

**הקשר בין תנאי העסקת המטפל הסיעודי שהינו מהגר עבודה לבין משך העבודה, כוונת  
ההישארות בעבודה, שביעות רצון המטפל, המטופל ובן המשפחה והיחסים ביניהם**

**דו"ח סופי מוגש למוסד לביטוח לאומי**

**פרופ' יסכה כהן-מנספילד**

**פרופ' חוה גולנדר**

## תוכן עניינים

3	תקציר
3	מטרות המחקר
3	השערות עבודה
3	שיטה
4	תוצאות
6	מסקנות
8	רקע מדעי
9	שאלות המחקר
11	שיטת המחקר
11	מערך המחקר
11	המשתתפים במחקר
13	הגדרת משתנים תלויים ובלתי-תלויים
14	כלי המחקר
16	אופן איסוף הנתונים
16	השיטות הסטטיסטיות
16	תוצאות
17	מדיניות העסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בארץ ובעולם
25	המציאות בשטח ביחס להעסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל
27	נקודות המפגש והשוני בין תפיסות הקשיש, המטפל וקרוב המשפחה, לגבי תנאי העבודה
33	הקשר בין תנאי העבודה למערכת היחסים בין המטפל למטופל
34	באיזו מידה המטופל רוצה ומקבל טיפול "חברתי", מעבר לטיפול בפעילויות יומיומיות
35	איכות הקשר בין מטופלים למטפלים
	השפעת מצבו הקוגניטיבי של הקשיש ורמת הלחץ (burden) של בן המשפחה על מערכת היחסים בין המטפל, המטופל, ובן המשפחה
40	
46	דיון
48	מקורות

## תקציר

הטיפול בקשישים סיעודיים ומרותקים בישראל מתבסס במידה רבה על מדיניות של יבוא מבוקר ומאושר של עובדים לתפקידי טיפול אישי וסיעודי. כיום, למעלה מ- 50,000 מהגרי עבודה בארץ עוסקים בסיעוד, וכ- 30,000 קשישים מקבלים תמיכה כלכלית מהמוסד לביטוח לאומי לצורך העסקת מטפלים אלו. עם זאת, טרם נקבעו סטנדרטים לפיקוח על תנאי העסקתם ועל איכות עבודתם. סטנדרטים אלו הינם קריטיים לצורך הבטחת העסקה צודקת ולא פוגענית של המטפלים ואיכות טיפול ראויה/סבירה למטופלים, מניעת תחלופת יתר של העובדים וקביעת מדיניות אכיפה ברורה. חשיבותם מקבלת משנה תוקף לאור המשאבים הרבים המושקעים ביבוא המטפלים, הכשרתם, העסקתם והטיפול באלו שעבודתם הופסקה בשל חוסר שביעות רצון של המשפחות. בניית הסטנדרטים חייבת להיות נעוצה בהבנה של תנאי העבודה של המטפלים, ושל הקשרים בין משתני הרקע שלהם ושל המטופלים, תנאי העבודה ושביעות רצונם מעבודתם. מחקר זה נועד לפתח ידע זה ולספק כלים לפיתוח מדיניות ונהלים שיבטיחו איכות בסיסית הן לעובד והן למטופל. כמו כן, המחקר ייתן אומדן ראשוני של ההלימה בין נהלים קיימים לבין המציאות בשטח, אומדן הדרוש לצורך מדיניות אכיפה.

המחקר הנוכחי הינו ייחודי מכמה בחינות: (1) הוא שם דגש על תנאי הטיפול והמגורים של מהגר העבודה ובוחן את השלכותיהם הסיעודיות. (2) זהו המחקר הראשון הכולל מטופלים עם דמנציה, המהווים אחוז גבוה מכלל המטופלים על ידי מהגרי עבודה. (3) המחקר בדק של המידה בה תואמים התנאים במציאות למדיניות הקיימת בארץ ובמדינות אחרות.

### מטרות המחקר

בחינת תנאי העבודה של מטפלים סיעודיים שהינם מהגרי עבודה והשלכותיהם על המטפל עצמו ועל היחסים בינו לבין המטופל.

### השערות עבודה

תנאי העבודה של המטפל יכולים להשפיע על שביעות רצונו מהעבודה ועל ידי כך על מערכת היחסים הסיעודית. קשרים אלו הם בעלי משמעות גם ביחס לשביעות רצונם של המטפל והמטופל, ולמשך ההעסקה ותדירות תחלופת המטפל.

### שיטה

#### למחקר 4 שלבים:

1. איסוף מידע אודות מדיניות תנאי העבודה והמחיה עבור מהגרי העבודה המספקים שירותי סיעוד לקשישים, בישראל ובמדינות נוספות.
2. פיתוח שאלון אודות תנאי עבודה ומחיה של מהגרי עבודה. השאלון יתבסס על ספרות מקצועית רלוונטית, ועל הכוונות ועדה ייעודית אשר תורכב ממומחים מתחומי הסיעוד, זיקנה, עבודה סוציאלית ונציגים מחברות סיעודיות.
3. הרצת פיילוט של השאלון הנ"ל יחד עם שאלונים לבחינת הקשר בין המטפל למטופל, שביעות רצון העובד ותנאי העסקה.
4. העברת השאלונים בקרב מדגם של עובדים סיעודיים ומטופליהם.

• **מדיניות העסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בארץ ובעולם :**

בין שבע המדינות הנמצאות במוקד מחקר זה (קנדה, גרמניה, ישראל, סינגפור, ספרד, בריטניה, וארצות הברית), ישנם הבדלים משמעותיים בדבר מעמדם המשפטי של מטפלים זרים המתחלקים לארבעה היבטים של לגליזציה: זמינות ותנאי אשרת העבודה עבור מטפלים זרים; אפשרות של מטפלים זרים לעבוד ללא ויזת עבודה; הימצאותן או חסרונן של תוכניות רגולציה כלפי מטפלים זרים לא חוקיים; לגליזציה בהשתייכות של עובדים זרים והפיכתם לתושבי קבע במדינה המארחת. בקצה אחד של הספקטרום עומדת קנדה, בעלת התוכנית המותאמת ביותר למטפלים זרים, עם אופציה ברורה לקבל מעמד של תושב קבע. בצד השני של הספקטרום ממוקמת ארה"ב, לה אין לא תכנית לקבלת ויזה רשמית למדינה ולעבודה ולא תכנית רגולציה לעובדים לא חוקיים; אין לה גם רגולציות המגנות על זכויות המטפלים. הספרות מצביעה על כך שטיפול לקוי במטפלים זרים מתרחש אפילו במדינות בעלות מדיניות אופטימאלית, כמו קנדה או ספרד, אולם ההפרות שדווחו מועטות יחסית למדינות אחרות.

• **המציאות בשטח ביחס להעסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל :**

**תנאי מגורים** - כשליש מהמרוואיינים ישנים בחדר פרטי, במיטה אותה 30% מהם מתארים נוחה במידה רבה ו-45% במידה רבה מאד. כמעט לכל המרוואיינים (94%) ישנה גישה למכונת כביסה ויש ארון פרטי משלהם (89%). רובם מרגישים כי החדר בו הם ישנים מחומם מספיק בחורף (84%) ומקורר מספיק בקיץ (86%). **הסדרי אכילה, בישול ורכישת מזון** – 45% מהמרוואיינים דיווחו כי הם אוכלים את הארוחות שלהם ביחד עם בני הבית או מתי שהם חפצים בכך (29%). ב-61% מהמקרים, הקשיש אינו שומר כשרות, ובמקרים בהם הוא שומר כשרות, הדבר כמעט ואינו גורם לבעיות. אחוז כמעט שווה של מרוואיינים מכינים את האוכל שלהם בעצמם (41%). מעט מעל 50% רוכשים את האוכל שלהם בעצמם לעומת 40% שאינם רוכשים. רוב המרוואיינים אינם משלמים עבור האוכל שלהם (77%). לרוב, המטפלים הם אלו שעורכים את קניית המזון עבור הקשישים (65%), או אחד הילדים או קרוב משפחה אחר (30%). **תנאי העסקה** - לחלק מהמרוואיינים הייתה הבנה נמוכה עד בינונית של תנאי ההעסקה שלהם (15%), בעוד שהאחרים (39%) דיווחו כי הם מבינים במידה רבה, ובמידה רבה מאד (44%). אחוז כמעט זהה של מטפלים דיווחו כי יש להם ימי חופשה במהלך השבוע (44%), או כי אין להם כלל ימי חופשה במהלך השבוע (40%), וכי הם חייבים לעבוד כל יום עם הקשיש. מעט מעל 40% מהמטפלים עובדים במשך שמונה שעות או פחות ביום (שמונה שעות נחשב כיום עבודה טיפוסית), בעוד ש-30% דיווחו כי הם עובדים בין תשע לשתיים עשרה שעות ביום, וכמעט אותו האחוז דיווחו כי הם עובדים יותר משתיים עשרה שעות ביום. כרבע מהמרוואיינים (24%) דיווחו כי אין להם זמן חופשי לצאת מהדירה במהלך היום ואותו האחוז דיווחו כי הם יכולים לעזוב את הדירה רק ביום החופשי שלהם; 11% יכולים לצאת מהדירה כמה פעמים בשבוע, ו-15% יכולים לצאת על בסיס יומי. כסף עבור אוכל ומגורים מנוכה מהמשכורת של 36% מהמטפלים. כל המטפלים מחזיקים ברשותם את הדרכון שלהם ולרובם יש ביטוח בריאות (98%) וביטוח לאומי (98%). ל-83% מהמטפלים שעובדים מעל לשנה ניתנת חופשה שנתית. **שביעות רצון מתנאי העסקה** - מטפלים דיווחו על רמה חיובית גבוהה של שביעות רצון מתנאי המגורים שלהם (mean=4.27, SD=0.75), הסדרי אכילה ורכישת מזון (4.33, 0.82), ותנאים מסוימים של העסקה (4.16, 0.79); הם דירגו רמת שביעות רצון גבוהה כללית מעבודתם כמטפלים סיעודיים (4.22, 0.78).

דירוג שביעות הרצון מהמשכורת (3.74, 0.99) הינו נמוך משמעותית מיתר הדיירוגים ונע בין מידה בינונית למידה רבה.

● **נקודות המפגש והשוני בין תפיסות הקשיש, המטפל וקרוב המשפחה, לגבי תנאי העבודה. התפלגות**

**תאור תנאי העבודה היו דומים אצל המטפלים, קרובי המשפחה והקשישים :**

מטופלים לעומת מטפלים. המטופלים דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטפלים בנושאים הבאים: ניכויים מהשכר, מספר שעות עבודה, מספר הפסקות ואורך הפסקות. הבדל בכוון ההפוך היה במובן של אפשרות של קיום מנהגים דתיים, שבהם יותר מטפלים דווחו על יותר אפשרות כזאת לעומת המטופלים.

בני משפחה לעומת מטפלים. בני המשפחה דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטפלים בנושאי: ניכויים מהשכר, חופשה שנתית בתשלום, ובעיות הקשורות לכשרות. המטפלים דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר בני המשפחה בנושאים: יום מנוחה למטפל, וקיום מנהגים דתיים. בני משפחה לעומת מטופלים. בני המשפחה דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטופלים בנושא שעות העבודה.

לא היו הבדלים מובהקים בשאר תנאי העבודה.

● **הקשר בין תנאי העבודה למערכת היחסים בין המטפל למטופל :**

מדיווחים של המטופל לא נמצא קשר בין תנאי מחייה שונים (לינה בחדר פרטי, גישה לכביסה, ארון פרטי, מספיק חימום וקירור) לבין איכות הקשר של המטופל עם המטפל. עם זאת, מתוך הסדרי האכילה השונים, נמצאו תוצאות המעידות על קשר בין השאלה "האם יש בעיה בבישול והגשת האוכל בגלל כשרות הקשיש?" לבין איכות הקשר בין המטופל למטפל. בנוסף, לא נמצאו קשרים מובהקים בין מערכת היחסים לבין תנאי העבודה השונים כמו ימי מנוחה, שעות עבודה ביום, תכיפות ומשך זמן ההפסקות, כמו כן לא היו קשרים מובהקים משמעותיים עם תנאי המחיה.

● **באיזו מידה המטופל רוצה ומקבל טיפול "חברתי", מעבר לטיפול בפעילויות יומיומיות :**

באופן כללי, הקשישים הביעו מידה בינונית של רצון (3.17) לטיפול חברתי מהמטפלים הסיעודיים שלהם. דירוג ההעדפות כפי שהוא נתפס על ידי קרובי המשפחה, התאים להעדפות עליהם העידו הקשישים עצמם. בנוגע לטיפול חברתי באופן כללי, מטפלים דיווחו כי הטיפול שניתן ( $\text{mean}=3.59$ ) הינו גבוה משמעותית מהטיפול כפי שהוא דווח על ידי הקשישים ( $3.03, p \leq 0.000$ ), וגבוה בצורה שולית ממה שדיווחו קרובי המשפחה ( $3.30, p = 0.062$ ). בהתבסס על דיווחים של הקשישים וקרובי המשפחה, ההעדפות הקשישים ורמת הטיפול החברתי בפועל, תואמים באופן משמעותי בתחומים כמו היכרות של המטפל את הקשיש כאדם, קיום שיחות ויציאה להליכות משותפות. ישנה התאמה פחותה יותר בין ההעדפות של פעילויות פנאי לבין ביצוען בפועל. מעל 90% מהמטפלים רואים בעיסוק בטיפול חברתי כחלק אינטגרלי מתפקידם. אף על פי כן, לתפיסתו של המטפל לגבי האם טיפול חברתי מהווה חלק מתפקידו או לא, ישנה השפעה מועטה על תפקודו בפועל.

● **איכות הקשר בין מטופלים למטפלים :**

לגבי שאלת המחקר באיזו מידה המטפלים והקשישים מדרגים את איכות היחסים הבינאישיים שלהם: גם הקשישים וגם המטפלים נתנו דירוג גבוה לארבעה אינדיקטורים של איכות הקשר ביניהם. על פי מידע איכותני, את תפיסת המטפלים לגבי מערכת היחסים הבינאישית בינם לבין המטופלים ניתן להבין על פי שלוש תמות: 'לדאוג אחד לשני' ( $n=36$ ); 'יש חיבור טוב ביננו' ( $n=29$ ); ו'מתן טיפול

טובי' ( $n=25$ ). תפיסת הקשישים לגבי מערכת היחסים, גם מעלה שלוש תמות מרכזיות: 'דואגים אחד לשני' ( $n=10$ ); 'תקשורת טובה' ( $n=16$ ); ו'קבלת טיפול טוב' ( $n=36$ ).

• **גורמים המשפיעים על מערכת היחסים בין המטפל, המטופל, ובן המשפחה:**

מצבו הקוגניטיבי של המטופל לא השפיע על איכות הקשר בין המטופל למטפל ( $r=-0.08, p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין המטופל לבן המשפחה ( $r=0.11, p>0.1$ ). בדיקת הקשרים בין מערכת היחסים לתנאי החיים של המטופל הניבה מעט קשרים מובהקים. לדוגמה, מצא קשר מובהק בין נוחות המיטה על פי דווחי המטפל לבין שביעות רצונם בעבודה קשר דומה נמצא לגבי שימוש המטפל בארון פרטי. ורמת חימום נאותה בחדר. מתוך כל תנאי העבודה, נמצאו קשרים מובהקים בין שביעות רצון המטפל רק עם השאלות "עד כמה העובד מבין את תנאי העבודה?" ו"האם יש למטפל ימי מנוחה בשבוע?". בנוסף, איכות הקשר בין המטפל למטופל (על פי המטופל) מנבאת שביעות רצון גבוהה יותר אצל המטפלים ( $r=0.27, p<0.01$ ) אך תוצאה זו לא נמצאה מובהקת כאשר שביעות רצון נבדקה יחד עם איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה.

ניתוחים סטטיסטיים שבוצעו למען בדיקת הקשר בין הידע של המטפל למערכת היחסים בין המטפל, המטופל ובני המשפחה לא מצא קשר בין הידע לאיכות הקשר עם המטופל, עם בן המשפחה או עם שביעות רצון המטפל עם עבודתו.

**מסקנות**

• המחקר מדגים טווח רחב של התייחסויות למטפלים מהגרי עבודה בארצות שונות. טווח זה מתייחס הן לחוקים ותקנות לגבי מעמדם האזרחי והן לתקנות לגבי תנאי העבודה והחיים שלהם. לישראל תקנות המנסות להבטיח רמת חיים נאותה למטפלים מהגרי עבודה, אם כי אלה אינן המתקנות ביותר לעומת ארצות אחרות. בנושא זה מדינות רבות מתמודדות עם מספר מטרות שלהן השלכות מנוגדות. מצד אחד יש ניסיון לתת פתרון זול לבעייה הקשה והיקרה של טיפול בזקנים הנמצאים במצב של תלות. מצד שני, יש תחושת חובה להתייחס למהגרי העבודה בצורה מכבדת וללא ניצול של היותם זרים וחסרי אזרחות. דילמה זו קשה במצב בו להרבה קשישים ישנם משאבים מוגבלים הן מבחינת הדיור שלהם והן מבחינת מצבם הכספי. גם המערכת מוגבלת מבחינת המשאבים המוקדשים לנושא ולכן כמעט שאיננה מנטרת את מצב הקשישים והמטפלים ואינה תומכת בהם בהדרכה או בתמיכה כלכלית (מעבר לקצבת סעוד).

• המחקר מתאר תמונת מצב חיובית יותר של תנאי העבודה של מטפלים מהגרי עבודה ביחס לממצאים של קו לעובד. הסיבות להבדלים יכולים להיות נעוצים בכמה גורמים. ייתכן שחל שינוי חיובי בתנאים מזמן הסקר של קו לעובד. ייתכן שיש הבדל בין המחקרים מבחינת דגימת המשתתפים. אל קו לעובד מגיעות תלונות של עובדים וייתכן שזה היטה את המדגם שלהם. מצד שני, ייתכן שהמשתתפים במדגם שלנו, שהנו מדגם נוחות, הסכימו להתראיין מפני שלא היו להם בעיות קשות. עם זאת עלו בעיות שונות גם במחקר שלנו.

• למרות התמונה החיובית יותר מהסקר הקודם, תוצאות המחקר מצביעות גם על תחומים שבהם יש צורך לשפר. חלק גרים בסלון או בחדר משותף עם אדם אחר, מה שמהווה פגיעה בצרכי פרטיות בסיסיים, אם כי סביר שבמקרים אלה אין לזקן אפשרות לתת לעובד חדר פרטי. מה הפתרון לבעייה זו? באופן מקביל, רוב המטפלים עובדים יותר מידי שעות. גם זו בעייה שאיננה פתירה ושמקדמי

מדיניות צריכים לתת עליה את הדעת. להרבה עובדים אין אפשרות לצאת מהבית במשך יום שאיננו יום חופש.

- המחקר מצביע על נושאים שבהם שביעות הרצון נמוכה יחסית, כמו המשכורת. המחקר גם מראה נושאים ספציפיים של תנאי עבודה וחיים שהראו קורלציות מובהקות עם שביעות רצון, כמו מיטה נוחה, או העדר בעיות הקשורות לשמירת כשרות.
- למרות החשיבות שמייחסים העובדים לתנאי העבודה, לא מצאנו קשר ברור ביניהם לבין הקשר הבינאישי. עם זאת היחס הבינאישי של הקשיש עם המטפל ושל בן המשפחה עם המטפל היו קשורים באופן מובהק לשביעות הרצון. ממצא זה מעלה את השאלה האם, במקרים בהם הקשר אינו טוב, ניתן לשפר אותו באמצעות הדרכה של המטפל, של הקשיש, וואו של בן המשפחה. מהתאורים האיכותניים עולה תמונה מורכבת של גורמים אפשריים לקשר טוב וכל לקשר לקוי. קשר זה יכול להיות קריטי לאיכות החיים של הזקן ואולי גם של המטפל, ולכן כשהוא לקוי חשוב שהמערכת תתערב לשיפור.
- טיפול 'חברתי' עולה כנושא חשוב הקשור גם ליחס הבינאישי בין מטפל למטופל. יש צורך במחקרים נוספים שיסייעו למציאת כלים לאופטימיזציה של טיפול חברתי באופן שיתאים להעדפות של הזקן

## רקע מדעי

בישראל של היום, 38.9% מקרב הקשישים מעל גיל 80 הינם תשושים (Iecovich, 2009). הירידה בילודה לצד העלייה בכניסת נשים לשוק העבודה ולשינויים במערכת המשפחתית, יוצרים מחסור במטפלים לאוכלוסייה זו (Ayalon, 2009). בנסיון לספק מענה לצורכיהם, ניתנו למעלה מ-50,000 היתרים ניתנו למהגרי עבודה בענף הסיעוד בישראל 2007, שהם יותר מ-50% מכלל מהגרי העבודה העובדים בארץ (משרד התעשייה, 2007). מחסור טיפולי דומה נמצא במדינות מערב אירופה, שם נשים צעירות מהגרות ממזרח אירופה ממלאות את החלל שנוצר בשוק הסיעוד (Fine & Mitchell, 2007).

שוק העבודה הסיעודי מאופיין ברמות תחלופה גבוהות, אשר פוגעות באיכות הטיפול בזקן בשל קשיי הסתגלות וקטיעת רצף הטיפול הסיעודי (Smith & Baughman, 2007) ותהליך יצירת הקשר בין המטפל למטופל (Cohen-Mansfield, 1997). התחלופה גבוהה בקרב המטפלים הסיעודיים נובעת בחלקה מחוסר סיפוק בעבודה, הקשור בלחץ בעבודה (Cohen-Mansfield, 1995) ואולי גם בחלופות עבודה טובות יותר שהשוק מזמן. כלומר, שביעות הרצון של המטפל משפיעה על משך זמן העבודה של המטפל עם המטופל הקשיש ותוך כך על איכות הטיפול עצמו.

ממצאים דומים נמצאו גם בקרב עובדי סיעוד מהגרי עבודה בארץ. יקוביץ (2009) מצאה כי תנאי העבודה של המטפל הזר (משכורת, מידת המאמץ בעבודה ואוטונומיה בעבודה) משפיעים על שביעות הרצון שלו בעבודה. יקוביץ גם בדקה את שביעות הרצון של המטפל הנוגעת לתגמול הפנימי מעבודתו, ומצאה כי זו מושפעת בעיקר מאיכות היחסים עם המטופל ואוטונומיה בעבודה, כמו גם מרמת ההשכלה של המטופל והתאמה בתפיסות התפקיד הסיעודי ביחס לביצוע פעולות תפקוד יומיומי (IADL). בנוסף, מערכת היחסים בין העובד הסיעודי למטופל משחקת תפקיד מרכזי בקביעת איכות הטיפול הניתן למטופל ובתגמול הפנימי שמפיק העובד מעיסוקו (Iecovich, 2009).

