

# בני משפחה מטפלים בישראל: ניתוח, אפיון והשפעה על שוק העבודה

רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ'

נייר מדיניות מס' 05.2023

---

ירושלים, אייר תשפ"ג, מאי 2023

## מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל

מרכז טאוב נוסד ב-1982 ביוזמתם של הרברט מ' סינגר, הנרי טאוב וארגון הג'וינט האמריקאי. המרכז ממומן באמצעות קרן צמיתה שהוקמה על ידי קרן הנרי ומרלין טאוב, קרן הרברט ונל סינגר, ג'ין וג'ון קולמן, קרן משפחת קולקר-סקסון-הלוק, קרן משפחת מילטון א' ורוזלין ז' וולף וארגון הג'וינט האמריקאי.

מרכז טאוב הוא מכון מחקר על-מפלגתי ובלתי תלוי העורך מחקרים איכותיים בנושאי חברה וכלכלה בישראל. הוא מציג בפני מקבלי ההחלטות המובילים בארץ ובפני כלל הציבור תמונה רחבה המשלבת בין הממדים החברתיים והכלכליים בהתוויית המדיניות הציבורית. הצוות המקצועי של המרכז וצוותי המדיניות הבין-תחומיים, הכוללים חוקרים וחוקרות בולטים בתחום באקדמיה ומומחים ומומחיות מובילים בתחומי המדיניות, עורכים מחקרים ומציעים חלופות למדיניות בנושאים חברתיים-כלכליים מרכזיים שעל סדר היום במדינה. המרכז מציג ניתוחים אסטרטגיים לטווח ארוך והערכות של חלופות מדיניות בפני הציבור ובפני מקבלי ההחלטות על ידי כתבות בתקשורת, תוכנית פרסומים פעילה, כנסים ופעילויות אחרות בישראל ובחו"ל.

הפרסומים של מרכז טאוב הם על דעתם ועל אחריותם של מחבריהם בלבד. אין בהם כדי לחייב את המרכז, את חבר הנאמנים שלו, את עובדיו האחרים ואת התומכים בפעולותיו.

כתובת המרכז: רחוב האר"י 15, ירושלים

טלפון: 02-567-1818

פקס: 02-567-1919

דואר אלקטרוני: [info@taubcenter.org](mailto:info@taubcenter.org)

אתר אינטרנט: [www.taubcenter.org.il](http://www.taubcenter.org.il)

# בני משפחה מטפלים בישראל: ניתוח, אפיון והשפעה על שוק העבודה

רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ'

## מבוא

משפחה וחברים הם מקור הטיפול החשוב ביותר לאנשים עם צרכי טיפול ארוך טווח (long-term care, LTC)<sup>1</sup>. עם העלייה בתוחלת החיים גדל הסיכוי של אנשים מבוגרים להזדקק לטיפול, ושל אנשים צעירים יותר להיות מעורבים בטיפול. כמו כן, עם התפתחות יכולת האבחון של הפרעת קשב, תקשורת ושפה ושל לקויות חברתיות ורגשיות, נוספו רבים למעגל האנשים הנזקקים לטיפול ארוך טווח.<sup>2</sup> המשמעות היא כי יחס התמיכה הפוטנציאלי, כלומר שיעור האנשים שיש להם סיכוי להיות בן משפחה מטפל (caregiver) או (informal caregiver), הולך וגדל עם השנים.

בגלל אופיו הבלתי פורמלי של הטיפול שמעניקים בני משפחה קשה לאסוף נתונים בני השוואה על מספר האנשים המטפלים בבני משפחה ובחברים במדינות השונות, על תדירות הטיפול או על השפעתו על חייהם של המטפלים והמטופלים כאחד. עם זאת, על פי הסקר החברתי משנת 2019 (שמאמר זה מתבסס בעיקר עליו), כמיליון ומאתיים אלף איש, שהם כ-21% מבני 20 ומעלה, מעידים על עצמם שהם בני משפחה מטפלים.

\* רחל ארזי, חוקרת אורחת במרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל; פרופ' בנימין בנטל, חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הכלכלה במרכז טאוב ופרופסור אמריטוס באוניברסיטת חיפה; פרופ' נדב דוידוביץ', חוקר ראשי וראש תוכנית מדיניות הבריאות במרכז טאוב ומנהל בית הספר לבריאות הציבור באוניברסיטת בן-גוריון בנגב.

- 1 ראו באתר OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*.
- 2 ראו Fombonne, 2018, וכן באתר של מכבי שירותי בריאות, *שכיחות האוטיזם באוכלוסייה בישראל – מחקר*.

אנשים אלו מסייעים לאדם עם מחלה או מוגבלות פיזית, שכלית או נפשית, הנמשכת שישה חודשים ויותר, ללא תמורה כספית. 39% מהם מסייעים ליותר מאדם אחד. מדובר במספר עצום של אנשים המשקיעים שעות וימים בטיפול ארוך טווח, בהיקף כזה או אחר, בבני משפחתם.

בני המשפחה המטפלים מסייעים במגוון מטלות הקשורות לתפקוד היום-יומי: טיפול אישי, עזרה בעבודות הבית ובפעולות מחוץ לבית, תמיכה נפשית, חברתית ולעיתים אף כספית. במקרים מסוימים נדרש גם סיוע בטיפול רפואי, החל בנטילת תרופות, מתן זריקות או אינהלציה וכלה בטיפול מורכב יותר. חוקרים ואנשי מקצוע מתארים את בני המשפחה המטפלים כגורם מרכזי נוסף המתמודד עם האירוע הבריאותי שקרה לבן משפחתם (Brodsky & Donkin, 2009). לצד הקושי הנפשי הכרוך בהתמודדות עם סבלו של אדם קרוב חווים המטפלים גם קשיים הנובעים מעצם הטיפול עצמו, מקשיים פיזיים ועד קשיים כלכליים שמקורם בזמן המושקע בטיפול ובהוצאות ההולכות וגדלות, שלא תמיד מכוסות על ידי ביטוחי בריאות או מקורות אחרים.

הטיפול ארוך הטווח על ידי בני משפחה וחברים נשען על מקורות תרבותיים וחברתיים ועל נורמות התנהגות. הספרות המחקרית מצביעה על מתאם בין מאפיינים חברתיים כגון מגדר ורקע תרבותי לבין היקף השעות המושקעות בטיפול בלתי פורמלי ארוך טווח. השקעה רבה בבן משפחה שזקוק לעזרה משפיעה באופן ישיר הן על יכולתם של המטפלים להשתלב בעולם העבודה והן על הצורך שלהם בתמיכה שאיננה כלכלית (Sharma et al., 2016). השפעות נוספות על בני המשפחה המטפלים הן שחיקה גופנית ורגשית, עייפות תמידית, נטייה מוגברת לתחלואה, חוסר סבלנות, דיכאון בשל הקושי הפיזי והנפשי ועוד (Bom et al., 2019). סוגיות חשובות אלו לא נבחנו במסגרת הסקר החברתי ולכן לא נעסוק בהן במאמר שלפנינו.

מדינות רבות ב-OECD אימצו מגוון כלי מדיניות לתמיכה בבני משפחה מטפלים במטרה להפחית את ההשפעות השליליות של הטיפול (OECD, 2018). כלים אלו כוללים בין השאר חופשת טיפול בתשלום (בלגיה וצרפת), הגמשת לוחות הזמנים בעבודה (אוסטרליה וארצות הברית), "טיפול בהפוגה" – מעין חופשה הדדית שבה המטופלים מקבלים מענה זמני ממקור אחר ולא מבן המשפחה המטפל (אוסטרליה, דנמרק, צרפת וגרמניה), ושירותי ייעוץ והדרכה במימון המדינה (שוודיה). מדינות אחדות ב-OECD, ובהן ישראל, אף מעניקות הטבות כספיות לבני משפחה מטפלים, כגון קצבאות ליקוקים לטיפול ממושך שבאמצעותן ניתן בין השאר לשלם לבני המשפחה המטפלים, או תקופות של חופשה בתשלום למטפלים בלתי פורמליים.

מחקר זה מאפיין את בני המשפחה המטפלים על פי תכונותיהם ועל פי סוג הטיפול שהם מעניקים ובוחן את מידת הפגיעה שהם חווים בשוק העבודה ובחייהם בכלל. התוצאות יאפשרו לבחון את הנזק הנגרם למשק עקב אובדן שעות עבודה מחד גיסא ואת ערכם הכלכלי (הלא-מדוד) של השירותים שמעניקים בני המשפחה המטפלים מאידך גיסא.

## הטיפול הבלתי פורמלי

הטיפול הבלתי פורמלי ניתן בדרך כלל על ידי מטפל ראשי אחד בתמיכתם של בני משפחה אחרים או נותני טיפול פורמליים, המכונים רשת התמיכה או הטיפול (Andersson & Monin, 2018). על פי רוב, מי שמקבלים עליהם לטפל בבן המשפחה הזקוק לטיפול הם בני משפחה קרובים כגון בני זוג, הורים או ילדים בוגרים.

ממחקרים שנערכו בארץ ובעולם עולה כי למרות פיתוחה המואץ של מערכת השירותים הפורמליים, היקף הטיפול הבלתי פורמלי עודנו רחב מאוד והוא מתבטא במתן סיוע במגוון תחומים, כגון סיוע בפעולות היום-יום (רחצה והלבשה), סיוע בפעולות הקשורות לניהול משק הבית (הכנת ארוחות וקניות) ותמיכה נפשית וחברתית (ברודסקי ואחרים, 2011). יתרה מזו, כיום בני משפחה נדרשים לסייע ליקיריהם (בדרך כלל קשישים) גם במצבים שבהם עד לא מכבר המענה ניתן על ידי אנשי מקצוע בלבד. כך, למשל, בשל קיצור משך האשפוז בבתי החולים הכלליים נדרשים בני המשפחה לסייע בתקופת ההחלמה ממחלה אקוטית, לפעמים עוד בשלבים שיש לבצע טיפולים רפואיים שונים (זריקות, אינהלציה וכדומה). בהתאם לכך, הטיפול שנותנים בני המשפחה המטפלים נעשה מורכב יותר ודורש מהמטפלים הבלתי פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון רחב של תחומים, נוסף על העומס הרגשי והנפשי הכרוך בסיוע.<sup>3</sup>

## הטיפול הבלתי פורמלי בעולם

הספרות המחקרית מטפלת בהיבטים התיאורטיים והאמפיריים של טיפול בלתי פורמלי מתמשך בבני משפחה הנזקקים לטיפול ארוך טווח, ועוסקת גם בקשרי הגומלין בין היקפה של התופעה ובין מדיניות התמיכה הפורמלית בנזקקים אלו (לסקירה ראו, Cremer et al., 2012). ככלל, המחקר רואה במשפחה גוף המספק מעין ביטוח כנגד הזיקקות לטיפול מערכתי מתמשך ומנסה למדל את המניעים של בני משפחה לספק טיפול מתמשך. הוא מצביע על חליפיות בין הסיוע שמספקת המדינה באופן ממוסד ובין סיוע אלטרואיסטי של בני משפחה, כאשר הסיוע המדינתי מחליף את ההעברה הבין-דורית. Comas-Herrera et al. (2003) ניתחו את הקשר בין ההוצאה על טיפול בלתי פורמלי להוצאה על טיפול פורמלי בארבע מדינות באירופה (גרמניה ובריטניה המייצגות את צפון אירופה וספרד ואיטליה המייצגות את דרומה), ובחנו את השפעתם של שינויים דמוגרפיים צפויים על ההוצאה על טיפול פורמלי ב-2050, ובראשם הקטנת היחס בין נשים בגיל העבודה וזקנים, הנובעת מן הירידה בשיעורי הילודה. לדברי החוקרים, מאחר שנשים הן הנושאות ברוב הנטל של הטיפול הבלתי פורמלי, הרי לנוכח עליית שיעורי ההשתתפות של נשים בכוח העבודה הולכת וגדלה השפעתו של השינוי הדמוגרפי הזה על ההוצאה על הטיפול הפורמלי. החוקרים העריכו שירידה של 0.5% בטיפול הבלתי פורמלי תצריך הגדלה

3 ראו כתבה באתר הארץ, [מה זה "בני משפחה מטפלים" ואיך תדעו אם אתם כאלה?](#)

