



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן סיעוד
ירושלים, טבת התשע"ה, ינואר 2015



קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים

ד"ר איילת ברג-ורמן, ד"ר מיכל לרון
ד"ר טל ספילטר, שירלי רוזניצקי וג'ני ברודסקי



המוסד לביטוח לאומי
אגף הקרנות - קרן סיעוד

קבוצות תמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים

ד"ר איילת ברג-ורמן, ד"ר מיכל לרון
ד"ר טל ספלטר, שירלי רוזניצקי וג'ני ברודסקי

1 קרנות

ירושלים, טבת התשע"ה, ינואר 2015

www.btl.gov.il

פרסום זה יוצא לאור בסיוע
מינהל המחקר והתכנון
של המוסד לביטוח לאומי.

פתח דבר

אנו שמחים להציג בפניכם את הפרסום הראשון בסדרת הפרסומים הכללית של קרנות הביטוח הלאומי – קרנות לאומיות להשקעה חברתית הפועלות לפיתוח ותמיכה בתוכניות לאוכלוסיות בסיכון.

הקרנות פועלות מכוח חוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 באמצעות אגף הקרנות שהוקם בשנת 2002, כדי לרכז תחת קורת גג אחת את קרנות הביטוח הלאומי. כיום פועלות במסגרת האגף חמש קרנות: הקרן לפיתוח שירותים לנכים, קרן סיעוד, הקרן לילדים ונוער בסיכון, הקרן למפעלים מיוחדים וקרן מנוף לבטיחות בעבודה. פעילות הקרנות מהווה גורם משלים לגמלאות המשולמות על ידי המוסד לביטוח לאומי לאוכלוסיות בסיכון, על ידי פיתוח שירותים חברתיים הנותנים מענה לצרכים הרחבים של אוכלוסיות אלו.

התוכניות החדשניות שבהן שותפות הקרנות מלוות במחקרי הערכה מקיפים. מחקרים אלו מהווים מעין "מאגר מידע" העומד לרשותם של כל העוסקים בפיתוח שירותי רווחה ואשר יכול לשפר את תהליכי העבודה וקבלת ההחלטות בעת פיתוח השירותים. ממצאי המחקרים עשויים לסייע הן בפיתוח של תוכניות חדשניות עתידיות על ידי הקרנות ועמותות במגזר השלישי והן בהטמעה של תכניות קיימות על ידי משרדי ממשלה ורשויות מקומיות.

הפרסום שלפניכם מציג את ממצאי המחקר שנערך בעניין קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים.

מגמת ההישארות בקהילה (AGING IN PLACE) מציבה בפני בני משפחה מטפלים אתגרים חדשים וחשובים בניהול הטיפול בבן המשפחה הזקן עם הפיכתו למוגבל. הם עומדים עתה בחזית ניהול הטיפול ללא הכנה מוקדמת וללא מערכת תמיכה הולמת הן במיצועי זכויות והן בסיוע רגשי.

היוזמה להפעיל קבוצות תמיכה לבני משפחה מטפלים נועדה בראש ובראשונה לסייע לבני משפחה אלה, כהשלמה לגמלת הסיעוד הניתנת לזקן המוגבל. בני המשפחה מהווים עמוד תווך בסיוע לזקן המוגבל, אך לצערנו ברוב המקרים מתעלמים מקיומם והם אינם מקבלים תמיכה וסיוע. מטרה נוספת היתה לעודד אנשי מקצוע העוסקים בתחום להתנסות בהנחיה המקצועית ולאפשר למידה בזמן עבודה, מתוך כוונה שבעתיד ימשיכו לקיים באותם יישובים מסגרת קבועה לתמיכה קבוצתית.

קבוצות התמיכה הן טיפה בים הצרכים של בני המשפחה המטפלים, אך הן התחלה מבורכת אך הם התחלה מבורכת לסיוע לבני המשפחה במסע הארוך של הטיפול בבן המשפחה המזדקן. תודתנו נתונה לכל המסייעים בהצלחת מיזם זה: מנהלת האגף לשעבר, גבי ברנדה מורגנשטיין; אגף הייעוץ לקשיש בביטוח לאומי בניהול גבי ורה שלום וסגניתה גבי דפנה כהן; לעמותות **אלה**, **משאבים וכבוד האדם**, שתמכו בכל הצוותים בתוכנית מתוך ראיית החזון והמטרות; ולחוקרות ממכון ברוקדייל בראשות גבי אילת ברג.

אורנה בר
מנהלת קרן סיעוד

עו"ד איציק סבטו
מנהל קרנות הביטוח הלאומי

תמצית

רקע

הארכת תוחלת החיים והתמורות הדמוגרפיות, האפידמיולוגיות והחברתיות הכרוכות בכך מציבות אתגרים של ממש למערכות הרווחה, מבחינת הטיפול הבלתי פורמלי בזקנים. מצד אחד, רוב הטיפול בזקנים ניתן בידי המערכת הבלתי פורמלית, ובעיקר בידי בני המשפחה. מצד אחר, הירידה בשיעור הילודה ובגודל המשפחה, הגידול בשיעור הזוגות ללא ילדים ובשיעורי הגירושין, הצטרפות הנשים לשוק העבודה, הגידול במוביליות הגאוגרפית שבעקבותיה הורים וצאצאיהם גרים רחוק אלו מאלו – כל אלו מדלדלים את מאגר התומכים הבלתי פורמליים בקשישים בקהילה.

בישראל, כרבע מהקשישים מוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות (ADL), ואומדן הקשישים הסובלים מדמנציה מגיע לכ-135 אלף. מספר התומכים המטפלים ללא תמורה בבן משפחה קשיש מתקרב למיליון. הטיפול כרוך בהשקעה גדולה של משאבים פיזיים, נפשיים וכלכליים מצד המטפל. אף שלטיפול בבן משפחה עשויים להיות צדדים חיוביים, לתמיכה בבן משפחה יש "מחיר" – בריאותי, כלכלי ואף משפחתי. חלק משמעותי מהתומכים העיקריים מדווחים על תחושות לחץ ועומס, וככל שהזקן מוגבל יותר או סובל יותר מהמחלה, כך תחושת העומס על התומך העיקרי גבוהה יותר.

השירותים הפורמליים הניתנים לזקנים עשויים לסייע לבני המשפחה לשאת בנטל ולאפשר לרבים מהזקנים להמשיך לגור בבית. כ-150 אלף קשישים, שהם כ-17% מהקשישים, זכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי. עיקר נטל הטיפול בבן המשפחה עדיין נופל על כתפי בני המשפחה.

לאור ההכרה ההולכת וגוברת בחשיבות תפקידם של בני המשפחה בטיפול בזקנים, בהשפעת הטיפול עליהם (כגון עומס ופגיעה באיכות חייהם) ובצורך לפתח עבורם תכניות מתאימות, יזם המוסד לביטוח לאומי תכנית ניסיונית. במסגרתה, מאוקטובר 2011 ועד אפריל 2013, הופעלו בכל הארץ 77 קבוצות תמיכה דינמיות, קצרות מועד והן העניקו למשתתפים תמיכה ומידע. קבוצה אחת הופעלה באמצעות האינטרנט. כ-1,290 מטפלים השתתפו במיזם. הקבוצות הופעלו בשיתוף הרשויות המקומיות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים והעמותות לזקן. הן הופעלו על ידי שלושה גופים: עמותת "אלה" – מרכז לסיוע נפשי-חברתי, העמותה לפיתוח משאבי התמודדות ("משאבים") ועמותת המרכז הישראלי לכבוד האדם ("כבוד האדם"). מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ליווה את המיזם הניסיוני במחקר הערכה.

מטרות המחקר ומערך המחקר

מטרותיו של המחקר הן אלו:

לבחון את תהליך יישום המיזם;

לבחון את התרומה למשתתפים;

לסכם את הלקחים הנלמדים מהתכנית, כדי לסייע לקובעי המדיניות ולמפתחי שירותים לגבש תכניות יעילות לתמיכה ולסיוע לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים.

מעריך המחקר

בכל קבוצה מולא יומן מפגשים מקוון שכלל מאפייני רקע של המשתתפים, נוכחות ופרטים על כל מפגש. מלבד זאת, ממדגם מייצג של 500 משתתפים רואיינו טלפונית 408 מטפלים לאחר המפגש הראשון של הקבוצה ו-370 מהם רואיינו בשנית כ-6-7 שבועות לאחר סיום מפגשי הקבוצה. על מנת ללמוד על תרומת התכנית נעשתה השוואה של מדדי עומס (Zarit) ורווחה נפשית (GHQ) לפני הקבוצה ואחריה וכן נעשתה הערכה רטרוספקטיבית על ידי המשתתפים. משוב מסכם מהמנחים התקבל באמצעות שאלונים ממוחשבים שמילאו כל 89 מנחי הקבוצות בסיום פעילותם בקבוצה.

הממצאים העיקריים

ההתארגנות

המיזם פורסם במגוון אמצעים. תפקידה של העובדת הסוציאלית בגיוס המשתתפים למיזם היה לא מבוטל. הצלחתו של הגיוס הייתה תלויה בִּיכולת לרתום את הגופים השונים בקהילה (עמותות לזקן, קופות החולים, רווחה, מרכז יום וביטוח לאומי) לפעילות במיזם וליכולת לשתף פעולה ביניהם. נמצא שראיון הקבלה (האינטייק) חשוב ביותר. המועמדים סיפרו בו על תחומי העניין שלהם וזה סייע בבניית תכנית המפגשים. כמו כן הראיון סייע לתאום ציפיות ולבחינת התאמת המועמד.

מאפייני הרקע של המטפלים והמטופלים

נמצא כי רוב המשתתפים הן נשים (85%); כ-74% צאצאים וכ-15% בני זוג. כ-38% גרים עם הזקן. הגיל הממוצע של המטפלים הוא 56. כ-66% ילידי ישראל, 80% נשואים, 87% יהודים (מהם: 11% חרדים) ו-11% מוסלמים (מחציתם הגדירו עצמם דתיים). שבעים ותשעה אחוזים מהתומכים הגדירו את עצמם כמטפלים העיקריים בזקן באופן קבוע (נותנים לו את עיקר העזרה). משך הטיפול הממוצע בזקנים הוא 5.5 שנים..

מאפייני הזקנים מקבלי הטיפול יש שונות: 70% מהזקנים הם נשים; הגיל הממוצע הוא 84; 57% אלמנים ו-38% נשואים; 24% ילידי ישראל ו-46% ילידי אירופה או אמריקה ו-24% ילידי אסיה או אפריקה. כ-7% מכלל המשתתפים עלו ארצה ב-1990 או מאוחר יותר. נמצא כי רמת המוגבלות של הזקנים גבוהה ובעקבות זאת מרביתם (56%) חשו עומס כבד או כבד מאוד. התומכים בִּזכאים לגמלת סיעוד דיווחו על עומס רב יותר (59%), לעומת תחושת העומס שעליה דיווחו תומכיהם של זקנים שאינם זכאים לגמלת סיעוד (45%). עוד נמצא כי רמת הלחץ ורמת העומס שחשים בני זוג שהם תומכים גבוהות יותר מרמות העומס והלחץ שעליהן דיווחו הצאצאים והקרובים האחרים. תחושות העומס של התומכים בזקן דמנטי היו גבוהות אף הן; תחושות העומס של יהודים שאינם חרדים היו גבוהות לעומת אלו של היהודים החרדים, ותחושות העומס של הערבים היו הנמוכות ביותר לעומת כל האחרים.

לטיפול נמצאו השלכות שליליות גם על תעסוקת התומכים; מקצתם הפסיקו לעבוד בגלל הצורך לטפל בקרובם הקשיש (כחמישית מהלא-עובדים), ומקצתם נאלצו להיעדר מעבודתם בשל הטיפול בו (44%). מרביתם (67%) ציינו כי כשהם נמצאים בעבודה הם דואגים לזקן לעתים קרובות.

עיקר הקושי של התומכים נובע מהפגיעה בחייהם הפרטיים ומריבוי תפקידיהם. קבוצות התמיכה נועדו להפחית מעט את ההשפעה השלילית של הטיפול בזקן ולחזק את ההשלכות החיוביות

העשויות להתלוות לטיפול. נמצא שהתומכים הצטרפו לקבוצות בעיקר משלוש סיבות: כדי לקבל תמיכה, כדי לקבל מידע (על מחלתו של הזקן, על שירותים שהם יכולים להיעזר בהם ועוד עניינים שונים) וכדי "להתאורר" מהטיפול. שיעור בני זוג תומכים שדיווחו על הצורך "להתאורר" היה גבוה יותר משיעור המדווחים על כך בקרב הצאצאים. יהודים היו מעוניינים יותר בתמיכה, לעומת ערבים, ואילו הערבים ייחסו חשיבות גבוהה יותר ל"התאוררות". כשליש מהמשתתפים חששו מהמיזם לפני שהצטרפו; החשש העיקרי (בקרב שני שלישים מהם) היה מכך שלא יהיה זמן להשתתף במפגשים.

המפגשים

המודל כלל 12 מפגשים שבועיים בני שעה וחצי או שעתיים. בממוצע, נכחו כ-11 משתתפים במפגש בממוצע. שיעור ההשתתפות היה גבוה: קרוב ל-70% השתתפו כמעט בכל המפגשים ובמחצית מהקבוצות לא הייתה נשירה כלל. הסיבה העיקרית לנשירה הייתה פטירת המטופל.

מרבית המפגשים נערכו בערב, במבנים ציבוריים: מתנ"סים, במרכזי יום ובמועדונים לזקנים. צאצאים העדיפו את המפגשים בערב (אחרי העבודה) ובני הזוג – בבקרים.

המפגשים כללו שילוב של תהליכים דינמיים לתמיכה רגשית ולהעצמה ולהעברת מידע על שירותים, על זכויות ועל מיומנויות טיפול. חלק מהמפגשים הועברו על ידי מרצה אורח.

במרבית הקבוצות (78%) ההנחיה הייתה משותפת (Co). כמעט כל המנחים היו מרוצים משיתוף הפעולה עם שותפם להנחיה. המנחים קיבלו ליווי מקצועי והכשרה מרוכזת על ידי הגופים המתפעלים, מרביתם היו מרוצים; עם זאת, כשליש היו מעוניינים ביותר ליווי והכשרה.

שביעות הרצון של המשתתפים בקבוצות מההנחיה ומהאווירה בקבוצה הייתה גבוהה מאוד וכמעט כולם היו ממליצים לחבר המתמודד עם קשיים דומים להצטרף לקבוצה כזו. שביעות הרצון בקרב צאצאים הייתה גבוהה יותר לעומת שיעור שביעות הרצון בקרב בני זוג שהם תומכים. כשלושה רבעים מחברי הקבוצות היו מעוניינים להמשיך את המפגשים. גם המנחים הביעו שביעות רצון גבוהה הן מחוויית ההנחיה והן מהאיזון בין העברת הידע לבין מתן תמיכה רגשית. עם זאת, המשתתפים הביעו רצון לקבל מידע נוסף בנושאים אלו: בעיות בריאות של המטופל והתנהגות ספציפית שלו; זכויות וטפסים, בעיקר של המוסד לביטוח לאומי; אפוטרופסות; הדרכים המיטביות להסתייעות במטפל זר.

במרבית הקבוצות ניכרה הטרוגניות בעניינים אלו: מגדר, סוג ורמת המוגבלות של הזקן (דמנציה לעומת בעיות בריאות אחרות או סיעודיים-צלולים), קרבה לזקן, מעמד חברתי-כלכלי, רמות דחק, מסורתיים לעומת חילוניים, מצב משפחתי וכד'. מדיווחי החברים והמנחים ניתן להסיק שבחלק מהקבוצות, ההטרוגניות פגעה בהתפתחות התהליכית בקבוצה, בחלק מהקבוצות, השוני דווקא תרם ל"הפריה הדדית ולהעשרת מישורים שונים של התמודדות.

במסגרת המיזם נפתחה, כאמור, קבוצה אינטרנטית אחת. כ-15-20 חברים נהגו להשתתף בה בקביעות, והיתר היו פסיביים יותר או שהשתתפו בקבוצה לעתים רחוקות. חלק מהחברים נהגו להיכנס לאתר ולקרוא את הדיונים שהתנהלו ואף להגיב עליהם בדיעבד. משך החשיפה שלהם לאתר נע בין שעה לחמש שעות בשבוע.

התוצאות

התרומה הרבה ביותר למשתתפי הקבוצות הייתה בתמיכה הרגשית ובהיכרות עם אנשים המתמודדים עם בעיות דומות. תרומה נוספת שקיבלה ציונים גבוהים מהמשתתפים, הייתה קבלת כלים להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול. כתוצאה מכך, דיווחו המטפלים גם על שיפור ביכולתם לתת סדרי עדיפויות בניהול הטיפול ועל שיפור בקשר שלהם עם המטופל. היבט נוסף בא לידי ביטוי בהעצמה אישית. במסגרת העבודה הקבוצתית ניתנה חשיבות להעצמת המשתתפים ולמתן לגיטימציה לדאוג לעצמם. בעקבותיהם חל שיפור בדאגה לעצמם ולבריאותם הפיזית והנפשית, להרחבת קשריהם החברתיים ולהגדלת הזמן המוקדש לתחביבים. ברמה האישית, הם חשו גם חיזוק בתחושת הביטחון והערך העצמי, ודיווחו על ירידה בתחושות הדיכאון והבדידות.

כיווני הפעולה לעתיד

מהמחקר עולה שיש צורך רב בתמיכה בבני משפחה המטפלים בזקנים. קבוצות התמיכה צריכות להיות חלק ממארג השירותים המיועדים לסייע לתומכים לשאת בעיקר הנטל הכרוך בטיפול ביקיריהם. מהמחקר המובא בדוח זה עולה שקבוצות התמיכה אינן מספקות את מלוא צורכיהם של התומכים ושהם זקוקים לשירותים נוספים, למשל, שירות תמיכה טלפוני למתן סיוע רגשי, למסירת מידע על זכויות ושירותים, להתייעצות ולמתן טיפים מעשיים הקשורים לטיפול בזקן.

מהמחקר עולה כי בקרב התומכים יש כמיהה גדולה להמשך פעילות הקבוצה. אנו סבורים שיש לתכנן זאת, בין אם במתכונת של "קבוצת רכבת", המתכנסת פעם או פעמיים בחודש ושאפשר להצטרף אליה ולהיגרע ממנה במהלך הפעלתה; או בכל דרך אחרת שתשמר את הקשר של התומכים עם אנשי מקצוע או עם מטפלים אחרים.

באשר לקבוצה האינטרנטית, לדעתנו יש פוטנציאל רחב לקבוצה כזו. לאחר שהצטבר ניסיון, נראה כי יש לחשוב על דרכים מעשיות להפחתת החסמים הטכניים שפגעו בפעילות הקבוצה במיזם.

תוכן העניינים

עמוד

1	מבוא
2	סקירת ספרות
12	מחקר הערכה
18	ממצאים
18	היבטים ארגוניים ביישום המיזם
23	מאפייני המשתתפים
40	מפגשי הקבוצות
51	תרומת ההשתתפות במיזם ושינויים שחלו בעקבותיו
58	סיכום
59	כיווני פעולה
60	מקורות

מבוא

לאור ההכרה ההולכת וגוברת בחשיבות תפקידם של בני המשפחה בטיפול בזקנים, בהשפעת הטיפול עליהם (כגון עומס ופגיעה באיכות חייהם) ובצורך לפתח עבורם תכניות מתאימות, יזם המוסד לביטוח לאומי תכנית ניסיונית. במסגרתה הוקמו 77 קבוצות תמיכה, מאוקטובר 2011 ועד אפריל 2013, בפריסה ארצית. קבוצה אחת מהן התנהלה באינטרנט. הקבוצות הופעלו על ידי שלושה גופים: עמותת אלה – מרכז לסיוע נפשי-חברתי (להלן: "אלה"), העמותה לפיתוח משאבי התמודדות (להלן: "משאבים"), ועמותת המרכז הישראלי לכבוד האדם (להלן: "כבוד האדם"). המיזם נועד לסייע לרשויות ולעמותות להפעיל קבוצות תמיכה דינמיות קצרות מועד (– STDP Psychotherapy Short Term Dynamic) לבני משפחה התומכים בזקנים, באמצעות עבודה דינמית המשלבת תמיכה, העצמה, מידע על טיפול בזקן ועל שירותים מסייעים רלוונטיים וכלים להתמודדות עם הטיפול בבן המשפחה הזקן¹.

מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ליווה את המיזם הניסיוני במחקר הערכה מראשית דרכו. בדוח שלפנינו מובאים הממצאים, המסכמים את הניסיון שנלמד מהפעלת המיזם. לאחר סקירת הספרות ותיאור השיטות, מובאים הממצאים בשני חלקים. החלק הראשון מתייחס להיבטים הארגוניים הקשורים ליישום המיזם. החלק השני מציג את מאפייני המשתתפים ואת תוצאות המיזם ואת תרומתו למשתתפים. הדוח נחתם בסיכום קצר.

¹ מדובר בנשים וגברים כאחד. מחמת נוחות נקטנו לשון זכר.

סקירת הספרות

בני משפחה המטפלים בזקנים כאוכלוסיית מטרה לקבלת סיוע

הארכת תוחלת החיים והשינויים הדמוגרפיים והחברתיים באוכלוסייה מציבים למערכות הרווחה אתגרים בתחום הטיפול הבלתי הפורמלי. מצד אחד, רוב הטיפול בזקנים מסופק בידי המערכת הבלתי פורמלית, ובעיקר בידי בני המשפחה (Wiener, 2003; Fujisawa & Colombo, 2009). מצד אחר, הירידה בילודה ובגודל המשפחה, הגידול בשיעור הזוגות ללא ילדים ובשיעורי הגירושין, הצטרפות הנשים לשוק העבודה והגידול במוביליות הגאוגרפית, כך שהורים וצאצאיהם רחוקים זה מזה – כל אלו מדלדלים את מאגר התומכים הבלתי פורמליים לזקנים בקהילה (Golden & Lund, 2009).

שירותים פורמליים

על פי הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2006, שהתמקד בנושא הטיפול הבלתי פורמלי, כרבע מהזקנים, שהם כ-176 אלף איש, מוגבלים בביצוע פעולות יום-יומיות (ADL) ומרביתם (87%) גרים בקהילה. כחמישית מהזקנים מוגבלים בניידות והם מהווים יותר משליש מבני ה-75 ומעלה. אומדן הזקנים הסובלים מדמנציה, אשר פוגעת ביכולתם הקוגניטיבית והשיפוטית וגורמת להפרעות בהתנהגות, הוא כ-135 אלף (עיבוד מסקר הבריאות 2009 שנערך בלמ"ס, בברודסקי, שנור ובאר, 2012). בקרב בני ה-75 ומעלה שיעורם מגיע לרבע בערך. השירותים הפורמליים הניתנים לזקנים עשויים לסייע לבני המשפחה לשאת בנטל הטיפול בזקן ולאפשר לרבים מהזקנים לגור בביתם. כ-150 אלף קשישים, שהם כ-17% מהקשישים, זכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי (ברודסקי ואחרים, 2012). אולם, למרות העזרה שמקבלים הזקנים מבני המשפחה ומהשירותים הפורמליים עדיין יש להם צרכים שאינם ממולאים, לא על ידי המסגרות הפורמליות ולא על ידי המסגרות הבלתי פורמליות (ברודסקי ואחרים, 2012).

מאפייני התומכים הבלתי פורמליים בזקנים

מספר התומכים המטפלים ללא תמורה בבן משפחה זקן מתקרב למיליון. כמחציתם (51%) נשים, 40% הם גילאי 45-64 ועוד כ-13% מהתומכים הם בני 65 או יותר. מעניין לציין שבקרב כלל האוכלוסייה, כ-40% מבני 45-64 מטפלים בזקנים (עיבוד מהסקר החברתי בברודסקי ואחרים, 2012). מרבית התומכים (74%) מטפלים בהורה או בהורה של בן/בת הזוג, וכחמישית מטפלים בבן/בת הזוג. היתר מטפלים בבן משפחה אחר (עיבוד מהסקר החברתי בברודסקי ואחרים, 2012).

הטיפול שמעניקים בני משפחה לזקנים נמשך על פי רוב כמה שנים והוא כולל מגוון תחומים: סיוע בפעולות היום-יומיות (כגון רחצה והלבשה), עזרה בפעולות שקשורות לניהול משק הבית (כגון הכנת

ארוחות וקניות), קישור ותיווך בין הזקן לבין שירותים בקהילה וכן סיוע בתמיכה כלכלית, נפשית וחברתית (ברודסקי, רזניצקי, בן-נון, מורגנשטיין ואחרים, 2004). נוסף על כך, הטיפול הרפואי והסיעודי שנותנים בני המשפחה נעשה מורכב יותר, והוא דורש מהמטפלים הבלתי פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון תחומים רחב.

השפעת הטיפול על בני המשפחה

הטיפול כרוך בהשקעת משאבים פיזיים, נפשיים וכלכליים רבים של המטפל. על אף שלתמיכה בבן משפחה עשויים להיות צדדים חיוביים, עשויה להיות לה גם השפעה שלילית על המטפל. המטפל משנה את תפקידו - מבן זוג או ילד - למטפל; משנה את לוחות הזמנים של חייו ואת אחריותו לעניינים שונים, ובעקבות זאת, משתנה אף סגנון חייו (הנטמן וברנשטיין, 2000; Glosser & Wexler, 1985). נוסף על כך, התומכים צריכים להתמודד עם המתח הנובע מתחושת האובדן ומהרגשות השליליים שלהם במהלך הטיפול, ובה בעת להמשיך ולנהל חיי משפחה וחיי חברה ולהמשיך לעבוד (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003). לתמיכה בבן משפחה יש "מחיר" - בריאותי, כלכלי ואף משפחתי (Lewis, Hobday, & Hepburn, 2010). חלק ניכר מהתומכים העיקריים מדווחים על תחושות לחץ ועומס (בין מחצית לשני שלישים, על פי האוכלוסייה הנחקרת), וככל שהזקן מוגבל יותר או סובל יותר מהמחלה, כך תחושת העומס על התומך² העיקרי גבוהה יותר (McKinlay et al., 1995; Zarit, 1992; Pearlin et al., 1990; Fredman et al., 1995; Neary, 1993; Arai et al., 2002; Miller & McFall, 1992). בין 40%-75% מקרב המטפלים בחולי אלצהיימר פיתחו מחלות נפשיות ו-15%-32% סבלו מדיכאון קליני. הם גם סבלו מהפרעות שינה, מעייפות, ממתח ומפגיעה במערכת החיסונית. הטיפול גרם למקצתם לשנות את מצבם התעסוקתי, בין אם על ידי פרישה מוקדמת או הפחתת שעות העבודה (Black et al., 2009) ובעקבות זאת בפגיעה בזכויות הפנסיוניות (MetLife & Brandeis University, 1999). למעלה משני שלישים מהמטפלים דיווחו על קשיים פיזיים (מאמץ פיזי גדול מדי) ועל השפעה לרעה על בריאותם; למעלה משני שלישים דיווחו על פגיעה בתפקודם החברתי ובזמן המוקדש לפעילויות הפנאי (Bamford et al., 1998; Bedini & Guinan, 1996).

העומס על בני זוגם של הזקנים גדול יותר מזה המוטל על ילדיהם. פרט לעובדה שבני הזוג עצמם מבוגרים וסובלים מקשיים בריאותיים, נראה שתחושת מחויבותו של תומך כלפי בן-זוגו, מקבל התמיכה, עמוקה יותר, עקב הקשר הזוגי. בני זוג אף חולקים יחד משק בית אחד, ולפיכך, הם ערים במיוחד לצורך של מקבל התמיכה בעזרה. הסיוע מצדם, על פי רוב, אינו תחום בזמן ועשוי להפריע להם במילוי תפקידים אחרים. כמו כן, עצם קיומם של מטפלים בלתי פורמליים אחרים מלבד התומך העיקרי

² מדובר בגברים ונשים כאחד. מחמת נוחות נקטנו לשון זכר.

מקטין את העומס המוטל על כתפיו-הוא (ברודסקי ואחרים, 2011), אולם כאשר התומך העיקרי הוא בן זוג, מעורבותם של בני המשפחה האחרים בטיפול קטנה יותר.

חשוב לציין, כי על אף שמחקרים רבים בוחנים את ההיבטים השליליים של מתן הטיפול, בשנות ה-90 ובמיוחד לאחרונה, התמקדו המחקרים גם בהשפעה החיובית של הטיפול על המטפלים, כגון התחושה שהם "מיטיבים", שהם נחוצים, שהטיפול מעניק לחייהם משמעות חדשה, ובכלל למערכת התגמולים שיש במתן טיפול. כיום נוטים להדגיש גם את היכולות ואת נקודות החוזק של התומכים, מאחר שאלה למעשה מהווים את הבסיס להתמודדות טובה עם המצב (Lawton et al., 1989; Switzer et al., 2000; Picot et al., 1997; Yates et al., 1999; Kinney & Stephens, 1989).

לאור כל זאת, בשני העשורים האחרונים גברה התעניינותם של קובעי מדיניות ושל מתכנני השירותים במטפלים הבלתי פורמליים בזקנים ובזיהוי דרכים לסייע להם ולהקל עליהם (ברודסקי ואח', 2011). בעקבותיה פותחו תכניות ושירותים לסייע בידי המטפלים להתמודד עם התחושות השליליות ועם ריבוי המטלות, מתוך הבנה כי הסיוע מסוג אחד בלבד של התערבות עבורם, הוא מוגבל (Golden & Lund, 2009). אחת הדרכים לסייע לחברי משפחה התומכים בזקנים היא קבוצות תמיכה.

קבוצות התמיכה

קבוצות התמיכה הראשונות הוקמו ב-1935 בארצות הברית והן נועדו לאלכוהוליסטים אנונימיים. השימוש בהן ככלי טיפולי ידע מאז עליות ומורדות (Homillos et al., 2011). כיום, זוהי שיטת טיפול נפוצה ביותר לסיוע קבוצתי, ובארה"ב היא מהווה אחד מששת השירותים הכי נפוצים בקרב מטפלים בזקנים (Golden & Lund, 2009).

