



مؤسسة "شاليم"
لتطوير خدمات للأشخاص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shoalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

תפיסת איכות סביבת העבודה ומטלת ההאכלה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות

ד"ר דליה זק"ש וגב' נועה גלעד

החוג לריפוי בעיסוק
הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה



מחקר זה נערך בסיוע מענק מחקר מקרן שלם
הקרן לפיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברשויות המקומיות
2010

קרן שלם/2010/046

תודתנו נתונה לגורמים ולאנשים הרבים שסייעו בביצוע מחקר זה:

- קרן שלם, על האמונה בחשיבות הנושא ועל העזרה במימון המחקר.
- אנשי הקשר ומנהלי המוסדות המעורבים במחקר, אשר סייעו באיסוף הנתונים ואפשרו לנו הצצה לתוך העולם הקטן אותו הם מנהלים.
- עוזרת המחקר מטעם החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה, מיטל קורמן.
- עוזרת המחקר, חגית שטיינברג, אשר נסעה ממוסד למוסד ברחבי הארץ ואספה את הנתונים על המטפלות.
- עוזרות המחקר, שירי קרטין, על ביצוע חלק מהראיונות, ואדווה שי, על ביצוע חלק מהראיונות, על שכתובם וניתוחם.
- ליווי וייעוץ בנושאים הסטטיסטיים, גב' סנדרה צוקרמן.
- עריכה לשונית, גב' יהודית דקל.
- **תודה מקרב לב לכל המטפלות הישירות, אשר מבצעות את עבודת הטיפול הקשה יום יום מתוך אהבה, מסירות ודאגה לרווחת הדיירים, ואשר הסכימו להקדיש מזמנן ולשתף במחשבות, דעות, תחושות ורגשות מתוך רצון ותקווה, כי ניסיון האישי יוכל לתרום ולסייע.**
- **תודה מקרב לב לכל מנהלי המוסדות, אשר לא רק אפשרו כניסה למוסד לצורכי ביצוע המחקר, אלא הסכימו להתראיין, להיפתח ולחשוף את תחושותיהם, ותפיסותיהם, בזמנם הפנוי ומתוך תחושת שליחות.**

תוכן עניינים

4	.....	תקציר
6	.....	1. מבוא
8	.....	2. סקירת ספרות
17	.....	3. שיטת המחקר
24	.....	4. תוצאות – ניתוח כמותי של נתוני המטפלות
33	.....	5. תוצאות – ניתוח איכותי של ראיונות המנהלים/ות
41	.....	6. דיון
51	.....	7. סיכום ומסקנות
53	.....	8. מקורות מידע
67	.....	9. נספחים
88	.....	10. תקציר באנגלית

תקציר

רקע: דיירים סיעודיים עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, המתגוררים במוסדות, הינם אוכלוסייה עם מגבלות רבות בכל תחומי החיים. המטפלים הישירים המועסקים במוסדות מהווים למעשה את המטפלת/העיקרית שלהם ומספקים את כלל צרכיהם. למטלת האכלה חשיבות מיוחדת, כיוון שהיא מתרחשת מספר פעמים ביום ומהווה אינטראקציה חשובה. לדיירים רבים קשיי אכילה, לכן ההאכלה הינה מטלה מורכבת, קשה ומלחיצה. לחץ רב וחוסר שביעות רצון עלולים להביא לשחיקה של המטפלת, ולחוסר יכולת להעניק לדיירים טיפול הולם. התייחסות לעמדות ותפיסות הצוות נמצאה כמפחיתה את המתח והלחץ, מגבירה את שביעות הרצון ומעלה את סיכויי ההצלחה של תוכניות ההתערבות. למרות זאת לא נמצאו מחקרים הבודקים כיצד נתפסת מטלת ההאכלה על ידי מטפלים ישירים.

מטרת מחקר לבחון את הקשר בין העמדות והתפיסות של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות כלפי מטלת ההאכלה, לבין תפיסת איכות סביבת העבודה, המורכבת מרמת המתח במטלת ההאכלה, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה. בחינת הקשרים הללו תאפשר בנייה ובחינה של מודל, שיסביר את הגורמים המעצבים את תפיסותיהן ועמדותיהן של המטפלות הישירות כלפי איכות סביבת העבודה שלהן, ויהווה בסיס ליישום התערבויות לשינוי המצב הקיים בעבודתן של מטפלות במסגרת מטלת ההאכלה. כדי להבין את ההקשר בו מתבצעת עבודת המטפלות, נקבעה מטרת משנה למחקר זה והיא הבנת תפיסתם של מנהלי המוסדות כלפי תפקיד המטפלות, תוך דגש על תפקודן במטלת האכלה.

שיטה: אוכלוסיית המחקר כללה: א) מטפלות (272) יהודיות וערביות, ילידות הארץ ועולות חדשות מחבר העמים ומאתיופיה, אשר עמדו בקריטריונים והסכימו להשתתף במחקר. ב) עשרה מנהלים/ות של מוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות בהם המטפלות עובדות. המטפלות מילאו ארבעה שאלונים בצורה אנונימית: 1. שאלון פרטים אישיים. 2. שאלון האכלה – המתייחס לארבעה מרכיבים בהאכלה – תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים, אוטונומיה, ועומס התפקיד. 3. שאלון מתח – המורכב משני תת שאלונים המתייחסים לרמת המתח בסיום ההאכלה ובסיום יום העבודה. 4. שאלון שביעות רצון, המתייחס לרמת שביעות הרצון ממקום העבודה. המנהלים של מוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות רואיינו בראיון חצי מובנה כדי להבין את תפיסתם את התפקיד והתפקוד של המטפלות הישירות, במיוחד לגבי מטלת ההאכלה. עיבוד הנתונים ובדיקת ההשערות נעשו באמצעות שימוש במתאמי פירסון, ניתוח בדיגום משוואות מבניות (SEM) וניתוח רב משתני (MANOVA). ניתוח הראיונות בוצע על פי הכללים של ניתוח נתונים איכותניים.

תוצאות: מנתוני המחקר עולה, כי קרוב לשני שלישים מהמטפלות הישירות הן ערביות או מהגרות מחבר העמים ומאתיופיה, ורק שליש הינן יהודיות ותיקות אשר נולדו בישראל או הגיעו לארץ בגיל צעיר. עומס העבודה שלהן גדול הן בשל העבודה במשמרות והן בשל הדרישות הרבות במטלת ההאכלה. כמו כן, נמצאו הבדלים בין קבוצות הנשים: הנשים הערביות והנשים שהגיעו מאתיופיה צעירות יותר מהנשים שהגיעו מחבר העמים או הישראליות הותיקות. בנוסף לכך, המטפלות הערביות חשות יותר במתח, ויש להן יותר הרגשת עומס מאשר ליהודיות הותיקות.

הממצא העיקרי של המחקר הוא כי המודל התיאורטי המוצע מתאים לנתוני המחקר הנצפים. התקבלה השערת המחקר שטענה, כי במודל של איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות

לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות משולבים מדדי רקע של תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים ואוטונומיה, בצד משתנה בלתי תלוי של למידה בקורס מטפלות, דרך משתנה מתווך של עומס בעבודת ההאכלה, כתורמים להבנת איכות סביבת העבודה של המטפלות, הנמדדת ברמת המתח ומידת שביעות הרצון שלהן.

מתוך הראיונות- המנהלים הציגו שלש גישות ניהול עיקריות: גישה בירוקראטית, גישה משפחתית וגישה קהילתית. גישת הניהול הנבחרת על ידי המנהל מכוונת את צורת העבודה במוסד ואת עבודת המטפלת. המנהלים מודעים לרקע המוחלש ממנו באות המטפלות, חלקם מדגישים את העוצמות שלהן, חלקם את החולשות שלהן ולחלקם תפיסה מורכבת של עוצמות וחולשות כלפי המטפלות.

דיון: בהתאם לעולה מן הממצאים במקומות שונים בארץ ובעולם, במחקר הנוכחי נמצא, כי רבות מהנשים העובדות בתפקידי הטיפול הסיעודי בישראל הינן נשים ממעמד חברתי וכלכלי נמוך ומקבוצות מיעוט - רובן ערביות ומהגרות. הן האחראיות העיקריות לטיפול בדיירים בכלל ולביצוע מטלת ההאכלה, ועבודתן עמוסה ולחוצה. יחד עם זאת, הן אינן זוכות להערכה גבוהה או לתגמול מספק על עבודתן. אי לכך איתור הגורמים ליצירת סביבת עבודה איכותית חשובה מאד עבורן. המודל שהתקבל מסביר את הגורמים המעצבים את איכות סביבת העבודה עבורן, ויכול להוות בסיס ליישום התערבויות לשינוי המצב הקיים בעבודתן של מטפלות בתחום ההאכלה. כיוון שהמטפלות הישירות נמצאות בקשר יומיומי עם הדיירים ומספקות את מרבית צרכיהם, הפיזיים והרגשיים, דרך עבודתן משפיעה בצורה משמעותית על רווחתם האישית של הדיירים. על כן העלאת שביעות הרצון והורדת תחושות העומס והמתח של הצוות, תשפר את רווחתן האישית של המטפלות הישירות, כמו גם את רווחתם האישית של הדיירים ובני משפחותיהם. חשוב לזכור, כי אוכלוסיית המטפלות הישירות הינה אוכלוסייה המבצעת עבודה קשה ותובענית ביותר עבור שכר נמוך, אוטונומיה מועטה ולרוב ללא הכשרה מתאימה. גורמים אלה משפיעים בצורה ניכרת על איכות השירות הניתן לדיירים, על הביצועים הישירים של העובדות ועל גורמים נוספים, כהיעדרויות ועזיבת המקצוע.

הממצאים העיקריים של מחקר זה כוללים את השפעתה החשובה של רמת העומס במטלת ההאכלה על רמת המתח ורמת שביעות הרצון מהעבודה, וחשיבות תמיכה ובהירות תפקיד ההאכלה להעלאת רמת שביעות הרצון בעבודה. ממצאים אלה נותנים כיוון ראשוני בנוגע לגורמים העיקריים במטלת ההאכלה, הדורשים טיפול והתערבות. מנהלי המוסדות מודעים לרקע החברתי והמקצועי המוחלש של המטפלות כמו גם לקשיים ולעומס העבודה שלהן. תרומתו של המחקר הנוכחי למנהלים הוא במיקוד השינויים, הדורשים השקעה תקציבית וביסוסם על ראיות מחקריות. בנוסף למתן זמן לביצוע מטלת ההאכלה, מתן ידע וכישורים וסדנאות במקום העבודה יכולים לייעל ביצוע מטלת ההאכלה ולשפר תחושת העומס. בנוסף לכך, ישנה חשיבות רבה ליצירת תפקיד האכלה ברור ומוגדר המלווה בתמיכה עקבית ויומיומית. לבסוף, הקשבה למטפלות ושילובן בקבלת החלטות בכל תחומי עבודתן ובמטלת ההאכלה, ושיתופן בתכנון סדנאות והכשרות להעשרת הידע יאפשר לזהות את הצרכים שלהן בצורה ממוקדת יותר ולהעלות את תחושת הערך העצמי שלהם במידה רבה.

¹ כיוון שמרבית המטפלים הישירים בישראל הינן נשים, השתתפו במחקר זה נשים בלבד.

1. מבוא

נכון לשנת 2009 מתגוררים 9,419 דיירים עם לקויות קוגניטיביות במסגרות חוץ ביתיות בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009), כאשר ככל שמגבלת האדם קשה ומורכבת יותר, והוא זקוק לטיפול אינטנסיבי יותר, גדל הסיכוי להשמתו במוסד - בשונה מדיוור קהילתי או משפחה אומנת (גל, 2001, Schalock & Cho 2007;). אוכלוסיית הדיירים הסיעודיים עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, הגרים במוסדות, היא אוכלוסייה עם מגבלות וקשיים בכל תחומי החיים (Kellogg, 1998). עיקר הטיפול הפיזי באוכלוסייה זו נעשה על ידי צוות המטפלים הישירים העובד במקום. עובדים אלו הם למעשה המטפלים העיקריים (caregivers) של הדיירים, כיוון שהוריהם ומשפחתם אינם נמצאים עמם באופן רציף וקבוע. המוגבלות והתלות הרבה של הדיירים מביאה לכך, שעיקר זמנו של הצוות הטיפולי מוקדש לטיפול בצרכים פיזיים יומיומיים כמו רחצה, הלבשה והאכלה. בשל טבעה של האכילה, המתרחשת מספר פעמים ביום, מהווה ההאכלה את אחת המטלות המשמעותיות בסדר היום של הצוות הטיפולי ואת אחת האינטראקציות החשובות בינו לבין הדיירים. הספרות מתייחסת להאכלה כמטלה מורכבת, המהווה אינטראקציה חברתית חשובה, ומערבת את שני המשתתפים, הורים וילדיהם או מטפלים ומטופלים (Clarck et al., 2003; Thigphen-Beck, 1997 & Humphry). לא נמצאו מחקרים אשר בודקים את עמדותיהם של מטפלים בנוגע להאכלה, אך במחקרים שנערכו עם הורים לילדים עם קשיי אכילה נמצא, כי האכלה נתפסת כמטלה קשה במיוחד (Case-Smith, 2007; Sleight, 2005), ומתוארת על ידי ההורים כמטלה הכי פחות מועדפת מבין מטלות הטיפול בילד (Pagano, 2000). בנוסף לכך נמצא כי ככל ששביעות הרצון מההאכלה נמוכה, רמת המתח ההורי עולה (Pagano, 2000). Labovitz & Sachs (2004) מציינות, כי כל סיטואציה טיפולית טומנת בחובה לחץ נפשי ברמה כלשהי. רמת לחץ גבוהה או לחץ מתמשך עלולים להביא לשחיקה של המטפל, ולחוסר יכולת להעניק טיפול הולם. מסקירת הספרות עולה, כי הלחץ בו עובדים המטפלים הישירים משפיע על רמת שביעות הרצון מהעבודה ואף על איכות הטיפול (Heron & Chakrabarti, 2003; Mascha, 2007). Baum (2005) מציינת, כי במטרה להשיג יחס הולם ואיכות חיים טובה ללקוחות חשוב להתייחס למטפלים בצורה דומה ולדאוג לאיכות חייהם בעבודה. ואכן, בשנים האחרונות נעשה מאמץ לחקור את גורמי הסיכון, הפיזיים והנפשיים, הקיימים בטיפול אינטנסיבי באנשים עם קושי או מגבלה תפקודית, ובדרכים להפחיתם וליצור סביבת עבודה נוחה יותר ומלחיצה פחות (Geiger; Fish, 2000; Mascha, 2007; Hatton et al., 2001; Trinkoff, 2004 & Brown, Muntaner, Lipscomb; Menzel, 2001; Retsas & Pinukahana, 2000; Rose, 1999; Yip, 2001;). מחקרים, אשר בדקו יעילות של תוכניות התערבות במשפחות בהן ילדים עם ליקויים התפתחותיים וקשיי אכילה, מראים, כי על מנת להעניק טיפול הולם ומתאים על אנשי המקצוע להיות מודעים לצרכים של הילד כמו גם לצרכיו של המטפל ולהתייחס אליהם בבניית תוכנית ההתערבות (Case-Smith, 2007; Kritzing & Lewis, 2004). מטפלים ישירים, העובדים עם דיירים סיעודיים עם

לקוויות קוגניטיביות משמעותיות המתגוררים במוסדות, תופסים תפקיד חיוני ומשמעותי ביותר בחייהם של הדיירים, ומספקים בפועל את מרבית צרכיהם הפיזיים והרגשיים. עובדה זו הופכת את הדייר והמטפל ליחידה טיפולית, שניתן להקבילה במידה רבה, ליחידה המשפחתית בקהילה. הקבלה זו דורשת התייחסות למטפלות/כלקוח/ה ופיתוח גישת התערבות כוללת המתאימה לצרכי היחידה כולה. כאשר מתייחסים לדייר ולמטפל כיחידה טיפולית המקבילה ליחידה המשפחתית, נראה כי ישנה חשיבות גדולה לעמדות המטפל ולצרכיו.

מטרת המחקר הנוכחי הינה לבחון את הקשר בין העמדות והתפיסות של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקוויות קוגניטיביות משמעותיות כלפי מטלת ההאכלה, לבין תפיסת איכות סביבת העבודה, המורכבת מרמת המתח במטלת ההאכלה, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה. כדי להבין את ההקשר בו מתבצעת עבודת המטפלות, נקבעה מטרת משנה למחקר זה והיא הבנת תפיסתם של מנהלי המוסדות כלפי תפקיד המטפלות, תוך דגש על תפקודן במטלת האכלה.

למחקר זה חשיבות רבה עבור מרפאים בעיסוק, אשר עובדים במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקוויות קוגניטיביות משמעותיות. מרפאים בעיסוק מעורבים בצורה רבה בנושא ההאכלה ותפקידם כולל הערכה של יכולות הדיירים, בניית תוכניות התערבות, התאמת אביזרי עזר, הדרכה של צוות המטפלים לגבי דרכי האכלה נכונות וביצוע תוכניות התערבות, מעקב אחר ביצוע התוכניות, ואף האכלה בפועל של הדיירים (Holm & Frolek-Clark, Avery-Smith, Wold, Anthony, 2007). ידוע, כי לעמדות המטפלים חשיבות גדולה לאיכות הטיפול, הצלחת תוכניות טיפוליות וקידום דיירים עם צרכים מיוחדים (Fish, 2000). ידע והבנה של עמדות ותפיסות המטפלים הישירים לגבי מטלת ההאכלה יאפשר למרפאים בעיסוק לבנות תוכניות התערבות והדרכה מתאימות, אשר יתייחסו לצרכי הדיירים והמטפלים. במסגרת המחקר אף נבנה שאלון, אשר מטרתו בדיקת נושא ההאכלה דרך נקודת מבטם של מטפלים ישירים. השאלון יכול לשמש כלי פשוט ונוח לבחינת תפיסות ועמדות של מטפלים ישירים לגבי מטלת ההאכלה על מימדיה השונים, וככלי לאיתור אלמנטים בהאכלה אשר עשויים ליצור קשיים ומתח במקום העבודה.

2. סקירת ספרות

2.1 אוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות המתגוררת בהשמה חוץ ביתית.
מקובל לחלק את הלקויות הקוגניטיביות על פי הרמות הבאות: קל, בינוני, קשה ועמוק, כאשר אנשים עם לקות קוגניטיבית קשה ועמוקה הם אנשים שהתפקוד האינטלקטואלי שלהם (IQ) הוא 35 ומטה (APA, 2000; Loud, 2006). שכחותם באוכלוסייה מוערכת בכ- 0.2% (Cans et al., 1999), ובכ- 5% מאוכלוסיית האנשים עם לקות קוגניטיבית (APA, 2000). אוכלוסיית האנשים עם לקות קוגניטיבית קשה-עמוקה היא אוכלוסייה עם מגבלות וקשיים בכל תחומי החיים, אך עם שונות גדולה בין אדם לאדם. הקשיים עשויים להתבטא בתפקודים תחושתיים פגיעים או חסרים, קשיים בניידות, מיומנויות מוטוריקה גסה ועדינה (Kellogg, 1998; Raina et al, 2005; Shea, 2006), כישורים תקשורתיים (Kimberly, 1997; Kellogg, 1998 & Ivancic, Barrett, Simonow, 2006), אינטראקציה ושליטה מינימאלית על הסביבה, יכולת מוגבלת של חקירה ומשחק (Basili, 2001; Weisz, 1999 & Lancioni, O'Reilly, 2006), כמו כן, לקות קשה ועמוקה משולבת פעמים רבות עם ליקויים נוירולוגיים ופיזיקאליים כמו פרכוסים וליקויים ויזואליים ושמיעתיים (Loud, 2006). זוהי אוכלוסייה הזקוקה לטיפול צמוד במשך כל מהלך החיים (Pratt, 2005; Shea, 2006 & Greydanus, 2006).
רמת התפקוד הנמוכה, והקשיים הבריאותיים וההתנהגותיים הנלווים מגבירים את הסיכוי בקרב אוכלוסייה זו להשמה במוסדות (Kwai-sang Yau, 2002; Llewellyn, & APA, 2000; Chan, 2009). נכון לשנת 2009 מתגוררים 9,419 דיירים עם לקות קוגניטיבית במסגרות חוץ ביתיות בישראל (הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, 2009), כאשר ככל שמגבלת האדם קשה ומורכבת יותר, והוא זקוק לטיפול אינטנסיבי יותר, גדל הסיכוי להשמתו במוסד - בשונה מדיוור קהילתי או משפחה אומנת (גל, 2001 & Chou, 2007; Ward & McTernan, 2005; Loud, 2006; Schalock, 2007).
חוסר עצמאות באכילה הוא אחת הבעיות התפקודיות הנפוצות הקיימות באוכלוסייה זו (Fona, 2007; Loud, 2006). פעמים רבות הקשיים והמגבלות אינם מאפשרים רכישה ושליטה במיומנויות המורכבות הדרושות לאכילה עצמאית, ועל כן זקוקים הדיירים לעזרה חלקית או מלאה ממטפלים בתהליך האכילה.

2.2 אכילה והתפתחות אכילה

האכילה מזינה את הגוף, הכרחית לתפקוד האדם ומהווה אינטראקציה חברתית חשובה. תהליכי אכילה והאכלה מושפעים בצורה ניכרת מגורמים פסיכו-סוציאליים, תרבותיים וסביבתיים (Clarck et al., 2003). האכלת ילד צעיר היא פעולה מורכבת המערבת שני משתתפים. ההאכלה אף נתפסת כתפקיד ייחודי, היוצר את הקשר הראשוני בין האם והתינוק ומבטא את האחריות והדאגה למילוי צרכי התינוק (גונן וזק"ש, 2004). לרגישות המטפלים/ות ויכולתם לזהות ולהגיב ליוזמות

התקשורתיות של התינוק חשיבות רבה בתהליך ההאכלה (Fisher, & Hodges, Hughes, Hopkinson, Thigphen-Beck, 1997 & 2007 ; Humphry).

ילדים המתפתחים בקצב תקין מפתחים כישורי אכילה באופן סדרתי וצפוי, על פי תבנית אבני הדרך ההתפתחותיות, עם זאת כל ליקוי התפתחותי (פגות, שיתוק מוחין, לקות קוגניטיבית וכו') עשוי לגרום לקושי באכילה, אשר יפגע בתהליך ההתפתחות הטבעי.

2.3 קשיי אכילה אצל אוכלוסייה עם ליקויים התפתחותיים

כתוצאה מהתפתחות הרפואה ואמצעים טכנולוגיים שונים ישנה ירידה באחוזי התמותה בלידה, אך בעקבות זאת ישנה עלייה קבועה באחוז התינוקות הנולדים עם מגבלות וקשיים התפתחותיים. תינוקות וילדים אילו נמצאים בסיכון גבוה לפתח בעיות אכילה. מחקרים מראים כי כ- 10% - 25% מהם סובלים מבעיות באכילה או בתזונה (Kuhn, 2004; Pagano, 2000; Secrist-, Litchfield, 1997 & Mertz, Brotherson, Oakland Ekvall, 1975; Matson, Gardner, & Gouge) מחקרים מדווחים כי לכשליש מאוכלוסיית האנשים עם לקות קוגניטיבית, בעיות אכילה כלשהן (Sovner, 1991 & Coe). ככל שהלקות הקוגניטיבית חמורה יותר, גובר הסיכוי לבעיות אכילה כלשהן (Sovner, 1991 & Matson, Gardner, Coe), עד לכ- 64% - 80% באוכלוסייה של אנשים עם לקות קוגניטיבית קשה ועמוקה (Funa, 2007, Stein, 1977 & Perske, Clifton, McClean ; 2007). קיים מגוון רחב של קשיים תפקודיים הקשורים לאכילה: סירוב לאכול, בררנות לגבי מאכלים, קושי בשתייה, קושי בשמירה על מזון או משקה בחלל הפה, אספירציות ומקרי חנק חוזרים, הקאות ועוד (Maston, & Kuhn ; 2007, Funa ; Connecticut Birth to three Nutrition Task Force, 2000) & Temple, 2006; Samuels & ,2004; Pagano, 2000; Petersen, Kedia, Davis Newman (Chadwick, 2006). כל קושי מתואר בנפרד, אך אצל מרבית האוכלוסייה קיים שילוב של מספר קשיים (Colin, 1998; Pagano, 2000 & Phelps, Schultz, McConnell ,Burklow). פעמים רבות קשורים קשיי האכילה קשר ישיר למגבלות נוספות של האדם. לדוגמא, אדם אשר מסרב לאכול, כיוון שאינו אוהב את סוג המזון, אך אין לו יכולת תקשורתית להביע זאת באופן אחר, או אדם אשר אוכל מזון במרקם מסוים בלבד בשל היצרות של הוושט (Maston, & Kuhn) (2004) או בשל רגישות תחושתית. קשיים אלה ואחרים מובילים לכך, שפעמים רבות אין אפשרות להגיע לעצמאות באכילה, ויש צורך בהאכלה על ידי מטפל גם בגיל מבוגר. קשיי האכילה משפיעים גם על האופן בו מתבצעת הארוחה, פעמים רבות זקוקה אוכלוסייה זו לזמן האכלה ארוך במיוחד, וארוחה הנמשכת כ-45 דקות אינה דבר נדיר (Petersen, Kedia, Davis,) (Temple, 2006 & Newman). במחקרים שנערכו עם הורים לילדים עם קשיי אכילה מתוארת מטלת ההאכלה כמטלה מורכבת, הדורשת היכרות מעמיקה עם הילד, סבלנות, הקשבה ותשומת לב (Sleigh,) (2005), וכמטלה קשה פיזית ונפשית העשויה לגרום לרמת לחץ גבוהה (Pagano, 2000; Sleigh,) (2005). מצד אחד מתוארת מטלת ההאכלה על ידי ההורים כמטלה הכי פחות מועדפת מבין מטלות הטיפול בילד (Pagano, 2000), ומצד שני אמהות לילדים עם שיתוק מוחין, לקויות קוגניטיביות

וקשיי אכילה תיארו את ההאכלה כזמן משמעותי וחשוב, זמן של למידה ותקשורת קרובה עם הילד (Sleigh, 2005).

ידע רב קיים בנוגע לחשיבות האכילה, קשיי האכילה המרובים באוכלוסיה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, והעובדה כי באוכלוסיה זו נטייה גבוהה להשמה במוסדות. עם זאת, לא נמצאו בספרות מחקרים, המתייחסים לתפיסתם של מטפלים בשכר לגבי האכלת ילדים או מבוגרים עם קשיי אכילה. ממצאים אלה מחזקים את החשיבות הרבה שבמתן התייחסות למטלה זו במסגרת מוסדית, בה מטלת ההאכלה אינה מתבצעת על ידי בני משפחה אלא על ידי מטפלים בשכר, אשר מאכילים מספר דיירים עם קשיי אכילה בכל ארוחה. מחקר זה ינסה להבין כיצד נתפסת מטלת ההאכלה על ידי המטפלות הישירות, ומה הקשר של מטלה זו לתפיסת איכות סביבת העבודה. כמו כן, לא קיים ידע על העמדות של מנהלי המוסדות כלפי תפקידן של המטפלות בביצוע מטלת האכלה.

2.4. תפקיד המטפל בשכר, צרכים וקשיים

המטפלים הישירים (Direct care staff) הינם גורם חשוב ביותר ב"חבילת" הטיפול, הניתנת לדיירים במוסדות לאנשים עם מגבלה (Chakrabarti, 2003 & Heron). הם אלה אשר מבצעים את עיקר הטיפול באוכלוסייה של דיירים סיעודיים עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, המתגוררים במוסדות. עבודתם של המטפלים הישירים חיונית לחיי הדיירים ולאיכות חייהם, בייחוד באוכלוסיה עם קשיים כה רבים, התלויה לחלוטין באחר. המטפלים הם אלה אשר מבצעים את כל פעולות היום-יום (Kwai-sang Yau, 2002 & Chan) וממלאים תפקיד משמעותי בחייהם של הדיירים (Sachs & Heron, 2003; Labovitz, 2004). עבודתם כוללת קשת רחבה של תפקידים: תפקידים פיזיים (האכלה, רחצה, הלבשה, שמירה על היגיינה וכו'), תפקידים קוגניטיביים (פתרון בעיות, עבודה תחת לחץ זמן וכו'), תפקידים פסיכולוגיים (הבנת הדיירים, ניחומם, הרגעתם וכו') ותפקידים רגשיים (יצירת קשר, דאגה לרווחתו של הדייר וכו') (Labovitz, 2004 & Sachs). Diamond (1988), סוציולוג אשר עבד כמטפל ישיר בבית אבות ופרסם את חוויותיו מהעבודה, מציין כי עבודתו של הצוות הטיפולי מוגדרת כעבודה ללא הכשרה, על אף שהיא דורשת כישורים ומיומנויות מורכבים. הוא מתייחס במיוחד למטלת ההאכלה ומציין, כי מדובר במטלה קשה נפשית, הדורשת כישורים ומיומנויות רבים – התאמת קצב ההאכלה לדייר, מציאת הדרך הנכונה לשלב בין המנות והטעמים ופיתוח יכולת לתקשר בצורה לא ורבלית בזמן הארוחה. כל אלו הינם כישורים ייחודיים ומעודנים, ונדרש זמן לפתחם. אף על פי כן מרבית המטפלים אינם עוברים הכשרה מיוחדת לפני או במהלך עבודתם (מנדלר וכוורזים, 2005; Bechen, & Maas, Specht, BuckWalter, gittler; Riggs, 2002; 2008), וזאת על אף שידוע, כי לאיכות ההכשרה אשר מקבל הצוות השפעה משמעותית על איכות הטיפול בדיירים (Bechen, 2008 & Maas, Specht, BuckWalter, gittler), כמו גם על שביעות הרצון של הצוות, על אחוזי ההישארות במקום העבודה (Humphreys, et al., 2007) ואף על הבריאות הנפשית והפיזית שלהם (Jin-Ding et al., 2009). עבודת הטיפול הינה עבודה דרשנית, קשה פיזית ונפשית (DePalma, 2002; Hemsley, Balandin; Toghe, 2007; Chakrabarti, 2003 & Heron; Mittal, Rosen; Leana, 2009 & Sachs; Labovitz, 2004). עומס העבודה הרב משפיע בצורה משמעותית על שביעות הרצון של המטפלים,

מידת השחיקה ואחוזי עזיבת המקצוע (Nozaki, & Takeda, Yokoyama, Miyake ; Riggs, 2002)

2001). הדבר חמור עוד יותר במוסדות בהם כח האדם אינו מספיק ועומס עבודה רב מוטל על כל מטפל. במחקר, שנערך בבתי אבות, ציינו מטפלים כי דרישות העבודה אינן הגיוניות, כי פעמים רבות מבצע כל מטפל עבודה של שני אנשי צוות וכי מספר המטופלים הרב, הנמצא באחריות כל מטפל, לא מאפשר מתן טיפול הולם (Leana, 2009 & Mittal, Rosen). אף על פי שזוהי עבודה קשה הדורשת יכולות ומיומנויות רבות, מדובר בעבודה בעלת סטאטוס מקצועי נמוך ואוטונומיה מועטה, הנעשית בעבור שכר ותגמולים מעטים (כורזים ומנדלר, 2005; Labovitz, 2004 & Sachs; Diamond (1988)). מתייחס גם הוא לחוסר האוטונומיה הקיים בתפקיד ומתאר את קורס ההכשרה שעבר כך: "לימדו אותנו לא לקחת שום החלטה בלי להתייעץ עם האחראים... ולימדו אותנו לא לשאול שאלות אלא לעשות מה שאומרים לנו".

על אף שהמטפלים הישירים מהווים לרוב את קבוצת העובדים הגדולה ביותר בארגון, ועל אף שלרוב הם אילו אשר מכירים את הדיירים בצורה הטובה ביותר, פעמים רבות אין להם כל השפעה או שליטה על תנאי העבודה, הנהלים וסדרי העדיפות של הארגון (Needleman ; Manojlovich, 2007). המעמד המקצועי הנמוך של המטפלים נובע הן מחוסר העצמאות והתלות הגדולה הקיימת באנשי צוות אחרים, והן מהפחתה בחשיבותן של הפעולות הנעשות על ידי המטפלים לרווחתו של הדייר (Fletcher, 2006; Manojlovich, 2007 ; 1988, Mauksch, 1988; Diamond & Corly).

Labovitz & Sachs (2004) מציינות, כי עבודה טיפולית הינה עבודה מלחיצה מטבעה. מחקרים מראים כי רמת לחץ גבוהה או לחץ מתמשך עשויים להביא לשחיקה של המטפל ולחוסר יכולת להעניק טיפול יעיל ומתאים (Labovitz, & Söderberg, 2007; Sachs & Glasberg, Norberg) (2004). ואכן בסקר שנערך ביפן נמצא, כי למעלה משליש מהעובדים במסגרות לילדים עם לקויות קוגניטיביות מדווחים על רמת שחיקה גבוהה (Nozaki, 2001 & Takeda, Yokoyama, Miyake).

סקר נוסף שנערך בבריטניה מצא, כי שליש מאנשי הצוות, העובדים עם אנשים עם לקויות קוגניטיביות, מדווחים על רמות מתח ולחץ גבוהות מהרצוי (פי שניים יותר מאשר באוכלוסייה הכללית) כאשר הגורמים העיקריים לכך הם: מצב בריאותי, אמונות וערכים, התנהגות הדיירים, עומס עבודה, מונוטוניות, שכר נמוך, מעמסה רגשית, מחסור בתמיכה טכנית ורגשית מחברים לעבודה ומהאחראים, מחסור באפשרויות קידום והתפתחות מקצועית, אי בהירות בנוגע למהות התפקיד, ריבוי קונפליקטים בתפקיד, אי-שיתוף בקבלת החלטות ומתח בין הבית והעבודה (Hatton et al, 1999). בנוסף לכך נמצא, כי רמת שביעות הרצון מהעבודה ורמת המתח בעבודה הינם מהגורמים המשפיעים ביותר על איכות השירות הניתן לדיירים. נושאים אלה משפיעים הן על הביצועים הישירים של העובד והן על גורמים נוספים כהיעדרויות ועזיבת המקצוע (Söderberg, & Glasberg, Norberg) (Fletcher, 1994 & 2007; Rose, Mullan). Hatton ועמיתיו (1999) מדגישים, כי רמת מתח בעבודה ורמת שביעות רצון מהעבודה הינם נושאים קרובים, אך נפרדים. על כן נדרשת התייחסות מעמיקה לשניהם במטרה לשפר את איכות החיים של העובדים והדיירים כאחד.