בישראל של היום כשליש מהקשישים התשושים מעסיקים עובד סיעודי מהגר עבודה אשר מתגורר יחד עם הקשיש וזמין עבורו מסביב לשעון (Iecovich, 2009). האופי האינטימי של טיפול מסביב לשעון בבית הזקן מטשטש את הגבולות בין המרחב הפרטי לתפקיד המקצועי של המטפל ומעלה את הסיכון להתעללות. איילון (2009) מצאה כי רבים ממטפלי הסיעוד מהגרי העבודה בישראל סובלים מהתעללות בעבודה, הגורמת לשחיקה גבוהה מהעבודה. שלושת הסוגים הנפוצים יותר של התעללות, כפי שנמצאו בקרב 43%-40% ממטפלים פיליפינים, הם: התעללות מילולית, קבלה של מזון לא ראוי וניצול (דרישה לבצע משימות שהן מעבר להגדרת התפקיד המקורית ואי קבלה של יום חופש שבועי, ללא פיצוי נאות). כרבע ממהגרי העבודה דיווחו גם על התעללות פיזית ומינית. הרמה הגבוהה של התעללות בקרב מהגרי עבודה מעלה שאלות מוסריות בסיסיות. בנוסף, היא עשויה להשפיע על הגישה של המטפל לעבודה, על המוכנות שלו להישאר בעבודה ועל בריאותו הנפשית (Ayalon, 2009). השינוי במדיניות הכבילה למעסיק של מהגרי עבודה, שאסרה על מהגרי עבודה להחליף מעסיקים, לווה בעליה תלולה בתחלופת מהגרי עבודה שהועסקו בטיפול סעודי. תחלופה זו מקשה מאד על בן המשפחה הנאלץ למצוא הסדר חדש לעתים קרובות וגם מזיקה לקשיש הצריך להתרגל למטפלים חדשים המתחלפים תדירות. לפיכך דרושה טיפולוגיה רלוונטית למציאות הישראלית, המארגנת את מדרג הצרכים, הקשיים והעדפות הטיפוליות והתעסוקתיות של המטפלים הסיעודיים, כדי לבחון באמצעותה את מידת ההתאמה בין המטופל, הטיפול והמטפל מהגר העבודה. מחקר שנערך על מטפלות בית ישראליות במסגרת חוק ביטוח סיעוד העלה שקיימים הבדלים משמעותיים בין ציפיות הטיפול של המטפלות והעדפותיהן לבין מימושן בפועל, אלא



שהבדלים אלה לא השפיעו על שביעות הרצון שלהן מהעבודה (קצבמן, 2005). ספק אם ניתן להכליל ממצאים אלה על המטפלים מהגרי העבודה הנושאים בעול הטיפול בצורה רציפה, ממושכת וטוטאלית בהשוואה למעורבות החלקית בלבד של המטפלות הישראליות.

ישנם מעט מאוד מחקרים הבודקים את תופעת עובדי הסעוד מהגרי העבודה ומשמעותם עבור העובד, המטופל, ובן המשפחה. לאור שכיחות התופעה יש צורך להעמיק את ההבנה של נקודות החוזק והחולשה הנלוות אליה. הבנה מעמיקה של קשר זה יכולה לאפשר הנחיה טובה יותר לבחירת מהגר עבודה שתאפשר קשר טוב יותר, או שינוי מדיניות ונהלים שישפרו את מצב העובד והמטופל.

בניגוד למיעוט המחקר בנושא העובד הסיעודי מהגר העבודה, ישנם מחקרים רבים המתעדים את הלחץ שעובר בן המשפחה המטפל בקשיש, ואת תוצאותיו השליליות של לחץ זה (Gold, Reis, 1995; McKinlay, Crawford, & Tennstedt, 1995; Spitznagel, Tremont, Markiewicz, & Andres, 1995; Davis, & Foster, 2006). כמו כן קיימת ספרות המתעדת את הלחצים הנחווים על ידי עובדי סעוד במוסדות ואת השפעת מצבי הלחץ על תחלופת עובדים ועל שביעות רצון (Cohen-Mansfield, 1995; Cohen-Mansfield & Noelker, 2000; Lloyd & King, 2004; Montoro-Rodriguez & Small, 2006; Onyett & Matt Muijen, 1997). שיעור גבוה מכלל המטופלים על ידי מהגרי העבודה הם קשישים עם דמנציה. מחקרים קודמים מצביעים על ההשלכות הסיעודיות הנלוות למצבו הקוגניטיבי של הקשיש. בפרט, בקרב מטפלים בקשישים עם דמנציה, התנהגויות בעייתיות מצד המטופל תורמות באופן משמעותי לרמות המצוקה והלחץ של המטפל (Farran, Keane-Hagerty, Tatarowicz, & Scorza, 1993; Pinguart & Sörensen, 2003). מנגד, שיפורים משמעותיים בסימפטומים התנהגותיים ופסיכולוגים של דמנציה בקרב קשישים עם דמנציה לוו בהפחתה בלחץ אותו חווה המטפל (Callahan et al., 2006).

## שאלות המחקר

המחקר בחן את השאלות הבאות:

- **מדיניות העסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בארץ ובעולם:** מהן הגישות השונות להסדרת תנאי העבודה והמחייה של מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל, צפון אמריקה ואירופה? עבודה זו נעשתה ביחד עם דר' מירי בנטוויץ' ופרופ' גארמס-הומולובה.
- **המציאות בשטח ביחס להעסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל:** מהם תנאי העבודה המסופקים למטפלים אלו בישראל? תנאי העבודה מתייחסים לתנאי מגורים (חדר פרטי, סוג מיטה, קירור וחימום וכד'); מספר שעות עבודה ומנוחה; ימי חופש; חופשות שנתיות; היקף עבודה; הסדרי אכילה ורכישת מזון; זכות לקיים מנהגים דתיים. בנוסף, מהו הקשר בין תנאי העבודה לשביעות הרצון של המטפל מעבודתו? עבודה זו נעשתה בשיתוף עם דר' ברברה ג'נסן.
  - מהן נקודות המפגש והשוני בין תפיסות הקשיש, המטפל ועוזר המחקר, לגבי תנאי העבודה?
  - מהו הקשר בין תנאי העבודה למערכת היחסים בין המטפל למטופל?
- **באיזו מידה המטופל רוצה ומקבל טיפול "חברתי", מעבר לטיפול בפעילויות יומיומיות?** עבודה זו נעשתה בשיתוף עם דר' ברברה ג'נסן ופרופ' אסתר יקוביץ'

- **מהי איכות הקשר בין מטופלים למטפלים? עבודה זו נעשתה בשיתוף עם דר' קארן תשובה ופרופ' אסתר יקוביץ'.**
- **כיצד משפיעים מצבו הקוגניטיבי של הקשיש ורמת הלחץ (burden) של בן המשפחה על מערכת היחסים בין המטפל, המטופל, ובן המשפחה?**

#### **השערות המחקר**

השערת המחקר הנוכחי היא כי לתנאי הטיפול והמחייה של המטפל מהגר העבודה וכן לידע המקצועי שלו יכולה להיות השפעה על מידת הסיפוק שלו מהעבודה, ובכך על טיב הקשר בין המטפל למטופל. לקשרים אלו משמעות רבה גם ביחס לשביעות הרצון של המטפל והמטופל.

#### **השערות ספציפיות:**

1. יימצא קשר חיובי בין תנאי ההעסקה של המטפלים לבין שביעות רצונם מהעבודה ונכונותם להישאר בה. כך למשל, בתנאי העסקה קיצוניים עד למצבי התעללות, תימצא רמה נמוכה מאוד של שביעות רצון בקרב המטפלים ומידה נמוכה מאוד של נכונות להישאר בעבודה, יחסית לתנאים העסקה סבירים. במצבים בהם אין התעללות, לתנאי עבודה שונים תהיה השפעה שונה על שביעות רצון המטפל ורצונו להישאר בעבודה.
2. יימצא קשר חיובי בין יחס המטופל ובני משפחתו אל המטפל, לבין שביעות רצון המטפל ונכונותו להישאר בעבודה. יחס המטופל ובני משפחתו יהיו מנבאים חזקים יותר מאשר תנאי עבודה שונים, מפני שיהיה קשר בינם לבין תנאי העבודה.
3. במקרים בהם המטופל סובל מדמנציה, הידע של המטפל ושל בני המשפחה על המחלה, כמו גם רמת הלחץ שלהם, משפיעים על מערכות היחסים בין שלושת הגורמים (מטפל, מטופל, בני משפחה), שביעות רצונם ומשך העסקת המטפל.

## שיטת המחקר

### מערך המחקר

השיטה לבדיקת שאלת המחקר העוסקת במדיניות העסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בארץ בעולם, נערכה על ידי סקירת ספרות בנושא. כדי לענות על יתר שאלות המחקר, נערך סקר המתואר בהמשך..

### המשתתפים במחקר

#### אוכלוסיית המחקר:

פנינו ל-215 קשישים, על פי קריטריונים להכללה: (1) המטפל עובד אצל הקשיש ברוב או בכל זמנו. (2) המרואיין יכול לענות לשאלות בעברית או באנגלית. בסופו של דבר 64 מהם לא השתתפו במחקר- 26 אנשים לא השגנו כשהתקשרנו אליהם (למרות 3-8 ניסיונות התקשרות); 28 לא היו מעוניינים להשתתף במחקר מסיבות שונות; ועשרה קשישים נפטרו.

ערכנו 306 ראיונות המתייחסים ל-151 קשישים: 73 קשישים, 117 בני משפחה, ו-116 מטפלים, לפי החלוקה הבאה:

- ראינו את שלושת סוגי המשתתפים (קשיש/בן משפחה/מטפל) עבור 38 קשישים.
- ראינו שני סוגי משתתפים עבור 79 קשישים
  - קשיש וקרוב משפחה- שמונה מקרים
  - קשיש ומטפל- ב-17 מקרים
  - קרוב המשפחה והמטפל- ב-54 מקרים
- ראינו רק סוג אחד של משתתפים עבור 34 קשישים
  - רק הקשיש- ב-10 מקרים
  - רק קרוב המשפחה- ב-17 מקרים
  - רק המטפל- ב-7 מקרים-

הסיבות לכך שלא ראינו את כל סוגי המשתתפים עבור כל קשיש:

- 78 (מתוך 151) מהקשישים לא יכלו להתראיין מהסיבות הבאות:
  - דמנציה או סיבות בריאותיות אחרות- 64 קשישים
  - קשיי שפה (לא דוברים עברית או אנגלית)- השפות בהן אנחנו יכולים לראיין)- קשיש אחד
  - חוסר רצון להשתתף במחקר- שני קשישים
  - פטירת הקשיש- קשיש אחד נפטר לפני שרואיין
  - סיבות שאינן ברורות- 1 קשישים.
- 34 (מתוך 151) מקרובי המשפחה לא יכלו להתראיין מהסיבות הבאות:
  - חוסר רצון להשתתף במחקר- שבעה קרובי משפחה
  - קשיי שפה (לא דוברים עברית או אנגלית)- שני קרובי משפחה
  - חוסר זמן- שמונה קרובי משפחה
  - פטירת הקשיש- שני קשישים נפטרו לפני שקרובי משפחתם רואיין
  - לא רלוונטי- לארבעה הקשישים לא היו קרובי משפחה

- סיבות שאינן ברורות- קרוב משפחה אחדת 35 (מתוך 151) מהמטפלים לא יכלו להתראיין מהסיבות הבאות:

- קשיי שפה (לא דוברים עברית או אנגלית)- 19 מטפלים
- חוסר רצון להשתתף במחקר- ארבעה מטפלים
- פטירת הקשיש- שני קשישים נפטרו לפני שהמטפלים שלהם רואיינו
- סיבות שאינן ברורות- עשרה מטפלים

מתוך 215 המשתתפים אליהם פנינו, 156 הגענו מהביטוח הלאומי (כאשר נאמר לנו שהביטוח הלאומי שלח 2943 מכתבים); 59 הגיעו אלינו בדרכים שונות- ממשותפים אחרים, ממאגר שמות אותו רכשנו, ממחקרים אחרים ומהפניות ממועדונים ומרכזי יום. תרשים הזרימה של גיוס המשתתפים מתואר בתרשים 1.

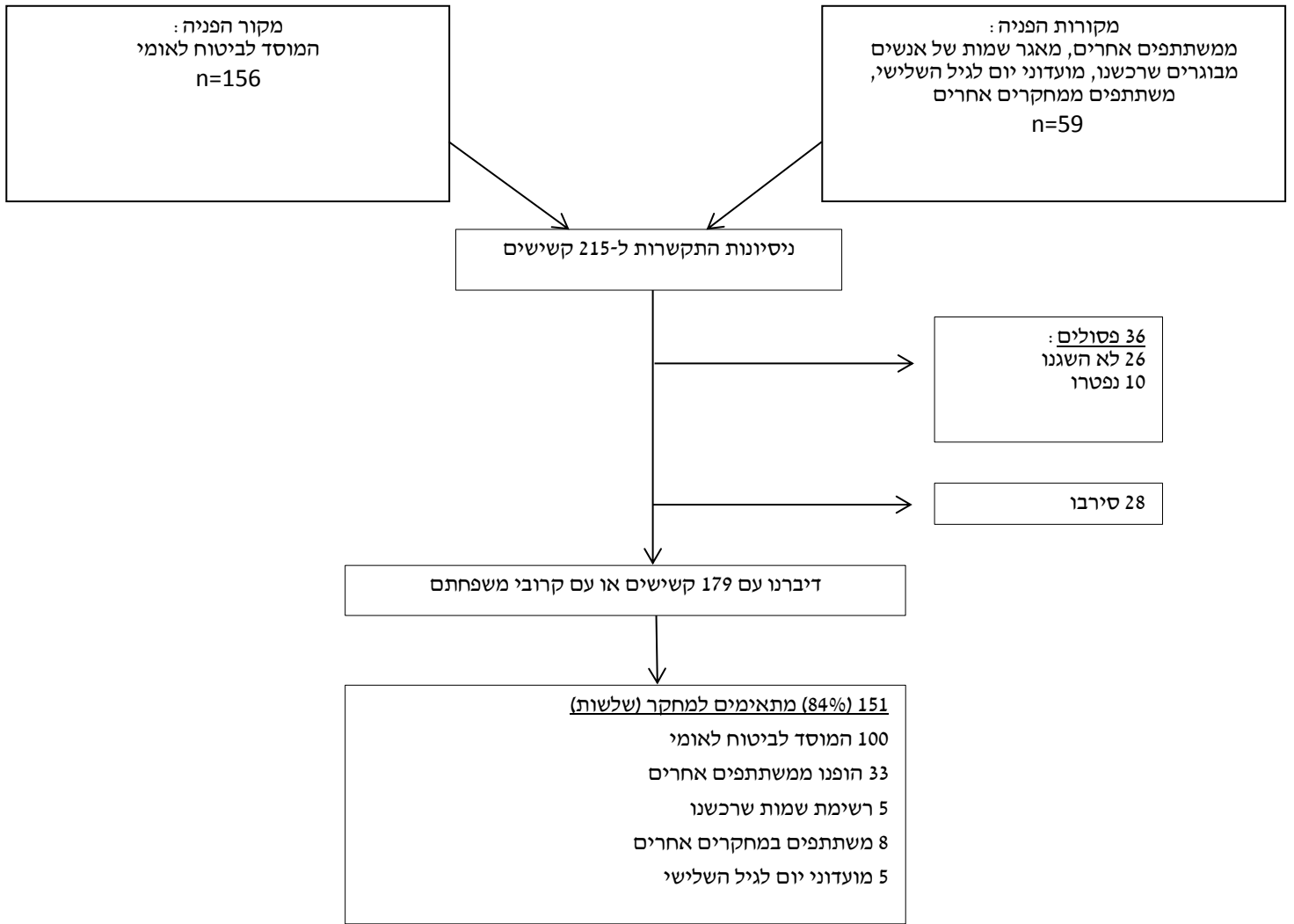
מתוך 151 השלשות שראיינו: למאה אנשים הגענו דרך הביטוח הלאומי; 33 אנשים הופנו על ידי משתתפים אחרים; לחמישה הגענו ממאגר השמות; שמונה גויסו ממחקרים אחרים; וחמישה הופנו ממועדונים ומרכזי יום.

הראיונות נערכו מחודש יוני 2012 (תאריך של ראיון ראשון), עד לחודש יוני 2014 (תאריך ראיון אחרון), דהיינו, במהלך שנתיים.

רוב המשתתפות במחקר הן נשים (79.5% מהקשישים ו-91.4% מהמטפלים). הגיל הממוצע של הקשישים הינו הוא 87.75 (SD=6.45) שנים. 68.27% אלמנות, בעלי ממוצע של 10.68 (SD=4.42) שנות לימוד, 2.5 (SD=1.66) ילדים בממוצע. קרוב לחצי מהקשישים נולדו באירופה (45.2%) ו-34.2% מהם הינם ניצולי שואה.

מהגרי העבודה הסיעודיים אותם ראינו הינם בטווח הגילאים שבין 26 ל-60, עם ממוצע גילאים של 38.79 (SD=7.28) שנים; 91.9% נשים. רוב המרואיינים (60.4%) נשואים או חיים עם בני זוג, 34.2% רווקים. ל-59.5% מהמטפלים יש ילדים בגיל ממוצע של 15.45 (SD=6.16). רוב המרואיינים (84.7%) דיווח כי יש להם חברים הגרים בקרבת מקום מגוריהם. 64.5% מהמרואיינים נולדו בפיליפינים, 2% במולדובה והיתר בדרום אסיה (נפאל 14.5%, הודו 12.7%, סרי לנקה 6.4%). רוב המרואיינים (76.2%) הינם נוצרים, והיתר מגדירים עצמם כבעלי דת ההינדו (12.8%) או כבודהיסטים (7.3%). המרואיינים בעלי ממוצע של 13.01 (SD=2.12) שנות לימוד, שוהים בישראל 68.59 חודשים בממוצע (SD=31.87), ומטפלים בקשיש הנוכחי 44.86 חודשים (SD=30.11). יותר ממחצית מהקשישים מדברים אנגלית עם המטפלים שלהם (כולל אלו שמדברים גם עברית וגם אנגלית), 26.0% מדברים רק עברית, ו-19% מדברים בשפות אחרות. רוב המרואיינים (82.7%) דיווחו כי טיפלו בעבר לפחות בקשיש אחד נוסף ו-4% טיפלו בעבר בילדים. משך הזמן הממוצע בו הם טיפלו בקשיש הקודם הוא 15.83 (SD=15.20) חודשים.

**תרשים 1:**



<p><u>34 שלשות עם סוג אחד של משותפים:</u> 10 קשיש בלבד 17 קרוב משפחה בלבד 7 מטפל בלבד</p>	<p><u>72 שלשות עם 2 סוגי משותפים:</u> 8 קשיש וקרוב המשפחה 17 הקשיש ומטפל 54 קרוב המשפחה והמטפל</p>	<p><u>38 שלשות עם שלושת סוגי המשותפים:</u> קשיש, קרוב המשפחה והמטפל</p>
<b>306 ראיונות</b>		

<p><b>116 מטפלים</b> 35 לא יכלו להתראיין: 19 מחסום שפה 4 לא היו מעוניינים להתראיין 2 קשיש נפטר 10 אחר</p>
---

<p><b>117 קרובי משפחה</b> 34 לא יכלו להתראיין: 7 לא היו מעוניינים להתראיין 2 מחסום שפה 8 לא היה זמן להתראיין 2 קשיש נפטר 4 אין קרובי משפחה</p>
--

<p><b>73 קשישים</b> 78 לא יכלו להתראיין: 64 ירידה קוגניטיבית או בעיות בריאותיות אחרות 1 מחסום שפה 2 לא היו מעוניינים להתראיין 1 נפטר 1 אחר</p>
--

ני-תלו

- משך זמן עבודה/ ורמת תחלופה של מהגר עבודה
  - כוונת הישארות בעבודה
  - שביעות הרצון: (1) של המטפל, (2) של המטופל, (3) של בן המשפחה
- משתנים בלתי-תלויים:

- משתני רקע:
    - משתנים דמוגרפיים של המטפל, המטופל, ובן משפחה (כגון גיל, השכלה ומצב סוציו-אקונומי)
    - ידע וניסיון מקצועי של המטפל
    - ידע ורמת לחץ של בן המשפחה
    - מצבו של הקשיש ומידת העזרה לה הוא נזקק
- משתנים מתווכים:

- תנאי העסקה:
  - תנאי מגורים: חדר פרטי, סוג מיטה, חדר רחצה
  - מספר שעות עבודה ומנוחה
  - ימי חופש
  - פיצויי פיטורין
  - היקף העבודה
  - אופי העבודה הנדרשת
  - הסדרי ארוחות
  - הזכות לקיים מנהגים דתיים
  - יחס מצד הקשיש המטופל ובני משפחתו
- יחסים בין המטופל למטפל
- איכות טיפול

#### **כלי המחקר**

##### **■ נתוני רקע:**

מגדר, גיל, ארץ לידה, שנת עליה לארץ, מידת דתיות, מצב משפחתי, מצב כלכלי, מצב בריאותי, מקום מגורים, מספר האנשים הגרים בבית, מספר שנות שהייה בארץ, ניסיון סיעודי קודם, שנות השכלה, שפה, יכולת תקשורת של הקשיש, מקום המגורים: דירה פרטית בשכונה, בית פרטי, דיור מוגן, מוסד.

##### **■ עומס טיפול בזקן:**

The Zarit Burden Interview: Short version (Bedard et al., 2001).

גרסה מקוצרת של השאלון המקורי ZDI- Zarit Burden Interview (Zarit, Orr, & Zarit, 1985). המכילה 19 פריטים המודדים עומס טיפול בבן המשפחה וגרסה המכילה 13 פריטים המודדים עומס טיפול בקשיש למטפלים. דירוג הפריטים הינו על סולם בין 0 (לעולם לא) ל 4 (כמעט תמיד).

■ שאלון תנאי עבודה :

הורכב משאלות ספציפיות והכיל את הפריטים הבאים :

- כמה זמן מועסק המטפל הנוכחי?
- האם הועסקו מהגרי עבודה קודם לו? אם כן, מתי ולאיזה משך?
- מהם תנאי המגורים המסופקים למטפל? האם יש לו חדר פרטי? באיזו מידה המיטה נוחה?
- מהו מספר שעות העבודה והמנוחה ביום?
- האם המטפל מקבל יום מנוחה בשבוע?
- האם המטפל מקבל הפסקות במהלך העבודה? כמה ולאיזה משך?
- האם המטפל נדרש לבצע מטלות שאינן קשורות לטיפול בזקן? מהן?
- מהם הסדרי האכילה ורכישת המזון של המטפל?
- האם למטפל יש החופש לקיים מנהגים דתיים?
- האם המטפל מקבל תשלום כפי שהוסדר מראש?

שאלון זה מבוסס, בין השאר, גם על נהלים בארץ ובעולם לתנאי עבודה של מהגרי עבודה.

■ טיב היחסים בין הקשיש למטופל :

Dyadic Relationship Scale: Revised version (Sebern & Whitlatch, 2007).

גרסא מעודכנת של הסולם המקורי (Poulshock & Deimling, 1984) : Dyadic Relationship Scale, . הכוללת שני תתי סולמות : 1. מתח דיאדי (לדוגמא, "חשתי כעס כלפיו"); 2. אינטראקציה דיאדית חיובית (לדוגמא, "למדתי דברים טובים אודותיו"). השאלון הועבר הן למטפל (16 פריטים) והן למטופל (8 פריטים) ומידת ההסכמה עם הפריטים בו מדורגת על סולם מ-1 (לא מסכים כלל) עד 4 (מסכים מאוד). תוצאות גבוהות בכל תת-סולם מעידות על רמות גבוהות של מתח/אינטראקציה חיובית.

■ סטאטוס קוגניטיבי :

The General Practitioner assessment of Cognition. GPCOG Screening Test: (Brodaty et al., 2002).

הסולם נע בין 0-9, כאשר התוצאה הנמוכה יותר מצביעה על תפקוד קוגניטיבי נמוך יותר. במקרים בהם קיבלנו הסכמה מהקשיש ומבן המשפחה, העברנו את מבחן ה-GPCOG לקשיש. לקרובי המשפחה ולמטפלים העברנו שאלון Informant Interview.

■ מידת העזרה לה נזקק הקשיש :

Activities of Daily Living Scale (ADL) (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963).

סולם בן שבעה פריטים המשמש להערכת מידת העזרה לה נזקק המטופל בביצוע פעולות בסיסיות (אכילה, לבוש, טיפוח, הליכה, כניסה ויציאה מהמיטה, רחצה, שליטה בצרכים).

