נדרשו
תיקונים נוספים. בדיקת המהימנות הסטטיסטית של הגורם הרגשי העלתה אלפא קרונבך של
0.63. בהמשך בוצע ניתוח גורמים ל-5 הפריטים המשקפים נטל רגשי. הניתוח העלה גורם אחד
עם Eigenvalue מעל ל-1. במחקר הנוכחי המהימנות הסטטיסטית של כל 24 הפריטים של
השאלון השיגה אלפא קרונבך של 0.92.

2.4.4 משתנה תלוי עיקרי - מסירות ילדים (Filial piety scale)

כזכור, לפי המודל התיאורטי, המשתנה "מסירות ילדים" הוא המשתנה התלוי העיקרי במחקר. הספרות עושה הבחנה חדה וברורה במונח "מסירות ילדים". כך למשל, יש חוקרים שהתייחסו למסירות ילדים מהפרספיקטיבה של ההורים (Hanson, et.al., 1983) ואחרים התייחסו אליו מהפרספיקטיבה של הילדים (Cicirelli, 1993). המונח מסירות ילדים מדווחת "filial piety" מתייחס למניעים של הילדים למתן טיפול ועזרה להורים הקשישים (Cicirelli, 1993; Sung, 1992). לעומת זאת, מסירות ילדים מצופה "expectation of filial piety" מבטאת את ציפיותיהם של ההורים הקשישים מילדיהם הבוגרים בכל הקשור להגנתם ולטיפול בהם (Blieszner & Mancini, 1987; Hanson, et.al., 1983). במחקר הנוכחי בחר החוקר להתמקד בבדיקת המניעים למסירות ילדים מהפרספיקטיבה של הילדים. כמו כן, מבחינה אמפירית וקונציפטואלית מבחינה הספרות בין שתי גישות למדידת המושג "מסירות ילדים": הגישה האיכותנית (Brody, et.al., 1984; Groger & Mayberry, 2001; Tsai, 1999; Finley, et.al., 1988; Hamon & Blieszner, 1990); והגישה הכמותית (Hanson, et.al., 1983; Kao & Travis, 2005a; Kim & Lee, 2003; Lee, et.al., 1994; Lee & Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998; Seelbach & Sauer, 1977). יש לציין, שחוקרים בקבוצה השנייה השתמשו בסקאלות המכילות מספר קטן של היגדים, בין חמשה לשבעה היגדים. יש הטוענים, שהשימוש במספר קטן ומוגבל של היגדים, עשוי להגביל את ההתייחסות להיבטים ספציפיים מעולם התוכן הרחב של המושג "מסירות ילדים". אי לכך, Hamon & Blieszner (1990), הציעו כלי רחב יותר למדידת אחריות ילדים. כך עשו חוקרים אחרים (Kao & Travis, 2005a). המחקר הנוכחי סבר החוקר כי כלים אלה לא מספיק מהימנים למדידת המניעים למסירות ילדים בחברה הערבית בישראל וזאת בגלל שתי סיבות: אחת, במחקרים אלה נעשה שימוש במערך מחקר לא ניסויי והסתמכו על מדגמי נוחות. שתיים, הערכים שמשקפים כלים אלה אינם מתאימים לערכיה ומנהגיה של החברה הערבית בישראל. לאור זאת, בנה כלי חדש למדידת "מסירות ילדים".

השאלון החדש למדידת "מסירות ילדים" שנבנה, כלל 26 פריטים. היגדים אלה התבססו על הכלים השונים שהוצעו בסקירה, והם מבטאים את המניעים ואת עולמות התוכן השונים של

מסירות ילדים שזוהו בספרות המותאמים לתרבות הערבית בישראל. דוגמה לאחד ההיגדים בכלי זה היא "כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות את נישואיו", ודוגמה נוספת, "אני נוטה לקבל את דעתם של הוריי, גם אם היא מנוגדת לדעתי". המרואיין התבקש להביע את מידת הסכמתו להיגדים אלה באמצעות סולם ליקרט בן חמש דרגות, הנע מ-"מסכים מאוד" ועד-"לא מסכים בכלל". ציון גבוה במדד זה העיד על מסירות ילדים גבוהה. בהמשך, ערך החוקר מבחן מקדים (pre-test) לכלי החדש של "מסירות ילדים" בקרב 25 מטפלים בלתי פורמאליים דוברי ערבית. בדיקת המהימנות במבחן המקדים השיגה אלפא קרוונבך של 0.79. נוסף על כך, נשלח השאלון לעיונם של מומחים בחקר האוכלוסייה הערבית. בעקבות המבחן המקדים והערות המומחים נערכו שינויים במספר היגדים שבשאלון. לוח 2.2 מציג את ניתוח הגורמים שנערך עבור 26 הפריטים שמוודדים מסירות ילדים. הניתוח העלה 7 גורמים עם Eigenvalue מעל ל-1 שמסבירים יחד 58.8 אחוזים מהשונות. הגורם הראשון שעלה מהניתוח כלל שישה פריטים המשקפים מניעים כמו הקרבה של זמן ושל כסף. גורם זה הסביר 13.55 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.80. הגורם השני כלל גם שישה פריטים המייצגים שני עולמות תוכן, האחד מחויבות ואחריות והאחר אהבה ואמפטיה. גורם זה הסביר 12.01 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.73. הגורם השלישי בסדרת הגורמים כלל שלושה היגדים המייצגים מניעים, כגון מתן כבוד להורים. גורם זה הסביר 7.63 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.64. הגורם הרביעי כלל שלושה פריטים המשקפים מניעים כמו שמירה על ערכים ומנהגים תרבותיים. גורם זה הסביר 7.48 אחוז מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.71. שלושה הגורמים האחרונים, בניגוד לארבע הגורמים הראשוניים, הסבירו אחוז קטן מאוד מהשונות והשיגו אלפא קרוונבך נמוכים. כך למשל, הגורם החמישי כלל בתוכו שלושה היגדים שמשקפים מניעים של רצון להחזיר טובה להורים. גורם זה הסביר רק 6.89 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.47. כמו כן, הגורם השישי כלל בתוכו רק שני פריטים המייצגים "הדדיות". גורם זה הסביר 5.64 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.49. לבסוף, הגורם השביעי כלל שלושה פריטים המשקפים מניעים של רצון לשמור על הרמוניה ולכידות משפחתית. הגורם הסביר 5.60 אחוזים מהשונות והשיג אלפא קרוונבך של 0.45.

לוח 2.2: ניתוח גורמים של 26 הפריטים המרכיבים את הכלי של מסירות ילדים (N=250).

הפריטים	גורם I הקרבה בזמן ובכסף	גורם II מחוייבות ואחריות, אהבה ואמפטיה	גורם III מתן כבוד להורים	גורם IV שמירה על ערכים ומנהגים תרבותיים	גורם V רצון להחזיר טובה	גורם VI יחסי חליפין	גורם VII שמירה על הרמוניה ולכידות משפחתית	אלפא קרוונבך	% השוות המוסב רת
1. כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות את נישואיו.	0.63							0.80	13.55
6. כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות או לעזוב את לימודיו.	0.74								
8. כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לעזוב את עבודתו או להוריד את היקף המשרה.	0.71								
13. כל ילד חייב להיות מוכן לחלוק את ביתו עם הוריו הזקנים בכל עת, גם אם זה בא על חשבון חיי המשפחה או חיי הנישואין שלו.	0.67								
17. כל ילד צריך לתת עזרה כספית להוריו גם אם זה דורש ממנו לקחת הלוואה בנקאית.	0.61								
21. כל ילד צריך להעביר את זמנו הפנוי בקרבת הוריו הקשישים.	0.56								
2. אני מרגיש אחריות ומחויבות גדולה כלפי הטיפול בהוריי.	0.64							0.73	12.01
3. חלקי בטיפול ובעזרה שאני נותן להוריי הם כפי שבני המשפחה תכננו שאני אעשה (סילום הפוך).	0.67								
14. מגעים עם ההורים הקשישים באמצעות ביקורים או טלפונים חייבים להיות לעיתים קרובות.	0.55								
16. אני נוהג להסיע וללוות את הורי לאירועים חברתיים ביישוב ומחוצה לו, כול פעם שהם מבקשים זאת ממני.	0.62								
19. אני תמיד מרגיש את אהבתם או את כעסם של הורי עלי, גם אם הם מסתירים או לא יכולים לבטא את הרגשות האלה.	0.66								
20. הורי, הם האנשים שאני מרגיש קרוב אליהם יותר מאשר לאנשים אחרים במשפחה (כמו אישה וילדים).	0.58								
11. אני נוטה לקבל את דעתם של הורי, גם אם זה מנוגד לדעתי.			0.68					0.64	7.63
12. הילדים צריכים לדאוג ולעזור להורה האלמן גם אם הוא עצמאי ואינו צריך עזרה.			0.49						
15. אני אף פעם לא מדבר עם הורי בטון גבוה, גם כשאני כועס או מתעצבן.			0.69						
23. לפעמים יש אילוצים משפחתיים שמאפשרים לילדים לשלוח את הוריהם לבית אבות (סילום הפוך).				0.76				0.71	7.48
24. לפעמים יש אילוצים משפחתיים שמאפשרים לילדים להביא מטפל זר לטפל בהוריהם בבית (סילום הפוך).				0.66					
26. על הילדים לנשק את ראשו וידו של ההורה כאשר הם נפגשים איתו.				0.58					
9. אני עוזר להוריי בזמן שהם חולים יותר מאשר בזמן אחר (סילום הפוך).				0.57				0.47	6.89
10. לנכדים יש מחויבות לעזור ולטפל בסבא ובסבתא הזקנים, כמו לשאר בני המשפחה.				0.63					
18. הזמן הנכון והמתאים להחזיר טובה להורים, הוא כאשר הם מזדקנים והופכים למוגבלים (סילום הפוך).				0.72					
22. הילד האחראי על הקצבה והרכוש של הזקן, צריך לספק את רוב הטיפול והעזרה לזקן (סילום הפוך).								0.49	5.64
25. הילד שקיבל יותר תמיכה ועזרה מההורים, צריך לספק את רוב העזרה והטיפול בהורים (סילום הפוך).						0.65			
4. יש לי סיבות רבות ומוצדקות שיפטרו אותי מהטיפול שאני מספק להוריי, אבל בני המשפחה לא מאפשרים זאת. (סילום הפוך).						0.72		0.45	5.60
5. היותם של הוריי בחיים, שומרת על הרמוניה ולכידות בתוך המשפחה.							0.60		
7. העזרה והטיפול שאני נותן להוריי הם בגלל חוסר ברירה או בגלל אילוצים משפחתיים							0.48		

תוצאות אלפא קרונבך הנמוכים בשלושה הגורמים האחרונים אינם מאפשרים שימוש במדד על פי תת סקאלות. כתוצאה מכך, התייחס החוקר למסירות ילדים כמדד חד ממדי מרווחי, בדומה לשימושו למחקרים אחרים (Lee & Lee, et.al. 1994; Kim & Lee, 2003; Hanson, et.al., 1983; Sung, 1997; Litwin, 1994; Peek, et.al., 1998; Seelbach & Sauer, 1977), במחקרים אלה, המהימנות הפנימית של הכלים לבדיקת "מחויבות ילדים" נעה בין קרונבך אלפא 0.68 ועד 0.87. במחקר הנוכחי, הגיעה המהימנות הסטטיסטית לתשובותיהם של כל 250 המרואיינים לאלפא קרונבך של 0.83.

2.4.5 התוצאות של מסירות ילדים

2.4.5.1 דיכאון (הרווחה האישית של המטפל) - (CES-D) – Center for Epidemiological

Studies Depression Scale

כזכור, בפרק הסקירה, מופיע הדיכאון כאחד האינדיקטורים השכיחים והחשובים להערכת הרווחה האישית של המטפלים הבלתי פורמאליים (Tennstedt, Evans, et.al., 1992; Kim & Lee, 2003; Townsend & Franks, 1995; et.al., 1992). כאמור, במחקר הנוכחי הרווחה האישית של המטפל שנמדדת באמצעות המדד רמת דיכאון מהווה אחד ממדדי התוצאה. הקשר בין תחושת מחויבות ופמיליזם לבין הופעת דיכאון אצל מטפלים בלתי פורמליים אינו חד וברור. מצד אחד, Raveis, et.al. (1998) מצאו שתחושת מחויבות ילדים גבוהה קשורה לרמות דיכאון גבוהות אצל המטפל. מאידך, Kim & Lee (2003), לא מצאו קשר מובהק בין מחויבות ילדים לבין דיכאון בקרב המטפלים הלתי פורמליים. כלי לבדיקת רמת הדיכאון של המטפלים הבלתי פורמאליים פותח במרכז לחקר אפידמיולוגי לכן הוא מכונה (Center for Epidemiological Studies Depression Scale - CES-D). השאלון יועד לבדוק סימפטומים של דיכאון באוכלוסייה הכללית. אך במשך השנים נעשה בו שימוש נרחב ובלעדי במחקרים שבדקו דיכאון בקרב קשישים ומטפליהם הבלתי פורמאליים (Gallicchio, et.al., 2002; George & Gwyther, 1986; Hertzog, et.al., 1990; Kim & Lee, 2003; Lawton, et.al., 1991; Lee, et.al., 2001; Tennstedt, et.al., 1992; Yates et.al., 1999). במחקר הנוכחי, נעשה שימוש בכלי זה לבדיקת דיכאון בקרב הילדים המטפלים בהוריהם הקשישים (Radloff, 1977). השאלון כלל 20 פריטים שבדקו סימפטומים של מצוקה נפשית.

המטפלים התבקשו לדרג את מספר הימים בשבוע האחרון שחוו בהם סימפטומים ספציפיים לדיכאון. התשובות דורגו בסולם ליקרט בן 4 דרגות מ"בכלל לא - לעיתים נדירות" (פחות מיום אחד) ועד "מרבית הזמן" (5-7 ימים). ממוצע התשובות של המרואייין שיקף את רמת הדיכאון שלו. ציון גבוה במדד זה העיד על רמת דיכאון גבוהה. Radloff (1977) דיווח על מהימנות סטטיסטית גבוהה של הכלי שהגיע לאלפא קרונבך = 0.90 (1977). במחקר הנוכחי העלתה בדיקת המהימנות הסטטיסטית של כל 20 הפריטים בשאלון הבודק רמת דיכאון, אלפא קרונבך של 0.87.

2.4.5.2 העדפת המטפל את הטיפול המשפחתי לעצמו בעת זקנה

במחקר הנוכחי, העלה החוקר השערה שלפיה תהליכי המודרניזציה שהחברה הערבית בישראל עוברת מזה שלושה עשורים עשויים להשפיע על העדפתם של המטפלים הבלתי פורמליים לטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה. מסקירת הספרות בפרק הקודם, התגלה שמרבית המחקרים בדקו בעיקר את העדפותיהם של הקשישים לטיפול ולסידור מגוריהם עם בני המשפחה (Brody, 1987; Beland, 1987; Doty, 1986). עם זאת, נמצאו מעט מאוד מחקרים שהתייחסו להעדפתם של מטפלים הבלתי פורמליים לטיפול משפחתי לעצמם בערב ימיהם (Strawbridge & Wallhagen, 1991, 1992; Wallhagen & Strawbridge, 1995). במחקרים אלה, נבדקה העדפת המטפל לטיפול בעצמו בעת זקנה באמצעות שלוש צורות טיפול: טיפול על ידי בני המשפחה, טיפול במוסד סיעודי וטיפול על ידי מטפל זר לעזרה בבית.

לצורך בדיקת תופעה זו בנה החוקר כלי חדש שכלל התייחסות לשלושת צורות הטיפול שהוצעו בעבודתם של Strawbridge & Wallhagen (1991). השאלון החדש התייחס להעדפתו האישית של המטפל באשר לשלושה סוגי טיפול: טיפול משפחתי, טיפול על-ידי מטפל זר וטיפול במסגרת מוסדית. המשיב התבקש לציין באיזו מידה הוא מעדיף כל אחת מאפשרויות הטיפול. התשובות עבור הטיפול המשפחתי דורגו בסולם ליקרט בן 5 דרגות, מ-1 "במידה רבה מאוד" ועד 5- "בכלל לא". דוגמה לפריט זה היא "ארצה לקבל עזרה וטיפול אישי מבני משפחתי". התשובות עבור הטיפול על ידי מטפל זר וטיפול במסגרת מוסדית דורגו הפוך, מ-1 "במידה רבה מאוד" ועד 5- "בכלל לא". דוגמה לאחד ההיגדים האלה בכלי היא "ארצה שהטיפול שינתן לי יהיה על ידי מטפלים פורמליים מחוץ למשפחה". ציון גבוה במדד זה העיד על העדפה נמוכה לקבלת טיפול פורמלי (ובהתאמה, העדפה גבוהה יותר לקבלת עזרה מהמשפחה). בדיקת המהימנות הסטטיסטית של הכלי העלתה אלפא קרונבך של 0.65.

ניתוח גורמים נעשה עבור שלושת הפריטים על בסיס ציון Eigenvalue של 1.00 ומעלה, ונמצא גורם אחד ובו שלושת הפריטים אשר הסבירו 59.4 אחוזים מהשונות.

2.4.5.3 תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות הבין דוריות (בזמן ובכסף)

אחת הסוגיות המרכזיות שהעלתה הספרות, היא השאלה-מי אחראי לטיפול ולתמיכה בזקנים מוגבלים התלויים בעזרת הזולת לצורך מילוי צרכים בסיסיים כמו טיפול אישי, ניהול משק בית ותמיכה כספית. האם זו המשפחה שאחראית או שמה זו המדינה שצריכה לספק צרכים אלה?

אפשרות נוספת היא שעל שתיהן גם יחד לספק צרכים אלה (Litwin & Litwak, 1985; Choi, 1996; Auslander, 1992). לא נמצאו מחקרים שבדקו את תפיסתם של מטפלים הבלתי פורמאליים באשר לאחריות המשפחה והמדינה לטיפול בקשישים בכל הקשור לסיפוק צרכי עזרה וצרכים כספיים. אי לכך, בנה החוקר כלי חדש לבדיקת העברות אלה של זמן ושל כסף.

השאלון שנבנה כלל שלוש שאלות המתיחסות לשלושה סוגי שירותים: תמיכה כספית, עזרה במשק הבית וטיפול סיעודי. המשיב התבקש להביע מי לדעתו צריך לשאת באחריות הטיפול בהורים הקשישים בכל אחד מהשירותים שהוזכרו קודם. אפשרויות התשובות דורגו בסולם ליקרט בן 5 דרגות, 1. המדינה בלבד, 2. המדינה בעיקר, 3. שניהם באופן שווה, 4. המשפחה בעיקר, 5. המשפחה בלבד. ציון גבוה בסולם זה העיד על תפיסה גבוהה של הילדים המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות הבין דוריות הקשורות בטיפול בהורה הקשיש.

לצורך תיקוף הכלי נעשה ניתוח גורמים על בסיס ציון Eigenvalue של 1.00 ומעלה עבור שלושת הפריטים. בניגוד למתוכנן, הניתוח הסיר פריט אחד שלא עבר את נקודת החיתוך (0.40) והעלה גורם אחד שכלל שני הפריטים הנוספים (פריט 2 ו-3). שני פריטים אלה הסבירו 57.7 אחוזים מהשונות.

לגורם החדש קראנו "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בהורה קשיש". בהמשך נעשתה בדיקת מהימנות לגורם זה שעלתה אלפא קרונברך של 0.81. הפריט שהוסר מהניתוח (פריט מספר 1) קראנו "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בהורה קשיש". גורם זה עובד ונותח סטטיסטית בנפרד. מהספרות עולה כי בחקר הסולידריות הבין-דוריות יש כלים מורכבים יותר לשם מדידת שתי התופעות המוצגות לעיל, אך הם לא יושמו במחקר הנוכחי.

חלוקה דיכוטומית של ההעברות הבין דוריות כפי שעלה מניתוח הגורמים מוכרת היטב בתחום

הגרונטולוגיה כהעברות של זמן (Time transfers) ובהעברות של כסף (Financial transfers)

Adamchak, et.al., 1991; Agree, et.al., 2002; Lillard & Willis, 1997; Pezzin & Schone,)
בחר (1999; Ploeg, et.al., 2004; Silverstein, et.al., 2006; Silverstein, et.al., 2002
החוקר להשתמש בחלוקה השנייה על פי הגורמים בעלי המהימנות והתוקף הגבוהים המבוססים על
ספרות מחקרית.

2.4.6 הרצייה החברתית - (Marlowe-Crowne Social Desirability Scale)

במחקר הנוכחי, העלה החוקר חשש שדיווחי המשיבים לשאלות הנוגעות לסוגיות המבטאות ערכים
תרבותיים (כגון מסירות ילדים) יהיו מוטים. על מנת לבדוק את מידת התגובתיות של המטפלים
לשאלון המחקר, נבחר כלי למדידת הרצייה החברתית (Marlowe-Crowne Social Desirability
Scale- (Crowne & Marlowe, 1960). הכלי בודק את מידת הכנות בתגובותיו של המרואיין
לשאלות בשאלון המחקר. כאמור, משתנה "רצייה חברתית" משמש כאן משתנה בקרה, ותפקידו לנטרל
את השפעתה של ההטיה בניתוח הרב משתני.

לשאלון שתי גרסאות: מלאה ומקוצרת. הגרסה המלאה כוללת בתוכה 33 פריטים. אך למחקר
הנוכחי בחר החוקר בגרסה המקוצרת מורכבת מ-11 פריטים (Reynolds, 1982), וזאת בכדי למנוע
עומס על המרואיין. המשיב התבקש לציין "כן" או "לא" ליד כל פריט. דוגמה לאחד ההיגדים
שמופיעים בכלי זה היא "אני תמיד מודה בטעות שלי". ציון גבוה במדד זה מעיד על רמה גבוהה של
רצייה חברתית. המהימנות של הגרסה המקוצרת במחקרו של Reynolds (1982) הגיעה לאלפא
קרוונבך של 0.74. במחקר הנוכחי המהימנות הפנימית של הכלי הגיעה לאלפא קרוונבך של 0.63.

2.5 סיכום משתני המחקר וכלי המחקר (ראה נספח ג).

2.6 תירגום השאלון לערבית

שאלון המחקר ניזון משלושה מקורות: כלי מחקר בעברית כמו "הכלים לבדיקת יעילות עצמית כוללת
ותמיכה ספציפית במטפלי"; כלי מחקר שתורגמו מאנגלית לעברית כגון "הכלי לבדיקת אורח החיים
של המטפלי" וכלי מחקר שבנה החוקר לשימוש במחקר זה, כגון "הכלי לבדיקת מסירות ילדים".
בשלב הראשון של הכנת השאלון תורגמו כלי המחקר שנבנו בערבית או שמקורם באנגלית לעברית.
לאחר מכן, תורגם השאלון כולו מעברית לערבית ומערבית לעברית על ידי שני אנשים שונים.

בשלב זה של המחקר עלו סוגיות הקשורות לתרגום לשפה הערבית הדורשות ליבון. השפה הערבית היא מהשפות העשירות במילים ובמושגים, כך התברר שלפעמים למילה בעברית או באנגלית היתה יותר מתרגום אחד בערבית. בחירת תרגום שאינו מתאים פוגעת ביכולת למדוד תופעה כלשהי ומגדילה את הסיכוי לגרום להטיית המידע. לדוגמה, המילה "טיפול" תורגמה לערבית למילה "עילאג", ומשמעה טיפול רפואי כגון תרופות, החלפת חבישות, זריקות וכדומה. אך למילה "טיפול" יש תרגומים נוספים - "רעאיה" או ענאיה". שתי מילים אלה מתאימות יותר לתיאורים של מתן עזרה, דאגה, ותמיכה המבטאים טיפול בהורה הקשיש. התלבטות נוספת נסבה סביב המושג "בית אבות". בערבית שלושה מושגים העשויים להתאים, "בית המסוננים", "בית אלשיח'וח'יה" ו"בית אלעגזה". לכל אחד משלושת המושגים האלה יש משמעות נלוות אחרת. המשמעות הנלוות בחברה הערבית ל"בית אלעגזה" היא שלילית - מקום ששוכנים בו קשישים מוגבלים שאינם זוכים לטיפול בבית. לעומת זאת המשמעות הנלוות ל"בית המסוננים" או ל"בית אלשיח'וח'יה" שלילית פחות - מקום שמתגוררים בו אנשים מבוגרים לאו דווקא מוגבלים או מוזנחים.

סוגיה אחרת שעלתה במהלך שלב זה הייתה תכני ההיגדים בערבית. התברר כי תרגום היגדים גם אם נעשה בדיוק רבה, טומן בחובו מכשולים. תכני ההיגדים המתורגמים עשויים לא להתאים את הערכים המקובלים בחברה הערבית ובתרבותה ועלולים לעורר התנגדות או מבוכה בקרב המרואיינים. שימוש בהיגדים המתורגמים ללא התאמת תכניהם עשוי היה לגרום להטיית המחקר. לדוגמה, באחד מכלי המחקר שבדק את המרכיב הרגשי של נטל הטיפול מופיעים היגדים, כגון "אני מתבייש בהוריי"; "אני שומר טינה כלפי הוריי" וכדומה. בעת ההרצה בלטו תגובות מילוליות ולא מילוליות של המרואיינים שביטאו חוסר נחת מהיגדים אלו. בעקבות משוב זה, הוחלפו ההיגדים המתורגמים בהיגדים "עדינים" יותר, תוך הקפדה שתוקף השאלות לא יפגע, ומנגד הימנעות מהעלבת המרואיינים. דוגמה להיגד מתאים יותר - "אני מרגיש עצבני בגלל עומס הטיפול בקשיש", ודוגמה נוספת "אני מרגיש מדוכא כשאני מטפל בקשיש".

2.7 מבחן מקדים - Pre-test

על מנת לתקף את הכלים החדשים נבחן השאלון במבחן מוקדם (Pre-test) בקרב 25 מרואיינים דוברי ערבית. החוקר הראשי איתר את המרואיינים במסגרת עבודתו במחלקה פנימית במרכז רפואי בירושלים. המראיין הסביר למרואיינים את מטרת הראיון, השיג את הסכמתם ולאחר מכן קבע איתם את המקום והזמן לראיון. על פי רוב נערך הראיון בבית החולים.

בעקבות המבחן המקדים הוסרו מספר פריטים ואחרים שונו. הגרסה האחרונה של כלי המחקר, מורכבת ממדדים אופרטיביים שעומדים במבחני התקפות והמהימנות. מדדים אלה נסמכים על שימוש במחקרים קודמים, בדיקת פיילוט, מבחני מהימנות וניתוחי גורמים שנערכו במחקר זה.

2.8 שיטות עיבוד סטטיסטי של הנתונים:

במחקר נעשו עיבודים סטטיסטיים בשלוש רמות: חד משתנית, דו משתנית ורב משתנית. כמו כן, נבחנו הכלים שפיתח ובנה החוקר, כמו הכלי למדידת מסירות ילדים, בניתוח גורמים ובבדיקת המהימנות הפנימית באמצעות אלפא קרונבך. להלן מוצגות השיטות לעיבוד הסטטיסטי.

2.8.1 סטטיסטיקה תיאורית ועיבוד סטטיסטי חד משתני

בשלב הראשון של ניתוח הנתונים בוצע ניתוח סטטיסטי חד משתני. המטרה הייתה לתאר את המדגם מבחינת מאפיינים דמוגרפיים, מאפייני רקע, מאפייני חיים מודרניים, משתנים מתווכים (תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים מטפל – מטופל, יעילות עצמית כללית ונטל הטיפול), ומשתנים תלויים שכוללים את המשתנה התלוי העיקרי (מסירות ילדים) ומשתני תוצאה נוספים שכללו את המשתנים תחושת דיכאון אצל המטפל, העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ובהעברות של כסף. הניתוח החד משתני כלל התפלגויות, ממוצעים וסטיות תקן של משתני המחקר שהוזכרו קודם. כמו כן, הניתוח כלל ניתוחי גורמים של מספר כלים חדשים שנבנו על ידי החוקר במטרה לתקף אותם. דוגמה לאחד הכלים האלה הוא השאלון המודד "מסירות ילדים". ניתוחי הגורמים התבצעו באמצעות רוטציה מסוג Varimax, עם Eigenvalue מעל ל-1, ונקודת חיתוך של 0.40 ומעלה.

2.8.2 עיבוד סטטיסטי דו משתני

השלב השני של העיבוד הסטטיסטי כלל ניתוחים סטטיסטי דו-משתני. שלב זה הוא צעד מקדים לניתוח הרב-משתני. לצורך אישוש השערות המחקר נבחנו בו הקשרים הדו-משתניים בין כל אחד ממשתני המחקר לבין מסירות ילדים. השוואה בין שני ממוצעים נבדקה באמצעות מבחני t בלתי תלויים (Independent t-test). למשל, בדיקת ההבדלים בממוצע מסירות ילדים המדווחת בין מטפלים לבין מטפלות. אך, לשם השוואה בין שלושה ממוצעים ויותר, נעשה שימוש במבחני שונות חד כיווניים (ANOVA - One Way). לדוגמה,

בכדי לבחון את הקשר בין חמש הקטגוריות של הקרבה המשפחתית לקשיש לבין מסירות הילדים המדווחת נעשה שימוש במבחן שונות חד כיווני. בחלק מהמשתנים שנבדקו במבחי השונות החד כיווני נמצאו הבדלים מובהקים בין הרמות השונות של המשתנה הבלתי תלוי. לשם כך, נערכו השוואות מרובות (Post hoc test) באמצעות המדד של בונפרוני (Bonferroni) המתאים למשתנים בהם מספר המקרים אינו שווה בכל קטגוריה או באמצעות המדד של טוקי (Tukey) שמתאים למשתנים בהם מספר המקרים שווה בכל קטגוריה. המתאמים בין כל שני משתנים מרווחיים (כגון אורח חיים ומסירות ילדים) נבדקו באמצעות מתאמי פירסון (Pearson's r).

2.8.3 עיבוד סטטיסטי רב משתני

השלב השלישי של העיבוד הסטטיסטי כלל חמשה ניתוחי רגרסיה היררכית. אלה כללו ניתוחים רב משתנים בין מאפייני חיים מודרניים (אורח חיים, סוג היישוב ורמת הדתיות של המטפל) לבין המשתנה התלוי העיקרי (מסירות ילדים) ובין כל אחד מהמשתנים התלויים האחרים (דיכאון אצל המטפלים, העדפת המטפל בדבר הטיפול שיקבל לעת זקנה; תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש).

מטרת הניתוח הרב משתני הייתה לבדוק את תרומתם של משתני הרקע והמשתנים המתווכים לקשר הנבדק בכל ניתוח מעבר לתרומתו של משתנה הבקרה רציה חברתית. לכל משתנה תלוי נעשה ניתוח רב משתני בנפרד. ברגרסיה הרב משתנית נבחנו המשתנים הבלתי תלויים שהגיעו בניתוח הדו משתני לרמת מובהקות של פחות מ- 0.05 בקשר עם כל משתנה תלוי. שיטת הרגרסיה העיקרית שנעשה בה שימוש במחקר זה היא רגרסיה היררכית. סדר הכנסת המשתנים המסבירים נקבע לפי המודל התיאורטי של המחקר.

לסיכום, פרק זה התמקד בכל המרכיבים של בניית מערך המחקר. יש בו תיאור והסבר מפורטים לשיטת הדגימה של אוכלוסיית המחקר; לבחירת כלי המחקר ולבחינת תקפותם ומהימנותם; ולשיטות הסטטיסטיות ששימשו לעיבוד הנתונים. הפרק הבא בעבודה מציג את ממצאי המחקר על פי שלבי ניתוח הנתונים אשר נמנו בפרק זה.

פרק ג: ממצאי המחקר

פרק זה מתאר את ממצאי המחקר בכל רמות הניתוח הסטטיסטי. המחקר בודק את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים (משתנים בלתי תלויים עיקריים) לבין מסירות ילדים (משתנה תלוי עיקרי). כמו כן, הוא בודק את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין משתנים תלויים נוספים: העדפת המטפל לטיפול בעת זקנה, דיכאון, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש. במחקר הנוכחי חיים מודרניים מיוצגים על ידי שלושה מדדים: אורח חיים, רמת העיור של הישוב ומידת הדתיות של המטפל.

בשלב הראשון תוצג סטטיסטיקה תאורית וניתוחים חד משתניים לתאור המדגם מבחינת מאפיינים דמוגרפיים, מאפייני רקע, מאפייני חיים מודרניים, משתנים מתווכים (תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים מטפל – מטופל, יעילות עצמית כוללת ונטל הטיפול). כמו כן, תוצג סטטיסטיקה תיאורית של המשתנים התלויים. אלה כוללים את המשתנה התלוי העיקרי (מסירות ילדים) ומשתני תוצאה נלווים (תחושת דיכאון, העדפת המטפל לטיפול בעת זקנה, תפיסת המטפל את אחריות המשפחה בטיפול בקשיש באמצעות ההעברות של זמן, ותפיסת המטפל את אחריות המשפחה בטיפול בקשיש באמצעות העברות של כסף). התאור יתבצע באמצעות ניתוח חד משתני.

בשלב השני, יוצגו תוצאות הניתוחים הדו-משתניים לבדיקת הקשרים בין משתני הרקע, המשתנים הבלתי תלויים העיקריים, והמשתנים המתווכים, לבין המשתנים התלויים בהתאם לרמת המדידה של כל משתנה. בשלב השלישי, יוצגו חמשת תוצאות הרגרסיה הליניארית ההררכית לניבוי המשתנים התלויים. ראשית יוצגו התוצאות לגבי מסירות ילדים שמהווה את המשתנה התלוי העיקרי. בהמשך יוצגו התוצאות הרב משתניות לגבי יתר המשתנים התלויים במודל: העדפת המטפל לטיפול בעת זקנה, דיכאון, תפיסת המטפל את אחריות המשפחה בטיפול בקשיש באמצעות העברות של זמן ותפיסת המטפל את אחריות המשפחה בטיפול בקשיש באמצעות העברות של כסף. ניתוחים אלה נערכו על מנת לבחון את תרומתם הייחודית של המשתנים הבלתי תלויים שכוללים מאפייני רקע, המשתנים הבלתי תלויים העיקריים והמשתנים המתווכים לניבוי המשתנים התלויים מעבר לתרומתו של משתנה הבקרה רציה חברתית.

1. ניתוחים חד-משתניים

1.1 מאפייני רקע

לוח 3.1 מתאר את המאפיינים הסוציודמוגרפיים של הילדים המטפלים בהוריהם הקשישים. הלוח מלמד כי שני שלישים מהמטפלים בקשישים הן נשים. כזכור, בפרק השיטות נעשתה בחירת המטפל העיקרי באופן אקראי, מתוך הרשת המטפלת בקשיש. המטפלים בקשישים הן לרוב הבנות (36.4%), אחריהן, בסדר יורד, הבנים, הכלות, הנכדות והנכדים. המטפלים העיקריים לרוב נשואים (שני שלישים) וקצת פחות משליש, רווקים. כשישים אחוזים מהמטפלים בגיל העבודה אינם עובדים (אחוז זה כולל בתוכו עקרות בית וילדים מובטלים). הווה אומר שכשישים אחוזים מהילדים הנם זמינים לעזור לקשיש רוב שעות היממה.

לוח 3.1: התפלגות אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים לפי מאפיינים סוציודמוגרפיים (N=250)

משתנה	N	%	ממוצע	ס.ת.	טווח
מין המטפל					
זכר	84	33.6			
נקבה	166	66.4			
קרבה משפחתית לקשיש					
בת	91	36.4			
בן	82	32.4			
כלה	68	27.2			
נכד או נכדה	9	3.6			
מצב משפחתי של המטפל					
נשוי	170	68.0			
לא נשוי	80	32.0			
מצב תעסוקתי של המטפל					
שכיר משרה מלאה	44	17.6			
שכיר משרה חלקית	29	11.6			
עצמאי	23	9.2			
אינם עובדים וגימלאים	154	61.6			
גיל המטפל					
			41.6	9.8	19 - 65
השכלה של המטפל					
			10.8	3.6	0 - 24

מהלוח אנו גם למדים שהגיל הממוצע של המטפלים הוא 41.6, עם טווח רחב של גילאים שנע בין 19 ל-65. טווח רחב זה משקף את העובדה שבמחקר מיוצגים שלושה דורות של מטפלים, ילדים מבוגרים, ילדים צעירים ונכדים. זאת, על אף האחוז הקטן של הנכדים והנכדות המעורבים בטיפול (3.6%). כמו כן, טווח הגילאים הרחב של המטפלים משתקף בטווח ההשכלה הרחב אצלם

שנע בין אפס שנות לימוד ועד 24 שנות לימוד. נראה אם כן כי באוכלוסייה הנחקרת יש מטפלים מבוגרים עם מעט שנות לימוד ליד מטפלים צעירים עם שנות לימוד רבות. עובדה זו מלמדת כי נטל הטיפול אינו נופל על דור אחד בלבד אלא מתחלק בין קבוצות גיל שונות ואף בין דורות שונים במשפחה.

כזכור, מחקר זה בוחן את מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש מתוך ההנחה שבאוכלוסייה הערבית אין מדובר במטפל עיקרי אחד במשפחה. בדרך כלל קיימת אצל אוכלוסייה זו רשת של מטפלים עיקריים. ואכן, כפי שמשקף בלוח 3.2, מונה הרשת המטפלת בממוצע כ-5 ילדים. בנוסף לכך, נמצא בבדיקה אחרת שכמחצית מן הרשתות כוללות בתוכן חמישה מטפלים עיקריים ויותר, ורק באחוז קטן מאוד יש מטפל עיקרי יחיד (2.8%).

לוח מספר 3.2 גם מציג את דפוסי חלוקת האחריות של הטיפול בקשיש בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת. אלה כוללים את המשתנה "חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות" ואת המשתנה "חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ פיזי". הממוצעים בלוח 3.2 מצביעים על חלוקה במידה בינונית הן בחלוקת אחריות הטיפול בכסף והן בחלוקת אחריות הטיפול בזמן ובמאמץ. סטית התקן הקטנה במשתנים אלה מצביעה על הומוגניות בין המטפלים.

כמו כן, ניתן לראות שקיימת גם אי-שוויוניות בהרכב המגדרי של הרשת המשפחתית המטפלת. כפי שבא לידי ביטוי בלוח 3.2, רק ב-11.6 אחוזים מהרשתות יש חלוקה מגדרית שווה. באחוז קטן דומה כמעט נמצא רשתות בהן רוב של גברים, ובאחוז קטן מאוד, רשתות של גברים מטפלים בלבד. רוב הרשתות במדגם מורכבות מנשים בלבד או רוב נשי.

לוח 3.2: מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש (N=250)

משתנה	N	%	ממוצע	ס.ת.	טווח
<u>מספר חברים ברשת</u>			4.8	2.3	1-11
<u>חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות</u>			2.55	1.1	1-4
<u>חלוקה האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ</u>			2.35	0.8	1-4
<u>הרכב מגדרי של הרשת</u>					
הרוב או הכל נשים	191	76.4			
חלוקה מגדרית שווה	29	11.6			
הרוב או הכל גברים	30	12.0			

לוח 3.3 מתאר את המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתפקודיים של הקשישים, מקבלי העזרה מהרשת המטפלת. מהנתונים בלוח ניתן להצביע על אוכלוסייה מבוגרת, שגילה הממוצע 77.8 שנים. בנוסף לכך, נמצא בבדיקה אחרת ש- 21.2 אחוזים מהקשישים הם מעל גיל 85. הגיל המבוגר של אוכלוסיית הקשישים במדגם משתקף גם במידת הנזקקות הגבוהה לעזרה יומיומית ואינסטרומנטלית, כפי שבא לידי ביטוי בממוצעים הגבוהים של מדדי התפקוד בלוח 3.3. הווה אומר, שהקשישים המטופלים על ידי בני המשפחה במדגם הנוכחי הם אומנם נזקקים לעזרה ולתמיכה יומיומית.

לוח 3.3 : מאפיינים סוציודמוגרפיים ותפקודיים של הקשישים (N=250)

משתנה	N	%	ממוצע	ס.ת.	טווח
<u>גיל הקשיש</u>			77.8	8.9	102-55
<u>מצב תפקודי של הקשיש</u>					
ADL			4.9	2.4	8-0
IADL			7.0	1.2	8-0
<u>מין הקשיש</u>					
זכר	87	34.8			
נקבה	163	65.2			
<u>מצב משפחתי של הקשיש</u>					
נשוי	113	45.2			
לא נשוי	137	54.8			
<u>מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל</u>			2.5	1.5	6-1
באותה דירה	84	33.6			
באותו בניין	66	26.4			
בבניין סמוך	49	19.6			
בבניין רחוק	14	5.6			
בשכונה סמוכה	19	7.6			
בשכונה רחוקה	18	7.2			

כמו כן, הלוח מציג את התפלגותם של הקשישים לפי מגדר. השכיחות הגבוהה יותר של נשים במדגם (65.2%) משקפת, כנראה את תוחלת חייהן הארוכה יותר של נשים לעומת הגברים. עוד מתברר מהלוח שלהתפלגותם הגבוהה של הנשים והקשישים במדגם מצטרף גם אחוז ניכר של קשישים החיים ללא בן או בת זוג (54.8%).

לבסוף, הלוח מציג את המרחק הגיאוגרפי של הקשישים ממקום מגוריהם של הילדים המטפלים. הממצאים מצביעים לרוב, על מרחק קטן בין מקום מגוריו של הקשיש/ה לבין מקום מגוריו של המטפל. הלוח מראה גם ש- 60 אחוזים מהקשישים מתגוררים באותה דירה או באותו בניין עם המטפל. הווה אומר שכשישם אחוזים מהילדים הנם מאוד נגישים למתן עזרה להורה הקשיש. ממצא זה מוסיף היבט נוסף לזמינותם של מרבית הילדים המטפלים בקשיש, כפי שנמצא קודם בסעיף מאפייני המטפל.

הגיל המבוגר ורמת הנזקקות הגבוהה של הקשישים לעזרה במדגם הנוכחי באות לידי ביטוי גם במתן טיפול לזמן ממושך ובאינטנסיביות גבוהה. על פי הממצאים בלוח 3.4 ניתן לראות שממוצע שנות הטיפול הגיע ל- 7.7 שנים. עוד נמצא ש- 33 אחוזים מהילדים טיפלו בהוריהם למעלה מעשר שנים. ממוצע ימי הטיפול השבועיים הגיע לכ-6 ימים, וממוצע שעות הטיפול השבועיות הגיע ל-23.4 שעות. יחד עם זאת נמצא שבקרב 50 אחוזים מהמטפלים נע מספר השעות השבועיות בין 18 ל-80 שעות שבועיות. נתונים אלה מצביעים הן על השקעה גדולה של המשפחה בטיפול בקשישים בקרב אוכלוסיית המחקר והן על מרכזיותו של הטיפול בקשישים בחיי המשפחות.

כמו כן, נמצא שמספר המשימות הממוצע שבהן עוזרים הילדים להוריהם היה גבוה, והוא כלל תשע משימות בממוצע, מתוך שלוש עשרה פעולות העזרה היומיומיות, כמו עזרה בהלבשה, נסיעות, ניהול חשבון בנק וכו'. כזכור, על מנת לעמוד על מידת האינטנסיביות של הטיפול, הוכפל מספר ימי הטיפול השבועיים במספר המשימות שבהם נוטל חלק המטפל. כפי שנראה בלוח 3.4, סטיית התקן הגדולה והטווח הרחב של אינטנסיביות הטיפול מעידים על הטרוגניות של המטפלים בהקשר לנתון זה. ואולם, על אף הממוצע הבינוני של אינטנסיביות הטיפול, נמצא שכ-40 אחוזים מהמטפלים טיפלו בהוריהם באינטנסיביות גבוהה המשתקף בציון של 60 ויותר.

לוח-3.4: מאפייני הטיפול בקשישים (N=250)

משתנה	ממוצע	ס.ת.	טווח
מספר שנות טיפול	7.76	5.0	1 – 20
ימי טיפול בשבוע	5.85	1.9	1 – 7
מספר שעות טיפול בשבוע	23.40	18.5	2 – 80
מספר משימות טיפול	9.16	2.5	4 – 13
אינטנסיביות הטיפול	53.78	23.27	4 – 91 א

א. אינטנסיביות הטיפול הוא מדד שכולל מכפלה של מספר ימי טיפול בשבוע X מספר משימות הטיפול.

ציון גבוה מעיד על אינטנסיביות גבוהה יותר.

1.2 מאפייני חיים מודרניים

לוח- 3.5 מציג נתונים על מאפייני החיים המודרניים של המטפלים. כזכור בפרק השיטות, הדגימה של אוכלוסיית המחקר נעשתה באופן אקראי-מטותי, כך שבכל רמת ישוב (כפר מבודד, כפר גדול, כפר פרבר עיר, עיר כפרית ועיר) נבחר 50 מקרים באופן שווה. זה מתבטא בלוח 3.5 בממוצע הבינוני של רמת העיור של הישוב. אך למרות החלוקה השווה ברמת העיור של הישוב, נמצא שאורח החיים של האוכלוסייה הנחקרת נוטה לכיוון מודרני-אינדיבידואליסטי, כפי שמשקף בממוצע הגבוה במדד אורח חיים המוצג גם הוא בלוח 3.5. יחד עם זאת, נוטה אורח החיים של המטפלים לכיוון הדתי, כפי שמשקף מהממצאים של מאפייני דתיות. כך, נמצא שרוב הילדים המטפלים מקיימים מצוות כמו תפילה וצום. לעומת זאת, מעט מהם עולים לרגל, כתוצאה אולי מהגבלות גיל שמקטינות קיומה של מצווה זו. בנוסף, כשני שלישים מהמטפלים הגדירו את עצמם כדתיים ודתיים מאוד, ומרביתם דיווחו שהם מסתייעים בדת בעת צרה לעיתים קרובות או תמיד.

לוח-3.5: התפלגות אוכלוסיית המטפלים הבלתי פורמאליים לפי מאפייני חיים מודרניים (N=250)

משתנה	N	%	ממוצע	ס.ת	טווח
<u>רמת העיור של הישוב</u>					
			3.00	1.41	5 - 1
<u>אורח חיים של המטפל</u>			3.20	0.46	5 - 1
<u>קיום מצוות</u>					
תפילה	178	71.2			
צום	208	83.2			
עליה לרגל	48	19.2			
<u>הגדרה עצמית של דתיות</u>			2.62	0.88	4 - 1
חילוני	32	12.8			
מסורתי	65	26.0			
דתי	118	47.2			
דתי מאוד	35	14.0			
<u>הסתייעות בדת בעת צרה</u>			3.23	0.94	4 - 1
אף פעם	16	6.4			
לפעמים	40	16.0			
לעיתים קרובות	64	25.6			
תמיד	130	52.0			

1.3 משתנים מתווכים

על פי המודל התיאורתי של המחקר, המשתנים המתווכים (תמיכה משפחתית במטפל, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית, טיב היחסים בין המטפל למטופל, יעילות עצמית כללית ונטל הטיפול) נוטים למתן את ההשפעה של מאפייני חיים מודרניים של המטפל על המשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים ומשתני תוצאה נוספים שיפורטו בהמשך. לוח-3.6 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של משתנים מתווכים אלה. ראשית, הלוח מצביע על ממוצע בינוני של תחושת נטל טיפול. בנוסף, הוא מצביע על ממוצעים גבוהים של תמיכה משפחתית ויעילות עצמית כללית. כמו כן, הממוצעים של טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת ושל טיב היחסים בין המטפל-מטופל יצאו גבוהים. הוה אומר, הן היחסים בתוך הרשת והן היחסים בין המטפל למטופל באכולוסייה הנחקרת היו טובים. כמו כן, סטיית התקן הקטנה בכל המשתנים המתווכים מעידה על ההומוגניות של הנבדקים בהקשר למשתנים אלה.

לוח- 3.6: ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים המתווכים (N=250)

משתנים מתווכים	ממוצע	ס.ת.	טווח
נטל הטיפול	2.73	0.72	1 – 5
תמיכה משפחתית במטפל	3.10	0.49	1 – 4
יעילות עצמית כללית	4.06	0.51	1 – 5
טיב היחסים ברשת	4.36	0.68	1 – 5
טיב היחסים מטפל-מטופל	3.85	0.66	1 – 5

1.4 המשתנה התלוי העיקרי ומשתני התוצאה

כאמור, מטרת המחקר לבדוק את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין חמשת המשתנים התלויים. אלה כללו משתנה תלוי עיקרי (מסירות ילדים), ומשתני תוצאה נוספים (רמת הדיכאון אצל המטפל, העדפת המטפל את הטיפול המשפחתי לעצמו לעת זיקנה, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף ותפיסת המטפל את אחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש).

לוח 3.7 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של כל המשתנים התלויים. הלוח מצביע על ממוצע

גבוה של המשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים. כמו כן, סטיית התקן הנמוכה מצביעה על הומוגניות של הנבדקים בהקשר למשתנה זה. בנוסף, מצביע הלוח על ממוצע נמוך של דיכאון באוכלוסייה הנחקרת. לעומת זאת, הלוח מצביע על ממוצע גבוה בשני המשתנים, העדפת המטפל

את הטיפול משפחתי לעצמו לעת זקנה ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. הממוצע של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, לעומת זאת, יצא בינוני. סטית התקן הקטנה של משתני התוצאה מצביעה על הומוגניות של הנבדקים בהקשר למשתנים אלו.

לוח-3.7: ממוצעים וסטיות תקן של המשתנים התלויים (N=250).

משתנים תלויים	ממוצע	ס.ת	טווח
משתנה תלוי עיקרי			
מסירות ילדים	3.49	0.52	5 - 1
משתני תוצאה			
רווחה אישית של המטפל – תחושת דיכאון	0.71	0.44	3 - 0
העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעת זקנה	4.05	0.82	5 - 1
תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף	3.90	0.84	5 - 1
תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן	2.32	0.79	5 - 1

1.5 משתנה הבקרה – רציה חברתית

כפי שהוסבר בפרק השיטה, במחקר הנוכחי נלקח בחשבון משתנה בקרה שעשוי היה להשפיע על הקשר בין משתני המחקר לבין המשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים, ועל משתני תוצאה אחרים. משתנה זה הוא מידת הרציה החברתית. הניתוח החד משתני של משתנה זה מצביע על ממוצע של 7.14, מתוך טווח ציונים של 1-11, וסטית תקן של 2.34. הממוצע הגבוה יחסית במשתנה זה מצביע על מידה גבוהה יחסית של תגובתיות באוכלוסיית המחקר. תת פרק 2 מציג תחילה את הניתוחים הדו-משתניים לבדיקת הקשר בין משתני המחקר לבין המשתנה התלוי העיקרי, מסירות ילדים. בסיום תת הפרק מוצג הניתוח הרב-משתני לניבוי מסירות ילדים.

2. הקשר בין משתני המחקר לבין מסירות ילדים

2.1 הקשרים בין משתני הרקע של המחקר לבין מסירות ילדים

בשלב הראשון של בדיקת הקשרים הדו-משתניים, מוצגים הקשרים שבין מאפייני רקע לבין מסירות ילדים. מאפייני הרקע כללו מאפייני המטפל, מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת, מאפייני הקשיש, ומאפייני הטיפול בקשיש.

2.1.1 מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל

לוח 3.8 מציג ממוצעים וסטיות תקן של מסירות ילדים על פי משתני המאפיינים הסוציודמוגרפיים של המטפל וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין כל אחד ממשתנים אלה לבין מסירות ילדים. על פי הנתונים בלוח 3.8, ממוצע מסירות ילדים היה מעט גבוה בקרב הגברים בהשוואה לנשים, אך הבדל זה לא היה מובהק סטטיסטית. כמו כן, כאשר נבחן ההבדל בין קבוצות מטפלים המסווגים לפי הקרבה המשפחתית, היו לכלות דרוגים נמוכים יותר במסירות ילדים. עם זאת, ההבדלים בממוצעים בקרב ארבעת הקבוצות לא היו מובהקים. בהמשך מציג הלוח קשר לא מובהק בין מצב משפחתי של הילד לבין מסירות ילדים, ובין המצב התעסוקתי של המטפל לבין אותו משתנה תוצאה. הווה אומר, הימצאות המטפל במסגרת משפחתית או במסגרת תעסוקתית אינה מורידה או מעלה ממסירותו להוריו הקשישים. כמו כן, גיל אינו קשור במדגם הנוכחי למידת המסירות לילדים. אולם, נמצא מתאם שלילי מובהק בין השכלה לבין מסירות ילדים. ככל שרמת ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, מסירות הילדים המדווחת נמוכה יותר.

לוח 3.8 : סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

r	F	ס.ת.	ממוצע	N	t
					מגדר
	1.14	0.51	3.54	84	זכר
		0.52	3.46	166	נקבה
	.80				קרבה משפחתית
		0.55	3.51	91	בת
		0.51	3.52	82	בן
		0.48	3.40	68	כלה
		0.55	3.52	9	נכד ונכדה
	0.34				מצב משפחתי
		0.50	3.48	170	נשוי
		0.55	3.50	80	לא נשוי
	1.40				מצב תעסוקתי
		0.58	3.42	44	שכיר במשרה מלאה
		0.53	3.35	29	שכיר במשרה חלקית
		0.49	3.45	23	עצמאי
		0.50	3.54	154	אינם עובדים וגיימלאים
-0.01					גיל המטפל
-0.14*					השכלה

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על מסירות ילדים גבוהה יותר
* p<0.05

2.1.2 מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת

לוח 3.9 מציג ממוצעים וסטיות תקן של מסירות ילדים על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין מסירות ילדים. התבוננות בלוח 3.9 מעלה כי קיים מתאם חיובי מובהק בין מספר הילדים ברשת המשפחתית המטפלת לבין מסירות ילדים. מתברר אם כן, שככל שהרשת המשפחתית המטפלת גדולה ורחבה יותר, כך עולה מסירות הילדים המדווחת על ידי הילדים המטפלים. כזכור בפרק הגדרת המשתנים, הוגדרו שני משתנים שבדקו את אפיון חלוקת אחריות הטיפול בין חברי הרשת המשפחתית. אלה כללו את המשתנה חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות ואת המשתנה חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ. ציון גבוה בשני מדדים אלה מעיד על חלוקה שוויונית נתפסת באותו תחום אחריות. שני מתאמי פירסון שבדקו את הקשר בין משתנים אלה לבין מסירות ילדים המדווחת לא העלו תוצאות מובהקות. הווה אומר, שמידת השוויוניות הנתפסת בתוך הרשת המטפלת מבחינת חלוקת כסף וחלוקת זמן ומאמץ בין חבריה אינה קשורה למידת מסירות הילדים. כפי שפורט בפרק השיטות, מהנתונים שנאספו על מגדר הילדים המטפלים בכל רשת משפחתית, נוצר משתנה חדש שנקרא "הרכב מגדרי של הרשת". ניתוח שונות חד כיווני בדק את הקשר בין ההרכב המגדרי של הרשת לבין מסירות ילדים. כפי שנראה בלוח 3.9, ניתוח השונות העלה הבדל מובהק בין הרכבים מגדריים שונים של הרשת המטפלת מבחינת מסירות ילדים.

לוח 3.9 : סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפייני מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>f</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.13*					<u>מספר חברים ברשת</u>
-0.04					<u>חלוקת אחריות הטיפול (בכסף) (N)</u>
-0.01					<u>חלוקת אחריות הטיפול (בזמן ומאמץ) (N)</u>
	5.16**				<u>הרכב מגדרי של הרשת</u>
		0.51	3.48	191	הרוב או הכל נשים
		0.47	3.74	29	הרכב מגדרי שווה
		0.53	3.32	30	הרוב או הכל גברים

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על מסירות ילדים גבוהה יותר
 ** p<0.01, * p<0.05
 א. ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית יותר בשני המדדים.

לצורך בחינת ההבדלים בין ההרכבים המגדריים השונים, נערכו השוואות על פי מבחן Bonferroni המתאים למשתנים בהם מספר המקרים אינו שווה בכל קבוצה. מבחן זה העלה הבדל מובהק בין הרשת המשפחתית שיש בה חלוקה מגדרית שווה לבין רשת בה "הרוב או הכל נשים" ומהרשת שבה "הרוב או הכל גברים", כך שמסירות הילדים גבוהה יותר ברשת המשפחתית עם חלוקה מגדרית שווה מאשר ברשתות שהחלוקה בהן אינה שווה.

2.1.3. מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש

בדומה לניתוחים הדו-משתנים בין מאפייני המטפל לבין מסירות ילדים, גם כאן לא נמצאו קשרים מובהקים בין מאפייני המטופל ומסירות ילדים אצל ילדיו המטופלים. המשתנים שנבחנו היו מין, גיל ומצב משפחתי של הקשיש. בנוסף לכך, לא נמצא קשר בין הקושי של הקשיש לבצע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL) והמרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל לבין מסירות ילדים. אך, כפי שמוצג בלוח 3.10, נמצא קשר חיובי עם רמת קשיי התיפקוד היומי הבסיסי של הקשיש (ADL). הווה אומר, ככל שהקושי התיפקודי הבסיסי של הקשיש עולה כך עולה מסירות הילדים המדווחת.

לוח 3.10: סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.05					גיל
					מצב תפקודי
**0.21					ADL (א)
0.09					IADL (ב)
	1.52				מגדר
		0.53	3.53	87	זכר
		0.50	3.43	163	נקבה
	-1.24				מצב משפחתי
		0.53	3.53	137	לא נשוי
		0.50	3.43	113	נשוי
0.05					מרחק גיאוגרפי (ג)

הערות: ציון גבוה מעיד על מסירות ילדים גבוהה.
** p<0.01

- א. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש בביצוע פעילויות יומיומיות.
- ב. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש בביצוע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות.
- ג. ציון גבוה מעיד על מרחק גיאוגרפי גדול יותר בין הקשיש למטפל.