2.5. שביעות רצון ורמת מתח מהעבודה

נושא שביעות הרצון בקרב הצוות הטיפולי מהווה עניין מרכזי עבור כל אדם, המעוניין בפיתוח שירות איכותי עבור אנשים עם מגבלות מוגבלות (Hatton et al. 1999). ואכן, הנושא נחקר רבות, בעיקר בשני העשורים האחרונים. Chakrabarti & Heron (2003) מצאו, כי רמת שביעות הרצון של הצוות תואמת באופן כמעט מושלם את רמת הטיפול בדיירים. אי שביעות רצון ורמת מתח גבוהה משפיעים על איכות השירות ואופן ביצוע העבודה, ומתבטאים גם בהיעדרויות מהעבודה ובאחוזי עזיבה גבוהים ביותר (Lo, 2007; Hatton et al. 1999 & Chen, Chen, Tsai). אחוזי העזיבה הגבוהים (כ-69%) מאפיינים במיוחד מרכזים לטיפול ארוך טווח. כאשר מדובר בצוות המטפלים הישירים, עשויים אחוזי העזיבה להגיע עד מעל ל-100% (Emerson-Lombardo, 2002; & Drebing, McCarty). חשוב לזכור, כי אחוזי עזיבה גבוהים של הצוות מקושרים לאיכות טיפול נמוכה ולתוצאות טיפול נמוכות של הדיירים (Riggs, 2002). (Hatton et al. 2001; Spector & Castle, 2005; Engberg, 2002; Takada, 1991).

Hatton ועמיתיו (2001) בדקו את הגורמים המקושרים לשביעות רצון מהעבודה בקרב צוות מטפלים, העובדים עם אנשים עם לקויות קוגניטיביות, ומצאו כי לתמיכה מאחראים ומקולגות יכולת השפעה על החלטות טיפוליות. השתתפות בישיבות צוות ותפיסה סובייקטיבית של תנאי העבודה משפיעים במידה רבה על שביעות הרצון של העובד. בנוסף לכך נמצא, כי אנשי צוות מבוגרים הביעו שביעות רצון גבוהה יותר מאשר אנשי צוות צעירים.

בשנים האחרונות נבנה גוף ידע רחב יחסית, הבודק את איכות החיים של עובדים ומטפלים באוכלוסייה של אנשים עם לקויות קוגניטיביות תוך התייחסות לכך, שאיכות החיים ושביעות הרצון של המטפלים משפיעה בצורה ניכרת על איכות הטיפול ואיכות החיים של הדיירים (Disley et al. 1999; Skirrow, 1999; Hatton, et al. 2001; Hatton, 2007 & 2009). מחקרים, אשר בדקו המשך ביצוע של תוכניות התערבות על ידי מטפלים עיקריים, מצאו אצל בני משפחה ומטפלים בשכר כאחד, כי תוכניות טיפול אשר נקבעות ללא מעורבותו של המטפל העיקרי, אינן מבוצעות בעקביות ולאורך זמן, ועל כן אינן משיגות את מטרתן (Pagano, 2000; Porter, Franklin, Pieninck, 2000; Holm, 2001 & Springer).

במטרה לערב את הצוות המטפל בתוכניות הטיפול ולהשיג שיתוף פעולה וביצוע יעיל ועקבי של התוכניות יש להתייחס לצרכיו, מטרותיו וסדרי העדיפויות שלו, כפי שנעשה עם בן משפחה או מטפל עיקרי בקהילה. על אף התפקיד המרכזי של צוות זה בחייהם של הדיירים, קיימים מחקרים מעטים, הבודקים את תפיסותיהם ועמדותיהם באופן כללי (Chakrabarti, 2003 & Heron), ולא נמצאו כלל מחקרים, הבודקים את תפיסותיהם בנוגע להאכלה. ישנה חשיבות רבה לביצוע מחקרים בנושא, כיוון שידע בנוגע לתפיסת הצוות ייתן נקודת מבט רחבה יותר על המתרחש במוסדות ויאפשר לשפר את איכות השירות.

2.6. רציונאל המחקר

מסקירת הספרות עולה, כי המטפלים הישירים במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות הם אלה, אשר מלווים את הדיירים לאורך רוב שעות היום ומספקים את מרבית צרכיהם. כמו כן עולה, כי בעולם ובארץ המטפלות הישירות העובדות במוסדות לאוכלוסיות עם צרכים מורכבים וסיעודיים באות מרקע חברתי, אתני וכלכלי מוחלש. הכשרתן המקצועית לא מספקת, מעמדן בהיררכיה המוסדית נחות, עבודתן קשה ומורכבת, והתגמול עבורה, הן מבחינה כלכלית והן מבחינת ההכרה החברתית, הוא נמוך.

אחת המטלות המורכבות לביצוע בעבודתן היא ההאכלה. האכלה מתרחשת מספר פעמים ביום, ויש משמעות ייחודית לאופן ביצועה ולהשפעתה על המטפלים ועל הדיירים כאחד. אנשי צוות שונים: דיאטנים, קלינאי תקשורת ומרפאים בעיסוק, מעורבים בתהליך ההאכלה, אך המטפלים הישירים הם כוח האדם העיקרי בארוחות, והם אלה המוציאים לפועל את תוכניות ההתערבות. חשיבותה ומורכבותה של מטלת ההאכלה והקשיים התפקודיים הרבים באוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות מגבירים את הצורך בהתייחסות לנושא. מחקרים מראים, כי האכלת ילדים ומבוגרים עם קשיי אכילה הינה מטלה קשה במיוחד, המקושרת אצל הורים לילדים עם קשיי אכילה לרמות מתח ולחץ גבוהות. יחד עם זאת, אין התייחסות לקושי זה אצל מטפלות בשכר, לא מנקודת מבטן ולא מנקודת המבט של ההנהלה ומקבלי החלטות. לתפיסה של מטלת האכלה מצטרף גם העומס החיצוני הקשור בה – מספר הארוחות בהן מאכילה המטפלת בכל משמרת, ומספר הדיירים אותם היא מאכילה בכל ארוחה.

מהספרות עולה, כי בדיקת תפיסותיהן ועמדותיהן של מטפלות ישירות בנוגע למטלת ההאכלה וזיהוי מימדי ההאכלה משפיעה מצד אחד על מתח ומצד שני על שביעות רצון בעבודה. מתח ושביעות רצון הם מרכיבים מרכזיים של איכות סביבת העבודה. לתפיסה של המטפלות הישירות את איכות סביבת עבודתן חשיבות גדולה והשלכות על איכות הטיפול, שהן מעניקות לדיירים, ועל נכונותן להישאר במקום העבודה ולהשקיע בקידום הידע המקצועי שלהן. ישנם מחקרים שבדקו את שביעות רצונן של מטפלות ישירות מעבודתן, אך רובם מתייחסים בעיקר לגורמים החיצוניים של תפקידן כמו שכר, עומס ומעמד. מעט מחקרים בדקו לעומק את המטלות השונות המתבצעות על ידי המטפלות, את הדרישות המורכבות של תפקידן ואת הרגשתן כלפי התמיכה וההדרכה שהן מקבלות, הידע הדרוש להן ומידת העצמאות, שניתנת להן בעבודתן. על אף התפקיד המרכזי של צוות המטפלים הישירים בחייהם של הדיירים, ועל אף התפקיד המרכזי, אשר מהווה מטלת ההאכלה בסדר יומם של המטפלים והדיירים, לא נמצאו כלל מחקרים הבודקים את תפיסותיהם של מטפלים ישירים בנוגע להאכלה. כמו כן, ההתייחסות בספרות לרמת הידע והכישורים של המטפלות וההכנה שלהן לתפקיד בכלל, ולמטלת ההאכלה בפרט, היא מועטה.

אחד התפקידים החשובים של מרפאים בעיסוק, העובדים במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות מורכבות, הינו הדרכת המטפלות הישירות במטלת ההאכלה. על כן קיימת חשיבות רבה להבנת מטלת ההאכלה מנקודת מבטן של המטפלות וזיהוי האלמנטים המשפיעים על אופי בצוע המטלה. הבנה זו תאפשר להתאים את תוכניות ההתערבות וההדרכה לא רק לצרכי הדיירים, אלא גם לצרכי המטפלות. על ידי כך ניתן יהיה להפחית את רמת המתח, להעלות את שביעות הרצון של הצוות ולשפר את איכות השירות הניתן לדיירים. אי לכך במחקר הנוכחי נבחר מודל להסבר תפיסת איכות סביבת העבודה של המטפלות הישירות, המעמיד את תפיסת מטלת ההאכלה במרכז, ובוחן מימדים של רקע מקצועי, עומס בעבודה והכנה לעבודה הטיפולית. כדי להבין

את ההקשר בו מתבצעת העבודה, מחקר זה התייחס גם לעמדות ולתפיסה של מנהלי המוסדות בהם המטפלות עובדות כלפי התפקיד של המטפלות במטלת ההאכלה.

מטרות המחקר הנוכחי הן : 1. לזהות עמדות ותפיסות של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקות קוגניטיבית משמעותית כלפי תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים, אוטונומיה בקבלת החלטות ועומס בביצוע מטלת ההאכלה, ולבחון את הקשר בין עמדות ותפיסות אילו לבין תפיסת איכות סביבת העבודה, המורכבת מרמת המתח בהאכלה, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה. זיהוי הקשרים ישמשו לבנייה ובחינה של מודל, המסביר את הגורמים המעצבים את תפיסותיהן ועמדותיהן של המטפלות הישירות ואת תפיסת איכות סביבת העבודה שלהן, ויהווה בסיס ליישום התערבויות לשינוי המצב הקיים בעבודתן של מטפלות בתחום ההאכלה. 2. בנייה ובדיקה של שאלון, אשר יאפשר הערכה של עמדות ותפיסות של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות לגבי מטלת ההאכלה על מימדיה השונים, ובדיקת המהימנות והתקפות שלו. 3. בחינת נקודת מבטם של מנהלי המוסדות: מהי התפיסה של מנהלי המוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות את התפקיד, האחריות, והתפקוד של המטפלות הישירות, במיוחד לגבי מטלת ההאכלה.

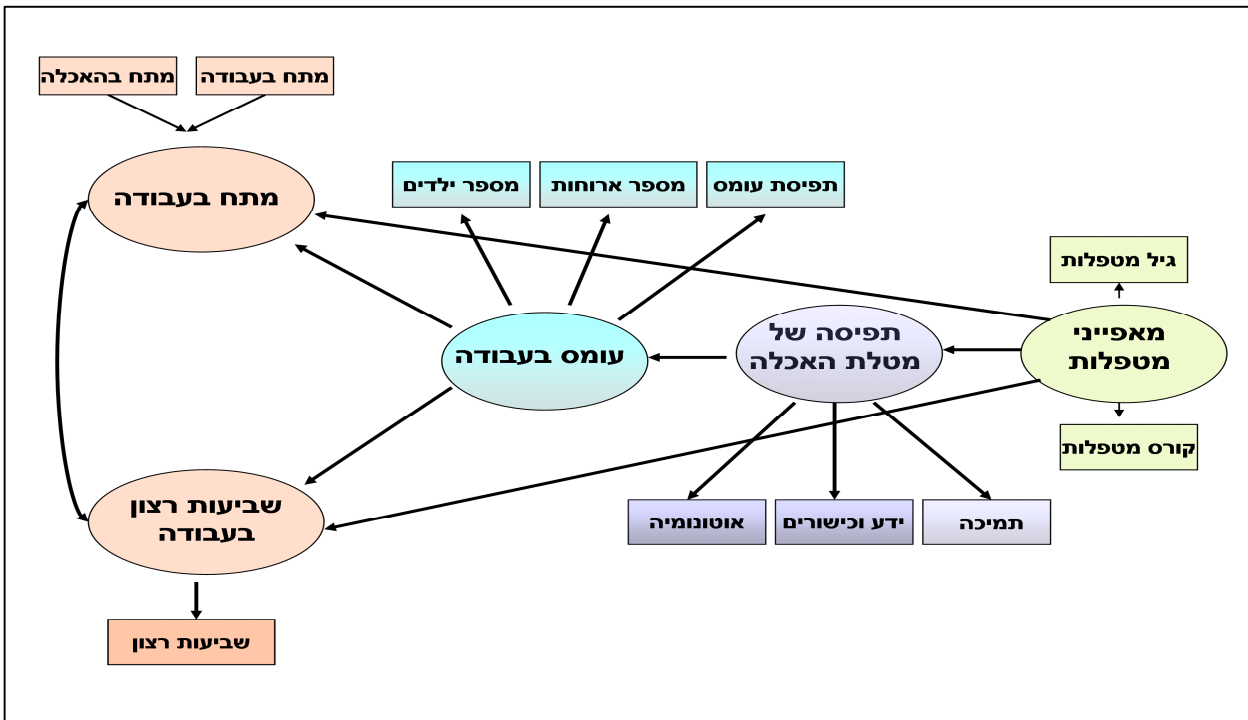
2.7. השערות המחקר

- 2.7.1. יימצא קשר בין תפיסת המטפלות את ההדרכה/תמיכה שהן מקבלות לביצוע מטלת ההאכלה ומידת בהירות התפקיד, לבין רמת המתח במטלה זו, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות.
- 2.7.2. יימצא קשר בין תפיסת המטפלות את רמת האוטונומיה ויכולת קבלת החלטות שלהן במטלת ההאכלה, לבין רמת המתח במטלה זו, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות.
- 2.7.3. יימצא קשר בין תפיסת המטפלות את מידת הידע והכישורים, הדרושים לביצוע מטלת ההאכלה, לבין רמת המתח במטלה זו, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות.
- 2.7.4. יימצא קשר בין תפיסת העומס במטלת ההאכלה, לבין רמת המתח במטלה זו, רמת המתח הכללית בעבודה ורמת שביעות הרצון מהעבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות.

2.7.5. השערת המחקר המרכזית

מתוך המשתתפים שנבחרו והקשרים ביניהם, יוצע וייבחן מודל, המסביר כיצד תפיסתן את איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות מושפעת ממטלת ההאכלה (תרשים 1). המודל יאושש על ידי הנתונים שנאספו.

תרשים 1: המודל המוצע: איכות סביבת עבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות



2.8. הגדרות המשתנים שנבחרו למודל

2.8.1. משתני רקע:

- **משתנים אישיים** – גיל, השתייכות אתנית וארץ מוצא
- **השכלה** – יסודית, תיכונית ואקדמית
- **הכשרה מקצועית בתחום** – האם המטפלת עברה (כן/לא) קורס מטפלות.
- **תפיסה של מטלת האכלה הכוללת** ארבעה מימדים:
 - **תמיכה ובהירות תפקיד** - מידת התמיכה הניתנת למטפלת, לדעתה, בנושא ההאכלה ובהירות התפקיד בהדרכה, על פי ציון ממוצע של 7 פריטים בשאלון האכלה.
 - **ידע וכישורים** – מידת הידע והכישורים שיש למטפלת, לדעתה, בהתמודדות עם מטלת ההאכלה של החניכים, על פי ציון ממוצע של 9 פריטים בשאלון האכלה.
 - **אוטונומיה** – מידת האוטונומיה שיש למטפלת, לדעתה, בהתמודדות עם מטלת ההאכלה של החניכים, על פי ציון ממוצע של 6 פריטים בשאלון האכלה.
 - **תפיסת עומס במטלת ההאכלה** – מידת העומס הקיים על המטפלת, לדעתה, במהלך ההאכלה של החניכים, על פי ציון ממוצע של 4 פריטים בשאלון האכלה.

2.8.2. משתנים מתווכים:

- **עומס בעבודה** – מידת העומס על המטפלות במדדים של מספר ארוחות ביום בהן המטפלת מעורבת, ומספר הדיירים אותם המטפלת מאכילה במוצע בכל ארוחה.

2.8.3. משתנים תלויים (מדדי תפיסת איכות סביבת עבודה):

- **מתח בעבודה** - מידת המתח בעבודה נבדקת על ידי תפיסת המטפלת את מידת המתח שלה ממטלות ההאכלה ומהעבודה באופן כללי. המדד היה ציון, המורכב מציון ממוצע שאלון מתח ממטלת ההאכלה וציון ממוצע של שאלון מתח מהעבודה.
- **שביעות רצון מהעבודה** – מידת שביעות הרצון מהעבודה נבדקת על ידי תפיסת המטפלת את שביעות הרצון שלה. המדד היה של הציון הממוצע של השאלון.

2.9. ההשלכות היישומיות של ממצאי המחקר לנושא לקויות קוגניטיביות

בחינת הקשרים והבנייה של מודל, שיסביר את הגורמים המעצבים את תפיסותיהן ועמדותיהן של המטפלות הישירות, יוכל להוות בסיס ליישום התערבויות לשינוי המצב הקיים בעבודתן של מטפלות בתחום ההאכלה. זיהוי האלמנטים העיקריים במטלת ההאכלה, הקשורים לתפיסת איכות סביבת העבודה, עשוי לסייע למוסדות, למרפאים בעיסוק ולאנשי מקצוע נוספים, המעורבים בתהליך ההאכלה, לבנות את מטלת ההאכלה ואת תוכניות ההתערבות וההדרכה בצורה מותאמת הן לדיירים והן לצוות המטפלים הישירים. דבר אשר עשוי להעלות את תפיסת איכות סביבת העבודה של הצוות הטיפולי, ועל ידי כך אף לשפר את איכות השירות הניתן לדיירים. בנוסף לכך, הבנה של תפיסות המנהלים של המוסדות את מטלת ההאכלה ואת התפקוד של המטפלות בתחום זה תוכל לסייע בגישור הפער הקיים בין התפיסה הממסדית של תפקיד המטפלות לבין תפיסותיהן, ומכאן לפתח תובנות הדדיות.

3. שיטת המחקר

שיטות המחקר היו מעורבות. סטטיסטיקה תיאורית וקורלציות שימשו לצורך זיהוי עמדות ותפיסות של מטלת ההאכלה, של איכות סביבת העבודה ובחינת הקשר בין משתני המחקר הללו. דיגום משוואות מבניות איפשר בנייה ובחינה של מודל, המסביר את תפיסת איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות. שיטות מחקר איכותניות שימשו לזיהוי התפיסה של מנהלי המוסדות את התפקיד, התפקוד והאחריות של המטפלות הישירות, במיוחד לגבי מטלת ההאכלה.

3.1. אוכלוסיית היעד

אוכלוסיית המחקר כללה 272 מטפלות, העובדות ב- 13 מוסדות להשמה חוץ ביתית לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, ו- 10 מנהלים/ות מתוך כלל המנהלים במוסדות אלו. כדי להגיע לאוכלוסיית המחקר נערכה פנייה ל- 15 מוסדות בהם אוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, אשר חלקה זקוקה להאכלה. הפנייה הייתה למוסדות הפועלים ברישיון משרד העבודה והרווחה, אשר הביעו את הסכמתם לאפשר לחוקרת להיכנס למוסד ואישרו למטפלות הישירות להשתתף במחקר. בבחירת המוסדות נעשה מאמץ להגיע לפיזור גיאוגרפי רחב במידת האפשר ולייצוג של מטפלות מקבוצות אתניות מגוונות. מתוך כלל המוסדות שפנינו אליהם 13 מוסדות הסכימו להשתתף במחקר, ושני מוסדות העדיפו לא להשתתף. להלן מוצגת טבלה המתארת את המוסדות, מיקומם, הבעלות שלהם, מספר המטפלות והמוצא שלהן. למניעת הזיהוי של המוסדות הם מיוצגים על ידי אותיות.

טבלה 1: רשימת המוסדות, מיקומם הגיאוגרפי ומספר הדיירים בכל מוסד.

מוסד	א	ב	ג	ד	ה	ו	ז	ח	ט	י	יא	יב	יג
מיקום *	מ	צ	מ	צ	מ	ד	צ	ח	ח	ח	מ	צ	מ
בעלות המוסד **	מ	צ	פ	מ	מ	צ	פ	צ	פ	פ	צ	פ	מ
מסי דיירים במוסד	164	170	130	148	320	95	78	60	108	230	91		380
מסי אנשי צוות במוסד	200	120		130	214	110		85	80	190	250		
מספר מטפלות במחקר	26	22	8	14	14	20	26	14	28	24	42	11	23

* צ= צפון, ח= חיפה וסביבותיה, מ= מרכז, ד= דרום
** מ=ממשלתי, פ=פרטי צ=ציבורי

כיוון שמרבית המטפלים הישירים בישראל הינן נשים, הוחלט לשתף במחקר זה נשים בלבד על מנת למנוע הטיה של התוצאות על רקע מגדרי. המטפלות בכל מוסד נדגמו בדגימת נוחות. השתתפו במחקר כל המטפלות, שהיו במוסד בזמן הביקור של עוזרת המחקר, ואשר הסכימו להשתתף בו. לאור הידע הקיים, שחלק ניכר מהמטפלות העובדות במוסדות לאנשי עם צרכים מיוחדים הן מקבוצות מוחלשות, בחירת המטפלות נעשתה כך, שיהיה ייצוג מספק לנשים ערביות (101), לנשים שהגיעו מחבר העמים (52), לנשים יהודיות ותיקות (101). כמו כן התגלתה קבוצה של מטפלות שהגיעו מאתיופיה (14) (טבלה 1). הקריטריונים להכללת המטפלות היו: גיל 18 ומעלה, וותק של שנה לפחות.

אוכלוסייה נוספת כללה 10 מנהלים של מוסדות לאוכלוסייה עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות. לאחר הפנייה למנהלים לאשר את השתתפות המטפלות, המנהלים נשאלו האם הם מוכנים להתראיין לצורכי המחקר. הפנייה הייתה לכל המנהלים של המוסדות בהם רואינו המטפלות. הקריטריונים להכללה היו לפחות שנתיים בתפקיד הניהולי. מתוך 14 המוסדות, שהשתתפו במחקר, מנהל אחד היה בתפקיד פחות משנתיים, ושניים סרבו להשתתף. המנהלים כללו ארבעה גברים ושש נשים. טווח הוותק שלהם בניהול היה גדול, בין 3 - 30 שנים.

תאור המטפלות (טבלה 2-3): הגיל הממוצע של המטפלות היה 42 (טווח הגילים היה 20 - 64). ממצא זה מתאים לגיל העבודה. מספר שנות הניסיון הממוצע היה 9 שנים, אך הטווח היה גדול מאד, משנה ועד 40 שנים. המטפלות עבדו בממוצע 7.5 שעות ביום והאכילו בממוצע 5 דיירים ביום, אך טווח מספר הדיירים, שהאכילו היה גדול מאד ונע בין 1 - 16. רובן (80%) עבדו במשמרות, רובן האכילו 2 ארוחות ביום, אך 45% האכילו 3 ארוחות ביום. רובן עבדו כמטפלות, מיעוטן כסייעות, מדריכות או מורות. שלושת רבעי המטפלות היו בעלות השכלה תיכונית, מקצתן בעלות השכלה אקדמית או יסודית. רק מעט יותר משליש עברו קורס מטפלות, כך ש- 61% לא עברו הכשרה לתפקידן כמטפלות. מחצית המטפלות, שהיו בעלות השכלה יסודית, עברו קורס הכשרה כמטפלות, כמעט 40% שהיו בעלות השכלה תיכונית עברו קורס הכשרה זה, אך רק 20% מבעלות ההשכלה האקדמית עברו הכשרה כמטפלות.

טבלה 2: נתוני רקע של המטפלות - שכיחויות n=272

שכיחות באחוזים %	שכיחות		
65.1	177	ישראל	ארץ לידה
19.1	52	מדינות חבר העמים	
5.1	14	אתיופיה	
10.7	29	אחר	
37.1	101	ישראליות ערביות	מוצא ודת
19.1	52	ישראליות מחבר העמים	
5.1	14	ישראליות מאתיופיה	
37.1	101	ישראליות יהודיות ותיקות	
12.1	33	יסודית	השכלה
73.5	200	תיכונית	
9.2	25	אקדמית	
37.9	103	כן	קורס מטפלות
61.4	167	לא	
84.6	231	מטפלת	תפקיד
6.3	17	סייעת	
5.1	14	מדריכה	
2.2	6	מורה	
82.4	224	כן	משמרות
12.1	33	לא	

טבלה 3: טבלת רקע של המטפלות - ממוצעים וטווחים n=272

מינימום	מקסימום	ממוצע	סטיית תקן	
20	64	42.2	11.77	גיל
1	40	9.07	8.85	שנות וותק בעבודה
4	10	7.48	72.	שעות עבודה ביום
1	3	2.42	.55	מספר ארוחות ביום
1	16	4.99	2.59	מספר דיירים בארוחה

3.2. כלי מחקר

3.2.1. שאלון דמוגרפי (נספח 1):

השאלון פותח לצורך המחקר, וכולל שאלות על הרקע האישי והמקצועי של המטפלת ועל עבודתה.

3.2.2. שאלון האכלה (נספח 2)

שאלון זה פותח לצורך המחקר הנוכחי במטרה לזהות את עמדותיהם ותפיסותיהם של מטפלים/ות ישרים/ות במוסדות לאוכלוסיה עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות לגבי מטלת ההאכלה. השאלון מתמקד בחמישה מימדים של מטלת ההאכלה, אשר נמצאו כרלוונטיים על פי מחקריהם של Hatton et al. (2001; 1999; 1997), ועל פי השאלון הארגונומי לתפקוד עובד, שנבנה על ידי הפורום לארגונומיה של מרפאים בעיסוק (2003). במחקרים של Hatton ועמיתיו (2007; 2001; 1999) נמצא, כי התפיסה הסובייקטיבית של דרישות המטלה, מידת האוטונומיה, מידת בהירות התפקיד, מידת העומס, ומידת התמיכה וההדרכה אותה מקבלת/ת העובד/ת קשורים לרמת המתח ושביעות הרצון של עובדים במוסדות לאנשים עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, ובכך משפיעים גם על איכות הטיפול בדיירים. השאלון הארגונומי לתפקוד עובד (פורום ארגונומיה, 2003) מתייחס אף הוא לאותם מימדים כאלמנטים, המשפיעים על אופן תפקודו של עובד במקום העבודה.

בבדיקת מומחים, שכללה את אחת החוקרות לה ניסיון בהדרכת מטפלות במטלת האכלה ומרפאים/ות בעיסוק נוספים העובדים בתחום, אותם המימדים נמצאו משמעותיים לתפיסת המטפלות את המטלה. השאלון עבר בדיקת מומחים על ידי שלשה מרפאים/ות בעיסוק. בנוסף לכך, נערך מחקר פיילוט, בו הועבר השאלון למורות בבית ספר "לחינוך מיוחד", אשר עובדות עם אוכלוסייה של ילדים עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, ומאכילות את הילדים בתדירות דומה לזו של המטפלים הישרים במקום. כיוון שמרבית המטפלים הישרים הינן נשים, השאלון מנוסח בלשון נקבה, אך הוא מיועד לשני המינים בצורה שווה. בשאלון הסופי 28 היגדים, כל היגד מדורג על סקאלת ליקרט בת ארבעה מדדים, ועל העובד/ת לדרג את מידת הסכמתו/ה לכל היגד (1=לא מסכים כלל; 4=מסכים מאוד).

לזיהוי המימדים שבבסיס השאלון נערך ניתוח גורמים על בסיס הנתונים, שנאספו במחקר הנוכחי. פריטים בעלי ערך טעינה של לפחות 0.4 הוכללו בגורמים. בניית הגורמים נמצאו חמישה מימדים המרכיבים את השאלון. מהימנות הפנים של ארבעת המימדים הראשוניים היו (בהתאמה): (0.72=, 0.64=, 0.61=, 0.61=). לגורם החמישי היו שני היגדים בלבד, אי לכך נערך מבחן קורלציה פירסון לבחינת הקשר ביניהם. הקשר נמצא נמוך ולא מובהק, על כן גורם זה לא נלקח בחשבון בניית הנתונים.

לאור ניתוח הגורמים השאלון התחלק לארבעה מימדים כדלקמן:

- תמיכה ובהירות תפקיד: מידת התמיכה ובהירות והגדרת תפקיד ההאכלה (7 היגדים, 13, 15, 21, 23, 26, 27, 28). מימד זה מתייחס למידה בה חשה העובדת, כי היא קיבלה הדרכה ברורה לגבי הציפיות והדרישות ממנה בנוגע להאכלה. ככל שהציון הממוצע בחלק זה גבוה יותר, כך חשה המטפלת כי היא מקבלת יותר תמיכה, והתפקיד שלה בהאכלה ברור יותר.
- אוטונומיה: מידת האוטונומיה ויכולת קבלת החלטות בתהליך ההאכלה (6 היגדים, 7 - 12). מימד זה מתייחס למידה בה חשה העובדת, כי היא מעורבת בתהליכי קבלת החלטות, ובאילו תחומים היא רשאית לקבל החלטות באופן עצמאי. ככל שהציון הממוצע בחלק זה

גבוה יותר, כך חשה המטפלת כי יש לה מידה רבה יותר של אוטונומיה בביצוע מטלת ההאכלה.

- ידע וכישורים: ידע וכישורים הדרושים לביצוע מטלת ההאכלה (9 היגדים, 1 - 6, 20, 24, 25). מימד זה מתייחס לידע בנושא של תפקודי הגוף הקשורים לאכילה, והבנה וכישורים להתמודד עם תגובות האנשים בהאכלה. ככל שהציון הממוצע בחלק זה גבוה יותר, כך חשה המטפלת כי מטלת ההאכלה הינה מטלה, הדורשת כישורים רבים יותר.
 - עומס בביצוע מטלת ההאכלה: רמת העומס הקיים במהלך ההאכלה (4 היגדים 17 - 19, 22). מימד זה מתייחס לתפיסה הסובייקטיבית של העובדת את מטלת ההאכלה כקשה ומעמיסה. ככל שהציון הממוצע בחלק זה גבוה יותר, כך חשה המטפלת כי יש עליה עומס גדול יותר בביצוע מטלת ההאכלה.
- לאורך השאלון ישנם היגדים הפוכים בכיוונם, על כן בעת ניתוח הנתונים נעשה היפוך הציונים שלהם, כך שכלל ההיגדים יתאימו אחד לשני. הציון לכל מימד ניתן על פי ממוצע דירוג ההיגדים שבו.

3.2.3. שאלון מתח בביצוע מטלת האכלה ומתח בעבודה (נספח 3)

השאלון הינו חלק מתוך שאלון תפקוד עובד אשר נבנה על ידי הפורום לארגונומיה של המרפאים בעיסוק (2003). השאלון המקורי בודק את תפקודו הכללי של העובד במקום העבודה ומתייחס לכלל תפקידי העובד. לשם מחקר זה נעשה שימוש בחלק השאלון, הבודק את ההשפעות הפיזיות והרגשיות של העבודה על העובד. שאלון זה מחולק לשני חלקים, אשר בכל אחד מהם 6 זוגות של תחושות פיזיות ורגשיות, אותן עשויים לחוש העובדים (לדוגמא: תשוש מול מלא אנרגיה, מתוסכל מול מסופק). על הנבדק למקם את עצמו על פי תחושותיו על סקאלה בת ארבעה מדדים הנעה מ-1 (תחושה טובה) עד 4 (תחושה קשה) (לדוגמא: 1= מלא אנרגיה =4 תשוש). חלק מספר 1 מתייחס לתחושות העובד לאחר סיום מטלת ההאכלה, וחלק מספר 2 מתייחס לתחושות העובד לאחר סיום יום עבודה. הציון הכולל בכל חלק נוצר על ידי חישוב הממוצע של ששת הפריטים, כאשר ככל שהציון הממוצע בשאלון גבוה יותר, כך מטלת ההאכלה גורמת לתחושות ורגשות קשים יותר אצל העובד. במחקר הנוכחי, מהימנות הפנים של שני השאלונים נמצאה טובה, שאלון מתח בביצוע מטלת ההאכלה = 0.77, ובשאלון מתח בעבודה = 0.80.

3.2.4. שאלון שביעות רצון מהעבודה (נספח 4)

שביעות הרצון מהעבודה מתייחסת לעמדות החיוביות או השליליות של עובדים כלפי עבודותיהם. אלו הן תגובות רגשיות וקוגניטיביות כלפי העבודה. משתנה זה נמדד באמצעות שאלון בן 6 פריטים, אשר נבנה על ידי O'Reilly & Tsui, Egan (1992) וכולל היגדים כגון: אני מרוצה מסוג עבודתי הנוכחית, אני מרוצה מחברי לעבודה, אני מרוצה באופן כללי מעבודתי. כל היגד מדורג על סקאלת ליקרט בת חמישה מדדים הנעה מ-1 (שביעות רצון נמוכה) עד-5 (שביעות רצון גבוהה). הציון הכולל נוצר על ידי חישוב הממוצע של ששת הפריטים, כאשר ככל שהציון הכולל בשאלון גבוה יותר, כך שביעות הרצון של העובד ממקום עבודתו גבוהה יותר. במחקרם של O'Reilly & Tsui, Egan (1992) נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha = .73$. השאלון תורגם לעברית ועובד על ידי Carmeli & Freund בשנת 2004. בבדיקה של הנוסח העברי נמצאה מהימנות פנימית של $\alpha = .79$. במחקר הנוכחי מהימנות הפנים של השאלון בינונית, = 0.70.

כל השאלונים תורגמו לערבית ולרוסית בהליך של תרגום, ולאחר מכן תרגום חוזר לעברית והשוואה למקור במטרה לוודא, שלא חל שיבוש בהליך התרגום לערבית ולרוסית. גישה זו לתרגום בשמה Sequential approach הינה שיטה מקובלת לתרגום כלי קיים (Knudsen et. Al. 2000).

