

מעורבות בני זוג זקנים במתן טיפול במחלקה סיעודית

אילה אליהו^{1,2} וחייה שוורץ²

¹ מרכז גליקמן להשתלמות והדרכה של אשל, תל השומר

² בית הספר לעבודה סוציאלית ע"ש לואיס וגבי וייספלד, אוניברסיטת בר-אילן

המאמר מציג ממצאים מרכזיים ממחקר שבחן מודל להסבר המעורבות של בני זוג זקנים במתן טיפול לבני/בנות זוגם השוהים במחלקה סיעודית-גריאטרית.

השערות המחקר: (א) מאפיינים אישיים של בני הזוג המטופלים יהיו קשורים לרמת המעורבות שלהם בטיפול בבן הזוג במחלקה הסיעודית. רמה גבוהה יותר של חוללות עצמית (Self Efficacy) אצל בני הזוג המטופלים, זיהוי תמורות רבות יותר ממתן הטיפול לבן הזוג ותפיסה גבוהה יותר של מחויבות המטופלים לקשר הזוגי כל אלה יהיו קשורים לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית. (ב) מאפיינים סביבתיים של מסגרת האשפוז הסיעודית יהיו קשורים לרמת המעורבות בטיפול בבן הזוג במחלקה הסיעודית. מדיניות המאפשרת מעורבות של בני המשפחה וקרבה גיאוגרפית של מסגרת האשפוז למקום מגוריו של בן הזוג המטפל יהיו קשורות לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית.

השיטה: במחקר השתתפו 100 נשים ו-60 גברים בני 60 ומעלה הגרים בקהילה ומטופלים בבן/בת זוג השוהה במחלקה סיעודית-גריאטרית יותר משלושה חודשים. המשתתפים נדגמו בדגימה לא אקראית מתוך 39 מחלקות סיעודיות בארץ. המידע נאסף באמצעות שאלון למילוי עצמי.

ממצאים: רמה גבוהה יותר של חוללות עצמית, מציאת תמורות רבות יותר ממתן הטיפול ומחויבות רגשית ומוסרית גבוהה יותר לקשר הזוגי ולמתן הטיפול נמצאו קשורות לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית. כמו כן, נמצא שכאשר מדיניות המחלקה הסיעודית היא לעודד ולאפשר מעורבות של בני משפחה ומסגרת האשפוז קרובה יותר למקום מגוריו של בן הזוג המטפל, מעורבות בני הזוג במתן הטיפול רבה יותר. בבדיקת התרומה היחסית של המשתתפים להסבר רמת המעורבות בטיפול במחלקה הסיעודית, נמצא שלתפיסת המחויבות המוסרית התרומה הרבה ביותר, אחריה תפיסת המחויבות הרגשית ולבסוף הקרבה הגיאוגרפית למחלקה הסיעודית.

המחקר נתמך על ידי מענק ממאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל לגרונטולוגיה – התפתחות אדם וחברה, ועל ידי אשל – האגודה לתכנון ולפיתוח שירותים למען הזקן בישראל.

מסקנות: בהתבסס על הממצאים, חשוב לפתח התערבויות מקצועיות מתוך הכרה בתרומתה הייחודית של תפיסת המחויבות הרגשית והמוסרית לקשר הזוגי ולטיפול של זקנים בבני זוגם. כמו כן, חשוב להבין שחקרבה הגיאוגרפית של מסגרת האשפוז למקום מגוריו של בן הזוג המטפל משמעותית להמשך מעורבותו במתן הטיפול. לבסוף, רצוי לאתגר את צוות המחלקה הסיעודית לגבש מדיניות שתספק אפשרויות והזדמנויות למעורבות בני הזוג במתן הטיפול, תוך מציאת איזון בין הצוות לבין בני הזוג המטפלים שיתחלקו ביניהם במשימות הטיפול.

מבוא

בשל העלייה בתוחלת החיים ומספרם הגדל של זקנים סיעודיים, יותר זקנים מתמודדים עם הצורך לטפל בבני/בנות זוגם הסיעודיים בבית ובמסגרות חוץ-ביתיות. מרבית המחקרים שעסקו במתן טיפול לבן משפחה זקן התמקדו בטיפול בזקנים סיעודיים השוהים בבית, ואילו נושא הטיפול בבן משפחה זקן השוהה במחלקה סיעודית לא נחקר דיו (Gallagher-Thompson, Dal Canto, Jacob, & Thompson, 2001; Gaugler, Leitsch, Zarit, & Pearlman, 2000; Janzen, 2001). בנוסף לכך, יש להדגיש כי רוב המחקרים הבוחנים את הטיפול בזקן סיעודי על ידי בן משפחה כוללים את בני הזוג יחד עם שאר בני משפחה אחרים המטפלים, כמו בנים, בנות או כלות (Sleath, Thorpe, Landerman, Doyle, & Clipp, 2005; Yamamoto, Aneshensel, & Levy-Strom, 2002; Mittelman, 2001; רו, 2001; הוך, 2003; הוך ובנימיני, 2001; רו, 2001; המחקר שחלק ממצאיו מוצגים במאמר הנוכחי, נועד לענות על חוסרים אלה. המחקר בחן את אחת הסוגיות של טיפול בבני זוג זקנים המאושפדים במחלקה סיעודית, והיא מידת המעורבות של בני זוג בטיפול.

סקירת ספרות

בניגוד להנחה הרווחת שלפיה עם אשפוזו של הזקן במחלקה סיעודית נוטה המשפחה להתנתק ממנו, נמצא במחקרים שנעשו בשנים האחרונות, כי יש רצון לשמור על הקשר הרגשי והפסיכולוגי עם החולה וכי המשפחה מרגישה צורך עז להימצא בקרבתו (Gallagher-Thompson et al., 2001; Gaugler et al., 2000; Janzen, 2001). הדעה כי מעורבות בני המשפחה במתן טיפול חשובה, שכן היא עשויה לתרום לאיכות הטיפול שמקבל החולה הסיעודי (לבנשטיין ויקוביץ, 1995; Penning & Janzen, 2001; Keating, 2000; Ross, Carswell, & Dalziel, 2001; Yamamoto et al., 2002) ההשלמה (Complementarity Theory) מערכת הטיפול הפורמלית (מסגרת מוסדית) והבלתי פורמלית (בני המשפחה) משלימות זו את זו, וכך מתאפשר מימוש האחריות הכוללת למילוי צורכי הזקן (לבנשטיין ויקוביץ, 1995; לבנשטיין וכץ, 2010).

ויקוביץ (1995) מדגישות שלא מדובר בתהליך שבו מעבירה המשפחה את אחריותה הבסיסית כלפי הזקן אל המערכת המוסדית, אלא בבניית מבנה שונה של אחריות. במחקרים שונים אכן נמצא שתחושת האחריות של בני המשפחה כלפי רווחתו האישית והגופנית של החולה נותרת בעינה גם במחלקה הסיעודית (Hopp, 1999; Keefe & Fancey, 2000; Ross et al., 2001).

מספרם של הזקנים שלוקחים על עצמם את התפקיד המורכב של טיפול בבן זוגם הסיעודי עולה בהתמדה (רוז, 2001; Gaugler et al., 2001; Gallagher-Thompson et al., 2000). הטיפול שהם מעניקים הוא האינטנסיבי והממושך ביותר בהשוואה לטיפול שמעניקים בני המשפחה האחרים (לבנשטיין, 2003). בן זוג של החולה מבקר אותו במחלקה הסיעודית לעיתים קרובות יותר מאשר צאצאים בוגרים, וביקוריו אורכים זמן רב יותר במשך כל תקופת הימצאותו של החולה במחלקה הסיעודית (Tilse, 1997; Yamamoto et al., 2002). אחד ההסברים לייחודו של הטיפול שהם מעניקים לבן הזוג הסיעודי הוא שבשל גילם הם פנויים להקדיש זמן רב לטיפול בבן זוגם, בעוד שילדיהם הבוגרים, המצויים בדרך כלל באמצע החיים, מחויבים גם למשימות אחרות כמו עבודה וטיפול בילדים (Tilse, 1997; Yamamoto et al., 2002). השאלה שנבחנה במחקר היא: מה עשוי לתרום להעלאת רמת המעורבות של זקנים בטיפול בבן/בת זוגם המאושפזים במחלקה סיעודית?

