

1974-2024

50



מאירס ג'וינט
ברוקדייל

בני משפחה המטפלים בזקנים ובאנשים עם מוגבלות בראשית מלחמת 'חרבות ברזל'

עדי הרקוביץ-אמיר תמיר אילי
רותם נגר-אידלמן ליטל ברלב שירלי רזניצקי

עריכת לשון: רונית כהן בן-נח
תרגום לאנגלית (תקציר): דוד סימר
עיצוב גרפי: אפרת ספיקר

עורכת ראשית: רויטל אביב מתוק

המחקר נעשה ביוזמת מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והארגון הישראלי
לבני משפחה מטפלים (CareGivers Israel) ומומן בסיוע קרן "עץ ירוק"

מכון מאירס ג'וינט ברוקדייל

ת"ד 3886 ירושלים 9103702

טלפון: 02-6557400

brook@jdc.org | brookdale.jdc.org.il

ירושלים | כסלו תשפ"ה | דצמבר 2024

דברי תודה

תודות חמות שלוחות לבני המשפחה המטפלים שניאותו להקצות מזמנם היקר להשתתפות באיסוף הנתונים במחקר במסגרת קבוצת המיקוד, הריאיון והסקר. התובנות החשובות שהם העלו אפשרו קבלת תמונה מקיפה על האתגרים והצרכים של בני המשפחה המטפלים וכן של הזקנים ושל האנשים עם מוגבלות שבהם הם מטפלים, בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל' כמו גם בשגרה. תודה שלוחה גם לגב' רחל לדאני ולד"ר אמיר טל מארגון Caregivers Israel על שיתוף הפעולה הפורה בהגדרת מטרות ומערך המחקר ובדיוק ההמלצות.

רקע

מטפלים לא פורמליים (caregivers) אינם אנשי מקצוע בתחום הבריאות והטיפול אך הם תומכים באדם אחר, לרוב בקרובי משפחתם עקב מוגבלות או זיקנה ולרוב ללא תגמול כספי או שכר. בישראל, נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2019 מצביעים על כך שכ-1.2 מיליון אנשים דיווחו שהם בני משפחה מטפלים. מחקרים מורים על קשר בין טיפול באדם אחר ובין מצבם של בני משפחה מטפלים בתחומים שונים ובהם הבריאות הפיזית של המטפל, בריאותו הנפשית ומצבו התעסוקתי והכלכלי. תחושות העומס והאתגרים שעיימם מתמודדים בני משפחה מטפלים מועצמים בעיתות חירום עקב צמצום בהספקה של שירותים פורמליים ובתמיכה של בני משפחה ועלייה בצרכים של אנשים הזקוקים לטיפול ובני משפחתם. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים (CareGivers Israel) יזמו מחקר שבחן את הצרכים של בני משפחה המטפלים בזקן או באדם עם מוגבלות ואת המענים שנדרשו להם בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל' ויידרשו להם במצבי חירום בעתיד, זאת לצורך לקבלת החלטות ופיתוח מענים מיטביים ייעודיים.

מטרת המחקר

1. לבחון את הקשר בין מצבו של בן המשפחה המטפל ובין הטיפול בבן המשפחה בחודשי המלחמה הראשונים במגוון היבטים, ובהם המצב הרגשי, מצב הבריאות, המצב הכלכלי וקבלת שירותים במצב חירום. זאת באמצעות בחינת נושאים אלו בקרב בני משפחה מטפלים ובקרב מי שאינם מטפלים.
2. לבחון את מצבן של שתי קבוצות של בני משפחה מטפלים: מטפלים בזקן ומטפלים באדם עם מוגבלות, בחודשי המלחמה הראשונים במגוון היבטים.
3. לזהות את הצרכים של בני משפחה המטפלים בזקן ובאדם עם מוגבלות בחודשי המלחמה הראשונים ולצפות את אלו שיעלו בעיתות חירום בעתיד ולהציע מענים מתאימים.

רכיבי המחקר

1. **רכיב איכותני:** ריאיון עומק עם בן משפחה מטפל וקבוצת מיקוד ובה שישה בני משפחה מטפלים. הריאיון וקבוצת המיקוד נועדו ללמוד על צורכיהם של בני המשפחה המטפלים ועל המענים שעמדו לרשותם בחודשי המלחמה הראשונים וכן לסייע בפיתוח סקר המחקר.
2. **רכיב כמותי:** סקר פאנל בקרב בני משפחה מטפלים ובקרב מי שאינם מטפלים באדם אחר שנועד ללמוד על מצבם של בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים לעומת מצבם של מי שאינם מטפלים, בהתייחס לשני סוגי המטפלים (מטפלים בזקן ומטפלים באדם עם מוגבלות). לסקר השיבו 1,224 משיבים: 620 בני משפחה מטפלים, ו-604 אנשים שאינם מטפלים באדם אחר (קבוצת ההשוואה).

ממצאים עיקריים

מן המחקר עלה כי מצבם הכלכלי, החברתי והבריאותי הפיזי של כלל **המטפלים** הורע מאז פרוץ המלחמה יותר ממצבם של מי שאינם מטפלים וכי הם דיווחו יותר ממי שאינם מטפלים על דאגות שהפריעו להם לישון. תחומי החיים של **המטופלים** שבהם חלה ההרעה הרבה ביותר הם המצב הרגשי/נפשי, היכולת להתנייד בתוך הבית ומחוצה לו, המצב החברתי והבריאות הפיזית.

עוד עלה מן המחקר כי תיאום טיפולים רפואיים ופרה-רפואיים לבן המשפחה הוא **הצורך שהתגבר** במידה הרבה ביותר בחודשי המלחמה הראשונים וכי מרבית המטפלים, בעיקר המטפלים בזקן, ציינו כי בתקופה זו הם **לא נעזרו אף לא בשירות אחד המיועד לבני משפחה מטפלים**. מי שדיווחו כי הם כן נעזרו באחד או יותר מן השירותים המיועדים לבני משפחה מטפלים ציינו בעיקר אתרים מקוונים לייעוץ ומידע. בעיקר ציינו זאת המטפלים באדם עם מוגבלות. כמחצית מן המטפלים דיווחו כי היה **חסר להם מידע כלשהו** בחודשי המלחמה הראשונים. **הדבר העיקרי שהמטפלים ציינו שיכול להקל עליהם או על המטופל בתקופה זו** הוא תמיכה רגשית עבורם או עבור בן המשפחה, פעילות פנאי ותמיכה כלכלית לצורך הטיפול. ממצאי המחקר אף העידו על קשר בין מאפייניהם האישיים של בני המשפחה המטפלים: מין, קבוצת אוכלוסייה, גיל, מצב תפקודי, מצב כלכלי, סוג המטפל (עיקרי או לא עיקרי) וותק הטיפול, ובין היבטי טיפול שונים.

המלצות

1. מומלץ לפתח עוד **שירותים פסיכולוגיים ורגשיים** ייעודיים למטפלים, הן קבוצתיים הן אישיים, שיסייעו לבני המשפחה המטפלים לפתח כלים וחוסן להתמודדות עם נטל הטיפול, עם המורכבות ועם העומס, בשגרה ובעיקר בעיתות חירום. מוצע כי שירותים אלו יותאמו לרקע המגוון של המטפלים.
2. מומלץ לפתח ולהרחיב **תוכניות לליווי ולהקניית כלים ואסטרטגיות לבניית סדר יום** גם בזמנים כאוטיים ומשתנים, כמו הקפדה על זמני ארוחות, זמן לפנאי ולמנוחה או תיווך השגרה החדשה. זאת בסדנאות הדרכה קבוצתיות ייעודיות, סרטונים או סמינרים מקוונים (וובינרים).
3. מוצע כי **מוקדי מידע** ממשלתיים ואזרחיים הפועלים כיום בתחומי שירותי הרווחה, הבריאות ומיצוי הזכויות יותאמו **לצרכים של בני המשפחה המטפלים** ויפתחו בהם מערכים למתן סיוע בעיתות חירום. מומלץ כי המוקדים הללו יפנו **פנייה יזומה** אל המטפלים.
4. מומלץ לפתח תוכניות הדרכה עבור בני משפחה מטפלים, הן קבוצתיות הן אישיות, כמו גם סרטונים **לתיווך נושא הכניסה למרחב המוגן**. בצד זאת מוצע לקדם בדחיפות מדיניות הנגשה של מרחבים מוגנים בבתיהם או בסביבתם של זקנים ושל אנשים עם מוגבלות.
5. מוצע להיערך מבעוד מועד **להפעלה מהירה ורציפה של מסגרות שירותים חיוניות לאנשים עם מוגבלות ולזקנים בעיתות חירום** ולהמשך של העסקה רציפה ככל האפשר של מטפלים סיעודיים, עובדים סוציאליים ואנשי רפואה.
6. מומלץ לפתח את **מנגנוני הסיוע והתמיכה בבני משפחה מטפלים במקום העבודה** ולהעלות את מודעות המעסיקים למצב ייחודי זה ולזכויות בעבודה של בני משפחה מטפלים.
7. נוכח מספרם הגבוה של בני המשפחה המטפלים כיום, ועקב הגידול הניכר הצפוי במספר האנשים שיידרשו לטפל בבני משפחה בשנים הבאות, מומלץ להתמקד **בכמה צעדים מערכתיים** הכוללים זיהוי ורישום בני משפחה מטפלים, הנגשת מענים קיימים, קידום הכרה פורמלית וקביעת זכויות ייעודיות.

תוכן עניינים

1	1. מבוא
1	1.1 רקע
2	1.2 השפעת הטיפול על מצבם של בני המשפחה המטפלים
3	1.3 טיפול לא פורמלי בעיתות חירום
5	2. מטרות
6	3. שיטה
6	3.1 אוכלוסייה
6	3.2 מערך המחקר
8	3.3 ניתוח הנתונים
8	3.4 אתיקה
9	4. ממצאים
9	4.1 המטפל: תמונת מצב
14	4.2 משאבים וחוסן בשגרה
18	4.3 חוסן, צרכים ומענים בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל'
29	4.4 זרקור על בני המשפחה המטפלים, לפי מאפיינים שונים
41	5. מגבלות המחקר
42	6. סיכום והמלצות
42	6.1 סיכום
45	6.2 המלצות
48	עוד פרסומים של המכון בנושא
49	מקורות

רשימת לוחות

6	לוח 1: מאפייני המשיבים לסקר – בני משפחה מטפלים ומי שאינם מטפלים
9	לוח 2: הקרבה של המטופל למטפל, לפי סוג המטופל
10	לוח 3: סיבת הטיפול בבן המשפחה, לפי סוג המטופל
13	לוח 4: סוג הטיפול שניתן למטופל, לפי סוג המטופל
15	לוח 5: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של בני המשפחה המטפלים ושל מי שאינם מטפלים
16	לוח 6: סוגי תמיכה חסרים, לפי סוג המטופל וסוג המשיב

- 18 לוח 7: הרעה במצב של המשיב בעקבות המלחמה, לפי סוג המטופל וסוג המשיב
- 19 לוח 8: השפעת המלחמה על המצב הרגשי של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב
- 20 לוח 9: הרעה במצב המטופל בעקבות המלחמה, לפי סוג המטופל
- 24 לוח 10: סיבות לעלייה בהיקף הטיפול בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל
- 24 לוח 11: סיבות לירידה בהיקף הטיפול בחודשי המלחמה הראשונים בקרב המטפלים בזמן
- 25 לוח 12: שירותים שבהם נעזרו בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל
- 26 לוח 13: נושאים שבנוגע להם היה חסר לבני המשפחה המטפלים מידע בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל
- 27 לוח 14: סוגי סיוע שיכולים להקל על המטפל או בן משפחתו בעת הזו, לפי סוג המטופל
- 30 לוח 15: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי מין המטפל
- 31 לוח 16: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי קבוצת אוכלוסייה
- 33 לוח 17: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי גיל המטפל
- 34 לוח 18: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי מצב הבריאות של המטפל
- 35 לוח 19: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי היות המטפל אדם עם מוגבלות
- 36 לוח 20: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי המצב הכלכלי של המטפל
- 39 לוח 21: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי היות המשיב מטפל עיקרי
- 40 לוח 22: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי ותק המטפל

רשימת תרשימים

- 11 תרשים 1: ותק בטיפול, לפי סוג המטופל
- 12 תרשים 2: היות בן המשפחה מטפל עיקרי, לפי סוג המטופל
- 14 תרשים 3: תחושת העומס הטיפולי של בני המשפחה המטפלים, לפי סוג המטופל
- 16 תרשים 4: מצב הבריאות של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב
- 17 תרשים 5: מוגבלות של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב
- 17 תרשים 6: קבלת עזרה רגשית או נפשית בשנה שקדמה לפרוץ המלחמה, לפי סוג המטופל וסוג המשיב
- 21 תרשים 7: המידה שבה צרכים של המטפל או של המטופל שהתגברו בחודשי המלחמה הראשונים זכו למענה, לפי סוג המטופל
- 22 תרשים 8: קשיים בעת הכניסה למרחב המוגן, לפי סוג המטופל
- 23 תרשים 9: שינוי בהיקף הטיפול בבן המשפחה בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל

1. מבוא

1.1 רקע

בעשורים האחרונים גברה המודעות למרכזיות ולחשיבות של טיפול לא פורמלי. **מטפלים לא פורמליים (caregivers)** אינם אנשי מקצוע בתחום הבריאות והטיפול אך הם תומכים באדם אחר, לרוב ללא תגמול כספי או שכר. בדרך כלל מטפלים לא פורמליים מטפלים בקרובי משפחתם, ולכן גם נהוג לכנותם 'בני משפחה מטפלים' (להלן גם: מטפלים). פעולות הטיפול המבוצעות על ידם מותאמות לצורך של מקבל העזרה (Cès et al., 2019), הנובע לרוב ממגבלות או זיקנה וחורגות מעזרה 'רגילה', כלומר מסיוע הניתן בדרך כלל לבני בית, כגון טיפול בילדים.

הטיפול הניתן על ידי בני משפחה מטפלים כולל בין השאר סיוע בפעולות יום-יום, טיפול במשק הבית, תמיכה רגשית, סיוע בצריכת שירותים, עזרה אדמיניסטרטיבית והסעות, למשל לטיפולים רפואיים ולפעילויות פנאי ותעסוקה (Lindt et al., 2020). חוקרים מעריכים כי היקף הטיפול שבני משפחה מעניקים רחב מזה של מערך הטיפול הפורמלי והמקצועי (דורון ולזר, 2016). זאת ועוד, שיעור בני המשפחה המטפלים צפוי לגדול מאוד בעשורים הקרובים בשל מגמות שונות, כגון הזדקנות האוכלוסייה, עלייה בתוחלת החיים, מורכבות המערכת הרפואית ומדיניות השמה דגש בטיפול בקהילה (Riedel, 2012).

נתונים מורים כי ברחבי העולם חיים יותר ממיליארד אנשים עם מוגבלויות ומחלות ארוכות-טווח, רובם מטופלים על ידי בני משפחה וחברים (O'Dwyer et al., 2021). בישראל, נתוני הסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה משנת 2019 מצביעים על כך שכ-1.2 מיליון אנשים (21% מבני 20 ויותר) דיווחו שהם בני משפחה מטפלים, וחלוקה לקבוצות באוכלוסייה מעלה כי 22% מן היהודים שאינם חרדים, 34% מן היהודים החרדים ו-17% מן הערבים בישראל טיפלו בשנת 2019 בקרוב משפחה (נתוני הסקר החברתי משנת 2019 אצל ארזי ואח', 2023). ההערכה היא שכמחצית עד כשני שלישים מהם טיפלו בהורה או בהורה של בן הזוג, והיתר בבן זוג או בקרוב משפחה אחר (רזניצקי וכהן, 2020א). העומס הטיפולי שעומו מתמודדים בני המשפחה המטפלים אינו אחיד, ועל כן נהוג לסווגם למטפלים 'עיקריים' ולא עיקריים. מטפלים 'עיקריים' הם בני משפחה מטפלים המקנים את עיקר העזרה הנדרשת לבן המשפחה (רזניצקי וכהן, 2020ב), ומכאן שמוטלת עליהם אחריות כבדה ועליהם לבצע משימות טיפול רבות. מנתוני הסקר החברתי משנת 2019 עולה כי בישראל כ-554 אלף בני משפחה מטפלים עיקריים, מהם כ-349 אלף (63%) מטפלים בזקן¹ וכ-205 אלף (37%) מטפלים באדם עם מוגבלות² (נתוני הסקר החברתי משנת 2019 אצל נגר אידלמן ואח', 2023). ממחקרים שבוצעו על אוכלוסיית המטפלים בזקנים בישראל עולה כי רוב המטפלים הן נשים, וכי הגיל הממוצע של המטפלים הוא בין 45 ל-55 (רזניצקי וכהן, 2020א). השוואה בין מטפלים באדם עם מוגבלות ובין מטפלים בזקן מעלה כי מטפלים באדם

¹ מטפלים בבן משפחה הסובל מקשיים בתפקוד פיזי, בניידות או בתפקוד המנטלי/קוגניטיבי הנובעים מגיל מבוגר.

² מטפלים בבן משפחה עם מוגבלות פיזית שאינה תוצאה של גיל; עם אוטיזם; עם מוגבלות שכלית התפתחותית או עם מוגבלות נפשית. יש סוגי מוגבלויות שלא נכללו בהגדרה זו, כגון מטפלים בילדים עם לקות למידה מורכבת או הפרעת התנהגות. לכן יש לשער כי נתון זה לוקה בחסר, בייחוד נוכח ההערכה כי בישראל כ-330 אלף ילדים עם מוגבלות (ברלב ואח', 2021).

עם מוגבלות משכילים פחות (פחות מהם בעלי השכלה אקדמית) צעירים יותר, ובהתאם לכך גם שיעור הרווקים בקרבם גבוה משיעור הרווקים בקרב המטפלים בזקן (נגר-אידלמן ואח', 2023).

מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים (CareGivers Israel) יזמו מחקר שבחן את הצרכים של בני משפחה המטפלים בזקן או באדם עם מוגבלות ואת המענים שנדרשו להם בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל' (להלן: חודשי המלחמה הראשונים) ויידרשו להם במצבי חירום בעתיד, זאת לצורך לקבלת החלטות ופיתוח מענים מיטביים ייעודיים. יש לציין כי בעוד הספרות נחלקת למחקרים העוסקים בבני משפחה מטפלים בזקנים בלבד (למשל ברודסקי ואח', 2011; Savla et al., 2021; et al., 2021; Maggio et al., 2021; Budnick et al., 2021) ולמחקרים העוסקים בבני משפחה המטפלים באדם עם מוגבלות בלבד (למשל ברלב ואח', 2023), מחקר זה עוסק, בדומה למחקרים אחרים (נגר אידלמן ואח', 2023; רזניצקי וכהן, 2020; ארזי ואח', 2023), **בשתי הקבוצות של בני משפחה מטפלים**. בכך הוא מספק נקודת מבט חשובה על הצרכים הייחודיים של כל אחת מקבוצות המטפלים בהקשר להתנהלות בעיתות חירום.

1.2 השפעת הטיפול על מצבם של בני המשפחה המטפלים

טיפול בבן משפחה כולל מגוון היבטים חיוביים, כגון תחושת סיפוק, אחריות ומשמעות, אך גם קשיים ואתגרים הנובעים מן ההשפעות האישיות, החברתיות והמערכתיות של המוגבלות או הזיקנה על האדם ועל משפחתו. מחקרים בעולם ובישראל מצאו קשר בין טיפול באדם אחר ובין מצבם של בני משפחה מטפלים במגוון תחומי חיים. בכל הנוגע ל**בריאות פיזית**, בני משפחה מטפלים נמצאים בסיכון גבוה יותר לתמותה ולהזנחת בריאותם לעומת מי שאינם מטפלים באדם אחר (ברג-ורמן ואח', 2018; Hoffmann & Rodrigues, 2010; O'Dwyer et al., 2021), והם משתמשים יותר ממי שאינם מטפלים בשירותי בריאות ובתרופות מרשם (Serrano-Aguilar et al., 2006). בנוגע ל**בריאות נפשית**, נמצאה השפעה של הטיפול על מצבם של בני המשפחה המטפלים, ורבים מהם חשים עומס ודחק (רזניצקי וכהן, 2020; Lindt et al., 2020). זאת ועוד, רבים מבני המשפחה המטפלים מעידים על חוסר מסוגלות, כלומר על תחושה שהם אינם מיומנים דיין כדי להתמודד עם גורמי המתח ועם האתגרים הכרוכים במתן הטיפול (Rabinowitz et al., 2011) ועלולים לחוש דאגה בנוגע לאיכות חייהם ולעיתים אף מצוקה פסיכולוגית, כגון חרדה ודיכאון (del-Pino-Casado et al., 2021; Hoffmann & Rodrigues, 2010). נוסף על כך בני משפחה מטפלים בישראל מדווחים על יותר מצבים רגשיים שליליים, כגון תחושת לחץ, תחושת בדידות ועל כך שדאגות מפריעות לשנתם, זאת לעומת מי שאינם מטפלים בבן משפחה (נגר אידלמן ואח', 2023).

בספרות נמצא כי היבטים נוספים בחייהם של בני משפחה מטפלים מושפעים מן הטיפול בבן המשפחה, כגון מצב תעסוקתי וכלכלי, חוסן חברתי-קהילתי וחוסן משפחתי. בהיבט ה**תעסוקתי והכלכלי**, בני משפחה מטפלים עלולים להתקשות לשלב בין קריירה מקצועית תובענית ובין אחריות סיעודית מאתגרת, ועקב כך להפסיק לעבוד או לצמצם את אחוזי המשרה שלהם. כמו כן הם עלולים להתקשות מבחינה כלכלית עקב מימון הוצאות הטיפול מכיסם הפרטי (Cès et al., 2019). 75% מן המטפלים העיקריים בישראל בגילי 35-64 מועסקים, זאת לעומת 79% מבני גילם שאינם מטפלים. כאחד מכל חמישה מטפלים עיקריים דיווח שנגרמה לו פגיעה בעבודה בשל הטיפול, 72% דיווחו על הפסד שעות ימי עבודה, 17% דיווחו על הקטנת היקף המשרה

ו-11% דיווחו על הפסקת עבודה. זאת ועוד, 41% מבני המשפחה המטפלים העיקריים בגיל העבודה בישראל דיווחו על חוסר יכולת לממן את כל הוצאותיהם החודשיות, זאת לעומת 33% מבני גילם שאינם מטפלים (נגר אידלמן ואח', 2023). בהיבט **החוסן הקהילתי**, משפחות שבהן אדם עם מוגבלות סובלות לעיתים קרובות מבידוד חברתי ואף מתחושה של הדרה חברתית בשל מגוון סיבות, ובהן חוסר בזמן עבור פעילויות חברתיות; צמצום הפניות לטיפוח קשרים משפחתיים וחברתיים ותיוג שלילי חברתי של המוגבלות (שגיב ואח', 2021; Omiya et al., 2011; McKensie & McConkey, 2016). 9% מן המטפלים העיקריים בישראל העידו שאין אדם שהם יכולים לסמוך עליו במצבי משבר או מצוקה לעומת 7% מקרב מי שאינם מטפלים (נגר אידלמן ואח', 2023), מצב שעלול להקשות עליהם להתמודד התמודדות מיטבית במצבי חירום.