משמעותית של ההוצאה על טיפול פורמלי, בפרט אם הוא יינתן במסגרות ממוסדות (ההוצאה יחסית לתמ"ג תעלה בשיעור של בין 10% ל-60%). Barczyk & Kredler (2019) חקרו את הטיפול הבלתי פורמלי בתוך ההקשר של הטיפול הפורמלי במדינות אירופה ובארצות הברית. מחקרם הנרחב מספק בין השאר הערכה לתרומה הלא-נמדדת של הטיפול הבלתי פורמלי במונחי תמ"ג. ככלל, היקפו של הטיפול הבלתי פורמלי במדינות צפון אירופה, שבהן המדינה מעורבת בהיקף נרחב בטיפול הפורמלי, נמוך משמעותית מזה שבמדינות דרום אירופה, שם המצב הפוך. למשל, בהולנד הטיפול הפורמלי הוא בהיקף של 3.7% מהתמ"ג והבלתי פורמלי הוא 0.2%, בעוד בספרד המספרים הם 0.8% ו-1.2% ובאיטליה 0.7% ו-1.5%, בהתאמה (Barczyk & Kredler, 2019, table 7). Peña-Longobardo et al. (2021) ניסו גם הם להעריך את התרומה של הסיוע הבלתי פורמלי במונחים של אחוזי תמ"ג והגיעו לתוצאות מעט שונות. על פי מחקרם, היקף הטיפול הפורמלי בהולנד עומד על 3.5% מהתמ"ג וזה של הטיפול הבלתי פורמלי על 2.6%, ואילו בספרד המספרים הם 0.9% ו-4.0% ובאיטליה 1.7% ו-3.2%, בהתאמה (Peña-Longobardo et al., 2021, table 4). Rodrigues et al. (2013) חקרו את הפגיעה במטפלים עצמם. הם בחנו את מאפייני המטפלים (בעיקר המטפלות) במדינות אירופה ובחנו כיצד משפיע הטיפול הבלתי פורמלי על פעילות המטפלים והמטפלות בשוק העבודה ועל בריאותם. החוקרים מצאו שלטיפול יש השפעה קטנה בלבד על עצם ההשתתפות בשוק העבודה, אך הצביעו על הרעה משמעותית במצב הבריאות שעליה מדווחים בני משפחה מטפלים בהשוואה לאחרים.

לבסוף נציין את פרויקט (Social Protection Innovative Investment in) SPRINT (Long-Term Care) של הנציבות האירופית, שבחן כיצד ניתן לשפר את דרכי הטיפול ארוך הטווח בקשישים ב-12 מדינות באירופה. דוח שיצא במסגרת הפרויקט ב-2018, שבחן את השפעות הטיפול הבלתי פורמלי על המטפלים ועל החברה בכללותה, המליץ על גישת ההשקעה החברתית להתמודדות עם השפעות אלו (Barbieri & Ghibelli, 2018).

## מה עושים המטפלים?

אחד האתגרים בנייתו תחומי הטיפול הוא היעדר חלוקה ברורה בין התפקידים של המערכת הפורמלית לאלה של המטפלים הבלתי פורמליים. למעשה המודל הרווח הוא מודל ההוספה: הטיפול הפורמלי אינו מחליף את הטיפול הבלתי פורמלי אלא נוסף עליו. כך, לעיתים קרובות בני המשפחה המטפלים מסייעים בהתמודדות עם קשיים בתפקוד הפיזי (כגון רחצה, הלבשה, אכילה, הליכה לשירותים וכל שאר הפעולות הנדרשות לשם תפקוד בחיי היום-יום) ועם קשיי נייודות. יתרה מזו, גם כאשר יש מטפלת, כולל מטפלת 24 שעות ביממה, רבים מבני המשפחה נרתמים גם הם לעזור בטיפול (ברודסקי ואחרים, 2011).

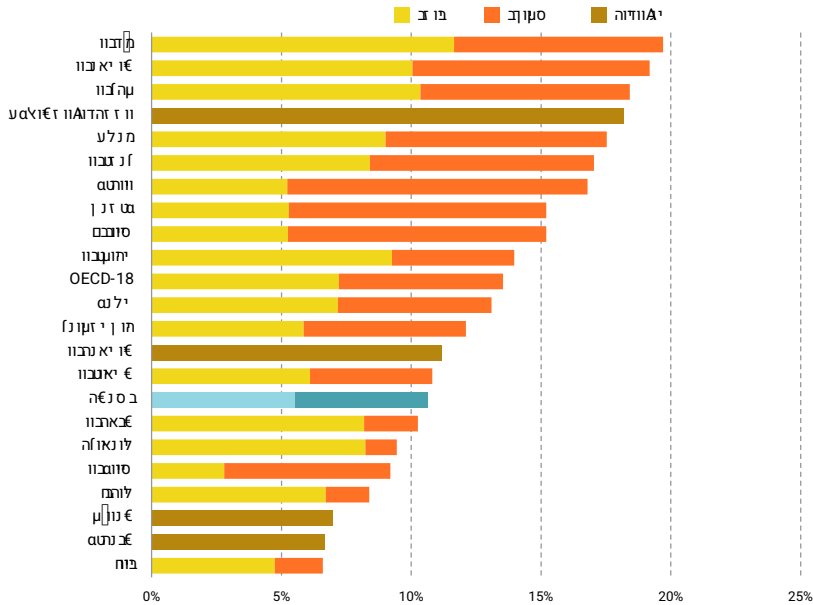
סיוע מסוג אחר הוא עזרה בניהול מטלות משק הבית, כגון ניקיון, בישול, כביסה וכדומה.

כאשר בן המשפחה המטפל גר עם מקבל הטיפול פעולות משק הבית נעשות עבור כל דיירי הבית, אולם פעמים רבות בן המשפחה המטפל צריך להשקיע מאמץ מיוחד בניהול משק הבית עקב מצבו של מקבל התמיכה – למשל להכין ארוחות מיוחדות בהתאם לצרכיו התזונתיים, לכבס ולנקות יותר וכדומה. לעיתים הטיפול כולל גם עזרה בפעולות מחוץ לבית, כמו סידורים בבנק, קניית תרופות, ליווי לטיפולים רפואיים ותיווך בין המטופל לשירותים אחרים בקהילה. היבט נוסף של הטיפול הוא עזרה בפעולות רפואיות – לרוב המטפל מעורב בטיפול הרפואי היום-יומי כמו נטילת תרופות, ואף בפעולות רפואיות מורכבות יותר כמו החלפת תחבושות, החלפת קתטר ומתן זריקות. לבסוף, רבים מבני המשפחה המטפלים מסייעים גם מבחינה כלכלית ומשתתפים בהוצאות הכרוכות בטיפול (ברודסקי ואחרים, 2011).

## בני משפחה מטפלים בעולם

נתוני ה-OECD על בני משפחה מטפלים מתייחסים למטפלים בני 50 ומעלה. מתוך נתונים אלו עולה כי בכל מדינות ה-OECD שלגביהן יש נתונים, כ-13% בממוצע מבני 50 ומעלה מדווחים שהם מטפלים בבן משפחה טיפול ארוך טווח לפחות פעם שבוע. השיעורים עומדים על קרוב ל-20% בצ'כיה, אוסטריה, בלגיה, בריטניה, צרפת וגרמניה, ועל פחות מ-10% בפורטוגל, שוודיה, פולין, ארצות הברית, אירלנד ויוון (תרשים 1). כמובן, קיימת שונות באינטנסיביות של הטיפול שניתן. השיעורים הנמוכים ביותר של טיפול יומי נמצאו בשוודיה, יוון, שווייץ, דנמרק והולנד – ברוב המדינות הללו תחום הטיפול הפורמלי ארוך הטווח מפותח ויש כיסוי ציבורי נרחב.

**תרשים 1. שיעור המטפלים הבלתי פורמליים מעל גיל 50 במדינות ה-OECD, 2017 (או השנה הקרובה ביותר)**



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב, בהתבסס על OECD, תרשים 11.20

**התפלגות מגדרית**

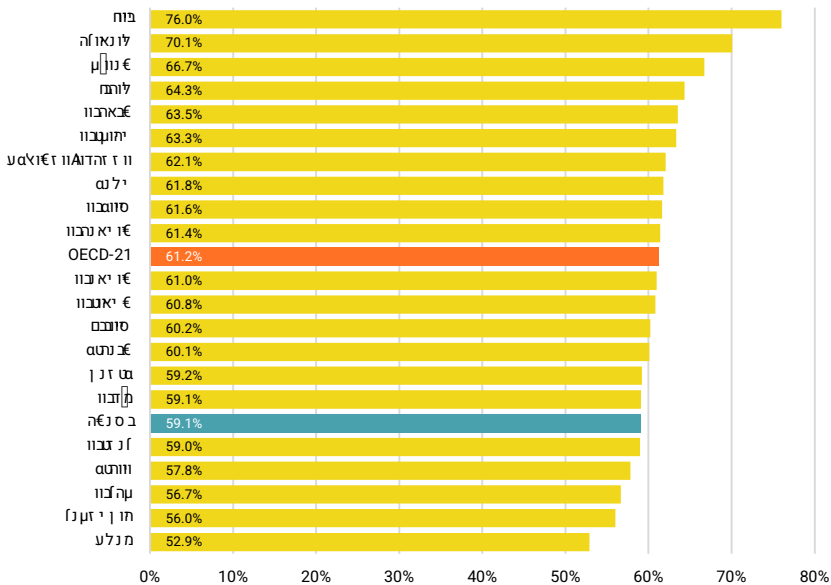
לפי נתוני ה-OECD, נשים הן 61% בממוצע מכלל בני המשפחה המטפלים בני 50 ומעלה (תרשים 2). לעומת זאת, על פי נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס על בני משפחה מטפלים בישראל,<sup>4</sup> חלקם של נשים וגברים בקרב המטפלים דומה: 23% מהנשים ו-20% מהגברים מעל גיל 20 מסייעים במידה כזאת או אחרת לקרוב משפחה עם מחלה או מוגבלות. יצוין כי נתוני הסקר החברתי ונתוני ה-OECD אינם עולים בקנה אחד עם הניתוח שערך מכון ברוקדייל לפני כעשור, שלפיו בכל הקשור לטיפול בקשישים כשני שלישים מהמטפלים הם נשים (ברודסקי ואחרים, 2011). נחזור לנקודה זו בניתוח הרב-משטתי. המגדר של מקבל התמיכה עשוי להשפיע על מבנה רשתות התמיכה הבלתי פורמליות. ככלל, רשתות התמיכה של גברים נוטות להיות מצומצמות יותר מאלה של נשים, ולכן הם

4 לעומת נתוני ה-OECD, הנוגעים למטפלים מעל גיל 50 המטפלים בבני משפחה (ולעיתים בשכנים) הזקוקים לסיוע, הסקר החברתי של הלמ"ס סקר אנשים מגיל 20 ומעלה המטפלים באנשים הזקוקים לעזרה – קשישים, אנשים עם מוגבלות, צעירים במשפחה ואחרים.



מסתמכים יותר על טיפול של בת זוגם. עם זאת, לעיתים הסיבה להסתמכות הנרחבת של נשים על רשתות התמיכה שלהן (קרובי משפחה שאינם בני זוג, כגון ילדים בוגרים) או על טיפול פורמלי היא היעדר בן זוג (בעיקר בשל הבדלים בתוחלת החיים בין גברים לנשים). יתר על כן, מאחר שאומדני השכיחות ברוב מצבי הבריאות הכרוניים גבוהים יותר בקרב נשים מאשר בקרב גברים, גִּדָּל עוד יותר הסיכוי שיזדקקו לטיפול מתמשך, ומתוך כך גם לתמיכה נרחבת יותר של בני משפחה מטפלים (Andersson & Monin, 2018).

