

## גורמים המשפיעים על השתתפותם של בני משפחה מטפלים בקבוצות תמיכה<sup>1</sup>

איילת ברג-ורמן<sup>2</sup>, מיכל לרון<sup>2</sup>, טל ספלטור<sup>2</sup>,  
שירלי רזניצקי<sup>2</sup> וג'ני ברודסקי<sup>2</sup>

כחלק מהמגמה של הכרה בחלקם החשוב של בני משפחה בטיפול ביקיריהם הזקנים, יזם המוסד לביטוח לאומי, בשיתוף משרד הרווחה ועמותות, מיזם לתמיכה בבני משפחה. במיזם נכללו 77 קבוצות תמיכה, המשלבות תמיכה ומידע. כל קבוצה נפגשה לסדרה של 12 מפגשים שבועיים במהלך התקופה שבין סוף 2011 לתחילת 2013.

מטרת המאמר היא להתמקד בהבנת הגורמים המשפיעים על בני משפחה מטפלים להשתתף בקבוצת תמיכה. הממצאים מבוססים בעיקר על ראיונות טלפוניים שנערכו עם מדגם מייצג של 408 ממשתתפי המיזם בתחילת פעילות הקבוצה.

הממצאים מראים שהמטפלים מגיעים לקבוצות התמיכה בעיקר כדי לקבל תמיכה חברתית-נפשית, כמו גם מידע על מיומנויות טיפול, על זכויות, על שירותים ועל מחלות האופייניות לזיקנה. הם מייחסים חשיבות משנית בלבד לרצון להתאווור ולקחת פסק זמן מהטיפול. הממצאים מלמדים גם על שיעורי השתתפות נמוכים של גברים, חרדים וערבים וכן שכאשר יש למטופל מטפל זר, הוא מאפשר לבן המשפחה להשתחרר מהטיפול ולהגיע למפגשים.

הבנת הממצאים האלה יכולה לתרום בשלב ההתארגנות ובגיבוש תוכנית מפגשי הקבוצה כך שתתאים יותר לצורכי המטפלים ולהעדפותיהם.

מילות מפתח: קבוצות תמיכה, בני משפחה מטפלים בזקנים

1 המחקר מומן בידי הקרן לקידום תוכניות סיעוד, אגף פיתוח שירותים, המוסד לביטוח לאומי.  
2 המרכז לחקר הזיקנה, מאירס-ג'וניט-ברוקדייל.

## מבוא

הארכת תוחלת החיים ושינויים דמוגרפיים וחברתיים מציבים מול מערכות הרווחה אתגרים בנוגע לטיפול הבלתי הפורמלי בזקנים, שכן רוב הטיפול בהם נעשה בידי המערכת הבלתי פורמלית, ובעיקר בידי בני המשפחה (Fujiwara & Wiener, 2003; Colombo, 2009). זאת ועוד, הטיפול הרפואי והסיעודי שנותנים בני המשפחה נעשה מורכב יותר; הוא דורש מהמטפלים הבלתי פורמליים הבנה, ידע ומיומנויות במגוון רחב של תחומים, והוא כרוך בהשקעה גדולה מצדם. אף שלטיפול בבן משפחה יש צדדים חיוביים, רבות הן ההשלכות השליליות על המטפלים: הם מחליפים תפקיד, והופכים מבני זוג או ילדים למטפלים; הם משנים את לוחות הזמנים של חייהם; הם מצמצמים את אחריותם לדברים שונים בחייהם; והם אף משנים את סגנון חייהם (הנטמן וברנשטיין, 2000; Thommessen et al., 2002; Glosser & Wexler, 1985). מלבד זאת הם נדרשים להתמודד עם המתח הנובע מהאובדנים ומהרגשות השליליים שעולים בקרבם במהלך הטיפול ולהמשיך לנהל את חיי המשפחה, החברה והעבודה שלהם (Schulz, O'Brien, Bookwala, & Fleissner, 1995; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003). הם משלמים על כך בבריאותם, ברווחתם הכלכלית ואף בשלום הבית שלהם (Lewis, Hobday, & Hepburn, 2010; Pinquart & Sorensen, 2003). רבים מהתומכים העיקריים (בין מחצית לשני שלישים, בהתאם לאוכלוסייה הנחקרת) מדווחים על תחושות לחץ ועומס (Arai, Zarit, Sugiura, & Mashio, 2002; Eters, Goodall, & Harrison, 2008; Fredman, Daly, & Lazur, 1995; Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham, 2009; McKinlay, Crawford, & Tennstedt, 1995; Miller & McFall, 1992; Neary, 1993; Pearlin, Mullan, Sempole, & Skaff, 1990; Zarit, 1992).

בישראל, מספר המטפלים ללא תמורה בבן משפחה זקן מתקרב למיליון (ברודסקי, באר ושנור, 2012). 62% מהמטפלים העיקריים בזקנים המקבלים גמלת חוק סיעוד הם נשים. רובם (כשלושה רבעים) מטפלים בהורה שלהם או של בן הזוג, וכחמישית מטפלים בבן הזוג (ברודסקי ועמיתים, 2012; הלמ"ס, 2006). הטיפול שמעניקים בני משפחה לזקנים נמשך על פי רוב מספר שנים, ומתפרס על פני מגוון תחומים: סיוע בפעולות היומיומיות (כגון רחצה והלבשה); עזרה בפעולות הקשורות לניהול משק הבית (כגון הכנת ארוחות וקניות); קישור ותיווך בין הזקן לבין השירותים בקהילה; תמיכה כלכלית, נפשית וחברתית (ברודסקי ועמיתים, 2004). השירותים הפורמליים הניתנים לזקנים יכולים לסייע לבני המשפחה לשאת בנטל ולאפשר לרבים מהזקנים להמשיך לגור בבית. כ-150 אלף זקנים, שהם כ-17% מסך כל הזקנים, זכאים לגמלת סיעוד מהמוסד לביטוח לאומי (ברודסקי ועמיתים, 2012).