ולבסוף, לכל משפחה מערכת של משאבים וחוזקות אשר מאפשרים לה להתמודד בהצלחה עם משברים או עם אתגרים, להתאושש ולצמוח מחוויות אלו (Walsh, 2004). בקרב בני משפחה מטפלים תחושת העומס הטיפולי שהם חווים מושפעת בין היתר ממאפייני המשפחה ומרשתות התמיכה שלה (Al-Krenawi et al., 2011; Kim et al., 2002; Edwards & Scheetz, 2002; Chiou et al., 2009). מבחינת **החוסן המשפחתי**, כלומר היכולת של המשפחה לעמוד באתגרי החיים ולהתמודד עם שינויים, טיפול לא פורמלי עלול לאתגר את מערכות היחסים בתוך התא המשפחתי, למשל להוביל למתח ולקונפליקט בין בני זוג או לריחוק בין הורים לילדים (Kim et al., 2020). זאת ועוד, **מצבי חירום** מביאים להפרה של האיזון המשפחתי שעלולה לשחוק או לערער את החוסן שבנתה המשפחה בימי שגרה (בר חי ואח', 2019). עם זאת יצוין כי לעיתים מתקיים מצב הפוך שבו תהליך ההסתגלות וההתמודדות עם מצב החירום מעצים את התא המשפחתי ומחזק את החוסן המשפחתי לעתיד (Tedeschi & Calhoun, 2004; Walsh, 2016).

1.3 טיפול לא פורמלי בעיתות חירום

תחושות העומס והאתגרים שעיינם מתמודדים בני משפחה מטפלים מועצמים בעיתות חירום, כמו גם החסמים המערכתיים והחברתיים שבשגרה (ברלב ואח', 2023; משרד ראש הממשלה, 2021; רזניצקי ואח', 2020). כך לדוגמה, מחקרים מן העולם הצביעו על כך שתחושת הדחק והעומס של בני משפחה מטפלים התגברו בתקופת מגפת הקורונה, והדבר בא לידי ביטוי בהרעה ברווחה הרגשית, כגון פחות תחושת שליטה בחיים האישיים ויותר מתח או תחושת בידוד חברתי (רוט ואח', 2024; Budnick et al., 2023; Viny et al., 2021; Rodrigues et al., 2021; al.). נוסף על כך בעיתות חירום מתעוררים בקרב אנשים הזקוקים לטיפול ובני משפחתם עוד צרכים, נוסף על האתגרים שעיינם הם מתמודדים במצבי שגרה. כך, בכמה מדינות דווח בתקופת מגפת הקורונה על עלייה בעצימות הטיפול בעקבות אי-זמינות של קרובי משפחה אחרים, על מחסור במטפלים סיעודיים ועל סגירת שירותים קהילתיים ורפואיים או הפחתה בזמינותם (Rodrigues et al., 2021; Dang et al., 2020).

גם בישראל, בתקופת מגפת הקורונה חלה עלייה בהיקף הטיפול ובתחושת העומס הטיפולי של בני משפחה מטפלים, בין היתר בשל צמצום בהספקה של שירותים פורמליים ובתמיכה של בני משפחה אחרים. היו גם בני המשפחה מטפלים שדיווחו על התדרדרות במצב הבריאות שלהם ובמצב הנפשי בתקופה זו (רזניצקי ואח', 2020). נוסף על כך מגפת הקורונה והנחיות הריחוק החברתי שבעקבותיה הצריכו התארגנות מחודשת של בני המשפחה המטפלים, בעיקר בזקנים, למשל בכל הנוגע לדאגה להספקת רצף טיפול ושמירה על קשר עם בן המשפחה הזקן (ג'וינט ישראל, 2020).

בדומה, מצב החירום בעקבות פרוץ מלחמת 'חרבות ברזל' החריף מאוד את תחושות העומס בקרב בני משפחה מטפלים, בין היתר בשל הפסקה בפעילויות של מסגרות לאנשים עם מוגבלות ועזיבתם של עובדים סיעודיים זרים המטפלים בעיקר בזקנים (רבינוביץ וויסבלאי, 2023; נגר אידלמן ואח', 2024). זאת ועוד, מחקרים הראו כי באותה עת חלו שינויים בצורכי התמיכה של מי שזקוקים לטיפול; למשל, היו מי שנזקקו לתמיכה מוגברת מקרובי משפחתם לצורך כניסה למרחב מוגן; היו שנזקקו ליותר סיוע בהשגת מצרכים וציוד; היו שדיווחו על צורך בהפגת בדידות בשל קושי לצאת מן הבית למרחב הציבורי עקב היעדר מיגון מוגנש; והיו שנזקקו לפעילויות פנאי חלופיות בהיעדר מסגרות ושהייה בבית לתקופה ממושכת. נוסף על כך בחודשי המלחמה הראשונים דיווחו בני משפחה מטפלים על חוסר בהירות באשר לגורמים שאליהם המשפחות יכולות לפנות לסיוע ובאשר לתחומי האחריות שלהם, וכן על היעדר הנחיות ברורות, הכוונה וייעוץ (ברלב ואח', 2023; נגר אידלמן ואח', 2024).

המלחמה אף הביאה לאתגרים נוספים שעמם נדרשו להתמודד בני משפחה מטפלים ואנשים הזקוקים לטיפול, כגון מחסור בשירותים לבני משפחה מטפלים, ובהם תמיכה רגשית, הקניית כלים או אסטרטגיות להתמודדות עם מצב החירום והכוונה בנושאים הקשורים להתנהלות הבית, להתנהלות עצמית ולהתנהלות בין בני המשפחה. בהקשר של משפחות שבהן אדם עם מוגבלות עלתה שונות בין רשויות מקומיות במדיניות ובמענים שניתנו בחודשי המלחמה הראשונים, ונוצר קושי לזהות ולאתר ביעילות את אותם בני משפחה מטפלים הזקוקים לסיוע (נגר אידלמן ואח', 2024). נוסף על כך תושבים שפונו מבתיים עם פרוץ המלחמה נאלצו לעזוב את הסביבה המוכרת והידועה, את המסגרת היום-יומית הקבועה שלהם, את אנשי הטיפול המוכרים להם, את הקהילה ואת רשת התמיכה החברתית שלהם. כל אלו יצרו קושי מוגבר בקרב המפונים הזקוקים לטיפול ובני משפחתם, ובמיוחד בקרב ילדים עם מוגבלות (נגר אידלמן ואח', 2024; רבינוביץ וויסבלאי, 2023), למשל ילדים עם אוטיזם שהפגינו רגרסיה בהתנהגות עקב מעבר לדיור חלופי לא מותאם מבחינת צורכי ויסות חושי ועקב השינויים הקיצוניים בשגרת יומם (ברלב ואח', 2023).

כך, בעוד תחושת העומס הטיפולית והאתגרים מועצמים בעיתות חירום, המשאבים של בני המשפחה המטפלים הניצבים אל מול מגוון ההתמודדויות פוחתים. בחודשי המלחמה הראשונים נאלצו בני משפחה מטפלים להתמודד בכמה זירות, ויש שכרעו תחת נטל הטיפול והתקשו להתפנות ולהגיש את מכלול הסיוע הנדרש לבני משפחתם (בית איזי שפירא, 2023; ברלב ואח', 2023).

יש לציין כי הספקת שירותים לאדם הזקוק לטיפול ולמשפחתו היא תחום המבוזר בין גופים רבים גם בשגרה. ביזור זה יוצר קושי באיתור השירותים הקיימים, בהבנת ייעודם ובקבלת מענה אינטגרטיבי ומושכל. תפקידם של בני המשפחה המטפלים בתור מתווכים בין בני משפחתם ובין נותני השירותים, לרבות מערכות הבריאות, הרווחה והחינוך, מחייב הן ידע רב בנוגע לזכויות ולזכאויות הן יכולת התנהלות עם גורמים רבים (רזניצקי וכהן, 2020).

אף שכמה משרדי ממשלה הגדירו גורמים שתפקידם לשמש כתובת לכלל השירותים המסופקים על ידם (למשל עובדת סוציאלית בתחום הרווחה או מתאמת טיפול בתחום השיקום), נמצא כי **גורם מתכלל** המלווה את המשפחה ומספק מידע ושירותים **בתחומי חיים שונים** תחת קורת גג אחת הוא צורך חיוני בימי שגרה (נמר-פורסטנברג ואח', 2023), אך מורגש ביתר שאת בעת חירום. זאת מפאת חוסר בהירות בנוגע לגורמים שאליהם המשפחות יכולות לפנות לסיוע ולתחומי האחריות של כל אחד מספקי השירותים (ארנון-שרעבי, 2023). סוגיה זו עלתה בתקופת מגפת הקורונה למשל, כאשר בני משפחה המטפלים בזקן דיווחו כי לא קיבלו הנחיות ברורות מגורם רשמי כיצד לפעול, ורבים מהם לא נעזרו בשירותי ייעוץ ותמיכה, אף כי היו מעוניינים בכך (רזניצקי ואח',

2020). ממצא דומה עלה גם בקרב מטפלים של ילדים ובוגרים עם מוגבלות שדיווחו על מחסור במידע בתקופת מגפת הקורונה, בעיקר בכל הנוגע להנחיות לפעילות מסגרות החינוך והלימודים (ברלב ואח', 2020). בצד זאת זוהו באותה תקופה אתגרים הנובעים מריבוי ערוצים להפצת מידע שהשתנה מדי יום והקשה על השגת מידע רלוונטי בנוגע לאנשים עם מוגבלות ומשפחותיהם (נסים, 2022). קשיים אלו שבו ועלו בראשית ימי מלחמת 'חרבות ברזל', כאשר פיתוח מענים ויוזמות סיוע רבות בפרק זמן קצר יצר בלבול בקרב המשפחות, והן התקשו לאתר את הגורמים הרלוונטיים למענה לצורכיהם ולהחליט למי מהם לפנות. נוסף על כך הארגונים הנותנים מענים בשגרה התקשו לעדכן את אתרי האינטרנט שלהם, ובמקרים רבים חיפוש יזום של מידע מקוון לא הצליח לספק את המענה הנדרש (ברלב ואח', 2023).

2. מטרות

1. לבחון את הקשר בין מצבו של בן המשפחה המטפל ובין הטיפול בבן המשפחה בחודשי המלחמה הראשונים במגוון היבטים, ובהם המצב הרגשי, מצב הבריאות, המצב הכלכלי וקבלת שירותים במצב חירום. זאת באמצעות בחינת נושאים אלו בקרב בני משפחה מטפלים ובקרב מי שאינם מטפלים באדם אחר.
2. לבחון את מצבן של שתי קבוצות של בני משפחה מטפלים: מטפלים בזקן³ ומטפלים באדם עם מוגבלות, בחודשי המלחמה הראשונים במגוון היבטים.
3. לזהות את הצרכים של בני משפחה המטפלים בזקן ובאדם עם מוגבלות בחודשי המלחמה הראשונים ולצפות את אלו שיעלו בעיתות חירום בעתיד ולהציע מענים מתאימים.

³ יש לציין כי ל-27% מבני המשפחה הזקנים ($n = 135$) יש מוגבלות שהחלה לפני גיל 60.

3. שיטה

3.1 אוכלוסייה

במחקר נבחנו שלוש קבוצות באוכלוסייה בגילי 18 ויותר: (1) בני משפחה **המטפלים בזקן** (אדם בן 60 ויותר); (2) בני משפחה **המטפלים באדם עם מוגבלות** (אדם בן פחות מ-60); (3) קבוצת השוואה של אנשים **שאינם מטפלים** באדם אחר. **לוח 1** להלן מציג את מאפייני המשיבים לסקר: מין, גיל וקבוצת אוכלוסייה. מן הלוח עולה כי מאפייניהם האישיים של המטפלים דומים למדי למאפייניהם של מי שאינם מטפלים באדם אחר. עוד עולה מן הלוח כי מרבית המשיבים לסקר הן **נשים** (58% בקרב המטפלים ו-61% בקרב מי שאינם מטפלים), כי הגיל הממוצע הוא **כ-44 שנים** (43.94 בקרב המטפלים ו-43.60 בקרב מי שאינם מטפלים), וכי מרבית המשיבים לסקר הם **יהודים** (83% בקרב המטפלים ו-81% בקרב אלו שאינם מטפלים).

לוח 1: מאפייני המשיבים לסקר – בני משפחה מטפלים ומי שאינם מטפלים (באחוזים)

	מטפלים (n = 620)	לא מטפלים (n = 604)
מין		
גברים	42	39
נשים	58	61
גיל המשיב		
ממוצע (סטיית תקן)	43.94 (13.75)	43.60 (13.71)
קבוצת אוכלוסייה		
יהודים	83	81
ערבים	17	19

3.2 מערך המחקר

מערך המחקר כלל שני רכיבים: (1) **רכיב איכותני**: ריאיון עומק וקבוצת מיקוד עם בני משפחה מטפלים. הריאיון וקבוצת המיקוד נועדו ללמוד על צורכיהם של בני המשפחה המטפלים ועל המענים שעמדו לרשותם בחודשי המלחמה הראשונים וכן לסייע בפיתוח שאלון הסקר; (2) **רכיב כמותי**: סקר פאנל בקרב בני משפחה מטפלים ובקרב מי שאינם מטפלים באדם אחר. הסקר נועד ללמוד על מצבם של בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים לעומת מצבם של מי שאינם מטפלים, בהתייחס לשני סוגי המטפלים (מטפלים בזקן ומטפלים באדם עם מוגבלות).

3.2.1 רכיב איכותני: ריאיון עומק וקבוצת מיקוד עם בני משפחה מטפלים

נערך ריאיון עומק עם בן משפחה מטפל וכונסה קבוצת מיקוד ובה שישה בני משפחה מטפלים. מטרתם הייתה להבין לעומק את הצרכים הייחודיים של בני משפחה מטפלים בחודשי המלחמה הראשונים ולזהות את השירותים והמענים החשובים להם בעת חירום, זאת כבסיס לניסוח שאלון הסקר. ריאיון העומק וקבוצת המיקוד נערכו בינואר 2024. כל אחד מהם ארך כשעה ונערך בזום. בריאיון ובקבוצה השתתפו בני משפחה המטפלים בבן/בת זוג או בהורה; בזקן או באדם עם מוגבלות. כך התאפשרה קבלת תמונה רחבה למדיי על אופי הטיפול והשפעת המלחמה עליו.

לצורך קיום הריאיון וקבוצת המיקוד פותח פרוטוקול שאלות חצי מובנה. בתחילה התבקשו המשתתפים להציג את עצמם ואת בן המשפחה שבו הם מטפלים – הקרבה המשפחתית, הקושי העיקרי של בן המשפחה והסיוע העיקרי שהם מעניקים לו. לאחר מכן נשאלו המשתתפים על השפעת המלחמה על המצב האישי שלהם ושל בן המשפחה בהיבטים שונים, ובהם ההיבט הרגשי/נפשי, החברתי והתעסוקתי. המשתתפים אף נשאלו על האתגרים הייחודיים שאיתם הם מתמודדים; על השירותים ומקורות הסיוע שעמדו לרשותם בתקופה זו; ועל המענים והשירותים הנוספים שיכולים לסייע להם בשגרה ובחירום. צוות המחקר חילץ את הסוגיות המרכזיות שעלו מדברי המשתתפים, ואלו היוו בסיס לגיבוש שאלון הסקר ולדיוק הנושאים שבו.

3.2.2 רכיב כמותי: סקר פאנל בקרב בני משפחה מטפלים ומי שאינם מטפלים

כדי ללמוד על מצבם של בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים לעומת מצבם של מי שאינם מטפלים באדם אחר נערך סקר מקוון בקרב בני 18+ במטרה לאתר שתי אוכלוסיות משיבים: אנשים שהם בני משפחה מטפלים ואנשים שאינם בני משפחה מטפלים (קבוצת השוואה). הסקר בוצע באמצעות פאנל מקוון⁴ של חברת הסקרים הישראלית [i-panel](#) ונערך בשתי פעימות: בפעימה הראשונה, בחודשים פברואר-מארס 2024, הופץ השאלון במטרה לאתר כ-600 משיבים בקרב קבוצת המחקר של בני המשפחה המטפלים. בפעימה השנייה, בחודשים מארס-אפריל 2024, הופץ השאלון במטרה לאתר כ-600 משיבים שישמשו קבוצת השוואה של אנשים שאינם מטפלים באדם אחר, בעלי מאפיינים דמוגרפיים דומים ככל האפשר לקבוצת המחקר. הסקר הופץ בעברית ובערבית. בסך הכול השיבו לסקר 1,224 משיבים: 620 בני משפחה מטפלים, מהם 496 (80%) מטפלים בזקן ו-99 (16%) מטפלים באדם עם מוגבלות⁵, ו-604 אנשים שאינם מטפלים באדם אחר (קבוצת ההשוואה).

בני משפחה מטפלים הם מי שציינו בסקר שהם מטפלים כיום בבן משפחה שלו קושי או בעיה בריאותית הנובעים מזיקנה או ממוגבלות. בקרב אוכלוסייה זו בוצעה כאמור הבחנה בין שתי קבוצות של מטפלים הנבדלים ביניהם מבחינת גיל בן המשפחה המטופל: **בני משפחה המטפלים בזקן** – מטפלים בבן משפחה **בן 60 ויותר** שלו קושי, מחלה או מוגבלות. **בני משפחה המטפלים באדם עם מוגבלות** – מטפלים בבן משפחה **בן כחות מ-60** שלו קושי, מחלה או מוגבלות.

⁴ בפאנל מסוג זה חברים עשרות אלפי אנשים הנכונים לענות על סקרים מקוונים בתמורה לתגמול כספי סמלי, והוא מאפשר לייצר מדגם משיבים גדול עם שיעור היענות גבוה יחסית.

⁵ 25 משיבים (4%) מכלל המטפלים סירבו לציין את גיל בן המשפחה המטופל, ולכן אי אפשר היה לדעת אם הם מטפלים בזקן או באדם עם מוגבלות.

השאלון לסקר הפאנל גובש בשיתוף הארגון הישראלי לבני משפחה מטפלים (CareGivers Israel) והתבסס על סקירת ספרות בנושא, על סקירת כלי מחקר בתחום של בני משפחה מטפלים ובתחום של מצבי חירום והשפעותיהם ועל התמות אשר עלו מן הריאיון וקבוצת המיקוד. השאלון כלל שאלות סגורות ברובן, והן התייחסו לתחומים מגוונים הנוגעים לטיפול לא פורמלי: מאפייני בן המשפחה המטופל, משך הטיפול, אופי הסיוע הניתן, תחושת העומס הטיפולי ועוד. נוסף על כך נשאלו שאלות הנוגעות לטיפול לא פורמלי בחודשי המלחמה הראשונים, למשל: סיבות לשינוי בהיקף הטיפול, שינוי במצבו של בן המשפחה במגוון היבטים וצרכים שעלו או התגברו. לבסוף נשאלו בני המשפחה המטפלים שאלת סיכום ובה התבקשו לפרט אלו שירותים לדעתם נדרש עוד לפתח או להתאים כדי לתת להם מענה מיטבי. בצד השאלות שיועדו רק לבני משפחה מטפלים, השאלון כלל שאלות כלליות שיועדו גם לקבוצת ההשוואה. אלו עסקו למשל בחוסן בשגרה ובחודשי המלחמה הראשונים ובסוגי תמיכה שונים העומדים לרשות המשיבים.

שאלון המחקר מוחשב על ידי חברת i-panel ונבדק על ידי צוות המחקר במכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל כדי לוודא את תקינותו ולטייבו. כדי לוודא מענה תקין ואיכותי של המשיבים שתלה חברת i-panel בשאלון שתי שאלות 'בקרת איכות' שאינן קשורות לתוכן הסקר, שרק מענה נכון עליהן אפשר המשך השבה לשאלון, למשל שאלות שתפקידן לבדוק אם המשיב קורא במדויק הנחיות בדבר הדרך שבה יש להשיב לשאלות או המבקשות לבחון הבנה של עולמות תוכן בסיסיים. מי שלא השיבו נכונה לשאלות אלו סוננו מן הסקר, ותשובותיהם לא נכללו בניתוח הנתונים.

3.3 ניתוח הנתונים

הנתונים שנאספו בסקר נותחו בתוכנת SPSS גרסה 29, תוך שימוש בשיטות ניתוח המקובלות לנתונים מסוג זה: ניתוחים תיאוריים, ניתוחי התפלגות וניתוחים השוואתיים (מבחני χ^2 לאי-תלות). ממצאי הסקר נותחו לפי היבטים אלו: מין המשיב, גיל המשיב, היות המשיב מטפל/לא מטפל, זהות בן המשפחה המטופל (אדם זקן או אדם עם מוגבלות), קבוצת אוכלוסייה (יהודים או ערבים), מצב כלכלי ותפקודי של המשיב (מצב בריאות וקיומה של מוגבלות), משך הטיפול בבן המשפחה (בשנים) וסוג המטפל (מטפל עיקרי או שאינו עיקרי). המידע שעלה בריאיון העומק ובקבוצת המיקוד נותח ניתוח נושאי, תוך השוואת התמות שעלו, והוא יוצג להלן בפרק הממצאים בחיסיון של פרטי המרואיינים.

3.4 אתיקה

המחקר אושר בוועדת האתיקה של מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל והתנהל על פי כללי האתיקה המקובלים. למשתתפים בקבוצת המיקוד ובריאיון הובטחה סודיות, הן מצד צוות המחקר הן מצד משתתפי הקבוצה, וקובצי הקלטת המפגש והריאיון נשמרו בתיקייה מוצפנת שהייתה נגישה רק לצוות מחקר. בפתח לסקר המקוון הובא הסבר על המחקר ובקשת הסכמה להשתתפות בו. למשיבים הודגש כי הם יכולים להפסיק את המענה לשאלון בכל שלב, והמענה לסקר החל רק לאחר שהם נתנו את הסכמתם להשתתף במחקר. כן הובטחה שמירה על סודיות והוסבר כי הנתונים יעובדו ברמת כלל המשיבים ללא פרטים מזהים.

4. ממצאים

ממצאי המחקר יתארו היבטים שונים הקשורים לחוויית הטיפול, כפי שדווחה על ידי בני המשפחה המטפלים. היבטים אלו מתכנסים לשלושה נושאים: (1) המטפל: תמונת מצב; (2) משאבים וחוסן בשגרה; (3) חוסן, צרכים ומענים בחודשי המלחמה הראשונים. נוסף על כך יוצג ניתוח של היבטי טיפול שנמצא כי הם מושפעים במובהק ממאפייניהם האישיים של המטפלים: מין, קבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים), גיל, מצב התפקוד (מצב הבריאות והימצאות מוגבלות), מצב כלכלי, סוג המטפל (עיקרי או לא עיקרי) ומשך הטיפול, בשנים.