באופן כללי, קבוצות תמיכה מתבססות על תאוריות מתחום הפסיכולוגיה, ובאמצעותן, דרך ההזדהות עם "קבוצת השווים", אנשים השייכים לקבוצות חלשות או הנמצאים בנקודות שפל בחייהם יכולים לצמוח לעבר זהויות חדשות, להתגבר על בדידותם ולהרגיש שאינם לבד. מקנזי ולייוסלי (1983) מזהים 6 שלבים בהתפתחות הפעילות בקבוצת תמיכה קצרת-מועד. לטענתם, בכל שלב הארגון והמטרות שונים, והשגת היעד בכל שלב מאפשרת להתקדם לשלב הבא. השלבים הם אלו:

1. **התקשרות (Engagement)**. ההתקשרות מושגת לאחר שכל המשתתפים הביעו את מחויבותם להשתתפות, באמצעות חשיפה שטחית יחסית של קשייהם ועיסוק בהתנסויות דומות של חברים אחרים בקבוצה. כך שבהתחלה נוצרת אווירת אמון בסיסית ובעקבותיה נוצרת הלכידות של הקבוצה. השוואה בין התנסויותיהם של חברי הקבוצה לאלו שמחוצה לה מאפשרת להגדיר את גבולותיה החיצוניים. בשלב ההתקשרות התלות במנחה גדולה ועליו לדאוג לשיתוף בין חברי הקבוצה כדי שלא יישארו בקבוצה חברים מבודדים.

2. **בידול (Differentiation).** לאחר שבשלב הראשון התמקדה הפעילות בקבוצה במציאת המכנה המשותף בין החברים, בשלב הבידול מבליטים את ההבדלים בין המשתתפים. מטרת שלב הבידול היא לחזק את מנגנוני ההתמודדות עם הקונפליקטים ולאפשר הכרה בשונות בין החברים.
3. **צביון אישי (Separation individuation).** המשימה היא להכיר באופן עמוק יותר כל חבר. עיקר העיסוק הוא בגבול של כל פרט בנפרד, דרך חשיפה, אשר מצד אחד עלולה לאיים על תפיסתו את עצמו ומצד אחר, זו הזדמנות לבחינה עצמית. תהליך זה מקנה למשתתפים תחושת לכידות חברתית; שכן הם מזהים את המכנה המשותף ביניהם. תפקיד המנחה כאן לאפשר לכל אחד בקבוצה להשתתף בתהליך החשיפה העצמית ולווסת את חלוקת הזמן ביניהם.
4. **אינטימיות (Intimacy).** בשלב זה המטרה היא לעורר את תחושת האינטימיות בקרב המשתתפים על ידי יצירת קשרים קרובים ביניהם "כאן ועכשיו". ייתכן שבקבוצה יועלו נושאים שכבר נידונו בעבר, אבל בשלב זה הם יידונו בצורה מורכבת יותר ובאווירה פתוחה וסובלנית יותר. קשרים בין-אישיים נבדקים באופן הדדי, ותפקיד המנחה הוא לשקף אותם. האווירה בקבוצה משקפת התקשרות חזקה בין החברים, בכך שהיחסים פתוחים יותר ולא מתגוננים.
5. **הדדיות (Mutuality).** מטרת השלב הזה היא לפתח תחושת אחריות הדדית. כלומר, חקירה ודיון בקשרים לא מאוזנים ואף מזיקים, כדוגמת ניצול, לעומת קשרים מאוזנים. גם כאן, עשויות לעלות סוגיות, באופן "ספירלי"; כלומר הן כבר נידונו בעבר בקבוצה, אלא שעתה הן יוארו באור שונה. בשלב זה, לאחר שנפרשה "רשת ביטחון", נכונותו של הפרט ללמוד על האחריות האישית שלו תהיה גדולה יותר; הוא יסכים לגעת בכאב, באשמה, בחולשה, בחשש מאבדן וכד'. תפקיד המנחה בשלב זה הוא לדאוג שחברי בקבוצה יתמודדו עם הקשיים ולא "יברחו" מהם, כדי שתהיה התפתחות ממשית.
6. **סיום.** שלב הסיום והפרידה מלווה בתחושה של התנסות בונה. תפקיד המנחה הוא לאפשר לכל אחד לסכם בצורה מעובדת את ההתרחשויות, לצורך הפנמת ההתנסות כתהליך למידה מתמשך. שלב זה מאופיין בתחושות אובדן ופרדה ובו בזמן הוא גם הזדמנות אחרונה להתנסות במיומנויות שנרכשו.

קבוצות תמיכה ככלי סיוע למשפחות המטפלות בזקנים

קבוצות התמיכה נועדו לספק לתומכים סביבה תומכת ובטוחה, שבה יוכלו לדבר על קשייהם וגם ללמוד מקשייהם של אחרים. בקבוצת התמיכה התומכים יכולים לקבל מידע על מחלתו של מקבל התמיכה, על הטיפול בה, על השירותים שבהם ניתן להיעזר; הם יכולים לרכוש מיומנות של ניהול הטיפול מבחינה התנהגותית, משפטית, כלכלית, חברתית ובין-אישית (Alzheimer's Association, 1995). קבוצת התמיכה מעוררת את האמון בין אנשים והיא עשויה להרחיב את רשת התמיכה החברתית ואת ההעצמה האישית כאשר התומכים חווים רגשות כגון: עצב, דיכאון, פחד, תסכול, בידוד, נטל וכעס (Mackenzie, 1991; Larance & Porter, 2004; Glosser & Wexler, 1985).

לפי תאוריית "ההשוואה החברתית" של פסטינגר (Festinger, 1954), אנשים משווים ביניהם לבין אחרים כדי להעריך את יכולותיהם ואת דעותיהם, במיוחד כאשר אין להם מידע אובייקטיבי על נושא כלשהו. שכטר (Shechter, 1959) הרחיב את התאוריה וטען כי כשאנשים מאוימים, הם מעדיפים להתרועע עם אנשים שתחושתם דומה, לשם "השוואה רגשית" וכדי לקבוע עד כמה הם מיטיבים להגיב רגשית (Carmack Taylor et al., 2007).

יאלום (1995) בספרו מציין 11 תחומים שבהם קבוצות התמיכה יכולות לעזור; להלן פירוטם: 1. לטעת תקווה (למרות הקשיים בהווה); 2. לתת תחושת אוניברסליות ("אני לא לבד", היכולת לתקשר עם אנשים אחרים אשר חולקים בעיות דומות, לקבל מהם עצות, להבין שהבעיה שלהם היא אוניברסלית ולא בלעדית להם ולהרגיש שייכות לקבוצה); 3. להקנות מידע (על השירותים, המחלה, הטיפול בה וכד'); 4. אלטרואיזם (עזרה לאנשים שכלל לא מכירים); 5. לשפר את היחסים במשפחה. 6. ללמד טכניקות לשיפור מיומנויות חברתיות; 7. להביא את המשתתף לחקות התנהגות של משתתפים אחרים (מודלינג בהקשר של אסרטיביות כלפי הזקן ונותני שירותים); 8. למידה האחד מניסיונו של השני (האפשרות להיעזר בידע ובניסיון של האחרים); 9. לכידות קבוצתית; 10. לגרום בקרב המשתתפים לתחושה של קתרזיס; 11. גורמים קיומיים.

בישראל ההשתתפות בקבוצות תמיכה למטפלים מועטה. שיעור התומכים שהשתתפו בקבוצות תמיכה היה 0.4% מהתומכים בחולי ההוספיס ומהתומכים בזכאי גמלת סיעוד, ואף לא אחד מהתומכים בחולי דמנציה (בנטור ואחרים, 2005; ברודסקי ואחרים, 2004; ברודסקי ואחרים, 2005). ברם, שליש מהתומכים בלוקים בדמנציה היו מעוניינים להשתתף בקבוצות תמיכה (ברודסקי ואחרים, 2005) ו-16% מהתומכים בחולים המטופלים בהוספיס בית דיווחו כי היו מעוניינים להשתתף בקבוצת תמיכה (בנטור ואחרים, 2005). עם זאת, ידוע לנו שלאחרונה פועלות מעט קבוצות תמיכה למטפלים בזקנים הלוקים בדמנציה.

הערכת קבוצות תמיכה לתומכים בזקנים

על פי מקנזי (1986), בהערכת קבוצה טיפולית יש לבדוק שישה ממדים: 1. מדדי תהליך של הקבוצה, כמו: האווירה בקבוצה, מידת שיתוף המשתתפים ועימותים בין משתתפים. מידע זה עשוי להתקבל הן מהמשתתפים והן מהמנחים, או אף מתצפית אובייקטיבית; 2. מדדי שינוי אובייקטיביים וסובייקטיביים, על סמך התרשמות המשתתפים עצמם. למשל, שינויים בתפקוד היום-יומי או בהתנהגות; 3. שינוי במצב הנפשי, בפעילות הפנאי ובדאגה של המשתתף לעצמו, שינוי ביחסים הבין-אישיים במשפחה וכד'; 4. שינוי במידת השימוש של המשתתף בשירותים; 5. מה היו המטרות להצטרפות לקבוצה; 6. מאפייני רקע ומצב המטופל מבחינת מוגבלות בתפקוד יום-יומי בתחילת התהליך הטיפולי.

השונות הגדולה במאפייני הקבוצות הגבילה את יכולת הסקת המסקנות ואת יכולת ההכללה של מחקרי ההערכה. כדי להתגבר על מקצת הבעיות המתודולוגיות הנובעות מהשונות הזאת, בשני העשורים שחלפו נעשו מאמצים רבים לפיתוח כלים מחקרניים אחידים ומתוקפים שיאפשרו מדידת שינויים בממדים שונים. למרות זאת, פורסמו מעט מאוד מחקרים שיטתיים שמאפשרים ללמוד על תרומתן של קבוצות התמיכה (Hormillos, & Crespo, 2011).

מחקר שנערך בטאיוואן (Chu, Yang, Liao et al., 2011) העריך קבוצת תמיכה למטפלים בחולי דמנציה. מפרוטוקול הקבוצה עולה שבמפגש הראשון המשתתפים הכירו זה את זה; הובהרו מטרות הקבוצה; הוסברו נוהלי ההתנהגות בקבוצה וכל משתתף הציג את סיפורו האישי. במפגש השני ובשלישי התבקשו המשתתפים לתאר את הרגשותיהם בפתיחות. המפגשים 4-5 התמקדו בתגובות המטופל ובבעיות ההתנהגות שלו. המפגשים 6-7 טיפלו בהעצמת המטפל ובאיתור דרכים לדאוג לעצמו וכיצד לעשות דברים חיוביים עם המטופל. במפגשים 8-9 הועבר מידע על שירותים בקהילה, נידונו סוגיות כספיות וכיצד ניתן להיעזר בעזרה בבית לטיפול בזקן. במפגשים 10-11 נידונו יחסים בין-אישיים עם הזקן ועם בני משפחה אחרים ובמפגש ה-12 והאחרון סוכמו המפגשים וניתנה למשתתפים אפשרות לספר על תכניותיהם לעתיד.

השפעות קבוצות התמיכה בזירות שונות – תוצאות ממחקרים

נמצא כי קבוצות התמיכה תורמות לשיפור במצב רוחם של המשתתפים, מפחיתות את תחושת הדחק שלהם ומקנות להם תחושת אוניברסליות; התומכים מבינים כי הם אינם לבדם, וכי בקבוצה הם יכולים ואף אמורים לחלוק את רגשותיהם עם אנשים אחרים שמצבם דומה. תומכים דיווחו כי בקבוצות התמיכה הם יכלו להביע רגשות שליליים ולמתנם; הם גם יכלו לגבש ציפיות מציאותיות יותר וכך למתן את רגשות הכעס, התסכול ואת רגשות האשם (Golden & Lund, 2009) שלהם. באמצעות הקבוצה התומך יכול להבין מהו האיזון הנכון יותר בין רווחתו של החולה לבין צרכיו-הוא, שהרי אחת ממטרות הקבוצה היא לסייע לו לחשוב על חייו ולא רק על חי החולה. איזון זה ממתן את רגשות האשם של התומך ומסייע גם בהחלטות קשות, כמו החלטה לגבי מיסוד (Golden & Lund, 2009). יש תומכים שחווים שיפור בדימוי העצמי שלהם ותחושת שליטתם על חייהם גבוהה יותר. הקבוצה מפתחת את מוכנותם של התומכים לתפקידם כתומכים ומגבירה את ביטחונם ביכולתם. תומכים דיווחו כי בעקבות השתתפותם בקבוצת התמיכה פחתה תחושת העומס שלהם והם למדו להשתמש באסטרטגיות התמודדות חיוביות יותר (Golden & Lund, 2009). יתרון נוסף של ההשתתפות בקבוצות התמיכה הוא מתן ההזדמנות ל"השוואה חברתית" (Carmack Taylor et al., 2007). מלבד זאת, קבוצות התמיכה מסייעות למניעת המיסוד או לדחייתו (Carmack Taylor et al., 2007; Golden & Lund, 2009).

עם זאת, נמצא כי לא תמיד ההשתתפות בקבוצות התמיכה מועילה לתומכים. יש תומכים שאומרים כי לא קיבלו את סוג התמיכה ואת רמת התמיכה שהייתה דרושה להם ושלה ציפו. יש הטוענים כי לא

קיבלו ידע מספק או את הסיוע שהיה דרוש להם. יש כאלו שהקבוצה רק הגבירה את המועקה בקרבם ואת הדיכאון מפני שהתמקדו בה בהשלכות לטווח הארוך (למשל, הידרדרות בשל דמנציה) ולא בפתרון בעיות מידיות. להרכב הקבוצה יש השפעה מכרעת על שביעות הרצון ממנה. קבוצות הכוללות אנשים שיש להם אותם יחסי קרבה עם הזקן מלוכדות יותר, כי חוויותיהם של חבריהן דומות. גברים יעדיפו משתתפים גברים ואילו מיעוטים אתניים יעדיפו קבוצות הטרוגניות מבחינה אתנית, מתוך הנחה שאם הרוב בקבוצה יהיו לבנים אז הגישה לחולי ותמיכה בקבוצה תהיה מערבית ו"לבנה" (Golden & Lund, 2009).

מרבית מחקרי ההערכה של קבוצות התמיכה נערכו בקרב תומכים בחולי דמנציה. המחקרים הללו מצביעים על השפעה מעורבת: יש מחקרים שהראו שתפיסת העומס פחתה באופן ניכר, לעומת התקופה של ראשית הפעילות בקבוצה. מחקרים אחרים מצאו שקבוצות התמיכה שנועדו להקל את העומס על המטפלים הקלו רק מעט או כלל לא. מהספרות המקצועית עולה כי על אף שההקלה בעומס אינה חד-משמעית וברורה, בסימפטומים של הדיכאון ניכרת הקלה. כך, לדוגמה, מחקר הערכה שנערך בטאיוואן על קבוצת תמיכה למטפלים בחולי דמנציה התמקד בהשפעת הקבוצה על הדיכאון ועל תחושת העומס והשחיקה אצל המטפלים. ממנו עולה כי קבוצת התמיכה הצליחה להפחית את הסימפטומים של הדיכאון אך לא בתחושת העומס, לעומת מטפלים שלא השתתפו בקבוצה. ממצאים אלה התקבלו בעקביות בסיום הקבוצה וחודש לאחר מכן, לעומת תחילת מפגשי הקבוצה (Chu et al., 2011).

על אף שמחקרי ההערכה של קבוצות התמיכה לא עלו ממצאים חד-משמעיים לגבי תרומתן, ולמרות קיומן של תופעות כגון חוסר רצון להשתתף בקבוצות תמיכה, נשירה מהן או אף הבעת אי שביעות רצון לגבי התכנים או ההרכב של הקבוצות, זו עדיין ההתערבות המומלצת ביותר לתמיכה בבני משפחה (Smyth, Rose, McClendon, & Lambrix, 2007). המחקרים מראים כי רוב המשתתפים נוטים להיות שבעי רצון מן המפגשים, לדווח כי הללו שיפרו את איכות חייהם ורוב המשתתפים אף מביעים רצון להמשיכים (Glosser and Wexler, 1985; Smyth et al., 2007; Cella et al., 1993).

קבוצות תמיכה מבוססות אינטרנט

התקשורת באינטרנט תופסת תאוצה בשנים האחרונות. קבוצות תמיכה אינטרנטיות החלו להתפתח כבר בסוף המאה הקודמת והן משמשות דרך נוספת לתמיכה במטפלים (Chiu et al., 2009). הטכנולוגיות (ITC-Information and Communication Technologies) שבאמצעותן מתבצעות הקבוצות הן מגוונות: פורומים או קבוצות דיון ודואר אלקטרוני, באמצעותם מקבלים הודעות המופצות אוטומטית לכל חברי הקבוצה. טכנולוגיה זו מאפשרת קבלת מידע ותמיכה, ממומחה ו/או מאתר המספק מידע רלוונטי (Powell, Chiu & Eysenbach, 2008).

התכנים הפופולריים ביותר בארה"ב בקבוצות התמיכה האינטרנטיות הם: תמיכה חברתית-רגשית (שיח חברתי על רגשות ותקשורת בין-אישית), תמיכה מבוססת-מטרה (העברת מידע בהקשר של שיתוף

במידע ספציפי ופתרון בעיות שאינן קשורות ליחסים בין-אישיים); (Klemn, Hurst, Dearholt, &) ; (Trone, 1999; Mahoney & Shippee-Rice, 1994; Chiu, 2009).

קבוצת תמיכה מבוססת-אינטרנט מקנה רבים מהיתרונות שיש לקבוצות התמיכה הפרונטליות של פנים-אל-פנים; שכן, רבים מהגורמים המרפאים המצוינים על ידי יאלום (1995) עשויים להתקיים גם בקבוצה זו: לכידות קבוצתית, אוניברסליות, אלטרואיזם, כמו גם למידה בין-אישית (Shaw et al.,) אופייניים לקבוצות תמיכה ומשותפים לקבוצות הפרונטליות ולקבוצות באינטרנט, אף כי הם מתבטאים בדרכים שונות. למשל, תהליכי "העברה" (Transfer) כלפי המנחה וכלפי משתתפים אחרים, משום שאי אפשר לראות את שפת הגוף והמימיקה באינטרנט, דברי הכותב עשויים להתפרש באופן שונה מזה שאליו התכוון. דוגמה נוספת היא תהליכים רגרסיביים של קבוצה. באינטרנט הדבר מתבטא בתוקפנות (השמצות) או בנדיבות מוגזמת. האנונימיות באינטרנט ומהירות התגובה מעודדות תהליכים אלה (Holland, 1995, Suller, 1996).

להבדיל מקבוצות התמיכה הפרונטליות, בקבוצות מבוססות-אינטרנט, הטכנולוגיה מאפשרת למטפלים ולמטופלים להישאר בבית ולהשתתף בקבוצה, בזמנים הנוחים להם (Powell, Chiu, & Eysenbach,) (2008). לזמינות יש חשיבות מכרעת, משום שהיא מאפשרת לתומכים, ובמיוחד לאלה שמתקשים להשאיר את המטופל לבדו, להתחבר לקבוצה בכל עת, בכל מקום ובכל אופן שנוח להם, ללא צורך לדאוג למישהו שיישאר עם המטופל. האנונימיות מאפשרת לתומכים לשאול שאלות אישיות ללא חשש שיזהו אותם (Smyth & Harris, 1993; White & Dorman, 2000), לספר בפתיחות רבה על מוגבלויות המטופל, ללא חשש שיפגשו את השותפים לקבוצה, לשתף את חברי הקבוצה ברגשות ובחשיפת נושאים "רגישים". יתרונותיה הנוספים של הקבוצה האינטרנטית התורמים לפתיחות הם אלו: אווירה שיפוטית פחות, המידיות של המידע-תגובה וגם שלעתים קל יותר לקבל עזרה מאדם זר שלא מכירים ובייחוד מאנשים שחווים חוויות דומות ונתקלים בקשיים דומים. כאמור, פרט לתמיכה המתקבלת בקבוצה מהחברים שמצבם דומה, ניתנת תמיכה של מומחה. מידע זה, בין אם הוא מועבר באמצעות דליית מידע מאתר אינטרנטי או בעזרת המומחה עצמו שמעביר מידע (רפואי, אינסטרומנטלי וכד') או עונה לשאלות, עשוי אף הוא להפחית את עומס הטיפול (Tixier, 2009).

לעומת זאת, לקבוצת התמיכה האינטרנטית יש גם חסרונות: בשל הווירטואליות שלה יכולתה ליצור אינטימיות מוגבלת: העדר הנגיעה, הליטוף, החיבוק, הקול, קשר העין וחוסר היכולת להבחין בשפת הגוף עלולים להוות מגבלה. חיסרון נוסף שיכול, כאמור, להיות בקבוצה כזו הוא היווצרות של קליקות אשר גורמות לאנשים תחושת אי-שייכות שיכולה להגביר תחושות שליליות כמו דיכאון (Madara,) (1997; White et al., 2000; Colvin et al., 2004; Powell, Chiu & Eysenbach, 2008; Chiu et al., 2009).

בדומה לקבוצות פנים-אל-פנים, גם בקבוצות אינטרנטיות המשתתפים עלולים להיפגע. למשל, היחיד יכול "ללכת לאיבוד" ולהרגיש "אבוד" בגלל ריבוי הנושאים שעולים ברשת; חבר בקבוצה שאינו מקבל מענה לשאלתו עשוי לחוש כי הוא "הולך לאיבוד"; כאשר בקבוצה נוצרות "קליקות"; כאשר כללי התנהגות נאותים אינם נשמרים ועוד. כדי להפחית תופעות כאלה, ישנן דרכים שהמנחה יכול לנקוט אותן (Yalom, 1995; Mackenzie, 1997) כמו: להגדיר מראש את נוהלי הקבוצה, גבולות הזמן, צורת כתיבה וכללי התנהגות. עליו לשמור על גבולות העצמי של המשתתפים, לאפשר לכל משתתף לעבור את התהליכים הפנימיים בקצב המתאים לו, ליצור אווירה של כבוד הדדי וסובלנות לדעות של אחרים ולתת תחושת יציבות ובטחון.

על התפתחות הדינמיקה בקבוצות אינטרנטיות ניתן ללמוד מקט נגל (1996), שאמנם התייחסה במאמרה לרשימות דיון, אך קיים דמיון רב בינן לבין קבוצות האינטרנטיות. לפי נגל, הדינמיקה מאופיינת ב-6 שלבים: 1. התלהבות ראשונית בה אנשים מציגים עצמם ומשתפים. 2. אנשים מתלוננים שלא מספיק כותבים בקבוצה. 3. הצטרפות אנשים למעגל הכותבים ועליה בכמות הנושאים הנידונים. 4. נוצרים יחסי גומלין ועצות הדדיות וכן נרקמות ידידויות. ישנה סבלנות ונדיבות ברשת. 5. בעקבות עליה במגוון הנושאים עולות תלונות על נושאים לא קשורים, כעס וחוסר סבלנות. 6. בשלות והמשך הקבוצה (חזרה לשלבים 4,5) או קיבעון וגוויעת הקבוצה בשל חוסר סובלנות ונשירה מאסיבית של משתתפים (Nagel, 1996).

הערכת קבוצות התמיכה באינטרנט

עד כה מעט מאוד מחקרים מבוקרים נערכו בתחום של קבוצות אינטרנטיות למטפלים. מחקרי הערכה של תכניות המתבססות על טכנולוגיות הרשת והמיועדות לתמיכה במטפלים לא הביאו למסקנות ברורות וחד-משמעיות לגבי תרומתן. המחקרים הצביעו על שיפור קל בתחושת העומס ובמצב הדיכאון של המטפלים, בדומה לקבוצות הפרונטליות. ממצאים אלה היו שונים בין קבוצות אתניות, מידת קבלת תמיכה פורמלית ותחושת העומס בתחילת התכנית (Powell et al., 2008). נביא כאן מספר מחקרי הערכה של קבוצות תמיכה מבוססות אינטרנט שפורסמו בספרות המקצועית:

באס ואחרים מצאו שבקרב מטפלים בחולי אלצהיימר שהשתתפו בקבוצת תמיכה אינטרנטית מבוססת דואר אלקטרוני, לאחר שנה, ניכרה הפחתה בעומס הרגשי, יותר תחושת בטחון בקבלת החלטות והפחתת קונפליקטים בין בני זוג (Bass et al., 1998).

גם שימוש באתר מידע באינטרנט או בטכנולוגיה המשלבת אתר עם דוא"ל אישי, למטפלים בחולי אלצהיימר, הביא להפחתה בתפיסת העומס ולהתייעלות (efficacy) בטיפול. האתר כלל 400 דפי אינטרנט עם מידע על המחלה ושלביה, אסטרטגיות טיפול, ורשימת שירותים בקהילה. התמיכה דרך הדוא"ל נעשתה בידי מרפא בעיסוק או עו"ס, כדי להסביר איך לארגן בית בטוח, איך להתמודד עם בעיות ההתנהגות, ואיך להפחית את העומס על המטפל. התכנית נמשכה 6 חודשים (Glueckauf et al.,)

White.(2004; Chiu et al., 2009 ועמיתים מצאו כי קבוצת תמיכה מבוססת דואר אלקטרוני שיפרה אצל מטפלים בחולי אלצהיימר את הביטחון בקבלת החלטות והפחיתה עומס רגשי (White et al., 2000; Colvin et al., 2004; Powell, Chiu & Eysenbach, 2008; Chiu et al., 2009).

מהשוואה בין תמיכה אינטרנטית באמצעות שני ערוצים : 1. טכנולוגיה של קלטות וידאו להעברת מידע ו-2. קבוצות תמיכה ששילבו תמיכה נפשית דרך דוא"ל ודליית מידע מאתר באינטרנט, נמצא כי העברת מידע למטפלים באמצעות קלטות וידאו הייתה יעילה באותה המידה כמו הקבוצות האינטרנטיות שכללו תמיכה נפשית והעברת מידע דרך אתר ובשילוב עם התכתבות דרך דוא"ל. עוד נמצא שככל שהמטופלים נכנסו יותר לקבוצה האינטרנטית כך חשו תחושת הקלה גדולה יותר בעומס (Chiu et al., 2009).

עד כה סקרנו את הספרות העוסקת בהשלכות הטיפול בזקנים המוגבלים תפקודית על המטפל העיקרי הבלתי פורמלי. כמו כן, בחנו את מקומן של קבוצות התמיכה בסיוע למטפלים, לרבות קבוצות אינטרנטיות. בפרק הבא יתואר מחקר ההערכה שליווה את מיזם קבוצות התמיכה – מטרות המחקר, מערך המחקר, הדגימה והמודל התיאורטי העומד בבסיסו.

מחקר ההערכה

מטרות המחקר

ההערכה נועדה לבחון את תהליך יישום המיזם, את תרומתו למשתתפים ולסכם את הלקחים הנלמדים, כדי לסייע לקובעי המדיניות ולמפתחי השירותים לגבש תכניות יעילות לתמיכה ולסיוע לבני משפחה המטפלים בזקנים מוגבלים.

המחקר נועד לספק מידע על הנושאים האלה:

1. מאפייני המטפלים הבלתי פורמליים המשתתפים בקבוצות התמיכה מבחינת מאפיינים סוציו-דמוגרפיים (גיל, מגדר, דתיות, השכלה, מצב חברתי-כלכלי); מאפייני הקשר עם הזקן (יחס קרבה, הסדרי מגורים [עם הזקן או לא], איכות הקשר); מאפייני רשת התמיכה של הזקן ושל בן המשפחה המשתתף בתכנית (כגון: הרכב נותני התמיכה, מאפייני העזרה שמושיט בן המשפחה המשתתף בתכנית ושל בני משפחה אחרים – וכן סוגי התמיכה – אינסטרומנטלית, רגשית, כספית וכד').
2. מאפייני הזקנים המטופלים על ידי התומכים, מבחינת המאפיינים הסוציו-דמוגרפיים (גיל, מגדר וכד'), מצב תפקודי, מצב קוגניטיבי, סוג המחלה (מחלות ממאירות, דמנציה וכד'), וניצול שירותים קיימים (מטפלת, מרכז יום וכד').
3. דרכי השיווק של המיזם וגיוס המשתתפים (פרסום באמצעי התקשורת, פנייה אישית, מי יזם את הפנייה וכד'), מידת ההיענות למיזם וכן חסמים ומגבלות (כגון: חוסר זמן, בעיית נגישות, חוסר יכולת להשאיר את הזקן לבד).
4. תיעוד פעילות הקבוצות מבחינה ארגונית: מקום המפגש, תדירות המפגשים ומספרם בפועל, שפת המפגש, מספר המשתתפים, צורת הנחיית המפגש, קשיים ארגוניים או לוגיסטיים, סיבות לאי הגעה למפגשים ונשירה.
5. התכנים שהועלו בקבוצות התמיכה, דרכי גיבושם ומידת התאמתם לצרכים הספציפיים של התומכים, באיזו מידה תאמו לתכנית ההנחה המקורית.
6. מאפייני המנחים מהבחינה הסוציו-דמוגרפית והמקצועית.
7. הערכתם של המנחים את המיזם ותרומתו להם מבחינה מקצועית.
8. ציפיותיהם של בני המשפחה מהתכנית, ההיענות לציפיות אלו, שביעות הרצון מהמיזם ובכלל זה מהתכנים השונים, מהאווירה בקבוצה, מהרמה המקצועית של המנחים, מהיקף הפעילות, מהזמינות ומהנגישות.
9. תרומת המיזם לבני המשפחה בהתייחס להקלה בעומס הטיפול, התייחסות להיבטים חיוביים של הטיפול, רווחה נפשית, שמירה על הבריאות העצמית (self-care), איכות הקשר עם הזקן וכוונות לפנייה לסידור מוסדי. כמו כן, תרומת התכנית לשיפור יכולת ההתמודדות של המטפל, רכישת ידע ומיומנות טיפוליים, ניצול מורחב ומושכל יותר של השירותים הפורמליים ושינוי בדפוסי הפעולה של הרשת החברתית הבלתי פורמלית (למשל, גיוס בני משפחה אחרים).