## תרשים 2. שיעור הנשים מכלל בני המשפחה המטפלים מעל גיל 50 במדינות ה-OECD, 2017 (או השנה הקרובה ביותר)



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב, בהתבסס על OECD, תרשים 11.21

## מתודולוגיה

כאמור, מטרת המחקר היא לאפיין את ציבור המטפלים בבני משפחתם על פי תכונותיהם ועל פי סוג הטיפול שהם מעניקים ולבחון את מידת הפגיעה שהם חווים. התשתית המחקרית היא נתוני הסקר החברתי שעורכת הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה בהזמנת אגף התקציבים במשרד האוצר, שהוקדש בשנת 2019 בין השאר לנושא העזרה לבן

משפחה עם מוגבלות (לא כולל עזרה כספית) (הלמ"ס, 2021). בסקר רואיינו בבתיהם 7,575 בני 20 ומעלה, האמורים לייצג כ-7.5 מיליון מתושבי מדינת ישראל בגילים אלו.<sup>5</sup> המאמר מציג את העיבוד שלנו לנתוני הסקר החברתי, בשילוב נתונים נוספים. יש לזכור שהנתונים מבוססים ברוב המקרים על דיווח עצמי ולפיכך יכולים להיווצר עיוותים כתוצאה מהטיות בתפיסה.<sup>6</sup>

מעבר להצגה תיאורית של נתוני הסקר החברתי ערכנו ניתוחים סטטיסטיים בעזרת מודלים המאפשרים פיקוח רב-ממדי על מאפייני המטפלים והמטופלים. הניתוח הראשון מבוסס על נתוני המדגם כולו ואומד את ההסתברות שפרט בעל מאפיינים מסוימים יהיה בן משפחה מטפל, תוך הבחנה בין טיפול בבן משפחה מהדור הבא יחסית למטפל, מדור המטפל או מהדור הקודם לו. אחר כך נבחנה שכיחות עילות הטיפול – פיזית, קוגניטיבית ומנטלית – לפי קבוצות אוכלוסייה ולפי רמת ההשכלה של המטפלים. הניתוחים הבאים עוסקים רק בקבוצת המטפלים. עבור קבוצה זו בחנו מהם הגורמים המשפיעים על היקף הזמן המושקע בטיפול, מהם הגורמים המשפיעים על ההסתברות שמטפל ידווח על פגיעה בעבודתו, ולבסוף בחנו מה משפיע על מטפל לדווח על מידה כזאת או אחרת של הכבדה הנגרמת לו עקב הטיפול.

## בני משפחה מטפלים בישראל

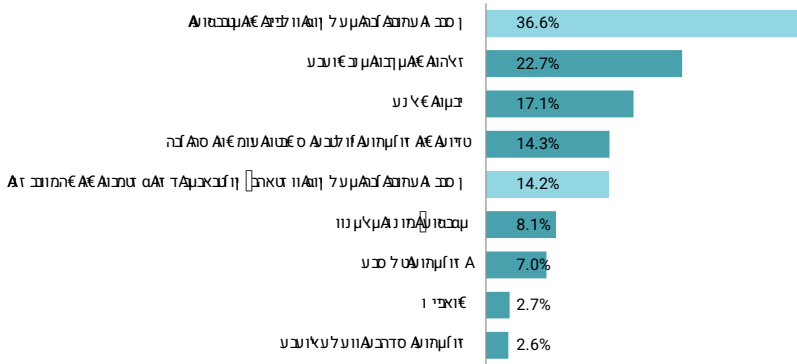
### עילות הטיפול

הסקר החברתי אינו מאפשר הבחנה בין כל סוגי הטיפול הבלתי פורמלי. עם זאת, הנשאלים התבקשו לציין את המוגבלות המרכזית שבעטייה נדרש הסיוע. בניתוח סוג המוגבלות אנחנו מבחינים בין עזרה הניתנת לאדם בשל מגבלה הנובעת מגילו המבוגר (העמודות הבהירות בתרשים 3) ובין עזרה הניתנת לו בשל קושי שאיננו תלוי גיל, כגון מחלה או מגבלה שכלית התפתחותית (העמודות הכהות). המגבלות תלויות הגיל נחלקות למגבלות שמקורן בקשיים פיזיים וקשיי ניידות ולכאלה הקשורות בקשיים בתפקוד המנטלי או הקוגניטיבי. המגבלות שאינן תלויות גיל מגוונות וכוללות מחלה, בדידות, מוגבלות נפשית ועוד.

5 הסקר החברתי נפגע במידה מסוימת מבעיות דגימה, בעיקר במגזר הערבי הלא-עירוני.

6 למשל, ביקור בסוף השבוע אצל קרוב משפחה קשיש שאינו יכול להישאר לבדו יכול להיתפס כחברה מסוימת כעזרה ובחברה אחרת כמצב שגרתי.

## תרשים 3. עילות הטיפול



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

ככלל, נתוני הסקר החברתי מצביעים על הבדלים באופי הסיוע שמעניקים גברים ונשים. לדוגמה, 30% מהנשים מסייעות בטיפול אישי (רחיצה, הלבשה והאכלה) לעומת 16% מהגברים.

כדי למקד את הניתוח קיבצנו את עילות העזרה לשלוש קטגוריות: פיזית, קוגניטיבית ומנטלית. בקטגוריה הראשונה נכללו עילות הקשורות לקשיי ניידות הנובעים מגיל מבוגר, נכות גופנית שאינה תלוית גיל ומחלה; בקטגוריה השנייה נכללו עילות הקשורות לבעיות קוגניטיביות הנובעות מגיל ומבעיות נפשיות; הקטגוריה השלישית כוללת אוטיזם, מוגבלות שכלית ובדידות.<sup>7</sup>

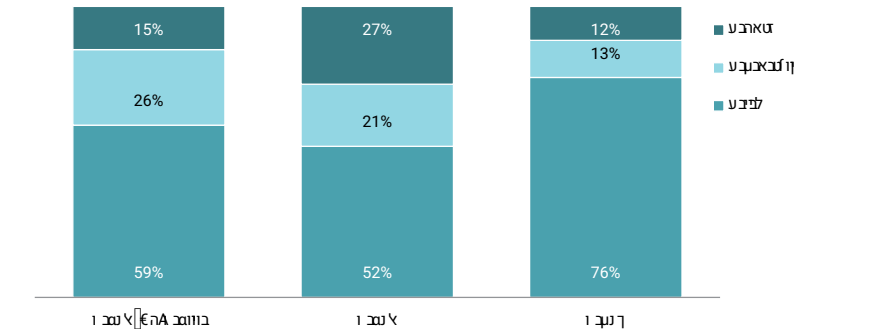
## עילות הטיפול על פי קבוצות אוכלוסייה

במענה לשאלון הסקר, כ-22% מכלל הנשאלים העידו שהם מסייעים לקרוב משפחה. זה השיעור גם בקרב יהודים שאינם חרדים. בקרב החרדים השיעור הוא 34%, ובחברה הערבית 17%. ייתכן שהנתון הגבוה באוכלוסייה החרדית משקף את מספר הילדים הגדול במשפחה הגרעינית בחברה זו – ככל שעולה מספר הילדים כך גדל הסיכוי שיותר בני משפחה בוגרים יחלקו בנטל וישתתפו בסיוע.

תרשים 4 מדגים את שכיחות עילות הטיפול בקבוצות האוכלוסייה השונות. כפי שניתן לראות, במגזר הערבי (14% מהמדגם) עיקר הסיוע – 76% – הוא בקשיים הנובעים מהתפקוד הפיזי. עוד עולה מהתרשים כי בקרב החרדים (10% מהמדגם) הטיפול המנטלי שכיח הרבה יותר מבקרב היהודים הלא-חרדים (76% מהמדגם) והערבים – 27% לעומת

15% ו-12%, בהתאמה. ייתכן שהבדלים אלו נובעים מן המבנה המסורתי של החברה החרדית ושל החברה הערבית בישראל, שבהן לעיתים קרובות הנזקקים לסיוע חיים עם משפחתם, וכן מהבדלים בשכיחות הדמנציה באוכלוסיות השונות. נוסף על כך, כיוון שהעילה המנטלית אינה תלויה גיל ייתכן שבחברה החרדית, הצעירה יותר, שכיחותה עולה על חשבון העילות האחרות.

**תרשים 4. עילות הטיפול על פי קבוצות אוכלוסייה**

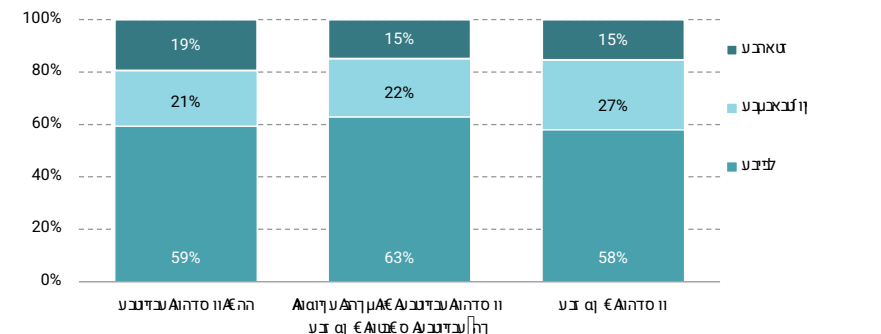


מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

**עילות הטיפול על פי רמת השכלה**

כפי שעולה מתרשים 5, שכיחות העזרה הקוגניטיבית גבוהה יחסית בקרב בעלי השכלה אקדמית (35% מהמדגם). בעלי השכלה תיכונית או תעודה על-תיכונית שאינה אקדמית (53% מהמדגם) מעורבים מעט יותר בעזרה פיזית, ואנשים ללא השכלה תיכונית (12% מהמדגם) מעורבים מעט יותר בעזרה מנטלית.

**תרשים 5. עילות הטיפול על פי רמת השכלה**



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## הזמן המוקדש לטיפול

רובם המוחלט של המטפלים בישראל (79%) אינם מתגוררים עם המטופל באותו משק בית. בתשובות לשאלות הסקר כללו המטפלים את זמן הנסיעה אל מושא הטיפול כחלק מזמן הטיפול, ולכן לא ניתן להסיק מהנתונים את העומסים הנוספים הנובעים מזמן הנסיעה עצמו.

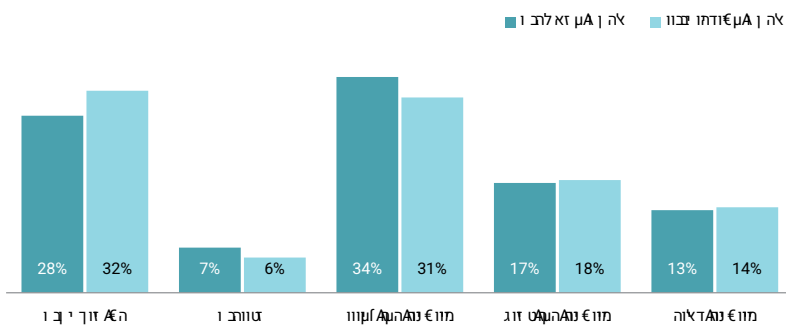
מתוך כלל המשיבים שהעידו כי הם מטפלים בבן משפחה טיפול ארוך טווח, כ-28% עוסקים בכך עד שעתיים בשבוע וכ-18% 3-5 שעות. כ-18% העידו שהם מקדישים לטיפול 6-9 שעות בשבוע, וכ-28% העידו על יותר מ-10 שעות. כלומר, קרוב למחצית בני המשפחה המטפלים – כ-10% מאוכלוסיית ישראל בגיל העבודה – משקיעים שווה-ערך ליום עבודה אחד בשבוע, כל שבוע, במשך יותר מחצי שנה, בטיפול בבן משפחה הנזקק לעזרה.

## אפיון המטפלים

### המטפלים על פי משלח יד

התפלגות משלחי היד בקרב בני המשפחה המטפלים דומה למדי להתפלגות משלחי היד באוכלוסיית המדגם (תרשים 6).<sup>8</sup> יוצאת דופן היא קבוצת בני המשפחה המטפלים שאינם מועסקים (בין שאינם משתתפים בשוק העבודה ובין שהם מובטלים). לקבוצה זו משתייכים 32% מהנסקרים אך רק כ-28% מכלל בני המשפחה המטפלים. לעומת זאת, עובדי הצווארון הלבן הגבוה הם 34% מהמטפלים, בעוד חלקם בכלל הנסקרים הוא 31%.

### תרשים 6. התפלגות משלחי היד בקרב המטפלים ובאוכלוסייה



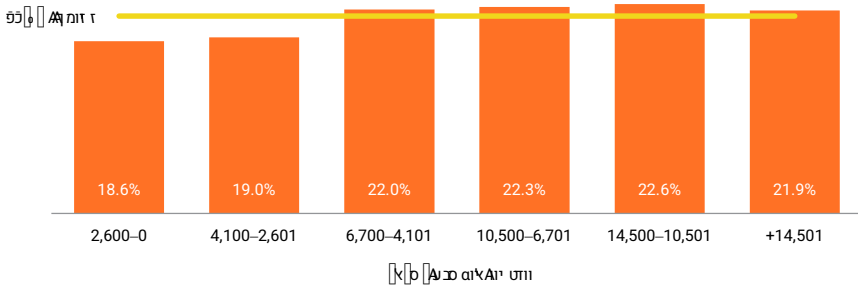
מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

8 עובדי "צווארון לבן גבוה" הם בעלי משלח יד אקדמי, בעלי מקצועות חופשיים וטכניים וכן הנדסאים, טכנאים ובעלי משלחי יד נלווים. עובדי "צווארון לבן נמוך" כוללים פקידים ועובדי משרד ועובדי מכירות ושירותים. עובדי "צווארון כחול" הם עובדים מקצועיים בחקלאות, בבינוי, בתעשייה ובתחומים אחרים, וכן עובדים בלתי מקצועיים.