כאמור, בפרק יוצגו ממצאים על בני משפחה המטפלים באנשים עם מוגבלות ($n = 99$), בני משפחה המטפלים בזקנים ($n = 496$) וסך כול בני המשפחה המטפלים ($n = 620$).⁶ בשאלות רלוונטיות תוצג השוואה בין הממצאים שעלו בקרב המטפלים ובין אלו שעלו בקרב מי שאינם מטפלים ($n = 604$).

4.1 המטפל: תמונת מצב

בני המשפחה המטפלים נשאלו בסקר **במי הם מטפלים (לוח 2)**. מן הלוח עולה כי 55% מן המשיבים מטפלים בהורה ו-19% מטפלים בסבא/סבתא. מקרב המטפלים באדם עם מוגבלות, 43% מטפלים בילד, 21% מטפלים בהורה ו-16% באח/אחות. מקרב המטפלים בזקן, 62% מטפלים בהורה ו-23% בסבא/סבתא.

לוח 2: הקרבה של המטופל למטפל, לפי סוג המטופל (באחוזים)

מטפלים באדם עם מוגבלות ($n = 97$)	מטפלים בזקן ($n = 496$)	סך הכול מטפלים ($n = 618$)
בן המשפחה המטופל		
הורה	21	55
סבא/סבתא	-	19
הורה של בן/בת הזוג	2	8
ילד	43	7
אח/אחות	16	4
בן/בת הזוג	11	4
דוד/ה	4	2
אחר ⁶	3	1

⁶ נתון זה כולל 25 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות
⁶ למשל: גיס, אחיין

⁶ כאמור 25 משיבים (4%) מכלל המטפלים לא ציינו את גיל המטופל ולכן אי אפשר היה לדעת אם הם מטפלים בזקן או באדם עם מוגבלות. תשובותיהם בסקר נכללו במסגרת ניתוח הנתונים במחקר ומוצגות בפרק הממצאים להלן בקבוצת 'סך הכול מטפלים'.

בסקר נבחנו **הסיבות שבגינן בן המשפחה נזקק לטיפול (לוח 3)**. מן הלוח עולה כי 24% מן המשיבים מטפלים באדם הסובל ממחלה כרונית, ו-22% מטפלים באדם עם מוגבלות פיזית/קושי בניידות. 15% מטפלים באדם המגלה קושי בביצוע פעולות יום-יומיות, 15% מטפלים באדם עם מוגבלות/ירידה בשמיעה. בחינת הסיבות לטיפול לפי סוג המטופל מעלה כי בקרב מטפלים באדם עם מוגבלות סיבות הטיפול השכיחות הן מוגבלות פיזית/קושי בניידות (29%), אוטיזם (22%) ומוגבלות נפשית (19%). בקרב המטפלים בזקנים סיבות הטיפול השכיחות הן מחלה כרונית (25%) ומוגבלות פיזית/קושי בניידות (21%).

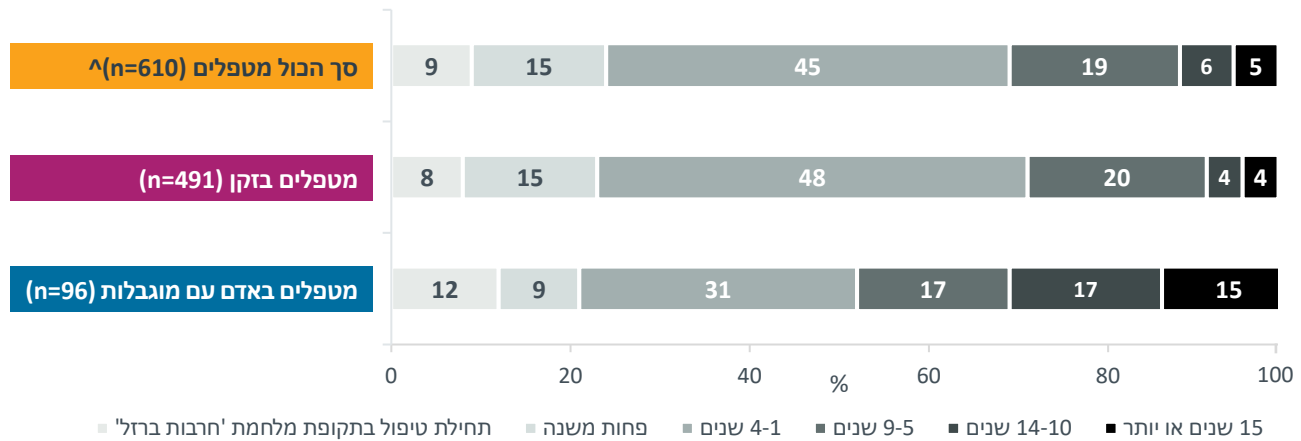
לוח 3: סיבת הטיפול בבן המשפחה, לפי סוג המטופל (באחוזים)^

מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 99)	מטפלים בזקן (n = 496)	סך הכול מטפלים ^^ (n = 604)
מחלה כרונית	25	24
מוגבלות פיזית/קושי בניידות	21	22
קושי בפעולות יום-יומיות	16	15
מוגבלות/ירידה בשמיעה	16	15
מוגבלות/ירידה בראייה	11	11
מוגבלות נפשית	4	4
מחלה נירולוגית	4	4
טיפול פליאטיבי	1	4
אוטיזם	-	1
מוגבלות שכלית/קוגניטיבית	1	1
לקות למידה	-	1

^ למשיבים ניתנה אפשרות לבחור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%
^^ נתון זה כולל תשעה מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

המשיבים לסקר נשאלו על **הוותק שלהם בטיפול בבן משפחתם (תרשים 1)**. מן התרשים עולה כי 45% מקרב כלל המטפלים דיווחו כי הם מטפלים בבן המשפחה בין שנה לארבע שנים ו-19% ציינו כי הם מטפלים בו בין חמש לתשע שנים. יש לציין כי 9% בלבד מן המשיבים לסקר החלו לטפל בבן משפחתם בחודשי המלחמה הראשונים, ומכאן שחלק הארי של המטפלים שהשתתפו בסקר אינם מטפלים חדשים. בחינת ותק הטיפול לפי סוג המטופל מעלה כי ותק של שנה עד ארבע שנים משקף את המטפלים בזקן (48%) יותר מאת המטפלים באדם עם מוגבלות (31%). עוד נמצא כי שנות ותק רבות יותר של טיפול מאפיינות את המטפלים באדם עם מוגבלות יותר מאת המטפלים בזקן: בעוד 49% מן המטפלים באדם עם מוגבלות מטפלים בבן משפחתם יותר מחמש שנים, רק 28% מן המטפלים בזקנים מטפלים בבן משפחתם פרק זמן כזה.

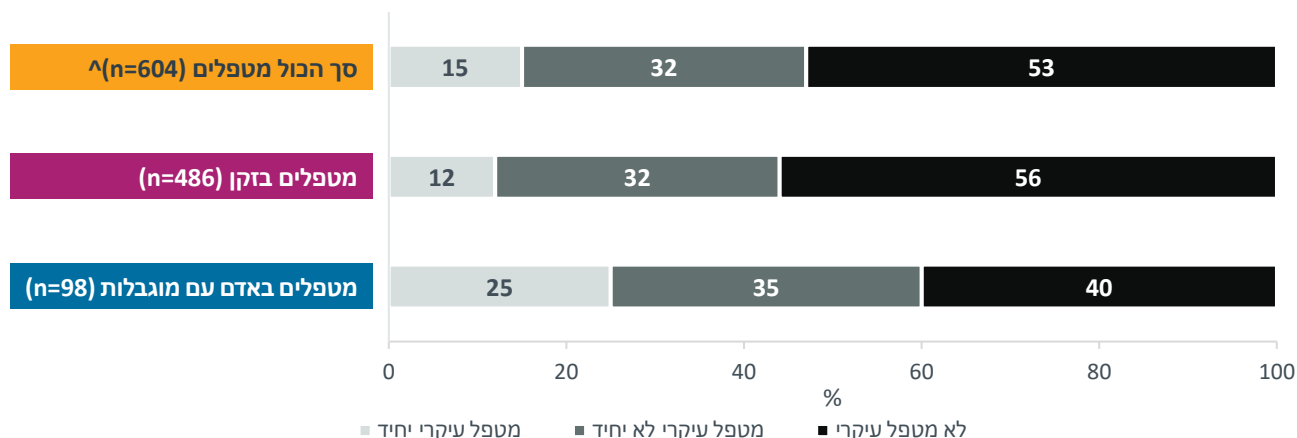
תרשים 1: ותק בטיפול, לפי סוג המטופל (באחוזים)



נתון זה כולל 23 מטופלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

היבט נוסף שנבחן הוא האם יש גורמים נוספים (בני משפחה או אנשים אחרים) המסייעים למטפל במתן הסיוע לבן המשפחה, כלומר **אם מדובר במטפל עיקרי או לא (תרשים 2)**. מן התרשים עולה כי 53% מכלל המטופלים אינם המטופלים העיקריים בבן משפחתם; 32% הם מטופלים עיקריים, אך נטל הטיפול מתחלק עם בני משפחה או חברים קרובים (מטפל עיקרי לא יחיד) ו-15% ציינו כי הם מטופלים לבד בבן המשפחה (מטפל יחיד). תמונת מצב אחרת מתקבלת כאשר בוחנים סוגיה זו לפי סוג המטופל: שיעור המטופלים העיקריים היחידים המטופלים באדם עם מוגבלות גבוה ביותר מפי 2 (25%) משיעור המטופלים העיקריים היחידים המטופלים בזקנים (12%). בסך הכול 60% מן המטופלים באדם עם מוגבלות ציינו כי הם המטופלים העיקריים לעומת 44% מן המטופלים בזקן שציינו כך.

תרשים 2: היות בן המשפחה מטפל עיקרי, לפי סוג המטופל (באחוזים)



נתון זה כולל 20 מטופלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

לבני המשפחה המטופלים הוצגו תשעה סוגי טיפול, והם התבקשו לציין את **סוגי הטיפול** שהם מעניקים לבן משפחתם (**לוח 4**). מן הלוח עולה כי סוגי הטיפול השכיחים בקרב כלל המטופלים הם תמיכה רגשית (66%), שמטרתה בעיקר הפגת בדידות והעלאת מוטיבציה; עזרה אישית מעשית (63%), כגון קניות, עבודות בית, הכנת ארוחות וניהול חשבונות; והסעות למקומות שונים (58%), למשל לטיפול רפואי או למסגרות תעסוקה. בחינה לפי סוג המטופל מעלה תמונה דומה באשר לבולטות של שלושת סוגי הטיפול הללו. בקרב המטופלים באדם עם מוגבלות צוינה גם הספקת פעילויות פנאי והפגה (53%), למשל סיוע בתחביב בבית או ליווי לחוג או מועדון בקהילה, וכן תיווך ומתן הסבר על אופן ההתנהלות היום-יומית בשגרה (52%), כגון שמירה על סדר יום או הקפדה על התנהלות מותאמת בחברה.

בהשוואת סוגי הטיפול המוענקים לבן המשפחה נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מטופלים באדם עם מוגבלות ובין מטופלים בזקן: מטופלים באדם עם מוגבלות דיווחו על תיווך ומתן הסבר בנוגע להתנהלות יום-יומית בשגרה (52%) ועל סיוע בתחום הפנאי וההפגה (53%) יותר ממטופלים בזקן (40% ו-35%, בהתאמה), ומטופלים בזקן דיווחו על עזרה במעברים יותר מן המטופלים באדם עם מוגבלות (37% לעומת 26%, בהתאמה).

לוח 4: סוג הטיפול שניתן למטופל, לפי סוג המטופל (באחוזים)^

סך הכול מטפלים $n = 617$	מטפלים בזקן ($n = 496$)	מטפלים באדם עם מוגבלות ($n = 99$)	
66	65	73	תמיכה רגשית
63	63	64	עזרה אישית מעשית
58	59	54	הסעות
43	43	47	תיווך ומתן הסבר על התנהלות במצבי חירום
41	40	52	תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה*
38	35	53	סיוע בפעילות פנאי והפגה**
36	35	43	עזרה בטיפול רפואי
35	37	26	עזרה במעברים*
21	20	26	טיפול אישי

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

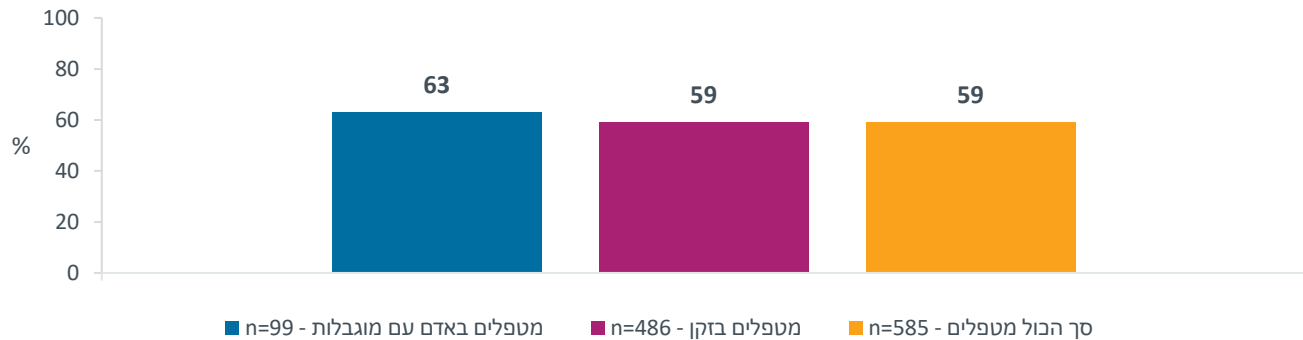
^ מי שציינו במידה רבה או רבה מאוד

^^ נתון זה כולל 22 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

אחת משאלות הסקר אפשרה לבחון בקרב המטפלים בזקנים אם המחלה או המוגבלות של בן המשפחה החלה לפני או אחרי גיל 60. בניתוח הנתונים נבדקה השפעת מצב זה על מאפיינים שונים של הטיפול ולא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית מלבד בנושא של סוגי טיפול המוענקים על ידי המטפל לבן המשפחה. בניתוח עלה כי מטפלים של זקנים שמחלתם/מוגבלותם החלה לפני גיל 60 מעניקים יותר סוגי טיפול לבן משפחתם מאשר מטפלים של זקנים שמחלתם/מוגבלותם החלה לאחר גיל 60, וההבדל מובהק סטטיסטית: מטפלים של זקנים שמחלתם/מוגבלותם החלה לפני גיל 60 מעניקים יותר טיפול אישי, עזרה במעבר ממקום למקום, טיפול רפואי, תמיכה רגשית, פעילות פנאי והפגה ותיווך ומתן הסבר בנוגע להתנהלות יום-יומית בשגרה ובחירום, מאשר מטפלים של זקנים שמחלתם/מוגבלותם החלה לאחר גיל 60. אשר להסעות ולעזרה אישית מעשית בבית ובסידורים, לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין שתי קבוצות המטפלים.

לבסוף נשאלו בני המשפחה המטפלים באיזו מידה מתן העזרה מכביד עליהם, כלומר מהו העומס הטיפולי שהם חווים (תרשים 3). מן התרשים עולה כי ככלל תחושת העומס הטיפולי של המטפלים היא גבוהה – 59% מהם ציינו כי מתן העזרה לבן המשפחה מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בתחושת העומס הטיפולי בין המטפלים בזקן למטפלים באדם עם מוגבלות.

תרשים 3: תחושת העומס הטיפולי של בני המשפחה המטפלים, לפי סוג המטופל (באחוזים) ^



^ מי שציין כי מתן העזרה מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה

למי שציינו בסקר כי הם אינם בני משפחה מטפלים (ועל כן נכללו בקבוצת ההשוואה) הוצגה שאלה בנושא **טיפול בבן משפחה בעבר**. 265 משיבים (44% מבין משיבי קבוצת ההשוואה) ציינו כי טיפלו בבן משפחה בעבר. מקרב קבוצה זו, 54% סיימו לטפל בבן המשפחה לפני פחות מחמש שנים, ו-46% סיימו לטפל בבן המשפחה לפני יותר מחמש שנים. הסיבה העיקרית לסיום הטיפול (76%) היא העובדה שבן המשפחה המטופל נפטר. סיבות נוספות לסיום הטיפול שצינו בשכיחות נמוכה יותר הן העובדה שבן המשפחה נדרש לעזרה לפרק זמן מוגדר וכי אינו נזקק יותר לסיוע מן המטפל (10%), וקושי של המטפל להמשיך בעבודת הטיפול בבן המשפחה (6%). הדבר מעיד על כך ששיעור ניכר מקרב כלל האוכלוסייה מטפלים כיום או טיפלו בעבר בבן משפחה, וכי תופעה זו שכיחה מאוד.

4.2 משאבים וחוסן בשגרה

היכולת של בני המשפחה המטפלים להתמודד עם העומס הכרוך בטיפול בבן משפחה מושפעת בין היתר מגורמים הקשורים במשאבים ובחוסן האישי שלהם. בהקשר זה נבדקו בסקר שלושה היבטים: (1) סוגי תמיכה במטפל; (2) מצב הבריאות של המטפל והאם הוא אדם עם מוגבלות; (3) האם המטפל קיבל עזרה רגשית או נפשית בשגרה, טרם פרוץ המלחמה. נערכה השוואה בהיבטים אלו בין תשובותיהם של המטפלים לתשובותיהם של מי שאינם מטפלים. נוסף על כך נבחנו מאפיינים אישיים של המטפלים שעשויים להשפיע על המשאבים, הכלים והזמינות לטיפול בבן המשפחה (**לוח 5**).

מן הלוח עולה כי מבחינה כלכלית, לרוב המשיבים יש יכולת לכסות את הוצאותיהם החודשיות (63% מקרב המטפלים ו-74% מקרב מי שאינם מטפלים) ויותר ממחציתם הם בעלי **השכלה אקדמית** (57% מקרב המטפלים ו-56% מקרב מי שאינם מטפלים). עוד עולה מן הלוח כי מרבית המשיבים **מועסקים** (85% מקרב המטפלים ו-81% מקרב מי שאינם מטפלים). אפשר להניח כי העובדה שמרבית המטפלים משולבים בתעסוקה ומצליחים לעמוד בהוצאותיהם החודשיות וכי לכמחצית מהם השכלה אקדמית עשויה להשפיע על יכולתם לגשת למקורות מידע רלוונטיים בנוגע לזכויות של בני משפחה מטפלים ולצורך שירותים מתאימים.

לוח 5: מאפיינים סוציו-דמוגרפיים של בני המשפחה המטפלים ושל מי שאינם מטפלים (באחוזים)

מטפלים (n = 620)	לא מטפלים (n = 604)	
יכולת לכסות הוצאות חודשיות		
63	74	מצליחים לכסות
37	26	לא מצליחים לכסות
השכלה אקדמית		
43	44	ללא השכלה אקדמית
57	56	בעל השכלה אקדמית
מצב תעסוקתי		
85	81	מועסק
15	19	לא מועסק

כדי לבחון את המידה שבה **המטפלים מקבלים תמיכה** מן האנשים הסובבים אותם, כלומר 'מי מטפל במטפל', הוצגו למשיבים שישה סוגי תמיכה, והם התבקשו לציין באיזו תדירות סוגי תמיכה אלו עומדים לרשותם כאשר הם נזקקים להם. **לוח 6** מציג את סוגי התמיכה שעליהם דיווחו המטפלים ומי שאינם מטפלים כלא זמינים עבורם אף פעם או הזמינים עבורם לעיתים רחוקות.

מן הלוח עולה כי קבלת עזרה מעשית בעת הצורך, למשל מישהו שייקח את המטפל לרופא כאשר הוא חולה או שיבשל עבורו בעת הצורך, הוא מקור התמיכה שדווח כחסר ביותר עבור כלל המטפלים (46%). נמצא גם כי מתן מידע או עצה בזמן משבר או קבלת עזרה חומרית, למשל הלוואה כספית כאשר המטפל נזקק לה, חסרים למטפלים (39%). השוואה בין תשובותיהם של המטפלים באדם עם מוגבלות לתשובותיהם של המטפלים בזקן בנוגע לסוגי תמיכה שאינם זמינים עבורם נמצא כי מטפלים בזקנים חשים יותר ממטפלים באנשים עם מוגבלות כי אין מי שייתן להם עזרה חומרית כאשר יזדקקו לה (42% לעומת 26%, בהתאמה; ההבדל מובהק סטטיסטית). השוואה בין כלל המטפלים ובין מי שאינם מטפלים העלתה הבדלים מובהקים סטטיסטית בנוגע **לכלל סוגי התמיכה**: מטפלים חשים יותר ממי שאינם מטפלים כי אין להם מישהו שיעניק להם עזרה מעשית (46% לעומת 36%, בהתאמה), מידע או עצה בזמן משבר (39% לעומת 29%, בהתאמה), תמיכה רגשית בזמן משבר (21% לעומת 15%, בהתאמה), עזרה חומרית (39% לעומת 33%, בהתאמה), שיחה עם איש אמון שבה אפשר לשתף בבעיות (26% לעומת 18%, בהתאמה), וחיבה ותחושת קרבה (17% לעומת 11%, בהתאמה). גם מחקרים תומכים בכך שתמיכה רגשית וקבלת סיוע בזמן משבר חשובים מאוד לבני משפחה מטפלים המתמודדים עם עומס רגשי רב וזקוקים לליווי ולתמיכה רגשית וחברתית כדי לשמור על החוסן האישי והמשפחתי שלהם (נגר אידלמן ואח', 2024; נמר פורסטנברג ואח', 2023).