10. באיזו מידה יש קשר בין החברה המפעילה ו/או סוג קבוצת התמיכה (לפי יחס קרבה - בן/ת זוג, צאצאים, או לפי סוג המחלה – דמנציה וכד') לבין פרמטרים שונים של תהליך ותוצאה (שביעות רצון וממדים שונים של תרומה).
11. מאפייניהם של המשתתפים בתכנית לעומת מאפייניהן של קבוצות אוכלוסייה דומות, אשר אינן נעזרות בשירות של קבוצת תמיכה. ההשוואה מתייחסת להשלכות הטיפול, כגון עומס, תוך התחשבות במאפייני רקע שונים של התומך (יחס קרבה לזקן, גיל, מצב תפקודי וסוג מחלת הזקן).

מערך המחקר

במחקר השתמשנו בשיטות חקירה כמותיות ואיכותניות. מערך המחקר כולל איסוף נתונים על תהליך היישום של המיזם ועל תרומתו למשתתפים. בחינת תרומת המיזם לתומכים מתבססת בחלקה על מערך מחקר "לפני" ו"אחרי". להלן פירוט מקורות המידע והכלים ששימשו לאיסוף הנתונים:

1. יומן פעילות שוטף מקוון של כל אחת מהקבוצות אשר מולא על ידי מנחי הקבוצות. היומן המקוון כלל מידע הן לגבי הקבוצה, כגון השפה שבה היא התנהלה (בעברית או בערבית) ומאפייני המשתתפים (גילם, קרבתם המשפחתית לזקן ועוד), והן מידע לגבי כל אחד מהמפגשים, כגון נוכחות במפגש, תכנים שנדונו, צורת העברת המפגש (דיון, משחק תפקידים, הרצאת אורח וכד') והדינמיקה במפגש.

2. ראיונות טלפוניים עם בני משפחה המשתתפים בתכנית, בשני מועדים: בתחילת פעילות הקבוצה (t_0) וכחודש וחצי לאחר סיומה (t_1).

הראיון הטלפוני הראשון עם המשתתפים (t_0) נעשה בסמוך למפגש הראשון, וכלל פרטים דמוגרפיים של התומך, פרטים על מאפייני הזקן ופרטים על מאפייני העזרה הפורמלית והלא-פורמלית ועל השלכות הטיפול בממדים אלו: עומס, איכות חיים, מצב בריאות (בנקודת התחלה), איכות הקשרים (מבוסס על מדדים כגון: תדירות מפגשים עם משפחה, שכנים, חברים ומכרים, מדד פעילות, מידת תמיכה אינסטרומנטלית, מידת תמיכה רגשית, שביעות רצון מהקשר עם חברים ומשפחה – אשר הופיעו אצל (Fiori, et al., 2007). כמו כן נכללו שאלות בנוגע לסיבת הפנייה למיזם והציפיות מהקבוצה. בראיון השני (t_1) נעשתה פנייה חוזרת לאותם מרואיינים כחודש וחצי לאחר המפגש האחרון של הקבוצה. השאלון התייחס בעיקר להערכת ההנחיה והתנהלות הקבוצה וכן לתפיסת המרואיינים את ההיבטים השונים של תרומתה, שינויים שחלו בפועל בחייו האישיים של המטפל ובהקשר לטיפול בבן המשפחה הזקן, לעומת תקופת הבסיס (t_0). בנוסף, נשאלו שאלות על תחושות העומס הטיפולי והרווחה הנפשית, תוך שימוש באותם מדדים לפני ואחרי הקבוצה.

3. ראיון של כל 89 מנחי הקבוצות בשאלון למילוי עצמי מקוון (אינטרנטי) על כל הקבוצות שהנחו. היו מנחים שהנחו יותר מקבוצה אחת. בסך הכל מולאו 108 שאלוני משוב. השאלון כלל מידע על המנחה (כגון, רקע דמוגרפי ומקצועי וותק בהנחיית קבוצות); מידע על תהליך העבודה בקבוצה, הן מבחינה

ארגונית (מיקום ולוגיסטיקה) והן מבחינת העבודה הקבוצתית (למשל דינמיקה שנוצרה, גיבוש תכני הקבוצה באופן מובנה או דינמי); תוצאות התהליך והשלכות לעתיד: שביעות רצון, תרומה נתפסת למשתתפים ולקחים לעתיד.

4. ראיון פנים-אל-פנים מובנה למחצה עם רכזות שלושת הגופים המתפעלים – בתחילת התכנית, באמצע השנה ובסופה, כדי לקבל משוב שוטף על הפעלת התכנית, על הקשיים (גיוס המשתתפים, גיוס מנחים), על ההצלחות ועל לקחים לעתיד.

5. תצפיות וליווי של הוועדות הארציות והסניפיות שהתקיימו במהלך המיזם.

6. תצפיות בהכשרות למנחים ובמפגשי קבוצת תמיכה.

7. השוואות למחקרים בקרב בני משפחה מטפלים שלא השתתפו בקבוצות תמיכה, שנערכו במכון ברוקדייל ובלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

הדגימה

מתוך רשימת הקבוצות במיזם נדגמו המשתתפים כמתואר להלן: בכל גוף מתפעל ("אלה", "משאבים", "המרכז הישראלי לכבוד האדם") נדגמו פרופורציונלית כ-14 קבוצות, ובסך הכל 43 קבוצות. הדגימה הייתה דגימת זמן, ובה נדגמו משתתפים עד שנתקבלה המכסה של כ-400 שמות של בני משפחה (כשליש מכל גוף מתפעל ומכלל המשתתפים בתכנית). המשתתפים במחקר נדגמו מתוך 500 משתתפים שהסכימו להתראיין על ידי צוות המחקר. מתוכם רואיינו בתקופת הבסיס (t_0) 408 משתתפים. הסיבות העיקריות לאי-ריאיון היו נשירה מהקבוצה (41 אנשים, שהם 8% מהמדגם) או סירוב להתראיין, לאחר שמהלך הריאיון הוסבר (17 אנשים, שהם 3% מהמדגם). היתר (34 אנשים) לא רואיינו מסיבות אחרות, כמו שפה וראיונות שלא הושלמו. בתקופה שאחרי (t_1) רואיינו 370 משתתפים. 10 מרואיינים סירבו להתראיין, עוד 9 מרואיינים לא אותרו והיתר לא רואיינו מסיבות אחרות, למשל, נשירה מהקבוצה (מרביתם בשל מות המטופל).

כלי המחקר העיקריים

א. **שאלון עומס הטיפול של זריט** – (Zarit Burden Interview (ZBI) (Zarit et al., 1990). הסולם נועד למדוד את חוויית העומס הסובייקטיבית של המטפל בעקבות הטיפול. זהו אחד הכלים הנפוצים ביותר בספרות, ובמיוחד בקרב מטפלים בחולי דמנטיה. הפלי קל יחסית לשימוש, בעל תוקף מבנה גבוה ומהימנות גבוהה (Zarit & Zarit, 1990, Bachner & O'Rourke, 2007). המהימנות שלו גבוהה בקבוצות תומכים שונות (כגון בני זוג וילדים) ובמוגבלויות שונות, למשל דמנציה ומוגבלות פיזית (Bachner & O'Rourke, 2007). הכלי כולל 22 פריטים הבוחנים ממדים של מצב בריאות, של רווחה נפשית, של עומס כספי, של מצב חברתי ושל יחסי מטפל-מטופל. הגרסה המקוצרת של הכלי כוללת 12 פריטים. כל אחד מהם מקבל ערכים מ-0 (אף פעם) ועד 4 (תמיד).

המדד מחושב כסכום התשובות לכל הפריטים והוא נע בין 0 ל-48. הגרסה המקוצרת תוקפה לאחרונה לעברית (Bachner & Ayalon, 2010) ונעשה בה שימוש במחקר זה.

ב. **שאלון בריאות כללית מקוצר של גולדברג (GHQ – General Health Questionnaire)** מקוצר (Goldberg, 1972) – הסולם נועד לאבחן את הרווחה הנפשית או לחלופין את המצוקה הנפשית של האדם בתקופה מסוימת לעומת השגרה. הכלי כולל 12 סעיפים ובוחר תחושות של דיכאון, של חרדה, של תפקוד חברתי ושל תפקוד בחיי היום-יום; לאו דווקא כתוצאה ישירה של הטיפול בזקן. המדד (GHQ-12) כולל 12 היגדים על תחושות בחודש האחרון; ניתן להשיב עליהם בסולם ליקרט (0,1,2,3): 0=בכלל לא ו-3=כל הזמן. שאלות שנוסחו באופן חיובי סולמן שונה, כך שכל ההיגדים נוסחו בכיוון שלילי, וככל שהמדד גבוה יותר הוא משקף מצוקה נפשית גבוהה יותר. דרך מקובלת להשתמש במדד היא באמצעות הבחנה דיכוטומית באמצעות נקודת חיתוך (threshold), לפיו כל תשובה קובצה לשתי קטגוריות (0-1-1): 0 (בכלל לא או לעתים רחוקות) עבור רווחה נפשית ו-1 (לעתים קרובות או כל הזמן) עבור מתח או מצוקה נפשית, ונספמו בסולם שיכול לנוע בין 0 ל-12. ככל שהציון גבוה יותר רמת המצוקה הרגשית גבוהה יותר. מצוקה או מתח נפשי גבוה הוגדר כ-GHQ הגדול מ-3.

ג. **סדרת שאלות משאלון הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, מהסקר החברתי, 2006 שהתמקד במטפלים.** סקלת התשובות נעה מ-1 (בכלל לא) עד 4 (במידה רבה מאוד). שאלות שנוסחו באופן חיובי סולמן שונה, כך שכל ההיגדים נוסחו בכיוון שלילי. סיכום כל 9 השאלות הביא למדד עומס הנע בין 9 ל-36. ככל שהמדד גבוה יותר הוא משקף עומס גבוה יותר.

ד. **שאלת עומס כללית** – שאלה כללית, שנעשה בה שימוש במחקרים רבים, הבוחנת באופן סובייקטיבי עד כמה העומס המוטל על התומך העיקרי כתוצאה מהטיפול מכביד עליו. הסקלה נעה בין 1 (כבד מאוד) ועד 4 (בכלל לא כבד).

ה. ב-t₁ התבססנו על **סקלה לבדיקת שביעות רצון משירותים** שפיתחו לארסן ואחרים – SEQ-8 (Larsen et al., 1979), ובה שמונה שאלות הנוגעות לשביעות הרצון מסוג השירות ומאיכותו, מהתאמתו לצורכי מקבל השירות, ממידת הסיוע, מהיעילות בפתרון בעיות, האם ימליץ לחבר והאם יפנה שוב בעתיד.

ניתוח הנתונים

בניתוח הנתונים שולבו שיטות כמותיות ואיכותניות וכאמור, כמה מקורות מידע. הניתוח הכמותי נעשה על הנתונים שנאספו דרך יומני המפגשים, על הראיונות הטלפוניים ועל המשוב המקוון שמילאו המנחים. הניתוח כולל התפלגויות, ממוצעים והשוואות בין קבוצות. בדיקת קשרים בין התפלגויות של משתנים נומינליים ואורדינליים נעשתה באמצעות הסטטיסטי χ^2 ואילו השוואת ממוצעים בין קבוצות נעשתה באמצעות הסטטיסטי t למדגמים בלתי תלויים. השוואות בין לפני ואחרי הקבוצה של פריטי

העומס והמצוקה הנפשית נבדקו בעזרת הסטטיסטי וילקוקסון וסכומם (לחישוב המדדים) בעזרת מבחן t, למדגמים מזווגים. בלוחות מצוינים ההבדלים המובהקים ברמת מובהקות של 5%. הניתוחים הרב-משתניים כללו מודלים של ניתוח גורמים (לקיבוץ המשתנים: הסיבות להצטרפות לקבוצה, תחושת העומס, המצוקה הנפשית ותרומות המיזם) ורגרסיות לינאריות (להסבר תחושת העומס של המטפל והרווחה הנפשית שלו), במטרה לנטרל השפעות צולבות של משתנים מתערבים. במודל הרגרסיות המשתנים המסבירים הם: הקרבה לזקן (בני/בנות זוג לעומת בן/בת), ניידות (מרותקים לבית לעומת לא מרותקים לבית), מטופל דמנטי (לעומת לא דמנטי), יש מטפלת (לעומת אלה שאין להם מטפלת), יש בני משפחה נוספים שעוזרים לטפל בזקן (לעומת מטפלים שאינם מקבלים עזרה בלתי פורמלית).

הניתוח האיכותני נעשה מתוך הראיונות הפתוחים למחצה עם הרכזים בגופים המתפעלים, מהיומנים שמולאו על ידי המנחים ומהשאלות הפתוחות שבראיונות הטלפוניים עם חברי הקבוצות. מידע נוסף נאסף ונותח מתוך התצפיות בוועדות השונות ובהדרכות למנחים.

המודל המושגי

התרשים הבא מציג את המסגרת המושגית של הרציונל למחקר ההערכה. המודל מבוסס על המודל הלוגי (אלסטר ואחרים, 2010), והוא מתייחס לאופן שבו קבוצת התמיכה עשויה להיטיב את איכות החיים של המטפל ולשפר את הטיפול בזקן.

הטיפול בזקן מושפע הן מהמאפיינים של המטופל (מצב בריאותו הפיזית, הנפשית והקוגניטיבית, מצבו הכלכלי וכו'), הן מהמאפיינים של המטפל (מצבו הבריאותי, המשפחתי, התעסוקתי, הכלכלי וכו') והן מהיחסים ביניהם (משקעים מהעבר וכו') ומגורמים אחרים.

כאמור, לטיפול בזקן יש השלכות שליליות על בן המשפחה המטפל מבחינה כלכלית, בריאותית, נפשית וחברתית, אך יש גם השלכות חיוביות, כגון תחושת סיפוק וחיזוק הקשר עם הזקן. כל אלה משפיעים על הרווחה הנפשית של המטפל (תוצאות סופיות); רווחה אשר מושפעת גם מגורמים שאינם קשורים בלעדית לטיפול בזקן אלא למאפיינים אישיותיים של המטפל (כגון: נטייה לדיכאון או אופטימיות) או לאירועים חיצוניים (כגון: קידום בעבודה או פיטורין).

המודעות הגוברת לעומס המוטל על בני המשפחה המטפלים ולמצוקה הנפשית שאליה הם עלולים להיקלע, הביאה להתפתחותם של שירותים שנועדו לסייע בטיפול בזקן, לאפשר את הישארותו בבית, בקהילה, ולהקל על המטפלים. דרך אחת לסייע היא באמצעות מערכת שירותי הטיפול הפורמלי (כגון מרכזי יום, מטפלות בית וקהילה תומכת). קבוצות התמיכה נועדו לסייע בדרך אחרת (תוצאות ביניים), באמצעות הענקת ידע, כלים ומיומנויות טיפול וכן העצמה ותמיכה רגשית לבן המשפחה המטפל – לסייע לו לגייס משאבים פנימיים, לתת כלים שיסייעו בקבלת החלטות, כיצד להיעזר בגורמים נוספים, פורמליים ובלתי פורמליים, לפנות זמן לעיסוק בפנאי ועוד. זאת הן מתוך דאגה למטפל עצמו וראייתו כאוכלוסיית יעד, והן מתוך תפיסה שמטפל רגוע ובריא בנפשו ייטיב לטפל בזקן, יוכל לשפר את הקשר עם הזקן וימנע משימוש באלימות מילולית ופיזית.

תרשים 1: המודל המושגי להסבר השפעת המיזם



הפרק הבא מתאר את מאפייניהם הדמוגרפיים, הבריאותיים, והסוציו-כלכליים של המטפל והמטופל. לאחריו יתוארו מאפייני הטיפול והשלכותיו על המטפל וכן מאפיינים הקשורים לרווחתו הנפשית של המטפל.

ממצאים

פרק הממצאים מחולק לשלושה נושאים עיקריים: הנושא הראשון עוסק בהיבטים הארגוניים של הפעלת המיזם; הנושא השני עוסק בתיאור מאפייני התומכים והמטופלים; הנושא השלישי מתאר את מפגשי הקבוצות ואת הערכתן על ידי המשתתפים.

היבטים ארגוניים ביישום המיזם

המיזם הופעל על ידי המוסד לביטוח לאומי באמצעות קרן הסיעוד, בשיתוף אגף הייעוץ לקשיש, משרד הרווחה והשירותים החברתיים – השירות לזקן, מחלקות לשירותים חברתיים ברשויות המקומיות ועמותות מקומיות העוסקות בטיפול בקשישים. יוזמה זו נולדה מתוך ההכרה בחיוניות התמיכה בבני משפחה הנושאים בעומס הרב של נטל הטיפול.

שלושה גופים ארציים קיבלו עליהם את הניהול המקצועי והפיננסי ואת יישום המיזם: עמותת אלה, עמותת משאבים ועמותת כבוד האדם. בסך הכל במסגרת התכנית פעלו 77 קבוצות בכל הארץ, מהן קבוצה אחת באמצעות האינטרנט. בכל גוף מתפעל מונתה רכזת, ותפקידיה הוגדרו כך: קישור ותיווך בין קרן הסיעוד לבין מגישי הבקשה לפתיחת קבוצה, הקמת ועדה מקומית והפעלתה, ריכוז מידע, תמיכה בפתרון בעיות בשטח, בניית תכנית שיווק ופיקוח על הביצוע בפועל. הנחיית הקבוצות הייתה הנחיה משותפת, על פי מודל של הנחיה ב-Co, אשר שילב בין מנחה חיצוני בעל הכשרה וניסיון בהנחיית קבוצות ומנחה פנימי למערכת הרווחה ברשות המקומית, אשר מכיר את הלקוחות הפוטנציאליים.

המיזם לווה על ידי ועדות שבהן התקבלו החלטות ברמה התפעולית וברמת המדיניות:

- א. **ועדה מקומית (יישובית):** כללה את נציגי הגוף המפעיל, עובד סוציאלי לטיפול בזקן מהרשות המקומית, מנחה הקבוצה ורכז מטעם העמותה המתפעלת (אחת מ-3 עמותות שנבחרו). הוועדה סייעה בתפעול ובגישור על בעיות שצצו בהפעלת הקבוצה.
- ב. **ועדה סניפית:** נפגשה בסניף הביטוח הלאומי המקומי, כללה את מנהל תחום הייעוץ לקשיש בסניף, את הרכז מטעם העמותה המתפעלת, את נציגי הוועדות המקומיות, את המנחים והמפקח האזורי מטעם משרד הרווחה. הוועדה אישרה וסגרה תכניות ודנה בבעיות שוטפות.
- ג. **ועדה ארצית:** כללה נציגות בכירה של כל השותפים, כולל צוות המחקר שליווה את המיזם. הוועדה עסקה בנושאים של התוויית מדיניות, הכנת התקציב וייעוץ שוטף. הדיונים בוועדה אפשרו למידה משותפת ופתרון בעיות שעלו מהשטח.

פרק זה מציג את ההיבטים הארגוניים ביישום המיזם - משלב ההתארגנות ועד לגיוס המשתתפים בקבוצות. הממצאים מתבססים על שאלוני משוּב מקוונים שמילאו המנחים, ראיונות פתוחים למחצה עם רכזים בגופים המתפעלים, על תצפיות בוועדות הארציות והסניפיות ועל תצפיות במפגשי ההדרכה למנחים.

ההתארגנות

שלב ההתארגנות ארך מספר חודשים, ובמהלכו פנה הגוף המתפעל אל הרשויות בהצעה לפתוח באזורן קבוצות תמיכה. רשויות שהיו מעוניינות להצטרף למיזם נקטו פעולות אחדות קודם לכן. תחילה מופו השירותים הרלוונטיים ברשות, הוגדרה אוכלוסיית היעד, הוחלט על מיקום המפגשים, גויסו המנחים, נקבעו התכנים ותכנית המפגשים, ולבסוף, גויסו המשתתפים. הגיוס נעשה תוך הקפדה על הצדדים המנהליים והכספיים, על פי תנאי המיזם.

גיוס המשתתפים

שיווק המיזם נעשה בדרכים מגוונות: פרסום כתבה בעיתון מקומי, התקשרות טלפונית או דרך ביקורים בבית הקשישים או בביתם של בני המשפחה (על ידי עובדת סוציאלית, נציגי המוסד לביטוח לאומי, מתנדבים, או על ידי נציג של "קהילה תומכת"). נוסף על כך, חולקו עלונים ודפי מידע בפעילויות מאורגנות וחוגים, נשלחו הזמנות ומכתבי פנייה בדואר, שודרה כתבה בטלוויזיה המקומית, הייתה חשיפה בכנס וכד'. דרך נוספת לפרסום המיזם הייתה באמצעות "חבר מביא חבר". הפרסום נעשה בעיקר דרך לשכות הרווחה המקומיות, דרך המתנ"סים, בחברות הסיעוד, בקופות החולים, באינטרנט ובבתי חולים. הצלחת הגיוס הייתה תלויה ביכולתם של הגופים השונים בקהילה (עמותות לזקן, קופות החולים, לשכות הרווחה, מרכז יום המוסד לביטוח לאומי) להירתם למשימה וליצור שיתוף פעולה ביניהם. היו יישובים שבהם הפנייה הטלפונית נעשתה מתוך רשימות של לשכת הרווחה או מהרשימות של הזכאים או של נְדָחֵי חוק סיעוד. ביישובים רבים היה צורך להשקיע מאמצים רבים בגיוס המשתתפים ולהשתמש בדרכים יצירתיות, תוך התאמת דרך הפרסום לאוכלוסיית היעד. מנחים ציינו שעלונים סייעו ליצירת הקשר הראשוני בפנייה הטלפונית.

על אף שהפנייה לאוכלוסייה המופרת בלשכות הרווחה הייתה נוחה יחסית, הובע הרצון לפנות לאוכלוסייה הכללית, כדי להימנע מהסטיגמה של מיזם המיועד לאוכלוסיית רווחה. לשם כך ננקטו צעדים אלו: קיום המפגשים במקום "ניטרלי" או פנייה לחברי מועדון כושר. ייתכן שהמונח "קבוצת תמיכה", שהשתמשו בו לשיווק המיזם, הרתיע אנשים שאינם מעוניינים בתהליכים דינמיים, באינטימיות ובחשיפה עצמית. הוצע, לכן, לשווק את המיזם תחת כותרת שונה ("קורס", למשל). מנחים אחדים סברו ששיווק הקבוצה כ"קבוצה למטפל בזקן שיוורד בתפקוד" עדיף על פני "קבוצה למטפל בזקן עם ירידה בזיכרון". פנייה מטעם דמות מוכרת בקהילה, כמו אם הבית ב"קהילה תומכת", הייתה אפקטיבית. בפועל, לעובדת הסוציאלית היה חלק נכבד בגיוס המשתתפים למיזם (37% מהחברים בקבוצות הגיעו בעקבות פנייתה).

שבעים ושלושה אחוזים מהמנחים היו מעורבים בגיוס המשתתפים וכ-20% מהם אף רצו להיות מעורבים יותר. מבין המנחים החיצוניים, כמחצית היו מעורבים בגיוס, כ-24% היו מעוניינים להיות מעורבים יותר בגיוס ו-16% היו מעוניינים להיות מעורבים פחות בתהליך זה. לעומת זאת, המנחים הפנימיים, שכולם היו מעורבים בגיוס, העדיפו להיות מעורבים פחות (22% לעומת 11% שהעדיפו להיות מעורבים יותר) בתהליכים השונים של גיוס המשתתפים.

בוועדות הארציות והסניפיות נידונו השאלות הקשורות להגדרת המרחב הגאוגרפי/המוניציפלי שממנו מגייסים משתתפים: האם לכלול רק מטפלים הגרים ברשות המקומית או לשתף גם צאצאים שאינם גרים ברשות אבל הוריהם גרים בה? האם לאפשר הצטרפות של מטפלים הגרים בשכונות לרשות, כאשר חסרים חברים לפתיחת הקבוצה?

המנחים נאלצו להתמודד בעיקר עם הקושי להגיע לאוכלוסיית היעד. כ-40% מהמנחים ציינו קשיים, כגון: קושי בקבלת רשימת משתתפים פוטנציאליים ברשות המקומית, עלו דילמות כמו: מה הם ערוצי הפרסום האפקטיביים? מי פנה לאוכלוסייה? ואיך פנה?

גם לאחר איתור המשתתפים הפוטנציאליים, נתקלו הגורמים המגייסים בחסמים ובהסתייגויות שהקשו עליהם: לתומכים שאין ברשותם רכב פרטי היה קשה להגיע למקום המפגש, בני המשפחה אמרו שקשה להם להגיע למפגשים ולהשאיר את הזקן בבית. לעתים, מועדי מפגשים לא היו נוחים, ולעתים נרתעו המטפלים מהצורך להתחייב להגיע לכל המפגשים. היה קושי להסביר למטפלים את התועלת הצפויה מהקבוצה ולאחר שהביעו נכונות להשתתף היה צורך לשמרם עד למועד פתיחת הקבוצה, כדי שלא יתחרטו. אחת המנחות סיכמה: "תהליך הגיוס היה קשה ומתעתע. עבודה סיזיפית." אחרת ציינה ש"מתוך עשרות טלפונים, רק אחדים נענים בחיוב. לאחר מכן יש קושי לשמר את המועמדים הפוטנציאליים".

ראיון הקבלה (Intake)

הניסיון לימד שראיון הקבלה חשוב ביותר. המועמדים נשאלו על תחומי העניין שלהם (הנושאים סייעו בבניית תכנית המפגשים), ודרכו ניתן היה לעמוד על "רצינותו" של המועמד ואף ליצור אצלו מחויבות ראשונית לקבוצה. ניתן היה גם להתרשם מהמועמד, לבחון את מידת התאמתו לקבוצה ואת יכולתו לתרום לתהליך הקבוצתי ואף לבדוק את יכולתו להשתחרר מהטיפול בזקן כדי להשתתף בקבוצה. בראיון הקבלה אפשר היה לערוך תיאום ציפיות בסיסי. במקצת מהרשויות נעשה ראיון קבלה (intake) טלפוני, במקצתן – ראיון אישי פנים-אל-פנים והיו מקומות שבהם נעשה ראיון קבוצתי.

כ-71% מהמנחים דיווחו שהשתתפו בבחירת המשתתפים. מבין אלה שלא היו מעורבים בבחירה, הרוב הגדול היה מעוניין להיות מעורב בבחירה. המנחים החיצוניים היו מעורבים בבחירה בשיעור נמוך יחסית (כמחציתם), אך הביעו רצון להיות מעורבים יותר (24%). זאת לעומת "המנחים הפנימיים" (ש-92% מהם היו מעורבים ו-9% היו מעוניינים להיות מעורבים יותר).

הראיון הראשון עורר בקרב המנחים דילמות: למשל, האם, כאשר מסתמן שלא יהיו די מועמדים לקבוצה, אפשר לקבל מועמדים שעל פי הראיון הצטיירו כמי שעלולים לפגוע בהתנהלות של הקבוצה (trouble makers)? האם להכניס לקבוצה אחים או לחלופין אם ובתה או בעל ואשתו? איך העובדה שחברי הקבוצה שייכים לאותה קהילה או לאותו מקום עבודה יכולה להשפיע על יכולתם להיפתח ולהיחשף בקבוצה? כצפוי, המסקנות בדיעבד לא היו חד-משמעיות. לאחר מעשה, התברר שכשליש מהמנחים סברו שהיו בקבוצה משתתפים שלא התאימו לקבוצה או שהקבוצה לא התאימה להם.

דילמה נוספת שעלתה, הייתה ההחלטה על הרכב הקבוצה מבחינת התמהיל הרצוי והאם לפתוח קבוצה הומוגנית או מעורבת. האם לשלב בקבוצה אחת צאצאים ובני זוג? יש יתרונות וחסרונות לשילוב צאצאים עם בני זוג באותה קבוצה. מצד אחד, באמצעות השילוב המשתתפים יכולים ללמוד דרך "השלכה" (Projection) ו"העברה" (Transference) זה על זה. מצד שני, החיסרון הוא שתחומי העניין של צאצאים המטפלים בהוריהם עשויים להיות שונים מאלו של תומכים המטפלים בבן זוג. בדרך כלל, הרכב הקבוצה הוכתב בעיקר על ידי הפונים, ורק במקרים מועטים המנחים דחו אנשים שהיו מעוניינים להשתתף בקבוצה.

גיוס המנחים

הגדרת דרישות התפקיד של המנחה הייתה: השכלה אקדמית, בוגרי הכשרה בהנחיית קבוצות או בעלי ניסיון בהנחיית קבוצות או עובדים סוציאליים. בפועל מאפייני המנחים תאמו את הדרישות: לכולם, למעט אחת, יש השכלה אקדמית, מרביתם בעלי תואר שני, 83% הם עובדים סוציאליים במקצועם, 22% הם מנחי קבוצות במקצועם. מקצועות נוספים שצוינו הם גרונטולוגיה, ייעוץ משפחתי ופסיכותרפיה. נמצא כי ל-93% יש ניסיון קודם בהנחיית קבוצות, 58% הוכשרו בהנחיית קבוצות ו-91% מכירים היטב את תחום הזיקנה. כמעט לכל המנחים היה ניסיון בעבודה עם זקנים ול-69% היה ניסיון קודם בעבודה קבוצתית פסיכו-דינמית. תשעים אחוזים מהמנחים הן נשים, טווח הגילים 23-72, חציון הגיל הוא 48 ו-12% הם בני 60 ומעלה.