3.3. מהלך המחקר

בשנת 2007 נערך מחקר גישוש במסגרת עבודת התיזה של אחת החוקרות (נועה גלעד) בו נאספו נתונים מ-31 מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות באזור חיפה. מחקר הגישוש חיזק את השימוש בשאלון ההאכלה שנבנה לצורך המחקר, והשאלון נמצא מתאים לבדיקת השערות המחקר. כמו כן, נמצא כי ישנם קשרים בין מספר מימדים של מטלת ההאכלה לבין רמת המתח ושביעות הרצון מהעבודה.

איסוף הנתונים התבצע לאחר קבלת אישור ממשרד הרווחה לפנות למוסדות, ואישור של ועדת האתיקה לביצוע מחקרים של אוניברסיטת חיפה. נתוני המחקר הנוכחי נאספו בשנת 2009 על ידי העברת השאלונים למטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות ברחבי הארץ וראיון עם מנהלי המוסדות על פי הצעדים הבאים:

- לפני תחילת איסוף הנתונים שאלוני המחקר תורגמו לערבית ולרוסית.
- בו זמנית נערכה פנייה למנהלי המוסדות (מכתב פנייה בנספח 5).
- לאחר קבלת אישור ממנהלי המוסדות להשתתפות במחקר תאמה עוזרת מחקר זמן לפגישה עם העובדות. בפגישה הסבירה עוזרת המחקר למטפלות את מטרת המחקר ואופן ביצועו, חילקה דף הסבר והסכמה להשתתפות במחקר (דף הסבר וטופס הסכמה מודעת למטפלות בנספח 6). העובדות, אשר הסכימו להשתתף במחקר, קיבלו את שאלוני המחקר ומילאו אותם בנוכחות החוקרת, על מנת לאפשר מענה על שאלות שעשויות לעלות במהלך מילוי השאלון. השאלונים הוחזרו אל החוקרת במקום.
- עם הפנייה למנהלי המוסדות ובקשה לראיין המטפלות, נערכה פנייה למנהלים/ות עצמם בבקשה להתראיין. המנהלים/ות, אשר הסכימו להשתתף במחקר, חתמו על טופס הסכמה מודעת (מכתב פנייה וטופס הסכמה מודעת למנהלים/ות בנספח 7). מקום ושעת הראיון נקבעו לנוחות המנהלים/ות, והראיונות נערכו במוסדות בהם הם עובדים/ות. כל ראיון נמשך על פני 1-2 שעות.

3.4. עיבוד הנתונים

עיבוד הנתונים בוצע באמצעות תוכנת SPSS לעיבודים סטטיסטיים ותוכנת AMOS לניתוח משוואות מבניות (Arbuckle, 1999).

- לקבלת נתונים אודות פרופיל האוכלוסייה ותאור משתני המחקר בוצעה סטטיסטיקה תיאורית.
- לבדיקת השערות המחקר 1 - 4 נעשה ניתוח בעזרת מתאמי פירסון.

- ניתוח מודל של המחקר נעשה בשיטת דיגום משוואות מבניות - Structural Equation Modeling (SEM). דיגום משוואות מבניות היא שיטה סטטיסטית הנוקטת בגישה מאשרת השערות (Confirmatory), לניתוח רב משתני של תיאוריה מבנית. שיטה זו משלבת ניתוח גורמים וניתוח נתיבים. באמצעות תוכנת AMOS מוצגת בצורה גראפית השוואה של המתאמים המצופים בין משתני המודל (Expected), בהסתמך על התיאוריה, ובין הקשר שעולה מהממצאים של המשתנים הנצפים (Observed) (Buck, 1999 & Vinokur, Pierce). הניתוח מספק שני סוגי מדדים: מדדי התאמה שמבוססים על χ^2 , ומדדי הסבר (β).
- לניתוחי משנה להשוואת קבוצות (מוצא ומוסד) נערך ניתוח גורמים רב משתני (MANOVA), ולאיתור מקור ההבדלים נערך ניתוח גורמים חד משתני (ANOVA).
- לניתוח האיכותני נערכו ראיונות חצי מובנים למנהלים של המוסדות. לביצוע הראיונות נבנה מדריך ראיון למנהלים, אשר כיסה את תפיסת המנהל כלפי ניהול המוסד, כלפי הדיירים, כלפי המטפלות ותפקידן וכלפי מטלת ההאכלה. לאחר ביצוע הראיונות נערך ניתוח תוכן של הראיונות. הראיונות קודדו על פי הקטגוריות העיקריות שעלו בהם, כאשר הקטגוריות נבחרו על בסיס בולטות וחשיבות. הקידוד נעשה בתהליך אינטגרטיבי ומחזורי, בו כל ראיון קודד לפי הניתוח הקודם והיווה בסיס לזיהוי קטגוריות חדשות או הורדת קודמות (Creswell, 1998). הדמיון והשוני בין המנהלים וההתייחסות שלהם כלפי המטפלות ומטלת ההאכלה היוו את הבסיס לזיהוי התמות המרכזיות.

4. תוצאות – ניתוח כמותי של נתוני המטפלות

4.1. ניתוחים מקדימים

בשלב ראשון, נבחנו הקשרים בין המשתנים הדמוגרפים לשאר המשתנים, במטרה לאתר משתנים הקשורים למשתני המחקר. נעשה שימוש במבחן פירסון למציאת קורלציות על מנת לבדוק את הקשרים בין משתני המחקר, לבין השכלה, גיל וותק במקום העבודה. הקשרים המובהקים שנמצאו היו:

- בין גיל המטפלת לבין מתח בהאכלה ($p = .001, r = -.30, n = 271$) ומתח בעבודה ($r = -.29, n = 271, p = .001$).
- בין המספר הממוצע של דיירים שהמטפלת מאכילה בארוחה לבין מתח בעבודה ($p = .001, r = -.12, n = 268$), לבין תפיסה של ידע וכישורים במטלת ההאכלה ($r = -.24, p = .001, n = 268$) ולבין תפיסת העומס במטלת ההאכלה ($p = .003, r = -.18, n = 267$).
- בין המספר הממוצע של ארוחות, שהמטפלת מעורבת בהן ביום עבודה, לבין תפיסה של ידע וכישורים במטלת ההאכלה ($p = .001, r = -.21, n = 272$).
- בין ההשתתפות בקורס מטפלות לבין מתח בהאכלה ($p = .005, r = -.17, n = 270$) ולבין שביעות רצון מהעבודה ($p = .040, r = -.13, n = 269$).

4.2. השוואה בין קבוצות המחקר על פי השתייכות אתנית/לאומית

בהתאם לסקירת הספרות, רוב הנשים, העובדות כמטפלות במוסדות לאנשים עם לקויות קוגניטיביות, הן מקבוצות מוחלשות מבחינת מעמדן החברתי. בארץ רוב העוסקות בתחום הן נשים ערביות, נשים יהודיות ותיקות ונשים עולות מחבר העמים. בבחירת המוסדות לאיסוף נתונים נעשה מאמץ לייצג נשים משלש הקבוצות הללו. השתתפו במחקר 101 נשים ערביות, 101 נשים יהודיות ותיקות, ו- 52 נשים עולות מחבר העמים. קבוצה קטנה נוספת שנמצאה במהלך איסוף הנתונים הייתה 14 נשים עולות מאתיופיה. בחלק זה תיבחן השאלה בדבר ההבדלים והדמיון בין קבוצות נשים אלו. כפי שמוצג בטבלה 4, בקרב הנשים הערביות- לרובן השכלה תיכונית, רק 28% מהן למדו בקורס למטפלות, רובן עובדות במשמרות, יותר ממחציתן מאכילות בממוצע 3 ארוחות בכל משמרת, ויותר ממחציתן מאכילות בממוצע לפחות חמישה דיירים בכל ארוחה. בדומה, בקרב הנשים הישראליות הוותיקות- לרובן השכלה תיכונית, אבל יותר ממחציתן למדו בקורס למטפלות. רובן עובדות במשמרות, כמעט שלושת רבעי מהן מאכילות בממוצע 2 ארוחות ביום, ומעל למחצית מהן מאכילות בממוצע שלשה דיירים ופחות בכל ארוחה. הנשים העולות מחבר העמים- שליש מהן עם השכלה אקדמית וכמעט מחציתן עם השכלה תיכונית, כשליש מהן למדו בקורס למטפלות. כמעט מחציתן עובדות במשמרות, מעל למחציתן מאכילות בממוצע 3 ארוחות ביום עבודה, וכמעט מחציתן מאכילות בממוצע 6 דיירים ויותר בכל ארוחה. הנשים העולות מאתיופיה- מחציתן עם השכלה יסודית

ולמחציתן השכלה תיכונית, כאשר רובן לא עשו קורס מטפלות (79%). רובן עובדות במשמרות, מאכילות בממוצע 2 ארוחות ביום עבודה ושלושת רבעי מהן מאכילות בממוצע חמישה או פחות דיירים בארוחה.

טבלה 4: שכיחות ושכיחות באחוזים של משתני רקע בקבוצות המחקר על פי השתייכות

אתנית/לאומית n=268

מאתיופיה n=14	ממדינות חבר העמים n=52	יהודיות ותיקות n=101	ערביות ישראליות n=101		
7 (50%)	4 (7.7%)	7 (6.9%)	14 (13.9%)	יסודית	השכלה
7 (50%)	25 (48.1%)	84 (83.2%)	82 (81.2%)	תיכונית	
0	18 (34.6%)	5 (5%)	2 (2%)	אקדמית	
3 (21.4%)	17 (32.7%)	53 (52.5%)	28 (27.7%)	כן	קורס
11 (78.6%)	35 (67.3%)	48 (47.5%)	72 (71.3%)	לא	מטפלות
13 (92.9%)	49 (94.2%)	84 (82.2%)	81 (80.2%)	מטפלת	תפקיד
1 (7.1%)	0	1 (1%)	15 (14.9%)	סייעת	
0	2 (3.8%)	10 (9.9%)	2 (2%)	מדריכה	
0	0	4 (4%)	2 (2%)	מורה	
10 (71.4%)	46 (88.5%)	80 (79.2%)	84 (83.2%)	כן	משמרות
4 (28.6%)	6 (11.5%)	16 (15.8%)	7 (6.9%)	לא	

כפי שנראה בטבלה 5, הגיל הממוצע של נשים ערביות (37) ונשים עולות מאתיופיה (35) צעיר יותר בכעשר שנים מהגיל הממוצע של נשים ישראליות ותיקות (45) או עולות מחבר העמים (49). בהתאם, שתי הקבוצות הראשונות בעלות פחות שנות ניסיון בעבודה.

טבלה 5: ממוצעים וטווחים של משתני רקע בקבוצות המחקר על פי השתייכות אתנית/לאומית

מאתיופיה	מחבר העמים	יהודיות	ערביות		
24	21	20	20	מינימום	גיל
63	64	64	59	מקסימום	
35.43	48.87	45.35	36.68	ממוצע	
9.57	8.84	12.18	9.64	סטיית תקן	
1	7	1	1	מינימום	שנות וותק
7	34	40	32	מקסימום	בעבודה
3.61	10.35	12.69	5.63	ממוצע	
2.15	6.53	10.66	6.65	סטיית תקן	
6	6	4	6	מינימום	שעות עבודה
8	8	10	9	מקסימום	ביום
7.14	7.48	7.41	7.65	ממוצע	
.53	.54	.9	.47	סטיית תקן	
2	1	1	1	מינימום	מספר ארוחות
3	3	3	3	מקסימום	ביום
2.36	2.58	2.25	2.55	ממוצע	
.5	.54	.48	.56	סטיית תקן	
2	1	1	1	מינימום	מספר דיירים
8	16	9	16	מקסימום	בארוחה
4.36	5.98	3.93	5.63	ממוצע	
1.78	2.52	1.89	2.94	סטיית תקן	

בניתוח גורמים רב משתני (MANOVA) נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ($F=4.55, p < .00$).

לאיתור מקור ההבדלים נערך ניתוח גורמים חד משתנים (ANOVA), ונמצא, כי יש הבדל בין הקבוצות בכל משתני המחקר חוץ משביעות רצון (טבלה 6). נמצא, כי לערביות יש יותר הרגשת מתח ויש להן יותר הרגשת עומס מאשר ליהודיות הוותיקות. יוצאות אתיופיה מקבלות יותר הדרכה ופחות אוטונומיה מנשים בקבוצות האחרות.

טבלה 6: ניתוח שונות רב-משתני להשוואת הבדלים בין קבוצות המחקר על פי השתייכות אתנית/לאומית במדדים של תפיסת מטלת ההאכלה ושל איכות סביבת העבודה

משתנה	ערך סטטיסטי	ערביות ישראליות	ישראליות יהודיות ותיקות	עולות ממדינות חבר העמים	עולות מאתיופיה	ערכי F
תמיכה ובהירות תפקיד	ממוצע סטיית תקן	3.69 .33	3.69 .36	3.62 .34	3.92 .16	2.96*
אוטונומיה	ממוצע סטיית תקן	2.47 .65	2.47 .64	2.68 .56	2.06 .64	3.81*
ידע וכישורים	ממוצע סטיית תקן	3.54 .3	3.37 .39	3.42 .3	3.37 .41	4.27**
תחושת עומס	ממוצע סטיית תקן	2.25 .82	1.94 .65	2.04 .68	1.98 .46	3.11*
מתח בהאכלה	ממוצע סטיית תקן	1.67 .59	1.26 .34	1.39 .44	1.27 .27	13.61***
מתח בעבודה	ממוצע סטיית תקן	2.09 .68	1.77 .68	1.76 .6	1.51 .55	6.47***
שביעות רצון	ממוצע סטיית תקן	4.2 .69	4.26 .62	4.05 .6	4.2 .64	NS

***001.>p *05.>p, **01.>p,

4.3. השערות המחקר 1-4

לבחינת ההשערות (1-4) על הקשר בין מרכיבי ההאכלה לבין מדדי התוצאה נערך מבחן פירסון ונמצא (טבלה 3):

- 4.3.1. השערה ראשונה: תפיסת המטפלות את ההדרכה/תמיכה שהן מקבלות לביצוע מטלת ההאכלה ובהירות התפקיד היא בקשר משמעותי עם שביעות רצון מהעבודה.
- 4.3.2. השערה שנייה: תפיסת המטפלות את רמת האוטונומיה ויכולת קבלת החלטות שלהן במטלת ההאכלה אינה בקשר משמעותי ישיר עם מדדי התוצאה.
- 4.3.3. השערה שלישית: תפיסת המטפלות את מידת הידע והכישורים הדרושים לביצוע מטלת ההאכלה אינה בקשר משמעותי ישיר עם מדדי התוצאה.
- 4.3.4. השערה רביעית: תפיסת המטפלות את מידת העומס במטלת ההאכלה היא בקשר משמעותי עם רמת המתח בהאכלה, רמת המתח הכללית בעבודה ועם רמת שביעות רצון מהעבודה.

טבלה 7 – קשרים (קורלציית פירסון) בין מדדי התפיסה של מטלת ההאכלה לבין מדדי איכות סביבת עבודה עבור 272 מטפלות ישירות

שביעות רצון	מתח בעבודה	מתח בהאכלה	תחושת עומס	ידע וכישורים	אוטונומיה	
.274**	-.107	-.115	-.025	.371**	.092	תמיכה ובהירות תפקיד
-.004	-.063	-.058	.066	.191**		אוטונומיה
.116	-.054	-.078	.179**			ידע וכישורים
-.124*	.240**	.358**				תחושת עומס
-.352**	.602**					מתח בהאכלה
-.346**						מתח בעבודה

*05.>p, **01.>p.

מכאן, נובע שהשערת המחקר הראשונה אוששה רק באופן חלקי, השערת המחקר השנייה נדחתה, השערת המחקר השלישית נדחתה, והשערת המחקר הרביעית אוששה במלואה. בנוסף לכך, נמצאו קשרים בין המרכיבים של מטלת ההאכלה לבין עצמם, היכולים להסביר את הדרך בה המרכיבים השונים של מטלת ההאכלה קשורים למדדי התוצאה. במבחן פירסון (טבלה 4) נמצא, כי יש קשר משמעותי בין התפיסה של מידת הידע והכישורים הדרושים לביצוע מטלת ההאכלה, לבין שלושת המרכיבים האחרים של מטלת ההאכלה – תמיכה ובהירות תפקיד, תפיסת מידת האוטונומיה ותפיסת העומס בביצוע המטלה. החלק הבא יציג את ממצאי בדיקת מודל המחקר של תפיסת איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות.

4.4. בחינת מודל המחקר

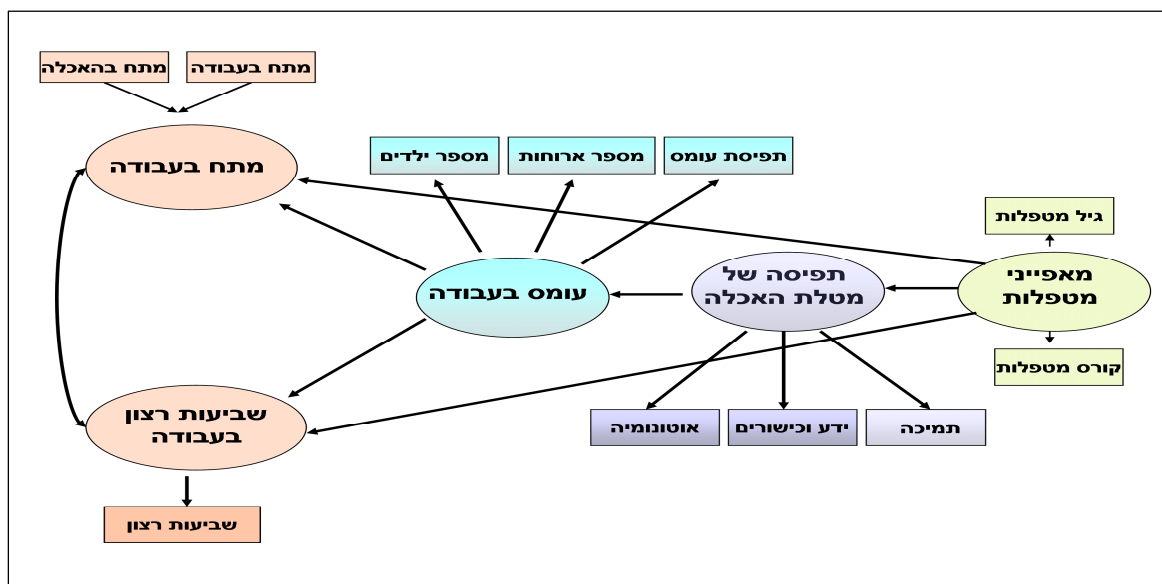
ניתוח מודל איכות סביבת עבודה שהתקבל (תרשים 3)
בניתוח המודל בשיטת דיגום משוואות מבניות – (SEM), נמצאו:
מדדי התאמה טובים, (CFI=.97, NFI=.91, RMSEA=.04),
² לא נמצא מובהק [; $N=272$ $(21)^2 = 29.34$; $p < 0.05$].

ממצא זה מעיד כי המודל מתאים לנתונים הנצפים. משמעו כי השערת המחקר, כי במודל של איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות ניתן לשלב מדדי רקע של תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים ואוטונומיה, בצד משתנה בלתי תלוי של למידה בקורס מטפלות, דרך משתנים מתווכים של עומס בעבודת ההאכלה, כתורמים להבנת המתח ושביעות הרצון של המטפלות.

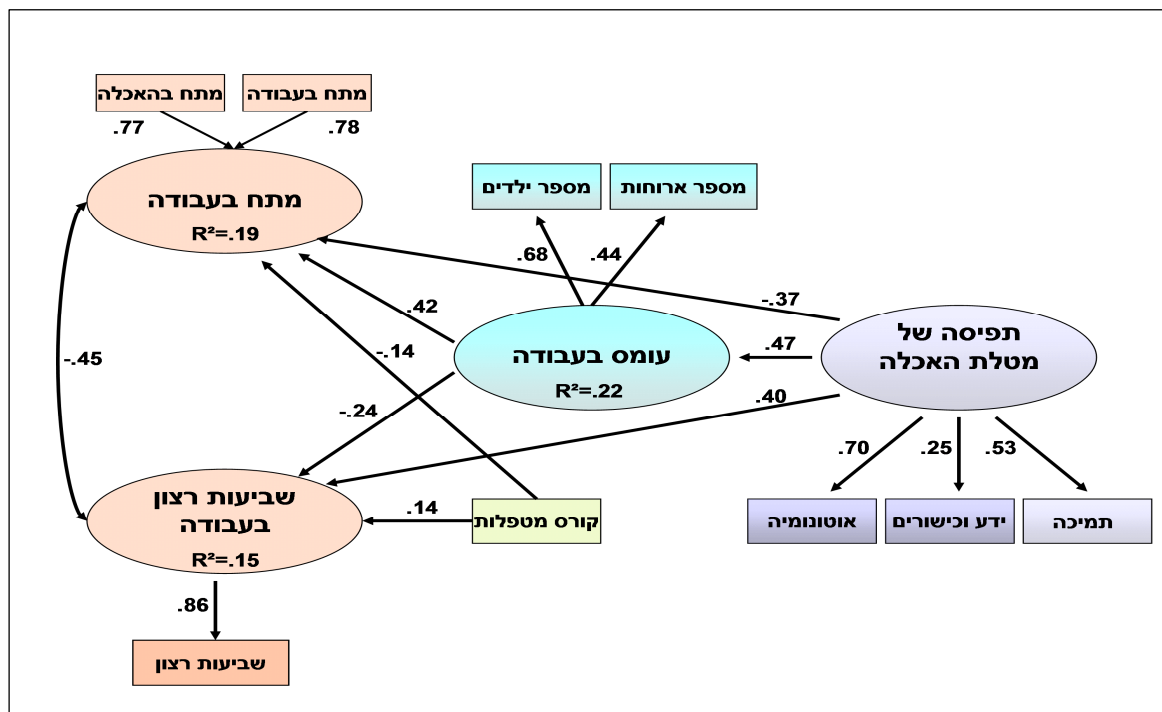
ניתן לראות בתרשים 3 להלן בחינה של שני מדדי איכות סביבת העבודה: הממד של מתח בעבודה מוסבר ישירות על ידי תפיסת מטלת ההאכלה ($\beta = -.37$), השתתפות בקורס מטפלות ($\beta = -.14$), והוא מוסבר גם בתיווך של עומס במטלת ההאכלה ($\beta = .42$). המשתנה המתווך של עומס במטלת ההאכלה מוסבר על ידי דרישות ההאכלה ($\beta = .47$). הממד של שביעות רצון מהעבודה מוסבר ישירות על ידי תפיסת מטלת ההאכלה ($\beta = .40$), השתתפות בקורס מטפלות ($\beta = .14$), ויש לו נטייה להסבר גם בתיווך של עומס במטלת ההאכלה ($\beta = -.24$).

המודל שהוצע ונבדק היה כמעט זהה למודל התצפיתי שהתקבל (תרשים 2, 3), אך המשתנה המתווך של עומס בעבודה כלל שלושה משתנים לטנטיים: מספר ממוצע של ארוחות למטפלת, מספר ממוצע של דיירים שהמטפלת מאכילה וממוצע של עומס בהאכלה. במודל זה נמצא, כי המשתנה המתווך של עומס בהאכלה כמעט חופף ומסביר כ- 90% מהמשתנה התלוי של מתח בעבודה. לאחר הפרדת המשתנים הלטנטיים נמצא, כי הוצאת המשתנה של ממוצע עומס בהאכלה משפר את טיב ההתאמה של המודל. כמו כן נמצא, כי המשתנה של הכשרה בקורס מטפלות אינו משתנה מתווך אלא משתנה עצמאי, הקשור ישירות למדדי התוצאה של מתח ושביעות רצון מהעבודה. בנוסף לכך, המשתנה של גיל אינו מתאים למודל. במבחן קורלציית פירסון נמצא אמנם קשר בין גיל לכל אחד ממדדי התוצאה, אך קשר זה אינו חלק אינטגרלי של מודל להבנת התפיסה של איכות סביבת העבודה.

תרשים 2: המודל המוצע על איכות סביבת עבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה
 סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות



תרשים 3: המודל המחקרי שנמצא על איכות סביבת עבודה של מטפלות ישירות במוסדות
 לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות



4.5. ניתוחים משניים

4.5.1. תיאור משתני המחקר במוסדות השונים:

בנספח 8 מצורפת טבלה המתארת את הרקע האישי והעומס בעבודה של המטפלות. כפי שצפוי, ניתן לראות שונות בין המוסדות, הן מבחינת הרקע האתני וההשכלתי של המטפלות, והן מבחינת עומס העבודה במטלת ההאכלה - המספר הממוצע של ארוחות שמטפלות מאכילות בכל משמרת, והמספר הממוצע של דיירים שמטפלת מאכילה בכל ארוחה. לצורך בדיקה של ההקשר המוסדי לתפיסה של המטפלות את מטלת ההאכלה ואת איכות סביבת העבודה נערכה השוואה בין המוסדות השונים. לביצוע הניתוחים הסטטיסטיים ניתן היה לערוך השוואה זו רק על שבעת המוסדות בהם השתתפו לפחות 20 מטפלות. ראשית, מהנתונים התיאוריים עולה, כי בכל המוסדות הציון הנמוך ביותר בתפיסת מטלת ההאכלה ניתן לתחושת האוטונומיה של המטפלות, והציון הגבוה ביותר ניתן לתפיסה של תמיכה ובהירות תפקיד (טבלה 8). בנוסף לכך, בכל המוסדות תחושת המתח בעבודה באופן כללי גבוהה יותר מתחושת המתח במטלת ההאכלה. כמו כן, בכל המוסדות הציון הממוצע לשיעור רצון מהעבודה גבוה למדי.

בניתוח גורמים רב משתני בניתוח (MANOVA) נמצאו הבדלים מובהקים בין הקבוצות ($F=3.60, df=42, p < .00$). לאיתור מקור ההבדלים נערך ניתוח גורמים חד משתנים (ANOVA), ונמצא כי יש הבדל בין הקבוצות בכל משתני המחקר חוץ מתמיכה ובהירות תפקיד (טבלה 8). במדדי התוצאה מקור ההבדלים נמצא במוסדות ב' ו-ז', בהם המתח בביצוע מטלת ההאכלה והמתח בעבודה גבוהים יותר מאשר בחלק מהמוסדות האחרים, ובמוסד ב' שביעות הרצון נמוכה יותר מאשר בחלק מהמוסדות האחרים. לעומת זאת במוסד א' ו-י"ג המתח במטלת ההאכלה ובעבודה נמוך יותר מאשר בחלק מהמוסדות האחרים. קיימים גם הבדלים משמעותיים במרכיבים של תפיסת מטלת העבודה בין המוסדות. ההבדל העקבי העיקרי הוא בין מוסד ו' לחלק מהמוסדות האחרים. במוסד זה התמיכה ובהירות התפקיד גבוהה, האוטונומיה וידע וכישורים נמוכה, וכך גם תחושת העומס.

טבלה 8: ניתוח שונות רב-משתני להשוואת הבדלים בין המוסדות השונים במדדים של תפיסת מטלת ההאכלה ושל איכות סביבת העבודה

משתנה	מוסד א' ממוצע (סטיית תקן)	מוסד ב' ממוצע (סטיית תקן)	מוסד ו' ממוצע (סטיית תקן)	מוסד ז' ממוצע (סטיית תקן)	מוסד ט' ממוצע (סטיית תקן)	מוסד י"א ממוצע (סטיית תקן)	מוסד י"ג ממוצע (סטיית תקן)	ערכי F
תמיכה ובהירות תפקיד	3.65 (.37)	3.61 (.44)	3.82 (.23)	3.69 (.23)	3.66 (.31)	3.53 (.39)	3.73 (.30)	1.99
אוטונומיה	2.68 (.50)	2.23 (.79)	2.13 (.65)	2.24 (.57)	2.71 (.55)	2.26 (.69)	2.54 (.55)	3.75**
ידע וכישורים	3.49 (.37)	3.56 (.39)	3.32 (.31)	3.47 (.34)	3.57 (.26)	3.30 (.37)	3.36 (.42)	2.84*
תחושת עומס	2.05 (.51)	2.82 (.76)	1.69 (.63)	2.02 (.59)	2.14 (.79)	1.97 (.66)	1.95 (0.70)	6.03***
מתח בהאכלה	1.24 (.32)	1.93 (.66)	1.33 (.32)	1.72 (.56)	1.48 (.48)	1.38 (.37)	1.19 (.36)	8.37***
מתח בעבודה	1.61 (.72)	2.37 (.61)	1.78 (.65)	2.13 (.71)	2.00 (.64)	1.80 (.57)	1.51 (.56)	5.36***
שביעות רצון	4.47 (.64)	3.90 (.86)	4.08 (.57)	4.52 (.49)	4.37 (.48)	4.03 (.61)	4.54 (.51)	4.97***

***001.>p *05.>p, **01.>p,

5. תוצאות – ניתוח איכותי של ראיונות המנהלים/ות

ניתוח התוכן של הראיונות עם מנהלי המוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות מורכבות העלה שני נושאים עיקריים. האחד הוא התפיסה הניהולית של מנהלי המוסדות, והשני הוא תפיסתם את המטפלות הישירות, את תפקודן ותפקידן במוסד. שני נושאים אלו והתמות שעלו בכל אחד מהם מוצגים בפרק התוצאות. נושא נוסף אשר עלה מראיונות המנהלים הוא תפיסתם את מטלת ההאכלה. כיוון שנושא זה חורג ממטרת המחקר הוא מוצג בנספח 9.

5.1. תפיסת המוסד על-ידי המנהל/ת

רובם המוחלט של המנהלות והמנהלים בחר להדגיש, כי לחזון האישי שלהם יש קשר ישיר לעיצוב המציאות במוסד, וכי התפיסה הרעיונית שהם מתארים הינה גם שיקוף של המצב בשטח, אך גם גורם המכוון את התפתחותה של אותה מציאות. לגישות עיקריות אלה לפיהן מתנהל המעון ישנן השלכות על אופן תפעולו וההוראות שהמנהל/ת מכתיב/ה לצוות ולדיירים. לדוגמא, מנהל מוסד אי מבטא תפיסה זו באופן ברור. בבואו לנהל את המעון ניסה קודם כל לקבוע בו סדר יום ארגוני וקבוע: "הרבה מאד שינויים הבאתי אני, הרבה מאד שינויים נעשו בהדרכתי. האווירה בעקבות השינויים היתה של הקפדה על חוקים, נהלים וכך הלאה וכך הלאה", דבריו מעידים על כך, שלשיטתו, הוא הצליח למנף באמצעות קיבוע דפוסים את השתתתה של מערכת תפקודית בעלת דפוסים ארגוניים קבועים, במסגרתם לדוגמא, נערך שיבוץ מחדש של אנשי הצוות לפי התאמתם למודל הארגוני והתפקודי הרצוי. מוטיב זה של זיהוי עצמי מוחלט של המוסד כשלוחה של המנהל, יכול להיות מזוהה בתוך דבריו של מנהל מוסד ד', מוסד ממשלתי גדול וותיק, שבהתייחסו למדיניות שהנהיג להעשרת מזונם של הדיירים בתוספים, אמר: "אני המעון שיש בו הכי הרבה העשרות מזון".

ניתוח של תכני הראיונות האישיים שנערכו עם מנהלות ומנהלי המוסדות, שהשתתפו במחקר, מעלה שלוש גישות על עיקריות המתבטאות בתפיסת המנהל/ת את המוסד, אך גם תפיסות רעיוניות נוספות המכתיבות את אופן התנהלות המעון:

א. הגישה הבירוקראטית – גישה זו תופשת את המוסד כגוף ארגוני, שתפקידו הבטחת שירותים ראויים לדיירים ולמשפחותיהם כלקוחות עסקיים לכל דבר. דוגמא לגישה זו ניתן למצוא בדבריהם של מנהלת מעון ג' הפרטי, שה"אני מאמין" שלה הוא השאיפה למקצועיות ויעילות – התנהלות שוטפת, שתתקיים באופן שיבטיח עבודה והתנהלות לפי הוראות אנשי מקצוע. ושל מנהל מעון א', המדגיש אף הוא את דבקו של המוסד הוותיק בנהלים ודפוסים קבועים באמצעות "פיקוח, פיקוח ועוד פיקוח". גישה בירוקראטית נוספת, אם כי שונה מעט, היא זו של מנהלת מוסד ז', המדגישה את ניסיונה כמנהלת להכתיב תפקוד, ששם במרכז את צרכי הילדים ואת הקשיים לגרום להפנמה של צורך זה בקרב המטפלות. במקרה זה הגישה מובעת יותר באמצעות הרצון לגרום לצוות לדבוק בדוגמא האישית של המנהלת עצמה, בעוד מנהלי מעונות א' ו-ג' הדגישו את הצורך לדבוק בנהלים מערכתיים ברורים. "אנחנו משתדלים להתוות מדיניות ודרכי טיפול" מבהירה מנהלת מעון ג'.