אחד המדדים המקובלים ביותר לאומדן מידת המעורבות של בני משפחה בכלל ובני זוג בפרט בטיפול בחולה השהה במחלקה סיעודית הוא תדירות הביקורים במחלקה (אלבק ושרייבר, 2002; Ross et al., 2001; Keefe & Fancey, 2000; Evans & Scullion, 2000; Schulz et al., 2004). במחקר הנוכחי הורחבה הגדרת המעורבות במתן טיפול ונוספו מדדים בהתבסס על הספרות. המעורבות נמדדה גם לפי משימות הטיפול. נעשתה הבחנה בין משימות של טיפול ישיר (רחצה והאכלה, מתן תרופות, שמירה וליווי ליציאות) לבין משימות של טיפול בלתי ישיר (תיאום פגישות, הסעות, קניות, פיקוח וניטור) (Keefe & Fancey, 2000; Ross et al., 2001). המעורבות נמדדה גם באמצעות תדירות הקשר עם צוות המחלקה (Friedman, Montgomery, Rice, & Farrell, 1999) ובאמצעות המעורבות בקבלת החלטות בנוגע לבן הזוג הסיעודי (Schulz et al., 2004; Walker & Dewar, 2001). אחד המשתנים האישיותיים של בן הזוג הזקן המטפל שיכולים להסביר את רמת מעורבותו במתן טיפול, הוא רמת החוללות העצמית שלו (Ducharme et al., 2007). חוללות עצמית מוגדרת כאמונה של האדם ביכולתו לארגן ולבצע סדרה של פעולות כדי להתמודד עם מצבים נתונים (Bandura, 1984). אמונות האדם קובעות את הרגשותיו, מחשבותיו והתנהגותו. הן מתגבשות בהתאם להתנהגותו בעבר, לרגש וללמידה החברתית שלו ומשתנות במצבים שונים (Bandura, 1986, 1997). התמודדות עם טיפול ממושך בבן זוג סיעודי כרוכה בקשיים שונים. הגדרת מטרות ומציאת הדרכים להשיגן הן מרכיב חשוב בהתמודדות זו. במחקר שבדק חוללות עצמית בקרב בנות זוג שהן מטפלות עיקריות בבעל דמנטי בבית, נמצא שככל שרמת החוללות העצמית שלהן היתה גבוהה יותר, כך נכונותן להמשיך את הטיפול בבית היתה גדולה יותר (טל, 2006). במחקר שבדק את רמת החוללות

העצמית בקרב בעלים המטפלים בנשים דמנטיות (Ducharme et al., 2007), נמצא שחוללות עצמית היא משאב חשוב ביותר ותנאי להתמודדות רגשית מוצלחת עם דרישות הטיפול.

משמעות הטיפול כפי שהיא נתפסת על ידי המטפל הזקן, היא גורם נוסף שמסביר את רמת מעורבותו בטיפול בבן הזוג במחלקה הסיעודית. בעשורים האחרונים יש התייחסות בספרות ובפרקטיקה לתמורות ממתן טיפול ממושך לבן משפחה סיעודי, להיבטים החיוביים שמוצאים המטפלים בטיפול ולקשר בין מציאת היבטים חיוביים לבין הסתגלות חיובית לתפקיד המטפל (הוך, 2003; Kramer, 1997). בסקירה של 14 מחקרים שהתמקדו בתמורות ובהיבטים החיוביים של מתן טיפול, נמצא שמטפלים דיווחו על מציאת תמורות חיוביות ממתן הטיפול, על אף תחושות הדחק והמצוקה הנפשית הכרוכות בו (Tarlow et al., 2004). ממצאים אלה מחדדים את מורכבותו של תפקיד המטפל ומאשרים את הטענה כי במקביל להיבטים השליליים שבמתן טיפול, כמו תחושת נטל, דחק ואובדן, יש גם היבטים חיוביים שקשורים לטיפול, כגון מציאת משמעות וסיפוק (Kramer, 1997; Soskolne, Halevey-Levin, & Ben-Yehuda, 2007; Tarlow et al., 2004).

התמורות ממתן הטיפול שציינו בני זוג זקנים מטפלים הן: חיזוק הקשרים בתוך המשפחה, שיפור איכות הקשר עם בן הזוג המטופל, קבלת הערכה מהמטופל ומהסובבים ותחושת שביעות רצון עצמית מאיכות הטיפול שהם נותנים (Farran, 1997). עוד דיווחו בני זוג מטפלים על תחושת סיפוק הנובעת ממתן עזרה לאדם אהוב (Hilgeman, Allen, 2004; Tarlow et al., 2004; DeCoster, & Burgio, 2007). תחושה זו תורמת להעלאת הערך העצמי שלהם (Noonan & Tennstedt, 1997).

גם תפיסת מחויבות לקשר הזוגי ולטיפול בבן הזוג עשויה להסביר את רמת המעורבות בטיפול במחלקה הסיעודית. קשר הנישואים מבוסס על מחויבות בני הזוג זה לזה במערכת היחסים הממושכת שלהם. המחויבות היא יסוד מהותי בחיי הנישואים והשפעתה ניכרת לא רק באיכות היחסים הזוגיים, אלא גם בחוויות החיים המשותפים, כולל חוויית הטיפול בבן זוג חולה (Davies, 2006; Davies & Gregory, 2007; Whitlatch, 2001). המחויבות לקשר הזוגי יכולה להסביר בניית גורמי עמידות (resiliency factors) שמעצבים קשרי נישואים איכותיים ומסייעים בהתמודדות עם מצבי דמנציה של בן הזוג ועם הצורך להעניק לו טיפול סיעודי (Davies & Gregory, 2007; Davies, 2006). דווח שבני זוג המייחסים חשיבות עליונה למערכת היחסים הזוגית שלהם, לא פעם נוטים לגלות בשל כך נכונות להקריב מעצמם ולוותר על צורכיהם ורצונותיהם לטובת בן זוגם (חרמוני, 2004).

פון (Paun, 2003) טוענת שבמערכת היחסים הזוגית קיימת מחויבות מתמשכת של בן הזוג האחד להעניק טיפול לבן הזוג הלוקה בדמנציה, גם אם היו בעבר קשיים בלתי פתורים במערכת היחסים. לדעתה מחויבות זו נובעת מהמשמעות שמייחסים בני הזוג לקשר הנישואים, שאותו הם רואים כברית וכהסכם שגלומים בהם הבטחה למחויבות הדדית ביניהם, בין אם הם בריאים או חולים.

הספרות מציגה שני סוגים של מחויבות לקשר הזוגי ולמתן טיפול לבן הזוג. המחויבות הראשונה היא המחויבות הרגשית, שמקורה בעמדות חיוביות כלפי בן הזוג, במערכת יחסים טובה עימו ובתחושת שביעות רצון מיחסים אלה. מטפל שחש מחויבות רגשית יעניק לבן הזוג טיפול מתוך רצון, כשהוא נרגש לעשות זאת (Lydon, Pierce, & O'Regan, 1997; Pierce, Lydon, & Yang, 2001). המחויבות השנייה היא המחויבות המוסרית, שמקורה בתחושת אחריות וחובה כלפי בן הזוג. כאשר בני זוג מחויבים מוסרית, הם משמרים את מערכת היחסים שלהם, והטיפול בבן הזוג יתבצע מתוך תחושה של חובה אישית (Lydon et al., 1997; Peirce et al., 2001).

גורמים סביבתיים עשויים גם הם להסביר את מידת המעורבות של בני המשפחה בטיפול בחולה המאושפז במחלקה סיעודית. הגורם הסביבתי הראשון הוא מדיניות המחלקה הסיעודית לגבי מעורבות בני המשפחה בטיפול. במחלקה שבה המדיניות היא לעודד מעורבות, נמצא שבני המשפחה רכשו מיומנויות חדשות של טיפול בחולה וגם יישמו אותן (Friedeman et al., 1999; Walker & Dewar, 2001). כמו כן, נמצא שבמסגרות סיעודיות שמציעות פעילויות מתוכננות לבני המשפחה המטפלים ומאפשרות שעות ביקור גמישות, תדירות הביקורים של בני המשפחה גדולה יותר (Schulz et al., 2004). רוזנטל ודוסון (Rosenthal & Dawson, 1991), המתארים את תקופת האשפוז של בן זוג במחלקה סיעודית, מציינים שתקופה זו מאופיינת במשא ומתן שמנהלים בני הזוג המטפלים עם צוות המחלקה באשר להגדרת תפקידם כמטפלים, לציפיות לגבי התנהגותם, לתחומי האחריות של כל צד המעורב בטיפול ולפירוט משימות הטיפול.