Instrumental Activities of Daily Living scale (IADL) (Lawton & Brody, 1969).

סולם בן שמונה פריטים המשמש להערכת תפקוד יומי מתקדם (שימוש בטלפון, הגעה למקומות שאינם במרחק הליכה, קניית מצרכים לבית, הכנת ארוחות, טיפול במטלות בבית, כביסה, נטילת תרופות, ניהול תקציב ביתי).

שני סולמות אלו (IADL, ADL) מעריכים את מידת העצמאות של האדם בכל אחד מהתחומים (2 = לא זקוק לעזרה, 1 = זקוק לעזרה, 0 = כלל לא מסוגל לבצע). באם נדרשת עזרה, נשאל את המטפל האם הוא מספק עזרה זו.

#### ▪ שאלון איכות טיפול :

Primary Care Assessment Survey (PCAS) (Murray & Safran, 2000).

איכות הטיפול הוערכה באמצעות שאלון אשר התבסס חלקית על ה-PCAS. שתי שאלות נלקחו מה-PCAS ואת שאר השאלון פיתחנו. השאלון מולא על ידי המטפל, בן המשפחה ובמידת האפשר המטופל עצמו.

#### ▪ שביעות רצון :

שביעות רצון מ: (1) עבודת המטפל, (2) תנאי ההעסקה והמחייה של המטפל ו (3) היחסים בין המטפל, המטופל ובן המשפחה. שאלות אלה הוצגו למטפל, לקשיש (במידת האפשר) ולבן המשפחה.

#### ▪ שאלון טיפול חברתי :

הורכב משאלות בתחומים הבאים: מידת היכרותו של המטפל את הקשיש כאדם (ערכים, אמונות, תחביבים, רצונות, העדפות וכד'); מידת הכרתו של המטפל בנושאים המטרידים או מעסיקים את הקשיש; תדירות קיום שיחה בין המטפל לקשיש שלא בנושא הטיפול; יציאה לטיול עם הקשיש; פעילויות חברתיות ופנאי משותפות למטפל ולקשיש כמו משחק משותף (בקלפים, דומינו וכד'); צפייה משותפת בטלוויזיה. בנוסף, המטפלים נשאלו אם הם תופסים את הפעילויות הנ"ל כחלק מתפקידם.

#### אופן איסוף הנתונים

איסוף הנתונים נערך על ידי מפגשים אישיים של עוזרי המחקר עם המטפל, הקשיש ובן משפחתו. מפגשים אלה התקיימו בבית הקשיש או במקום אחר על פי העדפת המרואיין. במקרים מסוימים המרואיינים העדיפו להתראיין מחוץ לבית אם משום שהדבר אפשר פרטיות ודיווח ללא נוכחות הנוגעים בדבר, ואם משום שלא היה נוח לקשיש שיבקרוהו בביתו. עם זאת, בחלק מן המקרים הריאיון נערך בבית הקשיש. הנתונים יוכנסו ישירות למחשב בשאלונים באתר חסוי באינטרנט על מנת להמעיט את הקידוד ברמת האפשר. שיטה זו שימשה אותנו בהצלחה במחקרים קודמים.

#### השיטות הסטטיסטיות

תנאי העבודה מתוארים תחילה כהתפלגויות, ואחר כך נבדקו הקשרים בין משתני הרקע, תנאי העבודה, המשתנים המתווכים והמשתנים התלויים, על ידי בדיקת מתאמים פרמטריים או לא פרמטריים לפי סוג השאלה.

## תוצאות



## **מדיניות העסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בארץ ובעולם:**

הן הגישות השונות להסדרת תנאי העבודה והמחייה של מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל, צפון אמריקה ואירופה?

המחקר הנוכחי מנתח את התקנות הקיימות לגבי תנאי העבודה והמחייה, לעומת המצב בפועל של מטפלים זרים החיים בבית המטופל, בשבע מדינות שונות. מדינות אלה הן קנדה, גרמניה, ישראל, סינגפור, ספרד, בריטניה, וארצות הברית. המידע המוצג במחקר מבוסס על מחקרים קודמים, מאמרים וסקרים, שנערכו בעיקר בהתייחסות לכל מדינה בפני עצמה.

### **המעמד המשפטי של מטפל זר**

ישנם הבדלים משמעותיים בין שבע המדינות הנמצאות במוקד מחקר זה בדבר מעמד המשפטי של מטפלים זרים. הבדלים אלו מתחלקים לארבעה היבטים של לגליזציה: ההיבט הראשון הינו הזמינות ותנאי אשרת העבודה עבור מטפלים זרים. ההיבט השני מתייחס לאפשרות של מטפלים זרים לעבוד ללא ויזת עבודה. כלומר, האם מטפלים זרים יכולים לעבוד ללא ויזת עבודה, ולמי קיימת אפשרות זו? ההיבט השלישי דן בתוכניות נתינת אישורים למטפלים זרים לא חוקיים/לא רשומים. ההיבט הרביעי עוסק בלגליזציה בהשתייכות של עובדים זרים והפיכתם לתושבי קבע במדינה המארחת.

### **אפשרויות לקבלת ויזת עבודה זמנית**

בקנדה, למטפלים החיים בבית המטופל, קיימת האפשרות לקבלת ויזת עבודה זמנית למשך שנתיים. בתום תקופה זו, רשאי העובד הזר להגיש בקשה לאזרחות קבועה. אפשרות זו מותנית בכך שלעובד הזר ישנה הצעת עבודה מאזרח/תושב קנדי. תנאים נוספים לקבלת ויזה זמנית זו הם: בדיקה רפואית, הוכחת השליטה באנגלית, סיום ביי"ס תיכון, ושישה חודשי לימוד תיאורטי או שנה אחת במשרה מלאה בשכר בתחום הנדרש במהלך שלוש השנים האחרונות, כולל תעסוקה רציפה של שישה חודשים לפחות אצל אותו מעסיק. אין מכסות לויזה זו (Hsiung & Nichol, 2010) (Valiani, 2009) (CIC, 2011).

בישראל יש אישור עבודה זמני המיועד למטפל שחי בבית המטופל, ניתן לחדש אישור זה לתקופה כוללת של עד 5 שנים ו-3 חודשים, אך ללא אפשרות הגשת בקשה למעמד של תושב קבע או התאזרחות. לשם קבלת זכאות רשמית לויזה זו, על העובד הזר לשלם עד-1000 \$ ל"סוכנויות תיווך" המשמשות כנותן החסות הרשמי של עובדים אלה. המטפל הזר עובר ראיון אישי הבוחן יחסי אנוש, וכן בדיקה פיזית (PIA, 2011).

בנוסף, אם האדם המטופל הולך לעולמו לפני תאריך התפוגה של אשרת העבודה הזמנית של העובד הזר, וסוכנות התיווך אינה מוצאת לעובד מעסיק חלופי בתוך פרק זמן מוגבל, אישור העבודה בטל והעובד הזר צפוי לחזור לארצו או הופך ללא חוקי (PIA, 2011).

בסינגפור קיימת אשרה כללית, עבור עובדים מקומיים. מדובר על אשרת עבודה לשנתיים, וניתן לחדשה עד לתקופה של שמונה שנים. לקבלת ויזה זו נדרשות בדיקות בריאות והריון לפני קבלתה, ובדיקות חוזרות מדי שישה חודשים. הזכאות לאשרה נמחקת במקרה של נשים בהריון או מחלה. סינגפור אינה מציעה אפשרות לרכישת מעמד של תושב קבע ואין אופציה להתאזרחות.

גרמניה מציעה למטפלים הזרים שבאים מחוץ למדינות האיחוד האירופאי רישיון לעבודה במשרה מלאה כמטפל בבית לתקופה מקסימלית של שלוש שנים (סעיף 21 לחוק הסדרת העסקת עובדים זרים) (Bundesrat, 2013) מותנה בהסכמת הרשויות לענייני עבודה (B. S. A. Yeoh & Huang, 2010) (MOM, 2011). היתרים כאלה תלויים בהסכמים בין ממשלי העבודה בגרמניה ובמדינות המוצא של העובדים, כשכעת מדובר על רשויות העבודה הבולגרית והרומנית (Bf., 2011). עם זאת, לאחר 2013, חופש התנועה

וניידות ומעמדם של בולגרים ורומנים הושוו לאלו של אזרחים אחרים באיחוד האירופי. במהלך שלוש שנות שהותם, העובד הזר יכול היה לשנות את מקום ההעסקה שלו. אחרי שלוש שנים העובד הזר לא יכול לקבל רישיון עבודה חדש, אלא אם יחיה פרק זמן זהה מחוץ לגרמניה.

בניגוד במדינות האמורות, ספרד, בריטניה, וארצות הברית לא מציעות אשרות עבודה למטפלים הזרים עם כניסתם למדינה. בעוד בארה"ב אין אופציה לויזה רשמית עבור מטפלים זרים ולא תוכניות הסדרה או כל אפשרות משפטית אחרת לקבלת היתר עבודה, בבריטניה (ובמידה פחותה) בספרד היתה מכסה מצומצמת ומוגדרת המבוססת על תוכניות שהיו מתאימות למטפלים זרים.

#### **חלופות משפטיות לעבודה ללא ויזה מיוחדת**

בריטניה, ספרד וגרמניה מאפשרות עבודה למטפל זר השייך לאחת ממדינות האיחוד האירופי (כולל 8 מדינות ה-"A-8"). היותך חבר באיחוד האירופי אינו מעניק באופן אוטומטי רישיון עבודה בכל מדינות האיחוד האירופי, אלא הוא מותנה בשיקול דעתן של כל אחת מהמדינות החברות.

בגרמניה, מועסקים כחוק שכבר קיבלו היתר העסקה במשך שלוש שנים, יכולים לבקש היתר העסקה ללא הגבלות לאחר שנה של עבודה בתוך המדינה ( § 12a, AgVG ) (Bf, 2012). אפשרות אחת, היא לעבוד באופן חוקי דרך חברה מזרח אירופאית, אשר מציעה את אותם שירותים בארץ המוצא שלה. החברה אחראית לכיסוי הביטוח הלאומי של העובד וכן למילוי תפקידים נוספים בארץ בה העובד מחזיק באזרחות. הסכם עבודה זה תקף ל-24 חודשים. אפשרות נוספת היא עבודה כעצמאי. העובד חייב להירשם בתור איש עסקים בארץ מוצאו, ועליו להוכיח כי הוא משלם את המסים וההיטלים החברתיים הנדרשים שם. במקרה שהעבודה נמשכת יותר משלושה חודשים, העובד מחויב לדווח על כך למשרד הפיקוח על המסחר הגרמני. שהות העבודה הכוללת מוגבלת ל 24 חודשים גם במקרה זה (BI, 2013).

כל האפשרויות שהוזכרו עד כה זמינות רק עבור אזרחי מדינות האיחוד האירופי. לפיכך, מטפלים ממדינות שאינן חברות באיחוד האירופי יכולים לעבוד רק באופן בלתי חוקי, להיכנס לארץ כתיירים, ויזה המוגבלת בדרך כלל לתקופה של שלושה חודשים. אף על פי כן, מי שבאמת רוצה לעבוד חוזר אחרי כמה שבועות (Isfort M, 2009). גם מטפלים זרים שמגיעים ממדינות החברות באיחוד האירופי, מעדיפים לפעמים לעבוד על בסיס לא חוקי מסיבות כלכליות, לדוגמה העובד ו/או המעסיק יכול להימנע מתשלום ביטוח לאומי ומיסים.

#### **תוכניות לנתינת אשרות**

בין המדינות הנדונות במאמר זה, רק ספרד וגרמניה מציעות תוכניות לאשרור, המכוונות לעובדים השוהים בהן באופן לא חוקי. בספרד, הצורך להתמודד עם מספר גדל והולך של מהגרים לא חוקיים, הביא ליצירת 5 תוכניות לקבלת עובדים זרים בתוך פחות מעשור. התכנית הרחבה ביותר הופעלה בשנת 2005 וכללה 300,000 זרים שחיו בספרד. תכנית זו מציעה אישור עבודה מתחדש לשנה. לצורך השתתפות בתכנית על המטפל הזר להוכיח תושבות מאוגוסט 2004, ללא עבר פלילי, וחווה לתעסוקה עתידי למשך לפחות 6 חודשים (Arango & Jachimowicz, 2005).

ממשלת גרמניה הציגה כמה תמריצים עבור לגליזציה של העסקת המטפלים הזרים. לדוגמה, משקי בית שהעסיקו מטפלים זרים באופן חוקי, יכולים לקבל הפחתת מס שנתית של עד 4000 €. בנוסף, הטבות טיפול שמתקבלות מהביטוח הסיעודי (הטבות כספיות) יכולות לשמש לתשלום שכר עבודתם. מנגד, עונשים משמעותיים מוטלים בגין העסקה בלתי חוקית של מטפלים בבית. לדוגמה, יש לשלם מסים בדיעבד עבור כל הזמן במהלכו המטפל הזר עבד עבור האדם או המשפחה. אף על פי כן, מעולם לא נעשו ניסיונות רציניים ליצור הזדמנויות עבודה נוספות עבור זרים במשקי בית עם אנשים מבוגרים סיעודיים.

הסיבה העיקרית למצב זה הינה האמביוולנטיות של גרמניה כלפי ההגירה (שמסוכמת לעתים קרובות במשפט "גרמניה אינה מדינה של הגירה"), אך ישנן גם סיבות נוספות הכוללות דאגה לאיכות הטיפול ופחד של אוכלוסיית המטפלים הגרמנים המקומית מפני תחרות (Isfort M, 2009).

#### **אפשרות למעמד של תושב קבע והתאזרחות בארצות המארחות**

מבין שבע המדינות, רק קנדה וספרד מציעות סיכוי ריאלי לקבלת תושבות קבע ובהמשך אופציה להתאזרחות. בקנדה, כל עובד זר יכול להגיש בקשה לתושבות קבע בסיום תקופת השנתיים של אשרת השהייה הזמנית. כשהמעמד האחרון מוענק, העובד המקומי יכול לזום בקשה (Hsiung & Nichol, 2010) (CIC, 2011). רוב המטפלים הזרים מגיעים לספרד מאמריקה הלטינית ומהפיליפינים (Ireland, 2011). תושבות הקבע מוענקת לכל אזרחי האיחוד האירופי, לאחר ארבע שנים רצופות של תושבות בספרד. בנוסף, אזרחי הפיליפינים, פורטוגל ומדינות דרום אמריקה מסוימות, יכולים להגיש בקשה לקבלת אזרחות לאחר שנתיים של מגורים בספרד, בעוד אזרחים בני לאומים אחרים צריכים לחכות תקופה של עשר שנים, בטרם יהיו רשאים להגיש בקשה כזו (Spanish Civil Code, 2013).

סינגפור, גרמניה, ישראל, ארה"ב ובריטניה אינן מציעות אפשרויות התאזרחות לעובדים מקומיים זרים, ויש חוקים המונעים קבלת אזרחות או מעמד של תושב קבע (O'Shea & Walsh; B. Lutz, 2010); (S. A. Yeoh & Huang, 2010) (MOM, 2011). תוכניות הוויזה נועדו להגביל את השהייה של העובדים הזרים. נכון להיום, רוב המטפלים הזרים בגרמניה לא צריכים ויזה, כי הם באים ממדינות האיחוד האירופי או ממדינות ללא חובת ויזה בגרמניה (למשל, המדינות שהחליפו את יוגוסלביה), ולכן קל להם יחסית להיכנס לגרמניה. קשיים עלולים להתעורר ביחס לאנשים ממדינות ברית המועצות לשעבר (למשל, אוקראינה ובלארוס), אשר צריכים ויזה ולא יכולים להמנע ממצב בלתי חוקי, אם הם רוצים לעבוד בגרמניה.

#### **הסדרת תנאי העבודה והמחיה עבור מטפלים זרים**

למרות שישנם הבדלים משמעותיים בתקנות לגבי תנאי העבודה והמחיה של מטפלים זרים, עדיין ניתן לחלק את המדינות לשתי קבוצות עיקריות. קבוצה אחת, המורכבת מסינגפור וספרד, בה יש מעט מאוד תקנות בדבר תנאי העבודה והמחיה של מטפלים זרים. הקבוצה השנייה כוללת את קנדה, גרמניה, בריטניה וישראל, בה מצויות תקנות נרחבות יותר. תקנות אלה נועדו להגן על העובדים הזרים מבחינת תנאי עבודה וחיים הוגנים. ארה"ב אינה כלולה באף אחת מהקבוצות, כיוון שאין בה מדיניות רשמית לגבי תנאי העבודה והחיים עבור מטפלים זרים.

#### **תנאי המחיה בפועל של מטפלים זרים**

באופן כללי, ניתן לומר כי בששת המדינות שנבדקו (ללא ארה"ב, אשר אינה מציעה אפשרויות תושבות חוקיות ממוקדות עבור מטפלים זרים), קיימים פערים בין התקנות האמורות לגבי תנאי המחיה והעבודה של מטפלים זרים לבין התנאים בפועל בהם הם חיים ועובדים. אופי ההבדלים בין הרצוי למצוי שונה בצורה ניכרת בין מדינה למדינה, כפי שיידון בהמשך.

#### **מדינות בעלות תקינה מוגבלת (סינגפור וספרד)**

תכנית הוויזה בסינגפור עבור מטפלים זרים מציעה הגנה מוגבלת מאוד. מטפלים, הן מקומיים והן זרים, אינם מכוסים על ידי חוק התעסוקה. כתוצאה מכך, אין תקנות ספציפיות לגבי שכר המינימום, שעות העבודה, עבודה ביום מנוחה או חופשה בחגים (B. S. A. Yeoh & Huang, 2010) (MOM, 2011) (Singapore Ministry of Manpower, 2012). התקנות בדבר תנאי ההעסקה של המטפלים מעורפלים עד כדי לא קיימים. למשל, הנחיה של משרד כוח אדם סינגפורי למעסיקים של עובדים מקומיים: "במידת

האפשר, המטפל הזר צריך לקבל חדר נפרד משלוה. במקרה זה לא אפשרי, צריך לוודא שיש לו מספיק מקום לשינה" (Singapore Ministry of Manpower, 2012).

כלומר, חדר נפרד עבור המטפל הזר אינו חובה, ואפילו התנאי למקום לינה מספק אינו מפורט ומוגדר. אמנם יש התניות מסוימות לגבי אספקת מזון, מיטה ומזרון, שמיכה, מגבות ומוצרי טיפוח, אין דרישות בנוגע לכבוד או לפרטיות (חדר פרטי למשל, שטח אחסון פרטי, אמבטיה פרטית או לפחות מתקן זמין במרחק סביר). כמו כן, אין חובה על המעסיק לחתום על חוזה בכתב עם המטפל הזר, אם כי משרד כוח האדם "מעודד" מעסיקים לעשות זאת (Singapore Ministry of Manpower, 2012).

אף על פי כן, לסינגפור יש דרישות מוגבלות עבור המעסיקים של מטפלים זרים; אלה בעיקר מתייחסות לרכישת ביטוח בטיחות ובריאות בעבודה נגד פציעות בעבודה. ישנן גם הנחיות האוסרות מעשי אלימות נגד העובד (למשל גרימת כאב בזדון, ריתוק פסול, תקיפה, אונס וכו') מקרים אלה נענשים על פי חוק, בהנחה שהם מדווחים (Singapore Ministry of Manpower, 2012).

בספרד, התקנות הן לגבי תנאים בסיסיים כגון שכר מינימום (נקבע ל- € 641 לשבוע, נכון לשנת 2012), מקסימום 40 שעות עבודה בשבוע, ולגבי חובת המעסיקים לנסח ולחתום על חוזה עם עובדיהם. אין דרישה רשמית להעניק למטפל ביטוח רפואי, ולא חובה של המעסיקים להשתתף בביטוח הסוציאלי של העובדים או לשלם דמי אבטלה.

#### **מדינות עם תקינה רחבה יותר**

מבין ארבע המדינות הנותרות בהן יש תקנות נרחבות יותר לשם הגנה על מטפל זר, בקנדה קיימת הגרסה המשוכללת ביותר. כל המטפלים הזרים (שעובדים שנתיים לפחות) זכאים לשכר המינימום הקבוע בחוק וכן ללינה ומזון. מעסיקים נדרשים לספק חדר פרטי מרוהט עם אפשרות לנעילה (כולל אמבטיה / שירותים פרטיים), ושהינו מחומם ומאוורר בהתאם לצורך. מבנה המגורים צריך להיות ללא כל ליקויים גלויים או צורך בתיקונים, ולעמוד בתקנים של תנאי מגורים נאותים ( Human Resources and Skills Development Canada, 2012 ).

בנוסף, מעסיקי המטפלים הזרים מחויבים לטפל ולשלם באופן מלא ביטוח רפואי וביטוח הבטיחות בעבודה. המעסיק גם צריך לשלם את הוצאות הנסיעה של המטפל מארצו לקנדה, וכן לפצות אותו / אותה בגין דמי תיווך במידה ששולמו. ולבסוף, מעסיקים נדרשים גם להסדיר חוזה ברור בכתב, הכולל את התנאים המדויקים של תנאי העבודה (כולל חגים, חופשות, שכר לפי שעה/שכר שבועי/חודשי, שעות נוספות בשכר, וכו') (CIC, 2011) ( Human Resources and Skills Development Canada, 2012 ). גם בישראל ישנן דרישות, אם כי פחות נדיבות, לגבי מקום המגורים של המטפל הזר. לפיהן, אין חובה למתן חדר פרטי למטפל הזר, אבל יש לספק: מיטה ראויה, ארון פרטי שננעל, חדר מחומם ומאוורר (פרטי או משותף), גישה לשירותים במרחק סביר, כמו גם גישה למקרר ולמכונת הכביסה, כל אלה מהווים דרישות חובה (PIA, 2011). בנוגע לתנאי העבודה, התקנות הרשמיות של המדינה הן כי מטפלים זרים זכאים ל- 9 ימי חג בשנה, בהתאם לדתם, ו- 36 שעות חופשיות מעבודה בשבוע. כמו כן, הם זכאים לקבל שכר מינימום (23.14 ש"ח לשעה, שווה ערך לכ-6 \$ בארה"ב) (PIA, Israel Ministry of Industry, 2012); (2011). מעסיקים של מטפלים זרים אמורים לשלם סכום גבוה יותר עבור שעות נוספות (למשל, עבודה של יותר מ- 8 שעות ביום במשך 6 ימים בשבוע) (PIA, 2011).

בגרמניה, מקבל הטיפול או משפחתו, יכולים לקחת על עצמם את תפקיד המעסיק עבור מטפל זר. אדם זה יכול להיות מועסק ללא הגבלת זמן, למעט בולגרים ורומנים שיכולים להיות מועסקים לתקופה

מקסימלית של שלוש שנים, אבל יכולים להגיש בקשה להיתר בלתי מוגבל לאחר שהייה של שנה אחת בגרמניה (Verbraucherzentrale, 2013). חוזה ההעסקה מסדיר את המשימות ואת כמות העבודה. שכר מינימום אינו יכול להיות "לא מוסרי", סכומי התעריף המומלצים לשעה הם € 8.75 במדינות מערב גרמניה ו € 7.75 במדינות מזרח גרמניה. עובדים צעירים (>30 שנים) זכאים ל-26 ימי חופשה בשנה; עובדי בני 30 או יותר זכאים ל-30 ימי חופשה בשנה. מטפל זר מן האיחוד האירופי זכאי ל-24 ימי חופשה לפחות לשנה, כשיום עבודה הינו בן 8 שעות. תקנות נוספות מתמודדות עם הגנה מפני פיטורים, מגורים (שווי מחושב ב € 180 לחודש), ומתן ארוחות (ערך מחושב הוא € 219 לחודש). המעסיק צריך לשלם חלק מהתשלומים לקרן הבריאות, קרן הסיעוד, ביטוח מנהלים וביטוח מפני פגיעות (Verbraucherzentrale, 2013).