ב. הגישה המשפחתית / ביתית – הגישה כאן היא בתפיסת המוסד כתחליף ממשי לחיים

כחלק מיחידה משפחתית, כולל ניסיון להבטחת סמכות טיפולית-הורית באמצעות הצוות הטיפולי. מנהלי מרבית המוסדות אפיינו את הדגש העיקרי היישומי של המוסד יותר מכל כניסיון להפכו לבית או תחליף משפחה לדיירים, כפי שמגדירה זאת מנהלת מוסד י': "למה בית? כי המטרה שלנו שהמעון ישמש בית לכל הדיירים שלנו. בית, משום שמגיעים לכאן וכאן הם נשארים", או כפי שמתארת מנהלת מוסד ח' את גישתן של המטפלות להגדרת המקום: "זה הבית שלהן פה וזה הילדים שלהם". מדיניות זו של ניסיון להבטחת ביתיות השתקף באופנים שונים בראיונות שערכנו, לא רק בהתבטאות מילולית ישירה: כמו דיירת שנכנסת לחדר המנהל בלי לדפוק על הדלת, במהלך הראיון במעון ה', וזכתה להתייחסות סבלנית, או עיצוב הפנים של הביתנים במעון י', המנסה להידמות ככל הניתן לסלון ביתי, שכן המנהלת שלו חוזרת ומדגישה "ושוב, המטרה היא שזה יהיה בית". הגישה המשפחתית מודגמת יפה אף בדבריה של מנהלת מוסד ט' לפיהם "כמו כל בית לחיים אנחנו משתדלים לתת את ה-כל לחניכים", ומדגישה כי דבר זה יוכל להיעשות רק באמצעות "התמדה ואמונה", שכחלק מהם היא מתארת את עצמה כמעורבת בחיי היום יום של המוסד באופן אינטימי ומשפחתי "ואני שלהם והם שלי". דוגמא נוספת לנגזרות של התפישה המשפחתית באה לידי ביטוי בדבריה של מנהלת מוסד ח', שמצפה מהמטפלות במוסד כי "שתהיה אמא טובה. אמא, אמא עם רגישות, עד שהיא תדע מה הילד צריך". אותה מנהלת מגדירה גם היא את התנהלות המעון כניסיון לחיקוי מודל משפחתי-ביתי "סדר היום משתדל להיות נורמטיבי ודומה למה שמתנהל בבית". בכך מודגמת גישה כפולה – שילוב של מודל ביתי בתוך מוסד שנוקט במקביל בגישה קהילתית.

ג. הגישה הקהילתית – בגישה זו המוסד נתפס כיציר קהילה, המעוניינת לשלב ולשקם

בתוכה את השונה והמוחלש תוך קיום דינאמיקה וקשרים הדדיים בין הדיירים לאנשי הקהילה. מנהליהם של מוסדות ד' ו-ו' בחרו לשים את הדגש בדבריהם על הסבר תפישתם הרעיונית, המשקפת את הגישה השלישית - לפיה המעון הינו חלק מהקהילה היישובית סביבו, ואת המאמצים הנעשים על מנת לשמר גישה זו – או במילותיו של מנהל מוסד ד': "זה אפיון מיוחד של המקום הזה, עם מערך החיים... יש כאן מגע שוטף עם הקהילה, כל הזמן". אותו מוסד ד' הינו חריג בהיותו ממוקם בתוך ישוב קטן בצפון הארץ, שמרבית סגל העובדים נמנה על קהילתו, ומתוך כך הקשרים שנקמו במהלך השנים בין הצוות והדיירים אכן מאפשר חוויה קהילתית שונה מזו, שתוארה במוסדות האחרים. אך גם מעון ו', הממוקם בישוב גדול יותר, שבאופן מעניין בעברו אף הוא היה מושבת פועלים, כמו היישוב בו ממוקם מעון ד', נתפש בעיני המנהלת שלו כחלק מהקהילה באזור " ...היום בעיקר אנחנו בדגש של פנים לקהילה, ואנחנו יוצאים עם קבוצות של חניכים... לבילוי בקהילה", והיא אף מדווחת כי מאמצים אלה נושאים לאחרונה פרי "אנחנו רואים לאורך השנים האחרונות או התקופה האחרונה יכולת הכלה יותר ויותר גדולה של הקהילה או של החברה, וזה מאד מאד מרגש אותנו וזה יפה".

במרבית המוסדות הגישה הינה מורכבת ומעורבת, וניכרים שילובים שונים של הגישות העיקריות, שבעיקרן מהוות שילוב בין הגישה המשפחתית/ביתית לבין זו הקהילתית.

ד. תפיסות רעיוניות נוספות - בנוסף לניסיון להצבת מודל ארגוני בהתאם לגישות שנסקרו

לעיל, מנהלי מוסדות שונים מדגישים את היצמדותם לתפיסות רעיוניות, המכתיבות את אופן

התנהלות המעון. כך למשל, מנהל מעון די שם דגש גדול על שימור ועידוד היכולות האישיות, הפיזיות והקוגניטיביות של הדיירים :

"קודם כל, יש תפיסה עקרונית שאנחנו אומרים : מניעת רגרסיה של הדיירים,, זה אומר פעילות כל הזמן. זה אומר שדיירים לא יהיו במיטות. גם אם זה פרט פשוט, שהדייר פה- המיטה שלו ועל יד זה יש את הכסא, ואתה מוציא אותו מהמיטה אל הכסא. והוא... מה עשית? בשה"כ עשית העברה והוא נשאר, לא הוצאת אותו לאיזשהו... גם אם זה הפרט הקטן הזה, למרות שיש הוצאה החוצה עם עגלות, יש הולכה, לכל דייר יש התוכנית שלו. ברמה האינדיבידואלית האישית, הספציפית בכל בית, כל מטפל יודע בדיוק מה עושים עם כל דייר... הערכים המקצועיים שלנו, זה שאדם צריך לשמור, לנסות לשמור על התפקודים שלו. מצד אחד יש לנו צורך, עם אנשים עם לקות קוגניטיבית, ללמד מיומנויות. מצד שני, לא לאבד מיומנויות. אז יש... ובשני הקצוות האלה אנחנו צריכים לפעול."

מנהל זה, בנוסף לתפיסתו הקהילתית את המוסד, שואף לקדם את תפקודם של הדיירים ולפחות למנוע הידרדרות במצבם.

דוגמא נוספת לדגשים שונים של המנהלים/ות, שהם מעבר לגישה העקרונית שלהם, קשורה לחשיבות שהם מייחסים לאסתטיקה של המוסד. מנהלת מוסד ט', מאמינה בגישה ביתית-משפחתית במסגרתה "אנחנו רואים אותם כזכאים לקבל את המיטב והמירב", חוזרת שוב ושוב על ההקפדה על ניקיון ואסתטיקה כערך ראשון במעלה, המבטיח את איכות המקום "רק לפני שבוע היה לי ביקור גדול של עשרים אנשי חינוך והם אמרו וואו, איך את משיגה את זה? אין אצלנו ריח". בדומה לה, המנהלת של מוסד ו' מדגישה אף היא צדדים אסתטיים "תראי, אנחנו שמים דגש מאד מאד גדול על הצד הפיזי והאסתטי, ואנחנו רואים שינוי מאד מאד גדול בעניין הזה", ומוסיפה כי אלה נועדו להקנות תחושה טובה יותר גם לצוות הטיפולי, כך ש"ברגע שאתה בא למקום שהוא נקי ומסודר ונראה טוב, זה גורם להם גם להיות טובים יותר, בהכל. מהטיפול בילדים, דרך השמירה על הציוד ועד הלואיאליות והנאמנות". על אף הניסיון להענקת ביתיות, ברמה המערכתית הדגש עדיין מושם על כך ש"הנטייה היום בעולם, וגם בישראל זה נכנס לאט לאט, היא יותר ויותר לחיות, עד כמה שאפשר בתוך הקהילה". מכאן שהגישה הכללית היא מסגרת התייחסות ניהולית, אך בתוכה למנהלים יש תפיסות מגוונות, אמונות רבות וגישות מקצועיות בדבר הדרך, בה יש לעצב את המוסד ולהפעיל את הדיירים או את אנשי הצוות.

5.2. תפיסת המנהלים/ות את המטפלות

המנהלים/ות תארו את התהליך לקבלת מטפלות חדשות, וציינו שלוש דרכים עיקריות לכך : פרסום בעיתונים, פניות בעקבות מגורים באזור המוסד והגעה דרך חברות, שכבר עובדות במוסד. כמו כן, הם ציינו את תהליך הקבלה של מטפלות חדשות וההכשרה שהן עוברות בתחילת עבודתן. תיאור מפורט יותר של תהליך החיפוש וקבלה של מטפלות חדשות נמצא בנספח 10.

מתוך הראיונות עלתה התייחסות לתפישת המנהלים/ות את המטפלות במוסדות : אפיונה הקולקטיבי של האוכלוסייה, כולל מאפיינים חברתיים ואישיותיים של המטפלים כקבוצה, ואפיון רמת התפקוד של המטפלים. ההתייחסות הרווחת של המנהלים למטפלות היא כלנשים קשות יום שמגיעות לעבודתן מתוך צורך כלכלי ובאין אפשרויות אחרות, ושהתנהלותן נגזרת מנקודת פתיחה זו.

היחס והדימוי של המטפלות בעיני המנהלים ינותחו בהמשך מתוך התבוננות בשתי נקודות התייחסות עיקריות: אפיוני דמות המטפלת, והקשיים הניצבים בפני המטפלות בעבודתן.

א. אפיוני המטפלות

מנהלים רבים חזרו על הצגתן של המטפלות כנשים שמגיעות לעבודה מתוך חוסר אפשרויות אחרות. יוצא דופן הוא מוסד ד', הממוקם ביישוב קטן, שמנהלו מעיד על התנהלותה של מערכת קהילתית במסגרתה כמעט כל עובדי המוסד הם תושבי היישוב, והקשרים בין הדיירים והמטפלים הם קהילתיים-משפחתיים. מלבד מנהל זה כל יתר המנהלים מציינים, שהעובדות באות מרקע מוחלש מבחינה סוציו-אקונומית, אך חלוקים בגישתם להשלכות של עובדה זו. מיעוטם של המנהלים/ות (2 מנהלים/ות של מעונות א', ז') רואים בעיקר את הקשיים בתפקודן של המטפלות כתוצאה מהרקע שלהן, חלקם (4 מנהלים/ות של מעונות ב', ה', ח', ט') רואים את היתרונות בתפקודן של המטפלות כנובעים במידה רבה מרקע, ואחרים (4 מנהלים/ות של מעונות ג', ד', ו', י') מציינים את המורכבות שבמצב ומציינים את היתרונות והחסרונות בתפקודן, הנובעים מרקע המטפלות. בתיאור הגישות תוצגנה שתי התפיסות המרכזיות של החסרונות והעוצמות הנובעים מהרקע של המטפלות, כאשר החיבור בין השניים מצוי בתפיסה של כמעט מחצית מהמנהלים/ות. כמו כן, חשוב לציין שגם המנהלים המייצגים תפיסה חד צדדית הכירו את הצד השני של התמונה.

מוחלשות וחלשות:

רוב מנהלי/ות המוסדות מציינים, כי העבודה של מטפלת אינה נחשבת כמושכת או כבעלת מעמד מקצועי או כלכלי, וחלק ניכר מהם חושבים שזה המקור לקושי בתפקוד המטפלות. שתיים מהמנהלות התייחסו באופן מפורש לרקע הסוציו-אקונומי הנמוך של המטפלות. בשני המקרים האפיון הזה מקדים להסבר על יכולתן המוגבלת של המטפלות להפנים את ההוראות, הנהלים והגישה הממסדית, שיאפשרו להן לבצע את עבודתן באופן מוצלח. אומרת מנהלת מעון י': "וגם מדובר, הצוות הטיפולי שלנו בכל זאת, הוא צוות ברמה... אני יכולה להגיד סוציו-אקונומית נמוכה. היכולת שלהם לקלוט וליישם את ההדרכה, אנחנו יודעים את זה ואנחנו מתמודדים עם זה כל הזמן, היא מסוימת. אין שם יוזמה." מנהלת מעון ג' אומרת דברים דומים:

"הרוב נשים. יש כמו שאני אומרת שכבה סוציו-אקונומית נמוכה. חסרות השכלה. תשמעי, בחורה שצריכה לבחור בין לעבוד אצלנו ולעבוד בחנות, אפילו שלא מרוויחים יותר בחנות, יותר נעים בחנות. אם לא יקבלו אותה לחנות היא תבוא לכאן... צעירות, צעירות מדיי בנות 20-21 לא מגיעות. עוד יש להן אלטרנטיבה, הן יכולות להיות מלצריות, הן יכולות לעשות דברים אחרים, הן לא חושבות על קביעות, על דברים כאלה. הן מגיעות כשהן כבר בעצם מיצו כל מיני דברים אחרים והן לא הצליחו... הייתי רוצה מטפלות ברמה גבוהה יותר, הייתי רוצה לשלם להן משכורת יותר גבוהה, הייתי רוצה לתגמל אותן יותר."

מנהלת זו מדגישה את חוסר האטרקציה של עבודת המטפלת, וחוסר הברירה של העובדות בבחירתן לעבוד בזאת. מציאות זו, לדעתה, מסבירה את רמת התפקוד הלא גבוהה של המטפלות ומכאן הצעתה לתגמל את העוסקות בתפקיד בצורה טובה יותר.

הביקורת המופנית כלפי המטפלות על-ידי המנהלים מתחלקת לשני סוגים עיקריים – ביקורת אמפטיית, המתייחסת לקשיי התפקיד כמו הדוגמא לעיל של מנהל מעון ד' או זו שמביעה מנהלת מעון ז': "יש תסכולים שאת לא רואה כל הזמן התקדמות. את למשל לפעמים, את עובדת עובדת עובדת על

תוכנית קידום בהגינה אישית למשל, או באכילה והאכלה, בצורת חשיבה וצורת התנהגות, פתאום זה קורס. אז זה קצת מתסכל. גם את לא רואה את התוצאות." אבל האמפטיה שלה מסתיימת, כשהיא מדברת על הנהלים שהמטפלות בוחרות להעלים מהם עין: "ההגינה. זה היה מרגיז אותי. אם אני נכנסת לכיתה מסוימת ורואה שמאכילה, ופה יש אוכל... זה מרגיז אותי כי אני מרגישה את זה על עצמי! לא יכולה, לא יכולה לאכול ויש משהו מסביב. תנקי!". בדברים אלה של המנהלת ניתן לראות את המעבר מאמפטיה לקשייהן של המטפלות לעבר ביקורת כלפי יכולותיהן ודפוסי ההתנהגות שלהן. ביקורת לגבי דפוסי ההתנהגות הבעייתיים של המטפלות נמצאת גם בדבריהם של מנהלים אחרים. למשל בדבריה של מנהלת מעון ו', המתייחסת לקשיים בביצוע מטלת ההאכלה:

"אז מה שאתה לא מאכיל אותם בכפית ומה שלא עומד להם על הראש ודורש מהם – לא מתבצע. אז כשאני אומרת לך שעובד חדש מקבל הדרכה והוא נדרש לשתף את הילד במרכיבי הארוחה שלו, אין לי את הכלים באופן יומיומי בכל הארוחות, לראות ולפקח שזה באמת מתקיים... אני חושבת שזה מאד קשור בדפוסי תרבותיים. לאו דווקא העובדים האתיופיים, בכלל, אפילו אנשים ישראלים – מי העובדים שלנו? זה עולים חדשים מרוסיה או מאתיופיה, כמו שאמרתי, גם מארגנטינה... או ישראלים שנמצאים ב... אני לא אגיד בשולי החברה, כי זו הגדרה מאד מאד... אבל זה אנשים ברמה מאד מסוימת וחלק מהעניין של לבוא לעבודה זה להעביר את יום העבודה. אני אומרת את זה בצער, אבל זאת המציאות".

חלק ניכר מהקשיים, לדעת מנהלת זו, קשור לרקע המוחלש ממנו באות המטפלות. בדומה, מנהל מעון א' מפרט כיצד הרקע של המטפלות משליך על תפקודן הירוד בתחום ההאכלה ואומר:

"שוב, הצורך הקריטי היום לגבי המעון, לא רק לגבי ההאכלה אלא בכלל, זה באמת לרענן את השורות, להביא אנשים חדשים שהיכולות הקוגניטיביות הן לא פחות מהרגשיות, ועם זאת ההיבט הרגשי הוא קריטי. מי שאין לו היכולת הרגשית להתמודד קודם כל וגם לסייע מבלי לעשות במקומו, זה גם חלק בעייתי מאד לגבי ההזנה, אמרתי לך קודם – לפעמים הם נגררים לזה שמאווזים אותו. לא בכוח, לא בכמויות, אבל מאכילים אותו במקום לתת לו לאכול. ואז המיומנויות שלו יורדות... למה זה נעשה? בגלל לחץ זמן. ככל שנסיים את המשימה ואז אם אני רוצה אח"כ לעשן סיגריה ולשתות כוס קפה, יש לי יותר זמן... אני אגמור, אכניס אותם פנימה, אף אחד לא צריך לראות, ואז אני יכול לשבת רגל על רגל לנוח חצי שעה, אם לא תופסים אותי הכל בסדר"

מנהל מעון זה מכיר בלחץ שבעבודת המטפלת, אך חושב שעקב הרקע המוחלש של המטפלות, הלחץ גורם להתנהגויות לא מתאימות בהאכלה ובתחומים אחרים. מנהל זה גם מציין את הצורך במציאת מטפלות עם יכולות קוגניטיביות גבוהות יותר, אך מדגיש את הצורך ברגש בעבודה. הדגש על הרגש מביא מספר מנהלים/ות לראות את המטפלות באור אחר.

מוחלשות אך חזקות:

האפיונים החיוביים של המטפלות שהוגדרו בידי המנהלים, הנובעים במידה רבה מהרקע האישי שלהן, מתמקדים רובם ככולם ביכולת ההענקה, בחום ובאהבה, שהן מרעיפות על הדיירים. מנהל מעון ד' מבהיר כי: " יכולת לתקשורת בין אישית, יכולת של יחסי אנוש טובים, יכולת של רמה מוסרית, יכולת רגשית גבוהה, אינטליגנציה רגשית, יכולת לחוש את האנשים האלה, של אכפתיות

מהאנשים האלה, של רצון להשקיע. " הן נקודות החוזק שהוא מבקש למצוא בעובדים חדשים ומעיד, שהן נמצאות אצל עובדי המוסד.

מנהלות מעונות ו', ח' ו-י' סיפרו על תחושת הבית שהמטפלות חשות כלפי המעון ועל מסירותן לדיירים: "בטח, שמחות, זה הבית שלהן פה וזה הילדים שלהם. "מה את עושה לנו? אנחנו אוהבים ילדים יותר ממך!" אומרת מנהלת מעון ח', ומוסיפה מנהלת מעון ו': "יש פה... מה שאני רוצה להגיד זה שלמרות שזה מקום מאד מאד גדול וצוות ומוסד, זה מאד גדול, יש פה יחסים מסוימים של משפחה. של אכפתיות ולוואליות... " היא מוסיפה, שלעומת מקומות עבודה אחרים יוקרתיים (כמו דוגמה ששמעה ממנהל חברה בהייטק) האנשים במוסד משקיעים ואכפתיים.

מנהלות מעון ט' ו-י', אשר גישתן הניהולית מתאפיינת בתפיסת המוסד כמשפחה, מדגישות את ההתייחסות החמה והמשפחתית של המטפלות. מנהלת מעון י' אומרת: "תראי, הם צריכים להיות מה שאין להם כאן וזה המשפחה, הבית, האמא, הם צריכים להיות לפעמים האמא גם. זה חשוב מאד". מנהלת זו מספרת, כי כתוצאה מיחס זה, בתקופה של מלחמת לבנון השנייה, כאשר נורו טילים על חיפה, המטפלות היו מוכנות לעבוד מספר משמרות מעבר לנדרש, כפי שחייב המצב בתקופה זו. מנהלת מעון ט' מעלה גם היא את התפקיד האימהי של המטפלות, המאפשר קשר וטיפול טובים יותר:

"יש מטפלת שהיא האמא. היא המאכילה. היא חייבת לשבת עם הילד בהרבה סבלנות. יש כאלה שלא בולעים תמיד, ויש כאלה שמחזיקים בפה ויש כאלה... ואז היות שהיא הקבועה בקבוצה היא יודעת בדיוק, ואז את הקשים יותר נניח היא משאירה קצת יותר בסוף שיהיה לה יותר זמן, כי הילדים אולי היא גומרת, היא אוכלת היא מתמסרת לחלק השני."

מנהלת מעון זה בוחרת להדגיש את ניסיון המטפלות וההיכרות שלהן עם הילדים כמאפשרים תפקוד טוב יותר במטלת ההאכלה. מנהל מעון ב' גם הוא בחר להדגיש את הניסיון של המטפלות הוותיקות בצוות כיתרון, ואת הגישה לאנשים כעוצמה נוספת. אלא שבסיום השלב בו הוא מונה את יתרונות הצוות, הוא בוחר בעצמו לסייג את דבריו ולהבהיר, שגם כשהמטפלות מעידות כי הן נמצאות שם כדי לסייע, קודם כל המדובר באילוץ פרנסה.

דוגמה מעניינת נוספת לתפישת מטפלת המשלבת אמפטיה וחיוב לצד ביקורת מובנית על יכולותיהן, היא זו של מנהלת מעון ו', שקולטת לעבודה כמטפלות בעיקר נשים עולות חדשות, לרוב מאתיופיה. מנהלת המעון מתייחסת לקליטתן לעבודה במוסד כאל מצווה וכפעולה כפולה של שילוב בחברה הישראלית, שמתרחשת בתחומי המעון שהיא עומדת בראשו – הכלת הילדים והכלתם של העולים החדשים. תפישתה את העבודה במעון כמעצימה את המטפלות עולה מבין דבריה במפורש:

"אנחנו כאן במעון, עוד פעם כאידיאולוגיה שלי, מעסיקים הרבה מאד עובדים מהמגזר האתיופי, שגרים פה (באזור) והם עולים חדשים, ויש להם קשיי קליטה מאד מאד רציניים, והם לא מצליחים להשתלב במעגל התעסוקה. וראינו לאורך השנים שזה, עוד פעם, זה חלק מאידיאולוגיה, שאנשים נכנסים לפה חסרי כל מיומנות, לא יודעים אפילו להסתכל בעיניים, בטח לא לעמוד על הזכויות שלהם, ואחרי שנה שנתיים הם מקבלים פתאום המון בטחון עצמי, ופתאום הם מדברים, חלקם אפילו לומדים קצת לכתוב ולקרוא, עוד פעם, ברמות המאד מאד בסיסיות, אבל יש העצמה מאד מאד גדולה מעצם היות אדם עובד במקום כזה. וכדי לטפל בילד מיוחד אתה צריך נשמה גדולה ולב רחב ופחות את המיומנויות האקדמיות, ככה שזה עוד פעם מאד מאד מתחבר, ואני מרגישה, אנחנו מרגישים, שליחות מאד מאד גדולה בהעסקה של האנשים האלה, עם כל הקשיים."

אותה מנהלת מדגישה את הקושי של המטפלות להפנים את מלוא היקף חשיבות המזון והאכילה לדיירים, ובפרט את החשיבות הרגשית של הארוחות כחלק מתהליך נורמליזציה. מי שמתארים מציאות אחרת מבחינת המוטיבציה של המטפלות הם מנהלי מעון ח' ו-ד'. מנהלת מעון ח' מספרת כי במעון שלה " אני אמרתי לך, כמעט 75-80 (אחוז) הן נכנסו מתוך החשיבות שלנו, מה אנחנו עושים, מה החזון שלנו". לתפיסתה המטפלות עובדות במקום מתוך אמונה בחשיבות העבודה עם אוכלוסייה כמו זו החיה במעון. מנהל מעון ד', אותו מעון הממוקם ביישוב קטן, שמרבית צוותו מתגורר בתוכו, עובד במעון מתוך בחירה, מקיים קשרים קהילתיים עם המוסד וקשרים חמים עם הדיירים. יחד עם זאת, קשרים אלו גישה אוהבת של המטפלות מקשה עליהן להפנים בצורה מלאה את צרכי הדיירים: " הצוות הרבה פעמים מביא אוכל לדיירים מהבית – כל מיני דברים שרוצים לפנק, זה אחת המלחמות שלנו גם, כי אם אנחנו מדברים על תזונה מתוכננת ומכוונת מסיבות כאלה ואחרות, אז צריך לדעת מה מותר להם לאכול. אם מישוהו אוכל דל סוכר, ואתה לא יודע ואתה מביא לו עוגה טעימה שהכנת, עוגת סולת כזאת מרוקאית כזאת יפה". לדבריו, הקשר הרגשי עם הדיירים גובר על ההבנה של צרכי הבריאות של הדיירים.

ב. קשיי המטפלות בעבודתן

פרט למנהלת מעון י', שדחתה בתוקף את האפשרות שלמטפלות יש קשיים בעבודה, כל המנהלים דיווחו שהם מכירים בקשיים גדולים של המטפלות בעבודתן, מקצתם קשיים האופייניים לכל מקום עבודה ומרביתם הגדולה קשיי תפקיד הטיפול הספציפי – קשיים פיזיים, לחץ, שחיקה, רוטיניות, סייזיפיות ועוד. דוגמאות אחדות מדברי המנהלים/ות מייצגים את הקשיים העולים.

"אנחנו מתעסקים עם אנשים שעובדים מאד קשה. המטפלות עובדות מאד קשה, עבודה סייזיפית, לא נגמרת, גם לא כל-כך מתוגמלת, שמדרך הטבע הולכים אליה אנשים ברמה פחות טובה ממה שהיינו רוצים. ובאמת זו עבודה שגם אין לה קידום וגם אין בה התחדשות. זה כל יום אותו דבר – גמרת להאכיל, את מחכה להאכלה הבאה, גמרת לרחוץ, את מחכה לרחיצה הבאה, והעבודה היא והאנשים פה הם לכל החיים". (מנהלת מעון ג')

"תראי, זה יכול להיות שלפני שהגיעו לחדר האוכל הדייר שיגע אותן, גם זה יכול לקרות, ואז מגיעים, ואני מאבד את הסבלנות קצת. זה דברים שיכולים לקרות וזה טבעי. כי אם שלוש שעות הוא שיגע לי את השכל – הוא רץ ודפק ועשה וצעק, ואני מגיע לחדר האוכל – כמה סבלנות יש לי כבר?" (מנהל מעון ב')

"הצוות עומד בלחצים גדולים מאד. אני יכול להבין את הצוות הטיפולי, שגולש לעשות את הדברים יותר קל, יותר מהר. האחריות שלנו להגיד להם מה נכון לעשות ולנסות לעמוד באיזון בין הלחצים שיש להם והעמידה בזמנים שהם צריכים, כי יש להם עוד משימות לעשות, מעבר לעניין, ובין הצורך להשגיח על הדיירים – שלא ייחנק, שלא... שדיירים יאכלו. שכל דייר יקבל את המנה שמתאימה לו. בזה שפתאום דייר עושה צרכים באמצע, צריך לטפל בו". (מנהל מעון ד')

"... הקושי הפיזי. מה עוד שהצוות הזדקן... כן. אני חושב שהקושי הפיזי. עכשיו, יש פה גם את הקטע... אם כי אני חושב שקצת פחות. אבל הקטע שכל יום כל יום זה

אותו דבר. אבל הצוות לזה, במידה מסוימת, התרגל. אבל הקושי הפיזי מתחיל לשחק פה תפקיד עכשיו, ספציפית. " (מנהל מעון ה').

הקשיים רבים, העבודה דרשנית וחוזרת על עצמה, העומס גדול, הדיירים לעתים לא קלים, והתגמול לא מספק. מנהל מעון ה' מוסיף את הקושי הפיזי של העובדים הותיקים שמזדקנים במהלך עבודתם במקום. מנהלת מעון ו' מצביעה גם על קשיים רגשיים, המלווים את המטפלות גם מחוץ לשעות העבודה:

"כששואלים אותך או אותי, סתם פוגשת חברים או מכרים, אז נורא קל לנו לדבר על העבודה שלנו, כי אנחנו מרגישים נורא נורא טוב עם העבודה הזאת. אבל מטפלת מה יש לה להגיד? והן אומרות את זה – אני מחליפה טיטולים, אני מאכילה, אני רוחצת. מאד קשה להתגאות בעבודה הזאת. וכשבאים אנשים מבחוץ - מבקרים או ... ורואים את העבודה שלהן ואומרים כל הכבוד, או איזה נשים גדולות אתן, אז זה מאד מאד מחזק אותן. כי קשה להתגאות בזה. קשה להתגאות בסוג עבודה כזה, אבל כשאתה פה, בפנים מקבל את הפידבק דווקא מאנשים חיצוניים – לא מאיתנו, זה עושה להם הרגשה מאד מאד טובה".

לא רק העבודה קשה, אלא שהיא חסרת מעמד חברתי. המנהלת מבינה כי בניגוד לעובדים מקצועיים, המקבלים הכרה והוקרה חברתית על עבודתם, למטפלות אין תחושת גאווה בעבודתן מול החברה שלהן.

בעיה נוספת, המדווחת על ידי רוב המנהלים, היא בעיית השכר הנמוך של המטפלים. אפילו מנהלת מעון י', שאינה רואה קשיים בעבודתן של המטפלות, מעלה את נושא השכר הנמוך. היא מציעה לפתור את הבעיה על ידי שליחתן לקורס מטפלות מוסמכות. " דבר זה כבר מעלה את השכר, את כל הזכויות, יש להם עוד תמריץ, שזה כמעט משכורת בשנה. גם לנו חשוב מאד שהם יצאו. חלק מזה זה גם השכר שלהם. ולכן גם אנחנו משתדלים לעשות את זה ממש, אנחנו לא נגיע אף פעם לכך שכל צוות המטפלים יהיה מוסמך, אבל כמה שניתן". כאמור, מנהלת מעון זה אינה רואה קשיים בעבודת המטפלות עצמה, אבל מציינת כי קושי יכול לעלות מן הקשר העמוק של המטפלות לדיירים במקרים כמו התדרדרות במצב הדייר או פטירת הדייר.

6. דיון

אוכלוסיית הדיירים הסיעודיים עם לקות קוגניטיבית משמעותית, המתגוררים במוסדות, הינה אוכלוסייה עם מגבלות רבות ועם קשיים בכל תחומי החיים, הגורמים לתלות רבה במטפל. דיירים אלה זקוקים לטיפול סיעודי, יומיומי, מקצועי ומסור. טיפול זה ניתן על ידי צוות המטפלות הישירות המועסקות במקום. מטפלות אלה הן למעשה המטפל העיקרי (Caregiver) של הדיירים, והן אילו אשר מספקות את כלל צרכיהם. על כן, רווחתן האישית של המטפלות הישירות ועמדותיהן כלפי מקום העבודה משפיעות באופן ישיר על איכות השירות אותו מקבלים הדיירים (Hatton et al., 1999; Henry & Heron; Balcazar, 2004 & Duvdevany, Keys, Chakrabarti, 2003). במטרה לשפר את איכות השירות, הניתן במוסדות אלה, ולתת יחס הולם ואיכות חיים טובה לדיירים, חשוב להתייחס לצוות המטפל בצורה דומה, ולדאוג לאיכות חייו במסגרת העבודה. מחקר זה התמקד בזיהוי עמדותיהן של מטפלות ישירות לגבי מטלת ההאכלה, והשפעתן על תפיסת איכות סביבת העבודה, הכוללת את רמת המתח בהאכלה, רמת המתח הכללית בעבודה ושביעות הרצון ממקום העבודה. זיהוי העמדות של המטפלות הישירות איפשר הצעה ובדיקה של מודל, המסביר את הגורמים המעצבים את תפיסת איכות סביבת העבודה שלהן. מודל זה יכול לשמש בסיס ליישום התערבויות לשינוי ושיפור המצב הקיים בעבודתן של מטפלות בתחום ההאכלה. הדיון יתייחס הן למודל והן להשערות המחקר הנוספות.

6.1. המטפלות

מנתוני הרקע שנאספו במחקר זה ניתן לראות, כי המטפלות הישירות הינן כוח אדם בעל אפיוני רקע ייחודיים: קרוב לשני שלישים מהן הן ערביות או עולות חדשות ורק שליש אחד הינן יהודיות ותיקות, אשר נולדו בישראל או הגיעו לארץ בגיל צעיר. מחקרים קודמים, בארצות הברית ובישראל, מראים כי מרבית המטפלים הישירים בבתי אבות ובמוסדות הינן נשים (שחק ושי, 2006; Repak, 2006; Diamond, 1988). המחקר הנוכחי מחזק נתון זה, כאשר מרבית המטפלים במוסדות הינן נשים. גם במחקרן של כורזים, גורן ונירן (1999) נמצא, כי מרבית המטפלים הישירים בקשישים הינן נשים, וכי למעלה ממחציתן הינן עולות מחבר העמים. בארצות הברית מדווח על ממצאים דומים: 82% מהמטפלים הישירים הינן נשים, וכמחציתן ממוצא אפרו אמריקני, היספאני או לטיני (Kosloski & Montgomery, Holley, Deichert, 2005). לאורך ההיסטוריה נהגו לאישי את מקצועות הטיפול נשים ממעמד נמוך. בארצות הברית היו אלה בעבר נשים שחורות. כיום, השיפור במעמדן של השחורים פתח עבורם אפשרויות תעסוקה נוספות. אך עדיין במעמד מקצועות הטיפול נמצאות בעיקר נשים אשר אינן לבנות, רבות מהן מהגרות ועובדות זרות (Repak, 2006; Sassen, 2006). במחקר שנערך בישראל על השתלבות עולים מחבר העמים בשוק העבודה, נמצא כי על אף ההשכלה הגבוהה של מרביתם, חלקם הגדול לא מוצא עבודה במקצוע אליו הוכשר, ורבים מהעולים עובדים בעבודות ללא הכשרה, בעיקר בתעשייה ובטיפול (חביב, מורגנשטיין וזיפקין, 1998). נתונים המתייחסים לאוכלוסייה הערבית בישראל מראים, כי גם נשים ערביות מרוכזות במקצועות "נשיים" - ברובם טיפוליים, ללא הכשרה ובשכר נמוך (ועד הפעולה בעניין מעמדן של נשים פלסטיניות בישראל, 2006).

במחקר הנוכחי נמצא, כי רבות מהנשים העובדות בתפקידי הטיפול הסיעודי בישראל הינן עדיין נשים ממעמד חברתי נמוך – עולות חדשות וערביות.

נשים בעבודות לא מקצועיות, כגון מטפלות בקשישים, ילדים או אנשים עם מגבלה, משתכרות לרוב שכר מינימום או שכר דומה (שחק ושי, 2003). דו"ח של ביטוח לאומי לשנת 2005 מראה, כי שכר מינימום בעבודה במשרה מלאה משאיר משפחות רבות מתחת לקו העוני (אחדות, אנדבלד וכהן, 2005). במחקר הנוכחי לא נבדקה רמת השכר המדויקת של המטפלות, אך כמחצית מהנבדקות הביעו אי שביעות רצון משכרן.

