

הזקן והמשפחה

סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים



יצחק בריק ואריאלה לבנשטיין

הזקן והמשפחה

סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים

יצחק בריק ואריאלה לבנשטיין
עורכים



אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל

www.eshelnet.org.il

The Elderly and the Family
Multi-Generational Aspects of Aging
Yitzhak Brick and Ariela Lowenattein, Editors

הוועדה להוצאה לאור, אשל:

פרופ' חוה גולנדר, יו"ר

שמואל באר

מרים בר גיורא

חיה דימנט

פאני יוז

בן ציון כרם

פרופ' ארנולד רוזין

ורה שלום

טוביה מנדלסון, מרכז

צילום עטיפה: אופיר בן-נתן

עריכה והבאה לדפוס: אלישבע מאי

עיצוב והדפסה: דפוס איילון

תיאום הפקה ומזכירות: סימונה דוד

מנהל הוצאה לאור ותקשורת: טוביה מנדלסון

מסת"ב 212836

ISBN :978-965-7073-56-8

הודפס בירושלים, תש"ע, 2010

© כל הזכויות שמורות לאשל

ספר זה מוקדש להורינו, זיכרונם לברכה,
יפה ואברהם בריק, שרה ובנימין טטרסקי,
אשר מהם למדנו קשרי משפחה מהם.

תוכן העניינים

7	רשימת הכותבים לספר
9	פתח דבר
11	מבוא
	חלק ראשון: הזקן והמשפחה בראיית מקרו ובראייה בינלאומית
	פרק 1:
17	עיצוב הזיקה שבין המשפחה לבין המדינה: המדיניות החברתית בישראל יצחק בריק וישראל (איסי) דורון
	פרק 2:
40	הטיפול בזקן - מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה? אריאלה לבנשטיין ורות כץ
	פרק 3:
53	יחסים בין-דוריים וזיקנה בעידן המודרני: השוואות בין-מדינתיות רות כץ, אריאלה לבנשטיין ויצחק בריק
	חלק שני: ההיבט הרב-דורי
	פרק 4:
75	שינוי במעמד הזקן בחברה הערבית פייסל עזאזה וטל קרויטור
	פרק 5:
90	"דור הסנדוויץ'" - כפל תפקידים, הקונפליקט הבין-דורי והשפעתו על היחסים במשפחה המבוגרת שירה הנטמן
	פרק 6:
110	סבאות כיום עדנה כצנלסון ועמירם רביב

חלק שלישי: סוגיות ייחודיות

פרק 7:

ניצולי השואה ומשפחותיהם

129 דב שמוטקין, עמית שרירא ויובל פלגי

פרק 8:

השלכות המחקר על דמנציה על בני משפחה מטפלים

146 יסכה כהן-מנספילד

פרק 9:

התעללות והזנחה של הזקן בקרב משפחתו

175 טובה בנד-וינטרשטיין, אריאלה לבנשטיין וצבי אייזיקוביץ

חלק רביעי: המערכת הטיפולית הפורמלית

פרק 10:

הרופא, המטופל הקשיש והמשפחה

195 צבי דוולצקי וא. מרק קלרפילד

פרק 11:

הזקן, העובד הזר והמשפחה

207 אסתר יקוביץ

רשימת הכותבים לספר (לפי א"ב)

פרופ' צבי אייזיקוביץ	בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה. מנהל המרכז ללימודי חברה.
ד"ר טובה בנד-וינטרשטיין	מרצה בחוג לגרונטולוגיה ובחוג לסיעוד, אוניברסיטת חיפה, והחוג לעבודה סוציאלית במכללה האקדמית צפת.
פרופ' יצחק בריק	מנכ"ל אשל - האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, ג'וינט ישראל ומרצה בחוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה.
ד"ר צבי דוולצקי	מנהל מחלקה גריאטרית ומרפאת זיכרון, המרכז לבריאות הנפש. מרצה בכיר, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע.
ד"ר ישראל (איסי) דורון	מרצה בכיר, החוג לגרונטולוגיה ובית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה.
ד"ר שירה הנטמן	עובדת סוציאלית מומחית לזיקנה, ראש החוג לעבודה סוציאלית, המכללה האקדמית תל-חי.
ד"ר אסתר יקוביץ	מרצה בכירה בתכנית המוסמך בגרונטולוגיה באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.
פרופ' יסכה כהן-מנספילד	ראש החוג לקידום בריאות, בית הספר לבריאות הציבור, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר; ראש מכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה, אוניברסיטת תל-אביב.

סוציולוגית, החוג לשירותי אנוש, המרכז לחקר ולימוד הזיקנה והמרכז לחקר ולימוד המשפחה, אוניברסיטת חיפה.	פרופ' רות כץ
פסיכולוגית קלינית, אוניברסיטת תל-אביב, פסיכולוגיה, רפואה ועבודה סוציאלית.	ד"ר עדנה כצנלסון
החוג לגרונטולוגיה וראש המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה. ראש החוג למינהל מערכות בריאות וראש תחום מחקר והוראה, המכללה האקדמית יזרעאל ע"ש מקס שטרן.	פרופ' אריאלה לבנשטיין
ראש בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה. החוג לפסיכולוגיה ומכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה, אוניברסיטת תל-אביב.	פרופ' פייסל עזאיה יובל פלגי
מנהל המחלקה הגריאטרית בבית החולים אוניברסיטאי סורוקה, הפקולטה למדעי הבריאות, אוניברסיטת בן-גוריון בנגב, באר שבע.	פרופ' א. מרק קלרפילד
דיקן בית הספר לפסיכולוגיה, המרכז ללימודים אקדמיים אור יהודה, פרופסור אמריטוס בחוג לפסיכולוגיה, אוניברסיטת תל-אביב.	פרופ' עמירם רביב
בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת חיפה. החוג לפסיכולוגיה ומכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה, אוניברסיטת תל-אביב.	טל קרויטורו פרופ' דב שמוטקין
החוג לפסיכולוגיה ומכון הרצג לחקר ההזדקנות והזיקנה, אוניברסיטת תל-אביב.	עמית שרירא

פתח דבר

ספר זה בא לקשר בין שתי ישויות חברתיות מרכזיות - הזקן והמשפחה. מספר הזקנים הולך וגדל במהירות, הם מאריכים ימים יותר מאשר בעבר ונושא הזיקנה מעסיק יותר ויותר את קובעי המדיניות, אנשי האקדמיה, החברה והמשפחה. אל מול זאת עומדת המשפחה, שעל אף השינויים שהיא עוברת, ממשיכה להיות הגורם המרכזי בחייו של הזקן. הקשר בין שתי ישויות אלו הוא טבעי, אולם אנו סבורים, שקשר זה מחייב הבנה והעמקה רבה יותר של נושא הזיקנה בכלל, מזוויות שונות ולגבי קבוצות שונות בחברה. הספר נועד, אם כן, להעשיר את הידע בכל הנוגע לזקן ולמשפחתו.

המשפחה מהווה את המוסד החברתי הבסיסי ביותר ומייצגת את הקבוצה הראשונית אליה נולד האדם, ובה מתקיימים קשרים הנמשכים לאורך כל מהלך החיים. המבנה של מוסד המשפחה וארגונו חשובים בעיקר בגילאים המבוגרים ומשפיעים על איכות חיי הזקן. יחסים בין-דוריים בין חברי המשפחה משמעותיים במיוחד בחברה המודרנית, לאור העלייה בתוחלת החיים, המאפשרת לבני דורות שונים להתנסות בחוויות משותפות לאורך מספר רב של שנים.

המשפחה ממוקמת במקום מרכזי בין הקולקטיב לבין הפרט והיא מצויה בצומת הקשרים הבין-דוריים ובחלוקת התפקידים בין המינים. המשפחה מהווה מוקד מרכזי שבו מתרחש תהליך ההזדקנות ולכן, הבנת צורכי הזקן ומתן מענה עליהם ייעשו בצורה הטובה ביותר בהקשר המשפחתי.

לתפיסתנו, קיימות שלוש סיבות עיקריות לחשיבותו של ספר זה העוסק בזקן ובמשפחה. הראשונה, לסוגיות חברתיות מרכזיות כיום יש היבטים הקשורים ליחסים בין-דוריים, כמו הדרת זקנים, התעללות בזקנים או האחריות לטיפול בזקנים מוגבלים. סוגיות אלו הוצגו במפגש בנושאי זיקנה, שכינס האו"ם ב-2002 במדריד, ובו צוין, כי יש חשיבות: "לצורך בחיזוק הסולידריות הבין-דורית והיחסים הבין-דוריים במשפחה, תוך התחשבות בצרכים הייחודיים של הזקנים והצעירים כאחד ועידוד יחסי גומלין בין הדורות" (UN, 2002:4). כמו כן, הוצגה החשיבות של המבוגרים כתורמים ללכידות משפחתית. לכן, על מנת ליצור "חברה לכל הגילאים" יש לראות במשפחה את נקודת המוצא.

הסיבה השנייה לחשיבותו של הספר היא ההכרה הגוברת, כי לשם הבנת תהליכי ההזדקנות יש לבחון אותם במסגרת היחסים הבין-דוריים במשפחה. זאת, משום שיחסים אלה מסבירים את ההקשר שבו הפרט מזדקן ואת הערך היחסי של תהליכים אלה. הסיבה השלישית היא, שההשלכות של השינויים הדמוגרפיים ושל השינויים במבנים המשפחתיים בחברה המודרנית מעצבים "ארכיטקטורה חדשה" ליחסים חברתיים ובין-דוריים.

בנוסף לכל אלה, מטרתנו להאיר זרקור על מרכזיות הנושא ועל המורכבות של הזקן והמשפחה הרב-דורית בהקשר הישראלי. זאת, באמצעות מאמרים העוסקים ברמות הניתוח השונות, החל מהרמה החברתית - רמת המאקרו - המדיניות והחקיקה, רמת המשפחה ומערכות היחסים הבין-דוריות, ועד להתמודדות הפרט ברמת המיקרו. למעשה, כל משפחה ומשפחה רב-דורית תמצא עניין בספר ותוכל להשיג תובנות לגבי מערכות היחסים בקרבה.

הספר מיועד, אפוא, לקובעי מדיניות, לחוקרים, לסטודנטים, לאנשי מקצוע העוסקים בתחום הזיקנה כמו גם לציבור הרחב. כל אחד מאלה יוכל למצוא בין דפיו את החלק המעניין אותו.

מבוא

קובעי המדיניות החברתית ברחבי העולם מודעים יותר ויותר למהפכה הדמוגרפית המתחוללת בשנים האחרונות. האוכלוסייה מזדקנת והולכת, תוחלת החיים ממשיכה לעלות בקצב מהיר, מספר הילדים קטן, כוח העבודה הולך ומצטמצם ויחסי התלות בין האוכלוסייה הפעילה בשוק העבודה לבין אלה שאינם עובדים מתעצמים וגדלים.

שינויים דמוגרפיים אלה מתחוללים במקביל לשינויים משמעותיים במבנה המשפחה ובמעמדה בחברה, הכוללים: עלייה במספר הדורות במשפחה, לארבעה ולחמישה דורות, עלייה בגיל הנישואין ובשיעור הגירושין, כמו גם גידול בהיקף המשפחות החד-הוריות.

בצד התפתחויות אלו, המחייבות שינויים במדיניות הבריאות והרווחה, קיימת תופעה חברתית אשר לא זכתה עדיין למלוא תשומת הלב הדרושה הן של קובעי המדיניות, הן של אנשי האקדמיה ואנשי המקצוע והן של הציבור הרחב. כוונתנו לסוגיה של הזקן והמשפחה, שהיא סוגיה רחבה, בעלת מספר פנים, הכוללת, למשל, את היחסים הבין-דוריים ובמיוחד את שאלת "דור הסנדוויץ'", המטפל בהוריו ובילדיו באותה עת; את השוני במעמדו של הזקן וביחס אליו מצד המשפחה בקבוצות אוכלוסייה ובעדות שונות; את ההסתייעות במטפלים זרים, תופעה שהתפתחה בישראל, וכיצד היא משתלבת בתוך המשפחה; את יחסו של הרופא המטפל בזקן כלפי הזקן ומשפחתו, ועוד.

ספר זה נוגע בכל הסוגיות המרכזיות ובדילמות העיקריות בתחום הזיקנה ברמת המקרו והמיקרו כאחד, תוך הצגת גישות רב-תחומיות. הספר מנסה להאיר את הזרקור על הזקן והמשפחה מתוך מגוון רחב של נקודות מבט. זאת, תוך הצגת המדיניות והחקיקה הקיימות והרצויות בישראל והשוואתן לקיים במדינות אחרות.

במקורות היהודיים ניתנה תשומת לב מרכזית לכמה שאלות יסוד הנוגעות למעמדו של הזקן במשפחה וליחס אליו. בעשרת הדברות, אומר הדיבר החמישי: "כבד את אביך ואת אמך למען יאריך ימך על האדמה אשר ה' אלוהיך נתן לך" (שמות, פרק כ'). פרשני המקרא וקובעי ההלכה פסקו, שהמשמעות של כיבוד אב ואם היא מעשית ומחייבת סיוע ממשי - "מאכיל, משקה, מלביש ומכסה, מכניס ומוציא" (קידושין, דף ל"א ע"ב). אחת האמירות המשמעותיות ביהדות והמופיעה בתפילות שונות היא: "אל תשליכנו מלפניך

ורוח קודשך אל תיקח ממנו. אל תשליכנו לעת זקנה ככלות כוחנו אל תעזבנו" (תהילים, נ"א, י"ג).

עמדה דומה לזו מופיעה בדתות אחרות ובחברות שונות. ההחלטה של האו"ם על "היום הבינלאומי של המשפחה", החל מה-15 במאי 2002, מתייחסת לכך, שהזקנים באוכלוסייה מחזקים את הלכידות במשפחה. משמעות הדבר היא, שיש לבחון ולנתח את המשפחה כנקודת מוצא באשר להזדקנות האוכלוסיות ולשינויים במערכות המשפחתיות ובמדיניות החברתית.

על רקע כל האמור לעיל, התעוררה המחשבה, שהלכה וקרמה עור וגידים, לכתוב ספר על הזקן והמשפחה, שיאפשר לקורא ללמוד ולהכיר סוגיה זו על צדדיה השונים. כעורכי הספר וכיוזמי הפקתו אנו מקווים, שספר זה יתרום לקידום המחקר בתחום, לעיצוב המדיניות והחקיקה, לשיפור עבודתם של אנשי מקצוע ולהעשרת הידע של כלל הציבור המתעניין בנושא.

הספר כולל ארבעה חלקים. החלק הראשון: הזקן והמשפחה בראיית מקרו ובראייה בינלאומית מנתח את המדיניות והחקיקה ומבהיר את סוגיית האיזון בין אחריות המדינה ואחריות המשפחה לטיפול בזקן. חלק זה כולל שלושה מאמרים: בריק ודורון עוסקים במדיניות הרשמית ובחקיקה הקיימת לגבי סוגיית המחויבות לטיפול בזקן; לבנשטיין וכץ מנתחות תפיסות מושגיות לגבי משמעות האיזון בין מחויבות המדינה ומחויבות המשפחה לטיפול בזקן המוגבל; כץ, לבנשטיין ובריק בוחנים מודלים לגבי יחסים בין-דוריים בעידן המודרני, תוך הצגת נתונים בהיבט הבינלאומי, בעיקר נתונים ממחקר השוואתי בין-מדינתי ובין-תרבותי (מחקר "אואזיס"), שבחן את ההשפעות של סולידריות בין-דורית ותמיכה פורמלית על איכות חייהם של זקנים בארבע מדינות באירופה ובישראל.

החלק השני של הספר מתייחס להיבט הרב-דורי ולמערכת היחסים הרב-דורית המורכבת במשפחה. התפתחות מעניינת חלה בנושא זה במגזר הערבי ואותה מציגים ומנתחים עזאזיה וקרויטור, המתייחסים במאמרם לתמורות שחלו וממשיכות להתרחש במערכות היחסים במשפחה הערבית. הנטמן בוחנת ומנתחת את הדילמות של "דור הסנדוויץ'", שהתפתח והתרחב עם עליית תוחלת החיים; כצנלסון ורביב עוסקים בדיון בשאלת הסבאות ומשמעותה עם הגידול במספר הדורות במשפחה.

החלק השלישי של הספר כולל סוגיות ייחודיות, כמו התמודדות עם הזיקנה במשפחות של ניצולי השואה. בפרק בנושא זה מציגים שמוטקין, שרירא ופלגי את המשמעות של הזדקנות ניצולי השואה ומנתחים את ההתמודדות עם הזדקנותם במערכת הרב-דורית; כהן-מנספילד בוחנת היבטים רגשיים ופסיכולוגיים במשפחות הרב-דוריות;

בנד-וינטרשטיין, לבנשטיין ואייזיקוביץ מציגים את סוגיית ההתעללות בזקנים ודרכים להתמודדות עם התופעה הקשה הזאת.

החלק הרביעי של הספר - המערכת הטיפולית הפורמלית - מתייחס לקשר שבין מערכות טיפוליות לבין הזקן ומשפחתו. דוולצקי וקלרפילד מציגים את הסוגיות המתפתחות במשולש של הרופא המטפל, הזקן והמשפחה. יקוביץ מציגה דיון מקיף וממצאים אמפיריים לגבי התופעה הייחודית שהתפתחה בישראל סביב העסקתם של עובדים זרים כמטפלים בזקן בביתו ואת ההשלכות של תופעה זו על המסגרת המשפחתית.

כותבי הפרקים השונים של הספר הם חוקרים ואנשי אקדמיה, הנחשבים לבעלי ידע רב בנושא בכלל ובתחום התמחותם הייחודי בפרט. אנו מקווים, שבריוח המאמרים כולם הצלחנו לתת תמונה מקיפה וכוללת של תחום חשוב זה. הכנסת הסוגיות השונות למסגרת של ספר אחד מאפשרת לקורא לקבל תמונה רחבה וכוללת על הזקן ומשפחתו, אם כי ניתן לראות בכל פרק גם שלם בפני עצמו. בספר אפשר למצוא דעות, עמדות והתייחסויות המבטאות את דעת הכותבים, דבר שעשוי להוות בסיס להזדהות וללמידה ובאותה מידה גם אתגר לדיון ולדיאלוג עתידי בין מעצבי מדיניות, חוקרים ומטפלים.

הספר אינו מתיימר להקיף את כל היריעה הרחבה של נושא המשפחה והזקן, על אף שנעשה כאן ניסיון להתמודד עם הסוגיות העיקריות והמרכזיות בתחום. כמו כן, יש לשים לב שמירב ההתייחסויות מבוססות על המציאות הישראלית.

הספר מיועד לקובעי מדיניות, לחוקרים, לסטודנטים, לאנשי מקצוע ולציבור הרחב. כל אחד מאלה יוכל למצוא בין דפי הספר את החלק המעניין אותו.

אנו מקווים שספר זה יציב את סוגיית הזקן והמשפחה במקום הראוי לה במחקר, בכתביה ובשיח הציבורי. להערכתנו, כל משפחה רב-דורית תמצא עניין בספר, תוכל ללמוד מהכתוב בו ולהגיע לתובנות חדשות לגבי מערכות היחסים בקרבה.

ברצוננו להודות לעמיתינו, כותבי הפרקים השונים, על שאפשרו לנו ללמוד מהידע המקצועי שלהם ולבנות במשותף את הפסיפס המרתק של המשפחה הבין-דורית במסגרת הכוללת של המשפחה והזקן.

יצחק בריק, אריאלה לבנשטיין



חלק ראשון

המשפחה והזקן בראיית מקרו ובראייה בינלאומית

פרק 1

עיצוב הזיקה שבין המשפחה לבין המדינה: המדיניות החברתית בישראל

יצחק בריק וישראל (איסי) דורון

הקדמה: על המתח שבין היחיד, המשפחה והמדינה בעידן של הזדקנות

עובדה מוכרת וידועה היא שהעולם מזדקן (Kinsella & Velkoff, 2001). החברה הישראלית - שהחלה את דרכה כחברה צעירה - מזדקנת אף היא. גם זו עובדה מוכרת וידועה (ברודסקי, שנור ובאר, 2008). מזה עשרות שנים, בכל רחבי העולם, מדינות החוות את תופעת הזיקנה מתמודדות עם שאלות הקשורות בעיצוב המדיניות החברתית הנדרשת להתמודדות עם ההשלכות החברתיות של תופעת ההזדקנות (Estes, Biggs, & Phillipson, 2003). יש לזכור, כי הזדקנותו של המין האנושי משפיעה על כל תחומי החיים, לרבות על הכלכלה, התעסוקה, הבריאות, הפנאי, השירותים החברתיים, ההתעללות וההזנחה. לפיכך, אין זה מפתיע, כי הדעה המקובלת בקרב אנשי מקצוע כיום היא, שהאתגר המשמעותי המוטל על כתפי מעצבי המדיניות החברתית במאה הנוכחית הוא גיבוש דפוס ההתמודדות עם תופעת ההזדקנות (Bloom & Canning, 2004).

אחת השאלות הקריטיות, העוברת כחוט השני בכל הדילמות הקשורות במציאת המדיניות החברתית הראויה להתמודדות עם ההשלכות של תופעת הזדקנותה של החברה האנושית, היא שאלת האחיות: על מי יש להטיל את הנטל והאחריות לטיפול ולהתמודדות עם הסוגיה החברתית החדשה הזו? האם יש להטיל זאת על היחיד - שידאג מראש לצרכיו, ירכוש לעצמו פנסיה, ביטוח רפואי, ביטוח סיעודי, ו"יכין" את עצמו

לזיקנתו, או האם יש להטיל זאת על משפחתו של הזקן - על בניו ובנותיו אשר יטפלו בו וידאגו לכל צרכיו ומחסורו אם יזדקק לכך? האם אין זו חובתה הבסיסית של מדינת הרווחה המודרנית, כחלק ממערך תפקידיה היסודיים, לדאוג לאזרחיה ולהגן עליהם מפני מחסור, חולי ומצוקה, להבטיח שגם בעת זיקנה החברה תדאג להם ותבטיח להם טיפול רפואי וביטחון סוציאלי (Gibson, 1998), או שמא יש מקום לשילוב או לשיתוף בין אחריות החברה לבין אחריות הזקן ומשפחתו (יקוביץ, 2003; Daatland & Lowenstein, 2005). באופן טבעי, אין תשובה פשוטה לשאלה שהוצגה לעיל. יתרה מכך, התשובה במקרים רבים איננה אחת ויחידה: בהקשרים מסוימים אפשר למצוא אימוץ דפוס מדיניות שונה ובהקשרים אחרים, ניתן למצוא אינטגרציה המשלבת בין היחיד, משפחתו ומדינת הרווחה גם יחד. ואולם, אין מחלוקת, כי בכל מדיניות חברתית העוסקת בגיבוש פתרונות ומענים להשלכות הקשורות להזדקנותה של החברה - המשפחה מהווה רכיב שלא ניתן להתעלם ממנו (וייל, 1984; חביב ווינדמילר, 1993; לבנשטיין, 2003; Daatland; 2005). (Herlofson, 2001; Kane & Penrod, 1995; Lowenstein, 2005).

החשיבות שבהתייחסות למקומה, לתפקידה ולמעמדה של המשפחה בעיצוב המדיניות החברתית נעוץ גם במציאות החברתית שנסקרה בפרקים אחרים בספר זה.¹ מציאות זו מלמדת, כי למרות סברות שהיו קיימות בעבר ביחס להשלכות השליליות של המודרניזציה על חיי המשפחה ועל הקשרים הבין-דוריים, או להשלכות השליליות שיש להתפתחותן של מערכות פורמליות לטיפול ממושך בזקנים על המערכות הלא-פורמליות, הרי שמחקרים במדינות מערביות שונות מצביעים על כך, שהטיפול והתמיכה המשפחתית ממשיכים להיות את עמוד השדרה של הטיפול הממושך באוכלוסייה הזקנה (Brody, 1995). היקף הטיפול הממושך הלא-פורמלי בזקנים הוא כה רחב עד כי מחקרים בארץ ובעולם מצביעים על כך, שבני משפחה מעניקים כ-80%-90% מהטיפול האישי והאינסטרומנטלי לקרוביהם המוגבלים (לבנשטיין, 2003; Pandya & Coleman, 2001).

יתרה מכך, כפי שגם נכתב בפרקים אחרים בספר זה, לתמיכה החברתית המוענקת על ידי בני המשפחה יש חשיבות עצומה לאיכות חייו, לבריאותו הפיזית והנפשית ולרמת חייו של הזקן. תמיכה חברתית זו היא מגוונת וכוללת תמיכה רגשית, נפשית, כלכלית, מתן מידע, עזרה אינסטרומנטלית ומעשית, ולבסוף, אף עזרה רפואית, טיפולית וסיעודית. הקשרים הם כמובן הדדיים והתמיכה היא הדדית וזורמת לא רק מכיוון בני המשפחה להוריהם הזקנים, אלא גם בכיוון ההפוך, כחלק אינטגרלי של מכלול הטיפול וקשר האהבה והדאגה שבין בני המשפחה (Lowenstein, Katz & Gur-Yaish, 2007).

לפיכך, בפרק זה ננסה להציג את מקומה של המשפחה בפתרונות הקשורים במדיניות החברתית, שאומצו על ידי מדינת ישראל במהלך השנים במסגרת התמודדותה עם

¹ בפרק זה איננו עוסקים בהגדרת המושג "משפחה" או בניסיון לתחום את גבולותיו החברתיים או המשפטיים. אנו מודעים לכך, שסוגיית ההגדרה היא מורכבת, במיוחד בהקשר המודרני ובעידן "המשפחה החדשה". בהנחה ש"משפחה" היא תוצר של ערכים חברתיים ומבנה חברתי - אנו מניחים שבזמנים שונים "משפחה" תקבל הגדרה נורמטיבית שונה, וכל הגדרה אשר החברה הישראלית תאמץ למושג - תהיה רלוונטית לנאמר בפרק זה.

הזדקנות האוכלוסייה. ניתוח הדברים יעשה בשלושה חלקים עיקריים: החלק הראשון יציג את עמדתה של ההלכה היהודית: מדינת ישראל, כמדינה יהודית ודמוקרטית, מחויבת לערכי המשפחה ביהדות, וכפי שאף יוצג בהמשך, מחויבות זו גם השתקפה בחקיקה ובפסיקה בתחום; החלק השני יציג את דפוס המדיניות שבמידה רבה מושפע מההלכה היהודית ומטיל חובה משפטית לזון הורים זקנים כאמצעי למניעת עוני או להבטחת מימון הטיפול הרפואי; החלק השלישי יציג מדיניות מעורבת, המשלבת בין חובת המדינה לטפל בזקן לבין חובת היחיד ומשפחתו. במסגרת מדיניות משלבת זו המדינה מעודדת ואף תומכת במסגרת המשפחתית, כדי שזו תוכל לדאוג ולטפל בקרובים הזקנים. הפרק יסתיים בהערכה כוללת בדבר מקומה של המשפחה במדיניות הזיקנה הישראלית.

על יהדות וערכי המשפחה היהודיים כתשתית למדיניות חברתית

שאלת מחויבותם של ילדים אל הוריהם מקבלת התייחסות נרחבת במקורות היהודיים, החל בתנ"ך וכלה בקודקס ההלכתי של העת החדשה (יקוביץ, 1983). המקור הראשון שאליו יש לגשת נמצא, כמובן, בעשרת הדברות, בציווי המפורש: "כבד את אביך ואת אמך למען יאריך ימך על פני האדמה אשר ה' אלוהיך נותן לך".² הציווי אינו מפרט מהו אותו כיבוד שנדרש, אולם בשונה מרוב המצוות בתורה - הוא מוסיף שכר ברור בצדו, בעולם הזה. מקור אחר, אף הוא קצר ומוחלט, נמצא בפרשת קדושים, אשר פותחת במלים: "איש אמו ואביו תיראו".³ מעבר לציוויים כלליים אלה, התורה מביאה מספר חוקים קזואליסטים, אשר מכולם עולה מגמה ברורה ונחרצת: פגיעה בהורה או בכבודו היא עבירה חמורה ודינה מוות: "מכה אביו ואמו מות יומת";⁴ "ומקלל אביו ואמו מות יומת"⁵ וכן "...כי יהיה לאיש בן סורר ומורה... ורגמהו כל אנשי עירו באבנים ומת..."⁶.

המשקל הערכי שנותנת התורה ובעקבותיה הספרות לכבודם של ההורים הוא גבוה במיוחד. התלמוד משווה בין כבוד אב ואם לבין כבודו של אלהים בעצמו. הבבלי אומר זאת כך: "נאמר 'כבד את אביך ואת אמך' ונאמר 'כבד את ה' מהונך' - השווה הכתוב כבוד אב ואם לכבוד המקום"⁷ ואילו הירושלמי אף מרחיק לכת, ומביא מדרש בשמו של ר' שמעון בר יוחאי על אותם הפסוקים, הפותח במלים: "גדול הוא כיבוד אב ואם שהעדיפו הקב"ה יותר מכיבודו..."⁸. המקור לגישה נמצא בברייתא הקובעת, כי "שלושה

² שמות, כ' 11.

³ ויקרא י"ט 3. יראת ההורים היא הראשונה בסדרה של ציוויים מוסריים אשר אמורים לבטא את קדושתו של עם ישראל.

⁴ שמות כ"א 15.

⁵ שם, 17.

⁶ דברים כ"א 18-21.

⁷ בבלי ירושלמי, ל', ע"ב. ואתה הקבלה מדרשית נעשית גם בנוגע למורא ולאיסור לקלל.

⁸ ירושלמי, פאה, פ"א, א'. המדרש מבקש להראות כי בשונה מכיבוד האל, כיבוד הורים אינו מותנה בשאלה האם יש לאדם מהיכן לכבד.

שותפין הן באדם: הקב"ה, ואביו ואמו".⁹ באותו הקשר, נוכל בקריאה חוזרת של עשרת הדברות להבחין, כי הדיבר החמישי שייך לתחום שבין אדם למקום, ולא לזה שבין אדם לחברו, כפי שהיינו מצפים, וזאת משום ההשוואה שבין הכבוד להורים והכבוד לקדוש ברוך הוא.

המגמה הזו ממשיכה ומוצאת את ביטוייה באגדות שהתלמוד מביא בנושא, שגיבוריהן הם תלמידי חכמים. חכמי התלמוד, אשר אמורים להוות מודל לחיקוי, מנסים להציב, מתוך ניסיון חייהם, את הרף המוסרי והערכי של מושג כיבוד ההורים. וכך, במקום אחד מסופר על ר' טרפון אשר הולך את אמו על כפות ידיו עד למיטתה בשבת וכאשר ביקשה אמו להתגאות בו נאמר לה, כי "...אפילו עושה כן אלף אלפים, עדיין לחצי כבוד שאמרה תורה לא הגיע".¹⁰ במקום אחר מספר רבי אבהו כיצד ביקש מבנו מים, ועד שזה הלך והביאם - נרדם האב הזקן. הבן, באקט של כבוד עילאי, נותר גחון על עמדו, עם הכוס באוויר, עד אשר האב התעורר מן התנומה. אולם, את הרף הגבוה ביותר קובעת דווקא דמותו של דמא בן נתניה - גוי מאשקלון - אשר מביא את החובה כלפי ההורים עד לקצה האפשרי.¹¹

בשונה מן התחום האגדתי, הרי שהתחום ההלכתי מחויב לתשובות ברורות. המשנה מזכירה את הנושא בקצרה, פעמיים בלבד, וגם זאת תחת הקשרים רחבים יותר.¹² התלמוד, בבקשו לפענח את דברי המשנה, מרחיב את היריעה ומקיים דיון הלכתי מקיף.¹³ התלמוד יוצא מצמד המושגים שהתורה הגדירה - מורא וכיבוד - ושואל מה הם כוללים. השאלה נועדה ליצור הגדרות ברורות תחת הכותרת הרחבה, הגדרות אשר יכוונו את האדם לעשייה אפשרית. התשובה מתמקדת בשני צדדים המשלימים יחדיו את תמונת היחס הנדרש: הצד הרגשי - מורא, והצד הפיזי - כבוד. המורא הוא נגזרת של יראת כבוד, מעין מרחק של הערכה בין מעמדו של הבן לזה של אביו: "לא עומד במקומו ולא יושב במקומו ולא סותר את דבריו ולא מכריעו".¹⁴ ואילו הכיבוד הוא אותו סף צרכי הבסיסיים של ההורה המבוגר, אשר הידרדרות מתחת אליו תהיה בבחינת השפלת כבודו כאדם: "מאכיל ומשקה, מלביש ומכסה, מכניס ומוציא".¹⁵ לענייננו, שאלת הכבוד היא השאלה המכריעה היות והיא מכוונת אותנו אל הצורך לדאוג לכך, שההורה המבוגר לא יוותר חסר ישע מבחינה פיזית. אולם, התלמוד שב ומדגיש, כי גם לצרכים הפיזיים יש לדאוג בדרך המקפידה על הרגש: "יש מאכיל לאביו פסיוני וטורדו מן העולם, ויש מטחינו

⁹ בבלי, קידושין, ל"ז, ע"ב.

¹⁰ ירושלמי, פאה, פ"א, א'.

¹¹ בבלי, קידושין, ל"א, ע"א. שאלה מעניינת כשלעצמה היא, מדוע זוכה במקום הראשון דמות של מי שכלל אינו יהודי ואינו מצווה בקיומה של מצווה זו.

¹² במסכת פאה, פ"א א', בהקשר של דברים שאדם עושה בעולם הזה והקין קיימת לו לעולם הבא. ובמסכת קידושין, פ"א ד', בהקשר של מצוות שנים חייבות או פטורות מהן.

¹³ הדין קיים בשני התלמודים, אם כי בתלמוד הבבלי הוא מרוכז במסכת קידושין בלבד, מאחר שאין גמרא על רובו של סדר זרעים.

¹⁴ בבלי, קידושין, ל"א, ע"ב וכן אצל הרמב"ם, הלכות ממרים, פ"ו, ג' ובשולחן ערוך, יורה דעה, ר"מ (הלכות כיבוד אב ואם).

¹⁵ שם, שם ושם.

ברחים ומביאו לחיי העולם הבא".¹⁶ כלומר, גם מי שדואג למלא את כל הצרכים הפיזיים אסור לו שישכח למי הוא דואג ובאיזה אופן הדבר נעשה.

דווקא השאלה המרכזית בנוגע למדיניות החברתית שבה עוסק פרק זה מקבלת התייחסות קצרה יחסית בתלמוד - וזו השאלה על מי נופל הנטל הכלכלי של צורכי ההורה: על ההורה הנזקק בעצמו, על הבן או על החברה בכללותה? הרמב"ם מסכם את ההלכה עד אליו בקצרה, בניסוח הבא: "אי זהו כבוד - מאכיל ומשקה מלביש ומכסה משל האב. ואם אין ממון לאב ויש ממון לבן, כופין אותו וזן אביו ואמו כפי מה שהוא יכול".¹⁷ במילים אחרות, התפיסה היא שילוב של אחריות אישית (של הזקן) עם אחריות משפחתית (של הבן).

הרמב"ם, על פי טבעו, ממצה את הדיון. אולם, אם נלך אחורה אל הסוגיה התלמודית נראה, שהגישות היו מורכבות יותר: כפי שראינו, גישתו של רשב"י (שלא נתקבלה), גורסת, כי כיבוד הורים אין לו מחיר, כולל האפשרות שהבן יחזר על הפתחים כדי לממן את הטיפול בהוריו.¹⁸ הירושלמי מביא בעניין זה שיחה בין שני חכמים - רבי יונתן ורבי ינאי. הראשון מתאר כיצד יעץ לאב זקן איך להתמודד עם בנו, המסרב לזון אותו. הפיתרון היה בנוי על לחץ חברתי: לבזות את הבן על התנהגותו מול כל הקהילה, בבית הכנסת.¹⁹ בתגובה, תוהה רבי ינאי מדוע לא הפעיל רבי יונתן את סמכותו וכפה על הבן לזון את אביו, דיון שבסופו קובע רבי יונתן הלכה: "שכופין את הבן לזון את האב".²⁰ הבבלי מביא אף הוא מחלוקת בעניין המימון, וקובע הלכה, כי המימון מגיע מהאב. לשאלת הגמרא מהי תרומתו הכלכלית של הבן לכיבוד הוריו, נמצאת התשובה "ביטול מלאכה".²¹ כלומר, הפסד זמן העבודה של הבן שווה כסף. בעלי התוספות, בהתייחסותם לבבלי, סיכמו את העניין כך, שהמקור הראשוני לכיסוי ההוצאות הוא זה של האב, אולם אם אין לאב ויש לבן, הרי שניתן לכפות על הבן לא רק לטפל באב, אלא גם לממן את צרכיו מכיסו.²² סיכום זה התקבל גם בהמשך הדורות, עד להוצאתו של השולחן ערוך אשר פוסק באותו קו.²³

לסיכום, ניתן לומר, כי כמדיניות ערכית וחברתית, ההלכה היהודית מעניקה משקל רב לקשר הבין-דורי ולחובה שיש לדור הבנים והבנות לדאוג - הן ברמה הפסיכולוגית והן ברמה הכלכלית - לדור האבות והאמהות. כפי שתואר לעיל, מדובר בחובה הלכתית ברת-אכיפה, המשקפת תפיסה חברתית לפיה האחריות לאותם זקנים, שאינם מסוגלים לכלכל את עצמם באופן עצמאי, צריכה ליפול על כתפי ילדים. ניתן להבין את המדיניות

¹⁶ בבלי, קידושין, ל"א ע"ב. אמירה זו מובאת בשם בנו של ר' אבהו, אותו פגשנו במסגרת אגדות על תלמידי חכמים.

¹⁷ רמב"ם, הלכות ממרים, פ"ו, ג'.

¹⁸ ירושלמי, פאה, פ"א א'.

¹⁹ פיתרון זה של רבי יונתן לא התקבל כהלכה, אולם הוא מעלה שאלה מעניינת: האם הבעיה שלנו אמורה למצוא את פתרונה בשדה של כפייה משפטית או של לחץ חברתי / ציבורי.

²⁰ שם. מוסיף על זה רבי יוסי ב"ר בון: "הלוואי והיו כל ההלכות ברורות לי, כמו זו שכופין את הבן לזון את האב".

²¹ בבלי, קידושין, ל"ב ע"א.

²² תוספות שם, דיבור המתחיל 'אור'.

²³ בשולחן ערוך, יורה דעה, ר"מ (הלכות כיבוד אב ואם).

ההלכתית הזאת הן כביטוי לחשיבותה של המשפחה ביהדות והן כהשתקפות ל"חלל" התפיסתי ששרר באותה עת בכל הנוגע למקומן של החברה והמדינה ככלי חברתי להבטחת זכויות חברתיות בסיסיות.

מדיניות חברתית המבוססת על "חובה" משפחתית

חובות חוקיות המטילות את האחריות לדאוג לזקנים על בני משפחותיהם קיימות אלפי שנים. לא רק במשפט היהודי, כפי שתואר לעיל, אלא גם במשפט הרומי הקדום, גם במשפט האנגלי הימי של ימי הביניים (חוק העניים משנת 1601) וגם במשפט האמריקני של המאה ה-18 (Moskowitz, 2001). לפיכך, אין זה מפתיע לגלות, כי באופן היסטורי, במסגרת גיבוש מדיניות הסעד של מדינת ישראל בראשית דרכה, אימצה מדינת ישראל את השילוב ההיסטורי של אספקת סעד באמצעות שילוב של הטלת אחריות מקומית (על הרשות המקומית שבה חי העני) עם הטלת אחריות משפחתית (על משפחתו של העני) (דורון ורוזנטל, 1971).

בפועל, הדבר עוגן מבחינה משפטית על ידי שילוב של שני דברי חקיקה, שנחקקו בסמיכות האחד לשני, תוך תיאום והשלמה של האחד עם השני. מדובר על חוק שירותי הסעד, התשי"ח-1958, אשר עיגן את החובה להקים לשכות סעד והטיל על הרשות המקומית את החובה לספק סעד לנזקקה. חוק זה הושלם על ידי חוק לתיקון דיני משפחה (מזונות), תשי"ט-1959, אשר הטיל את החובה לזון קשת רחבה של קרובי משפחה, בכפוף לתנאים שיפורטו להלן. ה"שילוב" בין החוקים נעשה באמצעות ההוראה החוקית אשר אפשרה לרשות המקומית לגבות מכל מי שחייב במזונות של האדם לו היא סיפקה סעד את עלות הסעד שהיא סיפקה.

ראוי לציין בהקשר זה, כי השילוב של חוק שירותי הסעד יחד עם חוק לתיקון דיני משפחה (מזונות) מבטא אימוץ של הערכים היהודיים שתוארו בסעיף הקודם. בהליכי חקיקת החוק בכנסת, במסגרת הדיונים הפומביים במליאת הכנסת, הדבר צוין מפורשות, בין היתר על ידי סגן שר הסעד בשעתו, י.ש. רוזנברג, שבתמיכה להסדר החוקי הסתמך מפורשות על ההלכה היהודית (דברי הכנסת, 1956).

בפועל, החוק לתיקון דיני משפחה (מזונות) קובע בסעיף 4 כי:

אדם חייב במזונות שאר בני משפחתו, והם -

- (1) הוריו והוריו בן זוגו;
- (2) ילדיו הבגירים ובני זוגם;
- (3) נכדיו;
- (4) הורי הוריו שלו ושל בן זוגו;
- (5) אחיו ואחיותיו שלו ושל בן זוגו.

מכאן, שברמה העקרונית, לכאורה, אדם חב חובת מזונות כלפי קשת רחבה מאוד של קרובים: לא מדובר רק בהורים הזקנים של האדם עצמו, אלא גם ברמה של סבא וסבתא, לא רק של האדם אלא גם של בן/בת זוגתו. בשל רוחב היריעה של חובת המזונות, החוק מוסיף וקובע רשימה של תנאים, שרק בהתקיים כל התנאים, יהיה האדם חייב בפועל בתשלום המזונות.

התנאי הראשון הוא, שאדם יהיה חייב במזונות רק אם יש לו לספק את הצרכים של עצמו, של בן/בת זוגו ושל הילדים הקטינים שלו ושל בן/בת זוגו. כלומר, החובה הראשונית של אדם היא לזון את משפחתו הגרעינית, ורק אם לאחר סיפוק חובה זו נותר לו עודף - רק אז ניתן יהיה לחייב אותו בתשלום מזונות לבני משפחה נוספים.

התנאי השני הוא, שהאדם הזקוק למזונות ותובע אותם אינו מסוגל לספק את צרכיו בכוחות עצמו: בין בעבודה, בין מתוך נכסיו הוא ובין ממקורות אחרים. כלומר, החובה הבסיסית היא על האדם לזון את עצמו בכוחות עצמו. מכאן, שהורים זקנים, שיש להם נכסים, רכוש או חסכונות, אינם יכולים לדרוש מזונות מילדיהם מבלי שקודם לכן מיצו את כל יכולותיהם הכלכליות העצמיות.

התנאי השלישי הוא, כי בן משפחה אינו יכול לתבוע מזונות מבן משפחה אחר לפני שתבע את קבלת המזונות ממי שקודם לו ב"היררכיה" המשפחתית המפורטת בסעיף 4. כלומר, הורה זקן אינו רשאי לתבוע מזונות מנכדיו לפני שתבע מזונות מילדיו.

לבסוף, החוק מעניק שיקול דעת מסוים וגמישות באכיפת החובה לזון הורים זקנים. במסגרת הוראת סעיף 9 לחוק, עוגנה הקביעה לפיה בית משפט רשאי, אם הוא סבור שמן הצדק והיושר לעשות כן, לפטור אדם מחובת המזונות, כולה או מקצתה, מחמת התנהגות מחפירה שהזכאי למזונות התנהג כלפיו. הוראה זו משקפת ברמה מסוימת את עקרון ההדדיות הטמון בחובת המזונות. אדם חב במזונות הוריו הזקנים בהתחשב בטיפול ארוך השנים והתמיכה שהם העניקו לו, כשהוא עצמו היה קטין וחסר יכולת. לפיכך, אם מסתבר, כי ההורים הזקנים לא מילאו את חובתם הבסיסית כלפי ילדיהם בתקופה שבהם הם היו חסרי ישע, יש לבית המשפט את שיקול הדעת לפטור את הילדים מחובת המזונות.

על אף שלא רבים הם פסקי הדין שבהם אנשים זקנים תבעו את ילדיהם בתשלום מזונות, באותם מקרים שהדברים הגיעו לכותלי בית המשפט, נטיית לבו של בית המשפט הייתה להביע תמיכה בהסדר הסטטוטורי הנ"ל ולבטא הכרה בערכים היהודיים הגלומים בו (דורון ולינצ'ץ, 2002).

עם זאת, יש לזכור, כי בסך הכול ולמעט בהקשר של יישום מדיניות המימון של האשפוז הסייעודי הממושך - כלומר, במימון הפיתרון המוסדי של זקנים באחריות משרדי הרווחה והבריאות - החוק לתיקון דיני המשפחה (מזונות) כמעט שאינו מיושם במציאות. מעטים הם הזקנים המוכנים לתבוע את ילדיהם הבוגרים, גם במצבים של נזקקות או חולי, ומעטות הן הלשכות לשירותים חברתיים המנצלות את סמכותן החוקית לגבות את

חובת המזונות או לכפות אותה במצבים שבהם הן מאתרות זקנים מוזנחים בקהילה. הגם שלא נעשו מחקרים רבים בנדון, אותם מחקרים בודדים שנעשו גילו, כי קיימים קשיים רבים ביכולת ליישם את החוק ולאוכפו הלכה למעשה ולא בנקל ניתן להפוך אותו לכלי פעולה אפקטיבי לפיתרון צרכיהם של זקנים במצוקה (דורון ורוזנטל, 1971).

מדיניות מעורבת - אחריות החברה ואחריות היחיד ומשפחתו

במשך השנים התפתחו חלופות למדיניות החברתית המשפחתית המבוססת על הטלת חובה לזון או לממן את ההורים הזקנים או בני משפחה זקנים אחרים. בחלקה, ההתפתחות נבעה מתוך הכרה באילוצים, כגון המחויבות למקום העבודה או חובות כלפי בני משפחה אחרים (כמו הילדים הקטנים של בן/בת המשפחה), הגורמים לכך שבפועל היכולת למלא את החובה הופכת לקשה ביותר עד לבלתי אפשרית. בחלקה, ההתפתחות נבעה מתוך ביקורת ביחס לאפקטיביות של מדיניות המנסה לבסס קשרים, שבמהותם נובעים מרגש ומדאגה, על יסוד חובה חוקית פורמלית. אשר על כן, עם השנים, התפתחו תכניות מגוונות, שתכליתן לאפשר לבני משפחה ולעודדם להמשיך ולטפל בהוריהם הזקנים - וזאת למרות קיומן של מחויבויות אישיות ומשפחתיות סותרות - שלא במסגרת חובה, אלא במסגרת שיתוף פעולה בין המדינה לבין המשפחה.

נציג להלן, בתמצית, את עיקרי המדיניות החברתית המעוגנת בחוקים שונים, שתכליתם לשלב בין השירותים המסופקים על ידי המדינה והסיוע הניתן על ידי המשפחה על מנת לעודד את בני המשפחה ולאפשר להם לדאוג להוריהם הזקנים ולטפל בהם:

1. ביטוח סיעוד

אין ספק, שפיתוח התכנית לביטוח סיעוד בזיקנה, שנקבעה בראשית שנות ה-80 של המאה הקודמת, ועיגונה במסגרת חוק הביטוח הלאומי, היא כלי המדיניות החשוב ביותר בכל הנוגע לתמיכה במשפחות המטפלות בהורים הזקנים ובניסיון ליצור מערכת חברתית משולבת של תמיכה מדינית יחד עם טיפול משפחתי בזקן. בראייה לאחור ובהתחשב בהיקף הזקנים ובני משפחותיהם הנהנים משירותי גמלת הסיעוד ובעלות הכלכלית הכרוכה בהפעלת התכנית - הרי שמדובר בתכנית בעלת חשיבות ראשונה במעלה, אשר השיגה את מטרתה: הקלה על בני משפחה המטפלים בהוריהם הזקנים (קטן ולבנשטיין, 1999; קטן ולבנשטיין, 2001; שמיד ובורובסקי, 2000).

פרק ביטוח הסיעוד בחוק הביטוח הלאומי²⁴ מעגן במסגרת חקיקת הביטוח הסוציאלי הכללי בישראל את הזכות לקבל סיוע סיעודי בבית ובקהילה באופן שיאפשר המשך קיום חיים עצמאיים למרות קיומה של מוגבלות פיזית. הזכות מתמצה בקבלת סיוע סיעודי הניתן לזקנים בביתם או במסגרת מרכזי יום המצויים בתוך הקהילה. היקף הסיוע ותוכנו נקבעים באופן פרטני לאחר הערכה ובדיקה תפקודית הנעשית בבית הזקן. קיימות שלוש

²⁴ ראו פרק י' בחוק הביטוח הלאומי.

דרגות של סיוע בהתאם למצב התפקודי של הזקן המוגבל: 9.75 שעות טיפול שבועיות, 16 שעות ו-18 שעות. החוק כולל ממד של מבחן אמצעים כלכלי כתנאי לקבלת הסיוע (מעבר לרמת הכנסה מסוימת הזכאות נשללת, אולם הרף שנקבע, פעם וחצי השכר הממוצע, הוא גבוה יחסית); הסיוע הסיעודי מוענק במסגרת הבית והקהילה ומסתיים עם העברת הזקן לטיפול מוסדי; השירות המוגש בחוק הוא בעין ולא בכסף (על אף שיש בעת כתיבת שורות אלה הליך ניסיוני לבחינת הענקת הגמלה גם בכסף). השירות בעין כולל עזרה של מטפלת ביתית בפעולות היומיום בהיקף מרבי של עד 18 שעות בשבוע ו/או טיפול במרכז יום ו/או שירותי מכבסה ו/או אספקת מוצרי ספיגה חד-פעמיים ו/או משדר מצוקה.

בפועל, הסיעוד מסופק באמצעות חברות פרטיות או עמותות ציבוריות והתשלום בגין השירות מועבר במישרין לספקי השירות, כך שהמבוטח מקבל את השירות, אך אינו נושא בתשלום במישרין. החוק מיועד עבור סיעוד הניתן (למעט במקרים חריגים) על ידי ספקי שירותים, שאינם בני משפחת הזקן. זאת, מתוך מגמה מפורשת לשחרר או לפחות להפחית את נטל הסיעוד המוטל על בני המשפחה והעברתו, באמצעות חברות ועמותות הסיעוד, לידיים מקצועיות. בכך, החוק לא רק מאפשר לבני המשפחה הנושאים בנטל הטיפול בזקנים להקל במעמסה המוטלת עליהם, אלא אף מפחית ומפיג מתחים הקשורים בנטל הסיעוד הפנים-משפחתי ומונע הידרדרותם של קשרי התמיכה המשפחתיים למערכת מתוחה המבוססת על יחסי תגמול כלכליים. חוק הסיעוד מהווה, אפוא, דוגמה מצוינת למדיניות של החברה הרואה במשפחה את הגורם האחראי העיקרי לטיפול בזקן המוגבל ואת חובת המדינה לסייע למשפחה לשאת בעול הטיפול.

2. מהגרי עבודה ומטפלים זרים בתחום הזיקנה

דוגמה נוספת לאחריות המשולבת מתייחסת להעסקת מטפלים זרים בתחום הסיעוד. במקרה זה, המדינה, אמנם, איננה מממנת במישרין את השירות ומרבית המימון נופל על כתפי המשפחה. מעורבותה של המדינה מתבטאת בעיקר בתפקידה כרגולטור הממונה על אישור ההסתייעות בעובד זר ובפיקוח כללי מאוד על השירות (להרחבה בנושא זה ראו את הפרק "מטפלים עיקריים, מטפלים זרים ומה שביניהם", מאת אסתר יקוביץ, המופיע בהמשך ספר זה).

הדיון במכלול הסיבות וההקשרים הכלכליים והפוליטיים שהביאו לגידול הדרמטי בהעסקתם של עובדים זרים כמטפלי סיעוד לזקנים, הזקוקים לתמיכה וטיפול, חורג מגדרי פרק זה (קמפ ורייכמן, 2008; רוזנהק, 1999). אולם, הקישור המהותי בתחום זה נעשה בעקבות הקשר המשפטי-כלכלי בין הזכאות לגמלת הסיעוד לבין היכולת לממן ולהעסיק עובד זר לזקנים מוגבלים. על פי המצב החוקי כיום, אדם זקן, המוכר כמי שתלוי תלות מוחלטת בעזרת הזולת על פי אמות המידה המפורטות בפרק ביטוח הסיעוד שתואר לעיל, זכאי לקבל אשרה להעסקת עובד זר לשם מתן טיפול 24 שעות ביממה. הקישור הכלכלי נוצר עקב יכולתו של הזקן לזקוף את זכאותו הכספית לגמלת

הסיעוד לטובת מימון העובד הזר. בהתחשב בעלות הזולה יחסית של שכרו של העובד הזר, הרי שהיתר זה הופך את העסקתו לזולה במיוחד.

מצב דברים זה מקל עד מאוד על בני המשפחה את נטל הטיפול היומיומי בזקן. בכך, נוצרת מציאות לפיה בני משפחה יכולים בקלות יחסית להימנע מלאשפז את הוריהם הזקנים במסגרות מוסדיות ולהשאיר אותם בביתם ולעתים אף בבית הילדים הבוגרים. זאת, באמצעות תמיכה צמודה של מטפל זר, בעלות סבירה וזולה יחסית, במיוחד בהשוואה לעלויות הכרוכות בפתרון המוסדי. שיתוף הפעולה הכלכלי-חברתי הזה יוצר מצב שבו הזקן (באמצעות נכסיו הכספיים וזכאותו לגמלת הסיעוד), בני המשפחה (באמצעות השתתפותם ביתר העלות הכלכלית ובטיפול בפועל) והמדינה (באמצעות מתן ההיתר לאשרת עבודה לעובד הזר, רגולציה של תנאי ההעסקה ומימון פרק ביטוח הסיעוד) - כולם שותפים יחדיו לשירות.

3. על שירותים בקהילה

המדיניות הכללית של משרד הרווחה בכל הנוגע לאחריות למתן שירותים בקהילה היא, שעל המשרד לדאוג לקיומם של השירותים וכי הפעלתם אמורה להתבצע במימון ממשלתי ומוניציפלי, אך גם בהשתתפות הזקן ומשפחתו. גובה ההשתתפות שונה משירות לשירות. האידיאולוגיה של מערך שירותים זה אינה להחליף את המשפחה או להפוך אותה למיותרת או לחסרת חשיבות, אלא שעל מערך השירותים להשתלב, לתמוך ולהשלים את מערך התמיכה המשפחתי הקיים. נמנה להלן מספר שירותים עיקריים בתחום:

מרכזי היום: מרכזי היום, המיועדים בעיקר לזקנים מוגבלים, מספקים שירות יומי הכולל הסעה מהבית למרכז, ארוחות, פעילות חברתית, תעסוקה, רחצה, ועוד. המימון עבור זקנים זכאי חוק סיעוד מגיע מהמוסד לביטוח לאומי ועבור זקנים תשושים ממשלד הרווחה. על הזקנים עצמם להשתתף בהוצאות ההפעלה של השירות, בהיקף של כ-15% מהעלות היומית. בדומה לגמלת הסיעוד, מרכזי היום אינם באים להחליף את המשפחה, אלא להשלים את הטיפול המשפחתי ולהקל עליו. הם מעניקים לזקנים מסגרת למפגש חברתי מחוץ למשפחה ומסייעים למשפחה בנטל הטיפול (יקוביץ, 2003א').

קהילות תומכות: המדובר בשירות קהילתי נוסף המאפשר לזקן להמשיך ולגור בביתו, תוך שהוא מקבל סיוע הכולל קשר עם "אב השכונה", מערכת קריאת מצוקה, שירות רפואי, בכלל זה ביקור רופא ושירות אמבולנס, וכן פעילות חברתית. המימון של השירות חל כמעט במלואו על הזקן ומשפחתו (הרשות המקומית משתתפת לרוב אף היא בחלק קטן מהעלות), להוציא מעוטי יכולת, הזוכים לסבסוד של משרד הרווחה והרשות המקומית (טיין, 2004).

השתתפות הזקנים במימון השירותים קיימת גם בשירותים אחרים בתחומי הרווחה והבריאות, כגון בריפוי שיניים, ברכישת אביזרי שמיעה וראייה, בהסעות, ועוד. בכל אלה

ניתן להצביע על אחריות ממשלתית לקיום השירותים ולמימוןם העיקרי, אך בכולם גם קיימת חובת השתתפות כספית של הזקן ומשפחתו. הגם שהשירותים אינם מעוצבים באופן המתייחס במישרין לבני המשפחה של הזקנים הנהנים מהם, הלכה למעשה מכלול שירותים אלה משליך במישרין על יכולתה של המשפחה להמשיך ולטפל בהורה הזקן בביתו ובקהילתו ולהימנע מהצורך לאשפזו במסגרת מוסדית, כדי לתת מענה למכלול צרכיו.

4. על חוק פיצויי פיטורין

חוק פיצויי פיטורין תשכ"ג-1963 הוא חוק כללי המטפל בסוגיית סיום יחסי עובד-מעביד בהקשר של פיטורין והתפטרות. החוק לא חוקק באופן ייחודי כדי לטפל בסוגיית התמיכה בבני משפחה המטפלים באופן לא-פורמלי בזקנים. עם זאת, במסגרת מכלול הסעיפים המטפלים במצבים החוקיים שבהם יש לראות את התפטרותו מרצון של עובד כפיטורין המזכים פיצויים כדון, החוק התייחס גם למצב הרלוונטי לענייננו. סעיף 6 לחוק פיצויי פיטורין קובע כדלקמן:

"התפטר עובד לרגל מצב בריאותו הוא או של בן משפחתו... רואים לעניין פיצויי פיטורין את התפטרותו כפיטורין".

אף אם הסעיף התכוון בעיקרו למקרה שבו עובד נאלץ לסיים את עבודתו שלא מרצונו החופשי ובשל הידרדרות מצב בריאותו הוא, הרי הסעיף כולל בחובו גם את האפשרות לראות התפטרות כפיטורין בשל מצב בריאותו של "בן משפחתו" של העובד. המושג "בן משפחה" הוגדר בתקנות שהותקנו לצורך סעיף זה כדלקמן:

(1) "בן זוגו של העובד, לרבות הידוע בציבור כבן זוגו;

(2) ילדו של העובד, לרבות ילד מאומץ או חורג;

(3) הורה של העובד;

(4) נכדו של העובד, סבו או הורה של בן זוגו הגר עם העובד ועיקר כלכלתו עליו".

השילוב של הוראת סעיף 6 יחד עם הגדרת המושג "בן משפחה" כאמור לעיל, מביא לכך שעובדים הנאלצים להתפטר כדי לטפל בבני זוגם, בהוריהם, בסביהם או בהורי בני זוגם זכאים לקבל פיצויי פיטורין וכן את מכלול הזכויות שזכאי להן עובד שפוטר ממקום עבודתו. הוראת סעיף זה יש בה, אם כך, להקל במידת מה על אותם בני משפחה המחליטים להקדיש את זמנם לטיפול לא-פורמלי ממושך בקרוביהם הזקנים, במובן זה שהצורך להתפטר לא גורר בעקבותיו אבדן הזכויות לפיצויי פיטורין. מכאן, שהפגיעה הכלכלית עקב הפסקת יחסי עובד-מעביד הופכת למתונה יותר מבחינה כלכלית.

בפועל, אין עדיין מחקר בישראל אשר מנתח את מידת השימוש בסעיף זה של החוק על ידי מטפלים לא-פורמליים בזקנים. יתרה מכך, בפסיקת בתי הדין לעבודה שפורסמו

במאגרים השונים אין תיעוד למקרים רבים של תביעות מכוח סעיף זה. עם זאת, סקירת הפסיקה בקשר לסעיף זה גם ביחס למצבים שאינם תלויים בטיפול בזקנים מצביעה על דרך הבנת הפסיקה את החוק בנושא (דורון ולינצ'ץ, 2002). ממד אחר שנדון בפסיקה נגע לשאלה, כיצד יש להתחשב ב"תנאי העבודה ושאר נסיבות העניין" לצורך החשבת ההתפטרות כפיטורין (שם).

במבט כללי, ניתן לומר, כי פרשנות בתי הדין לעבודה להוראת סעיף 6 לחוק פיצויי פיטורין עולה בקנה אחד עם המציאות לפיה טיפול לא-פורמלי ממושך בזקנים הוא רב-גוני וכולל קשת רחבה של פעילויות תמיכה ועזרה, כאשר המכנה המשותף לכולן הוא עזרה בתפקוד היומיומי. שיתוף הפעולה ומעורבות המדינה באים לידי ביטוי, אם כך, בהכרה שגם המעבידים צריכים למעשה להיות שותפים פעילים בעלות הכלכלית והחברתית הכרוכה בטיפול המשפחתי בהורים זקנים.

5. החוק לדמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה)

להבדיל מחוק פיצויי פיטורין, חוק דמי מחלה, התשנ"ד-1993 נחקק מתוך מטרה מוצהרת להתמודד במישרין עם סוגיית הזדקנותה של החברה הישראלית ועם תופעת הטיפול הלא-פורמלי בזקנים. בדברי ההסבר להצעת החוק נאמר:

"עם העלייה בתוחלת החיים מוטל נטל כבד על בנים להורים קשישים, במיוחד בכל הקשור לטיפול בהורה חולה. מחלה של הורה קשיש יוצרת במשפחה מצב דומה למצב של מחלת ילד, נושא המכוסה בהסכמים קיבוציים רבים. מוצע לאפשר לכל עובד במשק להיעדר בשל מחלת הורה קשיש וזאת כדי שיוכל לדאוג עבורו לכל הסידורים הנדרשים".

גם בדיון במליאת הכנסת פירט יוזם החוק, ח"כ יורם לס, את הרציונל לחקיקתו:

"... אנחנו נמצאים בדור חדש, שבו מספר הקשישים בחברה גדל והולך, ויותר ויותר משפחות מוצאות עצמן משקיעות ומטפלות בהורים הקשישים ופחות אולי בילדים... כאשר אדם קשיש נעשה חולה, זו מכה אנושה למשפחה... כל הדברים האלה משפיעים קשה מאוד על המשפחות וצריך לתת להן את האפשרות לטפל בשקט בבעיה" (דברי הכנסת, 1992).

החוק מאפשר לעובדים לזקוף עד שישה ימים בשנה היעדרות בשל מחלת הורה או הורה של בן זוגו שמלאו לו 65 שנה, על חשבון תקופת המחלה הצבורה שלו, בתנאי שבן זוגו עובד והוא אינו נעדר מעבודתו מכוח זכאות זה. החוק הגדיר את המושג "חולה" כהורה שחלה והפך להיות תלוי לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות יומיום. פעולות אלו כוללות על פי סעיף 223 לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995: לבישה, אכילה, שליטה בהפרשות, רחצה וניידות עצמית בבית. על פי סעיף 2 לחוק, על שר העבודה והרווחה להתקין בתקנות כללים בדבר הוכחת המחלה ובדבר הנחיצות

של ההיעדרות מהעבודה, ואכן השר השתמש בסמכותו והתקין את תקנות דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה) התשנ"ד-1994. המשמעות המעשית של החוק היא, אם כך, שאותם עובדים שלהם הורים התלויים לחלוטין בעזרת הזולת לביצוע פעולות היומיום זכאים בעקבות החוק להקדיש שישה ימים בשנה לצורך טיפול בהם, מבלי שיהיו תלויים בחסדי המעביד לשם כך ומבלי שתיגרם להם פגיעה של ממש בשכר החודשי, זולת ניכוי ימי הטיפול מכלל ימי המחלה הצבורים.

בפועל, עד היום אין עדיין פסיקה מתועדת בקשר לחוק זה ולא ניתן לנתח את המדיניות הפרשנית שבתי הדין לעבודה ייתנו להוראותיו. עם זאת, חשיבותו של החוק קיימת אף בהיעדר פסיקה נרחבת וזאת בזכות הממד הסמלי שלו. לאמור, בהיותו אבן דרך בהפגנת המודעות של המחוקק הישראלי לצורך בהסדרים חקיקתיים בתחום התמיכה התעסוקתית. מעבר לממד הסמלי, החוק גם מקל במידת מה על העובדים המצויים בקונפליקט בין המחויבות לעבודתם לבין המחויבות לטיפול בהוריהם. החוק מונע מהעובדים את הצורך לקחת ימי חופש ללא תשלום על חשבון העבודה לצורך טיפול בהורה ומקנה להם זכות לקחת חופשה בתשלום - גם אם בהיקף מצומצם - לצורך טיפול בבני משפחתם הזקנים.

6. פקודת מס הכנסה והטבות מס

אחת הדרכים הנוספות להקל או לתמוך בבני משפחה המטפלים בהוריהם הזקנים וסועדים אותם מעוגנת בצורה של הענקת זיכוי במס הכנסה. ואכן, באופן היסטורי, פקודת מס הכנסה כללה שתי "מסגרות" חוקיות להענקת הקלה כלכלית מסוימת בתחום.

המסגרת הראשונה, הקיימת עד היום, היא הענקת זיכוי בגין הוצאות הכרוכות בהחזקת קרוב במוסד. הוראת סעיף 44 לפקודת מס הכנסה קובעת כי:

"בחישוב הכנסתו החייבת של יחיד תושב ישראל שהוא או בן זוגו שילם בשנת מס בעד החזקתם במוסד מיוחד של ילד, בן זוג, או הורה, משותקים לחלוטין, מרותקים למיטה בתמידות, עיוורים או בלתי שפויים בדעתם... יותר לו זיכוי ממס של 35% מאותו חלק מהסכומים ששילם העולה על 12.5% מהכנסתו החייבת..."

המשמעות המעשית של סעיף זה היא, שבני משפחה, שבשל מחלת אלצהיימר, לדוגמה, נאלצו להעביר את ההורה הזקן למוסד סיעודי, ויכולו, בכפוף לתנאים מסוימים (רמת הכנסה שאינה גבוהה מגבול מסוים), לקבל זיכוי ממס.

המסגרת השנייה מעניקה זיכוי בגין עצם קיומו של הורה שהוא "נטול יכולת", ללא קשר למקום שהייתו או למידת התמיכה המסופקת בפועל על ידי בן המשפחה. כאמור בהוראת סעיף 45 לפקודת מס הכנסה, הקובעת כי:

"בחישוב המס של יחיד תושב ישראל שהיו לו בשנת המס אישה או הורה משותקים לחלוטין, מרותקים למיטה בתמידות, עיוורים או בלתי שפויים בדעתם... או שהיה לאשתו הורה או ילד כאמור, יובאו בחשבון בחישוב המס שלו או של בן זוגו שתי נקודות זיכוי בשל כל נטול יכולת..."

הגם שמדובר בסכומים שאינם גבוהים יחסית, עצם ההכרה בכך, שקיומו של הורה זקן, משותק לחלוטין או מרותק למיטה בתמידות, מטיל עומס כלכלי על בן המשפחה שלו, והנכונות להכיר בעומס כלכלי זה כמעין הוצאה שראוי להביאה בחשבון בחישוב הכנסותיו של אדם, היא ביטוי נוסף להכרה בחשיבותה של התמיכה המשפחתית בחברה הישראלית. גם כאן המדיניות המנחה היא של סיוע החברה למשפחה אשר נושאת בעול הטיפול בזקן.

7. החוק להבטחת הכנסה

חוק הבטחת הכנסה, תשמ"א-1981, בסעיף 2(א)(7) קובע, כי אדם זכאי לקבל הבטחת הכנסה - ללא מבחן נוסף - אם הוא עומד בתנאי הבא:

"(7) עיקר זמנו מוקדש לטיפול בבן זוגו החולה או בילדו החולה הזקוקים להשגחה תמידית, הכול לפי כללים, תנאים ומבחנים שנקבעו בתקנות".

בתקנות הבטחת הכנסה (כללי הזכאות והוראות ביצוע), התשמ"ב-1982, נקבע בתקנה 3 כי:

"זכאות לפי סעיף 2(א)(7) לחוק:

(א) המטפל בבן זוגו החולה או בילדו החולה, זכאי לגמלה לפי סעיף 2(א)(7) לחוק, אם מתקיימים תנאים אלה:

- (1) החולה זקוק להשגחה תמידית לתקופה של 45 ימים רצופים לפחות;
- (2) המטפל בחולה טיפל בו תקופה כאמור בפסקה (1) בתכוף להגשת התביעה לגמלה;
- (3) המטפל והחולה מתגוררים באותה דירה.

(ב) הזכאות לגמלה לפי תקנת משנה (א) תימשך תקופה שלא תעלה על 6 חדשים רצופים; הוראה זו לא תחול אם החולה הוא אחד מאלה: ...

(3) הוא נעשה זקוק להשגחה תמידית לאחר הגיעו לגיל 65 שנים בגבר ו-60 באישה".

השילוב של הוראות חוק אלה יוצר מצב לפיו אדם המטפל בבן או בבת זוגו שהם זקנים וזקוקים להשגחה תמידית זכאים לקבל הבטחת הכנסה, ללא צורך להוכיח כי אין להם כושר לעבוד או כי הם לא מתאימים להשמה לעבודה. מדובר שוב בהכרה

בחשיבות ובנורמה החברתית הכרוכה בטיפול בבני משפחה בכלל ובני משפחה זקנים בפרט ויצירת מצב שבו אנשים הנוטלים על עצמם את חובת הטיפול לא יסבלו מעוני ויהיו זכאים לתמיכת המינימום ולהבטחת הכנסה מטעם המדינה, שתאפשר להם קיום מינימלי בכבוד.

דין

במבט כולל, מכלול החוקים ואמצעי המדיניות שתוארו לעיל מציגים, לכאורה, תמונה מרשימה: שילוב של ערכים יהודיים בדבר מחויבות משפחתית לקרובי המשפחה הזקנים, אשר "מתורגמת" בהקשר הישראלי המודרני לשילוב של חוקים אשר מחד גיסא מטילים חובה על בני משפחה לזון את הוריהם הזקנים ומאידך גיסא יוצרים מציאות של שיתוף פעולה ומעורבות הדדית של הזקן, משפחתו, המעסיקים והמדינה. כל זאת, באופן שתומך בטיפול המשפחתי בבני המשפחה הזקנים, מאפשר זאת ומקל על העומס הכרוך בכך.

עם זאת, במציאות התמונה מורכבת בהרבה. בפועל, שיעורי העוני בקרב זקנים בישראל הם מהגבוהים בחברה המערבית. אילולא מערכת הביטחון הסוציאלי, הן ברובד האוניברסלי של קצבאות הזיקנה והן ברובד הסלקטיבי של השלמת הכנסה, מרבית הזקנים בישראל - למרות מערכות התמיכה המשפחתיות שתוארו לעיל - היו שרויים מתחת לקו העוני. יתרה מכך, בפרספקטיבה היסטורית, המגמה הכללית בתחום עיצוב המדיניות החברתית כלפי הזיקנה משקפת צמצום במקומה ובתפקידה של המשפחה: מחד גיסא, התפתחות הסדרים סוציאליים כלליים, כדוגמת חוק הבטחת הכנסה, התשמ"א-1981 וחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, שהפחיתו בצורה דרמטית את מקומם של חוק שירותי הסעד והחוק לתיקון דיני משפחה (מזונות) ככלים למניעת עוני או אספקת סעד לזקנים; מאידך גיסא, התפתחותם של מנגנונים כלכליים אישיים ואינדיווידואליים, כגון פנסיה תעסוקתית, ביטוחי מנהלים או ביטוחי סיעוד פרטיים, שיקפו אידיאולוגיה השמה דגש ניכר על הסתמכות עצמית ותכנון אישי לזיקנה עצמאית ונטולת תלות בילדים או בקרובי משפחה אחרים.

ואכן, כוחות המתנגדים להענקת מעמד ותפקיד מוגדר ובעל משמעות למשפחה במסגרת עיצוב המדיניות החברתית כלפי זקנים מצויים משני הצדדים המנוגדים של האידיאולוגיה הפוליטית (Bracci, 2000). חסידי הימין הליברלי והאינדיווידואלי יטענו, כי במשטר דמוקרטי וקפיטליסטי על היחיד לדאוג לעצמו בלבד. זו זכותו, זו חירותו וזו חובתו. הטלת חובה על בני משפחה לדאוג, לטפל או לזון את הוריהם הזקנים מהווה פגיעה בחירות הפרט, וברמה מסוימת אף מעודדת או תורמת לחוסר אחריות אישית, לתכנון לקוי ולחוסר מחשבה, שכן היא "משחררת" את האדם מהאחריות האישית לדאוג לעצמו בזיקנתו. נאמני הגישות האינדיווידואליסטיות יוסיפו ויטענו, כי בסופו של דבר הטלת אחריות משפחתית פוגעת במרקם היחסים המשפחתיים ושוללת את חופש הפרט לבחור את דפוס עיצוב הקשרים המשפחתיים לפי רצונו האישי של כל אחד

ואחת. חסידי השמאל הסוציאליסטי יטענו, כי תפקידה של מדינת הרווחה לדאוג לכלל תושביה ולמנוע מהם מחסור, עוני או תחלואה במצבי משבר או קושי. זיקנה בהקשר זה היא שלב בחיים, אשר בשל צירוף נסיבות מוסדיות (כמו חובת הפרישה מעבודה או אפליה מטעמי גיל) ונסיבות אישיות (חולי, מוגבלות או קושי בתפקוד הנכרך לעתים עם גיל מתקדם) יוצרים מציאות לפיה על המדינה מוטלת החובה לדאוג לזקניה ללא כל קשר למצבם המשפחתי, אלא כחלק מביטוי לסולידריות חברתית, לצדק חברתי ולחלוקה מחדש של ההכנסות בחברה ולא רק ברמת המשפחה. יתרה מכך, אחריות משפחתית היא בבחינת מיסוי גרסיבי, שמעמיס באופן יחסי נטל כבד יותר דווקא על קבוצות האוכלוסייה החלשות.

בנוסף לביקורות האידיאולוגיות באשר למקומה של המדינה ביחס למשפחה בכל הנוגע לטיפול בזקנים, קיימת גם מחלוקת תיאורטית ביחס לקשר התפיסתי בין תמיכה "ציבורית" (במימון המדינה ובאמצעים פורמליים) לתמיכה הפרטית (על ידי בני משפחה ובאופן לא-פורמלי). מבחינה היסטורית הוצגו בנדון שני טיעונים סותרים: האחד, הידוע בשם "גישת ההחלפה" (substitution thesis) גרס, כי בכל מקום שבו המדינה מרחיבה את שירותיה בתמיכה ובטיפול בזקנים היא למעשה מחליפה את בני המשפחה וגורמת להם "לסגת לאחור", לצמצם את אחריותם כלפי קרוביהם הזקנים ואף להסירה. הגישה המנוגדת, הידועה בשם "גישה ההשלמה" (complimentary thesis) גורסת, כי הרחבת מעורבות המדינה אינה גורמת לצמצום המעורבות והתמיכה המשפחתית, אלא למציאת אפיקים אחרים, שתכליתם להשלים את הפערים בתחומים שבהם המדינה איננה נותנת מענה מספק (Daatlang & Herlofson, 2001; Litwak, 1985; Walker, 1993).

אין בכוונתנו בפרק זה לתת מענה לביקורות העקרוניות מימין או משמאל. מדובר בתפיסות אידיאולוגיות, שהביקורת כלפיהן חוצה את גבול העיסוק במדיניות בתחום הזיקנה דווקא ומשתרעת על תחום עיצוב המדיניות החברתית בכללותו. אין בכוונתנו גם להכריע במחלוקת התיאורטית. עם זאת, נציין, כי עד היום הממצאים האמפיריים אינם תומכים בתזת ההחלפה, אלא מצביעים יותר על קיומן של תזות השלמה בגרסאות שונות. לפיכך, בשלב זה ננסה למקד את הביקורת שלנו באופן צר יותר, באופן שבו מקומה של המשפחה בא לידי ביטוי במדיניות החברתית בישראל, כפי שתואר לעיל. נדמה לנו, שגם בלי לאמץ את אחת מהאידיאולוגיות העקרוניות שתוארו לעיל, אפשר להצביע על מספר קשיים במדיניות הקיימת בתחום בישראל:

1. היעדר מדיניות ברורה ביחס לאחריותה של המשפחה כלפי זקניה ובהגדרת ה"משפחה"

בפרק זה התמקדנו בסקירת החוקים והמסגרות המעניקים מעמד למשפחה בכל הנוגע לטיפול בהורים ובקרובים הזקנים ובדאגה להם. אולם, סקירה זו היא רק חלק - ולמעשה, חלק קטן - מתמונת המדיניות הכוללת בתחום השירותים והזכויות לאוכלוסייה הזקנה בישראל. כאשר מנסים "לשבץ" את התמונה שתיארנו בפרק זה בתמונת המדיניות

הרחבה יותר, הכוללת מערכים, כגון קצבאות זיקנה, השלמת הכנסה, פנסיה, חוק ביטוח בריאות ממלכתי ומערך השירותים החברתיים בקהילה, מתברר, כי יש דיסהרמוניה והיעדר ראייה כוללת וברורה בדבר מקומה של המשפחה במכלול השירותים המוענקים לזקנים והקשר הראוי בעניין זה בין המשפחה למדינה. בהקשרים מסוימים, מדינת ישראל הוציאה את המשפחה לחלוטין מהליכי קבלת ההחלטות או ממסגרת הפיתרון החקיקתי. כך, לדוגמה, במסגרת חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 ואף בחוק החולה הנוטה למות, התשס"ד-2004, לא ניתן לבני משפחה שום מעמד אוטומטי כמקבלי החלטות ביחס להוריהם או לקרוביהם הזקנים, שאיבדו את צלילתם או את כשירותם המשפטית. לעומת זאת, בהקשרים אחרים, בני משפחה משמשים "שחקנים ראשיים" ב"פיתרון" החברתי. לדוגמה, בכל הנוגע למימון הפיתרון המוסדי של זקנים, הן במעונות לעצמאיים ותשושים והן במוסדות סיעודיים, התמיכה המשפחתית והטלת מבחן יכולת כלכלית על הילדים הבוגרים כתנאי להשתתפות המדינה במימון הפיתרון המוסדי, הם רכיבי חיוני לגיבוש המדיניות בתחום.