לוח 6: סוגי תמיכה חסרים, לפי סוג המטופל וסוג המשיב (באחוזים)

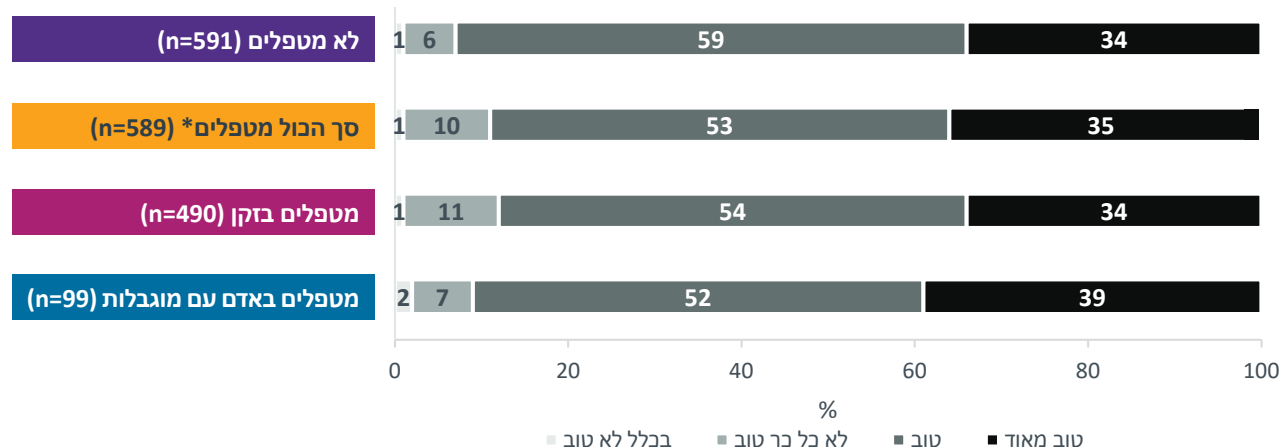
	סוג המטופל		סוג המשיב	
	אדם עם מוגבלות (n = 99)	זקן (n = 493)	מטפלים (n = 615)	לא מטפלים (n = 592)
עזרה מעשית	39	47	***46	36
מידע/עצה בזמן משבר	32	40	***39	29
עזרה חומרית	26	***42	**39	33
שיחה שבה אפשר לשתף בבעיות	23	27	**26	18
תמיכה רגשית בזמן משבר	21	21	**21	15
חיבה ותחושת קרבה	12	18	*17	11

$p < .05^* \quad p < .01^{**} \quad p < .001^{***}$

^ מי שציינו שאינם מקבלים את התמיכה אף פעם או מקבלים אותה לעיתים רחוקות
^^ נתון זה כולל 23 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

מצב הבריאות של המטפל הוא גורם המשפיע על יכולתו להעניק טיפול מיטבי ויעיל לבן משפחתו. המשיבים לסקר נשאלו על מצב בריאותם (**תרשים 4**). מן התרשים עולה כי מרבית המטפלים, כמו גם הלא מטפלים, דיווחו על מצב בריאות טוב או טוב מאוד. עם זאת נמצא כי מי שאינם מטפלים דיווחו על מצב בריאות מעט טוב מזה של המטפלים (93% לעומת 88%, בהתאמה), וההבדל מובהק סטטיסטית. לא נמצא הבדל מובהק סטטיסטית בין מצב הבריאות של המטפלים בזקן למצב הבריאות של המטפלים באדם עם מוגבלות.

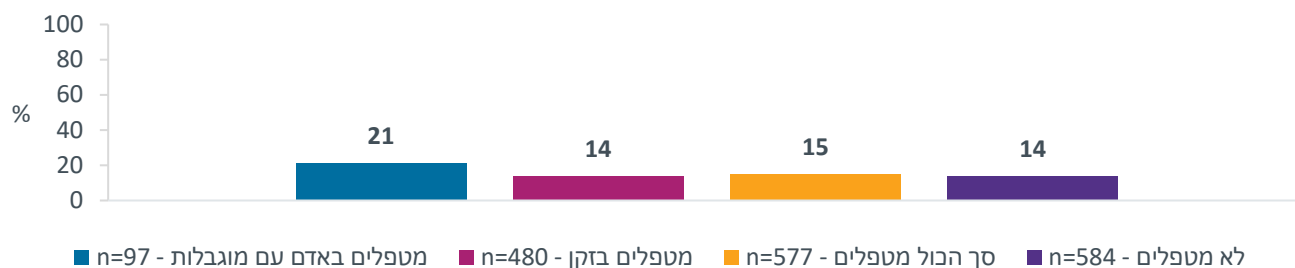
תרשים 4: מצב הבריאות של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב (באחוזים)



$p < .05^*$

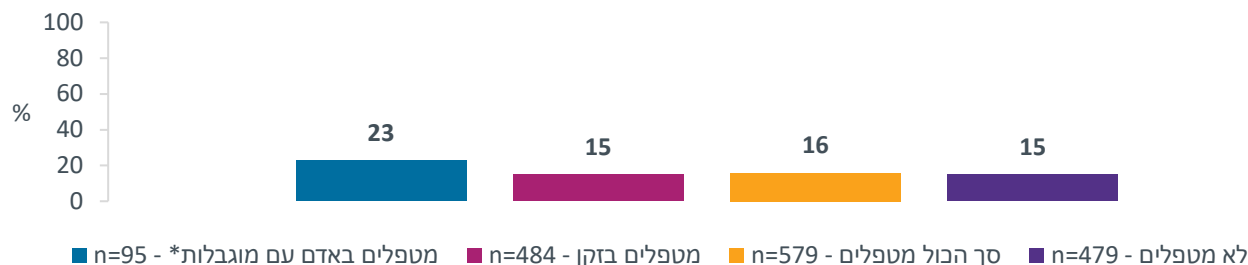
היבט נוסף שעשוי להשפיע על יכולתו של אדם לטפל באדם אחר הוא **קיומה של מוגבלות אצל המטפל**. זיהוי מוגבלות אצל המטפל בסקר התבסס על הצלבת המענה של המשיב לשתי שאלות⁷: האחת, האם יש בעיה בריאותית או פיזית או מוגבלות כלשהי הנמשכת שישה חודשים או יותר? מי שהשיבו בחיוב נשאלו שאלה נוספת: האם הבעיה מכריעה או מכריעה מאוד בפעולות יום-יומיות? בעקבות תשובה חיובית גם לשאלה זו הוגדר המשיב אדם עם מוגבלות (**תרשים 5**). מן התרשים עולה כי שיעור המטפלים עם מוגבלות ושיעור מי שאינם מטפלים עם מוגבלות דומה, שכן אף ששיעור המטפלים באנשים עם מוגבלות שדיווחו על מוגבלות (21%) גבוה משיעור כלל המטפלים שדיווחו על מוגבלות (15%), ההבדלים אינם מובהקים סטטיסטית.

תרשים 5: מוגבלות של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב (באחוזים)



לבסוף נשאלו המשיבים על קבלת **עזרה רגשית או נפשית** בשנה שקדמה לפרוץ המלחמה, למשל קבלת טיפול מאיש מקצוע, השתתפות בהדרכת הורים או קבלת תמיכה ממקורות מקוונים שונים (**תרשים 6**). מן התרשים עולה כי המטפלים ומי שאינם מטפלים קיבלו עזרה רגשית או נפשית בשנה שקדמה לפרוץ המלחמה בשיעור דומה (16% ו-15%, בהתאמה). מטפלים באדם עם מוגבלות קיבלו עזרה כזו בשיעור גבוה מזה של המטפלים בזקן (23% לעומת 15%, בהתאמה; ההבדל מובהק סטטיסטית).

תרשים 6: קבלת עזרה רגשית או נפשית בשנה שקדמה לפרוץ המלחמה, לפי סוג המטופל וסוג המשיב, (באחוזים)



$p < .05^*$

⁷ נוסח השאלות דומה לנוסח הקיים לזיהוי מוגבלות בסקר החברתי של הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה.

4.3 חוסן, צרכים ומענים בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל'

הנושא המרכזי שנבדק בסקר הוא תחושת החוסן של בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים, צוריהם והמענים שהם קיבלו בעת הזו. אלו הם ההיבטים שנבדקו: (1) השפעת המלחמה על מצבם של המטפל והמטופל בתחומי חיים שונים; (2) צרכים של המטפל והמטופל שאינם מקבלים מענה; (3) קושי בכניסה של המטופל למרחב המוגן; (4) שינוי בהיקף הטיפול; (5) גורמים שבהם נעזר המטפל; (6) נושאים הקשורים בטיפול שבהם היה חסר למטפל מידע; (7) שירותים ותמיכות שהיו יכולים לסייע למטפל או למטופל.

המטפלים ומי שאינם מטפלים נשאלו אם חלה **הרעה במצבם בתחומי חיים שונים** בעקבות המלחמה (**לוח 7**). מן הלוח עולה כי בכל תחומי החיים מטפלים דיווחו על הרעה במצבם לעומת מצבם לפני המלחמה יותר ממי שאינם מטפלים, בעיקר במצב הכלכלי, במצב החברתי ובמצב הבריאות (41% לעומת 33%, 27% לעומת 21% ו-27% לעומת 21%, בהתאמה; ההבדלים מובהקים סטטיסטית). תחום החיים שבנוגע אליו דיווחו הן המטפלים הן הלא מטפלים על ההרעה הרבה ביותר עקב המלחמה הוא המצב הרגשי/נפשי (59% ו-53%, בהתאמה). השוואה בין סוגי המטופלים העלתה כי בנוגע למצב החברתי ולקיום קשרים עם הקהילה נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית: מטפלים באדם עם מוגבלות דיווחו על הרעה, הן במצב החברתי הן בקשריהם עם הקהילה, יותר ממטפלים בזקן (39% לעומת 25% בהתאמה; 20% לעומת 12% בהתאמה).

לוח 7: הרעה במצב של המשיב[^] בעקבות המלחמה, לפי סוג המטופל וסוג המשיב (באחוזים)

	סוג המטופל		סוג המשיב	
	אדם עם מוגבלות (n = 98)	זקן (n = 493)	מטפלים (n = 612)	לא מטפלים (n = 589)
מצב רגשי/נפשי	63	58	59	53
מצב כלכלי	41	40	**41	33
מצב חברתי	**39	25	**27	21
בריאות פיזית	34	26	*27	21
מצב תעסוקתי	29	25	25	21
קשר עם הקהילה	*20	12	13	11
קשר עם בני משפחה	17	12	12	10

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

[^] מי שציין שמצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)

^{^^} נתון זה כולל 21 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

לבחינת השפעת המלחמה על **המצב הרגשי** של המטפלים ושל מי שאינם מטפלים, המשיבים לסקר נשאלו על תחושותיהם (**לוח 8**). מן הלוח עולה כי המלחמה כגעה במצב הרגשי של כלל האוכלוסייה הבוגרת בישראל. המטפלים, כמו גם מי שאינם מטפלים, דיווחו

בשיעור גבוה על תחושות לחץ (81%-84%, בהתאמה); ועל דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה (70%-74%, בהתאמה). המטפלים אף דיווחו על דאגות שהפריעו להם לישון בשיעור גבוה במובהק ממי שאינם מטפלים (68% לעומת 62%, בהתאמה), ועם זאת הם דיווחו על יכולת להתמודד עם בעיות בשיעור גבוה מן הלא מטפלים (23% לעומת 17%, בהתאמה). לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין המטפלים בזקן ובין המטפלים באדם עם מוגבלות מבחינת השפעת המלחמה על המצב הרגשי.

לוח 8: השפעת המלחמה על המצב הרגשי של המשיב, לפי סוג המטופל וסוג המשיב (באחוזים)

	סוג המטופל		סוג המשיב	
	אדם עם מוגבלות (n = 99)	זקן (n = 492)	מטפלים (n = 616)	לא מטפלים (n = 594)
לחץ	82	81	81	84
דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה	69	70	70	74
דאגות שהפריעו לישון	64	68	*68	62
בדידות	46	39	40	38
כישלון/אכזבה מעצמי או ממשפחתי	33	24	25	22
יכולת להתמודד עם בעיות	25	22	*23	17

* $p < .05$

^ מי שציינו כי חשו מעט יותר או הרבה יותר מן הרגיל

^^ נתון זה כולל 25 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

בני המשפחה המטפלים נשאלו אם המלחמה הביאה להרעה **במצבו של בן המשפחה המטופל (לוח 9)**. מן הלוח עולה כי תחומי החיים שבהם חלה ההרעה הניכרת ביותר בקרב המטופלים הם המצב הרגשי/נפשי (58%), היכולת להתנייד בתוך הבית ומחוצה לו (45%), המצב החברתי ופעילויות הפנאי (45%) והבריאות הפיזית (44%). השוואה בין סוגי המטופלים העידה על הרעה רבה יותר בקרב אנשים עם מוגבלות בתחום התעסוקתי ובקשר שלהם עם בני המשפחה האחרים, זאת לעומת זקנים (שיעור כמעט כפול: 29% לעומת 16%, בהתאמה; 29% לעומת 15%, בהתאמה; ההבדלים מובהקים סטטיסטית). יש להניח כי בקרב זקנים שיעור התעסוקה נמוך יותר מבקרב אנשים עם מוגבלות, בשל גילם (מעל גיל פרישה), ולכן סביר כי ההרעה המועטה יותר במצבם התעסוקתי נובעת גם מכך שלא היו מועסקים טרם פרוץ המלחמה.

לוח 9: הרעה במצב המטופל[^] בעקבות המלחמה, לפי סוג המטופל (באחוזים)

מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 85)	מטפלים בזקן (n = 446)	סך הכול מטפלים ^{^^} (n = 546)
מזב רגשי/נפשי	61	58
התנניידות בתוך/מחוץ לבית	40	45
מזב חברתי/פעילויות פנאי	46	45
בריאות פיזית	37	44
מזב כלכלי	34	26
קשר עם הקהילה	31	23
מזב תעסוקתי**	29	18
קשר עם בני משפחה**	29	17

^{^^} $p < .01$

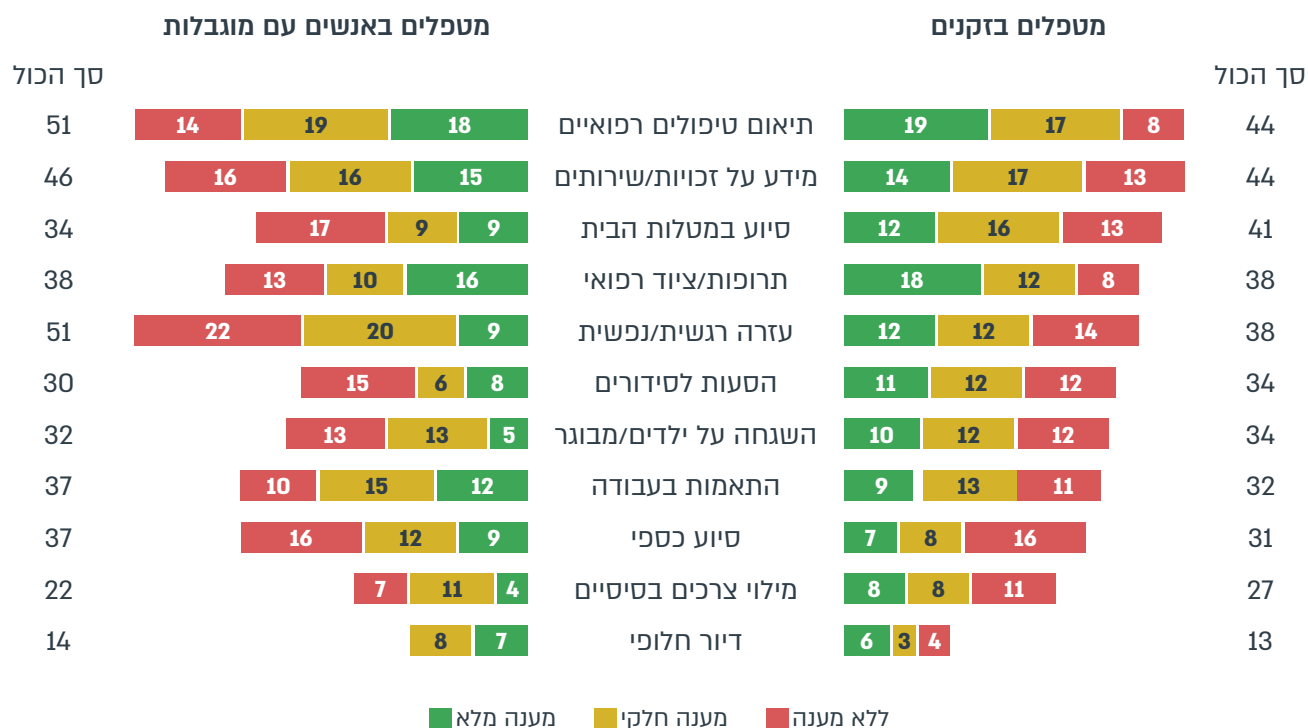
[^] מי שצינו שמצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)

^{^^} נתון זה כולל 15 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

בהקשר זה, בקבוצת המיקוד היו מי שדיווחו על **החמרה של מצבים רגשיים** שליליים שחווה המטופל בעקבות המלחמה, והדבר הקשה על ההתמודדות עם הטיפול בו. צוינו קשיים רגשיים שקשורים בין היתר בפוסט טראומה שהתעצמה בעת המלחמה, עובדה שהובילה לתחושות תסכול, לחוסר שינה, לחוסר שקט ואף לאלימות מצידו. בני המשפחה המטפלים דיווחו גם על קשיים רגשיים שלהם בתקופה זו. היו שצינו כי הם מרגישים שהם "לבד בשדה הקרב", וכי עליהם לגייס כוחות רבים כדי לתמוך בבן המשפחה, לעודדו ו"לצייר תמונת מצב חיובית".

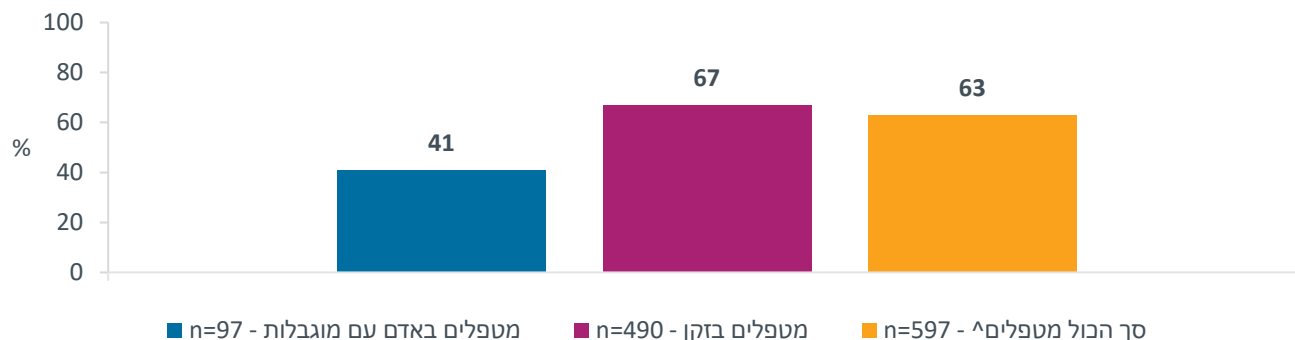
בני המשפחה המטפלים נשאלו בסקר על **הצרכים שלהם ושל בן המשפחה שהתגברו בחודשי המלחמה הראשונים ועל המידה שבה צרכים אלו זכו למענה (תרשים 7)**. מן התרשים עולה כי תיאום טיפולים רפואיים ופרה-רפואיים לבן המשפחה הוא הצורך שהתגבר במידה הרבה ביותר, הן בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות (51%) הן בקרב המטפלים בזקן (44%). 51% מקרב המטפלים באדם עם מוגבלות דיווחו על צורך בקבלת עזרה רגשית/נפשית שהתגבר. צורך בולט נוסף שהתגבר בעת זו, הן בקרב המטפלים בזקן הן בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות, הוא הצורך לקבל מידע על זכויות ועל צריכת שירותים (44% ו-46%, בהתאמה). מבחינת **מידת המענה** לצרכים שעלו, מן התרשים עולה כי אשר למרבית הצרכים, דווחה מידה זו או אחרת של אי-קבלת מענה כלל: בקרב המטפלים בזקנים דווח בעיקר על הצורך בסיוע כספי (16%) ועל צורך בקבלת עזרה רגשית/נפשית (14%), ובקרב המטפלים באדם עם מוגבלות דווח גם על צורך בקבלת עזרה רגשית/נפשית (22%) ועל צורך בסיוע במטלות הבית (17%).

תרשים 7: המידה שבה צרכים של המטפל או של המטופל שהתגברו בחודשי המלחמה הראשונים זכו למענה, לפי סוג המטופל (באחוזים)



בשל המלחמה והאירועים הביטחוניים שנלוו לה נדרשה כניסה למרחב מוגן בעת אזעקות. בני המשפחה המטפלים נשאלו בסקר אם המטופל נתקל בקשיים בכניסה למרחב המוגן, מסיבות ובהן היות המרחב רחוק או לא מונגש או מכיוון שהמטופל סירב להיכנס אליו (תרשים 8). 63% מבני המשפחה המטפלים העידו על קושי של המטופל בכניסה למרחב המוגן. קושי זה דווח בקרב המטפלים בזקן יותר מבקרב המטפלים באדם עם מוגבלות (67% לעומת 41%, בהתאמה; ההבדל מובהק סטטיסטית).

תרשים 8: קשיים בעת הכניסה למרחב המוגן, לפי סוג המטופל (באחוזים)



*** $p < .01$

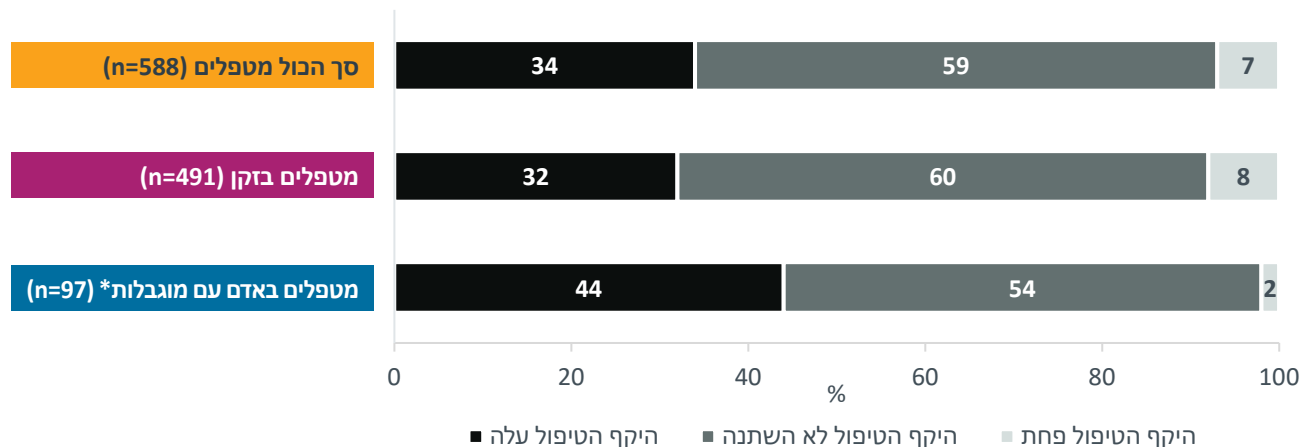
נתון זה כולל 10 מטופלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

בהקשר זה דיווחו רבים מקרב בני המשפחה המטופלים בקבוצת המיקוד על קושי בכניסה למרחב מוגן, בעיקר מסיבות טכניות, כגון שאין ממ"ד/מקלט, שאין אפשרות להגיע למרחב מוגן בפרק הזמן הדרוש או בשל אי-שיתוף פעולה מצד המטופל, כגון חוסר נכונות להגיב לאזעקות. היו שציינו כי הם חשים חוסר אונים והיו שציינו כי הם מוותרים מראש על הניסיון להתגונן. היו גם מי שציינו כי לא קיבלו סיוע או ליווי בנוגע לתיווך הכניסה לממ"ד. מטפלת בבן זוג החולה בדמנציה תיארה:

אני מרגישה החמרה מאוד רצינית בעקבות המלחמה, למשל הסירוב שלו [של בן הזוג] להיכנס לממ"ד. הממ"ד אצלנו הוא חדר בגודל סביר והוא עדיין מסרב להיכנס לתוכו ומתעקש להישאר במיטה. הוא לא מעוניין להגיב לאזעקות. אין דרכים להסביר ואין מישהו שיבוא ויסייע. אין שום גוף או מישהו שאני יכולה לפנות אליו."