ליווי המנחים והדרכתם

הגופים המתפעלים ליוו את המנחים על ידי פיקוח (Supervision) וכן על ידי מפגשי הדרכה. הפורמט של מפגשי ההדרכה היה שונה בין הגופים המתפעלים, כלהלן:

- I. ב"אלה" נערכו מפגשי הדרכה חודשיים. בסך הכל שמונה מפגשים, בשיטת רכבת; רק מנחים שבפועל הנחו קבוצה במועד ההדרכה היו במפגש. ההשתתפות לא הייתה חובה. כ-10 מנחים בממוצע נכחו במפגש. במפגשים הם למדו זה מניסיונו של זה, נידונו סוגיות שעלו תוך כדי דיון או נושאים מסוימים שתוכננו מראש, לובנו בעיות שעלו מהשטח וכן ניתנה תמיכה ואפשרות ל"אווור" (ונטילציה).
- II. ב"משאבים" נעשה מפגש אחד עם 30 מנחים. הוא ארך 7 שעות, לפני תחילת התכנית. המפגש נחלק לשניים: החלק הראשון היה לימודי-הכשרתי והוא עסק בנושאי הזיקנה, הטיפול ובעקרונות הנחיה בסיסיים. בחלק השני הודגשה ההנחיה המשותפת (הנחיה ב-CO). נוסף על כך, בשתי רשויות היו שתי הדרכות פרטניות.
- III. ב"כבוד האדם" נערכו שני מפגשי הדרכה ב-3 סבבים (רשויות) בני 7 שעות כל אחד. המפגש הראשון עסק בתיאור התכנית, בעולם הזיקנה ובעקרונות בסיסיים של כבוד האדם. במפגש השני נידונו סוגיות בהנחיית קבוצות ודילמות בהנחיה.

בשני גופים מתפעלים ההשתתפות בהדרכה לא תוקצבה במפורש, היא לא הייתה חלק מחוזה ההתקשרות שבין המנחים לגוף המתפעל ולכן לא היה אפשר לחייב מנחה להגיע למפגשי ההדרכה. זו

הייתה, ככל הנראה סיבה לכך שההשתתפות בהדרכות לא הייתה מלאה. בגוף השלישי ניתן למנחים תגמול על שעות הדרכה וההשתתפות במפגשי ההדרכה הייתה מלאה.

הנתונים מראים ש-74% מהמנחים השתתפו בהכשרה מרוכזת ו-70% קיבלו ליווי מקצועי שוטף מהרכזים, שכלל סיוע בעצות ובפתרון בעיות שעלו בקבוצה ואף בתמיכה רגשית ובהכלה. כשליש מהמנחים היו מעוניינים ביותר הכשרות מרוכזות וביותר ליווי מקצועי. המנחים "הפנימיים" השתתפו יותר בהכשרות מרוכזות, קיבלו ליווי מקצועי רב יותר וגם הביעו רצון רב יותר בהכשרה וליווי נוספים. מתברר עוד כי 56% מכלל המנחים סברו שההדרכה תאמה את צרכי ההנחיה במידה רבה מאוד או רבה ו-45% במידה בינונית או מעטה. הרוב הגדול (97% מהמנחים) היו שבעי רצון מהקשר עם הרכזות.

הנושאים העיקריים שנידונו בהכשרות המנחים מפורטים להלן:

מהן הדרכים האפקטיביות לגיוס משתתפים; מתן תזכורות טלפוניות לפני המפגש שיכולות לשמש גם לקבלת משוב על הקבוצה ולעתים גם למנוע נשירה; האם להציג את כל התכנית במפגש הראשון או להבהיר שהיא מתאימה את עצמה לצורכי המשתתפים; באיזו מידה לחרוג מהחוויה שהוסכם עליו במפגש הראשון כאשר הכללים מופרים, כמו: טלפונים בזמן הפגישה והתארכות הפגישה מעבר לזמן הקבוע; כיצד לזהות התנגדויות למנחה וכיצד להתמודד עמן; עד כמה להיכנס לעומק עם מקרה ספציפי; התמודדות עם קונפליקטים בקבוצה; שילוב בין הרצאות לבין העברת ידע ותהליכים דינמיים בקבוצה (הדעות היו חלוקות ולכן המסקנה המתבקשת היא, ככל הנראה, שיש להתאים את האיזון למאפייני הקבוצה והמנחים); דרכים ליצירת לכידות קבוצתית; מתי וכיצד להעביר לטיפול פרטני, למשל, כאשר מזהים התעללות מצד בן הזוג; עד כמה המנחה צריך "להביא את עצמו" לקבוצה, כלומר לשתף את הקבוצה בניסיונו האישי ועד כמה לדאוג לכך שרצונו ונטיותיו יתבטאו בקבוצה – הוסכם שיש לשאוף לחשיפה שלא תפגע במנחה או בהתקדמות התהליך הקבוצתי; האם לפנות למשתתפים ששותקים וכיצד לעשות זאת; מקומו של המנחה כמסגור על ההורים; תהליך הסיום והפרידה (ברמה האישית והקבוצתית) והתייחסות לנושא המוות, כאשר אחד מהמטופלים נפטר במהלך תקופת פעילות הקבוצה.

המנחים העלו במשוב דילמות וסוגיות נוספות (בטקסט פתוח): כיצד ניתן להשתמש בנושאים שעולים במפגש בצורה המיטבית לקידום התהליך הקבוצתי? חשוב להבין את המאפיינים התרבותיים של המשתתפים ולהתחשב בהם בעבודה הקבוצתית; מנחים רבים המליצו "לתת לקבוצה להתבטא ולזרום עם הקבוצה וחבריה"; מיקום המפגשים לא התאים לקבוצה (רעש, חוסר אינטימיות, חושך, ריחוק); לניהול הקבוצה מבחינה טכנית, לכתובה וקריאה של מיילים רבים ולשמירה על קשר עם המשתתפים נדרש זמן רב מעל המצופה; מספר מנחים קבלו על קשיים ביוזקריטיים עם הרשות בכל הקשור לתשלומים ולחתימת החוזה. עוד ציינו מנחים ש"השילוב בין כלים מעולם העבודה הסוציאלית ומעולם האימון שידרגו את המטרות שבהקמת הקבוצה. זו לא הייתה עוד קבוצה שרק העלתה קשיים."

לסיכום הפרק שעסק בהיבטים הארגוניים נראה כי הדיונים בוועדות והגמישות הרבה בתפעול המיזם אפשרו להתאים בצורה טובה את הפעלת הקבוצות למציאות שעלתה מהשטח. הפרק הבא יעסוק במאפייני המשתתפים ובהשפעת עומס הטיפול על חייהם.

מאפייני המשתתפים

בסעיף הבא מתוארים מאפייני 1,290 התומכים שהשתתפו בקבוצות התמיכה, על פי הנתונים שנאספו ביומנים המקוונים. בסעיף שלאחר מכן מתוארים מאפייני המטפלים, המטופלים והעומס, על פי הראיונות הטלפוניים עם מדגם מייצג של 408 תומכים.

אוכלוסיית המחקר

אוכלוסיית היעד הוגדרה כבני משפחה מדרגה ראשונה המטפלים בקשיש סיעודי מוגבל בקהילה, ביישובים המשתתפים בתכנית. המיזם התפרס ממעלות תרשיחא בצפון ועד לאילת בדרום. בהתבסס על דיווחי המנחים ביומני הפעילות, השתתפו במיזם 1,290 מטפלים ב-77 קבוצות תמיכה, מהם 408 חברים בקבוצות המופעלות על ידי "משאבים"; 540 ב"אלה" ו-342 ב"כבוד האדם". 61% מהקבוצות היו קבוצות של צאצאים, 35% היו קבוצות מעורבות של צאצאים ושל בני זוג, וב-4% מהקבוצות השתתפו בני זוג בלבד.

מאפייני כלל המשתתפים מלמדים כי רובן נשים (85%), כ-74% הם צאצאים וכ-15% הם בני זוג. כ-38% גרים עם הזקן (ר' לוח 1). 26% מהצאצאים גרים עם הזקן. הגיל הממוצע של המשתתפים הוא 56; כ-70% מהם גילאי 45-64 וכ-19% הם מעל גיל 64. לעומת כלל המטפלים בזקנים בקבוצות היה ייצוג גבוה של נשים ושל צאצאים (ברודסקי ואחרים, 2012). ייתכן שחלק מההסבר למיעוט הגברים ובני הזוג בקבוצות היא הרתיעה מהתנסות בתהליכים דינמיים, הכוללים חשיפה והתעמקות בתהליכים פסיכולוגיים בקבוצה, ייתכן שעומס הטיפול המוטל על תומכים שהם בני זוג אף הוא חסם עבורם. לעומת זאת, כאשר משווים בין מאפייניהם של התומכים המטפלים בזכאי גמלת הסיעוד ההבדלים הללו מצטמצמים מאוד (ברודסקי ואחרים, 2004).

לוח 1: מאפייני האוכלוסייה (%)

N	סך הכל	אלה	משאבים	כבוד האדם
נשים	85.0	85.0	84.0	84.0
קרבה לזקן	74.3	67.4	79.6	77.3
בן/בת	15.4	18.0	12.8	15.3
בן/בת זוג	6.8	7.4	6.4	6.5
חתן/כלה	3.5	7.1	1.2	1.0
אחר (נכד/ה, אח/ות)	37.5	33.3	42.0	24.7
גרים עם הזקן	81.8	86.7	73.4	87.9
דת	13.4	13.3	14.4	12.1
יהודי	2.0	--	5.1	--
מוסלמי	2.8	--	7.1	--
נוצרי				
דרוזי				

מאפייני המשתתפים בקבוצות, המטופלים, התמיכה והעומס, בנקודת הבסיס (t₀)

סעיף זה דן במאפיינים של המטופלים שהשתתפו בקבוצות, של המטופלים ושל העזרה הניתנת להם. בהמשכו נתמקד בהבנת תחושות העומס ואיכות החיים שלהם. ממצאים אלה מבוססים בעיקר על הראיונות הטלפוניים. בתחילת הפעילות בקבוצה (t₀) נערכו, כאמור, ראיונות עם מדגם מייצג של 408 מהמשתתפים בקבוצות שהסכימו להתראיין. כפי שיוצג בהמשך, מאפייני המרואיינים דומים מאוד למאפייני אוכלוסיית המחקר (כלומר, לכלל המשתתפים-במיזם) שתוארה בסעיף הקודם.

מאפייני הרקע של התומכים

שמונים ושלושה אחוזים מהמשתתפים בקבוצות הן נשים, הגיל הממוצע הוא 57 (sd=10.5); כשני שלישים הם ילידי ישראל, 80% נשואים, 87% יהודים (מהם: 11% חרדים) ו-11% מוסלמים (מחציתם מגדירים עצמם דתיים). כשלושה רבעים הם צאצאיהם של הזקנים שבהם הם מטפלים ו-16% הם בני זוגם. כ-45% גרים עם הזקן (בקרב הערבים השיעור גבוה יותר). כשליש מהצאצאים גרים עם הזקן. הכנסתם החודשית של כרבע מהמרואיינים מסתכמת בפחות מ-5,000 ואילו ההכנסה המשפחתית החציונית מגיעה ל-7,000 עד 9,000 ₪ בחודש (ר' לוח 2). הכנסה זו דומה להכנסה החציונית נטו, על פי סקרי הכנסות של הלמ"ס, המסתכמת בכ-9,000 ₪ למשק בית (הלמ"ס, 2010). מאפייני הקבוצה הווירטואלית, מבחינת יחס הקרבה לזקן, המגדר והמגורים עם הזקן, הם דומים. השוני מתבטא בכך שכל חברי הקבוצה הווירטואלית הם יהודים, הם בעלי השכלה והכנסה גבוהות יותר, לעומת חברי הקבוצות הפרונטליות.

לוח 2: מאפייני הרקע של התומכים (%)

סך הכל n=408	המאפיין
82.5	מין – נשים
67.6	מוצא – ישראל
13.7	אסיה-אפריקה
12.3	אירופה-אמריקה
6.4	עולים מברית-המועצות לשעבר לאחר 1990
80.4	מצב משפחתי – נשוי
10.8	השכלה – יסודית
30.6	תיכונית
23.0	על תיכונית
35.5	אקדמית
86.5	דת – יהודי
11.3	מוסלמי
1.2	נוצרי
1.0	דרוזי
48.5	יהודים: דתיות – חילוני
29.2	מסורתי
11.0	דתי
11.3	חרדי
12.7	לא יהודים: דתיות – חילוני
38.2	מסורתי
49.1	דתי
15.7	יחס קרבה אל הזקן – בן/ת זוג
74.1	בן/ת
7.8	כלה/חותן
2.3	נכדים/אחרים
5.3	הסדרי מגורים של התומך – גר לבד
27.8	גר עם בן/ת זוג בלבד
57.4	גר עם בן/ת זוג וילדים
9.5	גר עם ילדים ואחרים
44.6	גר עם הזקן
26.4	הכנסה (ש"ח לחודש): עד 5000 ₪
16.1	5001-7000
11.8	7001-9000
13.0	9001-11000
11.5	11001-13000
21.1	מעל 13000

מאפייני המטופלים (הזקנים)

70% מהמטופלים הם נשים, 24% ילידי ישראל (כמחצית מהם ערבים) עוד 46% ילידי אירופה או אמריקה ו-24% ילידי אסיה או אפריקה. מלוח 3 עולה עוד כי כ-6% מכלל המשתתפים עלו ארצה ב-1990 או מאוחר יותר, 57% הם אלמנים ועוד 38% נשואים. הגיל הממוצע: 84 (sd=7.3), מרביתם (72%) בני 80 או יותר. לעומת כלל מקבלי גמלת סיעוד בישראל, שיעורי הנשים והנשואים (73% ו-37% ממקבלי גמלת סיעוד, בהתאמה) הוא דומה ואילו שיעורי היהודים (94% ממקבלי גמלת סיעוד) והעולים ארצה לאחר 1990 (25%) הם נמוכים.

בחנינת האינדיקטורים הבריאותיים מעלה ש-35% אושפזו בחצי השנה האחרונה ו-29% הגיעו לחדר מיון בחצי השנה האחרונה, אך לא אושפזו. 20% מרותקים לבית ועוד 45% לא יכולים ללכת ללא עזרת אדם אחר. 39% מהמטופלים אובחנו כסובלים מדמנציה, על פי דיווחי התומכים ו-10% סובלים ממחלה ממאירה פעילה. המוגבלות בתפקוד מתבטאת גם בכך של-66% יש בעיה של שליטה בשתן, 55% מהזקנים אינם יכולים להישאר לבד בבית בשעות היום, ואילו 79% לא יכולים להישאר לבד בלילה (לוח 3). בקרב המטופלים הזכאים לגמלת חוק ביטוח סיעוד, שיעורים אלה גבוהים אף יותר – 72% מהם מתקשים לשלוט על מתן שתן, 60% אינם יכולים להישאר לבד ביום ו-82% בלילה. מהשוואה בין האינדיקטורים הללו לפי מגזר עולה כי הזקנים היהודים מוגבלים מעט יותר בניידות לעומת ערבים (21% מרותקים לבית, לעומת 17%, בהתאמה), והם מדווחים יותר על בעיות בשליטה במתן שתן (67% לעומת 17%, בהתאמה). בקבוצה האינטרנטית שיעור המטופלים בחולי דמנציה היה גבוה יותר (62% לעומת 37% מהחברים בקבוצות הפרונטליות). האינדיקטורים הבריאותיים שהתקבלו במחקר שנערך בקרב מטופלים בזקנים הזכאים לגמלת סיעוד לפני כעשור היו דומים, שיעור האשפוזים בקרבם הגיע ל-45%, שיעור המוגבלים בניידות – 78%, ל-61% היו בעיות שליטה במתן שתן ו-57% נזקקו להשגחה במהלך היום (ברודסקי ואחרים, 2004).

לוח 3: מבחר מאפיינים של המטופלים (%)

סך הכל (n=408)	המאפיין
70.3	מין – נשים
23.5	מוצא – ישראל
23.8	אסיה-אפריקה
46.2	אירופה-אמריקה
6.5	עולים מברית-המועצות לשעבר לאחר 1990
38.2	מצב משפחתי – נשוי
57.4	אלמן
4.4	גרוש/רווק
23.2	גר לבד
14.6	גר רק עם מטפלת
35.3	אושפזו בחצי השנה האחרונה
5.9	ניידות – יכול ללכת ללא קושי
10.0	יכול ללכת לבד אך מתקשה
19.1	יכול ללכת בעזרת מכשיר עזר (מקל, הליכון)
44.6	יכול ללכת בעזרת אדם
20.3	לא יכול ללכת, מרותק לבית
66.1	בעיית שליטה במתן שתן
38.5	דמנציה
54.6	לא יכול להישאר לבד בשעות היום
79.2	לא יכול להישאר לבד בלילה

באשר למאפיינים הקוגניטיביים של המטופלים, מלוח 4 עולה כי 25% מתבלבלים או שאינם יודעים איפה הם נמצאים - כמעט כל הזמן או לעתים קרובות; 47% מתקשים לזכור דברים ו-19% מתקשים לזהות אנשים הקרובים להם. מבחינת בעיות התנהגות, ל-37% יש שינויים פתאומיים במצבי הרוח -

לעתים קרובות או כמעט כל הזמן. 17% מהתומכים דיווחו על חוסר שיתוף פעולה של הזקן עם אנשים שרוצים לטפל בו. בקרב היהודים השכיחות של שְכחה, של בלבול, של מצבי רוח משתנים, של חוסר שיתוף פעולה של ודמנציה גבוהה פי שניים ויותר בכל אחד מהאינדיקטורים הללו.

לוח 4: מאפיינים קוגניטיביים של המטופלים (%)

לעתים קרובות/ כמעט כל הזמן	לפעמים	כמעט אף פעם לא	באיזו תדירות הזקן... (n=408)
24.5	26.2	49.3	מתבלבל ולא יודע היכן נמצא
46.8	29.7	23.5	מתקשה לזכור דברים
19.1	16.7	64.2	מתקשה לזהות אנשים הקרובים לו
36.8	32.6	30.6	משנה את מצב רוחו בפתאומיות
17.4	26.7	55.9	אינו משתף פעולה עם אנשים שרוצים לטפל בו

מלוח 5 עולה כי מבחינת יכולת התפקוד של המטופלים בפעולות יום-יומיות (ADL), 54% אינם יכולים להתלבש, 68% לא יכולים להתרחץ, 21% לא יכולים לאכול בעצמם, 86% לא יכולים לעשות קניות ו-81% מוגבלים בהכנת ארוחה (לוח 5). זכאי חוק סיעוד הם מוגבלים אף יותר (59%, 75%, 24%, 94% ו-86%, בהתאמה). לעומת זקנים בני 75 ויותר באוכלוסייה הכללית בישראל, שיעורי המוגבלות במחקר זה גבוהים פי 2 ויותר, אולם הם דומים מאוד לזכאי גמלת סיעוד במחקר משנת 2001 (ברודסקי ואחרים, 2012; ברודסקי ואחרים, 2004).

לוח 5: יכולת התפקוד של המטופלים (%)

יכול ללא קושי	מתקשה	לא יכול	סך הכל n=408	הפעילות
10.5	35.8	53.7	100	להתלבש
8.1	23.5	68.4	100	להתרחץ
41.9	37.3	20.8	100	לאכול
3.2	10.5	86.3	100	לעשות קניות יום-יומיות
4.2	14.7	81.1	100	להכין ארוחה

עזרה פורמלית לזקן

מהסעיף הקודם מצטיירת תמונה של מטופלים המוגבלים מאוד מבחינה בריאותית, תפקודית וקוגניטיבית. לכן, הם גם זקוקים לעזרה רבה בשגרת יומם. מערכת השירותים הפורמלית הניתנת לזקנים על ידי המדינה נועדה לסייע לזקן ולמשפחתו בתפקוד היום-יומי ובניהול מערכות חייהם השונות. מלוח 6 עולה כי כ-75% מהמרואיינים דיווחו שהקשיש בו הם מטפלים הוא זכאי חוק סיעוד ומקבל כיום מטפלת דרך המוסד לביטוח לאומי או בתשלום באופן פרטי. ל-15% יש מטפלת המתגוררת עם הזקן, שיעור דומה לשיעור אצל מקבלי גמלת סיעוד (ברודסקי ואחרים, 2004). נראה כי יש הבדל בזכאות לגמלת סיעוד, לפי יחס הקרבה לקשיש: צאצאים דיווחו על שיעור גבוה יותר של זכאות לחוק סיעוד מצד הוריהם הזקנים לעומת בני זוג או קרובים אחרים.

כ-36% מהקשישים מבקרים במועדון חברתי. יש הבדלים על פי מגזר – תומכים ערבים מדווחים על פחות ביקורים במועדון חברתי או במרכז יום לעומת יהודים. כ-22% מכלל הקשישים חברים ב"קהילה תומכת" ואף כאן חוזרים ההבדלים על פי קבוצת אוכלוסייה, בקרב היהודים החרדים השיעורים גבוהים (33%) מיהודים לא חרדים (23%) ובפער גדול מערבים (9%). ל-63% יש לחצן מצוקה ואצל כ-14% מהקשישים מבקר מתנדב. במחקר בקרב מקבלי גמלת סיעוד (ברודסקי ואחרים, 2004) שנערך לפני למעלה מעשור, נמצאו שיעורים נמוכים יותר של משתמשים בלחצן מצוקה. ייתכן שההבדל משקף מגמה של השנים האחרונות של עליה בשימוש בלחצני מצוקה.

עוד נמצא כי כ-7% מהזקנים גרים במוסד סיעודי. מהיתר, 17% מהתומכים שקלו להעבירם למוסד סיעודי, כאשר 34% מהם ציינו שדחוף להם או דחוף מאוד להעבירו.

לוח 6: עזרה פורמלית, לפי ניידות הזקן, יחס קרבה ומגזר של המטפל (%)

חבר בקהילה תומכת	מבקר במועדון חברתי/מרכז יום	יש מטפלת/ לזקן	הקשיש זכאי לחוק סיעוד	
21.8	35.8	75.2	75.2	סך הכל (n=408)
	*	*	*	מטופל מרותק לבית לא
23.1	42.2	72.3	72.3	כן
16.9	10.8	86.7	86.7	יחס קרבה לזקן
		*	*	בן/ת זוג
20.4	37.0	63.0	64.8	בן/ת
25.5	38.4	78.8	76.9	קרובים אחרים
14.3	31.4	62.9	62.9	מגזר
*	*			יהודים לא חרדים
22.7	38.0	75.7	75.4	יהודים חרדים
32.5	40.0	70.0	70.0	ערבים
9.1	20.0	76.4	78.2	

*p<0.05

לסיכום נראה כי כאשר הצאצאים הם המטפלים העיקריים, לקשישים יש מטפלת בית והם משתמשים בשירותים הנגזרים מזכאותם בחוק בשיעורים גבוהים יותר. כמו כן, ערבים נוטים להשתמש במרכזי יום ובקהילה תומכת בשיעורים נמוכים יותר מיהודים.

עזרה בלתי פורמלית למטופלים

שבעים ותשעה אחוזים מהתומכים הגדירו את עצמם כמטפלים העיקריים בזקן, באופן קבוע (נותנים לו את עיקר העזרה). מלוח 7 עולה עוד כי יש הבדלים בין יהודים חרדים (58% מהם מגדירים עצמם כמטפל עיקרי) לבין יהודים לא חרדים וערבים (81%-ו-84% בהתאמה) לבין בני זוג (כ-94% לצאצאים וקרובים אחרים (75%-ו-66% בהתאמה). מי שמגדיר עצמו כמטפל עיקרי גר בקרבת הזקן ומתראה אתו לעתים

קרובות, לעומת מי שאינו מטפל עיקרי. עוד עולה מהנתונים שמבין אלו הגרים עם הזקן, כ-95% מגדירים עצמם כמטפל העיקרי לעומת אלו שלא גרים אתו ומגדירים עצמם כמטפל העיקרי (כ-59%).

לוח 7: עזרה בלתי פורמלית, לפי ניידות הזקן, יחס קרבה ומגזר של המטפל (%)

מחוז לבית	עזרה בטיפול אישי	עזרה במשק הבית#	המרואין מטפל עיקרי	
74.3	62.5	51.4	78.7	סך הכל (n=408)
*				מטופל מרותק לבית לא
77.8	62.5	50.8	78.5	כן
60.2	62.7	54.0	79.5	יחס קרבה לזקן
**	*	*	*	בן/ת זוג
85.2	81.5		94.4	בן/ת
74.9	55.7	47.4	75.3	קרובים אחרים
51.4	77.1	75.9	65.7	מגזר
*	*	*	*	יהודים לא חרדים
78.6	60.7	47.3	80.5	יהודים חרדים
62.5	47.5	55.9	57.5	ערבים
58.2	83.6	81.0	83.6	

*p<0.05

בקרב מי שלא גר עם הזקן.

ממוצע משך הטיפול בזקנים הוא 5.5 שנים (ס"ת=4.58). כ-31% משמשים בתפקיד פחות משלוש שנים, 21% בין שלוש לחמש שנים, וכ-23% מטפלים בזקן 8 שנים ויותר. מהסקר החברתי עולה ש-26% טיפלו פחות משלוש שנים ואילו 31% בין שלוש לחמש שנים ו-25% עשר שנים או יותר (הלמ"ס, 2006).

נבחנו שלושה סוגי עזרה: כ-51% מהמרואיינים דיווחו כי עזרו לזקנים בעבודות בתוך הבית; בני זוג וקרובים אחרים נוטים לעזור במשק הבית בשיעורים גבוהים יותר (כ-75%) לעומת צאצאים (47%); ערבים עוזרים במשק הבית בשיעור גבוה בהרבה (81%) מיהודים - חרדים או לא חרדים (56% ו-47% בהתאמה). נמצא כי כ-63% מהמרואיינים מסייעים לזקנים בטיפול אישי, אלו הגרים עם הזקן מסייעים בשיעור גבוה (87%) יותר מאלו שלא (45%), בני זוג מסייעים יותר (81%) מקרובים אחרים (77%) ומצאצאים (56%), ערבים מסייעים יותר (84%) מיהודים לא חרדים (61%) ואילו יהודים חרדים מסייעים בשיעור הנמוך ביותר (47%). בקרב מקבלי גמלת סיעוד מתן העזרה גבוה יותר. כך, שיעור המסייעים במשק הבית מגיע לכדי 78%, בטיפול אישי - 81% ומחוז לבית - 79%. מעל 8% מהמשיבים דיווחו כי הם מסייעים לקשיש בטיפול אישי 24 שעות ביממה במשך כל השבוע (מרביתם ציינו כי גרים איתו). מתן העזרה בקרב מקבלי גמלת סיעוד במחקר שנערך לפני למעלה מעשור מראה ש-75% מהתומכים הגישו עזרה בפעולות טיפול אישי, 80% במשק הבית ו-88% בעזרה מחוץ לבית (ברודסקי, 2004).

עוד עולה מהנתונים כי כ-70% מהמרואיינים דיווחו כי פרט להם עוד אנשים עזרו בטיפול בקשיש בחודש האחרון ובהם בעיקר ילדיו של הזקן והשאר קרובי משפחה אחרים, שכנים או חברים. כ-44% מהמטפלים תומכים בהוצאות הכספיות של הזקנים ופחות מ-20% מהמטפלים מדווחים כי גם אחרים

משתתפים בהוצאות הכספיות של הזקנים (מרביתם צאצאים). אין הבדלים מובהקים ביחס להשתתפות בהוצאות הזקנים בין קבוצות ממגזרים שונים, יחס קרבה אל הזקן או הסדר מגורים. כ-56% מהמטפלים מדווחים כי יש מי שיחליף אותם בטיפול למספר שעות, בעת הצורך, 59% מהמטפלים דיווחו כי יש מי שיחליף אותם למספר ימים וכ-18% דיווחו כי אין להם מי שיחליף אותם בטיפול כלל.

לסיכום, כצפוי בני זוג ותומכים שגרים עם הזקן (לרוב יש חפיפה גבוהה בין קטגוריות אלו) רואים עצמם מטפלים עיקריים בשיעורים גבוהים יותר, ונותנים, ככלל, עזרה רבה יותר בטיפול אישי לזקן, לעומת צאצאים ולעומת אלו שאינם גרים עם הזקן. צאצאים נותנים עזרה רבה יותר מחוץ לבית ואילו קרובים אחרים נותנים יותר עזרה בתוך הבית. ערבים נותנים עזרה רבה יותר בתוך הבית לעומת יהודים המגישים עזרה מחוץ לבית בשיעורים גבוהים יותר.

הקשר בין התומך לזקן

לוח 8 מתאר היבטים שונים של הקשר בין המטפל העיקרי לזקן. ממנו עולה כי 43% מהתומכים דיווחו כי הם נפגשים עם הזקנים מדי יום או כמעט מדי יום, 22% נפגשים פעם עד שלוש פעמים בשבוע, והשאר דיווחו כי הם נפגשים בתדירות נמוכה, או שלא השיבו לשאלה (29%). לוח 8 מלמד כי יש הבדל בין קבוצות אוכלוסייה; שכן ערבים נוטים להיפגש יותר עם הזקן המטופל (על בסיס יום-יומי), לעומת יהודים – כנראה בשל המרחק הגאוגרפי במגורים.

בדיקת טיב הקשר עם הזקן התבססה על השאלה: "כיצד היית מגדיר את הקשר שלך עם הזקן?". כ-70% מהמראיינים דיווחו על קשר טוב מאוד עם הזקן המטופל, כ-26% דיווחו על קשר טוב והשאר (4%) על קשר לא כל כך טוב או בכלל לא טוב (3% לא נכללו בנייתוח, כיוון שדיווחו כי הזקן לא יכול לתקשר כלל). מבין הקבוצות שהשוואה נערכה בקרבן נמצא הבדל מובהק בין ערבים המדווחים על קשר טוב יותר עם הזקן לעומת יהודים.

בדיקת ההתחשבות בדעתו של הזקן בקבלת החלטות התבססה על השאלה: "באיזו מידה אתה מתחשב בדעתו של הזקן כשאתה מקבל החלטות הקשורות לטיפול בו?" 66% מהמראיינים מתחשבים בדעתו של הזקן במידה רבה מאוד או במידה רבה בקבלת החלטות, 13% מתחשבים במידה מעטה ועוד 20% לא מתחשבים כלל. מלוח 8 עולה כי ערבים מתחשבים בדעתו של הקשיש הרבה יותר מיהודים. ממצא נוסף מלמד כי, כצפוי, כאשר הזקן אובחן על ידי רופא כדמנטי, פחות מתחשבים בדעתו (כ-60% דיווחו כי מתחשבים בדעתו במידה מעטה או כלל לא).