המצב שונה עבור מטפל שנשלח על ידי ארגון או חברה המציעים שירות זהה בארץ מוצאו (Bl, 2013). במקרה זה, השהייה של המטפל מוגבלת ל-24 חודשים. אם הלקוח דורש המשך טיפול, ניתן להחליף את המטפל על ידי מטפלת אחרת. הארגון לוקח על עצמו את תפקיד המעסיק, וממלא אחר כל ההתחייבויות החברתיות והממשלתיות בהתאם לארץ מוצאו של המטפל. שכר נמוך באופן בלתי מוסרי אסור. מאז ינואר 2012, גרמניה קבעה שכר מינימום לכל העובדים בסיעוד ובטיפול ארוך טווח, גם אם עובדים אלה אינם מסווגים כ"מטפלים מקצועיים". הסדרת זמן עבודה מוסדרת בחוק הגרמני. בדרך כלל, המעסיק מחויב להחזר הוצאות נסיעה, טלפון, אינטרנט, טלוויזיה בלוויין, ולפעמים גם דמי תיווך (כיום עד € 1000) חייבים להיות משולמים על ידי האדם המטופל או משפחתו.

לבסוף, בבריטניה, שם אין כרגע תוכניות משפטיות נפרדות שתוכננו במיוחד עבור מטפלים זרים, כתוצאה מכך, אין תקנות בדבר תנאי מחייה עבורם. ואכן, גם באתר האינטרנט של ארגון מפתח לא-ממשלתי (NGO), בשם "Kalayaan" שפועל לשמירת זכויותיהם של מטפלים זרים, לא ניתן למצוא כל התייחסות לתנאי מחיה מינימאליים. עם זאת, בהקשר של תנאי עבודה, מטפלים זרים (כמו כל העובדים האחרים בבריטניה) זכאים לכמה זכויות בסיסיות. אלה כוללות: 24 שעות חופש מהעבודה בכל שבוע, 28 ימי חופשה בתשלום בשנה (בהנחה שהם עובדים במשרה מלאה), דמי מחלה של £ 79.15 לשבוע, לעובדים שהיו חולים במשך ארבעה ימים או יותר ובתנאי שהם מרוויחים £ 82 או יותר בשבוע. העובדים זכאים לביטוח לאומי, אשר מנוכה חלקית משכרו של העובד. תנאי עבודה ושכר (לפי שעה / חודשים) מוצגים בחוזה עבודה שנחתם בתוך תקופה של 2 חודשי עבודה (Kalayaan. Employment factsheet, 2012);

(Kalayaan. Employment rights of domestic workers, 2013).

### **תנאי המחיה בפועל של מטפלים זרים**

באופן כללי, בששת המדינות שנבדקו (למעט ארה"ב, אשר לא מציעה אפשרויות תושבות חוקיות ממוקדות עבור מטפלים זרים), קיימים פערים בין התקנות האמורות לגבי תנאי החיים והעבודה של מטפלים זרים והתנאים בפועל בהם הם חיים ועובדים. אף על פי כן, אופי ורמות הפערים הללו שונים בין מדינות, כפי שיידון בהמשך.

כפי שכבר צוין לעיל, בקנדה כביכול, יש תקנות מפורטות שנועדו להגן על זכויות היסוד ורווחתם של מטפלים זרים. עם זאת, אפילו במדינה זאת, יש ראיות להפרות תקנות אלה. ההפרות הניכרות ביותר הינן בנושא שכר חודשי ושעות עבודה. לפי אחת ההערכות בשנת 2011, השכר לחודש לעובדים אלה נע בין \$ 1280 \$ 1760, תלוי במחוז בו הם עבדו (George, 2011). מחקר נוסף ציטט נתונים המצביעים על שכר לשעת עבודה של \$ 4.53 - \$ 4.73 לשעה על בסיס 48-50 שעות בשבוע. שיעורים כאלה נמוכים משמעותית

משכר המינימום לשעה 5.40 - 6.85 \$ בזמן שהמחקר נערך (Hsiung & Nichol, 2010). הערכות אלה מתארות שכר בערך של 70% משכר המינימום (George, 2011; Hsiung & Nichol, 2010). מחקרים אחרים שנערכו בקנדה, גילו היבטים נוספים של התנהגות לא ראויה וקשיים בהם נתקלים המטפלים הזרים, גם אם אינם מהווים הפרה בוטה של התקנות. מחקרים הראו כי מטפלים זרים נאלצו לבצע מטלות שונות, כגון בישול, גיהוץ, ניקיון, גירוף שלג, כביסה, וניקוי רצפות (Stasiulis & Bakan, 2005). חוקרים הצביעו על כך שמטפל זר לא יכול להתעקש על גבול ברור בין להיות בתפקיד לבין לא. לפיכך, הנוכחות הפיסית שלהם במקום העבודה גורמת להם להיות בתפקיד כמעט 24 שעות (Stiell & England, 1997). מצב זה גרם להם להרגיש שהם נמצאים תחת פיקוח מתמיד ובידוד חברתי (Pratt, 1998). למעשה, מחקר אחר מצא כי מטפלים רבים חשו כאילו הם חיו את חייהם של אנשים אחרים, וכתוצאה מכך, התפתחו רגשות שנאה, פחד ולחץ (Grande & Kerr, 1998).

בבריטניה נערך סקר על ידי NGO Kalayaan ו-Oxfam אשר מצא כי בקרב יותר מ-500 מטפלים, רק 8% קיבלו משכורת השקולה לשכר המינימום לשעה (Kalayaan. *Employment factsheet*, 2012). למעשה, היו דיווחים שחשפו כי משכורות המטפלים (לא בהכרח אלו החיים בבית המטופל), נעות בין 100-£199 לשבוע, 20%-30% נמוכות בהשוואה לילידי בריטניה (Wilkinson, Craig, Carmel, Cerami, & Papadopoulos, 2012). בנוסף, המחקר מצא כי 68% מהנשים המטפלות, לא הורשו לקחת זמן פנאי לעצמן וכי מצופה מהן להיות בכוננות 24 שעות ביממה (Kalayaan. *Employment factsheet*, 2012). דוגמאות נוספות של תנאי העסקה שלא על פי החוק, כוללות היעדר חוזי העסקה, היעדר ימי מחלה וחופשה בתשלום והליך פיטורין שאינו חוקי (Wilkinson et al., 2012). נוסף על כך, המחקר מצא כי 61% מהמטפלים לא הורשו לעזוב את הדירה ללא רשות המעסיק, וליותר ממחצית מהם לא היה חדר או חלל פרטי משלהם. בנוסף, המחקר מצא כי 72% מהמטפלים דיווחו על התעללות פסיכולוגית, 24% על התעללות פיזית, 9% דיווחו על הטרדה מינית ו-41% על מחסור במזון (Kalayaan. *Employment factsheet*, 2012).

בסינגפור, מחקרים הציגו מקרים של 12 שעות או יותר עבודה בפועל ביום, חופשת סוף שבוע אחת לחודש (אם בכלל), ושל משכורות הנעות בין \$125-\$400 למטפלים פיליפינים (Pe-Pua, Nicola, & Mina, 2003). יחד עם זאת נציין, כי תקנה חדשה אשר תוקנה בשני לינואר 2013, מחייבת את המעסיק להעניק יום חופש שבועי לעובדים מקומיים, אלא אם כן נכתב חוזה בין השניים, המסדיר פיצוי על עבודה ביום חופש עבור עובדים זרים. יתר על כן, גובה הפיצויים צריך להיות לפחות יום משכורת אחד או לקיחת יום חופש חלופי באותו החודש (MOM, 2011). בנוסף, השגרירות הפיליפינית בסינגפור דיווחה כי 15% מתלונות העובדים הן בנושא הלנות שכר, וכי בשנת 1997 הוגשו 200 תלונות על התעללות והטרדה מינית של מטפלים על ידי המעסיק. יתרה מזאת, על אף הירידה בתלונות משנת 1997 ועד שנת 2001 שנראתה בעקבות סנקציות של החוק הסינגפורי, ישנן מגבלות בהוצאה לפעול של החוק (B. S. Yeoh, Huang, & Devasahayam, 2004).

בישראל, נראו פערים בין החוק לבין תנאי העסקת המטפלים בפועל הנוגעים לשעות עבודה ומשכורות, תשלום גבוה מדי לחברות התיווך המקשרות את המטפל למטופל, ובנושאים הקשורים לביטוח רפואי, לאספקה של מזון נאות ולמרחב פרטי של המטפל בבית המטופל. דוגמא לכך ניתן לראות בסקר שנערך על ידי עמותת "קו לעובד" בישראל, אשר מצביע על כך שבקרב 100 מטפלים השוהים בבית

המטופל, 95% עובדים 12.7 שעות ביום בממוצע, שישה ימים בשבוע, מה שמגיע למכסת שעות של 326 בחודש (Goldstein & Ynet, 2012). יחד עם זאת, המשכורת המשולמת היא על 186 שעות חודשיות. בנוסף לכך, רוב הנבדקים דיווחו כי ניתנות להם 24 שעות חופש בשבוע, במקום 36 שעות כנדרש בחוק בישראל, ורק 6% מהמטופלים דיווחו כי החוק הזה ישים עברום. למעשה, 16% טענו כי לא ניתנים להם ימי חופשה כלל. הסקר אף מצא כי 31% מהמטופלים דיווחו כי הם חולקים את החדר עם הקשיש בו הם מטופלים ועל כן לא זוכים למידה של פרטיות, וכי ל-12% אין ביטוח בריאות. כשליש מהנבדקים במחקר דיווחו על אלימות מילולית מצד קרובי המשפחה של המטופלים שלהם, 12% דיווחו על התעללות פיזית ו-4% (כולם נשים) דיווחו על התעללות מינית מצד המעסיקים שלהם. בנוסף, 27% הביעו תלונות בנוגע למזון, או בעקבות כמות שאינה נאותה או על כך שהמעסיק לא אפשר להם לבשל בשל שמירת כשרות. לבסוף, דווח על תשלום גבוה פי חמש מהמותר בחוק לחברות תיווך (\$5000 במקום \$1000) (Knesset, Research and Information Center, 2012).

כאמור, בגרמניה קיים מגוון תקנות המבטיחות הגנה על העובדים הזרים. אף על פי כן, מטופלים רבים אינם זוכים ליחס על פי החוק, אשר אינו תואם את ה"שוק" ואת המציאות של לקוחות פוטנציאלים. הגנה תעסוקתית הינה יקרה ולרוב נלוות לה עלייה בעלויות הטיפול. למשל, יום עבודה הינו שמונה שעות עבודה, ועל כן על לקוח שזקוק לטיפול מסביב לשעון להעסיק שלושה מטופלים לעשרים וארבע שעות ביממה. טיפול כזה דורש הוצאה חודשית של חמשת אלפים יורו ואף יותר (Isfort M, 2009). Neuhaus וחבריו העריכו כי ב-2009 רק 10% מהמשפחות אשר זקוקות למטפל מסביב לשעון, מסוגלות לשלם יותר מאלפיים יורו לשירות כזה, ורק 10% מהמטופלים נרשמו באופן רשמי. בדרך כלל, העסקה עצמית של מטפל כוללת חוסר הגנה (Krawietz, 2010). באשר לאלו העובדים דרך סוכנויות תיווך, הפעילות של אותן הסוכנויות לרוב אינו שקוף וברור לגמרי (Flothow, 2012), ופגיעה בזכויות עבודה לרוב זוכה לסובלנות מצד רשויות החוק הגרמניות.

מומחים מדברים על "השוק השחור של מטופלים" (Scheiwe & Krawietz, 2010) בגרמניה, כאשר מטופלים זרים עובדים ללא הגנה וללא שכר במקרה של מחלה או חופשה (Krawietz, 2010). ימי העבודה ארוכים, כאשר המטופלים מקבלים רק שלוש או ארבע שעות פנאי לעצמם (Isfort M, 2009). יום חופש אחד בשבוע נחשב ל"תנאי עבודה טובים" (Krawietz, 2010). למרות זאת, Neuhaus וחבריו (2009), מצאו כי 54% מהמטופלים הזרים מקבלים הפסקות מוסדרות וימי חופשה (non-working days). סקר Stuttgart and vicinity (Flothow, 2010), מצא כי 20% מהמטופלים הזרים אינם מבוטחים וכי 30% מהם נאלצים לחזור "הביתה" על מנת לקבל טיפול רפואי. תעשיית המטופלים הזרים בגרמניה כרוכה ברוטציות תכופות בין משקי בית (Isfort M, 2009), דבר שלא מאפשר למטופלים לבקר את משפחותיהם בין חילופי מעסיקים. מצד שני, עולות תלונות על עבודה בבידוד. נשים מתלוננות על כך שהאדם היחיד איתו הן מתקשרות לאורך כל היום הוא הלקוח שלהן, שברוב המקרים סובל מדמנציה, דיכאון או מבעיות בתקשורת. רוב המשתתפים מהסקר של Flothow (2012), ביקשו אינטראקציה מכבדת עם המטופל וקרובי משפחתו וכן עם סוכנות התיווך; חלק אף ביקשו מרכז ייעוץ וגישור מקצועי (Flothow, 2012).

מחקר כמותני (N=50) אשר נערך עם מטופלים פיליפיניים בספרד, מצביע על כך שהמטופלים מסופקים ממשכורתם, מתנאי עבודתם ומיחס המעסיק כלפיהם. השכר החודשי שלהם נע בין \$550 ל-\$1000 (בהשוואה לטווח נמוך יותר בסינגפור והונג קונג \$400-\$125) (Pe-Pua et al., 2003). למרות זאת,

על פי Calvita (1998), מטפלות מרוקאיות מרוויחות רק \$275 בחודש. באופן כללי, אם המשכורת החודשית של המטפלים נעה בין \$550 ל-\$1000, רק אלו המרוויחים \$700, מקבלים בעצם משכורת מינימום על פי חוק, נכון לזמן בו נערך הסקר.

### דיון ומסקנות

הבחנו בקשר בין השיעור והשיטה של אפשרויות השגת אישור שהייה למטפלים החיים בבית המטופל במדינות ספציפיות, לבין הרגולציה הרשמית הנוגעת לתנאי המגורים והעסקה שלהם. כך, בקצה אחד של הספקטרום עומדת קנדה, בעלת התוכנית המותאמת ביותר למטפלים זרים, עם אופציה ברורה לקבל מעמד של תושב קבע. כתוצאה מכך, מדינה זו מחזיקה ברגולציות המפורטות ביותר בנוגע לתנאי המגורים וההעסקה של המטפלים, בנוסף לתוכנית מיוחדת להוצאת ויזה עבורם (LCP, Live-in Caregiver Program). בצד השני של הספקטרום ממוקמת ארה"ב, לה אין לא תכנית לקבלת ויזה רשמית למדינה ולעבודה ולא תכנית למתן אשרות לעובדים לא חוקיים; אין לה גם תקנות המגנות על זכויות המטפלים. למרות זאת, הקשר הנצפה רחוק מלהיות מושלם. ספרד למשל, מציעה תערובת של אפשרויות חוקיות לכניסה למדינה, בעיקר לאזרחי האיחוד האירופי, ותוכנית נתינת אשרות למספר גדול של מטפלים לא חוקיים שנמצאים במדינה. על כן, ניתן לצפות שספרד תחזיק במערכת תקנות מפותחת בנוגע לתנאי המגורים של עובדים מקומיים. למרות זאת, השיעור של תקנות אלה מוגבל.

קיומן של שיטות של לגליזציה של מטפלים זרים ושל תקנות רשמיות הנוגעות לתנאי מגוריהם והעסקתם, אינם מספיקים לבדם לשיפור מצבם של מטפלים זרים, מכיוון שתקנות לרוב מופרות. אפילו במדינות בהן קיימות תקנות מחמירות, ישנן ראיות מוצקות המצביעות על הפרתן. המקרה הגרמני מראה שהשימוש בהגנה רשמית על המטפלים מועט, כיוון והתקנות מתעלמות מהצרכים והאמצעים של הלקוחות. ההעסקה הבלתי חוקית של המטפלים מקודמת על ידי הצורך של הלקוחות בטיפול שתואם את האפשרויות הכלכליות שלהם ועל ידי הרצון של המטפלים להרוויח כמה שיותר לעומת האפשרויות המוגבלות שלהם בארצות המוצא. כרגע, חלק מועט מאד מהוצאות הטיפול הנדרש מכוסה על ידי ביטוחים. רפורמה בתחום זה, יכולה לשפר את המצב הן של המטפל המקומי או הזר והן של המטופל. הספרות מצביעה על כך שטיפול לקוי במטפלים זרים מתרחש אפילו במדינות בעלות מדיניות אופטימאלית, כמו קנדה או ספרד, אולם ההפרות שדווחו מועטות יחסית למדינות אחרות. למרות זאת, אפילו במדינות אלו, ההפרות שדווחו אינן בהכרח מציגות תמונת מצב מדויקת של התנאים בפועל. למשל, אחת מדרישות הקדם לבקשת ויזה שהייה בקנדה, היא הגשת המלצה מהמעסיק של המטפל. על כן, למטפלים אלו יש תמריץ ברור לא להשניא את עצמם על המעסיק. אף על פי שבספרד לא קיימת דרישה כזו, העובדה שעובד פיליפיני יכול להגיש בקשה לתושבות קבע רק אחרי שנתיים בהם עבד כמטפל, יכולה להיראות כאותו תמריץ למטפלים לשמור על עבודתם גם בתנאים לא אופטימאליים.

המידע המוצג מוגבל מסיבות שונות כולל פחד של המטפלים הזרים ונקיטת אמצעי זהירות מדיווח על תלונות כנגד המעסיקים. כמו כן קשה לקבל מדגמים מייצגים, במיוחד של עובדים בלתי חוקיים. גם חסר מידע המלמד על נקודת מבטם של המעסיקים וההשפעה שלהם על התנאים של העובדים הזרים. מה הזמינות לאפשרויות טיפול אחרות (כמו מוסדות סיעודיים) בכל מדינה, ואיך זה מתאים למשמעויות הכלכליות של האדם הזקוק לטיפול? מהם תנאי המגורים של האנשים הגרים במדינה זו, ומהו הסיכוי לקבל חדר נוסף לספק למטפל החי בבית המטופל? למידה של נושאים אלו, יכולה לשפוך אור לאופן הטיפול בסוגיית המטפלים הזרים.

מחקרים עתידיים צריכים לא רק ד לבחון את מצב הרגולציות דה פקטו, אלא גם את כוונותיהן של אותן הרגולציות. במדינות מסוימות המיקוד יכול להיות על הגנה על העובדים המקומיים ועל הפחתת



התחרות מול העובדים הזרים, מה שמוביל להגבלת הגירת עובדים ולדרישה לטיפול שוויוני בעובדים מקומיים וזרים. מדינות אחרות יכולות להתמקד במקום זאת בהגנה על זכויות האדם של המטפלים. מהדיון הקודם, ניתן להסיק שלוש מסקנות.

הראשונה, רגולציות מפורטות ככל הניתן בנוגע לתנאי המגורים והעבודה של מטפלים, מבטיחים שמטפלים ייהנו מתנאי עבודה הוגנים בפועל. השנייה, יותר מתקבל על הדעת שרגולציות מסוג זה יופיעו במדינות בהן יש אפשרויות חוקיות להסדרה של כניסת מטפלים זרים למדינה, מאשר רק תכניות מתן אשרות למטפלים זרים השוהים בה כבר. לבסוף, על מנת לצמצם למינימום הטיות דיווח של המטפלים הזרים, כדאי לחפש אלטרנטיבה, כמו הערכה של איכות הטיפול על ידי עובד סוציאלי ניטרלי.

תנאי ההעסקה של מטפלים זרים החיים בבית המטפל, הינם קריטיים להבטחת טיפול הולם באוכלוסיית הקשישים בחברה ולהבטחת זכויות אדם בסיסיות ולכבוד של כל חבר באוכלוסייה. מאמר זה מתאר חלק מהשיקולים המורכבים המונחים בסיס תנאים אלו, וגם את מערך הגישות של המדינות השונות להתמודד איתם. אנו מקוות שניתוח של גישות אלו יכול להוות את הצעד הראשון לקראת שיפור תנאים אלו.

מחקר זה התפרסם ב :

Cohen-Mansfield J, Garms-Homolová V, Bentwich M. Migrant home attendants: regulation and practice in 7 countries. Am J Public Health. 2013 Dec;103(12):e30-9. doi: 10.2105/AJPH.2013.301622. Epub 2013 Oct 17. Review.PubMed PMID: 24134377.

### **המציאות בשטח ביחס להעסקת מטפלים סיעודיים מהגרי עבודה בישראל :**

מהם תנאי העבודה המסופקים למטפלים אלו בישראל? תנאי העבודה מתייחסים לתנאי מגורים (חדר פרטי, סוג מיטה, קירור וחימום וכד'); מספר שעות עבודה ומנוחה; ימי חופש; חופשות שנתיות; היקף עבודה; הסדרי אכילה ורכישת מזון; זכות לקיים מנהגים דתיים. בנוסף, מהו הקשר בין תנאי העבודה לשביעות הרצון של המטפל מעבודתו?

#### **תנאי מגורים**

כשלושה רבעים מהמרוואיינים ישנים בחדר פרטי, ולעומתם 8% חולקים חדר עם אדם אחר, ו-15% ישנים בסלון. 30% מתארים את המיטה כנוחה במידה רבה ו-45% במידה רבה מאד. כמעט לכל המרוואיינים (94%) ישנה גישה למכונת כביסה ויש ארון פרטי משלהם (89%). רובם מרגישים כי החדר בו הם ישנים מחומם מספיק בחורף (84%) ומקורר מספיק בקיץ (86%). כאשר נשאלו, אלו מתנאי המגורים הם החשובים ביותר עבורם, קרוב למחצית המרוואיינים (46%) ציינו כי זהו החדר בו הם ישנים, בעוד ש-27% ציינו כי כל תנאי המגורים חשובים עבורם. 41% דיווח כי החדר בו הם ישנים הוא תנאי המגורים ממנו הם הכי שבעי רצון, ו-40% דיווח כי הם שבעי רצון מכל תנאי המגורים. כאשר נשאלו על תנאי המגורים ממנו הם הכי פחות שבעי רצון, מיעוט המרוואיינים הצביעו על תנאי מגורים ספציפי, בעוד שרובם ציינו "אחר" כאשר לרוב צוין "אני מרוצה מהכל".

#### **הסדרי אכילה, בישול ורכישת מזון**

45% מהמרוואיינים דיווחו כי הם אוכלים את הארוחות שלהם ביחד עם בני הבית או מתי שהם חפצים בכך (29%). ב-61% מהמקרים, הקשיש אינו שומר כשרות, ובמקרים בהם הוא שומר כשרות, הדבר כמעט ואינו גורם לבעיות 3% דווחו על בעיות בתחום זה). אחוז כמעט שווה של מרוואיינים מכינים את האוכל

שלהם בעצמם (39%) או אינם מכינים את האוכל שלהם בעצמם (41%). מעט מעל 50% רוכשים את האוכל שלהם בעצמם לעומת 40% שאינם רוכשים. רוב המרואיינים אינם משלמים עבור האוכל שלהם (77%). האוכל לרוב מאוחסן עם המזון של בני הבית (94%) והמטפלים משתמשים במקרר של בני הבית (98%). לרוב, המטפלים הם אלו שעורכים את קניית המזון עבור הקשישים (65%), או אחד הילדים או קרוב משפחה אחר (30%).