2.1.4 מאפייני טיפול בקשיש

לוח 3.11 מציג תוצאות מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין מסירות ילדים. הבדיקה העלתה מתאם חיובי מובהק בין מספר שעות הטיפול בשבוע, מספר ימי הטיפול בשבוע ואינטינסיביות הטיפול לבין מסירות ילדים. כלומר, ככל שעולה מספר ימי הטיפול בשבוע ומספר שעות הטיפול השבועיות וככל שאינטינסיביות הטיפול עולה כך גם עולה מסירות ילדים. עם זאת, עוצמות המתאמים נמוכות ומצביעות על אחוזים נמוכים של שונות במסירות הילדים המוסברת על ידי משתנים אלה. לעומת מתאמים אלה, המתאמים בין מספר משימות הטיפול שבהם עוזר המטפל לקשיש, ומשך הטיפול בשנים לבין מסירות ילדים, לא נמצאו מובהקים.

לוח 3.11: מתאמי פירסון בין מאפייני טיפול ומסירות ילדים (N=250)

r	
-0.01	משך הטיפול בשנים
*0.14	מספר ימי טיפול בשבוע
**0.20	מספר שעות טיפול בשבוע
0.05	מספר משימות טיפול
*0.15	אינטינסיביות הטיפול (א)

הערות: ציון גבוה מעיד על מסירות ילדים גבוהה
 ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$
 א. ציון גבוה מעיד על אינטינסיביות גבוהה.

2.2 הקשרים בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים

כאמור, אחת ממטרות המחקר היא לבדוק את הקשרים בין מאפייני החיים המודרניים לבין מסירות ילדים. מאפייני חיים מודרניים נמדדו במחקר זה באמצעות שלושה משתנים: רמת העיור של הישוב שבו מתגורר המטפל, אורח חיים ורמת הדתיות של המטפל. רמת הדתיות נמדדת גם היא באמצעות שלושה מדדים שיוצגו בהמשך.

על מנת לבדוק את הקשר בין רמת העיור של היישוב לבין מידת מסירות ילדים נערך מתאם פירסון בין שני משתנים אלה. הבדיקה העלתה מתאם שלילי בין רמת העיור של היישוב לבין מידת מסירות ילדים

כפי שמוצג בלוח 3.12. הוזה אומר, שמסירות ילדים המדווחת על ידי הילדים המטפלים יורדת ככל שרמת העיור של הישוב עולה. כמו כן, על מנת לבדוק את הקשר בין אורח חיים לבין מסירות ילדים, חושב מתאם פירסון בין שני משתנים אלה. הבדיקה העלתה מתאם שלילי מובהק. כלומר,

ככל שהילדים מקיימים אורח חיים מודרני ואינדיבידואליסטי יותר, על פי מדד זה, יורדת מסירותם המדווחת להוריהם הקשישים.

כמו כן, לוח 3.12 מציג הקשרים שבין מאפייני הדתיות של המטפל לבין מסירות ילדים. התבוננות בתוצאות מעלה קשרים בין משתנים שונים של מאפייני דתיות לבין מסירות ילדים. כפי שהוזכר בפרק הקודם, מאפייני דתיות כוללים שלושה משתנים קיום מצוות, הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה. מבחני t למדגמים בלתי תלויים שנערכו לבדיקת הקשרים בין כל אחד משלושת המרכיבים של קיום מצוות (תפילה, צום, ועליה לרגל) לבין מסירות ילדים העלו הבדלים בין הילדים שמקיימים את מצוות התפילה לאלה שאינם מקיימים אותה וכן בין ילדים המקיימים ואלה שאינם מקיימים את מצוות הצום. לאנשים המקיימים מצוות תפילה וצום, רמות גבוהות יותר של מסירות ילדים בהשוואה לאנשים שאינם מקיימים שתי מצוות אלה. עם זאת, לא נמצא הבדל מובהק במסירות ילדים בין אנשים שקיימו או לא קיימו את מצוות העליה לרגל.

לוח 3.12: סטטיסטיקה תאורית של מסירות ילדים על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני מובהקות ($N=250$)

r	t	ס. ת.	ממוצע	N	
-0.43***					<u>רמת העיור של הישוב (א)</u>
-0.49***					<u>אורח חיים של המטפל (ב)</u>
	-3.35**				<u>תפילה</u>
		0.60	3.32	72	לא
		0.46	3.56	178	כן
	-4.13***				<u>צום</u>
		0.58	3.20	42	לא
		0.49	3.55	208	כן
	-1.90				<u>עליה לרגל</u>
		0.53	3.46	202	לא
		0.46	3.61	48	כן
0.24***					<u>הגדרה עצמית של דתיות (ג)</u>
0.27***					<u>הסתייעות בדת בעת צרה (ד)</u>

הערות: ציון גבוה מעיד על מסירות ילדים גבוהה.

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

א. ציון גבוה מעיד על רמת עיור גבוהה יותר.

ב. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר.

ג. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות גבוהה.

ד. ציון גבוה מעיד על הסתייעות גבוהה בדת בעת צרה.

בנוסף לכך, מתאם פירסון שנערך בין הגדרה עצמית של דתיות לבין מסירות ילדים הראה מתאם חיובי, כפי שמוצג בלוח 3.12. נראה אם כן, שככל שרמת הדתיות המוגדרת גבוהה יותר, כך

גם מסירות ילדים המדווחת גבוהה יותר. לבסוף, הקשר בין הסתייעות בדת בעת צרה לבין מסירות ילדים נבדק באמצעות מתאם פירסון, שנמצא חיובי ומובהק גם הוא. ככל שהילד מסתייע יותר בדת בעת צרה, כך גבוהה יותר אצלו מסירות ילדים.

לסיכום, הניתוחים הדו-משתניים מצביעים על כך שבניגוד למשתנים של מאפייני המטפל, המטופל והטיפול, לגביהם כמעט ולא נמצאו קשרים עם מידת מסירות הילדים, למאפייני החיים המודרניים קשרים חזקים ומובהקים למידת מסירות הילדים. כלומר, משתני הסביבה ואורח החיים קשורים יותר למסירות ילדים מאשר מאפיינים אישיים של המעורבים בטיפול בקשיש. נראה אם כן, שרמת העיור ואורח חיים של המטפל נמצאו במחקר הנוכחי בקשר שלילי עם מסירות ילדים, ומאפייני הדתיות התגלו כמשתנים הקשורים באופן חיובי עם מסירות ילדים.

2.3 קשרים בין המשתנים המתווכים ובינם לבין מסירות ילדים

כזכור הספרות והמודל התיאורטי שנבחן במחקר זה מדברים על קשרים אפשריים בין המשתנים המתווכים לבין עצמם. לכן תחילה, הוצגו הקשרים שנתגלו בין המשתנים המתווכים. אלה כללו תפיסת היעילות העצמית הכללית של המטפל, תמיכה משפחתית במטפל, תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים ברשת המשפחתית וטיב היחסים בין המטפל והמטופל. בדיקת מתאמים בין המשתנים המתווכים לבין עצמם תבהיר גם את הסיכוי לקולינאריות שעלולה להתקיים בין משתנים אלה בניתוח הרב משתני. כפי שניתן לראות בלוח 3.13, באופן כללי, קיימים מתאמים מובהקים בין המשתנים המתווכים, רובם בעוצמות בינוניות. התבוננות במתאמים מעלה תופעות מעניינות. ראשית, נמצא שככל שמתעצמת היעילות העצמית של המטפל, ככל שגוברת התמיכה המשפחתית במטפל, וככל שהיחסים בתוך הרשת המשפחתית ובין המטפל למטופל טובים יותר, כך יורדת תחושת הנטל והמעמסה מהטיפול. ניתן גם לנסח זאת בכיוון ההפוך: ככל שגוברת תחושת הנטל מהטיפול, כך יורדת היעילות העצמית הנתפסת והתמיכה המשפחתית במטפל, ויורדת איכות היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת ובין המטפל למטופל.

בחינת המתאמים בין כל אחד מהמשתנים המתווכים לבין מסירות ילדים מעלה כי בעוד שליעילות עצמית ולתמיכה משפחתית במטפל אין קשר למסירות ילדים, הרי שטיב היחסים ברשת וטיב היחסים בין המטפל למטופל קשורים באופן חיובי ומובהק עם מסירות ילדים. כלומר, ככל שהיחסים ברשת המטפלת והיחסים בין המטפל למטופל טובים יותר, כך גבוהה יותר מסירות הילדים. הסתכלות אחרת על ממצאים אלה מראה שמסירות ילדים מבטאת רמות גבוהות יותר

של יחסים טובים בתוך הרשת ובין המטפל והמטופל. בנוסף, נמצא מתאם שלילי מובהק בין נטל הטיפול למסירות ילדים. כלומר, ככל שעולה תחושת נטל הטיפול, כך יורדת מסירות הילדים.

לוח 3.13: מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים ובין מסירות ילדים

<u>משתנה</u>	מסירות ילדים	יעילות עצמית כללית	תמיכה משפחתית	נטל הטיפול	טיב היחסים ברשת המשפחתית
יעילות עצמית כללית	0.11				
תמיכה משפחתית	0.12	0.31**			
נטל הטיפול	-0.17**	-0.50**	-0.38**		
טיב היחסים ברשת	0.15*	0.21**	0.44**	-0.40**	
טיב היחסים בין המטפל למטופל	0.18**	0.44**	0.30**	-0.64**	0.50**

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר בכל המשתנים.
 ** p<0.01 * p<0.05

2.4 הקשר בין משתנה הבקרה-רציה חברתית ומסירות ילדים

מתאם פירסון שנערך בין המדד של רציה חברתית ומסירות ילדים העלה מתאם חיובי מובהק אך נמוך בעוצמתו, בין שני המשתנים ($p<0.01$, $r=0.18$). כלומר, ככל שהרציה החברתית של המטפל גבוהה יותר, כך עולה גם מסירות הילדים המדווחת. אך כאמור, עוצמת הקשר היתה חלשה.

2.5 ניבוי מסירות ילדים: רגרסיה ליניארית היררכית

השערות 1 ו-2 מתייחסות לניבוי מסירות ילדים על ידי כל משתני הרקע, מאפייני החיים המודרניים והמשתנים המתווכים. בנוסף שוער כי המשתנים המתווכים, קרי, תמיכה משפחתית, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים בין המטפל למטופל, יעילות עצמית כללית ונטל הטיפול, ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין משתני הרקע ומאפייני החיים המודרניים לבין מסירות ילדים. בדיקת השערות אלה נעשתה באמצעות רגרסיה ליניארית היררכית שבה מסירות ילדים הוא המשתנה המנובא.

על מנת להכניס לרגרסיה רק משתנים בעלי קשר מובהק עם מסירות ילדים, נבדקו תחילה

המתאמים שבין משתני המחקר השונים לבין מסירות ילדים, כפי שתואר בתת הפרקים

הקודמים. בנוסף, נבדק הקשר בין המשתנה רציה חברתית שעשוי להוות משתנה מתערב לבין המשתנה התלוי העיקרי, מסירות ילדים. הממצאים המתייחסים לקשרים שבין משתנים אלה לבין מסירות ילדים מופיעים בלוחות בתתי הפרקים הקודמים.

הניתוחים הדו-משתניים שהוצגו התייחסו לקשרים הספציפיים של כל משתנה בנפרד עם מסירות ילדים, ומטבע הדברים לא התחשבו בקשרים שבין המשתנים המנבאים עצמם (מאפייני הרקע, מאפייני חיים מודרניים והמשתנים המתווכים) או בחשיבות של קשרים אלה לניבוי מסירות ילדים. לכן, לשם בדיקת תרומתם היחסית והמצטברת של כל קבוצת משתנים ושל כל משתנה בתוך כל קבוצת משתנים להסבר השונות במסירות הילדים, נערכה רגרסיה לינארית היררכית עם משתנה מסירות ילדים כמשתנה מנובא. המשתנים המנבאים שהוכנסו לרגרסיה הם אלה שנמצאו כבעלי קשרים מובהקים עם משתנה מסירות ילדים בניתוחים הדו-משתניים.

יש לציין שעיון במתאמים בין המשתנים מגלה כי קיים מתאם גבוה בין המשתנה מספר ימי טיפול בשבוע לבין משתנה אינטינסיביות הטיפול ($r=0.77$). מתאם גבוה זה הינו צפוי היות שמספר ימי טיפול שבועיים הינו מרכיב בחישוב מידת אינטנסיביות הטיפול. על כן, משתנה מספר ימי טיפול בשבוע לא נכלל בניתוח הרגרסיה

סדר הכנסת המשתנים ברגרסיה ההיררכית הרב משתנית נקבע על פי סדר הופעתם במודל התיאורטי של המחקר. אך קודם לכן, בצעד הראשון הוכנס משתנה הבקרה רציה חברתית. הכנסת משתנה הבקרה בצעד ראשון אפשרה ניתוח הקשרים בין יתר משתני המחקר המנבאים לבין המשתנה המנובא תוך ניטרול השפעתו המתערבת של משתנה הבקרה על הקשר הנבדק. במילים אחרות, קיבוע משתנה הבקרה בשלב הראשון נותן אפשרות לבחון את תרומתם של המשתנים הבלתי תלויים בניבוי מסירות ילדים מעבר לתרומתו של משתנה הבקרה.

בצעד השני הוכנסו לפי הסדר במודל התיאורטי משתני הרקע שנמצאו בניתוחים הדו משתניים כבעלי קשרים מובהקים עם מסירות ילדים. אלה כללו השכלה, אינטינסיביות הטיפול, מספר שעות טיפול בשבוע, נזקקות לעזרה בפעולות יום יומיות (ADL), ומספר החברים ברשת המשפחתית המטפלת. אחריהם הוכנסו בצעד השלישי שני משתני הדמה שנוצרו מתוך המשתנה הרכב מגדרי של הרשת. כזכור, אלה כללו "הרוב או הכל נשים", "הרכב מגדרי שווה" ו"הרוב או הכל גברים", כאשר הערך של "הרכב מגדרי שווה" שימש ערך השוואה ולא נכלל בין משתני הדמה. שני משתני הדמה של ההרכב המגדרי הוכנסו יחד ובצעד נפרד במטרה לבדוק את השפעתו של משתנה זה על משתנה התוצאה.

בצעד הרביעי של ניתוח הרגרסיה הוכנסו מאפייני חיים המודרניים. תחילה הוכנסו מאפייני הדתיות שכללו שני משתנים דיכוטומים שהוגדרו כמשתני דמה והם קיום מצוות התפילה ($1=כן$), ($0=לא$) וקיום מצוות הצום ($1=כן$, $0=לא$). בנוסף, כללו מאפייני הדתיות שני משתנים נוספים והם הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה. שני משתנים אלה נמדדו כזכור בסולם סדר. יחד איתם הוכנסו שני משתני נוספים של חיים מודרניים שכללו אורח חיים הנמדד בסולם אינטרוולי ורמת העיור של הישוב שנמדדת בסולם סדר.

בצעד החמישי נבדקה האינטראקציה בין משתני הגדרה עצמית של דתיות עם אורח החיים ועם רמת העיור. אינטראקציות אלה נוצרו בשני שלבים. תחילה נוצרו משתנים מנורמלים (ציוני התקן) של שלושת משתני האינטראקציה ואחר כך נוצרו שני משתנים חדשים שהם מכפלת המשתנים המנורמלים. אלה כללו מכפלת המשתנים המנורמלים של אורח חיים והגדרה עצמית של דתיות ומכפלת המשתנים המנורמלים של רמת העיור והגדרה עצמית של דתיות. משתני אינטראקציה אלה נוצרו במטרה לבדוק את הטענה האם הקשרים שבין משתני אורח חיים ורמת עיור לבין מסירות ילדים יהיו שונים על פי רמות שונות של רמת דתיות. כזכור, הספרות הייתה חלוקה לגבי יחסי התלות בין דתיות ומודרניזציה. במחקר הנוכחי הניתוחים הדו משתנים הצביעו על קשר מובהק בין מאפייני דתיות לבין מאפייני חיים מודרניים (ראה לוח 2.1). לכן הכנסת אינטראקציות אלה למודל הרב משתני, מיועדת להבהיר את יחסי התלות בין שני עולמות התוכן של "מודרניזציה".

בצעד השישי והאחרון בניתוח האנאליטי הוכנסו המשתנים המתווכים. אלה כללו כזכור, את המשתנה טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית, המשתנה טיב היחסים בין המטפל למטופל והמשתנה נטל הטיפול. שלושת משתנים אלה נמדדו בסולם אינטרוולי.

לוח- 3.14 מציג את תוצאות הרגרסיה ההיררכית לניבוי מסירות ילדים. ניתוח הרגרסיה העלה כי המשתנים יחד מסבירים 50 אחוזים מהשונות במשתנה התלוי מסירות ילדים. מהניתוח עולה עוד, כי המשתנה רציה חברתית שהוכנס בצעד הראשון כמשתנה מבוקר מסביר 3 אחוזים מהשונות במשתנה התלוי מסירות ילדים. בנוסף, נמצא שהתרומה של משתנה זה נשארה בעלת תרומה מובהקת לניבוי השונות במסירות ילדים, בעוצמה דומה בכל אחד מן המודלים. מכאן החשיבות שבניטרול משתנה זה.

המודל השני בחן את תרומת משתני הרקע לניבוי מסירות ילדים מעבר לרציה החברתית. מהניתוח עולה כי משתני הרקע מסבירים 11 אחוז נוספים משונות מסירות ילדים, וניבוי זה הינו מובהק. מבין משתני הרקע, רק למשתנים מספר שעות טיפול ונזקקות לעזרה בפעילות יום יומיות

תרומה ייחודית לניבוי מסירות ילדים. ערכי בטא למספר שעות טיפול (1.6) ולנזקקות לעזרה (2.3). מראים כי ככל שמספר שעות הטיפול והנזקקות לעזרה גבוהות יותר, כך גבוהה יותר מסירות הילדים. המשך הניתוח הראה כי משתני הדמה של ההרכב המגדרי שהוכנסו למודל השלישי מסבירים 3 אחוזים נוספים מהשונות במסירות ילדים. לשני משתני הדמה של הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים" ו"הרוב או הכל גברים" נמצאו תרומות מובהקות לניבוי מסירות ילדים ($Beta = -.19$) ו- ($Beta = -.27$) בהתאמה. היות שהערך "הרכב מגדרי שווה" מהווה ערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה, משמעות התרומה הייחודית המובהקת של שני משתנים אלה היא שבהשוואה ל"הרכב מגדרי שווה" מטפלים שנמצאים בהרכב מגדרי לא שווה בו "הרוב או הכל נשים" או "הרוב או הכל גברים" מדווחים על מסירות ילדים נמוכה יותר, זאת על פי הערך השלילי של מקדמי הבטא.

התבוננות במקדמי הרגרסיה הייחודים בצעד זה מעלה כי המשתנה של מספר החברים ברשת שלא נמצא מובהק בצעד הקודם, כאשר משתנה ההרכב המגדרי לא נמצא ברגרסיה, נמצא כעת בעל תרומה מובהקת לניבוי מסירות ילדים. כלומר, כאשר משתנה הרכב הרשת המטפלת מבוקר, עולה התרומה הייחודית של גודל הרשת המטפלת למסירות ילדים. ככל שגודל הרשת המטפלת גדולה יותר, כך גם עולה מסירות ילדים ($Beta = .14$).

בצעד הרביעי נבדקה תרומתם של המשתנים הבלתי תלויים העיקריים (מאפייני חיים מודרניים) לניבוי מסירות הילדים. מהניתוח עולה שמאפייני חיים מודרניים תורמים 28 אחוזים נוספים לניבוי מסירות ילדים ותרומה זו מובהקת. יחד עם זאת, מבין משתנים אלה רק לאורח החיים של המטפל ($Beta = -.44$) ולרמת העיור ($Beta = -.14$) תרומות ייחודיות לניבוי מסירות ילדים. התבוננות במקדמי הרגרסיה של שני משתנים אלה מעלה כי ככל שאורח החיים של המטפל קולקטיביסטי יותר ורמת העיור של הישוב כפרית יותר, כך גבוהה יותר מסירות ילדים ולהפך. יש לציין את התרומות הייחודיות של שני משתנים אלה מעבר להשפעת כל משתני הרקע וההרכב המגדרי. בולטת במיוחד זו של אורח החיים. יש לציין כי בצעד זה, תרומתו של הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים" להסבר משתנה מסירות ילדים אף היא עולה מ- $Beta = -.18$ ל- $Beta = -.21$. כלומר, ההרכב המגדרי תורם לניבוי מסירות ילדים מעבר למשתני הרקע ואורח החיים. בנוסף, בצעד זה נראית עליה בתרומה של משתנה מספר שעות טיפול בשבוע לניבוי מסירות ילדים מ- $Beta = .19$ ל- $Beta = .25$.

לוח 3.14 : מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי מסירות ילדים

מודל 6		מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
.04**	.16	.05**	.23	.05***	.23	.04*	.17	.05**	.20	.04**	.18	רציה חברתית
-.01	-.04	-.01	-.01	-.01	-.01	-.01	-.06	-.01	-.07			השכלת מטפל
.01	.01	-.01	-.04	-.01	-.06	-.01	-.05	-.01	-.02			אינטנסיביות הטיפול
.01***	.23	.01***	.25	.01***	.25	.01**	.19	.01*	.16			מספר שעות טיפול בשבוע
.03*	.16	.02	.08	.02	.09	.05**	.23	.05**	.23			נוקקות לפעולות יום יומיות
.02	.09	.03*	.11	.03*	.12	.03*	.14	.03	.12			מסי' חברים ברשת המטפלת
-.24**	-.19	-.25**	-.20	-.25**	-.21	-.22*	-.18					הרכב מגדרי : הרוב או הכל נשים
-.43***	-.27	-.38***	-.24	-.39***	-.24	-.40**	-.25					הרכב מגדרי : הרוב או הכל גברים
.02	.01	.01	.01	.02	.02							קיום מצוות התפילה
.15	.11	.15	.11	.13	.10							קיום מצוות הצום
-.02	-.04	-.01	-.02	-.02	-.03							הגדרה עצמית של דתיות
.04	.07	.01	.03	.01	.01							הסתיעות בדת בעת צרה
-.42***	-.37	-.48***	-.43	-.50***	-.44							אורח החיים של המטפל
-.06*	-.16	-.05*	-.14	-.05*	-.14							רמת העיור של היישוב
.02	.04	.02	.03									אורח חיים × הגדרת דתיות
-.04	-.08	-.05	-.09									רמת עיור × הגדרת דתיות
-.06	-.08											טיב היחסים ברשת המטפלת
.12*	.15											טיב היחסים בין מטפל-מטופל
-.10*	-.14											נטל הטיפול
.04, F(3,230)=5.50**		.01, F(2, 233)= 1.10		.28, F (6, 235)= 20.56***		.03, F (2, 241) = 4.93**		.11, F(5, 243) = 6.22***		.03, F(1,248) = 8.15**		R ² change, F change
.50, F(19,230)=12.11***		.46, F (16, 233)=12.62***		.45, F(14,235) = 14.25***		.17, F (8, 241)= 6.41***		.14, F(6, 243) = 6.69***		.03, F(1,248) = 8.15**		R ² F

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

בצעד החמישי נבדקה תרומתם של משתנה המכפלה של משתני הגדרה עצמית של דתיות עם אורח החיים ועם רמת העיור. זאת, על מנת לבדוק את הטענה שהקשר בין אורח חיים ורמת עיור לבין מסירות ילדים תלויה ברמת הדתיות של המטפלים, שאולי תמתן קשרים אלה. אולם, האינטראקציות לא נמצאו מובהקות. משמעות הדבר היא שהשפעה של אורח החיים ורמת העיור של המטפלים על מסירות ילדים דומה בקרב מטפלים בעלי הגדרות דתיות שונות. במילים אחרות, ההגדרה העצמית של דתיות אינה משנה את עוצמת הקשר שבין אורח חיים ורמת עיור לבין מסירות ילדים.

לבסוף, במודל השישי בו הוכנסו גם המשתנים המתווכים, נראה כי משתנים אלה מוסיפים 4 אחוזים לשונות המוסברת של המשתנה התלוי מסירות ילדים. תרומה זו מובהקת. מבין המשתנים המתווכים לטיב היחסים בין מטפל מטופל ונטל הטיפול תרומות ייחודיות מובהקות לניבוי מסירות ילדים. מקדם הרגרסיה של טיב היחסים בין המטפל למטופל ($Beta = .15$) מראה כי ככל שטיב היחסים בין המטפל למטופל הדוק יותר כך גבוהה יותר מסירות ילדים. לעומת זאת, מקדם הרגרסיה של נטל הטיפול ($Beta = -.14$) מראה כי ככל שתחושת נטל הטיפול גבוהה יותר, כך יורדת מסירות הילדים המדווחת.

שוב מעניין לראות כי גם בצעד זה, למשתנים אורח חיים, רמת עיור של הישוב, הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים", הרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים" ומספר שעות טיפול שבועיות נשמרות תרומות מובהקות לניבוי מסירות ילדים, כלומר, מעבר לתרומתם של המשתנים המתווכים. יחד עם זאת, לאורח החיים במודל זה תרומה קטנה יותר ($Beta = -.37$) בהשוואה לתרומתו במודל הקודם. ירידה זו מוסברת בשונות המשותפת של משתנה זה עם המשתנים המתווכים, שונות שהיא רלוונטית להסבר שונות מסירות הילדים. מצד שני, תרומתו של משתנה רמת העיור עולה במקצת בהשוואה למודל הקודם. יתרה מזאת, למשתנה נזקקות לפעילות יום יומית תרומה ייחודית מובהקת לניבוי מסירות ילדים ($Beta = .16$), כאשר בשני הצעדים הקודמים תרומתו לא נמצאה מובהקת. מקדם הרגרסיה של משתנה זה מצביע על כך שככל שהנזקקות לעזרה בפעולות יום יומיות גבוהה יותר, כך גדלה מסירות ילדים, וזאת כאשר כל יתר המשתנים קבועים. השערה מספר אחד של המחקר הנוכחי בודקת כזכור את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים. מרבית ההשערה אוששה. נמצא קשר שלילי מובהק בין אורח חיים מודרני לבין מסירות ילדים וקשר שלילי בין רמת עיור לבין מסירות ילדים, מעבר למשתני הבקרה

ומשתני הרקע. עם זאת, מאפייני דתיות, שהיו מובהקים בנייתוחים הדו-משתניים, לא תרמו באופן מובהק למסירות ילדים, מעבר למשתני הבקרה והרקע.

כמו כן, השערה מספר 2 במחקר הנוכחי בודקת את תרומתם של המשתנים המתווכים, דהיינו טיב היחסים ברשת המשפחתית המטפלת, טיב היחסים בין הקשיש למטפל ונטל הטיפול, בקשר בין מאפייני חיים מודרניים ומסירות ילדים. הרגרסיה לא עונה על שאלת התיווך לגבי משתני הדת כי משתני הדת שהוכנסו בצעד החמישי לא נמצאו כבעלי תרומה מובהקת לניבוי מסירות ילדים, ותרומה זו לא השתנתה גם לאחר הכנסת המשתנים המתווכים לצעד השישי. עם זאת, למאפייני חיים מודרניים נוספים-רמת העיור של הישוב ואורח חיים, הייתה תרומה מובהקת לניבוי מסירות ילדים. כך, כאשר הוכנסו המשתנים המתווכים בצעד השישי בתוך הרגרסיה, נמצא כי תרומתו של משתנה אורח חיים של המטפל ירדה ולכן במידה מסויימת נראה כי המשתנים המתווכים אכן מתווכים את הקשר בין אורח חיים של המטפל לבין מסירות ילדים. עם זאת, תרומתו של משתנה רמת העיור של הישוב דווקא עלתה במקצת כאשר המשתנים המתווכים נכנסו לרגרסיה כך שלא ניתן לקבוע שהם מתווכים לגבי משתנה זה.

לסיכום, תוצאות הרגרסיה מצביעות על מספר משתנים בעלי תרומות מרכזיות לניבוי מסירות ילדים. אלה הם מספר שעות טיפול שבועיות, נזקקות לעזרה בפעולות יום יומיות, הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים", הרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים", אורח חיים, רמת עיור, טיב היחסים בין המטפל למטפל ונטל הטיפול. השפעתם מובהקת גם כאשר משתני הרקע והמשתנים המתווכים מבוקרים. משתנים אחרים, לעומת זאת, לא נמצאו קשורים למסירות ילדים באף אחד מהמודלים, והם השכלת המטפל, אינטנסיביות הטיפול, קיום מצוות התפילה, קיום מצוות הצום, הסתייעות בדת בעת צרה, שתי האינטראקציות, טיב היחסים ברשת המטפלת.

יש לציין שכל משתני הדת לא נמצאו כבעלי תרומה ייחודית מובהקת לניבוי מסירות ילדים כאשר שאר המשתנים מבוקרים. זאת, למרות שבניתוחים הדו משתניים נמצאו משתנים אלה קשורים באופן מובהק למסירות ילדים. ההבדלים בין התוצאות שעלו בנייתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו ברגרסיה נובעים מכך שבניתוחים הדו-משתניים, לא מבוקרת השפעתם של משתנים אחרים ולכן הקשרים בין משתני הדת לבין מסירות ילדים כוללים גם את הקשרים בין משתני הדת לבין משתנים אחרים הרלוונטיים למסירות ילדים. לעומת זאת, הרגרסיה מנטרלת את השפעתם של משתנים אחרים מהקשרים שבין משתני הדת לבין מסירות ילדים. לכן, העובדה שתרומתם של משתני הדת למסירות ילדים אינה מובהקת כאשר מבוקרים משתנים אחרים בנייתוח הרגרסיה, מצביעה על כך שהקשרים בין משתני הדת למסירות ילדים שנמצאו בנייתוחים

הדו משתניים אינם ייחודים למאפייני הדת עצמם אלא קשורים לתהליכים אחרים המשותפים למשתני הדת ולמשתנים המנבאים האחרים.

תת הפרקים הבאים מציגים תוצאות רב משתניות לגבי יתר המשתנים התלויים במודל: העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה, רמת הדיכאון המדווחת, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש, ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש.

תת פרק 3 מציג את הניתוחים הדו-משתניים לבדיקת הקשר בין משתני המחקר לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה. בהמשך, הוא מציג את הניתוח הרב משתני לניבוי משתנה התוצאה העדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זיקנה.

3. הקשר בין משתני המחקר לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו לעת זיקנה.

3.1 הקשרים בין משתני הרקע לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה

3.1.1 המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של המטפל

לוח 3.15 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של "העדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זיקנה" על פי המאפיינים הסוציו-דמוגרפים של המטפל וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה המנובא. על פי הנתונים בלוח 3.15, נמצאו קשרים בין שלושה משתנים סוציו-דמוגרפיים לבין העדפת המטפל לטיפול המשפחתי והם קרבה משפחתית לקשיש, מצב משפחתי של המטפל והשכלתו. לצורך בחינת הבדלים בין סוגי הקרבה השונים מבחינת העדפת המטפל לטיפול בעצמו נערכו השוואות מרובות על פי מבחן Bonferroni. ההשוואות העלו הבדל מובהק בין הבנים והבנות לבין הכלות, כך שהבנים והכלות מעדיפים את הטיפול המשפחתי לעצמם במידה גבוהה יותר מאשר הבנות. כל יתר ההבדלים בין סוגי הקרבה המשפחתית מבחינת העדפת המטפל בנוגע לטיפול המשפחתי לא נמצאו מובהקים.

מבחן t למדגמים בלתי תלויים שבדק הקשר בין מצב משפחתי של המטפל לבין העדפתו לטיפול משפחתי העלה הבדל מובהק בין מטפלים נשואים לבין מטפלים לא נשואים. ילדים נשואים מעדיפים את הטיפול המשפחתי לעצמם יותר מאשר הילדים הלא נשואים. בנוסף, נמצא

מתאם שלילי מובהק בין השכלת המטפל לבין העדפת הטיפול המשפחתי. כלומר, ככל שרמת ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, העדפתו לקבל טיפול משפחתי לעצמו נמוכה יותר. עם זאת, לא נמצא הבדל מובהק בין מטפלים גברים לנשים בהעדפה לטיפול משפחתי לעצמם. הווה אומר שנשים וגברים מעדיפים את הטיפול המשפחתי במידה שווה. כמו כן, לא נמצאו הבדלים בין מטפלים ברמות תעסוקה שונות. לבסוף, לא נמצא קשר בין גיל המטפל לבין העדפת הטיפול. כלומר, מטפלים צעירים ומבוגרים מתייחסים במידה שווה לקבלת טיפול משפחתי לעצמם בעת זקנה.

לוח 3.15: סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

r	F	t	ס.ת	ממוצע	N	
		1.46	0.76	4.16	84	מין
			0.84	4.01	166	זכר
	3.27*					נקבה
			0.92	3.86	91	קרבה משפחתית
			0.76	4.41	82	לקשיש
			0.72	4.23	68	בת
			0.60	3.88	9	בן
		2.63**				כלה
			0.78	4.14	170	נכד ונכדה
			0.86	3.85	80	מצב משפחתי
	1.85					נשוי
			0.77	3.81	44	לא נשוי
			0.91	4.04	29	מצב תעסוקתי
			0.77	4.01	23	שכיר במשרה מלאה
			0.81	4.13	154	שכיר במשרה חלקית
						עצמאי
						אינם עובדים וגימלאים
-0.06						גיל המטפל
-0.27***						השכלת המטפל

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על העדפה גבוהה יותר של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה
 p<0.05 * , p<0.01 ** , p<0.001 ***

3.1.2 מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת

לוח 3.16 מציג ממוצעים וסטיות תקן של משתנה התוצאה על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. התבוננות בלוח מעלה כי מבין משתני מאפייני הרשת המשפחתית, שני משתנים נמצאו בעלי קשר מובהק להעדפת המטפל לטיפול משפחתי, גודל הרשת המשפחתית המטפלת וההרכב

המגדרי שלה. מבחני המובהקות מראים כי ככל שהרשת המשפחתית המטפלת גדולה יותר כך גבוהה יותר הנטייה להעדפת המטפל לטיפול משפחתי.

כמו כן, ניתוח שונות חד כיווני בדק את הקשר בין ההרכב המגדרי של הרשת לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי. הניתוח הצביע על הבדל מובהק בין הרכבים מגדריים שונים של הרשת המטפלת. לצורך בחינת הבדלים אלה, נערכו השוואות על פי מבחן Bonferroni. המבחן העלה הבדל מובהק בהעדפת המטפל בין רשת משפחתית בה ההרכב המגדרי שווה לבין רשת משפחתית בה "הרוב או הכל נשים", והרכב רשת בה "הרוב או הכל גברים". כלומר, מטפלים שנמצאים ברשתות בהם ההרכב המגדרי שווה נוטים להעדיף טיפול משפחתי לעצמם במידה גבוהה יותר בהשוואה למטפלים הנמצאים ברשתות בהם ההרכב המגדרי לא שווה.

שני משתנים לא נמצאו קשורים להעדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו, חלוקה של אחריות הטיפול בכסף וחלוקה של אחריות הטיפול בזמן ובמאמץ. הווה אומר, שהעדפת המטפל לטיפול דומה בקרב מטפלים המשקיעים באופן יחסי יותר כסף ויותר זמן ומאמץ ובקרב מטפלים המדווחים כי מידת השקעתם בטיפול מבחינת כסף, זמן ומאמץ נמוכה. לסיכום, רשת משפחתית גדולה יותר שבה חלוקה מגדרית שווה מאפיינת מטפלים בעלי רמות גבוהות יותר של העדפה לטיפול משפחתי לעצמם.

לוח 3.16: סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפיינים הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>F</u>	<u>ס. ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.21**					מספר חברי הרשת
-0.09					חלוקת אחריות הטיפול (בכסף) (N)
-0.05					חלוקת אחריות הטיפול (בזמן ומאמץ) (N)
	5.34***				הרכב מגדרי של הרשת
		0.82	4.01	191	הרוב או הכל נשים
		0.44	4.60	29	הרכב מגדרי שווה
		0.85	3.87	30	הרוב או הכל גברים

הערות: ציונים גבוהים יותר מעידים על העדפה גבוהה לטיפול משפחתי בעת זקנה.
 *** p<0.001, ** p<0.01

א. ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית יותר בשני המדדים.

3.1.3 מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש

לוח 3.17 מציג ממוצעים וסטיות תקן של העדפת המטפל על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין כל אחד ממשתני

אלה לבין משתנה התוצאה. כפי שמוצג בלוח 3.17, מבין המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתפקודיים של הקשיש שנבדקו, נמצא קשר בין שני משתנים להעדפת המטפל והם מצבו המשפחתי של המטפל והמרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל. כך שהעדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו נמצאה גבוהה בקרב המטפלים של הורים נשואים לעומת אצל מטפלים של הורים לא נשואים (אלמנים וגרושים). כמו כן, נמצא מתאם חיובי בין המרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל לבין העדפת המטפל, אך בעוצמה נמוכה. ככל שהמרחק הגיאוגרפי בין המטפל לקשיש גדול יותר, כך העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו גבוהה יותר. מצד שני לא נמצאו קשרים מובהקים בין מאפייני הקשיש, דהיינו מין וגיל לבין העדפת המטפל. גם לא נמצא קשר עם הקושי לבצע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL) ופעילויות יומיומיות (ADL).

לוח 3.17 : סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.04					<u>גיל</u>
					<u>מצב תפקודי</u>
0.02					ADL (א)
-0.02					IADL (ב)
	1.09				<u>מגדר</u>
		0.78	4.13	87	זכר
		0.84	4.01	163	נקבה
	-2.55*				<u>מצב משפחתי</u>
		0.87	3.93	137	לא נשוי
		0.73	4.20	113	נשוי
0.12*					<u>מרחק גיאוגרפי (ג)</u>

הערות : ציונים גבוהים יותר מעידים על העדפה גבוהה של המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה.
 $p < 0.05^*$

- א. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש בביצוע פעילויות יומיומיות.
- ב. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש בביצוע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות.
- ג. ציון גבוה מעיד על מרחק גיאוגרפי גדול יותר בין הקשיש למטפל.

3.1.4 מאפייני הטיפול בקשיש

לוח 3.18, מציג תוצאות מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. הבדיקה העלתה קשר שלילי בין מספר משימות הטיפול שבהם עוזר המטפל לקשיש לבין משתנה התוצאה. כך, ככל שעולה מספר המשימות שבהם המטפל נוטל חלק, כך גם יורדת העדפתו לטיפול המשפחתי לעצמו. לעומת מתאם זה, המתאמים בין משך הטיפול בשנים, מספר ימי טיפול בשבוע, מספר שעות טיפול בשבוע ואינטנסיביות הטיפול לבין העדפת המטפל לא נמצאו מובהקים.

לוח 3.18: מתאמי פירסון בין לבין מאפייני הטיפול בקשיש לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה (N=250)

r	
-0.04	משך הטיפול בשנים
0.09	מספר ימי טיפול בשבוע
0.01	מספר שעות טיפול בשבוע
-0.16*	מספר משימות טיפול
0.04	אינטינסיביות הטיפול (א)

הערות: ציונים גבוהים יותר מעידים על העדפה גבוהה של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה.

* $p < 0.05$

א. ציון גבוה מעיד על אינטינסיביות גבוהה.

3.2 הקשרים בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה

כזכור, השערה מספר 3 בודקת את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים שכללו רמת העיור, אורח חיים ורמת הדתיות של המטפל לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי. על מנת לבדוק את הקשר בין רמת העיור של היישוב ואורח חיים מודרני לבין משתנה תוצאה זה נערכו מתאמי פירסון בין משתנים אלה. לוח 3.19, מצביע על מתאם שלילי מובהק בין רמת העיור של היישוב לבין משתנה התוצאה. כלומר, ככל שרמת העיור של היישוב עולה, כך יורדת העדפתו של המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו. כמו כן, גם המתאם שנערך בין אורח חיים מודרני לבין העדפת המטפל נמצא שלילי. הווה אומר, ככל שהילדים מקיימים אורח החיים אינדיבדואליסטי ומודרני יותר על פי מדד זה, יורדת העדפתם לטיפול משפחתי לעצמם.

כמו כן, הלוח מציג תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין מאפייני דתיות של המטפל לבין העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו. התבוננות בתוצאות מעלה קשרים מובהקים בין משתנים שונים של מאפייני דתיות לבין משתנה התוצאה. מבחני t למדגמים בלתי תלויים שנערכו לבדיקת הקשרים בין כל אחד משלושת המרכיבים של קיום מצוות (תפילה, צום ועליה לרגל) לבין משתנה התוצאה העלו הבדלים מובהקים בין הילדים שמקיימים מצוות התפילה לאלה שאינם מקיימים אותה וכן בין ילדים המקיימים ואלה שאינם מקיימים את מצוות הצום. לאנשים המקיימים מצוות תפילה וצום, העדפה גבוהה לטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה בהשוואה לאנשים שאינם מקיימים שתי מצוות אלה. עם זאת, לא נמצא הבדל מובהק בהעדפת הטיפול המשפחתי בין מטפלים שמקיימים או לא מקיימים את מצוות העליה לרגל.

בנוסף לכך, מתאם פירסון שנערך בין הגדרה עצמית של דתיות לבין אותו משתנה תוצאה, הראה מתאם חיובי מובהק, כפי שמוצג בלוח 3.19. נראה אם כן, שככל שרמת הדתיות המוגדרת גבוהה יותר, כך גם העדפתם המדווחת של המטפלים לטיפול משפחתי גבוהה יותר. לבסוף, הקשר בין הסתייעות בדת בעת צרה לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי נמצא חיובי ומובהק גם הוא. ככל שהמטפל מסתייע יותר בדת בעת צרה, כך גבוהה יותר העדפתו לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זקנה.

לוח 3.19: סטטיסטיקה תאורית של העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
-0.19***					<u>רמת העיור של הישוב (א)</u>
-0.16*					<u>אורח חיים של המטפל (ב)</u>
	2.78**				<u>תפילה</u>
		1.01	3.79	72	לא
		0.70	4.16	178	כן
	2.31*				<u>צום</u>
		1.07	3.72	42	לא
		0.74	4.12	208	כן
	1.89				<u>עליה לרגל</u>
		0.84	4.01	202	לא
		0.69	4.25	48	כן
0.18**					<u>הגדרה עצמית של דתיות (ג)</u>
0.19**					<u>הסתייעות בדת בעת צרה (ד)</u>

הערות: ציונים גבוהים יותר מעידים על העדפה גבוהה של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה.

*** p<0.001 ** p<0.01 * p<0.05

א. ציון גבוה מעיד על רמת עיור גבוהה יותר.

ב. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר.

ג. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות גבוהה.

ד. ציון גבוה מעיד על הסתייעות גבוהה בדת בעת צרה.

3.3 קשרים בין המשתנים המתווכים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה

על פי המודל במחקר הנוכחי, מסירות ילדים מהווה גורם מתווך בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה. לכן, בשלב זה של הניתוח הדו-משתני נבחנו המתאמים בין המשתנים המתווכים שכללו תפיסת היעילות העצמית הכללית של המטפל, התמיכה המשפחתית הספציפית בתפקיד המטפל, תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים ברשת המשפחתית, טיב היחסים בין המטפל והמטופל ומסירות ילדים לבין משתנה התוצאה. כזכור,

בתת הפרק השני נשללה האפשרות לקולינאריות בין המשתנים המתווכים לעצמם (ראה לוח - 3.12).

לוח 3.20, מציג סטטיסטיקה תיאורית ותוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין המשתנים המתווכים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי. הבדיקה העלתה כי לשלושה משתנים מתווכים יש מתאם חיובי עם משתנה התוצאה, והם תפיסת היעילות העצמית הכללית, טיב היחסים בין המטפל והמטופל ומסירות ילדים. כלומר, ככל שתפיסת היעילות העצמית של המטפל גבוהה יותר, ככל שהיחסים בין המטפל למטופל טובים יותר וככל שמסירות הילדים המדווחת גבוהה יותר, כך עולה ההעדפה המדווחת של המטפל לגבי טיפול משפחתי לעצמו. בנוסף, נמצא מתאם שלילי מובהק בין נטל הטיפול לבין אותו משתנה תוצאה. הווה אומר, ככל שגוברת תחושת נטל הטיפול אצל המטפל, כך גם יורדת העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה.

לוח 3.20 : מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו לעת זיקנה (N=250)

<i>r</i>	
-0.26***	נטל הטיפול
0.05	תמיכה משפחתית במטפל
0.16*	יעילות עצמית כללית
0.12	טיב היחסים ברשת המשפחתית
0.22***	טיב היחסים מטפל-מטופל
0.48***	מסירות ילדים

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר בכל המשתנים.
 *** $p < 0.001$ * $p < 0.05$

3.4 הקשר בין משתנה הבקרה-רציה חברתית והעדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זקנה.

מתאם פירסון שנערך בין מדד של רציה חברתית והעדפת המטפל לטיפול המשפחתי בעת זקנה העלה מתאם חיובי בין שני משתנים אלה ($r=0.38, p<0.001$). כלומר, ככל שהרציה החברתית של המטפל גבוהה יותר, כך גם העדפתו המדווחת של המטפל לטיפול המשפחתי בעת זקנה עולה.

3.5 ניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה: רגרסיה לינארית היררכית

השערות 3 ו-4 מתייחסות לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו לעת זקנה על ידי משתני הרקע, מאפייני החיים המודרניים והמשתנים המתווכים. בנוסף שוער כי המשתנים המתווכים, דהיינו, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת, תמיכה משפחתית במטפל, נטל הטיפול

ויעילות עצמית כללית של המטפל ומסירות ילדים ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין משתני הרקע ומאפייני חיים מודרניים לבין משתנה התוצאה.

בדיקת השערות אלה נעשתה באמצעות רגרסיה ליניארית היררכית שבה המשתנה "העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו" הוא המשתנה המנובא. על מנת להכניס לרגרסיה רק משתנים בעלי קשר מובהק עם העדפת המטפל לטיפול משפחתי, נבדקו תחילה המתאמים שבין משתני המחקר השונים לבין משתנה תוצאה זה, כפי שתואר בתת הפרקים הקודמים. בנוסף, נבדק הקשר בין המשתנה רציה חברתית שעשוי להוות משתנה מתערב לבין משתנה התוצאה. הממצאים המתייחסים לקשרים בין משתנים אלה לבין העדפת המטפל לטיפול המשפחתי מופיעים בלוחות בתתי הפרקים הקודמים.

לשם בדיקת תרומתו של כל משתנה או קבוצת משתנים להסבר השונות בהעדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו, נערכה רגרסיה ליניארית היררכית עם המשתנה המנובא. המשתנים המנבאים שהוכנסו לרגרסיה הם אלה שנמצאו כבעלי קשרים מובהקים עם משתנה התוצאה בניתוחים הדו-משתניים.

סדר הכנסת המשתנים ברגרסיה ההיררכית הרב משתנית נקבע על פי סדר הופעתם במודל התיאורטי של המחקר. אך קודם לכן, בצעד הראשון הוכנס משתנה הבקרה רציה חברתית במטרה לנטרל את השפעתו המתערבת של משתנה זה על הקשר הנבדק. בצעד השני הוכנסו לפי הסדר במודל התיאורטי משתני רקע שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים כבעלי קשרים מובהקים עם העדפת המטפל לטיפול המשפחתי. אלה כללו השכלה, המצב המשפחתי של המטפל ($1=$ נשוי, $0=$ לא נשוי), מספר חברים ברשת המטפלת, המצב המשפחתי של הקשיש ($1=$ נשוי, $0=$ לא נשוי), מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל ומספר משימות הטיפול בהם המטפל לקח חלק.

בצעד השלישי הוכנסו שלושת משתני הדמה שנוצרו מתוך משתנה קרבה משפחתית. כאמור, משתנה קרבה משפחתית הוא משתנה שמי המורכב מארבע קטגוריות שכללו בת, בן, כלה, נכד ונכדה. לשם הכנסתו לרגרסיה יצרנו שלושה משתני דמה דיכוטומיים קרבה של בן (כן/לא), קרבה של כלה (כן/לא), קרבה של נכד או נכדה (כן/לא). הערך "בת" נבחר כערך השוואה כי הוא נמצא בניתוחים הדו-משתניים כבעל ממוצע ההעדפה הנמוך ביותר לטיפול המשפחתי. שלושת משתני הדמה של קרבה משפחתית הוכנסו לרגרסיה יחד ובצעד נפרד, וזאת בכדי לבדוק את השפעת קרבה משפחתית על משתנה התוצאה.

בצעד הרביעי הוכנסו שני משתני הדמה שנוצרו מתוך משתנה הרכב מגדרי של הרשת שכללו רשתות בהן "הרוב או הכל נשים" ורשתות בהן "הרוב או הכל גברים". שוב נבחר הערך של "הרכב

מגדרי שווה" להיות כערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה. כאמור, שני משתני דמה אלה הוכנסו לרגרסיה ביחד ובצעד נפרד.

בצעד החמישי של ניתוח הרגרסיה הוכנסו מאפייני החיים המודרניים שכללו את המשתנה אורח חיים הנמדד בסולם אינטרוולי, המשתנה רמת העיור של הישוב, הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה שנמדדו בסולם סודר. כמו כן, הוכנסו משתני הדמה של קיום מצוות צום (1=כן, 0=לא) ותפילה (1=כן, 0=לא). בצעד השישי והאחרון בניתוח הרגרסיה הוכנסו המשתנים המתווכים. אלה כללו את המשתנה תחושת נטל הטיפול, תפיסת היעילות העצמית הכלילת, טיב היחסים בין המטפל למטופל ומסירות ילדים. ארבעת משתנים אלה נמדדו בסולם אינטרוולי.

לוח 3.21 מציג את תוצאות הרגרסיה ההיררכית לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו. ניתוח הרגרסיה העלה כי המשתנים יחד מסבירים 51 אחוזים מהשונות במשתנה תוצאה זה. מהניתוח עולה עוד, כי המשתנה רציה חברתית שהוכנס בצעד הראשון כמשתנה מבוקר מסביר 14 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה. בנוסף, נמצא שהתרומה של משתנה זה נשארה בעלת תרומה מובהקת לניבוי השונות בהעדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו. מכאן החשיבות שבניטרולו ביחס למשתנה התוצאה הנדון.

המודל השני בחן את תרומת משתני הרקע לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו מעבר לרציה החברתית. מהניתוח עולה כי משתני הרקע מסבירים 15 אחוזים נוספים מהשונות בהעדפת המטפל לטיפול משפחתי, וניבוי זה הינו מובהק. מבין משתני הרקע, נמצאו מספר משתנים כבעלי תרומה ייחודית לניבוי משתנה תוצאה זה שכללו השכלת המטפל ($Beta = -.27$), מספר חברים ברשת ($Beta = .15$) והמצב המשפחתי של הקשיש ($Beta = .11$). ערכי בטא למשתנים אלה מראים כי ככל שהשכלת המטפל נמוכה יותר וככל שמספר החברים ברשת המטפלת גדול יותר, כך גבוהה יותר העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה. כמו כן, משמעות הערך החיובי של בטא במשתנה מצב המשפחתי של הקשיש, היא שלמטפלים באמהות קשישות העדפה גבוהה יותר לטיפול משפחתי מאשר מטפלים באבות קשישים.

משתני הדמה של קרבה משפחתית לקשיש שהוכנסו בצעד השלישי מסבירים יחד שני אחוזים נוספים מהשונות בהעדפת המטפל, וניבוי זה אינו מובהק. כך עולה, שבדיקת ערכי הבטא ורמת המובהקות של כל אחד ממשתני הדמה של קרבה משפחתית לקשיש מראה כי אף לא אחד מבין שלושת משתני הדמה המרכיבים משתני זה הוא בעל תרומה ייחודית מובהקת לניבוי משתנה התוצאה.

לוח 3.21: מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה

מודל 6		מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
.09***	.26	.13***	.38	.12***	.34	.13***	.37	.12***	.34	.13***	.38	רציה חברתית
-.04***	-.20	-.05***	-.21	-.06***	-.27	-.06***	-.27	-.06***	-.27			השכלת מטפל
.06	.03	.01	.01	.05	.03	.04	.02	.21	.12			מצב משפחתי של המטפל (דמה)
.02	.07	.03	.10	.05*	.13	.04	.11	.05*	.15			מספר חברים ברשת המטפלת
.29**	.17	.28**	.17	.20*	.12	.16	.10	.19*	.11			מצב משפחתי של הקשיש (דמה)
.10**	.17	.11**	.21	.10**	.18	.10**	.19	.06	.12			מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל
.01	.01	-.01	-.04	-.01	-.03	-.01	-.01	-.01	-.04			מספר משימות טיפול
.30*	.17	.32*	.18	.30*	.17	.25	.14					קרבה משפחתית: בן (דמה)
.25*	.14	.17	.09	.15	.08	.19	.10					קרבה משפחתית: כלה (דמה)
-.20	-.04	-.31	-.07	-.23	-.05	-.25	-.05					קרבה משפחתית: נכד ונכדה (דמה)
-.25	-.13	-.39**	-.20	-.31*	-.16							הרכב מגדרי: הרוב או הכל נשים (דמה)
-.53**	-.21	-.74***	-.29	-.70***	-.28							הרכב מגדרי: הרוב או הכל גברים (דמה)
.23	.13	-.06	-.03									אורח החיים של המטפל
-.09*	-.14	-.12**	-.21									רמת העיור של היישוב
-.01	-.01	-.02	-.02									הגדרה עצמית של דתיות
-.04	-.05	-.04	-.04									הסתיעות בדת בעת צרה
.11	.06	.12	.07									קיום מצוות התפילה
.21	.10	.27	.12									קיום מצוות הצום
-.13	-.12											נטל הטיפול
-.04	-.02											יעילות עצמית כוללת
.01	.01											טיב היחסים בין מטפל-מטופל
.54***	.34											מסירות ילדים
.08, F(4,227)=9.34***		.08, F(6, 231)= 5.50***		.04, F (2, 237)= 7.22**		.02, F (3, 239) = 1.72		.15, F(6, 242) = 8.85***		.14, F(1,248) = 41.79***		R ² change, F change
.51, F(22,227)=10.89***		.43, F (18, 231)=9.82***		.35 F(12,237) = 10.75***		.31, F (10, 239)= 10.89***		.29, F(7, 242) = 14.69***		.14, F(1,248) = 41.79***		R ² F

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

משתני הדמה של הרכב מגדרי שהוכנסו למודל הרביעי מסבירים עוד 4 אחוזים מהשונות בהעדפת המטפל לטיפול משפחתי, כשניבוי זה הוא מובהק. התבוננות במבחני המובהקות לבדיקת התרומות הייחודיות של כל אחד משני משתני הדמה אלה מעלה כי לשניהם תרומה ייחודית מובהקת, ברשת בה "הרוב או הכל נשים" ($Beta = -.16$) וברשת בה "הרוב או הכל גברים" ($Beta = -.28$). היות שהערך "הרכב מגדרי שווה" מהווה ערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה, משמעות הממצא היא שמטפלים שנמצאים ברשתות בהן ההרכב המגדרי אינו שווה, מדווחים על העדפה נמוכה יותר לטיפול משפחתי בהשוואה למטפלים שנמצאים ברשתות בהן ההרכב המגדרי הוא שווה.

יש לציין שהמשתנה קרבה משפחתית "בן" שלא היה מובהק במודל הקודם, נמצא כעת כבעל תרומה ייחודית מובהקת לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי. הערך החיובי של מקדם הרגרסיה למשתנה זה ($Beta = .17$) מצביעה על כך שבנים בהשוואה לבנות מדווחים על העדפה גבוהה יותר לטיפול משפחתי. אך, נראה כי קשר זה מתקיים רק לאחר בקרה סטטיסטית של משתני הרקע וההרכב המגדרי של הרשת.

משתני החיים המודרניים שהוכנסו בצעד החמישי הסבירו יחד 8 אחוזים נוספים מהשונות במשתנה העדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו. התבוננות במקדמי הרגרסיה הייחודיים בצעד זה מעלה כי מבין כל המשתנים של החיים המודרניים רק למשתנה רמת העיור תרומה ייחודית מובהקת לניבוי משתנה התוצאה. הערך השלילי של מקדם הרגרסיה למשתנה זה ($Beta = -.21$) מצביע על כך שככל שרמת העיור עולה יותר, כך יורדת העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה. יש לציין עוד כי למספר משתנים שנמצאו כבעלי תרומה מובהקת בצעד הרביעי, תרומתם עלתה לאחר הכנסת מאפייני החיים המודרניים לרגרסיה. אלה כללו מצב משפחתי של הקשיש, מרחק גיאוגרפי, קרבה משפחתית "בן", הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים" והרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים".

מבין המשתנים המתווכים שהוכנסו לבסוף בצעד השישי, רק מסירות ילדים נמצאה כבעלת תרומה ייחודית מובהקת לניבוי העדפת המטפל לטיפול משפחתי. רמת הבטא הגבוהה ($Beta = .34$) מצביעה על כך שמעבר לכל המשתנים שהוכנסו לרגרסיה, למסירות ילדים תרומה חיובית מובהקת ומשמעותית בעוצמתה לניבוי העדפת המטפל. כלומר, מטפלים שדיווחו על מסירות ילדים גבוהה, נוטים יותר מאחרים להעדיף טיפול משפחתי לעצמם בעת זקנה. ממצא זה מבהיר עוד, כי למשתנה מסירות ילדים משקל רב בהסבר משתנה התוצאה.

התבוננות בערכי הבטא ובמובהקותם של כל המשתנים במודל השישי, מעלים מספר ממצאים מעניינים. ראשית, הלוח מראה כי תרומתו של המשתנה אורח חיים לניבוי משתנה התוצאה, ירדה מ- $(Beta = -.21)$ ל- $(Beta = -.14)$ לאחר הכנסתם של המשתנים המתווכים למודל האחרון. כמו כן, הלוח מראה גם ירידה בתרומתם של מספר משתני רקע לניבוי העדפת המטפל ואלה הם ההשכלה של המטפל, מרחק גיאוגרפי, קרבה משפחתית "בן" והרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים". לבסוף, המשתנה "קרבה משפחתית" כלה" שלא היה מובהק במודלים הקודמים, התגלה במודל האחרון כבעל תרומה מובהקת לניבוי העדפת המטפל $(Beta = .16)$. כך שהכלות נטות להעדיף יותר מאשר הבנות את הטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה. לעומת זאת, הרכב מגדרי "הרוב או הכל נשים" שהיה בעל תרומה מובהקת לניבוי העדפת המטפל בשלבים הקודמים של הניתוח לא שמר על חוזקו במודל האחרון.