המטופלים נשאלו בסקר גם אם חל **שינוי בהיקף הטיפול שהם מעניקים לבן המשפחה** בחודשי המלחמה הראשונים, כלומר אם היקף הטיפול עלה, ירד או נותר זהה (**תרשים 9**). מן התרשים עולה כי 59% מן המטופלים דיווחו כי היקף הטיפול שלהם בבן המשפחה לא השתנה מאז פרוץ המלחמה, 34% דיווחו כי היקף הטיפול עלה, ו-7% דיווחו כי היקף הטיפול ירד. השוואה בין סוגי המטופלים העידה על הבדל מובהק סטטיסטית: מטופלים באדם עם מוגבלות דיווחו יותר ממטופלים בזקן כי היקף הטיפול עלה בתקופת המלחמה (44% לעומת 32%, בהתאמה).

תרשים 9: שינוי בהיקף הטיפול בבן המשפחה בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל (באחוזים)



$p < .05^*$

מטופלים שדיווחו על שינוי בהיקף הטיפול נשאלו על **הסיבות לשינוי (לוחות 10-11)**. מלוח 10 עולה כי הסיבות העיקריות **לעלייה** בהיקף הטיפול בקרב כלל המטופלים הן התדרדרות במצב הבריאות הפיזי או הנפשי של בן המשפחה או במצב התפקוד שלו; העובדה שבן המשפחה נזקק לסיוע שלא נזקק לו בעבר, למשל בעריכת קניות או בהשגת תרופות; והעובדה שקרובי משפחה אחרים סייעו כחות בטיפול בתקופה זו, למשל משום שלא יכלו להגיע לאזור מגוריו של המטופל בשל המצב הביטחוני (54%, 41% ו-33% בהתאמה). השוואה בין המטופלים לפי סוג המטופל העלתה הבדלים מובהקים סטטיסטית: המטופלים בזקן דיווחו יותר מן המטופלים באדם עם מוגבלות על כך שבן המשפחה נזקק לסיוע שלא נזקק לו בעבר כסיבה לעלייה בהיקף הטיפול (47% לעומת 23% בהתאמה) ועל כך שהמטפל בתשלום (למשל עובד זר שעזב או פונה מן הארץ) הגיע כחות לצורך טיפול בבן המשפחה (18% לעומת 5% בהתאמה). לעומת זאת מטופלים באדם עם מוגבלות דיווחו יותר ממטופלים בזקן כי סגירה או הפחתה של פעילות מסגרות/שירותים מקומיים, כגון מרכזי יום או מסגרות חינוך מיוחד, היא שגרמה לעלייה בהיקף הטיפול (35% לעומת 13%, בהתאמה). יש לציין כי בסך הכול 49% מן המטופלים דיווחו על עלייה בהיקף הטיפול בשל הפסקה בפעילות או הפחתה בפעילות של מענים שונים – מסגרות ושירותים מקומיים (18%), אנשי טיפול רפואי או סוציאלי (16%) ומטופלים סיעודיים בתשלום (15%).

לוח 10: סיבות לעלייה בהיקף הטיפול בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל (באחוזים)[^]

מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 43)	מטפלים בזקן (n = 160)	סך הכול מטפלים ^{^^} (n = 205)
56	53	54
23	47	41
23	36	33
35	13	18
19	15	16
9	18	16
5	18	15
5	4	4

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

[^] למשיבים ניתנה אפשרות לבחור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%
^{^^} נתון זה כולל שני מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

לוח 11 מציג את הסיבות ל**ירידה** בהיקף הטיפול בחודשי המלחמה הראשונים בקרב המטפלים בזקן.⁸ מן הלוח עולה כי המטפלים בזקן דיווחו שהם העניקו לבן המשפחה פחות טיפול בעת זו בשל המצב הביטחוני שלא אפשר הגעה לביתו (46%), משום שהיו להם צרכים אחרים שדרשו מענה, למשל לטפל בילדים בזמן שמסגרות החינוך היו סגורות עקב המצב הביטחוני (41%) ומשום שהמצב הרפואי או הרגשי שלהם עצמם לא אפשר להם פניות לטיפול בבן המשפחה (38%).

לוח 11: סיבות לירידה בהיקף הטיפול בחודשי המלחמה הראשונים בקרב המטפלים בזקן (באחוזים)[^]

מטפלים בזקן (n = 37)	
46	המצב הביטחוני פחות אפשר לי להגיע לבן המשפחה
41	היו צרכים אחרים שהייתי צריך להתעסק בהם
38	המצב הרפואי/הרגשי שלי פחות אפשר לי להגיע לבן המשפחה
19	סידור העבודה השתנה, והיה פחות זמן פנוי
14	הייתי במילואים/מילאתי תפקיד אחר בשירותי הביטחון או ההצלה
8	פינוי/מעבר דירה זמני של בן המשפחה או שלי בשל המלחמה

[^] למשיבים ניתנה אפשרות לבחור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%

⁸ בשל מיעוט משיבים לא מוצגים נתוניהם של המטפלים באדם עם מוגבלות אלא רק של המטפלים בזקנים.

כמה מבני המשפחה המטפלים סיפרו בראיונות על הצורך לייצר שגרה גם בעת מצב החירום וציינו למשל את המשך ההליכה עם בן המשפחה לפעילויות פנאי. הגבלת החשיפה של בן המשפחה לחדשות צוינה אף היא הן כגורם הממתן השפעות רגשיות שליליות הן כגורם התורם ליצירת שגרה. מטפלת בהורים מבוגרים תיארה בהקשר זה את ההשפעה שחלה בעקבות סדנה שבה השתתפה:

”היו כמה סדנאות בנושא של שגרות מלחמה, אז נכנסתי לסדנה אחת. דיברו על מה להגיד להורה, להגיד את האמת או לא להגיד את האמת, איך להרגיע, לייצר שגרה, לא לכספס את המקלחת. אחרי הסדנה הזו אמרתי וואלה אבא רואה יותר מדי טלוויזיה. זה נתן לי כלי. כתאום זה שינה את מסלול השגרות שלו ואנחנו הבנו שהפחד לא יכול לנהל אותנו“.

למשיבים לסקר הוצגה רשימת שירותים המיועדים לבני משפחה מטפלים, והם נשאלו אם נעזרו בשירותים אלו בחודשי המלחמה הראשונים (לוח 12). 66% מכלל המטפלים, ובעיקר המטפלים בזקן (68%), ציינו שהם לא נעזרו אף לא בשירות אחד המיועד לבני משפחה מטפלים בתקופת המלחמה. מבין כלל המטפלים שצינו כי הם נעזרו באחד או יותר מן השירותים המיועדים לבני משפחה מטפלים, 22% נעזרו באתרים מקוונים לייעוץ ומידע, ובעיקר ציינו זאת המטפלים באדם עם מוגבלות (32%). בבחינת הבדלים נוספים, מובהקים סטטיסטית, בין מטפלים בזקן למטפלים באדם עם מוגבלות נמצא כי האחרונים נעזרו יותר בסמינרים או הרצאות מקוונות לבני משפחה מטפלים (15% לעומת 2%, בהתאמה) ובקו לסיוע רגשי או נפשי (9% לעומת 4%, בהתאמה).

לוח 12: שירותים שבהם נעזרו בני המשפחה המטפלים בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל (באחוזים) ^

סך הכול מטפלים ^^(n = 604)	מטפלים בזקן (n = 485)	מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 98)	
66	68	52	לא נעזרתי באף שירות**
22	20	32	אתרים מקוונים לייעוץ ומידע (כל זכות, קשר)*
9	9	7	מוקד לייעוץ ומידע
7	4	9	הדרכה פרטנית לכלים ומיומנויות לבני משפחה מטפלים
4	2	15	סמינרים או הרצאות מקוונות לבני משפחה מטפלים***
4	4	9	קו לסיוע רגשי או נפשי*
4	4	6	תמיכה רגשית או נפשית
4	5	4	שירותי פנאי/הפגה (נופשונים, מתנדב בזמן סידורים)
3	3	3	חמ"ל חירום (האפוד הסגול, החמ"ל הסגול)

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

^ למשיבים ניתנה אפשרות לחזור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%
^^ נתון זה כולל 21 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

חסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים בנושאים הקשורים לטיפול הוא היבט נוסף שנבחן בסקר. לבני המשפחה המטפלים הוצגה רשימת נושאים, והם התבקשו לדרג את המידה שבה הם חשו שחסר להם מידע בנוגע לכל אחד מהם (**לוח 13**). 55% מכלל בני המשפחה המטפלים דיווחו כי לא היה חסר להם מידע בתקופת המלחמה, ומכאן של-45% מהם היה חסר מידע כלשהו בתקופה זו. חוסר מידע צוין בנוגע למיגון או הנגשה של מיגון (21% מן המטפלים בזקן ציינו כך לעומת 14% מן המטפלים באדם עם מוגבלות; ההבדל מובהק סטטיסטית); הנחה בתשלומי חשבונות (17% מקרב כלל המטפלים) והנחיות להתנהגות בתקופת המלחמה (12% מקרב כלל המטפלים). הבדלים נוספים, מובהקים סטטיסטית, בין מטפלים בזקן למטפלים באדם עם מוגבלות נמצאו בנוגע לחוסר במידע על עובדי סיעוד זרים (9% בקרב המטפלים בזקן לעומת 1% בלבד בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות; יש לשער כי ההבדל מקורו בכך שהיעזרות בעובד זר נפוץ יותר בקרב זקנים מבקרב אנשים עם מוגבלות⁹), בנוגע לחוסר במידע בכל הנוגע לוועדות שונות הקשורות במוגבלות (15% בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות לעומת 6% בקרב המטפלים בזקן) ובנוגע לנושאים של חינוך ולימודים (13% בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות לעומת 2% בלבד בקרב המטפלים בזקן); יש לשער שהדבר נובע מן העובדה שהמטפלים עם מוגבלות הם צעירים יותר.

לוח 13: נושאים שבנוגע להם היה חסר לבני המשפחה המטפלים מידע בחודשי המלחמה הראשונים, לפי סוג המטופל (באחוזים)[^]

מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 96)	מטפלים בזקן (n = 478)	סך הכול מטפלים ^{^^} (n = 593)
לא היה חסר לי מידע	52	55
מיגון או הנגשה של מיגון*	14	19
הנחה בתשלומי חשבונות	20	17
הנחיות להתנהגות בזמן המלחמה	13	12
הסעות	15	10
עובדי סיעוד זרים**	1	8
ועדות הקשורות למוגבלות/בעיות רפואיות**	15	7
דיוור חלופי או פינוי	7	5
חינוך ולימודים***	13	4
זכויות בתעסוקה	6	4
מסגרות דיוור קבועות	2	2

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

[^] למשיבים ניתנה אפשרות לבחור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%
^{^^} נתון זה כולל 19 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

⁹ הסקר לא כלל שאלה על הסתייעות בעובד סיעודי זר אלא במטפל בתשלום, שעשוי להוות עדות לכך. הסקר העלה כי 51% מן המטפלים בבן משפחה זקן דיווחו על העסקת מטפל בתשלום לעומת 11% בלבד מן המטפלים באדם עם מוגבלות.

לבני המשפחה המטפלים הוצגו סוגי סיוע, והם נשאלו אילו מהם **היו יכולים להקל עליהם או על בן המשפחה בעת הזו (לוח 14)**. 82% מכלל המטפלים ציינו סוג אחד לפחות של עזרה שהיה יכול לסייע להם (רק 18% ציינו כי אין להם עניין או צורך במקורות עזרה בתקופה זו). 38% מכלל המטפלים ציינו כי תמיכה רגשית בהם או בבן המשפחה הייתה יכולה לעזור להם בתקופה זו, 28% ציינו פעילות פנאי, ו-25% ציינו כי תמיכה כלכלית הייתה יכולה לעזור להם בטיפול בבן המשפחה בתקופה זו. לא נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין מטפלים בזקן למטפלים באדם עם מוגבלות בעניין זה, למעט ההיבט של חזרה לפעילות חלקית או מלאה של מסגרות לימודים ותעסוקה עבור בן המשפחה, הרלוונטיות יותר למטופלים צעירים יותר – ילדים ובוגרים בגיל העבודה (24% מן המטפלים באדם עם מוגבלות ציינו זאת לעומת 7% מן המטפלים בזקן).

לוח 14: סוגי סיוע שיכולים להקל על המטפל או בן משפחתו בעת הזו, לפי סוג המטופל (באחוזים)[^]

מטפלים באדם עם מוגבלות (n = 98)	מטפלים בזקן (n = 483)	סך הכול מטפלים ^{^^} (n = 604)
תמיכה רגשית לבן המשפחה/לי	36	38
פעילות פנאי	34	28
תמיכה כלכלית לצורך הטיפול	20	25
ייעוץ מקצועי כיצד לתת מענה מותאם לבן המשפחה	24	23
זמן הפגה עבורי כבן משפחה מטפל	21	20
עזרה בניהול וסנכרון התמיכות והמענים	15	16
הסדרת זכויות המגיעות לי בעבודה כבן משפחה מטפל	16	15
חופשה בתשלום ממקום העבודה לצורך הטיפול	13	12
הסדרת תהליכים בירוקרטיים	11	11
פעילות חלקית/מלאה של מסגרות לימודים/תעסוקה***	24	7
אין לי עניין או צורך בעזרה	13	18

*** $p < .001$

[^] למשיבים ניתנה אפשרות לבחור יותר מתשובה אחת, ועל כן האחוזים אינם מסתכמים ל-100%
^{^^} נתון זה כולל 23 מטפלים שלא ציינו בסקר את גיל המטופל, ועל כן אי אפשר היה לשייכם לאחת מן הקבוצות

בקבוצת המיקוד ובריאיון דיווחו בני המשפחה המטפלים על **הקושי בקבלת סיוע מגורמים מוסדיים**, בשגרה אך עוד יותר בחודשי המלחמה הראשונים. הם ציינו כי עובדות סוציאליות הוסבו לעבודה שקשורה למצב החירום, וכך לטענתם הטיפול השוטף נזנח והשאיר אותם ללא כתובת מסודרת לפנות אליה. נוסף על כך זמני ההמתנה לתורים רפואיים ארוכים ועולה קושי בהמשך קבלת שירותי רפואה עד הבית. אחד המטפלים באימו, ציין בהקשר זה:

” התחושה היא שכל המערכות מתוחות עד הקצה והן מנותבות לטובת המאמץ המלחמתי. שוכחים שיש פה עדיין לא מעט אנשים בעורף שנלחמים את מלחמתם שלהם. מרוב ייאוש אתה שואל האם יש בכלל טעם לנסות לפנות, מישהו ייתן לי את העזרה והסיוע? אתה מרים ידיים“.

בני המשפחה המטפלים אף דיווחו על **תחושות תסכול באשר לגורמים המסייעים גם בשגרה**. צוין קושי רב בהתמודדות עם הבריורקריה הכרוכה בטיפול בבן משפחה, דווח על צורך במתאם טיפול או "מנהל תיק" שיספק ליווי מקצועי וצוין מחסור בתכנון מידע ובהנגשה מסודרת של מידע. המטפלים דיווחו שלעיתים הם מרגישים שההתמודדות היום-יומית עם בן המשפחה דורשת משאבים רבים ולא נותר להם כוח להתמודד עם נפתולי הבריורקריה.

בסקר התבקשו בני המשפחה המטפלים לפרט, בשאלה פתוחה, **אילו שירותים נדרש עוד לפתח או להתאים כדי לתת מענה לבני משפחה מטפלים בשגרה ובעיתות חירום**. 475 מטפלים השיבו לשאלה זו ותשובותיהם קודדו ונותחו על פי הנושאים שעלו. מן הניתוח עלה כי השירותים שיש לפתח הם שירותים פסיכולוגיים או רגשיים, בשל העומס הנפשי הכבד המוטל על המטפלים ובני המשפחה בתקופה זו (18% מן התשובות); מתן עזרה וסיוע כלכלי, למשל עבור הסעות או טיפולים לבן המשפחה (16% מן התשובות); וצורך בהקמת מוקד או גורם ייעודי אחר שיוכל לספק למטפלים ולבני המשפחה מידע על מיצוי זכויות, היכן לצרוך שירותים שונים ועוד (13% מן התשובות). בהקשר זה הציעו בני המשפחה המטפלים לפתח מענים ייעודיים להתמודדות עם הבריורקריה הכרוכה בהגשת הבקשה לצריכת שירותים ואף הציעו כי על הרשויות המקומיות או גורמים ממשלתיים לפנות פנייה **יזומה** אל המטפלים כדי לבחון את צורכיהם ואת המענה המתאים הדרוש. עוד עלה מדבריהם של בני המשפחה המטפלים הצורך לספק שירותי פנאי לבן המשפחה בתחומים שונים, ובהם ספורט, תרבות, הרצאות בעולמות ידע שונים, כדי להפיג את הבדידות ולחזק את החוסן האישי והקהילתי. יצוין כי 9% מן המשיבים לשאלה ציינו כי אין לדעתם צורך לפתח שירותים נוספים.

בריאיון ובקבוצת המיקוד ציינו בני המשפחה המטפלים כי לפני שמתחילים לפתח מענים נוספים עבורם יש **לשווק את המענים הקיימים** ולהנגישם לציבור בשלבי טיפול מוקדמים, למשל כבר בעת השחרור מבית החולים או בעת אבחון מוגבלות. אחת מן המשיבות המטפלת באביה ציינה כי היא מעוניינת ברשימת קישורים מקוונים מסודרת של ארגוני מתנדבים שאליהם תוכל לפנות בנוגע לכל סיוע שתצטרך, לרבות סיוע לוגיסטי. מטפלת אחרת בהורים מבוגרים ציינה את היתרונות של קבוצת תמיכה וידע מקוונת שבה היא משתתפת בחסות הרשות המקומית, כמענה שסייע לה סיוע רב:

” למדתי בקבוצה המון. השתדלתי להצטרף לכל הזומים. ממנה למדתי שלהורים צריך לעשות ייפוי כוח מתמשך ושאימא יכולה לחתום שאני שותפה איתם בחשבון, לבדוק את הצוואות ועוד. כל העניינים המשפטיים. קיבלתי את הידע מתוך ההדרכות שעשינו. גם למדתי מה הזכויות של ניצולי שואה מתוך הקבוצה. אני מאוד נעזרת בקבוצה הזו. אפילו רק לשמוע צרות של אחרים. זה גם מגביר את החוסן, לחלוק בעיות של אחר. הבעיות שלי קצת מתגמדות, ואני אומרת תודה לאל“.

בני משפחה מטפלים המועסקים דיווחו בקבוצת המיקוד על הצורך **בתמיכה במקום העבודה**, למשל יותר עזרה ותמיכה מן המעסיק, הכרה בהם כבני משפחה מטפלים ובזכויות המגיעות להם. עוד צוין הרצון בהתחשבות רבה יותר מצד המעסיק בשל שעות העבודה שהמטפל מפסיד עקב הטיפול. אחת המשיבות המטפלת באב עם מוגבלות תיארה בהקשר זה:

”
כשאמרתי למשאבי אנוש שאני בת משפחה מטפלת, היא אמרה לי מה את בכלל מדברת, היא לא ידעה בכלל. הייתי רוצה שהמעסיק יותר יבין. אני מרגישה שאני לא יכולה לקחת חופש כי הייתי חייבת לקחת את אבא שלי לתור, או לקחת ימי מחלה כשאני חולה. אז אני אעבוד גמורה או אעבוד בסופ"ש כדי לפצות על מה שהיה באותו שבוע.”

בהקשר של מחסור בימי חופש ומחלה בשל הטיפול בבן המשפחה, המוביל להיעדרות מן העבודה ולפגיעה בשכר, ציינה מטפלת באביה ובבן זוגה:

”
מזמן סיימתי את מכסת ימי החופש וימי המחלה. אם אני חולה אני צריכה לחשוב פעמיים אם נשארו לי ימים, ואני מגיעה למצב כזה של ימים בלי שכר.”

אשר **לבני משפחה המפונים מביתם עקב המלחמה**, מטפלת שאביה פונה מאחד מיישובי הצפון שיתפה בקבוצת המיקוד בקושי הכרוך בפנינו ובעומס הרב שהתווסף לטיפול השוטף באביה. היא ציינה את העיסוק הרב בעניינים לוגיסטיים, את הצורך בהתאמות בבתי המלון, כך שהחדר יהיה נגיש, את ההתמודדות עם קבלת שירותים במקום חדש ולא מוכר, את חוסר הנגישות של דרכי ההגעה לשירותים השונים ואת הקושי עקב המרחק מן הקהילה ומן העזרה המוכרת בבית.

4.4 זרקור על בני המשפחה המטפלים, לפי מאפיינים שונים

לבני משפחה מטפלים מאפיינים אישיים שונים. המחקר בחן אילו מהם קשורים קשר מובהק להיבטים שונים של הטיפול בבן המשפחה (**לוחות 15-22**). נבדקו המאפיינים האלה: מין, קבוצת אוכלוסייה (יהודים/ערבים), גיל, מצב התפקוד (מצב הבריאות והימצאות מוגבלות), מצב כלכלי, סוג המטפל (עיקרי או לא עיקרי) ומשך הטיפול, בשנים. הלוחות מעידים על כך שהיבטי טיפול שונים מושפעים מכל אחד ממאפייניהם האישיים של המטפלים.