מטפלות בשכר מתוארות בספרות כבעלות השכלה נמוכה והכשרה מקצועית מועטה (כורזים ומנדלר, 2004, Labovitz & Sachs, 2004). מרבית המטפלות אשר השתתפו במחקר הנוכחי השלימו השכלה תיכונית ולמיעוטן אף הכשרה אקדמית, אך לא בתחום עבודתן. עם זאת, פחות ממחציתן עברו קורס הכשרה כמטפלות מוסמכות. האחוז הנמוך יחסית במחקר זה של מטפלות, אשר עברו הכשרה המתאימה לעבודתן, מראה, כי על אף טווח התפקידים הרחב אשר נדרשות מטפלות לבצע ועל אף המורכבות הגבוהה של הטיפול באוכלוסייה סיעודית עם לקות קוגניטיבית משמעותי, עבודתן של מטפלות ישירות נתפסת עדיין כעבודה, אשר ניתן לעשותה ללא הכשרה או לימוד מוקדם.

בהקשר לעומס בעבודה, המחקר הנוכחי אמנם לא התמקד בנושא העבודה במשמרות, אך נמצא, כי 83% ממשתתפות המחקר מועסקות במשמרות. דבר התואם מחקרים קודמים אשר מצאו, כי מטפלים בשכר נדרשים פעמים רבות לעבוד במשמרות על מנת להעניק טיפול והשגחה בכל שעות היממה (Lakin, 2001 & Hewitt). עבודה במשמרות נמצאה כמשפיעה על הבריאות הפיזית והנפשית, וכן על רמת המתח והשחיקה של המטפלים (Trinkoff, & Geiger-Brown, Muntaner, Lipscomb, 2004). ועל כן, כיוון שמרבית המטפלות הישירות במוסדות עובדות במשמרות, יש חשיבות לבדיקה מעמיקה יותר של הנושא במטרה להעלות את רווחתן האישית, הפיזית והנפשית של המטפלות.

לסיכום, המטפלות הישירות מהוות קבוצה גדולה מכוח העבודה הפועל במוסדות טיפוליים, אשר לעבודתן השפעה רבה ביותר על רמת השירות הניתנת במוסדות ועל רווחתם האישית של הדיירים ומשפחותיהם. חקר העמדות, התפיסות והדעות של עובדות אלו מהווה נדבך אחד במערך רחב הרבה יותר, שיש לנקוט במטרה להעלות את ההכרה בחשיבות עבודתן של המטפלות, ובהשפעת הרקע האישי והמקצועי של המטפלות ותנאי העבודה על איכות עבודתן, ולשפר את מעמדן הן מבחינה מקצועית והן מבחינה כלכלית.

6.2. המודל המחקרי

המודל שהוצע אושש כמעט במלואו. מטרת המחקר הושגה בכך, שהמודל נמצא מתאים ותורם להסבר השפעת מטלת ההאכלה על תפיסת איכות סביבת העבודה של מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקות קוגניטיבית. שלושת המדדים הבוחנים את תפיסת מטלת ההאכלה: תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים ואוטונומיה, נמצאו מתאימים לשמש כמשתנים במודל המחקרי. מתוך שלושת המשתנים המתווכים של עומס בעבודה שניים נמצאו מתאימים (מספר ארוחות, מספר דיירים בכל ארוחה). המדד של תפיסת עומס בהאכלה הוצא מהמודל, כיוון שנמצאה חפיפה כמעט מלאה (כ- 90%) בינו לבין דיווח על מתח בסוף מטלת ההאכלה ובסוף יום העבודה. כלומר לתפיסה הסובייקטיבית של העומס במטלת ההאכלה חשיבות רבה בהשפעה על תפיסת איכות סביבת העבודה, אך בתוך המודל הימצאות של משתנה זה מיותרת, כיוון שהמשתנה מיוצג היטב על

ידי המשתנה התלוי של מתח בעבודה. מתוך שני משתני רקע (גיל המטפלות, קורס הכשרה) אשר הוצעו במודל הבסיסי נמצא, כי רק לקורס מטפלות השפעה ישירה על תפיסת איכות סביבת העבודה. לפיכך במחקר הנוכחי נמצא, כי תפיסת מטלת ההאכלה של המטפלות מסבירה באופן ישיר וגם דרך המשתנה המתווך של עומס בעבודה את שני מדדי התוצאה לאיכות סביבת העבודה עבורן - בקשר חיובי עם שביעות רצון מהעבודה, ובקשר שלילי עם מתח בעבודה. המשתנה המתווך של עומס בעבודה של המטפלות מסביר כמתווך את שני מדדי התוצאה של איכות סביבת העבודה שלהן - בקשר שלילי עם שביעות רצון מהעבודה, ובקשר חיובי עם מתח בעבודה. ההשתתפות בקורס מטפלות מסביר באופן עצמאי וישיר את שני מדדי התוצאה של איכות סביבת העבודה למטפלות - בקשר חיובי עם שביעות רצון, ובקשר שלילי עם מתח בעבודה. המשך הדיון יתמקד בפירוט של כל אחד ממשתני המחקר, המסביר את איכות סביבת העבודה עבור המטפלות.

6.2.1. תפיסת מטלת ההאכלה:

תמיכה ובהירות התפקיד

בספרות המחקרית עולה כי לרמת בהירות התפקיד, המוגדרת כמידה בה סדרי עדיפויות, ציפיות וקריטריונים להערכה של ההנהלה ברורים וידועים לעובד (Layne, 2001), ולרמת התמיכה הניתנת הן מהאחראים והן מהחברים לעבודה, השפעה ישירה על רמת שביעות הרצון, רווחה פסיכולוגית, רמת מתח, תשישות ושחיקה של העובדים (Peiro & Gill-Monte, 1998; Harris & Rose, 2002; Rose, 1999; Robertson et al., 2005; Hatton et al., 2001; Rose, 2002; Huja & Skirrow, 2006; Hatton, 2007). בהתאם לכך, במחקר הנוכחי נמצא קשר בין מידת התמיכה ובהירות התפקיד לרמת שביעות הרצון הכללית ממקום העבודה. כלומר, ככל שהעובדת חשה כי גבולות תפקיד ההאכלה ברורים לה, וכי היא מקבלת תמיכה רבה יותר בביצוע מטלת ההאכלה, כך היא חשה שביעות רצון רבה יותר ממקום עבודתה. ממצא זה מחזק ממצאים קודמים בספרות, אשר הראו כי אי בהירות התפקיד מקושרת לשביעות רצון נמוכה ממקום העבודה (Layne, 2001) ואף להישגים אישיים נמוכים של צוות העובדים (Gil- Peiró, 1998 & Monte). תמיכה ובהירות תפקיד הינם נושאים חשובים ביותר, אשר משפיעים בצורה משמעותית על שביעות הרצון, רמת המתח ורמת התשישות של העובדים, ומכאן גם על רמת השירות אותו הם מעניקים (Peiro & Gill-Monte, 1998; Hatton et al., 2001; Layne, 2001 & Skirrow; Hatton, 2007). ממצאי המחקר הנוכחי מחזקים טענה זו ומדגישים את הצורך בקביעת גבולות והגדרת תפקיד ברורה עבור מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקות קוגניטיבית, הן באופן כללי בעבודה, והן באופן ספציפי במטלת ההאכלה, ובמתן תמיכה יומיומית, מתמשכת ועקבית למטפלות בביצוע מטלה זו. הגדרה ברורה של הציפיות מהעובדת, סדרי העדיפויות של הארגון והקריטריונים על פיהם היא מוערכת עשויה להפחית את אי בהירות התפקיד, ובכך למנוע תחושות קשות של עייפות, עצבנות, תשישות ושחיקה (Layne, 2001). כמו כן, נראה כי מתן תמיכה קבועה במטלת ההאכלה הינה אחת הדרכים, המסייעות להבהיר את דרישות המטלה ולשפר את בהירות התפקיד, ועל ידי כך אף להעלות את רמת שביעות הרצון מהעבודה.

רמת אוטונומיה

במחקרים שונים נמצא, כי למתן אוטונומיה ושיתוף בקבלת החלטות חשיבות גדולה לשביעות הרצון ורווחת העובד (Hatton et al. 1999; 2001) והן לשיפור מתן השירות וליעילות הארגון (Jones, 2006 & Rose, Huja; Schmalenberg, 2003 & Kramer) מטפלים ישירים, אשר חשו רמת אוטונומיה ומעורבות גבוהה יותר בקבלת החלטות, דיווחו על רמת שביעות רצון גבוהה יותר ממקום העבודה (Limbeek, 1998-Van & Hil, Shaddock), הראו פחות אינטראקציות שליליות עם הדיירים (Allen & Jenkins, 1998), דווחו על רמת מחויבות גבוהה יותר למקום העבודה (ברסלבסקי, 2006) ועל רמות שחיקה ותשישות נפשית נמוכות יותר (Dickens, Rogers & Sugarman, 2005; Miller, Ellis, Zook, Lyles & Hil; 1990; Limbeek, 1998-Val & Shaddock, Hil). בנוסף לכך עובדים, אשר היו מעורבים בתהליכי קבלת החלטות, השקיעו מאמצים רבים יותר בביצוע ההחלטות שהתקבלו והציעו רעיונות חדשים לשיפור וייעול העבודה (West, 1996 & Anderson).

במחקר הנוכחי אמנם לא נמצא קשר בין רמת האוטונומיה כמשתנה בודד לבין מדדי התוצאה. הסיבה לכך יכולה להיות, כי הציון הממוצע בתחום זה היה נמוך יחסית (2.5), ויתכן, כי כלל המטפלות אינן מקבלות אוטונומיה רבה במטלת ההאכלה, ועל כן לא ניתן היה לאתר את השפעת תחושת האוטונומיה על מדדי התוצאה כמשתנה נפרד. יחד עם זאת, תחושת אוטונומיה כחלק מתפיסת המטלה במודל המחקרי מסבירה את איכות סביבת העבודה עבור המטפלות. חשוב לזכור, כי מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה עם לקות קוגניטיבית נמצאות בתחתית סולם ההיררכיה, ולרוב כפופות לסמכותם של אנשי צוות רבים – הנהלה, צוות שיקומי, צוות חינוכי, צוות רפואי ועוד. על כן פעמים רבות הן אינן שותפות לתהליך קבלת ההחלטות בנושאים מהותיים. ממצא זה נתמך גם בניתוח הראיונות עם המנהלים/ות של המוסדות בהן המטפלות עובדות. יש אמנם שונות בגישות המנהלים, אך רובם אינם נותנים לעובדות אוטונומיה רבה, והדבר עולה במיוחד במטלת ההאכלה. כמו במחקרים קודמים המראים, כי אוטונומיה משפיעה על שביעות הרצון של המטפלות ועל השירות הניתן לדייר, במחקר הנוכחי נמצא גם, כי היא משפיעה על המתח שלהן בעבודה. אי לכך חשוב להמשיך ולבחון נושא זה במחקרים נוספים, הן בקשר למטלת ההאכלה ומטלות נוספות של המטפלות הישירות, והן בהקשר רחב יותר של שותפות בבניית תוכנית טיפולית-שיקומית של הדייר.

ידע וכישורים

מעניין לציין, שידע וכישורים נמצאו כמרכיב הקשור לכל שאר מרכיבי מטלת ההאכלה, כאשר הקשר הגבוה ביותר הוא עם תמיכה ובהירות תפקיד. תמיכה ובהירות תפקיד מקושרים לתפיסה גבוהה יותר של הידע וכישורים, אשר נדרשים להאכלה. כלומר, ככל שרמת התמיכה ובהירות התפקיד גבוהות יותר, כך עולה גם תפיסת הידע והכישורים הנדרשים למטלת ההאכלה. לממצא זה אין סימוכין בספרות. רמת אוטונומיה גבוהה מקושרת גם היא לתפיסה גבוהה יותר של הידע והכישורים, אשר נדרשים להאכלה. כלומר, ככל שרמת האוטונומיה גבוהה יותר, כך עולה גם תפיסת הידע והכישורים הנדרשים למטלת ההאכלה. גם לממצא זה אין סימוכין קודמים בספרות. יתכן, כי ככל שתפקיד ההאכלה בהיר לעובדת, והיא מודעת יותר לדרישותיו: הסבלנות הנדרשת, ההתייחסות לתגובות הדייר, הידע הנדרש של תפקודים גופניים, כך ברור לה יותר, כי מטלת ההאכלה הינה מטלה מורכבת הדורשת ידע ויכולות ספציפיות. יתכן, כי כאשר עובדת מבצעת את מטלת ההאכלה

באוטונומיה רבה יחסית, היא נחשפת לצדדים רבים יותר של המטלה ומתמודדת באופן עצמאי עם הקשיים הרבים הכרוכים בה, ולכן מודעת יותר לכישורים ולידע הנדרשים בה. ידע וכישורים מקושרים גם לתחושת העומס של המטפלות. רמת ההתמודדות של אדם עם מטלה נוצרת מהקשרים בין האדם, המטלה והסביבה בה היא מתבצעת (Rose, & Law et al., 1997; Rose, 2005). תחושה סובייקטיבית של דרישות מרובות מקושרת לרווחה פסיכולוגית (Psychological Wellbeing) נמוכה אצל מטפלים ישירים (Rose, 1999). ממצא זה מקבל חיזוק במחקר הנוכחי בכך, שתחושה סובייקטיבית של דרישות גבוהות במטלת ההאכלה מקושרת אצל העובדות לתפיסת עומס גבוהה במטלה זו.

בדומה לתחושת האוטונומיה, במחקר הנוכחי לא נמצא קשר בין רמת הידע והכישורים הדרושים כמשתנה בודד לבין מדדי התוצאה. יחד עם זאת, רמת ידע וכישורים דרושים כחלק מתפיסת המטלה במודל המחקרי מסבירה את איכות סביבת העבודה עבור המטפלות. מכאן, קיימת חשיבות גדולה להמשיך ולבדוק לעומק את הכישורים הנדרשים למטפלות הישירות לביצוע תפקידן ואת הקשרים לשאר מדדי המטלה. חשיבות בדיקת הנושא מקבלת משנה תוקף בראיונות, שנערכו עם מנהלי המוסדות בהם המטפלות עבדו. אחד הקשיים העיקריים שהמנהלים/ות העלו היה, כי המטפלות חסרות ידע, מיומנויות וכישורים לטיפול בדיירים בכלל, ולביצוע מטלת ההאכלה, הדורשת מיומנויות גבוהות במיוחד, בפרט. מיעוטם אמנם חשבו שמספיק שלמטפלות הרגש והמחויבות כלפי הדיירים, אך חלקם חשבו שהידע הלא מספק של המטפלות הוא מקור לפגיעה באיכות עבודתן, וכתוצאה מכך לירידה במוטיבציה שלהן בעבודה. לעתים הפתרון שלהם היה הגבלת האוטונומיה של המטפלות, אך במקרים אחרים המנהלים אמרו, כי הם מקפידים לתת הדרכה ולקיים סדנאות להעשרת הידע של המטפלות בנושא. זיהוי הצרכים והכישורים הנדרשים יאפשר לבנות תוכניות הדרכה, לימוד ואימון, אשר יענו על צרכים אלה וישפרו את איכות ויעילות השירות.

6.2.2. עומס בעבודה

רמת העומס בעבודה נבדקה רבות במחקרים קודמים, ונמצא, כי עומס מוגבר בעבודה מקושר לרמת מתח גבוהה, שביעות רצון נמוכה ושחיקה אצל מטפלים (Glasberg, Norberg, & Fletcher, 1998 & Rose, Jones; Mascha, 2007; Hatton et al, 1999; Söderberg, 2007). במחקר זה יש לכך חשיבות מיוחדת, כיוון שכל מטפלת מאכילה בממוצע בין 2 ל-3 ארוחות בכל משמרת, כלומר, זוהי אחת המשימות העיקריות המרכיבות את יום העבודה. על כן למידת העומס המוטלת עליה, לתחושותיה לגבי מטלה זו ולרמת המתח אותה היא חשה עם סיומה חשיבות גדולה והשפעה רבה על איכות השירות הניתן לדיירים. יתר על כן, חשוב לזכור, כי הספרות מתייחסת למטלת ההאכלה כמטלה מורכבת במיוחד, המערבת מרכיבים פיזיים, נפשיים ותקשורתיים (Clarck et al., 2003; Thigphen-Beck, 1997 & Humphry; Diamond, 1988). במחקר הנוכחי עומס בעבודה נמדד על ידי שני מדדים אובייקטיביים, וגם על פי דיווח של תפיסת המטפלת את העומס שלה בהאכלה.

לא נמצאו מחקרים אשר בודקים את עמדותיהם של מטפלים בנוגע להאכלה, אך במחקרים שנערכו עם הורים לילדים עם קשיי אכילה תוארה מטלת ההאכלה כמטלה מורכבת, הדורשת היכרות מעמיקה עם הילד, סבלנות, הקשבה ותשומת לב (Sleigh, 2005). כמו כן, נמצא כי האכלה הינה

המטלה הכי פחות מועדפת על הורים מבין מטלות הטיפול בילד, וכי ככל ששביעות הרצון מההאכלה נמוכה, רמת המתח ההורי עולה (Pagano, 2000). תוצאות המחקר הנוכחי מחזקות ממצאים אילו. נמצא קשר בין תפיסתה הסובייקטיבית של העובדת את מידת העומס במטלת ההאכלה לבין תפיסת איכות סביבת העבודה - רמת המתח אותה היא חשה במטלה זו, רמת המתח הכללית בעבודה ושביעות רצון מהעבודה. כלומר, מטפלות אשר חשות כי במהלך הארוחה הן עובדות קשה, נמצאות בלחץ, וכי אין להן מספיק זמן לבצע מטלה זו, דיווחו על רמות גבוהות יותר של עייפות, תסכול, עצבנות ותחושות קשות נוספות בסוף מטלת ההאכלה. יתרה מכך, הן מדווחות על תחושות דומות בסוף יום העבודה ואף על רמה נמוכה יותר של שביעות רצון ממקום העבודה לעומת מטפלות, אשר חוות תחושת עומס פחותה במטלת ההאכלה. עקב זאת, בבדיקת המודל המחקרי, תפיסת העומס במטלת ההאכלה לא יכולה להיכלל במודל עקב הקשר הגבוה שלו עם תפיסת המתח בעבודה (נמצאה כמעט חפיפה בין השניים).

בנוסף לכך, במחקר זה התייחסנו לשני מרכיבים אובייקטיביים, המשפיעים על רמת העומס בעבודה, והם מספר הארוחות אותן מאכילה מטפלת בכל משמרת ומספר הדיירים, אשר היא נדרשת להאכיל בכל ארוחה. מספר הארוחות של המטפלות בכל המוסדות נע בין 2-3, ומספר הדיירים אשר נדרשת כל מטפלת להאכיל בכל ארוחה נע על טווח גדול הרבה יותר, בין 1-16, דבר אשר מייצג שונות גדולה בדרישות העבודה בין המוסדות השונים, וללא ספק משפיע על רמת העומס בעבודתה של המטפלת. ואכן, רמת העומס במטלת ההאכלה, על שני מדדים אלה, נמצא כמשתנה המתווך בהשפעה של תפיסת מטלת ההאכלה על תפיסת איכות סביבת העבודה על כל מרכיביה – מתח בסיום האכלה, מתח בסיום יום עבודה ושביעות רצון ממקום העבודה. ממצא זה, העולה מנתוני המטפלות, מקבל תמיכה וחיזוק בראיונות של המנהלים/ות. רוב מנהלי המוסדות בהם המטפלות עבדו אמרו, שעבודתן קשה, וכי יש עליהן עומס גדול של עבודה בכלל ושל מטלת ההאכלה. חלקם גם הסכימו שהעומס זה גורם לעלייה בהרגשת המתח של המטפלות.

השפעות אילו מחייבות התייחסות מעמיקה, במיוחד כיוון שרמת מתח גבוהה ושביעות רצון נמוכה ממקום העבודה מקושרות לתשישות נפשית (Hewson & Blumenthal, Lavender, 1998), היעדרויות תכופות (Hatton et al., 1999) ולתחלופה מוגברת של צוות העובדים (Robertson et al., 2005). רמת מתח נמוכה אצל מטפלים ישירים מקושרת לקיום אינטראקציות רבות וחיוביות יותר עם הדיירים (Fletcher, 1998 & Rose, Jones). כלומר, רמת מתח של העובדים משפיעה בצורה ניכרת לא רק על רווחתם האישית, אלא גם על איכות השירות הניתנת לדיירים (Hatton et al., 1999; Mascha, 2007).

6.2.3. קורס מטפלות

המטפלות הישירות הן אלה, אשר מבצעות את עיקר הטיפול באוכלוסייה של דיירים סיעודיים עם לקות קוגניטיבית משמעותית, המתגוררים במוסדות. עבודתן חיונית לחיי הדיירים ולאיכות חייהם, בייחוד באוכלוסייה עם קשיים כה רבים התלויה לחלוטין באחר. עבודת הטיפול מתוארת כעבודה דרשנית, קשה פיזית ומלחיצה מבחינה נפשית (DePalma, 2002; Hemsley, ; Labovitz & Sachs, 2004; Chakrabarti & Heron, 2003; Toghe, 2007 & Balandin, 2004). מטלת ההאכלה באופן ספציפי מתוארת בספרות כמטלה קשה נפשית, הדורשת ידע, כישורים ומיומנויות

רבים. התאמת קצב ההאכלה לדייר, מציאת הדרך הנכונה לשלב בין המנות והטעמים ופיתוח יכולת לתקשר בצורה לא ורבלית בזמן הארוחה, הינם כישורים ייחודיים ומעודנים, שנדרש זמן לפתחם (Diamond, 1988). במחקר הנוכחי תפיסה גבוהה של ידע וכישורים במטלת ההאכלה היתה מרכזית ומקושרת לכל יתר המרכיבים של תפיסת מטלת ההאכלה. מכאן שהמטפלות מעריכות את הידע והכישורים הדרושים לביצוע עבודתן בכלל, ומטלת ההאכלה בפרט. עם זאת מרבית המטפלות מבצעות מטלות אלה בלא שעברו הכשרה מתאימה, מבלי שלמדו המיומנויות והכישורים הדרושים לתפקידן, בעיקר עקב חוסר הערכה של הכישורים הדרושים לתפקיד, ויתכן גם כדי לחסוך בעלויות-הן בעלות הקורס והן בשמירה על שכר ומעמד נמוך לעובדות. במחקר הנוכחי רק 41.4% מכלל המטפלות עברו קורס הדרכה למטפלות מוסמכות. ממצא זה תואם ממצאים ממחקרים קודמים, אשר מדווחים גם הם על אחוזים נמוכים יחסית של הכשרה בקרב צוות מטפלים ישירים, אך עם מגמת שיפור במהלך שנות האלפיים (Booth, Roy, Jenkins 2005 & Clayton, Sutcliffe). במחקר נמצא גם, כי להשתתפות בקורס מטפלות קשר מובהק לשיעור רצון גבוהה יותר ממקום העבודה ורמות מתח נמוכות יותר. ממצא זה תואם גם הוא מחקרים קודמים אשר מצאו, כי מטפלים ישירים, אשר עברו הכשרה מתאימה, תפסו את מטלות הטיפול כקשות פחות מאשר מטפלים ללא הכשרה (Hutchinson, & Mansell, Beadle-Brown, Whelton, Beckett 2008), וכי חוסר בהכשרה מתאימה מקושר לרמת תחלופה גבוהה של עובדים (Styron, shaw, Hoge, 2005 & McDuffy). ממצאים אלה חשובים במיוחד עבור הנהלת המוסדות, כיוון שהם הקובעים בנוגע ליציאת מטפלות ישירות, העובדות במוסד, לקורס הכשרת מטפלות. חשוב להדגיש, כי חלק ניכר ממנהליות המוסדות בהם המטפלות עבדו ציינו בראיונות איתם, כי הם מכירים בחשיבות ההכשרה המקצועית של המטפלות, וכי היו רוצים שהן תרכושנה לפחות ההשכלה מסודרת בקורס כדי לשפר את עבודתן ואת תחושת העומס שלהן. חלקם גם דואגים לשלוח את המטפלות לקורס במהלך עבודתן במוסד.

6.3. קבוצות על פי השתייכות אתנית

בהשוואות שנערכו בין המטפלות על פי ההשתייכות האתנית עלו מספר הבדלים בין הקבוצות. נמצא, כי גיל המטפלות הערביות ומהגרות מאתיופיה צעיר בהרבה (כ-10 שנים) מזה של המטפלות הישראליות הותיקות והמהגרות מחבר העמים. כפועל יוצא מכך הן בעלות פחות שנות וותק בעבודה. מבחינת השכלה נמצא, כי קיימים הבדלים בין הקבוצות בהשתתפות בקורס מטפלות. למטפלות הישראליות הותיקות אחוזי ההשתתפות הגבוהים ביותר בקורס, אחריהן המטפלות מחבר העמים. המטפלות הערביות והמטפלות מאתיופיה הן בעלות אחוזי ההשתתפות הנמוכים ביותר. גם תנאי העבודה עצמם שונים עבור הקבוצות השונות: המטפלות הישראליות הותיקות מאכילות את מספר הארוחות ואת מספר הדיירים המועט ביותר, ואילו המטפלות הערביות ואלו מחבר העמים מאכילות את מספר הארוחות ואת מספר הדיירים הגבוה ביותר. מבחינת תפיסת מטלת ההאכלה נמצא, כי המטפלות העולות מאתיופיה מקבלות יותר הדרכה ופחות אוטונומיה משאר המטפלות. בתפיסת איכות סביבת העבודה נמצא, כי המטפלות הערביות חשות מתח רב יותר הן בהאכלה הן בעבודה מאשר שאר המטפלות.

במחקר שנערך על תפיסת הרווחה והבריאות של נשים בישראל בשנת 2004-5 נמצא, כי נשים ערביות בישראל נמצאות יותר במתח מאשר נשים יהודיות (Sachs, Saar, & Aharoni, 2007). מחקר זה לא בדק את הסיבות לכך, אך הסיבה למתח הרב יותר, שחשות המטפלות הערביות עשויה להיקשר הן לגילן הצעיר יחסית, הן לרקע הלאומי שלהן והן לתנאי העבודה, הכוללים האכלת מספר ארוחות ומספר דיירים רב יחסית. על אף שהסיבות להבדלים בין הקבוצות לא נבדקו במחקר זה, חשוב להתייחס להבדלים עצמם ולהתייחס לכל קבוצה על פי המאפיינים הייחודיים לה.

6.4. הבדלים בין המוסדות

מטרת מחקר זה הייתה לזהות את הגורמים המשפיעים על תפיסת המטפלות את איכות סביבת עבודתן ולא להשוות בין מוסדות. אך בהשוואה, שנערכה בין מספר מוסדות, כדי לזהות את ההשפעה של ההקשר המוסדי על משתני המחקר, נמצאו הבדלים גם במרכיבים השונים של תפיסת מטלת ההאכלה וגם במדדי התוצאה של מתח בעבודה. על מנת להבין לעומק נושא זה יש לבצע מחקרי המשך, אשר יתמקדו באלמנטים אובייקטיביים של תנאי העבודה במוסדות השונים, ולראות כיצד תנאים אלה משפיעים על המטפלות. אך גם ללא מחקרים נוספים יכול כל מוסד ומוסד לבדוק כיצד באים מאפיינים אלה לידי ביטוי במקרה הפרטי שלו.

6.5. תפיסת המנהלים את המטפלות ותפקודן:

במטרה להבין את ההקשר בו מתבצעת עבודת המטפלות, נערכו ראיונות עם 10 מנהלים של המוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקויות קוגניטיביות מורכבות בהם עבדו המטפלות. ניתוח התוכן של הראיונות עם המנהלים/ות העלה שני נושאים עיקריים הקשורים למטפלות. האחד הוא התפיסה הניהולית של מנהלי המוסדות והשלכותיה על עיצוב סביבת העבודה, והשני הוא תפיסתם את המטפלות הישירות, את תפקודן ותפקידן במוסד. בהקשר לשני אלו המנהלים/ות תיארו, כיצד הם רואים את מטלת ההאכלה מבחינת הנהלים, תפקיד המזון והביצוע של ההאכלה במוסד (נספח 9). לכלל המנהלים/ות היה חזון אישי, אשר בהתאם לו הוא/היא עיצב/ה או שאף/ה לעצב את דרך פעולתו של המוסד ואת היחס לדיירים ולמטפלות. חלקם זיהו את המוסד עם החזון והגישה שלהם, ולכולם היה ברור כי לאמונתם השלכות על כל המתרחש בחיי היומיום במוסד. המנהלים/ות הציגו שלש גישות ניהוליות עיקריות: גישה ממסדית, גישה משפחתית וגישה קהילתית. לכל מנהל/ת הייתה עדיפות לאחת הגישות, יחד עם זאת, חלק מהם דגלו בשילוב של שתי גישות לניהול המוסד. בנוסף לכך, חלק מהמנהלים/ות התייחסו לגישות טיפוליות/ חינוכיות המנחות אותם בניהול ובהדרכה של הצוות והמטפלות, כמו לדוגמה, האמונה בדבר התפקיד של המוסד בשמירה ובקידום כלל הכישורים (מוטוריים, קוגניטיביים, בין אישיים) של הדיירים באמצעות כל הפעילויות המתבצעות איתם בכלל, ובמטלת ההאכלה בפרט. למשל, קידום אכילה עצמאית או האכלה מדורגת יכולים לשפר או לפחות לשמר את הכישורים האוראלים של הדיירים ואת יכולת הבליעה שלהם.

לגישות הניהוליות היה קשר לתפיסתם של המנהלים את המטפלות, את הציפיות מהן ואת עבודתן בפועל. מנהל/ת בגישה קהילתית בדרך כלל דגלה בכך, שהדיירים והמטפלות יהיה חברים בקהילה חברתית, ושהיחסים בין כל העובדים והדיירים יתנהלו כפי שקהילה מתנהלת מחוץ למוסד. בדומה לזאת, אלו שהאמינו, שמוסד צריך להתנהל כמשפחה, תפסו את היחסים הראויים בין

המטפלות לדיירים כיחסים משפחתיים, לעתים תפקיד המטפלת זוהה על ידם עם תפקיד של אם במשפחה ביולוגית. אמונה בגישה זו או אחרת לא בהכרח עיצבה את היחס למטפלות ולתפקודן.

כל המנהלים היו מודעים לרקע החברתי/כלכלי של המטפלות, למעמד הנמוך של המקצוע שלהן ולעבודה הקשה שהן מבצעות. יחד עם זאת, רק מיעוטם חשב, שהרקע של המטפלות, חוסר ההכשרה המקצועית והשחיקה שלהן מעומס העבודה גורם לכך, שהן לא מבצעות את תפקידן בצורה מספקת. לדעתם, הפתרון לבעיה הוא להחליף את המטפלות הוותיקות בצעירות בעלות הכשרה אקדמית ומקצועית. לעומתם, חלק ניכר של המנהלים הדגישו את היתרונות של המטפלות, את החום והאהבה שהן מעניקות לדיירים, את ההתמודדות שלהן עם עומס עבודה, דיירים עם בעיות התנהגות קשות ואת מסירותן לדיירים ולמוסד. כמו המטפלות, הם ראו את עיקר הקשיים בתפקוד המטפלות כנובעים מגורמים חיצוניים של שכר נמוך, עומס עבודה, עבודה במשמרות והכשרה מקצועית לא מספקת.

רוב המנהלים/ות חשבו, שעקב השכר והסטאטוס הנמוכים של התפקיד והדרישות המרובות שלו, רוב הנשים הבאות לעבוד כמטפלות עושות זאת באין אפשרויות טובות יותר בשוק העבודה. מיעוטם טענו, שהמניעים העיקריים לעבודתן הם הרצון לעזור לדיירים. אך כולם התייחסו לחוסר ההכשרה המקצועית של רוב המטפלות.

בהתאם למודל הסטטיסטי, שהתקבל מנתוני המטפלות, חוסר ההכשרה המקצועית של חלק ניכר מהמטפלות עלה גם בדברי המנהלים. בנתוני הרקע נמצא, כי יותר ממחצית המטפלות לא עברו קורס הכשרה בסיסי בתחום, ובמודל נמצא, כי ללימודים בקורס יש השפעה ישירה על תפיסת איכות סביבת העבודה של המטפלות, דהיינו על המתח שלהן בעבודה ועל שביעות רצוןן ממנה. גם המנהלים טענו, כי להכשרה המקצועית יש השפעה על התפקוד וההרגשה של המטפלות. הקושי, לדברי המנהלים, מתחיל באיתור מועמדות מתאימות לעבודה. נשים ללא כל הכשרה או הכנה מגיעות למוסדות ומבקשות לעבוד בהם, כיוון ששמעו על מקום עבודה פנוי מחברה/ה העובדת/ת במקום. לעתים הן מגיעות לשם רק לאחר שלא הצליחו למצוא עבודה אחרת. אמנם בכל המקומות הן מקבלות הדרכה במקום במשך חודשי העבודה הראשונים, ועוברות תקופת ניסיון לבדיקת התאמתן למקום ולתפקיד. אך עקב העומס רובן משתלבות בעבודה ומתחילות לטפל בדיירים, כאשר המיומנויות והידע שלהם מועטים. אחרי זמן מה מנהלים רבים משתדלים לשלוח את המטפלות לקורס הכשרה. מנהלת אחת אמרה, שלהכשרה מקצועית בקורס מטפלות רווח כפול- שיפור הידע והמיומנויות שלהן בעבודה ובו זמנית העלאת שכרן, אי לכך היא עושה מאמץ לשלוח כמה שיותר מטפלות לקורס לאחר שנה, שנתיים של עבודה במוסד.