על פי ממצאי המחקר הנוכחי, השערה מספר 3 שבדקה את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לטיפול המשפחתי לעצמו בעת זיקנה, אוששה בחלקה. נמצא קשר שלילי בין רמת העיור לבין העדפת המטפל, מעבר למשתני הבקרה ומשתני הרקע. עם זאת, מאפייני דתיות ואורח חיים שהיו מובהקים בניתוחים הדו-משתניים, לא תרמו באופן מובהק להסבר המשתנה המנובא מעבר למשתני הבקרה והרקע.

כמו כן, בהתייחס להשערה מספר 4 שבדקה את תרומתם של המשתנים המתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים והעדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו, ניתן לומר שהרגרסיה לא עונה על שאלת התיווך לגבי אורח חיים של המטפל ומשתני הדת. זאת משום שמשתנים אלה שהוכנסו בצעד החמישי לא נמצאו כבעלי תרומה מובהקת לניבוי העדפת המטפל כששאר המשתנים מבוקרים. יש לציין, עם זאת, שלרמת העיור הייתה תרומה מובהקת לניבוי משתנה התוצאה בשלב מוקדם יותר בניתוח, אך כאשר הוכנסו המשתנים המתווכים בצעד השישי, תרומתו של משתנה זה ירדה. לכן, נראה כי המשתנים המתווכים אכן מתווכים במידה מסויימת את הקשר בין אורח חיים של המטפל לבין העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו.

לסיכום תוצאות הרגרסיה מצביעות על מספר משתנים בעלי תרומות מרכזיות לניבוי העדפת

המטפל לטיפול משפחתי לעצמו. אלה הם השכלת המטפל, מצב משפחתי של הקשיש, מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל, קרבה משפחתית "בן", קרבה משפחתית "כלה", הרכב מגדרי "הרוב או הכל גברים", רמת העיור ומסירות ילדים. השפעתם של משתנים אלה נשארה מובהקת גם כאשר משתני הבקרה, הרקע והמשתנים המתווכים מבוקרים. המשתנים האחרים, לעומת זאת, לא נמצאו קשורים להעדפת המטפל באף אחד מהמודלים.

תת פרק 4 מציג את הניתוחים הדו-משתניים לבדיקת הקשר בין משתני המחקר לבין הרווחה האישית של המטפל. בהמשך, הוא מציג את הניתוח הרב משתני לניבוי הרווחה האישית של המטפל הנמדד באמצעות המשתנה רמת הדיכאון.

4. הקשר בין משתני המחקר לבין הרווחה האישית של המטפל

4.1 הקשרים בין משתני הרקע של המחקר לבין הרווחה האישית של המטפל

בשלב הראשון של בדיקת הנתונים הדו-משתניים מוצגים הקשרים שבין מאפייני רקע לבין משתנה הרווחה האישית- רמת הדיכאון אצל המטפל. כמו בניתוחים הקודמים ובהתאם למודל, מאפייני הרקע כוללים מאפייני המטפל, מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת, מאפייני הקשיש, ומאפייני הטיפול בקשיש.

4.1.1 המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל

לוח 3.22 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של המשתנה רמת הדיכאון אצל המטפל על פי המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. כמתואר בלוח 3.22, נמצא שמטפלות מדווחות באופן מובהק על רמות גבוהות יותר של דיכאון בהשוואה למטפלים. ממצא זה בא לידי ביטוי גם במשתנה קירבה משפחתית. בדיקת ההבדלים על פי מבחן Bonferroni להשוואות מרובות העלתה הבדל ברמת הדיכאון המדווחת בין הבנות והכלות לבין הבנים המטפלים. הבנות והכלות מדווחות על רמות דיכאון גבוהות יותר בהשוואה לבנים.

בנוסף, נמצא קשר בין מצב משפחתי של המטפל לבין רמת הדיכאון אצלו. בדיקת ההבדלים על פי מבחן t למשתנים בלתי תלויים העלתה הבדל מובהק בין מטפלים נשואים לבין מטפלים לא נשואים (אלמנים, גרושים ורווקים). נראה שהמטפלים הלא נשואים סובלים מרמת דיכאון גבוהה יותר בהשוואה למטפלים נשואים. יחד עם זה, נמצאו הבדלים ברמת הדיכאון ברמות תעסוקה שונות, כפי שמוצג בלוח 3.22. בדיקת ההבדלים על פי מבחן Bonferroni העלתה הבדל מובהק בין המטפלים שעובדים באופן עצמאי לבין מטפלים העובדים בשכירות במשרה מלאה או חלקית. נראה שרמת הדיכאון בקרב עובדים עצמאיים נמוכה מרמת הדיכאון בקרב המטפלים השכירים. כמו כן, נמצא מתאם שלילי בין השכלת המטפל לבין רמת הדיכאון אצלו. הווה אומר, ככל שרמת

ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, רמת הדיכאון המדווחת נמוכה יותר. עם זאת, הקשר בין גיל המטפל לבין רמת הדיכאון לא נמצא מובהק. לסיכום, נראה כי רמת הדיכאון של המטפל במדגם הנוכחי קשורה למין המטפל, לקירבה משפחתית למצב תעסוקתי, למצב המשפחתי ולהשכלתה.

לוח 3.22: סטטיסטיקה תיאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>f</u>	<u>ס.ט.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	<u>t</u>	
						<u>מין</u>
				84		זכר
	3.50**	0.49	0.57	166		נקבה
		0.40	0.77			<u>קרבה משפחתית לקשיש</u>
	5.39**			91		בת
		0.41	0.77	82		בן
		0.48	0.56	68		כלה
		0.40	0.77	9		נכד או נכדה
		0.42	0.93			<u>מצב משפחתי</u>
	3.02**			80		לא נשוי
		0.44	0.83	170		נשוי
		0.43	0.65			<u>מצב תעסוקתי</u>
	6.96***			44		שכיר במשרה מלאה
		0.45	0.66	29		שכיר במשרה חלקית
		0.29	0.70	23		עצמאי
		0.25	0.34	154		אינם עובדים וגמלאים
		0.46	0.77			<u>גיל המטפל</u>
-0.06						<u>השכלה</u>
-0.22***						

p<0.01 ** p<0.001 ***

4.1.2 מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת

לוח 3.23 מציג ממוצעים וסטיות תקן של רמת הדיכאון המדווחת על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. התבוננות בלוח מעלה כי מבין משתני הרשת המשפחתית המטפלת, שני משתנים נמצאו בעלי קשר מובהק לרמת הדיכאון המדווחת של המטפל, חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות וחלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ. מבחני המובהקות מראים כי ככל שחלוקת אחריות בשני התחומים נתפסת כשוויונית יותר, כך רמת הדיכאון המדווחת בקרב המטפלים נמוכה יותר. לעומת זאת, הקשר בין מספר החברים

ברשת המשפחתית המטפלת לבין רמת הדיכאון המדווחת לא נמצא מובהק. כמו כן, לא נמצא קשר מובהק בין ההרכב המגדרי של הרשת המשפחתית המטפלת לבין רמת הדיכאון המדווחת.

לוח 3.23 : סטטיסטיקה תאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני המובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>ס.ט</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	<u>F</u>	
-0.11				<u>מספר חברים ברשת</u>	
-0.16*				<u>חלוקת האחריות לטיפול (בכסף) (N)</u>	
-0.19**				<u>חלוקת האחריות לטיפול (בזמן ומאמץ) (N)</u>	
	2.01			<u>הרכב מגדרי של הרשת</u>	
		0.44	0.73	191	הרוב או הכל נשים
		0.47	0.68	29	הרכב מגדרי שווה
		0.40	0.56	30	הרוב או הכל גברים

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על רמת דיכאון גבוהה יותר.
 ** p<0.01, * p<0.05
 א. ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית יותר בשני המדדים.

4.1.3 מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש

לוח 3.24, מציג ממוצעים וסטיות תקן של משתנה התוצאה על פי המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין מדד הרווחה האישית-רמת הדיכאון אצל המטפל. כפי שמוצג בלוח 3.24, נמצא קשר בין שני מאפיינים סוציודמוגרפיים של הקשיש לבין רמת הדיכאון של המטפל והם הקושי לבצע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות ומין הקשיש המטופל. ראשית, נמצא שככל שרמת הקושי בתפקוד האינסטרומנטלי היומיומי עולה, כך גם עולה רמת הדיכאון המדווחת בקרב המטפלים. שנית, נמצא שרמת הדיכאון המדווחת הייתה גבוהה יותר בקרב המטפלים באמהות מאשר בקרב המטפלים באבות. מצד שני, לא נמצאו קשרים בין מאפייניו האחרים של הקשיש, דהיינו גיל, מצב משפחתי ומרחק גיאוגרפי, לבין משתנה התוצאה. גם לא נמצא קשר עם הקושי לבצע פעילויות יומיומיות (ADL).

לוח 3.24: סטטיסטיקה תאורית של רמת הדיכאון על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים ותיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני המובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ט</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	<u>גיל</u>
-0.07					מצב תיפקודי
0.09					(א) ADL
0.16*					(ב) IADL
	2.12*				מין
		0.43	0.63	87	זכר
		0.44	0.75	163	נקבה
	0.04				מצב משפחתי
		0.43	0.71	137	לא נשוי
		0.46	0.70	113	נשוי
-0.12					מרחק גיאוגרפי (ג)

הערה: ציונים גבוהים מצביעים על רמת דיכאון גבוהה
 *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05
 א. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש לבצע פעילויות יומיומיות.
 ב. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה של הקשיש לבצע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות.
 ג. ציון גבוה מעיד על מרחק גיאוגרפי גדול יותר.

4.1.4 מאפייני הטיפול בקשיש

לוח 3.25 מציג תוצאות מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין רמת הדיכאון אצל המטופלים. הבדיקה העלתה מתאם חיובי בין משך הטיפול בשנים, מספר ימי הטיפול בשבוע, מספר שעות הטיפול בשבוע ואינטינסיביות הטיפול לבין רמת הדיכאון המדווחת. כלומר, ככל שמשך הטיפול בשנים ארוך יותר, ככל שמספר ימי הטיפול בשבוע ומספר שעות הטיפול השבועיות גבוהים יותר וככל שאינטינסיביות הטיפול עולה, כך גם עולה רמת הדיכאון המדווחת על יד המטופלים. עם זאת, עוצמות המתאמים נמוכות ומצביעות על אחוזים נמוכים של שונות ברמת הדיכאון המוסברת על ידי משתנים אלה. לעומת מתאמים אלה, המתאם בין מספר משימות הטיפול שבהם לוקח המטפל חלק לבין רמת הדיכאון, לא נמצא מובהק.

לוח 3.25: מתאמי פירסון בין מאפייני טיפול ורמת הדיכאון של המטפל (N=250)

<u>r</u>	
0.16**	משך הטיפול בשנים
0.15*	מספר ימי טיפול בשבוע
0.21**	מספר שעות טיפול בשבוע
0.09	מספר משימות טיפול
0.15*	אינטינסיביות הטיפול (א)

הערה: ציון גבוה מעיד על רמת דיכאון גבוהה בכל המדדים.
 ** p<0.01, * p<0.05
 א. ציון גבוה מעיד על אינטינסיביות גבוהה.

4.2 הקשרים בין מאפייני חיים מודרניים לבין הרווחה האישית של המטפל

כאמור, אחת ממטרות המחקר היא לבדוק את הקשרים בין מאפייני החיים המודרניים לבין רווחתו האישית של המטפל כפי שנמדד ברמת הדיכאון. מאפייני חיים מודרניים נמדדו במחקר זה, כזכור באמצעות שלושה משתנים: רמת העיור, אורח חיים ורמת הדתיות של המטפל. על מנת לבדוק את הקשרים בין רמת העיור של היישוב ואורח החיים לבין רמת הדיכאון נערכו מתאמי פירסון (לוח 3.26). הבדיקה לא העלתה קשר בין משתנים אלה לבין התוצאה. גם בבדיקה של מאפייני הדת לא נמצא קשר. על כן, בניגוד למשתני הרקע שלגביהם נמצאו קשרים מובהקים עם רמת הדיכאון המדווחת, למאפייני חיים מודרניים לא נמצאו קשרים עם רמת דיכאון.

לוח 3.26: סטטיסטיקה תאורית של תחושת דיכאון על פי מאפייני חיים מודרניים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.03					<u>רמת עיור של הישוב (א)</u>
0.07					<u>אורח חיים של המטפל (ב)</u>
	1.09				<u>תפילה</u>
		0.48	0.76	72	לא
		0.42	0.69	178	כן
	0.43				<u>צום</u>
		0.51	0.74	42	לא
		0.43	0.70	208	כן
	1.06				<u>עליה לרגל</u>
		0.44	0.72	202	לא
		0.44	0.65	48	כן
0.02					<u>הגדרה עצמית של דתיות (ג)</u>
0.01					<u>הסתייגות בדת בעת צרה (ד)</u>

הערות: ציון גבוה מעיד על רמת דיכאון גבוהה.
 א. ציון גבוה מעיד על רמת עיור גבוהה.
 ב. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר.
 ג. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות גבוהה.
 ד. ציון גבוה מעיד על הסתייגות גבוהה בדת בעת צרה.

4.3 הקשרים בין המשתנים המתווכים לבין הרווחה האישית של המטפל

בשלב זה של הניתוח הדו-משתני נבחנו המתאמים בין המשתנים המתווכים לבין המדד של הרווחה האישית-רמת הדיכאון. המשתנים המתווכים פורטו בשלבים הקודמים של המחקר

הנוכחי, ואף הוסבר שנשללה האפשרות לקולינאריות בין המשתנים המתווכים. לוח 3.27 מציג מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין רמת הדיכאון אצל המטופלים. הבדיקה העלתה כי פרט למשתנה מסירות ילדים, כל המשתנים המתווכים הינם בעלי מתאם עם מדד הרווחה האישית -רמת הדיכאון של המטפל. באופן ספציפי, נטל הטיפול נמצא בעל מתאם חיובי עם רמת הדיכאון של המטפל. משתני התמיכה המשפחתית במטפל, תפיסת היעילות העצמית הכללית, טיב היחסים בין המטפל למטופל וטיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית נמצאו בעלי מתאם שלילי עם רמת הדיכאון. נראה אם כן, שככל שהתמיכה המשפחתית במטפל רחבה וגדולה, כלל שתפיסת היעילות העצמית אצל המטפל גבוהה יותר, וככל שהיחסים בין המטפל למטופל והיחסים בתוך הרשת טובים יותר, כך נמוכה יותר רמת הדיכאון המדווחת על ידי המטפל. בנוסף, ככל שנטל הטיפול גבוה יותר, כך גבוהה יותר רמת הדיכאון אצל המטפל. לעומת זאת, הבדיקה לא מצאה קשר בין מסירות ילדים לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.27 : מתאמים פירסון בין המשתנים המתווכים לבין רמת הדיכאון

r	
0.38***	נטל הטיפול
-0.34***	תמיכה משפחתית במטפל
-0.51***	יעילות עצמית כללית
-0.23***	טיב היחסים ברשת המשפחתית
-0.35***	טיב היחסים מטפל-מטופל
-0.09	מסירות ילדים

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר בכל המשתנים.

*** $p < 0.001$

4.4 הקשר בין משתנה הבקרה-רציה חברתית והרווחה האישית של המטפל.

מתאם פירסון שנערך בין המדד של רציה חברתית ורמת הדיכאון אצל המטפל העלה מתאם לא מובהק בין המשתנים ($r = -0.01, p > 0.05$). הווה אומר, שהרציה החברתית של המטפל אינה קשורה לרמת הדיכאון אצל המטופלים.

4.5 ניבוי הרווחה האישית של המטפל: רגרסיה לינארית היררכית

השערות 5 ו-6 מתייחסות לניבוי הרווחה האישית של המטפל, על ידי משתני הרקע, מאפייני החיים המודרניים והמשתנים המתווכים. בנוסף שוער כי המשתנים המתווכים ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין משתני הרקע ומאפייני חיים מודרניים לבין משתנה התוצאה. כאמור ברגרסיה זו משמש המשתנה "מסירות ילדים" משתנה מתווך. על מנת להכניס לרגרסיה רק משתנים בעלי קשר מובהק עם הרווחה האישית של המטפל, נבדקו תחילה המתאמים שבין משתני המחקר השונים ומדד הרציה החברתית לבין רמת הדיכאון, כפי שמוצג בלוחות בתני הפרקים הקודמים. בהמשך, נבדקה תרומתם היחסית של המשתנים המנבאים באמצעות רגרסיה לינארית היררכית עם המדד רמת הדיכאון כמשתנה מנובא. כאמור, משתנה מספר ימי טיפול בשבוע לא נכלל בניתוח הרגרסיה בשל המתאם הגבוה בינו לבין מידת אינטנסיביות הטיפול ($r=.77$).

סדר הכנסת המשתנים ברגרסיה הרב משתנית נקבע על פי סדר הופעתם במודל התיאורטי של המחקר. בצעד הראשון הוכנסו משתני הרקע שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים כבעלי קשרים מובהקים עם רמת הדיכאון. אלה כללו מין המטפל (נקבה=1, זכר=0), מצב משפחתי של המטפל (נשוי=1, לא נשוי=0), השכלה, חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהוצאה כספית, חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ, נזקקות המטופל בפעולות אינסטרומינטליות (IADL), מין הקשיש המטופל (נשוי=1, לא נשוי=0), משך הטיפול בשנים, מספר שעות הטיפול ואינטנסיביות הטיפול.

אחריהם, הוכנסו בצעד השני שלושת משתני הדמה שנוצרו מתוך משתנה קרבה משפחתית. אלה כללו הקרבה של בת (כן/לא), כלה (כן/לא), ונכד או נכדה (כן/לא). במקרה זה, הערך "בן" נבחר כערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה. ערך זה נבחר כערך השוואה כי הוא נמצא בניתוחים הדו-משתניים כבעל ממוצע הדיכאון הנמוך ביותר.

בצעד השלישי הוכנסו שלושת משתני הדמה שנוצרו מתוך משתנה המצב התעסוקתי של המטפל. כאמור, משתנה המצב התעסוקתי של המטפל הוא משתנה שמי המורכב מארבע קטגוריות שכללו שכיר במשרה מלאה, שכיר במשרה חלקית, עצמאי, אינם עובדים וגימלאים. לשם הכנסתו לרגרסיה יצרנו שלושה משתני דמה דיכוטומיים, שכללו ברגרסיה הנוכחית שכיר במשרה מלאה (כן/לא), שכיר במשרה חלקית (כן/לא), אינם עובדים או גימלאים (כן/לא). הערך

”עצמאיי” שימש ערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה. ערך זה נבחר כערך השוואה כי הוא נמצא בניתוחים הדו-משתניים כבעל ממוצע הדיכאון הנמוך ביותר.

בצעד הרביעי של ניתוח הרגרסיה הוכנסו מאפייני חיים המודרניים. זאת, על אף שלא נמצאו קשרים מובהקים בינם לבין מדד הרווחה האישית. בניתוח הנוכחי הוכנסו בצעד זה המשתנים אורח חיים של המטפל, רמת העיור והגדרה עצמית של דתיות. המטרה בהכנסתם של משתנים אלה הייתה לבדוק האם הכנסתם של משתנים אחרים לרגרסיה הרב משתנית שחרר את הקשרים שבין משתנים אלה לבין הרווחה האישית של המטפל. לבסוף, בצעד החמישי בניתוח האנאליטי הוכנסו כל המשתנים המתווכים פרט למשתנה ”מסירות ילדים” שלא נמצא בעל קשר מובהק עם מדד הרווחה האישית בניתוח הדו-משתני.

לוח- 3.28 מציג את תוצאות הרגרסיה ההיררכית לניבוי הרווחה האישית של המטפל. ניתוח הרגרסיה העלה כי המשתנים מסבירים יחד 43 אחוזים מהשונות במשתנה תוצאה זה. מהניתוח עולה עוד כי משתני הרקע שהוכנסו למודל הראשון מסבירים 16 אחוזים מהשונות ברווחה האישית, וניבוי זה הינו מובהק.

מבין משתני הרקע, רק למשתנים השכלת המטפל ומשך הטיפול תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה. ערכי הבטא מראים כי ככל שמספר שנות הטיפול בהורה הקשיש רב יותר, כך גבוהה יותר רמת הדיכאון המדווחת, וככל שרמת ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, כך גם יורדת רמת הדיכאון. אולם קשרים אלה אינם חזקים מאוד.

המשך הניתוח הראה כי משתני הדמה של קרבה משפחתית שהוכנסו בצעד השני מסבירים יחד שני אחוזים נוספים מהשונות במשתנה התוצאה, כשתרומה זו אינה מובהקת. כלומר, משתני הדמה של קרבה משפחתית אינם תורמים להסבר השונות ברווחתו האישית של המטפל. עם זאת, נמצא שהמשתנים השכלה ומספר שנות הטיפול נשארו כגורמים מנבאים גם בצעד זה. בנוסף לכך, התווסף אליהם משתנה רקע נוסף והוא המצב המשפחתי של המטפל. נראה אם כן, שבהשוואה לגברים הנשים נוטות לדווח על רמת דיכאון גבוהה יותר. לסיכום שלב זה ברגרסיה, ניתן לומר שהמשתנים השכלת המטפל, מצבו המשפחתי ומשך הטיפול מספקים תרומה ייחודית לניבוי המדד של הרווחה האישית, מעבר למשתני הדמה של קרבה משפחתית.

לוח 3.28 : מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי רווחה אישית של המטפל-רמת הדיכאון

מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
-0.26	-0.28	-0.44	-0.48	-0.44	-0.47	-0.45	-0.48	.10	.11	מין המטפל
-0.01	-0.09	-.02*	-.16	-.02*	-.14	-.02*	-.15	-.02*	-.16	השכלת המטפל
-0.08	-0.08	-.16*	-.17	-.16*	-.17	-.16*	-.17	-.10	-.10	מצב משפחתי של המטפל
.01	-.01	-.03	-.06	-.03	-.06	-.02	-.05	-.02	-.05	חלוקה אחריות הטיפול בכסף
-0.05	-0.09	-.03	-.06	-.03	-.06	-.03	-.06	-.03	-.06	חלוקת אחריות הטיפול בזמן
.01	.25	.04	.12	.04	.11	.04	.12	.04	.11	נזקקות בפעולות אינסטרומינטליות (IADL)
.10	.11	.06	.07	.06	.07	.08	.09	.06	.07	מין הקשיש
.01*	.13	.01*	.12	.01*	.12	.01*	.13	.01*	.14	משך הטיפול בשנים
.01	.09	.01	.08	.01	.08	.01	.10	.01	.11	מס" שעות טיפול בשבוע
-0.01	-0.06	-.01	-.07	-.01	-.07	-.01	-.08	-.01	-.08	אינטינסיביות הטיפול
-0.15	-0.16	-.46	-.48	-.46	-.48	-.50	-.53			קרבה משפחתית-בת
.10	.10	.10	.10	.10	.10	.11	.11			קרבה משפחתית- כלה
.16	.07	.15	.07	.15	.06	.15	.06			קרבה משפחתית-נכד/ה
.21*	.18	.23*	.19	.23*	.19					תעסוקה –שכיר במשרה מלאה
.19	.14	.20	.14	.20	.14					תעסוקה – משרה חלקית
.17	.18	.21	.23	.21	.23					תעסוקה –אינם עובדים וגימלאים
-0.04	-0.04	.02	.02							אורח חיים של המטפל
.02	.02	.01	.01							רמת העיור של הישוב
-0.01	-0.01	-.02	-.03							רמת הדתיות של המטפל

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

המשך לוח 3.28 : מקדמי רגרסיה הידרוכיית לניבוי רווחה אישית של המטפל- דיכאון

מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
.01	.01									נטל הטיפול
-.03	-.04									תמיכה משפחתית במטפל
-.34***	-.39									יעילות עצמית כללית
-.08	-.12									טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת
-.05	-.08									טיב היחסים בין המטפל לקשיש
.19, F(5,225)=14.85***		.01, F(3, 230)= .19		.01, F(3, 233) = 1.59		.02,F(3, 236) = 2.33		.16, F(10,239)= 4.68***		R ² change, F change
.40, F(24,225)=6.32***		.21, F(19, 230)=3.13***		.20, F(16, 233)= 3.72***		.19,F(13, 236) = 4.18***		.16, F(10,239) = 4.66***		R ² , F

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

בצעד השלישי נבדקה תרומתם של שלושת משתני הדמה של המצב התעסוקתי של המטפל. מהניתוח עולה שמצב תעסוקתי תורם אחוז נוסף לניבוי משתנה התוצאה, אך תרומה זו אינה מובהקת. התבוננות במבחני המובהקות של משתנה זה מעלה כי רק למשתנה "שכיר במשרה מלאה" תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה. היות שהערך "עובד עצמאי" מהווה ערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה, משמעות ממצא אחרון זה היא שלשכירים במשרה מלאה בהשוואה לעובדים עצמאיים יש רמת דיכאון גבוהה יותר. יש לציין כי גם בצעד זה, נשאר המשתנים השכלה, מצבו המשפחתי של המטפל ומשך הטיפול כגורמים מנבאים.

בצעד הרביעי נבדקה תרומתם של המשתנים הבלתי תלויים העיקריים (רמת העיור, אורח החיים של המטפל ורמת דתיותו) לניבוי רווחתו האישית של המטפל. מהניתוח עולה שמאפייני חיים מודרניים תורמים אחוז נוסף לניבוי רמת הדיכאון ותרומה זו אינה מובהקת. אם כן, מתברר שמעבר לתרומתם של מאפייני הרקע, למאפייני חיים מודרניים אין תרומה ייחודית לניבוי הרווחה האישית של המטפל. כמו כן יש לציין כי המשתנים השכלת המטפל, מצבו המשפחתי, משך הטיפול והמשתנה "שכיר במשרה מלאה" נשאר בשלב זה גורמים מנבאים כמו בצעד הקודם. לבסוף, הוכנסו המשתנים המתווכים בצעד החמישי. נראה כי משתנים אלה מוסיפים 19 אחוזים לשונות המוסברת ברווחה האישית של המטפל, ותרומה זו מובהקת. אולם מבין המשתנים המתווכים רק למשתנה יעילות עצמית כללית נתפסת תרומה ייחודית מובהקת לניבוי התוצאה. ערך הבטא השלילי מראה כי ככל שהיעילות העצמית הכללית הנתפסת של המטפל גבוהה יותר, כך נמוכה יותר רמת הדיכאון המדווחת. יחד עם זאת, נמצא שהמשתנים משך הטיפול בשנים והמשתנה התעסוקה "שכיר במשרה מלאה" נשאר כגורמים מנבאים לרווחה האישית, מעבר לתרומתם של משתני הרקע, מאפייני חיים מודרניים והמשתנים המתווכים. לעומת זאת, למשתנים השכלה של המטפל ומצבו המשפחתי לא נמצאה תרומה מובהקת מעבר למשתנים אלה.

על מנת לבחון את המידה שבה משתנים אלה מתווכים בין משתני החיים המודרניים לבין מדד הרווחה האישית, הושו התרומות הייחודיות של משתני החיים המודרניים לניבוי משתנה התוצאה כאשר המשתנים המתווכים לא נמצאים ברגסיה (צעד 4) לתרומתם כאשר המשתנים המתווכים נמצאים ברגסיה (צעד 5). ואכן אנו רואים בצעד 5 כי למאפייני החיים המודרניים אין תרומה מובהקת לניבוי הרווחה האישית של המטפל מעבר לשאר המשתנים שנמצאים ברגסיה. לפיכך, על פי ממצאי המחקר, לא אוששה השערה מספר 5 במחקר הנוכחי. לא נמצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין הרווחה האישית של המטפל מעבר למשתני הרקע. כמו כן, נראה כי

גם השערה מספר 6 לא אוששה. מתברר מהלוח שהכנסתם של המשתתפים המתווכים בצעד החמישי בתוך הרגרסיה לא הביאה לשינוי בתרומתם של מאפיינים חיים מודרניים, שלא הייתה מובהקת בצעד הרביעי. לכן, מתברר שהמשתתפים המתווכים אינם תורמים לקשר בין מאפייני חיים מודרניים ורווחתו האישית של המטפל.

לסיכום למרות העובדה כי לא ניתן היה לבדוק את מודל התיווך בין מאפייני חיים מודרניים לבין רווחה אישית, משום שמשתתפי חיים מודרניים לא נמצאו קשורים למשתנה תוצאה זה, הרי שבניתוח הרגרסיה עלו מספר ממצאים מעניינים. ראשית, ככל שמספר שנות הטיפול בקשיש רבות יותר, כך עולה רמת הדיכאון אצל המטפל. בנוסף, מטפלים שכירים במשרה מלאה (בהשוואה למטפלים עצמאיים) חווים יותר דיכאון. לבסוף, יעילות עצמית כללית מנבאת רמת דיכאון נמוכה מעבר לכל שאר משתני המחקר.

תת פרק 5 מציג את הניתוחים הדו-משתתפים לבדיקת הקשרים בין משתני המחקר לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש. בסיום תת הפרק מוצג הניתוח הרב משתני לניבוי משתנה התוצאה.

5. הקשר בין משתני המחקר לבין המשתנה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בהורה קשיש"

5.1 הקשרים בין משתני הרקע לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש

כזכור, המשתנה "תפיסת המטפל את האחריות להעברות של זמן הקשורות לטיפול בקשיש" נמדדת באמצעות שתי סקאלות הבודקות שני תחומים: עזרה במשק בית ומתן טיפול אישי להורים הקשישים הזקוקים לכך. סולם המדידה נע מאחריות בלעדית של המשפחה עד לאחריות בלעדית של המדינה. אפשרויות התשובה על כל סקאלה כללו 5 קטגוריות: המשפחה בלבד, המשפחה בעיקר, שתיהם באופן שווה, המדינה בעיקר והמדינה בלבד. ציון גבוה במדד זה העיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, וציון נמוך העיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המדינה בהעברות של זמן.

5.1.1 המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל

לוח 3.29 מציג את הממוצעים וסטיות התקן של משתנה התוצאה " תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן " על פי המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. על פי הנתונים בלוח, נראה כי מבין מאפייני המטפל נמצא קשר לשני המשתנים מצב משפחתי של המטפל והשכלתו. כך, שמטפלים נשואים ביטאו תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן בהשוואה למטפלים לא נשואים. בנוסף, נמצא מתאם שלילי בין השכלה לבין תפיסת המטפל. כך, ככל שרמת ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, יורדת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. מצד שני, לא נמצאו קשרים בין מאפייני המטפל, דהיינו מין המטפל וגילו, קירבה משפחתי לקשיש ומצב תעסוקתי לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.29 : סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>f</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
		0.14				מין
			0.76	2.30	84	זכר
			0.81	2.32	166	נקבה
	0.33					קרבה משפחתית
			0.85	2.34	91	בת
			0.76	2.29	82	בן
			0.73	2.29	68	כלה
			1.01	2.55	9	נכד או כלה
		2.16*				מצב משפחתי
			0.76	2.39	170	נשוי
			0.84	2.16	80	לא נשוי
	1.60					מצב תעסוקתי
			0.75	2.43	44	שכיר במשרה מלאה
			0.91	2.48	29	שכיר במשרה חלקית
			0.73	2.47	23	עצמאי
			0.80	2.22	147	אינם עובדים וגימלאים
-0.03						גיל המטפל
0.13*						השכלה

הערה: ציון גבוהה מעיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.
* p<0.05

5.1.2 מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת

לוח 3.30 מציג ממוצעים וסטיות תקן של המשתנה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן" על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. התבוננות בלוח 3.30, מעלה כי רק למשתנה "חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בזמן ובמאמץ" קשר שלילי עם תפיסת המטפל. כלומר, ככל שחלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בזמן ובמאמץ נתפסת כשוויונית יותר, כך יורדת תפיסתו המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין המשתנה "חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות, לבין משתנה התוצאה. הווה אומר, שמידת השוויוניות בהשקעה כספית של של הילדים במשפחה אינה קשורה לתפיסת המטפל. כמו כן, לא נמצא קשר בין מספר חברים ברשת והרכב המגדרי של הרשת לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.30: סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>F</u>	<u>ס.ת</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
0.07					<u>מספר חברים ברשת</u>
0.05					<u>חלוקת האחריות לטיפול (בכסף) (א)</u>
-0.16*					<u>חלוקת האחריות לטיפול (בזמן ומאמץ) (א)</u>
	0.88				<u>הרכב מגדרי של הרשת</u>
		0.78	2.29	191	הרוב או הכל נשים
		0.88	2.27	29	הרכב מגדרי שווה
		0.82	2.50	30	הרוב או הכל גברים

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.
* p<0.05

א. ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית יותר בשני המדדים.

5.1.3 המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש

לוח 3.31 מציג ממוצעים וסטיות תקן של המשתנה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן" על פי המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. כפי שמוצג בלוח 3.31, שלושה מבין המשתנים הדמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש נמצאו קשורים לתפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ראשית, נמצא קשר שלילי עם הגיל. ככל

שעולה גיל הקשיש המטופל, יורדת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. בנוסף, נמצא שתפיסת אחריות המשפחה בהעברות של זמן בקרב הילדים שמטפלים בהורה לא נשוי (גרש או אלמן), גבוהה יותר מאשר בקרב המטפלים בהורה נשוי. לבסוף, מתאם פירסון שבדק את הקשר בין מרחק גיאוגרפי לקשיש לבין תפיסת המטפל הצביע על קשר חיובי בין השניים. כלומר, ככל שהמרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל גדול יותר, כך עולה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. לעומת זאת, לא נמצאו קשרים בין מין הקשיש, הקושי לבצע פעילויות אינסטרומנטליות יומיומיות (IADL) ופעילויות יומיומיות (ADL) לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.31: סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בקשיש על פי מאפייני הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>מוצע</u>	<u>N</u>	
-0.14*					<u>גיל</u>
					<u>רמת התיפקוד</u>
0.11					(א) ADL
-0.06					(ב) IADL
	1.47				<u>מין</u>
		0.76	2.21	87	זכר
		0.80	2.37	163	נקבה
	2.27*				<u>מצב משפחתי</u>
		0.81	2.42	137	לא נשוי
		0.76	2.19	113	נשוי
0.21**					<u>מרחק גיאוגרפי (ג)</u>

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן

** p<0.01, * p<0.05

א. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה אצל הקשיש בתיפקוד היומיומי.

ב. ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה אצל הקשיש בתיפקוד היומיומי האינסטרומנטאלי.

ג. ציון גבוה מעיד על מרחק גיאוגרפי גדול יותר בין הקשיש למטפל.

5.1.4 מאפייני הטיפול בקשיש

לוח 3.32 מציג תוצאות מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. בניגוד למתאמים שנמצאו בין מאפייני הקשיש לבין אותו משתנה תוצאה, לוח 3.32 מציג מתאמים לא מובהקים בין מאפייני הטיפול, דהיינו, משך הטיפול, מספר ימי הטיפול בשבוע, מספר שעות טיפול בשבוע, מספר משימות הטיפול שבהם המטפל עוזר

לקשיש ואינטנסיביות הטיפול לבין המשתנה המנובא. כלומר, שתפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן אינה קשורה כלל למאפייני הטיפול בקשיש.

לוח 3.32: מתאמי פירסון של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש ומאפייני הטיפול בקשיש (N=250)

<i>r</i>	
-0.08	משך הטיפול בשנים
-0.12	מספר ימי טיפול בשבוע
0.07	מספר שעות טיפול בשבוע
0.06	מספר משימות טיפול
-0.05	אינטנסיביות הטיפול (א)

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן א. ציון גבוה מעיד על אינטנסיביות גבוהה.

5.2 הקשרים בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש

במחקר הנוכחי, מאפייני חיים מודרניים נמדדו באמצעות שלושה משתנים רמת העיור, אורח חיים ורמת הדתיות של המטפל. על מנת לבדוק את הקשר בין אורח חיים לבין משתנה התוצאה, חושב מתאם פירסון בין שני משתנים אלה. לפי לוח 3.33, הבדיקה העלתה מתאם לא מובהק. הווה אומר, שתפיסת המטפל בעניין אחריות המשפחה לגבי העברות אינה קשורה לאורח החיים שהוא מנהל. לעומת זאת, הקשר בין רמות העיור לבין אותו משתנה תוצאה יצא מובהק. לצורך בחינת ההבדלים בין רמות העיור השונות בתפיסת המטפל, נערכו השוואות מרובות על פי מבחן Tukey. מבחן זה העלה הבדל בתפיסת המטפל בין "כפרים קטנים ומבודדים" לבין "כפרים פרברי ערים" ו-"ערים", כך שתפיסת המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן נמוכה יותר בכפרים פרברי ערים ובערים מאשר בכפרים קטנים ומבודדים. כל יתר ההבדלים בין רמות העיור השונות לא נמצאו מובהקים.

כמו כן, לוח 3.33 מציג גם תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים שבין מאפייני חיים מודרניים נוספים (קיום מצוות, הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה) לבין משתנה התוצאה. מבחני t למדגמים בלתי תלויים שנערכו לבדיקת הקשרים בין כל אחד משלושת המרכיבים של קיום מצוות (תפילה, צום ועליה לרגל) לבין משתנה התוצאה, העלו הבדל מובהק בין המטפלים שקיימו מצוות העליה לרגל לבין מטפלים שעדיין לא עלו לרגל. כלומר, אנשים שקיימו מצוות העליה לרגל דוגלים יותר באחריות המשפחה בהעברות של זמן מאנשים

**לוח 3.33: סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה
בהעברות של זמן על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני המובהקות
(N=250)**

<u>r</u>	<u>f</u>	<u>t</u>	<u>ס.ת.</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
-0.07						אורח חיים של המטפל (א)
	5.42***					רמת העיור של הישוב
			0.72	2.62	50	כפר קטן ומבודד
			0.72	2.26	50	כפר גדול
			0.84	1.94	50	כפר פרבר עיר
			0.84	2.32	50	עיר כפרית
			0.70	2.46	50	עיר
		1.76				תפילה
			0.69	2.18	72	לא
			0.82	2.37	178	כן
						צום
		-0.73				לא
			0.75	2.33	42	כן
			0.80	2.33	208	עליה לרגל
		2.57*				לא
			0.82	2.26	202	כן
-0.02			0.61	2.54	48	הגדרה עצמית של דתיות
						(ב)
0.07						הסתייעות בדת בעת צרה
						(ג)

ציון גבוהה מעיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש.

*** p<0.001 * p<0.05

א. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר.

ב. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות גבוהה.

ג. ציון גבוה מעיד על הסתייעות גבוהה בדת בעת צרה.

שלא קיימו מצווה זו. לעומת זאת, לא נמצא הבדל בתפיסת המטפלים בהעברות של זמן בין מטפלים שמקיימים או לא מקיימים את מצוות הצום והתפילה. כמו כן, שני מבחני פירסון שבדקו את הקשר בין הגדרה עצמית של דתיות והסתייעות בדת בעת צרה לבין משתנה תוצאה, לא העלו קשר בין משתנים אלה.

5.3 הקשרים בין המשתנים מתווכים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש

בשלב זה של הניתוח הדו-משתני נבחנו המתאמים בין המשתנים המתווכים (שעל פי המודל התיאורטי כללו גם המשתנה "מסירות ילדים" כמשתנה המתווך) בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל את אחרייות המשפחה בהעברות של זמן. המשתנים המתווכים הנוספים כללו,

כזכור, תמיכה משפחתית במטפל, יעילות עצמית, נטל טיפול, טיב היחסים בין המטפל לבין הקשיש וטיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת.

לוח 3.34 מציג מתאמי פירסון לבדיקת הקשרים שבין המשתנים המתווכים לבין משתנה התוצאה. הבדיקה העלתה מתאם חיובי בין שלושה משתנים מתווכים - תמיכה משפחתית במטפל, תפיסת היעילות העצמית הכללית, ומסירות ילדים - לבין משתנה התוצאה. נראה אם כן, שככל שהתמיכה המשפחתית במטפל גבוהה יותר, ככל שתפיסת היעילות העצמית הכללית של המטפל גבוהה יותר, וככל שמסירות הילדים המדווחת גבוהה יותר, כך עולה תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין נטל הטיפול, טיב היחסים בין המטפל לקשיש וטיב היחסים ברשת המשפחתית לבין אותו משתנה תוצאה.

לוח 3.34: מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש (N=250)

r	
-0.03	נטל הטיפול
0.19**	תמיכה משפחתית במטפל
0.14*	יעילות עצמית כללית
-0.09	טיב היחסים ברשת המשפחתית
-0.08	טיב היחסים מטפל-מטופל
0.14*	מסירות ילדים

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר בכל המשתנים
 ** p<0.01 * p<0.05

5.3 הקשר בין משתנה הבקרה רציה חברתית לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש

מתאם פירסון שנערך בין המדד של רציה חברתית ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, העלה מתאם שלילי בין המשתנים ($p<0.05$, $r=-0.14$). כלומר, ככל שהרציה החברתית של המטפל גבוהה יותר, כך יורדת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

5.4 ניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש: רגרסיה לינארית היררכית

השערות 7 ו-8 מתייחסות לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש על ידי משתני הרקע, מאפייני החיים המודרניים והמשתנים

המתווכים. בנוסף שוער כי המשתנים המתווכים, קרי, תמיכה משפחתית, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים מטפל-מטופל, יעילות עצמית כללית ונטל הטיפול, ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין משתני הרקע ומאפייני החיים המודרניים לבין משתנה התוצאה. לכן, נבדקו תחילה הקשרים שבין משתני המחקר השונים לבין המשתנה התלוי. בהמשך נבדקו השערות אלה באמצעות רגרסיה ליניארית היררכית שבה המשתנה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן" הוא המשתנה המנובא, והמשתנים המנבאים כוללים אלה שנמצאו בקשר עם המשתנה התוצאה בניתוחים הדו משתניים, כפי שתואר בתת הפרקים הקודמים.

כמו בניתוחים הקודמים, תחילה הוכנס משתנה הבקרה רציה חברתית. קיבוע משתנה זה בשלב הראשון נתן אפשרות לבדיקת תרומתם של המשתנים הבלתי תלויים בניבוי משתנה התוצאה מעבר לתרומתו של משתנה הבקרה. בצעד השני הוכנסו לפי הסדר במודל התיאורטי משתני הרקע שכללו השכלת המטפל, המצב המשפחתי של המטפל (1=נשוי, 0=לא נשוי), חלוקת האחריות לטיפול בקשיש המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ, גיל הקשיש, המצב המשפחתי של הקשיש המטופל (1=נשוי, 0=לא נשוי) ומרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל. בצעד השלישי של ניתוח הרגרסיה הוכנסו ארבעת משתני הדמה שנוצרו מתוך המשתנה רמת העיור של הישוב. כאמור, משתנה זה הוא משתנה המורכב מחמש קטגוריות שכללו כפר מבודד, כפר גדול, כפר פרבר עיר, עיר כפרית ועיר. לשם הכנסתו נוצרו ארבעה משתני דמה דיכוטומיים, כאשר הערך הראשון "כפר קטן ומבודד" שימש ערך השוואה. ארבעת משתני רמת העיור הוכנסו יחד ובצעד נפרד במטרה לבדוק את השפעתו של משתנה זה בניבוי משתנה התוצאה. בהמשך, בצעד הרביעי הוכנסו מאפייני חיים מודרניים נוספים שכללו משתנה הדמה "קיום מצוות העליה לרגל".

לבסוף, בצעד החמישי הוכנסו שלושת המשתנים המתווכים שנמצאו בקשר עם משתנה התוצאה בניתוחים הדו משתניים. במקרה זה, הם כללו תמיכה משפחתית במטפל, תפיסת היעילות העצמית הכללית, ומסירות ילדים. שלושת משתנים אלה נמדדו בסולם אינטרוולי. לוח- 3.35 מציג את תוצאות הרגרסיה ההיררכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של בזמן. ניתוח הרגרסיה העלה כי המשתנים יחד מסבירים 25 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה הנבדק. מהניתוח עולה עוד, כי המשתנה רציה חברתית שהוכנס בצעד הראשון כמשתנה מבוקר מסביר 2 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה. בנוסף, נמצא שהתרומה של משתנה זה אינה מובהקת בשאר המודלים. הווה אומר, שהמשתנה רציה חברתית אינו משפיע

על הקשר בין משתני הרקע ומאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

המודל השני בחן תרומתם של משתני הרקע לניבוי משתנה התוצאה מעבר לרציה החברתית. מהניתוח עולה כי משתני הרקע מסבירים 13 אחוזים נוספים מהשונות בתפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, וניבוי זה הינו מובהק. מבין משתני הרקע, נמצא שלארבעה מהם תרומות ייחודיות לניבוי משתנה התוצאה. אלה כללו חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ, גיל הקשיש, מצבו המשפחתי והמרחק הגיאוגרפי בינו לבין המטפל. ערכי בטא השליליים של חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ (-.21) וגיל הקשיש (-.13) מראים כי ככל שחלוקת האחריות המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ נתפסת כשוויונית יותר וככל שהקשיש מבוגר יותר, כך יורדת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. כמו כן, מקדם הרגרסיה השלילי של המצב המשפחתי של הקשיש (-.15) מצביע על כך שמטפלים להורים נשואים ביטאו תפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן מאשר מטפלים להורים לא נשואים (אלמן או גרוש). ערך בטא החיובי של המשתנה מרחק גיאוגרפי (.20) מראה כי ככל שהמרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל גדול יותר, כך גם עולה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

משתני הדמה של רמת העיור של הישוב שהוכנסו בצעד הרביעי מסבירים 4 אחוזים נוספים מהשונות במשתנה התוצאה, כשניבוי זה הוא מובהק. אולם רק לשניים מהם יש תרומות ייחודיות מובהקות לניבוי תפיסת המטפל, משתנה הדמה "כפר גדול" ($Beta = -.17$) ומשתנה הדמה "כפר פרבר עיר" ($Beta = -.25$). היות שהערך "כפר קטן ומבודד" מהווה ערך השוואה ואינו נכלל בין משתני הדמה, משמעות התרומה הייחודית של משתנים אלה, היא שמטפלים בכפרים גדולים וכפרים פרברי ערים מדווחים על תפיסה נמוכה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן בהשוואה למטפלים ב"כפרים מבודדים וקטנים". כלומר, מטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות יותר ביטאו תפיסה נמוכה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן מאשר מטפלים המתגוררים ברמות עיור נמוכות.

יש לציין, כי לא נמצאה למשתנה גיל הקשיש תרומה מובהקת לניבוי השונות בתפיסת המטפל המתייחסת להעברות של זמן בצעד זה. נראה אם כן, שמעבר לתרומתם של משתני הדמה של רמת העיור, לגיל הקשיש המטופל אין קשר לניבוי משתנה התוצאה. לעומת זאת, המשתנים חלוקת

לוח 3.35 : מקדמי רגרסיה הידורכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש

מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
-.01	-.03	.01	.01	-.01	-.02	-.03	-.09	-.04*	-.13	רציה חברתית
.01	-.04	.01	.07	.01	.05	.01	.07			השכלת מטפל
.03	-.02	.07	.04	.10	.06	.10	.06			מצב המשפחתי של המטפל
-.22***	-.24	-.20***	-.21	-.19**	-.20	-.20***	-.21			חלוקת אחריות הטיפול (בזמן)
-.01*	-.14	-.01*	-.15	-.01	-.11	-.01*	-.14			גיל הקשיש
-.24*	-.15	-.23*	-.14	-.24*	-.15	-.25*	-.15			מצב משפחתי של הקשיש
.07*	.14	.10**	.19	.09*	.17	.09*	.18			מרחק גיאוגרפי
-.33*	-.16	-.37*	-.19	-.33*	-.17					רמת ישוב – כפר גדול
-.37*	-.18	-.46**	-.23	-.50**	-.25					רמת ישוב – כפר פרבר עיר
-.11	-.06	-.20	-.10	-.25	-.13					רמת ישוב – עיר כפרית
.06	.03	-.02	-.01	-.09	-.05					רמת ישוב - עיר
.38**	.19	.38**	.19							עליה לרגל – דמה
.21*	.13									תמיכה משפחתית
.09	.06									יעילות עצמית כללית
.12	.08									מסירות ילדים
.03, F(3,234)=3.02*		.03, F(1, 237)= 8.92**		.04, F (4, 238)= 3.05*		.13,F(6, 242) 6.03***		.02, F(1,248) = 4.73*		R ² change, F change
.25, F(15,234)= 5.10***		.22, F (12, 237)=5.50***		.19, F(11,238) = 5.01***		.15, F(7, 242) = 5.93***		.02, F(1,248) = 4.73*		R ² F

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

האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ, מצבו המשפחתי של הקשיש ומרחק גיאוגרפי שמרו על תרומות ייחודית בניבוי משתנה התוצאה, ובעוצמות דומות לצעד הקודם. משתנה הדמה "עליה לרגל" שהוכנס בצעד החמישי מסביר 3 אחוזים נוספים מהשונויות בתפיסת המטפל שמתייחסת להעברות של זמן, כשניבוי זה הוא מובהק. ערך בטא החיובי של המשתנה "עליה לרגל" מראה כי למטפלים שקיימו מצוות העליה לרגל (בהשוואה ללמטפלים שלא קיימו) יש תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

לבסוף, במודל החמישי בו הוכנסו המשתנים המתווכים, נראה כי משתנים אלה מוסיפים 3 אחוזים לשונויות המוסברת של משתנה התוצאה, וניבוי זה הינו מובהק. אם כן, מתברר שמעבר לתרומתם של מאפייני הרקע ומאפייני חיים מודרניים (רמות העיור ועליה לרגל), למשתנים המתווכים תרומה מובהקת לניבוי תפיסת המטפל. מבין המשתנים המתווכים שהוכנסו בצעד זה, רק אחד הראה תרומה ייחודית להסבר השונויות במשתנה התוצאה, והוא התמיכה המשפחתית במטפל. הערך החיובי של בטא למשתנה זה מראה כי ככל שהתמיכה המשפחתית במטפל גבוהה יותר, כך גם עולה תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. בנוסף, כל המשתנים שהיו בעלי תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה בצעד הרביעי שמרו על תרומתם המובהקת במודל האחרון, אך בעוצמות שונות. כלומר, למאפייני הקשיש המטופל והרשת המשפחתית תרומה מובהקת לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן גם מעבר למשתנים המתווכים. יש לציין עוד שרמת העיור "כפר גדול" ו-"כפר פרבר עיר" שמרו על תרומתם הייחודית, אך ערכי הבטא שלהם ירדו במקצת. עם זאת הבטא של המשתנה "עליה לרגל" לא השתנה ושמר על חוזקו ומובהקותו.

על פי הממצאים במחקר הנוכחי, ניתן לציין שהשערה מספר 7 שבדקה את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, אוששה ברובה. נמצא כי רמות עיור גבוהות מנבאות תפיסה נמוכה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, ורמת דתיות גבוהה מנבאת תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאותה תוצאה מעבר למשתני הבקרה ומשתני הרקע. כמו כן, כפי שניתן לראות במודל האחרון, תרומתם של משתני רמת העיור "כפר מבודד" ו"עיר" ירדה במקצת לאחר הכנסתם של המשתנים המתווכים לרגרסיה. ממצא זה תומך בהשערה מספר 8 שבדקת מודל תיווך בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל. עם זאת המשתנה "קיום מצוות העליה לרגל" שמר על מובהקותו ובעוצמה דומה למודל הקודם. אי לכך, לא ניתן לקבוע שהשערה מספר 8 אוששה לגבי המשתנה זה. אך נראה כי

"תמיכה משפחתית במטפל" אך שינתה במידה מסויימת את הקשר בין רמות העיור לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

לסיכום, ברגרסיה עלו מספר ממצאים חשובים ובולטים. ראשית, מספר משתני רקע וסוציודמוגרפיים של הקשיש תורמים לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, מעבר לתרומתם של כל יתר משתני המחקר. כך, ככל שחלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ נתפסת כפחות שוויונית, ככל שהגיל של הקשיש יורד וככל שהמרחק הגיאוגרפי בין הקשיש למטפל גדול יותר, כך עולה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. כמו כן, נמצא שמטפלים להורים נשואים ביטאו תפיסה נמוכה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן מאשר מטפלים להורים לא נשואים (אלמן או גרוש). בנוסף, נמצא שמטפלים המתגוררים בכפר גדול ובכפר פרבר עיר תפיסה נמוכה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן בהשוואה למטפלים המתגוררים בכפר קטן ומבודד. כמו כן, נמצא שמטפלים שקיימו מצוות העליה לרגל דיווחו על תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן בהשוואה לאלה שעדיין לא קיימו אותה. לבסוף, נמצא שלתמיכה המשפחתית במטפל תרומה מובהקת בניבוי משתנה התוצאה ובתיווך בין מאפייני חיים מודרניים לבין משתנה התוצאה הנדון.

תת פרק 6 והאחרון מציג את הניתוחים הדו-משתניים לבדיקת הקשר בין משתני המחקר לבין משתנה התוצאה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש". בהמשך, הוא מציג את הניתוח הרב-משתני לניבוי משתנה תוצאה זה.

6. הקשר בין משתני המחקר לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה להעברות של כסף הקשורות בטיפול בהורה קשיש

כזכור, המשתנה "תפיסת המטפל את האחריות להעברות של כסף" נמדד באמצעות סקאלה שנעה בין אחריות המשפחה בלבד ועד לאחריות המדינה בלבד. ציון גבוה במדד זה העיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף, וציון נמוך העיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המדינה בהעברות של כסף.

6.1 הקשרים בין משתני הרקע של המחקר לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה להעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש

6.1.1 המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל

לוח 3.36, מציג את הממוצעים וסטיות התקן של המשתנה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה להעברות של כסף" על פי המאפיינים הסוציודמוגרפים של המטפל וכן תוצאות מבחני מובהקות לבדיקת הקשרים שבין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. כזכור, ציון גבוה במשתנה תוצאה זה מצביע על תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. על פי הנתונים בלוח 3.36, נראה כי מבין מאפייני המטפל נמצא קשר רק למשתנה ההשכלה. שככל שרמת ההשכלה של המטפל גבוהה יותר, תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף נמוכה יותר. יתר המאפיינים הדמוגרפיים של המטפל לא נמצאו קשורים לתפיסת המטפל בהעברות של כסף. ראשית, גברים אינם שונים מנשים בתפיסתם בהקשר זה. כמו כן, מטפלים נשואים אינם שונים ממטפלים לא נשואים לגבי אותה תוצאה. לבסוף, לא נמצאו הבדלים בתפיסת המטפלים לפי הקבוצות השונות של קרבה משפחתית לקשיש ומצבו התעסוקתי של המטפל.

לוח 3.36 : סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפיינים סוציודמוגרפיים של המטפל ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

r	F	t	סט.ט.	ממוצע	N	
		0.45				מין המטפל
			0.85	3.94	84	זכר
			0.84	3.88	166	נקבה
	0.39					קרבה משפחתית
			0.85	3.86	91	בת
			0.85	3.93	82	בן
			0.82	3.94	68	כלה
			0.90	3.66	9	נכדים
		1.11				מצב משפחתי
			0.78	3.94	170	נשוי
			0.97	3.81	80	לא נשוי
	1.59					מצב תעסוקתי
			0.81	3.81	44	שכיר במשרה מלאה
			0.82	3.93	29	שכיר במשרה חלקית
			0.63	3.58	23	עצמאי
			0.87	3.97	145	אינם עובדים וגמלאים
-0.09						גיל המטפל
-0.20**						השכלה

ציון גבוה מעיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש. ** p<0.01

6.1.2 מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת

לוח 3.37, מציג ממוצעים וסטיות תקן של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. התבוננות בלוח, מעלה כי רק המשתנה "חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ" נמצא קשור למשתנה התוצאה. כלומר, ככל שחלוקת אחריות הטיפול בזמן ובמאמץ נתפסת כשוויונית יותר, כך פוחתת תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין המשתנה "חלוקת אחריות הטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות" לבין משתנה התוצאה. כלומר, מידת השוויוניות הנתפסת בהעברות כספיות בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת אינה קשורה למשתנה התוצאה. כמו כן, לא נמצא מתאם מובהק בין המשתנה "מספר חברים ברשת המשפחתית המטפלת" לבין משתנה התוצאה. נראה כי גודל הרשת המשפחתית המטפלת אינו קשור לתפיסת המטפל המתייחסת להעברות של כסף. לבסוף, ניתוח שונות חד כיווני שבדק את הקשר בין ההרכב המגדרי של הרשת לבין אותו משתנה תוצאה לא הצביע על הבדלים מובהקים.

לוח 3.37 : סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

r	F	ס.ת.	ממוצע	N	
0.06					מספר חברים ברשת
0.03					חלוקת אחריות הטיפול (כסף) (א)
-0.13*					חלוקת אחריות הטיפול (זמן ומאמץ) (א)
	2.25				הרכב מגדרי של הרשת
		0.81	3.84	191	הרוב או הכל נשים
		1.01	4.01	29	הרכב מגדרי שווה
		0.81	4.18	30	הרוב או הכל גברים

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. * $p < 0.05$, ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית יותר בשני המדדים.