הגורם הסביבתי השני שקשור למידת המעורבות בטיפול הוא קרבת המגורים של בן הזוג המטפל למסגרת האשפוז. נמצא כי מטפלים שגרים קרוב יותר, מבקרים בתכיפות גדולה יותר ושומרים על תדירות ביקורים גדולה ויציבה לאורך זמן (Yamamoto et al., 2002).

על סמך סקירת הספרות נבנה המודל להסבר רמת המעורבות של זקנים בטיפול בבני ובנות זוגם המאושפזים במחלקה סיעודית. נוסחו ההשערות הבאות:

1. רמה גבוהה יותר של חוללות עצמית אצל בני הזוג המטפלים תהיה קשורה לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול לבני זוגם המאושפזים במחלקה הסיעודית.
2. תפיסת תמורות רבות יותר ממתן הטיפול לבן הזוג תהיה קשורה לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית.
3. תפיסת מחויבות חזקה יותר לקשר הזוגי ולמתן טיפול תהיה קשורה לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית.
4. "מדיניות מאפשרת" של המחלקה שמעודדת מעורבות של בני משפחה בטיפול בחולה, תהיה קשורה לרמה גבוהה יותר של מעורבות בן הזוג במתן טיפול במחלקה הסיעודית.
5. מגורים קרובים יותר של בן הזוג המטפל למסגרת הסיעודית יהיו קשורים לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית.

המחקר

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית המחקר כללה 160 משתתפים (100 נשים ו-60 גברים) בני 60 ומעלה שגרים בקהילה ומטפלים בבן/בת זוג השוהה במחלקה סיעודית-גריאטרית יותר משלושה חודשים. המשתתפים נדגמו בדגימה לא אקראית (Purposive Sample) מתוך 39 מחלקות סיעודיות בארץ. כמחצית מהמחלקות הסיעודיות במדגם היו מסגרות אשפוז פרטיות והשאר ציבוריות. מאפייני הרקע של משתתפי המחקר מוצגים בלוחות 1 ו-2.

לוח 1: התפלגות משתני הרקע של משתתפי המחקר

| משתני רקע / קטגוריות | שכיחות | % |
|------------------------------------|---------------------------------------|------|
| מגדר | גבר | 37.5 |
| | אישה | 62.5 |
| ארץ הלידה | ישראל | 19.0 |
| | ברית המועצות לשעבר | 10.0 |
| | אירופה/אמריקה | 46.9 |
| | אסיה/אפריקה | 23.8 |
| מקום מגורים | בקהילה | 73.7 |
| | דיור מוגן עצמאי בסמיכות למסגרת האשפוז | 26.3 |
| דתיות | חרדי | 1.9 |
| | דתי | 10.0 |
| | מסורתי | 35.0 |
| | חילוני | 53.1 |
| האם יש להם ילדים | לא | 3.1 |
| | כן | 96.9 |
| מצב בריאותי כללי | גרוע עד לא כל כך טוב | 36.3 |
| | טוב | 43.7 |
| | טוב מאוד עד מצוין | 20.0 |
| תדירות הביקורים אצל בן הזוג במחלקה | כמה פעמים בשבוע | 35.6 |
| | 2-3 פעמים בחודש | 4.4 |
| | פעם בחודש | 3.8 |
| | כמה פעמים בשנה | 0.6 |
| | לא מבקר כלל | 1.3 |

לוח 1 (המשך)

| משתני רקע / קטגוריות | שכיחות | % |
|-------------------------------|-----------------------|-----|
| זמן הגעה למסגרת | יותר משעתיים | 3 |
| האשפוז | בין שעה לשעתיים | 13 |
| | בין חצי שעה לשעה | 35 |
| | פחות מחצי שעה | 109 |
| אמצעי התחבורה אל מסגרת האשפוז | נוהג ברכב פרטי | 41 |
| | מסיעים אותו ברכב פרטי | 11 |
| | תחבורה ציבורית | 52 |
| | ברגל | 50 |

לוח 2 : ממוצעים וסטיות תקן של משתני הרקע של משתתפי המחקר

| משתני רקע | ממוצע | סטיות תקן | ערך נמוך | ערך גבוה |
|-------------------|-------|-----------|----------|----------|
| גיל | 76.92 | 8.16 | 60 | 96 |
| מספר שנות נישואים | 49.91 | 11.78 | 10 | 69 |
| מספר שנות לימוד | 11.58 | 3.85 | 0 | 25 |
| מספר ילדים | 2.54 | 1.18 | 0 | 8 |

כפי שניתן לראות, כשני שלישים מהמשתתפים היו נשים וכשליש היו גברים. הגיל הממוצע היה 76.2 שנה ($SD = 8.16$). ממוצע שנות הנישואים של המשתתפים היה 49.91 שנה ($SD = 11.78$) וכמעט לכולם (96.9%) היו ילדים. רוב המשתתפים גרו בגפם בקהילה והשאר גרו בדירור מוגן עצמאי בסמיכות למחלקה הסיעודית שבה שהה בן הזוג. כאשר לדפוס הביקורים במחלקה, יותר ממחצית המשתתפים (54%) ניהגים לבקר את בני זוגם הסיעודיים מדי יום, ויותר משליש (36%) מבקרים כמה פעמים בשבוע. הנותרים מבקרים בתדירות של כמה פעמים בחודש עד כמה פעמים בשנה. רק אחוז אחד מהמדגם (2 משתתפים) אינם מבקרים כלל.

מאפייני בני הזוג הסיעודיים

טווח הגילים של בני הזוג הסיעודיים השוהים במחלקות הסיעודיות נע בין 57 ל-95 (M = 79.06, SD = 6.75). משך האשפוז במחלקה הסיעודית נע בין 3 ל-180 חודשים (M = 30.92, SD = 29.39). על סמך דיווחי בני הזוג המטפלים (משתתפי המחקר), 37.5% מבני הזוג הסיעודיים לא יכלו לתקשר עם הסביבה וסבלו על פי רוב מפגיעה דמנטית ומירידה ביכולת הקוגניטיבית (תשושי נפש). 46.3% מבני הזוג הסיעודיים יכלו לתקשר

חלקית עם הסביבה וסבלו מפגיעה דמנטית ומירידה ביכולת הקוגניטיבית באופן חלקי בלבד. 16.3% מבני הזוג הסיעודיים יכלו לתקשר עם הסביבה וסבלו מירידה בתפקוד הגופני בלבד ולא מפגיעה דמנטית או מירידה ביכולת הקוגניטיבית.

כלי המחקר

שאלון למילוי עצמי שכלל: (1) שאלון מאפיינים סוציו-דמוגרפיים; (2) שאלון רמת מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית. השאלון נבנה לצורכי המחקר הנוכחי, ואחדות מהשאלות מבוססות על שאלונים למדידת המעורבות של בני משפחה בטיפול במסגרות חוץ-ביתיות לטיפול ממושך בילדים עם מוגבלות (Schwartz, 2005; Schwartz & Tsumi, 2003). אחת השאלות שנכתבו לצורך המחקר הנוכחי היא, לדוגמה, שאלה ביחס לקרבת מקום המגורים של בן הזוג המטפל למסגרת האשפוז הסיעודי. המשיב מתבקש לענות לגבי משך הזמן שנדרש לו כדי להגיע למסגרת האשפוז, והיה עליו לבחור אחת מהתשובות הבאות: יותר משעתיים; בין שעה לשעתיים; בין חצי שעה לשעה; פחות מחצי שעה. תקפות השאלון נבדקה בשלב המבחן המקדים (pre-test) על ידי שלושה אנשי מקצוע. באמצעות ניתוח גורמים של פריטי השאלון נבנה כלי חדש מתוקף כמדד של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית. הכלי כולל ארבעה מדדים:

- א. תדירות הביקורים של בן הזוג במחלקה: טווח הציונים נע על סולם בן שבע דרגות (מ¹ – "לא מבקר כלל" עד 7 – "מבקר יום-יום").
- ב. מעורבות במשימות הטיפול: במדד נכללו חמש משימות: עזרה באכילה (טיפול ישיר), ליווי ליציאות אל מחוץ לבית החולים, קניית מוצרי מזון ובגדים, ניהול כספים והסעות של החולה (טיפול בלתי ישיר). הוצאו מהמדד שלוש משימות שנמצאו כלא רלוונטיות מאחר שהן מבוצעות על ידי צוות המחלקה הסיעודית ולא על ידי בני הזוג המטפלים: עזרה ברחצה, בהלבשה ובעשיית צרכים. טווח הציונים לגבי משימות הטיפול נע על סולם בן שלוש דרגות (מ⁰ – "כלל לא" עד 3 – "עזרה רבה").
- ג. מעורבות בקבלת החלטות לגבי בן הזוג הסיעודי: טווח הציונים נע על סולם בן חמש דרגות (מ⁰ – "לא שותף כלל" עד 5 – "שותף בצורה מלאה").
- ד. השתתפות בפעילויות במחלקה המיועדות לבני משפחה: טווח הציונים נע על סולם בן ארבע דרגות (מ⁰ – "לא משתתף ואפילו לא יודע שמתקיימות פעילויות" עד 4 – "משתתף בכל הפעילויות").