לאור ההכרה ההולכת וגוברת בתפקיד החשוב שיש לבני משפחה בטיפול בזקנים ובהשלכות הטיפול על איכות חייהם, גברה בישראל, כמו גם בעולם, התעניינותם של קובעי מדיניות ושל מתכנני שירותים במטפלים הבלתי פורמליים בזקנים ובחיפוש דרכים לסייע להם ולהקל עליהם (ברודסקי, רזניצקי וסיטרון, 2011). כחלק ממגמה זו החליט המוסד לביטוח לאומי לחנוך מיזם ניסיוני, שמטרתו לסייע לבני משפחה, שהם מטפלים עיקריים בזקנים מוגבלים הגרים בקהילה, באמצעות קבוצות תמיכה.

קבוצות תמיכה מספקות סביבה תומכת ובטוחה, המאפשרת למשתתפים לחלוק את חוויותיהם וללמוד גם מאחרים שהתנסו בקשיים דומים לשלהם. במסגרת קבוצות התמיכה המטפלים גם מקבלים מידע על המחלה, על הטיפול בה ועל שירותים שניתן להיעזר בהם, ולומדים מיומנות של ניהול טיפול מבחינה התנהגותית, משפטית, כלכלית, חברתית ובין אישית. קבוצת תמיכה עשויה להרחיב את רשת התמיכה החברתית ואת ההעצמה האישית, כאשר המשתתפים חווים עצב, דיכאון, פחד, כעס, תסכול, בדידות ועומס (Larance & Porter, 2004; Glosser & Wexler, 1985; Mackenzie, 1991).

המיזם פעל בשיתוף משרד הרווחה, רשויות מקומיות ועמותות מאוקטובר 2011 עד אפריל 2013, וכלל 77 קבוצות תמיכה דינמיות קצרות מועד (Short Term Dynamic Psychotherapy; STDP) בפריסה ארצית. שלושה גופים הופקדו על הפעלת הקבוצות: עמותת אלה – מרכז לסיוע נפשי-חברתי (להלן אלה), העמותה לפיתוח משאבי התמודדות (להלן משאבים) ועמותת המרכז הישראלי לכבוד האדם (להלן כבוד האדם). כל קבוצה נפגשה לסדרה של 12 מפגשים שבועיים. המפגשים נועדו לספק תמיכה רגשית וחברתית ומידע על זכויות, על שירותים ועל מחלות. הנחיית הקבוצות נעשתה על פי מודל של הנחיה משותפת (ב-Co) – מנחה חיצוני בעל הכשרה וניסיון בהנחיית קבוצות ומנחה פנימי מתוך מערכת הרווחה ברשות המקומית, המכיר את הלקוחות הפוטנציאליים. קרוב למחצית המשתתפים בקבוצה הגיעו בעקבות פנייה אישית מעובדים סוציאליים; היתר ראו מודעה או כתבה בכלי תקשורת מקומית או שמעו מחברים. מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ליווה את המיזם הניסיוני במחקר הערכה משלבי ההקמה הראשוניים.

כאשר מחקרים רבים התמקדו במאפייני החברים, בתנאים הסביבתיים שבהם פעלה הקבוצה ובתוצאותיה, בדקו רק מחקרים ספורים את הגורמים המביאים מטפלים להצטרף לקבוצות ולהתמיד במפגשים. מאמר זה מבקש לנתח את הגורמים להצטרפותם של בני משפחה המטפלים בזקנים לקבוצת תמיכה ולהגעתם למפגשים. מטרתו לסייע לגופים שונים המפעילים קבוצות תמיכה להתאימן טוב יותר לצורכיהם של המטפלים וליכולתם להגיע למפגשים.

### למה מגיעים לקבוצות תמיכה

הספרות מלמדת שגורמים מרכזיים להצטרפות לקבוצת תמיכה הם הצורך לחלוק עם מטפלים אחרים קשיים ורגשות הקשורים בטיפול והצורך בתמיכה אצל כאלה שחוו אובדן משמעותי של אדם קרוב (Picton, Coper, Close, & Tobin, 2001; Purk, 2004). גורם חשוב אחר הוא הרצון לקבל מידע על מחלות הקשורות לזיקנה, על אפשרויות הטיפול בהן ועל הדרכים להתמודד עם נטל הטיפול (Purk, 2004). אבל בעיות של מועדי מפגש לא נוחים וקשיי נגישות בשל מיקום מנעו ממשותפים להגיע למפגשים באופן רציף (Martichuski, Knight, Karlin, & Bell, 1997). סמית ועמיתים מחלקים את ציפיותיהם של בני משפחה המטפלים בזקנים, בעת הצטרפותם לקבוצת תמיכה, לארבעה תחומים עיקריים, בסדר חשיבות יורד: תמיכה רגשית (emotional support) שנותנים מטפלים אחרים המתמודדים עם בעיות דומות לשלהם; תמיכה חברתית (companionship support) הנובעת מהרחבת מעגל החברים; מידע שיכול לסייע בניהול הטיפול; כלים המסייעים בטיפול היומיומי בזקן (Smyth, Rose, McClendon, & Lambrix, 2007).

מבחינת מאפייני המטפלים, ככל שגיל המטפל גבוה, יותר, זמנו פנוי יותר והוא נזקק יותר לתמיכה רגשית, כך הוא מתמיד להגיע למפגשים. בדומה, כשבני משפחה אחרים עוזרים יותר, כשהמטפל והמטופל סובלים מבעיות בריאות רבות יותר וכשהעומס הטיפולי שחווים כבד יותר (בייחוד מטפלים בחולי אלצהיימר), שיעורי ההגעה גבוהים יותר (Monahan, Greene, & Coleman, 1992; Purk, 2004).