6.1.3 המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש

לוח 3.38, מציג ממוצעים וסטיות תקן של משתנה התוצאה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש" על פי המאפיינים הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש וכן תוצאות מבחני המובהקות לבדיקת הקשרים בין משתנים אלה לבין משתנה התוצאה. כפי שמוצג בלוח, שניים מבין המשתנים הדמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש נמצאו קשורים לתפיסת

המטפל. ראשית, נמצא קשר שלילי עם רמת קשיי התיפקוד האינסטרומנטלי היומיומי (IADL) אצל הקשיש. כלומר, ככל שהקושי התיפקודי האינסטרומנטלי היומיומי עולה, כך גם מתחזקת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. בנוסף, נמצא שתפיסת אחריות המשפחה בהעברות של כסף הייתה גבוהה יותר בקרב המטפלים בהורה נשוי מאשר בקרב המטפלים בהורה לא נשוי (אלמן או גרוש). לעומת זאת, לא נמצאו קשרים בין גיל, מגדר, הקושי לבצע פעילויות יומיומיות (ADL) ומרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.38: סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני הסוציודמוגרפיים והתיפקודיים של הקשיש ותוצאות מבחני מובהקות (N=250)

<u>r</u>	<u>t</u>	<u>ס.ט</u>	<u>ממוצע</u>	<u>N</u>	
-0.09					<u>גיל</u>
					<u>מצב תיפקודי</u>
-0.02					(א) ADL
-0.13*					(ב) IADL
	0.57				<u>מין</u>
		0.82	3.94	87	זכר
		0.86	3.88	163	נקבה
	2.59*				<u>המצב המשפחתי</u>
		0.86	3.78	137	לא נשוי
		0.80	4.05	113	נשוי
0.04					<u>מרחק גיאוגרפי (ג)</u>

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה יותר של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

* $p < 0.05$

- ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה אצל הקשיש בתיפקוד היומיומי ..
- ציון גבוה מעיד על רמת קושי גבוהה אצל הקשיש בתיפקוד האינסטרומנטלי היומיומי .
- ציון גבוה מעיד על מרחק גיאוגרפי גדול יותר בין הקשיש למטפל.

6.1.4 מאפייני הטיפול בקשיש

לוח 3.39, מציג תוצאות מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין משתנה התוצאה הנדון בחלק זה. הבדיקה העלתה מתאם חיובי בין מספר ימי הטיפול בשבוע ומספר שעות הטיפול בשבוע לבין משתנה התוצאה. הוזה אומר, שככל שהמטפל משקיע יותר ימי טיפול ויותר שעות טיפול בשבוע, כך עולה מידת תפיסתו לאחריות המשפחה באשר להעברות של כסף. לעומת זאת, לא נמצאו קשרים בין המשתנים משך הטיפול, מספר משימות הטיפול שבהם המטפל עוזר לקשיש ואינטנסיביות הטיפול לבין תפיסת המטפל המתייחסת להעברות של כסף.

לוח 3.39: מתאמי פירסון בין מאפייני הטיפול בקשיש לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף (N=250)

r	
-0.05	משך הטיפול בשנים
0.13*	מספר ימי טיפול בשבוע
0.22***	מספר שעות טיפול בשבוע
-0.06	מספר משימות טיפול
0.09	אינטינסיביות הטיפול (א)

הערות: ציונים גבוהים מצביעים על תפיסה גבוהה יותר של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.
 $p < 0.05$ * $p < 0.001$ ***
 א. ציון גבוה מעיד על אינטינסיביות גבוהה.

6.2 הקשרים בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש

כזכור, על פי המודל במחקר הנוכחי מאפייני החיים המודרניים הם המשתנים הבלתי תלויים העיקריים. אלה כללו רמת העיור, אורח חיים ורמת הדתיות של המטפל. על מנת לבדוק את הקשר בין אורח חיים לבין משתנה התוצאה, חושב מתאם פירסון בין שני משתנים אלה. הבדיקה העלתה מתאם לא מובהק. כמו כן, ניתוח שונות חד כיווני בדק את הקשר בין רמת העיור של היישוב לבין משתנה התוצאה. כפי שנראה בלוח 3.40, הניתוח העלה הבדל בין רמות העיור השונות בתפיסת המטפל. לצורך בחינת ההבדלים אלה, נערכו השוואות על פי מבחן Tukey המתאים למשתנים בהם מספר מקרים הינו שווה בכל קבוצה. מבחן זה העלה הבדל מובהק בתפיסת המטפלים בין רמת עיור של "כפר מבודד" לבין רמת עיור של "כפר גדול", כך שתפיסת המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף גבוהה יותר בכפרים הגדולים, מאשר בכפרים מבודדים. בנוסף, נמצא שתפיסת המטפלים גבוהה יותר בכפרים הגדולים, מאשר בכפרים פרברי ערים. כל יתר ההבדלים בין רמות העיור השונות של הישובים לא נמצאו מובהקים. כמו כן, על פי לוח 3.40, נערכו מבחני t למדגמים בלתי תלויים לבדיקת הקשרים בין שלושת המרכיבים של קיום מצוות (תפילה, צום ועליה לרגל) לבין משתנה התוצאה. הבדיקה העלתה כי אנשים המקיימים מצוות תפילה דוגלים יותר באחריות המשפחה בהעברות של כסף בהשוואה לאנשים שאינם מקיימים מצווה זו. עם זאת, לא נמצא הבדל בתפיסת המטפלים בהעברות של כסף בין מטפלים שמקיימים או לא מקיימים את מצוות הצום ומצוות העליה לרגל. בנוסף לכך, מתאם פירסון שנערך בין הסתייעות בדת לבין אותו משתנה תוצאה הראה מתאם חיובי. כך,

שכלל שמידת ההסתייעות בדת בעת צרה גבוהה יותר, גבוהה יותר גם תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף. לעומת זאת, לא נמצא קשר בין הגדרה עצמית של דתיות לבין משתנה התוצאה הנדון.

לוח 3.40: סטטיסטיקה תאורית של תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף על פי מאפייני חיים מודרניים ותוצאות מבחני המובהקות (N=250)

r	f	t	ש.ת.	ממוצע	N	
0.11	4.03**					אורח חיים של המטפל (א)
						רמת העיור של הישוב
			0.84	3.70	50	כפר קטן ומבודד
			0.96	4.22	50	כפר גדול
			0.73	3.68	50	כפר פרבר עיר
			0.72	4.07	50	עיר כפרית
			0.84	3.86	50	עיר
		1.94*				תפילה
			0.80	3.74	72	לא
			0.85	3.97	178	כן
		1.81				צום
			0.82	3.69	42	לא
			0.84	3.94	208	כן
		1.32				עליה לרגל
			0.81	3.94	202	לא
			0.98	3.76	48	כן
0.09						הגדרה עצמית של דתיות (ב)
0.17**						הסתייעות בדת בעת צרה (ג)

ציין גבוהה מעיד על תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש.
 *** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$
 א. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר.
 ב. ציון גבוה מעיד על רמת דתיות גבוהה.
 ג. ציון גבוה מעיד על הסתייעות גבוהה בדת בעת צרה.

6.3 קשרים בין המשתנים מתווכים לבין "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש"

כפי שצויין בפרקים הקודמים ועל פי המודל במחקר הנוכחי, מסירות ילדים מהווה גורם מתווך בין מאפייני חיים מודרניים לבין משתנה התוצאה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף". לכן בשלב זה של הניתוח הדו-משתני נבחנו המתאמים בין המשתנים המתווכים לבין משתנה התוצאה. כמו בבדיקות הקודמות המשתנים המתווכים הם יעילות עצמית כללית של המטפל, תמיכה משפחתית במטפל, תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים ברשת המשפחתית, טיב היחסים בין הקשיש למטפל ומסירות ילדים לבין משתנה התוצאה.

לוח 3.41 מציג מתאמי פירסון לבדיקת הקשרים שבין המשתנים המתווכים לבין תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף. הבדיקה העלתה מתאם חיובי בין רוב המשתנים המתווכים לבין משתנה התוצאה. נראה אם כן, שככל שהתמיכה המשפחתית במטפל גבוהה יותר, ככל שהתפיסת היעילות העצמית הכללית של המטפל גבוהה יותר, ככל שהיחסים בין המטפל למטופל טובים יותר וככל שמסירות הילדים המדווחת גבוהה יותר, כך גם עולה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. לעומת זאת, הבדיקה לא הצביעה על קשר בין נטל הטיפול וטיב היחסים ברשת המשפחתית לבין אותו משתנה תוצאה.

לוח 3.41 : מתאמי פירסון בין המשתנים המתווכים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש (N=250)

r	
-0.11	נטל הטיפול
0.16*	תמיכה משפחתית במטפל
0.13*	יעילות עצמית כללית
0.11	טיב היחסים ברשת המשפחתית
0.14*	טיב היחסים מטפל-מטופל
0.31***	מסירות ילדים

הערות: ציונים גבוהים יותר מצביעים על רמות גבוהות יותר בכל המשתנים
 $p < 0.05$ * , $p < 0.001$ ***

6.4 הקשר בין משתנה בקרה-רציה חברתית לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש

מתאם פירסון שנערך בין המדד של רציה חברתית לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף העלה מתאם חיובי בין המשתנים ($r=0.23, p < 0.001$). כלומר, ככל שהרציה החברתית של המטפל גבוהה יותר, כך עולה תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

6.5 ניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש: רגרסיה לינארית היררכית

השערות 9 ו-10 מתייחסות לניבוי משתנה התוצאה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש" על ידי משתני הרקע, מאפייני החיים המודרניים והמשתנים המתווכים. בנוסף שוער כי המשתנים המתווכים, קרי, תמיכה משפחתית, טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית וטיב היחסים בין המטפל למטופל, תפיסת היעילות העצמית הכללית ונטל הטיפול ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין משתני הרקע ומאפייני החיים

המודרניים לבין משתנה התוצאה. לכן, נבדקו תחילה המתאמים שבין משתני המחקר השונים ומדד הרציה חברתית לבין תפיסת המטפל, כפי שהוצג קודם לכן. בהמשך נבדקו השערות אלה באמצעות רגרסיה ליניארית היררכית שבה המשתנה "תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף" הוא המשתנה המנובא, והמשתנים שנמצאו כבעלי קשר עם משתנה התוצאה בניתוחים הדו-משתניים הוכנסו כמשתנים מנבאים.

כמו בניתוחים הקודמים, המשתנים המנבאים הוכנסו ברגרסיה ההיררכית הרב משתנית על פי סדר הופעתם במודל המחקר. תחילה, הוכנס משתנה הבקרה רציה חברתית. בצעד השני הוכנסו משתני הרקע של המחקר הנוכחי. אלה כללו במקרה זה השכלה, חלוקת אחריות הטיפול בזמן ובמאמץ, נזקקות לעזרה בפעולות אינסטרומינטליות יום יומיות (IADL), המצב המשפחתי של הקשיש המטופל, מספר ימי טיפול בשבוע, ומספר שעות טיפול בשבוע.

בצעד השלישי של ניתוח הרגרסיה הוכנסו ארבעת משתני הדמה שנוצרו מתוך המשתנה רמת העיור של הישוב. כאמור, משתנה זה מורכב מחמש קטגוריות שפורטו בפרקים הקודמים. גם כאן הערך הראשון "כפר קטן ומבודד" שימש ערך השוואה. ארבעת משתני רמת העיור הוכנסו יחד ובצעד נפרד במטרה לבדוק את השפעתו של משתנה זה בניבוי משתנה התוצאה. בהמשך, הוכנסו בצעד הרביעי מאפייני חיים מודרניים נוספים, שכללו כאן קיום מצוות התפילה שהוגדר כמשתנה דמה ($1 = \text{כן}$, $0 = \text{לא}$), והסתיעות בדת בעת צרה שנמדד כזכור בסולם סדר. לבסוף, בצעד החמישי הוכנסו המשתנים המתווכים, שכללו במקרה זה תמיכה משפחתית במטפל, תפיסת היעילות העצמית הכללית, טיב היחסים בין המטפל למטופל והמשתנה מסירות ילדים. ארבעת משתנים אלה נמדדו בסולם אינטרוולי.

לוח- 3.42 מציג את תוצאות הרגרסיה ההיררכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. ניתוח הרגרסיה העלה כי כל המשתנים יחד מסבירים 31 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה. מהניתוח עלה עוד, כי המשתנה רציה חברתית שהוכנס בצעד הראשון כמשתנה מבוקר מסביר 5 אחוזים מהשונות במשתנה התוצאה. הקשר המובהק בין רציה חברתית לבין המשתנה המנובא מצביע בדיעבד על החשיבות בהכנסתו לרגרסיה כמשתנה מבוקר. המודל השני בחן את תרומת משתני הרקע לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף מעבר לרציה החברתית. מהניתוח עולה כי משתני הרקע מסבירים 10 אחוזים נוספים מהשונות בתפיסת המטפל, וניבוי זה הינו מובהק. מבין משתני הרקע, רק למשתנים השכלה של המטפל, נזקקות לעזרה בפעילות יום יומיות אינסטרומינטליות ומספר שעות טיפול בשבוע יש תרומה ייחודית לניבוי תפיסת המטפל המתייחסת להעברות של כסף. כיווני בטא

השליליים להשכלה של המטפל ולקשיי התיפקוד האינסטרומנטלית היומיומי מראים כי ככל שהשכלת המטפל גבוהה יותר וככל שהקושי בתיפקוד האינסטרומנטלית היומיומי רב יותר, כך יורדת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. לעומת זאת, כיוון הבטא החיובי של מספר שעות הטיפול האומר שככל שמספר שעות הטיפול השבועיות גבוה יותר, כך מתעצמת תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

משתני הדמה של רמת העיור של הישוב שהוכנסו בצעד השלישי מסבירים 5 אחוזים נוספים מהשונות במשתנה התוצאה, כשניבוי זה הוא מובהק. אולם, התרומות הייחודיות של כל אחד ממשתני הדמה לא היו מובהקות.

יש לציין כי מבין משתני הרקע, התרומה של המשתנים השכלת המטפל, קשיי התיפקוד האינסטרומנטלי היומיומי ומספר שעות טיפול בשבוע נשארו בעלי תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה בצעד זה. בנוסף, המשתנה מצב משפחתי של הקשיש שלא היה מובהק במודלים הקודמים נמצא בשלב זה כבעל תרומה ייחודית. הווה אומר, ילדים המטפלים בהורה נשוי בטאו תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף בהשוואה למטפלים בהורה לא נשוי. לעומת זאת, המשתנה של רציה חברתית שהיה בעל תרומה מובהקת לניבוי משתנה התוצאה בשלבים הקודמים של הניתוח לא שמר על חוזקו בשלב זה וגם לא בשלבים הבאים של הניתוח, כפי שניתן לראות בלוח. מאפייני החיים המודרניים הנוספים שהוכנסו בצעד הרביעי - תפילה והסתייעות בדת - לא היו בעלי תרומה מובהקת לניבוי משתנה התוצאה. נראה אם כן, שלמרות שמשתנים אלה נמצאו קשורים לתוצאה בנייתוח הדו-המשתני, הרי שלאחר ניכוי הקשרים עם שאר המשתנים הדמוגרפיים והתפקודיים של הקשיש, נעלמו המתאמים. כמו כן, יש לציין כי רוב המשתנים שהיו בעלי תרומה מובהקת לניבוי משתנה התוצאה בצעד הקודם, קרי, השכלת המטפל, נזקקות לעזרה בפעילות יום יומיות אינסטרומנטליות ומספר שעות הטיפול שמרו על תרומתם וחוזקם בניבוי משתנה התוצאה.

מבין המשתנים המתווכים שהוכנסו לצעד החמישי והאחרון, לשניים תרומה מובהקת לניבוי אחריות המשפחה באשר להעברות של כסף, והם תמיכה משפחתית במטפל ומסירות ילדים. משתנים אלה הסבירו 10 אחוזים נוספים מהשונות בתפיסת המטפל. הערך החיובי של מקדמי הרגרסיה לשני משתנים אלה מצביעים על כך שככל שהתמיכה המשפחתית במטפל גדולה וככל שמסירות הילדים המדווחת גבוהה יותר, כך עולה תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. כמו כן, כל המשתנים שהיו בעלי תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה בצעד הרביעי נשארו בעלי תרומה מובהקת גם בצעד החמישי, כאשר הוכנסו לרגרסיה המשתנים

לוח 3.42 : מקדמי רגרסיה היררכית לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש

מודל 5		מודל 4		מודל 3		מודל 2		מודל 1		
B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	
.01	.01	.03	.09	.04	.12	.05*	.16	.08***	.23	רציה חברתית
-.04**	-.18	-.03*	-.15	-.05**	-.19	-.04**	-.19			השכלת מטפל
-.08	-.08	-.06	-.06	-.05	-.05	-.07	-.07			חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן נזקקות בפעולות אינסטרומינטליות (IADL)
-.09*	-.12	-.09*	-.14	-.10*	-.14	-.09*	-.13			מצב משפחתי של הקשיש
.28**	.17	.26*	.15	.22*	.13	.16	.09			מספר ימי טיפול בשבוע
-.01	-.02	-.03	-.06	-.03	-.08	-.03	-.07			מספר שעות טיפול בשבוע
.01*	.14	.01**	.18	.01**	.19	.01**	.18			רמת ישוב – כפר גדול
.54**	.26	.34	.16	.30	.15					רמת ישוב – כפר פרבר עיר
.15	.07	-.20	-.09	-.25	-.12					רמת ישוב – עיר כפרית
.48**	.23	.19	.09	.16	.07					רמת ישוב - עיר
.45*	.21	.09	.04	-.01	-.01					תפילה – דמה
.02	.01	.08	.05							הסתייעות בדת
.08	.09	.10	.11							תמיכה משפחתית
.33**	.19									יעילות עצמית כללית
.05	.03									טיב היחסים בין מטפל-קשיש
-.07	-.06									מסירות ילדים
.47***	.28									
.10, F(4,232)=8.55***		.01, F(2, 236)= 2.50		.05, F(4, 238)= 3.42*		.10, F(6, 242) = 4.60***		.05, F(1,248) = 13.96***		R ² change, F change
.31, F(17,232)= 6.22***		.21, F(13, 236)=4.92***		.20, F(11,238)= 5.29***		.15, F(7, 242) = 6.11***		.05, F(1,248) = 13.96***		R ² F

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

המתווכים. כלומר, למשתני הרקע והמאפיינים הדמוגרפיים והתפקודיים של הקשיש תרומה מובהקת לניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף גם מעבר למשתנים המתווכים. יש לציין עוד שרמת עיור "כפר גדול", "עיר כפרית" ו"עיר" שלא היו מובהקים במודלים הקודמים, נמצאו בצעד זה כבעלי תרומה ייחודית לניבוי משתנה התוצאה. הערך החיובי של מקדם הרגרסיה בשלושת משתני הדמה האלה מלמד כי מטפלים המתגוררים ברמות עיור של "כפר גדול", "עיר כפרית" ו"עיר" מבטאים תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף בהשוואה למטפלים המתגוררים בכפר מבודד. במילים אחרות, מטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות יותר דוגלים יותר באחריות המשפחה ופחות באחריות המדינה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בהורה הקשיש.

לפיכך, על פי ממצאי המחקר, אוששה השערה מספר 9 במחקר הנוכחי. נמצא כי רמות עיור גבוהות קשורות לתפיסה גבוהה של המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. כמו כן, מתברר מהלוח כי הכנסתם של המשתנים המתווכים בצעד החמישי בתוך הרגרסיה הביאה לשינוי בתרומתם של מאפיינים חיים מודרניים בניבוי תפיסת המטפל, שלא הייתה מובהקת בצעדים הקודמים. כלומר, המשתנים המתווכים, קרי תמיכה משפחתית במטפל ומסירות ילדים, תיווכו בקשר שנמצא בין רמת העיור לבין תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף.

לסיכום בנייתו זה עלו מספר מגמות. ראשית, למספר מאפייני רקע הקשורים למטפל, לקשיש ולטיפול בו, נמצא קשר ייחודי לתפיסת המטפל המתייחסת להעברות של כסף. אלה כללו השכלה, נזקקות בפעולות אינסטרומינטלית יומיומית, מצב משפחתי של הקשיש ומספר שעות הטיפול בשבוע. כמו כן, נמצא קשר חיובי בין רמות עיור גבוהות לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. מכיוון שהסקאלה של האחריות בהעברות של זמן נעה בין אחריות המשפחה בלבד ועד לאחריות המדינה בלבד, ניתן לומר גם שרמות עיור גבוהות מנבאות תפיסה נמוכה באשר לאחריות המדינה בהעברות של כסף. מהלוח עולה גם, שתרומתם של משתני הדמה של רמות העיור התגלו רק לאחר שהוכנסו המשתנים המתווכים שכללו תמיכה משפחתית במטפל ומסירות ילדים. התיווך של משתנים אלה הביא לקשרים בין רמת העיור לבין תפיסת המטפל. אם כן, מתברר שערכים תרבותיים גבוהים כמו תמיכה משפחתית גבוהה ומסירות ילדים גבוהה אצל ילדים בוגרים המתגוררים ברמות עיור גבוהות מחזקים את תפיסתם באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. ממצא זה מצביע שוב על מרכזיותו של הערך התרבותי-מסירות ילדים בחיזוק הטיפול והתמיכה בהורים קשישים.

פרק ד: דיון

המחקר הנוכחי בחן את הגורמים שעומדים מאחורי תופעת המסירות של ילדים בוגרים להוריהם הזקנים בתנאים של שינוי חברתי. הבדיקה התבצעה בקונטקסט של האוכלוסייה הערבית בישראל, העוברת בעשורים האחרונים תהליך של עיור ומודרניזציה. המחקר בדק אם תהליכי המודרניזציה משפיעים על מסירותם ונכונותם של הילדים לטפל בהוריהם הקשישים בבית. כמו כן, הוא בדק את המתאמים בין מסירות ילדים לבין משתני תוצאה נוספים: העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה, רמת הדיכאון אצלו, תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ותפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש. כזכור מאפייני חיים מודרניים הוצגו על ידי שלושה מדדים: אורח חיים, רמת העיור של הישוב ומידת הדתיות של המטפל.

יש לציין, שהמחקר הנוכחי הוא העיון המקיף הראשון בסוגו שבחן את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים בחברה הערבית בישראל. על כן, הפרשנויות וההסברים לממצאים הייחודיים שהתגלו במחקר יסתמכו בעיקר על ממצאי מחקרים אחרים בעולם, במיוחד מחקרים שבוצעו במדינות אסיאתיות שמאופיינות בתרבות מסורתית הדומה לתרבות הערבית בישראל.

פרק הדיון יעמת את ניתוח הממצאים עם ההשערות המחקריות של המחקר הנוכחי. בחלק הראשון יידונו מאפייני הרקע של אוכלוסיית המחקר ומשמעותם. בהמשך, תנותח המשמעות של הממצאים הדו-משתניים והרב-משתניים ביחס להשערות המחקר על פי סדר הופעתם בפרק סקירת הספרות. בסוף הפרק, יידונו מגבלות המחקר, ויינתנו המלצות לכיווני חקירה בעתיד.

1. ניתוח מאפייני הרקע של המחקר

כזכור, מאפייני הרקע של המחקר כללו משתנים הקשורים למטפל, לקשיש, לרשת המשפחתית המטפלת בקשיש ולטיפול בו. תחילה, ידון פרק זה בממצאים החד משתניים המתאמים למאפייניהם של המטפלים הבלתי פורמאליים. בהמשך הפרק ינתח את המשמעות של מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת. לבסוף הוא ידון בממצאים של מאפייני הקשיש והטיפול בו. כפי שציינו, מרבית המטפלים הבלתי פורמאליים בהורים הקשישים בחברה הערבית בישראל הן נשים, הכוללות בעיקר בנות וכלות אך גם נכדות. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים

שנעשו בעולם (Caffrey, 1992; Chappell & Kusch, 2007; Dwyer & Coward, 1991;)
Guberman, et.al., 1992; Matthews, 1995; Navaie-Waliser, et.al, 2001; Spitze &
(Logan, 1990; , ובחברה הערבית בישראל (וייל, 1988 ; Lowenstein, 1999) ובהם נמצא כי לרוב
המטפלים הבלתי פורמאליים הן נשים.

הספרות מורה על מספר הסברים לתופעה זו. ההסבר הראשון טוען שמעורבותן הגבוהה של
הבנות בטיפול בהורים קשישים מושפעת מהמשימות המשפחתיות המסורתיות שנשים מילאו
בעבר. כך למשל, מתן טיפול אישי ועזרה ביתית נחשבו כתפקיד נשי, כאשר אחזקת הבית וניהול
כספי נתפסו כתפקיד גברי (Coward & Dwyer, 1990; Matthews, 1995; Ingersoll-Dayton,)
(et.al., 1996; Navaie-Waliser, et.al., 2002). אולם, העובדה שמרביתה של אוכלוסיית המחקר
הנוכחי היא קשישים הזקוקים לעזרה יומיומית ואינסטרומנטלית, עשויה להגביר את מעורבותן
של הנשים למתן טיפול אישי. יתרה מזאת, עולה מהספרות שהנורמות החברתיות והתרבותיות
המסורתיות עדיין לא מעודדות את הגברים לבצע משימות שנחשבות כתפקיד נשי, גם כאשר
הבנות אינן זמינות (Spitze & Logan, 1990). כמו כן, טיפולים אישיים עדיין נחשבים
לאינטימיים מאוד, ולכן, פחות מצופה שהגבר יספק טיפולים אלה, במיוחד לאמהותיהם (Arber
& Ginn, 1995).

מגדר ההורה הוא עוד גורם המסביר את ההבדלים המגדריים במתן טיפול להורה מבוגר
ומוגבל. נמצא שילדים בוגרים נוטים לספק טיפול להורה מאותו מגדר (Lee, et.al., 1993). הווה
אומר, שהבן יטפל באב הקשיש והבת תטפל באם הקשישה. לכן, העובדה שבמחקר הנוכחי מרבית
הקשישים הערבים היו נשים שטופלו על ידי משפחותיהם (65.2%) עשוי להסביר מדוע גם מרבית
המטפלים הן גם נשים.

כמו כן, יש מי שמייחס את התופעה של ריבוי נשים בקרב המטפלים הבלתי פורמאליים
בחברה הערבית בישראל לאידיוולוגיה התרבותית של אוכלוסייה זו. אידיוולוגיה זו היא שקובעת
את התפקידים המגדריים בתוך החברה והמשפחה. כך, מהגברים מצופה לעבוד מחוץ לבית
ולדאוג לפרנסת המשפחה. לעומת זאת, מהנשים מצופה למלא את תפקידם כעיקרות בית ולדאוג
לחינוך ולטיפול בבני המשפחה (Haj-Yahia, 1995).

ממצא נוסף שהתגלה במחקר הנוכחי הוא מעורבות גבוהה יחסית של בנים (32.4%) וכלות
(27.2%) בטיפול המשפחתי בהורה הקשיש. נראה שתופעה זו בחברה הערבית בישראל אינה

מפתיעה במיוחד (אביצור, 1989; גראייסי, 1976; ריזק, 1978; Litwin & Haj-Yahia, 1995; Chappell & Kusch, 2000; Lowenstein & Katz, 1996; Haj-Yahia, 1996) ואינה ייחודית רק לה (Chappell & Kusch, 2007). נמצא בספרות למשל, שהתופעה קיימת גם בחברות מסורתיות אחרות כמו החברות האסיאתיות. בחברות אלה נחשבים הבן והכלה, על פי הנורמות התרבותיות, ליחידה המשפחתית הבסיסית לטיפול בהורה קשיש אשר נשארים לגור איתו באותו בית, או בבית ליד, בכדי לדאוג לרווחתו.

בנוסף לנורמות התרבותיות הקובעות את חובתם של הבן והכלה בטיפול בהורה הקשיש, נמצאו במחקר זה מספר גורמים נוספים שעשויים להגביר את הסיכוי שלהם להיות מעורבים בטיפול בהורה הקשיש. הקירבה הגיאוגרפית בין המטפל לקשיש הוא אחד הגורמים האלה (Campbell & Martin-Matthews, 2000; 2003). מהמחקר הנוכחי עולה שכ-60 אחוזים מהקשישים מתגוררים באותה דירה או באותו בניין עם הבן המטפל. אולם, אין לנו מספיק נתונים לקבוע אם הבן והכלה מתגוררים קרוב בכדי לטפל בהורה או עצם התגוררותם יחד עם ההורה הקשיש מחייבת אותם להיות היחידה המשפחתית הבסיסית המטפלת בהורה הקשיש. הספרות מצביעה גם על חומרת התיפקוד היומיומי של הקשיש כגורם נוסף שעשוי להגביר את מעורבותם של הבן והכלה בטיפול (Stoller, 1990; Chappell & Kusch, 2007). ואומנם, ממצאי המחקר הנוכחי מצביעים על חומרת תיפקוד יומיומי ואינסטרומינטלי גבוה בקרב מרבית הקשישים במחקר.

הגיל הממוצע של המטפלים הבלתי פורמאליים במחקר זה הגיע לכ-40 שנים. גיל זה תואם את הגיל הממוצע המדווח במחקרים אחרים בעולם (Lee, et.al., 1993) ובחברה הערבית בישראל (Lowenstein, 1999). אולם, טווח הגילאיים הרחב (19-65) שהתגלה במחקר הנוכחי משקף את העובדה שבמחקר מיוצגים שלושה דורות של מטפלים: ילדים מבוגרים, ילדים צעירים ונכדים. תופעה נצפית זו משקפת את העובדה כי החברה הערבית בישראל עדיין שומרת על מבנה משפחתי רב-דורי.

כמו כן, טווח הגילאים הרחב של המטפלים משתקף בטווח ההשכלה הרחב אצל הילדים המטפלים שנע בין אפס שנות לימוד ועד 24 שנות לימוד, כאשר הממוצע היה כ-11 שנות לימוד. נראה אם כן כי באוכלוסייה הנחקרת יש מטפלים מבוגרים עם מעט שנות לימוד ליד מטפלים צעירים עם שנות לימוד רבות. בניגוד לממצא זה, מחקרים קודמים בחברה הערבית הצביעו על ממוצע של כ-8 שנות לימוד בקרב מטפלים בהורים קשישים (Lowenstein, 1999). אולם, מנתוני

הלמ"ס (2002) מתברר שרמת ההשכלה בחברה הערבית עלתה באופן דרמטי בשלושת העשורים האחרונים, מ- 5 שנות לימוד בשנת 1970 ל-10 שנות לימוד בשנת 2000. עליה זו התרחשה במיוחד בקרב הנשים הערביות שמהוות את הנתח הגדול במחקר הנוכחי.

ממצא מעניין נוסף הוא שכשליש מהמטפלים הבלתי פורמאליים במדגם אינם נשואים (רווקים, אלמנים וגרושים). ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים שנערכו בחברות מסורתיות דומות כמו באוכלוסייה הקוריאנית (Kim & Lee, 2003; Lee, et.al., 1993). אך, הממצא בכל זאת מעלה את השאלה מדוע שליש מהמטפלים הבוגרים בחברה הערבית אינם נשואים? יש מי שניסו בעבר להסביר את תופעת המטפלות הרווקות, בכך שאחת הבנות הבוגרות במשפחה הערבית אינה מתחתנת בגיל הנישואין המקובל. זאת בכדי לטפל בהוריה הזקנים עד שארית חייהם (וייל, 1988). אולם, הסבר זה מנוגד למעשה לתרבות ולדת האיסלאמית שמצווה על ההורים לחתן את הבנות שלהן בזמן.

אם כן, מדוע מטפלים אחדים במדגם אינם נשואים? הסבר אפשרי אחד קשור לגילם של חלק מהמטפלים שעדיין לא הגיעו לגיל הנישואין המקובל בחברה הערבית בישראל, או שעדיין לא קיבלו הצעות נישואין מתאימות להן. עיון בנתוני הלמ"ס (2000) מראה כי החציון של גיל הנישואין המקובל בחברה הערבית הוא 20 שנים אצל הבנות והוא מגיע ל- 25 שנים אצל הבנים. על מנת לבחון היבט זה ביחס למחקר הנוכחי נעשה ניתוח נוסף של התפלגות אוכלוסיית המחקר לפי מין, מצב משפחתי וגיל (גיל מעל-25 לעומת גיל פחות מ-25). הניתוח הראה שמרבית הבנות המטפלות במדגם שהיו מעל גיל הנישואין המקובל בחברה הערבית היו נשואות (86.7%). בהתאמה, נמצא גם שמרבית המטפלים הרווקים מעל גיל 25 היו בנים (87%). נראה אפוא שהימצאות אחוז קטן של בנות רווקות אחרי גיל 25 אינה תוצאה של החלטה מכוונת של ההורים להשאיר את אחת הבנות כרווקה בכדי שתשמור ותטפל בהם כשיזדקקו לכך. סביר יותר להניח שזה קשור להצעות הנישואין ההולכות ויורדות ככל שגילה של הבת מתקדם יותר. הסבר נוסף לתופעה זו עשוי להיות קשור למספר שנות ההשכלה בקרב הילדים הבוגרים, במיוחד בקרב הבנות. ייתכן, שהילדים הממשיכים ללמוד לאחר התיכון דוחים את נישואיהם במספר שנים עד לסיום לימודיהם. דחיה זו מסבירה את העליה בגיל הנישואין המקובל בקרב הבנות והבנים כאחד.

לבסוף, ממצאי העיון הנוכחי מראים שכ-60 אחוזים מהמטפלים בגיל העבודה אינם נמצאים במעגל העבודה. ממצא זה ניתן להבין שכ-60 אחוזים מהילדים המטפלים הינם זמינים לעזור להורה הקשיש רוב שעות היממה. אולם, כאן עולה השאלה אם ילדים בוגרים אלה נאלצים לעזוב

את עבודתם בכדי להיות זמינים לטיפול בהוריהם או שמא יש סיבות אחרות לאי השתלבותם במעגל העבודה. לא ניתן היה על סמך הנתונים שיש לנו במחקר הנוכחי לקבוע אם האבטלה קדמה לטיפול או באה בעקבותיו. אולם, ניתן לציין שממצא זה אינו חדש בחברה הערבית בישראל (Lowenstein, 1999) ואינו ייחודי רק לה (Kim & Lee, 2003). יתר על כן, ממצא זה תואם את שיעור המובטלים הכללי בקרב הערבים במדינת ישראל (הלמ"ס, 2002). הסבר נוסף לכך, עשוי להיות קשור להתפלגותם הגבוהה של הנשים במחקר הנוכחי. מנתוני הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2002) נמצא ששיעור הנשים הערביות בגיל העבודה שנמצאות במעגל העבודה הוא נמוך מאוד (15%). לסיום, אין לשלול כי אחוז המובטלים הגבוה בקרב המטפלים קשור להטית דיווח של המטפלים שעובדים בעבודות עצמאיות או מזדמנות ואינם מעוניינים לחשוף מידע זה מחשש לחשיפה לשלטונות החוק.

כאמור, המחקר הנוכחי בחן את מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בהורה הקשיש. מהממצאים עולה כי כמחצית מן הרשתות כוללות בתוכן חמישה מטפלים ויותר, ורק באחוז קטן מאוד יש מטפל עיקרי יחיד. תופעה נצפית זו משקפת את העובדה כי החברה הערבית בישראל עדיין שומרת על מבנה משפחה רחב. אולם, ממצא זה אינו מפתיע במיוחד. ממצאי מחקרים אחרים שנערכו בחברה הערבית בישראל הצביעו גם הם על רשת משפחתית דומה בגודלה, הכוללת בנים, בנות, כלות, אחים, נכדים וגם שכנים (Leichtentritt, et.al., 2004; Lowenstein, 1999). בנוסף, נמצא שמרבית הרשתות המשפחתיות במדגם המטפלות בקשישים מורכבות מגברים ומנשים אך ההרכב המגדרי הבולט הוא זה שבו הרוב או הכל נשים. נראה אפוא כי ממצא זה משקף את החלוקה המגדרית המסורתית בחברה הערבית בישראל בכל הקשור לטיפול ולתמיכה בהורה הקשיש (Haj-Yahia, 1995; Leichtentritt, et.al., 2004). מהגברים מצופה לנהל את העניינים הכספיים ולהיות אחראים על קבלת ההחלטות הקשורות לטיפול בהורה הקשיש. מהנשים מצופה לדאוג לטיפול האישי בהורה הקשיש. בנוסף, הימצאותם של קשישים מוגבלים במיוחד נשים הזקוקות לעזרה יומיומית ואינסטרומנטלית גבוה במדגם הנוכחי, עשויה להסביר מדוע רוב הרשתות במדגם מורכבות מנשים בלבד או רוב נשי.

ממצא ייחודי שהתגלה במחקר הנוכחי הוא שחלוקת אחריות הטיפול בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת לפי תפיסת המטפל היא אינה שוויונית. חלוקה לא שוויונית זו קיימת גם בהשקעה של כסף וגם בהשקעה של זמן ומאמץ. הסבר אפשרי לתוצאה זו עשוי להיות קשור להימצאות רוב נשי במרבית הרשתות המטפלות בהורים קשישים. מסקירת הספרות עולה שנשים מספקות עזרה וטיפול אישי במידה רבה יותר מאשר גברים. אי לכך, ייתכן שנשים הנמצאות

בהרכב מגדרי לא שוויוני במדגם הנוכחי מרגישות מקופחות בגלל חוסר האיזון בהשקעה בטיפול שהן מספקות להוריהם הקשישים בהשוואה לגברים ברשת. נדמה אפוא שרגשות אלה עשויות ליצור אצל המטפלות פרספקטיבה לא שוויונית בכל הקשור לחלוקת אחריות הטיפול בהורה הקשיש בין גברים לנשים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת. בכדי לבחון הסבר זה ביחס למחקר הנוכחי, נעשה ניתוח נוסף שבדק את ההבדלים בתפיסת חלוקת אחריות הטיפול לפי מגדר. הניתוח הראה שנשים תופסות את חלוקת אחריות הטיפול בזמן ובהשקעה כפחות שוויונית מאשר הגברים. אולם, לא נמצאו הבדלים ביחס לחלוקת אחריות הטיפול בכסף.

בהתייחס למאפייני הקשישים במדגם הנוכחי, הממצאים הצביעו על אוכלוסיית קשישים מבוגרת עם ממוצע גיל של 77.8, הדומה לממוצע הגיל הנמצא במחקרים אחרים בעולם (Dwyer & Coward, 1991; Wolf, et.al., 1997). אולם, במדגם הנוכחי נמצא שאחוז בני 75+ מתוך בני 65+ במדגם הנוכחי הוא פי שתיים מהאחוז באוכלוסיית הקשישים הערבית הכללית (60% לעומת 33% בהתאמה). ממצא זה מלמד שאוכלוסיית הקשישים במדגם הנוכחי היא מבוגרת יותר. הסבר אפשרי לכך קשור כנראה לבחירת הקשישים מתוך רישומי לשכות הרווחה בכל ישוב ולא מתוך רישומי האוכלוסין הכללי. ייתכן, שהקשישים הפונים לקבלת עזרה ותמיכה מלשכות הרווחה הם קשישים מבוגרים יותר מאשר קשישים שלא פונים לקבלת עזרה.

תוצאה נוספת אך לא מפתיעה היא אחוז הגבוה של הקשישות בהשוואה לקשישים. נראה, אפוא שממצא זה משקף גם את הנמצא אודות התפלגות הקשישים לפי מגדר בחברה הערבית בישראל (ברודסקי, 2006). לממצא זה שני הסברים אפשריים. הסבר אחד עשוי להיות קשור לתוחלת חייהן הגבוהה של נשים ערביות (77.9) יותר מאשר תוחלת חייהם של הגברים (74.6) (הלמ"ס, 2002). הסבר נוסף לממצא נובע מהעובדה שגברים מתחתנים עם נשים צעירות מהם בגיל במספר שנים. כתוצאה מכך, יש לנשים ערביות סיכוי גדול לחיות מספר שנים ללא בן זוג. מעניין לראות גם שאחוז ניכר של קשישים חיים ללא בן או בת זוג (54.8%). הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור להימצאות גבוהה של נשים קשישות במדגם הנוכחי. וזאת משום שמקובל מבחינה דתית וחברתית שזקן באוכלוסייה הערבית שהתאלמן בגיל מבוגר יתחתן באישה אחרת, אך לאישה דבר זה אסור. על מנת לבחון היבט זה ביחס למדגם הנוכחי נעשה ניתוח נוסף של התלפגות הקשישים לפי מין ומצב משפחתי. הניתוח הראה שמרבית הקשישים הלא נשואים אכן היו נשים (83.2%). בהתאמה, נמצא גם כי-57 אחוזים מהקשישים הנשואים היו גברים.

בנוסף, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על רמת נזקקות גבוהה לעזרה בפעולות יומיומיות ואינסטרומנטליות אצל הקשישים. נראה אפוא שממצא זה משקף את האחוז הגבוה של הקשישים

הזקוקים לעזרה יומיומית (30%) הנמצא בחברה הערבית הכללית בישראל (ברודסקי, 2006). הסבר אפשרי אחד לממצא זה נובע משיעור הקשישים המוגבלים הגבוה שמתגוררים בקהילה ומטופלים על ידי בני משפחתם בבית (99.1%). שיעור גבוה זה עשוי להגביר את הסיכוי שבמדגם העוסק בקשישים המטופלים על ידי בני משפחתם בבית, יימצאו קשישים עם מוגבלות תיפקודית יומיומית ואינסטרומינטלית כלשהיא, כפי שמצאנו במדגם הנוכחי. כמו כן, הימצאותן הגבוהה של הנשים הקשישות במדגם הנוכחי עשויה אף היא להגביר סיכוי זה. זאת משום שאחוז הקשישות עם מוגבלות תיפקודית גבוה פי שתיים מאחוז הקשישים המוגבלים (40% לעומת 20% בהתאמה) (ברודסקי, 2006).

הסבר נוסף לרמת הנזקקות הגבוהה של הקשישים עשוי להיות קשור לקריטריון שנקבע לבחירת הקשישים במחקר הנוכחי. לפי קריטריון זה, נבחרו קשישים הזקוקים לעזרה באחד או יותר מפעולות היומיומיות. הווה אומר, שהמחקר הנוכחי כלל מלכתחילה אוכלוסיית קשישים הזקוקה לעזרה יומיומית. לבסוף, ייתכן שההסבר לממצא זה קשור לבחירת הקשישים מתוך רישומי לשכות הרווחה בכל ישוב ולא מתוך רישומי האוכלוסין הכללי. ייתכן, שהקשישים שפנו לקבלת עזרה ותמיכה מלשכות הרווחה הם קשישים מוגבלים וזקוקים לעזרה רבה יותר מאשר קשישים שלא פנו לקבלת עזרה.

הממצאים הצביעו גם על מרחק גיאוגרפי קטן בין מקום מגוריו של הקשיש לבין מקום מגוריו של המטפל. כך ש-60 אחוזים מהקשישים מתגוררים באותה דירה או באותו בניין עם המטפל. ממצא זה מצביע על כך שהמשפחה בחברה הערבית עדיין שומרת על משק בית רב דורי. תופעה נצפית זו בחברה הערבית אינה מפתיעה במיוחד. מחקרים אחרים שנערכו בקרב מטפלים בלתי פורמאליים בחברה הערבית בישראל הצביעו על ממצאים דומים (וייל, 1988; Lowenstein, 1999).

באשר למאפייני הטיפול בקשיש ממצאים מהמחקר הנוכחי מצביעים על כך שמספר המשימות הממוצע שבהן עוזרים הילדים להוריהם הוא גבוה, והוא כולל תשע משימות בממוצע, מתוך שלוש עשרה פעולות עזרה יומיומיות. עוד נמצא שהילדים המטפלים עוזרים במשימות אלה באופן יומיומי וממשיכים במתן עזרה זו לזמן רב (7 שנים בממוצע). ממצאים אלה מלמדים שהקשישים המטופלים על ידי בני המשפחה במדגם הנוכחי הם אומנם נזקקים לעזרה ולתמיכה יומיומית. כמו כן, הם מצביעים על ההשקעה הגדולה של המשפחה בטיפול בקשישים ועל מרכזיותו של הטיפול בקשישים בחיי המשפחות הערביות. ממצאים אלה משקפים את הנמצא במחקרים האחרונים שנעשו בחברה הערבית בישראל (Leichtentritt, et al., 2004).

הסבר אפשרי למעורבותם הגבוהה של הילדים למתן טיפול להורים קשישים בחברה הערבית עשוי להיות קשור לרמת הנזקקות הגבוהה לעזרה יומיומית ואינסטרומנטלית אצל הקשישים במדגם הנוכחי. סקירת הספרות מצביעה על כך שככל שיש ירידה ברמת התפקוד עולה המחוייבות של הילדים במתן עזרה להוריהם. ייתכן גם שזמינותם של מרבית הילדים המטפלים בבית, בעיקר הבנות והכלות, בשל אי-השתלבותם במעגל העבודה ובשל הקירבה הגיאוגרפית בין ההורה למטפל עשויים להגביר אף הם את האפשרות שהילדים המטפלים יספקו מספר רב של משימות טיפול באופן יומיומי ולמשך זמן רב.

ממצא מעניין נוסף הקשור למאפייני הטיפול הוא מדד אינטינסיביות הטיפול. כזכור, מדד האינטינסיביות של הטיפול כלל את המכפלה של מספר ימי הטיפול השבועיים במספר המשימות שבהם נוטל חלק המטפל. מהממצאים עולה שמרבית המטפלים מספקים טיפול באינטינסיביות גבוהה. אולם, הטווח הרחב של אינטינסיביות הטיפול מעיד על כך שקיימת שונות גדולה בין המטפלים ביחס לנתון זה. נראה אפוא שבמדגם הנוכחי יש ילדים המספקים טיפול באינטינסיביות גבוהה הנמצאים בשכיחות גבוהה ויש ילדים המספקים טיפול באינטינסיביות נמוכה הנמצאים בשכיחות נמוכה. הסבר אפשרי להיטרוגניות במדד אינטינסיביות הטיפול עשוי להיות קשור למגדר המטפל. מסקירת הספרות עולה שנשים מספקים טיפול באינטינסיביות גבוהה יותר מאשר הגברים. על מנת לבחון היבט זה ביחס למחקר הנוכחי נעשה ניתוח נוסף שבדק את ההבדלים באינטינסיביות הטיפול בין נשים וגברים. הניתוח הראה הבדל מובהק. מתברר שאכן נשים מטפלות מספקות טיפול באינטינסיביות גבוהה יותר בהשוואה לגברים מטפלים. היות ומרבית המטפלים במדגם הן נשים מסביר מדוע מרבית המטפלים מספקים טיפול באינטינסיביות גבוהה.

2. ניתוח התוצאות ביחס להשערות

מודל המחקר הנוכחי והשערותיו משקפים את מטרותיו המרכזיות, שעיקרן- ניסיון לבחון את ישימותה ונכונותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל. כמפורט בסקירה, ההשפעה של המודרניזציה על מסירות ילדים ומעמדו של הקשיש בתוך החברה הפכה זה מכבר לאבן יסוד בגרונטולוגיה, והיא מהווה קרקע פוריה להתפתחות גישות ומחקרים הבוחנים מכיוונים שונים את האינטראקציה הזו. מבחינה זו מצטרף המחקר הנוכחי אל המאמצים המחקרים שקדמו לו, אך תוך ניסיון למקד את תשומת הלב לאוכלוסייה הערבית בישראל, חברה במעבר שההתייחסות אליה בספרות עדיין מצומצמת וחלקית.

תת הפרקים הבאים ינתחו את הממצאים הדו-משתניים והרב-משתניים המתייחסים להשפעה של מאפייני חיים מודרניים על המשתנה התלוי העיקרי- מסירות ילדים. כמו כן, הם יעמתו את המתאמים והממצאים הרב-משתניים ביחס להשערות המתייחסות לארבעה משתני תוצאה נוספים שנחקרו במחקר הנוכחי: העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה, רמת הדיכאון אצל המטפל, תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות הבין דוריות בזמן ובתפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בין-דוריות בכסף. כאמור, המחקר בדק 10 השערות, שתיים עבור כל משתנה תלוי. ניתוח ההשערות יתבצע לפי סדר הופעתם בפרק הסקירה. בסך הכל מרבית ההשערות של המחקר אוששו באופן מלא או חלקי מלבד שתיים המתייחסות למשתנה התלוי—רמת הדיכאון אצל המטפל (השערה מס' 5 ו-6). להלן, נדון בממצאיים המתייחסים למשתנה התלוי-מסירות ילדים.

2.1 מסירות ילדים

כצפוי, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על כך שמסירותם הפיליאלית המדווחת של הילדים הבוגרים בחברה הערבית להורים קשישים הינה גבוהה במיוחד. מסירות גבוהה זו עשויה לשקף מצד אחד את הערכים התרבותיים והדתיים שקובעים בבירור את התנהגותם הפיליאלית הרצויה של הילדים כלפי הוריהם הקשישים. מאידך, המסירות הגבוהה עשויה אף להיות קשורה לרציה חברתית של המשיבים, במיוחד כאשר מדובר בתופעה תרבותית רגישה כמו מסירות ילדים. מהניתוח הדו-משתני והרב-משתני, מתברר כי למשתנה רציה חברתית אכן יש תרומה בניבוי המשתנה התלוי מסירות ילדים. מכאן, הייתה החשיבות שבניטרול משתנה זה בשלב הניתוח הרב משתני.

הצפי כפי שנוסח בהשערת המחקר הראשונה, שלמאפייני חיים מודרניים יש קשר עם מסירות הילדים המדווחת, אושש במרביתו. ממצאי המחקר הראו שאורח החיים של המטפל הוא המנבא המרכזי למסירות ילדים להורים קשישים. נראה אפוא שאורח חיים אינדיבדואליסטי אצל המטפל מוריד ממסירות הפיליאלית אצלו, וזה מעבר להשפעתם של משתני הבקרה-רציה חברתית ומשתני הרקע. כמו כן, גם לרמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל הייתה תרומה שלילית בניבוי מסירות ילדים, אך בעוצמה חלשה יותר. נמצא שמטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות מדווחים על מסירותם פיליאלית נמוכה יותר. משמעות הממצאים שהועלו לעיל היא שלמאפייני חיים מודרניים הן ברמה הקולקטיבית והן ברמה הפרטנית יש השפעה שלילית על מסירות פיליאלית המדווחת על ידי הילדים המטפלים.

ממצאים אלה מחזקים אפוא את טענותיהם של חוקרים אחרים אשר דיברו על ההשפעה של תהליכי המעבר והמודרניזציה המתרחשים בחברה הערבית בישראל על הירידה במעמדו של הקשיש (זועבי, 1994; Litwin & Haj-Yahia, 1996; Azaiza, 1996). בהקשר זה, ראוי להזכיר לנוכח ממצאים אלה את עבודתם של Litwin & Zoabi (2003), שמצאו כי קיים קשר בין התגוררות הילדים בישובים עירוניים יותר לבין היקף הפגיעה בקשישים על ידי בני משפחותיהם בחברה הערבית.

אולם, בניגוד למשוער נמצא במחקר הנוכחי כי מאפייני דתיות אינם יכולים לנבא מסירות ילדים. זאת למרות שתוצאות הניתוחים הדו-משתניים- שנועדו לבדוק את הקשר בין רמת דתיותו של המטפל, מידת הסתייעותו בדת וקיום מצוות דתיות לבין מסירות ילדים- חשפו קשרים מובהקים. ההסבר להבדלים בין התוצאות שעלו בניתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו בגרסה הרב משתנית נובעים מכך שהקשרים שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים אינם ייחודיים למאפייני הדת עצמם אלא קשורים לתהליכים אחרים המשותפים למשתני הדת ולמשתני המודרניזציה האחרים. לכן, ייתכן שההשפעה של מאפייני הדתיות נבלמת במדדים אחרים של מודרניזציה שהם חזקים יותר בכוח הניבוי כמו אורח החיים של המטפל.

כזכור, העיון הנוכחי הניח שקיימת אינטראקציה בין מאפייני דתיות לבין מאפייני חיים מודרניים (אורח חיים ורמת עיור). מממצאי המחקר עולה כי ככל שהמטפל מתגורר בישוב המאופיין ברמת עיור גבוהה יותר, וככל שהוא מנהל אורח חיים אינדיבידואליסטי יותר, כך הוא מגדיר את עצמו חילוני יותר וכאדם הממעט להסתייע בדת בעת צרה. נראה אפוא שהממצאים במדגם הנוכחי מוכיחים שמאפייני דתיות יכולים להוות אינדיקאטורים נוספים למודרניזציה. ממצאי אינטראקציות אלה מחזקים את ממצאיהם של מחקרים אחרים בחברה הערבית בישראל ובחברות אחרות בעולם אשר הצביעו על יחסי תלות בין דתיות ומודרניזציה (Litwin & Aboderin, 2004; Zoabi, 2003). זאת, בניגוד למחקרים אחרים הקוראים תיגר על קשר זה (O'Leary, 2001).

כמו כן, המחקר הניח גם שהקשרים בין אורח חיים ורמת עיור לבין מסירות ילדים יהיו שונים על פי רמות שונות של רמת דתיות. החשיבות שבבדיקת התרומה של האינטראקציות הללו באה לידי ביטוי בממצאים הדו-משתניים. עם זאת, ממצאי הניתוח הרב משתני הצביעו על כך שהשילובים האלה אינם יכולים לנבא מסירות ילדים. משמעות ממצאים אלה היא שלאינטראקציות שנוצרו בין אורח חיים ורמת העיור לבין רמת הדתיות של המטפל, לא הייתה תרומה נוספת מעבר לתרומתם של מאפייני חיים מודרניים בנפרד. ייתכן שההשפעה של מאפייני

האינטראקציה האלה נבלמת גם היא על ידי מדדים אחרים של מודרניזציה- אורח החיים של המטפל ורמת עיור- שהם חזקים יותר בכוח הניבוי כאשר נבדקת תרומת כל מדד לחוד.

השערת המחקר השנייה התבססה על ההנחה שהקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין מסירות ילדים עשוי להיות מתווך על ידי משתנים אחרים כמו תחושת נטל הטיפול, טיב היחסים בין המטפל למטופל וטיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת. כאמור, השערה זו אוששה באופן חלקי. טיב היחסים בין המטפל למטופל, כמו גם תחושת נטל הטיפול, נמצאו כמתווכים בקשר בין אורח חיים של המטפל לבין מסירות ילדים המדווחת, אך לא בקשר בין מאפייני מודרניזציה אחרים-רמת העיור ורמת דתיות- לבין מסירות ילדים.

ממצאי המחקר עולה שלטיב היחסים בין המטפל להורה יש תרומה חיובית מרכזית בניבוי מסירות ילדים. אולם, לא ברור אם יחסים טובים בין המטפל להורה הקשיש הם אלה שהגבירו את מסירותם של הילדים או האם מסירות ילדים גבוהה היא זו שאיפשרה בניית מערכת יחסים טובה בין המטפל לבין ההורה הקשיש. ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות תומכים בשני כיוונים אלה. הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור ליחסי ההדדיות והסולידריות שנבנו במשך השנים בין המטפל לבין ההורה הקשיש. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא במחקרים אחרים שהצביעו על קשר בין סולידריות בין דורית במהלך השנים לבין יחסי החליפין הרגשיים והאינסטרומנטליים בין הילדיהם הבוגרים להוריהם הקשישים (Parrott & Bengtson, 1999).

בנוסף, נמצא שמסירות ילדים ניתנת לניבוי גם על ידי תחושת נטל הטיפול המדווחת על ידי המטפל. אולם גם כאן לא ניתן לקבוע האם תחושת נטל טיפול גבוהה מפחיתה את מסירות הילדים המדווחת או האם מחוייבות פיליאלית גבוהה ממתנת את תחושת הנטל שבטיפול. ממצא זה מלמד כי ייתכן והפחתת תחושת נטל הטיפול אצל הילדים המטפלים תביא לחיזוק מחויבותם הפיליאלית של הילדים ולהמשכיות הטיפול בהורים קשישים. מצד אחד, ממצא זה מחזק ממצאי מחקרים אחדים שנעשו עולם (Chou, et.al., 1999; Lee & Sung, 1998; Stiens, et.al., 2006).

מאידך, הממצא אינו מתיישב עם הטענות שהועלו ממחקרים אחרים שציינו שערכים תרבותיים כמו "פמיליזם ומחויבות ילדים" אינם מגינים מפני תחושת הנטל והמצוקה שבטיפול, ושהם אף יכולים להגביר תחושות אלה (Youn, et.al., 1999).

מעבר לשני המשתנים המתווכים שהועלו קודם, הממצאים הצביעו על שלושה גורמי רקע מרכזיים המנבאים מסירות ילדים. אלה כוללים את מספר שעות טיפול שבועיות אצל המטפל, רמת הנזקקות לפעולות יומיומיות אצל הקשיש וההרכב המגדרי של הרשת. ממצאי המחקר חשפו תרומה חיובית של המשתנה "מספר שעות טיפול שבועיות" בניבוי מסירות ילדים. אך, גם כאן לא

ניתן לקבוע בוודאות האם מעורבות גבוהה יותר של המטפל בטיפול בהורה הקשיש מפתחת אצל המטפלים תחושת מחויבות גבוהה או שמחויבות גבוהה מגבירה את מעורבות המטפל במספר שעות השבועיות לטיפול בהורה הקשיש. ואכן, גם ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אינם מצביעים על כיוון ברור לקשר בין השניים. יחד עם זאת, ממצא זה מלמד שהילדים הבוגרים במדגם הנוכחי מבטאים את עמדותיהם באשר למסירות ילדים באמצעות התנהגותם הפיליאלית - מתן מספר רב של שעות טיפול בהורה. ייתכן שהקשר בין מספר שעות טיפול לבין מסירות ילדים מתווכך על ידי גורם נוסף המשותף לשניהם כמו טיב היחסים בין המטפל לבין הקשיש. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא במחקרים שהצביעו על כך שתמיכה אינסטרומנטלית גבוהה של המטפל בקשיש קשורה ליחסים טובים בין השניים (Whitbeck, et.al, 1994). ואומנם, ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות כמו גם ממצאי העיון הנוכחי גילו שיחסים טובים בין המטפל לבין ההורה הקשיש מגבירים את מחויבותם הפיליאלית של הילדים.

רמת הנזקקות של ההורה הקשיש לעזרה בפעולות יום יומיות היא עוד משתנה רקע המנבא מסירות ילדים. אולם, כאן כיוון הקשר הוא ברור. רמת נזקקות גבוהה של ההורה לעזרה בפעולות יום יומיות מגבירה את מסירותם הפיליאלית של הילדים. תוצאה זו היא עקבית לממצאי מחקרים רבים שהובאו בסקירת הספרות. הסבר אפשרי לממצא זה ניתן למצוא בהנחותיה של תיאורית ההסתגלות לפי רמות (Adaptation-level theory) של לוטון ואחרים (Lawton, et.al., 2000). תיאוריה זו גורסת כי עם הזמן הילדים המטפלים מפתחים רמות הסתגלות חדשות בהתאם לחומרת רמת התיפקוד היומיומית של ההורה הקשיש. בעקבות כך, יורדת גם תחושת נטל הטיפול. ואומנם, ממצאי המחקר הנוכחי גילו שתחושת נטל טיפול נמוכה קשורה למסירות ילדים גבוהה.