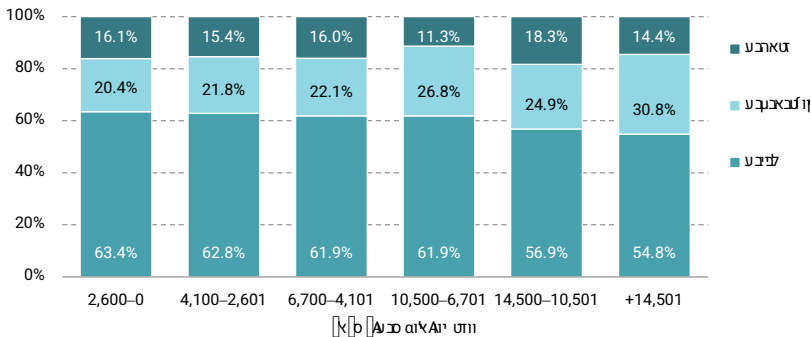
### המטפלים על פי הכנסה לנפש

תרשימים 7א ו-7ב מתארים את שיעור המטפלים לפי רמת הכנסה נטו לנפש ולפי עילת הטיפול.<sup>9</sup> קבוצות ההכנסה הן העשירון התחתון, 15% שמעליו, 25% עד לחציון, 25% שמעל החציון, 15% עד לאחוזון ה-90, והעשירון העליון. תרשים 7א מראה כי שיעורים אלו דומים למדי בקרב קבוצות ההכנסה השונות פרט לעשירון התחתון ולקבוצה שמעליו, אשר בהן שיעור בני המשפחה המטפלים – 18.6% ו-19.0%, בהתאמה – נמוך משמעותית מהממוצע במדגם, העומד על 21.3%. בחינה של התפלגות המטפלים בתוך קבוצות ההכנסה לפי עילות הטיפול (תרשים 7ב) מראה כי ככל שעולה ההכנסה לנפש יורד שיעורם של המסייעים באתגרים פיזיים וגדל שיעורם של המטפלים המעניקים עזרה מנטלית.

### תרשים 7א. שיעור בני המשפחה המטפלים על פי רמת ההכנסה נטו לנפש



### תרשים 7ב. התפלגות המטפלים בתוך קבוצות ההכנסה על פי עילות הטיפול



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

9 ההכנסה לנפש מתוקנת לשורש מספר הנפשות במשק הבית כקירוב לחישוב "הכנסה לנפש סטנדרטית".

## ניתוח רב-משתני

הניתוח הרב-משתני נועד לפקח על מאפייני הנסקרים. הוא מאפשר לבודד מאפיינים הקשורים להסתברויות הטיפול בבני משפחה מכל המאפיינים האחרים ולבחון את מידת המובהקות הסטטיסטית של ההבדלים.<sup>10</sup>

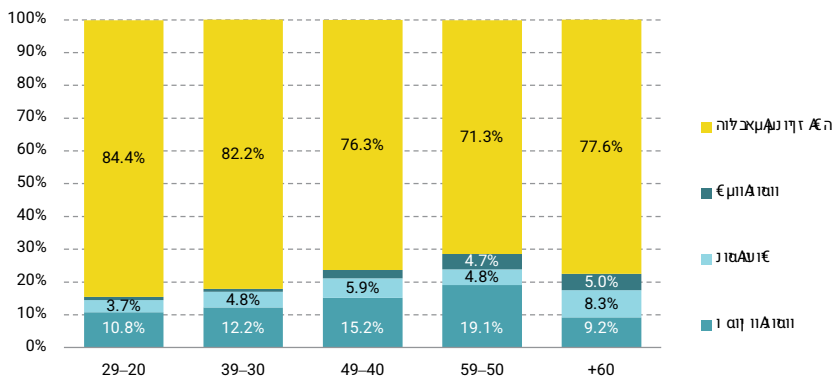
### ההסתברות להיות מטפל על פי חלוקה דורית של המטופלים

#### גיל המטופלים

בחלק זה אנחנו בוחנים את הגורמים המשפיעים על ההסתברות שפרט מתוך המדגם יטפל בבן משפחה מהדור הקודם (לדוגמה אמא או סבא), מהדור שלו (למשל בן או בת זוג), או מהדור הבא (בן או בת). המאפיינים שבחרנו הם קבוצת גיל, השכלה, מצב משפחתי, מגדר, קבוצת אוכלוסייה, משלח יד, הכנסה נטו לנפש במשק הבית (מתוקנת לשורש מספר הנפשות במשק הבית) וצפיפות הדיור. דיון בשיטת הניתוח ובתוצאותיו מובא בנספח. כפי שרואים בתרשים 8, בכל קטגוריות הקרבה המשפחתית ההסתברות של בני קבוצות הגיל 40-49 ו-50-59 להיות מטפלים נמצאה גבוהה באופן מובהק מזו של הצעירים בני 20-29 (לתוצאות הרגרסיה ראו לוח נ'1 בנספח). נתון זה עולה בקנה אחד עם המתואר בספרות המחקר בתחום, המכנה את בני ה-40-60 "דור הסנדוויץ'" על שום מחויבותם לטפל בהוריהם המבוגרים מצד אחד, ובילדיהם שטרם בגרו, או שהם עצמם כבר הורים לילדים ולכן זקוקים לעזרה – מצד שני. לעומת זאת, שלא במפתיע, אין פער מובהק בהסתברות לטפל בבני משפחה מהדור הקודם בין אלה המשתייכים לקבוצת הגיל 60+ ובין הצעירים בקבוצת הגיל 20-29.

10 בקרב חוקרים יש מחלוקת לגבי הדרך שבה יש להציג את המובהקות הסטטיסטית של המקדמים, שכן גם כאשר מתקבלת רמת מובהקות גבוהה אין מניעה שהנתונים יהיו עקביים עם מקדמים אחרים. אחת הדרכים לפתור את הבעייתיות הזאת היא להשתמש במונח *data compatibility* במקום *significance*, כלומר "הלימה עם הנתונים" במקום "מובהקות". כדי להקל על הקריאה השתמשנו בדרך כלל במונח מובהקות סטטיסטית, אך יש להבין אותה כמדד למידת ההלימה של הנתונים עם ההשערה הנבחנת. ראו Wasserstein & Lazar, 2016.

## תרשים 8. ההסתברות להיות מטפל על פי קבוצות גיל



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

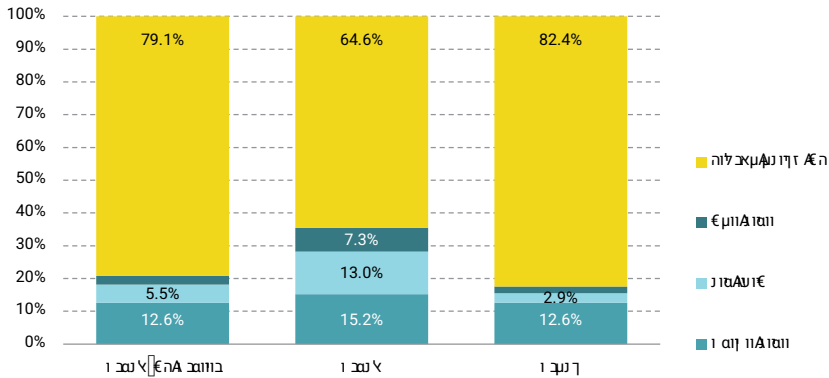
## קבוצות אוכלוסייה

המחקר מצא שככלל, סיכוייו של מי שמשתייך לחברה החרדית להיות מעורב בטיפול בבן משפחה מכל דור שהוא הם הגבוהים ביותר – כשליש מהאוכלוסייה (תרשים 9). מהשוואה בין האוכלוסייה הערבית לאוכלוסייה היהודית הלא-חרדית עולה כי אין הבדלים מובהקים בין סיכוייהם של פרטים משתי האוכלוסיות לטפל בבן משפחה מהדור הקודם או מהדור הבא. עם זאת, כשהדברים אמורים בטיפול בבן משפחה מאותו דור קיים פער מובהק. בהינתן ששאר המאפיינים זהים, ההסתברות של פרט מהחברה הערבית להיות מעורב בטיפול בבן או בבת זוג קטנה כמעט פי שניים מזו של פרט מקבוצת היהודים הלא-חרדים (2.9% לעומת 5.5%). יתרה מזו, גם סיכוייו שלא להיות מעורב כלל בטיפול גבוהים יותר: 82.4% מהערבים אינם עוזרים כלל, לעומת 79.1% מהיהודים הלא-חרדים. בהשוואה בין שלוש הקבוצות שנבדקו התגלו הבדלים משמעותיים בין החרדים לבין שתי הקבוצות האחרות בכל שלושת המשתנים: ההסתברות של חרדים לטפל בבן משפחה מהדור הקודם גבוהה ב-2.6 נקודות אחוז מזו של יהודים לא-חרדים וערבים (15.2% לעומת 12.6% בשתי הקבוצות האחרות); ההסתברות שלהם לטפל בבן משפחה מאותו דור גבוהה יותר מפי שניים מזו של יהודים שאינם חרדים ויותר מפי ארבעה מזו של ערבים – 13% לעומת 5.5% ו-2.9%, בהתאמה; וההסתברות לטפל בבן משפחה מהדור הבא היא בסביבות



פי שלושה מזו של יהודים שאינם חרדים ושל ערבים – 7.3% לעומת 2.8% ו-2.1%, בהתאמה.<sup>11</sup>

### תרשים 9. ההסתברות להיות מטפל על פי קבוצות אוכלוסייה



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הל"ס

### מעמד אישי ומגדר

מהניתוח הרב-משתני עולה כי בהשוואה להסתברות הטיפול בבני משפחה מהדור הקודם, ההסתברות למצוא נשואים ונשואות בקרב המטפלים בבני משפחה בני דורם או בבני הדור הבא גבוהה מן ההסתברות למצוא בקרבם כאלה שאינם נשואים. לעומת זאת, בבחינה על פי מגדר ובפיקוח על שאר המשתנים נמצא כי אין הבדל בין גברים לנשים בהסתברות להיות מטפל בבן משפחה בקבוצות הדוריות השונות. כאשר בוחנים את ההסתברות שלא להיות מעורב כלל בטיפול, לוח נ'2 בנספח מצביע על הבדל קטן אך מובהק סטטיסטית בין גברים לנשים. בקרב הנשים סיכוי זה עומד על 77% ובקרב הגברים על 80%.

11 בספציפיקציה אלטרנטיבית נכללו אינדיקטורים למידת הדתיות של הפרט הן ליהודים והן ללא-יהודים. הדירוג נע בין חרדי לחילוני בקרב היהודים ובין דתי מאוד ללא-דתי בקרב הלא-יהודים. באוכלוסיית הסקר, הכוללת 82% יהודים ו-18% לא-יהודים, קבוצת החרדים/דתיים מאוד מורכבת מ-91% יהודים ו-9% לא-יהודים. קבוצת הדתיים מורכבת מ-48% יהודים ו-52% לא-יהודים. בין המסורתיים יש 84% יהודים ו-16% לא-יהודים, והחילונים/לא דתיים כוללים 92% יהודים ו-8% לא-יהודים. שלא במפתיע, האינדיקטור "חרדי/דתי מאוד" פועל סטטיסטית באופן דומה לזה של "חרדי" ברגסיה דומה לזו שמדווחת בלוח נ'1 בנספח, בעוד המקדם של האינדיקטור "דתי" אינו מובהק.