---

### שיטת המחקר

אוכלוסיית היעד למיזם הוגדרה כבני משפחה המטפלים בזקן סיעודי מוגבל בקהילה. המיזם התפרס ממעלות תרשיחא שבצפון עד אילת בדרום ולקחו בו חלק כ-1,290 מטפלים. מתוך רשימת המשתתפים בקבוצות נדגמו המשתתפים כך: בכל גוף מתפעל (אלה/משאבים/כבוד האדם) נדגמו פרופורציונלית כ-14 קבוצות ובסך הכול 43 קבוצות. הדגימה היתה דגימת זמן, שבה נדגמו משתתפים מתוך רשימות שמיות של 500 איש שהביעו הסכמה בכתב להתראיין בידי צוות המחקר. היעד היה להגיע למכסה של כ-400 מרואיינים (כשליש מכל גוף מתפעל ומכלל המשתתפים בתוכנית). בסך הכול נערכו בתחילת פעילות הקבוצה ראיונות טלפוניים עם 408 משתתפים. מבין אלה שלא רואיינו, הסיבות העיקריות לכך היו נשירה מהקבוצה (41 אנשים, שהם 8% מהמדגם) או סירוב

להתראיין לאחר שהוסבר להם על מהלך הריאיון (17 אנשים, שהם 3% מהמדגם). היתר (34 אנשים) לא רואינו מסיבות אחרות, כמו שפה וראיונות שלא הושלמו.

הנתונים נאספו בעזרת כלי המחקר האלה: (1) שאלון מקוון שמילאו מנחי הקבוצות; בכל קבוצה מילאו המנחים יומן שריכז את מאפייני הרקע של המשתתפים (מגדר, גיל, מגורים עם הזקן, דת ויחס קרבה לזקן) ונוכחות במפגשים. (2) שאלון מובנה ששימש לראיונות הטלפוניים של המשתתפים בשבוע הראשון לפעילות הקבוצה; השאלון כלל את אלה: שאלות המתייחסות למאפייני רקע ומאפיינים בריאותיים ותפקודיים של המטפל והמטופל, לעזרה שמושיט המטפל, לטיב הקשר עם המטופל ולתדירותו ולתחושות העומס, על פי מדד Zarit-12 (Zarit, 1992; Bachner & Ayalon, 2010); שאלות המתייחסות לגורם המפנה לקבוצה, לסיבות שהביאו להצטרפות לקבוצה, סדרה של 11 סיבות שאותן דירג המרואיין על פי חשיבותן בהחלטתו להצטרף לקבוצה, על פי סולם ליקרט (1=בכלל לא, 2=במידה מעטה, 3=במידה בינונית, 4=במידה רבה, 5=במידה רבה מאוד); שאלות המתייחסות לנגישות ולזמינות: עד כמה מקום המפגש הוא נוח, עד כמה קל להגיע אליו ועד כמה מועדי המפגשים נוחים. השאלון נוסה על 15 המרואיינים הראשונים, ולאחר מכן הוכנסו בו שינויים קלים. הראיונות נערכו בעברית ובערבית בידי צוות מראיינים מנוסה שהוכשר לכך, וארכו כ-40 דקות.

ניתוח הנתונים במאמר זה הוא כמותי וכולל התפלגויות, ממוצעים והשוואות בין קבוצות. בדיקת קשרים בין התפלגויות של משתנים נומינליים ואורדינליים נעשתה באמצעות מבחן  $\chi^2$ , ואילו השוואת ממוצעים בין קבוצות נעשתה באמצעות מבחן t למדגמים בלתי תלויים. בלוחות מצוינים ההבדלים המובהקים ברמת מובהקות של 5%. הניתוחים הרב-משתניים כוללים מודלים של ניתוח גורמים (לצורך קיבוץ המשתנים של הסיבות להצטרפות לקבוצה) ורגרסיה לוגיסטית (להסבר ההגעה למפגשים), שנועדה לנטרל השפעות צולבות של משתנים מתערבים. המשתנה התלוי: המשתתף היה נוכח ב-10 ויותר מפגשים (1=נוכח, 0=נוכח בפחות מ-10 מהמפגשים). המשתנים המסבירים: מגדר (1=אשה, 0=גבר), מגזר (חרדי וערבי בהשוואה ליהודי לא חרדי), ניידות המטופל (1=מרותק לבית, 0=נייד), מטופל דמנטי (1=כן, 0=לא), מטופל/ת (1=יש, 0=אין), תעסוקה (1=המטפל עובד, 0=לא עובד), עובד זר (1=יש, 0=אין), נוחות מועד המפגשים (1=לא נוח, 0=נוח), יחס קרבה (1=בן זוג, 0=צאצאים/חתן/כלה).

### המסגרת המושגית

המודל ההתנהגותי של אנדרסן וניומן (Andersen & Newman, 1973) ואנדרסן (Andersen, 1955) לתיאור שימוש בשירותי בריאות ממפה את הגורמים המשפיעים על

ההחלטה לצרוך שירותי בריאות, אך נעשה בו שימוש נרחב גם בתיאור שירותים אחרים. ניתן להתייחס להצטרפות ולהגעה לקבוצות התמיכה כמדדים לצריכת השירות. על פי המודל יש שלושה גורמים בלתי תלויים המשפיעים על ההחלטה לצרוך שירותי בריאות: (1) מאפייני רקע של הפרט, ערכיו, עמדותיו כלפי השירות וידע על המחלה; בהקשר של קבוצות התמיכה, פרט לתכונות הדמוגרפיות, כגון מגדר, גיל ודת, מאפייני הרקע קשורים גם לגורמים תרבותיים (Green & Monahan, 1984; Noelker & Townsend, 1987), כמו תפיסת אחריותה ומחויבותה של המשפחה לטיפול בחבריה המזדקנים ועמדות כלפי שירותים סוציאליים. (2) היכולת לצרוך את השירות מבחינת משאבי המשפחה מחד גיסא ונגישות השירותים מאידך גיסא; הגעת בן המשפחה לקבוצה מושפעת מאוד מיכולתו להשתחרר מהטיפול ולהגיע למפגשים, מנגישות המקום ומזמינות המועד שבו הם נערכים וכן מהידע שיש לו על המחלה או על המוגבלות שהזקן סובל ממנה ועל זכויות ושירותים. משתנים אלה מושפעים ממצבו התפקודי של הזקן ומהאפשרויות למצוא מטפל חלופי לשעות המפגשים (Monahan et al., 1992); (3) תפיסת הצורך בשירות, הנובעת בעיקר מהעומס הרגשי שבן המשפחה חווה.