ציון כולל במשתנה "מעורבות במתן טיפול במחלקה" ניתן לכל משתתף על סמך ארבעת המדדים שפורטו. מכיוון שארבעת המדדים של המשתנה הכולל נמדדו בסולמות שונים, נעשה שימוש בציוני תקן. ממוצע המדד הוא $M=0$, סטיית התקן $SD=0.71$ והמהימנות הפנימית של המשתנה הכולל היא $\alpha=0.68$.

* המדדים הועברו לציוני תקן. פירושו של דבר, שהפחתנו את הממוצע וחילקנו בסטיית התקן ולכן הממוצע של המשתנה בציוני תקן הוא 0.

(3) שאלון חוללות עצמית (Scherer et al., 1982; Zeidner, Schwarzer, & Jerusalem, 1993). במחקר הנוכחי נעשה שימוש בגרסה העברית של השאלון (גרונמן, 2005), הכולל עשר שאלות. טווח הציונים של התשובות נע בין 1 – "כלל לא מתאר אותי" ל-4 – "מתאר אותי במידה רבה". הציון הכולל במשתנה הוא סך כל הציונים בתשובות. ציון גבוה מראה על רמת חוללות עצמית גבוהה. ממוצע המדד הוא $M=3.24$, סטיית התקן $SD=0.59$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.89$.

(4) שאלון תפיסת תמורות ממתן הטיפול (Boerner, Horowitz, & Schulz, 2004). השאלון תורגם מאנגלית לעברית בשיטה המקובלת לתרגום שאלונים. בשאלון עשרה פריטים המדורגים על סולם ליקרט בן חמש דרגות, מ-1 – "כלל לא מסכים" עד 5 – "מסכים מאוד". הציון הכולל הוא סך כל הציונים בתשובות. ציון גבוה מעיד על תפיסה של תמורות גבוהות ממתן הטיפול. במחקר הנוכחי ממוצע המדד הוא $M=3.09$, סטיית התקן $SD=1.07$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.85$.

(5) שאלון תפיסת המחויבות לקשר הזוגי ולמתן טיפול (Pierce et al., 2001). שאלון זה מדד שני סוגים של תפיסת מחויבות: מחויבות רגשית ומחויבות מוסרית. השאלון תורגם מאנגלית לעברית בשיטה המקובלת לתרגום שאלונים. בשאלון 16 פריטים שקובעים שלושה ציונים: ציון במחויבות רגשית, ציון במחויבות מוסרית וציון כולל למחויבות. הציון במחויבות הרגשית לקשר הזוגי ולמתן הטיפול נקבע לפי ממוצע של שמונה שאלות. לדוגמה, "אני נרגש ממערכת היחסים שלי עם בן/בת זוגי". טווח הציונים נע בין 0 ל-4. ציון גבוה מראה על רמה גבוהה של מחויבות רגשית. ממוצע המדד הוא $M=2.43$, סטיית התקן $SD=1.06$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.84$.

גם הציון למחויבות המוסרית לקשר הזוגי ולמתן הטיפול נקבע לפי ממוצע של שמונה שאלות. לדוגמה, "אני מרגיש חובה מוסרית כלפי מערכת היחסים עם בן/בת זוגי". טווח הציונים נע בין 0 ל-4. ציון גבוה מראה על רמה גבוהה של מחויבות מוסרית. ממוצע המדד הוא $M=3.73$, סטיית התקן $SD=0.60$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.92$. הציון הכולל למדד מחויבות נקבע לפי ממוצע של 16 שאלות. טווח הציונים נע בין 0 ל-4. ציון גבוה מראה על רמה גבוהה של מחויבות. ממוצע המדד הוא $M=3.08$, סטיית התקן $SD=0.70$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.86$.

(6) שאלון "מדיניות מאפשרת": "מדיניות מאפשרת" נבדקה באמצעות שש שאלות שנכתבו לצורך המחקר הנוכחי. השאלות עוסקות במתן אפשרויות למעורבות המשפחה במסגרת האשפוז. בהיעדר שאלון רלוונטי ישירות לנושא, התבססו השאלות על שאלון לבדיקת אפשרויות למעורבות בני משפחה בטיפול בילדיהם הנמצאים במוסדות מחוץ לבית (Schwartz, 2005; Schwartz & Tsumi, 2003). המשתתפים התבקשו להשיב ב"כן" או "לא" על כמה אפשרויות בשאלה: האם המסגרת מאפשרת: ביקור משפחות ללא הגבלה; הזמנה למפגשים יזומים עם המשפחות; קיום מפגשים קבוצתיים למשפחות; אפשרות לשותפות בקבלת ההחלטות בנוגע לטיפול הרפואי; שותפות בתכנון תוכניות עתידיות לגבי החולה; שותפות בקבלת החלטות לגבי הנעשה במחלקה. לכל משתתף ניתן ציון כולל במשתנה של "מדיניות מאפשרת". ציון גבוה יותר מלמד שמסגרת האשפוז מציעה

אפשרויות רבות יותר למעורבות המשפחה ומעורבות כזו. ממוצע המדר הוא $M=4.15$, סטיית התקן $SD=1.50$ והמהימנות הפנימית $\alpha=0.73$.

הליך המחקר

לאחר קבלת אישורים לעריכת המחקר מוועדת האתיקה של האוניברסיטה, נעשתה פנייה בעל פה ובכתב לצוותי השירות הסוציאלי במחלקות הסיעודיות שנדגמו לצורך המחקר. הצוותים קיבלו הנחיות וקריטריונים לאיתור משתתפים מתאימים למחקר. משתתפי המחקר נתנו את הסכמתם בכתב להשתתפות במחקר. מאחר שמדובר במשתתפים מבוגרים, יזמה החוקרת את הקשר הטלפוני ותיאמה פגישות אישיות עם המשתתפים בביתם או במחלקה הסיעודית, לפי רצונם. המשתתפים התבקשו למלא את שאלון המחקר ויכלו להיעזר בחוקרת בעת מילוי.

עיבוד הנתונים

לשם בדיקת שאלות המחקר, בוצעו מבחני פירסון שבחנו קשרים בין משתנים. מבחני גרסיה בצעדים בוצעו כדי לבדוק את תרומת המשתנים שהוכנסו למודל להסבר רמת המעורבות בטיפול.

ממצאים

בחלק זה יוצגו הממצאים לאור השערות המחקר המתייחסות לקשרים בין המשתנים השונים. תחילה תוצג מטריצת מתאמים בין משתני המחקר. לוח 3 מציג את התוצאות שהתקבלו.

מלוח 3 עולה כי נמצאו מתאמים חיוביים מובהקים בין מעורבות במתן הטיפול לבין המשתנים הבאים: קרבה גיאוגרפית של מקום המגורים למחלקה הסיעודית ($r=0.34$, $p<0.001$), חוללות עצמית ($r=0.25$, $p<0.01$), תפיסת תמורות ממתן הטיפול ($r=0.23$, $p<0.01$), תפיסת המחויבות הרגשית לקשר הזוגי ולמתן הטיפול ($r=0.48$, $p<0.001$), תפיסת המחויבות המוסרית לקשר הזוגי ולמתן הטיפול ($r=0.59$, $p<0.001$) ו"מדיניות מאפשרת" (מתן אפשרויות למעורבות המשפחה) ($r=0.24$, $p<0.01$).

השערת המחקר בנוגע לקשר בין רמת החוללות העצמית לבין רמת המעורבות בטיפול אוששה. רמה גבוהה של חוללות עצמית אצל בני הזוג המטפלים נמצאה קשורה לרמה גבוהה של מעורבות בטיפול בבני הזוג במחלקה הסיעודית ($r=0.25$, $p<0.01$). ההשערה שהתייחסה לקשר בין תפיסת התמורות ממתן הטיפול לבין רמת המעורבות בטיפול, אוששה אף היא. תפיסה גבוהה של תמורות מהטיפול אצל בני הזוג המטפלים נמצאה קשורה לרמה גבוהה יותר של מעורבות במתן הטיפול במחלקה הסיעודית ($r=0.23$, $p<0.01$).