4.4.1 בני משפחה מטפלים, לפי מין

לוח 15 מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים למטפלות בהיבטים שונים הקשורים בטיפול בבן המשפחה. בנוגע **לסוגי טיפול**, מטפלות, יותר ממטפלים, דיווחו על הענקת יותר סוגי טיפול: הסעות של בן המשפחה, כגון לטיפולים רפואיים או למסגרות תעסוקה (61% לעומת 52%, בהתאמה) ועזרה בטיפול רפואי, כגון מתן זריקות, עזרה בנטילת תרופות ותיאום תורים (40% לעומת 29%, בהתאמה). מטפלים דיווחו יותר ממטפלות על עזרה במעברים ממקום למקום, למשל בכל הנוגע לעלייה וירידה במדרגות וקימה מן המיטה (41% לעומת 31%, בהתאמה). מטפלות דיווחו יותר ממטפלים על **צורך בהתאמות בעבודה** בחודשי המלחמה הראשונים שלא קיבל מענה (48% לעומת 39%, בהתאמה) וכן על **הרעה בבריאות הפיזית** בעקבות המלחמה (31% לעומת 21%, בהתאמה) ו**במצב הרגשי/נפשי** (66% לעומת 48%, בהתאמה). מטפלים דיווחו יותר ממטפלות על **הרעה במצב התעסוקתי** בעקבות המלחמה (30% לעומת 22%, בהתאמה). ולבסוף, מטפלות דיווחו יותר ממטפלים על **שינויים רגשיים** בחודשי המלחמה הראשונים, כגון לחץ (89% לעומת 71%, בהתאמה), דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה (78% לעומת 60%, בהתאמה), תחושת בדידות (46% לעומת 32%, בהתאמה) ודאגות שהפריעו לישון (75% לעומת 57%, בהתאמה).

לוח 15: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי מין המטפל (באחוזים)

מטפלות	מטפלים	
		סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^
31	41	עזרה במעברים*
61	52	הסעות*
40	29	עזרה בטיפול רפואי**
		עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^^
48	39	התאמות בעבודה*
		הרעה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים^^^
31	21	בריאות פיזית**
66	48	מצב רגשי/נפשי***
22	30	מצב תעסוקתי*
		שינוי רגשי בחודשי המלחמה הראשונים^^^^
89	71	לחץ***
78	60	דכדוך, דיכאון או חוסר תקווה***
46	32	תחושת בדידות***
75	57	דאגות שהפריעו לישון***

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

^ מטפלים שצינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^^ מטפלים שצינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע
^^^ מטפלים שצינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)
^^^^ מטפלים שצינו כי חל שינוי רגשי בעקבות המלחמה (שינוי מועט או שינוי רב)

4.4.2 בני משפחה מטפלים, לפי קבוצת אוכלוסייה

לוח 16 מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים יהודים למטפלים ערבים בהיבטים שונים הקשורים בטיפול בבן המשפחה. מטפלים ערבים, יותר ממטפלים יהודים, דיווחו על **חוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים** בנוגע להנחיות התנהגות (41% לעומת 24%, בהתאמה) ולהנחה בתשלומי חשבונות (52% לעומת 35%, בהתאמה). הם אף דיווחו יותר ממטפלים יהודים על הענקת יותר **סוגי טיפול בבן המשפחה** בשגרה: טיפול אישי (39% לעומת 18%, בהתאמה), עזרה במעברים (53% לעומת 31%, בהתאמה), הסעות (74% לעומת 54%, בהתאמה), עזרה אישית מעשית, בבית ובסידורים (72% לעומת 61%, בהתאמה), עזרה בטיפול רפואי (56% לעומת 31%, בהתאמה), הספקת פעילות כנאי והפגה, כגון סיוע בתחביב או ליווי לחוג (55% לעומת 34%, בהתאמה) ותיווך ומתן הסבר בכל הנוגע להתנהלות בשגרה (62% לעומת 37%, בהתאמה) ובמצבי חירום,

למשל כניסה למרחב המוגן או כיצד יש לבקש עזרה (61% לעומת 39%, בהתאמה). ייתכן שהעובדה שמטפלים ערבים מעניקים יותר סוגי טיפול לבן המשפחה ממטפלים יהודים קשורה בין היתר בנטייה של בני משפחה מטפלים באוכלוסייה הערבית להיעזר כחות במקורות סיוע. עדות לכך עלתה גם במחקר שהעלה, בין היתר, כי העסקת עוזר או מטפל בבית בתשלום לצורך הטיפול בבן משפחה שכיחה פחות בקרב בני משפחה מטפלים ערבים מבקרב בני משפחה מטפלים יהודים (נגר אידלמן ואח', 2023).

נוסף על כך מטפלים ערבים, יותר ממטפלים יהודים, דיווחו כי בחודשי המלחמה הראשונים הורע מצבם **הכלכלי** (67% לעומת 35%, בהתאמה) ו**התעסוקתי** (46% לעומת 21%, בהתאמה) וכן **הקשר שלהם עם הקהילה** (31% לעומת 9%, בהתאמה). הם אף דיווחו יותר ממטפלים יהודים כי בשל המלחמה הם חשים יותר **בדידות** (56% לעומת 37%, בהתאמה) ואף **תחושת כישלון או אכזבה** מעצמם או ממשפחתם (40% לעומת 23%, בהתאמה). לעומת זאת מטפלים יהודים דיווחו יותר ממטפלים ערבים על עלייה בצרכים שונים בתקופה זו שלא קיבלו מענה, כגון **סיוע כספי** (32% לעומת 15%, בהתאמה), **השגת תרופות או ציוד רפואי** (18% לעומת 8%, בהתאמה) וצורך **בדיוור חלופי** (74% לעומת 58%, בהתאמה). מטפלים יהודים אף דיווחו יותר ממטפלים ערבים על חוסר **בעזרה מעשית** בשגרה, כגון שמישהו ייקח אותם לרופא או יבשל עבורם בעת הצורך (48% לעומת 35%, בהתאמה).

לוח 16: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי קבוצת אוכלוסייה (באחוזים)

מטפלים יהודים	מטפלים ערבים	
חוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים		
24	41	הנחיות להתנהגות בזמן המלחמה**
35	52	הנחה בתשלומי חשבונות*
סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^		
18	39	טיפול אישי***
31	53	עזרה במעברים***
54	74	הסעות***
61	72	עזרה אישית מעשית*
31	56	עזרה בטיפול רפואי***
34	55	פעילות פנאי והפגה***
37	62	תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה***
39	61	תיווך ומתן הסבר על התנהלות במצבי חירום***
עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^^		
32	15	סיוע כספי**
18	8	השגת תרופות או ציוד רפואי*
74	58	דיוור חלופי**

מטפלים יהודים	מטפלים ערבים	
החמרה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים^{^^^}		
35	67	מצב כלכלי***
21	46	מצב תעסוקתי***
9	31	קשר עם הקהילה***
שינוי רגשי בחודשי המלחמה הראשונים^{^^^^}		
37	56	תחושת בדידות***
23	40	תחושת כישלון או אכזבה מעצמי או ממשפחתי***
חוסר בתמיכה במטפל#		
48	35	מישהו שייתן עזרה מעשית בעת הצורך*

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

^ מטפלים שציינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^^ מטפלים שציינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע
^^^ מטפלים שציינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)
^^^^ מטפלים שדיווחו כי חל שינוי רגשי בעקבות המלחמה (שינוי מועט או שינוי רב)
מטפלים שציינו כי הם לא מקבלים תמיכה אף פעם או שמקבלים תמיכה רק לעיתים רחוקות

4.4.3 בני משפחה מטפלים, לפי גיל המטפל

במחקר נבחן אם גיל המטפל קשור להיבטי טיפול שונים, בהתייחס לשלוש קבוצות גיל: 18-35, 36-50, ו-51¹⁰-70 (**לוח 17**). בשני היבטי טיפול בלבד (סיוע לבן המשפחה בהסעות וצורך בהתאמות בעבודה) נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצת גיל אחת ובין שתי קבוצות הגיל האחרות. הבדלים אלו מצוינים בלוח באמצעות כוכביות המציגות את רמת המובהקות. בשאר היבטי הטיפול נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצת גיל אחת בלבד לקבוצת גיל אחרת (ולא בין קבוצת גיל אחת לשתי האחרות). ממצאים אלו מוצגים באמצעות האותיות a ו-b המייצגות את שתי קבוצות הגיל השונות זו מזו באופן מובהק סטטיסטית. מן הלוח עולה כי המטפלים הצעירים בני 18-35 דיווחו כי הם **מסיעים** את בן המשפחה פחות ממטפלים בני 36-50 ו-51-70 (47% לעומת 62% ו-63%, בהתאמה), ואילו המטפלים בקבוצת הגיל 51-70 דיווחו יותר ממטפלים בני 18-35 ומטפלים בני 36-50 על צורך **בהתאמות במקום העבודה** בתקופת המלחמה שלא קיבל מענה (60% לעומת 34% ו-35%, בהתאמה).

¹⁰ המטפל המבוגר ביותר שהשיב לשאלון הוא בן 70.

לוח 17: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי גיל המטפל (באחוזים)

מטפלים בני 70-51	מטפלים בני 50-36	מטפלים בני 35-18	
סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה[^]			
28 ^a	36	41 ^b	עזרה במעברים
63	62	47	הסעות**
עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^{^^}			
37 ^b	25	23 ^a	סיוע כספי
27 ^b	15 ^a	17	סיוע במטלות הבית
60	35	34	התאמות בעבודה***
78 ^b	73	61 ^a	דיוור חלופי
החמרה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים^{^^^}			
21 ^a	30	32 ^b	מצב חברתי
19 ^a	27	30 ^b	מצב תעסוקתי

^a $p < .001$ ^b $p < .01$ ^c $p < .001$

[^] מטפלים שציינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד

^{^^} מטפלים שציינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע

^{^^^} מטפלים שציינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)

4.4.4 בני משפחה מטפלים, לפי מצב התפקוד

המשיבים לסקר התבקשו לדווח על מצב הבריאות שלהם ואם יש להם מוגבלות. תשובותיהם קודדו ל"מצב בריאות טוב" (מי שדיווחו כי מצב בריאותם בדרך כלל טוב מאוד או טוב) ו"מצב בריאות לא טוב" (מי שדיווחו כי מצב בריאותם בדרך כלל לא כל כך טוב או בכלל לא טוב).

לוח 18 מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים שמצב בריאותם טוב למטפלים שמצב בריאותם לא טוב בהיבטים שונים הקשורים לטיפול בבן המשפחה. מטפלים שמצב בריאותם לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצב בריאותם טוב כי **הטיפול בבן המשפחה מכביד עליהם** (71% לעומת 58%, בהתאמה), כי חסר להם מידע בחודשי המלחמה הראשונים בנוגע **לקבלת הנחה בתשלומי חשבונות** (59% לעומת 36%, בהתאמה) וכי יש להם צורך **בהתאמות במקום העבודה** בתקופה זו שלא קיבל מענה (64% לעומת 42%, בהתאמה). כמו כן הם דיווחו יותר ממטפלים שמצב בריאותם טוב על הרעה במצבם בעקבות המלחמה מבחינת **הבריאות הפיזית** (50% לעומת 23%, בהתאמה), **המצב הרגשי/נפשי** (73% לעומת 57%, בהתאמה), **המצב הכלכלי** (58% לעומת 38%, בהתאמה), **המצב התעסוקתי** (38% לעומת 24%, בהתאמה) ומבחינת **הקשר עם בני המשפחה** (22% לעומת 11%, בהתאמה). נוסף על כך מטפלים שמצב בריאותם לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצב בריאותם טוב על כך שהם **מסיעים** את בן המשפחה כחלק ממעטפת הטיפול (69% לעומת 56%, בהתאמה) ועל כך שלהם עצמם **חסרה עזרה חומרית** (60% לעומת 37%, בהתאמה).

לוח 18: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי מצב הבריאות של המטפל (באחוזים)

מצב בריאות טוב	מצב בריאות לא טוב	
		עומס טיפולי^
71	58	הטיפול מכביד עליו*
		חוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים
59	36	כיצד לקבל הנחה בתשלומי חשבונות**
		סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^^
69	56	הסעות*
		עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^^^
64	42	התאמות בעבודה**
		החמרה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים^^^^
50	23	בריאות פיזית***
73	57	מצב רגשי/נפשי*
58	38	מצב כלכלי**
38	24	מצב תעסוקתי**
22	11	קשר עם בני המשפחה**
		חוסר בתמיכה במטפל#
60	37	מישהו שייתן עזרה חומרית***

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

^ מטפלים שצינו כי מתן הטיפול מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה
^^ מטפלים שצינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^^^ מטפלים שצינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע
^^^^ מטפלים שצינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)
מטפלים שצינו כי הם לא מקבלים תמיכה אף פעם או שמקבלים תמיכה רק לעיתים רחוקות

היבט נוסף הקשור בתפקוד של המטפל נוגע לאם הוא אדם עם מוגבלות. **לוח 19** מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים שיש להם מוגבלות למי שאין להם מוגבלות בהיבטים שונים הקשורים לטיפול בבן המשפחה. ככלל, במרבית ההיבטים, מטפלים עם מוגבלות דיווחו על השפעות שליליות של המלחמה ועל עומס טיפולי גדול יותר מאשר מטפלים ללא מוגבלות. מטפלים עם מוגבלות דיווחו יותר ממטפלים ללא מוגבלות כי **העומס הטיפולי מכביד** עליהם (78% לעומת 56%, בהתאמה), וכי בעקבות המלחמה חלה הרעה במצב **בריאותם הפיזית** (49% לעומת 23%, בהתאמה), **הרגשית/נפשית** (71% לעומת 57%, בהתאמה), **במצבם החברתי** (39% לעומת 25%, בהתאמה), **הכלכלי** (59% לעומת 37%, בהתאמה), **והתעסוקתי** (36% לעומת 23%, בהתאמה) וכן **בקשר שלהם עם בני המשפחה** (25% לעומת 10%, בהתאמה). מטפלים עם מוגבלות אף

דיווחו יותר ממטפלים ללא מוגבלות כי בחודשי המלחמה הראשונים היה חסר להם מידע על הסעות לבן המשפחה (42% לעומת 18%, בהתאמה). עוד נמצא כי מטפלים עם מוגבלות מעניקים יותר ממטפלים ללא מוגבלות **עזרה אישית מעשית** לבן המשפחה, כגון עריכת קניות, הכנת ארוחות, ביצוע עבודות בית ומילוי טפסים (73% לעומת 61%, בהתאמה) כמו גם **מתווכים ומסבירים לבן המשפחה בכל הנוגע להתנהלות במצבי חירום**, כגון כיצד להיכנס למרחב המוגן או כיצד לבקש עזרה (53% לעומת 41%, בהתאמה). מטפלים ללא מוגבלות דיווחו יותר ממטפלים עם מוגבלות כי בחודשי המלחמה הראשונים עלה **קושי לספק צרכים בסיסיים לבן המשפחה** (מזון, ביגוד וציוד ביתי) (31% לעומת 13%, בהתאמה) וכי הם נדרשו **לסיוע כספי** בשל המלחמה (31% לעומת 18%, בהתאמה), וכי לצרכים אלו לא ניתן מענה.

לוח 19: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי היות המטפל אדם עם מוגבלות (באחוזים)

מטפלים ללא מוגבלות		מטפלים עם מוגבלות
עומס טיפולי[^]		
הטיפול מכביד עליו***		56
חסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים		78
הסעות לבן המשפחה**		18
סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^{^^}		
עזרה אישית מעשית*		61
תיווך ומתן הסבר על התנהלות במצבי חירום*		41
עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^{^^^}		
השגת צרכים בסיסיים**		31
סיוע כספי*		31
החמרה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים^{^^^^}		
בריאות פיזית***		23
מצב רגשי/נפשי*		57
מצב חברתי**		25
מצב כלכלי***		37
מצב תעסוקתי**		23
קשר עם בני המשפחה***		10

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

[^] מטפלים שצינו כי מתן הטיפול מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה
^{^^} מטפלים שצינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^{^^^} מטפלים שצינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע
^{^^^^} מטפלים שצינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)

4.4.5 בני משפחה מטפלים, לפי המצב הכלכלי

המשיבים לסקר התבקשו לדווח על מצבם הכלכלי; האם הם מצליחים לכסות את כל ההוצאות החודשיות של משק הבית עבור מזון, חשמל, טלפון וכדומה. תשובותיהם קודדו ל"מצב כלכלי טוב" (מי שדיווחו כי הם מצליחים ללא קושי או מצליחים לכסות את ההוצאות משק הבית). **לוח 20** מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים שמצבם הכלכלי טוב למטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב בהיבטים שונים הקשורים לטיפול בבן המשפחה. מטפלים במצב כלכלי לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב כי **העומס הטיפולי כבד** עליהם (70% לעומת 53%, בהתאמה), וככלל מדיווחיהם עולה כי הם מעניקים לבן המשפחה את **כל תשעה סוגי הטיפול** יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב. מטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב כי בעקבות המלחמה חלה הרעה **בבריאותם הפיזית** (31% לעומת 24%, בהתאמה) וכן **במצבם הרגשי/נפשי** (68% לעומת 54%, בהתאמה), **החברתי** (37% לעומת 23%, בהתאמה), **הכלכלי** (72% לעומת 23%, בהתאמה) ו**התעסוקתי** (41% לעומת 16%, בהתאמה). אשר לשינוי שחל במצב הרגשי בעקבות המלחמה, מטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב על תחושת **בדידות** (49% לעומת 36%, בהתאמה) ועל **תחושת כישלון או אכזבה** מעצמם או ממשפחתם (33% לעומת 21%, בהתאמה). כמו כן הם דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב כי בחודשי המלחמה הראשונים היה חסר להם מידע על קבלת **הנחה בתשלומי חשבונות** (50% לעומת 29%, בהתאמה). מטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב אף דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב על קושי של בן המשפחה **בכניסה למרחב המוגן** (69% לעומת 58%, בהתאמה). לעומת זאת, מטפלים במצב כלכלי טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב על כך שבחודשי המלחמה הראשונים התגברו צרכים שונים שלא קיבלו מענה: **השגת צרכים בסיסיים** (מזון, ביגוד וציוד ביתי) (35% לעומת 15%, בהתאמה), **השגת תרופות או ציוד רפואי** (19% לעומת 12%, בהתאמה), צורך ב**סיוע כספי** (35% לעומת 18%, בהתאמה) ו**בהשגחה על ילדים או על אדם מבוגר** שאינם בן המשפחה (36% לעומת 25%, בהתאמה).

לוח 20: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי המצב הכלכלי של המטפל (באחוזים)

מצב כלכלי טוב	מצב כלכלי לא טוב	
		עומס טיפולי^
70	53	הטיפול מכביד עליו***
		חוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים
50	29	כיצד לקבל הנחה בתשלומי חשבונות**
		סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^^
27	18	טיפול אישי*
42	31	עזרה במעברים**
66	54	הסעות**

מצב כלכלי טוב	מצב כלכלי לא טוב	
69	60	עזרה אישית מעשית*
44	31	עזרה בטיפול רפואי**
76	60	תמיכה רגשית, הפגת בדידות***
46	33	פעילות פנאי והפגה**
49	37	תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה**
50	38	תיווך ומתן הסבר על התנהלות במצבי חירום**
		עלייה בצרכים בחודשי המלחמה הראשונים^^^
15	35	השגת צרכים בסיסיים***
18	35	סיוע כספי***
12	19	השגת תרופות או ציוד רפואי*
25	36	השגחה על ילדים או על אדם מבוגר*
		קשיי המטופל בכניסה למרחב מוגן
69	58	יש קושי בכניסה למרחב המוגן**
		הרעה במצב המטופל בחודשי המלחמה הראשונים^^^^
31	24	בריאות פיזית*
68	54	מצב רגשי/נפשי**
37	23	מצב חברתי***
72	23	מצב כלכלי***
41	16	מצב תעסוקתי***
		שינוי רגשי בחודשי המלחמה הראשונים#
49	36	תחושת בדידות*
33	21	תחושת כישלון או אכזבה מעצמי או ממשפחתי**

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

^ מטופלים שציינו כי מתן הטיפול מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה
^^ מטופלים שציינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^^^ מטופלים שציינו כי חלה עלייה בצורך אך לא קיבלו כל סיוע
^^^^ מטופלים שציינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)
מטופלים שציינו כי חל שינוי רגשי בעקבות המלחמה (שינוי מועט או שינוי רב)

4.4.6 בני משפחה מטפלים, לפי היות המטפל עיקרי (יחיד או לא יחיד)

המחקר בחן אם יש קשר בין היות בן המשפחה מטפל עיקרי ובין היבטי טיפול שונים בבן המשפחה, בהתייחס לשלוש קבוצות של מטפלים: מטפל עיקרי יחיד (כלומר, אין מטפלים עיקריים נוספים מלבדו), מטפל עיקרי לא יחיד (כלומר המשיב הוא מטפל עיקרי בצד מטפלים עיקריים אחרים) ומי שאינו מטפל עיקרי (**לוח 21**). היבטי הטיפול שבהם נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצת מטפלים אחת בלבד לשתי קבוצות המטפלים האחרות מצוינים בלוח באמצעות כוכביות המציגות את רמת המובהקות. בשאר היבטי הטיפול נמצאו הבדלים מובהקים סטטיסטית בין קבוצה אחת בלבד לאחרת (ולא בין קבוצה אחת לשתי האחרות). ממצאים אלו מוצגים באמצעות האותיות a ו-b המייצגות את שתי הקבוצות השונות זו מזו באופן מובהק סטטיסטית. מן הלוח עולה כי **מטפלים שאינם עיקריים**, כלומר מטפלים שהעומס הטיפולי שלהם מועט מזה של שתי קבוצות המטפלים האחרות, דיווחו כחות על החמרה **במצב החברתי** בעקבות המלחמה (22%), זאת לעומת מטפלים עיקריים יחידים (34%) ומטפלים עיקריים שאינם יחידים (32%), וכן דיווחו כחות על מתן **עזרה בטיפול רפואי** (25%), זאת לעומת מטפלים עיקריים יחידים (45%) ומטפלים עיקריים שאינם יחידים (50%).

מטפלים עיקריים שאינם יחידים, כלומר מטפלים שהעומס הטיפולי שלהם מתחלק עם קרוב משפחה נוסף, דיווחו יותר על **הענקת טיפול אישי** (33%), זאת לעומת מטפלים עיקריים יחידים (20%) ומטפלים שאינם עיקריים (15%), וכן על **תיווך ומתן הסבר על אופן ההתנהלות הן בשגרה הן במצבי חירום** (56%), זאת לעומת מטפלים עיקריים יחידים (37% ו-43%, בהתאמה, בשני ההיבטים) ומטפלים שאינם עיקריים (35% בשני ההיבטים).