---

## ממצאים

---

### מאפייני המשתתפים בקבוצות, המטופלים, התמיכה והעומס

מתוך מדגם מייצג של חברי הקבוצות, 83% הם נשים, והגיל הממוצע הוא 57 (SD=10.5). כשני שלישים הם ילידי ישראל, 80% נשואים, 87% יהודים (מהם 11% חרדים) ו-11% מוסלמים. כשלושה רבעים הם צאצאיהם של הזקנים, ו-16% בני זוגם. כ-45% גרים עם הזקן (בקרוב הערבים השיעור גבוה יותר). ההכנסה המשפחתית החציונית נעה בין 7,000-9,000 ש"ח בחודש (לוח 1).

לוח 1  
מאפייני רקע של המטפלים  
(N=408)

%		
82.5	נשים	מגדר
67.6	ישראל	מוצא
13.7	אסיה-אפריקה	
12.3	אירופה-אמריקה	
6.4	עולים מברית-המועצות לשעבר לאחר 1990	
80.4	נשוי	מצב משפחתי
10.8	יסודית	השכלה
30.6	תיכונית	
23.0	על תיכונית	
35.5	אקדמית	
86.5	יהודי	דת
11.3	מוסלמי	
2.2	נוצרי/דרוזי	
15.7	בן זוג	יחס קרבה אל הזקן
74.1	בן	
7.8	כלה/חתן	
2.3	נכדים/אחרים	
26.4	עד 5,000 ש"ח	הכנסה (בשקלים לחודש)
16.1	7,000-5,001	
11.8	9,000-7,001	
13.0	11,000-9,001	
11.5	13,000-11,001	
21.1	מעל 13,000	

באשר לזקנים המטופלים, 70% מהם נשים, 24% ילידי ישראל (כמחצית מהם ערבים), 46% ילידי ארצות אירופה או אמריקה ו-24% ילידי ארצות אסיה או אפריקה. 57% הם אלמנים ו-38% נשואים. הגיל הממוצע 84 ( $SD=7.3$ ); רובם (72%) בני 80 או יותר. בחינת הסמנים הבריאותיים מלמדת על תחלואה ומוגבלות גבוהות. לדוגמה: 35% מהזקנים אושפזו בחצי השנה האחרונה, ו-29% הגיעו בחצי השנה האחרונה לחדר מיון,

אך לא אושפזו. 20% מרותקים לבית, ועוד 45% לא יכולים ללכת ללא עזרת אדם אחר. על פי דיווחי המטפלים אובחנו 39% מהזקנים כסובלים מהמנציה. מבחינת יכולת התפקוד בפעולות יומיומיות (ADL), 54% לא יכולים להתלבש, 68% לא יכולים להתרחץ, ויותר מ-80% לא יכולים לעשות קניות ומוגבלים בהכנת ארוחה. מערכת השירותים הפורמלית שהמדינה מספקת לזקנים נועדה לסייע לזקן ולמשפחתו בתפקוד היומיומי ובניהול מערכות חייהם השונות. כך כ-75% מהזקנים המטופלים הם זכאי חוק סיעוד.

כלומר: מצטיירת תמונה של מטופלים המוגבלים מאוד מבחינה בריאותית, תפקודית וקוגניטיבית. לכן הם זקוקים לעזרה רבה בשגרת יומם. המטפלים עוזרים להם בעבודות בתוך הבית, בקניות ובסידורים מחוץ לבית ובטיפול אישי (האכלה, הלבשה, רחיצה וכד'). 56% מהמטפלים מדווחים על עומס כבד. כשהמטופל דמנטי וכשהמטפלים הם בני זוג או יהודים לא חרדים, תחושת העומס גבוהה יותר.

### סיבות להצטרפות לקבוצה

המטפלים דירגו את החלטתם להצטרף לקבוצה על פי חשיבותן של הסיבות השונות. סיבות אלה מלמדות על הצרכים השונים של בני המשפחה. לוח 2 מראה שהמשתתפים הצטרפו לקבוצה משתי סיבות עיקריות: כדי ללמוד איך להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול וכדי לרכוש מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר (74% ציינו שלסיבות אלה היתה חשיבות רבה או רבה מאוד). מתברר שהסיבות העיקריות משותפות לבני זוג מטפלים ולצאצאים מטפלים; ההבדל ביניהם הוא בסיבות המשניות: בני זוג מגיעים לקבוצה גם כדי להתאוורר ולקחת פסק זמן מהטיפול, ואילו צאצאים מגיעים כדי לשפר את הקשר עם הזקן. היו גם סיבות אחרות שפורטו בשאלה הפתוחה: "כדי לקבל חיזוק אם אני מטפלת טוב באמא." "כדי לתרום מניסיוני לאחרים." "כדי לעזור לבעלי להתמודד."



לוח 2

אחוז המדרגים את סיבת ההצטרפות לקבוצה במידה רבה או רבה מאוד

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

\* p<0.05

# כולל גם נכדים, אחות ויחס קרבה אחר

מניתוח גורמים (factor analysis) של הסיבות הללו מתקבלים שלושה עולמות תוכן או שלושה צרכים שונים: תמיכה רגשית וחברתית (בעיקר כדי ללמוד לדאוג לעצמי, שיקיבו לי, ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים, להכיר אנשים שמתמודדים עם בעיות כמוני וללמוד להתמודד עם קשיי הטיפול); מידע (אודות המחלה, זכויות ושירותים ורכישת כלים ומיומנויות טיפול); התאווורות. לוח 3 מציג את הטעינויות של כל פריט על כל אחד משלושת הגורמים.