אף על פי שדווח בכמה מקרים ששמירת כשרות אצל הקשיש יצרה בעיות, בחנו האם הייתה לכך השפעה על תנאים נוספים ומצאנו כי לא הייתה לכך השפעה על זמני הארוחות של המטפל, או על הכנת המזון באופן נפרד מהקשיש. לעומת זאת, קיימת נטייה ( $p=0.08$ ) ביחס לרכישת המזון של המטפל בעצמו: רכישת המזון של המטפלים בעצמם שכיחה יותר במקרים בהם הקשיש אינו שומר כשרות.

לעומת תנאי המגורים, כאשר המטפלים נתבקשו לציין את התנאי החשוב להם ביותר ואת זה שהם הכי מרוצים ממנו בתחום הסדרי האכילה ורכישת המזון, כמעט ולא צוין דבר ספציפי. האפשרות להכין את האוכל שלהם בעצמם צוינה גם כתנאי החשוב והמשביע רצון ביותר (21%), אך הרבה מהמרואיינים ציינו כי כל הסדרי האכילה ורכישת המזון הם החשובים ביותר (36%) ו-44% ציינו כי הם מרוצים ביותר מכל הסדרי האכילה. במקביל, תחומים שעוררו חוסר שביעות רצון נרשמו עבור משתתפים מועטים יחסית. אלה היו קניית האוכל שלהם בעצמם (9%) ושמירת כשרות (7%).

#### תנאי העסקה

לחלק מהמרואיינים הייתה הבנה נמוכה עד בינונית של תנאי העסקה שלהם (15%), בעוד שהאחרים (39%) דיווחו כי הם מבינים במידה רבה, ובמידה רבה מאד (44%). אחוז כמעט זהה של מטפלים דיווחו כי יש להם ימי חופשה במהלך השבוע (44%), או כי אין להם כלל ימי חופשה במהלך השבוע (40%), וכי הם חייבים לעבוד כל יום עם הקשיש. מעט מעל 40% מהמטפלים עובדים במשך שמונה שעות או פחות ביום (שמונה שעות נחשב כיום עבודה טיפוסית), בעוד ש-30% דיווחו כי הם עובדים בין תשע לשתיים עשרה שעות ביום, וכמעט אותו האחוז דיווחו כי הם עובדים יותר משתיים עשרה שעות ביום. כרבע מהמרואיינים (24%) דיווחו כי אין להם זמן חופשי לצאת מהדירה במהלך היום ואותו האחוז דיווחו כי הם יכולים לעזוב את הדירה רק ביום החופשי שלהם; 11% יכולים לצאת מהדירה כמה פעמים בשבוע, ו-15% יכולים לצאת על בסיס יומי. כאשר מטפל יכול לצאת מהדירה, לרוב מדובר על טווח של בין חצי שעה לשעה (53%).

כסף עבור אוכל ומגורים מנוכה מהמשכורת של 36% מהמטפלים. הרוב הגדול של המטפלים (89%) מקבלים את המשכורת שלהם בתאריך קבוע כל חודש, ברוב המקרים באמצע החודש (בין ה-19-10 בחודש, 49%), למרות ש-27% מהמטפלים מקבלים אותה מוקדם יותר ו-14% לקראת סוף החודש. כל המטפלים מחזיקים את הדרכונם ברשותם ולרובם יש ביטוח בריאות (98%) וביטוח לאומי (98%). ל-83% מהמטפלים שעובדים מעל לשנה ניתנת חופשה שנתית. מעל ל-80% מהם מעוניינים ומקיימים את דתם. בדומה להסדרי האכילה ורכישת המזון, לא צוינו דברים ספציפיים הנתפסים על ידי המטפלים כחשובים ביותר ומשביעי רצון באופן מיוחד בתחום תנאי העסקה. כאשר כן צוין דבר ספציפי, לרוב דווח על משכורת (24%); 37% דיווחו כי כל תנאי העסקה חשובים להם. הדבר שדווח כמשביע רצון ביותר היה ימי החופשה, על אף האחוז הנמוך (11%); 32% דיווחו כי הם מרוצים מכל תנאי העסקתם. ברוב המקרים מטפלים דיווחו כי הם אינם מרוצים ממשכורתם, או מימי המנוחה שלהם, אולם בשני המקרים אחוז המטפלים נמוך (15% ו-8% בהתאמה).

#### שביעות רצון מתנאי העסקה

מטפלים דיווחו על רמה חיובית גבוהה של שביעות רצון מתנאי המגורים שלהם ( $mean=4.27$ ,  $SD=0.75$ ), הסדרי אכילה ורכישת מזון ( $4.33$ ,  $0.82$ ), ותנאים מסוימים של העסקה ( $4.16$ ,  $0.79$ ); הם

דירוג רמת שביעות רצון גבוהה כללית מעבודתם כמטפלים סיעודיים (4.22, 0.78). ממוצעי הדירוגים מייצגים טווח הנע בין מידה רבה למידה רבה מאד, במידה כמעט שווה. אולם, דירוג שביעות הרצון מהמשכורת (3.74, 0.99) הינו נמוך משמעותית מיתר הדירוגים ונע בין מידה בינונית למידה רבה.

#### גורמים הקשורים עם רמת שביעות רצון

בין מדדי שביעות הרצון בכל הקטגוריות ישנה אינטרקורלציה משמעותית (קורלציות בין 0.29 ל 0.65. כולם מובהקים ברמת 0.01. דירוג רמת שביעות הרצון מהסדרי האכילה ורכישת מזון היה קשור חלש אך מובהק לתקופת הטיפול בקשיש הנוכחי ( $r=.191, p=.047$ ), כמו גם בין רמת שביעות הרצון הכללית עם התקופה בה המטפל שוהה בישראל ( $r=.197, p=.042$ ).

מרוויינים שדיווחו שמיטתם נוחה יותר – מידה רבה עד רבה מאד – דיווחו על מידת שביעות רצון גבוהה יותר באופן משמעותי מתנאי המגורים שלהם, לעומת שדיווחו שמיטתם אינה נוחה כלל עד נוחה במידה בינונית ( $p \leq .001$ ). בדומה לכך, היה הבדל מובהק בשביעות רצון כללית בין מטפלים שדיווחו על חדר המחומם ומקורר כהלכה, לבין אלה שחדרם לא היה בטמפרטורה ראויה ( $p=.019$ ).

בנוגע למשתנים של הסדרי אכילה ורכישת מזון, המרוויינים הראו רמת שביעות רצון גבוהה יותר באופן משמעותי במקרים בהם הם לא צריכים לשלם על האוכל שלהם (4.43 vs. 4.00,  $p=.020$ ). בנוסף, רמת השביעות הרצון הכללית הייתה גבוהה יותר במקרים בהם הקשיש לא שומר כשרות או כאשר לא קיימת בעיה בנושא (4.23 vs. 4.00,  $p=.004$ ).

מרוויינים אשר דיווחו על רמת הבנה גבוהה של תנאי עבודתם – מידה רבה עד רבה מאד – משמעותית היו יותר מרוצים מהמשכורת שלהם (3.88) בהשוואה לאלו בעלי הבנה נמוכה יותר – מכלל לא עד למידה בינונית ( $p=.001, 3.06$ ); רמת הבנה העלתה במידה שולית את מידת שביעות הרצון מתנאי העבודה (4.23 vs. 3.78,  $p=.084$ ). במקרים בהם לא נוכה כסף על מזון ומגורים מהמשכורת, נראית עליה שולית במידת שביעות הרצון מהמשכורת (3.86 vs. 3.50,  $p=.077$ ), ומטפלים אשר מקבלים את המשכורת שלהם מאוחר יותר בחודש – מהעשירי והלאה – מרוצים יותר במידה משמעותית מהמשכורת שלהם (3.91) מאלו שמקבלים משכורת בתחילת החודש (3.41,  $p=.020$ ). לבסוף, רמת שביעות רצון מתנאי העבודה משמעותית גבוהה יותר, כאשר המעסיקים משלמים ביטוח לאומי עבור המטפל (4.24 vs. 3.82,  $p=.036$ ).

#### נקודות המפגש והשוני בין תפיסות הקשיש, המטפל וקרוב המשפחה, לגבי תנאי העבודה :

השוואה מתוך המדגמים המלאים של שלושת סוגי המדווחים: 74% מתוך 111 מטפלים, דיווחו כי הם ישנים בחדר פרטי, 8% בחדר משותף ו-15% בסלון. מתוך 71 קשישים, 79% דיווחו כי המטפלים שלהם ישנים בחדר פרטי, 1% בחדר משותף ו-13% בסלון. 113 קרובי המשפחה של הקשישים העידו כי 76% מהמטפלים ישנים בחדר פרטי, 11% בחדר משותף ו-10% בסלון. 94% מהמטפלים ציינו כי יש להם נגישות למכונת כביסה, כך גם 96% מהקשישים ומקרובי המשפחה. 89% מהמטפלים, 81% מהקשישים ו-85% מקרובי המשפחה, דיווחו כי יש למטפלים ארון פרטי. 89% מהקשישים ו-96% מקרובי המשפחה דיווחו כי לדעתם החדר בו ישנים המטפלים מחומם מספיק בחורף וכך גם 84% מהמטפלים. 86% מהמטפלים, 93% מהקשישים ו-97% מקרובי המשפחה העידו כי החדר בו ישנים המטפלים מקורר מספיק בחודשי הקיץ. 45% מהמטפלים, 56% מהקשישים ו-35% מקרובי המשפחה, העידו כי המטפלים אוכלים ביחד עם בני הבית. 10% מהמטפלים, 4% מהקשישים ו-8% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים אוכלים אחרי בעלי

הבית. 29% מהמטפלים, 33% מהקשישים ו-41% מקרובי המשפחה, דיווחו כי המטפלים אוכלים מתי שהם רוצים. במקרים והקשיש שומר כשרות, 60% מהמטפלים, 58% מהקשישים ו-57% מקרובי המשפחה מעידים כי הדבר אינו מהווה בעיה או פוגע בתנאי האכילה של המטפלים. יחד עם זאת, 3% מהמטפלים ו-4% מהקשישים ומקרובי המשפחה, דיווחו כי שמירת הכשרות של הקשיש מהווה בעיה. 39% המטפלים דיווחו כי הם מכינים את המזון שלהם בנפרד מזה של בני הבית, כך גם 43% מהקשישים ו-40% מקרובי המשפחה. בנוסף, 41% מהמטפלים, 36% מהקשישים ו-29% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים אינם מכינים את האוכל שלהם בנפרד. 12% מהמטפלים, 10% מהקשישים ו-1% מקרובי המשפחה, דיווחו כי המטפלים משלמים עבור המזון שלהם. 8% מהמטפלים, 10% מהקשישים ו-7% מקרובי המשפחה העידו כי הם משלמים על חלק מהמזון שלהם, בעוד ש-77% מהמטפלים, 77% מהקשישים ו-83% מקרובי המשפחה, דיווחו כי המטפלים אינם משלמים כלל על המזון שלהם. 54% מהמטפלים, 50% מהקשישים ו-34% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים רוכשים בעצמם את המזון שלהם, בעוד ש-39% מהמטפלים, 34% מהקשישים ו-34% מקרובי המשפחה דיווחו כי הם אינם רוכשים את המזון בעצמם. 94% מהמטפלים, 97% מהקשישים ו-92% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים אינם שומרים את המזון שלהם בנפרד מהמזון של בני הבית. 98% מהמטפלים דיווחו כי יש מקרר בו הם יכולים לעשות שימוש, כך גם 99% מהקשישים ו-93% מקרובי המשפחה. מבחינת רכישת מזון עבור הקשיש המטופל, 30% מהמטפלים, 17% מהקשישים ו-35% מקרובי המשפחה, דיווחו כי הדבר נעשה על ידי קרוב משפחה. יחד עם זאת, 65% מהמטפלים, 86% מהקשישים ו-68% מקרובי המשפחה העידו כי המטפל הוא זה שרוכש את המזון עבור הקשיש המטופל.

39% מהמטפלים העידו כי הם מבינים את תנאי העסקתם במידה רבה ו-44% מהם במידה רבה מאוד. 24% מהקשישים סבורים שהמטפלים שלהם מבינים את תנאי העסקתם במידה רבה ו-66% במידה רבה מאוד. 13% מקרובי המשפחה סבורים שהמטפלים מבינים במידה רבה ו-85% במידה רבה מאוד. 44% מהמטפלים, 46% מהקשישים ו-44% מקרובי המשפחה, טוענים שהמטפלים מקבלים ימי חופשה במהלך השבוע. 40% מהמטפלים דיווחו כי אין להם ימי חופשה וכי הם עובדים בכל ימות השבוע. כך דיווחו גם 35% מהקשישים ו-48% מקרובי המשפחה. כשנשאלו כמה שעות עבודה בפועל עובדים המטפלים, 15% מהמטפלים, 43% מהקשישים ו-27% מקרובי המשפחה דיווחו כי הם עובדים פחות משש שעות. 28% מהמטפלים, 26% מהקשישים ו-31% מקרובי המשפחה העידו כי המטפלים עובדים בין שש לשמונה שעות. 30% מהמטפלים, 9% מהקשישים ו-13% מקרובי המשפחה העידו על בין תשע לשתיים עשרה שעות עבודה ביום. 30% מהמטפלים העידו כי הם עובדים יותר משתיים עשרה שעות ביום, לעומת 2% מהקשישים ו-8% מקרובי המשפחה. בנוגע לתכיפות בה המטפלים יכולים לצאת מהדירה לפעילות פנאי מעבר לימי החופשה שלהם במהלך השבוע, 24% מהמטפלים העידו כי אין להם כלל אפשרות לצאת מהדירה וכי הם וויתרו על יום החופשה שלהם. כך גם 4% מהקשישים ו-13% מקרובי המשפחה. 24% מהמטפלים, 9% מהקשישים ו-13% מקרובי המשפחה העידו כי המטפלים יכולים לצאת מהדירה רק ביום החופשה שלהם אחת לשבוע. 6% מהמטפלים, 13% מהקשישים ו-15% מקרובי המשפחה דיווחו כי הם יכולים לצאת מהדירה פעמיים או שלוש במהלך השבוע. 14% מהמטפלים דיווחו כי הם יכולים לצאת מהדירה כל יום, כך דיווחו גם 27% מהקשישים ו-28% מקרובי המשפחה. לעומת אחוז אחד מהמטפלים, 7% מהקשישים ו-3% מקרובי המשפחה העידו כי המטפלים יכולים לצאת מהדירה מספר פעמים ביום. במידה והמטפלים יכולים לעזוב את הדירה לצורכי פנאי, 14% מהמטפלים דיווחו כי כל יציאה עורכת בין עשר דקות לחצי שעה, לעומת אחוז אחד מהקשישים ו-2% מקרובי המשפחה. 39% מהמטפלים, 65% מהקשישים ו-52% מקרובי המשפחה דיווחו כי משך היציאה הוא יותר משעה.

בעוד ש-36% מהמטפלים, 4% מהקשישים ו-80% מקרובי המשפחה דיווחו כי כסף עבור מזון ומגורים מנוכה ממשכורת המטפל, 64% מהמטפלים, 78% מהקשישים ו-13% מקרובי המשפחה דיווחו כי הוא אינו מנוכה. בנוגע לתאריך קבלת המשכורת של המטפלים, 16% מהמטפלים, 24% מהקשישים ו-29% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים מקבלים את המשכורת בתחילת החודש (עד היום החמישי). 49% מהמטפלים, 35% מהקשישים ו-34% מקרובי המשפחה דיווחו כי המשכורת מועברת בין העשירי לתשע עשרה לחודש. 100% מהמטפלים, 96% מהקשישים ו-100% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים מחזיקים ברשותם את הדרכון שלהם. 98% מהמטפלים, 89% מהקשישים ו-98% מקרובי המשפחה דיווחו כי למטפלים יש ביטוח בריאות בישראל. 89% מהמטפלים, 74% מהקשישים ו-89% מקרובי המשפחה דיווחו כי המעסיקים משלמים למטפל ביטוח לאומי. במקרים בהם המטפל עובד אצל הקשיש מעל שנה, 74% מהמטפלים, 66% מהקשישים ו-86% מקרובי המשפחה דיווחו כי המטפלים קיבלו חופשה שנתית. 83% מהמטפלים דיווחו כי הם מקיימים את מנהגי הדת שלהם, וכך דיווחו אודות המטפלים גם 41% מהקשישים ו-45% מקרובי המשפחה. 8% מהמטפלים דיווחו כי הם אינם מקיימים את דתם, כך גם 28% מהקשישים ו-26% מקרובי המשפחה.

טבלה 1:

תנאי עבודה על פי:				
קשישים	קרובי משפחה	מטפלים	תנאי עבודה	סוג תנאי העבודה
71	111	113	N	
79%	76%	74%	חדר פרטי	
81%	85%	89%	ארון פרטי	
89%	96%	84%	מספיק חימום בחורף	תנאי מגורים
93%	97%	86%	מספיק קירור בקיץ	
56%	35%	45%	אוכלים יחד עם בני הבית	
33%	41%	29%	אוכלים מתי שרוצים	
4%	4%	3%	בעיה בנושא שמירת כשרות	
43%	40%	39%	הכנת מזון בנפרד	תנאי אכילה והסדרי
10%	1%	12%	תשלום עבור מזון	רכישת מזון
50%	50%	54%	רכישת המזון של המטפל בעצמו	
97%	92%	94%	שמירת המזון ביחד עם בני הבית	
98%	93%	98%	מקרר	
24%	13%	39%	הבנת תנאי ההעסקה (מידה רבה)	
66%	85%	44%	הבנת תנאי ההעסקה (מידה רבה מאד)	
46%	44%	44%	ימי חופשה במהלך השבוע	
43%	27%	15%	שעות עבודה בפועל – עד 6	
26%	31%	28%	שעות עבודה בפועל – 6-8	

9%	13%	30%	שעות עבודה בפועל – 9-12	
2%	8%	30%	שעות עבודה בפועל – יותר מ-12	
4%	13%	24%	תכיפות יציאה מהדירה – כלל לא	
13%	15%	6%	תכיפות יציאה מהדירה – פעמיים שלוש בשבוע	תנאי העסקה
27%	28%	14%	תכיפות יציאה מהדירה – כל יום	
1%	2%	14%	אורך שהות ביציאה מהדירה – 10-30 דק'	
65%	52%	39%	אורך שהות ביציאה מהדירה – מעל 60 דק'	
4%	80%	36%	ניכוי מזון ומגורים מהשכר	
29%	24%	16%	מועד קבלת שכר – תחילת החודש	
35%	34%	49%	מועד קבלת שכר – אמצע חודש	
96%	100%	100%	ביטוח בריאות	
74%	89%	89%	ביטוח לאומי	
66%	86%	74%	חופשה שנתית	
41%	45%	83%	קיום מנהגי דת	

### **השוואת תפיסות תנאי העבודה במדגמים מזווגים של כל המשתתפים בהם היו זוגות מטפלים :**

המטופלים דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטפלים בנושאים הבאים: ניכויים מהשכר, מספר שעות עבודה, מספר הפסקות ואורך הפסקות. הבדל בכוון ההפוך היה במובן של אפשרות של קיום מנהגים דתיים, שבהם יותר מטפלים דווחו על יותר אפשרות כזאת לעומת המטופלים. בני המשפחה דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטפלים בנושאי: ניכויים מהשכר, חופשה שנתית בתשלום, ובעיות הקשורות לכשרות. המטפלים דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר בני המשפחה בנושאים: יום מנוחה למטפל, וקיום מנהגים דתיים. בני המשפחה דווחו על תנאי עבודה טובים יותר מאשר המטופלים בנושא שעות העבודה. פרוט הממצאים מופיע בהמשך.

### **מטפלים ומטופלים**

נמצאו הבדלים משמעותיים בתפיסת תנאי העבודה בין המטופלים למטופלים בכמה תנאי עבודה הכוללים האם אחסון האוכל נעשה בנפרד, האם יש למטפל יום מנוחה, האם יש למטפל אפשרות לקיים מנהגים דתיים, האם המטפל הוא הבן אדם העיקרי שקונה למטפל אוכל, האם מנכים למטפל מהשכר, מספר שעות עבודה, האם המטפל מכין לעצמו אוכל בנפרד, מספר ההפסקות ביום ואורך זמן ההפסקות (ראה טבלה 2).

טבלה 2: נקודות השוני בתפיסת תנאי העבודה בין המטופלים והמטפלים.

<i>n</i>	פירוש	<i>P</i>	ניתוח סטטיסטי	משתנה
53	היו 7 מקרים בהם הקשיש דיווח על הפרדה באחסון האוכל כאשר המטפל דיווח על חוסר הפרדה	0.070	McNemar	אחסון אוכל (דיכוטומי)
45	היו 7 מקרים בהם הקשיש חשב שאין למטפל יום מנוחה למרות שהמטפל דיווח על כך שיש	0.070	McNemar	ימי מנוחה (דיכוטומי)
37	היו 7 מקרים בהם המטפל דיווח על אפשרות לקיים מנהגים דתיים אבל הקשיש לא	0.016	McNemar	אפשרות לקיים מנהגים דתיים (דיכוטומי)
51	היו 4 מקרים בהם המטפל אמר שהוא לא העיקרי למרות שהמטפל אמר שכן	0.000	McNemar	המטפל הוא הבן אדם העיקרי שקונה למטפל אוכל (דיכוטומי)
43	היו 29 מקרים בהם המטפל אמר שכן מנכים לו מהשכר למרות שהמטפל אמר שלא	0.000	McNemar	ניכוי מהשכר (דיכוטומי)
54	היו 22 מקרים בהם המטפל דווח על מספר שעות עבודה ארוך מ 8 שעות למרות שהמטפל העיד על 8 או פחות	0.018	McNemar	מספר שעות עבודה (דיכוטומי)
34	היו 6 מקרים בהם המטפל דיווח על אכילה ביחד למרות שהמטפל העיד על אכילה בנפרד	0.031	McNemar	הכנת אוכל בנפרד (דיכוטומי)
27	מטופלים דווחו על יותר הפסקות מאשר המטפלים	0.008	Wilcoxon	מספר הפסקות (אורדינלי)
45	מטופלים דווחו על הפסקות יותר ארוכות מאשר המטפלים	0.003	Wilcoxon	אורך הפסקות (אורדינלי)

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין מטופלים ומטפלים בשאר תנאי העבודה.

### בני המשפחה ומטפלים

נמצאו הבדלים משמעותיים בתפיסת תנאי העבודה בין בני המשפחה למטפלים בתנאי העבודה האלו: האם ישנם בעיות בעקבות כשרות, האם ישנה הפרדה באחסון האוכל, האם המטפל מקבל ימי מנוחה,

האם מנכים למטפל מן השכר, האם המטפל מקבל חופשה שנתית בתשלום, האם יש למטפל אפשרות לקיים מנהגים דתיים, האם המטפל משלם עבור האוכל שלו (ראה טבלה 3).

טבלה 3 : נקודות השוני בתפיסת תנאי העבודה בין בני המשפחה והמטפלים.