גם ההשערה לגבי הקשר בין תפיסת המחויבות לקשר הזוגי ולמתן הטיפול לבין רמת המעורבות בטיפול אוששה. תפיסה גבוהה יותר של מחויבות לקשר הזוגי ולמתן טיפול (כציון כולל) נמצאה קשורה למעורבות גבוהה יותר במתן הטיפול במחלקה הסיעודית ($r=0.62$, $p<0.001$). גם ביחס לשני המדרים של תפיסת המחויבות

לוח 3: מתאמי פירסון בין משתני המחקר (N=160)

| SD | M | 7 מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית | 6 מדיניות מאפשרת | 5 מחויבות מוסרית | 4 מחויבות רגשית | 3 תמורת מתן טיפול | 2 חוללות עצמית | 1 קרבה גיאוגרפית | המשתנים |
|------|------|--|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|------------------------|---|
| .72 | 3.56 | | | | | | | — | 1 קרבה גיאוגרפית |
| .72 | 3.24 | | | | | | — | .05 | 2 חוללות עצמית |
| 1.07 | 3.09 | | | | | — | .16* | .02 | 3 תמורת מתן טיפול |
| 1.06 | 2.43 | | | | — | .36*** | .14 | .12 | 4 מחויבות רגשית |
| .60 | 3.73 | | | — | .36*** | .27*** | .27*** | .25 | 5 מחויבות מוסרית |
| 1.50 | 4.15 | | — | .21** | .15 | .03 | .14 | .07 | 6 מדיניות מאפשרת |
| .71 | 0 | — | .24*** | .59*** | .48*** | .23** | .25** | .34*** | 7 מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית |

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

נמצא לגבי כל אחד בנפרד קשר חיובי לרמת המעורבות בטיפול. עם זאת, הקשר בין תפיסת המחויבות המוסרית לקשר הזוגי לבין מעורבות במתן טיפול נמצא חזק יותר מאשר הקשר בין תפיסת המחויבות הרגשית לקשר הזוגי לבין מעורבות במתן טיפול ($r=0.59, p<0.001$ ו- $r=0.48, p<0.001$ בהתאמה).

ההשערה לגבי הקשר בין "מדיניות מאפשרת" של המחלקה לבין רמת המעורבות בטיפול אוששה גם כן. "מדיניות מאפשרת" של המחלקה, המעודדת מעורבות של בני הזוג במתן הטיפול במחלקה הסיעודית, נמצאה קשורה לרמת המעורבות בטיפול, ובני זוג אכן דיווחו על מעורבות גבוהה יותר במתן טיפול ($r=0.24, p<0.1$). גם השערת המחקר באשר לקשר בין מגורים קרובים של בן הזוג המטפל למסגרת הסיעודית לבין רמת המעורבות בטיפול, אוששה. מגורים קרובים למסגרת הסיעודית נמצאו קשורים לרמה גבוהה יותר של מעורבות של בן הזוג המטפל במתן טיפול ($r=0.34, p<0.001$). לשם בדיקת התרומה של כל אחד מהמשתנים המנבאים את רמת המעורבות של בן הזוג במתן טיפול במחלקה סיעודית לצורך הסבר השונות של רמת המעורבות, בוצע ניתוח רגרסיה בשלבים. ברגסיה נכללו כל המשתנים שנמצא להם מתאם עם המשתנה "מעורבות במתן טיפול". הרגרסיה בוצעה בשני שלבים: בשלב הראשון הוכנסו המשתנים "קרבה גיאוגרפית" ו"מדיניות מאפשרת" ובשלב השני הוכנסו המשתנים "חוללות עצמית",

לוח 4: מקדמי הרגרסיה להסבר השונות של מעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית

| b 95% CI | | b | β | משתנים מסבירים |
|-------------|-------------|-----|---------|----------------------------------|
| Upper bound | Lower bound | | | |
| צעד ראשון | | | | |
| .46 | .18 | .32 | .32*** | קרבה גיאוגרפית |
| .17 | .04 | .10 | .22** | "מדיניות מאפשרת" |
| 15%*** | | | | Adjusted R ² |
| צעד שני | | | | |
| .31 | .07 | .19 | .19** | קרבה גיאוגרפית |
| .10 | −.02 | .04 | .09 | "מדיניות מאפשרת" |
| .25 | −.05 | .10 | .08 | חוללות עצמית |
| .09 | −.08 | .00 | .00 | תמורות ממתן טיפול |
| .28 | .10 | .19 | .28*** | מחויבות רגשית לקשר ולמתן טיפול |
| .64 | .32 | .48 | .40*** | מחויבות מוסרית לקשר ולמתן טיפול |
| 31.1%*** | | | | השניני ב-Adjusted R ² |
| 46.1%*** | | | | Adjusted R ² |

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

"תפיסת התמורות ממתן הטיפול" ו"תפיסת המחויבות הרגשית והמוסרית לקשר הזוגי ולמתן טיפול". לוח 4 מציג את התוצאות שהתקבלו. כפי שניתן לראות בלוח 4, מערכת המשתנים הנזכרת לעיל תורמת 46.1% להסבר השונות של המשתנה "מעורבות במתן טיפול" ($F(6,153) = 23.65, p < 0.001$). המשתנה שתורם במידה הרבה ביותר להסבר השונות הוא תפיסת המחויבות המוסרית לקשר הזוגי ולמתן טיפול ($\beta = 0.40, p < 0.001$), ואחריו תפיסת המחויבות הרגשית לקשר הזוגי ולמתן טיפול ($\beta = 0.28, p < 0.01$). גם מגורים בקרבה גיאוגרפית למחלקה הסיעודית נמצאו משתנה תורם, אם כי במידה פחותה, להסבר המעורבות במתן הטיפול ($\beta = 0.19, p < 0.01$). לחוללות העצמית ולתפיסת תמורות לא נמצאה תרומה ייחודית להסבר השונות של מעורבות במתן טיפול. נמצא שלמדיניות המאפשרת יש בשלב הראשון תרומה ייחודית להסבר השונות של מעורבות (ככל שהמדיניות מאפשרת יותר, כך המעורבות רבה יותר), אולם בשילוב עם משתני המחויבות המוסרית והרגשית, לא נמצאה למדיניות המאפשרת תרומה ייחודית.

דיון

רמת החוללות העצמית ותפיסת התמורות ממתן הטיפול בקרב בני הזוג המטפלים נמצאו קשורות לרמת המעורבות בטיפול בבן/בת הזוג השווה במחלקה סיעודית. עם זאת, בניתוחי הרגרסיה לא נמצאה למשתנים אלה תרומה משמעותית להסבר המעורבות במתן הטיפול. בני זוג מטפלים בעלי חוללות עצמית גבוהה דיווחו על מעורבות גבוהה במתן הטיפול בהשוואה לבני זוג בעלי רמה נמוכה של חוללות עצמית. ממצא זה מחזק ממצאי מחקרים קודמים (טל, 2006; Ducharme et al., 2007). על פי בנדורה (Bandura, 1984, 1986), חוללות עצמית של אדם מתחזקת ככל שהוא חווה מידה רבה יותר של הישגיות והצלחה בביצוע משימות או בהפעלת מיומנויות נדרשות. התנסות ממושכת במשימות טיפול והצלחה בהתמודדות עימן מביאות לתפיסה גבוהה של חוללות עצמית אצל המטפל (Huang, Lotus Shyu, Chen, & Hsu, 2009). לפי תיאוריה זו, אנשים בעלי תפיסה גבוהה של חוללות עצמית מתייחסים למטלות קשות כאל אתגרים שיש לצלוח אותם ולא כאל איומים שיש להתחמק מהם, וכך הם קובעים לעצמם מטרות מאתגרות ושומרים על רמה גבוהה של מחויבות אליהן (Bandura, 1984, 1986). משמעות הטיפול כפי שהיא נתפסת על ידי זקנים מטפלים נמצאה קשורה לרמת המעורבות שלהם בטיפול בבן/בת הזוג במסגרת הסיעודית. בני זוג מטפלים המדווחים על ייחוס תמורות רבות יותר ממתן הטיפול, נמצאו מעורבים יותר במתן הטיפול. ממצא זה מצטרף לממצאים קודמים ומחזק את ממצאי מחקרם של כהן ועמיתיו (Cohen, Colantonio, & Vernich, 2002), אם כי מחקרם התייחס לבני משפחה המטפלים בבן זוג חולה בבית ולא במחלקה סיעודית. במחקרם, שבו השתתפו 300 בני משפחה שטיפלו בחולי דמנציה בביתם, נמצא כי אלה שמצאו היבטים חיוביים בהתנסות הטיפולית (תחושת סיפוק, תחושת חשיבות, אחריות ומציאת משמעות לחיים), נטו להמשיך להיות מעורבים במתן הטיפול לאורך זמן.