## לוח 3

**(Varimax rotated matrix) הסיבות להצטרפות לקבוצה – ניתוח גורמים**

התאוררות	מידע	תמיכה	
0.109	0.050	0.775	ללמוד איך לדאוג לעצמי טוב יותר
0.002	0.122	0.766	לקבל תמיכה רגשית מהקבוצה, שיקשיבו לי
-0.045	0.081	0.746	ללמוד להתמודד עם רגשות שליליים, כמו אשמה, בושה, תסכול
0.153	0.266	0.615	להכיר אנשים המתמודדים עם קשיים דומים לשלי
-0.250	0.471	0.590	ללמוד איך להתמודד עם הקשיים הכרוכים בטיפול בזקן
0.234	0.723	0.096	לקבל מידע על המחלה או המוגבלות של הזקן
-0.255	0.710	0.179	לרכוש מיומנויות וכלים לטיפול טוב יותר בזקן
0.093	0.696	0.010	לקבל מידע על זכויות ושירותים לזקנים
-0.028	0.573	0.377	ללמוד איך לשפר את הקשר עם הזקן
0.752	0.049	-0.149	העוברת הסוציאלית המליצה
0.736	0.007	0.369	להתאווור, לקחת פסק זמן מהטיפול
10.98	17.47	23.58	אחוז שונות מוסברת
1.317	2.096	2.830	Eigenvalue

לוח 4 מציג את ממוצעי התשובות בכל עולם תוכן, על סמך הפריטים המשמעותיים בכל גורם. ניתן ללמוד ממנו שהתמיכה מהקבוצה היא החשובה ביותר מבחינת המשיבים ואחריה מידע. חשיבות נמוכה יחסית יש בעיניהם לכך שהעובדת הסוציאלית המליצה ולאפשרות להתאווור ולקחת פסק זמן מהטיפול. מתברר שיהודים, יותר מערבים, מעוניינים בתמיכה, ואילו הערבים זקוקים יותר להתאווורות מהטיפול. בעלי השכלה תיכונית מייחסים לתמיכה חשיבות גבוהה יותר מאשר בעלי השכלה נמוכה, ואילו האחרונים מייחסים להתאווורות חשיבות גבוהה יותר מאשר בעלי השכלה גבוהה יותר.

לוח 4

ציון ממוצע וסטיית תקן לחשיבות הגורם להצטרפות לקבוצה

התאוורות		מידע		תמיכה		
SD	M	SD	M	SD	M	
1.26	2.59	0.93	3.28	0.96	3.32	סך הכול
	*					קרבה לזקן
1.43	3.06	0.97	3.10	0.99	3.33	בן/בת זוג
1.24	2.47	0.90	3.32	0.87	3.41	בן/בת
1.17	2.59	0.95	3.28	1.08	3.10	חתן/כלה
			*		*	המטופל דמנטי
1.27	2.67	0.94	3.19	0.96	3.22	לא
1.25	2.64	0.91	3.40	0.93	3.46	כן
	*					המטופל נייד
1.24	2.58	0.95	3.26	0.96	3.29	לא
1.26	2.96	0.93	3.32	0.94	3.37	כן
	*		*		*	מגורים עם הזקן
1.24	2.45	0.82	3.43	0.84	3.46	לא
1.27	3.12	1.04	2.99	1.04	3.18	כן
					*	עומס
1.25	2.59	0.92	3.29	0.97	3.10	לא כבד/לא כל כך כבד
1.27	2.79	0.95	3.25	0.91	3.48	כבד/כבד מאוד
						יש עזרה מבני משפחה
1.28	2.78	0.99	3.16	0.96	3.33	לא
1.23	2.60	0.91	3.31	0.95	3.30	כן
	*		*		*	דת
1.23	2.53	0.96	3.26	0.89	3.46	יהודי לא חרדי
1.52	2.54	0.71	3.79	0.63	3.66	יהודי חרדי
0.95	3.44	0.76	2.95	0.70	2.21	לא יהודי
	*					השכלה
0.79	3.70	0.72	3.21	0.96	2.90	עד תיכונית
1.22	2.45	1.04	3.15	0.98	3.41	תיכונית
1.16	2.26	0.83	3.25	0.87	3.32	על תיכונית/אקדמית

\* p < 0.05

ל-31% מהמשתתפים היו חששות לפני ההצטרפות למיזם. החשש העיקרי (אצל שני שלישים מהם) היה שלוח הזמנים הצפוף שלהם לא יאפשר להם להשתתף במפגשים. חששות אחרים היו שהקבוצה לא תתאים לצרכים או שיהיה קושי להיפתח. אצל יהודים בהשוואה לערבים, ואצל צאצאים בהשוואה לבני זוג, היו חששות גבוהים יותר.

### הגעה למפגשי הקבוצה

הגעה למפגשים היא מדד לשימוש בשירות. המשתתפים נדרשו להגיע לכל מפגשי הקבוצה, לאחר שהוסבר להם שהיעדרויות ממפגשים פוגמות בתהליך הקבוצתי, והמנחים נהגו לתזכר אותם. 26% ממשתתפי הקבוצות הגיעו לכל המפגשים, 40% נעדרו ממפגש אחד או שניים, ו-34% הנותרים נעדרו משלושה מפגשים או יותר. סיבות היעדרות העיקריות היו אילוצים של מקום העבודה, אירועים משפחתיים, בדיקות או טיפולים רפואיים למטופל או למטפל וכן שמירה על הנכדים. לוח 5 מציג את שיעורי ההשתתפות ב-10 מפגשים או יותר, לפי מאפייני המטפל והמטופל. הלוח מלמד שהשתתפות גבוהה יחסית היתה בקרב נשים ויהודים לא חרדים. שיעורי השתתפות נמוכים יחסית, אך לא באופן מובהק סטטיסטית, נמצאו אצל בני זוג וכשלמטופל היתה מטפלת בית מתוקף חוק הסיעוד.