<i>n</i>	פירוש	<i>P</i>	ניתוח סטטיסטי	משתנה
92	היו 4 מקרים בהם המטפלים דווחו על בעיות עם המטופל בעקבות כשרות למרות שבני המשפחה דווחו שעל כך שאין	0.000	McNemar	בעיות בעקבות כשרות (דיכוטומי)
86	היו 76 מקרים בהם המטפלים אמרו שהם מאחסנים אוכל בנפרד אבל בני המשפחה אמרו שהמטופל והמטפל מאחסנים אוכל ביחד	0.000	McNemar	אחסון אוכל (דיכוטומי)
84	היו 12 מקרים בהם המטפלים דווחו על כך שיש להם יום מנוחה למרות שבני המשפחה אמרו שאין	0.035	McNemar	ימי מנוחה (דיכוטומי)
82	היו 46 מקרים בהם בני המשפחה אמרו שלא מנכים למטפל מהשכר למרות שהמטפל דווח על כך שכן	0.000	McNemar	ניכוי מהשכר (דיכוטומי)
81	היו 11 מקרים בהם בני המשפחה אמרו שהמטפלים מקבלים חופשה שנתית בתשלום למרות שהמטפלים אמרו שלא	0.022	McNemar	חופשה שנתית בתשלום (דיכוטומי)
63	היו 14 מקרים בהם המטפלים אמרו שיש באפשרותם לקיים מנהגים דתיים למרות שבני המשפחה אמרו שלא	0.013	McNemar	אפשרות לקיים מנהגים דתיים (דיכוטומי)
81	היו 13 מקרים בהם בני המשפחה אמרו שהמטפל לא משלם בעצמו עבור האוכל שלו למרות שהמטפל אמר שכן	0.096	McNemar	תשלום עבור האוכל של המטפל (דיכוטומי)

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין מטופלים ומטפלים בשאר תנאי העבודה.

### בני המשפחה ומטופלים



נמצאו הבדלים משמעותיים בתפיסת תנאי העבודה בין בני המשפחה למטופלים בתנאי העבודה האלו: האם ישנה הפרדה באחסון האוכל והאם המטפל עובד 8 שעות או יותר (ראה טבלה 4).

טבלה 4: נקודות השוני בין בני המשפחה והמטופלים.

<i>N</i>	פירוש	<i>P</i>	ניתוח סטטיסטי	משתנה
41	היו 40 מקרים בהם המטופלים אמרו שהם מאחסנים אוכל בנפרד אבל בני המשפחה אמרו שהמטופל והמטפל מאחסנים אוכל ביחד	0.000	McNemar	אחסון אוכל (דיכוטומי)
39	היו 10 מקרים בהם המטופלים אמרו שהמטפל עובד יותר מ-8 שעות למרות שבן המשפחה אמר שהמטפל עובד 8 שעות או פחות	0.092	McNemar	שעות עבודה (דיכוטומי)

לא נמצאו הבדלים משמעותיים בין בני המשפחה ומטופלים בשאר תנאי העבודה.

#### **הקשר בין תנאי העבודה למערכת היחסים בין המטפל למטופל:**

בכדי לבדוק אם ישנו קשר בין תנאי עבודה שונים לבין איכות הקשר שבין המטפל למטופל, ניתוחים סטטיסטיים שונים (Pearson's correlation, Spearman's correlation, Independent t-test, One-Way ANOVA) בוצעו על פי סולם המדידה של כל תנאי עבודה. ניתוחים סטטיסטיים אלו בוצעו על פי הדיווח של המטפל וגם של המטופל. מהדיווחים של המטופל לא נמצא קשר בין תנאי מחייה שונים (לינה בחדר פרטי, גישה לכביסה, ארון פרטי, מספיק חימום ומספיק קירור) לבין איכות הקשר של המטופל עם המטפל. למרות זאת, מתוך הסדרי האכילה השונים, נמצאו תוצאות המעידות על קשר בין השאלה "האם יש בעיה בבישול והגשת האוכל בגלל כשרות הקשיש?" לבין איכות הקשר בין המטופל למטפל. כיוון ששאלה זו נמדדה בסולם בינומי עם אפשרויות "כן" או "לא", בוצע t-test ( $n=67$ ) עם תוצאות מובהקות ( $t=1.72, p<0.05$ ) המעידות כי איכות הקשר בין המטפל למטופל גבוהה יותר כאשר אין בעיות בבישול והגשת האוכל עקב שמירת כשרות של הקשיש, לעומת המקרים בהם ישנן בעיות ( $\bar{x} = 4.61$  vs  $\bar{x} = 3.67, respectively$ ). לא נמצאו תוצאות מובהקות עם יתר הסדרי האכילה (זמן ארוחת המטפל, כשרות הקשיש, הכנת אוכל בנפרד, קניה ותשלום של האוכל של המטפל, אחסון האוכל של המטפל, גישה למקרר, קניית האוכל של המטופל על ידי המטפל). בנוסף, לא נמצאו תוצאות מובהקות עם תנאי העבודה השונים (הבנת תנאי העבודה, ימי מנוחה, שעות עבודה ביום, תכיפות הפסקות, משך זמן הפסקות, ניכוי מהשכר לאוכל ומגורים, תאריך תשלום השכר, הפרשת כסף לביטוח לאומי, חופשה שנתית בתשלום, קיום מנהגים דתיים של המטפל). בנוסף, בוצע ניתוח correlation Pearson's ( $n=68$ ) בין מספר התנאים הטובים של המטפל (לינה בחדר פרטי, מספיק חימום וקירור, היעדר בעיות עם המטופל בנוגע להסדרי כשרות, גישה למקרר, גישה לכביסה, קבלת ימי מנוחה, קבלת חופשה שנתית בתשלום, אפשרות לקיים מנהגים דתיים, הפרשת כסף לביטוח לאומי, רכישת מזון של המטפל בעצמו, אי ניכוי כסף לאוכל ומגורים משכר העובד,

משך עבודה של 8 שעות ביום או פחות), שדווחו על ידי המטופל ואיכות הקשר בין המטופל למטפל אולם ניתוח זה לא הפיק תוצאות משמעותיות ( $r=-0.06, p>0.1$ ).

כאשר השתמשנו בנתונים של דיווחי המטפל, נמצא קשר בין נוחות המיטה של המטפל לבין איכות הקשר בין המטפל למטופל כאשר נוחות המיטה נמדדה בסולם אורדינלי (1=בכלל לא, 5=במידה רבה מאוד). ל Pearson's correlation ( $n=108$ ) הראה תוצאות מובהקות ( $r=0.26, p<0.01$ ) שמעידות על איכות קשר גבוהה יותר אצל מטופלים עם מיטה נוחה. שאר תנאי המחיייה לא הפיקו תוצאות משמעותיות ביחס לאיכות הקשר בין המטפל למטופל. מתוך הסדרי האכילה, נמצא כי מטפלים אשר קונים לעצמם אוכל דיווחו על איכות קשר גבוהה יותר בהשוואה לאלה שלא \*\*עדי, אנא בדקי שוב, כי זה היה נושא לחוסר שביעות רצון\*\* ( $\bar{x} = 4.92$  vs  $\bar{x} = 4.59, respectively$ ) t-test ( $n=98$ ) עם תוצאות מובהקות ( $t=1.69, p<0.05$ ). לא נמצאו תוצאות עם שאר הסדרי האכילה או עם שאר תנאי העבודה. בנוסף, בוצע ניתוח Pearson's correlation ( $n=112$ ) בין מספר התנאים הטובים שדווחו על ידי המטפל (לינה בחדר פרטי, נוחות המיטה, מספיק חימום וקירור, היעדר בעיות עם המטופל בנוגע להסדרי כשרות, גישה למקרר, גישה לכביסה, קבלת ימי מנוחה, קבלת חופשה שנתית בתשלום, אפשרות לקיים מנהגים דתיים, הפרשת כסף לביטוח לאומי, כאשר המטפל קונה לעצמו אוכל, כאשר כסף לאוכל ומגורים לא מנוכה משכר העובד, כאשר המטפל עובד 8 שעות ביום או פחות) לבין איכות הקשר בין המטפל למטופל אבל ניתוח זה לא הפיק תוצאות משמעותיות ( $r=-0.01, p>0.1$ ).

### **באיזו מידה המטופל רוצה ומקבל טיפול "חברתי", מעבר לטיפול בפעילויות יומיומיות :**

ניתוח זה מתייחס להעדפות הקשישים המקבלים טיפול הקשור לפעילויות היומיום (ADL), בנוגע לטיפול חברתי (social care), ובאיזו מידה יודעים קרובי המשפחה של הקשישים מהם העדפותיהם בנושא זה באופן כללי, הקשישים הביעו מידה בינונית של רצון (3.17) לטיפול חברתי מהמטפלים הסייעודיים שלהם. העניין המרכזי שלהם הוא בכך שהמטפלים יכירו אותם כבני אדם (3.82), אך באופן משמעותי פחות מעוניינים בכך שהמטפלים ידעו את דאגותיהם ( $p \leq 0.05, 3.18$ ). לקשישים עניין מועט בחלוק עם המטפלים פעילויות חברתיות או פעילויות פנאי (1.95), מה שמהווה את העניין המועט ביותר בכל התחום של פעילויות חברתיות ( $p=0.002$  to  $\leq 0.000$ ). קרובי משפחתם של הקשישים מדווחים כי הם תופסים את הקשישים כפחות מעוניינים לצאת להליכות עם המטפל ולחלוק איתו פעילויות פנאי מאשר צורות אחרות של טיפול חברתי. באופן כללי, דירוג של העדפות כפי שהוא נתפס על ידי קרובי משפחה התאים להעדפות עליהם העידו הקשישים עצמם.

מידת היישום של אספקטים שונים של טיפול חברתי על פי דיווח המטפלים ותפיסות הקשישים וקרובי משפחתם ביחס לטיפול שניתן

על מנת למדוד את העיסוק של המטפלים בפעילויות פנאי ופעילויות חברתיות בשיתוף עם הקשיש, המרואינינים נתבקשו לדווח על שתי פעילויות ספציפיות: האם המטפל משחק עם הקשיש (לדוגמה קלפים, דומינו וכד'), והאם המטפל והקשיש צופים בטלוויזיה ביחד. מטפלים דיווחו כי הם מקיימים שיחות עם הקשיש לעיתים תכופות ( ממוצע 4.22), אולם מעט מאד (1.63) משחקים עם הקשישים. בנוגע לטיפול חברתי באופן כללי, מטפלים דיווחו על שכיחות טיפול גבוהה משמעותית ביחס לדווח על ידי הקשישים ( $3.03, p \leq 0.000$ ), וגבוהה באופן לא מובהק לעומת מה שדיווחו קרובי המשפחה ( $3.30, p=0.062$ ). הבדל

משמעותי בין הקבוצות נראה בדיווח על תדירות קיום שיחות ( $p=.003$ ), במשחק משותף ( $p=.018$ ) ובצפייה משותפת בטלוויזיה ( $p\leq.000$ ).

#### טיפול חברתי בקשישים עם דמנציה

21 מהמטפלים מטפלים בקשיש שאובחן כסובל מדמנציה. בהתבסס על דיווחים של קרובי המשפחה, במקרים אלו המטפלים דווחו על רמה נמוכה יותר של היכרות עם הקשיש כאדם (כמו היכרות עם ערכיו, אמונותיו והעדפותיו) ( $t_{43.3}=2.32, p=.03$ ), ותכיפות נמוכה יותר של קיום שיחות עימו, לעומת המטפלים בקשישים שלא סובלים מדמנציה ( $t_{38.5}=2.00, p=.05$ ) ( $3.76$  vs.  $4.42$ ).

מידת ההתאמה בין העיסוק של המטפל בטיפול חברתי לבין העדפותיו של הקשיש כפי שדיווחו עליהם הקשיש וקרובי המשפחה, ורמת ההתאמה בין העדפות אלו לבין קיום הטיפול החברתי

בהתבסס על דיווחים של הקשישים וקרובי המשפחה, העדפות הקשישים ורמת הטיפול החברתי בפועל תואמים באופן משמעותי בתחומים כמו היכרות של המטפל את הקשיש כאדם, קיום שיחות ויציאה להליכות משותפות. ישנה התאמה פחותה יותר בין העדפות של פעילויות פנאי לבין ביצוען בפועל. ההתאמה הגבוהה ביותר דווחה על ידי הקשיש וקרוב משפחתו על היכרות עם הקשיש כאדם ( $90.4\%$  ו- $81.3\%$  בהתאמה) ועל הבנה מה מטריד את הקשיש ( $87.8\%$  ו- $80.2\%$  בהתאמה); לפי נתוני הקשישים אחוז ההתאמה היה נמוך יותר עבור קיום שיחות ( $55.6\%$ ) ועבור נתוני קרובי משפחה האחוז היה נמוך ביחס לצפייה בטלוויזיה ( $52.3\%$ ).

באיזו מידה המטפלים רואים את העיסוק בטיפול חברתי כחלק מהגדרת התפקיד שלהם, והאם תפיסה זו משפיע על העיסוק בפועל?

מעל  $90\%$  מהמטפלים רואים בעיסוק בטיפול חברתי חלק אינטגרלי מתפקידם. הדבר הכולל היכרות עם הקשיש כאדם והבנת הנושאים שמטרידים אותו, קיום שיחות אישיות ויציאה עם הקשיש להליכות. אחוז המטפלים יורד ל- $75-80\%$ , כאשר מדובר בפעילויות חברתיות ופעילויות פנאי משותפות, כמו משחק משותף וצפייה משותפת בטלוויזיה. אף על פי כן, לתפיסתו של המטפל לגבי האם טיפול חברתי מהווה חלק מתפקידו או לא, ישנה השפעה מועטה על תפקודו בפועל, כאשר ההשפעה המשמעותית היחידה היא על צפייה משותפת בטלוויזיה ( $t_{85}=3.12, p=.002$ ) ( $3.97$  vs.  $2.70$ ), והשפעה שולית על קיום שיחות אישיות ( $t_{8.6}=2.06, p=.07$ ) ( $4.28$  vs.  $3.38$ ).

#### איכות הקשר בין מטופלים למטפלים :

לגבי שאלת המחקר איך המטפלים והקשישים מדרגים את איכות היחסים הבינאישיים שלהם: גם הקשישים וגם המטפלים נתנו דירוג גבוה לארבעה אינדיקטורים של איכות הקשר ביניהם. קרוב לשני שלישי מהמטפלים ( $64.3\%$ ) ו- $50.0\%$  מהקשישים דירגו את איכות הקשר כ"טובה מאוד" או "מצוינת". בדומה לכך, רוב המשתתפים בשתי הקבוצות דיווחו כי הם "מסתדרים" האחד עם השני ו"מרגישים קרובים" אחד לשני, במידה רבה מאד. באופן יחסי, מעט משתתפים דירגו את איכות היחסים כ"פחות מטובה" (מטפלים  $8.7\%$ ; קשישים  $11.8\%$ ).

ניתוח המידע מ-55 זוגות של קשישים ומטפלים, חשף מתאמים מובהקים בין הדרוגים של הקשישים והמטפלים: איכות הקשר ( $\rho=.42; p=.001$ ), מסתדרים ביניהם טוב ( $\rho=.41; p=.001$ ), מרגישים קרובים אחד לשני ( $\rho=.39; p=.010$ ), ומבינים האחד את השני ( $\rho=.31; p=.020$ ). המטפלים דירגו את רמת איכות הקשר גבוה יותר מדירוג הקשיש בו הם מטפלים, אולם ההבדלים

המשמעותיים הם רק ב"מרגישים קרובים אחד לשני" עם ממוצע דירוג של 4.31 של המטפלים לעומת 4.04 של הקשישים;  $t(df 47)=2.45; p=.020$ .

כאשר נתבקשו הקשישים לבחור בתיאור המשקף בצורה הטובה ביותר את האופן בו הם מרגישים כלפי המטפלים שלהם, יותר ממחציתם בחרו לתאר זאת כיחסים 'אישיים' (43.7% כמו משפחה או יותר ממשפחה; 12.7% 'חבר או חבר קרוב'). שליש מהקשישים (33.8%) בחרו את התיאור "עובד" – בטענה כי הם תופסים את מערכת היחסים ביניהם כרשמית ומעוגנת בהסכם העסקה, ו-5.2% בחרו 'אחר'. הקבוצה שתיארה את מערכת היחסים כ'אישית', דירגה את כל ארבעת האינדיקטורים של איכות הקשר גבוה מהקבוצה שתיארה את הקשר כ"פורמלי" או "אחר", אולם ההבדל הסטטיסטי המשמעותי נראה רק באינדיקטור של "מרגישים קרובים אחד לשני" עם ממוצע דירוגים של 4.21 ו-3.71  $[F(df 66)=5.10; p=.030]$  בהתאמה ל"איכות הקשר" עם ממוצע של 4.83 ו-4.26  $[F(df 66)=6.58; p=.010]$ .

#### תיאור מערכת היחסים הבינאישית

כיצד הקשישים ומטפליהם, מתארים את מערכת היחסים הבינאישית שלהם. לצורך כך נלקח מידע איכותני הבודק מהם הדברים החיוביים ומהם הדברים שכדאי לשנות במערכת היחסים בין הקשישים ומטפליהם. הניתוח התבסס על תשובותיהם של 84 מטפלים ו-58 קשישים. 16 מטפלים ו-10 קשישים לא הגיבו לשאלה זו (כולל כאלו שהעידו ש"הכל בסדר" או "אין שום בעיות"), 5 מטפלים ו-6 קשישים לא יכלו לחשוב על משהו חיובי במערכת היחסים ביניהם, ו-11 מטפלים דיווחו כי הם מתקשים לענות לשאלה זו כי הקשיש "בקושי מתקשר". רק 20 מטפלים ו-19 קשישים היו מסוגלים או מעוניינים להציע דרכים לשיפור מערכת היחסים. 30 מטפלים ועשרים קשישים אמרו כי אין מה לשפר וכי הם מרוצים ממערכת היחסים, ו-50 מטפלים ו-17 קשישים הגיבו כי הם "לא יודעים".

## תפיסת המטפלים

שלוש תמות עיקריות הופיעו בניתוח האיכותני מתשובתם של 84 מטפלים. התמה הראשונה הינה 'לדאוג אחד לשני' ( $n=36$ ), התמה השנייה הינה 'יש חיבור טוב ביננו' ( $n=29$ ), והתמה השלישית 'מתן טיפול טוב' ( $n=25$ ).

### **תמה 1 לדאוג אחד לשני**

הרבה מהמטפלים מתארים את הקשר שלהם לקשיש במונחים של חיבור רגשי עם אמירות כמו 'זו הקירבה שיש לנו', 'אנחנו מחבבות אחת את השנייה ומרוצות אחת מהשנייה', 'אני מאד קרובה אליה' ו'אנחנו חברות טובות. אני כמוה והיא כמוני. אני דואגת לה מאד'. עבור חמישה מטפלים הקירבה כללה גם שיתוף בבעיות אישיות ובקבלת עצה מהקשיש כפי שנראה בציטוטים הבאים: 'היא עוזרת לי בבעיות האישייות שלי' ו'אני יכולה לדבר איתו על הבעיות האישייות שלי'.

חלק מהמטפלים מתארים את מערכת היחסים במונחים של 'דואגים לי'. הדבר בא לידי ביטוי באמירות כמו: 'היא אישה אדיבה והיא דואגת לרווחה האישיית שלי', 'הוא חושב על הצרכים שלי ואני חשובה לו', 'הוא כל הזמן דואג שיהיה לי חם מספיק שאני יוצאת מהבית', ו'כשאני עייפה הוא שואל אותי אם אני צריכה משהו. הוא מבחין בכך ונותן תשומת לב'.

עשרים מטפלים תיארו כי הם תופסים את הקשר עם הקשיש כמו-משפחה, תוך שהם עושים שימוש באמירות כמו: 'מתייחסים אלי כאילו אני בת', 'זה כמו קשר של אמא ובת', 'אנחנו מתייחסות אחת לשנייה כמו משפחה', 'היא אוהבת אותי כמו בת', ו'היא מסתכלת עלי כאילו אני הבת שלה. היא מטפלת בי ודואגת לי. כל מה שאני רוצה היא נותנת לי'. חלק מהמטפלים מרגישים כי הקשיש ממלא חלל בחייהם האישיים: 'אין לי סבא, [אבל] עכשיו יש לי ו'אין לי אף אחד פה, זו המשפחה שלי'.

### **תמה 2 יש חיבור טוב ביננו**

התמה השנייה 'יש חיבור טוב ביננו' מצביעה על שלושה רעיונות מרכזיים – תקשורת טובה, הבנה משותפת, והתחושה כי מתייחסים אלי יפה. בנוגע לתקשורת הטובה, מטפלים דיברו על תקשורת פתוחה עם הקשיש על צרכים ההדדיים ועל בעיות במערכת היחסים. לדוגמא: 'אני יכולה לומר לה כל מה שאני מרגישה, כל מה שמטריד אותי', 'אני אומרת לה, אם יש לה בעיה איתי להגיד לי, לדבר איתי על זה', ו'אני יכולה לומר לו מה אני רוצה כשיש לי בעיה והוא אותו הדבר. אנחנו פתוחים אחד עם השני'. ללמוד להכיר האחד את השני באופן אישי גם תרם בעיצוב מערכת היחסים הבינאישיית כפי שמתואר בציטוט הבא: 'אנחנו מכירות את מצבי הרוח האחד של השני ומתנהגות בהתאם'. נדבך נוסף של תקשורת טובה אשר הוזכר על ידי מטפלים הוא החשיבות של לצחוק ביחד. דוגמא לכך נתנה אחת המטפלות: 'הדבר הכי טוב זה שאני מספרת לה בדיחה והיא צוחקת'. מטפלת אחת התלוננה על הרגלי האכילה של הקשישה והמטפלת הצביעה על חוסר הבנה שלה את הקשיש 'כאדם', ואמרה: 'היא אוכלת אוכל ישן. היא לא נותנת לי הזדמנות לזרוק אותו. היא לא זורקת כלום, אפילו לא ביס קטן. זו בעיה בשבילי'.

מטפלים תיארו את הדרך בה מתייחסים אליהם הקשישים במונחים של חוויה חיובית, ניטרלית ושלילית. תיאור החוויה החיובית כלל תחושה שמקשיבים להם ומתייחסים אליהם באדיבות, בכבוד ובסבלנות. לדוגמא: 'כשאני עושה טעות הוא מסביר לי איך לא לחזור עליה', ו'אם אני עושה טעות הוא לעולם לא כועס עלי. לא אכפת לי'. מטפלים גם העריכו את היותם מוערכים על הטיפול שהם מעניקים לקשיש 'אפילו במצבה, היא אומרת תודה', ו'כשאני נותנת לה אוכל, במיוחד לחם, היא תמיד אומרת, תודה אני אוהבת אותך, ומנשקת לי את היד'.

נוכל לראות דוגמא לתיאור החוויה השלילית בציטוט הבא: 'היא אומרת רק דברים רעים ומראה חוסר כבוד, בייחוד מול אנשים אחרים', ו'יש מקום לדבר על נימוסים [עם הקשישה]'. חוויה ניטרלית

תוארה כהיעדר תקשורת לא נעימה עם הקשיש. למשל, 'היא לא מאשימה אותי', או 'היא לא צועקת והיא לא אומרת לי תעשה ככה או תעשה ככה'.

הדאגה הנפוצה ביותר אותה הביעו המטפלים היו כי הקשישים לא מתחשבים ברגשותיהם ( $n=5$ ) וכן הביעו קושי בתקשורת בעקבות היעדר שפה משותפת ( $n=4$ ). בנוגע לרגשות המטפלים, אחת המטפלות הרגישה כי הקשישה לא מבינה כמה קשה לה להיות רחוקה מהבית ושני מטפלים דיווחו כי הם מוטרדים מכך שלא סומכים עליהם: 'אני רוצה שהיא תסמוך עלי כי לפעמים היא לא מאמינה לי. היא חושבת שאני משקרת לה. זה פוגע בי לפעמים', ו'לפעמים שאני הולכת לקניות, אני חוזרת ושמה את הקניות על השולחן, והיא בודקת את החשבון ואת מה שהבאתי. אני לא אוהבת את זה'. מטפלת אחת ציינה כי המצב הבריאותי הירוד של הקשיש בו היא מטפלת, משפיעה על האופן שבו הוא מתייחס אליה: 'הוא כועס הרבה בגלל המצב שלו. אני לעיתים תכופות צריכה לספוג את הכעס שלו. זה מאד מתיש. זו עבודה קשה'. כפי שציינו לעיל, 11 מטפלים דיווחו כי הם לא יכולים לענות על שאלת איכות הקשר עם הקשיש, כיוון שהקשיש בו הם מטפלים כמעט וחסר יכולת לתקשר עם הסביבה. יחד עם זאת, מהנתונים עולה כי כמה מהמטפלים עושים שימוש בשפת סימנים, או בתקשורת לא מילולית על מנת להבין איך הקשיש מרגיש בתוך מערכת היחסים בניהם. דוגמא לכך בציטוט הבא: 'ההתנהגות שלה מראה לי שנוח לה איתי, ו'היא מחייכת שהיא רואה אותי'.