לוח 21: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי היות המשיב מטפל עיקרי (באחוזים)

מטפל עיקרי יחיד	מטפל עיקרי לא יחיד	אינו מטפל עיקרי	עומס טיפולי [^]
63	^b 68	^a 53	הטיפול מכביד עליו
			סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה ^{^^}
20	33	15	טיפול אישי ^{***}
57	^b 69	^a 52	הסעות
65	^b 70	^a 59	עזרה אישית מעשית
45	50	25	עזרה בטיפול רפואי ^{***}
39	^b 49	^a 32	פעילות פנאי והפגה
37	56	35	תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה ^{***}
43	56	35	תיווך ומתן הסבר על התנהלות במצבי חירום ^{***}
			החמרה במצב המטפל בחודשי המלחמה הראשונים ^{^^^}
34	32	22	מצב חברתי ^{**}
			חוסר בתמיכה במטפל ^{^^^}
^b 59	47	^a 41	מישהו שייתן עזרה מעשית בעת הצורך

^{**}0.01 < p ^{***}0.01 < p

[^] מטפלים שציינו כי מתן הטיפול מכביד עליהם במידה מסוימת או רבה

^{^^} מטפלים שציינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד

^{^^^} מטפלים שציינו כי מצבם הורע (החמיר או החמיר מאוד)

^{^^^^} מטפלים שציינו כי הם לא מקבלים תמיכה אף פעם או שמקבלים תמיכה רק לעיתים רחוקות

4.4.7 בני משפחה מטפלים, לפי הוותק בטיפול

לבסוף נשאלו המטפלים כמה זמן הם מטפלים בבן המשפחה. תשובותיהם קודדו ל"מטפל חדש" (מי שמטפל פחות מחמש שנים בבן המשפחה) או "מטפל ותיק" (מי שמטפל חמש שנים ויותר בבן המשפחה). **לוח 22** מציג את ההבדלים המובהקים סטטיסטית שנמצאו בין מטפלים חדשים למטפלים ותיקים בהיבטים שונים הקשורים לטיפול בבן המשפחה.

מטפלים חדשים דיווחו יותר ממטפלים ותיקים על **מחסור בהנחיות להתנהגות בתקופת המלחמה** (33% לעומת 16%, בהתאמה) ופחות מהם על **יכולת להתמודד עם בעיות בחודשי המלחמה הראשונים** (21% לעומת 28%, בהתאמה). מטפלים ותיקים דיווחו על יותר סוגי טיפול שהם מעניקים לבן המשפחה, זאת לעומת מטפלים חדשים: **עזרה בטיפול רפואי** (45% לעומת 32%, בהתאמה) ו**תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה**, כגון שמירה על סדר יום והתנהלות מותאמת בחברה (49% לעומת 39%, בהתאמה).

לוח 22: היבטים שונים הקשורים בטיפול, לפי ותק המטפל (באחוזים)

מטפל חדש – פחות מחמש שנים	מטפל ותיק – חמש שנים ויותר	
חוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים		
33	16	הנחיות להתנהגות בזמן המלחמה**
סוג הטיפול המוענק לבן המשפחה^		
32	45	עזרה בטיפול רפואי**
39	49	תיווך ומתן הסבר על התנהלות בשגרה*
שינוי רגשי בחודשי המלחמה הראשונים^^		
21	28	יכולת להתמודד עם בעיות*

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

^ מטפלים שציינו כי הם מעניקים את סוג הטיפול במידה רבה או רבה מאוד
^^ מטפלים שציינו כי חל שינוי רגשי בעקבות המלחמה (שינוי מועט או שינוי רב)

5. מגבלות המחקר

1. הגיל הממוצע של בני המשפחה המטפלים במחקר הוא כ-44 שנים אך יש מחקרים המעידים על כך שהגיל הממוצע של מטפלים בישראל גבוה יותר. למשל במחקר של רזניצקי וכהן (2020א) על מטפלים בזקנים נמצא כי גיל המטפלים הממוצע הוא כ-59 שנים וכי שליש מן המטפלים הם בני 65 ויותר. אם המטפלים במחקר אכן צעירים יותר מכלל המטפלים בישראל, פער גילי זה עשוי להשפיע על היבטים שונים בחייהם, כגון מצבם הבריאות, המצב התעסוקתי ותחומי עיסוק בחיים האישיים (לימודים, פיתוח קריירה וכו'), ועל חוויית הטיפול שלהם.
2. סקר פאנל מקוון סובל לעיתים מתת-ייצוג של אוכלוסיות מסוימות. אף שבמחקר זה נעשו ניסיונות להגיע לייצוג מספק של האוכלוסייה הערבית וליצור הלימה בין המאפיינים האישיים של מדגם המטפלים לאלו של מי שאינם מטפלים, אין אפשרות להבטיח כי במדדים אחרים (כגון רמת אוריינות דיגיטלית או רמת דתיות) המדגם מייצג את כלל האוכלוסייה, שכן יש קבוצות שנוטות פחות להשתתף בסקרים מסוג זה, למשל אנשים עם אוריינות דיגיטלית נמוכה.
3. גודל המדגם של המטפלים באנשים עם מוגבלות קטן יחסית ($n = 99$). במחקרים בעתיד רצוי להגדיל את מספר המשיבים שהם מטפלים באנשים עם מוגבלות כדי לחדד ההבנה בדבר הצרכים והקשיים של קבוצה זו וכדי לתכנן מענה מיטבי עבורם.
4. יש להביא בחשבון כי ייתכן שמועד העברת הסקר (פברואר-אפריל 2024) השפיע על תשובות המשיבים. אפשר לשער כי תיתכן שונות בתשובות המשיבים בתקופות שונות במשך מלחמת 'חרבות ברזל' מבחינת תפיסותיהם בנוגע להשפעת המלחמה עליהם והתמודדותם עם הטיפול בבן המשפחה בתקופה זו.
5. מאז פרוץ מלחמת 'חרבות ברזל' ועד מועד כתיבת דוח זה נפצעו כ-12,000 חיילים ואנשי כוחות הביטחון (מערכת אתר משרד הביטחון, 2024) ועוד 70,000 אזרחים הוכרו על ידי הביטוח הלאומי כנפגעי פעולות איבה (הביטוח הלאומי, 2024). רבים מהם נזקקו ועדיין נזקקים לתהליכי ריפוי ושיקום ארוכים. דוח זה לא התמקד בהם, ובצורכיהם הייחודיים. מוצע להעמיק בסוגיה זו במחקר בעתיד.

6. סיכום והמלצות

6.1 סיכום

המחקר ביקש לספק תמונת מצב על צורכיהם של בני משפחה המטפלים בזקן או באדם עם מוגבלות בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל' ועל המענים הנדרשים להם. הצורך להתמקד באוכלוסייה זו עלה מן ההבנה כי בני משפחה מטפלים ממלאים תפקיד חיוני ומרכזי בשגרת הטיפול בבן המשפחה ומוטל עליהם עומס רב. העומס אף גובר בעיתות חירום שבהן נעצרת פעילותם של כמה מן השירותים הפורמליים והמענים, ועולים צרכים חדשים או מתגברים צרכים קיימים נוכח המציאות המשתנה. בני משפחה מטפלים מהווים אפוא קבוצה שחשוב לתת עליה את הדעת ולתמוך בה, בשגרה ואף יותר בעיתות חירום.

במחקר נבחן הקשר בין הטיפול בבן המשפחה ובין מצבם של בני המשפחה המטפלים במגוון תחומי חיים, תוך השוואת מצבם של המטפלים למצבם של מי שאינם מטפלים בבן משפחה. המחקר אף השווה בין מצבם וצורכיהם של המטפלים בזקן ובין מצבם וצורכיהם של המטפלים באדם עם מוגבלות בתקופה זו.

סיבות למתן טיפול וסוגי הטיפול

כרבע מכלל המטפלים דיווחו כי הם מטפלים באדם הסובל ממחלה כרונית או באדם עם מוגבלות פיזית/קושי בניידות. בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות סיבות טיפול שכיחות נוספות נובעות מן הצרכים של אנשים עם אוטיזם או עם מוגבלות נפשית ומן האתגרים הכרוכים בטיפול בהם. סוגי הטיפול השכיחים הניתנים לבן המשפחה הם תמיכה רגשית לצורך הפגת בדידות והעלאת מוטיבציה; עזרה אישית מעשית, כגון קניות, עבודות בית, הכנת ארוחות וניהול חשבונות; והסעות למקומות שונים, כגון לטיפולים רפואיים או למסגרות תעסוקה. מטפלים באדם עם מוגבלות ציינו בשכיחות גבוהה גם הספקת פעילויות פנאי והכנה.

מטפלים עיקריים ועומס טיפולי

כמחצית מכלל המטפלים הם **מטפלים עיקריים** בבן משפחתם. הם מעניקים את עיקר העזרה הנדרשת לבן המשפחה ומוטלת עליהם אחריות רבה ועומס טיפולי ניכר (רזניצקי וכהן, 2020). במחקר עלה כי רובם הם מטפלים עיקריים החולקים יחד עם בני משפחה נוספים את הטיפול. שיעור המטפלים העיקריים היחידים מקרב המטפלים באדם עם מוגבלות הוא יותר מפי 2 (25%) משיעור המטפלים העיקריים היחידים המטפלים בזקן (12%). עוד נמצא כי באופן כללי המטפלים, הן בזקן הן באדם עם מוגבלות, חשים **עומס טיפולי** כבד. יש לשער כי עומס זה קשור בין היתר לגורמים סביבתיים, כפי שאף עלה במחקרים שמצאו כי תחושת העומס מושפעת מיכולתם של בני המשפחה להתמודד עם חסמים ואתגרים בבואם לצרוך שירותים ולממש זכויות של בן המשפחה המטופל. למשל, חסמים ואתגרים הנובעים ממחסור במענים ובשירותים, מקשיי נגישות גאוגרפית ומחסור תיאום מספק בין הגורמים המספקים את השירותים (נגר אידלמן ואח', 2024; נמר-פורסטנברג ואח', 2023).

משאבים וחוסן בשגרה

מקורות תמיכה במטפל ('מי מטפל במטפל'): תמיכה מעשית במטפל בעת הצורך, למשל מישור שייקח את המטפל לרופא או שיבשל עבורו, בולטת בחסרונה עבור כמחצית מכלל המטפלים, כמו גם מתן מידע או עצה בזמן משבר או קבלת עזרה חומרית, למשל הלוואה כספית כאשר המטפל נזקק לה. עוד נמצא כי המטפלים בזקן חשים יותר מן המטפלים באדם עם מוגבלות כי אין מי שייתן להם עזרה חומרית כאשר יזדקקו לה. **מצב בריאותם** של בני המשפחה המטפלים טוב פחות מזה של מי שאינם מטפלים. כמו כן בשנה שקדמה לפרוץ המלחמה, המטפלים באדם עם מוגבלות קיבלו **עזרה נפשית או רגשית** בשיעור גבוה יותר מן המטפלים בזקן, אך בקרב שתי הקבוצות רק מעטים קיבלו עזרה, למשל טיפול מאיש מקצוע, השתתפות בהדרכת הורים וקבלת תמיכה ממקורות מקוונים שונים. העובדה שהמטפלים אף דיווחו על מחסור באוזן קשבת לשיחה על בעיות שעולות בעקבות הטיפול מדגישה את הקושי שבו מצויים בני המשפחה המטפלים המתמודדים עם עומס רגשי רב וזקוקים לליווי ולתמיכה רגשית וחברתית כדי לשמור על חוסן אישי ומשפחתי (נגר אידלמן ואח', 2024; נמר פורסטנברג ואח', 2023).

חוסן, צרכים ומענים בחודשים הראשונים של מלחמת 'חרבות ברזל'

מן המחקר עלה כי מצבם הכלכלי, החברתי והבריאותי הפיזי של כלל **המטפלים** הורע מאז פרוץ המלחמה יותר ממצבם של מי שאינם מטפלים. המטפלים אף דיווחו יותר ממי שאינם מטפלים על דאגות שהפריעו להם לישון בעת זו. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם מחקרים קודמים שבוצעו בתקופת מגפת הקורונה והצביעו על הרעה ברווחה הרגשית של בני משפחה מטפלים ועל עלייה בתחושות של מתח ודחק ('ר' למשל רוט ואח', 2024). עוד נמצא כי מטפלים באדם עם מוגבלות דיווחו יותר ממטפלים בזקן על הרעה במצבם החברתי ובקשרים שהם מקיימים עם הקהילה בעקבות המלחמה.

תחומי החיים של **המטפלים** שבהם חלה ההרעה הרבה ביותר הם המצב הרגשי/נפשי, היכולת להתנייד בתוך הבית ומחוצה לו, המצב החברתי והבריאות הפיזית. המטפלים דיווחו על הרעה רבה יותר במצבם של אנשים עם מוגבלות בתחום התעסוקתי ובקשר שלהם עם בני המשפחה האחרים, זאת לעומת זקנים. בהלימה לכך, המטפלים, בעיקר באדם עם מוגבלות, דיווחו כי **בחודשי המלחמה הראשונים חלה עלייה בהיקף הטיפול** מסיבות הקשורות בהתדרדרות במצב הבריאות הפיזי או הנפשי של המטופל או במצב תפקוד שלו, משום שהוא נדרש לסיוע שלא נזקק לו בעבר, למשל בעריכת קניות או בהשגת תרופות, ומשום שקרובי משפחה אחרים סייעו פחות בטיפול בתקופה זו, למשל מאחר שלא יכלו להגיע לאזור מגוריו של בן המשפחה המטופל בשל המצב הביטחוני. סגירת שירותים מקומיים ומסגרות שונות (כגון חינוך, טיפול, שיקום ותעסוקה) או הפחתה בפעילותם יצרו עומס טיפולי בעיקר בקרב המטפלים באדם עם מוגבלות. ממצאים אלו עולים בקנה אחד עם ממצאי מחקרים אחרים שהראו כי בתקופות חירום תחושות העומס של בני המשפחה המטפלים והאתגרים שעומדים מתמודדים מועצמים בשל הפחתה בזמינות של שירותים קהילתיים כמו גם של קרובי משפחה אחרים (Dang et al., 2020; Rodrigues et al., 2021), ומצב זה מקשה על הגשת מכלול הסיוע הנדרש לבן המשפחה (בית איזי שפירא, 2023; ברלב ואח', 2023; משרד ראש הממשלה, 2021; רזניצקי ואח', 2020).

מן המחקר עלה כי תיאום טיפולים רפואיים ופרה-רפואיים לבן המשפחה הוא **הצורך שהתגבר במידה הרבה ביותר בחודשי המלחמה הראשונים**, כך עלה הן מדיווחי המטפלים באדם עם מוגבלות הן מדיווחי המטפלים בזקן. המטפלים דיווחו גם על

הצורך לקבל עזרה רגשית או נפשית ועל הצורך לקבל מידע על זכויות ועל דרכי צריכת שירותים. בדומה, במחקרים אחרים עלה כי הפסקת טיפולים כרה-רפואיים, שהם חלק משגרת יומו של המטופל, בשל סגירתם של שירותים פורמליים בעת המלחמה, העמיסו מאוד על בני המשפחה המטפלים, והם נאלצו להיערך לסייע לבן המשפחה ולמצוא טיפולים חלופיים. הדבר אף השפיע לרעה על המצב הרגשי של בן המשפחה המטפל ועל שגרת יומו (נגר אידלמן ואח', 2023).

בתקופה זו עלה צורך **להיכנס למרחב מוגן** בזמני אזהרות. מרבית המטפלים דיווחו על קושי של בן המשפחה להיכנס למרחב המוגן, והדבר בלט יותר בקרב זקנים מבקרב אנשים עם מוגבלות.

עוד נמצא כי מרבית המטפלים, בעיקר המטפלים בזקן, ציינו כי בחודשי המלחמה הראשונים הם **לא נעזרו אף לא בשירות אחד המיועד לבני משפחה מטפלים**. ממצא זה תומך במחקרים שעסקו בתקופת מגפת הקורונה, ובהם עלה כי מטפלים לא נעזרו בשירותי ייעוץ ותמיכה המיועדים לבני משפחה מטפלים, אף שהיו מעוניינים בכך (רזניצקי ואח', 2020). אפשר שההסבר לכך נעוץ בעובדה שריבוי הערוצים להפצת מידע, שהשתנה מדי יום, הקשה על ליקוט מידע רלוונטי למטפלים ולבני המשפחה המטופלים (נסים, 2022).

מי שדיווחו כי הם כן נעזרו באחד או יותר מן השירותים המיועדים לבני משפחה מטפלים, ציינו בעיקר אתרים מקוונים לייעוץ ומידע. בעיקר ציינו זאת המטפלים באדם עם מוגבלות. בכל הנוגע **לחוסר במידע בחודשי המלחמה הראשונים** נמצא כי כמחצית מן המטפלים דיווחו כי היה חסר להם מידע כלשהו בתקופה זו. מבין הנושאים שבהם עלה חוסר במידע צוין מיגון או הנגשה של מיגון, בקרב המטפלים בזקן יותר מבקרב המטפלים באדם עם מוגבלות, והנחה בתשלומי חשבונות והנחיות להתנהגות בתקופת המלחמה. בדומה לכך במחקרים על תקופת מגפת הקורונה עלה כי בני משפחה מטפלים דיווחו כי לא קיבלו הנחיות ברורות מגורמים רשמיים כיצד לפעול (רזניצקי ואח', 2020) או שהיה חסר להם מידע בתחומים רלוונטיים לשגרה של בן המשפחה המטופל, למשל בכל הנוגע לפעילות של מסגרות החינוך והלימודים (ברלב ואח', 2020). **הדבר העיקרי שהמטפלים ציינו שיכול להקל עליהם או על בן המשפחה המטופל בחודשי המלחמה הראשונים** הוא תמיכה רגשית עבורם או עבור בן המשפחה, פעילות פנאי ותמיכה כלכלית לצורך הטיפול. גם במחקר של נגר אידלמן ואח' (2024) נמצא בהקשר זה כי במלחמת 'חרבות ברזל' מטפלים ובני המשפחה שלהם הם מסייעים נאלצו להתמודד עם מחסור בשירותים לבני משפחה מטפלים, בעיקר תמיכה רגשית והקניית אסטרטגיות להתמודדות במצב החירום.

קשר בין מאפייניהם האישיים של בני המשפחה המטפלים ובין היבטי טיפול שונים

במחקר עלו כמה הבדלים מובהקים סטטיסטית בין בני המשפחה המטפלים:

- **מין:** מטפלות דיווחו כי הן מעניקות יותר סוגי סיוע ממטפלים ושמצבן בתחומי חיים שונים הורע בחודשי המלחמה הראשונים יותר ממצבם של המטפלים
- **קבוצת אוכלוסייה:** מטפלים ערבים דיווחו כי הם מעניקים יותר סוגי סיוע ממטפלים יהודים ושמצבם הורע בתקופת המלחמה יותר ממצבם של מטפלים יהודים. לעומת זאת מטפלים יהודים דיווחו יותר ממטפלים ערבים על צרכים שלא קיבלו מענה בתקופת המלחמה ועל מחסור בעזרה מעשית למטפל

- **גיל המטפל:** מטפלים צעירים בגילי 18-35 דיווחו כי הם מסייעים את בן המשפחה המטופל פחות מן המטפלים המבוגרים יותר (בגילי 36-50, 51-70), ואילו מטפלים בני 51-70 דיווחו כי הם נדרשו ליותר התאמות במקום העבודה בחודשי המלחמה הראשונים ולא קיבלו מענה מתאים, זאת לעומת המטפלים הצעירים יותר (בגילי 18-35, 36-50). נוסף על כך המטפלים הצעירים בגילי 18-35 דיווחו יותר הן על החמרה במצבם החברתי והתעסוקתי בשל המלחמה הן על מתן עזרה למטופל במעברים ממקום למקום, זאת לעומת המטפלים המבוגרים בקבוצת הגיל 51-70. יש לזכור כי שלב החיים של המטפלים הצעירים תובעני במיוחד ודורש משאבים בשל שילוב של עיסוקים שונים, כגון לימודים, כיתוח קריירה והקמת משפחה, ועל כן הרעה במצבם בשל המלחמה או עומס ייחודי המוטל עליהם מקשה עליהם לנהל את שגרת יומם
- **מצב התפקוד:** מטפלים שמצב בריאותם לא טוב או שיש להם מוגבלות דיווחו יותר ממטפלים שמצב בריאותם טוב ושאינן להם מוגבלות על הרעה בהיבטי טיפול שונים בבן המשפחה בחודשי המלחמה הראשונים ועל עומס טיפולי גדול יותר
- **מצב כלכלי:** מטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי טוב על הרעה במצבם בחודשי המלחמה הראשונים ועל עומס טיפולי גדול יותר, ואילו מטפלים שמצבם הכלכלי טוב דיווחו יותר ממטפלים שמצבם הכלכלי לא טוב על צרכים שלא קיבלו מענה בתקופה זו
- **מטפלים עיקריים:** מטפלים שאינם עיקריים דיווחו פחות ממטפלים עיקריים על הרעה במצבם החברתי בחודשי המלחמה הראשונים ועל כך שהם מסייעים פחות במתן עזרה בטיפול רפואי, כגון מתן זריקות, עזרה בנטילת תרופות ותיאום תורים ממטפלים עיקריים
- **ותק בטיפול:** מטפלים חדשים דיווחו יותר ממטפלים ותיקים על מחסור בהנחיות להתנהגות בחודשי המלחמה הראשונים וכחות מהם על יכולת להתמודד עם בעיות בעת הזו. מטפלים ותיקים דיווחו על יותר סוגי טיפול שהם מעניקים לבן המשפחה, זאת לעומת מטפלים חדשים

6.2 המלצות

ממצאי המחקר עולות כמה המלצות שנועדו לחזק את חוסנם של בני המשפחה המטפלים, הן למען שיפור וקידום רווחתם הן למען מתן טיפול איכותי לבן המשפחה המטופל.

1. מן המחקר עולה בבירור כי המטפלים ובני המשפחה שבהם הם מטפלים נזקקו לתמיכה רגשית רבה יותר בחודשי המלחמה הראשונים. אופייה המורכב של המלחמה והתמשכותה השפיעו על כלל האוכלוסייה, אך במקרה של בני משפחה מטפלים נוספה מורכבות הקשורה לתמיכה בבן משפחה זקן או עם מוגבלות, שיש שמצבם הרגשי והנפשי הורע בעקבות המלחמה. מומלץ לפתח עוד **שירותים פסיכולוגיים ורגשיים** ייעודיים למטפלים, הן קבוצתיים הן אישיים, שיסייעו להם לפתח כלים וחוסן להתמודדות עם נטל הטיפול, עם המורכבות ועם העומס, בשגרה ובעיקר בעיתות חירום. מוצע כי שירותים אלו יותאמו לרקע המגוון של המטפלים – נכדים המטפלים בסבתא/סבא, אחים, דוברי ערבית, מועסקים שאינם פנויים בשעות היום וכו'. זאת בהתבסס על ההנחה כי חוסן היא תכונה שאפשר לפתח ולשפר במשך החיים (Werner & Smith, 2001).
2. המטפלים דיווחו על קושי לייצר שגרה קבועה לבן המשפחה המטופל עקב מצבים המשתנים בעקבות המלחמה והפגיעה בהתנהלות היום-יומית בכל תחומי החיים. מומלץ לפתח ולהרחיב **תוכניות לליווי ולהקניית כלים ואסטרטגיות לבניית סדר יום**

גם בזמנים כאוטיים ומשתנים, כמו הקפדה על זמני ארוחות, זמן לפנאי ולמנוחה או תיווך השגרה החדשה. זאת בסדנאות הדרכה קבוצתיות ייעודיות, סרטונים או סמינרים מקוונים (וובינרים). בצד זאת יש לעודד בתוכניות אלו צמצום חשיפה לערוצי התקשורת שעלולה להגביר את רמות הדחק והמתח הן בקרב המטפלים הן בקרב המטופלים.