לוח 5

שיעורי השתתפות בעשרה מפגשים או יותר,  
לפי מאפייני הזקן והמטפל

סך הכול	%
סך הכול	65.7
מגדר*	
גבר	56.5
אישה	67.5
מגזר*	
יהודים (לא חרדים)	69.0
יהודים חרדים	50.0
ערבים	58.2
יחס קרבה לזקן	
בן/בת זוג	60.4
בן/בת	68.3
קרובים אחרים	66.7
מטופל דמונטי	
לא	64.0
כן	68.7
מרותק לבית	
לא	66.0
כן	64.4
עומס טיפולי	
לא כבד/לא כל כך כבד	66.7
כבד/כבד מאוד	64.7
יש עובד זר	
לא	64.5
כן	69.2
יש מטפלת	
לא	71.3
כן	64.0

\* p < 0.05

באשר לנגישות: על מקום המפגשים לספק סביבת עבודה נעימה ונגישה. כמחצית מהקבוצות נפגשו במבנים של עמותות לזקן, במתנ"סים או במקומות העבודה (כשהקבוצה היתה מיועדת לעובדים). היתר במועדונים, במרכזי יום לקשיש, בסניפי הייעוץ לקשיש של הביטוח הלאומי או במחלקה לשירותים חברתיים. 14% מהמשתתפים התקשו להגיע למקום המפגשים, בעיקר בגלל המרחק או משך הזמן, דרך חשוכה ומחסור בתחבורה. 7% לא היו מרוצים מהתנאים הפיסיים ("חדר גדול מדי", "חדרון קטן חשוך בקצה המסדרון"). רוב המפגשים נערכו בשעות הערב, וכ-18% מהמשתתפים ציינו שאין מועדי המפגשים נוחים להם. הסיבות העיקריות היו חוסר זמן בגלל העבודה ("התנגשות עם מטלות בעבודה") ועומס בכלל. צאצאים העדיפו את המפגשים בשעות הערב (אחרי העבודה) ובני זוג בבקרים.

כדי לנטרל השפעות צולבות המשפיעות על ההגעה למפגשים, הרצנו מודל של רגרסיה לוגיסטית (לוח 6) הכולל מאפייני רקע של המטפל (מגדר ומגזר), משתני צורך (יחס קרבה לזקן, ניידות ודמנציה) ויכולת (נוחות מועד המפגש, תעסוקה ועזרה פורמלית). שיעור הניבוי של המודל הוא 71.1%. השיפור במודל, בהשוואה למודל ללא המשתנים המסבירים, מובהק ( $\chi^2_{(10)}=28.2$ ;  $p=0.002$ ). המודל מלמד שהמשתנים בעלי השפעה העצמאית הגדולה ביותר על ההשתתפות במפגשים קשורים למגדר, להשתייכות הדתית וליכולתו של המטפל להשתחרר מהטיפול. במלים אחרות, שיעורי הגעה גבוהים נמצאו אצל נשים (פי 3 מגברים), יהודים לא חרדים (פי 3 מחרדים ופי 2 מערבים). השפעתם של המשתנים המבטאים צורך מובהקת. באשר ליכולת, מועד לא נוח של המפגשים מנע הגעה למפגשים, ועזרה פורמלית של עובד זר או מטפלת בית יכולה לשחרר את המטפל, אך לא באופן מובהק סטטיסטית.

לוח 6

תוצאות רגרסיה לוגיסטית להסבר הגעה למפגשי הקבוצה

CI for Exp(B)95%	Exp(B)	.E.S	B	
				מאפייני רקע
6.336 -1.460	3.041	0.375	1.112	מגדר (אישה)*
0.686-0.143	0.313	0.401	-1.162	מגזר (חרדי)*
1.000-0.208	0.456	0.402	-0.784	מגזר (ערבי)*
				מאפייני צורך
1.429-0.317	0.673	0.384	-0.395	יחס קרבה (בן/בת זוג)
2.138-0.557	1.091	0.343	0.088	ניידות (מטופל מרותק לבית)
2.045-0.665	1.166	0.287	0.154	דמנציה (מטופל דמנטי)
				מאפייני יכולת
0.946-0.309	0.541	0.285	-0.614	מועד המפגשים (לא נוח)*
1.628-0.507	0.908	0.298	-0.096	תעסוקה (עבד בחודש האחרון)
3.295-0.827	1.651	0.352	0.501	עובד זר (יש)
2.850-0.795	1.505	0.326	0.409	מטפלת בית (יש)
			0.261	קבוע

\* p < 0.05

**סיכום ודיון**

המיזם של קבוצות תמיכה קצרות מועד למטפלים הופעל ומומן בידי המוסד לביטוח לאומי, בשיתוף עם רשויות מקומיות, משרד הרווחה והשירותים החברתיים ועמותות. על הפעלתו הופקדו שלושה גופים: אלה, משאבים וכבוד האדם. הקבוצות נועדו לסייע לבני משפחה המטפלים בזקנים באמצעות שילוב של מתן ידע ותמיכה. המיזם החל לפעול באוקטובר 2011, ובמהלך 19 החודשים שבהם פעל נפתחו 77 קבוצות, שמנו כ-1,290 משתתפים. המיזם שירת מגוון רחב של אוכלוסיות בכל הארץ. המאמר התמקד בגורמים הקשורים להצטרפות לקבוצה ולהגעה למפגשים.

מבחינת מאפייני הרקע, הממצאים המתייחסים לאוכלוסייה מלמדים שבהשוואה לכלל המטפלים העיקריים בזקנים בישראל יש במיזם ייצוג גבוה של נשים ושל צאצאים

(ברודסקי ועמיתים, 2012). עוד הם מלמדים ששיעור ההשתתפות של נשים גבוה מזה של גברים. ייתכן שחלק מההסבר למיעוט הגברים ובני הזוג בקבוצות הוא הרתיעה מהתנסות בתהליכים דינמיים שמשמעותם חשיפה והתעמקות בתהליכים פסיכולוגיים בקבוצה. מוינהאן ועמיתיה שחקרו מיעוטים אתניים (Monahan et al., 1992) הגיעו לממצא שונה; הם לא מצאו הבדלים מגדריים בהצטרפות לקבוצות תמיכה. אף שבמסגרת המיזם נעשו מאמצים להתאים את תוכני המפגשים למאפייני כל מגזר (למשל: בקבוצות של מטפלים חרדים נידונו סוגיות הקשורות לדת והלכה, ובמגזר הערבי נערכו המפגשים בערבית), הרי בהשוואה בין המגזרים היה שיעור הגעה נמוך בקרב החרדים והערבים. במחקרם של מוינהאן ועמיתיה (Monahan et al., 1992) נמצא שבני מיעוטים אתניים (היספאנים) נוהגים להיעדר ממפגשים שנערכים באנגלית, אך כשהמפגשים מתנהלים בשפתם, ספרדית, שיעורי ההגעה למפגשים דומים לאלה של דוברי אנגלית. לפיכך אנו מסיקים שיייתכן ששיעורי ההגעה הנמוכים במחקרנו מוסברים בחלקם בהבדלים תרבותיים, כמו קושי לצאת מהבית בשעות הערב במגזר הערבי, ובחלקם בריבוי מחויבויות משפחתיות, בעיקר במגזר החרדי.