### **תמה 3 יש מתן טיפול טוב**

התמה השלישית מתמקדת במתן הטיפול הרשמי ביחסים הטיפוליים. חלק מהמטפלים ביטאו זאת במובן הכללי, לדוגמא: 'אני דואגת לכל צרכיו', 'אני מטפלת בה כל יום אז אני מרגישה שמערכת היחסים בינינו מאד טובה בגלל זה', ו'אתה מרגיש טוב אם אתה עושה את המשימה ומצליח בה'. חלק מהמטפלים תיארו את המחשבות שלהם אודות מערכת היחסים עם הקשיש במונחים של מסירות ומחויבות לטיפול בקשיש, 'אני נותנת לה את הכי טוב שלי', 'אני נותנת את הכל. אני מטפלת בה 100%', ו'היא רוצה רק קצת אבל אני נותנת לה הכל'. אחרים תיארו את מסירותם לקשיש על ידי השוואה לאופן שבו הם היו דואגים לבן משפחתם: 'אני מטפל בו כאילו הוא הסבא שלי', ו'אני מטפלת בה כאילו הייתה אמא שלי'.

רבים מהמטפלים דיברו על תפקידם לספק טיפול חברתי. הם ציינו למשל שהם מקדישים זמן לשוחח עם הקשיש, לספר סיפורים ולעשות פעילויות משותפות בבית (כולל בישול, אפיה, התעמלות וריקוד). אחרים הסבירו שהם מקיימים פעילויות של טיפול חברתי עם הקשיש על מנת לשמור עליו פעיל וערני. למשל, 'אני רוקדת איתה כל הזמן כדי לעודד אותה כי היא לבד', 'כשאני עושה לה התעמלות היא נהנית מזה', ו'אני מנסה לבדר אותה כי היא כל הזמן רוצה לישון'.

### **תפיסת הקשישים**

שלוש תמות המשקפות את התמות של המטפלים, הופיעו מהמידע האיכותני שנאסף מ-58 קשישים. הם מתארים את מערכת היחסים עם המטפלים במונחים של 'דואגים אחד לשני' ( $n=10$ ), 'תקשורת טובה' ( $n=16$ ), ו'קבלת טיפול טוב' ( $n=36$ ).

### **תמה 1 דואגים אחד לשני**

התמה 'דואגים אחד לשני' באה לידי ביטוי בשתי דרכים עיקריות. הראשונה, במונחים של הבעת רגשות כמו חיבה והתחווה כי דואגים לי. הדבר נראה בציטוטים הבאים: 'היא חמה, אוהבת, מסורה, אכפתית ואחראית. אין לי מילים לתאר עד כמה אני מעריצה אותה', ו'אני באמת מרגישה שיש כבוד ואהבה', ו'אכפת לו ממני. הוא כל הזמן שואל אותי מה שלומי ואם אני צריך משהו'. השנייה, המידע הכמותי חשף כי קרוב למחצית מהקשישים תופסים את מטפליהם כמו משפחה (43.7%). המידע האיכותני מוסיף נדבך

נוסף לתיאור הדפוס של הקשר. רוב הקשישים מרגישים רגשות אימהיים או אבהיים כלפי המטפל שלהם, לדוגמא: 'היא כמו הבת שלי. אהבתי אותה מההתחלה והיא כמוני'. במקרה אחד, קשישה הרגישה כי לא רק שהמטפלת דואגת לה אלא כל משפחתה של המטפלת: 'היא קוראת לי סבתא ואני קוראת לה נכדה. המשפחה שלי מאד אוהבת אותה. אנחנו מתייחסים אליה כאל חלק מהמשפחה. אני גם מדברת עם המשפחה שלה במחשב. אמא שלה אומרת לה שאם אני לא מרגישה טוב, אסור לה לעזוב אותי לרגע'. אולם, עבור חלק מהקשישים, התפיסה של כמו-משפחה קשורה לעובדת הסדר המגורים המשותף. קשישה אחת לדוגמא ציינה, שהמטפלת היא 'כמו משפחה' בשבילה כיוון והבת שלה באה לבקר אותה פעם בשבוע בעוד שהמטפלת נמצאת איתה כל הזמן. בנוסף, הצהרותיהם של חלק מהקשישים אשר תופסים את המטפל ככמו-משפחה, מצביעים על טשטוש בגבולות התפקיד. אחד הקשישים ציין כי המטפלת שלו לרוב מכינה את האוכל לכל המשפחה שלו כאשר הם מגיעים בשבת.

### **תמה 2 תקשורת טובה**

גם הקשישים מתארים את מערכת היחסים הבינאישית עם המטפלים במונחים של תקשורת טובה ביניהם. הרבה מהקשישים מחשיבים אינטראקציה חברתית כמרכיב חשוב בקשר. הם מציינים את החשיבות של היכולת לקיים שיחה מעניינת עם המטפל, כמו בציטוטים הבאים: 'אני מעריכה אותה כי אישה אינטליגנטית שאפשר לדבר איתה', 'והיא סקרנית, היא שואלת שאלות, היא רוצה לדעת'. אולם, חלק מהאנשים מציינים כי הם מרגישים שהקשר היה יכול להיות טוב יותר אם המטפל היה מעוניין בקשר בינאישי במידה רבה יותר. לדוגמא: 'זה טוב שהיא יושבת ומדברת איתי, אבל זה לא קורה הרבה כי היא כל הזמן מתעסקת בעניינים שלה', 'אין לנו תקשורת קרובה, היא עושה את הדברים שלה, אני לא דורשת ממנה יותר מדי. הייתי רוצה שתהיה תקשורת אישית ביננו. זה חסר לי', 'והייתי רוצה שהיא תדבר איתי יותר אבל היא כל הזמן בטלפון שלה'. אולם, לא כל הקשישים מעוניינים בקשר חברתי עם המטפל. שני קשישים לדוגמא, ציינו כי מה שמוצא חן בעיניהם במערכת היחסים עם המטפל זה שיהיה לא מפריעה לי בחיים', 'ושאין צורך, אני לא רואה ולא שומעת אותו'.

תקשורת טובה עם המטפל תוארה גם במונח של הבנה וכבוד הדדיים עם המטפל. לדוגמא: 'היא מבינה אותי ואני מבינה אותה', 'אנחנו מבינות ומכבדות אחת את השנייה', 'היא מקשיבה לי', 'היא יודעת מה אני אוהבת', 'והיא מבינה את הצרכים שלי'. בניגוד לרוב האמירות בנוגע להבנה וכבוד הדדיים, קשיש אחד ציין כי 'שאני צועק עליה היא לא עונה. היא מבינה'. כמה מהקשישים הביעו דאגה מחוסר הבנה הדדית וגישה שלילית של המטפל כלפיהם. לדוגמא: 'היא כועסת שאני מעירה על דברים. אני מסבירה לה שאני אומרת לה דברים כי זה קשה לי ואני עייפה', 'והיא חושבת שאף אחד לא עובד כמוה. היא כל הזמן בכאבים. אני אומרת לה שאני לא אבקש ממנה אם אני לא אהיה חייבת'. קשיש נוסף ציין כי 'הייתי רוצה שהיא לא תצעק עלי, שתלמד לקבל הערות ולבקש סליחה...!'.  
למרות העובדה כי מרבית הקשישים בישראל היו בעצמם מהגרים ועל כן הם דוברי כמה שפות, חלקם דיווחו כי היעדר שפה משותפת מפריע לתקשר בצורה טובה עם המטפל. התגובות שלהם כללו: 'לפעמים אני לא מבינה מה היא אומרת', 'אם העברית שלה הייתה טובה יותר זה היה הופך את הכל להיות יותר קל בשבילי', 'היא לא מדברת וגם לא אני. אני לא רוצה שנדבר האחת עם השנייה. אני חושבת שהיא בקושי מבינה אותי', 'וההבנה שלה מוגבלת והיא נוטה לא להודות שהיא לא מבינה'.

רוב הקשישים תופסים תכונת אופי מסוימת של המטפל כתורמת לאיכות הקשר ביניהם. הם מתארים תכונות כמו: 'נחמד', 'שקט', 'רגוע', 'חברותית', 'חס', 'כנה', 'סקרן', 'רגיש', 'ואינטליגנטי'. כמה מהקשישים התלוננו על היעדר חום אנושי באישיות של המטפל. אחד הקשישים אמר: 'זה יהיה טוב אם

היא יותר תפתח לאנשים, היא לא מסוג האנשים שמעודדים אותי. לא נותרו לי הרבה דברים משמחים בחיים שלי, אז לפחות הייתי רוצה שיהיה מישהו שאני יכולה לצחוק איתו, וקצת להשתגע איתו.

### **תמה 3 'קבלת טיפול טוב'**

התשובה הנפוצה ביותר לשאלה בנוגע לדברים חיוביים בקשר עם המטפל, היא 'קבלת טיפול'. הדבר השתקף באמירות כמו: 'היא עושה מה שצריך להיעשות', 'היא דואגת לצרכים שלי', ו'הדבר הטוב ביותר הוא העזרה שלה, בלעדיה לא הייתי יכולה להסתדר'. הנוכחות של אדם נוסף בבית היתה מוקד התשובה של חלק מהקשישים. קשיש אחד סיפר: 'מה שטוב זה שהוא לידי ואני לא לבד. אני מפחד להיות לבד. אני לא מפחדת מהמוות אבל אני מפחדת שמישהו יקרה לי כשאני לבד'. תגובה נפוצה נוספת הייתה שביעות הרצון מאיכות הטיפול. למשל: 'היא עובדת טובה', 'שהיא עושה קניות, היא חוזרת מהר', ו'היא עושה דברים שהיא לא חייבת לעשות. לדוגמא, היא עושה מיץ תפוזים סחוט'. הקשישים היו מרוצים בעיקר מהקשר כאשר תגובתו של המטפל מיידית והוא מעוניין לעשות כל מה שהוא התבקש לעשות. הדבר בא לידי ביטוי בציטוט זה: 'הקשר ביננו מצוין. היא לא מסרבת לכלום. מה שאני רוצה היא יכולה לעשות. בלי בעיה, היא עושה את זה מרצון', ו'כשאני מבקשת משהו היא מגיבה מידי'. תכונות מסוימות של המטפלים, כמו 'עובד חרוץ', 'נקי', 'מסודר', 'אסתטי', ו'דייקן', משחקות תפקיד חשוב בתפיסת הקשישים את איכות הקשר עם המטפל.

### **השפעת מצבו הקוגניטיבי של הקשיש ורמת הלחץ (burden) של בן המשפחה על מערכת**

#### **היחסים בין המטפל, המטופל, ובן המשפחה :**

מצבו הקוגניטיבי של הקשיש נקבע על ידי ציון מבחן GPCOG, הכולל ב-9 פעולות/שאלות (GPCOG Screening Test; Brodaty et al., 2002). מצבו הקוגניטיבי של המטופל לא השפיע על איכות הקשר בין

המטופל למטפל ( $r=-0.08$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין המטופל לבן המשפחה ( $r=0.11$ ,  $p>0.1$ ). כאשר שאלה זו נבדקה בהקשר לדווחי מטפלים כך שמצבו הקוגניטיבי של הקשיש הוגדר לפי המטפלים ודיווח איכות הקשר נעשה על ידי המטפלים, המצב הקוגניטיבי של המטופלים גם כן לא השפיע בצורה משמעותית על איכות הקשר בין המטפלים למטופלים ( $r=0.13$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין המטפלים לבני המשפחה ( $r=-0.04$ ,  $p>0.1$ ). בנוסף, רמת הלחץ של המטפלים לא השפיעה על איכות הקשר בין המטפלים למטופלים משמעותית ( $r=-0.13$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין המטפלים לבני המשפחה ( $r=0.04$ ,  $p>0.1$ ).

שאלה זו נבדקה גם אצל בני המשפחה כך שמצבו הקוגניטיבי של הקשיש הוגדר לפי בן המשפחה, רמת הלחץ הרלוונטית הייתה רמת הלחץ של בני המשפחה, ואיכות הקשר בין בן המשפחה למטופל ובין בן המשפחה למטפל הוגדרו על פי בן המשפחה. מצבו הקוגניטיבי של המטופל לא השפיע על איכות הקשר בין בן המשפחה למטופל ( $r=-0.05$ ,  $p>0.1$ ,  $n=112$ ) וגם לא על איכות הקשר בין בן המשפחה למטפל ( $r=-0.09$ ,  $p>0.1$ ,  $n=111$ ). גם רמת הלחץ של בני המשפחה לא השפיעה על איכות הקשר בין בן המשפחה למטופל ( $r=-0.13$ ,  $p>0.05$ ,  $n=116$ ) וגם לא על איכות הקשר בין בן המשפחה למטפל ( $r=0.06$ ,  $p>0.1$ ,  $n=115$ ).



## השערות המחקר

השערת המחקר הנוכחי היא כי לתנאי הטיפול והמחייה של המטפל מהגר העבודה וכן לידע המקצועי שלו יכולה להיות השפעה על מידת הסיפוק שלו מהעבודה, ובכך על טיב הקשר בין המטפל למטופל. לקשרים אלו משמעות רבה גם ביחס לשביעות הרצון של המטפל והמטופל.

### השערות ספציפיות:

- **השערה 1:** ימצא קשר חיובי בין תנאי ההעסקה של המטפלים לבין שביעות רצונם מהעבודה. כך למשל, בתנאי העסקה קיצוניים, תימצא רמה נמוכה מאוד של שביעות רצון בקרב המטפלים, יחסית לתנאים העסקה סבירים. לתנאי עבודה שונים תהיה השפעה שונה על שביעות רצון המטפל.

בכדי לבדוק אם ישנו קשר בין תנאי ההעסקה של המטפלים לבין שביעות רצונם מהעבודה, ניתוחים סטטיסטיים שונים (Pearson's correlation, Spearman's correlation, Independent t-test, One-Way ANOVA) בוצעו לפי סולם המדידה של כל תנאי העסקה. דרך הדיווחים של המטפל נמצא קשר משמעותי בין נוחות המיטה לבין שביעות רצונם בעבודה כאשר נוחות המיטה נמדדה בסולם קוואזי-רווח (1=בכלל לא, 5=במידה רבה מאוד). ניתוח סטטיסטי Pearson's correlation ( $n=105$ ) הפיק תוצאה משמעותית ( $r=0.20, p<0.05$ ) המייצגת עלייה בשביעות רצון המטפלים עם עבודתם כאשר מיטתם נחשבת ליותר נוחה מבחינתם. בנוסף, מטפלים עם ארון פרטי ( $\bar{x} = 4.25$ ) דווחו על שביעות רצון גבוהה יותר מאשר מטפלים ללא ארון פרטי ( $\bar{x} = 3.60$ ). קשר זה נבדק על ידי t-test ( $n=100$ ) עם תוצאה ( $t=1.86, p<0.05$ ). תנאי המחיה האחרון שנמצא אתו קשר לשביעות רצון הינו חימום בחדר, משתנה דיכוטומי עם האפשרויות "כן" או "לא". ניתוח t-test הפיק תוצאה משמעותית ( $t=2.04, p<0.05$ ) שמביעה על שביעות רצון גבוהה יותר אצל מטפלים עם מספיק חימום בחדר ( $\bar{x} = 4.30$ ) בהשוואה למטפלים בלי מספיק חימום בחדר ( $\bar{x} = 3.86$ ). ניתוחים סטטיסטיים בין הסדרי האכילה של המטפלים ושביעות רצונם מעבודתם לא הפיקו תוצאות משמעותיות. מתוך כל תנאי העבודה, נמצאו תוצאות משמעותיות בנוגע לשביעות רצון המטפל רק עם השאלות "עד כמה העובד מבין את תנאי העבודה?" ו"האם יש למטפל ימי מנוחה בשבוע?". כיוון שהבנת תנאי העבודה נמדדה בסולם קוואזי-רווח (1=בכלל לא, 5=במידה רבה מאוד), בוצע ניתוח של Pearson's correlation ( $n=109$ ) שהפיק את התוצאה ( $r=0.23, p<0.01$ ) המצביעה על כך ששביעות רצון המטפל עם עבודתו גבוהה יותר כאשר המטפל מבין את תנאי עבודתו יותר. שאלת "האם יש למטפל ימי מנוחה בשבוע?" נמדדה בסולם דיכוטומי כך שהתשובות ששמשו לניתוח זה היו "כן" או "לא". בוצע ניתוח סטטיסטי של t-test ( $n=94$ ) עם תוצאה של ( $t=-2.22, p<0.05$ ) כך שמטפלים שלא קיבלו ימי מנוחה דווחו על שביעות רצון גבוהה יותר ( $\bar{x} = 4.42$ ) לעומת מטפלים שכן קיבלו ימי מנוחה ( $\bar{x} = 4.08$ ). בנוסף, בוצע ניתוח של Pearson's correlation ( $n=112$ ) בין מספר התנאים הטובים שדווחו על ידי המטפל (לינה בחדר פרטי, נוחות המיטה, מספיק חימום וקירור, כאשר אין בעיות עם המטופל בנוגע להסדרי כשרות, גישה למקרר, גישה לכביסה, קבלת ימי מנוחה, קבלת חופשה שנתית בתשלום, אפשרות לקיים מנהגים דתיים, הפרשת כסף לביטוח לאומי, כאשר המטפל קונה לעצמו אוכל, כאשר כסף לאוכל ומגורים לא מנוכה משכר העובד, כאשר המטפל עובד 8 שעות ביום או פחות) לבין שביעות רצון המטפל עם עבודתו אבל ניתוח זה לא הפיק תוצאות מובהקות ( $r=0.01, p>0.1$ ).

- **השערה 2:** יימצא קשר חיובי בין יחס המטופל ובני משפחתו אל המטפל, לבין שביעות רצון המטפל. יחס המטופל ובני משפחתו יהיו מנבאים חזקים יותר מאשר תנאי עבודה שונים, מפני שיהיה קשר בינם לבין תנאי העבודה.

בשביל לבדוק השערה זו, שני ניתוחים שונים בוצעו באמצעות Pearson's correlation, כאשר ניתוח אחד בדק את שביעות רצון המטפל יחד עם איכות הקשר בין המטפל למטופל ( $n=111$ ), וניתוח אחר בדק את שביעות רצון המטפל יחד עם איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה ( $n=112$ ). התוצאות הראו כי איכות הקשר בין המטפל למטופל (על פי המטופל) מנבאת שביעות רצון גבוהה יותר אצל המטפלים ( $r=0.27$ ),  $(p<0.01)$  אך תוצאה זו לא נמצאה כאשר שביעות רצון נבדקה יחד עם איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה.

- **השערה 3:** במקרים בהם המטופל סובל מדמנציה, הידע של המטפל ושל בני המשפחה על המחלה, כמו גם רמת הלחץ שלהם, משפיעים על מערכות היחסים בין שלושת הגורמים (מטפל, מטופל, בני משפחה) ושביעות רצונם.

ניתוחים סטטיסטיים שבוצעו למען בדיקת השערה זו כללו רק מטפלים או בני משפחה של קשישים שסובלים מדמנציה. כאשר השערה זו נבדקה אצל המטפלים ( $n=31$ ) המשתנים כללו את הידע של המטפלים על המחלה, איכות הקשר בין המטפל למטופל, איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה ושביעות רצון המטפל עם עבודתו. לא נמצא קשר בין מספר התשובות הנכונות שניתנו לאיכות הקשר עם המטופל ( $r=-0.21$ ,  $p>0.1$ ), עם בן המשפחה ( $r=-0.26$ ,  $p>0.05$ ) או עם שביעות רצון המטפל עם עבודתו ( $r=-0.15$ ,  $p>0.1$ ). מטפלים אשר ידעו שכאשר חולה במחלת אלצהיימר מתחיל להתקשות בביצוע פעילויות לטיפול עצמי מומלץ שהמטפל יסייע בביצוע הפעילויות כך שהחולה יוכל להישאר עצמאי עד כמה שאפשר (שאלה 1), דיווחו על איכות קשר נמוכה יותר ( $\bar{x} = 4.71$ ) בהשוואה למטפלים שלא ידעו את התשובה הנכונה לשאלה זו ( $\bar{x} = 5.41$ ) עם תוצאה של  $t=-1.87$  ( $p<0.05$ ). תוצאה זו נמצאה גם ביחס לקשר בין המטפל לבן המשפחה כך שמטפלים שענו לא נכון על שאלה זו דיווחו איכות קשר גבוהה יותר ( $\bar{x} = 5.12$ ) בהשוואה למטפלים שענו נכון ( $\bar{x} = 4.43$ ) עם תוצאה של  $t=-2.48$  ( $p<0.01$ ). למרות זאת, שביעות רצון המטפל עם עבודתו לא הושפעו על ידי התשובות שניתנו לשאלה זו. מטפלים שידעו שתזכורת של תאריך ומקום לחולי דמנציה לא בהכרח עוזר להם לאורך זמן ולא יכול להאט את המחלה (שאלה 2) לא חוו איכות קשר שונה עם המטופלים ( $t=-0.05$ ,  $p>0.1$ ) או בני משפחתם ( $t=-0.29$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא דיווחו על שביעות רצון שונה ( $t=1.05$ ,  $p>0.1$ ). הידיעה שחשוב לשוחח עם מטופל שסובל מדמנציה, גם אם הוא נראה מנותק מסביבתו (שאלה 3), לא השפיעה על איכות הקשר בין המטפל למטופל ( $t=0.22$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה ( $t=0.60$ ,  $p>0.1$ ). רמת הלחץ של המטפלים לא השפיעה משמעותית על איכות הקשר בין המטפל למטופל ( $r=0.04$ ,  $p>0.1$ ) או על איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה ( $r=0.26$ ,  $p>0.05$ ) במצבים בו המטופל סובל מדמנציה.

כאשר בני משפחה ענו על יותר שאלות נכונות (הוגדר כסך התשובות הנכונות שניתנו ב3 שאלות) וידעו יותר על המחלה של הקשיש ( $n=66$ ), הם גם דיווחו על איכות קשר יותר גבוהה בינם לבין המטפלים ( $r=0.30$ ),  $(p<0.01)$ . למרות זאת, מספר התשובות הנכונות שניתנו לא השפיעה על איכות הקשר בינם לבין המטופל ( $r=0.15$ ,  $p>0.1$ ) וגם לא על שביעות רצונם עם עבודת המטפל ( $r=0.07$ ,  $p>0.1$ ). בני משפחה אשר ענו נכון

לשאלה 1 דיווחו על איכות קשר גבוהה יותר בינם לבין המטפל ( $\bar{x} = 5.34$ ) בהשוואה לבני משפחה שענו לא נכון ( $\bar{x} = 4.63$ ) והבדל זה היה מובהק ( $t=3.18, p<0.01$ ). למרות זאת, תשובה נכונה בשאלה 1 לא השפיעה על איכות הקשר בין בני המשפחה לבין המטופל ( $t=1.26, p>0.1$ ) וגם לא על שביעות רצון בני המשפחה עם עבודת המטפל ( $t=0.21, p>0.1$ ). כאשר בני המשפחה ענו נכון לשאלה 2 נמצאה איכות קשר גבוהה יותר בין בני המשפחה למטפל ( $\bar{x} = 5.29$ ) בהשוואה לבני משפחה שענו לא נכון ( $\bar{x} = 4.88$ ) ותוצאה זו הייתה מובהקת ( $t=1.90, p<0.05$ ). תוצאה זו לא נמצאה עם איכות הקשר בין בני המשפחה למטופלים ( $t=0.31, p>0.1$ ) וגם לא עם שביעות רצון בני המשפחה עם עבודת המטפל ( $t=1.23, p>0.1$ ). התשובה שניתנה על ידי בני המשפחה לשאלה 3 לא השפיעה על איכות הקשר בין בני המשפחה למטופל ( $t=0.91, p>0.1$ ), איכות הקשר בין בני המשפחה למטפל ( $t=-0.82, p>0.1$ ) ולא על שביעות רצון בני המשפחה עם עבודת המטפל ( $t=-0.66, p>0.1$ ). רמת הלחץ לא השפיעה על איכות הקשר בין בני המשפחה למטופל ( $r=-0.11, p>0.1$ ) וגם לא על איכות הקשר בין בני המשפחה למטפל ( $r=-0.05, p>0.1$ ) אצל מצבים בו המטופל סובל מדמנציה.