מכאן, שלמעשה כלל לא ברור כיום מה באמת מקומה ותפקידה של המשפחה במכלול המדיניות החברתית הישראלית בתחום הזיקנה: האם מדובר במסגרת חברתית מיותרת ולא חיונית, שהיא מעין "סרס" עוֹדֵף היכול, באופן התנדבותי, למלא תפקיד רגשי או אינסטרומנטלי, אך אין לו מקום ממשי ביצירת הפתרונות או המענים לצרכים של הזקנים או, לחילופין, האם מדובר במסגרת מרכזית וחיונית, שהמדיניות החברתית בתחום צריכה להיבנות סביבה, לספק לה את הכלים ואת האמצעים לתת מענים מהותיים לצרכים של בני המשפחה הזקנים.

חוסר הבהירות והאחידות קיימים גם בהגדרת המושג "משפחה" וברמת הקרבה המשפחתית אשר תיחשב לצורך העניין כמטילה את האחריות - מחד גיסא, ואת הזכאות - מאידך גיסא, בכל הנוגע לטיפול בקרובים הזקנים ובדאגה להם. דוגמה לכך באה לידי ביטוי בפער בין הגדרת בן משפחה לצורך חוק פיצויי פיטורין לעומת הגדרת הורה לצורך חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה). בעוד שאדם יכול להתפטר גם לצורך הטיפול בסבא ובסבתא שלו אין הוא רשאי לקחת ימי מחלה בתשלום לשם טיפול באותם קרובים ממש. דוגמה נוספת מצויה בפער שבין מדיניות הפעלת האחריות המשפחתית בהקשר של מימון אשפוז סיעודי ממושך: בעוד שמשרד הבריאות, על פי נהליו, בוחן את הכנסות הילדים הבוגרים בלבד, משרד הרווחה בוחן את הכנסות הילדים הבוגרים וכן את הכנסות בני/בנות זוגם (החתנים והכלות).

חוסר הקוהרנטיות והבהירות בתחום יוצרים בלבול וחוסר ודאות הן בקרב הזקנים עצמם והן בקרב בני משפחותיהם: על מי עליהם לסמוך? על עצמם או על המדינה? למי עליהם לפנות - למשפחה או לשירותי הרווחה? כיצד עלי לתכנן את זיקנתי - לצפות כי משפחתי תדאג לי או להסתמך על כך שבכל מקרה המדינה תיתן לי מענה לצרכים? כמובן, שאי הבהירות יוצרת גם מתחים חברתיים המקרינים על הקשרים המשפחתיים והכלל-חברתיים.

2. הפער בין המדיניות "על פי חוק" לבין יישום המדיניות "בשטח"

בעיה נוספת, הבולטת בתחום מדיניות המשפחה בתחום הזיקנה, היא הפער הגדול בין הערכים והמדיניות כפי שאלה משתקפים בחקיקה או במסמכים הפורמליים לבין המציאות הממשית בתחום (דורון ורוזנטל, 1971). כך, לדוגמה, ניתן להצביע על פער משמעותי למדי בכל הנוגע לחוק לתיקון דיני משפחה (מזונות), בין העיקרון הגלום בו לבין היישום שלו במציאות. כפי שצינו לעיל, שיעורי העוני של זקנים בישראל הם גבוהים למדי. למרות זאת, מידת השימוש, היישום או האכיפה של הוראות חוק לתיקון דיני משפחה (מזונות) ככלי לצמצום העוני בקרב זקנים הוא זניח לחלוטין ולמעשה מצטמצם כיום לתחום מימון האשפוז המוסדי הממושך בלבד. דוגמה נוספת אפשר למצוא בכל הנוגע למידת המימוש, היישום וההפעלה של חוקים, כדוגמת חוק פיצויי פטורין או חוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה). מחקרים שונים מצביעים על כך, שרמת המודעות והידע בתחומים אלה מצומצמים למדי (Doron & Werner, 2008). בכל מקרה, מעסיקים מצידם נמנעים מלפתח מדיניות ברורה בתחום ופועלים על בסיס אינדווידואלי, ללא דפוס פעולה ברור או מוגדר (יעביץ, 2009).

נדמה, לעתים, שמדינת ישראל "אוהבת" להתהדר בחוקים ובמדיניות שלכאורה מאמצים ערכים יהודיים בסיסיים של קשרים בין-דוריים, של חובה לדאוג לזקנים ושל מורא וכבוד לוותיקים. אולם, בפועל, לפחות בכל הנוגע לחוק לתיקון דיני משפחה (מזונות) ובהתחשב בשיעורי העוני, המצוקה, ההתעללות וההזנחה שמהם סובלים זקנים במדינת ישראל - נדמה שקיים פער מהותי בין הרטוריקה לבין המציאות.

3. רמת תמיכה מוגבלת ומצומצמת

בסופו של דבר, בניתוח ביקורתי, ניתן לטעון, כי על אף ריבוי החוקים והמסגרות היקף התמיכה בפועל במדינת ישראל בבני משפחה המטפלים בהוריהם הזקנים וסועדים אותם - מוגבלת ומצומצמת ביותר. לדוגמה, הסיוע המרבי לזקן המוגבל מאוד בכל פעולות היומיום שלו הוא 18 שעות שבועיות של טיפול בית, כאשר ברוב המקרים זקן כזה זקוק לטיפול ולהשגחה כמעט בכל שעות היום. ספק אם סיוע זה אכן מהווה הקלה משמעותית למשפחה (וזאת גם אם מביאים בחשבון, כי ישראל הייתה המדינה הראשונה שהפעילה חוק מתקדם כזה והיא עדיין בין ארבע המדינות היחידות בעולם שבהן קיים חוק כזה). אותה שאלה קיימת גם לגבי שירותים אחרים. האם שישה ימי מחלה בתשלום מהווים סיוע משמעותי לבני משפחה המטפלים בזקן? כך גם לגבי שתי נקודות זיכוי במס או הזכות לקבל הבטחת הכנסה. בסופו של דבר, מדובר בהיקף תמיכה מוגבל ביותר, שלא נותן מענה אמיתי לצרכים של בני משפחה הלוקחים על עצמם את נטל הטיפול. לא מדובר בתמורה כלכלית ממשית, המהווה סיוע תומך בעל משמעות לזקן ולבני משפחתו והמסוגלת ליצור תמריץ אמיתי למי שמתלבט האם לטפל או לא לטפל בהורה הזקן שלו. תמורה זו גם לא משקפת את ההוצאות ואת העלויות האמיתיות הכרוכה בנטילת האחריות המלאה לטיפול בהורה זקן. לפיכך, ניתן לטעון, כי אם אמנם קיימת מדיניות של שילוב

בין אחריות המדינה לאחריות המשפחה, הרי שהסיוע שהממשלה נותנת למשפחה היה צריך להיות משמעותי הרבה יותר, כך שהמשפחה אכן תוכל להמשיך ולהתמודד עם מעמסת הטיפול בזקן. על המדינה גם לתת לכך ביטוי בהיקף המחויבות הכלכלית שהיא מצידה מעניקה למשפחה. כך, לדוגמה, אפשר לטעון, כי ראוי להכיר במכלול ההוצאות הנלוות לטיפול בהורה זקן כהוצאות המוכרות לניכוי ממס במסגרת חישוב הכנסתו החייבת במס של בן המשפחה. זאת, בדומה למצב שנפסק לאחרונה בבית המשפט בכל הנוגע להכרה בהוצאות של טיפול בילדים ביחס לנשים עובדות.

4. תשתית מדעית מוגבלת ביחס לאפקטיביות של המדיניות המשפטית

אחד הנתונים העולים מהנאמר בפרק זה היא העובדה, שעד היום היקף המחקר הממוקד, הבוחן מנקודת מבטן של המשפחות את האפקטיביות של מדיניות התמיכה המשפטית בזקנים - הן ברמת החובה והן ברמה התמיכה והתמרוץ - מצומצם יחסית. כמות המחקרים שנערכה בנדון נמוכה ולמעשה, הגם שבתחומים מסוימים קיימת תשתית אמפירית רחבה יותר (כדוגמת המחקרים שנערכו בתחום פרק ביטוח הסיעוד שבחוק הביטוח הלאומי), עדיין חסרה תשתית אמפירית שממנה ניתן ללמוד באופן רציונלי את מידת האפקטיביות של מדיניות המשפחה בכל הנוגע לתמיכה ולטיפול בזקנים. בעידן שבו מקובל לדרוש, כי מדיניות חברתית תהיה מבוססת על ראיות (Evidence Based Practice) אין זה מצב ראוי, שמדיניות בתחום התמיכה המשפטית בזקנים תהיה נטולת תשתית מדעית הולמת, שתתמוך או שתצביע על דרכי התערבות המצליחים לחולל שינוי של ממש.

סיכום

בעשורים האחרונים, מדינת ישראל עוסקת בפיתוח תכניות ובגיבוש מדיניות למתן מענה לצרכים הגוברים והמשתנים של אוכלוסיית המזדקנת. בהקשר זה, לא ניתן להימנע מהחובה להגדיר בצורה ברורה את מקומה של המשפחה במכלול השירותים והפתרונות החברתיים לצרכים של הזקנים. עם זאת, נכון להיום, נדמה שמדינת ישראל עדיין מחפשת את דרכה בכל הנוגע להכרעה ברורה ביחס לתפקידה ולמקומה של המשפחה בתחום זה. על אף שאין ביטוי פורמלי לעמדת הממשלה לגבי חלוקת האחריות בין הממשלה למשפחה, ניכר בפועל, שמתבצעת מדיניות מעורבת של חובה חלקית ולא מספקת של הממשלה לסיוע למשפחה, המשמשת כמסייעת העיקרית לזקן.

הבעיה איננה רק בחוסר ההכרעה בתחום, אלא בפער גדל והולך בין רטוריקה, שלכאורה מאמצת ומקדשת ערכים יהודיים של כיבוד אב ואם, של חובה לכבוד ולמורא, לבין מציאות שבה זקנים רבים במדינת ישראל אינם נהנים מכבוד האדם וסובלים מצרכים שאינם זוכים למענה הולם.

דווקא מתוך הכרה ומודעות לחשיבות של התא המשפחתי ולקשרי האהבה, התמיכה והכבוד שמעניקים ילדים להוריהם, לאיכות החיים בזיקנה ולרמתם, נדמה שראוי לה למדינת ישראל לעצב מדיניות ברורה בתחום. אין כל כוונה להצביע על כיוון כזה או אחר דווקא, אבל כל מדיניות חברתית בנוגע למעמדה של המשפחה בזיקנה חייבת לתת מענה לכשלים שעליהם הצבענו בפרק זה: המדיניות חייבת להיות קוהרנטית וברורה ולאמץ הגדרה ברורה של המעגלים המשפחתיים המגויסים מבחינה חברתית; היא חייבת לצמצם את הפער בין הרטוריקה לבין המציאות, לתת מענה הולם ואמיתי לצרכים שבני המשפחה יזדקקו להם, כדי למלא את התפקיד החברתי שהמדינה מייעדת להם בטיפול ובדאגה להוריהם ולקרוביהם הזקנים והיא חייבת להיות מבוססת על תשתית עובדתית מהימנה ותקפה ביחס לאפקטיביות של המדיניות המופעלת בנדון.

מקורות

ברודסקי, ג., שנוור, י. ובאר, ש. (2008). **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2007**. ירושלים: אשל.

דברי הכנסת, 1956. קריאה ראשונה - חוק שירותי הסעד. ישיבה קל"ד, 12.6.1956, עמ' 1994.

דורון, א. ורוזנטל, ר. (1971). **אחריות קרובים במערכת הסעד בישראל**. ירושלים: בית הספר לעבודה סוציאלית.

דורון, י. ולינצ'ץ, ג. (2002). **הזדקנות ועבודה בישראל: החוק והעובדים המטפלים בבני משפחה זקנים. עבודה, חברה ומשפט, ט': 197-228**.

וייל, ח. (1984). **המערכת המשפחתית**. בתוך: ש. ברגמן וי. מרגולץ (עורכים). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. (עמ' 200-215). ירושלים: אשל.

חביב, ג. ווינדמילר, ק. (1993). **תמיכה משפחתית בקשישים בישראל**. ירושלים: ברוקדייל.

טיין, ש. (2004). **קהילות תומכות - להזדקן בקהילה בישראל**. ירושלים: אשל.

יעביץ, מ. (2009). **המשמעות שמעניקים מעבידים לתמיכה בעובדים המטפלים בהורים זקנים**. עבודת גמר לשם קבלת תואר מאסטר בגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה, החוג לגרונטולוגיה.

יקוביץ, א. (1983). אחריות בנים למזונות הוריהם - מבט מזווית ההלכה. **גרונטולוגיה**, 25/6: 38-28.

יקוביץ, א. (2003). מדיניות הטיפול הממושך בזקנים בישראל. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 669-684). ירושלים: אשל.

יקוביץ, א. (2003). מערכת השירותים הקהילתיים והמוסדיים בישראל. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 685-706). ירושלים: אשל.

לבנשטיין, א. (2003). יחסים בין-דוריים במסגרת המשפחה המזדקנת. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 617-628). ירושלים: אשל.

לבנשטיין, א. (2003). טיפול של בני משפחה בזקנים. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 661-668). ירושלים: אשל.

קטן, י. ולבנשטיין, א. (1999). **עשר שנים להפעלת חוק ביטוח סיעוד - משמעויות ולקחים**. ירושלים: המרכז לחקר המדיניות החברתית בישראל.

קטן, י. ולבנשטיין, א. (2001). עיגון הענקת שירותי רווחה בתשתית חוקית - לקחי חוק ביטוח סיעוד. **גרונטולוגיה**, כ"ז (1): 55-68.

קמפ, א. ורייכמן, ר. (2008). **עובדים זרים**. ירושלים: ון ליר.

רוזנהק, ז. (1999). מהגרי עבודה במדינת הרווחה הישראלית: מגמות הדרה והכלה. **ביטחון סוציאלי**, 56: 97-112.

שמיד, ה. ובורובסקי, א. (2000). סוגיות נבחרות בהספקת שירותי טיפול ביתי לקשישים במלאות עשור להפעלת חוק ביטוח סיעוד. **ביטחון סוציאלי**, נ"ז: 59.

Bloom, D.E. & Canning, D. (2004). *Global Demographic Change: Dimensions and Economic Significance*. Cambridge, USA: NBER Working Paper Series No. 10817.

Bracci, C. (2000). Ties that bind: Ontario's filial responsibility law. *Canadian Journal of Family Law*, 17: 455-500.

- Brody, E.M. (1995). Prospects of family caregiving. In R.A. Kane & J.D. Penrod (Eds.). *Family caregiving in an aging society - policy perspectives*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Daatland, S. O. & Herlofson, K. (Eds.). (2001). *Ageing, intergenerational relations, care systems and quality of life*. Oslo: NOVA.
- Daatland, S.O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Aging*, 2(3): 174-182.
- Doron, I. & Werner P. (2008). Facts on law and ageing quiz: Older people's knowledge of their legal rights. *Ageing and Society*, 28: 1159-1174.
- Estes, C. L., Biggs, S. & Phillipson, C. (2003). *Social theory, social policy and ageing*. UK: Open University Press.
- Gibson, D. (1998). *Aged care: Old policies, new problems*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Kane, R. A. & Penrod, J. D. (Eds.). (1995). *Family caregiving in an aging society: Policy perspectives*. California: Sage Publications.
- Kinsella, K. & Velkoff, V.A. (2001). *An aging world: 2001*. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Lowenstein, A., Katz, R. & Gur-Yaish, N. (2007). Reciprocity in parent-child exchange and life satisfaction among the elderly in cross-national perspective. *Journal of Social Issues*, 63(4): 865-883.

Lowenstein, A. (2005) Global aging and the challenges to families. In: M. Johnson, V.L. Bengtson, P.G. Coleman & T. Kirkwood (Eds.). *Cambridge handbook on age and aging* (pp. 403-413). Cambridge: Cambridge University Press.

Moskowitz, S. (2001). Filial responsibility statutes: Legal and policy considerations. *Journal of Law and Policy*, 9: 709-724.

Pandya, S.M. & Coleman, B. (2001). Caregiving and long-term care online: <http://research.aarp.org/health/fs82_caregiving.html> (date accessed: 28 March 2001).

Walker, A. (1993). *Age and attitudes*. Brussels: Commission of the European Communities.

פרק 2

הטיפול בזקן - מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה?

אריאלה לבנשטיין ורות כץ

מבוא

פרק זה יבחן את אחת הסוגיות החברתיות הנמצאת כיום על סדר היום הציבורי בכל המדינות המפותחות, כולל בישראל והיא: אחריות הטיפול באוכלוסייה הזקנה: המדינה מול המשפחה. בחינה זו תיערך בהתבסס על תפיסות מושגיות ונתונים אמפיריים ודמוגרפיים.

התחזיות מראות, כי בשנת 2025 אוכלוסיית בני ה-60+ בעולם תוכפל מ-542 מיליון ב-1995 ל-1.2 מיליארד איש; בשנת 2050 כל אדם חמישי בעולם יהיה מעל לגיל 60 (UNPP, 2008). בנוסף לכך, מתרחש תהליך משני של הזדקנות, שפירושו עלייה משמעותית במספר הזקנים המוגבלים בני ה-80+.

הזדקנות האוכלוסייה הזקנה משמעותה, שיותר זקנים יזדקקו לסיוע ולטיפול (ארגון הבריאות העולמי, 2002). התוצאות של מצב זה, מבחינת המדינה, הן: חוסר יכולת או חוסר מוכנות של חברות להמשיך לספק מענים לצורכי הזקנים, המשנה את האיזון בין המשפחה והמדינה (Lowenstein & Daatland, 2006; Walker, 2000).

נשאלת, אם כך, השאלה - מי ייקח אחריות לטיפול באוכלוסייה זו, כאשר הזדקנות האוכלוסייה משמעותה גידול בדרישות לטיפול פורמלי בתחומי הבריאות והרווחה, שהרי מדינות הרווחה המודרניות אינן יכולות כיום להתמודד איתו. ובמקביל, הגידול בדרישות

לטיפול בלתי פורמלי מקשה על המשפחות בימינו להתמודד איתו כבעבר. לאור מצב זה, על מי מוטלת האחריות לטיפול בזקן?

עם התגברות המגמה הדוגלת בהעדפת השארתו של הזקן (וכל נזקק אחר) בקהילה (aging in place) עולה חשיבותה של השאלה בדבר חלוקת האחריות והנטל בין המדינה לבין המשפחה בטיפול בזקן. על אף שהמשפחה אינה המסגרת הבלעדית לכך כבעבר, נעשית היום הערכה מחודשת של תפקידיה ומתנהל חיפוש אחר דרכים מתאימות לשלבה בתחומים השונים הקשורים לתמיכה ולטיפול בשותפות המדינה, ארגונים לא-ממשלתיים, המגזר השלישי, המגזר הפרטי והקהילה. מגמה זו מכונה היום "רווחה מעורבת" (Mixed welfare).

מערכות התמיכה בזקן

כאשר מתעורר צורך בטיפול בזקן עומדות בפני המשפחה שלוש אפשרויות: (1) טיפול משפחתי לא-פורמלי בלבד; (2) טיפול פורמלי בלבד, דהיינו במסגרת מערכת של שירותי הבריאות והרווחה; (3) שילוב בין השניים. המחקר מראה, כי כשמדובר בתמיכה קצרת טווח המשפחה מעדיפה להתגייס לעזרה, אבל כאשר מדובר בטיפול לטווח ארוך היא מעדיפה לקבלו ממערכת שירותים פורמלית או שהיא בוחרת בסיוע משולב. מבחינת המדינה, מצב זה יוצר אתגרים לפיתוח מדיניות חברתית ולתכנון שירותים.

לכל אחת ממערכות התמיכה, הן הלא-פורמלית והן הפורמלית יש יתרונות וחסרונות בהקשר לסיוע לאוכלוסייה במצבי חולי, משבר ומוגבלות. מערכות התמיכה הלא-פורמליות (בעיקר משפחה, אך גם חברים ושכנים), נמצאו מחזקות את היכולת של הפרט והמשפחה להתמודד במצבים אלה. שלושה סוגי תמיכה עיקריים ניתנים על ידי המערכות הלא-פורמליות: (1) תמיכה רגשית; (2) תמיכה של הערכה (esteem) ומתן מעמד ברשת החברתית; (3) מחויבות הדדית בין הדורות. המערך הלא-פורמלי מבוסס על יחסים אישיים, על אינטימיות ועל היכרות הדדית, המאפשרים מתן סיוע התואם את צורכי המטופל, באופן מידי, ללא בירוקרטיה וסחבת. לעומת זאת, חלק מהמשפחות עלולות להגיע לשחיקה בטיפול, למעורבות רגשית הגורמת לקונפליקטים ואף למצבי התעללות. בנוסף לכך, חלק מבני המשפחה הזקוקים לסיוע מרגישים, לעתים, כי אינם רוצים להיות לנטל על בני משפחתם ולכן לא פונים לעזרה גם כשהם נזקקים לכך.

המערך הפורמלי ניתן בעיקרו על ידי אנשי מקצוע בעלי מיומנויות וידע ייחודיים. יתרונותיה של מערכת מקצועית זו ביכולתה להציג דרישות גבוהות מצד מקבל השירות, עמידה על זכויותיו ואי-עירוב רגשות בטיפול. כל אלה מקלים על התמיכה. עם זאת, במערכת זו קיימים חסמים בירוקרטיים היוצרים חוסר רגישות ואלה עלולים לגרום לחוסר מודעות לצרכים מגוונים וייחודיים של קבוצות אוכלוסייה שונות. בנוסף לכך, דפוסי מתן השירותים עלולים להטיל תווית (סטיגמה) על חלק ממקבליהם. עיקר הבעייתיות נעוצה

בחוסר משאבים כספיים ובשל כך בהיעדר יכולות ומוכנות לפתח שירותים ולהכשיר כוח אדם מיומן.

היחסים בין המדינה לבין משפחה בסוגיית הטיפול בזקן

המשפחה הפוסט-מודרנית מאופיינת במבניות "שבירה" וביתר תלות במחויבות הוולונטרית של חבריה. לכן, מבחינת המשפחה, הטיפול בזקן דורש חוזה בין-דורי "חדש" ומענים חדשניים ברמת הפרט, המשפחה והחברה. משמעותו של שילוב כזה היא טשטוש הגבולות בין התחום הפרטי לתחום הציבורי או בין הסולידריות החברתית לסולידריות המשפחתית. האם הילדים הבוגרים ימשיכו להיות מקור של תמיכה להוריהם המזדקנים אחרי תהליכי העיור, המודרניזציה, ההתפתחות הכלכלית והשינויים בערכים החברתיים? האם הניידות הגיאוגרפית, הירידה בשיעור המגורים המשותפים הבין-דוריים, התמעטות הקצאות המדינה לרווחת האוכלוסייה הזקנה יותר ושחיקת הערכים הנקשרים באחריות המשפחה לזקניה, מסכנים את כושרה ואת נכונותה של משפחה בת-ימינו לטפל בזקניה? כל ההתפתחויות האלו מעלות לסדר היום החברתי את הסוגיה של השפעת המודרניות על מערכות היחסים במשפחה הבין-דורית ועל חשיבות תמיכת המדינה בטיפול בזקנים.

עם זאת, נראה, כי כל מדינות הרווחה חולקות חששות בשאלה כיצד לבנות מערכות יחסים תומכות ומעורבות בין המשפחות למדינה. בעשותן זאת, הן נאלצות להתמודד עם שאלות, כגון: איך מאזנים בין תמיכה מהמשפחות לבין תמיכה ממערכות השירותים? האם המשפחות והשירותים מחליפים אלה את אלה או משלימים האחד את האחר? מספר תיאוריות וגישות עוסקות בשאלות אלו והן מוצגות להלן.

1. תיאוריית המשימה הייחודית (Task-specific Theory)

תיאוריה זו מתמקדת בתפקידים משלימים, שממלאות המשפחות ומערכות השירותים הפורמליות, בהנחה שהמשפחות והארגונים הפורמליים מעוניינים ביעדים ייחודיים המשלימים אלה את אלה (Litwak, 1978; 1985). יתרה מזאת, התיאוריה גורסת, כי על אף שהמבנים של שני המוסדות האלה - המשפחה ומערכת השירותים - נמצאים בקונפליקט, הם תלויים זה בזה בכל הקשור להשגת יעדים משותפים. כיצד, אם כן, מתמודדת "תיאוריית המשימה הייחודית" עם הבעיות של מודרניזציה ושינויים במשפחה? מהנתונים במחקרים שהתבססו על תיאוריות אלו עולה, שמספר גדול של זקנים מטופלים ונתמכים עדיין בידי המשפחה, והעברות כלכליות רבות ממשיכות להתקיים במסגרות המשפחתיות. עם זאת, משפחות וארגונים פורמליים ממלאים משימות משלימות, הייחודיות לכל אחד ממוסדות אלה (Messerli, Silverstein & Litwak, 1993; Attias). לכן, תיאוריה זו אינה מבשרת את קיצה של המשפחה, אלא

מציעה חלוקה מחדש של הנטל בין המשפחות לבין מערכות השירותים (Silverstein, Bengtson & Litwak, 2003).

שתי גישות נגזרות מ"תיאוריית המשימה הייחודית": גישת ההחלפה (Substitution Theory) וגישת ההשלמה (Complimentarity Theory) (Lingsom, 1997).

גישת ההחלפה: על פי גישה זו, שירותי המדינה תופסים את מקום המשפחה המטפלת ומחליפים אותה. המודל הסוציאל-דמוקרטי בסקנדינביה מייצג את גישת ההחלפה ומעדיף מעורבות ממלכתית ישירה בהספקה נדיבה של שירותים, שהם בעיקר ציבוריים.

גישת ההחלפה עולה לדיון, לעתים קרובות, כאשר עוסקים בפיתוח שירותים חדשים. אחד הטיעונים נגד פיתוח שירותים הוא, שהם לא מאפשרים למשפחות לצמצם את מאמציהן, הם מרפים את ידיהן ומקטינים את תחושת האחריות האזרחית בקרבן. יש הרואים בטיעון זה את תמצית הסיכון המוסרי (moral risk) של מדינת הרווחה בעידן הפוסט-מודרני (Wolfe, 1989). גישת ההחלפה נוטה להניח, שמידה מסוימת של צמצום בטיפול המשפחתי מתניעה את תהליך הספקת השירותים הפורמליים ויוצרת צורך בפיתוח שירותים נוספים, ואילו גידול בהספקת שירותים אלה מגביר את האיום על הסולידריות המשפחתית.

גישת ההשלמה: גישה זו מנוגדת לגישת ההחלפה ולפיה מערכות טיפול פורמליות ובלתי-פורמליות משלימות האחת את האחרת, מאחר שלכל אחת מהן סוגים מוגדרים של אֶחָרִיּוּת ויכולות טיפול המתאימות בצורה המיטבית לכל אחת מהן (Litwak, 1985; Edelman & Hughes, 1990). לפי גישה זו, בהתמחות הייחודית של כל אחת מהמערכות יש פוטנציאל לחיכוכים ולהאצת קונפליקטים. לפיכך, רשתות פורמליות ולא-פורמליות מטיבות לפעול כאשר היקף הקשר ביניהן או רמת המעורבות ביניהן מועטה. הביקורת על גישה זו היא, שכיום קשה להבדיל בין האֶחָרִיּוּת הפורמליות והלא-פורמליות במצבי טיפול (Soldo, Agree & Wolf, 1990).

2. תיאוריית החליפין המשפחתית (Social Exchange Theory)

גישת ההשלמה מופיעה בשתי צורות שונות במקצת. צורה אחת היא תיאוריית התמיכה המשפחתית, המבוססת על תיאוריית החליפין החברתית. תיאוריית החליפין המשפחתית טוענת, שמשפחות מוכנות להגיש עזרה רבה יותר והזקנים מוכנים יותר לקבל עזרה זו, כאשר הנטל אינו כבד מדי. במקרים כאלה, השירותים עשויים לחזק את הסולידריות המשפחתית אם יחלקו את הנטל עם המשפחות.

3. תיאוריית התמחות המשפחה בטיפול בזקן (Family Specialization Theory)

צורה אחרת של גישת ההשלמה מיוצגת בתיאוריית התמחות המשפחה בטיפול בזקן, שעל פיה הנגישות לשירותים מאפשרת למשפחות להתרכז בתמיכה הרגשית במקום בעזרה אינסטרומנטלית. בצורה זו, מדינת רווחה לא שוללת מהמשפחות את היכולת שלהן למתן תמיכה רגשית, אלא משנה את המיקוד ומתרכזת במתן שירותים אינסטרומנטליים בלבד (Litwak, Silverstein, Bengtson & Hirst, 2003). ממרבית המחקרים כיום עולה, שהשירותים משלימים את הטיפול של המשפחה. יש חוקרים הרואים בחיוב רב את גישת ההשלמה וטוענים, כי מדינת רווחה נדיבה ממריצה סולידריות משפחתית וחליפין בין-דוריים (Kunemund & Rein, 1999; Lowenstein & Daatland, 2006).

האם הנתונים המחקריים תומכים באחת הגישות שהוצגו?

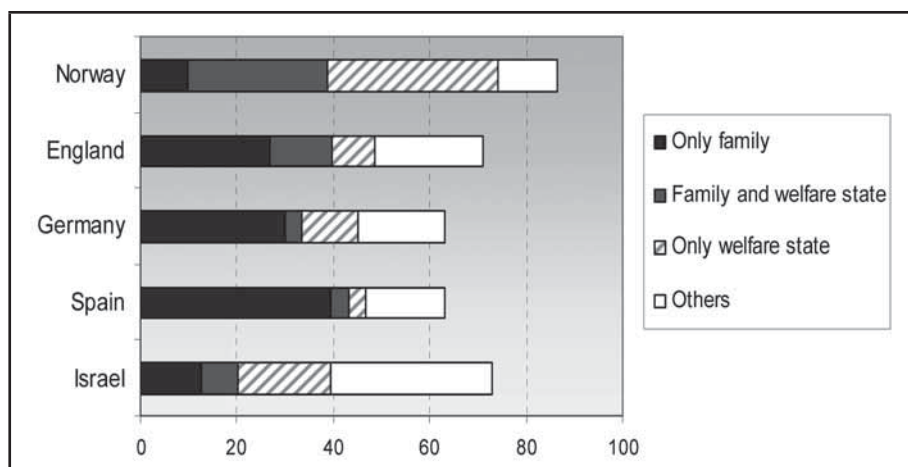
במענה לשאלה זו נתייחס למספר מחקרים שנעשו בשנים האחרונות.

1. פרויקט OASIS: (2000-2004)*. "זיקנה ואוטונומיה: תפקידה של מערכות השירותים וסולידריות משפחתית בין-דורית" (Old age and autonomy: The role of service systems and intergenerational family solidarity). זהו מחקר בין-תרבותי ובין-מדינתי, שכלל חמש מדינות: נורבגיה, אנגליה, גרמניה, ספרד וישראל. מטרת המחקר היו להרחיב את בסיס הידע הבין-תרבותי על השפעות הגומלין של גורמים אישיים, משפחתיים וחברתיים על איכות החיים בחמש המדינות, שהן בעלות מגוון תרבויות משפחתיות ומשקפות סוגים שונים של מדינות רווחה. נתוני המחקר נאספו בכל אחת מחמש המדינות בדגימה אקראית מ-1,200 תושבי ערים, בגילאים 25 ומעלה, סך הכול 6,000 נחקרים.

בתרשים 1 מוצגים נתונים על מקורות ורמות הסיוע שמקבלים בני ה-75+ עם מגבלות תפקודיות בחמשת המדינות. מקורות העזרה חולקו לארבע קטגוריות: רק מהמשפחה, רק מהמדינה, שילוב של המשפחה והמדינה, ומקורות אחרים. התמיכה מהמדינה כוללת הן סיוע משירותים ציבוריים והן ממלכ"רים. המקורות האחרים כוללים, בין היתר, עזרה מחברים, משכנים, משירותים מסחריים ומשילובים ביניהם.

* הפרויקט מומן באמצעות תכנית המסגרת החמישית של הנציבות האירופית, הסכם מס' OLK6-TC-1999-02182.

תרשים 1: שיעורי התמיכה ומקורותיהם בקרב בני 75+ עם מגבלות תפקודיות לפי הארצות (באחוזים)



מהנתונים עולה, כי שירותים נדיבים יותר של מדינת רווחה לא "דחקו את רגלי המשפחה" (crowding-out), אלא תרמו לשינוי ביחסים הבין-דוריים וסייעו לבני הדורות השונים לבנות מערכות יחסים עצמאיות יותר. נראה, ששירותים פורמליים מעודדים את תמיכת המשפחה ומספקים גיבוי אמפירי לרעיון של "התקבצות" (crowding-in) (Motel-Klingebiel, Tesch-Romer & Kondratowitz, 2005).

עם זאת, האיזון בין שתי מערכות התמיכה - המשפחה והמדינה - נמצא שונה בין הארצות. בגרמניה ובספרד התמיכה בבני ה-75 הייתה מבני המשפחה ובעיקר מילדים בוגרים. לעומת זאת, בנורבגיה ובישראל, מדינות שיש להן קשת רחבה של שירותים לזקנים, המשפחה סיפקה פחות תמיכה אינסטרומנטלית וטיפול אישי, יחסית למדינות האחרות. בארצות בעלות תרבות משפחתית דומיננטית, כמו ספרד, בהן קשת השירותים הפורמליים מצומצמת, קיים סיכון רב יותר בהטלת האחריות על המדינה בהקשר לטיפול בזקנים. המשפחה עוברת שינויים גם בארצות אלו והנתונים הצביעו על כך, כי הן הצעירים והן המבוגרים מעדיפים שירותים וטיפול על ידי המדינה. המבוגרים בכל המדינות היססו להטיל אחריות לטיפול על ילדיהם הבוגרים ולא היו מעוניינים במגורים משותפים כאשר יזדקקו לסיוע. הנורבגים והישראלים הציגו את חשיבות התפקיד המרכזי של המערך הפורמלי בשילוב עם תמיכה מהמשפחה. לעומת זאת, באנגליה ובגרמניה נטו לתת משקל שווה לתפקיד שתי המערכות. ילדים בוגרים לא נסוגו מתפיסת האחריות שלהם, אולם המוקד היה לא על מתן סיוע אינסטרומנטלי או טיפול אישי, אלא בעיקר על תמיכה רגשית וניהול הטיפול.

בלוח 1 מוצגת התפלגות העמדות לגבי חלוקת האחריות בין המשפחה והמדינה בטיפול בזקן, לפי סוגי סיוע שונים, כמו גם האחריות המשותפת שלהן לפי ארצות בקרב כל אוכלוסיית הנחקרים בני ה-75+. הנתונים מצביעים על כך, כי בנורבגיה ובישראל מרבית הנחקרים תופסים את מדינת הרווחה כאחראית הראשית לטיפול בזקן בשלושת התחומים שהוצגו לנחקרים: סיוע כלכלי, סיוע בעבודות משק בית וסיוע בטיפול אישי. גם באנגליה נתפסת המדינה כאחראית על הטיפול הזקן, אולם ברמה נמוכה יותר.

לוח 1: האיזון בין המשפחה והמדינה: עמדות כלפי אחריות המשפחה, המדינה או אחריות משולבת לטיפול בקשיש (בני 75+ לפי מדינות, באחוזים)

שטח אחריות	נורבגיה	אנגליה	גרמניה	ספרד	ישראל
תמיכה כלכלית	6.7	21.5	13.3	18.2	12.7
	20.9	32.6	41.1	33.4	23.2
	72.4	45.9	45.6	48.4	64.1
סיוע בעבודות משק בית	8.5	24.8	27.2	31.1	10.5
	15.9	26.9	40.2	33.3	23.9
	75.6	48.3	32.6	35.5	65.6
סיוע בטיפול אישי	7.0	31.6	27.2	38.0	8.7
	11.9	20.9	39.7	32.2	23.1
	81.1	47.5	33.1	29.8	68.2
N	402	390	474	368	353

* הנחקרים נשאלו: מי, לדעתך, מבין המשפחה, המדינה או שילוב ביניהן, צריך לקחת אחריות על מתן שלושה סוגי תמיכה (כלכלית, עזרה בעבודות משק בית וסיוע בטיפול אישי) לזקנים הזקוקים לכך?

הנתונים לגבי עמדות הנחקרים מגרמניה ומספרד מלמדים, כי המדינה אחראית על התחום של סיוע כלכלי יותר מאשר בשני התחומים האחרים. בתחומים של עבודות משק בית וטיפול אישי הגרמנים והספרדים נוטים לעבר שילוב של סיוע מהמשפחה ומהמדינה.

על בסיס נתונים אלה ניתן להסיק, כי עמדותיהם של הנחקרים במחקר אואזיס לא היו חד-משמעיות לכיוון של טיפול על ידי המשפחה, אך גם לא הסתייגו מפיניה לשירותים כאפשרות משנית, כפי שנרמז בטיעון ההחלפה. העמדות שיקפו פחות או יותר את אותו דפוס של עמדות חברתיות כלליות, כפי שהוצג לעיל, אך ניכרת בהן העדפה להסדרי מדינת רווחה. נראה הגיוני, אפוא, לומר, כי מדיניות ההכלה של מדינת רווחה,

שבה הממשלה מגבילה את הוצאותיה למשפחה ולטיפול בזקנים, בחלקו כתוצאה מאידיאולוגיה של הפרטת שירותים ציבוריים, אינה מוצאת תמיכה בקרב הנחקרים באף לא אחת מחמשת המדינות שהשתתפו במחקר (Daatland & Lowenstein, 2005).

לאחר בדיקת דפוסי קבלת השירותים ועמדות הנחקרים כלפי מקורות התמיכה הם נשאלו שתי שאלות נוספות לגבי ההעדפות האישיות שלהם, בהקשר למשפחתם אם הם יזדקקו לעזרה ולתמיכה בעתיד. השאלה הראשונה התייחסה לצורך בעתיד בעזרה ממערך השירותים לטיפול ממושך והשנייה להסדרי מגורים כאשר האדם לא יוכל יותר לחיות בגפו. בלוח 2 מוצגים נתונים אלה בהתאם לשלוש קבוצות גיל (25-49, 50-74, +75).

לוח 2: העדפות לשירותי טיפול ממושך והסדרי מגורים לפי גיל ומדינות

נורבגיה	אנגליה	גרמניה	ספרד	ישראל	
העדפות לגבי סיוע: אחוז המעדיפים שירותים לטיפול ממושך*					
67.8	30.6	43.5	35.0	56.0	49-25
79.6	49.5	47.6	31.7	57.3	74-50
87.2	51.4	52.4	24.9	69.0	+75
1151	1060	1152	1092	1144	N
העדפות לגבי הסדרי מגורים: אחוז המעדיפים סידור מוסדי**					
66.4	58.1	51.1	52.4	72.0	49-25
79.1	65.9	53.4	45.8	76.4	74-50
90.0	54.6	54.8	25.9	66.5	+75
793	806	687	684	711	N

* הנחקרים נשאלו: אם תזדקק לעזרה על בסיס קבוע בפעילויות משק הבית, ממי תעדיף לקבלה, מהמשפחה, משירותים פורמליים לטיפול ממושך או מגורם אחר?

** הנחקרים נשאלו: אם לא תוכל יותר להתגורר לבד בזיקנתך ויהא עליך לבחור בין מגורים עם אחד הילדים או מגורים במוסד, מה תעדיף (Katz et al., 2003).

הנתונים בלוח 2 מצביעים על כך, כי העדפות אישיות לקבלת עזרה משירותים פורמליים משתנה עם הגיל. ההעדפות לכיוון זה גבוהות יותר ככל שהאדם מזדקן בכל הארצות, למעט בספרד. בהקשר זה, הצעירים הם יותר 'שמרנים' ובעלי אוריינטציה משפחתית. כנראה, שהתנסויות אישיות של המבוגרים השפיעו על העדפותיהם. ייתכן גם, שהזקנים אינם רוצים להוות נטל על בני משפחתם ולכן מעדיפים סיוע ממערכת השירותים הפורמלית. העדפות באשר להסדרי מגורים נוטות גם הן לכיוון דומה, כאשר

בשלוש מהאמצעות - אנגליה, ישראל ובמיוחד בנוורבגיה חלק הארי של הנחקרים העדיף מגורים במוסד על פני מגורים משותפים עם ילדים. לגבי קבוצת בני ה-75+, בנוורבגיה מרביתם העדיפו סידור מוסדי. לעומת זאת, בספרד, רק כרבע מהנחקרים העדיפו סידור מוסדי. נתונים אלה משקפים את מדיניות הרווחה בנוורבגיה לעומת ספרד, שבה שירותים חברתיים לזקנים אינם מפותחים, כמו גם העובדה כי המשפחתיות עדיין חזקה בספרד.

2. פרויקט EUROFAMCARE* (חקר שירותי תמיכה בבני המשפחה המטפלים בזקנים, שנערך באירופה): המחקר מתבסס על נתונים שנאספו מהאמצעות: גרמניה, יוון, איטליה, פולין, שוודיה ובריטניה, על בסיס ראיונות אישיים עם כ-6,000 נחקרים - מטפלים מקרב המשפחות, שטיפלו בזקנים לא-עצמאיים לפחות ארבע שעות בשבוע.

נתוני מחקר זה מאירים נקודת ראות של בני משפחה מטפלים ומהם עולה, כי רובם המכריע של המטפלים מקרב המשפחה (למעלה מ-80%) חשו, שההשקעה בטיפול הייתה חשובה להם וכי הם התמודדו עם מטלות הטיפול היטב גם בנסיבות קשות. הערך החיובי שדווח על ידי בני המשפחה מטפלים הוא, כנראה, הרכיב הקריטי ביותר בהבטחת טיפול איכותי לזקן לא-עצמאי. עם זאת, מטפלים מקרב המשפחה זקוקים לתמיכתם של שירותים פורמליים משולבים, הן בסיוע במתן טיפול טוב לזקנים והן להגנה על בריאותם ורווחתם של המטפלים עצמם. לפיכך, טיפול משלים למשפחה והספקת שירותי תמיכה טובים למטפלים מקרב המשפחה הם חיוניים ועליהם להיות חלק מכל מדיניות ציבורית.

במחקר זה נשאלו המטפלים גם לגבי שירותים פורמליים שעשויים לסייע בידם להמשיך בטיפול הלא-פורמלי. השירותים העיקריים שהמטפלים הצביעו עליהם היו: שירותי עזרה במסגרת הבית לזקנים ולבני המשפחה המטפלים; התאמת שירותים בקהילה לצורכי הזקנים והמטפלים; העלאת המודעות של החברה לצורכי הזקן והמטפלים הלא-פורמליים והפורמליים. בנוסף לכך, בכל האמצעות שנבדקו, עלו צרכים נוספים, שהם: סיוע בתמיכה רגשית ופסיכולוגית לזקנים המטופלים ולבני המשפחה המטפלים; התאמת הבתים למוגבלויות; שירותי תחבורה נגישים; שיפור הגישה לשירותים; העלאת הסטטוס של נותני שירותים בבית; הגדרת קבוצות ב"סיכון לתלות" על מנת לפתח שירותים מתאימים לצרכיהם; הכנת תכניות סיוע למטפלים במקומות עבודה (family friendly programs). כל זאת, על מנת לאפשר מציאת איזון בין המחויבות לעבודה ולמשפחה באמצעות תכניות, כגון: שעות עבודה גמישות, אפשרויות לעבודה מהבית. כמו כן, עלו הצרכים הבאים: שחרור המשפחה (respite care) ויותר עזרה משירותי הבריאות והרווחה למשפחות התומכות בזקן; העצמת הזקן ומתן אפשרות לבחירת שירותים; העצמה של המושג "זיקנה" וחינוך האוכלוסייה באמצעות החדרת

* הפרויקט נתמך על ידי האיחוד האירופי - הסכם QLK6-CT-2002-02647.

דימויים חיוביים של הזיקנה לכלי התקשורת, כאשר מושג "התלות" אינו צריך להיות חלק מהמדיניות החברתית; קידום סולידריות משפחתית בין-דורית והעלאת המודעות לאינטגרציה של הזקן בחברה.

3. פרויקט SOCCARE* (סוגים חדשים של משפחות ושירותים - מחקר איכותני על הסדרי טיפול שנעשה בארצות: פינלנד, צרפת, איטליה, פורטוגל ובריטניה). המחקר התמקד בארבעה סוגי משפחות, שכולן הושפעו מאוד משינויים דמוגרפיים, סוציו-כלכליים ומבניים, שחלו לאורך זמן בחברות האירופיות: משפחות חד-הוריות, משפחות דו-קרייריסטיות, משפחות מהגרים, ומשפחות שמטפלות בילדים צעירים ובזמנית גם בבני משפחה קשישים (double front carer). במסגרת הפרויקט רואיינו כ-400 משפחות אירופיות, שנשאלו על ההזדמנויות והקשיים שבהם נתקלו בהפעלת הסדרים גמישים לטיפול בבני משפחה קשישים ויכולתם לשלב הסדרים אלה בהשתתפות בתעסוקה בשכר.

במחקר זהו שני סוגים עיקריים של רשתות טיפול בזקנים: הסוג הראשון, רשתות המורכבות מ"קשרים רופפים", שבהן הרשת היא מינימלית או אפילו לא קיימת ונטל הטיפול נופל על כתפיו של אדם אחד. לעומת זאת, בסוג השני, יש רשתות עשירות יחסית ורב-מוקדיות החולקות אֶחָיוּת טיפול. לשתי הרשתות קשרים עם שירותים מקצועיים ולא-מקצועיים. טווח השירותים המקצועיים הוא רחב, החל בשירותי בריאות פחות אינטנסיביים ושירותי בית וכלה בשירותים "מקיפים", כגון מוסדות סיעודיים או מעונות לזקנים. בפינלנד, בצרפת ובבריטניה נעזרות משפחות, לעתים קרובות, בשילוב של טיפול לא-פורמלי וטיפול ציבורי-פורמלי. רק בפורטוגל ובאיטליה משפחות נעזרות בעיקר בשירותי המגזר השלישי ובשירותי טיפול פרטיים. אולם, באיטליה, בצרפת ובפורטוגל המגזר הלא-מקצועי והלא-פורמלי בתשלום הוא רחב היקף ומגוון. עם זאת, יש הבדלים ניכרים בין איטליה, פורטוגל וצרפת בכל הקשור במערכות היחסים בין המשפחות לבין השירותים בתשלום. באיטליה ובפורטוגל מחליפה עזרה פרטית, בעיקר לזקנים, את השירותים הציבוריים. בצרפת, עזרה פרטית משמשת רק להשלמת השירותים הציבוריים. באשר לניהול ולפיקוח על סידורי הטיפול, בכל המדינות, המשפחה הייתה ונשארה המשאב העיקרי והחשוב ביותר לטיפול בזקן. מנקודת השקפה זו, שירותים פורמליים ולא-פורמליים צריכים להיות משולבים בצורה משלימה במערכת אינטגרטיבית או ברשת של טיפול.

סיכום

הממצאים שהוצגו מלמדים, כי שירותי רווחה אינם גורמים לנסיגת המשפחה מטיפול או לפגיעה בסולידריות המשפחתית. עם זאת, הן הצעירים והן המבוגרים הדגישו את הצורך ביותר שירותים פורמליים כדי לסייע למשפחה להמשיך ולטפל בזקנים. במחקרים שהוצגו בלטה העדפה של שותפות בין המערך הלא-פורמלי לפורמלי.

מסתבר, כי קיימת החלפה מסוימת בין טיפול לא-פורמלי ופורמלי, אולם הדגש היה בעיקרו על השלמה בין שני סוגי הטיפול. נראה, כי במקביל לטיפול הפורמלי, המשפחה מתמחה בעיקר בסוגי תמיכה שהיא מיומנת לספק - בעיקר טיפול רגשי. בנוסף לכך, הדור המבוגר, בהשוואה לדור הצעיר יותר, "דחף" לכיוון של אחריות מצד המערכת הפורמלית והממשלתית.

סיוע ותמיכה הם חלק אינטגרלי מחיי היומיום במשפחות, אולם הדפוסים והצורך בתמיכה משתנים לאורך מעגל החיים. מאחר שגישת ההשלמה (complementarity) נמצאה דומיננטית, יש לתכנן שיתוף פעולה רב יותר בין שתי מערכות הטיפול - הפורמלי והלא-פורמלי - כאשר הדגש במתן השירותים של המערך הפורמלי יהא על טיפול אינסטרומנטלי עם הרחבת מערך השירותים לסיוע בבית לזקנים מוגבלים.

מקורות

- Attias-Donfut, C. & Arber, S. (2000). Equity and solidarity across the generations. In: S. Arber & C. Attias-Donfut (Eds.). *The myth of generational conflict: The family and state in aging societies* (pp. 1-21). New York: Routledge.
- Daatland, S. O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing* (2): 174-182.
- Edelman, P. & Hughes, S. (1990). The impact of community care on provision of informal care to homebound elderly persons. *Journal of Gerontology*, 45(2): S74-S84.
- Katz, R., Daatland, S.O., Lowenstein, A., Bazo, M.T., Mehlaussen-Hassoen, D., Prilutzky, D., Herlofson, K. & Ancizu, I. (2003). In: V.L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 305-326). New York and Berlin: Aldine De Gruyter.

- Kunemund, H. & Rein, M. (1999). There is more to receiving than needing: Theoretical arguments and empirical explorations of crowding-in and crowding-out. *Ageing and Society* (19): 93-121.
- Lingsom, S. (1997). *The substitution issue. Care policies and their consequences for family care*. NOVA Rapport 6/97. Oslo: NOVA.
- Litwak, E. (1978). Organizational constructs and mega bureaucracy. In: R. C. Sarri & Y.H. Hasenfeld (Eds.). *The management of human services*. New York: Columbia University Press.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary roles of informal networks and formal systems*. New York: Guilford Press.
- Litwak, E., Silverstein, M., Bengtson, V. L. & Hirst, Y. W. (2003). Theories about families, organizations, and social supports. In: V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 54-74). New York: Aldine de Gruyter.
- Lowenstein, A. & Daatland, S.O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: Evidence from the OASIS study. *Ageing and Society* (26): 203-223.
- Silverstein, M., Bengtson, V.L. & Litwak, E. (2003). Theoretical approaches to problems of families, aging and social support in the context of modernization. In: S. Biggs, A. Lowenstein & J. Hendricks (Eds.). *The need for theory: Critical approaches to social gerontology* (pp. 181-198). Amityville, New York: Baywood.
- Messeri, P., Silverstein, M. & Litwak, E. (1993). Choosing optimal support groups, review and reformulation. *Journal of Health and Social Behavior* (34): 122-137.
- Motel-Klingebiel, A., Tesch-Romer, C. & Kondratowitz, H.J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: Evidence for mixed responsibility from comparative analysis. *Ageing and Society* (25): 863-882.

Soldo, B.J., Wolf, D.A. & Agree, E.M. (1990). Family, households and care arrangements of frail older women: A structural analysis. *Journal of Gerontology, Social Sciences* (45): 238-249.

UNPP (2008). *World populations prospects: The 2008 revision population database*. New York: United Nations Population Division.

Walker, A.(2000). Sharing long-term care between the family and the state - a European perspective. In: W.T. Liu & H. Kendig (Eds.). *Who should care for the elderly?* (pp. 78-106). Singapore: Singapore University Press.

Wolfe, A. (1989). *Whose keeper? Social science and moral obligations*. Berkeley: University of California Press.

פרק 3

יחסים בין-דוריים וזיקנה בעידן המודרני: השוואות בין-מדינתיות

רות כץ, אריאלה לבנשטיין ויצחק בריק

מבוא

מטרתו של פרק זה לבחון את ההשפעות של השינויים הדמוגרפיים הגלובליים, השינויים במבנים המשפחתיים ובסגנונות חיי המשפחה, כמו גם בעמדות ובדפוסים התנהגות אצל בני דורות שונים, וכיצד השפיעו על מערכות היחסים והתמיכה בעת זיקנה. בפרק תידון חשיבותו של מחקר בין-תרבותי ובין-מדינתי, יוצגו ממצאים אמפיריים של מחקרים בינלאומיים וזיקתם לנקודות מבט תיאורטיות.

מגמות חדשות במבנה המשפחה

הזדקנות האוכלוסייה היא כיום תופעה גלובלית. כמעט כל החברות בעולם מושפעות מהשינויים בהתפלגות הגילית של אוכלוסייתן, עם הירידה בשיעור הצעירים והגידול בשיעור הקשישים, אשר ישפיעו על החברות גם בעתיד (Bengtson, Giarrusso, Mabry, & Silverstein, 2003). ירידה בשיעור הצעירים בחברה פירושה ירידה בשיעור הדורות הצעירים יותר במשפחה - הילדים והנכדים, המתבטאת בצמצום מספר חברי המשפחה המטפלים בהורים ובקרובים זקנים הזקוקים לטיפול. עם זאת, הזדקנות האוכלוסייה אינה בהכרח אפוקליפטית לגבי יחידים, משפחות, קהילות וחברות. היא יוצרת שינויים במאזן שבין הזקנים לבין הצעירים בחברה ובין המשפחות לבין המדינה בכל הקשור במתן טיפול. שינויים אלה מאתגרים מציאת דרכי תקשורת חדשות בין הדורות, תמיכה

הדדית, הכלה חברתית ואינטגרציה חברתית. הזדקנות עשויה להוות גורם סיכון אבל גם הזדמנות למימוש אפשרויות חדשות.

לשינויים הדמוגרפיים בחברה המודרנית יש השלכות בכיוונים שונים. מחד גיסא, הארכת תוחלת החיים פירושה, שהפרט ישתייך למשפחה בת שלושה ו/או ארבעה דורות משך תקופות ארוכות בחייו. מאידך גיסא, הירידה בשיעורי הפוריות והורות מאוחרת מצביעים על כך, שיהיו אנשים שלא יזכו כלל להיות חלק ממשפחה רב-דורית. סוציולוגים הדגישו, שתבניות של ארגונים חברתיים משפיעות על תחושת הרווחה של הפרט. המשפחה, המהווה את המוסד החברתי הבסיסי ביותר והמייצגת את הקבוצה הראשונה שאליה נכנס הפרט עם לידתו, משנה את תבניתה ואת דפוסיה. המשפחה המודרנית היא משפחה בעלת מערכות יחסים דינמיות ועליה להבטיח את התנאים לבניית זהותו החברתית והאישית של כל אחד ואחד בה: צעירים וזקנים, נשים וגברים. הארגון המבני של המשפחה הוא קריטי בעיקר בגיל העמידה, שהוא שלב בחיים, שבו סביר להניח שהפרט ימלא תפקידים רבים במשפחה, כמו בן/בת להורה מזדקן, בן/בת זוג, סב/סבתא, ועוד.

השינויים הבולטים במבנים המשפחתיים כיום מצביעים, כי קיימת ירידה בשיעורי הילודה, קיימת עלייה בשיעורי הגירושין ומסתמנת עלייה בעיתוי של נישואין, הורות וסבאות. מגמות אלו הביאו לכינונם של שני מבנים משפחתיים מובחנים, המבוססים על עיתוי של פריון: האחד, מבנים משפחתיים שבהם יש ריכוז גבוה של בני גילאים קרובים (age condensed) והאחר - מבנים משפחתיים שבהם יש פערי גילאים (age gapped) (Bengtson, Rosenthal & Burton, 1965). מבנים משפחתיים משתנים למבנים דמויי "תרמיל אפונה" (beanpoles), שמשמעותם גידול במספר הדורות במשפחה על רצף של זמן ארוך יותר מבעבר (Bengtson, 2001). בנוסף לכך, מתרחשים שינויים בדפוסי ההתנהוות וההתפרקות של המשפחה וכתוצאה מכך חל גיוון בדגמי משפחות ובמשקי בית, שהובילו למבנים משפחתיים מורכבים. גיוון זה במבני המשפחה מחולל אי-ודאות בתפקידים, בקשרים, בדרכי התקשורת ובציפיות שבין בני דורות שונים במשפחה.

בנוסף לשינויים אלה, נצפות מגמות חברתיות אחרות, כגון שינויים בדפוסי התעסוקה, עם הגידול בהשתתפות הנשים (המטפלות המסורתיות במשפחה) בכוח העבודה, המשפיע רבות על מערכות יחסים במשפחה ועל הטיפול בזקנים. כמו כן, עולה מספרם של זקנים בודדים, של נשים ללא ילדים, של נשים גרושות מטופלות בילדים קטנים ושל ילדים בוגרים החיים רחוק מהוריהם. כל האמור לעיל תורם להצטמצמות מאגר התמיכה המשפחתית (Wolf & Ballal, 2006). יחד עם מגמות חדשות אלה במבנה המשפחה ובאורח חייה, אנו עדים להשפעתם של שינויים חברתיים וטכנולוגיים מקיפים יותר, כגון הגירה פנימית וחיצונית, שימוש באמצעי תקשורת אלקטרונית, ועוד. לאחרונה, כתוצאה משינויים באקלים הפוליטי והכלכלי הגלובלי מתרחשים שינויים במדיניות החברתית, המרמזים על כך שיש לצפות לצמצום באחריות הממשלה לטיפול בזקנים בעתיד ולהתגברות הלחץ על המשפחות למלא תפקיד של מטפל עיקרי. מגמות אלו משתקפות

בתהליכי הפרטה מוצאים הגורמים לכך, שרבים מהשירותים החברתיים מסופקים כיום באמצעות ארגונים לא-ממשלתיים (מלכ"רים, ארגונים ולונטריים, ארגונים עסקיים) המדגישים את אחריות הפרט (ומשפחתו) לרווחתו הפיזית והנפשית.

מערכות יחסים בין-דוריות

החל משנות ה-60 (של המאה הקודמת) ואילך, עקב השינויים שנידונו לעיל, רווחו חששות בדבר התרופפות הקשרים הבין-דוריים, שיערערו את המארג המשפחתי המסורתי. עם זאת, ראיות אמפיריות, שחלקן נציג להלן, מדגישות את חשיבותה של המשפחה על גווניה השונים. קשרים בין-דוריים בקרב בני המשפחה הבוגרים עשויים להיות חשובים יותר בימינו מאשר בעשורים קודמים, מאחר שחיי הפרט ארוכים יותר והוא חולק שנים רבות יותר וחוויות רבות יותר עם בני דורות אחרים. אין להתעלם מממצאים המצביעים גם על יחסים רווי מתח ואף על מקרים של הזנחה והתעללות (Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, in press). חשיבותם ומורכבותם של היחסים הבין-דוריים במשפחה משתקפות בחשיבה המדעית ובפיתוח מודלים תיאורטיים להעמקת הבנת סוגיה חברתית זו.

נבחן ארבע שאלות בסיסיות בקשר למערכות יחסים בין-דוריים במשפחה בחברה המודרנית והפוסט-מודרנית: (1) עד כמה חזקים קשרי המחויבות בין הדורות? (2) האם קיימים יחסי הדדיות בין בני הדורות הבוגרים במשפחה? (3) האם יש פוטנציאל לקונפליקט ו/או לאמביוולנטיות בין-דוריים במשפחה? (4) באיזו מידה תפיסת המחויבות של ילדים בוגרים להוריהם המבוגרים היא חיובית?

בתיאור היחסים הבין-דוריים, שבין הקשיש וילדיו הבוגרים, בהקשר לשאלות שלעיל, רווחו ארבעה מיתוסים שייבחנו להלן בהתבסס על מסגרות מושגיות מרכזיות להבנה ולניתוח יחסים בין-דוריים במשפחה ועל נתונים אמפיריים ממחקרים שבוצעו בישראל ומחקרים בין-מדינתיים.

הצורך להבין את מערכות היחסים במשפחה ואת מגוון התהליכים שהתחוללו בה לאורך תקופות שונות ובמקומות שונים זוהה על ידי בנגטסון ועמיתיו (Bengtson et al., 2002) שציינו, כי יש חשיבות לחקר סוגיות אלו מחוץ לגבולות מדינה אחת, כדי לבנות מסגרת מושגית כוללת של מערכות יחסים במשפחה. הדבר חשוב במיוחד מאחר שבמחקרים חד-מדינתיים בנושא המשפחה עלולה להיות הטיה אתנוצנטרית. עריכת מחקר בין-מדינתי פירושה, שאפשר להציג נקודות דמיון ושוני בין המדינות ולזהות מאפיינים ייחודיים, שאותם יש להבין ולפרש בהקשר ההיסטורי, הפוליטי והחברתי המתאים (Kohn, 1989; Katz, Lowenstein, Phillips & Daatland, 2005). לפי קון (Kohn, 1989) "מחקר בין-מדינתי הוא תמיד הימור; כדאי להמר כאשר התוצאה מצדיקה את הסיכון" (עמ' 45).

1. מודל הסולידריות הבין-דורית

המיתוס הראשון הוא, כי למרבית הקשישים אין מגעים עם ילדיהם בגלל ניידות חברתית-גיאוגרפית, דגש על אינדיווידואליזם והתרופפות כללית של קשרי משפחה (Sussman, 1991; Popenoe, 1993). אחת המסגרות המושגיות היותר שכיחות להבנת קשרים משפחתיים בשלב מאוחר במעגל החיים היא מודל הסולידריות הבין-דורית (Bengtson, 1991). המודל ממשיג סולידריות משפחתית בין-דורית כתופעה רב-ממדית בעלת שישה רכיבים, המבטאת את ההיבטים ההתנהגותיים, הרגשיים, הקוגניטיביים והמבניים של קשרים משפחתיים (Bengtson & Schrader, 1982). רכיבים אלה משקפים יחסי גומלין הכוללים סולידריות בהקשר למבנה המשפחה, מידת הקרבה הגיאוגרפית בין הדורות, דפוסי הקשר ביניהם, דפוסי הסיוע והתמיכה, מידת הקרבה הרגשית וההסכמה על ערכים וסולידריות נורמטיבית (תחושת החובה לטפל).

למודל הסולידריות הבין-דורית יש מספר יתרונות: הוא מתמקד בלכידות משפחתית כרכיב מרכזי של יחסי משפחה, התורם הן לרווחה אישית בגיל הזיקנה והן להשפעה חיובית על אורך החיים (Silverstein & Bengtson, 1991). המודל מדגיש גם את הרב-ממדיות של יחסים בין-דוריים במשפחה (Silverstein & Bengtson, 1997) ונעשה בו שימוש רב כמסגרת מושגית במחקרים בקרב קבוצות אתניות שונות (Kauh, 1997) ובין מדינות (Katz, Daatland, Lowenstein, Bazo et al., 2003).

נתוני מחקרים מהארץ ומאמצות אחרות מפריכים במידה רבה את המיתוס לעיל ומצביעים, כי על אף המגמות שצינו ועל אף המרחק הגיאוגרפי שבין הדורות יש המשכיות של קשרי משפחה ושארות (Silverstein & Bengtson, 1997; Katz et al., 2005; Lowenstein, 2007). הקשרים הקיימים בין הורים וילדיהם, השתתפותם באירועים משפחתיים וחברתיים והחליפין של תמיכה חומרית ולא-חומרית מצביעים על חשיבותה ועל זמינותה של המשפחה בכלל ושל הילדים בפרט.

סולידריות משפחתית נמצאה כרכיב חשוב של קשרים משפחתיים, בעיקר בהתמודדות מוצלחת עם הזיקנה ועם אינטגרציה חברתית במהלכה. מערכות יחסים בין-דוריות וסולידריות נמצאו כאחד הרכיבים היותר חשובים המשפיעים על איכות החיים בהקשר המשפחתי. מחקרים המבוססים על גישה זו נטו להדגיש ערכים משפחתיים משותפים שהתקיימו במשך דורות, מחויבויות נורמטיביות למתן טיפול וקשרים מתמשכים בין הורים וילדים. מחקרים אשר בדקו את היחסים הבין-דוריים בקבוצות אתניות ובתרבויות משנה שונות מצאו, שהיחסים הם לרוב חזקים, עם הבדלים הנובעים ממאפייני רקע שונים, מנורמות ומערכים תרבותיים וממבני ההזדמנויות של הקבוצות השונות. לדוגמה, מחקרים שנערכו בארץ על יחסי משפחה וטיפול בבני משפחה מבוגרים בקרב אוכלוסייה ערבית מצאו, כי השתייכות לרשתות משפחתיות וקהילתיות היא רכיב משמעותי לאיכות חיי הזקנים (Katz & Lowenstein, 2002; Lowenstein & Katz, 2000; Azaiza, 2006; Litwin, 2006; Lowenstein & Brodsky, 1999). מחקרים אחרים התייחסו ליחסי משפחה בקרב מהגרים מברית המועצות לשעבר בישראל (Carmel, 2001; Litwin, 2001).

לאחרות, למשל מהגרים מהאיים הקריביים לארצות הברית (Jackson, Forsythe-1999; Lowenstein & Katz, 2005; Katz & Lowenstein, 1995; 1997) ובארצות (Brown & Govia, 2007) או מהגרים מאפריקה לצרפת (Attias-Donfut, 2008). גם במחקרים אלה הוצגה חשיבותם של יחסי המשפחה כגורם משמעותי בהסתגלות לתרבות הקולטת.

לסיכום, הצטברות של מחקרים שנעשו בשיטות שונות, באוכלוסיות שונות ובכמה עשורים חוזרים ומאשרים קיומם של מגעים בין-דוריים תכופים יחסית, טובים ומשמעותיים. נכונה גם העובדה, שיש תקופות של קשרים ותמיכה יותר אינטנסיביים מאחרות, ושבתקופות של חולי וצורך עולה הילדים מושיטים את העזרה הנדרשת (Eggebeen & Davey, 1998; Lowenstein, Katz & Gur-Yaish, 2008).

2. תיאוריית החליפין הבין-דוריים במשפחה

המיתוס השני מציג את הזקנים כחולייה החלשה ביחסי החליפין הבין-דוריים במשפחה. הטענה המרכזית עליה נשען מיתוס זה היא, שהקשישים הם בראש ובראשונה מקבלי העזרה, התמיכה והסיוע וכי הם מקבלים יותר מאשר נותנים. זאת, עקב הידלדלות המשאבים שלהם ומצבם התפקודי והבריאותי הירוד, הן כיחידים והן כקבוצה חלשה בחברה. משום כך הם נמצאים בעמדה נחותה מבחינת יחסי הנתינה והקבלה ביניהם לבין הדורות הצעירים במשפחה. השותף בחליפין, שאין לו מה לתת והוא בעיקר מקבל, הוא חסר כוח ותלוי בשותף שיש לו משאבים ויש ביכולתו להעניק. לכן, יחסים אלה בין הזקן לילדיו הבוגרים נתפסו כיחסים א-סימטריים.

מסגרת החליפין החברתית יושמה כנקודת מוצא להמשגת היחסים בין ההורה לבין הילד הבוגר המאופיינים במשאבים חומריים, עלויות ותועלות, כמו גם בחליפין רגשיים וכלכליים (Dowd, 1975; Silverstein, Conroy, Wang, Giarrusso & Bengtson, 2002). תיאוריית החליפין משקפת תפיסה מרכזית להבנת התמיכה הבין-דורית כקשורה לרווחתם הפסיכולוגית של הזקנים. תיזת החליפין מניחה, שהשותף ביחסי הגומלין, המקבל יותר מאשר נותן, חווה רמות גבוהות יותר של תחושת רווחה. לגבי זקנים ויחסיהם עם ילדיהם הבוגרים, ראיות אמפיריות מראות, כי במצב כזה, הזקנים עשויים להרגיש חסרי אונים ותלויים באחרים, דבר שעלול להביא לפגיעה בתחושת הרווחה שלהם.

בחברה כיום, לחלק ניכר מאוכלוסיית הזקנים יש משאבים מסוגים שונים ויש ביכולתם להעניק ולא רק לקבל. חלקם תומך בלימודי הנכדים, חלקם מעניק מתנות, חלקם מקדיש מזמנו לטיפול בנכדים, וכמובן נותן עצה, תמיכה בשעת משבר, תשומת לב ואהבה לדורות הצעירים. כל אלה הן "סחורות" חשובות בחברתנו. יחסים אלה אינם סטטיים ויש בהם תנודות. יש שלבים בחיים, כמו למשל, שלב אמצע החיים, שבו אלה הנמצאים בגילאי הביניים (50 עד 60), נוטים להיות יותר נותנים מאשר מקבלים, ויש את

אלה הנמצאים במצבי חולי קשים או כרוניים או בגילאי הזיקנה המאוחרת, אשר נוטים להיות יותר מקבלים מאשר נותנים. אולם, במכלול התקופות ובמגוון האוכלוסיות ניתן להצביע על הדדיות של נתינה וקבלה (Silverstein et al., 2002).

להלן יוצגו ממצאים משני מחקרים מקיפים רב-מדינתיים. הראשון, פרויקט OASIS (2004-2000)* "זיקנה ואוטונומיה: תפקידה של מערכות השירותים וסולידריות משפחתית בין-דורית" (Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity), זהו מחקר בין-תרבותי ובין-מדינתי, שכלל חמש מדינות: נורבגיה, אנגליה, גרמניה, ספרד וישראל.

מטרות המחקר היו להרחיב את בסיס הידע הבין-תרבותי על השפעות הגומלין של גורמים אישיים, משפחתיים וחברתיים על איכות החיים של האוכלוסייה הבוגרת בחמשת המדינות, שהן בעלות מגוון תרבויות משפחתיות ומשקפות סוגים שונים של מדינת רווחה. נתוני המחקר נאספו בכל אחת מחמש המדינות בדגימה אקראית מ-1,200 תושבי ערים, בגילאי 25 ומעלה, סך הכול 6,000 נחקרים.

במחקר נבחנו דפוסי החליפין וההדדיות ביחסים בין ילדים בוגרים והורים זקנים (+75) בחמשת המדינות במספר רב של תחומים. הנתונים מוצגים בלוח 1:

* פרויקט OASIS מומן באמצעות תכנית המסגרת החמישית של הנציבות האירופית, הסכם מס' OLK6-TC 0218-1999

לוח 1: עזרה שניתנה והתקבלה מהילדים הבוגרים ודפוסי חליפין בין-דוריים לפי מדינות (באחוזים)

סך הכול (n=1,703)	ישראל (n=344)	ספרד (n=327)	גרמניה (n=364)	אנגליה (n=327)	נורבגיה (n=341)	
עזרה שניתנה						
4.0	0.9	2.2	6.4	6.2	4.4	קניות ותחבורה
3.5	1.2	3.4	6.1	5.3	1.2	משק בית
4.1	0.9	0.9	7.1	4.6	6.5	תיקונים בבית וגינון
7.4	9.1	4.7	5.3	4.3	13.6	טיפול בילדים
11.6	14.7	3.1	10.5	9.3	19.8	תמיכה כלכלית
36.4	39.1	21.8	46.0	38.1	36.1	תמיכה רגשית
עזרה שהתקבלה						
31.8	28.1	19.1	44.4	38.2	28.5	קניות ותחבורה
17.9	10.3	17.1	31.7	19.5	10.0	משק בית
21.5	10.7	12.6	36.9	22.1	24.3	תיקונים בבית וגינון
6.3	4.1	7.4	14.5	4.1	1.2	טיפול אישי
4.8	9.4	5.0	2.8	5.6	1.5	תמיכה כלכלית
45.3	52.8	30.1	52.8	48.3	41.9	תמיכה רגשית
דפוסי חליפין בין-דוריים						
47.5	53.4	50.0	43.4	42.6	48.1	מאוזנים
10.3	11.1	6.2	7.6	10.7	16.1	הורים נותנים יותר
42.2	35.5	43.8	49.2	46.7	35.7	הורים מקבלים יותר

הנתונים מצביעים על כך, כי בתחום של סיוע אינסטרומנטלי (קניות, הסעות, סיוע בעבודות משק בית, ועוד) ההורים קיבלו יותר מאשר נתנו. לעומת זאת, ההורים נתנו יותר סיוע כספי מאשר קיבלו בארבע מהמדינות, למעט בספרד. שני הדורות קיבלו ונתנו תמיכה רגשית ברמות גבוהות. נתונים אלה מצביעים על הדדיות של קבלה ונתנה בין הדורות. נמצאו שלושה דפוסים של יחסי חליפין: (1) הדפוס המאוזן (balanced), דהיינו קבלה ונתנה דומים בין הדורות. אחוזים גבוהים של דפוס זה נמצאו בארצות היותר משפחתיות - ספרד וישראל, שבהן הנורמות של מחויבות להורים חזקות. אחוזים נמוכים ביותר נמצאו באנגליה ובגרמניה; (2) דפוס שבו ההורים הזקנים נותנים יותר מאשר מקבלים מילדיהם הבוגרים (under-benefitted), כאשר השיעור הגבוה ביותר נמצא בנוורגיה והשיעור הנמוך בספרד ובגרמניה. ניתן להסביר את השיעור הגבוה בנוורגיה במצבור משאבי בריאות וכלכלה של המבוגרים; (3) דפוס שבו ההורים מקבלים יותר מאשר נותנים (over-benefitted), כאשר השיעורים הגבוהים ביותר הם בגרמניה ובאנגליה והנמוכים ביותר בישראל ובנוורגיה. נתונים אלה משקפים את זמיונותם של שירותי הרווחה לזקנים בנוורגיה ובישראל. מנתוני המחקר גם עולה, שהיכולת לקיים יחסי חליפין משפרת את שביעות רצונם של הזקנים מהחיים. כאשר דפוסי החליפין מאוזנים, שביעות הרצון מהחיים גבוהה למדי. לעומת זאת, כאשר הזקן בעיקר מקבל עזרה מילדיו הבוגרים נצפית אצלו רמה נמוכה יותר של שביעות רצון מהחיים (Lowenstein, Katz & Gur-Yaish, 2007).

המחקר המקיף השני, שאותו נציג, הוא פרויקט SHARE* - מחקר בין-מדינתי, שנערך בעשר מדינות (סקר הבריאות, הזיקנה והפרישה באירופה). ממצאי המחקר מהווים מאגר מידע על בריאות, מעמד סוציו-כלכלי ורשתות משפחתיות בקרב אוכלוסייה בגילאי 50 או יותר. 11 מדינות תרמו מידע לשלב הראשון של מחקר SHARE 2004, והן מייצגות את אזורי אירופה השונים מסקנדינביה (דנמרק ושבדיה), דרך מרכז אירופה (אוסטריה, צרפת, גרמניה, שווייץ, בלגיה והולנד) ועד למדינות הים התיכון (ספרד, איטליה ויוון). ב-2005-2006 הצטרפו לפרויקט ישראל ואירלנד ושתי חברות חדשות באיחוד האירופי - הרפובליקה הצ'כית ופולין. הנתונים מראים, כי רוב המשיבים היו מעורבים בחילופי משאבים, הן כנותני טיפול והן כמקבליו. עוד עולה מהמחקר, כי היותו של הפרט זקן מאוד וחולה ניבאו קבלה של תמיכה (העברות זמן), ואילו היותו בעל הכנסה גבוהה ומעמד במהלך חייו ניבאו מתן משאבים כלכליים (Litwin, 2008). (ממצאים ראשוניים מ-SHARE ישראל מוצגים בחוברת מיוחדת של **ביטחון סוציאלי**, 2008).

3. יחסים אמביוולנטיים במשפחה

המיתוס השלישי הוא, כי קיים פער דורות העלול לגרום למתחים וליחסים אמביוולנטיים בין הדורות. הטיעון שעליו נשען מיתוס זה מבוסס על העובדה, כי תמיד קיים פער של

* הפרויקט מומן באמצעות תכנית המסגרת החמישית של הנציבות האירופית, הסכם מס' QLK6-CT-2001-00360

דור בין הורים לילדיהם. אולם, אם בעבר היה זה פער כרונולוגי בעיקרו הרי כיום הפער הוא היסטורי וחברתי. ההבדלים באורח החיים שבין דור ההורים לדור הילדים, ובוודאי בין דור הסבים לדור הנכדים, כה גדולים, שקשה למצוא דמיון ומכנה משותף ביניהם. לכן, בשלבים שונים במהלך החיים, כמו גם בשלבי החיים המאוחרים יותר, פערים אלה עלולים להתבטא במצבי קונפליקט, בביקורת הדדית ולעתים אף בנייתוק ובאי-שמירה על הקשר הבין-דורי. על אף שרוב ההורים והילדים הבוגרים מדווחים, כי מערכות היחסים שלהם משמעותיות ותומכות, קיימות גם מערכות יחסים בין-דוריות בעייתיות. מערכות כאלה עלולות להוות מקור למצוקה פסיכולוגית להורים ולילדים כאחד ולגרום למצבי אלימות והתעללות. לאור טענות אלה שונתה, בשנות ה-80 (של המאה הקודמת) הפרדיגמה של הסולידריות הבין-דורית והיא כוללת כיום את ממד הקונפליקט, המביא בחשבון גם את ההשפעות השליליות האפשריות של סולידריות-יתר (Silverstein, Chen & Heller, 1996) וגם מתחים ומאבקים על רקע שינויים בדפוסי משפחה, בנומרות חברתיות ובלחץ על משפחות להוות מקור תמיכה עיקרי לזקן.