## הזמן המוקדש לטיפול

בלוח נ'3 בנספח מובאות תוצאות הרגרסיה הלוגיסטית האורדינלית עבור ההסתברות להיות מטפל על פי מספר השעות השבועיות המוקדשות לטיפול (להלן "משך הטיפול"). הקטגוריות מסודרות מ"עד שעתיים" (הקטגוריה הנמוכה ביותר) ועד "10 שעות ומעלה" (הקטגוריה הגבוהה ביותר). בכל קטגוריה, המקדמים של המשתנים השונים משקפים את השפעתו של המשתנה על סיכויי של הפרט להימצא בקטגוריה עם משך טיפול ארוך יותר (אם המקדם חיובי) או קצר יותר (אם המקדם שלילי).<sup>12</sup>

ביחס לקבוצת הגיל הצעירה (20–29), הסיכוי שפרטים מקבוצות הגיל 30–39 ו-40–49 ישתייכו לקטגוריה גבוהה יותר (יותר שעות טיפול) אינו תלוי בקטגוריית משך הטיפול שהם משתייכים אליה ואינו שונה מזה של קטגוריית הבסיס, קבוצת בני 20–29. עבור שתי שכבות הגיל הבוגרות (50–59 ו-60+) הסיכוי להשתייך לקטגוריה עם יותר שעות טיפול גדול יותר. בהשוואה לאנשים ללא השכלה תיכונית (קטגוריית הבסיס ברגרסיה), לבעלי השכלה תיכונית יש סיכוי גדול יותר להשתייך לקטגוריית טיפול עם יותר שעות, ללא קשר לקטגוריה שהם נמצאים בה, ואילו בעלי השכלה אקדמית אינם נבדלים מאלה ללא השכלה תיכונית. עוד עולה מתוצאות הרגרסיה כי הסיכוי שגברים ישתייכו לקטגוריה עם יותר שעות טיפול נמוך מזה של נשים; השתייכות למגזר הערבי ולמגזר החרדי מגדילה את הסיכוי שלהם להשתייך לקטגוריה עם יותר שעות טיפול בהשוואה למגזר היהודי הלא-חרדי; הסיכוי שמי שגר בצפיפות דיוור גבוהה יקדיש לטיפול יותר שעות נמוך יותר; ולבסוף, תוצאה מפתיעה לכאורה – הסיכוי שפרט נשוי יימצא בקטגוריית טיפול עם יותר שעות נמוך מזה של פרט שאינו נשוי.

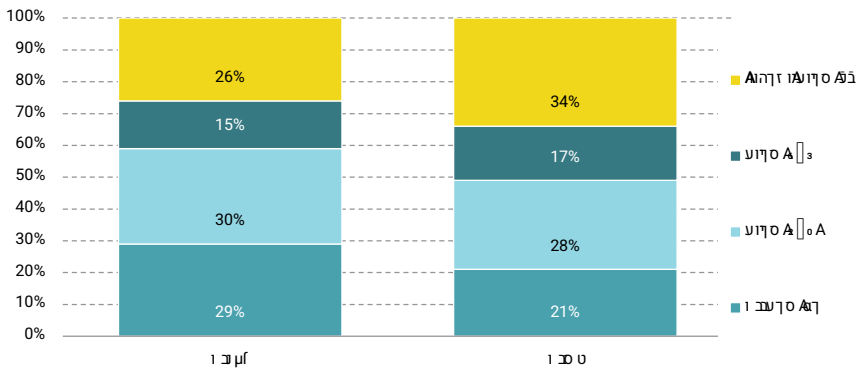
ההשפעה של עילת הטיפול ומצב התעסוקה (עובד/לא עובד) על הסיכוי להשתייך לקטגוריה עם יותר שעות טיפול משתנה על פני הקטגוריות. לוח נ'3 בנספח מראה שההסתברות שפרט עובד יימצא בקטגוריית הטיפול העליונה של 10 שעות ומעלה נמוכה מזו של פרט שאינו עובד, אבל רק כאשר מדובר בהסתברות המעבר בין הקטגוריה של 6–9 שעות לקטגוריה העליונה. הסתברות המעבר משתי הקטגוריות הנמוכות – ובפרט מהקטגוריה "עד שעתיים" – לאלה שמעליהן אינה תלויה באופן מובהק במעמד התעסוקתי. עילות הטיפול קובצו כאמור לשלוש קטגוריות: עילה פיזית, עילה קוגניטיבית ועילה מנטלית. תוצאות הרגרסיה מראות כי בהשוואה למטפלים המעניקים לבן משפחתם עזרה פיזית, בקרב מטפלים המעניקים עזרה קוגניטיבית או מנטלית רק הסתברות המעבר מקטגוריית הטיפול הנמוכה לאחת מהקטגוריות הגבוהות ממנה קטנה יותר. בקטגוריות משך הטיפול האחרות אין הבדל בין עילות הטיפול השונות בהסתברות המעבר לקטגוריות

12 כפי שמדווח בנספח, הרגרסיות האורדינליות מאפשרות לדחות את "הנחת המקבילות", שלפיה השפעת המשתנה על הסיכוי להימצא בקטגוריה גבוהה יותר (כלומר, להקדיש יותר זמן לטיפול) אינה תלויה בקטגוריה מסוימת. באמצעות מבחן ברנט (Brant, 1990) מצאנו שניתן לדחות את הנחת המקבילות רק עבור המשתנים עילת הטיפול ומצב התעסוקה.

הכוללות יותר שעות טיפול.

תוצאות אלו באות לידי ביטוי בלוח 4' בנספח, המתאר את הסתברויות המעבר בין קטגוריות הטיפול השונות, כולל הגבוהה ביותר, כפי שמנבא אותן המודל. בממוצע, 25% מהפרטים המטפלים מקדישים לטיפול עד שעתיים, 29% מקדישים 3-5 שעות, 16% מקדישים 6-9 שעות ו-31% מקדישים לו 10 שעות ומעלה. כפי שרואים בתרשים 10, בהינתן שאר המאפיינים זהים, השפעת המגדר על התפלגות זו משמעותית מאוד. הסיכוי שגבר המטפל בבן משפחה יטפל עד שעתיים גדול ב-8 נקודות אחוז מזה של אישה המטפלת בבן משפחה – 29% לעומת 21%. לעומת זאת, כאשר מדובר ב-10 שעות טיפול ומעלה התמונה הפוכה: על פי המודל, לאישה מטפלת יש סיכוי של 34% להשתייך לקטגוריה הגבוהה ביותר, ב-8 נקודות אחוז יותר מסיכוייו של גבר מטפל.

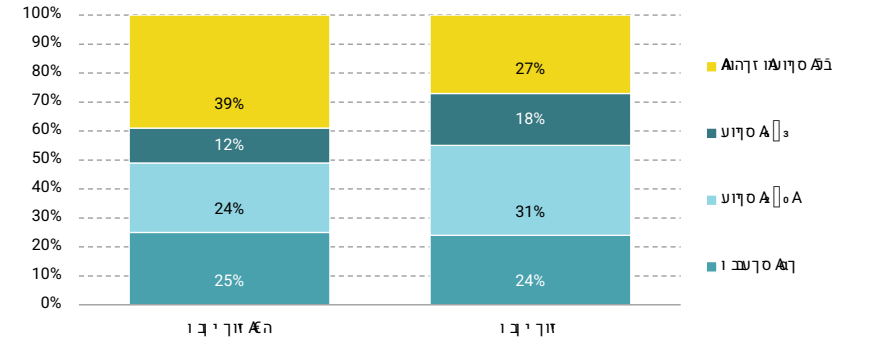
### תרשים 10. הסתברות משך הטיפול על פי מגדר



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הל"ס

תרשים 11 מראה שגם למצב התעסוקה יש השפעה משמעותית על התפלגות אוכלוסיית המטפלים בין קטגוריות משך הטיפול. בעוד סיכוייו של מטפל מועסק להקדיש לטיפול בבן משפחה עד שעתיים דומים מאוד לאלה של מטפל שאינו מועסק, סיכוייהם של המטפלים המועסקים להימצא בשתי קטגוריות הביניים גבוהים ב-6 וב-7 נקודות אחוז מאלה של המטפלים שאינם מועסקים. בקטגוריה העליונה המצב מתהפך: 39% מן המטפלים הלא-מועסקים מקדישים לטיפול 10 שעות ויותר, לעומת 27% מן המטפלים המועסקים.

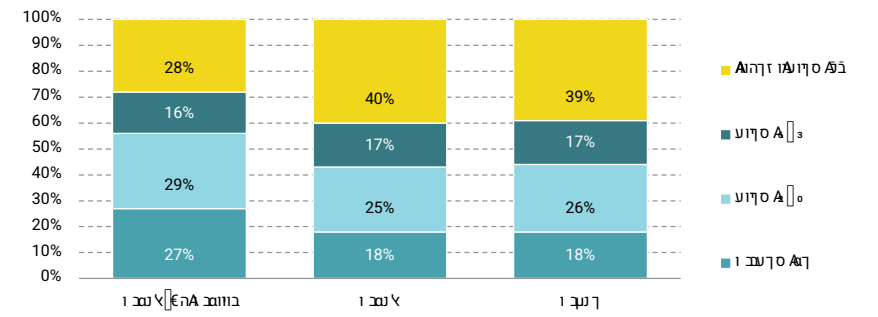
### תרשים 11. הסתברות משך הטיפול על פי מצב התעסוקה



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

תרשים 12 מצביע על דמיון רב בין החרדים והערבים בכל קטגוריות משך הטיפול. בשתי הקבוצות האלה סיכויי של פרט לטפל בבן משפחה עד שעתיים בשבוע נמוך ב-9 נקודות אחוז מזה של מטפל מקבוצת היהודים הלא-חרדים: 18% לעומת 27%. לעומת זאת, כשהדברים אמורים בטיפול העולה על 10 שעות, הסיכוי של מטפל מהחברה הערבית או החרדית להשתייך לקטגוריה הזאת עומד על 39% ו-40%, בהתאמה, לעומת סיכוי של 28% בלבד באוכלוסייה היהודית הלא-חרדית.

### תרשים 12. הסתברות משך הטיפול על פי קבוצת אוכלוסייה

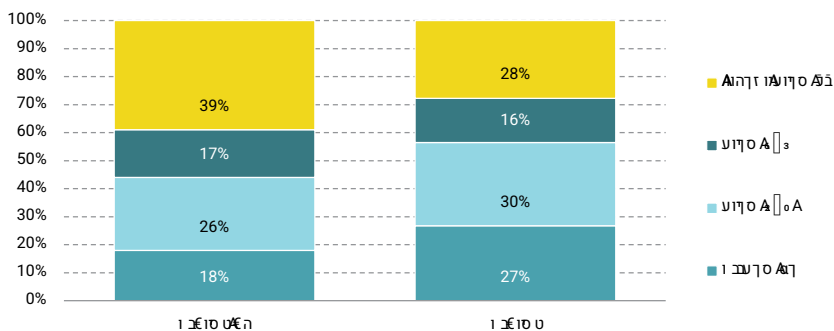


מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

בחינת סיכוייהם של מטפלים נשואים ולא נשואים להימצא בקטגוריות השונות של משך הטיפול (תרשים 13) מראה שהסיכוי של המטפלים הנשואים להשתייך לשתי הקטגוריות הנמוכות (עד שעתיים ו-3-5 שעות טיפול) גבוה מזה של הלא-נשואים – 57% לעומת 44%,

בעוד בקטגוריה הגבוהה ביותר המצב הפוך: 39% מן המטפלים הלא-נשואים מקדישים לטיפול 10 שעות ויותר, לעומת 28% בקרב הנשואים. ייתכן שממצא זה מעיד שלמטפלים נשואים קשה יותר לחלק את זמנם בין משפחתם המצומצמת ובין הטיפול בבן המשפחה.

### תרשים 13. הסתברות משך הטיפול על פי מצב משפחתי



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

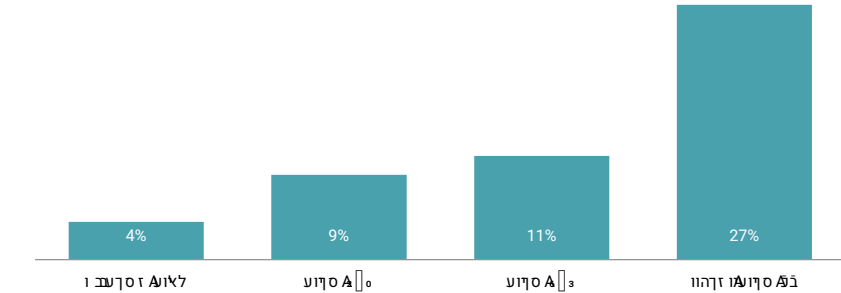
### פגיעה בעבודה

כ-88% מהמטפלים העובדים דיווחו שמעורבותם בטיפול בבן המשפחה אינה פוגעת בעבודתם. מבין 12% הנותרים, 5% דיווחו על אובדן ימי עבודה, 4% דיווחו על אובדן שעות עבודה, 2% הקטינו את היקף המשרה שלהם ורק אחוז אחד מהמטפלים העובדים נאלצו לעזוב את העבודה עקב הטיפול. בעזרת רגרסיה לוגיסטית בחנו את הגורמים המשפיעים על עצם הדיווח של פגיעה כלשהי בעבודה.<sup>13</sup> התוצאות, הכוללות רק משתנים שנותרו מובהקים (למעט משתנה המגדר, שאותו בחרנו להותיר כדי להמחיש שאין הבדל בין נשים וגברים בדיווח על פגיעה בעבודה), מובאות בלוח נ'5 בנספח.