משתני רקע נוספים, המנבאים מסירות ילדים הם משתני הדמה של "ההרכב המגדרי של הרשת". ממצאי המחקר עולה כי ילדים שנמצאים ברשת משפחתית עם הרכב מגדרי לא שווה ("הרוב או הכל נשים" או "הרוב או הכל גברים") דיווחו על מסירות ילדים נמוכה יותר בהשוואה לילדים הנמצאים בהרכב מגדרי שווה. ממצא זה הינו ייחודי למחקר הנוכחי ועל כן ההסברים שיופפו הן ראשוניות בלבד. ייתכן, שברשתות עם הרכב מגדרי שווה יש יחסים טובים בין המטפל להורה הקשיש יותר מאשר ברשתות עם הרכב מגדרי לא שווה. כאמור, כפי שממצאי המחקר כבר חשפו, יחסים טובים בין המטפל לקשיש קשורים למחויבות פיליאלית גבוהה. ייתכן גם, שילדים הנמצאים ברשת משפחתית עם הרכב מגדרי לא שווה מרגישים עומס ונטל רב יותר

בטיפול בהורה הקשיש מאשר ילדים הנמצאים ברשת עם הרכב מגדרי שווה. כאמור, ממצאי המחקר הנוכחי גילו שתחושת נטל טיפול גבוהה מפחיתה את מסירותם הפיליאלית של הילדים. נקודה אחרונה לציין היא שבניגוד לצפוי מצאנו כי קירבה משפחתית לקשיש (בן, בת, כלה ונכדים) אינה מנבאה מסירות ילדים. ממצא זה מלמד גם שמחויבות פיליאלית במדגם הנוכחי אינה שונה בין בני משפחה (בנות, בנים ונכדים) לבין בנות זוגם של הבנים (הכלות). אחת הסברות לתופעה זו עשוי להיות קשור לתהליך סוציוליזציה נורמטיבי בחברה הערבית שעליו מתחנכים וגדלים הבנים, הבנות, הנכדים וגם הכלות. לפי תהליך זה מצופה מהכלות לקחת אחריות ולמלא את מחויבותן הנורמטיבית בטיפול בהורה בן הזוג כמו שמצופה מבני המשפחה (Haj-Yahia, 1995; Savaya, 1998). סברה נוספת לחוסר ההבדלים בהקשר זה קשורה לכך שמחויבותה הפיליאלית של הכלה לטיפול בהורה בעלה עשויה לשקף את מחויבות בעלה להוריו. כאמור, המחקר הנוכחי בדק את המתאמים בין המשתנה תלוי עיקרי-מסירות ילדים לבין משתני תוצאה אחרים, כגון העדפתו של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה, רווחתו האישית של המטפל, תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ותפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. תת הפרקים הבאים ידונו במשמעותם של הממצאים הדו משתניים והרב משתניים בניבוי כל אחד ממשתני התוצאה שהוזכרו לעיל בנפרד.

2.2 העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה.

אחת התוצאות המרכזיות של מסירות ילדים שנחשפה בעיון הנוכחי היא העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. כצפוי, ממצאי המחקר גילו שלמסירות ילדים יש משקל רב בניבוי העדפת המטפל לקבל טיפול משפחתי לעצמו וזה מעבר להשפעתם של משתנה הבקרה—רציה רציה חברתית ומשתני הרקע. אולם, לא ניתן בעיון זה לקבוע בוודאות אם מסירות ילדים גבוהה מפתחת אצל המטפל ציפיה והעדפה לקבל טיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה או האם העדפה גבוהה של המטפל לטיפול משפחתי מגבירה אצלו את המסירות הפיליאלית להוריו. ניתן לסכם כי הילדים המטפלים שמבטאים רצון לקבל טיפול משפחתי בעצמם בעת זיקנה מפגינים מחויבות גבוהה בטיפול בהורה הקשיש.

ייתכן וניתן להסביר קשר זה באמצעות הסבר ההדדיות הדורית (הדדיות בלתי ישירה בין הדורות) במקרה זה, האדם הנותן את ההעברה אינו מקבל חזרה מאותו האדם אלא מאדם שלישי מדור אחר, בדרך כלל מהדור הבא. ייתכן שהילדים המטפלים מנסים באמצעות הטיפול שהם

מספקים להוריהם להעביר מסר ברור לילדים הצעירים שלהם שבבוא העת הם מצפים וגם ירצו לקבל מהם טיפול משפחתי דומה. חיזוק להסבר זה ניתן למצוא בממצאי המחקר האיכותני שנערך לאחרונה בחברה הערבית בישראל, ובו ציין אחד המרואיינים כי "אם יקרה לי משהו, אני מעדיף להיות מטופל על ידי בני המשפחה באותה דרך בה טיפלתי באמא שלי." מרואיין אחר במחקר הוא אף ציין "הילדים שלי ראו איך טיפלתי בהוריי מאז שהיו קטנים... הם ראו ולמדו שבאחד הימים כאשר אני אזדקק לעזרה הם יטפלו בי באותה הדרך" (Leichtentritt, et.al., 2004).

כזכור, המחקר הנוכחי הניח שתי השערות (3 ו-4) המתייחסות למשתנה התוצאה-העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. ההשערה השלישית בעיון הנוכחי הניחה קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לקבלת טיפול משפחתי בעת זיקנה. ממצאי המחקר עולה כי השערה זו אוששה באופן חלקי. נמצא שמטפלים המתגוררים ברמות עיור נמוכות יותר מעדיפים לקבל טיפול משפחתי בעת זיקנה יותר מאשר מטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות. משמעות אחרת לממצא זה, היא שמטפלים המתגוררים בערים ובפרברי ערים מעדיפים את הטיפול הפורמאלי יותר מאשר הטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה. ממצא זה מחזק את הטענות שהועלו בסקירת הספרות ובהם נאמר שהעמדה השלילית של החברה הערבית בישראל כלפי השימוש בטיפול הפורמאלי השתנתה לחיוב, בשל תהליכי המודרניזציה והעיוור שחברה זו עוברת בעשורים האחרונים. ייתכן, שקיומם של השירותים הפורמאליים בתוך הישובים העירוניים הערבים מאפשר לילדים המטפלים לחשוב בצורה חיובית יותר כלפי השימוש בשירותים הפורמאליים לעצמם בעתיד.

אולם, בניגוד למשוער נמצא בעיון הנוכחי כי מאפייני חיים מודרניים אחרים—אורח חיים של המטפל ומשתני הדת—אינם יכולים לנבא העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. זאת, למרות שבניתוחים הדו-משתניים נמצאו משתנים אלה קשורים באופן מובהק להעדפת המטפל. ההסבר להבדלים בין התוצאות שעלו בניתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו בניתוח הרב משתני נובעים מכך שהקשרים שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים כוללים גם את הקשרים בין משתנים מנבאים אלה לבין משתנים אחרים הרלוונטיים להעדפת המטפל. ייתכן שההשפעה של מאפייני הדתיות ואורח חיים על משתנה התוצאה נבלמת על ידי ערכים תרבותיים (כמו מסירות ילדים) ומאפייני מודרניזציה אחרים (כמו רמת העיוור) שהם חזקים יותר בכוח הניבוי. משמעות ממצאים אלה היא שכוח הניבוי של מאפייני חיים מודרניים ברמה הפרטנית—אורח חיים ורמת

דתיות— הוא הרבה יותר חלש מאשר כוח הניבוי של מאפייני חיים מודרניים ברמה הקולקטיבית. ולכן השפעתם של משתני חיים מודרניים ברמה הפרטנית על העדפת המטפל לא ניצפת בניתוח הרב משתני.

ההשערה הרביעית של המחקר הנוכחי התבססה על ההנחה שמשתנים מתווכים, קרי, טיב היחסים בין המטפל למטופל, יעילות עצמית כללית, נטל הטיפול ומסירות ילדים עשויים לתווך בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה. כאמור, השערה זו אוששה באופן חלקי. מסירות ילדים התגלתה כגורם המתווך בקשר בין רמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל לבין העדפתו לקבל טיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. אולם, המסירות הפיליאלית אינה יכולה לתווך בקשר בין מאפייני חיים מודרניים אחרים—אורח חיים ורמת דתיות—לבין העדפת המטפל. ממצא זה ניתן ללמוד שחיזוק המחויבות הפיליאלית של הילדים המטפלים בהוריהם הקשישים עשוי למתן את ההשפעה השלילית של המודרניזציה-רמות עיור על העדפתם של המטפלים לקבל טיפול משפחתי לעצמם בעת זיקנה.

מעבר לתרומתו המרכזית של המשתנה מסירות ילדים בניבוי ובתיווך, הממצאים הצביעו על עוד גורמי רקע מרכזיים המנבאים את העדפת המטפל לקבל טיפול משפחתי לעצמו. אלה כוללים מאפייני הרשת—ההרכב המגדרי של הרשת המטפלת, מאפייני המטפל—השכלת המטפל והקרבה המשפחתית שלו לקשיש, ומאפייני הקשיש— מצבו המשפחתי של הקשיש והמרחק הגיאוגרפי בין המטפל לקשיש. אולם, בניגוד לצפוי, מאפייני הטיפול אינם מנבאים את העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זיקנה. ממצא זה מלמד אפוא כי העדפת המטפל אינה מושפעת מגורמים דינמיים כמו גורמי הטיפול—מספר משימות הטיפול בהם המטפל נוטל חלק, אלא שהיא מושפעת מגורמי רקע קבועים כמו מאפייני הרשת, מאפייני המטפל ומאפייני ההורה הקשיש. ייתכן, שהשפעתם של גורמים דינמיים—מאפייני הטיפול נבלמת על ידי גורמי הרקע הקבועים שהם חזקים יותר בכוח הניבוי. ממצא זה מחייב אותנו להסיק כי התערבות המיועדת להגביר את העדפת המטפלים לטיפול משפחתי לעצמם דרך גורמי הרקע לא תביא, ככל הנראה, להצלחה, וזאת מאחר והאפשרות להביא לשינוי בגורמי הרקע קיימת רק במאפייני הטיפול בהורה הקשיש. והרי, הממצאים הראו שאין כל השפעה למאפייני הטיפול על העדפת המטפל.

מבין גורמי הרקע שכן הייתה להם תרומה בניבוי, נמצא שלמאפייני הרשת—הרכב מגדרי של הרשת— יש את כוח הניבוי החזק ביותר. ממצאי המחקר גילו שילדים בוגרים הנמצאים בהרכב מגדרי שבו הרוב או הכל גברים מעדיפים את הטיפול המשפחתי לעצמם פחות מאשר המטפלים

הנמצאים בהרכב מגדרי שווה. הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור לגורם נוסף המשותף לשניהם כמו מסירות ילדים. חיזוק להסבר זה ניתן לראות בניתוח הרב משתני הקודם שעסק בניבוי מסירות ילדים אשר הראה שמטפלים בהרכב מגדרי שווה הם הרבה יותר מסורים להוריהם מאשר מטפלים בהרכב מגדרי שאינו שווה. ואומנם ממצאי הניתוח הנוכחי גילו שמסירות ילדים גבוהה מגבירה את העדפת המטפל לטיפול משפחתי בעת זיקנה. רמת ההשכלה של המטפל והקירבה המשפחתי שלו להורה הם עוד שני גורמי רקע הקשורים למטפל המנבאים את העדפת המטפל לטיפול משפחתי. אולם, נמצא שלרמת ההשכלה יש כוח ניבוי חזק יותר מאשר קירבה משפחתית לקשיש. מממצאי המחקר עולה כי ככל שרמת ההשכלה של המטפל עולה, כך יורדת העדפתו לטיפול משפחתי לעצמו. ממצא זה אינו מתיישב עם ממצאי מחקרים אחרים שטענו לחוסר קשר בין השכלה של המטפל לבין העדפתו לטיפול משפחתי והרצון שלו להתגורר עם בני המשפחה כשיזדקק לכך (Lam, et.al., 1998; Wallhagen & Strawbridge, 1995). אולם, ניתן להסביר ממצא ייחודי זה על ידי גורם נוסף המשותף לשניהם כמו מסירות ילדים. ממצאי מחקרים קודמים הראו שרמת השכלה גבוהה קשורה למסירות פיליאלית נמוכה (Finley, et.al., 1988). ואומנם ממצאי המחקר הנוכחי הראו שמסירות ילדים נמוכה קשורה להעדפה נמוכה של המטפל לטיפול משפחתי לעצמו.

כמו כן, משתני הדמה של הקרבה המשפחתית — "בן" ו"כלה" הם שני מאפייני רשת המנבאים את העדפת המטפל לקבל טיפול משפחתי. הווה אומר, בנים וכלות המטפלים בהורים קשישים מעדיפים את טיפול משפחתי לעצמם במידה רבה יותר מאשר בנות מטפלות. הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור לגורם נוסף המשותף לשניהם כמו תחושת נטל הטיפול. תמיכה להסבר זה ניתן למצוא בממצאי המחקר הנוכחי כמו גם בממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אשר הראו שהבנות מדווחות על תחושת נטל גבוהה מזו של הבנים והכלות. ואומנם, הממצאים הדו-משתניים של המדגם הנוכחי וממצאי מחקרים אחרים בעולם גילו שתחושת נטל טיפול גבוהה קשורה לאי-העדפת המטפל לקבלת טיפול משפחתי בעת זיקנה (Wallhagen & Strawbridge, 1995).

משתני רקע נוספים המנבאים את העדפת המטפל לטיפול משפחתי הם מאפייני ההורה הקשיש — מצבו המשפחתי והמרחק הגיאוגרפי בינו לבין המטפל. מממצאי המחקר עולה כי ילדים בוגרים המטפלים בהורה נשוי מעדיפים לקבל טיפול משפחתי במידה רבה יותר מאשר ילדים בוגרים המטפלים בהורה בודד. ההסבר לממצא זה עשוי להיות מתווך על ידי משתנה אחר הקשור

לשניהם כמו תחושת נטל הטיפול. ממצאי העיון הנוכחי כמו גם ממצאי מחקרים אחרים בעולם הראו שילדים המטפלים בהורה בודד מדווחים על תחושת נטל גבוהה בטיפול מאשר ילדים המטפלים בהורה נשוי (Dwyer & Coward, 1991). ואומנם, הממצאים הדו-משתניים וממצאי מחקרים אחרים גילו שמטפלים עם תחושת נטל גבוהה מהטיפול נוטים פחות להעדיף את הטיפול המשפחתי לעצמם בעת זיקנה (Wallhagen & Strawbridge, 1995).

המרחק הגיאוגרפי בין המטפל לקשיש הוא עוד גורם רקע המנבא את העדפת המטפל. ממצאי המדגם הנוכחי הצביעו על כך שמטפלים המתגוררים רחוק מהוריהם מעדיפים את הטיפול המשפחתי לעצמם יותר מאשר מטפלים שמתגוררים קרוב. אולם, תוצאה ייחודית זו אינה תואמת ממצאי מחקרים אחרים בעולם בהם לא נמצא קשר בין התגוררות המטפל עם הקשיש לבין העדפתו להתגורר עם ילדיו כאשר יזדקק לכך בעתיד (Lam, et.al., 1998). אולם, גם ממצא זה עשוי להיות מוסבר על ידי גורם נוסף המשותף לשניהם כמו תחושת נטל הטיפול. ממצאי מחקרים אחרים שהועלו בסקירת הספרות בהקשר זה הראו שמטפלים המתגוררים בבית משותף עם ההורה הקשיש מדווחים על רמות גבוהות של נטל בהשוואה למטפלים המתגוררים רחוק מהוריהם. ואומנם, כפי שצינו כבר לעיל ממצאי המחקר הנוכחי וממצאי מחקרים אחרים הראו שקיים קשר שלילי בין נטל טיפול והעדפת המטפל.

2.3 הרווחה האישית של המטפלים הבלתי פורמאליים—רמת הדיכאון המדווחת

כזכור, הספרות הצביעה על תוצאה אפשרית נוספת למסירת ילדים והיא רמת הדיכאון המדווחת על ידי המטפל. אולם, בניגוד לצפוי ממצאי העיון הנוכחי הראו שרמת הדיכאון אצל המטפל אינה יכולה להיות תוצאה של מסירות ילדים. העובדה שלא אושש הקשר בין מסירות ילדים לבין רמת הדיכאון אצל המטפל מחזקת ממצאים נבחרים קודמים שטענו לחוסר קשר בין שתי תופעות אלה (Kim & Lee, 2003). זאת בניגוד למחקרים אחדים שהובאו בסקירת הספרות, שבהם הוצג קשר בין מסירות ילדים לבין רווחתו האישית.

כאמור, המחקר ניסה לבדוק שתי השערות ביחס לרמת הדיכאון אצל המטפלים. השערה מספר 5 התייחסה לניבוי הרווחה האישית של המטפל על ידי מאפייני החיים המודרניים. השערה מספר 6 הניחה כי המשתנים המתווכים ישמשו כמשתנים מתווכים בקשר שבין מאפייני חיים מודרניים לבין משתנה התוצאה—רמת הדיכאון אצל המטפל. אולם, בניגוד למשוער, השערות אלה לא אוששו כלל. לא נמצא קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רמת הדיכאון המדווחת אצל

המטפל. כמו כן, לא נמצאה השפעה מתווכת של המשתנים מתווכים על הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רמת הדיכאון המדווחת.

יחד עם זאת, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על שלושה גורמים מרכזיים המסבירים 40 אחוזים מהשונות ברמת הדיכאון של המטפל. גורמים אלה כוללים משך הטיפול בשנים, המצב התעסוקתי של המטפל ויעילות עצמית כללית. אולם, הממצאים מצביעים גם שמאפייני הקשיש ומאפייני הרשת המטפלת אינם יכולים לנבא את רמת הדיכאון אצל המטפל. ממצאים אלה מלמדים אפוא כי רמת הדיכאון אצל המטפל מושפעת מגורמים הקשורים במטפל ובטיפול שהוא מספק להורה הקשיש ואינה קשורה לגורמים הקשורים להורה הקשיש ולרשת המשפחתית המטפלת. זאת, בניגוד למחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אשר הצביעו על קשר בין מאפייני הקשיש ומאפייני הרשת המשפחתית המטפל לבין רמת הדיכאון אצל המטפל. ייתכן, שהשפעתם של מאפייני הקשיש ומאפייני הרשת נבלמת על ידי גורמי רקע של המטפל ושל הטיפול בקשיש שהם חזקים יותר בכוח הניבוי.

מבין הגורמים המנבאים שהועלו לעיל, נמצא כי ליעילות עצמית כללית יש את התרומה המרכזית הגבוהה בניבוי רמת דיכאון המדווחת על ידי המטפלים. אולם, לא ניתן לקבוע בוודאות אם יעילות עצמית גבוהה מפחיתה את רמת הדיכאון אצל המטפל או שרמת דיכאון גבוהה מפחיתה את היעילות העצמית הכללית של המטפל. ממצא זה מלמד כי למטפלים עם משאבים אישיים חזקים כמו יעילות עצמית יש יכולת גבוהה להתמודד עם דרישות הטיפול בצורה יעילה שתגן עליהם מפני הופעת דיכאון. התוצאה מחייב אותנו גם להסיק כי התערבות לחיזוק היעילות העצמית הכללית של המטפל עשויה להביא להפחתה ברמת הדיכאון אצלו. הסבר אפשרי לקשר שנמצא בין יעילות עצמית ודיכאון עשוי להיות קשור למשתנה נוסף כמו תחושת נטל הטיפול. ממצאי המחקר הנוכחי כמו גם ממצאי מחקרים אחרים שהוצגו בסקירת הספרות הראו שיעילות עצמית גבוהה ממתנת את תחושת נטל הטיפול אצל המטפל. ואומנם, בדומה לממצאי מחקרים אחרים, ממצאי הניתוח הדו-משתני של העיון הנוכחי הראו כי תחושת נטל טיפול נמוכה מנבאת תחושת דיכאון נמוכה אצל המטפל.

אולם, תרומתו של המשתנה — תחושת נטל הטיפול בניבוי רמת הדיכאון בניתוח הרב-משתני לא הייתה משמעותית. אומנם, תוצאה זו אינה מחזקת את ההסבר שהוצג לעיל ואינה תואמת את ממצאיהם של מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אשר הצביעו על קשר חד וברור בין תחושת נטל הטיפול ורמת הדיכאון המדווחת אצל המטפל. אך, ייתכן שההבדלים בין התוצאות שעלו בניתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו בניתוח הרב משתני נובעים מקיום משתנים נוספים

המשותפים לנטל הטיפול ורמת הדיכאון כמו יעילות עצמית כללית, שכוח הניבוי הגבוה שלהם בולם את ההשפעה של נטל הטיפול על רמת הדיכאון.

המצב התעסוקתי של המטפל הוא אחד משני גורמי הרקע המנבאים את רמת הדיכאון המדווחת אצל המטפל. נמצא שמטפלים העובדים בשכירות במשרה מלאה מדווחים על רמת דיכאון גבוהה יותר בהשוואה לעובדים עצמאיים. ממצא זה אינו מתיישב עם ממצאי מחקרים אחרים שהוצגו בסקירת הספרות אשר טענו לקשר הפוך ממה שהעיון הנוכחי מציג. חלקם אף הצביעו על חוסר קשר בין מצב התעסוקה של המטפל ורמת הדיכאון אצלו. אולם, ההסבר לממצא זה עשוי להיות קשור לגורם נוסף משותף לשניהם כמו יעילות עצמית כללית. ייתכן, שלמטפלים העובדים באופן עצמאי יש תחושת יעילות עצמית כללית גבוהה מזו של המטפלים העובדים בשכירות ולכן הם גם מדווחים על רמת דיכאון נמוכה.

התרומה הנמוכה ביותר בניבוי רמת הדיכאון של המטפל הייתה של משתנה הרקע השני—משך הטיפול בשנים. נמצא שילדים המטפלים בהוריהם במשך מספר רב יותר של שנים נוטים לדווח על רמת דיכאון גבוהה יותר. מצד אחד, ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים שנערכו באוכלוסייה הערבית בישראל (Lowenstein, 1999). מאידך, הוא סותר ממצאי מחקרים אחרים בעולם המדווחים אומנם על רמת דיכאון וסטרוס גבוהים בשלב ההתחלתי של הטיפול ועד לתקופה של שנה. אך, בתום שנה המטפלים מדווחים על תחושת יציבות בתפקיד ועל רמות דיכאון נמוכות יותר (Lawton, et.al., 2000). הסבר אפשרי לתוצאה זו עשוי להיות קשור לגורמים נוספים המשותפים למשך הטיפול ולרמת הדיכאון כגון תחושת נטל הטיפול ויעילות עצמית כללית. ממצאי מחקרים אחרים הראו, למשל, שככל שהטיפול בקשיש נמשך זמן ארוך יותר, מתפתחים קונפליקטים בין הקשיש לבין המטפל, ובסופו של דבר עולה תחושת נטל הטיפול (Johnson & Catalano, 1983). תחושת נטל טיפול גבוהה על פי ממצאי העיון הנוכחי קשורה ליעילות עצמית נמוכה. ואומנם הממצאים מראים שיעילות עצמית נמוכה מנבאת רמת דיכאון גבוהה אצל המטפל.

2.4 העברות בין דוריות

הספרות הצביעה גם על תוצאות נוספות למסירות ילדים, כמו תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בין-דוריות. ממצאי המחקר הנוכחי עולה כי מסירות ילדים יכולה לנבא את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף מעבר להשפעתם של משתנה

הבקרה—רציה חברתית ומשתני הרקע. נמצא שלמטפלים עם מסירות ילדים גבוהה יש מידה רבה יותר של הסכמה באשר לאחריות המשפחה להעברות של כסף בכל הקשור לטיפול בהורה הקשיש. ייתכן, שהמטפלים עם מסירות ילדים גבוהה מבטאים את הצורך של ההורה הקשיש בהעברות של כסף לכיסוי ההוצאות הכספיות הקשורות לטיפול באמצעות תפיסה גבוהה של אחריות הרשת המשפחתית בהעברות כספיות אלה. ממצא זה מצביע על מרכזיותו של הערך התרבותי—מסירות ילדים—בחיזוק הטיפול והתמיכה בהורים קשישים. כמו כן, תוצאה זו מחזקת את "המודל הנורמטיבי" שהוצג בעבודתם של לבנשטיין ודורון (2006), אשר לפיו מערכת הערכים והנורמות המשפחתיות הם אלו שמכוונות וקובעות את ההעברות הבין דוריות בתוך הרשת המשפחתית. אולם, בניגוד לצפוי ממצאי העיון הנוכחי הראו כי מסירות ילדים אינה מנבאה את תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. זאת למרות שתוצאות הניתוח הדו-משתני—שנועדו לבחון את הקשר בין מסירות ילדים לבין תפיסת המטפל—חשפו קשר מובהק. ההסבר להבדלים בין התוצאות שעלו בניתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו בניתוח הרב-משתני נובעים מכך שהקשרים שנמצאו בניתוחים הדו-משתניים כוללים גם קשרים המשותפים למסירות ילדים ולמשתנים מנבאים אחרים. ייתכן שההשפעה של מסירות ילדים על תפיסת המטפל נבלמת על ידי ערכים תרבותיים-דתיים דומים כמו קיום מצוות אלחאג'—שהם חזקים יותר בכוח הניבוי. תת פרק זה מתמקד בניתוח ארבעת ההשערות האחרונות של העיון הנוכחי. כזכור, השערות אלה התייחסו לקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות בין דוריות. שתי השערות (7 ו-8) התייחסו להעברות של זמן ושתי ההשערות האחרונות (9 ו-10) התייחסו להעברות של כסף. להלן ינותחו ויעומתו הממצאים הדו-משתניים והרב-משתניים ביחס להשערות אלה.

ההשערה השביעית של המחקר הניחה קשר בין מאפייני חיים מודרניים—רמת העיור ורמת הדתיות של המטפל—לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ממצאי המחקר עולה שהשערה זו אוששה במרביתה. נמצא שהתגוררות ברמות עיור גבוהות (כפר גדול וכפר פרבר עיר) קשורה אצל הילדים המטפלים לתפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. משמעות נוספת לממצא זה, היא שלמטפלים המתגוררים בכפרים קטנים ומבודדים יש תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה במתן עזרה מעשית להורה הקשיש ותפיסה נמוכה באשר לאחריות המדינה בכל הקשור לטיפול המעשי של ההורה הזקן. תוצאה זו מחזקת ממצאי מחקרים אחרים אשר הראו כי הורים המתגוררים באיזורים כפריים מקבלים העברות בזמן מילדיהם יותר מאשר

הורים המתגוררים באיזורים עירוניים (Zimmer & Kwong, 2003). הסבר אפשרי לממצא זה קשור לכך שהיקף והיצע השירותים באזורים הכפריים מצומצם יותר מאשר באיזורים עירוניים ולכן יש יותר נטל על המשפחה.

ממצאי המחקר הצביעו גם על תרומה מרכזית של מאפייני מודרניזציה אחרים—קיום מצוות אלחאג'—בניבוי תפיסת המטפל בהעברות של זמן. נמצא שרמת דתיות גבוהה—קיום מצוות אלחאג'—מגבירה את תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ומפחיתה את תפיסתו באשר לאחריות המדינה בהעברות של זמן. ממצא זה מתיישב אפוא עם ממצאי מחקרים אחרים אשר הראו כי רמת דתיות גבוהה אצל המטפל מגבירה את ההעברות הבין דוריות בזמן מהילדים להורה הקשיש (Guberman, et.al., 1992). אולם, בניגוד למשוער, נמצא בעיון הנוכחי כי אורח חיים אינדיבידואליסטי—קולקטיביסטי של המטפל אינו מנבא את תפיסתו באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. יש להזכיר בהקשר זה כי גם ממצאי הניתוח הדו-משתני לא הצביעו על קשר בין השניים. משמעות הממצאים שהוצגו עד כה היא שאורח חיים כפרי וגם אורח חיים דתי במדגם הנוכחי מגבירים את תפיסתם של המטפלים באשר לאחריות הנתפסת של המשפחה בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בהורה הקשיש. ממצאים אלה מלמדים כי למאפייני חיים מודרניים, הן ברמה הפרטנית—קיום מצוות אלחאג' והן ברמה הקולקטיבית—רמת העיור, יש השפעה על תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה במתן עזרה באמצעות העברות של זמן. ההשערה השמינית של המחקר בחנה את ההנחה שלפיה המשתנים המתווכים, קרי, תמיכה משפחתית במטפל, יעילות עצמית כללית ומסירות ילדים מתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים—רמת עיור וקיום מצוות אלחאג'—לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. כזכור, השערה זו אוששה באופן חלקי. תמיכה משפחתית בתפקיד המטפל התגלתה כגורם המתווך בקשר בין רמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל לבין תפיסתו באשר לאחריות המשפחה. אולם תמיכה משפחתית במטפל אינה מתווכת בין רמת דתיותו של המטפל—קיום מצוות אלחאג'—לבין תפיסתו בהעברות של זמן.

ממצאי המחקר עולה שלתמיכה המשפחתית יש תרומה חיובית מרכזית בניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. נמצא שתמיכה משפחתית גבוהה בתפקיד המטפל מעצימה את תפיסתו של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ממצא זה מלמד כי הגברת התמיכה בתפקיד המטפל על ידי הרשת המשפחתית עשויה להפחית את ההשפעה השלילית

של מודרניזציה על תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה במתן עזרה מעשית. תוצאה זו מתיישבת עם ממצאי מחקרים אחרים שגילו שתמיכה משפחתית רחבה במטפל קשורה ליותר העברות של זמן מהילדים להורה הקשיש (Shi, 1993).

הסבר אפשרי אחד לתוצאה זו עשוי להיות קשור להדדיות הדורית (הדדיות בלתי ישירה בין הדורות). אולם, כאן הכיוון הוא אופקי—הדדיות ויחסי חליפין בלתי ישירים בין המטפל לבין בני אותו דור של אחים ואחיות. ייתכן, שהמטפלים שמספקים טיפול ועזרה להוריהם, מצפים ורוצים לקבל תמיכה משפחתית למילוי תפקידם כמטפלים, מילדים בוגרים אחרים מאותו דור במשפחה. הסבר אפשרי נוסף לממצא שהוצג לעיל עשוי להיות קשור למשתנה נוסף המשותף לתמיכה משפחתית וגם לתפיסת המטפל בהעברות של זמן כמו יעילות עצמית כללית. ממצאי העיון הנוכחי הראו שתמיכה משפחתית בתפקיד המטפל מגבירה את היעילות העצמית של המטפל. ואומנם, הממצאים הדו-משתניים וממצאי מחקרים אחרים הראו שקיים קשר חיובי בין יעילות עצמית כללית לבין ההעברות הבין דוריות בזמן.

מעבר לתרומתו המרכזית של משתנה התמיכה המשפחתית בניבוי ובתיווך, הממצאים חשפו עוד גורמי רקע מרכזיים בניבוי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. אלה כוללים מאפייני רשת—טיב חלוקת אחריות הטיפול בזמן—ומאפייני הקשיש—המצב המשפחתי של הקשיש, גילו ומרחק המגורים בינו לבין המטפל. אולם, בניגוד לצפוי, ממצאי המחקר לא הצביעו על תרומה של מאפייני המטפל ומאפייני הטיפול בניבוי תפיסת המטפל בהעברות של זמן. ממצאים אלה מחייבים אותנו להסיק שוב שההתערבות מכוונת להגברת תפיסת המטפל באשר להעברות של זמן באמצעות שינוי במאפייני הטיפול לא תביא לשינוי, ככל הנראה. זאת, מאחר והאפשרות להביא לשינוי בגורמי רקע אחרים—מאפייני קשיש ומאפייני רשת—אינה קיימת. כמו כן, ממצאים אלה מלמדים כי תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה באשר להעברות של זמן אינה קשורה לגורמים הקשורים למטפל עצמו—מאפייניו ומאפייני הטיפול שהוא מספק להורה הקשיש. זאת, בניגוד למחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אשר הראו קשר בין מאפייני המטפל ומאפייני הטיפול לבין העברות של זמן. ייתכן, שהשפעתם של מאפיינים הקשורים למטפל—מאפייני המטפל ומאפייני הטיפול—נבלמת במקרה הנוכחי על ידי גורמים רקע אחרים כמו מאפייני הקשיש ומאפייני הרשת שכוח הניבוי שלהם חזק יותר.

מבין משתני הרקע שהייתה להם תרומה בניבוי, נמצא שלמאפייני הרשת—טיב חלוקת אחריות הטיפול בזמן ומאמץ בתוך הרשת המשפחתית יש את התרומה הרבה ביותר בניבוי

תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. אולם, לא ברור בוודאות ממצאי המחקר אם תפיסה גבוהה של המטפל באשר לאחריות המשפחה להעברות של הזמן נובעת מתפיסה לא שוויונית של המטפל באשר לחלוקת אחריות הטיפול בזמן ובמאמץ בין חברי הרשת המטפלת או האם חלוקת אחריות טיפול שוויונית בזמן ובמאמץ גורמת לתפיסה נמוכה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ייתכן, שהמטפלים שחושבים שהם נמצאים ברשת משפחתית שבה חלוקת אחריות הטיפול אינה שוויונית אינם מרוצים מכך, ולכן הם מבטאים זאת באמצעות תפיסה גבוהה באשר לאחריות שחברי הרשת המשפחתית צריכים לגלות בהעברות של זמן הקשורות לטיפול בהורה הקשיש.

המצב המשפחתי של הקשיש הוא אחד הגורמים הקשורים לקשיש המנבאים את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. נמצא שילדים המטפלים בהורה נשוי ביטאו תפיסה נמוכה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן מאשר ילדים המטפלים בהורה בודד. ממצא זה תואם ממצאי מחקרים אחרים שהוצגו בסקירת הספרות אשר הראו שהורה נשוי מקבל פחות העברות של זמן מאשר הורה בודד, וזאת משום שקשישים נשואים מטופלים בראש ובראשונה על ידי בני ובנות זוגם.

כמו כן, נמצא שגם לגיל הקשיש יש תרומה בהסבר השונות בתפיסת המטפל בהעברות של זמן, אך בעוצמה נמוכה יותר מהמצב המשפחתי של הקשיש. ממצאי המחקר גילו שגיל מבוגר יותר של הקשיש קשור לתפיסה נמוכה יותר של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. אומנם, ממצא זה מחזק ממצאי מחקרים אחרים שהראו כי גיל מבוגר של ההורה מוריד את הסיכוי שלו לקבל העברות בזמן מהילדים (Abertini, et.al., 2007; Chou & Chi, 2001; Schoeni, 1997). אך, הוא גם סותר ממצאי מחקרים אחרים שהועלו בסקירת הספרות אשר הצביעו על כך שגיל מבוגר של ההורה מעלה את הסיכויים שלו לקבל העברות בין דוריות בזמן מבני המשפחה.

יתרה מזאת, תוצאה זו אינה מתיישבת עם הערכים התרבותיים של המשפחה הערבית המסורתית בישראל. כאמור, על פי ערכים אלה המשפחה שמה לה את הזקן במרכז ומתלכדת מסביבו לתמיכה בו במיוחד בגיל מבוגר כאשר הוא זקוק לעזרה ולתמיכה של בני המשפחה. אולם, ממצא זה מחזק את הטענות שהועלו בסקירת הספרות ובהם נאמר כי תפיסתם של בני המשפחה בחברה הערבית בישראל באשר לבלעדיות הטיפול בהורים קשישים על ידי הרשת המשפחתית משתנה ומאבדת את חשיבותה, ובמקביל המוכנות והיכולת להיעזר בשירותים פורמאליים לטיפול בקשישים מוגבלים נתפסת באור חיובי יותר מבעבר בשל תהליכי

המודרניזציה והעיור שחברה זו עוברת. ייתכן, שקיומם של השירותים הפורמאליים בתוך הישובים הערבים משפיעה בצורה שלילית על תפיסתם של המטפלים באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

המרחק הגיאוגרפי בין המטפל להורה הקשיש הוא הגורם השלישי הקשור לקשיש שהתגלה כבעל התרומה החלשה בהסבר השונות בתפיסת המטפל בהעברות של זמן. ממצאי המחקר גילו כי למטפלים המתגוררים רחוק מהוריהם יש תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן. ממצא זה אינו תואם ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות ואשר הצביעו על כך שמרחק גיאוגרפי גדול בין המטפל לבין ההורה מוריד את הסיכוי של ההורה לקבל העברות של זמן. בהתאמה, ממצאי מחקרים אחרים הראו כי ככל שהמרחק בין הקשיש לבין המטפל הוא קצר יותר

(מגורים משותפים) יש סיכוי גדול יותר לקשיש לקבל העברות של זמן (Klein Ikkink, et.al., 1999). אולם, ייתכן שההסבר לממצא זה קשור, במקרה הנוכחי, לגורם נוסף המתווך בין מרחק גיאוגרפי לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן, כמו תמיכה משפחתית בתפקיד המטפל. ממצאי המחקר עולה כי ככל שהמרחק הגיאוגרפי בין המטפל להורה הקשיש גדול יותר, כך עולה התמיכה המשפחתית שמקבל המטפל. ואומנם, ממצאי המחקר חשפו שתמיכה משפחתית גבוהה בתפקיד המטפל מנבאת תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.

ההשערה התשיעית של המחקר הניחה קשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. כאמור, ממצאי המחקר עולה כי גם השערה זו אוששה באופן חלקי. נמצא כי מטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות—כפר גדול, עיר כפרית ועיר—מבטאים תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף בהשוואה למטפלים המתגוררים בכפר מבודד ורחוק. משמעות אחרת לממצא זה היא שמטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות יותר דוגלים יותר באחריות המשפחה ופחות באחריות המדינה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בהורה הקשיש. תוצאה זו מצטרפת אפוא לממצאי מחקרים בודדים שהראו כי קשישים המתגוררים בעיר מקבלים יותר העברות של כסף מילדיהם מאשר הורים המתגוררים באיזורים כפריים (Adamchak, et.al., 1991). זאת בניגוד למרבית המחקרים שהוצגו בסקירת הספרות, בהם נמצא קשר הפוך ממה שהעיון הנוכחי מציג. חלקם אף הצביעו על חוסר קשר בין רמת העיור לבין העברות של כסף.

ממצאי העיון הנוכחי מלמדים כי קיימות שתי מגמות, האחת שונה מהשנייה, ביחס להשפעתה של רמת העיור על ההעברות הבין דוריות, הן בכסף והן בזמן. המשמעות של ממצאים אלה היא שמטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות תופסים את המשפחה כאחראית להעברות של כסף והמדינה כאחראית להעברות של זמן. משמעות נוספת היא שמטפלים המתגוררים באיזורים כפריים תופסים את המשפחה כאחראית להעברות של זמן והמדינה כאחראית להעברות של כסף. ממצאים אלה מחזקים שוב את הטענות שהועלו בסקירת הספרות לגבי ההשפעה השלילית של תהליכי המודרניזציה והעיור בחברה הערבית בישראל על תפיסותיהם של הילדים המטפלים בישוים העירוניים הערביים באשר להעברות הבין דוריות.

בניגוד למשוער נמצא בעיון הנוכחי כי מאפייני מודרניזציה אחרים—קיום מצוות התפילה—אינם מנבאים את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. זאת למרות שתוצאות הניתוחים הדו-משתניים שנועדו לבחון את הקשרים בין הסתייעות המטפל בדת וקיום מצוות התפילה לבין תפיסת המטפל—גילו קשרים מובהקים. ההסבר להבדלים בין התוצאות שעלו בנייתוחים הדו-משתניים לבין אלה שעלו בנייתוחים הרב-משתניים נובעים מכך שהקשרים שנמצאו בנייתוחים הדו-משתניים אינם ייחודיים למאפייני הדת עצמם אלא קשורים למאפייני מודרניזציה אחרים המשותפים למשתני הדת ולמשתני המודרניזציה האחרים. לכן, ייתכן שההשפעה של מאפייני הדתיות נבלמת על ידי מדדים אחרים של מודרניזציה שהם חזקים יותר בכוח הניבוי כמו רמת העיור של הישוב בו מתגורר המטפל. ייתכן גם שההשפעה של מאפייני דתיות—קיום מצוות התפילה—על תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף נבלמת על ידי מאפיינים דתיים-תרבותיים אחרים, כמו מסירות ילדים, שהם חזקים יותר בכוח ניבוי. כמו כן, מהממצאים עולה כי אורח החיים של המטפל הוא עוד מאפיין לחיים מודרניים שאינו מנבא את תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף. המשמעות של ממצא זה ושל הממצאים שהוצגו לעיל היא שכוח הניבוי של מאפייני חיים מודרניים ברמה הפרטנית—אורח חיים ורמת דתיות—הוא הרבה יותר חלש מאשר כוח הניבוי של מאפייני חיים מודרניים ברמה הקולקטיבית—רמת העיור. ולכן השפעתם של משתני חיים מודרניים ברמה הפרטנית על תפיסת המטפל בהעברות של כסף לא נצפתה בנייתוח הרב-משתני.

ההשערה העשירית והאחרונה של העיון הנוכחי התבססה על ההנחה כי הקשר בין מאפייני חיים מודרניים—רמת העיור ומאפייני דתיות—לבין תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף מתווך על ידי משתנים אחרים כמו מסירות ילדים ותמיכה משפחתית בתפקיד

המטפל. כאמור, השערה זו אוששה ברובה. מסירות ילדים ותמיכה משפחתית בתפקיד המטפל התגלו כגורמים המתווכים בין רמת העיור לבין תפיסת המטפל. אולם, משתנים מתווכים אלה אינם מתווכים בין מאפייני דתיות לבין תפיסת המטפל בהעברות של כסף.

ממצאי המחקר עולה כי בנוסף לתרומתו המרכזית של מסירות ילדים בניבוי תפיסת המטפל בהעברות של כסף, שנדונה כבר בתחילת תת פרק זה, גם לתמיכה משפחתית בתפקיד המטפל יש תרומה גדולה בניבוי תפיסת המטפל. נמצא שמטפלים בלתי פורמאליים המקבלים תמיכה משפחתית גבוהה במילוי תפקידם מבטאים תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. ממצאים אלה ניתן ללמוד שתמיכה משפחתית גבוהה ומסירות ילדים גבוהה אצל ילדים בוגרים המתגוררים ברמות עיור גבוהות מחזקות את תפיסתם באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

מעבר לתרומתם המרכזית של שני המשתנים המתווכים שהועלו עד כה, הממצאים הצביעו על מספר גורמי רקע מרכזיים המנבאים את תפיסת המטפל בהעברות של כסף. אלה כוללים את מאפייני המטפל—רמת ההשכלה של המטפל, מאפייני הקשיש—מצב המשפחתי של הקשיש ורמת הנזקקות שלו, ומאפייני הטיפול—מספר שעות טיפול בשבוע. אולם בניגוד לצפוי, מאפייני הרשת המשפחתית אינם מנבאים את תפיסת המטפל בהעברות של כסף. ייתכן, שהשפעתם של מאפייני הרשת על תפיסת המטפל נבלמת על ידי גורמי רקע אחרים שהם חזקים יותר בכוח הניבוי. המשמעות של ממצאים אלה היא שהתערבות המיועדת להגביר את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף, תביא, ככל הנראה, להצלחה, וזאת מאחר והאפשרות להביא לשינוי בגורמי הרקע דרך מאפייני טיפול היא אכן קיימת.

מבין גורמי הרקע שתורמו לניבוי תפיסת המטפל בהעברות של כסף, נמצא שלמאפייני המטפל—רמת ההשכלה—יש את כוח הניבוי החזק ביותר. נמצא שמטפלים עם רמת השכלה גבוהה דיווחו על תפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. ממצא זה אינו תואם ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות אשר הצביעו על חוסר קשר בין השכלה לבין העברות בין דוריות בכסף. אולם, ההסבר לתוצאה זו במחקר הנוכחי עשוי להיות קשור לגורם אחר המשותף לשניהם, כמו מסירות ילדים. ממצאי מחקרים אחרים הראו שמטפלים עם רמת השכלה גבוהה דיווחו על מחוייבות פיליאלית נמוכה (Finley, et.al., 1988). ואומנם, ממצאי המחקר הנוכחי חשפו כי מסירות ילדים נמוכה קשורה לתפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

מצבו המשפחתי של הקשיש ורמת הנזקקות שלו הם עוד שני גורמי רקע הקשורים להורה הקשיש המנבאים את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. אולם, נמצא שלמצב המשפחתי של ההורה יש כוח ניבוי חזק יותר מאשר רמת הנזקקות בפעולות האינסטרומינטליות היומיומיות שלו. נמצא שלילדים המטפלים בהורה נשוי יש תפיסה גבוהה יותר באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף מאשר ילדים המטפלים בהורה בודד. תוצאה זו מחזקת ממצאי מחקרים אחרים אשר הראו כי כאשר שני ההורים בחיים עולה הסיכוי להעברות בין-דוריות בכסף מהילדים להורים (Arrondel & Masson, 2001). הסבר אפשרי לממצא זה עשוי להיות קשור לסידור מגוריו של ההורה הקשיש. ממצאי המחקר הנוכחי הראו כי מרבית הקשישים (60%) מתגוררים עם המטפל או קרוב אליו. וייל וחבריה (1988), מצאו שמרבית הקשישים הערבים המתגוררים קרוב לילדיהם נהנים מהשירותים הקיימים אצל ילדיהם. ייתכן שכתוצאה מכך הילדים המטפלים אינם חושבים שצריך לתת להוריהם העברות של כסף מאחר וכל השירותים שהם צריכים זמינים ונגישים אליהם.

כמו כן, רמת הנזקקות בפעולות האינסטרומינטליות היומיומיות היא עוד מאפיין אצל הקשיש המנבא את תפיסת המטפל בהעברות של כסף. נמצא שלילדים בוגרים המטפלים בהורה קשיש הזקוק לעזרה רבה בפעולות האינסטרומינטליות היומיומיות יש תפיסה נמוכה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. משמעות אחרת לתוצאה זו היא שילדים המטפלים בהורה הזקוק לעזרה בתיפקוד האינסטרומינטלי היומיומי חושבים שהמדינה היא זו שצריכה להיות אחראית להעברות של כסף הקשורות לטיפול בקשיש. תוצאה זו אינה מתיישבת עם ממצאי מחקרים אחרים שהראו כי רמת תיפקוד יומיומית אינסטרומנטלית נמוכה מגבירה את היקף ההעברות הבין דוריות בכסף מהילדים להורה (Pezzin & Schone, 1999; Shi, 1993). אולם, ההסבר לתוצאה שהתגלתה בעיון הנוכחי עשוי להיות קשור למשתנה נוסף המשותף לרמת הנזקקות ולתפיסת המטפל, כמו תמיכה משפחתית בתפקיד המטפל. הממצאים הדו-משתניים של העיון הנוכחי גילו שרמת נזקקות גבוהה של הקשיש בפעולות אינסטרומינטליות יומיומיות מפחית את התמיכה המשפחתית במטפל. ואומנם, הממצאים הרב-משתניים חשפו שתמיכה משפחתית נמוכה בתפקיד המטפל מנבאה תפיסה נמוכה של המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

לבסוף, הממצאים מצביעים על תרומתם החלשה של מאפייני הטיפול—מספר שעות טיפול

בשבוע—בניבוי תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף. ממצאי המחקר הנוכחי עולה כי מטפלים שמשקיעים מספר רב יותר של שעות טיפול בשבוע, מגלים גם תפיסה גבוהה באשר

לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. הסבר אפשרי לתוצאה זו עשוי להיות קשור לגורם שלישי נוסף המשותף לשניהם כמו מסירות ילדים. מממצאי המחקר הנוכחי עולה כי מספר רב יותר של שעות טיפול בשבוע קשור למסירות ילדים גבוהה. ואומנם, בנייתו הנוכחי נמצא שמסירות ילדים גבוהה קשורה לתפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף.

3. סיכום ומסקנות

מחקר זה שופך אור על ישימותה ונכונותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל, אך עדיין רב הנסתר על הנגלה. אומנם ישימותה של תיאורית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל נבדקה ואוששה גם במחקר קודם שבחן את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין פגיעה בקשישים ערבים על ידי בני משפחותיהם (Litwin & Zoabi, 2003). אך, עדיין מסתתרים תחומי חיים רבים בחיי הזקן הערבי שלא התגלו ולא נבחנו עד כה ביחס לתיאוריית המודרניזציה. מסירות ילדים להורים קשישים ופגיעה בקשישים על ידי בני משפחותיהם הן רק שתי תופעות בודדות בחיי הזקן הערבי. לכן, עדיין דרושים עוד מחקרים אמפיריים שיוסיפו נדבכים נוספים בדרך לאישוש נכונותה וישימותה של תיאוריית המודרניזציה בחברה הערבית בישראל בצורה חד משמעית. זאת, נוכח קולותיהם של חוקרים הקורים תיגר על ההנחות העומדות בבסיס מושג המודרניזציה. כך למשל, לבנשטיין (2003), טוענת שהנחות אלה לא תמיד תואמות את החברות שעדיין שומרות על מעמד גבוה של הקשיש כמו ביפן או באירלנד.

נראה אפוא כי תהליכי המודרניזציה שהחברה הזו עוברת בעשורים האחרונים, השפיעו בצורה שלילית על מסירות ילדים להוריהם הקשישים. עם זאת, המחקר חושף שהחברה הערבית שמשתקף במדגם הנוכחי עדיין שומרת על אופיה ומנהיגה המסורתיים—רשת משפחתית מורחבת, מבנה משפחה רב דורי הכוללת בנים, בנות, כלות וגם נכדים. יתרה מזאת, המחקר גילה גם שהילדים הבוגרים עדיין מקיימים את מחויבותם הפיליאלית כלפי הוריהם הקשישים במידה רבה.

כאמור, מרבית ההשערות של המחקר הנוכחי אוששו באופן חלקי או מלא. אולם, שתי השערות מתוך עשרת ההשערות לא אוששו. שתי השערות אלה התייחסו לגורמים המנבאים והמתווכים בקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין רמת הדיכאון המדווחת אצל המטפל. כצפוי, המחקר גילה הבדלים במסירות ילדים, בהעדפה לטיפול משפחתי ובתפיסתה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ושל כסף בין המטפלים שמנהלים אורח חיים אינדיבידואליסטי

לעומת קולקטיביסטי, בין מטפלים המקיימים אורח חיים חילוני לעומת דתי ובין מטפלים המתגוררים בישובים עירוניים לעומת ישובים כפריים יותר.

מנקודת מבט אמפירית, תרומתו הפוטנציאלית של המחקר לחוקרים בתחום חברתי-הגרונטולוגי מגולמת בכלים החדשים שהוא מציע כמו השאלון למדידת "מסירות ילדים." כלים אלה, פותחו לצורך המחקר בשפה הערבית ועברו בהצלחה את מבחני המהימנות והתוקף המקובלים. יתרה מזאת, היו גם כלים נוספים שתורגמו, תוקנו והתומאו מהשפה האנגלית והעברית לשפה ולתרבות הערבית בישראל.

4. מגבלות המחקר

ניתן להצביע במחקר הנוכחי על מספר מגבלות. ראשית, היות והמחקר הוא חתכי, היכולת לנבא קשר סיבתי בין משתנים היא מוגבלת. לכן, היה קשה לקבוע את כיוון הקשר בחלק מהקשרים שנמצאו. כך למשל, היה קשה לקבוע אם תחושת נטל טיפול נמוכה מנבאת מסירות ילדים גבוהה או שהמחוייבות הגבוהה של הילדים פיתחה אצלם תחושת נטל נמוכה. מחקרים נוספים צריכים ליצור תמונה ברורה יותר באמצעות מעקב אורכי.

מגבלה נוספת טמונה בכך ששאלון המחקר כולל כלים הבודקים עמדות ותפיסות —

סובייקטיביות של המטפלים אודות ערכים תרבותיים רגישים — מסירות ילדים. על כן, הועלה חשש שחלק מהנתונים יכולים להיות תוצאה של "הטיה עצמית" של המטפלים — רציה חברתית. אולם, אנו מעריכים שההטיה תהיה סיסטמאית, עם שונות בין הנחקרים באותו הכיוון. כאמור, מגבלה זו טופלה במהלך המחקר על ידי הכנסת מדד הרציייה החברתית כמשתנה בקרה בניתוח רב משתני. עוד מגבלה היא שמספר מדדים שיושמו במחקר התבססו על פריט יחיד — תפיסת המטפל באשר להעברות של כסף או שניים — תפיסת המטפל באשר להעברות של זמן, על כן הם פחות רגישים ממדדים הכוללים מספר פריטים. זאת למרות שנמצאו קורלציות רבות יחסית. מבחינת יכולת הכללת נתוני המחקר על כלל האוכלוסייה הרלוונטית ניתן לומר שקיימת מגבלה בתחום זה וזאת משום שבחירת המדגם בעיון הנוכחי נעשתה מתוך רישומי לשכות הרווחה בלבד. נוסף על כך הדגימה לא הייתה אקראית לחלוטין. במטרה להתגבר על מטרה זו בדקנו את נתוני הקשיש אצל המשפחות המעטות שסרבו להשתתף במחקר. אומנם, התברר שנתונייהם של קשישים אלה לא היו שונים מנתוני הקשישים שהשתתפו במחקר. על כן, נראה כי המדגם שנבחר אכן מייצג את אוכלוסיית המטרה במידה גבוהה, וניתן להסיק מסקנות הסתברותיות מהנתונים שנאספו.

סיבה נוספת שמגבילה את הכללת ממצאי המחקר על כלל אוכלוסיית הערבים בישראל קשורה לבחירת המדגם מאזור הצפון. אומנם, כמחצית האוכלוסייה הערבית בישראל מתגוררת בצפון מדינת ישראל על גווניה הדתיים. אך, ייתכן שאוכלוסייה זו שונה מבחינת ההדגשים למחוייבות פיליאלית להורים הקשישים מאוכלוסיית הדרום או מהאוכלוסייה הערבית בירושלים. זאת משום שאוכלוסיית אלה מנהלות מנהגים ואורח חיים שונה במידה מסויימת מהאוכלוסייה בצפון—אורח חיים בדויי בדרום ואורח חיים דתי-פוליטי בירושלים.

למרות מגבלות אלה, למחקר הנוכחי יש חשיבות רבה. הוא העיון הכמותי הראשון בסוגו שבחן את הקשר בין מאפייני חיים מודרניים לבין תופעת המסירות של ילדים בוגרים להוריהם הזקנים בחברה הערבית בישראל. כמו כן, למיטב ידיעתו של החוקר, זהו המחקר הכמותי הראשון שלוקח בחשבון את השפעתה ותרומתה של " היחידה המשפחתית המטפלת" בחברה הערבית בישראל.

5. המלצות מחקריות ויישומיות

תת פרק זה מציג את ההמלצות וההצעות שמקורן בספרות המקצועית והמחקרית ובממצאי המחקר הנוכחי. המלצות אלה מתחלקות לשניים: מחקריות ויישומיות. הצעות אלה מהוות תוספת למאגר המידע המקצועי בתחום הגרונטולוגי והמחקרי.

ראשית, ניכר כי מאגר המידע והיקף הכלים בשפה הערבית בכל הקשור לחקר הטיפול בקשישים בחברה הערבית בישראל הם דלים. מצב זה משקף את ההיקף המצומצם של מחקרים העוסקים בחברה הערבית בכלל ובאוכלוסיית הקשישים הערבים בפרט. על כן, יש לעודד את המוסדות להשכלה גבוהה בישראל להגדיל את המחקרים האמפיריים העוסקים באוכלוסייה הערבית. כמו כן, בכדי להגדיל ולרכז את מאגר הכלים בשפה הערבית, יש לבנות מאגר ארצי לכלים אמפיריים בשפה הערבית שיכלול הן את כל הכלים החדשים, והן את הישנים והוראות השימוש בהם. מאגר ארצי כזה יהווה מקור ידע לחוקרים שרוצים לחקור תופעות שונות הקשורות בחברה הערבית בישראל.

נוסף על כך, במקרה ויש צורך בבניית כלים חדשים או תירגום בין תרבותי משפה אחרת לשפה הערבית, יש לשים לב למספר סוגיות מרכזיות שעשויות לעלות והן דורשות ליבון. השפה הערבית היא מהשפות העשירות במילים ובמושגים, והתברר במסגרת המחקר הנוכחי שלפעמים למילה בעברית או באנגלית היתה יותר מתרגום אחד בערבית. בחירת תרגום שאינו מתאים פוגעת ביכולת למדוד תופעה כלשהי ומגדילה את הסיכוי לגרום להטיית המידע. לדוגמה, לעיתים המילה "טיפול" מתורגמת לערבית למילה "עילאג", ומשמעה טיפול רפואי כגון תרופות, החלפת חבישות,

זריקות וכדומה. אך למילה "טיפול" יש תרגומים נוספים - "רעאיה" או ענאיה". שתי מילים אלה מתאימות יותר לתיאורים של מתן עזרה, דאגה, ותמיכה המבטאים טיפול בהורה הקשיש. התלבטות נוספת במחקר הנוכחי נסבה סביב המושג "בית אבות". בערבית שלושה מושגים העשויים להתאים, "בית המסונים", "בית אלשיח'וח'יה" ו"בית אלעגזה". לכל אחד משלושת המושגים האלה יש משמעות נלוות אחרת. המשמעות הנלוות בחברה הערבית ל"בית אלעגזה" היא שלילית - מקום ששוכנים בו קשישים מוגבלים שאינם זוכים לטיפול בבית. לעומת זאת המשמעות הנלווית ל"בית המסונים" או ל"בית אלשיח'וח'יה" שלילית פחות - מקום שמתגוררים בו אנשים מבוגרים לאו דווקא מוגבלים או מוזנחים.