הסבר אפשרי לקשר שנמצא בין מציאת תמורות ממתן הטיפול לבין מעורבות בטיפול מתבסס על התיאוריה של ויקטור פרנקל (פרנקל, 1970), הטוען שהאדם מחפש משמעות בכל תפקיד שהוא ממלא בחייו כדי להתגבר על שגרת החיים ועל קשיים ומשברים. בהתאם לתפיסה זו, המטפל העיקרי בבן משפחה חולה נוטה לחפש משמעות בתפקיד שהוא ממלא כדי להתגבר על השחיקה שהוא חווה בעקבות הטיפול הממושך בחולה. מציאת משמעות בטיפול הוגדרה כאמונות שיש לאדם ביחס לעצמו ולניסיונו בטיפול, אמונות המאפשרות לו לזהות את הרווח, התועלת והתמורות שהוא מפיק מהטיפול (Giuliano, Mitchell, Clark, 1991; Harlow, & Rosenbloom, 1991). משמעות זו בוטאה בדבריו של אחד ממשתתפי המחקר, גבר בן 85, נשוי 60 שנה, המטפל מזה ארבע שנים באשתו המאושפזת במחלקה סיעודית:

... אני מרגיש ששם [במחלקה הסיעודית] זה הבית שלי... אני לא מוכן לוותר על הביקורים, למרות שאני חוזר עייף מאוד, אין לי שום עניין בבילויים. סדר הערכים שלי השתנה, הכול מתגמד לעומת הבעיה של אשתי ושלי... הטיפול בה זהו ערך עליון עבורי... זו מטרת חיי, רק להיות על ידה, שאני רואה חיוך על פניה, אני לא יודע אם יש משהו שיותר משמח אותי... [הטיפול]... נותן לי הרגשה שאני עושה מצווה... זהו טעם חיי... לא הייתי רוצה לחיות בלעדיה...

לתפיסת המחויבות של בני הזוג לקשר הזוגי ולמתן הטיפול (על שני מדדיה: מחויבות רגשית ומחויבות מוסרית) נמצאה תרומה מובהקת גבוהה להסבר השונות ברמת המעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית. ככל שבני הזוג דיווחו על תפיסה גבוהה יותר של שני סוגי המחויבות, כך רמת מעורבותם במתן הטיפול לבני זוגם במחלקה הסיעודית היתה גבוהה יותר. ממצא דומה נמצא לגבי מטפלים בבני זוג עם דמנציה (Davies & Gregory, 2007). במחקר אחר (Paun, 2003) נמצא שבני זוג המטפלים בחולה דמנטי בביתם מגלים מחויבות בלתי פוסקת לספק טיפול לבן זוגם החולה, גם אם היו קשיים במערכת היחסים שלהם בעבר, בשל המשמעות שהם מייחסים לקשר הנישואים ולהבטחה ההדדית לדאוג זה לזה בעיתות בריאות כמו גם בעיתות מחלה.

ניתן לחדד את משמעותה הייחודית של המחויבות הזוגית בהשוואה למחויבותם של בני משפחה אחרים למתן הטיפול. אוקונור (O'Connor, 2007), שהתמקדה במחקרה במשמעות החוויה להיות "בן זוג מטפל", מציינת שבני זוג מטפלים רואים במשימות הטיפול חלק טבעי ממערכת היחסים הזוגית. נמצא שרוב בני הזוג המטפלים בבני זוגם מדווחים שהם אינם רואים את עצמם כ"מטפלים", אלא כמי שמיישמים את אחת המחויבויות הכרוכות בקשר הנישואים (Jansson, 2001; Neno, 2004; O'Connor, 2007). לעומת בני זוג מטפלים, צאצאים המטפלים בהוריהם הסיעודיים מדווחים על קושי לקבל את ההורה הסיעודי ותשוק הנפש ולשמור על רכיבי הקשר עימו, בעיקר בשל הפגיעה בזיכרון של ההורה והירידה ביכולת התקשורת שלו עימם (אלבק ושרייבר, 2002; גולנדר, 1995).

ניתן להסביר ממצאים אלה לאור תיאוריית ההמשכיות של אטשלי (Atchley, 1989) (1999) המדגישה את חשיבותן של מערכות יחסים קרובות וממושכות בין בני זוג זקנים. לפי

תיאוריה זו, הקשר הזוגי המתמשך מעצב ומייצב היבטים אינטימיים שונים בזהות האישית של כל אחד מבני הזוג. ההמשכיות מתבטאת בנטייתם הטבעית של אנשים מזדקנים לשמר הן דפוסי אישיות והן דפוסי התנהגות כאמצעי הסתגלות לזיקנה ולתהפוכות הגלומות בה. בקר (Becker, 1993), שבחן את תיאוריית ההמשכיות וההתמודדות עם מחלה כרונית במשפחה, הדגיש את חשיבותן של הפעולות השגרתיות במתן הטיפול. לטענתו פעולות אלו שומרות על תחושת ההמשכיות ביחסים הבין-אישיים, וזו נותנת למטפל משמעות לחיים. ממצאי המחקר מחזקים את ההבחנה הקיימת בספרות בין מחויבות רגשית לקשר הזוגי ולמתן טיפול לבין מחויבות מוסרית (Lydon et al., 1997; Pierce et al., 2001). המחויבות המוסרית נובעת מתחושת חובה אישית כלפי האדם האחר, והיא משקפת את עמדותיו וערכיו הדתיים, המשפחתיים או החברתיים של הפרט (Johnson, Caughlin, & Huston, 1999). ג'ונסון (Johnson, 1991, Johnson et al., 1999) הרחיב שמחויבות מוסרית מבוססת על ערכים של התמדה בנוגע ליחסים, שמירת יציבות ביחסים ומידת המחויבות שאדם מרגיש כלפי בן/בת הזוג.

במחקר הנוכחי דיווחו המשתתפים כי הם חשים מחויבות מוסרית גבוהה יותר מאשר מחויבות רגשית. כמו כן, למחויבות המוסרית נמצאה התרומה המשמעותית ביותר להסבר רמת המעורבות של בני הזוג במתן הטיפול במחלקה הסיעודית. נמצא כי תרומת המחויבות המוסרית למעורבות במתן טיפול גבוהה מתרומתה של המחויבות הרגשית. שני הממצאים הללו מצביעים על חשיבות תחושת האחיות והערכים של בן הזוג המטפל כמניעים להמשכיות מעורבותו במתן הטיפול. ממצאים אלה מחזקים ממצאי מחקרים קודמים שלפיהם המחויבות המוסרית שחש האדם כלפי הטיפול באדם קרוב, עשויה לנבא את רמת המעורבות וההתמדה שלו במתן הטיפול (Lydon et al., 1997; Pierce et al., 2001). הסבר אפשרי לכך הוא שמחויבות מוסרית, כמו תחושת אחריות בקשר הזוגי, מעידה על אהבה בוגרת המעגנת את היחסים ההדדיים בין בני הזוג (Kernberg, 1977). עדות ברוח זו עולה מהמחקר האיכותני של טילס (Tilse, 1997) שבחן 18 בני זוג אוסטרלים המשמשים מטפלים. במחקרו נמצא שהביקור של בני הזוג במחלקה הסיעודית נובע ממערכת היחסים המושרשת בין בני הזוג בשל חייהם המשותפים הממושכים.