3. מן המחקר עלה כי לבני המשפחה המטפלים חסר מידע בנושאים שונים הקשורים בטיפול, וכי הם אינם נוטים לפנות למקורות ייעוץ ותמיכה בשכיחות גבוהה. מומלץ כי **מוקדי מידע** ממשלתיים ואזרחיים הפועלים כיום בתחומי שירותי הרווחה, הבריאות ומיצוי הזכויות **יותאמו לצרכים של בני המשפחה המטפלים** ויפותחו בהם מערכים למתן סיוע בעיתות חירום. עוד מומלץ כי המוקדים הללו יפנו **פנייה יזומה** אל המטפלים ויסייעו להם בהיבטים הבירוקרטיים הקשורים בטיפול. יש להקצות משאבים לפרסום מוקדים אלו כדי להעלות את מודעות המטפלים לפעילותם. מומלץ אף להעלות את מודעות המטפלים למידע על מיצוי זכויות לבני משפחה מטפלים באתר של [כל זכות](#).

4. במחקר נמצא כי למטופלים זקנים קשה להיכנס למרחב מוגן בעת אזעקות מסיבות שונות שאינן רק טכניות (כגון היעדר ממ"ד/מקלט או חוסר האפשרות להגיע למרחב מוגן בפרק הזמן הרלוונטי) אלא נובעות מחוסר שיתוף פעולה שלהם או מסירוב להיכנס למרחב המוגן. היו מטפלים שציינו בהקשר זה כי הם מוותרים מראש על הניסיון להתגונן. יש לציין כי במחקרים אחרים עלה קושי בנושא זה גם בקרב אנשים עם מוגבלות (ברלב ואח', 2023; נגר אידלמן ואח', 2024). מומלץ אפוא לסייע בנושא חשוב ומציל חיים זה ולפתח תוכניות הדרכה עבור בני משפחה מטפלים, הן קבוצתיות הן אישיות, כמו גם סרטונים **לתיווך נושא הכניסה למרחב המוגן** ומתן כלים ואסטרטגיות לשכנוע בן המשפחה לשתף פעולה. מוצע כי המטפלים יגבשו מבעוד מועד, יחד עם בן המשפחה (ובמקרים הרלוונטיים יחד עם המטפל הפורמלי), את אסטרטגיית הפעולה במקרה של אזעקה או אף בעת צורך בפינוי. בצד זאת מוצע לקדם בדחיפות מדיניות הנגשה של מרחבים מוגנים בבתייהם או בסביבתם של זקנים ושל אנשים עם מוגבלות.

5. יותר משליש מן המטפלים באדם עם מוגבלות ציינו שסגירת המסגרות והשירותים המקומיים בחודשי המלחמה הראשונים הגדילה את העומס הטיפולי, כרבע מהם ציינו כי פתיחת המסגרות מחדש תסייע להם בעת זו, וכחמישית מן המטפלים בזקנים ציינו כי הפסקת הטיפול על ידי המטפל בתשלום הגדילה את העומס שעומו הם מתמודדים. ואכן נתונים מורים כי חודש לאחר פרוץ המלחמה כ-2,400 עובדי סיעוד זרים עזבו את הארץ (הכנסת, 2023). מוצע להיערך מבעוד מועד **להפעלה מהירה ורציפה של מסגרות שירותים חיוניות לאנשים עם מוגבלות ולזקנים בעיתות חירום** – מסגרות חינוך, תעסוקה ודיוור – ולהמשך של העסקה רציפה ככל האפשר של מטפלים סיעודיים, עובדים סוציאליים ואנשי רפואה. זאת בין היתר על ידי תכנון מבנים מותאמים ומוגנים לחזרה מהירה לפעילות ותכנון מערך הפעלה לשעת חירום. אשר למטפלים הסיעודיים, יש להביא בחשבון את צורכיהם במצבים שבהם נדרש לפנות מן הבית את הזקן או האדם עם מוגבלות שבו הם מטפלים. בעיה זו עלתה עם פרוץ המלחמה, כאשר לא הוצעו למטפלים הסיעודיים די מענים מתאימים בעת פינוי של המטופל (הולר ואח', 2024). נוסף על כך יש להביא בחשבון את המטפלים הסיעודיים במאמצי ההסברה בנושא התנהלות בעת חירום. במלחמה הופצו סרטוני הסברה ונערכו סמינרים מקוונים (וובינרים) לעובדים סיעודיים זרים (למשל על ידי [רשות האוכלוסין וההגירה](#)), ויש לבחון אם וכיצד נכון להיערך למאמצי הסברה כאלו בעיתות חירום בעתיד.

6. במחקר עלה כי הגיל הממוצע של בני המשפחה המטפלים הוא כ-44 שנים, ורובם משולבים בשוק התעסוקה. מכאן שהם נאלצים להתמודד עם האתגר של שילוב בין עבודה ופיתוח קריירה ובין טיפול בבן המשפחה. היו שדיווחו כי לא זכו להבנה והתחשבות מספקת במקום העבודה במצב זה. מומלץ לפתח את **מנגנוני הסיוע והתמיכה בבני משפחה מטפלים במקום העבודה** ולהעלות את מודעות המעסיקים למצב ייחודי זה ואת נכונותם להתחשב בעובד בתקופות עומס טיפולי חריג, וזאת כדי שבני משפחה מטפלים יוכלו לאזן טוב יותר בין שגרת הטיפול לשגרת העבודה בחיי היום-יום. עוד מוצע כי המעסיקים יספקו שירותי תמיכה לעובדים שהם בני משפחה מטפלים, למשל קבוצת תמיכה במקום העבודה אם יש כמה עובדים שהם בני משפחה מטפלים, ואף להציע שירותים רגשיים במימון חלקי (או מלא) של מקום העבודה. כן מוצע לחדד בפני בני המשפחה המטפלים ובפני המעסיקים את הזכאות לימי היעדרות מן העבודה על חשבון ימי מחלה או חופשה עקב הטיפול בהורה או בבן הזוג, ובמקרה של ילד עם מוגבלות את **זכאותם הנוספת לשעות היעדרות על חשבון המעסיק**. נציבות שירות המדינה הגדירה בהקשר זה **נוהל עבור עובדי מדינה שהם בני משפחה מטפלים** המפרט כלים לסיוע ותמיכה בבן משפחה מטפל, ואותו מוצע לאמץ לכלל העובדים במשק.

7. בעולם מסתמנת מגמה של הכרה פורמלית, בחקיקה, במעמד של בני משפחה מטפלים ושל הסדרת שירותים לתמיכה בהם (יאבו ואח', 2021; IACO, 2021). גם בישראל פותחו מגוון שירותים ממוקדי משפחה שאותם מספקים משרדי החינוך, הרווחה והבריאות, מתוך הנחה שיש חשיבות רבה ליצירת סוגים שונים של מענים כדי לחזק את המשפחה ולהעניק לה כלים שיאפשרו לה להתמודד, להתעצם ולהעניק את סביבת החיים המיטבית לכל חברה. נוכח מספרם הגבוה של בני המשפחה המטפלים כיום, ועקב הגידול הניכר הצפוי במספר האנשים שיידרשו לטיפול בבני משפחה בשנים הבאות, מומלץ להמשיך ולבחון צעדי מדיניות נדרשים בנוגע לסוגיות הקשורות לבני משפחה מטפלים כדי לספק להם את המענים ואת מעטפת התמיכה הדרושה להם. מומלץ להתמקד בכמה צעדים מערכתיים, כגון זיהוי ורישום בני משפחה מטפלים, הנגשת מענים קיימים וכן קידום הכרה פורמלית, קביעת זכויות ייעודיות והספקת מענים ממשלתיים לסיוע ולתמיכה (ראו גם משרד ראש הממשלה, 2021). יש לזכור כי למשימת הטיפול של בני המשפחה המטפלים חשיבות רבה לא רק מבחינתם של הזקנים או של האנשים עם מוגבלות אלא גם מבחינתן של רשויות המדינה, שכן היקפה רחב מזה של מערך הטיפול הפורמלי והמקצועי (דורון ולזר, 2016), ובכך היא מאפשרת חיסכון בהצעת שירותים. מכל הסיבות הללו, על רווחתם ואיכות חייהם של בני משפחה מטפלים להיות בסדר עדיפות גבוה בקרב מקבלי ההחלטות בנושא, ועל כן יש לעגן בהקדם את מעמדם.

עוד פרסומים של המכון בנושא

נגר אידלמן, ר., קונסטנטינוב, ו. וברלב, ל. (2023). מאפייניהם וצורכיהם של מטפלים לא כורמליים בישראל המטפלים באנשים עם מוגבלות ובזקנים. דמ-23-943.

ברלב, ל., גדג', נ., יאבו, מ., נגר אידלמן, ר. ורימון-גריןשפן, ה. (2023). אנשים עם מוגבלות בישראל במלחמת "חרבות ברזל": עובדות ומספרים.

רזניצקי, ש. וכהן, י. (2020). בני משפחה מטפלים בעולם העבודה. דמ-20-838.

ברג-ורמן, א., רזניצקי, ש., וברודסקי, ג. (2018). מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם. דמ-18-768.

את הפרסומים אפשר להוריד ללא תשלום מאתר המכון: brookdale.jdc.org.il

מקורות

- ארזי, ר., בנטל, ב. ודודוביץ, נ. (2023). בני משפחה מטפלים בישראל: ניתוח, אפיון והשפעה על שוק העבודה. מרכז טאוב לחקר המדיניות החברתית בישראל. [Caregivers-2023-HEB.pdf \(taubcenter.org.il\)](https://taubcenter.org.il/Caregivers-2023-HEB.pdf)
- ארנון-שרעבי, ה. (2023). נייר עמדה מטעם עמותת "אותי" לדיון בנושא מענים לילדים עם מוגבלויות בתקופת מלחמת "חרבות ברזל". אותי – עמותה ישראלית לאוטיזם. https://fs.knesset.gov.il/25/Committees/25_cs_bg_3563920.pdf
- בית איזי שפירא. (2023). מערך הסיוע בחירום של בית איזי שפירא. "חרבות ברזל" – דו"ח ביניים. <https://kb.beitissie.org.il/wp-content/uploads/2023/11/>
- ברג-ורמן, א., רזניצקי, ש. וברודסקי, ג. (2018). מי מטפל במטפל? שירותי הבריאות, בני משפחה מטפלים ומה שביניהם. דם--18-768. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/cares-caregiver-health-services-address-needs-family-caregivers>
- ברודסקי, ג., רזניצקי, ש., וסיטרו, ד. (2011). בחינת סוגיות בטיפולם של בני משפחה בזקנים: מאפייני הטיפול, עומס ותוכניות לסיוע ולתמיכה. דם-508-11. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2018/01/508-11-Issues-in-Family-Care-REP-HEB.pdf>
- בר חי, י., זיגל, מ. ולביא, ת. (2019). חוסן אישי ומשפחתי: התמודדות עם לחץ בשגרה ובחירום. ג'וינט-אשלים ומשרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים <https://www.thejoint.org.il/digital-library>
- ברלב, ל., בכר, י. ורימון-גריןשפן, ה. (2020). השפעת משבר הקורונה על אנשים עם מוגבלות: דיווחי אנשים עם מוגבלות ודיווחי הורים לילדים או לבוגרים עם מוגבלות. מ-186-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. https://brookdale.jdc.org.il/wp-content/uploads/2020/12/Heb-S-186-20_updated.pdf
- ברלב, ל., נמר-פורסטנברג, ר. וגדג', נ. (2021). ילדים עם מוגבלות בישראל: מחקר ארצי. דם-885-21. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/children-with-disabilities-in-israel-a-national-study>
- ברלב, ל., גדג', נ., יאבו, מ., נגר אידלמן, ר. ורימון גריןשפן, ה. (2023). אנשים עם מוגבלות בישראל במלחמת "חרבות ברזל": עובדות ומספרים. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל וג'וינט – ישראל מעבר למגבלות. https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/files/Facts_and_Figures.pdf
- ג'וינט ישראל. (2020). בני משפחה מטפלים מרחוק. <https://www.thejoint.org.il/digital-library/>
- דורון, י. ולזר, א. (2016). תמיכה כורמלית בבני משפחה מטפלים – Caregivers. סקירה בינלאומית 2016. ארגון CareGivers Israel <https://caregivers.org.il/wp-content/uploads/2016/>
- ואוניברסיטת חיפה.

הביטוח הלאומי (2024). נתוני הביטוח הלאומי לציון שנה למלחמת חרבות ברזל. 6.10.24. נדלה ב-4.11.24

<https://www.btl.gov.il/About/newspapers/Pages/NtonimSHANA.aspx>

הולר, ר., ברויאר, נ., גרינשטיין, ע. וורנר, ש. (2024, פברואר 11). מערכות הרווחה ואנשים עם מוגבלויות: מגבלות המערכת והמלצות ליום שאחרי המלחמה [הרצאה בכנס]. מפגש מטעם המרכז ללימודי מוגבלות בנושא אנשים עם מוגבלות בעת המלחמה וביום

שאחרי, נערך בזום. <https://www.youtube.com/watch?v=t5cmwTi0swE>

הכנסת. (2023). חדשות הכנסת – תמונת מצב העובדים הזרים בענף הסייעוד בזמן המלחמה – יו"ר הוועדה בקריאה דחופה לשר העבודה: "נדרש להקים גוף ממשלתי עבור המעסיקים הסייעודיים עם תקציבים ותקנים נפרדים". נדלה ב-1 במרץ 2024

מתוך <https://main.knesset.gov.il/news/pressreleases/pages/press07.11.23k.aspx>

יאבו, מ., נגר אידלמן, ר., הרקוביץ-אמיר, ע. וברלב, ל. (2021). חקיקה להסדרת שירותים חברתיים לאנשים עם מוגבלות: סקירה בין-לאומית. דמ-882-21. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2021/10/Heb_Report-RR-882-21.pdf

מערכת אתר משרד הביטחון. (2024, אוקטובר 29). אגף השיקום מעדכן את מס' פצועי מלחמת "חרבות ברזל". משרד הביטחון.

https://www.mod.gov.il/Society_Economy/articles/Pages/29102024.aspx#

משרד ראש הממשלה, אגף ממשל וחברה. (2021). המלצות צוות בין מגזרי לבני משפחה מטפלים. מסמך מסכם. CareGivers.

<https://caregivers.org.il/>

נגר אידלמן, ר., גדג', נ., וברלב, ל. (2024). חוסן משפחתי בשעת חירום במשפחות בהן אדם עם מוגבלות. מ-232-24. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל (עומד להתפרסם)

נגר אידלמן, ר., קונסטנטינוב, ו. וברלב, ל. (2023). מאפייניהם וצורכיהם של מטפלים לא פורמליים בישראל המטפלים באנשים עם מוגבלות ובזקנים. דמ-943-23. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

<https://brookdale.jdc.org.il/publication/characteristics-and-needs-of-informal-caregivers-of-people-with-disabilities-and-older-adults-in-israel>

נמר פורסטנברג, ר., ברלב, ל., גדג', נ. ואילי, ת. (2023). שירותים לילדים עם מוגבלות ולהוריהם: איתור צרכים, חסמים ומשאבים משפחתיים. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל.

<https://brookdale.jdc.org.il/publication/services-for-children-with-disabilities-and-their-parents/>

נסים, ד. (2022). אנשים עם מוגבלות בתקופת הקורונה. מוגבלות וחברה, 1, 99-93. <https://www.beitissie.org.il/kb/wp-content/>

רבינוביץ, מ. ווייסבלאי, א. (2023). ילדים עם מוגבלות במלחמת 'חרבות ברזל'. הכנסת, מרכז המחקר והמידע. https://fs.knesset.gov.il/globaldocs/MMM/c48f234b-0277-ee11-8162-005056aa4246/2_c48f234b-0277-ee11-8162-005056aa4246_11_20287.pdf

רוט, ד., קרני-ויזל, י., וורבלוף, נ. ולב, ש. (2024, פברואר 29). רווחה נפשית ואיכות חיים של הורים לילדים עם מוגבלות בזמן מלחמה. הרצאה ביום העיון השנתי בתחום המוגבלות – מדיניות מחקר ופרקטיקה בנושא "מה שלומך?" מוגבלות ורווחה נפשית בימי מלחמה", רמת גן. בית איזי שפירא, אוניברסיטת בר-אילן וקרן שלם.

רזניצקי, ש., איסחאק, ל., קרמל שיפמן, א. ולדאני, ר. (2020). בני משפחה מטפלים בתקופת ההגבלות המחמירות בשל מגפת הקורונה. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל ועמותת CareGivers Israel.

[בני משפחה מטפלים בתקופת המגבלות המחמירות במגפת הקורונה ממצאים ראשוניים](#)

רזניצקי, ש. וכהן, י. (2020א). תוכנית שקד – מרכזים עירוניים לבני משפחה מטפלים: הערכה מעצבת ומסכמת. דם-817-20. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale.jdc.org.il/publication/the-shaked-program>

רזניצקי, ש. וכהן, י. (2020ב). בני משפחה מטפלים בעולם העבודה. דם-838-20. https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2020/12/HEB_Report_RR-838-20.pdf

שגיב, נ., מילשטיין, ב. ובן, א. (2011). מיכיו מרכזים למשפחות לילדים עם צרכים מיוחדים. דם-581-11. מכון מאירס-ג'וינט-ברוקדייל. <https://brookdale-web.s3.amazonaws.com/uploads/2018/01/581-11-Mapping-Support-REP-HEB.pdf>

Al-Krenawi, A., Graham, J. R., & Al Gharaibeh, F. (2011). The impact of intellectual disability, caregiver burden, family functioning, marital quality and sense of coherence. *Disability and Society*, 26(2), 139–150. doi:10.1080/09687599.2011.543861.

Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A., & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: Findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 21, 1-11. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12913-021-06359-7.pdf>.

Cès, S., Hlebec, V., & Yghemonos, S. (2019). *Valuing informal care in Europe: Analytical review of existing valuation methods*. Eurocarers. <https://eurocarers.org/publications/valuing-informal-care-in-europe/>

Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P., & Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 419–424. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.04.001>.

Dang, S., Penney, L. S., Trivedi, R., Noel, P. H., Pugh, M. J., Finley, E., Pugh, J.A., Van Houtven, C.H., & Leykum, L. (2020). Caring for caregivers during COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2197. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7361597/>.

Edwards, N. E., & Scheetz, P. S. (2002). Predictors of burden for caregivers of patients with Parkinson's disease. *Journal of Neuroscience Nursing*, 34(4), 90–184. doi: 10.1097/01376517-200208000-00003.

Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* Policy brief 4/2010. European Centre <https://www.euro.centre.org/publications/detail/387>.

- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *The Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 846–855. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x>.
- Kim, J., Kim, H., Park, S., Yoo, J., & Gelegjamts, D. (2020). Mediating effects of family functioning on the relationship between care burden and family quality of life of caregivers of children with intellectual disabilities in Mongolia. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34(2), 507–515. <https://doi.org/10.1111/jar.12814>.
- IACO. (2021). *Global State of Caring*. [IACO-Global-State-of-Caring-July-13.pdf \(internationalcarers.org\)](https://internationalcarers.org/IACO-Global-State-of-Caring-July-13.pdf).
- Lindt, N., van Berkel, J., & Mulder, B. C. (2020). Determinants of overburdening among informal carers: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01708-3>.
- Maggio, M.G., La Rosa, G., Calatozzo, P., Andaloro, A., Foti Cuzzola, M., Cannavò, A., Militi, D., Manuli, A., Oddo, V., Pioggia, G., & Calabrò, R.S. (2021). How COVID-19 has affected caregivers' burden of patients with dementia: An exploratory study focusing on coping strategies and quality of life during the lockdown. *Journal of Clinical Medicine*, 10(24), 5953. <https://doi.org/10.3390/jcm10245953>.
- McKensie, J., & McConkey, R. (2016). Caring for adults with intellectual disability: The perspectives of family carers in South Africa. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 531–541. <https://doi.org/10.1111/jar.12209>.
- O'Dwyer, T. J., Sansom, A., Biddle, L., Mars, B., Slater, T., Moran, P., Stallard, P., Melliush, J., Reakes, L., Walker, A., Andrewartha, C., & Hastings, R. P. (2021). Suicidality in family caregivers of people with long-term illnesses and disabilities: A scoping review. *Comprehensive Psychiatry*, 110, Article 152261. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152261>.
- Omiya, T., Kutsumi, M., & Fukui, S. (2021). Work, leisure time activities, and mental health among family caregivers of the elder people in Japan. *Healthcare*, 9(20), 129. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020129>.
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(3), e0247143. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247143>
- Rabinowitz, Y. G., Saenz, E. C., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2011). Understanding caregiver health behaviors: Depressive symptoms mediate caregiver self-efficacy and health behavior patterns. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 26(4), 310–316. doi: 10.1177/1533317511410557.

- Riedel, M. (2012). Financial support for informal care provision in European countries: A short overview. *Health and Ageing Newsletter*, 27, 1-4. https://www.genevaassociation.org/sites/default/files/research-topics-document-type/pdf_public/ga2012-health27-riedel.pdf
- Rodrigues, R., Simmons, C., Schmidt, A. E., & Steiber, N. (2021). Care in times of COVID-19: The impact of the pandemic on informal caregiving in Austria. *European Journal of Ageing*, 18, 195–205. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00611-z>.
- Savla, J., Roberto, K. A., Blieszner, R., McCann, B. R., Hoyt, E., & Knight, A. L. (2021). Dementia caregiving during the “stay-at-home” phase of COVID-19 pandemic. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(4), e241-e245. doi:10.1093/geronb/gbaa129.
- Serrano-Aguilar, P.G., Lopez-Bastida J., & Yanes-Lopez V. (2006). Impact on health-related quality of life and perceived burden of informal caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Neuro-epidemiology*, 27(3), 136–142.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18.
- Viny, M., Trevino, A. Y., Bouldin, E. D., Kalvesmaki, A., Roghani, A., & Pugh, M. J. (2023). Caregiver burden and COVID-19: How epilepsy caregivers experienced the pandemic. *Epilepsy & Behavior*, 141, 109151. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525505023000707#b0100>.
- Walsh, F. (2016). A family developmental framework: Challenges and resilience across the life cycle. In T. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of family therapy* (4th ed., pp. 30–47). Routledge.
- Walsh, F. (2004). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x. PMID: 12698595.
- Werner, E.E., & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Cornell University Press.