סוגיה אחרת שעלתה במהלך שלב התירגום הייתה תכני ההיגדים בערבית. התברר כי תרגום היגדים טומן בחובו מכשולים, גם אם נעשה בדייקנות רבה. תכני ההיגדים המתורגמים עשויים לא להתאים את הערכים המקובלים בחברה הערבית ובתרבותה ועלולים לעורר התנגדות או מבוכה בקרב המרואיינים. שימוש בהיגדים המתורגמים ללא התאמת תכניהם עשוי לגרום להטיית המחקר. לכן, בכל תירגום של כלים שיעשה בו שימוש בחברה הערבית יש להתאימו לתרבות ולהמשגה הנכונה בשפה הערבית. לכן, רצוי כי כלים מתורגמים ייבדקו על ידי מומחים בנושא הנדון דוברי השפה הערבית, כמו כן, מומלץ לבחון כלים אלה במבחן מקדים ולתקנם בהתאם לפני איסוף הנתונים.

אחת התרומות הפוטנציאליות של המחקר הנוכחי קשורה בפיתוח כלים חדשים כמו השאלון למדידת "מסירות ילדים, כך שיוכלו לשמש חוקרים אחרים שירצו לחקור תופעות דומות." כאמור, הכלים החדשים נבנו בהתאם לתרבות הערבית בישראל ועברו את מבחני המהימנות והתוקף המקובלים. אולם, בכדי שניתן לעשות בהם שימוש מחקרי בעתיד יש צורך לבחון שוב את יציבותם ולאושש את הגורמים שהועלו בניתוח הגורמים במחקר הנוכחי. מומלץ גם שהכלים החדשים ייבחנו באוכלוסייה הערבית באיזורים שונים בישראל.

מסקירת הספרות עלה כי איסוף נתונים רק מהמטפל העיקרי עשוי לגרום לאומדן חסר בנוגע למספר המטפלים ולתרומתם בטיפול, ולהערכה לא שלמה בנוגע להשפעת הטיפול על שאר חברי המשפחה. אף היו כאלה שטענו לאי ישימותו של המושג "מטפל עיקרי" במשפחות מסורתיות מרובות ילדים כמו החברה הערבית בישראל (Leichtentritt, et.al., 2004). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים טענות אלה. נמצא שהרשת המשפחתית המטפלת בהורה הקשיש מונה כ-5 מטפלים בממוצע. נמצא גם שלמאפייני הרשת יש חשיבות מרכזית בטיפול שהילדים מספקים

להוריהם הקשישים ולטיפול שהם רוצים לעצמם בעת זיקנה. לכן, מומלץ שבמחקרים העוסקים בטיפול המשפחתי בקשישים, יש לקחת בחשבון את מאפייני הרשת המשפחתית המטפלת בקשיש. כפי שצויין כבר בדיון על מגבלות המחקר, היה קשה בחלק מהקשרים שנמצאו לקבוע מי מבין שני המשתנים הוא המשתנה המנבא ומי הוא המשתנה המנובא. אולם, על סמך ממצאי העיון הנוכחי יוכלו מחקרים עתידיים להשתמש במשתנה התלוי העיקרי-מסירות ילדים ומשתני תוצאה נוספים—העדפת המטפל לטיפול משפחתי ותפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן ושל כסף כמשתנים בלתי תלויים. לאור זאת, ראוי לקדם מחקרי אורך שיבהירו מי מבין המשתנים האלה הוא המשתנה הבלתי תלוי ומי הוא המשתנה התלוי. האם לדוגמה נטל טיפול מנבא מסירות ילדים או ההיפך?

לבסוף, מחקרים עתידיים צריכים להתבסס על מדגמים הסתברותיים כדי לחקור נושאים חשובים אלו. על כן, יש צורך בביצוע מחקרים רחבי היקף שיכללו איזורים שונים מדרום, מרכז וצפון על מנת לספק תמונה מייצגת באשר למסירות פיליאלית להורים קשישים. כמו כן, יש צורך לערוך מחקר השוואתי בין-תרבותי בין ערבים ויהודים במדינת ישראל ביחס למסירות ילדים להוריהם הקשישים. מחקר השוואתי מסוג זה עשוי לספק תמונה כללית לגבי ההבדלים התרבותיים במסירות ילדים בין חברה מערבית מודרנית לעומת חברה מסורתית במערב. בנוסף להמלצות המחקריות, המחקר הנוכחי מכוון לכמה המלצות יישומיות במספר תחומים. ראשית, אומנם, ממצאי המחקר הנוכחי הצביעו על מחוייבות ילדים גבוהה, אך הם הצביעו על הבדלים משמעותיים במסירות ילדים בין המטפלים המתגוררים ברמות עיור גבוהות—ערים ופרברי ערים לבין הילדים המתגוררים ברמות עיור נמוכות—כפרים מבודדים וקטנים. למתגוררים בישובים הפחות עירוניים נתגלתה מידה רבה של מסירות ילדים. לסוגיה שהועלתה בפרק המבוא ביחס לגורלו של הטיפול הבלתי פורמאלי בחברה הערבית בעידן של שינוי חברתי-תרבותי והתרחקותה של מדינה הרווחה המודרנית מהאחריות לטיפול בזקנים, הממצאים מצביעים על מגמה חשובה בטווח הארוך. המגמה מרמזת שהמשפחה הערבית העירונית לא תוכל בעתיד לעמוד בדרישות הטיפול בחולה הקשיש, כאשר במקביל מתרחשת עליה בשיעורם של הקשישים המוגבלים שיצטרכו תמיכה גבוהה מאוד. משפחות אלה יאלצו גם הם בעתיד לשבור את המוסכמות המקובלות בתרבות הערבית האיסלאמית והם יפנו לקבלת עזרה פורמאלית כמו בתי אבות, דיור מוגן ואף ייעזרו במטפלים זרים. על כן, יצטרכו מתכנני השירותים בישובים הערבים בכלל ובאיזורים העירוניים במיוחד להשקיע בתיכנון שירותים פורמאליים. אולם, יש הסבורים שפיתוח שירותים פורמאליים בחברה הערבית בישראל עשוי לפגוע ברקמה

הבין-דורית העדינה. לכן, בתהליך פיתוח שירותים פורמאליים יש לשמור על הנורמות התרבותיות ולקחת בחשבון את ההעדפות של המשפחות ושל הקשישים גם יחד. עזאיזה וברודסקי (1995), ממליצים לשמור על איזור עדין: מצד אחד לא לפתור את המשפחה מאחריותה כלפי הקשישים, ומאידך לא להשאיר את הקשישים מוזנחים בידי משפחתם ללא כל טיפול ותמיכה, בטענה שהמסורת מחייבת אותם לטפל בהם.

הממצאים במחקר הנוכחי הצביעו גם על כך שתחושת נטל טיפול גבוהה עשויה להפחית ממחויבותם הפיליאלית של הילדים להוריהם הקשישים. ממצאי מחקרים אחרים שהובאו בסקירת הספרות מראים כי מעורבות להפחתת תחושת נטל הטיפול עשויה להגביר את היקף ואיכות הטיפול הניתן להורה הקשיש. לכן, על הגופים הטיפוליים הרלוונטיים לפעול בשני כיוונים להפחתת תחושת הלחץ והמעמסה שבטיפול בהורה קשיש בבית. הכיוון הראשון הוא לספק למשפחות שמטפלות בהורה קשיש בבית מידע וכלים באמצעות סדנאות והדרכה איך להתמודד עם נטל הטיפול ועם הבעיות שנוצרות עקב נוכחות הזקן המוגבל בבית המטפל. הכיוון השני הוא שהמדינה ושירותי הרווחה צריכים לספק מערכת תמיכה פורמאלית ברשת המשפחתית המטפלת ובקשיש במטרה להפחית את נטל הטיפול. לכן, על מקבלי ההחלטות ומתכנני השירותים להיערך לפיתוח שירותים שיתאימו לתרבות הערבית האיסלאמית, ויבטיחו תמיכה ממושכת במערכת המשפחתית ובצרכיה בכדי שתוכל להמשיך במתן תמיכה לקשיש בסביבתו המוכרת והבטוחה. לסיכום, כפי שניתן לראות, הטיפול הפיליאלית בהורים קשישים המטופלים בבית בחברה הערבית בישראל דרוש תשומת לב והתעניינות הן ברמה המחקרית והן ברמה המקצועית. דרושה גם עבודה רבה יותר ברמה הקהילתית ובתחום המדיניות החברתית בהקשר זה. ההמלצות שהופיעו בחלק זה הן ניסיון לשמר ואף לשפר את הטיפול המשפחתי המסורתי בהורים קשישים בחברה הערבית. ההמלצות מבוססות הן על ממצאי המחקר הנוכחי והן על ממצאי מחקרים אחרים בעולם. יישום המלצות אלה על ידי מתכנני השירותים וקובעי המדיניות החברתית יכול לחזק את המערכת המשפחתית למילוי תפקידה המסורתי בטיפול בהורה קשיש בבית. כמו כן, ההמלצות יכולות גם לחזק את היעילות העצמית הכללית אצל המטופלים ולשפר את רווחתם של ההורים הקשישים ושל מטפליהם. תוצאות אלה יכולות לסייע בתהליך הטיפול בקשישים בבית ואף לעקב את מיסודם. לבסוף, יישומן של ההמלצות המחקריות יכול לסייע בהבנת הטיפול המשפחתי בהורים קשישים וזיהוי הגורמים המשפיעים עליו בצורה ברורה ומעמיקה יותר וזאת על ידי עידוד וביצוע מחקרים נוספים בתחום הנדון.

רשימה ביבליוגרפית

- אביצור, מ. (1987). המשפחה הערבית: מסורת ותמורה. בתוך ח. גרנות (עורך) המשפחה הישראלית. (עמ' 99 – 115). ירושלים מועצת בתי הספר לעבודה סוציאלית בישראל.
- ברודסקי, ג., שנוור, י., ובאר, ש. (2006). קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2006. ירושלים: גויינט- מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה, משאב ואשל.
- גיראיסי, ס. (1976). שקיעת הגרונטולוגיה והסחף בסביבה הערבית. גרונטולוגיה, 5: 19 – 22.
- גרינברגר, ח. (1999). מטפלים בלתי פורמאליים כמקדמי היענות של קשישים למשטר טיפולי שנקבע להם על יד רשויות הבריאות. חיבור לשם קבלת תואר דוקטור לפילוסופיה. האוניברסיטה העברית.
- וייל, ח., עזאיזה, פ., קינג, י., וגולדשר, א. (1988). תנאי מגורים וקשרי משפחה של קשישים ערבים בכפרים בישראל. גרונטולוגיה, 40: 7 – 20.
- וייל, ח. (1995/96). התארגנות קבוצות בניס לתמיכה בהורים קשישים חולים. גרונטולוגיה, 71, 43 – 51.
- זועבי, ס. (1994). אלימות נגד קשישים במגזר הערבי – מציאות או מיתוס. עבודה המוגשת כמילוי חלק מדרישות לקבלת התואר מוסמך, אוניברסיטת חיפה.
- חאגי-יחיא, מ. (1994). המשפחה הערבית בישראל: ערכיה התרבותיים וזיקתם לעבודה סוציאלית. חברה ורווחה, י"ד (3-4), 249- 264.
- חבש, א. (1977). תהליכי שינוי ומודרניזציה במשפחה הערבית, המכון לחקר העבודה והרווחה, האוניברסיטה העברית, ירושלים.
- סולימאן, ח. (1998). בית אבות לקשישים ערביים-דיירים סיעודיים לעומת דיירים תשושים. גרונטולוגיה, כה (3-4), 119 – 126.
- סולימאן, ח., מסאלחה, נ., מסאלחה, ע.א., ועזאיזה, א. (2005). עמדותיהן של משפחות ערביות כלפי בית האבות לפני ואחרי שהייתו של קרובן במוסד ומעורבותן באשפוזו. גרונטולוגיה, לב (1), 41 – 47.
- לבנשטיין, א. (2003). מושגים ותאוריות חברתיות של זיקנה. בתוך א. רוזין (עורך), הזדקנות וזיקנה בישראל. (עמ' 617- 640). ירושלים: הוצאת מוסד ביאליק.
- לבנשטיין, א., ודורון, י. (2006). העברות בין-דוריות וצדק בין-דורי. גרונטולוגיה, לג (1), 12 – 20.

- לבנשטיין, א., נאחס, פ., ואסטפן, מ. (1976). דפוסי בילוי הזמן הפנוי של הזקן בכפר הערבי בישראל. *גרונטולוגיה*, 7, 41 – 47.
- לוי-אפשטיין, נ. (2000). משפחה וריבוד: דפוסי שעתוק של אי-שוויון בישראל. בתוך: מ. מאוטנר (עורך), *צדק חלוקתי בישראל (עמ' 121 – 145)*. תל-אביב: רמות, אוניברסיטת תל-אביב.
- ליטווין, ה. (1995). ניהול טיפול באספקלריה של יחסי משפחה, קהילה ומדינה. *גרונטולוגיה*, 69, 12 – 20.
- מאיר, א., ובן דוד, י. (1994). תמיכת סעד בקשישים בדווים בנגב – הסתגלות במהלך השתנות מרחבית אקולוגית. *בטחון סוציאלי*, 42, 88 – 98.
- מאיר, א., בן דוד, י., ואל-עאסם, ס. (1990). תמורות במעמד הזקן בחברה הבדווית המתעיירת ומשמעותיהן הציבוריות. מוגש למועצה הלאומית למחקר ופיתוח משרד המדע והטכנולוגיה.
- עזאיזה, פ., וברודסקי, ג. (1995). תמורות במשפחה הערבית ופיתוח שירותים לזקנים ערבים בישראל בעשור האחרון. *גרונטולוגיה*, 70, 69 – 79.
- עזאיזה, פ., לבנשטיין, א., וברודסקי, ג. (2001). התופעה החדשה של מיסוד בקרב קשישים ערבים בישראל. *גרונטולוגיה*, 77, 92 – 77 (כח1).
- צבעוני, מ. (1993). היחסים הבינדוריים של הזקן עם ילדיו במערך המשתנים המשפיעים על פניה לבית – אבות. *גרונטולוגיה*, 61, 18 – 32.
- צבעוני, מ. (1995). החליפין בסולידאריות הבין – דורית בין הזקנים לבין ילדיהם. *גרונטולוגיה*, 70, 19 – 30.
- פורטוגלי, א. (2006). בתי-אבות לזקנים ערבים בישראל. *גרונטולוגיה*, 74, 63 – 80.
- רזק, ס. (1979). הזיקנה בנצרת: תנאי חיים והשימוש בשירותים. *גרונטולוגיה*, 13, 20 – 25.
- שחר, ש. (1995). החורף העוטה אותנו, זיקנה בימי הביניים. תל אביב: דביר.
- שטסמן, י., מערבי, י., וכהן, א. (2000). רפורמה בשירותי הבריאות לקשישים. *גרונטולוגיה*, 70, 69 – 80 (כז1).

Aboderin, I. (2004). Modernisation and aging theory revisited: Current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. *Aging & Society*, 24, 29-50.

Adamchak, D.J., Wilson, A.O., Nyanguru, A., and Hampson, J. (1991). Elderly support and intergenerational transfer in Zimbabwe: An analysis by gender, marital status, and place of residence. *The Gerontological Society of America*, 31(4), 505-513.

Agree, E.M., Biddlecom, A.E., Chang, M.C., & Perez, A.E. (2002). Transfers from older parents to their adult children in Taiwan and the Philippines. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17, 269-294.

Agree, E.M., Biddlecom, A.E., & Valente, T.W. (2005). Intergenerational transfers of resources between older persons and extended kin in Taiwan and the Philippines. *Population Studies*, 59(2), 181-195.

Albertini, M., Kohli, M., & Vogel, C. (2007). Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns-different regimes? *Journal of European Social Policy*, 17(4), 319-334.

Al-Haj, M. (1989). Social research on family lifestyles among Arabs in Israel. *Journal of Comparative Family Studies*, 20(2), 175- 195.

Al-Haj, M. (1995). Kinship and modernization in developing societies: The emergence of instrumentalized kinship. *Journal of Comparative Family Studies*, 26, 311- 328.

Altonji, J.G., Hayashi, F., & Kotlikoff, L.J. (1997). Parental altruism and inter vivos transfers: Theory and evidence. *Journal of Political Economy*, 105, 1121-1166

Altig, D., & Davis, S. (1993). Borrowing constraints and two-sided altruism with an application to social security. *Journal of Economic Dynamics & Control*, 17, 467-494.

Arai, Y., Sugiura, M., Washio, M., Miura, H., & Kudo, K. (2001). Caregiver depression predicts early discontinuation of care for disabled elderly at home. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 55(4), 379-382.

Arai, Y., Zarit, S.H., Sugiura, M., & Washio, M. (2002). Patterns of outcome of caregiving for the impaired elderly: A longitudinal study in rural Japan. *Aging Mental Health, 6*(1), 39-46.

Arber, S., & Ginn, J. (1990). The meaning of informal care: Gender and the contribution of elderly. *Aging & Society, 10*, 429 – 454.

Arrondel, L., & Masson, A. (2001). Family transfers involving three generations. *The Scandinavian Journal of Economics, 103*(3), 415-443.

Atkinson, M.P., Kivett, V.R., Campbell, R.T. (1986). Intergenerational solidarity: An examination of a theoretical model. *Journal of Gerontology, 41*(3), 408-416.

Auslander, G.K. (1996). The interpersonal milieu of elderly people in Jerusalem. In H. Litwin (Ed), *The social networks of older people: A cross-national analysis*. Westport, CT and London: Praeger Publishers.

Auslander, G.K., & Litwin, H. (1991). Social networks, social support, and self-rating of health among the elderly. *Journal of Aging & Health, 3*(4), 493 – 510.

Azaiza, F., & Brodsky, J. (1996). Changes in the Arab world and development of services for the Arab elderly in Israel during the last decade. *Journal of Gerontological Social Work, 27*(1/2), 37 – 53.

Azaiza, F., Lowenstein, A., & Brodsky, J. (1999). Institutionalization for the elderly is a novel phenomenon among the Arab population in Israel. *Journal of Gerontological Social Work, 31*(3/4), 65-85.

Azaiza, F., & Palti, H. (1997). Determinants of breastfeeding among rural Moslem women in Israel. *Family System Health, 15*(2), 203-211.

Baumgarten, M., Battista, R., Rivard, C., Hanley, J., Becker, R., & Gauthier, S. (1992). The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia. *Journal of Clinical Epidemiology, 45*, 61-70.

Bedard, M., Pedlar, D., Martin, N.J., Malott, O., & Stones, M.J. (2000). Burden in caregivers of cognitively impaired older adults living in the community:

Methodological issues and determinants. *International Psychogeriatrics*, *12*(3), 307-332.

Beland, F. (1987). Living arrangement preferences among elderly people. *The Gerontologist*, *27*(6), 797-803.

Bengtson, V.L., Dowd, J.J., Smith, D.H., & Inkeles, A. (1975). Modernization, modernity, and perceptions of aging: A cross-cultural study. *Journal of Gerontology*, *30*(6), 688-695.

Bengtson, V.L., & Mangen, D.J. (1988). Family intergenerational solidarity revisited: Suggestions for future management. In D.J. Mangen, V.L. Bengtson & P.H. Landry, Jr. (Eds), *Measurement of intergenerational relationships* (pp.222-238). Newbury Park, CA: Sage Publications.

Bengtson, V.L., & Roberts, R.E.L. (1991). Intergenerational solidarity and aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage & the Family*, *53*, 856 – 870.

Berarducci, A., & Lengacher, C.A. (1998). Self-efficacy: An essential component of advanced-practice nursing. *Nursing Connections*, *11*(1), 55-67.

Birchwood, M., & Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia: Coping styles, their origins and correlates. *Psychological Medicine*, *20*(4), 857-865.

Blieszner, R., & Mancini, J.A. (1987). Enduring ties: Older adult's parental role and responsibilities. *Family Relations*, *36*, 176-180.

Braithwaite, V.A. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving. *The Gerontologist*, *40*, 706-717.

Brody, E.M. (1981). Women in the middle and family help to older people. *The Gerontologist*, 21(5), 471-480.

Brody, E. M., Johnson, P. T., & Fulcomer, M. C. (1984). What should adult children do for elderly parents? Opinion and preferences of three generations of women. *Journal of Gerontology*, 39, 736 -746.

Brody, E. M. (1985). Parent care as normative family stress. *The Gerontologist*, 25, 19-29.

Brody, E.M., & Schoonover, C.B. (1986). Patterns of parent – care when adult daughters work and when they do not. *The Gerontologist*, 26, 372 – 381.

Brody, E.M., Hoffman, C., Kleban, M.H., & Schoonover, C.B. (1989). Caregiving daughters and their local siblings: Perceptions, strains, and interactions. *The Gerontologist*, 29, 529-538.

Brody, E.M., Litvin, S.J., Hoffman, C., & Kleban, M.H. (1995). Marital status of caregiving daughters and coresidence with dependent parents. *The Gerontologist*, 35(1), 75-85.

Caap-Ahlgren, M., & Dehlin, O. (2002). Factors of importance to the caregiver burden experienced by family caregivers of Parkinson's disease patients. *Aging Clinical & Experimental Research*, 14(5), 371-377.

Caffrey, R.A. (1992). Family care of elderly in Northeast Thailand: Changing patterns. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 7, 105 – 116.

Campbell, L.D., & Martin-Matthews, A. (2000). Caring sons: Exploring men's involvement in filial care. *Canadian Journal on Aging*, 19, 57-79.

Campbell, L.D., & Martin-Matthews, A. (2003). The gendered nature of men's filial care. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 58B(6), S350-S358.

Cantor, M.H. (1983). Strain among caregivers: A study of experience in the United States. *The Gerontologist*, 23(6), 597-604.

Caserta, M.S., Lund, D.A., & Wright, S.D. (1996). Exploring the caregiver burden inventory (CBI): Further evidence for a multidimensional view of burden. *International Journal of Aging & Human Development*, 43(1), 21-34.

Chakrabarti, S., Kulhara, P., & Verma, S.K. (1992). Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 86, 247-252.

Chang, B.H., Noonan, A.E., & Tennstedt, S.L. (1998). The role of religion / spirituality in coping with caregiving for disabled elders. *The Gerontologist*, 38(4), 463-470.

Change, C.F., & White-Means, S.I. (1991). The men who care: An analysis of male primary caregivers who care for frail elderly at home. *Journal of Applied Gerontology*, 10, 343-358.

Chappell, N.L., & Reid, R.C. (2002). Burden and well-being among caregivers: Examining the distinction. *The Gerontologist*, 42(2), 772-780.

Chappell, N.L., & Kusch, K. (2007). The gendered nature of filial piety- A study among Chinese Canadians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 22(1), 29-38.

Cheng, S.T., & Chan, A.C.M. (2006). Filial piety and psychological well-being in well older Chinese. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61B, P262-P269.

Choi, H. (1993). Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea. *The Gerontologist*, 33(1), 8-15.

Choi, S.J. (1996). The family and ageing in Korea: A new concern and challenge. *Aging & Society*, 16, 1-25.

- Choo, W.Y., Low, W.Y., Karina, R., Poip, P.J., Ebenezer, E., & Prince, M.J. (2003). Social support and burden among caregivers of patients with dementia in Malaysia. *Asia-Pacific Journal of Public Health, 15*(1), 23-29.
- Chou, K.L., & Chi, I. (2001). Social support exchange among elderly Chinese people and their family members in Hong Kong: A longitudinal study. *International Journal of Aging & Human Development, 53*(4), 329-346.
- Chou, K.R., LaMontagne, L.L., & Hepworth, J.T. (1999). Burden experienced by caregivers of relatives with dementia in Taiwan. *Nursing Research, 48*(4), 206-214.
- Chow, N. (1999). Diminishing filial piety and the changing role and status of the elders in Hong Kong. *Hallym International Journal of Aging, 1*(1), 67 – 77.
- Chow, N. (1991). Does filial piety exist under Chinese communism? *Journal of Aging & Social Policy, 3*(1/2), 209-225.
- Chow, N.W. (1983). The Chinese family and support of the elderly in Hong Kong. *The Gerontologist, 23*(6), 584-588.
- Cicirelli, L.D. (1983). A comparison of helping behavior to elderly parents of adult children with intact and disrupted marriages. *The Gerontologist, 23*, 619-625.
- Cicirelli, V.G. (1988). A measure of filial anxiety regarding anticipated care of elderly parents. *The Gerontologist, 28*(4), 478-481.
- Cicirelli, V.G. (1993). Attachment and obligation as daughter's motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology & Aging, 8*(2), 144-155.
- Clark, R. (1992-93) Modernization and status change among men and women. *International Journal of Aging & Development, 36*(3), 171-186.
- Clipp, E.C., & George, L.K. (1990). Caregiving needs and patterns of social support. *Journal of Gerontology, 45*(3), 102-111.

- Clyburn, L.D., Stones, M.J., Hadjistavropoulos, T., & Tuokko, H. (2000). Predicting caregiver burden and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 55B*, S1-S13.
- Cohen, C.A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of caregiving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 184-188.
- Coward, R. T., & Dwyer, J. W. (1990). The association of gender, sibling network composition, and patterns of parent care by adult children. *Research on Aging, 12*, 158-181.
- Coward, R.T., Culter, S.J., & Russell, M.A. (1990). Residential differences in the composition of the helping networks of impaired elders. *Family Relations, 39(1)*, 44-50.
- Cowgill, D. (1974). Aging and modernization. A revision of theory. Ch. 19 in J. Gubrium (ed.). Later life: Community and environmental policies. New York: Basic Books.
- Cremer, H., Kessler, D., & Pestieau, P. (1992). Intergenerational transfers within the family. *European Economic Review, 36*, 1-16.
- Crimmins, E.M., & Ingegneri, D.G. (1990). Interaction and living arrangements of older parents and their children. Past trends, present determinants, future implications. *Research on Aging, 12(1)*, 3-35.
- Crowne, D.P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349-354.
- Dai, Y.T., & Dimond, M.F. (1998). Filial piety: A cross-cultural comparison and its implications for well-being of older parents. *Journal of Gerontological Nursing, 24(3)*, 13-18.

Dellmann-Jenkins, M., Blankemeyer, M., & Pinkard, O. (2000). Young adult children and grandchildren in primary caregiver roles to older relatives and their service needs. *Family Relations, 49*(2), 177-186.

Doty, P. (1986). Family care of the elderly: The role of public policy. *Milbank Quarterly, 64*, 34-75.

Dowd, J.J. (1975). Aging as exchange: A preface to theory. *Journal of Gerontology, 30*, 584 -594.

Dwyer, J.W., & Coward, R.T. (1991). A multivariate comparison of the involvement of adult sons versus daughters in the care of impaired parents. *Journal of Gerontology, 46*(5), S259- S269.

Evans, R.L., Bishop, D.S., & Ousley, R.T. (1992). Providing care to persons with physical disability. Effect on family caregivers. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, 71*(3), 140-144.

Faison, K.J., Faria, S.H., & Frank, D. (1999). Caregivers of chronically ill elderly: Perceived burden. *Journal of Community Health & Nursing, 16*(4), 243-53.

Finley, N.J., Roberts, D., & Banahan, B.F. (1988). Motivators and inhibitors of attitudes of filial obligation toward aging parents. *The Gerontologist, 28*(1), 73- 78.

Franks, M.M., & Stephens, M.A.P. (1996). Social support in the context of caregiving: Husbands' provision of support to wives involved in parent care. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 51B*(1), S43-S52.

Fredman, L., Daly, M.P., & Lazur, A.M. (1995). Burden among White and Black caregivers to elderly adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 50B*, S110-S118.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 17*, 154-163.

Gaugler, J.E., Kane, R.L., & Kane, R.A. (2002). Family care for older adult with disabilities: Toward more targeted and interpretable research. *International Journal of Aging & Human Development*, 54(3), 205-231.

George, L., & Gwyther, L. (1986). Caregiver well-being: A multi-dimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26, 253-259.

Gilhooly, M.L.M. (1984). The impact of caregiving on caregivers: Factors associated with the psychological well-being of people supporting a dementia relative in the community. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 35-44.

Gold, D.P., Cohen, C., Shulman, K., Zuccherro, C., Andres, D., & Etezadi, J. (1995). Caregiving and dementia: Predicting negative and positive outcomes for caregivers. *International Journal of Aging & Human Development*, 41(3), 183-201.

Greenberger, H., & Litwin, H. (2003). Can burdened caregivers be effective facilitators of elder care-recipient health care? *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 332-341.

Groger, L. (1992). Tied to each other through ties to land: Informal support of Black elders in a Southern U.S community. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 7, 205-220.

Groger, L., & Mayberry, P.S. (2001). Caring too much? Cultural lag in African Americans' perceptions of filial responsibilities. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 16, 21- 39.

Guberman, N. (1999). Daughters-in-law as caregivers: How and why do they come to care? *Journal of Women & Aging*, 11(1), 85-102.

Guberman, N., Maheu, P., & Maille, C. (1992). Women as family caregivers: Why do they care? *The Gerontologist*, 32, 607-617.

Gupta, R. (2000). A path model of elder caregiver burden in Indian/ Pakistani families in the United States. *International Journal & Human Development*, 51(4), 295-313.

Gusfield, J.R. Tradition and modernity: Misplaced polarities in the study of social change. *The American Journal of Sociology*, 72, 351-362.

Haj-Yahia, M. (1995). Toward culturally sensitive intervention with Arab families in Israel. *Contemporary Family Therapy*, 17(4), 429-447.

Hamon, R.R., & Blieszner, R. (1990). Filial responsibility expectations among adult child – older parent pairs. *Journal of Gerontology*, 45(3), 110 – 112.

Hanson, S.L., Sauer, W., & Seelbach, W.C. (1983). Racial and cohort variations in filial responsibility norms. *The Gerontologist*, 23(6), 626- 631.

Harris, P.B., Long, S.O., & Fujii, M. (1998). Men and elder care in Japan: A ripple of change? *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 13, 177 -198.

Harwood, D.G., Barker, W.W., Ownby, R.L., Bravo, M., Agüero, H., & Duara, R. (2000). Predictors of positive and negative appraisal among Cuban American caregivers of Alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15,481-487.

Henretta, J.C., Hill, M.S., Li, W., Soldo, B.J., & Wolf, D.A. (1997). Selection of children to provide care: The effect of earlier parental transfers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S110-S119.

Hertzog, C., Alstine, J.V., Usala, P.U., Hultsch, D.F., & Dixon, R. (1990). Measurement properties of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in older populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(1), 64-72.

Hobfoll, S.E., & Lerman, M. (1989). Predicting receipt of social support: A longitudinal study of parents' reaction of their child's illness. *Health Psychology, 8*(1): 61 – 77.

Horowitz, A., & Shindelman, L.W. (1983). Reciprocity and affection: Past influences on current caregiving. *Journal of Gerontological Social Work, 5*(3), 5-20.

Horowitz, A. (1985). Sons and daughters as caregivers to older parents: Differences in role performance and consequences. *The Gerontologist, 25*, 612-617.

Hsu, H.C., Lew-Ting, C.Y., & Wu, S.C. (2001). Age, period, and cohort effects on the attitude toward supporting parents in Taiwan. *The Gerontologist, 41*(6), 742-750.

Hui, H.C. (1988). Measurement of individualism – collectivism. *Journal of Research in Personality, 22*, 17-36.

Hui, C.H., & Yee, C. (1994). The shortened individualism – collectivism scale: Its relationship to demographic and work – related variables. *Journal of Research in Personality, 28*, 409-424.

Iecovich, E., & Lankri, M. (2002). Attitudes of elderly persons towards receiving financial support from adult children. *Journal of Aging Studies, 16*, 121-133.

Ingersoll-Dayton, B., & Saengtienchai, C. (1999). Respect for the elderly in Asia: Stability and change. *International Journal of Aging & Human Development, 48*(2), 113-130.

Ingersoll-Dayton, B., Starrels, M.E., & Dowler, D. (1996). Caregiving for parents and parents in law: Is gender important? *The Gerontologist, 36*, 483 – 491.

Ishii-Kuntz, M. (1997). Intergenerational relationships among Chinese, Japanese, and Korean Americans. *Family Relations, 46*(1), 23 – 32.

Jansson, W., Grafstrom, M., & Winblad, B. (1997). Daughters and sons as caregivers for their demented and non demented elderly parents. A part of population-based study carried out in Sweden. *Scandinavia Journal Social Medicine*, 25(4), 289-295.

John, R., Hennessy, C.H., Dyeson, T.B., & Garrett, M.D. (2001). Toward the conceptualization and measurement of caregiver burden among Pueblo Indian family caregivers. *The Gerontologist*, 41(2), 210-219.

Johnson, C.L., & Catalano, D.J. (1983). A longitudinal study of family support to impaired elderly. *The Gerontologist*, 23(6), 612-618.

Jones-Cannon, S., & Davis, B.L. (2005). Coping among African daughters caring for parents. *ABNF Journal*, 16(16), 118-123.

Kao, H.S., McHugh, M.L., & Travis, S.S. (2007). Psychometric tests of expectations of filial piety scale in a Mexican-American population. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1460-1467.

Kao, H.S., & Travis, S.S. (2005a). Development of the expectations of filial piety scale – Spanish version. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 682 – 688.

Kao, H.S., & Travis, S.S. (2005b). Effects of acculturation and social exchange on the expectations of filial piety among Hispanic/Latino parents of adult children. *Nursing & Health Sciences*, 7, 226-234.

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 & the Family*, 57, 179-189.

Kim, J.H., & Theis, S.L. (2000). Korean American caregivers: Who are they? *Journal of Transcultural Nursing*, 11(4), 264-273.

- Kim, J.S. (2001). Daughters-in-law in Korean caregiving families. *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 399-408.
- Kim, J.S., & Lee, E.H. (2003). Cultural and noncultural predictors of health outcomes in Korean daughter and daughter in law caregivers. *Public Health Nursing*, 20(2), 111-119.
- Kim, K.C., Kim, S., & Hurh, W.M. (1991). Filial piety and intergenerational relationship in Korean immigrant families. *International Journal of Aging & Human Development*, 33(3), 233-245.
- Kim, J.M., Shin, I.S., Jeong, S.J., Gormley, N., Yoon, J.S. (2002). Predictors of institutionalization in patients with dementia in Korea. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 101-106.
- Klein-Ikkink, K., Van Tilburg, T., Knipscheer, K.C.P.M. (1999). Perceived instrumental support exchanges in relationships between elderly parents and their adult children: Normative and structural explanation. *Journal of Marriage & the Family*, 61(4), 831-844.
- Kong, E.H. (2007). The influence of culture on the experiences of Korean, Korean American, and Caucasian-American family caregivers of frail older adult's: a literature review. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 37(2), 213-220.
- Kosloski, K., Monotoro-Rodriguez, J., Montgomery, R.J.V., & Karner, T.X. (2003). Respect for elders, ethnicity, and depression among caregivers of Alzheimer's patients. Paper presented at the 56th Annual Scientific Meeting. The Gerontological Society of America, San Diego, U.S.A., November, 2003.
- Lam, T.P., Chi, I., Piterman, L., Lam, C., & Lauder, I. (1998). Community attitudes toward living arrangements between the elderly and their adult children in Hong Kong. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13, 245-228.

- Lawton, M.P., Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lawton, M.P., Moss, M., Hoffman, C., & Perkinson, M. (2000). Two transitions in daughters' caregiving careers. *The Gerontologist*, 40(4), 437-448.
- Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., & Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), P181-P189.
- Lee, G.R., Dwyer, J.W., & Coward, R.T. (1993). Gender differences in parent care: Demographic factors and same-gender preferences. *Journal of Gerontology*, 48(1), S9-S16.
- Lee, G.R., Netzer, J. K., & Coward, R. T. (1994). Filial responsibility expectations and patterns of intergenerational assistance. *Journal of Marriage & the Family*, 56, 559 – 565.
- Lee, H.S., Brennan, P.F., & Daly, B.J. (2001). Relationship of empathy to appraisal, depression, life satisfaction, and physical health in informal caregivers of older adults. *Research in Nursing & Health*, 24(1), 44-56.
- Lee, H., Kim, S., & You, K.S. (1997). Learning from other lands: Caring for elderly demented Koreans. *Journal of Gerontological Nursing*, 23, 21-31.
- Lee, Y.R., & Sung, K.T. (1997). Cultural differences in caregiving motivations for demented parents: Korean caregivers versus American caregivers. *International Journal of Aging & Human Development*, 44(2), 115-127.
- Lee, Y.R., & Sung, K.T. (1998). Cultural influences on caregiving burden: The case of Koreans and Americans. *International Journal of Aging & Human Development*, 46(2), 125-141.

Leichtentritt, R.D., Schwartz, V., & Rettig, K.D. (2004). The lived experiences of Israel Arab Moslems who are caring for a relative with cognitive decline. *International Journal of Aging & Human Development*, 56(4), 363-389.

Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E., & Allen, N.B. (1997). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) as a screening instrument for depression among community-residing older adults. *Psychology and Aging*, 12(2), 277-287.

Li, L.W., Seltzer, M.M., & Greenberg, J.S. (1997). Social support and depressive symptoms: Differential patterns in wife and daughter caregivers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(4), S200-S211.

Lillard, L.A., & Willis, R.J. (1997). Motives for intergenerational transfers: Evidence from Malaysia. *Demography*, 34(1), 115-134.

Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: The Guilford Press.

Litwin, H. (1994). Filial responsibility and informal support among family caregivers of the elderly in Jerusalem: A path analysis. *Journal of Aging & Human Development*, 38(2), 137-151.

Litwin, H. (1997). Support network type and health service utilization. *Research on Aging*, 19, 274 – 299.

Litwin, H. (2004). Intergenerational exchange patterns and their correlates in an aging Israeli cohort. *Research on Aging*, 26(2), 1-22.

Litwin, H., & Abramowitz, L. (1993). Ethnicity and informal support among filial caregivers: Analysis of an Israeli sample. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8, 1-15.

Litwin, H., & Auslander, G.K. (1992). Understanding the interface between formal and informal support systems. *European Journal of Gerontology, 1*: 464-470.

Litwin, H., & Haj – Yahia, M.M. (1996). Informal support networks among aging populations in transition. *Bold, 7(1)*: 2 – 7.

Litwin, H., & Zoabi, S. (2003). Modernization and elder abuse in an Arab-Israeli context. *Research on Aging, 25(3)*, 224-246.

Litwin, H., & Zoabi, S. (2004). A multivariate examination of explanation for the occurrence of elder abuse, *Social Work Research, 28(3)*: 133- 142.

Lowenstein, A. (1999). Caring for parents with Alzheimer's: Comparing perceptions of physical and mental health in the Jewish and Arab sectors in Israel. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 14*, 65-76.

Lowenstein, A. (2007). Solidarity-conflict and ambivalence: Testing two conceptual frameworks and their impact on quality of life for older family members. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 62B(2)*, S100-S107.

Lowenstein, A., & Katz, R. (2000). Rural Arab families coping with caregiving. *Marriage & Family Review, 30*, 179-197.

Luna, I., Torres de Ardon, E., Lim, Y.M., Cromwell., S.L., Philips, L.R., & Russell, C.K. (1996). The relevance of familism in cross-cultural studies of family caregiving. *Western Journal of Nursing Research, 18(3)*, 267-283.

Maeda, D. (1983). Family care in Japan. *The Gerontologist, 23(6)*, 579-582.

MaloneBeach, E.E., & Zarit, S.H. (1995). Dimensions of social support and social conflict as predictors of caregiver's depression. *International Psychogeriatrics, 7(1)*, 25-38.

Mancini, J.A., & Blieszner, R. (1989). Aging parents and adult children: Research themes in intergenerational relations. *Journal of Marriage & Family, 51*, 275-290.

- Matsuu, K., Washio, M., Arai, Y., & Ide, S. (2000). Depression among caregivers of the frail elderly in urban Japan. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, *54*, 553-557.
- Matthews, S. H. (1987). Provision of care to old parents: Division of responsibility among adult children. *Research on Aging*, *9*, 45-60.
- Matthews, S.H. (1995). Gender and division of filial responsibility between lone sisters and their brothers. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, *50B*, S312-S319.
- Matthews, S. H., & Rosner, T. T. (1988). Shared filial responsibility: The family as the primary caregiver. *Journal of Marriage & the Family*, *50*, 194 -246.
- Mehta, K. (1997). Respect redefined: Focus group insights from Singapore. *International Journal of Aging & Human Development*, *44*, 205-219.
- Mercier, J.M., Paulson, L., & Morris, E.W. (1988). Rural and urban elderly: Differences in the quality of the parent- child relationship. *Family Relations*, *37*, 68-72.
- Merrill, D.M. (1993). Daughters-in-law as caregivers to the elderly. *Research on Aging*, *15*(1), 70-91.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G., & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, *34*, 19-26.
- Mui, A.C. (1992). Caregiver strain among Black and White daughter caregivers: A role theory perspective. *The Gerontologist*, *32*, 203 – 212.
- Naleppa, M.J. (1996). Families and institutionalized elderly: A review. *Journal of Gerontological Social Work*, *27*(1/2), 87-109.
- Navaie-Waliser, M., Feldman, P.H., Gould, D.A., Levine, C., Kuerbis, A.N., & Donelan, K. (2001). The experiences and challenges of informal caregivers: Common themes and differences among Whites, Blacks, and Hispanics. *The Gerontologist*, *41*(6), 733-741.

- Navaie-Waliser, M., Spriggs, A., & Feldman, P.H. (2002). Informal caregiving: Differential experiences by gender. *Medical Care*, 40(12), 1249-1259.
- Neal, K. (1995). Religiosity and self-esteem among older adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50B, S236 – S247.
- Neufeld, A., & Harrison, M.J. (1998). Men as caregivers: Reciprocal relationships or obligation? *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 959-968.
- Neufeld, A., & Harrison, M.J. (2002). Unfulfilled expectations and negative interactions: Nonsupport in the relationships of women caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 41(4), 323-331.
- Noonan, A.E., Tennstedt, S.L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37(6), 785-794.
- Novak, M., & Guest, C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist*, 29(6), 798-803.
- O'Leary, R. (2001). Modernization and religious intermarriage in the republic of Ireland. *British Journal of Sociology*, 52(4), 647-65.
- Ory, M.G., Hoffman, R.R., Yee, J.L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-185.
- Palmore, E.B., & Manton, K. (1974). Modernization and status of the aged: International correlation. *Journal of Gerontology*, 29(2), 205-210.
- Pang, E.C. (2000). Filial piety in modern time: The ideal and practice of parental care. Paper presented at international conference on searching for meaning in new millennium. Vancouver, BC, Canada.

Parrott, T.M., & Bengtson, V.L. (1999). The effects of earlier intergenerational affection, normative expectations, and family conflict on contemporary exchange of help and support. *Research on Aging, 21*(1), 73-105.

Pearlin, L.J., Mullan, J.T., Semple, S.L., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist, 30*, 583-594.

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

Pearson, J., Verma, S., & Nellett, C. (1988). Elderly psychiatric patient status and caregiver perceptions as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist, 28*(1), 79-83.

Peek, M.K., Coward, R.T., Peek, C.W., & Lee, G.R. (1998). Are expectations for care related to the receipt of care? An analysis of parent care among disabled elders. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 53B*, S127-S136.

Peters-Davis, N.D., Moss, M.S., & Pruchno, R.A. (1999). Children-in-law in caregiving families, *The Gerontologist, 39*(1), 66-75.

Pezzin, L., & Schone, B.S. (1999). Parental marital disruption and intergenerational transfers: An analysis of lone elderly parents and their children. *Demography, 36*(3), 287-297.

Picot, S.J., Debanne, S.M., Namazi, K.H., & Wykle, M.L. (1997). Religiosity and perceived rewards of Black and White caregivers. *The Gerontologist, 37*(1), 89-101.

Piercy, K.W. (1995). Theorizing about family caregiving: The role of responsibility. *Journal of Marriage & the Family, 60*, 109-118.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2003). Associations for stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta- analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P112-P128.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45(1), 90-106.

Ploeg, J., Campbell, L., Denton, M., Joshi, A., & Davies, S. (2004). Helping to build and rebuild secure lives and futures: financial transfers from parents to adult children and grandchildren. *Canadian Journal on Aging*, 23(1), S113-S125.

Pohl, J.M., Boyd, C., Liang, J., & Given, C.W. (1995). Analysis of the impact of mother-daughter relationships on the commitment to caregiving. *Nursing Research*, 44(2), 68-75.

Popenoe, D. (1993). American family decline, 1960-1990: A review and appraisal. *Journal of Marriage & the Family*, 55(3), 527-555.

Pot, A.M., Deeg, D.J.H., Dyck, R.V., & Jonker, C. (1998). Psychological distress of caregivers: The mediator effect of caregiving appraisal. *Patient Education & Counseling*, 34, 43-51.

Poulshock, W., & Deimling, G. (1984). Families caring for elders in residence: Issues in measurement of burden. *Journal of Gerontology*, 39, 230 – 239.

Pratt, C.C., Schmall, V.L., Wright, S., & Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations*, 34, 27-33.

Provencher, H.L., Perreault, M., St-Onge, M., & Rousseau, M. (2003). Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10, 592-607.

Pyke, K., & Bengston, V.L. (1996). Caring more or less: Individualistic and collectivist systems of family elder care. *Journal of Marriage & the Family*, 58, 379-392.

Pyke, k. (1999). The micropolitics of care in relationships between aging parents and adult children: Individualism, collectivism and power. *Journal of Marriage & the Family*, 61, 661-672.

Radloff, L.S. (1977). The CES-D: A self – report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 384-401.

Raveis, V.H., Karus, D.G., & Siegel, k. (1998). Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. *Cancer*, 83(8), 1652-63.

Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M.C., Duplan, S., & Auquier, P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: An overview of measurements instruments. *Encephale*, 29(2): 137-147.

Reinhard, S.C. (1994). Living with mental illness: Effects of professional support and personal control on caregiver burden. *Research in Nursing Health*, 17, 79-88.

Reynolds, W.M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.

Reykowski, J., & Smolenska, Z. (1993). Collectivism, individualism, and interpretation of social change: Limitations of a simplistic model. *Polish Psychological Bulletin*, 24, 89-107.

Roberts, R.T., & Bengtson, V.L. (1990). Is intergenerational solidarity a unidimensional construct? A second test of a formal model. *Journal of Gerontology*, 45(1), S12-S20.

Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Salin, S., & Astedt-Kurki, P. (2007). Women's views of caring for family members: Use of respite care. *Journal of Gerontological Nursing*, 33(9), 37-45.

Sanders, S. (2007). Experiences of rural male caregivers of older adults with their informal support networks. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(4), 97-115.

Savaya, R. (1998). The under-use of psychological services by Israeli Arabs: An examination of the roles of negative attitudes and the use of alternative source of help. *International Social Work*, 41, 195-209.

Schoeni, R.F. (1997). Private inter-household transfers of money and time: New empirical evidence. *Review of Income and Wealth*, 43(4), 423-448.

Schreiner, A.S., & Morimoto, T. (2003). The relationship between mastery and depression among Japanese family caregivers. *International Journal Aging & Human Development*, 56(4), 307-321.

Schwarz, K.A., & Roberts, B.L. (2000). Social support and strain of family caregivers of older adults. *Holistic Nursing & Practice*, 14(2), 77-90.

Scott, W.K., Edwards, K.B., Davis, D.R., Cornman, C.B., Macera, C.A. (1997). Risk of institutionalization among community long term care clients with dementia. *The Gerontologist*, 37(1), 46-51.

Seelbach, W.C. (1977). Gender differences in expectations for filial responsibility. *The Gerontologist*, 17(5), 421-425.

Seelbach, W.C., & Sauer, W. J. (1977). Filial responsibility expectations and morale among aged parents. *The Gerontologist*, 17, 492 – 499.

Semple, S.J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648-655.

- Shapiro, E., & Tate, R. (1988). Who is really at risk of institutionalization? *The Gerontologist*, 28(2), 237-245.
- Shi, L. (1993). Family financial and household support exchange between generations: A survey of Chinese rural elderly. *The Gerontologist*, 33(4), 468-480.
- Shkodriani, G.M., & Gibbons, J.L. (1995). Individualism and collectivism among university students in Mexico and United States. *The Journal of Social Psychology*, 135(6), 765-772.
- Silverstein, M., Burholt, V., Wenger G. C., et al. (1998). Parent-child relations among very old parents in Wales and the United States: A test of modernization theory. *Journal of Aging Studies*, 12(4): 387- 409.
- Silverstein, M., Cong, Z., & Li, S. (2006). International transfers and living arrangements of older people in rural China: Consequences for psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 61B(5), S256-S266.
- Silverstein, M., Conroy, S.J., Wang, H., Giarrusso, R., & Bengtson, V.L. (2002). Reciprocity in parent-child relations over the adult life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B(1), S3-S13.
- Silverstein, M., & Litwak, E. (1993). A task specific typology of intergenerational family structure in later life. *The Gerontologist*, 33, 258-264.
- Silverstein, M., Parrott, T.M., & Bengtson, V.L. (1995). Factors that predispose middle-aged sons and daughters to provide social support to older parents. *Journal of Marriage & the Family*, 57(2), 465-475.
- Skaff, M., Pearlin, L.I., & Mullen, J.T. (1996). Transitions in caregiving career: Effects on sense of mastery. *Psychology and Aging*, 11(2), 247-257.
- Soldo, B.J., & Myllyluoma, J. (1983). Caregivers who live with depended elderly. *The Gerontologist*, 23, 605-611.

- Spitze, G., & Logan, J. (1990). Sons, daughters, and intergenerational social support. *Journal of Marriage & the Family*, 52, 420-430.
- Spruytte, N., Van-Audenhove, C., Lammertyn, F., & Storms, G. (2002). The quality of the caregiving relationship in informal care for older adults with dementia and chronic psychiatric patients. *Psychology & Psychotherapy*, 75, 295-311.
- Stahl, A. (1993). Changing attitudes toward the old in Oriental families in Israel. *Journal Aging & Human Development*, 37(4), 261 – 269.
- Stephenson, J.B. (1969). Is everyone going modern? A critique and a suggestion for measuring modernism. *American Journal of Sociology*, 74, 265-275.
- Stiens, G., Maeck, L., & Stoppe, G. (2006). Filial maturity as a predictor for burden of demented parents' caregivers. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(2), 120-125.
- Stoller, E. P. (1983). Parental caregiving by adult children. *Journal of Marriage & the family*, 45, 851 -858.
- Stoller, E.P. (1990). Males as helpers: The role of sons, relatives, and friends. *The Gerontologist*, 30, 228-235.
- Stoller, E.P., & Pugliesi, K.L. (1988). Informal networks of community-based elderly: Changes in composition over time. *Research on Aging*, 10(4), 499 – 516.
- Stone, R., Cafferata, G.L. & Sangle, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27, 616-626.
- Strawbridge, W.J., & Wallhagen, M.I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *The Gerontologist*, 31(6), 770-777.
- Strawbridge, W.J., & Wallhagen, M.I. (1992). Is all in the family always best? *Journal of Aging Studies*, 6, 81-92.

Suitor, J.J., & Pillemer, K. (1988). Explaining intergenerational conflict when adult children and elderly parents live together. *Journal of Marriage & the Family*, 50(4), 1037-1047.

Sung, K.T. (1990). A new look at filial piety: Ideals and practices of family-centered parent care in Korea. *The Gerontologist*, 30(5), 610 – 616.

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. (1992). Motivations parent care: The case of filial children in Korea. *Aging & Human Development*, 34(2), 109 – 124.

Sung, K.T. (1994). A cross-cultural comparison of motivations for parent care: The case of Americans and Koreans. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 195-209.

Sung, K.T. (1995). Measures and dimensions of filial piety in Korea. *The Gerontologist* 35(2), 240 – 247.

Sung, K.T. (1998a). An exploration of actions of filial piety. *Journal of Aging Studies*, 12(4), 369-386.

Sung, K.T. (1998b). Filial piety in modern times: Timely adaptation and practicing patterns. *Australian Journal of Aging*, 17, 88-92.

Sung, K.T., (2001). Family support for the elderly in Korea: Continuity, change, future directions, and cross-cultural concerns. *Journal of Aging & Social Policy*, 12(4), 65- 79.

Tennstedt, S., Cafferata, G.L., & Sullivan, L. (1992). Depression among caregivers of impaired elders. *Journal of Aging & Health*, 4(1), 58-76.

Thoits, P. (1986). Social support and coping assistance. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 416-423.

Ting, K.F., & Chiu, S.W.K. (2002). Leaving the parental home: Chinese culture in an urban context. *Journal of Marriage & Family*, 64(3), 614-626.

Tompkins, C. (2007). Who will care for the grandparents? Exploring relationships between grandparents and grandchildren. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 45(5), 19-22.

Tornatore, J.B., & Grant, L.A. (2002). Burden among family caregivers of persons with Alzheimers disease in nursing homes. *The Gerontologist*, 42(4): 497 – 506.

Townsend, A.L., & Franks, M.M. (1995). Binding ties: Closeness and conflict in adult children's caregiving relationships. *Psychological of Aging*, 10(3), 343-351.

Triandis, H.C. (2001). Individualism-collectivism and personality. *Journal of Personality*, 69(6), 907-924.

Triandis, H. C., McCusker, C., & Hui, C. H. (1990). Multi-method probes of individualism and collectivism. *Journal of Personality & Social Psychology*, 59, 1006-1020

Tsai,H. J. (1999). Meaning of filial piety in the Chinese parent- child relationship: Implication for culturally competent health care. *Journal of Cultural Diversity*, 6(1), 26 – 34.

Turner, R.J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of Health & Social Behavior*, 35(35), 193-212.

Van der Pas, S., Van Tilburg, T., & Knipscheer, K.C.P.M. (2005). Measuring older adult's filial responsibility expectations: Exploring the application of a vignette technique and item scale. *Educational & Psychological Measurement*, 65(6), 1026-1045.

Voronov, M., & Singer, J.A. (2002). The myth of individualism-collectivism: A critical review. *Journal of Social Psychology*, 142(4), 461-480.

- Yaffe, N., & Tal, D. (2002). The Arab population in Israel. Central bureau of statistics center for statistical information. Statistilite No. 27.
- Walker, A.J., Pratt, C.C., Shin, H.Y., & Jones, L.L. (1990). Motives for parental caregiving and relationship quality. *Family Relations*, 39, 51-56.
- Wallhagen, M.I., & Strawbridge, W.J. (1995). My parent – not my self. Contrasting themes in family care. *Journal of Aging & Health*, 7(4), 552-572.
- Wang, Y.C., Chung, M.H., Lai, K.L., Chou, C.C., & Kao, S. (2004). Preferences of the elderly and their primary caregivers in the arrangement of long-term care. *Journal Formosa Medical Association*, 103(7), 533-539.
- Ward-Griffin, C, Bol, N, & Oudshoorn A. (2006). Perspectives of women with dementia receiving care from their adult daughters. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 38(1), 120-146.
- Whitbeck, L., Hoyt, D.R., & Huck, S.M. (1994). Early family relationships, intergenerational solidarity, and support provided to parents by their adult children. *Journal of Gerontology*, 49(2), S85-S94.
- Winslow, B.W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*, 20(1), 27-37.
- Wolf, D.A., Freedman, V., & Soldo, B.J. (1997). The division of family labor: Care for elderly parents. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B, S102- 109.
- Yamamoto, N., & Wallhagen, M.I. (1997). The continuation of family caregiving in Japan. *Journal of Health & Social Behavior*, 38, 164-176.
- Yates, M.E., Tennstedt, S., & Chang, B.H. (1999). Contributors to and mediators of psychological well-being for informal caregivers. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, P12-P22.

Yoon, J., & Cha, M. (1999). Initiative for the terminally ill on Medicare. *Journal of Palliative Medicine*, 2(4), 369-370.

Youn, G., Knight, B.G., Jeong, H.S., & Benton, D. (1999). Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American, and white American dementia caregivers. *Psychology of Aging*, 14(3), 355-364.

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

Zhan, H.J. (2004). Through gendered lens: Explaining Chinese caregivers' task performance and care reward. *Journal of Woman & Aging*, 16(1-2), 123-142.

Zimmer, Z., & Kwong, J. (2003). Family size and support of older adults in urban and rural China: Current effects and future implications. *Demography*, 40(1), 23-44.

נספח א: שאלון בעברית

מרואיין/ת יקר/ה
שלום רב,

הריני מודה לך על נכונותך להתראיין במסגרת עבודת המחקר. חשוב שתדע, שאין לך שום מחויבות להשתתף במחקר, ותוכל/י לחזור בדך בכל עת שתרצה. כל המידע שייאסף בראיון זה יישאר חסוי, ויעשה בו שימוש אך ורק לצורך המחקר.

בהזדמנות זו, ברצוני להודות לך על שיתוף הפעולה.

בכבוד רב
החוקר הראשי

מספר סידורי _____

תאריך ____/____/____

סוג הישוב שבו המטפל והקשיש גרים (יצוין ע"י החוקר לפני הראיון):

1. כפר קטן ומבודד
2. כפר גדול
3. עיר כפרית
4. כפר פרבר עיר
5. עיר

פרטים אודות המטפל:

ראשית אני אשאל אותך מספר שאלות על עצמך.

מגדר: 1.זכר 2.נקבה.

בן כמה אתה? _____.

מה יחס הקרבה שלך ל קשיש זה?

1. בת

2. בן

3. כלה

4. נכד או נכדה

מהו מצבך המשפחתי?

1. נשוי

2. אלמן

3. גרוש פרוד

4. רווק.

מה המצב התעסוקתי שלך :

1. שכיר במשרה מלאה 2. שכיר במשרה חלקית 3. עצמאי 4. אינם עובדים וגימלאים

כמה שנים בסה"כ למדת: _____.

האם אתה מקיים תפילות באופן קבוע?

1. לא

2. כן

האם קיימת את מצוות "אלחג" או "אלעומרה"?

1. לא

2. כן

האם אתה מקיים את מצוות הצום?

1. לא

2. כן

איך אתה/ה מגדיר/ה את עצמך מבחינה דתית?

1. חילוני

2. מסורתי

3. דתי

4. דתי מאוד

באיזה מידה אתה מתנחם ומסתייע בדת, בעת צרה או קשיים כלשהם?

1. אף פעם

2. לפעמים.

3. לעיתים קרובות.

4. תמיד.

טיב חלוקת אחריות הטיפול בתוך הרשת המשפחתית המטפלת

תחשוב על כל בני משפחתך וציין באיזה מידה לדעתך ההיגדים המובאים בהמשך נכונים לגביך ולגביהם.