המנהלים/ות מייחסים חשיבות רבה למטלת ההאכלה ויודעים, שהיא אחת הקשות בעבודתה של המטפלת. הם מקפידים על קיום הנהלים של משרד הבריאות ורובם משתדלים לשנות את הביצוע של מטלת ההאכלה בהתאם לגישות חדשניות יותר, אשר משרד הבריאות לא רק מעודד אלא גם מפקח ומדריך על פיהן. הם דואגים להדריך את המטפלות כדי להעניק להן ידע בתחום וכדי לשנות את הגישה, שהייתה נהוגה במוסדות רבים, של "האבסת הדיירים". רוב המנהלים משתדלים לתת הדרכה למטפלות בתחום ההאכלה על ידי אנשי הצוות ממקצועות הבריאות וביניהם מרפאות/ים בעיסוק וקלינאיות/י תקשורת (לא בכל המוסדות יש בצוות העובדים אנשי מקצוע אלו). לדעתם, האכלה צריכה להיות פרטנית, אישית ומותאמת לצרכי הדייר/ת, ורובם טוענים שהם מעודדים את המטפלות להקדיש את הזמן הדרוש, כדי שההאכלה תעשה בקצב המתאים לכל דייר/ת ודייר/ת. יחד

עם זאת, לא נראה שהמנהלים מורידים את עומס העבודה של המטפלות, דבר העולה גם מתוך תאור עומס העבודה של המטפלות וגם מדברי חלק המנהלים. מכאן, המנהלים/ות מציעים למטפלות להאט את קצב ההאכלה ומעודדים אותן להיות רגישות לצרכי הדיירים ולהתמודד עם דיירים, שיש להם קשיי התנהגות, אך נראה שהם מצפים, כי המטפלות תפתור את הניגוד שבין קצב איטי לסיום כל המטלות שעליה למלא.

מכאן מסתבר, שהמנהלים/ות מודעים לנושאים שנבדקו במחקר הנוכחי ואושו במודל הסטטיסטי, כמו הקושי והעומס בביצוע מטלת ההאכלה, הידע והמיומנות הדרושים לביצוע יעיל ואיכותי שלה, העבודה הדרשנית והחוזרת על עצמה, המתח בעבודה, ההתמודדות עם דיירים מורכבים וחוסר הכשרה המתאימה של המטפלות. יחד עם זאת, ההתמודדות עם קשיי היומיום מושלכת על המטפלות. נראה, שכאשר המנהלים/ות מתמודדים עם עומס העבודה וחוסר ההכשרה של המטפלות מחד, ועם הצורך שלהם לקיים ניהול יעיל וחסכוני, המטפלות הן שמשלמות את המחיר.

6.6. מחקרי המשך

מחקר זה הינו תחילת ההיכרות עם הנושא המורכב של האכלת דיירים סיעודיים במוסדות פנימייה. כיוון שההאכלה אינה מתבצעת במסגרת משפחתית אלא על ידי עובדים בשכר, אשר מאכילים מספר דיירים בכל ארוחה, ובשל קשיי האכילה הקיימים באחוזים גבוהים באוכלוסייה זו, נדרשים מחקרי המשך על מנת להבין לעומק את שלל המרכיבים והאספקטים, המשפיעים על מטלת ההאכלה, על עבודתן של המטפלות הישירות ואף על התנהגותם של הדיירים. כיוון שלנושא זה כמעט שאין התייחסות בספרות נראה, כי מחקר איכותני אשר יקיים ראיונות עומק עם מטפלות ישירות, יאפשר להבין טוב יותר את חווית ההאכלה של המטפלות ואת דרכי החשיבה והפעולה שלהן, ואף יבסס ויחזק את תוקפם של המימדים המרכיבים את מטלת ההאכלה. עם זאת נדרש המשך ביצוע מחקרים כמותניים, אשר ימשיכו בדרכו של המחקר הנוכחי.

אחד הנושאים, אשר בלט במחקר זה, הינו ההבדלים הקיימים בין המוסדות השונים. כיוון שהמחקר התמקד בתחושות הסובייקטיביות של המטפלות לגבי האכלה, לא היה בידינו מידע, אשר יאפשר בחינה של המאפיינים וההקשרים הקיימים בכל מוסד, וכיצד הם משפיעים על עבודתן של המטפלות. אמנם נערכו ראיונות עומק עם 10 מנהלים, אשר העלו את התפיסות שלהם לגבי מטלת ההאכלה והתפקיד של המטפלות במוסדם, אך נדרש מחקר המשך, אשר יתייחס לאלמנטים המאפיינים את תנאי העבודה וההדרכה בכלל, ואת מטלת ההאכלה בפרט (זמן הניתן להאכלה, שעות הדרכה בפועל, אופן ההדרכה וכו') במסגרות שונות, על מנת לבדוק לעומק כיצד משפיעים אלמנטים אלה על המטפלות.

נושא חשוב נוסף הוא דרך התנהלותן של המטפלות בזמן ההאכלה. מחקר זה התבסס על ספרות קודמת, אשר מצאה כי שביעות רצון ורמות מתח משפיעות על התנהלותן של צוות המטפלים, אך לא נמצא בספרות מחקר, אשר התמקד בהתנהגות בפועל של המטפלות הישירות במהלך ההאכלה. מחקר אשר ישלב ניתוח איכותני וכמותני של תצפיות ישירות על ביצוע ההאכלה וראיונות איתן יספק מידע, שיאפשר בניית תוכניות התערבות מתאימות ויעילות. מידע זה יוכל לשמש גם כבסיס להרחבה והעמקה של חומר הלימוד בתוכניות ההכשרה וההשתלמות למטפלות.

מבחינה מתודולוגית, מחקר זה חיזק את המהימנות והתקיפות של שאלון ההאכלה, אשר נבנה למטרות מחקר. כדי לבסס ולהעמיק את המידע הפסיכומטרי ולהרחיב את השימוש בו יש לבצע

מחקרים נוספים באוכלוסיות מגוונות (לדוג' מטפלות בבתי אבות, כוח עזר בבתי חולים וכו'), לבדוק מהימנות מבחן חוזר של השאלון ולבצע בדיקה חוזרת של המהימנות הפנימית של השאלון.

7. סיכום ומסקנות

לתוצאות המחקר עניין מיוחד לאחראים על מוסדות לאוכלוסיה עם לקויות קוגניטיביות משמעותיות, למטפלות הישירות, לבני המשפחה, לגופים המממנים ותועלת רבה לדיירים במוסדות עצמם. מהמחקר עולה, כי לתחושות ולעמדות של מטפלות ישירות לגבי מטלת ההאכלה, השפעה רבה על רווחתן האישית במקום העבודה בכלל, ובמטלת ההאכלה בפרט. המודל שהוצע ואושש מסביר את הגורמים המעצבים את תפיסותיהן ועמדותיהן של המטפלות הישירות, ויכול להוות בסיס ליישום התערבויות לשינוי המצב הקיים בעבודתן של מטפלות בתחום ההאכלה. כיוון שהמטפלות הישירות נמצאות בקשר יומיומי עם הדיירים, ומספקות את מרבית צרכיהם, הפיזיים והרגשיים, דרך עבודתן משפיעה בצורה משמעותית על רווחתם האישית של הדיירים. על כן העלאת שביעות הרצון והורדת תחושות העומס והמתח של הצוות תשפר את רווחתן האישית של המטפלות הישירות, כמו גם את רווחתם האישית של הדיירים ובני משפחותיהם. חשוב לזכור, כי אוכלוסיית המטפלות הישירות הינה אוכלוסייה המבצעת עבודה קשה ותובענית ביותר עבור שכר נמוך, אוטונומיה מועטה ולרוב ללא הכשרה מתאימה. גורמים אלה משפיעים בצורה ניכרת על איכות השירות הניתן לדיירים, על הביצועים הישירים של העובדות ועל גורמים נוספים כהיעדרויות ועזיבת המקצוע.

הממצאים העיקריים של מחקר זה כוללים את השפעתה המרכזית של רמת העומס במטלת ההאכלה על רמת המתח ורמת שביעות הרצון מהעבודה, וחשיבות תמיכה ובהירות תפקיד, ידע וכישורים במטלת ההאכלה להעלאת רמת שביעות רצון בעבודה. כמו כן, מידת האוטונומיה המוענקת למטפלות היא חלק חשוב במכלול המודל לעיצוב איכות סביבת העבודה שלהן. ממצאים אלה נותנים כיוון ראשוני בנוגע לגורמים העיקריים במטלת ההאכלה הדורשים טיפול והתערבות. הפחתת העומס במהלך ההאכלה היא אחת הדרכים להוריד את רמת המתח ולהעלות את רמת שביעות הרצון של הצוות. לשם כך נדרשת התייחסות ללוח הזמנים וכוח האדם במטלת ההאכלה, כיוון שנדרשת השקעה תקציבית בתוספת כוח אדם בזמן הארוחות או שינוי לוח הזמנים בצורה כזו, שיאפשר מתן זמן ארוך יותר לביצוע ההאכלה בכל ארוחה.

כמובן, שינויים אלו דורשים התערבות של ההנהלה ורצון של המנהלים/ות לשנות את המצב הקיים. חשוב לציין, כי המנהלים/ות מודעים לקשיים של המטפלות ומחפשים פתרונות לשיפור תחושתן. חלקם יוצרים תוכניות לשיפור וקידום הידע של המטפלות, אך חלקם מחפשים דרכים להחליף את המטפלות ב"טובות יותר". ניתן להבין רצון זה בצורך של המנהלים לשפר את השרות הניתן במוסד אשר בראשו הם עומדים.

המנהלים מתמודדים עם ההבנה של קשיי המטפלות מצד אחד, אך גם עם הצורך לייעל את הניהול הכלכלי של המוסד מאידך. לכן מיקוד השינויים, הדורשים השקעה תקציבית וביסוס על ראיות מחקריות, כמו במחקר הנוכחי, יכול לתת למנהלים הכוונה ברורה יותר לפתרונות אפשריים וכלכליים. בנוסף למתן זמן לביצוע מטלת ההאכלה, מתן ידע וכישורים וסדנאות במקום העבודה יכולים לייעל ביצוע מטלת ההאכלה ולשפר תחושת העומס. בנוסף לכך, ישנה חשיבות רבה ליצירת תפקיד האכלה ברור ומוגדר עבור העובדת, המלווה בתמיכה עקבית ויומיומית. ניתן לעשות זאת באמצעות שיחות אישיות עם האחראים, אסיפות כלליות להעברת נהלים, הכנת חוברת הדרכה או כל דרך אחרת בה הגדרת התפקיד, סדר העדיפויות, הציפיות והקריטריונים להערכה של ההנהלה

והאחראים. הגדרות וציפיות ברורות וידועות לעובדת יתנו לה תחושה כי היא אינה לבדה במערכה, וכי נמצאת עבורה רשת ביטחון המסייעת ומקלה עליה. לבסוף, הקשבה למטפלות ושילובן בקבלת החלטות בכל תחומי עבודתן ובמטלת ההאכלה, ושיתופן בתכנון סדנאות והכשרות להעשרת הידע שלהן, יאפשר לזהות את הצרכים שלהן בצורה ממוקדת יותר ולהעלות את תחושת הערך העצמי שלהן במידה רבה.

נראה כי אחת הדרכים לשפר את רמת השירות הניתן במוסדות היא ליצור צוות טיפולי, אשר עובד ברמות מתח סבירות ותוך שביעות רצון גבוהה. מרפאים בעיסוק מעורבים פעמים רבות בתהליך ההאכלה. לרוב נעשית ההתערבות על פי מאפייני הדייר ועל מנת לענות על צרכיו. המחקר הנוכחי והספרות מראים, כי על מנת להגיע לתוצאות הטובות ביותר, מרפאים בעיסוק נדרשים להתייחס למאפיינים, לדעות ולצרכים של המטפלים בשכר, העובדים עם הדיירים. כלומר, בגיבוי ההנהלה יכולה המרפא/ה בעיסוק להתייחס אל המטפלת ואל הדייר כלקוחות, ולבנות תוכניות ההתערבות יחד עם המטפלות, המכירות את הדיירים לעומק והמודעות לקשיים של תפקיד. הבניית תוכנית ההתערבות ומטלת ההאכלה בצורה נכונה, המותאמת הן לדיירים והן לצוות המטפלות, תוך התייחסות לגורמים הרלוונטיים ומתן ידע ותמיכה, תאפשר הפחתה ברמות המתח והעלאת שביעות רצון מהעבודה, ועל ידי כך תאפשר מתן שירות איכותי ומותאם יותר לדיירים. בנוסף לכך, שימוש בשאלון אשר נבנה, נבדק ותוקף במחקר זה, מאפשר הערכה של עמדות ותפיסות מטפלות ישירות במוסדות לאוכלוסייה סיעודית עם לקות קוגניטיבית משמעותית לגבי מטלת ההאכלה על מימדיה השונים, ויכול לשמש ככלי יעיל להערכת הצרכים של המטפלות הישירות כקבוצה וכפרטים ולבניית תוכניות הדרכה יעילות לכל מוסד ומוסד.

8. מקורות מידע

אחדות, ל., אנדבלד, מ. וכהן, ר. (2005). סקירה שנתית לשנת 2005, פרק 2: עוני ואי-שוויון בהכנסות, המוסד לביטוח לאומי.

בארי, מ. (2004). הפרעות אכילה בינקות. נלקח בתאריך 22.1.06 מאתר "גוזלים":

<http://www.gozalim.co.il/Htmlpage/bpregnancyd.asp?nam=32&opendiv=hatzeg16>

ברסלבסקי, י. (2006). מחויבות לארגון בקרב אחיות בבתי אבות: השפעת סגנון המנהיגות ושיתוף

בקבלת החלטות. עבודת גמר המוגשת כמילוי חלק מהדרישות לקבלת תואר "מוסמך

האוניברסיטה". אוניברסיטת חיפה.

גונן, ד. וזק"ש ד. (2004). חווית האכלה של אמהות את תינוקן בשנת חייו הראשונה. כתב העת

הישראלי לריפוי בעיסוק, 13(2) עמי H117-H95.

גל, ר. (2001). הקשר בין גיל ההשמה ורמת התפקוד של אדם בעל פיגור שכלי לבין סוג המסגרת החוץ-

ביתית המתאימה לו. נלקח בתאריך 22/1/06 מתוך האתר הישראלי לפיגור שכלי:

<http://www.pigur.co.il/links/maagar/pakid9.htm>

ועד הפעולה בעניין מעמדן של נשים פלסטיניות בישראל (2006). מעמדן של הנשים הפלסטיניות

אזרחיות ישראל. ועד הפעולה בעניין מעמדן של נשים פלסטיניות בישראל

חביב, ג., מורגנשטיין, ב. וזיפקין א. (1998). תעסוקה לעומת הבטחת הכנסה: שילוב עולים חדשים

מברית המועצות לשוק העבודה בישראל (באנגלית). המוסד לביטוח לאומי: ירושלים.

כורזים, מ., גורן, ט. ונירן, ר. (1999). מטפלות בית בזקנים: מאפיינים, תפיסת תפקיד ודפוסי עבודה

והעסקה נלקח בתאריך 1.11.07 מאתר מכון ברוקדייל:

<http://brookdale1.pionet.com/category/homepage>

כורזים, מ. ומנדלר, ד. (2005). מטפלים ומדריכים במסגרות דיור, תעסוקה מוגנת ויום שהות ארוך

לאנשים עם פיגור שכלי: מאפיינים, תפיסות תפקיד ושביעות רצון מעבודה. נלקח בתאריך

1.11.07 מאתר מכון ברוקדייל: <http://brookdale1.pionet.com/category/homepage>

הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה (2009). שנתון סטטיסטי לישראל – מספר 60. נלקח בתאריך 15.2.10

מאתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה:

http://www.cbs.gov.il/reader/shnaton/templ_shnaton.html?num_tab=st07_12&CYear

.=2009

סטר, א. (1987). *ילדים ואכילה: מינקות עד בגרות*. מאנגלית שרון שעל. תל-אביב: אלפא/זמורה-ביתן.

פורום לארגונומיה של מרפאים בעיסוק (2003). *שאלון תפקוד עובד*. נלקח בתאריך 23.5.06 מאתר

הקורס לארגונומיה של אוניברסיטת חיפה: [.http://online.haifa.ac.il](http://online.haifa.ac.il)

שחק, י. ושי, י. (2003). *עשור לוועדה לקידום מעמד האישה: סקירת עיקרי פעילותה ופערי שכר בין נשים לגברים*. הכנסת- מרכז מחקר ומידע.

American association on mental retardation (2002). *Mental retardation definition, classification, and systems of supports* (10th Edition). Washington: American association on mental retardation.

American psychiatric association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed). Washington, D.C.: Author.

Anderson, N.R., & West, M.A. (1996). The team climate inventory: The development of TCI and its applications in teambuilding for innovativeness. *European journal of work and organizational psychology*, 5 (1), 53–66.

Baum, N. (2005). Quality of life is not only for people served –it is also for the staff: The multi-focal approach. *Journal of Intellectual Disability Research* 49, 809-811.

Blumenthal, S., Lavender, T., & Hewson, S. (1998). Role clarity, perception of the organization and burnout amongst support workers in residential homes for people with intellectual disability: A comparison between a National Health Service trust and a charitable company. *Journal of Intellectual Disability Research* 42 (5), 409–417.

Booth, R., Roy, S., Jenkins, H., Clayton, B. and Sutcliffe, S. (2005). *Workplace training practices in the residential aged care sector*, NCVER, Adelaide.

Burklow, K.A., Phelps, A.N., Schultz, J.R., McConnell, K., & Colin, R. (1998). Classifying Complex pediatric feeding disorders. *Journal of pediatric gastroenterology & nutrition*. 27(2), 143-147.

- Cans, C., Wilhelm, L., Baille, M.F., Mazaubrun, C., Grandjean, H., & Rumeau-Rouquette, C. (1999). An etiological findings and associated factors in children with severe mental retardation. *Developmental medicine & child neurology*, *41*, 233-239.
- Carmeli, A., & Freund, A. (2004). Work commitment, job satisfaction, and job performance: An empirical investigation. *International Journal of Organization Theory and Behavior* *6*(4), 289–309.
- Case-Smith, J. (2007) Parenting a child with a chronic medical condition. In Dell Orto, A.E., & Power, P.W. (Eds.).*The Psychological & Social Impact of Illness and Disability* (5rd ed.) (pp: 310-328), Springer: New work.
- Castle, N.G., & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. *Medical Care*. *43*(6), 616-626.
- Chan, J.S., & Kwai-sang Yau, M. (2002). A study on the nature of interactions between direct-care staff and persons with developmental disabilities in institutional care. *The British Journal of Developmental Disabilities*, *48*(1), 39-51.
- Chen, Y., Chen, S., Tsai, C., & Lo, L. (2007). Role stress and job satisfaction for nurse specialists. *Journal of advanced nursing*, *59*(5), 497-509.
- Chou, Y.C., & Schalock, R.L. (2007). Trends in residential policies and services for people with intellectual disabilities in Taiwan. *Intellectual Disability Research*, *51*(2), 135–141.
- Clark, G.F., Avery-Smith, W., Wolf, L.S., Anthony, P., Holm, S.E., Hertfelder, S.D., & Youngstorm, M.J. (2003). Specialized knowledge and skills in eating and feeding for occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, *57*(6), 660-678.
- Cockerill, R., & Warren, S. (1990) Care for caregivers: The needs of family members of MS patients. *The journal of rehabilitation*, *56*.

- Connecticut birth to Three Nutrition Task Force. (2000). Service guideline 6: Nutrition intervention guidance for service providers and families. Connecticut: Author.
- Corly, M.C., & Mauksch, H.O. (1988). Registered nurses, gender and commitment. In: Statham, A., Miller, E.M., & Mauksch, H.O. (Eds.) *The Worth of women's work :A qualitative synthesis* (pp.135-150). Albany : State University of New York Press.
- Crimmins, D.B. (1994). Quality of life for persons with challenging behaviors: Interventions goal contradiction in term, or both?. In D. Goode (Eds.), *Quality of life for persons with disabilities* (pp. 208-217). Cambridge: Brookline books, Inc.
- DePalma, J.A. (2002) Caregiver burden: Resources and research. *Home health care management & practice*, 14, 151-152.
- Diamond, T. (1988). Social policy and everyday life in nursing homes: A critical ethnography. In: Statham, A., Miller, E.M., & Mauksch, H.O. (Eds.) *The Worth of women's work :A qualitative synthesis* (pp.39-56). Albany : State University of New York Press
- Dickens, G., Sugarman, P., & Rogers, G. (2005). Nurses' perceptions of the working environment: A UK independent sector study. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 12, 297–302.
- Drebing, C., McCarty, E.F., & Emerson-Lombardo, N.B.E. (2002) Professional caregivers for patients with dementia: Predictors of job and career commitment. *American Journal of Alzheimer's disease and Other Dementias*, 17(6), 357-366.
- Fish, R.M. (2000). Working with people who harm themselves in a forensic learning disability service. *Journal of Learning Disabilities*, 4, 193-207.
- Fletcher, K. (2006).Beyond dualism: Leading out of oppression. *Nursing forum* 41(2).

- Frolek-Clark, G., Avery-Smith, W., Wold, L.S., Anthony, P., & Holm, S.E. (2007). Specialized knowledge and skills in feeding, eating, and swallowing for occupational therapy practice. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61(6), 686-700.
- Geiger-Brown, J., Muntaner, C., Lipscomb, J., & Trinkoff, A. (2004) Demanding work schedules and mental health in nursing assistants working in nursing homes. *Work & Stress*, 18(4), 292 – 304.
- Gill-Monte, P.R., & Peiro, J.M. (1998) A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centers for the mentally disabled. *Psychology in Spain* 1, 55–62.
- Glasberg, A., Norberg, A., & Söderberg, A. (2007). Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *Journal of Advanced Nursing* 60 (1), 10–19.
- Gouge, A.L., & Ekvall, S.W. (1975). Diets of handicapped children: Physical, psychological and socioeconomic correlations. *American Journal of Mental Deficiency*, 80, 149-157.
- Greydanus, D.E., & Pratt, H.D. (2005). Syndromes and disorders associated with mental retardation. *Indian journal of pediatrics*, 72(10), 859-864.
- Hampson, C. (2006). The bigger picture. *Mental Health Today*, Nov., 22.
- Harris, P., & Rose, J. (2002). Measuring staff support in services for people with intellectual disability: The Staff Support and Satisfaction Questionnaire, Version 2. *Journal of Intellectual Disability Research* 46(2), 151–157.
- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Swarbrick, R., Kiernan, C., Reeves D., & Alborz A. (1999). Factors associated with staff stress and work satisfaction in services for people with intellectual disability, *Journal of Intellectual Disability Research* 43 (4), 253-257.

- Hatton, C., Emerson, E., Rivers, M., Mason, H., Swarbrick, R., Mason, L., Kiernan, C., Reeves D., & Alborz, A.(2001). Factors associated with intended staff turnover and job search behavior in services for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 258-270.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Emerson, E., Kiernan, C., Reeves, D., & Alborz A. (1999) Organizational culture and staff outcomes in services for people with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research, 43(3)*, 206 - 218.
- Hatton, C., Rivers, M., Mason, H., Mason, L., Kiernan, C., Emerson, E., Alborz A., & Reeves, D. (1997) Staff in services for people with learning disabilities. *The HARC challenging behaviour project: Staffing issues*.
- Hemsley, B., Balandin, S., & Togher, L. (2007). Older unpaid carers' experiences supporting adults with cerebral palsy and complex communication needs in hospital. *Journal of developmental physical disability, 19*, 115–124.
- Henry, D.B., Duvdevany I., Keys, C.B., & Balcazar, F. (2004). Attitudes of American and Israeli staff towards people with intellectual disabilities. *Mental Retardation, 42* ,26–36.
- Heron, G., & Chakrabarti, M. (2003). Exploring the perceptions of staff toward children and young people living in community-based children's homes. *Journal of social work, 3(1)*, 81-98.
- Hewitt, A., & Lakin, K.C. (2001). *Issues in the direct support workforce and their connections to the growth, sustainability and quality of community supports*. Research and training center on community living; University of Minnesota.
- Hodges, A.E., Hughes, S.O., Hopkinson, J., & Fisher, J.O. (2007). Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. *Appetite, 49*, 1-7.

- Humphry, R., & Thigpen-Beck, B. (1997). Caregiver role: Ideas about feeding infants and toddlers. *The occupational therapy journal of research*, 17(4), 237-263.
- Humphreys, J., Wakerman, J., Wells, R., Kuipers, Pim., Jones, J., Entwistle, P. and Harvey, P.(2007). *Improving primary health care workforce retention in small rural and remote communities: How important is ongoing education and training?* Australian primary health care research institute, Canberra.
- Ivancic, M.T., Barrett, G.T., Simonow, A., & Kimberly, A. (1997). A replication to increase happiness indices among some people with profound multiple disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 18(1), 79-89.
- Jenkins, H., & Allen, C. (1998). The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(7), 466 – 472.
- Jin-Ding, L., Tsong-Nan, L., Ching-Hui, L., Chia-Feng, Y., Shang-Wei, H., Jia-Ling, W., Chi-Chieh, T., Lan-Ping, L., Cordia, M.C. and Sheng-Ru, W. (2009). Physical and mental health status of staff working for people with intellectual disabilities in Taiwan. *Research in intellectual disabilities* 30, 538-546
- Kellegrew, D.H. (2000). Constructing daily routines: A qualitative examination of mothers with young children with disabilities. *American journal of occupational therapy*, 54(3), 252-9.
- Kellogg, H.L. (1998). An OTR's description of the legacy, current environment, and clinical issues characterizing adults with profound disabilities. In Ross, M., & Bachner S. (Eds.), *Adults with developmental disabilities: Current approaches in occupational therapy* (pp. 89-122).Montgomery Lane: The American Occupational Therapy Association.

- Khun, D.E., & Matson, J.L. (2004). Assessment of feeding and mealtime behavior problems in persons with mental retardation. *Behavior modification, 28(5)*, 638-648.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C.E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing outlook, 51(1)*, 13 -19.
- Kuhn, D.E. (2004). *The relationship between social behavior and mealtime behavior problems in individuals with severe and profound mental retardation*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of "doctor of philosophy". University of Louisiana.
- Lancioni, G.E., O'Reilly, M.F., & Basili, G. (2001). Use of micro-switches and speech output system with people with severe/profound intellectual of multiple disabilities: A literature review. *Research in Developmental Disabilities, 22*, 21-40.
- Lau, V.M.H., Callaghan, P., Twinn, S.F., & Goodfellow, B. (2007). The nursing gaze: Power relations in a study of nurse-resident interactions in learning disability. *Journal of psychiatric and mental health nursing 14(4)*, 346–355.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1997). Theoretical context for the practice of occupational therapy. In Christiansen, C.H., & Baum, C.M. (Eds.), *Occupational therapy: Enabling function and well being* (pp. 72-102). New Jersey: Slack Incorporated.
- Layne, C.M. (2001). *The relationship of occupational stress, psychological strain, and coping resources to the turnover intentions of rehabilitation counselors*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of "doctor of philosophy". Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Lewis, E., & Kritzinger, A. (2004). Parental experiences of feeding problems in their infants with down syndrome. *Down syndrome research and practice, 9(2)*, 45-52.

- Llewellyn, G., McConnell, D., Thompson, K., & Whybrow, S. (2005). Out-of-home placement of school-age children with disabilities and high support needs. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18*, 1–6.
- Loud, R. (2006). *The relationship between mania and feeding/mealtime behavior problems among persons with intellectual disability*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of "doctor of philosophy". University of Louisiana.
- Maas, M.L., Specht, JP., Buckwalter, K.C., Gittler, J. and Bechen, K. (2008). Nursing Home Staffing and Training Recommendations for Promoting Older Adults' Quality of Care and Life. *Research in Gerontological Nursing, 1*(2) 123-133.
- Manojlovich, M. (2007). Power and empowerment in nursing: Looking backward to inform the future. *The online journal of issues in nursing, 12*(1).
- Mansell, j., Beadle-Brown, J., Whelton, R., Beckett, c. and Hutchinson, A. (2007). Effect of service structure and organization on staff care practices in small community homes for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 21*(5) 398-413.
- Mascha, K. (2007). Staff morale in day care centers for adults with intellectual Disabilities. *Journal of applied research in intellectual disabilities, 20*(3), 191-199.
- Matson, J.L., Gardner, W.I., Coe, D.A., & Sovner, R. (1991). A factor analytic study of the diagnostic assessment for the severely handicapped scale. *Journal of nervous and mental disease, 179*(9), 553-557.
- McConkey, R. (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research, 51*(3), 207-17.

- McTernan, M., & Ward, N. (2005). Outcomes that matter: Parents' perspectives. *Mental retardation* 43(3), 214–220.
- Menzel, N.N. (2001). *Manual handling workload and musculoskeletal discomfort in nursing personnel*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of "doctor of philosophy", University of South Florida.
- Miller, K.I., Ellis, B. H., Zook, E. G., & Lyles, J. S. (1990). An integrated model of communication, stress, and burnout in the workplace. *Communication research*, 17, 300-326.
- Mittal, V., Rosen, J. and Leana, C. (2009). A Dual-Driver Model of Retention And Turnover in the Direct Care Workforce. *The Gerontological*
- Montgomery, R. J. V., Holley, L., Deichert, J., & Kosloski, K. (2005). A profile of home care workers from the 2000 census: How it changes what we know *The Gerontologist*, 45(5), 593-600.
- Needelman, R., & Nelson, A. (1988). Policy implications: The worth of woman's work. In: Statham, A., Miller, E.M., & Mauksch, H.O. (Eds.) *The Worth of women's work: A qualitative synthesis* (pp.293-308). Albany : State University of New York Press
- Ott, F., Readman T., and Backman, C. (1990). Mealtimes of the institutionalized elderly: A literature review. *Canadian journal of occupational therapy*. 57, 261-267.
- Pagano, J.L. (2000). *Parental perceptions of feeding young children with developmental and eating problems*. partial fulfillment of the requirements for the degree of "doctor of philosophy". University of Connecticut.
- Perske, R., Clifton, A., McClean, B. M., & Stein, J.I. (1977). *Mealtimes for severely and profoundly handicapped persons: New concepts and attitudes*. Baltimore, MD: University Park Press.

- Petersen, M.C., Kedia, S., Davis, P., Newman, L., & Temple, C. (2006) Eating and feeding are not the same: Caregivers' perceptions of gastrostomy feeding for children with cerebral palsy. *Developmental medicine of child neurology*, 48, 713–717.
- Porter, J., Franklin, T., Pieninck, M., Springer, C., & Holm, M. B. (2001). Quality of follow through with feeding interventions for long-term care facility residents. *Physical & occupational therapy in geriatric*, 19(1), 77-90.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., Russell, D., Swinton, M., Zhu, B., & Wood, E. (2005). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics*, 115, e626-e636.
- Repak, T.A. (2006). Labor recruitment and the lure of the capital: Central American migrants in Washington, DC. In Zimmerman, M.K., Litt, J.S., & Bose C.E. (Eds.). *Global dimensions of gender and care work* (pp.83-96). Stanford : Stanford Social Sciences.
- Retsas, A., & Pinukahana, J. (2000). Manual handling activities and injuries among nurses: An Australian hospital study. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 875-883.
- Riggs, J.A.(2002). Exploring pathways to long term care staffing solutions. Retrieved March 15, 2010, from Alzheimer's Association:
<http://www.alz.org/national/documents/WorkforcepaperJRiggs02.pdf>
- Robertson, J., Hatton, C., Felce, D., Meek, A., Carr, D., Knapp, M., Hallam, A., Emerson, E., Pinkney, L., Caesar, E., & Lowe, K. (2005). Staff stress and morale in community-based settings for people with intellectual disabilities and challenging behavior: A brief report. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 18(3), 271-277.

- Rose, J. (1999). Stress and residential staff who work with people who have an intellectual disability: A factor analytic study. *Journal of Intellectual Disability Research, 43*, 268-278.
- Rose, J.A., Huja K.A & Jone, C. (2006). Attitudes of direct care staff towards external professionals, team climate and psychological wellbeing. *Journal of intellectual disabilities, 10(2)*, 105-120.
- Rose, J., Jones, F., & Fletcher, B. (1998). Investigating the relationship between stress and worker behavior. *Journal of intellectual disability research 42(2)*, 163–172.
- Rose, J., Mullan, E., & Fletcher B. (1994). An examination of the relationship between staff behavior and stress levels in residential care. *Mental Handicap Research, 7*, 312-328.
- Rose, D., & Rose, J. (2005). Staff in services for people with intellectual disabilities: The impact of stress on attributions of challenging behavior. *Journal of intellectual disability research, 49(2)*, 827–838.
- Sachs, D. & Labovitz, D.R. (2004) Range of human activity: Care of others. In Hinojosa, J., & Blount, M.L. (Ed). *The texture of life: Purposeful activities in occupational therapy*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Sachs, D., Saar, A. & Aharoni, S. (2007). How can I feel for others when I myself am beaten: The impact of the armed conflict on women in Israel. *Sex Roles, 57*, 593-606.
- Samuels, R., & Chadwick, D.D. (2006). Predictors of asphyxiation risk in adults with intellectual disabilities and dysphagia. *Journal of Intellectual Disability Research 50(5)*, 362–370.
- Sassen, S. (2006). Global Cities and Survival Circuits. In Zimmerman, M.K., Litt, J.S., & Bose C.E. (Eds.). *Global dimensions of gender and care work* (pp.37-48). Stanford: Stanford Social Sciences.