### טבלאות סיכום ממצאים

טבלאות סיכום של כל התוצאות המובהקות מוצגות פה.  $p$  דו-כווני מוצג בטבלאות אלו.

#### טבלה 5 - סיכום ממצאים: מטופלים

n	P	תוצאה	ממוצעים	משתנה	
				בלתי תלוי	תלוי
108	0.008	$r = 0.26^{**}$	-	נוחות המיטה (קוואזי-רווח)	
98	0.095	$t = 1.69^*$	כן = 4.92 לא = 4.59	קניית אוכל (דיכוטומי)	איכות הקשר בין המטפל למטופל (קוואזי-רווח)
31	0.072	$t = -1.87^*$	נכון = 4.71 לא נכון = 5.41	ידע בדמנציה שאלה 1 (דיכוטומי)	
31	0.019	$t = -2.48^{**}$	נכון = 4.43 לא נכון = 5.12	ידע בדמנציה שאלה 1 (דיכוטומי)	איכות הקשר בין המטפל לבן המשפחה (קוואזי-רווח)
105	0.044	$r = 0.20^*$	-	נוחות המיטה (קוואזי-רווח)	שביעות רצון (קוואזי רווח)
100	0.065	$t = 1.86^*$	כן = 4.25 לא = 3.60	ארון פרטי (דיכוטומי)	

103	0.044	$t = 2.04^*$	כך = 4.30 לא = 3.86	מספיק חימום (דיכטומי)
109	0.016	$r = 0.23^{**}$	-	הבנת תנאי עבודה (קוואזי-רווח)
94	0.029	$t = -2.22^*$	כך = 4.08 לא = 4.42	ימי מנוחה בשבוע (דיכטומי)
111	0.004	$r = 0.27^{**}$	-	איכות הקשר בין המטפל למטופל (קוואזי-רווח)
31	0.081	$t = -1.81^*$	נכון = 4.12 לא נכון = 4.80	ידע בדמנציה תשובה לשאלה 3 (דיכטומי)

טבלה 6 - סיכום ממצאים : מטופלים

<i>n</i>	<i>P</i>	תוצאה	ממוצעים	משתנה	
				בלתי תלוי	תלוי
67	0.090	$t = 1.72^*$	לא = 4.61 כך = 3.67	בעיות עקב כשרות הקשיש (דיכטומי)	איכות הקשר בין המטופל למטפל (קוואזי-רווח)

טבלה 7 : סיכום ממצאים : בני משפחה

<i>n</i>	<i>p</i>	תוצאה	ממוצעים	משתנה	
				בלתי תלוי	תלוי
66	0.015	$r = 0.30^{**}$	-	ידע בדמנציה מספר תשובות נכונות (רווח)	איכות הקשר בין בן המשפחה למטפל (קוואזי-רווח)
66	0.002	$t = 3.18^{**}$	נכון = 5.34 לא נכון = 4.63	ידע בדמנציה שאלה 1 (דיכטומי)	
66	0.063	$t = 1.90^*$	נכון = 5.29 לא נכון = 4.88	ידע בדמנציה שאלה 2 (דיכטומי)	



## דיון

### חשיבות המחקר ותרומתו למדיניות החברתית-כלכלית

יש בארץ למעלה מ- 50,000 מטפלים מהגרי עבודה העוסקים בסיעוד. יותר ממחציתם נתמכים על ידי כספים של הביטוח הלאומי. הבנת תנאי חייהם והשלכותיהם על עבודתם היא בעלת חשיבות ממדרגה ראשונה לקביעת מדיניות לגבי קבלתם של מטפלים מהגרי עבודה, הבטחת זכויותיהם הבסיסיות, מיצוי תפקידם וכן הבטחת איכות הטיפול שאת חלקו משלם הביטוח הלאומי. המחקר שם דגש על תנאי הטיפול והמגורים של מהגר העבודה ובוחר את השלכותיהם הסיעודיות. היבט זה מקבל יתר חשיבות לאור זאת שקשישים רבים הינם מוגבלים מבחינה כלכלית ומתגוררים בדירות קטנות, ובמקרים רבים אין ביכולתם לספק תנאי מחייה הולמים למהגר העבודה. זהו המחקר הראשון הכולל מטופלים עם דמנציה, המהווים אחוז גבוה מכלל המטופלים על ידי מהגרי עבודה. המחקר בדק את המידה בה תואמים התנאים במציאות למדיניות הקיימת בארץ ובמדינות אחרות.

לאור המספר הגדול של עובדי סיעוד בארץ, יש צורך להבין את התהליכים המאפשרים והמעכבים איכות חיים ואיכות טיפול אצל המטפל ואצל המטופל. למרות הפיקוח על ייבוא מהגרי עבודה, קיימת תופעה של עזיבת הקשישים, שמימדיה וסיבותיה עדיין אינם ידועים. הבנת תנאי חייהם של המטפלים והשלכותיהם על איכות עבודתם הינה בעלת חשיבות ממדרגה ראשונה לקביעת מדיניות לגבי קבלתם של מטפלים אלו, הבטחת זכויותיהם הבסיסיות וחובותיהם, והבטחת איכות הטיפול שאת חלקו משלם המוסד לביטוח לאומי.

### למחקר מספר ממצאים חשובים:

- המחקר מדגים טווח רחב של התייחסויות למטפלים מהגרי עבודה בארצות שונות. טווח זה מתייחס הן לחוקים ותקנות לגבי מעמדם האזרחי והן לתקנות לגבי תנאי העבודה והחיים שלהם. לישראל תקנות המנסות להבטיח רמת חיים נאותה למטפלים מהגרי עבודה, אם כי אלה אינן המתקנות ביותר לעומת ארצות אחרות. בנושא זה מדינות רבות מתמודדות עם מספר מטרות שלהן השלכות מנוגדות. מצד אחד יש ניסיון לתת פתרון זול לבעייה הקשה והיקרה של טיפול בזקנים הנמצאים במצב של תלות. מצד שני, יש תחושת חובה להתייחס למהגרי העבודה בצורה מכבדת וללא ניצול של היותם זרים וחסרי אזרחות. דילמה זו קשה במצב בו להרבה קשישים ישנם משאבים מוגבלים הן מבחינת הדיור שלהם והן מבחינת מצבם הכספי. גם המערכת מוגבלת מבחינת המשאבים המוקדשים לנושא ולכן כמעט שאיננה מנטרת את מצב הקשישים והמטפלים ואינה תומכת בהם בהדרכה או בתמיכה כלכלית (מעבר לקצבת סעוד).
- המחקר מתאר תמונת מצב חיובית יותר של תנאי העבודה של מטפלים מהגרי עבודה ביחס לממצאים של קו לעובד. הסיבות להבדלים יכולים להיות נעוצים בכמה גורמים. ייתכן שחל שינוי חיובי בתנאים מזמן הסקר של קו לעובד. ייתכן שיש הבדל בין המחקרים מבחינת דגימת המשתתפים. אל קו לעובד מגיעות תלונות של עובדים וייתכן שזה היטה את המדגם שלהם. מצד שני, ייתכן שהמשתתפים במדגם שלנו, שהנו מדגם נוחות, הסכימו להתראיין מפני שלא היו להם בעיות קשות. עם זאת עלו בעיות שונות גם במחקר שלנו.
- למרות התמונה החיובית יותר מהסקר הקודם, תוצאות המחקר מצביעות גם על תחומים שבהם יש צורך לשפר. חלק גרים בסלון או בחדר משותף עם אדם אחר, מה שמהווה פגיעה בצרכי פרטיות בסיסיים, אם כי סביר שבמקרים אלה אין לזקן אפשרות לתת לעובד חדר פרטי. מה הפתרון לבעייה זו? באופן מקביל, רוב המטפלים עובדים יותר מידי שעות. גם זו בעייה שאיננה פתירה ושמקדמי

מדיניות צריכים לתת עליה את הדעת. להרבה עובדים אין אפשרות לצאת מהבית במשך יום שאיננו יום חופש.

- המחקר מצביע על נושאים שבהם שביעות הרצון נמוכה יחסית, כמו המשכורת. המחקר גם מראה נושאים ספציפיים של תנאי עבודה וחיים שהראו קורלציות מובהקות עם שביעות רצון, כמו מיטה נוחה, או העדר בעיות הקשורות לשמירת כשרות.
- למרות החשיבות שמייחסים העובדים לתנאי העבודה, לא מצאנו קשר ברור ביניהם לבין הקשר הבינאישי. עם זאת היחס הבינאישי של הקשיש עם המטפל ושל בן המשפחה עם המטפל היו קשורים באופן מובהק לשביעות הרצון. ממצא זה מעלה את השאלה האם, במקרים בהם הקשר אינו טוב, ניתן לשפר אותו באמצעות הדרכה של המטפל, של הקשיש, וואו של בן המשפחה. מהתאורים האיכותניים עולה תמונה מורכבת של גורמים אפשריים לקשר טוב וכל לקשר לקוי. קשר זה יכול להיות קריטי לאיכות החיים של הזקן ואולי גם של המטפל, ולכן כשהוא לקוי חשוב שהמערכת תתערב לשיפור.
- טיפול 'חברתי' עולה כנושא חשוב הקשור גם ליחס הבינאישי בין מטפל למטופל. יש צורך במחקרים נוספים שיסייעו למציאת כלים לאופטימיזציה של טיפול חברתי באופן שיתאים להעדפות של הזקן.

#### מגבלות

1. במקרים מסוימים, לא יכולנו לראיין גם את הקשיש, גם את המטפל וגם את בן המשפחה, הן בגלל אי הסכמות, או חוסר היכולת של חלק מהקשישים להתראיין בשל מצבם הקוגניטיבי. לעתים, רק צד אחד היה מוכן להתראיין. למרות זאת, החלטנו לכלול אותם. ייתכן שבן המשפחה לא יהיה מוכן להתראיין, אך למרות זאת חשוב לשמוע את קולו של המטפל. גם הכיוון ההפוך קרה, מצב בו בן המשפחה מעוניין לדבר, אך המטפל אינו מוכן. שימוש רק באותם מקרים בהם לפחות שני צדדים מוכנים להתראיין אמנם נשקל, אך נדחה משום שבעצמו יגרום להטיה בממצאים.
2. לעתים נתקלנו באי נעימות של המרואיינים לחשוף ליקויים. המראיינים תודרכו כיצד לראיין ולהקשיב בצורה מקבלת ולא שיפוטית שתמתן את אי הנעימות, וכן ינסו לראיין בחדר נפרד מהמקום בו נמצאים גורמים אחרים הנוגעים בדבר. עם זאת, יתכן שבמקרים מסוימים היה קשה לחשוף את מלוא התמונה.
3. השאלונים הוכנו והועברו בעברית או באנגלית, אולם היו משתתפים פוטנציאליים ששליטתם בשתי השפות אינה טובה דיה, ולא יכלו לענות על השאלון, או שיוכלו לענות רק על חלקו.

- Arango, J., & Jachimowicz, M. (2005). *Regularizing immigrants in Spain: a new approach*.
- Ayalon, L. (2009). Evaluating the working conditions and exposure to abuse of Filipino home care workers in Israel: characteristics and clinical correlates. *International Psychogeriatrics*, 21(01), 40-49 .
- Bedard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*, 41(5), 652-657 .
- Bf, A. (2012). *Arbeitsgenehmigungsverordnung – durchführungsanweisungen*. Retrieved from
- Bf., A. (2011). *Vermittlung von haushaltshilfen in haushalte mit pflegebedürftigen nach deutschland*. Retrieved from <http://www.arbeitsagentur.de/zentraler-Content/Veroeffentlichungen/Merkblatt-Sammlung/Merkblatt-zur-Vermittlung-in-Haushalte-mit-Pflegebeduerftigen.pdf>
- Bl, II. (2013). Bundesministerium der Justiz [Federal ministry of justice]. Arbeitnehmer-Entsendegesetz [Act on sending of employees] vom 20. April BGBII 799 changed by Artikel1 c des Gesetzes vom 25 November BG 1381 Accessed January, 2009 SRC - GoogleScholar .
- Brodaty, H., Pond, D., Kemp, N. M., Luscombe, G., Harding, L., Berman, K., & Huppert, F. A. (2002). The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc*, 50(3), 530-534 .
- Bundesrat, D. (2013). *Deutscher Bundesrat [Federal Council of Germany]. Verordnung über die Zulassung von neu einreisenden Ausländern zur Ausübung einer Beschäftigung (Beschäftigungsverordnung-BeschV) vom 22* (Vol. 1 SRC - GoogleScholar.)
- Callahan, C. M., Boustani, M. A., Unverzagt, F. W., Austrom, M. G., Damush, T. M., Perkins, A. J., . . . Hendrie, H. C. (2006). Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial. *Jama*, 295(18), 2148-2157 .
- CIC, C. a. I. C. (2011). *The live-in caregiver program: Who can apply*. Retrieved from <http://www.mom.gov.sg/foreign-manpower/passes-visas/work-permit-fdw/before-you-apply/Pages/default.aspx#wellbeing>
- Cohen-Mansfield, J. (1995). Stress in nursing home staff: A review and a theoretical model. *Journal of Applied Gerontology*, 14(4), 444-466 .



- Cohen-Mansfield, J. (1997). Turnover Among Nursing Home Staff: A Review. *Nursing management*, 28(5), 59-64 .
- Cohen-Mansfield, J., & Noelker, L. (2000). Nursing staff satisfaction in long-term care: An overview. *Satisfaction surveys in long-term care*, 52-75 .
- Farran, C. J., Keane-Hagerty, E., Tatarowicz, L., & Scorza, E. (1993). Dementia care-receiver needs and their impact on caregivers. *Clinical Nursing Research*, 2(1), 86-97 .
- Fine, M. D., & Mitchell, A. (2007). Immigration and the aged care workforce in Australia: Meeting the deficit. *Australasian Journal on Ageing*, 26(4), 157-161 .
- Flothow, J. (2012). *Osteuropäische Haushaltshilfen—den europäischen Pflege- und Betreuungsmarkt gestalten [Eastern-European home helpers—creating the market for nursing and caregiving]. Paper presented at: Europa Congress; Leben in Fülle—Europa sozial und gerecht gestalten [Wealthy life—creating social and fair Europe]; March , ; Stuttgart, Germany. Available at: [http://www.europakongress.de/fileadmin/media/dokumentation/WS11\\_FairCare-Text-Vorlage\\_Workshop\\_Europakongress.pdf](http://www.europakongress.de/fileadmin/media/dokumentation/WS11_FairCare-Text-Vorlage_Workshop_Europakongress.pdf). Accessed June (Vol. 1 SRC - GoogleScholar.*
- George, C. (2011). Federal government tightens live-in caregiver regulations. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 183(9), E539-540 .
- Gold, D. P., Reis, M. F., Markiewicz, D., & Andres, D. (1995). When home caregiving ends: A longitudinal study of outcomes for caregivers of relatives with dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(1), 10-16 .
- Goldstein, T., & Ynet. (2012). *Caregiving for older persons: around-the-clock work for 400 NIS* (Vol. 3 SRC - GoogleScholar.
- Grande, N., & Kerr, J. (1998). Frustrated and displaced": Filipina domestic workers in Canada. *Gend Dev*, 6(1 SRC - GoogleScholar), 7-12 .
- Hsiung, P. C., & Nichol, K. (2010). Policies on and experiences of foreign domestic workers in Canada. *Sociology Compass*, 4(9), 766-778 .
- Human Resources and Skills Development Canada*. (2012). (Vol. 14 SRC - GoogleScholar.
- Iecovich, E. (2009). *The role of migrant homecare workers in providing care to frail older people*. Paper presented at the International Expert Meeting on “Monitoring Longterm Care for the Elderly”. Jerusalem, 9th September.

- Ireland, P. R. (2011). Female migrant domestic workers in southern Europe and the Levant: towards an expanded Mediterranean model? *Mediterr Polit.* 16(3 SRC - GoogleScholar), 3 .43-363
- Isfort M, W. F., Neuhaus A, Kraus S, Köster V, Gehlen D. Pflege-thermometer (2009). *Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus.* Retrieved from [http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/\(TRUNCATED](http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/(TRUNCATED)
- Israel Ministry of Industry, T. a. L. M. (2012). Updated minimum wage table. .
- Kalayaan. *Employment factsheet.* (2012). (Vol. 14 SRC - GoogleScholar.(
- Kalayaan. *Employment rights of domestic workers.* (2013.(
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). STUDIES OF ILLNESS IN THE AGED. THE INDEX OF ADL: A STANDARDIZED MEASURE OF BIOLOGICAL AND PSYCHOSOCIAL FUNCTION. *Jama*, 185, 914-919 .
- Knesset Research and Information Center. (2012). (Vol. 10 SRC - GoogleScholar.(
- Krawietz, J. (2010). *Alte Prekaritäten in neuem Gewand? Die Folgen der EU-Erweiterung für die Transnationalisierung des Dienstleistungssektors Altenpflege [The old precarious employment in a new garb? The enlargement of the EU leads to a transnationalization of services for the aged].* *Sozial Extra* (Vol. 1 SRC - GoogleScholar.(
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186 .
- Lloyd ,C., & King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(9), 752-757 .
- Lutz, H. (2010). Palenga-Möllenbeck E. *Care work migration in Germany semicompliance and complicity* *Soc Policy Soc*, 9(3 SRC - GoogleScholar), 419-430 .
- McKinlay, J. B., Crawford, S. L., & Tennstedt, S. L. (1995). The everyday impacts of providing informal care to dependent elders and their consequences for the care recipients .*Journal of Aging and Health*, 7(4), 497-528 .
- MOM, S. M. o. M. (2011). EMPLOYMENT OF FOREIGN MANPOWER ACT

<http://www.mom.gov.sg/~media/mom/documents/services-forms/passes/wpspassconditions.pdf>

- Montoro-Rodriguez, J., & Small, J. A. (2006). The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 385-406 .
- Murray, A., & Safran, D. (2000). The Primary Care Assessment Survey: a tool for measuring, monitoring and improving primary care. *Handbook of psychological assessment in primary care settings*, 623-651 .
- O'Shea, E., & Walsh, K. (2010). *The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States*, Geneva Switzerland SRC - GoogleScholar.
- Onyett, T. P., & Matt Muijen, S. (1997). Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health, 6*(1), 55-66 .
- Pe-Pua, R., Nicola, P., & Mina, R. (2003). Wife, mother, and maid: the triple role of Filipino domestic workers in Spain and Italy *Wife or Worker Asian Women and Migration* (pp. 157-180). Lanham, MD: Rowman and Littlefield SRC - GoogleScholar.
- PIA, I. P. a. I. A. (2011). *Data on foreign workers in israel*. Retrieved from <http://www.piba.gov.il/PublicationAndTender/ForeignWorkersStat/Documents/%D7%A1%D7%99%D7%9B%D7%95%D7%9D%20%D7%A9%D7%A0%D7%AA%D7%99%202011.pdf>
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: a meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 58*(2), P112-P128 .
- Poulshock, S. W., & Deimling, G. T. (1984). Families caring for elders in residence: issues in the measurement of burden. *J Gerontol, 39*(2), 230-239 .
- Pratt, G. (1998). Inscribing domestic work on Filipina bodies. *Places through the body*. London: Routledge, 283-304 .
- Scheiwe, K., & Krawietz, J. (2010). *Transnationale Sorgearbeit: Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*: Springer-Verlag.
- Sebern, M. D., & Whitlatch, C. J. (2007). Dyadic relationship scale: a measure of the impact of the provision and receipt of family care. *Gerontologist, 47*(6), 741-7 .51
- Singapore Ministry of Manpower. (2012). (Vol. 24 SRC - GoogleScholar.)

- Smith, K., & Baughman, R. (2007). Caring for America's aging population: a profile of the direct-care workforce. *Monthly Lab. Rev.*, 130, 20 .
- Spanish Civil Code*. (2013). (Vol. 1 SRC - GoogleScholar.)
- Spitznagel, M. B., Tremont, G., Davis, J. D., & Foster, S. M. (2006). Psychosocial predictors of dementia caregiver desire to institutionalize: caregiver, care recipient, and family relationship factors. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19(1), 16-20 .
- Stasiulis, D. K., & Bakan, A. B. (2005). Negotiating Citizenship: Migrant Women in Canada and the Global System. *Toronto Ontario Canada University of Toronto Press* .
- Stiell, B., & England, K. (1997). Domestic distinctions : constructing difference among paid domestic workers in Toronto. *Gend Place Cult*, 4(3 SRC - GoogleScholar), 339-360 .
- Valiani, S. (2009). The Shift in Canadian Immigration Policy and Unheeded Lessons of the Live-In Caregiver Program. *Ontario Canada Council of Agencies Serving Immigrants* .
- Verbraucherzentrale. (2013). *Verbraucherzentrale. [Center for Consumer Protection]. Grundlagen der Bedingungen und Voraussetzungen zur legalen Beschäftigung osteuropäischer Haushaltshilfen oder Pflegekräfte [Basic requirements for legal employment of Eastern-European home helpers and caregivers]. Status May valid for all German federal states, copyright Verbraucherzentrale Rheinland-falz* (Vol. 2012 SRC - GoogleScholar.)
- Wilkinson, M., Craig, G., Carmel, E., Cerami, A & ,Papadopoulos, T. (2012). Wilful negligence: migration policy, migrants' work and the absence of social protection in the UK. *Migration and Welfare in the New Europe. Social protection and the challenges of integration*, 177-198 .
- Yeoh, B. S., Huang, S & ,Devasahayam, T. W. (2004). Diasporic subjects in the nation: foreign domestic workers, the reach of law and civil society in Singapore. *Asian Stud Rev*, 28(1 SRC - GoogleScholar), 7-23 .
- Yeoh, B. S. A., & Huang, S. (2010). Foreign domestic workers and home-based care for elders in Singapore. *Journal of aging & social policy*, 22(1), 69-88 .
- Zarit, S., Orr, N. K., & Zarit, J. M. (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress*: NYU Press.
- 91,641 משרד התעשייה, ה. ו. (2007). יחידת הסמך לעובדים זרים במשרד התמ"ת: בשנת 2007 הונפקו 91,641 Retrieved from משרד התעשייה, ה. ו. (2007). יחידת הסמך לעובדים זרים בישראל למעלה מ-50 אלף היתרים ניתנו בענף הסייעות.

<http://www.tamas.gov.il/NR/exeres/374AC79F-BC9A-4F04-B8C7-CCBFDCF135C0.htm>

קצבמן. (2005). שביעות הרצון ושחיקה של מטפלי בית בקשישים כפונקציה של התאמה בין העדפות המטפל לבין מאפייני המטופל. (תואר שני), אוניברסיטת תל אביב, תל אביב.