כפי שעולה מתוצאות הרגרסיה, ערבים נוטים לדווח על פגיעה בעבודה פחות מעמיתיהם היהודים הלא-חרדים: ההסתברות שמטפל ערבי ידווח על פגיעה בעבודתו היא 6% – פחות ממחצית ההסתברות בקרב יהודי לא-חרדים (14%). בקרב חרדים עומדת ההסתברות לדווח על פגיעה בעבודה על 10%. שלא במפתיע, המשתנה המשפיע ביותר הוא משך הטיפול בבן המשפחה. תרשים 14 מראה בבירור את הפער הגדול בהסתברות הדיווח על פגיעה בעבודה בין מטפלים המשקיעים בטיפול 10 שעות שבועיות ויותר ובין קטגוריות משך הטיפול האחרות.

13 מאחר שהנתונים אינם מאפשרים לבחון סיבתיות יש להתייחס לתוצאות ברמה התיאורית בלבד. למשל, ישנה אפשרות שפרטים נערכו מראש לצורך לטפל בבן המשפחה והתאימו מלכתחילה את התנהלותם בשוק העבודה לצורך זה. סביר שפרטים כאלה לא ידווחו על פגיעה בעבודה "בשנה האחרונה", כלשון השאלה בסקר.

## תרשים 14. הסתברות הפגיעה בעבודה על פי משך הטיפול



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## הכבדת הטיפול

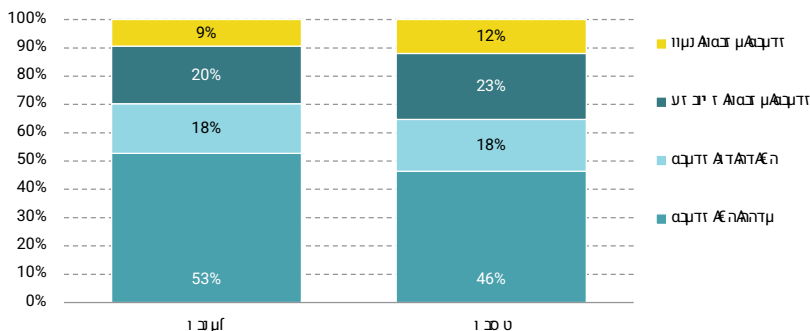
הנסקרים נשאלו באיזו מידה הטיפול מכביד עליהם. התשובות האפשריות היו "במידה רבה", "במידה מסוימת", "לא כל כך" ו"בכלל לא". בלוח נ'6 בנספח מובאות תוצאות הרגרסיה האורדינלית שבה סודרו הקטגוריות מ"בכלל לא" עד "במידה רבה", שבהיותה הקטגוריה הגבוהה ביותר שימשה כקטגוריית הבסיס. ברגרסיה זו לא ניתן לדחות את ההשערה שכל המקדמים זהים על פני קטגוריות ההכבדה. מקדם חיובי פירושו שאם המשתנה הצמוד אליו מקבל את הערך "1", גִדֵל הסיכוי שהפרט ימצא בקטגוריה גבוהה יותר – דהיינו ידווח על מידה רבה יותר של הכבדה. עם זאת, יש לציין שרוב המאפיינים אינם מסייעים בחיזוי הסיכוי שפרט ידווח על הכבדה רבה הנובעת ממתן הטיפול.

תוצאות המבחן הסטטיסטי מראות שסיכוייה של קבוצת בני 50–59 לדווח על מידת ההכבדה הרבה ביותר גבוהים מאלה של קבוצת הגיל הצעירה ביותר (20–29). שאר קבוצות הגיל אינן נבדלות מהקבוצה הצעירה. בעלי השכלה אקדמית נוטים יותר לדווח על הכבדה רבה לעומת פרטים ללא השכלה תיכונית, אם כי מובהקות ההבדל גבולית. מבחינת צפיפות המגורים לא נמצא הבדל של ממש בנטייה לדווח על מידת ההכבדה הגבוהה ביותר בין פרטים המתגוררים בצפיפות גבוהה ובין כאלה שמתגוררים בצפיפות בינונית ונמוכה, ובדומה לכך לא נמצא הבדל בין מטפלים שעילת הטיפול שלהם קוגניטיבית ומנטלית לאלה שעילת הטיפול שלהם היא פיזית.

לוח נ'7 בנספח מתאר את השינוי בהסתברות המעבר של בני המשפחה המטפלים בין קטגוריות ההכבדה השונות. מהלוח עולה שככלל, 49% מהמטפלים במדגם אינם חשים כל הכבדה, 18% מדווחים על הכבדה קלה, 22% על הכבדה מסוימת ו-11% הנותרים מדווחים על הכבדה רבה. בחינת ההתפלגות על פי מצב משפחתי אינה מצביעה על הבדל בין פרטים נשואים לכאלה שאינם נשואים. לעומת זאת, בחינה על פי מגדר (תרשים 15)

מראה ששיעור הגברים שדיווחו כי אינם חשים כל הכבדה גבוה משמעותית מזה של נשים: 53% מהגברים לעומת 46% מהנשים. הפרש מועתק כולו בכיוון ההפוך לשתי הקטגוריות העליונות של מידת הכבדה.

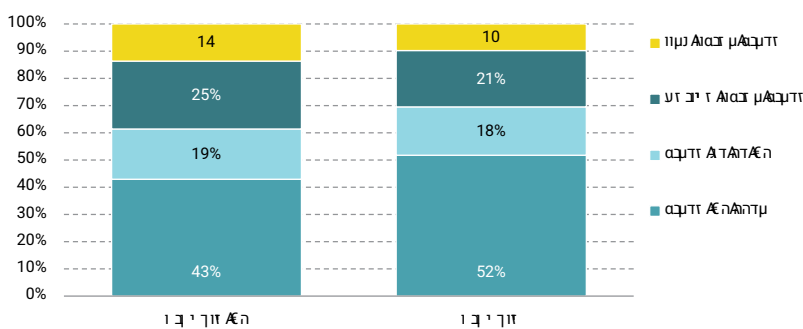
### תרשים 15. הסתברות מידת הכבדה על פי מגדר



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

בבחינה על פי מצב התעסוקה התוצאה אינטואיטיבית פחות: דווקא המטפלים העובדים הם אלה שנוטים לדווח בשיעור גבוה יותר על אי-הכבדה – 52% לעומת 43% (תרשים 16). גם כאן כמעט כל הפרש מועתק בכיוון ההפוך לשתי קטגוריות הכבדה הגבוהות.

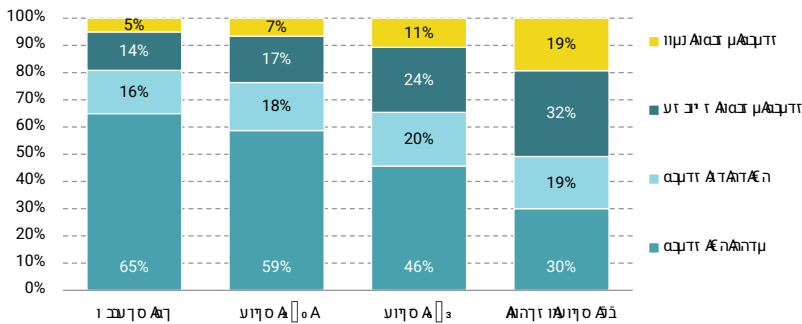
### תרשים 16. הסתברות מידת הכבדה על פי מצב התעסוקה



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

לבסוף, תרשים 17 מתאר את הקשר בין משך הטיפול להסתברות הדיווח על הכבדה. גם כאן, בדומה להסתברות הדיווח על פגיעה בעבודה, ככל שהפרט משתייך לקטגוריה גבוהה יותר של שעות טיפול גדלים סיכוייו לדווח על הכבדה רבה יותר: כשני שלישים מהמטפלים עד שעתיים בשבוע אינם חשים כל הכבדה, בעוד בקרב המטפלים 10 שעות ומעלה שיעורם של אלה שאינם חשים הכבדה עומד על פחות משליש. כחמישית מן המטפלים בקבוצה הראשונה חשים שהטיפול מכביד במידה מסוימת או במידה רבה, בעוד בקבוצת 10 שעות ומעלה חלקם עומד על כמחצית.

### תרשים 17. הסתברות מידת ההכבדה על פי משך הטיפול



מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## סיכום

מאמר זה מבוסס בעיקרו על נתוני הסקר החברתי של הלמ"ס לשנת 2019, שנאספו בראיונות אישיים עם הנסקרים (בטלפון או פנים אל פנים). במודל כזה של איסוף נתונים ישנן מגבלות רבות שלא זה המקום לפרטן, אבל חשוב להדגיש כי פערים תרבותיים עשויים להיות משמעותיים מאוד בתשובות ולפיכך בתוצאות הנגזרות מהן.

מניתוח הנתונים עולה כי 22% מבני 20 ומעלה בישראל מעידים שהם משמשים בני משפחה מטפלים, וכן שכמחציתם עושים זאת בהיקף העולה על 6 שעות בשבוע. פירוש הדבר הוא שאחד מכל עשרה בני 20 ומעלה משקיע בכל שבוע שווה-ערך ליום עבודה בטיפול ארוך טווח בבן משפחה.

בישראל, כמו בכל העולם, קבוצת הגיל שעליה מוטל הנטל הכבד ביותר היא קבוצת בני 50-59, המכונה לעיתים "דור הסנדוויץ'" על שום מחויבותם הכפולה – הן לדור ההורים והן לדור הילדים. בקבוצה זו עיקר הטיפול מתמקד בבני הדור הקודם, דור ההורים, אבל הם גם מטפלים בבני דורם (בני זוג או אחאים) בהסתברות הדומה לזו שבני קבוצת הגיל הצעירות



יותר מטפלים בבני דורם הם. לבסוף, הם עדיין מטפלים בבני הדור הבא (ילדיהם), הפעם בהסתברות הדומה לקבוצות הגיל שלפניהם.

בהשוואה בין קבוצות האוכלוסייה השונות (ערבים, חרדים ויהודים לא-חרדים) ניכרים הבדלים בשיעור המטפלים, באופי הטיפול שניתן ובהשפעתו על המטפלים. עם זאת, בבחינת חתכים חברתיים-כלכליים כגון רמת השכלה או הכנסה לנפש לא ניכרו הבדלים דרמטיים בין הקבוצות.

הניתוח הרב-משתני סייע לבחון את הדברים ביתר פירוט. הממצא הבולט ביותר שעלה מתוצאותיו הוא השיעור הגבוה של מטפלים באוכלוסייה החרדית: כשליש מהחרדים מעורבים בטיפול ארוך טווח בן משפחה מכל דור שהוא בשל מחלה או מוגבלות. עוד עלה מהניתוח כי בהשוואה לפרט מהאוכלוסייה היהודית הלא-חרדית, סיכוייו של פרט מהאוכלוסייה הערבית להיות מעורב בטיפול בן משפחה מאותו דור הם כמחצית, וסיכוייו שלא להיות מעורב כלל בטיפול מעט גבוהים יותר. ייתכן שממצאים אלו, המחרגינים את האוכלוסייה הערבית, משקפים חלוקת תפקידים בין-דורית מסורתית שבה הטיפול בחברה זו מופנה בעיקר כלפי בני הדור הקודם.

אצל החרדים, בהשוואה ליהודים הלא-חרדים, נראה שמעורב דפוס אחר – שם הסיכוי של פרט לטפל בן משפחה מאותו דור כמעט כפול מזה של מקבילו בקבוצת ההשוואה, והסיכוי לטפל בן משפחה מהדור הבא גבוה פי שלושה.

בהיבט המגדרי לא נמצא הבדל גדול בין נשים וגברים מבחינת הסיכוי להיות מעורבים בטיפול (בקרב נשים הסיכוי מעט גבוה יותר). לעומת זאת מבחינת משך הטיפול נראה כי בקרב המטפלים, גברים מעורבים יותר בטיפול עד שעתיים בשבוע ונשים מעורבות יותר בטיפול של 6 שעות ומעלה. בהתאם לכך, שיעור גדול יותר של נשים דיווחו כי הטיפול מכביד עליהן, בעוד יותר ממחצית הגברים המטפלים דיווחו שאינם חשים כל הכבדה.