לוח 8: הקשר בין התומך לזקן (%)

התחשבות בדעתו של הזקן (רבה/רבה מאוד)	טיב הקשר עם הזקן (טוב/טוב מאוד)#	תדירות הקשר עם הזקן (כל יום/כמעט כל יום)	
66.4	92.7	61.0	סך הכל (n=408)
*	*	*	מטופל מרותק לבית
69.5	94.1	62.9	לא
54.2	86.8	53.4	כן
57.4	94.1	-	יחס קרבה לזקן בן/ת זוג
65.5	96.0	59.3	בן/ת
64.7	100.0	74.1	קרובים אחרים
*	*	*	מגזר
63.6	95.0	57.7	יהודים לא חרדים
50.0	97.4	47.0	יהודים חרדים
94.6	100.0	93.5	ערבים

* p<0.05.
מהזקנים שניתן לתקשר עמם.

לסיכום, לא נמצא הבדל בתדירות הקשר בין המטפל העיקרי לזקן ובטיבו מבחינת הקרבה המשפחתית, אך נמצאו הבדלים בין קבוצות אוכלוסייה. ייתכן שהבדלים אלה מבטאים קרבה גאוגרפית והבדלים תרבותיים הקשורים לזקנים, לתפיסת הטיפול בהם כערך ואולי גם בדיווח על הנתונים (רצייה חברתית).

תחושות עומס, התנהגות בריאות ופנאי

תחושת העומס הנגרם בעקבות הטיפול בזקן משפיעה מאוד על יכולתו של המטפל לנהל את חייו וכתוצאה מכך גם על יכולתו לטפל בזקן כראוי. לוחות 9 ו-10 מציגים את תפיסתם של המטפלים הנוגע לתחושות העומס בעקבות הטיפול בקשיש בנקודת ההתחלה של קבוצות התמיכה – ב-t. לוח 9 כולל את 12 השאלות הנכללות במדד ZBI-12, המחושב כסכום התשובות לכל 12 הפריטים. מהלוח בולטת הפגיעה בחייו האישיים של המטפל (39% חשים לחץ לעתים קרובות או תמיד בשל ריבוי תפקידים ול-31% אין די זמן לעצמם) ורגשות אשמה ותסכול מקוצר ידם לטפל טוב יותר בזקן (27% חשים שיכלו לעשות יותר למענו ו-21% לא בטוחים איך לטפל בו).

לוח 10 מציג שאלות שנלקחו מהסקר החברתי של הלמ"ס באותו נושא (הלמ"ס, 2006). מהלוח עולה כי לצד הפגיעה ביכולת למלא את החובות המשפחתיות, התעסוקתיות והיכולת לצאת לחופשה (כ-40% יש גם סיפוק מהטיפול בזקן (מעל 80%). מתברר גם כי באופן עקבי, בכל המדדים, בני הזוג מדווחים על רמות גבוהות יותר של תחושות עומס לעומת הצאצאים והקרובים האחרים; והשייכים לשתי הקבוצות האחרונות מרגישים שיכלו לעשות יותר ולטפל טוב יותר בקשיש בשיעורים גבוהים יותר לעומת הראשונים. אין הבדלים מבחינת מדדי הטיפול החיוביים של (הזקן שבע רצון, תחושות סיפוק וזכות של המטפל) בין קבוצות לפי יחס הקרבה לזקן.

לוח 9: תחושות העומס של המטפלים לפני ההשתתפות בקבוצה, לפי מבחן ZBI-12 (%); (n=408)

ZBI-12	תמיד/ לעתים קרובות	מדי פעם	לעתים רחוקות/ אף פעם
בגלל המעורבות שלי בטיפול בזקן, אני מרגיש שאין לי מספיק זמן לעצמי	31.4	25.4	43.3
אני מרגיש לחוץ, משום שאני מנסה לטפל בזקן ולמלא את חובתי כלפי משפחתי או מקום עבודתי	39.2	23.2	37.6
בקשר שלי עם הזקן יש לי תחושה של כעס	9.8	17.3	73.0
אני מרגיש שהזקן משפיע לרעה על הקשר שלי עם בני משפחה אחרים וחברים	7.3	8.6	84.0
אני מרגיש לחוץ/מתוח מאוד בשל הטיפול בזקן	24.8	21.4	53.8
אני מרגיש שבריאותי נפגעה בגלל הטיפול בזקן	13.8	10.0	76.3
אני מרגיש שאין לי מספיק פרטיות כמו שהייתי רוצה בגלל הצורך לטפל בזקן	20.3	15.7	64.1
אני מרגיש שחיי החברתיים נפגעו עקב הטיפול בזקן	18.6	15.7	65.6
אני מרגיש שאיבדתי שליטה על חיי בשל מצב הזקן	9.2	10.3	80.6
אני מרגיש לא-בטוח לגבי מה לעשות בקשר לזקן*	20.8	22.4	56.7
אני מרגיש שעלי לעשות יותר למען הזקן*	26.5	21.1	52.4
אני מרגיש שיכולתי לטפל טוב יותר בזקן	15.1	15.1	69.8

לוח 10: תחושות העומס של המטפלים לפני ההשתתפות בקבוצה, לפי שאלות הלמ"ס (%); (n=408)

שאלת הלמ"ס	במידה רבה ורבה מאוד	במידה מעטה	בכלל לא
מתן עזרה מונע ממך לצאת לחופשות כפי שהיית רוצה	39.4	26.2	34.3
מתן העזרה דורש ממך מאמץ גופני רב	29.7	30.8	39.5
מתן העזרה פוגע במצב הבריאות שלך	17.0	25.9	57.0
מתן העזרה דורש ממך לבצע פעולות שגורמות לך להרגיש חוסר נעימות	15.1	30.3	54.6
מתן העזרה מפריע או מפחית את שעות השינה שלך	26.3	26.5	47.3
אתה מרגיש שהזקן מרוצה ומעריך את מה שאתה עושה עבורו	85.2	10.8	4.3
אתה מרגיש שהטיפול שאתה נותן לזקן הוא טוב	97.0	2.7	0.3
מתן העזרה גורם לך להרגשת סיפוק	81.0	10.0	8.9
אתה מרגיש כי זוהי זכות לטפל בזקן	86.8	5.9	7.3

לוח 11 מציג את מדדי העומס שנוצר בעקבות הטיפול וכן את התפלגות תחושות העומס באופן כללי. מדדי העומס חושבו כסכום התשובות לשאלות שהתפלגותן מוצגת בלוחות 9 ו-10. ככל שהמדד גבוה יותר, פירושו שהעומס בעקבות הטיפול גבוה יותר. על פי כל אחד מהמדדים הללו, קיימים הבדלים בעומס על פי יחס הקרבה לזקן, על פי היותו של המטופל דמנטי ועל פי מגור. כך, תחושות העומס של המטפלים בזקן דמנטי גבוהות יותר מאלו של המטפלים בזקן שאינו דמנטי, בני זוג מבטאים תחושות

עומס גבוהות יותר מאשר צאצאיהם ולאחרונים תחושות עומס גבוהות יותר מאשר לקרובים האחרים, על פי כל מדדי העומס. מן הלוח עולה גם שיהודים שאינם חרדים מבטאים תחושות עומס במידה הגבוהה ביותר לעומת היהודים החרדים ואילו הערבים מבטאים את תחושות העומס הנמוכות ביותר עקב הטיפול, לעומת קבוצות אלו.

כשליש מהמטופלים העידו שהטיפול בזקן מונע מהם עיסוק בפעילויות פנאי, שיעורים גבוהים יותר דווחו על ידי מטופלים במקבלי גמלת סיעוד, מטופלים בדמנטים, בזקנים המרותקים לביתם ומטופלים הגרים עם הזקן (לא מופיע בלוח). כ-56% דיווחו על עומס כבד או כבד מאוד בגלל הטיפול בזקן. נמצא כי תומכיהם של זכאים לגמלת סיעוד חשים עומס רב יותר (59%) וכן מטופלים עיקריים (63%). יצוין כי במחקר שבחן את תחושות העומס בקרב תומכיהם של זכאי גמלת סיעוד, 66% דיווחו על כך (ברודסקי ואחרים, 2004). לא נמצא קשר בין משך הטיפול לתחושת העומס.

לוח 11: מדדי עומס, לפי מצב בריאותו של הזקן, יחס הקרבה לזקן ומגזר: ממוצעים/אחוזים

עומס כללי (כבד וכבד מאוד)	סכום תחושות עומס למ"ס-9	סכום תחושות עומס ZBI-12	
55.9%	16.4	13.5	סך הכל (n=408)
*	*	*	מטופל דמנטי
66.4%	17.7	15.4	כן
50.0%	15.7	12.3	לא
*	*	*	יחס קרבה לזקן
72.9%	18.1	16.3	בן/ת זוג
55.2%	16.5	14.1	בן/ת
36.7%	15.5	8.9	קרובים אחרים
*	*	*	מגזר
62.1%	17.3	14.7	יהודים לא חרדים
42.1%	14.9	10.8	יהודים חרדים
34.5%	13.2	9.2	ערבים

* p < 0.05

ניתוח גורמים של שאלות ה-ZBI-12 מלמד כי תחושת העומס הכללית מורכבת משני גורמים עיקריים: עומס על התומך בעקבות איבוד השליטה על חייו (פגיעה בחיי החברה שלו, אין לו מספיק זמן לעצמו, פגיעה בבריאותו ורגשות של כעס, לחץ ומתח) ועומס בגלל שחיקה הנובעת מהקושי הכרוך במטלות הטיפול היום-יומיות (רגשות אשם מהמחשבה שיכול היה לעשות יותר למען הזקן ולטפל בו טוב יותר). התומכים נשאלו (בשאלה פתוחה) מהי הבעיה הקשה ביותר הקשורה לטיפול שאתה הם מתמודדים. מניתוח התשובות הסתמנו בעיות אלו:

- הבעיה השכיחה ביותר היא להתמודד עם בעיות ההתנהגות של הזקן, כלומר גילויי עצבנות, חשדנות, עקשנות, שינויים במצב הרוח וחוסר שיתוף פעולה. חלק מהבעיות קשורות לבעיות זיכרון. להלן מדגם תשובות: "היא מתעצבנת לעתים קרובות וקשה לי להרגיע אותה. קשה לי להתמודד עם זה"; "אכפת לי מכך שאני מאבדת את הסבלנות מהר, למשל כשהוא שואל אותי כל הזמן שאלות"; "כל מה שעושים לא מספיק, היא כל הזמן מתלוננת"; "אימא הפכה להיות ממש מטרד, בגלל

- המחלה הפסיכיאטרית, מאשימה בגנבה של דברים"; "יש לה אופי קשה וקשה לי לתקשר אתה"; "ההתנגדות לדברים שעושים לטובתה והסרבנות שלה, מהכבוד העצמי".
- קושי פיזי לטפל בזקן והתמודדות עם מצבו הבריאותי של הזקן, כמו בעיות כתוצאה מקשיי ניידות, אי שליטה בסוגרים: "אני כל הזמן פוחדת שלא יתעלף, שלא יקרה לו משהו. כל הזמן חיה עם זה"; "בגלל מצבו הבריאותי קשה לקחת אותו ממקום למקום. הוא חלש"; "בעיית הזיכרון שהולכת ומחמירה. היא הופכת להיות פחות עצמאית".
 - הקושי של המטפל להשלים עם ההידרדרות במצבו של הזקן וחוסר האונים לסייע לו: "הבעיה הנפשית בלראות אותו במצב הזה שהוא לא מתקשר". "הבעיה הכי קשה עכשיו היא להפנים שיש שינוי במצב ולקבל אותה כמו שהיא"; "הטיפול בבן אדם מזדקן כרוך בהרבה חוסר אונים, והאשמה שנוצרת היא עוד מטען שאנחנו לוקחים למסע...". "לא אחת אני שואלת את עצמי מי האישה הזאת? האם זאת האימא שהייתה לי לפני שהפכה לסיעודית???"
 - האחריות הרבה המוטלת על המטפל והתלות של הזקן בו: "אני מטפלת יחידה במשפחה. כל ההחלטות נופלות עליי"; "הקושי הוא בכך שאתה לבד בהתמודדות".
 - ריבוי מטלות ואיבוד שליטה על החיים האישיים: "אין לי זמן לעצמי, לכלום".
 - בדידות (של הזקן והמטפל): "הבדידות שלה, מה שהופך אותה לדיכאונית וזה משפיע על המצב הפיזי. האובדן של בעלה, וזה עדיין טרי". "קשה לי מאוד עם הבדידות. עם הנתק של חברים ובני משפחה שעד לא מזמן, היינו קרובים".
 - השגחה תמידית על הזקן ושאי אפשר להשאירו לבד: "הבעיה הכי קשה שאימא לבד בעיקר בלילה ואני יודעת שזה מסוכן".
 - קושי כלכלי.
 - קושי להגיע להורה בגלל המרחק: "אני יודעת שאלה השנים האחרונות של אימא, אבל פיזית קשה לי להגיע".

השפעת הטיפול בקשיש על תעסוקת המטפל העיקרי

הטיפול בזקן דורש מהתומך להשקיע זמן רב, בדרך כלל נוסף על הזמן המוקדש לעבודתו בשכר. השקעה זאת עלולה לפגוע בדרכים שונות בתעסוקה שלו. 68% מהתומכים גילאי 20-60 דיווחו כי הם שכירים או עצמאים. שיעור הנשים המועסקות (70%) דומה לאחוז המועסקות גילאיות 20-60, באוכלוסייה (בספטמבר 2012 היה 69%). לעומת זאת, שיעור המועסקים (53%) נמוך מהשיעור המקביל באוכלוסייה (80%) (הלמ"ס, 2011) ומהשיעור שהתקבל בקרב גברים בגיל העבודה המשמשים כמטפלים בלתי פורמליים (73%) בסקר החברתי (הלמ"ס, 2006). מנתונים אלה עולה כי בקרב משתתפי קבוצות התמיכה ייצוג הגברים העובדים נמוך יחסית לעומת חלקם בקרב המטפלים באוכלוסייה כולה. מבין העובדים, 44% דיווחו כי בחודש האחרון היו ימים שבהם נעדרו מעבודתם בגלל הטיפול בקשיש; 68%

דיווחו כי כאשר הם נמצאים בעבודה הם דואגים לזקן כל הזמן או לעתים קרובות ו-13% דיווחו כי מתן העזרה מעכב את תכניותיהם ללימודים או להכשרה מקצועית במידה רבה או במידה רבה מאוד.

18% מקרב התומכים בגיל העבודה שאינם עובדים, דיווחו כי אינם עובדים או שהפסיקו לעבוד בגלל הצורך לטפל בקשיש. אחוז דומה התקבל גם במחקר בקרב מטפלים במקבלי גמלת סיעוד (ברודסקי ואחרים, 2004).

כאשר בוחנים את השלכות הטיפול על תעסוקת המטפלים לפי יחס קרבה מוצאים, כצפוי, כי שיעור המועסקים בקרב ילדי הזקן ובקרב קרובים אחרים גבוה יותר (כ-70%) משיעור המועסקים בקרב בני זוג (כ-25%) וחוששים יותר לקידום בעבודה בשל הטיפול, אך אינם שונים מהם במובהק במאפיינים התעסוקתיים האחרים. כאשר בוחנים את נושא התעסוקה של המטפלים על פי מגזר מוצאים כי יהודים לא חרדים עובדים בשיעור גבוה (83%) מיהודים חרדים (36%) ואף מערבים (31%). יהודים מדווחים על ימים רבים יותר בהם נעדרו מהעבודה כדי לטפל בזקן לעומת ערבים ויהודים חרדים, אך אין הבדלים נוספים הקשורים לתעסוקה.

המצוקה הנפשית של המטפל

כפי שצוין בסקירת הספרות, תחושת העומס הנובעת מהטיפול בזקן עלולה להשפיע על הרווחה הנפשית של המטפל ואף לערער אותה. הרווחה הנפשית כוללת כמה רכיבים: בריאות כללית, שביעות רצון מהחיים, יכולת לפתור בעיות, עיסוק בפעילויות פנאי, פעילות חברתית והעדר תחושות של לחץ, דיכאון ומתח נפשי. במחקרנו השתמשנו במדד הבריאות הכללית (GHQ-12) המיועד לזהות מצוקה רגשית וחרדה הפוגעים בתפקוד היום-יומי. גרסתו המקוצרת, שתוקפה בעברית, כוללת 12 פריטים המתייחסים לסכימפטומים ב-30 הימים האחרונים. בלוח 12 מוצגת התפלגות רכיבי המדד.

לוח 12: פריטי מצוקה נפשית (GHQ); (%); (n=408)

בכלל לא	לפעמים	כל הזמן/ לעתים	
28.4	36.8	34.8	לא יכולת לישון בגלל דאגות
29.5	31.4	39.2	הרגשת שאתה תחת לחץ מתמיד
3.0	20.8	76.3	היית מסוגל להתרכז במה שאתה עושה
2.3	8.6	88.7	הרגשת שאתה יעיל ותורם
63.8	23.2	13.0	הרגשת שאתה מאבד את הביטחון העצמי
3.0	8.6	88.3	הרגשת שאתה מסוגל להחליט החלטות
50.5	27.0	22.5	הרגשת שאתה לא יכול להתגבר על הקשיים שלך
16.2	29.5	54.3	הרגשת די מאושר
13.8	20.0	66.2	נהנית מפעילויות יום-יומיות
54.3	32.2	13.5	הרגשת מדוכא
3.0	10.0	87.0	היית מסוגל להתמודד עם הבעיות שלך
84.9	10.3	4.9	חשבת על עצמך כחסר ערך

לוח 13 מציג את אחוז המדווחים על מצוקה נפשית גבוהה (GHQ-12). ניתן לראות כי כשליש מהמרוואיינים (32%) דיווחו על תחושת מתח נפשי גבוה בחייהם האישיים. על פי שני המדדים, מצוקה נפשית גבוהה יותר מדווחת בקרב תומכיהם של זקנים דמנטיים ובקרב תומכים שהם בני הזוג של המטופל. עוד עולה כי ערבים נוטים לדווח על מצוקה גבוהה יותר לעומת יהודים.

לוח 13: מדד מצוקה נפשית GHQ-12 (מתח ולחץ), לפי מאפייני הדמנציה של הזקן, לפי יחס הקרבה לזקן ולפי מגזר (%)

מצוקה גבוהה	
32.4	סך הכל (n=408)
*	מטופל דמנטי
39.6	כן
28.4	לא
*	יחס קרבה לזקן
50.0	בן/ת זוג
27.4	בן/ת
26.7	קרובים אחרים
*	מגזר
33.6	יהודים לא חרדים
15.8	יהודים חרדים
38.2	ערבים

* p < 0.05

הטיפול בזקן עשוי לפגוע, כאמור, ביכולתו של המטפל לעסוק בפעילויות פנאי. מטפלים נוטים, לעתים קרובות להזניח את תחביביהם או לתת להם עדיפות נמוכה בשל הטיפול בזקן. הנבדקים נשאלו על תדירות הצפייה שלהם בטלוויזיה; על מפגשים עם חברים; על השתתפות בהרצאות וכיו"ב. ניתוח התשובות מלמד כי באופן כללי, אין הבדלים משמעותיים בהרגלים אלה על פי יחס קרבה ועל פי היותו של הזקן דמנטי או לא. הבדלים נמצאו לפי מגזר, אך הם מוסברים, ככל הנראה, בהבדלים תרבותיים. שכן, נמצא כי יהודים חרדים מדווחים על פעילות פנאי נמוכה (בשל פעילויות המאופיינות תרבותית כמו צפייה בטלוויזיה). במעמד חברתי-כלכלי גבוה, חלקה של פעילות הפנאי גדול יותר.

באשר להתנהגות הבריאות שעלולה להיפגע ולהידחק לתחתית סולם העדיפויות של המטפל, 40% ענו שלא הגיעו לרופא על אף שהיו צריכים לעשות זאת. אחוז דומה אמרו שהם דחו בדיקות או אבחונים ואכלו ב"צורה גרועה", ו-51% ציינו שלא הצליחו להתעמל מספיק. לא נמצאו הבדלים מובהקים על פי המאפיינים לעיל בכל הנוגע להתנהגויות הקשורות לבריאות המטפל.

מניתוח גורמים (Factor Analysis) של כל היגדי המדד (GHQ-12) עולה כי המצוקה הנפשית כוללת שלושה גורמים עיקריים: היכולת לתפקד בצורה יעילה בפעולות היום-יומיות, תחושות של לחץ מתח ודאגות והגורם השלישי הוא מידת הביטחון העצמי והערך העצמי של המטפל.

לוח 14 מלמד על שביעות רצונם של המטפלים מהחיים ועל הערכתם את בריאותם. ממנו עולה כי שיעור שביעות הרצון מהחיים בקרב מטפלים שהם בני זוג נמוך ביותר והם גם מעריכים את בריאותם כירודה יותר לעומת צאצאים. דיווח זה נכון גם באשר לצאצאים לעומת הקרובים האחרים. מבחינת מגזר, נראה כי יהודים שאינם חרדים מדווחים על שביעות רצון מהחיים ועל הערכת בריאות הנמוכות ביותר לעומת ערבים וחרדים. חלק מההסבר לכך הוא בשיעור הגבוה של בני זוג בקרב יהודים לא חרדים (80%, לעומת כמחצית מהערבים וכשני שלישים מהחרדים). נוסף על כך ייתכן כי חלק מההבדלים הם תלויי-תרבות.

לוח 14: שביעות רצון מהחיים והערכת בריאות עצמית, לפי מטופל דמנטי, יחס קרבה לזקן ומגזר (%)

שביעות רצון מהחיים (מרוצה או מרוצה מאוד)	הערכת בריאות עצמית (טובה או טובה מאוד)	
84.1	71.3	סך הכל (n=408)
	*	מטופל דמנטי
83.9	76.2	לא
84.4	66.4	כן
*	*	יחס קרבה לזקן
70.4	51.8	בן/ת זוג
87.1	77.3	בן/ת
91.5	82.8	קרובים אחרים
*	*	מגזר
81.4	70.0	יהודים (לא חרדים)
97.5	77.5	יהודים חרדים
89.1	81.8	ערבים

* p < 0.05

לבסוף, כדי להסביר את תחושות העומס על המטפל ומצוקתו הנפשית אמדנו מודל רב-משתני מסוג רגרסיה לינארית, כדי לנטרל את ההשפעות הצולבות של המשתנים הבלתי תלויים (ר' לוח 15). עבור מדדי העומס והמצוקה הנפשית שהוצגו (סכום פריטי ה-Zarit וה-GHQ) נאמד מודל דומה. המודלים מלמדים כי תחושת העומס כתוצאה מהטיפול והרווחה הנפשית מושפעות בעיקר מיחס הקרבה לזקן, ממצבו התפקודי והקוגניטיבי של הזקן ומההשתייכות הדתית של המטפל. הימצאותם של בני משפחה שעוזרים בטיפול מקלה במידת מה הן על תחושת העומס והן על המצוקה הנפשית. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי סקרים אחרים בארץ ובעולם (ברודסקי ואחרים, 2004; ברודסקי ואחרים, 2011; McKinlay et al., 1995; Zarit, 1992; Pearlin et al., 1990; Fredman et al., 1995; Neary, 1993; Arai et al., 2002; Miller & McFall, 1992). מהשוואה לפי מגזר עולה ממצא מעניין: בעוד שתחושת העומס בקרב היהודים מעט רבה יותר כתוצאה מהטיפול, הרי שתחושת הלחץ והמצוקה הנפשית הכללית בקרב הערבים גבוהה יותר.

מלוח 15 עולה כי לא נמצאה השפעה עצמאית מובהקת לעזרה הפורמלית (מטפלת בית). הממצא שלפיו אצל יהודים תחושת הלחץ בחיים (GHQ) נמוכה יחסית לערבים ואילו הנטייה לדווח על עומס הנגרם מהטיפול בזקן היא גבוהה יותר, מחזק את ההסבר שבחלקו הוא נובע מהבדלים תרבותיים בין שני קבוצות האוכלוסייה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם ממצאי סקר הבריאות הלאומי שהתקיים

בשנת 2003/4. בו נמצא כי בקרב ערבים הציון הממוצע של GHQ גבוה יחסית ליהודים (למ"ס ומשרד הבריאות, 2006).

לוח 15: מקדמי רגרסיה לינארית להסבר מדד תחושת לחץ/מתח (GHQ) ומדד עומס (Zarit); (n=408)

B		
Zarit ^{&}	GHQ [#]	
13.892	23.591	קבוע
0.397	*2.973	יחס קרבה לזקן (לעומת בן/בת)
*-5.581	*-2.425	בן/ת זוג
*3.855	*2.533	אחר
*3.869	*2.937	סובל מדמנציה
2.027	*-2.884	ניידות – מרותק לבית
-1.765	*-1.374	דת – יהודים (לעומת ערבים)
1.484	-0.399	יש מטפלים לא פורמליים נוספים
		יש מטפלת בית

* p < 0.05
[&] R²=0.139 ; [#] R²=0.155

ציפיות המשתתפים מהקבוצה

הממצאים עד כה מעידים על רמת מוגבלות גבוהה של הזקנים ועל תחושות עומס ומצוקה גבוהות של המטפלים. תומכים רבים רצו להשתתף בקבוצות התמיכה, אך בפועל לא עלה הדבר בידם עד כה (בנטור ואחרים, 2005 ; ברודסקי ואחרים, 2004 ; ברודסקי ואחרים, 2005). מעניין אפוא לבחון מה היו הסיבות להצטרפות לקבוצה. בתחילת פעילות הקבוצה, המרואיינים התבקשו לדרג באיזו מידה גורמים שונים היו סיבה להצטרפותם למיזם. לוח 16 מציג את תשובות המרואיינים שהעידו על חשיבותן של הסיבות במידה רבה או רבה מאוד. הלוח מראה כי הסיבות העיקריות להצטרפות לקבוצה היו: כדי ללמוד איך להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול וכדי לרכוש מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר (74% ציינו שלסיבות אלה הייתה חשיבות במידה רבה או רבה מאוד). מתברר שיש דמיון בין ציפיותיהם של מטפלים שהם בני זוג לציפיותיהם צאצאים, מלבד העובדה שמטפלים שהם בני זוג מעוניינים יותר להגיע לקבוצה כדי "להתאוורר ולקחת פסק זמן" מהטיפול (52%), לעומת הצאצאים (29%). ואילו שיעור הצאצאים שהגיעו לקבוצה כדי לשפר את קשריהם עם הזקן (55%) היה גבוה יותר לעומת שיעור זה בקרב תומכים שהם בני זוג (48%). לא נמצאו הבדלים לעומת קבוצת התמיכה באינטרנט.

סיבות אחרות שהוזכרו בשאלה פתוחה היו: מתוך סקרנות, כדי ללמוד על עולם הזיקנה: "כדי לקבל חיזוק אם אני מטפלת טוב באימא", "כדי לתרום מניסיוני לאחרים", "כדי לעזור לבעלי להתמודד".

לוח 16: סיבות להצטרפות לקבוצה (במידה רבה או במידה רבה מאוד); (%)

הצטרפתי לקבוצה כדי:	סך הכל n=370	בן/בת זוג	בן/בת	כלה/חתן
לרכוש מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר בזקן	74.5	74.1	74.5	74.0
ללמוד איך להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול בזקן	73.5	72.5	76.1	66.6
להכיר אנשים המתמודדים עם קשיים דומים לשלי	57.6	61.1	61.2	59.2
לקבל תמיכה רגשית מהקבוצה, שיקשיבו לי*	56.1	57.4	61.9	33.3
ללמוד איך לשפר את הקשר עם הזקן*	52.9	48.2	55.3	44.4
כי העובדת הסוציאלית המליצה	52.4	55.6	47.9	55.5
לקבל מידע על זכויות ושירותים לזקנים	51.5	38.9	55.6	51.8
לקבל מידע על המחלה או המוגבלות של הזקן	44.8	44.5	45.5	37.0
ללמוד איך לדאוג לעצמי טוב יותר	45.6	46.3	49.4	44.4
ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים, כמו: אשמה, בוש, תסכול	45.1	48.2	48.2	44.4
להתאוויר, לקחת פסק זמן מהטיפול*	30.6	51.9	29.0	40.7

* $p < 0.05$

כולל גם נכדים, אחות ויחס קרבה אחר

מניתוח הגורמים עולה כי ציפיות המשתתפים מתקבצות לשלושה עולמות תוכן: תמיכה, מידע ואוויר. לתמיכה מהקבוצה (לדאוג לעצמי, להכיר אנשים שמתמודדים עם בעיות כמוני, ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים ושיקשיבו לי) הם מייחסים את החשיבות הרבה ביותר (ציון ממוצע של 3.32), לאחריה למידע (על המחלה, זכויות ושירותים וכלים ומיומנויות טיפול); (3.28). חשיבות נמוכה יותר מיוחסת לסיבה שהעו"ס המליצה ולאפשרות להתאוויר ולקחת פסק זמן מהטיפול (2.59). הממצא שבני זוג מעוניינים בקבוצה לשם התאווירות מהטיפול יותר לעומת צאצאים, מחזק את הממצא שבלוח הקודם. מתברר שיהודים מעוניינים יותר בתמיכה, לעומת ערבים (3.48 ו-2.21, בהתאמה), בעוד שהאחרונים מייחסים חשיבות גבוהה יותר לאוויר מהטיפול בזקן (3.44 ו-2.53, בהתאמה). ייתכן שהבדלים אלה מקורם בכך שלערבים ישנה יותר תמיכה מבני משפחה ולכן הם זקוקים לכך פחות מהקבוצה. זאת ועוד, הם רואים בקבוצה הזדמנות לגיטימית להתאוויר ולקחת פסק זמן מהטיפול. בעלי השכלה תיכונית מייחסים חשיבות גבוהה יחסית לתמיכה (3.41), לעומת בעלי השכלה הנמוכה (2.90) ואילו לאוויר בעלי השכלה נמוכה מייחסים חשיבות גבוהה (3.70) כסיבה להצטרפות לקבוצה. בעלי השכלה תיכונית (2.45) ובעלי השכלה אקדמאית (2.26) מייחסים לאוויר חשיבות נמוכה יחסית (לוח 17).