הממצא המרכזי הוא שבני משפחה מצטרפים לקבוצת תמיכה בשל שלושה צרכים עיקריים: לקבל תמיכה רגשית, לרכוש ידע ומיומנויות טיפול ולקחת פסק זמן מהטיפול. הטיפול בזקן מביא להסתגרות ולניתוק חברתי של בן המשפחה המטפל. אז הוא חש צורך עז להיפגש עם מטפלים אחרים החווים קשיים דומים. עמם הוא יכול לחלוק את המועקות הרגשיות והפיסיות, אצלם הוא מוצא אוזן קשבת, ומהם ומאנשי מקצוע הוא מקבל עצות שיעזרו לו להתמודד עם רגשות שליליים כמו אשם, כעס ותסכול, המצטברים ככל שהטיפול ביקירם הזקן הסיעודי מתארך. עוד הוא זקוק למידע על התפתחות המחלה ועל שירותים וזכויות. הצורך השלישי, המשני בחשיבותו, הוא ההפוגה מהטיפול. התמיכה והמידע כמניע חשוב להצטרף לקבוצת תמיכה למטפלים נמצאו גם במחקרים קודמים (Daman et al., 2000; Monahan et al., 1992; Picton et al., 2001; Purk, 2004; Smyth et al., 2007).

שיעורם של מטופלים הסובלים מדמנציה, שמטפליהם לקחו חלק במיזם, היה גבוה (39%) משיעורם (26%) בקרב בני 75 ומעלה באוכלוסייה כולה (ברודסקי ואחרים, 2012). נתון זה מצביע על הצורך הגדול של מטפלים אלה בתמיכה, בהדרכה ובהפוגה, בשל העומס הכבד שהם חווים. גם מחקרם של מוינהאן ועמיתיה (Monahan et al., 1992) הצביע על שיעורי הגעה גבוהים בקרב מטפלים בחולי אלצהיימר.

אף שאין המודל ההתנהגותי של אנדרסן (Andersen, 1995) עוסק בקשרי גומלין, מצאנו שיש הבדלים בין עמדותיהם וצורכיהם של בני המשפחה. בני זוג הגרים עם הזקן המוגבל ותומכים בו על בסיס יומיומי זקוקים יותר להפוגה מהטיפול, ואילו צאצאים זקוקים יותר לתמיכה ולמידע. סורנסן ועמיתיה (Sorensen, 2002) מסבירים זאת בכך שבני זוג



רוכשים אסטרטגיות התמודדות בשלבים מוקדמים יותר של התפתחות המוגבלות. הבדלים בצרכים נמצאו גם בין המשתתפים למגזרים השונים. יהודים לא חרדים מצטרפים יותר בשל הצורך בתמיכה רגשית ובמידע, וערכים זקוקים יותר להתאווורות. הבדלים אלה מוסברים, ככל הנראה, בשוני התרבותי. באוכלוסייה הערבית המסורתית מקובלת התפיסה שהטיפול בזקן הוא תפקיד ייעודי, המוטל על פי רוב על אחת הרווקות במשפחה. היא מתמסרת לתפקיד ומקדישה לו את חייה. לכן בדרך כלל אין העומס הטיפולי נתפס כקושי. ייתכן גם שהמגורים המשותפים של המשפחה המורחבת מאפשרים למטפלים הערבים לקבל תמיכה גדולה יותר מבני משפחה, ולכן הם זקוקים פחות לתמיכה מהקבוצה. לכן ההשתתפות בקבוצה נתפסת כסיבה לגיטימית לקחת פסק זמן מהטיפול ופחות כדי לקבל תמיכה.

הממצאים המתחייבים ליכולת להגיע למפגשים מראים שלבן המשפחה יש תפקיד מרכזי בליווי לבדיקות ולטיפולים ובעזרה בתפקוד היומיומי, ואלה מגבילים את יכולתו להגיע למפגשי הקבוצה. בה בעת, ככל שהזקן מוגבל יותר בתפקוד, עולים סיכוייו לקבל עזרה פורמלית. המודל הרב-משתני מלמד שעזרה פורמלית מקלה במידת מה על בן המשפחה להשתחרר מהטיפול ולהשתתף בקבוצת התמיכה. ממצא זה תואם את מחקרם של מרטיצ'וסקי ועמיתים (Martichuski, 1997). גורמים אחרים המקשים על בני משפחה להגיע למפגשים הם קשיי נגישות וקושי להתפנות למפגש, בין היתר, בגלל אילוצים בעבודה. מחקרם של מרטיצ'וסקי ועמיתים (Martichuski, 1997) מלמד אף הוא, שקשיים עקב זמן לא נוח וקשיי נגישות מנעו מחברים בקבוצות להגיע למפגשים.

יתרונו הגדול של המחקר הוא במספר הרב של המשתתפים, המאפשר ללמוד לעומק סוגיות שונות הקשורות לקבוצות תמיכה למטפלים. עם זאת, למחקר יש מספר מגבלות. ראשית, האוכלוסייה שהצטרפה למיזם נבחרה והופנתה בעיקר בידי עובדים סוציאליים מהרווחה ומתוך היכרות אישית עם הזקנים או עם בני המשפחה. בחירת המצטרפים למיזם לא היתה אקראית אפוא, ולכן אין היא מייצגת את כלל המטפלים העיקריים של מקבלי גמלת סיעוד. למרות זאת רבים מהמאפיינים דומים למאפייני המטפלים העיקריים ולמאפייני מקבלי גמלת חוק סיעוד באוכלוסייה. מלבד זאת, מערך המחקר לא כלל קבוצת ביקורת, ולכן יכולת ההכללה ממחקרנו היא מוגבלת.