עוד נמצא בניתוח כי משך הטיפול משפיע על מצב התעסוקה של המטפלים או מכביד עליהם באופן כללי. המטפלים המועסקים נוטים להשקיע בטיפול פרקי זמן קצרים יחסית, בעוד בקרב הלא-מועסקים כ-40% משקיעים בטיפול 10 שעות שבועיות ויותר. כשנשאלו המראוינים במדגם עד כמה משך הטיפול מכביד עליהם, כשני שלישים מן המטפלים עד שעתיים דיווחו שאינם חשים הכבדה כלל, בעוד בקרב המטפלים 10 שעות ומעלה יותר ממחצית חשים הכבדה, ורובם דיווחו על הכבדה משמעותית.

למרות נתונים אלו, כ-88% מהמטפלים העובדים, נשים וגברים כאחד, דיווחו שלא הייתה פגיעה בעבודתם. בין 12% הנותרים, 4% דיווחו על אובדן שעות עבודה, 5% דיווחו על אובדן ימי עבודה, 2% הקטינו את היקף המשרה שלהם, ורק אחוז אחד מהמטפלים העובדים עזבו את העבודה בגלל הטיפול. עם זאת, נמצאו הבדלים בין קבוצות האוכלוסייה השונות: ההסתברות שמטפל ערבי ידווח על פגיעה בעבודתו נמוכה ביותר ממחצית מזו של יהודי לא-חרדי. שלא במפתיע, המשתנה המשפיע ביותר על ההסתברות הדיווח על פגיעה

בעבודה הוא משך הטיפול בבן המשפחה. עבודתם של בני משפחה המשקיעים בטיפול 10 שעות ומעלה נפגעת בשיעורים גבוהים משמעותית בהשוואה לכל קטגוריות משך הטיפול האחרות.

בנקודה זו נעיר כי קיים פער ניכר בין הסקר החברתי לבין מחקרים אחרים, בארץ ובעולם, בנוגע למדידת היקף הפגיעה של הטיפול ארוך הטווח. הסקר החברתי לא נדרש כלל להשפעת הטיפול בבן משפחה על התפתחות הקריירה, לאתגרים שהוא יוצר בתוך המשפחה או להשפעתו על קשרים חברתיים, ולכן סוגיות אלו לא נבחנו בעבודה זו. כל אלה מגבירים את הצורך בהרחבת המחקר והעמקתו.

מבחינת המשמעות המשקית, נראה שטיפול שניתן על ידי בן משפחה בא בעיקר על חשבון שעות הפנאי של המטפל, ולכן לכאורה אינו כרוך בנזק משמעותי למשק. אולם זוהי דרך מטעה לבחון את הדברים; על פי נתוני הסקר החברתי, כ-10% מהישראלים בגיל העבודה משקיעים בטיפול שווה-ערך ליום עבודה בשבוע, או כ-20% מסך שעות העבודה השבועיות (בהנחה של שבוע עבודה בן חמישה ימים). כלומר, בחישוב גס, כ-2% מסך ימי העבודה במשק מופנים לטיפול ארוך טווח בבני משפחה. בהתחשב בכך שעבודה תורמת כ-60% לתמ"ג, ערך הזמן הפנוי המוקדש לטיפול שקול למעשה לאובדן רווחה של כ-1.2% מהתוצר.<sup>14</sup> כדי לקבל הערכה מדויקת יותר של הנזק שנגרם למשקי בית עקב התרחשותו של אירוע המצריך טיפול ארוך טווח בבן משפחה אין די בנתוני חתך כמו אלה שמספק הסקר החברתי, ויש צורך במחקר נוסף שיתבסס על נתוני אורך.

עם זאת, יש לזכור כי המשמעות הכלכלית של הדברים היא רק היבט אחד של הטיפול בבני משפחה, ויש לו היבטים אחרים שאינם כלכליים. בהיבט האישי, הטיפול בבן משפחה נושא עימו ערך רגשי הן למטופל והן למטפל. מנקודת מבט חברתית ניתן להצביע על השלכות החורגות מתחום הטיפול הישיר, בהן חיזוק הסולידריות החברתית, ערך ההתנדבות ותחושת הסיפוק האישי והמשמעות מעצם מתן הסיוע.

14 כאמור, מחקרים בין-לאומיים מעריכים שהטיפול ארוך הטווח בבני משפחה שקול לכ-1%-4% תוצר.

## מקורות

ברודסקי, ג', רוניצקי, ש', וסיטרון, ד' (2011). **בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה**. המרכז לחקר הזיקנה, מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

הלמ"ס (2021). **הסקר החברתי 2019 – כולל נושאים ייחודיים: דיוח; משפחתיות; עזרה לקרוב משפחה עם מחלה או מוגבלות; נסיעות לחו"ל**. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

Andersson, M. A., & Monin, J. K. (2018). Informal care networks in the context of multimorbidity: Size, composition, and associations with recipient psychological well-being. *Journal of Aging and Health, 30*(4), 641–664.

Barbieri, D., & Ghibelli, P. (2018). *Formal vs. informal long-term care: Economic & social impacts*. SPRINT Working Paper.

Barczyk, D., & Kredler, M. (2019). Long-term care across Europe and the United States: The role of informal and formal care. *Fiscal Studies, 40*(3), 329–373.

Bom, J., Bakx, P., Schut, F., & van Doorslaer, E. (2019). *The impact of informal caregiving for older adults on the health of various types of caregivers: A systematic review*. *The Gerontologist, 59*(5), e629–e642.

Brant, R. (1990). *Assessing proportionality in the proportional odds model for ordinal logistic regression*. *Biometrics, 46*(4), 1171–1178.

Brodsky, H., & Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(2), 217–228.

Comas-Herrera, A., Costa-i-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., & Wittenberg, R. (2003). *European study of long-term care expenditure*. PSSRU Discussion Paper 1840.

Cremer, H., Pestieau, P., & Ponthiere, G. (2012). *The economics of long-term care: A survey*. CORE Discussion Paper 2012/30.

Fombonne, E. (2018). *Editorial: The rising prevalence of autism*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(7), 717–720.

OECD (2018). *Care needed: Improving the lives of people with dementia*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Peña-Longobardo, L. M., Oliva-Moreno, J., Zozaya, N., Aranda-Reneo, I., Trapero-Bertran, M., Laosa, O., Sinclair, A., & Rodríguez-Mañas, L. (2021). Economic evaluation of a multimodal intervention in pre-frail and frail older people with diabetes mellitus: The MID-FRIL project. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 21*(1), 111–118.

Rodrigues, R., Schulmann, K., Schmidt, A., Kalavrezou, N., & Matsaganis, M. (2013). The indirect costs of long-term care. *Employment, Social Affairs & Inclusion, 3*, 1–42.

- Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). [Gender differences in caregiving among family – caregivers of people with mental illnesses](#). *World Journal of Psychiatry*, 6(1), 7–17.
- Wasserstein, R. L., & Lazar, N. A. (2016). [The ASA statement on p-values: Context, process, and purpose](#). *The American Statistician*, 70(2), 129–133.
- Williams, R. (2006). Generalized ordered logit/partial proportional odds models for ordinal dependent variables. *The Stata Journal*, 6(1), 58–82.

## נספח

## לוח נ'1. רגרסיה מולטינומית: ההסתברות להיות מטפל על פי חלוקה דורית

טיפול בבני הדור הקודם	טיפול בבני אותו דור	טיפול בבני הדור הבא	
גיל (קטגוריית הבסיס: גילאי 20–29)			
0.109 (0.442)	0.125 (0.562)	-0.058 (0.898)	39–30
0.397** (0.005)	0.361 (0.094)	1.148** (0.004)	49–40
0.691*** (0.000)	0.221 (0.355)	1.825*** (0.000)	59–50
-0.146 (0.348)	0.615** (0.004)	1.818*** (0.000)	+60
השכלה (קטגוריית הבסיס: ללא השכלה תיכונית)			
0.490*** (0.001)	-0.026 (0.881)	0.371 (0.152)	תיכונית
0.466** (0.005)	-0.180 (0.380)	0.345 (0.235)	אקדמית
מצב משפחתי (קטגוריית הבסיס: רווק/אלמן//גרוש/פרוד)			
0.127 (0.195)	0.422** (0.004)	0.451* (0.028)	נשוי
מגדר (קטגוריית הבסיס: אישה)			
-0.0967 (0.256)	-0.177 (0.149)	-0.289 (0.089)	גבר
קבוצת אוכלוסייה (קטגוריית הבסיס: יהודים לא-חרדים ואחרים)			
-0.0433 (0.731)	-0.671** (0.002)	-0.325 (0.268)	ערבים
0.380* (0.018)	1.007*** (0.000)	1.248*** (0.000)	חרדים
משלח יד (קטגוריית הבסיס: לא מועסק)			
0.425* (0.024)	0.016 (0.957)	0.302 (0.398)	מנהלים
0.256* (0.046)	0.023 (0.895)	-0.119 (0.613)	צווארון לבן גבוה

### לוח נ'1 (המשך). רגרסיה מולטינומית: ההסתברות להיות מטפל על פי חלוקה דורית

טיפול בבני הדור הקודם	טיפול בבני אותו דור	טיפול בבני הדור הבא	
0.173 (0.207)	0.042 (0.823)	-0.208 (0.444)	צווארון לבן נמוך
0.347* (0.018)	0.075 (0.724)	-0.019 (0.948)	צווארון כחול
<b>הכנסה</b>			
0.000000398 (0.970)	-0.00000330 (0.828)	0.0000123 (0.531)	הכנסת משק הבית נטו מחולקת בשורש מספר הנפשות
<b>צפיפות (קטגוריית הבסיס: צפיפות נמוכה)</b>			
-0.142 (0.137)	-0.120 (0.413)	0.0807 (0.689)	בינונית
-0.423* (0.032)	-0.182 (0.494)	0.0120 (0.976)	גבוהה
-2.603*** (0.000)	-3.066*** (0.000)	-5.207*** (0.000)	<b>קבוע</b>

הערה: N = 5,869. ערכי ק בסוגריים.

רמת מובהקות: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.00$ .

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## לוח נ'2. השינוי בהסתברות להיות מטפל ביחס לקטגוריות בסיס שונות

טיפול בבני הדור הקודם	טיפול בבני אותו דור	טיפול בבני הדור הבא	לא מעורב בטיפול	
				<b>גיל</b>
0.014	0.01	-0.001	-0.022	הפרש בין גילאי 30-39 לגילאי 20-29
0.108	0.037	0.01	0.844	מ-20-29
0.122	0.048	0.009	0.822	ל-30-39
0.353	0.239	0.735	0.187	ערך ק
0.044	0.021	0.016	-0.081	הפרש בין גילאי 40-49 לגילאי 29-20
0.108	0.037	0.01	0.844	מ-20-29
0.152	0.059	0.026	0.763	ל-40-49
0.006	0.03	0.008	0	ערך ק
0.083	0.011	0.037	-0.131	הפרש בין גילאי 50-59 לגילאי 29-20
0.108	0.037	0.01	0.844	מ-20-29
0.191	0.048	0.047	0.713	ל-50-59
0	0.276	0	0	ערך ק
-0.016	0.045	0.04	-0.069	הפרש בין גילאי 60+ לגילאי 20-29
0.108	0.037	0.01	0.844	מ-20-29
0.092	0.083	0.05	0.776	ל-60+
0.282	0	0	0.001	ערך ק
				<b>מגדר</b>
-0.009	-0.011	-0.007	0.027	הפרש בין גברים לנשים
0.133	0.062	0.033	0.772	מאישה
0.124	0.052	0.026	0.799	לגבר
0.323	0.103	0.144	0.019	ערך ק
				<b>קבוצת אוכלוסייה</b>
0	-0.026	-0.006	0.033	הפרש בין ערבים ליהודים לא-חרדים
0.126	0.055	0.027	0.791	מיהודי לא-חרדי
0.126	0.029	0.021	0.824	לערבי
0.974	0	0.293	0.035	ערך ק
0.025	0.074	0.046	-0.145	הפרש בין חרדים ליהודים לא-חרדים
0.126	0.055	0.027	0.791	מיהודי לא-חרדי
0.152	0.129	0.073	0.646	לחרדי
0.196	0	0.003	0	ערך ק
0.128	0.057	0.029	0.786	<b>Pr(y base)</b>

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## הזמן המוקדש לטיפול

מאחר שלקטגוריות משך הטיפול יש מבנה היררכי, המודל הסטטיסטי המתאים הוא רגרסיה לוגיסטית אורדינלית המביאה את המבנה הזה בחשבון (לוח נ'3). המודל בוחן את השפעת המשתנים השונים על הסיכוי שפרט ישתייך לקטגוריה גבוהה יותר בהיררכיה. מבין שני המודלים המקובלים בהקשר זה, הנבדלים זה מזה בהנחות על מבנה גורם הטעות הסטטיסטית, נבחר המודל המושתת על ההנחה הלוגיסטית.<sup>15</sup> בחירה זו אפשרה לבצע בחינה של "הנחת המקבילות" (parallel lines) או "יחס הסיכויים" (proportional odds) המונחת בדרך כלל בבסיסם של ניתוחים כאלה. תחת הנחה זו, השפעתם של המשתנים על סיכויי ההשתייכות לקטגוריה גבוהה יותר אחידה על פני הקטגוריות. Brant (1990) הציע מבחן המאפשר לקבוע אילו מהמשתנים אינם מתאימים להנחה זו (Brant, 1990). בהתאם נכתבה תוכנת STATA המאפשרת הרצה של המודל תוך שחרור הנחת המקבילות לגבי המשתנים שאינם עומדים במבחן והשאררת לגבי האחרים (Williams, 2006). ביתר פירוט, המודל מצא כי כאשר משחררים את הנחת המקבילות, השפעת המשתנה על הסיכוי להשתייך לקטגוריה גבוהה יותר אינה אחידה על פני הקטגוריות. במחקר שלנו המבחן מצביע על כך שאין הבדל מובהק במקדמים הקשורים לסיכוי להשתייך לקטגוריה גבוהה יותר (כלומר, להגדיל את מספר שעות הטיפול) לגבי רוב המשתנים, פרט לעילת הטיפול ומצב התעסוקה.