עם הכללת הממד של הקונפליקט הבין-דורי, טענו בנגסטון ואחרים (Clarke, 1999; Preston, Raskin & Bengtson, 1999; Parrot & Bengtson, 1999), כי קונפליקט הוא היבט נורמטיבי בקשרים משפחתיים המשפיע על הדרך שבה בני המשפחה תופסים האחד את השני, וכתוצאה מכך משפיע על נכונותם לעזור זה לזה. סולידריות וקונפליקט אינם מייצגים רצף מסולידריות גבוהה עד לקונפליקט גבוה. קשרים משפחתיים עשויים לשקף סולידריות וקונפליקט גבוהים, או סולידריות וקונפליקט נמוכים, תלוי בדינמיקה ובמצבים המשפחתיים הרלוונטיים (Lowenstein, 2007).

בסוף שנות ה-90 עלה גל חדש של ביקורת, שטען כי יחסים בין-דוריים מאופיינים בעיקר באמביוולנטיות (Lüscher & Pillemer, 1998). חוקרים אלה טוענים, כי אמביוולנטיות מתבטאת כאשר דילמות וסתירות ביחסים החברתיים, כולל הבין-דוריים, נתפסים על ידי בני דורות שונים במשפחה כבלתי ניתנים לגישור (Pillemer & Lüscher, 2004). במקום לפעול על בסיס חיבה, סיוע וסולידריות, או להיות נתון לאיום של קונפליקט או התפרקות, הדינמיקה של הקשרים הבין-דוריים בקרב מבוגרים נעוצה, לדעתם, בניגודים חברתיים ופסיכולוגיים או בדילמות ובדרכי ניהולן בחיי היומיום של המשפחה. אכן, בשנים האחרונות נשמעות טענות של חוקרים ממגוון אוריינטציות, כי כדי להבין את איכות קשרי הורים-ילדים חייב המחקר לכלול את הרכיבים החיוביים והשליליים של יחסי משפחה.

בספרות המדעית מוצגות תפיסות שונות לגבי יכולתו של מושג האמביוולנטיות להוות גורם 'מתחרה' למושג הסולידריות הבין-דורית או להוות לוגורם משלים. החוקרים בנגסטון ועמיתים (Bengtson et al., 2002), מפתחי מודל הסולידריות, סברו כי "מהצטלבות הסולידריות עם הקונפליקט נובעת אמביוולנטיות, הן פסיכולוגית והן מבנית" ולכן הם טענו שאפשר לראות מודלים של סולידריות-קונפליקט ושל אמביוולנטיות כעדשות "שמבעדן אפשר לבחון את קשרי המשפחה - כמשלימים ולא כמתחרים" (עמ' 575).

אולם, תמיכה אמפירית בקיומם של יחסים אמביוולנטיים במשפחה, שהוצגה בשנים האחרונות, מעוררת סימני שאלה לגבי מסקנה זו (Fingerman & Hay, 2004; Pillemer & Suito, 2002; Pillemer, Suito, Mock, Sabir et al., 2007; Willson, Shuey & Elder, 2003).

במחקר אואזיס נעשה ניסיון לבחון שתי מסגרות מושגיות אלו במדינות שונות. לוח מספר 2 מציג את הממוצעים ואת סטיות התקן של ממדי הסולידריות, הקונפליקט והאמביוולנטיות בהשוואה בין חמשת המדינות (Lowenstein, 2007).

לוח 2: ממוצעים וסטיות תקן של יחסים בין-דוריים במשפחה בקרב בני 75+

מדינה									
ישראל		ספרד		גרמניה		אנגליה		נורווגיה	
ממוצע	ס.תקן	ממוצע	ס.תקן	ממוצע	ס.תקן	ממוצע	ס.תקן	ממוצע	ס.תקן
3.8	1.2	4.5	1.3	3.7	1.4	3.8	1.4	3.6	1.4
סולידריות* (קרבה גיאוגרפית+קשר)									
4.7	0.9	4.2	0.8	4.2	0.9	4.5	1.0	4.4	0.9
סולידריות* (קרבה רגשית+הסכמה)									
1.4	1.4	1.9	1.7	2.1	1.6	2.0	1.7	1.4	1.3
סולידריות** (קבלת עזרה)									
0.8	1.0	0.8	1.2	0.9	1.2	0.9	1.2	1.0	1.1
סולידריות** (מתן עזרה)									
1.7	0.8	1.4	0.7	1.6	0.7	1.3	0.6	1.4	0.7
קונפליקט*									
1.7	0.9	1.7	0.8	1.7	0.8	1.6	0.8	1.7	0.0
אמביוולנטיות*									
356		370		390		368		378	
מספר הנחקרים									

* הסולם לבדיקת ממדי הסולידריות והקונפליקט הוא מ-1 - דרגות נמוכות של סולידריות/קונפליקט; 6 - דרגות גבוהות של סולידריות/קונפליקט; הסולם לבדיקת אמביוולנטיות הוא בעל חמש דרגות.

** קבלת ומתן עזרה מבוססים על קבלה/מתן לפחות ל/מ ילד אחד לפחות באחד מהתחומים הבאים: קניות, הסעות, עבודות משק ותיקונים בבית וטיפול אישי.

המסקנה הכללית מהנתונים בלוח 2 היא, שסולידריות משפחתית בין-דורית חזקה יחסית בכל חמשת המדינות. מסקנה זו מצביעה על כך, שהזקנים נטועים היטב במשפחותיהם בכל החברות האלה, אם כי יש הבדלים בעוצמה של הממדים השונים במדינות השונות. הנתונים מצביעים על כך, שחוזק הממד ההתנהגותי-מבני (קרבה

גיאוגרפית וקשר) היה דומה מאוד בארבע מהמדינות, אבל גבוה במידה ניכרת בספרד. הממד הרגשי-קוגניטיבי (קרבה רגשית והסכמה על ערכים) היה גבוה בכל המדינות, אם כי היו הבדלים - בישראל הוא היה הגבוה ביותר, בגרמניה ובספרד הנמוך ביותר. עם זאת, ביחס לעזרה שניתנה, לא נצפו הבדלים בין המדינות. הממד של קבלת סיוע מילדים בוגרים היה נמוך יחסית, אך גם בנתון זה היו הבדלים בין המדינות. בגרמניה היה הממד הזה הגבוה ביותר ואילו בנורבגיה ובישראל הנמוך ביותר. נצפו רמות נמוכות של קונפליקט ואמביוולנטיות בכל המדינות. השפעת הממדים השונים על איכות החיים נבחנה גם היא והעלתה, כי הממד הרגשי-קוגניטיבי וחילופי תמיכה מנבאים איכות חיים חיובית ואילו אמביוולנטיות מנבאת איכות חיים שלילית. קונפליקט ואמביוולנטיות הובחנו בעיקר בתקופות של מעברים בחיים, כאשר ההורים הזקנים מתקדמים למצב של תלות, תקופות שמאתגרות את ההורים הזקנים ואת ילדיהם להגדיר מחדש את תפקידיהם.

4. מחויבות הילדים להורים מבוגרים

המיתוס הרביעי הוא, כי התפיסות לגבי נורמות של מחויבות ילדים להורים מבוגרים (filial obligations) - המידה שבה ילדים בוגרים חשים מחויבות לספק את הצרכים של ההורים המזדקנים - אינה חזקה ומובנת מאליה כבעבר.

מיתוס זה התבסס על השינויים בערכים ובנורמות החברתיים לכיוון מרכזיות הפרט וירידה במחויבות קולקטיבית ברמת המדינה וברמה המשפחתית. בחברה בעלת ערכים כאלה, הנורמות המשפחתיות אינן כוללות בהכרח מחויבות של הדורות הצעירים לדורות המבוגרים יותר במשפחה. גם מדינת הרווחה, במתכונתה הקלאסית, המקצה משאבים ושירותים ציבוריים לרווחת האוכלוסייה כולה, כולל אוכלוסיית הקשישים, תרמה לצמצום מחויבות הילדים לסייע להוריהם.

ממצאי מחקרים אמפיריים בשני העשורים האחרונים מפריכים מיתוס זה. במחקר אואזיס נשאלו הנחקרים לגבי הנורמות הפיליאליות שלהם, בהתבסס על כלי מדידה, שכלל ארבעה פריטים: "ילדים מבוגרים צריכים לגור קרוב להוריהם כדי שיוכלו לסייע להם לכשיזדקקו לכך"; "ילדים מבוגרים אמורים להקריב חלק מהמשאבים שהם רוצים להעביר לילדיהם כדי לתמוך בהוריהם הזקנים"; "אנשים זקנים אמורים לסמוך על ילדיהם הבוגרים כדי שיעזרו להם בשעת הצורך"; "הורים זכאים להחזר ולתמורה עבור ההקרה שהקריבו בגידול ילדיהם" (Lee, Peek & Coward, 1998). ניסוח פריטים אלה מתייחס לתפיסה כללית לגבי יחסי הורים-ילדים ולא בהקשר הייחודי של הורה המרואיין.

הממצאים בסוגיה זו, כפי שעלו ממחקר אואזיס, מוצגים בלוח 3.

לוח 3: אחוזי הסכמה (מסכים או מסכים מאוד) עם נורמות פילאיות* לפי פריטים ומדינה - תפיסות ילדים בוגרים שיש להם הורים בני 75+

ישראל	ספרד	גרמניה	אנגליה	נורבגיה
פריט 1 (שילדים יגורו קרוב)	63	56	29	31
פריט 2 (שילדים יקריבו)	41	44	34	51
פריט 3 (שהורה יוכל להיות תלוי בילדים)	54	57	70	45
פריט 4 (מגיע להורה לקבל החזר)	71	50	23	44
מסכים לפחות עם פריט אחד	83	83	68	74
מספר נחקרים	147	138	100	133
	165			

מקור: Lowenstein & Daatland, 2006

הנתונים לגבי הסכמה לפחות עם פריט אחד מארבעת הפריטים מצביעים על כך, שרוב הנחקרים בחמשת המדינות מדווחים על מידה מסוימת של מחויבות פילאית – יותר בספרד ובישראל מאשר בגרמניה, באנגליה ובנורבגיה. ההבדלים בין המדינות אינם גדולים, לכן אם נאמץ כקריטריון את ספרד, שהיא בעלת אוריינטציה משפחתית, אנו עשויים להסיק, כי הנורמות של מחויבות פילאית חזקות למדי גם במדינות צפון אירופה.

בנוסף לכך, הנתונים מראים, כי בישראל תפיסת הנורמות לגבי קרבת מגורים של ילדים להורים מבוגרים ולגבי זכאות הורים לתמורה עבור השקעתם בעבר הייתה הגבוהה ביותר. לגבי התפיסה של הצורך בהקרה של ילדים והיכולת של הורים לסמוך על תמיכת ילדיהם נמצאת ישראל קרובה לספרד ולנורבגיה. עובדה זו מראה, שישראל היא עדיין חברה "משפחתית" (Katz & Lavee, 2005) בדומה לספרד, ועם זאת מדינת רווחה עם מערך נרחב של שירותים לזקנים בדומה לנורבגיה.

מסקנות והשלכות

פרק זה התייחס לסוגיות הקשורות בגלובליזציה של הזיקנה ולמגמות חדשות במבנה ובדפוסי המשפחה והשפעותיהן על היחסים הבין-דוריים בה. הוצגו מספר גישות תיאורטיות: סולידריות בין-דורית ותיאוריית החליפין החברתיים, המתמקדת בתהליכים

של העברות בין-דוריות. כמו כן, נידונה חשיבות רמות הניתוח של היחסים במשפחה ביחס לקונפליקט ולאמביוולנטיות בין-דוריים.

בפרק הוצגו נתונים ממספר מחקרים בין-מדינתיים, שנערכו בישראל ובאירופה. מחקרים השוואתיים בין-מדינתיים מונעים מכוחם של יעדים מוגדים: האחד מחפש הכללות - הגישה המבנית; האחר מחפש ייחודיות - הגישה התרבותית. גילוי נקודות דמיון בין מדינות היא הדרך ליצירת הכללות, אך יש להבין ולפרש הבדלים בין מדינות וייחודיות מדינתית המתגלים בהקשרים היסטוריים, פוליטיים וחברתיים הרלוונטיים לכל מדינה וחברה. המחקרים שהוצגו אימצו את שתי הגישות האלה. כמו כן, המחקרים שהוצגו במאמר זה כללו ארצות בעלות קשת של תרבויות משפחתיות ומדיניות רווחה שונה - מאירופה, מצפון אמריקה ומישראל. עם זאת, חשוב לבחון סוגיות אלו גם בתרבויות אחרות, כגון מזרח אסיה או אפריקה. מחקרים אלה ירחיבו את הבנתנו לגבי יחסים בין-דוריים במשפחה ועשויים לספק כר נוסף לבחינה של התאמתן או אי-התאמתן של התיאוריות הקיימות לאזורים אחרים בעולם.

התמונה המתקבלת לגבי היחסים הבין-דוריים משקפת גיוון ושונות, כוחות בצד חולשות, תמיכה וסיוע בצד קונפליקטים ואמביוולנטיות. על אף שבמרבית המשפחות קיימים קשרים בין-דוריים חזקים והקשישים אינם מבודדים ואינם זנוחים על ידי משפחותיהם, בחברה המשתנה בקצב מהיר בדפוסי נישואין, גירושין ולידה, בחברה שבה מתרחשת הגדרה מחודשת של תפקידי נשים וגברים, בחברה שבה הנורמה הדומיננטית היא הצבת הפרט ורווחתו במוקד החשיבות, ברור כי לכל אלה יש השלכות על חיי הקשיש ומשפחתו. לכן, יש לקחת בחשבון את השינויים המתרחשים במארג החברתי של היחסים במשפחה ושל רשתות חברתיות. עם זאת, ה"הסיפור" המרכזי, למשל במחקר אואזיס, הוא של יציבות וסולידריות במערך היחסים הבין-דוריים יותר מאשר שינוי וקונפליקט. אמנם נמצאו הבדלים בדרך שבה הנורמות המשפחתיות תורגמו לעזרה מעשית והיו הדגשים שונים במדינות שונות, אך קשרים רגשיים נמצאו כרכיב המשמעותי ביותר בין ממדי הסולידריות הבין-דורית בכל המדינות שנחקרו. קרוב לוודאי שקשרים אלה יקבלו יתר חשיבות ויעמדו במוקד הלכידות המשפחתית הבין-דורית. המחויבות הפיליאלית ממשיכה להתקיים, אם כי מתורגמת לכיוון של יתר גמישות ובחירה של חברי המשפחה בסוג העזרה שישפכו ובתכיפותה.

לבסוף, ה"חדשות הטובות" הן, כי המודל של הסולידריות הבין-דורית עדיין יכול להוות מסגרת מושגית חשובה לניתוח היחסים הבין-דוריים במשפחה בחברות מפותחות ומשתנות. ה"חדשות הפחות טובות" הן, שמודל זה אינו ממשיג את המורכבות והשונות של יחסים אלו, בעיקר בתקופת הזיקנה ובזיקנה המאוחרת ולכן יש לקחת בחשבון, ביחסי ילדים בוגרים והורים מבוגרים גם את הפרדיגמות החדשות יותר של קונפליקט ואמביוולנטיות. אלה באים לידי ביטוי בולט יותר בתקופות של מעברים במהלך החיים, כמו ירידה בתפקוד של הורים זקנים או בשלב של השקעה בפיתוח קריירות תעסוקתיות של דור הילדים הבוגרים, אשר נקראים לסייע להוריהם הזקנים.

ילדים והוריהם אינם פועלים בחלל ריק, אלא בהקשר של מוסדות חברתיים, מדיניות, שירותים ומגוון אפשרויות. לכן, הבנת יחסי הגומלין בין המשפחה והמדינה היא הנדבך הנוסף שיש להתייחס אליו, כדי לקבל תמונה מקיפה ומהימנה יותר של הזיקה שבין משפחה לזיקנה.

מקורות

- Azaiza, F., Lowenstein, A. & Brodsky, J. (1999). The new phenomenon of institutionalization among elderly Arabs in Israel. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(3/4), 65-86.
- Attias-Donfut, C. (2008). *Parental influences on educational outcomes and social mobility of the second generation of immigrants in France*. Paper presented at the ISF workshop on Intergenerational Transfers. Center for Research and Study of Aging, The University of Haifa.
- Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds. *Journal of Marriage and the Family*, 63: 1-15.
- Bengtson, V.L., Giarrusso, R., Mabry, B. & Silverstein, M. (2002). Solidarity, conflict and ambivalence: Complimentary or competing perspectives on intergenerational relationships? *Journal of Marriage and the Family*, 64: 568-576.
- Bengtson, V.L., Lowenstein, A., Putney, N.M. & Gans, D. (2003). Global aging and the challenge to families. In: V. L. Bengtson & A. Lowenstein (Eds.). *Global aging and the challenge to families* (pp. 1-26). Hawthorne, New York: Aldine de Gruyter.
- Bengtson, V.L. & Roberts, R.E.L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53: 856-870.

- Bengtson, V. L. & Schrader, S. (1982). Parent-child relations. In: D. Mangen & W. A. Peterson (Eds.). *Research instruments in social gerontology*, (Vol. 2), (pp. 115-186). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bengtson, V. L., Rosenthal, C. J. & Burton, L. M. (1990). Paradoxes of families and aging. In: R. H. Binstock & L. K. George (Eds.). *Handbook of aging and the social sciences* (3rd ed., pp. 263–287). San Diego, CA: Academic Press.
- Carmel, S. (2001). Subjective evaluation of health in old age: The role of immigration status and social environment. *International Journal of Human Development*, 53(2): 91-105.
- Clarke, E. J., Preston, M., Raskin, J. & Bengtson, V. L. (1999). Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. *The Gerontologist*, 39: 261-270.
- Dowd, J. J. (1975). Aging as exchange - preface to theory. *Journal of Gerontology*, 30: 584-594.
- Eggebeen, D. J. & Davey, A. (1998). Do safety nets work? The role of anticipated help in times of need. *Journal of Marriage and the Family*, 60: 939–950.
- Fingerman, K.L. & Hay, E. (2004). Intergenerational ambivalence in the context of the larger social network. In: K. Pillemer & K. Luescher (Eds.). *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 133-152). Oxford, Elsevier Science Ltd.
- Jackson, J.S., Forsythe-Brown, I. & Govia, I.O. (2007). Age cohort, ancestry and immigrant generation influences in family relations and psychological well-being among Black Caribbean family members. *Journal of Social Issues*, 63(4): 729-745.
- Kauh, T.O. (1997). Intergenerational relations: Older Korean-Americans' experiences. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12: 245-271.

- Katz, R., Daatland, S., Lowenstein, A., Bazo, M.T., Herlofson, K., Mehlaussen-Hassoen, D., Prilutzky, D. & Ancizu, I. (2003). Family norms and preferences in intergenerational relations: A comparative perspective. In: V.L. Bengtson & A. Lowenstein. (Eds.). *Global aging and challenges to families* (pp. 305-326). New York and Berlin: Aldine De Gruyter.
- Katz, R. & Lavee, Y. (2005). Families in Israel. In: B.N. Adams & J. Trost (Eds.). *Handbook of World Families*. Thousand Oaks, CA: Sage, pp 486–506.
- Katz, R. & Lowenstein, A. (2002). Family adaptation to chronic illness within a society in transition: The Arabs in Israel. *Families in Society*, 83(1): 64-72.
- Katz, R. & Lowenstein, A. (1999). Adjustment of older Soviet immigrant parents and their adult children residing in shared households. *Family Relations*, 48(1): 43-50.
- Katz, R. Lowenstein, A. Phillips, J. & Daatland, S.O. (2005). Theorizing intergenerational solidarity, conflict and ambivalence in a comparative cross-national perspective. In: V.L. Bengtson, A.C. Acock, K.R. Allen, P. Dilworth-Andersen & D. M. Klein (Eds.). *Sourcebook on family theory and research* (pp. 393-407). Sage.
- Kohn, M. (1989). *Cross national research in sociology*. Newbury Park, California: Sage.
- Lee, G.R., Peek, C.W. & Cowerd, R.T. (1998). Race differences in filial responsibility expectations among older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 60: 404-412.
- Litwin, H. (2008). Private intergenerational transfers among persons aged 50+: The exchange of time, money and shared housing. *Social Security*, 76: 247-268 (Hebrew).
- Litwin, H. (2006). The path to well-being among elderly Arab Israelis. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21: 25-40.

Litwin, H. (1997). The network shifts of elderly immigrants: The case of Soviet Jews in Israel. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12: 45-60.

Litwin, H. (1995). *Uprooted in old age*. Westport: Greenwood Press.

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, S100-S107.

Lowenstein, A. & Daatland, S.O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: Evidence from the OASIS study. *Ageing and Society*, 26: 203-223.

Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T. & Enosh, G. (2009). Is elder abuse and neglect a social phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3): 253-278.

Lowenstein, A. & Katz, R. (2005). Living arrangements, family solidarity and life satisfaction of two generations of immigrants. *Ageing and Society*, 25: 1-19.

Lowenstein, A. & Katz, R. (2000). Coping with caregiving in the rural Arab family in Israel. *Marriage and Family Review*, 30(1): 179-197.

Lowenstein, A., Katz, R. & Gur-Yaish, N. (2007). Reciprocity in parent-child Exchange and life satisfaction among the elderly: A cross-national perspective. *Journal of Social Issues* 63(4): 865-883.

Lowenstein, A., Katz, R. & Gur-Yaish, N. (2008). Cross-national variations in elder care: Antecedents and outcomes. In: M.E. Szinovacz & A. Davey (Eds.). *Caregiving contexts: Cultural, familial and societal implications* (pp. 93-114). New York: Springer Publishing.

Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60: 413-425.

- Parrott, T. M. & Bengtson, V. L. (1999). The effects of earlier intergenerational affection, normative expectations and family conflict on contemporary exchanges of help and support. *Research on Aging*, 21: 73-105.
- Pillemer, K. & Suitor, J.J. (2002). Explaining mothers' ambivalence toward their adult children. *Journal of Marriage and Family*, 64: 602-613.
- Pillemer, K. & Luescher, K. (2004). *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life*. London/New York: Elsevier.
- Pillemer, K., Suitor, J.J., Mock, S., Sabir, M., Pardo, T.B. & Sechrist, J. (2007). Capturing the complexity of intergenerational relations: Exploring ambivalence within later-life families. *Journal of Social Issues*, 63: 775-791.
- Popenoe, D. (1993). American family decline, 1960-1990: A review and appraisal. *Journal of Marriage and the Family*, 55: 527-541.
- Silverstein, M. & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult child-parent relationships in American families. *American Journal of Sociology*, 103: 429-460.
- Silverstein, M. & Bengtson, V. L. (1991). Do close parent-child relations reduce the mortality risk of older parents? *Journal of Health and Social Behavior*, 32: 382-395.
- Silverstein, M., Chen, X. & Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and the Family*, 58: 970-982.
- Silverstein, M., Conroy, S. J., Wang, H. T., Giarrusso, R. & Bengtson, V. L. (2002). Reciprocity in parent-child relations over the adult life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 57B, S3-S13.
- Sussman, M.B. (1991). Reflections on intergenerational and kin connections. In: S. P. Pfeifer & M. B. Sussman (Eds.). *Families, intergenerational and generational connections*. New York: Haworth Press.

Willson, A.E., Shuey, K.M. & Elder, G.H. Jr. (2003). Ambivalence in the relationship of adult children to aging parents and in-laws. *Journal of Marriage and the Family*, 65: 1055-1072.

Wolf, D, A. & Ballal, S.S. (2006). Family support for older people in an era of demographic change and policy constraints. *Aging and Society*, 26: 693-706.



חלק שני

ההיבט הרב-דורי

פרק 4

שינוי במעמד הזקן בחברה הערבית

פייסל עזאיזה וטל קרויטור

מבוא

פרק זה יציג סקירה ספרותית עדכנית העוסקת בזקן הערבי ובמשפחתו. נתמקד בתמורות שחלו במעמד הזקן ובהשלכותיהן על הזקן ומשפחתו בחברה הערבית, הנמצאת בתהליכי שינוי ומודרניזציה.

מעמדו של הזקן בחברה הערבית המסורתית

בחברה הערבית הכפרית, המסורתית והפטריארכלית, הקשיש שימש ציר כלכלי, חברתי ופוליטי מרכזי (אביצור, 1977; מאיר ובן דוד, 1996). באותה תקופה, החברה הערבית נשאה אופי של משפחה מורחבת, כאשר החמולה היוותה את היחידה החברתית הבסיסית ושימשה הן כיחידה כלכלית והן כיחידת רכוש ומגורים. כל כפר היה מורכב מחמולה אחת או ממספר חמולות. הזקנים היו ראשי החמולה ובעלי הנכסים והקרקעות אשר תחת פיקוחם עבדו שאר בני המשפחה (אביצור, 1977; לבנשטיין, נאחס ואסטפן, 1976; עזאיזה וברודסקי, 1995; Azaiza & Brodsky, 2003). במשך מאות שנים שלטו בכפרים זקנים אשר ביתם, דיוואן, שימש מקום מפגש לזקנים ולאורחים. שאר זקני החמולה היו מעין מועצת זקנים, שהתכנסה אצל הזקן שהיה ראש החמולה. מועצת הזקנים הייתה גוף שפסק בעניינים שונים.

זקן החמולה הגיע לתפקידו על ידי בחירה טבעית ולא על ידי בחירות פורמליות. הגיל לא השפיע לרעה על מעמדו של הזקן. נהפוך הוא: ככל שהזקן כך גדלה השפעתו

וקביעתו בנושאים שונים (לבנשטיין ועמיתים, 1976). הזקנים היו אחראים על ההחלטות בכל שטחי החיים של המשפחה המורחבת: הן על קשרי החוץ וענייני הציבור של החמולה עם השלטונות ועם חמולות אחרות והן על ניהול חיי החמולה. בין תפקידיו של הזקן במארג המשפחתי והחברתי ניתן למנות את התפקידים הבאים: נושא הערכים ונורמות ההתנהגות; אחריות על שיפוט וקביעת כללי תגמול וענישה בגין רצח, פגיעה ברכוש או הפרת נורמות; קבלת החלטות משפחתיות; פיקוח על משאבי המשפחה, כולל רכוש; אחריות על חלוקת התפקידים במשפחה; אחריות בתחום האישי למציאת שידוך, עקב האחריות המוטלת עליו על הבטחת האינטרסים הכלכליים והחברתיים של המשפחה (אביצור, 1977; לבנשטיין ועמיתים, 1976; מאיר ובן דוד, 1996). מבחינה פוליטית וקשרים מחוץ למשפחה, הזקן היווה את המוקד לכל ביקורי האנשים מבחוץ. הוא התמצא במערכת הקשרים החברתיים והפוליטיים העדינה ונכניג משפחתו וכבעל המעמד הרם העניק נופך של מהימנות לכל הבטחה או התחייבות בשם החמולה (אביצור, 1977; מאיר ובן דוד, 1996).

הזקן בחברה הערבית המסורתית היה איש פעיל עד סוף ימיו: בני משפחתו היו תלויים בו ותמיד פנו אליו כדי לקבל עצה ולהיעזר בניסיונו החיוני. מערך המגורים של החמולה - קרבה מרחבית סביב יחידת המגורים של הזקן - היה תוצאה טבעית מהצורך של הזקן לפקח על התנהלות החמולה (לבנשטיין ועמיתים, 1976; מאיר ובן דוד, 1996). לצד הכוח הכלכלי, החברתי והמשפחתי שהיה לזקן, להעלאת כבודו תרמו גם התרבות הערבית והדת, המעודדות מתן כבוד לזקן (לבנשטיין ועמיתים, 1976).

התמורות שהשפיעו על הזקן הערבי ומשפחתו

תהליכי העיור והמודרניזציה בחברה הישראלית לא פסחו גם על היישוב הערבי והביאו לשינויים מרחיקי לכת במבנהו המשפחתי והחברתי. התמעטות משקלה של החקלאות ושינוי מבנה התעסוקה (מעבר מחקלאות לענפיתעסוקה עירוניים), עלייה ברמת ההשכלה (במיוחד בקרב הנשים), יציאת נשים לעבודה ושיעורי התפצלות גוברים של המשפחה המורחבת ליחידות גרעיניות, שינו את דמותה של המשפחה ושל החברה הערבית (אביצור, 1977; חמאסי, 2005; עזאזזה, 1995). תהליך זה בישראל הוא מהיר יחסית, שכן בניגוד לתהליך הרווח במזרח התיכון, שבו רבים מהצעירים המשכילים עוזבים את כפרם למצוא את מקומם בערים ולעתים אף מחוץ למדינתם, בישראל הצעירים הערבים המשכילים נשארים בכפרם ומשמשים בו סוכני שינוי. כך נוצר תהליך שבו המוסדות המסורתיים, המבוססים על זקני הכפר, מפנים את מקומם לכוחות מחדשים, הנתפסים כרלוונטיים יותר. החמולה - המשפחה המורחבת, עדיין קיימת אך אינה ממלאת עוד את תפקידה המסורתי: הזקנים שעמדו בראשה נדחקו לתפקיד יועצים ותפקידי ההנהגה והביצוע עוברים לדור השני (עזאזזה וברודסקי, 1995). האמונה במסורת בדבר חוכמת הזקן במשפחה, שידעיותו עולות על אלה של צעירי המשפחה, חדלה להתקיים (רזק, 1979) והתלות הכלכלית של בני המשפחה בזקן פסקה (מרגולץ, נשיף ופרידן, 1983).

התערערות דפוסי החיים המשפחתיים והמסורתיים, שהגדירו את תפקיד הזקן, מעמדו ויוקרתו, השפיעה באופן גובר על מעמדו של הזקן הערבי. אמנם, המודרניזציה והטיפול הרפואי המתקדם מאפשרים להאריך את תוחלת חייו של הזקן הערבי, המקבל הכנסה שלא ניתנה בעבר בזכות קצבאות המוסד לביטוח לאומי, אך מדמות מרכזית, בעלת כוח, השולטת ותומכת בבני המשפחה הנתונים לחסותה, הוא הפך במידה רבה לדמות חלשה, הזקוקה לתמיכה משפחתית. זאת, לאחר שהתערערה סמכותו והזקן הערבי איבד מיכולתו למלא את תפקידיו הכלכליים והחברתיים המסורתיים ולמעשה נדחק ממרכז העניינים (עזאזיה, 1995; עזאזיה וברודסקי, 1995; עזאזיה, לבנשטיין וברודסקי, 2001; רזק, 1979; Azaiza, Lowenstein & Brodsky, 2003; Azaiza & Brodsky, 1997; Sharon & Zoabi, 1999).

מאפיינים דמוגרפיים, אישיים ומשפחתיים של הקשיש הערבי

האוכלוסייה הערבית בישראל מנתה בסוף שנת 2006 כ-1,413,300 איש. מתוכם כ-47,600 (3%) הם זקנים (מעל גיל 65). ב-2007 החלוקה בין הזקנים הערבים על פי מין הייתה: 46.8% גברים ו-53.2% נשים, ועל פי דת כ-69% זקנים מוסלמים, כ-20% זקנים נוצרים, והיתר, כ-11%, זקנים דרוזים (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008).

מבחינה דמוגרפית, האוכלוסייה הערבית צעירה יותר מזו היהודית, כך שאחוז הזקנים בה בני 65+ עומד על 3% מכלל האוכלוסייה (לעומת 12% בקרב היהודים). גם בקרב אוכלוסיית הזקנים עצמם נותרת האוכלוסייה הערבית צעירה יותר, 32.7% מהזקנים הערבים בני 65+ עונים גם לקריטריון של בני 75+ (בהשוואה ל-47.4% בקרב זקנים יהודים). עם זאת, האוכלוסייה הערבית צפויה להזדקן מבחינה מספרית בקצב מהיר יותר מזו היהודית, כשעוד ועוד שנתונים נכנסים לגיל הזיקנה (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2008).

מבחינת פיזור גיאוגרפי, כמחצית מהזקנים הערבים גרים במחוז הצפון (24,500) והיתר נחלקים בין מחוז ירושלים (8,800), מחוז חיפה (7,500), מחוז המרכז (4,300), מחוז הדרום (1,900) ומחוז תל-אביב (600) (ברודסקי, שנוור ובאר, 2008). יש לציין, כי הפרסה הגיאוגרפית, בשילוב עם שיעורים נמוכים של זקנים ערבים, תורמת לכך, שצורכיהם של הזקנים נדחקים לתחתית סולם העדיפויות בקהילה הערבית. הפרסה הגיאוגרפית עלולה גם ליצור קושי בהשגת שירותי רווחה ובריאות מחוץ ליישוב בגלל המרחק הגיאוגרפי. כך שלעתים, שירות קיים באופן עקרוני, אך מוגבלת האפשרות לממש את הזכויות לו בפועל (חביב, וייל וברנע, 1992).

מרבית הזקנים הערבים נשואים (61.1%), כאשר ישנם הבדלים משמעותיים בין המינים. רובם המכריע של הגברים נשואים (87.2%) לעומת 38.6% מהזקנות הערביות. ההבדל נובע בעיקר מכך, שתוחלת החיים של הנשים גבוהה מזו של הגברים וכן מהנטייה החברתית של נשים להינשא לגברים מבוגרים מהן (ברודסקי ועמיתים, 2008).

הרכב משק הבית המשפחתי של זקנים ערבים שונה מאוד מהרכבו במגזר היהודי. אחוז הקשישים הערבים הגרים לבדם נמוך יחסית - 15.5% (בקר 25.9% בקרב יהודים) וכמחציתם (46%) גרים עם ילדיהם (בקר 32.7% מהזקנים, שני ההורים מתגוררים עם ילדים ובקר 13.3% מהם הורה מתגורר עם ילדים). ממוצע הנפשות למשק בית שבו יש קשיש עומד על 3.15 (בקר יהודים 2.08) (ברודסקי ועמיתים, 2008). יש לציין, שכל הנראה מדובר בהערכת יתר של אחוז הזקנים הערבים הגרים לבדם, שכן אחד הקשיים בפירוש נתונים לגבי אוכלוסייה זו היא העובדה, שאחוז לא מבוטל מהם גרים בבניין אחד עם הבנים גם אם בדירות נפרדות (חביב ועמיתים, 1992).

בדיקה של קשרים משפחתיים וחבריים של זקנים ערבים מבליטה אף היא את המקום המרכזי של קשרים משפחתיים המעפילים על קשרים חברתיים: 87.2% מהזקנים הערבים נפגשים לפחות פעם בשבוע עם בן משפחה, שאינו מתגורר איתם באותו משק בית (74.8% בקרב זקנים יהודים); 65.4% מדברים בטלפון לפחות פעם בשבוע עם בן משפחה, שאינו מתגורר איתם באותו משק בית (93.4% בקרב זקנים יהודים); 46.4% מהזקנים הערבים דיווחו על חברים שאיתם הם נפגשים או מדברים בטלפון (75.3% בקרב זקנים יהודים) (ברודסקי ועמיתים, 2008).

למעשה, נפרסת לעינינו תמונה, שבה במסגרת חברה צעירה יש אחוז קטן של זקנים, מפוזרים מבחינה גיאוגרפית, כאשר רובם חולקים משק בית עם בני משפחה או גרים בסמיכות רבה למשפחתם ושומרים על קשר גם עם המשפחה הרחבה יותר.

יחסים בין-דוריים במשפחת הזקן הערבי

על אף השינויים העוברים על החברה הערבית, לקשרים המשפחתיים של הזקנים הערבים יש מקום גבוה במיוחד בחברה הערבית. במסגרת קשרי המשפחה, ההורים מחויבים לטפל בילדיהם עד לנישואים ומחויבות הילדים היא לטפל בהוריהם המבוגרים במישור הכלכלי, הסיעודי והיומיומי (פורטוגלי, 2006). זהו כלל מחייב מבחינה דתית וחברתית (חלאילה, 2008). לזקנים ערבים יש גישה רחבה יותר לסיוע מילדיהם, שכן מספר ילדיהם לרוב רב יותר מלכתחילה, בהשוואה לקבוצות אחרות באוכלוסייה. זקנים ערבים הזקוקים לסיוע ולטיפול מקבלים אותו לרוב בעיקר מנשותיהם, אך אם האישה אינה מסוגלת לספק סיוע, או שמדובר בנשים זקנות הזקוקות בעצמן לסיוע, עוברת האחריות לצאצאים. בניגוד לחברות אחרות, שבהן פעמים רבות הסיוע ניתן על ידי בנות הזקנים, בחברה הערבית הסיוע ניתן בעיקר על ידי הבנים ונשות הבנים, ולאחר מכן באמצעות קשרי המשפחה הרחבים יותר. הבן, לרוב הבן הבכור, אמור לספק את התמיכה הכלכלית והאינסטרומנטלית, ואילו אשתו אמורה לספק את הטיפול האישי. הסיוע להורי בעלה הוא במסגרת תפקידה החברתי הנלמד של האישה, והוא נתפס כמשקף את חיבתה ואת הכבוד שהיא רוחשת לבעלה. קבלתה את התפקיד מעלה את מעמד בעלה ואת הכבוד לו הוא זוכה בקרב המשפחה המורחבת (Lowenstein & Katz, 2000).

ממאפיין זה נובעת גם שכיחות מבנה המגורים הרב-דורי, שהזכרנו קודם לכן, שבו הילדים, לאחר נישואיהם, גרים עם הוריהם הזקנים. עם זאת, תהליך המודרניזציה לצד הארכת תוחלת החיים יוצר מעבר גובר למבנה ורטיקלי של המשפחה. כלומר, גידול במספר הדורות במשפחה, המלווה בירידה במספר החברים בכל דור ויצירת משפחות רב-דוריות (לבנשטיין, 2003), לצד הרחבת הדפוס של מעבר מחיים במסגרת המשפחה המורחבת למגורים נפרדים.

במחקרם של וייל, עזאזיה, קינג וגולדשר (1988) נשאלו זקנים ערבים על היתרונות והחסרונות של סוגי משק בית חד-דורי ורב-דורי. היתרונות שצינו על ידם במשק בית חד-דורי היו: שקט ושלווה, אוטונומיה, פרטיות, היעדר מתח רב-דורי והיעדר מעמסה על הילדים. החסרונות שצינו היו: היעדר עזרה בעבודות משק הבית, היעדר עזרה בעת מחלה, שעמום ובדידות. באשר למשק בית רב-דורי, היתרונות שצינו היו: עזרה בפעולות יומיומיות, עזרה בעת מחלה, עזרה הדדית, השתתפות בחיי המשפחה, היעדר שעמום. החסרונות היו: רעש ילדים וסכסוכים.

במחקרה של וייל (1991) נשאלו זקנים ערבים על רכיבים חיוביים ושליילים בזיקנה. 50% ציינו אספקטים שליילים בלבד, 7% אספקטים חיוביים בלבד ו-43% התייחסו הן לחיוב והן לשלילה. במחקר זה (וייל, 1991) נמצא, כי זקנים המדווחים על קיומם של דפוסי התייעצות מצד ילדיהם נוטים יותר לציין רכיבים חיוביים של הזדקנות מאשר זקנים המרגישים עצמם מנוטרלים או מנותקים מדור ההמשך ומתפקידם המסורתי כמקבלי ההחלטות המשפחתיות.

במחקר עדכני, שעסק בהשפעת תהליכי מודרניזציה בחברה הערבית על מסירותם ונכונותם של הילדים לטפל בהוריהם הזקנים (חלאילה, 2008), נמצא קשר שלילי מובהק בין אורח חיים מודרני לבין מסירות הילדים להוריהם המזדקנים. כמו כן, נמצא קשר שלילי בין רמת העיוור לבין מסירות הילדים: רמת עיוור גבוהה נמצאה מנבאת תפיסה נמוכה של המטפל באשר לאחריות המשפחה לטיפול בזקן. עם זאת, חלאילה (2008) מסכמת, שעל אף שתהליכי המודרניזציה השפיעו בצורה שלילית על מסירות הילדים להוריהם, מחקרה חושף שהחברה הערבית עדיין שומרת במידה רבה על אופייה ועל מנהגיה המשפחתיים המסורתיים - רשת משפחתית מורחבת ומבנה משפחה רב-דורי, כשהילדים הבוגרים מקיימים מחויבות משפחתית כלפי הוריהם במידה רבה.

תנאי החיים של הזקנים הערבים ומשפחותיהם

כפי שצינו קודם לכן, לאור התמורות החברתיות, הזקן הערבי הפך, במידה רבה, מדמות מרכזית וחזקה, השולטת ותומכת בבני המשפחה הנתונים לחסותה, לדמות חלשה, הזקוקה לתמיכה משפחתית. זאת, לאחר שהתערערה סמכותו של הזקן הערבי והוא איבד מיכולתו למלא את תפקידיו הכלכליים והחברתיים המסורתיים ונדחק ממרכז העניינים (עזאזיה, 1995; עזאזיה וברודסקי, 1995; עזאזיה, לבנשטיין וברודסקי, 2001; רזק, 1979

Azaiza & Brodsky, 2003; Azaiza, Lowenstein & Brodsky, 1999; Sharon & Zoabi, 1997). עתה, נרחיב מעט על ההקשר הסוציו-אקונומי, שבו מתרחשים דפוסי המשפחה החדשים.

הנתונים מראים, כי הזקנים הערבים עניים יותר מהזקנים היהודים. 13.3% מהקשישים הערבים בלבד מקבלים פנסיה (בהשוואה ל-45.4% מהזקנים בקרב יהודים ותיקים), כאשר רמת הפנסיה הממוצעת מהווה 70% מרמת הפנסיה הממוצעת של יהודים (אנדבלד, 2008). מצב זה משקף גם את יכולת ההשתכרות במהלך ההשתתפות בכוח העבודה, שכן הכנסות שכיר ערבי הן 69% מהכנסת שכיר יהודי וההכנסה ברוטו למשק בית ערבי היא 65% מהכנסתו של משק בית יהודי. זאת, על אף שבראשונה מספר הנפשות במשק הבית הערבי גבוה יותר (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2005). לא פלא, אם כך, שבשנת 2007 51.4% מהאוכלוסייה הערבית נמצאה מתחת לקו העוני גם לאחר תשלומי העברה ומיסים בהשוואה ל-15.0% מהאוכלוסייה היהודית (אנדבלד, גוטליב ופרומן, 2008). מחקר שבא לבחון את השפעת המצוקה הכלכלית של זקנים על תנאי חייהם (ברג-ורמן וברודסקי, 2004) בחן ארבעה תחומים: איכות תנאי דיור, תחושות בדירות, טיפול בבעיות בריאות נבחרות ואי-ביטחון תזונתי (חוסר מזון ותזונה לא הולמת בשל קשיים כלכליים). במחקר זה נמצא, ש-19% ממשקי הבית של זקנים ערבים נמצאים באי-ביטחון תזונתי מתון ועוד 7% באי-ביטחון תזונתי חמור (בהשוואה ל-9% ו-8% בהתאמה בקרב זקנים יהודים). ממצא נוסף הוא קיום איכות נמוכה של תנאי דיור, השכיחה יותר בקרב זקנים ערבים: 23% מהזקנים הערבים דיווחו על חלונות שבורים בדירה (3% בקרב זקנים יהודים), 24% על קיום סדקים (13% בקרב זקנים יהודים), ל-12% מהזקנים הערבים נמצאו למעלה משלוש בעיות בדיור (סדקים, רטיבות, צנרת או ביוב לא תקינים, חלונות שבורים, כיורים שבורים או אמבטיה לא תקינה, רצפה שבורה) לעומת 3% בקרב זקנים יהודים. בנוסף לכך, מצוקה כלכלית משפיעה על היכולת של זקנים ערבים לקיים קשרים משפחתיים וחברתיים כרצונם. כך, למשל, נמצא במחקר זה, כי 17% מהזקנים הערבים ויתרו לפעמים או לעתים קרובות על ביקור בני משפחה מסיבות כלכליות (לעומת 4% מהזקנים היהודים). תחום מרכזי נוסף שעליו משפיעה המצוקה הכלכלית הוא הבריאות. ל-20% מהזקנים הערבים נמצאה בעיית ראייה לא מטופלת, כאשר 40% מתוכם ציינו את הסיבה הכלכלית להיעדר טיפול; ל-20% בעיית שמיעה לא מטופלת, כאשר 50% מתוכם ציינו את הסיבה הכלכלית להיעדר טיפול; ל-15% בעיית שיניים לא מטופלת, כאשר 50% ציינו את הסיבה הכלכלית להיעדר טיפול. למצב בריאותם של זקנים ערבים קשר הדוק למאפייני היחסים הבין-דוריים. זאת בעיקר, כי מבחינה בריאותית אחוז הקשישים המוגבלים וזקוקים לסיוע תפקודי גבוה פי שניים בקרב זקנים ערבים מהאחוז המקביל בקרב האוכלוסייה היהודית (30.3% לעומת 15.2%).

ברצוננו לציין, שדפוסים בין-דוריים אלה, המשלבים ירידה בכוח כלכלי ועלייה בתלות ובטיפול הבין-דורי הם בעלי מאפיינים מגדריים. יש לזכור, שרוב הזקנים הערבים נשואים (87.2%) בזמן שרק מיעוט מהזקנות הערביות נשואות (38.6%) (ברודסקי ועמיתים, 2008). זקנות ערביות פגיעות יותר לחסך הכלכלי בשל פערים בדפוסי ההשתתפות

בכוח העבודה בגילאים המוקדמים יותר (בנטור, סיטרון וצ'חמיר, 2006) וזקנות ערביות מוגבלות בתפקודן הפיזי (ADL) באחוז גבוה פי שניים לערך מהאחוז המקביל בקרב זקנים ערבים (39.8% לעומת 19.6%) (ברודסקי ועמיתים, 2008).

במקביל לשינויים אלה, החלו להגיע לראשונה דיווחים על אלימות במשפחה המופנית כלפי זקנים ערבים: בסקר ארצי של אלימות כלפי קשישים, שיעור המדווחים על לפחות סוג אחד של התעללות והזנחה בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית עומד על 19.6% (לעומת 18.3% בקרב יהודים), כאשר זקנות ערביות הן קבוצת האוכלוסייה הפגיעה ביותר להתעללות ולהזנחה (בהשוואה לזקנים ולזקנות יהודים ולזקנים ערבים). זקנות ערביות חוות שיעורים גבוהים יותר של אלימות פיזית ומינית לצד הגבלת חופש, איסור השימוש בטלפון, נעילה בבית והגבלת השימוש בכסף. נמצא, כי הן פגיעות פי שתיים מנשים יהודיות (אייזיקוביץ, וינטרשטיין ולבנשטיין, 2005).

למרות הנתונים החמורים, הספרות המקצועית על אלימות כלפי זקנים ערבים בישראל מועטה מאוד. ממצאיהם של שלושה מחקרים מהשנים האחרונות (Litwin & Zoabi, 2003; 2004; Sharon & Zoabi, 1997) לצד ממצאי הסקר הארצי (אייזיקוביץ ועמיתים, 2005) מראים על קפיצה חדה בשכיחות: מ-2.5% (Sharon & Zoabi, 1997) ל-19.6% (אייזיקוביץ ועמיתים, 2005). על אף שיש לייחס חלק מההבדלים להגדרות השונות של אלימות והזנחה, שהשתכללו ופותחו במהלך השנים וכן להגדלת המודעות והדיווח, נמצא, שזקנות ערביות סובלות מאלימות יותר מזקנים ערבים, שזקנים ערבים המתגוררים באזורים עירוניים חשופים יותר לאלימות מאלה המתגוררים באזורים כפריים, ושהסיכון לאלימות גובר ככל שהזקן הערבי מבודד יותר (עם פחות קשרים חברתיים). רוב התוקפים הם המטפלים המשפחתיים העיקריים - בנים או כלות (נשות הבנים). אחת המסקנות של מחקרים אלה היא, שהמעבר מחברה מסורתית למודרנית יותר מגביר את הסיכון של הזקנים הערבים לאלימות.

שימוש בשירותים פורמליים על ידי זקנים ומשפחותיהם

להידרדרות מעמד הזקנים הערבים נלוותה היחלשותה של מערכת הרווחה הפנימית, שהייתה אחראית באורח מסורתי לתמיכה בקשישים. במקביל, ישנה התגברות של התלות במערכת הרווחה הציבורית והממשלתית (ראו, למשל, מאיר ובן דוד, 1994; 1996). בעבר, גורמים אחדים הגבילו את פיתוח השירותים במגזר הערבי. אחד מהם הוא עמדותיהם של הזקנים עצמם ובני משפחתם כלפי השירותים הפורמליים, שכן על פי המסורת האחריות לטיפול בזקן מוטלת על המשפחה. סיבה נוספת לעמדה שלילית של הזקנים עצמם ובני משפחתם כלפי השימוש בשירותים פורמליים, היא התנסות שלילית בעבר, לעתים בשל המתנה לשירות שלא היה קיים עדיין, לא היה מפותח דיו, או בשל שירות שנמצא בלתי מתאים בשל מגבלות הקשורות לשפה, לדת ולתרבות (חביב ועמיתים, 1992; עזאזיה וברודסקי, 1995; 1996; Azaiza & Brodsky). יש לציין, כי היעדר מודעות בעבר, מצד מערכת השירותים לצורכיהם של זקנים ערבים, גרמה לפיגור יחסי בפיתוח

השירותים במגזר זה (עזאיזה וברודסקי, 1995; Azaiza & Brodsky, 1996). גם הפיזור הגיאוגרפי של זקנים ערבים ביישובים השונים אלה מאלה במידת עירוניותם משפיע על פיתוח ואספקה של שירותי רווחה לקשישים ברמה המקומית (חביב ועמיתים, 1992). עם זאת, במהלך השנים האחרונות הוקמו ופותחו שירותים קהילתיים לזקנים ערבים ביוזמת אשל, הארגון לתכנון ופיתוח שירותים לזקנים בישראל, בשיתוף עם מספר סוכנויות ממשלה כמשרד הרווחה, הרשויות המקומיות ובשיתוף המגזר השלישי (Azaiza & Brodsky, 2003).

שתי מסגרות פורמליות המיועדות לזקנים ערבים הן:

1. מועדון חברתי: מיועד לזקנים עצמאיים מבחינה תפקודית (יקוביץ, 2003). המועדון, המופעל על ידי רשויות מקומיות וגופים וולונטריים, מהווה מסגרת חברתית, תרבותית ותעסוקתית לניצול שעות הפנאי עבור זקנים. במועדון ניתנים חוגים, הרצאות, פעילות גופנית, משחקי חברה ומספר שירותי רווחה וייעוץ. ב-2005 היו קיימים 65 מועדונים חברתיים עבור זקנים ערבים, שבהם ביקרו 3,632 אנשים. אחוז המבקרים מתוך בני 65+ עומד על 8.5% בקרב זקנים ערבים לעומת 12.1% בקרב יהודים (ברודסקי ועמיתים, 2008).

2. מרכז יום: שירות המיועד בעיקר לזקנים מוגבלים החיים בקהילה (יקוביץ, 2003), המופעל על ידי עמותות מקומיות למען הזקן, גופים וולונטריים וגופים פרטיים. המרכז מספק תחת קורת גג אחת פעילויות חברתיות ותרבותיות לצד שירותים אישיים. מרכז היום משרת את הזקנים בתחומים הבאים: שירותי הסעות, טיפולי שיניים, רפואה מונעת, בדיקות שגרתיות ומעקב, עזרה בבית, שיפוץ דירות בעזרת מתנדבים, תעסוקה בשכר, תיקוני בגדים, שירותי כביסה, מספרה, ארוחות חמות ושירותים לזקנים המרותקים לביתם (עזאיזה וברודסקי, 1995). הזקן המוגבל מובא למרכז היום מספר פעמים בשבוע, בהסעה מאורגנת, ושוהה בו מספר שעות. בסוף שנת 2005 היו קיימים 19 מרכזי יום עבור קשישים ערבים, שנתנו מענה ל-1,646 מבקרים. אחוז המבקרים מתוך בני 65+ עומד על 3.6% בהשוואה ל-2.3% בקרב יהודים (ברודסקי ועמיתים, 2008).

חוק ביטוח סיעוד

חוק ביטוח סיעוד נכנס לתוקף בשנת 1988 ונועד לספק שירותי סיעוד לזקנים מוגבלים בתפקודם, הזקוקים לעזרה בטיפול אישי, ניהול משק הבית או השגחה. החוק, שיש בו כדי לסייע למשפחה בטיפול בזקן (יקוביץ וניר, 2001), נועד להשאיר את הזקנים במסגרת הקהילה זמן ממושך ככל האפשר באמצעות מתן טיפול אישי לזקנים לעזרה בתפקוד היומיומי. לגמלה זכאי כל קשיש תושב ישראל, המוגבל בתפקודו והעומד במבחן הכנסות ובמבחן תלות בעזרת הזולת בפעולות היומיום ובתנאי שהוא גר בקהילה (אנדבלד, 2008). אחוז מקבלי גמלת הסיעוד בקרב זקנים ערבים גבוה יותר מאשר בקרב האוכלוסייה היהודית, אולי משום ששיעור המוגבלים בקרב הקשישים הערבים

גבוה יותר ושיעור המיסוד נמוך יותר (Azaiza & Brodsky, 1996). במחקר, שמטרתו לספק תמונה עדכנית על מידת היענותה של מערכת השירותים לצורכיהם של זכאי חוק ביטוח סיעוד ועל שביעות רצונם של הזכאים ובני משפחותיהם מהשירותים המסופקים במסגרת החוק (ברודסקי, נאון, רזניצקי ובן-נון, 2004), נמצא כי 58% מהמטפלות במסגרת חוק סיעוד של זקנים ערבים הן קרובות משפחה (2% בקרב יהודים). אפשרות זו הייתה אמורה להיות אסורה על פי התקנות, אך בפועל מתקיימת ובכך מאפשרת לשמור על הנורמות התרבותיות של השארת הטיפול במשפחה ואי-הכנסת זרים לבית. זאת, מהסיבה, שלא ניתן לסמוך על מטפלים זרים כפי שניתן לסמוך על בני משפחה (Lowenstein & Katz, 2000). בהתאמה, זקנים ערבים מרוצים יותר מעבודתה של המטפלת בהשוואה ליהודים (ברודסקי ועמיתים, 2004). במחקרם של ברודסקי ועמיתיה (2004) נמצא, שקיים שילוב בחלוקת העבודה בין השירותים הפורמליים לבין השירותים הלא-פורמליים של המשפחה בתחום האישי ובתחום של ניהול משק הבית. גם כשיש הסתייעות במטפלת, המשפחה הקרובה נמצאת בקשר רציף עם המטפלת (83% מבני המשפחה הערבים נפגשים או מדברים עם המטפלת כל יום או מספר פעמים בשבוע, ועוד 13% נפגשים איתה לפחות פעם בשבוע. זאת, בהשוואה ל-58% ול-19% בהתאמה בקרב תומכים של זקנים יהודים).

יש הרואים בחוק ביטוח סיעוד פריצת דרך עבור הזקן הערבי, שכן קיומו ויישומו של החוק הגבירו את המודעות לצורכי הזקנים הערבים, לבעיותיהם ולזכאויותיהם, הן בקרב המשפחה והן בקרב השירותים המקומיים. בנוסף לכך, המודעות לצורכי הזקנים עודדה את הזקן ומשפחתו לדרוש את מימוש זכויותיו בתוקף החוק והקלה עליו ועל המדינה במתן שירותים אלה (עזאיה וברודסקי, 1995; פורטוגלי, 1999; Azaiza et al., 1999; 2006). (Azaiza & Brodsky, 1996).

מיסוד ובתי אבות

שיעור המיסוד של הקשישים הערבים בישראל נמוך משמעותית מאשר בקרב קשישים יהודים (4.1% לעומת 0.7%) (באר וברודסקי, 2001). הבדל זה בולט במיוחד לאור העובדה, שזקנים ערבים מוגבלים בפעילות היומיום הרבה יותר מזקנים יהודים (עזאיה וברודסקי, 1995; ברודסקי ועמיתים, 2008). הספרות המקצועית, הדנה בקשיש הערבי השוהה במוסדות לטיפול ממושך, דלה בשל מיעוט הנזקקים (סולימאן, יוסף, מסאלחה ועמיתים, 1996). לפי המסורת, הזקן הזקוק לעזרה הוחזק בביתו וטופל על ידי בני משפחתו. ישנן עמדות שליליות בקרב האוכלוסייה הערבית כלפי בית אבות ומיסוד (עזאיה וברודסקי, 1995). כך, למשל, במחקר של ברודסקי ועמיתים (2004) נמצא, כי 27% מבני המשפחה התומכים בזקנים יהודים, הזכאים לגמלת סיעוד, הביעו רצון במידע נוסף העוסק בדיוור מוגן או במוסד סיעודי לעומת 0% בקרב תומכים מבני המשפחה בזקנים ערבים. סיבה נוספת לכך, לדעתם של עזאיה וברודסקי (1995), היא מיעוט השירותים המוסדיים במגזר הערבי, כאשר פיתוח שירותים מזרז את תהליך צריכתם. עם זאת, בשל השינויים החלים

בחברה הערבית, הן במערכת המשפחתית (ירידה בצמצום הילודה), הן במעמד האישה (יציאת הנשים שבאופן מסורתי היו המטפלות העיקריות בזקנים לעבודה מחוץ לבית) והן במעמד הזקן, גובר הצורך בפיתוח מסגרות מוסדיות לקשישים ערבים (סולימאן ועמיתים, 1996; עזאיה וברודסקי, 1995; פורטוגלי, 2006).

מקובל לטעון, שבית האבות הראשון לאוכלוסייה הערבית הוקם בשנת 1992 על ידי אשל ביישוב דבוריה. נכון ל-2006 קיימים מעל עשרה בתי אבות לאוכלוסייה הערבית, כאשר כולם, למעט זה הקיים בדבוריה, נמצאים בבעלות פרטית (פורטוגלי, 2006). מערכת התמיכה המשפחתית הבלתי פורמלית הייתה במשך שנים מערכת התמיכה היחידה הזמינה לזקן וזו עדיין המערכת התומכת העיקרית והמרכזית (חלילה, 2008; פורטוגלי, 2006).

בשורת מחקרים שעסקו במאפייני הזקנים הערבים המגיעים למיסוד בבית האבות שבדבוריה נמצא, שהגיל הממוצע של המתקבלים לבית האבות היה נמוך מאשר בקרב זקנים דיירי מוסדות יהודיים. הקבוצה העיקרית שפנתה לבית האבות הייתה של זקנים סיעודיים, מוגבלים מבחינה תפקודית, שלא ניתן לטפל בהם במסגרת המשפחתית (אחוז ניכר הגיע לבית האבות ישירות מבית החולים). קבוצה נוספת הייתה של זקנים עם בעיות חברתיות, שלמערכת הקהילתית אין מענה הולם לבעיותיהם (בודדים וערירים מבחינה משפחתית) (סולימאן, 1998; סולימאן ועמיתים, 1996; עזאיה, לבנשטיין וברודסקי, 2001; Suleiman & Walter-Ginzburg, 2005). בנוסף לכך, נמצא כי בית האבות בדבוריה לא הצליח להגיע לתפוסה מלאה גם לאחר עשר שנים של תפעול והוא מאופיין בשיעור עזיבה גבוה (סולימאן, מסאלחה, מסאלחה ועזאיה, 2005). במחקר שבוצע להבנת סיבת שיעורי העזיבה הגבוהים נמצא, שהסיבות היו נורמות חברתיות של טיפול בזקנים במשפחה, תחושת בושה ולחץ חברתי על בני המשפחה (Suleiman, Massalha & Walter-Ginzburg, 2001). במקרים רבים, בני המשפחה הבוחרים להשתמש בבית אבות נתפסים על ידי החברה כאנשים שבגדו בהוריהם. משפחות הדיירים בבית האבות וגם הדיירים עצמם רואים במעבר לבית אבות עניין זמני, המיועד לטיפול רפואי ושיקומי ולתקופה קצרה (סולימאן ועמיתים, 2005; Suleiman & Walter-Ginzburg, 2005). בשל סיבות אלו העדיפו חלק מהמשפחות לאשפז את קרוב משפחתן במחלקה סיעודית, הנמצאת במסגרת בית חולים כללי, וכך להראות לחברה שהוא שווה בבית חולים ולא בבית אבות (סולימאן ועמיתים, 2005). עם זאת, מחקרם של סולימאן ועמיתים (2005), שבדק את מעורבות המשפחות הערביות שקרוביהן בבית אבות ועמדן כלפי בית האבות מציא, שבעוד שלפני המיסוד לרוב המשפחות היו עמדות שליליות כלפי בית האבות, לאחר האשפוז משתנות העמדות לחיוב וחלק ניכר מהמשפחות רואות את המוסד כמקום המתאים לשהייה ממושכת. חשוב לציין, כי במחקר זה נמצא, שבני המשפחות מבקרים את קרוביהם בבית האבות בתדירות גבוהה ומעורבים במידה רבה בהחלטות הקשורות לבן משפחתם השווה בבית האבות.

סיכום

ישנה חשיבות לבחינה גישת-תרבות של זקנים ומשפחתם, שכן ערכים, אמונות ונורמות תרבותיות משפיעים על הדרכים שבהן נתפסת ההזדקנות, על סטטוס הזקנים בחברה ועל תפקיד המשפחה בטיפול בהם (Lowenstein & Katz, 2000).

גישת הזקנים הערבים ומשפחתם לשירותים הניתנים על ידי הרשויות היא תערובת של השקפות מסורתיות ומודרניות (Azaiza & Brodsky, 1996; 2003). ישנן שתי נקודות מרכזיות שיש לתת עליהן את הדעת בעיצוב שירותים פורמליים לזקנים ערבים: הראשונה, הצורך לוודא שקיימת התאמה תרבותית של השירותים הניתנים, כך שגם המשפחות וגם הזקנים יסכימו לקבלם. למשל, כפי שקורה בחוק ביטוח סיעוד, שבו סיוע פורמלי המוצע על ידי המדינה מתבצע על ידי בני המשפחה המורחבת, המועסקים על ידי סוכנות למתן שירותים. בכך ישנה התגברות על חסמים תרבותיים, כגון אי-רצון להכניס הביתה זר שאינו בן משפחה (Katz & Lowenstein, 2002; Lowenstein & Katz, 2000) הנקודה השנייה, הדורשת התייחסות, היא האיזון העדין שבין האחריות המשפחתית לבין הסיוע הפורמלי. חשוב לשים לב, שמחד גיסא, הסיוע הפורמלי לא יפטור את המשפחה מאחריותה, ומאידך גיסא, לא נשאר את אותם זקנים, המזונחים בידי משפחתם, ללא כל טיפול ותמיכה, בטענה שהמסורת מחייבת את המשפחה לטפל בהם (Azaiza & Brodsky, 1996; 2003).

יש לציין, כי עיקר הספרות המחקרית המתייחסת לזקן הערבי ולמשפחתו, ובהתאמה גם סקירתנו, עוסקת באפידמיולוגיה ובצריכת שירותים טיפוליים, פורמליים בעיקרם. עם זאת, כפי שניתן לראות מחלקה הראשון של סקירת הספרות, הזדקנות היא תהליך שאינו רק ביולוגי אלא גם חברתי, וטיבה של הזדקנות נקבע במידה רבה גם על ידי תפיסות ודימויים חברתיים (חזן, 2003). מודעות זו משפיעה על המחקר ובעקבותיה חל שינוי באנתרופולוגיה של הזיקנה, מהתייחסות בדגש על הזקן הפסיבי והתלתי, הצורך שירותים, לראיית הזקן כאדם פעיל, הבונה את עולמו (חזן, 2003). תחום הגרונטולוגיה החברתית מעביר את הדגש מהתייחסות לזיקנה כאל בעיה חברתית אל תפיסה מורכבת, הרואה את הגיל כרכיב בסיסי הן של המבנה החברתי והן של הביוגרפיה האישית של הפרט (לבנשטיין, 2003). למרבה הצער, התייחסויות אלו עדיין חסרות בספרות המחקרית העוסקת בזקנים ערבים. יש צורך במחקר עתידי מזוויות ראייה אלו, שכן היעדרן עלול להוביל להצגת הזקן הערבי בקרב משפחתו כצרכן שירותי סיוע, כמי שבעיקר מקבל, אך לא מעניק משאבים חברתיים, כאדם שהוא "צורך של צרכים ובעיות" (חזן, 2003).

מקורות

- אביצור, מ. (1977). תמורות במעמדו ובתפקידו של "הזקן" בחיים הפוליטיים בכפר הערבי בישראל. **גרונטולוגיה**, 9: 34-38.
- אייזקוביץ, צ., וינטרשטיין, ט. ולבנשטיין, א. (2005). **סקר התעללות והזנחה של זקנים בישראל**. חיפה: המרכז לחקר לימוד הזיקנה, אוניברסיטת חיפה.
- אנדבלד, מ. (2008). **סקירה לשנת 2007**. ירושלים: המוסד לביטוח לאומי.
- אנדבלד, מ., גוטליב, ד. ופרומן, א. (2008). **ממדי העוני והפערים החברתיים - 2007: דו"ח שנתי**. המוסד לביטוח לאומי.
- באר, ש. וברודסקי, ג. (2001). **הקשישים בישראל - אוכלוסייה, שיעורי מוגבלות ואומדני צרכים לשירותים נבחרים: 1999-2010**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- בנטור, נ., סיטרון, ד. וצ'חמיר, ס. (2006). **נשים קשישות: מצבן, צורכיהן וכיוונים לשיפור איכות חייהן**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ברג-ורמן, א. וברודסקי, ג. (2004). **השפעת המצוקה הכלכלית של הזקנים על תנאי חיים**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג., נאון, ד., רזניצקי, ש. ובן-נון, ש. (2004). **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- ברודסקי, ג., שנור, י. ובאר, ש. (2008). **קשישים בישראל - שנתון סטטיסטי 2007**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- וייל, ח. (1991). דימוי הזיקנה של קשישים ערבים. **גרונטולוגיה**, 55: 51-56.
- וייל, ח., עזאיזה, פ., קינג, י. וגולדשר, א. (1988). תנאי מגורים וקשרי משפחה של קשישים ערבים בכפרים בישראל. **גרונטולוגיה**, 40: 7-20.
- חביב, ג., וייל, ח. וברנע, ת. (1992). צרכי קשישים במגזר הערבי. בתוך: ת. ברנע וג. חביב (עורכים). **הזדקנות בישראל בשנות ה-90**. ירושלים: ג'וינט מכון ברוקדייל.
- חזן, ח. (2003). **אנתרופולוגיה של הזיקנה**. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. ירושלים: אשל.

חלאילה, ר. (2008). **מודרניזציה ומסירות ילדים להורים קשישים בחברה הערבית בישראל**. עבודה לתואר דוקטור. ירושלים: האוניברסיטה העברית.

חמאסי, ר. (2005). עיור (Urbanization) והתעיירות (Urbanism) ביישובים הערביים בישראל. **אופקים בגיאוגרפיה**, 64-65: 293-310.

יקוביץ, א. (2003). מערכת השירותים הקהילתיים והמוסדיים לזקנים. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. ירושלים: אשל.

יקוביץ, א. ונר, מ. (2001). תפיסת הזדקקות לעזרה בניהול משק הבית בקרב קשישים יהודים וערבים מקבלי גמלת סיעוד. **ביטחון סוציאלי**, 60: 171-190.

לבנשטיין, א. (2003). מושגים ותאוריות חברתיות של זיקנה. בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. ירושלים: אשל.

לבנשטיין, א., נאחס, פ. ואסטפן, מ. (1976). דפוסי בילוי הזמן הפנוי של הזקן בכפר הערבי בישראל. **גרונטולוגיה**, 7: 41-47.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. (2008). **שנתון סטטיסטי לישראל 2008** - מספר 59. ירושלים.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2005). **סטטיסטיקל 48: האוכלוסייה הערבית בישראל 2003**. ירושלים.

מאיר, א. ובן דוד, י. (1996). הישמטות האחיזה - מעמד הקשישים הבדווים בישראל עם המעבר מנוודות לעיור. **ביטחון סוציאלי**, 45: 71-84.

מאיר, א. ובן דוד, י. (1994). תמיכת סעד בקשישים בדווים בנגב - הסתגלות במהלך השתנות מרחבית אקולוגית. **ביטחון סוציאלי**, 42: 88-98.

מרגולץ, י., נשיף, ס. ופרידן, ה. (1983). הקשישים הערבים המוסלמים באזור הכפרי (גישות וצרכים). **ביטחון סוציאלי**, 24: 131-141.

סולימאן, ח., יוסף, ע., מסאלחה ע.א., אכטילאת, ע., עלי-סאלח, ס., מסאלחה, נ. ועזאזה, פ. (1996). מוסד לטיפול ממושך בקשישים הערבים בישראל - צורך או שינוי חברתי? **הרפואה**, 131(12): 537-540.

סולימאן, ח., מסאלחה, נ., מסאלחה, ע. ועזאזיה, א. (2005). עמדותיהן של משפחות ערביות כלפי בית האבות לפני ואחרי שהייתו של קרובן במוסד ומעורבותן באשפוז. **גרונטולוגיה**, 32(1): 123-132.

סולימאן, ח. (1998). בית אבות לקשישים ערבים: דיירים סיעודיים לעומת דיירים תשושים. **גרונטולוגיה**, 25 (3-4): 119-126.

עזאזיה, פ. (1995). שירותי הרווחה במגזר הערבי בישראל - תמונת מצב. **המזרח החדש**, 37: 207-212.

עזאזיה, פ. וברודסקי, ג. (1995). תמורות במשפחה הערבית ופיתוח שירותים לזקנים ערבים בישראל בעשור האחרון. **גרונטולוגיה**, 70: 69-80.

עזאזיה, פ., לבנשטיין, א. וברודסקי, ג. (2001). התופעה החדשה של מיסוד בקרב קשישים ערבים בישראל. **גרונטולוגיה**, 28(1): 77-92.

פורטוגלי, א. (2006). בתי אבות לזקנים ערבים בישראל. **גרונטולוגיה**, 33: 63-80.

רזק, ס. (1979). הזיקנה בנצרת - תנאי החיים וההזדקקות לשירותים. **גרונטולוגיה**, 13: 20-25.

Azaiza, F. & Brodsky, J. (2003). The aging of Israel's Arab population: Needs, existing responses and dilemmas in the development of services for a society in transition. *The Israel Medical Association Journal*, 5: 383-386.

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: 65-85.

Katz, R. & Lowenstein, A. (2002). Family adaptation to chronic illness in a society in transition: The rural Arab community in Israel. *Families in Society*, 83(1): 64-72.

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 explanations for the occurrence of elder abuse. *Social Work Research*, 28(3): 133-142.
- Lowenstein, A. & Katz, R. (2000). Rural Arab families coping with care giving. *Marriage and Family Review*, 30: 179-197.
- Sharon, N. & Zoabi, S. (1997). Elder abuse in a land of tradition: The case of Israel's Arabs. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 8(4): 43-58.
- Suleiman, K., Massalha, N. & Wakter-Ginzburg, A. (2001). Why do Israeli-Arab elderly leave the nursing home? *Gerontology: International Journal of Experimental Clinical and Behavioral Gerontology*, Supp. 1: 395
- Suleiman, K. & Walter-Ginzburg, A. (2005). A nursing home in Arab-Israeli society: Targeting utilization in a changing social and economic environment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(1): 152-157.

פרק 5

"דור הסנדוויץ'" - כפל תפקידים, הקונפליקט הבין-דורי והשפעתו על היחסים במשפחה המבוגרת

שירה הנטמן

מבוא

יעל חגגה את יום הולדתה ה-60. לכבוד האירוע הזמין בעלה את בני המשפחה ומספר חברים קרובים. את האירוע הנחה נכדה בן השבע של יעל ואת הברכות נשאו בנה בן ה-37, אבי נכדיה ובתה בת ה-25, סטודנטית לתואר ראשון באוניברסיטה. אמה בת ה-89 סיפרה על היום שבו יעל נולדה ואביה בן ה-90 העלה זיכרונות וקווים לדמותה של בתו הבכורה. עבר, הווה ועתיד התמזגו יחדיו למשפחה מודרנית טיפוסית בה ארבעה דורות, החיים יחדיו כשנתיבי חייהם מתמזגים האחד עם השני.

מבנה המשפחה המודרנית ודפוסי האחריות ההדדית של בניה הושפעו באופן משמעותי ממספר גורמים: תוחלת החיים המתארכת, העלייה ברמת החיים, הירידה בילודה, העלייה בשיעור הגירושין, תופעת החד-הוריות ומצב כלכלי המקשה על צעירים לעזוב את בית הוריהם. שינויים דמוגרפים וחברתיים אלה גרמו לעלייה משמעותית בשיעור היחסי של קשישים בחברה המודרנית, לצמצום מערכת התמיכה הלא-פורמלית במשפחה (Wolf, 1994) וליצירת מבנה משפחה אנכי המורכב מארבעה דורות שמספר חבריהם מצומצם (Bengston, Rosental & Burton, 1990).

המבנה השכיח והאוניברסלי של המשפחה הבסיסית-גרעינית כולל זוג הורים וצאצאיהם. כאשר הילדים במשפחה זו נישאים ויולדים ילדים, מתגבשת המשפחה המורחבת. למשפחה תפקידים רבים וחשובים: היא מעניקה לחבריה ביטחון רגשי

ופסיכולוגי באמצעות חום, אהבה ושותפות, דואגת לצרכים הפיזיים ומספקת מזון, מחסה ולבוש. המשפחה מהווה מודל לחלוקת תפקידים מגדריים ואינסטרומנטליים. בחיק המשפחה גדלים ומתחנכים הילדים להיות חלק מהחברה ולומדים את מהות האחריות ההדדית של בני המשפחה האחד כלפי השני (Norris & Tindale, 1994). אחריות זו מאופיינת בתחושת מחויבות, שהיא תוצר של תהליך ההתקשרות בין הורים לילדיהם לאורך רצף החיים, ומתבטאת בחליפין בין-דוריים בלתי סימטריים. בבסיס חליפין זה הציפייה ההדדית של בני המשפחה להיחלץ האחד לעזרת השני, לספק צרכים ולדאוג לרווחתם החומרית והרגשית גם כאשר לא נוח במיוחד. מטבע הדברים, הורים אמורים לטפל בילדיהם ולסייע להם במגוון שירותים: דפוס זה מתקיים גם כאשר ההורים מזדקנים. אך ככל שמזדקנים ההורים ומשאבי הנתינה שלהם מצטמצמים, כיווני הסיוע הופכים ליותר ויותר חד-סטריים ואנו עדים למצב שבו הילדים מטפלים בהוריהם (Brubaker, 1985).

פרק זה עוסק במערכת היחסים בתוך המשפחה הרב-דורית וסוקר את ההשפעות ההדדיות של הפרטים בתוך משפחות אלה ואת משמעותם. דגש מושם על בני דור הביניים המהווים ציר מרכזי במערכת המשפחתית.

אחריות ילדים כלפי הוריהם

אמה של יעל עברה אירוע מוחי לפני 12 שנה ומאז היא רתוקה לכיסא גלגלים וזקוקה לעזרה מלאה בפעולות היומיום. על אף שהיא מטופלת על ידי עובדת זרה, יעל מעורבת ברמה יומיומית בטיפול. בסיום יום עבודתה יעל קופצת "רק לבדוק שהכול בסדר", דואגת לתרופות ומהווה אוזן קשבת לאמה ולאביה. מה מניע את הבנים הבוגרים לטפל בהורה הזקן? סוגיית האחריות של בנים בוגרים כלפי הוריהם היא סוגיה ארוכת יומין. עדות מוקדמת ניתן למצוא בדיבר החמישי, המתייחס בהרחבה לחשיבות מחויבות הבנים כלפי הוריהם ("כבד את אביך ואת אמך...") ואף מספק תמריץ שיבטיח מחויבות זו ("... למען יאריכון ימך..."). הגדרת סוגיה זו בקובץ ההנחיות הערכיות הבסיסיות ביותר של המין האנושי מצביעה על כך, שהמשקל המיוחס לאחריות ילדים בוגרים כלפי הוריהם אינו מדבר בעד עצמו. הוא מתבסס על ההנחה, שהקשר הבין-דורי בתוך המשפחה עמוס וטעון רגשית ומאופיין בדרישות, בציפיות ובתחושה של מחויבות ואחריות הדדית לסיפוק צרכים שאינה תמיד מובנת מאליה (Erlanger, 1997).

הספרות המקצועית מציעה מספר הסברים לסוגיה זו. יש הטוענים, שבבסיס הקשר בין ההורה הזקן לבנו הבוגר עומדת תחושת המחויבות של האחד כלפי השני (Jarrett, 1985). ילדים חשים מחויבות אישית לסייע לשמירת רווחתם של הוריהם הקשישים מתוך רצון להגן עליהם ולטפל בהם. זהו פועל יוצא של ההבנה, שרכיב הרגש אינו תמיד מספיק לקיום הקשר הבין-דורי ולעתים יש להשתית את הטיפול בהורה על מחויבות הנובעת מן הקרבה המשפחתית ומהנורמות החברתיות המהוות את הבסיס לתמיכת המשפחה.