לוח 17: ציון ממוצע לחשיבות הגורם כסיבה להצטרפות לקבוצה (1=בכלל לא; 5=במידה רבה מאוד)

אורור	מידע	תמיכה	
2.59	3.28	3.32	סך הכל (n=370)
*			קרבה לזקן
3.06	3.10	3.33	בן/בת זוג
2.47	3.32	3.41	בן/בת
2.59	3.28	3.10	חתן/כלה
*	*	*	דת
2.53	3.32	3.48	יהודי
3.44	2.95	2.21	לא יהודי
*	*		יהודים
2.54	3.79	3.66	חרדי
2.69	3.32	3.52	דתי
2.86	3.32	3.42	מסורתי
2.29	3.22	3.47	חילוני
*			השכלה
3.70	3.21	2.90	עד תיכונית
2.45	3.15	3.41	תיכונית
2.26	3.25	3.32	על תיכונית/אקדמית

* $p < 0.05$

ל-31% מהמשתתפים היו חששות לפני ההצטרפות למיזם, החשש העיקרי (בקרב שני שלישים מהם) היה שלא יהיה זמן להשתתף במפגשים. אצל יהודים לעומת ערבים, ואצל צאצאים לעומת בני זוג שיעורי המדווחים על חששות היו גבוהים יותר.

מפגשי הקבוצות

מיקום המפגשים ומועדיהם

המקום שבו נערכים המפגשים צריך לספק סביבת עבודה נעימה ונגישה. בתחילת המיזם ניתנה הנחיה לקיים את המפגשים בסניפי הייעוץ לקשיש, אולם המציאות בשטח הכתיבה הגמשה של הכללים. היו רשויות שבהן, בגלל בעיות של נגישות, ציוד טכני (כמו מקרן), מצב פיזי של הסניף וכד', המפגשים נערכו במקום אחר. מתברר שכמחצית מהקבוצות (49%) נפגשו במבנים של עמותות לזקן, במתנ"סים או במקומות העבודה (כשהקבוצה הייתה מיועדת לעובדים). 28% מהקבוצות מוקמו במועדונים או במרכזי יום לקשיש, 12% מהקבוצות נערכו בסניפי הייעוץ לקשיש של הביטוח הלאומי, ו-11% מהקבוצות התקיימו במחלקה לשירותים חברתיים. 59% מהמשתתפים היו מרוצים מהמיקום שבו התקיימו המפגשים במידה רבה מאוד, עוד 34% במידה רבה ו-7% במידה בינונית או בכלל לא. הסיבות שהזכירו לאי התאמת המיקום היו: חדר גדול מדי, "היה קר בחורף וחם בקיץ", "חדרון קטן חשוך בקצה המסדרון" וכדומה. מבחינת הנגישות, ל-86% מהחברים לא היו קשיים להגיע למקום המפגשים, ל-9% היו מעט קשיים ול-5% היו קשיים רבים, בעיקר בגלל מרחק/זמן רב להגיע, דרך חשוכה ובגלל מחסור בתחבורה.

מרבית המפגשים נערכו בשעות הערב. 82% ציינו שהימים בהם מתקיימים המפגשים הם נוחים להם, עוד 11% ציינו שהם לא כל כך נוחים ואילו ל-7% הם לא היו נוחים. הסיבות העיקריות היו חוסר זמן בגלל העבודה ("התנגשות עם מטלות בעבודה") והעומס בכלל. לחלקם נוח בשעות מאוחרות יותר (אחרי העבודה) ולמיעוט בשעות מוקדמות יותר. יצוין שבדרך כלל, צאצאים העדיפו את המפגשים בשעות הערב (אחרי העבודה) ובני זוג בבקרים.

מספר המפגשים

כמעט בכל הקבוצות התקיימו 12 מפגשים שבועיים בני שעה וחצי או שתיים. במועצות אזוריות בפיזור גאוגרפי גדול נערכו 8 מפגשים בני 3 שעות. 3 קבוצות נפגשו אחת לשבועיים. שלוש קבוצות קיימו 10 מפגשים בני שתיים וחצי. המשתתפים בקבוצות נשאלו לגבי תדירות המפגשים. 89% סברו שמפגש אחד בשבוע הוא מתאים. מבין הסבורים שמפגש אחד בשבוע איננו מתאים, כמחצית השיבו שמפגש אחד לשבועיים מתאים יותר וכשליש השיבו שיותר מפעם בשבוע. בקבוצה אחת, שנהגה להיפגש אחת לשבועיים, חשו המנחים שהפער בין המפגשים היה גדול מדי וגרם ל"ניתוק מסוים". באשר לאורכם של המפגשים, ל-85% מהמשתתפים הוא היה מתאים ואילו 12% סברו שהוא קצר מדי. 3% ענו שהוא ארוך. 40% מחברי הקבוצות העריכו שמספר המפגשים היה מעט מדי (להערכת מרביתם המספר המתאים נע בין 15 ל-20 מפגשים) ואילו 2% העריכו שיותר מדי. הרוב (58%) העריכו שהיה מתאים. עם זאת, 77% מחברי הקבוצות היו רוצים להמשיך את המפגשים. הערכות דומות התקבלו גם מהמנחים, 37% מהמנחים סברו שנדרשו לקבוצה יותר מפגשים (מרביתם ציינו 15-20 מפגשים), הם נימקו זאת: "בשל העומס הרגשי הרב של המטפלים ובשל הצרכים המשתנים שצצים ועולים עם התמשכות הטיפול". ושתוספת המפגשים "תיתן תחושת מיצוי טובה יותר של הבנה ותהליך". היו מספר מנחים שהציעו להמשיך את הקבוצה כ"קבוצת רכבת" (פתוחה) או לקיים מפגשים בתדירות נמוכה יותר בהמשך. מסקנת המנחה בקבוצה האינטרנטית הייתה ששמונה מפגשים מספיקים והיא המליצה על אירוח של מומחה אחד בלבד.

תשלום

לגוף המתפעל הייתה אפשרות לגבות תשלום תמורת ההשתתפות בקבוצה, כדי לכסות חלק מעלויות הפעלת הקבוצה או כ"דמי רצינות". מתברר שכ-40% מהמשתתפים שילמו בעבור השתתפותם בקבוצה, סכום סמלי של כ-120-250 ₪. 82% מהמשתתפים סברו שהתשלום היה סביר, עוד 16% - שהוא נמוך מדי והיתר (2%) סברו שהסכום ששילמו היה גבוה מדי. כשני שלישים מהחברים שלא שילמו היו מוכנים לשלם תמורת ההשתתפות. השליש הנותר, שלא היו מוכנים לשלם עבור ההשתתפות בקבוצה, נשאלו אם תשלום עבור ההשתתפות היה מונע מהם להצטרף לקבוצה, כ-40% ענו בחיוב (שהם כעשירית מכלל המשתתפים).

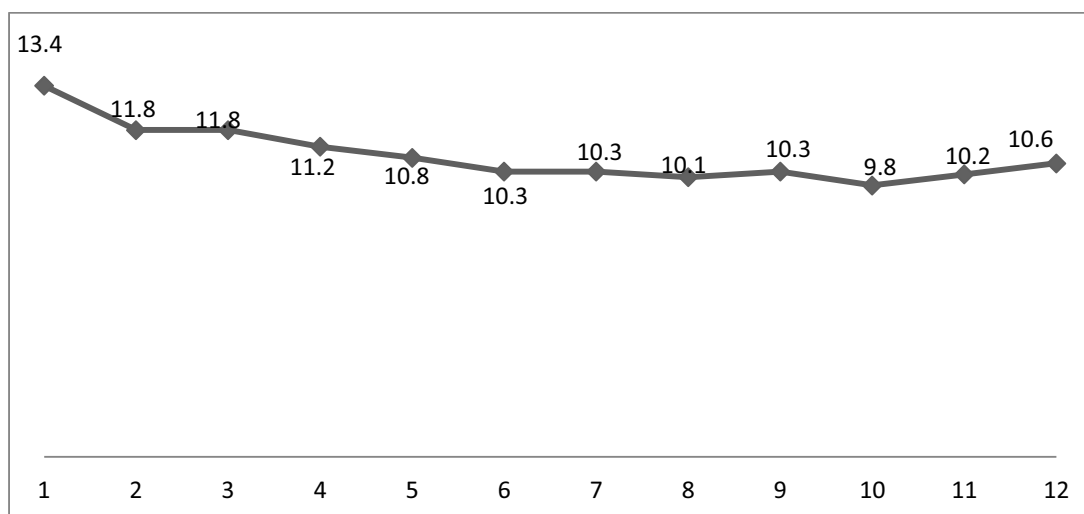
מספר המשתתפים בקבוצה

כאמור, עד סוף ינואר 2013, השתתפו בתכנית 1,290 מטפלים עיקריים ב-77 קבוצות; כלומר כ-16 משתתפים לקבוצה, בממוצע. הספרות מלמדת (Mackenzie, 1991) שכ-12 משתתפים לקבוצה הוא

מספר אופטימלי להתפתחות תהליך קבוצתי טוב. במפגשים הראשונים של הקבוצה ניתן היה לצרף אנשים חדשים, ובמקביל הייתה גם נשירה. למנחים ניתן שיקול הדעת, האם לסגור קבוצה כאשר מספר המשתתפים קטן. בפועל, שתי קבוצות נסגרו בשל מיעוט משתתפים (לאחר דיון בוועדה סניפית). כרבע מהמנחים ציינו שמספר המשתתפים היה קטן מדי (פחות מ-5 משתתפים) והדבר פגע בהתנהלות הקבוצה ובהנחיה, בעוד ש-6% סברו שמספר המשתתפים בקבוצה שהנחו היה גדול מדי (יותר מ-16 איש) ושי"הקבוצה מתפזרת וקשה להשתלט עליה".

מניתוח נתוני הנוכחות עולה כי מספר המשתתפים למפגש נע בין 25 ל-3. במוצע, מספר המשתתפים במפגש הראשון היה 13, אחריו הייתה ירידה ל-12 משתתפים במפגש השני, וממנו נשמרה יציבות של 10-11 משתתפים במפגש (ר' תרשים 2). קרוב ל-70% השתתפו ב-10 מפגשים או יותר כ-15% השתתפו ב-9-6 מפגשים ואחוז דומה בפחות משישה מפגשים. היו קבוצות שבהן היקף הנשירה/היעדרויות הגיע לכדי שליש מכלל הנרשמים לקבוצה ואילו בקרוב למחצית מהקבוצות לא נשר אף לא משתתף אחד. הסיבה השכיחה לנשירה הייתה פטירת המטופל. סיבות נוספות לנשירה/היעדרות היו: אי התאמה לקבוצה ומטרותיה, חוסר זמן להתפנות מהטיפול וכן אירועים משפחתיים, כמו חתונות ולידות. יצוין כי לא תמיד ניתן להבחין בין נשירה להיעדרות זמנית. מנחים ציינו שהיה צורך להזכיר לחברים לפני כל מפגש.

תרשים 2: ממוצע משתתפים, לפי מס' המפגשים



תכנית המפגשים

תכנית המפגשים נבנתה על ידי המנחים בשיתוף הגופים המתפעלים. המנחים העריכו שהמיזם מתייחד במתן התמיכה הרגשית ויש להדגישו, שכן לדעתם מידע ניתן לקבל דרך האינטרנט ובדרכים אחרות. מהמשוב שנתנו המנחים מתברר שהמנחים "החיצוניים" היו מרוצים יותר ממידת האוטונומיה שניתנה להם בגיבוש הנושאים (73% הביעו שביעות רצון רבה מאוד) לעומת המנחים "הפנימיים" (49%).

לשם בניית תכנית המפגשים היה צורך להביא בחשבון את הגורמים האלה :

- **איזון בין הדרכים שבהן הועברו המפגשים :** הרצאות פרונטליות, תמיכה רגשית, העצמה והתנסות חווייתית. הרצאת אורח לוותה בדרך כלל בדיון ובעיבוד רגשי לאחריה.
- **איזון בין העברת המידע לבין התמיכה הרגשית** וההתאמה לאוכלוסייה הספציפית. לדוגמה, מנחים התרשמו שבקרב חרדים וערבים ואנשים ממעמד חברתי-כלכלי נמוך, הצורך לקבל מידע רב יותר מהרצון בדיון ברגשות – שהוא קשה יותר עבורם. התרשמות זו לא מצאה ביסוס סטטיסטי בדיווחי המנחים.
- **סדר העברת הנושאים** היה צריך להיות מותאם להתפתחות הקבוצה מבחינת החברות והאינטימיות. כלומר, המנחים השתדלו להתאים את התכנים במפגשים לדינמיקה בקבוצה. למשל, לדחות את הדיון המעמיק בקשיים האישיים ואת החשיפה האישית לשלבים מתקדמים יותר בתהליך. דוגמה נוספת, הקצאת די זמן מראש לפרידה, לסיכום ולסיום.
- **התאמת הנושאים** לאוכלוסיות ספציפיות. למשל, חרדיות (הרצאת רב/רבניית בענייני הלכה), ערבים (נשים צעירות שכל ייעודן לטפל בזקני המשפחה), בני מושבים (הסבר על סוגיית הבן הממשיך). ראוי לציין שהיו לא מעט קבוצות שבהן היה צורך לסטות מהמהלך המתוכנן של הקבוצה. המקרה הקלאסי היה של מותו של הורה או של בן זוגו של אחד המשתתפים. בנושא זה התחבטו בדילמות כמו: האם לספר לקבוצה? האם ללכת לניחום אבלים? והאם החבר ימשיך בקבוצה? בדרך כלל זו הייתה סיבה לדיון בקבוצה בנושא המוות, באובדן ובפרידה. לעתים קרובות החריגות מהתכנית נבעו מאי מיצוי הנושא ומכך שהיה צורך להמשיך בפגישה הבאה.

מניתוח נושאי המפגשים ודרכי העברתם עולים הנושאים האלה :

1. **היכרות, תיאום ציפיות ו-סְטִינג (Setting) :** מטרות, סודיות, כללים. היו מנחים שהציגו את התכנית מראש והיו שנמנעו מכך, בשל הרצון להתאים את התכנית לרצון המשתתפים. היו מנחים שפתחו את ההיכרות דרך סיפורים אישיים, "אגדת השם", סדנת יוגה-צחוק או דרך הסרט "של מי החיים האלה לעזאזל" ודיון בעומס.
2. **זיקנה ותהליכי הזדקנות :** עולם הזיקנה מבחינה פיזית, חברתית, רגשית, תפקודית, ביולוגית, קוגניטיבית, פסיכולוגית, תזונה, מחלות אופייניות, כאבים, תרופות. הקשרים נוספים : מעמד הזקן במשפחה ובחברה, הזיקנה מנקודת ראותו של הזקן, הזיקנה בהלכה, גיל כרונולוגי לעומת גיל ביולוגי, מהי גרונטולוגיה? תאוריית 6 הגילים, הצצה אל נפשו של המזדקן ותעסוקת קשישים. המנחים קישרו את הנושאים הללו גם לדיון ברמה האישית : איך הייתי רוצה להזדקן, מהי הזיקנה בשבילי והזדקנות ההורים – קשיים, חששות, כאב, עומס וכד'.
3. **אני כמטפל (קשיים והעצמה) :** תפקיד המטפל, מיהו המטפל העיקרי? הטיפול בזקן (מודל "הסמכות השלמה", המשנה את מיצוב תפיסת הסמכות בכל הקשריה בחייו של המטפל), השלכותיו על המטפל וכלים להתמודדות. מטבע הדברים, זהו נושא רחב והוא נושק לכל יתר הנושאים.

- קשיים: השפעת הטיפול בהורה על החיים האישיים – תפקיד המטפל העיקרי, ריבוי תפקידים וקונפליקטים ביניהם ("עוגת הזמן"), תחושת בדידות, שחיקה, דיכאון, השלכות על המשפחה הגרעינית, המחויבות שלי כלפי ההורה או כלפי בן הזוג, נתינה וגבולותיה, חוסר האונים והיכולת לשנות את המצב ולסייע לזקן בסבלו, ניהול כעסים ועומסים (גשר מאח"ד); (להד, 2006), דילמות בטיפול בהורה – פטרנליזם לעומת אוטונומיה, אסרטיביות לעומת פסיביות ותוקפנות, תלות לעומת עצמאות, בית או מוסד, היפוך תפקידים ובשלות פיליאלית (filial maturity), רגשות לגיטימיים (אשם, כעס, אכזבה וכד'), הבחירה בתפקיד או למה דווקא אני (4 אבות-טיפוס של דפוזי אישיות), המחויבות כלפי ההורה מול המחויבות למקום העבודה ("של מי החיים האלה לעזאזל?"), קושי לקבל את ההורה שהשתנה, הבנת צורכי ההורה.
 - העצמה: מי מטפל במטפל – תדלוק עצמי, מיפוי משאבי התמודדות פנימיים וחיצוניים (סדנת חוסן - מודל רג"ש חם מאוד או גש"ר מאח"ד), מיקוד שליטה פנימי וחיצוני, הרפיה, התמודדות עם שחיקה ופסיכולוגיה חיובית, ההיבטים החיוביים שבטיפול בזקן, דרך העיסוק במשמעות השם הפרטי - ה"שם" - לשים עצמי במרכז, העלאת זיכרונות חיוביים, עידוד עצמי ועידוד אחרים, גבולות והיכולת לבקש עזרה, התמודדות עם מצבי לחץ (א.מ.ת) וריבוי משימות, חיבור לרגשות ועיבודם, הגברת החוסן האישי והקבוצתי, כלים להתמודדות עם אי ודאות, תלות ומצבים מעיקים.
- בדרך כלל הנושאים הועברו במגוון דרכים: ראשית, השיחה והדיון בקבוצה אפשרו לחלוק את הניסיון האישי; נוסף על כך, המשגת המונחים הרלוונטיים והצגת המודלים סייעה למשתתפים להבין שתחושותיהם נורמליות וסייעה להם "לעשות סדר" בבליל הרגשות שמסעירים אותם. המנחים נעזרו גם במשחקי תפקידים, בקלפים, בסרט "רציתי שיהיה כמו פעם", בסדנאות: גוף-נפש, ארומתרפיה, דמיון מודרך, דרמה-תרפיה, גינון, תרגילי הקשבה לגוף, דופק ונשימה ועוד.
4. *חלוקת נטל הטיפול*: גיוס האחים והילדים לטיפול בזקן, כעסים, יחס מפלה של ההורה כלפי צאצאים והקשרו לטיפול בהורה, מערכות יחסים בין הצאצאים להורים הבנויות על אינטרסים כלכליים.
5. *תקשורת בין-אישית*: תקשורת בין-דורית, מערכת היחסים במשפחה והשפעתם על הטיפול בהורה כיום, כבוד במשפחה, התחברות להורה – להבין את צרכיו ומצבו, תלות של ההורה ותלות בהורה, תקשורת עם האחים – מאבק כוחות, קונפליקטים במשפחה (חדשים, מחודשים ומתמשכים), ניצול ומאבקים כספיים, מחלוקות לגבי אופן הטיפול בהורה, דרכי תקשורת וכיצד להשקיע בקשרים במשפחה, דיאלוג ושיח משפחתי. הנושא הועבר בדרך כלל בצורה חווייתית, בעבודה בזוגות, בסדנאות של מסאז' ובתמונות, הסרט "רציתי שיהיה כמו פעם", סיפורים אישיים, שימוש במודל התקשורת של גון פאול.
6. *עובד זר*: הצורך והלגיטימיות בקבלת סיוע מעובד זר, תהליך כניסתו, הדילמות, הקשיים, הבדלים תרבותיים וגישור בסכסוכים. קשיים ביורוקרטיים, הוצאות גבוהות, שכנוע ההורה לקבל עובד זר, ההשפעה של העסקת העובד הזר על היחסים במשפחה והבנת השחיקה שלו.

7. *מידע על שירותים וזכויות*: של משרד הבריאות, של משרד הרווחה ושל המוסד לביטוח לאומי, העסקת עובד זר ופיקוח, צוואות, ירושות, אפוטרופסות, טפסים, ייפוי כוח, מוסדות ושירותים הקיימים באזור, אבזרי עזר, ארגון הסביבה הקרובה בבית, שיטות הרמה, היגינה, מניעת מחלות ונוהלי בטיחות בזמן הטיפול.

8. *מוות ופרידה*: מהו מוות עבורי, אובדן, לימוד חמשת השלבים של האבל, פרדות והרגשות העולים בעקבותיהם, תחושות החמצה ועניינים לא גמורים, תמה לגיטימית שמותר לדבר עליה, "מתנות" פרדה, צוואות וירושות רגשיות, איך ממשיכים, טיפים וצידה לדרך, "מה אני לוקח מהמפגשים" הלאה. הנושא הועבר בדרך כלל בשיחה קבוצתית, אך היו גם מנחים שהשתמשו בסרט "ימי שלישי עם מורי" או בסדנת קלפים.

הנחיית הקבוצות

לפי מקנזי (1991), תפקידי המנחה הם לדאוג להשגת מטרות הקבוצה בצורה המיטבית, תוך דאגה ליציבות בקבוצה, לתחושת ביטחון ולכידות. המנחה צריך לאפשר לכל משתתף לעבד את רגשותיו בקצב המתאים לו, ליצור אווירה של התייחסות בכבוד זה לזה, רצון לשיתוף הקשבה וקבלה, ללא שיפוטיות וביקורתיות. המנחה צריך להתאים את התכנים לצורכי המשתתפים ולשמור על הגבולות בקבוצה. עליו לסייע בעיבוד התהליכים הדינמיים של כל אחד מהפרטים בקבוצה ושל הקבוצה כקבוצה ולסייע לחברים לראות דברים מזוויות שונות, כדי שבעקבות התהליך יהיו להם "כוחות מיוחדים" (Mackenzie, 1991).

יחידת הנחיה של שני מנחים – הנחיה ב-קו (Co)

מודל ההנחיה במיזם התבסס על הנחייה משותפת ובו-זמנית על ידי שני מנחים. יתרונותיה העיקריים של ההנחיה המשותפת הם: מתן אפשרות לפיתוח אישי ומקצועי, הרחבת אפשרויות ההתערבות על ידי מודלנינג (modeling) ועבודה במקביל ברמה הקבוצתית והאישית, הפחתת חרדה של המנחים ותמיכה האחד בשני. חסרונותיה של השיטה עלולים להתבטא בחוסר תיאום בין המנחים, מאבקי כוח, קצב שונה, אוריינטציה שונה וכן פיצול בין חלק מחברי הקבוצה הנוטים למנחה אחד וחלק אחר שנוטה לצד המנחה השני (Dick, 1980).

הכוונה שעמדה מאחורי ההנחיה המשותפת במיזם הייתה שהמנחה החיצוני יוביל את ההנחיה ואת הסטינג (setting) ואילו המנחה ה"פנימי", שמכיר את אוכלוסיית היעד, יסייע בפנייה למשתתפים הפוטנציאליים ויתרום מהידע שלו בתחום הזיקנה ובתחום הזכויות לזקנים. הנחיית הקבוצה אפשרה להעצים את המנחים ה"פנימיים" וכדי שהידע שהם רכשו מהמנחים החיצוניים בהנחיה המשותפת יישמר, לצורך הפעלת קבוצות בעתיד ולצורך שדרוג היחסים עם הלקוחות.

במרבית הקבוצות (78%) ההנחיה הייתה משותפת (Co). כמעט כל המנחים דיווחו ששיתוף הפעולה ביניהם היה טוב מאוד (83%) או טוב (15%). המנחים אכן סברו ששילוב של מנחה עובד סוציאלי מתחום הזיקנה ומנחה מתחום הדרמה, פסיכותרפיה, אמנות וכד' הוא שילוב טוב להובלת קבוצה של תומכים. בפועל, ההפרדה בתפקידים לא תמיד הייתה דיכוטומית והתגלעו, לעתים, חילוקי דעות לגבי הגדרת תפקידו ותחום אחריותו של כל אחד מהם. למשל, מנחה חיצוני שלא היה מעוניין להשתתף בגיוס משתתפים או במטלות מנהלתיות. עלתה גם השאלה באיזו מידה העובד הסוציאלי שצבר ידע במסגרת המיזם, אכן, מטמיע אותו הלכה למעשה במחלקה. מנחים סברו שהיה צורך לעבוד יותר על ההנחיה המשותפת, על ההיכרות ועל התיאום בין המנחים בכל הקשור להובלת הקבוצה. 8% מהמנחים אמרו שבהנחיה המשותפת עלו בעיות, בעיקר בגלל חוסר היכרות מוקדמת וחוסר תיאום בין המנחים. עם זאת, מרבית המנחים שנשאלו כיצד יעדיפו להנחות קבוצות בעתיד, השיבו שיעדיפו להנחות עם מנחה נוסף (84%), בקרב המנחים הפנימיים שיעור זה היה אף גבוה יותר (94%).

הדינמיקה במפגשים

במשובי הסיכום שמילאו המנחים עם סיום קבוצת התמיכה הם נתבקשו להתייחס לדינמיקה שהתפתחה בקבוצה שהנחו. 88% מהמנחים סברו שהדיונים בקבוצה אפשרו לחברי הקבוצה להתבטא. נוסף על כך, המנחים התבקשו לדרג את הדינמיקה בקבוצה על סקלה מ-1 עד 10, לפי מספר פרמטרים: אכפתיות לעומת אפאתיות, פתיחות לעומת סגירות, דיונים הרמוניים לעומת דיונים שיש בהם התנגשויות והתנגדויות, כלומר דיונים שיש בהם קונפליקטים. שמונים ושניים אחוזים נתנו את הציון 9 או 10 לגבי האכפתיות של המשתתפים, לעומת אפס בשתי הדרגות הנמוכות; 35% לגבי פתיחות וגילוי לב לעומת אפס בשתי הדרגות הנמוכות; ו-29% דירגו את הדיונים בקבוצה כהרמוניים בציון 9 או 10, לעומת 2% שאופיינו כדיונים שיש בהם קונפליקטים.

מניתוח תיאורי המנחים את הדינמיקה בקבוצה אפשר להסיק מעט על **שלבים בהתפתחות הדינמיקה בקבוצה**: במפגשים הראשונים השתמשו יותר במונחים של "אווירה נעימה ופתוחה", בהמשך, עברו להשתמש יותר ב"אווירה מכבדת", "אמפתיה", "מעורבות". לאחר מחצית מהמפגשים נעשה שימוש יותר במילים "תומכים ומחזקים", "ביחד", "אינטימיות" ו"לכידות". נראה כי מהמפגש ה-7-8 החלו יותר תהליכים של עבודה פנימית ושל התפתחות הקבוצה כקבוצה.

המנחים פירטו נושאים שנאלצו להתמודד אִתם במהלך ההנחיה. נושא בולט היה סוגיית **שמירת הגבולות**: לשמור על המשתתפים מפתיחות יתר בהתחלה, אשר עלולה "להבהיל" ולגרום לחלקם להימנע מלהמשיך ולהשתתף בקבוצה. בנושא זה ראוי לציין כי שני שלישים מחברי הקבוצות הכירו חברים בקבוצה לפני השתתפותם בה (ממקום העבודה או מאזור המגורים); בשמירת הגבולות מדובר גם על גבולות הזמן, כשהמשתתפים רצו להמשיך את המפגש לאחר שעה וחצי או שעתיים; לשים גבולות למשתתפים שנטו "להשתלט" על הקבוצה או לכאלה שלא כיבדו משתתפים אחרים.

שביעות הרצון מהתנהלות קבוצת התמיכה

בלוח 18 מוצגים הציונים שנתנו חברי הקבוצות להיבטים שונים בהפעלת המיזם. ממצאים אלה מחזקים את ההתרשמות החיובית של המנחים. חברי הקבוצות העניקו ציונים גבוהים להנחיה (מעל 95% היו שבעי רצון במידה רבה או רבה מאוד) ולאווירה בקבוצה, הכוללת את האפשרות לחלוק רגשות בפתיחות ובכנות, לשתף בקשיים ולזכות ביחס מכבד של חברי הקבוצה. שביעות הרצון הייתה גבוהה יותר בקרב צאצאים מאשר בקרב בני זוג בחלק מההיבטים שנבדקו: בהיבט של קבלת עצות מועילות מהמשתתפים או מהמנחים (39% במידה רבה מאוד) לעומת בני זוג (29%), באווירה בקבוצה (87% ו-77%, בהתאמה) ובשביעות הרצון הכללית מההנחיה (75% ו-63%, בהתאמה). הצאצאים הרגישו נוח יותר לשתף אחרים ברגשותיהם (53% לעומת 35% מבני הזוג שחשו במידה רבה או רבה מאוד בקרב בני זוג). לא נמצאו הבדלים בשביעות הרצון בין מטפלים לפי מאפייני הזקן: דמנטי לעומת לא דמנטי; מרותק למיטה או לכיסא לעומת נייד.