---

15 האלטרנטיבה מושתתת על מודל Probit, המניח שהטעות הסטטיסטית מתפלגת בהתפלגות נורמלית.



## לוח נ'3. רגרסיה לוגיסטית אורדינלית: ההסתברות להיות מטפל על פי משך הטיפול

9-6 שעות	5-3 שעות	עד שעתיים בשבוע	
גיל (קטגוריית הבסיס: גילאי 20-29)			
0.018 (0.936)	0.018 (0.936)	0.018 (0.936)	39-30
0.380 (0.009)	0.380 (0.009)	0.380 (0.009)	49-40
0.613** (0.007)	0.613** (0.007)	0.613** (0.007)	59-50
0.685** (0.002)	0.685** (0.002)	0.685** (0.002)	+60
השכלה (קטגוריית הבסיס: ללא השכלה תיכונית)			
0.465* (0.020)	0.465* (0.020)	0.465* (0.020)	תיכונית
0.272 (0.204)	0.272 (0.204)	0.272 (0.204)	אקדמית
מצב משפחתי (קטגוריית הבסיס: רווק/אלמן/גרוש/פרוד)			
-0.576*** (0.000)	-0.576*** (0.000)	-0.576*** (0.000)	נשי
מגדר (קטגוריית הבסיס: אישה)			
-0.414*** (0.000)	-0.414*** (0.000)	-0.414*** (0.000)	גבר
קבוצת אוכלוסייה (קטגוריית הבסיס: יהודים לא-חרדים ואחרים)			
0.526** (0.003)	0.526** (0.003)	0.526** (0.003)	ערבים
0.554** (0.008)	0.554** (0.008)	0.554** (0.008)	חרדים
מצב התעסוקה (קטגוריית הבסיס: לא מועסק)			
-0.554*** (0.000)	-0.257 (0.096)	0.052 (0.771)	מועסק
צפיפות (קטגוריית הבסיס: צפיפות נמוכה)			
-0.205 (0.132)	-0.205 (0.132)	-0.205 (0.132)	בינונית
-0.609* (0.042)	-0.609* (0.042)	-0.609* (0.042)	גבוהה

### לוח נ'3 (המשך). רגרסיה לוגיסטית אורדינלית: ההסתברות להיות מטפל על פי משך הטיפול

עד שעתיים בשבוע	5-3 שעות	9-6 שעות	
<b>עילת הטיפול (קטגוריית הבסיס: פיזית)</b>			
קוגניטיבית	0.078 (0.612)	0.201 (0.222)	-0.402* (0.022)
מנטלית	0.573 (0.754)	0.103 (0.599)	-0.484* (0.015)
<b>קבוע</b>	-0.124 (0.673)	-0.689* (0.020)	1.179*** (0.000)

הערה: N = 1,062. ערכי p בסוגריים.

רמת מובהקות: \*p < 0.05; \*\*p < 0.01; \*\*\*p < 0.001.

הקטגוריות מסודרות מ"עד שעתיים" (הנמוכה ביותר) ועד "10 שעות ומעלה" (הגבוהה ביותר). נקודות החיתוך נתונות ע"י הקבועים בהתאמה, עם סימן מינוס (Williams, 2006).

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

### לוח נ'4. השינוי בהסתברות משך הטיפול ביחס לקטגוריות בסיס שונות

עד שעתיים בשבוע	5-3 שעות	9-6 שעות	10 שעות ומעלה	
<b>מגדר</b>				
הפרש בין גברים לנשים	0.02	-0.02	-0.08	0.07
מנשים	0.28	0.17	0.34	0.21
לגברים	0.30	0.15	0.26	0.29
ערך p	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>מצב התעסוקה</b>				
הפרש בין מועסקים ללא-מועסקים	0.07	0.06	-0.12	-0.01
מלא-מועסק	0.24	0.12	0.39	0.25
למועסק	0.31	0.18	0.27	0.24
ערך p	0.02	0.02	0.00	0.77
<b>קבוצת אוכלוסייה</b>				
הפרש בין ערבים ליהודים לא-חרדים	-0.04	0.02	0.11	-0.09
מיהודים לא-חרדים	0.29	0.16	0.28	0.27
לערבים	0.26	0.17	0.39	0.18
ערך p	0.02	0.00	0.01	0.00

### לוח נ'4 (המשך). השינוי בהסתברות משך הטיפול ביחס לקטגוריות בסיס שונות

10 שעות ומעלה	9-6 שעות	5-3 שעות	עד שעתיים בשבוע	
0.11	0.02	-0.04	-0.09	הפרש בין חרדים ליהודים לא-חרדים
0.28	0.16	0.29	0.27	מיהודים לא-חרדים
0.40	0.17	0.25	0.18	לחרדים
0.01	0.00	0.03	0.00	ערך p
<b>מצב משפחתי</b>				
-0.12	-0.02	0.04	0.10	הפרש בין נשואים ללא-נשואים
0.39	0.17	0.26	0.18	מלא-נשואים
0.28	0.16	0.30	0.27	לנשואים
0.00	0.00	0.00	0.00	ערך p
0.31	0.16	0.29	0.25	Pr(y base)

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

### לוח נ'5. רגרסיה לוגיסטית: הסתברות הפגיעה בעבודה

P > z	סטיית תקן	מקדם	
			מגדר
0.113	0.210	0.333	גבר
			<b>קבוצת אוכלוסייה</b>
0.022	0.415	-0.953	ערבים
0.259	0.325	-0.367	חרדים
			<b>משך הטיפול</b>
0.01	0.368	0.945	5-3 שעות בשבוע
0.006	0.395	1.078	9-6 שעות בשבוע
0	0.348	2.147	10 שעות ומעלה
0	0.340	-3.212	קבוע

הערה: N = 933

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

## לוח נ'6. רגרסיה לוגיסטית אורדינלית: הסתברות מידת ההכבדה של הטיפול

P > z	סטיית תקן	מקדם	
			גיל (קטגוריית הבסיס: גילאי 20-29)
0.091	0.238	0.402	39-30
0.343	0.236	0.223	49-40
0.042	0.238	0.484*	59-50
0.408	0.239	0.197	+60
			השכלה (קטגוריית הבסיס: ללא השכלה תיכונית)
0.841	0.214	0.043	תיכונית
0.073	0.227	0.408	אקדמית
			מצב משפחתי (קטגוריית הבסיס: רווק/אלמן/גרוש/פרוד)
0.831	0.148	0.032	נשוי
			מגדר (קטגוריית הבסיס: אישה)
0.024	0.125	-0.281*	גבר
			קבוצת אוכלוסייה (קטגוריית הבסיס: יהודים לא-חרדים ואחרים)
0.069	0.192	-0.349	ערבים
0.679	0.220	-0.091	חרדים
			מצב התעסוקה (קטגוריית הבסיס: לא מועסק)
0.008	0.151	-0.399**	מועסק
			צפיפות (קטגוריית הבסיס: צפיפות נמוכה)
0.627	0.146	0.071	בינונית
0.888	0.301	-0.042	גבוהה
			עילת הטיפול (קטגוריית הבסיס: פיזית)
0.174	0.144	0.195	קוגניטיבית
0.731	0.173	-0.059	מנטלית
			משך הטיפול (קטגוריית הבסיס: עד שעתיים בשבוע)
0.125	0.173	0.266	5-3 שעות
0	0.196	0.813***	9-6 שעות
0	0.172	1.506***	10 שעות ומעלה

### לוח נ'6 (המשך). רגרסיה לוגיסטית אורדינלית: הסתברות מידת ההכבדה של הטיפול

P > z	סטיית תקן	מקדם	נקודות חיתוך
	0.331	0.690	חיתוך 1
	0.334	1.529	חיתוך 2
	0.344	3.033	חיתוך 3

הערה: N = 1,060.

רמת מובהקות: \* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.00$ .

הקטגוריות מסודרות מ"כלל לא" (הנמוכה ביותר) עד "במידה רבה" (הגבוהה ביותר). אי-אפשר לדחות את הנחת המקבילות ביחס לכל המשתנים.

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס

### לוח נ'7. השינוי בהסתברות מידת ההכבדה של הטיפול ביחס לקטגוריות בסיס שונות

בכלל לא	לא כל כך	במידה מסוימת	במידה רבה	מגדר
0.063	-0.007	-0.03	0.026	הפרש בין גברים לנשים
0.464	0.184	0.233	0.12	מנשים
0.527	0.176	0.203	0.094	לגברים
0.025	0.041	0.027	0.023	ערך $\chi^2$
				תעסוקה
0.089	-0.008	-0.042	0.039	הפרש בין מועסקים ללא-מועסקים
0.429	0.185	0.249	0.137	מלא-מועסק
0.518	0.177	0.207	0.098	למועסק
0.008	0.003	0.009	0.014	ערך $\chi^2$
				מצב משפחתי
-0.007	0.001	0.003	0.003	הפרש בין נשואים ללא-נשואים
0.499	0.178	0.216	0.107	מלא-נשוי
0.492	0.179	0.219	0.11	לנשוי
0.831	0.834	0.831	0.83	ערך $\chi^2$

## לוח נ'7 (המשך). השינוי בהסתברות מידת ההכבדה של הטיפול ביחס לקטגוריות בסיס שונות

בכלל לא	לא כל כך	במידה מסוימת	במידה רבה	
<b>קבוצת אוכלוסייה</b>				
0.077	-0.011	-0.037	0.03	הפרש בין יהודים לא-חרדים לערבים
0.48	0.18	0.225	0.115	מיהודי לא-חרדי
0.558	0.17	0.188	0.085	לערבי
0.066	0.13	0.069	0.05	ערך ק
0.02	-0.002	-0.01	0.008	הפרש בין יהודים לא-חרדים לחרדים
0.48	0.18	0.225	0.115	מחרדים
0.501	0.178	0.215	0.106	ליהודים לא-חרדים
0.679	0.701	0.68	0.672	ערך ק
<b>משך הטיפול</b>				
-0.061	0.017	0.029	0.014	הפרש בין 3-5 שעות ל-עד שעתיים
0.649	0.159	0.141	0.051	מ-עד שעתיים
0.588	0.176	0.171	0.066	ל-3-5 שעות
0.123	0.13	0.123	0.126	ערך ק
-0.193	0.04	0.096	0.057	הפרש בין 6-9 שעות ל-עד שעתיים
0.649	0.159	0.141	0.051	מ-עד שעתיים
0.457	0.198	0.238	0.108	ל-6-9 שעות
0	0	0	0	ערך ק
-0.349	0.033	0.174	0.142	הפרש בין 10 שעות ומעלה ל-עד שעתיים
0.649	0.159	0.141	0.051	מ-עד לשעתיים
0.3	0.192	0.316	0.193	ל-10 שעות ומעלה
0	0.001	0	0	ערך ק

מקור: רחל ארזי, בנימין בנטל ונדב דוידוביץ', מרכז טאוב | נתונים: הלמ"ס