הסבר אחר מסתמך דווקא על הקשר הרגשי החזק הנוצר בין האם לבין תינוקה (Bowlby, 1969). הנחת היסוד של התייחסות זו היא בתיאוריית ההתקשרות, המסבירה את מערכת ההתקשרות המתמשכת בין הילד לבין הוריו לאורך רצף החיים (Krause & Haverkamp, 1996). אמנם, ככל שהילדים מתבגרים קיים פחות צורך בקרבה פיזית על מנת להשיג את תחושת ההתקשרות, אך היא עדיין היסוד להמשך איכות הקשר בין הורים לילדיהם. יש חוקרים הטוענים, שהתקשרותם הבטוחה של ילדים להוריהם מהווה משתנה ניבוי טוב להסתגלותם החברתית העתידית (Tesch, 1989). הסתגלות זו משקפת את תפיסת הילדים את מערכת היחסים עם הוריהם כתומכת, חמה, שוויונית והיא מהווה במידה רבה את התשתית לאיכות היחסים המתפתחים בין בנים בוגרים להוריהם הזקנים. מעבר לכך, יש המצביעים על קשר בין התקשרות חזקה בגיל מוקדם לבין דפוסי ההתקשרות הבין-אישית והסיוע הבין-דורי בזיקנה. ככל שעוצמת ההתקשרות בין הורים לבנים לאורך רצף החיים חזקה יותר, כך ירגישו הילדים רצון עז יותר לסייע להוריהם בעת זיקנתם (Pearson, Cowan, Cowan & Cohn, 1993; LaFreniere & Sroufe, 1985; Cicirelli, 1993). הסבר נוסף למניעים לאחריות ילדים כלפי הוריהם המבוגרים מצוי בתיאוריית החליפין, המתייחסת למערכת היחסים במשפחה הרב-דורית מזווית חלוקת המשאבים בתוכה (Dowd, 1975; Hogan, Eggebeen & Clogg, 1993). שלא כמו בחליפין כלכלי, שמטבעו הדדי ושוויוני, החליפין במשפחה מורכב יותר, לא תמיד סימטרי ולעתים כלל אינו שוויוני. בילדות, עיקר הנתינה היא מצד ההורים, אך בהמשך החיים, ככל שמצבם של ההורים דורש התייחסות רבה יותר, עוברת הנתינה לילדים. כאשר החליפין המשפחתי מתבסס על היסטוריה משותפת, תחומי עניין, אמונות ורגשות הדדיים, מתקיימת אווירה שוויונית, צודקת והדדית על אף שאובייקטיבית חלוקת המשאבים אינה בהכרח שווה (Lerner, 1981). לפיכך, יש לראות את נתינת הבנים כמתבססת על חליפין שנמשך לאורך מעגל החיים ויוצר הזדמנות להבעת תודה על טיפול שניתן בעבר על ידי ההורים. במצב זה, הנתינה היא על בסיס רגשי ורצון לעזרה הדדית. הקושי הוא כאשר אין עניין משותף והבסיס הרגשי רופף. אז נוצרת תחושה של חוסר צדק ומועקה הגורמת לחוסר רצון לסייע.

עוד תפיסה בהבנת הנכונות לסיוע בין-דורי במשפחה נשאבת מהתיאוריה הפסיכולוגית-חברתית של אריקסון, המדגישה את האופן שבו רכיבים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים משתלבים יחד בהתפתחות הנפשית של האדם במהלך חייו (Erikson, 1963). אריקסון מחלק את ההתפתחות הפסיכולוגית של מחזור החיים של האדם לשמונה שלבים. לכל שלב מיוחסים תפקידים ומטלות, תכונות אופייניות וכישורים מסוימים. בכל אחד מהם ניצב האדם בדילמה בין שני קטבים או ערכים מנוגדים, שיש ביניהם קונפליקט ותפקידו להתגבר עליו בדרך של סינתזה או שילוב. בכל שלב האדם עומד במתח בין הצורך האישי המרכזי לבין תביעות החברה ממנו. התמודדות מוצלחת עם שלב אחד מבטיחה מעבר קל יותר לשלב הבא. המשפחה הרב-דורית נמצאת בתהליך תמידי ודינמי של התמודדות עם משימות מעבריות ייחודיות לכל פרט בתוכה, כאשר להצלחה או לכישלון בביצוע משימות אלה השפעה ישירה על

איזון המערכת המשפחתית. בדיון הנוכחי קיימת חשיבות מיוחדת לשלב השביעי, של הבגרות המאוחרת, שבו המשימה הפסיכולוגית החשובה היא היכולת לנתינה יצירתית (generativity). כלומר, היכולת לשאוב סיפוק מנתינה לאחרים ומהדרכת הדורות הבאים לעומת כניסה למצב של קיפאון והתמקדות ב"צורך להיות נצרך" (Erikson & Kivnik, 1986). יש הרואים בהשלמת שלב זה את המפתח להבנת איכות יחסי החליפין במשפחה המבוגרת (Peterson, 2002; Shin An & Cooney, 2006). חוקרים אלה טוענים, שביצוע משימת הנתינה היצירתית מאפשרת לבן הבוגר לתת מעצמו ולדאוג לצרכיו של ההורה הזקן בו-זמנית עם הדאגה שלו לדור הצעיר.

לסיכום, אנו רואים שאת החבות של בנים בוגרים להוריהם ניתן להסביר במושגים של מחויבות, התקשרות, אהבה, חליפין ורצון לנתינה. התייחסות כזו מחייבת שינוי בתפיסת עולמו הבסיסית של הבן, שהורגל לראות את ההורה כדמות סמכותית, מעוררות יראה ו/או כבוד, וגם כמקור לאהבה ולביטחון. היכולת הרגשית לטפל בהורה מתוך אהבה ודאגה נקראת "בשלות פיליאלית" (בר-טור, 2005). בשלות זו מתבטאת ביכולתו של הבן הבוגר לשמור על עצמו מחד גיסא, ולספק להורה את צרכיו, מאידך גיסא. קשר מיוחד זה הוא תוצר של תהליך הדדי, שאינו ניתן להגשמה ללא שיתוף הפעולה המלא של הורים וילדים כאחד (הנטמן וברנשטיין, 2000).

בשלות פיליאלית

הבשלות הפיליאלית מתייחסת להכרה, לאמונה או לתחושה של בנים בוגרים לגבי יכולתם לטפל בהוריהם הזקנים כאשר אלה נזקקים לטיפול (Brubaker, 1985; Donorfio & Sheeham, 2001). הכרה זו מתרחשת בתהליך מקביל בין בנים בוגרים לבין הוריהם הזקנים ומהווה יסוד לקשר בוגר בין הבן להורה. יש המתייחסים לקשר זה כחלק מהרצף ההתפתחותי של איכות הקרבה בכללותה בין ילדים להוריהם (Blenkner, 1965). יכולתם של הורים של יעל להתייחס אליה בו-זמנית כבתם האהובה, אך גם כספקית של שירותים שונים המבטיחים את איכות חייהם, והתנהגותה המכבדת של יעל תוך כדי סיפוק שירותים אלה, מדגימה הדדיות זו. מקור המושג הוא בתרבות הסינית העתיקה, שבה הכבוד הפיליאלי מהווה את אחת הנורמות החברתיות הבסיסיות. על פי תורתו של קונפוציוס, תפקידו של הדור הצעיר הוא לא רק לדאוג לרווחתם של זקניו, אלא גם להקפיד על התנהגות מכבדת ומכובדת (Sung, 2000), גם בסיוע האינסטרומנטלי וגם בסיוע הרגשי.

הספרות המקצועית מצביעה על כך, שעיקר העזרה שמעניקים בנים בוגרים להוריהם מתבטאת בתמיכה, המאפשרת להורים להיות עצמאיים ובעלי שליטה על חייהם, כל עוד הדבר אפשרי. מחקרים שנערכו בקרב בנים מבוגרים והורים מזדקנים מצביעים על בחירה של מרבית הבנים לאמץ את תפיסת האחיות הפיליאלית. עם זאת, ציפיות פיליאליות רבות עלולות להתנגש עם רצונו של ההורה להיות עצמאי, ולכן עודף תמיכה עלול למחוק

את תחושת העצמאות והאוטונומיה של ההורה. גם הורים וגם ילדיהם הסכימו על כך, שיותר מדי סיוע להורה עלול להזיק ליחסים ביניהם (Donorfio & Sheeham, 2001).

ההנחה האידיאלית היא, כי על המשפחה לתפקד כמערכת עזרה הדדית, שבה הילדים הבוגרים מטפלים בהוריהם הזקנים, מבלי לעורר תחושה של אבדן הכבוד העצמי ותחושת תלות (צבעוני, 1995). השגת הבשלות הפיליאלית מאפשרת מימוש מוצלח של המשימות החיוניות הללו, הנדרשות להבטחת איכות חיי ההורה המזדקן. מעצם הדדיותה, הבשלות הפיליאלית מאפשרת מתן סיוע מרצון להורים מבוגרים ויכולתם של ההורים לקבל את העזרה. זאת, כאשר המניע הוא אהבה ותחושת אחריות, תוך התחשבות בצרכים של שני הצדדים ושמידה על תחושת העצמאות (Johnson, 1996). קיימת חשיבות מרבית לשיתוף ההורה בכל החלטה הקשורה לחייו, אם זה מעבר למסגרת מגורים חדשה, שינוי של טיפול רפואי או בחירת בגד חדש. מרכזן מזהה שבעה רכיבים של בשלות פיליאלית (Marcoen, 1995):

1. **אהבה וקרבה:** המבוססות על ההתקשרות בין הורה לילד בשלבים הראשונים של התפתחות הילד.
2. **מחויבות:** הנובעת ממהות הקשר הבסיסי בין הורים לילדיהם.
3. **מועילות או רצון טוב:** המשקפים את הכוחות המניעים את הרצון למלא תפקיד של מטפל בהווה ובעתיד.
4. **עזרה פיזית-אינסטרומנטלית:** הניתנת באופנים שונים ובכמויות שונות לאורך ההיסטוריה המשפחתית.
5. **אוטונומיה:** המתבטאת בכיבוד הדדי של יכולות הזולת ועצמאותו.
6. **התחשבות הורית:** המשקפת את יכולת ההורים לעזור לילד לשמור על עצמו ולא להיבלע בתפקיד המטפל.
7. **חליפין:** המשקף את שיתוף הפעולה ואת הנתינה ההדדית הלא-דווקא סימטרית בין בני המשפחה.

שבעה רכיבים אלה הם תלויי תרבות, היסטוריה ומסורת משפחתית והם מכסים תחומי התייחסות עיקריים: סיפוק צרכים אינסטרומנטליים, כגון טיפול פיזי, סידורים וקניות; סיפוק צרכים רגשיים, כגון: תמיכה נפשית, עידוד, הבנה וקבלה. כשאושפזה אמה של יעל לאחר שסבלה מהתקף לב, לא עלה בדעתו של איש במשפחה שהיא תעבור ממצב של עצמאות פיזית למצב של תלות מוחלטת. הכניסה לתפקיד המטפל היא בדרך כלל פתאומית, ללא הכנה מראש, עקב שינוי פתאומי במצבו הבריאותי של ההורה. הבן נכנס לשלב זה בחייו ללא הכנה מספקת ומבלי שיהיה לו ברור מה נדרש ממנו ומה מצופה ממנו. על אף שכל אחד יודע שיבוא יום שבו ההורה יזדקק לסיוע, אין נכונות רבה להתכונן ליום זה, מכיוון שהעיתוי בדרך כלל איננו ידוע ועלול להתחיל בלא התראה ובלא הכנה. אירועים כגון תאונה, התקף לב, שטף דם במוח אינם מאפשרים

הכנה ותכנון לטווח ארוך. הכניסה לתפקיד המטפל מצריכה, לעתים, קבלת החלטות הקשורות באיכות חייו של ההורה והיא עשויה לעורר רגשות מעורבים והתלבטויות לגבי מהות ההתנהגות כלפי ההורה. השימוש בסמכות איננו טבעי ואיננו מובן מאליו ומלווה בדילמות ובשאלות עמוקות המקשות, לעתים, על היכולת להגיש טיפול קונקרטי, שכן לא מדובר בילד קטן, שכל עתידו לפניו, ולהורה הסמכות ללמדו ולהכינו לחיים. מדובר בהורה שהיה דמות סמכותית ומשמעותית בחיי בנו ועתה נזקק לסיוע בתחומי חיים שהיו בעבר נחלתו הפרטית. ולכן, על מנת לאפשר את סיפוק הסיוע חייב להתקיים מצב, שבו הילד הבוגר חש אחריות ומסוגל לנסוך בהורה תחושה שאפשר לסמוך עליו, כמו גם ביכולתו של ההורה לתת בו אמון. הבן הבוגר מתלבט לגבי מה נחשב נאות, אילו רגשות הם לגיטימיים, ועד כמה עליו לוותר על צרכיו האישיים על מנת לענות על צרכי הוריו. חוסר הוודאות לגבי משך הזמן שיארך הטיפול ומה יהיה קצב ההידרדרות יוצר תחושות אשמה ושאלות, כגון: במה לשתף את ההורה ועד כמה ומה הטוב ביותר עבורו? איך לתמוך בין כל התפקידים? כיצד להתייחס לשאר בני המשפחה ומה ניתן לצפות מהם? עבור יעל, בחירת המטפלת הייתה קשה מנשוא: "מהי מטפלת טובה? לאיזה סוג טיפול תזדקק אמה? האם עליה להתייעץ עם האם והאב לפני בחירת המטפלת?"

משימה זו אינה דומה לתפקיד של להיות בנים צעירים להורים צעירים, כאשר עיקר הנתינה היא של ההורים לילדיהם. ביחסים בין בנים בוגרים להורים בגילאים המבוגרים יותר קיימת, אמנם, סוג של שוויוניות, אך היא נצבעת במשקעי העבר ובדפוסי היחסים לאורך ההיסטוריה המשפחתית. אליהם מצטרפים גורמים חיצוניים חדשים, כגון חתנים, כלות, מחותנים, נכדים. כל אלה משתבצים אל תוך סדר היום הדחוס במטרה לספק את הצרכים ולשמר את הקשר הבין-אישי בתוך המשפחה.

מטבע הדברים, הקבוצה המושפעת ביותר היא של בני דור הביניים, העשויים למצוא עצמם ניצבים מול מגוון מחויבויות המתנגשות לפרקים - כלפי ילדיהם הבוגרים הצעירים, מחד גיסא והוריהם המזדקנים, מאידך גיסא. התופעה של בנים בוגרים, הממלאים את תפקיד ההורים לילדיהם ובמקביל גם מטפלים בהוריהם, היא תופעה יחסית חדשה של המאה ה-21 ואחת מתוצאות השינויים הדמוגרפיים שהוזכרו לעיל (Cicirelli, 1993). לקבוצה זו, המהווה כיום כ-20% מכלל האוכלוסייה (שנתון סטטיסטי, 2008) והנקראת "דור הסנדוויץ'", מחויבויות רב-דוריות, המתבטאות בדרישות מתחרות ובריבוי תפקידים בתחום המשפחה, החברה והעבודה.

"דור הסנדוויץ'"

תקופת אמצע החיים, כפי שהיא מוגדרת כיום, מגיל 45 ועד 65 לערך, היא שלב סוציו-תרבותי חדש יחסית, שמקורו בסוף המאה ה-20. תוחלת החיים המתארכת, שהוסיפה יותר מעשור לחייהם של אנשים בחברה המודרנית, מעניקה תוכן ומהות שונים לתחום הגילאים שבעבר הוגדר בעיקרו כתקופת מעבר. קשה להגדיר במדויק את תחומיה של תקופה זו, אך קיימת הסכמה שבני דור הביניים נמצאים בפרק חיים מכריע של מרוץ

להגשמת חלומם עם הגיעם לחצי השני של חייהם (Moen & Wethington, 1999). זהו השלב שבו האדם מגיע להכרה שזמן רב יותר נשאר מאחוריו מאשר הזמן שנותר לו בעתיד, וזה גם השלב, שבו בני הזוג מתחילים להשתחרר מהנטל הכלכלי ומהטיפול בילדיהם וליהנות מאיכות חיים ומרמת חיים סבירה. חלק מהילדים נמצאים ב"תהליך שיגור", אחרים כבר הקימו משפחות משלהם והעניקו להוריהם דור של נכדים. בו-זמנית, לפחות לאחד מבני הזוג יש הורה או הורים הנמצאים בשלבים שונים של תהליך הזדקנות ומתחילים להזדקק לרמה מסוימת של סיוע. ולכן, בשלב זה מתרחשת מעין התחברות מחודשת (rejoining) עם ההורים המזדקנים. התחברות זו נוצרת על רקע פטירת אחד ההורים, מחלה, קושי כלכלי, אשפוז, צורך בשינוי מגורים, צורך בתמיכה חברתית או רגשית או צורך בשירותים אחרים, כגון הסעות, בישול וקניות או אף קשר חברתי. מה שמאפיין התחברות מחודשת זו היא בעיקר השכיחות הגבוהה יותר של קשרים ואינטראקציות בין הבן הבוגר לבין ההורה המזדקן. ולכן, דור הביניים, הוא "דור הסנדוויץ'", נמצא במרכז הפעילות והדרישות של כל בני המשפחה (Soldo, 1996; Szinovacz, 1998) וממלא מספר רב של תפקידים חברתיים ומשפחתיים כהורה, סב/סבתא, בן/בת, בן זוג ועבודה. ליעל לוח זמנים מאוד מתוכנן: זמן נכדים, זמן הורים, זמן בן זוג וזמן עבודה.

ברמה האישית, בגיל הביניים מאבדת האישה את יכולת הפוריות שלה עם הפסקת המחזור. תפקידה כאם משתנה והמטלות הקשורות באחזקת הבית מצטמצמות. זוהי גם תקופה של גדילה והתפתחות, הזדמנות להתפנות לעיסוקים חדשים, להרחיב את העבודה, ללמוד ולפתח מיומנויות חדשות. בו-זמנית, עיקר האחריות לשמירה על האזון במשפחה נופל על האישה. הנשים בדרך כלל נוטלות את האחריות על הטיפול בילדים ועל הבישול והניקיון, וגם אם הן מועסקות מחוץ לבית הן משמשות כתובת עיקרית לסיפוק צרכיהם של ההורים המזדקנים (Hochschild, 1997). יש הרואים את האב-טיפוס של "דור הסנדוויץ'" באישה, בשנות ה-45 עד 65, לחוצה, מתרוצצת בין בני המשפחה השונים, ללא רגע לעצמה, הנמצאת בקונפליקט עם בעלה ועם בני משפחתה, ולעתים אף סובלת מבעיות כלכליות הנובעות מכפל תפקידיה (Chisholm, 1999).

הגבר מתמודד אף הוא עם שינויים פיזיולוגיים, נמצא בשיא הקריירה המקצועית שלו, בעמדת כוח בחברה ובעבודה. יש גברים שתקופה זו מהווה עבורם זרז מניע לעשיית שינויים קיצוניים בחייהם מתוך תחושה של הזדמנות אחרונה. אך מכיוון, שכיום שכיחה התופעה שלשני בני הזוג מקרב דור הביניים יש לפחות הורה אחד בחיים, רבים הגברים הנאלצים להיכנס לתפקיד המטפל בהורים מזדקנים ולהתמודד עם ריבוי תפקידים חדשים ומחודשים המוטלים עליהם. זוהי תופעה חדשה המאפיינת את התקופה המודרנית.

לפיכך, ניתן לראות בתוך המערכת המשפחתית נשים וגברים כאחד, המתמודדים עם אותם קונפליקטים פנימיים וחיצוניים, עם הקוטביות של צעיר וזקן בתהליך מקביל ועם השפעת התחושה של תחילת ההזדקנות, כשההורים המבוגרים מהווים מעין תסריט עתידי. על רקע זה מתמודד "דור הסנדוויץ'" עם התפקיד הפיילאלי הדורש תמרון בין

תפקידיו הרבים, מפני שהיענות נאותה דורשת היערכות ותכנון הלוקחים בחשבון את כל הפעילויות, המחויבויות והרצונות של נותן הטיפול ומקבלו. זו מציאות של מסלולים המשתלבים ותלויים האחד בשני. החלטות בתחום אחד תמיד תהיינה מותנות במחויבויות ובקשרים בתחום אחר. תופעה זו בולטת במיוחד במסגרת הקשרים והתפקידים המשפחתיים ולכן, ההתארגנות לטיפול רב-דורי, במקביל למילוי צרכים אישיים, עלולה ליצור מכשול, קונפליקט ולחץ שיובילו לבעיות בריאות, לקושי בתפקוד ולתחושת עומס כבדה (Neal, Chapman, Ingersoll-Dayton & Emlen, 1993). האם הסיוע להורים בא על חשבון הסיוע לילדים? כיצד מחלקים בני "דור הסנדוויץ'" את זמנם בין הדורות? האם דפוסי הסיוע תואמים את השערת "הדרישות המתחרות", הטוענת לקשר שלילי בין שני סוגי העזרה, או לחלופין, את השערת הסולידריות המשפחתית, הטוענת לקשר חיובי (Grundy & Henretta, 2006; Chisholm, 1999)?

התשובה לשאלות אלה מוצגת בספרות המקצועית בשתי גישות מנוגדות. האחת טוענת, שכפל התפקידים תורם לבריאות הנפשית של בן המשפחה ולתחושת רווחה אישית והעצמה וכי לצד הקשיים ישנם גם אספקטים חיוביים בטיפול בהורים (Loomis & Booth, 1995). חוקרים אלה טוענים, שהטיפול בהורים מאפשר לבנים לגמול להם על הטיפול המסור והאחראי שהם, ההורים, העניקו להם בילדותם. הוא מאפשר להם יצירת קרבה אינטימית או אף חידושה, לאחר שתקופה ארוכה חיו הבנים וההורים במשפחות נפרדות. הבנים, שעתה התבגרו, יכולים למצוא שפה משותפת עם הוריהם בנושאים שבעבר אולי היו במחלוקת. כמו כן, הטיפול בהורים עשוי לתרום להרגשתו הטובה של הבן, המצליח למלא אחר הציפיות המשפחתיות והחברתיות של "הבן הטוב" ולזכות בהכרת התודה של הוריו.

הגישה השנייה טוענת, שככל שמספר הדורות הדורשים את ההתייחסות האינסטרומנטלית גדל כך פוחתת איכות החיים של נותני העזרה (Brody, 1985). התוצאה המיידית של מצב זה היא תחושת לחץ, עומס רגשי ופיזי ולעתים קרובות קונפליקט תפקידים. בנושא זה נדון ביתר הרחבה בהמשך.

היפוך תפקידים

בדיון במושג האחריות הפיליאלית לא ניתן להתעלם מאחת הסכנות הטמונות במעבר ההורה מעצמאות לתלות ולהזדקקות לילדיו והיא התחושה של "היפוך תפקידים", מושג בלתי מדויק ואף הרסני (Brody, 1990). למעשה, בגלל ההיסטוריה הארוכה של מערכת היחסים ההדדית בין בנים והוריהם קשה מאוד להפוך את היוצרות, מכאן ש"הורים אינם יכולים להיות ילדים לילדיהם וילדים אינם יכולים להיות הורים להוריהם".

נכדה הראשון של יעל נולד זמן קצר לאחר שאמה חלתה. בעת שהחליפה יעל את החיתול של נכדה הרהרה בתחושות הכול כך שונות שהיא חשה בעת שהיא מחתלת את אמה. כשמדובר בהיפוך תפקידים הכוונה היא, שהבן נהיה ל"הורה" המטפל וההורה

המוגבל נהיה לילד. השקפה זו מניחה, שהזקן המוגבל משול לתינוק חסר אונים, התלוי במבוגר חזק ועצמאי. לפיכך, סוגר ההורה המוגבל את מעגל החיים במקום שבו החל (Berman, 1993). לא ניתן להתעלם מהשוני באופי הטיפול של הילד בהוריו לעומת טיפול ההורה בילדו. טיפול ההורה בילד הוא רק חלק אחד מתפקידי ההורה ואולי לא החשוב ביותר. ההורה אחראי על הסוציאליזציה של ילדיו, על סיפוק תמיכה רגשית, על חינוך. תפקידים אלה שונים מאוד מבחינה איכותית מתפקידי הבן הבוגר המטפל בהוריו המוגבלים. תחומי האחריות של ההורה כלפי הילד ברורים ומוגדרים לעומת תחומי האחריות של הבן המטפל בהוריו, המאופיינים בחוסר בהירות, באי-נוחות ולעתים אף באשמה. להורה הזכות והחובה לטפל בילדיו; לבן הבוגר אין "זכות", יש בעיקר חובה. הורות לילד פרושה יצירת היסטוריה חדשה, לעומת הטיפול בהורה המבוסס על היסטוריה קיימת, החובקת מערכת יחסים ארוכת שנים והמאופיינת בדפוסי קשר ידועים. הורה הבוחר להביא ילד לעולם יודע שתהיה לו תקופת תלות מוגדרת המצמצמת עם הזמן. כל צעד בכיוון עצמאות מהווה רגע מאושר בחיי ההורים ומפצה על הקשיים. המצב שונה כשהמבוגר זקוק לעזרה. משמעות הטיפול במבוגר היא ירידה הדרגתית ולעתים מהירה בעצמאות לאורך זמן בלתי מוגדר. לאור תוחלת החיים הארוכה נמצא, שלעתים הטיפול בהורה הוא ארוך יותר מהטיפול בילד.

ראייה נוספת נוגעת במהות היחסים ולא בעצם התפקיד. פעולות אינסטרומנטליות, כגון האכלה, רחצה, הלבשה או החלפת חיתול דומים בשני המקרים, אך כאן מסתיים הדמיון. פונקציות הנחשבות לנורמטיביות אצל הילד מסמלות קושי אצל המבוגר. תגובת האם לחוסר שליטה של תינוקה תהיה מאוד שונה מתגובת הבת לחוסר שליטה של האם.

המושג של "היפוך תפקידים" משקף מעין סחר חליפין בין הבן הבוגר, שהיה תלוי בהוריו בינקותו וכעת משלם או מחזיר עבור תלות זו, כשהוריו הזקנים זקוקים לעזרתו. כפי שהתינוק הואכל על ידי הוריו כן יאכילו הילדים את ההורה בזיקנתו. אך למעשה, תלות ההורה הזקן בילדיו מפרה את האיזון בין תלות ועצמאות, שאפיינו את היחסים בין בנים להוריהם לאורך שנים. בתחילת הדרך אחריות ההורה כלפי ילדיו הייתה ברורה ולגיטימית. ככל שהילד גדל פחתו שליטתו וכוחו של ההורה. אך משקעי מאבק כוח זה נותרים למשך חייו של הבן הבוגר והוריו ומהווים מקור לתסכול מצד ההורה, המרגיש שאיבד את שארית השליטה והסמכות על ילדיו. במקביל, גם לילד עשויים להיות משקעים משלו, הקשורים בניסיונותיו להיות עצמאי. לפיכך, כל צד רוצה להמשיך להיות בשליטה. לעתים, אנו רואים מאבק גלוי או סמוי הנובע מהיפוך התפקידים והקשור בדרך כלל באישיותם של בני המשפחה או בדפוסי התנהגות קודמים, בעיקר סביב נושא הסמכות. בנים אשר גדלו במשפחות להורים סמכותיים, שעצרו את התפתחות עצמאותם, יתקשו לקבל על עצמם את האחריות והסמכות לטפל בהוריהם. מאידך גיסא, הורים שתלטיניים יתקשו לוותר על סמכותם ויחיו בקונפליקט בין הצורך להמשיך להיות סמכותי לבין המציאות הטופחת על פניהם והמאלצת אותם להיות תלויים בבניהם. הורים כאלה יעבירו ביקורת על טיב הטיפול שהם מקבלים מבניהם על מנת לשמור לעצמם את הזכות לשליטה

ולעצמאות. הבנים יחושו תסכול וכעס מעצם העובדה, שהם טורחים ומשתדלים ובמקום לקבל מילה טובה זוכים לביקורת. אפשרות אחרת היא אותם בנים, השמחים על ההזדמנות שבידיהם הסמכות ומקבלים באופן בלעדי את ההחלטות עבור הוריהם, מתוך רצון ל"סגירת חשבונות". זוהי ההזדמנות שניתנה להם להרגיש את הכוח המלווה בקבלת סמכות ופיצוי על העבר. הסכנה בכך היא, שהבן עלול להיות שבי בתחושת הכוח ולהשתמש בה על מנת לספק את צרכיו האישיים ולא את צורכי ההורים. ולכן, במקרים רבים, תלות ההורה עשויה להוות מקור לבלבול ולמבוכה. למי הזכות לשליטה על הטיפול ועל קבלת ההחלטות? האם חוסר האונים של ההורה נותן לגיטימציה לילד לקבל החלטות עבורו? מהם הגבולות של מקבל ההחלטות?

אם נזכור שתמיד יתקיים חוסר סימטריה ביחסי החליפין בין הורים ובנים, שאהבת הבנים לא משתווה בעוצמתה לאהבת ההורים ואם נשקלל את ריבוי התפקידים וההסתגלות אליהם, הרי לא נופתע מהתעוררותם של קונפליקטים בין בני המשפחה המטפלים והמטופלים.

קונפליקטים בין-דוריים

בהתייחסנו לתיאוריה ההתפתחותית של אריקסון (1968), הצבענו על השלבים ההתפתחותיים במעגל החיים של המשפחה. לכל שלב מבנה ויחסים בין-אישיים אופייניים המשתנים עם המעבר משלב אחד למשנהו. עובדה זו עלולה לגרום למתח ההופך לקונפליקט, מאחר שהדחף הוא לנסות ולשמור על האיזון בתוך המשפחה. מעבר חלק של בני המשפחה בו-זמנית מצריך גמישות, המאפשרת קבלת חוקים חדשים, צמצום תוקפם של האחרים ושינוי ציפיות הדדיות. למשל, הירידה ביכולות פיזיות וקוגניטיביות של ההורה, המקשה עליו למלא תפקידים קודמים, מתקשרת אצלו עם עלייה בחשיבותם של קשרי משפחה, המהווים מקור למשמעות ולביטחון. מנגד, כמעט בלתי נמנעת קיומה של אי-התאמה בין הצרכים ההתפתחותיים של הבן הבוגר לבין אלה של ההורה המזדקן. רק הגיוני שייוצרו מתחים וקונפליקטים ביחסיהם המתבססים על דפוסי קשר בין-משפחתיים ארוכי שנים (Krause & Haverkamp, 1996; Walsh, 1989).

ניתן לראות קונפליקטים אלה בשני רבדים עיקריים, בין האחים לבין עצמם ובין ההורים לילדיהם. מערכת היחסים בין אחים מעוגנת ברצף ההתקשרות לאורך מעגל החיים וההיסטוריה המשפחתית. יש הטוענים, שהקשר בין אחים עשוי להיות אף יותר חזק מהקשר בין הורים לילדים (Norris & Tindale, 1994). ככל שהאחים מתבגרים ומקימים משפחות משלהם נחלשת עוצמת הקשר ותדירותו והיא מתקיימת בעיקר בעת אירועים מיוחדים. לקראת אמצע החיים מתחזק הקשר בו-זמנית עם התחדשות (Rejoining) הקשר עם ההורים המזדקנים. משימת הטיפול בהורה מחייבת חלוקת תפקידים, שלא דווקא משקפת את דפוסי הקשר המוקדמים. גודל המערכת וההרכב המגדרי יקבעו במידה רבה את איכות חלוקת הסיוע. על פי רוב נמצא, שאחיות מספקות

יותר עזרה מאחים, התפקידים מושפעים מנורמות ומציפיות מגדריות - נשים מספקות יותר טיפול רגשי ופיזי, גברים יותר סיוע טכני. גברים ינצלו את מעמדם כמועסקים כדי לא לספק סיוע, בעוד שנשים, גם כשהן עובדות, ממשיכות לעשות זאת. מחלוקות בנושא חלוקת האחריות עלולות לגרום לקרע במערכת יחסים בין אחאים, שהייתה טובה בעבר ולחלופין, מערכת יחסים עכורה עשויה להשתפר (Cicirelli, 1995).

הקונפליקטים העלולים להתפתח בין הורים לבנים מושפעים, גם הם, מהיסטוריית היחסים בתוך המשפחה. קלארק ושותפיו (Clarke, Preston, Raskin & Bengston, 1999) מציעים טיפולוגיה של הסוגיות שסביבן עשויים להתפתח קונפליקטים בין הדורות ומגדירים בעניין זה מספר סוגיות מרכזיות:

1. **תקשורת ודפוסי אינטראקציה:** אלה משקפים את התנהלות מערכת היחסים בין הדורות וכוללים תגובות רגשיות ומילוליות, יחסים בין-אישיים ומשקעים מהעבר. הבסיס העיקרי לקונפליקטים אלה הן הציפיות הבלתי ממומשות של האחד מהשני.
2. **הרגלים וסגנון חיים:** סוגיה המועלית בעיקר על ידי דור ההורים ומתייחסת לבחירות של בני המשפחה בכל הקשור לפעילות או להעדפה מינית, לסידורי מגורים, לאיכות חיים, להקצאת משאבים, לחינוך.
3. **דפוסי גידול ילדים וערכים:** נמצאו שתי קטגוריות עיקריות: (א) תלונות של ילדים לגבי האופן שבו הוריהם גידלו אותם; (ב) תלונות של הורים או ילדים לגבי ההתייחסות לדור הנכדים בכל הקשור לשיטות, לפילוסופיה ולהגדרת הורות: מספר ילדים, מתירנות, ציפיות, הגבלות, תמיכה, מעורבות.
4. **פוליטיקה, דת ואידאולוגיה:** חילוקי דעות בנושאים אלה משקפים קונפליקטים במישור הערכי והמוסרי בכלל ובמישור הדתי, אידאולוגי ופוליטי בפרט.
5. **הרגלים ותפיסות לגבי תעסוקה:** אלה משקפים את המחויבות לעבודה ולקידום; עדיפות והשקעה בעבודה, קריירה, סטטוס מול המחויבות למשפחה.
6. **ניהול משק הבית:** סוגיה זו משקפת את מידת ההשתתפות וחלוקת התפקידים במסגרת הבית והחשיבות המיוחסת לניקיון ולארוחות מסודרות.

מסקנות המחקר מדגישות את העובדה שקונפליקטים בין בני המשפחה נמשכים גם בתקופות מאוחרות יותר. על אף שההורים נטו להציג את מערכת היחסים שלהם עם ילדיהם באור חיובי יותר מאשר הילדים ועל אף שהם הודו בקיום קונפליקטים, הם מייחסים להם פחות חשיבות בהערכת איכות מערכת היחסים שלהם עם ילדיהם מאשר הילדים עצמם. עצם קיום הקונפליקטים על רקע התארכות תוחלת החיים עלול ליצור במרוצת הזמן שחיקה במהות הקשר, שתבטא בפגיעה משמעותית בבריאות הפיזית והנפשית של בני המשפחה. לפגיעה זו תהיה, בין היתר, השלכה ישירה על רצונם של הבנים לסייע להוריהם.

במערכת היחסים בין בנים בוגרים להוריהם הזקנים ניתן לזהות שלושה סוגי קונפליקטים (Steinman, 1979):

1. קונפליקטים חדשים: המתעוררים בשלב ההתחברות מחדש, כתוצאה מתהליך ההזדקנות של ההורים. הזדקנות זו יוצרת קונפליקטים חדשים, שלא הטרידו את המשפחה בעבר. הם סובבים סביב השינוי במצבו של ההורה והצורך לקבל החלטות, כגון הוצאת ההורה למוסד, תלות גוברת של הורה בילדיו כתוצאה מפטירת בן זוגו, חוסר הסכמה לגבי תפקידי הבן הבוגר כלפי הוריו, וכדומה. *אמה של יעל התלוננה שהיא אינה מקבלת מספיק עזרה בזמן שיעל חושבת שחשוב שתעשה חלק מהפעילויות בכוחות עצמה.*

2. קונפליקטים מחודשים: אלה שהיו קיימים עוד לפני שהילד עזב את הבית ועל אף שלא נפתרו, נעלמו באופן זמני עם יציאת הילד את הבית. תקופת ההתחברות המחודשת מעוררת קונפליקטים אלה מתרדמתם. ייתכן שבמשך השנים הועתקו קונפליקטים אלה למערכות אחרות, כגון בן זוג או ילדים, מקום עבודה או שנשארו והתעוררו מחדש מפאת ההתקרבות המחודשת. הם ייסובו על סוגיות, כגון: מי מקבל עליו את האחריות לטיפול, מי משתתף בטיפול ומי מתחמק, ממי ההורה מצפה שיפעל. *יעל מרגישה שכל נטל הטיפול מונח על כתפיה וששאר בני המשפחה פטורים מטיפול באם. היא זוכרת שגם בילדותה היא נדרשה לעזור בבית ולטפל בסבתא החולה בזמן שאחיה תמיד שוחררו ממשימה זו.*

3. קונפליקטים נמשכים: הכוונה לקונפליקטים שתמיד היו קיימים בעוצמות שונות בין ההורים לילדיהם לאורך כל רצף חייהם. קונפליקטים אלה עשויים להיות תוצר של חילוקי דעות ארוכי טווח בין הדורות ביחס לסגנון חיים, לערכים או לדת, כשכל צד מתחפר בעמדתו. במקרים אחרים, הקונפליקט עלול להיגרם כתוצאה משליטתו החזקה של ההורה מחד גיסא, ומאבקו המתמיד של הילד להגיע לעצמאות, מאידך גיסא. *יעל חשה שאמה דורשת ממנה יותר מדי תשומת לב והשקעה של זמן. היא זוכרת שבילדותה אמה הייתה תמיד עסוקה בפעילויות מחוץ לבית ולא הקדישה לה מספיק זמן.*

התעוררות מחודשת של קונפליקטים אלה מתרחשת תכופות סביב ממדי עצמאות / תלות. הקונפליקטים משפיעים באופן הדדי על כל הדורות וקשורים זה בזה. לדוגמה: במשך תהליך ההתבגרות רוצים ילדים תלות ועצמאות בו-זמנית. ההורים חווים חוויה דומה - מחד גיסא, הם מעוניינים שילדיהם יפתחו דפוסי התמודדות עצמאיים ומאידך גיסא, הם אינם רוצים לאבד את שליטתם. קונפליקטים פנימיים אלה באים לידי ביטוי בדינמיקה הבין-אישית המשפחתית ברמה המילולית וברמה הלא-מילולית. קונפליקטים שלא נפתרו שבים וצפים מאוחר יותר באותם ממדים, אך בהקשר אחר. לדוגמה, לעת זיקנה יתלבט ההורה עד כמה הוא רוצה להיות תלוי בילדיו וילדיו יצטרכו להגדיר עד כמה הם רוצים שהוריהם יהיו תלויים בהם. למשל, ההתלבטות סביב סוג הטיפול שההורה

יקבל, הבאת מטפלת או הוצאת ההורה מהבית, על מי תיפול האחריות העיקרית, מי יטפל במה.

גם עם ממד הקבלה / דחייה נאלצים להתמודד לאורך כל מעגל החיים. ילדים קטנים מעוניינים להשיג את אישור הוריהם המתפרש כקבלה ולהימנע מהתנגדותם המתפרשת כדחייה. אם צורך זה סופק בילדות ולא נשארו משקעים בלתי מעובדים, אין סיכוי שקונפליקטים כאלה יתעוררו מחדש בתקופת ההתחברות. אם הקונפליקט לא נפתר, ייתכנו ניסיונות מתמשכים בבגרות העשויים להימשך באופן גלוי או סמוי לאורך כל החיים. כמבוגרים, ניתן להעתיקם לאובייקט אחר, מלבד ההורים, כגון ילדים או בני זוג. כלומר, הצורך נשאר, רק האובייקט משתנה. אם צורך זה סופק בילדות ולא נשארו משקעים בלתי מעובדים, אין סיכוי שיתעוררו מחדש בשלב ההתחברות המחודשת. עם חידוש הקשר בבגרות יש לקונפליקט שני פנים: חשש של הבן מדחיית הוריו, וחשש של ההורה מדחייה ומאי-קבלת ילדיו אותו (הנטמן וברנשטיין, 2000). אם הקונפליקט לא נפתר, סבירים הסיכויים שהוא יצוץ מחדש. אם בילדות הייתה התנגדות מצד ההורים לחברים של הילד, הרי מאוחר יותר תבוא לביטוי התנגדות לסגנון ההורות של הילד, לבן הזוג שנבחר, לקריירה וכדומה.

תגובת הבנים המטפלים

יעל מתלוננת על תחושה של עייפות וחולשה נוכח האחריות המתמשכת שלה כלפי הוריה. אחיה, לעומתה, מגיבים בשוויון נפש, שמחים ונכונים תמיד לעזור. ישנה שונות רבה הן במישור הרגשי והן במישור הפיזי בתגובותיהם של הבנים המטפלים. בניגוד לסברה, שתחושת המעמסה והשחיקה של הבן המטפל קשורה למצב בריאותו ולתפקודו של ההורה הזקן וכן למידת התלות שלו, ישנם מטפלים החווים מעמסה רגשית כבדה גם במצבי טיפול קלים ואילו אחרים חווים רמה נמוכה או אינם חשים כלל שחיקה גם במקרים שבהם ההורה מצוי במצב קיצוני של תלות. הרמה של תחושת המעמסה הרגשית והפיזית תלויה בעיקר ביכולת ההתמודדות של המטפל ובהימצאות משאבים ושירותים קהילתיים וטיפוליים תומכים. אותם מטפלים, הבטוחים בכוחם לפתור בעיות, המקבלים תמיכה רגשית-פיזית מן המשפחה הרחבה והמכירים בבגרות הפילאלית, יחוו פחות עומס.

סטיינמן (Steinman, 1979) מונה ארבעה דפוסי תגובה המאפיינים בנים בוגרים המתמודדים עם קונפליקטים שהתעוררו כתוצאה משינוי תפקידו של הבן כלפי הוריו: (1) טיפוס "הפעיל יתר"; (2) טיפוס "הנמנע הפעיל"; (3) טיפוס "הנע בין הקצוות"; (4) טיפוס "הפועל בגישה הקונסטרוקטיבית".

1. הפעיל יתר: בן מטפל המשקיע עצמו בטיפול בהורה עד כדי תחושת הצפה, חרדה, דחייה וחוסר ישע. מערכת היחסים עם הוריו מאופיינת ברגשי אשמה הנגרמים על ידי ההורים. למרות התחושה שהוא פועל נגד רצונו, הוא ימשיך לעשות מעל ומעבר

לנדרש ממנו. אנשים אלה נוטים לטפל בכל הסובבים אותם, כשבסופו של דבר נותרים ללא מספיק אנרגיה לעצמם, עייפים וסחוטים בכל עת. תפקודם בעבודה, במסגרת משפחתם ובכל שאר תחומי פעילותם, להוציא הוריהם, נפגמת והם נוטים לאבד את רשת התמיכה המורחבת שלהם. התנהגות טיפוס זה נובעת לרוב מקונפליקט מן העבר שלא נפתר בין עצמאות לתלות או בין קבלה לדחייה. אצל טיפוס זה קיים קושי להיפרד מהוריו וצורך מתמשך לאישורם בגלל דחייה אמיתית או דמיונית בילדותו. ייתכן שקיים צורך לשלוט בהורים לאחר שנים של שליטתם בו. אלה הם בנים שנפגעו מהוריהם לאורך השנים, אם על ידי השפלה או התעללות פיזית ותחושה שההורה לא היה קיים עבורם בעת הצורך. אחיו של "הפעיל יתר" עלולים לחוש עצמם דחויים על שאינם נכללים במערך אספקת העזרה להוריהם. תחושות של כעס, שנאה ורצון לנקמה על מעשי העבר, יחד עם רגש אשמה בגלל תחושות אלה, המתבטא בחוסר יכולת לחיות עמן בשלום, הם המפעילים את האדם במקרה זה, בניגוד לרצונו. בני משפחה אלה מפגינים סבל רב, כאב ומעורבות מוגזמת בטיפול בזקן.

2. הנמנע הפעיל: בנים אלה נמנעים מקשר עם הוריהם בניסיון לצמצם את הקונפליקטים. קיימת תחושה שאם יתרחקו, ירחיקו גם את הקונפליקטים. הבן ישלם עבור טיפול בהוריו או יתיר לאחיו או לקרובי משפחה אחרים לטפל בהם וימנע מכל מגע. מנגד, הוא יחוש אשמה על שאינו ממלא את תפקידו. הוא גורם לכעס של הסביבה כלפיו, דבר הפוגע באיכות חייו. טיפוס זה הוא תוצר של דפוסי דחייה של ההורים בילדות או של תלות מוגזמת בהורים בילדות ופחד מהיווצרות מחודשת של דפוס זה. בנים אלה מופעלים פעמים רבות על ידי מניעים הדומים מאוד לאלה של "הפעיל יתר", אך כאן התוצאות הן בכיוון ההפוך. הקושי להיפרד מההורים והאפשרות שההורה עלול להיפרד מהעולם בקרוב, נתפסים על ידו כאיום, שאין ביכולתו לשאת ותגובתו היא בריחה. אחרים פועלים בדפוס זה בניסיון למנוע המשכם של מאבקים וחילוקי דעות ארוכי שנים. התקווה היא, שהמרחק ימנע הצפה מחודשת של כעסים וכאב מן העבר.

3. הנע בין הקצוות: טיפוס זה משלב דפוס של התרחקות והתקרבות גם יחד. קיים כאן שילוב של הרגשות המאפיינים את "הפעיל יתר" ואת "הנמנע הפעיל". מעורבות יתר גורמת לעייפות, לתסכול ולבסוף גם לשבירה המובילה להימנעות יתר. מעברים אלה בין מעורבות יתר להתנתקות מוחלטת יוצרים במשך הזמן שחיקה ועייפות רגשית ופיזית המשפיעים על איכות הקשר עם ההורה ועל איכות חייו של המטפל.

4. הפועל בצורה קונסטרוקטיבית: טיפוס זה מייצג את הבנים המכירים בבעיות העומדות בפניהם ומשתדלים לפתור את הקונפליקטים בדרך של שיתוף הוריהם ובני משפחה אחרים בקבלת החלטות, המתייחסות לצרכים המתבקשים ממצב ההורים. הם מחלקים את העבודה, פונים לגורמים חיצוניים לבקש עזרה ואינם נוטלים על עצמם את מלוא האחריות. דפוס זה יוצר אפשרות לחלוקת עבודה ומקל על פיתוח יחסים הוגנים לשני הצדדים. אלה בנים שהצליחו להיפרד רגשית מהוריהם,

אך להישאר בקשר קרוב עמם, דהיינו, השיגו את הבגרות הפיליאלית. הם חשים עצמם כשירים לנהל את המצב ורואים את השינויים בהוריהם כהזדמנות לנתינה מבוקרת, שתאפשר יצירת יחסים שיעניקו סיפוק הדדי לשני הצדדים. דפוס זה רווח במשפחות שבהן נהנים החברים מעצמאות הדדית, מיכולת ללמוד זה מזה, לשמר את ההיסטוריה והתרבות המשפחתית ולקבל זה את זה.

סיכום

בחברה המודרנית, שבה נשחקים הערכים של האחריות הקולקטיבית, לתא המשפחתי המצומצם של הורים-ילדים נותר תפקיד מרכזי. שקיעתה של המערכת המשפחתית המורחבת והתומכת, שאפיינה את החברה המסורתית, העמידה את המשפחה הגרעינית המודרנית בפני התמודדות עם קשיים חדשים, אך תוך רצון לשמור על קיומה הייחודי. במקביל, התפתחות מערכות הבריאות ופיתוח טכנולוגיות רפואיות חדשניות האריכו את תוחלת החיים בחברה המודרנית, הגדילו את חלקם היחסי של האנשים המבוגרים מאוד בתוכה ובמיוחד את מספר החולים הכרוניים והזקנים הזקוקים לעזרה בתפקוד היומיומי. השינויים במערכת המשפחתית גרמו לירידה במספר הילדים במשפחה ובכך צמצמו את מערכת התמיכה ואת המטפלים הפוטנציאליים. הנשים, שבעבר מילאו את התפקיד המסורתי של טיפול בזקן, יוצאות לעבודה מחוץ למשק ביתן (Dauzenberg, 2000), אך עדיין מרכזות סביבן את הטיפול בזקן. עובדה זו אינה מפתיעה, שכן על פי הסטריאוטיפים והנורמות, גם בראשית המאה ה-21 נשים הן הנושאות העיקריות במרבית נטל הטיפול בבני המשפחה, בילדים ובזקנים גם יחד. הגברים לוקחים על עצמם תפקידים ניהוליים, ייעוציים וכלכליים, המצריכים נוכחות פיזית מועטה בעת הטיפול בהורה ואילו הנשים לוקחות על עצמן את התפקידים הטיפוליים המצריכים נוכחות פיזית מתמדת.

התפקיד הפיליאלי מהווה חלק מהמשימות ההתפתחותיות של הפרט. לתפקיד זה היבטים אינסטרומנטליים ורגשיים כאחד. מילוי נאות של תפקיד זה עלול לגרום לקונפליקטים בין בני המשפחה השונים ולתחושת עומס ולחץ. כדי להתמודד בהצלחה עם משימות אלה על הבן הבוגר להגיע לבשלות פיליאלית. זהו תהליך הדדי המתקיים בין הבן הבוגר לבין ההורה הזקן והצלחתו תלויה בשיתוף פעולה, בהבנה ובאמון הדדי בין הדורות. אך גם במצבים שבהם קיימת הבנה ובשלות, למד הזמן עשויה להיות השפעה הרסנית על איכות החיים ומערכת היחסים הבין-דורית. כיום, עם התארכות תוחלת החיים, הטיפול בהורה זקן עשוי להשתרע על פני מספר עשורים. הבן הולך ונשחק עם השנים, משאבים נפשיים וכלכליים נכחדים ובמקביל מצבו הפיזי והנפשי של ההורה הולך ומידרדר ודורש טיפול אינטנסיבי יותר. למניעת שחיקה זו, הנגרמת מהתארכות תקופת הטיפול, חייב להיות מענה מצד רשויות ציבוריות ואלה פועלות בסיומן קריסתה של מדיניות הרווחה. כך שבה ונופלת עיקר האחריות על בני המשפחה המעטים המוכנים לקחת על עצמם משימה זו. קבוצה זו של מטפלים המזוהים כיום כ"דור הסנדוויץ'" עשויה להוות בעתיד הלא-רחוק את אחת הקבוצות הפגיעות יותר בחברה המודרנית.

מקורות

- בר-טור, ל. (2005). **האתגר שבהזדקנות**. ירושלים: אשל. עמ' 165-178.
- הנטמן, ש. וברנשטיין, מ. (2000). **דור הסנדוויץ'**. מודן, אשל.
- צבעוני, מ. (1995). החליפין בסולידריות הבין-דורית בין זקנים לבין ילדיהם. **גרונטולוגיה**, 70: 19-30.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. **שנתון סטטיסטי לישראל, 2008**. ירושלים.
- Bengston, V., Rosenthal, C. & Burton, L. (1990). Families and aging: Diversity and heterogeneity. In: R.H. Binstock & L.K. George (Eds.). *Handbook of aging and social sciences* (pp. 263-287). San Diego, CA.: Academic Press.
- Berman, H.J. (1993). The validity of role reversal: A Hermeneutic perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 20(3/4): 101-110.
- Blenkner, M. (1965). Social work and family relationships in later life with some thoughts on filial maturity. In: E. Shanas & G.F. Streib (Eds.). *Social structure and the family*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, Vol. I: *Attachment*. New York: Basic.
- Brody, E. M. (1985). Parent care as a normative family stress. *The Gerontologist*, 25(1).
- Brody, E. (1990). Role Reversal: An inaccurate and destructive concept. *Journal of Gerontological Social Work*, 15(1/2): 19-29.
- Brubaker, T.H. (1985). *Later life families* (pp. 51-52). Sage, CA.
- Chisholm, J.F. (1999). The Sandwich generation. *Journal of Distress and the Homeless*, 8(3): 177-191.

- Cicirelli, V.G. (1993). Attachment and obligation as daughter's motives for caregiving behavior and subsequent effect on subjective burden. *Psychology and Aging*, 8: 144-155.
- Cicirelli, V.G. (1995). Siblings as caregivers of elderly parents. In: V.G. Cicirelli. *Sibling relationships across the life span* (pp. 123-136). New York: Plenum Press.
- Clarke, E.J., Preston, M., Raskin, J. & Bengston, V.L. (1999). Types of conflicts and tensions between older parents and adult children. *The Gerontologist*, 39(3): 261-270.
- Dauzenberg, M.G.H., Diederiks, J.P.M., Philipsen, H., Stevens, F.C.J., Tan, F.E.S. & Vernooij-Dassen, M.J.F.J. (2000). The competing demands of paid work and parent care. *Research on Aging*, 22(2): 165-187.
- Donorfio, L.M. & Sheeham, N.W. (2001). Relationship dynamics between aging mothers and caregiving daughters: Filial expectations and responsibilities. *Journal of Adult Development*, 8(1): 39-49.
- Dowd, J. (1975). Aging as exchange: A preface to a theory. *Journal of Gerontology*, 30: 584-594.
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. 2nd Edition. New York: Norton.
- Erikson, J.M. & Kivnik, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age*. New York: Norton Press.
- Erlanger, M.A. (1997). Changing roles and life cycle transitions. In: T.D. Hargrave & S.D. Hanna (Eds.). *The Aging Family* (pp. 163-177). Brunner/Mazel.
- Grundy, E. & Henretta, J.C. (2006). Between elderly parents and adult children: A new look at the intergenerational care provided by the 'sandwich generation'. *Aging & Society*, 26: 707-722.

- Hochschild, A. (1997). *The time bind: When work becomes home and home becomes work*. New York: Metropolitan Books.
- Hogan, D.P., Eggebeen, D.J. & Clogg, C.C. (1993). The structure of intergenerational exchanges in American families. *American Journal of Sociology*, 98(6): 1428-1458.
- Jarrett, W.H. (1985). Caregiving within kinship systems: Is affection really necessary? *The Gerontologist*, 25: 5-10.
- Johnson, C.L. (1996). Cultural diversity in the late-life family. In: R. Blieszner & V. Bedford (Eds.). *Aging and the family: Theory and research* (pp. 305-331). Westport, CT: Greenwood Press.
- Krause, A.M. & Haverkamp, B. E. (1996). Attachment in adult child-older parent relationships: Research, theory and practice. *Journal of Counseling and Development*, 75(2): 83-92.
- LaFreniere, P.J. & Sroufe, L.A. (1985). Profiles of peer competence in the preschool: Interrelationships between measures, influence of social ecology and relation to attachment history. *Developmental Psychology*, 21: 56-69.
- Lerner, M.J. (1981). The justice motive in human relations: Some thoughts on what we know and need to know about justice. In: M.J. Lerner & S.C. Lerner (Eds.). *The justice motive in social behavior: Adapting to times of scarcity and change* (pp. 11-35). New York: Plenum.
- Loomis, L.S. & Booth, A. (1995). Multigenerational caregiving and well-being: The myth of the beleaguered sandwich generation. *Journal of Family Issues*, 16(2): 131-148.
- Marcoen, A. (1995). Filial maturity of middle-ages adult children in the context of parents care: Models and measures. *Journal of Adult Development*, 2: 125-136.

- Moen, P. & Wethington, E. (1999). Midlife development in a life course context. In: Willis, S.L. & Reid, J. D. *Life in the middle: Psychological and social development in middle age* (pp. 3-14). San Diego, CA.: Academic Press.
- Neal, M.B., Chapman, N.J., Ingersoll-Dayton, B. & Emlen, A.C. (1993). *Balancing work and caregiving for children, adults and elders*. Newbury Park, CA: Sage.
- Norris, J. E. & Tindale, J. A. (1994). *Among generations*. New York: Freeman & Co.
- Pearson, J. L., Cowan, P.A., Cowan, C. P. & Cohn, D. A. (1993). Adult attachment and adult child-older parent relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63: 606-613.
- Peterson, B.E. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles and caregiving. *Psychology and Aging*, 17(1): 161-168.
- Shin An, J. & Cooney, T.M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 30(5): 410-421.
- Soldo, B.J. (1996). Guest editorial: Cross-pressures on middle-age adults: A broader view. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S271-S273.
- Steinman, L.A. (1979). Reactivated conflicts with aging parents. In: P. Ragan (Ed.). *Aging Parents* (pp. 123-143). K.A.: University of Southern California.
- Sung, K.T. (2000). Respect for elders: Myths and realities in East Asia. *Journal of Aging and Identity*, 5: 197-205.
- Szinovacz, M.E. (1998). Grandparents today: A demographic profile. *The Gerontologist*, 38: 37-52.

Tesch, S.A.(1989). Early-life development and adult friendship. In: R.G. Adams & R. Blieszner (Eds.). *Older adult friendship: Structure and process* (pp. 89-107). Newbury Park, CA.: Sage.

Walsh, F. (1989). The family in later life. In: B. Carter & M. McGoldrick (Eds.). *The changing family life cycle* (pp. 311-332). New York: Gardner Press.

Wolf, D.A. (1994). The elderly and their kin: Patterns of availability and access. In: L.G. Martin & S.H. Preston (Eds.). *The demography of aging* (pp. 146-194). Washington, D.C.: National Academy Press.

פרק 6

סבאות כיום

עדנה כצנלסון ועמירם רביב

מבוא

סבאות הוא אחד התפקידים המרכזיים של אנשים במחצית השנייה של החיים. הארכת החיים תרמה לכך, שיותר אנשים מגיעים לגיל שבו הם רואים נכדים ובני נכדים. לסבא, ובמיוחד לסבתא, שחייה ארוכים יותר על פי הסטטיסטיקה, צפויות שנים רבות יותר במעמד סבי. לכן, ליותר ילדים יש סבים חיים במהלך ילדותם (Szinovacz, 1998). בשנת 2006 היו בישראל כ-702 אלף בני 65 ומעלה, שהם כ-10% מהאוכלוסייה. אוכלוסיית בני ה-75 ומעלה גדלה בתקופה זו בערך פי שלושה. שיעור הנשים מבין הקשישים בגיל 65 ומעלה הוא היום כ-57% (השנתון הסטטיסטי לישראל, 2007).

כיום, כמעט ל-90% מהנכדים בארצות הברית יש לפחות שני סבים בחיים. נמצא גם, ש-80% לפחות מן המשפחות כוללות שלושה דורות (Friedman, Hechter & Kreager, 2008). חלק ניכר באוכלוסייה זוכה להיות סבא או סבתא ליותר מנכד אחד. הסבאות המודרנית התרחבה לארבעה דורות: גם סבא-רבא כבר אינו תופעה בלתי מוכרת כמו בעבר (Birren & Schaie, 1996). הדור הראשון של בני הארץ היה בחלקו הגדול ללא סבים, שהושמדו בשואה. לדור הנוכחי יש סבים וסבתות והוא יכול ליהנות מיתרונות הרב-דוריות (זיו, 2009). חשיבותם של יחסי סבים עם משפחתם קיבלה ביטוי בארצות הברית, שם החליט הקונגרס בשנת 1978 על "יום הסבים", החל בכל שנה ביום א' הראשון אחרי יום העצמאות.

* פרק זה מבוסס על מספר פרקים מתוך הספר: **סבאות עכשיו: מורה דרך לסבתא ולסבא**, מאת עדנה כצנלסון ועמירם רביב, הוצאת כנרת זמורה ביתן, 2009.

מרבית המשפחות המערביות חיות כיום במסגרת גרעינית - הורים וילדים ללא סבים. עבור נכדים בגיל הרך, ההורים מהווים "גשר בין הדורות" והם היוזמים את אופי הקשר עם הסבים. דור הביניים מכונה בספרות "שומרי שער" (ששון, 1991) והם המגשרים בין הסבים לנכדים.

הקשר בין סבים לנכדים מותנה בגורמים רבים: באופי הקשר בין הסבים לבניהם, בתחושת המחויבות למשפחה, באישיות הסבים, במוטיבציה של שני הצדדים לשמירת הקשר, בהתנהגות הסבים והסבתות כלפי הנכד, במצבם הבריאותי של הסבים, וכמובן, גם בזמינות ובמרחק הגיאוגרפי שבין המשפחות.

הכניסה לסבאות

המעבר לסבאות הוא אחד השינויים המשמעותיים בחיי המשפחה והפרט. הכניסה לסבאות מגדירה את תחילתו של תפקיד חדש ומשמעותי, המתווסף לטווח התפקידים הקיימים של האדם. יש סבים שהולדת נכדים הוא אירוע מכונן בחייהם, שהם מחכים לו בקוצר רוח. לעומתם, ישנם כאלה שהסבאות מזוהה אצלם עם זיקנה ולכן קשה להם להסתגל לתפקיד.

לסבים ולסבתות המודרניים יש אמנם רק מעט סמכות גלויה, אך יש להם השפעה רבה באמצעות העברת ערכיהם. סבים מעורבים בחיי נכדיהם על פי רצון ילדיהם ועל פי המוטיבציה שלהם עצמם, ואלה לא תמיד עולים בקנה אחד. הסבאות מעניקה תחושה של מעגל שנסגר, חוויה של המשכיות, ועם כל לידת נכד - הרגשת התחדשות.

יחסים בין-דוריים בין הסבים לדור הבנים והנכדים הם רכיב מרכזי בשלב זה בחיים. התפקיד הסביאינו מוגדר היטב והציפיות ממנו אינן ברורות. דרכי גידול הילדים על ידי הדור הצעיר שונות ממה שהסבים מכירים ולא תמיד קל להם לקבל את החידושים.

סבים שונים תופסים את תכלית סבאותם באופן שונה: המשכיות בין-דורית, תמיכה בילדים ובנכדים, העברת ערכים לדור הבא, חיזוק המשפחתיות, ולעתים אפילו פיצוי על הורות לא מוצלחת. הקשר בין הדורות במשפחה מוסבר על פי "תיאוריית הסולידריות הבין-דורית". (לבנשטיין ודורון, 2006). הסולידריות מורכבת ממשתנים רבים: קרבת המגורים, כמות הקשרים בין הדורות, דרגת הקרבה הרגשית, הסכמה לגבי ערכים, רמת העזרה הניתנת ותחושת המחויבות ההדדית שבין הורים, בנים וילדים.

מחקרים מצביעים על כך, שסבים צעירים מורגשים יותר במערכת המשפחתית החדשה ושהורים האם מעורבים יותר במשפחה שיש בה נכדים. כן נמצא הבדל בין התפקיד של הסב, שהוא מעשי יותר - כמו הסעות וקניות - לבין התפקיד של הסבתא, שהוא טיפולי ורגשי יותר (אדלמן, 2008).

שינויים במאפייני הסבאות העכשוויות

אנו נמצאים בתקופה שבה מתרחשים שינויים ניכרים בילדות, בהורות ובסבאות. רבים מן הסבים בארץ, כתוצאה מהאובדן בשואה ומהיות ישראל ארץ קולטת הגירה, מהווים "דור ראשון לסבאות".

הסבאות ההיסטוריות משתנה בהדרגה על בסיס שינויים חברתיים ומשפחתיים. במשך שנים המליצו פסיכולוגים למשפחות חדשות להתרחק ממשפחת המקור, כי החיכוך בין שלושת הדורות עלול להביא למתחים. המהפך בגישה חל בשנות ה-60 של המאה הקודמת עם חדירת הטיפול המשפחתי. אז גברה ההכרה בהשפעה החיובית של המשפחה המורחבת על התפתחות ילדים בכלל, ובמצבי לחץ ומשבר בפרט. תפיסה זו הביאה לשיפור הדימוי הסביבי ולהעלאת מעמד הסבאות.

המחצית השנייה של החיים לא מגדירה מטלות חברתיות ברורות שעל הפרט לבצע, ותפקודו מושפע מאישיותו, ממשפחתו ומהמקובל בסביבתו החברתית. בחברה המערבית אין לתפקיד של סבא וסבתא סטטוס חברתי מוגדר ואין ממנו ציפיות נורמטיביות (McCabe & Costa, 2003).

סבים מגיעים לתפקידים כשהם בריאים יותר מאשר היו הסבים בעבר. לפי איגוד הבריאות העולמי, האדם חי כיום בממוצע 69.5 שנים "בראות". שנות החולי והמוגבלות קוצרו ונדחסו לתקופה קצרה של סוף החיים. יותר סבים שחלו מחלימים וחוזרים לתפקוד תקין בעזרת הרפואה המודרנית. הזוגות, בני הגיל השלישי, 'הוצערו' לפחות בעשור בדור הנוכחי (זיו, 2009).

הסבים אינם בהכרח אנשים כפופים, חולים, מוגבלים ביכולות הפיזיות, שאינם שומעים ואינם רואים היטב. כתוצאה מכך, סבים עסוקים בהווה בנושאים שבעבר לא עסקו בהם, כמו ספורט, טיולים, לימודים ובילויים.

בדורות האחרונים חל בחברה המערבית מעבר מחיים במסגרת המשפחה המורחבת למגורים נפרדים. חלק מהסבים חיים בדירה נפרדת, לעתים גם בעיר אחרת או בארץ אחרת מזו שבה גרים ילדיהם, וחלק גרים בבתי אבות, נטייה שהייתה פחות מקובלת בעבר. כתוצאה מכך, הסבים אינם גרים עם משפחותיהם, כפי שהיה מקובל (רוזין, 2003). שינוי זה לא אופייני לחברות אחרות, שם סבים חיים עם משפחה מורחבת. "המשפחה נמצאת בכל מקום, אף אחד לא שולח את ההורים שלהם לבתי אבות..." (אובמה, 2008).

הארכת תוחלת החיים ושיפור הבריאות גרמו לכך, שסבים וסבתות רבים עובדים ועסוקים בקריירה שלהם בזמן הולדת נכדיהם. בינואר 2004 דחתה הכנסת את גיל הפרישה לגברים מ-65 ל-67, ולנשים מ-60 ל-62. ישנם מבוגרים שמתחילים "קריירה שנייה" ובגיל מאוחר הם עדיין עסוקים בביסוס מעמדם המקצועי (שטרנגר ורוטנברג, 2008). אם בעבר נכדים נולדו כשסבים היו בגמלאות, היום נולדים חלק מהנכדים לסבים עובדים. השינוי בעבודת נשים וכניסה רבה יותר של נשים לשוק העבודה גרמו לכך, שגם הסבתות, שבעבר היו פנויות יחסית כשנולדו הנכדים, עדיין עובדות. מאידך, הצעירים

בדור הנוכחי עובדים שעות ארוכות משעבדו בעבר. לכן, צעירים רבים יותר זקוקים לעזרת הוריהם, כדי לגדל את דור הנכדים. כך נוצר פער בין צורכי הילדים לעזרה לבין יכולת הוריהם לעזור בגידול הנכדים.

במחקר על הפרישה המודרנית מציג ג'ין כהן, פסיכיאטר וגרונטולוג (Cohen, 2000), תמונה חדשה, הסותרת לחלוטין מיתוסים קודמים. במחקר, שהשתתפו בו נשים וגברים בגיל פרישה, תיארו רובם התנסויות חדשות ומאתגרות, שגרמו לחוויה מחזקת ומעשירה. רוב המרואיינים ציינו, כי הזמן הפנוי ותחושת השליטה על הזמן האישי מעניקים להם הרגשת כוח ואוטונומיה. חלקם בוחר לנצל את הזמן כדי לעזור בטיפול בנכדים וכדי ליהנות מהם, אך חלקם בוחר פעילויות אחרות, כגון לימוד, נסיעות, צריכת תרבות וקשר עם חברים. החוקרים באלטס ובאלטס (Baltes & Baltes, 1990) סבורים, שבגיל זיקנה אנשים עושים בחירה קפדנית יותר לגבי פעילויותיהם וניצול זמנם. בחירה זו עשויה להשפיע על החלטתם עד כמה להיות מעורבים בחיי הילדים והנכדים.

בעולם המערבי מתקיימות שתי מגמות סותרות: התפוררות המשפחה המורחבת, הגורמת להפחתת המגע בין סבים לנכדים, ובמקביל - מעבר של סבים מעמדה של דומיננטיות עם מחויבות לעמדה של יחסי גומלין מרצון עם הנכדים ומעורבות בגידולם, מה שמגביר את הקשר החם והאינטימי בין הדורות.

עם הארכת משך החיים, לחלק מהסבים הצעירים יותר יש עדיין הורה אחד או שניים וחלקם נדרשים לטפל בהם. מחקרים מראים, שנשים עומדות באתגר זה יותר מגברים, וכן שסבתות זוכות לתמיכה רבה יותר בהשוואה לסבים. הטיפול בהורים קשישים כרוך לעתים בקונפליקט קשה הנוגע לחלוקת ההשקעה בין הנכדים, הבנים וההורים, בן/בת הזוג ובעצמי. לעתים, הסבים שואלים את עצמם אם להשקיע בהוריהם, שלפעמים כועסים עליהם ומנהלים איתם "חשבונות" לא פתורים עוד מהילדות והבגרות.

קצב השינויים בחברה המודרנית מואץ ופער הדורות בין דור הסבים לדור הנכדים גדל והולך. החברה המודרנית סוגדת לנעורים, והגיל המבוגר, שיש עמו ניסיון חיים, כבר לא מהווה יתרון מול הידע העדכני הזמין, המשתנה בקצב תזזיתי (Brubaker, 1990). מחד גיסא, יותר סבים משקיעים בלמידה עדכנית, בהפעלת מחשב, בהפעלת מכשור מתקדם, אך במקביל - סבים רבים מוצאים עצמם חווים פער דורות גדול מול נכדיהם. לעתים, הנכדים מלמדים את הסבים לשלוט באינטרנט ובמכשור מתקדם, בבחינת "היפוך תפקידים" בין הדורות. האינטרנט מספק ידע זמין לדור הסבים כלדור הנכדים, ופחות ילדים פונים לסבים כדי לקבל תשובות על שאלותיהם, כיוון שהאינטרנט מספק את הידע החסר.

שינויים ניכרים חלו בערכים חברתיים. הגשמה עצמית הייתה לערך לא פחות מאשר מחויבות למשפחה (שטרנגר ורוטנברג, 2008). ערכים אלה חלחלו גם לדור הסבים, שלא בכל מקרה מוכנים להישאר עם ילד חולה או בעייתי, ואינם רואים בהקרבה ערך עליון. סבתא רוצה לבלות, ללמוד, להיפגש עם חברים ולא רק לעזור לילדים.

הפער בין גברים לנשים בהתנהגות ובסגנון החיים, שהוא בשיאו בגיל הבגרות הצעירה, עם בניית המשפחה, מצטמצם והולך במחצית השנייה של החיים. בתקופה זו, גברים מבטאים התנהגויות "נשיות" יותר ונשים מגלות התנהגויות "גבריות" יותר. תופעת השילוב המגדרי הזה מכונה בשפה המקצועית "אנדרוגיניות". גברים, שבבגרותם הצעירה ביטאו את החלק הרציונלי, התחרותי-הישגי, עוברים תהליך, שבו החלק הרגשי והאינטואיטיבי בא יותר לידי ביטוי. לעומתם, נשים, שהשתחררו מהטיפול בילדים צעירים, משקיעות יותר בעבודה, מבלות ומשקיעות בעצמן יותר מאשר בעבר. הן מתחברות יותר לחלק הגברי בעצמי - הרציונליות, התחרותיות וההישגיות. חלוקת התפקידים בין הגבר לאישה, שהשתנתה לגבי הבנים, השתנתה גם לגבי הסבים. יותר סבים ממלאים תפקידים טיפוליים כלפי נכדים מאשר מילאו בעבר. אולם, במקביל, אפשר לראות גם נטייה הפוכה: עם היציאה לגמלאות גדל כוחה של האישה, המנהלת את משק הבית; חלקה בטיפול בנכדים גדול, בדרך כלל, משל הבעל, והגברים, שהיו הקובעים והמחליטים במסגרת העבודה, מתפקדים פחות כמנהיגים את המשפחה עם פרישתם.

המעבר ממשפחה מסורתית למשפחה מודרנית מאופיין על ידי מעבר מגישה הורית סמכותית לגישה דמוקרטית. גישה זאת, המבוססת על יחסים של שיתוף פעולה ושוויוניות, מעוררת לעתים חרדה ובלבול אצל ההורים והסבים בגלל עמימותה. בניגוד לגישה הורית סמכותית, הורים בהווה אינם בטוחים תמיד מה נכון לעשות עם הילד וכיצד לחנך אותו. באין קו ברור, נגרמת מבוכה. דור הסבים, שגידל את ילדיו על בסיס גישה דמוקרטית פחות וסמכותית יותר, מתקשה להגיע להסכמה עם דור הבנים ומעדיף לא פעם להיות פחות מעורב, כדי לא ליצור אי-הבנות.

החברה הצעירה מדירה עצמה מהדור המבוגר: קוראים להם "גיל הזהב", שולחים אותם ל"דור מוגן" ומכסים את הכול בשמות יפים שלא מזכירים את המילה "זיקנה". הדור המבוגר, שמחפש פתרון להדרה הזאת, גילה שהיציאה מ"הגטו של הזקנים" כרוכה בקבלה של התרבות הצעירה: להתלבש כמו צעירים, לעשות ספורט, לדבר כמו צעירים וגם להתנהג עם הנכדים כמו חברים. התרבות המודרנית סוגדת לנעורים ולא לזיקנה.

קשר בין סבים לנכדים

הנתינה של הסבים נעשית באמצעות הקשר בינם לבין הנכדים, המוסבר על ידי גישות תיאורטיות שונות.

1. תיאוריית הסולידריות הבין-דורית

המושג "סולידריות" מתאר קשרים מורכבים בין הורים, ילדים וסבים, המבוססים על קשר דם, מחויבות רגשית, הדדיות ודמיון בערכים ובתפיסת חשיבות המשפחה. השפעה סבית מופעלת גם במסלול לא-ישר, הנקרא "העברה בין-דורית": דרכי חשיבה, תגובה ומיומנויות רגשיות, המועברות מסבים לנכדים דרך הוריהם. ההעברה הבין-דורית כוללת

גם התנהגויות וערכים שההורים הפנימו והם מודעים להם ומבקשים להעבירם הלאה, אבל גם דברים שהם אינם מודעים להם ואשר לא רצו להעבירם (לבנשטיין ודורון, 2006).

בנגסטון (Bengtson, 1998) מתאר שישה ממדים של סולידריות בין-דורית:

- רגשי: דרגת הקרבה הרגשית בין הדורות.
- מבני: טיב הקשר שיסודו במבנה המשפחה, המרחק הגיאוגרפי בין הדורות.
- דרגת הסכמה: דמיון בערכים ובאמונות.
- תדירות הקשר החברתי ושכיחות הפעולות המשותפות.
- סולידריות תפקודית: עד כמה משתפים פעולה בטיפול.
- נורמטיבי: תחושת מחויבות וציפיות לקשר בין-דורי.

2. תיאוריית החליפין

תיאוריית החליפין נגזרת מתחומי הרציונליזם הכלכלי והיא עוסקת באיזון המשאבים שבין תלות וכוח כגורמים הקובעים את שביעות הרצון ביחסים בין-אישיים. התפיסה הבסיסית היא, שאנשים רציונליים בוחרים כיווני פעולה שבעבורם יקבלו תגמולים מרביים בעוד שאנשים במערכת יחסים בין-אישית יבחרו מצבים התנהגותיים שמהם יפיקו רווח (לבנשטיין, 2003).

סבים המאבדים כוח בגלל הזדקנותם מפצים את עצמם באמצעות הנכדים. מתקיים מעין סחר חליפין בין מה שהסבים יכולים לתת לבנים ולנכדים לבין מה שהם מקבלים מהם (Friedman, Hechter & Krager, 2008).

3. תיאוריית ההתקשרות (attachment)

תיאוריה זו מתייחסת לדמויות המשמעותיות שהילד פוגש בילדותו - הורים, אחאים וגם סבים. סבים הם מהאנשים הראשונים שהתינוק פוגש בחייו והם מקיימים איתו קשר רצוף ומספק. הילד מתקשר אליהם בינקותו, וקשר זה הוא הבסיס לקשר רגשי עמוק לכל החיים. לפי תיאוריית ההתקשרות, סבים וסבתות הם חלק מחייו של הילד כבר ברגעיו הראשונים ומהווים, לעתים קרובות, מקור התקשרות שני אחרי ההורים הביולוגיים. התקשרות בטוחה היא חיונית לא רק בשלבים מוקדמים של החיים, אלא היא משפיעה גם על סוגי הקשרים שהילד ייצור בעתיד. לכן, בנוסף לקשר עם ההורים, גם הקשר עם הסבים עשוי להיות מאבני היסוד בביסוס ההתפתחות החברתית-רגשית של הנכד (Krause & Mhovelkarp, 1996).

מעבר לתיאוריות ולהסברים השונים, הקשר עם סבים הוא קשר משפחתי בעל איכויות ייחודיות. זהו קשר דם, קרוב, אך ללא מעורבות יומיומית מחנכת. יש בו יותר חום ורגש מאשר צורך בסיפוק צרכים בסיסיים, ופחות חרדה בגלל האחריות הגורפת ומטלות הלמידה והתברות (סוציאליזציה), שהן באחריות ההורים (Winston, 2001).

התרומה של הסבים לנכדים מגוונת וכוללת:

- **סבים מעניקים לנכדים זמן פנוי וסבלנות:** הסבים, הפנויים מעול גידול הילדים, ובשלב מסוימים גם מעבודה, יכולים להעניק לילדים משאב יקר-ערך בחברה המודרנית - זמן איכות ללא לחץ של שעון עצר.

- **הבנה וקבלה ללא שיפוט:** כיוון שסבים אינם חייבים לחנך, ובגלל ניסיון חייהם שלימד אותם סדרי עדיפויות שונים משל הצעירים, הם יכולים להיות יותר מבינים וסלחנים. אהבתם אינה מותנית בהישגים ובהצטיינות אלא בעצם היות הילד נכדם.

- **סבים מהווים מקור תמיכה משמעותי בעיתות לחץ ומצוקה,** כמו מוות במשפחה, גירושי הורים, מחלה במשפחה, מצב חירום. הסבים מגבים את ההורים בעת לחץ, מחליפים אותם כשאלה מתקשים לתפקד ומהווים גורם יציב בעיתות של משבר (אייל, 1997). מחקרים על ילדים ממשפחות חד-הוריות מצאו, שילדים אלה, אם נתמכו על ידי סבים, הגיעו להישגים לימודיים גבוהים והתמידו בלימודים יותר מילדים שלא קיבלו גיבוי סבי (Brooks, 2001). כיוון שסבים הם פחות ביקורתיים, הם מעניקים לילדים ביטחון עצמי, שהוא רכיב קריטי בתהליך ההתפתחות. סוזן בוסאק (Bosak, 2000) אומרת, שילדים הנהנים מקשר חזק לסביהם הם מעורבים ואכפתיים, מפתחים הערכה עצמית גבוהה, כישורים רגשיים וחברתיים טובים (כולל היכולת להתמודד עם לחצים), ואפילו משיגים ציונים טובים יותר מאשר אותם ילדים שלא זכו לסבאות אכפתיות.