נא לשים לב שישנן 4 אפשרויות תשובה : תבחר באחת בכל היגד

1. בכלל לא נכון 2. נכון במידה מסוימת 3. לא כל כך נכון 4. בכלל לא נכון

	נכון מאוד	נכון במידה מסוימת	לא כל כך נכון	בכלל לא נכון
1	4	3	2	1
טיפול בהורה קשיש דורש לעיתים שעות טיפול רבות. כל בני משפחתי תורמים אותו מספר השעות במתן עזרה להורה הקשיש.				
2	4	3	2	1
חלוקת שעות העזרה והטיפול בהורה הקשיש בין בני משפחתי כפי שהיא היום היא צודקת בעיניי .				
3	4	3	2	1
טיפול בהורה קשיש דורש לעיתים מאמץ אישי של נתן הטיפול. כל בני משפחתי משקיעים מאמץ אישי שווה במתן עזרה וטיפול להורה הקשיש.				
4	4	3	2	1
המאמץ האישי שמשקיע כל אחד מבני משפחתי במתן עזרה להורה הקשיש כפי שהוא היום הוא צודק בעיניי				
5	4	3	2	1
ניהול הטיפול בהורה קשיש דורש הוצאות רבות שהקשיש עצמו לא יוכל לעמוד בהם. כל בני המשפחה משלמים סכום שווה לכיסוי ההוצאות של ההורה הקשיש				
6	4	3	2	1
התשלום שכל אחד מבני משפחתי תורם לכיסוי ההוצאות של ההורה הקשיש כפי שהיא היום היא צודקת בעיניי.				

משימות הטיפול והעזרה בהן המטפל לוקח חלק.

כעת ברצוני לשאול אותך על הטיפול והעזרה שאתה נותן ל _____ (הקשיש \ ה). האם אתה עוזר להורה הקשיש / ה בתחומים הבאים לעיתים קרובות?

0 = לא \ לא רלוונטי	1 = כן	תחומי העזרה / הטיפול	
0	1	לאכול (לא כולל הכנת ארוחות).	1
0	1	להתרחץ (להיכנס או לצאת מהאמבטיה או לרחוץ אותו).	2
0	1	לעבור ממיטה לכיסא או מכיסא למיטה	3
0	1	ללכת בתוך הבית (עם או בלי מכשיר עזר).	4
0	1	מתן טיפולים רפואיים (כמו למשל : נטילת תרופות \ מתן זריקות \ החלפת חבישות וטיפול בפצעים)	5
0	1	לעשות קניות מהשוק או לקנות תרופות	6
0	1	בשליטה על סוגרים : החלפת חיתולים החלפת שקית שתן , או לשים סיר \ בקבוק לשתן.	7
0	1	בליווי מחוץ לבית (למשל לבדיקות בקופת חולים, לחברים וכו..)	8
0	1	כתיבת שיקים , שלם אגרות	9
0	1	בהכנת אוכל ו\ או שטיפת כלים	10
0	1	בניקיון הבית	11
0	1	בביצוע כביסה, תליה ואחסון.	12
0	1	לחייג בטלפון	13

מסירות ילדים

המשפטים הבאים מתארים עמדות ומניעים אודות היחס של ילדים להוריהם הקשישים.
 נא לציין באיזה מידה את/ה מסכים עם האמירות הבאות? נא לשים לב שישנן 5 אפשרויות תשובה:
 1. בכלל לא מסכים 2. לא מסכים 3. מתלבט 4. מסכים 5. מסכים מאוד

מסכים מאוד	מסכים	מתלבט	לא מסכים	בכלל לא מסכים		
5	4	3	2	1	כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות את נישואיו .	1
5	4	3	2	1	אני מרגיש/ה אחריות ומחויבות גדולה כלפי הטיפול בהוריי.	2
1	2	3	4	5	את חלקי בטיפול והעזרה שאני נותן להוריי הוא כפי שבני המשפחה תכננו שאני אעשה.	3
1	2	3	4	5	יש לי סיבות רבות ומוצדקות שיפטרו אותי מהטיפול שאני מספק להוריי. אבל בני המשפחה לא מאפשרים זאת.	4
5	4	3	2	1	נוכחות הוריי, היא זו ששומרת עדיין על לכידות המשפחה ועל יחסים נורמאליים בתוך המשפחה.	5
5	4	3	2	1	כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לדחות את לימודיו \ לעזוב את הלימודים .	6
1	2	3	4	5	העזרה והטיפול שאני נותן להוריי הוא בגלל חוסר ברירה או בגלל אילוצים משפחתיים.	7
5	4	3	2	1	כל ילד צריך להיות מסור לטיפול בהוריו גם אם זה דורש ממנו לעזוב את עבודתו או לרדת במשרה.	8
5	4	3	2	1	אני נוטה לדאוג ולעזור להורים שלי יותר כשהם חולים מאשר כשהם בריאים.	9
5	4	3	2	1	הנכדים חייבים להיות שותפים בטיפול והעזרה לסבא\ סבתא הזקן\ ה, כמו שאר בני המשפחה.	10
5	4	3	2	1	אני נוטה לקבל את דעתם של הוריי, גם אם זה מנוגד לדעת.	11
5	4	3	2	1	הילדים צריכים לדאוג ולעזור להורה האלמן גם אם הוא עצמאי ואינו צריך עזרה.	12
5	4	3	2	1	כל ילד נשוי חייב להיות מוכן לחלוק את ביתו עם הוריו הזקנים בכל עת, גם אם זה בא על חשבון חיי המשפחה ו\ או הנישואין שלו.	13
5	4	3	2	1	מגעים עם ההורים הקשישים באמצעות ביקורים, טלפונים חייבים להיות לעיתים קרובות.	14
5	4	3	2	1	אני אף פעם לא מדבר עם הוריי בטון גבוה, גם כשאני כועס או מתעצבן.	15
5	4	3	2	1	אני נוהג להסיע וללוות את הוריי לאירועים חברתיים בישוב או מחוצה לו, כל פעם שהם מבקשים זאת ממני.	16

מסכים מאוד	מסכים	מתלבט	לא מסכים	בכלל לא מסכים		
5	4	3	2	1	הילדים צריכים לתת להוריהם עזרה כספית בכל עת שהם צריכים, גם אם זה היה כרוך בלקיחת הלוואה מהבנק או מכירת רכוש אישי.	17
5	4	3	2	1	הזמן הנכון והמתאים להחזיר טובה להורים, הוא כאשר הם מזדקנים והופכים למוגבלים.	18
5	4	3	2	1	אני תמיד מרגיש את אהבתם או כעסם של הוריי עלי, גם אם הם מסתירים או לא יכולים לבטא את הרגשות האלה.	19
5	4	3	2	1	הוריי, הם האנשים שאני מרגיש קרוב אליהם יותר מאשר אנשים אחרים במשפחה (כמו : אישה וילדים)	20
5	4	3	2	1	את זמנם הפנוי של הילדים, צריכים להעביר בקרבת הוריהם הזקנים.	21
1	2	3	4	5	יותר הוגן, שהילד האחראי על הקצבה של הזקן, הוא זה שצריך לספק את רוב הטיפול והעזרה לזקן.	22
1	2	3	4	5	לדעתי, ניתן להבין היום את מצבם של משפחות ערביות שנאלצות לשלוח את הקשישו לבית אבות	23
1	2	3	4	5	לדעתי, ניתן להבין היום את מצבם של משפחות ערביות שנאלצות להביא מטפל זר הביתה.	24
1	2	3	4	5	יותר הוגן, שהילד שקיבל יותר תמיכה ועזרה מההורים, הוא זה שיספק את רוב העזרה והטיפול בהורים.	25
5	4	3	2	1	ילדים צריכים לנשק את יד הוריהם בכל פעם שמגיעים לבקר אותם	26

אורח חיים של המטפל

קעת ברצוני לשאול אותך מספר שאלות על עמודתך לגבי התנהגויות חברתיות ומשפחתיות בחיים היומיומיים .

נא לציין, באיזה מידה אתה מסכים עם האמירות הבאות? נא לשים לב שישנן 5 אפשרויות תשובה :

1. מתנגד מאוד 2. מתנגד 3. מתלבט 4. מסכים 5. מסכים מאוד

מסכים מאוד	מסכים	מתלבט	מתנגד	מתנגד מאוד	התנהגויות חברתיים ומשפחתיים	
1	2	3	4	5	נישואין למופת, הן כאשר הבעל אוהב מה שאשתו אוהבת וישונה מה שהיא שונאת.	1
5	4	3	2	1	אם אחד מבני הזוג מעוניין בעבודה מסוימת, הוא צריך לקבל אותה בכל מקרה, ללא קשר לעמדתו של בן הזוג השני כלפי עבודה זו.	2
5	4	3	2	1	אם הבעל הוא דתי ומקיים מצוות, אשתו אינה חייבת להיות גם דתייה ולקיים מצוות.	3
5	4	3	2	1	עדיף שכל אחד מבני הזוג יהיה לו חשבון בנק משלו מאשר להיות להם חשבון משותף אחד.	4
5	4	3	2	1	רצוי מאוד שלכל אחד מבני הזוג יהיו חברים משלו מאשר שיהיו להם אותם חברים.	5
5	4	3	2	1	מקובל שלאדם תהיה העדפה למוסיקה מסוימת שונה מהמוסיקה המועדפת על הוריו	6
1	2	3	4	5	כאשר אני מקבל החלטות חשובות, נדיר מאוד שאני חושב על ההשלכות החיוביות והשליליות של החלטותיי על אבי.	7
1	2	3	4	5	ילדים בוגרים לא נשואים צריכים להישמע לעצות הוריהם עם מי להתארס או להתחתן.	8
1	2	3	4	5	מובן מאליו שהבן ימשיך באותו עסק מקצוע של אבא שלו	9
1	2	3	4	5	ילדים חייבים להיות דתיים באותו מידה כמו הוריהם	10
5	4	3	2	1	אני לא אתן לאחים שלי להשתמש במכונית שלי (אם יש לי), בין אם הם נהגים טובים או לא.	11
5	4	3	2	1	אני לא אתן להורי שלי כסף שחשכתי אותו במשך חיי, אם זה יורידו יפגע ברמת החיים שלי.	12
5	4	3	2	1	כאשר אדם רוצה להתחתן, ההחלטה עם מי להתחתן תלויה אך ורק בו, גם אם ההורים רוצים מאוד או מסרבים מאוד.	13
1	2	3	4	5	ילדים בוגרים צריכים לקחת בחשבון את עצות ושאיפות הוריהם כאשר הם מתכננים קריירה או לימודים	14
5	4	3	2	1	ככל שהמשפחה גדולה יותר, כך יש יותר בעיות משפחתיות	15
1	2	3	4	5	ילדים נשואים צריכים לדבר עם הוריהם על מספר הילדים שרוצים להביא לעולם.	16
1	2	3	4	5	צריך לקרוא לבן הבכור \ הבת הבכורה על שם הסבא \ סבתא	17

מסכים	מסכים	מתלבט	מתנגד	מתנגד		
מאוד				מאוד		
1	2	3	4	5	18	אם אחד מקרובי המשפחה שלי (דוד, בן דוד...) צריך את העזרה שלי, אני אעזור לו בכל האמצעים שעומדים לרשותי.
5	4	3	2	1	19	בין אם אדם מוציא את הכנסותיו בבזבזנות או בקמצנות זה לא ענייני של אף אחד מקרובי המשפחה כגון, דוד, בן דוד....
5	4	3	2	1	20	אני לא אתן לבן דוד שלי להשתמש במכונית שלי, אם יש לי.
5	4	3	2	1	21	כאשר אדם מחליט איזה תחום ללכת ללמוד, הוא אינו צריך להקשיב לעצותיהם של דודיו כלפי תחום זה
5	4	3	2	1	22	לכל משפחה יש את הבעיות שלה לעצמה. לכן, זה לא עוזר לספר לקרובים (דודים, בני דודים...) על בעיות המשפחה.
1	2	3	4	5	23	אני יכול לסמוך על קרובי משפחתי לעזור לי, אם אמצא את עצמי בצרה או בעיה כלשהי
5	4	3	2	1	24	לא חשוב לי לדעת מה השכנים שלי אוהבים או שונאים
5	4	3	2	1	25	אחדות לא צריכה לדאוג ממה שהחברה אומרת על האדם שאיתו היא והוא צריך להתחנן.
1	2	3	4	5	26	אני נהנה מאוד לפגוש ולדבר עם אנשים בחברה כל יום.
5	4	3	2	1	27	האם אתה מסכים עם הפתגם שאומר "ככל שיש יותר טבחים, האוכל לא יצא טעים"

תמיכה משפחתית במטפל

נפנה כעת לעזרה ולתמיכה שאתה מקבל מהמשפחה. כשאת / ה חושב עליהם (למעט אביך\ אמן \ חמותך) עד כמה אתה מסכים עם ההיגדים הבאים :

מאוד לא מסכים / ה	לא מסכים	מסכים	מסכים מאוד		
4	3	2	1	1	אף אחד אינו מבין באמת מה עובר עלי בתפקידי כמטפל.
1	2	3	4	2	האנשים הקרובים אלי באמת דואגים שאדע שאיכפת להם.
4	3	2	1	3	אין חבר או קרוב משפחה שאני סומך \ כת עליו \ ה במילוי תפקיד המטפל.
4	3	2	1	4	אין מישהו /הי אשר אני יכול/ ה לתת בו/ בה אימון
1	2	3	4	5	יש מסביבי אנשים אשר עוזרים לי לשמור על מצב רוחי
4	3	2	1	6	אין לי אנשים הנתונים לי להרגיש טוב עם עצמי.
1	2	3	4	7	יש לי לפחות אדם אחד שלו וה אני יכולה לספר את הסודות שלי.
1	2	3	4	8	יש לי לפחות אדם שאני רוצה לשהות במחיצתו/ה כשאני מרגיש מדוכא
1	2	3	4	9	יש לי אנשים שיכולים לתת לי עזרה מעשית

נטל הטיפול

באיזה מידה המשפטים\התיאורים הבאים מתאימים למצבך הקשור בטיפול ב _____ . עליך לבחור אחד מהתשובות הבאות: 1. בכלל לא מתאים 2. לא מתאים 3. מתלבט לא בטוח 4. מתאים 5. מתאים מאוד

מתאים מאוד	מתאים	מתלבט \ לא בטוח	לא מתאים	בכלל לא מתאים		
5	4	3	2	1	1	_____ שלי, צריך את העזרה שלי לביצוע משימות יומיומיות רבות. כמו ליווי מחץ לבית, לקיחת תרופות...
5	4	3	2	1	2	_____ שלי, תלוי בי מאוד.
5	4	3	2	1	3	אני צריך להשיג על _____ שלי, באופן תמידי.
5	4	3	2	1	4	אני צריך לעזור ל _____ שלי, בפעולות בסיסיות רבות. כמו לאכול, להתלבש ועוד.
5	4	3	2	1	5	אין לי הפסקה אפילו לדקה מהטיפול היומיומי שאני מספק ל _____.
5	4	3	2	1	6	אני מרגישה שאני מאבד חלק חשוב מחיי.
5	4	3	2	1	7	הלוואי ואוכל לברוח מהמצב הזה.
5	4	3	2	1	8	החיים החברתיים שלי נפגעו
5	4	3	2	1	9	אני מרגיש אזילת כוחות רגשיים בגלל הטיפול.
5	4	3	2	1	10	ציפיתי שהדברים יהיו שונים בנקודה זו של חיי.
5	4	3	2	1	11	אני לא ישן מספיק.
5	4	3	2	1	12	הבריאות שלי נפגעה
5	4	3	2	1	13	מתן הטיפול גורם לי להיות חולה פיזית.
5	4	3	2	1	14	אני עייף פיזית.
5	4	3	2	1	15	אינני מסתדר עם אחרים במשפחה כמו שהייתי מסתדר.
5	4	3	2	1	16	מאמצי הטיפול שלי אינם מוערכים ע"י אחרים במשפחה שלי.
5	4	3	2	1	17	היו לי בעיות עם הנישואים שלי.
5	4	3	2	1	18	אני לא עושה את עבודתי (בעבודה) בצורה טובה כפי שהייתי עושה.
5	4	3	2	1	19	אני מרגיש כעס כלפי בני משפחה שיכולים לעזור, אבל אינם עושים זאת
5	4	3	2	1	20	אני מוטרד יתר על המידה ממצבו הכללי של
5	4	3	2	1	21	אני מרגיש עצבני בגלל עומס הטיפול שאני נותן לקשיש.
5	4	3	2	1	22	אני לא מרגיש בנוח, כאשר באים אלי חבריי לבקר אצלי בבית.

23	אני מפחד מאוד ממה שיכול לקרות לקשיש בעתיד.	1	2	3	4	5
24	אני מרגיש מדוכא כשאני מטפל בקשיש	1	2	3	4	5

תפיסת המטפל את אחריות המשפחה בטיפול בקשיש.

מי לדעתך, מבין השניים – המשפחה או המדינה- חייבת לשאת באחריות בכל אחת מהשירותים הבאים?:
נא לבחור באפשרות אחת בכל שורה.

	המשפחה בלבד	המשפחה בעיקר	שתיהן באופן שווה	המדינה בעיקר	המדינה בלבד	
1	5	4	3	2	1	תמיכה כספית לאנשים קשישים שזקוקים לכך.
2	5	4	3	2	1	עזרה בעבודת משק בית לאנשים מבוגרים שזקוקים לכך כמו עזרה בניקיון הבית, כביסה וכו'
3	5	4	3	2	1	טיפול אישי לאנשים קשישים שזקוקים לכך כמו טיפול סיעודי, הלבשה, האכלה,

העדפת המטפל לטיפול משפחתי לעצמו בעת זקנה.

בבוא הזמן כאשר תזדקן אתה, איך הייתה רוצה שיטפלו בך באם תזדקק? **נא לציין באיזה מידה אתה**

מעדיף כל אחת מהאפשרויות הבאות על סקאלה מ-1 עד 5.

5. במידה רבה מאוד 4. במידה רבה 3. במידה בינונית 2. במידה מועטה מאוד 1. בכלל לא סביר

	רבה מאוד	במידה רבה	במידה בינונית	במידה מועטה	בכלל לא סביר	
	5	4	3	2	1	ארצה לקבל עזרה וטיפול אישי מבני המשפחה.
	1	2	3	4	5	ארצה שהטיפול שינתן לי יהיה של מטפלים מחוץ למשפחה.
	1	2	3	4	5	אהיה מוכן לקבל את העזרה והטיפול במסגרת מוסדית.

טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת

תחשוב על כל בני המשפחה המטפלים באביך/ אימך/ חמותך/ חמיןך, וציין/י באיזה מידה היו לך חילוקי דעות איתם, עקב כך....						
כמעט כל הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם		
1	2	3	4	5	שהם לא מבליים מספיק זמן עם ההורה ההורה הקש הקשיש	1
1	2	3	4	5	שהם לא עושים את חלקם בטיפול בהורה הקשיש	2
1	2	3	4	5	שהם לא מראים מספיק כבוד להורה הקשיש	3
1	2	3	4	5	שהם מתנהגים בחוסר סבלנות כלפי ההורה הקשיש.	4
1	2	3	4	5	שהם לא מבקרים או מתקשרים אליך מספיק.	5
1	2	3	4	5	שהם לא עוזרים לך מספיק.	6
1	2	3	4	5	שהם לא מעריכים את העבודה שלך כמטפל.	7
1	2	3	4	5	שהם נותנים לך עצות לא רצויות.	8
באיזה מידה היו לך חילוקי דעות עם אחד מבני משפחתך בנוגע לסוגיות הבאות הקשורות לטיפול בהוריך הקשיש						
כמעט כל הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים רחוקות	אף פעם		
1	2	3	4	5	על מידת החומרה של בעיות ההתנהגות והזיכרון של _____	9
1	2	3	4	5	על הצורך להשגיח על בטיחות ה _____	10
1	2	3	4	5	על הדברים ש _____ יכול לעשות בעצמו	11
1	2	3	4	5	על הצורך לשלוח את _____ לבית אבות	12

טיב היחסים בין המטפל לקשיש:

כעת אשאל אותך מספר שאלות על יחסים עם הקשיש. באיזה מידה אתה מרגיש ש-

כמעט כל הזמן	לעיתים קרובות	לפעמים	לעיתים נדירות	אף פעם		
1	2	3	4	5	יחסים עם הקשיש גורמים לך להיות עצבני ומתוח.	1
1	2	3	4	5	יחסים עם הקשיש גורמים לך להיות מדוכא.	2
1	2	3	4	5	לקשיש יש השפעה שלילית על יחסים עם שאר המשפחה.	3
5	4	3	2	1	יחסים עם הקשיש גורמים לך להיות מאושר	4
1	2	3	4	5	לקשיש יש בקשות יותר ממה שצריך.	5
1	2	3	4	5	שיחסים עם הקשיש צריכים להיות יותר טובים מכפי שהם היום.	6

יעילות עצמית כוללת:

לפניך רשימה של הרגשות ופעולות של אנשים. אנא, סמן/י עד כמה הרגשות האלו מתאימות או לא מתאימות עבורך.

		מתאים מאוד	מתאים	מתאים במידה מסוימת	לא מתאים	לא מתאים בכלל
1	אני מרגישה/ לעתים לא נחוץ/צה	1	2	3	4	5
2	יש זמנים שבהם אני מרגישה/ שאני לא שווה בכלל	1	2	3	4	5
3	הייתי רוצה להרגיש יותר כבוד כלפי עצמי	1	2	3	4	5
4	בסך הכול אני נוטה להרגיש שאני כשלון	1	2	3	4	5
5	יש לי מעט שליטה על הדברים שקורים לי	1	2	3	4	5
6	אין באמת דרך שבה אני יכולה/ לפתור כמה מהבעיות שמפריעות לי.	1	2	3	4	5
7	אני יכולה/ לשנות רק במידה מעטה הרבה דברים שחשובים לי בחיים.	1	2	3	4	5
8	לעיתים קרובות אני מרגישה/ חסרת/ אונים מכדי להתמודד עם הבעיות שלי בחיים.	1	2	3	4	5
9	לעיתים קרובות אני מרגישה/ נדחף/פת על ידי אחרים.	1	2	3	4	5
10	העתידי ומה שיקרה לי בו תלוי בעיקר בי	5	4	3	2	1
11	אני יכול לעשות כמעט כל דבר שאני באמת מחליטה/ לעשות.	5	4	3	2	1
12	אני מרגישה/ בעל/ת ערך לפחות כמו אחרים	5	4	3	2	1
13	אני מרגישה/ שיש לי מספר תכונות חיוביות	5	4	3	2	1
14	אני מסוגל לעשות דברים היטב כמו אחרים	5	4	3	2	1
15	בסך הכול אני מרוצה מעצמי	5	4	3	2	1
16	יש לי הרגשה חיובית כלפי עצמי	5	4	3	2	1

רווחה אישית - דיכאון

קעת אני אשאל אותך כמה שאלות על מצב הרוח שלך **בשבוע האחרון**. נא לסמן ליד כל משפט את מספר הימים שבהם הרגשת או התנהגת לפי התיאור שבמשפט.

מרבית הזמן (5-7 ימים)	לפעמים או בחלק מהזמן (3-4 ימים)	במקצת הזמן (1-2 ימים)	לעיתים נדירות או בכלל לא (פחות מיום)	
3	2	1	0	1. הוטרדתי על-ידי דברים שכרגיל אינם מטרידים אותי.
3	2	1	0	2. לא היה לי חשק לאכול, לא היה לי תאבון.
3	2	1	0	3. לא יכולתי להשתחרר ממצב רוח רע, אפילו לא בעזרת משפחתי וחברי.
0	1	2	3	4. הרגשתי שאני מוצלחת כמו אנשים אחרים/ שאני עושה דברים בצורה טובה כמו אנשים אחרים
3	2	1	0	5. היה לי קשה להתרכז במה שאני עושה.
3	2	1	0	6. הרגשתי מדוכאת
3	2	1	0	7. הרגשתי שכל דבר שעשיתי היה מאמץ.
0	1	2	3	8. הייתי מלאת תקווה לגבי העתיד.
3	2	1	0	9. חשבתי שחיי הנם כשלוך.
3	2	1	0	10. הייתי מלאת פחד.
3	2	1	0	11. שנתתי הייתה חסרת מנוחה.
0	1	2	3	12. הייתי שמחה.
3	2	1	0	13. דברתי פחות מהרגיל.
3	2	1	0	14. הרגשתי בודדה.
3	2	1	0	15. אנשים היו בלתי ידידותיים.
0	1	2	3	16. נהניתי מהחיים.
3	2	1	0	17. היו לי התקפי בכי.
3	2	1	0	18. הרגשתי עצובה.
3	2	1	0	19. הרגשתי שאנשים לא מסמפתים אותי.
3	2	1	0	20. לא יכולתי להפעיל את עצמי.

נתוני רקע אודות הקשיש:

השאלות הבאות מתייחסות לאביך / אימך / חמותך/ חמידך.

מגדר: 1.זכר 2.נקבה

בן כמה הוא/ היא? _____.

מצבו/ה המשפחתי? 1.נשוי 2.לא נשוי

מהו מרחק מגוריו/ ה ממך?

1. גר/ה בביתך (באחד החדרים בביתך)

2. באות בניין בו אתה גר (בקומה מעל/ מתחת)

3. באותו שכונה, בבניין סמוך.

4. באותו שכונה, בבניין רחוק.

5. בשכונה סמוכה.

6. בשכונה רחוקה.

מצב תפקודי של הקשיש - ADL:

איך היית מתאר / ת את היכולת של מטופלך (אביך/ אימך/ חמותך/ חמידך) לבצע את הפעולות הבסיסיות הבאות?

ניידות בתוך הבית.

1. מרותק למיטה לא מסוגל לרדת בכוחות עצמו או לעשות צעדים ספורים _____ 1.
2. משתמש בכיסא גלגלים וזקוק לעזרה בהעברה לכסא או הסעתו _____ - 1.
3. משתמש בכיסא גלגלים אך עובר בעצמו לכיסא ומסיע עצמו בבית _____ 0.5.
4. נייד בעזרת מכשיר או בלעדיו אך זקוק לעזרת אדם בהליכה או בקימה _____ 0.5.
5. עצמאי בעזרת מכשיר (הליכון, מקל) _____ 0.
6. מתהלך באופן חופשי _____ 0.

הלבשה.

1. זקוק לעזרה מלאה או עזרה רבה בהלבשה _____ 1.
2. זקוק לסיוע קל (נעליים, גרביים, כפתור, הרכבת שיניים) _____ 0.5.
3. מתלבש ללא עזרה _____ 0.

רחצה.

1. זקוק לעזרה מלאה ברחצה במיטה, באמבטיה או במקלחת _____ 1.5.
2. זקוק לעזרה פעילה בחלק מפעולות הרחצה _____ 1.
3. זקוק לסיוע קל (גילוח חפיפת ראש, כפות רגלים וכדומה). _____ 0.5.
4. זקוק לעזרה בהכנת תנאי רחצה (כניסה לאמבטיה, נוכחות וכדומה) _____ 0.5.
5. מתרחץ ללא עזרה _____ 0.

אכילה ושתייה.

1. זקוק להאכלה מלאה (כולל זונדה) _____ 1.5
2. זקוק לעזרה חלקית באכילה או בשתייה _____ 1
3. זקוק לסיוע באכילה, אינו מסוגל לקחת לעצמו אפילו לחם, שתייה חמה או קרה
אינו מסוגל לחמם לעצמו אוכל, אם לא מזכירים לו אינו אוכל. _____ 0.5
4. עיוורון מוחלט (עיוור שלא דורג באחד הסעיפים לעיל יזוכה בשל מגבלה בסיסית בסעיף זה) _____ 0.5
5. אוכל ושותה ללא עזרה _____ 0

הפרשות.

1. אינו שולט בשני הסוגרים (צואה ושתן) אינו מטפל בעצמו ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת _____ 3
2. אינו שולט באחד הסוגרים (צואה ושתן) ביום ובלילה, אינו מטפל בעצמו, ותלוי לחלוטין בעזרת הזולת. _____ 2.5
3. משתמש בשירותים אך זקוק לעזרה רבה בניידות, הלבשה, טיפול אישי אחרי הפרשות _____ 2
4. משתמש בשירותים או סיר/ בקבוק אך זקוק לעזרה. _____ 1
5. משתמש בשירותים או סיר/ בקבוק אך זקוק לסיוע מועט _____ 0.5
6. שולט באופן חלקי ואינו מטפל בעצמו _____ 0.5
7. שולט על הפרשות, או עצמאי בשירותים. _____ 0

IADL - פעולות אינסטרומנטאליות

איך היית מתאר / ת את היכולת של מטופלך (אביך/ אימך/ חמותך/ חמידך) לבצע את הפעולות הבאות?
שימוש בטלפון

1. משתמש/ת בטלפון באופן עצמאי- עונה לטלפון ומחייג/ת מספרים וכו... _____ (0)
2. מחייג/ת מעט מאוד מספרים שהוא/ היא זוכר/ת היטב. _____ (0)
3. עונה לטלפון אך צריך/ה עזרה בחיוג. _____ (0.5)
4. אינו יכול להשתמש בטלפון בכלל. _____ (1)

קניות

1. עושה כל הקניות באופן עצמאי לחלוטין _____ (0)
2. עושה רק קניות קטנות באופן עצמאי _____ (0)
3. צריך/ה ליווי ועזרה של אדם אחר _____ (0.5)
4. אינו אה יכולה לבצע קניות בכלל _____ (1)

הכנת אוכל:

1. מכינה, מבשלת ומגישה אוכל באופן עצמאי _____ (0)
2. מכינה ארוחה, אך צריכה ערה בהגשת האוכל _____ (0.5)
3. מחמם/ת ומגישה/ה ארוחות מוכנות בלבד _____ (0.5)
4. צריכה עזרה בהכנת האוכל ובהגשה _____ (1)

עבודות בית:

1. מחזיק/ה את עבודת הבית בעצמו/ה, עם עזרה מקרית לפעמים (הרמת דברים כבדים וכו...) _____ (0)

2. צריך עזרה בחלק מעבודות הבית, כמו לשטוף כלים/ לנקות רצפה/ לסדר מיטות _____ (0.5)
3. צריכה עזרה בכל עבודות הבית _____ (1)
4. כל עבודות הבית מבוצעות ע"י אחרים _____ (1)

כביסה:

1. עושה את עבודת הכביסה שלה באופן מלא _____ (0)
2. עושה רק חלק מעבודת הכביסה, כמו שטיפה/ תליה/ אחסון וכו... _____ (0.5)
3. כל עבודות הכביסה מבוצעות ע"י אחרים. _____ (1)

ניידות למרחקים גדולים מחוץ לבית:

1. נוסע באופן עצמאי במכוניתו או תחבורה ציבורית. _____ (0)
2. נוסע בתחבורה ציבורית \ מכונית רק בעזרה של אחרים _____ (0.5)
3. אינו יכול לנסוע בתחבורה בכלל _____ (1)

נטילת תרופות:

1. הוא אחראי לנטילת התרופות שלו במינון ובזמן הנכון _____ (0)
2. יכול לקחת את התרופות בעצמו, אם התרופות מוכנות מראש במינונים נפרדים _____ (0.5)
3. אינו יכול להכין ולקחת את התרופות בעצמו _____ (1)

ניהול כספי:

1. מנהל את ענייניו הכספיים באופן עצמאי (כתיבת שיקים, ללכת לבנק, לשלום אגרות וכו...) _____ (0)
2. מנהל קניות יומיומיות, אבל הוא צריך עזרה בבנקאות, ברכישות גדולות וכו... _____ (0.5)
3. אינו יכול לנהל עניינים כספיים בכלל _____ (1)

להלן רשימה של היגדים שכוללת דעות ותכונות אישיות שאולי כן יש לך או אין לך כאלה. נא לציין ליד כל אחד מהיגדים הבאים בכך-אם ההיגד תואם לתכונות שלך ולא-אם אינו תואם.

ההיגד	1=נכון	0=לא נכון
1. בחיים שלי לא שנאתי מישהו.	1	0
2. לפעמים אני מרגיש בכעס אם אני לא משיג את מטרותיי	0	1
3. לפעמים אני אוהב לעסוק ברכילויות	0	1
4. אני תמיד מקשיב למי שמדבר אלי בלי קשר מי האדם הזה	1	0
5. קרה פעם שרימתי מישהו ונצלתי אותו.	0	1
6. אני תמיד מודה בטעות שלי.	1	0
7. לפעמים אני אוהב להתנקם במקום לשתוק ולסלוח.	0	1
8. אינני מתבייש להודות במשהו שאני לא יודע.	1	0
9. אני נחמד עם האנשים גם עם אלה שאני לא אוהב	1	0
10. אף פעם לא הפריע לי שאנשים אחרים הביעו דעה שונה מדעתי	1	0
11. קרה פעם שהרגשתי בקנאה ממזלם של אחרים.	0	1

תודה על שיתוף הפעולה

נספח ב: שאלון בערבית

استماره

رقم تسلسلي

اسم المقابل

التاريخ / /

_____ / _____ / _____

عزيري ، مرحبا

اشكرك جدا على موافقتك للاشتراك باطار البحث .
مهم جدا ان تعرف بانك غير مجبر بالاشتراك ويمكنك التراجع متى شئت .
كل المعلومات التي سوف يتم اخذها تبقى سرية وستستعمل فقط لغرض البحث .
وبهذه الفرصه اود ان اشكرك على الموافقه ولك جزيل الشكر .

باحترام الباحث
ربيع خلايله.

اسم المدينة / القرية التي يسكن فيه المعالج والمسكن _____

١- نوع المكان الذي يسكن فيه المعالج والمسكن (يختاره الباحث).

١ . قرية صغيرة بعيدة.

٢ . قرية كبيرة

٣ . قرية، ضاحية مدينة.

٤ . مدينة قروية

٥ . مدينة

اولا اود ان اسالك بعض الاسئله عن نفسك :

٢- الجنس :

١. ذكر. ٢. انثى.

٣- كم عمرك؟ _____

٤- ما هي صلة القرابه بينك وبين المسن ؟

١. البنت. ٢. الابن. ٣. الكنه. ٤. الحفيد/ الحفيدة

٥- ما هو وضعك العائلي؟

١. متزوج/ه. ٢. ارمل/ه. ٣. مطلق/ه. ٤. اعزب/ اعزباء.

٦- ما هو وضعك المهني ؟

١. اعمل في وظيفه كامله .
٢. اعمل في وظيفه جزئيه.
٣. اعمال حره.
٤. عاطل عن العمل / ربة بيت/ متقاعد.

٧- كم سنه دراسيه تعلمت ؟ _____

٨- هل تؤدي فريضة الصلاه بشكل دائم؟

١. لا. ٢. نعم.

٩- هل ادبت فريضة الحج او العمره ؟

١. لا. ٢. نعم.

١٠- هل تؤدي فريضة الصوم بشكل دائم؟

١. لا. ٢. نعم.

١١- كيف تقيم نفسك من ناحيه دينيه؟

١. غير متدين بتاتا.

٢. غير متدين ولكن محافظ.

٣. متدين محافظ.

٤. متدين جدا.

١٢- باي مدى تستعين بالدين في السراء والضراء؟

١. ولا مره. ٢. احيانا. ٣. في اوقات متقاربه. ٤. دائما

للمقابل: * من الان كل الاسئله المتعلق بالمسن يجب ذكر صلة قرابه المعالج للمسن (ابيك/ امك/حماتك/حماك).

• بالنسبة للكنه _ أفراد العائله هم أفراد عائله زوجها.

اود الان ان اسألك بعض الاسئله عن الرعايه التي تقدمها انت و افراد عائلتك ل (اباك امك، حماك او حماك)

١. كم من الوقت مضى على تقديمك الرعايه للمسن؟ _____ (سنوات).
٢. ما هو عدد الايام التي خصصتها لتقديم الرعايه للمسن، في الاسبوع الاخير ؟ _____ (ايام).
٣. ما هو عدد الساعات التي خصصتها لتقديم الرعايه للمسن في الاسبوع الاخير ؟ _____ (ساعات).
- 4- كم هو عدد افراد العائله (الاولاد، الكنه، الاحفاد،بالاضافه اليك) الذين يقدمون الرعايه للمسن؟ _____

5- من بالاضافه اليك يساعد للمسن/ه في القيام بالاعمال الاساسيه التاليه (اللبس، الاغتسال، الحمام، الاكل والشرب، تحضير الاكل، غسيل الملابس ؟

الاسم (الاحرف الاوليه للاسم)	صلة القرابه للمسن
	١. الزوج
	٢. الزوجه
	٣. الابن
	٤. الحفيد
	٥. الابنه
	٦. الحفیده
	٧. الكنه
	٨. فرد آخر من العائله _____
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

تقسيم مسؤولية المعالجة:

فكر بجميع ابناء عائلتك واذكر الى اي مدى الاقوال الاتيه صحيحه بالنسبه لك ولهم. - يوجد ٤ امكانيات لكل جواب.

غير صحيح بتاتا	غير صحيح	صحيح بشكل جزئي	صحيح جدا	
١	٢	3	4	١. المسن يحتاج احيانا ساعات كثيره من الرعايه . كل ابناء عائلتي يقدمون نفس عدد ساعات الرعايه للمسن
١	٢	٣	٤	٢. تقسيم ساعات الرعايه بين افراد عائلتي كما هو اليوم ، هي عادله حسب رأبي.
١	٢	٣	٤	٣. رعاية المسن تحتاج احيانا جهد شخصي من قبل ابناء العائله. كل افراد عائلتي يقدمون الرعايه بنفس كمية الجهد.
١	٢	٣	٤	٤. الجهد الشخصي الذي يقدمه كل واحد من افراد عائلتي في الرعايه هو عادل من وجهة نظري.
١	٢	٣	٤	٥. رعاية الوالد/ه تتطلب احيانا مصاريف كثيره والتي لا يستطيع الوالد/ه المسن/ه ان يغطي هذه المصاريف(مثل: شراء ادوات منزليه، ملابس، ادويه والخ..). كل افراد عائلتي يقدمون مساعده بشكل متساوي من اجل تغطية هذه المصاريف.
١	٢	3	4	١. المسن يحتاج احيانا ساعات كثيره من الرعايه . كل ابناء عائلتي يقدمون نفس عدد ساعات الرعايه للمسن

الان ، اود ان اسألك عن الرعايه التي تقدمها للمسن . هل تقدم المساعده للمسن في المجالات الاتيه في اوقات متقاربه .

لا	نعم	
٠	١	١. الاكل (لا يضم تحضير الوجبات) .
٠	١	٢. الاستحمام (ادخاله او اخراجه من حوض الاستحمام او في عملية الاستحمام نفسها .
٠	١	٣. الانتقال من الفراش للكرسي او من الكرسي للفراش.
٠	١	٤. التجول في البيت (مع او بدون الات مساعده).
٠	١	٥. تقديم العلاج الطبي (مثل: تناوله الدواء ، اعطاء الابره، تغيير ضمادات ومعالجة الجروح).
٠	١	٦. التسوق او شراء ادويه.
٠	١	٧. مساعده على القيام بحاجاته الطبيعه(الافرازات) مثل تغيير الحفاضات.
٠	١	٨. المرافقه خارج البيت (للفحوصات او للاصدقاء).
٠	١	٩. كتابة شيكات او دفع المخصصات الشهرية.
٠	١	١٠. تحضير الاكل او غسل الاواني.
٠	١	١١. تنظيف البيت.
٠	١	١٢. غسل الملابس ترتيبها وادخالها للخزانة.
٠	١	١٣. اجراء اتصال او رد على الهاتف .

تصف الجمل الاتيه مواقف مختلفة في علاقة الاولاد مع والديهم المسنين. اذكر لأي مدى توافق مع الاقوال الاتيه. ارجو

الانتباه انه يوجد ٥ امكانيات لكل جواب: 1 - لا اوافق بتاتا 2- لا اوافق 3- متردد 4- موافق 5- موافق جدا

لا اوافق بتاتا	لا اوافق	متردد	اوافق	اوافق جدا	
١	٢	٣	٤	٥	١. على كل بنت / ابن ان يقوم برعاية والداه حتى لو تطلب ذلك تأجيل زواجه/ زواجها.
١	٢	٣	٤	٥	٢. انا اشعر انه من مسؤوليتي ان اعنتي بالمسن.
٥	٤	٣	٢	١	٣. دوري بتقديم الرعاية للمسن، هو حسب ما طلب افراد عائلتي بأن افعل
٥	٤	٣	٢	١	٤. لدي الكثير من الاسباب المقنعه (مثل: اسباب صحيه/ عائليه/ماديه) التي لا تسمح لي بالمشاركه الكامله في تقديم الرعاية للمسن، الا ان افراد عائلتي لا يتفهمون ذلك.
١	٢	٣	٤	٥	٥. وجود والدي / حماوي على قيد الحياه هو السبب الذي يحافظ على وحدة العائله
١	٢	٣	٤	٥	٦. على كل شخص ان يقوم بتقديم العنايه لوالداه حتى لو تطلب ذلك تأجيل دراسته.
٥	٤	٣	٢	١	٧. انا اقدم الرعاية للمسن لانه لا مفر من ذلك.
١	٢	٣	٤	٥	٨. على كل فرد ان يقوم بتقديم الرعاية لوالداه حتى لو تطلب ذلك ترك مكان عمله.
١	٢	٣	٤	٥	٩. انا اقوم بتقديم الرعاية لوالدي في وقت مرضهم اكثر من اي وقت آخر.
١	٢	٣	٤	٥	١٠. على الاحفاد ان يقوموا برعاية الجد او الجده ، مثلهم مثل باقي افراد العائله.
١	٢	٣	٤	٥	١١. انا اتقهم اراء والدي/ حماوي حتى لو خالف ذلك رأبي.
١	٢	٣	٤	٥	١٢. على الاولاد ان يساعدوا الوالده/ الارمل/ه حتى و لو كان بإمكانه الاعتماد على نفسه.
١	٢	٣	٤	٥	١٣. على الابناء المتزوجين ان يستقبلوا والداهم للسكن معهم في اي وقت حتى ولو كان ذلك على حساب حياتهم الزوجيه.
١	٢	٣	٤	٥	١٤. اجراء اتصال مع الوالدين بواسطة الزيارات او الهواتف يجب ان يكون في اوقات متقاربه.
١	٢	٣	٤	٥	١٥. انا لا ارفع صوتي بتاتا على والدي/ حماوي حتى ولو كنت غاضبا او متوترا.
١	٢	٣	٤	٥	١٦. انا دائما على استعداد لمرافقة والدي للمناسبات الاجتماعيه في كل مره يطلبون مني ذلك.
١	٢	٣	٤	٥	١٧. على الاولاد ان يقدموا المساعده الماليه لوالديهم حتى ولو اضطروا لاخذ قرض من البنك.
١	٢	٣	٤	٥	١٨. الوقت الملائم لرد الجميل للوالدين هو بالاحص عندما يصبحون مسنين.
١	٢	٣	٤	٥	١٩. انا دائما اشعر بحب او غضب والدي/ حماوي علي حتى ولو حاولوا اخفاء مشاعرهم .

لا اوافق بتاتا	لا اوافق اوافق	متردد	اوافق جدا	اوافق جدا	
١	٢	٣	٤	٥	٢٠. انا اشعر بانني قريب الى والدي /حمواي اكثر من قربي الى اي شخص اخر في العائله (مثل: الاخوه والاحوات).
١	٢	٣	٤	٥	٢١. على الاولاد ان يقضوا اوقات فراغهم مع والدهم المسن.
٥	٤	٣	٢	١	٢٢. من العدل ان (الابن/البنات/الكنه) الذي يتقاضا معاشا من التأمين الوطني لمساعدة المسن ان يقدم له عنايه اكثر من باقي اخوته.
٥	٤	٣	٢	١	٢٣. يوجد اوضاع عائليه معينه التي تسمح للاولاد بان يضعوا اباهم/امهم ليعيش في بيت للمسنين .
٥	٤	٣	٢	١	٢٤. يوجد اوضاع عائليه معينه التي تسمح للاولاد باحضار شخص ليس من العائله لتقديم الرعايه للمسن.
٥	٤	٣	٢	١	٢٥. على الابن او البنات الذي حصل على القسم الاكبر من المساعدة من الوالدين ان يقدم لهما الرعايه اكثر من باقي اخوته.
١	٢	٣	٤	٥	٢٦. على الاولاد ان يقبلوا رأس او يد والديهم عند القاء التحيه.

حسب رأيك- العائله او الدوله- عليه ان يتحمل المسؤوليه في كل واحد من الخدمات التاليه: عليك ان تختار امكانيه واحده.

العائله فقط	بالاساس العائله	الاثنين	الدوله بالاساس	الدوله فقط	
٥	٤	٣	٢	١	١. دعم مالي للاشخاص المسنين الذين يحتاجون ذلك.
٥	٤	٣	٢	١	٢. تقديم المساعدة في اعمال البيت للمسنين الذين يحتاجون ذلك، مثل:مساعدته في تنظيف البيت و غسل الملابس.
٥	٤	٣	٢	١	٣. علاج شخصي للاشخاص المسنين الذين يحتاجون لذلك، مثل: ارتداء الملابس، تناول الطعام وغيره.

مع مرور الوقت عندما تصبح مسننا ، كيف تريد ان يركبك الآخريين اذا احتجت ذلك ؟ ارجو ان تذكر لاي مدى تفضل كل واحده من الامكانيات التاليه:

بشكل كبير جدا	بشكل كبير	بشكل متوسط	بشكل قليل	ولا ياي شكل	
٥	٤	٣	٢	١	١. اريد ان احصل على الرعايه من قبل العائله
١	٢	٣	٤	٥	٢. اريد ان احصل على الرعايه من قبل اشخاص من خارج العائله .
١	٢	٣	٤	٥	٣. سأكون مستعدا للحصول على الرعايه في نطاق مؤسسه لمساعدة المسنين (بيت للعجزه).

الآن اريد ان اسألك بعض الاسئله عن موقفك بالنسبه للتصرفات الاجتماعيه والعائليه اليوميه الاتيه. ارجو ان تذكر الى اي مدى توافق مع الاقوال التاليه . يوجد ٥ امكانيات للاجوبه: ١- اعارض جدا ٢- اعارض ٣- متردد ٤- اوافق ٥- اوافق جدا

تصرفات اجتماعيه و عائليه	اعارض جدا	اعارض	متردد	اوافق	اوافق جدا
١. الزواج المثالي هو عندما يحب الزوج ما تحب زوجته ويكره ما تكره زوجته .	٥	٤	٣	٢	١
٢. اذا كان احد الزوجين معني بوظيفه معينه، عليه ان يحصل عليها بكل الحالات بدون علاقه لموقف الطرف الاخر تجاه هذه الوظيفه .	١	٢	٣	٤	٥
٣. اذا كان الزوج متدين ، فزوجته ليست مجبره ان تكون متدينه.	١	٢	٣	٤	٥
٤. من المفضل ان يكون لكل واحد من الزوجين حساب بنك خاص فيه، على ان يكون حساب مشترك للثنتين.	١	٢	٣	٤	٥
٥. من المفضل ان يكون لكل واحد من الزوجين اصدقاء له على ان يكون الاصدقاء مشتركين للطرفين .	١	٢	٣	٤	٥
٦. مقبول جدا ان يفضل الشخص موسيقى تختلف عن الموسيقى المفضله عند والديه.	١	٢	٣	٤	٥
٧. عندما يتخذ احد قرارات مهمه مثل (الزواج/ التعليم) عليه ان يفكر بالنتائج الايجابيه و السلبيه لقراراته على ابيه.	٥	٤	٣	٢	١
٨. على الاولاد البالغين غير المتزوجين ان يستمعوا لنصائح والديهم بالنسبه للشخص الملائم للارتباط به (الخطبه).	٥	٤	٣	٢	١
٩. من المفروض ان يستمر الولد في نفس مهنة او عمل والده.	٥	٤	٣	٢	١
١٠. على الاولاد ان يكونوا متدينين بنفس الدرجه مثل والديهم.	٥	٤	٣	٢	١
١١. انا لا اعطي اخواني ان يقودوا سيارتي (اذا كنت املك)، حتى لو كانوا سائقين جيدين او لا.	١	٢	٣	٤	٥
١٢. انا لن اعطي والداي مالا وفرته طيلة حياتي، اذا كان هذا يقلل من مستوى حياتي.	١	٢	٣	٤	٥
١٣. على الفرد ان يتخذ قرار زواجه بنفسه، حتى ولو رفض او اراد والديه ذلك.	١	٢	٣	٤	٥
١٤. عندما يخطط الاولاد لتعليمهم او مهنتهم عليهم ان يأخذوا بعين الاعتبار نصائح وتطلعات والديهم.	٥	٤	٣	٢	١
١٥. كلما كبرت العائله كثرت مشاكلها.	١	٢	٣	٤	٥
١٦. على الاولاد المتزوجين ان يستشيروا والديهم بالنسبه لعدد الاولاد الذين سوف ينجبهم.	٥	٤	٣	٢	١
١٧. يجب ان يسمى الولد البكر او البنت البكر على اسم جده او جدتها.	٥	٤	٣	٢	١

اوافق جدا	اوافق	متردد	اعارض	اعارض جدا	
١	٢	٣	٤	٥	١٨. اذا احتاج احد ابناء العائله(العم او ابن العم) لمساعدتي، فسوف اساعده بكل الطرق المتوفره لدي.
٥	٤	٣	٢	١	١٩. ان يخرج الشخص ماله ببخل او باسراف ، فهذا لا يعني اي شخص آخر من ابناء العائله (الوالدين، الاخوه...).
٥	٤	٣	٢	١	٢٠. اذا كنت املك سياره فلن اعطيها لابن عمي لاستعمالها اذا طلب مني ذلك.
٥	٤	٣	٢	١	٢١. عندما يقرر احدا لاي مجال تعليم سيتوجه، فهو ليس مجبرا لان يستمع لنصائح اعمامه تجاه هذا المجال.
٥	٤	٣	٢	١	٢٢. لكل عائله يوجد المشاكل الخاصه بها ولذلك لن يساعد ان نحكي و نشكي للاقرباء(مثل: الاعمام/ الاخوال) عن مشاكل العائله.
١	٢	٣	٤	٥	٢٣. انا استطيع ان اثق بابناء عائلتي في مساعدتي ، عندما اجد نفسي في مشكله .
٥	٤	٣	٢	١	٢٤. لا يهمني ان اعرف ما يحب او يكره جبراني.
٥	٤	٣	٢	١	٢٥. على الشخص ان لا يهتم لكلام الناس عن الشخص الذي يريد ان يتزوج به.
١	٢	٣	٤	٥	٢٦. اكون مسرورا عند مقابلة جبراني والتحدث معهم كل يوم.
٥	٤	٣	٢	١	٢٧. هل توافق المثل القائل "اذا كثرو الطبخين طاشت الطبخه"

سنتوجه الان للمساعدة والدعم الذي تحصل عليه من قبل ابناء العائله. عندما تفكر فيهم (ما عدا : اباك ، امك، حماك، حماتك) الى اي درجه توافق مع الاقوال التاليه:

لا اوافق بتاتا	لا اوافق	اوافق	اوافق جدا	
٤	3	2	1	١. ولا اي شخص في عائلتي يفهم ما يمر علي بعلمي كمساعد للمسن.
١	٢	٣	٤	٢. ابناء عائلتي، يهتمون بان اعرف بانهم قلقون علي.
٤	٣	٢	١	٣. انا لا اعتمد على اي قريب بان يحل مكاني في رعاية المسن.
٤	٣	٢	١	٤. لا يوجد في عائلتي اي شخص من الممكن ان اثق به.
١	٢	٣	٤	٥. يوجد من حولي اشخاص يساعدونني في الحفاظ على مزاجي.
٤	٣	٢	١	٦. لا يوجد في عائلتي اشخاص يجعلونني اشعر جيدا مع نفسي.
١	٢	٣	٤	٧. يوجد في عائلتي شخص واحد على الاقل استطيع ان اخبره عن اسراري.
١	٢	٣	٤	٨. يوجد في عائلتي شخص واحد احب ان اكون بقربته عندما اشعر باليأس.
١	٢	٣	٤	٩. يوجد في عائلتي اشخاص يستطيعون ان يقدموا المساعدة الفعلية.

الى اي درجة توافق الاقوال الاتيه التي تصف وضعك المتعلق برعاية المسن.
عليك ان تختار احد الاجوبه التاليه . ١. ابدا لا يلائم. ٢. لا يلائم. ٣. متردد. ٤. ملائم. ٥. ملائم جدا.

ملائم جدا	ملائم	متردد	لا يلائم	ابدا لا يلائم	
٥	٤	٣	٢	١	١. المسن بحاجة لمساعدتي للقيام بمهام يومية كثيره مثل (تناول الادويه، مرافقته خارج البيت...).
٥	٤	٣	٢	١	٢. المسن متعلق بمساعدتي جدا.
٥	٤	٣	٢	١	٣. يجب علي ان اراقب المسن بشكل دائم
٥	٤	٣	٢	١	٤. علي ان اساعد المسن باعمال اساسيه كثيره، مثل(الاكل، ارتداء الملابس...).
٥	٤	٣	٢	١	٥. لا يوجد لي وقت للاستراحه من مهام الرعايه التي اقدمها للمسن.
٥	٤	٣	٢	١	٦. انا اشعر انني افقد قسم مهم من حياتي .
٥	٤	٣	٢	١	٧. اتمنى لو استطيع ان اهرب من هذا الوضع
٥	٤	٣	٢	١	٨. حياتي الاجتماعيه قد تضررت
٥	٤	٣	٢	١	٩. انا اشعر بان قواي العاطفيه قد انتهت بسبب الرعايه.
٥	٤	٣	٢	١	١٠. لقد توقعت ان تكون الامور مختلفه في هذه المرحله من حياتي
٥	٤	٣	٢	١	١١. انا لا اناج بشكل كافي.
٥	٤	٣	٢	١	١٢. لقد تضررت صحتي.
٥	٤	٣	٢	١	١٣. رعايه المسن تجعلني مريضا جسمانيا
٥	٤	٣	٢	١	١٤. انا اشعر بالانهاك بسبب الرعايه
٥	٤	٣	٢	١	١٥. انا لا اتفاهم مع ابناء عائلتي مثل السابق
٥	٤	٣	٢	١	١٦. جهدي في الرعايه لا يقدر من قبل افراد العائله
٥	٤	٣	٢	١	١٧. كانت لي مشاكل متعلقه بزواجي
٥	٤	٣	٢	١	١٨. انا لا اقوم بعملتي(بالبيت او في العمل) بشكل جيد مثل السابق
٥	٤	٣	٢	١	١٩. انا اشعر بالغضب تجاه افراد عائلتي الذين يستطيعون تقديم المساعده ولا يفعلون ذلك
٥	٤	٣	٢	١	٢٠. انا منزعج/ه كثيرا من وضع المسن العام .
٥	٤	٣	٢	١	٢١. انا اشعر بالعصبيه بسبب ضغط الرعايه التي اقدمها للمسن
٥	٤	٣	٢	١	٢٢. انا لا اشعر بالراحه عندما يأتي اصدقائي لزيارتي
٥	٤	٣	٢	١	٢٣. انا خائف/ه جدا مما قد يحصل للمسن بالمستقبل
٥	٤	٣	٢	١	٢٤. انا اشعر باليأس عندما اقوم برعايه المسن

فكر في كل ابناء العائله الذين يساعدون المسن، واذكر

دائما	في اوقات متقاربه	احيانا	في اوقات متباعده	ولا مره	لاي مدى اختلفت معهم بالرأى لانهم ...
١	٢	٣	٤	٥	١. لا يقضون وقت كافي مع المسن.
١	٢	٣	٤	٥	٢. لا يقومون بعملهم برعايه المسن بشكل كامل.
١	٢	٣	٤	٥	٣. لا يقدمون احترام كافي للمسن.
١	٢	٣	٤	٥	٤. يتعاملون مع المسن بدون صبر.
١	٢	٣	٤	٥	٥. لا يزورنك او لا يتصلون بك كفايه.
١	٢	٣	٤	٥	٦. لا يساعدونك بشكل كافي.
١	٢	٣	٤	٥	٧. لا يقدررون عملك بشكل كافي.
١	٢	٣	٤	٥	٨. يقدمون لك نصائح غير مقبوله.

فكر في كل ابناء العائله الذين يساعدون المسن، واذكر

تقريبا كل الوقت	في اوقات متقاربه	احيانا	في اوقات متباعده	ولا مره	لاي مدى اختلفت معهم بالرأى على..
١	٢	٣	٤	٥	٩. مدى شدة المشاكل المتعلقة بتصرفات وذاكرة المسن.
١	٢	٣	٤	٥	١٠. الحاجه للمراقبه والحفاظ على امن المسن.
١	٢	٣	٤	٥	١١. الامور الذي يستطيع المسن ان يفعلها بنفسه/ها.
١	٢	٣	٤	٥	١٢. الحاجه لارسال المسن لبيت المسنين.

الان سأسألك بعض الاسئله عن علاقتك مع ابيك/امك/حماتك/حماك.