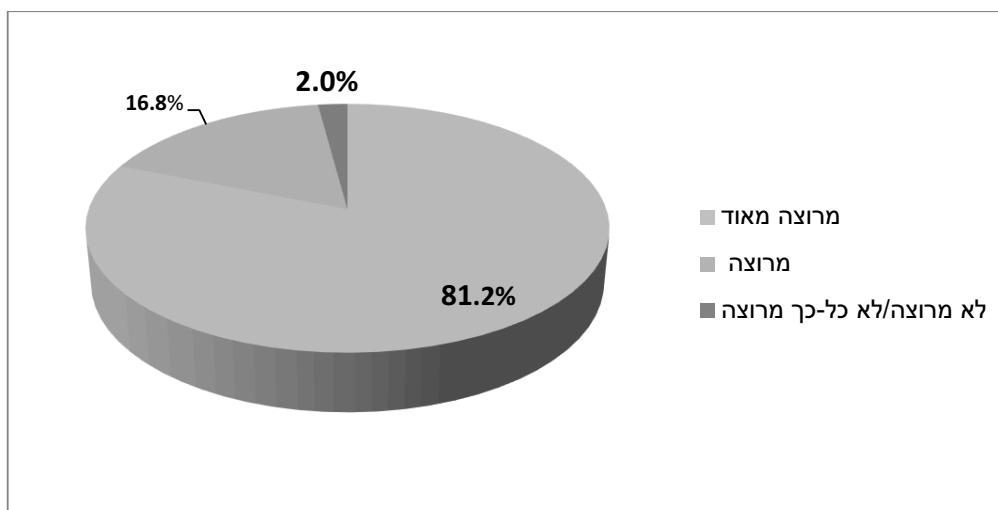
לוח 18: מידת שביעות הרצון של המשתתפים מהיבטים שונים של מפגשי הקבוצה (n=348)

במידה בינונית/מעטה/בכלל לא	רבה	רבה מאוד	
2.6	15.6	81.8	האווירה בקבוצה הייתה טובה ונעימה
2.3	21.0	76.7	המנחה היה קשוב למשתתפים אחרים
3.2	21.1	75.7	המנחה היה קשוב אליך
4.0	23.6	72.4	באופן כללי, עד כמה אתה מרוצה מהמנחה/ים
2.6	28.3	69.1	המשתתפים בקבוצה הקשיבו בכבוד ובסבלנות לאחרים
8.4	31.1	60.5	העברת המפגשים הייתה מעניינת
6.8	34.3	58.9	שביעות רצון ממיקום המפגשים
5.2	36.6	58.2	משתתפים בקבוצה שיתפו אחרים בקשיים שלהם
9.1	33.5	57.3	הייתה לך אפשרות לחלוק את רגשותיך בפתיחות ובכנות עם הקבוצה
9.3	37.1	53.4	הזדהית עם משתתפים אחרים בקבוצה
10.9	40.1	49.0	הרגשת נוח לשתף אחרים בקבוצה ברגשותיך
24.7	37.2	38.1	קיבלת עצות שעזרו לך מהמשתתפים או המנחים בקבוצה
24.6	45.1	30.3	הנושאים שנדונו התאימו לקשיים איתם אתה מתמודד
97.2	1.1	1.7	הרגשת אכזבה או בזבוז זמן עקב ההשתתפות בקבוצה

81% מהמשתתפים היו שבעי רצון מהשתתפותם בקבוצה במידה רבה מאוד ועוד 17% במידה רבה (תרשים 3). ניתוח הנתונים מלמד כי שביעות הרצון הכללית בקרב צאצאים מההשתתפות בקבוצה (84%

היו מרוצים במידה רבה מאוד) הייתה גבוהה יותר מזו של תומכים שהם בני זוג (72%). 98% מהמשתתפים היו ממליצים לחבר המתמודד עם קשיים דומים להצטרף לקבוצה כזו.

תרשים 3: שביעות רצון מההשתתפות בקבוצה (N=348)



כמחצית מהמשתתפים (45%) ציינו שהם נמצאים בקשר עם חברי קבוצה אחרים, מרביתם נפגשים עמם מחוץ לשעות המפגשים (75%) או משוחחים עמם בטלפון (65%).

המרואיינים נשאלו אם יש להם צרכים או בעיות הקשורים לטיפול שלא ניתן להם מענה בקבוצה. כרבע מהם השיבו בחיוב. הנושאים השכיחים שהזכירו היו: צורך במידע רפואי על בעיות בריאות ועל התנהגויות ספציפיות של המטופל; מידע על זכויות ועל טפסים, בעיקר של המוסד לביטוח לאומי; מידע על אפוטרופסות, על דרכים להיעזר טוב יותר במטפל זר, על דרכים להתמודד כלכלית עם המצב וכן על דרכים לרתימת בני המשפחה לעזור בטיפול.

ניסינו להבין האם ההשתתפות בקבוצה הייתה חוויה ייחודית בעבור המשתתפים. מתברר ש-8% מחברי הקבוצות השתתפו בעבר בקבוצת תמיכה כלשהי. מרביתם חשו שהקבוצה הנוכחית הייתה שונה מקבוצות קודמות. על פי תחושתם, הייחודיות התבטאה ב"אינטימיות", מכך שהרגישו חלק מקבוצה, "שיתוף החוויה עם אחרים", "ההרצאות", ו"נתנו לנו יותר כלים פרקטיים לטיפול".

המנחים, אף הם הביעו שביעות רצון גבוהה הן מההנחיה באופן כללי (67% דירגו את ההתנסות כטובה מאוד ועוד 32% כטובה) והן מהאיזון בין העברת ידע ותמיכה רגשית. שביעות רצון גבוהה יותר דווחה בקרב המנחים החיצוניים. 98% מהמנחים השיבו שהיו מעוניינים להנחות קבוצת תמיכה בעתיד. בטקסט פתוח המנחים הביעו את תודתם והתרשמותם מחוויית ההנחיה. לדוגמה: "למדתי המון בהנחיית הקבוצה הזו על אף שנגעתי בעולם הלא מוכר לי", "נהניתי מאוד מהשתתפותי בהנחיית

הקבוצה, למדתי המון משותפתי להנחיה". מנחים רבים הודו על ההזדמנות להנחות קבוצה וצינו שהם עצמם עברו חוויה טיפולית עמוקה מאוד, מאתגרת, מלמדת, מהנה, מרגשת ומספקת כמנחים. "תודה על ההזדמנות לחוויית ההנחיה, ללמידה ולהתפתחות אישית. היה זה אתגר מעניין ומלמד".

הקבוצה באינטרנט

במסגרת המיזם נפתחה, כאמור, קבוצה אחת באינטרנט. סעיף זה מוקדש לתיאור הניסיון החדשני בהפעלת קבוצה באינטרנט. מתכונת המפגשים דמתה למתכונת מפגשי הקבוצות הפרונטליות, דהיינו, 12 מפגשים וירטואליים שבועיים בני שעתיים. הקבוצה פעלה במערכת LMS שהיא מערכת למידה וירטואלית. המפגשים השבועיים נעשו און-ליין דרך פורום בהקלדה, תוך שימוש בחומרי עזר כמו מצגות, סרטונים ואמצעים נוספים. לחלק מהמפגשים הובאו מומחים שענו על שאלות. נוסף על כך, המשתתפים יכלו להיעזר במצגות שבאתר "רעות-משפחה מטפלת". כמו כן, הטכנולוגיה אפשרה להפיק דוחות ולקבל מידע על הפעילות באתר ועל השימוש של כל אחד מחברי הקבוצה במפגשים ובפורומים.

הרישום לקבוצה נעשה דרך האתר של "רעות-משפחה מטפלת" ולאחר סינון טלפוני ניתנה הרשאה (קוד גישה) לכל משתתף. 49 חברים נרשמו לקבוצה והשתמשו במערכת - נכנסו מדי פעם, קראו וכתבו הודעות ושלחו מסרים. לפני כל מפגש המנחה נהגה להתקשר ולהזכיר לחברי הקבוצה על המפגש, לשמוע תגובות על המפגש הקודם וכן שלחה מסר לכל המשתתפים מתוך המערכת עם לינק לדף המפגש. כ-20 חברים נהגו להשתתף באופן קבוע והיתר היו פסיביים יותר או שנכנסו לקבוצה לעתים רחוקות. חלק מהחברים נהגו להיכנס לאתר ולקרוא את הדיונים שהתנהלו ואף להגיב עליהם בדיעבד. עשרים וחמישה משתתפים שהסכימו להתראיין רואיינו טלפונית עם התחלת הקבוצה ושלושה-עשר מהם רואיינו שוב לאחר סיום הקבוצה. היתר נשרו מהקבוצה בסמוך לתחילת פעילותה ולא רואיינו.

39% מחברי קבוצת האינטרנט ציינו שהיו פעילים בקבוצה באופן קבוע, עוד 46% היו פעילים מדי פעם ואילו 15% העידו על עצמם שהיו פסיביים בדיוני הקבוצה. כמעט כולם נהגו להיכנס לפורום במהלך השבוע. על פי הערכתם, משך החשיפה לאתר נע בין שעה לחמש שעות בשבוע. רוב חברי הקבוצה (כ-60%) היו מעוניינים להיפגש עם חברי הקבוצה).

בקבוצת האינטרנט ציינו 27% שמועדי המפגשים נוחים להם, ל-39% לא כל-כך נוחים ואילו 35% ציינו שאינם נוחים, בדרך כלל משום שהשעה לא התאימה. אותם משתתפים התבקשו גם לתת ציונים להיבטים שונים שבהתנסות באינטרנט. מרבית השאלות היו דומות לשאלות שנשאלו חברי הקבוצות הפרונטליות וגם הדירוגים שנתנו היו דומים. הדירוגים המתייחסים להתנסות האינטרנט מלמדים כי מרבית חברי הקבוצה חשו באווירה נינוחה ותומכת, שהתבטאה בביקורתיות מעטה (8%) ובכך שלא נוצרו קליקות (שעלולות לפגוע באווירה הקבוצתית) (17%). 77% מחברי קבוצת האינטרנט סברו שהמומחים שהובאו הצליחו לענות על שאלות המשתתפים ו-46% השיבו שהמצגות של "משפחה מטפלת" הועילו להם (לוח 19).

אף כי קיים דמיון רב בהתנהלות של קבוצה פרונטלית לקבוצת תמיכה מבוססת-מחשב, עדיין ישנו שוני במספר מרכיבים בסיסיים. באשר למאפיינים הקשורים לטכנולוגיה, חלקם נתפסים כיתרון וחלקם

כחסרון לעומת קבוצה הפרונטלית. כך, מתברר שהיכולת להתחבר בכל עת מהבית לקבוצה נתפסה כיתרון גדול לחברי הקבוצה האינטרנטית, שכן 94% היו מרוצים מכך במידה רבה או רבה מאוד. מבין החסרונות, מונים את חוסר היכולת לראות את החברים לקבוצה ובעיות טכניות. ואכן כמחצית מהמשתתפים בקבוצה נתקלו בבעיות טכניות של כניסה לאתר, נפילה של המחשב או התחברות לפורום. הם גם הביעו צורך בהדרכה טכנית. יצוין כי כעשרים משתתפים נשרו מהקבוצה בגלל בעיות אלה וכלל לא השתתפו בה. 75% הביעו שביעות רצון נמוכה מכך שלא יכלו לראות את חבריהם לקבוצה ואחוז דומה מהאנונימיות שמאפשרת הטכנולוגיה.

על פי הערכת המנחה, "הפעילות במפגשים הייתה, בדרך כלל, מאוד אינטנסיבית, חברי הקבוצה נוהגים לקרא את דברי הפתיחה ולהיעזר במצגת מצורפת, וכן לקחת חלק פעיל בדיון, לשתף את הקבוצה בבעיות שהם מתמודדים איתם ולהתייחס ולעזור לחברים האחרים. במקביל גם בפורום הפתוח 24/7 ניתן לראות שהפעילות גוברת, חברי הקבוצה יוזמים דיונים ומשתמשים במערכת באופן עצמאי". להערכתה, השתתפות החברים שאינה מוגבלת בזמן יוצרת כלי זמין שהוא חיוני ליצירת תחושת שייכות ומחויבות של החברים לקבוצה ולמפגשים.

לוח 19: שביעות רצון מהיבטים שונים בהפעלת קבוצת האינטרנט (%); (n=13)

בינונית/מעטה/ בכלל לא	רבה מאוד/ רבה	
92.3	7.7	המשתתפים היו ביקורתיים כלפיך
83.4	16.6	הרגשת שנוצרו תתי-קבוצות (קליקות של חברים)
46.1	53.9	היה לך קל להיכנס לאתר ולהשתמש במחשב (שימוש בטכנולוגיה)
75.0	25.0	היית מרוצה מזה שלא יכולת לראות את המשתתפים האחרים
23.0	77.0	אתה מרגיש שהמומחים שהובאו לקבוצה (רופא גריאטר וכו') הצליחו לענות על שאלות המשתתפים
53.8	46.2	המצגות שבאתר "רעות משפחה מטפלת" היו מועילות לך
5.7	94.3	היית מרוצה מכך שיכולת להשתתף מתי שנוח ומתאים לך
76.9	23.1	היה לך חשוב לשמור על אנונימיות (שלא יזהו אותך)

המרואיינים בקבוצת האינטרנט נשאלו אם היו מעדיפים להשתתף בקבוצה פרונטלית בגישה הקלאסית. כמחציתם השיבו שכן. הסיבות לכך שהיו מעדיפים קבוצה פרונטלית היו בגלל האינטראקציה הבין-אישית ובגלל בעיות טכניות של ניווט באתר. המשיבים בשלילה נימקו זאת בכך שאין להם זמן והקבוצה באינטרנט חוסכת זמן; שיותר נוח להם להיפתח בלי להיחשף ושיש חומרים שאפשר לשחזר מאוחר יותר.

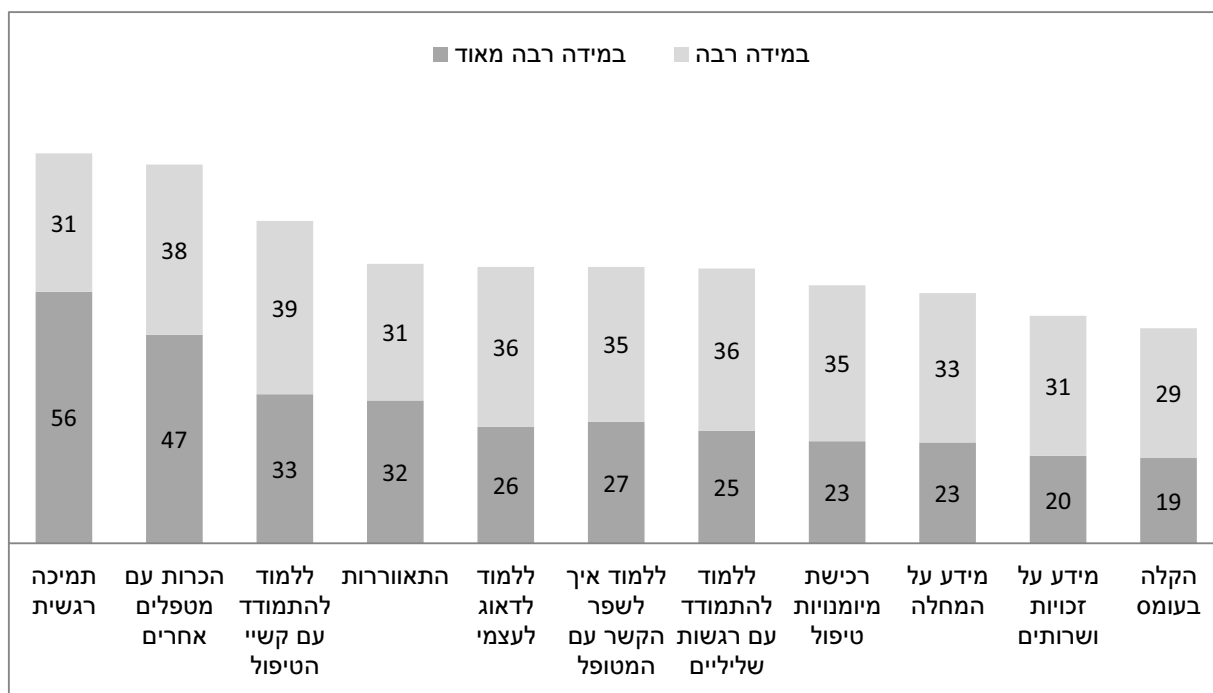
לסיכום, שביעות הרצון מהפעלת המיזם הייתה גבוהה בקרב חברי הקבוצות והמנחים כאחד. האווירה האינטימית והמכבדת וההנחיה המקצועית היו הגורמים העיקריים לשביעות הרצון הגבוהה של החברים ואילו אצל המנחים נתפסה הנחיית הקבוצה כחוויה מאתגרת ומלמדת במיוחד. בקבוצה האינטרנטית הבעיות הטכנולוגיות מנעו את מיצוי הפוטנציאל הגלום בטכנולוגיה. החלק הבא דן בתוצאות המיזם.

תרומת ההשתתפות במיזם ושינויים שחלו בעקבותיו

המודל הלוגי המוצג בתרשים מספר 1 לעיל מסרטט כיווני השפעה אפשריים של המיזם. על פיו, למיזם יכולה להיות השפעה על היבטים הקשורים בחייהם האישיים של התומכים ועל היבטים הקשורים לטיפול בזקן. קבוצת התמיכה יכולה לתרום לשיפור רווחתו הנפשית ולשיפור מיומנויות הטיפול והקשר עם הזקן. פרק זה דן בתוצאות המיזם ובהשפעתו על חייו האישיים של החבר בקבוצה, על הטיפול ועל תחושות העומס.

תרשים 4 מציג את הערכתם של התומכים על תרומת המיזם בעבורם (1=בכלל לא; 4=במידה רבה מאוד). התרשים מלמד כי התרומה המשמעותית ביותר של הקבוצה לחבריה הייתה בתמיכה הרגשית שניתנה להם בעזרת שיחה עם אנשים ה"דומים" להם: שמונים ושבעה אחוזים מהמשתתפים ציינו כי תרומתה של הקבוצה לנושא זה הייתה "רבה מאוד" או "רבה". בדומה, 85% דירגו את תרומתה של הקבוצה להיכרות עם אנשים המתמודדים עם בעיות דומות, ו-74% דירגו את התרומה לשיפור יכולתם להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול. בסביבות 60% דורגו הנושאים: קבלת מידע על המחלה או המוגבלות של המטופל, ללמוד לשפר את הקשר עם המטופל, ללמוד לדאוג לבריאות העצמית, ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים הקשורים לטיפול וכן לרכוש מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר. לכמחצית המיזם תרם לקבלת מידע על זכויות ועל שירותים לזקנים ובהקלה על העומס הנגרם להם כתוצאה מהטיפול. זאת ועוד, 77% ציינו שהקבוצה ענתה על ציפיותיהם במידה רבה מאוד או רבה. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם תפיסותיהן של הרכזות, אשר ראו לנגד עיניהן את התמיכה במטפל כמטרתה העיקרית של הקבוצה.

תרשים 4: תרומת ההשתתפות בקבוצה בתחומים שונים (%) ; (n=351)



צאצאים, חתנים וכלות נתרמו יותר בפרמטרים של שיפור הקשר עם המטופל וקבלת מידע על המחלה או המוגבלות של המטופל, לעומת בני ובנות הזוג (לוח 20). מבדיקת הנתונים מתברר גם שבקרב יהודים 91% דיווחו על תמיכה רגשית לעומת 74% בקרב הערבים, וכן גם מטפלים בדמנטיים (92%) לעומת לא דמנטיים (84%). התאוררות מהטיפול דווחה יותר בקרב המטפלים בזכאי חוק סיעוד לעומת שאינם זכאים (65% לעומת 54%), מטפל עיקרי (65%) לעומת מי שלא מגדיר עצמו כמטפל עיקרי (53%) ומטפלים בזקנים המרותקים לבית (71%) לעומת שאינם מרותקים (60%). ביתר הפריטים לא נמצאו הבדלים מובהקים ברמה של 5% על פי התכונות הללו, לרבות מספר המפגשים בהם נטלו חלק.

לוח 20: תרומת ההשתתפות בקבוצה (במידה "רבה מאוד" או "רבה"), לפי יחס הקרבה לזקן (%)

כלה/חותן* (n=26)	בן/בת (n=268)	בן/בת זוג (n=61)	סך הכל (n=351)	
86.5	87.8	82.7	87.1	קבלת תמיכה רגשית מהקבוצה
81.0	85.9	79.9	84.6	היכרות עם אנשים המתמודדים עם קשיים דומים לשלי
77.3	73.1	67.3	74.0	יכולת התמודדות עם הקשיים הכרוכים בטיפול
72.7	60.6	63.8	62.4	התאוררות, לקיחת פסק זמן מהטיפול
63.7	64.0	39.4	61.7	שיפור הקשר עם המטופל*
77.2	60.4	62.0	61.7	דאגה לעצמי טוב יותר
59.1	61.8	57.9	61.4	יכולת להתמודד עם רגשות שליליים, כמו: אשמה, בושה, תסכול
59.0	59.1	45.6	57.6	רכישת מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר
71.4	57.7	43.8	56.4	קבלת מידע על המחלה או המוגבלות של המטופל*
47.5	51.3	47.4	50.8	קבלת מידע על זכויות ושירותים לזקנים
59.1	46.8	46.6	47.8	הקלה בעומס כתוצאה מהטיפול

* p<0.05

כולל גם נכדים, אחות ויחס קרבה אחר

מנחי הקבוצות התבקשו, אף הם, להעריך כיצד הקבוצה תרמה למשתתפים. מתברר שלמנחים הייתה הערכת-יתר לגבי תרומתו של המיזם להקלת עומס הטיפול; שכן הם ייחסו לה את התרומה הגבוהה ביותר. לאחריה דורגו השיפור ביכולת המטפל לדאוג לעצמו מבחינה בריאותית וחברתית. ייתכן שהפער בין הערכותיהם לבין תפיסת חברי הקבוצות נובע מפירוש שונה למושג "הקלה בעומס" או מכך שלא העריכו לאשורם את הקשיים שאתם מתמודדים המטפלים ואת יכולתה של הקבוצה להקל את העומס הזה. עם זאת, הייתה הסכמה כמעט מוחלטת בקרב המנחים ש"יש צורך אמתי של המטפלים בתמיכה, ביצירת קבוצת השתייכות של אנשים שחווים אותם קשיים, שמקשיבים להם בסבלנות, בקבלת כלים והדרכה כיצד לטפל נכון וטוב ביקריהם, קבלת מידע על גופים, מוסדות, חוקים ונהלים שיכולים לעזור". אחת המנחות הגדירה במילים: "המשמעות הרבה של קבוצת תמיכה עבור משתתפיה היא שבמהלכה ובעקבותיה הם עוברים ממצב של בדידות למצב של תמיכה, קבלה, נתינה, יכולת לעזור, לבקש עזרה, להיעזר, לתת ולקבל כתף תומכת. בחלק מהמשפחות נוצר דיאלוג יותר פתוח בין הנעזר

לעוזר. הכלים שניתנו בקבוצה נתנו למשתתפות בטחון אישי והרגשת חשיבות עצמית טובה וחיזוקו אצלן את ההחלטה שלהן לטפל בהורה המבוגר".

העבודה הקבוצתית נתנה, כאמור, כלים שיכולים לסייע לתומך לשפר את רווחתו הנפשית וכן היבטים שונים הקשורים לטיפול. אולם, ייתכן שיש פער בין המיומנויות שרכש לבין היכולת ליישמן בפועל. לפיכך, בדקנו באיזו מידה אכן חלו בפועל שינויים במציאות חייו של המטפל, על היבטיה השונים. השתמשנו בסדרה של 17 שאלות על שינויים במאפיינים הקשורים לטיפול ולחיי האישיים של המטפל בעקבות ההשתתפות בקבוצה, אם בהשוואה רטרוספקטיבית לתקופה שלפני הקבוצה חל שיפור (או חלה עלייה, בהתאם לשאלה הספציפית), חלה הרעה או הפחתה, או שלא חל שינוי כלל. מלוח 21, שבו מוצגים השינויים, עולה שהשיפור הרב ביותר התרחש ביכולתו של התומך לקבוע סדר עדיפות בניהול הטיפול (45%) ובקשר שלו עם המטופל (44%). עוד עולה מהלוח שכשליש מהמשתתפים דואגים יותר לבריאותם. בד בבד גם תדירות המפגשים עם המטופל עלתה בעקבות המיזם (22% מהמשתתפים נפגשים יותר עם המטופל לאחר המיזם, לעומת 6% שנפגשים בתדירות נמוכה יותר). מניתוח הנתונים (שלא מופיע בלוח) עולה כי שיעור נמוך יותר מהתומכים בלוקים בדמנציה דיווחו על שיפור בקשר עם הזקן ובמידת ההתחשבות בדעתו לגבי החלטות הקשורות לטיפול בו, לעומת שיעור התומכים במטופלים שאינם סובלים מדמנציה. הצאצאים, הכלות והחתנים דיווחו על שינויים גדולים יותר, לעומת בני זוג, בהיבטים הבאים: נותנים יותר עזרה בטיפול אישי, שיפור ביחס או בהתנהגות המטופל כלפי המטפל או אנשים אחרים, וקבלת יותר עזרה מבני משפחה אחרים וחברים. ההבדלים בין יהודים לערבים מתבטאים בזמן שמקדישים לעיסוק בפעילויות פנאי (30% מהיהודים דיווחו על עלייה ו-22% מהערבים) ומידת ההתחשבות בדעתו של הזקן לגבי החלטות הקשורות לטיפול בו (22% מהיהודים ו-45% מהערבים).

מניתוח גורמים (Factor Analysis) של כל השינויים לעיל התברר כי השינויים בעקבות ההשתתפות בקבוצת התמיכה מתחלקים לחמישה עולמות תוכן: 1. שינויים הקשורים לטיפול בזקן; 2. דאגה לעצמי (בריאות, חברה ופנאי); 3. קשר עם הזקן; 4. שינויים הקשורים לעזרה מאחרים (בני משפחה וחברים); 5. עזרה פורמלית. הטיפול בזקן היה השינוי הדומיננטי שהתרחש בעקבות הקבוצה.

לוח 21: שינויים שחלו בחייהם של התומכים בעקבות ההשתתפות בקבוצה (n=351)

ללא שינוי	חל שינוי		
	פחות או הורע	יותר או השתפר	
52.3	2.8	44.9	ביכולת לתת סדר עדיפויות לפעולות הקשורות לטיפול
53.5	2.2	44.3	בקשר שלך עם המטופל
59.2	4.9	35.9	בדברים שאתה עושה למען בריאותך (בדיקות, קובע תור לרופא כשצריך)
66.8	4.3	28.9	בזמן שאתה מקדיש לעיסוק בפעילויות פנאי
65.5	6.3	28.2	בעזרה שאתה נותן בטיפול אישי (לאכול, להתרחץ, להתלבש, לקחת תרופות או לעבור מחדר לחדר)
69.7	5.7	24.5	במידת ההתחשבות בדעתו של המטופל בהחלטות הקשורות לטיפול בו (מטפל, כספים, מיסוד וכד')
71.9	4.4	23.7	בעזרה שהמטופל מקבל ממטפלת או עובד זר
71.2	6.2	22.5	בעזרה שאתה נותן בפעולות מחוץ לבית (ליווי לטיפולים רפואיים, סידורים, קניות או הסעה ממקום למקום)
74.9	2.8	22.3	במספר החברים שקרובים אליך ושאתה יכול לשוחח אתם על דברים אישיים, לשתף אותם ברגשות ולסמוך עליהם
72.0	6.4	21.7	תדירות המפגשים שלך עם המטופל
76.5	3.4	20.1	בעזרה בטיפול מבני משפחה אחרים
70.6	10.0	19.4	ביחס או בהתנהגות המטופל כלפיך וכלפי אנשים אחרים
75.0	7.2	17.8	אם לא גר עם הזקן: בעזרה שאתה נותן בפעולות הקשורות למשק הבית (הכנת ארוחות, נקיון, כביסה)
81.8	1.0	17.2	במספר בני המשפחה שאתה יכול לסמוך על העזרה שלהם בטיפול
86.7	1.5	11.8	אם המרואין אינו בן זוג: בעזרה הכספית שאתה נותן למטופל
89.0	1.5	9.5	במספר החברים שאתה יכול לסמוך על העזרה שלהם בטיפול
94.7	0.9	4.4	בעזרה הכספית שאנשים אחרים (כמו בני משפחה או חברים) נותנים

באשר לשינויים בתחום התעסוקה של המטפלים, מתברר ש-8% מוטרדים פחות בזמן העבודה בגלל מצבו של הזקן ו-5% דואגים יותר כשהם בעבודה.

אחת ממטרות המחקר הייתה לבחון באיזו מידה יש מודל אפקטיבי יותר שיושם על ידי הגופים המתפעלים. מהשוואה בין תוצאות הקבוצות של שלושת הגופים המתפעלים לא עלו הבדלים מובהקים וכן לא נמצאו הבדלים משמעותיים בשביעות הרצון מההשתתפות בקבוצות ובתוצאות.

דרך נוספת לבחון את השינויים בתחושות הקשורות לעומס הנובע מהטיפול היא על ידי השוואה בין תקופת הבסיס שלפני ההשתתפות בקבוצה t_0 לתקופה שלאחריה t_1 . מהשוואה זו עולה שבמרבית השאלות הקשורות לעומס מהטיפול (ZBI-12) ההקלה בעומס אינה מובהקת סטטיסטית, למעט ההיבט של הביטחון באשר למה שצריך לעשות בנוגע לזקן (ר' לוח 22). גם מהשוואת בין סדרת השאלות בסקר החברתי שערכה הלמ"ס לפני ההשתתפות בקבוצה ולאחריה מתברר שלא נמצאו הבדלים משמעותיים (ר' לוח 23). השוואה בין התשובות לשאלת העומס הכללית בין t_0 ל- t_1 מלמדת על הקלה מעטה בשיעור המדווחים על עומס כבד או כבד מאוד – מ-56% לפני ההשתתפות בקבוצה ל-50% אחרי ההשתתפות בקבוצה. ממצאים אלה תואמים מחקרים אחרים שלא מצאו הקלה משמעותית בעומס בעקבות השתתפות בקבוצת תמיכה למטפלים, אולם מצאו שיפור במיומנויות הטיפול (Chiu, 2009; Lewis et al., 2010). מאחר שמצב בריאותו של הזקן משפיע מאוד על תחושת העומס (על פי המודל המוצג בתרשים 1), נטרלנו את השינוי שחל במצבו בששת החודשים שבין שני הראיונות; שכן כמחצית מחברי הקבוצות ציינו שמצבו הבריאותי של בן המשפחה הזקן שבו הם מטפלים הידרדר. כאשר משווים את תחושת העומס, לפני ההשתתפות בקבוצה ולאחר מכן, בקרב המטפלים בזקנים שמצבם הבריאותי הידרדר מוצאים ירידה קטנה מאוד בתחושה של עומס כבד או עומס כבד מאוד (מ-61% לפני הקבוצה ל-59% אחרי הקבוצה). לעומת זאת, בקרב מי שמצבם הבריאותי נשאר ללא שינוי, נמצאה הקלה משמעותית בעומס (מ-51% ל-41%). הראשונים גם מדווחים על מתן יותר עזרה מחוץ לבית ובמשק הבית מאשר מטפלים בזקן שמצבו הבריאותי לא השתנה. ניתן להסיק, אפוא, שלקבוצה הייתה תרומה בהקלה על העומס, אולם כאשר מצבו הבריאותי של הזקן הדרדר לקבוצה הייתה תרומה מסוימת במניעת ההכבדה בתחושת העומס. הקלה מובהקת בעומס מוצאים בקרב צאצאים המטפלים בהוריהם (ירידה מ-55% ל-47%).