- **סבים מהווים עוד דמות הזדהות לילדים,** המרחיבה את מאגר הדמויות המשפיעות על הילד, מקנה לו דגמים לחיקוי ולהשראה, ומלמדת אותו לתת אמון באנשים נוספים ולא רק בהוריו.

- **העברת המורשת:** הסבים הם בעלי ניסיון חיים רב ומצוידיים בפרספקטיבה היסטורית, המשלימה את החסר בכאן ועכשיו. הם מעניקים לילד ראייה היסטורית של המשפחה ושל הלאום והתרבות. הם מספקים מידע על הרקע המשפחתי והלאומי ומסייעים לנכדים בגיבוש הזהות האישית המעוגנת בהקשר משפחתי רחב (Nussbaum & Bettini, 1994).

החוקרים קורנהבר ו-וודוארד (Korenhaber & Woodward, 1981) בחנו את הקשר סב-נכד בקרב נכדים בגילאים חמש עד 18 בעזרת ציורי ילדים. הם מציינים את רשימת התפקידים של הסבים, כפי שהם נתפסים על ידי הנכדים:

- **תפקיד היסטורי:** מספקים תחושה של שורשים היסטוריים ותרבותיים.
 - **תפקיד החכם היועץ:** הסבים מספקים חוכמה, מלמדים את הנכדים את עובדות החיים הבסיסיות ומעמיקים את הזהות של התפקיד המיני.
 - **תפקיד הקוסם:** הסבים, כקוסמים, מספרים סיפורים ומעוררים את דמיונו של הנכד. לפעמים הם מוצאים פתרון לבעיות שההורים לא ידעו לפתור והם מעלים רעיון בסגנון "שליפת שפן מהכובע". תפקיד הקוסם הוא גם לנחם בשעת עצב, להעלות חיוך וכן לפתור בעיות על בסיס חוכמת החיים.
 - **תפקיד הטיפוח:** הסבים מרחיבים את מערכת התמיכה הרגשית של הנכדים. הקשר הרגשי הוא הרכיב הבסיסי ביותר ביחסי נכד-סב, ותפקיד הבילוי וההנאה נמצא במקום הגבוה ביותר. תפקיד זה קשור באכפתיות, בפינוק, בחום, באהבה, בגרימת הנאה בלי אחריות וקבלה ללא תנאי מצד הסבתא או הסבא.
- במחקר על זיכרונות ראשונים שנערך על סטודנטים לרפואה ולחינוך בישראל נמצא, שאצל שישה אחוזים מהנבדקים הדמות הראשית בזיכרון הראשון שהם זוכרים היו סבא או סבתא (זיכרונות על אימהות הופיעו אצל 34% ועל אבות - אצל 18%) (כצנלסון, 2004).

הסגנונות המוכרים של הסבאות

- קיימים סגנונות שונים של מילוי התפקיד הסבי ולעתים אף שוני גדול בין בני הזוג הסבים, שכל אחד מהם מייצג סבאות שונה (אייל, 1997).
- **הסגנון הפורמלי:** המבחין בבירור בין התפקיד ההורי והסבי. הסבים מפנקים אך אינם מחנכים. הם עושים שמרטפות וקונים מתנות על פי "פרוטוקול" צפוי.
 - **הסבים מחפשי ההנאה:** מעוניינים ליהנות בחברת הנכדים. סגנון זה אופייני בעיקר לסבים צעירים יחסית.
 - **החכם במשפחה:** סב זה בלט בעבר במשפחה המסורתית ובמשפחה הפטריארכלית, הרואה בזקן את מקור החוכמה והניסיון. כיום, יש גם במשפחות מודרניות סבים וסבתות משכילים ומעודכנים, הזוכים למעמד של סמכות לא בזכות המסורת והמנהג, אלא בזכות הידע שלהם גם בנושאים כלליים אחרים.
 - **הסב המרוחק:** איתו מתראים בעיקר בחגים ובאירועים. השפעתו על חיי נכדיו מוגבלת.
 - **ההורים החליפיים:** סבים הממלאים את תפקיד ההורים בהיעדרם ומגלים מעורבות רבה בגידול הילדים ובחינוכם. עם קבוצה זאת נמנים סבים הגרים יחד עם המשפחה והם מגדלים למעשה את הנכדים, כי ההורים נעדרים בשל עבודתם

או בשל סיבות אחרות, או שהם אינם גרים עם המשפחה, אך משמשים כמטפלים בנכדים בביתם או בבית הבנים.

תרומת הסבים להורי הנכדים

בנוסף לתרומה הישירה של הסבים לנכדים, חשוב להזכיר בקיצור את תרומת הסבים לבניהם, הורי נכדיהם (בן-ארי, 1985). ההשקעה בהורים, ילדיהם, היא מעין "השקעה" בעתיד הסבים, שכן היא מגדילה את הסיכוי שכאשר הסבים יזדקקו לעזרה, הבנים יגמלו על השקעתם ויתמכו בהם (Friedman, Hechter & Krager, 2008).

תרומת הסבים להורי הנכדים היא:

- **עזרה** בטיפול בילדים, תמיכה וייעוץ בעת הצורך, בגיל הנעורים והבגרות הראשונה. האידיאל של הבנים היה אמנם להיות שונים מהוריהם, אך עם היותם להורים, אידיאל זה מתחלף בדרך כלל בשאיפה להיות הורים טובים יותר מהוריהם וכך קטן הצורך בשוני. גם ניסיון החיים, שנחשב לעתים כביטוי לשמרנות, הופך לערך חיובי. בעיתות מצוקה עזרת ההורים ותמיכתם הם ההגה שמסייע למשפחה הצעירה לנווט במים הסוערים של הקיום, המשלב עבודה, לימודים גבוהים, זוגיות והורות. יש נכונות רבה יותר להתייעץ עם ההורים בלי להרגיש פגיעה בדימוי העצמי. מתעצמת ההערכה לניסיון חייהם וההכרה בנכונותם לעזור ולתמוך.

- אפשרות לקחת את הנכדים **לבילוי** או לשהייה בבית הסבים ובכך לאפשר לבנים "להשתחרר" מעט ולקחת פסק זמן ממעמסת ההורות.

- **העמקת תחושת המשפחתיות והקשר הבין-דורי.** סבים מעניקים לנכדים ולבנים תחושת יציבות והמשכיות בעידן של טלטלות ערכיות וחברתיות. הם מהווים מצפן, הנותן כיוון למשפחה הצעירה.

- לעתים סבים **עוזרים** לבניהם לשקול את צעדיהם לפני קבלת החלטות פזיזות, למשל, בנושא גירושין. עזרה זו מתבססת על ניסיון חייהם, על ערכי המשפחה שהם מביאים איתם מדור קודם ועל יכולתם להציע דרכים אחרות להתמודד עם מצבי מתח משפחתיים.

הורים בעולם המודרני עובדים יותר מאשר בדור הקודם. בדור הנוכחי עלה שיעור האימהות העובדות מחוץ לבית והן נזקקות ליותר עזרה, גם אם הילדים נמצאים במסגרת חינוכית עד שעות אחר הצהריים. כמו כן, התארכו מאוד שעות העבודה של שני בני הזוג, הרבה מעבר לשעות אחר הצהריים המוקדמות. קשה יותר לצאת לחופשה בחגים ובחופשות המרובות (המרובות מדי, לדעת האימהות העובדות) של מוסדות החינוך, ויש צורך בעזרת סבים רבה יותר.

בהשוואה לדורות הקודמים, הסבים היום מעורבים יותר בטיפול בנכדים בגלל העלייה ביציאת אימהות לעבודה, התארכות שעות העבודה, עלייה בשיעור הגירושין ובשיעור

המשפחות החד-הוריות לעומת העבר. במחקר שערך מכון גיאוקרטוגרפיה בישראל בשנת 2007 נמצא, כי יותר מ-70% מהסבים מעורבים בחינוך נכדיהם.

מה נותנים נכדים לסבים?

הסבאות נחוות באופן שונה אצל סבים שונים, ואותם נכדים עצמם גורמים הנאה לכל אחד מן הסבים בדרך אחרת. במהלך השנים, יכול נכד שהעניק לסב חום ורגש, להפוך לשותף לשיחה ולחלוק תחומי עניין דומים. זהו תהליך דינמי, המשתנה בהתאם לגיל הנכד ולאישיותו, וכמובן גם בהתאם לגיל הסב ולאישיותו (Cavanaugh & Blanchard, 2006).

סקר שנערך על ידי מכון גיאוקרטוגרפיה בשנת 2007 העלה, כי עבור 41% מבני 65 ומעלה, הנכדים הם מקור ההנאה החשוב ביותר בחייהם (כצנלסון ורביב, 2009). לפי הסקר, שנערך בקרב מדגם מייצג של האוכלוסייה היהודית המבוגרת בארץ, נושאים כמו כסף, רומנטיקה וכדומה ניצבים אי-שם בסוף רשימת מקורות ההנאה בחיים, עם פחות מאחוז לכל אחד מהם. לפי בנדק (Benedek, 1970) להיות סבא וסבתא משמעו תחילתם של חיים חדשים. במיוחד מחיה הדבר מחדש אצל הסבתא זיכרונות של אימהות מוקדמות, תוך התבוננות בהתפתחות נכדיה. על ידי הורדת נטל האחריות החינוכית והמתיחות המתלווה לכך, יכולים הסב והסבתא לשמוח עם נכדיהם יותר מאשר בימים שבהם טיפלו בילדיהם. משאלתם הבלתי מודעת להמשכיות הביולוגית מגיעה לסיפוקה והם מלאי תקווה לעתיד נכדיהם.

נתוני המחקר והספרות בנושא סבאות מציגים היבטים שונים של נתינה של הדור הצעיר לדור הסבים. אחדים מהתחומים העיקריים שבהם נוכל לזהות את תרומת הנכדים לסבים הם:

- **קשר לעתיד:** הנכדים קושרים את הסבים לעתיד, שבו כבר לא יהיו נוכחים. הם מבטיחים את רציפות המשפחה מעבר לטווח הקצר של הקיום. כשהיחסים עם משפחות הבנים טובים, הנכדים מחזקים את התא המשפחתי ומעמיקים את הקשר הרגשי בתוך המשפחה. הגנים המשותפים, הדמיון החיצוני, השם הדומה - כל אלה מייצגים את הקשר בין הסב לנכדים.
- **קשר לילדות ולנעורים:** הנכדים מחברים את הסבים לנעשה ולנחוה בילדות ובבגרות ומגשרים על פער הדורות. סבים מספרים, לדוגמה, שהנכדים לימדו אותם להשתמש במחשב ובדואר האלקטרוני, לשלוח מסרונים (sms) בטלפון הסלולרי ולהבין את שפת הדיבור העכשווית. הם צופים עם הנכדים בסרטי קולנוע או טלוויזיה עכשוויים ושומעים מוזיקה מעודכנת (אם כי לא תמיד מתפעלים ממנה). לסבים ניתנת ההזדמנות לצפות בתהליכי גדילה והתפתחות מהיבט שונה מזה שהיה להם כהורים. ייתכן שבעבר, בזמן שגידלו את ילדיהם, הם לא היו פנויים לכך בשל הלחצים והעיסוקים שלהם. סבתא שהשתתפה בסקר שנערך עבור הספר

סבאות עכשיו (כצנלסון ורביב, 2009: 58) כותבת: "אני מרגישה שאני חווה מחדש את ההורות שלי לילדים קטנים וזה מעלה בי זיכרונות נעימים ומרגשים..."

• **הזדמנות שנייה:** הנכדים מספקים מעין מועד ב', המהווה כביכול הזדמנות להיות פעם נוספת בתפקיד הורי, להשתמש בניסיון החיים הרב ולא לחזור על דפוסים שגויים בגידול הילדים שנעשו בעבר. בעוד שההורים כאילו נבחנים בלי הרף על ידי החברה לגבי הצלחתם בחינוך ילדיהם, הסבים חשים פטורים ממבחן זה. לעתים, זאת הזדמנות להרגיש שוב כמו הורים צעירים: "כשהנכדים באים, זאת הזדמנות נפלאה לי ולבעלי לשתף שוב פעולה כמו לפני 30 שנה. אני מלבישה אחד והוא מסייע לשני לנעול נעליים. ללא מילים, אנו שוב מבינים אחד את השני, יוצאים לטיולים, יושבים סביב שולחן השבת, מדליקים נרות - הכול כמו פעם והגלגל חוזר..." (טמיר רופין, 2000: 85).

• **תחושת שחרור והזדמנות לנתינה:** הסבאות מאפשרות מידה מסוימת של נתינה בלי חשבון ובלי אחריות, נתינה המעשירה ומעצימה את המעניק. סבים רבים מדווחים, שיכולותיהם הרגשיות התחזקו בעקבות קשר הגומלין עם הנכדים. כלומר, הם חשים פתוחים יותר ומודעים יותר לרגשותיהם ולרגשות האחרים.

• **תשומת-לב:** פעמים רבות הנכדים פנויים יותר מהוריהם העסוקים להענקת התייחסות ותשומת-לב לסבים, מוכנים להקשיב להם ונהנים לשחק עמם ולבלות בחברתם. עמיה ליבליך (2007) מתארת בספרה **ילדי כפר עציון** נכדים, בנים לילדי כפר עציון, ההולכים בדרך הסבים "ואפילו לעתים קרובים לדור הסבים ומתעניינים בעבר עוד יותר מהם [מהבנים]".

• **נכדים כמתווכי קשר עם הבנים:** הנכדים מעניקים לסבים הזדמנות להתקרב שוב לבניהם נוכח האתגר המשותף של גידול הדור הבא והעזרה שהסבים יכולים להציע להם.

• **התקרבות הבנים לסבים:** הבנים, שהופכים להורים, מבינים לעתים את הוריהם טוב יותר מכפי שהבינו אותם לפני שהיו בעצמם להורים. הבנים נותנים לסבים הזדמנות לצפות בהם כהורים ולהרגיש שהם קוצרים את פירות המאמץ שהשקיעו בגידולם ובחינוכם. בתשובה על השאלה "מה הן נקודות האור בסבאות?" עונה סבתא לשני נכדים שהשתתפה במחקר (כצנלסון ורביב, 2009): "לראות את הבת שלי מתפקדת כאימא בצורה הכי מושלמת האפשרית". זאת גם ההזדמנות לחזק קשרים של הסבים עם בני הזוג של ילדיהם, כאשר מתגבשים דפוסי תמיכה ושיתוף פעולה.

• **נכדים כמספקי משמעות:** אף על פי שהסבים כיום עסוקים ברובם ויש להם מספר תחומים הנותנים משמעות לחייהם, הנכדים מהווים גורם חשוב, כשהם תורמים את חלקם במתן משמעות, בספקם עניין ובהוסיפם עולם תוכן בעל חשיבות. בחיי סבים רבים הנכדים מהווים תוכן מרכזי. לעתים, הנכדים הם נושא השיחה העיקרי

עם הבנים. יש שהנכדים מקיימים ומחזקים את הקשר הזוגי בין הסבים, כאשר בני הזוג משתפים פעולה בטיפול בנכדים. הנכדים מהווים חוויה מתקנת ומפצה על קשיים ומגבלות שהגיל גרמם.

אן קופר-הולנדר (1993), שחקרה יחסים בין-דוריים, בדקה 86 סבים וסבתות ומצאה, כי משמעות הסבתאות גבוהה יותר אצל ניצולי שואה, והם משקיעים בנכדים יותר זמן, כסף ומתנות. סבתא ניצולת שואה אמרה: "בדרך כלל אני עצובה, אבל כסבתא אני שמחה. את מתמלאת דרך הנכדים. יש לי יותר נפשות. אני חיה עם הנפשות שאיבדתי". כל המשתתפים במחקר דיווחו על שביעות רצון, הנאה וסיפוק גבוהים יותר מקשריהם עם הנכדים לעומת קשריהם עם בניהם.

- **עניין:** לעתים קרובות הנכדים מספקים נושאי שיחה ועניין משותף בין הסבים להורים. במשפחות רבות זה נושא האינטראקציה המרכזי. הדיווח והחלפת הדעות על מעשי הנכדים, איך בילו, מה אמרו, מהווים נושא שיחה רלוונטי המעניין את שני הצדדים ולעתים משמש כזר (קטליזטור) לשיחות בתחומים נוספים, שאולי אחרת לא היו עולים כלל.

- **תחושת כוח וערך:** נכדים נותנים לסבים חום וכוח ומראים להם, שלמרות גילם המתקדם הם עדיין יכולים להיות מקור תמיכה ועוצמה גם לבניהם וגם לנכדיהם. תחושת הנחיצות והידיעה שהם מביאים תועלת משפרות את הדימוי העצמי ואת תחושת הערך של הסבים.

- **מערכת תמיכה:** במקרים רבים, נכדים בוגרים עוזרים להורים לטפל בסבים בזיקנתם ומהווים חלק משמעותי מרשת התמיכה המשפחתית המסייעת להתמודד עם מצבי חולי ומוגבלות בגילים מתקדמים.

חוויות מרגשות של סבתות עלו במחקר (כצנלסון ורביב, 2009). כותבת סבתא לארבעה נכדים בגילאי שנה עד שבע: "הנכדים הם באמת האור והנחת בחיינו, היצירה המושלמת ביותר שאני מכירה. הם גורמים לנו לאושר ולשמחה וממלאים לנו את המצברים. בימים שאני נמצאת במחיצת הנכדים אני כל כך מאושרת, שלא מצליחה אפילו להירדם בלילה למרות שאני עייפה... ממש מעניקים לי אדרנלין..."

סבתא לחמישה נכדים מבנה כותבת: "חמישה נכדים מבן אחד זה פנטסטי, ואני כל בוקר מודה לו על כך..."

סבתא לארבעה נכדים בגילאי שנה עד עשר כותבת: "אושר עילאי! בפרפראזה על דברי אהוד מנור, זו ילדותי השלישית. הנאה מלאה לראות את הנכדים מתפתחים, ההנאה ללמד אותם להבין ולעשות דברים (הם כמובן, הכי חכמים בעולם!), ההנאה לשחק איתם ולקרוא להם סיפורים, לצפות איתם בתכניות טלוויזיה ולשמוע את הרעש והמהומה שהם עושים בבית בבואם אלינו..."

יש לזכור, שלא כל הסבים נהנים מנכדיהם באותה מידה. לעתים, הגיל מקשה על הקשר עם הנכדים - קשה לעמוד ברעש, בתזזיתיות, בדרישות. לעתים, ההבדל בסגנון החינוך מכביד - קשה לסבים להסתדר עם נכדים תובעניים, חסרי גבולות, שאינם מכבדים את המבוגרים ושהוריהם מרשים להם מה שלדעת הסבים אין להרשות. לעתים, קשה לסבים להתמודד עם תובענות בניהם לעזרה רבה, מה שגורם למתח בין המשפחות.

אך יש כאלה שלא חוו קשר משמעותי עם הנכדים והם בעיקר:

- סבים שנותקו מנכדיהם.
- סבים שיחסייהם עם הבנים ועם הנכדים מעיקים ובעייתיים.
- סבים שנכדיהם סובלים מקשיים פיזיים או נפשיים חמורים, שאינם מאפשרים קשר מספק איתם.

למעט מקרים קיצוניים, מרבית הסבים רואים עצמם נשכרים מהקשר עם הנכדים, ומה שקובע את ההרגשה אינו רק אופי הקשר ומאפייני הנכדים והוריהם, אלא גם יכולתו הסובייקטיבית הכללית של הסב לקבל ולהרגיש סיפוק. סבים הסובלים מדיכאון, סבים ביקורתיים, תובעניים או חרדים מאוד, עלולים לא להעניק לעצמם את ההזדמנות להפיק מן הקשר הרב-דורי את המרב. במחקר שנערך באוניברסיטת חיפה נמצא, שנכדים שטופלו בילדותם על ידי הסבים והסבתות שלהם הביעו נכונות רבה יותר לסייע להם בהגיעם לגיל זיקנה מאשר נכדים שלא טופלו על ידי הסבים. "אפילו עזרה מועטה, כמו להיות שמרטף לכמה שעות בעת הצורך, גרמה לנכד לרצות להשיב טובה לסבו" (אבן-זהר, 2007). במחקר נבדקו 216 זוגות של נכדים ובוגרים וסביהם. לדברי החוקרת, ממצאי המחקר מראים, שהנכדים שטופלו בילדותם על ידי הסבים לא רק הראו רצון לעזור, אלא אף עזרו בפועל לסבים בתחומים שונים של אחזקת הבית, כגון: הסעות, קניות, טיפול אישי-סיעודי, תמיכה רגשית ויזום מפגשים. עוד עולה מן המחקר, שלמגדר יש השפעה בעיקר על הרצון: נכדות מביעות רצון חיובי לסייע יותר מאשר נכדים, אלא שבפועל אין הבדלים בין העזרה שמעניקים הנכדים לעזרה שמעניקות הנכדות. בעוד שהנכדים התמקדו בחוויה הרגשית שנוצרה בעבר, לסבים חשוב להרגיש שהם תורמים לנכד גם בהווה. המשמעות המעשית של המחקר היא העובדה, שהנכדים הבוגרים יכולים וצריכים להשתלב בטיפול השוטף בסב, ושניתן לפתח שיטות לטיפול בסבים על ידי כלל המשפחה, כולל הנכדים. תפקיד הטיפול בסב על ידי הנכד צריך להיות חלק חשוב מהטיפול המשפחתי.

סיכום

עם ההתקדמות בגיל גדל והולך הפער בין בני אדם, כתוצאה מן הביוגרפיות השונות שלהם. השונות הזאת גדולה בין אנשים מבוגרים יותר מהשונות בין צעירים, ולכן כל ניסיון להכללה הוא מוגבל. עשינו מאמץ לסקור את התהליכים האוניברסליים המשותפים

לסבאות העכשוויות ולתארם בחזקת תרומה צנועה בתחום ה"ידע הסבי". בצד ההתייחסות התיאורטית ניסינו להעלות את המודעות להיבטיה המעשיים והשונים של הסבאות כיום, דבר שלהערכתנו עשוי לסייע לשיפור התפקוד של הסבתות והסבים.

מקורות

- אובמה, ב. (2008). **חלומות מאבי**. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד / ספריית פועלים.
- אבן-זהר, א. (2007). **תפיסת תפקיד נכדים בוגרים והאינטראקציה שלהם עם סביבה במצבי תפקוד שונים של הסבים**. עבודת דוקטור. אוניברסיטת חיפה.
- אדלמן, ה. (2008). **אימהות ללא אם**. בן שמן: מודן.
- אייל, נ. (1997). **החיים כנהר**. תל-אביב: ידיעות אחרונות.
- בן-ארי, ר. (1985). **השפעת הגיל על יחסי סבים, הורים ונכדים**. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. **שנתון סטטיסטי לישראל 2007**. ירושלים.
- זיו, ר. (2009). **תמונות משפחתיות: סבים, הורים, נכדים ומה שביניהם**. תל-אביב: מטר.
- טמיר רופין, מ. (2000). **זוגיות בגיל השלישי**. תל-אביב: ירון גולן.
- יהושע אב. (2007). **אש ידידותית**. תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- כצנלסון, ע. (2004). **מאפייני זיכרונות ראשונים של סטודנטים לחינוך ולרפואה**. דו"ח מחקר. תל-אביב: מכון מופת.
- כצנלסון, ע. ורביב, ע. (2009). **סבאות עכשיו**. מורה דרך לסבתא ולסבא. אור-יהודה: כנרת זמורה ביתן.
- לבנשטיין, א. (2003). **מושגים ותיאוריות חברתיות של הזדקנות**, בתוך: א. רוזין (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 617-640). ירושלים: אשל.
- לבנשטיין, א. ודורון, י. (2006). **העברות בין-דוריות וצדק בין-דורי**. גרונטולוגיה, (לג' 1).

ליבליך, ע. (2007). **ילדי כפר עציון**. ירושלים: כתר.

קופר-הולנדר, א. (1993). **משמעות חוויית ותפקיד הסבאות בקרב ניצולי השואה**. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב.

רוזין, א. (עורך). (2003). **הזדקנות וזיקנה בישראל**. ירושלים: אשל.

שטרנגר, ק. ורוטנברג, א. (2008). **למה שלא תחייה פעמיים**. אור-יהודה: כנרת זמורה ביתן.

שמוטקין, ד. (2003). תיאוריות פסיכולוגיות של הזדקנות. בתוך: רוזין, א. (עורך). **הזדקנות וזיקנה בישראל** (עמ' 383-345). ירושלים: אשל.

ששון, ע. (1991). **עידוד הקשר סב-נכד על-ידי ההורה והגורמים הקשורים לכך אצל ילדים ונשים**. עבודת מ.א., אוניברסיטת תל-אביב.

Baltes, P. B., Reese, H. W. & Lipsitte, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31: 65-110.

Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.

Benedek, T. (1970). Parenthood during the life cycle. In: I. J. Anthony & T. Benedek (Eds.). *Parenthood: Its psychology and psychopathology* (pp. 185-206). Boston: Little, Brown.

Bengtson V.L. (1998). In: Silverstein, M., Giarrusso, R. & Bengtson, V.L. *Intergeneration: Solidarity and grandparent role: Handbook on grandparenthood*. (pp. 144-158). Greenwood Press.

Birren, J. & Schaie, W. (Eds.). (1996). *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). New York: Academic Press.

Bosak, S. V. (2000). *How to build the grandma connection*. Toronto: The Communication Project.

- Brooks, J. B. (2001). *Parenting*. (3rd edition). Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
- Brubaker, T. H. (Ed.). (1990). *Family relationships in later life*. (2nd ed). London: Sage Publication.
- Cavanaugh, J. C. & Blanchard-Fields, F. (2006). *Adult development and aging* (5th edition). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Cohen, G. D. (2000). *The Creative Age: Awakening Human Potential in the Second Half of Life*. New York: Avon Books.
- Friedman, D., Hechter, M. & Krager, D. (2008). A theory of the value of grandchildren. *Rationality and Society*, 20(1): 31-63.
- Kornhaber, A. & Woodward K. L (1981). *Grandparents-Grandchildren: The vital connection*. Garden City. N.Y.: Anchor Press.
- Krause, A. & Mhovekarp, B. (1996). Attachment in adult-child-older parents relationships. *Journal of Counseling & Development*, 75: 83-92.
- McCare, R. R. & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood*. New York: The Guilford Press.
- Nussbaum, J. F. & Bettini, L. M. (1994). Shared stories of the grandparent-grandchild relationship. *International Journal of Aging & Human Development*, 39: 67-80.
- Szinouacz, M. E. (1998). Grandparents today: A Demographic mobile. *The gerontologist*, 38(1): 37-52.
- Winston, L. (2001). *Grandparents*. Portsmouth NH: Heineman.



חלק שלישי

סוגיות ייחודיות

פרק 7

ניצולי השואה ומשפחותיהם

דב שמוטקין, עמית שרירא ויובל פלגי

מבוא

תהליך ההזדקנות מחדד את הדיאלקטיות המאפיינת את חייהם של ניצולי השואה. מחד גיסא, הניצולים שרדו את מוראות השואה, ומרביתם שיקמו את חייהם, הקימו משפחות, פיתחו קריירות והגיעו לגיל זיקנה. הישגיהם של הניצולים מהווים מקור של עוצמה אישית, וכישורי ההישרדות שלהם בתנאים טראומטיים קשים עשויים לעזור להם להתמודד גם עם אתגרי הזיקנה (Shmotkin, 2003). מאידך גיסא, הניצולים המזדקנים נדרשים להתמודדות מחודשת עם זיכרונותיהם הטראומטיים, תוך כדי עמידתם מול האבדנים הכרוכים בזיקנה. עם היציאה לגמלאות והתרוקנות הקן המשפחתי מתרחש מעבר מתכנון ועשייה בחיי היומיום להיזכרות ולהרהור במאורעות החיים. הדחיפות לארגן את זיכרונות העבר ולשזור אותם לסיפור חיים גדולה במיוחד אל מול המוות המתקרב. תהליכים טבעיים הקשורים בהזדקנות, כגון אבדן המעמד המקצועי והחברתי, חולי, תשישות, תלות באחרים, ואבדן של קרובים עלולים להיחוות כקשים במיוחד כאשר הם מזכירים התנסויות בשואה שכללו מאפיינים דומים (Danieli, 1981).

בניגוד לתמונה האחידה, שהציגה פתולוגיה וקשיים נפשיים חמורים בקרב ניצולים בשנים הראשונות שלאחר השואה (Eitinger, 1964), בתמונה העולה מהספרות המקצועית לגבי מצבם של ניצולי השואה הזקנים קיימות סתירות. לצד מחקרים ותיאורי מקרים קליניים, המתארים מצוקה רבה בקרב ניצולים במצבים של הפרעות תפקודיות או תשישות נפשית, מחקרים על ניצולים שנדגמו בקהילה מצביעים על עמידותם הבולטת בהקשר הבריאות-פיזי ובתפקוד היומיומי (לסקירות ספרות בנושא ראו: Dasberg

1987; Kahana, Harel & Kahana, 2005; Lomranz, 1995; Shmotkin, 2003; Shmotkin, Shrira & Palgi, in press). על רקע סתירות אלו, הציע שמוטקין לכלול את ההשפעות ארוכות הטווח של טראומת השואה על רוב הניצולים הזקנים במסגרת מודל תפקודי של עמידות כללית ומוקדי פגיעות ייחודיים (Shmotkin, 2003). על פי מודל זה, הנשען על ממצאים אמפיריים של ניצולים במדגמי קהילה רחבים (Shmotkin, 1998; Shmotkin & Lomranz, 2003; Blumstein & Modan, 2003), עמידותם של הניצולים הזקנים מתבטאת בטווח רחב של תפקוד אדפטיבי בהשוואה לאנשים שלא עברו טראומה כה מסיבית כמותם. לעומת זאת, פגיעותם של הניצולים הזקנים ניכרת בתחומים נפשיים וחברתיים ייחודיים. כך, תחומי הפגיעות עלולים להתבטא בסימפטומים פוסט-טראומטיים כמו זיכרונות חודרניים של תכנים טראומטיים וניסיונות הימנעות מהם (Letzter-Pouw & Werner, 2005), וכן ברגישות מיוחדת למצבי לחץ חריגים או לאבדנים הקשורים לזיקנה. כדוגמה, ניצולי שואה הציגו מצוקה גדולה יותר, יחסית לבני גילם שלא עברו את השואה, בזמן מלחמת המפרץ הראשונה אל מול האיום בנשק כימי או כאשר חלו במחלת הסרטן (לסקירה של מחקרים אלו, ראו Shmotkin, 2003).

להבדיל מדיווחים על עבודה קלינית פרטנית (כמו טיפול וייעוץ נפשי) בניצולי שואה, מרבית המחקרים האמפיריים עסקו בתפקודם של הניצולים הזקנים בנפרד מהמערכת המשפחתית שסביבם. לאחרונה, מחקרי ההעברה הבין-דורית של טראומת השואה (Sagi-Schwartz, Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008; Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg & Sagi-Schwartz, 2003) מצביעים על הצורך לעסוק באופן מקיף במערכת המשפחתית של הניצולים. אכן, קשה להבין את תפקודם של ניצולי השואה מבלי להתייחס למעמד הייחודי במערכת משפחתית בין-דורית, הכוללת את בני/בנות זוגם, ילדיהם, נכדיהם ולעתים גם את ניניהם. ללא ספק, תהליכי ההזדקנות שעוברים הניצולים מהדהדים לאורך המבנה המשפחתי כולו: הם משפיעים על הקשר של הניצולים עם בני משפחתם ובו בזמן מושפעים על ידי קשר זה. פרק זה מבקש, אפוא, לענות על הצורך לדון בתהליכים שעוברים ניצולי השואה בגילי הזיקנה המוקדמת והמאוחרת בהקשר המשפחתי הרחב.

העברה בין-דורית של עמידות ופגיעות

עם הזדקנות ההורים, התבגרות הילדים והופעת הנכדים חלים שינויים בתפקידם של בני המשפחה ובקשרי הגומלין שביניהם. שינויים אלה מקבלים אופי מיוחד במשפחות של ניצולי שואה, מאחר שהם מתרחשים בצילה של העברה בין-דורית ארוכת שנים של הטראומה. מאחר שהשפעות הטראומה המסיבית שחוו הניצולים נמשכו לאורך כל טווח חייהם, הן גם זלגו למעגל המשפחתי סביבם במספר דרכים (בר-און, 1994; קלרמן, 2007). ראשית, שינויים גופניים ארוכי-טווח בוויסות הביו-כימי כתוצאה מהטראומה יכלו לעבור מהניצולים לילדיהם עוד בשלב ההיריון או בשלבי חיים מוקדמים, שבהם התנהגות אימהית עשויה להשפיע על תהליכים הורמונאליים ומטבוליים בתינוק (Yehuda, Bell, 2007).

של הניצולים, ובין היתר השפיעה על סגנון ההורות של חלקם (Bar-On, Eland, Kleber, 2008). נוסף על כך, הטראומה שינתה את דפוסי ההתקשרות של הניצולים, ובין היתר השפיעה על סגנון ההורות של חלקם (Krell, Moore et al., 1998). הטראומה מילאה את האווירה המשפחתית כאשר תכנים טראומטיים הציפו את הניצולים וקרוביהם, או כאשר היה טאבו סביב העיסוק בטראומה (ויסמן וברבר, 2007). לבסוף, ניצולים העבירו ברמה הלא-מודעת רגשות ומחשבות מודחקים ובלתי מעובדים, בעיקר לילדים שהראו הזדהות חזקה עם הוריהם (Gampel, 1992). השפעותיה הבין-דוריות של הטראומה ניכרו במיוחד כאשר זוגות של ניצולים התחתנו והולידו ילד סמוך לסיום המלחמה, כתחליף או כהנצחה לקרובים שהושמדו במהלך השואה (ורדי, 1990).

עם זאת, העברה בין-דורית של הטראומה איננה נובעת אוטומטית מעצם העבר הטראומטי של ההורים, כי אם מהתמודדות בלתי מוצלחת עם הטראומה והשפעותיה. ניצולים ראו במשפחה שהקימו לאחר השואה את מרכז חייהם (Nadler & Ben-Shushan, 1989), ומרביתם מילאו את תפקידם במשפחה בצורה מוצלחת (Sagi-Schwartz et al., 2003; Van IJzendoorn et al., 2003). נראה שרוב הניצולים הצליחו למדר את החרדות והזיכרונות הקשורים בטראומה, כך שלא יזלגו לתחומים חשובים בחייהם המקצועיים והמשפחתיים. מחקרנו מצביעים על מגוון אופנים, שבהם ניצולי שואה זקנים ממדרים את השפעות הטראומה על תפקודים חיוניים. לדוגמה, ניצולי שואה שהציגו ביטוי רגשי מצומצם (עוצמה נמוכה של רגשות חיוביים ושליילים) היו בעלי סיכון תמותה נמוך יותר יחסית לניצולים עם עוצמה נמוכה של רגשות חיוביים ועוצמה גבוהה של רגשות שליליים (פלגי ושוטקין, 2007). ניצולים גם הראו התמודדות אדפטיבית דרך מידור רגשי דומה במסגרת סיפורי החיים שסיפרו. אלה שהראו השטחה רגשית בהתייחס לתקופות השואה בסיפור חייהם ובמקביל הראו עוצמה רגשית גבוהה בהתייחס לתקופות חיים אחרות, דיווחו על רמות גבוהות יותר של אושר יחסית לניצולים עם התייחסויות רגשיות בכיוון הפוך (Cohen & Shmotkin, 2007). עוד מצאנו, שהסיפוק של הניצולים מחייהם היה קשור במידה רבה לחלקים חיוביים בנרטיב האישי, כגון תקופות חיים חיוביות והרגשות החיוביים העולים מהן. משמע, השפעות הטראומה לא חלחלו בהכרח מהחלקים השליליים לחלקים החיוביים בסיפור החיים (Shrira & Shmotkin, 2008). ניצולים שהצליחו בכך, היו מסוגלים להכיל את הטראומה ואף לבדלה. לומרנץ (Lomranz, 2005) מצא תפקוד טוב יותר בקרב ניצולים עם רמת מורכבות מנטלית גבוהה, היכולים לשאת מצבים נפשיים של חוסר עקביות, פרדוקסים ועמימות והוא אפיין מצבים כאלה במושג "א-אינטגרציה". סביר להניח, שהיכולת לחיות עם הסתירות בין עולם הטראומה לעולם שאחריה עומדת בבסיס המידור המוצלח של הזיכרון הטראומטי מחיי היומיום של הניצולים.

חוקרים אחרים (Van IJzendoorn et al., 2003) מציינים את הסיבות בגין הצליחו הניצולים לבדד את הטראומה מחייהם המשפחתיים. ראשית, השואה לא נגרמה על ידי דמויות התקשרות משמעותיות, אלא על ידי כוח חיצוני, שפעל כנגד אומה שלמה. שנית, ניצולי שואה רבים ספגו דפוסי התקשרות חיוביים בשנים שלפני השואה, ואלה סייעו להם

להתמודד בזמן הטראומה ולהסתגל לחיים שאחריה. לבסוף, ניצולי השואה בישראל היו למעשה חלק מקהילה בעלת זיכרון קולקטיבי של השואה. האמפתיה והתמיכה החברתית שהניצולים ומשפחותיהם זכו להן בישראל, בעיקר בשנים האחרונות, עזרו להם להכיל את השפעות הטראומה ולעבד את זיכרונותיהם. בהתאם, אצל מרבית בני משפחות הניצולים לא ניתן לראות פתולוגיה של ממש, והם מציגים את אותו השילוב, שמציגים הניצולים עצמם, בין עמידות כללית לבין מוקדי פגיעות ייחודיים. בתנאים רגילים, מרבית הילדים והנכדים של הניצולים מתפקדים היטב, אם כי תחת לחץ נוסף נראה כי הפגיעות החבויה עלולה להפוך לגלויה (Sagi-Schwartz et al., 2008; Van IJzendoorn et al., 2003).

לצד העמידות הכללית של משפחות הניצולים קיים מאבק פנימי מתמשך בכל אחד מהדורות במשפחה בניסיון לגשר בין עולם הטראומה לעולם היומיום. דור הניצולים נע בין הכללת יתר - מצב שבו הניצול מאמין כי ניתן לייחס לעבר הטראומטי את עיקר הדברים שמתרחשים בהווה, לבין הימנעות מכל הכללה - מצב שבו הניצול מאמין שלעבר אין כל רלוונטיות ביחס לחיים בהווה. לעומת נטיות מוקצנות אלה, ילדי הניצולים ונכדיהם מצליחים ברוב המקרים לתפוס את הרלוונטיות החלקית של טראומת השואה. כלומר, להכיר בהשפעותיה של השואה מבלי לאפשר לה להציף את חייהם בהווה (בר-און, 1994). עם זאת, בחלק מהמקרים ילדי הניצולים ונכדיהם תופסים את הרלוונטיות של השואה לחייהם בהווה באופן פרדוקסלי. מחד גיסא, לילדים ולנכדים יש רצון עז ללמוד ולהבין את הטראומה של דור הניצולים, גם כשרצון זה כרוך בקשיים רגשיים ניכרים. מאידך גיסא, החתירה לידיעה מפורטת של קורות הניצולים בשואה מתאפשרת רק תחת הגנות שונות, כמו בלימת התחושה והרגש כלפי אותם תכנים טראומטיים (צ'יטין, 2007). בתפיסת הרלוונטיות החלקית של השואה לחיי ההווה וכן באפיונים הפרדוקסליים של רלוונטיות זו, ניכר טווח ביטויים של עמידות כללית ומוקדי פגיעות ייחודיים. בחלקים הבאים נתאר מוטיבים שכיחים ביחסים הבין-דוריים במשפחות ניצולים תוך התייחסות לביטויים אלו.

יש להדגיש, כי המוטיבים שבהם נעסוק לובשים צביון שונה וייחודי במערכות משפחתיות שונות. דניאלי (Danieli, 1988), למשל, חילקה משפחות של ניצולים עם הסתגלות מוצלחת לסוג של "לוחם" (fighter) ושל "אלה שהצליחו" (those who made it). משפחות מהסוג הראשון שוללות כל ביטוי של מצוקה מתוך דחף להציג דימוי חזק ועמיד, הן מדגישות את התמודדותן והישרדותן בשואה, ומעלות על נס ערכים של נאמנות, מסירות ושאִיפה לעצמאות; משפחות מהסוג השני מכחישות את השפעת השואה, נמנעות מאזכור העבר ושואפות לרכישת הישגים ומעמד. משפחות עם הסתגלות בלתי מוצלחת סווגו לסוג של "קורבן" (victim) ושל "מאובן" (numb): הראשונות מתאפיינות בקשרים תוך-משפחתיים חונקים, מוצפים בתכנים טראומטיים ומלאי מניפולציות, והן מתמקדות בהישרדות פיזית וחומרית; משפחות מהסוג השני מציגות ניתוק מהעולם החיצוני במקביל להימנעות רגשית ולקשר של שתיקה בתוך המשפחה במה שנוגע לטראומה (ראה גם הנטמן, 2007). יש לזכור, כי הטרוגניות תפקודית זו מעוצבת על ידי

מגוון גורמים, כגון: גילו ומינו של הניצול (Shmotkin, 2003; Yehuda et al., 2008), סוג ההתנסות שעבר בשואה (בכנר, כרמל, ושגיא, 2007; Kav-Venaki, Nadler & Gershoni, 1985), מבנה המשפחה שהקים (בר-און, 1994), והשלבים ההתפתחותיים שבהם נמצאים בני המשפחה השונים (לבנשטיין, 2003). כמו כן, המערכת המשפחתית מושפעת ממגוון גורמים חוץ-משפחתיים נוספים, כגון תמורות תרבותיות וחברתיות. בהמשך ננסה להתייחס לסוגים שונים של מערכות משפחתיות אופייניות, תוך דיון בחלק מהגורמים המשפיעים עליהן.

ניצולי השואה והקשר הזוגי

עבור הניצולים המבוגרים, שרבים מהם איבדו את מרבית קרובי משפחתם בשואה, הקמת המשפחה היותה נדבך מרכזי בתהליך השיקום האישי, החברתי והלאומי. דרך הקשרים הזוגיים, שנוצרו לאחר המלחמה, שאבו הניצולים תמיכה וחום אנושי, שכה חסרו להם לאחר שנים של סבל ובדידות. במקרים רבים שבהם חברו שני ניצולים, הגורל המשותף של אימת המלחמה היווה בסיס להבנה הדדית עמוקה בין בני הזוג. עם זאת, זוגות רבים נישאו במהירות ב"נישואי ייאוש", שכוננו על רקע הצורך הדחוף למלא את התא המשפחתי מחדש (Danieli, 1988). קשרים אלה נוצרו בלהט הרגע מבלי לבסס היכרות מעמיקה ולבדוק התאמה בין-אישית. כתוצאה מכך, קשרים זוגיים רבים היו רופפים בבסיסם, סיפקו צרכים פונקציונליים יותר מרגשיים, ולא הצליחו להכיל את המצוקה המתמשכת שממנה סבלו הניצולים.

בהתאם לכך, החוקרות לב-ויזל ואמיר (Lev-Wiesel & Amir, 2001) מצאו רמות גבוהות של טראומה משנית בקרב בני זוג של ניצולים, שהרבו לחשוף את זיכרונותיהם הכואבים וגילו סימפטומים פוסט-טראומטיים. בני הזוג, שלא היו ניצולים בעצמם, פיתחו תחושה של חוסר אונים אל מול כאבם המציף של הניצולים. בזוגות של ניצולים, שכנראה היו שקועים כל אחד במצוקתו שלו ולא היו פנויים לתמוך זה בזה, נוצרו ניכור ומצוקה חריפים אף יותר (Lev-Wiesel & Amir, 2003). במשפחות של שני ניצולים נוצרו גם דפוסים חזקים יותר של העברה בין-דורית שהמשיכו עד לדור השלישי לעומת משפחות של ניצול אחד (Scharf, 2007). דפוס ההעברה החזק יותר שנמצא במשפחות עם שני ניצולים כנראה נובע מכך, שהדורות הצעירים במשפחות אלו לא יכלו להיעזר בהורה או בסב שלא עבר את השואה, על מנת להפחית את השלכות ההעברה. בכל מקרה, זוגות, שחיו שנים רבות זה עם מצוקתו של זה, נמצאים במצב פגיע במיוחד לנוכח האבדנים המלווים את תהליך ההזדקנות. כאשר מצבו של אחד מבני הזוג מידרדר והוא נהפך לנזקק, המטפל העיקרי בו הוא בדרך כלל בן הזוג השני (לבנשטיין, 2003). אותו בן זוג מטפל יתקשה במיוחד במשימה זו, כאשר ההיסטוריה הזוגית כוללת שנים טעונות במתיחות ובקונפליקטים.

ניצולי השואה וילדיהם

כפי שנאמר לעיל, רוב הניצולים הצליחו לתפקד כהורים בצורה טובה למרות המטען הנפשי הכבד שסחבו עימם, ורוב ילדיהם התפתחו לאנשים מתפקדים ובריאים (Levav, 2003; Kohn & Schwartz, 1998; Van IJzendoorn et al., 2003). אף על פי כן, יש לבחון אלו השפעות של העבר הטראומטי בדור הניצולים חלחלו לדור הבא. להשפעות העבר הטראומטי יש מידות וצורות רבות, ויש להיזהר מכל הכללה שהיא לגבי השפעות אלה במשפחות הניצולים. להלן ננסה לתאר שורה של תופעות, המוצגות בספרות הקלינית והמחקרית כמאפיינות את עולמם הפנימי של קבוצות שונות בין ילדי הניצולים, אך בשום פנים לא את כולם ככלל.

בדומה להוריהם, גם רבים מילדי הניצולים חיים באופן דיאלקטי. בערוץ אחד הם מציגים תפקוד רגשי, חברתי ומקצועי תקין ואף מצוין, ואילו בערוץ אחר, בעולמם הפנימי, פועלת מערכת רגישה של תפיסות עצמיות, הנחות על העולם וביטויי רגשות המושפעים מהעבר הטראומטי של הוריהם. מכאן, שההעברה הבין-דורית באה לידי ביטוי בעיקר בייצוגי מציאות פנימיים המעוצבים על ידי הטראומה. פגיעותם של ייצוגים פנימיים אלה עלולה להיחשף במיוחד במצבי לחץ, שבהם פורצת החוצה מצוקה עם מאפיינים השאובים מהטראומה של דור ההורים (ורדי, 1990; קלרמן, 2007). כך, למשל, ילדי ניצולים שפיתחו סימפטומים פוסט-טראומטיים בעקבות לחימה בלבנון, הראו התאוששות איטית יותר יחסית לחיילים שאינם ילדים של ניצולים (Solomon, Kotler, & Mikulincer, 1988). בדומה, ילדי ניצולים שחלו בסרטן הציגו מצוקה נפשית גדולה יותר יחסית לחולי סרטן, שלא הייתה להם היסטוריה של שואה במשפחה (Baider, Goldzweig, Ever-Hadani & Peretz, 2006).

החיים הדיאלקטיים של ילדי הניצולים עוצבו במידה רבה כתוצאה ממסרים כפולים, שעברו מהוריהם (Bar-On et al., 1998). מסרים אלה שיקפו את ההתנגשות בין רצונם העז של הניצולים לגדל ולטפח את ילדיהם לבין הקושי לעשות זאת מבלי לתת לעברם הטראומטי להשפיע. כך, ילדי ניצולים רבים מחזיקים בתפיסות סותרות לגבי עצמם ולגבי הוריהם. חלק מילדים אלו נתפסו על ידי הוריהם כ"נסיכים" או כ"ילדי פלא", המבטיחים המשכיות וביטוי לניצחון במלחמה ולניצחון על הטראומה. במקביל לתפיסות המפליגות הללו, ילדים אלה התקשו להגיע להפרדות רגשית מהוריהם, על מנת שיוכלו להשלים באופן עצמאי את האבל הלא-גמור של הוריהם (Brom, Kfir & Dasberg, 1992; Gampel, 2001). קשיי הפרדות אלה היו גדולים במיוחד כשהילדים שימשו להוריהם בתפקיד של "נרות זיכרון", המנציחים את הזיקה לעולם השכול והטראומה (ורדי, 1990). בדומה לתפיסת העצמי החצויה, גם ההורים הניצולים נתפסו על ידי הילדים לסירוגין כהורים אומניפוטנטיים, שביטאו כוחות על-אנושיים במאבקם לשרוד, וגם כקורבנות חסרי ישע, הזקוקים שילדיהם יגוננו עליהם וימלאו עבורם את תפקידי הסמכות והאחריות של הוריהם שנספו. תפיסות חצויות אלו החלו להיווצר עוד בינקות, כאשר הורים ניצולים נדרשו לתת מענה למצוקת התינוקות, אך לעתים גם התקשו

להתפנות לכך בשל ההשתקעות באבלם הלא-פתור. במקרים אלה נוצרה התקשרות אמביוולנטית בין הילדים להוריהם (Bar-On et al., 1998). ניצולים שהיו עסוקים במה שאירע לחוויות ההתקשרות האישיות שלהם נעו בין ריחוק לבין קרבת יתר, וכן בין צמצום הבעיות של ילדיהם על רקע הטראומה הגדולה שחוו בעבר לבין הרחבה של בעיות אלה על רקע תחושת הסכנה התמידית שריחפה בבית. בכל מקרה, מצב זה השאיר מעט מקום לקליטה מותאמת ומאוזנת של רצונות הילדים ורגשותיהם (Bar-On et al., 1998). הילדים אכן ביקשו ליצור לעצמם אישיות נפרדת ועצמאית, אך דווקא עצמאות זו עלולה הייתה להיחוות על ידם ועל ידי הוריהם כבגידה בהורים השבריריים לכאורה (Brom et al., 2001).

בהליך ההעברה הבין-דורית היה מקום מרכזי גם למסרים כפולים הקשורים להנחות על מהות העולם. ילדי הניצולים התקשו לשלב בין הנחות עולם חיוביות לגבי עולם בטוח, צודק, נשלט וניתן לניבוי לבין חלקים בהיסטוריה המשפחתית שהעידו על עולם אכזר, שרירותי וחסר הגיון, שבו אנשים קרובים יכולים להיעלם בכל רגע, ושבן מוגבל ביותר כוחו של האדם להשפיע על הקורה אותו. גם בהיבט ההתנהגותי, ניסיונות הניצולים ליצור סביבה בטוחה לילדיהם הובילו לא פעם לדאגה מוגזמת, להגנתיות יתר ולהטלת איסורים רבים, שבתורם גרמו לילדי הניצולים לתפוס את סביבתם כמקום רב-סכנות. רצון הניצולים ליצור לילדיהם עולם טוב יותר והשאיפה להשיג דרך הילדים את מה שנמנע מהם עצמם, הובילו לא פעם להמרצת הילדים להישגיות ולהצלחות חומריות. אלה עמדו לעתים בניגוד לערכים הומאניים של סובלנות, אנושיות וסולידריות, שאותם ביקשו הניצולים להעביר לילדיהם מלכתחילה (Bar-On et al., 1998).

מסרים סותרים פעלו גם על בסיס אמביוולנציה בתחום הרגשי (Ben-Zur & Zimmerman, 2005). מסר אחד שעבר מהורים רבים היה, שכדי לשרוד צריך להחניק רגשות, אולם, כנגד זה, אותם ניצולים ביקשו שילדיהם יהיו מאושרים, ולכן עודדו אותם לבטא שמחה ואף חוצפה והבעות של חספוס "צברי". אל מול הרצון הטבעי של הניצולים שילדיהם ייהנו מחייהם, הועברו מסרים של מחויבות למתים, חובת הרצינות ומגבלות על ביטויי שמחה והנאה. התחושות הסותרות ביחס להנאה ולאפשר העלו בתורן תחושות אשמה אצל ילדי הניצולים (נוה-פרישוף, 2006). גם לכעס לא היה מקום לגיטימי כאשר הוא הופנה מהילדים כלפי ההורים עצמם. הילדים תפסו את כעסם כבעל השפעה מסוכנת במיוחד על ההורה הפגיע, ולכן כעס הוביל במקרים רבים לרגשות אשמה (וויסמן וברבר, 2007). גם היבטים חברתיים חיזקו את הקונפליקט הרגשי במשפחות הניצולים. כך, הצורך להשתלב במקומות שאליהם היגרו לאחר המלחמה דרש מהניצולים להמשיך ולשמור את רגשותיהם לעצמם ולדכא חשיפה של זיכרונות טראומטיים (שגב, 1991).

התקשורת התוך-משפחתית על נושא השואה שיקפה אספקטים מורכבים ומנוגדים בדינמיקה של משפחות הניצולים. למרבית הניצולים היה רצון עז לספר ולהעביר לדורות הבאים את מה שאירע להם, אך הם גם פחדו, שילדיהם ייפגעו מאותם סיפורים נוראים. האווירה החברתית בשנים הראשונות לאחר קום המדינה העצימה את חששם של

הניצולים לחשוף את סיפוריהם. החברה הישראלית-צברית המתהווה הדגישה ערכים של עצמאות וכוח, ובלט בה הרצון להתנתק מדימוי היהודי הגלותי והפגיע, כפי שהניצולים סימלו כביכול (Solomon, 1995). כמו כן, רגשות האשמה של היהודים, שחיו בארץ בזמן המלחמה, על כך שלא יכלו לסייע לאחיהם באירופה בזמן השואה, הקשו עליהם להטות אוזן קשבת לניצולים (שגב, 1991). על רקע זה, ילדי ניצולים רבים נמנעו מלשאול את הוריהם על עברם, ולא פעם אף ניסו להסתיר את הרקע של הוריהם בהשפעת האווירה החברתית דאז. מארג קונפליקטים זה יצר במשפחות רבות של ניצולים חומה כפולה של קשר שתיקה, שבה, מצד אחד, ההורים מתקשים לספר, והילדים, מצד שני, נמנעים מלשמוע. דרך סינון הדדי זה של תכנים טראומטיים כל צד שמר למעשה על השני ועל עצמו (בר-און, 1994; ויסמן וברבר, 2007). באופן פרדוקסלי, דווקא סיפור השואה שלא סופר הועבר בעוצמה גדולה יותר לדור הבא לעומת הסיפור שסופר, מאחר שהילדים, שנשארו ללא מידע קונקרטי לגבי חוויות הוריהם, פיתחו דימויים ופנטזיות קשים מנשוא על קורות הוריהם בשואה (ויסמן וברבר, 2007).

הסתירות והניגודים שתוארו לעיל מסבירים, אפוא, את המאזן המורכב בין הפגיעות והעמידות במערכת היחסים בין הניצולים לילדיהם. מאזן זה נמשך גם כיום, כשהניצולים עוברים מגיל זיקנה לגיל זיקנה מופלגת. עם הזדקנותם של הניצולים, דפוסי החליפין הבין-דוריים ממשיכים בכל המישורים - האינסטרומנטלי, הכלכלי והרגשי. עם זאת, ככל שמתגברת מעמסת הטיפול ומעמיקה השחיקה כתוצאה מסיעוד ההורים הזקנים והחולים, כך גם משתנה האיזון במערכת החליפין (Lowenstein, 2007). הטיפול בהורה הניצול המזדקן מחדד קשיים קיימים ומעורר קונפליקטים ישנים סביב נושאים של תלות ועצמאות. למשל, העקירה מהסביבה המשפחתית והחברתית וכן האכזבה מהילדים שלא יכלו לקחת אותו לביתם שלהם, עלולים להזכיר לניצול, שנכנס לאשפוז, את טראומת הפרידה שנחווה בשואה (Schindler, Spiegel & Malachi, 1992). הניצול, שלאחר השואה השקיע את כל כוחותיו בשיקום עולמו ההרוס, ובמיוחד בהחזרת תחושת הכבוד העצמי והאוטונומיה האישית שלו, מוצא עצמו שוב משולל מעמד מקצועי וחברתי, סובל ממחסור כלכלי, בודד ותלוי באחרים. מבחינת ילדי הניצול, הקושי בתלות ההורה בהם ניכר במיוחד כאשר קיים מטען רב שנים שמעיק על הקשרים התוך-משפחתיים.

הניצולים, ששרדו לגיל הזיקנה המופלג, נמצאים גם בסיכון גובר להתפתחות דמנציה. ישנן עדויות כי תהליכים דמנטיים מעצימים סימפטומים טראומטיים מהעבר. ניצולים בתהליכי דמנציה מתקשים להכיל זיכרונות חודרניים של הטראומה עקב ירידה כללית ביכולת לווסת תכנים פנימיים. בנוסף לכך, זיכרונות ישנים ורחוקים הופכים לבולטים יותר ביחס לזיכרונות קרובים ומשתלטים על מודעותו של החולה. מצב זה עשוי לעורר מצוקה חריפה בקרב אנשים זקנים, שחוו טראומה בשלב מוקדם בחייהם (Shmotkin et al., in press). קרוביהם של ניצולים במצב דמנטי מתמודדים הן עם הסימפטומים הקשים של המחלה עצמה והן עם תכנים טראומטיים, שהפעם עולים בצורה מציפה, מעורפלת ולא מובנת יותר מאי-פעם.

עם זאת, למרות הקושי הגדול של הטיפול בניצולים בגיל הזיקנה, ברוב המקרים ילדיהם ממשיכים לטפל בהורים הסיעודיים במסירות גדולה, בין השאר מתוך הצורך המתמשך לפצותם על אובדני העבר (קלרמן, 2007). כניסתם של הניצולים לגיל הזיקנה המופלגת אף עשויה להביא עימה שינויים חיוביים ביחסים הבין-דוריים. כך, למשל, נושאים שלא דוברו בעבר נפתחים לשיחה, לפעמים אף בפעם הראשונה מאז הטראומה. עצמאותם של ילדי הניצולים הבוגרים, היפרדותם הפיזית מבית הוריהם וכן המשפחה שהקימו לעצמם, מקלים במקרים רבים על התקרבות מחודשת וטעונה פחות של הילדים להוריהם הניצולים.

ניצולי השואה ונכדיהם

נכדי הניצולים נולדו וגדלו שנים רבות לאחר השואה. במובן זה, העבר המשפחתי הרחוק נתפס כעולם אחר מהמציאות שבה הם חיים. עם זאת, ניתן לומר, כי במובנים אחרים, זיכרון השואה תופס מקום בולט יותר במציאות העכשווית יחסית לשנים עברו. מאז שנות ה-60 של המאה ה-20 התרחש שינוי ביחס החברה הישראלית לניצולים: נפלו מחסומים ונשבר הטאבו סביב נושא השואה, העיסוק החברתי והתקשורתי בשואה גבר, ימי זיכרון קבועים צוינו, השואה הוכנסה לתכנית הלימודים הרשמית והונהגו מסעות נוער שנתיים למחנות ההשמדה בפולין. השואה ממשיכה לתפוס מקום מרכזי בקרב הנכדים גם מסיבות פנים-משפחתיות. הנכדים מהווים את התקווה האחרונה של סביהם לעבד את עברם הקשה. הם גם החוליה המקשרת האחרונה בין הניצולים לדורות הבאים ועל כתפיהם מוטלת המשימה לשאת את ההיסטוריה המשפחתית אל העתיד.

בר-און (1994) תיאר את הקשר בין הניצולים לנכדיהם בשני דימויים: הדימוי האינדיאני, שמשמעו התייחסות של כבוד וחום מצד הנכדים אל סביהם ומורשתם, והדימוי האסקימואי, שמשמעו ביטול הרלוונטיות של מורשת הסבים לחיי היומיום של הדורות הצעירים. במשפחות רבות, ההורים סיננו וכיוונו את הקשר בין הסבים הניצולים לנכדיהם על מנת ליצור העברה בין-דורית חיובית. ההורים דאגו, שהסבים והנכדים יחלקו חוויות נעימות ולכן ויסתו את מינון הזיכרונות הקשים (בר-און, 1994). כתוצאה מכך, מרבית הנכדים לא חשו במתח שבו גדלו הוריהם והיו פנויים ליצור קשר פתוח יותר עם סביהם. השיחות עם סביהם אפשרו לנכדים להכיר את ההיסטוריה המשפחתית, שפעמים רבות הייתה מעורפלת. העמדה הייחודית של נכדי הניצולים אפשרה שינוי נוסף ביחסים הכלל-משפחתיים. בחלק מהמקרים, העניין של הנכדים בעברם של הסבים שבר את חומת השתיקה במשפחה. במקרים אחרים, ניצולים, שנהגו להציף את ילדיהם בסיפורי שואה, מצאו אפשרות לספר את סיפורם לנכדיהם בצורה טעונה פחות, לעבדו מחדש ולדאוג שקולם יישמע גם בדורות הבאים (Sagi-Schwartz et al., 2008; Schindler et al., 1992).

במשפחות אחרות התרחשו תהליכים הפוכים. כך, כאשר ההורים לא השכילו לנווט את ההעברה מהוריהם לילדיהם, אלמנטים שליליים, כמו דאגנות יתר או רגשות אשמה,

הועתקו ישירות מהסבים לנכדיהם (לבנשטיין, 2003). בנוסף לכך, כאשר האינטראקציה בין ההורים לסבים הניצולים הייתה סבוכה בקונפליקטים, קרה שהורים דאגו להרחיק את הנכדים מסביהם. עם הזדקנותם וההידרדרות במצבם הבריאותי של סבים ניצולים אלה, התרחבו פערי הדורות בינם לבין הנכדים. היחלשות הקשר בין הסבים לנכדים שללה את המשמעות המיוחדת שיש למפגש שני הדורות הללו והשאירה חלקים טראומטיים לא מעובדים במשפחה.

יש לציין, כי לעתים דפוסי העברה שליליים הועברו גם מילדי הניצולים לילדיהם שלהם. פונגי (Fonagy, 1999) מתאר מודל התקשרות שלילי, המבוסס על ההנחה, כי תגובות ההורה לצורכי התינוק מופנמות לתוך גרעין העצמי של התינוק, ובהדרגה יוצרות בתינוק תחושה של ישות עצמאית המסוגלת לתפעל את סביבתה. במקרים שבהם תגובות פחד או הפחדה, שאינן תואמות את המציאות, הועברו בעוצמה מהניצולים לילדיהם, ילדי הניצולים - בהגיע זמנם לתפקד כהורים - הפגינו גם הם את אותן תגובות כלפי ילדיהם שלהם. מכאן, שגם דור הנכדים עלול היה לספוח לתוך עצמיותו דימויים ופנטזיות שואתיים, שעברו בין הדורות ללא ארגון ועיבוד.

נראה, אפוא, כי לצד העמידות הכללית של נכדי הניצולים, מוקדי פגיעות ייחודיים הועברו גם אליהם. בדומה לסבים ולהורים, גם הנכדים מציגים תפקוד מוצלח באופן כללי (Sagi-Schwartz et al., 2008), אם כי ישנן עדויות ראשונות, שאף אצלם עלולים לפרוץ החוצה גילויי פגיעות תחת מצבי לחץ. כך, למשל, נכדים לניצולי שואה הראו בתחילת שירותם הצבאי קשיי הסתגלות ניכרים יותר, כפי שדווח על ידי חבריהם לשירות (Scharf, 2007). ייתכן שמוקדי הפגיעות בדור הנכדים משקפים את החלקים הטראומטיים, שהמשפחה לא הצליחה לעבד בשני הדורות המבוגרים יותר.

מסקנות וסיכום

פרק זה דן בניצולי השואה הזקנים בהקשר המשפחתי הרחב. מסקירתנו מסתמן, כי הדיאלקטיקה בין מאפייני העמידות והפגיעות בחייהם של ניצולי השואה הועברה במשפחותיהם, אם כי במידה פחותה לדורות הבאים. מרבית הניצולים, למרות הסבל והאבדנים שחוו, הצליחו למדר את השפעות הטראומה ולתפקד היטב כבני זוג, כהורים וכסבים. עם זאת, גם במשפחות עמידות, השואה טבעה סימנים בתפיסות העצמי, בהנחות על מהות העולם ובאופני הביטוי הרגשי. במידה חמורה לאין ערוך, במשפחות של ניצולים שסבלו מסימפטומים פוסט-טראומטיים כרוניים וחריפים, נוצרה העברה בין-דורית שלילית, שלצדה מצוקה נפשית גדולה. נראה שלא די היה בשנות חייו של דור אחד על מנת לגשר בין עולם הטראומה לעולם חיי היומיום הנורמליים. כך נוצרו והתרחבו מקומות חולשה ורגישות, אם כי גם כאן אנו מגלים מידה רבה של עמידות כללית בילדי הניצולים ובנכדיהם.

בעקבות מחקרנו הקודמים, שמצאו תמיכה למודל העמידות הכללית לצד מוקדי הפגיעות הייחודיים בקרב דור הניצולים (פלגי ושמוטקין, 2007; Shmotkin, 2003; Shmotkin, 2008), אנו מרכזים מאמץ מחקרי חדש על מנת לבדוק כיצד מודל זה מאפיין את דפוסי ההעברה הבין-דורית במשפחות של ניצולי שואה. במחקרים אלה ייבדק באופן רב-ממדי התפקוד הפיזי, הקוגניטיבי, הרגשי והחברתי של ילדי הניצולים במדגם ארצי של האוכלוסייה המבוגרת בישראל. מחקר נוסף יבדוק האם התרחשה העברה של תפיסות עולם ותחושות משמעות ואושר בתוך משפחות של ניצולים, בכללן דור הילדים והנכדים.

במסגרת פרק זה הצבענו על כך, שעם הזדקנותם של הניצולים עשויים היחסים המשפחתיים ללוש צורה חדשה ואף לשנות את דפוסי ההעברה הבין-דורית של הטרומה. הפרידה הפיזית של ילדי הניצולים מבית ההורים והקמת תאים משפחתיים משל עצמם מאפשרות קרבה חדשה וטעונה פחות עם ההורים הניצולים. הנכדים, המייצגים קהל מאזינים פתוח וסקרן, עוזרים לשבור את חומת השתיקה שאפיינה משפחות רבות ונותנים לניצולים הזדמנות חוזרת לעבד את זיכרונותיהם הטרומטיים, לשזור אותם בסיפור חייהם ולהעביר את מורשתם לדורות העתיד. מצד שני, הזיקנה מביאה עימה אבדנים והידרדרות פיזית ונפשית, שהמצוקה הנלווית להם חוברת למצוקת הטרומה מהעבר. הכניסה לבית אבות, האשפוז בבית חולים, הכניסה למצב סיעודי או דמנטי - כל אלה מעלים מחדש ומעצימים את המצוקה הפוסט-טרומטית. כתוצאה מכך, קונפליקטים בין-דוריים עלולים להחריף וליצור שחיקה ניכרת אצל הקרובים המטפלים. אותם קונפליקטים מחודשים עלולים גם להרחיק נכדים מסביהם, במיוחד כאשר היבטים טראומטיים הציפו כבר קודם לכן את המשפחה והעמיקו בה את פער הדורות.

מהסקירה הנוכחית עולות מסקנות שונות לגבי הטיפול בניצולים ובמשפחותיהם. רוב ההתערבויות הטיפוליות המוצגות בספרות המקצועית מבוססות על מודל של טיפול אינדיווידואלי או קבוצתי באחד מהדורות במשפחות הניצולים. עם זאת, ברורה לנו ההשפעה ההדדית הניכרת בין הדורות השונים במשפחה. על כן, גם כשהטיפול מתמקד בבן או בבני דור מסוים במשפחה, על המטפלים להתייחס אל מערכת היחסים הבין-דורית כדי לתקן העברות שליליות מרכזיות, כמו גם לשמר ולחזק העברות חיוביות. לדוגמה, דורסט (2007) וקלרמן (Kellermann, 2001) מציגים את המודלים הטיפוליים המרכזיים בארגון "עמך", המשלבים בין טיפול אינדיווידואלי, שבו הניצול מעבד את סיפור חייו ואת הזיכרונות הטרומטיים, לבין טיפול קבוצתי והתערבויות נוספות, שבהם מעורבים ניצולים נוספים וכן בני משפחה וגורמים קהילתיים. בהתאם לזה מציעים חוקרים אחרים, (Fossion, Rejas, Servais, Pelc & Hirsch, 2003) להסתייע בילדי הניצולים ואף בניצולים עצמם לצורך הטיפול בנכדי הניצולים. המודל הטיפולי שלהם משתמש בזיכרונות חיוביים מההיסטוריה המשפחתית מלפני השואה ואף בזיכרונות מזמן השואה, המוצגים באופן מווסת ונסבל, וזאת כדי לחזק את תחושת ההמשכיות

והזהות של נכדי הניצולים הנמצאים במצוקה. מודל טיפולי הפוך יכול להיעזר בנכדים ובילדים על מנת לסייע לניצולים עצמם לארגן את זיכרונותיהם לסיפור חיים שלם.

כיום, סיפור חייהם של ניצולי השואה הוא, אפוא, סיפור בין-דורי במהותו. משפחת הניצול כולה נושאת על גבה את השלכות הטראומה ומגלמת את היכולת להתמודד עם הטראומה ולגבור עליה. לכן, השימוש הגובר בטכניקות נארטיביות (כמו סקירת חיים) בטיפול בזקנים בכלל ובניצולי שואה בפרט (בנד-וינטרשטיין, 2007) צריך לכלול באופן רחב את בני המשפחה שנספו, בני המשפחה ששרדו ובני המשפחה שנולדו וגדלו לאחר השואה. לסיפור הרחב הזה יש כמובן מוקד טראומטי, אך הוא צריך לכלול לצד זה גם את הזיכרונות החיוביים (Lomranz, 2005; Shrira & Shmotkin, 2008). במכלול כולו טמונה היכולת להבין כיצד התגבש, בעקבות הטראומה, המאזן בין עמידות לפגיעות, כך שברוב המקרים נוצר בסיס ראוי להחלמה ולגדילה.

מקורות

בכנר, י., כרמל, ש. ושגיא, ד. (2007). בריאות פיזית ומשאבים פסיכולוגיים: השוואה בין ניצולי השואה תחת המשטר הנאצי לבין ניצולי מחנות העבודה תחת המשטר הסובייטי. **גרונטולוגיה**, 34: 63-77.

בנד-וינטרשטיין, ט. (2007). הכוח שבסיפור: סיפורי חיים של ניצולי השואה כמשאב להתמודדות בזיקנה. **גרונטולוגיה**, 34: 79-88.

בר-און, ד. (1994). **בין פחד לתקווה: סיפורי חיים של חמש משפחות ניצולי שואה, שלושה דורות במשפחה**. תל-אביב: בית לוחמי הגטאות והקיבוץ המאוחד.

דורסט, נ. (2007). אבדן והתפתחות: טראומטיזציה וטיפול נפשי בילדים ניצולי שואה. בתוך: ז. סולומון ו-ג. צ'ייטין (עורכות). **ילדות בצל השואה: ילדים - ניצולים ודור שני** (עמ' 64-81). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

הנטמן, ש. (2007). השפעת טראומת השואה על הזדקנותם של אנשים שהיו ילדים בתקופת השואה. בתוך: ז. סולומון ו-ג. צ'ייטין (עורכות). **ילדות בצל השואה: ילדים - ניצולים ודור שני** (עמ' 171-201). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

ויסמן, ה. וברבר, ז. (2007). תקשורת בין-דורית על השואה ודפוסי יחסים בין-אישיים בקרב בני הדור השני לשואה. בתוך: ז. סולומון ו-ג. צ'ייטין (עורכות). **ילדות בצל השואה: ילדים - ניצולים ודור שני** (עמ' 394-417). תל-אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

- ורדי, ד. (1990). נושאי החותם: דיאלוג עם בני הדור השני לשואה. ירושלים: כתר.
- לבנשטיין, א. (2003). יחסים בין-דוריים במסגרת המשפחה המזדקנת. בתוך: א. רוזין (עורך), *הזדקנות וזיקנה בישראל* (עמ' 629-640). ירושלים: אשל.
- נוה-פרישוף, ר. (2006). הנאה בטיפול בניצולי שואה ובני הדור השני. *שיחות*, 20, 265-272.
- פלגי, י. ושמוטקין, ד. (2007). הקשר בין התנסות בזמן מלחמת העולם השנייה וטיפולוגיית אפקט של רווחה סובייקטיבית לבין הסתגלות בזיקנה ותמותה. *גרונטולוגיה*, 34, 35-62.
- צ'ייטין, ג. (2007). ילדים ונכדים של ניצולים מתמודדים עם השואה: רלוונטיות פרדוקסלית. בתוך: ז. סולומון ו-ג. צ'ייטין (עורכות). *ילדות בצל השואה: ילדים - ניצולים ודור שני* (עמ' 418-435). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- קלרמן, נ. (2007). העברה של טראומת השואה. בתוך: ז. סולומון ו-ג. צ'ייטין (עורכות). *ילדות בצל השואה: ילדים - ניצולים ודור שני* (עמ' 286-303). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.
- שגב, ת. (1991). המיליון השביעי - הישראלים והשואה. ירושלים: כתר.
- Baider, L., Goldzweig, G., Ever-Hadani, P. & Peretz, T. (2006). Psychological distress and coping in breast cancer patients and healthy women whose parents survived the Holocaust. *Psycho-Oncology*, 15: 635-646.
- Bar-On, D., Eland, J., Kleber, R.J., Krell, R., Moore, Y., Sagi, A., Soriano, E., Suedfeld, P., Van der Velden, P.G. & Van IJzendoorn, M.H. (1998). Multigenerational perspective on coping with the Holocaust experience: An attachment perspective for understanding the developmental sequelae of trauma across generations. *International Journal of Behavioral Development*, 22: 315-338.
- Ben-Zur, H. & Zimmerman, M. (2005). Aging Holocaust survivors' well-being and adjustment: Associations with ambivalence over emotional expression. *Psychology and Aging*, 20: 710-713.
- Brom, D., Kfir, R. & Dasberg, H. (2001). A controlled double-blind study on children of Holocaust survivors. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38: 47-57.

- Cohen, K. & Shmotkin, D. (2007). Emotional ratings of anchor periods in life and their relation to subjective well-being among Holocaust survivors. *Personality and Individual Differences*, 43: 495-506.
- Danieli, Y. (1981). On the achievement of integration in aging survivors of the Nazi Holocaust. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 191-210.
- Danieli, Y. (1988). The heterogeneity of postwar adaptation in families of Holocaust survivors. In: R.L. Braham (Ed.). *The psychological perspectives of the Holocaust and of its aftermath* (pp. 109-128). Boulder, CO: Social Science Monographs.
- Dasberg, H. (1987). Psychological distress of Holocaust survivors and offspring in Israel, forty years later: A review. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 24: 243-256.
- Eitinger, L. (1964). *Concentration camp survivors in Norway and Israel*. Oslo, Norway: Oslo University Press.
- Fonagy, P. (1999). The transgenerational transmission of Holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment and Human Development*, 1: 92-114.
- Fossion, P., Rejas, M.C., Servais, L., Pelc, I. & Hirsch, S. (2003). Family approach with grandchildren of Holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57: 519-527.
- Gampel, Y. (1992). Thoughts about the transmission of conscious and unconscious knowledge to the generation born after the Shoah. *Journal of Social Work and Policy in Israel*, 5/6: 43-50.
- Kahana, B., Harel, Z. & Kahana, E. (2005). *Holocaust survivors and immigrants: Late life adaptations*. New York: Springer.
- Kav-Venaki, S., Nadler, A. & Gershoni, H. (1985). Sharing the Holocaust experience: Communications behaviors and their consequences in families of ex-partisans and ex-prisoners of concentration camps. *Family Process*, 24: 213-281.

- Kellermann, N. P. F. (2001). The long-term psychological effects and treatment of Holocaust trauma. *Journal of Loss and Trauma*, 6: 197-218.
- Letzter-Pouw, S. & Werner, P. (2005). Correlates of intrusive memories and avoidance of memories of the Holocaust. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42: 271-277.
- Levav, I., Kohn, R. & Schwartz, S. (1998). The psychiatric after-effects of the Holocaust on the second generation. *Psychological Medicine*, 28: 755-760.
- Lev-Wiesel, R. & Amir, M. (2001). Secondary traumatic stress, psychological distress, sharing of traumatic reminiscences, and marital quality among spouses of Holocaust child survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 27: 433-444.
- Lev-Wiesel, R. & Amir, M. (2003). The effects of similarity versus dissimilarity of spouses' traumatic childhood events on psychological well-being and marital quality. *Journal of Family Issues*, 24: 737-752.
- Lomranz, J. (1995). Endurance and living: Long-term effects of the Holocaust. In: S. E. Hobfoll & M. W. de Vries (Eds.). *Extreme stress and communities: Impact and intervention* (pp. 325-352). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer.
- Lomranz, J. (2005). Amplified comment: The triangular relationships between the Holocaust, aging, and narrative gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 60: 255-267.
- 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: Psychological Sciences*, 62B: S100-S107.
- Nadler, A. & Ben-Shushan, D. (1989). Forty years later: Long-term consequences of massive traumatization as manifested by Holocaust survivors from the city and the kibbutz. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57: 287-293.

- Sagi-Schwartz, A., Van IJzendoorn, M.H. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). Does intergenerational transmission of trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attachment and Human Development*, 10: 105-121.
- Sagi-Schwartz, A., Van-IJzendoorn, M.H., Grossmann, K.E., Joels, T., Scharf, M., Koren-Karie, N. & Alkalay, S. (2003). Attachment and traumatic stress in female Holocaust child survivors and their daughters. *American Journal of Psychiatry*, 160: 1086-1092.
- Scharf, M. (2007). Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Development and Psychopathology*, 19: 603-622.
- Schindler, R., Spiegel, C. & Malachi, E. (1992). Silence: Helping elderly Holocaust victims deal with the past. *International Journal of Aging and Human Development*, 35: 243-252.
- Shmotkin, D. (2003). Vulnerability and resilience intertwined: A review of research on Holocaust survivors. In: R. Jacoby & G. Keinan (Eds.). *Between stress and hope: From a disease-centered to a health-centered perspective* (pp. 213-233). Westport, CT: Praeger.
- Shmotkin, D., Blumstein, T. & Modan, B. (2003). Tracing long-term effects of early trauma: A broad-scope view of Holocaust survivors in late life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 223-234.
- Shmotkin, D. & Lomranz, J. (1998). Subjective well-being among Holocaust survivors: An examination of overlooked differentiations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 141-155.
- Shmotkin, D., Shrira, A. & Palgi, Y. (in press). Addressing lingering trauma in old-old age: The Holocaust as a paradigm. In: L.W. Poon & J. Cohen-Mansfield (Eds.). *Understanding the well-being in the oldest-old*. New York: Cambridge University Press.