- Secrist-Mertz, C., Brotherson, M.J., Oakland, M.J., & Litchfield R. (1997) Helping families meet the nutritional needs of children with disabilities: An integrated model. *Children's Health Care*, 26, 151-168.
- Shaddock, A.J., Hill, M., & Van Limbeek, C.A.H. (1998). Factors associated with burnout in workers in residential facilities for people with an intellectual disability. *Journal of intellectual & developmental disability*, 23(4), 309 -318.
- Shea, S.E. (2006). Mental retardation in children ages 6 to 16. *Seminars in pediatric neurology* 13(4), 262-270.
- Skirrow, P., & Hatton, C. (2007). 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research findings and initial normative data. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 20, 131–144.
- Sleigh, G. (2005). Mothers' voice: A qualitative study on feeding children with cerebral palsy. *Child: care, health and development*, 31(4), 373–383.
- Smith, A.L., Lauret, R., Peery, A., & Mueller, T. (2001). Caregiver needs: A qualitative exploration. *Clinical gerontologist*, 24(1-2), 3-26.
- Spector, W.D., & Takada, H.A. (1991) Characteristics of nursing homes that affect resident outcomes. *Journal of aging and health*, 3(4), 427-454.
- Styron, T.H., Shaw, M., McDuffie, E. and Hoge, M.A. (2005). Training direct care providers in public sector mental health. *Administration and policy in mental health and mental health services research* 32,633–649.
- Taggart, L., & Mcconkey, R. (2001). Working practices employed within and across hospital and community service provision for adults with an intellectual disability and additional needs. *Journal of Learning Disabilities*, 5(2), 175-190.

- Tsui, A.S., Egan, D., & O'Reilly, A. (1992). Being different: Relational demography and organizational attachment. *Administrative science quarterly*, 37(4), 549-579.
- Weisz, J.R. (1999). Cognitive performance and learned helplessness in mentally retarded persons. In Zigler, E., & Bannett-Gates D. (Eds.), *Personality development in individuals with mental retardation* (pp. 17-46). New York: Cambridge University Press.
- Yip, Y.B. (2001). A study of work stress, patient handling activities and the risk of low back pain among nurses in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing* 36(6), 794-804.

נספח 1

שאלון פרטים אישיים

מין: זכר / נקבה

שנת לידה: _____

השכלה (יסודית, תיכונית, קורס מטפלות, השתלמויות, אחר): _____

ארץ לידה: _____

שנת עלייה: _____

דת: נוצרי / יהודי / מוסלמי / אחר: _____

מספר שנים במקום העבודה: _____

תפקיד במקום העבודה: _____

עבודה במשמרות: כן / לא

מספר שעות עבודה ביום: _____

מספר ארוחות בממוצע בהן את מאכילה ביום: _____

מספר הדיירים הממוצע אותם את מאכילה בכל ארוחה: _____

נספח 2

שאלון האכלה

תאריך: _____ מספר: _____

שאלון זה מתייחס באופן ספציפי לעבודתך עם הילדים בזמן הארוחות. אנא נסי להפריד משימה זו משאר המשימות אותן את מבצעת ביום עבודה ועני על השאלות תוך התייחסות לזמן בו את מאכילה את הילדים:

	1	2	3	4	
	לא מסכימה בכלל	לא כ"כ מסכימה	מסכימה	מסכימה מאוד	
1.					מטלת ההאכלה דורשת יכולות רבות
2.					על מנת להאכיל נכון דרושים ידע והבנה של התהליכים בגוף (לעיסה, בליעה, נשימה וכו'...)
3.					יש לי ידע מספיק בנוגע לתהליכים המתרחשים בגוף בזמן האכילה
4.					אני לומדת בזמן ההאכלה דברים חדשים
5.					מטלת ההאכלה דורשת תשומת לב רבה והבנה של תגובות הדיירים
6.					בזמן ההאכלה, אני מבינה את תגובות הדיירים בצורה טובה
7.					אני רשאית לקחת החלטות באופן עצמאי בזמן ההאכלה
8.					אני רשאית להחליט על כמות המזון שהדייר יאכל
9.					אני רשאית להחליט על סוג המזון אותו יאכל הדייר
10.					אני קובעת בעצמי את קצב ההאכלה
11.					אני מעורבת בתכנון תכניות קידום האכילה של הדיירים
12.					אני מעורבת בביצוע תוכניות קידום האכילה של הדיירים
13.					תפקידי בנושא ההאכלה ברור ומוגדר

				14 אני מקבלת הנחיות סותרות בנוגע להאכלה (כמות המזון, איך להאכיל, חשיבות וכו')
				15 אני יודעת מה בדיוק מצפים ממני האחרים עלי בזמן ההאכלה
				16 ההנחיות והכללים בנוגע להאכלה משתנים לעיתים קרובות
				17 אין לי מספיק זמן במהלך ההאכלה
				18 בזמן ההאכלה אני עובדת קשה
				19 בזמן ההאכלה אני צריכה לטפל במספר בעיות במקביל
				20 מטלת ההאכלה דורשת ממני חשיבה רבה
				21 בזמן ההאכלה מוטלת עלי אחריות רבה
				22 בזמן ההאכלה אני נמצאת בלחץ
				23 יש לי אל מי לפנות במצבי חירום
				24 אני מקבלת משוב על הצורה בה אני מאכילה את הדיירים
				25 אני מקבלת הדרכה לגבי הדרך הנכונה להאכיל את הדיירים
				26 אני מרגישה בנוח לבקש עזרה משאר הצוות
				27 יש לי אל מי לפנות בשאלות לגבי נושאים הקשורים להאכלה
				28 אני מרגישה בנוח לשאול שאלות לגבי נושאים הקשורים בהאכלה

שאלון מתח במקום העבודה

1. השפעות פיזיות ורגשיות של מטלת ההאכלה

כיצד את מרגישה בדרך כלל כשאת מסיימת להאכיל ?

עצבנית	1	2	3	4	רגועה
לא מרוצה	1	2	3	4	מרוצה
מתוסכלת	1	2	3	4	מסופקת
עייפה	1	2	3	4	ערנית
תשושה	1	2	3	4	מלאת אנרגיה
חשה כאבים	1	2	3	4	ללא כאבים

2. השפעות פיזיות ורגשיות של העבודה

כיצד את מרגישה בדרך כלל בסוף יום עבודה ?

עצבנית	1	2	3	4	רגועה
לא מרוצה	1	2	3	4	מרוצה
מתוסכלת	1	2	3	4	מסופקת
עייפה	1	2	3	4	ערנית
תשושה	1	2	3	4	מלאת אנרגיה
חשה כאבים	1	2	3	4	ללא כאבים

נספח 4

שאלון שביעות רצון מהעבודה

המשפטים הבאים נוגעים לתחושות הקשורות לעבודתך. צייני באיזו מידה את מסכימה

עם כל אחד מהם. סמני בכל שורה את התשובה המתאימה לך ביותר.

1	2	3	4	5		
לא מסכימה כלל	לא מסכימה	אין לי דעה בנושא	מסכימה	מסכימה מאוד		
					1 אני מרוצה מסוג עבודתי הנוכחית	
					2 אני מרוצה מהממונים עלי	
					3 אני מרוצה מחברי לעבודה	
					4 אני מרוצה מההזדמנויות לקידום במקום העבודה	
					5 אני מרוצה מהשכר הנוכחי שלי	
					6 אני מרוצה באופן כללי מעבודתי	

תודה על שיתוף הפעולה

לכבוד: _____

הנידון: מחקר בנושא עמדות לגבי האכלה

בימים אלו מתבצע באוניברסיטת חיפה מחקר שמטרתו לבדוק מהן העמדות והתפיסות של מטפלות ישירות לגבי האכלת דיירים סיעודיים עם לקויות קוגניטיביות, ומהי הרגשתן הכללית לגבי העבודה. אנו פונות אליכם בבקשה לאשר איסוף נתונים למחקר במעונכם.

למטלת האכלה חשיבות מיוחדת כיוון שהיא מתרחשת מספר פעמים ביום ומהווה אינטראקציה עיקרית וחשובה בין הדיירים לצוות המטפלות. לרבים מהדיירים הסיעודיים קשיי אכילה, דבר אשר עשוי להפוך את ההאכלה למטלה מורכבת, קשה ומלחיצה. לחץ רב וחוסר שביעות רצון עלולים להביא לשחיקה של המטפלות, ולחוסר יכולת להעניק לדיירים טיפול הולם. נראה כי הבנה מעמיקה יותר של עמדות המטפלות, אשר על כתפיהן מוטלת לרוב מטלת ההאכלה, תאפשר התמודדות טובה יותר עם הנושא.

במחקר ישתתפו מטפלות סיעודיות העובדות ישירות עם הדיירים ואשר מאכילות באופן קבוע דיירים אשר אינם מסוגלים לאכול באופן עצמאי. המטפלות יתבקשו לענות על שאלון המתייחס למטלת ההאכלה על מימדיה השונים. השאלון כולל היגדים כגון: בזמן ההאכלה מוטלת עלי אחריות רבה, מטלת ההאכלה דורשת תשומת לב רבה והבנה של תגובות הדיירים, והמטפלות יתבקשו לדרג את מידת הסכמתן עם כל היגד. בנוסף, ימלאו המטפלות שאלון קצר המתייחס למידת שביעות הרצון שלהן מהעבודה. שאלון זה כולל היגדים כגון: אני מרוצה מסוג עבודתי הנוכחית, אני מרוצה מחברי לעבודה.

השאלונים ימלאו בצורה אנונימית ללא ציון שם המטפלת.

בנוסף, בשל החשיבות וההשפעה הרבה אשר יש לכל מנהל/ת מעון על אקלים העבודה במעון, אנו מעוניינים לראיין את מנהל/ת המעון ראיון עומק אישי בקשר להתייחסות והגישה לסיטואציות ההאכלה. נודה לכם מאוד על נכונותכם להשתתף במחקר זה.

ד"ר דליה זק"ש, נועה גלעד 052-3085151

נספח 6

מכתב הסבר למטפלות וטופס הסכמה להשתתפות במחקר

שלום רב,

מחקר זה נערך מטעם החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה ובאישור האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה. המחקר בודק מאפיינים שונים בעבודתם של מטפלים במוסדות לאנשים עם פיגור שכלי ונכויות, תוך דגש על האכלת הדיירים, משימה אותה אתם מבצעים מדי יום. מטרת המחקר הינה להבין טוב יותר את דעות ורצונות העובדים ובאמצעות כך להעלות ולשפר את שביעות הרצון מהעבודה בכלל וממטלת ההאכלה בפרט.

אנחנו פונות אליך בבקשה למלא השאלונים כדי להעמיק את ההבנה בנושא. נודה לך אם תסכימי להשתתף במחקר ולמלא השאלונים. יחד עם זאת, מילוי השאלון הוא לבחירתך והחלטתך וזכותך לא להשתתף. כמו כן, זכותך לפרוש מהמחקר בכל שלב.

השאלון הינו אנונימי, אין צורך לציין את שמך.

השאלונים נשמרים בסודיות ואינם מועברים להנהלת המקום או לכל גורם אחר. בשאלונים אותם תמלאו אין תשובות "נכונות" או "לא נכונות". המטרה היא להבין את הדעות והרגשות האמיתיים של העובדים ועל כן הדבר החשוב ביותר הוא לענות על השאלות בכנות. מילוי השאלות אורך כ-10 דקות. חשוב לענות על כל השאלות.

תודה רבה על שיתוף הפעולה

ד"ר דליה זק"ש וגב' נועה גלעד

טופס הסכמה להשתתפות במחקר בנושא האכלה

שם: _____ ת.ז: _____

אני מצהירה כי אני מסכימה להשתתף במחקר הנוכחי לאחר שהוסבר לי כי:

1. אני חופשייה להחליט האם להשתתף במחקר
2. אני חופשייה להפסיק בכל זמן שהוא את השתתפותי במחקר
3. מובטחת לי סודיות מלאה בכל הקשור לזהותי ולפרטי האישיים
4. בכל שאלה או בעיה ניתן לפנות לד"ר דליה זק"ש 04-8240551 או לגב' נועה גלעד - 052-

3085151

חתימה: _____

נספח 7

מכתב הסבר למנהלי המוסדות וטופס הסכמה להשתתפות במחקר
מנהל/ת יקר/ה,

מחקר זה נערך מטעם החוג לריפוי בעיסוק באוניברסיטת חיפה ובאישור האגף לטיפול באדם המפגר במשרד הרווחה. המחקר בודק מאפיינים שונים בעבודתן של מטפלות במוסדות לאנשים עם פיגור שכלי ונכויות, תוך דגש על האכלת הדיירים, משימה אותה הן מבצעות מדי יום. מטרת המחקר הינה להבין טוב יותר את תפיסתך את התפקיד והתפקוד של המטפלות הישירות במוסד לאוכלוסייה סיעודית עם פיגור שכלי משמעותי במיוחד לגבי מטלת ההאכלה.

אנחנו פונות אליך כמנהל/ת בעלת ידע בבקשה להשתתף במחקר כדי להעמיק את ההבנה והידע בנושא ונודה לך אם תסכים/מי להתראיין. יחד עם זאת, ההשתתפות במחקר היא לבחירתך והחלטתך וזכותך לא להשתתף. כמו כן, זכותך לפרוש מהמחקר בכל שלב.

מסגרת הריאיון:

השיחה תוקלט בטייפ. הריאיון ישוכתב מאוחר יותר ויימחקו ממנו פרטים מזהים שלך.

כל מה שתספרי בריאיון יהיה חסוי. קטעים מהריאיון ישמשו בשלב מאוחר יותר להוראה ולמחקר.

הריאיון יארך כשעה וחצי. במידת הצורך, ניפגש פעם נוספת.

אני מתחייבת לשמור על סודיות במחקר, ולהימנע מלחשוף כל פרט שיזהה אותך. זהותך תהיה מוגנת ולא יהיה ניתן לזהות אותך אישית מתוך הממצאים. כמו כן, אני רוצה להדגיש כי את/ה יכול/ה לפרוש מהמחקר בכל שלב שלו וכי אי הסכמתך להשתתף לא תפגע בך בכל דרך שהיא.

אני מודה לך מראש על שיתוף הפעולה.

בברכה,

ד"ר דליה זק"ש, חוקרת
04-8240551
שירי קרטין - עוזרת המחקר
052-2326078

טופס הסכמה להשתתפות במחקר בנושא האכלה

שם: _____ ת.ז: _____

אני מצהיר כי אני מסכים להשתתף במחקר הנוכחי ומוכן שייעשה שימוש בראיון עמי לצורכי מחקר והוראה בלבד לאחר שהוסבר לי כי:

1. אני חופשי להחליט האם להשתתף במחקר
2. אני חופשי להפסיק בכל זמן שהוא את השתתפותי במחקר
3. מובטחת לי סודיות מלאה בכל הקשור לזהותי ולפרטי האישיים
4. בכל שאלה או בעיה ניתן לפנות לדי"ר דליה זק"ש 04-8240551 או לגב' נועה גלעד

052-3085151

חתימה: _____

תאריך: _____

טבלה: נתוני רקע של המטפלות לפי מוסדות

מס' דיירים בארוחה טווח (ממוצע)	מס' ארוחות ביום טווח (ממוצע)	משמרות (כך לא)	מוצא ודת (ערביות חבר העמים אתיופיה יהודיות ותיקות)	קורס מטפלות (כך לא)	השכלה (יסודית תיכונית גבוהה)	מוסד
1-12 (6.42)	2-3 (2.27)	24 1	1 7 2 15	21 5	2 20 2	מוסד א'
1-9 (5.18)	2-3 (2.82)	22 0	22 0 0 0	4 18	1 19 1	מוסד ב'
2-6 (3.43)	2-3 (2.13)	8 0	2 1 0 5	1 7	2 4 0	מוסד ג'
1-8 (5.43)	2-3 (2.57)	14 0	0 3 0 11	11 3	0 12 2	מוסד ד'
3-8 (6.07)	2-3 (2.57)	13 1	2 6 0 6	10 4	1 12 1	מוסד ה'
2-7 (4.25)	2-3 (2.15)	9 11	0 3 8 9	4 16	6 8 5	מוסד ו'
1-12 (6.42)	1-3 (2.54)	15 6	26 0 0 0	8 18	2 23 1	מוסד ז'
2-5 (3.43)	2-3 (2.14)	14 0	14 0 0 0	1 13	1 13 0	מוסד ח'
2-12 (6.64)	1-3 (2.64)	23 2	19 18 0 1	8 20	8 15 4	מוסד ט'
3-6 (4.78)	2-3 (2.89)	9 -	1 5 2 1	2 7	2 5 2	מוסד י'
1-5 (3.26)	1-3 (2.02)	29 10	0 5 0 35	10 31	2 33 4	מוסד י"א
1-16 (6.09)	1-3 (2.27)	9 1	6 3 0 2	0 11	1 8 1	מוסד י"ב
1-10 (5.52)	2-3 (2.39)	22 -	2 6 2 12	18 5	5 16 2	מוסד י"ג

נספח 9

נושא ההאכלה כפי שהשתקף בראיונות מנהלות/ים

כל עשרת המנהלות והמנהלים שרואינו למחקר דיווחו כי במוסדות שהם עומדים בראשם קיים נוהל האכלה מוגדר ומוכר שעל הצוות לדבוק בו ולהתנהל בארוחות על-פיו. בכל המוסדות מגובשים נהלי האכלה על-ידי אנשי מקצוע מהתחום הרפואי והפארא-רפואי – תזונאים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק ואנשי הצוות הטיפולי בדרגותיו השונות. בכל המוסדות, המטפלות והמטפלים הם החוליה האחרונה בשרשרת גיבוש הנהלים, אך גם אלה שאחראים ליישום ההאכלה עצמה. יכולתם של המטפלים לדבוק בנוהל קריטית להערכת התפקוד שלהם, והאוטונומיה הניתנת להם לשנות או לחרוג מהדפוסים המוגדרים של ההאכלה מצומצמת ביותר.

נושא ההאכלה יחולק להלן לשלוש קטגוריות ראשיות, שבכל אחת מהן סעיפים שונים הנוגעים לתחום ההאכלה והאכילה במוסדות: א) הפן הארגוני ניהולי של האכלה. ב) תפקיד המזון והאכילה בחיי הדיירים. ג) הפן הביצוע – מאפייני תהליך ההאכלה.

א. הפן הארגוני-ניהולי - נהלים, גישות ופרקטיקות

▪ פיקוח ושינויים בתפיסה ובביצוע של מטלת ההאכלה.

היות וכל המעונות, פרטיים, ציבוריים וממשלתיים, פועלים תחת הנהלים של הרשות לקידום האדם המפגר ומשרד הבריאות ונמצאים בפיקוח של משרד הבריאות, המנהלים התייחסו לחוזרי המנכ"ל ולנהלים הרלוונטיים כבעלי השפעה בנושא האכלה. במסגרת זו המנהלים התייחסו גם לתוכניות המשרד, כמו פרויקט "אכילה והאכלה" במסגרתו מונחה הצוות הטיפולי על-ידי מפקחת מטעם המשרד.

מתוך הראיונות עולה שהמנהלים/ות מכירים הנהלים ופועלים על ידם. אומר מנהל מוסד ב': "גם האגף מתווה מדיניות. יש לו אמירות בנושאים האלה ואנחנו אמורים ללכת אחרי האמירות האלה, כמו כל דייר צריך להיות לו התפריט שלו, לפי הצרכים שלו". מתאר זאת מנהל מוסד ד', מוסד ממשלתי ותיק: "תפריט צריך להיות מורכב על פי תוכנית שהתזונאית הראשית מרכיבה. את בטח כבר יודעת ומכירה את המערכות, בכל מערכת יש תזונאית ראשית של המשרד, של כל המשרד. בכל מעון יש מפקחת של תזונה ובכל מעון יש תזונאית". אמירות דומות על התאמת תפריט, תוספי מזון ושיטות האכלה משקפות את ההכרה של המנהלים את נהלי האגף, נהלים המוטמעים על ידי הפיקוח המערכתי בנושא. גם מנהלת מוסד ז' הפרטי מספרת על הדרכות הצוות הפארא-רפואי שנעשות בידי אנשי השירות לאדם המפגר ואומרת שבעקבות ההדרכות היא העבירה את תובנותיה לצוות הטיפולי.

המציאות של פיקוח והדרכה ממסדיים-ממשלתיים על נושא ההאכלה הוא חלק משינוי שנעשה במהלך השנים ושתרם לשינוי דפוסים מהותי במערכת. אם בשל הפיקוח וההדרכה המרכזיים ואם בשל שינויים בתפישת הטיפול באנשים עם צרכים מיוחדים. ההדרכה היא דינמית ומדברי כמה מנהלים עולים השינויים המשמעותיים שחלו בשנים האחרונות בשיטות האכלה המקובלות. מנהל של מוסד א', מוסד ממשלתי ותיק, מתאר את המציאות שהייתה נהוגה במקום טרם הגיעו, עד לפני כעשור:

אחת הבעיות בתחום ההזנה הייתה שאי-שקט פירושו היה לתת תוספת מזון. אנשים היו אוכלים לחם בכמויות וחוף מזה שזה אחת מהשיטות הגרועות ביותר לעיצוב התנהגות. אם תשתולל

תקבל אוכל – זה היה המסר המאד פשוט. אז אנחנו חתכנו ומיסדנו את העניין שמזון הוא לא פרס ולא עונש... היתה שיטה מאד מקובלת של האווזה – פשוט החדרת מזון לא בקצב, לא בצורה או צירת מרקמים בלתי אפשריים – מים, דייסה, ולא יודע מה עוד - הכל יחד.

בדומה, מנהל מוסד ה', אף הוא ממשלתי, מעריך שתהליכי השינוי המשמעותיים חלו ב-20 השנה האחרונות. כך הוא מתאר את הבדלי התנהלות ההאכלה: "אלה דפוסים שמשתנים מאד.... טכניקת האכלה השתנתה. זאת אומרת בזמנו המטפל עמד ליד הדייר ודחס לו. היום חלק גדול מהמטפלים יושב, ככה שהדייר יכול לראות אותו... קצב ההאכלה ירד באופן משמעותי, המרקם השתנה קצת. החלוקה בצלחת השתנתה וגם צורת ההגשה מבחינת האסתטיקה וככה השתנה, כן. זה תהליך של בערך, אני אומר, עשרים שנה". אותו מנהל סבור כי מאחורי השינויים עומדים כמה גורמים – כניסת בעלי מקצוע פרטניים, ניהול נכון יותר ושינוי נהלים כלליים.

• נהלי האכלה

נהלים האכלה קיימים בכל המוסדות. כל המנהלים/ות דיווחו כי אנשי צוות חדשים שנקלטים אינם מתחילים להאכיל מיד עם כניסתם לתפקיד וזוכים להכשרה בנושא. בנוסף מתקיים רענון נהלים תקופתי והתייחסות בשיבות צוות, במינון משתנה ממוסד למוסד. האחראיים לגיבוש נהלי האכילה הם אנשי המקצועות הפארא-רפואיים שמדריכים את אמהות הבית, הרכזות והמטפלות. כמו כן, בכל המעונות מתקיימות האכלות מסוגים שונים ברמות שונות, בהתאם לתפקוד הדיירים. בכולם הזנה בסטומה או זונדה נעשית על-ידי אחיות בלבד. כל המנהלות והמנהלים דיווחו על קיום הוראה גורפת כי דיירים שאינם עצמאיים וזקוקים להאכלה פרטנית יזכו להאכלה "אחד על אחד" וכי לא מתקיימות האכלות במקביל.

• פיקוח על ההאכלה

הפיקוח על האכילה מתחלק לשני סוגים עיקריים: פיקוח בשטח ופיקוח באמצעות דיווחי המטפלות השוטפים. להל"ן מספר דוגמאות. במוסד ה', מוסד ממשלתי גדול שמרבית הדיירים בו מבוגרים, הפיקוח נעשה בכמה רמות: אחראית מחלקה בודקת את תפקוד המטפלות בזמן הארוחה, רכזת משמרת נכנסת מדי פעם בזמן הארוחות, תזונאית מפקחת על טיב המזון וצוות מרפאה מיודע. כאשר מתעוררות בעיות יכול להתקיים מעקב מכוון על האכלה. מעקב יזום זה הוא נדיר יחסית ומתקיים לא על בסיס סדיר. במוסד ו', מוסד ציבורי המנוהל במודל משפחתי, הארוחות אינטימיות והפיקוח משתנה בהתאם – אם הבית נוכחת בארוחות ומתקיימים ביקורים סדירים הן של האחיות, המחלקות את התרופות בזמן הארוחות והן של הצוות הפארא-רפואי – קלינאי תקשורת ומרפאה בעיסוק – שהם הקובעים את סוג המרקם והטקסטורה של המזון ואופן ההאכלה ובאים לוודא ביצוע נכון. אותו מוסד מקפיד גם על תכנית האכלה פרטנית לכל ילד חדש. במוסד ה', מוסד ממשלתי גדול, המטפלות מתבקשות למלא טפסי דיווח על בעיות חריגות, הממוינות על ידי רכזת המשמרת לפי טיב הפניה ומועברות לגורם האחראי – המרפאה לתחום הרפואי, אם הבית והמנהל לשאר הנושאים. מנהלת מוסד ג' מדגישה את הפיקוח המשולב בשטח, של הדרג הניהולי והצוות הפארא-רפואי: "יש קלינאית תקשורת שעובדת איתם, שמסבירה, שמדגימה, שנכנסת בזמן האוכל. יש אחראית משמרת, יש אם בית, יש עוד פונקציות שאמורות לפקח על זה. להעביר את המדיניות לשטח"

כך מתארת מנהלת מוסד יי את האכלת הדיירים הלא-עצמאיים: "יש פיקוח בשטח. מטפלת לא יכולה לקחת את ה... לדחוף. זהו, לא. הם, צריכים להאכיל אותם, בואי נאמר לא לפי הקצב שלהם, כי אם לפי הקצב שלהם אז יש כאלה שחצי מהארוחה הם לא יאכלו. אבל להאכיל בצורה... הכי... בואי נאמר גם מוסרית, את מבינה? זה חייב להיות כך. וכמובן שיש בקרה. גם של המרפאה, וגם של מדריכי בית". מדבריה עולה לא רק הדפוס המפקח, אלא גם שבה וחוזרת ההתלבטות התמידית בין הצורך ביעילות לבין הרצון ביחס הומאני ומכבד.

למרות ההקפדה על נהלים יש גם גמישות בביצוע. מנהל מוסד ב', שמעיד על עצמו כי הוא אינו סמכות מקצועית בתחום התזונה ולכן מאציל סמכויות למומחים בתחום, מקפיד להסתובב בשטח בזמן ארוחות:

כשאני מסתובב אני מסתובב גם בזמן האוכל, אני רואה. אני רואה איך מכינים את האוכל, איך מחלקים אותו. אני גם מעיר הערות – אם אני רואה משהו, אני לא אמור להיות אדם מקצועי, כן? ... תראי, לפעמים יש דיירים שרוצים לשבת, מתחשק להם לשבת על הרצפה. הגיע זמן האוכל. עכשיו תראי, א... ללכת, להגיד לו לשבת על כסא, הוא לא משתף פעולה – המטפלת קשה לה לפעמים. צריכה אולי לקרוא לעוד מישהו – אז אני ראיתי כבר שיושבים על ידו ונותנים לו, יפה אבל ההוראות אומרות שאסור להאכיל כשדייר נמצא על הרצפה... או שנדמה לי שדייר או דיירת מאכילים אותם יותר מדי מהר.

הקפדה זו על בדיקה בשטח בשעת הארוחות משותפת לכל המנהלים, שגילו בקיאות בדפוסי ההאכלה, בתהליכים ובקשיים המתעוררים.

ב. תפקיד המזון והאכילה בחיי הדיירים

▪ אכילה עצמאית מול האכלה על-ידי מטפלת

התעקשות על אכילה עצמאית של דייר עולה בראיונות רבים כתמה שיקומית-עקרונית רווחת. המתח המובנה בין הקלות היחסית שבהאכלה פרטנית לבין הרציונאל המקצועי המבקש לעמוד על אכילה עצמאית חוזר במרבית הראיונות, בעיקר במסגרת התייחסות המנהלים למשך ואופי ההאכלה הפרטנית של החניכים. מספר מנהל מוסד ד':

אחד הקריטריונים שאתה יכול להסתכל על איכות טיפול בתוך מעונות. סתם הצצה למקום שהוא... עכשיו, הכי קל להאכיל, אבל זה הכי לא נכון. הכי נכון מבחינה מקצועית, ברור. הערכים המקצועיים שלנו, זה שאדם צריך לשמור, לנסות לשמור על התפקודים שלו. בצד אחד יש לנו, עם אנשים עם פיגור שכלי, ללמד מיומנויות. בצד השני, לא לאבד מיומנויות. אז יש... ובשני הקצוות האלה אנחנו צריכים לפעול. הבעיה שאנחנו מוותרים בקלות במקום שבו מאבדים מיומנויות ואנחנו, הרבה יותר קל לנו להאכיל.

בדומה, גם מנהלת מוסד ג', בבעלות פרטית, התייחסה כבר בתחילת דבריה לסוגיה זו:

יש חלק גדול של בעיות אכילה לסוגיה. חלק גדול שצריך להאכיל אותו, לא את כולם, עד כמה שהדבר ניתן אנחנו כן רוצים שהם יאכלו לבד. חלק אני מרגישה שאין ברירה, מתחילים להאכיל. ואז אנחנו עובדים שזה קודם כל יהיה לאט, כי המטפלות מדרך הטבע רוצות לגמור את העבודה מהר. אז שזה יהיה לאט, שזה יהיה אישי, לא ששלושה חניכים יושבים והמטפלת דוחפת לכל אחד לפי תור, אלא יושבת מול דייר ומאכילה אותו, עד כמה שהדבר ניתן בסבלנות.

מנהלת זו מדגישה את הצורך בעידוד אכילה עצמאית אך מעלה גם את הבעיה של קצב ויעילות לעומת עצמאות. מנהל מוסד ה' מדגיש את הבעייתיות שבלחץ הזמנים בהם נמצא הצוות ואת הלחץ שבין לוח הזמנים הצפוף לבין העדיפות של אכילה עצמאית של הדיירים:

אם היה אפשר לעשות משהו שהיה מאריך את זמן הארוחה, ואני הייתי חושב שהיה מאד קריטי לנסות בכל זאת לשפר את היכולות של הדיירים בזמן ההאכלה. יכולות ברמות שונות. יכול להיות, סתם, מרמת ההפעלה של הלשון והשפתיים, ועד לרמה של הפעלת היד, לפחות חלקית, וכולי וכולי. מה שדייר יכול לעשות לבד, ככה עדיף. אני לא בטוח מה אחוז האנשים שהיום מאכילים אותם, ובהחלט אפשר היה להגיע שיוכלו לאכול לבד.

לדברי מנהל זה, האכלה עשויה לגרום לנסיגה בתפקוד הדיירים. בדומה, מנהל מעון ד' מבהיר את חשיבות טיפוח אכילה עצמאית כחלק מתפישה רחבה יותר של שימור יכולות תפקודיות של הדיירים:

העיקרון הגדול הוא באמת לשמור על התפקודים. אני קורא לזה בגדול מניעת רגרסיה. .. לדיירים הגבוהים יותר, אנחנו מדברים על מניעת רגרסיה קוגניטיבית, אנחנו מדברים על מניעת רגרסיה רגשית, אנחנו מדברים על מניעת רגרסיה בתהליכים האלה שהם התבלות של הגוף. ברגע שמדברים על האכלה, אז אנחנו מדברים על מניעת רגרסיה בנושא ההאכלה. בנושא מיומנויות של אוכל. אז אם זה לשמור על מיומנויות שהאדם יכול להשתמש בכלי אוכל, יכול לאכול, אחר כך אם זה לשמור על המערכת האוראלית – על מערכת של לעיסה, על מערכת של בליעה, על מערכת של הלחות בתוך כל העניין הזה, על מערכת של כניסת אויר ויצאת אויר, על המערכת של הפרדה בין הצינור של האוכל לבין הצינור של הנשימה..

מנהל זה למעשה, מסכם בצורה מפורטת את התפיסה של רוב המנהלים הרואים בעידוד האכילה העצמאית טיפוח כישורים. האכלה, לעומת זאת, נעשית לעתים כי אין אפשרות אחרת, אך לעתים במטרה "לעל" את עבודת הצוות. המתח בין הצורך לקדם (או למנוע נסיגה) את הדיירים לבין הצורך לקצר זמן הארוחות ולהקל על עבודת הצוות עולה אצל מרבית המנהלים..

• הדגשת חשיבות נושא המזון לדיירים

חשיבותו של נושא המזון והאכילה לדיירים חזרה כחוט השני בהתייחסויותיהם של כל המרואיינים. האוכל נתפס על ידי המנהלים כהנאה שניתן לספק לדיירים בקלות יחסית, בניגוד להנאות חיים אחרות שנחסכות מהן בשל מצבם. בנוסף, ההאכלה מהווה מבחינתם אמצעי ליצירת קשר עם מטופלים שאינם מסוגלים לקיום קשרים חברתיים או אישיים אחרים:

תזונה שאתה נותן לדייר, היא, כמו לכל אדם, קודם כל לצורך הקיום. אבל אוכל הוא מעבר לצורך הקיום... כשאתה נותן את השקית הזאת שנכנסת, זה מרכיבים שיש בהם חלבון ויש בהם פחמימות ויש בהם מינרליים ויש בהם וכו' וכו', שהגוף צריך. אבל כשאתה מאכיל נוצר קשר אחר (מנהל מוסד ד').

גם בעת האוכל אני אוהבת שנוצר שם קשר, יש שם רגש, שהם ירגישו וייהנו, פשוט ייהנו (מנהלת מוסד ז').

זה בהחלט נושא מאד מאד חשוב ומרכזי בחיים של אדם עם צרכים מיוחדים, בטח במסגרת כמו שלנו. גם אחד הדברים שהכי מהנים אותם זה אוכל זה דבר שהם מאד מאד אוהבים לעשות (מנהלת מעון ו').

אני מקפידה מפני שאני מאמינה שאני מכתובה גם לעובדים דרך שאני משכנעת אותם שזו הדרך היחידה הקודמת שקיימת כדי לקדם את החניך. אוכל זאת אחת ההנאות שלו ואין לו הרבה הנאות בחיים ואם אנחנו ניתן לו את ההנאה הזאת – שיאכל כמה שהוא רוצה, שיאכל בצורה תרבותית, שנבחין מה הוא לא אוהב ונחליף לו. (מנהלת מעון ט').