לוח 22: תחושות העומס (לעתים קרובות ותמיד) של המטפלים, לפי סולם ZARIT, לפני ההשתתפות בקבוצת התמיכה ואחריה (%); (n=331)

לאחר ההשתתפות בקבוצת התמיכה	לפני ההשתתפות בקבוצת התמיכה	
25.4	31.4	בגלל המעורבות שלי בטיפול בזקן, אני מרגיש שאין לי מספיק זמן לעצמי
29	39.2	אני מרגיש לחוץ, משום שאני מנסה לטפל בזקן ולמלא את חובתי כלפי משפחתי או מקום עבודתי
7.9	9.7	בקשר שלי עם הזקן יש לי תחושה של כעס
7.9	7.3	אני מרגיש שהזקן משפיע לרעה על הקשר שלי עם בני משפחה אחרים וחברים
18.4	24.9	אני מרגיש לחוץ/מתוח מאוד בשל הטיפול בזקן
13	13.8	אני מרגיש שבריאותי נפגעה בגלל הטיפול בזקן
16.9	20.3	אני מרגיש שאין לי מספיק פרטיות כמו שהייתי רוצה בגלל הצורך לטפל בזקן
17.8	18.6	אני מרגיש שחיי החברתיים נפגעו עקב הטיפול בזקן
10.3	9.2	אני מרגיש שאיבדתי שליטה על חיי בשל מצב הזקן
12.1	20.8	אני מרגיש לא בטוח לגבי מה לעשות בקשר לזקן *
24.2	26.5	אני מרגיש שעלי לעשות יותר למען הזקן
11.8	15.1	אני מרגיש שיכולתי לטפל טוב יותר בזקן

* p < 0.05

לוח 23: תחושות העומס (במידה רבה מאוד ורבה) של המטפלים, לפי שאלות הלמ"ס, לפני ההשתתפות בקבוצת התמיכה ולאחריה (%); (n=331)

לאחר ההשתתפות בקבוצת התמיכה	לפני ההשתתפות בקבוצת התמיכה	
40.2	39.5	מתן עזרה מונע ממך לצאת לחופשות כפי שהיית רוצה
30.7	29.7	מתן העזרה דורש ממך מאמץ גופני רב
23.3	17.0	מתן העזרה פוגע במצב הבריאות שלך
18.1	15.1	מתן העזרה דורש ממך לבצע פעולות שגורמות לך להרגיש חוסר נעימות
28.4	26.2	מתן העזרה מפריע או מפחית את שעות השינה שלך
72.0	83.2	אתה מרגיש שהזקן מרוצה ומעריך את מה שאתה עושה עבורו
94.0	97.0	אתה מרגיש שהטיפול שאתה נותן לזקן הוא טוב
83.4	81.1	מתן העזרה גורם לך להרגשת סיפוק
86.1	86.8	אתה מרגיש כי זוהי זכות לטפל בזקן

מבחינת המצוקה הנפשית, על פי המודל שהוצג בתרשים מס' 1 סביר היה להניח שהקבוצה תביא לשיפור ברווחה הנפשית, בין אם בעזרת התהליכים הדינמיים שמכשירים את התומך לדאוג יותר לעצמו או בעזרת השיפור במיומנויות הטיפול. למרות זאת, במרבית הפרמטרים שנבדקו בסולם GHQ-12 לא הודגמו שינויים מובהקים. חשוב להדגיש שעל אף שלא נמצאה הקלה מובהקת במדד הכללי, נמצאה

עלייה משמעותית בתחושת הביטחון העצמי, ירידה בתחושת הדיכאון ובמחשבה של חוסר ערך עצמי. גם הדיווח על תחושת הבדידות ירד מ-14% ל-9%. ממצאים אלה עולים בקנה אחד עם הממצאים שלפיהם המשתתפים היטיבו יותר עם עצמם, דאגו לבריאותם ולעיסוקי הפנאי שלהם ואף הרחיבו את הרשתות החברתית שלהם (לוחות 22 ו-23). ממצאים דומים נמצאו בקבוצות תמיכה בארצות הברית ובטאיוואן (Golden and Lund, 2009; Chu et al, 2011).

לוח 24: תחושות של מצוקה נפשית (כל הזמן או לעתים קרובות) (GHQ) לפני ההשתתפות בקבוצה ולאחריה (%); (n=331)

אחרי	לפני	
35.9	34.8	לא יכולת לישון בגלל דאגות
41.3	39.2	הרגשת שאתה תחת לחץ מתמיד
73.6	76.3	היית מסוגל להתרכז במה שאתה עושה
87.5	88.7	הרגשת שאתה יעיל ותורם
6.7	13.0	הרגשת שאתה מאבד את הביטחון העצמי *
85.1	88.3	הרגשת שאתה מסוגל להחליט החלטות
19.8	22.5	הרגשת שאתה לא יכול להתגבר על הקשיים שלך
55.6	54.3	הרגשת די מאושר
69.6	66.2	נהנית מפעילויות יום-יומיות
10.6	13.5	הרגשת מדוכא *
87.2	87.0	היית מסוגל להתמודד עם הבעיות שלך
3.0	4.9	חשבת על עצמך כחסר ערך *

במקביל, לאחר סיום הקבוצה נשאלו המרואיינים באיזו מידה חל אצלם שינוי במחשבה להעביר את הזקן למוסד בעקבות ההשתתפות בקבוצה, 42% ענו שהנושא אינו רלוונטי לגביהם, 14% ציינו שיותר דחוף להם, 6% השיבו שפחות דחוף. ליתר (43%) דחיפות ההעברה נותרה ללא שינוי. אצל צאצאים ואצל יהודים שיעורים גבוהים יותר דיווחו שדחוף להם יותר, בעקבות ההשתתפות בקבוצה, וכן אצל מי שמצבו הבריאותי של הזקן התדרדר.

מכל האמור לעיל, מצטיירת תמונה מורכבת באשר לתוצאות המיזם. תרומתו העיקרית של המיזם למשתתפים מתבטאת בתמיכה הרגשית ובאפשרות להיפגש עם מטפלים המתמודדים בקשיים דומים. אלה תרמו מצד אחד להעצמה, שהתבטאה בדאגה לבריאותם והרחבת עיסוקי הפנאי שלהם ומצד שני לשיפור בהיבטים שונים הקשורים בניהול הטיפול ביקיריהם, לרבות איכות הקשר עימם. הקבוצה לא רק מפחיתה רגשות שליליים, היא גם מחזקת ונותנת תחושה של אוניברסליות ש"אני לא לבד" ונותנת חיזוקים על דברים שהמטפל עושה. יחד עם זאת יכולתה של העבודה הקבוצתית קצרת המועד להקל על תחושת העומס המתמשכת הייתה מוגבלת.

סיכום

המיזם של קבוצות תמיכה למטפלים הופעל ומומן על ידי המוסד לביטוח לאומי, בשיתוף עם הרשויות המקומיות, עם משרד הרווחה והשירותים החברתיים ועם עמותות, והוא יושם על ידי שלושת הגופים המתפעלים: אלה, משאבים וכבוד האדם. מטרת המיזם היא לסייע לבני משפחה המטפלים בזקנים באמצעות קבוצות תמיכה המשלבות מתן ידע ותמיכה למטפלים. המיזם שירת מגוון אוכלוסיות בכל הארץ. המיזם החל לפעול באוקטובר 2011 ובמהלך תשעה עשר החודשים שבהם הוא פעל נפתחו 77 קבוצות, בהן כ-1,290 משתתפים. בדוח זה הוצגו ממצאים ממחקר ההערכה. בחלק הראשון תוארו מאפייני המטפלים שהשתתפו בקבוצות, תוך התמקדות בתפיסת העומס ובאיכות החיים שלהם. מרביתם, בדומה למחקרים אחרים בישראל ובעולם, הם נשים וצאצאים המטפלים בזקנים מוגבלים תפקודית ומנטלית. חלק ניכר מהמשתתפים, אכן, דיווחו על תחושות עומס במיוחד בקרב בני הזוג. הסיבות העיקריות להצטרפות לקבוצות: קבלת תמיכה, קבלת מידע והתאווורות. עבור תומכים שהם בני הזוג, ההתאווורות חשובה במיוחד. החלק השני עסק בהיבטים הארגוניים שבהפעלת המיזם, משלב ההתארגנות, דרך גיוס המשתתפים והמנחים ועד להתנהלות המפגשים והערכתם. ממנו עלה כי המסגרת שהוגדרה להפעלת הקבוצות והגמישות שניתנה לצורך התאמתה לתנאים הייחודיים בכל קבוצה תרמו לשביעות הרצון הגבוהה הן מצד חברי הקבוצות והן מצד המנחים. בצד אלה, נזכיר את הקשיים הראשוניים בגיוס המשתתפים בחלק מהקבוצות. החלק השלישי דן בתוצאות המיזם: תרומתו העיקרית למשתתפים היתה בתמיכה הרגשית ובמתן כלים להתמודד עם נטל הטיפול.

המיזם היווה פלטפורמה ליצירת קשר בין אנשים הנושאים בעיקר נטל הטיפול בבן המשפחה המוגבל. במפגש הם יכלו לקבל עצות מעשיות, לדבר עם מטפלים אחרים ועם אנשי המקצוע על קשייהם. למפגש היה אפקט סינרגטי אשר תרם לשיפור יכולת ההתמודדות של המטפל, בקבלת החלטות הקשורות בטיפול ובמתן סדרי עדיפות גם בחייו האישיים. זאת ועוד, יש רמזים לשיפור הטיפול בזקן; אשר מתבטא בשיפור הקשרים הבין-אישיים עם הזקן ובתוך המשפחה ומתן עזרה רבה יותר לזקן. לקבוצות התמיכה היתה גם תרומה בהקלה על העומס, אולם כאשר מצבו הבריאותי של הזקן התדרדר היה בה כדי למנוע את ההכבדה על העומס והשחיקה של המטפל. היבט נוסף בא לידי ביטוי בהעצמה אישית שהתבטאה, בין היתר, ביותר דאגה לעצמם ולבריאותם הפיזית והנפשית, להרחבת קשריהם החברתיים ולהגדלת הזמן המוקדש לתחביבים.

כיווני פעולה

מהמחקר עולה שיש צורך רב בתמיכה לבני משפחה המטפלים בזקנים ובעקבותיו צצו יוזמות מקומיות של קבוצות המשך שהתארגנו באופן עצמאי. קבוצות תמיכה צריכות להיות חלק ממארג השירותים המיועדים לסייע לבני המשפחה לשאת בעיקר הנטל הכרוך בטיפול ביקיריהם. המחקר הנוכחי הראה שקבוצות התמיכה לא מספקות את מכלול הצרכים שיש למטפלים ויש צורך במענים משלימים. לדוגמה: פיתוח שירות תמיכה טלפוני – להענקת תמיכה רגשית, למתן מידע על זכויות ושירותים, להתייעצות ולמתן טיפים מעשיים הקשורים לטיפול בזקן.

מהמחקר עולה כי יש כמיהה גדולה להמשך פעילות הקבוצה, הן מצד המשתתפים והן מצד אנשי המקצוע. אנו סבורים שכדאי לתכנן המשך לפעילות הקבוצתית, בין אם על ידי "קבוצת רכבת" (פתוחה) שתיפגש מדי שבועיים או מדי חודש; שהתומכים יוכלו להצטרף אליה ולהיגרע ממנה במהלך הפעלתה, או בכל דרך אחרת שתשמר קשר זמין ונגיש של המטפלים עם אנשי מקצוע או עם מטפלים אחרים.

באשר לקבוצה באינטרנט, לדעתנו יש לה אוכלוסיית יעד רחבה. לאחר הניסיון שנלמד במיזם הנוכחי, נראה כי יש לחשוב על דרכים מעשיות להפחתת החסמים הטכניים שפגעו בפעילות הקבוצה. בינתיים, היא יכולה להיות יעילה יותר באזורים הרחוקים מהמרכז.

מקורות

- אלסטר, ס'; חביב ג'; צבע, י'. 2010. פיתוח תפיסה ופרקטיקה של מדידה מתמשכת של תוצאות במערכות שירות – לקחים וקווים מנחים מהספרות. מ-129-10. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בנטור, נ'; רזניצקי, ש'; שנור, י'. 2005. שירותים פליאטיביים ושירותי הוספיס בישראל. דמ-05-459. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- בנטור, נ'; קינג, י' ברודסקי, ג'; מועלם, א'; גינדין, י'. 1998. אשפוז בית במערכת הבריאות בישראל. דמ-98-329, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'; ורטמן, א'; קינג, י'; בנטור, נ'; צ'חמיר, ס'. 2005. קשישים החולים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים, ועדיפויות בפיתוח שירותים. דמ-05-461. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'; נאון ד'; קינג, י'. 1993. השלכות הרחבת הטיפול הביתי על מצבם של קשישים מוגבלים בעקבות החלת חוק סיעוד. דמ-204-93. ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים. עמ': 38-46.
- ברודסקי, ג'; נאון, ד'; רזניצקי, ש'; בן-נון, ש'; מורגנשטיין, ב'; גרא, ר'; שמלצר, מ'. 2004. מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים. דמ-04-440, מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג', רזניצקי, ש., וסיטרון, ד., 2011. בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה. דמ-11-508. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל, ירושלים.
- ברודסקי, ג'; שנור, י'; באר, ש'. 2012. קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2011. משאב, מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה. מאיירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל, ירושלים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות. 2006. סקר בריאות לאומי 2003/4, ממצאים נבחרים.
- הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה. 2010. סקר הוצאות מקשי בית, סיכומים כלליים, מסי' 1481.
- הנטמן, ש'; ברנשטיין, מ'. 2000. דור הסנדוויץ': כיצד נלמד להשלים עם הזדקנות הורינו ולהסתגל אליה. מודן, תל אביב.
- לבנשטיין, א'; כץ, ר'. 2010. "הטיפול בזקן – מהו האיזון הרצוי בין המשפחה לבין המדינה". בתוך: בריק, לבנשטיין (עורכים), הזקן והמשפחה: סוגיות מרכזיות ביחסים רב-דוריים (עמ' 40-52), אשל, ירושלים.
- להד, מ. 2006. מציאות פנטסטית. הוצאת נורד.
- מקנזי, ר.ק, וליוסלי, ג. (1983). מודל התפתחותי של טיפול קבוצתי קצר מועד, אצל רוזנוסר, נ. ונתן, ל. (עורכים) הנחיית קבוצות מקראה. ירושלים, המרכז לחינוך קהילתי ע"ש ציפורי (1997). עמ' 187-200
- Allen, K.R., Blieszner, R., & Roberto, K.A. (2000). Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 911-926.
- Arai, Y.; Zarit, S.H.; Sugiura, M.; & Mashio, M. 2002. "Patterns of Outcome of Caregiving for the Impaired Elderly: A Longitudinal Study in Rural Japan". *Aging and Mental Health* 6(1):39-46.
- Atienza, A. A., Collins, R., & King, A. C. (2001). The mediating effects of situational control on social support and mood following a Stressor: A prospective study of dementia caregivers in their natural environments. *Journal of Gerontology*, 56B, S129-S139.
- Bachner, Y.G., & O'Rourke, N. 2007. Reliability generalization of responses by care providers to the Zarit Burden Interview. *Aging and Mental Health*, 11, 678-685.

Bachner Y.G. & Ayalon, L., 2010. Initial examination of the psychometric properties of the short Hebrew version of the Zarit Burden Interview, **Aging and Mental Health**, 1–6, ISSN 1360–7863 print/ISSN 1364–6915 online.

Bamford, G.; Gregson, B.; Farrow, G.; Buck, D.; Dowswell, T.; McNamee, P.; & Bond, J. 1998. "Mental and Physical Frailty in Older People: The Costs and Benefits of informal Care". **Aging and Society** 18(3): 317-354.

Bass, D. M., McClendon, M. J., Brennan, P. F., & McCarthy, C. (1998). The buffering effect of a computer support network on caregivers strain. **Journal of Aging and Health**, 10, 20-44.

Bedini, L.; Guinan, D. M. 1996. "The Leisure of Caregivers of Older Adults: Implications for CTRS's in Non-Traditional Settings". **Therapeutic Recreation Journal** 30(4) :274-288.

Belle, S.H., Burgio, L., Burns, R., Coon, D., Czaja, S.J., Gallagher-Tompson, D., et al. (2006). Enhancing the quality of life of dementia caregivers from different ethnic or racial groups: A randomized, controlled trial. **Annals of Internal Medicine**, 145, 727-738.

Cannuscio, CC, Jones, C, Kawachi, I, Colditz, GA, Berkman, L, Rimm, E, Rimm, E (2002). "Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the Nurses' Health Study", **American Journal of Public Health** 92, 1305-1311

Chiu, T., Marziali, E., Colantonio, A., Carswell, A., Gruneir, M., Tang, M. and Eysenbach, G. (2009). Internet-Based Caregiver Support Chinese Canadians Taking Care of a Family Member with Alzheimer Disease and Related Dementia. **Canadian Journal on Aging**,28(4): 323-336.

Carmack Taylor, C. L., Kulik, J., Badr, H. Smith, M., Basen-Engquist, K., Penedo, F., and Gritz, E. R., 2007. A Social Comparison Theory Analysis of Group Composition and Efficacy of Cancer Support Group Programs. **Social Science and Medicine**, 65, pp: 262 – 273.

Cella, D. F., Sarafian, B., Snider, P. R., Yellen, S. B., and Winicour, P., 1993. Evaluation of A Community-Based Cancer Support Group. **Psycho-Oncology**, 2, pp: 123-132.

Chen, G., & Gully, S. M. (1997). **Specific self-efficacy, general self-efficacy, and self-esteem. Are they distinguishable constructs?** Paper presented at the 57th annual meeting of the Academy of Management, Boston, MA.

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new General Self-Efficacy scale. **Organizational Research Methods**. 4(1), 62-82.

Chu, H., Yang, C., Liao, Y., Chang, L., Chen, C., Lin, C., & Chou, K. (2010). The Effect of a Support Group on Dementia Caregivers' Burden and Depression. **Journal of Aging and Health** 23(2) 228-241.

Cuba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), **The landscape of qualitative research** (pp. 195-222). London: Sage.

Dilworth-Anderson, P., Williams, I. C., & Gibson, B. E. (2002). Issues of race, ethnicity, and culture in caregiving research: A 20-year review (1980-2000). **The Gerontologist**, 42(2), 237-272.

Donorfio, L.K.M., Vetter, R., & Vravecic, M. (2010). Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement. **Journal of Women & Aging**, 22:61-75.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Folen, A., and Frye, V., 2001. Social Support Among Women in Methadone Treatment who Experience Partner Violence. **Violence Against Women**, 7, 3, pp: 246-274.

Festinger, L., 1954. A Theory of Social Comparison Processes. **Human Relations**, 7, pp: 117-140.

Fredman, L.; Daly, M. P.; & Lazur A. M. 1995. "Burden Among White and Black Caregivers to Elderly Adult". **Journal of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences**. 50(2): 110-118.

Fujisawa, R., Colombo, F. 2009. "The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand", **OECD Health Working Papers** No 44, Paris.

Given, C.W., Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S., & Franklin, S. (1992). The caregiver reaction assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairment. **Research in Nursing and Health**, 15, 271-283.

Goldberg, D.P. 1972. **The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness**. London: Oxford University Press.

Glosser, G. and Wexler, D., 1985. Participants' Evaluation of Educational/Support Groups for Families of Patients with Alzheimer's Disease and Other Dementias. **The Gerontologist**, 25, 3, pp: 232 – 236.

Golden, M. A., and Lund, D., 2009. Identifying Themes Regarding the Benefits and Limitations of Caregiver Support Group Conversations. **Journal of Gerontological Social Work**, 52, pp: 154-170.

Hagen, B., Gallagher, E.M., & Simpson, S. (1997). Family caregiver education and support programs: Using humanistic approaches to evaluate program effects. **Educational Gerontology**, 23, 129-142.

Helgeson Helgeson, V.S. & Gottlieb, B.H. (2000). Support groups. In S. Cohen, L.G. Underwood, & B.H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 221-245). New York: Oxford University Press.

Holland, N.M. (1995). The Internet Regression. Retrieved:
<http://www.shef.ac.uk/~psycs/rmy/holland.html>

Hornillos, C. & Crespo, M. (2011). Support groups for caregivers of Alzheimer patients: A historical review. *Dementia* 0(0), 1-15.

Klemm, P, Hurst, M, Dearholt, SL, Trone, SR, Klemm, P.(1999). "Cyber solace - Gender differences on Internet cancer support groups", **Computers in Nursing**, 17 2 65-72

Kinney, J.; & Stephens, M.A.P. 1989. "Hassles and Uplifts of Giving Care to a Family Member with Dementia". **Psychology and Aging** 4:402–418.

Lafortune, G. B. 2007. **Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications**. OECD Health Working Papers, DELSA/HEA/WD/HWP.

Larance, L. Y., Porter, M. L., 2004. Observations From Practice: Support Group Membership as a process of Social Capital Formation among Female Survivors of Domestic Violence. **Journal of Interpersonal Violence**, 19, 6, pp: 676-690.

Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., and Nguyen, T. D., 1979. Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of A General Scale. **Evaluation and Program Planning**, 2, pp: 197-207.

Lawton, M.P.; Kleban, M.H.; Moss, M.; Rovin, M. and Glicksman, A. 1989. "Measuring Caregiving Appraisal". **Journal of Gerontology: Psychological Sciences** 44: 61-71.

Lawton, M P; Moss, M; Kleban, M H; Glicksman, A; Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. **Journal of Gerontology**. 46. 4: P181-P189.

Lewis., M.L., Hobday, J.V. & Hepburn, K.W. (2010). Internet-Based Program for Dementia Caregivers. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, 25(8) 674-679.

Logsdon, R.G., McCurry, S.M., & Ten, L. (2007). Time-limited support groups for individuals with early stage dementia and their care partners: Preliminary outcomes from a controlled trial. *Clinical Gerontologist*, 30, 5-19.

Mackenzie, R.K. (1997). *Time Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Mackenzie, R.K. (1991). Principles of Brief Intensive Psychotherapy. **Psychiatric Annals**; July; 21,7, 398-404

Mackenzie, R.K. (1986). Outcome and Process Measures in Brief Group Psychotherapy. *Psychiatric Annals*; December; 16,12, 715-720

Dick, B., K Lessler & J. Whiteside (1980) Developmental Framework for Cotherapy. **International Journal of Group Psychotherapy**. Vol 30, 273-285.

Madara, E J. (1997). "The mutual-aid self-help online revolution." *Social Policy*, 27(3), 20-26.

Mahoney, D F; Shippee-Rice, R. (1994). Training family caregivers of older adults: a program model for community nurses. **Journal of Community Health Nursing** 11. 2 : 71-78.

Marziali, E., & Garcia, L.J. (2011). Dementia Caregivers' Response to 2 Internet-Based Intervention Programs. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, 26(1), 36-43.

McKinlay, J.B.; Crawford, S.L.; & Tennstedt, S.L. 1995. "The Everyday Impacts of Providing Informal Care to Dependent Elders and Their Consequences for the Care Recipients". **Journal of Aging and Health** 7 (4):497-528.

MetLife & Brandeis University. (1999). 1999 MetLife Juggling Act Study. Retrieved from [Http://iasp.brandeis.edu/womendaging/metpress.htm](http://iasp.brandeis.edu/womendaging/metpress.htm)

Miller, B.; & McFall, S. 1992. "Caregiver Burden and the Continuum of Care: A Longitudinal Perspective". **Research on Aging** 14(3): 376-398.

Nagel, K. (1996). The Natural Life Cycle of Mailing Lists. Retrieved 3/2000 from <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/lifelist.html>

National Alliance for Caregiving & AARP. (1997). Family caregiving in the U. S.: Findings from a national survey. Retrieved August 11, 2001, from <http://www.caregiving.org/content/repstods.asp>

- Neary, M.A. 1993. "Type of Elder Impairment: Impact on Caregiver Burden, Health Outcomes and Social Support". **Clinical Gerontologist** 13(2):47-59.
- Ory, M.G., Hoffman, R.R., Yee, J.L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of Caregiving: A detailed comparison between dementia and non-dementia caregivers. *The Gerontologist*, 39, 177-185.
- Pearlin L.I.; Mullan, J.T.; Semple, S.J.; & Skaff, M.M. 1990. "Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures". **The Gerontologist** 30(5):583-594.
- Pearlin, L I; Semple, S J; Mullan, J T; Skaff, M M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. **Gerontologist**, 30: 583-593.
- Picot, S.J.F.; Youngblut, J.; & Zeller, R. 1997. "Development and Testing of a Measure of Perceived Rewards in Adults". **Journal of Nursing Measurement** 5:33-52.
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1996a). "It takes one to help one:" Effects of similar others on the well-being of caregivers. **Journals of Gerontology**, 51B, S250-S257.
- Pillemer, K., & Suitor, J. J. (1996b). Family stress and social support among caregivers to persons with Alzheimer's disease. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason (Editors), *Handbook of social support and the family* (pp 467-494). New York: Plenum Press.
- Powell, J., Chiu, T., and Eysenbach, E. (2008). Networked technologies support cares of people with dementia: Systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14, 154-156.
- Radloff, L.S. 1977. "The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population" **Applied Psychological Measurement** 1(3): 385-401
- Schachter, S., 1959. **The Psychology of Affiliation**. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Rains, S., & Young, V. (2009). A meta-analysis of research on formal computer-mediated support groups: Examining group characteristics and health outcomes. **Human Communication Research**, 35(3), 309-336.
- Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 35 (6), 771-791.
- Shaw, B.R., McTavish, F., Hawking, R.P., Gustafson, D.H., & Pingree, S. (2000). Experiences of women with breast cancer: Exchanging social support over the CHES computer network. **Journal of Health Communication**, 5(2), 135-159.
- Smyth, K.A., Rose, J.H., McClendon, M.J., & Lambrix, M.A. (2007). **Journal of Applied Gerontology**, 26(1), 58-77.
- Smyth, K.A., Harris, P. B.(1993). Using telecomputing to provide information and support to caregivers of persons with dementia. **The Gerontologist**, 33. 1 : 123-127.
- Spijker, A., Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Adang, E., Wollershein, H., Grol, R., et al. (2008). Effectiveness of nonpharmacological interventions in delaying the institutionalization of patients with dementia: A met-analysis. **Journal of the American Geriatrics Society**, 56, 1116-1128.
- Suller, J. (1996). Transference Among People Online. Retrieved from <http://www.rider.edu/users/suller/psycyber/transference.html>

Switzer, G.E.; Wishniewski, S.R.; Belle, S.H.; Burns, L.; Winter, L.; Thompson, L.; & Schulz, R. 2000. "Measurement Issues in Intervention Research". **Handbook of Dementia Caregiving: Evidence-based Interventions for Family Caregivers**. New York.

Thinnes, A., & Padilla, R. (2011). Effect of Educational and Supportive Strategies on the Ability of Caregivers of People With Dementia to Maintain Participation in That Role. **American Journal of Occupational Therapy**, 65, 541-549.

Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health & Social Behavior**, 23 (2), 145-159.

Tixier M. and Lewkowicz M. (2009). Designing Social Support Online Services for Communities of Family Caregivers. In W. Abramowicz and D. Flejter (Eds.), *BIS Workshop, Lectures Notes in Business Information Processing*, Vol. 37, Springer-Verlag: Berlin Heidelberg, pp. 336-347.

Tixier M., Gaglio G. and Lewkowicz M. (2009). Translating social support practices into online services for family caregivers. In *Proceedings of the 2009 international ACM SIGGROUP Conference on Supporting Group Work*, ACM:New York, pp. 71-80.

Tutty, L. M., Bidgood, B. A. and Rothery, M. A., 1996. Evaluating the Effects of Group Process and Client Variables in Support Groups for Battered Women. **Research on Social Work Practice**, 6, 3, pp: 308 – 324.

White, M.H., Dorman, S.M., Mahoney, D.F., Tarlaw, B., & Sandaire, J. (2000). Online support for caregivers. Analysis of an Internet Alzheimer mail group: A computer-mediated intervention for Alzheimer's caregivers. **Computers in Nursing**, 18, 168-176.

Winton, M. A., 1990. An Evaluation of A Support Group for Parent who Have A Sexually Abused Child. **Child Abuse and Neglect**, 14, pp: 397-405.

Wiener, J.M. 2003. "The Role of Informal Support in Long-Term Care." In: **Key Policy Issues in Long-Term Care**. Brodsky, G.; Habib, J.; & Hirschfeld, M. (eds.) World Health Organization, Geneva.

Wolf, R.S.; Pillemer, K.A. 1989. **Helping Elderly Victims: The Reality of Elder Abuse**. New York: Columbia University.

Yalom, I.D. (1995). **The theory and practice of group psychotherapy** (4th ed.) New York: Basic Books.

Yates, M.E.; Tennstedt, S.; & Chang, B.H. 1999. "Contributors to and Mediators of Psychological Well-Being for Informal Caregivers". **Journal of Gerontology**. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences 54(1): 12-22.

Zarit, S.H. 1992. **Concepts and Measures in Family Caregiving Research**. Gerontology Center, Penn State University.

Zarit, S. and Zarit, J. 1990. **The Memory and Behavior Problems Checklist and the Burden Interview**. Gerontology Center of Penn State, College of Health and Human Development, Reprint Series # 189



NATIONAL INSURANCE INSTITUTE

Research & Planning Administration

Funds for Service Development

**Support Groups for Family Caregivers of Elders with
Disabilities:
Evaluation Study**

by

**Dr. Ayelet Berg-Warman, Jenny Brodsky, Dr. Michal Laron,
Dr. Tal Spalter and Shirli Resniky**

Myers-JDC-Brookdale Institute

Jerusalem, January 2015