- Shrira, A. & Shmotkin, D. (2008). Can past keep life pleasant even for old-old trauma survivors? *Aging and Mental Health*, 12: 807-819.
- Solomon, Z. (1995). From denial to recognition: Attitudes toward Holocaust survivors from World War II to the present. *Journal of Traumatic Stress*, 8: 215-228.
- Solomon, Z., Kotler, M. & Mikulincer, M. (1988). Combat-related posttraumatic stress disorder among second generation Holocaust survivors-preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 145: 865-868.
- Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J. & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? A meta-analytic investigation of secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16: 459-469.
- Yehuda, R., Bell, A., Bierer, L.M. & Schmeidler, J. (2008). Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *Journal of Psychiatric Research*, 42: 1104-1111.

פרק 8

השלכות המחקר על דמנציה על בני משפחה מטפלים

יסכה כהן-מנספילד

מבוא

שלושה תחומי מחקר מעניינים במיוחד את בני משפחתו של חולה הדמנציה: מחקרים על חולה הדמנציה עצמו, על תהליך הטיפול ועל השפעת התפקיד הטיפולי על המטפלים. דיון מלא בסוגיות אלה חורג מתחומי של פרק זה, אולם כמה נקודות עיקריות במחקר יתוארו להלן.

חולה הדמנציה

מגוון רחב של שאלות מחקר עוסק באדם החולה דמנציה (שיטיון). המחקר הבסיסי עוסק בשאלות כגון תסמינים, אבחנה והתקדמות המחלה, גורמי סיכון וכן טיפולים קיימים. התופעות העיקריות הקשורות לדמנציה הן פגיעה בזיכרון והפרעות קוגניטיביות, כגון אפזיה (הפרעות שפה), אפרקסיה (הפרעה בתפקוד התנועתי), או אגנוסיה (קושי בזיהוי חפצים למרות תפקוד תחושתית תקין). קשיים אלה הדרגתיים ומתקדמים (American Psychiatric Association [APA], 1994; Spinnler & Della Sala, 1999) והתוצאה היא ירידה בתפקוד היומיומי. ביטויים עיקריים אלה של הדמנציה מלווים לעתים קרובות בתסמינים אחרים, כולל שינויים באישיות, דיכאון והפרעות התנהגות.

בדרך כלל, הרכיב המקשה ביותר על המטפלים הן הפרעות ההתנהגות (Lim, Sahadevan, Choo & Anthony, 1999; Victoroff, Mack & Nielson, 1998).

הפרעות התנהגות קשורות לגורמים רבים, אישיים וסביבתיים, ושכיחותן משתנה לפי מצבו הקוגניטיבי של החולה (Cohen-Mansfield, Culpepper & Werner, 1995). ליתר דיוק, התנהגות גופנית שאינה תוקפנית, כגון שוטטות או חוסר מנוחה כללי, נוטה להופיע בתכיפות גדולה יותר עם החמרת הדמנציה; התנהגויות מילוליות-קוליות, כגון שאלות או בקשות חוזרות ונשנות, מגיעות לשיאן בשלב הבינוני-חמור של המחלה והתנהגויות תוקפניות באות לידי ביטוי בשלבים האחרונים של המחלה. ידוע, שיש קשר בין ביטויים מילוליים להפרעות התנהגות לבין אפקט דיכאוני וכאב (Cohen-Mansfield, 1999; Werner, 1998) והדבר מצביע על כך, שסוגים מסוימים של הפרעות התנהגות הם ביטוי לאי-נוחות גופנית. כמו כן, נמצא קשר בין גורמים סביבתיים להופעת בעיות התנהגות. זמינותן של פעילויות ועיסוקים ונוכחותם של אנשים אחרים קשורות לרמות נמוכות יותר של בעיות התנהגות, ואילו ריסון פיזי קשור לעלייה ברמות התנהגות כזאת (Cohen-Mansfield & Werner, 1995), מה שמצביע על קשר בין בדידות, שעמום ואי-נוחות לבין הפרעות התנהגות.

אמנם, חלק גדול מהמחקר עוסק בהערכת האבדנים המתרחשים בדמנציה, אולם יש גם מחקרים שבדקו אילו יכולות קוגניטיביות נותרות לחולים. ניתוח של שיחות עם חולי אלצהיימר המתגוררים במוסדות מגלה, כי המודעות לעצמי נותרת בעינה עד לשלבים הבינוניים והמתקדמים של המחלה (Tappen, Williams, Fishman & Touhy, 1999). בדומה לכך, ראיונות העוסקים בזוהר בדמנציה הראו, שחולי דמנציה רבים משמרים זהויות מסוימות של תפקידים מעברם ולפעמים מפתחים זהויות חדשות (Cohen-Mansfield, Golander & Arnhem, 2000; Cohen-Mansfield, 2006a). הבנת זהויות כאלה עשויה להקל על שכנועם של חולי דמנציה להשתתף בפעילויות בעלות משמעות ובכך לשפר את איכות חייהם (Cohen-Mansfield, Parpura-Gill & Golander, 2006b). כמו כן, המחקר הראה, שבנוסף לעצבות, רבים מחולי הדמנציה מסוגלים להפגין התעניינות, הנאה או שביעות רצון (Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1996).

ממצאי המחקר הקליני מגדירים גורמים המשפיעים על ביטוי המחלה ובודקים התערבויות שמטרתן להיאבק בהתקדמות המחלה, הן ביחס לתסמינים ייחודיים והן לגבי רוחת החולה באופן כללי. הטיפול הקיים בבעיות זיכרון וקוגניציה בדמנציה הוא תרופתי בעיקרו, ומביא לשיפורים קטנים, מובהקים סטטיסטית, בתפקוד הקוגניטיבי (Evans, Wilcock & Birks, 2004; van Dyck, 2004). לעומת זאת, הוכח שחל שיפור בבעיות התנהגות ובמצב הרוח של אנשים עם דמנציה, כתוצאה ממגוון רחב של שיטות טיפול לא תרופתיות (Cohen-Mansfield, 2001; Cohen-Mansfield, Libin, 1999; Opie, Rosewarne & O'Connor, 2007; Marx, 1997; Tariot, Gaile, Castelli & Porteinsson, 1997). הגישות הלא-תרופתיות לטיפול בהתנהגויות אלה מיועדות להקל על אי הנוחות, השעמום או הבדידות הגורמים לתופעות כאלה. לאור העובדה שטיפולים לא-תרופתיים פותרים בעיות סביבתיות וטיפוליות הגורמות לחוסר נוחות פיזית או נפשית, ניתוח של סוגיות אלה

וניסוי של טיפולים לא-תרופתיים צריך להקדים התערבות תרופתית. בראש ובראשונה יש להבין את חולה הדמנציה ולדעת כיצד אפשר לשפר את איכות חייו.

1. להבין את חולה הדמנציה

מבחינת היכולת להבין את חולה הדמנציה מדגיש המחקר את מורכבות אישיותו של החולה. התפקוד בתחום הקוגניטיבי, ההתנהגותי והרגשי מושפע מצירוף של נתונים תורשתיים והתחלתיים, ממצבו הנוכחי, משינויים ומהרגלים שהצטברו במהלך החיים במצבו הביולוגי, הפסיכולוגי והסביבתי של האדם. לדוגמה, טבלה 1 מראה את הגורמים המשפיעים על התפקוד הקוגניטיבי. גורמים אלה נעים החל מנטיות גנטיות, שהן מוצר ביולוגי התחלתי, המשך בחינוך ובהרגלים שנצברו במהלך החיים, וכלה בגורמים רפואיים, פסיכולוגיים וסביבתיים בהווה, כגון סוג הדמנציה, שינה ורמות נוכחיות של גרייה והתאמתן ליכולתו של הזקן (Cohen-Mansfield, 2000). לדוגמה, המצב הסוציו-אקונומי ההתחלתי עשוי להשפיע על הרגלי תזונה ופעילות גופנית, ואלה בתורם עשויים להשפיע על המצב הקרדיו-וסקולרי, אשר משפיע על הרמה הקוגניטיבית. תמיכה חברתית בהווה משפיעה על רמת הגירוי המילולי והתקשורת המילולית, אשר משפיעים על התפקוד המילולי הנוכחי.

2. לקראת "דמנציה מוצלחת"

אמנם אין ריפוי לחולי דמנציה, אבל אין פירוש הדבר שלא ניתן לסייע להם. נהפוך הוא, איכות החיים של חולי הדמנציה תלויה במידה רבה בסביבה והם מגיבים לה. ואכן, חוקרים מסוימים טוענים, שחולי דמנציה עוברים תהליך של התגברות ההשפעה הסביבתית, שבמהלכו התגובתיות שלהם לסביבה עולה ככל שיכולותיהם יורדות (Lawton, Van Haitsma & Klapper, 1994).

"דמנציה מוצלחת" (Cohen-Mansfield, 1996) היא המטרה שלקראתה יכולים לשאוף בני המשפחה המטפלים. הנחת היסוד אומרת כי: (א) מטרת הטיפול היא למקסם את איכות החיים של חולה הדמנציה; (ב) ההגדרה של "איכות חיים" משתנה במהלך התקדמות המחלה. על כן, יש להחליף את התפיסות הרגילות של איכות חיים לתפיסה המבוססת על תיאוריית רמות הבסיס המשתנות (Shifting baseline theory), (Cohen-Mansfield, in press) ועל ה-Treadmill effect (Kahneman, 2000), לפיהם נסיבות חיצוניות תורמות תרומה קטנה בלבד לשונות במידת האושר. ליתר דיוק, במקרה של דמנציה, היעדים החשובים ביותר בטיפול הם לצמצם את הכאב ואת חוסר הנוחות הפיזית ולמקסם את שביעות הרצון או אף את ההנאה של החולה.

הנסיבות המעודדות "דמנציה מוצלחת" משתנות במהלך המחלה וכוללות, לדוגמה: (א) שימור התפקוד או הפחתת ההידרדרות, בעיקר בשלבים הראשונים של המחלה; (ב) שימור השליטה בתפקודים מסוימים, כגון טיפול בצמחי בית (Langer & Rodin, 1976)

או בחירת בגדים; וכן (ג) מתן תחושת מטרר, משמעות, רוחניות או הנאה הנובעים מגירויים בסיסיים, כגון אור שמש או מנגינה אהובה (Cohen-Mansfield & Werner, 1997; Gerdner, 2000).

כדי להתחיל לפעול להשגת יעד זה של "דמנציה מוצלחת", על המטפל להבין את הגורמים המשפיעים על התפקוד ועל רווחת החולה (ראו איור בסוף המאמר). היכולת הנוכחית של החולה בתחום הקוגניטיבי, הפיזי, הרגשי ומבחינת תפקודי החושים, כמו גם מגבלותיו בתחומים אלה, יוצרות תגובות גומלין המשפיעות על הרגלי חיים, העדפות ואישיות. האינטראקציה עם הסביבה הנוכחית והמידה שבה סביבה זו מספקת גירויים, נוחות פיזית ומגעים חברתיים קובעת את רמת הצרכים שלא נענו, המשפיעה על רווחת החולה, ועלולה לפגוע באיכות החיים, להביא את החולה לדיכאון או לגרור לבעיות התנהגות.

לפיכך, ניתן להסיק, שמודל הטיפול בחולי דמנציה, המפגינים בעיות רגשיות או התנהגותיות, צריך לכלול לא רק בדיקה של האטיולוגיה של צרכים שלא סופקו, אלא גם הבנה של האינטראקציה בין הסביבה הפיזית, התנהגות המטפל וצורכי החולה שלא סופקו ואשר מבוססים על העדפות ויכולות בעבר ובהווה. בהערכת הצרכים שלא סופקו צריכים המטפלים להכיר בכך, שגם בשלבים המתקדמים של המחלה עדיין קיימים צרכים אנושיים מורכבים. לדוגמה, אנשים עם דמנציה מתקדמת עשויים להפגין בעיות התנהגות הקשורות לשעמום או לבדידות (Cohen-Mansfield & Werner, 1995). בכל שלבי הדמנציה, התפקוד והזהות בעבר מוסיפים למלא תפקיד.

גישה זו מעמידה את המטפלים במצב עדין, שבו הם צריכים לאזן בין קבלת האבדנים הנובעים מהדמנציה לבין הכרה במה שנותר. בלי הרכיב הראשון עלול המטפל לזנוח את התנהגות החולה או לפרשה שלא כהלכה, משום שהוא מאמין שהיא נובעת מכוונות רעות. לעומת זאת, אם המטפל לא יכיר ביכולות שנותרו, החולה יחמיץ הזדמנויות למעורבות ולהנאה.

פעילויות טיפול

הדאגה לצרכיו של החולה תופסת חלק ניכר מזמנם של המטפלים, מחויבות זו קודמת למתן מענה לצרכיהם האישיים של המטפלים עצמם. לדוגמה, מטפלים מתעניינים בשאלה איך לטפל בצורה הטובה ביותר בקרוביהם יותר משהם מתעניינים באמצעים להפחתת הלחץ מעצמם. לפיכך, מפתיעה העובדה שחסר מחקר על פעולות הטיפול עצמן בהשוואה לספרות על המטפלים ועל החולים.

פעולות טיפול מתפרסות על תחומים רבים וכוללות: (1) הקשבה לחולה ותקשורת עמו כשהוא בעיצומו של תהליך איבוד מיומנויות תקשורת; (2) טיפול ישיר בסיוע לביצוע פעולות היומיום (ADLs); (3) אספקת פעילויות פנאי, פעילויות חברתיות ופעילויות בעלות משמעות; (4) פיקוח והגנה מפני סכנות; (5) השגחה כללית. בנוסף לכך, רוב

המטפלים עוסקים גם בתיאומים, כגון גישה לטיפול רפואי ואחר, ובקבלת החלטות רפואיות, כספיות, ארגוניות ואחרות הנוגעות לחולה.

התקשורת עם חולה הדמנציה חיונית להבטחת איכות חיים ולשיפור ההיענות לצרכים. לפעמים, יש צורך בתקשורת חושית, בשיטות מילוליות ולא-מילוליות של תקשורת, ולפעמים בתקשורת כתובה, המאפשרת לחולה להשתמש בזיהוי מילים במקום בשליפת מילים, שבה הוא מתקשה יותר. האופן שבו ניגשים לחולה דמנציה מכריע במניעת הפחד והבהלה שחולים רבים מפגינים כאשר פונים אליהם במפתיע. הטיפול בבעיות שמיעה וראייה חיוני גם הוא לתקשורת יעילה, ופישוט התקשורת, כגון הגבלת אורכם של משפטים ומספר הרעיונות בכל משפט, עשויים אף הם לסייע. ולבסוף, המטפלים צריכים להבין, שחולה דמנציה חווה לעתים את המציאות באופן שונה בגלל מוגבלויותיו. בדרך כלל, מועיל יותר להבין את תפיסת החוויה של האדם ולהגיב בהתאם מאשר לכפות עליו את ראיית המציאות של המטפל. מספר תכניות להכשרת מטפלים בתקשורת כבר פותחו (McCallion, Toseland, Lacey & Banks, 1999; Ripich, 1994; Ripich, Wykle & Niles, 1995) ובכמה מהן הוכח קשר עם תוצאות משופרות אצל החולה (למשל McCallion et al., 1999).

מספר עקרונות חיוניים למיטוב פעילויות הטיפול בכלל ופעולות היומיום בפרט. ראשית, על המטפלים להכיר את האפשרויות הרבות ואת סוגי ההליכים העומדים לרשותם, למשל שיטות שונות לרחצה. שנית, הגמישות חיונית כדי להפוך את החוויה לנעימה במקום מכאיבה, והדבר נכון לגבי כל סוגי החוויות של פעולות היומיום, כגון עיתוי הפעולה, אופייה ופרטיה (למשל מי מעורב, הסביבה שבה מתבצעת הפעולה וכדומה). רצוי להכיר את הרגליו של החולה לפני המחלה ולנסות לחקות אותם במידת האפשר. יש להשתמש בתקשורת מתאימה עם חולה הדמנציה במהלך כל פעולות היומיום, להודיע לו מראש על מטלות, להעניק לו שליטה באמצעות מתן בחירה, לספק מידע והחשוב מכל, להעניק לחולה תחושה של ביטחון. לבסוף, חיוני לשים לב לנוחותו של חולה הדמנציה וגם של המטפל. אם המטלה תובענית מדי מבחינה פיזית למטפל, אין הרבה סיכוי שתהיה נוחה לחולה, ולהפך: אם לא נוח לחולה, הדבר יקשה עוד יותר על עבודתו של המטפל. הוראות מדויקות על הפיכת התהליך לנוח או למהנה יותר אפשר למצוא בפרסומים שונים (למשל לגבי רחצה באמבט: Austrom, 1996; Barrick, 1996; Rader, Hoeffler & Sloane, 2002; Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2007; Kovach & Meyer-Arnold, 1997 <http://www.bathingwithoutabattle.unc.edu/http://books.google.co.il/books?id=BQgcaZJe874C&dq=bathing+without+a+battle&printsec=frontcover&source=bn&hl=iw&sa=X&oi=bookresult&resnum=4&ct=result>).

בנוסף לעקרונות הכלליים שפורטו לעיל, שילוב של הערכה מוקדמת, פתרון בעיות, טיפול והערכה בדיעבד מועיל בתחומים רבים, כולל בפעולות יומיום, בהתנהגות ובהבעת רגש. אמצעי מסייע הוא תצפיות שיטתיות על התהליך, כולל מה קדם ומה השפיע על ההתנהגות, התנהגויות ותוצאותיהן וכן גם סיעור מוחות על האפשרויות לשינוי בהליכי

פעולות היומיום (למשל, שימוש במנות נגיסה במקום בסכו"ם) או בפעילויות אחרות. על המטפל לעשות שימוש גם בלולאות ניסוי-משוב כדי לבדוק את האפשרויות השונות. מציאת ההתערבות המתאימה לצורכי החולה וליכולתו עשויה לקחת זמן ולפעמים יש לחזור עליה פעמים אחדות עד שנמצא פיתרון הולם.

פעילות חברתית לשעות הפנאי, שהיא משמעותית בעיני החולה, נראית לפעמים מיותרת, כאשר חולה הדמנציה אינו מתקשר או אינו מגיב, אולם היא חשובה ונחוצה לפחות כמו פעולות יומיום, כדי למטב את איכות החיים. אפילו אנשים בשלבים מתקדמים של דמנציה זקוקים לקשר חברתי ולגרייה; לחלקם יש צורך גם בגרייה קוגניטיבית חרף הידרדרותם הקוגניטיבית. בדומה למקרה של פעולות היומיום, גם מהבחינה החברתית קיימת קשת רחבה של אפשרויות למתן פעילויות כאלה (Cohen-Mansfield, 2001; 2005). הללו כוללות השתתפות פעילה של חולה הדמנציה בפעילות חברתית או אספקת עזרים שיאפשרו לו גישה לגירויים מהסביבה (למשל, מכשיר שמיעה או משקפיים) או השתתפות סבילה, כגון טיפול בעיסוי. כשהחולה מתחיל בהתנהגות כגון שוטטות, לעתים קרובות יש להתאים את הסביבה להתנהגותו. התאמות כאלה עשויות לכלול צמצום הדאגה מפני סכנות הקשורות להתנהגות או תיעול ההתנהגות לערוצים שיהפכו אותה למקובלת במקום שתהיה מפריעה או מדאגה. לדוגמה, אם אדם קורע את החיתול שלו באופן בלתי הולם כאמצעי גרייה, יש לספק לו חומרים אחרים, מתאימים יותר, שיוכל לקרוע. הבנה של טווח האפשרויות חיונית, מפני שיש להתאים את ההתערבות ליכולותיו של החולה (קוגניטיביות, תחושתיות וכדומה), לזהותו ולהעדפותיו בעבר ובהווה, למטפל ולסביבה. שימוש בפעילויות נעימות מותאמות אישית לחולי אלצהיימר משפר את תסמיני הידיכאון הן אצל החולים והן אצל מטפליהם (Teri, Logsdon, Uomoto & McCurry, 1997). גירויים המותאמים אישית להעדפותיו של החולה בעבר יעילים יותר מגירויים שאינם מותאמים (Gerdner, 2000).

רוב מחקרי ההתערבות עם חולי דמנציה בוצעו על ידי אנשי מחקר ו/או במסגרות מוסדיות. עם זאת, יש מחקרים שנעשו על בני משפחה מטפלים, שעברו הכשרה, כדי להבין בעיות התנהגות ולטפל בהן. בסקירה של חמישה מחקרים מבוקרים כאלה, טרי (Teri, 1999) מסיקה, שרוב הנבדקים במחקרים סברו, שהכשרת המטפלים מועילה בהפחתת בעיות התנהגות או תסמינים פסיכיאטריים ודיכאוניים או בדחיית האשפוז הסיעודי. הוכח גם קשר בין בריאותם הגופנית והנפשית של המטפלים לבין השגת תוצאות אצל המטופל, כמו אריכות חיים ודחיית אשפוז במוסד סיעודי (Torti, Gwyther, Reed, Friedman & Schulman, 2004).

כפי שראינו לעיל, מגוון שיטות התערבות פותחו כדי לשפר את התפקוד הקוגניטיבי, התפקודי, הרגשי וההתנהגותי של חולי דמנציה. התערבויות אלה, המפורטות בטבלה 2, נמצאות בשלבים שונים של פיתוח ובדיקה. חלקן נלמדו בצורה מקיפה בעוד שאחרות הן רק דיווחים נקודתיים. באופן דומה, המחקר מראה, שהתערבויות מסוימות הן אפקטיביות (למשל, אינטראקציה חברתית אחד-על-אחד; Cohen-Mansfield & Werner, 1997) ואילו התערבויות אחרות, כגון השימוש בהחזרה למציאות (reality orientation) עם

אנשים בשלבי דמנציה בינונית או מתקדמת, אינן מומלצות (Dietch, Hewett & Jones, 1989). אולם, בסך הכול, אין די מחקרים על היעילות והאפקטיביות של התערבויות לא-תרופתיות בדמנציה. הסיבות למחסור זה מורכבות וכוללות שלל מכשולים לביצוע מחקר כזה. רבים מהקשיים הללו משותפים לכל המחקרים על דמנציה והם כוללים: (1) קשיים בהשגת הסכמה בשם חולי דמנציה (Cohen-Mansfield, 2003); (2) חוסר רצון מצד המטפלים להוסיף את דרישות המחקר לסדר יום עמוס מלכתחילה; (3) ספקנותם של המטפלים בדבר יעילותה של גישה חדשה; (4) תמותה גבוהה של נבדקים או חוסר זמינותם בגלל תחלואה והידרדרות; (5) הצורך בתצפיות הערכה הגוזלות זמן רב כאשר לא ניתן לקבל דיווח עצמי או שמהימנותו מוטלת בספק. בעיות אחרות, כגון קשיים בתכנון מחקר או הצורך בהתערבות מורכבת יותר אשר תתחשב בהרגליו ובהעדפותיו של הפרט, דורשות גישות חדשניות לשיטות מחקר. ולבסוף, מחקר קליני עם חולי דמנציה יקר מאוד. חרף מימון מסוים מארגונים, כמו עמותות אלצהיימר ומשרדי ממשלה, קל יותר להשיג מימון למחקרים תרופתיים מאשר למחקרים לא-תרופתיים.

המטפלים

סקירתן של סוגיות הטיפול שפורטו לעיל מלמדת, שטיפול בחולי דמנציה הוא תהליך קשה ביותר ונטל כבד על המטפלים. הקושי מתגבר בגלל העובדה שברוב המקרים מטפל יחיד, בדרך כלל בן הזוג או בת הזוג, הבת או הכלה, לוקח על עצמו את רוב הטיפול (Schulz & Martire, 2004). מחקרים אחדים הראו, שטיפול בחולה דמנציה מסוכן לבריאותו הגופנית והנפשית של הסועד (O'Rourke & Tuokko, 2000; Schulz, 1994; Schulz & Williamson, 1994; O'Brien, Bookwala & Fleissner, 1995). שיעור גדול מהמטפלים חווים דחק ועומס, ומטפלים נמצאים בסיכון גדול יותר ממי שאינם מטפלים להיקלע לדיכאון, לחרדה, לבעיות בריאות, מה שגורם לשיעורי תמותה גבוהים יותר (Schulz & Beach, 1999; Schulz et al., 1995; Schulz & Martire, 2004). סעידת חולי דמנציה תובענית ומלחיצה יותר מטיפול באנשים עם מוגבלויות גופניות (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz, 1999). בנוסף לכך, הטיפול מעמיס נטל כלכלי משמעותי על המטפלים, הכולל הן עלויות ישירות של הטיפול והן עלויות עקיפות, כגון אבדן הכנסה, ערך הזמן המוקדש לטיפול או גידול בעלויות הבריאות של המטפלים. העלויות גדלות עם התקדמות המחלה והתגברות בעיות ההתנהגות, בעיקר עם אבדן היכולת לבצע פעולות יומיום (Andersen, Lauridsen, Andersen & Kragh-Sorensen, 2003; Moore, Zhu & Clipp, 2001; Small, McDonnell, Brooks & Papadopoulos, 2002). אולם, יש הבדלים גדולים בהערכת העלויות בגלל הבדלים בשיטות האומדן (Bloom, de Pouvourville & Straus, 2003; Ernst & Hay, 1997) ובשל הבדלים גיאוגרפיים בעלויות, כנראה כתוצאה מהבדלים בדפוסי הטיפול (Harrow et al., 2004).

תחושת העומס נוטה להיות גבוהה יותר אצל נשים מטפלות בהשוואה לגברים (Gallicchio, Siddiqi, Langenberg & Baumgarten, 2002). אחת הסיבות לכך, שנשים המטפלות בבני זוג חוות תחושות לחץ ומצוקה גבוהות יותר מאשר גברים המטפלים בנשותיהן, היא בעיות התנהגות מרובות יותר מצד הבעלים המטופלים (Ingersoll-Dayton & Raschick, 2004). תחושת העומס גבוהה יותר בקרב אלה המתגוררים עם המטופל בהשוואה לאלה שאינם מתגוררים עמו (Torti et al., 2004). כמו כן, תחושת העומס גבוהה יותר אצל בנות המטפלות בהוריהן בהשוואה למטפלים שהם בני זוג, ואצל אנשים בעלי השכלה ומשאבים מועטים יותר, שקשה להם להשיג גישה לעזרה בהשוואה לאנשים המצוידים במשאבים טובים יותר. העומס גבוה יותר כאשר חולה הדמנציה זקוק לטיפול אישי אינטנסיבי יותר וכאשר הדמנציה מלווה בבעיות התנהגות (Torti et al., 2004).

תגובותיהם של המטפלים לחוויית הטיפול שונה מאדם לאדם. יש המאבדים את עשתונותיהם בגלל הצורך לסעוד את קרוב משפחתם, אחרים לומדים להתמודד בצורה אפקטיבית ויש המעסיקים מטפלים בשכר בפעילויות שקשות עליהם יותר מדי. אנשים מסוימים מוצאים השראה, נחמה, משמעות או סיפוק בתהליך הטיפול. שביעות רצון מהטיפול קשורה לעידוד אוטונומיה (Albert & Brody, 1996) ולאטרואיזם (Midlarsky, 1994). בדומה לכך, תחושת משמעות בטיפול נמצאה כגורם מסביר לחלק גדול מההבדלים בדיכאון ובהערכה עצמית בקרב המטפלים בקשישים סיעודיים (Noonan & Tennstedt, 1997). מטפלים אפריקנים-אמריקנים דיווחו על יותר יתרונות שהפיקו לדעתם מהטיפול בהשוואה למטפלים לבנים (Haley et al., 2004; Roff et al., 2004). לחילופין, הטיפול עלול להביא להתעללות בחולה (Coyne, Reichman & Schulz, 2004), לדיכאון ואף להחשת התמותה אצל המטפל (Berbig, 1993; Wolf, 1998) (& Beach, 1999).

בגלל המחיר הגבוה שגובה הטיפול, המטפלים עומדים בפני האתגר כיצד לאזן בין הטיפול לבן משפחה לבין הטיפול בעצמם. הדאגה העצמית חיונית לשימור בריאותו הגופנית והנפשית של אדם, וזהו תנאי מוקדם להמשך הטיפול בחולה הדמנציה. הדאגה העצמית כוללת טיפול בצרכיו של האדם המטפל לחיי חברה, לטיפול רפואי ולפעילויות חיים משמעותיות, וכן התמודדות עם אבדן או צער על הידרדרותו של קרוב המשפחה.

מטפלים זקוקים, לעתים תכופות, לסיוע בהתמודדות עם צדדים רבים בטיפול ועם השפעת הטיפול על חייהם. לאור ספרות המידע הגדלה על טיפול, ובהתחשב בחוסר ניסיונם של המטפלים, ברור שיש צורך ביותר ערוצים, שדרכם יוכלו המטפלים להגיע למידע על חלופות טיפול וכן בהגברת התמיכה למטפלים, כדי שידעו להשתמש בחלופות אלה בצורה יעילה. פעולות שבהן המטפלים זקוקים לעזרה כוללות ניטור ותמיכה בטיפול בפעולות יומיום, התמודדות עם בעיות התנהגות והתייחסות לקשיי התקשורת המתגברים עם החולה. בנוסף לכך, המטפלים עשויים להזדקק לסיוע בקשר לתגובתם על מחלתו של בן המשפחה (Mittelman, Zeiss, Davies & Guy, 2003). ייתכן שלמטפל יש

התייחסות בלתי מציאותית למחלה, הוא עלול להכחישה או לחוות רגשות שליליים, כולל כעס ואבל. ולבסוף, מטפלים זקוקים תכופות לסיוע בהתמודדות עם השלכות הטיפול על חייהם, כולל בידוד חברתי, התמודדות עם התפקיד החדש, איזון בין תובענות של תפקידים מרובים, חוסר ביטחון כלכלי, והזנחה עצמית (Mittelman et al., 2003).

מכאן, שנחוצים סוגים שונים של התערבויות לטובת המטפלים, כדי לענות על מגוון הצרכים שלהם. באופן כללי אפשר לחלק התערבויות אלו לסוגים הבאים: (1) התערבויות פסיכו-סוציאליות וסוגי תמיכה; (2) חלופות טיפול פורמליות; (3) הכנסת שינויים סביבתיים.

1. התערבויות פסיכו-סוציאליות וסוגי תמיכה: המטפלים מקבלים, לעתים תכופות, התערבות תמיכתית ופסיכו-סוציאלית, שמטרתה להפחית גורמי לחץ משניים, כגון חוסר תמיכה מספקת מבני משפחה אחרים, או לפתור מצוקה הקשורה לטיפול לא נכון בבעיות התנהגות. ההתערבויות מפחיתות לחצים אלה על ידי: (א) מתן מידע; (ב) שיפור ההתמודדות; (ג) מתן פיתרון ללחצים משניים או הפחתתם. בדרך כלל, ההתערבויות הן שילוב של שיטות הסברתיות ופסיכו-סוציאליות וכוללות מידע על המחלה, התערבויות לצורך פיתרון בעיות, מידע על שירותים ותמיכה בנגישות לאפשרויות טיפול חלופיות, טיפול פסיכולוגי משפחתי וטיפולים אחרים.

ברודטי (Brodaty, 1992) מחלק את מרכיביהן של תכניות ההתערבות לפסיכולוגיים, הסברתיים ואלה המפתחים מערכות תמיכה. טיפולים פסיכולוגיים כוללים: תמיכה (שיתוף, ונטילציה); ייעוץ, כולל תרפיית תובנות; טיפול קוגניטיבי וטכניקות לוויסות דחק; טיפול בתגובות לתפקיד, כגון תחושות של כעס, אָבּל או אשם. התערבויות הסברתיות מספקות מידע, מיומנויות לטיפול בבית, כישורים תרפויטיים וכישורי פיתרון בעיות, תכנון חירום וסיוע משפטי ופיננסי אשר נחוץ בשל המחלה. פיתוח מערכות תמיכה שונות מקיף את המערכת המשפחתית, הקהילה והמערכת המקצועית (Brodaty, 1992).

התערבויות אלה מבוצעות בצורות שונות ובהן: טיפולים פרטניים, קבוצות תמיכה, מערכות תמיכה בטלפון או בוועידת וידאו (Wright, Bennet & Gramling, 1998); התערבות מבוססת אינטרנט (Gaugler, Roth, Haley & Mittelman, 2008), והתערבויות מבוססות בית (Steffen, Mahoney & Kelly, 2003; Nichols et al., 2007; Gitlin & Gwyther, 2003). התערבויות אחרות כוללות: תמיכה מבוססת ארגון לעובדים מטעם המעסיק; מדיניות ידידותית לבני משפחה המבקרים דיירים בבתי אבות סיעודיים; התערבות ברמת הקהילה לצורך הסברה לקהילה כולה, כמו גם התערבויות דרך אמצעי התקשורת או השפעה על מדיניותם של משרדי ממשלה, ארגונים ארציים וקרנות פרטיות, גופים שלעיתים קרובות קובעים את גובה ההחזרים על הוצאות, מימון מחקרים ותכניות הדגמה (Coon, Ory & Schulz, 2003). החוקרים זאנג ועמיתים (Zhang et al., 2008) מצאו אצל מטפלים בני משפחה גורמי סיכון לדיכאון אחר פטירתו של המטופל, שכללו רמת הכנסה נמוכה, רמות גבוהות של דיכאון לפני האבדן,

עומס רב על המטפל ותמיכה מועטה של שאר בני המשפחה. לדעתם, יש לכוון תכניות מניעה ייחודיות למטפלים עם גורמי סיכון אלה.

אופן הצגתן של ההתערבויות שנבחרו חשובה, שכן ההתערבות עצמה (למשל, הצורך לצאת מהבית שבו מתגורר המטופל כדי להגיע לקבוצת תמיכה) עשויה להתקבל כמעמסה נוספת או לחילופין כמפלט. בעיני מטפלים רבים, יש יתרון להתערבויות שניתן להשתמש בהן תוך הישארות בבית (למשל, ביקורי בית, ייעוץ טלפוני, ועידות וידאו, וידאו ביתי, תכניות הסברה מבוססות תקשורת, התערבויות מבוססות אינטרנט), משום שאין צורך לארגן תמיכה חלופית לחולה. ביקורי בית יסייעו לתרפיסט להעריך טוב יותר סוגיות סביבתיות המשפיעות על הטיפול ואת האינטראקציה בין המטפל לחולה.

2. חלופות טיפול פורמליות: חלופות טיפול פורמליות מציעות לחולה הדמנציה טיפול על ידי מטפלים בשכר על בסיס זמני או ארוך טווח. מגוון טיפולים אלה יכול להתחיל מטיפול בית וטיפול יום למבוגרים עד טיפול הפוגה (respite care), שבו ניתן להשאיר את המטופל במסגרת אלטרנטיבית לזמן קצר, כדי שהמטפל יצא לחופשה או לעיסוק אחר; טיפול לילה, סיוע בפעולות יומיום (ADL) וטיפול סיעודי מקצועי.

3. הכנסת שינויים בסביבה: הן החולה והן המטפל יסתייעו בהכנסת שינויים בסביבה. בנוסף להתערבויות הפורמליות יותר שהוזכרו לעיל, משאבי תמיכה סביבתיים נוספים (או היעדרם) עשויים להשפיע על רמת העומס. אחד המשאבים החשובים הוא קשרי הגומלין של המטפלים עם מערכת שירות גדולה יותר. שירותים הקשורים לבריאות הגופנית, בריאות הנפש, טיפול שיניים, טיפול בראייה, טיפול בשמיעה, תזונה ותחבורה, כולם נחוצים ומשפיעים על העומס. גורמים נוספים הקשורים לאינטראקציה מוצלחת או לא מוצלחת עם מערכות השירותים הם: נגישות, תיאום בין שירותים, תמיכה ממטפלים מקצועיים ומספקי השירות עצמם. משאבי תמיכה אחרים, שאינם חלק מהמערכת, חשובים גם הם. חשוב גם באיזו מידה יכול המטפל להיעזר ברשת תמיכה בלתי פורמלית שתלווה אותו במשך כל שנות הטיפול. לכל אלה השפעה על רווחתו של המטפל.

הוכח, שרצוי להעניק למטפלים סוגים מגוונים של תמיכה. לדוגמה, התערבות הכוללת ייעוץ אישי ומשפחתי, השתתפות שבועית בקבוצת תמיכה וזמינות של יועצים המסייעים למטפלים להתמודד עם בעיות מיד עם התעוררותן. אלה הביאו להפחתת רמות הרגש הדיכאוני בקרב מטפלים בקבוצת ההתערבות בהשוואה למטפלים בקבוצת הביקורת, הן כשהמטופלים היו בקהילה (Mittelman et al., 2003; 2008) וגם בזמן המעבר למוסד סיעודי (Gaugler et al., 2008). מחקר מקדים, שבדק את יעילותה של סדרת סרטי וידאו על ויסות כעסים, שניתן היה לצפות בה בבית או בכיתה, לעומת קבוצת ביקורת שנרשמה ברשימת המתנה, מצא ששתי השיטות השיגו רמות נמוכות יותר של כעס ודיכאון לאחר הטיפול בהשוואה לקבוצת הביקורת (Steffen, 2000). הכשרה להתמקדות במטרות ולחשיבה ביקורתית לצורך הגשמת מטרות אישיות גם כן סייעה למטפלים (Cotter, Stevens, Vance & Burgio, 2000). תכנית פסיכולוגית-הסברתית, שהתמקדה ברכישת כישורים להסתגלות קוגניטיבית והתנהגותית, היטיבה

עם המטפלים יותר מקבוצת ביקורת שהתמקדה בהקשבה אמפתית, והצליחה להפחית תסמינים דיכאוניים אצל מטפלים (Gallagher-Thompson et al., 2003). שימוש בשירותים פורמליים הוכח גם הוא כמועיל למטפלים. נמצא קשר בין השימוש בשירותי בריאות, שירותי סיוע בהיגיינה אישית, שירותים לביצוע עבודות בית, נופש מוסדי ומרכז יום למבוגרים לבין הפחתת דיכאון, הידרדרות במצב הבריאותי ובידוד חברתי אצל מטפלים (Adler, Ott, Jelinski, Mortimer & Christensen, 1993; Bass Noelker, 1993; Rechlin, 1996; Zarit, Stephens, Townsend & Greene, 1998).

מלבד הצלחות אלה, היעילות המתועדת של קבוצות תמיכה ושיטות טיפול אחרות לא הייתה אחידה. מחקרים אחדים הראו שלא הייתה השפעה על תחושת העומס, הרווחה או איכות החיים של המטפלים (למשל, Coen, O'Boyle, Coakley & Lawlor, 1999). בעוד שמחקרים אחרים הראו שלא היה הבדל בין קבוצות הניסוי לקבוצות הביקורת (למשל, Flint, 1995; Brodaty, Roberts & Peters, 1994). מחקרים נוספים מצאו שיפור משמעותי בתחושת היעילות העצמית, אך לא נמצא שינוי בתחושת העומס (Devor & Renvall, 2008). לעומת זאת, סקירות אחדות של התערבויות לעזרת מטפלים הסיקו, שיש לפעולות אלה השפעה חיובית. נייט ועמיתים הגיעו למסקנה (Knight, Lutzky & Macofsky-Urban, 1993) שהתערבויות פסיכו-סוציאליות פרטניות ותכניות נופש הניבו השפעה חיובית בינונית עד חזקה, ושהתערבויות פסיכו-סוציאליות קבוצתיות הניבו השפעה חיובית קלה על מצוקת המטפלים. שולץ ועמיתים (Schulz et al., 2002) טוענים, שאף על פי שרבים מן המחקרים הגיעו למובהקות סטטיסטית, רק מעטים מהם הניבו תוצאות משמעותיות מבחינה קלינית. בדומה לכך נמצא (Sorensen, Pinguart & Duberstein, 2002) שתוצאות ההתערבות אצל מטפלים בחולי דמנציה היו נמוכות יותר מהתוצאות לגבי מטפלים במחלות אחרות. אולם, מבחינים שנערכו לאחרונה על התערבות משולבת, המתמקדת הן בחולה והן במטפל וכוללת סוגים מרובים של התערבויות ושירותים, הראו שסוג התערבות כזה מניב תוצאות טובות יותר מהתערבויות מבודדות (Schulz & Martire, 2004).

מספר גישות הוצעו לחיזוק השפעתן של ההתערבויות על המטפלים. גישות אלו כוללות התאמה של אסטרטגיית ההתערבות לסגנון ההתמודדות של המטפל (Brodaty, 1992), הגברת משך ההתערבות והאינטנסיביות (התכיפות) (Brodaty, 1992; Schulz, 2004), וטיפול בצרכי הייחודיים של המטפל מיד עם התעוררות הבעיה (Martire, 2004), וטיפול בצרכי הייחודיים של המטפל מיד עם התעוררות הבעיה (Gitlin & Gwyther, 2003). סורנסן ועמיתים (Sorensen et al., 2002) זיהו בתהליך כמה משתנים שהשפיעו על תוצאת ההתערבות, ובהם מספר הפגישות, המסגרת, גילו של החולה, גילו של המטפל, מגדר, סוג היחסים בין החולה למטפל והמעמסה ההתחלתית. כשהם מחפשים עזרה, נזקקים המטפלים להתערבות שתתאים לצרכיהם מבחינת יעד ההתערבות (המטפל, המטופל, הסביבה), התחום שאליו מכוונת ההתערבות (למשל, ידע, התנהגות, רגש), האינטנסיביות של ההתערבות (כמות ותכיפות המגעים) ובאיזו מידה ההתערבות מותאמת אישית למקבליה (Czaja, Schulz, Lee & Belle, 2000; Schulz, Gallagher-Thompson, Haley & Czaja, 2003). לעתים, יש צורך

לשנות את סוגי ההתערבות ואת רמת השימוש עם התקדמות המחלה, שכן התערבויות שונות נחוצות בשלבים שונים של תהליך הטיפול. ככל שמתקדמת הדמנציה חלים שינויים במידע הנדרש, בהזדקקות לשירותים פורמליים ובתגובותיהם של המטופלים. בהתבסס על תוצאותיו של מחקר REACH, טוענים החוקרים שולץ ומרטייר (Schulz & Martire, 2004), שעל ההתערבויות להתמקד בתחומי הסיכון הבאים: בטיחות למטפל ולמטופל, טיפוח עצמי, התנהגות בריאותית מונעת של המטפל, תמיכה למטפל (מידע), תמיכה פיזית ותמיכה רגשית), דיכאון המטפל ובעיות התנהגות של המטופל. את פרטי ההתערבות יש להתאים לפרופיל הייחודי של המטפל ושל המטופל.

צורכי העתיד

ברור שמשאלתם הראשונה של בני משפחה מטפלים היא, שתימצא תרופה למחלת אלצהיימר ולסוגי דמנציה אחרים. אולם, לאור מורכבותה של הדמנציה אין סיכוי רב למציאת תרופה פשוטה בעתיד הקרוב. כיוון שכך, על המחקר להתמקד במטרות החשובות ביותר: "דמנציה מוצלחת" למטופל וטיפול מוצלח למטפלים בו.

ההבנה הבסיסית של תפיסות הצלחה אלה, בתוך תהליך הקשה של הטיפול, עדיין לוקה בחסר ושאלות רבות לא זכו למענה, למשל: באיזו מידה יכולים חולי דמנציה להרגיש בנוח ולהיות מרוצים בכל שלב של תהליך המחלה? מה הם המשאבים הנחוצים כדי לאפשר להם הרגשה טובה כזאת? מה הן השיטות הייחודיות הנחוצות כדי להתאים את הסביבה ואת אופן הטיפול לכל אדם, על אף ההטרונגויות של חולי הדמנציה, כך שצרכיו יסופקו? חרף ההתקדמות בלמידה על פעילויות הטיפול, נושא זה לא הניב עד עתה מענה מספק לצורכי המטפלים, כדי למטב את הטיפול ואת פעולות היומיום.

יש צורך במחקר נוסף על מיטוב חוויית הטיפול לחולי אלצהיימר. מה מאפשר למטפלים שונים לספק את הטיפול הטוב ביותר ולהרגיש שלוה, סיפוק ואף התרוממות רוח בעקבות החוויה? האם חיוני לספק תמיכה פורמלית או בלתי פורמלית בתהליכים קוגניטיביים, רוחניים או תפקודיים ייחודיים כדי להביא את המטפלים להשלמה כזאת עם החוויה?

המחקר על תמיכה במטפלים של חולי אלצהיימר לוקה גם הוא בחסר, כפי שמתברר מהתוצאות הלא-אחידות של מחקרים קודמים. יש צורך במחקר גם על האופן שבו ניתן לשפר את תהליך התמיכה על ידי: (1) שימוש במידע, בכלים ובמערכות; (2) שיפור תוצרי ההתערבויות; (3) הבנה טובה יותר של השפעתם של משתני תהליך (בבית לעומת במשרד, בטלפון לעומת פנים אל פנים, משך ההתערבות וכיוצא בזה); (4) למידה איך להתאים את ההתערבויות כך שיענו על תכונותיהם הקריטיות של המטפל, המטופל, הסביבה והמצב.

בפרק זה התמקדנו במטפלים שהם בני משפחה של חולי אלצהיימר וסוגי דמנציה אחרים. מטפלים מקצועיים, כגון צוותי הסיעוד בבתי אבות, סובלים גם הם מהעומס הכרוך בטיפול בחולי דמנציה (Cohen-Mansfield & Noelker, 2000). קשרי הגומלין בין אנשי מקצוע לבני המשפחה המטפלים והאופן שבו הם יכולים לתמוך זה בזה הם נושא אחר שבו נחוץ מחקר נוסף.

דרוש גם מחקר על המערכות התומכות במטפלים של חולי אלצהיימר. מערכות כאלה יסייעו לתאם את הטיפול וכן לטפל בצדדים ההסברתיים, הפסיכולוגיים, הפיננסיים והגופניים של הטיפול בצורה מתואמת, שתגיב לשינוי איכות החיים של המטפל ושל המטופל.

מקורות

- Adler, G., Ott, L., Jelinski, M., Mortimer, J. & Christensen, R. (1993). Institutional respite care: Benefits and risks for dementia patients and caregivers. *International Psychogeriatrics*, 5(1): 67-77.
- Albert, S. M. & Brody, E. M. (1996). When elder care is viewed as child care: Significance of elders' cognitive impairment and caregiver burden. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(2): 121-130.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersen, C. K., Lauridsen, J., Andersen, K. & Kragh-Sorensen, P. (2003). Cost of dementia: Impact of disease progression estimated in longitudinal data. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(2): 119-125.
- Austrom, M. G. (1996). Managing bathtime. *Reflections*, 5(1): 4-5.
- Baines, S., Saxby, P. & Ehlert, K. (1987). Reality orientation and reminiscence therapy: A controlled cross-over study of elderly confused people. *British Journal of Psychiatry*, 151: 222-231.
- Barrick, A. L., Rader, J., Hoeffler, B. & Sloane, P. D. (Eds.). (2002). *Bathing without a battle: Personal care of individuals with dementia*. New York: Springer Publishing Company.

- Bass, D. M., Noelker, L. S. & Rechlin, L. R. (1996). The moderating influence of service use on negative caregiving consequences. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 51B(3): S121-S131.
- Bates, J., Boote, J. & Beverley, C. (2004). Psychosocial interventions for people with a milder dementing illness: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6): 644-658.
- Beck, C. K., & Heacock, P. (1988). Nursing interventions for patients with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America*, 23: 95-124.
- Beck, C. K., Heacock, P., Mercer, S. O., Walls, R. C., Rapp, C. G. & Vogelpohl, T. S. (1997). Improving dressing behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Nursing Research*, 46(3): 126-132.
- Bloom, B. S., de Pouvoirville, N. & Straus, W. L. (2003). Cost of illness of Alzheimer's disease: How useful are current estimates? *Gerontologist*, 43(2): 158-164.
- Bourgeois, M. S., Dijkstra, K., Burgio, L. & Allen-Burge, R. (2001). Memory aids as an augmentative and alternative communication strategy for nursing home residents with dementia. *Augmentative and Alternative Communication*, 17(3): 196-210.
- Brawley, E. C. (1997). *Designing for Alzheimer's disease: Strategies for creating better care environments*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Brodaty, H. (1992). Carers: Training informal carers. In: T. Arie (Ed.). *Recent advances in psychogeriatrics* (pp. 163-171). London: Churchill Livingstone.
- Brodaty, H., Roberts, K. & Peters, K. (1994). Quasi-experimental evaluation of an educational model for dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9: 195-204.
- Brooker, D. & Duce, L. (2000). Wellbeing and activity in dementia: A comparison of group reminiscence therapy, structured goal-directed group activity and unstructured time. *Aging and Mental Health*, 4(4): 354-358.

- Butti, G., Buzzelli, S., Fiori, M. & Giaquinto, S. (1998). Observations on mentally impaired elderly patients treated with THINKable, a computerized cognitive remediation. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26(Suppl. 1): 49-56.
- Camp, C. J., Foss, J. W., O'Hanlon, A. M. & Stevens, A. B. (1996). Memory interventions for persons with dementia. *Applied Cognitive Psychology*, 10(3): 193-210.
- Coen, R. F., O'Boyle, C. A., Coakley, D. & Lawlor, B. A. (1999). Dementia carer education and patient behaviour disturbance. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 302-306.
- Cohen-Mansfield, J. (2005). Nonpharmacological Interventions for persons with dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 6(2): 129-145.
- Cohen-Mansfield, J. (2004). Cognitive and behavioral interventions for persons with dementia. In: C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 1, pp. 377-385). Oxford: Elsevier, Inc.
- Cohen-Mansfield, J. (2003). Consent and refusal in dementia research: Conceptual and practical considerations. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 17 (Suppl. 1): S17-S25.
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviors in dementia: A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(4): 361-381.
- Cohen-Mansfield, J. (2000). Heterogeneity in dementia: Challenges and opportunities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(2): 60-63.
- Cohen-Mansfield, J. (1996). New ways to approach manifestation of Alzheimer's disease and to reduce caregiver burden. *International Psychogeriatrics*, 8 (Suppl.1): 91-94.

- Cohen-Mansfield, J. (in press). The Shifting Baseline Theory of Wellbeing: Lessons from across the aging spectrum In: Poon, L & Cohen-Mansfield, J. (Eds.) *Understanding the wellbeing in the oldest-old*. Cambridge University Press.
- Cohen-Mansfield, J., Libin, A. & Marx, M.S. (2007). Non-pharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 62(8): 908-16.
- Cohen-Mansfield, J. & Noelker, L. (2000). Satisfaction of nursing staff in long-term care: An overview. In: J. Cohen-Mansfield, F. Ejaz & P. Werner (Eds.). *Satisfaction surveys in long-term care* (pp. 52-75). New York: Springer Publishing.
- Cohen-Mansfield, J. & Parpura-Gill, A. (2007). Bathing: A framework for intervention focusing on psychosocial, architectural and human factors considerations. *The Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(2): 121-135.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1999). Longitudinal predictors of nonaggressive agitated behaviors in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10): 831-844.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1998). Predictors of aggressive behaviors: A longitudinal study in senior day care centers. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences & Social Sciences*, 53B(5): 300-310.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1997). Management of verbally disruptive behaviors in the nursing home. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 52A(6): M369-M377.
- Cohen-Mansfield, J. & Werner, P. (1995). Environmental influences on agitation: An integrative summary of an observational study. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 10(1): 32-39.

- Cohen-Mansfield, J., Culpepper, W. & Werner, P. (1995). The relationship between cognitive function and agitation in senior day care participants. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10: 585-595.
- Cohen-Mansfield, J., Golander, H. & Arnheim, G. (2000). Self-identity in older persons suffering from dementia: Preliminary results. *Social Science and Medicine*, 51: 381-394.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A. & Golander, H. (2006a). Salience of self-identity roles in persons with dementia: Differences in perceptions among patients themselves, family members and caregivers. *Social Science and Medicine*, 62(3): 745-757.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A. & Golander, H. (2006b). Utilization of self-identity roles for designing interventions for persons with dementia. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B(4): 202-212.
- Cohen-Mansfield, J., Parpura-Gill, A., & Golander, H. (2006c). Utilization of self-identity roles in individualized activities designed to enhance well-being in persons with dementia. In: L. Hyer & R. C. Intrieri (Eds.). *Geropsychological Interventions in Long-Term Care* (pp. 157-184). New York: Springer.
- Coon, D. W., Ory, M. G. & Schulz, R. (2003). Family caregivers: Enduring and emergent themes. In: D. W. Coon, D. Gallagher-Thompson & L. W. Thompson (Eds.). *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical guide* (pp. 3-27). New York: Springer Publishing Company.
- Cotter, E. M., Stevens, A. B., Vance, D. E. & Burgio, L. D. (2000). Caregiver skills training in problem solving. *Alzheimer's Care Quarterly*, 1(4): 50-61.
- Coyne, A. C., Reichman, W. E. & Berbig, L. J. (1993). The relationship between dementia and elder abuse. *American Journal of Psychiatry*, 150(4): 643-646.

- Czaja, S. J., Schulz, R., Lee, C. C. & Belle, S. (2003). A methodology for describing and decomposing complex psychosocial and behavioral interventions. *Psychology and Aging*, 18(3): 385-395.
- Deitch, J., Hewett, L. & Jones, S. (1989). Adverse effects of reality orientation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37: 974-976.
- Devor, M. & Renvall, M. (2008). Educational intervention to support caregivers of elders with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23(3): 233-241.
- Ernst, R. L. & Hay, J. W. (1997). Economic research on Alzheimer disease: A review of the literature. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 11(Suppl. 6): 135-145.
- Evans, J. G., Wilcock, G. & Birks, J. (2004). Evidence-based pharmacotherapy of Alzheimer's disease. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 7(3): 351-369.
- Flint, A. J. (1995). Effects of respite care on patients with dementia and their caregivers. *International Psychogeriatrics*, 7(4): 505-517.
- Gagnon, D. L. (1996). A review of reality orientation (RO), validation therapy (VT), and reminiscence therapy (RT) with the Alzheimer's client. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 14(2): 61-77.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y. & Thompson, L. W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: Site-specific results from the REACH national collaborative study. *Gerontologist*, 43(4): 580-591.
- 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(2): 154-163.

- Gaugler J.E , Roth, D.L , Haley, W.E & Mittelman M.S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University Caregiver Intervention Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3): 421-428.
- Gerdner, L. (2000). Music, art, and recreational therapies in the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, 12 (Suppl .1): 359-366.
- Gitlin, L. N. & Gwyther, L. P. (2003). In-home interventions: Helping caregivers where they live. In: D. W. Coon, D. Gallagher-Thompson & L. W. Thompson (Eds.). *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical guide* (pp. 139-160). New York: Springer Publishing Company.
- Haley, W. E., Gitlin, L. N., Wisniewski, S. R., Mahoney, D. F., Coon, D. W., Winter, L. et al. (2004). Well-being, appraisal, and coping in African-American and Caucasian dementia caregivers: Findings from the REACH study. *Aging and Mental Health*, 8(4): 316-329.
- Harrow, B. S., Mahoney, D. F., Mendelsohn, A. B., Ory, M. G., Coon, D. W., Belle, S. H. et al. (2004). Variation in cost of informal caregiving and formal-service use for people with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 19(5): 299-308.
- Hoerster, L., Hickey, E. M. & Bourgeois, M. S. (2001). Effects of memory aids on conversations between nursing home residents with dementia and nursing assistants. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4): 399-407.
- Ingersoll-Dayton. B. & Raschick. M. (2004). The relationship between care-recipient behaviors and spousal caregiving stress. *The Gerontologist*, 44(3): 318-327.

- Kahneman, D. (2000). Experience utility and objective happiness: A moment-based approach. In: D. Kahneman & A. Tversky (Eds.). *Choices, values and frames* (pp. 673-692). New York: Cambridge University Press and the Russell Sage Foundation.
- Knight, B. G., Lutzky, S. M. & Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *Gerontologist*, 33(2): 240-248.
- Koss, E. & Gilmore, G. C. (1998). Environmental interventions and functional ability of AD patients. In: B. Vellas, J. Fritten, & G. Frisoni (Eds.). *Research and practice in Alzheimer's disease* (pp. 185-192). France: Serdi.
- Kovach, C. R. & Meyer-Arnold, E. A. (1997). Preventing agitated behaviors during bath time. *Geriatric Nursing*, 18: 112-114.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34(2): 191-198.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1994). A balanced stimulation and retreat program for a special care dementia unit. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8 (Suppl. 1): S133-S138.
- Lawton, M. P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journals of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 51B(1): 3-14.
- Lim, P. P. J., Sahadevan, S., Choo, G. K. & Anthony, P. (1999). Burden of caregiving in mild to moderate dementia: An Asian experience. *International Psychogeriatrics*, 11(4): 411-420.
- McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D. & Banks, S. (1999). Educating nursing assistant to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39(5): 546-558.

- Metitieri, T., Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G. B., De Leo, D., Dello Buono, M., et al. (2001). Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. *Clinical Rehabilitation*, 15(5): 471-478.
- Midlarsky, E. (1994). Altruism through the life course. In: E. Kahana, D. E. Biegel & M. L. Wykle (Eds.). *Family caregiving across the lifespan* (pp. 69-95). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mittelman, M., Zeiss, A., Davies, H. & Guy, D. (2003). Specific stressors of spousal caregivers: Difficult behaviors, loss of sexual intimacy, and incontinence. In: D. W. Coon, D. Gallagher-Thompson & L. W. Thompson (Eds.). *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical guide* (pp. 77-98). New York: Springer Publishing Company.
- Mittelman M.S, Brodaty H, Wallen A.S & Burns A. (2008). A three-country randomized controlled trial of a psychosocial intervention for caregivers combined with pharmacological treatment for patients with Alzheimer disease: Effects on caregiver depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(11): 893-904.
- Moore, M. J., Zhu, C. W. & Clipp, E. C. (2001). Informal costs of dementia care: Estimates from the National Longitudinal Caregiver Study. *Journals of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 56B(4): S219-228.
- Namazi, K. H. & Johnson, B. D. (1991). Environmental effects on incontinence problems in Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 6(6): 16-21.
- Namazi, K. H. & Johnson, B. D. (1992a). Dressing independently: A closet modification model for Alzheimer's disease patients. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 7(1): 22-28.
- Namazi, K. H. & Johnson, B. D. (1992b). Pertinent autonomy for residents with dementias: Modification of the physical environment to enhance independence. *American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and Research*, 7(1): 16-21.

- Namazi, K. H., Rosner, T. T. & Calkins, M. P. (1989). Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist*, 29(5): 699-702.
- Nichols, L.O., Chang, C., Lummus, A., Burns, R., Martindale-Adams, J., Graney, M.J., Coon, D.W. & Czaja, S. (2007). The Cost-Effectiveness of a Behavior Intervention with Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3): 413-420.
- Noonan, A. E. & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in caregiving and its contribution to caregiver well-being. *Gerontologist*, 37(6): 785-794.
- O'Rourke, N. & Tuokko, H. (2000). The psychological and physical costs of caregiving: The Canadian Study of Health and Aging. *Journal of Applied Gerontology*, 19(4): 389-404.
- Opie, I., Rosewarne, R. & O'Connor, D. (1999). The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: A systematic literature review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33: 789-799.
- Ory, M. G., Hoffman, R. R. III, Yee, J. L., Tennstedt, S. & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *Gerontologist*, 39(2): 177-185.
- Quayhagen, M.P. & Quayhagen, M. (2001). Testing of a cognitive stimulation intervention for dementia caregiving dyads. *Neuropsychological Rehabilitation*, 11(3-4): 319-332.
- Ripich, D. N. (1994). Functional communication with AD patients: A caregiver training program. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8 (Suppl. 3): 95-109.
- Ripich, D. N., Wykle, M. & Niles, S. (1995). Alzheimer's disease caregivers: The FOCUSED program. *Geriatric Nursing*, 16(1): 15-19.

- Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W. & Hardin, J. M. (2004). Positive aspects of Alzheimer's caregiving: The role of race. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 59B(4): 185-190.
- Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatric Society*, 38: 356-360.
- Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282(23): 2215-2219.
- Schulz, R. & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(3): 240-249.
- Schulz, R., Gallagher-Thompson, D., Haley, W. & Czaja, S. (2000). Understanding the interventions process: A theoretical/conceptual framework for intervention approaches to caregiving. In: R. Schulz (Ed.). *Handbook on dementia caregiving: Evidence-based interventions for family caregivers* (pp. 33-60). New York: Springer Publishing Company.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates and causes. *Gerontologist*, 35(6): 771-791.
- Schulz, R., O'Brien, A., Czaja, S., Ory, M., Norris, R., Martire, L. M. et al. (2002). Dementia caregiver intervention research: In search of clinical significance. *Gerontologist*, 42(5): 589-602.
- Schulz, R. & Williamson, G. M. (1994). Health effects of caregiving: Prevalence of mental and physical illness in Alzheimer's caregivers. In: E. Light, G. Niederehe & B. Lebowitz (Eds.). *Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients: Research and interventions* (pp. 38-63). New York: Springer Publishing Company.
- Skea, D. & Lindesay, J. (1996). An evaluation of two models of long-term residential care for elderly people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(3): 233-241.

- Sloane, P. D., Mitchell, M. C., Preisser, J. S., Phillips, C., Commander, C. & Burkner, E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46(7): 862-869.
- Small, G. W., McDonnell, D. D., Brooks, R. L. & Papadopoulos, G. (2002). The impact of symptom severity on the cost of Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(2): 321-327.
- Sogbein, S. K. & Awad, S. A. (1982). Behavioural treatment of urinary incontinence in geriatric patients. *Canadian Medical Association Journal*, 127(9): 863-864.
- Sorensen, S., Pinquart, M. & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*, 42(3): 356-372.
- Spector, A., Davies, S., Woods, B. & Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: A systematic review of the evidence of effectiveness from randomized controlled trials. *Gerontologist*, 40(2): 206-212.
- Spinnler, H. & Della Sala, S. (1999). Dementia: Definition and diagnostic approach. In: G. Denes & L. Pizzamiglio (Eds.). *Handbook of clinical and experimental neuropsychology* (pp. 689-697). Hove, East Sussex, UK: Psychology Press.
- Steffen, A. M. (2000). Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions. *Behavior Therapy*, 31: 281-299.
- Steffen, A., Mahoney, D. F. & Kelly, K. (2003). Capitalizing on technological advances. In: D.W. Coon, D. Gallagher-Thompson & L. W. Thompson (Eds.). *Innovative interventions to reduce dementia caregiver distress: A clinical guide* (pp. 189-209). New York: Springer Publishing Company.
- Tappen, R. M., Williams, C., Fishman, S. & Touhy, T. (1999). Persistence of self in advanced Alzheimer's disease. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(2): 121-125.

- Tariot, P. N. (1997). Treatment strategies for agitation and psychosis in dementia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (Suppl. 14): 21-29.
- Tariot, P., Gaile, S. E., Castelli, N. A. & Potsteinsson, A. P. (1997). Treatment of agitation in dementia. *New Directions for Mental Health Services*, 76: 109-123.
- Teri, L. (1999). Training families to provide care: Effects on people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2): 110-116.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J. & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 52B(4): 159-166.
- Torti, F. M., Jr, Gwyther, L. P., Reed, S. D., Friedman, J. Y. & Schulman, K. A. (2004). A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(2): 99-109.
- Toseland, R. W., Diehl, M., Freeman, K., Manzanares, T., Naleppa, M. & McCallion, P. (1997). The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 16(1): 31-50.
- van Dyck, C. H. (2004). Understanding the latest advances in pharmacologic interventions for Alzheimer's disease. *CNS Spectrums*, 9 (7 Suppl. 5): 24-28.
- Victoroff, J., Mack, W. J. & Nielson, K. (1998). Psychiatric complications of dementia: Impact on caregivers. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 9(1): 50-56.
- Wolf, R. (1998). Caregiver stress, Alzheimer's disease, and elder abuse. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13(2): 81-83.
- Wright, L. K., Bennet, G. & Gramling, L. (1998). Telecommunication interventions for caregivers of elders with dementia. *Advances in Nursing Science*, 20(3): 76-88.

Zanetti, O., Oriani, M., Geroldi, C., Binetti, G., Frisoni, G. B., Di Giovanni, G. et al. (2002). Predictors of cognitive improvement after reality orientation in Alzheimer's disease. *Age Ageing*, 31(3): 193-196.

Zarit, S. H., Stephens, M. A. P., Townsend, A. & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: Effects of adult day care use. *Journals of Gerontology: Psychological & Social Sciences*, 53B(5): S267-S277.

Zhang, B., Mitchell, S.L., Bambauer K.Z., Jones, R. & Prigerson, H.G. (2008).

Depressive symptom trajectories and associated risks among bereaved Alzheimer disease caregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 16:145-155.

<http://www.bathingwithoutabattle.unc.edu/> viewed January 5, 2009.

http://books.google.co.il/books?id=BQgcaZJe874C&dq=bathing+without+a+battle&printsec=frontcover&source=bn&hl=iw&sa=X&oi=book_result&resnum=4&ct=result viewed January 5, 2009.

טבלה 1: מודל לגורמים המשפיעים על הטרוגניות בביטוי דמנציה: דוגמה של גורמים המשפיעים על רמת התפקוד הקוגניטיבי

נוכחיים	במשך החיים	התחלתיים	
סוג ושלב הדמנציה, נזק ניורולוגי, כפל תחלואה, תרופות	בריאות הגוף, טראומה	נטייה גנטית	ביולוגיים/ גנטיים/ רפואיים
רגש, מוטיבציה, כאב, שינה, תמיכה חברתית	השכלה, הרגלי חיים (אלכוהול, עישון), דחק	מגדר, גזע	פסיכולוגיים
סוג ורמת הגרייה, גישה לרשת תמיכה	בית, עבודה, קהילה	מעמד סוציו-אקונומי	סביבתיים

Cohen-Mansfield, J. (2000). Heterogeneity in dementia: Challenges and * הערה: מתוך opportunities. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14(2): 60-63

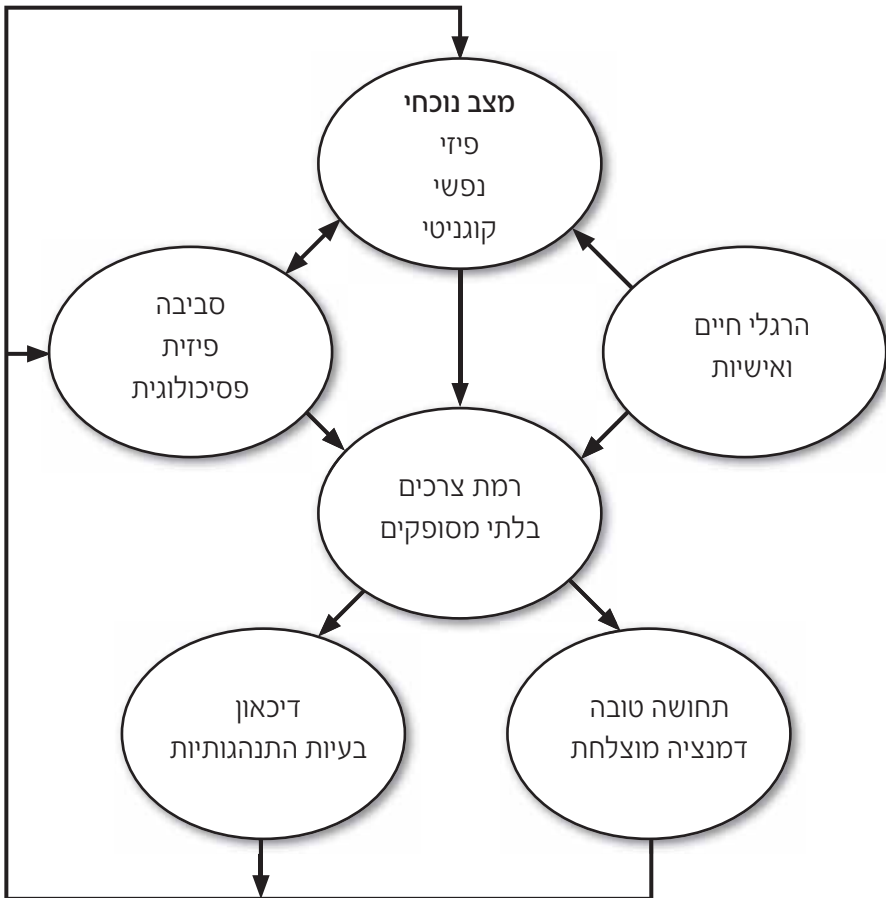
טבלה 2: התערבויות לא-תרופתיות: דוגמאות

יעד / סוג	שיטות טיפול	סביבה
שיפור ביצועים קוגניטיביים/כישורי תקשורת	- אימון קוגניטיבי (Butti et al., 1998; Quayhagen & Quayhagen, 2001) - תרגול זיכרון (Butti et al., 1998) - Spaced Retrieval (Camp et al., 1996) - החזרה למציאות (Reality) (orientation) - Bates et al., 2004; Metitieri et al., 2001; Spector et al., 2000; (Zanetti et al., 2002) - מטלות קוגניטיביות, כגון פעילויות בקבוצת קריאה או פעילויות מיון	- ספרי זיכרונות (Bourgeois et al., 2001; Hoerster et al., 2001) - שימוש בסמלים ובתמונות לשיפור האוריינטציה (Brawley, 1997)
שיפור ביצועים תפקודיים	- אסטרטגיות מעודדות עצמאות (Beck et al., 1997; Namazi & Johnson, 1992a) - הטלת שתי יזומה כל מספר שעות (Scheduled/timed/prompted) (voiding) - Sogbein & Awad, 1982; (Schnelle, 1990)	- שניי רמות התאורה (Beck & Heacock, 1988; Koss & Gilmore, 1998) - שיפור הראות בשירותים (Namazi & Johnson, 1991) - הגבהת מושב האסלה
שיפור תפיסת העצמי מתן תחושה טובה הגברת הנאה/ הפחתת דיכאון	- תרפיית העלאת זיכרונות (Baines et al., 1987; Brooker & Duce, 2000; Gagnon, 1996) - תרפיית תיקוף (Toseland et al., 1997) - התערבויות מבוססות זהות עצמית (Cohen-Mansfield et al., 2006c) - התערבויות מבוססות על פעילויות מהנות בעבר או בהווה - עידוד בחירה, הזדמנות, תמיכה ועצמאות (Skea & Lindesay, 1996) - התערבויות חושיות - פעילויות מובנות	- מתן חפצים (למשל רהיטים, פסנתר, תמונות, תצלומים) שהיו משמעותיים לחולה בעבר/שהחולה אהב בעבר

התרת גישה לגינה פנימית בטוחה (Namazi & Johnson, 1992b) העדפת יחידות קטנות יותר (Sloane et al., 1998) הסוואת ידיות של חדרים (Namazi et al., 1989)	התערבויות תחושתיות, כגון מוזיקה או עיסוי התערבויות התנהגותיות, כגון חיזוקים דיפרנציאליים התערבויות של קשר חברתי, כגון שיחה פנים אל פנים או סרט וידאו של בני משפחה המדברים אל החולה פעילויות מובנות, כגון פעילות קבוצתית, פעילות מיון או פעילות של מניפולציה של אובייקט, כמו קוביות או לישת בצק הכשרת הצוות כוללת הסבר על דמנציה, הכשרה בתקשורת ודוגמאות של התערבות לא-תרופתית התערבויות סביבתיות, כגון גישה לגינה מוגנת, או הסוואה של גירי מעורר (טריגר) התערבויות רפואיות / סיעודיות, כגון סילוק ריסון פיזי, או הפחתת כאב כשהוא הסיבה לבעיות התנהגות טיפול משולבים (ראו סקירה אצל Cohen-Mansfield, 2001)	הפחתת בעיות התנהגות
---	---	----------------------------

© Cohen-Mansfield, J. Cognitive and behavioral interventions for persons with dementia. *Encyclopedia of Applied Psychology* (Vol. 1). Oxford: Elsevier Inc; 2004: 377-385.

איור 1. הגורמים המשפיעים על תפקוד ורווחת אדם עם דמנציה



פרק 9

התעללות והזנחה של הזקן בקרב משפחתו

טובה בנד-וינטרשטיין, אריאלה לבנשטיין וצבי אייזיקוביץ

מבוא

במרבית המדינות המפותחות בעולם אנו מוצאים כיום ירידה בילודה, שיפורים בבריאות ועלייה דרמטית בתוחלת החיים. כל אלה גרמו לשינויים במפות הדמוגרפיות ולגידול חסר תקדים בשיעור הזקנים באוכלוסייה. הזדקנות אוכלוסיות היא כיום תופעה גלובלית על אף שהקצב שלה שונה במדינות שונות (Kinsella, 2000). תהליך זה משפיע על האינטגרציה החברתית של האוכלוסייה, מהווה אתגר למדיניות חברתית ודורש תשומת לב והתייחסות לסוגיות חדשות, כמו, למשל, סוגיית ההתעללות בקשישים על ידי בני משפחה.

עלייה בתוחלת החיים גורמת לתהליך הזדקנות 'משני' - עלייה במספר הזקנים-זקנים, החשופים יותר למוגבלות וזקוקים לטיפול ולתמיכה (WHO, 2002). התהליך גורם לעומס על המשפחה ועל מדינת הרווחה - שני עמודי התווך בטיפול בקשיש - במיוחד לאור המגבלות על תקציבי מדינות הרווחה (Daatland & Lowenstein, 2006; Silverstein, Gans & Yang, 2005). המעבר לתפקיד של טיפול בבן/בת זוג או בהורה מבוגר עלול להוות גורם לחץ ולעורר קונפליקטים במערכות היחסים הבין-דוריים במשפחה. זאת, בעיקר, כאשר חלק הארי של בני משפחה מטפלים בזקן ובעיקר בנות, נכנסות היום יותר ויותר לשוק העבודה והזמן שעומד לרשותן לצרכים אלה מצטמצם ביותר, כך שבחלק מהמשפחות המטפלות התהליך עלול לגרום למצבים של התעללות והזנחה של זקנים (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch, 1995), אם כי עשויים להיות מצבים וגורמים נוספים להסבר התופעה.

האם התעללות בקשישים היא תופעה חברתית?

תופעה הופכת לבעיה חברתית כאשר מתקיימים בה שישה מצבים שהם: (1) הומניות - סבל לפרטים או לקבוצות בחברה; (2) פונקציונליות - איום על המרקם החברתי; (3) תועלתיות - נדרשת השקעת משאבים כדי להתמודד עם המצב; (4) קיימת אחריות חברתית לנזקים בחברה; (5) קיימות נורמות חברתיות באשר להתנהגויות ולציפיות ברמת הפרט, המשפחה והמדינה הנוגדות את התופעה; (6) היקף - קיים צפי למספר גבוה של יחידים הסובלים, מאוימים או זקוקים לשירותים מיוחדים בעקבות התופעה (Schneider, 1985; Spector & Kitsuse, 2000).

נשאלת השאלה, אם כך, האם בהתבסס על גורמים אלה, התעללות והזנחה של קשישים היא תופעה חברתית? נראה, כי התופעה בחלקה עדיין נסתרת, אולם מתחילה יותר ויותר לקבל תשומת לב מחקרית וציבורית, הן ברמת המדינות השונות והן במישור הבינלאומי. התופעה מעלה שאלות לגבי קידום זכויות אדם וסולידריות משפחתית בין הדורות, הצורך בתמיכה למשפחות המטפלות בזקנים מוגבלים, כמו גם שאלות אתיות לגבי יחסים בין-אישיים ובין-תרבותיים.

דו"ח האו"ם על אלימות משנת 2002 מתייחס לתוצאות הישירות והבלתי ישירות של התופעה. התוצאות הישירות קשורות להשקעה בפעילויות מניעה והתערבות, פיתוח שירותים, הליכים פליליים, השמה מוסדית, חינוך ומחקר. התוצאות הבלתי ישירות קשורות לירידה בפרודוקטיביות, פגיעה באיכות החיים, כאב רגשי, סבל ופגיעה בדימוי העצמי, כמו גם מוגבלות ומוות מוקדם. נדרשות גישות רב-מקצועיות ורב-תחומיות להתמודד עם התופעה, אך ראשית לכל יש להעלות את המודעות לנושא. מודעות היא פעולה מניעתית בסיסית ושלב מרכזי בשינוי עמדות והתנהגויות. למטרה זו בפרט ולקידום התחום בכלל הוקמה לפני כעשור הרשת הבינלאומית למניעת התעללות בזקנים (INPEA - The International Network for the Prevention of Elder Abuse) (www.inpea.net). הרשת פועלת באזורים שונים בעולם, בכלל זה בישראל, השייכת לאזור האירופי.

עם זאת, בהשוואה להתעללות בילדים ולאלימות כלפי בני זוג תופעת ההתעללות וההזנחה של זקנים, ובעיקר התעללות במסגרת המשפחה, מקבלת - רק בשני העשורים האחרונים - לגיטימציה כתופעה חברתית, הקשורה לאחת הקבוצות הפגיעות באוכלוסייה - קבוצת הזקנים ובעיקר המוגבלים שביניהם. חלק מהבעייתיות נעוץ בקושי בהגדרת הנושא, כיון שקיימות תפיסות שונות לגבי התופעה בקרב קבוצות תרבותיות שונות. לדוגמה, בנורווגיה הנושא של "דיסרמוניה משפחתית" נתפס כהגדרה של התעללות; בהונג-קונג "elder dumping" נחשב לסוג של התעללות; בהודו התופעה מבטאת חוסר כבוד מצד הכלה; בצרפת התעללות נחשבת כהתאכזרות מוסרית ובחלק ממדינות דרום-מזרח אסיה השמה מוסדית על ידי בני משפחה נחשבת להתעללות ולהזנחה (Payne, 2005; Kosberg & Garcia, 1997).