אוכל הוא מוקד מרכזי בכמעט כל פעילות. בזמנו, לפני הרבה שנים, היה עניין של באמת מתן מזון, בעיקר ברמת ממתקים, מטורפת. כשכל מסיבה היה אוכל. כל מסיבה זה אוכל וכל אוכל זה בעיקר ממתקים. ואז ביקשתי מהדיאטנית לעשות בדיקה מה המשמעויות ואז התחלנו לעשות אלטרנטיבות (מנהל מעון א').

דווקא מתוך חשיבותם הגדולה של המזון והאכילה לדיירים, התייחסו מספר מנהלים לקושי הקיים באיזון בין מענה על הצרכים הרגשיים ובין הרכבת תפריט בריא ומאוזן.

• תכניות האכלה פרטניות

כל המנהלים דיווחו על הקפדה לגבי התאמה אישית של סוג המרקם והתזונה של החניכים. מנהלת מוסד ו' תיארה בצורה המפורטת ביותר את הנוהל של תכנון פרטני של האכלה. לדבריה:

כשילד נכנס אלינו למסגרת, לצורך העניין זה קרה רק ביום חמישי האחרון, אנחנו עושים אינטיימ עם המשפחה ומבררים מה דרך האכילה ומה בדיוק הסדרים סביב העניין הזה... ויוצא פרוטוקול בכתב, עם תפוצה לכל האנשים שעכשיו הולכים לטפל בו, שזה מצד אחד מרפאה בעיסוק, צוות של בית, אם הבית, הרכוז והצוות של הבית, וזה נכנס לרוטינה. זאת אומרת המטבח מקבל הוראה, יש לנו פעם בשבוע דיאטנית וביום שהיא מגיעה היא מתחברת לצורת המרקם הזו, אם יש ילד שזקוק לאוכל מיוחד היא מוסיפה את זה לתפריט שלו, ואם לא הוא נכנס למערך הכללי.

פירוט זה חריג לעומת התיאור של יתר המנהלים, אך כולם דיברו על התאמה פרטנית של המזון לדייר. כמו כן, בכל המוסדות יש עירוב של אנשי מקצוע כלשהם מתחומי הבריאות – תזונאים, קלינאי תקשורת, מרפאים בעיסוק – בגיבוש נהל האכלה ותפריט קבוע, אך ברבים מהמוסדות אין בפועל תפקוד של כל מגוון המקצועות, בעיקר בשל בעיות תקציביות.

• גיוון במזון

ישנם פערים גדולים בין המוסדות השונים. במרבית המוסדות אין בחירה במהלך הארוחות, אך קיימת התייחסות לדיירים מסוימים שאינם אוהבים סוג מזון כלשהו ומוצע להם תחליף. המוסדות בהם קיימים ביתני דיור בגישה המשפחתית/ביתית ובהם הארוחה מתבצעת בסלון הביתי, מאפשרים לדיירים להשתתף בהכנת המזון כפי יכולתם ובהתאם להשפיע על התפריט. במוסד ו' הדיירים מכירים היטב את צוות המטבח ורשאים להגיש אליו בקשות ישירות לשינוי תפריט. מוסד ח' מאפשר מראש אפשרות בחירה וגיוון רבות יחסית, מתוך תפישה לפיה המזון הוא אחת הנאות החיים היחידות של הילדים ויש לאפשר להם למצותה: "לפחות פעמיים בשבוע או שלוש יש משהו היא לא רוצה אותו. מחזירה אותו ואם יש משהו אחר היא תקבל. בזה אין בעיה. באמת, אם אני יודעת שהם יכולים. יש מבחר גדול בארוחת בקר, צהריים". אבל בחמישה מוסדות אין שום בחירה או גיוון במזון, רוב המנהלים במוסדות אלה הביע צער על שזהו המצב ובאחד מהם עובדים כבר כיום על תוכנית להכנסת אפשרויות בחירה.

ג. הפן הביצוע – מאפייני תהליך האכלה

• מקום האכילה

ישנם שני מודלים של אכילת דיירים עצמאיים: בחדרי אוכל משותפים או בביתני הדיור. מוסדות המפעילים חדרי אוכל רואים באכילה המשותפת אפשרות לסוציאליזציה, הבטחה של יציאתם של הדיירים מהבית והזדמנות לרכישת כישורים חברתיים ויומיומיים, כמו שימוש במתקני הגשה עצמית, מפגש עם מגוון אנשים והתנהלות קבוצתית. וכך מסביר מנהל מוסד א' את המעבר לאכילה בחדר-אוכל משותף: "חלק מהשינוי היה גם בעניין הזה – בניית חדר אוכל מרכזי, כי בעבר כולם אכלו ביחידות המגורים – הדיירים לא היו יוצאים מהיחידות. היו אנשים שהיו מבלים את כל היום ב... כולל היחידות של אי-שקטים, שפעם היה בית סוהר קטן". מלבד החופש שהאכילה

מחוץ לחדרים מאפשרת לאנשים, מנהל מוסד זה מבהיר בהמשך כי המעבר לאכילה בחדר אוכל מאפשר להגביר את הפיקוח על המטפלות והמטפלים.

מוסדות בהם האכילה מתבצעת בביתנים, פועלים מתוך תפישה של המוסד כתחליף לבית ומכאן נעשה ניסיון לנורמליזציה ביתית כולל מאפייני אכילה משפחתית. כפי שמתארת מנהלת מעון וי: " בהמשך לתפישה של בית הארוחות מתקיימות בתוך הבית... על כל חמישה ילדים יש מטפל. וזה הקבוצה שהוא אחראי עליה. אז אם ניקח לדוגמה את ארוחת הבקר... היא (המטפלת) באה בבקר, היא מארגנת אותם, היא מלבישה אותם, היא מקלחת אותם היא מלבישה אותם, ואז קבוצות קבוצות הם יורדים לקומה הראשונה של הבית, ששם יש מטבח, מטבח הגשה." במוסד יי, בו מיושמת הגישה הביתית/משפחתית באופן בולט ביותר, המטבחים בבתי הקבוצות כוללים גם מקררים קטנים ובהם מוצרי מזון, כך שאכילה עצמאית יכולה להתקיים גם בין הארוחות. זהו מצב חריג שאינו אופייני למרבית המוסדות, בהן הגישה למזון מוגבלת לשעת הארוחות או לבקשה מיוחדת מהמטפלים.

גם בשיטה זו של אכילה בחדרי-אוכל מרכזיים קיימים שינויים בין המוסדות השונים - בחלקם מדובר בחדרי-אוכל מרכזיים בנויים ובאחרים ישנם "משטחי אכילה", שהם חלק רב-תכליתי של הבניין, המתפקד בין השאר בזמן הארוחות כחדר-אוכל. במוסד ד' אוכלים מרבית הדיירים בחדר-האוכל, אם כי הדיירים העצמאיים יכולים לבחור לאכול ביחידות הדיור שלהם ולהכין בעצמם את המזון. על אף ריכוז הארוחות, יש הקפדה על נגישות מזון גם בשעות שמעבר לארוחות, מתוך התייחסות לצרכים הרגשיים של הדייר.

מעניין להדגיש בהקשר זה כי במרבית המוסדות דווח על שינויים שנערכו בשנים האחרונות במקום האכילה, כולל מוסדות שעדיין לא הגיעו מבחינתם ל"שביל הזהב". כך למשל במוסד ז' אוכלים הדיירים כיום ברחבות אכילה בביתנים, בדומה לגישה הביתית, אך הם נמצאים בעיצומה של בניית חדר-אוכל מרכזי.

▪ משך ההאכלה

בכל הראיונות עלתה סוגיית משך ההאכלה כנתון בעייתי ולא קבוע. משך ארוחה של חניך לא-עצמאי המואכל באופן פרטני נעה בין דקות ספורות ועד למעלה מחצי שעה. נתון זה מאפיין את המאבק התמידי בין הרצון להעניק זמן אכילה נאות לכל דייר לבין הצורך להספיק להאכיל את כולם ולעבור למטלה הבאה. "ואנחנו כל הזמן, בכל ההדרכות, בכל ההנחיות, גם הנהלים, שאולי ייקח לו שלוש שעות. תשבו שלוש שעות זהו. יענו, אנחנו לא ממהרים" אומרת מנהלת מעון ז', אך מבהירה בהמשך שהיא יודעת שבפועל הדברים מתנהלים אחרת " זה קשה מאד – כל העבודה התפקודית שלהם, הפיזית גם. אז אני מצד אחד מבינה אותן שהן רוצות בזזזזז... לסיים ולנוח". אבל הנוהל, היא מדגישה, וכך גם ההקפדה בשטח, הוא להאריך את משך ההאכלה.

גם מנהלת מוסד ג' מדגישה את הקושי שבהתמודדות המטפלות עם לחץ הזמן:

אנחנו עובדים שזה קודם כל יהיה לאט, כי המטפלות מדרך הטבע רוצות לגמור את העבודה מהר. אז שזה יהיה לאט, שזה יהיה אישי, לא ששלושה חניכים יושבים והמטפלת דוחפת לכל אחד לפי תור, אלא יושבת מול דייר ומאכילה אותו, עד כמה שהדבר ניתן בסבלנות. שאני אגיד לך שאני יכולה לחתום שכשלא רואים הדבר לא נעשה קצת יותר מהר? אנחנו משתדלים לעבוד איתם, מסבירים את החשיבות באכילה איטית ובסבלנות.

נראה כי רוב המנהלים/ות, ברמה ההצהרתית אומרים כי חשוב להתאים את קצב האכילה וההאכלה לצרכי הדיירים, אך ברמה המעשית האטה זו מקשה על עבודת המטפלות הצריכות להספיק לעשות דברים רבים אחרים (לא ברור האם ניתן למטפלות הזמן הפנוי להארכת משך הארוחה) ובתחום זה מתקיים מתח בין הרצוי למצוי הגורם לקושי במטלת ההאכלה.

• קשיי האכלה

מרבית המנהלים התמקדו בתיאור שני קשיים עיקריים בתהליך ההאכלה הפרטני: לחץ זמן וחוסר סבלנות לדפוס האכילה של הדיירים. בתהליך ליווי האכילה של דיירים עצמאיים, התמקדו הדיווחים בקשיי התמודדות עם התנהגות דיירים בעייתית, כגון חטיפת מזון או לעיסה מהירה עד חשש לחנק, במקרה של אכילת דיירים עצמאיים. הקשיים נחשפים בפני המנהלים בשני אופנים – אם במראה עיניים כשהם מסיירים בחדרי האוכל ו/או הביתנים בשעת הארוחות, ואם באמצעות דיווחים המגיעים אליהם. כל המנהלים שדיווחו על חשיפה לקשיי האכילה כחלק מהסיוורים הרוטינניים שלהם, סיפרו על התערבותם, ההדרכה והדוגמא שהם מספקים למטפלים "בזמן אמת". מתארת המנהלת של מעון ט': "אני, אב הבית, מסתובבים בין הקבוצות, רואים איך הן מאכילות. מי שעומד אנחנו אומרות תשבי, סבלנות. הוא לא רצה לאכול – כמה זמן אני כבר איתו ולא רצה לאכול. אני אומרת לה – סבלנות. תשבי איתו אחר-כך, תאכילי ילד אחר, עוד ילד, תחזרי אליו, תנסי ברוך, בהתנהגות טובה".

גם מנהל מוסד ה' מדווח על לחץ הזמן בהאכלה פרטנית: "אני עוד פעם, בעיקר מדבר על החבר'ה שבהאכלה, שזה סיעודיים וכולי וכולי... אני חושב שהם (המטפלים לו היו נשאלים) היו מתלוננים, אומרים קצת על חוסר זמן. אני חושב, זאת אומרת אין מספיק זמן ואנחנו בכל זאת ממהרים ופה ושם". יתכן שמדבריו של מנהל זה יכול להשתמע כי הקשיים במטלת ההאכלה משקפים בעיות ביחסיו עם המטפלות. המנהלים מצהירים על העדפתם להאכיל את הדיירים על פי צרכיהם גם אם זמן הארוחה ימשך אך מתעלמים מהעובדה שלא מוקצב לכך זמן נוסף. כך נמצאות המטפלות במתח שבין עומס עבודתן לבין הצרכים של הדיירים וההנחיות של המנהלים.

מנהלת מעון ט' מעלה קושי נוסף ומדגישה כי הקושי העיקרי בהאכלה הוא דפוס ההתנהגות והאכילה של הדיירים:

יש לי בעיות אצל הילדים. בעיות של הילדים. למשל יש ילד שאף אוכל שיאהב היום לא יאהב מחר. ואז אנחנו מגוונים ומגוונים וזה מדכא וזה מתסכל. כי אתה מכין והוא לא רוצה לאכול. את מבינה? זה גם בעיה. אבל, אנחנו יוצאים לקראת הילד. אז אמא אומרת אנחנו שרים לו ומשחקים איתו וזה ותוך זמן מאכילים אותו באותו זמן. אני אומרת תעזבו אותו, לא אנחנו לא יכולים להשאיר אותו רעב.

מדבריה עולה המורכבות של מטלת ההאכלה הדורשת ידע ורגישות מצב המטפלת והאכפתיות של המטפלת ורצונה שהילדים יוכלו למרות קשייהם.

קשיי ההאכלה בארוחות המשותפות כוללים גם חשש החלפת סוגי מזון בין דיירים או חטיפת מזון בניגוד לתפריט האישי שלהם ומכאן חשש לתגובות רפואיות או לחנק. יש גם קשיים הנובעים מהתנהגות הדיירים וחוסר הסבלנות שלהם לחכות, כמו שאומר מנהל מעון ב': "זאת אחת הבעיות עם הדיירים עם התנהגות מאתגרת, את יכולה לתת אוכל לדייר אחד והדייר השני בדיוק מתפרץ. אז את צריכה לעזור. זאת לא כל-כך משימה תמיד פשוטה"

באותם מוסדות בהם מתקיימות ארוחות משותפות בחדרי אוכל, חלק מקשיי ההאכלה הם גם התנאים הפיזיים. מנהל מעון ב', שדייריו העצמאיים אוכלים כולם בחדר האוכל, מדגיש את הקושי בתנאים הפיזיים:

וגם מבחינת רעש לפעמים. את יודעת, יש קבוצה גדולה של דיירים אי-שקטים וזה צועק. מספיק שכל אחד עושה משהו זה כבר קקופוניה שלמה תראי, אני הייתי רוצה שיאכלו בקבוצות יותר קטנות. נגיד שולחנות – אז לצורך זה רכשנו בזמנו רכשנו שאפשר קצת יותר לשבת קבוצות קבוצות יותר קטנות. יש בעיה טכנית מבחינת השגחת המטפל. זה יבוא עם הזמן, שישבו, ישימו לא שני שולחנות יחד, תשב קבוצה של ששה או של שבעה או שמונה – אני רוצה שישבו ארבעה או חמישה בשולחן.

מוסיף על כך מנהל מעון ד': "עכשיו, צריך לדעת גם שיש פער בין העניין שאנחנו מציגים ומייצרים ובין הפרקטיקה של השטח, שבה יש אילוצים מאילוצים כאלה ואחרים... למשל, רמת התפקוד של הדיירים. את יכולה לעשות יופי של שולחן מסודר, ובא דייר ומושך את המפה והכל נשפך כי זה מפריע לו."

• עיצוב סביבת האכלה ואסתטיקה

נסיון להקפדה על אסתטיקה של המוסד בכלל וסביבת ההאכלה בפרט הוא מוטיב חוזר במרביתם הגדולה של הראיונות. אסתטיקה מסמלת עבור המנהלים סממן לנורמליזציה של החיים במוסד ובמקרים מסוימים גם סימן להתייחסות לדיירים כבני אנוש שווי זכויות. יתרה מכך, מנהלת מוסד ט' מקשרת בין האסתטיקה ובין אפשרות השתלבות בחברה. מתוך גישה זו היא מקפידה כי במוסד שהיא מנהלת בארוחות יושם דגש גדול על סדר וניקיון. מנהלים אחרים הציגו את ההקפדה על סביבת אכילה אסתטית כניסיון להנעים את חווית הדיירים. לדוגמה דברים של מנהל מעון ד':

יש את האסתטיקה של עריכת השולחנות וסידור החדר-אוכל, פרחים על השולחן ומפות ומפיות וכולי... אם נלך לחדר האוכל של הדיירים העצמאיים, אז יש יופי של אסתטיקה. זה חדר אוכל עם תמונות על הקירות, עם שולחנות יפים, עם כלי בית מסודרים יפה ומעוצבים. השולחן ערוך ואסתטי ונעים וכולי. כי זה דיירים שהם מבינים והם רואים וקל, והם גם שוטפים את הכלים אז הם צריכים לשמור על הציוד וכולי ומעצבים את המזון בעצמם. לא רק בתכנון התפריט. גם בעיצוב המזון, באיך להגיש אותו.

ומוסיפה מנהלת מעון י': "אסתטיקה זה אחד הנושאים הרגישים מאד אצלנו. אז כולם יודעים שכשיושבים לאכול, הכל צריך להיות מסודר, נקי, אוכלים בצורה... יש כאלה שצריכים סינרים אז עם סינרים ולאכול בצורה נקייה ומסודרת".

דגש נוסף הוא על האסתטיקה של המזון עצמו, גם במקרים של האכלה במזון טחון בלבד: "חשוב מאד להגיש להם את האוכל בצורה אסתטית, גם הדיירים שאוכלים טחון. כל נושא ההפרדה – לא לטחון את הכל לעיסה אחת" (מנהלת מעון י'). חשוב גם איך המנה נראית וגם ההרכב שלה. "אם צריך לקבל סלט ירקות ובסלט הזה טחנו רק עגבנייה אז איך זה נראה, או אם טחנו מגוון של ירקות. או אם שמים יותר מדי גזר בירק כי הגזר זול עכשיו, ואז כשאתה אומר לטחון ירק, אז המון גזר. מייד רואים את זה דרך אגב, מייד רואים בצבע של ה... אז, להסתכל, לראות את הדברים, אוכל לא מימי מדי, מה המרקם של האוכל" (מנהל מעון ד').

בנוסף לכך, שבעה מתוך עשרה מנהלים התייחסו לכלי האוכל וציינו במפורש כי קיים במוסדותיהם ציוד ייעודי לאכילה. סוגי הציוד הייעודי מתחלקים לשניים – כאלה המשמשים את הדייר בעת האכילה: צלחות מחולקות, כלים בלתי-שבירים, סכו"ם ארגונומי, סינרים וכו' וציוד עזר למטפלות, כמו כסאות מתכווננים להתאמת גובה הישיבה מול הדייר המואכל. במעון י' האחריות

להזמנת והתאמת כלי אוכל ייעודיים היא של המרפאים בעיסוק והפיזיותרפיסטים. במעון ג' נקנו כסאות האכלה ייעודיים לפי הנחיית קלינאית התקשורת: " קנינו כסאות מיוחדים להתאמת הגובה, לא מאכילים בעמידה... התאמת הגובה של המטפלות לגובה של הדייר, שהן יושבות מולו – לא עומדות מעליו ומאכילות אותו אלא באותו גובה גם שהזווית של הכף תהיה יותר נכון וגם שהוא לא יראה חזה יראה פרצוף מול העיניים שמאכיל אותו".

במעון ד' ישנה הקפדה גם על קישוט חדר-האוכל בחפצים ייעודיים שאינם מסכנים את הדיירים: " בדיוק דיברנו על זה שבעבר היו לנו אגרטלים כאלה על כל שולחן מזכוכית, והם עכשיו הם אגרטלים מפלסטיק, בדיוק מהעניין שמעיפים את האגרטלים האלה. ושהפרח הוא גם מפלסטיק כי היו דיירים שהיו אוכלים את הפרח". הקפדה על האסטטיקה של חדר האוכל, של האוכל עצמו והקפדה על כלים מתאימים חשובה למנהלים/ות כיוון שלדעתם האסטטיקה החיצונית משליכה על ההרגשה הפנימית של הדיירים ושל העובדים ויוצרת הרגשה של נורמליזציה במוסד כלפי המתבוננים בו מבפנים ומבחוץ.

תהליך קבלת מטפלות חדשות כפי שהשתקף בראיונות של המנהלים/ות

• פרסום ואיתור מועמדות חדשות

שלוש הדרכים העיקריות בהן מגיעות מטפלות חדשות למוסדות הן כהיענות לפרסום בעיתונים, פניות בעקבות מגורים באזור המוסד והגעה דרך חברות שכבר עובדות כמטפלות במוסד. שני מנהלים דיווחו על קשרים עם לשכת העבודה באזורם. מנהלי מוסדות ב' ו-ד', שניהם ממוקמים ביישובים קטנים, דיווחו כי הם אינם זקוקים כמעט לפרסום משום שאנשי הצוות מציעים את חבריהם כעובדים. גם בשאר המוסדות שיטת "חבר מביא חבר" זוכה לפופולאריות והצלחה – כפי שמסבירה זאת מנהלת מעון י':

אנחנו מפרסמים מדי פעם, אבל זה בעיקר מגיע – אחד מביא... חבר מביא חבר... אנחנו צריכים להיות עם האצבע על הדופק במשך כל שעות היממה. אנחנו מקפידים מאד בכל נושא חוק חסרי הישע. וכל אלימות אסורה – אני מתכוונת לאלימות, אלימות אפילו מילולית. ולכן כשאחד המטפלים אומר יש לי חבר, יש לי שכנה, הם מכירים אותם. אותה מנהלת מבהירה בהמשך כי היות וחברי הצוות תלויים זה בזה בעבודתם, הסיכוי כי ימליצו על אנשים לא ישרים, אמינים או חרוצים נמוך. גם מנהל מוסד ה' מדווח גם הוא על מציאות במסגרתה כל המטפלים החדשים מגיעים על-סמך היכרות מוקדמת עם מי מהצוות.

במרבית המוסדות לא נדרשים השכלה או נסיון בתחום הטיפול כתנאי לקבלה לעבודה. מתקבלים גם מטפלים מוסמכים וגם כאלה שלא עברו קורס או הכשרה כלשהי. במרבית המוסדות מי שלאחר זמן מה נתפס כבעל פוטנציאל להמשיך, זוכה להישלח לקורס הכשרה שאף מעניק לו תנאי שכר טובים יותר.

במוסדות ד' ו-ה' יש כיום (וזהו שינוי של השנים האחרונות, לפחות במוסד ה') דרישה ל-12 שנות לימוד לפחות וגם במוסד א' דיווח המנהל על שינויים שהכניס במקום ועל נסיונו להקפיד על שנות לימוד של המועמדות. אותו מנהל ציין כי מטפלים וותיקים במוסדות נוטים לפתח מחלות ובעיות פיזיות יותר מאשר אנשים בגילם בחתך רגיל של האוכלוסיה. הוא אומר: " עם כל הבעייתיות של זה. אנחנו עומדים בחוק, אבל עדיין מנסים לקלוט אנשים צעירים. אם יש לי שני מועמדים, אחד בן עשרים וחמש והשני בן חמישים, על אף הכל ועל אף עקרונותיי השוויוניים אני אקלוט את בן העשרים וחמש. זה לא חוקי אבל זאת עובדה." הנטייה לנסות ולקלוט אנשים צעירים יחסית, בעלי פוטנציאל התקדמות והשכלה ויכולות קוגניטיביות גבוהות, היא תופעה חוזרת, אם כי רבים מהמנהלים אומרים מפורשות כי מועמדים מסוג זה נדירים.

תהליך הקבלה כולל המצאת קורות חיים, מילוי טפסים וראיון אישי, אותו עורכים המנהלים עצמם או אב/אם בית. מנהלת מעון ז' מספרת כי בעקבות האבטלה באזור המוסד יש ביקוש גדול לעבודה במעון, ומתארת את האופן בו היא מבקשת למיין את המטפלות: "קודם כל האינטליגנציה, הערנות, היוזמה, המוטיבציה, אם היא יצירתית גם כן. אז דרך הראיון עצמו. אין משהו מורכב או משהו מובנה. אבל, מאד משמעותי, היא עוברת הסתכלות ל-12 ימים, על חשבונה בכל המשמרות, מלמדים אותה ומלווים מלווים". ההסכמה לעבודה בחינם בתקופה הראשונה יכולה להדגיש את הביקוש שיש לעבודה באותו מעון, אך אין בה כדי להעיד על כך שהמנהלת מצליחה למיין לתפקיד

מטפלות בעלות כישורים כפי רצונה – דווקא מנהלת זאת משקפת בדבריה קושי רב בהתמודדות עם תפקוד הצוות הנמוך.

• הכשרת מטפלות חדשות

כל המנהלים דיווחו כי מתקיימת תקופת הכשרה או הסתכלות עם ההצטרפות לצוות הטיפולי. זוהי תקופה המוגדרת מראש כתקופת הסתגלות והתפקוד נבנה באופן הדרגתי. בכל המוסדות מטפלת חדשה זוכה להסברים והדגמה מאם הבית / רכות משמרת וברובם גם מאנשי הצוות הפארא-רפואי. מתארת מנהלת מוסד ו':

אנחנו מעבירים כל בן אדם שנכנס לתוך השלוחות שלנו איזה שהוא ששן של הדרכה, בדרך כלל בשלושה שבועות הראשונים וליווי... זאת אומרת, לא תכנס מטפלת לבית ותתחיל להחליף לילד ולהאכיל אותו ולרחוץ אותו בעצמה, תמיד היא תתלווה שלושה שבועות לאיש נוסף, זה כמו בצבא, עוברים איזשהו טופס טיולים – הדרכה מרופא, מאחות, מפסיכולוג, מעו"ס, וגם כל השנה הראשונה אנחנו מקיימים מערך די צמוד של ליווי לעובדים האלה החדשים, על מנת להקנות להם את המיומנויות שאנחנו דורשים מהם, לפחות בשלב הראשון. ההכשרה הפורמלית הנמוכה של העובדות החדשות מחייבת תקופת הכשרה במקום וליווי צמוד למדי של אנשי צוות אחרים, מעין תקופת חניכה. גם מנהלת מוסד ח' מתארת מציאות במסגרתה המטפלות החדשות זוכות להכשרה מהצוות הפארא-רפואי:

האכלה, הלבשה, טיפול בילד... ויש המרפא בדיבור – הוא האחראי על זה. לדוגמא, הם מלווים אותם, מספרים על הילד מה הוא איך הוא ומה הבעיה ולמה צריך בעצם... למה הוא ככה, על מה צריך לשמור ולראות וזה. וגם אחר-כך מתי הוא מאחורה, יש שם מטפלות, יש להן יותר נסיון לפעמים גם יכולות.

נושא הקליטה בידי המטפלות האחרות ורכוזה הבתים עולה בראיונות רבים נוספים, כמו בדברי מנהלת מעון ג': " היא לומדת תוך כדי... (מי אחראי על זה?) יש את אם הבית, יש אחראית משמרת (שמדריכות ומפקחות עליהן)... יש פסיכולוגית, יש עובדים סוציאליים, יש עוד פונקציות. יש מרפאה שעובדת... זאת אומרת כל אחד בתחום שלו נותן הדרכה, יש ישיבות צוות שבהן אנחנו מדברים גם על העבודה גם על הדיירים"

מנהלת מעון י' שמה דגש על הבקרה הפנים-צוותית ועל הפיזיקל שמתקבל ממטפלות אחרות כקריטריון חשוב בהחלטה על המשך העסקה לאחר תקופת נסיון:

(מי ש) מגיע לכאן, צריך לשלוח קורות חיים. צריך להביא המלצות ותעודת יושר מהמשטרה. וכמובן שאנחנו לפעמים, עם כל זה, אנחנו לא מכירים, אנחנו חייבים לשים דגש יותר על המטפלים האלה. ומי שלא נראה לנו, מי שלא נראה, הולך הביתה... (יש תקופת נסיון של) שלושה חודשים, ששה חודשים. וכל הצוות בוחן אותם. בוודאי גם המטפלים שעובדים באותה קבוצה, מי שלא נראה לנו ולא עושה את העבודה כנדרש – הולך הביתה.

כדי למקסם את אפשרויות הקליטה של מטפלות מתאימות, במעון זה יש גם תהליך רוטציה הכולל נסיון התאמת המטפלת החדשה לעבודה עם אוכלוסייה מסוג מסוים.

למעשה, עקב ההכשרה המועטה של הפונות לעבודה כמטפלות במוסדות לאנשים עם לקות קוגניטיבית, תהליך של הסתכלות ומעקב בתקופת הנסיון היא הדרך לזהות את העובדות המתאימות ולמייין את הלא מתאימות. זו גם התקופה שבה המטפלות רוכשות את המיומנויות הדרושות לעבודה מאנשי המקצוע, האחראים והמטפלות הותיקות יותר.

Abstract

Background: People with complex cognitive disabilities, who live in institutions, usually experience many restrictions and difficulties affecting all aspects of life. Direct caregivers employed in these institutions are de facto the residents' main caregivers, providing all their needs. Occurring several times daily, feeding becomes one of the most important interactions between staff and residents. As residents have various eating problems, the act of feeding can become complex, and occasionally difficult and stressful. Stress and dissatisfaction may result in caregivers' inability to render quality care to the residents and burnout. Attention to caregivers' attitudes and difficulties may enhance their satisfaction and increase the possibility of introducing successful intervention programs. Yet, no studies have examined how the feeding tasks are perceived by direct caregivers in these institutions.

The aim of the research is to examine how direct caregivers' attitudes to and perceptions of the different aspects of feeding tasks relate to their perception of the quality of their work environment, meaning stress level related to feeding, general stress level, and work satisfaction. An understanding of this relation will allow us to construct and test a model to explain the factors that shape these attitudes and perceptions of direct caregivers. The model can point the way to interventions to modify caregivers' feeding tasks. A second aim is to understand institution chief executive officers' (CEO) attitudes to and perceptions of caregivers and their work.

Method: The study population consisted of (a) 272 direct caregivers working in 13 institutions for people with cognitive disabilities. They were Israeli-born Jews and Arabs, new immigrants from the Former Soviet Union (FSU), and Ethiopia; all agreed to participate in the study. (b) Ten chief executive officers of the institutions where the caregivers worked, with at least two years' experience at the time of data collection.

Caregivers completed four questionnaires: (1) demographic questionnaire; (2) feeding questionnaire, probing the four elements of feeding: clear definition and support for the role, knowledge and skills, autonomy, work overload; (3) stress questionnaire, consisting of two sub-questionnaires probing stress at the end of the feeding tasks and

stress at the end of the workday; (4) satisfaction questionnaire, probing level of satisfaction in the workplace.

Chief executive officers were interviewed with a semi-structured interview. The focus was their attitudes to direct caregivers and their perceptions of their role, especially in relation to the feeding tasks.

Data analysis included Pearson correlation, Structural Equation Modeling (SEM), and multivariate analysis of variance (MANOVA). Chief executive officers' interviews were content-analyzed.

Results: Nearly two thirds of direct caregivers were Arab or immigrant women from the FSU and Ethiopia; only a third was Israeli-born Jews or Jews who arrived in Israel at a young age. Shift work and involvement in the feeding tasks proved a heavy workload for the caregivers. The groups of women varied: Arab caregivers and those from Ethiopia were younger than caregivers from the FSU or Israeli Jews. Also, Arab caregivers felt more stress and had a heavier feeding load than the other groups of caregivers. The hypothesized structure of the model, with the chosen outcome measures, was confirmed by the research. The hypothesis stating that the model for quality of work environment for direct caregivers in the given institutions integrates background variables of perceptions of feeding tasks (support and clear definition of role, knowledge and skills, and autonomy), independent variables of participating in professional courses, mediator variables of workload, affects outcome measures of caregivers' level of stress and degree of satisfaction.

Analysis of the interviews revealed that chief executive officers presented three main approaches to management: bureaucracy-based, community-based, and family-based. Their approach shapes everyday life in the institution and the caregivers' work. Despite chief executive officers' awareness of the caregivers' disadvantaged social and professional background, most highlighted their strength in caring for the residents. But some emphasized the caregivers' weakness, based on their non-professional background and on lack of motivation, and burnout. A few chief executive officers showed a more complex perception of the caregivers, presenting both their advantages and limitations.

Discussion: In accord with studies from other countries, ours found that many women working at direct caregiving jobs are of low socio-economic status and belong to minority groups: mostly Arabs and immigrants. They are the persons who bear main responsibility

for meeting residents' physical and mental needs. However, they are not highly appreciated or well compensated for the important work they do. Identifying factors that affect the quality of their work environment is therefore important.

The research model points the way to understanding these factors, so it can serve as a basis for interventions to change the current situation. Because caregivers are in direct daily contact with residents and provide most of their needs—physical and emotional, increasing their satisfaction and reducing their stress and work load will improve their welfare, as well as the wellbeing of residents and their families. Improving the quality of their work environment may reduce caregivers' absenteeism and turnover, and promote their contentment.

An important finding of this study is the significant effect of caregivers' perception of their feeding tasks (support they receive, knowledge and skills required for the task, and feeling of autonomy) on caregivers' work satisfaction. These findings give the initial direction for intervention in training caregivers and shaping the work environment of feeding tasks.

The contribution of the present study for chief executive officers is to furnish them evidence of the changes required. In addition to allotting more time to the feeding tasks, chief executive officers should provide caregivers with opportunities to acquire more knowledge and skills, and reduce their work load. The requirements for feeding tasks must be clearly defined, and support must be rendered to caregivers while doing this job. Listening to caregivers and involving them in all-round decision making will help for planning valuable workshops and training programs for them and will enhance their self-esteem.



מؤسسة "شاليم"
لتطوير خدمات للشخص ذو
التخلف العقلي في السلطات المحلية
The Shalem Fund
for Development of Services for People with
Intellectual Disabilities in the Local Councils
פיתוח שירותים לאדם עם מוגבלות שכלית
התפתחותית ברשויות המקומיות



אוניברסיטת חיפה
UNIVERSITY OF HAIFA

Perception of feeding tasks and work environment of direct caregivers in institutions for people with cognitive disabilities

**Dalia Sachs, OT, Ph.D.
Noa Gilad, OTR, M.A**

**Department of Occupational Therapy
Faculty of Welfare and Health Sciences
The Haifa University**



This work was supported by a grant from Shalem Fund for
Development of Services for People with Intellectual Disabilities in the
Local Councils in Israel
2010

קרן שלום/2010/046