تقريبا كل الوقت	في اوقات متقاربه	احيانا	في اوقات نادره	ولا مره	الى اي مدى تشعر ان ...
١	٢	٣	٤	٥	١٣. علاقتك مع المسن تجعلك عصيبا .
١	٢	٣	٤	٥	١٤. علاقتك مع المسن تجعلك يانسا
١	٢	٣	٤	٥	١٥. للمسن يوجد تأثير سلبي على علاقتك مع باقي العائله
٥	٤	٣	٢	١	١٦. علاقتك مع المسن تجعلك سعيدا
١	٢	٣	٤	٥	١٧. للمسن توجد طلبات اكثر من اللازم
١	٢	٣	٤	٥	١٨. علاقتك مع المسن يجب انت تكون جيده اكثر مما هي الان

امامك قائمه باعمال ومشاعر اشخاص معينين . ارجو ان تذكر لاي مدى هذه المشاعر ملائمته او غير ملائمته لك:

غير ملائم بناتا	غير ملائم	ملائم بمدى معين	ملائم	ملائم جدا	
٥	٤	٣	٢	١	١. انا اشعر احيانا انه لا حاجه لي
٥	٤	٣	٢	١	٢. هنالك اوقات اشعر بها بانني لا اسوى شيئا
٥	٤	٣	٢	١	٣. اريد ان اشعر اكثر احتراما تجاه نفسي
٥	٤	٣	٢	١	٤. بشكل عام انا اشعر بانني فاشل
٥	٤	٣	٢	١	٥. يوجد لي سيطره قليله على ما يحدث لي
٥	٤	٣	٢	١	٦. لا يوجد لي طريقه استطيع بواستطها ان احل قسم من المشاكل التي تضايقتني
٥	٤	٣	٢	١	٧. انا استطيع ان اغير بشكل قليل فقط، كثيرا من الاشياء المهمه في حياتي
٥	٤	٣	٢	١	٨. في اوقات متقاربه اشعر وكأنني غير قادر على التعامل مع مشاكلتي في الحياه
٥	٤	٣	٢	١	٩. في اوقات متقاربه اشعر وكأنني مدفوع/ ه من قبل الآخرين
١	٢	٣	٤	٥	١٠. المستقبل وما قد يحصل لي فيه، متعلق بالاحص بي
١	٢	٣	٤	٥	١١. انا استطيع ان افعل تقريبا كل شيء اقرر ان افعله
١	٢	٣	٤	٥	١٢. انا اشعر بانني ذات قيمه مثل الآخرين
١	٢	٣	٤	٥	١٣. انا اشعر بأنه يوجد لي عدة صفات ايجابيه
١	٢	٣	٤	٥	١٤. انا استطيع ان اقوم بامور بشكل جيد مثل الآخرين
١	٢	٣	٤	٥	١٥. انا راضي عن نفسي
١	٢	٣	٤	٥	١٦. يوجد لي شعور ايجابي تجاه نفسي

الان أسألك عدة اسئله عن مزاجك بالاسبوع الاخير . ارجو ان تذكر بجانب كل جمله عدد الايام التي شعرت فيها او تصرفت حسب الوصف الذي بالجمل الاتيه:

في الاسبوع الاخير...	و لا مره / يوم	١-٢ ايام	٣-٤ ايام	٥-٧ ايام
١. انزعجت من امور لم انزعج منها سابقا	٠	١	٢	٣
٢. لم يكن لي رغبه للاكل	٠	١	٢	٣
٣. لم استطيع ان اتخلص من مزاجي السيئ حتى ولا بمساعدة عائلتي	٠	١	٢	٣
٤. شعرت انني ناجح مثل الاخرين واعمل اشياء بصوره جيده مثلهم	٣	٢	١	٠
٥. كان من الصعب علي ان اركز فيما افعل	٠	١	٢	٣
٦. شعرت باليأس	٠	١	٢	٣
٧. شعرت بان كل ما فعلته كان يحتاج جهدا كبيرا	٠	١	٢	٣
٨. كنت مليئ بالامل تجاه المستقبل	٣	٢	١	٠
٩. شعرت بان حياتي فاشله	٠	١	٢	٣
١٠. كنت مليئ بالخوف	٠	١	٢	٣
١١. نومي لم يكن مريحا	٠	١	٢	٣
١٢. كنت سعيدا	٣	٢	١	٠
١٣. تكلمت اقل من المعتاد	٠	١	٢	٣
١٤. شعرت بالوحده	٠	١	٢	٣
١٥. الناس كانوا غير لطيفون معي	٠	١	٢	٣
١٦. استمتعت من الحياه	٣	٢	١	٠
١٧. كان عندي نوبات بكاء	٠	١	٢	٣
١٨. شعرت باني حزين/ه	٠	١	٢	٣
١٩. شعرت ان الناس لا يسهل تفونني .	٠	١	٢	٣
٢٠. لم استطع ان اشغل نفسي	٠	١	٢	٣

الاسئله التاليه تتعلق ب (ابيك، امك، حماتك او حماك).

الجنس: ١. ذكر ٢. انثى
 كم عمره: _____
 ما هو وضعه الاجتماعي: ١. متزوج ٢. مطلق ٣. ارمل ٤. منفرد.
 ما هو بعد سكن المسن عنك؟

١. يسكن في بيتك.
٢. يسكن في نفس العماره التي تسكن بها.
٣. يسكن بنفس الحاره التي تسكن بها وبعمارها مجاوره.
٤. يسكن بنفس الحاره التي تسكن بها ولكن بعمارها بعيده.
٥. بحاره مجاوره.
٦. بحاره بعيده.

كيف تصف قدره المعالج (اباك، امك، حماتك او حماك) في القيام بالاعمال الاساسيه التاليه :

التجول داخل البيت.

١. موجود بالسرير وغير قادر على النزول منه لوحده او ان يمشي عدة خطوات _____ .١
٢. يستعمل الكرسي المتحرك ويحتاج للمساعدة بالتنقل بالعربه _____ .١
٣. يستعمل كرسي متحرك ولكنه يتنقل لوحده بها _____ .٠,٥
٤. يتجول بمساعدة آله او بدونها ولكنه بحاجة لمساعدة شخص للقيام او الجلوس _____ .٠,٥
٥. يتنقل لوحده بمساعدة آله (عكازه) _____ .٠
٦. يتنقل بشكل حر _____ .٠

اللبس

١. بحاجة لمساعدة كامله بارتداء الملابس _____ .١
٢. بحاجة لمساعدة جزئيه (احذيه، ازرار، تركيب اسنان) _____ .٠,٥
٣. يرتدي ملابسه بدون مساعده _____ .٠

الاغتسال

١. يحتاج لمساعدة كامله بالاغتسال داخل الحمام _____ .١,٥
٢. يحتاج للمساعدة بقسم من عملية الاغتسال _____ .١
٣. يحتاج لمساعدة قليله(حلاقة ذقن / غسل الرأس وغيره) _____ .٠,٥
٤. يحتاج لمساعدة في تحضير الحمام (دخول و خروج من الحمام) _____ .٠,٥
٥. يغتسل بدون مساعده _____ .٠

الاكل والشرب

١. يحتاج ان يطعمه احد(بالاضافه الى تقديم الطعام عن طريق انبوب الموجود في المعده) _____ .١,٥
٢. يحتاج لمساعدة جزئيه بالاكل او بالشرب _____ .١
٣. يحتاج لمساعدة بالاكل فهو لا يستطيع ان يسخن الاكل لوحده _____ .٠,٥
٤. ضرير، بحاجة لمساعدة بتحضير و تقديم الطعام _____ .٠,٥
٥. يأكل ويشرب بدون مساعده _____ .٠

الافرازات

١. لا يسيطر على التبول والاخراج ، ويعتمد بشكل كامل على المساعدة من قبل الآخرين _____ .٣
٢. يسيطر على احد الافرازات بالليل والنهار ، ويعتمد بشكل كامل على المساعدة من قبل الآخرين _____ .٢,٥
٣. يستعمل الحمام ولكنه يحتاج للمساعدة بالتنقل ، ويعتني بنفسه بعد الحمام _____ .٢
٤. يستعمل الحمام ولكنه بحاجة الى المساعدة _____ .١
٥. يستعمل الحمام ولكنه بحاجة الى المساعدة القليله _____ .٠,٥
٦. يسيطر على نفسه بشكل جزئي ولا يعتني بنفسه _____ .٠,٥
٧. يسيطر على نفسه _____ .٠

كيف كنت تصف قدرة (اباك، امك، حماتك او حماك) في تنفيذ الاعمال الاتيه:

استعمال الهاتف

١. يستعمل الهاتف لوحده ، يجيب عليه ويتصل _____ .٠
٢. يتصل بقليل من الارقام التي يتذكرها _____ .٠
٣. يجيب على الهاتف ولكنه بحاجة للمساعدة في الاتصال _____ .٠,٥
٤. لا يستطيع ان يستعمل الهاتف بتاتا _____ .١

مشتريات

١. يقوم بالمشتريات لوحده _____ .٠
٢. يقوم بمشتريات قليله لوحده _____ .٠
٣. بحاجة لمرافقه ومساعدة شخص آخر _____ .٠,٥
٤. لا يستطيع ان يقوم بالمشتريات لوحده بتاتا _____ .١

تحضير الاكل

١. يحضر ، يطبخ ويقدم الاكل لوحده _____ .٠
٢. يحضر الاكل ولكنه بحاجة لمساعدة بتقديم الاكل _____ .٠,٥
٣. يسخن الاكل ويقدم الاكل المحضر فقط _____ .٠,٥
٤. بحاجة لمساعدة بتحضير الاكل وبتقديمه _____ .١

اعمال البيت

١. يقوم باعمال البيت لوحده مع مساعده ان وجدت _____ .٠
٢. بحاجة للمساعدة بقسم من اعمال البيت مثل : غسل الاواني _____ .٠,٥
٣. بحاجة لمساعدة بغالبية اعمال البيت _____ .١
٤. كل اعمال البيت يقوم بها اشخاص آخرون _____ .١

غسيل الملابس

١. يغسل الملابس لوحده _____ .٠
٢. يقوم بقسم من عملية الغسيل _____ .٠,٥
٣. كل العمله يقوم بها اشخاص آخرون _____ .١ - _____ .١

التنقل لمسافه بعيده خارج البيت

١. يسافر لوحده بسيارته او بالموصلات العامه _____ .٠
٢. يسافر بمواصلات عامه او بسيارته فقط بمساعدة الاخرين _____ .٠,٥
٣. لا يستطيع ان يسافر بتاتا _____ .١

تناول الدواء

١. يتناول دوائه بنفسه بالوقت _____ .٠
٢. يستطيع ان يأخذ الدواء بنفسه ، اذا كان محضر فقط ومقسم لوجبات _____ .٠,٥
٣. لا يستطيع ان يحضر ويأخذ الدواء بنفسه _____ .١

اداره ماليه

١. يدير امواله لوحده _____ .٠
٢. يدير مشترياته اليوميه ، لكنه بحاجة للمساعدة في امور البيت _____ .٠,٥
٣. لا يستطيع ان يدير الامور الماليه لوحده بتاتا _____ .١

مطروحه ادناه قائمه من العبارات تحتوي على اراء ومميزات شخصيه قد تكون او لا تكون لديك، ارجو ان تقرأ كل واحده من هذه العبارات وتحدد اذا كانت صحيحه او خاطئه بالنسبه لمدى تلائمها او تطابقها مع ارائك

خطأ	صحيح	
0	1	1. خلال حياتي كلها لم اكره اي انسان بشده.
1	0	2. في بعض الاحيان اشعر بالغضب والاستياء اذا لم احقق هدفي.
1	0	3. احبانا احب الانشغال بالقال والقيام.
0	1	4. انا دائما استمع لمن يحدثني مهما كان ذلك الشخص.
1	0	5. لقد حدث ان خدعت شخصا ما واستغليته.
0	1	6. اعترف بخطئي اذا اخطأت.
1	0	7. احبانا احب الانتقام بدلا من ان اتغاضى واسامح.
0	1	8. اذا لم اعرف شيئا فلا اخجل بالاعتراف بذلك.
0	1	9. انا لطيف دائما مع الناس حتى مع الذين لا استلطفهم.
0	1	10. لم يحصل وان تضايقت من اشخاص عبروا عن اراء تختلف عن ارائي
1	0	11. لقد حصل وان شعرت بالغيره من حسن حظ الاخرين.

شكرا على التعاون

נספח ג

2.5 סיכום משתני המחקר וכלי המדידה

להלן ריכוז משתני המחקר וכליו בטבלה.

לוח מספר 2.3: סיכום משתני המחקר וכלי המדידה

המקור	סולם המדידה	תיאור המדד	הכלי	המשתנה
				<u>משתני רקע של המטפל</u>
	מרווחי	בן, בת כמה אתה/את?		גיל
	שמי	זכר/ נקבה		מין
	שמי	בת/בן/כלה/נכדים		קרבה משפחתית לקשיש
	שמי	שכיר במשרה מלאה/ שכיר במשרה חלקית/ עצמאי/ אינם עובדים וגימלאים		מצב תעסוקתי
	מרווחי	מספר שנות לימוד		השכלה
	שמי	נשוי/ לא נשוי		מצב משפחתי

				<u>משתני רקע של</u>
				<u>הקשיש</u>
	מרווחי	בן/ בת כמה הקשיש/ה?		גיל הקשיש
	שמי	זכר/ נקבה		מין
	שמי	נשוי/ לא נשוי		מצב משפחתי
	סדר	בודק את מרחק המגורים של הקשיש מהמטפל על סולם בן שש דרגות: גר באותו בית/ באותו בניין/ באותה שכונה בבניין סמוך/ באותה שכונה בבניין רחוק/ בשכונה סמוכה/ בשכונה רחוקה. ציון גבוה מעיד על מרחק גדול יותר.		מרחק גיאוגרפי בין הקשיש למטפל
Katz et al., 1963	מרווחי	בודק את רמת הנזקקות לעזרה בחמש פעולות יומיומיות: ניידות הלבשה, רחצה, אכילה והפרשות. ציון גבוה מעיד על רמת נזקקות גבוהה.	Activities of Daily Living Scale (ADL)	ADL
Lawton & Brody, 1969	מרווחי	בודק את רמת הנזקקות לעזרה אינסטרומינטלית בשמונה תחומים: שימוש בטלפון, קניות, הכנת אוכל, עבודת בית, כביסה, ניידות מחוץ לבית, נטילת תרופות, ניהול כספי. ציון גבוה מעיד על רמת נזקקות גבוהה.	Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL)	IADL

				מאפייני הרשת המטפלת
	מרווחי	מספר הילדים שמטפלים בקשיש כולל המטפל.		מספר חברים ברשת
	שמי	משתנה זה נמדד בעקיפין. תחילה נקבעה הזהות המגדרית לכל חבר או חברה ברשת המשפחתית המטפלת על פי הקרבה לקשיש. בהמשך חושב מספר החברים מכל מין בכל רשת. לבסוף חולק מספר החברים על ידי המספר הכולל של חברים ברשת המשפחתית המטפלת. נתונים אלה אפשרו חלוקת הרשתות ל- 3 קטגוריות על פי ההרכב המגדרי: הרוב או הכל נשים, הרכב מגדרי שווה, הרוב או הכל גברים.		הרכב מגדרי של הרשת
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה.	מרווחי	4 פריטים בודקים את אופי חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ פיזי, בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת. סולם התשובות בנוי מ-4 דרגות מ"נכון מאוד" עד " בכלל לא נכון". ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית נתפסת במדד זה.		חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהשקעה של זמן ומאמץ.
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה.	מרווחי	2 פריטים בודקים את אופי חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהוצאות הכספיות, בין חברי הרשת המשפחתית המטפלת. סולם התשובות בנוי מ-4 דרגות מ"נכון מאוד" עד "בכלל לא נכון". ציון גבוה מעיד על חלוקה שוויונית נתפסת במדד זה.		חלוקת האחריות לטיפול המתבטאת בהוצאות כספיות.

				<u>מאפייני הטיפול</u> <u>בקשיש</u>
	מרווחי	משך השנים של הטיפול בהורה הקשיש.		משך השנים של הטיפול
	מרווחי	מספר שעות הטיפול בשבוע.		מספר שעות הטיפול בשבוע
	מרווחי	מספר ימי הטיפול בשבוע.		מספר ימי הטיפול בשבוע
	מרווחי	13 משימות טיפול כמו רחצה, האכלה וכדומה. המרואיין התבקש לציין את המשימות שבהם הוא לוקח חלק.		מספר המשימות הטיפוליות
Navaie- Waliser et.al., 2001	מרווחי	חישוב המכפלה של מספר ימי הטיפול בשבוע ומספר המשימות שהמטפל עוזר לקשיש בביצועם.	The level of care index	אינטנסיביות הטיפול

				משתנים בלתי תלויים- עיקריים
Hui, 1988; Hui & Yee, 1994	מרווחי	הכלי מורכב מ-27 פריטים שמתייחסים לעמדותיהם של הנשאלים באשר להתנהגויות חברתיות, תרבותיות ומשפחתיות יומיומית. סולם התשובות בנוי מחמש דרגות מ"מתנגד מאוד" עד "מסכים מאוד". תורגם לעברית ונבחן בפילוט. ציון גבוה מעיד על אורח חיים אינדיבידואליסטי.	Individualism-Collectivism Scale (INDCOLs)	אורח חיים של המטפל
Litwin & Zoabi, 2002	סדר ומרווחי	מורכב מחמש קטגוריות מבטאות רמות עיור שונות. ציון גבוה מעיד על רמת עיור גבוהה. הקטגוריות הן: עיר, עיר-כפרית, כפר בפרברי עיר, כפר גדול, כפר קטן ומבודד		רמת העיור של הישוב
	שמי	האם את/ה מקיים מצוות התפילה? לא, כן		קיום מצוות- תפילה
	שמי	האם את/ה מקיים מצוות הצום? לא, כן		צום
	שמי	האם קיימת מצוות העלייה לרגל? לא, כן		עלייה לרגל
Picot et al., 1997	סדר	איך אתה מגדיר את עצמך מבחינה דתית? חילוני/מסורתי/ דתי/ דתי מאוד		הגדרה עצמית של דתיות
Picot et al., 1997	סדר	באיזו מידה אתה מסתייע בדת בעת צרה? אף פעם/ לפעמים/ לעיתים קרובות/ תמיד		הסתייעות בדת בעת צרה

				משתנים מתוכנים
Novak & Quest 1989	מרווחי	הכלי כולל 24 פריטים והוא מודד את ההשפעה השלילית של הטיפול על תחומי החיים השונים של המטפל. סולם התשובות כולל 5 דרגות מ"בכלל לא מתאים" ועד "מתאים מאוד". ציון גבוה במדד זה מעיד על תחושת נטל טיפול גבוהה.	The Caregiver Burden Inventory (CBI)	נטל הטיפול
Hobfoll & Lerman, 1989; Greenberger & Litwin, 2003	מרווחי	הכלי כולל 16 פריטים שמודדים הערכה עצמית ותחושת שליטה. התשובות נמדדות בסולם ליקרט בן ארבעה דרגות מ"מתאים מאוד" עד "לא מתאים בכלל". קיים בעברית. ציון גבוה במדד זה מעיד על יעילות עצמית גבוהה.	Self-Efficacy, General Scale	יעילות עצמית כללית
Pearlin et al., 1990; Greenberger & Litwin, 2003	מרווחי	הכלי כולל 9 פריטים שמודדים את התמיכה הרגשית שמקבל המטפל העיקרי מבני משפחתו. התשובות נמדדות בסולם ליקרט בן 4 דרגות מ"מסכים מאוד" עד "מאוד לא מסכים". קיים בעברית. ציון גבוה במדד זה מעיד על תמיכה משפחתית גבוהה במטפל.	Role-Specific social support scale	תמיכה משפחתית בתפקיד המטפל
Pearlin et al., 1990; Semple, 1992	מרווחי	השאלון מורכב מ-12 היגדים שנוגעים לשלושה מרכיבים בטיפול בקשיש: מצבו הבריאותי והבטיחותי של הקשיש; מערכת היחסים בני המשפחה לבין ההורה	Family Conflict Scale	טיב היחסים בתוך הרשת המשפחתית המטפלת

		הקשיש ומערכת היחסים בין בני המשפחה לבין המטפל העיקרי. תורגם לעברית ולערבית. ציון גבוה במדד זה מעיד על יחסים טובים ברשת המשפחתית.		
Poulshock & Deimling, 1984	מרווחי	הסולם מורכב מ-6 היגדים שבודקים את טיב היחסים בין המטפל למטופל. סולם התשובות בן 5 דרגות מ"אף פעם" עד "כמעט כל הזמן". תורגם לעברית ולערבית. ציון גבוה במדד זה מעיד על יחסים טובים בין המטפל לקשיש.	Elder-Caregiver relationships Scale	טיב היחסים בין מטפל-מטופל

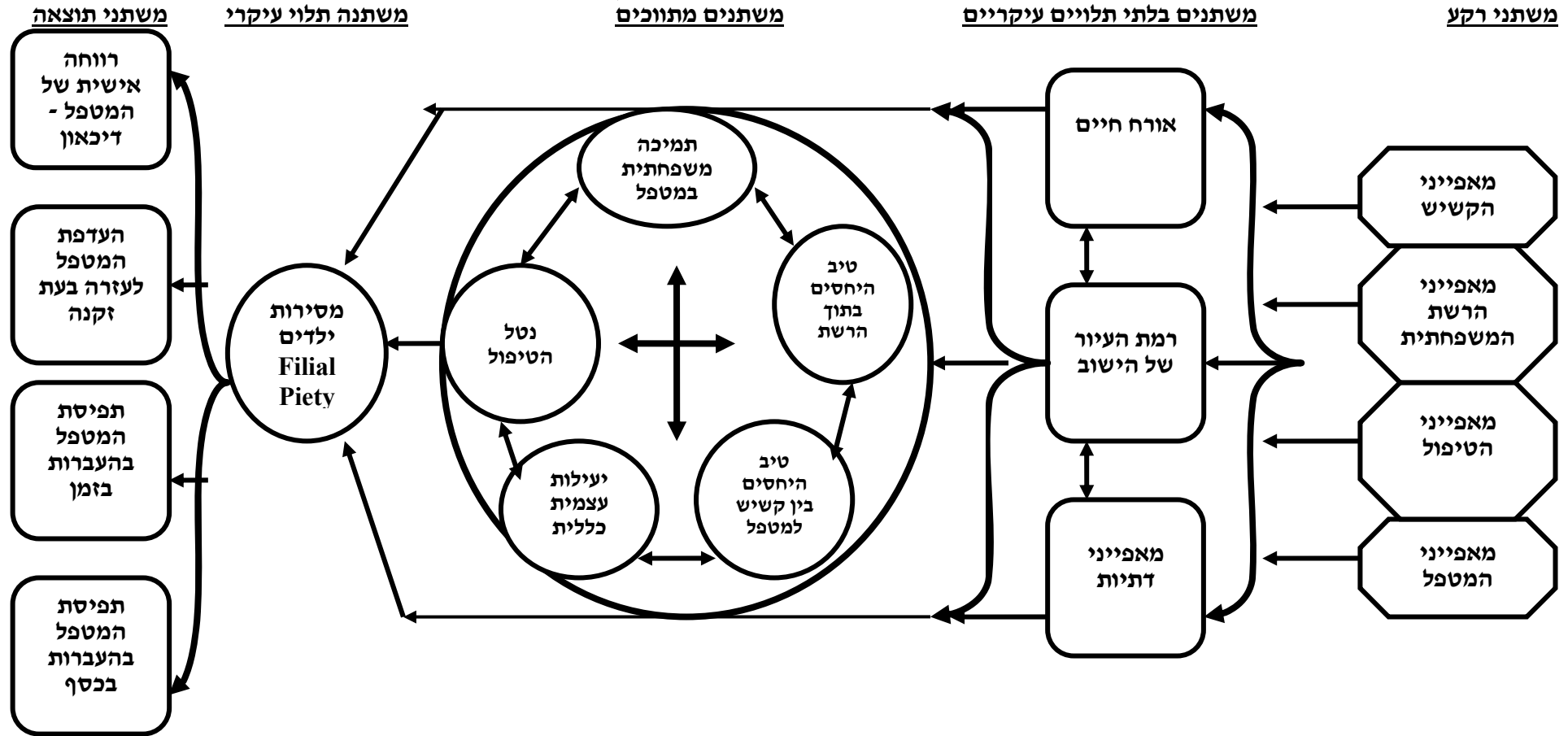
				משתנה תלוי עיקרי
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה.	מרווחי	26 פריטים בודקים את מסירות הילדים להוריהם הקשישים. סולם התשובות בנוי מ-5 דרגות מ"בכלל לא מסכים" עד "מסכים מאוד". הכלי החדש תוקף באמצעות מבחן מקדים וניתוח גורמים והתגלו בו 7 גורמים: הקרבה של זמן וכסף, מחויבות ואחריות, אהבה ואמפטיה, מתן כבוד להורים, שמירה על ערכים תרבותיים, רצון להחזיר טובה, עיקרון החליפין, שמירה על הרמוניה ולכידות משפחתית. הכלי תורגם לערבית ונבחן בפילוט. ציון גבוה במדד זה מעיד על מסירות ילדים גבוהה.	Filial piety Scale	מסירות ילדים

				<u>משתני תוצאה</u>
Radloff, 1977	מרווחי	20 היגדים בודקים מהם התסמינים של דיכאון שחווה המטפל בשבוע האחרון ובאיזו עצמה. התשובות נמדדות בסולם ליקרט בן 4 דרגות מ"פחות מיום" עד "7-5 ימים". ציון גבוה מעיד על רמת דיכאון גבוהה.	Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)	רווחה אישית של המטפל (דיכאון)
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה. Strawbridge & Wallhagen, 1991	מרווחי	3 פריטים בודקים שלוש העדפות לטיפול, טיפול משפחתי, מטפל זר, מסגרת מוסדית. סולם התשובות בי 5 דרגות מ"במידה רבה מאוד" עד "בכלל לא". ציון גבוה מעיד על העדפה גבוהה לטיפול משפחתי.		העדפת המטפל את הטיפול המשפחתי לעצמו בעת זקנה
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה.	מרווחי	שאלה ישירה בודקת את תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף. סולם התשובות מורכב מ-5 דרגות: המשפחה בלבד, המשפחה בעיקר, שניהם באופן שווה, המדינה בעיקר, המדינה בלבד. ציון גבוה מעיד תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף		תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של כסף הקשורות בטיפול בקשיש.
פיתוח של החוקר לצורך מחקר זה.	מרווחי	שני פריטים בודקים את אחריות המשפחה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן: תמיכה בעבודת משק הבית ולצורך הטיפול האישי בקשיש הזקוק לעזרה. סולם התשובות מורכב מ-5		תפיסת המטפל באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן הקשורות בטיפול בקשיש.

		<p>דרגות : המשפחה בלבד, המשפחה בעיקר, שניהם באופן שווה, המדינה בעיקר, המדינה בלבד. ציון גבוה מעיד על תפיסה גבוהה באשר לאחריות המשפחה בהעברות של זמן.</p>		
--	--	--	--	--

				<u>משתנה בקרה</u>
Crowne & Marlowe, 1960 Reynolds, 1982	מרווחי	<p>11 פריטים בודקים את הרצייה החברתית של המרואיינים. אפשרות בחירה בין שתי תשובות כן/ לא. ציון גבוה מעיד על תגובתיות גבוהה של המרואיין.</p>	Marlowe- Crowne Social Desirability Scale (MC)	רצייה חברתית

נספח ד - מודל המחקר



Abstract

For centuries, the elderly in traditional, rural Arab communities have been supported by family. However, over recent decades, Arab society in Israel has been undergoing numerous social, cultural, educational and economic changes (Al-Haj, 1989; Habash, 1977; Weil et al., 1988). These changes have impacted upon one of this society's major values: "filial piety." Some scholars have stated that children's filial piety in caring for elderly parents in the Arab community has been losing ground (Azaiza, 1996; Litwin & Haj-Yahia, 1996; Litwin & Zoabi, 2003).

The present research study has examined the factors that lie at the foundation of the phenomenon of filial piety among adult children of elderly parents under conditions of social change. The major research goal was to examine whether modernization processes have had an impact on filial piety and the results of modernization. The theory of modernization, which emphasizes the negative impact of various patters of modern society upon traditional society, forms the theoretical basis of this study (Cowgill, 1974).

1. Survey of the literature

Care of the community-based elderly is, in most cases, provided by the family network (Keith, 1995; Sung, 2001). This "family network" is usually composed of a son and his wife, daughters, sons, daughters-in-law, grandsons and granddaughters (Lee et al., 1997; Peters-Davis et al., 1999; Stoller, 1990). The task of caring for aged parents has traditionally fallen upon the adult children. In traditional societies, such as in Asia and among the Arab community in Israel, the daughter-in-law, together with her husband, usually takes upon herself the major role of caregiver for her husband's

parents as part of her fulfillment of the normative responsibility and commitment to her new family (Kim & Lee, 2003; Lowenstein & Katz, 2000).

The family-based caregiving of elderly parents by adult children is considered to be a normative cultural custom. Parents expect a high level of filial piety, and, for the adult children, caring for their ageing parents is a commitment which is taken for granted (Finley et al., 1988; Kao & Travis, 2005; Lee et al., 1994; Peek et al., 1998; Van der Pas et al., 2005). The professional literature shows that the concept of “filial piety” expresses the motives that cause children to agree to take care of their elderly parents (Cicirelli, 1993; Sung, 1992), including respect for the parents, desire to preserve family harmony, love and affection for the parents, the responsibility of children, the desire to repay the parents for their kindness and physical and financial sacrifice (Kao & Travis, 2005a; Kao et al., 2007; Sung, 1995). There have hardly been any studies on the motives for caring for elderly parents among Arabs in Israel. The only recent study discussing this issue was a qualitative study of 11 Arab families caring for a demented elderly parent (Leichtentritt et al., 2004).

Previous sources have described the elderly in rural Arab society as a person at the center of a broad social network that made sure to provide maximally for the economic, emotional and physical needs of the elderly according to fixed rules that were taken for granted. These rules obligated not only the children and other relatives, but also neighbors, friends and others. Caring for the elderly and serving them was thought to be a binding and uncontested rule among the informal social network, both from the religious aspect and the social aspect. As part of this care, there was a clear division of roles for carrying out tasks involved in serving the elderly parent (Jeraissy, 1976; Rizik, 1978).

However, in recent years, there has been a decline in the status of the elderly, from a powerful, central figure who controls and supports the family to a weak figure lacking authority who is in need of support and assistance. In addition, the individualist orientation is on the increase among Arab young people, while the collectivist orientation is losing ground, leading to a shakeup in the status of the elderly. Furthermore, the bond between Arab children and their parents is becoming more and more “instrumental,” based more on practical needs rather than traditional ideological commitment (Al-Haj, 1995). Research studies have even shown that the family and clan support network among Arabs in Israel has been reduced to a smaller network (Litwin & Haj-Yahia, 1996), and that households that used to be headed by an elderly head of the family have now split up into individual households (Meir & Ben-David, 1994). The literature also point to a rise in the family’s willingness to accept assistance from formal social services such as old-age homes and daycare centers for the elderly (Azaiza & Brodsky, 1995; Azaia et al., 2001; Suleiman, 1998) and has even identified a trend of a rise in elder abuse among Arabs by family members (Litwin & Zoabi, 2003; Zoabi, 1994).

Research studies have shown that all over the world there have been revolutionary changes in all matters concerning children’s obligations and commitment to their parents. These trends are similar in nature, but not in scope, to the changes that Arab society in Israel is undergoing. In Asian communities, for example, these changes have caused a drop in children’s willingness to come to the aid of their parents (Sung, 1992), and have changed the forms of expressing respect and fulfilling the norms of filial piety (Ingersoll-Dayton & Pang, 2000). The family unit caring for the aged parent (the eldest son and his wife) has also changed and almost disappeared in some of the Asian families (Choi, 1996). In like manner, the norm according to which the

elderly parent lives with the eldest son is also increasingly weakening (Hsu, Lew-Ting & Wu, 2001).

Scholars explain these phenomena by the concept of “modernization” which is creating ever-increasing gaps between parents’ expectations and children’s behaviors (Al-Haj, 1989; Azaiza et al., 1999; Litwin & Haj-Yahia, 1996; Litwin & Zoabi, 2003). Modernization theory states that the status of the elderly in society is decreasing as the level of modernization of that society rises (Cowgill, 1974). This is the theoretical foundation of the present research.

In addition, the literature has demonstrated that there are a number of factors that may mediate in the correlation between characteristics of modern life and filial piety. The sources note that a good relationship between the elderly parent and the adult who is the caregiver is a good predictor of care for the elderly parent (Henretta et al., 1998; Pohl et al., 1995). Furthermore, good relations within the family network are also likely to increase the scope of assistance and support for the elderly parent (Brody et al., 1989). Scholars have also noted the correlation between feeling the caregiving burden and the caregiver’s filial piety (Chou et al., 1999; Youn et al., 1999). However, there is no clear evidence of the direction of this correlation due to the variation in findings. The literature also hints at an indirect correlation between overall self-efficacy and filial devotion (Greenberger & Litwin, 2003; Noonan & Tennstedt, 1997) and between family support for the caregiver and filial piety (Lee & Sung, 1998).

The intervening variables described above join numerous other background factors that may impact upon the correlation between the characteristics of modern life and filial piety. These include the background characteristics of the elderly parent and of the caregiver-child, the characteristics of the family network taking care of the elderly

parent, and the home-based care characteristics. From among the characteristics of the elderly parent, it was found that the advanced age of the parent is correlated with the scope of assistance provided by the adult child caregiver (Chappell & Kusch, 2007). Furthermore, it was found that the degree of filial piety differs according to whether the elderly person in need of care is father, mother, father-in-law or mother-in-law (Finley et al., 1988). In addition, studies have found that a married parent has less chance of receiving assistance from the children than a single parent (Dwyer & Coward, 1991). Finally, the lower the level of the elderly parent's functioning (Ishii-Kuntz, 1997) and the smaller the geographic distance between caregiver and parent, the greater the filial piety (Litwin, 1994).

The scientific literature points to a number of background characteristics associated with the caregiver that are likely to impact as well on filial piety. It was found that daughters reported a higher degree of filial piety than daughters-in-law and sons (Chou et al., 1999). Older age of the caregiver was found to be correlated with a higher degree of filial piety (Groger & Mayberry, 2001; Hanson et al., 1983). Sources also noted that caregivers whose marriages are unstable feel less filial piety as compared to caregiver-children with stable marriages (Cicirelli, 1983; Peek et al., 1998), and that holding down a full-time job significantly lessens the number of hours of assistance provided by sons, but not by daughters (Stoller, 1983). There is also a correlation between the caregiver's educational level and filial piety (Campbell & Martin-Mathews, 2003; Peek et al, 1998).

Characteristics associated with the family network caring for the elderly parent have been shown to be factors impacting upon filial piety. It was consistently found that the presence of women in the family networks caring for the elderly parent increase the parent's chance of receiving assistance and support from the children

(Coward & Dryer, 1990), while the presence of sons in the composition of the network does not increase the amount of help provided (Spitze & Logan, 1990). Nevertheless, the correlation between network size and filial piety is not consistent (Finley et al., 1988; Kao & Travis, 2005b; Peek et al., 1998). Furthermore, the literature has pointed out a correlation between division of the responsibility for care within the family network and the scope of the assistance that the children provide to their parents (Keith, 1995; Matthews, 1995).

Characteristics of care provided are additional factors that can impact upon filial piety. Among these factors is whether there is a positive correlation between several care tasks in which the caregiver takes part and between filial piety (Peek et al., 1998). Studies have also hinted at additional factors that may have indirect impact upon filial piety, such as the number of hours and years of care (Chou et al., 1999; Fredman et al., 1995; Pinquart & Sorenson, 2003).

In addition to the above-mentioned factors, the literature has discussed a number of major results of filial piety of adult children caring for their aged parents. One is the preference of the caregiver for family-based care in old age (Leichtentritt et al., 2004). The greater the degree of filial piety, the more the caregiver prefers home care for himself or herself when the time comes. An additional result is the personal wellbeing of the caregiver (Kim & Lee, 2003; Raveis et al., 1998;), although this is not consistent. Others state that the intergenerational transfers are another major result of filial piety (Lowenstein & Doron, 2006). A high degree of filial piety increases the transfers of money and time between the generations (Arrondel & Masson, 2001; Klein, Inkkink et al., 1999; Shi, 1993).

The research hypotheses

1. The research will find a correlation between the characteristics of modern life and filial piety.
 - 1.1. There will be a negative correlation between community types (urban, rural) and filial piety.
 - 1.2. There will be a positive correlation between the characteristics of the caregiver's religiosity and filial piety.
 - 1.3. There will be a negative coefficient between the caregiver's lifestyle and filial piety.
2. The research will find that there is a mediating/moderating influence from family support for the caregiver, nature of the relationship between the caregiver and the elder, nature of the relations within the family caregiver network, general self-efficacy and the caregiving burden on the correlation between the characteristics of modern life and filial piety.
3. The research will find a correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's preference for help in the future.
 - 3.1. There will be a negative correlation between community type and the caregiver's desire to be cared for by his or her own children in the future.
 - 3.2. There will be a positive correlation between characteristics of the caregiver's religiosity and the desire to be cared for by his or her own children in the future.
 - 3.3. A negative coefficient will be found between the caregiver's lifestyle and the desire to be cared for by their own children in the future.
4. The research will find that there is a mediating/moderating influence from family support for the caregivers, nature of the relationship between the caregiver and the

elder, the caregiving burden and filial piety on the correlation between the characteristics of modern life and the desire to be cared for by his or her own children in the future.

5. The research will find a correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's wellbeing (depression).
6. The research will find that there is a mediating/moderating influence from family support for the caregiver, nature of the relationship between caregiver and elder, nature of the relations within the family caregiving network, general self-efficacy, caregiving burden and filial piety on the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's personal wellbeing.
7. The research will find a correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's perception of family responsibility referring to transfers of time involving care for the elder.
8. The research will find that there is a mediating/moderating influence from family support of the caregivers, the nature of the relationship between the caregiver and the elder, the nature of the family caregiving network, general self-efficacy, the caregiving burden and filial piety on the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's perception of the family responsibility for transfers of time.
9. The research will find a correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's perception of the family responsibility for transfers of money involving care for the elder.
10. The research will find that there is a mediating/moderating influence from family support for the caregiver, nature of the relationship between caregiver and elder, nature of the relations in the family caregiving network, general self-efficacy,

caregiving burden and filial piety on the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's perception of the family responsibility for transfers of money.

3. The research methodology

Research population and sample

The research population consisted of 250 informal caregivers – adult children from the Arab community in Israel who are caring for their elderly relatives at home. The subjects were selected from the north of Israel, from Arab municipalities that represent a continuum of five community types: a small, isolated village; a large village; a village that is the suburb of a city; a rural city; and a city. The sampling was carried out in two stages: at the first stage, representative communities were selected for five community types, while at the second stage, 50 informal caregivers were selected from each of the five community types. Selecting the informal caregivers and obtaining their initial consent to participate in the research study was carried out by the social workers who are responsible for caring for the elderly in the communities that were selected.

Process of data-gathering

Two social workers were trained to gather the data. Before they went into the field, the two interviewers practiced two simulations of interviews. All of the interviews were face to face interviews in the caregiver's home, each interview lasting about one hour. The data-gathering process was spread out over one year.

Research instrument

A structured questionnaire made up of several instruments was the main research instrument. Among other parameters it examined, the questionnaire examined data on the characteristics of the caregiver; characteristics of the family caregiving network; characteristics of the elder; and characteristics of care of the elder. Additional tools within the questionnaire examined the intervening variables, including questionnaires that measured the nature of the relationship within the family caregiving network and between caregiver and elder; the feeling of the burden of care; the family support of the caregiver; and the level of the caregiver's general self-efficacy.

In addition to the above instruments, the questionnaire included instruments for measuring the major independent variables (caregiver's lifestyle; level of religiosity; and community type), as well as the major dependent variable (filial piety) and its results. An examination of the results of filial piety was carried out with questionnaires on caregiver's level of depression; the desire to be cared for by their own children in the future; and the caregiver's perception of the family's responsibility regarding the transfer of time and money. Studies in Israel have already made use of several of these research instruments; others were translated into Arabic for the first time and adapted to Arab culture. Additional instruments were developed for measuring filial piety. These instruments underwent the commonly accepted reliability and validity tests. The instruments used to examine the major independent variables and the major dependent variable, which are the major subject of this research, are described in detail below.

Major independent variables

The major independent variables are the characteristics of modern life as reflecting the concept “modernization.” These included the type of community in which the caregivers live, level of religiosity and lifestyle. Community types were divided into five categories from rural to urban center: small isolated village, large village, village which is a suburb of a city, rural city and city. A high score on this index refers to a high degree of urbanization.

Level of the caregiver’s religiosity was examined through three indices. The first examined the observance of the Islamic precepts of prayer, fasting and pilgrimage to Mecca. The two additional questionnaires were on “Self-definition of religiosity” and “Consolation and assistance through religion in times of distress.” These were defined as categorical variables measured on an ordinal scale. A high score on these indices reflected a high level of religiosity for the caregiver.

The instrument for examining the caregiver’s lifestyle included 27 statements referring to positions on daily social, cultural and family behaviors. The questionnaire used in this study was structured on the Individualistic-Collectivist Lifestyle Questionnaire developed by Hui and colleagues (Hui, 1988; Hui & Yee, 1994), which was translated from English to Hebrew and then to Arabic. It was then revised and adapted to the Arab community in Israel, with an internal reliability coefficient after correction of Cronbach’s alpha of 0.81. A high score on this scale reflected a very individualistic lifestyle.

The major dependent variable

The scientific literature shows that there are many indices for measuring filial piety, but the researcher thought that the values reflected by these instruments are not suited to the values and customs of the Arab community in Israel. The researcher structured a new research instrument with 26 statements based on the various questionnaires found in the survey of the literature, which express the motives and various contents of filial piety identified in the literature suited to the Arab culture in Israel. One example of these statements is, "Each child must be devoted to caring for his parents even if it means postponing marriage." Respondents were asked to express degree of agreement with these statements according to the five-step Likert scale from "Highly agree" to "Completely disagree." A high score on this index indicated a high degree of filial piety. A pre-test of this new questionnaire yielded Cronbach's alpha of 0.79. In addition, the questionnaire was sent to expert scholars researching the population being studied for their perusal. Following the pre-test and comments by the scholars, changes were made in several of the statements on the questionnaire. The revised questionnaire used with 250 respondents in the research sample achieved Cronbach's alpha coefficient of 0.83.

Data-processing methods

The data underwent three levels of statistical processing: uni-variants, bi-variants and multi-variants. The multi-variant regression process examined the independent variables that reached significant levels of less than 0.05 in the bi-variant analysis in reference to any dependent variable. The major regression method was hierarchical regression. The order in which the explanatory variables were entered was set according to the research study's theoretical model. The goal of the multi-variant

analysis was to examine how the mediating variables and the background variables contributed to the correlation of what was examined in each analysis beyond the contribution of the control variable: social desirability.

3. The research findings

Univariate findings

It was found that most of the informal caregivers in the present sample were women, mostly daughters (36.4%), but also sons (32.4%), daughters-in-law (27.2%) and a small number of grandchildren (3.6%). About one third of the caregivers are unmarried, in a broad range of ages from 19 to 65 with an average age of about 40. The family caregiving networks for an elder are made up of an average of five children. Most of the elders are very old, most are women, and more than half have no living partner. The data show that the level of the elders' neediness for assistance in the activities of daily living (ADL) and for instrumental assistance is high, and that most (60%) live in the same apartment or building as the caregiver. Finally, the research found that the caregivers provide intensive assistance for a great many daily tasks and continue to do so for a long time (an average of seven years).

Bivariate & Multivariate findings: Examination of the research hypotheses

Hypothesis No. 1, which examined the correlation between the characteristics of modern life and filial piety, was confirmed for the most part. A significant negative correlation was found between a modern lifestyle and filial piety of the children, as well as a negative correlation between level of urbanization and filial piety. However, the religiosity characteristics did not contribute to the prediction of filial piety. Additional factors that were shown to be major contributors to the prediction of filial

piety included the number of weekly hours of care, the level of neediness for assistance in ADL, gender composition, “Most or all are women,” gender composition “Most or all are men.”

Hypothesis No. 2 referred to the mediating capacity of the variables mediating between the characteristics of modern life and filial piety. This hypothesis was partially confirmed. The research found that the variables of nature of the relationship within the family caregiving network, nature of the relationship between the elder and the caregiver, and the caregiving burden, mediate in the correlation between lifestyle and filial piety, but not in the correlation between level of urbanization and religiosity and filial piety.

Hypothesis No. 3, which examined the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver’s own preference for home care by children in the future was also partially confirmed. The research found a negative correlation between level of urbanization and caregiver’s preference, beyond the control and background variables. In addition, several background variables were shown to be major contributors to predicting the caregiver’s preference for home care by children in the future: education; the elder’s personal status; geographical distance between elder and caregiver; family relation of “son”; family relation of “daughter-in-law; gender composition of “Mostly or all men”; community type; and filial piety.

Referring to *Hypothesis No. 4*, which examined how mediating variables contributed to the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver’s own preference for home care by the family in the future, we can state that the regression did not respond to the question of mediation referring to the caregiver’s lifestyle and religiosity. Nevertheless, filial piety was found to mediate the correlation

between the caregiver's lifestyle and the caregiver's preference for home care by the family in the future.

In contrast to the above hypotheses, the research findings were unable to confirm *Hypothesis No. 5* or *Hypothesis No. 6*, which referred to the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's personal wellbeing. However, the regression analysis revealed several factors which were major contributors to predicting the caregiver's personal wellbeing, including number of years of care of the elder; whether the caregiver was a salaried worker with a full-time job as compared to being self-employed; and general self-efficacy.

The final four research hypotheses, referring to the correlation between the characteristics of modern life and the caregiver's perception of family responsibility for transfers of time and money, were mostly confirmed. It was found that greater urbanization of community type predicted that the caregiver would perceive lower family responsibility for transfers of time, while higher religiosity predicted that the caregiver would perceive a higher degree of family responsibility, beyond the control and background variables (*Hypothesis No. 7*). In like manner, the research found that "Family support for the caregiver" mediates the correlation between community type and the caregiver's perception of family responsibility for transfers of time (*Hypothesis No. 8*).

It was also found that community type is connected to caregiver's perception of greater family responsibility for transfers of money (*Hypothesis No. 9*). In addition, the mediating variables, i.e., family support for the caregiver and filial piety, mediated the correlation that was found between community type and the caregiver's perception of the family's responsibility for transfers of money (*Hypothesis No. 10*).

The regression analysis of transfers of time and transfers of money were shown to be factors that explained the variability of these variables. It was found that the division of responsibility for care of the elder expressed in an investment of time and effort, in the geographical distance between caregiver and the elder, the elder's personal status and age, all were major contributors to predicting the caregiver's perception of family responsibility for transfers of time. In contrast, factors contributing to predicting the caregiver's perception referring to transfers of money were different, as they included the caregiver's educational level; level of need of the elder for instrumental ADL; the elder's personal status; and number of weekly hours of care.

4. Discussion of the research findings

Analysis of the univariate findings

The high degree of involvement by women in general and by sons and daughters-in-law in particular in the care of elderly parents in the Arab community in Israel is not especially surprising (Haj-Yahia, 1995; Lowenstein, 1999; Lowenstein & Katz, 2000), nor is it unique to that society (Chappell & Kusch, 2007). One explanation of this phenomenon is associated with cultural norms and the cultural ideology of Arabs in Israel that fix gender roles within the community and the family as well as determining the responsibilities of the son and daughter-in-law in caring for an elderly parent.

The wide age spectrum (19-65) therefore reflects the fact that three generations of caregivers are represented in the current research: adult children, young children and grandchildren. This observed phenomenon shows that Arab society in Israel is still preserving its multigenerational structure. It was also found that about one third of the

informal caregivers in this sample are not married. In the past, claims have been made that one of the adult daughters in an Arab family does not marry in order to care for her aged parents (Weil et al., 1988), however, in the present research, the majority of daughters who are caregivers and are over the acceptable marriageable age are married (86.7%). Finally, the findings show that the caregiver children assist their parents in many tasks on a daily basis and continue providing this assistance for a long time.

Analysis of the multivariate findings

As expected, it was found that the characteristics of modern life have an impact on filial piety. The research findings demonstrated that the caregiver's individualistic lifestyle and high level of urbanization lower the level of filial piety. These findings reinforce claims that transitional processes and modernization have impacted upon the drop in the status of the elder in Arab society in Israel (Azaiza & Litwin, 1994; Haj-Yahia, 1996; Zoabi, 1994).

It is the nature of the relationship between caregiver and parent that contributes the most in predicting filial piety. Good relations between the two raise the level of filial piety. One possible explanation for this finding is related to the relations of reciprocity and solidarity built over the years between the caregiver and the elderly parent. Reinforcement of this explanation may be found in other studies that noted the correlation between intergenerational solidarity built up over the years and between the emotional and instrumental exchange relations between adult children and their parents (Parrott & Bengtson, 1999).

The caregiver's feeling of the burden of care also is a major contributor to predicting filial piety. However, in contrast to the nature of the relationship between

caregiver and elder, the burden of care has a negative impact. A strong feeling of burden of care lessens reported filial piety. This finding reinforces the research findings from other studies conducted in other countries (Chou et al., 1999; Lee & Sung, 1998; Steins et al., 2006) but contradicts others (Youn et al., 1999).

One of the most important results of filial piety revealed by the current research is the caregiver's preference for the caregiver's own home care by children in the future. As expected, the research findings showed that filial piety has great weight in predicting the caregiver's own preference for home care in the future. This correlation may perhaps be explained by the reciprocity among the generations (indirect multigenerational reciprocity). In this case, the person executing the transfer does not receive the exchange from the same person but from a third person from another generation, usually from the next generation. It may be that adult caregivers for elderly parents are attempting to send a clear message to their young children through the care they are providing to their elderly parents that when the time comes, they would like to receive similar home care by their own family. This explanation is reinforced by the findings of a recent qualitative study conducted among the Arab community in Israel (Leichtentritt et al., 2004).

It was also found that caregivers living in cities and in suburbs of cities prefer formal care over home care by the family for themselves in the future. This finding reinforces claims raised in the survey of the literature stating that the stance of Arab society in Israel regarding formal social services has changed to a more positive stance because of processes of modernization and urbanization that Arab society has been undergoing over recent decades.

Another important result of filial piety arising from the current research findings is the caregiver's perception of the family's responsibility for money transfers. It was

found that caregivers with high filial piety exhibit greater agreement on family responsibility for transfers of money. It may be that caregivers with a high degree of filial piety express the elderly parent's need for transfers of money to cover the financial expenses involved in the care by means of a perception of a higher degree of responsibility for the family caregiving network to execute these financial transfers.

The findings also showed that the level of urbanization of the caregiver's home community predicts the caregiver's perception of the transfers of money. Caregivers living in more urbanized localities, such as a large village, rural city and city, expressed a higher perception of family responsibility in transferring money as compared to caregivers residing in rural, distant isolated villages. This result joins the findings of a very few research studies that have shown that elderly parents living in a city receive more money transfers from their children than elderly living in rural areas (Adamchak et al., 1991). This result contradicts numerous studies that found the opposite correlation of what the current research has found.

Contrary to the research assumptions, the current study has found that filial piety is not a reliable predictor of the caregiver's perception of the family's responsibility for transfers of time. Nevertheless, the research findings have shown that residence in more urbanized communities has a positive correlation with a lower perception of the family's responsibility for transfers of time. This result reinforces results obtained by other scholars who have shown that elderly parents residing in rural areas receive more transfers of time from their children than elderly who reside in urban areas (Zimmer & Kwong, 2003).

The research findings have shown that other traits of modernization, such as religiosity (observing the commandment to make a pilgrimage to Mecca), have a great impact on predicting the caregiver's perception of the family's responsibility for

transfers of time. It was found that a high level of religiosity and the *Haj* (pilgrimage to Mecca) increase the caregiver's perception of the family caregiving network's responsibility for transfers of time and lessen the perception of the state's responsibility for transfers of time. This finding is therefore compatible with findings of other studies that have shown that higher levels of religiosity among caregivers increase the intergenerational transfers of time from children to elderly parents (Guberman et al., 1992).

The research findings show also that family support has a positive effect on predicting the caregiver's perception of the responsibility of the family caregiving network for transfers of time. This shows that increasing support for the role of the caregiver by the family caregiving network is likely to reduce the negative impact of modernization on the caregiver's perception of the family's responsibility to provide practical assistance. This is compatible with others' findings (Shi, 1993). A possible explanation of this finding may be linked to the intergenerational reciprocity (indirect intergenerational reciprocity), although the direction here is horizontal, referring to the mutuality and indirect exchange relations between members of the same generation – the caregiver, siblings and others from the same generation. It may be that caregivers who provide care and assistance to parents expect and desire family support for fulfilling the caregiving role from other adult children of the same generation within the family.

Furthermore, contrary to what was expected, the research findings showed that the caregiver's level of depression is not a result of filial piety. The correlation between filial piety and caregiver's depression was not confirmed, which reinforces previous selected findings that stated that there was no correlation between these two phenomena (Kim & Lee, 2003). This contradicts other studies that presented a link

between filial piety and the caregiver's personal wellbeing. However, there are three major factors that arose from the findings that explain the variability in the caregiver's level of depression, including the number of years of care, the caregiver's employment status and general self-efficacy. Out of these factors, it was found that general self-efficacy has the greatest impact in predicting the level of depression reported by caregivers. High self-efficacy lessens the caregiver's level of depression, which shows that caregivers with strong inner resources, such as self-efficacy, have a greater capacity to cope with the demands of care in a more efficacious way to protect themselves from depression.

Summary and conclusions

The current research sheds light on the applicability and correctness of the Modernization Theory to Arab society in Israel, but more lies concealed than revealed. It seems, therefore, that the modernization processes Arab Israeli society is currently undergoing have had negative impact on the filial piety children show to their elderly parents. Nevertheless, this study reveals that Arab society reflected in the present study's research sample still maintains its traditional character and customs: an expanded family network, a multi-generational family structure including sons, daughters, daughters-in-law and grandchildren. Furthermore, the study has demonstrated that the adult children still maintain a filial commitment to their elderly parents to a great degree.

As we have shown above, the majority of the research hypotheses have been confirmed partially or in full. However, two of the ten research hypotheses have not been confirmed, the hypotheses that referred to predictive and mediating factors in the correlation between the characteristics of modern life and level of depression reported

by the caregiver. As expected, the study has shown differences in filial piety, in the preference for family-based care and in the perception of family responsibility in terms of spending time and money, between caregivers who maintain an individualistic life-style as compared with caregivers maintaining a collective life-style, and between caregivers with a secular life-style as compared to those who are religiously observant, and between those in urban localities and others in more rural settlements.

Recommendations for future research and applicability

On the theoretical level, we must continue to expand our knowledge about the additional factors impacting upon the filial devotion of adult children to their aged parents, and their willingness to continue to care for them. In like manner, comparative studies should be conducted between Arabs and Jews in Israel referring to adult children's commitment to their aged parents. There is also a need to conduct broad and comprehensive studies of various geographical areas, from the south through center and north to provide a representative picture of filial piety in the Arab sector in Israel. Finally, the characteristics of the family network have emerged as central factors in the present study, and should therefore be studied more closely, as well.

On the practical level, the research findings have pointed out that the feeling that caring for one's elderly parents is a heavy burden may lessen adult children's filial piety towards their aged parents. This is why the relevant therapeutic agencies must examine ways to lessen the burden of care for caregivers within the family. They must be provided with more information and tools for coping through workshops and guidance on how to best address the burden of care. We recommend that decision-

makers and service planners should begin setting up services that are suited to Islamic Arab society, and will make sure to provide long-term support for the family network and help provide for its needs so that the family can continue to support the elderly parents in their familiar, safe environment.

Modernization and filial piety to elderly parents in Arab-Israeli society

Rabia Khalaila

Thesis submitted for the degree of
"Doctor of Philosophy"

The Hebrew University of Jerusalem
Paul Baerwald School of Social Work

April 2008

Modernization and filial piety to elderly parents in Arab-Israeli society

Rabia Khalaila

Thesis submitted for the degree of
"Doctor of Philosophy"

The Hebrew University of Jerusalem
Paul Baerwald School of Social Work

April 2008

This work was carried out under the
supervision of Prof. Howard Litwin

Table of Contents

	<i>page</i>
Abstract in Hebrew	7 - 8
Introduction	8 - 1
A. Survey of the Literature	9 - 66
1.1 Family caregiving	9
1.2 Filial piety	14
1.2.1 Differences between cultures	21
1.2.2 Changes in filial piety in Western culture	23
1.2.3 Changes in filial piety in Orient culture	24
1.2.4 Changes in filial piety in Jewish culture in Israel	25
1.2.5 Changes in filial piety in Arabic culture in Israel	26
1.3 Gerontological Theories	29
1.3.1 Modernization theory	29
1.3.2 Exchange theory & inter- generational solidarity	31
1.4 Characteristics of modern life	34
1.4.1 Community types	34
1.4.2 Caregivers' life style (individualism-collectivism)	35
1.4.3 Caregivers' religiosity.	37
1.5 Intervening variables between characteristics of modern life and filial piety	38
1.5.1 The nature of relationships within the "family caregiver network"	39
1.5.2 The nature of the relationship between the elder and the caregiver	40
1.5.3 Caregiving burden	41
1.5.4 General self efficacy	45
1.5.5 Family support to the caregiver	46
1.6 The relationship between background variables and filial piety	47
1.6.1 Characteristics of the elderly care recipient	48
1.6.2 Characteristics of the family network	49
1.6.3 Caregiving characteristics	52
1.6.4 Caregiver-related variables	53
1.7 The outcomes of filial piety	54
1.7.1 The well being of the caregiver (depression)	54
1.7.2 The desire of caregivers to be cared for by their own children in the future	57
1.7.3 Caregivers' perception of family responsibility about intergenerational transfers of time and money	59
1.8 Research model	66
1.9 Research hypotheses	68

	page
B. Research method	70 - 94
2.1 Study population	70
2.2 The sample	70
2.3 Procedure	71
2.4 Variables and instruments	72
2.5 Variable summary	91
2.6 Translation issues	91
2.7 Pre-test	92
2.8 Statistical methods	94
C. Research results	95- 160
1. Univariate results	96
2. Bivariate and multivariate results in relation to filial piety	102
3. Bivariate and multivariate results in relation to the desire of caregivers to be cared for by their own children in the future	116
4. Bivariate and multivariate results in relation to the well being of the caregiver	128
5. Bivariate and multivariate results in relation to intergenerational transfers of time.	139
6. Bivariate and multivariate results in relation to intergenerational transfers of money.	150
D. Discussion	161- 193
1. Background characteristics of the study	161
2. Analysis of results in relation to the research hypotheses	168
2.1 Filial piety	169
2.2 The desire of caregivers to be cared for by their own children in the future	173
2.3 Well being of the caregiver -- depression level	177
2.4 Caregivers' perception of family responsibility about intergenerational transfers of time and money	179
3. Summary and conclusions	188
4. Limitations of the study	189
5. Recommendations for research and practice	190
References	194- 223
Appendix	224- 267
a. Arabic questionnaire	224
b. Hebrew questionnaire	242
c. Variable summary	258
d. Conceptual model	267

Abstract in English