בחינת הספרות המקצועית בתחום מצביעה על כך, שחלק מהבעייתיות נעוץ בחוסר מידע שיטתי על הנושא. ב"דור הראשון" שעסק בכך (בשנות ה-80 של המאה הקודמת) רוב הנתונים נאספו באמצעות מחקרי גישוש, שבחלקם נמצאו בעיות מתודולוגיות, ולכן קיים קושי בהכללה (לדוגמה: Block & Sinott, 1979; Douglas, Hickey & Noel, 1980; Lau & Kosberg, 1979; O'Malley, Segars, Perez, Mitchel & Knuepfel, 1979). ב"דור השני" של המחקרים (החל מסוף שנות ה-80), שהמוביל ביניהם היה מחקרם של פילמר ופינקלהור (Pillemer & Finkelhor, 1988), שנערך בבוסטון, נקבעו סטנדרטים ברורים באשר למתודולוגיה של המחקר. מחקרם הוביל למחקרים נוספים בתחום זה, אך עם זאת, גם כיום חסרים מחקרים הכוללים קבוצות ביקורת ומדגמים ארציים מייצגים. חלק מהנתונים הקיימים מתבססים על איסוף מידע מאזורים ייחודיים או מאזורים עירוניים בלבד (Comijs, Margriet, Smit, Bouter & Jonker, 1997; Kurrle, Sadler, Lockwood & Cameron, 1997; Kosberg, 1995; Lowenstein, Garcia & Biggs, 2005; Lachs & Pillemer, 1995). כתוצאה מכך, הנתונים לגבי היקף התופעה, הן ברמה המקומית והן ברמה הארצית, שונים. הנתון המקובל הוא ש-3% עד 6% מהקשישים חשופים להתעללות ולהזנחה, אך קיימים גם נתונים המעידים אחרת. למשל, בהונג-קונג הוצגו נתונים ש-21.4% מהקשישים חשופים להתעללות ולהזנחה. באוסטרליה - 6% אולם אחד מכל חמישה נחקרים ציין, שהנתונים גבוהים בהרבה ומגיעים ל-15% (Kurrle, 2004).

בישראל, לפני סוף שנות ה-80 (של מאה הקודמת), כמעט שלא הייתה קיימת מודעות לתופעה. הנושא החל לעלות על סדר היום כאשר ב-1989 פרופ' שמעון ברגמן ז"ל ארגן סדנה, בחסות מכון ברוקדייל, בנושא של התעללות בקשישים, וזאת במסגרת רחבה יותר של קורבנות בקרב האוכלוסייה המבוגרת. בסדנה השתתפה ד"ר רוזלי וולף, שהייתה הנשיאה הראשונה של INPEA - International Network for the Prevention of Elder Abuse Neglect Journal of Elder Abuse, כמו גם העורכת של כתב העת (Wolf and Bergman, 1989; Lowenstein, 1989). שדחפה לקידום מחקרים בתחום. בשנות ה-90 המחקר בנושא התרחב, בעיקר בזכות מחקרם של לבנשטיין ורון (Lowenstein & Ron, 1995) שיחד עם מחקרים נוספים מצאו שעיקר ההתעללות וההזנחה של זקנים מתרחשים במסגרת הקהילה ובייחוד במערך המשפחתי (לדוגמה Katzman & Litwin, 2002; Iecovich, Lankri & Drori, 2004). בנוסף לכך, חוקרים (Cohen et al., in press) עובדים כיום על פיתוח כלי מחקר לזיהוי התופעה, למשל במערכת הבריאות (לסקירה רחבה יותר על ההתפתחות בישראל ראה: Lowenstein & Doron, 2008).

לאחרונה, נמצא מספר גדל והולך של סקרים הנערכים ברמה הלאומית עם מדגמים מייצגים, כמו הסקר הארצי הראשון שנערך בארץ ב-2005 באמצעות המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, בהשתתפות ובמימון אשל והמוסד לביטוח לאומי (איזיקוביץ, וינטרשטיין ולבנשטיין, 2005; Lowenstein, Eisikovits, Band-Winterstein & Enosh, 2009).

להלן יוצג דיווח נרחב לגבי ממצאי הסקר וניתוחם, כמו גם ממצאי המחקר האיכותני שנערך לאחר מכן בנושא. סקרים דומים נערכו באנגליה (Biggs & Net Can, 2008), בגרמניה (Gorman, Herbst & Rabold, 2006, 2008), בספרד (Iborra, 2008) ובצ'כיה (Lorman, 2008) וברובם הוצגו שיעורים נמוכים יחסית לגבי היקף התופעה.

למעשה, התעללות בזקנים היא רכיב מרכזי בתחום האלימות במשפחה (Tolan, Gorman-Smith & Henry, 2006). מרבית הסקרים מצביעים על כך, כי המתעללים בזקנים במסגרת הבית הם בני משפחה, בני זוג וילדים בוגרים, בעיקר כאשר עליהם להיכנס לתפקיד של מטפלים בזקנים מוגבלים. תיאוריות העוסקות בהבנת היחסים הבין-דוריים במשפחה, במיוחד מודל הסולידריות והקונפליקט הבין-דוריים, שפותח על ידי בנגטסון ואחרים (Bengtson, 1991) (ראה פרק על הטיפול בזקן - מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה מאת יצחק בריק, אריאלה לבנשטיין ורות כץ (המופיעים בספר זה), כמו גם מודל האמביוולנטיות הבין-דורית, שחודש על ידי לושר ופילימר ב-1998 (Luescher & Pillemer, 1998), מתייחסים לקשרים וליחסים הבין-דוריים ולבעייתיות ביחסים אלה. קונפליקט ואמביוולנטיות הובחנו בעיקר בתקופות של מעברים בחיים, כאשר ההורים הזקנים מתקדמים למצב של תלות. תקופות אלו מאתגרות את ההורים הזקנים ואת ילדיהם להגדיר מחדש את תפקידיהם. בנוסף לכך, השינויים שחלו במבנים המשפחתיים והגידול בטיפוס ה"משפחות החדשות" משפיעים על נורמות והתנהגויות במסגרת המשפחתית.

אחד הרכיבים בהגדרת התעללות הוא זה המתייחס ל"איש אמון", כאשר בני המשפחה הם אלה העונים, בראש ובראשונה, להגדרה זו. ממצאי הסקר שיוצגו להלן מצביעים על כך, כי המתעללים העיקריים בזקנים היו בני משפחה.

הסקר הארצי בתחום התעללות בזקנים והזנחתם בישראל: ממצאים עיקריים

על מנת ללמוד את התופעה על מרכיביה השונים נעשה שימוש במשפט מיפוי הממסגר את התופעה ומתאר את ההתעללות והתגובות להתעללות בהקשר המשפחתי (שי, 1991; Guttman, 1991).

אדם א', המתעלל, ממגדר (גבר או אישה) ומיחסי קרבה (בן / בת זוג, או ילד/ה או נכד/ה או מטפל אחר) יוזם פגיעה באמצעות סוג פעולה (פגיעה פיזית / מינית / נפשית / ניצול כלכלי / הזנחה / פגיעה בזכויות ובאוטונומיה באדם ב', הקורבן, בתוך הקשר מסוים של יחסים (יחסי תלות, תדירות הקשרים בין הפוגע לקורבן, איכות הקשר), המושתת על יחסי תלות ומצב פיזי / קוגניטיבי / רגשי של הקורבן אופי קשרי המשפחה והקשר ייחודי של פעולות ניצול, הזנחה והתעללות. אדם ב', הקורבן, מגיב לפעולות אלו (תגובה רגשית / התנהגותית), ובהתאם לכך, אדם א', המתעלל, פועל להפסקת ההתעללות או להמשכה, הגורמת לסוג מסוים של נזק (פיזי / רגשי / כלכלי).

המחקר בישראל נעשה בשני שלבים: השלב הראשון נשא אופי אפידמיולוגי ומטרותיו העיקריות היו לעמוד על היקף תופעת ההתעללות בזקנים בישראל, צורותיה, אפיונה והבנת טבעה של האלימות מנקודת ראותם של הקורבן והתוקף; אפיון הגורמים המובילים להתעללות וניסיון לבנות פרופילים של הזקנים ובני המשפחה המצויים בסיכון להתעללות. השלב השני של המחקר, שהתבצע על פי המסורת האיכותנית, התמקד בפנומנולוגיה של התופעה על בסיס הפרספקטיבה הסובייקטיבית של בני המשפחה המעורבים בה, תוך ניסיון ללמוד על הדינמיקה של התופעה, נסיבותיה והשלכותיה.

בשלב הראשון המדגם כלל 1,045 נבדקים, המתגוררים בקהילות עירוניות שנדגמו באופן אקראי במדגם מורכב ורב-שלבי. בשלב השני נדגמו באופן תיאורטי (Theoretical sampling) 55 משתתפים, 18 גברים ו-37 נשים, מתוכם 19 דיאדות של מתעללים וכאלה הסובלים מאלימות, התעללות והזנחה מקרב הפונים לשירותים חברתיים. המשתתפים סיפקו את מגוון השונות והייחודיות לגבי חיים בצל התעללות והזנחה בזיקנה.

איסוף הנתונים כלל מספר כלים, שחלקם פותח לצורך המחקר: שאלון סוציו-דמוגרפי-בריאותי; שאלון הבדק מצב תפקוד יומיומי של זקנים (ADL); סקלה למדידת תחושת ביטחון כללית בקרב זקנים; מדדים לבחינת שישה סוגי התעללות: אלימות פיזית, התעללות מילולית, התעללות חברתית, הזנחה, ניצול כלכלי והתעללות מינית; שאלון עמדות כלפי זקנים וכלפי התעללות בזקנים; שאלון תצפית פתוח לסוקר וכרטיס מיפוי קשרי משפחה. הראיונות בוצעו על ידי צוותים שהוכשרו לכך, תוך הקפדה שמילוי השאלון יתבצע שלא בנוכחות בני משפחה אחרים.

בשלב האיכותני בוצע ראיון חצי מובנה, תוך שימוש במדריך ראיון שעסק בנושאים רלוונטיים, כגון: המשפחה ומערכות היחסים בה לאורך השנים וההזדקנות, חוויות החיים במצבים של אלימות, התעללות, ניצול כלכלי, הזנחה לאורך השנים במשפחה, תהליך ההזדקנות, רטרספקטיבה מול פרספקטיבה, צרכים ועזרה הנובעים מההתעללות. כל ראיון בוצע בנפרד וארך כשעתיים. כל הראיונות הוקלטו ותומללו.

ממצאיו העיקריים של הסקר האפידמיולוגי מוצגים בלוחות הבאים:

לוח מספר 1: היקף תופעת ההתעללות לסוגיה בהקשר המשפחתי

סוג הפגיעה	N=1,045* %
אלימות פיזית ומינית	2.0%
התעללות מילולית	14.2%-8.1%**
הגבלת חופש	2.7%
ניצול כלכלי	6.6%
**סך הנפגעים מסוג פגיעה אחד או יותר	18.4%

* על פי דיווח במהלך 12 החודשים האחרונים.

**בחתך על דיווח שהתרחש לפחות פעם אחת או פעמיים בחודש.

הממצאים מורים על כך, ש-18.4% מתוך כלל המדגם ($N=1,045$) דיווחו על התנסות באחד או יותר מסוגי התעללות (ולא מספר הפגיעות) שחוו זקנים בתוך ההקשר המשפחתי. התנסות זו מקורה מפגיעה של בן/ת זוג ו/או ילדים בוגרים ובני משפחה אחרים. נמצא, כי התעללות מילולית היא הצורה הנפוצה ביותר, שבה שיעורי השכיחות נעים בין 8.1% ל-14.2%. המדווחים על התעללות מילולית היו גברים זקנים, שדיווחו על התעללות מצד בנות זוגם ובני משפחה אחרים וכן נשים זקנות, שדיווחו על בני זוגן ועל בני משפחה אחרים. צורת ההתעללות השנייה הנפוצה הייתה ניצול כלכלי, העומד על שכיחות של 6.6%. צורות התעללות נוספות היו - הגבלת חופש ואלימות פיזית ומינית ששכיחותן נעה בין 2.0% ל-2.7%.

הממצאים מצביעים על פער ניכר בין שיעורי הדיווח על שכיחות תופעת ההתעללות לסוגיה בין גברים לנשים בכל הנוגע לאלימות פיזית ומינית, ($\chi^2=3.58, p<0.06$).

לוח מספר 2: היקף תופעת ההתעללות בהקשר המשפחתי לפי לאום

סוג הפגיעה	אוכלוסייה יהודית N=948 %	אוכלוסייה לא-יהודית N=97 %
אלימות פיזית ומינית	1.6%	6.2%
התעללות מילולית	14.5%	11.5%
הגבלת חופש	2.6%	4.1%
ניצול כלכלי	6.4%	9.3%
סך הכול	18.3%	19.6%

* על פי דיווח במהלך 12 החודשים האחרונים.

** בחתך על דיווח שהתרחש לפחות פעם אחת או פעמיים בחודש.

הממצאים מלמדים על כך, ששיעור המדווחים על לפחות סוג אחד של התעללות והזנחה בקרב האוכלוסייה היהודית דומה לשיעור המדווחים על כך בקרב האוכלוסייה הלא-יהודית (18.3% ו-19.2% בהתאמה, הבדל לא מובהק). גם ביחס לשיעור הדיווח לא נמצא הבדל מובהק. במילים אחרות, נראה כי היקף תופעת ההתעללות כלפי זקנים במשפחתם ושכיחותה דומה בחברה היהודית והערבית, אם כי החלוקה הפנימית שונה.

באשר לפירוט, על פי צורות ההתעללות נמצא, כי שיעורי ההתעללות הפיזית המינית שונים בין האוכלוסייה היהודית והלא-יהודית באופן שהוא על סף המובהק ($\chi^2=3.0, p<0.1$). כמו כן, נמצאו הבדלים שהם על סף המובהקות בין שתי האוכלוסיות לגבי התעללות

של הגבלת חופש ($\chi^2=3.12, p<0.1$). כלומר, המשפחה הערבית המסורתית היא באופייה פטריארכאלית יותר, דבר המסביר את ההבדלים בין שתי האוכלוסיות.

לוח מספר 3: היקף תופעת ההתעללות לפי קרבה משפחתית*

סוג פגיעה לפי מעגל קרבה	%
אלימות פיזית ומינית	
בן/בת זוג	1.8%
בן משפחה	0.7%
מטפל אחר	0.1%
התעללות מילולית	
בן/בת זוג	14.2%
בן משפחה	4.1%
מטפל אחר	1.8%
הגבלת חופש	
בן/בת זוג	3.3%
בן משפחה	0.7%
מטפל אחר	0.1%
ניצול כלכלי	
בן/בת זוג	0.5%
בן משפחה	3.9%
מטפל אחר	0.4%

* על פי דיווח במהלך 12 החודשים האחרונים.

הממצאים מורים על כך, כי מתוך כלל המדגם (1,045) 1.8% נפגעו מאלימות פיזית ומינית על ידי בן/בת זוג, 0.7% מהם נפגעו מבן משפחה ואילו 0.1% דיווחו כי נפגעו ממטפל אחר. עוד עולה מהנתונים, כי 14.2% סובלים מהתעללות מילולית כתוצאה מאינטראקציה עם בן/בת זוג, 4.1% דיווחו שהם סובלים מבן משפחה ואילו 1.8% ציינו, שמטפל זר התעלל בהם מילולית. ניתן לראות, כי 3.3% ציינו שסבלו מהגבלת חופש מצד בן/בת זוג, 0.7% מצד בן משפחה ו-0.1% מצד מטפל אחר. לגבי ניצול כלכלי, הנתונים

מלמדים, כי סוג זה של התעללות מאופיין בעיקרו על ידי ילדים בוגרים (3.9%) לעומת 0.4% ממטפל אחר או 0.5% מבן/בת זוג. על פי חלוקה מגדרית, שיעור הגברים והנשים המנוצלים דומה (2.2%-ו-1.7% בהתאמה).

לוח מספר 4: היקף תופעת ההזנחה בקרב זקנים על ידי בני משפחה*

סוג הזנחה	N=243
הזנחה בצרכים ראשוניים: תזונה, היגיינה אישית, עזרה רפואית	18.1%
הזנחה בצרכים משניים: שירותים ביתיים, התקנה/ תיקון של אביזרי עזר	19.7%
הזנחה כללית	25.6%
הזנחה כללית לפי לאום	יהודי לא יהודי 26% 21.3%

* על פי דיווח במהלך שלושת החודשים האחרונים.

ממצאי לוח 4 מצביעים על פערים בין נזקקות אוכלוסיית הזקנים לשירותים לבין קבלתם בחמישה תחומים עיקריים, המשמשים מדדים להזנחה. כך לדוגמה, 25.6% מקרב המשיבים דיווחו על פער בין נזקקותם לשירותים רפואיים לבין קבלתם בפועל, הן בצרכים ראשוניים והן בצרכים משניים. ממצאים אלה מצביעים על תחושתם הסובייקטיבית של הזקנים, כי אין הם מקבלים עזרה וסיוע מספקים על מנת לאפשר להם קיום באיכות חיים סבירה.

לוח מספר 5: תגובת בני משפחה לנזקקות של אוכלוסיית הזקנים*

תגובת בני משפחה לנזקקות של אוכלוסיית הזקנים במקרים של פנייה לעזרה	N=243
התעלמות	19.6%
סירוב	23.8%
זלזול	8.4%
כעס	7.8%

* על פי דיווח במהלך שלושת החודשים האחרונים

ממצאי לוח 5 עולה, כי מתוך סך האוכלוסייה שדיווחה על הזנחה נראה, כי תגובות של התעלמות וסירוב הן השכיחות ביותר של המזניחים כלפי הנזקקים לעזרה (19.6% ו-23.8% בהתאמה, לאחריהם בסדר יורד כעס וזלזול - 8.4% ו-7.8%). ממצא זה משקף את מקומה ואת חלקה של המשפחה בהזנחת זקנים.

מאפיינים וגורמי סיכון

מהממצאים עולה, כי גברים ברמת בריאות נמוכה ונשים עם רמת השכלה נמוכה יהיו בסיכון גבוה לאליומות פיזית ומינית. בהקשר להתעללות מילולית נמצא, כי נושאי לאום יהודי, נשואים, בעלי רמת הכנסה נמוכה והשכלה נמוכה, חווים סובייקטיבית הזנחה ובדידות ומקיימים קשר תדיר עם שירותי בריאות לסוג זה של התעללות. לגבי הגבלת החופש, נמצא כי גברים נשואים ונשים צעירות יחסית, נשואות, במצב בריאותי רע והשכלה נמוכה יימצאו ברמת סיכון גבוהה יותר. ביחס לניצול כלכלי, לא נמצא הבדל מובהק בין המדווחים על ניצול לבין כלל האוכלוסייה.

גורמי הסיכון שנמצאו קשורים להזנחה כללו: לאום הקשיש, הצורך בסיוע בפעילויות יומיומיות (ADL), הצורך בעזרה כלכלית, תחושת בדידות, תחושת הזנחה סובייקטיבית, קשר תדיר עם נותני שירות רפואי. אצל גברים - הכנסה נמוכה ובריאות לקויה הם גורמי סיכון, ואצל נשים - הכנסה נמוכה, השכלה נמוכה ובריאות לקויה. על פי לוחות 3 ו-5 אנו למדים, כי המתעללים במסגרת המשפחתית הם בעיקר בני זוג ובנות זוג וילדיהם הבוגרים, בעוד שמטפלים בשכר לא נמצאו כפוגעים. המתעללים והמזניחים מתאפיינים במערך יחסי קונפליקט, המצביע על ניכור, התעלמות, יחס לא מכבד כלפי בן המשפחה הזקן ויתרה מכך, מופנה כלפיו כעס וסירוב לסייע בידו.

לסיכום, מממצאי שלב א' של הסקר האפידמיולוגי נראה, כי תופעת ההתעללות בזקנים קיימת בשיעורים משמעותיים ויש להגדירה כבעיה חברתית הראויה להתייחסות בשיח הציבורי, הקליני והמדעי. שילוב סוגי ההתעללות וההזנחה מלמד על כך, כי אלימות פיזית איננה מופיעה כסוג בלעדי, בעוד שסוגי ההתעללות האחרים עשויים להופיע בנפרד. בנוסף לכך, השילובים של סוגי ההתעללות שנמצאו כשכיחים ביותר היו: התעללות מילולית והזנחה ושילוב שבין התעללות מילולית, הזנחה וניצול כלכלי. ממצאים ייחודיים נוספים הקשורים לסקר הם ביכולת להפריד בין מבצעים דיפרנציאליים של סוגי ההתעללות לפי מעגלי הקרבה המשפחתית. בעוד שאלימות פיזית, התעללות מילולית והגבלת חופש מתבצעים בעיקר על ידי בני / בנות זוג, הרי שניצול כלכלי מתרחש בעיקר על ידי ילדים בוגרים. בהתייחס למאפייני ההתעללות לפי חלוקה מגדרית ולאום נמצא, כי לעתים קרובות נשים יותר מגברים הן קורבנות להזנחה ולאלימות פיזית, ונשים ערביות הן האוכלוסייה הפגיעה ביותר.

היכולת לנבא אלימות פיזית, הגבלת חופש וניצול כלכלי מוגבלת עקב שכיחויות נמוכות של התופעה. לעמת זאת, התעללות מילולית והזנחה הם ברי ניבוי. נראה כי מערכת המשפחה בכלל והמערכת הזוגית בפרט אינם המקום הבטוח ביותר עבור קשישים.

ממצאי שלב ב' של המחקר אורגנו על פי שלושה אשכולות עיקריים: אשכול ראשון: אלימות בין בני זוג, שמקורה במערכת יחסים קונפליקטואלית ארוכת שנים; האשכול השני עוסק בהתעללות בני משפחה אחרים בזקנים ואילו האשכול השלישי נוגע בסוגיית ההזנחה.

אשכול ראשון: אלימות בין בני זוג

הטיפולוגיה שזוהתה בהקשר לאשכול זה לאורך שנים ובהזדקנות מעלה ארבעה קלסטרים עיקריים:

1. "זירת אלימות חיה ופעילה", המשכית, רציפה ומסלימה מבחינת השלכות נזקי הפגיעה. לדוגמה:

"אין סוף, אין הפוגה, עיקם אותי כולי, אם לא הייתי מחזיקה את היד ככה, הייתי שוברת את הראש. כל השבוע אני עקומה, וגם ככה הגוף שלי כבר גמור. כל השבת לא יכולתי לזוז, כאבו לי כל העצמות..."

2. "אלימות באוויר - אקולוגיה אלימה": קלסטר זה מאופיין בריסון ובהתפרצויות תקופתיות, תוך שמירה על אווירה אלימה. לדוגמה:

"היא מדי פעם זורקת איזושהי מילה מיותרת, וזה מדליק את הפיוזים שלי ושלה. אני מנסה כמה שפחות להיכנס לוויכוח, לפעמים מצליח, לפעמים לא. יש דברים שעשויים להתגבר, להידלק מחדש עוד פעם..."

3. "עוד מאותו דבר... אבל אחרת": קלסטר זה מתייחס למעבר לסוגי התעללות אחרים, התעללות הדדית והיפוך תפקידים. לדוגמה:

"אחרי שאבא שלו נפטר ניתק לי את הכלכלה לשמונה חודשים. בשנת 2002 ניתק לי שוב, שמונה חודשים אני בלי אוכל, הבנות לא מחסירות ממני כלום עד היום. אני אומרת לו 'תן לי את האוכל שלי'..."

4. הקלסטר האחרון מתאר המשכיות והחרפת האלימות עקב מחלות כרוניות, סופניות ומצבים של תשישות נפש. לדוגמה:

"לאחרונה, כשהיה חולה, הזמנתי שוטרים, כי הוא השכיב אותי על השיש וזרק עלי כוס תה, כאילו רצה לחנוק אותי... פעם אחרת שהתפרץ עליי, זה היה הפעם האחרונה, אז אשפזנו אותו".

אשכול שני: התעללות של בני משפחה אחרים

בהקשר לאשכול זה, העוסק בהתעללות של בני משפחה אחרים בזקנים, נמצא טווח רחב של התנהגויות מתעללות הכוללות: אלימות פיזית, התעללות מילולית, ניצול כלכלי והגבלת חופש, כאשר ניצול כלכלי עובר כחוט השני.

1. ההתעללות כ"קריירה": זיהוי, לקיחה והתמלכדות בתפקיד. לדוגמה:

"הוא הגדול, היה שובב מגיל קטן, ראיתי משהו לא בסדר איתו, הוא היה משקר, נמאס להם וזרקו אותו מבית ספר לבית ספר, תפסו אותו עם חשיש או משהו ולא אמרו לי... הייתה הצתה, אז הוא לקח את האשמה על עצמו וככה התחילה ההיסטוריה שלי..."

2. של מי הסבל הזה לעזאזל? הבניית נרטיב של מתעלל / קורבן: הקורבן הזקן כשחקן מרכזי ובלעדי, הקורבן כמקרבן, המתעלל כ"קדוש מעונה" (מרטיר), הקורבן והמתעלל - נרטיב משותף של סבל. לדוגמה:

"הוצאתי פעם צו הרחקה, הייתי מראה להם את הצו, היו בורחים, אבל תשמעי, לב של אימא, גם כן קצת מרחמת... היו לוקחים, מלווים כסף לסמים, והייתי צריכה לממן שלא ירצחו אותם, שלא יהרגו אותם, ככה עברתי יותר מ-30 שנה, אני עברתי הרבה... כל החיים שלי הלכו ככה סתם..."

3. בין השתלטות ולחצים לאוטונומיה וכבוד אישי: ניצול מצבי נחיתות וחולשה שבזיקנה, הזיקנה כפתולוגיה, לחיות בדריכות מתמדת ולהיות על המשמר. לדוגמה:

"יש לי חלק חלש והוא גם יודע לעבוד עליי טוב, הוא לא מרפה, הוא לא נותן לי מנוחה, כשהטלפון מצלצל אני יודעת שתתחיל מסכת חדשה של שכנועים, בקשות, הסברים ובסוף הוא עובר לאיומים וצעקות".

4. דפוסית התמודדות במאבק הקיומי: הרמת ידיים / אמביוולנטיות מצבית / התפקחות והרחקה. לדוגמה:

"בשבילי כבר מאוחר מדי, אין מה לעשות, אין לי כבר כוח, אני כבר הייתי צריכה למות, אני כבר מבוגרת, לא להילחם לשנות דברים שאי אפשר או לעבור לבית אבות, אבל אז חשבתי, אני לא יכולה להשאיר אותו לבד... אני עכשיו בורחת מהבית למרכז, למועדון ובשבת לבתי קפה. אני בורחת מהשקט, מהדיכאון, מלשבת לבד ולראות אותו מסתגר בחדר..."

אשכול שלישי: הזנחה

אשכול זה מציג טיפוס נרטיב של הזנחה על ידי בני הזוג הזקנים ועל ידי ילדיהם הבוגרים. כל נרטיב מביא צורה אחרת של הזנחה במציאות חיים שונה. לדוגמה: "אני מטפלת מסורה, אני בת נפלאה" - נרטיב של הזנחה לא מכוונת; "כל החיים גרתי עם אימא ואבא ועכשיו אחותי מזניחה אותי" - נרטיב של הזנחה פיזית ורגשית על ידי אחים / אחיות; "הזנחה שמובילה למוות" - נרטיב של הזנחה פיזית ורפואית של בני משפחה והמערכות המוסדיות; "לחיות בעולם מצומצם" - נרטיב של זוגיות מזניחה ומוזנחת; "איפה הילדים? איפה?" - נרטיב של הזנחה רגשית על ידי ילדים.

לסיכום הממצאים האיכותניים, התעללות והזנחה במשפחה לרוב אינם נראים וקשים לחשיפה. מכאן חשיבות הממצאים המאפשרים הסתכלות מעמיקה על התופעה. המטרייה הרחבה של הממצאים כללה שלושה אשכולות: אלימות והתעללות בין בני זוג; אלימות והתעללות של בני משפחה אחרים; מצבי הזנחה. במערך יחסי המשפחה, הקורבן והמתעלל מכירים זה את זה והם אפילו מצויים בעולם חברתי אינטימי משותף. בעולם זה, הכולל תכנים וצורות של אלימות והתעללות, נכללים בני / בנות הזוג, ילדים בוגרים, אחים / אחיות וקרובים אחרים. בני המשפחה עסוקים בקורבנותם, בין אם הם קורבנות ובין אם הם מתעללים או מזניחים. הקורבנות יוצרת מיקרוקוסמוס - עולם נפרד המבודד מהעולם היומיומי ומקבל חיות משלו, בד בבד, גורמים כמו בושה, חוסר אמון בתועלת שבחשיפת הקורבנות או פחד מפני תוצאותיה השליליות מובילים להסתרתה ולהמשך חיי סבל.

היבט נוסף המאפיין את החיים בהתעללות ובהזנחה הוא ההשפעה האינטראקטיבית של ההתעללות. הקונפליקט עולה באמצעות המשמעות שהמשתתפים נותנים לאינטראקציות ולהתנהגויות של המשתתפים. בנוסף לכך, ממד הזמן הוא בעל חשיבות בהקשר למערך ההתעללויות בזיקנה. הרצף ההתפתחותי של ההתעללות שנבנה על פני השנים מגיע לשיאו בזיקנה, הן בשל ההיחלשות בשלב זה של החיים והן בשל התסכול הכפול: אל מול השינוי בחיי היומיום ואל מול ההתבוננות על החיים עצמם. כך קורה ש"זרעי" ההתעללות נזרעים במשפחה בשלבים שונים של החיים ואילו בזיקנה נקטפים "פירותיהם" באופן דרמטי.

דיון ומסקנות מממצאי הסקר ומהמחקר האיכותני

החשיבות שבשילוב בין המתודה הכמותנית והמתודה האיכותנית בולט ומאפשר הסתכלות מעמיקה יותר על התופעה המורכבת של התעללות בזקנים. בנוסף לכך, משפט המיפוי הוא בעל חשיבות רבה בשל המסגור המושגי שהוא נותן גם ביחס לפעולות ההתעללות וההזנחה וגם ביחס להשלכות של פעולות אלו על איכות חייהם של הקשישים. מסגרת מושגית זו באה לידי ביטוי ברכיב האיכותני והכמותני ומובילה לקבלת תמונה דינמית של יחסי ההתעללות. עם זאת, יש לבחון את הממצאים בהסתייגות מסוימת. זאת לאור הבעייתיות שבהגדרת התופעה. כלומר, שכיחות והיקף התופעה הם במידה רבה פונקציה של בחירת הגדרה רחבה או מצומצמת.

ממד נוסף שיש לתת עליו את הדעת הוא סוגיית הסובייקטיביות שבמחקר. נראה, כי ככל שהמדידה היא סובייקטיבית במובן החווייתי, הרי ששיעור מקרי ההתעללות וההזנחה עולה. סוגיה נוספת היא שימוש בכלים ובסקאלות המאפשרים טווח מדידה רחב של התופעה. לדוגמה, בהקשר לניצול כלכלי, האם דיווח של כן-לא מספק או שיש לבדוק טווח רחב יותר של אפשרויות לניצול כלכלי, הכוללות תחושה סובייקטיבית של כפייה במתן כספים ועד לגניבה או לשימוש במשאבי הזקן כתוצאה ממגורים משותפים. השילוב בין המתודות מאפשר גם לזהות מגמות בהקשר לתופעה, כמו למשל שעיקר מערכות יחסי ההתעללות בין הורים וילדים בוגרים הם בהקשר של מגורים משותפים.

מכל האמור לעיל ניתן לראות את תופעת ההתעללות בקשישים על צורתיה כבעיה חברתית העונה על המדדים שהוצגו במבוא (Schneider, 1985; Spector & Kitsuse, 2000). נראה כי מספר גדל והולך של קשישים בקהילה נופלים קורבן להתעללות ולהזנחה, כאשר המתעללים הם בעיקר מקרב המשפחה. נתונים דומים הוצגו בארצות הברית עוד בעשור שעבר והדגישו, כי המתעללים בקהילה הם בני משפחה - בני זוג וילדים בעיקר (NCEA, 1998). כך שהיקף התופעה מתרחב ועלול לגדול עוד יותר בהתאם לגידול באוכלוסיית הקשישים בישראל. ניתן לומר, בעיקר על סמך הבנת הפנומנולוגיה של התופעה דרך עיני החווים אותה, כי הסבל שנגרם לפרטים המעורבים בה הוא רב ומשמעותי. המשפחה היא אבן היסוד בסדר החברתי וככזאת, יחסים קונפליקטואליים או אמביוולנטיים בין בני משפחה מאיימים על מרקם עדין זה. לכן, על מנת לצמצם את היקף התופעה, על החברה להשקיע משאבים ובכך ליצור איזון מחודש ביחסים זוגיים ובין-דוריים. בהקשר זה, לא ניתן להתעלם מהאחריות הציבורית המעוגנת בבסיס קיומה של החברה הישראלית, הכוללת את יחסה של החברה כלפי אוכלוסיות מודרות וביניהן אוכלוסיית הזקנים ובני משפחותיהם.

סיכום

בהצהרת המדיניות של ארגון הבריאות העולמי נאמר:

"Elder abuse is a violation of human rights and a significant cause of injury/illness, lost productivity, isolation and despair. Confronting and reducing elder abuse requires a multi-sectoral and multidisciplinary approach", *Active Ageing, A Policy Framework, WHO, 2002*.

בפרסומים של הארגון על התמודדות עם תופעת האלימות בכלל ועל התעללות בזקנים מוצגות האסטרטגיות הבאות כמשמעותיות: תמיכה במחקר מדעי, חיזוק המדיניות והרחבתה, הרחבת מערך השירותים לקרבנות, עבודה עם המתעללים, חינוך והכשרה (World Report on Violence and Health, 2002).

בעוד שסקרים מספקים לנו נתונים על היקף ומספרים, עדיין מצומצם הידע שלנו בהמשגת התופעה, שהיא כה מורכבת ורב-ממדית ומתרחשת לרוב בהקשר משפחתי ובמסגרת יחסי אמון. בסיס ידע רחב יאפשר לנו הבנה לגבי הסוגים השונים של התעללות והזנחה. קיימת כיום הסכמה, כי חשוב להרחיב בסיס ידע הן כמותיים והן איכותניים כדי לפתח פרקטיקה מבוססת ידע (Quinn & Heisler, 2000). בהתאם, האתגרים העומדים בפנינו כיום בתחום המחקרי הם לפתח ידע תיאורטי ומושגי שיאפשר פיתוח כלי מדידה סטנדרטיים. ידע כזה צריך לנבוע ממחקר לגבי התעללות בזקנים ולא להתבסס על ידע מתחומי ההתעמרות האחרים. מעבר לכך, יש לפתח מחקרים בין-תרבותיים ובין-מדינתיים כדי לבנות מסדי נתונים השוואתיים (Kosberg, Lowenstein, Garcia & Biggs, 2005). יש ללמוד על הבעיה מהנרטיבים של הזקנים עצמם ושל בני המשפחה המתעללים, כפי שהדבר בא לידי ביטוי במחקר האיכותני שערכנו, כמו גם במחקר (Missing Voices report, 2002), שנערך על ידי INPEA בשיתוף ארגון הבריאות העולמי (WHO/INPEA, 2002).

האתגר בתחום המדיניות הוא להרחיב את החקיקה בנושא ולשלב בחקיקה העוסקת בזכויות האדם הזקן. חקיקה כזו צריכה לכלול השלכות לפיתוח שירותים ובהתאם הקצאת משאבים הולמת. יש לקדם שיתופי פעולה בין מערכות ממשלתיות, המגזר השלישי ומערכות עסקיות בהתמודדות עם התופעה. זאת, כאשר מדיניות וסינגור בנושא הולכים בד בבד. שירותים ודרכי התערבות צריכים להיות מכוונים בראש וראשונה לזקנים שהם הקורבנות, כמו גם לבני המשפחה המתעללים.

האתגר בתחום ההכשרה והחינוך הוא לדאוג להתגייסות של יותר ויותר מוסדות אקדמיים להוראת הנושא, כמו גם הכשרה נמשכת של אנשי מקצוע מטפלים ושל המערכות המשפטיות והמשטרתיות. יש לדאוג להרחבת שיתופי הפעולה בין מערכות השירותים השונות. ככל שנפתח יותר קורסים בין-דיסציפלינריים תהא לדבר השפעה

רבה יותר על המערכת הערכית, כמו גם העלאת המודעות לנושא. ארגון הבריאות העולמי הכין תכנית חינוכית-הדרכתית בתחום האלימות, כאשר הנושא של התעללות והזנחה של זקנים נכתב על ידי לבנשטיין, דורון ווינרשטיין (Lowenstein, Doron & Winterstein, 2004).

המשפחה אמורה להיות מבצרו של האדם, אולם מצויים מצבים, כפי שהוצגו לעיל, שהמקום הבטוח ביותר הופך להיות המקום המסוכן ביותר. מציאת מענים לאתגרים שהוצבו לעיל עשויה להוות חלק מההתמודדות הנמשכת עם התופעה החברתית של התעללות בזקנים, במיוחד במסגרות משפחתיות.

מקורות

שי, ש. (1991). אינטגרציה עדתית וקיטוב ערכי בישראל, מבנה שטחות וסולמות הערכה. **מגמות, ל"ג: 430-415.**

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

Bengtson, V.L. & Roberts, R.E.L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53: 856-870.

Block, M. & Sinnot, J. (Eds.). (1979). *The battered elder syndrome: An exploratory study*. Unpublished Manuscript, University of Maryland.

Daatland, S. O. & Lowenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family- welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2: 174-182.

Douglas, R. L., Hickey, T. & Noel, C. (1980). *A study of the maltreatment of the elderly and other vulnerable adults*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan, Institute of Gerontology.

Goergen, T., Herbst, S. & Rabold, S. (2006, 2008). *Risks of crime and violence in old age and in domestic care* (KFN Research Report Nr. 98). Hannover: Germany: Criminological Research Institute of Lower Saxony.

- Guttman, A.L. (1991). A general nonmetric technique for finding the smallest coordinate space for a configuration of points. *Psychometrika*, 33: 469-507.
- Iborra, I. (2008). *Research Report on a survey of elder mistreatment*. Valencia, Spain, Queen Sofia Center for the Study of Violence.
- Iecovich, E., Lankri, M. & Drori, D. (2004). Elder abuse and neglect - a pilot incidence study in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 16(3): 45-63.
- Katzman, B. & Litwin, H. (2002). *Protecting the elderly and preventing violence against them*. Jerusalem: The National Insurance Institute (Hebrew).
- Kinsella, K. (2000). Demographic dimensions of global aging. *Journal of Family Issues*, 21(5): 541-558.
- Kosberg, J.I. & Garcia, J. L.H (Eds.). (1997). *Elder abuse: International and cross cultural perspectives*. New York: Haworth Press.
- Kosberg, J., Lowenstein, A., Garcia, J. & Biggs, S. (2002). Challenges to the cross-cultural and cross-national study of elder abuse. *The Journal of Social Work Research and Evaluation*, 3(1): 19-31.
- Kosberg, J., Lowenstein, A., Garcia, J. & Biggs, S. (2005). Study of elder abuse within diverse cultures. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 15(3/4): 71-90.
- Lachs, M. S. & Pillemer, K. A. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*, 233: 437- 443.
- Lau, E. & Kosberg, J. I. (1979). Abuse of the elderly by informal care providers. *Ageing*, 229-300, September-October, 10-15.
- Lorman, J. (2008). *Elderly Abuse and Neglect in the Czech Republic*. Research report, Prague, Zivot.

- Lowenstein, A. (1989). The elderly victim and the welfare services. In: R.S. Wolf & S. Bergman (Eds.). *Stress, conflict and abuse of the elderly* (pp. 99-110). Jerusalem: Brookdale Series.
- Lowenstein, A. & Ron, P. (1995). *Elder abuse by family members who care for them*. Haifa: The Center for Research & Study of Aging (Hebrew).
- Lowenstein, A. & Doron, I. (2008). Times of transition: Elder abuse and neglect in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 20(2): 181-206.
- Lowenstein, A., Eisikovits, Z., Band-Winterstein, T. & Enosh, G. (2009). Is Elder Abuse and Neglect a Social Phenomenon? Data from the First National Prevalence Survey in Israel. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 21(3): 253-278).
- Lowenstein, A., Doron, I. & Winterstein, T. (2004). *A learning module on elder abuse: International and cross-cultural perspectives*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Lowenstein, A. & Doron, I. (2006). Intergenerational transfers and Intergenerational justice. *Gerontology*, 33(1), 25-35 (Hebrew).
- Luescher, K. & Pillemer, K. (1998). Intergenerational ambivalence: A new approach to the study of parent-child relations in later life. *Journal of Marriage and the Family*, 60: 413-425.
- National Center on Elder Abuse (1998). *Elder abuse in domestic settings* (Elder abuse information series #2). Available : World Wide Web: <http://www.gwjapan.com/NCEA/Statistics>
- O'Malley, H., Sedars, H., Perez, R., Mitchell, V. & Knuepfel, G. (1979). *Elder abuse in Massachusetts: A survey of professionals and paraprofessionals*. Boston, MA: Legal Research and Services for the Elderly.
- Pillemer, K.A. & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: A random sample survey. *The Gerontologist*, 28: 51-57.

- Schneider, J.W. (1985). Social problems theory: The constructionist view. *Annual Review of Sociology*, 11: 209-229.
- Silverstein, M., Gans, D. & Yang, F. M. (2006). Intergenerational support to aging parents: The role of norms and needs. *Journal of Family Issues*, 27: 1068-1084.
- Spector, M., & Kitsuse, J.I. (2000). *Constructing social problems*. NY: Transaction Publishers.
- Tolan, P., Gorman-Smith, D. & Henry, D. (2006). Family violence. *Annual Review of Psychology*, 57: 557-583.
- Thomas C. (2000). The first national study of elder abuse and neglect: Contrast with results from other studies. *Journal of Elder Abuse and Neglect* 12:1-14.
- WHO (2002). *Active Ageing, A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO/INPEA. (2002). *Missing Voices, Views of Older Persons on Elder Abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Wolf, R. & Bergman, S. (EDSW). (1989). *Stress, conflict and abuse of the elderly*. Jerusalem: Brookdale Series.



חלק רביעי

המערכת הטיפולית הפורמלית

פרק 10

הרופא, המטופל הקשיש והמשפחה

צבי דוולצקי וא. מרק קלרפילד

מבוא

למרבה המזל, רוב הקשישים אינם לבדם. בדרך כלל הם חלק מרשת מסועפת המורכבת ממשפחה, מחברים, מקהילה, ובמקרה של קשישים חלשים - גם משירותים חברתיים ורפואיים כאחד. מערכות היחסים של הקשישים - מוצלחות ואחרות - עם משפחתם ורופאם, משפיעים על רמת בריאותם, אושרם וביטחונם. בפרק זה נבחן מספר מאפיינים הקשורים לרופא, לקשיש המטופל ולמשפחתו, נדון ביחסים ביניהם ונתאר מספר נושאים ייחודיים ורלוונטיים, אשר מסייעים להאיר חלק מהבעיות ומהאתגרים הקשורים במערכת היחסים ביניהם.

האדם הקשיש

במדינות מפותחות רבות, גם בישראל, הרוב (95%) מבין 700,000 הקשישים (גיל +65) חיים בקהילה ורק מיעוט קטן (כ-20,000) נמצא במוסדות (Clarfield, Brodsky, 2006). שיעור גבוה בהרבה של קשישים מבוגרים (גילאי +85) נמצאים במוסדות לשהייה לטווח ארוך - עד 20%. לצד עובדה זו, קשישים רבים שומרים על עצמאותם למרות העלייה בשכיחותן של בעיות כרוניות. עם זאת, כאשר אדם מזדקן עשויות להיות לעלייה זו השפעות ישירות ובלתי ישירות על יחסיו עם בני משפחתו, עם רופאים ועם השירותים הרפואיים והחברתיים, שבהם הוא נעזר.

ירידה בשמיעה ובראייה פוגעת בשיעור גבוה מהקשישים. על אף שרבות מבעיות אלה ניתנות לפתרון, לפחות באופן חלקי, על ידי מכשירי שמיעה וניתוחי קטרקט, יכולתה של הרפואה המודרנית לסלק לחלוטין את כל המכשולים האלה מוגבלת. כיוון שכך, קשישים מבוגרים רבים מוצאים עצמם מנותקים באופן גובר והולך מבני משפחתם, מקרוביהם ומקהילתם.

בדומה לכך, שכיחותה של הידרדרות קוגניטיבית ושטיון, הנגרמים מגורמים שונים ובמיוחד ממחלת אלצהיימר, עולה עם הגיל ומגיעה לשיעור גבוה ביותר - כ-40% מקרב המבוגרים ביותר מבין הקשישים סובלים משטיון (Evans, Funkenstein, Albert, Scherr, Cook et al., 1989). כאשר חולי זה מתווסף לבעיות הראייה והשמיעה שהוזכרו לעיל, עלול מצב זה לגרום להחרפת היחסים הבין-אישיים. התסמינים ההתנהגותיים והפסיכולוגיים של שטיון (BPSD) עלולים לגרום למתחים קשים ביותר בין המטופל ובני משפחתו. בנוסף לכך, הם גורמים לאדם להסתגר, הן מפני חבריו והן מפני הקהילה הרחבה יותר.

גם השפה עשויה להוות בעיה. פחות מ-15% מהקשישים בישראל הם ילידי הארץ (Brodsky, Shnoor & Bewer, 2007). רבים מהקשישים שאינם ילידי הארץ התאקלמו היטב, אבל עדיין מספר לא קטן של מהגרים, בעיקר אלה שעלו בשנים האחרונות מברית המועצות לשעבר - נמצאים בשולי החברה הישראלית מבחינה לשונית ותרבותית. כמו כן, בשל היעדר זכויות פנסיה וחסכוניות, שיעור ניכר מהקשישים העולים נמצא במצב של עוני או כמעט עוני. בעוד נושא השפה אינו מהווה בעיה בתוך המשפחות עצמן, הרי שמחסום השפה עלול לגרום לכך שקשישים רבים יופרדו - לחלוטין או באופן חלקי - ממטפליהם וכן מהרשתות הרפואיות והחברתיות שנועדו לתמוך בהם.

מאפייניהם של הרופא והמערכת הרפואית

במאה הקודמת נדרשו לרופאים שנים רבות על מנת להבין שמנקודת מבט קלינית, ילדים אינם אך ורק מבוגרים קטנים. כך החלה להתפתח רפואת הילדים כתחום מקצועי. כעת, אנו מצויים בעמדה דומה בנוגע לטיפול בקשישים. למרות התקדמות מסוימת בשנים האחרונות, רופאים רבים עדיין לא הוכשרו כראוי להבין את צרכיו המיוחדים של הקשיש. בנוסף לכך, במאה האחרונה מתאפיינת הרפואה יותר ויותר בהתמחות בתחומים ייחודיים ובשימוש בטכנולוגיות מתקדמות. על אף שהתפתחות זו עשויה להיטיב עם קשיש בעל אמצעים הנזקק לטיפול ייחודי בעקבות מחלה מסוימת, הרי שלרוב הקשישים נדרש טיפול על ידי רופא בעל ידע בצרכיהם המיוחדים, רופא שיתייחס לכל בעיותיהם וידאג להמשכיות בטיפול.

גורמים רבים בחברה, בכלל זה רופאים, מאמצים את הגישה שרובט באטלר כינה באופן הולם "ageism", כלומר אפליה נגד קשישים (Butler, 2008). כתוצאה מכך,

הקשיש עלול לסבול לא רק מחוסר מומחיותם של מטפלי המקצועיים בתחומים הרלוונטיים, אלא אף מאפתיה במקרה הטוב או מעוינות במקרים הקיצוניים ביותר.

למרבה המזל, במהלך שני העשורים האחרונים חלה התקדמות בתחום זה. אחת הדוגמאות לכך היא העובדה, שכל ארבעת בתי הספר לרפואה בישראל מציעים קורסים בגריאטריה. התפתחות זו מבורכת ביותר, אך עדיין יש מקום לשיפור. למשל, מתמחים ברפואה פנימית ובכירורגיה כללית, שני תחומי מומחיות שעוסקים במידה רבה בקשישים, לא מקבלים כלל הכשרה ברפואה גריאטרית. ניתן לשפר מציאות זו על ידי תוספת משאבים מועטה ביותר. אך לרוע המזל, בקרב הרופאים באקדמיה עדיין לא קיים הרצון לפעול באופן פוליטי על מנת לתקן את המצב.

בנימה חיובית יותר, הודות למאמצים המשולבים של אשל (Brick & Clarfield, 2007), משרד הבריאות, משרד הקליטה וקופות החולים, הצליחה מדינת ישראל להכשיר בעשורים האחרונים עשרות מומחים נוספים בגריאטריה, אך לרוע המזל, מספר זה עדיין אינו עונה על הצרכים (Press & Clarfield, 2008).

לרופא המתמחה בתחום הגריאטריה דרושות התמחויות ייחודיות, שכן הביטוי הקליני של בעיות רפואיות רבות, בייחוד בקרב קשישים תשושים יותר, לא תמיד תואם דפוסים מוכרים ומוגדרים של תסמינים. למשל, ייתכן שחומם של מטופלים הסובלים מזיהומים רציניים לא יעלה, ייתכן שזיהום בדרכי השתן יגרם לאבדן שליטה על הסוגרים וייתכן שאוטם שריר הלב יתבטא בבלבול. השלבים הסופיים של רבות מהבעיות הרפואיות עלולים לכלול, בין השאר, הזיות, ישנוניות, קוצר נשימה וכן אבדן משקל או אנורקסיה (Dwolatzky, Clarfield & Bergman, 2003). הרופא הגריאטרי צריך, על כן, לפתח מיומנות והבנה מיוחדת בפענוח תסמינים כאלה, העלולים להצביע על מחלה קשה של קשישים הסובלים מהם. אבחנה מהירה של רופא ערני עשויה להציל חיים.

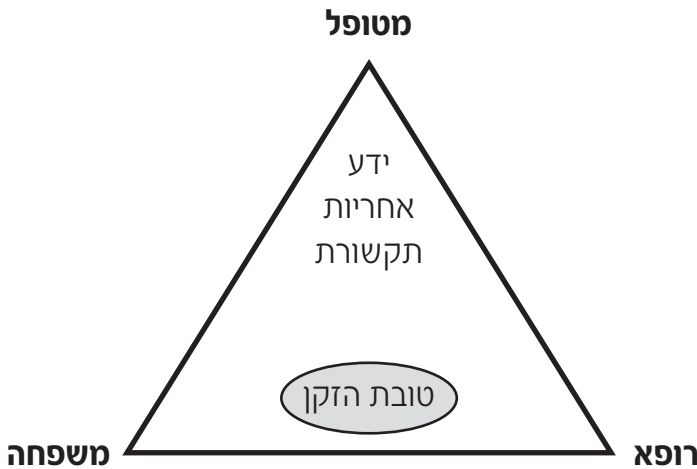
מאפייני המשפחה

בעוד גודלה של המשפחה מצטמצם - ורבות נאמר על "דעיכתה" של המשפחה הגרעינית בישראל - קשרי המשפחה נותרים חזקים. ניסיונו הקליני לא הראה עלייה בשיעור המקרים שבהם בני משפחה "נוטשים" את אהוביהם או "משליכים" קשישים בחדרי מיון. בהתחשב בכך, ולאור השינויים החברתיים והעלייה בשיעור הנשים הנוטלות חלק בכוח העבודה, וכן לאור העלייה בניידותן של משפחות, קשישים במספר גדל והולך סובלים מהיעדר תמיכה משפחתית. בישראל, מדיניות ציבורית נאורה תרמה לחיזוק יכולתן של משפחות לשמר את תמיכתן בקשישים חלשים הנזקקים לעזרה, בייחוד אלה המתגוררים בקהילה. דוגמה למדיניות זו היא המשאבים המרובים שהוקצו במטרה לאפשר לקשישים רבים להישאר בבתיהם, ובמיוחד הוספת תקציבים במסגרת חוק ביטוח סיעוד והגדלת מספרם של העובדים הזרים החוקיים המשמשים כמטפלים

אישיים. אולם, בהיעדר תמיכה נאותה בקהילה ובמצב רפואי וסיעודי ירוד, יש לדרוש את הגדלת התקציב לשם עיצוב קודים לטיפול מוסדי ארוך-טווח.

משולש הזהב

המשולש המקשר בין הרופא, המטופל והמשפחה - "משולש הזהב", מבוסס על שלושה עיקרים: אחריות, תקשורת וידע, כאשר במרכז המשולש עומדת, כמובן, טובת הזקן.



לכל אחד מעיקרים אלה אחריות מיוחדת: ערוצי התקשורת חייבים להיות פתוחים ומידע חייב לזרום באופן שוטף; על כל אחד (הרופא, המטופל והמשפחה) מוטלת החובה לאסוף את הידע המתאים לתפקידו במשולש. למשל, תפקידו של הרופא להעשיר את הידע של מטופליו ושל בני משפחתם על ידי הסברים ברורים, הפצת חומר רלוונטי ועלונים וכן הפנייה למקורות מידע כתובים ואלקטרוניים. בחינת "משולש הזהב" מעלה מספר סוגיות, שלחלקן נתייחס להלן.

1. מי אחראי על הטיפול בקשיש - הרופא או המשפחה?

אחת השאלות החשובות ביותר בטיפול בחולה הזקן היא על מי חלה האחריות הטיפולית העיקרית? ברור שעל הרופא האחריות לאבחן את המחלות שמהן החולה סובל ולקבוע תכנית טיפול מתאימה. אולם, עליו גם להיות מודע לכל פרטי הרקע הרפואי, התעסוקתי והחברתי-סוציאלי של המטופל. אם החולה אינו מסוגל לספק מידע זה, על המשפחה מוטלת האחריות לדווח באופן מדויק על התסמינים שמהם החולה סובל, מה הבירור שכבר נעשה, איזה טיפול המטופל קיבל ומה הייתה תגובתו לטיפול זה. הרופא יכול

להציע טיפול מתאים ואפקטיבי לבעיית המטופל, אבל אם קרובי המשפחה לא ידאגו שהחולה אכן יקבל את הטיפול באופן עקבי, הרי שהטיפול לא יהיה מועיל. לעומת זאת, אם הרופא אינו מוכן להקשיב לדיווח של בני המשפחה ואינו משקיע זמן בהבנת פרטי הרקע של החולה הזקן, הוא עלול להחמיץ את דרך הטיפול הנכונה.

להלן תיאור מקרה הבא להמחיש את נושא האחריות הטיפולית בקשיש.

חנה ל', בת 78, אלמנה ואם לשניים, מתגוררת בגפה בערד, בדירה הממוקמת בקומה שנייה. בנה הנשוי מתגורר אף הוא בערד ובתה הנשואה מתגוררת בבאר שבע. חנה מנהלת את ביתה באופן עצמאי, עורכת קניות לבד ויוצאת למועדון בקרבת הבית, בשעות הבוקר, שלוש פעמים בשבוע. לאחרונה, חנה מתקשה לעלות במדרגות עקב חולשה וקוצר נשימה. מאחר שלא רצתה להטריד ולהדאיג את ילדיה, היא לא סיפרה להם על התחושות האלו. באחד הביקורים של בתה, רבקה, הן יצאו לקניות וכשחזרו לדירה רבקה הבחינה בקוצר הנשימה של אמה כאשר היה עליהן לעלות במדרגות. רבקה שאלה את אמה על התופעה, וזו אישרה שלאחרונה חשה בקוצר נשימה המלווה בחולשה בעת מאמץ. בתשובה לשאלתה של רבקה, אמרה חנה שלא דיווחה על כך לרופא המטפל. רבקה ביקשה מאמה לפנות למחרת היום למרפאה.

למחרת היה לרבקה יום מאוד עמוס בעבודה ועד לשעות הערב לא הספיקה להתקשר לאמה ואף לדווח לאחיה על תלונות האם. בערב התקשרה לאמה לשאול בשלומה וחנה סיפרה לה שהייתה אצל הרופא בבוקר ושהוא הזמין בדיקות מעבדה למחר. בלילה צלצל הטלפון בביתה של רבקה. על הקו הייתה גיסתה שסיפרה, שמרדכי, אחיה של רבקה, ביקר אצל אמו ומצא אותה בהכרה מעורפלת עם קוצר נשימה קשה. הוא הזעיק אמבולנס ונמצא עם אמו בדרכם לבית החולים. בבהלה ובחרדה נסעה רבקה לבית החולים ופגשה את אחיה ואת אמם בחדר המיון. בדיקת הרופא העלתה אוטם חריף בשריר הלב עם אי-ספיקה של הלב. חנה אושפזה ביחידה לטיפול נמרץ לב להמשך הטיפול ואכן מצבה השתפר.

רבקה שאלה את אמה מה התרחש בבוקר, בביקור אצל הרופא במרפאה. חנה ענתה, שהרופא, שאותו היא מאוד מעריכה, היה מאוד עמוס באותו בוקר. היא סיפרה לו שהיא לא מרגישה טוב לאחרונה ושהיא מאוד חלשה. הרופא בדק את לחץ הדם והדופק והמליץ על בדיקות דם נוספות. לשמע הדברים, רבקה כעסה מאוד ותהתה איך הרופא לא זיהה את בעיית הלב? מדוע לא בדק את אמה באופן יסודי? מדוע לא ביצע בדיקת א.ק.ג?

למחרת, רבקה צלצלה לרופא המטפל ודיווחה לו על מה שהתרחש עם חנה. היא הפנתה אליו מספר שאלות. הרופא היה מופתע לשמע דבריה של רבקה על קוצר נשימה במאמץ, תופעה שממנה אמה סבלה. הוא ענה לרבקה, שחנה לא סיפרה לו על כך כלל. מידע חשוב זה, לדבריו, היה מפנה אותו לחפש בעיות בלב. הרופא שאל, מדוע רבקה לא התקשרה אליו באותו בוקר שאמה ביקרה במרפאה ודיווחה לו על מצבה. מרדכי, אחיה

של רבקה, הקשיב לשיחה ושאל בכעס את רבקה מדוע לא שיתפה אותו במצבה של האם מיד כששמעה על כך מהאם עצמה.

כך קורה, שכולם כועסים - הבת, הבן והרופא, ואילו האם החולה מאושפזת בבית חולים, ללא כעס על אף אחד!

דין על המקרה

המקרה הזה ממחיש שני דברים חשובים מאוד בקשר שבין המטופל הזקן ומשפחתו מצד אחד לבין הרופא מצד שני. ראשית, חשיבותה של תקשורת בין כל המעורבים במקרה. ערוצי תקשורת פתוחים וזורמים בין הבת לבין הרופא מחד גיסא, ובין הבת לבין יתר קרובי המשפחה מאידך גיסא, היו מזרזים את הטיפול בחולה. בנוסף לכך, חוסר הדיווח של החולה על תלונותיה לאורך זמן עיכב באופן משמעותי את הטיפול בבעיותיה ואפילו סיכן את חייה. הדבר הנוסף שניתן ללמוד ממקרה זה הוא חשיבותה של האחריות המוטלת על כל אחד מהגורמים באופן שונה.

האחריות על בני המשפחה היא להתרשם משינויים במצב הקשיש ולדאוג שמידע זה יגיע לרופא בהקדם. עליהם לעקוב אחרי ההתפתחויות, לבצע ביקורים אצל בן המשפחה החולה בתדירות גבוהה יותר ולהתמקד יותר בבעיות במידת הצורך. אם הרופא משנה את הטיפול או ממליץ על בדיקות, יש לוודא שהמלצותיו מתבצעות. האחריות של הרופא היא לקבל אנמנזה מלאה ומדויקת גם מהמטופל וגם מהמטפל. כמו כן, יש לבדוק את החולה הקשיש באופן מלא ולזכור שהתסמינים בגיל זה עלולים להיות שונים, ולכך נתייחס בהמשך הפרק. יש צורך להעלות את המודעות של הרופאים לצרכים הייחודיים של הזקן. ידע בתחום הגריאטריה ויחס לבעיות המאפיינות את הגיל המבוגר יאפשרו לרופא לטפל בקשיש באחריות ובהצלחה.

2. היחסים בין הרופא למטופל הקשיש והתקשורת ביניהם

ליחסים חיוביים בין הרופא המטפל לחולה הקשיש יש חשיבות רבה. על הרופא להראות לחולה שיש לו עניין אמיתי בבריאותו וברוחותו של המטופל. הצעד הראשון הוא קבלת פנים חמה, חיוך ולחיצת יד. כדבריו של ברנרד איזקס (Isaacs, 1992): "לחיצת יד בין רופא ומטופל היא מחווה ובדיקה כאחת". תקשורת אמפתית היא אבן הפינה של יחסים טובים בין המטופל המבוגר לבין הרופא.

אחת הבעיות הגדולות ביותר הקשורות בטיפול רפואי בקשישים, גם כאשר הרופא עבר הכשרה ראויה ומפגין גישה חיובית כלפי הקשיש, היא נושא התקשורת בין הרופא למטופל. ראשית, כפי שהוזכר לעיל, קשישים סובלים לעתים קרובות מבעיות ראייה ושמיעה וכן מפערי שפה. הן הרופא והן המטופל צריכים להיות מודעים לבעיות אלה. על הרופא לדבר בקול ברור ורם, אך לא לצעוק. כאשר מדובר בפנייה לקשיש עשויה להיות

תועלת רבה בכך שהרופא יפנה למטופל במישרין וימנע מלדבר לכיוון מטה, אל הגיליון שבו הוא אוחד או אל מסך המחשב. על הרופא להיות רגיש לאפשרות שהמטופל לא הבין את ההוראות ולכן עליו לוודא, שההוראות שהציע הן בהירות ופשוטות.

לעתים, המטופל ו/או בן המשפחה המלווה אותו לביקור אצל הרופא מתביישים לציין שהמטופל מתקשה לשמוע או להבין את דברי הרופא. אין להתבייש בכך ויש להבין, שבגלל הבושה נפגעת התקשורת החיובית בין החולה לרופא.

גם אם הראייה, השמיעה וההבנה תקינים, קיימים, לעתים, פערי שפה בין הרופא לבין המטופל ומשפחתו. זאת, גם כאשר הם דוברים אותה שפת אם ועל אחת כמה וכמה אם שפת האם שלהם שונה. לכן, יש להקדיש תשומת לב הן לשפה והן לטרמינולוגיה ולעולם המושגים שבהם הרופא משתמש.

לעתים קורה, שלבני המשפחה יש שפה משותפת עם הרופא, אך המטופל הקשיש אינו דובר שפה זו ולכן בן משפחה מתרגם לחולה את הנאמר. סידור זה אינו מושלם, כיוון שתרגום מדויק, בעיקר בעניינים רפואיים, אינו תמיד קל גם עבור אנשי מקצוע מיומנים. כמו כן, מסיבות רגשיות ואחרות, לא תמיד בני משפחה מסוגלים לתרגם את הדברים במדויק, בגלל טבען האישי של השאלות הרפואיות (למשל, הידרדרות קוגניטיבית, נושאי מין או פעילות מעיים), או בגלל קושי פסיכולוגי שבהפנמת הידיעה כי ההורה חולה באופן רציני (למשל, במחלת אלצהיימר או בסרטן). המצב האידיאלי, אם כן, הוא, שמתורגמנים רפואיים מיומנים יהיו זמינים במרפאות, אך, לצערנו, אין זה כך ברוב בתי החולים והמרפאות בישראל.

קושי נוסף ביחסי הרופא והמטופל נובע בעקבות הירידה ביכולות הקוגניטיביות של החולה, בעיקר בקרב קשישים מעל גיל 85. התופעות המאפיינות ירידה קוגניטיבית גלויות רק בשלבים המאוחרים של המחלה, כך שלעתים, רופא כללי אינו מבחין בשיטיון מוקדם ובתסמינים הראשונים של ירידה קוגניטיבית קלה - MCI, בעיקר אם הוא לא עבר הכשרה בתחום הנדרש. מטופלים הלוקים בשיטיון עלולים לא להבין ולא לזכור את ההוראות הרופא ולכן גם לא לקיימן. חמור מכך מצב, שבעקבות אי-הבנה עלולות לחול טעויות בכל הקשור לנטילת תרופות. בזכות המודעות לבעיה זו יכולים המשפחה והרופאים לסייע לחולה על ידי חזרה על ההוראות, יצירת רשימה, פיקוח ומעקב צמודים.

3. השפעת האינטרנט על הידע של החולה

האינטרנט, בכל מקום שבו הוא זמין, שינה באופן בלתי הפיך את היחסים בין הרופא למטופל, בעיקר מבחינת הדור הצעיר. אך גם הקשישים מתחילים להתרגל למחשב וסביר להניח שהדור הבא של הזקנים כבר יכיר את האינטרנט על בוריו. באמצעות השימוש באינטרנט אדם יכול להשיג בקלות רבה מידע המתעדכן באופן מתמיד (כגון באתר: WebMD healthsite) בכל הנוגע למצב רפואי, לשיטות אבחון ולטיפולים חדשניים. בעקבות כך, המודל הפטרנליסטי, לפיו הרופא מחליט עבור המטופל, מתחלף

במהירות בתהליך של הדדיות בקבלת החלטות (Ballas, 2001). עם זאת, יש לזכור, כי חלק גדול מהמידע הזמין באינטרנט אינו מדויק, מה שעלול להוביל לעימות בין המטופל ורופאו. לכן, על הרופא להעביר מידע ברור ומדויק למטופל ולבני משפחתו, כדי לאפשר להם להבין את ההשלכות של המחלה והטיפול ועליו להדריך את מטופליו על השימוש באתרי אינטרנט אמינים ועדכניים.

4. מודל האמונה הבריאותית

"מודל האמונה הבריאותית" מאפשר לקשר בין תסמין או קבוצה של תסמינים לבין מחלה או מצב פתולוגי. אם נתייחס להצגת המקרה שלעיל, הרי השילוב של חולשה וקוצר נשימה במאמץ עשוי להצביע על מצב של אי-ספיקת הלב. לעתים, הרופא מבין את "מודל האמונה הבריאותית" באופן אחד, ואילו המטופל ובני משפחתו מבינים מודל זה באופן אחר. בבעיה זו אפשר להבחין בכל גיל, אך היא נפוצה בעיקר בקרב קשישים (Janz, 1984). דוגמה לכך עשויה להיות האמונה השגויה בקרב מטופלים רבים (בייחוד אלה שהגיעו מברית המועצות לשעבר), שבעיית לחץ ומתח היא מחלה סימפטומטית. כלומר, שהחולה יכול "להרגיש" כאשר לחץ הדם שלו גבוה או נמוך מדי. תפיסה זו עשויה לגרום לחולה לחשוב שהוא יכול להחליט מתי עליו ליטול את התרופות ומתי הוא רשאי לוותר עליהן. עם זאת, מחקר הראה בבירור, שלהוציא רמות קיצוניות ביותר של לחץ דם (הן גבוה מאוד והן נמוך מאוד), מחלה זו היא לא סימפטומטית. כלומר, על המטופל ליטול את תרופותיו ללא כל קשר להרגשתו. כאשר רופאים ומטופליהם מאמינים במודלים שונים של "אמונה בריאותית" - וגרוע מכך, כאשר הם אינם מודעים לחוסר ההתאמה הזה - התוצאה עלולה להיות תוהו ובוהו רפואי.

5. אבחונים מרובים ורפואות מרובות

הגיל לכשעצמו אינו מחלה, אך יש לו השלכות על המצב הרפואי, הנפשי והתפקודי. תוצאתו של תהליך ההזדקנות היא ירידה במשאבים הביולוגיים, אשר בנעורינו נמצאים ברשותנו בכמויות אדירות. עם חלוף הזמן, עקב המנגנונים השונים של ההזדקנות, מידלדלים משאבים אלה ומותירים אותנו פגיעים יותר ויותר לטראומה, לזיהומים ולמחלות אחרות, כגון מחלות לב וכלי דם, סרטן לסוגיו ושיטיון. פתולוגיות אלו אינן נגרמות במישרין עקב הגיל, אך הופכות שכיחות יותר ויותר ככל שאנו מזדקנים, ומכאן נובע המונח "מחלה הקשורה בגיל".

באופן דומה, לעתים קרובות, קשישים סובלים מפתולוגיות מרובות, אשר עלולות להיות להן פעולות גומלין שליליות. לדוגמה, חולה הסובל מסוכרת, מחרדה וממתח נפשי אשר אינם קשורים זה לזה באופן סיבתי, אולם בלא טיפול נאות בעיות אלו עלולות לגרום בטווח ארוך לנזק לכלי הדם ולגרום למחלות לב ולשבץ מוחי הנפוצים יותר לעת זיקנה.

למרבה המזל, ניתן לטפל ברבות מהמחלות הקשורות בגיל, בעיקר בעזרת תרופות. עם זאת, ככל שמספר המחלות גדל, כך גדל גם מספרן של התרופות הניתלות ועולה מורכבותן. עם העלייה בגיל ובמספר התרופות הנלקחות עולה הסבירות, שהמטופל יסבול מתופעות לוואי. כמו כן, עולה הסבירות של פעילות גומלין בין תרופות שונות וכן הסבירות שהמטופל הקשיש יתבלבל בין התרופות וייקח יותר מדי או פחות מדי מהן. לסיכום, מעקב זהיר על ידי רופא המשפחה והדרכה של המטופל ובני המשפחה יתרמו רבות לשמירה על מצבו של החולה ולמניעת סיבוכים מיותרים.

6. כשירותו של המטופל הקשיש

לעתים קרובות, ירידה קוגניטיבית, או אף החשד לקיומה, תעורר דאגות לגבי יכולתו של קשיש להחליט החלטות רציונליות הנוגעות לרווחתו וליכולתו לדאוג לענייניו הכלכליים ולמשק ביתו. אם חלה ירידה נוספת בכשירות, סביר להניח שתעלה השאלה בדבר יכולתו של המטופל להישאר לבד בביתו ויכולתו להסכים מדעת לקבל טיפול רפואי. בעוד שישנם מנגנונים חוקיים לטיפול בנושאים כגון אלה, הרי שהאופן שבו הם מטופלים (או לא מטופלים) עלול לגרום אי-הבנה ועימות משמעותי בין המטופל לבין ילדיו וכן בין הילדים לבין עצמם (לעתים מעורבים בכך גם קרובים אחרים).

על אף שהרוב המוחלט של הילדים רוצה את הטוב ביותר עבור ההורים, ישנו מיעוט קטן שאינו מעוניין בכך ומנסה לנצל את הוריו אם כשירותם מתחילה להתפוגג. בניגוד מובחן להאצלתה האוטומטית של האפטרופסות על הילדים להוריהם, החוק בישראל ובמדינות אחרות אינו עושה דבר דומה בכיוון ההפוך. כאשר ישנו ערעור על הכשירות, בתי המשפט הם שיקבעו מי יפעל בשמו של הקשיש. בעוד שברוב המקרים יועבר הפיקוח על הכשירות לילדים, ובצדק, אין לראות אחריות זו כמובנת מאליה. כפי שלמדנו, לצערנו, בעולם המימון והכלכלה, יש להתעקש על בדיקת "כשירות ראויה" לאנשים הטוענים, כי הם מעוניינים בטובתו של הורה קשיש וחולה.

7. אשפוז במוסד

רבים מהנושאים שהועלו עד כה יבואו לידי ביטוי עם תחילת החשיבה על אשפוז לטווח ארוך. מהלך זה עלול להיות אחד המהלכים הקשים ביותר עבור קשיש, והוא יכול לגרום לחץ גם לבני משפחה מעורבים. לעתים קרובות, התייעצות עם רופא המשפחה של המטופל, ובמקרים מסובכים יותר עם עובד סוציאלי ורופא גריאטרי, עשויה להועיל.

בישראל, השארתו של הורה קשיש וחלש בביתו היא אפשרית, כיוון שישנן דרכים רבות לקבל עזרה בבית, בכלל זה קבלת ביקור בית של רופא בנוסף לשימוש בשירותים המסופקים מכוח חוק ביטוח הסיעוד. במקרה של ניצולי השואה (כשליש מהקשישים בישראל) הם זכאים לשעות נוספות של עזרה. כמו כן, פתרון המתאים למשפחות רבות

הוא העסקתו של מטפל אישי (לעתים קרובות, אך לא תמיד, עובד זר), שיכול להיות עם הקשיש בדירתו, לפקח עליו ולעזור לו בפעילויות יומיות רבות.

עם זאת, לפתרון זה נדרשים כסף, מרחב הולם וראוי בדירה ומעל לכל - יכולתו של בן משפחה מסור לנהל סידור מורכב זה. האדם המטפל בכך חייב להיות זמין על מנת למלא את מקומו של המטפל האישי במקרים בלתי צפויים או על מנת לספק מחליף כאשר המטפל יוצא לחופשה, או שהוא חולה או אף פורש מתפקידו. העסקת מטפל אישי עשויה להיות הפתרון המושלם עבור חלק מהמטופלים ובני משפחותיהם, אך פתרון זה אינו מתאים לכולם.

כאשר אף אחד מהחלופות ומהפתרונות שצוינו אינו הולם, אשפוז במוסד הוא בלתי נמנע. במקרה כזה, יש חשיבות רבה לעזרתו של עובד סוציאלי אשר מכיר מקרוב את המטופל, בקיא בשירותים הקיימים בישראל באופן כללי ובמשאבים המקומיים בפרט. עבור מספר מועט של אנשים, היכולים לשלם את כל הסכומים הכרוכים בכך, ישנו היצע רחב של מוסדות זמינים כמעט בכל ערי ישראל. עם זאת, משפחות רבות אינן יכולות להרשות לעצמן לשלם את מחירו המלא של שירות מעין זה. עבורן מציע משרד הבריאות סבסוד מודרג המותנה בהערכת יכולתה של המשפחה (המטופל, בן או בת זוג וילדיו החיים בישראל) לשלם עבור שירות כזה. בישראל, המדינה תומכת באשפוז הכרוני באופן משמעותי ומשתתפת עם המשפחה בעלות האשפוז במוסדות רבים.

ה"שותפות" הכפויה בעומס הכלכלי בין הקשישים וילדיהם עשויה להיות גם היא מקור לדאגה ואף לעימות, בייחוד בקרב משפחות שבין כה וכה כבר אינן מתפקדות. שוב, שירותיו של עובד סוציאלי מיומן עשויים להיות בעלי ערך שלא יסולא בפז.

8. גסיסה ומוות

המוות פוקד את כולנו. עם זאת, אין זה קל אפילו לחשוב על מותנו שלנו, קל וחומר לדון באופן ישיר עם הורינו ואחינו במוות ובנושאים הקשורים בו. ככל שאדם מסוגל לעשות זאת - ומוטב שיעשה זאת מוקדם ככל האפשר - פוחתים הבלבול והעימותים האפשריים. למשל, היכרות עם פילוסופיית החיים של ההורה ועם גישתו למוות ולגסיסה עשויים לסייע בהדרכת המשפחה והצוות הרפואי כאשר מחלה קשה פוקדת את הקשיש. האם ההורה רוצה שחיו יוארכו באופן מלאכותי? האם הוא רוצה לקבל הזנה מלאכותית? האם הוא מעוניין בפרוצדורות פולשניות ובטיפול רפואי אגרסיבי גם אם הוא עומד בפני פרוגנוזה פסימית?

ידעית התשובות לשאלות אלו תסייע לילדים לייעץ לצוות הרפואי כיצד ההורה הקשיש היה רוצה שיהגו באשר אליו, כאשר הוא עצמו כבר לא יוכל לתקשר עם סביבתו. באותה מידה, דיון גלוי בטרם מתרחשים אירועים בלתי נמנעים שכאלה יפחית את הלחץ ואת החשש שיפרוץ עימות בין הילדים כאשר יש לקבל החלטות קשות.

לרוע המזל, בישראל, גם כאשר אדם יודע את רצונותיהם של הוריו, קיימת, לעתים קרובות, נטייה בקרב ילדים להחליט במקום הוריהם ולהתעקש על טיפול שהקשיש עצמו סירב באופן מפורש לקבל (Sonnenblick, Friedlander & Steinberg, 1993). תוצאותיה של תופעה זו הן בעייתיות ביותר.

סיכום

הימצאותם יחדיו של מטופל זקן, בני משפחה וצוות רפואי יוצרת משולש מורכב ולעתים רגיש. יש לזכור תמיד, שטובת המטופל נמצאת במרכז משולש זה. לכל אחד משלושת גורמים אלה עשויים להיות אינטרסים שונים שאינם מוחלטים, ולכן אין לאפשר לקשיש לחסום כל יוזמה של משפחתו ושל המערכת הרפואית, אך יש לשקול יוזמות אלה במסגרת חוק זכויות החולה.

חיוני לקיים דו-שיח בין הרופא לבין המטופל ובני משפחתו לפני שהבעיות יוצאות מכלל שליטה. אם נהיה בני מזל, נזכה להזדקק, אם נהיה בני מזל אף יותר, נהנה מחיים ארוכים ובריאים ונמות בשקט בשנתנו, בגיל מופלג. עם זאת, גורל זה נופל רק בחלקם של מעטים. לרוב, הנתיב הטוב ביותר הפתוח בפנינו דורש תכנון, תקשורת ומאמץ להשקיע כדי להשיג את הטוב ביותר עבורנו ועבור הורינו.

מקורות

- Ballas, M.S. (2001). The impact of the internet on the health care industry, *Einstein Quarterly Journal of Biology and Medicine*. (18): 79-83.
- Brick, Y. & Clarfield, A.M. (2007). 'JDC-ESHEL', a unique non-governmental organization dedicated to the elderly in Israel. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.(44): 225-234.
- Brodsky, B., Shnoor, Y. & Be'er, S. (2007). *The Elderly in Israel: Statistical Abstract*; table 1.12.
- Butler, R. (2008). *The longevity revolution: The benefits and challenges of living a long life*. NY: Public Affairs.
- Clarfield, A.M., Brodsky, J. & Leibovitz, A. (2006). Care of the elderly in Israel: Old age in a young land. In: J.M.S. Pathy, J.E. Morley & A. Sinclair (Eds.). *Principles and practice of geriatric medicine*, 4th edition. UK: John Wiley & Sons: 1947-1952.