המחקר בדק את הקשר בין שני משתנים סביבתיים המאפיינים את מסגרת האשפוז לבין רמת המעורבות במתן טיפול במחלקה הסיעודית: קיומה של "מדיניות מאפשרת" שמעודדת מעורבות של בני המשפחה בטיפול בחולה; וקרבה גיאוגרפית של המחלקה למקום מגוריו של בן הזוג המטפל. שני המשתנים הסביבתיים נמצאו מנבאים רמת מעורבות בטיפול ונמצאה להם תרומה מובהקת גבוהה להסבר המעורבות במתן טיפול בניתוחי הרגרסיה. כשמדיניות המחלקה הסיעודית היא לאפשר ולעודד מעורבות של בני משפחה בטיפול, בני הזוג מדווחים על מעורבות גבוהה יותר במתן הטיפול. הממצאים תומכים בטענתו של רייט (Wright, 2000), שלפיה משפחות יכולות להישאר מעורבות במתן הטיפול לחולה גם לאחר אשפוזו במחלקה סיעודית ואף יבחרו להישאר מעורבות בו, אם הצוות המטפל ומדיניות המחלקה הסיעודית יעודדו אותם לעשות כן. גם פרידמן ועמיתיו (Friedmann et al., 1999) טענו שיש בכוחה של המדיניות שבה

נוקטת המסגרת הסיעודית לאפשר מעורבות משפחתית בטיפול או למנוע אותה. הם מצאו לדוגמה שמדיניות המאפשרת למשפחה שותפות בקבלת החלטות בנוגע לחלוקת משימות הטיפול בין הצוות לבני המשפחה, משפרת את חוויית הטיפול שחווייה המשפחה ומעודדת אותה לבצע פעולות של טיפול ישיר בחולה וללמוד מיומנויות חדשות של טיפול. כמו כן, נמצא שבמחלקות סיעודיות שמציעות פעילויות לבני המשפחה בעת השהות במחלקה וכן שעות ביקור גמישות, תדירות הביקורים (מדד מרכזי במשתנה המעורבות) גבוהה יותר (Montgomery & McGlinn-Datwyler, 1992; Schulz et al., 2004).

בני זוג מטפלים שגרים קרוב יותר למסגרת הסיעודית, דיווחו על רמה גבוהה יותר של מעורבות בטיפול. ממצא זה מחזק ממצאי מחקרים קודמים (Minichiello, 1989; Yamamoto et al., 2002). הקרבה הגיאוגרפית למסגרת האשפוז חשובה משום שמדובר בבני זוג זקנים, שלעיתים עלולים להתמודד בעצמם עם ירידה תפקודית ולהתקשות בניידות. ניתן לתאר את המעורבות של בני הזוג במתן טיפול במחלקה הסיעודית כנעה על ציר בין רמת מעורבות גבוהה לרמת מעורבות נמוכה. מעורבות גבוהה במתן הטיפול במחלקה הסיעודית מתקיימת כשמדיניות המחלקה מספקת אפשרויות רבות יותר למעורבות וכאשר המחלקה קרובה יותר גיאוגרפית למקום מגוריו של בן הזוג המטפל. מעורבות גבוהה במתן טיפול מאפיינת גם בני זוג בעלי תפיסה גבוהה של מחויבות מוסרית ורגשית לקשר הזוגי ולמתן הטיפול.

מגבלות המחקר ותרומו

יש לנקוט זהירות לגבי הכללת ממצאי המחקר על כלל אוכלוסיית בני הזוג המטפלים, בשל מספר מגבלות מתודולוגיות. הדגימה היתה דגימה מכוונת, לא נכללו במחקר משתתפים שאינם דוברי עברית והממצאים נשענים על דיווח סובייקטיבי של המשתתפים. תרומתו המרכזית של המחקר הנוכחי היא בהעמקת הידע וההבנה בנושא תפקידם של בני זוג זקנים המטפלים בבני זוגם במחלקה סיעודית. חשיבותו של המחקר נעוצה בהיותו מחקר חלוץ שעוסק באוכלוסייה של אנשים זקנים המטפלים בבני ובנות זוגם המאושפזים במסגרת סיעודית. המחקרים והספרות המקצועית בתחום הטיפול של בני משפחה בזקנים מתמקדים ברובם במתן טיפול בבית המשפחה ואינם עוסקים בזקנים המטפלים בבני זוגם כאוכלוסייה נפרדת. לנוכח הספרות המעטה הקיימת וחשיבותו של הנושא, יש מקום להמשיך ולחקור אותו.

המחקר הנוכחי היה מחקר רטרוספקטיבי, ולכן יכולתו לבחון את מעורבות בני הזוג במתן הטיפול לאורך זמן היתה מוגבלת. סביר להניח שדיווח הנבדקים הושפע מזיכרון סלקטיבי וממצבם הנפשי. רצוי להמשיך לחקור את קריירת הטיפול של בני זוג זקנים לאורך זמן וכן בסיומה, לאחר פטירתו של מקבל הטיפול. יש חשיבות לעריכת מחקר אורך שיבחן את מעורבות בני הזוג בשלבים השונים של מהלך הטיפול.

המחקר הצביע על כמה מאפיינים אישיים של מטפלים זקנים המנבאים את רמת מעורבותם במתן הטיפול לבני זוגם השוהים במחלקה הסיעודית. תפיסת המחויבות הרגשית והמוסרית של בני הזוג המטפלים לקשר הזוגי ולמתן טיפול נמצאה מנבאת את המשכיות

המעורבות במתן הטיפול לאחר המעבר למחלקה הסיעודית. ממצאים אלה מוסיפים לגוף הידע המצטבר בנושא תיאוריית ההמשכיות בנוגע למתן טיפול על ידי בני זוג זקנים. גם מאפייני מסגרת האשפוז, כגון מדיניותה ביחס למעורבות בני המשפחה בטיפול וקרבנותה למקום מגוריו של המטפל, נמצאו כמשתנים המנבאים את רמת המעורבות במתן טיפול. ברמה היישומית, ניתן להמליץ על כמה כיוונים להתערבויות מקצועיות שעשויות לעודד מעורבות בטיפול:

- (א) רצוי לאמץ גישה טיפולית המכירה בייחודיותה של תפיסת המחויבות הרגשית והמוסרית של בני זוג זקנים להמשך הטיפול ולקשר הזוגי ובתרומתה להמשכיות מעורבותם במתן הטיפול גם במחלקה סיעודית.
- (ב) רצוי להמליץ בפני בן הזוג המטפל לבחור עבור בן/בת זוגו מחלקה סיעודית הקרובה למקום מגוריו. הקרבה הגיאוגרפית עשויה להגביר את רמת מעורבותו במתן טיפול במחלקה הסיעודית.
- (ג) רצוי לאתגר את צוות המחלקה הסיעודית לגבש מדיניות אשר תספק אפשרויות והזדמנויות למעורבות בני הזוג במתן הטיפול, תוך מציאת איזון בין הצוות לבין בני הזוג המטפלים שיחלקו ביניהם את משימות הטיפול.

מקורות

- אלבק, ש., ושרייבר, ר. (2002). מאפייני הביקורים של בנים ובנות אצל הורים קשישים המתגוררים בבית אבות סיעודי. *גרונטולוגיה, כ"ט* (3), 55–79.
- גולנדר, ח. (1995). *לחיות על קו הקץ: עולמם של קשישים במחלקה סיעודית*. ירושלים. הוצאת מאגנס.
- גרונמן, ע. (2005). *כידות ותקווה בקרב אנשים עם סכיזופרניה הגרים ועובדים במסגרות שונות בקהילה; הקשר לתמיכה חברתית, השתתפות בקהילה וחוללות עצמית*. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.
- הוך, ת. (2003). *הבדלים בין המינים במציאת משמעות בחיים וסיפוק מטיפול בכך/בת זוג הסובל מדמנציה*. חיבור לשם קבלת תואר "דוקטור לפילוסופיה", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת תל אביב.
- הוך, ת., ובינימיני, י. (2001). *התהליך המחקרי: המקרה של חקר המטפלים בדמנציה*. *גרונטולוגיה, כ"ח*, 3–4.
- חרמוני, ר. (2004). *פנטזיות מיניות ומחויבות לקשר זוגי: מחקר יומן*. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", המחלקה לפסיכולוגיה, אוניברסיטת בר אילן.
- טל, ר. (2006). *הקשר בין חוללות עצמית, תמיכה חברתית ורמת הדיכאון לנכונותן של בנות זוג של קשישים עם דמנציה להמשך טיפול בבית*. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, אוניברסיטת בר אילן.
- לבנשטיין, א. (2003). *טיפול של בני משפחה בזקנים*. בתוך א. רוזין (עורך), *הזדקנות וזקנה בישראל* (עמ' 661–668). ירושלים: אשל.
- לבנשטיין, א., ויקוביץ, א. (1995). *הזקן, המשפחה והמערכת המוסדית – סוגיות ושיטות התערבות*. תל אביב: רמות, אוניברסיטת תל אביב.
- לבנשטיין, א., וכץ, ר. (2010). *הטיפול בזקן מהו האיוון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה? בתוך י. בריק וא. לבנשטיין (עורכים), הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים* (עמ' 40–52). ירושלים: אשל.
- פרנקל, ו. (1970). *אדם מחפש משמעות* – מבוא ללוגותרפיה, הוצאת דביר.