מאמר זה מוסיף נדבך ייחודי לידע המצוי בנושא של הפעלת קבוצות תמיכה למטפלים, בייחוד בשלבים הראשוניים של גיוס המשתתפים, בניית תוכנית ההפעלה וגיבושה. המחקר הנוכחי הראה שצורכי המטפלים וכן חסמי ההגעה למפגשים משתנים בהתאם למאפייני המטפל והמטופל. למשל: הצרכים והחסמים של בני זוג שונים מאלה של צאצאים, וכך גם הצרכים והחסמים של מגזרים שונים, מטפלים בזקנים דמנטים או מרותקים לבית. יש לכך משמעות בשלב ההתארגנות, בקביעת מיקום המפגשים

ומועדיהם, בגיבוש תוכנית המפגשים ובבניית התמהיל הכולל תהליכים דינמיים המיועדים לתמיכה רגשית, להעברת מידע ולפעילויות הפגה.

---

## מקורות

---

ברודסקי, ג', נאון, ד', רוניצקי, ש', בן-נון, ש', מורגנשטיין, ב', גרא, ר' ושמלצר, מ' (2004). מקבלי גמלת סיעוד – מאפיינים, דפוסי קבלת עזרה פורמלית ובלתי פורמלית וצרכים בלתי מסופקים (דמ-440-04). ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', ורטמן, א', קינג, י', בנטור, נ' וצ'חמיר, ס' (2005). קשישים החולים בדמנטיה: שכיחות, זיהוי צרכים לא מסופקים ועדיפויות בפיתוח שירותים (דמ-05-461). ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', רוניצקי, ש' וסיטרון, ד' (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה (דמ-508-11). ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל.

ברודסקי, ג', שנור, י' ובאר, ש' (2012). קשישים בישראל, שנתון סטטיסטי 2011. משאב, מאגר מידע ארצי לתכנון בתחום הזיקנה. ירושלים: מאירס-ג'וינט-מכון ברוקדייל ואשל.

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה ומשרד הבריאות (2006). סקר בריאות לאומי 2003/4, ממצאים נבחרים.

הנטמן, ש' וברנשטיין, מ' (2000). דור הסנדוויץ': כיצד נלמד להשלים עם הזדקנות הורינו ולהסתגל אליה. תל אביב: מודן.

Andersen, R. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36 (1), 1-10.

Andersen, R. & Newman, J. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 95-124.

- 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.
- 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.
- Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423-428.
- 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. Paris: *OECD Health Working Papers* No 44.
- Glosser, G. & Wexler, D. (1985). Participants' evaluation of educational/support groups for families of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *The Gerontologist*, 25 (3), 232-236.
- Golden, M. A. & Lund, D. (2009). Identifying themes regarding the benefits and limitations of caregiver support group conversations. *Journal of Gerontological Social Work*, 52, 154-170.
- Greene, V. & Monahan, D. (1984). Comparative utilization of community based long-term care services by Hispanic and Anglo elderly in a case management system. *Journal of Gerontology*, 39, 730-735.
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *The Journal of Gerontology A Biological Sciences and Medical*, 64A (8), 873-879.

- 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), 676-690.
- 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.
- Mackenzie, R. K. (1991). Principles of brief intensive psychotherapy. *Psychiatric Annals, 21* (7), 398-404.
- Martichuski, D. K., Knight, B. L., Karlin, N. J., & Bell, P. A. (1997). Correlates of Alzheimer disease caregivers' support group attendance. *Activities, Adaptation & Aging, 21* (4), 27-40.
- 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.
- Miller, B. & McFall, S. (1992). Caregiver burden and the continuum of care: A longitudinal perspective. *Research on Aging, 14* (3), 376-398.
- Monahan, D. J., Greene, V. L., & Coleman, P. D. (1992). Caregiver support groups: Factors affecting use of services. *Social Work, 37* (3), 254-260.
- Neary, M. A. (1993). Type of elder impairment: Impact on caregiver burden, health outcomes and social support. *Clinical Gerontologist, 13* (2), 47-59.
- Noelker, L. S. & Townsend, A. L. (1987). Perceived caregiving effectiveness: The impact of parental impairment, community resources and caregiver characteristics. *Aging, Health, and Family, 58-79*.
- 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.

- Picton, C., Cooper, B., Close, D., & Tobin, J. (2001). Bereavement support groups: Timing of participation and reasons for joining. *Omega*, 43, 247-258.
- Pinquart, M. & Sorensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18 (2), 250-267.
- Purk, J. K. (2004). Support groups: Why do people attend? *Rehabilitation Nursing*, 29 (2), 62-67.
- 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.
- Smyth, K. A., Rose, J. H., McClendon, M. J., & Lambrix, M. A. (2007). Relationships among caregivers' demographic characteristics, social support ratings, and expectations of computer-mediated support groups. *Journal of Applied Gerontology*, 26 (1), 58-77.
- Sorensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*, 42, 356-372.
- Thommessen, B., Aarsland, D., Braekhus, A., Oksengaard, A. R., Engedal, K., & Laake, K. (2002). The psychosocial burden on spouses of the elderly with stroke, dementia and Parkinson's disease. *International Journal of Geriatric and Psychiatry*, 17, 78-84.
- Vitaliano, P., Zhang, J., & Scankan J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (6), 946-972.
- Wiener, J. M. (2003). The Role of informal support in long-term care. In G. Brodsky, J. Habib, & M. Hirschfeld (Eds.), *Key Policy Issues in Long-Term Care* (3-24). Geneva: World Health Organization.
- Zarit, S. H. (1992). *Concepts and measures in family caregiving research*. Pennsylvania: Gerontology Center, Penn State University.