- Dwolatzky, T., Clarfield, A.M. & Bergman, H. (2003). Non-specific presentation of illness. In: R. Jones, N. Britten & L. Culpepper (Eds.). *Oxford textbook of primary medical care*. Oxford: Oxford University Press: 1247-1250.
- Evans, D.A., Funkenstein, H.H., Albert, M.S., Scherr, P.A., Cook, N.R., Chown, M.J., Hebert, L.E., Hennekens, C.H. & Taylor, J.O. (1989). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons: Higher than previously reported. *Journal of the American Medical Association* (262): 2551-2556.
- Isaacs, B. *The challenge of geriatric medicine* (1992). Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Janz, N.K. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education and Behavior* (11/1): 1-47.
- Press, Y. & Clarfield, A.M. (2008). Estimating the need for geriatricians in Israel: 2000-2020. *Harefuah* [Hebrew] (147 [2]): 120-124.
- Sonnenblick, M., Friedlander, Y. & Steinberg, A. (1993). Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. *Journal of the American Geriatrics Society*, (41): 599-604.

פרק 11

הזקן, העובד הזר והמשפחה

אסתר יקוביץ

מבוא

רוב הזקנים המוגבלים רוצים להמשיך ולהתגורר בבתיהם בקהילה, גם אם גופם ו/או שכלם בוגד בהם. סידור מוסדי נתפס על ידם כמפלט אחרון, גם כאשר הם חולים כרוניים ו/או מוגבלים בתפקודם היומיומי. בעמדה זו מחזיקים גם בני משפחותיהם (יאול, 2004; Wagnild, 2001; Perez, Fernandez-Mayoralas, Rivera & Abuin, 2001). עם זאת, מספר גדל והולך של משפחות אינן מסוגלות לספק בעצמן את הטיפול הנדרש בבית. זאת, גם כאשר הזקן מקבל גמלת סיעוד מהביטוח הלאומי, אשר נועדה בבסיסה להשלים את הטיפול בו ולא להחליף את המשפחה, שהיא האחראית העיקרית לטיפול בבני המשפחה הזקנים. קשה למצוא מטפלים ישראלים אשר מוכנים לגור עם הזקן ולספק לו עזרה סביב לשעון. מה עוד, שהעסקת מטפלת ישראלית כזה כרוכה בתשלום נכבד, אשר משפחות רבות אינן מסוגלות לעמוד בו. עקב כך, התפתחה בארץ, כמו בארצות מערביות רבות, תעשייה של העסקת עובדים זרים בסיעוד (& Redfoot Houser, 2005). עובדים אלה מגיעים בעיקר מארצות מתפתחות באסיה הרוחקה, כמו: פיליפינים, הודו, נפאל וסרילנקה; ממדינות בדרום אמריקה וכן מארצות מזרח אירופה (WHO, 2006; AARP, 2005). עובדים אלה, המוגדרים כ"מהגרי עבודה", נתפסים כתמיכה משמעותית הן לזקנים המטופלים והן עבור בני משפחותיהם. לעתים, הם אף ממלאים את התפקיד המסורתי שבעבר מילאו בנות המשפחה בהיותן המטפלות העיקריות בזקן (Polverini & Lamura, 2004).

התופעה של הגירת עבודה אינה חדשה, אולם הממדים והאפיונים שלה השתנו בעשורים האחרונים. המטרה העיקרית בשכירת שירותיהם של מטפלים זרים היא השארת הזקן בבית. על פי הגדרת תפקידים (כורזים וכאהן-סטרבצ'ינסקי, 1998) של העובדים הזרים, הם אמורים למלא את כל תפקידי הטיפול בזקן, לנהל את משק הבית וכן לענות על צרכים רגשיים וחברתיים של הזקן. בכך, מטפלים אלה מאפשרים לזקנים להישאר בביתם ולזכות בטיפול ובהשגחה סביב לשעון. הם מסייעים להפיג את בדידותם ולבדיותם של הזקנים, מקלים על בני המשפחה בנטל הטיפול ומקדמים את רווחתם של הזקן ושל המטפל העיקרי כאחד (Iecovich, 2008). תופעה זו של מהגרי עבודה מהעולם השלישי אל העולם המערבי, בכלל זה בתחום תעשיית הטיפול הסייעי בזקנים, הופכת להיות כלל-עולמית והיא נפוצה בעיקר במדינות מערב אירופה ומרכז. יש ארצות מזדקנות, כמו איטליה, שבהן רוב מטפלי הבית הם מהגרי עבודה (Lamura, Melchiorre, Principi, Chiatti et al., 2009).

לסוגיה זו של מהגרי עבודה בתעשיית הסייעוד לזקנים יש היבטים שונים ומורכבים, אולם למרות זאת, המחקר בתחום זה עדיין בחיתוליו ומעט מאוד ידוע על תופעה זו. פרק זה ינסה לסכם את הידע הקיים ויתמקד בעיקר בתפקידים שממלא העובד הזר המטפל בזקן וביחסים הנרקמים בין המטפל הזר לבין מעסיקיו (הזקן ומשפחתו). כמו כן, יוצפו בעיות הכרוכות בסוג זה של שירות ויידונו השלכותיהן לגבי מדיניות רצויה בתחום.

מגמות סוציו-דמוגרפיות בהזדקנות האוכלוסייה

הגידול המהיר בשיעור הזקנים בעולם, כמו גם בישראל, לצד עלייה מתמדת בתוחלת החיים, הביאו לגידול משמעותי בשיעור הזקנים שהם חולים כרוניים, מוגבלים בתפקודם היומיומי וזקוקים למערכת שירותים לטיפול ממושך למשך תקופת זמן ארוכה (WHO, 2006). אומדן הזקנים בישראל, שהם בני 65 ומעלה, מוגבלים בתפקודם ונזקקים לטיפול ממושך בקהילה, עומד על 16.5% והוא מגיע ל-38.9% בקרב בני 80 ומעלה (ברודסקי, שנור ובאר, 2009). כלומר, עם העלייה בגיל עולה גם שיעור המוגבלות התפקודית ועמה עולה התלות בעזרת הזולת וגובר הצורך בסיוע ובעזרה בביצוע פעילויות יומיומיות. עם זאת, רוב הזקנים המוגבלים בתפקודם חיים בביתם בקהילה (80.1%). ראוי לציין, כי שיעור גדול מביניהם הן נשים (19.9% לעומת 11.9% בקרב גברים). כמו כן, רוב הזקנים המוגבלים גרים לבדם או עם בן זוג (כ-71%) (ברודסקי, שנור ובאר, 2009), שהוא כבר בעצמו זקן ומתקשה לעמוד בנטל הטיפול. התחזיות מצביעות על גידול מתמשך בשיעור הזקנים באוכלוסייה, כמו גם על עלייה מתמשכת בתוחלת החיים. כל אלה עשויים להביא במקביל לגידול משמעותי בשיעור הזקנים הזקוקים לסיוע הזולת, כדי להזדקן במקום (to age in place), בביתם בקהילה.

זמינותם של בני משפחה לטיפול בזקנים

במקביל לתהליכים הדמוגרפיים של הזדקנות האוכלוסייה, חלו שינויים רבים במבנה המשפחה ובתפקודיה. שינויים אלה הם:

1. הירידה המתמדת בשיעור הילודה הביא לכך, שמשפחות גרעיניות הן היום הרבה יותר קטנות מכפי שהיו בעבר. תופעה זו תלך ותגדל, משום ששיעורי הילודה צפויים להצטמצם עוד יותר בעתיד. למשל, שיעור הילודה לאישה בישראל עמד בשנת 1960 על 3.95 לאישה, וירד ל-2.9 בשנת 2007 (הלמ"ס, 2009). שיעור זה צפוי להצטמצם ל-2.0 בשנת 2025 (US Census Bureau, 2006).

2. שיעורי הגירושין נמצאים כל הזמן במגמת עלייה. למשל, בין השנים 1961 ל-2006 גדל שיעור הגירושין מכ-5% ל-12.5%, בעיקר בקבוצת הגיל 20 עד 44 (הלמ"ס, 2009). כתוצאה מכך, יש יותר משפחות חד-הוריות, אשר שיעורן גדל פי 3.8 מאז תחילת שנות ה-80 (של המאה הקודמת) (שמש, 2005). המשמעות של מגמות אלו היא, שאימהות חד-הוריות נאלצות כיום להתמודד עם בעיות של קיום וגידול הילדים, מה שמקשה עליהן להתפנות לטיפול בהוריהן הזקנים, תפקיד שאותו מילאו בעבר.

3. שיעור הנשים המצטרף לכוח העבודה עולה בהתמדה. למשל, בין השנים 1998 ל-2008 עלה שיעור הנשים העובדות (מעל גיל 15) מ-46.3% ל-51.3% ושיעור זה אף גבוה יותר בקרב נשים יהודיות (הלמ"ס, 2009). יתירה מזאת, גדל בהתמדה שיעורן של הנשים בעלות השכלה אקדמית אשר מפתחות קריירה מקצועית. נשים, שבעבר מילאו את התפקיד המסורתי של טיפול בבני משפחה ובכלל זה בבני משפחה זקנים, הן היום פחות זמינות למלא משימות מסורתיות אלה. לעתים, הן נקלעות לקונפליקט תפקידי בשל המחויבויות לעבודה ולמשפחה, הסותרות אלו את אלו. על רקע זה התפתח ענף חדש בספרות המקצועית, העוסק בסוגיה של תמרון בין עבודה למשפחה (למשל: Lewis, 2002; Parasuraman & Greenhaus, 2006).

4. תוחלת החיים העולה והקטנת ממדי הילודה הביאו למבנה משפחה משתנה: ממבנה אופקי, שבו יש מספר קטן של דורות, אולם מספר גדול יותר של בני משפחה בכל קבוצת גיל, למבנה אנכי של משפחות רב-דוריות, שבהן ארבעה ואפילו שישה דורות. מספרן של משפחות אלה הולך וגדל. משמעות הדבר היא, שעולה בהתמדה מספרן של המשפחות שיש בהן שני דורות של זקנים, למשל, הורים בני 90 ומעלה וילדיהם בני 70 ומעלה, כאשר דור הילדים כבר עסוק בהזדקנות של עצמו ואינו בהכרח מסוגל לתת מענה לצורכי הוריו, שהם זקנים מאוד וצרכיהם רבים ומוורכבים. באופן זה עשוי דור הנכדים להידרש לסייע לשני דורות של זקנים, כאשר מנגד הוא מצופה לסייע גם לילדיו בגידול הנכדים או שהוא עדיין נמצא במעגל העבודה.

5. עידן הגלובליזציה גרם לשיעורי הגירה גבוהים בקרב משפחות צעירות, העוברות לערים אחרות או למדינות אחרות בחיפוש אחר עבודה וקריירה מקצועית, כדי לשפר את מצבן הכלכלי. לעומת זאת, הזקנים נשארים מאחור עם רשת תמיכה מצומצמת.

מחקרים רבים מצביעים על כך, כי המשפחה ממשיכה עדיין למלא תפקיד עיקרי ומרכזי בטיפול בזקנים והעמדות לגבי מחויבותם של ילדים כלפי הוריהם הזקנים נותרו חיוביות ואיתנות (Iecovich, 2005; EUROFAMCARE Consortium, 2006; Lowenstein & Daatland, 2006; Daatland & Herlofson, 2003; Tornatore & Grant, 2002). למרות זאת, משמעותן העיקרית של המגמות האלה היא צמצום הולך וגדל במספר המטפלים הפוטנציאליים מקרב בני המשפחה, שיכולים וזמינים לטפל בזקנים הזקוקים לסיוע. לכן, הסוגיה של נטל הטיפול בבני משפחה זקנים עומדת על סדר היום הציבורי במדינות רבות, שבהן מתעוררות שאלות לגבי יכולת המשפחה ונכונותה להמשיך ולשאת בתפקיד זה לאורך זמן בעתיד. על רקע זה עולה לסדר היום גם הסוגיה בדבר קווי המדיניות שיש לאמץ לאור העלייה בצרכים לטיפול ממושך באוכלוסייה הזקנה, בהתחשב בשינויים הסוציו-דמוגרפיים שצוינו לעיל.

מטפלים פורמליים ובלתי פורמליים - מסגרת תיאורטית

באופן מסורתי, הטיפול בזקנים היה באחריותה הבלעדית של המשפחה. על רקע המודרניזציה והתהליכים החברתיים השונים, שהשפיעו על מבנה המשפחה ותפקידיה ועל מידת יכולתה להתמודד עם צורכי הטיפול בזקן, הלכו ונוצרו שתי מערכות תמיכה בזקן. האחת - המשפחה, בעיקר המטפל העיקרי מקרב בני המשפחה, הנושא ברוב נטל האחריות לטיפול בזקן; המערכת השנייה היא מערכת התמיכה הפורמלית, שנועדה להעניק שירותים וטיפול לזקן בביתו, כדי לסייע לו להישאר בסביבה שהוא מכיר ולסייע לבני משפחתו להתמודד עם משימות הטיפול. לפני למעלה מ-40 שנה החלה הספרות התיאורטית והמחקרית לדון ביחסי הגומלין שבין שתי מערכות תמיכה חברתיות אלה. ליטבק ומייר (Litwak & Meyer, 1966/7), כבר במחצית שנות ה-60, פיתחו תיאוריה סטרוקטוראליסטית-פונקציונליסטית בדבר הצורך באיזון בין ארגונים פורמליים לקבוצות ראשוניות. הם דיברו על הצורך במנגנוני תיאום בין שתי מערכות תמיכה אלה, כדי להביא לאיזון ביחסים ביניהן. על בסיס זה פיתח זוסמן (Sussman, 1977) את הגישה לפיה מערכות תמיכה בלתי פורמליות (משפחה) מתמחות בביצוע משימות ייחודיות, בעוד שמערכות תמיכה פורמליות מתמחות בביצוע משימות אחידות. זוסמן הציע טיפולוגיה של מערכות יחסים בין שתי מערכות התמיכה הללו. ליטבק (Litwak, 1982; Litwak & Falbe, 1985) המשיך ופיתח את התיאוריה של חלוקת תפקידים (Theory of Shared Functions), בהקשר לטיפול בזקנים ומתן מענה לצרכיהם. על פיו, בחברה מודרנית יש צורך בארגונים פורמליים גדולים ובקבוצות ראשוניות קטנות כדי למלא את משימות הטיפול בזקן, כשהוא הופך לחולה כרוני. הקבוצות הראשוניות, בשל המבנה המיוחד שלהן, מסוגלות למלא בצורה אופטימלית משימות בלתי צפויות, ייחודיות ופרטיקולריסטיות, בעוד שהמערכת הפורמלית, בשל המבנה שלה, מתמחה בביצוע משימות שגרתיות, טכניות, אחידות ואוניברסליות. בכך שתי המערכות משלימות האחת את זולתה. כנגד התיאוריה הזו קמו מתנגדים, אשר הציעו חלופות, כמו, למשל, התיאוריה של המודל המשלים (Supplementation model). לפי מודל זה, המערכת

הפורמלית משלימה את מה שמבצעת מערכת התמיכה המשפחתית (Edelman, 1986). תיאוריה אחרת מתייחסת לגישה הסימבולית-אינטראקציוניסטית (Symbolic interaction perspective) של מקאולי ועמיתיו (McAuley et al., 1990). תיאוריה זו ממשיגה את מערכת היחסים שבין שתי המערכות ומשלבת בתוכה מושגים מתוך הפרספקטיבה האקולוגית, שלפיה תפקידי בני המשפחה מבוססים על המשמעות והמטרה שהם מייחסים לעצמם, כמו גם על סוגי המשימות שעליהם לבצע וציפיות התפקיד שלהם מעצמם. על פי גישה זו, תפקידי הטיפול שמבצעת המערכת הפורמלית מעוצבים על ידי האינטראקציה הדינמית המתקיימת בין שתי מערכות התמיכה. זהו תהליך מתמשך, שלאורכו חלים כל העת שינויים שונים (Dupuis & Norris, 1997; Lyons & Zarit, 1999). למעשה, יש צורך בשתי המערכות, מאחר שכל אחת מהן נותנת מענה לצרכים אחרים של הזקן. באופן זה שתי המערכות מאפשרות להעניק לזקן טיפול הולם ומענה כולל לצרכיו.

במשך השנים, עם התפתחותה של תעשיית טיפולי הבית בזקנים, ובעקבותיה התופעה של העסקת מטפלים זרים, הגרים עם הזקן וחולקים את חייהם עמו, התחדדה השאלה עד כמה יש לראות בשתי מערכות תמיכה אלה מערכות נפרדות, המשתלבות זו עם זו או משלימות זו את זו, או שמא נוצר כאן דפוס חדש של מערכת תמיכה פורמלית, המשלבת בתוכה רכיבים מרכזיים המאפיינים דווקא את המערכת הבלתי פורמלית. לכן, לדברי קנטור (Cantor, 1991), עובדי הסיעוד הביתי הם קבוצה מיוחדת, הנמצאת בתווך שבין ספקי הטיפול הפורמלי לבין ספקי הטיפול הלא-פורמלי. זאת, כיוון שהמטפלים מבצעים ביחד עם בני המשפחה ובמקביל להם את משימות הטיפול בזקן.

הרכיב של איכות היחסים הנוצרים בין המטפל הפורמלי לבין המטופל הפך להיות מרכזי באיכות הטיפול הניתן לזקן בבית, במיוחד כאשר המטפלת הפורמלית גרה עם הזקן ונמצאת אתו במשך כל שעות היממה. במערכת יחסים שכזו מצופה מהמטפלת הזרה, כי לצד התפקידים האינסטרומנטליים היא תמלא גם פונקציות חברתיות ורגשיות, אשר בחלוקה הדיכוטומית המסורתית היו אלה משימות שהמשפחה מילאה, כמו תמיכה רגשית וחברתית, שיחה וכדומה. זאת ועוד. המטפלת הזרה חיה בתנאים ייחודיים. היא גרה עם הזקן וכל חייה מתנהלים בתוך מסגרת זו; היא נמצאת בקשר עם בני משפחתו ובד בבד היא רחוקה מבני משפחתה ומחבריה, אותם היא רואה לעתים מאוד רחוקות או בכלל לא, בשל העלויות הגבוהות של הוצאות הנסיעה לארץ מוצאה. במציאות הזו מתפתח גם אצל המטפלת הצורך לקשר אנושי ובין-אישי משמעותי, אשר באופן טבעי בא לידי סיפוק בתוך המסגרת, שבו-זמנית משמשת לה כמקום עבודה וכבית, אפילו שמשך שהייתה עם הזקן מוגבל בזמן. למעשה, נוצרת כאן מערכת תמיכה "שעטנזית" (hybrid) של תמיכה וטיפול בזקן (Ungerson, 1999), שבה הגבולות שבין עבודה (טיפול) ודאגה, בין הפורמלי ללא פורמלי, הולכים ומיטשטשים ובסופו של דבר חוברים יחד. בהקשר זה יש להתייחס למושג "caring" באנגלית, אשר מגלם בתוכו שתי משמעויות, שהן בבחינת שני צדדים של אותו המטבע: טיפול ודאגה שלא ניתן להפרידם זה מזה. כלומר, הטיפול

האינסטרומנטלי אינו שלם אם הוא אינו מלווה בדאגה ובזיקה רגשית למקבל הטיפול. בסוגיה זו נעסוק בהמשך.

מהגרי עבודה בתחום הסיעוד הביתי בזקנים

הגלובליזציה ומחסור מקומי בכוח אדם בתחומים שונים, ובכלל זה בתחום הסיעוד, הביאו להתפתחות הגירת עבודה, כאשר אנשים ממדינות עניות מהגרים למדינות מפותחות כדי לשלוח כסף למשפחותיהם שנשארו בארצות המוצא. לפי דיווחי האו"ם (United Nations, 2003) בשנת 2000 היו כ-159 מיליון מהגרי עבודה, שמתוכם 90 מיליון היו נשים. העידוד להגירת עבודה נובע משתי סיבות עיקריות: האחת, המצב הכלכלי בארצות המוצא, הדוחף אנשים להגר למדינות מפותחות בחיפוש אחר עבודה, כדי לכלכל את משפחותיהם שנשארו מאחור. הסיבה השנייה - ביקוש גובר לכוח אדם זול במדינות העשירות, עקב מצוקת כוח אדם מקומי, הנובעת מהיעדר עניין בעבודות שמהגרי עבודה מוכנים לבצע ואשר השכר והסטטוס הנלווים להן הם בתחתית הסולם החברתי והתעסוקתי (Piore, 1979).

בהקשר הייחודי של נשים מהגרות עבודה - לרבות מהן ההגירה משמשת מניע לשיפור מצבן האישי והחברתי חסר הזכויות, כמו גם מצבן הכלכלי, בשל העוני שבו הן נתונות בארצות מוצאן. באמצעות ההגירה נשים יכולות לברוח מתפקידים מסורתיים ומקבלה פסיבית של ערכים מסורתיים. במסגרת זו, מיליוני נשים מהגרות מארצות עניות לעשירות, כדי לשמש כמטפלות, כעוזרות משק בית ולעיתים גם כעובדות מין (ארנרייך והוכשילד, 2006). לעומתן, נשים בארצות העשירות אינן רוצות או אינן יכולות עוד למלא את עבודות הטיפול "הנשיות" ואת מקומן תופסות מהגרות עבודה. בארצות הברית, למשל, קיים מחסור חריף במטפלים לזקנים הזקוקים לטיפול ממושך. כוח האדם בתחום זה נשען בצורה מרבית על מטפלות מקבוצות מיעוט אתניות ומהגרות עבודה (Browne & Braun, 2008; Redfoot & Houser, 2005; Montgomery, Holley, Deichert & Kosloski, 2005). הגירת נשים ממדינות מתפתחות למדינות מפותחות, כדי לשמש מטפלות בית, משקפת, אם כן, מהפיכת מגדר כלל-עולמית (ארנרייך והוכשילד, 2006), שלא פסחה גם על ישראל.

הגירת עבודה לישראל החלה במחצית שנות ה-80 (של המאה הקודמת), כאשר מהגרי עבודה הגיעו כדי למלא מחסור בכוח אדם בתחומי החקלאות והבניין, שנוצר עקב הסגר על יהודה, שומרון ועזה בעקבות האינתיפאדה הראשונה, בשנת 1987. בסוף שנות ה-80 החלו להגיע לישראל גם מטפלים זרים בזקנים, אשר רובם היו מהפיליפינים. הם מילאו את אותו חלל שנוצר בשל מחסור בכוח אדם מקומי שייתן מענה לצרכים של אוכלוסיית הזקנים המוגבלים בתפקודם, בעיקר אלה הזקוקים לטיפול והשגחה סביב לשעון. רוב המטפלות הזרות מגיעות לתקופות זמן קצובות של חמש שנים או עד פטירתו של הזקן שבו טיפלו, גם אם חלפו יותר מחמש שנים. משהלך וגדל מספרם של מהגרי העבודה, כשבפועל לא היה בידם רישיון עבודה מחד, ומאידך, שוק העבודה

המקומי לא נתן מענה לצורך זה, לא היה מנוס מלמסד תופעה זו. המיסוד והלגיטימציה להבאת מהגרי עבודה ניתנו בשנת 1991, כאשר נחקק בכנסת "חוק העובדים הזרים", המעגן בחקיקה את זכויותיהם וחובותיהם של עובדים אלה ושל מעסיקיהם. בעקבות חוק זה נחקקה שורה ארוכה של תקנות ונהלים המסדירים את כל הפרוצדורות והתנאים להבאה ולהעסקה של עובדים זרים בסיעוד. מתן הלגיטימציה להעסקת עובדים בתחום הסיעוד הביא לגידול ניכר במספר המטפלים/ות הזרים/ות. בשנת 2000 נאמד מספרם בכ-19,000 (אופיר ועמיתיו, 2001), בשנת 2005 הגיע מספרם ל-38,790 (נתן, 2006) ובשנת 2008 עלה מספרם לכ-60,000 (קו לעובד, 2009). אפשר להעריך, כי כיום למעלה משליש מהזקנים המוגבלים בתפקודם והחיים בקהילה מעסיקים מטפלת זרה, שברוב המקרים גרה בביתם. מספר זה צפוי לגדול בעתיד לנוכח הביקוש הגובר בשירותים לטיפול בית ולנוכח המגמות הסוציו-דמוגרפיות והמחסור החריף במטפלים מקומיים בשוק העבודה המקומי, כפי שאוזכרו לעיל.

כאמור, רוב מהגרי העבודה בתחום הסיעוד לזקנים הן נשים* אשר גרות עם הקשיש בביתו ומספקות לו טיפול סביב לשעון במשך כל השבוע, למעט יום אחד שבו הן זכאיות לחופשה. הן מבצעות את מרבית המשימות הקשורות לטיפול אישי בזקן, השגחה וניהול משק הבית. יש לציין, כי בחלק גדול מהמקרים, הזקן המטופל הוא במצב סיעודי ומרותק למיטה או שהוא תשוש נפש הזקוק להשגחה צמודה. מעסיקיהם של עובדים אלה הם המשפחות של הזקן והזקן עצמו. על פי רוב חלק משכרו של המטפל משולם באמצעות גמלת הסיעוד (אם הזקן עונה לקריטריונים המוגדרים בחוק ביטוח סיעוד) והיתר מכוסה על ידי הזקן ו/או בני משפחתו. העלות הכוללת (שכר, דמי כיס וביטוח בריאות) עשויה להגיע לכ-1,000\$ לחודש ולעתים אף ליותר. עם זאת, הסדר זה מאפשר שמירה על רמת עלויות נמוכה, בהתחשב בחלופות האחרות, שהן הרבה יותר יקרות, כמו סידור מוסדי או טיפול בבית סביב לשעון באמצעות מטפלות מקומיות.

מטפלות זרות ושינויים בתפקידי המשפחה בטיפול בזקן

מקובל להניח, שמטפלים פורמליים בטיפול בית הם אלה הממלאים חלל בין הצרכים של הזקן לבין הסיוע המוענק לו על ידי המשפחה. במקרים מסוימים, המטפל הפורמלי עשוי לשמש תחליף או להשלים את הטיפול הניתן על ידי מטפלים בלתי פורמליים (Greene, 1983). טיפול בית היא צורת הטיפול הפורמלי השכיחה ביותר (Montgomery & Kosloski, 1995; Wallace, 1990). הניתנת לזקנים המוגבלים בתפקודם. התפקידים שממלאים מטפלים בלתי פורמליים ופורמליים (בתשלום) הם מגוונים ותלויים בנסיבות הייחודיות של כל זקן. במקרה של מטפלת זרה, הגרה עם הזקן, היא למעשה מבצעת את כל אותן משימות, שבאופן מסורתי בוצעו על ידי בני המשפחה. היא מבצעת משימות

* נשתמש בלשון נקבה כיוון ש-96% מהמטפלים הן נשים (הלר, 2003). לגבי התואר "זרות", המתקשר למושג "עובדות" או "מטפלות", הוא מדגיש את אי-שייכותם של מהגרי העבודה לחברה הישראלית, המגדירה את עצמה כ"מדינת לא-הגירה" (non-immigration state) (קמפ ורייכמן, 2008, עמ' 46).

הקשורות לאחזקת הבית (ניקיון, כביסה, בישול), לקניות, להכנת ארוחות ולטיפול אישי שנושא אופי אינטימי (Neysmith & Aronson, 1996; Karner, 1998). לכן, לדברי קנטור (Cantor, 1991), כפי שכבר ציינו, עובדי הסיעוד הביתי הם קבוצה מיוחדת הנמצאת בתווך שבין ספקי הטיפול הפורמלי לבין ספקי הטיפול הלא-פורמלי.

בספרות המקצועית קיים דיון רחב בשאלה האם מטפלות בית פורמליות מבצעות משימות משלימות, מחליפות או מקבילות לאלה המבוצעות על ידי מטפלים עיקריים במשפחה (Davey & Patsios, 1999; Ward-Griffin & Marshall, 2003). מכל מקום, מטפלות בית ממלאות את החלל שבין תמיכת המשפחה לבין צורכי הזקן ומבצעות את משימות הטיפול אשר בעבר בוצעו על ידי המשפחה (Karner, 1998). מטפלות אלה הן מטפלות פורמליות, אשר מועסקות על ידי הזקן ובני משפחתו והקשר ביניהם מעוגן בחוזה תעסוקה המגדיר את תנאי עבודתן, בכלל זה שכרן, זכויותיהן וחובותיהן. עם זאת, העובדה שהמטפלת גרה עם הזקן ובעצם חולקת את חייה עם חיו, ולעתים אף משמשת תחליף לבן משפחה (Hanley, Wiener & Harris, 1991) שאינו זמין, מחדדת את הקשר הבלתי פורמלי ביניהם. במילים אחרות, סוג זה של תמיכה מורכב בו-זמנית מאלמנטים המאפיינים את שתי מערכות התמיכה, הפורמלית והבלתי פורמלית כאחד.

כפי שצינו, נושא ההתייחסות למטפלות בית, שהן מהגרות עבודה, החל לזכות לתשומת לב מחקרית רק בשנים האחרונות (Lutz, 2002; Phizacklea, 2000; Ungerson, 1999, 2003) ומעט מאוד מחקרים נערכו בנושא. מספר מחקרים שנערכו בארץ (כורזים, גורן ונירן, 2002; יקוביץ, 2005; פורת ויקוביץ, 2009) מצאו, כי הזקנים גילו מידה רבה של שביעות רצון ממטפלות זרות הגרות איתם. גם בני משפחותיהם דיווחו על איכות חיים טובה יותר בהשוואה למטפלות מקומיות, שלא גרות עם הזקן.

מעט מאוד ידוע על השינויים שחלו בתפקידי המשפחה בטיפול בזקן עם כניסת עובד זר לתמונה. השאלה הנשאלת היא, האם המטפלת הזרה מחליפה את המשפחה בטיפול ובדאגה לזקן או שמא המשפחה ממשיכה להיות מעורבת, אך נעשית חלוקת עבודה בין המטפלת הזרה לבין המטפל העיקרי. חלוקת עבודה זו משנה את התפקידים שממלא המטפל העיקרי, אך עם זאת, הוא ממשיך להיות מעורב בצורה פעילה בסיוע לבן המשפחה הזקן. בקנדה, למשל (Oxman-Martinez, Hanley & Cheung, 2004) תקנות העבודה קובעות, כי התפקיד של מטפלת הגרה עם הזקן הוא לבצע משימות הקשורות בטיפול הישיר בו, אך בפועל היא מבצעת גם עבודות אחרות, כמו בישול לכל בני המשפחה, ניקיון וכביסה. מחקר שנעשה בארץ (נאון ועמיתיה, 2004) בחן את השפעת הימצאותן של מטפלות זרות על מעורבות המשפחה במתן טיפול. נמצא, כי רוב המטפלים העיקריים של זקנים, שהמשיכו להיות מעורבים בטיפול, גרו עם הזקן באותו משק בית או שגרו בקרבת מקום, אולם היקף הטיפול לא פחת. עם זאת, חלו שינויים בתחומים שבהם המשפחה סייעה. כלומר, המשפחה עברה להתמקד בתחומים הקשורים בניהול משק הבית וסידורים מחוץ לבית. מחקר נוסף, שמתבצע בימים אלה על ידי המחברת, מצביע על כך, כי ברוב המקרים, עם כניסת מטפלת זרה לטיפול בזקן,

בני המשפחה המטפלים חדלו או צמצמו את מעורבותם הפעילה בטיפול האישי בזקן ובפעולות משק הבית (כמו ניקיון וכביסה). עם זאת, רובם המשיכו להיות מעורבים מאוד בפעולות הקשורות בניהול ענייניו של הזקן, כמו סידורים, ליווי למרפאה, עניינים כספיים וכדומה. יש לציין, כי במחקר זה, על אף שנמצאה הלימה רבה בין תפיסת המטפל העיקרי את תפקיד המטפלת הזרה לבין תפיסת המטפלת הזרה עצמה את תפקידה ביחס לטיפול אישי, הייתה מידה רבה של חוסר הלימה לגבי תפיסת תפקיד המטפלת הזרה לגבי משימות קשות, הקשורות לניהול משק הבית, בעיקר עבודות ניקיון וכביסה. חוסר הלימה בתפיסת התפקיד עלול להיות מקור של מתח וקונפליקט בין המטפלת לבין מעסיקה. מתח זה עלול להביא לניצול של המטפלת, אשר את תסכוליה היא עלולה להשליך על הזקן, אבל בכך נדון בהמשך. יש לציין, כי יש מדינות כמו גרמניה, שם אין מטפלת זרה מוסמכת כלל להעניק טיפול אישי לזקן אלא אם עברה הכשרה מתאימה וקיבלה הסמכה לכך. בארץ, לעומת זאת, לאורך השנים, המטפלת הזרה לא נדרשה להיות בעלת הכשרה מיוחדת לפני שהחלה לטפל בזקן, כפי שגם אין הגדרת תפקיד פורמלית ומחייבת מה עליה לעשות ומה אסור לה לעשות. שטח אפור זה נתון למעשה למשא ולמתן בינה לבין מעסיקה. בחלק מהמקרים, מצב זה עלול לגרום לניצול מעמדה הנחות, תלותה של המטפלת במעסיקה ובדרישה ממנה לבצע עבודות שאין להן שום קשר לטיפול בזקן, שבגין סיבה זו ניתן לה למעשה רישיון עבודה בישראל. גלישה באתר האינטרנט של "קו לעובד" חושפת סיפורים קשים של ניצול מטפלות זרות, הגובל לעתים בעבדות ובהשפלה.

יחסים בין-אישיים בין הזקן והמטפל העיקרי לבין המטפלת הזרה

לטיב היחסים הנרקמים בין הצדדים יש משמעות המתייחסת לכל אחד מהמעורבים בטיפול בזקן: הזקן המטופל, המטפלת הזרה והמטפל העיקרי. מחקרים (Glendinning, Halliwell, Jacobs, Rummery & Tryer, 2000; Spandler, 2004) מצביעים על כך, שעל אף שמדובר בקשר פורמלי ועסקי, שבו המטפל מקבל תשלום עבור עבודתו מידי המטופל, גם המטפלים וגם המטופלים מעריכים קרבה ביחסים ביניהם וכי זהו היבט חשוב בעבודת המטפלת. העובדה שמרבית המטפלות הן נשים מצביעה על כך, שמחד גיסא תפקיד זה נתפס כתפקיד בעל רמה נמוכה ומאידך גיסא, כתפקיד מיוחד, הכולל אהבה ודאגה כלפי האדם שמקבל את הטיפול (Twigg, 2000). מאחר שהמטפלות הללו, שהגיעו מארץ רחוקה, מנותקות מהרשתות החברתיות הטבעיות שלהן, גרות עם הזקן ונמצאות אתו כל היום, הן הופכות להיות מעין חלק מהמשפחה. מצב זה מכונה "שארות מזויפת" (false kinship) ומשמעותו - העתקת הרגלים מתוך יחסי משפחה, כדי לעצב יחסי גומלין, אחריות ומידה של אינטימיות בין המעסיקים לבין המטפלים (Cox & Narula, 2003). לעתים, מצב זה מביא להפעלת לחץ מוסרי על המטפלת לעבוד יותר שעות ולבצע יותר משימות, בשל הקשרים הרגשיים המתפתחים בינה לבין

מעסיקיה. יתרה מזאת, העובדה שהמטפלות הופכות למעין בנות משפחה מקשה עליהן עוד יותר לעזוב את עבודתן והן תלויות במעסיק המשמש להן מעין רשת תמיכה.

הדדיות ביחסים היא רכיב חשוב ביותר בקשר שבין המטפלת למעסיקיה. קיים קושי להעסיק מישהו שמעניק טיפול אישי ואינטימי מבלי שיתפתח קשר רגשי ובין-אישי כלשהו בין המעורבים בעניין.

הספרות המחקרית מציעה מספר טיפולוגיות לאפיין את דפוסי היחסים הנרקמים בין זקנים לבין המטפלות הפורמליות שלהם:

1. מחקר שנערך בשבדיה (Olsson & Ingvad, 2001) הראה, כי למפגש בין מטפל לבין מטופל היה אופי אינטימי וכי טווח היחסים השתרע על פני רצף: מיחסי חברות עמוקים דרך יחסים שטחיים וכלה באיבה. היחסים אופיינו על ידי המטופלים על פי ארבעה ממדים: חוסר ביטחון, קרבה, תקשורת זורמת ושליטה. נמצאו ארבעה סוגי יחסים: חברי, לא בטוח, קרוב וסביר.

2. במחקרן של אוסטס ופישר (Eustis & Fischer, 1991) נמצא, כי רוב המטופלים הגדירו את המטפל הפורמלי "כמו חבר" או "בן משפחה" וכי היחסים בין המטופלים הזקנים לבין המטפלים בהם בביתם חצו את הגבולות שבין קשרים פורמליים לבין קשרים לא-פורמליים. שטטוש הגבולות נעשה בגלל הסיבות הבאות: (א) התפקידים היו מוגדרים באופן מעורפל ורוב העובדים ביצעו משימות נוספות; (ב) לעתים קרובות, אחד מרכיבי הטיפול הוא לשמש בן-לוויה לזקן, מה שמגביר את הקרבה בין הזקן למטפל; (ג) העובד נעשה מעורב בעולמו של המטופל מתוקף היותו חשוף אליו, לסביבתו האינטימית ולהתנהגותו הלא פומבית. על דפוס היחסים השפיעו גורמים, כמו: גיל, מגדר, רמת המוגבלות, מקום מגורים (עיר, כפר), סידור הטיפול (באמצעות סוכנות, העסקה ישירה).

3. קרנר (Karner, 1998) זיהתה דפוס יחסים שהיא כינתה בשם "Fictive kin", היינו, "קרוב מדומה". דפוס כזה, הנוצר כאשר המשפחה מעורבת באופן חלקי בלבד בטיפול והמטפל הוא זר, מתייחס לאנשים שאינם בעלי קרבת דם, אך "מאומצים" כחברי משפחה וזוכים לחיבה, התחייבויות ותפקידים כמו בן משפחה "אמיתי". הכנסת אדם זר הביתה, למקום מאוד אינטימי, מושגת לעתים על ידי הבניית יחסים משפחתיים עם המטפל. באופן זה קבלת הטיפול על ידי זר יכולה להיתפס כ"נכונה" והתחום הפרטי והאינטימי יכול להישמר ככזה. על ידי "אימוץ" העובד, הזקן יכול להמשיך להחזיק באידיאל התרבותי של טיפול משפחתי. גם עבור המטפל מספקים יחסים כאלה תחושה חיובית ומשמעות.

4. פירסי (Piercy, 2000) תיארה באופן דומה שלושה סוגי קשרים שהתקיימו בין מטפלים פורמליים לבין מטופליהם: ידידות (Friendly), חברות (Friendship), וכמו בן משפחה (Like one of the family), כאשר חברות היה הדפוס השכיח ביותר. יחסים קרובים היו אפשריים בשל מספר סיבות: הומוגניות של המגדר, בידוד חברתי של

המטופל והמשכיות בטיפול. כלומר, ככל שהיו תכונות דומות יותר בין הזקן למטפל, ככל שהזקן היה בודד יותר וככל שמשך הטיפול ארוך יותר, כך הייתה קרבה גדולה ביחסים ביניהם. ההבדל העיקרי בין "חברות" לבין "כמו בן משפחה" היה תהליך קוגניטיבי, שבו נשמרו הגבולות בין הצדדים. גבולות אלה הוצבו לרוב על ידי העובדים עצמם. גם במחקר שערכה המחברת על 201 טריאדות של נחקרים (הזקן, המטפל העיקרי והמטפלת הזרה) נמצא, כי רוב (52.3%) הזקנים תפסו את המטפלת הזרה כ"בת משפחה"; 19% תפסו אותה כחברה או כידידה ורק כ-29% תפסו אותה כעובדת. כלומר, הרוב ראה במטפלת הזרה אדם קרוב, כאשר אופי היחסים ביניהם הוא אופי של יחסים ראשוניים וזאת למרות היותה מתרבות שונה (פיליפינים). לעומתם, כ-48% מהמטפלים העיקריים תפסו את המטפלת הזרה כעובדת; 15.5% ראו בה חברה או ידידה והיתר (כ-37%) התייחסו אליה כאל בת משפחה. יש לציין, כי היה קשר חיובי מובהק בין התפיסות של הזקן ושל המטפל העיקרי. כלומר, ברוב המקרים, כאשר הזקן תפס את המטפלת הזרה כעובדת - כך התייחס אליה גם המטפל העיקרי; במקרים שבהם הזקן התייחס למטפלת כאל קרובה משפחה - כך התייחס אליה גם המטפל העיקרי. כמו כן, ככל שהזקן תפס את המטפלת הזרה כקרובה אליו יותר (בת משפחה), כך המטפלת דיווחה על רמת שביעות רצון רבה יותר מעבודתה. ממצאי מחקרה של פירסי (Piercy, 2000) הראו גם, כי התפתחות יחסים קרובים ושמירה עליהם הועילו לשני הצדדים: מטפל שעבד אצל זקן שהייתה לו רשת תמיכה מספקת הגביל את האינטימיות שבקשר בינו לבין המטופל ואילו עובד שעבד אצל זקן בעל רשת תמיכה מצומצמת, הרשה לעצמו לפתח אינטימיות רבה יותר בקשר ביניהם. גם דיקסטר (Dykstra, 1993) מצאה, שסוג התמיכה שסופק במערכת יחסים מסוימת תלוי היה בנוכחות מקורות התמיכה האלטרנטיביים או בהיעדרם.

ניתן לומר, כי על אף שטיפולוגיות אלה התייחסו למטפלות בית באופן כללי ולא דווקא למטפלות שהן מהגרות עבודה הגרות עם הזקן, אפשר להחיל גם על מטפלות שהן מהגרות עבודה.

מנקודת מבטה של המטפלת הזרה היא, למעשה, עובדת של הזקן ולכן מקובל להניח, כי השכר שאותו היא מקבלת הוא בעצם המניע שלה לעזוב את משפחתה ולהגר לארץ זרה. לכאורה, זהו טיפול פורמלי לכל דבר, אשר תמורתו העובדת מקבלת שכר חודשי ותנאים נלווים, כמקובל לגבי עובדים שכירים. עם זאת, האופי המיוחד של עבודת המטפלת הזרה, שגרה בביתו של הזקן ולמעשה חולקת עמו את חיו, כשהיא רחוקה מבני משפחה ומרשת התמיכה הטבעית שלה, כמו גם בדידותו ולבדיותו (ברוב המקרים) של הזקן, הופכת את טיב הקשר הבין-אישי המתפתח ביניהם לרכיב מרכזי בשביעות רצונה של המטפלת הזרה. מטפלות שגרו עם הזקן נטו לפתח קשרים הרבה יותר קרובים עם הזקנים ועם בני משפחותיהם לעומת מטפלות שלא גרו עם הזקנים (Chichin, 1991). מחקר שנערך בניו-יורק (Chichin & Cantor, 1990) הצביע על כך, שהשכר אכן היה גורם משמעותי ביותר בשביעות רצונה של המטפלת. עם זאת, נמצא גם, כי טיב מערכת היחסים שבין המטפלת לבין המטופל ובני משפחתו היו גורם משמעותי

בשביעות רצונה, גם כאשר היא לא הייתה מרוצה משכרה ומהתנאים הנלווים (Chichin, 1992; Chichin & Cantor, 1992).

מנקודת מבטו של הזקן המטופל, איכות היחסים הנרקמת בינו לבין המטפלת הגרה עמו היא רכיב חשוב באיכות הטיפול שהוא זוכה לו. הספרות המחקרית עוסקת רבות במערכת היחסים הבין-אישית ובאיכות היחסים הנוצרת בין מטפלת הבית לבין הזקן ורואה בגורם זה רכיב קריטי באיכות הטיפול בזקן ובקידום רווחתו (Geron, 1998; Geron, Smith, Tennstedt, Jette, Chassler & Kasten, 2000). איכות הקשרים הנוצרים בין המטפל לבין המטופל נמצאו גורם עיקרי לשביעות הרצון של הזקן (Woodruff & Applebaum, 1996), אולם טיב היחסים המתפתח בין המטפלת הזרה לבין המטופל הזקן עשוי לתרום גם לשיפור רווחתם של מטפלים עיקריים. מחקר שנערך בקרב מטפלים עיקריים (Piercy & Dunkley, 2004) מצא, כי טיפול טוב שניתן על ידי מטפלות בית שיפר את תפיסת המטפלים העיקריים לגבי איכות החיים של הזקן ואת ביצועיהם כמטפלים עיקריים וגם שיפר את איכות חייהם של המטפלים העיקריים (Iecovich, 2008). היחסים הבין-אישיים הנרקמים בין הצדדים עשויים להיות מושפעים גם מהבדלי סטטוס ומהבדלי כוח בין הקשיש לבין העובד. זקנים חולים, הנמצאים במצב תפקודי ירוד, עשויים לחוש כה אסירי תודה עבור העזרה שהם זוכים לה, עד שיכחישו שהשירותים אינם משביעי רצון. מאידך, כשהגזע והאתניות שונים, האדם בעל הסטטוס הנמוך יותר, לרוב העובד, עלול להרגיש חלש ומחויב להיענות לדרישות הקשיש, גם אם אלה אינן הגיוניות. ממחקרה של פירסי (Piercy, 2000) עולה, כי כאשר היחסים טובים (חברות) אזי הבדלי הסטטוס והכוח מצטמצמים, הזקנים מרוצים מהעזרה והעובדים חשים בעלי ערך כבני אדם.

שפה, תקשורת ושוני תרבותי

אחת הסוגיות הקשורות להעסקת מטפלות בית זרות הוא הרקע התרבותי שלהן, שפתן והשפעתם על הטיפול בזקן ועל היחסים המתפתחים ביניהם. בישראל, רוב המטפלות הזרות מגיעות מארצות אסיה הרחוקה (פיליפינים, נפאל, סרילנקה, הודו). הנורמות התרבותיות שלהן שונות מאלו שהן פוגשות בארץ בכלל ובבית הזקן, שבו הן גרות, בפרט. שוני תרבותי זה בא לידי ביטוי בכל המישורים, החל מקודים התנהגותיים וכלה בהרגלי אכילה וסוגי המזון שהן נוהגות לאכול. כמו כן, במקרים רבים אין הן דוברות את שפתו של הזקן וגם דתן שונה (נוצרית או בודהיסטית). עם זאת, ערכיהן התרבותיים תומכים בטיפול ובגילוי כבוד וחמלה כלפי אנשים זקנים, מה שמבטיח יחס אנושי כלפי מטופליהן (Browne & Braun, 2008; Browne, Braun & Arnsberger, 2007). באחד המחקרים (פורת ויקוביץ, 2009), שבחנו בין היתר את השפעת התקשורת באותה השפה על איכות היחסים הנרקמים בין הצדדים, נמצא כי תקשורת טובה יותר בין הזקן לבין המטפלת הזרה תורמת לקרבה רבה יותר ביניהם. קרבה זו תורמת למידה רבה יותר של שביעות רצון של הזקן מהמטפלת.

בניית יחסים בין-אישיים קרובים ואינטימיים מחייבת יכולת תקשורת בין הצדדים המעורבים בסיטואציה הטיפולית. לכן, יצירת קשר כזה תלויה גם במידה שבה הזקן והמטפלת דוברים את אותה השפה ומבינים זה את זה גם ברמה הלא-מילולית. למשל, בספרו של אהרון אפלפלד, "פתאום אהבה", מסופר על מטפלת ומטופל המתקרבים מאוד זה לזה, כשברקע המטופל כותב את סיפור חייו ואת סיפור חיי משפחתו בגרמנית - שפת האם של המטפלת. גם בספרה של סביון ליברכט (2000) "נשים מתוך קטלוג", מסופר על מטפלת פולנייה, היוצרת קשר של קרבה מאוד גדולה עם המטפלת המתגעגעת לשפת אימה, פולנית. מנגד, הסופר יהושע קנז (1997) בספרו "מחזיר אהבות ישנות" מתאר מטפלת פיליפינית המטפלת בזקן המרותק לכיסא גלגלים: "מה הריח הזה? אולי זאת איזו תרופה, איזה סבון מיוחד שהיא משתמשת בו, מי קולון שהיא הביאה מהארץ שלה, אולי שם הם אוהבים את הריח הזה? אולי זה ריח הגוף שלה, ריח הגזע שלהם? ריח חריף, לא נעים, כמו ריח המאכלים שהיא מבשלת לה, כנראה עם איזה תבלין שלהם, והוא משתלט על כל הבית. בשבועות הראשונים לא יכולתי להתרגל אליו, משהו מריר ומתקתק היה בו והזכיר לי משום מה ריח של פגר. כל פעם שהתעוררתי בלילה לא יכולתי להירדם שוב בגלל הריח הזה, ושנאתי אותה וקיללתי אותה... כך היא מובילה אותי בכיסא גלגלים לטיול בשכונה ואחר כך לגינה הציבורית, שם היא נפגשת עם כמה חברות שלה שעובדות בסביבה... הן מקרקרות בשפה המשונה שלהן, מוציאות מהגרון קולות שלא שומעים אצלנו" (עמ' 34-36).

מקורות אלה בספרות מחדדים את הקרבה שעשויה להיווצר בשל דמיון תרבותי ואפשרות לתקשר באותה השפה. מאידך, הזקן עשוי לחוש ריחוק מהמטפלת שלו ואף להיגעל ממנה, משום שבאה מרקע, מתרבות ומשפה זרים לו והוא נאלץ לחלוק עמה את חייו בהיבטים האינטימיים ביותר.

כאשר מדובר במטפלות זרות, יש להניח שבחלק גדול מהמקרים אין הן דוברות את שפתו של הזקן וגם רקען הדתי והתרבותי שונה מזה של הזקן. (בסקר (בר-צורי, 2001) שנערך בארץ נמצא, שהרמה הכללית של ידיעת העברית בקרב עובדים זרים הייתה נמוכה. אמנם רבות מהמטפלות הזרות דוברות אנגלית (כמו אלה המגיעות מהפיליפינים או מהודו), אך רוב הזקנים אינם שולטים בשפה זו. ממד נוסף של תקשורת הוא היכולת לפענח ולהבין קודים תרבותיים שונים. מעבר ליכולת לתקשר מילולית עולה גם הצורך בהבנת קודים לתקשורת בלתי מילולית. הבדלים תרבותיים בין אנשים עלולים לגרום לאי-הבנות ולהתפתחות קונפליקטים ותסכולים מצד שני הצדדים. תרבות משתקפת במחשבות ובהתנהגות והיא כוח מכריע בהגדרת דפוסי טיפול והתנהגויות בעת בריאות וחולי. בהקשר זה מנואל (Manuel, 1994) התייחס לכישרונם המיוחד של מטפלים פיליפינים לקיים יחסי גומלין המאופיינים ברגישות לרגשות הזולת, בנכונות לוותר, בשימוש בלשון נקייה, בהצגת בקשות ודעות בדרך נעימה ובהימנעות מעימות כדי למנוע מבוכה וקונפליקט. אך לא תמיד כך הם פני הדברים. הקושי בתקשורת מילולית ולא-מילולית עלול להביא אף להפסקת עבודתה של המטפלת אצל הזקן.

בעיות וסוגיות לדיון

1. שאלה של צדק חברתי: ההסדר של מטפלת זרה הגרה עם הזקן אינה אפשרות העומדת בפני כל זקן הרוצה בכך. הדבר תלוי במצבו הכלכלי ובמצבם הכלכלי של בני משפחתו, בעיקר ילדיו. כאשר ילדי הזקן, שהם גם על פי רוב המטפלים העיקריים, עובדים מחוץ לביתם, אזי סידור כזה עשוי לאפשר להם להמשיך ולעבוד, הגם שעליהם להשתתף במימון ההוצאה. ממצאי המחקר של המחברת מראים, כי כ-75% מבני המשפחה המטפלים היו אנשים עובדים ורובם עבדו במשרות מלאות. כמו כן, מרבית המטפלים העיקריים, שכאמור רובם אנשים עובדים, השתתפו בהוצאות ההעסקה של המטפלת, כאשר במקרים מעטים הוצאות העסקתה כוסו על ידי גמלת הסיעוד מהביטוח הלאומי ומהכנסותיו של הזקן. עולה, אם כן, כי מי שידו משגת יכול להרשות לעצמו סידור כזה, המאפשר לו הזדקנות בביתו. לעומת זאת, מי שאין ידו משגת נאלץ להסתפק בשעות הטיפול הניתנות באמצעות גמלת הסיעוד, שבמקרים רבים אינם עונים על צורכי הטיפול המרובים של הזקן ומטילים עומס רב על בני המשפחה. במצב כזה, ייתכן שהמשפחה תפנה לסידור מוסדי באמצעות המדינה, שהוא פתרון הרבה יותר יקר מטיפול בית הניתן באמצעות מטפלת זרה הגרה עם הזקן. עולה כאן, אם כן, סוגיה של צדק חברתי, המחייבת דיון ברמה של מדיניות: עד כמה הפתרון של מטפלת זרה לכל זקן מוגבל הוא פתרון רצוי מבחינה כלכלית וחברתית למדינה.

2. מצוקתה של המטפלת הזרה: בשל הריחוק והניתוק מבני משפחותיהן, בעיקר מילדיהן שנשארו בארצות המוצא, והיעדר תמיכה משפחתית ורשת חברתית מקומית, עלולה המטפלת לסבול מחרדת פירוד, לחץ, דיכאון ומצוקה רגשית אחרת (Finch & Vega, 2003). לצד זה יש להוסיף, כי גם בארץ המטפלת מבודדת חברתית, מאחר שרוב שעות היום היא נמצאת עם הזקן לבד בביתו, אשר אותו ואת בני משפחתו היא מרגישה צורך לרצות על מנת שלא תפוט. מצב זה יוצר תלות רבה של המטפלת במעסיקה ותלות זו מנוצלת לעתים לפגיעה, להתעמרות ולהתעללות במטפלת. למעשה, תלות זו הופכת את המטפלות הזרות לקבוצה פגיעה וחלשה, לטרף קל לאנשים המנצלים את פגיעותן. ארגון "קו לעובד" (קו לעובד, 2009), כמו גם התקשורת, מדווחים על ריבוי המקרים של ניצול מיני של מטפלות זרות על ידי בני המשפחות של הזקנים ועל מקרי ניצול והתעמרות הבאים לידי ביטוי בדרישות עבודה מוגזמות, הגובלות לעתים בעבדות, כמו הדרישה לטפל בזוג זקנים (נושא שהגיע לדיון משפטי ונקבעה פסיקה, שמטפל זר יטפל רק בזקן אחד) לצד אי-תשלום שכר והנלוות לו, כפי שמגיע על פי החוק. תלותה של המטפלת הזרה במעסיקה תרתיע אותה, במקרים רבים, לפנות לערכאות, להתלונן או לעמוד על המגיע לה כדין.

3. פגיעות של הזקן: חלק מהזקנים המטופלים על ידי מטפלות זרות הם תשושי נפש, אולם אין בידינו נתונים בדוקים לגבי מספרם. השהייה בחברת זקן תשוש נפש והטיפול בו סביב לשעון זוהי עבודה קשה ושוחקת מבחינה פיזית ונפשית. יש מצבים, שבהם בני משפחת הזקן אף מבקשים מהמטפלת לא לצאת ליום מנוחה בשבוע, המגיע

לה לפי החוק, ולטפל בזקן גם ביום זה, הגם שהיא מקבלת על כך תשלום נוסף. לצד זאת, יש להוסיף, כי במרבית המקרים, המטפלת הזרה לא קיבלה כל הכשרה מוקדמת כדי לטפל בזקן תשוש נפש או בזקן סיעודי ולכן היא איננה יודעת כיצד להתמודד עם בעיות שונות העולות עקב הטיפול וסביבו. אמנם, בנוהל שהוציא משרד התמ"ת (2009) נקבע, כי "עובד סוציאלי מטעם הלשכה יבקר בבית המטופל במשך ההעסקה, ככל שיידרש ולפחות פעם אחת בכל שלושה חודשים, כדי להדריך את העובד בדבר הטיפול, להדריך את המעסיק בדבר זכויותיו של העובד, לפתור בעיות נקודתיות וליידע את העובד בדבר הדרכים לפנייה לממונה על זכויות העובדים הזרים במשרד התמ"ת". אולם, באף נוהל או מסמך מפורטות המשימות שעל המטפלת הזרה לבצע ומה לא. על רקע זה עלולים להתעורר חילוקי דעות בין המטפלת לבין מעסיקה, בעיקר סביב עבודות הקשורות לניהול משק הבית וניהול ענייניו של הזקן. כך עולה גם ממחקרה של המחברת. לפי המחקר, באחוז גבוה של המקרים יש חוסר הלימה בין המטפל העיקרי לבין המטפלת הזרה את תפיסת תפקיד המטפלת. חילוקי דעות אלה עלולים להיות מקור של מתח וניצול.

זאת ועוד, בתהליך הגיוס של המטפלות הן נדרשות לעבור בדיקות רפואיות, כדי לבדוק את כשירותן הפיזית ולוודא שאינן חולות במחלה מדבקת. אך דווקא בעיותיה הנפשיות, אם הן קיימות, ומידת התאמתה האישיותית לטפל בזקן מוגבל ופגיע, אינה מקבלת התייחסות ראויה. לא בכדי נחשפנו, בשנים האחרונות, בתקשורת לתיאורים מצמררים של התעללות והתעמרות של מטפלות זרות בזקנים חסרי ישע, בעיקר בתשושי נפש, שאינם יודעים להתלונן. זאת, הודות למצלמות נסתרות שהתקינו בני משפחה, שהתעורר בליבם חשד שמשוהו אינו כשורה. ייתכן שמה שנחשף הוא רק קצה הקרחון ורב הסמוי על הנגלה. הנהלים שנקבעו על ידי משרד התמ"ת ביחס לחברות העוסקות ביבוא עובדים זרים בסיעוד, שנכנסו לתוקף בתחילת שנת 2009, מחייבים את החברות לקיים תכניות הכשרה בארצות המוצא של המטפלות ולדאוג להתאמה של המטפלת לזקן: "... הלשכה תקיים הכשרה והדרכה של העובד לעבודה בענף הסיעוד טרם השמתו בעבודה וכן עליה להדריך את העובד לטפל בצרכים המיוחדים של המעסיק שאצלו הוא מועסק. לגבי עובד המובא מחו"ל לפי סעיף 13 בנוהל זה, ההכשרה תתבצע בארץ המוצא ותיעשה על ידי מוסד מוכר מטעם המשרד הממשלתי הרלוונטי במדינת המוצא של העובד. כתנאי מקדמי להבאת עובד מחו"ל, על הלשכה להציג תעודה רשמית מאושרת כדין ממשרד ממשלתי רלוונטי של מדינת המוצא לפיו העובד עבר הכשרה לסיעוד במוסד המוכר על ידו". אולם, השאלה היא עד כמה הוראות אלה אכן נאכפות ובאיזו מידה מנגנוני הפיקוח יעילים ומועילים, כדי למנוע ו/או לחשוף תופעות כאלה עוד באיבן על מנת למגרן.

אלו הן מקצת הסוגיות הצפות על רקע העסקתן של מטפלות זרות בטיפול בזקנים. סוגיות אלו הן כבדות משקל, המחייבות התייחסות ברמה של מדיניות וברמה של הפרקטיקה כדי למנוע מצבים של פגיעה הן במטפלת הזרה והן בזקן חסר הישע, בהיות שניהם נמנים על קבוצות פגיעות וחלשות באוכלוסייה.

לסיכום, התופעה של מטפלת זרה הגרה עם הזקן בביתו ומעניקה לו טיפול סביב לשעון, היא תופעה שהולכת ומתרחבת במהירות ברחבי העולם המערבי, בכלל זה במדינת ישראל. יש להניח, שעם הזדקנות האוכלוסייה מחד גיסא, וזמינות נמוכה של בני משפחה לתת מענה לצורכי הטיפול המורכבים של הזקן, מאידך גיסא, לצד מדיניות ריסון ההוצאות על הטיפול בזקנים, הן ברמת המיקרו והן ברמה המקרו-כלכלית, יגבר הביקוש לסוג זה של שירות. הניסיון מראה, כי ברוב המקרים הסדר זה עולה יפה, כאשר בין המטפלת הזרה לבין מעסיקה נרקמים יחסים "מעין משפחתיים", רכיב שהוא מהותי לאיכות הטיפול הביתי בזקן. לכאורה, היה נדמה, כי סידור זה בא להחליף את המשפחה, אך המחקר בתחום מראה, כי המשפחה ממשיכה ליטול חלק פעיל בטיפול בזקן, על אף שחל שינוי באופי המעורבות שלה בכיוון של פחות מתן טיפול אישי לצד מעורבות רבה יותר בניהול ענייניו של הזקן. הסדר כזה אכן מאפשר לזקנים רבים לחיות את שארית חייהם בביתם ובסביבתם הטבעית, למנוע את הצורך בסידור מוסדי ובמקרים אחרים לדחות את הצורך בסידור כזה. עם זאת, הסדר זה כרוך במגוון בעיות, סיכונים וסוגיות, כפי שתוארו לעיל, שמחייבים דיון, ליבון וקביעת מדיניות, כמו גם דרכי איכפה על מנת למנוע מצבים של התעמרות וניצול של המטפלות מחד גיסא, ושל הזקנים חסרי הישע, מאידך גיסא.

מקורות

אופיר, י., דסקל, ח., דרור, נ., הולצמן, ב., הירשפלד, א. וחבצלת, ס. (2001). **עובדים זרים בתחום הסיעוד**. ירושלים: משרד הרווחה, הרשות לתכנון כוח אדם.

ארנרייך, ב. והוכשילד, א. ר. (2006). **האישה הגלובלית - מטפלות, עוזרות ועובדות מין בכלכלה החדשה**. תל-אביב: בבל.

ברודסקי, ג., נאון, ד., רזניצקי, ש. ובן נון, ש. (2004). **מקבלי גמלת סיעוד - מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים**. ירושלים: ג'וינט-מכון ברוקדייל והמוסד לביטוח לאומי, דמ-440-04.

אפלפלד, א. (2005) **פתאום אהבה**. ירושלים: כתר.

ברודסקי, ג., שנור, י. ובאר, ש. (2009). **קשישים בישראל: שנתון סטטיסטי 2008**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

בר-צורי, ר. (2001). **עובדים זרים בישראל: מיפוי סקרים, מחקרים ועובדות בתחום**. ירושלים: משרד הרווחה - הרשות לתכנון כח אדם.

הלמ"ס, (2009). **שנתון סטטיסטי**. ירושלים: הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. הורד בתאריך 1.7.09. http://www1.cbs.gov.il/reader/?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=328

הלר, א. (2003). **הטיפול בקשישים בישראל**. ירושלים: הכנסת, מרכז מידע ומחקר.

יאול, א. (2004). **הזקן הסיעודי: שלבי הירידה התפקודית, ההתמודדות והטיפול בזקן הסיעודי**. ירושלים: אשל.

יקוביץ, א. (2005). **דפוסי טיפול בזקנים זכאי גמלאות סיעוד, שביעות רצון של הזקנים מהטיפול, והקשרם לנטל טיפול, דפוסי התמודדות ואיכות חיים של מטפלים עיקריים - דו"ח מחקר**. באר שבע: אוניברסיטת בן גוריון בנגב.

כורזים, מ., גורן, ט. ונירן, ר. (2002). **מטפלות בית בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה והעסקה**. ירושלים: מכון ברוקדייל, דמ-02-365.

כורזים, מ. וכאהן-סטרבצ'נסקי, פ. (1998). **תקני איכות לעבודת מטפלת בית לזקן**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

ליברכט, ס. (2000). **נשים מתוך הקטלוג**. ירושלים: כתר.

משרד התמ"ת. (2009). **נוהל לשכות פרטיות להבאה, לתיווך ולטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד**. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 1.7.09. <http://www.moital.gov.il/NR/rdonlyres>

נאון, ד., ברודסקי, ג., בן-נון, ש., רזניצקי, ש., ברנדה, ב., גרא, ר. ושמלצר, מ. (2004). **קשישים מוגבלים מקבלי גמלה בכסף (גמלת שירותים מיוחדים לנכים) ומקבלי גמלה בעין (גמלת סיעוד)**. ירושלים: מכון ברוקדייל.

נתן, ג. (2006). **הסדרת העסקתם של העובדים הזרים בענף הסיעוד**. ירושלים: הכנסת - מרכז המחקר והמידע.

פורת, א. ויקוביץ, א. (2009). **דפוסי יחסים הנוצרים בין מטפלת זרה לבין זקן מטופל והשפעתם על שביעות הרצון של הזקן מן היחסים ומן הטיפול (בדפוס)**. **מגמות** (בדפוס).

קו לעובד. (2009). העסקת מהגרי עבודה בענף הסיעוד בשנת 2008. הורד מאתר האינטרנט בתאריך 1.7.09 www.kavlaoved.org

קנז, י. (1997). מחזיר אהבות ישנות. תל אביב, עם עובד.

קמפ, א. ורייכמן, ר. (2008). עובדים זרים. ירושלים: מכון ואן ליר.

שמש. א' (2005). דפוסי התנהגות של נשים חד-הוריות בשוק העבודה בישראל. ירושלים: הלמ"ס.

AARP. (2005). *AARP International forum on long-term care*. Retrieved December 16, 2005, www.aarp.org/research/international/events/lcforum_landing.html from

Browne, C.V. & Braun, K.L (2008). Globalization, women's migration and the long-term-care workforce. *The Gerontologist*, 48(1): 16-24.

Browne, C., Braun, K. & Arnsberger, P. (2007). Filipinas as residential long-term care providers: Influence of cultural values, structural inequality, and immigrant status on career choice. *Journal of Gerontological Social Work*, 48: 439-457.

Cantor, M.H. (1991). Family and community: Changing roles in an aging society. *The Gerontologist*, 31(3): 337-346.

Chichin, E.R. (1991). Formal counterparts of informal caregivers: Paraprofessional home care workers who live with their clients. *Journal of Long Term Home Health Care*, 10(2): 28-33.

Chichin, E.R. (1992). Home care is where the heart is the role of interpersonal relationships in paraprofessional home care. *Home Health Care Services Quarterly*, 13(1/2): 161-177.

Chichin, E.R. & Cantor, M.H. (1990). *Correlates of job satisfaction among homecare workers in New York City*. Paper presented at the Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society (43rd, Boston, MA, November 16-20, 1990).

- Chichin, E.R. & Cantor, M.H. (1992). The home care industry: Strategies for survival in an era of dwindling resources. *Journal of Aging & Social Policy*, 4(1/2): 89-105.
- Cox, R. & Narula, R. (2003). Playing happy families: Rules and relationships in au pair employing households in London, England. *Gender, Place and Culture*, 10(4): 333-344.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003). 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23(5): 537-560.
- Davey, A. & Patsios, D. (1999). Formal and informal community care to older adults: Comparative analysis of the United States and Great Britain. *Journal of Family and Economic Issues*, 20(3): 271-299.
- Dupuis, S.L. & Norris, J. E. (1997). Multidimensional and contextual framework for understanding diverse family members' roles in long-term care facilities research. *Journal of Aging Studies*, 11(4): 297-325.
- Dykstra, P.A. (1993). The differential availability of relationships and the provision and effectiveness of support to older adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10: 355-370.
- Edelman, P. (1986). The impact of community care to the home-bound elderly on provision of informal care. *The Gerontologist*, 26 [Special Issue], 263.
- EUROFAMCARE Consortium, 2006: Services for supporting family carers of older people in Europe. The Trans-European Survey report. University Medical Centre of Hamburg-Eppendorf, Hamburg, in press.
- Eustis, N. N. & Fischer, L. R. (1991). Relationships between home care clients and their workers: Implications for quality of care. *The Gerontologist*, 31(4): 447-456.
- Finch, B.K. & Vega, W.A. (2003). Acculturation stress, social support and self-rated health among Latinos in California. *Journal of Immigrant Health* 5: 109-116.

- Geron, S.M. (1998). Assessing the satisfaction of older adults with long-term care services: Measurement and design challenges for social work. *Research on Social Work Practice*, 8(1): 103-119.
- Geron, S.M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D. & Kasten, L. (2000). The home care satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail adults with home care services. *Journal of Gerontology, Social Sciences*, 55B (5): S259-S270.
- Glendinning, C., Halliwell, S., Jacobs, S., Rummery, K. & Tryer, J. (2000). New kinds of care, new kinds of relationships: How purchasing services affects relationships in giving and receiving personal assistance. *Health and Social Care in the Community*, 8(3): 201-211.
- Greene, V. L. (1983). Substitution between family and informally provided care for the impaired elderly persons in the community, *Medical Care*, 21, 609-619.
- Greene, V. L. (1983). Substitution between family and informally provided care for the impaired elderly persons in the community, *Medical Care*, 21: 609-619.
- Hanley, R. J., Wiener, J.M. & Harris, K.M. (1991). Will paid home care erode informal support? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 16(3): 507-521.
- Iecovich, E. (2005). *Care patterns of homecare services, satisfaction with services and family burden, coping strategies and quality of life*. Beer Sheva: Ben-Gurion University - The Interdisciplinary Center for Research on Aging (Hebrew).
- Iecovich, E. (2007). Live-in and live-out homecare services and care recipient satisfaction. *Journal of Aging and Social Policy*, 19(4): 105-122.
- Iecovich, E. (2008). Caregiving burden, community services, and quality of life of primary caregivers of frail elderly persons. *Journal of Applied Gerontology*, 27(3): 309-330.

- Karner, T.X. (1998). Professional caring: Home care workers as fictive kin. *Journal of Aging Studies*, 12(1): 69-82.
- Lamura, G., Melchiorre, M.G., Principi, A., Chiatti, C., Quattrini, S. & Luccetti, M. (2009). *Migrant care work for elderly households: Trends and developments in Italy*. Paper presented at the international conference of the European Social Science Section of IAGG. Malta.
- Lewis, J. (2006). Work family reconciliation, equal opportunities, and social policies: The interpretation of policy trajectories at the EU level and the meaning of gender equality. *Journal of European Public Policy*, 13: 3420-3437.
- Lowenstein, A. & Daatland, S.O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: Evidence from the OASIS study. *Ageing and Society*, 26(2): 203-223.
- Litwak, E. & Meyer, J. (1966/7). A balance theory of coordination between bureaucratic organizations and community primary groups. *Administrative Science Quarterly*, 11: 31-58.
- Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: The complementary role of informal networks and formal systems*. New York, NY: Guilford.
- Litwak, E. & Falbe, C. M. (1982). *Formal organizations and community primary groups: Theory and policy of shared functions as applied to the aged*. New York, NY: Brookdale Institute on Aging and Adult Human Development, Columbia University
- Lutz, H. (2002). At your service madam! The globalization of domestic service. *Feminist Review*, 70: 89-104.
- Lyons, K. S. & Zarit, S. H. (1999). Formal and informal support: The great divide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3): 183-196.
- Manuel, B. D. (1994). *Values in Philippine culture and education*. Washington, D.C.: Office of Research and Publications and the Council for Research in Values and Philosophy.

- McAuley, W. J., Travis, S. S. & Safewright, M. (1990). The relationship between formal and informal health care services for the elderly. In: S. M. Stahl (Ed.). *The legacy of Longevity: Health and health care in later life*. Newbury Park, CA: Sage.
- Montgomery, R., Holley, L., Deichert, J. & Kosloski, K. (2005). A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know. *The Gerontologist*, 45: 593-600.
- Montgomery, R. J. V. & Kosloski, K. (1995). Respite revisited: Re assessing the impact. In: P. Katz, R. Kane & M. Mezey, (Eds.). *Quality care in geriatric settings: Focus on ethnic issues* (pp. 47-67). New York: Springer.
- Montgomery, R., Holley, L., Deichert, J. & Kosloski, K. (2005). A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know. *The Gerontologist*, 45: 593-600.
- Neysmith, S.M. & Aronson, J. (1996). Home care workers discuss their work: The skills required to "use your common sense". *Journal of Aging Studies* 10(1): 1-14.
- Olsson, E. & Ingvad, B. (2001). The emotional climate of care-giving in home-care services. *Health and Social Care in the Community*, 9(6): 454-463.
- Oxman-Martinez, J., Hanley, J. & Cheung, L. (2004). *Another look at the live-in-caregivers program*. Retrieved May 6, 2007, from http://im.metropolis.net/research-policy/research_content/doc/oxman-marinez%20LCP.pdf.
- Parasuraman, S. & Greenhaus, J.H. (2002). Toward reducing some gaps in work-family research. *Human Resource Management Review*, 12: 299-312.
- Perez, F.R., Fernandez-Mayoralas, G., Rivera, F.E.P. & Abuin, J.M.R. (2001). Aging in place: Predictors of the residential satisfaction of elderly. *Social Indicators Research*, 54: 173-208.

- Piercy, K .W. (2000). When it is more than a job: Close relationships between home health aides and older clients. *Journal of Aging and Health*, 12(3): 362-387.
- Piercy, K.W. & Dunkley, G.J. (2004). What quality paid home care means to family caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 23(3): 175-192.
- Piore, M.J. (1979). *Birds of passage: Migrant labor and industrial societies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Polverini, F. & Lamura, G. (2004). *National report on Italy: Labor supply in care services*. Ancona: Italy, Istituto Nazionale de Riposo e Cura Anziarni, Department of Gerontological Research.
- Phizacklea, A. (2000). Gendered actors in migration. In: J. Andall (Ed.). *Gender and Ethnicity in Contemporary Europe*. Oxford: Berg.
- Redfoot, D.L. & Houser, A.N. (2005). *"We shall travel on": Quality of care, economic development, and the international migration of long-term care workers*. Research Report. AARP Public Policy Institute, AARP Public Policy Institute. Retrieved November 27, 2005 from http://www.aarp.org/research/longtermcare/quality/inb104_intl_ltc.html
- Spandler H. (2004). Friend or foe? Towards a critical assessment of direct payments, *Critical Social Policy*, 24 (2): 187–209.
- Sussman, M.B. (1977). Family and the elderly individual: An organizational linkage perspective. In: E. Shanas & M.B. Sussman (Eds.). *Family, bureaucracy and the elderly* (pp.2-20). Durham, NC: Duke University Press.
- Tornatore, J.B. & Grant, L.A. (2002). Burden among family caregivers of persons with Alzheimer's disease in nursing homes. *Gerontologist*, 42 (4): 497-506.
- Twigg, J. (2000). Carework as bodywork. *Ageing and Society*, 20: 389-411.

- Ungerson, C. (1999). Personal assistants and disabled people: An examination of a hybrid form of work and care. *Work Employment Society*, 13(4): 583 - 600.
- Ungerson, C. (2003). Commodified care work in European labour markets. *European Societies*, 5(4): 377-396.
- United Nations. (2003). *Women, nativity and citizenship. Women 2000 and beyond*. New York: U.N. Department of Economic and Social Affairs.
- US Census Bureau. (2006). International database. <http://www.census.gov/ipc/www/idb/country/isportal.html#DI>. Retrieved 30/7/2007
- Wagnild, G. (2001). Growing old at home. *Journal of Housing for the Elderly*, 14(1/2): 71-84.
- Wallace, S. P. (1990). The no-care zone: Availability, accessibility, and acceptability in community based long term care. *The Gerontologist*, 30(2): 254-261.
- Ward-Griffin, C. & Marshall, V.W. (2003). Reconceptualizing the relationship between "public" and "private" eldercare, *Journal of Aging Studies*, 17(2): 189-208.
- WHO. (2006). *The world health report 2006: Working together for health*, Geneve, Switzerland: WHO Press.
- Woodruff, L. & Appelbaum, R. (1996). Assuring the quality of in-home supportive services: A consumer perspective. *Journal of Aging Studies*, 10 (2): 157-169.

קובעי המדיניות החברתית ברחבי העולם מודעים יותר ויותר למהפכה הדמוגרפית המתחוללת בשנים האחרונות. האוכלוסייה מזדקנת והולכת, תוחלת החיים ממשיכה לעלות בקצב מהיר, מספר הילדים קטן, כוח העבודה מצטמצם ויחסי התלות בין האוכלוסייה הפעילה בשוק העבודה לבין אלה שאינם עובדים מתעצמים וגדלים.

"הזקן והמשפחה" נוגע בכל הסוגיות המרכזיות בתחום הזיקנה, תוך הצגת גישות רב-תחומיות. הספר מכוון זרקור על הזקן והמשפחה תוך הצגת מגוון של נקודות מבט. כותבי הפרקים השונים הם חוקרים ואנשי אקדמיה בעלי ידע ומומחיות בתחומם. המאמרים והנושאים המרכזיים הנדונים בהם מביאים לקורא תמונה רחבת יריעה על הזקן ומשפחתו ומציבים אתגר לדיון ולדיאלוג עתידי בין מעצבי המדיניות, חוקרים ומטפלים.

הספר מיועד לקובעי מדיניות, לחוקרים, לסטודנטים, לאנשי מקצוע ולציבור הרחב.

עורכי הספר הם **פרופ' יצחק בריק**, מנכ"ל אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל, ג'וינט ישראל ומרצה בחוג לגרונטולוגיה באוניברסיטת חיפה, ו**פרופ' אריאלה לבנשטיין**, ראש המרכז לחקר ולימוד הזיקנה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה, ראש החוג למינהל ולמערכות בריאות וראש תחום מחקר והוראה במכללה האקדמית יזרעאל ע"ש מקס שטרן.

מסת"ב 212836

ISBN: 978-965-7073-56-8



אשל, האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל
מיסודם של הג'וינט וממשלת ישראל

www.eshelnet.org.il