רז, ג. (2001). מרכז יום לקשיש כגורם בהפחתת עומס הטיפול בקרב בני זוג המטפלים בקשיש המוגבל פיזית. עבודת גמר לקבלת תואר "מוסמך", בית הספר לעבודה סוציאלית, הפקולטה ללימודי רווחה ובריאות, אוניברסיטת חיפה.

- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183–190.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging: Creating positive experiences*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Bandura, A. (1984). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71–81). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1986). Self-efficacy beliefs in human functioning. Social foundations of thought and action. In D. Marks (Ed.), *The health psychology reader* (pp. 91–106). London: SAGA Publication.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Becker, G. (1993). Continuity after a stroke: Implications of life-course disruption in old age. *The Gerontologist*, 33(2), 148–158.
- Boerner, K., Horowitz, A., & Schulz, R. (2004). Positive aspects of care giving and adaptation to bereavement. *Psychology and Aging*, 19(4), 668–675.
- Cohen, C. A., Colantonio, A., & Vernich, L. (2002). Positive aspects of care giving: Rounding out the caregiver experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184–188.
- Davies, J. (2006). *Impact of commitment to the marriage relationship on dementia experience*. PhD dissertation pilot study, Faculty of Social Work, University of Manitoba.
- Davies, J., & Gregory, D. (2007). Entering the dialogue marriage biographies and dementia care. *Dementia*, 6(4), 481–488.
- Ducharme, F., Levesque, L., Lachance, L., Gangbe, M., Zarit, S. M., Vezina, J., & Caron, C. D. (2007). Older husbands as caregivers: Factors associated with health and the intention to end home care giving. *Research on Aging*, 29(1), 3–31.
- Evans, A., & Scullion, H. F. (2000). Family and staff perceptions of the role of families in nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 235–244.
- Farran, C. J. (1997). Theoretical perspectives concerning positive aspects of caring for elder. The elderly persons with dementia; Stress/adaptation and existentialism. *Gerontologist*, 37, 250–256.
- Friedemann, M. L., Montgomery, R. J., Rice, C., & Farrell, L. (1999). Family involvement in the nursing home. *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 549–567.
- Gallagher-Thompson, D., Dal Canto, P. G., Jacob, T., & Thompson, L. W. (2001). A comparison of marital interaction patterns between couples in which the husband does or does not have Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 56(3), 140–150.
- Gaugler, J. E., Leitsch, S. A., Zarit, S. H., & Pearlin, L. I. (2000). Caregiver involvement following institutionalization: Effects of preplacement stress. *Research on Aging*, 22(4), 337–359.
- Giuliano, A. L., Mitchell, R. E., Clark, P. G., Harlow, L. L. & Rosenbloom, D. (1991). *The meaning in care giving scale*. Poster session presented at the Second Annual Convention of the American Psychological Society.

- Gubrium, J. (1991). *The mosaic of care; Frail elderly and their families in the real world*. New York: Springer.
- Heru, A. M., Ryan, C. E., & Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 533–537.
- Hilgeman, M. M., Allen, R. S., DeCoster, J., & Burgio, L. D. (2007). Positive aspects of care giving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 22(2), 361–371.
- Hopp, F.G. (1999). Patterns and predictors of formal and informal care among elderly persons living in board and care home. *The Gerontologist*, 39, 167–176.
- Huang, H. L., Lotus Shyu, Y. I., Chen, S. T., & Hsu, W. C. (2009). Caregiver self-efficacy for managing behavioral problems of older people with dementia in Taiwan correlates with care receivers' behavioral problems. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2588–2595.
- Jansson, W. (2001). Patterns of elderly spousal care giving in dementia care: An observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 804–812.
- Janzen, W. (2001). Long-term care for older adults: The role of the family. *Journal of Gerontology Nurse*, 27(2), 36–43.
- Johnson, M. P. (1991). Commitment to personal relationships. *Advances in Personal Relationships*, 3, 117–143.
- Johnson, M. P., Caughlin, J. P., & Huston, T. L. (1999). The tripartite nature of marital commitment; Personal, moral, and structural reasons to stay married. *Journal of Marriage and the Family*, 61(1), 160–177.
- Keefe, J., & Fancey, P. (2000). The care continues; Responsibility for elderly relatives before and after admission to a long-term care facility. *Family Relations*, 49, 235–244.
- Kernberg, O. F. (1977). Boundaries and structure in love relation. *Journal of the American Psychological Association*, 25, 81–114.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the care giving experience; Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37, 218–232.
- Lydon, J., Pierce, T., & O'Regan, S. (1997). Coping with moral commitment to long-distance dating relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 104–113.
- Minichiello, V. (1989). The regular visitors of nursing homes: Who are they? *Australian & New Zealand Journal of Sociology*, 25, 260–277.
- Mittelman, M. S. (2003). Community care giving. *Alzheimer Care Quarterly*, 4(4), 273–285.
- Montgomery, R. J. V., & McGlinn-Datwyler, M. (1992). Women and men in the care giving role. In L. Glass & J. Hendricks (Eds), *Gender & Aging* (pp. 59–68). Amityville, New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Neno, R. (2004). Spouse caregivers and the support they receive: A literature review. *Nursing Older People*, 16(2), 14–15.
- Noonan, A. E., & Tennstedt, S. L. (1997). Meaning in care giving and its contribution to caregiver well-being. *The Gerontologist*, 37, 785–794.
- O'Connor, D. L. (2007). Self-identifying as a caregiver: Exploring the positioning process. *Journal of Aging Studies*, 21, 165–174.

- Paun, O. (2003). Older women caring for spouses with Alzheimer's disease at home; Making sense of the situation. *Health Care for Women International*, 24, 292–312.
- Penning, M. T., & Keating, N. C. (2000). Self, informal and formal care partnerships in community based and residential long-term settings. *Canadian Journal on Aging*, 19, 75–100.
- Pierce, T., Lydon, J. E., & Yang, S. (2001). Enthusiasm and moral commitment; What sustains family caregivers of those with dementia. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(1), 29–41.
- Rosenthal, C. J. & Dawson, P. (1991). Wives of institutionalized elderly men. *Journal of Aging and Health*, 3(3), 315–334.
- Ross, M. M., Carswell, A., & Dalziel, W. B. (2001). Family care giving in long-term care facilities. *Clinical Nursing Research*, 10(4), 347–363.
- Schulz, R., Bella, S. H., Czaja, S. J., McCinnis, K. A., Stevens, K., & Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *Journal of the American Medical Association*, 292(8), 961–967.
- Schwartz, C. (2005). Parental involvement in residential care and perceptions of their offsprings life satisfaction in residential facilities for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 30(3), 146–155.
- Schwartz, C. & Tsumi, A. (2003). Parental involvement in the residential care of persons with intellectual disability: The impact of parents and residents characteristics and the process of relocation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities (JARID)*, 16(4), 285–295.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale; Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663–671.
- Sleath, B., Thorpe, J., Landerman, L. R., Doyle, M., & Clipp, E. (2005). African-American and white caregivers of older adults with dementia; Differences in depressive symptomatology and psychotropic drug use. *Journal of the American of Geriatric Society*, 53, 397–404.
- Soskolne, V., Halevey-Levin, S., & Ben-Yehuda, A. (2007). The context of caregiving, kinship tie and health: A comparative study of caregivers and non-caregivers. *Women & Health*, 45(2), 75–94.
- Stanley, S. M., & Markman, H. S. (1992). Assessing commitment in personal relationships. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 595–608.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Thompson, D. (2004). Positive aspects of care giving. *Research on Aging*, 26(4), 429–453.
- Tilse, C. (1997). She wouldn't dump him: The purpose and meaning of visiting a spouse in residential care. *Journal of Family Studies*, 3, 196–208.
- Walker, E., & Dewar, B. J. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making? *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 329–337.
- Whitlatch, C. J. (2001). Including the person with dementia in family care-giving research. *Aging and Mental Health*, 5(1), 20–22.

- Wright, F. (2000). The role of family caregivers for an older person resident in a care home. *British Journal of Social Work*, 30, 649–661.
- Yamamoto, M. N., Aneshensel, C. S., & Levy-Storrs, L. (2002). Patterns of family visiting with institutionalized elders: The case of dementia. *Journal of Gerontology: Social Science*, 57B(4), 234–246.
- Zeider, M., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). Hebrew adaptation of the general self-efficacy scale. Health Psychology Abstracts. Retrieved from: [www.http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/ehps_cd/health/hebrew.htm](http://web.fu-berlin.de/gesund/publicat/ehps_cd/health/hebrew.htm).

